



คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาที่หน่วยพัฒนาการเด็กและวัยรุ่น คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง

ณัฐวิภา วาณิชย์เจริญ วท.บ., ศศ.ม.^{1*}

¹ หน่วยพัฒนาการเด็กและวัยรุ่น ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

* ผู้ติดต่อ, อีเมล: n.a.v.y@live.com

Vajira Med J. 2021; 65(6) : 455-68

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2021.xx>

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา

วิธีการดำเนินการวิจัย: การศึกษานี้เป็นเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา ได้แก่ ความบกพร่องเฉพาะด้านภาษา พัฒนาการล่าช้ารอบด้าน ออทิสติก ความบกพร่องทางสติปัญญา และดาวน์ซินโดรม อายุ 2-7 ปี ที่มารับบริการที่หน่วยพัฒนาการเด็กและวัยรุ่น คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 100 คน โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับเด็ก Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™) รุ่นที่ 4.0 Generic Core Scales ภาษาไทย ฉบับรายงานของผู้ปกครอง วิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน

ผลการวิจัย: เด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 59 อายุเฉลี่ย 3.96 ± 1.72 ปี ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความบกพร่องเฉพาะด้านภาษาร้อยละ 40 รองลงมาคือ พัฒนาการล่าช้ารอบด้านและออทิสติกร้อยละ 24 และ 24 ตามลำดับ เด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาส่วนใหญ่มีระดับคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตดีร้อยละ 54 (67.87 ± 14.53) โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านสังคมสูงสุด (69.25 ± 18.94) และคะแนนเฉลี่ยด้านโรงเรียนต่ำสุด (58.90 ± 22.44) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา คือ ปัญหาด้านพฤติกรรม

สรุป: ความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก โดยเฉพาะด้านโรงเรียน การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาอาจเป็นหนึ่งในกลยุทธ์ที่ใช้ในการรักษาเพื่อให้เด็กได้รับการดูแลที่เหมาะสมและเป็นองค์รวมที่สุด

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ, เด็ก, ความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา



Health-Related Quality of Life among Children with Language Impairment at the Division of Developmental and Behavioral Pediatrics Faculty of Medicine Vajira Hospital: a Cross-Sectional Descriptive Study

Natwipa Wanicharoen B.Sc., M.A.^{1*}

¹ Division of Developmental and Behavioral Pediatrics, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand

* Corresponding author, e-mail address : n.a.v.y@live.com

Vajira Med J. 2021; 65(6) : 455-68

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2021.xx>

Abstract

Objective: To explore the health-related quality of life (HRQoL) of children with language impairment (LI), and to identify the factors that affect HRQoL in children with LI.

Methods: This study was a cross-sectional descriptive study. The participants were 100 children with LI including specific language impairment (SLI), global developmental delay (GDD), autistic spectrum disorder (ASD), down syndrome (DS), and intellectual disability (ID), aged 2-7 years attending the Division of Developmental and Behavioral Pediatrics, Faculty of Medicine Vajira Hospital between November 2019 and October 2020. The HRQoL was assessed by the PedsQL™ 4.0– Thai version, parent proxy-report. Data were analyzed using the descriptive and inferential statistics.

Results: Most of the children with LI were male (59%) with mean age of 3.96 ± 1.72 years old. Most of them were diagnosed with SLI, GDD, and ASD, accounting for 65%, 24%, and 24% respectively. The HRQoL of the children with LI were at high levels, accounting for 54% (67.87 ± 14.53). The highest HRQoL score was in social functioning (69.25 ± 18.94). The lowest score was in school functioning (58.90 ± 22.44). Factor associated with HRQoL of the children with LI was behavior problems.

Conclusion: Language impairment affects children's HRQoL, especially in school functioning. Measuring HRQoL could serve as one of the methods used to provide the most appropriate and holistic care for children with LI.

Keywords: health-related quality of life, children, language impairment

บทนำ

ความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาเป็นหนึ่งในความบกพร่องของพัฒนาการที่สามารถพบได้บ่อยในเด็ก ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้เข้าใจภาษาและ/หรือการใช้ภาษา ความบกพร่องนี้อาจเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของภาษาอย่างน้อยหนึ่งด้าน ได้แก่ รูปแบบของภาษา (หน่วยเสียง หน่วยคำ ระบบไวยากรณ์) รูปแบบของภาษา (ความหมายของคำ) และ/หรือหน้าที่ของภาษา (ทักษะภาษาสังคม)¹ องค์ประกอบของภาษาล้วนเป็นโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญที่ทำให้บุคคลสื่อสารอย่างมีความหมาย หากเด็กมีความบกพร่องขององค์ประกอบของภาษาเหล่านี้ อาจทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสารได้

ความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษามีทั้งความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาเป็นหลัก (primary language impairment) หรือเรียกว่าความบกพร่องเฉพาะด้านภาษา หมายถึง ความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา โดยไม่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านอื่น ๆ และความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาเป็นรอง (secondary language impairment) หมายถึง ความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาที่เกิดร่วมกับโรคอื่น ๆ ได้แก่ ออทิสติก โรคทางพันธุกรรม เช่น ดาวน์ซินโดรม รวมถึงพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน ซึ่งใช้ในการวินิจฉัยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และความบกพร่องทางสติปัญญา ซึ่งใช้ในการวินิจฉัยเด็กโตที่ได้รับการยืนยันโดยการทดสอบเชาวน์ปัญญา²⁻⁴

ปัญหาในด้านภาษาและการสื่อสารยังส่งผลกระทบต่อด้านอื่น ๆ ของเด็ก เช่น ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม ด้านสังคม และด้านการศึกษา เป็นต้น⁵⁻⁸ โดยเฉพาะเด็กที่มีปัญหาด้านความรู้เข้าใจภาษาจะมีแนวโน้มที่จะแสดงผลลัพธ์ในระยะยาวที่แย่กว่าเด็กที่มีปัญหาด้านการแสดงออกทางภาษา โดยเฉพาะด้านพฤติกรรม การเรียนรู้และความสำเร็จทางวิชาการ⁹ นอกจากนี้ความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษายังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็ก¹⁰⁻¹⁷

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีความหมายกว้างและครอบคลุมในทุกมิติของชีวิตมนุษย์¹⁸ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิต องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” หมายถึง ภาวะสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม โดยไม่ได้มีความหมายเพียงแค

การไม่มีโรคหรือความไม่พิการเท่านั้น¹⁹ ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสุขภาพหรือสถานะของโรคของบุคคลนั้น ๆ²⁰

การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็ก ความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาพบว่าเด็กมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าเด็กทั่วไป¹⁰⁻¹⁴ หรือมีคุณภาพชีวิตต่ำ¹⁵⁻¹⁷ และมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาพบว่าปัจจัยด้านเด็กและปัจจัยด้านผู้ดูแลส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา²¹⁻²²

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการรักษาเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาได้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อให้เด็กกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างสมบูรณ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล (เลขที่ 123/2562)

เกณฑ์การคัดเลือก คือ

1. เป็นเด็กชาย-หญิง อายุ 2-7 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยยืนยันจากกุมารแพทย์สาขาพัฒนาการและพฤติกรรมตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคของ the International Classification of Diseases,

Tenth Edition (ICD-10) ว่ามีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา ได้แก่ ความบกพร่องเฉพาะด้านภาษาในด้านการแสดงออกทางภาษา (F80.1 expressive language disorder) และ/หรือความเข้าใจภาษาและการแสดงออกทางภาษา (F80.2 mixed receptive-expressive language disorder) พัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (R62.0 delayed milestone in childhood) ออทิสติก (F84.0 autism spectrum disorder) ความบกพร่องทางสติปัญญา (F70-79 intellectual disabilities) ดาวน์ซินโดรม (Q90 down syndrome)

เกณฑ์การคัดออก คือ

1. ผู้ปกครองไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขนาดตัวอย่าง

จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับค่าสัดส่วน ดังนี้²³

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 p(1 - p)}{d^2}$$

โดย $Z_{\alpha/2}$ ใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ดังนั้น $Z_{\alpha/2} = 1.96$ และ d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนสมมุติ โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ 10% ดังนั้น $d = 0.10$ p คือ ค่าสัดส่วนประชากรหรือค่าความชุกอ้างอิงจากการศึกษา Nicola and Watter (2015)¹⁰ พบความชุกของอาสาสมัครที่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดี เท่ากับ 56 ดังนั้น $p = 0.56$ สามารถแทนค่าในสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างได้ ดังนี้

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.56(1 - 0.56)}{0.10^2}$$

$$n = 95$$

สรุปผลการคำนวณขนาดตัวอย่างน้อยที่สุดที่ต้องใช้ในการศึกษาคือ 95 คน ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้เท่ากับจำนวน 100 คน

วิธีดำเนินการวิจัยและกระบวนการขอคำยินยอมแก่อาสาสมัครให้เข้าร่วมการวิจัย

1. ผู้วิจัยติดต่อกับ Mapi Research Trust เพื่อขอลิขสิทธิ์แบบสอบถาม PedsQLTM ฉบับแปลภาษาไทย

มาใช้เพื่อการวิจัย ซึ่งเครื่องมือแบบสอบถามนี้มีความเที่ยงตรงและความแม่นยำสูง

2. ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เพื่อที่ทำการเก็บข้อมูล

3. หลังจากผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเริ่มเลือกอาสาสมัครซึ่งเป็นผู้ปกครองเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาที่มารับบริการแก้ไขการพูด การกระตุ้นพัฒนาการ หรือบริการทางการแพทย์ที่หน่วยพัฒนาการเด็กและวัยรุ่น คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ผู้วิจัยเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัย หากผู้ปกครองสนใจ และได้ให้คำยินยอมด้วยวาจา (verbal consent) จึงดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ปกครองที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น
3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเด็ก The Pediatric Quality of Life InventoryTM 4.0 Generic Core Scales (PedsQLTM) – parent proxy report (ฉบับภาษาไทย) ของ James W. Varni โดยใช้ผู้ปกครองพิจารณาจากการสังเกตพฤติกรรมของเด็กในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมีการแบ่งชุดคำถาม 2 ชุด ได้แก่ 1. วัยเด็กเล็กมาก (อายุ 2-4 ปี) ประกอบด้วย 21 ข้อ ประกอบด้วยการวัดด้านร่างกาย (8 ข้อ) ด้านอารมณ์ (5 ข้อ) ด้านสังคม (5 ข้อ) ด้านการเรียนรู้ (3 ข้อ) และ 2. วัยเด็กเล็ก (อายุ 5-7ปี) ประกอบด้วย 23 ข้อ ประกอบด้วยการวัดด้านร่างกาย (8 ข้อ) ด้านอารมณ์ (5 ข้อ) ด้านสังคม (5 ข้อ) ด้านการเรียนรู้ (5 ข้อ) คำถามแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือกโดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตตั้งแต่ 0-4 และแปลค่าคะแนนที่ใช้ในแบบสอบถามเป็นคะแนน 0 – 100 คะแนน ได้แก่ 0 = ไม่มี: never = 100, 1 = เกือบไม่มี: almost never = 75, 2 = มีบ้าง: sometime = 50, 3 = มีบ่อย: often = 25, 4 = มีบ่อยมาก: almost always = 0 จากนั้นนำคะแนนทั้ง 2 กลุ่มมารวมกัน คือ คะแนนรวมคุณภาพชีวิต

ด้านร่างกาย (physical health summary score) และ คะแนนรวมคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคม (psychosocial health summary score) เป็นคะแนนเฉลี่ยของผลรวมคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านโรงเรียน โดยคะแนนที่สูงกว่าบ่งชี้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีกว่าและ cut-off score ≤ 65.43 ถือว่ามีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม SPSS version 22 ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงอนุมาน (inferential statistics) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็ก โดยใช้ Chi-Square Test หรือ Fisher's exact test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา

ผลการศึกษาพบว่า เด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาเป็นเพศชายร้อยละ 59 และเพศหญิงร้อยละ 41 มีอายุเฉลี่ย 3.96 ± 1.72 ปี อยู่ในช่วงอายุ 2 - 4 ปี ร้อยละ 68 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความบกพร่องเฉพาะด้านภาษาร้อยละ 40 รองลงมาคือ พัฒนาการล่าช้ารอบด้านและออทิสติกร้อยละ 24 และ 24 ตามลำดับ เด็กอยู่ในระบบการศึกษาในโรงเรียนปกติมากที่สุดถึงร้อยละ 42 รองลงมาคือ ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 41 ส่วนใหญ่เด็กได้รับการรื้อรถบำบัดมากถึงร้อยละ 86 และได้รับการกระตุ้นพัฒนาการร้อยละ 38 และเด็กมีปัญหาด้านพฤติกรรมร้อยละ 46 ดังแสดงในตารางที่ 1

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นแม่ ร้อยละ 65 รองลงมาเป็นญาติ (เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา) ร้อยละ 18 และเป็นเพศหญิงมากถึงร้อยละ 84 มีอายุเฉลี่ย 38.06 ± 10.67 โดยมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี ร้อยละ 58 และมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาและอนุปริญาตร้อยละ 55 ส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสแต่งงานร้อยละ 83 และเป็นแม่บ้าน พ่อบ้าน หรือไม่ได้ทำงานมากที่สุด ร้อยละ 33 รองลงมาคือ อาชีพรับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจหรือบริษัทเอกชน และอาชีพรับจ้างหรืออาชีพอิสระร้อยละ 28 และ 24 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 40 มีค่ามัธยฐานของรายได้ต่อเดือน 12,000 บาท (ค่าพิสัยควอไทล์ 0 - 20,000 บาท) และไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 72 ดังแสดงในตารางที่ 2

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา

ผลการศึกษาพบว่าเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตดีร้อยละ 54 โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 67.87 ± 14.53 คะแนน ส่วนคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ด้านสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 69.25 ± 18.94 และด้านโรงเรียนมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 58.90 ± 22.44 ดังแสดงในตารางที่ 3

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรม โดยพบว่าเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมมีคุณภาพชีวิตดีน้อยกว่าเด็กที่ไม่มีปัญหาดังกล่าว (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1:

ข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	59	(59.0)
หญิง	41	(41.0)
อายุ (ปี), ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
2-4 ปี	68	(68.0)
5-7 ปี	32	(32.0)
การวินิจฉัยโรค		
ความบกพร่องเฉพาะด้านภาษา	40	(40.0)
พัฒนาการล่าช้ารอบด้าน	24	(24.0)
ออทิสติก	24	(24.0)
ความบกพร่องทางสติปัญญา	8	(8.0)
ดาวน์ซินโดรม	4	(4.0)
ระบบการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	41	(41.0)
ศูนย์เด็กเล็ก	9	(9.0)
ศูนย์การศึกษาพิเศษ	6	(6.0)
โรงเรียนปกติ	42	(42.0)
โรงเรียนเรียนร่วม	2	(2.0)
วิธีการรักษาในช่วง 3 เดือน		
อรรถบำบัด	86	(86.0)
การกระตุ้นพัฒนาการ	38	(38.0)
ปัญหาด้านพฤติกรรม		
	46	(46.0)

ตารางที่ 2:

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับเด็ก		
พ่อ	15	(15.0)
แม่	65	(65.0)
ญาติ (เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา)	18	(18.0)
อื่นๆ (เช่น พี่เลี้ยง)	2	(2.0)
เพศ		
ชาย	16	(16.0)
หญิง	84	(84.0)
อายุ (ปี), ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
≤ 40 ปี	58	(58.0)
41 - 60 ปี	37	(37.0)
> 60 ปี	5	(5.0)
ระดับการศึกษา		
\leq ประถมศึกษา	16	(16.0)
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	55	(55.0)
\geq ปริญญาตรีขึ้นไป	29	(29.0)
อาชีพ		
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/พนักงานเอกชน	28	(28.0)
รับจ้าง/อาชีพอิสระ	24	(24.0)
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	15	(15.0)
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ไม่ได้ทำงาน	33	(33.0)
รายได้ต่อเดือน (บาท), ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยควอไทล์)		
ไม่มีรายได้	30	(30.0)
$\leq 15,000$	40	(40.0)
$> 15,000$	30	(30.0)

ตารางที่ 3:

คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	คุณภาพชีวิตต่ำ		คุณภาพชีวิตดี	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โดยรวม	67.87	14.53	46	(46.0)	54	(54.0)
ด้านร่างกาย	69.10	19.24	46	(46.0)	54	(54.0)
ด้านจิตสังคม	67.25	15.05	45	(45.0)	55	(55.0)
ด้านอารมณ์	67.90	16.24	50	(50.0)	50	(50.0)
ด้านสังคม	69.25	18.94	49	(49.0)	51	(51.0)
ด้านโรงเรียน (n = 65)	58.90	22.44	44	(67.7)	21	(32.3)

ตารางที่ 4:

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตต่ำ		คุณภาพชีวิตดี		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ข้อมูลเด็ก					
เพศ					
ชาย	29	(49.2)	30	(50.8)	0.448
หญิง	17	(41.5)	24	(58.5)	
อายุ (ปี)					
2-4 ปี	28	(41.2)	40	(58.8)	0.158
5-7 ปี	18	(56.3)	14	(43.8)	
การวินิจฉัยโรค					
ความบกพร่องเฉพาะด้านภาษา	12	(30.0)	28	(70.0)	0.110
พัฒนาการล่าช้ารอบด้าน	14	(58.3)	10	(41.7)	
ออทิสติก	14	(58.3)	10	(41.7)	
ความบกพร่องทางสติปัญญา	4	(50.0)	4	(50.0)	
ดาวน์ซินโดรม	2	(50.0)	2	(50.0)	

ตารางที่ 4:

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา (ต่อ)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตต่ำ		คุณภาพชีวิตดี		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระบบการศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	16	(39.0)	25	(61.0)	0.267
ศูนย์เด็กเล็ก	3	(33.3)	6	(66.7)	
ศูนย์การศึกษาพิเศษ	4	(66.7)	2	(33.3)	
โรงเรียนปกติ	23	(54.8)	19	(45.2)	
โรงเรียนเรียนรวม	0	(0.0)	2	(100.0)	
อรรถบำบัด					
ใช่	40	(46.5)	46	(53.5)	0.799
ไม่ใช่	6	(42.9)	8	(57.1)	
การกระตุ้นพัฒนาการ					
ใช่	17	(44.7)	21	(55.3)	0.843
ไม่ใช่	29	(46.8)	33	(53.2)	
ปัญหาด้านพฤติกรรม					
ไม่มีปัญหา	19	(35.2)	35	(64.8)	0.019
มีปัญหา	27	(58.7)	19	(41.3)	
ข้อมูลของผู้ปกครอง					
ความสัมพันธ์กับเด็ก					
พ่อ	8	(53.3)	7	(46.7)	0.722
แม่	30	(46.2)	35	(53.8)	
ญาติ (เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา)	8	(44.4)	10	(55.6)	
อื่นๆ (เช่น พี่เลี้ยง)	0	(0.0)	2	(100.0)	
เพศ					
ชาย	8	(50.0)	8	(50.0)	0.726
หญิง	38	(45.2)	46	(54.8)	

ตารางที่ 4:

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา (ต่อ)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตต่ำ		คุณภาพชีวิตดี		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					
≤ 40 ปี	29	(50.0)	29	(50.0)	0.346
> 40 ปี	17	(40.5)	25	(59.5)	
ระดับการศึกษา					
≤ ประถมศึกษา	11	(68.8)	5	(31.3)	0.138
มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา	23	(41.8)	32	(58.2)	
≥ ปริญญาตรี	12	(41.4)	17	(58.6)	
อาชีพ					
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/พนักงานเอกชน	13	(46.4)	15	(53.6)	0.960
รับจ้าง/อาชีพอิสระ	11	(45.8)	13	(54.2)	
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	6	(40.0)	9	(60.0)	
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	16	(48.5)	17	(51.5)	
รายได้ต่อเดือน (บาท), ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยควอไทล์)					
ไม่มีรายได้	15	(50.0)	15	(50.0)	0.717
≤15,000	19	(47.5)	21	(52.5)	
>15,000	12	(40.0)	18	(60.0)	

P-value corresponds to Chi-square test or Fisher's exact test.

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า เด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษามีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีร้อยละ 54 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 67.87 ± 14.53 แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษามีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเด็กทั่วไป¹⁰⁻¹⁴ หรือมีคุณภาพชีวิตต่ำ¹⁵⁻¹⁷ อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเด็กเล็กมากที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาอายุเฉลี่ย 3.96 ± 1.72 ปี และอยู่ในกลุ่มอายุ 2 - 4 ปี มากถึงร้อยละ 68 ในมุมมองของผู้ปกครองอาจไม่ค่อยมีความวิตก

กังวลต่อคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ซึ่งในเด็กเล็กปัญหาในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และโรงเรียนอาจแสดงไม่เด่นชัดเท่ากับเมื่อเด็กเข้าสู่วัยเด็กเล็ก (อายุ 5-7 ปี) วัยเด็ก (อายุ 8-12 ปี) และวัยรุ่น (13-18 ปี) อธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างที่มีการวินิจฉัยโรคและอายุต่างกัน อาทิ งานวิจัยของ Nicola และ Watter (2015)¹⁰ ศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องเฉพาะด้านภาษาในกลุ่มเด็กเล็กอายุ 5 ถึงเด็กวัยรุ่น 16 ปี และจากงานวิจัยของ Başgöl และคณะ (2011)¹⁵ ศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในกลุ่มเด็กเล็กอายุ 5 ถึงเด็กวัยรุ่น 18 ปี พบว่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่าเด็กทั่วไป รวมทั้งการใช้

แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยของ Jung และคณะ (2017)¹³ ศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กดาวน์ซินโดรมในกลุ่มเด็กเล็กอายุ 4 ถึงวัยเด็ก 12 ปี โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต KIDSCREEN 52 พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่าเด็กทั่วไป ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่ามาจากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา เช่น อายุ การวินิจฉัยโรค รวมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน ทำให้ผลการศึกษาที่ได้มีความแตกต่างกันได้

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษามีคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับดีร้อยละ 51 โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 69.25 ± 18.94 แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษามีคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตต่ำ¹⁰⁻¹⁷ อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเด็กเล็กมาก ถึงแม้จะมีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา แต่ในมุมมองของผู้ปกครอง เด็กอาจยังสามารถเล่นกับเด็กคนอื่นได้ เล่นตามเพื่อนได้ทัน สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ที่เด็กคนอื่นในวัยเดียวกันสามารถทำได้ ไม่ถูกเด็กคนอื่นล้อเลียนหรือรังแก

รองลงมาเป็นคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับดีร้อยละ 54 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 69.10 ± 19.24 สอดคล้องกับการศึกษาของ Nicola และ Watter (2015)¹⁰ และ Lau และคณะ¹⁴ อาจเป็นไปได้ว่าเด็กที่เข้ารับบริการที่หน่วยพัฒนาการเด็กและวัยรุ่นนั้นส่วนใหญ่ ผู้ปกครองมาด้วยปัญหาด้านพัฒนาการด้านภาษาและการพูดเป็นหลัก ทำให้ผู้ปกครองมีความวิตกกังวลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายน้อยกว่าด้านอื่น ๆ หรือไม่เห็นว่าด้านร่างกายเป็นปัญหาหลัก^{6,14}

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่าเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษามีคุณภาพชีวิตด้านโรงเรียนอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 67.7 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 58.90 ± 22.44 สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{10,11,12,15,17} อาจเป็นไปได้ว่าเมื่อเด็กมีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาเริ่มเข้าสู่ระบบการศึกษา เนื่องจากเด็กไม่สามารถใช้ภาษาและการพูดสื่อสารได้ดี อาจทำให้พบปัญหาในการทำกิจกรรมที่โรงเรียนได้ไม่เหมือนเด็กทั่วไปในวัยเดียวกัน ทำให้ผู้ปกครองมีความวิตกกังวลต่อคุณภาพชีวิตด้านโรงเรียนกว่าด้านอื่น ๆ จากงานวิจัย

ของ Le และคณะ (2021) พบว่าเด็กที่มีคะแนนทางภาษาสูงสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะด้านสังคมและโรงเรียน²⁴ ดังนั้นการเข้ารับบริการออรรถบำบัดตั้งแต่แรกพบความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาอย่างรวดเร็วที่สุดจึงมีความสำคัญและจำเป็นต่อการพัฒนาทักษะทางภาษาและการสื่อสารของเด็ก²⁵ อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กต่อไป

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรม สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Chiang และ Wineman (2014)²² กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้รับการวินิจฉัยเป็นออทิสติกร้อยละ 24 ซึ่งมีความบกพร่องด้านภาษา สังคม และพฤติกรรมเป็นหลัก³ รวมทั้งเมื่อเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาไม่สามารถสื่อสารให้คนอื่นฟังรู้เรื่องหรือคนอื่นไม่สามารถเข้าใจสิ่งที่เด็กต้องการจะสื่อได้ ส่งผลให้เกิดปัญหาพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าว วิตกกังวล การควบคุมอารมณ์ การแยกตัวจากสังคม ความพึงพอใจในตัวเองต่ำ เป็นต้น⁵⁻⁶ การพัฒนาทักษะสังคม พฤติกรรมหรือการรู้คิดมีความจำเป็นสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา⁴ เพื่อลดปัญหาด้านพฤติกรรมที่อาจเกิดเพิ่มขึ้นต่อไปได้

เมื่อพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ พบว่าระบบการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา จากผลการศึกษานี้เป็นที่น่าสนใจว่าเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาที่อยู่ในระบบโรงเรียนเรียนร่วมและศูนย์เด็กเล็กมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมากถึงร้อยละ 100 และ 66.7 ตามลำดับ ในขณะที่เด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาที่อยู่ในระบบศูนย์การศึกษาพิเศษมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีเพียงร้อยละ 33.3 เท่านั้น แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าเด็กพิการที่อยู่ในระบบศูนย์การศึกษาพิเศษมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าเด็กพิการที่อยู่ในระบบโรงเรียนเรียนร่วม²⁶ อาจเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษามีมุมมองต่อระบบโรงเรียนเรียนร่วมว่าระบบโรงเรียนเรียนร่วมนั้นทำให้เด็กพิการมีโอกาสได้สร้างปฏิสัมพันธ์

และมิตรภาพกับเด็กทั่วไป รวมทั้งได้เรียนรู้พฤติกรรมที่เหมาะสมทางวัฒนธรรมและพัฒนาทักษะทางสังคมมากขึ้น²⁷⁻²⁹

นอกจากนี้การรับบริการอรรถบำบัดนั้นไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา จากผลการศึกษาพบว่าเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษารับบริการอรรถบำบัดในช่วง 3 เดือนมากถึงร้อยละ 86 อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีระดับความรุนแรงของโรคน้อยถึงปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่อธิบายว่าเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาในระดับรุนแรงมากหรือเด็กที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำที่ไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ถึงจะจำเป็นต้องเข้ารับบริการอรรถบำบัดอย่างสม่ำเสมอรวมทั้งการรับบริการอรรถบำบัดแบบเข้มข้นสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาในระดับรุนแรงมาก อาจส่งเสริมให้เด็กมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเท่ากับเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาในระดับรุนแรงปานกลางได้¹¹ อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาปัจจัยด้านระดับความรุนแรงของโรคและความถี่ในการรับบริการอรรถบำบัด อาจทำให้เห็นความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาชัดเจนขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้ ประการแรก คือ งานวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะประชากรเด็กอายุระหว่าง 2-7 ปีที่ผู้ปกครองพามาบริการที่หน่วยพัฒนาการเด็กและวัยรุ่น คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลเท่านั้น โดยไม่ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตกับเด็กทั่วไปที่ไม่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาในบริบทเขตเมือง ซึ่งอาจช่วยให้เห็นความชัดเจนของคุณภาพชีวิตเด็กมากยิ่งขึ้น

ประการที่สอง คือ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นการคัดเลือกเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาเป็นหลักและเป็นรองซึ่งมีความหลากหลายของอาการโรค (ความบกพร่องเฉพาะด้านภาษา พัฒนาการล่าช้ารอบด้าน ออทิสติก ความบกพร่องทางสติปัญญา และดาวน์ซินโดรม) ประชากรที่ศึกษามีจำนวนน้อย ทำให้ไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาทั้งหมด

ประการที่สาม คือ การวัดคุณภาพชีวิตในการศึกษานี้มีข้อจำกัดทางอายุและทักษะทางภาษาของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาที่อาจต่ำกว่าเด็กทั่วไป ผู้วิจัยจึงกำหนดให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กในมุมมองของผู้ปกครอง ไม่ใช่การวัดคุณภาพชีวิตจากความเห็นของเด็กโดยตรง อาจทำให้ระดับคุณภาพชีวิตระหว่างมุมมองของผู้ปกครองและเด็กมีความแตกต่าง

ดังนั้นในอนาคตอาจศึกษาในประชากรที่จำนวนเพิ่มขึ้น หรือศึกษาเฉพาะเจาะจงในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาในแต่ละกลุ่มอาการโรค หรือควรมีการศึกษาเชิงทดลองเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของเด็กจากมุมมองของผู้ดูแลและเด็ก หรือศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กจากมุมมองของเด็กโดยตรง นอกจากนี้ อาจมีการศึกษาวิจัยเชิงผสมผสานแบบขั้นตอนเชิงอธิบายเพื่อใช้วิจัยเชิงคุณภาพช่วยในการอธิบายผลจากการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณให้กระจ่างขึ้น รวมทั้งปัจจัยบางปัจจัยไม่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ เช่น ระดับความรุนแรงของโรค ความถี่ในการรับบริการอรรถบำบัด การวินิจฉัยโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น อาจทำให้เห็นความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาชัดเจนขึ้น ดังนั้นผู้จะนำผลการวิจัยไปใช้จึงต้องพิจารณาถึงปัจจัยดังกล่าวที่จะนำไปใช้ในการอ้างอิง

สรุป

คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาอายุ 2-7 ปีที่มารับบริการที่หน่วยพัฒนาการเด็กและวัยรุ่น คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน (ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม) อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตดี ยกเว้นด้านโรงเรียนอยู่ในระดับคุณภาพต่ำ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรม

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสามารถอธิบายถึงผลกระทบของโรคและการรักษา ดังนั้นทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานกับเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาจำเป็นต้องพิจารณาถึงคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ โดยรวมการประเมิน

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการรักษา ซึ่งอาจเป็นหนึ่งในกลยุทธ์ที่ใช้ในการติดตามผลของการรักษา หรือการฝึก เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลที่เหมาะสมและ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กได้อย่างเป็นองค์รวมที่สุด เท่าที่จะเป็นไปได้

Conflict of Interest

ผู้วิจัยไม่มี conflict of interest

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ปกครองและเด็กที่หน่วยพัฒนาการ เด็กและวัยรุ่น คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลที่ให้ความร่วมมือ ในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- American Speech-Language-Hearing Association. Definitions of communication disorders and variations [Relevant Paper]. [cited 2020 Aug 2] Available from: www.asha.org/policy
- Parker S, Zuckerman BS, Augustyn M, editors. Developmental and behavioral pediatrics: A handbook for primary care. Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, DC London, England: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Moeschler JB, Shevell M; American Academy of Pediatrics Committee on Genetics. Clinical genetic evaluation of the child with mental retardation or developmental delays. *Pediatrics* 2006;117(6):2304-16.
- Helland WA, Helland T. Emotional and behavioural needs in children with specific language impairment and in children with autism spectrum disorder: The importance of pragmatic language impairment. *Res Dev Disabil* 2017;70:33-9.
- van Daal J, Verhoeven L, van Balkom H. Behaviour problems in children with language impairment. *J Child Psychol Psychiatry* 2007; 48(11):1139-47.
- Durkin K, Toseeb U, Botting N, Pickles A, Conti-Ramsden G. Social Confidence in Early Adulthood Among Young People With and Without a History of Language Impairment. *J Speech Lang Hear Res* 2017;60(6):1635-47.
- Kim SH, Bal VH, Lord C. Longitudinal follow-up of academic achievement in children with autism from age 2 to 18. *J Child Psychol Psychiatry* 2018;59(3):258-67.
- Laing GJ, Law J, Levin A, Logan S. Evaluation of a structured test and a parent led method for screening for speech and language problems: prospective population based study. *BMJ* 2002;325(7373):1152.
- Nicola K, Watter P. Health-related quality of life from the perspective of children with severe specific language impairment. *Health Qual Life Outcomes* 2015;13:127.
- Hubert-Dibon G, Bru M, Gras Le Guen C, Launay E, Roy A. Health-Related Quality of Life for Children and Adolescents with Specific Language Impairment: A Cohort Study by a Learning Disabilities Reference Center. *PLoS One* 2016;11(11):e0166541.
- Hsieh RL, Hsueh YM, Huang HY, Lin MI, Tseng WC, Lee WC. Quality of life and impact of children with unclassified developmental delays. *J Paediatr Child Health* 2013;49(2):E116-21.
- Jung HK, Chung E, Lee BH. A comparison of the function, activity and participation and quality of life between down syndrome children and typically developing children. *J Phys Ther Sci* 2017;29(8):1377-80.

14. Lau KM, Chow SM, Lo SK. Parents' perception of the quality of life of preschool children at risk or having developmental disabilities. *Qual Life Res* 2006;15(7):1133-41.
15. Başgül SS, Uneri OS, Cakin-Memik N. Parents' perception of the quality of life of children with intellectual disabilities. *Turk J Pediatr* 2011;53(5):541-6.
16. Lee LC, Harrington RA, Louie BB, Newschaffer CJ. Children with autism: quality of life and parental concerns. *J Autism Dev Disord*. 2008;38(6): 1147-60.
17. Wanliang T. Association between Quality of Life among Children with Autistic Spectrum Disorders and Depression in Caregivers. *Reg 11 Med J* 2015; 23(2):255-63.
18. Aaronson NK, Meyerowitz BE, Bard M, Bloom JR, Fawzy FI, Feldstein M, et al. Quality of life research in oncology. Past achievements and future priorities. *Cancer* 1991;67Suppl 3:839-43.
19. World Health Organization. The first ten years of the World Health Organization. World Health Organization; 1958.
20. Till JE, Osoba D, Pater JL, Young JR. Research on health-related quality of life: dissemination into practical applications. *Qual Life Res* 1994;3(4): 279-83.
21. Vasilopoulou E, Nisbet J. The quality of life of parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Res Autism Spectr Disord* 2016;23:36-49.
22. Chiang HM, Wineman I. Factors associated with quality of life in individuals with autism spectrum disorders: A review of literature. *Res Autism Spectr Disord* 2014;8(8):974-86.
23. Daniel WW. *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. 6th ed. the United States of America: John Wiley&Sons, Inc;1995.
24. Le HND, Mensah F, Eadie P, McKean C, Sciberras E, Bavin EL, et al. Health-related quality of life of children with low language from early childhood to adolescence: results from an Australian longitudinal population-based study. *J Child Psychol Psychiatry* 2021;62(3):349-56.
25. Wanicharoen N, Noipayak P. Risk Factors Associated with Specific Language Impairment in Preschool Children at Division of Developmental and Behavioural Paediatrics Faculty of Medicine Vajira Hospital: A Matched Case-Control Study. *Vajira Med J* 2019;63(6):423-42.
26. Nugroho G, Hendrayana Y, Nugraha E. Quality of Life of Disabled Children Study in Special and Inclusive School. In 3rd International Conference on Sport Science, Health, and Physical Education (ICSSHPE 2018); Sep 2019: Atlantis Press; 2019.
27. Scheepstra AJ, Nakken H, Pijl SJ. Contacts with classmates: the social position of pupils with Down's syndrome in Dutch mainstream education. *Eur J Spec Needs Educ* 1999;14(3): 212-20.
28. Elkins J, Van Kraayenoord CE, Jobling A. Parents' attitudes to inclusion of their children with special needs. *J Res Spec Educ Needs* 2003; 3(2):122-9.
29. O'Connor U. Parental concerns on inclusion: The Northern Ireland perspective. *Int J Incl Educ* 2007;11(5-6):535-50.