

เอกสารหมายเลข 7

แบบคัดกรองโรคออทิซึมในเด็กอายุ 1-6 ปี

ชื่อเด็ก..... เพศ ชาย หญิง
 HN.....สถานพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี.....เดือน.....
 ที่อยู่.....
 โทรศัพท์.....มือถือ.....
 ผู้ตอบ : 1. บิดา 2. มารดา 3. ญาติ/ผู้ปกครอง
 การศึกษาผู้ตอบ 1. ประถม 2. มัธยมต้น 3. มัธยมปลาย/ปวช.
 4. ปริญญาตรี/สูงกว่า 5. อื่นๆ.....ไม่ได้เรียน
 ผู้ตอบอ่านหนังสือออกหรือไม่ 1. อ่านไม่ออก 2. อ่านออก

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องสี่เหลี่ยมหลังข้อความแต่ละข้อ โดยเลือกคำตอบที่ใกล้เคียงกับพฤติกรรมของเด็กมากที่สุด **กรุณาทำทุกข้อ**

พฤติกรรม	ใช่/ทำบ่อย	ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ
1. ยืมเวลาเห็นหน้าคุณ หรือยืมตอบเวลาเห็นคุณยืมให้	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
2. ชี้หรือแสดงท่าทางบอกความต้องการ	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
3. อวดของเล่นหรือสิ่งที่ชอบให้คุณดู	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
4. ชอบเล่นคนเดียว หรืออยู่คนเดียวตามลำพัง	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. หันหน้ามามองเมื่อคุณเรียกชื่อ	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
6. เวลาชี้ให้ดูสิ่งต่าง ๆ เด็กสนใจมองตาม	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
7. มองหน้า สบตาเวลาที่คุณพูดหรือเล่นด้วย	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
8. ทำท่าทาง (เช่น สะบัดมือ เขย่งเท้า หมุนตัว ฯลฯ) ซ้ำ ๆ	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. เล่นสมมติ เช่น ทำท่าป้อนข้าวตุ๊กตา เล่นขายของ ทำท่าโทรศัพท์	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
10. พูดซ้ำ หมายถึง มีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
ก. ไม่พูดคำเดียวที่มีความหมาย เช่น แม่ หม่า เมื่ออายุ 18 เดือน		
ข. ไม่พูดเป็นกลุ่มคำที่มีอย่างน้อย 2 คำต่อกัน เช่น กินข้าว ไปเที่ยว เมื่ออายุ 2 ปี		
รวมคะแนน =	คะแนน	

การแปลผลแบบคัดกรองโรคออทิซึมในเด็กอายุ 1-4 ปี

การใช้แบบคัดกรองโรคออทิซึมในเด็กอายุ 1-4 ปี

1. ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยเลือกคำตอบที่ใกล้เคียงพฤติกรรมของเด็กอายุ 1 ปีถึง 4 ปี 11 เดือนมากที่สุด
2. คำตอบมี 2 ตัวเลือกคือ ใช่/ทำบ่อย และ ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ เกือบทุกข้อเป็นคำตอบเชิงปริมาณคือ ทำบ่อยๆ/ไม่ค่อยทำ ยกเว้นข้อ 10 พุดซ้ำ ตอบ ใช่/ไม่ใช่
3. การให้คะแนน
ให้ 0 คะแนนสำหรับคำตอบว่า ใช่/ทำบ่อย
ให้ 1 คะแนนสำหรับคำตอบว่า ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ
4. ข้อ 4, 8, 10 ให้คะแนนกลับกัน ดังนี้
ให้ 1 คะแนนสำหรับคำตอบว่า ใช่/ทำบ่อย
ให้ 0 คะแนนสำหรับคำตอบว่า ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ
5. คะแนนเต็ม 10 คะแนน

การแปลผล ถ้าได้คะแนนมากกว่า 5 คะแนนขึ้นไป ถือว่าเสี่ยงที่จะเป็นโรคออทิซึม (PDDs)

การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อคัดกรองเด็กเบื้องต้นเพื่อส่งต่อในการวินิจฉัยโรคและการช่วยเหลือต่อไป
2. เพื่อติดตามพัฒนาการทางสังคมและภาษาของเด็กในคลินิกส่งเสริมพัฒนาการ
3. เพื่อชี้หาความชุกของโรคออทิซึมในทางระบาดวิทยา

เอกสารอ้างอิง

แบบคัดกรองโรคออทิซึมในเด็กอายุ 1-4 ปี โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
สงวนสิทธิ์ตาม พ.ร.บ. ลิขสิทธิ์ 2546 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข