การใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติกที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

นางสาวดารณี วิชัยคำ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2554

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

USE OF HEALTH CARE SERVICES OF CHILDREN WITH AUTISM AT YUWAPRASART WAITHAYOPATHUM CHILD PSYCHIATRIC HOSPITAL

Miss Daranee Wichaikam

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติกที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
โดย	นางสาวดารณี วิชัยคำ
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง อลิสา วัชรสินธุ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

…….. คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ โสภณ นภาธร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

……ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ สุภปีติพร)

……... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง อลิสา วัชรสินธุ)

……กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(นายแพทย์ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล)

ดารณี วิชัยคำ : การใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติกที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. (Use of health care services of children with autism at Yuwaprasart Waithayopathum Child Psychiatric Hospital) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ศ. พญ. อลิสา วัชรสินธุ, 208 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบบริการสุขภาพของเด็กออทิสติกที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติกโดยศึกษาจากผู้ปกครองของเด็กออทิสติก จำนวน 304 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามบริการสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองร้อยละ 80.3 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 48.4 มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี ร้อยละ 70.4 เป็นมารดา ร้อยละ 35.2 มีอาชีพแม่บ้าน เด็กออทิสติกร้อยละ 80.3 เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.3 อายุระหว่าง 2 - 5 ปี ร้อยละ 88.8 ได้รับการวินิจฉัยเมื่ออายุ 1 - 3 ปี ร้อยละ 60.5 เด็กได้รับการรักษาด้วยยา ร้อยละ 31.6 ใช้ยา Risperidone ในการรักษา ร้อยละ 6.9 คือยา Ritalin บริการสุขภาพของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์และจากสถานบริการอื่นๆ ที่เด็กเข้ารับบริการร่วมกับการรักษาด้วยยามากที่สุด 5 อันดับแรก คือการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ(ร้อยละ 47.7) การฝึกและแก้ไขการพูด(ร้อยละ 44.7) กิจกรรมบำบัด(ร้อยละ 43.4) พฤติกรรมบำบัด (ร้อยละ 33.9) และการฝึกทักษะทางสังคม (ร้อยละ 30.6) ปัจจัยที่มีผลต่อการมาใช้บริการคือความคาดหวังที่จะให้เด็กมีอาการดีขึ้น ลักษณะอาการของเด็กออทิสติก อัธยาศัยความใส่ใจของเจ้าหน้าที่และคุณภาพของบริการ

ในการพัฒนางานบริการสำหรับเด็กออทิสติก ควรเน้นการให้ความสำคัญของการบำบัดชนิดต่างๆ โดยเฉพาะการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ การฝึกและแก้ไขการพูด กิจกรรมบำบัด พฤติกรรมบำบัด และการฝึกทักษะทางสังคม โดยคำนึงถึงอาการของเด็ก ความคาดหวังของผู้ปกครอง และคุณภาพของงานบริการสุขภาพ

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต.....

สาขาวิชา สุขภาพจิต ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

ปีการศึกษา 2554

5174952130 : MAJOR MENTAL HEALTH
KEYWORDS : AUTISM / HEALTH CARE SERVICE / YUWAPRASART WAITHAYOPATHUM CHILD PSYCHIATRIC HOSPITAL

DARANEE WICHAIKAM : USE OF HEALTH CARE SERVICES OF CHILDREN WITH AUTISM AT YUWAPRASART WAITHAYOPATHUM CHILD PSYCHIATRIC HOSPITAL. ADVISOR : PROF. ALISA WACHARASINDHU, M.D., 208 pp.

This descriptive study design aims to study about use of health care services of children with autism at Yuwaprasart Waithayopathum Child Psychiatric Hospital and related factors. The samples were 304 parents. Research instruments were self reported questionnaires to collect Demographic Data, health services questionnaire and related factors in use of health care services. Data was analyzed by descriptive statistic for the percentage, mean, standard deviation.

The results showed 80.3% of parents were female 48.4% age between 30-39 years old 70.4% are mother 35.2% were housewives 80.3% most of children with autism were male 55.3% age between 2-5 years old 88.8% were diagnosed at age 1-3 years old 60.5% have been treated with drugs 31.6% of drug treatment was Risperidone 6.9% was Ritalin. Health care services combine with medicine in the top five ranking at Yuwaprasart Waithayopathum Child Psychiatric Hospital and other hospitals include Early intervention (47.7%) Speech therapy (44.7%) Occupational therapy (43.4%) Behavior modification (33.9%) and Social skill training (30.6%) Factors associated with the use of services were parental expectation of the services to improve the children's symptoms, the symptoms of autism and courtesy of staff and quality of service.

In developing services for autistic children should emphasize different kind of therapies such as Early Intervention, Speech therapy and Occupational therapy as well as children's symptoms, parental expectation and quality of services.

Departmen : Psychiatry Student's Signature .....
Field of : Mental Health Advisor's Signature .....
Academic : 2011

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งในการให้ความรู้ คำแนะนำ การตรวจแก้ไข จากศาสตราจารย์แพทย์หญิงอลิสา วัชรสินธุ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้คอยให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็นต่างๆ ตลอดจนข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดการทำวิจัย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และนายแพทย์ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำตรวจสอบแก้ไขวิทยานิพนธ์แก่ผู้วิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์นิมน เชื้อทอง ที่กรุณาเป็นอาจารย์ผู้ดูแลและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ (ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการขณะที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล) ซึ่งอนุญาตให้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลภายในหน่วยงาน และขอขอบพระคุณคณะแพทย์ หัวหน้าพยาบาล พยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล อีกทั้งการวิจัยครั้งนี้ จะไม่ประสบความสำเร็จได้เลยถ้าปราศจากความร่วมมือของผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ พี่สาวและน้องชาย สำหรับกำลังใจที่ดีและให้การสนับสนุนผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา รวมถึง เพื่อนๆ พี่ๆ ทุกท่าน และเจ้าหน้าที่ของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ สำหรับความช่วยเหลือ คำแนะนำ กำลังใจและมิตรภาพที่ดี

ท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ประสิทธิประสาทความรู้และอบรมสั่งสอนผู้วิจัยด้วยความรัก ความอบอุ่น ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ณ สถาบันแห่งนี้เสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ
กิตติกรรมประกาศ..... ฉ
สารบัญ..... ช
สารบัญตาราง..... ฌ

บทที่

1. บทนำ..... 1
    ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1
    คำถามการวิจัย..... 4
    วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... 4
    กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 5
    ข้อจำกัดของการวิจัย..... 6
    คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 6
    ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 6
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 7
    ความหมายของออทิสติก..... 8
    ลักษณะและอาการของเด็กออทิสติก..... 9
    ระบาดวิทยา..... 11
    สาเหตุการเกิดโรค..... 12
    เกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสซึม..... 12
    การวินิจฉัยโรคออทิสซึม..... 14
    แนวทางการรักษา..... 16
    ความหมายของบริการสุขภาพ..... 31
    แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการ..... 32
    องค์ประกอบการจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน..... 34

บทที่ หน้า

สถานการณ์ของระบบบริการเพื่อช่วยเหลือเด็กออทิสติก..... 35
ความหมายของสุขภาพจิต..... 36
กรอบแนวคิดเรื่องการส่งเสริมป้องกันรักษาและฟื้นฟูในงานสุขภาพจิตและจิตเวช... 36
หลักการของการรักษาทางจิตเวชบนฐานวิชาการสาธารณสุข..... 37
บุคลากรด้านสุขภาพจิต..... 38
เครือข่ายบริการสุขภาพจิต..... 38
สถาบันเฉพาะทาง..... 42
โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์..... 43
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 45
3. วิธีดำเนินการวิจัย..... 50
รูปแบบการวิจัย..... 50
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 51
การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 54
การวิเคราะห์ข้อมูล..... 55
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 56
ตอนที่ 1 ปัจจัยด้านประชากร..... 58
ตอนที่ 2 บริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ..... 62
ตอนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติก..... 109
ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับบริการสุขภาพ…… 114
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 160
สรุปผลการวิจัย..... 160
อภิปรายผลการวิจัย..... 171
สรุปจากผลการวิจัยและการนำไปใช้…….. 177
ข้อเสนอแนะ..... 178
รายการอ้างอิง..... 179
ภาคผนวก..... 186
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 208

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล..... 58

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับเด็กออทิสติก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล..... 60

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ จำแนกตามการตรวจประเมินและวินิจฉัยโรค..... 62

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ จำแนกตามบริการสุขภาพภาพกับการรักษาด้วยยา.....…… 63

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ จำแนกตามบริการสุขภาพภาพที่ร่วมกับการรักษาด้วยยา..... 64

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ จำแนกตามการรักษาด้วยยากับบริการสุขภาพ..... 65

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ จำแนกตามบริการสุขภาพภาพที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา..... 70

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ จำแนกตามบริการสุขภาพภาพที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา..... 71

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ จำแนกตามบริการสุขภาพภาพที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา..... 72

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ จำแนกตามการรักษาด้วยยา..... 76

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ จำแนกตามพฤติกรรมบำบัด…… 77

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ จำแนกตามการฝึกและแก้ไขการพูด…… 78

ตารางที่ 13 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ จำแนกตามการฝึกทักษะทางสังคม..... 80

หน้า

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ จำแนกตามการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ..... 81
ตารางที่ 15 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ จำแนกตามกิจกรรมบำบัด..... 83
ตารางที่ 16 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ จำแนกตามกายภาพบำบัด..... 84
ตารางที่ 17 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ จำแนกตามฟลอไทม์..... 86
ตารางที่ 18 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ จำแนกตามศิลปะบำบัด..... 87
ตารางที่ 19 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ จำแนกตามดนตรีบำบัด..... 89
ตารางที่ 20 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ จำแนกตามการฝังเข็ม..... 90
ตารางที่ 21 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ จำแนกตามเครื่องเอชอีจี..... 91
ตารางที่ 22 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ จำแนกตามการบำบัดด้วยออกซิเจน..... 92
ตารางที่ 23 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ จำแนกตามการบำบัดด้วยสัตว์..... 93
ตารางที่ 24 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ จำแนกตามเข้ารับการฝึกอบรม..... 94
ตารางที่ 25 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลบริการสุขภาพที่ต้องการ..... 96
ตารางที่ 26 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติก ในด้านปัจจัยสนับสนุน 101
ตารางที่ 27 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติก ในปัจจัยด้านสุขภาพ 103
ตารางที่ 28 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติก ในปัจจัยด้านสถานบริการ 104

หน้า

ตารางที่ 29 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรของผู้ปกครอง ด้านเพศกับบริการสุขภาพ..... 106
ตารางที่ 30 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครอง ด้านอายุกับบริการสุขภาพ..... 109
ตารางที่ 31 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครอง ด้านศาสนากับบริการสุขภาพ……..... 112
ตารางที่ 32 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครอง ด้านระดับการศึกษากับบริการสุขภาพ..... 115
ตารางที่ 33 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครอง ด้านอาชีพหลักกับบริการสุขภาพ..... 119
ตารางที่ 34 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครอง ด้านรายได้กับบริการสุขภาพ..... 123
ตารางที่ 35 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของเด็กออทิสติก ด้านเพศกับบริการสุขภาพ..... 127
ตารางที่ 36 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของเด็กออทิสติก ด้านอายุกับบริการสุขภาพ..... 129
ตารางที่ 37 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของเด็กออทิสติกด้านระดับการศึกษากับบริการสุขภาพ…….. 133
ตารางที่ 38 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยสนับสนุนกับบริการสุขภาพ..... 136
ตารางที่ 39 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสุขภาพกับบริการสุขภาพ..... 139
ตารางที่ 40 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสถานบริการกับบริการสุขภาพ..... 142
ตารางที่ 41 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับสถานบริการที่ผู้ปกครองพาเด็กเข้ารับบริการ จำแนกตามบริการสุขภาพ..... 152

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rationale)

สุขภาพจิต ในคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก คือภาวะปกติสุขที่บุคคลมีความเข้าใจในศักยภาพต่างๆ ของตนเอง สามารถจัดการกับปัญหาความเครียดโดยทั่วไปได้อย่างเหมาะสม ประกอบกิจการต่างๆ ได้มีประสิทธิภาพเป็นประโยชน์แก่ตนเองและสังคม[1] ในการที่เราทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตดี ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เราดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข แต่ในสภาพสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันนี้ได้ส่งผลกระทบให้คนเรามีปัญหาทางสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้น จากรายงานอัตราการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อตรวจรักษาต่อของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2549-2551 พบว่าแนวโน้มอัตราการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อตรวจรักษาต่อมีอัตราสูงขึ้นเป็นลำดับจากร้อยละ 45.56 ในปีงบประมาณ 2550 เป็นร้อยละ 53.81 ในปีงบประมาณ 2552 [2] ปัญหาสุขภาพจิตนั้นเกิดขึ้นได้กับทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย ทั้งผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่และเด็ก โดยเฉพาะในวัยเด็กนั้น เป็นวัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะปลูกฝังพฤติกรรมและส่งเสริมพัฒนาการในด้านต่างๆ ให้เติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่มีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีได้ต่อไป

ในทางจิตเวชเด็ก ระบบการจำแนกโรคหรือความผิดปกติทางจิตเวชเด็กในปัจจุบันประกอบด้วย 2 ระบบใหญ่ๆ คือ DSM-IV [Diagnostic and statistical manual of mental disorder – fourth edition(1994)] โดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และ ICD-10 [The International classification of diseases-tenth version(1990)] ซึ่งเป็นการจำแนกในระบบเดียวกับโรคทางกายอื่นๆ โดยองค์การอนามัยโลก[3] การจำแนกโรค หรือความผิดปกติทางจิตตามระบบ DSM-IV ซึ่งกลุ่มความผิดปกติที่มักจะเกิดขึ้นครั้งแรกในเด็กทารก เด็ก หรือวัยรุ่น ประกอบไปด้วย 10 กลุ่ม[4] ในที่นี้จะขอกล่าวถึงกลุ่มที่ 5 นั่นคือ Pervasive Development Disorders(PDDs) ซึ่งประกอบไปด้วย Autistic disorder, Rett's disorder, Childhood disintegrative disorder, Asperger's disorder, PDD not otherwise specified โรคออทิสซึมหรือที่เรียกเด็กกลุ่มที่มีอาการนี้ว่า เด็กออทิสติก (autistic child) มีการบันทึกเป็นครั้งแรกโดยจิตแพทย์ชาวสวิตเซอร์แลนด์ ชื่อ ยูเจน บลูเลอร์(Eugen Bleuler) ในปี พ.ศ.2454[5] เด็กออทิสติก จัดเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ อยู่ในกลุ่มของ PDDs คือมีความบกพร่องที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการในมิติต่างๆ หลายด้าน ในด้านจิตวิทยาเด็กพิเศษได้นับเด็กกลุ่มนี้เป็นเด็กที่มีพัฒนาการต่างจากเด็กธรรมดากลุ่มหนึ่ง ซึ่งต้องได้รับการเรียนและการฝึกหัดอบรมต่างจากเด็กธรรมดา ในปัจจุบันนี้ การช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้ให้มีพัฒนาการเหมือนเด็กปกติธรรมดา ได้กระทำ

โดยความร่วมมือกันของหลายฝ่าย[6] ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ครู นักอรรถบำบัด นักจิตวิทยา นักจิตบำบัด นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น การรักษาเด็กกลุ่มนี้โดยทางการแพทย์ ทำให้เด็กลดความรุนแรงของโรคและพัฒนาศักยภาพในด้านต่างๆได้ แต่การบำบัดรักษาดูแลโดยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งเพียงเท่านั้นจะไม่สามารถทำให้เด็กกลุ่มนี้บรรเทาอาการได้มากนัก เพราะเป็นที่ทราบกันดีว่าความผิดปกติในกลุ่มอาการออทิสซึมยังไม่มีการรักษาจำเพาะใดๆ ที่จะทำให้หายได้อย่างเด็ดขาด การช่วยเหลือดูแลเด็กที่ถูกวิธีและให้ได้ผลดี ต้องได้รับความร่วมมือจากนักวิชาการหลายฝ่าย ดังนั้นการรักษาเด็กออทิสติกจึงจำเป็นต้องรักษาไปตามอาการที่ปรากฏหรืออาการที่ตรวจพบเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป[7] ได้แก่ การใช้ยาเพื่อช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หรือการใช้ยาเพื่อช่วยให้เด็กมีสมาธิเพิ่มขึ้นในการเรียนหนังสือ นอกจากนี้ยังมีการปรับพฤติกรรม การฝึกพูด การส่งเสริมพัฒนาการด้านอื่นที่ล่าช้า รวมไปถึงการศึกษาพิเศษในกลุ่มเด็กวัยเรียนด้วย[5] องค์กรหลักที่ดำเนินงานสุขภาพจิตในประเทศไทย คือ กรมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นองค์กรมาตรฐานการพัฒนาสุขภาพจิต ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู เป็นศูนย์กลางข้อมูลสารสนเทศ องค์ความรู้ ตลอดจนเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต ถ่ายทอดให้แก่หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนทั่วไป อีกทั้งยังจัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตที่มีปัญหารุนแรง ยุ่งยากและซับซ้อน[2] ซึ่งหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ที่เป็นสถาบันเฉพาะทางออทิสติก ได้แก่ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ[1]

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ [8] พ.ศ. 2550 มาตรา 6 วรรค 2 ได้ระบุไว้ว่า“สุขภาพของเด็ก คนพิการ ผู้สูงอายุ และคนด้อยโอกาสในสังคมและกลุ่มคนต่างๆ ที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครอง อย่างสอดคล้องและเหมาะสมด้วย” พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[9] พ.ศ.2545 มาตราที่ 5 วรรคที่ 1 “บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้” เป้าหมายของการจัดให้มีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข มีจุดมุ่งหมายคือ ความเสมอภาค เท่าเทียมที่ประชาชนทุกคนเข้าถึงได้ ความมีประสิทธิภาพของระบบบริการ คุณภาพของบริการได้มาตรฐาน ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสม ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดลักษณะของระบบบริการสาธารณสุข และประชาชนมีส่วนในการตรวจสอบระบบบริการสาธารณสุข การเลือกและเข้ารับบริการของแต่ละบุคคลนั้นย่อมแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ [10] คุณภาพ ความพึงพอใจ ของสถานบริการ เป็นต้น

สถานการณ์ปัจจุบันประมาณว่าทั่วโลกมีประชากรที่มีปัญหาออทิสติกถึง 35 ล้านคน ในประเทศไทยมีผู้ที่มีภาวะออทิสติกมากกว่า 200,000 ราย หรือประมาณ 1 ราย ต่อประชากร 300 คน เมื่อเทียบกับอัตราส่วนในสหรัฐอเมริกาซึ่งสูงถึง 1 รายต่อประชากร 150 หรือมีจำนวนทั้งสิ้น เกือบ 2 ล้านคน[11] และจากการศึกษาทางระบาดวิทยาในเด็กอายุ 1-5 ปี ในประเทศไทยของ "โครงการพัฒนาการบริการเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ และออทิสติก" โครงการพัฒนาสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์เป็นผู้จัดการโครงการ เมื่อปี 2547 พบว่าสามารถพบเด็กออทิสติกได้ทุกเศรษฐานะ ระดับการศึกษา และในทุกพื้นที่ของประเทศ ความชุกของโรคออทิสซึม เท่ากับ 9.9 คนต่อจำนวนประชากรเด็ก 10,000 คน[12] ปัจจุบันโรคออทิสซึมหรือออทิสติก เป็นที่รู้จักมากขึ้นในสังคมไทย ทำให้เกิดการรับรู้และเข้าใจผู้ที่เป็นออทิสติกมากยิ่งขึ้น จากการสำรวจเมื่อปี พ.ศ.2543 จำนวนเด็กที่เป็นออทิสติกในประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นถึง 40% ซึ่งตัวเลขที่เพิ่มสูงขึ้นนี้ได้ทำให้นักวิจัยบางคนวิตกกังวลกันมาก แต่ยังมีนักวิจัยอีกหลายคนให้ความเห็นว่าดัชนีที่เพิ่มขึ้นนี้ น่าจะมาจากการที่แพทย์และประชาชนทั่วไปรู้จักโรคออทิสติกมากขึ้น[6] ฉะนั้นบริการทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อการบำบัดรักษาจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อเด็กกลุ่มนี้ ทั้งในเรื่องของการตรวจประเมินวินิจฉัยจากแพทย์ การปรับพฤติกรรมและการส่งเสริมพัฒนาการในแต่ละด้านจากนักบำบัดหลายแขนง

สำหรับในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ มีโครงการต่างๆ ที่จัดขึ้นเน้นเนื้อหาและจุดประสงค์ที่ช่วยให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นจนใกล้เคียงหรือมีระดับเดียวกับเด็กปกติในวัยเดียวกัน การให้บริการจึงเน้นการปรับพฤติกรรม การสื่อความหมายพฤติกรรมและทักษะทางสังคม ตลอดจนความรู้และทักษะทางวิชาการ โครงการที่จัดขึ้น เช่น โครงการแก้ไขการพูด โครงการฝึกทักษะทางสังคม โครงการฝึกอบรมพ่อแม่ผู้ปกครอง Autistic โครงการเข้าค่ายสำหรับเด็กหรือโครงการอื่นๆ ที่ตั้งขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาให้ผู้ปกครองเป็นโครงการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับเด็ก[13]

จากการที่ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกมีแนวทางในการเลือกบริการสุขภาพเพื่อการบำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับเด็กออทิสติกได้ในหลายรูปแบบการบำบัดรักษา ทั้งในด้านภาษา สังคม และพฤติกรรม ผู้วิจัยจึงอยากจะทราบบริการสุขภาพที่ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกพาเด็กเข้ารับบริการ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเลือกใช้บริการและข้อเสนอแนะจากผู้ปกครอง เพื่อจะได้สรุปเป็นแนวทางเสนอแนะแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษา การป้องกัน ส่งเสริมพัฒนาการในด้านต่างๆ ในการวางแผนงานให้ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อเด็กออทิสติกเหล่านี้ให้สามารถอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ

คำถามการวิจัย (Research questions)

1. บริการสุขภาพแบบใดบ้างที่ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกพาเด็กเข้ารับบริการ
2. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษารูปแบบบริการสุขภาพของเด็กออทิสติกที่ผู้ปกครองพาเด็กเข้ารับบริการ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติก

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)

ข้อจำกัดของการวิจัย (Limitation)

การวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จ.สมุทรปราการ เพียงแห่งเดียว และศึกษาประมาณ 8 เดือน ผลการศึกษาที่ได้จึงอาจจะไม่ครอบคลุมถึงประชากรในสถานบริการแห่งอื่น และประชากรในภาคอื่นๆ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย (Operational Definitions)

ออทิสซึม (Autism) หมายถึง โรคออทิสซึม ซึ่งมีความบกพร่องของพัฒนาการที่สำคัญ ได้แก่ พัฒนาการทางด้านสังคม ภาษา การสื่อความหมาย อารมณ์ พฤติกรรม

ออทิสติก (Autistic) หมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคออทิสซึม

บริการสุขภาพ (Health care service) หมายถึง บริการทางสุขภาพสำหรับเด็กออทิสติก ที่มีความบกพร่องในด้านภาษา ด้านพฤติกรรม และด้านสังคม เพื่อการป้องกัน ส่งเสริม บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งได้แก่ การรักษาด้วยยา การปรับพฤติกรรม การฝึกและแก้ไขการพูดการสื่อความหมาย การกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ การฝึกทักษะทางสังคม การอบรมและให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง

การใช้บริการสุขภาพ หมายถึง การไปขอรับหรือเข้ารับบริการสำหรับเด็กออทิสติก เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefits and Application)

1. เพื่อทราบรูปแบบบริการทางสุขภาพของเด็กออทิสติกที่ผู้ปกครองพาเด็กไปใช้บริการ
2. เพื่อนำผลสรุปการวิจัยที่ได้ เป็นข้อมูลและเป็นแนวทางในการวางแผนงานบริการทางสุขภาพสำหรับการป้องกัน ส่งเสริม บำบัดรักษาให้แก่เด็กออทิสติกอย่างครอบคลุมและเหมาะสม
3. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานบริการทางสุขภาพให้สอดคล้องต่อความต้องการในการบำบัดรักษาเด็กออทิสติก

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับออทิสติก
    1.1 ความหมาย
    1.2 ลักษณะและอาการของเด็กออทิสติก
    1.3 ระบาดวิทยา
    1.4 สาเหตุการเกิดโรค
    1.5 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสซึม
    1.6 การวินิจฉัยโรคออทิสซึม
    1.7 แนวทางการรักษา
2. บริการสุขภาพ
    2.1 ความหมาย
    2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการ
    2.3 องค์ประกอบการจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน
    2.4 สถานการณ์ของระบบบริการเพื่อช่วยเหลือเด็กออทิสติก
3. สุขภาพจิต
    3.1 ความหมาย
    3.2 กรอบแนวคิดเรื่องการส่งเสริม ป้องกันรักษา และฟื้นฟู ในงานสุขภาพจิตและจิตเวช
    3.3 หลักการของการรักษาทางจิตเวช บนฐานวิชาการสาธารณสุข
    3.4 บุคลากรด้านสุขภาพจิต
    3.5 เครือข่ายบริการสุขภาพจิต
    3.6 สถาบันเฉพาะทาง
4. โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับออทิสติก

1.1 ความหมาย

ได้มีผู้ให้คำนิยามหรือความหมายของ ออทิสติก ไว้ดังนี้

Sadock and Sadock [14] ออทิสติก คือบุคคลที่มีลักษณะอาการที่พบในสามด้าน คือมีความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม, มีความบกพร่องในการสื่อสาร และมีรูปแบบพฤติกรรมความสนใจที่ซ้ำๆ

Lord and Bailey[15] ออทิสติก คือบุคคลที่มีความยากลำบากในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การสื่อสาร ขาดความยับยั้งชั่งใจ และมีความสนใจหรือมีพฤติกรรมที่ซ้ำๆ

Rutter (อ้างใน Tsai) [16] ได้วิเคราะห์หลักฐานจากการทดลองและเสนอลักษณะที่สำคัญของออทิสติก 4 ข้อ คือ

1. ขาดความสนใจและการตอบสนองทางสังคม

2. มีความบกพร่องด้านภาษา เริ่มตั้งแต่ไม่สามารถพูดได้ ไปจนถึงการมีรูปแบบของการพูดที่ผิดปกติหรือแปลกออกไป

3. มีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เริ่มตั้งแต่รูปแบบการเล่นที่ยึดติด ไม่ยืดหยุ่นและข้อจำกัดต่างไป จนถึงวิธีการที่ซับซ้อนและพฤติกรรมซ้ำๆ

4. อาการเริ่มแรกเกิดขึ้นก่อนอายุ 30 เดือน อาการดังกล่าวเหล่านี้จะแสดงออกในเด็กออทิสติกเกือบทั้งหมด

Bleuler (อ้างถึงใน อัมพล สูอำพัน) [17] ศึกษาผู้ป่วยโรคจิตในสวิตเซอร์แลนด์และกล่าวไว้ว่าลักษณะหนึ่งของผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ ขาดการติดต่อกับผู้อื่น หันเข้าหาตนเอง และไม่สนใจต่อโลกภายนอก ซึ่งเขาเรียกชื่ออาการนี้ว่า autism ซึ่งมากจากคำว่า Auto = self

U.S. Department of Education, 1991 (อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล) [6] ออทิสซึม คือ ความบกพร่องทางพัฒนาการ ด้านการสื่อสารด้วยภาษาทั้งภาษาถ้อยคำและไม่ใช้ถ้อยคำ ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น และมักสังเกตเห็นอาการเหล่านี้ได้ชัดเจนตั้งแต่อายุก่อน 3 ขวบ ความบกพร่องดังกล่าวมีผลกระทบต่อพัฒนาการด้านต่างๆ หลายด้าน เด็กกลุ่มนี้ชอบทำอะไรซ้ำๆ ชอบการเคลื่อนไหวแบบหนึ่งแบบเดียว หมกมุ่นอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างมาก มีความพอใจกับสิ่งแวดล้อมที่ซ้ำซากจำเจ

เพ็ญแข ลิ่มศิลา[18] ออทิสซึม เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรมแบบจำเพาะ ซึ่งปรากฏให้เห็นเป็นที่สังเกตได้ในระยะแรกๆ ของชีวิตก่อนอายุ 30 เดือน พฤติกรรมที่ผิดปกตินั้น เป็นความบกพร่องเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพทางสังคม ภาษา การสื่อความหมาย และการใช้จินตนาการในการเล่น (การเล่นโดยใช้การสมมติ) ซึ่งแสดงถึงการเสียหน้าที่ทางสรีรวิทยาของระบบสมอง

อุมาพร ตรังคสมบัติ[19] โรคออทิสติก หรือออทิสซึม เป็นความผิดปกติของสมองแบบหนึ่งที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก การเรียกชื่อโรคนี้ว่า autism หรือ autistic ก็เพราะผู้ป่วยจะมีอาการไม่สนใจผู้คนรอบตัวราวกับมีโลกของตนเอง สมองที่ทำงานผิดปกติจะแสดงออกอาการมาใน 3 ด้านใหญ่ๆ คือ 1.ความผิดปกติทางสังคมและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 2.ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร 3.ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม

ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล [20] ออทิสซึมเป็นกลุ่มอาการ ในการวินิจฉัยโรคนี้ใช้การสังเกตอาการหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติแล้วจัดเป็นกลุ่ม กลุ่มพฤติกรรมที่ผิดปกติมี 3 กลุ่ม คือ 1.กลุ่มพฤติกรรมทางสังคม 2.กลุ่มพฤติกรรมการสื่อสาร 3.กลุ่มพฤติกรรมแปลกๆ หรือซ้ำซากเกินไป

ดังนั้น เด็กออทิสติก หมายถึง เด็กที่มีสมองบางส่วนทำหน้าที่ผิดปกติ สังเกตเห็นได้ตั้งแต่อายุก่อน 30 เดือน ซึ่งทำให้มีความบกพร่องในเรื่องของพัฒนาการในด้านทักษะทางสังคม ด้านภาษา การสื่อสารและการสื่อความหมาย ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ เด็กมีลักษณะอยู่ในโลกของตนเอง ไม่สนใจบุคคลที่อยู่รอบตัว ขาดจินตนาการในการเล่น มีพฤติกรรมแปลกๆ มักจะหมกมุ่นหรือทำอะไรซ้ำๆ เป็นกิจวัตร

1.2 ลักษณะอาการของเด็กออทิสติก

ส่วนใหญ่จะเริ่มปรากฏมีอาการของออทิสติกใน 1 หรือ 2 ขวบปีแรก[21] พบว่าประกอบไปด้วยพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้า ไม่มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม หรือ มีปฏิกิริยาต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่ผิดปกติ[22] เด็กออทิสติกเมื่ออายุ 2-3 เดือน จะแสดงอาการขาดความสนใจ และไม่มีปฏิกิริยาตอบโต้ใดๆ ต่อบุคคลรอบข้าง เมื่อพยายามจะพูดหรือเล่นกับเด็ก เด็กจะเฉย ไม่ยิ้ม ไม่ส่งเสียงอ้อแอ้ แต่เมื่ออยู่คนเดียวก็อาจจะส่งเสียงเองได้ตามลำพังและได้นาน ในช่วงอายุ 1 ปีแรก เด็กจะนั่งเฉยอยู่บนตัก ไม่มีปฏิกิริยาตอบโต้ใดๆ ทั้งสิ้น สอนให้โบกมือ ตบมือ ก็จะทำตามไม่ได้ พูดออกเสียงเป็นคำไม่ได้ บางรายอาจจะพบว่ากลัวสิ่งของที่ไม่เป็นอันตราย เช่น กลัวหลอดไฟฟ้าที่ไม่มีโคมบัง หรือกลัวสีใดสีหนึ่ง และเมื่อเด็กอายุ 2-3 ปี จะยิ่งมองเห็นพฤติกรรมที่ผิดปกติได้ชัดเจนขึ้น[23] เด็กมักมาพบแพทย์ด้วยปัญหาไม่พูด เรียกไม่หัน ไม่สบตา มักมาในช่วงอายุ 3-5 ปี แต่ปัจจุบันจะมาพบเร็วขึ้นคือตั้งแต่อายุ 2-4 ปี แพทย์มักสังเกตว่าเด็กมีลักษณะภายนอกปกติ แข็งแรง หน้าตาน่ารัก แต่สีหน้า

เฉยเมย ไม่กลัวคนแปลกหน้า ไม่สนใจใคร สนใจวัตถุมากกว่าคน ไม่สบตาหรือบางรายจะจ้องอย่างมาก มองแบบทะลุทะลวง อาจมองเอียงๆ ด้วยหางตา ไม่พูดหรือพูดเป็นภาษาที่ฟังไม่ออก (neologism) พูดตาม(echolalia) เล่นของเล่นซ้ำๆ ไม่มีจินตนาการ อาจพบเดินเขย่งปลายเท้า(Toe-walking) สะบัดมือ(hand-flapping) กางนิ้ว งอนิ้วเล่นแล้วจ้องดูนิ้วมือ(finger extension) อาจมีพฤติกรรมชอบดม หรือเคาะ[24]

ศาสตราจารย์แพทย์หญิง อุมาพร ตรังคสมบัติ อธิบายว่า เด็กออทิสติกจะมีความผิดปกติแสดงออกมาใน 3 ด้านใหญ่ๆ[19] คือ

1.2.1 ความผิดปกติทางสังคมและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

เด็กมีลักษณะที่ไม่มีการตอบสนองทางสังคมหรือไม่ค่อยมีปฏิกิริยาต่อบุคคลอื่นเหมือนเด็กปกติทั่วไป ไม่มีการสบตา เรียกชื่อแล้วไม่หันมาตามเสียงเรียก บางรายจะมองทางหางตาหรือเอามือปิดตาไม่ยอมมองคน ไม่เข้าใจและไม่สนใจผู้อื่น ไม่มีอารมณ์ร่วมกับผู้อื่น ชอบอยู่คนเดียว ไม่ค่อยมีเพื่อน ไม่ยอมเล่นกับเพื่อน สนใจสิ่งของมากกว่าคน ไม่มีการโผเข้าหาพ่อแม่ ไม่ยอมให้อุ้ม และไม่คลอเคลียแสดงความรัก

1.2.2 ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร

เด็กออทิสติกร้อยละ 80 จะมีปัญหาทางภาษาและการสื่อสารอย่างรุนแรง เช่น เด็กจะพูดภาษาปกติไม่ได้เลยหรือพูดช้ากว่าเด็กปกติทั่วไป บางรายมีคำศัพท์เฉพาะตัวหรือมีภาษาที่แปลกๆ เป็นของตัวเอง พูดคำซ้ำๆ หรืออาจพูดเลียนคำโฆษณาในโทรทัศน์ พูดซ้ำประโยคหรือข้อความที่ผู้อื่นพูดด้วย เด็กไม่สามารถเริ่มต้นบทสนทนากับผู้อื่นได้ ต่อบทสนทนาไม่เป็น อาจจะคุยกันไปคนละเรื่อง บอกความต้องการของตนเองโดยการดึงมือของบุคคลอื่นไปที่สิ่งนั้น จะสื่อสารโดยท่าทางไม่เป็น เด็กมักพูดเรียบเฉย ไม่มีเสียงสูงต่ำแบบคนปกติทั่วไป

1.2.3 ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม

เด็กซนมาก มีอาการอยู่ไม่นิ่ง สมาธิสั้น มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม บางครั้งน้อยเกินไป เช่น เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉยเวลาพูดคุย และบางครั้งมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงเกินไป เช่น เวลาโกรธหรือไม่พอใจก็จะร้องกรี๊ด ร้องอย่างโหยหวนผิดปกติ เด็กมีการเคลื่อนไหวที่ปกติ เช่นการเดินเขย่งปลายเท้า วิ่งไปวิ่งมาอย่างไร้จุดหมาย หมุนตัว ทำอะไรซ้ำๆ เช่น การโยกตัวไปมา โบกมือไปมา แต่บางรายก็อาจจะชอบนั่งอยู่เฉยๆ บางรายมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เช่น โขกหัวหรือกัดแขนตนเอง มีประสาทสัมผัสที่ไวมากเกินไป (hypersensitive) เช่น ไวต่อเสียง ทนเสียงปกติธรรมดาไม่ได้ เช่น เสียงสุนัขเห่าหรือเสียงเปิดปิดประตู จะร้องไห้มากหรืออาละวาด บางกรณีประสาทสัมผัสมีความไวน้อยเกินไป (hyposensitive) เช่น ไม่รู้สึกเจ็บปวด ถึงแม้จะเจ็บ

หรือมีบาดแผลก็ไม่ร้องไห้ ไม่รู้สึกหนาว ร้อน ไม่รับรู้การสัมผัสจากผู้อื่น ชอบแยกตัวอยู่คนเดียว ชอบเล่นคนเดียว ปรับตัวยาก ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง มักทำอะไรที่ทำเป็นประจำเป็นกิจวัตรทุกๆ วัน เช่นการเดินทางเส้นทางเดิม การทำกิจวัตรตามลำดับแบบเดิมๆ ทุกวัน เป็นต้น เด็กขาดจินตนาการในการเล่น จะเล่นสมมุติหรือเล่นเลียนแบบไม่เป็น ถ้าเล่นรถของเล่นก็จะเอาแต่หมุนล้ออย่างเดียว หรือเอามาดม ไม่เล่นเหมือนเด็กปกติทั่วไป ชอบเล่นของเล่นซ้ำซาก กลัวของบางอย่างโดยไม่มีสามเหตุ เช่นการกลัวตุ๊กตา เป็นต้น

1.3 ระบาดวิทยา

Sadock and Sadock [14] เชื่อว่าจะเกิดออทิสติกในอัตรา 8 รายต่อประชากรเด็ก 10,000 คน (0.08%) จากการสำรวจทางระบาดวิทยาในยุโรปหลายแห่งพบอัตราส่วนตัวแปรของโรคออทิสติกได้ตั้งแต่ 2-30 ราย ในประชากร 10,000 คน มีบางรายงานพบความชุกของโรคออทิสติก 19.5 รายต่อประชากร 10,000 คนในแคลิฟอร์เนีย และยังมีรายงานอื่นๆ ที่พบออทิสติกได้ถึง 60 รายต่อประชากร 10,000 คน ออทิสติกพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 4-5 : 1 และเด็กผู้หญิงที่เป็นออทิสติกจะมีแนวโน้มเป็นปัญญาอ่อนร่วมด้วย

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา[25] การศึกษาด้านระบาดวิทยา ทำค่อนข้างยากเนื่องจากเกณฑ์ในการวินิจฉัยมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จากการรวบรวมข้อมูลการศึกษาทางระบาดวิทยาในช่วง 30 ปี พบว่า ความชุกของโรค เฉลี่ย 4.8 คนต่อประชากร 10,000 คน หรือประมาณ 1 คน ต่อประชากร 2,000 คน

อัมพล สูอำพัน[17] ในอังกฤษและอเมริกามีการสำรวจเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี พบว่า มีความชุก 4-5 ต่อ 10,000 คน ประมาณร้อยละ 94 มีอาการเกิดขึ้นครั้งแรกที่อายุก่อน 3 ปี พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 4-5 : 1 การวินิจฉัยในระยะแรกๆ พบว่ามีอุบัติการณ์สูงในเศรษฐฐานะปานกลางและเศรษฐฐานะดี แต่สำหรับการศึกษาในปัจจุบันพบปัญหานี้ได้ทุกระดับเศรษฐฐานะและทุกเชื้อชาติ

ข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ[26] อ้างในเอกสารประกอบการเตรียมการนำเสนอคณะรัฐมนตรี ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา วันที่ 31 พฤษภาคม 2553 พบว่า จากจำนวนประชากรของประเทศไทย จำนวน 62 ล้านคน มีประชากรกลุ่มออทิสติกประมาณ 6 ใน 1,000 หรือร้อยละ 0.6 ของประชากรทั้งหมด หรือประมาณ 372,000 คน

1.4 สาเหตุการเกิดโรค

ปัจจุบันมีการวิจัยมากมายให้ข้อมูลสนับสนุนว่า สาเหตุเกิดจากความผิดปกติของสมอง[23] เช่น

1.4.1 เด็กออทิสติกร้อยละ 25-30 จะมีอาการของโรคลมชัก ในระยะวัยรุ่น

1.4.2 เด็กที่มีอาการเจ็บป่วยทางกายอื่นๆ เช่น เด็กที่เกิดจากมารดาที่เป็นหัดเยอรมันในระยะตั้งครรภ์ คลอดออกมาแล้วพบว่ามีสิ่งแทรกซ้อนจากหัดเยอรมัน อาจมีตาบอด หูหนวก หัวใจพิการแต่กำเนิด และมีลักษณะของออทิสซึมด้วย

1.4.3 มีหลักฐานแสดงว่าเด็กออทิสติกมีส่วนเกี่ยวข้องทางกรรมพันธุ์ เนื่องจากพบออทิสซึมในคู่แฝดจากไข่ใบเดียวกันมากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ อัตราส่วนของออทิสซึมในพี่น้องท้องเดียวกันพบถึง 1 ใน 50 ส่วน ในเด็กทั่วไปจะพบอัตราส่วน 1 ต่อ 2500

1.4.4 พบว่ามารดาของเด็กออทิสติกมีประวัติของอาการแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด มากกว่า 50 %

1.4.5 มีความผิดปกติของสารบางอย่างที่เป็นตัวนำทางระบบประสาทสูงขึ้นมาก เช่น ซีโรโตนิน และโดปามีน

1.4.6 มีความผิดปกติในระบบภูมิต้านทาน ในเด็กออทิสติกระบบภูมิต้านทานกลับไปทำลายระบบประสาทของตนเอง

1.4.7 แพทย์ทางระบบประสาทและพยาธิวิทยาพบว่า สมองของเด็กออทิสติกมีเซลล์ของสมองผิดปกติอยู่ 2 แห่ง คือบริเวณที่ควบคุมด้านความจำ อารมณ์ และแรงจูงใจ ส่วนอีกบริเวณหนึ่งจะควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย

1.5 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสซึม

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสซึม มีอยู่ 2 ระบบใหญ่ๆ คือ [3]

1. DSM-IV [Diagnostic and statistical manual of mental disorder – fourth edition (1994)] โดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน

2. ICD-10 [The International classification of diseases-tenth version(1990)] ซึ่งเป็นการจำแนกในระบบเดียวกับโรคทางกายอื่นๆ โดยองค์การอนามัยโลก

ซึ่งทั้ง DSM-IV และ ICD-10 ได้รับการปรับปรุงจากอดีตจนถึงปัจจุบัน และจะได้รับการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงต่อไปในอนาคต

ในการจำแนกโรค หรือความผิดปกติทางจิตตามระบบ DSM-IV ซึ่งกลุ่มความผิดปกติที่มักจะเกิดขึ้นครั้งแรกในเด็กทารก เด็ก หรือวัยรุ่น [4] ประกอบไปด้วย

- Mental retardation
- Learning disorders (LDs)
- Motor skills disorder
- Communication disorders
- Pervasive developmental disorders (PDDs)
- Attention-deficit and disruptive behavior disorders (DBDs)
- Feeding and eating disorders of infancy or early childhood
- Tic disorders
- Elimination disorders
- Other disorders of infancy, childhood, or adolescence

ซึ่งโรคออทิสซึมจะอยู่ในหัวข้อ Pervasive developmental disorders (PDDs)

PDDs ใน DSM-IV ประกอบไปด้วย

- Autistic disorder
- Rett's disorder
- Childhood disintegrative disorder, also termed Heller's syndrome and infantile dementia
- Asperger's disorder
- PDD not otherwise specified

1.6 การวินิจฉัยโรคออทิสซึม

ข้อชี้บ่งตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติความผิดปกติทางจิต ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ครั้งที่ 4 สำหรับใช้วินิจฉัยโรค ออทิสซึม[18] มีดังนี้

ก. ต้องพบอาการทั้งหมดอย่างน้อย 6 ข้อย่อย จากข้อ (1) (2) และ (3) ซึ่งจะต้องพบในข้อ (1) อย่างน้อย 2 ข้อย่อย และอย่างละ 1 ข้อย่อย จากข้อ (2) และข้อ (3)

(1.) มีการสูญเสียทางปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

ซึ่งแสดงให้เห็นได้อย่างน้อยที่สุด 2 ข้อย่อยดังต่อไปนี้

1.1 ไม่สามารถแสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น เช่น ไม่มีการสบตากับผู้ใด ไม่มีการแสดงออกทางสีหน้า กิริยาหรือท่าทางแต่อย่างใด

1.2 ไม่มีความสามารถที่จะผูกสัมพันธ์กับใครเพื่อให้เป็นเพื่อนกันได้

1.3 ขาดการแสวงหาเพื่อที่จะเล่นสนุกกับใคร ไม่แสดงความสนใจที่จะทำงานร่วมกับใคร ไม่สามารถร่วมกันทำประโยชน์ต่อส่วนรวมกับผู้อื่นได้

1.4 ไม่สามารถมีการติดต่อทางสังคมและการแสดงออกทางอารมณ์ให้เหมาะสมเมื่ออยู่ในสังคม

(2.) มีการสูญเสียทางด้านการสื่อความหมาย ด้วยการพูด และไม่ใช้คำพูด

ซึ่งจะต้องพบหัวข้อย่อยอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้

2.1 มีความล่าช้า หรือไม่มีการพัฒนาในด้านภาษาและการพูดเลย หรือไม่สามารถใช้กิริยาท่าทางในการสื่อความหมายกับผู้ใดได้

2.2 ในรายที่สามารถพูดได้แล้ว ก็ไม่สามารถสนทนาโต้ตอบกับผู้อื่นได้อย่างเข้าใจและเหมาะสม

2.3 มักจะพูดซ้ำๆ ในสิ่งที่ตนเองต้องการจะพูดและตนเองสนใจ โดยไม่สนใจว่าจะมีผู้อื่นฟังหรือไม่

2.4 ไม่สามารถเล่นสมมติได้ด้วยตนเอง หรือไม่สามารถเล่นลอกเลียนแบบที่เคยพบเห็นในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามวัย

(3.) มีพฤติกรรม ความสนใจและการกระทำซ้ำๆ

ซึ่งจะต้องพบ 1 ข้อย่อย ดังนี้

3.1 มีพฤติกรรมซ้ำๆ อย่างเดียวหรือมากกว่าหนึ่งอย่างก็ได้ มีความสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะที่ผิดปกติอย่างเด่นชัด

3.2 ไม่สามารถยืดหยุ่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เคยทำซ้ำๆ เป็นประจำได้ โดยต้องกระทำตามขั้นตอนเหมือนเดิมทุกครั้ง

3.3 มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ เช่น การกระดิกนิ้วมือไปมา การโบกมือไปมา การหมุนมือ หรือการหมุนตัวไปรอบๆ เป็นต้น

3.4 มีความสนใจ เกี่ยวกับส่วนใดส่วนหนึ่งของวัตถุหรือการเล่นของเล่นเท่านั้น เช่น เล่นหมุนล้อของรถของเล่น เด็กก็จะไม่สนใจส่วนอื่นๆ ของรถเลย

ข. จะต้องพบว่ามีความล่าช้าหรือความผิดปกติอย่างน้อย 1 ข้อ ก่อนอายุ 3 ปี คือ

1. ทางปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
2. ภาษาที่ใช้ในการสื่อความหมายในสังคม
3. การเล่นแบบสมมติ หรือเล่นจากการสร้างจินตนาการ

ค. ความผิดปกตินี้ไม่ได้เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการผิดปกติอื่นๆ เช่น กลุ่มอาการเรทท์ (Rett's syndrome) หรือความผิดปกติทางสมองอื่นๆ ในวัยเด็ก

1.7 แนวทางการรักษา

Lord and Bailey[15] การรักษาเฉพาะมีอยู่หลากหลาย ได้แก่

- การฝึกและแก้ไขการพูด (speech and language therapy)
- กิจกรรมบำบัด (Occupational therapy)
- กายภาพบำบัด (Physical therapy)
- Cognitive-behaviour or individual psychotherapy
- กลุ่มทางสังคม (Social groups)

Sadock and Sadock[14] เป้าหมายในการรักษาเด็กออทิสติกนั้นคือการเพิ่มทักษะความสามารถเพื่อให้สามารถเข้าเรียนในโรงเรียนได้ พัฒนาการมีปฏิสัมพันธ์และส่งเสริมความเป็นไปได้ในการมีชีวิตอยู่อย่างอิสระเหมือนผู้ใหญ่

Engeland and Buitelaar[27] วัตถุประสงค์ในการรักษาออทิสติก คือ

1. เพื่อกระตุ้นให้เกิดพัฒนาการตามปกติให้มากที่สุดในเรื่องของการรับรู้ การใช้ภาษาและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
2. เพื่อลดพฤติกรรมที่เฉพาะของออทิสติก เช่น ลักษณะไม่ยืดหยุ่น มีพฤติกรรมแบบเดิมๆ มีความซ้ำซาก และไม่สามารถยอมรับความเปลี่ยนแปลงได้
3. เพื่อลดหรือขจัดพฤติกรรมที่ไม่เฉพาะเจาะจง เช่น อาการซน อยู่ไม่นิ่ง อารมณ์หงุดหงิด และหุนหันพลันแล่น
4. เพื่อบรรเทาความเครียดและลดภาระของครอบครัว

ซึ่งมีแนวทางการช่วยเหลือ ได้แก่ การให้คำปรึกษาผู้ปกครองและการประคับประคองครอบครัว กระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการ การให้การปรึกษา การฝึกทักษะและพฤติกรรมบำบัด การฝึกและแก้ไขการพูด และการรักษาด้วยยา

Centers for Disease Control and Prevention(CDC)[28] ไม่มีการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งที่ดีที่สุดสำหรับเด็กออทิสติก มีบริการสุขภาพอยู่หลายประเภทที่สามารถทำได้ เช่น การฝึกการได้ยิน (auditory training), การรักษาด้วยวิตามิน(vitamin therapy), การรักษาด้วยยีสต์(anti-yeast therapy), การใช้คอมพิวเตอร์หรือเครื่องพิมพ์ดีดเพื่อการสื่อความหมาย (Facilitated Communication), ดนตรีบำบัด(music therapy), กิจกรรมบำบัด(occupational therapy), กายภาพบำบัด (physical therapy) และการผสมผสานการรับความรู้สึก (sensory integration)ซึ่งเด็กบางคนตอบสนองได้ดีต่อการรักษาหนึ่ง

ในขณะที่เด็กอีกคนอาจจะตอบสนองในทางลบหรือไม่มีการตอบสนองต่อการรักษานั้นๆ เลย ดังนั้น ก่อนที่จะตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพใดๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องพูดคุยทำความเข้าใจในผลดีและผลเสียก่อนที่จะเข้ารับบริการ การรักษาโดยทั่วไปจะสามารถแบ่งเป็นประเภท ได้แก่ การให้การบำบัดรักษาด้านพฤติกรรมและการสื่อสาร, การรักษาที่เน้นด้านโภชนาการ(Dietary Approaches), การรักษาด้วยยา(Medication), กลุ่มการรักษาเสริมและแพทย์ทางเลือก (Complementary and Alternative Medicine) การกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการ (Early Intervention Services) มีรายงานการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการให้บริการ การกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการ สามารถช่วยส่งเสริมพัฒนาการของเด็กได้เป็นอย่างดี โดยให้บริการช่วยเหลือในเด็กตั้งแต่แรกเกิด ถึง 3 ปี(36 เดือน) เพื่อเรียนรู้ทักษะที่สำคัญ การบริการประกอบไปด้วย การฝึกให้พูดคุย หัดเดิน และการมีปฏิสัมพันธ์ต่อผู้อื่น

Autism Society of America Bethesda, Maryland (อ้างใน มูลนิธิปิยวรรณ)[29] แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยออทิสซึมแบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ ด้านการรักษา กับด้านการศึกษา วิธีการรักษาที่มีหลากหลายโดยเฉพาะในต่างประเทศสามารถแบ่งเป็น 4 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มการรักษาโดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral modification approaches) เช่น โปรแกรมของสถาบัน TEACCH (Treatment and education of autistic and related communication handicapped children), ทฤษฎี ABA (Applied behavior analysis)

2. กลุ่มการรักษาโดยเน้นด้านการสื่อความหมาย (Communication approaches) เช่น การใช้รูปภาพเพื่อการสื่อความแทนคำพูด (Picture exchange communication systems-PECS) สำหรับเด็กออทิสติกที่ไม่มีคำพูด, การใช้คอมพิวเตอร์หรือเครื่องพิมพ์ดีด

3. กลุ่มการรักษาที่เน้นด้านโภชนาการและการชีวภาพ (dietary and biomedical approaches) เช่น การให้ยาเพื่อลดอาการบางอย่าง เช่นอาการสมาธิสั้น อาการก้าวร้าว การเคลื่อนไหวซ้ำๆ การให้วิตามินขนาดสูง การจำกัดอาหารบางชนิดเช่นนม, โปรตีน

4.กลุ่มการรักษาเสริม (complementary approaches) เช่นดนตรีบำบัด ศิลปะบำบัด การให้เด็กอยู่ใกล้ชิดสัตว์ที่ฝึกมาแล้ว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มทักษะในการสื่อความหมาย พัฒนาการมีปฏิสัมพันธ์

อัมพล สูอำพัน[17] แนวทางการรักษา คือ

1.พฤติกรรมบำบัด(Behavior modification)

2.การศึกษาพิเศษ(Special education)

3. จิตบำบัดแบบประคับประคองต่อครอบครัว(Supportive psychotherapy)

4.การรักษาทางยา(Drug treatment)

อุมาพร ตรังคสมบัติ[19] แบ่งการรักษาเด็กออทิสติกเป็น 6 กลุ่ม ใหญ่ๆ ได้ดังนี้

1. การบำบัดทางพฤติกรรม
2. การกระตุ้นภาษาและการสื่อสาร อรรถบำบัด(Speech therapy) หรือเรียกว่าการฝึกพูด
3. การกระตุ้นสมอง กล้ามเนื้อและประสาทสัมผัสต่างๆ
4. การใช้ยาหรือสารบางอย่าง
5. การบำบัดทางโภชนาการ
6. การบำบัดทางจิตใจ

นิชรา เรืองดารกานนท์[5] หลักการส่วนใหญ่ของการดูแลรักษาเด็กกลุ่มอาการออทิสซึม ได้แก่

1. การอธิบายโรคและทำความเข้าใจกับพ่อแม่
2. การปรับพฤติกรรม
3. การส่งเสริมพัฒนาการ
4. การใช้ยา
5. การให้การศึกษา
6. แนวทางอื่นๆ เช่นSI (sensory integration) และ การใช้อาหารชนิดพิเศษหรือวิตามิน

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา[25] จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ได้ให้แนวทางการดูแลรักษาเด็กออทิสติกไว้ว่า จำเป็นต้องใช้ทีมงานผู้เชี่ยวชาญจากสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Team Approach) ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช นักแก้ไขการพูด นักกิจกรรมบำบัด ครูการศึกษาพิเศษ นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ สรุปรวบรวมแนวทางหลักๆ ออกเป็น 10 แนวทาง ดังนี้

1. ส่งเสริมพลังครอบครัว(Family Empowerment)
2. ส่งเสริมความสามารถเด็ก(Ability Enhancement)
3. ส่งเสริมพัฒนาการ(Early Intervention)
4. พฤติกรรมบำบัด(Behavior Therapy)
5. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์(Medical Rehabilitation) ได้แก่
    - การฝึกและแก้ไขการพูด (Speech Therapy)
    - กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy)
6. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา (Educational Rehabilitation)
7. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม (Social Rehabilitation) ได้แก่
    - การฝึกฝนทักษะในชีวิตประจำวัน(Activity of Daily Living Training)
    - การฝึกฝนทักษะสังคม(Social Skill Training)

8. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (Vocational Rehabilitation)

9. การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)

10. การบำบัดทางเลือก (Alternative Therapy) ได่แก่

- ศิลปะบำบัด (Art Therapy)
- ดนตรีบำบัด(Music Therapy)
- เครื่องเอชอีจี(HEG; Hemoencephalogram)
- การฝังเข็ม(Acupuncture)
- การบำบัดด้วยสัตว์(Animal therapy)

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข(อ้างถึงใน มูลนิธิออทิสติกไทย)[26] เรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552 กำหนดแนวการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยกลุ่มบุคคลออทิสติกและบกพร่องทางพัฒนาการ มีบริการที่เกี่ยวข้อง เช่น กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การแก้ไขการพูด (อรรถบำบัด) พฤติกรรมบำบัด จิตบำบัด ดนตรีบำบัด พลบำบัด ศิลปะบำบัด การพัฒนาทักษะในการสื่อความหมาย การบริการส่งเสริมพัฒนาการ หรือบริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เช่น นวดไทย ฝังเข็ม เป็นต้น การพัฒนาทักษะทางสังคม สังคมสงเคราะห์ และสังคมบำบัด เช่น กลุ่มสันทนาการเป็นต้น การประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพหรือการประกอบอาชีพ การบริการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านสื่อในรูปแบบที่เหมาะสมกับความพิการซึ่งคนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ การฝึกอบรมและพัฒนาทักษะแก่คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการและผู้ช่วยคนพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยครอบครัวและชุมชน การเยี่ยมบ้าน กิจกรรมการให้บริการเชิงรุก การฝึกทักษะการเรียนรู้ขั้นพื้นฐาน เช่น การฝึกทักษะชีวิต การฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ การให้บริการสื่อส่งเสริมพัฒนาการ ซึ่งสามารถจัดในโรงพยาบาล หน่วยหรือศูนย์บริการในเครือข่ายชมรมผู้ปกครอง โดยควรกำหนดแนวทางด้วยการกำหนดหลักสูตรการช่วยเหลือบุคคลออทิสติกและบกพร่องทางพัฒนาการแบบบูรณาการ มีกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการและความสามารถของเด็กส่งเสริมทักษะที่จะช่วยให้เด็กสามารถดำรงตนในสังคมได้อย่างอิสระ มีระบบการทำงานเป็นทีม มีทีมบุคลากรหลายฝ่าย เช่น ครูการศึกษาพิเศษ ครูที่สอนเด็กทั่วไป นักแก้ไขการพูด นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา จิตแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพ บำบัด และบุคลากรทางการแพทย์ที่จำเป็นอื่น ๆ รวมจัดโปรแกรมการช่วยเหลือซึ่งต้องมีการวางแผนล่วงหน้าจึงจะสามารถทำสำเร็จตามเป้าหมายได้

ในต่างประเทศการช่วยเหลือบุคคลออทิสติกและบกพร่องทางพัฒนาการ ดำเนินการในหลายลักษณะ[26] ดังนี้

ก. การจัดหน่วยงานบริการข้อมูลและให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ปกครอง ซึ่งอาจดำเนินการโดยหน่วยงานของรัฐ หรือดำเนินการโดยองค์กรเอกชน ตัวอย่างหน่วยงานรัฐ เช่น ศูนย์ข้อมูลออทิสติก ในกระทรวงสาธารณสุข Department of Health and Human Service (CDC) ประเทศอังกฤษ หรือศูนย์ข้อมูลออทิสติก กรมประชาสงเคราะห์ของรัฐเพนซิลวาเนียประเทศสหรัฐอเมริกา ทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลแนะนำผู้ปกครอง หรือครูของเด็ก รวมทั้งส่งต่อ เด็กและผู้ปกครอง ตัวอย่างหน่วยงานเอกชน เช่น สมาคมออทิสติกแห่งสหราชอาณาจักร The National Autistic Society (NSA) เป็นองค์กรซึ่งทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิบุคคลออทิสติกและครอบครัวให้เข้าถึงบริการในหน่วยบริการที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ ได้อย่างเหมาะสม

ข. การจัดโปรแกรมการให้บริการเด็กและเยาวชนออทิสติกทุกระดับความรุนแรง โดยรัฐจัดสรรงบประมาณสนับสนุนแก่หน่วยงานเอกชนที่จัดบริการสำหรับเด็กและเยาวชนออทิสติก เช่น รัฐออนตาริโอ ประเทศแคนาดาและรัฐเพนซิลวาเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา สนับสนุนให้หน่วยงานเอกชน จัดบริการช่วยเหลือในการปรับพฤติกรรม(Intensive Behavioral Intervention หรือ ไอบีไอ) บริการช่วยเหลือในการปรับตัว (Transition services and support) บริการช่วยในการปรับตัวในสภาพแวดล้อมใหม่ ๆ สำหรับเด็กและเยาวชนออทิสติก บริการส่งเสริมพัฒนาการ(Infant Development Programs) เป็นการจัดบริการสำหรับเด็กเล็กซึ่งจะให้บริการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง จนถึงอายุ 5 ปี บริการช่วยเหลือคนพิการระดับรุนแรง(Assistance for Children with Severe Disabilities) โปรแกรมปรับพฤติกรรม(Behavior Management Program)ในโรงพยาบาลหรือในหน่วยงานระดับชุมชน โปรแกรมฝึกพูด (Preschool Speech and Language Program) เป็นบริการการฝึกพูดและเตรียมความพร้อมเด็กและเยาวชนออทิสติกก่อนเข้าสู่การเรียน

ค. การจัดสวัสดิการช่วยเหลือ เช่นโปรแกรมช่วยเหลือเด็กและเยาวชนออทิสติกที่มีความพิการระดับรุนแรง จัดความช่วยเหลือด้านการเงินเป็นพิเศษ ค่าตอบแทนผู้ดูแลจากบริการ ค่าจ้างพี่เลี้ยงที่ผ่านการฝึกอบรม อาหารพิเศษรวมถึงอุปกรณ์การกระตุ้นพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็ก บริการดูแลชั่วคราว เป็นบริการเพื่อให้ครอบครัวได้พักจากการเลี้ยงดูเด็กที่มีความต้องการพิเศษ รวมถึงการจัดโปรแกรมสนับสนุนในโรงเรียน(The School Support Program)เป็นบริการการส่งนักการศึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านออทิสติกไปทำงานกับโรงเรียนประถมที่กระจายอยู่ทั่วรัฐออนตาริโอ เพื่อนำหลักการวิเคราะห์และแก้ไขพฤติกรรมไปช่วยให้ครูและบุคคลากรในโรงเรียนเข้าใจ และตอบสนองการเรียนรู้ การตอบสนองความต้องการทางสังคมของเด็กและเยาวชนออทิสติกได้ เป็นต้น

สรุปการรักษาเด็กออทิสติกนั้นมีอยู่ด้วยกันหลายแนวทาง อันได้แก่

1. การรักษาด้วยยา (Drug treatment)

การรักษาด้วยยาไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อรักษาให้หายขาดจากโรคออทิสติกโดยตรง แต่นำมาใช้เพื่อบรรเทาอาการบางอย่างที่เกิดร่วมด้วย แพทย์จะพิจารณาปรับขนาดยา หรือหยุดยา เมื่ออาการเป้าหมายทุเลาลงแล้ว[25]

เด็กออทิสติกจะมีการตอบสนองและผลข้างเคียงจากยาแตกต่างกัน จึงเป็นการยากที่จะบอกได้ว่าผลของยาจะเป็นเช่นไรในเด็กแต่ละคน ดังนั้นจึงควรมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าต้องการให้ปัญหาหรืออาการใดดีขึ้น และต้องมีการติดตามผลเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง

ยาที่ใช้บ่อยในเด็กออทิสติกมีดังนี้[19]

1.1 ยากลุ่ม tricyclic antidepressant

เช่น ยา imipramine (ชื่อการค้าว่า tofranil) ยานี้จะมีฤทธิ์ลดอาการอยู่ไม่นิ่ง ทำให้มีสมาธิเพิ่มขึ้น การนอนดีขึ้น ความวิตกกังวลลดลง รวมทั้งทำให้อาการปัสสาวะรดที่นอนดีขึ้น

1.2 ยากลุ่ม SSPI (selective serotonin reuptake inhibitor)

เช่น ยา fluoxetine (ชื่อการค้าว่า prozac) หรือ sertraline (ชื่อการค้าว่า Zoloft) จะมีฤทธิ์ช่วยลดอาการย้ำคิดย้ำทำ ลดความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า

1.3 ยาเพิ่มสมาธิ

เช่น ยา methylphenidate (ชื่อการค้าว่า ritalin) จะช่วยให้อาการซนอยู่ไม่นิ่งลดลง แต่ในเด็กบางคนที่ได้ยานี้อาจซนอยู่ไม่นิ่งมากขึ้น และมีพฤติกรรมซ้ำๆ เด็กบางคนเมื่อได้ยาในช่วงกลางวันก็จะนิ่งขึ้น แต่ในช่วงเย็นเมื่อยาหมดฤทธิ์อาจมีอาการซนอยู่ไม่นิ่งมากขึ้น

1.4 ยากลุ่ม major tranquilizers

ได้แก่ยา haloperidol (ชื่อการค้าว่า haldol) และ risperidone (ชื่อการค้าว่า risperdal) มีฤทธิ์ช่วยให้เด็กแยกตัวน้อยลงและเข้าสังคมมากขึ้น รวมทั้งลดพฤติกรรมซ้ำๆ หรือเมื่อเด็กอาละวาดก้าวร้าวและมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นบ่อยในเด็กคืออาการง่วงนอน ส่วนอาการกล้ามเนื้อเกร็งหรือเคลื่อนไหวผิดปกตินั้นพบไม่บ่อย เด็กร้อยละ 80 สามารถใช้ยาตัวนี้ได้อย่างปลอดภัย หากมีอาการกล้ามเนื้อเกร็งก็สามารถใช้ยาแก้อาการดังกล่าวได้และอาการมักดีขึ้นเมื่อหยุดยา

1.5 ยากันชัก

เช่น ยา carbamazepine (ชื่อการค้าว่า tegretol) มีฤทธิ์ลดหรือป้องกันอาการชัก ลดอาการก้าวร้าว ทำให้เด็กสงบลงและมีอาการซนน้อยลง

1.6 ยาลดความกังวล

ยา lorazepam (ชื่อการค้าว่า ativan) และ diphenhydramine (ชื่อการค้าว่า benadry) ลดความวิตกกังวลและอาการกลัว ทำให้เด็กสงบลง

1.7 ยาควบคุมอารมณ์ (mood stabilizer)

เช่น lithium carbonate มักใช้ในวัยรุ่นหรือในผู้ใหญ่ที่มีความแปรปรวนทางอารมณ์ เช่น มีอาการคลั่ง อาละวาด ก้าวร้าว การใช้ยานี้ต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิดและต้องตรวจระดับยาในเลือดเป็นระยะๆ

2. พฤติกรรมบำบัด (Behavior modification)

มีเป้าหมายให้เด็กลดพฤติกรรมซ้ำๆ และช่วยขจัดปัญหาทางด้านพฤติกรรมที่ผิดปกติอื่นๆ ปัญหาพฤติกรรมต่างๆ ที่ต้องช่วยแก้ไขให้ เช่น การกรีดร้องและลงนอนดิ้น การทำลาย การต่อต้าน ความกลัว การทำร้ายตนเอง การเคลื่อนไหวแปลกๆ เป็นต้น [17]

โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดประกอบด้วย การวิเคราะห์พฤติกรรมแบบประยุกต์ (Applied Behavior Analysis; ABA) และกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral Modification Procedure) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมให้คงอยู่ต่อเนื่อง หยุดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ การทำพฤติกรรมบำบัด ตั้งแต่อายุน้อยๆ และทำอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ช่วยเสริมสร้างทักษะด้านภาษา ทักษะสังคม ทักษะการคิด และทักษะอื่นๆ นอกจากนี้ยังช่วยลดระดับความเครียดของผู้ปกครองด้วย[25]

ลักษณะของการปรับพฤติกรรม[30]

การปรับพฤติกรรมสามารถทำได้โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ เน้นที่สภาพและเวลาในปัจจุบันเท่านั้น มุ่งที่พฤติกรรมโดยตรง ซึ่งพฤติกรรมนั้นจะต้องสังเกตเห็นได้และวัดได้ตรงกัน เช่น การร้องไห้ การเดิน การคิด การเต้นของชีพจร การอ่านหนังสือ เป็นต้น จะไม่ใช้คำที่เป็นการตีตรา เช่น คำว่าก้าวร้าว ฉลาด โง่ เกเร ขี้เกียจ เก่ง เป็นต้น เนื่องจากต่างคนต่างรับรู้คำตีตรานี้ต่างกันและยากแก่การจัดโปรแกรมการปรับพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายได้ และผู้ที่ถูกตีตราอาจจะพยายามทำตนให้มีลักษณะเหมือนกับที่ถูกตีตราด้วย การปรับพฤติกรรมนั้นจะเน้นวิธีการทางบวกมากกว่าที่จะใช้วิธีการลงโทษในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล วิธีการปรับพฤติกรรมสามารถใช้ได้อย่างเหมาะสมตามลักษณะปัญหาของแต่ละบุคคล

3. ส่งเสริมพัฒนาการ (Early Intervention) [25]

การส่งเสริมพัฒนาการ คือการจัดกิจกรรมเพื่อใช้ในการส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการเป็นไปตามวัย โดยยึดหลักและลำดับขั้นพัฒนาการของเด็กปกติ ควรทำตั้งแต่อายุน้อย โดยต้องทำอย่างเข้มข้น สม่ำเสมอ และต่อเนื่องในระยะเวลาที่นานพอ การออกแบบการฝึกต้องให้เหมาะสมตามสภาพปัญหา ความสามารถ และความเร็วในการเรียนรู้ของเด็กแต่ละคนที่มีความแตกต่างกัน

กิจกรรมที่นำมาใช้ฝึกสอนต้องเหมาะสมตามระดับพัฒนาการของเด็ก โดยสอนจากง่ายไปยาก เด็กสามารถเรียนรู้ได้ดีจากคนมากกว่าวัตถุ จากการมีปฏิสัมพันธ์โต้ตอบกันมากกว่าการฟังหรือดูเพียงอย่างเดียว ดังนั้นจึงควรดึงเด็กมาทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันกับคนในบ้านให้มากที่สุด ไม่ควรให้นั่งดูโทรทัศน์คนเดียว ทำให้เด็กยิ่งกลับเข้าไปในโลกส่วนตัวของเขาเองมากขึ้น เด็กไม่สามารถเรียนรู้คำศัพท์จากโทรทัศน์ได้ดีเท่ากับการสอนด้วยตัวเราเอง

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (Medical Rehabilitation) [25]

4.1 การฝึกและแก้ไขการพูด (Speech Therapy)

ถ้าเด็กพูดได้เร็ว โอกาสที่จะมีพัฒนาการทางภาษาใกล้เคียงปกติก็จะเพิ่มมากขึ้น ในขณะเดียวกัน การใช้ภาษาที่ไม่เหมาะสมก็ลดลงด้วย ดังนั้นการฝึกและแก้ไขการพูด จึงมีความสำคัญ ผู้เชี่ยวชาญที่ฝึกและแก้ไขการพูด คือ “ นักแก้ไขการพูด ” หรือ “ นักอรรถบำบัด ” (Speech Therapist/ Speech Pathologist) แต่เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญในสาขานี้มีไม่เพียงพอกับความต้องการในปัจจุบัน ดังนั้น สามารถเข้ารับการฝึกจาก “ ครูฝึกพูด ” ซึ่งเป็นครูการศึกษาพิเศษ ที่ผ่านการอบรมในด้านการฝึกและแก้ไขการพูด ในเบื้องต้นได้เช่นกัน แต่ควรมีการประเมิน ติดตามความก้าวหน้าในการฝึก และคำแนะนำเพิ่มเติมจากนักแก้ไขการพูดเป็นระยะ

4.2 กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy)

กิจกรรมบำบัด[31]เป็นวิชาชีพทางการแพทย์แขนงหนึ่ง โดยการประยุกต์กิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมมาใช้ในการตรวจประเมิน วินิจฉัย ส่งเสริม ดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้หย่อนสมรรถภาพทางด้านร่างกาย(Physical dysfunction) หรือผู้ที่มีพัฒนาการบกพร่อง (developmental disabilities) หรือผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจอารมณ์และสังคม(phychosocial dysfunction) ให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้ โดยกิจกรรมหรือกิจวัตร หมายถึง กิจกรรมใดๆ ที่ทำอย่างมีจุดมุ่งหมายซึ่งผ่านการวิเคราะห์แล้ว

กิจกรรมบำบัดให้การฝึกหัดเพื่อเพิ่มความสามารถและทักษะในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะกิจวัตรส่วนตัว กิจกรรมในชีวิตประจำวัน งานอาชีพ กิจกรรมในเวลาว่าง นอกจากนี้อาจช่วยประเมินทักษะที่จำเป็นต่อการทำงาน เพื่อให้บุคคลสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้[32] นักกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapist)[33] จะสอนและฝึกให้เด็กสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองในด้านต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การใส่เสื้อผ้า เป็นต้น จัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเองในเด็กที่มีพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ก้าวร้าว ไม่สบตา กิจกรรมกระตุ้นการดูด การเคี้ยว และการกลืน กิจกรรมเตรียมความพร้อมของทักษะต่างๆ ที่เป็นพื้นฐานทางการศึกษา เช่น ฝึกทักษะการเขียน ฝึกทักษะการอ่าน เป็นต้น เพื่อส่งเสริมการรับรู้และเรียนรู้ กระตุ้นให้สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมหรือสังคม ประดิษฐ์ดัดแปลงอุปกรณ์หรือเครื่องช่วย และให้คำปรึกษากิจกรรมการเล่นที่ส่งเสริมพัฒนาการ การเรียนรู้ในโรงเรียน

4.3 กายภาพบำบัด (Physical therapy)

กายภาพบำบัด[34] คือ วิชาชีพสาขาหนึ่งทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประชาชน ทั้งในแง่ของการส่งเสริม, ป้องกัน, รักษา และฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจโดยใช้วิธีตามหลักวิทยาศาสตร์และการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางกายภาพบำบัดโดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพและมีความสามารถในการทำงานของร่างกายอย่างเต็มที่ นักกายภาพบำบัดจะตรวจ วัด และทดสอบผู้ป่วยให้ได้ข้อมูลเกี่ยวข้องกับระบบต่างๆ เช่น ระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อต่อ ระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจ ระบบหายใจและหลอดเลือด และการตรวจเฉพาะทางอื่นๆ รวมทั้งประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว ปรับเปลี่ยนท่าทางจากนอน นั่ง ยืน และเดิน ซึ่งขั้นตอนการตรวจประเมินนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางแผนการรักษา ซึ่งเป้าหมายการรักษาในผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความจำเพาะที่ประกอบด้วยเป้าหมายระยะสั้นและเป้าหมายระยะยาว แต่เป้าหมายหลักทางกายภาพบำบัดคือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การลดอาการเจ็บปวด และการทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปเคลื่อนไหวร่างกายหรือทำงานได้อย่างปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

5. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม (Social Rehabilitation)[25]

5.1 การฝึกฝนทักษะในชีวิตประจำวัน(Activity of Daily Living Training)

ควรมีการจัดกระบวนการเรียนรู้ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ให้เด็กสามารถทำได้ด้วยตนเองเต็มความสามารถที่เขามีอยู่ โดยต้องการความช่วยเหลือน้อยที่สุด

ในการฝึกฝน เด็กจำเป็นต้องเรียนรู้ทีละขั้นตอนจนสามารถปฏิบัติได้ และเกิดเป็นความเคยชิน ติดตัวไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ เพื่อให้เด็กช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพ ลดการดูแลของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง และเด็กเกิดความภาคภูมิใจ เมื่อเขาสามารถทำอะไรได้ด้วยตัวเอง

5.2 การฝึกฝนทักษะสังคม(Social Skill Training)[25]

ทักษะสังคม เป็นความบกพร่องที่สำคัญของเด็กออทิสติก ดังนั้นจึงต้องให้การฝึกฝนด้านนี้เป็นพิเศษ ซึ่งทำได้โดยจำลองเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ทางสังคมต่างๆ เพื่อให้ทดลองปฏิบัติจนเกิดความชำนาญ หรือการสอนโดยให้จดจำรูปแบบบทสนทนาในสถานการณ์ต่างๆ เพื่อนำมาใช้โดยตรง การสอนเรื่องราวทางสังคม (Social Stories) ทำโดยการกำหนดเรื่องราว หรือสถานการณ์ต่างๆ ในสังคมมาสอนเด็ก เพื่อช่วยให้เด็กออทิสติกสามารถเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคม เข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของผู้อื่น และวิธีปฏิบัติตนที่เหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ สามารถปรับตัวเข้าสังคมได้ โดยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาลง

6. เสริมพลังครอบครัว (Family Empowerment)[25]

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติก ไม่ใช่หน้าที่ของใครคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นหน้าที่ของทุกคน ผู้ปกครองมักจะมีความเสี่ยงต่ออาการซึมเศร้า หรือความเครียดเพิ่มขึ้น พี่น้องอาจจะมีความเสี่ยงต่อปัญหาพัฒนาการเพิ่มขึ้น ซึ่งยิ่งทำให้ผู้ปกครองได้รับผลกระทบมากขึ้น ดังนั้นการเตรียมพลังกายและพลังใจในตัวผู้ปกครองเองจึงมีความสำคัญมาก แพทย์ที่ดูแลควรให้คำปรึกษา (Counseling) ถึงสิ่งที่ผู้ปกครองเป็นกังวลใจ ปัญหา และแนวทางการดูแลที่เหมาะสม

7. การบำบัดทางเลือก (Alternative Therapy)

7.1 ศิลปะบำบัด (Art Therapy)

ศิลปะบำบัด[25] คือ การใช้กิจกรรมทางศิลปะเพื่อค้นหาข้อบกพร่อง ความผิดปกติบางประการของกระบวนการทางจิตใจ และใช้กิจกรรมทางศิลปะที่เหมาะสม ช่วยในการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพให้ดีขึ้นเพื่อ ลดปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรม และเสริมสร้างศักยภาพในด้านต่างๆ ใช้สื่อ วัสดุ อุปกรณ์ และรูปแบบที่หลากหลาย เช่น ขีด เขียน วาด ระบาย ตัด ปะ ปั้น ถักทอ เพื่อเป็นทางเลือกที่จะระบายความรู้สึกนึกคิด จนสามารถเข้าใจ และจัดการกับความรู้สึกได้ สามารถสื่อสารกับผู้คนรอบข้างได้ การประเมินผลการดูแลรักษา เน้นที่กระบวนการและกิจกรรมทางศิลปะ ไม่ได้เน้นที่ผลงานทางศิลปะ ซึ่งแตกต่างจากการเรียนศิลปะ ที่จะเน้นผลงาน และเพิ่มความสามารถทางศิลปะ

7.2 ดนตรีบำบัด(Music Therapy)

จากการค้นคว้าทางวิทยาศาสตร์พบว่า ดนตรีมีผลต่อการพัฒนาสมองเด็ก เนื่องจากในสมองมีสารเคมีบางตัวที่มีผลต่อความรู้สึก ความจำ การเรียนรู้ ความคิดสร้างสรรค์ ช่วยทำให้เด็กมีความตั้งใจ สนใจการเรียนรู้ มีสมาธิ สารเคมีนี้จะหลั่งมากเมื่อมีเด็กมีกิจกรรมที่ผ่อนคลาย เช่น การออกกำลังกาย การได้รับคำชมเชย การเล่นเป็นกลุ่ม การร้องเพลง การได้รับการสัมผัสที่อบอุ่น การเล่นดนตรีและการเรียนศิลปะโดยไม่ถูกบังคับ กระบวนการเรียนรู้ที่กระตุ้นให้ผู้เรียนมีความสุขเกิดจากความสมดุลของสมองทั้งสองซีก เมื่อสารเอนโดฟิน(endophine) หลั่งออกมาทำให้เด็กมีความสุข เป็นการเสริมสร้างประสบการณ์ของการเรียนรู้ที่มีคุณค่า[35] นักดนตรีบำบัดเป็นผู้ดำเนินการไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ผ่านทางกิจกรรมทางดนตรีต่างๆ อย่างมีรูปแบบโครงสร้างที่ชัดเจน มีหลักเกณฑ์ และระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ เป้าหมายของดนตรีบำบัดไม่ได้เน้นที่ทักษะทางดนตรี แต่เน้นในด้านพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ขึ้นอยู่กับแต่ละคนที่มารับการบำบัด สามารถประยุกต์ใช้ได้ในหลายบริบท ทั้งที่บ้าน โรงเรียน และโรงพยาบาล[25]

7.3 เครื่องเอชอีจี(HEG; Hemoencephalogram)

เครื่องเอชอีจี[25] เป็นเครื่องมือตรวจวัดการปรับเปลี่ยนกระแสการไหลเวียนของเลือดที่ผิวสมอง เพื่อแปลผลข้อมูล และป้อนกลับไปเป็นตัวนำทางเพื่อให้เด็กเกิดกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองว่าทำอย่างไร จึงจะสามารถสร้างความตั้งใจได้ โดยดูจากกระบวนการป้อนกลับที่ผ่านทางจอคอมพิวเตอร์ ที่เป็นลักษณะของกราฟแท่ง และอาจจะมีเสียงดนตรีเพื่อความเพลิดเพลิน เมื่อเด็กได้รับการฝึกฝนให้เรียนรู้ในการนั่ง สร้างความตั้งใจและสมาธิ เด็กก็จะสามารถเรียนรู้ได้ว่าขณะที่ตนเอง

นั่งเรียนอยู่ในชั้นเรียนควรจะปฏิบัติตัวอย่างไร จึงจะฟังคุณครูสอนในชั้นเรียนได้อย่างตั้งใจ และจะเข้าใจในการเรียนการสอน ทำให้ผลการเรียนดีขึ้น หากเด็กได้รับการฝึกฝนอย่างดีแล้วก็จะไม่ต้องใช้เครื่องเอชอีจีอีก ได้มีการทำการศึกษาวิจัยเรื่องการใช้เครื่อง ร่วมในการบำบัดเด็กออทิสติกและสมาธิสั้น พบว่าได้ผลเป็นที่น่าพอใจ คือ เด็กมีความตั้งใจเรียนและเข้าใจในบทเรียนมากขึ้น

7.4 การฝังเข็ม(Acupuncture)

การฝังเข็มเป็นศาสตร์แห่งการรักษาโรค และบำรุงสุขภาพแนวหนึ่งของแพทย์แบบจีน ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับทั้งในประเทศจีน ประเทศใกล้เคียงในเอเชียรวมทั้งยุโรป และอเมริกา ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ยอมรับว่าการฝังเข็มเป็นวิธีการรักษาโรควิธีหนึ่ง ในปัจจุบันได้ทำการศึกษาแล้วพบว่า การฝังเข็มทำให้เกิดการหลั่งสารชนิดหนึ่ง ที่เรียกว่า เอนดอร์ฟิน ซึ่งจะช่วยระงับปวด และยังมีสารบางอย่าง ไปช่วยลดการอักเสบและเพิ่มการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณที่มีการอักเสบนั้นๆ ด้วย[36] ในปัจจุบันเริ่มมีการฝังเข็มเพื่อเพิ่มสมาธิ และลดอาการซนมาก อยู่ไม่นิ่ง ในเด็กออทิสติก เมื่อเข็มแทงเข้าไปถึงตำแหน่งของจุดฝังเข็ม จะมีอาการปวดตื้อๆ หรือปวดหน่วงๆ และปวดร้าวไปตามทิศทางเดินของเส้นลมปราณ ตามทฤษฎีแพทย์แผนจีน เชื่อว่าการฝังเข็มทำให้ระบบลมปราณหมุนเวียนดีขึ้น และช่วยปรับสมดุลของร่างกาย[25]

7.5 การบำบัดด้วยสัตว์(Animal therapy)

ในต่างประเทศได้มีการใช้สัตว์ หลากหลายประเภท เช่น สุนัข ม้า หรือแม้กระทั่งโลมา (Dolphin) ลามะ[37] ม้าแคระ (Pony) เป็นต้น มาร่วมในการบำบัด ซึ่งสามารถช่วยในเรื่อง การรับรู้สัมผัส เสริมสร้างสมาธิ เพิ่มความไว้วางใจผู้อื่น เพิ่มแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังช่วยให้เด็กเรียนรู้ในเรื่องของสัมพันธภาพ และการตอบสนองทางอารมณ์ได้ดีขึ้นด้วย[25]

7.5.1 อาชาบำบัด (Hippotherapy)

อาชาบำบัด หรือการนำม้ามาช่วยในการบำบัด เรียกว่า Hippotherapy ซึ่งคำว่า Hippo มาจากภาษากรีก แปลว่า “ม้า” มีงานวิจัยที่สนับสนุนให้เห็นถึงผลดีของอาชาบำบัดมากพอสมควร โดยมักได้ผลดีกับเด็กพิเศษกลุ่มที่มีความผิดปกติด้านระบบการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและข้อต่อ และยังมีการนำมาใช้ในการบำบัดกลุ่มเด็กออทิสติกที่มีปัญหาทางด้านการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งได้ผลเป็นที่น่าพอใจเช่นกัน[38] เด็กที่เข้าบำบัดรักษาบางรายมีอาการค่อนข้างหนัก บางคนไม่สามารถเดินได้ บางคนน้ำลายไหล และมีอารมณ์ฉุนเฉียว แต่เป็นที่น่าแปลกใจเมื่อมีการเข้าบำบัดแบบวิธี “ม้าบำบัด” ผู้ป่วยจะมีพัฒนาการที่ดีขึ้น ส่วนหนึ่งอาจจะเป็นเพราะว่า

ม้ามีการเคลื่อนไหวหลากหลายรูปแบบ การนั่งบนหลังม้าทำให้เด็กต้องประคองตัวเองให้สามารถนั่งอยู่บนหลังม้าได้ เป็นการกระตุ้นกล้ามเนื้อที่มีอาการเกร็งต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นกล้ามเนื้อหลัง คอ สะโพก และขาให้ตื่นตัวฟื้นสมรรถภาพ เมื่อขี่เป็นประจำจะส่งผลต่อการพัฒนาทักษะการเคลื่อนไหว การรับรู้ประสาทสัมผัส และการประสานงานของร่างกายได้ ทำให้มีสมาธิ ร่างกายแข็งแรง[39]

ศูนย์การบริการอาชาบำบัดในประเทศไทยนั้นมีให้บริการกระจายตัวอยู่แทบทั่วประเทศ และที่ “กองพันสัตว์ต่าง กรมการสัตว์ทหารบก ค่ายตากสิน” จ.เชียงใหม่ นั้นเป็นอีกแห่งหนึ่งที่ได้รับความร่วมมือจาก “สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์” กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ทำงานควบคู่กันไป จนทุกวันนี้กลายเป็น “ศูนย์อาชาบำบัด” ที่มีความพร้อมที่สุดในภาคเหนือ[40]

7.5.2 ช้างบำบัด

องค์การอุตสาหกรรมป่าไม้ (อ.อ.ป.) ร่วมกับ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ศึกษาเรื่องคลื่นเสียงของช้างที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างกัน ซึ่งเป็นคลื่นเสียงที่ช้างใช้เมื่อเกิดความรู้สึกต่างๆ ใกล้เคียงกับคน โดยพบว่าช้างจะใช้คลื่นเสียง 2 ชนิด คือ 1.เสียงอินฟาซาวด์ หรือการส่งเสียงต่ำ เมื่อเกิดความรู้สึกพอใจ ซึ่งจากการวิจัยพบว่าเสียงดังกล่าวมีลักษณะคล้ายกับเสียงแม่กล่อมลูก เป็นเสียงที่มีความสงบ และทำให้รู้สึกผ่อนคลาย และ 2.เสียงอัลตราซาวนด์ หรือการส่งเสียงเล็กแหลม สูง ซึ่งช้างจะส่งเสียงนี้ออกมาในช่วงที่รู้สึกคึกคัก เช่นในระหว่างเล่นเกมต่างๆ กับผู้ป่วยออทิสติก โดยเสียงอัลตราซาวนด์ดังกล่าวพบว่า จะมีผลในการกระตุ้นการทำงานของสมองมนุษย์ช่วยให้เกิดพลัง[41]

การนำช้างมาช่วยในการบำบัดออทิสติกสามารถพัฒนาในด้านการควบคุมการทรงท่า การทรงตัว การบูรณาการของระบบประสาทรับความรู้สึก และทักษะการเข้าสังคม รวมทั้งพฤติกรรมการปรับตัวดีขึ้น นอกจากนี้พบว่าผู้ปกครองมีความพึงพอใจต่อพัฒนาการของเด็กเพิ่มขึ้น โปรแกรมบำบัดที่สร้างขึ้นสามารถใช้กับกรณีศึกษาออทิสติกได้ดี พบว่าความสามารถบางด้านของเด็กมีพัฒนาการมากขึ้นกว่า 100% แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมบำบัดโดยใช้ช้างไทยที่สร้างขึ้นสำหรับบุคคลออทิสติก สามารถช่วยให้สมองส่วนล่างทำงานอย่างเป็นระบบมากขึ้น ส่งผลให้สมองส่วนบนทำงานได้ดีขึ้นในที่สุด[37]

7.6 ออกซิเจนความดันสูง (Hyperbaric Oxygen Treatment : HBOT)

HBOT คือการใช้ความดันสูงเพื่อผลักดันให้ออกซิเจนบริสุทธิ์เข้าไปสู่เซลล์เม็ดเลือด ทำให้ปอดได้รับออกซิเจนสูงกว่าการหายใจปกติ ส่งผลให้เนื้อเยื่อต่างๆในร่างกายรวมทั้งสมองได้รับออกซิเจนสูงขึ้น ใช้ในการรักษาอาการป่วยที่เกิดจากความดันอากาศหรือน้ำที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เช่นในนักดำน้ำที่ขึ้นสู่ผิวน้ำเร็วเกินไป หรือในนักดิ่งพสุธาที่ต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงความดันอากาศอย่างรวดเร็ว รวมทั้งยังใช้ในการรักษาแผลเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน หรือแผลไฟไหม้[42] ในวงการแพทย์ได้นำวิธีการนี้มาใช้รักษาโรคและภาวะต่าง ๆ รวมทั้งการนำมาใช้บำบัดเด็กออทิสติกร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน เพื่อช่วยเสริมให้ผลการรักษาดียิ่งขึ้น ปัจจุบันการศึกษาวิจัยในต่างประเทศพบว่าเนื้อเยื่อสมองของเด็กออทิสติกบางบริเวณได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อย มีออกซิเจนไม่พอเพียงสำหรับการทำงานของสมอง การบำบัดด้วยออกซิเจนความดันสูงจะช่วยให้เนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ของสมองได้รับออกซิเจนมากขึ้น เซลล์สมองทำงานดีขึ้น ช่วยให้เด็กมีอาการดีขึ้นได้[43]

8. ฟลอร์ไทม์(Floortime)

ฟลอร์ไทม์(Floortime) เกิดจากการผสมกันของคำว่า floor ที่แปลว่า พื้น กับคำว่า time ที่แปลว่า เวลา หมายถึง ช่วงเวลาพิเศษที่สมาชิกในครอบครัวใช้ส่งเสริมพัฒนาให้เด็ก ในบรรยากาศที่รู้สึกได้ถึงความอบอุ่นเป็นสุข สนุก และปลอดภัย มีการเปลี่ยนวิธีการให้เหมาะสมกับระดับพัฒนาการ รวมทั้งระบบการรับรู้ และการสั่งการกล้ามเนื้อของเด็กแต่ละคน โดยใช้สิ่งที่เด็กสนใจเป็นเครื่องนำทาง ไม่จำเป็นต้องเล่นบนพื้นเหมือนที่มาของคำ อาจจะเป็นเวลาที่เล่นด้วยกัน ทำกิจกรรมที่เด็กชอบร่วมกัน หรือพูดคุยในเรื่องที่เด็กสนใจ วิธีการส่งเสริมพัฒนาการตามแนวฟลอไทม์ คือการพยายามเชื่อมต่อการรับรู้ความรู้สึก อารมณ์ และการสั่งการกล้ามเนื้อ เพื่อแก้ไขความบกพร่องพื้นฐานของเด็กแทนการตามแก้พฤติกรรมที่เด็กแสดงออกมา[44]

9. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา (Educational Rehabilitation)[25]

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มทักษะพื้นฐานด้านสังคม การสื่อสาร และทักษะทางความคิด ซึ่งทำให้เกิดผลดีในระยะยาว โดยเนื้อหาหลักสูตรจะเน้นการเตรียมความพร้อม เพื่อให้เด็กสามารถใช้ในชีวิตประจำวันจริงๆ ได้ แทนการฝึกแต่เพียงทักษะทางวิชาการเท่านั้น

ควรมีการจัดทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (Individualized Education Program; IEP) โดยออกแบบให้เหมาะสมกับระดับความสามารถ ความบกพร่อง และความสนใจของเด็กแต่ละคน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ง่าย ไม่สับสน เด็กสามารถนำทักษะที่ได้จากชั้นเรียนไปใช้นอก

ห้องเรียนได้ โปรแกรมการสอนในห้องเรียนที่น่าสนใจ คือ โปรแกรม TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) เน้นการสอนอย่างมีระบบขั้นตอน และการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับเด็ก สอนอย่างมีขั้นตอน วิธีการสอนจะเน้นใช้ภาพมากกว่าเสียง สอนให้สื่อสารโดยใช้รูปหรือสัญลักษณ์ต่างๆ เนื้อหาจะครอบคลุมในทักษะทุกด้าน ปัจจุบันมีทางเลือกในการศึกษาเพิ่มขึ้น ทั้งในรูปแบบโรงเรียนการศึกษาพิเศษเฉพาะทาง โรงเรียนเรียนร่วม ห้องเรียนคู่ขนาน ห้องเรียนปกติ รวมถึงการศึกษานอกโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัย

10. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (Vocational Rehabilitation)[25]

แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ในปัจจุบันเปลี่ยนจากการให้ทำงานในสถานพยาบาล หรือโรงงานในอารักษ์ มาสู่ตลาดแรงงานจริง หรือการประกอบอาชีพส่วนตัว ภายใต้การชี้แนะ การฝึกอาชีพ การจัดหางาน และการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ

เพื่อไปสู่เป้าหมายให้บุคคลออทิสติกสามารถทำงาน มีรายได้ และดำรงชีวิตโดยอิสระพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมทักษะที่จำเป็นในการทำงาน เช่น การตรงต่อเวลา การปรับตัวเข้ากับหัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงาน ความปลอดภัยในการทำงาน เป็นต้น และฝึกทักษะพื้นฐานเฉพาะทางอาชีพ ควบคู่กันไป

ในการทำงานจะมีผู้ฝึกสอนงาน (Job Coach) ฝึกให้ ณ ที่ทำงานจริง คอยช่วยเหลือแนะนำในเรื่องเทคนิคการทำงาน และทักษะสังคม ให้คำปรึกษา ประเมินผล และพัฒนาในจุดที่ยังบกพร่องอยู่ บุคคลออทิสติกสามารถประกอบอาชีพได้ปกติ ตามความถนัดของแต่ละคน ถ้ามีการเตรียมความพร้อมอย่างเหมาะสม และสังคมมีความเข้าใจ เปิดโอกาสให้

สรุปได้ว่าเด็กออทิสติกแต่ละบุคคลนั้น จะมีลักษณะและอาการที่แตกต่างกัน ดังนั้นในการรักษาเด็กออทิสติกแต่ละคนก็ย่อมแตกต่างกัน ซึ่งแนวทางในการรักษามีอยู่มากมายหลายวิธี จากที่ผู้วิจัยได้สรุปมานั้นยังคงมีการรักษาอีกหลายแบบที่ไม่ได้กล่าวถึง ในการเลือกวิธีใดๆ นั้น ก็ควรจะให้เหมาะสมกับเด็กแต่ละบุคคลด้วย ผู้ปกครองโดยส่วนใหญ่มักจะพาเด็กเข้ารับการตรวจวินิจฉัยโรคและเข้ารับบริการสุขภาพจากแพทย์และผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับออทิสติก พร้อมทั้งได้รับคำแนะนำว่าควรที่จะให้เด็กเข้ารับบริการสุขภาพใดต่อไปบ้าง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่เด็ก หากปล่อยเวลานานไปจะทำให้เด็กสูญเสียโอกาสในการพัฒนาศักยภาพของตนเองไปโดยเปล่าประโยชน์

2. บริการสุขภาพ

2.1 ความหมาย

ประไพศรี ศักดาวิโรจน์[45] บริการสุขภาพ หมายถึง การให้บริการตรวจวินิจฉัย การรักษาทางการแพทย์รวมทั้งการทำหัตถการต่างๆ การจ่ายยา กายภาพบำบัด การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การฉายรังสี ตลอดจนการให้คำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพ

สุรเดช วงอุปปา[46] บริการสุขภาพ หมายถึง การดำเนินงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพแก่ประชาชนโดยรวมทั้งการจัดการโดยภาครัฐและภาคเอกชน

วิพุธ พูลเจริญ และคณะ(อ้างใน หอมจันทร์ บุษบา)[47] ให้บริการทางสุขภาพหมายถึง การให้บริการทางสุขภาพที่เป็นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชน ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ตามความจำเป็น เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของตนไว้ให้ได้สูงสุด มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ในกรณีที่การบริการไม่สามารถสิ้นสุด ณ ที่ใดที่หนึ่งได้ องค์ประกอบของบริการสุขภาพที่จะต้องมี ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การวินิจฉัยโรค และการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

สรุปได้ว่า บริการสุขภาพคือบริการที่จัดให้แก่บุคคลเพื่อการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยบุคคลสามารถเลือกใช้บริการหรือไปขอรับจากแหล่งบริการสุขภาพได้ทั้งของภาครัฐและเอกชน

การใช้บริการสุขภาพ

ประไพศรี ศักดาวิโรจน์[45] การใช้บริการสุขภาพหมายถึง การเข้ารับหรือใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

สุรเดช วงอุปปา[46] การใช้บริการสุขภาพหมายถึง การไปขอรับหรือได้รับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพของภาครัฐและเอกชนในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ

หอมจันทร์ บุษบา[47] การใช้บริการสุขภาพหมายถึง การไปขอรับหรือได้รับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพทั้งของภาครัฐและเอกชนในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ

สรุปได้ว่า การใช้บริการสุขภาพหมายถึง การไปขอรับหรือเข้ารับบริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการ

Aday and Andersen, 1975(อ้างถึงใน ชมพูนุท)[48] ได้สร้างรูปแบบเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาถึงการใช้บริการสุขภาพ

1. ลักษณะของระบบการให้บริการสาธารณสุข(Characteristics of health delivery system)

พิจารณาถึงระบบการให้บริการสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขแต่ละด้าน แต่ละแห่ง ประกอบด้วยทรัพยากรที่ได้รับจัดสรรทั้งในด้านปริมาณและความเพียงพอ การกระจายตลอดจนการให้บริการ นอกจากนี้ยังพิจารณาเกี่ยวกับองค์กรสาธารณสุขในด้านระบบการให้บริการ และลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่จะมีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และลักษณะของผู้ใช้บริการ

2. ลักษณะของประชาชนผู้ใช้บริการ เป็นปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคมจิตวิทยาของผู้ใช้บริการ ได้แบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย คือ

2.1 ปัจจัยนำ (predisposing factors) ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร คือ อายุ เพศ ปัจจัยด้านโครงสร้างสังคม คือ เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา และค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย

2.2 ปัจจัยสนับสนุน(enabling factors) เป็นปัจจัยที่สนับสนุนหรือเกื้อกูลให้บุคคลสามารถไปใช้บริการได้ ปัจจัยนี้ได้แก่ รายได้หรือทรัพยากรของครอบครัว และแหล่งบริการที่จัดไว้ในชุมชนที่ประชาชนจะไปใช้บริการได้เมื่อต้องการ

2.3 ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ(needs for health services) ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพ และการประเมินการเจ็บป่วย

ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ด้านนี้ จะส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการด้านต่างๆ ดังนี้

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ
2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ
3. ความพึงพอใจต่ออัธยาศัยความใส่ใจของเจ้าหน้าที่
4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ
5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ
6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ

Jame C. Young, 1981(อ้างถึงใน สุรเดช)[46] ได้เสนอกรอบของการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1. การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Gravity or perceived seriousness of illness)

2. ความรู้เกี่ยวกับการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้าน หรือ การเยียวยาตนเอง (Knowledge of Home Remedy)

3. ความเชื่อถือในผลการรักษา (Faith or perceived benefit of trading action)

4. การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility)

กุศล สุนทรธาดา และ วรชัย ทองไทย, 2539(อ้างถึงใน สุรเดช)[46] ได้นำเสนอกรอบแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการทางการแพทย์ (Demand for medical care) ซึ่งมีอยู่มากมายหลายปัจจัย พอสรุปได้ ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ (Economic Factors) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รายได้ของผู้บริโภค ต้นทุนด้านเวลา (Time Cost) เช่น เวลาในการรอคอย เวลาในการเดินทาง ซึ่งสะท้อนถึงอำนาจในการซื้อ ความสามารถในการจ่าย ความตั้งใจที่จะจ่าย

2. ปัจจัยทางด้านสังคม (Social Factors) เช่น สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ เป็นต้น

3. ปัจจัยทางด้านประชากร (Demographic Factors) เช่น อายุ เพศ ความหนาแน่นของประชากร สถานที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ และสภาพสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

4. ปัจจัยด้านสถานะทางสุขภาพ (Individual Health status) เช่น ประสบการณ์ด้านสุขภาพ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย รสนิยม ลักษณะการเจ็บป่วย เป็นต้น

5. ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ เช่น จำนวนสถานบริการในพื้นที่ การกระจายตัวของสถานบริการ จำนวนเตียง จำนวนแพทย์ต่อประชากร และนโยบายของรัฐบาล

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526(อ้างถึงใน ชมพูนุท)[48] พบว่าการที่ประชาชนจะไปใช้หรือไม่ใช้สถานบริการรักษาพยาบาลของรัฐมีสาเหตุมาจาก

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย, ความรู้ว่ามีการให้บริการด้านการแพทย์และอนามัย, เวลาที่มี, ประสบการณ์ในอดีต และความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ให้บริการ, การเดินทาง, เงินทอง, ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม

2. ปัจจัยแทรกซ้อน ได้แก่ ระยะทางไกล, ยานพาหนะสำหรับเดินทาง สภาพของถนน, ความคิดเห็นของเพื่อนและญาติ, สถานบริการอื่นๆ ที่จะเลือกไปรับบริการ

3. ลักษณะของสถานบริการ ได้แก่ คุณภาพของการให้บริการและชื่อเสียง, เครื่องมือ/วิธีการรักษาพยาบาล, ความเป็นกันเองกับประชาชนและชุมชน, ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ, เวลาที่คอย

สรุปได้ว่า ในการที่บุคคลจะเข้าถึงการใช้บริการสุขภาพนั้น จะมีปัจจัยต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง เพื่อการตัดสินใจเลือกที่จะใช้หรือไม่ใช้บริการ ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านั้น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ การรับรู้ด้านสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลต่อความพึงพอใจต่อการใช้บริการอีกด้วย, ปัจจัยทางด้านสถานบริการ เช่น คุณภาพ ระยะทาง ค่าใช้จ่าย เวลาที่ใช้ในการรอคอย

2.3 องค์ประกอบการจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน[49]

องค์ประกอบกิจกรรมบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นการจัดการให้บริการพื้นฐานที่ต้องมีในสถานบริการสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน รวมทั้งกลวิธีในการจัดบริการด้านต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วยการบริการที่ครอบคลุม 4 มิติ ดังนี้

1. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะและเสริมสร้างพลังอำนาจให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและเสริมสร้างสุขภาพให้ดีขึ้น ประกอบด้วยการบริการดูแลสุขภาพเด็กบริการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ บริการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การบริการเยี่ยมบ้านตามกลุ่มเป้าหมาย บริการส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพ บริการให้ความรู้ด้านสุขภาพ บริการให้คำปรึกษา บริการแพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก

2. ด้านการป้องกันโรค หมายถึง การบริการสุขภาพที่จัดขึ้นเพื่อยับยั้งหรือขัดขวางกระบวนการเกิดโรคหรือการดำเนินของโรค วิธีการจัดการได้แก่ จัดระบบการติดตามและเฝ้าระวังโรค เฝ้าผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกกฎหมาย แนะนำเผยแพร่ความรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการคุ้มครองผู้บริโภค มีการให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค

3. ด้านการรักษาพยาบาล หมายถึงบริการช่วยเหลือบุคคลที่เจ็บป่วยเล็กน้อยและเฉียบพลันรุนแรง ให้ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ให้สามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เพื่อรักษาดุลยภาพของชีวิตไว้ได้ ซึ่งประกอบด้วยบริการรักษาโรคและการเจ็บป่วยเบื้องต้น บริการคัดกรองโรค บริการตรวจชันสูตรพื้นฐาน บริการทันตกรรมพื้นฐาน โดยมีวิธีจัดการได้แก่ การบริการแต่ละครั้งควรให้ความรู้แก่ประชาชนทุกครั้งในการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยนั้นๆ จัดให้มีบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องและสามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับข้อมูลการให้บริการด้านการส่งเสริมป้องโรคได้ มีการจัดบรรยากาศสถานที่ให้บริการให้เกิดความรู้สึกสะดวกสบายเป็นกันเอง และอบอุ่นในการมารับบริการ มีระบบนัดหมาย ระบบส่งต่อ ระบบตรวจสอบและติดตามผู้ป่วย มีระบบการบริหารยาที่ดี มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์และพยาบาลตามสัดส่วนประชากร และมีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง มีการชี้แจงขั้นตอนการรับบริการอย่างชัดเจน

4. ด้านการฟื้นฟูสภาพ หมายถึง การจัดบริการสุขภาพเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ หรือความไม่สมดุลของร่างกาย ซึ่งเกิดแก่สุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของมนุษย์ให้กลับคืนสู่สภาวะปกติที่สุด ประกอบด้วยบริการเยี่ยมบ้าน ส่งต่อผู้รับบริการไปยังผู้เชี่ยวชาญ บริการดูแลต่อเนื่องหลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยและวางแผนการดูแลหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล

2.4 สถานการณ์ของระบบบริการเพื่อช่วยเหลือเด็กออทิสติก[26]

การจัดบริการเพื่อให้ความช่วยเหลือเด็กออทิสติกที่ผ่านมาส่วนใหญ่มักกระจุกตัวอยู่แต่ในเมืองใหญ่ๆ ซึ่งมีหน่วยงานต่างๆ เข้ามาช่วยเหลือ ทั้งด้านการแพทย์ การศึกษาและสังคม มีเด็กออทิสติกและเด็กที่บกพร่องทางพัฒนาการจำนวนมากที่ยังไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเมื่อแรกพบความบกพร่อง สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการและมูลนิธิออทิสติกไทย ได้ร่วมศึกษาวิจัยระบบการจัดบริการสำหรับบุคคลออทิสติกในประเทศไทย โดยศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นของบุคคลออทิสติกและครอบครัว รูปแบบและการจัดบริการสำหรับบุคคลออทิสติกในชุมชน พบว่ามีบริการที่เกี่ยวข้องกับบุคคลออทิสติกทั้งหมด 3 ระบบ ประกอบด้วย ระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการการศึกษา และระบบบริการทางสังคม

ในที่นี้จะขอกล่าวถึงเฉพาะสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพ

สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพ

มีปัญหาสำคัญได้แก่จำนวนและคุณภาพของหน่วยให้บริการ โดยจำนวนสถานบริการและบุคลากรที่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ไม่เพียงพอ และค่าใช้จ่ายในการรับบริการสูง ทั้งค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ค่าเดินทาง ทำให้ผู้ปกครองบุคคลออทิสติกและบกพร่องทางพัฒนาการในต่างจังหวัดใช้สิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพเฉพาะบางด้านที่มีการให้บริการ เช่นกรณีเจ็บป่วยทั่วไป แต่กรณีการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีการใช้ไม่มากนัก เนื่องจากแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุข จะปรับปรุงประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการกำหนดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ให้ครอบคลุม ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้นก็ตาม แต่หน่วยบริการส่งเสริมพัฒนาการ ยังมีจำกัดเฉพาะในระดับโรงเรียน ศูนย์หรือโรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งอยู่ในตัวจังหวัด อีกทั้งไม่เอื้อต่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ เจ้าหน้าที่หรือพยาบาลส่งเสริมพัฒนาการ พยาบาลจิตเวช สื่อส่งเสริมพัฒนาการ สื่อความรู้ผู้ปกครอง มีไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ปกครองมาพบแพทย์ได้เพียงบางครั้งบางรายนัดพบแพทย์และนัดรับบริการ ทุก 6 เดือนต่อครั้ง ไม่มีความต่อเนื่อง ได้รับบริการกระตุ้นพัฒนาการ การฝึกพูด การปรับพฤติกรรม กิจกรรมบำบัด จำนวนน้อยครั้ง และผู้ปกครองขาดการนำคำแนะนำไปใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร ผู้ปกครองส่วนใหญ่จึงใช้สิทธิตามระบบหลักประกันเพียงการรักษาพยาบาลทั่วไปมากกว่าการส่งเสริมพัฒนาการและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3. สุขภาพจิต

3.1 ความหมาย

องค์การอนามัยโลก(อ้างถึงใน ทานตะวัน)[50] ได้ให้คำจำกัดความของสุขภาพจิตไว้ว่า คือ สภาพจิตใจที่เป็นสุข สามารถเข้าใจความสามารถของตนเอง สามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อสังคม รวมทั้งสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้อย่างดี

อัมพร โอตระกูล[51] สุขภาพจิตคือสภาพชีวิตที่เป็นสุข มีความสมบูรณ์ทั้งทางกายและทางใจ สามารถปรับตัวหรือความต้องการของตนให้เข้ากับสภาพแวดล้อม เข้ากับบุคคลที่อยู่ร่วม และสังคมที่เกี่ยวข้องด้วยดี โดยไม่ก่อความเดือดร้อนให้แก่ตนเองและผู้อื่น ทั้งก่อให้เกิดผลดีและประโยชน์สุขแก่ตนเองอีกด้วย

Kaplan, Frudman, and Dadock(อ้างถึงใน บัณฑิต)[52] กล่าวว่าสุขภาพจิต หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นสุข สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ผกา สัตยธรรม[53] สุขภาพจิตเด็ก หมายถึงการที่เยาวชนของชาติตั้งแต่แรกเกิดจนอายุประมาณ 12-13 ปี มีชีวิตที่ปกติสุข คือมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ควรจะมีทัศนคติที่ดีต่อครอบครัว สังคม บุคคลอื่นและหน้าที่ มีความสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ที่จะต้องพบได้อย่างเหมาะสมตามวัยของเด็ก

สรุปได้ว่า สุขภาพจิตคือสภาวะปกติสุขของจิตใจ ปราศจากโรคทางจิตและทางกาย มีความรู้สึกเป็นสุข สามารถเรียนรู้และปรับตัวให้อยู่ในสภาพแวดล้อมได้ทุกสภาวะ โดยไม่ก่อความเดือดร้อนทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

3.2 กรอบแนวคิดเรื่องการส่งเสริม ป้องกันรักษา และฟื้นฟู ในงานสุขภาพจิตและจิตเวช[52]

การส่งเสริมสุขภาพจิต หมายถึง การดำเนินการส่งเสริมให้สุขภาพจิตดีขึ้น โดยทั่วไปเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตไปในตัว ดำเนินการกับกลุ่มเป้าหมายประชาชนทั่วไป เป็นการให้สุขศึกษามากกว่าการดำเนินการทางคลินิก

การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต ถือเป็นการป้องกันระดับปฐมภูมิ หมายถึง การดำเนินการระบุกลุ่มเสี่ยง และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อป้องกันอุบัติการณ์การเกิดการเจ็บป่วยทางจิต ดำเนินการกับกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต หรือที่เรียกว่า กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต

การรักษาการเจ็บป่วยทางจิต ถือเป็นการป้องกันระดับทุติยภูมิ หมายถึงการดำเนินการวินิจฉัยและรักษาแต่แรกเริ่ม เพื่อลดระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นการลดความชุกของการเจ็บป่วย ดำเนินการกับกลุ่มที่เจ็บป่วยทางจิต

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เจ็บป่วยทางจิต ถือเป็นการป้องกันระดับตติยภูมิ หมายถึง การดำเนินการให้เกิดการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เจ็บป่วยทางจิต เป็นการลดความพิการ ความเรื้อรัง และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดำเนินการกับกลุ่มที่เจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง

3.3 หลักการของการรักษาทางจิตเวช บนฐานวิชาการสาธารณสุข

3.3.1 การวินิจฉัยและการดูแลรักษา (Diagnosis and Intervention) เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญ เนื่องจากโรคที่แตกต่างกันจะใช้วิธีการรักษาที่แตกต่างกัน การดูแลรักษาแต่แรกเริ่ม เป็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการป้องกันการเป็นโรคขั้นรุนแรง การดูแลรักษาที่เหมาะสม คือการให้การดูแลรักษาที่มีประสิทธิผลทางคลินิกอย่างกลมกลืน ทั้งยา การดูแลทางจิตวิทยา และทางจิตสังคม

3.3.2 ความต่อเนื่องของการดูแลรักษา (Continuity of Care) เนื่องจากโรคทางจิตเวชบางโรคมีลักษณะเรื้อรัง ต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง ดังนั้นกรอบแนวคิดของการดูแลจึงคล้ายโรคเรื้อรังทางกาย ได้แก่ การเข้าถึงบริการได้สะดวก การมีเจ้าหน้าที่ที่ดูแลรักษาได้อย่างเพียงพอ

3.3.3 การบริการที่หลากหลาย (Wide Range of Services) เนื่องจากผู้ป่วยทางจิตเวชและญาติมีความต้องการหลากหลายและแตกต่างกันตามระยะของการดำเนินโรค ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการบริการที่หลากหลายเพื่อตอบสนองต่อความต้องการต่างๆ ได้ การบริการที่หลากหลายนี้ครอบคลุมถึงการจ่ายยา โปรแกรมการฟื้นฟูที่เฉพาะ การจัดการเรื่องที่อยู่อาศัย การช่วยเหลือด้านกฎหมาย และการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคม การทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพอย่างเหมาะสมมีความสำคัญมากต่อหลักการข้อนี้

3.3.4 การร่วมมือกับผู้ป่วยและญาติ (Partnerships with Patients and Family) มีผลต่อการรักษา เช่น ความเข้าใจและการร่วมมือของญาติทำให้การรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยดีขึ้น เป็นต้น รวมไปถึงการรวมตัวเป็นกลุ่มเครือข่าย หรือองค์กรของผู้ป่วยหรือญาติ อาจมีส่วนช่วยพัฒนางานสุขภาพจิตและจิตเวชในบางแง่มุมดีกว่าการทำงานของบุคลากรเอง เช่น การผลักดันการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยและญาติผ่านระดับนโยบาย เป็นต้น

3.3.5 การมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น (Involvement of the Local Community) สังคมแวดล้อมเป็นตัวกำหนดผลลัพธ์ของการเจ็บป่วยทางจิต หากสภาพแวดล้อมของบุคคลเป็นบวก จะมีผลให้ผู้ป่วยหายและกลับเข้าสู่สังคมได้ แต่หากเป็นลบ จะมีผลให้เกิดการรังเกียจกีดกันผู้ป่วยได้

3.3.6 การผสมผสานงานสุขภาพจิตและจิตเวชในงานสาธารณสุขมูลฐาน (Integration into Primary Health Care) บุคลากรสาธารณสุขมูลฐานเป็นจุดกรองระหว่างประชาชนทั่วไปกับการรักษาเฉพาะทาง บุคลากรสาธารณสุขมูลฐานที่ได้รับการฝึกอบรมดีแล้ว สามารถที่จะวินิจฉัยและให้

การดูแลรักษาโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยได้ และรับดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่ส่งกลับจากโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชได้

3.4 บุคลากรด้านสุขภาพจิต

บุคลากรด้านสุขภาพจิต[2] ประกอบด้วยบุคลากรของทีมงานสุขภาพจิต ได้แก่

1.จิตแพทย์

2.พยาบาลจิตเวช

3.นักสังคมสงเคราะห์

4.บุคลากรด้านอาชีวบำบัด

3.5 เครือข่ายบริการสุขภาพจิต

เครือข่ายบริการสุขภาพจิต สามารถแบ่งได้เป็น 8 ส่วน[1] คือ

1. ภาครัฐ-กระทรวงสาธารณสุข
2. ภาครัฐ-นอกกระทรวงสาธารณสุข
3. มหาวิทยาลัย
4. โรงพยาบาล คลินิก และบริการจิตวิทยาภาคเอกชน
5. องค์กรธุรกิจ
6. Non-Government Organizations (NGOs)
7. สื่อมวลชน
8. ภาคประชาชน

การดำเนินงานสุขภาพจิตมีหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องหลายส่วนด้วยกัน[51] ได้แก่

1. หน่วยงานราชการ

1.1 หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

1.1.1 สำนักงานปลัดกระทรวง หน่วยบริการคือโรงพยาบาลทุกแห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้มีงานบริหาร คือสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ การบริการจะมีส่วนส่งเสริมป้องกันและการรักษา หากหน่วยบริการใดไม่มีจิตแพทย์ การให้บริการจะเน้นการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพจิต และการรักษาด้านการประคับประคองเบื้องต้นและส่งต่อหน่วยงานที่มีจิตแพทย์ หรือโรงพยาบาลในส่วนของกรมสุขภาพจิต

1.1.2 กรมสุขภาพจิต มีหน้าที่พัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิตโดยมีการศึกษาวิจัยพัฒนาถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยี และดำเนินการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพจิตใจ รวมทั้งรับการส่งต่อผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตที่มีปัญหารุนแรงยุ่งยากซับซ้อน และการเพิ่มพูนความรู้ทักษะการปฏิบัติการด้านจิตเวชแก่บุคลากรสาธารณสุข

งานในส่วนของกรมสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับประชาชนมีดังนี้

1.1.2.1 หน่วยงานส่วนกลาง

เช่น กองสุขภาพจิตสังคม สำนักพัฒนาสุขภาพจิต เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่พัฒนาองค์ความรู้ทางจิตเวช และการวางแผนสุขภาพจิตระดับประเทศ

1.1.2.2 สถาบันและโรงพยาบาลจิตเวชต่างๆ และศูนย์สุขภาพจิต

- สถาบัน และโรงพยาบาลจิตเวช ศึกษาวิเคราะห์วิจัยเพื่อพัฒนามาตรฐานงาน ส่งเสริมพัฒนาถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งให้บริการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษา ฟื้นฟู นอกจากนี้ยังปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่น

- ศูนย์สุขภาพจิต มีหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยพัฒนาวิชาการ ส่งเสริมป้องกัน บริหารจัดทำแผนแก้ปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งเป็นศูนย์ข้อมูล ถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยี นิเทศผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต และปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่น

1.1.2.3 โครงการของกรมสุขภาพจิตดำเนินร่วมกับหน่วยงานอื่น

- การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ได้แก่ กระทรวงยุติธรรม และกระทรวงแรงงาน

- การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

ได้แก่กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน และกรมประชาสัมพันธ์

1.1.3 กรมการแพทย์ มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพจิต ได้แก่ สถาบันประสาทพญาไทกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและระบบประสาท นากจากนี้ยังมีโรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยด้านยาเสพติดโดยตรง

1.2 หน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

1.2.1 ทบวงมหาวิทยาลัย

ได้แก่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ซึ่งเป็นงานสอนทั้งนักศึกษาแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ในระดับปริญญาตรี ปริญญาโท ทำหน้าที่ผลิตจิตแพทย์ และมีการตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชทุกสาขา คือจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จิตเวชผู้ใหญ่ และจิตเวชผู้สูงอายุ

1.2.2 หน่วยงานราชการอื่นๆ

- โรงพยาบาลในสังกัดสำนักแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีงานสุขภาพจิตเป็นหน่วยหนึ่งในงานบริการ

- โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม เช่น โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีหน่วยบริการด้านจิตเวชทำหน้าที่ตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยเสพยาเสพติด และมีการผลิตจิตแพทย์ให้กับกระทรวงกลาโหม

2. องค์กรเอกชน

2.1 องค์กรเอกชนที่ไม่มุ่งหวังผลกำไร

มูลนิธิช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสต่างๆ เช่น มูลนิธิพิทักษ์สิทธิเด็ก มูลนิธิเพื่อเยาวชน ชนบท มูลนิธิคุ้มครองเด็ก มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทย เป็นต้น

2.2 องค์กรเอกชนที่มุ่งหวังผลกำไร

คือสถานพยาบาลเอกชนต่างๆ เช่นโรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน

2.3 สื่อมวลชน

มีการให้ความรู้สุขภาพจิตแก่ประชาชนผ่านทางสื่อมวลชน ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อวิทยุ สื่อโทรทัศน์ สื่ออินเทอร์เน็ต ตอบปัญหาทางเว็บไซต์ สื่อโทรศัพท์ ตอบปัญหาสุขภาพจิต

3. องค์กรภาคประชาชน

- สถาบันทางศาสนาต่างๆ
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ทุกจังหวัด
- แกนนำชุมชน/ผู้นำชุมชน/แกนนำครอบครัว

การดำเนินงานทางสุขภาพจิตในประเทศไทย แม้ว่าจะมีหน่วยงานดำเนินการที่หลากหลาย แต่องค์กรหลักที่ดำเนินการในเรื่องนี้ คือ “กรมสุขภาพจิต”

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข(Department of Mental Health, Ministry of Public Health) เป็นหน่วยงานของรัฐ ที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง ในการพัฒนาสุขภาพจิตของประเทศ[1]

สถานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต[2] มีอยู่ด้วยกัน 17 แห่ง กระจายอยู่ทั่วประเทศ ได้แก่

1. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
3. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
4. สถาบันราชานุกูล
5. โรงพยาบาลศรีธัญญา
6. โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
7. โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
8. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
9. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
10. โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
11. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
12. โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
13. โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
14. โรงพยาบาลสวนปรุง
15. สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
16. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
17. โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

3.6 สถาบันเฉพาะทาง

อลิสา วัชรสินธุ และคณะ[1] สถาบันเฉพาะทาง มีหน้าที่พัฒนาและถ่ายทอดวิชาการงานสุขภาพจิตและจิตเวช 7 แห่ง ประกอบไปด้วย

1. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เป็นสถาบันเฉพาะทางนิติจิตเวชและสุขภาพจิตวิกฤต

2. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เป็นสถาบันเฉพาะทางจิตเวชศาสตร์ และประสาทจิตเวชศาสตร์

3. สถาบันราชานุกูล เป็นสถาบันเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยปัญญาอ่อน รวมทั้งเป็นศูนย์วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านพันธุศาสตร์การแพทย์

4. โรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นสถาบันเฉพาะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

5.โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เป็นสถาบันเฉพาะทางออทิสติกและโรคจิตเวชเด็ก

6. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ เป็นสถาบันเฉพาะทางการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น

7.สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ เป็นสถาบันเฉพาะทางการพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพจิตเด็ก

แนวคิดในงานด้านสุขภาพจิต จะประกอบไปด้วยการป้องกัน ส่งเสริม รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งมีหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ในการรับผิดชอบอยู่ด้วยกันหลายแห่ง และจากการที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เนื่องจากว่าเป็นสถาบันเฉพาะทางของกรมสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติกโดยตรง

4. โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์[54] ในพระอุปถัมภ์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ขนาด 150 เตียง เดิมใช้ชื่อว่า โรงพยาบาลสำโรง ตั้งอยู่เลขที่ 61 ซ.เทศบาล 19 ต.ปากน้ำ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เป็นชื่อที่ได้รับพระราชทานมาจาก สมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ (จวน อุฏฐายี) สมเด็จพระสังฆราช ลำดับที่ 16 ประทานเมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2509 และกระทรวงสาธารณสุขได้รับอนุมัติ ให้เปลี่ยนชื่อจากโรงพยาบาลสำโรงเป็นโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เมื่อ พ.ศ. 2519 และมีแพทย์หญิงสุวรรณี เรืองเดช ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล คนปัจจุบัน(พ.ศ.2555)

เป้าประสงค์ของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ คือให้เป็นสถาบันทางวิชาการทางด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ให้ผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นมีคุณภาพชีวิตตามศักยภาพ ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจ มีการสื่อสารภายในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรมีความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ มีความสารถในการวิจัยพัฒนาองค์ความรู้ถ่ายทอดเทคโนโลยีและให้บริการเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

พันธกิจของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ มีดังต่อไปนี้

1. ให้และพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
2. พัฒนาบุคลากรให้มีมาตรฐานทางวิชาชีพ
3. ผลิตบุคลากรทางการแพทย์ ด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
4. ผลิตและพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัย ทางจิตเวชและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น
5. สนับสนุนเครือข่ายชุมชนและครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ มีการให้บริการสุขภาพ ดังต่อไปนี้

1. คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
2. คลินิกจิตเวชผู้ใหญ่
3. คลินิกส่งเสริมพัฒนาการ
    - ส่งเสริมพัฒนาการรายบุคคล
    - ส่งเสริมพัฒนาการแบบกลุ่ม
    - กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา
4. คลินิกกิจกรรมบำบัด
5. คลินิกฝึกพูด

6. คลินิกครอบครัวบำบัด
7. การตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยา
8. คลินิกให้คำปรึกษา
9. การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาสารเสพติด(ยาบ้า)แบบจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ป่วยนอกอายุ 12 - 25 ปี
10. คลินิกทันตกรรมเด็ก

การบริการโครงการเด็กเจ็บป่วยโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์[55] เน้นเนื้อหาและจุดประสงค์ที่ช่วยให้เด็กมีพัฒนาการให้ดีขึ้นจนใกล้เคียงหรือมีระดับเดียวกับเด็กปกติในวัยเดียวกัน การให้บริการจึงเน้นการปรับพฤติกรรม การสื่อความหมายพฤติกรรมและทักษะทางสังคม ตลอดจนความรู้ และทักษะทางวิชาการโดยจัดให้มีโครงการต่างๆขึ้น เช่น โครงการแก้ไขการพูด โครงการฝึกทักษะทางสังคม โครงการฝึกอบรมพ่อแม่ผู้ปกครองเด็กออทิสติก โครงการเข้าค่ายสำหรับเด็กหรือโครงการอื่นๆ ที่ตั้งขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาให้ผู้ปกครองเป็นโครงการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับเด็ก

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Gurney JG และคณะ[56] ได้ศึกษาเปรียบเทียบรายงานการบันทึกของผู้ปกครองในเรื่องสภาวะสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพของเด็กปกติทั่วไปและเด็กออทิสติก เป็นการสำรวจสุขภาพของเด็กแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา ในปี 2003 - 2004 พบว่า เด็กออทิสติกอายุ 3 - 17 ปี มีถึง 53 ต่อ 10,000 คน และพบว่าเด็กออทิสติกมีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวล และมีปัญหาเรื่องพฤติกรรมหรือมีความประพฤติที่ผิดปกติ มากกว่าเด็กปกติทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ($P < 0.001$) เด็กออทิสติกพบแพทย์มากกว่า 12 เดือนในการป้องกันโรค ทำกิจกรรมบำบัด หรืออรรถบำบัด ต้องการคำปรึกษาชี้แนะเรื่องยา เพื่อการใช้ยาในระยะยาว มากกว่าเด็กปกติทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$)

Croen LA และคณะ[57] ศึกษาเปรียบเทียบการใช้บริการสุขภาพและค่าใช้จ่ายของเด็กปกติทั่วไปจำนวน 30,529 คน และเด็กออทิสติก จำนวน 3,053 คน ในทางภาคเหนือของแคลิฟอร์เนียเมื่อปี 2003 ผลการศึกษาพบว่า เด็กออทิสติกใช้ยาเพื่อการบำบัดรักษาทางจิตเวชมากกว่าเด็กปกติทั่วไป เฉลี่ยค่ารักษาพยาบาล ในช่วงเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล การไปคลินิก และการซื้อยาในการรักษา มากกว่าสองเท่าเปรียบเทียบกับเด็กปกติทั่วไป

Koyama T และคณะ[58] ได้ศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพจิตในเรื่องบุคคลออทิสติกของประชาชนทั่วไปชาวญี่ปุ่นจำนวน 500 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 229 ราย (45.8%) ระบุความหมายของเด็กออทิสติกได้อย่างถูกต้อง อย่างมีนัยสำคัญ ($P <0.05$) และเป็นผู้หญิงโดยส่วนใหญ่ที่มีการวางแผนกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหา เช่น การติดต่อหน่วยงานภาครัฐ ในขณะที่ผู้ชายจะมีการรับรู้ของโรคออทิสติกไม่มากนัก

Duarte CS และคณะ[59] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในมารดาของเด็กออทิสติกจำนวน 31 คู่ โดยจับคู่ลักษณะของเด็กออทิสติกกับเด็กปกติทั่วไปที่เหมือนกันในด้านเพศกับอายุ สำหรับมารดาคือมารดาของเด็กออทิสติกที่คัดมาจากคลินิกสุขภาพจิต กับมารดาของเด็กปกติจากโรงเรียนและหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งพบว่าความเครียดของมารดามีความสัมพันธ์กับบุตรที่เป็นออทิสติก มีแนวโน้มที่จะพบกับความเครียด ดังนั้น จึงต้องได้รับความสนใจเป็นพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต

Favero Nunes และ Dos Santos [60] ได้ศึกษาอาการกังวลใจหรือซึมเศร้าในมารดาของเด็กออทิสติก และความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ทางสังคม โดยทำการศึกษามารดา 20 ราย โดยใช้ชุดแบบสอบถาม(Brazilian version of the Beck Depression Inventory (BDI) and the WHOQOL- Bref quality of life scale) พบว่ามารดาที่มีความกังวลใจหรืออาการซึมเศร้า 15% มีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ประเมินว่าอยู่ในด้านบวก 70% และมี 40% ที่มีความพึงพอใจกับ

สุขภาพของตนเอง คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับรายได้ของครอบครัว และระดับการศึกษา และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า

Lai DC และคณะ[61] ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลความพิการแห่งชาติของไต้หวัน พบว่าความชุกของออทิสติกมีเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สำรวจจากปี 2004 - 2010 กรณีที่เด็กได้ลงทะเบียนคืออายุ 3 - 17 ปี มีเพิ่มขึ้น 3995-8072 รายต่อปี และความชุกโดยทั่วไปเพิ่มขึ้นทุกปีในทุกกลุ่มอายุ ($p < 0.01$) ในแต่ละปีพบว่ามีเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงอัตราความชุกอยู่ระหว่าง 5.64 : 1 - 6.06 : 1 ($p < 0.01$ ในทุกปี)

McLennan JD และคณะ[62] ได้ทำการรวบรวมตรวจสอบบันทึกการรายงานผลของผู้ปกครองเด็กออทิสติก 64 ราย จากศูนย์พัฒนาการพิเศษจำนวน 4 แห่ง ในแคนาดา พบว่าเด็กเกือบทั้งหมดได้รับการประเมินด้านภาษาและการพูด(94%) น้อยกว่าครึ่งหนึ่งรักษาทางด้านจิตใจ(42%) หรือทางพันธุกรรม(31%) ฝึกการพูดและภาษา(88%) และกิจกรรมบำบัด(78%)

Posey DJ และ McDougle CJ [63] ศึกษาเรื่องยาสำหรับออทิสติก พบว่าไม่มียาที่ใช้รักษาเด็กออทิสติกได้โดยเฉพาะ แต่อย่างไรก็ตามยังมียาบางชนิดที่ใช้ได้ผลดีในการรักษา ซึ่งได้แก่ haloperidol และ risperidone แต่ก็ยังให้ผลข้างเคียงที่ยอมรับไม่ได้เช่นกัน และยังมีการศึกษาเกี่ยวกับยา methylphenidate(Ritalin) และ clonidine(Catapres) บ่งชี้ถึงความเป็นไปได้ในการใช้ยาเหล่านี้ในการรักษาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กออทิสติก

Shea S และคณะ[64] ได้ศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยา risperidone ที่ใช้สำหรับรักษาปัญหาทางพฤติกรรมในเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความผิดปกติในพัฒนาการหลายด้าน (pervasive developmental disorders:PDD) โดยใช้เวลา 8 สัปดาห์ศึกษาเด็ก PDD ที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม อายุ 5 – 12 ปี จำนวน 79 ราย ผลการศึกษาพบว่า เด็กที่ได้รับยา risperidone มีความหงุดหงิดฉุนเฉียวลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อการศึกษาจบลงพบว่ายา risperidone จะยับยั้งอาการของเด็กถึง 64% สูงกว่าสองเท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (31%)

Meilleur และ Fombonne [65] ได้ศึกษา เด็ก PDD จำนวน 135 ราย มีอายุเฉลี่ย 3.6 ปี ซึ่งเป็นเด็กออทสิติก 80ราย(59.4%) เป็นเด็ก PDD-Nos 44 ราย(32.6%) และแอสเพอร์เกอร์ 11 ราย(8%) ผลการศึกษาพบว่าจากทั้งหมด มี 30 ราย (22%)ที่มีความบกพร่อง คือ มี 9 ราย (30%) ที่มีความบกพร่องของภาษาเพียงอย่างเดียว 17 ราย (57%) มีทักษะอื่นๆ ที่บกพร่องแต่ไม่ใช่ภาษา และ 4 ราย(13%) ที่บกพร่องทั้งภาษาและทักษะอื่นๆ และพบว่าความบกพร่องด้านภาษาจะพบมากในเด็กออทิสติก (30%) เมื่อเทียบกับ PDD-Nos (14%) และ แอสเพอร์เกอร์(0%)

Linderman และ Stewart[66] ได้ศึกษาเด็ก PDD เพศชาย อายุ 3 ปี จำนวน 2 ราย โดยใช้โปรแกรมการรักษา Sensory Integrative ผลการศึกษาพบว่าเด็กทั้งสองราย มีการแสดงออกที่ดีขึ้นในด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีวิธีการจัดการกับกิจกรรมใหม่ๆ มีการตอบสนองต่อการกอดหรือการจับ และมีการตอบสนองต่อการเคลื่อนไหว มีการสังเกตเห็นพฤติกรรมบางอย่างลดลงเช่นพฤติกรรมก้าวร้าว พร้อมกับการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย เช่นคำพูดที่เด็กสื่อสารออกมาเอง การเล่นที่มีจุดมุ่งหมาย มีสมาธิจดจ่อกับกิจกรรมและการสนทนา

นาซิราห์ และคณะ[67] ศึกษาผู้ป่วยนอกอายุ 15-60 ปี จำนวน 200 คน ในสถานีอนามัยคูตาบัง ต.ไบเรียนประเทศอินโดนีเซีย ระหว่างวันที่ 6 มกราคม ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2551 พบว่า 23% ของผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงต่อบริการ พึงพอใจกับความสุภาพของผู้ให้บริการมากที่สุด(38%) พึงพอใจกับความสะดวกสบายของสถานีอนามัยน้อยที่สุด(18%) ปัจจัยที่สัมพันธ์ได้แก่ อาชีพ ระยะเวลารอคอยแพทย์ ระดับความคาดหวัง และการที่จะมาใช้บริการที่สถานีอนามัยในอนาคต

ชมพูนุท สุจริตจันทร์[48] ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในเขตตำบลสุเทพ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 7 หมู่บ้าน รวม 319 คน เมื่อพ.ศ. 2545 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ได้แก่ อายุและระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลักษณะของความเจ็บป่วย อัธยาศัยความใส่ใจของเจ้าหน้าที่ และคุณภาพของบริการ

กิ่งแก้ว เกษโกวิท และคณะ[68] ศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของชาวชนบท: กรณีศึกษาหมู่บ้าน 3 หมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อพ.ศ. 2541 พบว่าการตัดสินใจเลือกสถานบริการขึ้นอยู่กับ 1.ความเชื่อถือ ศรัทธาของประชาชน ความเป็นกันเองของเจ้าหน้าที่อนามัย 2.ประสิทธิภาพของการรักษา 3.ระดับความรุนแรงของโรค 4.ระยะทางใกล้และสะดวก 5.ทัศนคติที่มีต่อสถานบริการ ในด้านการให้บริการดี พูดจาไพเราะ เป็นกันเอง สะดวกรวดเร็ว 6.การมีบัตรประกันสุขภาพ/บัตรผู้สูงอายุ/บัตรสปร. 7.ระบบการส่งต่อ

ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ[69] ศึกษาอุปสรรค และความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลเด็กออทิสติก โดยศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่เป็น บิดา มารดา ญาติ หรือ พี่เลี้ยง ที่ให้การดูแลเด็กออทิสติกอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 19 คน พบว่าอุปสรรคในการดูแลเด็กออทิสติก เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะโรคที่เด็กเป็นอยู่ การขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแล สถานบริการมีไม่ทั่วถึง ตลอดจนการขาดความเข้าใจจากเจ้าหน้าที่ และบุคคลในสังคม นอกจากนี้ผู้ดูแลยังแสดงความจำนงถึงความต้องการอยากให้มีสถานบริการที่ดูแลเด็กตลอดชีวิต การรักษาที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจน ความเข้าใจ และกำลังใจจากสังคม

ปัทมา บุญตันบุตร[70] ศึกษาเด็กออทิสติกชาย อายุ 7 ปี เลือกโดยพิจารณาร่วมกับแผนกจิตเวช เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมทางสังคมของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังเข้าร่วมการทำกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมทางสังคม ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมทางสังคม เด็กออทิสติกเกิดการเรียนรู้ และมีพัฒนาการทางสังคมดีขึ้น ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ก่อนการใช้กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เป็นปัญหา ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการสบตา การไม่ตอบสนองไม่สนใจคนรอบข้าง มีพฤติกรรมกระตุ้นตัวเอง การแยกตัวเอง การไม่สามารถรอคอย และปัญหาการคงสมาธิในการทำกิจกรรมนานๆ ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน แต่เมื่อใช้กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมทางสังคม เด็กมีลักษณะพฤติกรรมทางสังคมดีขึ้น เช่น การมองสบตาเวลาถูกเรียกชื่อ การให้โอบกอด อุ้ม หอมแก้ม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในลักษณะทักทาย และชักชวนผู้อื่นรวมถึงคนแปลกหน้าให้มาเล่นด้วย

ปาริชาด สุภักวัฒนะ[71] ศึกษาเด็กออทิสติกที่เรียนอยู่ในห้องเรียนโครงการพิเศษ ศูนย์วิจัยเพื่อเด็กที่ต้องการความช่วยเหลือพิเศษชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และ ประถมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ศูนย์วิจัยและพัฒนาการศึกษา เมื่อพ.ศ. 2552 จำนวน 12 คน ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมของเด็กออทิสติกจากการประเมินของอาจารย์มีแนวโน้มดีขึ้นกว่าเดิมหลังได้รับการสอนเรื่องราวทางสังคมและหลังติดตาม 1 เดือน พฤติกรรมของเด็กออทิสติกดีขึ้นกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ มีเด็ก 11 คน มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ลดลง พฤติกรรมของเด็กออทิสติกจากการประเมินของผู้ปกครองหลังได้รับการสอนเรื่องราวทางสังคมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งจากการประเมินทันทีและหลังจากติดตามไปเป็นเวลา 1 เดือน

กาญนา คูณรังษีสมบูรณ์[72] ศึกษาผลของการฝังเข็มที่ศีรษะในผู้ป่วยออทิสติก จำนวน 24 คน(อายุเฉลี่ย 6.2 ปี)ที่มารับการรักษาที่ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2543 - 30 กันยายน 2544 ผลการรักษามีผู้ป่วย 2 คน ไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนอีก 22 คน ผลการรักษาประเมินโดยใช้ Developmental Screening Inventory (DSI) และการประเมินพฤติกรรมโดยพยาบาล และผู้ปกครอง ซึ่งผลอยู่ในเกณฑ์ดี ถึงดีมาก ผู้ปกครองมีความพึงพอใจ ในการพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

เมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี และคณะ[73] ได้ทำการทดลองให้เด็กออทิสติก 4 คน อายุระหว่าง 11 - 17 ปี มาทำกิจกรรมร่วมกับช้าง ขององค์การอุตสาหกรรมป่าไม้จังหวัดลำปาง 4 เชือก ใน 8 กิจกรรม ตั้งแต่การรับ-ส่งช้าง การซื้ออาหารให้ช้าง การให้อาหารช้าง การอาบน้ำและเล่นน้ำกับช้าง การขี่ช้าง การเล่นเกม สร้างงานศิลปะร่วมกับช้าง และส่งช้างกลับบ้าน โดยทำ 3 ช่วง คือ ช่วงก่อนบำบัด ช่วง

ใช้ช้างบำบัด และช่วงหลังบำบัด ผลการวิจัยหลังเข้ารับการบำบัดด้วยช้างพบว่าทุกการทดสอบของเด็กมีการพัฒนาทุกด้าน เช่น การสัมผัส จากที่ไม่กล้าสัมผัสก็จะกล้าขึ้น การทรงตัวดีขึ้น เป็นต้น

กันตรัตน์ ไพรินทร์[74] ศึกษาความสามารถในการรู้คิดและการแสดงออกทางอารมณ์ของเด็กออทิสติกโดยใช้กิจกรรมศิลปะ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ เด็กออทิสติกอายุ 9-14 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2545 โรงเรียนวัดเวตวันธรรมวาส จำนวน 6 คน ผลการศึกษาพบว่าเด็กออทิสติกที่ได้รับการสอนด้วยกิจกรรมศิลปะจะมีพัฒนาการด้านรู้คิดและการแสดงออกทางอารมณ์ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เพ็ญศรี ศรีมา[75] ศึกษาเด็กชายออทิสติกที่ได้รับการเลือกแบบเจาะจง กำลังศึกษาในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนบ้านใหม่หนองบัว จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับพฤติกรรมการตีผู้อื่นของเด็กออทิสติกในห้องเรียนร่วม โดยใช้หลักการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ ผลการศึกษาพบว่า เด็กมีพฤติกรรมการตีผู้อื่นลดลงจากร้อยละ 92 เป็นร้อยละ 32 ทั้งนี้เด็กได้เรียนรู้และเลือกการลูบแขนแทนการตี คิดเป็นร้อยละ 72

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and sample)

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกที่มารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

ประชากรตัวอย่าง (Population samples) คือ ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกที่มารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม – 30 ตุลาคม 2553

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติก และมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม – 30 ตุลาคม 2553

เทคนิคการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Sampling Techniques)

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นผู้ปกครองที่เด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติก
2. เป็นผู้ปกครองเด็กออทิสติกซึ่งเด็กได้รับบริการทางสุขภาพมาอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 3 เดือน
3. เป็นผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่ยังไม่เคยตอบแบบสอบถามงานวิจัยนี้มาก่อน
4. เป็นผู้ปกครองที่มีอายุมากกว่า 15 ปี

ขนาดของตัวอย่าง(Sample size) คำนวณโดยใช้สูตร Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.05

$$\text{สูตร} \qquad n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

โดยที่ n คือ ขนาดของตัวอย่าง

N คือ ขนาดของประชากรเด็กออทิสติกได้จากฝ่ายโปรแกรมเมอร์โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

e คือ ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง กำหนดให้มีค่าเท่ากับร้อยละ 5 (.05)

สามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จากจำนวนเด็กออทิสติกที่มารับบริการตั้งแต่เดือนมกราคม 2551 – ธันวาคม 2551

$$n = \frac{1{,}264}{1 + 1{,}264(0.05)^2}$$

$$= 303.846$$

ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด = **304 คน**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครองของเด็กออทิสติก ซึ่งสร้างโดยผู้วิจัย ภายใต้กรอบแนวคิด แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กออทิสติกและของเด็กออทิสติก ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ, อายุ, ความสัมพันธ์กับเด็ก, ศาสนา, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้

1.2 ข้อมูลเด็กออทิสติก ได้แก่ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา

ตอนที่ 2 แบบสอบถามบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ ประกอบไปด้วย

2.1 การตรวจประเมินและวินิจฉัยโรค

2.2 บริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกได้รับหลังการวินิจฉัย

2.3 การรักษาด้วยยา

2.4 พฤติกรรมบำบัด

2.5 การฝึกและแก้ไขการพูด

2.6 การฝึกทักษะทางสังคม

2.7 กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ

2.8 กิจกรรมบำบัด

2.9 กายภาพบำบัด

2.10 ฟลอร์ไทม์ (Floortime)

2.11 ศิลปะบำบัด

2.12 ดนตรีบำบัด

2.13 การฝังเข็ม

2.14 เครื่องเอชอีจี (HEG; Hemoencephalogram)

2.15 การบำบัดด้วยออกซิเจน

2.16 การบำบัดด้วยสัตว์

2.17 หัวข้อการอบรม

2.18 บริการสุขภาพที่ต้องการเข้ารับบริการมากที่สุด

ตอนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติก

เป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 23 ข้อ ประกอบไปด้วย

3.1 ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ความเชื่อถือในตัวแพทย์ คำแนะนำของแพทย์ การนัดมาพบของแพทย์ การติดตามผลการรักษาของแพทย์ ความเชื่อถือในสถานพยาบาล ความคาดหวังที่จะให้เด็กมีอาการดีขึ้น การมีผู้แนะนำสถานพยาบาล ความคิดเห็นของเพื่อนและญาติ รายได้ของครอบครัว ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล

3.2 ปัจจัยด้านสุขภาพได้แก่ ลักษณะอาการของเด็กออทิสติก ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ของผู้ปกครองในอาการและความรุนแรงของอาการ

3.3 ปัจจัยด้านสถานบริการ ได้แก่ ความสะดวกในสถานที่ตั้งของสถานพยาบาล ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ สถานที่จอดรถเพียงพอ มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน จำนวนบุคลากรเพียงพอต่อความต้องการ การประสานงานของเจ้าหน้าที่ อัธยาศัย ความใส่ใจของเจ้าหน้าที่ คุณภาพของบริการ และค่าใช้จ่ายมีความเหมาะสม

การตรวจให้คะแนนเป็นรายข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

5	คะแนน	หมายถึง	มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพมากที่สุด
4	คะแนน	หมายถึง	มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพมาก
3	คะแนน	หมายถึง	มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพปานกลาง
2	คะแนน	หมายถึง	มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพน้อย
1	คะแนน	หมายถึง	ไม่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ

นำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปรผลโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

$$\text{ระดับค่าเฉลี่ย} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{5 - 1}{5}$$

$$= 0.8$$

เกณฑ์การแปลความเหมาย

คะแนนเฉลี่ย	4.20 - 5.00	หมายถึง	มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	3.40 - 4.19	หมายถึง	มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพมาก
คะแนนเฉลี่ย	2.60 - 3.39	หมายถึง	มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.80 - 2.59	หมายถึง	มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพน้อย
คะแนนเฉลี่ย	1.00 - 1.79	หมายถึง	ไม่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือวิจัย มีดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการบำบัดรักษาเด็กออทิสติก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการศึกษาพิจารณาในการสร้างแบบสอบถามให้เหมาะสมและตรงตามวัตถุประสงค์

2. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อทำการตรวจสอบ และนำกลับมาแก้ไขปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น

3. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทำการทดลองใช้(Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงที่จะศึกษา โดยได้ขออนุญาตคณบดีคณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อทำการขอสอบถามความเห็นและความเข้าใจในแบบสอบถามจากผู้ปกครองที่พาเด็กออทิสติกมารับบริการที่คลินิกกิจกรรมบำบัด คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวประยุกต์ มหาวิทยาลัย มหิดล จำนวน 10 ราย

4. รวบรวมแบบสอบถามที่ได้ทำการทดลองใช้กับผู้ปกครองเด็กออทิสติก จำนวน 10 ราย ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อทำการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้ดียิ่งขึ้นครั้งสุดท้าย ก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการใช้บริการทางสุขภาพของเด็กออทิสติกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. นำหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ เพื่อเสนอเรื่องการขออนุญาตในการเก็บข้อมูล และจัดส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

2. ติดต่อขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และกลุ่มงานพยาบาลโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัย

3. ติดต่อกลุ่มงานการพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในส่วนของงานการบำบัดสำหรับเด็กออทิสติก เพื่อขอความร่วมมือในการจัดนำแบบสอบถามให้แก่ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกที่พาเด็กออทิสติกมารับบริการ

4. ทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน มีนาคม – ตุลาคม 2553 โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปด้วยตนเอง ซึ่งเจ้าหน้าที่ได้จัดโต๊ะไว้ให้ผู้วิจัยและผู้ปกครองเพื่อกรอกแบบสอบถาม โดยในลำดับแรกพยาบาลจะเป็นผู้คัดกรองเด็กออทิสติกที่อยู่ในเกณฑ์การคัดเลือกจากแฟ้มประวัติของเด็กที่เข้าพบแพทย์เสร็จแล้ว จากนั้นจะแนะนำให้ผู้ปกครองมากรอกแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้เริ่มจากการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และ

อธิบายข้อคำถามทุกหน้า ซึ่งแบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ตอน ใช้เวลา ประมาณ 15-20 นาที ผู้วิจัยได้ตอบข้อสงสัยกับผู้ตอบคำถามที่มีข้อสงสัย และรับแบบสอบถามกลับทันทีในแต่ละวัน

5. รวบรวมข้อมูลแบบสอบถามที่ได้ ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล

6. นำข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้มาทำการวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่งก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for Windows ซึ่งดำเนินการวิเคราะห์เป็นขั้นตอนดังนี้

1. นำข้อมูลตอนที่ 1 และตอนที่ 2 ซึ่งเป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ของเด็กออทิสติก และบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกได้รับ มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive Statistic) คือการแจกแจงความถี่ (Frequency) และหาค่าร้อยละ (Percentage)

2. นำข้อมูลตอนที่ 3 ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติก มาวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย($\overline{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard deviation : S.D.) และค่า ไคสแควร์ (χ^2) นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

3. นำข้อมูลที่ได้จากคำถามปลายเปิดและข้อเสนอแนะมาใช้ในการอภิปรายผล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกมากยิ่งขึ้น

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติกที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปของตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยด้านประชากร ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก จำนวนบุตรหลานที่เป็นเด็กออทิสติก สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพหลักและรายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กออทิสติก ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อายุที่เริ่มมีอาการผิดปกติ ระยะเวลาที่เข้ารับการบำบัดรักษาและผู้ดูแลเด็กที่บ้าน

ตอนที่ 2 บริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ ประกอบด้วย

2.1 การตรวจประเมินและวินิจฉัยโรคและบริการสุขภาพที่ได้รับหลังการวินิจฉัยโรค

2.2 การรักษาด้วยยา

2.3 พฤติกรรมบำบัด

2.4 การฝึกและแก้ไขการพูด

2.5 การฝึกทักษะทางสังคม

2.6 กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ

2.7 กิจกรรมบำบัด

2.8 กายภาพบำบัด

2.9 ฟลอร์ไทม์

2.10 ศิลปะบำบัด

2.11 ดนตรีบำบัด

2.12 การฝังเข็ม

2.13 เครื่องเอชอีจี

2.14 การบำบัดด้วยออกซิเจน

2.15 การบำบัดด้วยสัตว์

2.16 การเข้ารับการฝึกอบรม

2.17 บริการสุขภาพที่ต้องการ

2.18 ข้อเสนอแนะ

ตอนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติก ประกอบด้วย

3.1 ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ความเชื่อถือในตัวแพทย์ คำแนะนำของแพทย์ การนัดมาพบของแพทย์ การติดตามผลการรักษาของแพทย์ ความเชื่อถือในสถานพยาบาล ความคาดหวังที่จะให้เด็กมีอาการดีขึ้น การมีผู้แนะนำสถานพยาบาล ความคิดเห็นของเพื่อนและญาติ รายได้ของครอบครัว ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลและสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล

3.2 ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ลักษณะอาการของเด็กออทิสติก ความรุนแรงของอาการและการรับรู้ของผู้ปกครองในอาการและความรุนแรง

3.3 ปัจจัยทางด้านสถานบริการ ได้แก่ ความสะดวกในสถานที่ตั้งของสถานพยาบาล ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ สถานที่จอดรถเพียงพอ มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน จำนวนบุคลากรเพียงพอต่อความต้องการ การประสานงานของเจ้าหน้าที่ อัธยาศัย ความใส่ใจของเจ้าหน้าที่ คุณภาพของบริการและค่าใช้จ่ายมีความเหมาะสม

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับบริการสุขภาพ

ตอนที่ 1 ปัจจัยด้านประชากร

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก จำนวนบุตรหลานที่เป็นเด็กออทิสติก สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพหลักและรายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=304)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	244	80.3
ชาย	60	19.7
อายุ ($\overline{X}$ = 38.865, S.D. = 8.413, Min = 24, Max = 70)		
30-39 ปี	147	48.4
40-49 ปี	86	28.3
50 ปีขึ้นไป	37	12.2
20-29 ปี	34	11.2
ความสัมพันธ์กับเด็ก		
มารดา	214	70.4
บิดา	50	16.4
ญาติ	40	13.2
จำนวนบุตรหลานที่เป็นเด็กออทิสติก ($\overline{X}$ = 1.032, S.D. = .178, Min = 1, Max = 2)		
1 คน	294	96.7
2 คน	10	3.3
สถานภาพ		
สมรส	266	87.5
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	22	7.2
โสด	16	5.3

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=304)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	296	97.4
อิสลาม	6	2.0
คริสต์	2	0.7
ระดับการศึกษา		
ระดับอุดมศึกษา	153	50.3
ระดับมัธยมศึกษา	105	34.5
ระดับประถมศึกษา	43	14.1
ไม่ได้รับการศึกษา	3	1.0
อาชีพ		
ว่างงาน / แม่บ้าน	107	35.2
ลูกจ้าง	91	30.0
อาชีพส่วนตัว	78	25.7
รับราชการ	28	9.2
รายได้		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	140	46.1
10,001-20,000 บาท	77	25.3
20,001-30,000 บาท	50	16.4
30,000 บาทขึ้นไป	37	12.2

จากตารางที่ 1 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80.3 มีอายุระหว่าง 30-39 ปีมากที่สุดร้อยละ 48.4 ความสัมพันธ์กับเด็กออทิสติกเป็นมารดามากที่สุดร้อยละ 70.4 จำนวนบุตรหลานที่เป็นเด็กออทิสติกมีจำนวน 1 คนมากที่สุดร้อยละ 96.7 มีสถานภาพสมรสมากที่สุดร้อยละ 87.5 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุดร้อยละ 97.4 มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามากที่สุดร้อยละ 50.3 อาชีพว่างงานหรือแม่บ้านมากที่สุดร้อยละ 35.2 มีรายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 10,000 บาทมากที่สุดร้อยละ 46.1

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กออทิสติก ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อายุที่เริ่มมีอาการผิดปกติ ระยะเวลาที่เข้ารับการบำบัดรักษาและผู้ดูแลเด็กที่บ้าน

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับเด็กออทิสติก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=304)

ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กออทิสติก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ ($\overline{X}$ = 6.221, S.D. = .3.109, Min = 2, Max = 13)		
2-5 ปี	168	55.3
6-9 ปี	83	27.3
10-13 ปี	53	17.4
เพศ		
ชาย	244	80.3
หญิง	60	19.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	146	48.0
ระดับอนุบาล	91	30.0
ระดับประถมศึกษา – มัธยมศึกษาปีที่ 1	67	22.0
อายุที่เริ่มมีอาการผิดปกติ ($\overline{X}$ = 1.933, S.D. = .802, Min = 0, Max = 5)		
2 ปี	125	41.1
1 ปี	117	38.5
3 ปีขึ้นไป	46	15.1
ต่ำกว่า 1 ปี	16	5.3
ระยะเวลาที่เข้ารับการบำบัดรักษา ($\overline{X}$ = 3.453, S.D. = 2.831, Min = .10, Max = 10)		
1-4 ปี	157	51.6
5-8 ปี	64	21.1
ต่ำกว่า 1 ปี	62	20.4
ตั้งแต่ 9 ปีขึ้นไป	21	6.9

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับเด็กออทิสติก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=304)

ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กออทิสติก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ดูแลเด็กที่บ้าน		
มารดา	142	46.7
บิดาและมารดา	103	33.9
ญาติ	59	19.4

จากตารางที่ 2 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับเด็กออทิสติก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 2-5 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 55.3 เป็นเพศชายมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 80.3 เด็กออทิสติกส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ารับการศึกษาคิดเป็นร้อยละ 48.0 รองลงมามีการศึกษาในระดับอนุบาล คิดเป็นร้อยละ 30.0 อายุของเด็กออทิสติกที่ผู้ปกครองเริ่มสังเกตเห็นอาการผิดปกติมีอายุในช่วง 2 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 41.1 รองลงมาคือช่วงอายุ 1 ปีคิดเป็นร้อยละ 38.5 ส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดรักษามาแล้ว 1-4 ปีคิดเป็นร้อยละ 51.6 และผู้ที่ทำการดูแลเด็กออทิสติกที่บ้านส่วนใหญ่เป็นมารดาคิดเป็นร้อยละ 46.7 รองลงมาคือทั้งบิดาและมารดาคิดเป็นร้อยละ 33.9

ตอนที่ 2 บริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ

2.1 การตรวจประเมินและวินิจฉัยโรค

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามการตรวจประเมินและวินิจฉัยโรค (n=304)

การตรวจประเมินและวินิจฉัยโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ที่ตรวจประเมินและวินิจฉัยโรค		
จิตแพทย์เด็ก	261	85.9
กุมารแพทย์	43	14.1
อายุของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัย ($\overline{X}$ = 2.680, S.D. = .951, Min = 1, Max = 6.30)		
1-3 ปี	270	88.8
4-6 ปี	34	11.2
การรักษาและบริการสุขภาพภายหลังการวินิจฉัย (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)		
กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ	252	82.9
การฝึกและแก้ไขการพูด	227	74.7
กิจกรรมบำบัด	222	73.0
การรักษาด้วยยา	184	60.5
พฤติกรรมบำบัด	163	53.6
การฝึกทักษะทางสังคม	146	48.0
กายภาพบำบัด	61	20.1
ดนตรีบำบัด	38	12.5
ศิลปะบำบัด	28	9.2
ฟลอร์ไทม์ (Floortime)	23	7.6
เครื่องเอชอีจี (HEG)	23	7.6
การบำบัดด้วยสัตว์	19	6.3
การบำบัดด้วยออกซิเจน	8	2.6
การฝังเข็ม	2	0.7
อื่น ๆ คือ ชีวโมเลกุล	2	0.7

จากตารางที่ 3 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามการตรวจประเมินและวินิจฉัยโรค พบว่าโดยส่วนใหญ่จิตแพทย์เด็กเป็นผู้ตรวจประเมินและวินิจฉัยโรค คิดเป็นร้อยละ 85.9 อายุของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ในช่วง 1-3 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.8 การรักษาและบริการสุขภาพภายหลังการวินิจฉัยได้แก่การกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 82.9 รองลงมาคือการฝึกและแก้ไขการพูด คิดเป็นร้อยละ 74.7

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามบริการสุขภาพกับการรักษาด้วยยา (n=304)

บริการสุขภาพที่ร่วมกับการรักษาด้วยยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรักษาด้วยยา	184	60.5
กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ	145	47.7
การฝึกและแก้ไขการพูด	136	44.7
กิจกรรมบำบัด	132	43.4
พฤติกรรมบำบัด	103	33.9
การฝึกทักษะทางสังคม	93	30.6
กายภาพบำบัด	38	12.5
ดนตรีบำบัด	26	8.6
ศิลปะบำบัด	24	7.9
เครื่องเอชอีจี(HEG)	18	5.9
ฟลอไทม์(Floortime)	10	3.3
การบำบัดด้วยสัตว์	10	3.3
การบำบัดด้วยออกซิเจน	3	1.0
การฝังเข็ม	2	0.7

จากตารางที่ 4 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามบริการสุขภาพกับการรักษาด้วยยา พบว่าเด็กที่รับการรักษาด้วยยามีทั้งหมด 184 คน คิดเป็นร้อยละ 60.5 ร่วมกับการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.7 รองลงมาคือการฝึกและแก้ไขการพูด คิดเป็นร้อยละ 44.7

บริการสุขภาพ

A	= การรักษาด้วยยา	H	= ฟลอไทม์ (Floortime)*
B	= พฤติกรรมบำบัด	I	= ศิลปะบำบัด
C	= การฝึกและแก้ไขการพูด	J	= ดนตรีบำบัด
D	= การฝึกทักษะทางสังคม	K	= การฝังเข็ม*
E	= กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ	L	= เครื่องเอชอีจี (HEG)
F	= กิจกรรมบำบัด	M	= การบำบัดด้วยออกซิเจน*
G	= กายภาพบำบัด	N	= การบำบัดด้วยสัตว์*

* หมายถึง ไม่มีให้บริการในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามบริการสุขภาพที่ร่วมกับการรักษาด้วยยา 5 อันดับแรก

บริการสุขภาพที่ร่วมกับการรักษาด้วยยา	**จำนวน** (คน)	**ร้อยละ** (n=304)	**ร้อยละ** (n=184)
อันดับ 1 (n= 17)			
B + C + D + E + F	17	5.6	9.2
อันดับ 2 (n= 10)			
B + E + F	10	3.3	5.4
อันดับ 3 (n= 27)			
C + E	9	3.0	4.9
C + F	9	3.0	4.9
C + E + F	9	3.0	4.9
อันดับ 4 (n= 8)			
B + C + D + E + F +G	8	2.6	4.3
อันดับ 5 (n= 12)			
B + C + E + F	6	2.0	3.3
C + D + E + F	6	2.0	3.3

จากตารางที่ 5 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามบริการสุขภาพกับการรักษาด้วยยา 5 อันดับแรก พบว่ามีเด็กจำนวน 17 คน เข้ารับการรักษาด้วยยาร่วมกับพฤติกรรมบำบัด, การฝึกและแก้ไขการพูด, การฝึกทักษะทางสังคม, กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ และกิจกรรมบำบัด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.2

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามการรักษาด้วยยากับบริการสุขภาพ

การรักษาด้วยยากับบริการสุขภาพ	**จำนวน** (คน)	**ร้อยละ** (n=304)	**ร้อยละ** (n=184)
การรักษาด้วยยากับบริการสุขภาพ 1 อย่าง (n= 6)			
E	4	1.3	2.2
B	1	0.3	0.5
F	1	0.3	0.5
การรักษาด้วยยากับบริการสุขภาพ 2 อย่าง (n= 32)			
C + E	9	3.0	4.9
C + F	9	3.0	4.9
B + E	5	1.6	2.7
D + F	2	0.7	1.1
B + C	1	0.3	0.5
B + D	1	0.3	0.5
B + F	1	0.3	0.5
C + D	1	0.3	0.5
D + E	1	0.3	0.5
E + F	1	0.3	0.5
F + G	1	0.3	0.5
การรักษาด้วยยากับบริการสุขภาพ 3 อย่าง (n= 47)			
B + E + F	10	3.3	5.4
C + E + F	9	3.0	4.9
C + D + E	3	1.0	1.6

ตารางที่ 6 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ จำแนกตามการรักษาด้วยยากับบริการสุขภาพ

บริการสุขภาพที่กับการรักษาด้วยยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ (n=304)	ร้อยละ (n=184)
D + E + F	2	0.7	1.1
B + D + E	2	0.7	1.1
B + C + F	2	0.7	1.1
C + E + G	2	0.7	1.1
C + E + L	2	0.7	1.1
C + F + G	2	0.7	1.1
D + F + G	2	0.7	1.1
C + E + I	2	0.7	1.1
B + C + E	2	0.7	1.1
B + C + G	1	0.3	0.5
B + D + G	1	0.3	0.5
F + K + L	1	0.3	0.5
B + C + E	1	0.3	0.5
E + F + G	1	0.3	0.5
C + D + F	1	0.3	0.5
D + M + N	1	0.3	0.5
การรักษาด้วยยากับบริการสุขภาพ 4 อย่าง (n= 30)			
B + C + E + F	6	2.0	3.3
C + D + E + F	6	2.0	3.3
B + C + D + E	5	1.6	2.7
B + D + E + F	2	0.7	1.1
C + E + F + L	2	0.7	1.1
B + D + E + J	1	0.3	0.5
C + F + I + N	1	0.3	0.5
C + E + F + J	1	0.3	0.5
B + C + F + J	1	0.3	0.5

ตารางที่ 6 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามการรักษาด้วยยากับบริการสุขภาพ

บริการสุขภาพที่กับการรักษาด้วยยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ (n=304)	ร้อยละ (n=184)
B + C + D + H	1	0.3	0.5
B + C + F + H	1	0.3	0.5
C + D + F + L	1	0.3	0.5
D+ E + F + G	1	0.3	0.5
C + E + F + G	1	0.3	0.5
การรักษาด้วยยาร่วมกับบริการสุขภาพ 5 อย่าง (n= 32)			
B + C + D + E + F	17	5.6	9.2
B + C + D + E + J	2	0.7	1.1
D + E + F + G + I	1	0.3	0.5
B + D + E + F + I	1	0.3	0.5
C + E + F + L + N	1	0.3	0.5
B + C + D + E + I	1	0.3	0.5
B + C + E + F + G	1	0.3	0.5
E + F + G + I + L	1	0.3	0.5
B + C + D + F + J	1	0.3	0.5
C + D + E + F + L	1	0.3	0.5
C + E + F + G + H	1	0.3	0.5
C + D + E + F + G	1	0.3	0.5
B + C + E + F + H	1	0.3	0.5
B + D + E + F + J	1	0.3	0.5
B + C + F + I + N	1	0.3	0.5
การรักษาด้วยยาร่วมกับบริการสุขภาพ 6 อย่าง (n= 17)			
B + C + D + E + F + G	8	2.6	4.3
B + C + D + E + F + J	2	0.7	1.1
B + C + F + J + L+ N	1	0.3	0.5
C + D + F + G + I + J	1	0.3	0.5

ตารางที่ 6 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ จำแนกตามการรักษาด้วยยากับบริการสุขภาพ

บริการสุขภาพที่ร่วมกับการรักษาด้วยยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ (n=304)	ร้อยละ (n=184)
D + E + F + I + J + K	1	0.3	0.5
B + C + D + E + F +N	1	0.3	0.5
B + C + D + E + J + M	1	0.3	0.5
B + C + F + H + I + N	1	0.3	0.5
B + C + D + E + F + L	1	0.3	0.5
การรักษาด้วยยาร่วมกับบริการสุขภาพ 7 อย่าง (n= 11)			
B + C + D + E + F + J + L	2	0.7	1.1
B + C + D + E + F + G + H	2	0.7	1.1
B + C + E + F + I + J + L	1	0.3	0.5
B + C + D + E + F + I + J	1	0.3	0.5
B + C + D + E + F + G + I	1	0.3	0.5
C + D + E + F + G + I + J	1	0.3	0.5
B + C + D + E + F + G + L	1	0.3	0.5
B + C + D + E + F + H + I	1	0.3	0.5
B + C + D + E + F + I + J	1	0.3	0.5
การรักษาด้วยยาร่วมกับบริการสุขภาพ 8 อย่าง (n= 6)			
B + C + D + E + F + G + I + J	4	1.3	2.2
C + D + E + F + H + I + J + N	1	0.3	0.5
B + C + D + E + F + G + I + L	1	0.3	0.5
การรักษาด้วยยาร่วมกับบริการสุขภาพ 9 อย่าง (n= 1)			
B + C + D + E + F + G + I + J + L	1	0.3	0.5
การรักษาด้วยยาร่วมกับบริการสุขภาพ 10 อย่าง (n= 1)			
B + C + D + E + G + H + J + L + M + N	1	0.3	0.5

จากตารางที่ 6 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามการรักษาด้วยยาร่วมกับบริการสุขภาพ พบว่าการรักษาด้วยยาร่วมกับบริการสุขภาพ 1 อย่าง ได้แก่ กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.2 การรักษาด้วยยาร่วมกับบริการสุขภาพ 2 อย่าง ได้แก่ การฝึกและแก้ไขการพูดกับการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ และ การฝึกและแก้ไขการพูดกับกิจกรรมบำบัด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.9 การรักษาด้วยยาร่วมกับบริการสุขภาพ 3 อย่าง ได้แก่ พฤติกรรมบำบัด, กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการกับกิจกรรมบำบัด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ5.4 การรักษาด้วยยาร่วมกับบริการสุขภาพ 4 อย่าง ได้แก่ พฤติกรรมบำบัด, การฝึกและแก้ไขการพูด, กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการกับกิจกรรมบำบัด และ การฝึกและแก้ไขการพูด, การฝึกทักษะทางสังคม, กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการกับกิจกรรมบำบัด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.3 การรักษาด้วยยาร่วมกับบริการสุขภาพ 5 อย่าง ได้แก่ พฤติกรรมบำบัด, การฝึกและแก้ไขการพูด, การฝึกทักษะทางสังคม, กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการกับกิจกรรมบำบัด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.2 การรักษาด้วยยาร่วมกับบริการสุขภาพ 6 อย่าง ได้แก่ พฤติกรรมบำบัด, การฝึกและแก้ไขการพูด, การฝึกทักษะทางสังคม, กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ, กิจกรรมบำบัดกับกายภาพบำบัด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.3 การรักษาด้วยยาร่วมกับบริการสุขภาพ 7 อย่าง ได้แก่ พฤติกรรมบำบัด, การฝึกและแก้ไขการพูด, การฝึกทักษะทางสังคม, กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ, กิจกรรมบำบัด, ดนตรีบำบัดกับเครื่องเอชอีจี และ พฤติกรรมบำบัด, การฝึกและแก้ไขการพูด, การฝึกทักษะทางสังคม, กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ, กิจกรรมบำบัด, กายภาพบำบัดกับฟลอไทม์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.1 การรักษาด้วยยาร่วมกับบริการสุขภาพ 8 อย่าง ได้แก่ พฤติกรรมบำบัด, การฝึกและแก้ไขการพูด, การฝึกทักษะทางสังคม, กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ, กิจกรรมบำบัด, กายภาพบำบัด, ศิลปะบำบัดกับดนตรีบำบัด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.2 การรักษาด้วยยาร่วมกับบริการสุขภาพ 9 อย่าง ได้แก่ พฤติกรรมบำบัด, การฝึกและแก้ไขการพูด, การฝึกทักษะทางสังคม, กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ, กิจกรรมบำบัด, กายภาพบำบัด, ศิลปะบำบัด, ดนตรีบำบัดกับเครื่องเอชอีจี คิดเป็นร้อยละ 0.5 การรักษาด้วยยาร่วมกับบริการสุขภาพ 10 อย่าง ได้แก่ พฤติกรรมบำบัด, การฝึกและแก้ไขการพูด, การฝึกทักษะทางสังคม, กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ, กายภาพบำบัด, ฟลอไทม์, ดนตรีบำบัด, เครื่องเอชอีจี, การบำบัดด้วยออกซิเจนกับการบำบัดด้วยสัตว์ คิดเป็นร้อยละ 0.5

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามบริการสุขภาพที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา (n=304)

บริการสุขภาพที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา	120	39.5
กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ	107	35.2
การฝึกและแก้ไขการพูด	91	30.0
กิจกรรมบำบัด	90	29.6
พฤติกรรมบำบัด	60	19.7
การฝึกทักษะทางสังคม	53	17.4
กายภาพบำบัด	23	7.6
ฟลอไทม์(Floortime)	13	4.3
ดนตรีบำบัด	12	4.0
การบำบัดด้วยสัตว์	8	2.6
เครื่องเอชอีจี(HEG)	5	1.6
การบำบัดด้วยออกซิเจน	5	1.6
ศิลปะบำบัด	3	1.0

จากตารางที่ 7 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามบริการสุขภาพที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา พบว่าเด็กที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา มีทั้งหมด 120 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.5 รับการรักษาด้วยการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.2 รองลงมาคือการฝึกและแก้ไขการพูด คิดเป็นร้อยละ 30

บริการสุขภาพ

A	= การรักษาด้วยยา	H	= ฟลอไทม์ (Floortime)*
B	= พฤติกรรมบำบัด	I	= ศิลปะบำบัด
C	= การฝึกและแก้ไขการพูด	J	= ดนตรีบำบัด
D	= การฝึกทักษะทางสังคม	K	= การฝังเข็ม*
E	= กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ	L	= เครื่องเอชอีจี (HEG)
F	= กิจกรรมบำบัด	M	= การบำบัดด้วยออกซิเจน*
G	= กายภาพบำบัด	N	= การบำบัดด้วยสัตว์*

* หมายถึง ไม่มีให้บริการในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามบริการสุขภาพที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา 5 อันดับแรก

บริการสุขภาพที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา	**จำนวน** (คน)	**ร้อยละ** (n=304)	**ร้อยละ** (n=120)
อันดับ 1 (n= 11)			
C + E + F	11	3.6	9.2
อันดับ 2 (n= 9)			
C + E	9	3.0	7.5
อันดับ 3 (n= 18)			
B + C + E + F	6	2.0	5.0
B + C + D + E + F	6	2.0	5.0
C + D + E + F	6	2.0	5.0
อันดับ 4 (n= 10)			
E	5	1.6	4.2
B + D + E + F	5	1.6	4.2
อันดับ 5 (n= 4)			
B + C + D + E + F + G	4	1.3	3.3

จากตารางที่ 8 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามบริการสุขภาพที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา 5 อันดับแรก พบว่า อันดับ 1 คือ การฝึกและแก้ไขการพูด กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ กับกิจกรรมบำบัด มากที่สุด ร้อยละ 9.2 รองลงมา คือการฝึกและแก้ไขการพูด กับ กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ ร้อยละ 7.5

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามบริการสุขภาพที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา

บริการสุขภาพที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา	**จำนวน** (คน)	**ร้อยละ** (n=304)	**ร้อยละ** (n=120)
บริการสุขภาพ 1 อย่าง (n= 5)			
E	5	1.6	4.2
บริการสุขภาพ 2 อย่าง (n= 18)			
C + E	9	3.0	7.5
C + F	3	1.0	2.5
B + E	3	1.0	2.5
E + F	2	0.7	1.7
C + D	1	0.3	0.8
บริการสุขภาพ 3 อย่าง (n= 31)			
C + E + F	11	3.6	9.2
C + D + E	3	1.0	2.5
B + E + F	3	1.0	2.5
D + E + F	3	1.0	2.5
B + C + E	2	0.7	1.7
B + C + F	2	0.7	1.7
B + E + G	1	0.3	0.8
C + F + G	1	0.3	0.8
B + E + M	1	0.3	0.8
B + D + F	1	0.3	0.8
C + D + F	1	0.3	0.8

ตารางที่ 9 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ จำแนกตามบริการสุขภาพที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา

บริการสุขภาพที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ (n=304)	ร้อยละ (n=120)
C + E + I	1	0.3	0.8
C + E + F	1	0.3	0.8
บริการสุขภาพ 4 อย่าง (n= 31)			
B + C + E + F	6	2.0	5.0
C + D + E + F	6	2.0	5.0
B + D + E + F	5	1.6	4.2
C + E + F + G	3	1.0	2.5
C + F + G + N	2	0.7	1.7
D + E + F + J	2	0.7	1.7
B + C + D + E	2	0.7	1.7
C + E + F + N	2	0.7	1.7
B + C + H + N	1	0.3	0.8
B + C + E + J	1	0.3	0.8
B + C + F + G	1	0.3	0.8
บริการสุขภาพ 5 อย่าง (n= 12)			
B + C + D + E + F	6	2.0	5.0
C + E + F + G + L	1	0.3	0.8
C + E + F + G + M	1	0.3	0.8
B + D + E + F + J	1	0.3	0.8
B + C + E + F + H	1	0.3	0.8
B + D + E + F + H	1	0.3	0.8
C + E + F + H + M	1	0.3	0.8
บริการสุขภาพ 6 อย่าง (n= 10)			
B + C + D + E + F + G	4	1.3	3.3
B + C + D + E + F + H	2	0.7	1.7

ตารางที่ 9 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามบริการสุขภาพที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา

บริการสุขภาพที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ (n=304)	ร้อยละ (n=120)
C + D + E + F + G + J	1	0.3	0.8
C + E + F + H + J + N	1	0.3	0.8
B + C + D + E + F + J	1	0.3	0.8
B + D + E + F + G + H	1	0.3	0.8
บริการสุขภาพ 7 อย่าง (n= 11)			
B + C + D + E + F + G + L	2	0.7	1.7
B + C + D + E + F + G + J	2	0.7	1.7
B + C + D + E + F + G + I	1	0.3	0.8
B + C + D + E + F + H + N	1	0.3	0.8
B + C + D + E + F + I + N	1	0.3	0.8
B + C + E + F + H + L + M	1	0.3	0.8
B + C + D + E + F + H + M	1	0.3	0.8
B + C + D + E + F + G + N	1	0.3	0.8
B + C + D + E + F + H + J	1	0.3	0.8
บริการสุขภาพ 8 อย่าง (n= 1)			
B + C + D + E + F + H + J + L	1	0.3	0.8
บริการสุขภาพ 9 อย่าง (n= 1)			
B + C + D + E + F + G + I + J + N	1	0.3	0.8

จากตารางที่ 9 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามบริการสุขภาพที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา พบว่าเด็กออทิสติกเข้ารับบริการสุขภาพเพียงอย่างเดียว ได้แก่ การกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ คิดเป็นร้อยละ 4.2 บริการสุขภาพภาพ 2 อย่าง ได้แก่ การฝึกและแก้ไขการพูดกับกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.5 บริการสุขภาพ 3 อย่าง ได้แก่ การฝึกและแก้ไขการพูด, กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการกับกิจกรรมบำบัด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.2 บริการสุขภาพ 4 อย่าง ได้แก่ พฤติกรรมบำบัด, การฝึก

และแก้ไขการพูด, กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการกับกิจกรรมบำบัด และ การฝึกและแก้ไขการพูด, การฝึกทักษะทางสังคม, กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการกับกิจกรรมบำบัด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.0 บริการสุขภาพ 5 อย่าง ได้แก่ พฤติกรรมบำบัด, การฝึกและแก้ไขการพูด, การฝึกทักษะทางสังคม, กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการกับกิจกรรมบำบัด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.0 บริการสุขภาพ 6 อย่าง ได้แก่ พฤติกรรมบำบัด, การฝึกและแก้ไขการพูด, การฝึกทักษะทางสังคม, กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ, กิจกรรมบำบัดและกายภาพบำบัด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.3 บริการสุขภาพ 7 อย่าง ได้แก่ พฤติกรรมบำบัด, การฝึกและแก้ไขการพูด, การฝึกทักษะทางสังคม, กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ, กิจกรรมบำบัด, กายภาพบำบัดกับเครื่องเอชอีจี และ พฤติกรรมบำบัด, การฝึกและแก้ไขการพูด, การฝึกทักษะทางสังคม, กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ, กิจกรรมบำบัด, กายภาพบำบัดกับดนตรีบำบัด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.7 บริการสุขภาพ 8 อย่าง ได้แก่ พฤติกรรมบำบัด, การฝึกและแก้ไขการพูด, การฝึกทักษะทางสังคม, กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ, กิจกรรมบำบัด, ฟลอไทม์, ดนตรีบำบัดกับเครื่องเอชอีจี คิดเป็นร้อยละ 0.8 บริการสุขภาพ 9 อย่าง ได้แก่ พฤติกรรมบำบัด, การฝึกและแก้ไขการพูด, การฝึกทักษะทางสังคม, กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ, กิจกรรมบำบัด, กายภาพบำบัด, ศิลปะบำบัด, ดนตรีบำบัดกับการบำบัดด้วยสัตว์ คิดเป็นร้อยละ 0.8

2.2 การรักษาด้วยยา

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามการรักษาด้วยยา (n=304)

การรักษาด้วยยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เด็กเคยได้รับการรักษาด้วยยาหรือไม่		
เคย	184	60.5
ไม่เคย	120	39.5
ยาที่เด็กรับประทาน		
Risperidone	96	31.6
Methylphenidate – short acting (Ritalin)	21	6.9
อื่นๆ ได้แก่ Sodium valproate (Depakine)	7	2.3
Methyphenidate (Concerta),		
Aripiprazole (Ability), Sertraline (Zoloft),		
Imipramine, Mellaril, Benzhexol, Carmapine		
ปัจจุบันนี้เด็กรับประทานยาหรือไม่		
รับประทาน	163	53.6
ไม่ได้รับประทาน	21	6.9
เหตุผลที่เด็กไม่ได้รับประทานยาต่อ		
แพทย์สั่งให้หยุดรับประทาน	11	3.6
ผู้ปกครองให้เด็กหยุดรับประทานเอง	10	3.3

จากตารางที่ 10 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามการรักษาด้วยยา พบว่าเด็กได้รับการรักษาด้วยยามากที่สุด ร้อยละ 60.5 ซึ่งยาที่เด็กเคยรับประทานส่วนใหญ่คือยา Risperidone คิดเป็นร้อยละ 31.6 รองลงมาคือยา Ritalin คิดเป็นร้อยละ 6.9 ปัจจุบันเด็กยังคงรับประทานยาอยู่ คิดเป็นร้อยละ 53.6 เด็กที่ไม่ได้รับประทานยาต่อคิดเป็นร้อยละ 6.9 เนื่องจากแพทย์สั่งให้หยุดรับประทานคิดเป็นร้อยละ 3.6 และเหตุผลที่ผู้ปกครองให้เด็กหยุดรับประทานยาเองคิดเป็นร้อยละ 3.3

2.3 พฤติกรรมบำบัด

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามพฤติกรรมบำบัด (n=304)

พฤติกรรมบำบัด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เด็กเคยได้รับการฝึกพฤติกรรมบำบัดหรือไม่		
เคย	163	53.6
ไม่เคย	141	46.4
ระยะเวลาที่เด็กได้รับการฝึกพฤติกรรมบำบัด ($\overline{X}$ = 1.600, S.D. = 2.646, Min = .10, Max = 10)		
1-3 ปี	58	19.1
น้อยกว่า 1 ปี	53	17.4
4-6 ปี	24	7.9
7-9 ปี	16	5.3
ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป	10	3.3
ปัจจุบันยังได้รับการฝึกพฤติกรรมบำบัดหรือไม่		
ได้รับ	128	42.1
ไม่ได้รับ	35	11.5
เหตุผลที่เด็กไม่ได้รับการฝึกพฤติกรรมบำบัดต่อ		
มีพัฒนาการที่ดีขึ้น	11	3.6
ไปโรงเรียน	7	2.3
ไม่สะดวกในการพาเด็กไปฝึก	4	1.3
อื่นๆ เช่น ฝึกร่วมกับ Floortime แล้วขัดแย้งกัน ค่าใช้จ่ายสูง, ฝึกด้านอื่น ๆ แทน	3	1.0
เวลาที่ใช้ในการฝึกพฤติกรรมบำบัด		
30 - 60 นาที	93	30.6
มากกว่า 60 นาที	46	15.1
น้อยกว่า 30 นาที	24	7.9

ตารางที่ 11 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามพฤติกรรมบำบัด (n=304)

พฤติกรรมบำบัด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความถี่ในการฝึกพฤติกรรมบำบัด		
1 - 4 ครั้งต่อเดือน	80	26.3
นานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง	42	13.8
มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน	41	13.5
เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกพฤติกรรมบำบัด (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)		
แพทย์แนะนำ	133	43.8
พึงพอใจต่อผลการรักษา	55	18.1
ความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล	53	17.4
ความเชื่อถือในด้านการรักษา	51	16.7
ความเชื่อถือในตัวผู้รักษา	43	14.1
ญาติ คนรู้จักแนะนำ	35	11.5
สถานที่ใกล้บ้าน	20	6.5
อื่น ๆ เช่น ครูแนะนำและโรงเรียนฝึกให้	2	0.7

จากตารางที่ 11 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามพฤติกรรมบำบัดพบว่าเด็กเคยได้รับการฝึกมากที่สุด 163 ราย ร้อยละ 53.6 ระยะเวลาที่เด็กเคยได้รับการฝึกมาแล้วส่วนใหญ่เป็นเวลา 1- 3 ปีมากที่สุด ร้อยละ 19.1 ปัจจุบันเด็กที่ยังคงได้รับการฝึกพฤติกรรมบำบัดอยู่ ร้อยละ 42.1 เด็กที่ไม่ได้รับการฝึกพฤติกรรมบำบัดต่อ ร้อยละ 11.5 เนื่องจากมีพัฒนาการที่ดีขึ้น ร้อยละ 3.6 เวลาที่ใช้ในการฝึกพฤติกรรมบำบัดใช้เวลา 30 - 60 นาทีมากที่สุด ร้อยละ 30.6 มีความถี่ในการฝึกพฤติกรรมบำบัด 1 - 4 ครั้งต่อเดือนมากที่สุด ร้อยละ 26.3 เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกพฤติกรรมบำบัดคือแพทย์แนะนำมากที่สุด ร้อยละ 43.8 รองลงมาคือพึงพอใจต่อผลการรักษา ร้อยละ 18.1

2.4 การฝึกและแก้ไขการพูด

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามการฝึกและแก้ไขการพูด (n=304)

การฝึกและแก้ไขการพูด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เด็กเคยได้รับการฝึกและแก้ไขการพูดหรือไม่		
เคย	227	74.7
ไม่เคย	77	25.3
ระยะเวลาที่เด็กได้รับการฝึกและแก้ไขการพูด ($\overline{X}$ = 1.946 , S.D. = 2.469 , Min = .10 , Max = 10)		
1-3 ปี	99	32.6
ต่ำกว่า 1 ปี	68	22.4
4-6 ปี	36	11.8
7-9 ปี	16	5.3
ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป	7	2.3
ปัจจุบันยังได้รับการฝึกและแก้ไขการพูดหรือไม่		
ได้รับ	179	58.9
ไม่ได้รับ	48	15.8
เหตุผลที่เด็กไม่ได้รับการฝึกและแก้ไขการพูดต่อ		
เด็กมีพัฒนาการที่ดี พูดได้และชัดขึ้นมาก	18	5.9
ค่าใช้จ่ายสูง	3	1.0
พาเด็กไปฝึกสถานที่อื่น/คิวนัดตรงกัน	2	0.7
ผู้ปกครองฝึกเด็กเองที่บ้าน	2	0.7
เด็กซน อยู่ไม่นิ่ง ต้องปรับพฤติกรรมก่อน	2	0.7
ไปโรงเรียน	1	0.3
จังหวัดที่อาศัยอยู่ไม่มีศูนย์ฝึกพูด	1	0.3
ระยะทางไกล เดินทางลำบาก รอคิวนาน	1	0.3

ตารางที่ 12 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามการฝึกและแก้ไขการพูด (n=304)

การฝึกและแก้ไขการพูด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เวลาที่ใช้ในการฝึกและแก้ไขการพูด		
30-60 นาที	144	47.4
น้อยกว่า 30 นาที	75	24.7
มากกว่า 60 นาที	8	2.6
ความถี่ในการฝึกและแก้ไขการพูด		
นานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง	114	37.5
1 - 4 ครั้งต่อเดือน	96	31.6
มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน	17	5.6
เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกและแก้ไขการพูด (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)		
แพทย์แนะนำ	198	65.1
ความเชื่อถือในด้านการรักษา	73	24.0
พึงพอใจต่อผลการรักษา	64	21.1
ความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล	55	18.1
ความเชื่อถือในตัวผู้รักษา	54	17.8
ญาติ คนรู้จักแนะนำ	33	10.9
สถานที่ใกล้บ้าน	21	7.0
อื่นๆ เช่น ครูแนะนำ, เด็กมีความบกพร่องในการพูด	5	1.6

จากตารางที่ 12 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามการฝึกและแก้ไขการพูด พบว่าเด็กเคยได้รับการฝึกและแก้ไขการพูด มากที่สุด 227 ราย ร้อยละ 74.7 ระยะเวลาที่เด็กเคยได้รับการฝึกเป็นเวลา 1-3 ปีมากที่สุดร้อยละ 32.6 ปัจจุบันเด็กที่ยังคงได้รับการฝึกและแก้ไขการพูดอยู่ คิดเป็นร้อยละ 58.9 เด็กที่ไม่ได้รับการฝึกและแก้ไขการพูดต่อคิดเป็นร้อยละ 15.8 เนื่องจากเด็กมีพัฒนาการที่ดี พูดได้และชัดขึ้นมาก ร้อยละ 5.9 เวลาที่ใช้ในการฝึกและแก้ไขการพูดส่วนใหญ่ใช้เวลา 30-60 นาที ร้อยละ 47.4 ความถี่ในการฝึกและแก้ไขการพูดส่วนใหญ่มีความถี่นานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง ร้อยละ 37.5 รองลงมามีความถี่ 1- 4 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 31.6 เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกและแก้ไขการพูดคือแพทย์แนะนำมากที่สุดร้อยละ 65.1 รองลงมาคือความเชื่อถือในด้านการรักษา ร้อยละ 24

2.5 การฝึกทักษะทางสังคม

ตารางที่ 13 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามการฝึกทักษะทางสังคม (n=304)

การฝึกทักษะทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เด็กเคยได้รับการฝึกทักษะทางสังคมหรือไม่		
ไม่เคย	158	52.0
เคย	146	48.0
ระยะเวลาที่เด็กได้รับการฝึกทักษะทางสังคม ($\overline{X}$ = 1.278, S.D. = 2.230, Min = .10, Max = 10)		
1-3 ปี	56	18.4
ต่ำกว่า 1 ปี	46	15.1
4-6 ปี	28	9.2
7-9 ปี	10	3.3
ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป	5	1.6
ปัจจุบันยังได้รับการฝึกทักษะทางสังคมหรือไม่		
ได้รับ	118	38.8
ไม่ได้รับ	28	9.2
เหตุผลที่เด็กไม่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมต่อ		
ไปโรงเรียน	12	3.9
มีพัฒนาการที่ดีขึ้น	4	1.3
จบคอร์ส	3	1.0
พาเด็กไปฝึกสถานที่อื่น/คิวนัดตรงกัน	1	0.3
เวลาที่ใช้ในการฝึกทักษะทางสังคม		
มากกว่า 60 นาที	86	28.3
30-60 นาที	46	15.1
น้อยกว่า 30 นาที	14	4.6

ตารางที่ 13 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามการฝึกทักษะทางสังคม (n=304)

การฝึกทักษะทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความถี่ในการฝึกทักษะทางสังคม		
1 - 4 ครั้งต่อเดือน	71	23.4
มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน	41	13.5
นานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง	34	11.2
เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกทักษะทางสังคม (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)		
แพทย์แนะนำ	123	40.5
พึงพอใจต่อผลการรักษา	55	18.1
ความเชื่อถือในด้านการรักษา	54	17.8
ความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล	54	17.8
ความเชื่อถือในตัวผู้รักษา	44	14.5
ญาติ คนรู้จักแนะนำ	28	9.2
สถานที่ใกล้บ้าน	22	7.2
อื่นๆ เช่น ครูแนะนำ, เด็กพูดได้น้อยและไม่ชัด	4	1.3

จากตารางที่ 13 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามการฝึกทักษะทางสังคม พบว่าส่วนใหญ่เด็กไม่เคยได้รับการฝึกทักษะทางสังคมมากที่สุด จำนวน 158 ราย คิดเป็นร้อยละ 52 เคยฝึกทักษะทางสังคม จำนวน 146 ราย คิดเป็นร้อยละ 48 สำหรับเด็กที่เคยฝึกมีระยะเวลาในการฝึกมาแล้ว 1-3 ปี ร้อยละ 18.4 ปัจจุบันเด็กที่ยังคงได้รับการฝึกอยู่ ร้อยละ 38.8 ที่ไม่ได้ฝึกต่อ ร้อยละ 9.2 เนื่องจากไปโรงเรียน ร้อยละ 3.9 เวลาที่ใช้ในการฝึกทักษะทางสังคมส่วนใหญ่ใช้เวลามากกว่า 60 นาที ร้อยละ 28.3 ความถี่ในการฝึกทักษะทางสังคมส่วนใหญ่คือ 1-4 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 23.4 เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกทักษะทางสังคมคือ แพทย์แนะนำมากที่สุด ร้อยละ 40.5 รองลงมาคือ พึงพอใจต่อผลการรักษา ร้อยละ 18.1

2.6 กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ (n=304)

การกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เด็กเคยได้รับการฝึกการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการหรือไม่		
เคย	252	82.9
ไม่เคย	52	17.1
ระยะเวลาที่เด็กได้รับการฝึกการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ ($\overline{X}$ = 2.280, S.D. = 2.521, Min = .10, Max = 10)		
1-3 ปี	115	37.8
ต่ำกว่า 1 ปี	68	22.4
4-6 ปี	40	13.2
7-9 ปี	19	6.3
ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป	9	3.0
ปัจจุบันยังได้รับการฝึกการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการหรือไม่		
ได้รับ	204	67.1
ไม่ได้รับ	48	15.8
เหตุผลที่เด็กไม่ได้รับการฝึกการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการต่อ		
ไปโรงเรียน	8	2.6
มีพัฒนาการที่ดีขึ้น	7	2.3
จบคอร์ส	6	2.0
พาเด็กไปฝึกสถานที่อื่น/ คิวนัดตรงกัน	3	1.0
จังหวัดที่อาศัยอยู่ไม่มีศูนย์ฝึก	1	0.3
เวลาที่ใช้ในการฝึกการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ		
30 - 60 นาที	137	45.1
มากกว่า 60 นาที	83	27.3
น้อยกว่า 30 นาที	32	10.5

ตารางที่ 14 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ (n=304)

การกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความถี่ในการฝึกการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ		
1 - 4 ครั้งต่อเดือน	131	43.1
นานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง	69	22.7
มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน	52	17.1
เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)		
แพทย์แนะนำ	211	69.4
ความเชื่อถือในด้านการรักษา	85	28.0
พึงพอใจต่อผลการรักษา	77	25.3
ความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล	74	24.3
ความเชื่อถือในตัวผู้รักษา	60	19.7
ญาติ คนรู้จักแนะนำ	38	12.5
สถานที่ใกล้บ้าน	36	11.8
อื่น ๆ เช่น ครูแนะนำและเด็กพูดได้น้อยและไม่ชัด	2	0.7

จากตารางที่ 14 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ พบว่าส่วนใหญ่เด็กเคยได้รับการฝึกมากที่สุด 252 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.9 ระยะเวลาที่เด็กเคยได้รับการฝึกมาแล้วส่วนใหญ่เป็นเวลา 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.8 ปัจจุบันเด็กที่ยังคงได้รับการฝึกอยู่คิดเป็นร้อยละ 67.1 ที่ไม่ได้ฝึกต่อคิดเป็นร้อยละ 15.8 เนื่องจากไปโรงเรียน ร้อยละ 2.6 เวลาที่ใช้ในการฝึกกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการส่วนใหญ่ใช้เวลา 30 - 60 นาที มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 45.1 ความถี่ในการฝึกการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการส่วนมากมีความถี่ 1-4 ครั้งต่อเดือนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 43.1 เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการคือแพทย์แนะนำมากที่สุด ร้อยละ 69.4 รองลงมาได้แก่ความเชื่อถือในด้านการรักษา ร้อยละ 28

2.7 กิจกรรมบำบัด

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามกิจกรรมบำบัด (n=304)

กิจกรรมบำบัด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เด็กเคยได้รับการฝึกกิจกรรมบำบัดหรือไม่		
เคย	222	73.0
ไม่เคย	82	27.0
ระยะเวลาที่เด็กได้รับการฝึกกิจกรรมบำบัด ($\overline{X}$ = 2.134, S.D. = 2.593, Min = .10, Max = 10)		
1-3 ปี	88	28.9
ต่ำกว่า 1 ปี	62	20.4
4-6 ปี	42	13.8
7-9 ปี	23	7.6
ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป	6	1.9
ปัจจุบันยังได้รับการฝึกกิจกรรมบำบัดหรือไม่		
ได้รับ	194	63.8
ไม่ได้รับ	28	9.2
เหตุผลที่เด็กไม่ได้รับการฝึกกิจกรรมบำบัดต่อ		
มีพัฒนาการดีขึ้น	9	3.0
ไปโรงเรียน	7	2.3
ระยะเวลานัดห่างกันมากเกินไป, ย้ายที่อยู่	2	0.7
เวลาที่ใช้ในการฝึกกิจกรรมบำบัด		
30 - 60 นาที	151	49.7
มากกว่า 60 นาที	40	13.2
น้อยกว่า 30 นาที	31	10.2

ตารางที่ 15 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามกิจกรรมบำบัด (n=304)

กิจกรรมบำบัด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความถี่ในการฝึกกิจกรรมบำบัด		
1 – 4 ครั้งต่อเดือน	117	38.5
นานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง	72	23.7
มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน	33	10.9
เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกกิจกรรมบำบัด (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)		
แพทย์แนะนำ	194	63.8
ความเชื่อถือในด้านการรักษา	78	25.7
ความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล	64	21.1
พึงพอใจต่อผลการรักษา	67	22.0
ความเชื่อถือในตัวผู้รักษา	61	20.1
สถานที่ใกล้บ้าน	29	9.5
ญาติ คนรู้จักแนะนำ	27	8.9

จากตารางที่ 15 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามกิจกรรมบำบัด พบว่าส่วนใหญ่เด็กเคยได้รับการฝึก จำนวน 222 ราย ร้อยละ 73 ระยะเวลาที่เด็กเคยได้รับการฝึกมาแล้วส่วนใหญ่เป็นเวลา 1-3 ปี ร้อยละ 28.9 ปัจจุบันเด็กยังคงได้รับการฝึกอยู่คิดเป็นร้อยละ 63.8 ที่ไม่ได้ฝึกต่อคิดเป็นร้อยละ 9.2 เนื่องจากมีพัฒนาการดีขึ้น ร้อยละ 3 เวลาที่ใช้ในการฝึกกิจกรรมบำบัดส่วนใหญ่ใช้เวลา 30 - 60 นาที ร้อยละ 49.7 ความถี่ในการฝึกกิจกรรมบำบัดส่วนใหญ่มีความถี่ 1 - 4 ครั้งต่อเดือนมากที่สุด ร้อยละ 38.5 เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกกิจกรรมบำบัดคือแพทย์แนะนำมากที่สุด ร้อยละ 63.8 รองลงมาคือความเชื่อถือในด้านการรักษา ร้อยละ 25.7

2.8 กายภาพบำบัด

ตารางที่ 16 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามกายภาพบำบัด (n=304)

กายภาพบำบัด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เด็กเคยได้รับการฝึกกายภาพบำบัดหรือไม่		
ไม่เคย	243	79.9
เคย	61	20.1
ระยะเวลาที่เด็กได้รับการฝึกกายภาพบำบัด ($\overline{X}$ = .629, S.D. = 1.835, Min = .10, Max = 10)		
1-3 ปี	22	7.2
ต่ำกว่า 1 ปี	17	5.6
4-6 ปี	13	4.3
ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป	5	1.6
7-9 ปี	3	1.0
ปัจจุบันยังได้รับการฝึกกายภาพบำบัดหรือไม่		
ได้รับ	53	17.4
ไม่ได้รับ	8	2.6
เหตุผลที่เด็กไม่ได้รับการฝึกกายภาพบำบัดต่อ		
จบคอร์ส, ไปโรงเรียน	2	0.7
เวลาที่ใช้ในการฝึกกายภาพบำบัด		
30-60 นาที	45	14.8
น้อยกว่า 30 นาที	8	2.6
มากกว่า 60 นาที	8	2.6

ตารางที่ 16 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามกายภาพบำบัด (n=304)

กายภาพบำบัด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความถี่ในการฝึกกายภาพบำบัด		
1 - 4 ครั้งต่อเดือน	35	11.5
นานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง	17	5.6
มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน	9	3.0
เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกกายภาพบำบัด (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)		
แพทย์แนะนำ	50	16.4
พึงพอใจต่อผลการรักษา	24	7.9
ความเชื่อถือในด้านการรักษา	23	7.6
ความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล	22	7.2
ความเชื่อถือในตัวผู้รักษา	21	6.9
ญาติ คนรู้จักแนะนำ	13	4.3
สถานที่ใกล้บ้าน	12	3.9

จากตารางที่ 16 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามกายภาพบำบัด พบว่าส่วนมากเด็กจำนวน 243 ราย ไม่เคยได้รับการฝึกกายภาพบำบัด ร้อยละ 79.9 เด็กที่ได้รับการฝึกกายภาพบำบัด มีจำนวน 61 ราย ร้อยละ 20.1 สำหรับเด็กที่เคยฝึกกายภาพบำบัดมีระยะเวลาในการฝึกมาแล้ว 1-3 ปี มากที่สุด ร้อยละ 7.2 ปัจจุบันเด็กยังคงได้รับการฝึกอยู่คิดเป็นร้อยละ17.4 ที่ไม่ได้ฝึกต่อคิดเป็นร้อยละ2.6 เนื่องจากจบคอร์ส, ไปโรงเรียน ร้อยละ 0.7 เวลาที่ใช้ในการฝึกกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ใช้เวลา 30-60 นาที ร้อยละ 14.8 ความถี่ในการฝึกกายภาพบำบัดมีความถี่ 1-4 ครั้งต่อเดือนมากที่สุด ร้อยละ 11.5 เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกกายภาพบำบัดคือแพทย์แนะนำมากที่สุด ร้อยละ 16.4 รองลงมาคือพึงพอใจต่อผลการรักษา ร้อยละ 7.9

2.9 ฟลอร์ไทม์

ตารางที่ 17 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามฟลอร์ไทม์ (n=304)

ฟลอร์ไทม์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เด็กเคยได้รับการฝึกฟลอร์ไทม์หรือไม่		
ไม่เคย	281	92.4
เคย	23	7.6
ระยะเวลาที่เด็กได้รับการฝึกฟลอร์ไทม์ ($\overline{X}$ = .055, S.D. = .266, Min = .10, Max = 2)		
ต่ำกว่า 1 ปี	12	3.9
1-3 ปี	3	1.0
ปัจจุบันยังได้รับการฝึกฟลอร์ไทม์หรือไม่		
ได้รับ	15	4.9
ไม่ได้รับ	8	2.6
เหตุผลที่เด็กไม่ได้รับการฝึกฟลอร์ไทม์ต่อ		
ค่าใช้จ่ายสูง	2	0.7
ไม่สะดวกในการพาเด็กไปฝึก, ไกล	2	0.7
ผ่านเกณฑ์	1	0.3
เวลาที่ใช้ในการฝึกฟลอร์ไทม์		
30 - 60 นาที	15	4.9
น้อยกว่า 30 นาที	4	1.3
มากกว่า 60 นาที	4	1.3
ความถี่ในการฝึกฟลอร์ไทม์		
1-4 ครั้งต่อเดือน	11	3.6
นานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง	7	2.3
มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน	5	1.6

ตารางที่ 17 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามฟลอร์ไทม์ (n=304)

ฟลอร์ไทม์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกฟลอร์ไทม์ (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)		
แพทย์แนะนำ	13	4.3
ความเชื่อถือในด้านการรักษา	12	3.9
พึงพอใจต่อผลการรักษา	10	3.3
ญาติ คนรู้จักแนะนำ	9	3.0
ความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล	9	3.0
ความเชื่อถือในตัวผู้รักษา	8	2.6
อื่น ๆ เช่น อ่านหนังสือแล้วพบการฝึก, สถานที่ใกล้บ้าน	2	0.7

จากตารางที่ 17 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามฟลอร์ไทม์ พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการฝึกฟลอร์ไทม์มาก่อน จำนวน 281 ราย ร้อยละ 92.4 เคยได้รับการฝึกฟลอร์ไทม์จำนวน 23 ราย ร้อยละ 7.6 สำหรับเด็กที่เคยฝึก มีระยะเวลาในการฝึกต่ำกว่า 1 ปีมากที่สุด ร้อยละ 3.9 ปัจจุบันเด็กที่ยังคงได้รับการฝึกอยู่คิดเป็นร้อยละ 4.9 ที่ไม่ได้ฝึกคิดเป็นร้อยละ 2.6 เนื่องจากค่าใช้จ่ายสูง ร้อยละ 0.7 ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการฝึก 30-60 นาที ร้อยละ 4.9 มีความถี่ในการฝึก 1- 4 ครั้งต่อเดือนมากที่สุด ร้อยละ 3.6 เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกฟลอร์ไทม์คือแพทย์แนะนำมากที่สุด ร้อยละ 4.3 รองลงมาคือ ความเชื่อถือในด้านการรักษา ร้อยละ 3.9

2.10 ศิลปะบำบัด

ตารางที่ 18 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามศิลปะบำบัด (n=304)

ศิลปะบำบัด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เด็กเคยได้รับการฝึกศิลปะบำบัดหรือไม่		
ไม่เคย	276	90.8
เคย	28	9.2
ระยะเวลาที่เด็กได้รับการฝึกศิลปะบำบัด ($\overline{X}$ = .264, S.D. = 1.197, Min = .10, Max = 10)		
ต่ำกว่า 1 ปี	9	3.0
1-3 ปี	8	2.6
4-6 ปี	5	1.6
7- 10 ปีขึ้นไป	4	1.3
ปัจจุบันยังได้รับการฝึกศิลปะบำบัดหรือไม่		
ได้รับ	14	4.6
ไม่ได้รับ	14	4.6
เหตุผลที่เด็กไม่ได้รับการฝึกศิลปะบำบัดต่อ		
ไปโรงเรียน	2	0.7
พาเด็กไปฝึกสถานที่อื่น/คิวนัดตรงกัน, สถานที่ฝึกอยู่ไกล	2	0.7
เวลาที่ใช้ในการฝึกศิลปะบำบัด		
30 - 60 นาที	18	5.9
น้อยกว่า 30 นาที	6	2.0
มากกว่า 60 นาที	4	1.3

ตารางที่ 18 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามศิลปะบำบัด (n=304)

ศิลปะบำบัด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความถี่ในการฝึกศิลปะบำบัด		
นานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง	12	3.9
1-4 ครั้งต่อเดือน	11	3.6
มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน	5	1.6
เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกศิลปะบำบัด (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)		
แพทย์แนะนำ	22	7.2
สถานที่ใกล้บ้าน	7	2.3
พึงพอใจต่อผลการรักษา	7	2.3
ญาติ คนรู้จักแนะนำ	6	2.0
ความเชื่อถือในด้านการรักษา	6	2.0
ความเชื่อถือในตัวผู้รักษา	6	2.0
ความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล	6	2.0
อื่น ๆ คือ เด็กชอบการวาดรูป	1	0.3

จากตารางที่ 18 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามศิลปะบำบัด พบว่าส่วนใหญ่เด็กไม่เคยได้รับการฝึก ร้อยละ 90.8 สำหรับเด็กที่เคยฝึกมีจำนวน 28 ราย ร้อยละ 9.2 มีระยะเวลาในการฝึกมาแล้วต่ำกว่า 1 ปี มากที่สุด ร้อยละ 3 รองลงมาคือ 1-3 ปี ร้อยละ 2.6 ในปัจจุบันเด็กยังคงได้รับและไม่ได้รับการฝึกศิลปะบำบัดอยู่คิดเป็นร้อยละ 4.6 ที่ไม่ได้ฝึกเนื่องจาก ไปโรงเรียน และผู้ปกครองพาเด็กไปฝึกสถานที่อื่น หรือมีคิวนัดที่ตรงกัน, สถานที่ฝึกอยู่ไกล ร้อยละ 0.7 เวลาที่ใช้ในการฝึกศิลปะบำบัดส่วนใหญ่ใช้เวลา 30 - 60 นาทีร้อยละ 5.9 ความถี่ในการฝึกศิลปะบำบัดมีความถี่นานกว่า 1 เดือนต่อครั้งมากที่สุดร้อยละ 3.9 รองลงมามีความถี่ 1 - 4 ครั้งต่อเดือนร้อยละ 3.6 เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกศิลปะบำบัดคือแพทย์แนะนำ ร้อยละ 7.2 รองลงมาคือ สถานที่ใกล้บ้าน ร้อยละ 2.3

2.11 ดนตรีบำบัด

ตารางที่ 19 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามดนตรีบำบัด (n=304)

ดนตรีบำบัด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เด็กเคยได้รับการฝึกดนตรีบำบัดหรือไม่		
ไม่เคย	266	87.5
เคย	38	12.5
ระยะเวลาที่เด็กได้รับการฝึกดนตรีบำบัด ($\overline{X}$ = .239, S.D. = 1.074, Min = .10, Max = 10)		
ต่ำกว่า 1 ปี	19	6.3
1 - 3 ปี	10	3.3
4 - 6 ปี	4	1.3
7 - 10 ปีขึ้นไป	3	1.0
ปัจจุบันยังได้รับการฝึกดนตรีบำบัดหรือไม่		
ไม่ได้รับ	20	6.6
ได้รับ	18	5.9
เหตุผลที่เด็กไม่ได้รับการฝึกดนตรีบำบัดต่อ		
ไปโรงเรียน	5	1.6
ระยะเวลานัดห่างกันมากเกินไป	2	0.7
เด็กไม่ให้ความร่วมมือ	2	0.7
ค่าใช้จ่ายสูง	1	0.3
มีพัฒนาการที่ดีขึ้น	1	0.3
เวลาที่ใช้ในการฝึกดนตรีบำบัด		
30 - 60 นาที	32	10.5
น้อยกว่า 30 นาที	4	1.3
มากกว่า 60 นาที	2	0.7

ตารางที่ 19 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามดนตรีบำบัด (n=304)

ดนตรีบำบัด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความถี่ในการฝึกดนตรีบำบัด		
1-4 ครั้งต่อเดือน	18	5.9
นานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง	17	5.6
มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน	3	1.0
เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกดนตรีบำบัด (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)		
แพทย์แนะนำ	23	7.6
พึงพอใจต่อผลการรักษา	12	3.9
ความเชื่อถือในตัวผู้รักษา	12	3.9
ความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล	12	3.9
ความเชื่อถือในด้านการรักษา	11	3.6
ญาติ คนรู้จักแนะนำ	9	3.0
สถานที่ใกล้บ้าน	4	1.3

จากตารางที่ 19 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามดนตรีบำบัด พบว่าส่วนใหญ่เด็กไม่เคยได้รับการฝึก จำนวน 266 ราย ร้อยละ 87.5 เด็กที่เคยฝึกจำวน 38 ราย ร้อยละ 12.5 สำหรับเด็กที่เคยฝึกมีระยะเวลาในการฝึกมาแล้วต่ำกว่า 1 ปีมากที่สุด ร้อยละ 6.3 ปัจจุบันเด็กที่ยังคงได้รับการฝึกอยู่คิดเป็นร้อยละ 5.9 ที่ไม่ได้ฝึกคิดเป็นร้อยละ 6.6 เนื่องจากไปโรงเรียน ร้อยละ 1.6 ส่วนใหญ่ใช้เวลาฝึก 30 - 60 นาทีมากที่สุดร้อยละ 10.5 มีความถี่ในการฝึก 1- 4 ครั้งต่อเดือนมากที่สุด ร้อยละ 5.9 เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกดนตรีบำบัดคือแพทย์แนะนำมากที่สุด ร้อยละ 7.6 รองลงมาคือ พึงพอใจต่อผลการรักษา ร้อยละ 3.9

2.12 การฝังเข็ม

ตารางที่ 20 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามการฝังเข็ม (n=304)

การฝังเข็ม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เด็กเคยได้รับการฝังเข็มหรือไม่		
ไม่เคย	302	99.3
เคย	2	0.7
ระยะเวลาที่เด็กได้รับการฝังเข็ม ($\overline{X}$ = .023, S.D. = .308, Min = 2, Max = 5)		
1-3 ปี	1	0.3
4-6 ปี	1	0.3
ปัจจุบันยังได้รับการฝังเข็มหรือไม่		
ไม่ได้รับ	2	0.7
เหตุผลที่เด็กไม่ได้รับการฝังเข็มต่อ		
มีพัฒนาการดีขึ้น	2	0.7
เวลาที่ใช้ในการฝังเข็ม		
น้อยกว่า 30 นาที	1	0.3
30 - 60 นาที	1	0.3
ความถี่ในการฝังเข็ม		
1 - 4 ครั้งต่อเดือน	2	0.7
เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝังเข็ม (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)		
แพทย์แนะนำ	1	0.3
พึงพอใจต่อผลการรักษา	1	0.3
ความเชื่อถือในด้านการรักษา	1	0.3

จากตารางที่ 20 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามการฝังเข็ม พบว่าส่วนใหญ่เด็กไม่เคยได้รับการฝังเข็ม จำนวน 302 ราย ร้อยละ 99.3 สำหรับเด็กที่เคยฝังเข็มจำนวน 2 ราย ร้อยละ 0.7 มีระยะเวลาในการฝังเข็มมาแล้ว 1 - 3 ปี และ 4 - 6 ปี ร้อยละ 0.3 ปัจจุบันเด็กไม่ได้รับการฝังเข็มแล้วคิดเป็นร้อยละ 0.7 เนื่องจากมีพัฒนาการดีขึ้น ร้อยละ 0.7 ใช้เวลาในการฝังเข็มน้อยกว่า 30 นาทีและ 30 - 60 นาที ร้อยละ 0.3 มีความถี่ 1 - 4 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 0.7 เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝังเข็มคือแพทย์แนะนำ พึงพอใจต่อผลการรักษาและความเชื่อถือในด้านการรักษา ร้อยละ 0.3

2.13 เครื่องเอชอีจี

ตารางที่ 21 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามเครื่องเอชอีจี (n=304)

เครื่องเอชอีจี	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เด็กเคยได้รับการบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจีหรือไม่		
ไม่เคย	281	92.4
เคย	23	7.6
ระยะเวลาที่เด็กได้รับการบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจี ($\overline{X}$ = .216, S.D. = 1.005, Min = .10, Max = 9)		
1-3 ปี	8	2.6
ต่ำกว่า 1 ปี	6	2.0
4-6 ปี	6	2.0
7-9 ปี	3	1.0
ปัจจุบันยังได้รับการบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจีหรือไม่		
ได้รับ	18	5.9
ไม่ได้รับ	5	1.6
เหตุผลที่เด็กไม่ได้รับการบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจีต่อ		
มีรอยชักในสมองแพทย์จึงสั่งงด	2	0.7
ไม่สะดวกในการพาเด็กเข้าบำบัด	1	0.3
แม่และครอบครัวพิจารณาแล้วไม่เหมาะสม	1	0.3

ตารางที่ 21 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามเครื่องเอชอีจี (n=304)

เครื่องเอชอีจี	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เวลาที่ใช้ในการบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจี		
น้อยกว่า 30 นาที	17	5.6
30-60 นาที	6	2.0
ความถี่ในการบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจี		
1-4 ครั้งต่อเดือน	23	7.6
เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจี (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)		
แพทย์แนะนำ	22	7.2
ความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล	7	2.3
ความเชื่อถือในด้านการรักษา	6	2.0
พึงพอใจต่อผลการรักษา	5	1.6
ความเชื่อถือในตัวผู้รักษา	5	1.6
ญาติ คนรู้จักแนะนำ	2	0.7
สถานที่ใกล้บ้าน	2	0.7
อื่น ๆ คือ อยากลองทำทุกวิถีทาง	1	0.3

จากตารางที่ 21 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามเครื่องเอชอีจี พบว่าส่วนใหญ่เด็กไม่เคยได้รับการบำบัด ร้อยละ 92.4 เด็กที่เคยบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจี ร้อยละ 7.6 มีระยะเวลาในการบำบัดมาแล้ว 1 - 3 ปีมากที่สุด ร้อยละ 2.6 ปัจจุบันเด็กที่ยังคงได้รับการบำบัดอยู่คิดเป็นร้อยละ 5.9 ที่ไม่ได้รับการบำบัดคิดเป็นร้อยละ 1.6 เนื่องจากมีรอยชักในสมองแพทย์จึงสั่งงดมากที่สุด ร้อยละ 0.7 เวลาที่ใช้ในการบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจีส่วนใหญ่ใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที ร้อยละ 5.6 มีความถี่ในการบำบัด 1 - 4 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 7.6 เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจีคือ แพทย์แนะนำมากที่สุด ร้อยละ 7.2 รองลงมาคือความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล ร้อยละ 2.3

2.14 การบำบัดด้วยออกซิเจน

ตารางที่ 22 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามการบำบัดด้วยออกซิเจน (n=304)

การบำบัดด้วยออกซิเจน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เด็กเคยได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนหรือไม่		
ไม่เคย	296	97.4
เคย	8	2.6
ระยะเวลาที่เด็กได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจน ($\overline{X}$ = .007, S.D. = .058, Min = .10, Max = .80)		
ต่ำกว่า 1 ปี	8	2.6
ปัจจุบันยังได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนหรือไม่		
ไม่ได้รับ	5	1.6
ได้รับ	3	1.0
เหตุผลที่เด็กไม่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนต่อ		
จบคอร์ส	2	0.7
ไม่สะดวกในการพาเด็กไปฝึก	1	0.3
เวลาที่ใช้ในการบำบัดด้วยออกซิเจน		
30 - 60 นาที	7	2.3
มากกว่า 60 นาที	1	0.3
ความถี่ในการบำบัดด้วยออกซิเจน		
1 - 4 ครั้งต่อเดือน	4	1.3
มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน	3	1.0
นานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง	1	0.3

ตารางที่ 22 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามการบำบัดด้วยออกซิเจน (n=304)

การบำบัดด้วยออกซิเจน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการบำบัดด้วยออกซิเจน (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)		
แพทย์แนะนำ	4	1.3
ญาติ คนรู้จักแนะนำ	4	1.3
พึงพอใจต่อผลการรักษา	3	1.0
ความเชื่อถือในตัวผู้รักษา	2	0.7
สถานที่ใกล้บ้าน	1	0.3
ความเชื่อถือในด้านการรักษา	1	0.3
ความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล	1	0.3
อยากลองทำทุกวิถีทาง	1	0.3
ได้รับข้อมูลจึงสมัครเข้าโครงการ	1	0.3

จากตารางที่ 22 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามการบำบัดด้วยออกซิเจน พบว่าส่วนใหญ่เด็กไม่เคยได้รับการบำบัด ร้อยละ 97.4 เด็กเคยได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจน จำนวน 8 ราย ร้อยละ 2.6 มีระยะเวลาในการบำบัดมาแล้วต่ำกว่า 1 ปี ร้อยละ 2.6 ปัจจุบันเด็กที่ยังคงได้รับการบำบัดอยู่คิดเป็นร้อยละ 1.0 ที่ไม่ได้บำบัดต่อคิดเป็นร้อยละ 1.6 เนื่องจากจบคอร์ส ร้อยละ 0.7 เวลาที่ใช้ในการบำบัดด้วยออกซิเจนส่วนใหญ่ใช้เวลา 30 - 60 นาทีมากที่สุด ร้อยละ 2.3 มีความถี่ในการบำบัด 1 - 4 ครั้งต่อเดือนมากที่สุด ร้อยละ 1.3 เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการบำบัดด้วยออกซิเจนมากที่สุดคือแพทย์และญาติ คนรู้จักแนะนำ ร้อยละ 1.3 รองลงมาคือพึงพอใจต่อผลการรักษา ร้อยละ 1.0

2.15 การบำบัดด้วยสัตว์

ตารางที่ 23 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามการบำบัดด้วยสัตว์ (n=304)

การบำบัดด้วยสัตว์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เด็กเคยได้รับการบำบัดด้วยสัตว์หรือไม่		
ไม่เคย	285	93.8
เคย	19	6.3
ระยะเวลาที่เด็กได้รับการบำบัดด้วยสัตว์ ($\overline{X}$ = .038, S.D. = .226, Min = .10, Max = 3)		
ต่ำกว่า 1 ปี	10	3.3
1-3 ปี	7	2.3
ปัจจุบันยังได้รับการบำบัดด้วยสัตว์หรือไม่		
ไม่ได้รับ	10	3.3
ได้รับ	9	3.0
เหตุผลที่เด็กไม่ได้รับการบำบัดด้วยสัตว์ต่อ		
ไม่สะดวกในการพาเด็กไปฝึก, สถานที่ไกล	3	1.0
จบคอร์ส	1	0.3
ค่าใช้จ่ายสูง	1	0.3
เด็กต่อต้าน	1	0.3
ต้องรอคิวนาน	1	0.3
เวลาที่ใช้ในการบำบัดด้วยสัตว์		
30 - 60 นาที	11	3.6
น้อยกว่า 30 นาที	8	2.6
ความถี่ในการบำบัดด้วยสัตว์		
1 - 4 ครั้งต่อเดือน	15	5.0
มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน	2	0.7
นานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง	2	0.7

ตารางที่ 23 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามการบำบัดด้วยสัตว์ (n=304)

การบำบัดด้วยสัตว์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการบำบัดด้วยสัตว์ (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)		
ญาติ คนรู้จักแนะนำ	11	3.6
แพทย์แนะนำ	6	2.0
ความเชื่อถือในด้านการรักษา	5	1.6
สถานที่ใกล้บ้าน	4	1.3
พึงพอใจต่อผลการรักษา	3	1.0
ความเชื่อถือในตัวผู้รักษา	3	1.0
ครูแนะนำ, ผู้ปกครองเด็กคนอื่นแนะนำ	2	0.7
ความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล	1	0.3
ค้นหาวิธีบำบัดเอง	1	0.3
เด็กชอบ	1	0.3

จากตารางที่ 23 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามการบำบัดด้วยสัตว์ พบว่าส่วนใหญ่เด็กจำนวน 285 รายไม่เคยได้รับการฝึก คิดเป็นร้อยละ 93.8 สำหรับเด็กจำนวน 19 ราย เคยได้รับการบำบัดด้วยสัตว์ คิดเป็นร้อยละ 6.3 มีระยะเวลาในการบำบัดมาแล้วต่ำกว่า 1 ปี ร้อยละ 3.3 เด็กที่ยังคงได้รับการบำบัดอยู่คิดเป็นร้อยละ 3 ที่ไม่ได้บำบัดต่อคิดเป็นร้อยละ 3.3 เนื่องจากไม่สะดวกในการพาเด็กไปฝึก, สถานที่ไกล ร้อยละ 1 ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการบำบัด 30 - 60 นาทีคิดเป็นร้อยละ 3.6 ความถี่ในการบำบัดด้วยสัตว์คือ 1 - 4 ครั้งต่อเดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5 เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการบำบัดด้วยสัตว์คือญาติ คนรู้จักแนะนำมากที่สุด ร้อยละ 3.6 รองลงมาคือ แพทย์แนะนำ ร้อยละ 2

2.16 การเข้ารับการฝึกอบรม

ตารางที่ 24 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำแนกตามการเข้ารับการฝึกอบรม (n=304)

การเข้ารับการฝึกอบรม		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เคยเข้าฝึกอบรมและให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในเรื่องเกี่ยวกับเด็กออทิสติกหรือไม่			
เคย		163	53.6
ไม่เคย		141	46.4
หัวข้อ3 อันดับแรกที่ได้รับการฝึกอบรม			
ลำดับที่ 1			
อันดับ 1	การดูแลเด็กออทิสติก	10	3.3
อันดับ 2	การฝึกทักษะการพูดเด็กออทิสติก	4	1.3
อันดับ 3	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กออทิสติก	3	1.0
ลำดับที่ 2			
อันดับ 1	การปรับพฤติกรรม, วิธีการฝึกสอนเด็ก การฝึกทักษะการพูดเด็กออทิสติก, การใช้ยา	8	2.6
อันดับ 2	งานอดิเรกสำหรับเด็กพิเศษ, สายใยรัก ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก เป็นต้น	8	2.6
ลำดับที่ 3			
อันดับ 1	การฝึกทักษะการพูดเด็กออทิสติก, วิธีการฝึกสอน, การใช้ชีวิตประจำวัน, การปรับพฤติกรรม, การช่วยเหลือตนเอง, การดูแลรักษาฟัน	6	2.0
ลำดับที่ 4			
อันดับ 1	การปรับพฤติกรรม, การเล่นเพื่อพัฒนาสมองเด็กออทิสติกโดยของเล่น	2	0.7

จากตารางที่ 24 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลการฝึกอบรมพบว่าผู้ปกครองของเด็กออทิสติกส่วนใหญ่เคยได้รับการฝึกอบรมคิดเป็นร้อยละ 53.6 หัวข้อการฝึกอบรมในลำดับที่ 1 อันดับ 1 คือการดูแลเด็กออทิสติก มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 3.3 รองลงมาคือการฝึกทักษะการพูดเด็กออทิสติก คิดเป็นร้อยละ 1.3 หัวข้อการฝึกอบรมลำดับที่ 2 อันดับ 1 คือการปรับพฤติกรรม การฝึกทักษะการพูดเด็กออทิสติก การใช้ยาและวิธีการฝึกสอนเด็ก คิดเป็นร้อยละ 2.6 หัวข้อการฝึกอบรมลำดับที่ 3 เช่นการใช้ชีวิตประจำวัน การปรับพฤติกรรมเป็นต้นโดยรวมคิดเป็นร้อยละ 2 และหัวข้อการฝึกอบรมลำดับที่ 4 ได้แก่การปรับพฤติกรรมและการเล่นเพื่อพัฒนาสมองเด็กออทิสติกโดยของเล่นคิดเป็นร้อยละ 0.7

2.17 บริการสุขภาพที่ต้องการ

ตารางที่ 25 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลบริการสุขภาพที่ต้องการ (n=304)

บริการสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต้องการมากลำดับที่ 1		
อันดับ 1 การฝึกและแก้ไขการพูด	112	36.8
อันดับ 2 กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ	47	15.5
อันดับ 3 การฝึกทักษะทางสังคม	42	13.8
ต้องการมากลำดับที่ 2		
อันดับ 1 กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ	79	26.0
อันดับ 2 การฝึกทักษะทางสังคม	69	22.7
อันดับ 3 การฝึกและแก้ไขการพูด	45	14.8
ต้องการมากลำดับที่ 3		
อันดับ 1 กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ	61	20.1
อันดับ 2 การฝึกทักษะทางสังคม	60	19.7
อันดับ 3 กิจกรรมบำบัด	47	15.5
ต้องการมากลำดับที่ 4		
อันดับ 1 กิจกรรมบำบัด	45	14.8
อันดับ 2 พฤติกรรมบำบัด	39	12.8
อันดับ 3 การฝึกทักษะทางสังคม	32	10.5
กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ	32	10.5
ต้องการมากลำดับที่ 5		
อันดับ 1 กิจกรรมบำบัด	52	17.1
อันดับ 2 พฤติกรรมบำบัด	27	8.9
กายภาพบำบัด	27	8.9
ดนตรีบำบัด	27	8.9
อันดับ 3 กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ	21	7.0

ตารางที่ 25 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลบริการสุขภาพที่ต้องการ (n=304)

บริการสุขภาพที่ต้องการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต้องการมากลำดับที่ 6		
อันดับ 1 กายภาพบำบัด	32	10.5
อันดับ 2 กิจกรรมบำบัด	28	9.2
อันดับ 3 ศิลปะบำบัด	25	8.2
ต้องการมากลำดับที่ 7		
อันดับ 1 ดนตรีบำบัด	34	11.1
อันดับ 2 กายภาพบำบัด	30	9.9
อันดับ 3 ศิลปะบำบัด	24	7.9
ต้องการมากลำดับที่ 8		
อันดับ 1 ศิลปะบำบัด	39	12.8
อันดับ 2 ดนตรีบำบัด	38	12.5
อันดับ 3 ฟลอไทม์	17	5.6
ต้องการมากลำดับที่ 9		
อันดับ 1 ศิลปะบำบัด	34	11.1
อันดับ 2 ดนตรีบำบัด	32	10.5
อันดับ 3 การบำบัดด้วยสัตว์	20	6.6
ต้องการมากลำดับที่ 10		
อันดับ 1 การบำบัดด้วยสัตว์	34	11.2
อันดับ 2 ศิลปะบำบัด	16	5.3
อันดับ 3 ฟลอไทม์	15	4.9
เครื่อง HEG	15	4.9
ต้องการมากลำดับที่ 11		
อันดับ 1 เครื่อง HEG	25	8.2
อันดับ 2 การบำบัดด้วยออกซิเจน	24	7.9
การบำบัดด้วยสัตว์	24	7.9
อันดับ 3 ฟลอไทม์	22	7.2

ตารางที่ 25 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลบริการสุขภาพที่ต้องการ (n=304)

บริการสุขภาพที่ต้องการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต้องการมากลำดับที่ 12		
อันดับ 1 เครื่อง HEG	40	13.2
อันดับ 2 การบำบัดด้วยออกซิเจน	22	7.2
อันดับ 3 การบำบัดด้วยสัตว์	17	5.6
ต้องการมากลำดับที่ 13		
อันดับ 1 การฝังเข็ม	33	10.9
อันดับ 2 เครื่อง HEG	21	6.9
อันดับ 3 การบำบัดด้วยออกซิเจน	19	6.3
ต้องการมากลำดับที่ 14		
อันดับ 1 การฝังเข็ม	60	19.7
อันดับ 2 การรักษาด้วยยา	25	8.2
อันดับ 3 ฟลอไทม์	14	4.6
ต้องการมากลำดับที่ 15		
อันดับ 1 ว่ายน้ำ	1	0.3

จากตารางที่ 25 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลบริการสุขภาพที่ต้องการ พบว่า ความต้องการมากลำดับที่ 1 อันดับ 1 คือการฝึกและแก้ไขการพูด ร้อยละ 36.8 ความต้องการมากลำดับที่ 2 อันดับ 1 คือกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ ร้อยละ 26 ความต้องการมากลำดับที่ 3 อันดับ 1 คือ กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ ร้อยละ 20.1 ความต้องการมากลำดับที่ 4 อันดับ 1 คือ กิจกรรมบำบัด ร้อยละ 14.8 ความต้องการมากลำดับที่ 5 อันดับ 1 คือกิจกรรมบำบัด ร้อยละ 17.1 ความต้องการมากลำดับที่ 6 อันดับ 1 คือ กายภาพบำบัด ร้อยละ 10.5 ความต้องการมากลำดับที่ 7 อันดับ 1 คือ ดนตรีบำบัด ร้อยละ 11.1 ความต้องการมากลำดับที่ 8 อันดับ 1 คือ ศิลปะบำบัด ร้อยละ 12.8 ความต้องการมากลำดับที่ 9 อันดับ 1 คือ ศิลปะบำบัด ร้อยละ 11.1 ความต้องการมากลำดับที่ 10 อันดับ 1 คือการบำบัดด้วยสัตว์ ร้อยละ 11.2 ความต้องการมากลำดับที่ 11 อันดับ 1 คือเครื่อง HEG ร้อยละ 8.2 ความต้องการมากลำดับที่ 12 อันดับ 1 คือ เครื่อง HEG ร้อยละ 13.2 ความต้องการมากลำดับที่ 13 อันดับ 1 คือการฝังเข็ม ร้อยละ 10.9 ความต้องการมากลำดับที่ 14 อันดับ 1 คือการฝังเข็ม ร้อยละ19.7 ความต้องการมากลำดับที่ 15 อันดับ 1 คือ ว่ายน้ำ ร้อยละ 0.3

2.18 ข้อเสนอแนะของผู้ปกครอง

ผู้ปกครองที่พาเด็กมาใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติก ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ทางโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ควรมีการรักษาด้วยออกซิเจน 100% บ้าง

2. บางกิจกรรมไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาลของรัฐบาลทำให้มีเด็กจำนวนมากไม่มีโอกาสได้ฝึกหรือเข้ารับการบริการ อยากให้ทางรัฐช่วยส่งเสริมกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้มีมากขึ้นและจะเป็นปัญหาของภาครัฐและสังคมต่อไป

3. อยากให้ทางโรงพยาบาล มีบุคลากรที่เชี่ยวชาญและแก้ไขข้อบกพร่องของเด็กได้ดี และบรรลุวัตถุประสงค์ของผู้ปกครองที่มีรายได้แตกต่างกันด้วย

4. อยากให้มีบุคลากรหรือนักกิจกรรมบำบัดประจำอยู่ตามสถานศึกษาของเด็กปกติทั่วไป

5. อยากให้เพิ่มบุคลากรเพื่อทำให้การรับบริการของผู้ป่วยมีความถี่มากขึ้นกว่าปัจจุบัน

6. อยากให้มีบริการสุขภาพที่ดำเนินการจริงจังมากกว่านี้

7. ผู้ปกครองไม่ทราบถึงผลที่จะได้รับในการรักษาเกี่ยวกับเด็ก เลยไม่รู้ว่าวิธีการใดที่เป็นการรักษาที่ดีและเห็นผลดีมากที่สุดสำหรับเด็ก ฉะนั้นถ้าแพทย์วินิจฉัยว่าเด็กควรได้รับการรักษาด้วยวิธีใด ผู้ปกครองก็ต้องยินยอมตามคำแนะนำของแพทย์เป็นหลักเพื่อให้เด็กหายให้เร็วที่สุด

8. อยากให้มีสถานที่ให้บริการสำหรับเด็กออทิสติกและมีบุคลากรในโรงพยาบาลให้มากขึ้น

9. สถานที่บริการและบุคลากร เครื่องมือ มีจำกัดมาก ๆ มีการประชาสัมพันธ์น้อย จึงทำให้ประชากรขาดโอกาสในการศึกษาเกี่ยวกับโรค

10. อยากให้มีบุคลากรเพิ่มขึ้นมาก ๆ จะได้นัดทำการรักษาให้ต่อเนื่อง

11. อยากให้มีสถานพยาบาลสำหรับเด็กพิเศษมากขึ้น และมีแนวทางการรักษาตามอาการของแต่ละบุคคลมากกว่าการให้การรักษาแบบเดียว

12. การได้ฝึกเด็กอย่างต่อเนื่องน่าจะทำให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้นเรื่อย ๆ เพราะเวลาเด็กอยู่ที่บ้าน เด็กก็จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ซึ่งจะไม่ค่อยได้ผลในการฝึกสักเท่าไหร่ แต่ถ้าเด็กได้มาทำกิจกรรมกับผู้บำบัดก็จะได้ผลดียิ่งขึ้น

13. อยากให้ฝึกนานกว่านี้ ให้เป็นทั้งโรงพยาบาลและโรงเรียนไปเลย ควรรับฝึกเด็กก่อนเข้าเรียนอนุบาล เด็กมาฝึกที่โรงพยาบาลนี้ได้อะไรมากกว่าปล่อยให้ไปอยู่ที่โรงเรียน

14. ต้องการได้รับบริการที่ต่อเนื่อง เพราะโรงพยาบาลคนไข้เยอะมาก บางสถานที่ไม่ต่อเนื่อง จำนวนฝึกน้อยครั้ง ทำให้เด็กขาดการกระตุ้น พัฒนาการช้าลง ความถี่การเข้ารับบริการบางอย่าง บางครั้ง 6 เดือน ต่อ 1 ครั้ง

15. อยากให้มีสถานพยาบาลของรัฐมากขึ้น นอกจากนี้อยากให้มีการส่งเสริมและให้ความรู้ผู้ปกครองในเรื่องการเข้าเรียนว่าเด็กควรจะเรียนอย่างไรจึงจะเหมาะสม

16. อยากให้เด็กมีสถานที่ฝึกและจำนวนวันที่ฝึกมากกว่านี้ และอยากให้ความรู้กับผู้ปกครองเรื่อง ประเภทของออทิสติก วิธีการรักษา วิธีการบำบัด วิธีการปรับพฤติกรรม

17. ควรจะมีการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องออทิสติกในสถานที่ต่างจังหวัดบ้าง

18. ควรมีสถานบริการเฉพาะด้านสำหรับเด็กออทิสติกมากกว่านี้ และมีค่าใช้จ่ายให้ถูกกว่านี้ ปัจจุบันชั่วโมงละ 500 บาท มีราคาแพงมาก

19. อยากให้มีครูฝึกพูดมาก ๆ

20. ค่าใช้จ่ายในการฝึกพูดมีราคาสูง อยากให้เพิ่มสถานบริการเกี่ยวกับเด็กออทิสติกให้มากขึ้น

21. อยากให้เด็กได้ฝึกพูดกับครูฝึกที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ แต่คิวยาวมาก และต้องปรับพฤติกรรมเด็กให้นิ่งก่อน ถึงจะฝึกได้

22. อยากให้เพิ่มบุคลากรในการรักษา และเพิ่มระยะเวลาในการรักษา ลดค่าใช้จ่ายลงให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ แนะนำแนวทางในการศึกษาต่อของเด็กและการเข้าเรียนในโรงเรียน

23. เวลาการรอคอยที่จะได้พบแพทย์นานมาก บางคราว 4-5 เดือน เวลาที่รอน่าจะมีคำแนะนำให้ผู้ปกครองทำอะไรกับเวลาเหล่านั้น และให้ทางรัฐเห็นความสำคัญแก่คนที่เป็นโรคนี้ให้มากกว่านี้ โรงเรียนที่จะรองรับเด็กก็มีน้อย เพราะเด็กออทิสติกดูแลยากและเหนื่อย อยากให้ประชาสัมพันธ์ให้ทุกคนรู้จักโรคนี้และสังเกตตั้งแต่ยังเล็ก

24. อยากให้นัดฝึกทุกๆ เดือน ประจำสม่ำเสมอมากขึ้น อยากพบแพทย์บ่อยขึ้น อยากได้รับคำแนะนำที่ชัดเจน

25. อยากให้มีบุคลากรทางด้านนี้มาก ๆ เพราะปัจจุบันบุคลากรน้อย ไม่เพียงพอต่อจำนวนเด็กที่ทำการตรวจรักษา หรือทำกิจกรรมด้านต่าง ๆ

26. ทุกโรงพยาบาล ขาดบุคลากรเกี่ยวกับเด็กเหล่านี้มาก ไปที่ไหนต้องรอคิวยาว ซึ่งเด็กออทิสติกจะรอไม่ค่อยได้ และต้องได้รับการฝึกอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เด็ก

27. การบำบัดด้วยออกซิเจน รอคิวนานและหาสถานที่บำบัดยาก

ตอนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติก

ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการ

5 = มีผลมากที่สุด
4 = มีผลมาก
3 = มีผลปานกลาง
2 = มีผลน้อย
1 = ไม่มีผล

3.1 ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ความเชื่อถือในตัวแพทย์ คำแนะนำของแพทย์ การนัดมาพบของแพทย์ การติดตามผลการรักษาของแพทย์ ความเชื่อถือในสถานพยาบาล ความคาดหวังที่จะให้เด็กมีอาการดีขึ้น การมีผู้แนะนำสถานพยาบาล ความคิดเห็นของเพื่อนและญาติ รายได้ของครอบครัว ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลและสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 26 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติก ในด้านปัจจัยสนับสนุน

ปัจจัยสนับสนุน	จำนวน (ร้อยละ) ระดับความคิดเห็น					$\bar{X}$	S. D.
	5	4	3	2	1		
1. ความเชื่อถือในตัวแพทย์	130 (42.8)	158 (52.0)	15 (4.9)	0 (-)	1 (0.3)	4.368	0.610
2. คำแนะนำของแพทย์	126 (41.4)	161 (53.0)	15 (4.9)	1 (0.3)	1 (0.3)	4.349	0.622
3. การนัดมาพบของแพทย์	102 (33.6)	161 (53.0)	33 (10.9)	0 (-)	8 (2.6)	4.174	0.722
4. การติดตามผลการรักษาของแพทย์	118 (38.8)	154 (50.7)	27 (8.9)	4 (1.3)	1 (0.3)	4.263	0.701
5. ความเชื่อถือในสถานพยาบาล	143 (47.0)	132 (43.4)	28 (9.2)	0 (-)	1 (0.3)	4.368	0.677

ตารางที่ 26 (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติก ในด้านปัจจัยสนับสนุน

ปัจจัยสนับสนุน	จำนวน (ร้อยละ) ระดับความคิดเห็น					$\overline{X}$	S. D.
	5	4	3	2	1		
6. ความคาดหวังที่จะให้เด็กมีอาการดีขึ้น	179 (58.9)	97 (31.9)	25 (8.2)	2 (0.7)	1 (0.3)	4.483	0.703
7. การมีผู้แนะนำสถานพยาบาล	59 (19.4)	142 (46.7)	80 (26.3)	16 (5.3)	7 (2.3)	3.757	0.905
8. ความคิดเห็นของเพื่อนและญาติ	36 (11.8)	120 (39.5)	117 (38.5)	24 (7.9)	7 (2.3)	3.507	0.886
9. รายได้ของครอบครัว	54 (17.8)	93 (30.6)	130 (42.8)	22 (7.2)	5 (1.6)	3.556	0.921
10. ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล	50 (16.4)	89 (29.3)	136 (44.7)	19 (6.3)	10 (3.3)	3.493	0.951
11. สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล	90 (29.6)	112 (36.8)	72 (23.7)	19 (6.3)	11 (3.6)	3.826	1.040
ค่าเฉลี่ยรวม = 4.013 S. D. = 0.794							

จากตารางที่ 26 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติกในด้านปัจจัยสนับสนุนพบว่าระดับของปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการมากที่สุดคือความคาดหวังที่จะให้เด็กมีอาการดีขึ้น ($\overline{X}$ = 4.483) รองลงมาคือความเชื่อถือในตัวแพทย์และความเชื่อถือในสถานพยาบาล ($\overline{X}$ = 4.368) และระดับของปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการน้อยที่สุดคือความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ($\overline{X}$ = 3.493)

3.2 ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ลักษณะอาการของเด็กออทิสติก ความรุนแรงของอาการและการรับรู้ของผู้ปกครองในอาการและความรุนแรง

ตารางที่ 27 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติก ในปัจจัยด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ) ระดับความคิดเห็น					$\overline{X}$	S. D.
	5	4	3	2	1		
1. ลักษณะอาการของเด็กออทิสติก	68 (22.4)	94 (30.9)	111 (36.5)	28 (9.2)	3 (1.0)	3.645	0.961
2. ความรุนแรงของอาการ	61 (20.1)	72 (23.7)	124 (40.8)	41 (13.5)	6 (2.0)	3.464	1.021
3. การรับรู้ของผู้ปกครองในอาการและความรุนแรง	57 (18.8)	109 (35.9)	107 (35.2)	27 (8.9)	4 (1.3)	3.618	0.933
ค่าเฉลี่ยรวม = 3.576 S. D. = 0.972							

จากตารางที่ 27 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติกในปัจจัยด้านสุขภาพพบว่าระดับของปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการมากที่สุดคือลักษณะอาการของเด็กออทิสติก ($\overline{X}$ = 3.645) รองลงมาคือการรับรู้ของผู้ปกครองในอาการและความรุนแรง ($\overline{X}$ = 3.618) และระดับของปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการน้อยที่สุดคือความรุนแรงของอาการ ($\overline{X}$ = 3.464)

3.3 ปัจจัยทางด้านสถานบริการ ได้แก่ ความสะดวกในสถานที่ตั้งของสถานพยาบาล ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ สถานที่จอดรถเพียงพอ มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน จำนวนบุคลากรเพียงพอต่อความต้องการ การประสานงานของเจ้าหน้าที่ อัธยาศัย ความใส่ใจของเจ้าหน้าที่ คุณภาพของบริการและค่าใช้จ่ายมีความเหมาะสม

ตารางที่ 28 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติก ในปัจจัยด้านสถานบริการ

ปัจจัยด้านสถานบริการ	จำนวน (ร้อยละ) ระดับความคิดเห็น					$\bar{X}$	S. D.
	5	4	3	2	1		
1. ความสะดวกในสถานที่ตั้งของสถานพยาบาล	81 (26.6)	138 (45.4)	73 (24.0)	9 (3.0)	3 (1.0)	3.938	0.844
2. ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ	81 (26.6)	128 (42.1)	79 (26.0)	12 (3.9)	4 (1.3)	3.888	0.890
3. สถานที่จอดรถเพียงพอ	49 (16.1)	110 (36.2)	103 (33.9)	24 (7.9)	18 (5.9)	3.487	1.044
4. มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน	59 (19.4)	146 (48.0)	77 (25.3)	16 (5.3)	6 (2.0)	3.776	0.888
5. จำนวนบุคลากรเพียงพอต่อความต้องการ	94 (30.9)	121 (39.8)	61 (20.1)	27 (8.9)	1 (0.3)	3.921	0.944
6. การประสานงานของเจ้าหน้าที่	94 (30.9)	147 (48.4)	58 (19.1)	5 (1.6)	0 (-)	4.086	0.749
7. อัธยาศัย ความใส่ใจของเจ้าหน้าที่	123 (40.5)	143 (47.0)	36 (11.8)	1 (0.3)	1 (0.3)	4.270	0.703
8. คุณภาพของบริการ	122 (40.1)	144 (47.4)	37 (12.2)	0 (-)	1 (0.3)	4.270	0.694

ตารางที่ 28 (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติก ในปัจจัยด้านสถานบริการ

ปัจจัยด้านสถานบริการ	จำนวน (ร้อยละ) ระดับความคิดเห็น					$\overline{X}$	S. D.
	5	4	3	2	1		
9. ค่าใช้จ่ายมีความเหมาะสม	86 (28.3)	117 (38.5)	84 (27.6)	9 (3.0)	8 (2.6)	3.868	0.949
ค่าเฉลี่ยรวม = 3.945 S. D. = 0.856							

จากตารางที่ 28 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติกในด้านปัจจัยทางด้านสถานบริการพบว่าระดับของปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการมากที่สุดคืออัธยาศัย ความใส่ใจของเจ้าหน้าที่และคุณภาพของบริการ ($\overline{X}$ = 4.270) รองลงมาคือการประสานงานของเจ้าหน้าที่ ($\overline{X}$ = 4.086) และระดับของปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการน้อยที่สุดคือสถานที่จอดรถเพียงพอ ($\overline{X}$ = 3.487)

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับบริการสุขภาพ

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับบริการสุขภาพด้านการรักษาด้วยยา

ตารางที่ 29 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรของผู้ปกครองด้านเพศกับบริการสุขภาพ

เพศ ผู้ปกครอง	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
การรักษาด้วยยา				
ชาย	41 (22.3)	19 (15.8)	1.907	0.167
หญิง	143 (77.7)	101 (84.2)		
พฤติกรรมบำบัด				
ชาย	45 (27.6)	15 (10.6)	13.742	< 0.001*
หญิง	118 (72.4)	126 (89.4)		
การฝึกและแก้ไขการพูด				
ชาย	36 (15.9)	24 (31.2)	8.507	0.004*
หญิง	191 (84.1)	53 (68.8)		
การฝึกทักษะทางสังคม				
ชาย	33 (22.6)	27 (17.1)	1.456	0.227
หญิง	113 (77.4)	131 (82.9)		
การกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ				
ชาย	52 (20.6)	8 (15.4)	0.750	0.386
หญิง	200 (79.4)	44 (84.6)		
กิจกรรมบำบัด				
ชาย	43 (19.4)	17 (20.7)	0.070	0.791
หญิง	179 (80.6)	65 (79.3)		
กายภาพบำบัด				
ชาย	11 (18.0)	49 (20.2)	0.140	0.708
หญิง	50 (82.0)	194 (79.8)		

ตารางที่ 29 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรของผู้ปกครองด้านเพศกับบริการสุขภาพ

เพศ ผู้ปกครอง	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
ฟลอไทม์(Floortime)				
ชาย	1 (4.3)	59 (21.0)	3.720	0.054
หญิง	22 (95.7)	222 (79.0)		
ศิลปะบำบัด				
ชาย	4 (14.3)	56 (20.3)	0.578	0.447
หญิง	24 (85.7)	220 (79.7)		
ดนตรีบำบัด				
ชาย	6 (15.8)	54 (20.3)	0.427	0.513
หญิง	32 (84.2)	212 (79.7)		
การฝังเข็ม				
ชาย	-	60 (19.9)	0.495	0.482
หญิง	2 (100)	242 (80.1)		
เครื่องเอชอีจี(HEG)				
ชาย	-	60 (21.4)	6.119	0.013*
หญิง	23 (100)	221 (78.6)		
การบำบัดด้วยออกซิเจน				
ชาย	2 (25.0)	58 (19.6)	0.144	0.705
หญิง	6 (75.0)	238 (80.4)		
การบำบัดด้วยสัตว์				
ชาย	2 (10.5)	58 (20.4)	1.085	0.298
หญิง	17 (89.5)	227 (79.6)		
การอบรม				
ชาย	26 (16.0)	34 (24.1)	3.180	0.075
หญิง	137 (84.0)	107 (75.9)		

จากตารางที่ 29 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรของผู้ปกครองด้านเพศกับบริการสุขภาพ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการฝึกพฤติกรรมบำบัด การฝึกและแก้ไขการพูด เครื่องเอชอีจี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 30 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครองด้านอายุกับบริการสุขภาพ

อายุผู้ปกครอง (ปี)	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
การรักษาด้วยยา				
20-29	15 (8.2)	19 (15.8)		
30-39	88 (47.8)	59 (49.2)	7.456	0.059
40 ขึ้นไป	81 (44.0)	42 (35.0)		
พฤติกรรมบำบัด				
20-29	15 (9.2)	19 (13.5)		
30-39	90 (55.2)	57 (40.4)	9.942	0.019*
40 ขึ้นไป	58 (35.6)	65 (46.1)		
การฝึกและแก้ไขการพูด				
20-29	22 (9.7)	12 (15.6)		
30-39	114 (50.2)	33 (42.9)	2.846	0.416
40 ขึ้นไป	91 (40.1)	32 (41.6)		
การฝึกทักษะทางสังคม				
20-29	13 (8.9)	21 (13.3)		
30-39	73 (50.0)	74 (46.8)	5.287	0.152
40 ขึ้นไป	60 (41.1)	63 (39.9)		
กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ				
20-29	29 (11.5)	5 (9.6)		
30-39	124 (49.2)	23 (44.2)	1.027	0.795
40 ขึ้นไป	99 (39.3)	24 (46.2)		

ตารางที่ 30 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครองด้านอายุกับบริการสุขภาพ

อายุผู้ปกครอง (ปี)	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
กิจกรรมบำบัด				
20-29	24 (10.8)	10 (12.2)		
30-39	98 (44.1)	49 (59.8)	7.398	0.060
40 ขึ้นไป	100 (45.0)	23 (28.0)		
กายภาพบำบัด				
20-29	6 (9.8)	28 (11.5)		
30-39	22 (36.1)	125 (51.4)	6.293	0.098
40 ขึ้นไป	33 (54.1)	90 (37.0)		
ฟลอไทม์(Floortime)				
20-29	2 (8.7)	32 (11.4)		
30-39	14 (60.9)	133 (47.3)	2.238	0.525
40 ขึ้นไป	7 (30.4)	116 (41.3)		
ศิลปะบำบัด				
20-29	3 (10.7)	31 (11.2)		
30-39	13 (46.4)	134 (48.6)	1.271	0.736
40 ขึ้นไป	12 (42.9)	111 (40.2)		
ดนตรีบำบัด				
20-29	2 (5.3)	32 (12.0)		
30-39	20 (52.6)	127 (47.7)	4.351	0.226
40 ขึ้นไป	16 (42.1)	107 (27.1)		

ตารางที่ 30 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครองด้านอายุกับบริการสุขภาพ

อายุผู้ปกครอง (ปี)	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
การฝังเข็ม				
20-29	-	34 (11.3)		
30-39	1 (50.0)	146 (48.3)	0.807	0.848
40 ขึ้นไป	1 (50.0)	122 (40.4)		
เครื่องเอชอีจี(HEG)				
20-29	1 (4.3)	33 (11.7)		
30-39	10 (43.5)	137 (48.8)	3.074	0.380
40 ขึ้นไป	12 (52.2)	111 (39.5)		
การบำบัดด้วยออกซิเจน				
20-29	-	34 (11.5)		
30-39	6 (75.0)	141 (47.6)	3.157	0.368
40 ขึ้นไป	2 (25.0)	121 (40.9)		
การบำบัดด้วยสัตว์				
20-29	2 (10.5)	32 (11.2)		
30-39	8 (42.1)	139 (48.8)	2.334	0.506
40 ขึ้นไป	9 (47.4)	114 (40.0)		
การอบรม				
20-29	18 (11.0)	16 (11.3)		
30-39	92 (56.4)	55 (39.0)	11.588	0.009*
40 ขึ้นไป	53 (32.5)	70 (49.6)		

จากตารางที่ 30 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครองด้านอายุกับบริการสุขภาพ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการฝึกพฤติกรรมบำบัด และการฝึกอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 31 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครองด้านศาสนากับบริการสุขภาพ

ศาสนา	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
การรักษาด้วยยา				
พุทธ	180 (97.8)	116 (96.7)		
คริสต์	-	2 (1.7)	3.171	0.205
อิสลาม	4 (2.2)	2 (1.7)		
พฤติกรรมบำบัด				
พุทธ	157 (96.3)	139 (98.6)		
คริสต์	2 (1.2)	-	2.181	0.336
อิสลาม	4 (2.5)	2 (1.4)		
การฝึกและแก้ไขการพูด				
พุทธ	220 (96.9)	76 (98.7)		
คริสต์	2 (0.9)	-	0.935	0.626
อิสลาม	5 (2.2)	1 (1.3)		
การฝึกทักษะทางสังคม				
พุทธ	142 (97.3)	154 (97.5)		
คริสต์	1 (0.7)	1 (0.6)	0.013	0.994
อิสลาม	3 (2.1)	3 (1.9)		
การกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ				
พุทธ	246 (97.6)	50 (96.2)		
คริสต์	2 (0.8)	-	1.537	0.464
อิสลาม	4 (1.6)	2 (3.8)		
กิจกรรมบำบัด				
พุทธ	215 (96.8)	81 (98.8)		
คริสต์	1 (0.5)	1 (1.2)	2.778	0.249
อิสลาม	6 (2.7)	-		

ตารางที่ 31 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครองด้านศาสนากับบริการสุขภาพ

ศาสนา	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
กายภาพบำบัด				
พุทธ	57 (93.4)	239 (98.4)		
คริสต์	1 (1.6)	1 (0.4)	4.590	0.101
อิสลาม	3 (4.9)	3 (1.2)		
ฟลอไทม์(Floortime)				
พุทธ	23 (100)	273 (97.2)	0.673	0.714
คริสต์	-	2 (0.7)		
อิสลาม	-	6 (2.1)		
ศิลปะบำบัด				
พุทธ	27 (96.4)	269 (97.5)		
คริสต์	-	2 (0.7)	0.605	0.739
อิสลาม	1 (3.6)	5 (1.8)		
ดนตรีบำบัด				
พุทธ	34 (89.5)	262 (98.5)		
คริสต์	1 (2.6)	1 (0.4)	10.564	0.005*
อิสลาม	3 (7.9)	3 (1.1)		
การฝังเข็ม				
พุทธ	2 (100)	294 (97.4)		
คริสต์	-	2 (0.7)	0.054	0.973
อิสลาม	-	6 (2.0)		

ตารางที่ 31 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครองด้านศาสนากับบริการสุขภาพ

ศาสนา	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
เครื่องเอชอีจี(HEG)				
พุทธ	22 (95.7)	274 (97.5)		
คริสต์	-	2 (0.7)	0.882	0.643
อิสลาม	1 (4.3)	5 (1.8)		
การบำบัดด้วยออกซิเจน				
พุทธ	8 (100)	288 (97.3)		
คริสต์	-	2 (0.7)	0.222	0.895
อิสลาม	-	6 (2.0)		
การบำบัดด้วยสัตว์				
พุทธ	19 (100)	277 (97.2)		
คริสต์	-	2 (0.7)	0.548	0.760
อิสลาม	-	6 (2.1)		
การอบรม				
พุทธ	157 (96.3)	139 (98.6)		
คริสต์	1 (0.6)	1 (0.7)	2.181	0.336
อิสลาม	5 (3.1)	1 (0.7)		

จากตารางที่ 31 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครองด้านศาสนากับบริการสุขภาพ พบว่า ศาสนามีความสัมพันธ์กับการฝึกดนตรีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 32 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครองด้านระดับการศึกษากับบริการสุขภาพ

ระดับการศึกษา	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
การรักษาด้วยยา				
อุดมศึกษา	89 (48.4)	64 (53.3)	3.047	0.881
มัธยมศึกษา	66 (35.9)	39 (32.5)		
ประถมศึกษา	27 (14.7)	16 (13.3)		
ไม่เคยได้รับการศึกษา	2 (1.1)	1 (0.8)		
พฤติกรรมบำบัด				
อุดมศึกษา	84 (51.5)	69 (48.9)	5.374	0.614
มัธยมศึกษาตอนต้น	55 (33.7)	50 (35.5)		
ประถมศึกษา	23 (14.1)	20 (14.2)		
ไม่เคยได้รับการศึกษา	1 (0.6)	2 (1.4)		
การฝึกและแก้ไขการพูด				
อุดมศึกษา	121 (53.3)	32 (41.6)	12.026	0.100
มัธยมศึกษาตอนต้น	77 (33.9)	28 (36.4)		
ประถมศึกษา	26 (11.5)	17 (22.1)		
ไม่เคยได้รับการศึกษา	3 (1.3)	-		
การฝึกทักษะทางสังคม				
อุดมศึกษา	75 (51.4)	78 (49.4)	6.869	0.443
มัธยมศึกษาตอนต้น	45 (30.8)	60 (38.0)		
ประถมศึกษา	23 (15.8)	20 (12.7)		
ไม่เคยได้รับการศึกษา	3 (2.1)	-		

ตารางที่ 32 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครองด้านระดับการศึกษากับบริการสุขภาพ

ระดับการศึกษา	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ				
อุดมศึกษา	132 (52.4)	21 (40.4)	17.709	0.013*
มัธยมศึกษา	85 (33.8)	20 (38.5)		
ประถมศึกษา	33 (13.1)	10 (19.2)		
ไม่เคยได้รับการศึกษา	2 (0.8)	1 (1.9)		
กิจกรรมบำบัด				
อุดมศึกษา	107 (48.2)	46 (56.1)	5.846	0.558
มัธยมศึกษาตอนต้น	81 (36.5)	24 (29.3)		
ประถมศึกษา	31 (14.0)	12 (14.6)		
ไม่เคยได้รับการศึกษา	3 (1.4)	-		
กายภาพบำบัด				
อุดมศึกษา	28 (45.9)	125 (51.4)	7.632	0.366
มัธยมศึกษาตอนต้น	20 (32.8)	85 (35.0)		
ประถมศึกษา	12 (19.7)	31 (12.8)		
ไม่เคยได้รับการศึกษา	1 (1.6)	2 (0.8)		
ฟลอไทม์(Floortime)				
อุดมศึกษา	14 (60.9)	139 (49.5)	18.816	0.009*
มัธยมศึกษาตอนต้น	7 (30.4)	98 (34.9)		
ประถมศึกษา	2 (8.7)	41 (14.6)		
ไม่เคยได้รับการศึกษา	-	3 (1.1)		

ตารางที่ 32 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครองด้านระดับการศึกษากับบริการสุขภาพ

ระดับการศึกษา	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
ศิลปะบำบัด				
อุดมศึกษา	10 (35.7)	143 (51.8)	19.772	0.006*
มัธยมศึกษาตอนต้น	14 (50.0)	91 (33.0)		
ประถมศึกษา	3 (10.7)	40 (14.5)		
ไม่เคยได้รับการศึกษา	1 (3.6)	2 (0.7)		
ดนตรีบำบัด				
อุดมศึกษา	19 (50.0)	134 (50.4)	10.735	0.151
มัธยมศึกษาตอนต้น	14 (36.8)	91 (34.2)		
ประถมศึกษา	4 (10.5)	39 (14.7)		
ไม่เคยได้รับการศึกษา	1 (2.6)	2 (0.8)		
การฝังเข็ม				
อุดมศึกษา	1 (50.0)	152 (50.3)	5.188	0.637
มัธยมศึกษาตอนต้น	-	105 (34.8)		
ประถมศึกษา	1 (50.0)	42 (13.9)		
ไม่เคยได้รับการศึกษา	-	3 (1.0)		
เครื่องเอชอีจี(HEG)				
อุดมศึกษา	15 (65.2)	138 (49.1)	18.620	0.009*
มัธยมศึกษาตอนต้น	7 (30.4)	98 (34.9)		
ประถมศึกษา	1 (4.3)	42 (14.9)		
ไม่เคยได้รับการศึกษา	-	3 (1.1)		

ตารางที่ 32 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครองด้านระดับการศึกษากับบริการสุขภาพ

ระดับการศึกษา	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
การบำบัดด้วยออกซิเจน				
อุดมศึกษา	7 (87.5)	146 (49.3)	15.188	0.034*
มัธยมศึกษาตอนต้น	1 (12.5)	104 (35.1)		
ประถมศึกษา	-	43 (14.5)		
ไม่เคยได้รับการศึกษา	-	3 (1.0)		
การบำบัดด้วยสัตว์				
อุดมศึกษา	10 (52.6)	143 (50.2)	7.668	0.363
มัธยมศึกษาตอนต้น	9 (47.4)	96 (33.7)		
ประถมศึกษา	-	43 (15.1)		
ไม่เคยได้รับการศึกษา	-	3 (1.1)		
การอบรม				
อุดมศึกษา	87 (53.4)	66 (46.8)	5.145	0.642
มัธยมศึกษาตอนต้น	56 (34.4)	49 (34.8)		
ประถมศึกษา	18 (11.0)	25 (17.7)		
ไม่เคยได้รับการศึกษา	2 (1.2)	1 (0.7)		

จากตารางที่ 32 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครองด้านระดับการศึกษากับบริการสุขภาพ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ ฟลอไทม์ ศิลปะบำบัด เครื่องเอชอีจี และการบำบัดด้วยออกซิเจน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 33 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครองด้านอาชีพหลักกับบริการสุขภาพ

อาชีพหลัก	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
การรักษาด้วยยา				
ว่างงาน / แม่บ้าน	60 (32.6)	47 (39.2)	9.814	0.366
ลูกจ้าง	55 (29.9)	36 (30.0)		
อาชีพส่วนตัว	48 (26.1)	30 (25.0)		
รับราชการ	21 (11.4)	7 (5.8)		
พฤติกรรมบำบัด				
ว่างงาน / แม่บ้าน	55 (33.7)	52 (36.9)	7.141	0.622
ลูกจ้าง	50 (30.7)	41 (29.1)		
อาชีพส่วนตัว	41 (25.2)	37 (26.2)		
รับราชการ	17 (10.4)	11 (7.8)		
การฝึกและแก้ไขการพูด				
ว่างงาน / แม่บ้าน	85 (37.4)	22 (28.6)	12.845	0.170
ลูกจ้าง	61 (26.9)	30 (39.0)		
อาชีพส่วนตัว	56 (24.7)	22 (28.6)		
รับราชการ	25 (11.0)	3 (3.9)		
การฝึกทักษะทางสังคม				
ว่างงาน / แม่บ้าน	49 (33.6)	58 (36.7)	5.255	0.811
ลูกจ้าง	44 (30.1)	47 (29.7)		
อาชีพส่วนตัว	38 (26.0)	40 (25.3)		
รับราชการ	15 (10.3)	13 (8.2)		

ตารางที่ 33 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครองด้านอาชีพหลักกับบริการสุขภาพ

อาชีพหลัก	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ				
ว่างงาน / แม่บ้าน	82 (32.5)	25 (48.1)	11.527	0.241
ลูกจ้าง	77 (30.6)	14 (26.9)		
อาชีพส่วนตัว	68 (27.0)	10 (19.2)		
รับราชการ	25 (9.9)	3 (5.8)		
กิจกรรมบำบัด				
ว่างงาน / แม่บ้าน	84 (37.8)	23 (28.0)	12.657	0.179
ลูกจ้าง	58 (26.1)	33 (40.2)		
อาชีพส่วนตัว	60 (27.0)	18 (22.0)		
รับราชการ	20 (9.0)	8 (9.8)		
กายภาพบำบัด				
ว่างงาน / แม่บ้าน	24 (39.3)	83 (34.2)	8.547	0.480
ลูกจ้าง	20 (32.8)	71 (29.2)		
อาชีพส่วนตัว	11 (18.0)	67 (27.6)		
รับราชการ	6 (9.8)	22 (9.1)		
ฟลอไทม์(Floortime)				
ว่างงาน / แม่บ้าน	10 (43.5)	97 (34.5)	4.437	0.880
ลูกจ้าง	8 (34.8)	83 (29.5)		
อาชีพส่วนตัว	3 (13.0)	75 (26.7)		
รับราชการ	2 (8.7)	26 (9.3)		

ตารางที่ 33 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครองด้านอาชีพหลักกับบริการสุขภาพ

อาชีพหลัก	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
ศิลปะบำบัด				
ว่างงาน / แม่บ้าน	12 (42.9)	95 (34.4)	4.668	0.862
ลูกจ้าง	9 (32.1)	82 (29.7)		
อาชีพส่วนตัว	6 (21.4)	72 (26.1)		
รับราชการ	1 (3.6)	27 (9.8)		
ดนตรีบำบัด				
ว่างงาน / แม่บ้าน	14 (36.8)	93 (35.0)	11.112	0.268
ลูกจ้าง	11 (28.9)	80 (30.1)		
อาชีพส่วนตัว	10 (26.3)	68 (25.6)		
รับราชการ	3 (7.9)	25 (9.4)		
การฝังเข็ม				
ว่างงาน / แม่บ้าน	1 (50.0)	106 (35.1)	1.559	0.997
ลูกจ้าง	-	91 (30.1)		
อาชีพส่วนตัว	1 (50.0)	77 (25.5)		
รับราชการ	-	28 (9.3)		
เครื่องเอชอีจี(HEG)				
ว่างงาน / แม่บ้าน	8 (34.8)	99 (35.2)	14.488	0.106
ลูกจ้าง	2 (8.7)	89 (31.7)		
อาชีพส่วนตัว	8 (34.8)	70 (24.9)		
รับราชการ	5 (21.7)	23 (8.2)		

ตารางที่ 33 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครองด้านอาชีพหลักกับบริการสุขภาพ

อาชีพหลัก	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
การบำบัดด้วยออกซิเจน				
ว่างงาน / แม่บ้าน	2 (25.0)	105 (35.5)	22.197	0.008*
ลูกจ้าง	4 (50.0)	87 (29.4)		
อาชีพส่วนตัว	-	78 (26.4)		
รับราชการ	2 (25.0)	26 (8.8)		
การบำบัดด้วยสัตว์				
ว่างงาน / แม่บ้าน	12 (63.2)	95 (33.3)	29.865	< 0.0001*
ลูกจ้าง	3 (15.8)	88 (30.9)		
อาชีพส่วนตัว	1 (5.3)	77 (27.0)		
รับราชการ	3 (15.8)	25 (8.8)		
การอบรม				
ว่างงาน / แม่บ้าน	65 (39.9)	42 (29.8)	10.685	0.298
ลูกจ้าง	45 (27.6)	46 (32.6)		
อาชีพส่วนตัว	36 (22.1)	42 (29.8)		
รับราชการ	17 (10.4)	11 (7.8)		

จากตารางที่ 33 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครองด้านอาชีพหลักกับบริการสุขภาพ พบว่าอาชีพหลักมีความสัมพันธ์กับ การบำบัดด้วยออกซิเจน และการบำบัดด้วยสัตว์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 34 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครองด้านรายได้กับบริการสุขภาพ

รายได้ (บาท)	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
การรักษาด้วยยา				
ต่ำกว่า 10,000	89 (48.4)	51 (42.5)	2.314	0.678
10,000 – 20,000	48 (26.1)	30 (25.0)		
20,001 – 30,000	26 (14.1)	24 (20.0)		
มากกว่า 30,000	21 (11.4)	15 (12.5)		
พฤติกรรมบำบัด				
ต่ำกว่า 10,000	65 (39.9)	75 (53.2)	7.473	0.113
10,000 – 20,000	47 (28.8)	31 (22.0)		
20,001 – 30,000	32 (19.6)	18 (12.8)		
มากกว่า 30,000	19 (11.7)	17 (12.1)		
การฝึกและแก้ไขการพูด				
ต่ำกว่า 10,000	103 (45.4)	37 (48.1)	1.036	0.904
10,000 – 20,000	57 (25.1)	21 (27.3)		
20,001 – 30,000	40 (17.6)	10 (13.0)		
มากกว่า 30,000	27 (11.9)	9 (11.7)		
การฝึกทักษะทางสังคม				
ต่ำกว่า 10,000	57 (39.0)	83 (52.5)	6.612	0.158
10,000 – 20,000	40 (27.4)	38 (24.1)		
20,001 – 30,000	30 (20.5)	20 (12.7)		
มากกว่า 30,000	19 (13.0)	17 (10.8)		

ตารางที่ 34 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครองด้านรายได้กับบริการสุขภาพ

รายได้ (บาท)	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ				
ต่ำกว่า 10,000	108 (42.9)	32 (61.5)	6.774	0.148
10,000 – 20,000	70 (27.8)	8 (15.4)		
20,001 – 30,000	44 (17.5)	6 (11.5)		
มากกว่า 30,000	30 (11.9)	6 (11.5)		
กิจกรรมบำบัด				
ต่ำกว่า 10,000	103 (46.4)	37 (45.1)	0.753	0.945
10,000 – 20,000	55 (24.8)	23 (28.0)		
20,001 – 30,000	38 (17.1)	12 (14.6)		
มากกว่า 30,000	26 (11.7)	10 (12.2)		
กายภาพบำบัด				
ต่ำกว่า 10,000	28 (45.9)	112 (46.1)	2.043	0.728
10,000 – 20,000	13 (21.3)	65 (26.7)		
20,001 – 30,000	13 (21.3)	37 (15.2)		
มากกว่า 30,000	7 (11.5)	29 (11.9)		
ฟลอไทม์(Floortime)				
ต่ำกว่า 10,000	7 (30.4)	133 (47.3)	5.216	0.266
10,000 – 20,000	8 (34.8)	70 (24.9)		
20,001 – 30,000	3 (13.0)	47 (16.7)		
มากกว่า 30,000	5 (21.7)	31 (11.0)		

ตารางที่ 34 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครองด้านรายได้กับบริการสุขภาพ

รายได้ (บาท)	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
ศิลปะบำบัด				
ต่ำกว่า 10,000	16 (57.1)	124 (44.9)	3.549	0.471
10,000 – 20,000	5 (17.9)	73 (26.4)		
20,001 – 30,000	5 (17.9)	45 (16.3)		
มากกว่า 30,000	2 (7.1)	34 (12.3)		
ดนตรีบำบัด				
ต่ำกว่า 10,000	13 (34.2)	127 (47.7)	2.960	0.565
10,000 – 20,000	11 (28.9)	67 (25.2)		
20,001 – 30,000	9 (23.7)	41 (15.4)		
มากกว่า 30,000	5 (13.2)	31 (11.7)		
การฝังเข็ม				
ต่ำกว่า 10,000	2 (100.0)	138 (45.7)	2.668	0.615
10,000 – 20,000	-	78 (25.8)		
20,001 – 30,000	-	50 (16.6)		
มากกว่า 30,000	-	36 (11.9)		
เครื่องเอชอีจี(HEG)				
ต่ำกว่า 10,000	8 (34.8)	132 (47.0)	4.588	0.332
10,000 – 20,000	5 (21.7)	73 (26.0)		
20,001 – 30,000	6 (26.1)	44 (15.7)		
มากกว่า 30,000	4 (17.4)	32 (11.4)		

ตารางที่ 34 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครองด้านรายได้กับบริการสุขภาพ

รายได้ (บาท)	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
การบำบัดด้วยออกซิเจน				
ต่ำกว่า 10,000	-	140 (47.3)	9.860	0.043*
10,000 – 20,000	3 (37.5)	75 (25.3)		
20,001 – 30,000	4 (50.0)	46 (15.5)		
มากกว่า 30,000	1 (12.5)	35 (11.8)		
การบำบัดด้วยสัตว์				
ต่ำกว่า 10,000	8 (42.1)	132 (46.3)	7.584	0.108
10,000 – 20,000	2 (10.5)	76 (26.7)		
20,001 – 30,000	7 (36.8)	43 (15.1)		
มากกว่า 30,000	2 (10.5)	34 (11.9)		
การอบรม				
ต่ำกว่า 10,000	79 (48.5)	61 (43.3)	2.106	0.716
10,000 – 20,000	37 (22.7)	41 (29.1)		
20,001 – 30,000	28 (17.2)	22 (15.6)		
มากกว่า 30,000	19 (11.7)	17 (12.1)		

จากตารางที่ 34 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของผู้ปกครองด้านรายได้กับบริการสุขภาพ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับ การบำบัดด้วยออกซิเจน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 35 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของเด็กออทิสติกด้านเพศกับบริการสุขภาพ

เพศ	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
การรักษาด้วยยา				
ชาย	155 (84.2)	89 (74.2)	4.652	0.031*
หญิง	29 (15.8)	31 (25.8)		
พฤติกรรมบำบัด				
ชาย	122 (74.8)	122 (86.5)	6.509	0.011*
หญิง	41 (25.2)	19 (13.5)		
การฝึกและแก้ไขการพูด				
ชาย	187 (82.4)	57 (74.0)	2.532	0.112
หญิง	40 (17.6)	20 (26.0)		
การฝึกทักษะทางสังคม				
ชาย	122 (83.6)	122 (77.2)	1.929	0.165
หญิง	24 (16.4)	36 (22.8)		
กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ				
ชาย	202 (80.2)	42 (80.8)	0.010	0.920
หญิง	50 (19.8)	10 (19.2)		
กิจกรรมบำบัด				
ชาย	180 (81.1)	64 (78.0)	0.348	0.555
หญิง	42 (18.9)	18 (22.0)		

ตารางที่ 35 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของเด็กออทิสติกด้านเพศกับบริการสุขภาพ

เพศ	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
กายภาพบำบัด				
ชาย	48 (78.7)	196 (80.7)	0.119	0.730
หญิง	13 (21.3)	47 (19.3)		
ฟลอไทม์(Floortime)				
ชาย	18 (78.3)	226 (80.4)	0.063	0.802
หญิง	5 (21.7)	55 (19.6)		
ศิลปะบำบัด				
ชาย	23 (82.1)	221 (80.1)	0.069	0.793
หญิง	5 (17.9)	55 (19.9)		
ดนตรีบำบัด				
ชาย	34 (89.5)	210 (78.9)	2.326	0.127
หญิง	4 (10.5)	56 (21.1)		
การฝังเข็ม				
ชาย	2 (100)	242 (80.1)	0.495	0.482
หญิง	-	60 (19.9)		
เครื่องเอชอีจี(HEG)				
ชาย	21 (91.3)	223 (79.4)	1.915	0.166
หญิง	2 (8.7)	58 (20.6)		

ตารางที่ 35 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของเด็กออทิสติกด้านเพศกับบริการสุขภาพ

เพศ	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
การบำบัดด้วยออกซิเจน				
ชาย	6 (75.0)	238 (80.4)	0.144	0.705
หญิง	2 (25.0)	58 (19.6)		
การบำบัดด้วยสัตว์				
ชาย	16 (84.2)	228 (80.0)	0.199	0.655
หญิง	3 (15.8)	57 (20.0)		

จากตารางที่ 35 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของเด็กออทิสติกด้านเพศกับบริการสุขภาพ พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการรักษาด้วยยา พฤติกรรมบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 36 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของเด็กออทิสติกด้านอายุกับบริการสุขภาพ

อายุ (ปี)	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
การรักษาด้วยยา				
2 - 5	81 (44.0)	87 (72.5)		
6 - 9	56 (30.4)	27 (22.5)	29.916	< 0.001*
10 – 13	47 (25.5)	6 (5.0)		
พฤติกรรมบำบัด				
2 - 5	87 (53.4)	81 (57.4)		
6 - 9	43 (26.4)	40 (28.4)	1.929	0.381
10 – 13	33 (20.2)	20 (14.2)		

ตารางที่ 36 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของเด็กออทิสติกด้านอายุกับบริการสุขภาพ

อายุ (ปี)	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
การฝึกและแก้ไขการพูด				
2 - 5	125 (55.1)	43 (55.8)		
6 - 9	62 (27.3)	21 (27.3)	0.024	0.988
10 - 13	40 (17.6)	13 (16.9)		
การฝึกทักษะทางสังคม				
2 - 5	81 (55.5)	87 (55.1)		
6 - 9	42 (28.8)	41 (25.9)	0.678	0.712
10 - 13	23 (15.8)	30 (19.0)		
กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ				
2 - 5	145 (57.5)	23 (44.2)		
6 - 9	68 (27.0)	15 (28.8)	4.676	0.097
10 - 13	39 (15.5)	14 (26.9)		
กิจกรรมบำบัด				
2 - 5	111 (50.0)	57 (69.5)		
6 - 9	67 (30.2)	16 (19.5)	9.308	0.010*
10 - 13	44 (19.8)	9 (11.0)		
กายภาพบำบัด				
2 - 5	24 (39.3)	144 (59.3)		
6 - 9	26 (42.6)	57 (23.5)	10.075	0.006*
10 - 13	11 (18.0)	42 (17.3)		

ตารางที่ 36 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของเด็กออทิสติกด้านอายุกับบริการสุขภาพ

อายุ (ปี)	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
ฟลอไทม์(Floortime)				
2 - 5	19 (82.6)	149 (53.0)		
6 - 9	3 (13.0)	80 (28.5)	7.664	0.022*
10 - 13	1 (4.3)	52 (18.5)		
ศิลปะบำบัด				
2 - 5	9 (32.1)	159 (57.6)		
6 - 9	9 (32.1)	74 (26.8)	9.159	0.010*
10 - 13	10 (35.7)	43 (15.6)		
ดนตรีบำบัด				
2 - 5	19 (50.0)	149 (56.0)		
6 - 9	9 (23.7)	74 (27.8)	2.391	0.303
10 - 13	10 (26.3)	43 (16.2)		
การฝังเข็ม				
2 - 5	-	168 (55.6)		
6 - 9	-	83 (27.5)	9.534	0.009*
10 - 13	2 (100)	51 (16.9)		
เครื่องเอชอีจี(HEG)				
2 - 5	5 (21.7)	163 (58.0)		
6 - 9	10 (43.5)	73 (26.0)	11.740	0.003*
10 - 13	8 (34.8)	45 (16.0)		

ตารางที่ 36 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของเด็กออทิสติกด้านอายุกับบริการสุขภาพ

อายุ (ปี)	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
การบำบัดด้วยออกซิเจน				
2 - 5	6 (75.0)	162 (54.7)		
6 - 9	2 (25.0)	81 (27.4)	2.028	0.363
10 - 13	-	53 (17.9)		
การบำบัดด้วยสัตว์				
2 - 5	10 (52.6)	158 (55.4)		
6 - 9	3 (15.8)	80 (28.1)	3.335	0.189
10 - 13	6 (31.6)	47 (16.5)		

จากตารางที่ 36 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของเด็กออทิสติกด้านอายุกับบริการสุขภาพ พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับการรักษาด้วยยา กิจกรรมบำบัด กายภาพบำบัด ฟลอไทม์ ศิลปะบำบัด การฝังเข็ม และเครื่องเอชอีจี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 37 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของเด็กออทิสติกด้านระดับการศึกษากับบริการสุขภาพ

ระดับการศึกษา	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
การรักษาด้วยยา				
ไม่ได้ศึกษา	86 (46.7)	60 (50.0)		
อนุบาล	48 (26.1)	43 (35.8)	21.385	0.030*
ประถมศึกษา - มัธยมศึกษาปีที่ 1	50 (27.2)	17 (14.2)		
พฤติกรรมบำบัด				
ไม่ได้ศึกษา	81 (49.7)	65 (46.1)		
อนุบาล	50 (30.7)	41 (29.1)	12.736	0.311
ประถมศึกษา - มัธยมศึกษาปีที่ 1	32 (19.6)	35 (24.8)		
การฝึกและแก้ไขการพูด				
ไม่ได้ศึกษา	103 (45.4)	43 (55.8)		
อนุบาล	74 (32.6)	17 (22.1)	6.310	0.852
ประถมศึกษา - มัธยมศึกษาปีที่ 1	50 (22.0)	17 (22.1)		
การฝึกทักษะทางสังคม				
ไม่ได้ศึกษา	69 (47.3)	77 (48.7)		
อนุบาล	44 (30.1)	47 (29.7)	6.563	0.833
ประถมศึกษา - มัธยมศึกษาปีที่ 1	33 (22.6)	34 (21.5)		
กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ				
ไม่ได้ศึกษา	130 (51.6)	16 (30.8)		
อนุบาล	70 (27.8)	21 (40.4)	26.808	0.005*
ประถมศึกษา - มัธยมศึกษาปีที่ 1	52 (20.6)	15 (28.8)		

ตารางที่ 37 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของเด็กออทิสติกด้านระดับการศึกษากับบริการสุขภาพ

ระดับการศึกษา	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
กิจกรรมบำบัด				
ไม่ได้ศึกษา	102 (45.9)	44 (53.7)		
อนุบาล	65 (29.3)	26 (31.7)	18.193	0.077
ประถมศึกษา - มัธยมศึกษาปีที่ 1	55 (24.8)	12 (14.6)		
กายภาพบำบัด				
ไม่ได้ศึกษา	26 (42.6)	120 (49.4)		
อนุบาล	17 (27.9)	74 (30.5)	16.034	0.140
ประถมศึกษา - มัธยมศึกษาปีที่ 1	18 (29.5)	49 (20.2)		
ฟลอไทม์				
ไม่ได้ศึกษา	11 (47.8)	135 (48.0)		
อนุบาล	11 (47.8)	80 (28.5)	9.449	0.581
ประถมศึกษา - มัธยมศึกษาปีที่ 1	1 (4.3)	66 (23.5)		
ศิลปะบำบัด				
ไม่ได้ศึกษา	12 (42.9)	134 (48.6)		
อนุบาล	5 (17.9)	86 (31.2)	17.539	0.093
ประถมศึกษา - มัธยมศึกษาปีที่ 1	11 (39.3)	56 (20.3)		
ดนตรีบำบัด				
ไม่ได้ศึกษา	14 (36.8)	132 (49.6)		
อนุบาล	13 (34.2)	78 (29.3)	12.680	0.315
ประถมศึกษา - มัธยมศึกษาปีที่ 1	11 (28.9)	56 (21.1)		

ตารางที่ 37 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของเด็กออทิสติกด้านระดับการศึกษากับบริการสุขภาพ

ระดับการศึกษา	เข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	P-value
	เคย	ไม่เคย		
การฝังเข็ม				
ไม่ได้ศึกษา	1 (50.0)	145 (48.0)		
อนุบาล	-	91 (30.1)	10.804	0.460
ประถมศึกษา - มัธยมศึกษาปีที่ 1	1 (50.0)	66 (21.9)		
เครื่องเอชอีจี(HEG)				
ไม่ได้ศึกษา	9 (39.1)	137 (48.8)		
อนุบาล	3 (13.0)	88 (31.3)	19.094	0.059
ประถมศึกษา - มัธยมศึกษาปีที่ 1	11 (47.8)	56 (19.9)		
การบำบัดด้วยออกซิเจน				
ไม่ได้ศึกษา	5 (62.5)	141 (47.6)		
อนุบาล	1 (12.5)	90 (30.4)	7.902	0.722
ประถมศึกษา - มัธยมศึกษาปีที่ 1	2 (25.0)	65 (22.0)		
การบำบัดด้วยสัตว์				
ไม่ได้ศึกษา	6 (31.6)	140 (49.1)		
อนุบาล	7 (36.8)	84 (29.5)	12.914	0.299
ประถมศึกษา - มัธยมศึกษาปีที่ 1	6 (31.6)	61 (21.4)		
การอบรม				
ไม่ได้ศึกษา	79 (48.5)	67 (47.5)		
อนุบาล	48 (29.4)	43 (30.5)	6.357	0.849
ประถมศึกษา - มัธยมศึกษาปีที่ 1	36 (22.1)	31 (22.0)		

จากตารางที่ 37 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรของเด็กออทิสติกด้านระดับการศึกษากับบริการสุขภาพ พบว่าการศึกษาของเด็กออทิสติก มีความสัมพันธ์กับการรักษาด้วยยาการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 38 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยสนับสนุนกับบริการสุขภาพ

บริการสุขภาพ	ระดับความสำคัญ จำนวน(ร้อยละ)					χ^2	P-value
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีผล		
การรักษาด้วยยา							
เคย	85(46.2)	95(51.6)	3(1.6)	1(0.5)	-	2.235	0.525
ไม่เคย	47(39.2)	71(59.2)	2(1.7)	-	-		
พฤติกรรมบำบัด							
เคย	74(45.4)	85(52.1)	4(2.5)	-	-	3.261	0.353
ไม่เคย	58(41.1)	81(57.4)	1(0.7)	1(0.7)	-		
การฝึกและแก้ไขการพูด							
เคย	104(45.8)	119(52.4)	3(1.3)	1(0.4)	-	2.873	0.412
ไม่เคย	28(36.4)	47(61.0)	2(2.6)	-	-		
การฝึกทักษะทางสังคม							
เคย	68(46.6)	75(51.4)	3(2.1)	-	-	2.393	0.495
ไม่เคย	64(40.5)	91(57.6)	2(1.3)	1(0.6)	-		
กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ							
เคย	110(43.7)	136(54.0)	5(2.0)	1(0.4)	-	1.365	0.714
ไม่เคย	22(42.3)	30(57.7)	-	-	-		
กิจกรรมบำบัด							
เคย	91(41.0)	128(57.7)	2(0.9)	1(0.5)	-	5.662	0.129
ไม่เคย	41(50.0)	38(46.3)	3(3.7)	-	-		

ตารางที่ 38 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยสนับสนุนกับบริการสุขภาพ

บริการสุขภาพ	ระดับความสำคัญ (ร้อยละ)					χ^2	P-value
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีผล		
กายภาพบำบัด							
เคย	19(31.1)	39(63.9)	2(3.3)	1(1.6)	-	9.086	0.028*
ไม่เคย	113(46.5)	127(52.3)	3(1.2)	-	-		
ฟลอไทม์							
เคย	11(47.8)	11(47.8)	1(4.3)	-	-	1.508	0.680
ไม่เคย	121(43.1)	155(55.2)	4(1.4)	1(0.4)	-		
ศิลปะบำบัด							
เคย	17(60.7)	11(39.3)	-	-	-	4.058	0.255
ไม่เคย	115(41.7)	155(56.2)	5(1.8)	1(0.4)	-		
ดนตรีบำบัด							
เคย	21(55.3)	17(44.7)	-	-	-	3.034	0.386
ไม่เคย	111(41.7)	149(56.0)	5(1.9)	1(0.4)	-		
การฝังเข็ม							
เคย	2(100)	-	-	-	-	2.623	0.453
ไม่เคย	130(43.0)	166(55.0)	5(1.7)	1(0.3)	-		
เครื่องเอชอีจี (HEG)							
เคย	13(56.5)	10(43.5)	-	-	-	2.039	0.564
ไม่เคย	119(42.3)	156(55.5)	5(1.8)	1(0.4)	-		

ตารางที่ 38 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยสนับสนุนกับบริการสุขภาพ

บริการสุขภาพ	ระดับความสำคัญ (ร้อยละ)					χ^2	P-value
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีผล		
การบำบัดด้วยออกซิเจน							
เคย	3(37.5)	5(62.5)	-	-	-	0.322	0.956
ไม่เคย	129(43.6)	161(54.4)	5(1.7)	1(0.3)	-		
การบำบัดด้วยสัตว์							
เคย	10(52.6)	9(47.4)	-	-	-	0.990	0.804
ไม่เคย	122(42.8)	157(55.1)	5(1.8)	1(0.4)	-		
การอบรม							
เคย	78(47.9)	83(50.9)	1(0.6)	1(0.6)	-	5.601	0.133
ไม่เคย	54(38.3)	83(58.9)	4(2.8)	-	-		

จากตารางที่ 38 สรุปได้ว่า ผู้ปกครองที่ให้เด็กเข้ารับบริการกายภาพบำบัด มีความคิดเห็นต่อระดับความสำคัญด้านปัจจัยสนับสนุน แตกต่างจากผู้ปกครองที่ไม่ได้ให้เด็กเข้ารับบริการกายภาพบำบัด ที่ระดับความมีนัยสำคัญ .05

บริการสุขภาพด้านอื่นๆ ได้แก่ การรักษาด้วยยา พฤติกรรมบำบัด การฝึกและแก้ไขการพูด การฝึกทักษะทางสังคม การกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ กิจกรรมบำบัด ฟลอไทม์ ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด การบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจี การบำบัดด้วยออกซิเจน การบำบัดด้วยสัตว์ และการฝึกอบรม ผู้ปกครองที่ให้เด็กเข้ารับบริการ และผู้ปกครองที่ไม่ได้ให้เด็กเข้ารับบริการ มีความคิดเห็นต่อระดับความสำคัญด้านปัจจัยสนับสนุน ที่ระดับความมีนัยสำคัญ .05 ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 39 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสุขภาพกับบริการสุขภาพ

บริการสุขภาพ	ระดับความสำคัญ (ร้อยละ)					χ^2	P-value
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีผล		
การรักษาด้วยยา							
เคย	41(22.3)	82(44.6)	46(25.0)	13(7.1)	2(1.1)	7.354	0.118
ไม่เคย	28(23.3)	39(32.5)	44(36.7)	9(7.5)	-		
พฤติกรรมบำบัด							
เคย	43(26.4)	64(39.3)	48(29.4)	8(4.9)	-	7.075	0.132
ไม่เคย	26(18.4)	57(40.4)	42(29.8)	14(9.9)	2(1.4)		
การฝึกและแก้ไขการพูด							
เคย	56(24.7)	91(40.1)	63(27.8)	16(7.0)	1(0.4)	3.280	0.512
ไม่เคย	13(16.9)	30(39.0)	27(35.1)	6(7.8)	1(1.3)		
การฝึกทักษะทางสังคม							
เคย	38(26.0)	52(35.6)	48(32.9)	8(5.5)	-	6.672	0.154
ไม่เคย	31(19.6)	69(43.7)	42(26.6)	14(8.9)	2(1.3)		
กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ							
เคย	60(23.8)	101(40.1)	71(28.2)	18(7.1)	2(0.8)	2.280	0.684
ไม่เคย	9(17.3)	20(38.5)	19(36.5)	4(7.7)	-		
กิจกรรมบำบัด							
เคย	42(18.9)	95(42.8)	70(31.5)	14(6.3)	1(0.5)	9.580	0.048*
ไม่เคย	27(32.9)	26(31.7)	20(24.4)	8(9.8)	1(1.2)		

ตารางที่ 39 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสุขภาพกับบริการสุขภาพ

บริการสุขภาพ	ระดับความสำคัญ (ร้อยละ)					χ^2	P-value
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีผล		
กายภาพบำบัด							
เคย	5(8.2)	36(59.0)	14(23.0)	5(8.2)	1(1.6)	16.504	0.002*
ไม่เคย	64(26.3)	85(35.0)	76(31.3)	17(7.0)	1(0.4)		
ฟลอไทม์							
เคย	8(34.8)	12(52.2)	3(13.0)	-	-	6.828	0.145
ไม่เคย	61(21.7)	109(38.8)	87(31.0)	22(7.8)	2(0.7)		
ศิลปะบำบัด							
เคย	6(21.4)	15(53.6)	6(21.4)	-	1(3.6)	8.398	0.078
ไม่เคย	63(22.8)	106(38.4)	84(30.4)	22(8.0)	1(0.4)		
ดนตรีบำบัด							
เคย	13(34.2)	16(42.1)	9(23.7)	-	-	6.537	0.162
ไม่เคย	56(21.1)	105(39.5)	81(30.5)	22(8.3)	2(0.8)		
การฝังเข็ม							
เคย	-	-	2(100)	-	-	4.787	0.310
ไม่เคย	69(22.8)	121(40.1)	88(29.1)	22(7.3)	2(0.7)		
เครื่องเอชอีจี(HEG)							
เคย	8(34.8)	9(39.1)	3(13.0)	1(4.3)	2(8.7)	28.631	< 0.001*
ไม่เคย	61(21.7)	112(39.9)	87(31.0)	21(7.5)	-		

ตารางที่ 39 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสุขภาพกับบริการสุขภาพ

บริการสุขภาพ	ระดับความสำคัญ (ร้อยละ)					χ^2	P-value
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีผล		
การบำบัดด้วยออกซิเจน							
เคย	5(62.5)	2(25.0)	1(12.5)	-	-	7.648	0.105
ไม่เคย	64(21.6)	119(40.2)	89(30.1)	22(7.4)	2(0.7)		
การบำบัดด้วยสัตว์							
เคย	6(31.6)	8(42.1)	5(26.3)	-	-	2.405	0.662
ไม่เคย	63(22.1)	113(39.6)	85(29.8)	22(7.7)	2(0.7)		
การฝึกอบรม							
เคย	46(28.2)	63(38.7)	42(25.8)	10(6.1)	2(1.2)	8.910	0.063
ไม่เคย	23(16.3)	58(41.1)	48(34.0)	12(8.5)	-		

จากตารางที่ 39 สรุปได้ว่า ผู้ปกครองที่ให้เด็กเข้ารับบริการกิจกรรมบำบัด กายภาพบำบัด และการบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจี มีความคิดเห็นต่อระดับความสำคัญด้านปัจจัยด้านสุขภาพ แตกต่างจากผู้ปกครองที่ไม่ได้ให้เด็กเข้ารับบริการ ที่ระดับความมีนัยสำคัญ .05

บริการสุขภาพด้านอื่นๆ ได้แก่ การรักษาด้วยยา พฤติกรรมบำบัด การฝึกและแก้ไขการพูด การฝึกทักษะทางสังคม การกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ ฟลอไทม์ ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด การฝังเข็ม การบำบัดด้วยออกซิเจน การบำบัดด้วยสัตว์ และการอบรม ผู้ปกครองที่ให้เด็กเข้ารับบริการและผู้ปกครองที่ไม่ได้ให้เด็กเข้ารับบริการ มีความคิดเห็นต่อระดับความสำคัญด้านปัจจัยด้านสุขภาพ ที่ระดับความมีนัยสำคัญ .05 ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 40 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสถานบริการกับบริการสุขภาพ

บริการสุขภาพ	ระดับความสำคัญ (ร้อยละ)					χ^2	P-value
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีผล		
การรักษาด้วยยา							
เคย	75(40.8)	92(50.0)	17(9.2)	-	-	1.621	0.655
ไม่เคย	48(40.0)	61(50.8)	10(8.3)	1(0.8)	-		
พฤติกรรมบำบัด							
เคย	66(40.5)	81(49.7)	16(9.8)	-	-	1.530	0.675
ไม่เคย	57(40.4)	72(51.1)	11(7.8)	1(0.7)	-		
การฝึกและแก้ไขการพูด							
เคย	96(42.3)	113(49.8)	18(7.9)	-	-	4.658	0.199
ไม่เคย	27(35.1)	40(51.9)	9(11.7)	1(1.3)	-		
การฝึกทักษะทางสังคม							
เคย	65(44.5)	69(47.3)	12(8.2)	-	-	2.733	0.435
ไม่เคย	58(36.7)	84(53.2)	15(9.5)	1(0.6)	-		
กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ							
เคย	102(40.5)	126(50.0)	23(9.1)	1(0.4)	-	0.338	0.953
ไม่เคย	21(40.4)	27(51.9)	4(7.7)	-	-		
กิจกรรมบำบัด							
เคย	89(40.1)	112(50.5)	21(9.5)	-	-	3.047	0.384
ไม่เคย	34(41.5)	41(50.0)	6(7.3)	1(1.2)	-		

ตารางที่ 40 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสถานบริการกับบริการสุขภาพ

บริการสุขภาพ	ระดับความสำคัญ (ร้อยละ)					χ^2	P-value
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีผล		
กายภาพบำบัด							
เคย	20(32.8)	33(54.1)	8(13.1)	-	-	3.117	0.374
ไม่เคย	103(42.4)	120(49.4)	19(7.8)	1(0.4)	-		
ฟลอไทม์							
เคย	12(52.2)	10(43.5)	1(4.3)	-	-	1.734	0.630
ไม่เคย	111(39.5)	143(50.9)	26(9.3)	1(0.4)	-		
ศิลปะบำบัด							
เคย	11(39.3)	15(53.6)	2(7.1)	-	-	0.281	0.963
ไม่เคย	112(40.6)	138(50.0)	25(9.1)	1(0.4)	-		
ดนตรีบำบัด							
เคย	14(36.8)	23(60.5)	1(2.6)	-	-	3.091	0.378
ไม่เคย	109(41.0)	130(48.9)	26(9.8)	1(0.4)	-		
การฝังเข็ม							
เคย	-	2(100)	-	-	-	1.987	0.575
ไม่เคย	123(40.7)	151(50.0)	27(8.9)	1(0.3)	-		
เครื่องเอชอีจี(HEG)							
เคย	13(56.5)	7(30.4)	3(13.0)	-	-	4.110	0.250
ไม่เคย	110(39.1)	146(52.0)	24(8.5)	1(0.4)	-		

ตารางที่ 40 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสถานบริการกับบริการสุขภาพ

บริการสุขภาพ	ระดับความสำคัญ (ร้อยละ)					χ^2	P-value
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีผล		
การบำบัดด้วยออกซิเจน							
เคย	4(50.0)	4(50.0)	-	-	-	0.942	0.815
ไม่เคย	119(40.2)	149(50.3)	27(9.1)	1(0.3)	-		
การบำบัดด้วยสัตว์							
เคย	7(36.8)	11(57.9)	1(5.3)	-	-	0.662	0.882
ไม่เคย	116(40.7)	142(49.8)	26(9.1)	1(0.4)	-		
การฝึกอบรม							
เคย	64(39.3)	86(52.8)	13(8.0)	-	-	2.018	0.569
ไม่เคย	59(41.8)	67(47.5)	14(9.9)	1(0.7)	-		

จากตารางที่ 40 สรุปได้ว่า บริการสุขภาพในทุกๆ ด้าน ได้แก่ การรักษาด้วยยา พฤติกรรมบำบัด การฝึกและแก้ไขการพูด การฝึกทักษะทางสังคม การกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ กิจกรรมบำบัด กายภาพบำบัด ฟลอไทม์ ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด ฝังเข็ม การบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจี การบำบัดด้วยออกซิเจน การบำบัดด้วยสัตว์ และการอบรม ผู้ปกครองที่ให้เด็กเข้ารับบริการและผู้ปกครองที่ไม่ได้ให้เด็กเข้ารับบริการ มีความคิดเห็นต่อระดับความสำคัญด้านปัจจัยด้านสถานบริการ ที่ระดับความมีนัยสำคัญ .05 ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 41 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับสถานบริการที่ผู้ปกครองพาเด็กเข้ารับบริการ จำแนกตามบริการสุขภาพ

สถานบริการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานบริการ 3 อันดับแรกที่เข้ารับการฝึกพฤติกรรมบำบัด		
ลำดับที่ 1		
อันดับ 1 โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	103	33.9
อันดับ 2 โรงพยาบาลสมิติเวช,โรงพยาบาลราชบุรี	4	1.3
อันดับ 3 โรงพยาบาลนนทเวช, โรงพยาบาลศิริราช, โรงพยาบาลวิชัยยุทธ, โรงพยาบาลชัยภูมิ เป็นต้น	13	4.3
ลำดับที่ 2		
อันดับ 1 โรงพยาบาลสมิติเวช, โรงพยาบาลรามาธิบดี, สถาบันไอแพร็กซ์ (IPRAX)	6	2.0
อันดับ 2 มูลนิธิสถาบันแสงสว่าง, โรงพยาบาลกรุงเทพ, สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (รพ.เด็ก), โรงพยาบาลสระบุรี เป็นต้น	13	4.3
ลำดับที่ 3		
อันดับ 1 โรงพยาบาลกรุงเทพ, โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหิดล, โรงพยาบาลพระรามเก้า, สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	5	1.6
บุคลากรที่ให้บริการพฤติกรรมบำบัดลำดับที่ 1		
พยาบาล	42	13.8
นักกิจกรรมบำบัด	7	2.3
อื่นๆ เช่น นักจิตวิทยา, นักกระตุ้นพัฒนาการ	2	0.7

ตารางที่ 41 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับสถานบริการที่ผู้ปกครองพาเด็กเข้ารับบริการจำแนกตามบริการสุขภาพ

สถานบริการ		จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานบริการ 3 อันดับแรกที่เข้ารับ<u>การฝึกและแก้ไขการพูด</u>			
ลำดับที่ 1			
อันดับ 1	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	140	46.1
อันดับ 2	โรงพยาบาลรามาธิบดี	5	1.6
อันดับ 3	โรงพยาบาลสมิติเวช, โรงพยาบาลสระบุรี, ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็กพิเศษ,โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลไทยนครินทร์ เป็นต้น	15	4.9
ลำดับที่ 2			
อันดับ 1	โรงพยาบาลสมิติเวช, โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	6	2.0
อันดับ 2	โรงพยาบาลบางพลี, คลินิกเอกชน, ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสวางคนิวาส	8	2.6
อันดับ 3	โรงพยาบาลนครธน, มูลนิธิสถาบันแสงสว่าง, โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า, โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เป็นต้น	12	3.9
ลำดับที่ 3			
อันดับ 1	โรงพยาบาลรามคำแหง, โรงพยาบาลวิภาราม, โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า,โรงพยาบาลนครธน, โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ เป็นต้น	7	2.3
บุคลากรที่ให้บริการการฝึกและแก้ไขการพูดลำดับที่ 1			
นักแก้ไขการพูด/อรรถบำบัด		68	22.4
พยาบาล		8	2.6
บุคลากรของศูนย์		1	0.3

ตารางที่ 41 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับสถานบริการที่ผู้ปกครองพาเด็กเข้ารับบริการจำแนกตามบริการสุขภาพ

สถานบริการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานบริการ 3 อันดับแรกที่เข้ารับ<u>การฝึกทักษะทางสังคม</u>		
ลำดับที่ 1		
อันดับ 1 โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	94	30.9
อันดับ 2 สถาบันไอแพร็กซ์ (IPRAX)	2	0.7
อันดับ 3 โรงพยาบาลบางพลี, โรงพยาบาลชัยภูมิ, โรงพยาบาลกรุงเทพ เป็นต้น	10	3.3
ลำดับที่ 2		
อันดับ 1 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, โรงพยาบาลสมิติเวช, สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เป็นต้น	6	2.0
บุคลากรที่ให้บริการการฝึกทักษะทางสังคมลำดับที่ 1		
พยาบาล	47	15.5
นักกิจกรรมบำบัด	3	1.0
อื่นๆ เช่น นักจิตวิทยา, ครูการศึกษาพิเศษ, ครูเตรียมอนุบาล	3	0.3
สถานบริการ 3 อันดับแรกที่เข้ารับการฝึกการ<u>กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ</u>		
ลำดับที่ 1		
อันดับ 1 โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	153	50.3
อันดับ 2 มูลนิธิสถาบันแสงสว่าง, โรงพยาบาลราชบุรี, สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	6	2.0
อันดับ3 โรงพยาบาลตากสิน, โรงพยาบาลนนทเวช, โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, โรงพยาบาลชัยภูมิ, ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 1 เป็นต้น	25	8.2
ลำดับที่ 2		
อันดับ 1 โรงพยาบาลสมิติเวช, สถาบันไอแพร็กซ์ (IPRAX)	4	1.3
อันดับ 2 มูลนิธิสถาบันแสงสว่าง, โรงพยาบาลรามคำแหง, สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหิดล, โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ เป็นต้น	14	4.6

ตารางที่ 41 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับสถานบริการที่ผู้ปกครองพาเด็กเข้ารับบริการจำแนกตามบริการสุขภาพ

สถานบริการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ลำดับที่ 3		
อันดับ 1 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์	2	0.7
บุคลากรวิชาชีพที่ให้บริการการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการลำดับที่ 1		
พยาบาล	72	23.7
นักกิจกรรมบำบัด	6	2.0
อื่นๆ เช่น นักจิตวิทยา, ครูการศึกษาพิเศษ, นักกระตุ้นพัฒนาการ	4	1.3
สถานบริการ 3 อันดับแรกที่เข้ารับการฝึกกิจกรรมบำบัด		
ลำดับที่ 1		
อันดับ 1 โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	152	50.0
อันดับ 2 โรงพยาบาลสมิติเวช, ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็กพิเศษ Special Child Center	6	2.0
อันดับ 3 โรงพยาบาลนนทเวช, ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการและพัฒนาศักยภาพเด็กสมาร์ทคิดส์, โรงพยาบาลราชบุรี	6	2.0
ลำดับที่ 2		
อันดับ 1 มูลนิธิสถาบันแสงสว่าง, ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสวางคนิวาส, สถาบันไอแพร็กซ์ (IPRAX)	6	2.0
อันดับ 2 โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์, โรงพยาบาลพระพุทธชินราช, โรงพยาบาลศิริราช, โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ เป็นต้น	15	4.9
ลำดับที่ 3		
อันดับ 1 โรงพยาบาลพระพุทธชินราช, บ้านครูตึ๋ง, โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	3	1.0

ตารางที่ 41 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับสถานบริการที่ผู้ปกครองพาเด็กเข้ารับบริการจำแนกตามบริการสุขภาพ

สถานบริการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บุคลากรวิชาชีพที่ให้บริการกิจกรรมบำบัดลำดับที่ 1		
นักกิจกรรมบำบัด	83	27.3
พยาบาล	2	0.7
สถานบริการ 3 อันดับแรกที่เข้ารับการฝึก<u>กายภาพบำบัด</u>		
ลำดับที่ 1		
อันดับ 1 โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	43	14.1
อันดับ 2 โรงพยาบาลพระปกเกล้า, สถานพยาบาลเอกชน, สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (รพ.เด็ก)	3	1.0
บุคลากรวิชาชีพที่ให้บริการกายภาพบำบัดลำดับที่ 1		
นักกายภาพบำบัด	18	5.9
สถานบริการ 3 อันดับแรกที่เข้ารับการฝึก<u>ฟลอร์ไทม์</u>		
ลำดับที่ 1		
อันดับ 1 โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์, สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัวมหิดล	8	2.6
อันดับ 2 โรงพยาบาลธนบุรี2	3	1.0
อันดับ 3 โรงพยาบาลรามาธิบดี, โรงพยาบาลกรุงเทพ, บ้านเรียนชวนชื่น, โรงพยาบาลธนบุรี	4	1.3
ลำดับที่ 2		
อันดับ 1 โรงพยาบาลวิชัยยุทธ	1	0.3

ตารางที่ 41 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับสถานบริการที่ผู้ปกครองพาเด็กเข้ารับบริการจำแนกตามบริการสุขภาพ

สถานบริการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานบริการ 3 อันดับแรกที่เข้ารับการฝึกศิลปะบำบัด		
ลำดับที่ 1		
อันดับ 1 โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	18	5.9
อันดับ 2 ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 1 (วัดไร่ขิง)	2	0.7
อันดับ 3 มูลนิธิสถาบันแสงสว่าง, ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสวางคนิวาส, สถาบันไอแพร็กซ์, โรงพยาบาลราชบุรี	4	1.3
ลำดับที่ 2		
อันดับ 1 มูลนิธิสถาบันแสงสว่าง, ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 1 (วัดไร่ขิง), สถาบันไอแพร็กซ์	3	1.0
บุคลากรวิชาชีพที่ให้บริการศิลปะบำบัดลำดับที่ 1		
พยาบาล	3	1.0
ครูการศึกษาพิเศษ	1	0.3
สถานบริการ 3 อันดับแรกที่เข้ารับการฝึกดนตรีบำบัด		
ลำดับที่ 1		
อันดับ 1 โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	22	7.2
อันดับ 2 โรงพยาบาลสมิติเวช	3	1.0
อันดับ 3 มูลนิธิสถาบันแสงสว่าง, Bicycle land and music home school, ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก, ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสวางคนิวาส เป็นต้น	5	1.6
บุคลากรวิชาชีพที่ให้บริการดนตรีบำบัดลำดับที่ 1		
พยาบาล	7	2.3
ครูดนตรี	3	1.0
อื่นๆ เช่น ครูการศึกษาพิเศษ, นักดนตรีบำบัด	3	1.0

ตารางที่ 41 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับสถานบริการที่ผู้ปกครองพาเด็กเข้ารับบริการจำแนกตามบริการสุขภาพ

สถานบริการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานบริการ 3 อันดับแรกที่เข้ารับ<u>การฝังเข็ม</u>		
ลำดับที่ 1		
อันดับ 1 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	2	0.7
บุคลากรวิชาชีพที่ให้บริการการฝังเข็มลำดับที่ 1		
แพทย์	1	0.3
สถานบริการ 3 อันดับแรกที่เข้ารับการบำบัดด้วย<u>เครื่องเอชอีจี</u>		
ลำดับที่ 1		
อันดับ 1 โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	19	6.3
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	1	0.3
ลำดับที่ 2		
อันดับ 1 โรงพยาบาลสมิติเวช	1	0.3
บุคลากรวิชาชีพที่ให้บริการเครื่องเอชอีจีลำดับที่ 1		
พยาบาล	3	1.0
สถานบริการ 3 อันดับแรกที่เข้ารับ<u>การบำบัดด้วยออกซิเจน</u>		
ลำดับที่ 1		
อันดับ 1 โรงพยาบาลยันฮี	3	1.0
อันดับ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์, โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า, โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ เป็นต้น	4	1.3
บุคลากรวิชาชีพที่ให้บริการการบำบัดด้วยออกซิเจนลำดับที่ 1		
พยาบาล	1	0.3
แพทย์	1	0.3

ตารางที่ 41 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับสถานบริการที่ผู้ปกครองพาเด็กเข้ารับบริการจำแนกตามบริการสุขภาพ

สถานบริการ		จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานบริการ 3 อันดับแรกที่เข้ารับ<u>การบำบัดด้วยสัตว์</u>			
ลำดับที่ 1			
อันดับ 1	กองกำกับการตำรวจม้า	8	2.6
อันดับ 2	กรมการสัตว์ทหารบก ค่ายทองฑีฆายุ	2	0.7
อันดับ 3	คอกม้าพลูตาหลวง, มูลนิธิคุณพุ่ม, แคมป์ขี่ม้าและศูนย์กีฬาแห่งน้ำแคว เป็นต้น	6	2.0
บุคลากรวิชาชีพที่ให้บริการการบำบัดด้วยสัตว์ลำดับที่ 1			
ตำรวจม้า		5	1.6
ผู้เชี่ยวชาญด้านการฝึกขี่ม้าสำหรับเด็กพิเศษ		1	0.3

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติกที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยรูปแบบการศึกษาวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Research) ประชากรเป้าหมาย(Target population) คือ ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกที่มารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติก และมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2553 – 30 ตุลาคม 2553 โดยมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ จำนวน 304 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถามทั้งหมด 3 ตอน ได้แก่ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กออทิสติกและของเด็กออทิสติก ตอนที่ 2 แบบสอบถามบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ ตอนที่3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติก วิเคราะห์ข้อมูลทำโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปเกี่ยวกับประชากร
2. บริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ แบ่งตามแนวทางการรักษาสำหรับเด็กออทิสติก เพื่อการส่งเสริม ป้องกันบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติก

1. ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปเกี่ยวกับประชากร สรุปได้ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครองจำนวน 304 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.3 มีอายุระหว่าง 30-39 ปีมากที่สุด ร้อยละ 48.4 รองลงมามีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 28.3 ส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 70.4 รองลงมาเป็นบิดา ร้อยละ 16.4 มีสถานภาพสมรส และนับถือศาสนาพุทธมากที่สุดร้อยละ97.4 รองลงมานับถือศาสนาอิสลามร้อยละ2 มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 50.3 รองลงมามีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 34.5 อาชีพส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 35.2 รองลงมามีอาชีพลูกจ้าง ร้อยละ 30 และมีรายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 10,000 บาทมากที่สุดร้อยละ 46.1 รองลงมามีรายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 25.3

1.2 ข้อมูลของเด็กออทิสติก พบว่า เด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 2-5 ปีร้อยละ 55.3 รองลงมามีอายุระหว่าง 6-9 ปี ร้อยละ 27.3 เป็นเพศชายมากที่สุด ร้อยละ 80.3 ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ารับการศึกษา ร้อยละ 48 รองลงมามีการศึกษาในระดับอนุบาล ร้อยละ 30 อายุของเด็กออทิสติกที่ผู้ปกครองเริ่มสังเกตเห็นอาการผิดปกติอยู่ในช่วง 2 ขวบปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.1 มีระยะเวลาที่ได้เข้ารับการบำบัดรักษา 1-4 ปีมากที่สุด ร้อยละ 51.6 รองลงมามีระยะเวลา 5-8 ปี ร้อยละ 21.1 ผู้ที่ทำการดูแลเด็กออทิสติกที่บ้านโดยส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 46.7 รองลงมาคือทั้งบิดาและมารดาเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 33.9

2. บริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ แบ่งตามแนวทางการรักษาสำหรับเด็กออทิสติก เพื่อการส่งเสริม ป้องกันบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ สรุปได้ดังนี้

ในการวินิจฉัยโรค โดยส่วนใหญ่จิตแพทย์เด็กจะเป็นผู้ตรวจประเมินและวินิจฉัยโรค คิดเป็นร้อยละ 85.9 อายุของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ในช่วง 1-3 ปี มากที่สุด ร้อยละ 88.8 การรักษาและบริการสุขภาพภายหลังการวินิจฉัยได้แก่การกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการมากที่สุด ร้อยละ 82.9 รองลงมาคือการฝึกและแก้ไขการพูด ร้อยละ 74.7

2.1 การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยาพบว่าส่วนใหญ่เด็กที่เคยได้รับการรักษาด้วยยามีจำนวน 184 ราย ร้อยละ 60.5 ซึ่งยาที่เด็กเคยรับประทานส่วนใหญ่คือ Risperidone ร้อยละ 31.6 รองลงมาคือยา Ritalin ร้อยละ 6.9 ปัจจุบันเด็กที่ยังคงรับประทานยาอยู่คิดเป็นร้อยละ 53.6 เด็กที่ไม่ได้รับประทานยาต่อคิดเป็นร้อยละ 6.9 เนื่องจากแพทย์สั่งให้หยุดรับประทาน ร้อยละ 3.6 และเหตุผลที่ผู้ปกครองให้เด็กหยุดรับประทานยาเอง ร้อยละ 3.3 จากหลายเหตุผลด้วยกัน เช่น โดยปกติเด็กอยู่นิ่งเองได้ ถ้าได้ยาจะนิ่งมากเกินไป เด็กได้รับยาแล้วจะมีอาการก้าวร้าวกว่าเดิม หรือเด็กมีอาการที่ดีขึ้นจึงให้หยุดยา เป็นต้น

2.1.1 บริการสุขภาพร่วมกับการรักษาด้วยยา

เด็กที่รับการรักษาด้วยยามีทั้งหมด 184 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.5 ร่วมกับการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการมากที่สุด ร้อยละ 47.7 รองลงมาคือการฝึกและแก้ไขการพูด ร้อยละ 44.7

บริการสุขภาพภาพที่ร่วมกับการรักษาด้วยยา 5 อันดับแรก พบว่ามีเด็กจำนวน 17 คน เข้ารับการรักษาด้วยยาร่วมกับพฤติกรรมบำบัด, การฝึกและแก้ไขการพูด, การฝึกทักษะทางสังคม, กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ กับกิจกรรมบำบัด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.2

2.1.2 บริการสุขภาพที่ไม่ร่วมกับการรักษาด้วยยา

เด็กที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา มีทั้งหมด 120 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.5 รับการรักษาด้วยการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.2 รองลงมาคือการฝึกและแก้ไขการพูด คิดเป็นร้อยละ 30

บริการสุขภาพภาพที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา 5 อันดับแรก พบว่า อันดับ 1 คือ การฝึกและแก้ไขการพูด กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ กับกิจกรรมบำบัด มากที่สุด ร้อยละ 9.2 รองลงมา คือการฝึกและแก้ไขการพูด กับการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ ร้อยละ 7.5

2.2 พฤติกรรมบำบัด

การรักษาด้วยพฤติกรรมบำบัด พบว่ามีเด็กจำนวน 163 ราย ร้อยละ 53.6 เคยได้รับการฝึกพฤติกรรมบำบัดมาแล้ว ระยะเวลา 1-3 ปี มากที่สุด ร้อยละ19.1 ปัจจุบันที่ยังฝึกอยู่มี 128 ราย ร้อยละ 42.1 และที่ไม่ได้ฝึกต่อมี 35 ราย ร้อยละ 11.5 เนื่องจากเด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นมากที่สุด ส่วนใหญ่ใช้เวลา 30-60 นาทีในการฝึก ร้อยละ 30.6 โดยมีความถี่ในการฝึกคือ 1-4 ครั้งต่อเดือนมากที่สุด ร้อยละ 26.3 มีค่าใช้จ่ายสำหรับการฝึกแต่ละครั้งน้อยกว่า 500 บาทมากที่สุด ร้อยละ 41.8

สถานบริการลำดับที่ 1 ที่เข้ารับการฝึกพฤติกรรมบำบัดมากที่สุด ได้แก่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ร้อยละ 33.9 รองลงมาคือโรงพยาบาลสมิติเวช และโรงพยาบาลราชบุรี ร้อยละ 1.3 บุคลากรที่ให้บริการคือพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 13.8

เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกพฤติกรรมบำบัดคือแพทย์แนะนำมากที่สุด ร้อยละ 43.8 รองลงมาคือพึงพอใจต่อผลการรักษา ร้อยละ 18.1 ซึ่งส่วนใหญ่ไม่พบปัญหาใดๆ ในการบำบัดมากที่สุด ร้อยละ 24.3 รองลงมาพบปัญหาเด็กไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัด ร้อยละ 15.8

2.3 ส่งเสริมพัฒนาการ

การกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการพบว่ามีเด็กจำนวน 252 ราย ร้อยละ 82.9 เคยได้รับการฝึกกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการมาแล้ว ระยะเวลา 1-3 ปี มากที่สุด ร้อยละ 37.8 ปัจจุบันที่ยังฝึกอยู่มี 204 ราย ร้อยละ 67.1 และที่ไม่ได้ฝึกต่อมี 48 ราย ร้อยละ 15.8 เนื่องจากเด็กไปโรงเรียนมากที่สุด ส่วนใหญ่ใช้เวลา 30-60 นาทีในการฝึก ร้อยละ 45.1 โดยมีความถี่ในการฝึกคือ 1-4 ครั้งต่อเดือน มากที่สุด ร้อยละ 43.1 มีค่าใช้จ่ายสำหรับการฝึกแต่ละครั้งน้อยกว่า 500 บาทมากที่สุด ร้อยละ 69.1

สถานบริการลำดับที่ 1 ที่เข้ารับการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการมากที่สุด คือ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์มากที่สุด ร้อยละ 50.3 รองลงมาคือมูลนิธิสถาบันแสงสว่าง, โรงพยาบาลราชบุรี, สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ร้อยละ 2.0 ที่อื่นๆ เช่น โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เป็นต้น บุคลากรที่ให้บริการคือ พยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 23.7

เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการคือแพทย์แนะนำมากที่สุด ร้อยละ 69.4 รองลงมาคือความเชื่อถือในด้านการรักษา ร้อยละ 28.0 ซึ่งไม่พบปัญหาใดๆ ในการฝึก ร้อยละ 42.4 รองลงมาคือบุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการ ร้อยละ 19.1

2.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ แบ่งเป็นหัวข้อต่อไปนี้

2.4.1 การแก้ไขการพูด

การฝึกและแก้ไขการพูดพบว่ามีเด็กจำนวน 227 ราย ร้อยละ 74.7 เคยได้รับการฝึกและแก้ไขการพูดมาแล้ว ระยะเวลา 1-3 ปี มากที่สุด ร้อยละ 32.6 ปัจจุบันที่ยังฝึกอยู่มี 179 ราย ร้อยละ 58.9 และที่ไม่ได้ฝึกต่อมี 48 ราย ร้อยละ 15.8 เนื่องจากเด็กมีพัฒนาการที่ดี พูดได้และชัดขึ้นมาก ร้อยละ 5.9 ส่วนใหญ่ใช้เวลา 30-60 นาทีในการฝึก ร้อยละ 47.4 โดยมีความถี่ในการฝึกนานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง ร้อยละ 37.5 มีค่าใช้จ่ายสำหรับการฝึกแต่ละครั้งน้อยกว่า 500 บาทมากที่สุด ร้อยละ 58.2

สถานบริการลำดับที่ 1 ที่เข้ารับการฝึกและแก้ไขการพูดมากที่สุดคือ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ร้อยละ 46.1 รองลงมาคือโรงพยาบาลรามาธิบดี ร้อยละ 1.6 ที่อื่นๆ เช่น โรงพยาบาลรามคำแหง โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ เป็นต้น บุคลากรที่ให้บริการคือนักแก้ไขการพูด/อรรถบำบัด มากที่สุด ร้อยละ 22.4

เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกและแก้ไขการพูดคือแพทย์แนะนำมากที่สุด ร้อยละ 65.1 รองลงมาคือความเชื่อถือในด้านการรักษา ร้อยละ 24.0 ซึ่งไม่พบปัญหาใด ๆ ในการบำบัดมากที่สุด ร้อยละ28.9 รองลงมาพบปัญหาค่าใช้จ่ายสูง ร้อยละ13.8

2.4.2 กิจกรรมบำบัด

การฝึกกิจกรรมบำบัดพบว่ามีเด็กจำนวน 222 ราย ร้อยละ 73 เคยได้รับการฝึกกิจกรรมบำบัดมาแล้ว ระยะเวลา 1-3 ปี มากที่สุด ร้อยละ 28.9 ปัจจุบันที่ยังฝึกอยู่มี 194 ราย ร้อยละ 63.8 และที่ไม่ได้ฝึกต่อมี 28 ราย ร้อยละ 9.2 เนื่องจากเด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้น ร้อยละ 3 ส่วนใหญ่ใช้เวลา 30-60 นาทีในการฝึก ร้อยละ 49.7 โดยมีความถี่ในการฝึก1– 4 ครั้งต่อเดือนร้อยละ 38.5 มีค่าใช้จ่ายสำหรับการฝึกแต่ละครั้งน้อยกว่า 500 บาทมากที่สุด ร้อยละ 60.9

สถานบริการลำดับที่ 1 ที่เข้ารับการฝึกกิจกรรมบำบัดมากที่สุด คือโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ร้อยละ 50 รองลงมาคือโรงพยาบาลสมิติเวช, ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็กพิเศษ Special Child Center ร้อยละ 2 ที่อื่นๆ เช่นโรงพยาบาลพระพุทธชินราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นต้น บุคลากรที่ให้บริการคือนักกิจกรรมบำบัด มากที่สุด ร้อยละ 27.3

เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกกิจกรรมบำบัดคือแพทย์แนะนำมากที่สุด ร้อยละ 63.8 รองลงมาคือความเชื่อถือในด้านการรักษา ร้อยละ 25.7 ซึ่งไม่พบปัญหาค่าใช้จ่ายสูงมากที่สุด ร้อยละ 7.6 รองลงมาพบปัญหาระยะทางไกลในการไปบำบัด ร้อยละ 1

2.4.3 กายภาพบำบัด

การฝึกกายภาพบำบัดพบว่ามีเด็กจำนวน 61 ราย ร้อยละ 20.1 เคยได้รับการฝึกกายภาพบำบัดมาแล้ว ระยะเวลา 1-3 ปี มากที่สุด ร้อยละ 7.2 ปัจจุบันที่ยังฝึกอยู่มี 53 ราย ร้อยละ 17.4 และที่ไม่ได้ฝึกต่อมี 8 ราย ร้อยละ 2.6 เนื่องจากจบคอร์ส และไปโรงเรียน ร้อยละ 0.7 ส่วนใหญ่ใช้เวลา 30-60 นาทีในการฝึก ร้อยละ 14.8 โดยมีความถี่ในการฝึก 1-4 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 11.5 มีค่าใช้จ่ายสำหรับการฝึกแต่ละครั้งน้อยกว่า 500 บาทมากที่สุด ร้อยละ 17.1

สถานบริการลำดับที่ 1 ที่เข้ารับการฝึกกายภาพบำบัดมากที่สุด คือโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ร้อยละ 14.1 รองลงมาคือโรงพยาบาลพระปกเกล้า, สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี(รพ.เด็ก) โดยรวมร้อยละ1 บุคลากรที่ให้บริการคือนักกายภาพบำบัด ร้อยละ 5.9

เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกกายภาพบำบัดคือแพทย์แนะนำมากที่สุด ร้อยละ 16.4 รองลงมาคือพึงพอใจต่อผลการรักษา ร้อยละ 7.9 ซึ่งส่วนใหญ่ไม่พบปัญหาใด ๆ ในการบำบัด ร้อยละ 11.2 รองลงมาพบปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการ ร้อยละ 5.9

2.4.4 ฟลอไทม์

การฝึกฟลอไทม์พบว่ามีเด็กจำนวน 23 ราย ร้อยละ 7.6 เคยได้รับการฝึกฟลอไทม์มาแล้ว ระยะเวลาต่ำกว่า 1 ปี มากที่สุด ร้อยละ 3.9 ปัจจุบันที่ยังฝึกอยู่มี 15 ราย ร้อยละ 4.9 และที่ไม่ได้ฝึกต่อมี 8 ราย ร้อยละ 2.6 เนื่องจากค่าใช้จ่ายสูง และไม่สะดวกพาเด็กไปฝึก โดยรวม ร้อยละ 0.7 ส่วนใหญ่ใช้เวลา 30-60 นาทีในการฝึก ร้อยละ 4.9 โดยมีความถี่ในการฝึก 1-4 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 3.6 มีค่าใช้จ่ายสำหรับการฝึกแต่ละครั้งน้อยกว่า 500 บาทมากที่สุด ร้อยละ 4.9 รองลงมาคือ 500 – 1,000 บาท ร้อยละ 1.6

สถานบริการลำดับที่ 1 ที่เข้ารับการฝึกฟลอไทม์มากที่สุด คือโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์และสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัวมหิดล ร้อยละ 2.6 รองลงมาคือโรงพยาบาลธนบุรี2 ร้อยละ 1.0

เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกฟลอร์ไทม์คือแพทย์แนะนำมากที่สุด ร้อยละ 4.3 รองลงมาคือความเชื่อถือในด้านการรักษา ร้อยละ 3.9 ซึ่งส่วนใหญ่พบปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการมากที่สุด ร้อยละ 2.6 รองลงมาพบปัญหาจำนวนสถานที่ในการให้บริการมีน้อย และไม่พบปัญหาใดๆ โดยรวม ร้อยละ 2.3

2.5 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม

การฝึกทักษะทางสังคมพบว่ามีเด็กจำนวน 146 ราย ร้อยละ 48 เคยได้รับการฝึกทักษะทางสังคมมาแล้ว ระยะเวลา 1-3 ปี มากที่สุด ร้อยละ 18.4 ปัจจุบันที่ยังฝึกอยู่มี 118 ราย ร้อยละ 38.8 และที่ไม่ได้ฝึกต่อมี 28 ราย ร้อยละ 9.2 เนื่องจากไปโรงเรียน มากที่สุด ร้อยละ 3.9 ส่วนใหญ่ใช้เวลามากกว่า 60 นาทีในการฝึก ร้อยละ 28.3 โดยมีความถี่ในการฝึก 1- 4 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 23.4 มีค่าใช้จ่ายสำหรับการฝึกแต่ละครั้งน้อยกว่า 500 บาทมากที่สุด ร้อยละ 40.8

สถานบริการลำดับที่ 1 ที่เข้ารับการฝึกทักษะทางสังคมมากที่สุด คือโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ร้อยละ 30.9 รองลงมาได้แก่ สถาบันไอแพร็กซ์ (IPRAX) ร้อยละ 0.7 บุคลากรที่ให้บริการคือพยาบาล มากที่สุด ร้อยละ 0.3

เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกทักษะทางสังคม คือแพทย์แนะนำมากที่สุด ร้อยละ 40.5 รองลงมาคือพึงพอใจต่อผลการรักษา ร้อยละ 18.1 ซึ่งส่วนใหญ่ไม่พบปัญหาใด ๆ ในการบำบัด ร้อยละ 26 รองลงมาพบปัญหาเด็กไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัด ร้อยละ 11.5

2.6 ส่งเสริมพลังครอบครัว

การเข้ารับการฝึกอบรมพบว่าผู้ปกครองของเด็กออทิสติกส่วนใหญ่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับเด็กออทิสติกมาแล้ว จำนวน 163 ราย ร้อยละ 53.6 ซึ่งหัวข้อที่ได้รับการฝึกอบรมในลำดับที่ 1 อันดับ 1 คือการดูแลเด็กออทิสติกมากที่สุด ร้อยละ 3.3 รองลงมาได้แก่ การฝึกทักษะการพูดเด็กออทิสติก ร้อยละ 1.3 หัวข้ออื่นๆ เช่น การปรับพฤติกรรม การใช้ยา การใช้ชีวิตประจำวัน เป็นต้น

2.7 การบำบัดทางเลือก

2.7.1 ศิลปะบำบัด

การฝึกศิลปะบำบัดพบว่ามีเด็กจำนวน 28 ราย ร้อยละ 9.2 เคยได้รับการฝึกศิลปะบำบัดมาแล้ว ระยะเวลา ต่ำกว่า 1 ปี มากที่สุด ร้อยละ 3 ปัจจุบันที่ยังฝึกอยู่มี 14 ราย ร้อยละ 4.6 และที่ไม่ได้ฝึกต่อมี 14 ราย ร้อยละ 4.6 เนื่องจากไปโรงเรียน ร้อยละ 0.7 ส่วนใหญ่ใช้เวลา 30 – 60 นาทีในการฝึก ร้อยละ 5.9 โดยมีความถี่ในการฝึกนานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง ร้อยละ 3.9 มีค่าใช้จ่ายสำหรับการฝึกแต่ละครั้งน้อยกว่า 500 บาทมากที่สุด ร้อยละ 8.6

สถานบริการลำดับที่ 1 ที่เข้ารับการฝึกศิลปะบำบัดมากที่สุด คือโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ร้อยละ5.9 รองลงมาคือ ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 1 (วัดไร่ขิง) ร้อยละ 0.7 ที่อื่นๆ เช่น มูลนิธิสถาบันแสงสว่าง ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสวางคนิวาสเป็นต้น บุคลากรที่ให้บริการคือพยาบาล มากที่สุด ร้อยละ 1.0

เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกศิลปะบำบัดคือแพทย์แนะนำมากที่สุด ร้อยละ 7.2 รองลงมาคือสถานที่ใกล้บ้านและพึงพอใจต่อผลการรักษา ร้อยละ 2.3 ซึ่งส่วนใหญ่ไม่พบปัญหาใด ๆ ในการบำบัด ร้อยละ 5.9 รองลงมาพบปัญหาเด็กไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัด ร้อยละ 1.6

2.7.2 ดนตรีบำบัด

การฝึกดนตรีบำบัดพบว่ามีเด็กจำนวน 38 ราย ร้อยละ 12.5 เคยได้รับการฝึกดนตรีบำบัดมาแล้ว ระยะเวลา ต่ำกว่า 1 ปี มากที่สุด ร้อยละ 6.3 ปัจจุบันที่ยังฝึกอยู่มี 18 ราย ร้อยละ 5.9 และที่ไม่ได้ฝึกต่อมี 20 ราย ร้อยละ 6.6 เนื่องจากไปโรงเรียนมากที่สุด ร้อยละ 1.6 ส่วนใหญ่ใช้เวลา 30 – 60 นาทีในการฝึก ร้อยละ 10.5 โดยมีความถี่ในการฝึก1-4 ครั้งต่อเดือนร้อยละ 5.9 มีค่าใช้จ่ายสำหรับการฝึกแต่ละครั้งน้อยกว่า 500 บาทมากที่สุด ร้อยละ 10.9

สถานบริการลำดับที่ 1 ที่เข้ารับการฝึกดนตรีบำบัดมากที่สุด คือโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ร้อยละ 7.2 รองลงมาคือโรงพยาบาลสมิติเวช ร้อยละ 1.0 ที่

อื่นๆ เช่น Bicycle land and music home school และศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เป็นต้น บุคลากรที่ให้บริการคือ พยาบาล มากที่สุด ร้อยละ 2.3

เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกดนตรีบำบัดคือแพทย์แนะนำมากที่สุด ร้อยละ 7.6 รองลงมาคือพึงพอใจต่อผลการรักษา ความเชื่อถือในตัวผู้รักษาและความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล ร้อยละ 3.9 ซึ่งส่วนใหญ่ไม่พบปัญหาใด ๆ ในการบำบัด ร้อยละ 6.6 รองลงมาพบปัญหาเด็กไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัด ร้อยละ 3.9

2.7.3 การฝังเข็ม

การฝังเข็มพบว่ามีเด็กจำนวน 2 ราย ร้อยละ 0.7 เคยได้รับการฝังเข็มมาแล้ว ระยะเวลา 1-3 ปี และ 4-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 0.3 แต่ปัจจุบันไม่ได้ทำการฝังเข็มต่อ เนื่องจากมีพัฒนาการที่ดีขึ้น ร้อยละ 0.7 ส่วนใหญ่ใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาทีในการฝึก และ 30 – 60 นาที ในการฝึก คิดเป็นร้อยละ 0.3 โดยมีความถี่ในการฝึก 1-4 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 0.7 มีค่าใช้จ่ายสำหรับการฝึกแต่ละครั้งน้อยกว่า 500 บาท และ 500-1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 0.3

สถานบริการลำดับที่ 1 ที่เข้ารับการฝังเข็ม คือโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝังเข็มคือแพทย์แนะนำ พึงพอใจต่อผลการรักษาและความเชื่อถือในด้านการรักษา ซึ่งไม่พบปัญหาใด ๆ ในการฝังเข็ม และเด็กไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัด คิดเห็นร้อยละ 0.3

2.7.4 การบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจี(HEG)

การบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจีพบว่ามีเด็กจำนวน 23 ราย ร้อยละ 7.6 เคยได้รับการบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจีมาแล้ว ระยะเวลา 1-3 ปีมากที่สุด ร้อยละ 2.6 ปัจจุบันที่ยังฝึกอยู่มี 18 ราย ร้อยละ 5.9 และที่ไม่ได้ฝึกต่อมี 5 ราย ร้อยละ 1.6 เนื่องจากมีรอยชักในสมองแพทย์จึงสั่งงด ร้อยละ 0.7 ส่วนใหญ่ใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาทีในการฝึก ร้อยละ 5.6 โดยมีความถี่ในการฝึก 1-4 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 7.6 มีค่าใช้จ่ายสำหรับการฝึกแต่ละครั้ง 500 – 1,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 6.3

สถานบริการลำดับที่ 1 ที่เข้ารับการบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจีมากที่สุด คือ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ร้อยละ 6.3 ที่อื่นๆ เช่น โรงพยาบาลสมิติเวช และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เป็นต้น ร้อยละ 0.3 บุคลากรที่ให้บริการคือ พยาบาล ร้อยละ 1.0

เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจีคือแพทย์แนะนำมากที่สุด ร้อยละ 7.2 รองลงมาคือความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล ร้อยละ 2.3 ซึ่งส่วนใหญ่ไม่พบปัญหาใด ๆ ในการบำบัด ร้อยละ 3.9 รองลงมาพบปัญหาค่าใช้จ่ายสูง ร้อยละ 2.3

2.7.5 การบำบัดด้วยออกซิเจน

การบำบัดด้วยออกซิเจนพบว่ามีเด็กจำนวน 8 ราย ร้อยละ 2.6 เคยได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนมาแล้ว ระยะเวลา ต่ำกว่า 1 ปี ร้อยละ 2.6 ปัจจุบันที่ยังบำบัดอยู่มี 3 ราย ร้อยละ 1 และที่ไม่ได้บำบัดต่อมี 5 ราย ร้อยละ 1.6 เนื่องจากจบคอร์ส ร้อยละ 0.7 ส่วนใหญ่ใช้เวลา 30 - 60 นาทีในการฝึก ร้อยละ 2.3 โดยมีความถี่ในการฝึก 1 - 4 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 1.3 มีค่าใช้จ่ายสำหรับการฝึกแต่ละครั้ง น้อยกว่า 500 บาทมากที่สุด ร้อยละ 1.3

สถานบริการลำดับที่ 1 ที่เข้ารับการบำบัดด้วยออกซิเจนมากที่สุด คือ โรงพยาบาลยันฮีมากที่สุด ร้อยละ 1 ที่อื่นๆ เช่น โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ร้อยละ 1.3 บุคลากรที่ให้บริการคือแพทย์และพยาบาล ร้อยละ 0.3

เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการบำบัดด้วยออกซิเจนคือแพทย์แนะนำและญาติ คนรู้จักแนะนำมากที่สุด ร้อยละ 1.3 รองลงมาคือพึงพอใจต่อผลการรักษา ร้อยละ 1 ซึ่งส่วนใหญ่ไม่พบปัญหาใด ๆ ในการบำบัดและพบปัญหาค่าใช้จ่ายสูง มากที่สุด ร้อยละ 1 รองลงมาพบปัญหาจำนวนสถานที่ในการให้บริการมีน้อย, เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัด และหูอื้อ เด็กต่อต้าน ไม่สบายตัว ร้อยละ 0.7

2.7.6 การบำบัดด้วยสัตว์

การบำบัดด้วยสัตว์พบว่ามีเด็กจำนวน 19 ราย ร้อยละ 6.3 เคยได้รับการบำบัดด้วยสัตว์มาแล้ว ระยะเวลา ต่ำกว่า 1 ปี มากที่สุด ร้อยละ 3.3 ปัจจุบันที่ยังบำบัดอยู่มี 9 ราย ร้อยละ 3 และที่ไม่ได้บำบัดต่อมี 10 ราย ร้อยละ 3.3 เนื่องจากไม่สะดวกในการพาเด็กไปฝึก, สถานที่ไกลร้อยละ 1 ส่วนใหญ่ใช้เวลา 30 - 60 นาทีในการฝึก ร้อยละ 3.6 โดยมีความถี่ในการฝึก 1 - 4 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 5 มีค่าใช้จ่ายสำหรับการฝึกแต่ละครั้ง น้อยกว่า 500 บาทมากที่สุด ร้อยละ 4.6

สถานบริการลำดับที่ 1 ที่เข้ารับการบำบัดด้วยสัตว์มากที่สุด คือกองกำกับการตำรวจม้า ร้อยละ 2.6 รองลงมาคือกรมการสัตว์ทหารบก ค่ายทองฑีฆายุ ร้อยละ 0.7 ที่อื่นๆ เช่น คอกม้าพลูตาหลวง และมูลนิธิคุณพุ่ม ร้อยละ 2 บุคลากรที่ให้บริการคือตำรวจม้า มากที่สุด ร้อยละ 1.6

เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการบำบัดด้วยสัตว์คือญาติ คนรู้จักแนะนำมากที่สุด ร้อยละ 3.6 รองลงมาคือแพทย์แนะนำ ร้อยละ 2 ซึ่งส่วนใหญ่พบปัญหาจำนวนสถานที่ในการให้บริการมีน้อย ร้อยละ 2.3 รองลงมาไม่พบปัญหาใดๆ ร้อยละ 2

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติก

3.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติกในด้านปัจจัยสนับสนุน พบว่าระดับของปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการมากที่สุดคือความคาดหวังที่จะให้เด็กมีอาการดีขึ้น ($\overline{X}$ = 4.483) รองลงมาคือความเชื่อถือในตัวแพทย์และความเชื่อถือในสถานพยาบาล ($\overline{X}$ = 4.368) และระดับของปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการน้อยที่สุดคือความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ($\overline{X}$ = 3.493)

3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติกในด้านปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่าระดับของปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการมากที่สุดคือลักษณะอาการของเด็กออทิสติก ($\overline{X}$ = 3.644) รองลงมาคือการรับรู้ของผู้ปกครองในอาการและความรุนแรง ($\overline{X}$ = 3.618) และระดับของปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการน้อยที่สุดคือความรุนแรงของอาการ ($\overline{X}$ = 3.463)

3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติกในด้านปัจจัยทางด้านสถานบริการ พบว่าระดับของปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการมากที่สุดคืออัธยาศัย ความใส่ใจของเจ้าหน้าที่และคุณภาพของบริการ ($\overline{X}$ = 4.269) รองลงมาคือการประสานงานของเจ้าหน้าที่ ($\overline{X}$ = 4.085) และระดับของปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการน้อยที่สุดคือสถานที่จอดรถเพียงพอ ($\overline{X}$ = 3.486)

4. ข้อเสนอแนะของผู้ปกครอง

ผู้ปกครองได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในด้านต่าง ๆ สรุปได้ดังต่อไปนี้

1. อยากให้ทางโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์จัดให้มีการบำบัดรักษาด้วยออกซิเจน 100% บ้าง เนื่องจากมีให้บริการน้อยและต้องรอคิวนาน

2. อยากให้เพิ่มบุคลากร ผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องในด้านเด็กออทิสติกในโรงพยาบาลให้มากขึ้น และดำเนินการให้จริงจัง

3. ควรจัดให้มีสถานบริการเฉพาะด้านสำหรับเด็กออทิสติกให้มากขึ้น

4. อยากได้คำแนะนำที่ชัดเจนจากแพทย์ เพราะแพทย์มีบทบาทสำคัญในการเลือกและแนะนำการบำบัดรักษาให้แก่ผู้ปกครองของเด็กออทิสติก เนื่องจากผู้ปกครองไม่ทราบแนวทางการบำบัดรักษาที่ดีและถูกต้อง

5. อยากให้มีสถานพยาบาลของรัฐมากขึ้น พร้อมทั้งส่งเสริมให้มีกิจกรรมต่างๆ สำหรับเด็กออทิสติก เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และควรคำนึงถึงค่าใช้จ่ายของผู้ปกครองด้วย

6. อยากได้รับบริการสุขภาพที่ต่อเนื่อง เป็นประจำสม่ำเสมอ มีความถี่ที่เหมาะสม ไม่รอคิวนานจนเกินไป

7. ควรมีการประชาสัมพันธ์และจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและผู้ที่สนใจเป็นระยะๆใช้เวลาไม่นาน และจัดที่ต่างจังหวัดบ้าง ในหัวข้อเกี่ยวกับออทิสติก วิธีการบำบัดรักษา วิธีการปรับพฤติกรรม เป็นต้น

8. อยากให้มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในเรื่องของแนวทางการเข้าเรียนในโรงเรียนเรียนร่วมของเด็กออทิสติก หรือเรียนอย่างไรให้เหมาะสม

9. อยากให้มีบุคลากรเกี่ยวกับเด็กออทิสติกหรือนักกิจกรรมบำบัดประจำอยู่ตามสถานศึกษาของเด็กปกติทั่วไป

10. อยากให้มีบุคลากรทางด้านการฝึกและแก้ไขการพูดให้มากขึ้น

11. อยากให้มีสถานพยาบาลที่เป็นโรงเรียนไปในตัวด้วย เพื่อรองรับเด็กออทิสติก ตั้งแต่ชั้นอนุบาล เพราะเด็กจะได้ประโยชน์มากกว่าไปอยู่โรงเรียนทั่วไป

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติกที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ของเด็กออทิสติกที่ตอบแบบสอบถามในงานวิจัยนี้เป็นเพศหญิง อายุ 30-39 ปี ที่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายอาจเป็นเพราะว่า ผู้ปกครองเพศหญิงมีความใกล้ชิดกับเด็กมากกว่า ซึ่งมีงานวิจัยสนับสนุนในเรื่องนี้ของ Koyama T และคณะ[58] ที่ได้ศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพจิตในเรื่องบุคคลออทิสติกของประชาชนทั่วไปชาวญี่ปุ่นจำนวน 500 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 229 ราย (45.8%) ระบุความหมายของเด็กออทิสติกได้อย่างถูกต้อง อย่างมีนัยสำคัญ ($P<0.05$) และเป็นผู้หญิงโดยส่วนใหญ่ที่มีการวางแผนกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหา เช่น การติดต่อหน่วยงานภาครัฐ อีกทั้งในงานวิจัยนี้ผู้ปกครองเพศหญิงส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็กคือเป็นมารดามากที่สุด และมีอาชีพว่างงานหรือเป็นแม่บ้าน ดังนั้นจึงทำให้มีโอกาสในการดูแลเด็กมากกว่าบุคคลอื่นในครอบครัว และยังพบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท อาจส่งผลให้เกิดความเครียดได้ ซึ่งมีรายงานวิจัยของ Duarte CS และคณะ[59] ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในมารดาของเด็กออทิสติก จากมารดาของเด็กออทิสติกและที่ไม่ใช่มารดาของเด็กออทิสติกจำนวน 31 คู่ แสดงให้เห็นถึงความเครียดของมารดามีความสัมพันธ์กับบุตรที่เป็นออทิสติก และอีกงานวิจัยของ Favero-Nunes และ Dos Santos[60] ที่ได้ศึกษาอาการกังวลใจหรือซึมเศร้าในมารดาของเด็กออทิสติก และความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ทางสังคม โดยทำการศึกษามารดา 20 ราย พบว่ามารดาที่มีความกังวลใจหรืออาการซึมเศร้า 15% มีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ประเมินว่าอยู่ในด้านบวก 70% และมีเพียง 40% ที่มีความพึงพอใจกับสุขภาพของพวกเขา

เด็กออทิสติกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ในงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเมื่อมีอายุประมาณ 1-3 ปี อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ปกครองมักสังเกตเห็นความผิดปกติของเด็กได้ในช่วงอายุนี้ เพราะเด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะเริ่มปรากฏมีอาการผิดปกติใน 1 หรือ 2 ขวบปีแรก[21] ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ที่พบว่าอายุของเด็กที่ผู้ปกครองส่วนใหญ่เริ่มสังเกตเห็นว่าเด็กมีอาการผิดปกติจากเด็กทั่วไป คือ อายุประมาณ 2 ปี และยังพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 2-5 ปี ที่พบเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงนั้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lai DC และคณะ[61] ที่ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลความพิการแห่งชาติของไต้หวัน พบว่าความชุกของออทิสติกมีเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สำรวจจากปี 2004-2010 กรณีที่เด็กได้ลงทะเบียนคืออายุ 3 - 17 ปี มีเพิ่มขึ้น 3995-8072 รายต่อปี และความชุกโดยทั่วไปเพิ่มขึ้นทุกปีในทุกกลุ่มอายุ ($p <0.01$) ในแต่ละปีพบว่ามีเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงอัตราความชุกอยู่ระหว่าง 5.64 : 1 - 6.06 : 1 ($p <0.01$ ในทุกปี)

เด็กออทิสติกในงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่ได้รับการบำบัดรักษามาแล้วเป็นระยะเวลา 1-4 ปี ในทำนองเดียวกันกับงานวิจัยของ Gurney JG และคณะ[56] ที่พบว่าเด็กออทิสติกจะเข้าพบแพทย์มากกว่า 12 เดือนในการป้องกันบำบัดรักษาโรค เพราะฉะนั้นจึงควรมีการรณรงค์ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ทำการประเมินความเสี่ยงของโรคออทิสซึมในเด็กเล็กทุกรายโดยเฉพาะอย่างยิ่งอายุในช่วง 1 - 3 ปี เนื่องจากผู้ปกครองน่าจะเห็นความผิดปกติในเด็กชัดเจนมากที่สุด

บริการสุขภาพด้านต่างๆ ที่ผู้ปกครองในงานวิจัยนี้ ได้พาเด็กเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์และในสถานบริการอื่นๆ มากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ การกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ การฝึกและแก้ไขการพูด กิจกรรมบำบัด การรักษาด้วยยา และพฤติกรรมบำบัด ตามลำดับ ในรายงานการวิจัยของ Gurney JG และคณะ[56] ได้ศึกษาเปรียบเทียบรายงานการบันทึกของผู้ปกครองในเรื่องสภาวะสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพของเด็กปกติทั่วไปและเด็กออทิสติก พบว่าเด็กออทิสติกพบแพทย์เพื่อจุดประสงค์ในการป้องกันโรค ทำกิจกรรมบำบัด อรรถบำบัด ต้องการคำปรึกษาชี้แนะเรื่องยา เพื่อการใช้ยาในระยะยาว มากกว่าเด็กปกติทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$) และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ McLennan JD และคณะ[62] ที่ได้ทำการรวบรวมตรวจสอบบันทึกการรายงานผลของผู้ปกครองเด็กออทิสติก 64 ราย จากศูนย์พัฒนาการพิเศษจำนวน 4 แห่ง ในแคนาดา พบว่าเด็กเกือบทั้งหมดได้รับการประเมินด้านภาษาและการพูด(94%) น้อยกว่าครึ่งหนึ่งรักษาทางด้านจิตใจ(42%) หรือทางพันธุกรรม(31%) ฝึกการพูดและภาษา(88%) และกิจกรรมบำบัด(78%)

สำหรับการรักษาด้วยยานั้น พบว่าเด็กส่วนใหญ่ในงานวิจัยนี้เคยได้รับการรักษาด้วยยาจำนวน 184 ราย จาก 304 ราย สอดคล้องกับรายงานการวิจัยของ Croen L.A. และคณะ[57] ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบการใช้บริการสุขภาพและค่าใช้จ่ายของเด็กปกติทั่วไปจำนวน 30,529 คน และเด็กออทิสติก จำนวน 3,053 คน ในทางภาคเหนือของแคลิฟอร์เนีย เมื่อปี 2003 พบว่า เด็กออทิสติกใช้ยาเพื่อการบำบัดรักษาทางจิตเวชมากกว่าเด็กปกติทั่วไป เฉลี่ยค่ารักษาพยาบาล ในช่วงเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล การไปคลินิก และการซื้อยาในการรักษา มากกว่าสองเท่าเปรียบเทียบกับเด็กปกติทั่วไป และยาที่จิตแพทย์ส่วนใหญ่ใช้บำบัดรักษาอาการของเด็กออทิสติกในงานวิจัยนี้ คือ Risperidone จำนวน 96 ราย รองลงมาได้แก่ Ritalin 21 ราย ซึ่งในปัจจุบันมีเด็กจำนวน 163 รายที่ยังคงใช้การรักษาด้วยยาอยู่อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับรายงานการวิจัยของ Posey DJ และ McDougle CJ[63] ที่ศึกษาเรื่องยาสำหรับออทิสติก พบว่าไม่มียาที่ใช้รักษาเด็กออทิสติกได้โดยเฉพาะ แต่อย่างไรก็ตามยังมียาบางชนิดที่ใช้ได้ผลดีในการรักษา ซึ่งได้แก่ haloperidol และrisperidone แต่ก็

ยังให้ผลข้างเคียงที่ยอมรับไม่ได้เช่นกัน และยังมีการศึกษาเกี่ยวกับยา methylphenidate(Ritalin) และ clonidine(Catapres) บ่งชี้ถึงความเป็นไปได้ในการใช้ยาเหล่านี้ในการรักษาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กออทิสติก และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Shea S และคณะ[64] ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยา risperidone ที่ใช้สำหรับรักษาปัญหาทางพฤติกรรมในเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความผิดปกติในพัฒนาการหลายด้าน(pervasive developmental disorders:PDD) โดยใช้เวลา 8 สัปดาห์ศึกษาเด็ก PDD ที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม อายุ 5 – 12 ปี จำนวน 79 ราย ผลการศึกษาพบว่า เด็กที่ได้รับยา risperidone มีความหงุดหงิดฉุนเฉียวลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อการศึกษาจบลงพบว่ายา risperidone จะยับยั้งอาการของเด็กถึง 64% สูงกว่าสองเท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก(31%)

ในด้านการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการซึ่งแพทย์แนะนำและผู้ปกครองพาเด็กเข้ารับบริการมากที่สุด อาจเนื่องมาจาก การกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการเป็นการบำบัดรักษาหลัก เพราะเด็กออทิสติกมีลักษณะของพัฒนาการที่ล่าช้าไม่เหมาะสมกับวัยโดยเฉพาะใน 3 ด้านใหญ่ ได้แก่ ความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความบกพร่องในการสื่อสาร และมีรูปแบบพฤติกรรมความสนใจที่ซ้ำๆ [14] ซึ่งมีรายงานวิจัยสนับสนุนของ Zachor DA[76] ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยง, ความก้าวหน้าในการตรวจและการบำบัดรักษาภาวะออทิสซึม และ Freitag CM[77] ที่ศึกษาระบาดวิทยา เกณฑ์การวินิจฉัยและการบำบัดรักษาออทิสติก พบว่าการบำบัดรักษาออทิสติกได้แก่ กระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการ , การทำกลุ่มพฤติกรรมบำบัด, จิตวิทยาเภสัชศาสตร์ ในการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการที่มีประสิทธิภาพนั้นควรเริ่มต้นทันทีหลังจากได้รับการวินิจฉัย และทำเป็นรายบุคคล มีความเข้มข้น ฝึกปรับพฤติกรรมด้วย ให้ครอบคลุมและควรให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ปกครอง

สำหรับการฝึกและแก้ไขการพูดเป็นบริการสุขภาพที่ผู้ปกครองมีความสนใจให้เด็กเข้ารับบริการเป็นจำนวนมากเช่นเดียวกัน อาจเป็นเพราะว่าเด็กออทิสติกมีลักษณะที่อยู่ในโลกของตนเอง จึงมักไม่ค่อยสนทนาหรือสื่อสารกับบุคคลรอบข้างมากนัก ไม่พูดหรือพูดเป็นภาษาที่ฟังไม่ออก (neologism) มีลักษณะพูดตาม(echolalia) [24] ผู้ปกครองของเด็ก จึงเลือกให้เด็กได้รับการฝึกและแก้ไขการพูดเป็นบริการสุขภาพในอันดับต้นๆ ความบกพร่องด้านภาษาของเด็กออทิสติกจะเห็นได้จากงานวิจัยของ Meilleur AA และ Fombonne E [65] ที่ได้ศึกษา เด็ก PDD จำนวน 135 ราย มีอายุเฉลี่ย 3.6 ปี ซึ่งเป็นเด็กออทสิติก 80 ราย(59.4%) เป็นเด็ก PDD-Nos 44 ราย(32.6%) และแอสเพอร์เกอร์ 11 ราย(8%) ผลการศึกษาพบว่าจากทั้งหมด มี 30 ราย (22%)ที่มีความบกพร่อง คือ มี 9 ราย (30%) ที่มีความบกพร่องของภาษาเพียงอย่างเดียว, 17 ราย (57%) มีสกิลอื่นๆ ที่บกพร่องแต่ไม่ใช่

ภาษา และ 4 ราย(13%) ที่บกพร่องทั้งภาษาและทักษะอื่นๆ และพบว่าความบกพร่องด้านภาษาจะพบมากในเด็กออทิสติก(30%) เมื่อเทียบกับ PDD-Nos (14%) และ แอสเพอร์เกอร์(0%)

การรักษาด้านกิจกรรมบำบัด ผู้ปกครองอาจจะมีความพึงพอใจในการรักษาด้านกิจกรรมบำบัดสำหรับเด็กออทิสติก ซึ่งมีงานวิจัยสนับสนุนในการบำบัดรักษาเด็กออทิสติกด้วยกิจกรรมบำบัดของ Linderman TM และ Stewart KB[66] ที่ได้ศึกษาเด็ก PDD เพศชาย อายุ 3 ปี จำนวน 2 ราย โดยใช้โปรแกรมการรักษา Sensory Integrative ผลการศึกษาพบว่าเด็กทั้งสองราย มีการแสดงออกที่ดีขึ้นในด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีวิธีการจัดการกับกิจกรรมใหม่ๆ มีการตอบสนองต่อการกอดหรือการจับ และมีการตอบสนองต่อการเคลื่อนไหว มีการสังเกตเห็นพฤติกรรมบางอย่างลดลงเช่นพฤติกรรมก้าวร้าว พร้อมกับการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย เช่นคำพูดที่เด็กสื่อสารออกมาเอง การเล่นที่มีจุดมุ่งหมาย มีสมาธิจดจ่อกับกิจกรรมและการสนทนา

สำหรับการฝึกพฤติกรรมบำบัดและฝึกทักษะทางสังคม ผู้ปกครองมีความสนใจที่จะให้เด็กเข้ารับบริการอาจเนื่องมาจากเด็กออทิสติกมีการแสดงออกของพฤติกรรมทางสังคมที่ไม่เหมาะสม จึงต้องการปรับพฤติกรรม และต้องการให้เด็กมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งเมื่อได้ฝึกแล้วจะทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้น ดังจะเห็นได้จากรายงานการวิจัยของเพ็ญศรี ศรีมา[75] ที่ศึกษาเด็กชายออทิสติกซึ่งกำลังศึกษาในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โดยใช้หลักการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ เพื่อปรับพฤติกรรมการตีผู้อื่นในห้องเรียนร่วม ผลการศึกษาพบว่า เด็กมีพฤติกรรมการตีผู้อื่นลดลงจากร้อยละ 92 เป็นร้อยละ 32 ทั้งนี้เด็กได้เรียนรู้และเลือกการลูบแขนแทนการตี คิดเป็นร้อยละ 72 และจากงานวิจัยของปัทมา บุญตันบุตร[70] ที่ได้ศึกษาเด็กออทิสติกชาย อายุ 7 ปี เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมทางสังคมของเด็กออทิสติก ก่อนและหลังเข้าร่วมการทำกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมทางสังคม ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมทางสังคม เด็กออทิสติกเกิดการเรียนรู้ และมีพัฒนาการทางสังคมดีขึ้น เด็กมีลักษณะพฤติกรรมทางสังคมดีขึ้น เช่น การมองสบตาเวลาถูกเรียกชื่อ การให้โอบกอด อุ้ม หอมแก้ม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในลักษณะทักทาย และชักชวนผู้อื่นรวมถึงคนแปลกหน้าให้มาเล่นด้วย และมีอีกหนึ่งงานวิจัยของปาริชาด สุภักวัฒนะ[71] ที่ได้ศึกษาเด็กออทิสติกที่เรียนอยู่ในห้องเรียนโครงการพิเศษ ศูนย์วิจัยเพื่อเด็กที่ต้องการความช่วยเหลือพิเศษชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และ ประถมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ศูนย์วิจัยและพัฒนาการศึกษา เมื่อพ.ศ. 2552 จำนวน 12 ราย ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมของเด็กออทิสติกจากการประเมินของอาจารย์มีแนวโน้มดีขึ้นกว่าเดิมหลังได้รับการสอนเรื่องราวทางสังคมและหลังติดตาม 1 เดือน พฤติกรรมของ

เด็กออทิสติกดีขึ้นกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ มีเด็ก 11 คน มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ลดลง ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าการฝึกปรับพฤติกรรมและฝึกทักษะทางสังคมมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการบำบัดเด็กออทิสติก

ยังมีบริการสุขภาพที่น่าสนใจคือการฝังเข็ม ซึ่งพบในงานวิจัยนี้ จำนวน 2 ราย ที่เคยเข้ารับการบำบัดมาก่อน ทั้งสองรายเข้ารับการบำบัดมาแล้ว 1-3 ปี และ 4-6 ปี ด้วยความถี่ 1-4 ครั้งต่อเดือน แต่ปัจจุบันไม่ได้รับการรักษาแล้ว เนื่องจากเด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้น ส่วนปัญหาและอุปสรรคพบว่ามีจำนวน 1 รายที่เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัด ซึ่งมีรายงานการวิจัยสนับสนุนในเรื่องการฝังเข็มของ กาญนา คุณรังษีสมบูรณ์[72] ที่ได้ศึกษาผลของการฝังเข็มที่ศีรษะในผู้ป่วยออทิสติก จำนวน 24 คน (อายุเฉลี่ย 6.2 ปี) พบว่าผลการรักษามีผู้ป่วย 2 คน ไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนอีก 22 คน ผลการรักษาประเมินโดยใช้ Developmental Screening Inventory (DSI) และการประเมินพฤติกรรมโดยพยาบาลและผู้ปกครอง ซึ่งผลอยู่ในเกณฑ์ดี ถึงดีมาก ผู้ปกครองมีความพึงพอใจในพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

ส่วนบริการสุขภาพด้านอื่นๆ ที่เป็นการรักษาเสริม (complementary approaches)[29] เช่นการบำบัดด้วยสัตว์ที่ปัจจุบันนี้ผู้ปกครองสนใจในการพาเด็กออทิสติกเข้ารับการบำบัดรักษาเป็นจำนวนมาก ซึ่งผลการรักษาก็มีแนวโน้มที่ทำให้เด็กมีอาการและพัฒนาการที่ดีขึ้น ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยของ เมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี และคณะ[73] ที่ได้ศึกษาทำการทดลองให้เด็กออทิสติก 4 คน อายุระหว่าง 11-17 ปี มาทำกิจกรรมร่วมกับช้าง 4 เชือก ผลการวิจัยพบว่าทุกการทดสอบของเด็กมีการพัฒนาทุกด้าน เช่น การสัมผัส จากที่ไม่กล้าสัมผัสก็จะกล้าขึ้น การทรงตัวดีขึ้น เป็นต้น ส่วนด้านศิลปะบำบัดก็มีงานวิจัยว่าทำให้เด็กมีพัฒนาการทางอารมณ์ที่ดีขึ้น จากงานวิจัยของกันตรัตน์ ไพรินทร์[74] ที่ได้ศึกษาความสามารถในการรู้คิดและการแสดงออกทางอารมณ์ของเด็กออทิสติกโดยใช้กิจกรรมศิลปะ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ เด็กออทิสติกอายุ 9-14 ปี จำนวน 6 คน ผลการศึกษาพบว่าเด็กออทิสติกจะมีพัฒนาการด้านรู้คิดและการแสดงออกทางอารมณ์ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยด้านสนับสนุนที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพมากที่สุด คือ ความคาดหวังที่จะให้เด็กออทิสติกมีอาการที่ดีขึ้น และปัจจัยด้านสุขภาพที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพมากที่สุด คือลักษณะอาการของเด็กออทิสติก อาจเนื่องจากว่าในการเลือกใช้บริการด้านสุขภาพส่วนใหญ่แล้วย่อมจะพิจารณาจากลักษณะอาการก่อน มีความต้องการและคาดหวังให้หายจากโรคที่เป็นอยู่ แล้วจึงเลือกสถานบริการและเลือกบริการสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ

ชมพูนุท สุจริตจันทร์[48] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน จำนวน 7 หมู่บ้าน รวม 319 คน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ได้แก่ อายุและระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลักษณะของความเจ็บป่วย อัธยาศัยความใส่ใจของเจ้าหน้าที่ และคุณภาพของบริการ และสอดคล้องกับงานวิจัยของภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ[69] ที่ได้ศึกษาอุปสรรค และความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลเด็กออทิสติก โดยศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่เป็น บิดา มารดา ญาติ หรือ พี่เลี้ยง ที่ให้การดูแลเด็กออทิสติกอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 19 คน พบว่าอุปสรรคในการดูแลเด็กออทิสติก เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เกี่ยวกับ ภาวะโรคที่เด็กเป็นอยู่ การขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลเด็ก ส่วนปัจจัยด้านสุขภาพที่มีผลน้อยที่สุดในงานวิจัยนี้คือ ความรุนแรงของอาการ อาจเนื่องมาจากว่า ไม่ว่าลักษณะอาการของเด็กออทิสติกจะรุนแรงหรือไม่ก็ตาม ผู้ปกครองก็ยังตัดสินใจที่จะพาเด็กเข้ารับบริการสุขภาพเพื่อจุดประสงค์หลักคือให้เด็กมีอาการและมีพัฒนาการที่ดีขึ้นเหมาะสมกับวัย

ปัจจัยด้านสถานบริการที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพมากที่สุด คือการมีอัธยาศัยความใส่ใจของเจ้าหน้าที่ และคุณภาพของบริการ รองลงมาคือ การประสานงานของเจ้าหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กิ่งแก้ว เกษโกวิท และคณะ[68] ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของชาวชนบท: กรณีศึกษาหมู่บ้าน 3 หมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อพ.ศ. 2541 พบว่าการตัดสินใจเลือกสถานบริการขึ้นอยู่กับ ความเชื่อถือศรัทธาของประชาชน ความเป็นกันเองของเจ้าหน้าที่อนามัย ประสิทธิภาพของการรักษา ระดับความรุนแรงของโรค ระยะทางใกล้และสะดวก ทัศนคติที่มีต่อสถานบริการ ในด้านการให้บริการดี พูดจาไพเราะ เป็นกันเอง สะดวกรวดเร็ว การมีบัตรประกันสุขภาพ/บัตรผู้สูงอายุ/บัตรสปร. และระบบการส่งต่อ ซึ่งในทำนองเดียวกันกับรายงานการวิจัยของ นาซิราห์ และคณะ[67] ศึกษาผู้ป่วยนอกอายุ 15-60 ปี จำนวน 200 คน ในสถานีอนามัยคูตาบัง ต.ไบเรียนประเทศอินโดนีเซีย ระหว่างวันที่ 6 มกราคม ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2551 พบว่า 23% ของผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงต่อบริการ พึงพอใจกับความสุภาพของผู้ให้บริการมากที่สุด(38%) พึงพอใจกับความสะดวกสบายของสถานีอนามัยน้อยที่สุด(18%)

สรุปจากผลการวิจัยและการนำไปใช้

1. บริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้าใช้บริการมากที่สุดคือการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ รองลงมา ได้แก่การฝึกและแก้ไขการพูด กิจกรรมบำบัด การรักษาด้วยยา และพฤติกรรมบำบัด ในการพัฒนางานบริการสำหรับเด็กออทิสติก ควรเน้นการให้ความสำคัญของการบำบัดชนิดต่างๆ โดยเฉพาะการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ โดยคำนึงถึงอาการของเด็กแต่ละรายบุคคล ความคาดหวังของผู้ปกครอง คุณภาพของงานบริการสุขภาพ ควรเริ่มต้นทันทีหลังจากที่เด็กได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และควรให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ปกครอง

2. จากงานวิจัยนี้ พบว่าบุคคลที่จะให้ความดูแลและช่วยเหลือเด็กออทิสติกคือมารดา ซึ่งส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นแม่บ้าน ทำให้มีเวลาเอาใจใส่ดูแลและมีความใกล้ชิดกับเด็กมากกว่าบุคคลอื่นในครอบครัว ดังนั้นหากมีการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเด็กกลุ่มนี้ ผลักดันให้บุคคลใกล้ชิดในครอบครัวนอกเหนือจากมารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก จัดให้มีการอบรมเพื่อให้เข้าใจลักษณะอาการของโรค ตลอดจนแนวทางในการช่วยเหลือเด็กให้มีทักษะความสามารถและพัฒนาการที่ดีขึ้น หรือเข้ามาช่วยในด้านบริการสุขภาพและสวัสดิการต่างๆ ที่มีความจำเป็นกับเด็กกลุ่มนี้ให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อยู่ในสังคมได้โดยปราศจากความช่วยเหลือ และยังสามารถช่วยลดความเครียดที่อาจจะเกิดขึ้นภายในครอบครัวและบุคคลที่ใกล้ชิดได้ โดยเฉพาะพ่อและแม่ของเด็ก เมื่อผู้ปกครองมีความเข้าใจและจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างดี ก็จะสามารถกลับไปประกอบอาชีพได้และยังจะช่วยส่งผลให้ทุกคนในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. ผู้ปกครองส่วนใหญ่สังเกตเห็นว่าเด็กมีอาการผิดปกติจากเด็กทั่วไป คือ อายุประมาณ 2 ปี จึงควรเสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำการประเมินความเสี่ยงของโรคออทิสซึมในเด็กเล็กทุกราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งอายุในช่วง 1-3 ปี ซึ่งผู้ปกครองจะเห็นความผิดปกติในเด็กชัดเจนมากที่สุด หากผู้ปกครองสามารถพบความผิดปกติของเด็กได้เร็ว ก็จะสามารถช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้ได้อย่างทันท่วงที

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จ.สมุทรปราการเพียงแห่งเดียว ผลการศึกษาที่ได้จึงอาจจะไม่ครอบคลุมถึงประชากรในสถานบริการแห่งอื่นๆ และประชากรในจังหวัดอื่นๆ ดังนั้นจึงควรทำการศึกษาการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติก ให้ครอบคลุมทุกสถานพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดยิ่งขึ้น

2. รูปแบบบริการสุขภาพต่างๆ ที่เด็กออทิสติกในงานวิจัยนี้ เข้ารับบริการตามสถานบริการสุขภาพต่างๆ สามารถนำไปเป็นแนวทางสำหรับผู้ปกครองของเด็กออทิสติกทั่วไป เพื่อการตัดสินใจเลือกรับบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับเด็กออทิสติกในความดูแล อีกทั้งยังมีบริการสุขภาพแบบใหม่ๆ ที่ผู้ปกครองบางท่านยังไม่เคยรู้จัก หรือยังไม่แน่ใจในผลการรักษา ก็สามารถนำข้อมูลมาช่วยในการตัดสินใจเลือกรับบริการสุขภาพได้

3. เนื่องจากแบบสอบถามมีจำนวนข้อคำถามที่มาก เพราะยังไม่มีการศึกษาในเรื่องการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติกมาก่อน ดังนั้นแบบสอบถามที่ใช้จึงพยายามทำให้ครอบคลุมหัวข้อที่คาดว่าน่าจะเกี่ยวข้อง แต่ก็ยังมีบางปัจจัยที่ยังไม่ได้ศึกษาอย่างละเอียด ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้และข้อเสนอแนะจากของผู้ปกครองของเด็กออทิสติก สามารถเป็นแนวทางสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับออทิสติก ในการพัฒนางานบริการทางสุขภาพให้ ครอบคลุม และสอดคล้องต่อความต้องการในการบำบัดรักษาเด็กออทิสติกได้ ต่อไป

รายการอ้างอิง

[1] อลิสา วัชรสินธุ และคณะ. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิต แนวทางการเสริมสร้างพัฒนา ป้องกันและแก้ไขสุขภาพจิตของคนไทย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.

[2] สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2552. กรุงเทพฯ : 2552.

[3] อลิสา วัชรสินธุ. จิตเวชเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.

[4] Dulcan, M. K., and Wiener, J. M. Classification of Child and Adolescent Psychiatric Disorders. In Dulcan, M. K., and Wiener, J. M.(eds.), Essentials of Child and Adolescent Psychiatry, p. 33. London : American Psychiatric, 2006.

[5] นิชรา เรืองดารกานนท์. เด็กออทิสติก เด็กสมาธิสั้น. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก, 2551.

[6] ศรีเรือน แก้วกังวาล. จิตวิทยาเด็กที่มีลักษณะพิเศษ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, 2550.

[7] สาวิตรี รุญเจริญ. เทคนิคในการดูแลและให้ความช่วยเหลือเด็กออทิสติก. วารสารศูนย์บริการวิชาการ 14 (มกราคม - มีนาคม 2549) : 10.

[8] คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงาน. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 [ออนไลน์]. 2552. แหล่งที่มา: http://www.thaihof.org/sites/default/files/images /Act_resize.pdf [15 พ.ค.52]

[9] สาธารณสุข, กระทรวง. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[ออนไลน์]. 2546. แหล่งที่มา: http://www.moph.go.th/ops/minister_06/30%20baht%20l aw.pdf [17 พ.ค.52]

[10] สุริยา แป้นสุขา. ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 : กรณีศึกษาเขตเทศบาลตำบลศรีพนา อำเภอเชกา จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2550.

[11] Thai Elephant Therapy Project. โครงการช้างบำบัด ม.ช. หนุนสหประชาชาติ กำหนด 2 เม.ย. เป็นวันรณรงค์ออทิสติกโลก(World Autism Awareness Day, WAAD [ออนไลน์]. 2551. แหล่งที่มา: http://www.tetp.org/contact.html [8 มี.ค. 54]

[12] ศิวพร อ่องศรี. ศิลปะบำบัดช่วยเด็กออทิสติก [ออนไลน์]. 2552. แหล่งที่มา: http://www.spe-ut.net/?q=node/1369 [12 ก.พ. 54]

[13] การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดสมุทรปราการ, ศูนย์. ใบงานสรุปผลการจัดการศึกษาพิเศษเพื่อคนพิการ [ออนไลน์]. 2552. แหล่งที่มา http://special.obec.go.th/newh/provice/ samudpakran/ samudpakran1.doc [10 พ.ค. 52]

[14] Sadock, B. J., and Sadock, V. A. Pervasive developmental disorders. Kaplan & Sadock's concise textbook of child and adolescent psychiatry. p. 65. USA : Lippincott williams & wilkins, 2009.

[15] Lord, C., and Bailey, A. Autism spectrum disorders. In Rutter, M., and Taylor, E. (eds.), Child and Adolescent Psychiatry, pp. 636-655. UK : Blackwell, 2002.

[16] Tsai, L.Y. Autistic disorders. In Dulcan, M. K., and Wiener, J. M. (eds.), Essentials of Child and Adolescent Psychiatry, pp. 153-154. London : American Psychiatric, 2006.

[17] อัมพล สูอำพัน. Pervasive Developmental Disorder. ใน เกษม ตันติผลาชีวะ(บรรณาธิการ), ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย เล่ม 2, หน้า 744-753. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์, 2536.

[18] เพ็ญแข ลิ่มศิลา. การวินิจฉัยโรค"ออทิซึม". พิมพ์ครั้งที่ 1. สมุทรปราการ : ช.แสงงามการพิมพ์, 2540.

[19] อุมาพร ตรังคสมบัติ. ช่วยลูกออทิสติก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว, 2545.

[20] ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. พัฒนาการบำบัดสำหรับเด็กออทิสติกตามแนวทางป้าหมอเพ็ญแข. พิมพ์ครั้งที่ 1. โครงการหนังสือเล่ม อันดับที่ 143 ชุด จิตวิทยาและการเลี้ยงดูเด็ก. กรุงเทพฯ: รักลูก, 2545.

[21] Volkmar, F. R., Lord, C., Klin, A., and Cook, E. Autism and the pervasive developmental disorders. In Lewis, M. (ed.), Child and adolescent psychiatry, p. 589. USA : Lippincott williams & wilkins, 2002.

[22] Volkmar, F. R., Lord, C., Klin, A., Schultz, R., and Cook, E. H. Autism and the pervasive developmental disorders. In Martin, A., and Volkmar, F. R. (eds.), Lewis's child and adolescent psychiatry, p. 388. USA: Lippincott williams & wilkins, 2007.

[23] เพ็ญแข ลิ่มศิลา. รวมเรื่องน่ารู้เกี่ยวกับ"ออทิซึม". พิมพ์ครั้งที่1. สมุทรปราการ : ช.แสงงามการพิมพ์, 2541.

[24] สมัย ศิริทองถาวร. โรคออทิซึม[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.ricd.go.th/yaiwun /research/file/dr_direc/autism.pdf [6 มี.ค. 54]

[25] ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. ออทิสติก[ออนไลน์]. 2549. แหล่งที่มา: http://www.happyhome clinic.com/au02-autism.htm [18 ก.พ.54]

[26] ออทิสติกไทย, มูลนิธิ. สถานการณ์บุคคลออทิสติกในประเทศไทย2553 [ออนไลน์]. 2553. แหล่งที่มา: http://www.oknation.net/blog/autisticthai/2010/06/04/entry-2 [20 ก.พ.54]

[27] Engeland, H. V., and Buitelaar, J. K. Autism spectrum disorders. In Rutter, M., and et al.(eds.), Rutter's child and adolescent psychiatry, pp. 767-769. USA : Blackwell, 2008.

[28] Centers for Disease Control and Prevention. Autism spectrum disorders : treatment [Online]. 2010. Available from : http://www.cdc.gov/ ncbddd/autism/treatment.html [2011, march 6]

[29] ปิยวรรณเพื่อเด็กและบุคคลออทิสติก, มูลนิธิ. โรคออทิสซึ่ม: การรักษาและการศึกษา [ออนไลน์]. 2553. แหล่งที่มา http://www.autismthai.org/index.php?lay=show&ac= article&Id=539136915 [12 ก.พ. 54]

[30] สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.

[31] สุภาพร กะแก้ว. นักกิจกรรมบำบัดช่วยเด็กออทิสติกอย่างไร [ออนไลน์]. 2550. แหล่งที่มา: http://ser-1.com/page /wichakan_nakkidjakam.htm [22 ก.พ.54]

[32] สุภาพร ชินชัย, วรรณิภา บุญระยอง และ จนัญญา ปัญญามี. หลักเบื้องต้นทางกิจกรรมบำบัด. โครงการส่งเสริมงานแต่งตำราและเอกสารวิชาการ เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.

[33] ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. กิจกรรมบำบัด [ออนไลน์]. 2549. แหล่งที่มา: http://www.happyhome clinic.com/occupationaltherapy.htm [20 ก.พ. 54]

[34] ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ความรู้ทางกายภาพบำบัด [ออนไลน์]. 2545. แหล่งที่มา: http://www.pt.ahs.chula.ac.th/index. php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=9&Itemid=19 [7 มี.ค. 54]

[35] จินตะดนตรี, โรงเรียน. ประโยชน์ของดนตรี [ออนไลน์]. 2543. แหล่งที่มา: http://www.jinta musicschool.com/index.php?lay=show&ac=article&Id= 538970381 [6 มี.ค. 54]

[36] กาญจนา คูณรังสีสมบูรณ์ และ อัมพิกา มณีวงศ์. การรักษาผู้ป่วยออทิสติกด้วยวิธีฝังเข็ม [ออนไลน์]. 2544. แหล่งที่มา: http://www.ricd.go.th/ yaiwun/research/file/dr_kan /atac.pdf [8 มี.ค. 54]

[37] OKnation. ครั้งแรกของโลก ช้างไทยบำบัดออทิสติก [ออนไลน์]. 2551. แหล่งที่มา: http://www.oknation.net/blog/print.php?id=235843 [8 มี.ค. 54]

[38] ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. อาชาบำบัด [ออนไลน์]. 2549. แหล่งที่มา: http://www.happyhome clinic.com/alt13-hippotherapy.htm [6 มี.ค. 54]

[39] ณัฏฐ์ ตุ้มภู่. มหัศจรรย์กีฬา “อาชาบำบัด” หนึ่งทางเลือกบำบัดเด็กออทิสติก [ออนไลน์]. 2553. แหล่งที่มา: http://www.thaihealth. or.th/healthcontent/special_report/15392 [22 ก.พ. 54]

[40] ผู้จัดการออนไลน์, ASTV. “อาชาบำบัด”ทางเลือกสู่การท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ [ออนไลน์]. กรุงเทพฯ : ผู้จัดการออนไลน์, 2553. แหล่งที่มา: http://www.manager.co.th/Travel/ ViewNews.aspx? NewsID=9530000135674 [19 ก.พ.54]

[41] เลิดสิน, โรงพยาบาล. ช้างบำบัดออทิสติค-โรคกลัว [ออนไลน์]. 2551. แหล่งที่มา: http://www.lerdsin.go.th/modules.php?name=News&file=article&sid =2652 [8 มี.ค. 54]

[42] ปิยวรรณเพื่อเด็กและบุคคลออทิสติก, มูลนิธิ. การรักษาออทิสซึมด้วยออกซิเจนความดันสูง [ออนไลน์]. 2553. แหล่งที่มา: http://www.autismthai.org/index.php?lay=show&ac= article&Id= 539136679&Ntype=3 [19 ก.พ.54]

[43] RYT9. โครงการบำบัดเด็กออทิสติกด้วยออกซิเจนความดันสูงเฉลิมพระเกียรติ 77 พรรษา สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ [ออนไลน์]. 2553. แหล่งที่มา: http://www.ryt9.com/s/prg/792383 [9 มี.ค. 54]

[44] กิ่งแก้ว ปาจรีย์. การใช้ฟลอร์ไทม์กับเด็กออทิสติกไทย. ใน พุทธิตา, ฟลอร์ไทม์กับเด็กออทิสติก, หน้า 14 - 16. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี จำกัด, 2551.

[45] ประไพศรี ศักดาวิโรจน์. การใช้บริการสุขภาพของประชาชนในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กิ่งอำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2548.

[46] สุรเดช วงอุปปา. การใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2546.

[47] หอมจันทร์ บุษบา. การศึกษาปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพของหน่วยงานพยาบาลในสถาบันราชภัฏ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการศึกษา คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏพระนคร, 2545.

[48] ชมพูนุท สุจริตจันทร์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในเขตตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.

[49] พจนา สมุทรัตน์. ความต้องการบริการสุขภาพและบริการสุขภาพที่ได้รับของผู้สูงอายุในเขตอำเภอ แกลง จังหวัดระยอง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2549.

[50] ทานตะวัน สุรเดชาสกุล. สุขภาพจิตและระบบบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย. ใน มาโนช หล่อตะกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี, หน้า 481-496. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2548.

[51] อัมพร โอตระกูล. สุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี, 2540.

[52] บัณฑิต ศรไพศาล. บูรณาการสุขภาพจิต ทิศทางใหม่ในงานสุขภาพ. ขอนแก่น: พระธรรมขันต์ขอนแก่น, 2547.

[53] ผกา สัตยธรรม. สุขภาพจิตเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.

[54] ยุวประสาทไวทโยปถัมภ์, โรงพยาบาล. เกี่ยวกับเรา [ออนไลน์]. 2553. แหล่งที่มา http://www.yuwaprasart.com/aboutus.html [12 ก.พ.54]

[55] การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดสมุทรปราการ, ศูนย์. ใบงานสรุปผลการจัดการศึกษาพิเศษเพื่อคนพิการ [ออนไลน์]. แหล่งที่มา http://special.obec.go.th/newh/provice/samudpakran/samudpakran1.doc [10 พ.ค. 52]

[56] Gurney, JG., McPheeters ML., and Davis MM. Parental report of health conditions and care use among children with and without autism: National survey of children's health. Arch pediatr adolesc med, 160(8) (2006 Aug) : 825 - 830.

[57] Croen, L.A., Daniel, V., Najjar, G., Thomas, R., Lotspeich, L., and Bemal, P. A comparison of health care utilization and costs of children with and without autism spectrum disorders in large group-model health plan. Pediatrics, p.1203. Illinois : American academy of pediatrics, 2006.

[58] Koyama, T., Tachimori, H., Sawamura, K., Koyama, A., Naganuma, Y., Makino, H., and et al. Mental health literacy of autism spectrum disorders in the Japanese general population. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 44(8) (Aug 2008) : 651-657

[59] Duarte, CS., Bordin, IA., Yazigi, L., and Mooney, J. Factors associated with stress in mothers of children with autism. Autism. 9(4) (Oct 2005) : 416-427

[60] Favero-Nunes, MA., and Santos, MA. Depression and quality of life in mothers of children with pervasive developmental disorders. Rev Lat Am Enfermagem. 18(1) (Jan-Feb 2010) : 33-40.

[61] Lai, DC., Tseng, YC., Hou, YM., and Guo, HR. Gender and geographic differences in the prevalence of autism spectrum disorders in children: Analysis of data from the national disability registry of Taiwan. Res Dev Disabil. 33(3) (May 2012) : 909-915.

[62] McLennan, JD., Huculak, S., and Sheehan, D. Brief report: pilot investigation of service receipt by young children with autistic spectrum disorders. J Autism Dev Disord. 38(6) (Jul 2008) :1192-1196.

[63] Posey, DJ., and McDougle, CJ. Pharmacotherapeutic management of autism. Expert Opin Pharmacother. 2(4) (Apr 2001) : 587-600.

[64] Shea, S., Turgay, A., Carroll, A., Schulz, M., Orlik, H., Smith, I., and Dunbar, F. Risperidone in the treatment of disruptive behavioral symptoms in children with autistic and other pervasive developmental disorders. Pediatrics. 114(5) (Nov 2004) : 634-641.

[65] Meilleur, AA., and Fombonne, E. Regression of language and non-language skills in pervasive developmental disorders. J Intellect Disabil Res. 53(2) (Feb 2009) : 115-124.

[66] Linderman, TM., and Stewart, KB. Sensory integrative-based occupational therapy and functional outcomes in young children with pervasive developmental disorders: a single-subject study. Am J Occup Ther. 53(2) (Mar-Apr 1999) : 207-213.

[67] นาริซาห์, จิราพร ชมพิกุล และ สันทัด เสริมศรี. ความพึงพอใจต่อบริการทางสุขภาพของผู้ป่วยในสถานีอนามัยคูตาบัง ตำบลไบเรียน ประเทศอินโดนีเซีย. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา2551 6(2) (2551): 110.

[68] กิ่งแก้ว เกษโกวิท, วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี, ประเสริฐ ถาวรดุลย์สถิตย์ และพรรณวิภา ธัญญะคุปต์. พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาลของชาวชนบท: กรณีศึกษาหมู่บ้าน 3 แห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2541.

[69] ภัทราภรณ์ ทุ่งคำปัน. อุปสรรคและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลเด็กออทิสติก. ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547.

[70] ปัทมา บุญตันบุตร. การพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมของเด็กออทิสติกที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2546.

[71] ปาริชาด สุภักวัฒนะ. การพัฒนาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกโดยใช้วิธีเรื่องราวทางสังคม. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552.

[72] กาญจนา คูณรังษีสมบูรณ์. การรักษาผู้ป่วยออทิสติกด้วยวิธีฝังเข็ม [ออนไลน์]. 2545. แหล่งที่มา: http://www.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=1597 [20 เม.ย.54]

[73] เมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี และคณะ. ไทยประสบความสำเร็จใช้ช้างบำบัดเด็กออทิสติกครั้งแรกของโลก [ออนไลน์]. 2553. แหล่งที่มา: http://www.otat.org/index.php?lay=show&ac=article &Id=5363276&Ntype=3 [21เม.ย.54]

[74] กันตรัตน์ ไพรินทร์. การศึกษาความสามารถในการรู้คิดและการแสดงออกทางอารมณ์ของเด็กออทิสติกโดยใช้กิจกรรมศิลปะ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาศิลปศึกษา คณะศิลปกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2546.

[75] เพ็ญศรี ศรีมา. การปรับพฤติกรรมการตีผู้อื่นของเด็กออทิสติกโดยใช้หลักการวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการศึกษาพิเศษ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550.

[76] Zachor, DA. Autism spectrum disorders a syndrome on the rise: risk factors and advances in early detection and intervention. Harefuah. 151(3) (Mar 2012) :162-4, 189.

[77] Freitag, CM. Autistic disorders - the state of the art and recent findings: epidemiology, aetiology, diagnostic criteria, and therapeutic interventions. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 40(3) (May 2012) : 139-49.

ภาคผนวก

การวิจัยเรื่อง การใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติกที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

เรียน ผู้ปกครองของเด็กออทิสติก

ท่านเป็นผู้ได้รับเกียรติจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามในงานวิจัยเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกได้รับและปัจจัยในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติกตามทัศนคติของผู้ปกครอง ซึ่งมีจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 304 คน และก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบบริการสุขภาพของเด็กออทิสติกที่ผู้ปกครองพาเด็กเข้ารับบริการ และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติก เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้สรุปเป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่หน่วยงานบริการสุขภาพและผู้ที่สนใจ เป็นแนวทางในการทำงานวิจัยครั้งต่อไป

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กออทิสติกและของเด็กออทิสติกจำนวน 15 ข้อ, ตอนที่ 2 แบบสอบถามบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการจำนวน 20 ข้อ, ตอนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติก จำนวน 23 ข้อ ซึ่งข้อมูลบางอย่างจะได้จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย เช่น I.Q. ของเด็ก, ลักษณะอาการ, การได้ยิน, การมองเห็น เป็นต้น

การตอบแบบสอบถามนี้ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที โดยความเห็นของท่านทั้งหมดจะปิดเป็นความลับ ท่านไม่มีความจำเป็นที่จะระบุชื่อหรือรายละเอียดอื่นๆ ที่บ่งถึงตัวท่านหรือเด็กได้ในแบบสอบถามนี้ การตอบแบบสอบถามทุกข้อจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการสรุปและนำผลไปใช้ในทางปฏิบัติ อย่างไรก็ตามหากท่านไม่สามารถตอบคำถามด้วยสาเหตุใดๆ ท่านสามารถเว้นการตอบได้ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านหรือแก่เด็ก และจะไม่มีผลต่อการบำบัดรักษาของเด็กใดๆ ทั้งสิ้น

ท่านสามารถสอบถามโดยตรงได้ที่ นางสาวดารณี วิชัยคำ นิสิตปริญญาโท ชั้นปีที่ 2 สาขาสุขภาพจิต โทร.08-4501-2163 โทร.08-6526-9202 หรือที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 08-7338-8600 ได้ในเวลาราชการ

หากท่านมีข้อสงสัย หรือคำถามใดๆ เกี่ยวกับสิทธิ์ของท่านในเรื่องการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่เขียนไว้ในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัยท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ฝ่ายวิจัย ตึกอานันทมหิดล ชั้น 3 หรือที่หมายเลขโทรศัพท์ 0-2256-4455 หรือ 0-2256-4493 ต่อ 13 หรือ 14 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ดารณี วิชัยคำ

ผู้วิจัย

ใบยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติกที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

วันให้คำยินยอม วันที่……..เดือน…….พ.ศ. …….

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมา และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะปฏิเสธ หรือถอนตัวจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ควรจะได้รับตามมาตรฐาน หรือสูญเสียผลประโยชน์ใด ๆ

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของเด็กในความดูแลของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

ตอนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กออทิสติกและของเด็กออทิสติก

คำชี้แจง โปรดเติมคำ หรือเครื่องหมาย ✓ ลงใน ❑ ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อมูลผู้ปกครอง

1. **เพศ**

   ชาย ❑$_1$ หญิง ❑$_2$

2. **อายุ** _____ปี

3. **ความสัมพันธ์กับเด็ก** _____

4. **ท่านมีบุตรหลานที่เป็นเด็กออทิสติกจำนวน** _____คน

5. **สถานภาพ**

   โสด ❑$_1$ คู่ ❑$_2$ หม้าย / หย่า / แยก ❑$_3$

6. **ศาสนา**

   พุทธ ❑$_1$ คริสต์ ❑$_2$ อิสลาม ❑$_3$ อื่นๆ ❑$_4$ ระบุ_____

7. **ระดับการศึกษา**

   ไม่เคยได้รับการศึกษา ❑$_1$ ปริญญาตรี ❑$_6$
   ประถมศึกษา ❑$_2$ ปริญญาโท ❑$_7$
   มัธยมศึกษาตอนต้น ❑$_3$ ปริญญาเอก ❑$_8$
   ปวช. / มัธยมศึกษาตอนปลาย ❑$_4$ อื่นๆ ❑$_9$ (ระบุ)_____
   ปวส. / อนุปริญญา ❑$_5$

8. **อาชีพหลัก**

   ว่างงาน ❑$_1$ ทำนา / ทำไร่ / ทำสวน ❑$_7$
   แม่บ้าน ❑$_2$ พนักงานบริษัท / ห้างร้าน ❑$_8$
   รับจ้างทั่วไป ❑$_3$ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ❑$_9$
   รับราชการ ❑$_4$ นักเรียน นิสิต นักศึกษา ❑$_{10}$
   ลูกจ้าง ❑$_5$ อื่นๆ ❑$_{11}$ (ระบุ)_____
   ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว ❑$_6$

9. **รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน**

   ต่ำกว่า 5,000 บาท ❑$_1$ 20,001-30,000 บาท ❑$_4$
   5,000-10,000 บาท ❑$_2$ มากกว่า 30,000 บาท ❑$_5$
   10,001-20,000 บาท ❑$_3$

ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กออทิสติก

10. เด็กออทิสติกขณะนี้อายุ _____ ปี _____ เดือน

11. เพศ

ชาย ❑$_1$ หญิง ❑$_2$

12. ระดับการศึกษา _____

13. เด็กเริ่มมีอาการผิดปกติเมื่ออายุ _____ ปี _____ เดือน

14. ระยะเวลาที่เข้ารับการบำบัดรักษา _____ปี _____ เดือน

15. ใครเป็นผู้ดูแลเด็กที่บ้านโดยส่วนใหญ่

บิดา ❑$_1$
มารดา ❑$_2$
บิดาและมารดา ❑$_3$
อื่นๆ ❑$_4$ ระบุ _____

<u>ตอนที่ 2</u> : แบบสอบถามบริการสุขภาพที่เด็กออทิสติกเข้ารับบริการ

คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ❑ ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยแบ่งตามหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. <u>การตรวจประเมินและวินิจฉัยโรค</u>

1.1. เด็กได้รับการตรวจประเมิน และวินิจฉัยโรคโดยบุคลากรใด

จิตแพทย์เด็ก ❑$_1$

กุมารแพทย์ ❑$_2$

อื่นๆ ❑$_3$ โปรดระบุ _____

1.2. เด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติก ขณะอายุได้ _____ ปี _____ เดือน

<u>การรักษาและบริการสุขภาพ</u>

<u>การรักษาด้วยยา</u> ยา หมายถึง ยาที่แพทย์ให้ใช้เพื่อช่วยลดภาวะซน, อยู่ไม่นิ่งหุนหันพลันแล่น, ก้าวร้าว และหมกมุ่น เพื่อเพิ่มสมาธิในการเรียน

<u>พฤติกรรมบำบัด</u> เป็นการปรับพฤติกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมให้คงอยู่ต่อเนื่อง หยุดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ

<u>การฝึกทักษะทางสังคม</u> เช่น การเข้ากลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ หรือการฝึกทักษะการอยู่ร่วมในสังคม

<u>ฟลอร์ไทม์ (Floortime)</u> เป็นการทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก โดยใช้สิ่งที่เด็กสนใจเป็นเครื่องนำทาง เด็กเป็นผู้นำในการทำกิจกรรม มีการปรับเปลี่ยนวิธีการให้เหมาะสมกับระดับพัฒนาการของเด็กแต่ละคน

<u>เครื่องเอชอีจี(HEG)</u> เป็นเครื่องกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตในสมอง เพื่อฝึกเรื่องสมาธิและลำดับความคิดของเด็ก วัดความเปลี่ยนแปลงโดยดูจากปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงสมอง

<u>การบำบัดด้วยออกซิเจนความดันสูง</u> (Hyperbaric Oxygen Therapy) เป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์ซึ่งจะช่วยให้เนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะสมองได้รับออกซิเจนมากขึ้น เซลล์สมองทำงานดีขึ้น ทำให้เด็กออทิสติกมีอาการผิดปกติน้อยลง

<u>การบำบัดด้วยสัตว์</u> เช่น การขี่ม้า, การใช้ช้างบำบัด เป็นต้น

2. หลังจากได้รับการวินิจฉัย เด็กได้รับบริการสุขภาพแบบใดบ้าง (<u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>) จากนั้นขอให้ท่านได้ตอบในรายละเอียดของแต่ละหัวข้อที่ท่านได้เลือก เป็นลำดับต่อไป

การรักษาด้วยยา ❑$_1$ ศิลปะบำบัด ❑$_9$

พฤติกรรมบำบัด ❑$_2$ ดนตรีบำบัด ❑$_{10}$

การฝึกและแก้ไขการพูด ❑$_3$ การฝังเข็ม ❑$_{11}$

การฝึกทักษะทางสังคม ❑$_4$ เครื่องเอชอีจี (HEG) ❑$_{12}$

กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ ❑$_5$ การบำบัดด้วยออกซิเจน ❑$_{13}$

กิจกรรมบำบัด ❑$_6$ การบำบัดด้วยสัตว์ ❑$_{14}$

กายภาพบำบัด ❑$_7$ อื่นๆ ❑$_{15}$ โปรดระบุ_____

ฟลอร์ไทม์(Floor time) ❑$_8$

3. <u>การรักษาด้วยยา</u> (Pharmacotherapy)

3.1 เด็กเคยได้รับประทานยาโดยแพทย์จากข้อ 1.1 หรือไม่

เคย ❑$_1$

ไม่เคย ❑$_2$ *(ตอบ ไม่เคย ให้ข้ามไปทำ ข้อ 4)*

3.2 ยาที่เด็กรับประทาน (ถ้าทราบ)

Ritalin ❑$_1$

Risperidone ❑$_2$

อื่นๆ ❑$_3$ ระบุ_____

3.3 ปัจจุบันนี้เด็กรับประทานยาอยู่หรือไม่

รับประทาน ❑$_1$ *(ตอบ รับประทาน ให้ข้ามไปทำ ข้อ 4)*

ไม่ได้รับประทาน ❑$_2$

3.4 ไม่ได้รับประทานยาเนื่องจาก

แพทย์สั่งให้หยุดรับประทาน ❑$_1$

ผู้ปกครองให้เด็กหยุดรับประทานเอง ❑$_2$ เหตุผล_____

อื่นๆ ❑$_3$ ระบุ_____

4. <u>พฤติกรรมบำบัด</u> (Behavior Therapy)

4.1. เด็กเคยได้รับการฝึกพฤติกรรมบำบัดหรือไม่

เคย ❑$_1$ ไม่เคย ❑$_2$ *(ตอบ ไม่เคย ให้ข้ามไปทำ ข้อ 5)*

4.2. เด็กได้รับการฝึกพฤติกรรมบำบัดมาแล้วเป็นระยะเวลา _____ ปี_____ เดือน

4.3. ปัจจุบันนี้เด็กยังคงได้รับการฝึกพฤติกรรมบำบัดอยู่หรือไม่

ได้รับ ❑$_1$ ไม่ได้รับ ❑$_2$ เนื่องจาก_____

4.4. เวลาที่ใช้ในการฝึกพฤติกรรมบำบัดแต่ละครั้ง เป็นเท่าไหร่

น้อยกว่า 30 นาที ❑$_1$ 30–60 นาที ❑$_2$ มากกว่า 60 นาที ❑$_3$

4.5. ความถี่ในการฝึกพฤติกรรมบำบัดเป็นอย่างไร

นานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง ❑$_1$ มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน ❑$_4$

1-2 ครั้งต่อเดือน ❑$_2$ อื่นๆ ❑$_5$ ระบุ _____

3-4 ครั้งต่อเดือน ❑$_3$

4.6. ค่าใช้จ่ายสำหรับการฝึกพฤติกรรมบำบัดแต่ละครั้ง

น้อยกว่า 500 บาท ❑$_1$ 1,001 – 1,500 บาท ❑$_3$

500 – 1,000 บาท ❑$_2$ มากกว่า 1,500 บาท ❑$_4$

4.7. เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกพฤติกรรมบำบัด (<u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>)

แพทย์แนะนำ ❑$_1$ ความเชื่อถือในด้านการรักษา ❑$_5$

ญาติ, คนรู้จักแนะนำ ❑$_2$ ความเชื่อถือในตัวผู้รักษา ❑$_6$

สถานที่ใกล้บ้าน ❑$_3$ ความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล ❑$_7$

พึงพอใจต่อผลการรักษา ❑$_4$ อื่นๆ ❑$_8$ ระบุ _____

4.8. สถานบริการใดที่ท่านพาเด็กเข้ารับการฝึกพฤติกรรมบำบัด และโดยบุคลากรวิชาชีพใด

1. _____ โดย _____
2. _____ โดย _____
3. _____ โดย _____

4.9. ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการฝึกพฤติกรรมบำบัด (<u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>)

ไม่พบปัญหา ❑$_1$

ค่าใช้จ่ายสูง ❑$_2$

บุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการ ❑$_3$

จำนวนสถานที่ในการให้บริการมีน้อย ❑$_4$

เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัด ❑$_5$

ขาดความเห็นชอบจากครอบครัวต่อการบำบัด ❑$_6$

อื่นๆ ❑$_7$ ระบุ_____

5. <u>การฝึกและแก้ไขการพูด</u> (Speech Therapy)

5.1. เด็กเคยได้รับการฝึกและแก้ไขการพูดหรือไม่

เคย ❑$_1$ ไม่เคย ❑$_2$ *(ตอบ ไม่เคย ให้ข้ามไปทำ ข้อ 6)*

5.2. เด็กได้รับการฝึกและแก้ไขการพูดมาแล้วเป็นระยะเวลา _____ ปี_____ เดือน

5.3. ปัจจุบันนี้เด็กยังคงได้รับการฝึกและแก้ไขการพูดอยู่หรือไม่

ได้รับ ❑$_1$ ไม่ได้รับ ❑$_2$ เนื่องจาก_____

5.4. เวลาที่ใช้ในการฝึกและแก้ไขการพูดแต่ละครั้ง เป็นเท่าไหร่

น้อยกว่า 30 นาที ❑$_1$ 30–60 นาที ❑$_2$ มากกว่า 60 นาที ❑$_3$

5.5. ความถี่ในการฝึกและแก้ไขการพูดเป็นอย่างไร

นานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง ❑$_1$ มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน ❑$_4$

1-2 ครั้งต่อเดือน ❑$_2$ อื่นๆ ❑$_5$ ระบุ _____

3-4 ครั้งต่อเดือน❑$_3$

5.6. ค่าใช้จ่ายสำหรับการฝึกและแก้ไขการพูดแต่ละครั้ง

น้อยกว่า 500 บาท ❑$_1$ 1,001 – 1,500 บาท ❑$_3$

500 – 1,000 บาท ❑$_2$ มากกว่า 1,500 บาท ❑$_4$

5.7. เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกและแก้ไขการพูด (<u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>)

แพทย์แนะนำ ❑$_1$ ความเชื่อถือในด้านการรักษา ❑$_5$

ญาติ, คนรู้จักแนะนำ ❑$_2$ ความเชื่อถือในตัวผู้รักษา ❑$_6$

สถานที่ใกล้บ้าน ❑$_3$ ความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล ❑$_7$

พึงพอใจต่อผลการรักษา ❑$_4$ อื่นๆ ❑$_8$ ระบุ _____

5.8. สถานบริการใดที่ท่านพาเด็กเข้ารับการฝึกและแก้ไขการพูดและโดยบุคลากรวิชาชีพใด

1. _____ โดย _____
2. _____ โดย _____
3. _____ โดย _____

5.9. ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการฝึกและแก้ไขการพูด (<u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>)

ไม่พบปัญหา❑$_1$

ค่าใช้จ่ายสูง ❑$_2$

บุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการ ❑$_3$

จำนวนสถานที่ในการให้บริการมีน้อย❑$_4$

เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัด❑$_5$

ขาดความเห็นชอบจากครอบครัวต่อการบำบัด❑$_6$

อื่นๆ❑$_7$ ระบุ_____

6. <u>การฝึกทักษะทางสังคม</u> (Social Skill Training)

6.1. เด็กเคยได้รับการฝึกทักษะทางสังคมหรือไม่

เคย ❑$_1$ ไม่เคย ❑$_2$ *(ตอบ ไม่เคย ให้ข้ามไปทำ ข้อ 7)*

6.2. เด็กได้รับการฝึกทักษะทางสังคมมาแล้วเป็นระยะเวลา _____ ปี_____ เดือน

6.3. ปัจจุบันนี้เด็กยังคงได้รับการฝึกทักษะทางสังคมอยู่หรือไม่

ได้รับ ❑$_1$ ไม่ได้รับ ❑$_2$ เนื่องจาก_____

6.4. เวลาที่ใช้ในการฝึกทักษะทางสังคมแต่ละครั้ง เป็นเท่าไหร่

น้อยกว่า 30 นาที ❑$_1$ 30–60 นาที ❑$_2$ มากกว่า 60 นาที ❑$_3$

6.5. ความถี่ในการฝึกทักษะทางสังคมเป็นอย่างไร

นานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง ❑$_1$ มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน ❑$_4$

1-2 ครั้งต่อเดือน ❑$_2$ อื่นๆ ❑$_5$ ระบุ _____

3-4 ครั้งต่อเดือน❑$_3$

6.6. ค่าใช้จ่ายสำหรับการฝึกทักษะทางสังคมแต่ละครั้ง

น้อยกว่า 500 บาท ❑$_1$ 1,001 – 1,500 บาท ❑$_3$

500 – 1,000 บาท ❑$_2$ มากกว่า 1,500 บาท ❑$_4$

6.7. เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกทักษะทางสังคม (<u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>)

แพทย์แนะนำ ❑$_1$ ความเชื่อถือในด้านการรักษา ❑$_5$

ญาติ, คนรู้จักแนะนำ ❑$_2$ ความเชื่อถือในตัวผู้รักษา ❑$_6$

สถานที่ใกล้บ้าน ❑$_3$ ความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล ❑$_7$

พึงพอใจต่อผลการรักษา ❑$_4$ อื่นๆ ❑$_8$ ระบุ _____

6.8. สถานบริการใดที่ท่านพาเด็กเข้ารับการฝึกทักษะทางสังคม และโดยบุคลากรวิชาชีพใด

1. _____ โดย _____
2. _____ โดย _____
3. _____ โดย _____

6.9. ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการฝึกทักษะทางสังคม (<u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>)

ไม่พบปัญหา❑$_1$

ค่าใช้จ่ายสูง ❑$_2$

บุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการ ❑$_3$

จำนวนสถานที่ในการให้บริการมีน้อย❑$_4$

เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัด❑$_5$

ขาดความเห็นชอบจากครอบครัวต่อการบำบัด❑$_6$

อื่นๆ❑$_7$ ระบุ_____

7. <u>กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ</u> (Early Intervention)

7.1. เด็กเคยได้รับกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการหรือไม่

เคย ❑$_1$ ไม่เคย ❑$_2$ *(ตอบ ไม่เคย ให้ข้ามไปทำ ข้อ 8)*

7.2. เด็กได้รับกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการมาแล้วเป็นระยะเวลา _____ ปี_____ เดือน

7.3. ปัจจุบันนี้เด็กยังคงได้รับกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการอยู่หรือไม่

ได้รับ ❑$_1$ ไม่ได้รับ ❑$_2$ เนื่องจาก_____

7.4. เวลาที่ใช้ในกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการแต่ละครั้ง เป็นเท่าไหร่

น้อยกว่า 30 นาที ❑$_1$ 30–60 นาที ❑$_2$ มากกว่า 60 นาที ❑$_3$

7.5. ความถี่ในกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการเป็นอย่างไร

นานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง ❑$_1$ มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน ❑$_4$

1-2 ครั้งต่อเดือน ❑$_2$ อื่นๆ ❑$_5$ ระบุ _____

3-4 ครั้งต่อเดือน❑$_3$

7.6. ค่าใช้จ่ายสำหรับกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการแต่ละครั้ง

น้อยกว่า 500 บาท ❑$_1$ 1,001 – 1,500 บาท ❑$_3$

500 – 1,000 บาท ❑$_2$ มากกว่า 1,500 บาท ❑$_4$

7.7. เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ (<u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>)

แพทย์แนะนำ ❑$_1$ ความเชื่อถือในด้านการรักษา ❑$_5$

ญาติ, คนรู้จักแนะนำ ❑$_2$ ความเชื่อถือในตัวผู้รักษา ❑$_6$

สถานที่ใกล้บ้าน ❑$_3$ ความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล ❑$_7$

พึงพอใจต่อผลการรักษา ❑$_4$ อื่นๆ ❑$_8$ ระบุ _____

7.8. สถานบริการใดที่ท่านพาเด็กเข้ารับกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ และโดยบุคลากรวิชาชีพใด

1. _____ โดย _____
2. _____ โดย _____
3. _____ โดย _____

7.9. ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ (<u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>)

ไม่พบปัญหา❑$_1$

ค่าใช้จ่ายสูง ❑$_2$

บุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการ ❑$_3$

จำนวนสถานที่ในการให้บริการมีน้อย❑$_4$

เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัด❑$_5$

ขาดความเห็นชอบจากครอบครัวต่อการบำบัด❑$_6$

อื่นๆ❑$_7$ ระบุ_____

8. <u>กิจกรรมบำบัด</u> (Occupational Therapy)

8.1. เด็กเคยได้รับการฝึกกิจกรรมบำบัดหรือไม่

เคย ❑$_1$ ไม่เคย ❑$_2$ *(ตอบ ไม่เคย ให้ข้ามไปทำ ข้อ 9)*

8.2. เด็กได้รับการฝึกกิจกรรมบำบัดมาแล้วเป็นระยะเวลา _____ ปี_____ เดือน

8.3. ปัจจุบันนี้เด็กยังคงได้รับการฝึกกิจกรรมบำบัดอยู่หรือไม่

ได้รับ ❑$_1$ ไม่ได้รับ ❑$_2$ เนื่องจาก_____

8.4. เวลาที่ใช้ในการฝึกกิจกรรมบำบัดแต่ละครั้ง เป็นเท่าไหร่

น้อยกว่า 30 นาที ❑$_1$ 30–60 นาที ❑$_2$ มากกว่า 60 นาที ❑$_3$

8.5. ความถี่ในการฝึกกิจกรรมบำบัดเป็นอย่างไร

นานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง ❑$_1$ มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน ❑$_4$

1-2 ครั้งต่อเดือน ❑$_2$ อื่นๆ ❑$_5$ ระบุ _____

3-4 ครั้งต่อเดือน❑$_3$

8.6. ค่าใช้จ่ายสำหรับการฝึกกิจกรรมบำบัดแต่ละครั้ง

น้อยกว่า 500 บาท ❑$_1$ 1,001 – 1,500 บาท ❑$_3$

500 – 1,000 บาท ❑$_2$ มากกว่า 1,500 บาท ❑$_4$

8.7. เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกกิจกรรมบำบัด (<u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>)

แพทย์แนะนำ ❑$_1$ ความเชื่อถือในด้านการรักษา ❑$_5$

ญาติ, คนรู้จักแนะนำ ❑$_2$ ความเชื่อถือในตัวผู้รักษา ❑$_6$

สถานที่ใกล้บ้าน ❑$_3$ ความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล ❑$_7$

พึงพอใจต่อผลการรักษา ❑$_4$ อื่นๆ ❑$_8$ ระบุ _____

8.8. สถานบริการใดที่ท่านพาเด็กเข้ารับการฝึกกิจกรรมบำบัด และโดยบุคลากรวิชาชีพใด

1. _____ โดย _____
2. _____ โดย _____
3. _____ โดย _____

8.9. ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการฝึกกิจกรรมบำบัด (<u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>)

ไม่พบปัญหา❑$_1$

ค่าใช้จ่ายสูง ❑$_2$

บุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการ ❑$_3$

จำนวนสถานที่ในการให้บริการมีน้อย❑$_4$

เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัด❑$_5$

ขาดความเห็นชอบจากครอบครัวต่อการบำบัด❑$_6$

อื่นๆ❑$_7$ ระบุ_____

9. <u>กายภาพบำบัด</u> (Physical Therapy)

9.1. เด็กเคยได้รับการฝึกกายภาพบำบัดหรือไม่

เคย ❑$_1$ ไม่เคย ❑$_2$ *(ตอบ ไม่เคย ให้ข้ามไปทำ ข้อ 10)*

9.2. เด็กได้รับการฝึกกายภาพบำบัดมาแล้วเป็นระยะเวลา _____ ปี_____ เดือน

9.3. ปัจจุบันนี้เด็กยังคงได้รับการฝึกกายภาพบำบัดอยู่หรือไม่

ได้รับ ❑$_1$ ไม่ได้รับ ❑$_2$ เนื่องจาก_____

9.4. เวลาที่ใช้ในการฝึกกายภาพบำบัดแต่ละครั้ง เป็นเท่าไหร่

น้อยกว่า 30 นาที ❑$_1$ 30–60 นาที ❑$_2$ มากกว่า 60 นาที ❑$_3$

9.5. ความถี่ในการฝึกกายภาพบำบัดเป็นอย่างไร

นานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง ❑$_1$ มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน ❑$_4$

1-2 ครั้งต่อเดือน ❑$_2$ อื่นๆ ❑$_5$ ระบุ _____

3-4 ครั้งต่อเดือน❑$_3$

9.6. ค่าใช้จ่ายสำหรับการฝึกกายภาพบำบัดแต่ละครั้ง

น้อยกว่า 500 บาท ❑$_1$ 1,001 – 1,500 บาท ❑$_3$

500 – 1,000 บาท ❑$_2$ มากกว่า 1,500 บาท ❑$_4$

9.7. เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกกายภาพบำบัด (<u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>)

แพทย์แนะนำ ❑$_1$ ความเชื่อถือในด้านการรักษา ❑$_5$

ญาติ, คนรู้จักแนะนำ ❑$_2$ ความเชื่อถือในตัวผู้รักษา ❑$_6$

สถานที่ใกล้บ้าน ❑$_3$ ความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล ❑$_7$

พึงพอใจต่อผลการรักษา ❑$_4$ อื่นๆ ❑$_8$ ระบุ _____

9.8. สถานบริการใดที่ท่านพาเด็กเข้ารับการฝึกกายภาพบำบัด และโดยบุคลากรวิชาชีพใด

1. _____ โดย _____
2. _____ โดย _____
3. _____ โดย _____

9.9. ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการฝึกกายภาพบำบัด (<u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>)

ไม่พบปัญหา❑$_1$

ค่าใช้จ่ายสูง ❑$_2$

บุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการ ❑$_3$

จำนวนสถานที่ในการให้บริการมีน้อย❑$_4$

เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัด❑$_5$

ขาดความเห็นชอบจากครอบครัวต่อการบำบัด❑$_6$

อื่นๆ❑$_7$ ระบุ_____

10. <u>ฟลอร์ไทม์</u> (Floor time)

10.1. เด็กเคยได้รับการฝึกฟลอร์ไทม์หรือไม่

เคย ❑$_1$ ไม่เคย ❑$_2$ *(ตอบ ไม่เคย ให้ข้ามไปทำ ข้อ 11)*

10.2. เด็กได้รับการฝึกฟลอร์ไทม์มาแล้วเป็นระยะเวลา _____ ปี_____ เดือน

10.3. ปัจจุบันนี้เด็กยังคงได้รับการฝึกฟลอร์ไทม์อยู่หรือไม่

ได้รับ ❑$_1$ ไม่ได้รับ ❑$_2$ เนื่องจาก_____

10.4. เวลาที่ใช้ในการฝึกฟลอร์ไทม์แต่ละครั้ง เป็นเท่าไหร่

น้อยกว่า 30 นาที ❑$_1$ 30–60 นาที ❑$_2$ มากกว่า 60 นาที ❑$_3$

10.5. ความถี่ในการฝึกฟลอร์ไทม์เป็นอย่างไร

นานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง ❑$_1$ มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน ❑$_4$

1-2 ครั้งต่อเดือน ❑$_2$ อื่นๆ ❑$_5$ ระบุ _____

3-4 ครั้งต่อเดือน❑$_3$

10.6. ค่าใช้จ่ายสำหรับการฝึกฟลอร์ไทม์แต่ละครั้ง

น้อยกว่า 500 บาท ❑$_1$ 1,001 – 1,500 บาท ❑$_3$

500 – 1,000 บาท ❑$_2$ มากกว่า 1,500 บาท ❑$_4$

10.7. เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกฟลอร์ไทม์ (<u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>)

แพทย์แนะนำ ❑$_1$ ความเชื่อถือในด้านการรักษา ❑$_5$

ญาติ, คนรู้จักแนะนำ ❑$_2$ ความเชื่อถือในตัวผู้รักษา ❑$_6$

สถานที่ใกล้บ้าน ❑$_3$ ความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล ❑$_7$

พึงพอใจต่อผลการรักษา ❑$_4$ อื่นๆ ❑$_8$ ระบุ _____

10.8. สถานบริการใดที่ท่านพาเด็กเข้ารับการฝึกฟลอร์ไทม์ และโดยบุคลากรวิชาชีพใด

1. _____ โดย _____
2. _____ โดย _____
3. _____ โดย _____

10.9. ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการฝึกฟลอร์ไทม์ (<u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>)

ไม่พบปัญหา❑$_1$

ค่าใช้จ่ายสูง ❑$_2$

บุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการ ❑$_3$

จำนวนสถานที่ในการให้บริการมีน้อย❑$_4$

เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัด❑$_5$

ขาดความเห็นชอบจากครอบครัวต่อการบำบัด❑$_6$

อื่นๆ❑$_7$ ระบุ_____

11. <u>ศิลปะบำบัด</u> (Art Therapy)

11.1. เด็กเคยได้รับการฝึกศิลปะบำบัดหรือไม่

เคย ❑$_1$ ไม่เคย ❑$_2$ *(ตอบ ไม่เคย ให้ข้ามไปทำ ข้อ 12)*

11.2. เด็กได้รับการฝึกศิลปะบำบัดมาแล้วเป็นระยะเวลา _____ ปี_____ เดือน

11.3. ปัจจุบันนี้เด็กยังคงได้รับการฝึกศิลปะบำบัดอยู่หรือไม่

ได้รับ ❑$_1$ ไม่ได้รับ ❑$_2$ เนื่องจาก_____

11.4. เวลาที่ใช้ในการฝึกศิลปะบำบัดแต่ละครั้ง เป็นเท่าไหร่

น้อยกว่า 30 นาที ❑$_1$ 30–60 นาที ❑$_2$ มากกว่า 60 นาที ❑$_3$

11.5. ความถี่ในการฝึกศิลปะบำบัดเป็นอย่างไร

นานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง ❑$_1$ มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน ❑$_4$

1-2 ครั้งต่อเดือน ❑$_2$ อื่นๆ ❑$_5$ ระบุ _____

3-4 ครั้งต่อเดือน❑$_3$

11.6. ค่าใช้จ่ายสำหรับการฝึกศิลปะบำบัดแต่ละครั้ง

น้อยกว่า 500 บาท ❑$_1$ 1,001 – 1,500 บาท ❑$_3$

500 – 1,000 บาท ❑$_2$ มากกว่า 1,500 บาท ❑$_4$

11.7. เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกศิลปะบำบัด (<u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>)

แพทย์แนะนำ ❑$_1$ ความเชื่อถือในด้านการรักษา ❑$_5$

ญาติ, คนรู้จักแนะนำ ❑$_2$ ความเชื่อถือในตัวผู้รักษา ❑$_6$

สถานที่ใกล้บ้าน ❑$_3$ ความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล ❑$_7$

พึงพอใจต่อผลการรักษา ❑$_4$ อื่นๆ ❑$_8$ ระบุ _____

11.8. สถานบริการใดที่ท่านพาเด็กเข้ารับการฝึกศิลปะบำบัด และโดยบุคลากรวิชาชีพใด

1. _____ โดย _____
2. _____ โดย _____
3. _____ โดย _____

11.9. ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการฝึกศิลปะบำบัด (<u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>)

ไม่พบปัญหา❑$_1$

ค่าใช้จ่ายสูง ❑$_2$

บุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการ ❑$_3$

จำนวนสถานที่ในการให้บริการมีน้อย❑$_4$

เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัด❑$_5$

ขาดความเห็นชอบจากครอบครัวต่อการบำบัด❑$_6$

อื่นๆ❑$_7$ ระบุ_____

12. <u>ดนตรีบำบัด</u> (Music Therapy)

12.1. เด็กเคยได้รับการฝึกดนตรีบำบัดหรือไม่

เคย ❑$_1$ ไม่เคย ❑$_2$ *(ตอบ ไม่เคย ให้ข้ามไปทำ ข้อ 13)*

12.2. เด็กได้รับการฝึกดนตรีบำบัดมาแล้วเป็นระยะเวลา _____ ปี_____ เดือน

12.3. ปัจจุบันนี้เด็กยังคงได้รับการฝึกดนตรีบำบัดอยู่หรือไม่

ได้รับ ❑$_1$ ไม่ได้รับ ❑$_2$ เนื่องจาก_____

12.4. เวลาที่ใช้ในการฝึกดนตรีบำบัดแต่ละครั้ง เป็นเท่าไหร่

น้อยกว่า 30 นาที ❑$_1$ 30–60 นาที ❑$_2$ มากกว่า 60 นาที ❑$_3$

12.5. ความถี่ในการฝึกดนตรีบำบัดเป็นอย่างไร

นานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง ❑$_1$ มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน ❑$_4$

1-2 ครั้งต่อเดือน ❑$_2$ อื่นๆ ❑$_5$ ระบุ _____

3-4 ครั้งต่อเดือน❑$_3$

12.6. ค่าใช้จ่ายสำหรับการฝึกดนตรีบำบัดแต่ละครั้ง

น้อยกว่า 500 บาท ❑$_1$ 1,001 – 1,500 บาท ❑$_3$

500 – 1,000 บาท ❑$_2$ มากกว่า 1,500 บาท ❑$_4$

12.7. เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝึกดนตรีบำบัด (<u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>)

แพทย์แนะนำ ❑$_1$ ความเชื่อถือในด้านการรักษา ❑$_5$

ญาติ, คนรู้จักแนะนำ ❑$_2$ ความเชื่อถือในตัวผู้รักษา ❑$_6$

สถานที่ใกล้บ้าน ❑$_3$ ความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล ❑$_7$

พึงพอใจต่อผลการรักษา ❑$_4$ อื่นๆ ❑$_8$ ระบุ _____

12.8. สถานบริการใดที่ท่านพาเด็กเข้ารับการฝึกดนตรีบำบัด และโดยบุคลากรวิชาชีพใด

1. _____ โดย _____
2. _____ โดย _____
3. _____ โดย _____

12.9. ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการฝึกดนตรีบำบัด (<u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>)

ไม่พบปัญหา❑$_1$

ค่าใช้จ่ายสูง ❑$_2$

บุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการ ❑$_3$

จำนวนสถานที่ในการให้บริการมีน้อย❑$_4$

เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัด❑$_5$

ขาดความเห็นชอบจากครอบครัวต่อการบำบัด❑$_6$

อื่นๆ❑$_7$ ระบุ_____

13. <u>การฝังเข็ม</u> (Acupuncture)

13.1. เด็กเคยได้รับการฝังเข็มหรือไม่

เคย ❑$_1$ ไม่เคย ❑$_2$ *(ตอบ ไม่เคย ให้ข้ามไปทำ ข้อ 14)*

13.2. เด็กได้รับการฝังเข็มมาแล้วเป็นระยะเวลา _____ ปี_____ เดือน

13.3. ปัจจุบันนี้เด็กยังคงได้รับการฝังเข็มอยู่หรือไม่

ได้รับ ❑$_1$ ไม่ได้รับ ❑$_2$ เนื่องจาก_____

13.4. เวลาที่ใช้ในการฝังเข็มแต่ละครั้ง เป็นเท่าไหร่

น้อยกว่า 30 นาที ❑$_1$ 30–60 นาที ❑$_2$ มากกว่า 60 นาที ❑$_3$

13.5. ความถี่ในการฝังเข็มเป็นอย่างไร

นานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง ❑$_1$ มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน ❑$_4$

1-2 ครั้งต่อเดือน ❑$_2$ อื่นๆ ❑$_5$ ระบุ _____

3-4 ครั้งต่อเดือน❑$_3$

13.6. ค่าใช้จ่ายสำหรับการฝังเข็มแต่ละครั้ง

น้อยกว่า 500 บาท ❑$_1$ 1,001 – 1,500 บาท ❑$_3$

500 – 1,000 บาท ❑$_2$ มากกว่า 1,500 บาท ❑$_4$

13.7. เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการฝังเข็ม (<u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>)

แพทย์แนะนำ ❑$_1$ ความเชื่อถือในด้านการรักษา ❑$_5$

ญาติ, คนรู้จักแนะนำ ❑$_2$ ความเชื่อถือในตัวผู้รักษา ❑$_6$

สถานที่ใกล้บ้าน ❑$_3$ ความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล ❑$_7$

พึงพอใจต่อผลการรักษา ❑$_4$ อื่นๆ ❑$_8$ ระบุ _____

13.8. สถานบริการใดที่ท่านพาเด็กเข้ารับการฝังเข็ม และโดยบุคลากรวิชาชีพใด

1. _____ โดย _____
2. _____ โดย _____
3. _____ โดย _____

13.9. ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการฝังเข็ม (<u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>)

ไม่พบปัญหา❑$_1$

ค่าใช้จ่ายสูง ❑$_2$

บุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการ ❑$_3$

จำนวนสถานที่ในการให้บริการมีน้อย❑$_4$

เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัด❑$_5$

ขาดความเห็นชอบจากครอบครัวต่อการบำบัด❑$_6$

อื่นๆ❑$_7$ ระบุ_____

14. <u>เครื่องเอชอีจี</u> (HEG; Hemoencephalogram)

14.1. เด็กเคยได้รับการบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจี หรือไม่

เคย ❑$_1$ ไม่เคย ❑$_2$ *(ตอบ ไม่เคย ให้ข้ามไปทำ ข้อ 15)*

14.2. เด็กได้รับการบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจีมาแล้วเป็นระยะเวลา _____ ปี_____ เดือน

14.3. ปัจจุบันนี้เด็กยังคงได้รับการบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจีอยู่หรือไม่

ได้รับ ❑$_1$ ไม่ได้รับ ❑$_2$ เนื่องจาก_____

14.4. เวลาที่ใช้ในการบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจีแต่ละครั้ง เป็นเท่าไหร่

น้อยกว่า 30 นาที ❑$_1$ 30–60 นาที ❑$_2$ มากกว่า 60 นาที ❑$_3$

14.5. ความถี่ในการบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจีเป็นอย่างไร

นานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง ❑$_1$ มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน ❑$_4$

1-2 ครั้งต่อเดือน ❑$_2$ อื่นๆ ❑$_5$ ระบุ _____

3-4 ครั้งต่อเดือน ❑$_3$

14.6. ค่าใช้จ่ายสำหรับการบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจีแต่ละครั้ง

น้อยกว่า 500 บาท ❑$_1$ 1,001 – 1,500 บาท ❑$_3$

500 – 1,000 บาท ❑$_2$ มากกว่า 1,500 บาท ❑$_4$

14.7. เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจี (<u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>)

แพทย์แนะนำ ❑$_1$ ความเชื่อถือในด้านการรักษา ❑$_5$

ญาติ, คนรู้จักแนะนำ ❑$_2$ ความเชื่อถือในตัวผู้รักษา ❑$_6$

สถานที่ใกล้บ้าน ❑$_3$ ความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล ❑$_7$

พึงพอใจต่อผลการรักษา ❑$_4$ อื่นๆ ❑$_8$ ระบุ _____

14.8. สถานบริการใดที่ท่านพาเด็กเข้ารับการบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจี และโดยบุคลากรวิชาชีพใด

1. _____ โดย _____
2. _____ โดย _____
3. _____ โดย _____

14.9. ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการบำบัดด้วยเครื่องเอชอีจี (<u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>)

ไม่พบปัญหา ❑$_1$

ค่าใช้จ่ายสูง ❑$_2$

บุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการ ❑$_3$

จำนวนสถานที่ในการให้บริการมีน้อย ❑$_4$

เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัด ❑$_5$

ขาดความเห็นชอบจากครอบครัวต่อการบำบัด ❑$_6$

อื่นๆ ❑$_7$ ระบุ_____

15. <u>การบำบัดด้วยออกซิเจน</u> (Hyperbaric Oxygen Therapy)

15.1. เด็กเคยได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนหรือไม่

เคย ❑$_1$ ไม่เคย ❑$_2$ *(ตอบ ไม่เคย ให้ข้ามไปทำ ข้อ 16)*

15.2. เด็กได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนมาแล้วเป็นระยะเวลา _____ ปี_____ เดือน

15.3. ปัจจุบันนี้เด็กยังคงได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอยู่หรือไม่

ได้รับ ❑$_1$ ไม่ได้รับ ❑$_2$ เนื่องจาก_____

15.4. เวลาที่ใช้ในการบำบัดด้วยออกซิเจนแต่ละครั้ง เป็นเท่าไหร่

น้อยกว่า 30 นาที ❑$_1$ 30–60 นาที ❑$_2$ มากกว่า 60 นาที ❑$_3$

15.5. ความถี่ในการบำบัดด้วยออกซิเจนเป็นอย่างไร

นานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง ❑$_1$ มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน ❑$_4$

1-2 ครั้งต่อเดือน ❑$_2$ อื่นๆ ❑$_5$ ระบุ _____

3-4 ครั้งต่อเดือน❑$_3$

15.6. ค่าใช้จ่ายสำหรับการบำบัดด้วยออกซิเจนแต่ละครั้ง

น้อยกว่า 500 บาท ❑$_1$ 1,001 – 1,500 บาท ❑$_3$

500 – 1,000 บาท ❑$_2$ มากกว่า 1,500 บาท ❑$_4$

15.7. เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการบำบัดด้วยออกซิเจน <u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>

แพทย์แนะนำ ❑$_1$ ความเชื่อถือในด้านการรักษา ❑$_5$

ญาติ, คนรู้จักแนะนำ ❑$_2$ ความเชื่อถือในตัวผู้รักษา ❑$_6$

สถานที่ใกล้บ้าน ❑$_3$ ความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล ❑$_7$

พึงพอใจต่อผลการรักษา ❑$_4$ อื่นๆ ❑$_8$ ระบุ _____

15.8. สถานบริการใดที่ท่านพาเด็กเข้ารับการบำบัดด้วยออกซิเจน และโดยบุคลากรวิชาชีพใด

1. _____ โดย _____
2. _____ โดย _____
3. _____ โดย _____

15.9. ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการบำบัดด้วยออกซิเจน <u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>

ไม่พบปัญหา❑$_1$

ค่าใช้จ่ายสูง ❑$_2$

บุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการ ❑$_3$

จำนวนสถานที่ในการให้บริการมีน้อย❑$_4$

เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัด❑$_5$

ขาดความเห็นชอบจากครอบครัวต่อการบำบัด❑$_6$

อื่นๆ❑$_7$ ระบุ_____

16. <u>การบำบัดด้วยสัตว์</u> (Animal Therapy)

16.1. เด็กเคยได้รับการบำบัดด้วยสัตว์หรือไม่

เคย ❑$_1$ ไม่เคย ❑$_2$ *(ตอบ ไม่เคย ให้ข้ามไปทำ ข้อ 17)*

16.2. เด็กได้รับการบำบัดด้วยสัตว์มาแล้วเป็นระยะเวลา _____ ปี_____ เดือน

16.3. ปัจจุบันนี้เด็กยังคงได้รับการบำบัดด้วยสัตว์อยู่หรือไม่

ได้รับ ❑$_1$ ไม่ได้รับ ❑$_2$ เนื่องจาก_____

16.4. เวลาที่ใช้ในการบำบัดด้วยสัตว์แต่ละครั้ง เป็นเท่าไหร่

น้อยกว่า 30 นาที ❑$_1$ 30–60 นาที ❑$_2$ มากกว่า 60 นาที ❑$_3$

16.5. ความถี่ในการบำบัดด้วยสัตว์เป็นอย่างไร

นานกว่า 1 เดือนต่อครั้ง ❑$_1$ มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน ❑$_4$

1-2 ครั้งต่อเดือน ❑$_2$ อื่นๆ ❑$_5$ ระบุ _____

3-4 ครั้งต่อเดือน ❑$_3$

16.6. ค่าใช้จ่ายสำหรับการบำบัดด้วยสัตว์แต่ละครั้ง

น้อยกว่า 500 บาท ❑$_1$ 1,001 – 1,500 บาท ❑$_3$

500 – 1,000 บาท ❑$_2$ มากกว่า 1,500 บาท ❑$_4$

16.7. เหตุผลในการพาเด็กเข้ารับการบำบัดด้วยสัตว์ (<u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>)

แพทย์แนะนำ ❑$_1$ ความเชื่อถือในด้านการรักษา ❑$_5$

ญาติ, คนรู้จักแนะนำ ❑$_2$ ความเชื่อถือในตัวผู้รักษา ❑$_6$

สถานที่ใกล้บ้าน ❑$_3$ ความเชื่อถือในด้านสถานพยาบาล ❑$_7$

พึงพอใจต่อผลการรักษา ❑$_4$ อื่นๆ ❑$_8$ ระบุ _____

16.8. สถานบริการใดที่ท่านพาเด็กเข้ารับการบำบัดด้วยสัตว์ และโดยบุคลากรวิชาชีพใด

1. _____ โดย _____
2. _____ โดย _____
3. _____ โดย _____

16.9. ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการบำบัดด้วยสัตว์ (<u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>)

ไม่พบปัญหา ❑$_1$

ค่าใช้จ่ายสูง ❑$_2$

บุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการ ❑$_3$

จำนวนสถานที่ในการให้บริการมีน้อย ❑$_4$

เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัด ❑$_5$

ขาดความเห็นชอบจากครอบครัวต่อการบำบัด ❑$_6$

อื่นๆ ❑$_7$ ระบุ_____

17. ท่านเคยได้รับการฝึกอบรมและให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง ในเรื่องเกี่ยวกับเด็กออทิสติก หรือไม่

เคย ❑$_1$

ไม่เคย ❑$_2$ *(ตอบ ไม่เคย ให้ข้ามไปทำ ข้อ 19)*

18. โปรดระบุหัวข้อที่ได้รับการฝึกอบรม (ถ้าทราบ)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

19. บริการสุขภาพแบบใดบ้าง ที่ท่านต้องการให้เด็กเข้ารับบริการมากที่สุด(<u>รวมถึงบริการที่เด็กไม่ได้รับด้วยก็ได้</u>)
โปรดใส่หมายเลข 1, 2, 3, 4, 5, …….. ,14 โดยเรียงลำดับจากความต้องการ <u>มากไปน้อย</u>

การรักษาด้วยยา ❑	ศิลปะบำบัด ❑
พฤติกรรมบำบัด ❑	ดนตรีบำบัด ❑
การฝึกและแก้ไขการพูด ❑	การฝังเข็ม ❑
การฝึกทักษะทางสังคม ❑	เครื่องเอชอีจี (HEG) ❑
กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ ❑	การบำบัดด้วยออกซิเจน ❑
กิจกรรมบำบัด ❑	การบำบัดด้วยสัตว์ ❑
กายภาพบำบัด ❑	อื่นๆ ❑ โปรดระบุ_____
ฟลอร์ไทม์(Floor time) ❑	

20. ข้อเสนอแนะ

_____
_____
_____
_____
_____

<u>ตอนที่ 3</u> : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติก

<u>คำชี้แจง</u> <u>ท่านคิดว่าปัจจัยต่างๆ ต่อไปนี้ มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพสำหรับเด็กออทิสติกหรือไม่ เพียงใด</u>
โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดในแต่ละข้อ เพียง 1 ช่อง

ปัจจัย	ระดับของปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีผล
<u>ปัจจัยสนับสนุน</u> 1. ความเชื่อถือในตัวแพทย์					
2. คำแนะนำของแพทย์					
3. การนัดมาพบของแพทย์					
4. การติดตามผลการรักษาของแพทย์					
5. ความเชื่อถือในสถานพยาบาล					
6. ความคาดหวังที่จะให้เด็กมีอาการดีขึ้น					
7. การมีผู้แนะนำสถานพยาบาล					
8. ความคิดเห็นของเพื่อนและญาติ					
9. รายได้ของครอบครัว					
10.ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล					
11.สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล					
<u>ปัจจัยด้านสุขภาพ</u> 12.ลักษณะอาการของเด็กออทิสติก					
13.ความรุนแรงของอาการ					
14.การรับรู้ของผู้ปกครองในอาการและความรุนแรง					
<u>ปัจจัยทางด้านสถานบริการ</u> 15.ความสะดวกในสถานที่ตั้งของสถานพยาบาล					
16.ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ					
17.สถานที่จอดรถเพียงพอ					
18.มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน					
19.จำนวนบุคลากรเพียงพอต่อความต้องการ					
20.การประสานงานของเจ้าหน้าที่					
21.อัธยาศัย ความใส่ใจของเจ้าหน้าที่					
22.คุณภาพของบริการ					
23.ค่าใช้จ่ายมีความเหมาะสม					

***** ขอบคุณค่ะ ****

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวดารณี วิชัยคำ เกิดเมื่อวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ.2522 ที่จังหวัดลำพูน สำเร็จการศึกษาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อปี พ.ศ. 2544 ประสบการณ์ในการทำงาน ทำงานในตำแหน่งนักกิจกรรมบำบัด สถานที่ทำงานล่าสุดก่อนเข้าศึกษาต่อระดับปริญญาโท คือคณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหว ประยุกต์ ม.มหิดล ก่อนจะลาออกมาเพื่อศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2551