

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแนวปฏิบัติ สำหรับผู้ป่วยโรคออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลศรีธัญญา

รัชณี ฉลองเกื้อกูล, พ.บ, วิชาสินี หรัยลอย, พย.บ, ภัทรวรรณ สุขยิธัญ, ปร.ด.

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับแพทย์ในการให้บริการผู้ป่วยโรคออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต

วัสดุและวิธีการ : วิจัยและพัฒนาตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตเจ็ดขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์ความต้องการ การกำหนดกรอบแนวคิด การร่างต้นแบบแนวปฏิบัติ การตรวจสอบคุณภาพร่างต้นแบบแนวปฏิบัติโดยแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนหกคน การทดลองใช้โดยแพทย์ผู้ปฏิบัติจำนวนสิบคน การขยายผลในโรงพยาบาลจิตเวชระดับภาคหกแห่งและการประเมินผล ดำเนินการเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2568 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ และวิเคราะห์เชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผล : แนวปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลจิตเวช ประกอบด้วยสี่หัวข้อคือ การเปลี่ยนผ่านสู่บริการวัยผู้ใหญ่ การวินิจฉัยและการประเมิน การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล และการรักษาแบบองค์รวม

สรุป : แนวปฏิบัตินี้พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต การศึกษาครั้งนี้ทำให้เกิดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลจิตเวช ส่วนการติดตามประเมินผลในโรงพยาบาลที่มีทรัพยากรแตกต่าง การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้เชี่ยวชาญเฉพาะ และการประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน เป็นงานที่ควรดำเนินการต่อไป

คำสำคัญ : ออทิสติกสเปกตรัม ผู้ใหญ่ แนวปฏิบัติ โรงพยาบาลจิตเวช

ติดต่อผู้พิมพ์ : รัชณี ฉลองเกื้อกูล rachan2e@yahoo.com

*วันรับ 3 มีนาคม 2568; วันแก้ไข 11 มีนาคม 2568; วันตอบรับ 11 มีนาคม 2568

Original article

Development of Practice Guideline for Adult Autistic Spectrum Disorder at Srithanya Psychiatric Hospital

Rachanee Chalongkuakul, M.D., Wilasinee Railoy, B.N.S. , Pattarawat Sukyirun, Ph.D.

Srithanya Hospital, Department of mental Health

Abstract

Objective : To develop a practice guideline for physicians in providing services to adult autistic spectrum disorder (ASD) at Srithanya psychiatric hospital and others psychiatric facilities under Department of Mental Health.

Method: Research and development study were conducted at five psychiatric hospitals, from February to March 2025, based on the seven-step mental health technology research and development framework. The steps included need analysis, conceptual framework development, prototype development, validity testing by six medical experts, pilot testing by ten practicing physicians, scale up program to six regional psychiatric hospitals, and evaluation. Data were collected using questionnaires and interviews, and qualitative analysis was applied.

Results: The practice guidelines for adult autistic spectrum disorder at Srithanya Psychiatric Hospital consisted of four components, included transition to adult services, diagnosis and assessment, individual care planning, and holistic treatment. The developed guideline was systematically refined based on feedback from the sample group.

Conclusion : By systematically developed following the mental health technology research and development framework, the practice guideline will provide a standardized model of care for adult autistic spectrum disorder in all psychiatric hospitals. Further research and implementation, such as futher testing at hospitals with different resources, the need for staffs training, and the application of inpatient care models, are recommended to continue better care for this patient group.

Keywords: Autistic spectrum disorder, Adults, Practice Guidelines, Clinical guideline

Contact: Rachanee Chalongkuakul rachan2e@yahoo.com

*Received: March 3, 2025; Revised: March 11, 2025; Accepted: March 11, 2025

บทนำ

โรคออทิสติกสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder: ASD) จัดอยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติด้านพัฒนาการระบบประสาท ที่มีลักษณะอาการหลักคือ ความบกพร่องด้านการสื่อสารและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม รวมถึงพฤติกรรมที่จำกัดและซ้ำซาก โดยอาการเริ่มปรากฏตั้งแต่ช่วงต้นของพัฒนาการ และจะชัดเจนขึ้นเมื่อความคาดหวังทางสังคมเกินกว่าขีดจำกัดความสามารถของผู้ป่วย และคงความบกพร่องตลอดชีวิต¹ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมโดยรวม การศึกษาอุบัติการณ์ของโรคมิแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก ในประเทศไทย คาดการณ์ความชุกโรคออทิสติกสเปกตรัมในเด็กอายุ 2-5 ปีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.6 เป็นร้อยละ 1 ในปี 2567² ขณะที่ CDC สหรัฐอเมริกา รายงานอุบัติการณ์ในเด็กอายุ 8 ปีเพิ่มขึ้นจาก 1 ใน 150 ในปี 2000³ เป็น 1 ใน 36 ในปี 2020⁴ หรือร้อยละ 2.9⁵ การศึกษาในผู้ใหญ่พบอุบัติการณ์ร้อยละ 1 ของประชากร⁶ แม้ว่าผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่จะมีพัฒนาการด้านการสื่อสารที่ดีขึ้น แต่ส่วนใหญ่ยังคงมีความบกพร่องด้านการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการรับรู้ และพบภาวะโรคร่วมได้ถึงร้อยละ 54⁷ โดยเฉพาะโรคสมาธิสั้น⁸ การเผชิญความยากลำบากในการปรับตัวเข้าสู่สังคมและตลาดแรงงาน ส่งผลให้เกิดความเครียดและภาวะหมดไฟ⁹ (Autistic Burnout) ซึ่งพบได้สูงในช่วงการเปลี่ยนแปลงสำคัญในชีวิต พบความชุกของโรคจิตกึ่งวงร้อยละ 27-42 และโรคซึมเศร้าร้อยละ 23-37 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไป¹⁰ นอกจากนี้ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาท้าทาย เช่น การทำร้ายตนเอง¹¹ฆ่าตัวตาย¹² พฤติกรรมก้าวร้าว ยังเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยร้อยละ 49.3 มีพยากรณ์โรคไม่ดี¹³ และมีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 2-5 เท่า อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมต่ำกว่าประชากรทั่วไป¹⁴⁻¹⁵ โรคออทิสติกสเปกตรัมเป็นโรคที่คงอยู่ตลอดชีวิต ปัจจุบัน มีผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยมากขึ้น แต่ระบบบริการสุขภาพส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในกลุ่มวัยเด็กและวัยรุ่น¹⁶ ผู้ป่วยวัยออทิสติกสเปกตรัมผู้ใหญ่มักประสบกับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ได้รับบริการที่ไม่เหมาะสมกับพัฒนาการทางอารมณ์สังคม ขาดการดูแลสุขภาพจิตในระยะยาว ขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้รับการดูแลอย่างเพียงพอ¹⁷

แนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่ได้รับการวิจัยและพัฒนาขึ้นในหลายประเทศ แม้ว่าแต่ละฉบับจะนำเสนอขั้นตอนการประเมินที่สอดคล้องและเป็นระบบ แต่แนวปฏิบัติเหล่านี้ยังมีความหลากหลาย ทำให้แพทย์มีทางเลือกที่ซับซ้อนและอาจเกิดความสับสนได้¹⁸ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลจิตเวช ขึ้น โดยทบทวนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และบริบทของโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อเป็นแนวทางสำหรับแพทย์ ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วย และพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่ต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา เลขที่ STY.CO.A018/2568 ดำเนินการ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2568 ตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต 7 ขั้นตอน ของกรมสุขภาพจิต¹⁹ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนา 2) การกำหนดกรอบแนวคิด 3) การ ออกแบบและจัดทำร่างต้นแบบ 4) การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ 5) การทดลองใช้ 6) การขยายผล และ 7) การประเมินผลและพัฒนาต่อเนื่อง การศึกษานี้ดำเนินการขั้นตอนที่ 1 ถึง 6 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทีมวิจัยประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และนักจิตวิทยาวิชาชีพละหนึ่งคน นำผลการทบทวน หลักฐานทางการแพทย์ แนวปฏิบัติต่างประเทศ และผลการศึกษาริบทโรงพยาบาลจิตเวชห้าแห่ง โดยเลือก แบบจำเพาะเจาะจง มาวิเคราะห์ปัญหาและความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 นำผลการวิเคราะห์ความจำเป็นมากำหนดกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3 ออกแบบและจัดทำร่างต้นแบบแนวปฏิบัติและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล

ขั้นตอนที่ 4 ส่งตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของร่างต้นแบบแนวปฏิบัติโดยจิตแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิหก คน ด้วยวิธีเดลฟายประยุกต์ นำความเห็นมาปรับแก้ไขร่างแนวปฏิบัติครั้งที่ 1 ก่อนนำไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 5 ทดลองใช้ในแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชไม่เกินห้าปี ขอให้แพทย์สามคนทำ cognitive debrief ต่อแบบสอบถาม และแพทย์อีกสิบคนตอบแบบสอบถาม นำความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติ และข้อเสนอแนะมาปรับแก้ไขแนวปฏิบัติอีกครั้งที่ 2

ขั้นตอนที่ 6 นำไปขยายผลในโรงพยาบาลจิตเวชตัวแทนระดับภาคห้าแห่งและกรุงเทพมหานคร โดยให้ จิตแพทย์ทั่วไปที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานอย่างน้อยห้าปีตอบแบบสอบถาม นำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ มาพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งที่ 3

เครื่องมือที่ใช้

1) แบบสอบถามบริบทโรงพยาบาลจิตเวชต่อการรักษาผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่ 2) แบบสอบถามความคิดเห็นแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิโดยใช้วิธีเดลฟายประยุกต์ที่มีคะแนน 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง และคำถามปลายเปิด 3) แบบสอบถามความคิดเห็น แพทย์ผู้ปฏิบัติงาน ที่มีคะแนน 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง และคำถามปลายเปิด 4) แบบสอบถามความคิดเห็นจิตแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลจิตเวช ที่มีคะแนน 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง และคำถามปลายเปิด

วิเคราะห์ข้อมูล : วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และการใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผล

1. การวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนา : ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวปฏิบัติส่วนใหญ่ทำในประเทศที่พัฒนาแล้ว โปรแกรมหรือรูปแบบการให้บริการมีความหลากหลาย^{18,20,21} ผลการศึกษาบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชต่อการรักษาผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่จำนวนห้าแห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันสมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พบว่า มีผู้ป่วยโรคออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชทั้งห้าแห่ง โดยมีการประเมินและวินิจฉัยภาวะโรคร่วม การบำบัดด้วยยา และการสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวทางหลักในการดูแล โรงพยาบาลจิตเวชมีจุดแข็งในการดูแลผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่คือ การมีทีมสหวิชาชีพร่วมดูแล และมีการดูแลแบบองค์รวม ปัญหาหรือโอกาสพัฒนาคือ ขาดระบบการดูแลที่เป็นรูปธรรม ขาดการติดตามดูแลผู้ป่วยระยะยาว และขาดการฟื้นฟูทักษะที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่ 5 ลำดับแรกคือ บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การวินิจฉัยที่แม่นยำ โปรแกรมการฝึกทางจิตสังคม การรักษาด้วยยา และการรักษาภาวะโรคร่วม

ตารางที่ 1 จุดแข็งและปัญหาของโรงพยาบาลจิตเวช ในการดูแลผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่ 3 ลำดับแรก

จุดแข็ง	ร้อยละ	ปัญหา/โอกาสพัฒนา	ร้อยละ
ให้การดูแลโดยสหวิชาชีพ	80	ระบบการดูแลที่เป็นรูปธรรม	100
มีการดูแลแบบองค์รวม	60	การติดตามดูแลผู้ป่วยระยะยาว	40
สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงได้	40	การฟื้นฟูทักษะต่างๆ	40

ทีมวิจัยได้ผลการวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนา คือ 1) ไม่เคยมีแนวปฏิบัติในประเทศมาก่อน 2) ขาดระบบการดูแลที่เป็นรูปธรรม 3) ขาดการติดตามดูแลผู้ป่วยระยะยาว 4) ต้องการบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในอาการและการดูแลผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่ 5) ต้องการการวินิจฉัยที่แม่นยำ 6) ต้องการโปรแกรมการฟื้นฟูทักษะที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

2. การกำหนดกรอบแนวคิด: โดยใช้แนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต ร่วมกับทฤษฎีการรักษาแบบองค์รวม (Holistic Care) และการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuing Care) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลที่เป็นรูปธรรม ในที่นี้คือ แนวปฏิบัติ

3. การออกแบบและจัดทำร่างต้นแบบ: นำปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการรักษาและโอกาสพัฒนา ออกแบบแนวปฏิบัติเป็นสี่หัวข้อคือ 1) บุคลากรมีความรู้เรื่องโรค อาการและการดูแลในช่วงการเปลี่ยนผ่านสู่บริการวัยผู้ใหญ่ 2) การวินิจฉัยที่แม่นยำและการประเมินอย่างครอบคลุม 3) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล

และการติดตามดูแลผู้ป่วยระยะยาว และ 4) การรักษาแบบองค์รวม ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การรักษาทางจิตสังคมเพื่อการฟื้นฟูทักษะ การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาท้าทาย และการสนับสนุนทางสังคม

4. การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ : ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนหกคน ประกอบด้วย จิตแพทย์สาขาจิตเวชทั่วไประดับทรงคุณวุฒิจำนวนสองคน ระดับรองศาสตราจารย์ หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์หนึ่งคน ระดับเชี่ยวชาญหนึ่งคน และจิตแพทย์สาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่นระดับทรงคุณวุฒิจำนวนสองคน ใช้วิธีเดลฟายประยุกต์ พบว่า แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ มีความเห็นต่อแนวปฏิบัติทั้งสี่หัวข้อซึ่งแต่ละหัวข้อมี 2-4 หัวข้อย่อย ในระดับ 4 คะแนนขึ้นไป (ระดับเห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง) ตามตารางที่ 2 และมีรายละเอียดเพิ่มเติมโดยแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิหนึ่งคนให้ใช้คำ “ผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่” ตลอดแนวปฏิบัติเพื่อไม่ให้เกิดความสับสน และแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิหนึ่งคนให้กำหนดผู้ใช้แนวปฏิบัติให้ชัดเจนคือแพทย์ และเรียบเรียงประโยคให้อ่านเข้าใจง่ายขึ้น

ตารางที่ 2 ความเห็นจิตแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ต่อแบบประเมินแนวปฏิบัติ

	ลำดับที่ผู้เชี่ยวชาญ					
	1	2	3	4	5	6
1. การเปลี่ยนผ่านสู่การบริการผู้ใหญ่						
ลักษณะอาการที่แตกต่างจากวัยเด็ก	5	5	5	5	4	5
หลักการดูแลทั่วไป	5	5	4	5	4	5
2. การวินิจฉัยและการประเมิน						
การวินิจฉัย	5	5	4	5	4	5
การประเมินครอบคลุม	5	5	4	4	4	5
3. การพัฒนาแผนการดูแลรายบุคคลและการติดตาม						
การพัฒนาแผนการดูแลรายบุคคล	5	5	4	4	4	5
การติดตามผล	5	5	4	4	4	5
4. การรักษาแบบองค์รวม						
การรักษาโดยใช้ยา	5	5	4	4	4	5
การรักษาทางจิตสังคม	5	5	4	5	4	5
การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาท้าทาย	5	5	4	5	4	5
การสนับสนุนทางสังคม	5	5	4	5	4	5

1-5 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

5. การทดลองใช้ : ผล cognitive debrief ต่อแบบสอบถาม โดยแพทย์สามคนไม่มีการแก้ไข ผลการทดลองใช้ร่างแนวปฏิบัติที่แก้ไขครั้งที่ 1 โดยแพทย์ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชไม่เกิน 5 ปี จำนวน 10 คน เป็นชาย 6 คน หญิง 4 คน อายุเฉลี่ย 32.1 ปี (SD=4.12) ให้คะแนนซึ่งมีรายละเอียดตารางที่ 3 และมีความเห็นเพิ่มเติมคือ ให้อธิบายความเรื่องการรักษาโดยใช้ยา เช่น ยาที่ใช้บ่อย ข้อควรระวังในการใช้ยา การประเมินและสนับสนุนทางสังคมให้ชัดเจนขึ้น ปรับการนำเสนอบางส่วนเป็นตารางสรุป มี Flowchart สำหรับแนวทางดูแลผู้ป่วย เพื่อให้แพทย์เข้าใจ วินิจฉัยได้ง่ายขึ้น

ตารางที่ 3 ความเห็นของแพทย์กลุ่มตัวอย่างจำแนกด้วยความถี่

	ขั้นทดลองใช้					ขั้นขยายผล				
	ระดับความคิดเห็น (n=10)					ระดับความคิดเห็น(n=6)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. การเปลี่ยนผ่านสู่การบริการผู้ใหญ่										
ลักษณะอาการที่แตกต่างจากวัยเด็ก	-	-	-	5	5	-	-	-	2	4
หลักการดูแลทั่วไป	-	-	-	8	2	-	-	-	1	5
2. การวินิจฉัยและการประเมิน										
การวินิจฉัย	-	-	-	3	7	-	-	-	2	4
การประเมินครอบคลุม	-	-	-	6	4	-	-	-	1	5
3. การพัฒนาแผนการดูแลรายบุคคลและติดตาม										
การพัฒนาแผนการดูแลรายบุคคล	-	-	-	7	3	-	-	-	3	3
การติดตามผล	-	-	-	7	3	-	-	-	4	2
4. การรักษาแบบองค์รวม										
การรักษาโดยใช้ยา	-	-	-	4	6	-	-	-	3	3
การรักษาทางจิตสังคม	-	-	-	4	6	-	-	-	1	5
การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาท้าทาย	-	-	-	8	2	-	-	-	2	4
การสนับสนุนทางสังคม	-	-	-	6	4	-	-	-	3	3

6. การขยายผล: ผลการนำร่างแนวปฏิบัติที่แก้ไขครั้งที่ 2 ไปใช้ในโรงพยาบาลจิตเวชตัวแทนระดับภาคห้าแห่งและกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย สถาบันสมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นจิตแพทย์ทั่วไปเป็นชาย 3 คน หญิง 3 คน อายุเฉลี่ย 42.5

ปี (SD=10.05) มีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลจิตเวช 5-15 ปี จำนวน 4 คน และมากกว่า 15 ปีจำนวน 2 คน ให้คะแนนซึ่งมีรายละเอียดตารางที่ 3 และมีความเห็นเพิ่มเติมคือ ศัพท์บางคำเข้าใจยาก เช่น การแทรกแซง ปรับปรุงการสื่อสาร พฤติกรรมพิธีกรรม หากมีแผนการดูแลรายบุคคลที่เป็นรูปธรรมจะช่วยให้ทำความเข้าใจมากขึ้น ให้สรุปการรักษาผู้ป่วยโดยการใช้อย่างเป็นตารางให้ชัดเจน ควรมีการส่งเสริมการฝึกอบรมบุคลากรให้มีความเข้าใจเพื่อการดูแลที่เหมาะสมมากขึ้น การรักษาทางจิตสังคมและการสนับสนุนทางสังคมยังมีข้อจำกัดด้านสมรรถนะ จำนวนบุคลากรสหวิชาชีพ และต้นทุนด้านติดต่อหน่วยงานทางสังคม

ตารางที่ 4 ตารางสรุปการปรับแนวปฏิบัติ

	การปรับแนวปฏิบัติ ครั้งที่ 1	การปรับแนวปฏิบัติ ครั้งที่ 2	การปรับแนวปฏิบัติ ครั้งที่ 3
1) การเปลี่ยนผ่านสู่การ บริการผู้ใหญ่ - ลักษณะอาการที่ แตกต่างจากวัยเด็ก - หลักการดูแลทั่วไป	- ใช้คำ “ผู้ป่วยออทิสติก สเปกตรัมวัยผู้ใหญ่” ตลอด แนวปฏิบัติเพื่อความเป็น เอกภาพ - กำหนดผู้ใช้แนวปฏิบัติให้ ชัดเจนคือ แพทย์ เป็น หัวหน้าทีมการรักษาและ วางแผนการดูแล โดยสห วิชาชีพมีส่วนร่วม โดยใช้ คำ “แพทย์” แทนที่ บุคลากร บุคลากรทาง การแพทย์เพื่อไม่ให้เกิด ความสับสน - เรียบเรียงประโยคให้อ่าน เข้าใจง่ายขึ้น แก้อคติ ลด คำฟุ่มเฟือย	- ปรับเป็นตารางความ แตกต่างระหว่างเด็ก และผู้ใหญ่ - ปรับเป็นตารางการคัด กรองผู้ใหญ่ที่อาจเป็น ออทิสติกสเปกตรัม - เพิ่มแผนภูมิ แนว ทางการดูแลผู้ป่วย - ขยายความเรื่องการ รักษาโดยใช้อย่าง - ขยายความการประเมิน และสนับสนุนทาง สังคมให้ชัดเจนขึ้น	- ปรับคำ “พฤติกรรมที่ทำ หาย” เป็น “พฤติกรรมที่ เป็นปัญหาท้าทาย” - เพิ่มตัวอย่างแผนการดูแล รายบุคคล - ปรับคำ “การแทรกแซง” เป็น “การรักษา” - ปรับคำ “พฤติกรรม พิธีกรรม” เป็น “พฤติกรรมที่มีรูปแบบ ซ้ำ” - ปรับเป็นตารางการใช้อย่างที่ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อบ่งใช้ ขนาดยา และ ผลข้างเคียง
2) การวินิจฉัยและการ ประเมิน			
3) การพัฒนาแผนการ ดูแลรายบุคคลและการ ติดตาม			
4) การรักษาแบบองค์ รวม - การรักษาโดยใช้อย่าง - การรักษาทางจิตสังคม - การจัดการพฤติกรรมที่ เป็นปัญหาท้าทาย - การสนับสนุนทาง สังคม			

วิจารณ์

งานวิจัยนี้เป็นก้าวสำคัญในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย จากการวิเคราะห์ช่องว่างระบบบริการผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวช ได้แก่ การขาดระบบการดูแลที่เป็นรูปธรรม การขาดการติดตามผู้ป่วยในระยะยาว การขาดโปรแกรมฝึกทักษะทางจิตสังคมที่เหมาะสม และไม่เคยมีการพัฒนาแนวปฏิบัติในประเทศไทยมาก่อน การพัฒนาแนวปฏิบัตินี้จึงมีความจำเป็นและสำคัญในการปิดช่องว่างระบบบริการ ช่วยให้แพทย์มีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่ เพิ่มประสิทธิภาพการรักษา และเป็นมาตรฐานการบริการผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลจิตเวช การนำจุดแข็งของโรงพยาบาลจิตเวชคือ การรักษาแบบองค์รวม (Holistic Care) โดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมดูแลร่วมกับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuing Care) เนื่องจากโรคออทิสติกสเปกตรัมเป็นความผิดปกติที่คงอยู่ตลอดชีวิตที่กำหนดกรอบแนวคิดของแนวปฏิบัติ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Garland และคณะ, 2018 และ Howes และคณะ, 2017 ที่ให้ความสำคัญการรักษาแบบองค์รวม มุ่งเน้นการบริการผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ครอบคลุมทุกด้านของความเป็นมนุษย์^{21,22} และความสำคัญของการมีทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ²³ การออกแบบจัดทำร่างต้นแบบแนวปฏิบัติได้นำปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษามาคำหนดองค์ประกอบ คือ แพทย์หรือจิตแพทย์ทั่วไป ส่วนใหญ่ไม่เชี่ยวชาญโรคทางจิตเวชที่ปรากฏอาการตั้งแต่วัยเด็ก อาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยล่าช้า ขาดบริการที่เหมาะสมกับพัฒนาการทางอารมณ์สังคม และขาดการดูแลระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ Mason และคณะ, 2019 ที่พบว่าผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมวัยใหญ่มักมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ²⁴ หัวข้อแรกจึงเป็นคำแนะนำการเปลี่ยนผ่านสู่บริการวัยผู้ใหญ่และการให้ความรู้ลักษณะอาการความต้องการของผู้ป่วยเบื้องต้น พร้อมหลักการดูแลทั่วไป เช่น การคำนึงถึงปัญหาประสาทสัมผัสที่ไวเกินไปหรือเฉื่อยเกินไปของผู้ป่วยในการจัดพื้นที่ให้บริการ การคำนึงถึงความบกพร่องทางสังคมของผู้ป่วยที่อาจนำไปสู่การเข้าใจคำพูดหรือพฤติกรรมผู้รักษาผิด เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Corden K และคณะ, 2021 ที่ชี้ให้เห็นว่าความรู้และศักยภาพการทำงานของบุคลากรเป็นสิ่งสำคัญในการลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการ เพิ่มการวินิจฉัยที่แม่นยำ และการดูแลผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่ที่เหมาะสม²⁵ หัวข้อที่สองให้ความสำคัญกับการวินิจฉัยที่แม่นยำและครอบคลุม ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่²⁶ แนวปฏิบัตินี้นำเสนอเกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-V-TR, 2022²⁷ เนื่องจากมีความยืดหยุ่นและมีความแม่นยำขึ้นจากเกณฑ์เดิม มีการระบุภาวะโรคร่วมที่พบบ่อยและระดับความรุนแรงของอาการ สามารถช่วยในการวางแผนการรักษาให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ การวินิจฉัยโรคออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่มีความท้าทาย เนื่องจากเครื่องมือการวินิจฉัยเกือบทั้งหมดได้รับการพัฒนาสำหรับผู้ป่วยวัยเด็ก ดังนั้น แพทย์ต้องอาศัยข้อมูลจากผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ดูแล เพื่อสืบค้นอาการที่ปรากฏตั้งแต่ระยะแรกของพัฒนาการ โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยโรคครั้งแรกเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ซึ่งพบได้ในรายที่มีการวินิจฉัยคลุ้มเครือในวัย

เด็ก หรือ ในรายที่รับมือได้โดย ปิดบัง หรือ อำพราง²⁸ พฤติกรรมของตนเองให้สอดคล้องกับความคาดหวังทางสังคม โดยเฉพาะในผู้หญิง หัวข้อที่สามเป็นการส่งเสริมให้มีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ซึ่งจัดทำขึ้นเป็นลายลักษณ์อักษร โดยแพทย์ ผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้แพทย์สามารถติดตามผู้ป่วยระยะยาว และผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูทักษะตรงตามปัญหาและความต้องการอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Pilling และคณะ, 2012 ที่ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว โดยเฉพาะการติดตามผลและการสนับสนุนการฟื้นฟูทักษะเพื่อให้การดูแลมีคุณภาพและยั่งยืน²⁶ และในหัวข้อที่สี่ เป็นการรักษาด้วยยาหรือชีวการแพทย์อื่น ๆ ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับการพัฒนาโปรแกรมจิตสังคมเพื่อการฟื้นฟูทักษะทางสังคม อาชีพ การปรับพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคมรวมถึงการดำเนินงานในชุมชนที่มีอยู่แล้วในโรงพยาบาลจิตเวช ให้มีเป้าหมายและวิธีการที่เป็นรูปธรรมเหมาะสมกับผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้าสู่สังคมและตลาดแรงงาน มีชีวิตที่อิสระและมีความสุขมากขึ้น¹⁸ สอดคล้องกับมาตรฐาน NICE, 2014 ที่ระบุว่า การรักษาทางจิตสังคมสามารถช่วยจัดการอาการหลักของออทิสติกสเปกตรัมได้²⁹

การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ โดยแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิหกคน ผ่าน วิดีโอฟายประยุกต์ ผลการวิเคราะห์พบว่าแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นต่อร่างแนวปฏิบัติในระดับ เห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (ระดับคะแนน 4-5) ในทุกองค์ประกอบ (ตารางที่ 2) แสดงถึงความตรงเชิงเนื้อหาที่ดี ให้ความเชื่อมั่นในความสอดคล้องและเหมาะสม นอกจากนี้ มีข้อเสนอแนะให้ใช้คำ “ผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่” ตลอดแนวปฏิบัติ เพื่อลดความสับสน เช่นเดียวกับ เพ็ญแข ลีเมศิลา, 1997 ที่มีการใช้คำ “โรคออทิซึม” “เด็กออทิสติก” ในผู้ป่วยวัยเด็กเพื่อความเป็นเอกภาพ³⁰ การทดลองใช้ร่างแนวปฏิบัติแก้ไขครั้งที่ 1 ในกลุ่มแพทย์ผู้ปฏิบัติงานจำนวนสิบคน ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็น พบว่าแพทย์ให้คะแนนร่างแนวปฏิบัติในระดับเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง (ระดับคะแนน 4-5) ในทุกหัวข้อ (ตารางที่ 3) โดยระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งมีความถี่สูงในหัวข้อ การวินิจฉัย การรักษาด้วยยา และการรักษาทางจิตสังคม สะท้อนให้เห็นว่า ร่างแนวปฏิบัติมีความชัดเจน เข้าใจได้ง่าย และน่าจะนำไปปฏิบัติได้จริง มีข้อเสนอให้พัฒนาแผนภูมิและตารางสรุปเพิ่มเติม ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับแพทย์ที่มีประสบการณ์จำกัดสามารถนำไปใช้ได้ง่ายขึ้น ในทำนองเดียวกัน การขยายผลใช้ร่างแนวปฏิบัติแก้ไขครั้งที่ 2 ในจิตแพทย์ทั่วไปที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี ผลการวิเคราะห์พบว่าจิตแพทย์ทุกคน ให้คะแนนร่างแนวปฏิบัติในระดับเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง (ระดับ 4-5) ในทุกหัวข้อ (ตารางที่ 3) สะท้อนให้เห็นว่าร่างแนวปฏิบัติมีประโยชน์ และมีความเหมาะสมในการนำไปใช้งานจริงในโรงพยาบาลจิตเวช โดยระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งมีความถี่สูงในหัวข้อ หลักการดูแลทั่วไป การประเมินอย่างครอบคลุม และการรักษาทางจิตสังคม หัวข้อที่ระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งมีความถี่ต่ำสุด คือ การติดตาม ในประเทศที่พัฒนาแล้วมีการใช้ระบบ Telehealth และแพลตฟอร์มดิจิทัล เพื่อช่วยให้แพทย์สามารถติดตามอาการของผู้ป่วยจากระยะไกล การนำเทคโนโลยีเหล่านี้มาใช้อาจช่วยลดภาระของแพทย์ และช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่วนหัวข้อที่แพทย์กลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะตรงกันมากที่สุด คือ การรักษาด้วยยา

สอดคล้องกับการศึกษาของ NICE, 2012 และ Howes และคณะ, 2017 ที่พบว่า การรักษาด้วยยาเป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการบำบัดผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่ ถึงแม้ไม่มีหลักฐานสนับสนุนที่เพียงพอให้ใช้ยาสำหรับอาการหลักของออทิสติกสเปกตรัม แต่ไม่ใช่ข้อห้ามการใช้ยาในการรักษาภาวะโรคร่วมและปัญหาพฤติกรรม^{20,23} โดยเฉพาะโรคสมาธิสั้นหรือภาวะวิตกกังวล^{23,31,32} ปัจจุบัน มียาด้านโรคจิตเพียง 2 ตัวเท่านั้นที่ได้รับการรับรองจาก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สหรัฐอเมริกาในการรักษา อาการหงุดหงิดในผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัม คือ Risperidone ได้รับการรับรองในเด็กอายุมากกว่า 5 ปีขึ้นไป และ Aripiprazole ได้รับการรับรอง ในเด็กอายุ 6-17 ปี³³ ยังไม่มีการรับรองในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ โดยมีผลการศึกษาพบว่า Risperidone มีประสิทธิภาพในการลดอาการหงุดหงิด พฤติกรรมซ้ำ ๆ และการทำร้ายตนเองในผู้ใหญ่^{23,31,32} และ Fluoxetine อาจช่วยลดพฤติกรรมซ้ำๆ ในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมย้ำคิดย้ำทำ³⁴

การศึกษานี้มีจุดแข็งคือ การใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาที่เป็นระบบชัดเจน มีการพัฒนาโดยอิงจากการศึกษาบริบทจริงในโรงพยาบาลจิตเวช มีการทดลองซ้ำและการปรับปรุงซ้ำตามความเห็นของแพทย์และจิตแพทย์แบบมีส่วนร่วม มีการพัฒนาเครื่องมือที่เป็นรูปธรรม เช่น แผนภูมิ ตาราง และตัวอย่างแผนการดูแลเพิ่มโอกาสสำหรับแพทย์ที่มีประสบการณ์จำกัดในการนำไปใช้ ทำให้แนวปฏิบัตินี้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชและสามารถนำไปปฏิบัติได้ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดด้านบุคลากรสหวิชาชีพ รวมถึงต้นทุนด้านการติดต่อหน่วยงานทางสังคมอาจทำให้การนำไปปฏิบัติเผชิญกับความท้าทาย จึงควรมีการพัฒนาแพทย์รวมถึงบุคลากรสหวิชาชีพให้มีความรู้เชี่ยวชาญเฉพาะ และมีการสนับสนุนเชิงมหภาคต่อไป

การศึกษานี้มีข้อจำกัด ในขนาดกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่มีขนาดเล็กและไม่หลากหลายพอ อาจส่งผลต่อความสามารถในการขยายผลไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีบริบทและทรัพยากรที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ยังไม่มีข้อมูลผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในระยะยาว เนื่องจากการประเมินผลและพัฒนาต่อเนื่อง (ขั้นตอนที่เจ็ด) ไม่ได้รวมอยู่ในการศึกษานี้ การติดตามประเมินผลในโรงพยาบาลที่มีทรัพยากรแตกต่างและการประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน อาจช่วยเพิ่มมุมมอง นำมาพัฒนาแนวปฏิบัติให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

สรุป

แนวปฏิบัตินี้ได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต โดยใช้กรอบแนวคิดการรักษาแบบองค์รวมโดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมดูแล ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของโรงพยาบาลจิตเวช ร่วมกับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลจิตเวช อย่างไรก็ตาม การทดลองใช้ในโรงพยาบาลที่มีทรัพยากรแตกต่าง การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้เชี่ยวชาญเฉพาะ และการประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในเป็นงานที่ควรดำเนินการต่อไป

ความรู้เดิม : แนวปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่ส่วนใหญ่ทำในประเทศที่พัฒนาแล้ว การศึกษานี้เป็นครั้งแรกของการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลจิตเวช

ความรู้ใหม่ : ผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมวัยผู้ใหญ่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจิตเวชมากขึ้น จำนวนหนึ่งไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน แนวทางการรักษาแตกต่างจากในวัยเด็ก ผู้ใหญ่ต้องการทักษะการปรับตัวให้เข้ากับสังคมและการสนับสนุนด้านอาชีพ ไม่มียาที่ใช้ในการรักษาอาการหลัก การรักษาด้วยยาเพื่อรักษาภาวะโรคร่วมและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาท้าทาย การแทรกแซงทางจิตสังคมสามารถทำให้อาการหลักดีขึ้น
ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแนวปฏิบัติสำหรับแพทย์ในโรงพยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ หรือประยุกต์ใช้ตามดุลพินิจที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013. p. 50-5
2. Ministry of Public Health, Health Data Center Service. Percentage of autistic patients accessing standard mental health services [Internet]. 2025 [cited 2025 Jan 31]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=22710ed5db1ed6b12aab540a7b0753b3&id=e959959205e37be069751dbbe9937802 (in Thai)
3. Autism and developmental disabilities monitoring network surveillance year 2000 principal investigators; Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of autism spectrum disorders--autism and developmental disabilities monitoring network, six sites, United States, 2000. MMWR Surveill Summ 2007 Feb 9;56(1):1-11.
4. Maenner MJ, Warren Z, Williams AR, Amoakohene E, Bakian AV, Bilder DA, et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years - Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2020. MMWR Surveill Summ. 2023 Mar 24;72(2):1-14.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Autism prevalence studies [Internet]. Cdc.gov. 2023 [updated 2022 Apr 7; cited 2025 Jan 31]. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data/autism-data-table.html>
6. Brugha TS, McManus S, Bankart J, Scott F, Purdon S, Smith J, et al. Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. Arch Gen Psychiatry. 2011;68(5):459-65.

7. Croen LA, Zerbo O, Qian Y, Massolo ML, Rich S, Sidney S, et al. The health status of adults on the autism spectrum. *Autism*. 2015 Oct;19(7):814–23.
8. Polderman TJ, Hoekstra RA, Posthuma D, Larsson H. The co-occurrence of autistic and ADHD dimensions in adults: an etiological study in 17,770 twins. *Transl Psychiatry*. 2014 Sep 2;4(9): e435.
9. Fairbank R. How to navigate adulthood on the autism spectrum. *Apa.org*. 2023;54(8):50
10. Hollocks MJ, Lerh JW, Magiati I, Meiser-Stedman R, Brugha TS. Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2019 Mar;49(4):559–72.
11. Blanchard A, Chihuri S, DiGuseppi CG, Li G. Risk of self-harm in children and adults with autism spectrum disorder. A systemic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2021 Oct 1;4(10):e2130272.
12. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Preventing suicide in community and custodial settings. NICE Guidance no.105 [Internet]. *Nice.org.uk*: NICE; 2018 [cited 20 June 2022]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/NG105>
13. Mason D, Capp SJ, Stewart GR, Kempton MJ, Glaser K, Howlin P, et al. A meta-analysis of outcome studies of autistic adults: quantifying effect size, quality, and meta-regression. *J Autism Dev Disord*. 2021 Sep;51(9):3165-79.
14. Farley MA, McMahon WM, Kirby AV. Range of adult outcomes. In: Volkmar FR, Reichow B, McPartland JC, editors. *Adolescents and adults with autism apectrum disorders*. Springer, Cham; 2024. p. 275–303.
15. Hirvikoski T, Mittendorfer-Rutz E, Boman M, Larsson H, Lichtenstein P, Bölte S. Premature mortality in autism spectrum disorder. *Br J Psychiatry*. 2016 Mar;208(3):232–8.
16. Pavasuthipaisit C, Suphanchaimat R, Putthasri W. Social and public health Intervention for improving quality of life of children and adolescent with Intellectual disabilities, or learning disabilities or autistic spectrum disorder: a scoping review. *J. Health Sci* 2015; 24:799-816 (in Thai)
17. Brede J, Cage E, Trott J, Palmer L, Smith A, Serpell L, et al. We have to try to find a way, a clinical bridge - autistic adults' experience of accessing and receiving support

- for mental health difficulties: A systematic review and thematic meta-synthesis. *Clin Psychol Rev.* 2022 Apr;93:102131.
18. . Hayes J, Ford T, Rafeeqe H, Russell G. Clinical practice guidelines for diagnosis of autism spectrum disorder in adults and children in the UK: a narrative review. *BMC Psychiatry.* 2018 Jul 13;18(1):222.
 19. Department of Mental Health, Division of Mental Health Development. Manual for research and development of mental health technology. Nonthaburi: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand, LTD Publishing; 2012. (in Thai)
 20. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management. NICE Clinical Guidance no.142 [Internet]. Nice.org.uk: NICE; 2012 [update 14 June 2021, cited 20 June 2022]. Available from: <https://www.nice.org.uk/Guidance/CG142>
 21. Garland J, O'Rourke L, Robertson D. Autism spectrum disorder in adults: clinical features and the role of the psychiatrist. *Adv Psychiatr Treat.* 2013;19(5):378–91.
 22. Volkmar FR, Reichow B, McPartland JC, editors. Adolescents and adults with autism spectrum disorders. New Yorkm NY: Springer; 2014. 337 p.
 23. Howes OD, Rogdaki M, Findon JL, Wichers RH, Charman T, King BH, et al. Autism spectrum disorder: consensus guidelines on assessment, treatment and research from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol.* 2018 Jan;32(1):3–29.
 24. Mason D, Ingham B, Urbanowicz A, Michael C, Birtles H, Woodbury-Smith M, et al. A systematic review of what barriers and facilitators prevent and enable physical healthcare services access for autistic adults. *J Autism Dev Disord.* 2019 May 23;49(8):3387–400.
 25. . Corden K, Brewer R, Cage E. A systematic review of healthcare professionals' knowledge, self-efficacy and attitudes towards working with autistic people. *Rev J Autism Dev Disord.* 2021 May 14;9(9):386-99.
 26. Pilling S, Baron-Cohen S, Megnin-Viggars O, Lee R, Taylor C. Recognition, referral, diagnosis, and management of adults with autism: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2012 Jun 27;344:e4082.

27. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: fifth edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022. p. 57-8
28. Hull L, Petrides KV, Mandy W. The female autism phenotype and camouflaging: a narrative review. *Rev J Autism Dev Disord*. 2020;7:306-317.
29. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Quality statement 5: treating the core features of autism: psychosocial interventions. In: NICE, Autism: Quality standards [Internet]. Nice.org.uk: NICE; 2014. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/qs5_1/chapter/quality-statement-5-treating-the-core-features-of-autism-psychosocial-interventions
30. Limsila P. Diagnosis of autism. Samut Prakan: Chor Sangngam Publishing; 1997. (in Thai)
31. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 145- Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders [Internet]. 2016. Available from: <https://www.sign.ac.uk/assets/sign145.pdf>
32. Taylor LJ. Psychopharmacologic intervention for adults with autism spectrum disorder: A systematic literature review. *Res Autism Spectr Disord*. 2016;25:58-75.
33. Aishworiya R, Valica T, Hagerman R, Restrepo B. An update on psychopharmacological treatment of autism spectrum disorder. *Neurother* 2022 Jan;19(1):248-62.
34. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Autism in adults: evidence update 59 [Internet]. Nice.org.uk: NICE; 2014. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg142/evidence/autism-in-adults-evidence-update-186583789>