

12-1-1987

การกระตุ้นตนเองในเด็ก

อุมาพร ตรังคสมขัติ

อัมพล สุอำพัน

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

ตังคสมขัติ, อุมาพร and สุอำพัน, อัมพล (1987) "การกระตุ้นตนเองในเด็ก," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 31: Iss. 12, Article 7.

DOI: <https://doi.org/10.58837/CHULA.CMJ.31.12.7>

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol31/iss12/7>

This Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

การกระตุ้นตนเองในเด็ก

การกระตุ้นตนเองในเด็ก*

อุมภาพร ตรีงคสมบัติ**

อัมพล สุอำพัน**

Trangkasombat U, Su-am-pun U. Self-Stimulation in Thai Children. Chula Med J 1987 Dec; 31 (12) : 981-986

Of 2900 children seen at the Department of Psychiatry, Chulalongkorn Hospital over a 9 - year and 5 - month period, 111 children exhibited self-stimulation. The age range was from 11 months to 13 years. Most were firstborn or the youngest children with normal intelligence. There were 7 types of self-stimulation, the most frequent being genital manipulation. Hair pulling, thumb sucking, nail biting, head banging, tooth grinding and body rocking appeared in decreasing frequencies. Organic problems were found in 16.2%. Family problems and mental health problems were reported in 68.5% and 70.3% respectively. Although self-stimulation is a minor complaint, it may represent conflicts or disturbances in the child. Proper management is needed to alleviate the severity of the problem.

Reprint requests : Trangkasombat U, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10500, Thailand.

Received for publication. August 18, 1987.

* เสนอในการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 14 พ.ศ. 2529 ณ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การกระตุ้นตนเอง หมายถึงพฤติกรรมที่เด็กกระทำกับร่างกายของตนเองจนเป็นนิสัย ได้แก่ การดูดนิ้ว กัดเล็บ ดึงผม เล่นอวัยวะเพศ ฯลฯ อาการเหล่านี้มีชื่อเรียกหลายอย่าง เช่น autoerotic activities, habit disorders,⁽¹⁾ habitual manipulations of the body⁽²⁾ หรือ special symptoms⁽³⁾ ใน Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ฉบับปัจจุบัน (DSM III) ซึ่งเป็นการจำแนกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้จัดอาการเหล่านี้ไว้ในกลุ่ม Atypical Stereotyped Movement Disorder⁽⁴⁾

การกระตุ้นตนเองแต่ละชนิดจะแตกต่างกันไปตามระยะของพัฒนาการ เช่น การดูดนิ้ว มักพบในขวบปีแรก ส่วนการดึงผมพบมากในเด็กโต อาการเหล่านี้อาจพบในเด็กปกติหรือเป็นการปรับตัวของเด็กต่อความตึงเครียด ดังที่มีผู้เรียกว่าเป็น Tensional Outlets⁽⁵⁾ นอกจากนี้อาจพบได้ในกรณีที่เด็กเหงา เศร้า ตื่นเต้น หรือมีความเบื่อหน่าย⁽¹⁾ เมื่อเด็กกระตุ้นตนเองแล้วก็จะเกิดความสุข ความพอใจ ดังนั้นเด็กส่วนใหญ่จะไม่ค่อยกังวลในอาการของตน ผู้ที่วิตกกังวลก็คือบิดามารดานั่นเอง

แม้การกระตุ้นตนเองจะเป็นอาการเล็กน้อย แต่ถ้าเกิดรุนแรง ในระยะเวลานานหรือพบร่วมกับอาการอื่น ๆ อาจแสดงถึงพยาธิสภาพทางจิตได้⁽¹⁾ การปล่อยปละละเลยหรือการแก้ไขที่ไม่ถูกวิธีจะทำให้เกิดปัญหารุนแรงตามมา จึงควรที่แพทย์จะให้ความสนใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ทั่วไปและกุมารแพทย์ซึ่งมักพบเด็กเป็นคนแรก

รายงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิกในเด็กที่มีการกระตุ้นตนเอง ลักษณะครอบครัว ที่สนใจคือ

ของบิดามารดา และปัญหาอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย และให้การป้องกันต่อไป

ผู้ป่วยและวิธีการ

ศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยเด็กที่มาเข้ารับการรักษาจากแผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2519 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2529 รวมระยะเวลา 9 ปี 5 เดือน ผู้ป่วยทุกรายที่ศึกษาจะต้องมีการกระตุ้นตนเองเป็นอาการสำคัญที่นำมาหาแพทย์

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่มีอาการกระตุ้นตนเองมี 111 คน จากผู้ป่วยทั้งหมด 2,900 คน คิดเป็นร้อยละ 2.8 เป็นชาย 54 คน หญิง 56 คน และเพศกำกวม 1 คน อายุต่ำสุด 11 เดือน สูงสุด 13 ปี 7 เดือน

ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยมาจากครอบครัวที่มีบุตร 2-3 คน เป็นบุตรคนโตและคนสุดท้ายร้อยละ 30.2 และ 32.1 ตามลำดับ บิดามารดาของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับต่ำ

การกระตุ้นตนเองที่พบมีทั้งหมด 7 ชนิด การเล่นอวัยวะเพศเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด คือร้อยละ 47 รองลงมาคือ การดึงผม, ดูดนิ้ว, กัดเล็บ, โขกศีรษะ, กัดฟัน และโยกตัว ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 1) ผู้ป่วย 97 รายมีอาการเพียงอย่างเดียว อีก 14 รายมีอาการกระตุ้นตนเองตั้งแต่สองอย่างขึ้นไป ผู้ป่วยหลายรายมีปัญหาแทรกซ้อน เช่น กัดเล็บจนฉีกขาดเป็นแผลอักเสบ เล่นอวัยวะเพศบ่อยจนอักเสบหรือเอาศีรษะโขกกับกำแพงจนเลือดออก เป็นต้น

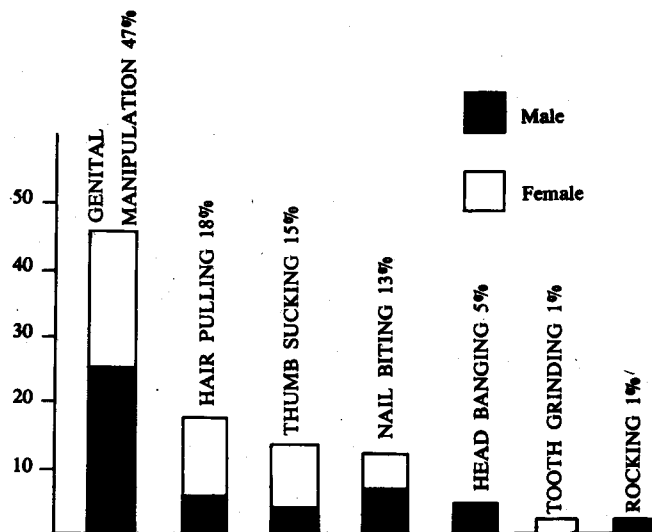


Diagram 1 Various types of self-stimulation in 111 patients.

อาการส่วนใหญ่เริ่มในวัยก่อนเรียน (2-6 ปี) ยกเว้น การดึงผมซึ่งมักพบในเด็กโตมากกว่า 6 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับ อายุที่เริ่มมีอาการกับอายุที่มาหาแพทย์พบว่า การเล่นอวัยวะ

เพศ ดึงผม ไชกศีรษะ มาหาแพทย์เร็ว ระยะเวลาเฉลี่ย ที่มีอาการคือ 0.7-1.6 ปี ต่างจากการดูดนิ้วและกัดเล็บ ซึ่งมีอาการนานเกิน 2 ปี จึงมาพบแพทย์ (ตารางที่ 1)

Table 1 Mean age of onset, age at psychiatric consultation and duration of symptoms.

	GENITAL MANIPULATION	HAIR PULLING	NAIL BITING	THUMB SUCKING	HEAD BANGING
age of onset					
mean	3.5	8.9	3.6	2.4	2.0
S.D.	2.1	2.8	1.9	2.1	0.5
age at psychiatric consultation					
mean	5.1	9.7	5.9	5.2	3.4
S.D.	2.4	2.7	2.2	2.0	1.4
duration of symptoms					
mean	1.6	0.7	2.3	2.9	1.3
S.D.	1.7	0.9	2.2	2.2	1.2

ผู้ป่วยที่เล่นอวัยวะเพศมีทั้งหมด 60 ราย โดย 6 รายเป็นเพียงการเล่นอวัยวะเพศอย่างเดียวอีก 54 ราย มีการทำมาสเตอร์เบซันร่วมด้วย บิดามารดามีทัศนคติต่อผู้ป่วย เหล่านี้ในทางลบ เช่น คิดว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิต ผีเข้า มีความต้องการทางเพศสูง และภายนอกจะมีนิสัยสับสนทางเพศ เป็นต้น บิดามารดาส່วนใหญ่ใช้วิธีแก้ปัญหาโดยการลงโทษ

ผู้ป่วย 18 ราย (ร้อยละ 16.2) มีโรคทางกายร่วมด้วย ที่พบบ่อยคือ โรคทางระบบต่อมไร้ท่อ 6 ราย โรคทางสมอง 5 ราย ความพิการแต่กำเนิด 3 ราย ได้แก่ ปากแหว่ง คอกระຈก และหูหนวกแต่กำเนิด และโรคเรื้อรังอื่น ๆ 4 ราย

ผู้ป่วยที่สามารถตรวจเชาว่านปัญญาได้มีทั้งหมด 53 ราย ร้อยละ 75.5 มีเชาว่านปัญญาอยู่ในระดับปกติ ภาวะปัญญาอ่อน (IQ ต่ำกว่า 70) มีเพียงร้อยละ 13.2

ผู้ป่วยร้อยละ 70.3 มีปัญหาสุขภาพจิต ที่พบบ่อยที่สุดคือ ปัญหาทางอารมณ์ (ร้อยละ 44.7) รองลงมาเป็น ความวิตกกังวล (ร้อยละ 15.5) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 12.6) ปัสสาวะรดที่นอน (ร้อยละ 8.7) และอิจฉาน้อง (ร้อยละ 6.8) นอกจากนี้มีปัญหาการเรียน เด็กขาดแม่ (maternal deprivation), Autism, Encopresis และ Tics (ตารางที่ 2) ปัญหาเหล่านี้พบกระจายทั่วไปในการกระตุ้นตนเองทุกชนิด ยกเว้นโรคซึมเศร้า ซึ่งพบมากที่สุดในผู้ป่วยที่ดึงผม

Table 2 Mental Health problems in 111 patients.

	percent
emotional problems	44.7
anxiety	15.5
depression	12.6
enuresis	8.7
sibling rivalry	6.8
learning problems	3.9
emotional deprivation	3.9
autism	1
encopresis	1
tics	1
cross-gender behavior	1

ปัญหาครอบครัวพบร้อยละ 68.5 ส่วนใหญ่เป็น ปัญหาการเลี้ยงดูบุตร (child-rearing problems ร้อยละ 69.9) โดยบิดามารดาไม่มีเวลาให้บุตร มีอารมณ์หงุดหงิด ลงโทษรุนแรง เลี้ยงดูแบบตามใจ (overindulgence) และ แบบทอดทิ้ง (neglect)

ปัญหาครอบครัวที่พบบรองลงมาคือ ปัญหาคู่สมรส (Marital problems) ซึ่งพบร้อยละ 16.5 บิดามารดาของ

ผู้ป่วยมีลักษณะไม่ลงรอยกัน ทะเลาะเบาะแว้งบ่อย หย่าขาด จากกัน และบิดามีภรรยาบ่อย ปัญหาทางจิตสังคม (Psychosocial problems) พบร้อยละ 13.6 โดยบิดาคิดสรุา เล่นการพนัน หรือดกงาน ส่วนมารดามีอาการป่วยทางจิต เช่น เป็นโรคประสาท โรคซึมเศร้า และพยายามฆ่าตัวตาย (ตารางที่ 3)

Table 3 Family problems in 111 patients.

	Percent
Child-rearing problems : (emotionally unstable parents with severe punishment 46, disengaged parents 42, poor parent-child relationship 15, absent fathers or mothers 8, neglect 5, adopted child 3, poor sibling relationship 3, overindulgence 1)	69.9
Marital Problems : (marital discord 17, divorce 7, extramarital affairs 5)	16.5
Psychosocial problems : (alcoholism 8, gambling 3, unemployment 2, conflicts with relatives 2, financial problem 1, neurosis 4, suicidal attempts 3, depression 1)	13.6

เมื่อเปรียบเทียบปัญหาทางสุขภาพจิตและปัญหา ครอบครัว พบว่าผู้ป่วยที่ดื่มผมและโชคีรหะมีปัญหาเหล่านี้ในอัตราร้อยละ ที่สูงกว่าผู้ป่วยที่มีอาการกระตุ้นตนเองแบบอื่น (ตารางที่ 4) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่มี

อาการกระตุ้นตนเองชนิดเดียวและหลายชนิด โดยใช้ Fisher's Exact Test พบว่าปัญหาที่พบในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 5)

Table 4 Mental Health problems and family problems in various types of self-stimulation.

	GENITAL MANIPULATION	HAIR PULLING	NAIL BITING	THUMB SUCKING	HEAD BANGING
n	53	20	10	9	4
Mental health problems (%)	52.8	95	66.7	80	100
Family Problems (%)	71.7	75	66.7	50	75

Table 5 Mental Health Problems and family problems in single and multiple habits

	Single Habit (n = 97)	Multiple Habits (n = 14)	P
Mental health problems (%)	68	85.7	0.148
Family Problems (%)	69	.64.3	0.467

วิจารณ์

ในระยะเวลา 9 ปี 5 เดือน ผู้ป่วยที่มีอาการกระตุ้นตนเองมีร้อยละ 2.8 ของผู้ป่วยทั้งหมด อุบัติการณ์นี้น่าจะน้อยกว่าในกลุ่มประชากรทั่วไป ทั้งนี้เพราะการกระตุ้นตนเองเป็นสิ่งที่พบได้ในเด็กปกติและหายได้เอง ผู้ปกครองจึงมักไม่พามาพบแพทย์ ในการศึกษาที่ผู้ป่วยที่มาหาแพทย์มักมีอาการนานและรุนแรง มีโรคแทรกซ้อน หรือมีปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตรคนโตและคนสุดท้าย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในบุตรคนโต บิดามารดาขาดประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร มีความเครียดสูง ไม่เข้าใจถึงวิธีตอบสนองความต้องการของเด็กหรือขาดการกระตุ้นเด็กอย่างเหมาะสม ส่วนบุตรคนสุดท้าย บิดามารดาอาจมีเวลาให้น้อย เนื่องจากจำนวนบุตรมากขึ้น หรืออาจมีการเลี้ยงดูแบบปกป้องมากเกินไป ทำให้เด็กมีการปรับตัวไม่ได้ อดทนต่อความเครียดได้น้อย

ทัศนคติของบิดามารดา การยอมรับของสังคมและลักษณะของพยาธิสภาพที่ปรากฏมีความสัมพันธ์กับชนิดและความถี่ของการกระตุ้นตนเองแบบต่าง ๆ การเล่นอวัยวะเพศโดยเฉพาะมาสเตอร์เบชันเป็นอาการที่มาหาแพทย์บ่อยที่สุด ทั้งนี้เพราะการทำมาสเตอร์เบชันโดยเปิดเผยเป็นสิ่งที่สังคมไม่ยอมรับ ผู้ปกครองเข้าใจว่าเด็กมีความผิดปกติทางจิตใจ หรือมีความต้องการทางเพศสูง อาการอื่น ๆ ที่มาหาแพทย์เร็วคือ การดิ่งผม เนื่องจากเด็กถูกเพื่อนล้อเลียนเรื่องศีรษะล้าน และอาการไขกศีรษะซึ่งเป็นอาการที่น่าตกใจสำหรับผู้ปกครอง

การกีดกันเป็น BODY MANIPULATION⁽⁶⁾ หรือ STEREOTYPED MOVEMENT DISORDER⁽⁷⁾ อย่างหนึ่ง ซึ่งพบบ่อยในเด็กที่มีเขาวนปัญญาต่ำ โดยทั่วไปการกีดกันในเวลาหลับไม่ถือว่าเป็นสิ่งผิดปกติ การศึกษานี้จึงมุ่งเฉพาะผู้ป่วยที่กีดกันในเวลาตื่น ซึ่งพบเพียงรายเดียว โดยเป็นเด็กที่ถูกทอดทิ้ง ขาดการกระตุ้นทางอารมณ์และมีอาการกีดกันอย่างรุนแรงตลอดเวลาจนฟันสึกอย่างมาก

โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจะมีอาการกระตุ้นตนเองได้มาก⁽¹⁾ ในการศึกษาที่พบผู้ป่วยที่มีเขาวนปัญญาต่ำเพียง 13.2% ส่วนโรคทางกายพบได้ถึง 16.2% ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้เด็กมีปัญหาในการปรับตัว การศึกษาของ National Institute of Mental Health แห่งสหรัฐอเมริกา ใน ค.ศ. 1979 พบว่า เด็กที่มีโรคทางกายเรื้อรังจะมีอัตราเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยพบปัญหาในเด็กกลุ่มนี้ถึง 13% เมื่อเทียบ

กับเด็กที่มีการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันซึ่งพบปัญหาเพียง 4.5%⁽⁸⁾ ความพิการของอวัยวะรับความรู้สึก เช่น ตาบอด หูหนวก ก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กมีการกระตุ้นตนเองได้ง่าย เนื่องจากเด็กเกิดภาวะ sensory deprivation

การสำรวจผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการจาก ร.พ.จุฬาลงกรณ์ เมื่อ พ.ศ. 2527 พบว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมาจากครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ และบิดามารดามีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่า ป.4⁽⁹⁾ ในการศึกษาที่มีบิดามารดาของผู้ป่วยมีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน สภาพเศรษฐกิจที่แร้นแค้นและการศึกษาต่ำย่อมนำมาซึ่งปัญหาครอบครัว รวมทั้งหาสุขภาพจิตด้วย การสำรวจของ National Institute of Mental Health ประเทศสหรัฐอเมริกา ใน ค.ศ. 1979 พบว่าเด็กที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตส่วนใหญ่จะมาจากครอบครัวที่มีฐานะเศรษฐกิจและสังคมต่ำ⁽⁸⁾ โดยทั่วไปครอบครัวที่มีเศรษฐกิจฐานะต่ำมักมีความบกพร่องในการอบรมเลี้ยงดูบุตร โดยบิดามารดาไม่มีเวลาเอาใจใส่ดูแล interaction ต่อกันมีน้อย การสื่อสารในครอบครัวเป็นไปในทางลบ มีการใช้ถ้อยคำข่มขู่ และแก้ปัญหาโดยใช้ความรุนแรง เช่น การลงโทษบุตรโดยใช้กำลัง นอกจากนี้ยังมีความจำกัดในปัจจัยสี่รวมทั้งของเล่นสำหรับเด็กด้วย⁽¹⁰⁾ การศึกษานี้พบปัญหาสุขภาพจิตสูงถึง 70% ปัญหาเหล่านี้อาจเป็นได้ทั้งเหตุและผลของการกระตุ้นตนเอง เช่น เมื่อมีความวิตกกังวล เด็กอาจกัดเล็บเพื่อลดความกังวล ในทางกลับกัน การเล่นอวัยวะเพศในระยะแรกอาจเป็นเพียงการสำรวจตนเองของเด็ก เมื่อผู้ปกครองไม่เข้าใจ ลงโทษเด็กรุนแรง เด็กก็เกิดปัญหาทางอารมณ์ตามมา และจะกระตุ้นตนเองซ้ำอยู่เรื่อย ๆ เพื่อเป็นการต่อต้าน หรือลดความเครียดของตน

การรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นการให้คำแนะนำบิดามารดาถึงวิธีปฏิบัติต่อเด็ก เช่น ขจัดความเครียดในสภาพแวดล้อมที่อาจเป็นสาเหตุของอาการ ละเว้นการดูว่าหรือลงโทษซึ่งจะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและบิดามารดาแยลงให้รางวัลหรือคำชมเชยเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เป็นต้น ส่วนยาจะใช้เมื่อมีอาการรุนแรง หรือมีปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย การศึกษานี้ไม่สามารถประเมินผลการรักษาได้ เนื่องจากผู้ป่วยขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องจนถึงร้อยละ 20

แม้การกระตุ้นตนเองจะเป็นสิ่งที่พบได้ในเด็กปกติก็ตาม แพทย์ควรจะให้ความสนใจในกรณีที่มีการกระตุ้นตนเองนั้นมีลักษณะต่อไปนี้คือ 1. เกิดในวัยที่ไม่เหมาะสม 2. เป็นอยู่ในระยะเวลานาน 3. มีอาการรุนแรงจนมีผลกระทบต่อพัฒนาการตามปกติของเด็ก 4. มีอาการแทรกซ้อน เช่น เป็นแผลอักเสบ เป็นต้น และ 5. เมื่อพบว่ามีปัญหาสุขภาพจิต

ภาพจิตอื่น ๆ ร่วมด้วย

การพบปัญหาครอบครัวค่อนข้างมาก น่าจะเป็นเครื่องกระตุ้นให้แพทย์ได้เห็นความสำคัญของการประเมินสภาพครอบครัวของผู้ป่วย และเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กเล็ก การรักษาควรมุ่งที่จะแก้ไขสภาพแวดล้อมในครอบครัวทัศนคติของบิดามารดา และวิธีการเลี้ยงดูบุตร เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการที่เหมาะสม

สิ่งสำคัญอย่างยิ่งคือ การให้ความรู้แก่ชุมชนเกี่ยวกับวิธีการเลี้ยงดูเด็กรวมทั้งวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมเมื่อเริ่มเกิดอาการกระตุ้นตนเอง ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดอุบัติการณ์ และความรุนแรงของปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

สรุป

การศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยที่มีอาการกระตุ้นตนเอง 111 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตรคนโต และคนสุด

ท้อง เขาวนปัญญาอยู่ในระดับปกติ อาการที่พบบ่อยที่สุดคือ การเดินอวัยวะเพศ รองลงมาเป็นการดึงผม คุดนิ้ว กัดเล็บ โขกศีรษะ กัดฟัน และโยกตัว ตามลำดับ ปัญหาสุขภาพจิตพบร้อยละ 70.3 ส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางอารมณ์ ปัญหาครอบครัวร้อยละ 68.5 ส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านการเลี้ยงดูบุตร การดูแลรักษาเด็กที่มีอาการกระตุ้นตนเอง ควรมุ่งในการลดความตึงเครียดในสภาพแวดล้อม แก้ไขทัศนคติของบิดามารดา และแนะนำวิธีการเลี้ยงดูบุตรเพื่อส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์แพทย์หญิงพยอม อิงคตานุวัฒน์ และรองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงवासนา สรรมณี ที่กรุณาให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการเขียนรายงานครั้งนี้

อ้างอิง

1. Robinowitz CB. Habit disorders. In : Noshpitz JD, Harrison SI eds. Basic Handbook of Child Psychiatry. New York : Basic Books, 1979. 697-707
2. Kanner L. Child Psychiatry. 4th ed. Springfield : Charles Thomas, 1979. 518-531
3. American Psychiatric Association. Committee on Nomenclature and Statistics. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2nd ed (DSM II). Washington, D.C. : American Psychiatric Association, 1968
4. American Psychiatric Association. Committee on Nomenclature and Statistics. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed (DSM III). Washington, D.C : American Psychiatric Association, 1980
5. Gesell Institute of Human Development. Child Behavior, Rev ed. New York : Harper & Row, 1981. 126-158
6. Illingworth R. The Normal Child., 7th ed. London : Churchill Livingstone, 1981. 284-289
7. Michels R, Cavenar J. Psychiatry Vol 2. New York : Basic Books, 1986. 1-8
8. Goldberg ID, Roghmann KJ, Mcinerny TK, Burke JD. Mental Health problems among children seen in pediatric practice : prevalence and management. Pediatrics 1984 Mar; 73(3) : 278-293
9. จันทร์ทิศา พุกษานานนท์, ประสมศรี อึ้งถาวร. Baseline data in pediatric outpatient, Chulalongkorn Hospital. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2529 มีนาคม; 29 (ฉบับพิเศษ) : 5-7
10. Fleck S. Some basic aspects of family pathology. In : Wolman B. ed. Manual of Child Psychopathology. New York : Mcgraw-Hill, 1972. 189-206