

**ความต้องการการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการตามการรับรู้ของผู้ดูแล**  
**Health Care Need of Adolescents with Cerebral Palsy as Perceived by Caregiver**

บันติตา ทองบัวบาน (Bantita Tongbauban)\* ดร.สุพัฒน์นา ศักดิ์ชัญญานนท์ (Dr.Supattana Sakdisthanont)\*\*

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการตามการรับรู้ของผู้ดูแล ทำการศึกษาในผู้ดูแลของวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการจำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือความต้องการการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการตามการรับรู้ของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการทั้งหมดอยู่ในระดับมากมี (mean=3.69, SD = 0.64) รายด้านพบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการมีความต้องการในระดับมากมี 3 ด้าน คือด้านสติปัญญา (mean= 3.87, SD = 0.82) ด้านสังคม (mean=3.68, SD = 0.87) และด้านจิตใจ (mean= 3.67, SD = 0.92) ส่วนความต้องการการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการที่มีค่าคะแนนในระดับปานกลางในระดับปานกลางมี 2 ด้าน คือด้านร่างกาย (mean=3.63, SD = 0.89) และด้านจิตวิญญาณ (mean= 3.46, SD = 0.74)

**ABSTRACT**

This descriptive research was to study the health care needs of adolescents with cerebral palsy as perceived by caregivers. This study was conducted among 100 caregivers of adolescents with cerebral palsy. The research questionnaire was health care needs of adolescents with cerebral palsy according to caregiver perceptions. The data was analyzed by using frequency, percentage, mean and standard deviation. The results showed that the total score of health care needs was a high level (mean=3.69, SD = 0.64). Considering each aspect, there had three aspects of high level needs: the mental aspect (mean=3.87, SD = 0.82), the social aspect (mean=3.68, SD = 0.87), and the mental aspect (mean=3.67, SD = 0.92). Two aspects were moderate: the physical aspect (mean=3.63, SD = 0.89) and the spiritual aspect (mean=3.46 (SD = 0.74).

**คำสำคัญ:** วัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการ ความต้องการการดูแลสุขภาพ ผู้ดูแล

**Keywords:** Adolescents with cerebral palsy, Care needs, Caregivers

---

\*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## บทนำ

ภาวะสมองพิการ (Cerebral palsy; CP) ในเด็ก เป็นความผิดปกติของสมองส่วนกลางที่ควบคุมการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดความผิดปกติ ไม่สามารถควบคุมการทำงานของอวัยวะภายในร่างกายโดยเฉพาะการเคลื่อนไหว (ณัฐพรและสุรีย์ลักษณ์, 2561) ภาวะสมองพิการเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กมีความผิดปกติทางด้านร่างกายและสติปัญญา ซึ่งอุบัติการณ์ของเด็กสมองพิการในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีอัตราการเกิดในเด็กทุกช่วงวัยอยู่ในอัตรา 2-2.5 คนต่อเด็กเกิด 1,000 คน โดยอัตราความชุกของโรคสมองพิการในเด็กวัยร่น 1.6 คน ต่อ 1,000 คน (The Center for Children with Special Needs Seattle Children's Hospital, 2011) จากอุบัติการณ์ของเด็กสมองพิการในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีอัตราความชุกของเด็กสมองพิการ 1 ใน 323 คน (Shuster man, 2015) ทวีปเอเชียพบอัตราความชุก 3 คนต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน (Gaebler-Spira, 2016) ในประเทศไทยพบเด็กสมองพิการที่จดทะเบียน จำนวน 29,841 คนต่อประชากร 393,273 คน โดยพบว่าเด็กสมองพิการอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด จำนวน 12,019 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560; โรงเรียนศรีสังวาลย์ขอนแก่น, 2561) จากอัตราความชุกและอุบัติการณ์ที่พบทำให้เห็นว่าเด็กสมองพิการมีจำนวนมาก ซึ่งเด็กกลุ่มนี้หากไม่ได้รับการดูแลที่ดีย่อมนำไปสู่ปัญหาทางสังคมต่อไป

ภาวะสมองพิการเป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติของท่าทาง การทรงตัวและการเคลื่อนไหว (ไพรัช ประสงค์จีน และคณะ, 2553) พบว่าร้อยละ 25 ไม่ทราบสาเหตุการเกิดชัดเจน แต่ส่วนมากจะพบในช่วงที่เด็กมีการเจริญเติบโตของเซลล์สมอง คือในช่วงตั้งแต่ในครรภ์มารดาจนกระทั่งเด็กมีอายุ 7-8 ปี (สุรีย์ลักษณ์และคณะ, 2561) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะก่อนคลอด สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อระหว่างการตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน มารดาขาดสารอาหาร มารดามีโรคประจำตัว และความผิดปกติของสมองโดยกำเนิด ระยะระหว่างคลอดพบว่าสาเหตุเกิดจากการขาดออกซิเจนก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม การคลอดลำบาก มารดาได้รับยาระงับปวดขณะคลอด เช่น มอร์ฟีน หรือฉีดยาเข้าไขสันหลัง ทำให้ทารกเกิดความเสียหายที่สมองขาดออกซิเจนในระหว่างคลอด และระยะหลังคลอด ทารกมีสาเหตุการเกิดสมองพิการจากภาวะแทรกซ้อนของสมองขาดออกซิเจนหลังการผ่าตัด การวางยาสลบ อุบัติเหตุการจมน้ำ และการติดเชื้อที่เยื่อหุ้มสมอง ไขสันหลัง หรือเนื้อสมอง (สถาบันราชานุกูล, 2557) ภาวะสมองพิการส่งผลกระทบต่อเด็กในทุกๆด้าน

การเกิดสมองพิการส่งผลกระทบต่อเด็กในด้านร่างกาย การเคลื่อนไหว พบการเกร็งมากที่สุดร้อยละ 95.80 ปัญหาแทรกซ้อนจากการเกร็ง คือข้อยึดติด หลังคด สะโพกเคลื่อน และเกิดปัญหาการชัก (พรชัยและศรีนวล, 2559) เด็กสมองพิการมีปัญหาในการเคลื่อนไหว การบิดเคี้ยว กล้ามเนื้อปากอ่อนแรง การทำกิจวัตรประจำวันในการปฏิบัติกิจกรรม พยาบาล การเข้าช่วยเหลือ การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับเด็ก การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับเด็กสมองพิการ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ได้หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างมากร้อยละ 93.40 ในด้านกล้ามเนื้อเล็กและกล้ามเนื้อใหญ่ เดินไม่ได้ ใช้กายอุปกรณ์ (วิยดารัตน์ ธีรวัชร, 2562) ด้านสติปัญญาเกิดภาวะปัญญาอ่อน สมาริสน์ ออทิสติกและพัฒนาการล่าช้าสังคม ด้านสุขภาพพบว่าทุพโภชนาการ สายตา การได้ยิน ปากแห้งเพดานโหว่ การกลืนลำบาก เกิดการสำลักหรือไอ (กัญญาลักษณ์, 2557; พรชัยและศรีนวล, 2559) ในเด็กสมองพิการ ร้อยละ 59 มักมีประสบการณ์ในความปวด และความวิตกกังวลในความปวด (Yamaguchi et al., 2014)

ด้านจิตใจ อารมณ์ เด็กสมองพิการส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านควบคุมอารมณ์ ไม่สามารถปรับสภาพอารมณ์ให้เข้ากับสังคมกลุ่มเพื่อนได้ มีการตอบสนองทางอารมณ์ที่รุนแรง มีแนวโน้มที่จะเข้าสู่อารมณ์ซึมเศร้า และการเก็บกดความรู้สึกได้ง่าย มีอาการความอ่อนล้า การยอมแพ้ต่อโชคชะตา และการกังวลใจเมื่อมีอายุที่มากขึ้น (Wintels, Smits, Wesel, Verheijden, Ketelaar, 2018) จากการศึกษาของ Sigurdardottir, indrdavik, Gudmundsson, Vik (2010) โดยพบว่าร้อยละ 48 ของเด็กสมองพิการมีปัญหาในการควบคุมพฤติกรรมและร้อยละ 65 มีปัญหาในการควบคุมอารมณ์

ผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม ที่ดูแลเด็กที่มีภาวะสมองพิการ เช่น การป้อนอาหารเด็กมีความยากลำบาก ทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทางด้านร่างกาย เกิดความเหนื่อยล้า ปวดหลัง ปวดเอว ปวดไหล่ ปวดคอ ปวดเข่า ด้านอารมณ์ และจิตใจพบว่าผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล ความหงุดหงิด ความโกรธ และความเครียดขณะที่ดูแลเด็ก (กัญญาลักษณ์, 2557) จากการวิจัยของจันทิรา (2557) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมองพิการต่ำในทุกๆ ด้านโดยเฉพาะด้านจิตใจ และสัมพันธ์ภาพด้านสังคมต่ำกว่าด้านอื่น (จันทิรา หงส์พิพัฒน์, 2557) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Babaled (2013) ที่พบว่ามารดาที่ให้การดูแลเด็กสมองพิการ จะมีปัญหาด้านจิตใจ 3 อันดับแรก คือ 1) ด้านความอายที่มีบุตรภาวะสมองพิการ 2) ซึมเศร้า 3) พฤติกรรมก้าวร้าว นอกจากนี้ ยังพบว่าสัมพันธ์ภาพในบางครอบครัวมีความแตกแยกมากขึ้น แต่สำหรับบางครอบครัว สมาชิกเกิดความร่วมมือเห็นใจซึ่งกันและกันยิ่งขึ้น สำหรับการมีส่วนร่วมในสังคมพบว่าผู้ดูแลแยกตัวออกจากสังคม จากการรู้สึกอายที่เด็กในความดูแลมีความพิการ การที่ผู้ดูแลมีภาระต้องดูแลเด็กทำให้ไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมใดๆ ในสังคม จากการศึกษาของกัญญาลักษณ์ (2557) พบว่าการดูแลเด็กสมองพิการทำให้เกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ดูแลต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลเด็ก สูญเสียรายได้เข้าครอบครัวและหากผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน จำเป็นต้องจ้างคนอื่นมาดูแลแทนซึ่งมีค่าใช้จ่ายมากกว่าการเลี้ยงดูเด็กปกติ

แต่อย่างไรก็ตามเด็กสมองพิการย่อมได้รับการดูแลจากบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา หรือผู้ดูแล ซึ่งถึงว่าเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของเด็กสมองพิการ ผู้ที่จะให้ข้อมูลและความต้องการของเด็กสมองพิการใกล้เคียงกับความต้องการของเด็กมากที่สุดคือผู้ดูแลใกล้ชิดเด็กเพราะเป็นบุคคลที่เห็นถึงปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจของเด็กในตลอดทุกช่วงเวลาของการดูแลและที่เด็กแสดงออกมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Babanei (2013) ที่พบว่ามารดาให้ข้อมูลที่มีความสัมพันธ์ระดับสูงต่อพฤติกรรมการแสดงออกของเด็กสมองพิการ สะท้อนว่าบิดา มารดาและผู้ดูแลที่มีความใกล้ชิด ถือว่าเป็นบุคคลที่สำคัญในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับความต้องการของเด็กสมองพิการ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2020) ให้ความสำคัญของการดูแลสุขภาพเด็กสมองพิการ โดยเน้นเรื่องการดูแลสุขภาพครอบคลุมใน 5 ด้าน คือ 1) ภาวะสุขภาพทางกาย (physical health) 2) ภาวะสุขภาพจิตใจ - อารมณ์ (mental health) 3) ภาวะสุขภาพทางสังคม (social) 4) ภาวะสุขภาพด้านสติปัญญา (cognitive) และ 5) ภาวะสุขภาพด้านจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นให้เด็กได้รับการดูแลด้านภาวะสุขภาพตรงตามความต้องการของเด็กสมองพิการ แต่ละคนที่แตกต่างกัน ประเทศไทยเป็นสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ที่ต้องนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติ อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ามีกรรณานำหลักการดูแลสุขภาพขององค์การอนามัยโลกมาใช้เป็นกรอบในการศึกษาวิจัยมาก่อน

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของเด็กสมองพิการในประเทศไทยมาก่อน แต่พบว่ามีการศึกษาในต่างประเทศ เช่น Stevenson (2013) มีการศึกษาเกี่ยวกับการเจริญเติบโตและภาวะสุขภาพในเด็กสมองพิการในระยะที่มีความเจ็บป่วยปานกลางถึงรุนแรงพบว่าเด็กสมองพิการที่มีการเจริญเติบโตดี จะมีระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลน้อยและมีความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกว่าเด็กที่มีปัญหาภาวะสุขภาพมาก จากการศึกษา Rosenbaum (2007) ในวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการและมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กสมองพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีการศึกษาวิจัยภาวะสุขภาพของเด็กสมองพิการในประเทศไทยจำนวน 1 เรื่อง เป็นการศึกษาวิจัยที่ใช้การนวดแผนไทยเพื่อลดอาการเกร็งในวัยรุ่นเด็กสมองพิการ (Malila et al., 2015)

การดูแลเด็กที่มีภาวะสมองพิการมีการดูแลทั้งแบบในโรงพยาบาล และแบบที่มีการดูแลในชุมชน หรือการรับเข้ามาฝึกอบรมในโรงเรียนที่จัดการเรียนการสอนเฉพาะกลุ่มเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนเด็กสมองพิการมาก 1 ใน 3 ของประเทศไทย โดยพบว่าร้อยละ 49.3 เป็นเด็กสมองพิการที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่นคือ 10-19 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพของเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะ

สมองพิการ ผลจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จะทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจความต้องการการดูแลสุขภาพ และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของวัยรุ่นเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสมและตรงตามความต้องการ

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลในด้านสุขภาพของเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการตามการรับรู้ของผู้ดูแล

## วิธีการวิจัย

### 1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลที่ให้การดูแลวัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 10-19 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และมีภาวะสมองพิการที่เข้าเรียนที่โรงเรียนศรีสังวาลย์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2563 จำนวน 139 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นผู้ดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการ จำนวน 109 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดจากประชากร

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ผู้ดูแลอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ให้การดูแลเด็กที่มีภาวะสมองพิการอายุระหว่าง 10-19 ปี ที่เข้าเรียนในโรงเรียนศรีสังวาลย์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ยินดีและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ สามารถอ่านออกเขียนได้

จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 109 คน มีผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถามกลับมา จำนวน 100 คน (ร้อยละ 91.74) เนื่องจากมีแบบสอบถามถูกตีกลับโดยระบุว่าผู้รับเปลี่ยนที่อยู่ แบบสอบถามที่ได้กลับมาเพียงพอต่อการศึกษาวิจัย ในครั้งนี้ เนื่องจากมีจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของแบบสอบถามที่ส่งไป (บุญใจ, 2555)

### 1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### 1.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วยดังนี้

**ตอนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมีลักษณะคำถามปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการมีทั้งหมด จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ศาสนา จำนวนพี่น้อง ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว สิทธิการรักษา 2) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ความเกี่ยวข้อง จำนวนเด็กที่ดูแล รายได้ ระยะเวลาในการดูแลเด็ก ความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค

**ตอนที่ 2** แบบสอบถามความต้องการการดูแลสุขภาพของเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการตามการรับรู้ของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีทั้งหมด 24 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ให้ตอบด้วยตนเอง (Self-report) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่

ด้านความต้องการด้านร่างกาย	จำนวน	7	ข้อ
ด้านความต้องการการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ	จำนวน	3	ข้อ
ด้านความต้องการการดูแลสุขภาพด้านสังคม	จำนวน	4	ข้อ
ด้านความต้องการการดูแลสุขภาพด้านสติปัญญา	จำนวน	7	ข้อ
ด้านความต้องการการดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณ	จำนวน	3	ข้อ

โดยแบ่งความต้องการออกเป็น 5 ระดับ คือ

ไม่ต้องการการดูแล	=	0	คะแนน
ต้องการการดูแลน้อย	=	1	คะแนน
ต้องการการดูแลปานกลาง	=	2	คะแนน
ต้องการการดูแลมาก	=	3	คะแนน
ต้องการการดูแลมากที่สุด	=	4	คะแนน

การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีความต้องการการดูแลสุขภาพมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีความต้องการการดูแลสุขภาพน้อย ค่าคะแนนต่ำสุด 1 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุด 5 คะแนนการแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ

1.00 – 2.33 คะแนน หมายถึง มีความต้องการการดูแลสุขภาพน้อย

2.34 – 3.66 คะแนน หมายถึง มีความต้องการการดูแลสุขภาพปานกลาง

3.67 – 5.00 คะแนน หมายถึง มีความต้องการการดูแลสุขภาพมาก

### 1.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ดังนี้

1.3.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามความต้องการการดูแลสุขภาพของเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการตามการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ดังนี้

แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	1	คน
กุมารแพทย์ด้านระบบประสาทวิทยา	1	คน
กายภาพบำบัด	1	คน
ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก	1	คน
ผู้อำนวยการโรงเรียนศรีสังวาลย์ขอนแก่น	1	คน

หลังจากที่ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยมาคำนวณค่า ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา content validity index (CVI) จะต้องมีค่าตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2017) จึงจะยอมรับและนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ โดยใช้สูตรดังนี้ (Grant & Davis, 1997)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ได้รับความเห็นเป็นคะแนนระดับ 3 หรือ 4 จากผู้เชี่ยวชาญทุกคนเท่านั้น}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ในการวิจัยนี้คำนวณ CVI ได้เท่ากับ 1.00 (สง 3 รอบ)

1.3.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) หลังจากผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความต้องการการดูแลสุขภาพของเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการตามการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ที่ได้แก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน (นิทรา, 2560) ในโรงเรียนศรีสังวาลย์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ที่ไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการเก็บข้อมูลจริง จากนั้นนำผลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง ทั้งนี้ในเกณฑ์ในการตัดสินใจ คือ เครื่องมือต้องมีค่าตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป (รัตนศิริ, 2561) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ในการวิจัยนี้คำนวณค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.94

#### 1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1.4.1 เมื่อผ่านการรับรองจากสำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียนศรีสังวาลย์ขอนแก่น แนะนำตัวต่อผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง สร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยในครั้งนี้

1.4.2 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้อำนวยการโรงเรียนขอรายชื่อ ที่อยู่อาสาสมัครและทำหนังสืออนุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูล

1.4.3 เมื่อได้ข้อมูลที่อยู่ของอาสาสมัครแล้ว ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามและแบบชี้แจงอาสาสมัครทางไปรษณีย์ ซึ่งผู้วิจัยได้แนบของพร้อมอาการแสบตมภ์ และผู้วิจัยได้กรอรายละเอียดชื่อ ที่อยู่เพื่อให้อาสาสมัครส่งกลับมายังผู้วิจัย ในกรณีที่อาสาสมัครส่งแบบสอบถามกลับมาน้อย ผู้วิจัยขออนุญาตส่งแบบสอบถามซ้ำให้กับอาสาสมัครทุกคน หากท่านได้ส่งแบบสอบถามกลับมาก่อนหน้านี้ ไม่ต้องส่งกลับเป็นครั้งที่ 2

1.4.4 วิจัยได้ส่งของที่ระลึกมูลค่า 50 บาทมาพร้อมแบบสอบถามทางไปรษณีย์ (ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น)

1.4.5 ผู้วิจัยได้เก็บแบบสอบถามทั้งหมดลงกล่องเพื่อความปลอดภัยของข้อมูล โดยผู้วิจัยสามารถเปิดกล่องได้คนเดียวเพื่อเป็นการรักษาความลับ

#### 1.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมาจัดระเบียบและวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1.5.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและของเด็กที่มีภาวะสมองพิการ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.5.2 แบบสอบถามความต้องการการดูแลสุขภาพของเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการตามการรับรู้ของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### ผลการวิจัย

#### ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการ

วัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 60.00 (60 คน) อายุเฉลี่ย 15.04 ปี (SD = 2.83) อายุต่ำสุด 10 ปี อายุสูงสุด 19 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 14-16 ปีร้อยละ 36.00 (36 คน) และช่วงอายุ 17-19 ปี ร้อยละ 36.00 (36 คน) มีน้ำหนักเฉลี่ย 40.22 กิโลกรัม (SD = 9.20) น้ำหนักต่ำสุด 16 กิโลกรัม น้ำหนักสูงสุด 55 กิโลกรัม มีส่วนสูงเฉลี่ย 142.14 เซนติเมตร (SD = 11.94) ส่วนสูงต่ำสุด 110 เซนติเมตร ส่วนสูงสูงสุด 162 เซนติเมตร ส่วนใหญ่มีพี่น้อง 2 คนร้อยละ 38.00 (38 คน) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ มีวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน (ระยะเวลาเจ็บป่วย 19 ปี) ร้อยละ 11.00 (11 คน) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร่วมด้วยร้อยละ 59.00 (59 คน) สิทธิบัตรการรักษาเป็นบัตรคนพิการร้อยละ 89.00 (89 คน)

#### ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการ

ผู้ดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการจำนวน 100 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.00 (78 คน) อายุเฉลี่ย 46.67 ปี (SD= 9.74) อายุต่ำสุด 27 ปี อายุสูงสุด 69 ปี ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับวัยรุ่น ส่วนใหญ่เป็นมารดาร้อยละ 55.00 (55 คน) รองลงมาคือบิดา ร้อยละ 21.00 (21 คน) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลวัยรุ่น 1 คน ร้อยละ 48.00



(48 คน) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวในช่วงต่ำกว่า 5,000 บาทร้อยละ 39.00 (39 คน) รายได้ต่ำสุด 600 บาท/เดือน สูงสุด 42,000 บาท/เดือน ระยะเวลาในการดูแลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 15- 20 ปี ร้อยละ 45.00 (45 คน) ส่วนใหญ่ผู้ดูแลคิดว่าวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 55.00 (55 คน)

#### **ความต้องการการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการ**

ค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการทั้งฉบับเท่ากับ 3.69 (SD= 0.64) การแปลผลอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านโดยแบ่งเป็น 5 ด้านพบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการมีความต้องการการดูแลสุขภาพในระดับมากจำนวน 3 ด้าน คือ ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสติปัญญา มีรายละเอียดดังนี้

ความต้องการการดูแลสุขภาพด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 (SD = 0.92 ) การแปลผลอยู่ในระดับมาก โดยพบความต้องการการดูแลสุขภาพรายข้อ จากจำนวนมากไปหาน้อย 3 ข้อแรก ดังนี้ เมื่อวัยรุ่นเกิดอาการเครียด ร้อยละ 35.00 (35 คน) รองลงมาคือการดูแลที่วัยรุ่นต้องควบคุมอารมณ์ตัวเองร้อยละ 25.00 (25 คน) การให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นเมื่อมีอารมณ์หงุดหงิดง่ายร้อยละ 19.00 (19 คน)

ความต้องการการดูแลสุขภาพด้านสังคมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.68 (SD =0.87) การแปลผลอยู่ในระดับมาก โดยพบความต้องการการดูแลสุขภาพรายข้อ จากจำนวนมากไปหาน้อย 3 ข้อแรก ดังนี้ การอยู่ท่ามกลางคนแปลกหน้าร้อยละ 27.00 (27 คน) การทำกิจกรรมร่วมกับสังคมร้อยละ 24.00 (24 คน) การฝึกการเข้าสังคมร้อยละ 23.00 (23 คน)

ความต้องการการดูแลสุขภาพด้านสติปัญญา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 (SD =0.82) การแปลผลอยู่ในระดับมาก โดยพบความต้องการการดูแลสุขภาพรายข้อ จากจำนวนมากไปหาน้อย 3 ข้อแรก ดังนี้ การคิดคำนวณตัวเลขร้อยละ 44.00 (44 คน) การสื่อสารและเข้าใจความหมายร้อยละ 40.00 (40 คน) การขอความช่วยเหลือร้อยละ 35.00 (35 คน) และการเลือกกิจกรรมที่มีผลดีต่อสุขภาพร้อยละ 35.00 (35 คน)

วัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการมีความต้องการการดูแลสุขภาพในระดับปานกลางจำนวน 2 ด้าน คือ ด้านร่างกาย และด้านจิตวิญญาณ มีรายละเอียดดังนี้

ความต้องการด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 (SD = 0.89) การแปลผลอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบความต้องการการดูแลสุขภาพรายข้อ จากจำนวนมากไปหาน้อย 3 ข้อแรก ดังนี้ การเดินทางร้อยละ 33.00 (33 คน) รองลงมาคือการรับประทานอาหาร /การดื่มน้ำร้อยละ 32.00 (32 คน) การอาบน้ำ /ทำความสะอาดร่างกายร้อยละ 31.00 (31 คน)

ความต้องการการดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 (SD=0.74) การแปลผลอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบความต้องการการดูแลสุขภาพรายข้อ จากจำนวนมากไปหาน้อย 3 ข้อแรก ดังนี้ ทำกิจกรรมทางศาสนา เช่น ทำบุญ ใส่บาตร ไหว้พระร้อยละ 19.00 (19 คน) อยากให้ผู้ดูแลมาอยู่ด้วยตลอดเวลาร้อยละ 12.00 (12 คน) เมื่อเจ็บป่วยวัยรุ่นต้องการที่พึ่งทางใจ เช่น สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือร้อยละ 10.00 (10 คน)

#### **อภิปรายและสรุปผลการวิจัย**

ข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการ ผลการวิจัยพบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 60.00 อธิบายได้ว่าเด็กสมองพิการพบมากในเด็กวัยรุ่นเพศชายใกล้เคียงกับงานวิจัยของ Casseus (2021) ที่ศึกษาพบว่าเด็กที่มีภาวะสมองพิการพบในเพศชายมากที่สุดร้อยละ 60.40 การศึกษานี้พบว่าอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 15.04 ปี อยู่ในช่วงอายุ 14-16 ปี มากที่สุด ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยของ Casseus (2021) ที่พบว่าเด็กที่มีภาวะสมองพิการพบมากในช่วงอายุ 13-17 ปี ซึ่งเป็นเด็กวัยรุ่นระยะต้นและระยะกลาง ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (2020) เด็กวัยนี้เป็นวัยที่มีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและวุฒิภาวะในการย่างเข้าสู่ผู้ใหญ่ การเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพและการศึกษามากขึ้น เด็กในวัยนี้เป็นวัยที่พร้อมจะเป็นผู้ใหญ่ พร้อมกับการเริ่มที่จะตัดสินใจ มีการคิดวิเคราะห์ด้วยตนเอง (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2557) มี

ความสามารถในการดูแลตนเองได้ระดับหนึ่ง บิดามารดาหรือผู้ปกครองมีความไว้วางใจในการเข้าสู่สังคมมากขึ้น ซึ่งแตกต่างจากเด็กวัยเรียนที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและการศึกษาได้เต็มที่ การวิจัยนี้พบว่าเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการมีน้ำหนักเฉลี่ย 40.22 กิโลกรัม พบมากที่สุดอยู่ในช่วง 39-47 กิโลกรัมร้อยละ 39.00 ซึ่งพบว่าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ เมื่อเทียบกับเกณฑ์ของเด็กปกติที่มีอายุในช่วงนี้ควรมีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 48-56 กิโลกรัม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุรางคณา (2559) พบว่าเด็กที่มีภาวะสมองพิการมีภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 38.60 อาจเนื่องจากปัญหาของการเตรียมและการป้อนอาหารของผู้ดูแล และจากภาวะสุขภาพของเด็กสมองพิการทางด้านร่างกายที่มักจะมีพบว่ามี ความผิดปกติของการรับประทานอาหาร การกลืนน้ำลาย และการบดเคี้ยว (กัญญาลักษณ์, 2557)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการ ผลการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.00 ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับส่วนใหญ่เป็นมารดา อธิบายได้ว่าเนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตรมีความผูกพันมากกว่าบุคคลอื่น เพราะเด็กที่มีภาวะสมองพิการเป็นเด็กที่จะต้องมีการเลี้ยงดูที่ใช้วิธีพิเศษแตกต่างไปจากเด็กปกติ ไม่ว่าจะเป็นการเรียนการสอน การใช้ชีวิต เนื่องจากมีข้อจำกัดของร่างกาย ผู้ดูแลจะต้องใช้ความพยายาม ความรักและความอดทนในการดูแลเลี้ยงดูเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐธิดา และคณะ (2562) พบว่าผู้ดูแลเด็กสมองพิการส่วนใหญ่เป็นมารดา ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลเด็กมีฐานะค่อนข้างยากจน โดยมีรายได้ต่ำสุดอยู่ที่ 600 บาทต่อเดือน รายได้ครอบครัวเฉลี่ยอยู่ที่ 8,613 บาท ต่ำกว่าค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำ 300 บาทต่อวัน (เฉลี่ย 9,000 บาทต่อเดือน) ตามประกาศของคณะกรรมการค่าจ้าง เรื่องอัตราค่าจ้างขั้นต่ำ (ฉบับที่ 10) ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของณัฐธิดา และคณะ (2562) ที่พบว่ารายได้เฉลี่ยของครอบครัวผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะสมองพิการมีรายได้เฉลี่ย 16,666.67 บาทต่อครอบครัว ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลในต่างจังหวัด (เช่น ขอนแก่น หนองบัวลำภู เลย เป็นต้น) ในขณะที่การศึกษาของณัฐธิดา และคณะ (2562) เป็นการเก็บข้อมูลในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีภาวะเศรษฐกิจสูงกว่าในส่วนภูมิภาค

ค่าคะแนนเฉลี่ยของความต้องการการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการทั้งฉบับเท่ากับ 3.69 การแปลผลอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่าเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการมีความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้น้อย มีความต้องการพึ่งพาคนอื่นในการทำกิจกรรมมาก จากข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการพบว่ามีพี่น้อง 2 คนร้อยละ 38.00 เป็นลูกคนโต ร้อยละ 51 ต้องได้รับการดูแลตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน และมีโรคประจำตัวคือโรคลมชัก ร้อยละ 59 เนื่องจากเด็กที่มีภาวะสมองพิการต้องได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ โดยการอาศัยผู้ดูแลช่วยแต่จากการที่เด็กที่มีภาวะสมองพิการเป็นลูกคนโตและมีพี่น้อง ทำให้มารดาบิดาต้องแบ่งเวลาและการดูแลไปให้พี่น้องคนอื่นด้วย เด็กจึงมีความต้องการการดูแลมากขึ้น (ดารณีและไพฑูริย์, 2559) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Solanke (2017) ที่ศึกษาเด็กสมองพิการมีความต้องการการดูแลสุขภาพในระดับสูงโดยเฉพาะการควบคุมเคลื่อนไหว ความคล่องตัวและอุปกรณ์ ความต้องการในการจัดการความปวด ปัญหาของกระดูกและข้อ การพูด ความต้องการโดยเฉพาะการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวันและการรักษาพยาบาล ความต้องการการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน และเมื่อเปรียบเทียบกับของเด็กปกติพบว่าเด็กที่มีภาวะสมองพิการมีความต้องการมากกว่าทั้งในด้านของภาวะสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย ของวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการตามการรับรู้ของผู้ดูแล มีค่าคะแนนเฉลี่ยของรายด้านเท่ากับ 3.63 (SD = 0.89) การแปลผลอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าภาวะสมองพิการเป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติของท่าทาง การทรงตัวและการเคลื่อนไหว (ไพรัช และคณะ, 2553) พบว่าร้อยละ 25 ไม่ทราบสาเหตุการเกิดชัดเจน แต่ส่วนมากจะพบในช่วงที่เด็กมีการเจริญเติบโตของเซลล์สมองทำให้เกิดผลต่อเนื่องมาจนกระทั่งวัยรุ่น (สุรีย์ลักษณ์ และคณะ, 2561) จึงทำให้วัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการมีความต้องการการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกาย



เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการมีความต้องการสูงในด้านการรับประทานอาหาร/การดื่มน้ำ ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 (SD = 1.14) มีระดับความต้องการการดูแลมากที่สุดร้อยละ 32 อธิบายได้ว่าวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและความคล่องตัวในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 96 ประกอบกับพยาธิสภาพของวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการที่มีความผิดปกติของสมองส่วนกลางทำให้การควบคุมร่างกายและอวัยวะได้ไม่ปกติ ทำให้วัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการมีความต้องการการดูแลด้านการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกัญญาลักษณ์ (2557) ที่พบว่า ปัญหาที่พบในความยากลำบากของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่มีภาวะสมองพิการคือการป้อนอาหารและการดื่มน้ำ ร้อยละ 35 ผลการวิจัยยังพบว่าความต้องการด้านร่างกายในข้อของการอาบน้ำและทำความสะอาดร่างกาย ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.78 (SD = 1.12) มีระดับการดูแลมากที่สุด ร้อยละ 31 อธิบายได้ว่าวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการมองเห็น ร้อยละ 84 ทำให้วัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน เช่นการอาบน้ำได้อย่างเต็มที่ ประกอบกับวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการบางรายมีปัญหาของกระดูกและกล้ามเนื้อทำงานได้ไม่สมดุล โดยเฉพาะ quadriplegia ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของทมลลา และคณะ (2557) ที่พบว่าปัญหาความต้องการการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การอาบน้ำ แต่งตัว การแปรงฟัน เป็นต้น

ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ ของวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการตามการรับรู้ของผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยของรายด้านเท่ากับ 3.46 (SD = 0.74) การแปลผลอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการส่วนใหญ่เป็นบุตรคนโต (ร้อยละ 51) โดยธรรมชาติบุตรคนโตมักได้รับความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่จากบิดา มารดา หรือ ญาติพี่น้องในครอบครัว จึงทำให้วัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการมีความต้องการการดูแลสุขภาพด้านจิตใจเพียงในระดับปานกลาง ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยของ Muhit (2019) ที่พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการที่ได้รับการประเมินสุขภาพจิตมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แต่อย่างไรก็ตามงานวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินความต้องการดูแลสุขภาพด้านจิตใจแตกต่างจากงานวิจัยของ Muhit (2019)

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการมีความต้องการด้านจิตใจในการจัดการความเครียดสูงที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 (SD = 1.09) อธิบายได้ว่า วัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่ง่าย เนื่องจากฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อร่วมกับสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ยังเจริญไม่เต็มที่ ขาดความยั่งยืน หุนหันพลันแล่น ขาดการไตร่ตรองที่รอบคอบ อารมณ์จะแปรปรวน โกรธง่าย หงุดหงิดง่าย บางคนอาจมีอาการซึมเศร้าโดยไม่มีสาเหตุ การพัฒนา self-esteem ค่อนข้างสูงกว่าวัยอื่นๆ เพราะมีการพัฒนาความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง มีการเปรียบเทียบกับคนอื่นในสังคม มีการคิด เข้าใจ เรียนรู้ ตัดสินใจ แก้ปัญหาด้วยตัวเอง (Piaget, 1969) สอดคล้องกับเอกสารงานวิชาการของมูลนิธิเพื่อเด็กพิการ (2558) การดูแลให้กำลังใจแก่วัยรุ่นที่มีภาวะพิการ เนื่องจากวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการมักจะมีอาการเครียดจากร่างกายที่ผิดปกติ โดยพ่อแม่ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญกับการพัฒนาการด้านอารมณ์ของวัยรุ่น

ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการการดูแลสุขภาพด้านสังคม ของวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการตามการรับรู้ของผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยของรายด้านเท่ากับ 3.68 (SD = 0.87) การแปลผลอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่าวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการเป็นช่วงวัยที่ต้องเข้าสังคม ตามแนวคิดของ ฟรอยด์ เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่จะคบเพื่อน นิสยคล้ายกัน เริ่มที่จะต้องออกไปใช้ชีวิตนอกบ้านและแสวงหาสิ่งที่ตนเองต้องการ การติดต่อกับเพื่อนใหม่ทำให้ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทำกิจกรรมร่วมกัน เริ่มมีการคบกับเพศตรงข้ามและเริ่มมีความรู้สึกของการคบหากัน ซึ่งช่วยให้วัยรุ่นวัยนี้รู้สึกว่าคุณค่า ช่วยพัฒนาบุคลิกภาพ มีความมั่นใจในตนเอง รู้จักการทำตามกฎเกณฑ์และระเบียบทางสังคม มีกิจกรรมร่วมกับคนอื่นมากขึ้น เพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสังคม สามารถดำเนินชีวิตต่อไป

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการมีความต้องการการทำกิจกรรมร่วมกับสังคม มีค่าคะแนนเฉลี่ยของรายข้อเท่ากับ 3.74 (SD = 0.95) การแปลผลอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่าวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการในการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ย 15.04 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ มีความต้องการเป็นตัวของตัวเอง ต้องการเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองพิการ ทำให้ขาดโอกาสในการทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยของ Dababneb (2013) ที่พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการมีความต้องการด้านพฤติกรรมทางด้านสังคมในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากงานวิจัยของ Dababneb (2013) ศึกษาในเด็กอายุน้อยกว่าการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งทำให้ความต้องการการเข้าสังคมของกลุ่มตัวอย่างจึงอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการการดูแลสุขภาพด้านสติปัญญา ของวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการตามการรับรู้ของผู้ดูแล มีค่าคะแนนเฉลี่ยของรายข้อเท่ากับ 3.87 (SD = 0.82) การแปลผลอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า วัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการจากการศึกษาในครั้งนี้ มีโรคประจำตัวนอกเหนือจากโรคสมองพิการ คือ โรคลมชัก ร้อยละ 59 ซึ่งอาจจะส่งผลให้วัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ มีปัญหาด้านการมองเห็น ร้อยละ 16 มีปัญหาด้านการได้ยิน ร้อยละ 2 มีปัญหาด้านการสื่อสารและการพูด ร้อยละ 60 ส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการในด้านสติปัญญา สอดคล้องกับงานวิจัยของสายานี (2562) พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการ 2 ใน 3 จะเรียนรู้ได้ช้า มีภาวะปัญญาอ่อน สติปัญญาน้อยกว่าปกติ

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการมีความต้องการในการสื่อสารและเข้าใจความหมาย มีค่าคะแนนเฉลี่ยของรายข้อเท่ากับ 4.00 (SD = 0.95) การแปลผลอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า วัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการเนื่องจากความผิดปกติของสมองส่วนกลางที่ควบคุมการได้ยิน และสื่อความหมายของร่างกาย ซึ่งจากงานวิจัยครั้งนี้ก็พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการมีปัญหาของด้านการสื่อสาร การพูด การมองเห็น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาพร (2562) ที่พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการมีปัญหาในเรื่องของการสื่อสาร การพูดอยู่ในระดับมาก

ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการการดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณของวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการตามการรับรู้ของผู้ดูแล มีค่าคะแนนเฉลี่ยของรายข้อเท่ากับ 3.46 (SD = 0.74) การแปลผลอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า วัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการตามทฤษฎีพัฒนาการทางด้านจิตวิญญาณของ Fowler (1981) กล่าวว่าเป็นวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการ มีความคิดเป็นของตนเอง มีการใช้สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจกับบางสิ่ง บางอย่างเท่านั้น และจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ คือสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 52 เนื่องจากในสังคมไทยส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือกัน จึงทำให้วัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการมีความต้องการในด้านจิตวิญญาณในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการมีความต้องการในการทำกิจกรรมทางศาสนา เช่น ทำบุญ ใส่บาตร ไหว้พระ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของรายข้อเท่ากับ 3.74 (SD = 0.91) การแปลผลอยู่ในระดับมาก เนื่องจากสังคมวัฒนธรรมของคนไทยนับถือศาสนาพุทธ จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการมีความเชื่อตามหลักคำสอนและการปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนา ร้อยละ 100 จึงทำให้วัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการมีความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Baldwin (2015) ที่ศึกษาในประเทศแคนาดา พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการส่วนใหญ่ต้องการแหล่งพึ่งพิงทางใจ ใช้หลักของศาสนา ใช้การสวดมนต์ การฝึกสมาธิ เป็นที่พึ่งทางใจเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความต้องการการดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณ ซึ่งมีทั้งหมด 3 ข้อ มีที่อยู่ในระดับมากเพียง 1 ข้อ ส่วนที่เหลืออีก 2 ข้อพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง จึงทำให้ระดับคะแนนในภาพรวมของความ ต้องการการดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะสมองพิการทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาคั้งนี้ ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยคั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

- กัญญาลักษณ์ ณ รัชชี. เสี่ยงสะท้อนจากผู้ดูแลหลัก: ประสบการณ์การเตรียมและป้อนอาหารแก่เด็กสมองพิการ. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*. 2557; 14(4), 589-597.
- จันทิรา หงส์พิพัฒน์. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพจิตระหว่างผู้ดูแลเด็กสมองพิการและผู้ดูแลเด็กปกติ. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*. 2557; 29(3): 139-148.
- ชมลา บุญกาญจน์, ดารณี ศักดิ์ศิริผล, ไพฑูรย์ โพธิสา. รูปแบบการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาทักษะการช่วยเหลือตนเองสำหรับเด็กสมองพิการ. 2557; 17(1): 1-15.
- ณัฐธิดา ปัญญาธนคุณ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการ ของญาติผู้ดูแลในกรุงเทพมหานคร. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*. 2562; 6(1): 5-18.
- บุญใจ ศรีสถิตยรรณการ. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตติ การวัดเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
- พรชัย งามธนวัฒน์, ศรีนิล ชวศิริ. การศึกษาระบาดวิทยาในผู้ป่วยเด็ก ที่มารับการรักษาที่ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. *เวชศาสตร์ฟื้นฟู*; 2559; 26(1): 31-37.
- ไพรัช ประสงค์จีน และคณะ. (บรรณาธิการ). โรคเด็กสมองพิการ (cerebral palsy). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
- โรงเรียนศรีสังวาลย์ขอนแก่น. รายงานประจำปีของสถานศึกษา (SAR) ปีการศึกษา 2561. [ออนไลน์] 2561 [อ้างเมื่อ 28 มีนาคม 2563]. จาก <http://www.srisangwankhonkaen.ac.th/swkk/th/node/145>.
- วิทยารัตน์ ชีรวรวัชร. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการเผชิญปัญหากับความผาสุกในครอบครัวของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2562; 27(3): 145-158.
- สถาบันราชานุกูล. เด็กสมองพิการ. [ออนไลน์] 2557 [อ้างเมื่อ 12 เมษายน 2563]. จาก <https://th.rajanakul.go.th>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. แถลงผล การสำรวจความพิการ พ.ศ.2560. [ออนไลน์] 2560 [อ้างเมื่อ 12 เมษายน 2563]. จาก <http://www.nso.go.th>.
- Bolger A, Vargus-Adams J, McMahan M. Transition of care in adolescents with cerebral palsy: A survey of current practices. *Phys Med Rehab*. 2017; 9: 258-264.
- Brown HK, Ouellette-Kuntz H, Hunter D, Kelley E, Cobigo V. Unmet needs of families of school-aged children with an autism spectrum disorder. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2012; 25: 497-508.
- Dababneh KAH. The socio-emotional behavioural problems of children with cerebral palsy according to their parents' perspectives. *International Journal of Adolescence and Youth*. 2013; 18(2): 85-104.

- Janette McDougall, David J, DeWit F. Virginia Wright. Social anxiety symptoms among youth with chronic health conditions: trajectories and related factors. *Disability and Rehabilitation*. 2020; 42:23: 3293-3305.
- Solanke F, Colver A, McConachie H. Are the health needs of young people with cerebral palsy met during transition from child to adult health care? *Child Care Health Dev*. 2018; 44: 355-363.
- Sonneveld HM, Strating MM, Van Staa AL, Nieboer AP. Gaps in transitional care: What are the perceptions of adolescents, parents and providers? *Child: Care, Health and Development*. 2013; 39: 69-80.
- Horridge K, Tennant PW, Balu R, Rankin J. Variation in health care for children and young people with cerebral palsies: A retrospective multicentre audit study. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2015; 57: 844-851.
- Jackson KE, Krishnaswami S, Mcpheeters M. Unmet health care needs in children with cerebral palsy: A cross-sectional study. *Research in Developmental Disabilities*. 2011; 32: 2714-2723.
- Tan SH. Unmet health care service needs of children with disabilities in Penang, Malaysia. *Asia-Pacific Journal of Public Health*. 2015; 27: 41S-51S.