

Special Olympics Thailand HEALTHY COMMUNITIES

FINAL PROJECT REPORT Submitted to UNICEF Thailand



 **Special
Olympics**
Thailand 

**Thailand
Healthy
Communities**

SUPPORTED BY

February 2016

The Final Report of Special Olympics Thailand Healthy Communities (HC) Project documents project progress and impact, exploring successful collaborations in providing effective system to serve the healthcare needs of persons with intellectual disability in Thailand.

Data is collected and assessed by the HC Team led by Dr. Janarpar Sooktup, MD.

External evaluation and Final report in English is provided by the Public Sector Program of the Asian Institute of Technology.

Final Report

**FINAL EVALUATION OF HEALTHY COMMUNITIES PROJECT
SPECIAL OLYMPICS THAILAND**

PUBLIC SECTOR PROGRAM, ASIAN INSTITUTE OF TECHNOLOGY

Executive Summary

Initiated in 2012, Special Olympics Thailand (SOT) was selected by Special Olympics International as one of the 8 National programmes sites to implement the Healthy Communities (HC) Programme for 3 years. Seed funded by the Tom Golisano Foundation, SOT partnering with the Rajanukul Institute to implement the programme in 6 pilot sites. Thailand HC Project aims to reduce health disparities facing people with intellectual disability by exploring possible healthcare accessibility channels and developing screening tools for identification of medical needs. Thailand's Healthy Communities platform received the support of UNICEF Thailand during the last 2 years of the project, between July 2014 – November 2015.

Findings from the final evaluation of Health Communities Project reveal that healthcare service systems for persons with intellectual disabilities in Thailand are not ready to deliver comprehensive and long-term care because of so many barriers. The barriers are related to current functionalities of organizational arrangements, policy and administration of services, organizational capacity and engagement of key stakeholders. Before setting workable comprehensive care units and multidisciplinary service delivery mechanisms, concerned agencies should join hands to take corrective measures and to remove barriers from the system. It is expected that future policies address intellectual development and social inclusion issues which consequently help enhancing effectiveness and sustainability of the services. Delivery of healthcare should take into account all attributes that cut across decent service delivery for these children with intellectual disability.

PART-1

INTRODUCTION

1. Objectives of the Projects

The HC project has four (4) objectives

1. To enhance knowledge and practical know-how to apply tools for promotion, prevention, surveillance and health care to persons with intellectual disabilities;
2. To develop a system prototype for providing health care services to persons with intellectual disabilities, using special education environment as pilot model;
3. To strengthen networks of key stakeholders that are responsible for providing care service to persons with intellectual disabilities; and
4. To increase participation of family members and local communities in the health care services for persons with intellectual disabilities.

2. Target Groups

The project aimed to address the three (3) target groups as follows:

1. Persons with intellectual disabilities in special education institutions
2. Family members of the persons with intellectual disabilities mentioned in (1)
3. Healthcare personnel and health volunteers working with primary and secondary care units in Thailand
4. Personnel and staff of the special education institutions, as well as their partners institutions or network members which provide services to persons with intellectual disabilities. For instance, local government office, public health offices and private / non-governmental organizations in the service areas.

The target groups are representing following study areas of Thailand:

- Northern Region – Kavila Anukul School, Chiang Mai Province
- Northeastern Region – Ubol Panyanukul School Ubol Ratchatani Province
- Southern Region – Phuket Panyanukul School, Phuket Province
- Central Region – Lop Buri Panyanukul, Lop Buri Province, Suphan Buri Panyanukul, Suphan Buri Province
- Bangkok area – Panya Wutthikorn School, Bangkok

3. Project Period is 3 years, from 1st November 2012 to 2nd December 2015

4. Approach and Methodologies

The HC project as phased as follows:

Phase-1: Developed technical knowledge and tools for health assessment for persons with intellectual disabilities – from November 2012 to October 2013

This phase had carried the activities as follows:

1. Studied status of services and health situations of the children with intellectual disabilities by specialists from various health disciplines;
2. The committees identified framework for technologies were used for sharing of knowledge;
3. Interacted with key stakeholders, partners and networks responsible for health care services in the project areas to study needs for technology development and for strengthening care service system; and
4. Developed guidelines and manuals for assessment of health conditions of persons with intellectual disabilities;
5. Pilot tested the tools mentioned in (4) in 3 locations; and
6. Reviewed and validated guidelines and manuals for health assessment.

Phase-2: Design and developed comprehensive health care system for persons with intellectual disabilities

The phase-2 had covered activities as follows:

1. Preparedness of target special education institutions in the study areas (November 2013-January 2014)
 - a. Organized meetings with local stakeholders and networks working on care services to persons with intellectual disabilities, especially with local government organizations, provincial public health office and special education schools and private companies.
 - b. Implement project activities in the targeted areas:
 - i. Surveyed and studied related aspects and general conditions of the areas
 - ii. Exchange views and ideas for the preparation of health assessment exercises of the target populations in the special education institutions in the study areas. The planning exercises include plans

for health treatment, rehabilitation and enhance learning of the persons with intellectual disabilities. The exercise addressed referral mechanisms and practices that helped the persons with intellectual disabilities to have appropriate medical and health cares from suitable services providers in the local areas. Key actors also jointly developed strategic plan for sustainability of the health care programs.

2. Built capacity of health / educational personnel and staff in-charged of health assessment programs (February 2014 – August 2015)
 - a. Implemented in-house training programs for health assessors and the use of the manuals in the project study areas
 - b. Practical training for application of health check-up tools
 - c. Assessed health conditions of targeted populations in the special education institutions in the project areas.
 - d. Data health collection and data analysis
 - e. Shared data and information with public health offices and institutions to conduct actual treatment and health services to persons with intellectual disabilities
 - f. Organized meetings to review and follow up of the health assessment activities.
 - g. Athlete leaders to support peer learning and mentor for health promotion activities for children with intellectual disabilities.
3. Full scale health screening and compared results (July 2014 and August 2015)
4. Evaluated, reviewed lessons and consolidated models and approaches for service delivery in the project areas and Interacted with key stakeholders, partners and networks responsible for health care services in the project areas.

Phase-3: Promoted adoption of integrated health care services model for persons with intellectual disabilities in the project areas as well as strengthened capacity of local communities to provide care services to the target groups (November 2014 to October 2015). In this phase, the major activities included:

1. Monitored and evaluated health conditions assessment methods and processes, and also the continuity of care service delivery;
2. Developed communication channels about persons with intellectual disabilities for the general public, in the project areas;
3. Developed manuals and implemented training programs for health volunteers in the villages to enable them to identify persons with intellectual disabilities. Trained them to provide preliminary care of the persons in their responsible areas; and
4. Facts finding and conclusion of the project – recommendations for stakeholders and partners.

5. Family focus groups to engage them in the treatment and care process. The parents also received knowledge on healthcare and hygiene.

5. Project Finance

The 3 years' project was financed by the Golisano Foundation through Special Olympics International, in the amount of USD 146,000 or Thai Baht 4,365,740.75.

It was also funded, between 2014 to 2015, by UNICEF Thailand in the amount of USD 58,266 or Thai Baht 1,874,899.62

6. Project Monitoring and Evaluation

The M&E of the project were carried out by the HC project team and external evaluators.

The data required for the evaluation were health conditions of the students (target groups of the persons with intellectual disabilities) and engagement of health care networks and key stakeholders.

- Health conditions data and information of children with intellectual disabilities
- Limitations and challenges of continuous activities of the preventive care
- Level of awareness of families, care takers and communities on long term health care
- Collaborations and relationships with families and stakeholders

7. Expected Outcomes

The HC project had six (6) outcomes as follows:

1. Practical health conditions assessment guideline and health assessment Record Booklet for persons with intellectual disabilities.
2. Increased knowledge in health care services and treatment for patients with intellectual disabilities.
3. Persons with intellectual disabilities are provided with continuous care programs, include following up
4. Health care service system, medical assistance and continuous supports by local service providers are adopted.
5. Increased awareness and adoption of area-based health care policy recommendations and service delivery model for persons with intellectual disabilities.
6. Families' awareness for continuous healthcare

PART-2

1. FINDINGS AND RESULTS OF THE PROJECT

Outcome-1: Practical health conditions assessment guideline: Health Assessment Record Booklet for persons with intellectual disabilities.

The health conditions assessment manual and records booklet were designed and developed in consultation with medical doctors and mental health specialists. The consultative meetings were organized to gather feedback and suggestions to verify the manuals. The manuals were piloted and tested in the special education institutions in Lop Buri, Phuket and Ubol Ratchatani Province. The results gained from the technical meeting were used for validation and revision of the manuals.

The health assessment manual has the following components:

- Section-1 General information
- Section-2 Historical record of health conditions of the individuals
- Section-3 Assessment tools for disability conditions
- Section-4 Assessment of growth rate
- Section-5 Assessment of heart rate
- Section-6 Assessment of visual ability
- Section-7 General health check-up
- Section-8 Assessment of dental conditions
- Section-9 Summary of Health Conditions for Referral Use to Other Care Units
- Section-10 Records of Health Conditions and Incidents during the school

Outcome-2: Increased knowledge in health care services and treatment for patients with intellectual disabilities.

Results from multiple health screenings of intellectually disabled children in special educational institutes (1,367 children in 2014 & 1,253 children in 2015, with 784 children receiving repeated screenings) provide data to identify health challenges of persons with intellectual disability in order to effectively address medical needs.

Increased knowledge and awareness of local stakeholders and family members by brochure and leaflets on 1) family-based care programs for children with Down Syndrome, 2) guideline on assessment of nutrition for children with intellectual disabilities, 3) nutrition for children with antiepileptic drugs, 4) conditions of oral and dental conditions, physical deformity, etc. The project also published book titles health risk and problems of children with intellectual disabilities.

Training of Healthcare personnel and Village Volunteers to identify healthcare needs and assess treatment of patients with intellectual disabilities in future care units, the development of Hand books specific for public healthcare personnel and relate healthcare volunteers contained tools used for basic health assessment for people with ID.

Outcome-3: Persons with intellectual disabilities are provided with continuous care programs, include following up of care activities given

Joint collaborations and efforts to provide care services were implemented by special education institutions, public health units and provincial welfare organizations. The services also were also supported by local government organizations, communities and family members.

Outcome-4: Health care service system, medical assistance and continuous supports by local service providers are adopted

The policies and models promoted coordination and integration of health care functions at the local level and communities where the target groups live. This includes collaboration of line agencies working in the areas.

Outcome-5: Increased awareness and adoption of area-based health care policy recommendations and service delivery model for persons with intellectual disabilities

Provincial public health offices, special education offices and social welfare offices began to recognize importance of preventive care for persons with intellectual disabilities. They also recognized their roles and responsibilities that they may need in future in order to have better system to provide services.

The policies and models promoted coordination and integration of health care functions at the local level and communities where the target groups live.

In 2015, the Mental Health Department of the Ministry of Public Health provided training to provincial mental health offices and successfully expanded the Healthy Communities Screening Model to the remaining 14 special education institutions nationwide.

Outcome-6: Families' awareness for continuous cares

The family focus group meetings were carried out following each health screening to increase awareness on the importance of the follow-up care. Media and publications materials were used to promote and educate families on health care. Short message texts were used as reminders for follow-up care and health promotion. The project team also conducted home visits to give assistance and assess needs of families of the patients.

2. LESSONS LEARNED GAINED FROM THE PROJECT

The project worked in the specific areas in which it has gained valuable lessons learned that can help improving service system and uplift health conditions of persons with intellectual disabilities. Lessons learned presented below reflect driving forces / key success factors, or issues for considerations if the government policies advocate preventive cares and give attention of sustainability of the health care programs being implemented in Thailand.

The lessons were drawn from practices and experiences of Kavila Anukul School, Chiang Mai Province; Ubol Panyanukul School, Ubol Ratchatani Province; Phuket Panyanukul School, Phuket Province; Lop Buri Panyanukul, Lop Buri Province; Suphan Buri Panyanukul, and Panya Wutthikorn School, Bangkok

The importance lessons were:

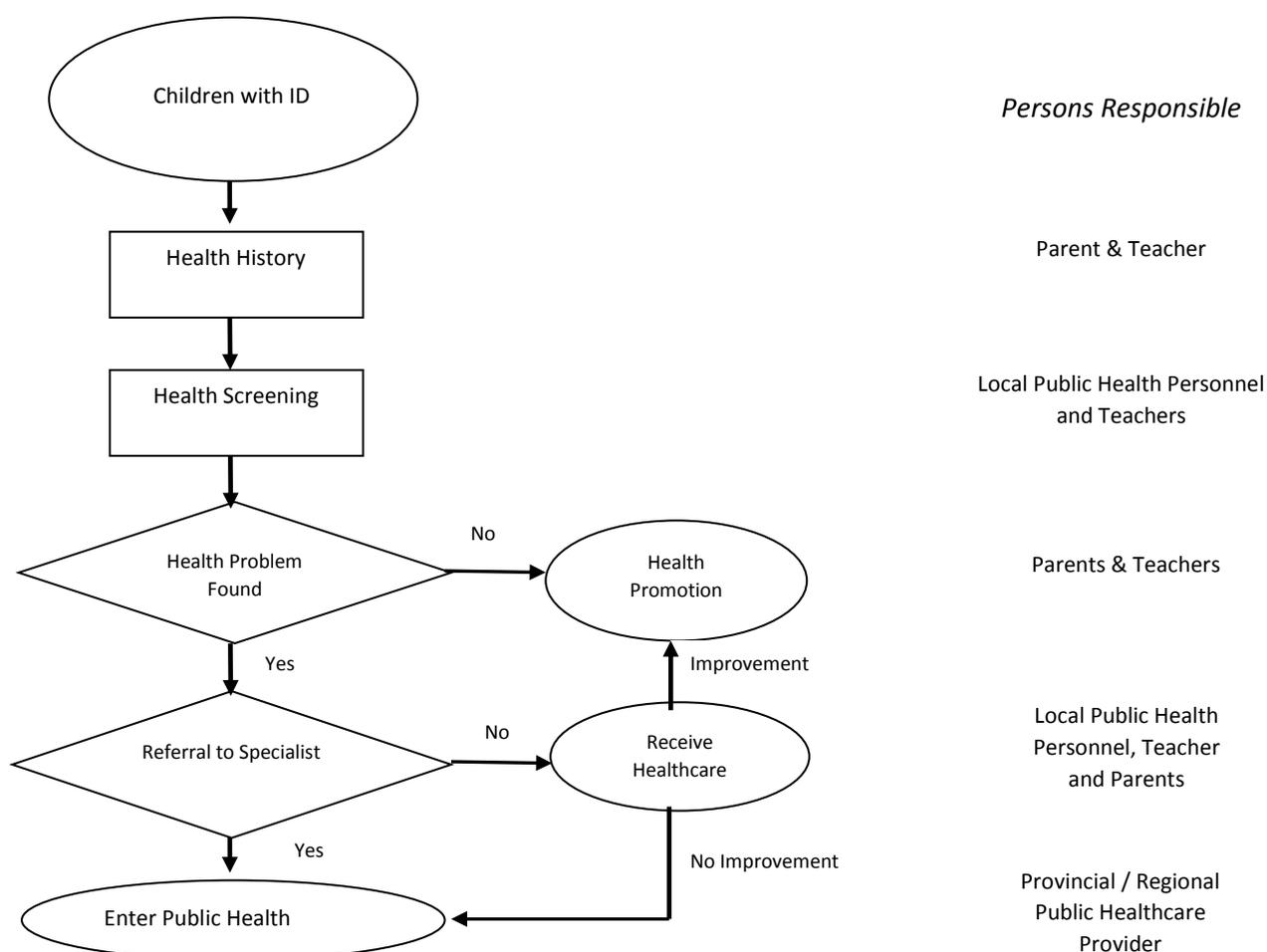
- 2.1 If the leadership of the lead institutions are committed, for instance the leadership and management of special education institutions, social welfare offices and public health units, it is likely that it increases effectiveness of health screening activities and promotion of preventive cares;
- 2.2 The close collaborations between local agencies and community organizations with care units that provide services to persons with intellectual disabilities helped enhancing success of the project;
- 2.3 Care takers, mentors and supporters who have sufficient qualifications in the area of public health, especially those who have good background in children with intellectual disabilities, provided effective assessment, counselling and continuous care service. They were willing to apply knowledge and skills that can help improving health conditions of the patients and the children;
- 2.4 Self-interests of the institutions that want to providing service to the children with intellectual disabilities combing with relevant intervention, like this project, will multiply willingness and efforts of the key actors and organizations to provide continuous care;
- 2.5 Availability of primary care units in local areas is very supportive to intensification of care to the children with intellectual disabilities. Such primary care units at sub-district levels can access to families, they have facilities and health personnel, as well as they have basic practical knowhow to extend assistance and regular care for the patients and children;
- 2.6 Technical supports and assistance given by tertiary care institutions (e.g. Rajanukul Institute) are very vital for capacity building and creating confident of local actors to carry out health assessment, treatment and providing home cares. This can also help building trust amongst parents and family members. It helps ensuring application and adoption of practices of the key actors;
- 2.7 Availability of resources and budgets at the host institutions who provide continuous care services influence acceptance of new approach and know-how introduced by policy interventions. The resources and budgets were integral part of health improvement plans of the health care institutions.
- 2.8 Regular health conditions evaluations and monitoring of health promotion programs power effectiveness of the service. It helps maintaining continuity of the services that can further promote preventive cares. Monitoring and evaluation are the function of all

tiers of service institutions, national, sub-national and local, but it is very crucial for local institutions and front-line personnel.

3. MODEL FOR HEALTH CARE SERVICES FOR CHILDREN WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

3.1 The flowchart shown below presents model of co-management of service delivery of the students with intellectual disabilities. In the model, there are three (3) key actors / change agents that influence mechanic of the service functions: 1) Parents and teachers of the students in special education schools, 2) staff and personnel of public health institutions at central level, and 3) staff and personnel (including health volunteers) of public health organizations at local level.

Model of Healthcare System implemented in Special Education School



- 3.2 This service model works through five (5) service delivery procedure namely: 1) survey and study of readiness of service organizations and conditions of health of persons with intellectual disabilities, 2) assessment of health conditions by well-trained staff and personnel, using assessment guidelines, 3) follow-up of health conditions of the patients with medical personnel and public health staff working in the local areas, 4) if needed, refer the patients to higher level public health services, for instance secondary hospitals or specialized hospitals, and 5) maintain willingness of patients, teachers and families to follow-up health conditions of the children.

4. STRENGTHENING CAPACITY OF LOCAL COMMUNITIES AND LOCAL STAKEHOLDERS

The outcomes from the project advise one important need in near future is to increase capacity of provincial public health units, primary health care centers, special education schools and local authorities in providing comprehensive service delivery for persons with intellectual disabilities. These local stakeholders are having vital roles to maintain care continuum and sustain engagement of parents and families into the holistic care system. The areas for capacity building were identified as follows:

- 4.1 Awareness raising and family health education intervention to enhance awareness of parents and family members on importance of health conditions information and use of the information for further medical treatments, cares and rehabilitations;
- 4.2 Adoption of appropriate information technologies that help sensitizing parents and family members to take their intellectually disabled child for health check-up and medical treatment, according to advice and instructions of public health personnel;
- 4.3 Advance practical knowledge and skills of community health volunteers to perform health assessment, advice and effective referral for children with intellectual disabilities to receive care services.
- 4.4 Understanding healthcare needs and challenges of patients with intellectual disabilities by public healthcare personnel to provide effective medical care and counseling services.

5. KEYS TO SUCCESS

- 5.1 Leadership, commitments and policy priorities of the senior administrators and officers in-charged of providing health care and health promotion supports to children with intellectual disabilities in provincial and local health care organizations. This also includes supports given by local authority such as local government organizations and community hospitals;
- 5.2 Parents, family members and caretakers of the children with intellectual disabilities. Commitments and supports given by provincial public health personnel, medical doctors, government officers of social welfare offices, teachers and staff of special education schools, civil society organizations, non-governmental organizations and members of local communities;

5.3 Technical know-how and tools that help transfer the knowledge and skills, as well as processes to functionalize the adoption of new knowledge and practices.

6. CHALLENGES TO BE OVERCOME

6.1 Low level of participation in continuous health care programs of the children with intellectual disabilities conditioned by their physical and mental functionality. These conditions limit ability to communicate to other people they are expected to.

6.2 Majority of the children with intellectual disabilities in Thailand are belong to low income families. Parents and care takers have difficulty to find time and to put efforts to maintain continuity of follow-up health conditions of the patients. Some of them even ignore importance of regular cares for their children.

6.3 There is limited channels and effective mechanism to share health data and information amongst concerned agencies, families and care takers.

6.4 Insufficient medical knowledge and specializations amongst health care personnel and staff of public health institutions and local health service units to assess health conditions and prescribe treatments for children with intellectual disabilities. For instance, to assessing oral and dental conditions the staff would need more knowledge and confident to give advice and instructions to the parents and care takers. There is not enough specialized tertiary care units in the province that can accept referral when the lower tier health units needed.

6.5 Tools and technical know-how to use guidelines and manuals are not localized to suit with health care services in local areas.

7. RECOMMENDATIONS FOR IMPROVEMENT OF CARE SERVICES

7.1 Strengthen and promote comprehensive preventive care policies and practices in Thailand.

7.2 Establish robust referral system that is suitable for children with intellectual disabilities.

7.3 Increased level of engagement of concerned agencies, especially public health sector, special education sector and social welfare sector at the local level to plan, implement and evaluation of care programs and services.

7.4 Enhanced capacity of public health personnel to assess, monitor and provide continuous cares for children with intellectual disabilities

7.5 Maintain continuity of application of health condition assessment guidelines and manuals to support promotion, preventive care and monitoring of health condition. The know-how and practices should be customized to suit with local needs

8. CONCLUSION

Children with intellectual disabilities in Thailand have not enough access to proper medical treatments and healthcare services. On parents' side, they are not aware of benefits of maintaining good health and hygiene of their children, for instances, receiving medications and following-up by health care personnel. Complications and difficulties in looking after these children obstruct enthusiasm and efforts to take the children to see doctors and receive correct preventive cares, especially in the poor rural families in Thailand.

On the healthcare service point of view, the health service system is still poor. The healthcare agencies at national, sub-national and local levels, being government organizations, only take actions according to their specific mandates and responsibilities given by the Thai government. The healthcare functions focus only the services, stated in public health policies and plans that the government has allocated budgets for. The services that emphasize on continuous improvement of health conditions are limited, especially in the areas where the care is needed. The programs/projects carried out by NGOs or government pilot programs were discontinued because of less interest of policy makers and lack of funds.

Although Thailand has been successful in primary healthcare and all health related MDGs targets, the structure and mechanism of healthcare administration at sub-national levels hamper the service integrations. It also weakens the effectiveness of comprehensive care which can be described in term of poor comprehensiveness of the healthcare plans such as weak coordination among concerned agencies, lack of relevant data and information, insufficient expertise and experience in service units, inadequate motivation of care givers, etc.

With situations of poor healthcare services for the children with intellectual disabilities, it is vital that concerned government agencies at provincial, local and community level should have collective plan of actions and efforts to address health issues of these children. Further, they should make sure their health conditions will not obstruct them from being part of the community they live. They should have equal opportunities to access all kind of government services and they should empowered to be the same as everyone. The healthcare system and service mechanisms must promote inclusiveness for this group of children and mainstream their engagement into social and economic development of the country.

APPENDICES

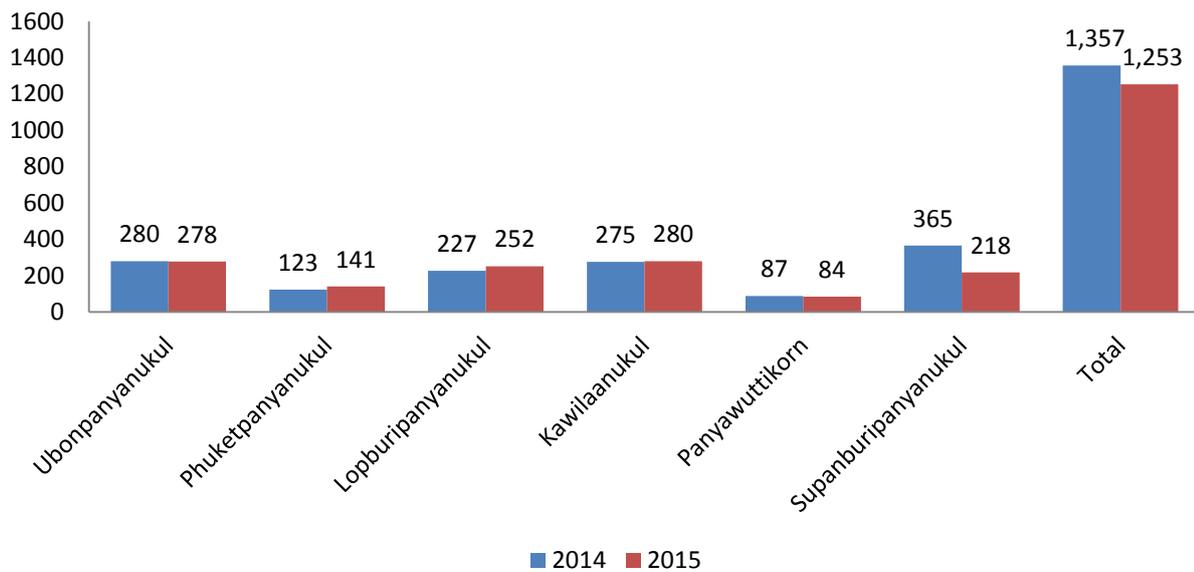
Appendix A

Screening Results



RESULT of HEALTH SCREENING For Children with Intellectual Disabilities

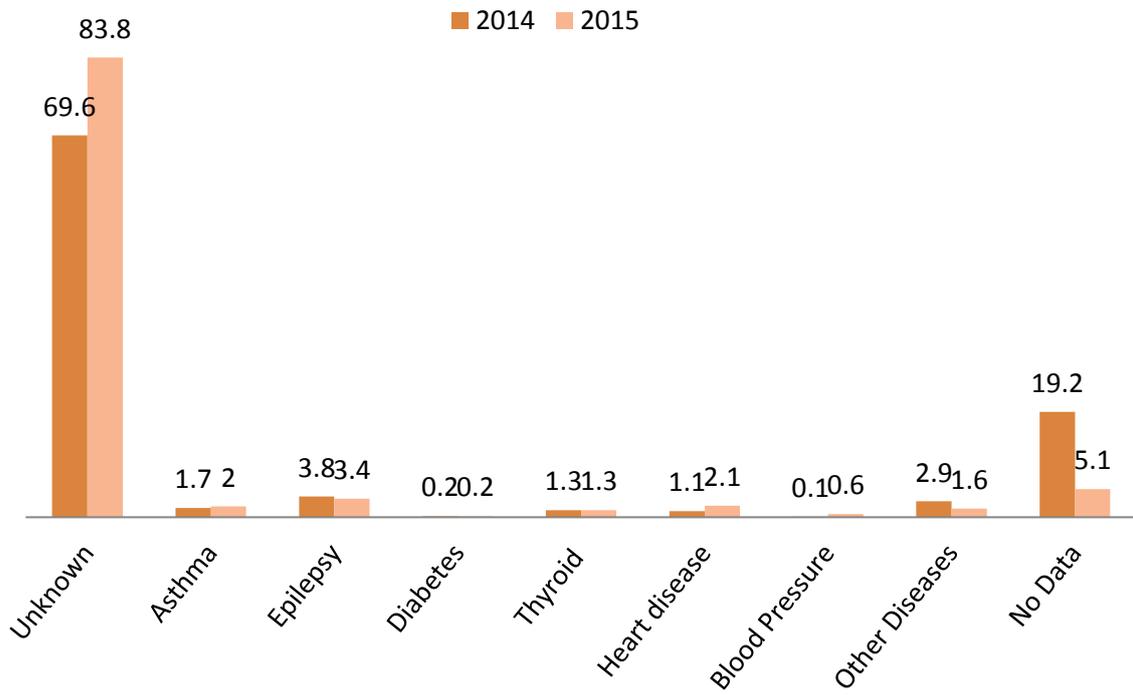
Number of ID Children Screened in each Academic Year



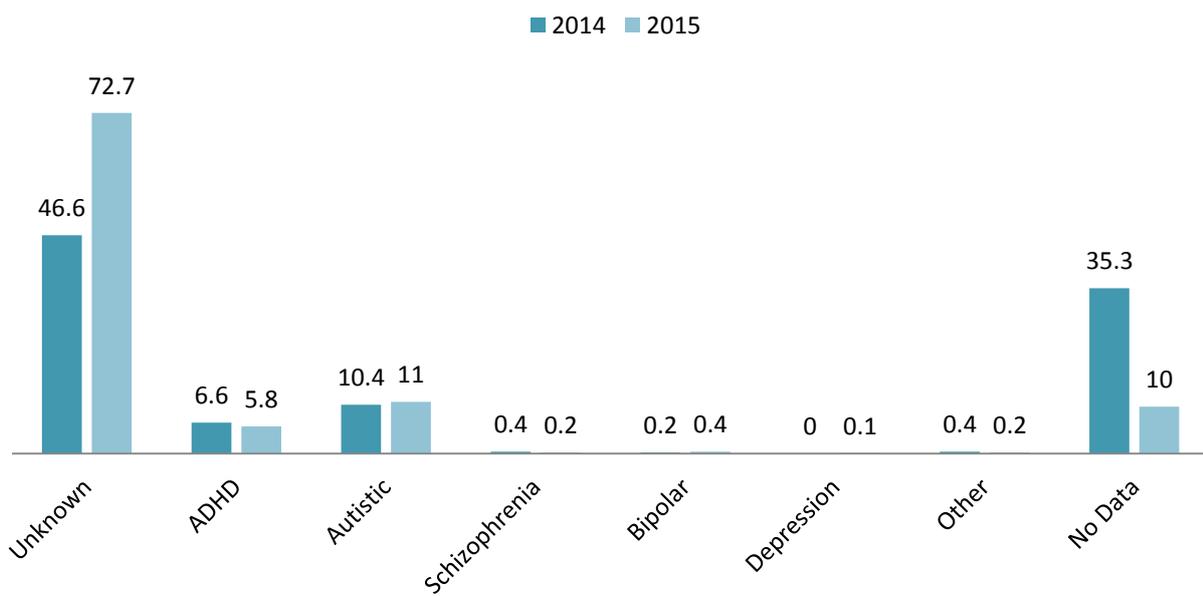
Children with Down Syndrome

Down syndrome	2014	2015
No. of Students	198	232
%	14.6	18.5

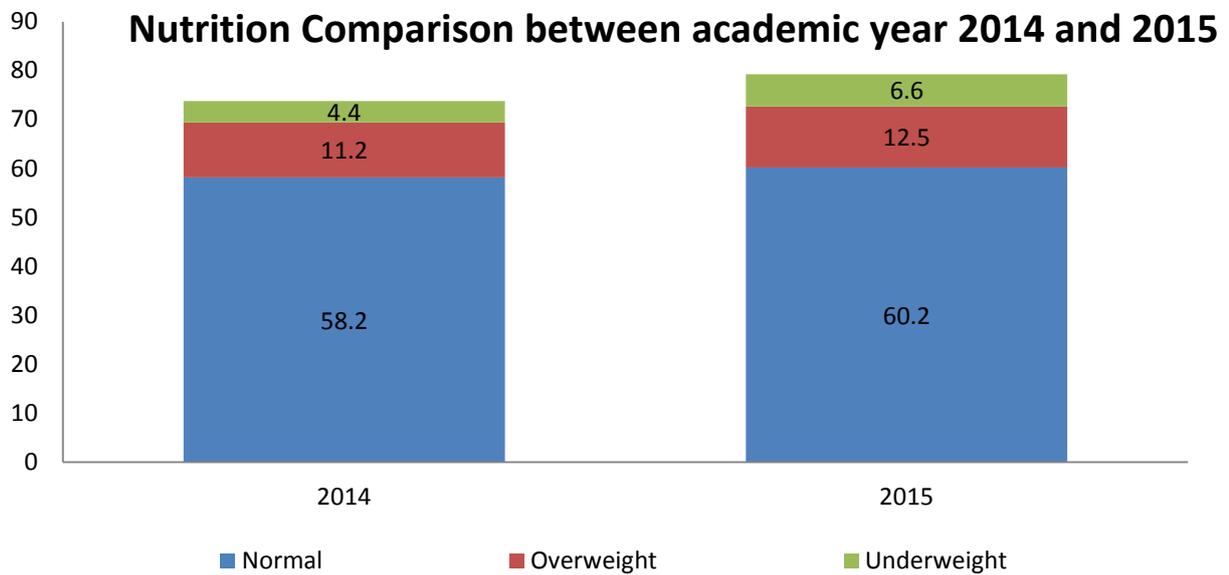
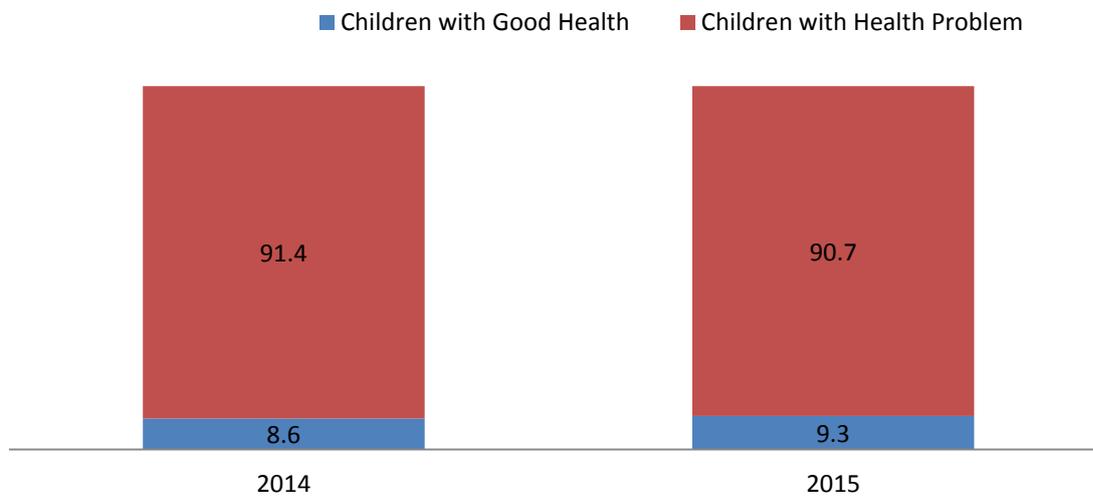
Percentage of Congenital Disease



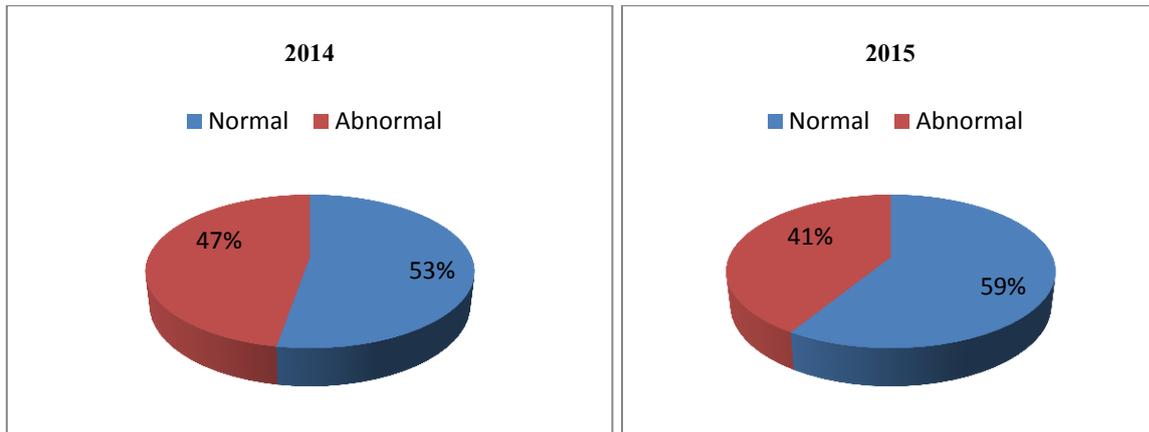
Percentage of Psychiatric Disorder



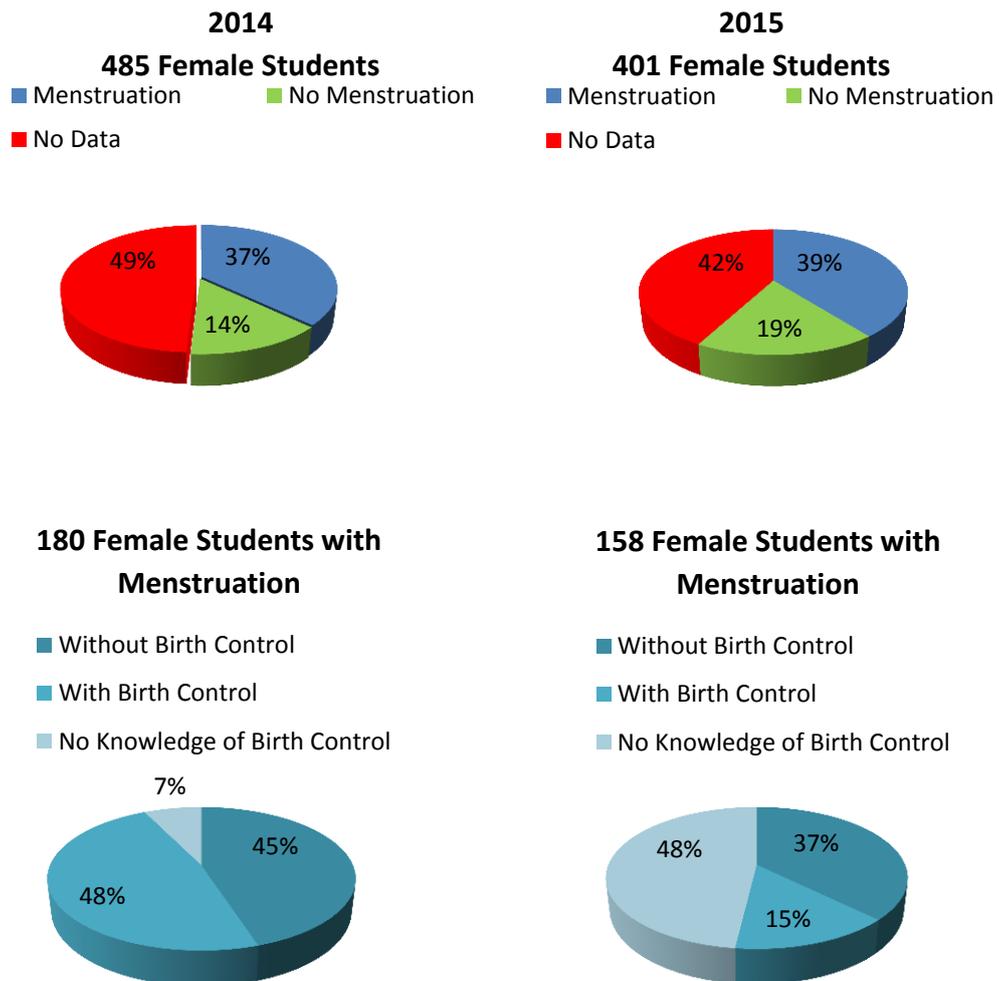
Health Comparison between academic year 2014 and 2015



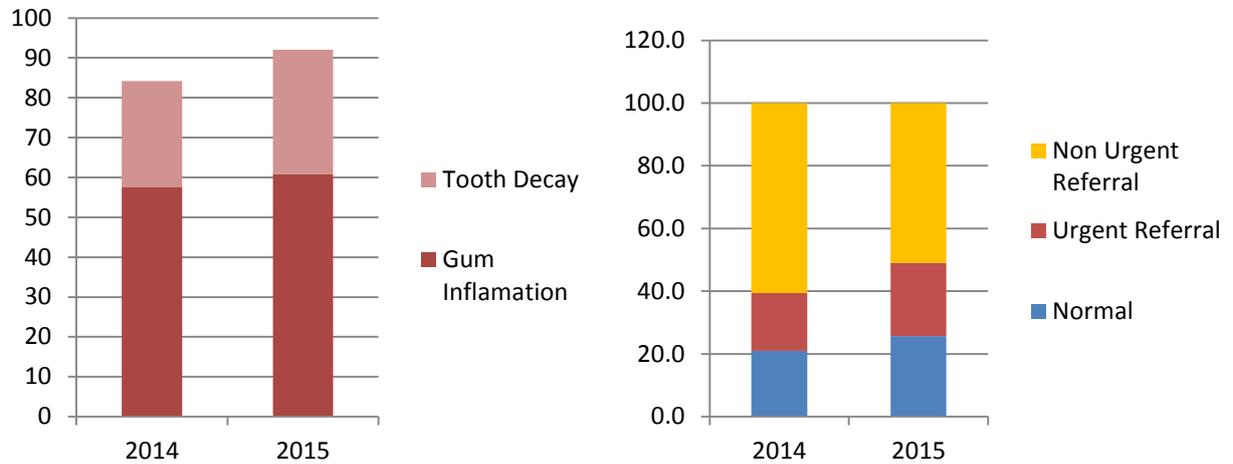
Visual Disorder



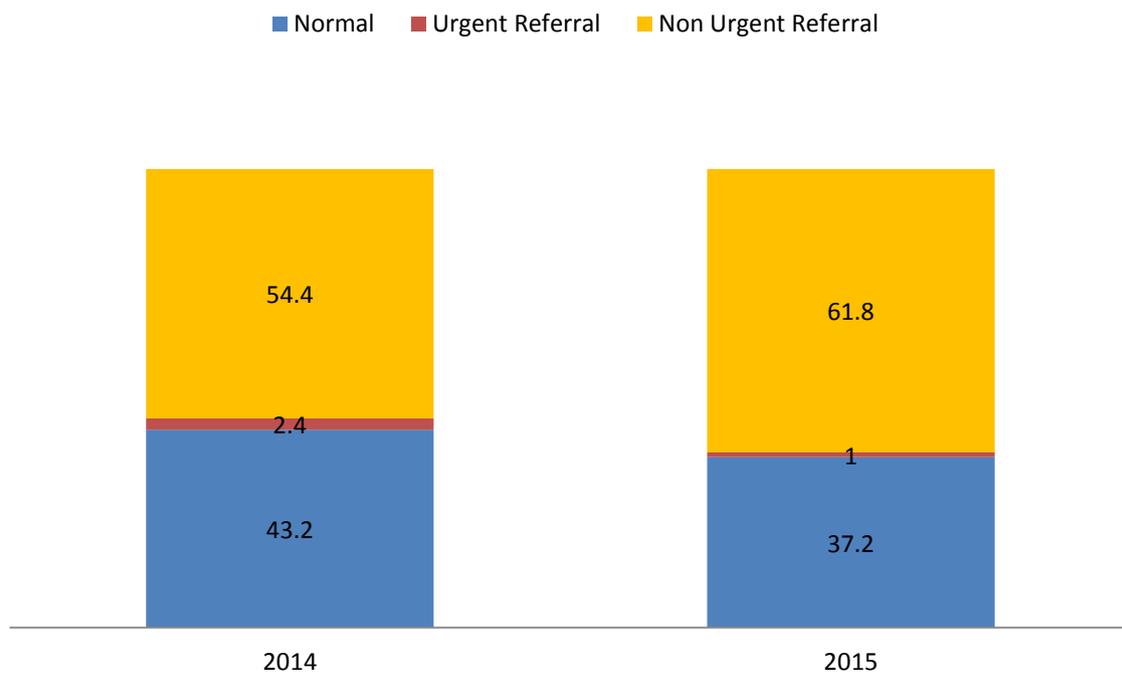
Menstruation Data



Oral Health Comparison between Academic Year 2014 and 2015



Physical and Mental Health Referrals Comparison between Academic Year 2014 and 2015



Appendix B

Home Visit Case Studies

Special Olympics Healthy Communities Home Visit : 13 case studies

1. Chanathip Sae-yah (Ig-Q), male age 6



Study : Primary (Prathom) 1 at Kawila Anukul sSchool, Chiangmai

Home Address : 174/1 Moo 5 Tambol Namprae, Amphur Hangdong, Chiangmai

Father : Thawat Sah-yah, age 26, clothes merchant

Mother : Wipa Sae-yah, age 30, housewife

HC Screening Status : History of cardiac surgery, low body weight, stained teeth, unable to determine visual screening, Thyroid, Down Syndrome, irregular bowel system.

Self care : able to eat and daily hygiene

Communication : can speak long sentences and understand basic conversation

Social : interact well with family and classmates

Behaviour : cheerful, like to participate in activities, will hit his own head if angry.

2. Chockchai Hattenbach (David), male age 10



Study : Primary (Prathom 1) at Kawila Anulkul School, Chiangmai

Home Address : 115/80 Mooban Boonsong War Kohklang, Tambol Tahwangtan, Amphur Sarapee, Chiangmai

Father : Winfred Hattenbach, age 70 (living in Europe)

Mother : Achara Boonmee, age 53, housewife

HC Screening Status : over weight, abnormal right eye visual, tooth decay

Self care : able to do everything for own self

Communication : able to hold normal conversation, able to describe past happenings

Social : interact well with family and classmates, but some times bully weaker classmates

Behaviour : cheerful, like to participate in activities, enjoy eating

3. Ketsiri Kongraj (Sanee) female age 16



Study : Primary (Prathom) 6 at Phuket Punyanukul School

Home address : 3/2 Thung Maprao, Rongnan Furniture road, Amphur Tai using, Pang-nga

Father : no information

Mother : Fatima Kongraj, age 56, housewife

HC Screening Status : over weight, abnormal visual on both eyes, Down syndrome, history of epilepsy

Self care : able to do everything for own self, able to help mother wash dishes and

make the beds Communication : can have normal conversation, able to read easy words and count a few numbers.

Social : interact well with family and classmates

Behaviour : cheerful but can lose temper easily, talkative, like to participate in activities, like to dress up and put make up.

4. Parnkaew Bohna, female age 19



Study : Secondary (Mathayom) 3 at Phuket Punyanukul

Home address : 83 moo 5, Tambol Talingchan, Amphur Nuaklong, Krabi

Father : Muadson Bohna, company employee

Mother : Hawa Bohna, Tambol local council

HC Screening Status : abnormal visual on both sides, tooth decay, menstruated but not aware of birth control practices, history of heart spasm

Self care : able to do everything for own self

Communication : can have normal conversation, can not read, write or count

Social : interact well with family and classmates

Behaviour : cheerful, talkative but will become quiet if unhappy

5. Siring apron Piyapattana (Mimi), female age 13



Student : Primary (Prathom) 2 at Punyawittikorn School, Bangkok

Home address : 12 Ladprao, Bangkok

Father : Prinya Piyapattana, age 43, own business

Mother : Suthiporn Piyapattana, age 43, housewife

HC Screening Status : problem with physical balance (must be supported when walking), history of abdominal tube feeding until age 6, very low body weight - Hypo Thyroid.

Self care : able to dress and clean own self but not very well (require some help)

Communication : understand basic conversation

Social : moderate interaction

Behaviour : self infliction - often pinch or bite own self, and some times to other people. Like to sing and listen to music

6. Wanchai Seeton (Tan), male age 9



Study : Primary (Prathom) 1 at Punyawittikorn School

Home address : 365 Bang sue, Bangkok

Father : Taew Duaynangram, construction employee

Mother : Wansri Srivichaiay, age 46, housewife

HC Screening Status : autistic, dental problem, weak muscles

Self care : able to do bath and dress but not well, need support

Communication : unable to speak in sentences, make sound to communicate, understand basic instructions

Social : will greet others using hand gestures but will not interact

Behaviour : not cheerful, like music

7. Parichat Jaritrum (Jung Gum), female age 12



Study : PrimRy (Prathom) 1 at Ubol Punyanukul School

Home Address : 98 Moo 1 Tumbol MuNgpai, Amphur Krasang, Ubol Rachanthani

Father : Uthai Kortgunya

Mother : Napawan Jaritrum

Current Parent : Pisamai Jaritrum (aunt)

HC Screening Status : Scurvy (due to Vitamin C deficiency) , skin have blisters and pus, Down syndrome

Self care : able to do everything for own self

Communication : can have basic conversation but can not read or write

Social : interact well with family, classmates and community.

Behaviour : cheerful and polite

8. Aphisit Chaiyayong (Chok) , male age 9



Study : Primary (Prathom) 4 at Ubol Punyanukul School

Home address : 130 Moo 8, Tumbol Kamtahuan, Amphur Muang, Mookdaharn

Father : Vichai Duangthong (deceased)

Mother : Noonil Chaiyayong, labourer

HC Screening Status : 3 decayed teeth, skin wound due to mosquito bites, slightly low weight, short attention, weak grip in left hand

Self care : able to do everything for own self, can wash own clothes and dishes but not that clean, can buy things and count money

Communication : can have normal conversation, can read and write

Social : interact well with family and classmates, but some times fight at school

Behaviour : helpful, naughty and stubborn.

9. Worawat Papong (Un), male age 15



Study :Secondary (Mathayom) 4 at Ubol Punyanukul School

Home address: 216 Moo 11, Somraj Road, Tampol Kudlad, Amphur Muang, Ubol Rachathani

Father : Mongkol Papong, age 49, daily wages

Mother : Busadee Maneethep, age 35, housewife

HC Screening Status : over weight, Goiter (enlarged Thyroid), tooth and gum decay

Self care : able to do everything for own self as well as washing own clothes and dishes. Help father at construction site some times.

Communication : not talkative but understand conversation. Will only speak when communicate needs.

Social : interact well with family and classmates after getting to know them for a while.

Behaviour : cheerful but quiet. Polite. Like music and play sport (Football, Table Tennis, Sepak Takraw)

10. Hatairat Taptimdee (Lookpad), female age 23



Study : Secondary (Mathayom) 5 at Supanburi Punyanukul School

Home address : 45 Moo 6 Tung Luang Road, Tumbol Bang Ngam, Amphur Sriprachan, Supanburi

Father : Prakob Taptimdee , age 64, farmer

Mother : Nop Taptimdee, age 64, farmer

HC Screening Status : Down Syndrome, overweight, asthma

Self care : able to do everything for own self

Communication : can have normal conversation with family but not with strangers.
Can read and write

Social : interact with family and classmates

Behaviour : obedient and respectful, love to draw.

11. Nichamon Theplip (Nan), female age 28



Study : Secondary (Mathayom) 5 at Supanburi Punyanukul School

Home address : 326/12 Moo 13 Soi Petchkasem, Tambol Jedihak, Amphur Muang, Rajburi

Father : Somrit Theplip, age 76, retired civil servant

Mother: Ratanaporn Theplip, age 58, retired teacher

HC Screening Status : Over weight, Autistic

Self care : able to take care for own self moderately well

Communication : not able to speak clearly, can not read

Social : only interact with family. Afraid of strangers

Behaviour : introvert, likes to watch TV

12. Suravit Poonsawad (Tang), male age 9



Study : Primary (Prathom) 4 at Lopburi Punyanukul School

Home address : 328 Paholyodhin Road, Tambol Talaychook 2, Amphur Muang, Lopburi

Father : Mana Poonsawad, age 39, Army

Mother : Dararat Poonsawad, age 38, retail

HC Screening Status : Angelman Syndrome, epilepsy, ADHD, Eye and mouth tics, uneven walk

Self care : able to put on clothes but can not take off, unable to grip, able to eat by own self

Communication : unable to speak. Understand simple instructions

Social : interact well with family. Becomes excited when meeting strangers

Behaviour : cheerful, naughty and stubborn

13. Kunasin lamdara (Junior), male age 18



Study : Secondary (Mathayom) 6 at Lopburi Punyanukul School

Home address : 9116 Moobaan Sapan 7 Townhouse, Saranrom Road, Tabol Talaychook, Amphur Muang, Lopburi

Father : Taweesak lamdar, age 52, Engineer Project Manager

Mother : Ubol lamdara, age 50, housewife

HC Screening Status : Autistic, asthma, overweight

Self care : able to do everything for own self and able to help with housework

Communication : able to conduct basic conversation and write

Social : aggressive and crying when upset

Behaviour : cheerful, like to participate in activities

Appendix C

Developed Resources

HC Project : RESOURCES

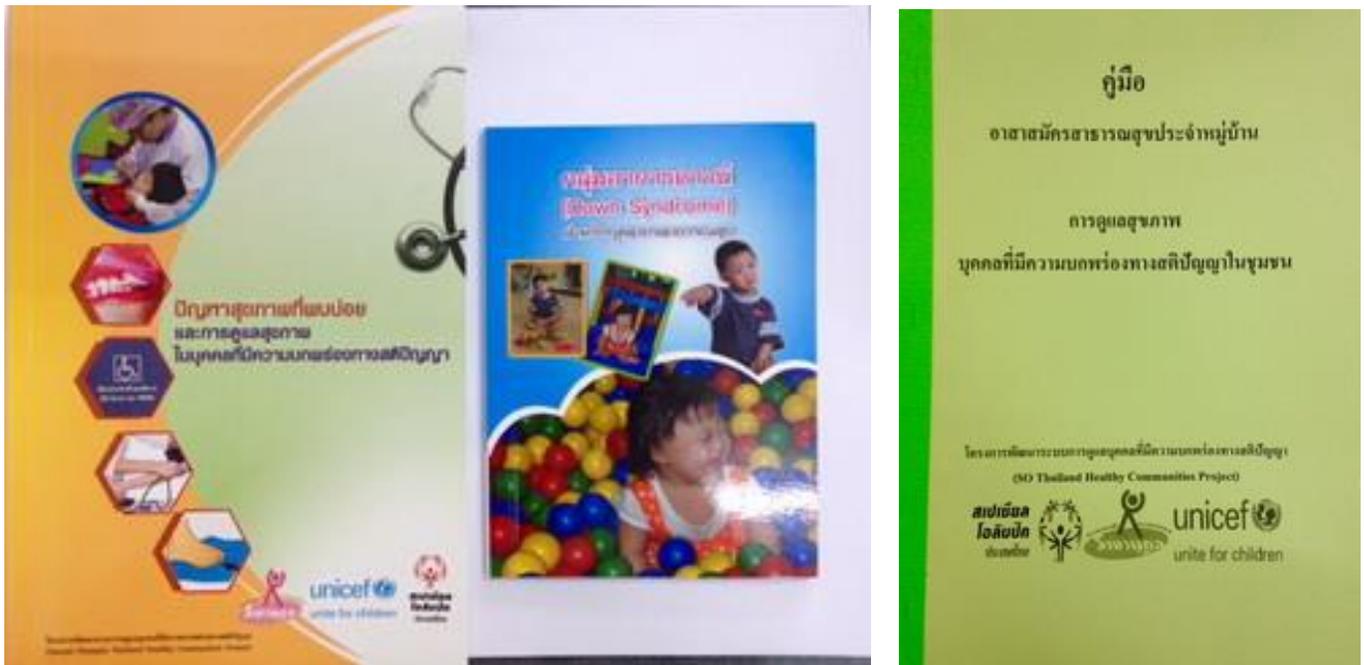
1. Health Assessment Booklet for Children with Intellectual Disability



2. Handbook for Healthcare Provider to assess health and record data of Children with Intellectual Disability



3. Handbook for Healthcare Provider
on issues of healthcare for Patients with Intellectual Disability



4. Pamphlet for Families of Children with Intellectual Disability



Appendix D

Global Healthy Communities

Metrics Chart

(by Special Olympics International)

Appendix 1: Healthy Communities Metrics Chart

Pillar	Metric(s)	Thailand	Malaysia	Mexico	Peru	Romania	Kazakhstan	South Africa	Malawi	Wisconsin	Arizona	Kansas	New York	Florida	New Jersey	Total all HCs Year 1	Total all HCs Year 2	Total all HCs Year 3	CDC to date	Golisano to date	Total all HCs to date
Infuse expanded health services, including ones focused on diseases of extreme poverty, into all Special Olympics' worldwide, year round events & programming	# of HA clinics	32	22	47	26	52	28	73	24	39	73	23	66	160	32	188	216	293	393	304	697
	# of Healthy Athletes screenings/exams	4629	2388	8278	2353	6897	3201	9003	3298	4875	9035	1964	7046	18598	7220	25431	26993	36361	48738	40047	88785
	# of locations where Healthy Athletes was offered for the first time	2	0	4	0	2	3	9	4	1	9	0	4	14	2	10	18	26	30	24	54
	# of Healthy Athletes clinics in new locations	3	0	16	0	8	8	56	13	3	25	0	6	15	3	38	51	67	52	104	156
	# of screenings/exams conducted at clinics held in new locations	423	0	4155	0	1671	449	7259	1819	374	3249	0	365	730	171	4849	6621	9195	4889	15776	20665
	# of family health forums	10	7	10	14	7	10	6	8	11	1	3	2	9	1	22	35	42	27	72	99
	# of family members/caregivers educated on the health of people with ID at Family Health Forums and other events	496	439	1037	424	486	348	730	488	106	240	115	11	544	578	1650	1759	2633	1594	4448	6042
	# of coach health education sessions	17	5	10	2	4	6	14	21	9	21	2	5	0	4	13	38	69	41	79	120
	# of coaches/teachers educated on the health of people with ID	51	71	466	68	162	20	354	52	132	160	18	205	1	180	408	596	936	696	1244	1940
	# of athletes educated on health within Athlete Leadership Programs (ALPs)	169	0	4	68	1	11	76	3	36	80	0	3	24	194	97	285	287	337	332	669
# of athletes educated on health outside of ALPs	45	18	18	8	997	10	807	216	11032	2200	237	3212	349	1064	7914	5965	6334	18094	2119	20213	
# of Health Resources (e.g. curricula, presentations) developed for training Health Advocates	4	0	8	5	2	0	4	10	2	5	4	2	10	2	12	20	26	25	33	58	
Create local Healthy Community networks for health providers engaged in Special Olympics' health work & committed to providing ongoing health resources & services to people with ID & their families outside of SO	# of healthcare professionals and students trained at HA clinics	541	495	2214	407	1081	758	864	447	872	1929	493	1705	2721	603	4532	4807	5791	8323	6807	15130
	# of health professionals, community health workers and students educated on the health of people with ID at other events	442	159	2203	807	432	872	74	0	544	316	309	266	251	20	967	1576	4152	1706	4989	6695
	# of resources (e.g. curricula, presentations, handouts) created to train healthcare professionals or students	3	0	5	8	10	0	5	1	7	9	2	3	7	2	22	19	21	30	32	62
	# of healthcare professionals agreeing to be listed as provider willing to treat people with ID	46	0	802	40	74	16	28	63	4	32	39	7	847	35	357	337	1339	964	1069	2033
	# of Universities/Schools made commitments to provide better education on how to work with people with ID, including commitments to changing curricula	0	2	7	4	9	1	4	0	1	2	5	3	4	4	22	12	12	19	27	46
	# of additional experts engaged at Healthy Community events (e.g. speakers, helping develop materials, etc)	33	54	53	30	38	5	21	47	20	14	4	45	31	15	106	100	204	129	281	410
	# of wellness opportunities	2	6	6	3	13	3	5	1	18	4	6	8	8	13	36	38	22	57	39	96
	# of people with intellectual disabilities engaged in wellness opportunities	117	68	10936	56	1120	1208	566	25	272	5466	2003	211	2122	3146	2043	7841	17432	13220	14096	27316
	# of athletes receiving referrals for follow-up care	3153	156	868	1089	1371	374	379	23	484	727	241	152	1443	27	739	3463	6285	3074	7413	10487
# of athletes receiving follow-up care	1769	17	685	723	626	228	74	9	11	212	37	21	473	9	271	1916	2707	763	4131	4894	
Create global Healthy Communities coalition of leading businesses, NGOs & governments that support SO's health work & increase access to health resources & services through macro-level action	# of local partners	10	11	18	16	36	13	10	14	18	20	18	17	36	11	98	71	79	120	128	248
	Funding Amount in \$ (from partners and SO Program)	\$ 154,431.00	\$ 1,583.66	\$ 200.00	\$ 19,700.00	\$ 119,171.07	\$ 146,000.00	\$ 12,673.00	\$ 420.00	\$ 53,000.00	\$ 1,257,995.58	\$ 105,570.00	\$ -	\$ 1,271,648.54	\$ 257,918.80	\$ 1,116,007.72	\$ 1,115,790.93	\$ 1,168,513.00	\$ 2,946,132.92	\$ 454,178.73	\$ 3,400,311.65
	Value-in-Kind (VIK) Amount in \$ (from partners and SO Program)	\$ 123,350.00	\$ 30,075.89	\$ 23,581,669.00	\$ 160,626.00	\$ 290,505.00	\$ 190,414.00	\$ 22,260.19	\$ 7,674.41	\$ 30,803.33	\$ 814,952.05	\$ 98,571.00	\$ 376,966.00	\$ 636,410.00	\$ 235,884.00	\$ 655,035.33	\$ 1,187,049.73	\$ 24,758,075.81	\$ 2,193,586.38	\$ 24,406,574.49	\$ 26,600,160.87
	# of changes in policy	1	0	5	4	1	1	0	1	1	3	1	3	3	1	2	16	7	12	13	25
	# of policy activities (e.g. meetings with government officials, policymakers touring HA) aimed to influence health policies for people with ID	16	16	31	24	25	19	17	22	24	25	18	21	20	22	83	110	107	130	170	300
	# of articles and presentations about Healthy Communities	17	10	100	51	72	29	17	32	61	27	22	40	51	11	173	202	165	212	328	540
	# of Health Advocates receiving health messages via traditional (newsletters, pamphlets, website, emails) and social media (Facebook, Twitter)	1723	11138	16735	38706	64405	270	340	1000216	692320	39616	33647	13218	92801	3735	18454	1465510	524906	875337	1133533	2008870
# of practices replicated/adapted from other Healthy Communities	2	0	1	8	3	5	5	0	2	2	4	4	2	2	5	16	19	16	24	40	
Develop world class bio-informatics capability to monitor longitudinal health outcomes for people with ID to measure progress, inform public policy leaders, and demand health justice worldwide	# of health-related sms reminders sent to athletes	3550	0	0	0	1088	0	0	0	274	36	0	55	0	174	128	1284	3452	539	4638	4864
	# of phone numbers collected from athletes/caregivers to receive health related text messages	1442	31	32	128	886	0	2089	309	785	444	11919	351	136	37	17527	1062	0	13672	4917	18589

Appendix E

Media Publications

'บิล คลินตัน' มอบทุน พัฒนาสุขภาพผู้พิการ

บิล คลินตัน อดีตประธานาธิบดีแห่งสหรัฐอเมริกา ได้มอบทุนสนับสนุนโครงการ Special Olympics Healthy Communities เพื่อพัฒนาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้พิการทางสมองและปัญญาให้กับ 7 ประเทศทั่วโลก ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่ได้รับเลือกในโครงการนี้ เนื่องจาก **ทอม โกลิสซาโน** นักธุรกิจใจบุญ ได้มอบทุน 12 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (ประมาณ 360 ล้านบาท) เพื่อสนับสนุนการแก้ปัญหาดังกล่าว

ปัจจุบันผู้พิการทางสมองและปัญญาหลายล้านคนในโลกนี้ยังขาดโอกาสรับบริการในระบบสาธารณสุขอย่างทั่วถึง ดังนั้นประชากรกลุ่มนี้จึงประสบปัญหาทางด้านสุขภาพ และมีการเจ็บป่วยติดเชื่อในอัตราสูงเป็นผลให้บุคคลกลุ่มนี้ต้องทุกข์ทรมานกับสภาพที่เจ็บป่วยและอาการเรื้อรังต่างๆ นานา ทั้ง ๆ ที่โรค หรือปัญหาทางสุขภาพเหล่านี้สามารถหลีกเลี่ยงได้ หากได้รับการตรวจสอบดูแล และป้องกันแต่เนิ่น ๆ

โครงการ Healthy Communities จะเปิดตัวในประเทศไทย และ 6 ประเทศทั่วโลก (มาเลเซีย, เม็กซิโก, เปรู, โรมาเนีย, มาเลเซีย และแอฟริกาใต้) เนื่องจากโครงการนี้มีวัตถุประสงค์ ต้องการยกระดับเพื่อพัฒนาสุขภาพของผู้พิการทางสมองและปัญญาโดยขยายการบริการด้านสุขภาพและสาธารณสุขไปสู่ทั้งนักกีฬาและผู้พิการทางปัญญาอื่นๆ



ในชุมชน

ริชมอรี ไชร์เวอร์ ประธานและซีโอโอของสเปเชียลโอลิมปิกสากล กล่าวว่า รายงานที่เราได้รับเกี่ยวกับอุปสรรคทางการแพทย์และสภาพปัญหาด้านสุขภาพของบุคคลกลุ่มนี้จากประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกนั้น น่าวิตกมาก โรคร้ายแรง เช่น มะเร็ง และปัญหาสุขภาพ อาทิ กระดูกเปราะบาง ปัญหาการมองเห็น ฯลฯ เพิ่งจะได้รับการตรวจพบเมื่อผู้พิการทางปัญญาเข้าร่วมกิจกรรมของสเปเชียลโอลิมปิก กองทุนนี้จะเปิดประตูให้ผู้ที่ขาดการดูแลสุขภาพได้รับโอกาสที่จะนำไปสู่การป้องกันและการบำบัดรักษา โดยเราหวังว่า นี่เป็นจุดเริ่มต้นของการสนับสนุนที่ให้คุณประโยชน์สูงสุดสำหรับชีวิตของผู้พิการทางสมองและปัญญา

ส่วน **ทอม โกลิสซาโน** ผู้บริจาคกองทุนบอกว่า การที่องค์กรกีฬาสามารถสร้าง

เครือข่ายองค์กรพันธมิตรที่นำบริการสุขภาพไปสู่คนที่ฟากกลุ่มเป้าหมายโดยตรงมากกว่าหนึ่งล้านคนทั่วโลก ไม่ใช่เรื่องง่าย

“ผมแทบไม่เชื่อว่าโอกาสในการรับบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขของผู้พิการทางปัญญานั้นด้อยและจำกัดกว่าคนทั่วไป เราต้องการผลักดันให้เกิดการร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ให้มาเป็นพันธมิตรทำงานให้สอดคล้องเกี่ยวข้องกัน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน ผมหวังว่า การเปิดตัวโครงการนี้ในการประชุม Clinton Global Initiatives ท่ามกลางผู้เข้าร่วมประชุมระดับผู้นำของโลกนั้น จะช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ดีขึ้นและผลักดันให้เกิดการสนับสนุนเพิ่มขึ้น”

“โดยประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่ได้รับการคัดเลือก เพื่อให้ความช่วยเหลือตรงกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะผู้พิการนอกกระบวนของหน่วยงาน (เช่น โรงเรียน ศูนย์ หรือสถานประกอบการอาชีพ) และในพื้นที่ห่างไกลระบบสาธารณสุข ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้มักจะไม่ได้อยู่ในระบบการสำรวจของทางการ”

ริชนีวรรณ บุลกุล ผู้อำนวยการประเทศของสเปเชียลโอลิมปิกไทย บอกว่า ทางเราจะร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่น และสาธารณสุขจังหวัดในการให้ความรู้แพทย์พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ออกตรวจพื้นที่ในชุมชนต่างๆ เพื่อให้บริการที่ครอบคลุมผู้พิการกลุ่มเป้าหมายนี้

ทั้งนี้ นอกจากการขยายการให้บริการตรวจสุขภาพนักกีฬาภายในรายการแข่งขัน 7 สาขา (สายตา, การได้ยิน, ปากและฟัน, เท้า, สมรรถภาพ, โภชนาการ, สุขภาพทั่วไป) แล้วโครงการ Healthy Communities จะนำไปสู่การแก้ปัญหาโรคร้ายแรง ซึ่งมักเกิดในชุมชนยากจน อาทิ มาลาเรีย วัณโรค โรคติดต่อ (นำพาจากน้ำสกปรก) เป็นต้น



'บิล'มอบทุน'สเปเชียลโอลิมปิกไทย'

Sport Focus

ป.มาศตระกูล
worldtoday@watta.co.th

อดีตประธานาธิบดีแห่งสหรัฐอเมริกา นายบิล คลินตัน ประกาศมอบทุนสนับสนุนโครงการ **Special Olympics Healthy Communities** เพื่อพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้พิการทางสมองและปัญญาให้กับ 7 ประเทศทั่วโลก ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่ได้รับเลือกในโครงการนี้

นายคลินตันกล่าวว่า นายทอม โกลิสซาโน นักธุรกิจใจบุญได้มอบทุน 12 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (ประมาณ 360 ล้านบาท) เพื่อขยายการให้บริการทางสุขภาพ การแพทย์ และสาธารณสุขให้กับบุคคลที่พิการทางสมองและปัญญา ซึ่งเป็นประชากรผู้พิการกลุ่มใหญ่ที่สุดของโลกที่ขาดการดูแล และการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยเปิดตัวโครงการชื่อว่า Special Olympics Healthy Communities ในการประชุมใหญ่ประจำปีของ Clinton Global Initiatives

โครงการ Healthy Communities จะเปิดตัวในประเทศไทย



บิล คลินตัน มอบทุนให้โครงการ Special Olympics Healthy Communities

และ 6 ประเทศทั่วโลก (มาเลเซีย เม็กซิโก เปรู โรมาเนีย มาลาวี และแอฟริกาใต้) โดยจะขยายผลจากโครงการนักกีฬาสุขภาพดี (Healthy Athletes Program) ซึ่งดำเนินการในสเปเชียลโอลิมปิกทั่วโลกมากกว่า 15 ปีแล้ว

“การมอบทุนสนับสนุนครั้งนี้ เกิดจากการชื่นชมผลงานของสเปเชียลโอลิมปิก ในการดำเนินโครงการนักกีฬาสุขภาพดีมากกว่า 10 ปีที่ผ่านมา” นายโกลิสซาโน ผู้บริจาคกองทุนอธิบาย “การที่องค์กรกีฬาสามารถสร้างเครือข่ายองค์กรพันธมิตรที่นำบริการสุขภาพไปสู่นักกีฬากลุ่มเป้าหมายโดยตรงมากกว่า 1 ล้านคนทั่วโลก ไม่ใช่เรื่องง่าย ผมแทบไม่เชื่อว่าจะโอกาสในการรับบริการทางการแพทย์และสา-

ธารณสุขของผู้พิการทางปัญญานั้น ด้อยและจำกัดกว่าคนทั่วไปมากเหลือเกิน และไม่ได้อยู่ในสายตาหรือการรับรู้ของผู้ให้บริการ ระบบการบริการ รัฐบาล และเครือข่ายผู้นำทางสุขภาพของโลกเลย เราจึงต้องผลักดันให้เกิดการร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ให้มาเป็นพันธมิตร ทำงานให้สอดคล้องเกี่ยวข้องกัน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน”

รัชนิวรรณ บุณกุล ผู้อำนวยการประเทศของสเปเชียลโอลิมปิกไทย ชี้แจงว่า “เราจะร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่นและสาธารณสุขจังหวัดในการให้ความรู้แพทย์ พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ออกตรวจพื้นที่ในชุมชนต่างๆ เพื่อการบริการที่ครอบคลุมผู้พิการกลุ่มเป้าหมายนี้”



สก๊อปหน้า 1 เดลินิวส์

ต่อเนื่องหน้า 1

ประเด็น “สุขภาพเด็ก” ถือเป็นเรื่องสำคัญที่สังคมต้องสนใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับ “เด็กพิการทางสติปัญญา” ที่ยังคงมีปัญหาค่อนข้างมาก จาก “ปัญหาการสื่อสาร” ที่ไม่สามารถ “พูด-บอก-เขียน-อธิบาย” ให้คนทั่วไปเข้าใจได้ในกรณีที่เกิดอาการเจ็บป่วย มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ จนประสบความทุกข์ทรมาน รวมถึงมีผลทำให้ อาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น จากการใช้เด็ก ๆ ไม่สามารถสื่อสารกับคนทั่วไปได้ ซึ่งกรณีดังกล่าวกระทบต่อ “ชีวิตเด็ก” รวมถึงกระทบกับ “สิทธิของเด็ก” ด้วย โดยมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้พิการกลุ่มอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม ในเรื่องนี้ก็มีความพยายามค้นหา “แนวทางแก้ไข” เพื่อจะลดผลกระทบ...

“ปัญหาสุขภาพ” ใน “ผู้พิการทางสติปัญญา”

เป็นเรื่องที่ “ซ้ำเติมทุกข์” ชีวิตผู้พิการกลุ่มนี้

ทั้งยัง “มีปัญหาหนักกว่า” ผู้พิการกลุ่มอื่น ๆ

ทั้งนี้ เกี่ยวกับ “ปัญหาสุขภาพ” ใน “ผู้พิการทางสติปัญญา”

นี้ เมื่อเร็ว ๆ นี้ได้มีการเปิดตัว โครงการตรวจสุขภาพสำหรับผู้พิการทางสติปัญญา ขึ้น ที่โรงเรียนกวีละอออุตุ จังหวัดเชียงใหม่ จัดโดย คณะกรรมการสเปเชียลโอลิมปิกแห่งประเทศไทย ด้วยการสนับสนุนจาก ยูนิเซฟ ประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้พิการกลุ่มนี้ ทั้งยังเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้พิการกลุ่มนี้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพมากขึ้นอีกด้วย ซึ่งในอนาคตอาจขยายผลจาก “ผู้พิการทางสติปัญญา” ไปสู่กลุ่มผู้พิการด้านอื่น ๆ และนักกีฬาคนพิการด้วย...

ทำไมต้องเป็นผู้พิการกลุ่มนี้?? กับเรื่องนี้ รัฐมนตรีพล บุญกุล ผู้อำนวยการคณะกรรมการสเปเชียลโอลิมปิกแห่งประเทศไทย ได้อธิบายผ่าน “สก๊อปหน้า 1 เดลินิวส์” ว่า...จากข้อมูลการสำรวจความพิการ ปี 2555 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ และสถาบันราชานุกูล กระทรวงสาธารณสุข พบว่า...ประเทศไทยมีผู้พิการทางสติปัญญา มากกว่า 800,000 คน โดยมีผู้พิการเพียงร้อยละ 10.7 เท่านั้น ที่ลงทะเบียนในระบบสาธารณสุข ที่สามารถเข้ารับบริการจาก “ระบบสุขภาพ” โดยยังมีผู้พิการทางสติปัญญาอีกมากที่เข้าไม่ถึง และไม่ได้

‘พิการสมอง’ ลือไม่ได้

‘ต้องใส่ใจ’

ปกป้อง ‘สิทธิสุขภาพ’

รับการดูแลรักษาที่ดีพอ จนทำให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งยังพบว่า...เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากอาการต่าง ๆ สูงกว่าผู้พิการกลุ่มอื่น ๆ จนเกิดความทุกข์ทรมาน จึงเป็นที่มาของโครงการดังกล่าว...

เพื่อบรรเทาผลกระทบให้กับผู้พิการเหล่านี้...

“เมื่อเทียบกับผู้พิการด้านอื่นแล้ว ผู้พิการทางสติปัญญาจะมีปัญหาเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพมากที่สุด เพราะมีอาคารและพฤติกรรมไม่เหมือนกับผู้พิการกลุ่มอื่น ผู้พิการกลุ่มนี้มีปัญหาไม่สามารถสื่อสารให้คนทั่วไปเข้าใจได้ว่าต้องการอะไร โดยเฉพาะเมื่อ

มีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ซึ่งถือว่ามีความมากกว่าผู้พิการกลุ่มอื่น ทั้งที่ปัญหาสุขภาพเหล่านี้หลีกเลี่ยงและป้องกันได้ หากได้รับการ ตรวจและป้องกันแต่เนิ่น ๆ...ผู้บริหารสเปเชียลโอลิมปิกไทยกล่าว ถึงสาเหตุที่จำเป็นต้องจัดตั้งโครงการ "ตรวจสอบสุขภาพผู้พิการทางสติ ปัญญา" ขึ้นมา โดยในช่วงเริ่มต้น...โฟกัสกันที่ "เด็ก"

พร้อมทั้งระบุอีกว่า...โครงการดังกล่าว เป็นส่วนหนึ่งของ โครงการชุมชนสุขภาพดี (Healthy Communities) ภายใต้การดูแล ของคณะกรรมการสเปเชียลโอลิมปิกแห่งประเทศไทย ที่สนับสนุน



โดย ยูนิเซฟ โดยมีเป้าหมายพัฒนาสุขภาพผู้พิการทางสติปัญญา ด้วยการยกระดับ "คุณภาพชีวิต" และยังเป็นการเสริมสร้างความร่วมมือ ร่วมกันระหว่างองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ "ระบบสาธารณสุข ชุมชน" รวมถึง "ระบบสุขภาพ" กิจกรรมที่มีอาทิ...ส่งเสริมให้จัดทำ บันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับสุขภาพผู้พิการทางสติปัญญา ในรูปแบบ "สมุด บันทึกรายสุขภาพ" โดยเฉพาะในเด็กพิการทางสติปัญญา ให้เกิดระบบ ข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ในอนาคต

ทั้งนี้ โครงการดังกล่าวนอกจากจะนำร่องกันในพื้นที่เชียงใหม่

แล้ว ยังมีเป้าหมายที่จะขยายไปอีก 5 จังหวัด ได้แก่ ลพบุรี อุบลราชธานี สุพรรณบุรี ภูเก็ต และกรุงเทพฯ โดยจะเน้นการสร้าง ความรู้ให้แก่ "แพทย์-พยาบาล-อาสาสมัครสาธารณสุข" ที่เป็นผู้ให้ บริการโดยตรงแก่ "ผู้พิการทางสติปัญญา" เหล่านี้ เพื่อให้เกิดความ เข้าใจ รวมถึงยังต้องการขยายไปสู่หน่วยงานสาธารณสุข รวมถึงองค์กร ท้องถิ่นต่าง ๆ และเครือข่ายด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึง "ระบบสุขภาพ" ได้อย่างทั่วถึง และพอเพียง...

ให้ตระหนักถึง "อุปสรรคสุขภาพ" ในผู้พิการกลุ่มนี้ "ยิ่งลงพื้นที่ก็ยิ่งพบว่ามีความยาก อย่างเช่นกรณีหนึ่ง ที่ จังหวัดชุมพร พบว่า นอกจากเด็กจะพิการทางสติปัญญาแล้ว เด็กยังมีอาการของโรคหัวใจร่วมด้วย ซึ่งเด็กไม่สามารถรักษาในโรงพยาบาล ท้องถิ่นได้ พ่อแม่จึงต้องพาเข้ารับรักษาที่กรุงเทพฯ ซึ่งใช้เวลาค่อนข้าง นานในการรอแพทย์ โดยเมื่อเด็กต้องรอเป็นเวลานาน ๆ ก็จะมีอาการ หงุดหงิด ไม่ยอมให้รักษา จนพ่อแม่ผู้ปกครองรู้สึกสงสาร ประกอบ กับมีเรื่องการเดินทาง และค่าใช้จ่ายด้วย จึงไม่ได้พาเด็กเข้ารับรักษาอีก นี่ก็เป็นอีกอุปสรรคสำคัญ"...ผู้บริหารสเปเชียลโอลิมปิกไทย กล่าว

และย้ำทิ้งท้ายว่า...ปัจจุบันมีผู้พิการทางสติปัญญาหลายล้าน คนในโลก ที่ยังขาดโอกาสเข้ารับบริการในระบบสาธารณสุขอย่างทั่วถึง จนยิ่งประสบปัญหาสุขภาพ เจ็บป่วยติดเชื่อในอัตราที่สูง และได้รับความ ทุกข์ทรมานมากขึ้น ทั้ง ๆ ที่ปัญหาเหล่านี้หลีกเลี่ยงได้ หากได้ รับการตรวจสุขภาพ ได้รับการดูแลสุขภาพ และป้องกันไว้แต่เนิ่น ๆ

"อุปสรรคสุขภาพ" นั้นส่งผลต่อ "ชีวิตผู้พิการ" "ป้องกันได้-หลีกเลี่ยงได้" ด้วยการดูแล-ใส่ใจ ไม่ปล่อยเป็นปัญหาใหญ่...จนสายเกินรักษา.

BUILDING HEALTHY COMMUNITIES



Special Olympics
Thailand is making
sure children
with intellectual
disabilities across
the country have
access to health
resources

STORY: **DUANGPHAT SITTHIPAT**
PHOTOS: **SUKHUM PREECHAPANICH**

Statistics from the Department of Mental Health show that out of 600,000 people with intellectual disabilities in Thailand, only 40,171 of them, or 6.25%, seek medical care from public hospitals. Children form a large part of this group and this poses a national healthcare concern — the big question being, how does Thailand increase the rate of medical treatment and consultation for the young with mental disabilities?

Since July, Special Olympics Thailand, a 28-year-old organisation best known for empowering children with intellectual disabilities through sports, began the final year of “Special Olympics Thailand’s Healthy Communities”, a health screening project for children with intellectual disabilities.

The three-year project was put into effect after Thailand became just one of

seven members of the Special Olympics selected by the Clinton Global Initiative in 2013, to spin off its comprehensive health screening programme, “Special Olympics Healthy Athletes”, the screening programme that has been adopted for its athletes since 2005, to cover non-athlete children who barely receive public healthcare. As part of the Thailand project, an overall physical check-up by certified medical practitioners is provided in six schools for mentally-challenged students in six provinces.

According to Dr Arpaporn Puengyod, a project volunteer, the problem is not because public healthcare is not accessible to these children, but because they are not introduced to healthcare. She thinks that the children’s inability to articulate their health conditions is one of the main factors that cause parents to take their illnesses for granted.



Personal medical logbooks are used to keep a three-year record.



A volunteer nurse examining a student.

"As adults we can voice our opinions, but with these children it's different," Dr Arpaporn said. "If their guardians don't notice anything different, they won't see anything. Communication is a major problem. Sometimes parents and teachers don't understand this."

However, Rachaniwan Bulakul, director of Special Olympics Thailand, also believes that the public healthcare system doesn't strive to encourage these parents or guardians to seek medical services.

Rachaniwan recounted the story of a Chumphon adolescent from the Special Olympics Thailand team who was suffering from cataracts and was in need of immediate treatment. His father took him on a night bus to a public hospital in Bangkok. They arrived at 5am but had to wait until 3pm to see a doctor. By the time they met with the doctor, the boy was having tantrums and the

“

As adults we can voice our opinions, but with kids it's different

doctor didn't have enough time to deal with him. Finally, father and son had to return home without receiving treatment.

"This is the real situation of patients with intellectual disabilities and their families accompanying them to get treated," Rachaniwan said. "If we don't do anything to facilitate them, such problems will only continue.

"So, aside from raising awareness among the public on the importance of seeing doctors on a regular basis, we should also raise awareness among medical professionals about the importance of understanding people with intellectual disabilities. Surely there are still misunderstandings among the care providers themselves when it comes to handling this kind of patient."

Rachaniwan, therefore, pins her hope on the health screening project to make a difference by setting a good example for government related agencies to follow.

"We are killing two birds with one stone. Because by having those medical volunteers coming to help us, we are not only giving the children the opportunity to have their health screened, but we are also letting them learn how to take care of these children so that they will be able to do or share what they have learned with others in the future."

In 2013, the first challenge for Special Olympics Thailand was to liaise with the Ministry of Public Health and Ministry of Education.

"Nowadays, we all know that each agency is not very good at working with each other," Rachaniwan said. "There are so many layers and complications, and that doesn't bring any good to the community. But we are working towards breaking down that barrier."

• Continued on page 12

• Continued from page 1

The organisation reached out to Panyanukul schools, special state schools for children with intellectual disabilities, as well as provincial health offices for recruiting medical volunteers, including doctors, dentists, nurses and physical therapists. All of them are trained by doctors from Rajanukul Institute, a governmental agency under the Department of Mental Health.

The model previously used for athletes was adjusted to better fit new targets. The project was then piloted at three Panyanukul schools in Lop Buri, Phuket and Ubon Ratchathani.

In 2014, the organisation went on to cover more schools, including Suphan Buri, Chiang Mai and Bangkok with Unicef Thailand joining the bandwagon as financial sponsor. A total of 142 volunteers from all

**Getting screened by a physical therapist.**

of the participating provinces were trained. Many returned to work this year.

Apart from medical volunteers, there are also those with no medical background. Phismai Sukajarone, a 70-year-old pensioner who has been working with a Tambon Health Promoting Hospital as an unofficial spokeswoman who promotes health in her community, joined last year. She is responsible for taking blood pressure.

"I'm proud to be able help society," Phismai said. "I'm glad that I spend my free time doing something good. I don't have any obligations so it's better than wasting time doing nothing."

On screening day, the children go through different checkpoints for height and weight, body temperature, blood pressure, dental health and eye health, as well as other physical examinations. Some are specially designed for them such as an examination on visual acuity, where pictures are put on the table for them to non-verbally match, as some of them can't read. Once they have gone through all the checkpoints, they are then assessed by a doctor, who will determine if they need further treatment. Data is collected in personal logbooks as well as on a computer. Parents are later told of their children's health through classroom teachers.

"We are trying to make the system as smooth as possible so that the families don't have excuses not to bring them to see doctors," Rachaniwan said. "Then we try to spoon-feed them with a lot of information like, 'Your child has severe tooth decay and you have to see a dentist otherwise it will affect his or her roots.' Some parents can be like, 'My child doesn't look sick at all so what's the point of bringing him or her to see a doctor?'"

A total of 1,359 children received the screening last year. The check-up found 226 children to be overweight, while 105 were underweight; 288 children had vision problems; 550 children had tooth decay; and 273 had gum inflammations. Sixteen needed to seek immediate medical treatment and 240 needed to see

**A vision acuity examination is part of the health screening.**

a dentist immediately.

Twelve out of 182 children with Down's syndrome had heart disease. An eight-year-old boy with Down's syndrome from Surin was diagnosed with Cyanotic heart disease, which meant that he must have suffered from breathing difficulties from the low oxygen levels in his blood that results from a defective heart valve without his parents being aware of it. He received treatment at a hospital in Ubon Ratchathani.

After the project was completed last year, the Department of Mental Health was motivated to expand the project to cover 14 more Panyanukul schools around the country. For that, it is hoped 5,000 more children with intellectual disabilities will receive screenings this year. The department hopes to add more provinces onto the list. Each participating province is, however, expected to carry on by itself after the project comes to a close this year.

"The ultimate goal of the project is to let each province continue without the presence of Special Olympics," Rachaniwan said.

"They need to be on their own. We can't do everything for everyone. Eventually, the community itself owns the project. That is the key."

'เด็กพิเศษ'ป่วยบอกใครไม่ได้!?! หน้า 3

'เด็กพิเศษ'ป่วยบอกใครไม่ได้!?!



ตรวจวัดความดัน

หลังจาก “คม ชัด ลึก” รายงานข่าวปัญหา สิทธิเด็กพิการที่ถูกกลืนหาย อย่างต่อเนื่องล่าสุดพบว่า มีเด็กพิเศษหรือเด็กออทิสติก ประมาณ 7,000 กว่าคนทั่วประเทศไทย ไม่ได้รับการดูแลรักษาสุขภาพเหมือนเด็กทั่วไป

กลุ่มคนพิการทางออทิสติก เป็น 1 ใน 7 ประเภทความพิการ หมายถึง บุคคลที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นผลจากความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม การสื่อความหมาย พฤติกรรม และอารมณ์โดยมีสาเหตุจากความผิดปกติของสมองและความผิดปกติที่นั่นแสดงก่อนอายุ 2 ปีครึ่ง

ปัญหาที่เกิดขึ้นคือเมื่อเด็กกลุ่มนี้รู้สึกเจ็บป่วย พวกเขาจะไม่สามารถสื่อความหมายหรือบอกพ่อแม่ผู้ปกครองได้ว่ารู้สึกไม่สบาย

แบบไหน เช่น ปวดท้อง ปวดหัว ปวดฟัน เด็กกลุ่มนี้จะไม่รู้เลยว่ามันคืออาการอะไร ขณะที่ผู้ปกครองส่วนใหญ่เองก็ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแล หรือบอกรายละเอียดไม่ได้ใจ

จากข้อมูลโรงเรียนลพบุรีปัญญานุกูล จ.ลพบุรี พบว่า “เด็กพิเศษ” ส่วนใหญ่มีปัญหา สุขภาพปากและฟัน ฟันผุ ปวดฟัน เหงือกอักเสบ ฯลฯ บางรายมีปัญหาโรคติดต่อ เช่น ไข้หวัด หิด เหา หรืออาจมีอาการป่วยของโรคเรื้อรัง เช่น ปวดท้อง โรคกระเพาะ เบาหวาน ความดันหัวใจ ฯลฯ

“ทีมข่าว คม ชัด ลึก” ลงพื้นที่สังเกตการณ์โรงเรียนข้างต้นที่เป็นโรงเรียนเฉพาะของเด็กพิเศษ มีนักเรียนกว่า 200 คน เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2558 เป็นวันตรวจสุขภาพ โดยนักเรียนยื่นมือพร้อมสมุดประเมินสุขภาพ แต่งกายในชุดกีฬาสะดวกต่อการยกแขนขาเมื่อผ่านการตรวจคัดกรองแล้ว แพทย์พยาบาลจะประเมินว่าจัดอยู่ในกลุ่มใดบ้างใน 3 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มปกติ 2. กลุ่มตรวจพบความผิดปกติควรเฝ้าระวังและทำการรักษา และ 3. กลุ่มร้ายแรงควรได้รับการรักษาทันที

เด็กหลายคนให้ความร่วมมือในการตรวจวัด ขณะที่บางคนไม่เข้าใจว่ามาทำอะไรกันในวันนี้ จึงแสดงท่าทีขี้ดขิ้นบ้ายเบี่ยงไม่ยอมให้ตรวจโดยเฉพาะจุดตรวจวัดความดันและตรวจฟันและช่องปาก เด็กบางคนร้องไห้ไม่ยอมรับการตรวจ ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องเข้าไปช่วย

ครูผู้รับผิดชอบงานอนามัย ให้ข้อมูลว่า ปัญหาที่พบคือหลังตรวจสุขภาพแล้ว เมื่อแจ้งให้ผู้ปกครองทราบปรากฏว่าส่วนใหญ่ไม่ค่อยให้ความร่วมมือพาเด็กไปรักษา ไม่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพเด็ก

“ผู้ปกครองจะชอบอ้างว่า ไม่มีเวลาพาไปหาหมอ หรือเด็กไม่ยอมไป เด็กไม่ให้ความร่วมมือ ไม่มีเงิน บางครั้งก็บอกว่าโรงพยาบาลไม่ให้ความสำคัญกับเด็กให้หนึ่งรอนานเด็กไม่ยอมต้องพากลับ”

ทั้งนี้ เพื่อแก้ปัญหาเด็กพิเศษไม่ได้รับการรักษาสุขภาพอนามัยอย่างถูกต้อง องค์การยูนิเซฟ ร่วมกับ องค์การ “สเปเชียล โอลิมปิก ไทยแลนด์” จัดโครงการตรวจสุขภาพเด็กพิการทางสติปัญญา(ออทิสติก) ประเทศไทยเป็น 1 ใน 33 ประเทศสมาชิกทั่วโลกที่มีโครงการตรวจสุขภาพเด็กพิการทางสติปัญญา ระยะเวลา 3 ปีเริ่มเมื่อปี 2556 นำร่องเด็กพิเศษ 1,359 คน จาก 6 จังหวัดที่มีโรงเรียนการศึกษาพิเศษ ได้แก่ กทม. ลพบุรี สุพรรณบุรี เชียงใหม่ อุบลราชธานี และภูเก็ต

“ธันวีวรรณ บุณกุล” ผู้จัดการโครงการสเปเชียล โอลิมปิก ไทยแลนด์ กล่าวว่า ปัจจุบันมีคนพิการทางสติปัญญาส่วนใหญ่มีฐานะยากจนมักเป็นกลุ่มที่ถูกกลืนและขาดโอกาสในสังคม โดยเฉพาะกลุ่มเด็กจำนวนมากที่ประสบปัญหาด้านสุขภาพ



ตรวจทางกายภาพ



ตรวจสายตา



ตรวจฟัน

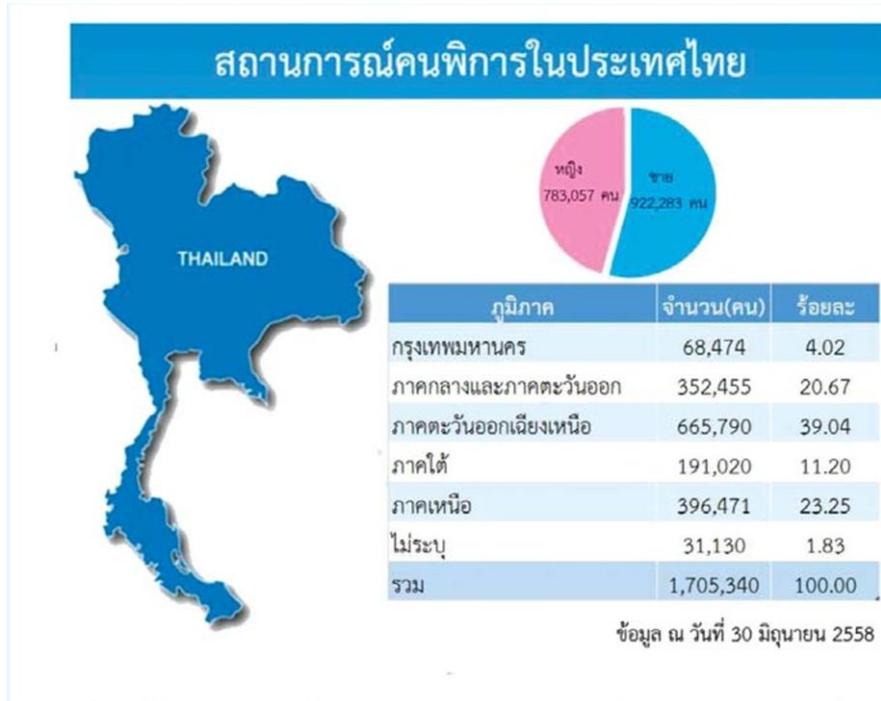


รศ.นันทวรรณ บุณกุล

“ข้อมูลกรมสุขภาพจิตระบุ มีเด็กออทิสติกแคร่ร้อยละ 3.4 เท่านั้น ที่เข้ารับการรักษายาบาลของรัฐ มีเด็กอีกหลายคน ที่ไม่เคยรับการตรวจสุขภาพเลย อยากให้รัฐผลักดันให้มีโครงการตรวจสุขภาพเด็กออทิสติกทั่วประเทศ ร่วมกัน 3 ฝ่ายคือ หน่วยการแพทย์ท้องถิ่น กระทรวง ศึกษาธิการและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์”

การตรวจสุขภาพเด็กพิเศษในโรงเรียนแห่งนี้ เป็นความร่วมมือจากโรงเรียน สาธารณสุข จังหวัด รพ.สต.พื้นที่ ต.ป่าตาล อ.เมือง จ.ลพบุรี โรงพยาบาลประจำจังหวัด และ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็น อย่างไร ในการตรวจคัดกรองแบบฟูล สเกลครอบคลุม 5 ส่วน คือ 1.การตรวจ ร่างกายทั่วไป เริ่มจากการลงทะเบียนซัก ประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดอุณหภูมิความอิม ตัวของออกซิเจนและวัดความดันโลหิต 2.การตรวจ สมรรถภาพการมองเห็น โดยใช้รูปภาพเป็นสื่อ ให้เด็ก มองในระยะห่างทั้งใกล้ไกลคือระยะ 1 ฟุตและระยะ 2 เมตร บอกรูปสัญลักษณ์ที่ชี้ว่าเป็นรูปอะไร เช่น สามเหลี่ยม วงกลม สีเหลี่ยม 3.การตรวจร่างกาย ทางกายภาพ เช่น การยกแขนขาเพื่อดูว่ามีอาการคงอ

หรือไม่ การก้มเงย ดูความผิดปกติของกระดูกสันหลัง 4.การ ตรวจสิ่งผิดปกติในช่องท้องของ นักเรียนหญิงว่ามีสิ่งผิดปกติหรือไม่ และ 5.การตรวจสุขภาพ ปากและฟัน มุ่งหวังแก้ปัญหา เรื่องฟันผุ โรคในช่องปาก คราบ หินปูน โรคเหงือกอักเสบ ฯลฯ ตัวแทนกลุ่มอาสาสมัคร สาธารณสุข รพ.สต.ป่าตาล บอก ว่า เริ่มแรกที่รู้ว่าจะต้องมีการ ตรวจสุขภาพเด็กพิเศษ รู้สึก กังวลว่าเราจะสื่อสารกับเรารู้ เรื่องหรือไม่ จะต้องใช้วิธีการ พูดหรือจิตวิทยาอย่างไรดีเพื่อ จะบอกเขา แต่เมื่อได้มาสัมผัส เด็กจริงๆ แล้วพบว่าเด็กๆ น่ารัก พูดคุยรู้เรื่อง เด็กเข้าใจและ ยอมให้ตรวจสุขภาพโดยดี จะมี บางคนที่ไม่เข้าใจ จึงต้องชมว่า เก่งครับ เก่งค่ะ ดีมากค่ะ เด็ก หลายคนบอกไม่ได้ว่าเจ็บ



- คนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน 1,705,340 คน (ร้อยละ 2.62 ของประชากรทั้งประเทศ)
- คนพิการ เพศชาย จำนวน 922,283 คน (ร้อยละ 54.08) และเพศหญิง จำนวน 783,057 คน (ร้อยละ 45.92)



ป่วยตรงไหน เห็นแล้วรู้สึก
สงสารเพราะเขาไม่เหมือน
เด็กทั่วไป อยากให้พ่อแม่
ผู้ปกครองใส่ใจดูแลสุขภาพ
ของเด็กๆ เหล่านี้ด้วย

ด้าน “หัวหน้างานอนามัย
โรงเรียน” ยอมรับว่า หลัง
จากตรวจสอบสุขภาพแล้ว ได้
เรียกประชุมผู้ปกครองแจ้ง
ให้ทราบ ส่วนใหญ่ไม่ค่อย
ร่วมมือ บอกแล้วก็แล้วกัน
ไป ไม่พาลูกหลานไปรักษา
ให้ข้อมูลไปแล้วก็ไม่เห็น
ความสำคัญสุขภาพเด็ก ไม่

เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี

“ผู้ปกครองส่วนใหญ่อ้างว่าไม่มีเวลาพาไป เด็กไม่ยอมไป
เด็กไม่ให้ความร่วมมือ ไม่มีทุนทรัพย์ โรงพยาบาลไม่ให้ความสำคัญ

กับเด็ก และนั่งรอนานเด็กไม่ยอม จึงต้องพากลับ ออกากให้โครงการ
มีต่อเนื่อง ไม่ใช่สิ้นสุดแค่ 3 ปีเท่านั้น อยากให้ขยายผลไปสู่ความ
ยั่งยืนในอนาคต”

แม้ว่า ปลายปี 2558 นี้ จะสิ้นสุดการดำเนินโครงการตรวจ
สุขภาพเด็กออทิสติก 6 โรงเรียนนำร่องประเทศไทย ตามกำหนด
ระยะเวลา 3 ปีแล้วก็ตาม แต่สิ่งหนึ่งที่องค์การยูนิเซฟ และ
สเปเชียลโอลิมปิกไทย คาดหวังในอนาคต คือ โมเดลแห่งความร่วมมือ
3 ฝ่ายที่ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบในการดูแลสุขภาพเด็ก
ออทิสติกทั่วประเทศ ทั้งที่ก่อนหน้านี้ต่างคนต่างทำ

ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข (หน่วยการแพทย์สาธารณสุข
จังหวัด, หน่วยการแพทย์ท้องถิ่น (สพ.สต. รพ.ประจำจังหวัด)
กระทรวงศึกษาธิการ (โรงเรียน) และกระทรวงการพัฒนาสังคมและ
ความมั่นคงของมนุษย์ (พม.จว.) ชุมชน, พ่อแม่ผู้ปกครอง ร่วมกัน
ขับเคลื่อน ผลักดัน การดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพเด็กออทิสติกไทย
อย่างเป็นระบบให้ดีขึ้นต่อไป

- ปฎิญญา เอี่ยมตาล ●
- ทีมข่าวรายงานพิเศษ



สธ. สเปเชียลโอลิมปิกไทยกอลิซาโน ยูนิเซฟ และภาคีเครือข่าย ร่วมเดินหน้าขยายพื้นที่ดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญาครอบคลุมทั่วประเทศ

สเปเชียลโอลิมปิก ร่วมกับ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันราชานุกูล จัดสัมมนา “โครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา (Special Olympic Thailand Healthy Communities Project)” ภายใต้ทุนสนับสนุนจากมูลนิธิกอลิซาโนและองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย โดยมีแพทย์หญิงประนอม คำเที่ยง รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานเปิดงาน เผยประเทศไทยเป็น 1 ใน 2 ประเทศที่ได้รับเลือกให้แสดงผลงานดีเด่นในที่ประชุมนานาชาติของสเปเชียลโอลิมปิกสากล (Special Olympic International) ที่กรุงลอสแอนเจลิสที่ผ่านมา โดยได้ดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง 6 โรงเรียน 6 จังหวัดใน กทม. ลพบุรี สุพรรณบุรี เชียงใหม่ อุบลราชธานี และภูเก็ต พบโรคลมชักเป็นโรคประจำตัวเรื้อรังในเด็กมากที่สุด ในขณะที่โรคออทิสติกเป็นโรคทางจิตเวชที่พบในเด็กส่วนใหญ่ รองลงมาคือโรคสมาธิสั้น ส่วนกลุ่มอาการดาวน์ซึ่งเป็นความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ส่งผลให้เกิดภาวะบกพร่องทางสติปัญญามากที่สุดพบมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปี 2557 พร้อมเดินหน้าขยายพื้นที่วางระบบดูแลสุขภาพ เด็กบกพร่องทางสติปัญญาให้เกิดความยั่งยืนด้วยโมเดล “โดยชุมชนเพื่อชุมชน” ให้ครบ 20 แห่งทั่วประเทศ

แพทย์หญิงประนอม คำเที่ยง รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาถือเป็น 1 ในความพิการ 7 ประเภท ประเทศไทยพบร้อยละ 1.3 ของประชากร หรือประมาณ 1 ล้านคน โดยมีการเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 6.25 กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายการบูรณาการพัฒนาคัดลอกช่วงชีวิต ในปีงบประมาณ 2559 ได้ตั้งเป้าหมาย



ให้คนพิการสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ดังนั้นการดำเนินโครงการนี้จึงเป็นส่วนสำคัญในการผลักดันให้สังคมตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพของบุคคลที่บกพร่องทางสติปัญญา จึงเกิดความร่วมมือทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตลอดจน

ครอบครัว สังคม องค์กรท้องถิ่น และภาคเอกชน

ดร.ดร.นริศ ชัยสูตร ประธานคณะกรรมการสเปเชียลโอลิมปิกแห่งประเทศไทย กล่าวว่า ประเทศไทยได้รับการคัดเลือกจาก 33 ประเทศสมาชิกของสเปเชียลโอลิมปิกสากล (Special Olympics International) ให้ดำเนินโครงการนำร่องเพื่อศึกษารูปแบบของการขยายการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้กับบุคคลที่บกพร่องทางสติปัญญาในพื้นที่แตกต่างกันทั่วโลก ซึ่งโครงการนี้เปิดตัวอย่างเป็นทางการโดยอดีตประธานาธิบดีแห่งสหรัฐอเมริกา นายบิลคลินตัน ในการประชุมใหญ่ของ Clinton Global Initiatives เมื่อปี 2555 และจากการดำเนินงานขยายผลสเปเชียลโอลิมปิกไทยได้รับเลือกเป็น 1 ใน 2 ประเทศที่ได้แสดงผลงานดีเด่นให้กับที่ประชุมนานาชาติของสเปเชียลโอลิมปิกสากลที่กรุงลอสแอนเจลิสในเดือนกรกฎาคมที่ผ่านมา



คุณวาเลรี ตาดอน ผู้แทนองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย ในฐานะผู้สนับสนุนโครงการได้เปิดเผยถึงความสำคัญของโครงการในการขับเคลื่อนพัฒนาการของเด็กพิการไทยว่า เด็กพิการมักไม่ได้รับโอกาสในการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน เช่น สิทธิการมีสุขภาพอนามัยดี สิทธิการได้รับการศึกษา สิทธิการได้รับการปกป้องคุ้มครองจากภัยอันตราย และสิทธิการมีส่วนร่วมในสังคม และการไม่ถูกตีตราหรือถูกรังเกียจจากสังคม การลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเท่าเทียมสิทธิขั้นพื้นฐานในสังคมถือเป็นประเด็นที่ ยูนิเซฟให้ความสำคัญเป็นลำดับต้นๆ

นายสมชาย เจริญอำนวยสุข อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กล่าวว่า จากข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ ณ วันที่ 2 พ.ย.2558 ประเทศไทยมีผู้พิการจำนวน 1,675,753 คน เป็นผู้พิการทางสติปัญญา 114,237 คน (ร้อยละ 6.81) การดูแลคนพิการจึงต้องให้สิทธิและโอกาส



ไทยโพสต์

Thal Post
Circulation: 450,000
Ad Rate: 850

Section: X-CITE/-

วันที่: ศุกร์ 4 ธันวาคม 2558

ปีที่: 20

ฉบับที่: 6967

หน้า: 7(กลาง)

Col.Inch: 104.63 Ad Value: 88,935.50 PRValue (x3): 266,806.50 **คลิป: ชาว-ดำ**
หัวข้อข่าว: สธ.สเปเชียลโอลิมปิกไทยกอลาซาโน่ ยูนิเซฟ และภาคีเครือข่าย ร่วมเดินหน้าขยายพื้นที่...



เทียบเท่ากับคนปกติและต้องปฏิบัติกับเขาอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรี ที่สำคัญคือการทำกำลังใจคนพิการไม่มองเห็นเป็นภาระแต่เป็นพลัง ปัจจุบันมีโครงการจ้างงานคนพิการซึ่งมีกฎหมายรองรับว่าสถานประกอบการทุกแห่งใน 100 คนทำงานต้องจ้างคนพิการ 1 คน ทั้งภาครัฐและเอกชน ให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ด้วยตนเองถือเป็นการสร้างความภาคภูมิใจเพราะผู้พิการไม่ต้องการความสงสารในส่วนชองนโยบายและยุทธศาสตร์ในการดูแลสุขภาพบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเพื่อความยั่งยืนต่อไปนั้นเป็นการทำงานและร่วมมือกับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พญ.พรณิพมล วิบูลากรอง อธิบดีกรมสุขภาพจิต กล่าวว่า การดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาได้ดำเนินการต่อเนื่องตลอด 3 ปีนำร่องใน 6 โรงเรียนในกทม.ลพบุรี สุพรรณบุรีเชียงใหม่ อุบลราชธานี และภูเก็ต พบว่าปีการศึกษา 2557 และ 2558 มีเด็กนักเรียนผ่านการประเมินสุขภาพ 1,357 และ 1,253 รายตามลำดับมี โรคประจำตัวเรื้อรังประมาณร้อยละ 11 โดยพบโรคลมชักมากที่สุดในส่วนชองโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่เป็นโรคออทิสติกครองลงมา คือโรคสมาธิสั้นส่วนกลุ่มอาการดาวน์ซึ่งเป็นความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ส่งผลให้เกิดภาวะบกพร่องทางสติปัญญามากที่สุดพบร้อยละ 14.6 ในปี





ไทยโพสต์

Thai Post
Circulation: 450,000
Ad Rate: 850

Section: X-CITE/-

วันที่: ศุกร์ 4 ธันวาคม 2558

ปีที่: 20

ฉบับที่: 6967

หน้า: 7(กลาง)

Col.Inch: 104.63 Ad Value: 88,935.50 PRValue (x3): 266,806.50 **คลิป:** ชาว-ดำ
หัวข้อข่าว: สธ.สเปเชียลโอลิมปิคไทยกอลาซาโน่ ยูนิเซฟ และภาคีเครือข่าย ร่วมเดินหน้าขยายพื้นที่...

2557 และร้อยละ 18.5 ในปี 2558 ผลจากโครงการ
ในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการดำเนินงาน
งานสำคัญเพื่อนักเรียนและบุคคลที่มีความบกพร่อง
ทางสติปัญญาได้แก่ 1.การส่งเสริมให้เกิดความ
เข้มแข็งของระบบส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพ
อย่างเป็นองค์รวมในโรงเรียนการศึกษาพิเศษ 2.การมี
ระบบการดูแลภายในโรงเรียนและกลไกการส่งต่อ
ปัญหาสุขภาพ ที่เอื้อต่อข้อจำกัดของเด็กและครอบครัว
และ 3.มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและวางแผน
การดำเนินงานและประเมินผลร่วมกันระหว่าง
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งนี้ได้เดินหน้าทดลองขยาย
การทำงานผ่านการประสานงานของหน่วยงาน
สาธารณสุขและการศึกษาในโรงเรียนการศึกษาพิเศษ
สำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเพิ่มอีก
14 แห่งทั่วประเทศ ให้เกิดระบบการดำเนินงานที่ยั่งยืน
ด้วยโมเดล “โดยชุมชนเพื่อชุมชน” ซึ่งเป็นความ
ร่วมมือกันระหว่างผู้ปกครองครูบุคลากรสาธารณสุข
และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อทำให้เด็กที่อยู่
ในโรงเรียนการศึกษาพิเศษเป็นต้นแบบการรับบริการ
สุขภาพอย่างครบถ้วนเด็กสามารถดูแลตัวเองและ
พัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

ด้านนางลำพึง ศรีมีชัย รอง.ผอ.สำนักบริหาร
งานการศึกษาพิเศษ กล่าวว่า กระทรวงศึกษาธิการ
ได้ตระหนักถึงความสำคัญของความร่วมมือในการ
จัดการการศึกษาสำหรับคนพิการร่วมกันนอกจากนี้ยัง
ได้เตรียมดำเนินการโครงการ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ
ในการดูแลเด็กเช่นการเตรียมจัดตั้ง โรงเรียนออสติอีกที่
จ.ขอนแก่น โรงเรียนเด็กพิเศษที่ จ.ชลบุรี ตลอดจน
โรงเรียนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ที่จะนำโมเดลของ
โครงการนี้ไปต่อยอดโครงการของกระทรวงฯ ต่อไป