



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เวชศาสตร์ทันยุค 2568



บทที่ 4

บทบาทของแพทย์และทีมสหวิชาชีพในการคัดกรอง
และวินิจฉัยภาวะออกัสติกระดูกะยะแรก

กองบรรณาธิการ
คณะอนุกรรมการฝ่ายจัดทำหนังสือเวชศาสตร์ทันยุค 2568
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เวชศาสตร์ทันยุค 2568

บรรณาธิการ คณะอนุกรรมการฝ่ายจัดทำหนังสือเวชศาสตร์ทันยุค 2568
พิมพ์ครั้งที่ 1 สิงหาคม 2568
ราคา 429 บาท

สงวนลิขสิทธิ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติการพิมพ์
ห้ามมิให้ทำซ้ำหรือลอกเลียนแบบโดยไม่ได้รับอนุญาต

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

คณะอนุกรรมการฝ่ายจัดทำหนังสือเวชศาสตร์ทันยุค 2568

เวชศาสตร์ทันยุค 2568.-- กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2568.
514 หน้า.

1. เวชปฏิบัติ. I. ชื่อเรื่อง.

616

ISBN (E-book) 978-616-8201-47-3

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

สำนักพิมพ์ศิริราช งานวิชาการ สำนักงานคนบตี
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทรศัพท์ 0 2419 2858
E-mail: sirirajbooks@gmail.com
Website: www.sirirajbooks.com
E-book application:



ออกแบบโดย

บริษัท พี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด
4 ซอยสิรินธร 7 แขวงบางบำหรุ เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700
โทรศัพท์ 0 2881 9890

สนับสนุนการตีพิมพ์โดย กองทุนโครงการตำราศิริราช ในศิริราชมูลนิธิ

บทบาทของแพทย์และทีมสหวิชาชีพ ในการคัดกรองและวินิจฉัยภาวะ ออทิสติกในระยะแรก

04

The Role of Physicians and Multidisciplinary Teams in the Early Screening and Diagnosis of Autism Spectrum Disorder

ประกาศิต วรรณภาสชัยยง

บทนำ

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา อัตราความชุกของภาวะออทิสซึมสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder; ASD) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับรายงานจากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (The Center for Disease Control and Prevention; CDC) ที่พบเด็ก 1 ใน 31 คน ที่อายุ 8 ปี ในปี ค.ศ. 2022 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ ASD ซึ่งเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 384 เมื่อเทียบกับสถิติในปี ค.ศ. 2000¹ การเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องนี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการคัดกรองและวินิจฉัยที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตลอดจนการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพเพื่อให้เด็กและครอบครัวได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและเหมาะสม

การตรวจคัดกรองและวินิจฉัย ASD ในระยะแรกมีความสำคัญต่อการพยากรณ์โรคและประสิทธิภาพของการบำบัดรักษา² การระบุภาวะเสี่ยงตั้งแต่ช่วงอายุ 16 ถึง 30 เดือน โดยใช้เครื่องมือ

มาตรฐานอย่าง Modified Checklist for Autism in Toddlers Revised and Follow up (M-CHAT-R/F)³ จะช่วยให้สามารถส่งต่อเด็กที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงไปยังผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็กหรือกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อทำการวินิจฉัยด้วยเกณฑ์ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th edition (DSM-5)⁴ ได้อย่างทัน่วงที

การทำงานแบบทีมสหวิชาชีพ (multi-disciplinary team) ถือเป็นกลไกสำคัญในการดูแลเด็กกลุ่ม ASD ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ⁵ โดยมีแพทย์เป็นผู้นำในการคัดกรองเบื้องต้น ส่งต่อ และวินิจฉัย ร่วมกับนักจิตวิทยาในการประเมินด้านพัฒนาการและพฤติกรรม รวมถึงนักกิจกรรมบำบัดในการประเมินและฝึกการประมวลผลประสาทสัมผัส⁶ ทั้งหมดนี้ล้วนเสริมสร้างให้กระบวนการวางแผนดูแลรักษา มีความสมบูรณ์ ช่วยให้เด็กเข้าถึงบริการที่เหมาะสมตามความต้องการเฉพาะราย

นอกจากนี้ บทบาทของแพลตฟอร์มดิจิทัล

มีความสำคัญเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีการพัฒนาเครื่องมือและแอปพลิเคชันสำหรับช่วยคัดกรอง ASD ในระยะแรก ลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และเพิ่มโอกาสให้เด็กได้รับการตรวจและรักษาเร็วขึ้น⁶ ทั้งนี้การทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์และทีมสหวิชาชีพจะช่วยเพิ่มศักยภาพในการคัดกรอง วินิจฉัย ติดตาม และวางแผนการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เพื่อสนับสนุนให้การดูแลเด็กที่เป็น ASD เป็นไปอย่างมีคุณภาพ บทความนี้จะจึงมีวัตถุประสงค์ในการนำเสนอแนวทางการคัดกรองและวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ตลอดจนการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนในระบบสุขภาพสำหรับเด็กกลุ่มนี้

บทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

จากข้อมูลที่มีการรายงานทั่วโลก พบว่าความชุกของ ASD สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมถึงในประเทศไทยที่มีการสำรวจความชุกในปี ค.ศ. 2020 พบอัตราผู้ป่วยที่เป็นโรคสูง 1 ต่อ 161 คน และอัตราความชุกนี้เพิ่มขึ้นถึง 6 เท่า ภายใน 10 ปี⁷ ดังนั้นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปคงเลี่ยงไม่ได้ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย ASD ถึงแม้ว่าจะลดความชุกของภาวะนี้ได้ แต่สิ่งที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปทำได้ คือการทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาที่รวดเร็ว โดยมีการศึกษาของ Zwaigenbaum และคณะ (ค.ศ. 2015)⁸ พบว่าหากผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาก่อนอายุ 3 ปี ส่งผลให้ผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาดีกว่า

อย่างไรก็ตามการศึกษาอายุเฉลี่ยของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัย ASD ของประเทศไทย คือ อายุ

3 ปี 8 เดือน ในกรุงเทพมหานคร⁹ และอายุ 4 ปี 6 เดือน ในต่างจังหวัด¹⁰ ซึ่งการวินิจฉัยที่ล่าช้านี้ นำไปสู่การได้รับการรักษาที่ล่าช้าและผลลัพธ์ของการรักษาที่ไม่ดี ดังนั้นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจึงจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวัง ASD ในเด็กทุกคนที่มาโรงพยาบาล โดยแพทย์อาจมีการซักประวัติอาการและสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงในห้องตรวจดังนี้

1. ความบกพร่องทักษะสังคมและภาษาสื่อสาร (social communication deficit) ได้แก่ มีความบกพร่องในการมองหน้าสบตา (eye contact) การใช้ภาษากาย (gesture) การแสดงออกของสีหน้า (facial expression) ไม่ชี้บอกความต้องการ ไม่รู้จักแสดงสิ่งของเวลาสิ่งของใหม่ ๆ หรือสิ่งของที่ตนสนใจ (showing object) ขาดความสนใจในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ขาดความสามารถในการดึงความสนใจร่วมจากผู้เลี้ยงดู (joint attention) เช่น การไม่มองตามสิ่งที่ผู้เลี้ยงดูชี้หรือมอง ไม่ชี้บอกความสนใจของตนเอง และไม่ชี้ชวนให้สนใจร่วม นอกจากนี้การไม่หันหาเสียงเรียกชื่อและไม่เลียนแบบท่าทาง เป็นอีกพฤติกรรมที่สามารถสังเกตเด็กเล็กที่สงสัย ASD ได้¹¹

พัฒนาการในการเล่นที่ล่าช้า ไม่สมวัย เป็นอีกพฤติกรรมเสี่ยงที่พบได้ในผู้ป่วย ASD เช่น ไม่เล่นสมมติ (pretend play) ซึ่งเป็นพัฒนาการปกติในเด็กอายุ 16 ถึง 18 เดือน หรืออาจมีการเล่นสิ่งของในลักษณะแปลก ๆ เช่น การเรียงของอม หรือเลียของเล่น เป็นต้น เด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ชอบเล่นคนเดียว และมักไม่ปฏิสัมพันธ์กับเด็กอื่นในการเล่น¹¹

เด็ก ASD ส่วนใหญ่มักมีความบกพร่องของ

พัฒนาการด้านภาษา มักถูกนำมาปรึกษาแพทย์ ด้วยเรื่องพูดช้า ภาษาไม่สมวัย ได้แก่ ไม่มีการเล่นเสียงริมฝีปาก (babbling) ที่อายุ 6 เดือน ไม่พูดคำเดี่ยวที่มีความหมายที่อายุ 1 ปี ไม่พูด 2 คำติดกัน (combined word) ที่อายุ 2 ปี เป็นต้น¹¹ อย่างไรก็ตามประมาณร้อยละ 25 ของเด็ก ASD อาจไม่พบความผิดปกติทางภาษาที่เห็นได้ชัดเจนในช่วงขวบปีแรก แต่พบว่าการถดถอย (regression) ของพัฒนาการด้านภาษาและสังคมเมื่อเข้าสู่อายุ 18 ถึง 24 เดือนได้¹²

2. ความผิดปกติทางพฤติกรรม (abnormal behavior) ได้แก่ การมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ (หมุนตัว กระโดด สะบัดมือ โยกตัว ชอบเรียงวัตถุในแนวเส้นตรง) หมกมุ่นอยู่กับการทำอะไรซ้ำ ๆ ยึดติดกับรูปแบบเดิม ๆ ที่คุ้นชิน เช่น สวมเสื้อผ้าเฉพาะบางชุด รับประทานอาหารบางชนิดเท่านั้น หรือต้องเดินไปโรงเรียนโดยใช้เส้นทางเดิมทุกวัน เป็นต้น ไม่ชอบและรู้สึกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงในบางรายมีความสนใจเฉพาะเจาะจงกับบางเรื่อง เช่น ธงชาติ ตัวเลข สัตว์บางชนิด ปฏิทิน เป็นต้น เด็กจะไม่ชอบหรือไม่สนใจพูดคุยเรื่องอื่น ๆ นอกเหนือจากเรื่องที่สนใจ ในเด็กบางรายพบว่าการตอบสนองของระบบประสาทสัมผัสต่อสิ่งกระตุ้นที่มากหรือน้อยเกินไป ได้แก่ ไม่ชอบอาหารเหนียว ๆ ไม่ชอบเสื้อผ้าที่มีผิวสัมผัสบางอย่าง ไม่ชอบเสียงดัง ทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่าเด็กอื่น ๆ ชอบกระโดดเพื่อกระตุ้นตนเอง ตม เลีย หรือถูสิ่งของซ้ำไปซ้ำมา เป็นต้น¹¹

หากพบว่าเด็กมีอาการเสี่ยงต่อการเป็น ASD ตามที่กล่าวไปข้างต้น แพทย์เวชปฏิบัติจำเป็นต้องคัดกรองด้วยเครื่องมือ M-CHAT-R/F ซึ่งเป็น

เครื่องมือมาตรฐานสำหรับการคัดกรองตามคำแนะนำของ American Academy of Pediatrics (AAP) โดยเครื่องมือนี้เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมของเด็กอายุ 16 ถึง 30 เดือน โดยผู้ปกครองเป็นผู้ตอบ แบบสอบถามนี้มีความไว (sensitivity) ร้อยละ 83 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 94 ซึ่งหากผลการคัดกรองพบว่าเด็กมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็น ASD ควรรีบส่งตัวเพื่อพบกุมารแพทย์พัฒนาการและพฤติกรรม รวมถึงจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เพื่อให้การวินิจฉัย และวางแผนการรักษาอย่างรวดเร็ว¹³

นอกเหนือจากเด็กที่มีอาการเสี่ยงต่อ ASD แล้ว AAP ยังได้มีคำแนะนำให้มีการคัดกรองด้วยเครื่องมือ M-CHAT-R/F ในเด็กทุกคนที่อายุ 18 และ 24 เดือน ถึงแม้ว่าประวัติและการสังเกตอาการภายในห้องตรวจจะไม่พบลักษณะอาการเสี่ยงต่อ ASD ก็ตาม¹¹ เนื่องจากความชุกของโรคที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว^{1,7} ร่วมกับข้อมูลที่สนับสนุนถึงการได้รับการรักษาที่เร็ว ส่งผลต่อการพยากรณ์โรคที่ดีของเด็กได้^{8,14} โดยปัจจุบันเครื่องมือ M-CHAT-R/F ได้รับการแปลและเผยแพร่ในภาษาไทย¹⁵ รวมถึงมีรูปแบบแอปพลิเคชันออนไลน์ ซึ่งมีภาพประกอบทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจง่ายขึ้น¹⁶

บทบาทของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น กุมารแพทย์ (โดยเฉพาะสาขาพัฒนาการและพฤติกรรม) และจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาให้เหมาะสมกับ ASD ของเด็กแต่ละคน ในหลายกรณี กุมารแพทย์หรือจิตแพทย์เด็กมักเป็นบุคลากรคนแรกที่ได้รับ

การส่งต่อหลังผลคัดกรองพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อ ASD^{2,8}

กรณีที่สงสัยว่าผู้ป่วยมีอาการแสดงที่เข้าได้กับ ASD กุมารแพทย์จำเป็นต้องใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-5⁴ ซึ่งผู้ป่วยต้องมีความผิดปกติทั้งในข้อ A B C และ D ดังนี้

A. มีความผิดปกติหรือเบี่ยงเบนของทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social communication deficit) ที่ไม่ได้เกิดจากพัฒนาการที่ล่าช้าทั่ว ๆ ไป และต้องมีความผิดปกติทั้ง 3 ข้อ ดังต่อไปนี้

(1) ขาดหรือบกพร่องในทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ที่แสดงออกทางอารมณ์และสังคมกับผู้อื่น (deficit in social emotional reciprocity) ไม่สามารถมีการสื่อสารที่จะแสดงออกว่าตนเองมีความสนใจร่วมกับผู้อื่น เช่น การเอาของมาแสดง การแสดงอารมณ์ร่วมกับผู้อื่น และขาดการริเริ่มที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

(2) ขาดหรือบกพร่องในพฤติกรรมสื่อสารความหมายที่ไม่ใช่ภาษาพูด (deficit in non-verbal communicative behavior) ได้แก่ มีความบกพร่องในการมองหน้าสบตา การใช้ภาษาร่างกาย บกพร่องในการใช้และเข้าใจภาษากายเพื่อการสื่อสาร หรือขาดการแสดงออกทางสีหน้าหรือท่าทางต่าง ๆ

(3) ขาดหรือบกพร่องในการสร้างความสัมพันธ์ และการทำให้ความสัมพันธ์กับผู้อื่นคงอยู่ (deficit in developing, maintaining, and understanding relationship) หมายรวมถึงมีความยากลำบากในการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในสังคม มีความลำบากในการเล่นสมมติ

B. มีพฤติกรรมและความสนใจ หรือการ

กระทำที่มีลักษณะจำกัด ทำซ้ำ ๆ หรือมีแบบแผนตายตัว ซึ่งต้องอย่างน้อย 2 ข้อต่อไปนี้

(1) มีการพูดหรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายซ้ำ ๆ (restricted and repetitive behavior) เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายซ้ำ ๆ พูดซ้ำคำหรือประโยค ใช้วัตถุซ้ำ ๆ อย่างไม่มีเป้าหมาย

(2) เห็นได้ชัดว่ายึดติดอยู่กับเรื่องในชีวิตประจำวันบางอย่างมากผิดปกติ (insistence on sameness) เช่น ไม่ยอมเปลี่ยนเส้นทางหรืออาหารที่รับประทาน ชอบถามซ้ำ ๆ หรือเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยก็จะรู้สึกอึดอัด

(3) สนใจจดจ่ออยู่กับบางสิ่งบางอย่างอย่างมาก (fixed interest) เช่น สนใจจดจ่ออยู่กับสิ่งของในลักษณะที่ไม่เหมาะสม (สนใจล้อรถของเล่น) หมกมุ่นกับเรื่องบางอย่างมากจนไม่สนใจเรื่องอื่น (เช่น ชอบและจดจำธงชาติได้ทุกประเทศ ชื่อของดวงดาวในจักรวาล) เป็นต้น

(4) มีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นประสาทสัมผัสที่มากหรือน้อยผิดปกติ (hypo-/hyper-reactivity to sensory input) เช่น ไม่ตอบสนองต่อความรู้สึกเจ็บปวด มีการตอบสนองต่อเสียงบางอย่าง หรือผิวสัมผัสบางอย่างที่ผิดปกติ ตม หรือสัมผัสวัตถุอย่างไม่เหมาะสม สนใจแสงไฟหรือวัตถุที่กำลังหมุน เป็นต้น

C. อาการและอาการแสดงที่ผิดปกติต่าง ๆ พบตั้งแต่ในวัยเด็กตอนต้น

D. ความบกพร่องดังกล่าวเป็นสาเหตุให้เกิดความบกพร่อง หรือเป็นข้อจำกัดในการดำรงชีวิตประจำวัน

E. ความบกพร่องดังกล่าวไม่ได้เป็นผลมาจากภาวะสติปัญญาบกพร่องหรือพัฒนาการล่าช้า

ภายหลังจากที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางให้การวินิจฉัยแล้ว จำเป็นต้องซักประวัติและประเมินโรคร่วมอื่นด้วย เนื่องจากข้อมูลการศึกษา SPARK database ที่รวบรวมผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ASD จำนวน 42,569 คน พบว่าร้อยละ 74 มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค¹⁷ ซึ่งโรคทางกายและภาวะทางจิตเวชที่พบร่วมได้บ่อย เช่น ภาวะพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (global developmental delay; GDD) หรือสติปัญญาบกพร่อง (intellectual disability; ID) พบร่วมร้อยละ 60 ถึง 70 โดยงานวิจัยบางรายงานพบสูงถึงร้อยละ 91.7 ขณะที่พบร้อยละ 30 ถึง 40 (สูงสุดที่รายงาน ร้อยละ 86) ของเด็กที่เป็น ASD มีโรคสมาธิสั้น (attention deficit/hyperactivity disorder; ADHD) ร่วมด้วย นอกจากนี้ยังสามารถพบโรคลมชัก (epilepsy) ร่วมด้วยถึง 1 ใน 3 ของเด็กกลุ่มนี้ (สูงสุดที่รายงานร้อยละ 77.5)¹⁸

นอกจากนี้ ASD อาจพบร่วมกับโรคทางพันธุกรรมหลายชนิด ได้แก่ Fragile X syndrome, tuberous sclerosis, neurofibromatosis, Rett syndrome และ Angelman syndrome เป็นต้น¹⁹ ดังนั้นกุมารแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัย ASD จำเป็นต้องซักประวัติครอบครัว ตรวจร่างกายอย่างละเอียด เช่น ประเมินการเจริญเติบโต วัดขนาดศีรษะ ประเมินลักษณะความผิดปกติของใบหน้า (dysmorphic feature) รวมถึงการตรวจปัสสาวะและฝืนตามผิวหนังด้วย

การตรวจประเมินทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมก็เป็นอีกหนึ่งบทบาทสำคัญของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เนื่องจากมีผลต่อการวางแผนการรักษา ได้แก่ (1) การตรวจการได้ยิน

ซึ่งมีผลต่อกระบวนการการฝึกพูดของเด็ก (2) การตรวจหาสาเหตุทางพันธุกรรม เช่น chromosome microarray และ FMR1 gene เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้ไปวางแผนครอบครัวในอนาคต เป็นต้น¹¹

บทบาทของนักจิตวิทยา

ภายหลังจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางทำการวินิจฉัย ASD ตามเกณฑ์ DSM-5 แล้ว ผู้ป่วยเด็กจะถูกส่งต่อให้นักสหวิชาชีพทำการประเมินเพิ่มเติม สำหรับบทบาทของนักจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการประเมินมีหลายแบบ ได้แก่

1. ประเมินพัฒนาการและระดับเชาวน์ปัญญา โดยนักจิตวิทยาประเมินผู้ป่วยด้วยเครื่องมือ Wechsler Intelligence Scale for Children: Fifth Edition (WISC®-V) สำหรับเด็กที่มีอายุมากกว่า 6 ปีขึ้นไป ขณะที่เด็กเล็กจะถูกประเมินสติปัญญาด้วย Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI) หรือ Bayley Scales of Infant and Toddler Development (Bayley™-4) หรือ Mullen Scales of Early Learning (MSEL) สำหรับกรณีที่เด็กเล็กที่ไม่ให้ความร่วมมือในการวัดระดับเชาวน์ปัญญา นักจิตวิทยาจะพิจารณาคัดกรองพัฒนาการด้วยเครื่อง Denver Developmental Screening Test (Denver II) แทน²⁰ โดยการประเมินพัฒนาการและระดับเชาวน์ปัญญามีความสำคัญในการประเมินโรคร่วม และการวางแผนการรักษา ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมด้านพัฒนาการที่เหมาะสม สามารถลดความรุนแรงของภาวะ ASD ได้²¹

2. ประเมินทักษะการปรับตัว (adaptive function) โดยใช้เครื่องมือ Vineland Adaptive



"ซื้อหนังสือ
ในรูปแบบ e-book ได้แล้ววันนี้"



สำนักพิมพ์ศิริราช สังกัดงานวิชาการ สำนักงานคณบดี
2 ถนนวิสุทธิกษัตริย์ แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700
โทรศัพท์ 0 2419 2858 โทรสาร 0 2411 0593
E-mail: sirirajbooks@gmail.com
Website: www.sirirajbooks.com

ISBN 978-616-8201-47-3



ราคา 429 บาท