

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษา เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของเด็กเร่ร่อน ผู้วิจัยได้มีการศึกษาเอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งจะเสนอสาระสำคัญดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับเด็กเร่ร่อน

- 1.1 ความหมายของเด็กเร่ร่อน
- 1.2 สาเหตุของการเร่ร่อน
- 1.3 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเร่ร่อน
- 1.4 ระบบสนับสนุน/การช่วยเหลือเด็กเร่ร่อน

2. วัยรุ่น

- 2.1 ความหมายของคำว่าวัยรุ่น
- 2.2 พัฒนาการของวัยรุ่น
- 2.3 ความต้องการและความสนใจตามวัยของวัยรุ่น

3. พฤติกรรมสุขภาพ

- 3.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ
- 3.2 ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพ
- 3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
- 3.4 พฤติกรรมสุขภาพของเด็กเร่ร่อนวัยรุ่น

4. ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ

- 4.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์
- 4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ
- 4.3 ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของเด็กเร่ร่อนวัยรุ่น

แนวคิดเกี่ยวกับเด็กเร่ร่อน

1. ความหมายของเด็กเร่ร่อน

พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ได้ให้ ความหมาย “เด็กเร่ร่อน” ว่า เป็นเด็กที่ไม่มีบิดามารดาหรือผู้ปกครองหรือมีแต่ไม่เลี้ยงดูหรือไม่สามารถเลี้ยงดูได้ จนเป็นเหตุให้เด็กต้องเร่ร่อนไปในที่ต่าง ๆ หรือเด็กที่มีพฤติกรรมใช้ชีวิตเร่ร่อนจนน่าจะเกิดอันตรายต่อสวัสดิภาพของตน

สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2533) ได้ให้ความหมายของเด็กเร่ร่อนว่า หมายถึงเด็กชาย เด็กหญิงอายุ 7-18 ปีบริบูรณ์ ที่ออกจากบ้านผู้ปกครองหรือญาติ โดยบอกหรือหลบหนี เพราะไม่สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ ต้องออกไปใช้ชีวิตหาเลี้ยงตนเองจะด้วยวิธีใดก็ตาม และอาศัยตามที่สาธารณะ ใช้ถนนเป็นแหล่งหากินยังชีพ

สภาเยาวชนคาทอลิกแห่งประเทศไทย (Childhope, 2533) ได้นิยามเด็กเร่ร่อนว่า หมายถึงเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ซึ่งอยู่ภายนอกสถาบันครอบครัว ส่วนมากถูกทอดทิ้งและอยู่ตามท้องถนน ขาดการดูแลทางด้านจิตใจ และสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวถูกตัดขาด

สายสุรี จุติกุล (2535) กล่าวว่า เด็กเร่ร่อน หมายถึงเด็กที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัว และเร่ร่อนตามถนนหรือสาธารณสถาน ซึ่งได้แก่

1. เด็กที่มีอาชีพอยู่บนท้องถนนรวมถึงเด็กที่ขายพวงมาลัย ดอกไม้ และหนังสือพิมพ์ตามสี่แยกหรือตามถนนทั่วไป หรืออาจเข็ดกระจกรถและอื่นๆ เหล่านี้อาจมีครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันเป็นครั้งคราว หรือไม่มีครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยก็ได้
2. เด็กที่มีอาชีพอยู่ข้างถนน เด็กเหล่านี้อาจเป็นขอทาน เด็กขายหมากฝรั่ง เด็กรับจ้างชั่วคราว และอื่น ๆ เด็กเหล่านี้อาจมีครอบครัวอยู่ด้วยหรือไม่ก็ได้เช่นกัน
3. เด็กเร่ร่อนได้สะพาน ตามตลาด ตามหาดทราย หรือสถานที่ก่อสร้างหรือใต้ถุนอาคารใหญ่ๆ ที่ไม่มีใครดูแลหรือเข้มงวด เด็กเหล่านี้อาจมีอาชีพที่แน่นอนหรือไม่อาชีพ และมักเป็นเด็กที่ไม่มีครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วย

วัลลภ ตังคณานุรักษ์ (2540) ให้ความหมายด้วยการจำแนกเด็กเร่ร่อนออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. เร่ร่อนตามวิถีของครอบครัว ลักษณะของเด็กเร่ร่อนกลุ่มนี้เปรียบเหมือนกับยิปซีที่อพยพเคลื่อนย้ายไปหากินตามที่ต่าง ๆ ในพื้นที่ทะเลทราย หากแต่ “เด็กไทย” กลุ่มนี้จะเร่ร่อนตามครอบครัวไปตามแหล่งงานใหม่ ได้แก่ งานในไร่อ้อย งานกรีดยางในสวนจนถึงงานตามแหล่งก่อสร้างทั่วไป และงานขอทานที่เร่ร่อนขอและพักตามข้างทางในเมืองใหญ่

2. เป็นเด็กเร่ร่อนที่หลุดออกจากครอบครัว ลักษณะของเด็กเร่ร่อนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะเป็นเด็กที่ได้รับแรงผลักดันอย่างรุนแรงจากครอบครัว ตั้งแต่ความอดอยาก การถูกดูต่ำและตบตีเป็นประจำ การถูกบังคับใช้งานอย่างหนัก จนเด็กทนสภาพเหล่านี้ไม่ไหว หนีออกจากบ้านเร่ร่อนไปในทุกหนทุกแห่งเพื่อความอยู่รอดของตนเอง

World Health Organization (1993) ได้ให้ความหมายของเด็กเร่ร่อนว่า เป็นเด็กที่อาศัยอยู่ตามถนน ใช้ถนนเป็นที่พำนักชั่วคราว เด็กที่ซึ่งหนีออกจากครอบครัว และอาศัยอยู่ในที่พักชั่วคราว เช่น บ้านร้าง และตึกร้าง บ้านผู้อพยพ หรืออาศัยอยู่กับเพื่อน เด็กที่ยังอยู่กับครอบครัว แต่มีปัญหาความยากจน ที่อยู่อาศัยแออัดยัดเยียดไม่พอเพียง หรือถูกคุกคามทางเพศ กระทำชำเรา หรือถูกข่มขืน จึงหนีออกจากบ้านมาอาศัยอยู่ตามถนนเป็นบางวัน เด็กที่อยู่ในสถานรับเลี้ยง ซึ่งมาจากการไร้ที่อยู่

นอกจากนี้กองคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก กรมประชาสงเคราะห์ ได้ให้ความหมายของเด็กเร่ร่อนไว้ในระเบียบว่าด้วยการสงเคราะห์เด็กว่า เด็กเร่ร่อนหมายถึงเด็กที่ไม่มีถิ่นที่อยู่อาศัย เร่ร่อนไปตามสถานที่ต่าง ๆ ค่ำไหนนอนนั่น เช่น ตลาด วัด สวนสาธารณะ ที่พักผู้โดยสารรถเมล์ วังหน้าร้านค้า ข้างถนน

โดยสรุป เด็กเร่ร่อน จึงหมายถึง เด็กที่ออกจากบ้านด้วยเหตุผลต่าง ๆ ออกมาเร่ร่อนอาศัยอยู่ในที่พักชั่วคราว เช่น ตามถนน บ้านร้าง และตึกร้าง บ้านผู้อพยพ หรืออาศัยอยู่กับเพื่อน หรือเป็นเด็กที่ยังอยู่กับครอบครัวแต่มีปัญหาความยากจน ที่อยู่อาศัยแออัดยัดเยียดไม่พอเพียง ซึ่งจะหนีออกจากบ้านมาอาศัยอยู่ตามถนนเป็นบางวัน หรือเป็นเด็กที่อยู่ในสถานรับเลี้ยง ซึ่งมาจากการไร้ที่อยู่ และมีโอกาสที่จะกลับไปเป็นพวกไร้ที่อยู่ ซึ่งรวมถึงเด็กด้อยโอกาสกลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ เด็กถูกทอดทิ้ง เด็กอ่อนในสลัม เด็กก่อสร้าง แรงงานเด็ก โสเภณีเด็ก เด็กขอทาน เด็กกองขยะ เด็กเถื่อน เด็กถูกขูดรีด เด็กผิดเพศ เด็กติดยา เด็กถูกข่มขืน เด็กถูกทารุณ เด็กพิการ

2. สาเหตุของการเร่ร่อน

สาเหตุที่เด็กออกมาเป็นเด็กเร่ร่อนมีได้หลายประการ โดยอาจเกิดจากสาเหตุเดียว หรือหลายสาเหตุ จากการศึกษาผู้วิจัยแบ่งสาเหตุของการเร่ร่อนออกเป็นดังนี้ต่อไป

2.1 สาเหตุจากครอบครัว

สาเหตุจากครอบครัว ซึ่งจะเห็นได้จากแตกแยกของครอบครัว สภาพแวดล้อมในบ้านไม่ส่งเสริมให้เด็กมีความผูกพันกับบ้านและครอบครัว ไม่มีสัมพันธภาพในครอบครัว

เกิดปัญหาความไม่เข้าใจกัน หรือเด็กมักมีปัญหาเกี่ยวกับพ่อเลี้ยงแม่เลี้ยง เกิดการทะเลาะเบาะแว้งขึ้น มีการกระทำรุนแรงขึ้นในครอบครัว (สุนันทา เสี่ยงไทย, 2540, World Health Organization, 1993) เด็กมักเกิดความไม่พอใจที่ถูกตำหนิ หรือถูกเลี้ยงดูเข้มงวด ถูกตั้งข้อจำกัดต่าง ๆ และทนต่อการถูกเยียนตีไม่ไหว (นิตยา กัทธิระพันธ์, 2535) ทำให้เด็กขาดความรักความอบอุ่น ขาดที่พึ่งทางใจ เหงา และว้าเหว่ (ชวิพรและอุบลศรี, 2540 อ้างใน โทณัฐ จิตรปฏิมา, 2544) จนเด็กไม่สามารถทนอยู่ต่อไปได้ เป็นเหตุให้เด็กต้องหนีออกจากบ้านกลายมาเป็นเด็กเร่ร่อน (กนกวรรณ ศรีเกิน, 2543, ไตรรัตน์ ฟ้าปกาศิต, 2543, สมพงษ์ จิตระดับ, 2540) ซึ่งจากการศึกษาเด็กเร่ร่อนทั้งในสถานสงเคราะห์ และในสถานแรกรับของกรมประชาสงเคราะห์ จำนวน 175 คน พบว่าเด็กส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่แตกแยก ฐานะยากจน ไม่มีบ้านอยู่ ขัดแย้งกับพ่อแม่ จึงออกมาเร่ร่อน (สุนันทา เสี่ยงไทย, 2540)

2.2 สาเหตุจากโรงเรียน

สาเหตุจากโรงเรียน จากการที่เด็กโดนลงโทษจากครูโดยไม่ถามสาเหตุ เด็กได้รับคำตำหนิตีเยียนต่อหน้าเพื่อนๆ ทำให้เกิดความอับอาย (นภมณฑล สิบหมื่นเปี่ยม, 2535, ลำภา พุ่งเพ็ญ, 2534 อ้างใน กนกวรรณ ศรีเกิน, 2544) ครูไม่เข้าใจเด็ก โดยเฉพาะเด็กที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการที่เด็กไม่สามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับเพื่อน ครูและกฎระเบียบของโรงเรียนได้ ทำให้เด็กขาดเรียนและหลบหนีออกจากโรงเรียน จนในที่สุดไม่ไปโรงเรียน โดนไล่ออกเป็นเหตุผลักดันกลายไปเป็นเด็กเร่ร่อน จากการศึกษาของ ม.ร.ว.สมพร สุทัศน์ีย์ (2531) อ้างใน กนกวรรณ ศรีเกิน (2544) พบว่าการหนีโรงเรียนในเด็กโต เกิดจากการเรียนเป็นเหตุหรืออาจเป็นผลมาจากโรงเรียน เช่น การบ้านยากและมากเกินไป ซึ่งเด็กจะถูกลงโทษเมื่อทำผิดหรือเมื่อไม่ทำการบ้าน เด็กมีผลการเรียนที่ไม่ดี หรือเด็กมีปมด้อยทำให้ถูกล้อเลียนเยาะเย้ยถากถาง ไม่ได้รับการยอมรับจากครูและเพื่อน ขาดการส่งเสริมให้กำลังใจจากครู ทำให้เด็กออกจากระบบโรงเรียนและมาเร่ร่อน

2.3 สาเหตุจากสังคม วัฒนธรรมและเศรษฐกิจ

สาเหตุจากสังคม วัฒนธรรมและเศรษฐกิจที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว กลายเป็นสิ่งเร้าภายนอกที่เป็นแรงดึงดูดให้เด็กเข้าสู่สังคมเด็กเร่ร่อน เพราะทำให้เด็กสนุกสนานเพลิดเพลินตามวิถีความเจริญสมัยใหม่ ทั้งห้างสรรพสินค้า วิดีโอเกมส์ สุนัขเกอร์ ผับ บาร์ โรงภาพยนตร์ สวนสนุกและสวนสาธารณะ เป็นต้น รวมทั้งอิทธิพลของสื่อมวลชนประเภทต่าง ๆ

ถ่ายทอดค่านิยมความพึงพอใจให้เด็กได้ลอกเลียนแบบพฤติกรรม (ไตรรัตน์ ฟ้าปกาศิต, 2543, นกมณฑล สิบหมื่นเปี่ยม, 2535)

นอกจากนี้การพัฒนาประเทศที่ไม่สมดุล ทำให้เกิดการอพยพย้ายถิ่นฐานจากสังคมชนบทเข้าสู่สังคมเมืองเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีการย้ายถิ่นจากกลุ่มประเทศด้อยโอกาส กลุ่มคนที่มีอาชีพบางประเภท เช่น กรรมกรก่อสร้าง ต้องเร่ร่อนไปตามสถานที่ต่าง ๆ เกิดการโยกย้ายที่อยู่อาศัยตลอดเวลา ทำให้เด็กในครอบครัวเหล่านี้ขาดโอกาสทางการศึกษา ถูกปล่อยปละละเลยไว้บ้าน ขาดคนดูแลเอาใจใส่ ดำรงชีวิตด้วยการดิ้นรนเพื่อการเอาตัวรอดไปวันๆ ทำให้เข้าสู่สังคมของเด็กเร่ร่อนได้ง่าย (กนกวรรณ ศรีเกิน, 2543, ไตรรัตน์ ฟ้าปกาศิต, 2543)

2.4 สาเหตุจากตัวเด็ก

สาเหตุจากตัวเด็กเอง เนื่องจากเด็กวัยนี้เป็นวัยรักอิสระ อยากรู้ อยากเห็น รักสนุก ติดเพื่อน ต้องการความรักความสนใจจากเพื่อนต่างเพศ (กนกวรรณ ศรีเกิน, 2543, ไตรรัตน์ ฟ้าปกาศิต, 2543, สมพงษ์ จิตระดับ, 2540) ประกอบกับนิสัยของเด็กที่ชอบเที่ยวเตร่ ดื้อรั้น ซุกซน จึงออกมาแสวงหาสิ่งที่ตนเองต้องการ จนกระทั่งต้องออกจากบ้านมาและกลายเป็นเด็กเร่ร่อนในที่สุด (พจนา นารณกรกิจ, 2521 อ่างใน โทณัฐ จิตประภิม, 2544) สมศรี กันธมาลา, 2534 อ่างใน ไตรรัตน์ ฟ้าปกาศิต, 2543 กล่าวว่า เด็กบางคนมีสติปัญญาต่ำและถูกชักจูงถูกล่อลวงได้ง่าย หรือเด็กบางคนมีความบกพร่องทางสมอง จิตใจและร่างกาย มีอาการก้าวร้าว ชอบหนีเที่ยว มั่วสุม ทำให้พ่อแม่ผิดหวัง โดยที่ไม่เข้าใจถึงแก่นปัญหาจริง ๆ เมื่อพ่อแม่ทนต่ออาการก้าวร้าวของเด็กไม่ไหวจึงไปให้ผู้อื่นเลี้ยง ทำให้กลายเป็นปัญหาและเด็กกลายมาเป็นเด็กเร่ร่อนในที่สุด

3. ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเร่ร่อน

เมื่อเด็กกลายมาเป็นเด็กเร่ร่อน ผลกระทบต่างๆก็เกิดขึ้นตามมามากมาย จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยแบ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเร่ร่อนออกเป็นรายด้าน ดังนี้

3.1 ด้านการศึกษา

เมื่อเด็กออกมาเร่ร่อนจะขาดจากการศึกษาที่โรงเรียนไปโดยสิ้นเชิง ทำให้เด็กไม่ได้รับการพัฒนาการด้านความรู้ การศึกษา จริยธรรม การจัดการปัญหา (ไตรรัตน์ ฟ้าปกาศิต,

2543, สมพงษ์ จิตระดับ, 2540, สุนันทา เสี่ยงไทย, 2540, มุลนนิสสร้างสรรค์เด็ก, 2538) เด็กจะเรียนรู้เองจากสิ่งแวดล้อมที่เด็กแต่ละคนอยู่ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ เท่านั้น ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เด็กเร่ร่อนเรียนรู้ทั้งที่ดีและไม่ดี อาจทำให้เด็กมีจิตใจที่หยาบกระด้างและสร้างปัญหาต่อเรื่องอื่น ๆ ตามมา (ธรรมรักษ์ การพิศษฐ์, 2535) เด็กเร่ร่อนเพียงบางส่วนที่ได้รับการศึกษาในขณะที่เร่ร่อนซึ่งจัดเป็นการศึกษานอกระบบโรงเรียน คือการได้รับการศึกษาจากครูข้างถนน เป็นต้น (กนกวรรณ ศรีเกิน, 2543)

3.2 ด้านการประกอบอาชีพ

เด็กเร่ร่อนขาดการศึกษาทำให้ขาดโอกาสที่จะประกอบอาชีพที่ดี ในขณะที่เดียวกันจะต้องต่อสู้ดิ้นรนในการดำเนินชีวิต ทำให้เด็กพร้อมที่จะทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองอยู่รอด เด็กจึงมีความเสี่ยงต่อการกระทำผิดและถูกใช้เป็นเครื่องมือในทางที่ผิดได้ง่าย วัลลภ ตั้งคณารักษ์ (2540) ระบุว่า เด็กเร่ร่อนอยู่ในภาวะเสี่ยงมากที่จะกลายเป็นเด็กกระทำความผิดได้ง่ายและถูกล่อลวงไปในทางที่ไม่ดี เด็กอาจถูกบังคับให้ขอทาน สอนให้ลักเล็กขโมยน้อย จนถึงจัดแะระยนต์ เด็กเร่ร่อนมักจะกระทำความผิดทางกฎหมาย จนกลายเป็นการกระทำที่มีความผิดทางอาญา ต้องอยู่ในความควบคุมหรือดูแลจากเจ้าหน้าที่ (กนกวรรณ ศรีเกิน, 2543, อาธิ ฮามากูชิ, 2543, สมพงษ์ จิตระดับ, 2540, สุนันทา เสี่ยงไทย, 2540, มุลนนิสสร้างสรรค์เด็ก, 2538) อาชีพของเด็กเร่ร่อนขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม การชักชวน ความหิว และความต้องการ ซึ่งได้แก่

(1) อาชีพรับจ้างทำงาน เด็กเร่ร่อนแรกออกจากบ้านจะรับจ้างทำงาน โดยทั่วไปแล้วจะทำงานใช้แรงงาน เช่น กรรมากรก่อสร้าง ล้างจานตามร้านอาหาร เป็นลูกมือร้านซ่อมรถยนต์และรถจักรยานยนต์ เป็นต้น ค่าตอบแทนที่เด็กได้รับ ขึ้นอยู่กับนายจ้าง เด็กมักถูกเอารัดเอาเปรียบจากนายจ้าง จึงเป็นสาเหตุที่เด็กเปลี่ยนงานบ่อย ๆ และหางานที่สบายและเงินดี โดยเข้าสู่การขายบริการต่าง ๆ

(2) อาชีพขอทาน เด็กเร่ร่อนจะนั่งขอทาน บ้างก็เดินยกมือไหว้ขอทานตามตลาดและแหล่งชุมชน ในสถานที่ที่มีนักท่องเที่ยวแบมือขอเงินได้บ้างไม่ได้บ้าง และจะเอาเงินมารวมกันแล้วหาซื้อของและเที่ยวอย่างสนุกสนานอย่างไม่กลัวเงินหมด หากเงินหมดก็จะหาใหม่

(3) ขโมย เด็กเร่ร่อนพร้อมที่จะหยิบฉวยหากมีโอกาส เพื่อสนองความต้องการและความหิว

(4) เก็บอาหารตามขยะ เด็กเร่ร่อนที่ไม่มีใครอุปการะจะเดินหาอาหารที่เหลืออยู่บนโต๊ะในร้าน ในถังขยะที่วางอยู่ข้างถนนในเมืองทั่วไป

(5) เก็บขยะขาย เด็กจะเก็บเศษกระดาษ ขวดแก้ว พลาสติก และเศษเหล็กขายในแต่ละวัน

(6) ขายบริการ ส่วนใหญ่พบเด็กเร่ร่อนกลุ่มนี้ตามตัวเมืองที่มีนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติและมีสถานเริงรมย์ เด็กขายบริการ ขัดรองเท้า เด็กเสิร์ฟในร้านอาหารเล็กๆ ซ้ำทางและบีบบังคับให้แขกต่างชาติที่อยู่ตามชายหาดและแขกที่เข้ารับบริการตามบาร์เบียร์หรือในสถานเริงรมย์

(7) ขายบริการทางเพศ เด็กเร่ร่อนชายหญิงขายบริการทางเพศในบาร์ที่มีแม่เล้า พ่อเล้าคอยเชียร์แขกชาวต่างชาติให้เด็ก แม่เล้าพ่อเล้าและเพื่อนเด็กเร่ร่อนที่มีประสบการณ์ขายบริการมาก่อนจะถ่ายทอดเทคนิคและวิธีการต่าง ๆ ให้ เพื่อจะได้ถูกใจแขกชาวต่างชาติ เด็กตามใจแขกทุกรูปแบบในการมีเพศสัมพันธ์กันเพื่อสิ่งตอบแทนและไม่ให้ถูกพ่อเล้าแม่เล้าตำหนิ เด็กเร่ร่อนอีกกลุ่มหนึ่งจะขายบริการแก่แขกชาวต่างชาติตามที่สาธารณะที่เป็นจุดผ่อนผัน ในเมืองจังหวัดต่าง ๆ โดยเฉพาะแหล่งท่องเที่ยวที่มีชาวต่างชาติ ชาวต่างชาติจะให้ความสุขทางความเป็นอยู่ อาหาร เด็กจะได้รับการดูแลในช่วงเวลาหนึ่ง

จากการที่เด็กเร่ร่อนไม่ชอบอยู่เป็นที่ ขาดความสนใจและความตั้งใจระยะยาว ทำให้เด็กอาจขาดอนาคตที่ดี ขาดโอกาสในการประกอบอาชีพที่ดี กลายเป็นปัญหาสังคมในระยะยาวแทนที่จะเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของสังคม (สายสุรี จุติกุล, 2535) รัฐจะต้องเพิ่มภาระหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคม รัฐบาลต้องเล็งงบประมาณในการดำเนินการจัดสวัสดิการแก้ไขปัญหา ด้านปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต ทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค (วัลลภ ตั้งคนานุรักษ์, 2540) และบริการอื่น ๆ ที่จำเป็น และถึงแม้ว่ารัฐจะพยายามจัดสรรงบประมาณมาดูแลแก้ปัญหาเพียงใดก็ยังคงพบปัญหาต่าง ๆ (ไตรรัตน์ ฟาประกาศิต, 2543)

3.3 ด้านสุขภาพ

เป็นผลกระทบที่สำคัญที่สุด จากการศึกษา พบว่า เมื่อเด็กกลายมาเป็นเด็กเร่ร่อนทำให้เกิดความขาดแคลนปัจจัยต่าง ๆ ทั้งปัจจัยพื้นฐานในการดำเนินชีวิต คือ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยและยารักษาโรค และต้องเร่ร่อนอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย หรือแม้จะพำนักอาศัยชั่วคราวในมูลนิธิสร้างสรรค์เด็กแต่เด็กก็จะมีข้อจำกัดบางประการ และเด็กก็สามารถที่จะออกไปเร่ร่อนตามที่สาธารณะต่าง ๆ ได้ตลอดเวลา ทำให้เด็กเร่ร่อนเหล่านี้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งจากพฤติกรรมในการดำรงชีวิต เช่น โรคระบบทางเดินหายใจจากการที่ต้องอาศัยนอนใต้สะพานข้ามแยก และจากการกระทำที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยง ก็เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาและผลกระทบ

ด้านสุขภาพของเด็กเร่ร่อน เช่น การติดยาเสพติด การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากการขายบริการทางเพศ (กนกวรรณ ศรีเกิน, 2543, อาธิ ฮามากูชิ, 2543, สมพงษ์ จิตระดับ, 2540, สุนันทา เสี่ยงไทย, 2540, มุลินธิสร้างสรรค์เด็ก, 2538, องค์การอนามัยโลก, 1993, Ayaya and Esamai, 2001)

3.4 ด้านสังคมและกฎหมาย

ด้านสังคมและกฎหมายเป็นผลสืบเนื่องมาจาก การที่เด็กออกมาเร่ร่อนตามที่สาธารณะ ทำให้เด็กเหล่านี้เข้าสู่กระบวนการการลักขโมย ลักทรัพย์สืบตามบ้าน เสพและขายยาเสพติด ขายบริการทางเพศ ซึ่งเป็นการกระทำที่มีความผิดทางอาญา ต้องอยู่ในความควบคุมหรือดูแลจากเจ้าหน้าที่ เมื่อเจ้าหน้าที่ต้องติดต่อบิดามารดาหรือครอบครัวเด็ก พบว่า บิดา มารดาจะทะเลาะวิวาทโยนความผิดและความรับผิดชอบให้แก่กัน ครอบครัวเกิดความแตกแยก เปื่อหน่ายที่จะสนใจ จึงละเลยหรือไม่สนใจดูแลเด็กเร่ร่อนกลุ่มนี้ ผลักภาระให้สังคมต้องเข้ามารับผิดชอบเด็กกลุ่มนี้ในสถานภาพของเด็กเร่ร่อน เกิดปัญหาทางสังคมตามมาเนื่องจากรัฐบาลต้องเสียงบประมาณในการดำเนินการจัดสวัสดิการแก้ไขปัญหา (กนกวรรณ ศรีเกิน, 2543, อาธิ ฮามากูชิ, 2543, สมพงษ์ จิตระดับ, 2540, สุนันทา เสี่ยงไทย, 2540, มุลินธิสร้างสรรค์เด็ก, 2538, องค์การอนามัยโลก, 1993, Ayaya and Esamai, 2001)

ผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับเด็กเร่ร่อนแต่ละคน อาจเกิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือเกิดขึ้นหลาย ๆ ด้านประกอบกัน ขึ้นอยู่กับการได้รับการช่วยเหลือหรือการได้รับการดูแลจากมูลนิธิ แต่จะเห็นได้ว่าผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นผลกระทบที่มักจะเกิดขึ้นกับเด็กเร่ร่อนแทบทุกราย

4. ระบบสนับสนุน/การช่วยเหลือเด็กเร่ร่อน

ปัจจุบันพบว่า มีหน่วยงานราชการและองค์กรเอกชนเข้ามาดูแลให้ความช่วยเหลือเด็กเร่ร่อน รวมทั้งมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานราชการและองค์กรเอกชนเพิ่มมากขึ้น และการให้ความช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้ในแต่ละมูลนิธิ (ทั้งหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน) มีปรัชญา/แนวคิด/วัตถุประสงค์ของหน่วยงาน/องค์กรที่สำคัญ (คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549) คือ

1. ปรัชญาแนวคิดทางพุทธศาสนาโดยเฉพาะหลักธรรมคำสอนทางพระพุทธศาสนาในเรื่องของการรู้จักตนเอง ความพอเพียง

2. จัดกิจกรรมพัฒนาทักษะชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ สติปัญญาอย่างเหมาะสมและเพียงพอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต
3. ส่งเสริมให้เกิดทักษะการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันกับบุคคลในสังคมได้อย่างปกติสุข
4. ส่งเสริมด้านการประกอบอาชีพที่ถาวรและเป็นที่ยอมรับทางสังคมให้กับเด็ก
5. ช่วยเหลือปกป้องคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิเด็กให้มีโอกาสเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป
6. ให้เด็กเร่ร่อนได้รับการศึกษา ให้ความเสมอภาคทางการศึกษา การพัฒนาทักษะฝีมือให้เป็นคนดี มีคุณธรรม จัดการศึกษาที่หลากหลาย โดยเน้นการมีส่วนร่วมในทุกระดับ
7. สนับสนุนให้หยุดการเร่ร่อนอย่างถาวร
8. ให้ความเสมอภาคทางการศึกษา การพัฒนาทักษะฝีมือให้เป็นคนดี มีคุณธรรม
9. ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการทำงาน
10. ส่งต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลต่อ

4.1 การให้การดูแลเด็กเร่ร่อน

การให้การดูแลเด็กเร่ร่อนได้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ กลุ่มเด็กเร่ร่อนที่เข้ามาพำนักอาศัยชั่วคราวในมูลนิธิ และกลุ่มเด็กเร่ร่อนที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะต่าง ๆ (ทองพูล บัวศรี, 2552)

(1) กลุ่มเด็กที่พำนักในมูลนิธิ เด็กกลุ่มนี้เข้ามาพำนักอาศัยในมูลนิธิจากหลายรูปแบบ ทั้งเป็นเด็กที่เข้ามาโดยพ่อ-แม่นำมาให้มูลนิธิอุปการะ หรือครู/เจ้าหน้าที่ชักชวนให้เข้ามารับการดูแลจากมูลนิธิ เด็กที่ถูกตำรวจจับกุมและเด็กที่ผ่านการดำเนินคดี ศาลเด็กและเยาวชนตัดสินให้มูลนิธิควบคุมดูแลความประพฤติ เด็กกลุ่มนี้ก็จะได้รับการดูแลสนับสนุนปัจจัย 4 ทั้งอาหาร เสื้อผ้า (จำนวนจำกัด) การดูแลและการได้รับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย การศึกษา และอื่น ๆ ตามวัตถุประสงค์ของแต่ละมูลนิธิ และอยู่ในกฎระเบียบ โดยมูลนิธิของหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนนั้นมีรูปแบบการดูแลเป็น 2 ลักษณะ คือ มูลนิธิ/หน่วยงานที่มีลักษณะเป็นบ้านเปิด เช่น บ้านสร้างสรรค์เด็ก บ้านอุปถัมภ์ และมูลนิธิ/หน่วยงานที่มีลักษณะเป็นบ้านปิด เช่น บ้านเมอร์ซี สถานแรกรับเด็กชายบ้านปากเกร็ด เป็นต้น โดยครู มีหน้าที่ดูแลความเรียบร้อยต่าง ๆ ภายในบ้าน ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การประสานงานกับโรงเรียนในการให้เด็กได้มีโอกาสกลับไปเรียนหนังสือในโรงเรียนอีกครั้ง ซึ่งเน้นเป็นทางเลือกของเด็กทุกคนที่ควรรับโอกาสทางการศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบโรงเรียน การประสานงานหาสถานที่ฝึกอาชีพ หรือการไปทำงานในหน่วยงานต่าง ๆ การติดตามข้อมูลประวัติ ทั้งเอกสารใบเกิด ทะเบียนบ้าน การติดตามครอบครัวเด็ก การเยี่ยมบ้านเด็ก และการส่งเด็กกลับบ้านที่ครอบครัวพร้อม

(2) กลุ่มเด็กเร่ร่อนที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะต่าง ๆ เด็กกลุ่มนี้จะได้รับการดูแลจากครูข้างถนน โดยครูจะเข้าไปดูแลเด็กในแต่ละพื้นที่ที่ได้มีการแบ่งเขตรับผิดชอบ แต่เนื่องจากจำนวนครูที่มีค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับพื้นที่ที่เด็กเร่ร่อนอาศัยอยู่ ครูจึงต้องหมุนเวียนพื้นที่ในการเข้าไปดูแลทำให้เด็กได้รับการดูแลไม่ทั่วถึง ครูข้างถนนจึงมีบทบาท/กลวิธีในการช่วยเหลือเด็กเร่ร่อน ดังนี้

ก. ครูข้างถนน ได้มีการกำหนดพื้นที่ที่เด็กเร่ร่อนส่วนใหญ่จะรวมตัวกันอยู่ เช่น สวนสาธารณะ ท่ารถ ท่าเรือ ตลาด ศูนย์กลางย่านกลางค้า เพื่อกระจายครูข้างถนน เช่น พื้นที่หัวลำโพง จะมีเด็กเร่ร่อนจำนวนมาก และเด็กอยู่ในพื้นที่ช่วง 12.00-20.00 น. ปัจจุบันมีครูตำรวจรถไฟเป็นผู้ดูแล และใช้ตำรวจไฟเป็นที่ทำการเรียนการสอน พื้นที่พัฒนพงษ์ เริ่มกิจกรรมตั้งแต่เวลา 20.00 น. – 03.00 น. พื้นที่บางแคเวลา 12.00 น.- 20.00 น. พื้นที่บางกะปิ เริ่มกิจกรรมตั้งแต่ 10.00 น.- 18.00 น. พื้นที่รังสิตตั้งแต่เวลา 13.00 น.-21.00 น. และยังมีอีกหลายพื้นที่ที่ครูข้างถนนลงไปทำงานหรือพบปะกับเด็กเร่ร่อน ซึ่งในปัจจุบันนี้จะมีมูลนิธิส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของเด็กที่ลงพื้นที่สะพานพุทธ สามย่าน ถนนอังรีดูนังต์ สีแยกโคก ซอยนานาเหนือ เป็นต้น สำหรับสำนักสวัสดิการสังคม กรุงเทพมหานคร ได้มีพื้นที่ปฏิบัติงานเป็นศูนย์เด็กด้อยโอกาส ได้แก่ ศูนย์เด็กด้อยโอกาสสวนลุมพินี สวนจตุจักร เป็นต้น

ข. การรุกเข้าพบปะเด็กเร่ร่อนตามสถานที่ที่เด็กเร่ร่อนใช้ชีวิตอยู่ โดยแต่ละพื้นที่ครูจะลงตามเวลาที่จะมีโอกาสได้พบเด็ก ครูข้างถนนจะได้รับการฝึกอบรมเป็นอย่างดีในเรื่องจิตวิทยา หลักการสอน การสังเกต การสัมภาษณ์ การจัดกิจกรรม การจัดเกมส์กลุ่มสัมพันธ์เพื่อสร้างสรรค์พัฒนาการที่ดีให้กับเด็ก

ค. ครูข้างถนนจะมีกระเป๋าสะพายที่บรรจุอุปกรณ์เพื่อสร้างความสัมพันธ์และสร้างสรรค์พัฒนาการเด็ก ซึ่งอุปกรณ์จะประกอบด้วยเครื่องเขียน หนังสือ เครื่องมือศิลปะ เครื่องดนตรี เกมส์ เครื่องกีฬาพร้อมทั้งอาหาร ขนม และของว่างสำหรับเด็ก

4.2 โครงการ/กิจกรรมในการให้การดูแลเด็กเร่ร่อน

ในการจัดกิจกรรม/โครงการให้กับเด็กเร่ร่อนทั้งเด็กเร่ร่อนที่พำนักชั่วคราวทั้งในมูลนิธิและตามที่สาธารณะต่างๆ หน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนได้มีการแบ่งลักษณะโครงการดังนี้ (คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549)

(1) โครงการระยะสั้นเป็นโครงการ/กิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะชีวิต การฝึกอาชีพแก่เด็กเร่ร่อนและการพัฒนาการทำงานของหน่วยงานด้วยระบบเครือข่าย เช่น

กิจกรรมด้านทักษะชีวิตสำหรับเด็กด้อยโอกาส เน้นในชุมชนแออัดและสถานบันเทิงยามวิกาล โครงการหลักสูตรวิชาชีพระยะสั้น เป็นต้น

(2) โครงการระยะยาว มักเป็นโครงการที่มุ่งไปสู่การแก้ปัญหาให้เด็กหยุดการเร่ร่อน เช่น โครงการให้เด็กได้รับการศึกษาในระบบ โครงการให้เด็กมีเอกสารทางราชการ โครงการให้เด็กกลับคืนสู่ครอบครัว โครงการขยายพื้นที่ในการทำกิจกรรมในเขตพื้นที่ติดกับประเทศเพื่อนบ้าน

4.3 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการช่วยเหลือเด็กเร่ร่อน

จากการศึกษาพบว่า ในการดำเนินการให้ความช่วยเหลือเด็กเร่ร่อนพบปัญหาและอุปสรรคดังนี้ (นภมณฑล สิบหมื่นเปี่ยม, 2535, คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549, ทองพูล บัวศรี, 2552) ได้แก่

(1) ด้านบุคลากร พบว่าบุคลากรส่วนมากไม่เห็นความสำคัญของเด็กเร่ร่อนและไม่เข้าใจปัญหาแท้จริง มีจำนวนครู/เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับจำนวนเด็กเร่ร่อนที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ บุคลากรขาดความรู้ความสามารถในการให้คำปรึกษา

(2) งบประมาณมีอย่างจำกัดและไม่เพียงพอต่อจำนวนเด็ก ครูได้รับค่าตอบแทนค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับงานที่ต้องทำในเวลากลางคืน ค่าใช้จ่ายในการเข้าไปดูแลเด็กตามพื้นที่สาธารณะต่าง ๆ บางอย่างไม่สามารถเบิกได้ตามระบบราชการ

(3) การบริหารงาน ผู้บริหารยังมีความรู้ ข้อเท็จจริงและข้อมูลเด็กเร่ร่อนน้อย บางองค์กรไม่ได้ให้ความสำคัญในการจัดกิจกรรม เพราะถือว่าไม่ใช่บทบาทหน้าที่ขององค์กรนั้น ๆ

(4) เด็กไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากความไม่แน่นอนของเด็กที่มีการย้ายถิ่นและไม่อยู่กับที่ตลอดเวลา ทำให้การจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะทำได้ยาก

(5) ความขัดแย้งระหว่างการทำงานของภาครัฐและภาคเอกชน โดยภาคราชการมีกฎเกณฑ์ ระเบียบ ข้อบังคับ ขาดความยืดหยุ่นทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาในกรณีเร่งด่วนได้ในบางครั้ง ในขณะที่ภาคเอกชนยังขาดความเข้าใจในขั้นตอนและระเบียบวิธีการดำเนินการของหน่วยงานราชการจนก่อให้เกิดความ

จากปรัชญา/แนวคิด/วัตถุประสงค์ของหน่วยงาน/องค์กรที่สำคัญ โครงการและระบบให้การช่วยเหลือเด็กเร่ร่อนในปัจจุบันจะเห็นได้ว่า หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะทางสังคม เน้นให้เด็กได้รับการศึกษาและพัฒนาอาชีพ ยังไม่ได้ให้

ความสำคัญในเรื่องของสุขภาพกับเด็กเร่ร่อนมากนัก ยังขาดแนวคิด/แนวทางและนโยบายในการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นกับเด็กเร่ร่อน

วัยรุ่น

1. ความหมายของคำว่าวัยรุ่น

วัยรุ่น มาจากคำกริยาในภาษาละตินว่า *Adolescere* หมายถึง การก้าวไปสู่วุฒิภาวะ (To grow into maturity) (Sebald, 1984 อ้างใน พรพิมล เจียมนาครินทร์, 2539) การที่เด็กจะบรรลุถึงขั้นการมีวุฒิภาวะนั้น จำเป็นต้องมีพัฒนาการทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาไปด้วยพร้อม ๆ กัน ซึ่งเด็กหญิงจะเข้าสู่วัยรุ่นก่อนเด็กชาย 1-2 ปี นับตั้งแต่การมีประจำเดือนครั้งแรกของเด็กหญิง และการหลั่งอสุจิเป็นครั้งแรกของเด็กชาย ถึงกระนั้นการเข้าสู่วุฒิภาวะทางเพศของแต่ละคนแม้จะเป็นเพศเดียวกันก็อาจจะไม่พร้อมกันก็ได้ บางคนอาจจะเริ่มเร็ว บางคนอาจจะเริ่มช้า ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น อาหาร ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม อากาศ และสภาพแวดล้อมด้านอื่น ๆ (พรพิมล เจียมนาครินทร์, 2539) อย่างไรก็ตามก็ได้มีนักวิชาการกล่าวถึงความหมายของวัยรุ่นไว้หลายประการ อาทิ

Roger (1972 อ้างใน ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2549) ได้ให้ความหมายของวัยรุ่น โดยพิจารณาจากเกณฑ์ทางด้านร่างกาย ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ 2 อย่าง คือ เสียงเปลี่ยนโดยเด็กชายจะมีเสียงแตกห้าว เด็กหญิงจะมีเสียงแหลมขึ้น มีสัดส่วนของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป เด็กหญิงเริ่มมีประจำเดือน เด็กชายมีการหลั่งน้ำกามครั้งแรก

นภาพร หะวานนท์, นิภรณ์ สันทหจรียา และ ศันสนีย์ เรืองสอน (2542) กล่าวว่าวัยรุ่นเป็นช่วงชีวิตที่เด็กกำลังจะก้าวเข้าสู่ความเป็นผู้ใหญ่ที่มีได้มีการกำหนดอายุอย่างชัดเจนในแต่ละสังคม โดยทั่วไปอาจเริ่มตั้งแต่อายุ 12-13 ปี ไปจนถึงอายุ 19 ปี

ปรีชา วิหคโต (2547) ได้ให้ความหมายว่า เด็กวัยรุ่นคือผู้ที่อยู่ระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ ส่วนมากเรียนในระดับมัธยมศึกษา และมีพัฒนาการสูงและน้ำหนักแบบพุ่งขึ้น มีอารมณ์แบบพายุ ยึดกลุ่มเพื่อนเป็นหลัก และเริ่มมีความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศและมีสติปัญญาแบบเหตุผลเชิงนามธรรม

กล่าวโดยสรุปวัยรุ่น หมายถึง เด็กที่มีอายุอยู่ระหว่าง 13 – 18 ปี เป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาเข้าสู่วุฒิภาวะทางเพศโดยสมบูรณ์เป็นวัยแห่งการปรับตัว

2. พัฒนาการของวัยรุ่น

2.1 พัฒนาการทางร่างกาย

โดยทั่วไปการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นแยกเป็น 2 ส่วน คือ การเปลี่ยนแปลงภายนอกร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย (วิทยา นาควรรษะ, 2543)

(1) การเปลี่ยนแปลงภายนอกร่างกาย จะไม่ได้สัดส่วนและเห็นได้ชัด เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง แขนขาจะดูยาวเก้งก้าง ต่อมเหงื่อออกมามาก เนื่องจากฮอร์โมนขยาย เริ่มมีกลิ่นตัว สิวขึ้น ลักษณะทางเพศปรากฏชัดขึ้น เช่น เริ่มมีขนตามที่ลับ ใบหน้า หน้าอก ในเด็กหญิง ทรวงอกเริ่มขยายขึ้น มีส่วนเว้าส่วนโค้งเห็นชัด ฯลฯ ส่วนเด็กชายน้ำเสียงจะห้าว มีขนรักแร้ ซึ่งเป็นการแสดงถึงการมีวุฒิภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์ที่สามารถสืบพันธุ์ได้

(2) การเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย เช่น ระบบการย่อยอาหาร ระบบหมุนเวียนเลือด ระบบหายใจ จะมีการขยายและมีความสามารถทำงานมากขึ้น และระบบต่อมไร้ท่อซึ่งจะมีอิทธิพลต่อพัฒนาการของวัยรุ่น พัฒนาการด้านนี้มีบทบาทความสำคัญในการพัฒนาบุคลิกภาพ พฤติกรรมทางเพศ โดยจะผลิตฮอร์โมนเพศและควบคุมการเจริญเติบโตของร่างกาย รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางเพศ ที่แสดงความเป็นหญิงสาวและชายหนุ่มอย่างสมบูรณ์ โดยในเด็กหญิงเริ่มมีประจำเดือน ส่วนเด็กชายมีการแข็งตัวของอวัยวะเพศ มีการหลั่งน้ำกามเป็นครั้งแรก ผันเปียก ฯลฯ และอาจจะลงมือทดลองทำพฤติกรรมทางเพศด้วยความรู้สึกลอยล่อง อยากรู้ อยากเห็นเช่น แอบอ่านหนังสือโป๊ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง การเที่ยวหญิงบริการ ตลอดจนการมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนด้วยกัน เป็นต้น

2.2 พัฒนาการทางด้านอารมณ์ (Emotional Development)

วัยรุ่นมักมีอารมณ์รุนแรงและอ่อนไหวได้ง่าย แสดงความรู้สึกอย่างเปิดเผยและตรงเกินไป มีความเชื่อมั่นในตัวเอง แต่บางครั้งก็รู้สึกหดหู่ มีความสงสัยอยู่ตลอดเวลา ต้องการให้ผู้อื่นยอมรับในความเป็นชายหญิงของตน ทั้งจากเพศเดียวกันและเพศตรงข้ามมีความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และเนื่องจากวัยรุ่นต้องการที่จะให้ผู้อื่นยอมรับ จึงมักเอาใจใส่กับรูปร่างของตนเองมากขึ้น วิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอยู่ตลอดเวลา เช่น ส่วนสูง น้ำหนัก บางคนกลัวว่าตนจะมีสิว มีกลิ่นตัวแรง สายตาสั้น หรือฟันไม่สวย เป็นต้น สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายและรุนแรง อาจเกิดจากความพยายามในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ ประสบการณ์ที่วัยรุ่นพบมักจะเป็นความขัดแย้งกับผู้ใหญ่ ความเข้มงวดของผู้ใหญ่ที่มีต่อความประพฤติของวัยรุ่น ตลอดจนการคบเพื่อน การเรียน การแต่งกาย เป็นเหตุให้

อารมณ์ของวัยรุ่นไม่มั่นคง หงุดหงิด มีความรู้สึกไว และแสดงออกทันที เพราะยังไม่เป็นผู้ใหญ่โดยสมบูรณ์ (สุชา จันทน์เอม, 2540)

2.3 พัฒนาการทางด้านสังคม (Social Development)

วัยรุ่นชอบปลีกตัวออกจากบุคคลในครอบครัว ชอบอยู่ในหมู่เพื่อน และมีความเห็นว่าเพื่อนเป็นสิ่งสำคัญ ระยะนี้การปรับตัวกับกลุ่มเพื่อนเป็นช่วงที่สำคัญมากมีการศึกษาพบว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการเพื่อน และได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนมากที่สุด เริ่มมีความคิดเป็นของตนเอง อยากเป็นตัวของตัวเอง ชอบอิสระไม่ค่อยเชื่อฟังใครยกเว้นเพื่อน มีค่านิยม ความเชื่อ และความคิดคล้ายคลึงกันในกลุ่มพฤติกรรม วัยรุ่นจึงมักเป็นการทำตามเพื่อนและต้องการการยอมรับในกลุ่ม วัยรุ่นจึงมีปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นในสังคม (ดรุณี ชุณหะวัณ และคณะ, 2537) อย่างไรก็ตาม การที่วัยรุ่นจะปรับตัวให้สอดคล้องกับมาตรฐานของกลุ่มได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การเข้าใจทัศนคติ การเข้าใจบทบาท และเป็นไปตามความคาดหวังของสังคม ในทางตรงกันข้ามถ้าวัยรุ่นที่ยึดถือความคิดเห็นของตนเป็นหลักเพียงอย่างเดียว จะทำให้กลายเป็นคนต่อต้านสังคม หรือวัยรุ่นที่ขาดเพื่อนจะมองตนเองว่าเป็นผู้ที่ประสบความล้มเหลว ทางสังคม ดังนั้น ผู้ใหญ่ควรเตรียมวัยรุ่นให้สามารถปรับตัวให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

2.4 พัฒนาการทางด้านสติปัญญา (Intellectual Development)

วัยรุ่นสามารถเข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ ที่สำคัญได้เป็นบางเรื่องจะมีการพัฒนาประสิทธิภาพทางสติปัญญาสูงสุด เริ่มมีปรัชญาชีวิต เพียงแต่ยังขาดประสบการณ์ อย่างไรก็ตาม ความคิดยังเป็นไปเพื่อค้นหาตัวเอง เริ่มรู้จักใช้ความคิดอย่างลึกซึ้ง เข้าใจในสิ่งที่เร้นนามธรรมได้ และสามารถมองเห็นความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น เด็กจะตระหนักถึงสิ่งที่เป็นไปได้และตั้งสมมติฐานได้ คิดสิ่งที่จริงถูกต้องขึ้น และการให้เหตุผลแบบอนุมานเริ่มเกิดขึ้น ซึ่งเด็กวัยนี้จะมองสุขภาพว่า สุขภาพ คือ การมีเสถียรภาพทางร่างกาย อารมณ์ สังคมในระยะยาว และเห็นว่าความเจ็บป่วยอาจเป็นสาเหตุของการไม่มีเสถียรภาพชั่วคราว สิ่งที่แสดงว่าสุขภาพดี คือ ความรู้สึกดี มีความสามารถควบคุมตนเองได้ และสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ต้องการได้ มีการพิจารณาสุขภาพจิตมากขึ้น และมีการมองสุขภาพในอนาคตด้วย (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2549)

สรุปได้ว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่มีพัฒนาการมาจากวัยเด็ก เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง แต่ในการเปลี่ยนแปลงนั้นเด็กจะมีความแตกต่างกันไปแต่ละคน ในพัฒนาการด้านร่างกาย วัยรุ่นมีการเจริญเติบโตของร่างกายและการเจริญของระบบสืบพันธุ์อย่างสมบูรณ์ มีพัฒนาการที่แสดงลักษณะความแตกต่างของเพศชายและเพศหญิงอย่างชัดเจน ด้านจิตใจนั้นรวมถึงความคิด

อารมณ์ การปรับตัว ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการเข้าสังคม เด็กวัยนี้มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย และค่อนข้างรุนแรง ต้องการความเป็นอิสระสูง มักมีความขัดแย้งกับผู้ใหญ่ ให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อน ต้องการการยอมรับจากคนอื่น และรู้จักใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลมากขึ้น

3. ความต้องการและความสนใจตามวัยของวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นช่วงที่ทั้งชายและหญิงมีพัฒนาการสูงสุดของชีวิตมีความกระตือรือร้น และสนใจสิ่งต่าง ๆ รอบตัวมากขึ้น โดยเฉพาะกิจกรรมที่เป็นกลุ่ม วัยรุ่นจะให้ความสนใจเป็นพิเศษ นอกจากนี้ความต้องการและความสนใจด้านต่าง ๆ ของวัยรุ่นมีดังนี้ (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2549)

1. ความต้องการและความสนใจด้านสุขภาพ เด็กวัยนี้ให้ความสนใจและมีความต้องการทั้งเรื่องการกิน การพักผ่อนนอนหลับ การแต่งกาย การรักษาความสะอาด เรียบร้อย

2. ความต้องการและความสนใจทางเพศ เด็กจะรู้จักการปรับปรุงตนเองให้มีบุคลิกลักษณะเป็นที่น่าสนใจของผู้อื่น โดยเฉพาะเพศตรงข้าม การวางตัวต่อเพื่อนต่างเพศ การเลือกคบเพื่อนต่างเพศ

3. ความต้องการและความสนใจในการเลือกอาชีพ วัยรุ่นจะสนใจทางด้านอาชีพอย่างจริงจังเป็นจริง ไม่เลือนลอยเพ้อฝันเหมือนเด็ก และมีความสนใจในอาชีพที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความสามารถของตน ความสนใจทางด้านอาชีพอาจจะเกิดจากอิทธิพลของพ่อแม่ คือ สนใจอาชีพที่พ่อแม่ประกอบอยู่ หรือพ่อแม่ให้การสนับสนุน นอกจากนี้เพื่อนมีส่วนอย่างมากที่เลือกสาขาวิชาชีพ ความนิยมของสังคมจะมีอิทธิพลมากที่สุดต่อการตัดสินใจของวัยรุ่น

4. ความต้องการและความสนใจในการทำกิจกรรมและสังคม วัยรุ่นรักสนุก ชอบการบันเทิงสนุกสนาน มีจินตนาการกว้างขวาง มีความจำดี แต่มักไม่ค่อยชอบจำ มักมุ่งใช้ความคิดไปทางค้นคว้ามากกว่า นอกจากนี้วัยรุ่นจะสนใจลักษณะต่าง ๆ ของตนเองที่จะทำให้ตนได้รับความสำเร็จ การยอมรับจากผู้อื่นโดยเฉพาะจากเพื่อน

จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นมีความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ไปจากวัยอื่น ๆ ซึ่งเป็นความต้องการที่ไม่ว่าเด็กวัยนี้จะพำนักอาศัยอยู่กับใคร หรืออยู่ที่ไหนก็เป็นความต้องการที่ยังคงอยู่

พฤติกรรมสุขภาพ

1. ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ/การปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพที่เป็นผลมาจากการเรียนรู้และคุณสมบัติต่าง ๆ ของบุคคล อาทิ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์ความรู้อื่น ๆ ซึ่งหมายรวมถึงลักษณะบุคลิกภาพ ความรู้สึก และอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย (Gochman, 1982 อ้างใน เฉลิมพล ตันสกุล, 2549) โดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะของการกระทำ และไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพหรือผลเสียต่อสุขภาพแล้วแต่กรณี นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพยังรวมถึง พฤติกรรมด้านความรู้ ทักษะคิด เจตคติที่มีต่อสุขภาพ (พรสุข หุ่นนิรันดร์, 2545, สุปรียา ตันสกุล, 2545, ธนวรรณ อิมสมบุญ, 2539) ซึ่งสามารถจะสังเกตหรือวัดได้โดยตรงและทางอ้อม พฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่สังเกตมองเห็นได้นั้น อาจแยกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ (1) การปฏิบัติตามปกติวิสัยในชีวิตประจำวันซึ่งจะเป็นการปฏิบัติที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค (2) การปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติตนโดยทั่วไป การรับบริการรักษาพยาบาลและ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือบุคลากรทางสาธารณสุข (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2535) การแสดงออกทางพฤติกรรมสุขภาพนั้นมี 3 ระดับด้วยกัน (เฉลิมพล ตันสกุล, 2549) คือ

1. ระดับที่หนึ่ง เป็นการปฏิบัติตามข้อกำหนดกฎเกณฑ์
2. ระดับที่สอง เป็นการปฏิบัติตามข้อแนะนำหรือแนวทางที่ควรปฏิบัติต่าง ๆ
3. ระดับที่สาม เป็นการปฏิบัติหรือกระทำที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลเอง ในลักษณะของ

ค่านิยมทางสุขภาพ หรือสไตลชีวิตของคน โดยมีจิตสำนึกและจิตวิญญาณเป็นพื้นฐาน

นอกจากคำว่าพฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมอนามัยแล้ว นักวิจัยทางการแพทย์ได้ใช้คำว่า พฤติกรรมดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมแบบแผนชีวิต (Life Style Behavior) (จินตนา ยูนิพันธ์, 2532)

ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของเด็กเร่ร่อนในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพโดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสมของสุขภาพ

2. ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและตามข้อจำกัดบางประการของลักษณะเด็กเรื้อรัง สามารถแบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

2.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เฉลิมพล ต้นสกุล (2549) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่ทำให้ภาวะสุขภาพของตนเองหรือครอบครัวดีขึ้น

ธนวรรณ อิมสมบุญ (2542) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นการกระทำที่แสดงออกของบุคคล เพื่อการดูแลรักษาและสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพให้มีความสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ ๆ เช่น การรับฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามเกณฑ์อายุ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารตรงตามเวลาและอาหารหลัก 5 หมู่ เป็นต้น

Walker, Sechrist and Pender (1996) กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อสร้างแบบประเมินแบบแผนชีวิตและนิสัยสุขภาพ โดยพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ดังนี้

- (1) โภชนาการ (Nutrition)
- (2) การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Physical Activity)
- (3) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility)
- (4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations)
- (5) การจัดการกับความเครียด (Stress Management)
- (6) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เสนอโดย ประเวศ วะสี (2541) ได้แก่

- (1) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- (2) กินอาหารที่ถูกต้อง คือ กินพอประมาณ ได้สัดส่วนครบถ้วน
- (3) หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง อย่างน้อย 4 อย่าง คือ การสูบบุหรี่ การดื่ม

สุราที่มากเกินไป การสำส่อนทางเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงต่ออุบัติเหตุและภัยอันตราย

- (4) สร้างทักษะในชีวิต เพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างสันติ
- (5) จัดสิ่งแวดล้อมให้เกื้อกูลต่อสุขภาพ ทั้งทางกายภาพ ชีวภาพและสังคม

เช่น ร่มเย็น สะอาด ปราศจากมลพิษ มีความปลอดภัย และความเอื้ออาทรต่อกัน

(6) มีพัฒนาการทางจิตวิญญาณ ซึ่งมีวิธีการหลากหลายที่จะช่วยให้บุคคล และความเห็นแก่ตัวเข้าถึงความดี เช่น การเล่น การเรียนรู้ การศาสนา การรวมกลุ่ม การเจริญเมตตา การสัมผัสธรรมชาติทำให้เข้าถึงความสุขทางจิตวิญญาณอันทำให้สุขภาพดียิ่งขึ้น

(7) มีการเรียนรู้ที่ดี เป็นการเรียนรู้ที่ทำให้สนุก เกิดปัญญา มีอิสรภาพ ทำให้มีความสุขและมีแรงจูงใจอยากเรียนรู้

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวทางที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด/แนวทางปฏิบัติต่าง ๆ มีดังนี้

สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ประกอบด้วย (กลุ่มพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กองสุขศึกษา, 2542)

- (1) ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด
- (2) รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง
- (3) ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังการขับถ่าย
- (4) กินอาหารสุก สะอาด ไม่มีสารอันตรายและหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด
- (5) งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ
- (6) สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น
- (7) ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท
- (8) ออกกำลังกายสม่ำเสมอและตรวจสุขภาพประจำปี
- (9) ทำจิตใจร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ
- (10) มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม

แนวทางปฏิบัติขั้นพื้นฐานตามสุขบัญญัติแห่งชาติ มีดังนี้ (กลุ่มพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กองสุขศึกษา, 2542)

- (1) ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด ข้อปฏิบัติ
 - ก. อาบน้ำให้สะอาดทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
 - ข. สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง
 - ค. ตัดเล็บมือ เล็บเท้าให้สั้นอยู่เสมอ
 - ง. ถ่ายอุจจาระเป็นเวลาทุกวัน
 - จ. จัดเก็บของใช้ให้เป็นระเบียบ
- (2) รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง ข้อปฏิบัติ
 - ก. ถูฟันหรือบ้วนปากหลังกินอาหาร

- ข. หลีกเลี่ยงการกินลูกอม ลูกกวาด ทอฟฟี่ เป็นต้น
- ค. ตรวจสุขภาพในช่องปากอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
- ง. แปรงฟันทุกวันอย่างถูกวิธีอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
- จ. ห้ามใช้ฟันกัด ขบเคี้ยวของแข็ง

(3) ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังการขับถ่าย ข้อปฏิบัติ

- ก. ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังการขับถ่ายทุกครั้ง

(4) กินอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย และหลีกเลี่ยงอาหาร รสจัด

สีฉูดฉาด ข้อปฏิบัติ

- ก. เลือกซื้ออาหารที่สด สะอาด ปราศจากสารอันตราย

ข. กินอาหารที่มีการเตรียม การประกอบอาหาร และใส่ในภาชนะ

ที่สะอาด

- ค. กินอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ

ง. ไม่กินอาหารที่ใส่สี มีสารอันตราย เช่น สีย้อมผ้า ยากันบูด ผงชูรส

บอแรกซ์ ยาฆ่าแมลง ฟอรัมาลีน เป็นต้น

- จ. กินอาหารให้เป็นเวลา

ฉ. กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ในปริมาณที่พอเหมาะ

ช. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เช่น น้ำประปา น้ำต้ม น้ำฝน

น้ำที่ผ่านการกรอง

ซ. หลีกเลี่ยงอาหารรสหวานจัด เค็มจัด เปรี้ยวจัด และของหมักดอง

ณ. หลีกเลี่ยงของกินเล่น

(5) งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ ข้อปฏิบัติ

- ก. งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน

ข. สร้างเสริมค่านิยม รักเดียวใจเดียว รักนวลสงวนตัว ไม่ซิงสุกก่อนห้าม

(มีคู่ครองเมื่อถึงเวลาอันควร)

(6) สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น ข้อปฏิบัติ

- ก. สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือกันทำงานบ้าน

ข. มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในครอบครัว

ค. มีการปรึกษาหารือกับสมาชิกในครอบครัว

ง. เผื่อแผ่น้ำใจไมตรีให้กับสมาชิกในครอบครัว

จ. มีกิจกรรมรื่นเริงสังสรรค์และพักผ่อนภายในครอบครัว

(7) ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท ข้อปฏิบัติ

ก. ระมัดระวังและป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน เช่น ไฟฟ้า เต้าแก๊ส ของมีคม ฎุเปเทียนที่จุดบูชาพระ ไม่ขีดไฟ เป็นต้น

ข. ระมัดระวังป้องกันอุบัติเหตุในที่สาธารณะ เช่น ปฏิบัติตามกฎหมายแห่งความปลอดภัยจากการจราจรทางบก ทางน้ำ ป้องกันอันตรายจากโรงฝึกงาน ห้องปฏิบัติการ เขตก่อสร้าง หลีกเลียงการชุมนุมห้อมล้อมในขณะเกิดอุบัติเหตุ

(8) การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี ข้อปฏิบัติ

ก. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

ข. ออกกำลังกาย เล่นกีฬาให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและวัย

ค. เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายอย่างสนุกสนาน

ง. ตรวจสุขภาพโดยแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

(9) ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ ข้อปฏิบัติ

ก. พักผ่อนให้เพียงพอ

ข. เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ควรหาทางผ่อนคลายโดยการปรึกษาผู้ใกล้ชิดที่ไว้ใจได้ หรือเข้าหาสิ่งบันเทิงใจ เช่น เล่นกีฬา ฟังเพลง ดูภาพยนตร์ เป็นต้น

ค. ช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา

(10) มีส่วนร่วมต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม ข้อปฏิบัติ

ก. ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด

ข. อนุรักษ์และพัฒนาสิ่งแวดล้อม เช่น ชุมชน ป่า น้ำ เป็นต้น

ค. ทิ้งขยะในที่รองรับ

ง. หลีกเลียงการใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ก่อให้เกิดมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม เช่น พลาสติก สเปร์ย เป็นต้น

จ. มีและใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ

ฉ. มีการกำจัดน้ำทิ้งในครัวเรือนและโรงเรียนที่ถูกต้อง

ดังนั้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของเด็กเร่ร่อนเพื่อการดูแลรักษาและสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้มีสุขภาพดี ประกอบด้วยพฤติกรรมด้านโภชนาการ (Nutrition) ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Physical Activity) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

(Interpersonal Relations) ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management) และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth)

2.2 พฤติกรรมการเสี่ยงและการป้องกันโรค

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติตัวของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับรถ

นอกจากนี้ แฮริสและกลูเตน (Harris and Glutten, 1979 อ้างใน อรอนงค์ สัมพันธุ์, 2539) ได้นิยามความหมายครอบคลุมไปถึงการรับประทานยาเพื่อป้องกันอาการเจ็บป่วยเช่น การบริโภควิตามิน การรับประทานยาถ่าย การสวนอุจจาระ การอาบน้ำเย็นหรือน้ำอุ่น ดังนั้นพฤติกรรมการป้องกันโรคจึงเป็นการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดีและไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อน เพื่อดำรงภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันอันตรายจากโรคต่าง ๆ

Leavall and Clark (1985) อ้างใน เฉลิมพล ต้นสกุล (2549) ได้แบ่งพฤติกรรมการป้องกันโรค ออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. การป้องกันขั้นปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการปฏิบัติก่อนที่จะเกิดโรค โดยการดูแลตนเองให้คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีอยู่เสมอ
2. การป้องกันขั้นทุติยภูมิ (Secondary Prevention) เป็นระดับการป้องกันที่มุ่งขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะอาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น โดยการค้นหาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและรักษาตั้งแต่แรกพบ
3. การป้องกันขั้นตติยภูมิ (Tertiary Prevention) เป็นการป้องกันในระยะเวลาที่มีความเจ็บป่วยแล้ว โดยมีการฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วยให้กลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุดเพื่อป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้น

ธนวรรณ อิมสมบุญ (2542) กล่าวว่า พฤติกรรมป้องกันโรค เป็นการกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลเพื่อการป้องกันการเจ็บป่วย ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ ความเชื่อ ค่านิยม การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของบุคคล เช่น พฤติกรรมการไม่กินอาหารดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร และการขยับถ่าย รวมถึงพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุข เป็นการกระทำหรือแสดงออกของบุคคลในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสาธารณสุข เพื่อการมีสุขภาพที่ดี เช่น การร่วมรณรงค์ในการกวาดล้างโปลิโอ การพาสุนัขไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เป็นต้น

เฉลิมพล ตันสกุล (2549) กล่าวว่า พฤติกรรมป้องกันโรค ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่ช่วยป้องกันตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน มิให้เกิดความเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นโรคติดต่อ หรือโรคไม่ติดต่อ และรวมถึงพฤติกรรมการมีส่วนร่วม ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อให้มีผลต่อการป้องกันปัญหา หรือการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขในชุมชน และปัญหาของส่วนรวม

และจากการศึกษาผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันโรคมีดังนี้

จิราภรณ์ อำนาจเถลิงศักดิ์ (2540) ได้ทำการวิจัยเรื่องการศึกษาปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทะเลาะวิวาทของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการทะเลาะวิวาท การคบเพื่อนที่ไม่เหมาะสม และความเชื่ออำนาจภายใน – นอกตนกับพฤติกรรมทะเลาะวิวาท ผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติต่อการทะเลาะวิวาทและการคบเพื่อนที่ไม่เหมาะสม ความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทะเลาะวิวาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในกลุ่มรวมและในกลุ่มที่จำแนกตามระดับชั้นผลรวมกันของทัศนคติต่อการทะเลาะวิวาท การคบเพื่อนที่ไม่เหมาะสมและความเชื่ออำนาจภายใน – นอก มีผลต่อพฤติกรรมทะเลาะวิวาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักศึกษามีทัศนคติที่ดีในการทะเลาะวิวาท

ยุวพร วิเศษภู่วัฒนกุล (2547) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมความปลอดภัยตามการรับรู้ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 สังกัดคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ในกรุงเทพมหานคร ระหว่างกลุ่มนักเรียนที่มีเพศต่างกัน ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติตนด้านความปลอดภัยระหว่างนักเรียนหญิงกับนักเรียนชายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าการปฏิบัติตนทั้งในด้านความปลอดภัยในการเดินทาง ด้านความปลอดภัยในการใช้ยาและสารเสพติด และด้านความปลอดภัยในความรุนแรง นักเรียนหญิงปฏิบัติตนดีกว่านักเรียนชาย

กล่าวโดยสรุป พฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันโรค หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกและการละเว้นการกระทำหรือแสดงออกของเด็กเร่ร่อนที่ทำให้เกิดเจ็บป่วยจากพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านความรุนแรง ด้านการใช้สารเสพติด ด้านการมีเพศสัมพันธ์ และการกระทำหรือการแสดงออกและการละเว้นการกระทำหรือแสดงออกของเด็กเร่ร่อนเพื่อการป้องกันความเจ็บป่วยจากพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านความรุนแรง ด้านการใช้สารเสพติด ด้านการมีเพศสัมพันธ์

2.3 พฤติกรรมเมื่อมีการเจ็บป่วยและการรักษา

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติเมื่อบุคคลมีอาการผิดปกติ ทำให้เกิดความสงสัยว่าตนเองจะเจ็บป่วย และต้องการหาความกระจ่างในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การเพิกเฉยหรือการหลบหนีจากสังคม (Machanic, 1978 อ้างใน อรอนงค์ สัมพันธุ์, 2539) รวมถึงพฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยโรคหรือทราบแล้วว่าตนเองเจ็บป่วยได้แก่ พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยา รักษาโรค การรับประทานยาตามคำสั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรคยิ่งมีมาก พฤติกรรมในการใช้นั้น เป็นพฤติกรรมในด้านการปฏิบัติ ซึ่งพฤติกรรมในด้านความรู้จะเป็นตัวช่วยให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้อง และ พฤติกรรมในการใช้ยา ในแง่ของพฤติกรรมสุขภาพ ก็คือ พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคลที่มีปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน

ธนวรรณ อิมสมบุญ (2542) กล่าวว่า พฤติกรรมการเจ็บป่วยหรือพฤติกรรม การรักษาโรค เป็นการแสดงออกหรือกระทำการของบุคคล ที่แสดงออกเมื่อเจ็บป่วยหรือความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ หรือสังคมเกิดขึ้น ซึ่งขึ้นกับองค์ประกอบ คือ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษาโรค การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ค่านิยมความเชื่อดั้งเดิม ขนบธรรมเนียมประเพณี สถานบริการสาธารณสุขที่มีชุมชน

เฉลิมพล ต้นสกุล (2549) กล่าวว่า พฤติกรรมการเจ็บป่วย ได้แก่ การกระทำ หรือการปฏิบัติของบุคคลเมื่อตนเองหรือบุคคลอื่นในครอบครัวเจ็บป่วยขึ้นมาในด้านการดูแล การเจ็บป่วยหรือการแสวงหาการรักษาพยาบาลจากสถานบริการหรือการรักษาพยาบาลอื่น และ พฤติกรรมการรักษาพยาบาล ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลตามคำแนะนำของแพทย์ หรือตามข้อกำหนดของการรักษาพยาบาลเมื่อตนเองเจ็บป่วย หรือบุคคลที่ตนเองต้องดูแล รับผิดชอบเมื่อเจ็บป่วย รวมถึงพฤติกรรมการดูแลพึ่งพาตนเอง ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติ เพื่อช่วยเหลือตนเองหรือครอบครัวในด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ในด้านการป้องกันโรค และในด้านการส่งเสริมสุขภาพตามระดับหรือขีดความสามารถที่จะดูแลพึ่งพาตนเองได้

สรุปได้ว่าพฤติกรรมเมื่อมีการเจ็บป่วยและการรักษา หมายถึง การกระทำหรือ การแสดงออกของเด็กวัยรุ่นเมื่อเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ หรือสังคมเกิดขึ้น และมีการดูแลหรือการแสวงหาการรักษาและเลือกใช้วิธีการในการดูแลตนเอง

3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาเอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นแบ่งได้ 2 ประเภทดังนี้

3.1 ปัจจัยภายใน

จากการศึกษาของนางลักษณ์ จินตนาดี (2539) ซึ่งศึกษางานวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ ระยะพัฒนาการ ระดับการศึกษา เพศ ความรู้ ความสามารถในการเรียนรู้ และการคิดตัดสินใจ ประสบการณ์ของชีวิต ประสบการณ์ตรง ภาวะสุขภาพ ภาวะจิต สังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ ค่านิยม สิ่งเหล่านี้จะเป็นตัวกำหนดขอบเขต

อายุ จะส่งผลต่อสุขภาพของบุคคล จากการศึกษพบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคจะมีมากขึ้นในผู้ที่อายุมากขึ้น (Langlie, 1977) เช่นเดียวกับผลการศึกษาที่พบว่าสัดส่วนการดื่มและไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในแต่ละช่วงอายุมีความใกล้เคียงกัน โดยอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ (อรนุช ภาชีน และคณะ, 2542) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านงดสูบบุหรี่ สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P = .001$ (ยุพา จะปะการ, 2543) ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง ด้านการออกกำลังกายพบว่าวัยรุ่นอายุ 15 ปี เห็นว่าการออกกำลังกายมีความจำเป็น

ระดับการศึกษามีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ ผลการเรียนรู้จะแสดงถึงระดับสติปัญญาของวัยรุ่น วัยรุ่นที่มีผลการเรียนดีจึงน่าจะสมารถนำความรู้ต่าง ๆ จากการเรียนไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันและมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่วนวัยรุ่นที่มีผลการเรียนไม่ดีอาจจะขาดความภาคภูมิใจในตัวเองจึงอาจถูกดึงไปในทางที่ผิด (ประนอม รอดคำดี, 2531) เพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมจะมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดีและมีรายได้สูงขึ้น ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่สูงกว่าจะมีโอกาสดีกว่าในการแสดงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสุขภาพ ซึ่งต่างจากผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะมีความรู้ที่น้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้หรือเรียนรู้ที่จะแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุดารัตน์ ขวัญเงิน (2537) ที่ได้ทำการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ปีการศึกษา 2537 โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองของวัยรุ่นอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และค่าเฉลี่ยคะแนนวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของชมภู วิสุทธิเมธี (2540) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยศึกษาตัวแปรตามเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีใน 6 ด้านคือ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง การจัดการกับความเครียด การสร้างแรงสนับสนุนระหว่างบุคคล และการตระหนักและยอมรับในคุณค่าแห่งตน พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .26$) การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .72$) การรับรู้การควบคุมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .60$) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับสายสุณี คำสอน (2545) ได้ทำการวิจัยเรื่องปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพการทำงาน การรับรู้สมรรถนะของตนเองซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาวัยรุ่นในโรงเรียนสังกัดกรมการศึกษานอกโรงเรียน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวมและรายด้านอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง เมื่อวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบย้อนกลับพบว่า เพศ ระดับผลการเรียน การรับรู้สมรรถนะของตนเองของนักศึกษาวัยรุ่นในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษานอกโรงเรียนเขตกรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 35.4

นอกจากนี้ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2535) ได้กล่าวว่าด้านจิตวิทยา ได้แก่ ภูมิภาวะ ความต้องการ การจูงใจ ความสามารถ ความรู้ สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อการปฏิบัติทางสุขภาพของบุคคล เช่น ถ้าผู้เรียนไม่มีความต้องการจะเรียนหรือรับฟังข่าวสารต่าง ๆ ที่ส่งออกไป การปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ก็จะไม่เปลี่ยนแปลงหรือบุคคลที่มีภูมิภาวะแตกต่างกัน ย่อมจะมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันไป

3.2 ปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม

จากการศึกษาของนางลักษณ จินตนาดิกล (2539) ซึ่งศึกษางานวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า เนื่องจากสิ่งแวดล้อมจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ โดยที่ครอบครัว มีผลเรื่องการอบรมสั่งสอนและการเป็นแบบอย่างของพ่อ – แม่หรือผู้ดูแล โรงเรียนมีส่วนในการสอนและเป็นแบบอย่างจากครู เพื่อน และการจัดทำโครงการด้านสุขภาพต่าง ๆ และจากชุมชน สังคม วัฒนธรรมความเชื่อ ต่างก็เป็นปัจจัยสำคัญต่อการปรับพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตในสังคม

นอกจากนี้ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2535) ได้กล่าวว่าด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคม และวัฒนธรรมครอบครัว เป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญในการปลูกฝังความเชื่อ ค่านิยม ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพบางอย่าง มีอิทธิพลมาจากสถาบันครอบครัวเป็นอย่างมาก บางครอบครัวพ่อแม่มีนิสัยไม่รับประทานเนื้อสัตว์ ไม่รับประทานผัก หรือรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เด็กก็จะมีพฤติกรรมตาม นอกจากในเรื่องอาหารแล้ว ครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านอื่น ๆ การชักจูง แนะนำ และการปฏิบัติของพ่อแม่ หรือสมาชิกคนอื่น ในครอบครัวจะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

กลุ่มบุคคลในสังคม จะมีอิทธิพลในการชักจูงให้คนมีพฤติกรรมที่คล้ายตามกัน ได้ เพราะคนเราต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคม ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้มาก ในกลุ่มเด็กที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกันมักมีความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติคล้าย ๆ กัน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กวัยรุ่น พฤติกรรมสุขภาพที่เขายึดถืออาจจะมีทั้งผลดี และผลเสียต่อสุขภาพ อิทธิพลของกลุ่มจะมีมากหรือน้อยต่อพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพ หรือการยึดถือของกลุ่ม (นางลักษณ จินตนาดิกล, 2539)

วัฒนธรรม เป็นตัวถ่ายทอดความคิด ความเชื่อ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างมาก วัฒนธรรมเป็นมรดกสำคัญทางสังคม ที่ครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่างที่แสดงถึงวิถีชีวิตของมนุษย์ ในสังคมของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือสังคมใดสังคมหนึ่ง วัฒนธรรมของชาวไทยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพนั้นมีหลายอย่าง เช่น ชาวเขาไม่นิยมอาบน้ำเพราะกลัวเครื่องแต่งกายเครื่องประดับจะเก่าเร็ว การงดของแสลงของคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนคนภาคเหนือการงดอาหารทุกชนิดในคนป่วย หรือหญิงหลังคลอด ๆ ใหม่ ๆ กินได้เฉพาะข้าวกับเกลือ ขมิ้นห้ามเหล่านี้อาจมีผลเสียโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เชื่อถือ บางข้อห้ามก็เกิดผลดีต่อ

สุขภาพ เช่น การให้หญิงหลังคลอดดื่มน้ำต้มสุก ห้ามหญิงตั้งครรภ์นั่งบนชั้นบันได หรือห้ามหญิงตั้งครรภ์ดูการฆ่าสัตว์ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Brenman (1990) ได้ทำการวิจัยเรื่องอิทธิพลของความเชื่อทางสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการกินของเด็กและวัยรุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานอาหารว่างของเด็กและวัยรุ่น เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความเชื่อทางสุขภาพซึ่งประกอบด้วยประเด็นโอกาสที่จะเจ็บป่วย ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การติดต่อของโรคและความเข้าใจถึงคุณประโยชน์ และแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพการกิน และกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนเกรด 5 เกรด 8 และเกรด 11 จำนวน 344 คน ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบความเชื่อทางสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารว่างของเด็กได้ ความเชื่อทางสุขภาพของเด็กทั้ง 3 ระดับมีความแตกต่างกัน และพบว่าความเชื่อทางสุขภาพและปัจจัยต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเด็กและวัยรุ่น

ศาสนา เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิต และความเชื่อของประชาชนอย่างมาก และมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนด้วยเช่นกัน คำสอนในพุทธศาสนาที่กล่าวถึงการรับประทานอาหารแต่พอสมควรไม่ให้กินเกินไปหรืออึดเกินไป หลักธรรมซึ่งกล่าวถึงการปรับตัวทางด้านจิตใจ อารมณ์ ข้อปฏิบัติดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งสิ้น (นงลักษณ์ จินตนาติก, 2539)

ด้านเศรษฐกิจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้มากเช่นเดียวกัน รายได้ของครอบครัว เป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดีจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ ต่างจากผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมด้อยกว่าซึ่งจะมีข้อจำกัดในการจัดหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ หรือบำรุงรักษาสุขภาพ (Pender, 1987) จากสถิติการเกิดโรคที่เกิดจากการติดเชื้อจะพบในกลุ่มประชาชนที่ยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะปานกลางหรือร่ำรวย ในกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ จากการศึกษาของพิมล เพราพิริศกรม (2533) พบว่า อัตราการมารับการรักษานั้นมีความสัมพันธ์กับรายได้ของผู้ป่วย การที่องค์ประกอบทางเศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้น จะรวมถึงการเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ ประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีย่อมมีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้สะดวกกว่าผู้ที่มีฐานะยากจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์ (2540) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาอาชีวศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$)

กล่าวคือ นักศึกษาที่มีรายได้ครอบคลุมระหว่าง 15,001-20,000 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงกว่า นักศึกษาที่มีรายได้ครอบคลุมระหว่าง 10,001-15,000 บาทต่อเดือน และรายได้ครอบคลุมมากกว่า 20,001 บาทต่อเดือน และรายได้ครอบคลุมต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน อาชีพของมารดามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยนักศึกษาที่มีบิดามารดา มีอาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงกว่านักศึกษาที่มีบิดามารดา มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว เกษตรกรรม รับจ้าง ประมง และแม่บ้าน

ด้านการเมืองมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เพราะนโยบายของประเทศจะชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของบริการการรักษาพยาบาล กฎหมายหรือข้อบังคับที่จะมีผลต่อสุขภาพบางอย่าง สถานบริการและบุคลากรสาธารณสุขของภาครัฐยังมีปริมาณไม่ครอบคลุมทั่วถึงประชากร ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ที่มีฐานะยากจนต้องหันไปพึ่งบริการของภาคเอกชนที่เป็นร้านขายยา เนื่องจากค่าใช้จ่ายต่ำกว่า ประกอบกับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องยาในประเทศไทย ปริมาณยาที่มีจำหน่ายในท้องตลาดมากเกินไป ทำให้มีการบริโภทยาเกินจำเป็น การกระจายยาในประเทศไทยส่วนใหญ่กระจายผ่านทางภาคเอกชนโดยผ่านทางร้านขายยาทุกประเภท ไม่มีมาตรการใด ๆ มาควบคุมคุณภาพร้านขายยา ทั้งผู้ให้บริการยาคุณภาพของยา แม้แต่ราคาในการจำหน่าย ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชนที่จำเป็นต้องใช้บริการจากแหล่งยาเหล่านี้ ต้องเสียค่าใช้จ่ายแพงเกินความจำเป็น แล้วยังเสี่ยงต่ออันตรายต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพที่เป็นผลจากการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องด้วย

ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จึงขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ ด้านไม่ว่าจะเป็นด้านจิตวิทยา สังคมและวัฒนธรรม เศรษฐกิจ การศึกษา และการเมือง ซึ่งแต่ละองค์ประกอบล้วนมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งสิ้น ทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคล บุคคลที่มีความรู้ ความสนใจต่อสุขภาพของตนเอง ย่อมจะปฏิบัติได้อย่างถูกต้องมากกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้ความสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพ จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบทั้ง 5 ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้น มีเพียงองค์ประกอบด้านการเมืองเท่านั้นที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคลน้อยที่สุด ซึ่งหมายความว่าพฤติกรรมจะถูกต้องหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคลเป็นส่วนสำคัญที่สุด ดังนั้นหากเด็กเร่ร่อนมีความรู้ ความเข้าใจ และให้ความสนใจกับพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องแล้ว ก็จะเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้เด็กเร่ร่อนมีพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดี

4. พฤติกรรมสุขภาพของเด็กเรื้อร่อนวัยรุ่น

จากแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับการเข้าไปศึกษาโดยการพูดคุย สังเกตเด็กเรื้อร่อนวัยรุ่นจำนวน 10 คน ณ บ้านสร้างสรรค์เด็ก รวมทั้งจากการพูดคุยกับเด็กเรื้อร่อนที่พักอาศัยได้สะพานข้ามรางรถไฟ บริเวณตลาดรังสิต พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของเด็กเรื้อร่อนวัยรุ่น เป็นดังนี้

4.1 ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

(1) ด้านโภชนาการ (Nutrition) เด็กเรื้อร่อนส่วนใหญ่เจริญเติบโตไม่เหมาะสมกับวัย เป็นโรคขาดสารอาหาร และโรคโลหิตจาง ถึงแม้ว่าเด็กที่พำนักอาศัยชั่วคราวในมูลนิธิสร้างสรรค์เด็ก จะได้รับการจัดหาอาหารให้ แต่จากการเข้าไปพูดคุยกับเด็กและครูในมูลนิธิสร้างสรรค์เด็ก อาหารที่เด็กได้รับมักไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลง และหากอาหารในมือใดเหลือเด็กก็จะได้รับอาหารนั้นในมือถัดไป ในขณะที่เด็กเรื้อร่อนที่เรื้อร่อนตามที่สาธารณะต่าง ๆ จะอดมือกินมือ รับประทานอาหารจากเศษอาหารที่เหลือตามโต๊ะ ถึงขยะหรือตามข้างถนน

(2) ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Physical Activity) เด็กเรื้อร่อนที่อาศัยตามที่สาธารณะต่าง ๆ ไม่มีการออกกำลังกายที่เป็นกิจจะลักษณะ เพียงเล่นไปวัน ๆ มักจะใช้เวลาหมดไปกับการเล่นเกมสตามห้างสรรพสินค้า หรือจับกลุ่มลักขโมยหรือต้องทำงานเพื่อดันรถเข็นหรือรถจักรยานซึ่งจะต่างจากเด็กที่พำนักในมูลนิธิสร้างสรรค์เด็กที่ได้รับการศึกษาในโรงเรียน เด็กจะทำกิจกรรมและการออกกำลังกายต่าง ๆ ตามที่โรงเรียนจัดให้

(3) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) เด็กที่เรื้อร่อนตามที่สาธารณะต่าง ๆ จะนอนหลับไม่เป็นเวลา เนื่องจากจะต้องออกทำงานในเวลากลางคืน เช่น การขอทาน การขายพวงมาลัยหรือบางคนจับกลุ่มกับเพื่อนใช้ สารเสพติด แต่ในขณะเดียวกันเด็กที่พำนักในมูลนิธิสร้างสรรค์เด็กจะต้องเข้านอนเป็นเวลาและตื่นเข้ามาเพื่อไปโรงเรียนเป็นส่วนใหญ่ แต่ในด้านปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและจากการเข้าไปศึกษาพูดคุยในมูลนิธิสร้างสรรค์เด็ก พบปัญหาสุขภาพที่คล้าย ๆ กันคือ ประการแรก ปัญหาโรคผิวหนัง เช่น กลาก เกื้อื้อน ผื่นคัน แผล กลิ่นตัว เนื่องจากขาดการดูแลสุขภาพอนามัยที่ดี ไม่อาบน้ำ มีเสื้อผ้าใส่จำนวนที่จำกัด ไม่ได้ทำความสะอาด ประการที่สอง ปัญหาสุขภาพในช่องปาก ปวดฟัน ฟันผุ จากการไม่ได้แปรงฟัน และประการที่สาม คือปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจนั้น พบว่า เด็กที่เรื้อร่อนตามที่สาธารณะต่าง ๆ มักมีอาการเจ็บป่วย เช่น ไข้ ไอ หวัด เจ็บคอ มีน้ำมูก ซึ่งเป็นผลมาจากมลพิษทางอากาศจากการที่ต้องอาศัยตามข้างถนนได้สะพานข้ามแยก

สะพานลอยต่าง ๆ แต่เด็กที่พำนักในมูลนิธิสร้างสรรค์เด็กมักเป็นไข้หวัด ไข มีน้ำมูก ที่เนื่องมาจากการติดต่อทางระบบหายใจ เด็กไม่รู้วิธีการป้องกันโรคติดต่อดังกล่าวซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาองค์การอนามัยโลกในปี 1993

(4) ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management) คนส่วนใหญ่มักมองเด็กเร่ร่อนว่ามีพฤติกรรมหยาบกระด้าง หยาบคาย แต่จากการศึกษา พบว่า จากปัญหาและผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมากมาย เด็กเร่ร่อนบางรายซึ่งไม่ว่าจะเป็นเด็กที่เร่ร่อนตามที่สาธารณะต่าง ๆ หรือเด็กที่พำนักในมูลนิธิสร้างสรรค์เด็ก เด็กเร่ร่อนบางรายมีบุคลิกภาพเหมือนเพศตรงข้าม มีพฤติกรรมให้บริการทางเพศแบบรักร่วมเพศ ทั้งเพื่อต้องการสิ่งแลกเปลี่ยนที่เป็นเงิน สิ่งของ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะส่งผลทางด้านจิตใจทำให้เด็กมีความผิดปกติทางจิต จากการศึกษาของนนทินี เพ็ชฎไพศิษฎ์ (2530 ข) พบว่า เด็กเร่ร่อนชาติที่พึ่งทางจิตใจ ชาติความรักและความอบอุ่นจิตใจอ่อนไหว เด็กมักจะมีความหวาดกลัว แยกตัวออกจากสังคม มีอาการซึมเศร้า มีความวิตกกังวล อารมณ์แปรปรวน หดหู่ มีความผิดปกติทางจิตจากการใช้ยาเสพติด จนกระทั่งเกิดเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

4.2 ด้านพฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันโรค

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและจากการที่ได้เข้าไปศึกษาในกลุ่มเด็กเร่ร่อน พบพฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันโรค (โพนัฏฐ์ จิตรปฎิมา, 2544 กนกวรรณ ศรีเกิน, 2543, ไตรรัตน์ ฟ้าปกาศิต, 2543) ดังนี้

(1) ด้านความรุนแรง เด็กทุกคนล้วนแต่เคยผ่าน การต่อสู้ ชกต่อย ทะเลาะวิวาท ทั้งเด็กที่พำนักอาศัยชั่วคราวในมูลนิธิสร้างสรรค์เด็กและเด็กที่เร่ร่อนตามที่สาธารณะต่าง ๆ ซึ่งอาจสืบเนื่องมาจากการดิ้นรนเพื่อการอยู่รอด เพื่อให้ตัวเองยืนอยู่ได้ในกลุ่มหรืออาจเกิดได้จากการมีเมาส่งเสพติด จนเกิดการทำร้ายร่างกายกระทั่งได้รับการบาดเจ็บ

(2) ด้านการใช้สาร/สิ่งเสพติด เด็กเร่ร่อนเสพเพราะความอยากรลองเสพตามเพื่อน เพื่อความสนุกสนาน เพื่อให้ลิ้มรสชาติและเป็นการประชดชีวิต สิ่งเสพติดที่เด็กเร่ร่อนใช้ตั้งแต่การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา จนดมสารระเหย ทั้งกาว 3 เค แลคเกอร์ ทินเนอร์ ยานอนหลับ จนกระทั่งใช้ยาบ้า กัญชา ฝิ่น ผงขาว (เฮโรอีน) บางรายใช้ยาแก้ปวดเป็นผงชนิดของใช้เสพแทนผงขาว

(3) ด้านการมีเพศสัมพันธ์ เด็กเร่ร่อนบางคนติดโรคทางเพศสัมพันธ์ทั้งหนองใน ซิฟิลิส และมีอัตราเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ เด็กที่มีการขายบริการพบว่าเด็กส่วนใหญ่จะไม่ป้องกัน ไม่สวมถุงยางอนามัย เด็กเพศชายบางรายมีการขาย

บริการให้กับชาวต่างชาติเพศชายด้วยกัน และปัญหาที่มักเกิดจากพฤติกรรมการขายบริการทางเพศในเด็กเพศหญิง คือ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ หากไม่มีปัญหาระหว่างการตั้งครรภ์ก็จะปลอดภัยจนคลอด และเกิดปัญหาเด็กถูกทอดทิ้งตามท้องที่ต่าง ๆ หรือเด็กเร่ร่อนหญิงบางรายอาจยุติการตั้งครรภ์โดยการทำแท้งกับหมอเถื่อน เกิดการติดเชื้อ และอาจเสียชีวิตได้

นอกจากนี้จากการศึกษา พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงทั้งสามด้านมักเกิดกับเด็กที่เร่ร่อนตามที่สาธารณะต่าง ๆ เป็นส่วนใหญ่ แต่ในเวลาเดียวกันเด็กที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิสร้างสรรค์เด็ก ก็มีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านั้นได้ทุกเมื่อ เนื่องจากเด็กที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิสร้างสรรค์เด็กบางคนเคยมีพฤติกรรมข้างต้นมาแล้วก่อนเข้ามาอยู่ในมูลนิธิรวมทั้งเด็กเหล่านี้สามารถที่จะออกไปเร่ร่อนตามที่สาธารณะต่าง ๆ ได้ตลอดเวลา

4.3 ด้านพฤติกรรมกำเริบป่วยและการรักษา

เนื่องจากเด็กเร่ร่อนเร่ร่อนไปวัน ๆ ขาดบิดามารดาและผู้ปกครอง ไม่มีใครคอยดูแลเอาใจใส่ ทำให้เด็กขาดที่พึ่งพิง ขาดการเอาใจใส่ในเรื่องความจำเป็นขั้นพื้นฐานของมนุษย์หรือปัจจัยสี่ ถึงแม้ว่าหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ได้พยายามเข้าช่วยเหลือเด็กเร่ร่อนเหล่านี้ทั้งรูปแบบส่งเข้ารับการสงเคราะห์ทั้งบ้านเปิดและบ้านปิด แต่ก็ยังเป็นเพียงการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเท่านั้นคือตอบสนองความต้องการของเด็กเร่ร่อนในด้านปัจจัยสี่เป็นช่วงระยะหนึ่ง เด็กยังไม่ได้รับบริการหรือได้รับการตอบสนองบริการในด้านอื่น ๆ ตั้งแต่การฉีดวัคซีนป้องกันโรค อาหารกลางวัน การพัฒนาสติปัญญา จากการศึกษา พบว่า ไม่ว่าเด็กเร่ร่อนที่พำนักอาศัยในบ้านที่ได้รับการช่วยเหลือหรือเด็กที่อาศัยตามที่สาธารณะต่าง ๆ เมื่อยามเจ็บป่วยเป็นไข้ เด็กต้องนอนชม ไร้คนดูแลรักษาจนกว่าจะหายเอง เมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วยมักจะละเลยที่จะสนใจ จนทำให้บางครั้งจากปัญหาเล็กน้อยลุกลามกลายเป็นปัญหาใหญ่ หรือหากเป็นเด็กที่ค่อนข้างโต ทนต่อการเจ็บป่วยไม่ได้ และไม่ว่าการเจ็บป่วยจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม ก็จะมีแต่เพียงการซื้อยาพาราเซตามอลมารับประทานเท่านั้น

ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์

1.1 ทฤษฎีลำดับความจำเป็นพื้นฐานของมาสโลว์ (Maslow's Need Hierarchy Theory)

เป็นการประเมินความจำเป็นพื้นฐาน (Need assessment) ซึ่งมาสโลว์ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับความจำเป็นและความพึงพอใจของมนุษย์ไว้ว่า มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอ และเป็นการยากที่มนุษย์จะพึงพอใจสูงสุด ยกเว้นในช่วงเวลาสั้น ๆ ทั้งนี้เพราะธรรมชาติของมนุษย์นั้น เมื่อความจำเป็นอย่างหนึ่งได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว ก็จะมี ความจำเป็นอย่างอื่นเข้ามาแทนที่ เป็นเช่นนี้เรื่อยไป และลักษณะเฉพาะของชีวิตมนุษย์ก็คือ การทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ได้มาในสิ่งที่ปรารถนาหรือสิ่งที่จำเป็น นั่นคือเมื่อเกิดความปรารถนาขึ้น ก็จะมีแรงขับและการกระทำที่จะถูกปลุกเร้า แล้วจะเกิดความพอใจขึ้นจากการที่ได้บรรลุวัตถุประสงค์ตามความปรารถนา ซึ่งพฤติกรรมและการกระทำใด ๆ ของบุคคลที่จะปรากฏ ขึ้นอยู่ กับความจำเป็นขั้นพื้นฐานของบุคคล และเพิ่มความจำเป็นจากระดับต่ำสู่ระดับสูงขึ้นไป ซึ่งมาสโลว์ (Maslow, 1970 อ้างถึงในอ้างอิงในรจนา วิริยะสมบัติ, 2540) ได้จำแนกระดับความจำเป็นของมนุษย์ไว้ 5 ระดับ คือ

(1) ความจำเป็นด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความจำเป็นพื้นฐานขั้นแรกที่สำคัญที่สุดของมนุษย์ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ได้แก่ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ ความอบอุ่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน ที่อยู่อาศัย ความต้องการทางเพศ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ ล้วนเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ทุกคน ทำให้มนุษย์จำเป็นต้องหาตอบสนอง ก่อนสิ่งอื่นใด และเมื่อความจำเป็นด้านร่างกายได้รับการตอบสนองแล้ว มนุษย์ก็จะมี ความจำเป็นสูงขึ้นในลำดับต่อไปที่เกี่ยวกับทางด้านจิตใจ

(2) ความจำเป็นด้านความปลอดภัยและความมั่นคง (Safety and Security needs) เมื่อได้รับการตอบสนองตามความจำเป็นทางด้านร่างกายจนเป็นที่น่าพอใจแล้ว ก็ จะเกิดความต้องการความปลอดภัยและความมั่นคงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา เช่น ต้องการ ได้รับความคุ้มครองปกป้องตามกฎหมาย ต้องการการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย ต้องการเป็นอิสระส่วนตัว ต้องการความปลอดภัยและมั่นคงทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

(3) ความจำเป็นทางสังคม (Social needs) เริ่มแรกมาสโลว์เสนอว่าเป็น ความต้องการความรัก และการมีส่วนร่วมในสังคม (Love and belonging needs) ต่อมาได้รวม

เอาความรู้สึกต้องการมิตรภาพ ต้องการมีสัมพันธภาพกับเพื่อน กับสามีภรรยาและบุตรหลานเข้ามาด้วย ความจำเป็นขั้นนี้ เป็นความต้องการที่จะเป็นผู้ให้และผู้รับจากสังคม ถ้าไม่ได้รับความพึงพอใจจากความจำเป็นขั้นนี้ จะเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้างว่าเหว่ ถูกตัดออกหรือถูกปฏิเสธจากสังคม ซึ่งมาสโลว์เห็นว่า อาจส่งผลต่อเนื่องไปถึงการปรับตัวที่ไม่ดีในสังคมได้ เพราะความจำเป็นด้านนี้เป็นความจำเป็นด้านสังคมที่ช่วยให้จิตใจของบุคคลเกิดความมั่นคง

(4) ความจำเป็นด้านการได้รับการยอมรับนับถือและควมมีคุณค่า (Esteem needs) เป็นความต้องการการมีเกียรติยศชื่อเสียง การยอมรับนับถือจากคนอื่นหรือเห็นตนเองมีคุณค่า ซึ่งความจำเป็นด้านนี้ ได้แก่ การเป็นที่ยอมรับ ความรู้สึกมีส่วนร่วม การเป็นสมาชิกของกลุ่ม การมีบทบาทร่วมกับกลุ่ม ความรักความอบอุ่น เป็นต้น

(5) ความจำเป็นด้านความสำเร็จในชีวิต (Self – Actualization needs) เป็นความต้องการที่จะบรรลุความสำเร็จสมหวังในชีวิต และเป็นความหวังขั้นสูงสุดที่มนุษย์ปรารถนา ซึ่งความจำเป็นขั้นนี้ เป็นความต้องการพัฒนาตนเองตามศักยภาพสูงสุด ได้แสดงออกซึ่งทักษะและความเป็นเลิศในบางสิ่งบางอย่างที่ตนมี และมีอารมณ์ซึ่งแสดงออกถึงบุคลิกภาพที่สมบูรณ์ ความต้องการสำเร็จในชีวิต จะเป็นกระบวนการที่ไม่มีการสิ้นสุด นั่นคือ เมื่อมีความรู้สึกว่าได้ถึงจุดหมายปลายทางสุดท้ายแล้ว ก็จะมีเป้าหมายต่อไปเรื่อย ๆ ตามศักยภาพของตน

ความจำเป็นทั้งหลายเหล่านี้ เป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสวงหาการตอบสนองของความจำเป็นพื้นฐาน ก่อนที่จะมีความจำเป็นที่จะได้รับการตอบสนองทางด้านจิตสังคม

1.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์ในภาวะสุขภาพปกติและเปี่ยงเบน

เนื่องจากเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่ผู้วิจัยต้องการศึกษานั้น เป็นกลุ่มเด็กที่มีภาวะสุขภาพทั้งภาวะสุขภาพปกติและภาวะสุขภาพที่เปี่ยงเบนไปจากปกติ ผู้วิจัยจึงได้มีการศึกษาความต้องการของมนุษย์ทั้งในภาวะสุขภาพปกติและเปี่ยงเบน ดังนี้

(1) ความต้องการของมนุษย์ในภาวะสุขภาพปกติ หมายถึง การดูแลตนเองที่เป็นกิจวัตรประจำวันตามปกติ หรือกิจกรรมที่ทำให้บรรลุความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุกในชีวิต ซึ่งมาสโลว์ ไรน์และมอนเทก (อ้างใน ลักษณะจิตต์ไพบูลย์, 2538) มีความคิดเห็นคล้ายคลึงกันในประเด็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ด้านร่างกาย ซึ่งได้แก่ ความต้องการอาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค ฯลฯ ส่วนความต้องการทางด้านจิตใจได้จำแนกออกเป็นความรัก การยอมรับในสังคม ความเป็นเจ้าของ ความปลอดภัย ความต้องการประสบความสำเร็จ และความต้องการรู้คุณค่าในตัวเอง

สำหรับโอเรม (อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ได้แบ่งความต้องการพื้นฐานหรือกิจกรรมในชีวิตประจำวันของมนุษย์ออกเป็น 6 ประเภท คือ

- ก. อากาศ น้ำ อาหาร
- ข. การขับถ่าย
- ค. การออกกำลังกายและการพักผ่อน
- ง. การเป็นตัวของตัวเองและกิจกรรมทางสังคม
- จ. การป้องกันตนเองจากอันตราย อุบัติเหตุ หรือความเจ็บป่วย
- ฉ. เป็นคนปกติในสังคม

ซึ่งจะเห็นได้ว่าสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของคนที่มีอยู่ในภาวะปกติ เช่นเดียวกับปัจจัยสี่

(2) ความต้องการของมนุษย์ในภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนไปจากปกติ หมายถึง การดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย ได้รับอันตรายหรือทุพพลภาพ อันเป็นสาเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือไม่สามารถกระทำกิจกรรมบางอย่างที่อยู่ภายใต้ การรักษาพยาบาลได้ ความต้องการในระยะนี้แบ่งออกเป็น 6 ประเภท (อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) คือ

- ก. การแสวงหาบริการทางด้านการรักษาพยาบาล เมื่อเกิดความเจ็บป่วย
- ข. ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพนั้น ๆ
- ค. ปฏิบัติตนได้เหมาะสม ตามแนวทางการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ
- ง. รู้ถึงผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล
- จ. ปรับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองและภาพลักษณ์ของตนเอง
- ฉ. เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ตามสภาพความเป็นจริง และข้อจำกัดทางสุขภาพอนามัยของตนเอง

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติตนขณะมีภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนในประเด็นความต้องการการฟื้นฟู เฮย์และแอนเดอร์สัน (อ้างในยุพาพิน ประสาธิตคม, 2535) ได้แบ่งความต้องการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสุขภาพออกเป็น 12 ประเภท คือ

- ก. ความต้องการเกี่ยวกับความรู้เรื่องอาการของโรคและการรักษาที่ได้รับ เพื่อให้สามารถทราบอาการที่เปลี่ยนแปลงของโรคและมาพบแพทย์ได้ทันที
- ข. การเรียนรู้ถึงการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้

ค. ความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจในกรณีที่มีปัญหาทางด้าน
ค่ารักษาพยาบาล

ง. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและให้สามารถเข้าสังคมได้
ตามปกติสุข

จ. ความต้องการได้รับการพยาบาลที่ดี เพื่อให้หายจากโรคโดยเร็วและ
กลับไปปฏิบัติงานได้ตามปกติ

ฉ. ความต้องการได้รับการยอมรับจากกลุ่มหรือสังคมในเรื่อง
ความเจ็บป่วยหรือความพิการ

ช. ความต้องการที่จะอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่มีอุปกรณ์เพื่อชดเชย
ความไร้สมรรถภาพ

ซ. ความต้องการการบรรลุจุดหมายในชีวิต ต้องการหายจากโรค เป็นที่
ยอมรับจากสังคมรอบข้าง

ณ. ความต้องการการประคับประคองทางด้านอารมณ์ เพื่อระบาย
ความคับข้องใจหรือคอยให้กำลังใจ

ญ. ความต้องการระงับความกลัว หรือความวิตกกังวลในการเจ็บป่วย

ฎ. ความต้องการกำลังใจและความเข้าใจจากบุคคลรอบข้าง

ฏ. ความต้องการการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว เมื่อเกิดปัญหาในการ
เจ็บป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

สอดคล้องกับการศึกษาของรจนา วิริยะสมบัติ (2540) ที่ศึกษาความ
ต้องการการดูแลด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะปรากฏอาการ ผลการวิจัยพบว่า จำนวน
มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน
ได้แก่ ความต้องการการดูแลด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ ด้านพฤติกรรมสุขภาพและการสนับสนุน
ทางสังคม และการดูแลเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพในระดับมาก และปัจจัยด้านสังคม – เศรษฐกิจ
ปัจจัยด้านสุขภาพ – การทำงานของร่างกายและการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านอัตมโนทัศน์
มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
โดยปัจจัยทั้งสามด้านนี้สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของความต้องการการดูแลได้ร้อยละ 23,
15 และ 32 ตามลำดับ

กล่าวโดยสรุป จากการที่ผู้วิจัยได้มีการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีความเห็นเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานคล้ายคลึงกัน และครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมและสภาวะแวดล้อม ซึ่งมุ่งเน้นในภาวะสุขภาพปกติมากกว่าในภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ แต่อย่างไรก็ตามความต้องการคนแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันไปไม่เหมือนกัน ทั้งนี้เพราะความเป็นปัจเจกบุคคล

2. ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ

เบอร์ก (Berk, 1995 อ้างในรจนา วิริยะสมบัติ, 2540) ได้แบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็นดังนี้

2.1 ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การปรับตัวกับการเจ็บป่วย สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น รายได้/แหล่งสนับสนุนทางการเงิน ความกังวลเกี่ยวกับเรื่องเงิน การได้รับการช่วยเหลือและการจัดการเกี่ยวกับการเงิน

2.2 ปัจจัยด้านสุขภาพ – การทำงานของร่างกายและการเจ็บป่วย ได้แก่ การมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับ การปฏิบัติกิจกรรม และความรุนแรงของโรค ความเจ็บปวด/ความไม่สุขสบาย การได้รับบริการด้านสาธารณสุข เครือข่ายทางสังคมและหน้าที่การงาน การใช้แหล่งประโยชน์ ระบบการดูแลแรงจูงใจ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพและทักษะในการปฏิบัติ

2.3 ปัจจัยด้านอัตมโนทัศน์ ได้แก่ การรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและระดับความสามารถในการทำงานของร่างกาย การรับรู้ถึงความคาดหวังที่จะหายจากโรค ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เกี่ยวกับด้านศาสนา สอดคล้องกับการศึกษาของ ปฎิคม วิวัฒนานนท์ (2544) ที่ศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ติดเฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษา: ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยชายในสถานบำบัดรักษายาเสพติดของรัฐในภาคใต้ โดยรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 112 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ติดเฮโรอีนมีความต้องการการดูแลด้านเศรษฐกิจและจิตสังคม ด้านพฤติกรรมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมและการจัดการสุขภาพ ในระดับปานกลาง อาชีพว่างและความคาดหวังที่จะเลิกเสพ

เฮโรอีนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลด้านสุขภาพได้ในระดับปานกลาง ($r = 0.423$)

3. ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของเด็กเร่ร่อนวัยรุ่น

ความต้องการขั้นพื้นฐานในคนทุกเพศทุกวัยล้วนแต่มีความต้องการที่เหมือนกัน แต่ในแต่ละวัยต่างก็มีความต้องการเฉพาะที่แตกต่างกันโดยตามธรรมชาติ โดยความต้องการของวัยรุ่นมักจะขึ้นกับค่านิยมที่แต่ละคนยึดถือ และส่วนใหญ่ขึ้นกับในกลุ่มของตนด้วย และกลุ่มก็มีอิทธิพลมากต่อความต้องการของวัยรุ่น (พรพิมล เจียมนาครินทร์, 2541)

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับข้อจำกัดบางประการของเด็กเร่ร่อน และการที่ผู้วิจัยมองสุขภาพเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทำให้ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นสามารถแบ่งได้ ดังนี้

3.1 ความต้องการการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย

เป็นความต้องการที่มีผลต่อการดำรงชีวิตมากที่สุด ซึ่งความต้องการด้านนี้เกิดจากการที่ร่างกายขาดความสมดุล และจะมีปฏิกิริยาแสดงออกถึงการขาดสิ่งดังกล่าว อันได้แก่

(1) อาหาร ซึ่งอาหารจะช่วยเสริมสร้างให้เด็กวัยรุ่นมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์ มีพลังงานที่ดี อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดี และมีการพัฒนาสติปัญญาดีตามมา จึงต้องการอาหารที่มีประโยชน์ และควรได้รับอาหารให้ครบทุกหมู่ในทุกมื้อ

(2) อากาศที่บริสุทธิ์ เพื่อการดำรงชีวิตให้อยู่ได้ยาวนาน โดยอากาศเสียและควันพิษเป็นตัวการทำลายสุขภาพกายและสุขภาพจิต

(3) น้ำ ในแต่ละวันจะมีการเสียน้ำจากเหงื่อและการขับถ่าย วัยรุ่นเป็นวัยที่มีพลังกำลังมาก ชอบเล่นกีฬากลางแจ้งร่วมกับกลุ่มเพื่อนและเล่นครั้งละนาน ๆ ทำให้เสียเหงื่อมาก จึงมีความต้องการเพื่อเป็นการทดแทนปริมาณน้ำที่เสียไป

(4) การพักผ่อน เด็กวัยรุ่นนี้ต้องการการผ่อนคลายความตึงเครียด และความเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อจากการทำกิจกรรมหรือเล่นกีฬา จึงต้องได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ

(5) ความต้องการทางเพศ จุดเริ่มต้นของการเข้าสู่วัยรุ่น คือการทำงาน ของต่อมเพศที่เริ่มผลิตฮอร์โมนเพศให้กับเพศชายและเพศหญิง แรงขับทางเพศจะมีผลทำให้พฤติกรรมของวัยรุ่นเปลี่ยนไปจากวัยเด็ก เช่น การแสดงให้ฝ่ายตรงข้ามรู้ว่าตนสนใจ การแต่งกายที่หล่อแหลมหรือสะดุดตา การพูดจาแบบสองแง่สองง่าม เป็นต้น

สอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช บุญเพิ่ม (2527) ที่ได้ศึกษาเรื่องความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของวัยรุ่นในระบะตั้งครรรค์ เพื่อศึกษาความต้องการด้านสุขภาพอนามัยและความต้องการคำแนะนำของวัยรุ่นขณะตั้งครรรค์ กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นตั้งครรรค์อายุระหว่าง 15 – 19 ปี จำนวน 150 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญอันดับแรกคือ ความต้องการการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย โดยต้องการให้รูปร่างเหมือนเดิมหลังคลอด ร้อยละ 94 ความต้องการการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ อารมณ์ ต้องการให้บิดามารดา และญาติพี่น้องพูดคุยเกี่ยวกับการตั้งครรรค์ด้วยความยินดี ร้อยละ 94.7 ความต้องการการดูแลสุขภาพด้านสังคม ต้องการงานเพื่อหาเลี้ยงครอบครัวภายหลังคลอดบุตรแล้ว ร้อยละ 93.3

นอกจากความต้องการพื้นฐานขั้นแรกที่สำคัญที่สุดเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ได้แก่ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ ความอบอุ่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน ที่อยู่อาศัย ความต้องการทางเพศ ความต้องการทางด้านร่างกายยังรวมถึงการได้รับการตรวจสุขภาพและสุขภาพในช่องปาก การได้รับวัคซีนหรือภูมิคุ้มกันตามวัย ซึ่งสอดคล้องกับ Charles W. LeBaron and Lance Rodewald and Sharon Humiston (2008) พบว่า เด็กเร่ร่อนส่วนใหญ่ขาดการได้รับภูมิคุ้มกันหรือวัคซีนตามวัย และควรได้รับการตรวจร่างกายเป็นระยะเนื่องจากเด็กเร่ร่อนส่วนใหญ่มักมีพฤติกรรมเสี่ยง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Utah foster children (2001) ที่ได้มีการศึกษาในพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ พบว่า 20 ปีที่ผ่านมาสิ่งที่สำคัญที่สุดที่เกิดขึ้นกับเด็กเร่ร่อน คือ ปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต จึงได้ทำการศึกษาและใช้โปรแกรมในการดูแลสุขภาพความต้องการการดูแลสุขภาพของเด็กและครอบครัวในมูลนิธิเพื่อได้รับการดูแลสุขภาพและติดตามการดูแลสุขภาพ ดังนี้

(1) การประเมินสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน (Emergency Health Assessment) ซึ่งเป็นการตรวจในรายที่เด็กถูกทำร้ายร่างกาย หรือสงสัยว่าเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ รวมทั้งเด็กที่ถูกทอดทิ้งไว้

(2) ประวัติทางสุขภาพ (Health History) ซึ่งรายละเอียดเกี่ยวกับสุขภาพของเด็กและครอบครัวจะต้องครบถ้วนภายใน 24 ชั่วโมง

(3) การตรวจสุขภาพฟัน (Dental Exam) โดยรายละเอียดเกี่ยวกับสุขภาพฟันของเด็กจะต้องครบถ้วนภายใน 30 วัน

(4) การตรวจสุขภาพจิต (Comprehensive Mental Health Assessment) จะต้องได้รับการตรวจโดยผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตภายใน 30 วัน

(5) การดูแลสุขภาพเด็ก (Well Child Care) เด็กจะต้องได้รับการตรวจร่างกาย ได้รับภูมิคุ้มกันที่เหมาะสมตามวัยและติดตามต่อเนื่องโดยจะต้องได้รับการดูแลสุขภาพใน 30 วัน

(6) การติดตามดูแล (Follow up Care) ซึ่งในรายที่พบความผิดปกติจะได้รับ การติดตามดูแลโดยบุคลากรทางสุขภาพ

(7) การดูแลสุขภาพทั่วไป (Routine Care) โดยจะได้รับการดูแลสุขภาพทั่ว ๆ ไปอย่างต่อเนื่องเพื่อมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันให้น้อยที่สุด

ดังนั้นความต้องการการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย หมายถึงความต้องการ พื้นฐานขั้นแรกที่สำคัญที่สุดเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ได้แก่ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ ความอบอุ่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน ที่อยู่อาศัย ความต้องการทางเพศ การได้รับ ภูมิคุ้มกัน/วัคซีนตามวัย การได้รับการตรวจสุขภาพและการตรวจสุขภาพในช่องปาก

3.2 ความต้องการการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ อารมณ์

ซึ่งความต้องการในด้านนี้จะไม่มีวันสิ้นสุด (พรพิมล เจียมนาครินทร์, 2541) ได้แก่

(1) ต้องการเป็นเจ้าของในสิ่งของต่าง ๆ เช่น เด็กวัยรุ่นต้องการมีห้องเป็น ส่วนตัว ต้องการมีของใช้เป็นส่วนตัวไม่ปะปนกับใคร

(2) ต้องการความสำเร็จ ได้แก่ ความสำเร็จในการเรียน การกีฬา การทำงาน และการทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเพื่อน เพื่อให้เกิดการชื่นชมในกลุ่ม

(3) ต้องการความมั่นคงในความรัก ความอบอุ่น และความปลอดภัยจากพ่อแม่ พี่น้องและบุคคลในครอบครัว เด็กที่ได้รับความรักความอบอุ่นที่เพียงพอตั้งแต่เด็กจะเป็นเด็ก ที่มีพื้นฐานมั่นคงในความรัก จะมีความมั่นใจในตนเอง อันจะนำไปสู่ความรักความเมตตาในตัว บุคคลอื่นในสังคมด้วย

(4) ต้องการมีอิสรภาพและเสรีภาพ เป็นความต้องการที่รุนแรงมากในวัยนี้ โดยต้องการแสดงออกว่าตนเป็นผู้ใหญ่ ต้องการเป็นตัวของตัวเอง ความเป็นส่วนตัว ไม่ชอบให้ ผู้ใหญ่มาก้าวก่ายในชีวิตตน แต่ในขณะเดียวกันก็เกิดความรู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจระหว่าง การเป็นตัวของตัวเองกับการต้องพึ่งพิงพ่อแม่

(5) ต้องการมีประสบการณ์ใหม่ ๆ วัยรุ่นมีความต้องการรับรู้สิ่งใหม่ที่ตื่นเต้น เร้าใจ ทำหาย เนื่องจากความอยากรู้อยากเห็น อยากทดลอง ซึ่งความต้องการด้านนี้อาจจะ

รุนแรงมาก ซึ่งนำไปสู่การสร้างปัญหาให้กับครอบครัว และปัญหาสังคมอื่น ๆ ที่ตามมา เช่น ปัญหาเรื่องเพศ ยาเสพติด เป็นต้น

(6) ต้องการความปลอดภัย เนื่องจากเด็กวัยรุ่นยังมีความไม่มั่นใจในตนเอง ความรู้สึกกระแวงว่าตนจะผิดพลาดทำให้เด็กเกิดความว้าวุ่นใจและความต้องการปลอดภัย

(7) ต้องการการยอมรับจากผู้ใหญ่ว่าตนมีความสามารถ

(8) ต้องการความเท่าเทียม ความยุติธรรม และความเสมอภาคกันในทุกๆ ด้าน
ดังนั้น ความต้องการการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ อารมณ์ จึงเป็นความต้องการ ความมั่นคงและปลอดภัยทางด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้เกิดความมั่นใจ ปราศจากความวิตกกังวล รวมถึงความต้องการความรัก ความเอาใจใส่ กำลังใจและความใกล้ชิดกับบุคคลรอบข้าง เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้

3.3 ความต้องการการดูแลสุขภาพด้านสังคมและเศรษฐกิจ

เป็นความต้องการให้สังคมยอมรับนับถือตน การได้เข้ากลุ่มเพื่อน การได้แสดงความสามารถให้เพื่อนประจักษ์และยอมรับ นอกจากนี้วัยรุ่นยังต้องการแรงสนับสนุนจากสังคมในการทำกิจกรรม และให้การช่วยเหลือในสิ่งที่ตนต้องการ รวมทั้งต้องการได้รับการดูแลและสวัสดิการในการดูแลสุขภาพเช่นเดียวกับบุคคลวัยอื่น ๆ

ดังนั้นความต้องการการดูแลสุขภาพด้านสังคมและเศรษฐกิจ หมายถึงความต้องการการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การได้เข้ากลุ่มเพื่อน การได้ร่วมทำกิจกรรม การได้รับการศึกษาและการประกอบอาชีพเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้และการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนเมื่อเจ็บป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร งานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงข้อจำกัดบางประการของเด็กเร่ร่อน ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กเร่ร่อน ดังนี้ คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรค และพฤติกรรมเมื่อมีการเจ็บป่วยและการรักษา โดยด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น แบ่งออกเป็น 6 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ (Nutrition) ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Physical Activity) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) ส่วนพฤติกรรมป้องกันโรค ผู้วิจัยเลือกศึกษาจากพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กเร่ร่อน และในการศึกษาถึงความต้องการการดูแลสุขภาพของเด็กเร่ร่อนวัยรุ่น ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาความ

ต้องการการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย ความต้องการการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ อารมณ์ และความต้องการการดูแลสุขภาพด้านสังคมและเศรษฐกิจ ที่สอดคล้องไปตามพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก
วัยรุ่นวัยรุ่น