

พฤติกรรมสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของวัยรุ่นเรื้อรัง*

ภาวนา บุญมุสิก พยม.**

ปริญญ์กุล รัชกุล ปร.ด.(พยาบาลศาสตร์)***

ศิริพร ชัมภลิต ปร.ด (การพยาบาลเด็ก)****

บทคัดย่อ: การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพระหว่างวัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิและที่พำนักชั่วคราวตามทีสาธารณะ กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นเรื้อรังอายุ 13 - 18 ปี กลุ่มละ 45 คน เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์และวิธีบอกต่อ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและแบบสอบถามความต้องการการดูแลสุขภาพ ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา 0.88 และได้ค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha) เท่ากับ 0.93 และ 0.73 ตามลำดับ วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Mann-Whitney's U Test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง โดยวัยรุ่นในมูลนิธิมีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลางไปทางระดับดี ขณะที่วัยรุ่นที่พำนักในที่สาธารณะมีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลางไปทางระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมสุขภาพรายด้าน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน ของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับความต้องการการดูแลสุขภาพโดยรวมมีระดับที่แตกต่างกัน โดยเด็กในมูลนิธิมีความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด ขณะที่เด็กตามทีสาธารณะมีความต้องการอยู่ในระดับมาก และพบว่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลด้านสุขภาพโดยรวมและจำแนกรายด้านของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้คือ บุคลากรทีมสุขภาพ หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลด้านสุขภาพของ เด็กเรื้อรัง ควรให้ความสำคัญกับเด็กเรื้อรังเช่นเดียวกับเด็กกลุ่มอื่นๆ ที่อยู่ในวัยเดียวกัน ควรมีการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพเพื่อช่วยให้เด็กกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26(ฉบับพิเศษ) 81-94

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ ความต้องการการดูแลสุขภาพ วัยรุ่นเรื้อรัง

*วิทยานิพนธ์

**อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

“เด็ก” เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับการพัฒนาประเทศมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน แต่ในความเป็นจริงเด็กทุกคนไม่ได้เป็นเช่นนั้น ปัจจุบันยังมีเด็กที่ถูกละเลย และถูกจัดให้เป็นเด็กเรื้อรัง ในปี ค.ศ.1993 องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของเด็กเรื้อรังไว้ว่า เป็นเด็กที่ไม่มีบิดามารดาหรือผู้ปกครอง หรือมีแต่ไม่เลี้ยงดูหรือไม่สามารถเลี้ยงดูได้ จนเป็นเหตุให้เด็กต้องเรื้อรังไปในที่ต่างๆ และรวมไปถึงเด็กถูกทอดทิ้ง เด็กอ่อนในสลัม เด็กก่อสร้าง แรงงานเด็ก โสเภณีเด็ก เด็กขอทาน เด็กกองขยะ เด็กเถื่อน เด็กลูกชาเล้ง เด็กผิดเพศ เด็กติดยา เด็กถูกข่มขืน เด็กถูกทารุณ และเด็กพิการ ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลตัวเลขจำนวนเด็กเรื้อรังในประเทศไทยที่ชัดเจน เนื่องจากยังไม่มี การเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ ประกอบกับลักษณะเฉพาะของเด็กเรื้อรัง คือจะมีที่อยู่อาศัยและแหล่งประกอบอาชีพไม่มั่นคงแน่นอนจึงยากแก่การติดตาม¹ จากรายงานการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาดูแลเด็กยากจนและเด็กด้อยโอกาส 3 ปี (2549 - 2551) คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าปัจจุบันมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 20,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น²

สาเหตุที่ทำให้เด็กออกมาเรื้อรังอาจมีเพียงสาเหตุเดียวหรือมากกว่าหนึ่งสาเหตุ โดยสาเหตุหลักที่ทำให้เด็กกลายมาเป็นเด็กเรื้อรัง คือ สาเหตุจากครอบครัว รองลงมาคือสาเหตุจากโรงเรียน สาเหตุจากสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจ และสาเหตุจากตัวเด็กเอง จนกระทั่งต้องออกจากบ้านมาและกลายไปเป็นเด็กเรื้อรังในที่สุด^{2,3,4} เด็กเรื้อรังทั้งที่พำนักอาศัยชั่วคราวตามที่สาธารณะต่างๆ และเด็กเรื้อรังที่พำนักอาศัยชั่วคราวในมูลนิธิ ต่างเกิดปัญหาและ

ผลกระทบหลายด้านทั้งในด้านการศึกษา ส่งผลให้ขาดโอกาสในการเรียนรู้เช่นเดียวกับเด็กวัยเดียวกัน ด้านสังคมและกฎหมายเป็นผลสืบเนื่องมาจากการที่เด็กออกมาเรื้อรังตามที่สาธารณะต่างๆ ทำให้เด็กเหล่านี้เข้าสู่กระบวนการการลักเล็กขโมยน้อย เสพและขายยาเสพติด ขยายบริการทางเพศ^{3,5,6} และผลกระทบที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากการเข้าไปศึกษาและสนทนากับเด็ก พบว่าทั้งเด็กในมูลนิธิสร้างสรรค์เด็กและเด็กที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะต่างๆ พบปัญหาสุขภาพที่คล้ายกัน คือ ประการแรก ปัญหาโรคผิวหนัง เช่น กลาก เกื้อื้อน ผื่นคัน แผล กลืนตัว ประการที่สอง ปัญหาสุขภาพในช่องปาก ปวดฟัน ฟันผุ จากการไม่ได้แปรงฟัน และปัญหาต่อมาคือ ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ โดยพบว่า เด็กที่เรื้อรังตามที่สาธารณะต่าง ๆ มักมีอาการเจ็บป่วย เช่น ไข้ ไอ หวัด เจ็บคอ มีน้ำมูก จากมลพิษทางอากาศ จากการที่ต้องอาศัยตามข้างถนนได้สะพานข้าม แยกสะพานลอยต่างๆ ขณะที่เด็กในมูลนิธิเป็นโรคติดต่อทางระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด ไอ มีน้ำมูก เนื่องจากเด็กไม่รู้วิธีการป้องกันโรคดังกล่าว และด้านสุดท้าย คือ ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า เด็กบางรายที่ไม่สามารถหาทางออกให้กับตัวเองได้ ทำให้เด็กมักจะหวาดกลัว แยกตัวออกจากสังคม มีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล จนกระทั่งเกิดเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้⁶

นอกจากนี้การกระทำที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงก็เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อสุขภาพของเด็ก โดยพบว่าเด็กทั้งสองกลุ่มมักจะมีบาดแผลและได้รับบาดเจ็บจากการใช้ความรุนแรง เกิดการชกต่อย ทะเลาะวิวาทเพื่อการอยู่รอดหรือ

มีนเมาจากการใช้สารเสพติด เด็กมีอาการทางระบบประสาท ประสาทหลอนจากการใช้สาร/สิ่งเสพติดประเภทต่างๆ และเกิดโรคติดต่อ เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากมีพฤติกรรมทางบริการทางเพศแล้วไม่สวมถุงยางอนามัย และประการสุดท้าย ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในเด็กเพศหญิง ซึ่งหากไม่มีปัญหาระหว่างการตั้งครรภ์ก็จะปล่อยจนคลอดและเกิดเป็นปัญหาเด็กถูกทอดทิ้งตามที่แตกต่างกัน และเด็กเหล่านี้จะเติบโตกลายเป็นวัณจักรของเด็กเรื้อรังต่อไป^{7,8}

ในมิติทางสุขภาพนั้น ปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น นอกจากเกิดจากพฤติกรรมการดำรงชีวิต และพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว พฤติกรรม การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยก็เป็นส่วนหนึ่งที่มีข้อมูลน่าสนใจ จากการที่ผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นกับกลุ่มเด็กเรื้อรังพบว่า ไม่ว่าจะเป็นเด็กเรื้อรังที่พำนักอาศัยในบ้านที่ได้รับการช่วยเหลือหรือเด็กที่อาศัยตามที่สาธารณะต่างๆ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยมักจะไม่สนใจตนเอง ปล่อยให้หายเอง จนทำให้บางครั้งจากปัญหาสุขภาพเพียงเล็กน้อยลุกลามกลายเป็นปัญหาที่รุนแรง หากเป็นเด็กที่ค่อนข้างโตก็จะซื้อยาพาราเซตามอลมารับประทานเท่านั้น เด็กเหล่านี้จะไม่รู้เลยว่าตนเองควรทำอย่างไร

จากปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นในด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านสุขภาพนั้น จากการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กเรื้อรังทั้งสองกลุ่มไว้ชัดเจน ในขณะที่ผู้วิจัยเห็นว่าเด็กเรื้อรังก็เป็นกลุ่มเด็กด้อยโอกาสกลุ่มหนึ่งที่ควรได้รับการดูแล และให้โอกาสด้านต่างๆ โดยเฉพาะ การได้รับการดูแลด้านสุขภาพเช่นเดียวกับเด็กวัยเดียวกัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจและต้องการที่จะ

ทราบถึงพฤติกรรมสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของเด็กเรื้อรัง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาด้านสุขภาพของเด็กเรื้อรัง ทั้งในด้านการส่งเสริม ป้องกัน การรักษา โรคเบื้องต้น และการส่งต่อเพื่อได้รับการรักษาที่เหมาะสมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในวัยรุ่นเรื้อรัง เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถป้องกันตนเองจากโรคที่ป้องกันได้ ส่งเสริมสุขภาพของตนให้สมบูรณ์แข็งแรง และช่วยดูแลสุขภาพของสมาชิกในมูลนิธิหรือองค์กรต่างๆ ลดปัญหา/ผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ตรงตามสาเหตุและความต้องการของเด็กเรื้อรังตามสภาพความเป็นจริง ลดการสูญเสียทั้งเวลา งบประมาณและลดปัญหาสาธารณสุขของสังคมได้ ดังนั้นผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรต่างๆ นำไปพิจารณาและหันมาสนใจปัญหาสุขภาพของเด็กเรื้อรังทั้งในการส่งเสริม ป้องกัน และพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพของเด็กเรื้อรังต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีต่างๆในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นเรื้อรังอธิบายได้ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นเรื้อรัง ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์¹⁰ และจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงข้อจำกัดบางประการของเด็กเรื้อรัง เช่น ข้อจำกัดด้านการเงิน การศึกษา ขาดการได้รับการดูแลด้านสุขภาพและการได้รับสิทธิการรักษาฟรีเมื่อ

เจ็บป่วยเช่นเดียวกับเด็กวัยเดียวกัน เนื่องจากไม่ได้
แข็งแรงหรือเป็นเด็กต่างชาติ โดยมองพฤติกรรม
การส่งเสริมสุขภาพทั้งในภาวะสุขภาพที่ปกติและ
ในภาวะที่เจ็บป่วย ซึ่งในภาวะปกติบุคคลต้องรู้จัก
การดูแลตนเอง รวมทั้งรู้จักแสวงหาและใช้ข้อมูล
ข่าวสารทางด้านสุขภาพให้เป็นประโยชน์ ใฝ่ดูแล
ระวังสุขภาพ มีทักษะชีวิตที่ดี เพื่อป้องกันไม่ให้เกิด
ความเจ็บป่วยหรือไม่ให้เกิดโรค และเมื่อมีการเจ็บป่วย
เกิดขึ้นบุคคลก็ต้องรู้จักการแสวงหาการรักษา
ปฏิบัติตนตามการรักษาและคำแนะนำที่เหมาะสม
กับโรค เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัย
จึงเลือกศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ด้านพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพ ด้านพฤติกรรมป้องกันโรค และ
ด้านพฤติกรรมเมื่อมีการเจ็บป่วยและการรักษา
โดยด้านพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพนั้น แบ่งออก
เป็น 6 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ ด้านการทำกิจกรรม
และการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดการ
กับความเครียด ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ⁹

สำหรับความต้องการการดูแลสุขภาพของ
วัยรุ่นเรื้อรัง ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการประยุกต์ใช้
แนวคิดทฤษฎีลำดับความจำเป็นพื้นฐานของมาสโลว์
(Maslow's Need Hierarchy Theory) ซึ่งเป็นการ
ประเมินความจำเป็นพื้นฐาน¹¹ และจากการที่เด็ก
เรื้อรังไม่ว่าจะอยู่ในบริบทใดก็ตามจะมีข้อจำกัด
บางประการเหมือนกัน อีกทั้งสองกลุ่มเป็นวัยรุ่นซึ่ง
มีความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และ
สังคมที่แตกต่างจากวัยอื่นๆ รวมทั้งจากการศึกษา
ทบทวนวรรณกรรม เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องนั้น
ความต้องการจึงเป็นเสมือนตัวกระตุ้นให้เด็กเรื้อรัง
แสวงหาและกระทำเพื่อให้ได้มาซึ่งการตอบสนอง
ต่อความต้องการนั้นๆ ถ้าความต้องการนั้นได้รับ

การตอบสนอง ก็จะทำให้เด็กเกิดความมั่นใจในตนเอง
ในทางตรงข้าม ถ้าความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง
จะก่อให้เกิดความไม่มั่นใจและสิ้นหวัง โดยสิ่งต่างๆ
เหล่านี้จะเป็นกระบวนการต่อเนื่องไม่มีวันสิ้นสุด
ตั้งแต่เกิดจนตาย ซึ่งจะเห็นได้ว่าความต้องการเป็น
สิ่งหนึ่งที่เป็นในการดำรงชีวิต ผู้วิจัยจึงได้ทำการ
ศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นเรื้อรัง
ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ และด้านสังคม
และเศรษฐกิจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ
และความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของวัยรุ่น
เรื้อรังที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิกับวัยรุ่นเรื้อรังที่
พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะต่างๆ

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเด็ก
เรื้อรังที่มีอายุระหว่าง 13-18 ปี อาศัยอยู่ตามถนน
หรือตามที่สาธารณะต่างๆ เป็นที่พำนักชั่วคราวใน
เขตกรุงเทพมหานคร และในเขตจังหวัดปทุมธานี
และพำนักชั่วคราวในมูลนิธิ ระหว่างเดือนมกราคม
ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2551 มีขนาดกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มละ 45 คน โดยกลุ่มเด็กเรื้อรังที่พำนักชั่วคราว
ตามที่สาธารณะต่างๆ ในเขตกรุงเทพมหานครและ
ในเขตจังหวัดปทุมธานีใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง
โดยวิธีบอกต่อ (snowballing sampling) ส่วนกลุ่ม
เด็กเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในที่พักชั่วคราวของมูลนิธิ
ต่างๆ ดังกล่าว ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง
ตามเกณฑ์ (purposive sampling) คือ เป็นเด็ก
เรื้อรังที่มีอายุ 13 - 18 ปี มีสัญชาติไทย สามารถ
สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี

2. เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาและประเด็นที่สำคัญๆ ประกอบด้วย แบบสอบถามทั้งสิ้น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ มีจำนวน 70 ข้อประกอบด้วย 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการ (nutrition) ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย (physical activity) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relations) ด้านการจัดการกับความเครียด (stress management) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) จำนวน 47 ข้อ 2) พฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันโรค ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงด้านความรุนแรง การใช้สารเสพติด และการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 17 ข้อ และ 3) พฤติกรรมเมื่อมีการเจ็บป่วยและการรักษา จำนวน 6 ข้อและส่วนที่ 3 คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการการดูแลสุขภาพ จำนวน 25 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยหาความตรงตามเนื้อหา การใช้สำนวนภาษา และคำศัพท์เฉพาะที่ใช้ในกลุ่มเด็กเรื้อรังจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.88 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำแบบสอบถามนั้นไปทดลองใช้กับกลุ่มเด็กเรื้อรังที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) พบว่าแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นเรื้อรังได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 และแบบสอบถาม

ความต้องการการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นเรื้อรังได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เข้าไปศึกษาโดยการพูดคุยและการทำสนทนากลุ่มกับเด็กเรื้อรังในมูลนิธิ ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2549 และต่อเนื่องมา เพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจต่อการให้ข้อมูลที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง ในการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และเมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยส่งหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ถึงกรมประชาสัมพันธ์ และมูลนิธิต่างๆ และเมื่อได้รับการตอบรับจากกรมประชาสัมพันธ์ และมูลนิธิต่างๆ จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนต่อไปนี้ การเข้าไปพบกลุ่มวัยรุ่นเรื้อรังผู้วิจัยเริ่มต้นจากพื้นที่หนึ่งในกรุงเทพมหานครและหลังจากนั้นให้เด็กเรื้อรังพาไปพบเพื่อนหรือบอกที่อยู่ของเพื่อนคนอื่นๆ โดยผู้วิจัยและครูช่างถนนเข้าไปพบเด็กและอยู่กับเด็กตั้งแต่เวลา 14.00 – 23.00 หรือ 24.00 น. ในแต่ละพื้นที่ ผู้วิจัยพูดคุยกับเด็กเพื่อสร้างความคุ้นเคย โดยพูดคุยเรื่องทั่วไปและร่วมทำกิจกรรมกับเด็ก ใช้เวลาในการสร้างความคุ้นเคยเฉลี่ยประมาณ 4-5 วัน สำหรับกลุ่มเด็กเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิต่างๆ ผู้วิจัยเข้าไปพบเด็กโดยทำหนังสือขออนุญาตเข้าไปเก็บข้อมูลในแต่ละมูลนิธิ หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ (purposive sampling) โดยผู้วิจัยเข้าไปอยู่ในมูลนิธิตั้งแต่เวลา 08.00 – 17.00

หรือ 19.00 น.และการสร้างความคุ้นเคย ใช้เวลาประมาณ 1 – 2 สัปดาห์

3.3 การเชิญชวนให้เข้าร่วมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การขอความร่วมมือกับเด็กร้อนนี้ ผู้วิจัยรอเวลาให้เด็กเกิดความคุ้นเคยกับผู้วิจัย จึงเชิญชวนเด็กเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยอธิบายให้เด็กทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งให้สิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระ และการตัดสินใจของเด็กไม่มีผลหรืออิทธิพลใดๆ จากครูข้างถนน ครูในมูลนิธิหรือเจ้าหน้าที่ ไม่มีการบังคับ ไม่มีสิ่งจูงใจหรือของรางวัลใดๆ ตอบแทนและเด็กสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยแจ้งให้เด็กทราบว่า แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย ไม่ต้องระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม จากนั้นให้เวลาในการตัดสินใจโดยไม่กำหนดเวลา และให้เด็กทราบว่าเมื่อพร้อมและเต็มใจให้ข้อมูลสามารถมาขอรับแบบสอบถามจากผู้วิจัยได้แบบสอบถามทุกฉบับ ผู้วิจัยทำการเก็บรักษาเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาในการทำวิทยานิพนธ์เท่านั้นที่เข้าถึงได้ การเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายเมื่อมีการนำเสนอผลการวิจัยแล้ว การลงนามในใบยินยอมก่อนทำแบบสอบถาม เด็กทุกคนได้ลงนามในใบยินยอมโดยกลุ่มเด็กร้อนที่พนักชั่วคราวในมูลนิธิ มีครู/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก เป็นผู้ให้ความยินยอมร่วมด้วย สำหรับกลุ่มเด็กร้อนที่พนักชั่วคราวตามที่สาธารณะต่างๆ เด็กกลุ่มนี้ไม่มีครู/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กที่เป็นระบบ ในการลงนามในใบยินยอม ผู้วิจัยให้เพื่อนเด็กร้อนที่มีอายุเท่ากันหรือมากกว่าลงนามเป็นพยานอย่างน้อย 2 คนร่วมกับครูข้างถนน

ทุกครั้ง ในการเก็บข้อมูลพบว่ามีเด็กที่ไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยใช้วิธีการพิมพ์ลายนิ้วมือของเด็กแทนการเขียนลายมือชื่อ และมีบางรายยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการแต่ไม่ประสงค์ที่จะเขียนลายมือชื่อด้วยตัวเขียน ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างใช้ลายเซ็นแทนได้

4. การตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างที่อ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามและอธิบาย พร้อมทั้งตอบข้อซักถาม โดยให้เวลาในการทำแบบสอบถามไม่มีข้อจำกัด ระหว่างทำแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยอธิบายและให้ข้อมูลด้วยภาษาที่ง่ายแก่การเข้าใจ พร้อมทั้งตอบข้อซักถาม โดยไม่จำกัดเวลาในการทำแบบสอบถาม ในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 45 – 60 นาที

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ที่มีระดับการวัดตัวแปรเป็น nominal scale ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สาเหตุของการออกมาเร่ร่อน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ส่วนตัวแปรที่เป็น interval scale ได้แก่ อายุ รายได้ขณะเร่ร่อนต่อวัน ระยะเวลาที่ออกมาเร่ร่อน/ที่เข้ามาอยู่ในมูลนิธิ วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 คะแนนพฤติกรรมสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยในส่วน of พฤติกรรมสุขภาพจำแนกออกเป็น ทั้งรายด้านและภาพรวม

4.3 ทดสอบความแตกต่างของคะแนน พฤติกรรมสุขภาพและความต้องการการดูแลด้าน สุขภาพระหว่างวัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิ และวัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ ต่างๆ วิเคราะห์ด้วยสถิติอ้างอิง แบบ nonparametric แบบ two independent sample test ด้วย Mann-Whitney's U Test เนื่องจากเมื่อมีการทดสอบค่า การกระจายของข้อมูล พบว่า ข้อมูลมีการกระจาย แบบโค้งไม่ปกติ

ผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า วัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิจำนวน 45 คน มีอายุเฉลี่ย 14.96 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 75.6 ได้รับการศึกษาอยู่ในระดับ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 42.2 และระดับ ประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 40.0 เด็กกลุ่มนี้ มีสถานภาพเป็นนักเรียนถึงร้อยละ 71.1 ที่เหลือ ร้อยละ 28.9 เป็นเด็กที่เข้ามาอยู่ใหม่หรือไม่ต้องการ ศึกษาต่อ สาเหตุของการเรื้อรัง ส่วนใหญ่ มีสาเหตุ จากครอบครัว ร้อยละ 77.8 ซึ่งพบว่าเกิดจากการ ที่พ่อ – แม่หย่าร้างกัน ร้อยละ 44.4 รองลงมาคือ ความยากจน ระยะเวลาที่เข้าพำนักชั่วคราวในมูลนิธิ โดยเฉลี่ย 2 ปี 4 เดือน สำหรับปัญหาสุขภาพ/ อาการเจ็บป่วยในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่า มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 42.2 อาการเจ็บป่วยที่ พบมากที่สุด คือมีไข้ ไอ ร้อยละ 42.1

วัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ จำนวน 45 คน มีอายุเฉลี่ย 15.76 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 82.2 มีการศึกษา ระดับประถมศึกษา ตอนปลาย ร้อยละ 40.0 และร้อยละ 6.7 ที่ไม่ได้ รับการศึกษา มีรายได้จากการขอทานร้อยละ 35.6

รายได้เฉลี่ยวันละ 96 บาท สาเหตุของการเรื้อรัง มีสาเหตุจากครอบครัวร้อยละ 64.5 โดยพบว่า เกิดจากการทะเลาะกับคนในครอบครัวร้อยละ 46.8 ระยะเวลาที่เรื้อรังเฉลี่ย 3 ปี 8 เดือน สำหรับ ปัญหาสุขภาพ/อาการเจ็บป่วยในระยะเวลา 3 เดือน ที่ผ่านมา พบว่า มีปัญหาสุขภาพ/อาการเจ็บป่วย ร้อยละ 77.8 อาการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุด คือ มีไข้ ไอ ร้อยละ 31.4 รองลงมาคือ โรคผิวหนังและ ปวดฟัน

จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น เรื้อรังที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิกับวัยรุ่นเรื้อรังที่ พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ พบว่ามีคะแนน พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกัน โรคของวัยรุ่นเรื้อรังทั้ง 2 กลุ่ม อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน ส่วนด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยและการรักษา พบว่า วัยรุ่นเรื้อรังที่ พำนักชั่วคราวตามในมูลนิธิ มีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่วัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ใน ระดับต่ำ

จากการศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพ ของวัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิกับวัยรุ่น เรื้อรังที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ พบว่าความ ต้องการการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับที่แตกต่าง กัน โดยวัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิมีความ ต้องการการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ที่สุด ในขณะที่วัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวตาม ที่สาธารณะ มีความต้องการการดูแลสุขภาพอยู่ใน ระดับมาก

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -3.35$) ที่ระดับ $p < .001$ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันโรค และพฤติกรรมดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยและการรักษาของทั้ง 2 กลุ่มก็แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -3.23$ -2.68 และ -2.45) ที่ระดับ $p < .01$ เมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกายและการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียดและด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณของทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -2.92, -2.15, -3.22, -2.42, -2.75$ และ -2.49) ที่ระดับ $p < .05$ โดย พบว่า วัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวตามมูลนิธิมีพฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันโรค และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยและการรักษาดีกว่าเด็กเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการการดูแลด้านสุขภาพโดยรวมของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($z = -5.89$) ที่ระดับ $p > .05$ และเมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการการดูแลด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า ความต้องการการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านสุขภาพด้านสังคมและเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ($z = -0.36, -1.43$ และ -0.16) ที่ระดับ $p > .05$ ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพ

1.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วัยรุ่นเรื้อรังของทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันด้านโภชนาการ โดยเด็กที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า อธิบายได้ว่า วัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิเด็กได้รับการดูแลด้านอาหาร ซึ่งเป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 มาตราที่ 56 ว่าเด็กควรได้รับประทานอาหารให้เป็นเวลาและครบ 5 หมู่ในปริมาณที่พอเหมาะ เด็กกลุ่มนี้จึงได้รับอาหารครบทั้ง 3 มื้อ และเป็นเวลา ส่วนเด็กที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะมักจะอดมื้อกินมื้อเด็กไม่ได้ใส่ใจว่าแต่ละวันรับประทานอาหารครบ 3 มื้อหรือไม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า เด็กเรื้อรังในที่สาธารณะจะนอนตึกตื่นสายซึ่งเลยเที่ยงวันไปแล้ว ในแต่ละวันเด็กจะรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ตื่นเมื่อไรก็รับประทานอาหารเมื่อนั้น หรือเลือกที่จะดมกาวแทนที่จะรับประทาน นอกจากนั้นเด็กจะได้รับประทานอาหารก็ต่อเมื่อเด็กสามารถหาเงินมาได้ก่อนแล้วนำไปเลือกซื้ออาหารมารับประทาน^{5,12}

ด้านการออกกำลังกายและการออกกำลังกาย อธิบายได้จากวัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิมีโอกาสด้านกีฬามากกว่าวัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะโดยมูลนิธิมีผู้สนับสนุนอุปกรณ์กีฬา รวมทั้งสถานที่ในมูลนิธิเอื้อต่อการให้เด็กได้มีกิจกรรมออกกำลังกาย เช่น มีสนามฟุตบอล มีโต๊ะปิงปอง ซึ่งกีฬาฟุตบอล มูลนิธิได้ส่งเสริมการจัดตั้งทีมมีครูสอนและพาเด็กออกไปหาประสบการณ์การแข่งขัน ส่วนวัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะขาดโอกาสทั้งในด้านสถานที่และอุปกรณ์กีฬา

นอกจากนี้จากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่าเด็กเร่ร่อนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เลือกใช้เวลาในการเล่นเกมส์ตามห้างสรรพสินค้าหรือร้านเกมส์ การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้เด็กได้มีการออกกำลังกายคือสถานที่และอุปกรณ์ที่เอื้ออำนวยให้เด็กสะดวกในการเล่นกีฬาตามความชอบหรือความถนัด¹³

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ วัยรุ่นเร่ร่อนที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิ มีโอกาสได้รับโอกาสทางการศึกษา ทำให้เด็กกลุ่มนี้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพไม่ว่าจะเป็นเรื่องการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล และได้รับรู้ข่าวสารต่างๆ จากอนามัยโรงเรียน ในขณะที่วัยรุ่นเร่ร่อนที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะขาดโอกาสทางการศึกษาและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และด้วยบริบทความเป็นอยู่ เด็กที่พำนักในที่สาธารณะจะให้ความสนใจกับการเอาชีวิตรอดมากกว่าการใส่ใจในเรื่องอื่นๆที่ยังไม่มีผลกระทบโดยตรงกับตนเอง⁸ ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้และพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ¹⁴

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่าเมื่อวัยรุ่นเร่ร่อนที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะมีปัญหาด้านนี้สูงกว่าเด็กที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิ เนื่องจากวัยรุ่นเร่ร่อนที่พำนักในมูลนิธิจะมีผู้ปกครองดูแล แต่เด็กที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะต้องอยู่ด้วยตนเอง เมื่อมีปัญหาทะเลาะวิวาทกันหรือมีปัญหาขัดแย้งกับเพื่อน ส่วนใหญ่มักแก้ปัญหาด้วยการใช้กำลังโดยการชกต่อยหรือทุบตีทำร้ายร่างกายกันไม่ว่าจะเป็นเด็กชายหรือหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เด็กเร่ร่อนทุกคนล้วนแต่เคยผ่าน

การต่อสู้ ชกต่อย ทะเลาะวิวาท ซึ่งอาจสืบเนื่องมาจากการดิ้นรนเพื่อการอยู่รอด เพื่อให้ตัวเองยืนอยู่ได้ในกลุ่ม การแบ่งพรรคแบ่งพวก การแย่งพื้นที่ในการทำมาหากิน¹⁶ ประกอบกับในช่วงวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่มักมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงและรุนแรงมักมีความขัดแย้ง อารมณ์ของวัยรุ่น ไม่นั่นคง หงุดหงิด มีความรู้สึกไว และแสดงออกทันที¹⁷ จึงทำให้บางครั้งเด็กมีความขัดแย้งหรือมีปัญหากับบุคคลที่เด็กอยู่ร่วมด้วยได้ง่าย

ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่าเมื่อวัยรุ่นเร่ร่อนที่พำนักชั่วคราวในที่สาธารณะมีการจัดการกับความเครียดต่ำกว่าเด็กที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่าวัยรุ่นเร่ร่อนทั้ง 2 กลุ่มเมื่อมีปัญหาหรือไม่สบายใจมักจะเลือกเก็บสิ่งเหล่านั้นไว้และคิดคนเดียว ไม่ค่อยบอกเล่าความรู้สึกกับคนรอบข้างไม่ว่าจะเป็นเพื่อนหรือครู นอกจากนี้ เมื่อมีปัญหาหรือความเครียดเกิดขึ้น วัยรุ่นเร่ร่อนที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิ ส่วนใหญ่เลือกใช้บุหรี่ ในขณะที่วัยรุ่นเร่ร่อนตามที่สาธารณะเลือกที่จะดื่มกาเป็นส่วนใหญ่ และพบว่ามีการใช้ยานอนหลับเพื่อให้ลืมสิ่งต่างๆ แทนการทำกิจกรรมสำหรับการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เด็กเร่ร่อนส่วนใหญ่เมื่อมีปัญหา มักจะเก็บไว้คนเดียว เนื่องจากเด็กรู้สึกโดดเดี่ยวขาดที่พึ่ง และมักปล่อยให้ปัญหาเลวตามเลย^{6,15}

ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ วัยรุ่นเร่ร่อนทั้ง 2 กลุ่ม มีพฤติกรรมในด้านนี้แตกต่างกันทั้งนี้อธิบายได้ว่า วัยรุ่นเร่ร่อนที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิรู้สึกได้อยู่ใกล้ชิดกับคนที่ให้ความรักและห่วงใยมากกว่าวัยรุ่นเร่ร่อนที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ เนื่องจากเด็กที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิยังมีคนในครอบครัวเข้าไปเยี่ยมเยียนประกอบกับ

เด็กมีครู/เจ้าหน้าที่คอยดูแล จึงทำให้เด็กกลุ่มนี้ได้ อยู่ใกล้ชิดกับคนที่ตนรักและห่วงใย ในขณะที่เด็กที่ ฟ่านักในที่สาธารณะออกมาเรื้อรังจากสาเหตุการ ทะเลาะเบาะแว้งกับคนในครอบครัว จึงทำให้มีความรักความผูกพันกับคนในครอบครัวค่อนข้างน้อย ซึ่งจากการลงพื้นที่ศึกษา พบว่าเด็กเรื้อรังที่ครู ข้างถนนนำกลับคืนสู่ครอบครัว ไม่นานนักเด็กก็จะ ออกมาใหม่เนื่องจากไม่คุ้นเคยและอึดอัดที่จะอยู่ กับครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาการเกี่ยวกับการกลับไปใช้ชีวิตปกติของเด็กและเยาวชนเรื้อรัง ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า เด็กเรื้อรังเมื่อถูกส่ง กลับไปบ้าน เด็กมักจะกลับออกมาใช้ชีวิตเรื้อรังซ้ำ เป็นส่วนใหญ่ และวัยรุ่นเรื้อรังกลุ่มนี้รู้สึกว่าได้อยู่ ใกล้ชิดกับคนที่ตนเองรักและห่วงใยนั้นก็คือการได้อยู่กับเพื่อนเท่านั้น¹²

1.2. พฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันโรค พบว่ามีความแตกต่างระหว่างเด็กทั้ง 2 กลุ่ม วัยรุ่น เรื้อรังที่ฟ่านักในมูลนิธิมีที่พักอาศัยที่เป็นหลักแหล่ง และค่อนข้างมีความปลอดภัย ในขณะที่วัยรุ่นที่ฟ่านัก ชั่วคราวตามที่สาธารณะต่างๆ ต้องอาศัยหลบนอน ตามใต้สะพาน สะพานลอย และริมถนน ซึ่งมีความ เสี่ยงมากกว่า นอกเหนือจากบริบทด้านที่อยู่อาศัย แล้ว ยังสามารถอธิบายได้จากข้อมูลพื้นฐานปัญหา สุขภาพของเด็กที่ฟ่านักชั่วคราวตามที่สาธารณะ ต่างๆ พบว่ามีปัญหาสุขภาพจากพฤติกรรมเสี่ยง ทางเพศทั้งโรคหนองในและการตั้งครรภ์ ในขณะที่ ไม่พบปัญหาเหล่านี้ในเด็กที่ฟ่านักชั่วคราวในมูลนิธิ ซึ่งเด็กกลุ่มนี้เมื่อกล่าวคือ การมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่ ยังมีความเขินอายโดยเฉพาะเด็กหญิง อาจเป็นผล มาจากการที่เด็กส่วนใหญ่อยู่ระหว่างการศึกา และ ได้รับการอบรมสั่งสอนจากครู โอกาสและสิ่งเร้าต่างๆ ที่เกิดขึ้นจึงมีน้อยกว่า

1.3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อ เจ็บป่วยและการดูแลรักษา พบว่า วัยรุ่นเรื้อรังที่ ฟ่านักอาศัยในมูลนิธิเมื่อเจ็บป่วยหรือไม่สบายจะมี ครู/เจ้าหน้าที่ ดูแลและพาไปพบแพทย์และดูแลให้ เด็กได้รับยาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้เด็กกลุ่มนี้ได้ เรียนหนังสือจึงมีความสามารถในการปฏิบัติตัว เมื่อเจ็บป่วยตามคำแนะนำของแพทย์ ในขณะที่วัยรุ่น เรื้อรังที่ฟ่านักชั่วคราวตามที่สาธารณะ ขาดแหล่ง สนับสนุนหรือดูแล เมื่อเด็กมีปัญหาสุขภาพ/อาการ เจ็บป่วยขั้นรุนแรง เช่น โดนรถชน คลอดลูก และ โดยเฉพาะใช้สารเสพติดเกินขนาด เมื่อส่งเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลแล้วส่วนใหญ่มักจะหนี ออกจากโรงพยาบาลก่อนได้รับอนุญาตจากแพทย์ ให้กลับบ้าน สาเหตุเนื่องจากไม่มีเงินในการรักษา และกลัวในความผิดที่ตนได้กระทำ ทำให้การรักษา ไม่ต่อเนื่อง ขาดยา และไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำ และเมื่อเด็กออกจากโรงพยาบาลไปแล้วก็กลับมา ใช้ชีวิตเรื้อรังอย่างเคย ทำให้เด็กเหล่านี้มีพฤติกรรม อยู่ใ้ในวัฏจักรเดิมๆ ละเลยการดูแลสุขภาพหรือปฏิบัติ ตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ

2. ความต้องการในการดูแลสุขภาพ พบว่า วัยรุ่นเรื้อรังทั้ง 2 กลุ่มมีความต้องการไม่ แตกต่างกันตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ ดังนี้

ด้วยบริบทของความเป็นเด็กเรื้อรัง เด็กเหล่านี้ ล้วนขาดปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ซึ่ง เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ทุกคน จึงทำให้วัยรุ่น ทั้ง 2 กลุ่ม มีความต้องการการดูแลสุขภาพไม่ต่าง กัน ถึงแม้จะมีระดับความต้องการการดูแลสุขภาพ โดยรวมต่างกัน ทั้งนี้เป็นผลมาจากเมื่อวัยรุ่นเรื้อรัง ได้เข้าไปฟ่านักชั่วคราวในมูลนิธิ กลุ่มนี้ก็จะได้รับ การตอบสนองและการดูแลในสิ่งที่เด็กขาดหายไป

ทำให้เด็กมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ไม่ต้องเรื้อรังใช้ชีวิตด้วยความยากลำบาก ไม่ต้องอยู่ในสภาวะอดมื้อกินมื้ออีกต่อไป รวมทั้งเด็กส่วนใหญ่ได้รับโอกาสทางการศึกษา เด็กเหล่านี้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากมูลนิธิ เมื่อเด็กเรื้อรังได้รับการตอบสนองขั้นพื้นฐานตามทฤษฎีของมาสโลว์แล้ว ความจำเป็นด้านความปลอดภัยและความมั่นคงทั้งด้านร่างกายและจิตใจก็จะตามมา เช่น ต้องการได้รับความคุ้มครองปกป้องตามกฎหมาย ต้องการความเป็นอิสระ ความเป็นส่วนตัว เป็นต้น ประกอบกับการที่เด็กกลุ่มนี้ได้รับโอกาสทางการศึกษา เมื่อเด็กไปโรงเรียน เด็กกลุ่มนี้ก็จะไปใช้ชีวิตร่วมกับเด็กวัยเดียวกันที่อยู่กับครอบครัว จึงทำให้เด็กมีความต้องการยอมรับจากเพื่อนที่โรงเรียน ซึ่งเป็นไปตามพัฒนาการทางด้านสังคมของวัยรุ่นที่กล่าวว่า เด็กวัยนี้มักมีพฤติกรรมเลียนแบบกลุ่มเพื่อน และไม่ต้องการให้ตนเองแตกต่างไปจากคนอื่น¹⁸ จึงทำให้เด็กกลุ่มนี้มีความต้องการในระดับที่สูงขึ้น

ในขณะเดียวกันวัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะถึงแม้ว่าจะมีครูข้างถนนเข้าไปดูแล แต่ด้วยสภาพความเป็นอยู่ จำนวนครูที่มีน้อยเมื่อเทียบกับพื้นที่ที่มีเด็กกระจายกันอยู่ รวมทั้งบริบทเด็กกลุ่มนี้จึงได้รับการดูแลเพียงบางส่วนและบางกลุ่มเท่านั้น จึงยังมีเด็กอีกจำนวนไม่น้อยที่ต้องการได้รับการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจในขณะที่ต้องการใช้ชีวิตได้อย่างเป็นอิสระ ประกอบกับเด็กเรื้อรังกลุ่มนี้อยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มักมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่ายและรุนแรง มักมีความขัดแย้งกับผู้ใหญ่ ไม่ชอบความเข้มงวด หรือการที่จะต้องอยู่ในกฎระเบียบ รวมทั้งชอบปลีกตัวออกจากบุคคล อยากเป็นตัวของตัวเอง

ตนเอง ชอบอิสระ ไม่ค่อยเชื่อฟังใครนอกจากเพื่อน¹⁸ เด็กกลุ่มนี้จึงต้องการการดูแลจากมูลนิธิที่มีลักษณะเป็นบ้านเปิดมากกว่าบ้านปิดเพื่อที่จะได้มีอิสระในการเข้า-ออกจากมูลนิธิ จึงทำให้ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของวัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะโดยรวมอยู่ในระดับมาก

กล่าวโดยสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นเรื้อรังมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เป็นผลมาจากบริบทในสถานสงเคราะห์ ทำให้เด็กกลุ่มที่พำนักอาศัยในมูลนิธิได้รับการดูแลและได้รับโอกาสทางการศึกษา ประกอบกับลักษณะส่วนบุคคลบางประการ ทำให้เด็กกลุ่มนี้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ในขณะที่ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพพบว่าสถานที่พำนักอาศัยไม่มีผลต่อความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของวัยรุ่นเรื้อรังแต่เป็นความต้องการตามวัยของตนเอง รวมทั้งแบบสอบถามที่ใช้อาจไม่ได้คิดในประเด็นว่าเด็กต้องการการดูแลอะไรเพิ่มเติมจากที่เป็นอยู่ แต่มุ่งไปในสิ่งที่เด็กต้องการหรือยังคงต้องการอยู่ จึงทำให้ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากและมากที่สุดโดยที่ไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านนโยบาย ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนทางหรือนโยบายส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับเด็กเรื้อรัง โดยมีระบบที่เอื้อต่อการประสานงานระหว่างครูข้างถนน มูลนิธิกับหน่วยงานบริการสาธารณสุขของภาครัฐ เพื่อให้เด็กเรื้อรังสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้เช่นเดียวกับเด็กวัยเดียวกัน มูลนิธิทั้งภาครัฐและเอกชนสามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลเด็กเรื้อรังให้สอดคล้อง

กับความต้องการของเด็กมากขึ้น และสามารถนำมาเป็นแนวทางสนับสนุนการเพิ่มสถานสงเคราะห์ในลักษณะของบ้านพักชั่วคราวหรือบ้านเปิดรองรับให้วัยรุ่นเรื้อรังมีสถานที่ในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลเช่น สถานที่พักอาศัย สถานที่ชำระล้างร่างกาย ซึ่งตรงตามความต้องการการดูแล ด้านสุขภาพของเด็กเรื้อรัง

ด้านการพยาบาล พยาบาลเวชปฏิบัติควรให้ความสำคัญด้านสุขภาพของเด็กเรื้อรังโดยการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กให้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งให้ตรงกับความต้องการการดูแลสุขภาพของเด็กเรื้อรังต่อไป โดยนำผลที่ได้ไปสร้างโปรแกรมการดูแลสุขภาพในด้านต่างๆ ให้แก่ครู/เจ้าหน้าที่ ครูช่างถนนที่มีความใกล้ชิดกับเด็กกลุ่มนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **Report on Phase 1 of the Street Children Project: Program on Substance Abuse**, 1993.
2. กนกวรรณ ศรีเกิน. สภาพและความต้องการของเด็กเรื้อรัง: ศึกษากรณีบ้านสร้างสรรค์เด็ก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะศิลปศาสตร์, 2543.
3. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะครุศาสตร์. รายงานสถานการณ์เด็กเรื้อรัง โครงการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาลูกยากจนและเด็กด้อยโอกาส 3 ปี (2549 – 2551) จากรายได้ส่วนเกินของการออกสลากเลขท้าย 3 ตัว และ 2 ตัว, 2549
4. เอลิมพล ตันสกุล. **พฤติกรรมสุขภาพ** (พิมพ์ครั้งที่ 4). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, คณะสาธารณสุข, 2549.
5. สมพงษ์ จิตระดับ. **เมืองสี่เทาของเด็กและเยาวชน**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
6. สุนันทา เสี่ยงไชย. เด็กและเยาวชนเรื้อรังจัด สภาพปัญหาและแนวทางแก้ไข. โครงการวิจัยสมบูรณแบบเสนอต่อมูลนิธิเพื่อการพัฒนาและสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2546.
7. อรสา ณะเดิมดี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา อำเภอมืองจังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรามคำแหง, คณะศึกษาศาสตร์, สาขาวิชาสุขศึกษา, 2548.
8. อังคนุรักษ์ แกรกกระโทก และคณะ. รายงานวิจัยย่อยฉบับสมบูรณ์: สภาพชีวิตของเด็กเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: กองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2546.
9. อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และ นันทวัน สุวรรณรูป. การวิเคราะห์ความตรงและความเชื่อของแบบวัดวิธีการดำเนินชีวิตเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ-II ฉบับภาษาไทย. ใน: **วารสารการพยาบาล**. เล่มที่ 19 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม, 2547.
10. Pender, N.J. **Health Promotion in Nursing Practice**. (4th ed). New Jersey: Appleton and Lange, 2002.
11. Maslow, A. **Motivation and personality**. Harper and Row New York, New York, 1954
12. อาอิ ฮามากุชิ. การกลับไปใช้ชีวิตปกติของเด็กและเยาวชนเรื้อรังในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาแบบมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2543.
13. ทวีศักดิ์ กลิลผล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา. 2544.

14. นงลักษณ์ จินตนาติลก. พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2539.
15. Anne Hicks-Coolick, Patricia Burnside-Eaton and Ardith Patricia. Homeless children: need and services. **Child and Youth Care Forum**, 32(4), August, 2003.
16. Susan S.Sherman, Plitt, S., Hassan, S, Cheng, Y. and Zafar, S. Drug use, street survival, and risk behaviors among street children. York academy of medicine. 2005
17. ศรีเรือน แก้วกังวาน. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย: แนวคิดทฤษฎีวัยเด็กตอนกลาง เล่ม 1 พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ.สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.2549.

Health Behaviors and Health Care Needs of Adolescent Street Children*

Pawana Bunmuksik , MNS**

Pregamol Rutchanagul, Ph.D. (Nursing)***

Siriporn Kumphalikit, Ph.D. (Pediatric Nursing)***

Abstract: This research aimed at comparing health behaviors and health care needs between adolescent street children living in the temporary shelters of foundations and adolescent street children living in temporary shelters in public areas. The study sample was comprised of children ranging from 13 to 18 years of age. The 45 adolescent street children in each group were selected through purposive sampling and the snowballing technique. The research instruments included health behaviors and health care need questionnaires. The content validity index was 0.88. Reliability was tested using Cronbach' Alpha, which yielded results of 0.93 and 0.73, respectively. The results were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation and Mann-Whitney's U test.

The research findings showed that the overall scores of health behaviors of both groups were at a moderate level. Adolescent street children living in the foundations showed a moderate to a high level of health behaviors, whereas the children living in public areas showed a moderate to low level. There were statistically significant differences between the mean scores of the total scale and subscale of health behaviors at $p < .05$. The overall scores of the health care needs between adolescent street children in the two groups were different. The foundation-dwelling group perceived health care needs at the highest level and the public-area-dwelling group perceived their needs at a high level. However, there were no statistically significant differences between the two groups' mean scores of the total scale of their health care needs ($p > .05$).

The research findings may suggest that health care providers and organizations should pay more attention to street children's health and their health needs. These providers and organizations should not only promote and adjust street children's health behaviors but also respond to their health care needs, in order to better their standards of living. This would enhance these children's quality of life in the future.

Thai Journal of Nursing Council 2011; 26(special issue) 81-94

Keywords: Health behavior, Health care needs, Adolescent street children

* Thesis for degree of Master of Nursing Science, Thammasat University

** Lecturer Boromarajonnani, College of Nursing, Suratthani

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University

****Associate Professor , Faculty of Nursing, Thammasat University