



คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา ที่หน่วยพัฒนาการเด็กและวัยรุ่น 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(4) : 320-31

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2021.31>

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา

วิธีดำเนินการวิจัย: การศึกษาเป็นเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ในผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาอายุ 2-7 ปีที่มารับบริการที่หน่วยพัฒนาการเด็กและวัยรุ่น คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 100 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BREF-THAI) วิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน

ผลการวิจัย: ผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 84 อายุเฉลี่ย 38.06 ± 10.67 เดือน ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านร้อยละ 33 มีรายได้ $\leq 15,000$ บาท ร้อยละ 40 ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ดีร้อยละ 51, 51, 54 ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมและคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตปานกลางร้อยละ 51 และ 68 ตามลำดับ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา คือ เพศของผู้ดูแล และการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันของเด็ก

สรุป: ความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาในเด็กส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักโดยเฉพาะด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษาครั้งนี้ให้ความเข้าใจใหม่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาที่อาจเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อใช้ในวางแผนการรักษาและให้การสนับสนุนที่เฉพาะเจาะจงแก่ผู้ดูแลเด็ก เมื่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กดีแล้วอาจทำให้เด็กได้รับการดูแลที่ดีขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีของเด็กต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้ปกครอง, ความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา



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

Natwipa Wanicharoen BSc, MA^{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(4) : 320-31

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2021.31>

Abstract

Objective: To explore the quality of life (QoL) and to investigate factors associated with QoL among caregivers of children with language impairment.

Methods: This study design was a cross-sectional descriptive study. The participants in this study were the caregivers of children with language impairment aged 2-7 years attending the Division of Developmental and Behavioral Pediatrics, Faculty of Medicine Vajira Hospital between November 2019 and October 2020 by using a questionnaire for the general data and the World Health Organization Quality of Life Brief – Thai (WHOQOL-BREF-THAI). Data were analyzed using the descriptive and inferential statistics.

Results: Most of the caregivers were female (84%) with mean age of 38.06±10.67 years old. Most of them were mother (65%), being housewives/husbands (33%), and having monthly income ≤15,000 (40%). The overall QoL, physical, and psychological aspects among caregivers of children with LI were at high levels, accounting for 51%, 51% and 54% of the sample respectively. While the QoL in the social relationships and environment aspects were at moderate levels, at 51% and 68% respectively. Factors associated with QoL were the gender of caregivers and self-help skills in daily activities of children.

Conclusion: Children with LI may affect their caregivers' QoL, especially in the social relationships and environment aspects. These findings provide new insights into QoL of caregivers of children with LI that may be important when professionals consider comprehensive intervention and more specific support to improve their situation. It is expected that if caregivers' QoL improves, they would provide greater parental care, which will further improve their children's well-being.

Keywords: quality of life, caregivers, language impairment

บทนำ

คุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดที่นำมาใช้ในการวัดการบริการสุขภาพ¹ องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคำว่า “คุณภาพชีวิต” ว่าเป็น “การรับรู้ของบุคคลภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่าต่าง ๆ ของบุคคลนั้น ซึ่งสัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวัง มาตรฐานและสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง”²

เด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา หมายถึงเด็กที่มีความบกพร่องของความเข้าใจภาษาและ/หรือการพูด³ ปัญหาพัฒนาการด้านภาษาของเด็กอาจสร้างภาระการเลี้ยงดูให้กับสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก โดยมีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษามักจะได้รับผลกระทบจากปัญหาพัฒนาการด้านภาษาของเด็ก ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม⁴⁻⁹ เนื่องจากเด็กมีอุปสรรคในการดำเนินชีวิตด้วยตนเองและจำเป็นต้องได้รับบริการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ต่าง ๆ ทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กที่จำเป็นต้องรับภาระการเลี้ยงดู ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ปกครองทั้งความรู้สึกเหนื่อยล้า ความเครียด เวลาส่วนตัวลดลง และค่าใช้จ่ายสูงขึ้น^{4,7,9} ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็ก นอกจากนี้ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กมีทั้งปัจจัยด้านเด็ก เช่น โรคที่ได้รับการวินิจฉัย⁵ ปัญหาด้านพฤติกรรม⁶ และปัญหาด้านการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน⁴ และปัจจัยส่วนบุคคล เช่น โรคประจำตัว⁴ อาชีพ⁴ การเป็นแม่คน⁶ การว่างงาน⁶ เป็นต้น

ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก จึงได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการดูแลและให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลหลักของเด็กที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีรอบด้าน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล (เลขที่ 124/2562)

เกณฑ์การคัดเลือก คือ

1. เป็นผู้ดูแลเด็กอายุ 2-7 ปี
2. เด็กได้รับการวินิจฉัยว่ามีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา ได้แก่ ความบกพร่องเฉพาะด้านภาษา ในด้านการแสดงออกทางภาษา (F80.1 expressive language disorder) และ/หรือความเข้าใจภาษา (F80.2 mixed receptive-expressive language disorder) พัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (R62.0 delayed milestone in childhood) ออทิสติก (F84.0 autism spectrum disorder) ความบกพร่องของสติปัญญา (F70-79 intellectual disabilities) ดาวน์ซินโดรม (Q90 down syndrome)
3. ให้การดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน รวมทั้งการพาเด็กมาพบแพทย์ตามนัดหรือ เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก
4. สามารถพูด อ่าน และ เขียนภาษาไทยได้เข้าใจสื่อสารได้ชัดเจน
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ

1. ผู้ดูแลเด็กไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขนาดตัวอย่าง

จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับค่าสัดส่วนดังนี้¹⁰

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

โดย $Z_{\alpha/2}$ ใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ดังนั้น $Z_{\alpha/2} = 1.96$ และ d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนสมบูรณ โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ 10% ดังนั้น $d = 0.10$ p คือ ค่าสัดส่วนประชากรหรือค่าความชุกสรุปผลการคำนวณขนาดตัวอย่างน้อยที่สุดที่ต้องใช้ในการศึกษาคือ 96 คน ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับจำนวน 100 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยเริ่มเลือกอาสาสมัครซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาที่มารับบริการแก้ไขการพูด การกระตุ้นพัฒนาการ หรือบริการทางการแพทย์ที่หน่วยพัฒนาการเด็กและวัยรุ่น คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ผู้วิจัยเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัยหากผู้ดูแลเด็กสนใจและได้ให้คำยินยอมด้วยวาจา (verbal consent) จึงดำเนินการวิจัย

2. หลังจากนั้นผู้วิจัยบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับเด็กและผู้ดูแลเด็กโดยการสัมภาษณ์ตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปจากอาสาสมัคร

3. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามคุณภาพชีวิตมีจำนวนทั้งหมด 26 ข้อ ใช้เวลาในการตอบประมาณ 15 นาที โดยให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถามแบบอิสระ โดยทำที่ห้องประชุมหน่วยพัฒนาการเด็กและวัยรุ่น ในช่วงที่อาสาสมัครพาเด็กมารับบริการแก้ไขการพูด การกระตุ้นพัฒนาการ หรือบริการทางการแพทย์ ผู้วิจัยจะขอรับแบบสอบถามคืนโดยส่งคืนผู้วิจัยโดยตรงทันทีหลังจากทำแบบสอบถามเสร็จ ในกรณีที่อาสาสมัครอ่านหนังสือไม่ออก ผู้วิจัยเป็นผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดให้อาสาสมัครฟัง

4. หากอาสาสมัครตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนซึ่งมีผลต่อการแปลผล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลใหม่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ดูแลเด็ก ข้อมูลของเด็ก ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กทั้งปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ โรคที่ได้รับการวินิจฉัย การรับบริการออรรถบำบัด การรับบริการกระตุ้นพัฒนาการ ปัญหาด้านการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน ปัญหาด้านพฤติกรรม และสิทธิการรักษา และปัจจัยส่วนบุคคล

ได้แก่ ความสัมพันธ์กับเด็ก เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BREF-THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.65 WHOQOL- BREF-THAI เป็นข้อคำถามครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม มีทั้งหมด 26 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษามีความสัมพันธ์เป็นมารดาร์้อยละ 65 รองลงมาเป็นญาติ (เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา) ร้อยละ 18 โดยเป็นเพศหญิงร้อยละ 84 อายุเฉลี่ย 38.06 ± 10.67 เดือน โดยมีช่วงอายุ ≤ 40 ปี ร้อยละ 58 ผู้ดูแลเด็กจบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ปวช. ปวส. หรืออนุปริญญา ร้อยละ 55 ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน พ่อบ้าน หรือไม่ได้ทำงานมากที่สุด ร้อยละ 33 ผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษามีคามัธยฐานของรายได้ต่อเดือน 12,000 บาท (ค่าพิสัยควอไทล์ 0 - 20,000 บาท) ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 40 และไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 72 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1:

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับเด็ก		
บิดา	15	(15.0)
มารดา	65	(65.0)
ญาติ (เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา)	18	(18.0)
อื่นๆ (เช่น พี่เลี้ยง)	2	(2.0)
อายุ (ปี), ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
≤ 40 ปี	58	(58.0)
41 - 60 ปี	37	(37.0)
> 60 ปี	5	(5.0)
เพศ		
ชาย	16	(16.0)
หญิง	84	(84.0)
ระดับการศึกษา		
\leq ประถมศึกษา	16	(16.0)
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส./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)
โรคประจำตัว		
มี	28	(28.0)
ไม่มี	72	(72.0)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาเป็นเพศชายร้อยละ 59 อายุเฉลี่ย 3.96 ± 1.72 ปี โดยมีช่วงอายุ 2 - 4 ปีร้อยละ 68 ส่วนใหญ่เด็กได้รับการวินิจฉัยว่ามีความบกพร่องเฉพาะด้านภาษาร้อยละ 40 รองลงมาคือพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน และออทิสติก ร้อยละ 24 และ 24 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เด็กได้รับการ

การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในช่วง 3 เดือน ได้แก่ การแก้ไขการพูดมากถึงร้อยละ 86 โดยมีสิทธิการรักษา ได้แก่ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า, บัตรผู้พิการ, และเบิกจ่ายตรงร้อยละ 85 การช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันพบว่า เด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษามีปัญหาการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันร้อยละ 87 และด้านพฤติกรรมร้อยละ 46 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2:

ข้อมูลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	59	(59.0)
หญิง	41	(41.0)
อายุ (ปี), ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.96 ± 1.72	
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)
ความบกพร่องของสติปัญญา	8	(8.0)
ดาวน์ซินโดรม	4	(4.0)
วิธีการรักษาในช่วง 3 เดือน		
อรรถบำบัด	86	(86.0)
การกระตุ้นพัฒนาการ	38	(38.0)
สิทธิการรักษา		
ไม่มี (ชำระเงินเอง)	15	(15.0)
มี (บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า, บัตรผู้พิการ, เบิกจ่ายตรง)	85	(85.0)
การช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน		
ไม่มีปัญหา	13	(13.0)
มีปัญหา	87	(87.0)
ปัญหาด้านพฤติกรรม		
ไม่มีปัญหา	54	(54.0)
มีปัญหา	46	(46.0)

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีร้อยละ 51 และคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ อยู่ในระดับดีร้อยละ 51 และ 54 ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 51 และ 68 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา ได้แก่ เพศของผู้ดูแลเด็ก และการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันของเด็ก โดยพบว่าผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันมีคุณภาพชีวิตดีน้อยกว่าผู้ดูแลเด็กที่ไม่มีปัญหาดังกล่าว และผู้ดูแลเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีน้อยกว่าผู้ดูแลเพศหญิง (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษามีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีร้อยละ 51 แตกต่างกับการศึกษาของ Khoonrungsrisomboon⁴ และ Charatcharungkiat และ Wacharasindhu⁵ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลเด็กอยู่ในระดับปานกลางจากการศึกษาของ Rattaz และคณะ¹¹ พบว่าระดับความรุนแรงของโรคออทิสติกส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็ก จากผลการศึกษานี้อาจเป็นไปได้ว่าโรคที่เด็กได้รับการวินิจฉัยส่วนใหญ่เป็นเด็กที่มีความบกพร่องเฉพาะด้านภาษาร้อยละ 40 และผู้ดูแลเด็กกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมากกว่าผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาในกลุ่มอื่น ๆ ซึ่งเด็กที่มีความบกพร่องเฉพาะด้านภาษาจะมีปัญหาด้านภาษาเป็นหลัก¹² ในขณะที่กลุ่มอื่น ๆ เช่น พัฒนาการทางล่าช้ารอบด้าน จะมีปัญหาด้านภาษาที่เกี่ยวข้องกับด้านสติปัญญา โดยมีพัฒนาการล่าช้ามากกว่า 2 ด้าน¹³ ออทิสติกจะมีปัญหาด้านภาษา สังคม และพฤติกรรม¹⁴ ดังนั้นลักษณะของโรคและระดับความรุนแรงของโรคอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลเด็ก อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ไม่ได้วิเคราะห์เจาะจงในเรื่องระดับความรุนแรงของโรค รวมทั้งไม่ได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาในแต่ละกลุ่มอาการโรค ดังนั้นอนาคตจึงควรศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ตารางที่ 3:

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	คุณภาพชีวิตไม่ดี		คุณภาพชีวิตปานกลาง		คุณภาพชีวิตดี	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย	26.44	3.46	0	(0.0)	49	(49.0)	51	(51.0)
ด้านจิตใจ	23.00	3.10	0	(0.0)	46	(46.0)	54	(54.0)
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10.98	2.01	2	(2.0)	51	(51.0)	47	(47.0)
ด้านสิ่งแวดล้อม	27.58	4.65	1	(1.0)	68	(68.0)	31	(31.0)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	95.17	11.57	0	(0.0)	49	(49.0)	51	(51.0)

ตารางที่ 4:

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตโดยรวม				ค่า นัยสำคัญ ทางสถิติ*
	ไม่ดี/ปานกลาง		คุณภาพชีวิตดี		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ข้อมูลเด็ก					
เพศ					
ชาย	29	(49.2)	30	(50.8)	0.971
หญิง	20	(48.8)	21	(51.2)	
อายุ (ปี)					
2-4 ปี	33	(48.5)	35	(51.5)	0.891
5-7 ปี	16	(50.0)	16	(50.0)	
การวินิจฉัยโรค					
ความบกพร่องเฉพาะด้านภาษา	18	(45.0)	22	(55.0)	0.875
พัฒนาการล่าช้ารอบด้าน	12	(50.0)	12	(50.0)	
ออทิสติก	12	(50.0)	12	(50.0)	
ความบกพร่องของสติปัญญา	4	(50.0)	4	(50.0)	
ดาวน์ซินโดรม	3	(75.0)	1	(25.0)	
การรับบริการอรรถบำบัด					
ใช่	40	(46.5)	46	(53.5)	0.217
ไม่ใช่	9	(64.3)	5	(35.7)	
การรับบริการกระตุ้นพัฒนาการ					
ใช่	18	(47.4)	20	(52.6)	0.798
ไม่ใช่	31	(50.0)	31	(50.0)	
การช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน					
ไม่มีปัญหา	3	(23.1)	10	(76.9)	0.045
มีปัญหา	46	(52.9)	41	(47.1)	
ปัญหาด้านพฤติกรรม					
ไม่มีปัญหา	22	(40.7)	32	(59.3)	0.073
มีปัญหา	27	(58.7)	19	(41.3)	
สิทธิการรักษาของเด็ก					
ไม่มี (ชำระเงินเอง)	9	(60.0)	6	(40.0)	0.355
มี (บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า, บัตรผู้พิการ, เบิกจ่ายตรง)	40	(47.1)	45	(52.9)	

ตารางที่ 4:

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา (ต่อ)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตโดยรวม				ค่า นัยสำคัญ ทางสถิติ*
	ไม่ดี/ปานกลาง		คุณภาพชีวิตดี		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ข้อมูลของผู้ดูแล					
ความสัมพันธ์กับเด็ก					
บิดา	11	(73.3)	4	(26.7)	0.099
มารดา	29	(44.6)	36	(55.4)	
ญาติ (เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา)	9	(50.0)	9	(50.0)	
อื่นๆ (เช่น พี่เลี้ยง)	0	(0.0)	2	(100.0)	
เพศ					
ชาย	12	(75.0)	4	(25.0)	0.023
หญิง	37	(44.0)	47	(56.0)	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	9	(56.3)	7	(43.8)	0.580
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส./อนุปริญญา	28	(50.9)	27	(49.1)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	12	(41.4)	17	(58.6)	
อาชีพ					
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/บริษัทเอกชน	9	(32.1)	19	(67.9)	0.170
รับจ้าง/อาชีพอิสระ	14	(58.3)	10	(41.7)	
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	7	(46.7)	8	(53.3)	
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ไม่ได้ทำงาน	19	(57.6)	14	(42.4)	
รายได้ต่อเดือน (บาท), ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยควอไทล์)					
ไม่มีรายได้	18	(60.0)	12	(40.0)	0.101
≤15,000	21	(52.5)	19	(47.5)	
>15,000	10	(33.3)	20	(66.7)	
โรคประจำตัว					
มี	18	(64.3)	10	(35.7)	0.057
ไม่มี	31	(43.1)	41	(56.9)	

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

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษามีคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายและด้านจิตใจ อยู่ในระดับที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Charatcharungkiat และ Wacharasindhu⁵ พบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ดูแลเด็กในระดับดี โดยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช นอกจากนี้การศึกษาของ Khoonrungrisoromboon⁴ พบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ที่ไม่มีโรคประจำตัวมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว ซึ่งโรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็ก จากผลการศึกษานี้อาจเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 72 และมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว แสดงให้เห็นการไม่มีโรคหรือมีสุขภาพร่างกายที่ดี⁴ รวมทั้งมีสภาวะจิตใจที่ดีทำให้สามารถปรับตัวกับความเครียดที่เกิดจากการเลี้ยงดูเด็กได้⁵ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจของผู้ดูแลเด็ก

ส่วนคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Khoonrungrisoromboon⁴ และ Charatcharungkiat และ Wacharasindhu⁵ พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลเด็กอยู่ในระดับปานกลาง รวมทั้งการศึกษาของ Singh และคณะ⁶ และ Leung และคณะ⁷ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าอยู่ในระดับต่ำกว่าเมื่อเทียบกับผู้ดูแลเด็กทั่วไป จากผลการศึกษานี้อาจเป็นไปได้ว่าการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา ทำให้ผู้ดูแลหลักต้องเผชิญกับความรู้สึกวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นเกี่ยวกับอนาคตของตนเองและเด็ก⁶ รวมทั้งต้องทุ่มเททั้งเวลา พลังกาย และพลังใจ ส่งผลให้การใช้เวลาส่วนตัว การควบคุมเวลาหรือจัดระบบเวลาของตนเองน้อยลง⁷ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลเด็ก

อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ไม่ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ดูแลเด็กทั่วไปที่ไม่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา ซึ่งอาจช่วยให้เห็นความชัดเจนของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลเด็กโดยรวมและคุณภาพชีวิตรายด้านทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมมากยิ่งขึ้น ดังนั้นอนาคตจึงควรศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศของผู้ดูแลเด็ก พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา โดยเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีน้อยกว่าเพศหญิง แตกต่างกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Vasilopoulou และ Nisbet⁸ ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยส่วนใหญ่มารดาที่มีคุณภาพชีวิตดีน้อยกว่าบิดา จากผลการศึกษานี้เป็นที่น่าสนใจว่าบิดามีคุณภาพชีวิตดีน้อยกว่ามารดาร้อยละ 26.7 และ 55.4 ตามลำดับ จากการศึกษาของ Xiang และคณะ¹⁵ อธิบายว่าบทบาทบิดาหรือสามีในครอบครัวของสังคมจีนจะมีอำนาจมากกว่ามารดาหรือภรรยา อำนาจดังกล่าวนี้ไม่เพียงบ่งบอกว่าบิดาเป็นบุคคลสำคัญในครอบครัวจีนเท่านั้น แต่ยังบ่งบอกถึงความรับผิดชอบและหน้าที่ในครอบครัวเช่นกัน ดังนั้นบิดาจึงมักประสบกับความรับผิดชอบและความเครียดที่สูงที่มีต่อครอบครัวและเด็กที่มีความพิการ รวมทั้งบิดามีการแสดงบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลและพัฒนาบุตรมากขึ้น เช่นเดียวกับลักษณะของสังคมไทยในปัจจุบัน ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งโครงสร้างครอบครัวซึ่งมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น อาจทำให้บทบาทในการดูแลบุตรมีการเปลี่ยนแปลง¹⁶ จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเพศชายหรือบิดา อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตบิดาของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ามีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับมารดา¹⁷ ดังนั้นอนาคตจึงควรศึกษาเพิ่มเติมต่อไป อาจช่วยให้พบความชัดเจนมากขึ้น

ส่วนปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ การช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา สอดคล้องกับงานวิจัยของ Khoonrungrisoromboon⁴ ที่พบว่าความช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็ก นอกจากนี้ Leung และคณะ⁷ พบว่า เด็กที่มีความพิการในระดับรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลทางด้านร่างกายจากผู้ดูแลมากกว่าเด็กที่มีความพิการในระดับน้อยกว่า จากผลการศึกษานี้อาจเป็นไปได้ว่าในครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา เด็กกลุ่มนี้อาจมีอุปสรรคในการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษที่ต้องได้รับ

การรักษาและบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ต่าง ๆ เนื่องจากมีความพร้อมของพัฒนาการทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็ก เพราะจำเป็นต้องรับภาระดูแลเพิ่มขึ้นและต้องใช้ความอดทนสูง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กทั้งความเหนื่อยล้า ความเครียด เวลาส่วนตัวลดลง และค่าใช้จ่ายสูงขึ้น^{4,7,9} ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็ก

จากผลการศึกษานี้เป็นที่น่าสนใจว่าการรับบริการอรรถบำบัดไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา จากผลการศึกษานี้อาจเป็นไปได้ว่าเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาส่วนใหญ่ได้เข้ารับบริการอรรถบำบัดในช่วง 3 เดือนมากถึงร้อยละ 86 ซึ่งเด็กอาจมีระดับความรุนแรงของโรคน้อยถึงปานกลาง โดยทั่วไปเด็กที่มีความจำเป็นต้องได้รับการอรรถบำบัดเป็นประจำและบ่อยครั้งนั้นอยู่ในระดับรุนแรง¹⁸ อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ไม่ได้วิเคราะห์เจาะจงในเรื่องความถี่ของการรับบริการอรรถบำบัด อาจทำให้ไม่เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการรับบริการอรรถบำบัดที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก

การวิจัยครั้งนี้มีข้อดี คือ เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการทางภาษา โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF ซึ่งเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ ประการแรก คือ งานวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะประชากรผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาอายุระหว่าง 2-7 ปีที่มารับบริการที่หน่วยพัฒนาการเด็กและวัยรุ่น คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นการคัดเลือกเฉพาะผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาเป็นหลักและเป็นรอง ซึ่งมีความหลากหลายของอาการโรค (ความบกพร่องเฉพาะด้านภาษา พัฒนาการล่าช้ารอบด้าน ออทิสติก ความบกพร่องของสติปัญญา และดาวนซินโดรม) จึงไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาทั้งหมดได้ ประการที่สอง คือ งานวิจัยนี้ไม่ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ดูแลเด็กทั่วไปที่ไม่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาในบริบทเขตเมือง ซึ่งอาจช่วยให้เห็นความชัดเจน

ของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลเด็กมากยิ่งขึ้น ดังนั้นในอนาคตอาจศึกษาเฉพาะเจาะจงในผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาในแต่ละกลุ่มอาการโรค หรือควรมีการศึกษาเชิงทดลองเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลักของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษากับผู้ดูแลเด็กทั่วไป ประการสุดท้าย คือ ปัจจัยบางปัจจัยไม่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้อาจสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา เช่น ความเจ็บป่วยทางจิตเวชของผู้ดูแลหลัก ความพอเพียงของรายได้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

สรุป

ความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาในเด็กส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักโดยเฉพาะด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษานี้มีประโยชน์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อวางแผนการรักษาและให้การสนับสนุนที่เฉพาะเจาะจงแก่ผู้ดูแลเด็ก ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักของเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาสามารถนำมาใช้ร่วมกับกระบวนการรักษาของเด็ก เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุก ๆ ด้าน นอกจากนี้เมื่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กดีแล้ว อาจทำให้เด็กได้รับการดูแลที่ดีขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีของเด็กต่อไป

Conflict of Interest

ผู้วิจัยไม่มี conflict of interest

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ปกครองของเด็กที่หน่วยพัฒนาการเด็กและวัยรุ่น คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Collins EJ, Hogan TP, Desai H. Measurement of therapeutic response in schizophrenia: a critical survey. *Schizophrenia research* 1991; 5(3):249-53.

2. Orley J, Kuyken W. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: WHOQoL Group, editor. Quality of life assessment: International perspectives. Heidelberg:Springer; 1994. p. 41-57.
3. American Speech-Language-Hearing Association. Definitions of communication disorders and variations [Relevant Paper]. [cited 2020 Aug 2]. Available from: www.asha.org/policy
4. Khoonrungrisoromboon K. Quality of Life of Parents of Children with Delayed Development. Bullentin of Suanprung 2012; 28(1): 5-16.
5. Charatcharungkiat N, Wacharasindhu A. Quality of Life among Caregivers of Children with Autistic Spectrum Disorders and Associated Factors. J Psychiatr Assoc Thailand 2013; 58(3): 233-44.
6. Singh K, Kumar P, Kumar R, Chakarborti S. Quality of life among parents of children with intellectual disability. Journal of Disability Management and Rehabilitation 2017;2(1):13-7.
7. Leung CY, Li-Tsang CW. Quality of life of parents who have children with disabilities. Hong Kong J Occup Ther. 2003;13(1):19-24.
8. 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.
9. Wanliang T. Association between Quality of Life among Children with Autistic Spectrum Disorders and Depression in Caregivers. Reg 11 Med J 2015; 29(2):255-63.
10. Daniel WW. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. 6th ed. New York: John Wiley&Sons, Inc; 1995.
11. Rattaz C, Michelon C, Roeyers H, Baghdadli A. Quality of life in parents of young adults with ASD: EpiTED cohort. J Autism Dev Disord 2017;47(9):2826-37.
12. Leonard LB. Specific language impairment across languages. Child development perspectives 2014;8(1):1-5.
13. Majnemer A, Shevell MI. Diagnostic yield of the neurologic assessment of the developmentally delayed child. J Pediatr 1995;127(2):193-9.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). 5th ed. Washington, DC:American Psychiatric Publishing; 2013.
15. Xiang YT, Luk ES, Lai KY. Quality of life in parents of children with attention-deficit-hyperactivity disorder in Hong Kong. Aust N Z J Psychiatry 2009;43(8):731-8.
16. Office of Women's Affairs and Family Development. Analysis of Thai family in 2009 [Internet]. 2006 [cited 2021 February 15]. Available from: <http://www.women-family.go.th/family/document>.
17. Phares V, Lopez E, Fields S, Kamboukos D, Duhig AM. Are fathers involved in pediatric psychology research and treatment?. J Pediatr 2005;30(8):631-43.
18. 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.