การศึกษาการออทิซึมในประเทศไทยและ
cการดูแลรักษาแบบบูรณาการในระดับประเทศ

คำสำคัญ : ออทิซึม ความชุก การรักษาแบบบูรณาการ

บทคัดย่อ
ออทิซึมเป็นโรคกลุ่มที่มีภาวะความคิดปัญหาซับซ้อนซึ่งทำให้เกิดความบกพร่องทางพัฒนาการหลายด้าน เช่น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการปฎิบัติต่างสังคม ทักษะพฤติกรรมต่าง ๆ ได้รวมถึงความคุณของโรคที่หลากหลาย และพบว่า มีแนวโน้มจะมีจำนวนมากขึ้นแต่ยังไม่มีรายงานเรื่องความชุกของโรคในประเทศไทยและการให้บริการรักษาโรคนี้อยู่ในภาวะที่ไม่สามารถประเมินได้เท่าที่จะเกิดความชุกและขนาดของปัญหาออทิซึมในประเทศไทยเพื่อที่จะแนะนำแนวทางในการจัดบริการรักษาบุคคลออทิซึมในระดับประเทศ กลุ่มปัญหา ที่โรคออทิซัม 1 ถึง 5 ปี จำนวน 31,411 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนการเก็บข้อมูลและการเก็บกลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2546ถึงพฤศจิกายน 2547 เตรียมเพื่อใช้เป็นแบบต้นกลางการประเมินโรคออทิซึมและแบบประเมินผลการวินิจฉัยโรคออทิซึม ผลการวิจัยพบว่าที่มีความชุกต่อโรคออทิซึมจากการสังเกตการณ์ 4.4 : 1,000 และมีความชุกต่อโรคออทิซัมในเด็กอายุ 1 ถึง 5 ปี ที่РОด้าย 9.9 : 10,000 ความชุกของการให้บริการของโรคออทิซัมในเด็กออทิซัมแบบบูรณาการครอบงำ
ทั้งภาคใต้ พบ เพิ่มและชูชนใน 25 จังหวัดที่มีความชุกในปี 2548

* สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
** สถาบันวิจัยการพัฒนา
*** โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
**** ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1
***** กรมสุขภาพจิต
Holistic Care for Thai Autism

Sriwana Poolsupasit, M.D.*
Benjaporn Panyayong, M.D.**
Dusit Lekapasikul, M.D.***
Prayuk Srisathien, M.D.****
Worawan Chuka, M.Sc.*****

Abstract

Discovered just about 6 decades ago, autism had been classified as a brain-impairment ailment that delayed many aspects of child-developments such as verbal and social skills and sometimes caused repetitive behaviors. Although there were reports of prevalence of the disease in many countries, there had been no official record of prevalence of autism in Thailand. Treatment was also limited in its scope and availability. This study aimed to survey the prevalence of autism in Thailand in order to evaluate the situation and subsequently plan for effective treatment of the patients. Descriptive in its nature, this cross-sectional study applied survey method for data collection, which was conducted during December 2003 - May 2004. Approximately thirty thousands children of one to five years of age were selected through a multi-stage stratified cluster sampling process. Children from the selected communities or “tambons” were chosen to represent their national cohorts. All of them were preliminarily assessed by health professionals and confirmed diagnosis by child-psychiatrists. The criteria applied for the screening and diagnostic procedure conformed to Diagnostic Statistics Manual for Mental Disorder IV (DSMIV) standard of American Psychiatrists Association (APA). It was found that 4.4 out of a thousand children were prone to be autism and when confirmed by DSMIV the prevalence rate equaled to 9.9 children per 10,000 populations. Based on this information, the Department of Mental Health strategized and planned for its holistic care delivery in 25 provinces scheduled to be operative in 2005.

Key words: Autism, prevalence, Holistic Care
บทบาท

อธิกรรมเป็นความผิดปกติทางพัฒนาการที่มีการรายงานครั้งแรกในปี 1943 โดยนักเขียน Leo Kanner จัดทำโดยชื่อว่า Kanner ตามที่มีความผิดปกติที่เป็นลักษณะเด่น คือ ความผิดปกติของพัฒนาการทางสังกัด ภาพ และพฤติกรรมการเล่น เลิกอธิกรรมจะไม่สามารถสร้างความรู้สึกสุขสุขภาพดีได้ ไม่รับรู้สภาวะความเสี่ยง เลิกหาความเสี่ยงไม่สามารถในการสร้างความไม่มีผลการทางสังกัด และผลการทางพฤติกรรมซึ่งอาจไม่ยอมรับสภาวะเป็นแบบบาง บางรายจึงสามารถรับฟังที่กล่าวกันปกติ เช่น ความเจตนาที่เป็นผิดปกติ มีความสามารถทางคอมพิวเตอร์ 机能 เป็นเด็ก

ตลอดระยะเวลาถึง 60 ปีที่ผ่านมาบางการเทพบทีศึกษาโดยโรงเรียนอย่างต่อเนื่องจากที่เคยเชื่อว่าเป็นส่วนหนึ่งของโรคจิตในเด็กแต่ในที่สุดพบว่า อธิกรรมเป็นโรคที่เกิดจากปัญหาทางสังกัดไปสู่อาการทางพฤติกรรมและพัฒนาการ ปจจุบันการวินิจฉัยตามเกณฑ์ (CD-10) และการวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์ Amerikan(DSMIV) ยังมีอัตราสูงในกลุ่มความผิดปกติทางพัฒนาการคือ Pervasive Developmental Disorder โดยให้เกิดการวินิจฉัยตามที่ Kanner ได้เสนอแนะไว้คือความผิดปกติทางสังกัด การสื่อสาร และพฤติกรรมซึ่งจากไปอดีตซึ่งกันและกันผู้ที่มีอาการมีพฤติกรรมการมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินการทางสังคมและความผิดปกติทางสังกัด

ในอดีตซึ่งกันและกันผู้ที่มีอธิกรรมการมีการศึกษาโดยที่มีความชุก 4 - 5 : 10,000 และต่ำสุดในปี 1990 เป็นต้นมา มีการศึกษาหลายรายงานพบว่า ความชุกสูงกว่าที่รายงานไว้ปี 1993 Lorna Wing ได้พบการรายงานวัชรีจำเป็นของกลุ่มการศึกษาความคืบหน้าของโรคอธิกรรมในประชากรทั่วไปตั้งแต่ปี 1966-1991 จำนวน 16 การศึกษา พบความชุกต่างๆ 3.3 - 16 : 10,000 Pall Magnusson, Euald Saumundson ศึกษาความชุกในประเทศไอซ์แลนด์วิธี Cohort study 2 ระยะ พบความชุกเท่ากับ 3.8 และ 8.6 : 10,000 การศึกษาในระยะหลัง ๆ ในนอร์วิชโรไนปัจจุบันและออสเตรเลีย พบความชุกราว 3 - 6 : 1,000 ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาความชุกในภาพรวมของประเทศ แต่ระหว่างปี พ.ศ. 2543 - 2545 พบจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลอนุชาประชาไวทิพยาการ 6 ธรรมศาสตร์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีการศึกษาโดยปรากฏการสูง เลิกอธิกรรมเพิ่มขึ้น คือ 2,793, 2,918 และ 4,157 คน ตามลำดับ ปี 2546 กรมสุขภาพจิตได้รวบรวมสร้างข้อมูลการศึกษาที่มีผู้ป่วย 1 ถึง 5 ปีที่ปรากฏมีความพัฒนาการที่ไม่สมบูรณ์ที่ประเทศไทยพบกว่าในเยอรมันและอธิกรรมซึ่งมี 6.06 : 1,000 แต่ยังไม่มีการศึกษาความชุกของโรคอธิกรรมในภาพรวมของประเทศ

การศึกษาระดับนี้มีการศึกษามาตรการของโรคอธิกรรมระดับประเทศเป็นหลัก บางของประเทศี้โดยศึกษาในกลุ่มอายุ 1 ถึง 5 ปี เมื่อจากโรคอธิกรรมจะแสดงอาการให้ปวดผิวภายนอก ในซึ่งกลุ่มนี้มีการวินิจฉัยโรคอธิกรรมเมื่ออายุ 1 ปี และได้ตรวจวินิจฉัยได้ก่อนอายุ 3 ปี จะสามารถวางแผนการดำเนินการ ที่มีลักษณะเด่นและเกี่ยวกับการสื่อสารในแต่ละด้านหลักที่เกี่ยวกับการพัฒนาการของสมองและการเตรียมพร้อมเพื่อการศึกษาที่เหมาะสมกับศักยภาพของเด็กแต่จะสุขภัตถภาพ วัคซีนการศึกษาที่มีความชุกและความหนาแน่นของโรคอธิกรรมในประเทศไทยและที่มีข้อมูลที่ได้มาใหม่ใน การวางแผนและเตรียมการเพื่อให้เด็กอธิกรรมสามารถใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่เพื่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ด้านนี้ทะลุไปยังการทำผม "เมืองไทย เข็มแข็ง" ที่มุ่งส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดีรักษาโรค และโรคปัญญา นำพาทางพฤติกรรมและชุมชนสู่การเป็นเมืองไทยแข็งแรง
วัสดุและวิธีการ

การศึกษารัตน์มีการใช้ระเบียบวิธีศึกษาจิต
พระรามมณีแบบภาคตัดช่วง และเป็นการสัมภาษณ์
ตามในสุขภาพจิตทางการวิจัยได้แก่ เศรษฐา ยศิริปี ตาม
การประเมินอาการโดยกลุ่มที่จำแนกเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มแรก
ประกอบด้วยกลุ่มที่มีสภาวะผิดปกติ 12 คน คัดเลือกได้ 12 คน
ขั้นตอนที่สอง คัดเลือกที่ 2 ขั้นตอน เฉลี่ยผลต่อ
เมื่อสูjer และคัดเลือกที่ 5 ขั้นตอน รวมได้
24 ขั้นตอน ขั้นตอนที่สาม สุ่มระดับต่ำสุด 12 คน
ต่อขั้นตอน 120 คน ขั้นตอนที่ 4 ตรวจคัดกรองเพิ่
อายุ 1 ถึง 5 ปี ทุกคนใน 120 ตัวอย่างที่คัดเลือกโดยใช้
Exclusion criteria คือการไม่มีสภาวะเจ็บป่วยที่ไม่ยุติ
ทันที ได้จำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งสิ้น 31,411 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบทดสอบการพัฒนาการabweชองจิต
สุ่มระดับต่ำสุด 1 ถึง 5 ปี ซึ่งพัฒนาด้วยสมการจาก
Pervasive Developmental Disorder Screening Questionnaire. (PDDSQ) ของนายแพทย์จังหวัด
พิษณุโลก โดยแพทย์จึงประยุกต์ ปัญญาจุลเกียรตินิยม
ผู้ปฏิบัติ

ที่คะแนนจุดตัดที่เกิน 5 คะแนนขึ้นไป
เป็นข้อมูลที่ส่งผลต่อการเป็นโรคจิตชัน

2. แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัยโรคจิต
พิษณุโลกมีข้อมูล 3 สำนักคือ

สำนักที่ 1 ซึ่งมีข้อมูลไปพบที่ผู้ป่วย
สำนักที่ 2 ซึ่งมีข้อมูลไปพบที่มัณฑะ
สุขภาพจิตพร้อมงาน

การประเมินผล

สำนักที่ 3 เก็บข้อมูลผู้มีอาการจิตเวช
โดยกิจกรรมที่ 4 ขั้นตอนการประเมินอาการจิตเวช
และทันทีการประเมินอาการด้านสมรรถภาพ

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบทดสอบการประเมินต่อโรคจิตชัน
สุ่มระดับต่ำสุด 1 ถึง 5 ปี ทั้งหมดมี 10 ข้อ
ผ่านการทดสอบใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติ
โดยใช้ชื่อสาย อิเล็กทรอนิกส์ และมีคุณภาพสูงจิตชัน.
ใน
ระบบมีสุขภาพจิต boa ไปเกินกว่าจำนวน 192 ราย
ที่มีความจงใจโดยใช้ "Alpha Reliability" = 0.83
และคะแนนตัดสินคัดที่ 5 คะแนนมีความถูก 0.77 ที่
ความจงใจที่ 0.9 ที่จะใช้ข้อมูลต่อการเป็น
โรคจิตชัน

2. เกษตรวิชีนัยที่ DSMIV ใช้โดยศึกษ
จิตแพทย์เพียง 7 คน ที่ผ่านการวิจัย Inter - rater reliability
สำนักงานและตรวจประเมินที่นั้น 21 คน พร้อมกันและ
นักศึกษาการวิจัยอ่านตามคำว่าความชัดเจน ได้
เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ตัดต่อที่เกียรตินิยม 1 ถึง 5 ปี ทุกคนใน
120 ตัวอย่าง ที่สุ่มระดับต่ำสุด จำนวน 31,411 คน ด้วยแบบ
ทดสอบการพัฒนาการจิตเวช ที่มีการรักษา
ความสูงขึ้นไปมีความถูก 0.77

2. จัดกลุ่มดีกรีที่อุทุมตัดจะเป็น 3 กลุ่ม
คะแนน กลุ่มที่ 1 (คะแนน 0 - 3) กลุ่มที่ 2 (คะแนน
4 - 6) กลุ่มที่ 3 (คะแนน 7 - 10) ตัดต่อความเสี่ยง
ที่สูง กลุ่มที่ 1 กำลังระดับของอักเสบจนถึงและ
ขั้นตอนดี จำนวนทั้งหมด 13,140 ตัวอย่างที่เกี่ยวกับ
กลุ่มเสี่ยงต่ำที่จะเป็นโรคจิตชัน จำนวน 32 ราย
(คะแนน 7 - 10) ติดต่อจำนวนที่ดี จำนวน 7 - 10
คะแนนเป็นอัตราส่วน 1 สำนัก ใช้ข้อมูลสำนักจำนวนเกิดกลุ่ม
ที่ 1, 2, 3 เท่ากับ 2 : 2 : 1 คิดเป็นจำนวนเท่ากับ
63 : 63 : 32 รวม 158 คน ทุกคนผ่านการตรวจวิจัยอื่น
กิน茑锣-offsของโรค精神病ด้วยข้อมูลที่มาจากคู่มือการคิด
ผลกระทบของโรค

3. การวิเคราะห์เครื่องมือการวัด Inter-rater
reliability ที่ 7 คน ทุกคนไม่ทราบคะแนนการพิจารณา
ความเสี่ยงของเด็กทั้ง 158 คนในกลุ่มตัวอย่างได้ผล
ตรวจวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ในพื้นที่ที่อาศัยที่
ตัวอย่างที่ 12 จังหวัด ใช้เครื่องมือการประเมินวินิจฉัยของ
สมาคมจิตเวชอย่างมีเด็ก DSMIV เพื่อเป็นตัวชี้วัด

ผล

ข้อมูลทั้งหมดมีกลุ่มเป้าหมายเป็นเพศชาย
ร้อยละ 51.9 อาศัยอยู่ในช่วง 1-3 ปี ถึง 3-11 ปี 11 เดือน 15 วัน
ร้อยละ 28.2

ความเสี่ยงต่อโรคออกซิซิม โดยใช้แบบคัด
กรองความเสี่ยงต่อโรคออกซิซิมในเด็กที่ 1-5 ปี พบค缺陷
ที่มีคะแนนเกิน 5 จำนวน 138 คน ทำให้มีความเสี่ยง
ต่อโรคออกซิซิม 43.9:10,000 หรือ 4.4:1,000

การวิจัยโรคออกซิซิมโดยเจาะจง พบ
จำนวนเด็ก 158 คน ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยที่
มีจิตเวชติด พบโรคออกซิซิมร้อยละ 5.7 ออกซิซิม
และปัญญาอ่อนร้อยละ 1.3 และออกซิซิมกับความพิการทาง
สมองร้อยละ 0.6 ค่าตาราง

ตาราง การวิจัยโรคของโรค (n=158)

<table>
<thead>
<tr>
<th>การวิจัยโรค</th>
<th>จำนวน</th>
<th>ร้อยละ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>โรคออทิซิม</td>
<td>9</td>
<td>5.7</td>
</tr>
<tr>
<td>โรคออทิซิมและปัญญาอ่อน</td>
<td>2</td>
<td>1.3</td>
</tr>
<tr>
<td>โรคออทิซิมและความพิการทางสมอง</td>
<td>1</td>
<td>0.6</td>
</tr>
<tr>
<td>โรคออทิซิมปัญญาอ่อนและความพิการทางสมอง</td>
<td>1</td>
<td>0.6</td>
</tr>
<tr>
<td>ภาวะปัญญาอ่อน</td>
<td>19</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>ภาวะปัญญาอ่อนและความพิการทางสมอง</td>
<td>3</td>
<td>1.9</td>
</tr>
<tr>
<td>ภาวะพิการทางสมอง</td>
<td>9</td>
<td>5.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Specific language disease</td>
<td>10</td>
<td>6.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Other psychiatric disease (phobia, selective mutism)</td>
<td>2</td>
<td>1.3</td>
</tr>
<tr>
<td>เด็กปกติ</td>
<td>102</td>
<td>64.6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ความสูงของโรคออทิซิม ผลการวินิจฉัยโรคของจิตเวชจากกลุ่มเป้าหมาย 13,140 คน พบว่ามี
โรคออทิซิม 13 คน สรุปได้ว่า ความสูงของโรคออทิซิมในเด็กไทยอายุ 1-5 ปีเท่าทับ 9.9:10,000
วิวารณ์

ผลการศึกษาในขั้นของการตัดกรองความเสี่ยงต่อโรค โดยที่ตัวยาสุขภาพอันตราย พบความเสี่ยงต่อโรคที่ชัดเจนในเด็กไทยอายุ 1 ปี 5 ปี ทำกับ 4.4 : 1,000 เปอร์เซ็นที่เกิดการสูญหายจากการตัดกรอง ด้านความเสี่ยงต่อโรคที่ชัดเจน ซึ่งเก็บข้อมูลในเด็กอายุ 1 ปี 5 ปี ที่มีภาวะสุขภาพในกลุ่มสุขภาพเด็กต้องการรักษาและยาต้านอักเสบในเดือนสิงหาคม 2546 และกันยายน 2547 ใช้วิธีแบบกลุ่ม เตรียมกันโดยศูนย์วิชาการ ทุกสถาบันสิทธิและคุณภาพ ที่เก็บข้อมูล 6.1 และ 5.7 : 1,000 ตามลำดับ ความแตกต่างอย่างน้อยนี้อาจเกิดจากการสูญเสียในกลุ่มที่ตัดกรองและประสิทธิภาพพื้นฐานมีโอกาสทำให้ข้อมูลเปลี่ยนแปลงไปผิดๆกันได้ เพราะเด็กที่ส่งเสริม มีความเสี่ยงที่จะถูกนำมาทำการตรวจตามขั้นการได้รับข้อมูลจากศูนย์การรายงานประมวลผล การกระจายความข้อมูลของโรคมะเร็ง ทำกัน 9.9 : 10,000 ชั่วโมงเพื่อเฉลี่ยการอยู่ของต่อผู้ป่วยที่คลอดคลาด ซึ่งมีค่าระหว่าง 3.3-16:10,000 และไม่มีความแตกต่างระหว่างเด็กในเดือนหรือช่วงเวลา ซึ่งสะดวกว่าโรคของที่มีความสามารถในทุกๆกลุ่มที่ต้องการ ระดับการศึกษาและในทุกปัจจัยของประเทศ

การศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบว่าการดำเนินการจ่ายยาของบุคคลที่มีปัญหาที่ต้องการจะได้รับการจ่ายยาให้ผู้ป่วย ตามกฎหมายที่มีแพทย์ พยาบาล (แพทย์ จิตแพทย์ เภชชาในพยาบาล) ที่มีส่วนรับผิดชอบ (มัธยมศึกษาบัณฑิต นักศึกษา เภชชาในพยาบาล) ในศูนย์การรักษา (ศูนย์การเรียน ศูนย์การศึกษา เภชชาในพยาบาล โรงเรียน) และศูนย์การรักษา อาทิ ฟื้นฟู สมุนไพรพื้นเมือง โดยมีความเสี่ยงต่อการเลือกใช้ยาและดูแลรักษา โดยเตรียมการเพื่อป้องกันปัญหาให้บริการรักษา ผู้ป่วย ทั้งหมดและบุคคลที่มีปัญหาที่ต้องการ.foreach
13. กองแผนงาน, ศูนย์กฎหมายและคุ้มครองสิทธิและสุขภาพผู้ดูแลเด็ก. กฎหมายฯ ศูนย์การรักษา ด้านการพัฒนา ของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะทางจิตใจ; 2540.
14. เหตุการณ์ ชุมนุมทางจิต. กฎหมายและคุณภาพชีวิตที่ถูกสัมผัสกับการพัฒนา ด้านการพัฒนา ของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะทางจิตใจ; 2546.
15. กฎหมายฯ ศูนย์การรักษาด้านการพัฒนา ด้านการพัฒนา ของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะทางจิตใจ; 2547.
16. กองแผนงาน, ศูนย์กฎหมายและคุ้มครองสิทธิและสุขภาพผู้ดูแลเด็ก. กฎหมายฯ ศูนย์การรักษา ด้านการพัฒนา ของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะทางจิตใจ; 2549.
17. กฎหมายฯ ศูนย์การรักษาด้านการพัฒนา ด้านการพัฒนา ของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะทางจิตใจ; 2550.