



ผลการติดตามอาการทางคลินิกของเด็กออทิสติกด้วยเครื่องมือ วิธีพัฒนา

ศุภฤกษ์ เงินหลังทวี พ.บ. ว.ว.กุมารเวชศาสตร์ ว.ว.กุมารเวชศาสตร์พัฒนาการและพฤติกรรม^{1*}

¹ หน่วยพัฒนาการเด็กและวัยรุ่น ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

* ผู้ติดต่อ, อีเมล: krab71@yahoo.com

Vajira Med J. 2016; 60(3): 193-200

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2016.18>

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เปรียบเทียบคะแนนลักษณะทางคลินิกของเด็กออทิสติกที่เปลี่ยนแปลงไปก่อนและหลังเข้ารับการฝึกด้วยเครื่องมือวิธีพัฒนา และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการที่เปลี่ยนแปลงไป

วิธีดำเนินการวิจัย: ศึกษาเวชระเบียนย้อนหลังของเด็กออทิสติกอายุ 18 เดือนถึง 7 ปีที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยพัฒนาการเด็กและวัยรุ่นวชิรพยาบาล ในช่วงมกราคม 2555 ถึงตุลาคม 2557 จำนวน 32 ราย และได้รับการฝึกตามโปรแกรมวิธีพัฒนา เน้นการฝึกผ่านกิจวัตรประจำวันเป็นรายบุคคลร่วมกับให้ผู้ปกครองฝึกต่อเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ในการเปรียบเทียบคะแนนจากแบบประเมินวิธีพัฒนาก่อนและหลังการฝึก และ Spearman's rank correlation test ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและคะแนนลักษณะทางคลินิกที่เปลี่ยนแปลง โดยมีค่าความเชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซ็นต์

ผลการวิจัย: ลักษณะทางคลินิกของเด็กออทิสติกก่อนและหลังการฝึกเมื่อประเมินด้วยเครื่องมือวิธีพัฒนาพบว่าการเปลี่ยนแปลงไปในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ปัจจัยด้านเพศ การฝึกพูดรวม จำนวนครั้งที่ฝึก และระยะเวลาการประเมินซ้ำมีความสัมพันธ์กับคะแนนที่เปลี่ยนแปลงในหัวข้อพฤติกรรมรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{sc} = -0.476, -0.387, 0.463, 0.442$ ตามลำดับ) ปัจจัยด้านรายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคะแนนที่เปลี่ยนแปลงในหัวข้อด้านสังคมและคะแนนรวมทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -0.383, -0.358$ ตามลำดับ)

สรุป: ลักษณะทางคลินิกของเด็กออทิสติกมีการเปลี่ยนแปลงหลังการฝึก ในอนาคตการศึกษาเชิงทดลองโดยปรับเครื่องมือวิธีพัฒนาตามเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่จะช่วยให้เห็นลักษณะทางคลินิกที่เปลี่ยนแปลงมากขึ้นกว่าเดิมได้



Clinical Changing of Children with Autism Assessed by Vajirapattana Tool

Dussadee Ngernlangtawee MD¹

¹ Child development and adolescent unit, Pediatric department, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. Bangkok, Thailand

* Corresponding author, e-mail address: krab71@yahoo.com

Vajira Med J. 2016; 60(3): 193-200

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2016.18>

Abstract

Objective: To compare clinical scores of children with autism before and after therapy with Vajirapattana tools and to determine factors related to score changing.

Methods: Retrospective chart review of 32 autistic children aged 18 months to 7 years at child developmental and adolescence unit, Vajira Hospital during January 2012 to October 2014. Individual received Vajirapattana programme that intervened via daily activities with parent-mediated techniques. Wilcoxon signed-rank test was used to compare Vajirapattana score, and Spearman's rank correlation test to analyses factors correlated with score changing.

Results: There were significant difference of clinical scores in all aspects assessed by Vajirapattana tools before and after therapy ($p < 0.001$). Total behavior score change correlated with sex ($r_s = -0.476$), receiving of speech therapy ($r_s = -0.387$), number of interventions ($r_s = 0.463$) and duration of assessment ($r_s = 0.442$). Family income correlates with score changes on social and total score aspects ($r_s = -0.383$ and $r_s = -0.358$)

Conclusion: Clinical of autistic children were changed. Further, experimental research that adapted Vajirapattana tools according to DSM-5 criteria may useful to improve autistic symptoms.

Keywords: Autistic child, Vajirapattana tools

บทนำ

ปัจจุบัน จำนวนเด็กออทิสติกมีมากขึ้น จากรายงานการสำรวจความชุกของเด็กออทิสติกโดย Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ในปี พ.ศ. 2543¹ พบว่า มีเด็กออทิสติก 1 รายจากเด็ก 150 ราย หลังจากนั้น 10 ปี การสำรวจในปี พ.ศ.2553² พบว่ามีเด็กเป็นออทิสติก 1 รายจากเด็ก 68 ราย สำหรับประเทศไทย ได้มีการสำรวจโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)³ ในปี พ.ศ. 2553 พบผู้ป่วยออทิสติก 6,753 ราย และเพิ่มเป็น 15,234 รายในปีพ.ศ. 2555 ดังนั้นจำนวนเด็กออทิสติกที่จะเข้ามารับบริการในสถานพยาบาลต่าง ๆ อาจมีจำนวนสูงขึ้นด้วย

ผลการรักษาเด็กกลุ่มออทิสติกขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่อายุน้อย ระดับความรุนแรงของอาการ ระดับภาษาและสังคมพื้นฐานก่อนการรักษา ระดับสติปัญญา ความมีส่วนร่วมของครอบครัว ทักษะในการปรับตัวและดูแลตนเอง เป็นต้น ในการศึกษาของ Coplan และคณะ⁴ ได้ทบทวนประวัติการรักษาของเด็กออทิสติกจำนวน 91 ราย พบว่า เมื่อติดตามคะแนนอาการทางคลินิกซึ่งประเมินด้วย Childhood Autism Rating Scale (CARS score) ในกลุ่มเด็กที่มีระดับสติปัญญาสูงกว่า 70 จะมีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่า 70 ค่า CARS score ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน การศึกษาแนวโน้มด้านภาษาพบว่าเด็กออทิสติกจะมีทักษะด้านภาษาและการสื่อสารทางสังคมต่ำกว่ากลุ่มเด็กพัฒนาการช้าและกลุ่มเด็กปกติ^{5-7,12} สามารถพบภาวะถดถอยทางภาษาจากการประเมินด้วยแบบทดสอบหรือสอบถามจากผู้ปกครองได้ประมาณร้อยละ 30–60^{8,9} ตามลำดับ ในกลุ่มที่มีอาการทางคลินิกดีขึ้น พบว่ามีความสัมพันธ์กับการมีความฉลาดทางภาษาที่ดี (verbal intelligence)¹⁰ ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองโดยรวม¹¹ ระดับการศึกษาของมารดา และจำนวนชั่วโมงในการฝึกภาษา¹² แนวโน้มของอาการพฤติกรรมซ้ำ ๆ (repetitive/stereotypic behavior) พบว่า ลักษณะพฤติกรรมเหล่านี้มักมีอยู่นานกว่าเด็กปกติ^{13-14,15} และไม่มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องด้านสังคมหรือภาษา¹⁶ Christine Fountain และคณะ¹⁵ ได้ติดตามแนวโน้มระยะยาวของการเปลี่ยนแปลงอาการในเด็ก

ออทิสติกอายุ 2-14 ปี จำนวน 6,975 ราย พบว่า มีเด็กร้อยละ 10 มีลักษณะอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเปลี่ยนแปลงที่ดี คือ ระดับอาการเริ่มต้นที่ไม่รุนแรง และเศรษฐกิจของครอบครัวที่ดี แต่การศึกษานี้ไม่ได้วิเคราะห์ถึงปัจจัยด้านการรักษาด้วย

การรักษาเด็กออทิสติกแบบจำเพาะต่อบุคคล โดยให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมจะทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ความรุนแรงของโรคลดลงและมีภาษาที่ดีขึ้น¹⁷⁻¹⁹ เช่น การศึกษาของ Fillippo Muratori และคณะ¹⁷ ในประเทศอิตาลี ได้ติดตามผลหลังการรักษาเด็กออทิสติก จำนวน 70 ราย อายุระหว่าง 24-48 เดือน ด้วยการรักษาแบบปกติ (Treatment as usual) คือ เน้นรักษาตามจุดเด่นจุดด้อยเฉพาะตัวร่วมกับระบบการช่วยเหลือจากครูพิเศษ เมื่อประเมินลักษณะเด็กหลังการรักษา 6 เดือน พบว่า ร้อยละ 38.4 (24 ใน 70 ราย) มีลักษณะความบกพร่องของโรคลดลง และกลุ่มที่พ่อแม่มีส่วนร่วมในการฝึกจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่ากลุ่มที่พ่อแม่ไม่มีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.017$) จากการทบทวนการศึกษาของ Cochrane Database Systemic Review ในปีพ.ศ. 2556²⁰ ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการรักษาเด็กออทิสติกโดยผ่านการฝึกจากผู้ปกครอง (parent-mediated intervention) จำนวน 17 การศึกษา มีผู้ป่วยทั้งหมด 919 ราย พบว่า ลักษณะความรุนแรงของโรคลดลงและมีการพัฒนาในเรื่องความเข้าใจทางภาษาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵ แต่ประสิทธิภาพในแง่ทักษะด้านอื่นๆ และความบกพร่องของเด็กรวมถึงความเครียดของผู้ปกครองยังไม่สามารถสรุปได้

การดูแลเด็กออทิสติกที่เข้ามารับการรักษาในเวชพยาบาล มีข้อจำกัดอย่างมากเรื่องระยะเวลาของการรอพบแพทย์และจำนวนบุคลากรผู้เชี่ยวชาญในการฝึกไม่เพียงพอต่อผู้มารับบริการ จึงได้ใช้ “เครื่องมือวชิรพัฒนา” เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในการประเมินอาการ วางแผนการรักษาและติดตามความก้าวหน้าทางคลินิกของเด็กออทิสติกเฉพาะรายบุคคลก่อนได้รับการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ รวมถึงใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการฝึกให้กับผู้ปกครองนำไปฝึกต่อเองที่บ้าน ผู้วิจัยจึงมีเป้าหมายหลักที่จะศึกษาความแตกต่างของลักษณะทางคลินิกในเด็กออทิสติกก่อนและหลังการฝึกบำบัดโดยใช้เครื่องมือวชิรพัฒนา เป้าหมายรองคือ

ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะทางคลินิกที่เปลี่ยนแปลงไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาค้นคว้าข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กออทิสติกอายุ 1.5-7 ปีที่เข้ารับบริการที่หน่วยพัฒนาการเด็กและวัยรุ่นระหว่างเดือนมกราคม 2555 - ตุลาคม 2557 และได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินวชิรพัฒนา 2 ครั้ง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินลักษณะทางคลินิกด้วยแบบประเมินวชิรพัฒนาอย่างน้อย 2 ครั้งระหว่างการรักษา และมีเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคลมชักหรือความผิดปกติรุนแรงด้านสมอง เช่น สมองพิการ หรือผู้ป่วยเด็กออทิสติกที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความบกพร่องทางการมองเห็นหรือการได้ยินที่เข้าข่ายความพิการ โดยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล และเนื่องจากเป็นวิจัยแบบทบทวนเวชระเบียนที่ไม่ได้บ่งบอกตัวบุคคลจึงไม่ได้ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่าง

เป็นการศึกษาหาความแตกต่างของ 2 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน โดยกำหนดค่า type I และ II error มีระดับนัยสำคัญที่ 0.05 เนื่องจากตัววัดในการศึกษานี้เป็นตัววัดที่จัดทำขึ้นใหม่ซึ่งไม่เคยมีการศึกษามาก่อน ผู้วิจัยจึงทดลองสุ่มตัวอย่างเพื่อหาค่าเฉลี่ยในแต่ละกลุ่ม และนำมาคำนวณค่า σ^2 ได้ 20.34 และ d ได้ 3.4 จึงแทนค่าในสูตรการหาขนาดตัวอย่างดังนี้²¹

$$n = \frac{(Z\alpha / 2 + Z\beta)^2 \sigma^2}{d^2} = \frac{(1.96 + 1.645)^2 (20.34)}{(3.4)^2} = 22.86 \text{ คน}$$

จึงเก็บขนาดตัวอย่างจำนวน 25 คนขึ้นไป

นิยามตัวแปร

กลุ่มอาการออทิสติก (autistic spectrum disorders; ASDs) หมายถึง เด็กที่มีความบกพร่องพัฒนาการด้านสังคม ภาษา และพฤติกรรมที่ผิดปกติจากวัย

ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากกุมารแพทย์พัฒนาการเด็กตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV

เครื่องมือวชิรพัฒนา เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย นพ. พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์ ที่ใช้ในการประเมินลักษณะทางคลินิกและติดตามความก้าวหน้าในการฝึกเด็กกลุ่มออทิสติกประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบประเมินความก้าวหน้าของการฝึกออกทิม และ โปรแกรมการฝึกผู้ป่วยออทิม ในการศึกษานี้จะนำส่วนแบบประเมินความก้าวหน้าของการฝึกออกทิมมาใช้ในการประเมินอาการทางคลินิก โดยมีหัวข้อการให้คะแนน 4 ด้าน คือ ด้านสังคม ด้านการสื่อสาร ด้านพฤติกรรม และด้านการช่วยเหลือตัวเอง การให้คะแนนมี 3 ระดับ (0 = มีบ่อย 1 = มีบางครั้ง 2 = ไม่มี) คะแนนรวมน้อยและมากที่สุด คือ 0 และ 28 คะแนนที่สูงจะบ่งบอกลักษณะผิดปกติที่มาก โดยจะประเมินเด็กครั้งแรกก่อนเข้าโปรแกรม และครั้งที่ 2 หลังผ่านโปรแกรมฝึกแล้ว โปรแกรมการฝึกผู้ป่วยออทิมจะเน้นการฝึกรายบุคคลผ่านกิจกรรมประจำวันเพื่อลดลักษณะผิดปกติแต่ละด้านร่วมกับให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองไปฝึกต่อเองที่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ข้อมูลลักษณะพื้นฐานเชิงคุณภาพนำเสนอในรูปแบบร้อยละ ข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอในรูปแบบค่ามัธยฐาน ค่าควอไทล์ที่ 1 และค่าควอไทล์ที่ 3 เนื่องจากข้อมูลค่าคะแนนจากแบบประเมินวชิรพัฒนามีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงวิเคราะห์หาความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนวชิรพัฒนามาก่อนและหลังการฝึก ด้วยวิธี Wilcoxon signed-rank test วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับค่าคะแนนที่เปลี่ยนแปลงด้วย Spearman's rank correlation test และทดสอบความสัมพันธ์โดยมีค่าความเชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซนต์ไท์ จึงถือว่ามีความสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

ผลการวิจัย

จากการศึกษาข้อมูลเด็กออทิสติกจำนวน 32 ราย ที่ได้รับการประเมินและฝึกด้วยเครื่องมือวชิรพัฒนา เป็นเพศชาย 22 ราย (ร้อยละ 68.8) มีมัธยฐานอายุ 40 เดือน (ช่วงอายุ 21-62 เดือน) มีเด็กที่ได้รับการฝึกพูดร่วมด้วย จำนวน

15 ราย (ร้อยละ 46.9) ค่ามัธยฐานของจำนวนครั้งที่ฝึกก่อนประเมินซ้ำ คือ 4 ครั้ง (คิดเป็น 7 ครั้งต่อปี) มีมารดาเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 68.8 มีระดับการศึกษาไม่เกินมัธยมปีที่ 3 ร้อยละ 68.8 และมีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 35,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 90.6 ตามตารางที่ 1

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนลักษณะอาการก่อนและหลังการฝึกโดยใช้เครื่องมือวัดพัฒนา พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน ($p < 0.001$) ทั้งคะแนนรวมทั้งหมดและคะแนนแยกตามหัวข้อแต่ละด้าน โดยค่าคะแนนหลังการเข้าโปรแกรมจะมีค่าต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

จากการวิเคราะห์เพิ่มเติมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละด้าน พบว่าคะแนนด้านสังคมที่เปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์ระดับน้อยกับรายได้

ครอบครัว ($r_s = -0.383$, $p = 0.030$) คะแนนด้านพฤติกรรมรวมที่เปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์ระดับน้อยกับเพศ ($r_s = -0.476$, $p = 0.006$) การฝึกพูด ($r_s = -0.387$, $p = 0.029$) จำนวนครั้งที่ฝึก ($r_s = 0.463$, $p = 0.008$) และระยะเวลาการประเมินซ้ำ ($r_s = 0.442$, $p = 0.011$) ส่วนคะแนนรวมทั้งหมดที่เปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์ระดับน้อยกับเพศ ($r_s = -0.379$, $p = 0.011$) และรายได้ครอบครัว ($r_s = -0.358$, $p = 0.045$) ตามตารางที่ 3 นอกจากนี้ยังพบว่าเฉพาะค่าคะแนนด้านพฤติกรรมรวมตอนเริ่มต้นมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับค่าคะแนนรวมทั้งหมดที่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ($r_s = 0.544$, $p = 0.001$ ซึ่งไม่ได้นำเสนอในตาราง) ส่วนอายุที่เริ่มการรักษาและระดับการศึกษาของผู้ปกครองไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนที่เปลี่ยนแปลง

ตารางที่ 1:

ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 ราย

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศชาย	22 (68.8)
อายุที่เริ่มรักษา(เดือน)*	40 (30,47.5)
มีโรคประจำตัว	1 (3.1)
มีการใช้ยารักษา	2 (6.3)
ผู้ดูแลหลัก	
มารดา	22 (68.8)
ปู่ย่าตายาย	6 (18.8)
อื่น ๆ	4 (12.4)
ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ มัธยมต้น	22 (68.8)
มัธยมปลาย	6 (18.8)
ปริญญาตรี	4 (12.4)
สถานสมรสของผู้ป่วยหลัก อยู่ด้วยกัน	30 (93.8)
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)*	20000 (12000, 25000)
ได้รับการฝึกพูดรวม (คน)	15 (46.9)
จำนวนครั้งที่ฝึก (ครั้ง)*	3 (2, 5)
ระยะห่างในการประเมิน (เดือน)*	5.5 (3.3, 12.5)

*นำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน (ควอไทล์ที่ 1,ควอไทล์ที่ 3)

ตารางที่ 2:

เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนก่อนและหลังเข้าโปรแกรมวิชาชีพพัฒนาแยกตามหัวข้อ

หัวข้อ	Median (IQ1, IQ3)		P Value*
	ก่อนฝึก (n=32)	หลังฝึก (n=32)	
ด้านสังคม	7 (6,7)	5 (4,6)	<0.001
ด้านสื่อสาร	6 (6,7)	4 (3,5.75)	<0.001
ด้านพฤติกรรมรวม	9 (7,10)	5 (5,6.75)	<0.001
- พฤติกรรม	7 (5.25,8)	4 (4,5)	<0.001
- การควบคุมตนเอง	2 (2,2)	1 (1,1)	<0.001
ด้านการช่วยเหลือตนเอง	2 (2,2)	1 (1,1)	<0.001
คะแนนรวมทั้งหมด	23.5 (21,26)	14 (13,19)	<0.001

* วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon

ตารางที่ 3:

แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับคะแนนวิชาชีพพัฒนาที่เปลี่ยนแปลงแยกตามหัวข้อ

	Spearman signed rank correlation coefficient(rs)				
	ด้านสังคม	ด้าน การสื่อสาร	ด้าน พฤติกรรมรวม	ด้านการ ช่วยเหลือตนเอง	คะแนนรวม ทั้งหมด
เพศ	-0.111	-0.196	-0.476**	-0.159	-0.379*
ระดับการศึกษาผู้ปกครอง	-0.169	0.234	0.120	-0.208	0.076
รายได้ครอบครัว	-0.383*	-0.133	-0.346	-0.280	-0.358*
อายุที่เริ่มรักษา	-0.312	-0.143	-0.136	-0.290	-0.196
มีการฝึกพูด	0.207	0.069	-0.387*	-0.302	-0.197
จำนวนครั้งที่ฝึก	0.219	0.006	0.463**	0.218	0.343
ระยะเวลาประเมินซ้ำ	0.098	0.016	0.442*	0.054	0.267

* p Value < 0 .05; ** p Value < 0.01

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวต่ำ ไม่ได้รับการฝึกจากแหล่งอื่นนอกเหนือจากที่โรงพยาบาลและการฝึกเองที่บ้าน แนวทางการรักษาเด็กออทิสติกด้วยเครื่องมือวิชาชีพพัฒนาที่เน้นการฝึกเป็นรายบุคคลโดยฝึกผ่านกิจวัตรประจำวัน และให้ผู้ปกครองนำวิธีการไปฝึกที่บ้าน พบว่าทำให้มีค่าคะแนนลักษณะอาการของออทิสติกลดลงในทุกด้าน ซึ่งให้ผลไปทางเดียวกับการศึกษาอื่น ๆ¹⁷⁻²⁰ ที่พบว่าการฝึกผ่าน

ผู้ปกครองหรือการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการฝึกจะทำให้ลักษณะอาการมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี แต่มีความแตกต่างจากการศึกษาของ Jennifer Richler และคณะ¹⁴ ที่พบว่าอาการทางด้านพฤติกรรมโดยเฉพาะพฤติกรรมซ้ำมักจะมีอยู่นานและไม่เปลี่ยนแปลง อาจจะเป็นไปได้ว่าการฝึกในโปรแกรมวิชาชีพพัฒนานั้นมีการเน้นปรับพฤติกรรมเด็กให้เหมาะสมเป็นพื้นฐานด้วย จึงทำให้คะแนนด้านพฤติกรรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ในด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าคะแนนลักษณะทางคลินิกที่เปลี่ยนแปลงได้ผลคล้ายกับการ

ศึกษาก่อนหน้านี้ของ Anderson และคณะ¹² ที่พบว่าปัจจัยเรื่องเพศ รายได้ครอบครัว จำนวนครั้งที่ฝึกมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ เป็นที่น่าสนใจว่าการได้รับการฝึกพูดนั้นไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการด้านการสื่อสารหรือด้านสังคม ซึ่งในการศึกษานี้ไม่ได้มีการวิเคราะห์เจาะจงในเรื่องระดับความรุนแรงหรือความก้าวหน้าทางภาษา รวมทั้งขนาดตัวอย่างที่น้อยอาจทำให้เห็นความแตกต่างที่ไม่ชัดเจน

เนื่องจากรูปแบบการศึกษาเป็นแบบการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจึงมีข้อจำกัดเรื่องความครบถ้วนของข้อมูล เช่น ข้อมูลด้านอายุผู้ดูแล ความถี่หรือจำนวนชั่วโมงในการฝึกเองที่บ้าน ระดับความสามารถของผู้ดูแลเด็ก ระดับความรุนแรงของอาการเริ่มต้นของเด็ก ระดับสติปัญญาของเด็กซึ่งไม่ได้ทำทุกราย จึงไม่นำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ นอกจากนี้การแจกแจงข้อมูลเป็นแบบไม่ปกติ รวมทั้งขนาดตัวอย่างที่น้อย จึงไม่สามารถวิเคราะห์โดยควบคุมตัวแปรกวนอื่น เช่น เพศ เศรษฐฐานะ ระยะห่างในการประเมินซ้ำหรือค่าคะแนนเริ่มต้นที่แตกต่างกันได้ ประเด็นข้อจำกัดต่อมา คือแบบประเมินวชิรพัฒนาเดิมยังใช้เกณฑ์ตาม DSM-4 ซึ่งอาการทางด้านการสื่อสารและด้านสังคมที่แสดงออกบางอย่างจะแยกจากกันได้ยาก ดังนั้นในอนาคตควรมีการศึกษาเชิงทดลองเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมโดยปรับส่วนแบบประเมินความก้าวหน้าตาม DSM-5 criteria และควรกำหนดจำนวนหรือระยะเวลาการประเมินซ้ำที่ชัดเจนมากขึ้น

Conflict of Interest

ผู้วิจัยไม่มี conflict of interest

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณ ผศ.นพ. พงษ์ศักดิ์น้อยพยัคฆ์ที่อนุญาตให้นำเครื่องมือวชิรพัฒนามาใช้ในการวิจัยนี้ เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานพัฒนาการเด็กที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมินทราชูติราชที่สนับสนุนทุนส่งเสริมสำหรับการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of autism spectrum disorders-autism and developmental disabilities monitoring network, six sites, United States, 2000. MMWR 2007;56:1-11.
- Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of autism spectrum disorders-autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. MMWR 2014;63:1-21.
- National Health Security Office. Ranong hospital, Model of special child developmental care. [Internet]. 2556 [cited 2014 Nov 17]. Available from: <http://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=NzMx>.
- Coplan J, Jawad AF. Modeling clinical outcome of children with autistic spectrum disorders. Pediatrics. 2005;116(1):117-22.
- Landa R, Garrett-Mayer E. Development in infants with autism spectrum disorders: a prospective study. J Child Psychol Psychiatry. 2006;47(6):629-38.
- Shumway S, Wetherby AM. Communicative acts of children with autism spectrum disorders in the second year of life. J Speech Lang Hear Res. 2009;52(5):1139-56.
- Barbaro J, Dissanayake C. Developmental profiles of infant and toddlers with autism spectrum disorders identified prospectively in a community-based setting. J Autism Dev Disord. 2012; 42(9):1939-48.
- Tamaaha AC, Machado GG, Loebmann C, Perissinoto J. Process of speech acquisition and development of autistic children with or without autistic regression. CoDAS. 2014;26(4):265-9.

9. Kern JK, Geier DA, Geier MR. Evaluation of regression in autism spectrum disorder based on parental reports. *N Am J Med Sci.* 2014;6(1):41-7.
10. Gotham K, Pickles A, Lord C. Trajectories of autism severity in children using standardized ADOS scores. *Pediatrics.* 2012;130(5):e1278-84.
11. Mordre M, Groholt B, Knudsen AK, Sponheim E, Mykletun A, Myhre AM. Is long-term prognosis for pervasive developmental disorder not otherwise specified different from prognosis for autistic disorder? Findings from a 30-year follow-up study. *J Autism Dev Disord.* 2012;42:920-8.
12. Anderson DK, Oti RS, Lord C, Welch K. Patterns of growth in adaptive social abilities among children with autism spectrum disorders. *J Abnorm Child Psychol.* 2009;37(7):1019-34.
13. Joseph L, Thurm A, Farmer C, Shumway S. Repetitive behavior and restricted interests in young children with autism: comparisons with controls and stability over 2 years. *Autism Res* 2013;6(6):584-95.
14. Richler J, Huerta M, Bishop SL, Lord C. Developmental trajectories of restricted and repetitive behaviors and interests in children with autism spectrum disorders. *Dev Psychopathol.* 2010;22(1):55-69.
15. Fountain C, Winter AS, Bearman PS. Six developmental trajectories characterize children with autism. *Pediatrics.* 2012;129:e1112-20.
16. Harrop C, McConachie H, Emsley R, Leadbitter K, Green J. Restricted and repetitive behaviors in autism spectrum disorders and typical development. *J Autism Dev Disord.* 2014;44(5):1207-19.
17. Muratori F, Narzisi A. Exploratory study describing 6 month outcomes for young children with autism who receive treatment as usual in Italy. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014;10:577-86.
18. Drew A, Baird G, Baron-Cohen S, Cox A, Slonims V, Wheelwright S, et al. A pilot randomised control trial of a parent training intervention for pre-school children with autism. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2002;11(6):266-72.
19. Green J, Charman T, McConachie H, Aldred C, Slonims V, Howlin P, et al. Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2010;375(9732):2152-60.
20. Oono IP, Honey EJ, McConachie H. Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(4):CD009774