



การศึกษาภาวะออทิซึมในประเทศไทยและ การดูแลรักษาแบบบูรณาการในระดับประเทศ

ศรวิรรณา พูลสรรพสิทธิ์, พ.บ. *

เบญจพร ปัญญาขง, พ.บ. **

คุสิต ลิขนะพิชิตกุล, พ.บ. ***

ประยุक्त เสรีเสถียร, พ.บ. ****

รวิรรณ จุฑา, กศ.ม. *****

บทคัดย่อ

ออทิซึมเป็นโรคกลุ่มที่มีภาวะความผิดปกติทางสมองทำให้มีความบกพร่องทางพัฒนาการหลายด้าน เช่น ด้านการสื่อสาร ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านพฤติกรรมซ้ำๆ ได้มีรายงานความชุกของโรคนี้จากหลายประเทศ และพบว่า มีแนวโน้มจะตรวจพบมากขึ้นแต่ยังไม่มีรายงานเรื่องความชุกของโรคนี้ในประเทศไทยและการให้บริการรักษาโรคนี้ยังอยู่ในวงจำกัด การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความชุกและขนาดของปัญหาออทิซึมในประเทศไทย เพื่อทำแผนแม่บท ในการจัดบริการรักษาบุคคลออทิสติกในระดับประเทศ กลุ่มเป้าหมาย คือ เด็กอายุ 1 ถึง 5 ปี จำนวน 31,411 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้นผสมการแบ่งชั้นภูมิและการแบ่งกลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2546 ถึงพฤษภาคม 2547 เครื่องมือที่ใช้คือ แบบคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคออทิซึม และแบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคออทิซึม ผลการวิจัยพบเด็กที่มีความเสี่ยงต่อโรคออทิซึมจากการคัดกรอง 4.4 : 1,000 และเมื่อตรวจยืนยันโดยจิตแพทย์เด็ก พบความชุกของโรคออทิซึมในเด็กอายุ 1 ถึง 5 ปี เท่ากับ 9.9 : 10,000 กรมสุขภาพจิตได้นำข้อมูลที่ได้นำมาวางแผนสนับสนุนให้เกิดบริการดูแลรักษาเด็กออทิสติกแบบบูรณาการครบวงจร ทั้งภาครัฐ หมอ พ่อแม่ และชุมชนใน 25 จังหวัดที่มีความพร้อมในปี 2548

คำสำคัญ : ออทิซึม ความชุก การรักษาแบบบูรณาการ

* สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

** สถาบันวิทยาการการเรียนรู้

*** โรงพยาบาลจุฬาราชกุมาร โรงพยาบาลศิริราช

**** ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1

***** กองสุขภาพจิตสังคม



Holistic Care for Thai Autism

*Sriwanna Poolsuppassit, M.D.**

*Benjaporn Panyayong, M.D.***

*Dusit Liknapichitkul, M.D.****

*Prayuk Serisathien, M.D.*****

*Worawan Chutha, 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

**Health technical office, Ministry of Public Health*

***National institute for Brain-Based Learning*

****Yuwapasart Withayopath Hospital, Department of Mental Health*

*****Mental health Center Region 1, Department of Mental Health*

******Social Mental Health Division, Department of Mental Health*

บทนำ

ออทิซึมเป็นความผิดปกติทางพัฒนาการที่มีการรายงานครั้งแรกในปี 1943 โดยนายแพทย์ Leo Kanner จิตแพทย์เด็กชาวอเมริกัน โดยมีความผิดปกติที่เป็นลักษณะเด่น คือ ความผิดปกติของพัฒนาการทางสังคม ภาษา และมีพฤติกรรมแปลกๆ เด็กออทิสติกจะไม่สามารถสร้างความรู้สึกร่วมกับผู้อื่นได้ ไม่รู้จักสร้างความสัมพันธ์ ขาดความสามารถในการสื่อสาร ไม่มีพัฒนาการทางภาษา และหลายรายมีพฤติกรรมซ้ำซาก ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง บางรายมีความสามารถพิเศษที่ดีกว่าคนปกติ เช่น มีความจำดีเป็นพิเศษ มีความสามารถทางคอมพิวเตอร์ ศิลปะ เป็นต้น

ตลอดระยะเวลากว่า 60 ปีที่ผ่านมาวงการแพทย์ได้ศึกษาโรคนี้มาอย่างต่อเนื่อง จากเดิมเคยเชื่อว่าเป็นส่วนหนึ่งของโรคจิตในเด็กแต่ในที่สุดพบว่าออทิซึมเป็นโรคที่เกิดจากปัญหาทางสมองนำไปสู่อาการทางพฤติกรรมและพัฒนาการ ปัจจุบันการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10¹ และการวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSMIV)² ออทิซึมจัดอยู่ในกลุ่มความผิดปกติทางพัฒนาการคือ Pervasive Developmental Disorder โดยยังใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตามที่ Kanner ได้เคยนำเสนอไว้คือมีความผิดปกติทางสังคม การสื่อสาร และมีพฤติกรรมซ้ำซาก

ในอดีตเชื่อกันว่าออทิซึมเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์ต่ำ การศึกษาในอดีตจะมีความชุกราว 4 - 5 : 10,000³ แต่ตั้งแต่ปี 1990 เป็นต้นมา มีการศึกษาหลายรายงานพบว่า ความชุกสูงกว่าที่รายงานไว้ ปี 1993 Lorna Wing⁴ ได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความชุกของโรคออทิซึมในประชากรทั่วไป ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1966 - 1991 ทั้งหมด 16 การศึกษา พบความชุกตั้งแต่ 3.3 - 16 : 10,000 Pall Magnusson, Euald Saumundsen⁵ ศึกษาความชุกในประเทศไอซ์แลนด์ด้วย

วิธี Cohort study 2 ระยะ พบความชุกเท่ากับ 3.8 และ 8.6 : 10,000 การศึกษาในระยะหลังๆ ในอเมริกา ยุโรป อังกฤษ และออสเตรเลีย พบความชุกราว 3 - 6 : 1,000⁶⁻¹² ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาความชุกในภาพรวมของประเทศ แต่ระหว่างปี พ.ศ. 2543 - 2545 พบจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่เป็นต้นแบบของการดูแลเด็กออทิสติกเพิ่มขึ้น คือ 2,793 , 2,918 และ 4,157 คน¹³ ตามลำดับ ปี 2546 กรมสุขภาพจิตได้รณรงค์สำรวจคัดกรองเด็กอายุ 1 ถึง 5 ปี ที่มาตรวจสุขภาพที่คลินิกเด็กดีทั่วประเทศพบว่าภาวะเสี่ยงต่อโรคออทิซึม เท่ากับ 6.06 : 1,000¹⁴ แต่ยังไม่มีการศึกษาความชุกของโรคออทิซึมในภาพรวมของประเทศ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์ของโรคออทิซึมระดับประเทศเป็นครั้งแรก ของประเทศไทย โดยศึกษาในกลุ่มอายุ 1 ถึง 5 ปี เนื่องจากโรคออทิซึมจะแสดงอาการให้ตรวจวินิจฉัย ได้ชัดเจนเมื่ออายุเกิน 1 ปี และถ้าตรวจวินิจฉัยได้ก่อนอายุ 3 ปี จะสามารถวางแผนรักษา ฟื้นฟูทักษะและแก้ปัญหาตั้งแต่เบื้องต้นสอดคล้องกับระยะของการพัฒนาการของสมองและเตรียมพร้อมเพื่อเข้าสู่การศึกษาที่เหมาะสมกับศักยภาพของเด็กแต่ละคนได้ทันทั่วทั้ง วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อทราบ ความชุกและขนาดของปัญหาของออทิซึมในประเทศไทย และนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนดูแลรักษาฟื้นฟูทักษะให้เด็กออทิสติกสามารถใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่เพื่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ตามนโยบายและเป้าหมาย “เมืองไทยแข็งแรง” ที่มุ่งส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดีทั้งกายใจและสติปัญญา นำพาทุกคนและชุมชนสู่การเป็นเมืองไทยแข็งแรง

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง และเป็นการสำรวจภาคสนาม ในชุมชนประชากรได้แก่ เด็กอายุ 1 ถึง 5 ปี ตามคาดการณ์ประชากรไทยกลุ่มนี้มีจำนวนประมาณ 5 ล้านคน กำหนดหน่วยประชากรตามแนวทางของสำนักงานสำรวจภาวะสุขภาพ¹⁵ สุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Multistage Stratified cluster sampling สุ่มจังหวัดตัวอย่างแบ่งตามเขตสาธารณสุข 12 เขต คัดเลือกได้ 12 จังหวัด ขั้นตอนที่สอง เลือกจังหวัดละ 2 อำเภอ เจาะจงอำเภอเมืองและสุ่มอำเภออื่นๆ ของทั้ง 12 จังหวัด รวมได้ 24 อำเภอ ขั้นตอนที่สาม สุ่มระดับตำบล อำเภอละ 5 ตำบล รวม 120 ตำบล ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบคัดกรองเด็กอายุ 1 ถึง 5 ปี ทุกคนใน 120 ตำบลที่คัดเลือกโดยใช้ Exclusion criteria คือยกเว้นไม่สำรวจเด็กที่ไม่อยู่ในพื้นที่ได้จำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งสิ้น 31,411 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคออทิซึมสำหรับเด็กอายุ 1 ถึง 5 ปี ซึ่งพัฒนาดัดแปลงมาจาก Pervasive Developmental Disorder Screening Questionnaire. (PDDSQ) ของนายแพทย์ชาลวิทย์ พรนพดล¹⁶ โดยแพทย์หญิงเบญจพร ปัญญา¹⁷ เป็นผู้แปลผล

ที่คะแนนจุดตัดเท่ากับ 5 คะแนนขึ้นไป เท่ากับมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคออทิซึม

2. แบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคออทิซึม มีข้อมูล 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพ่อแม่ผู้ปกครอง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กประกอบด้วย สุขภาพทั่วไป พัฒนาการ ปัญหาการได้ยิน การมองเห็น ความพิการแขนขา

ส่วนที่ 3 เกณฑ์วินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 หัวข้อการประเมินอาการเด็กออทิซึม และหัวข้อการประเมินอาการเด็กแอสเพอร์เกอร์

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคออทิซึมสำหรับเด็กอายุ 1 ถึง 5 ปี เป็นแบบสอบถามมี 10 ข้อ ผ่านการทดสอบใช้กับเด็กกลุ่มปกติ เด็กออทิซึม เด็กปัญญาอ่อนและเด็กมีปัญหาสุขภาพจิต ในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 192 ราย มีค่าความเชื่อถือได้แอลฟา (Alpha Reliability) = 0.83 และคะแนนจุดตัดที่ 5 คะแนนมีความไว 0.77 มีความจำเพาะ 0.9 ที่จะใช้บอกความเสี่ยงต่อการเป็นโรคออทิซึม

2. เกณฑ์วินิจฉัย DSMIV ใช้โดยทีมจิตแพทย์เด็ก 7 คน ที่ผ่านการทำ Inter-rater reliability สัมภาษณ์และตรวจประเมินเด็ก 21 คน พร้อมกัน และบันทึกผลการวินิจฉัย นำผลมาคำนวณค่าความเชื่อถือได้เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดกรองเด็กอายุ 1 ถึง 5 ปี ทุกคนใน 120 ตำบล ที่สุ่มตัวอย่าง จำนวน 31,411 คน ด้วยแบบคัดกรองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทีมภาคสนาม ที่ผ่านการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงออทิซึมสำหรับเด็กอายุ 1 ถึง 5 ปี กลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนน 5 คะแนนขึ้นไป ซึ่งได้รับวินิจฉัยว่าเสี่ยงต่อการเป็นโรคออทิซึม

2. จัดกลุ่มเด็กที่ถูกคัดกรองเป็น 3 กลุ่มคะแนน กลุ่มที่ 1 (คะแนน 0-3) กลุ่มที่ 2 (คะแนน 4-6) กลุ่มที่ 3 (คะแนน 7-10) คัดเลือกความเหมือนทั้งเพศ กลุ่มอายุ การกระจายของอำเภอเขตเมืองและชนบท ได้จำนวนเหลือ 13,140 ตัวอย่าง พบเด็กที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงที่น่าจะเป็นออทิซึม จำนวน 32 ราย (คะแนน 7-10) ถือเอาจำนวนเด็กที่ได้คะแนน 7-10 คะแนน เป็นอัตรา 1 ส่วน ใช้อัตราส่วนจำนวนเด็กกลุ่มที่ 1, 2, 3 เท่ากับ 2 : 2 : 1 คิดเป็นจำนวนเท่ากับ 63 : 63 : 32 รวม 158 คน ทุกคนผ่านการตรวจวินิจฉัย

ค้นหาโรคออทิซึมโดยแพทย์อีกครั้งเพื่อป้องกันการผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น

3. ทีมจิตแพทย์เด็กซึ่งผ่าน Inter - rater reliability ทั้ง 7 คน ทุกคนไม่ทราบคะแนนการคัดกรองความเสี่ยงของเด็กทั้ง 158 คนในกลุ่มตัวอย่างได้ลงตรวจวินิจฉัยกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ในพื้นที่หมู่บ้านตำบล ทั้ง 12 จังหวัด ใช้เกณฑ์การประเมินวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน DSMIV เพื่อยืนยันว่าเป็นโรคออทิซึม

การวิเคราะห์ข้อมูลรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2546 ถึงเดือนพฤษภาคม 2547 ใช้สถิติค่าร้อยละ

ตาราง การวินิจฉัยโรคของแพทย์ (n=158)

การวินิจฉัยโรค	จำนวน	ร้อยละ
โรคออทิซึม	9	5.7
โรคออทิซึมและปัญญาอ่อน	2	1.3
โรคออทิซึมและความพิการทางสมอง	1	0.6
โรคออทิซึม ปัญญาอ่อนและความพิการทางสมอง	1	0.6
ภาวะปัญญาอ่อน	19	12
ภาวะปัญญาอ่อนและพิการทางสมอง	3	1.9
ภาวะพิการทางสมอง	9	5.7
Specific language disease	10	6.3
Other psychiatric disease (phobia, selective mutism)	2	1.3
เด็กปกติ	102	64.6

ความชุกของโรคออทิซึม ผลการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์จากกลุ่มเป้าหมาย 13,140 คน พบว่ามีโรคออทิซึม 13 คน สรุปได้ว่า ความชุกของโรคออทิซึมในเด็กไทยอายุ 1 ถึง 5 ปี เท่ากับ 9.9 : 10,000

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.9 อายุอยู่ในช่วง 3 ปี ถึง 3 ปี 11 เดือน 15 วัน ร้อยละ 28.2

ความเสี่ยงต่อโรคออทิซึมโดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคออทิซึมในเด็ก 1 ถึง 5 ปี พบเด็กที่มีคะแนนเกิน 5 จำนวน 138 คน เท่ากับมีความเสี่ยงต่อโรคออทิซึม 43.9 : 10,000 หรือ 4.4 : 1,000

การวินิจฉัยโรคออทิซึมโดยจิตแพทย์ จากจำนวนเด็ก 158 คน ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยทีมจิตแพทย์เด็ก พบโรคออทิซึมร้อยละ 5.7 ออทิสซึมและปัญญาอ่อนร้อยละ 1.3 และออทิซึมกับความพิการทางสมองร้อยละ 0.6 ดังตาราง

วิจารณ์

ผลการศึกษาในขั้นของการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรค โดยทีมสาธารณสุขภาคสนาม พบความเสี่ยงต่อโรคออทิซึมในเด็กไทยอายุ 1 ถึง 5 ปี เท่ากับ 4.4 : 1,000 เปรียบเทียบกับการสำรวจจากการรณรงค์ค้นหาความเสี่ยงต่อออทิซึม ซึ่งเก็บข้อมูลในเด็กอายุ 1 ถึง 5 ปี ที่มาตรวจสุขภาพในคลินิกสุขภาพเด็กดีของโรงพยาบาลและสถานอนามัยทั่วประเทศในเดือนสิงหาคม 2546 และกันยายน 2547 ใช้แบบคัดกรองเดียวกันโดยศรียรรณา พูลสรรพสิทธิ์และคณะ ซึ่งเท่ากับ 6.1 และ 5.7 : 1,000 ตามลำดับ¹⁴ ความแตกต่างเล็กน้อยนี้อาจเกิดจากการสำรวจในลักษณะการรณรงค์และประชาสัมพันธ์มีโอกาสทำให้ข้อมูลเบี่ยงเบนให้ผลสูงกว่าค่าปกติได้ เพราะเด็กที่สงสัยว่ามีความผิดปกติจะถูกนำมารับการตรวจมากขึ้นจากการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการประชาสัมพันธ์ ผลการวิจัยครั้งนี้พบความชุกของโรคออทิซึม เท่ากับ 9.9 : 10,000 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของต่างประเทศหลายประเทศซึ่งมีค่าระหว่าง 3.3 - 16 : 10,000 และไม่มีความแตกต่างระหว่างเด็กในเขตเมืองหรือชนบท ซึ่งสะท้อนว่าโรคออทิซึมสามารถเกิดได้กับบุคคลในทุกเศรษฐกิจระดับการศึกษาและในทุกพื้นที่ของประเทศ⁴

การศึกษาครั้งนี้ทำให้สามารถประมาณการจำนวนของบุคคลออทิซึมทั่วประเทศที่ควรจะได้รับ การช่วยเหลือดูแลรักษา พัฒนาศักยภาพ ทั้งจากทีมแพทย์ (แพทย์ จิตแพทย์ แพทย์ด้านพัฒนาการ) ทีมฝ่ายบำบัดฟื้นฟู (นักอาชีวบำบัด นักอรรถบำบัด นักกายภาพบำบัด ศิลปะบำบัด ฯลฯ ฝ่ายการศึกษา (ผู้บริหารโรงเรียน ครูการศึกษาพิเศษ นักจิตวิทยาโรงเรียน) และฝ่ายครอบครัวอาทิ พ่อแม่ ญาติ พี่เลี้ยงเด็ก และชุมชน โดยพร้อมเพรียงกันแต่ปัจจุบันการให้บริการรักษา ฟื้นฟู ทักษะเด็กและบุคคลออทิซึมยังอยู่ในวงจำกัดเด็กที่มาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล

ยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ปี 2545 มีเพียง 4,157 คน กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสุขภาพจิตมีความมุ่งมั่นแน่วแน่ที่จะให้เด็กออทิซึมได้รับการดูแลส่งเสริมพัฒนาการ และพัฒนาศักยภาพให้เหมาะสมเพื่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยมีโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สังกัดกรมสุขภาพจิตเป็นโรงพยาบาลที่ดำเนินการรักษาพยาบาลและพัฒนาองค์ความรู้โรคนี้อย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ประมาณปี 2510 และเป็นแม่แบบของการเตรียมทีมดูแลแบบครบวงจรและบูรณาการ (ครู หมอ พ่อแม่และชุมชน) นอกจากนั้นยังได้จัดทำแผนแม่บทของการจัดบริการรักษา ฟื้นฟูพัฒนา ศักยภาพของเด็กออทิซึมโดยเริ่มในปี พ.ศ. 2546 ถึง 2547 มีการฝึกอบรมการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อออทิซึม ให้แก่บุคลากรระดับอำเภอ เช่น เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั่วประเทศ (ชุมชน) และถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านออทิซึมให้แก่ทีมงานสหวิชาชีพได้แก่ กุมารแพทย์ พยาบาล พัฒนาการ นักอาชีวบำบัด เวชศาสตร์ฟื้นฟู(หมอ) ของโรงพยาบาลระดับจังหวัด อบรมความรู้แก่กลุ่ม ชุมชน ผู้ปกครอง ครอบครัว (พ่อแม่) และครูการศึกษาพิเศษ (ครู) ทั้งยังได้จัดสรรงบประมาณและสื่อองค์ความรู้ สนับสนุนให้เกิดการให้บริการแบบบูรณาการ ครบวงจรตามต้นแบบของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ซึ่งขณะนี้ได้ดำเนินการทั้งสิ้น 25 จังหวัด (ในปีงบประมาณ 2548) อันจะมีผลให้เด็กกลุ่มนี้ได้รับการคัดกรอง วินิจฉัย และเข้าถึงบริการมากขึ้น มีโอกาสพัฒนาศักยภาพของตนเองเพื่อตนเอง ครอบครัว สังคม ชุมชนโดยรวม

สรุป

ความชุกของโรคออทิซึมในเด็กไทยอายุ 1 ถึง 5 ปี เท่ากับ 9.9 : 10,000

ข้อเสนอแนะ

ออทิสซึมยังเป็นปรากฏการณ์ที่การแพทย์และวงการแพทย์เข้าใจได้ไม่หมด มีการพัฒนาการศึกษาวิเคราะห์ใหม่อยู่ตลอดเวลา การดูแลเด็กออทิสติกต้องครบวงจรสาธารณสุข (หมอ) เป็นส่วนหนึ่งของวงจรเท่านั้น ความสำเร็จต้องขึ้นกับความร่วมมือความเข้าใจความสม่ำเสมออดทน ทุ่มเทของผู้ปกครอง (พ่อแม่) ซึ่งแพทย์มีส่วนอธิบาย ให้กำลังใจสนับสนุนได้และต้องประกอบด้วยภาคการศึกษาพิเศษ (ครู) ที่ช่วยเหลือจัดหลักสูตรการสอนที่เหมาะสมกับศักยภาพของเด็ก เพื่อให้เด็กใช้ศักยภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งทุกวันนี้มีเด็กออทิสติกเติบโตเป็นผู้ใหญ่ใช้ชีวิตประกอบอาชีพการทำงานที่ดีทำประโยชน์ต่อสังคมอย่างดีจำนวนไม่น้อย นอกจากนี้ ด้านชุมชน สังคม ต้องยอมรับ ให้โอกาสบุคคลออทิสติกปรับตัวต่อสังคม เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้อย่างมีความสุข

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The ICD - 10 Classification of Mental and Behavioral Disorders : Clinical Description and Diagnostic Guidelines. Geneva. World Health Organization ; 1992.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4th ed. Washington DC. American Psychiatry Association 1994.
3. เพ็ญแข ลัมศิลา. การวินิจฉัยโรคออทิสซึม. สมุทรปราการ : โรงพยาบาลจุฬาราชวิทยาลัยแพทย์ ; 2540.
4. Wing L, Goul J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. J Autism Dev Disorders 1979;9:11-29.
5. Magnusson P, Saumundsen E. Prevalence of autism in Iceland. J Autism Dev Disorders 2001; 31:53-163.
6. Honda H., Shimizu Y., Nimi M., Ohashi Y. Cumulative incidence and prevalence of childhood autism in children in Japan. Br J Psychiatry, 1996, 169:228-35.
7. Icasiano F, Hewson P, Machet P, Cooper C, Marshall A. Childhood autism spectrum disorder in the Barwon region : A community based study. J Pediatr child Health 2004;40: 696-701.
8. Bertrand J, Mars A, Boyle C, Bove F, Yeargin - Allsopp M, Decoufle P. Prevalance of Autism in a Unites population : the Brick Township, New Jersey, investigation. Pediatr 2001;108:1155-61.
9. Yeargin-Allsopp M, Rice C, Karapurkar T, Doernberg N, Boyle C, Murphy C. Prevalance of autism in a US metropolitan area. JAMA 2003 Jan 1;289(1):49-55.
10. Gurney JG, Fritz MS, Ness KK, Sievers P, Newschaffer CJ, Shapiro EG. Analisis of prevalence trenddos of autism spectrum disorder in Minnesota. Arch Pediatr Adolesc Med 2003;157:622-7.
11. Lingam R, Simmons A, Andrews N, Miller E, Stowe J, Taylor B. Prevalence of autism and parentally reported triggers in a north east London population. Arch Dis Child 2003;88:666-70.
12. United Kingdom Medical Research Council. MRC review of autism resaech:epidemiology and causes. December 2001. Available from <http://www.mrc.ac.uk/pdf-autism-report.pdf>. [Accessed 2003 Sep 15].
13. กองแผนงาน. สถิติผู้ป่วยของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปี 2542 - 2545. กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต; 2545.
14. ศีรวิธรรณา พูลสรรพสิทธิ์ เบญจพร ปัญญาขง ดุสิต ลิขนะ พิชิตกุล ประยูรศักดิ์ เสรีเสถียร. การรณรงคั้คัดกรองความเสี่ยงต่อออทิสซึม ปี 2546 - 2547. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต. (ระหว่างการตีพิมพ์).
15. ยงยุทธ ไชยพงศ์. แผนการสำรวจตัวอย่างโครงการสำรวจภาวะ สุขอนามัยของประชาชนไทย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2545 - 2546. กรุงเทพฯ : สำนักงานสำรวจภาวะสุขอนามัย; 2546.
16. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินและคัดกรองพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็ก. ใน: ชาญวิทย์พรนพดล, บรรณาธิการ.แบบคัดกรองโรคในกลุ่มพัฒนาการผิดปกติอย่างรอบด้านสำหรับเด็กอายุ 1 ถึง 18 ปี กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2545. หน้า 37-49.
17. เบญจพร ปัญญาขง. แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อออทิสซึมในเด็กอายุ 1 - 5 ปี. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลจุฬาราชวิทยาลัยแพทย์ ; 2545.