

บทที่ 4

ผลของการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของเด็กเรื้อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิกับเด็กเรื้อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ การนำเสนอผลการวิเคราะห์และการอภิปรายผลจะนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กเรื้อนวัยรุ่น

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กเรื้อนวัยรุ่น

ส่วนที่ 2 คะแนนพฤติกรรมสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของเด็กเรื้อนวัยรุ่น

ตารางที่ 4.2 ตารางค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กเรื้อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิและที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ

ตารางที่ 4.3 ตารางค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคะแนนความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของเด็กเรื้อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิและที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของเด็กเรื้อนวัยรุ่น

ตารางที่ 4.4 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กเรื้อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิและที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ

ตารางที่ 4.5 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของเด็กเรื้อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิและที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากคำถามปลายเปิด พบว่า ไม่มีประเด็นความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของเด็กเรื้อนวัยรุ่นเพิ่มเติมจากประเด็นคำถามปลายปิด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กเร่ร่อนวัยรุ่น

จากการศึกษา พบว่า เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิจำนวน 45 คน มีอายุเฉลี่ย 14.96 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 75.6 ได้รับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 42.2 และระดับประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 40.0 เด็กกลุ่มนี้ได้รับโอกาสจากมูลนิธิ ให้ได้รับการศึกษาต่อจึงมีสถานภาพเป็นนักเรียนถึงร้อยละ 71.1 ที่เหลือร้อยละ 28.9 เป็นเด็กกลุ่มที่เข้ามาอยู่ใหม่หรือไม่ต้องการศึกษาต่อ สาเหตุของการเร่ร่อน ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากครอบครัวร้อยละ 77.8 ซึ่งพบว่าเกิดจากการที่พ่อ – แม่หย่าร้างกัน ร้อยละ 44.4 รองลงมาคือความยากจน ระยะเวลาที่เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นเข้าไปพำนักชั่วคราวในมูลนิธิโดยเฉลี่ย 2 ปี 4 เดือน สำหรับปัญหาสุขภาพ/อาการเจ็บป่วยในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่า เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพ/อาการเจ็บป่วยใด ๆ ส่วนที่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 42.2 นั้นอาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยมากที่สุด คืออาการมีไข้ ไอ ร้อยละ 42.1

เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะจำนวน 45 คน มีอายุเฉลี่ย 15.76 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 82.2 สำหรับระดับการศึกษาสูงสุดของเด็กกลุ่มนี้ คือ ระดับประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 40.0 และมีเด็กในกลุ่มนี้อีกร้อยละ 6.7 ที่ไม่ได้รับการศึกษา เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นมีรายได้โดยการประกอบอาชีพขอทานถึงร้อยละ 35.6 โดยมีรายได้เฉลี่ย 96 บาท/วัน สาเหตุของการเร่ร่อนมีสาเหตุจากครอบครัวร้อยละ 64.5 โดยพบว่าเกิดจากการทะเลาะกับคนในครอบครัว ร้อยละ 46.8 ระยะเวลาที่เด็กออกมาเร่ร่อนโดยเฉลี่ย 3 ปี 8 เดือน สำหรับปัญหาสุขภาพ/อาการเจ็บป่วยในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่า เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นกลุ่มนี้มีเพียงร้อยละ 22.2 ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ/อาการเจ็บป่วยใด ๆ และร้อยละ 77.8 มีปัญหาสุขภาพ/อาการเจ็บป่วย โดยอาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยมากที่สุด คือ อาการมีไข้ ไอ ร้อยละ 31.4 รองลงมาคือ โรคผิวหนังและปวดฟัน ดังตารางแสดงที่ 4.1

และในระหว่างการเก็บข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการตรวจร่างกายเด็กเร่ร่อนวัยรุ่น พบว่า ปัญหาสุขภาพ/การเจ็บป่วยที่พบเช่นเดียวกับที่เด็กเร่ร่อนได้ตอบแบบสอบถาม แต่พบว่าเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในที่สาธารณะต่างๆมีปัญหาโรคผิวหนังเป็นจำนวนมาก แต่เด็กไม่รับรู้ว่าเป็นความผิดปกติ และพบว่าเด็กส่วนใหญ่ยังมีปัญหาสุขภาพช่องปากอีกด้วย

ตารางที่ 4.1
จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของเด็กเร่ร่อนวัยรุ่น
จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (N=90)

ลักษณะ	เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนัก ชั่วคราวในมูลนิธิ (N=45)		เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนัก ชั่วคราวตามที่สาธารณะ (N=45)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ				
13 ปี	8	17.8	5	11.1
14 ปี	14	31.1	9	20.0
15 ปี	7	15.6	8	17.8
16 ปี	7	15.6	5	11.1
17 ปี	6	13.3	6	13.3
18 ปี	3	6.7	12	26.7
อายุเฉลี่ยของเด็กเร่ร่อนวัยรุ่น	X = 14.96, S.D. = 1.54		X = 15.76, S.D. = 1.79	
เพศ				
หญิง	11	24.4	8	17.8
ชาย	34	75.6	37	82.2
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษาตอนต้น	5	11.1	18	40.0
ประถมศึกษาตอนปลาย	18	40.0	17	37.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	19	42.2	7	15.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	6.7	-	-
ไม่ได้เรียนหนังสือ	-	-	3	6.7
อาชีพ				
ขอทาน	-	-	16	35.6
รับจ้างทั่วไป	-	-	10	22.2
เข็นของ	-	-	2	4.4
ขายของ	-	-	4	8.9
เข็ดกระจก	-	-	5	11.1
นักเรียน	32	71.1	-	-
ไม่มีอาชีพ	13	28.9	8	17.8

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะ	เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนัก ชั่วคราวในมูลนิธิ (N=45)		เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนัก ชั่วคราวตามที่สาธารณะ (N=45)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้				
ไม่มีรายได้	45	100	8	17.8
มีรายได้	-	-	37	82.2
รายได้เฉลี่ยของเด็กเร่ร่อนวัยรุ่น			$\bar{X} = 96$ บาท S.D. = 90.69 Min = 20 บาท Max = 400 บาท	
สาเหตุของการเร่ร่อน				
จากครอบครัว	35	77.8	29	64.5
ทะเลาะกับคนในครอบครัว	4	8.9	21	46.8
โดนทุบตี	1	2.2	3	6.7
พ่อ-แม่หย่าร้าง	20	44.4	2	4.4
พ่อ-แม่ยากจน	6	13.4	-	-
พ่อ-แม่ติดคุก	1	2.2	1	2.2
เด็กกำพร้าไม่มีครอบครัว	3	6.7	2	4.4
จากสังคมและวัฒนธรรม	5	11.1	11	24.4
ติดเกมส์	2	4.4	1	2.2
ติดเพื่อน	3	6.7	10	22.2
จากตัวเด็กเอง	5	11.1	5	11.1
อยากเที่ยว	4	8.9	3	6.7
ตามแฟน	1	2.2	2	4.4
ระยะเวลาที่ออกมาเร่ร่อน	$\bar{X} = 2$ ปี 4 เดือน S.D. = 27.48 Min = 1 เดือน Max = 9 ปี		$\bar{X} = 3$ ปี 8 เดือน S.D. = 27.48 Min = 3 เดือน Max = 9 ปี	
ปัญหาสุขภาพ/อาการเจ็บป่วยในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา				
ไม่มี	26	57.8	10	22.2
มี	19	42.2	35	77.8

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะ	เด็กเรื้อนวัยรุ่นที่พำนักร ชั่วคราวในมูลนิธิ (N=45)		เด็กเรื้อนวัยรุ่นที่พำนักร ชั่วคราวตามที่สาธารณะ (N=45)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปัญหาสุขภาพ/อาการเจ็บป่วยในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา (ต่อ)				
ไข้ ไอ	8	42.1	14	40
ปวดศีรษะ	-	-	1	2.9
ปวดท้อง	4	21.0	1	2.9
ปวดฟัน	1	5.3	5	14.2
หนองใน	-	-	2	5.7
โรคผิวหนัง	1	5.3	5	14.2
ผิวหนังอักเสบจากยุงกัด	-	-	3	8.6
แผลบาดเจ็บ	3	15.8	2	5.7
กระดูกหัก	2	10.5	1	2.9
ตั้งครรภ์	-	-	1	2.9

ส่วนที่ 2 คะแนนพฤติกรรมสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของเด็กเรื้อนวัยรุ่น

2.1 คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กเรื้อนวัยรุ่น

พฤติกรรมสุขภาพของเด็กเรื้อนวัยรุ่นที่พำนักรชั่วคราวในมูลนิธิกับเด็กเรื้อนวัยรุ่นที่พำนักรชั่วคราวตามที่สาธารณะ จากการศึกษพบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันโรคของเด็กเรื้อนวัยรุ่นทั้ง 2 กลุ่ม มีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ส่วนด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยและการรักษา พบว่าเด็กเรื้อนวัยรุ่นที่พำนักรชั่วคราวในมูลนิธิ มีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง ในขณะที่เด็กเรื้อนวัยรุ่นที่พำนักรชั่วคราวตามที่สาธารณะ มีพฤติกรรมสุขภาพระดับต่ำ นอกจากนี้เมื่อจำแนกรายด้านเฉพาะพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการพัฒนา

ทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ดังตารางแสดงที่ 4.2

ตารางที่ 4.2

ตารางค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กเรื้อร่อนวัยรุ่น ที่ฟ้านักชั่วคราวในมูลนิธิ และที่ฟ้านักชั่วคราวตามทีสาธารณะ

คะแนน พฤติกรรมสุขภาพ	เด็กเรื้อร่อนวัยรุ่นที่ฟ้านัก ชั่วคราวในมูลนิธิ			เด็กเรื้อร่อนวัยรุ่นที่ฟ้านัก ชั่วคราวตามทีสาธารณะ		
	X	S.D.	ระดับ	X	S.D.	ระดับ
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	2.44	1.04	ปานกลาง	2.11	1.02	ปานกลาง
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	2.42	0.98	ปานกลาง	2.09	1.05	ปานกลาง
ด้านโภชนาการ	2.47	1.18	ปานกลาง	2.17	1.07	ปานกลาง
ด้านการทำกิจกรรมและ การออกกำลังกาย	2.42	1.12	ปานกลาง	2.19	0.83	ปานกลาง
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.33	0.91	ปานกลาง	2.03	1.00	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	2.32	0.93	ปานกลาง	2.04	0.90	ปานกลาง
ด้านการจัดการกับความเครียด	2.45	1.05	ปานกลาง	2.14	0.98	ปานกลาง
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	2.50	1.01	ปานกลาง	2.21	1.02	ปานกลาง
พฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันโรค	2.59	1.04	ปานกลาง	2.27	1.14	ปานกลาง
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อ เจ็บป่วย และการรักษา	2.13	1.44	ปานกลาง	1.67	1.07	ต่ำ

2.2 คะแนนความต้องการการดูแลสุขภาพของเด็กเรื้อร่อนวัยรุ่น

ความต้องการการดูแลสุขภาพของเด็กเรื้อร่อนวัยรุ่นที่ฟ้านักชั่วคราวในมูลนิธิกับเด็กเรื้อร่อนวัยรุ่นที่ฟ้านักชั่วคราวตามทีสาธารณะ จากการศึกษาพบว่าความต้องการการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับที่แตกต่างกัน โดยเด็กเรื้อร่อนวัยรุ่นที่ฟ้านักชั่วคราวในมูลนิธิมีความต้องการการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ในขณะที่เด็กเรื้อร่อนวัยรุ่นที่ฟ้านักชั่วคราวตามทีสาธารณะ มีความต้องการการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาความต้องการการดูแลสุขภาพรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความต้องการการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านสังคมและเศรษฐกิจในระดับมากเช่นเดียวกัน ดังตารางแสดงที่ 4.3

ตารางที่ 4.3

ตารางค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ
ของเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิ และที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ

คะแนน ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ	เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนัก ชั่วคราวในมูลนิธิ			เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนัก ชั่วคราวตามที่สาธารณะ		
	X	S.D.	ระดับ	X	S.D.	ระดับ
ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ โดยรวม	4.22	1.06	มากที่สุด	3.81	1.36	มาก
ด้านร่างกาย	3.96	1.23	มาก	3.86	1.44	มาก
ด้านจิตใจและอารมณ์	3.93	1.04	มาก	3.66	1.30	มาก
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	3.97	1.28	มาก	3.86	1.47	มาก

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและความต้องการการดูแล ด้านสุขภาพของเด็กเร่ร่อนวัยรุ่น

3.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กเร่ร่อนวัยรุ่น

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามในมูลนิธิมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกับเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -3.35$) ที่ระดับ .001 และความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพจำแนกรายด้านพบว่า พฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันโรคและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มก็แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -3.23, -2.68$ และ -2.45) ที่ระดับ .001, .007 และ .014 ตามลำดับ นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกรายด้าน พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลด้านการจัดการกับความเครียดและด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -2.92, -2.15, -3.22, -2.42, -2.75$ และ -2.49) ที่ระดับ .003, .031, .001, .016, .006 และ .013 ตามลำดับ ดังตารางแสดงที่ 4.4

ตารางที่ 4.4

ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กเรื้อนวัยรุ่น

พฤติกรรมสุขภาพ	Mean Rank	Man-Whitney' s U	Z	Sig. (2-tailed)
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม				
เด็กเรื้อนวัยรุ่นในมูลนิธิ	54.71	598	-3.35	.001
เด็กเรื้อนวัยรุ่นตามที่สาธารณะ	36.29			
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ				
เด็กเรื้อนวัยรุ่นในมูลนิธิ	54.39	612.50	-3.23	.001
เด็กเรื้อนวัยรุ่นตามที่สาธารณะ	36.61			
ด้านโภชนาการ				
เด็กเรื้อนวัยรุ่นในมูลนิธิ	53.52	651.50	-2.92	.003
เด็กเรื้อนวัยรุ่นตามที่สาธารณะ	37.48			
ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย				
เด็กเรื้อนวัยรุ่นในมูลนิธิ	51.40	747.00	-2.15	.031
เด็กเรื้อนวัยรุ่นตามที่สาธารณะ	39.60			
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ				
เด็กเรื้อนวัยรุ่นในมูลนิธิ	54.32	615.50	-3.22	.001
เด็กเรื้อนวัยรุ่นตามที่สาธารณะ	36.68			
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล				
เด็กเรื้อนวัยรุ่นในมูลนิธิ	52.12	714.50	-2.42	.016
เด็กเรื้อนวัยรุ่นตามที่สาธารณะ	38.88			
ด้านการจัดการกับความเครียด				
เด็กเรื้อนวัยรุ่นในมูลนิธิ	53.04	673.00	-2.75	.006
เด็กเรื้อนวัยรุ่นตามที่สาธารณะ	37.96			
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ				
เด็กเรื้อนวัยรุ่นในมูลนิธิ	52.32	705.50	-2.49	.013
เด็กเรื้อนวัยรุ่นตามที่สาธารณะ	38.68			

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	Mean Rank	Man-Whitney' s U	Z	Sig. (2-tailed)
พฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันโรค				
เด็กเรื้อรังวัยรุ่นในมูลนิธิ	52.87	681.00	-2.68	.007
เด็กเรื้อรังวัยรุ่นตามที่สาธารณะ	38.13			
พฤติกรรมดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยและการรักษา				
เด็กเรื้อรังวัยรุ่นในมูลนิธิ	52.22	710.00	-2.45	.014
เด็กเรื้อรังวัยรุ่นตามที่สาธารณะ	38.78			

3.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของเด็กเรื้อรังวัยรุ่น

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการการดูแลด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -5.89$) ที่ระดับ .56 และเมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการการดูแลด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านสังคมและเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -0.36, -1.43$ และ -0.16) ที่ระดับ .72, .15 และ .87 ตามลำดับ ดังตารางแสดงที่ 4.5

ตารางที่ 4.5
 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการ
 การดูแลด้านสุขภาพของเด็กเรื้อนวัยรุ่น

ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ	Mean Rank	Man-Whitney' s U	Z	Sig. (2-tailed)
ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพโดยรวม				
เด็กเรื้อนวัยรุ่นในมูลนิธิ	47.12	939.50	-5.89	.56
เด็กเรื้อนวัยรุ่นตามที่สาธารณะ	43.88			
ด้านร่างกาย				
เด็กเรื้อนวัยรุ่นในมูลนิธิ	44.51	968.00	-0.36	.72
เด็กเรื้อนวัยรุ่นตามที่สาธารณะ	46.49			
ด้านจิตใจ อารมณ์				
เด็กเรื้อนวัยรุ่นในมูลนิธิ	41.59	836.50	-1.43	.15
เด็กเรื้อนวัยรุ่นตามที่สาธารณะ	49.41			
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ				
เด็กเรื้อนวัยรุ่นในมูลนิธิ	45.06	992.50	-0.16	.87
เด็กเรื้อนวัยรุ่นตามที่สาธารณะ	45.94			

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิกับเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ ซึ่งการอภิปรายผลการศึกษาแยกอภิปรายได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กเร่ร่อนวัยรุ่น

1.1 เพศ

จากการศึกษาเด็กเร่ร่อนวัยรุ่น พบว่า เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิกับเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากเพศชายเป็นเพศที่สามารถแสดงออกทางสังคมได้อย่างเปิดเผย ทำให้เด็กเพศนี้ไม่ชอบความเข้มงวดหรือการที่จะต้องอยู่ในกฎระเบียบ เมื่อเด็กเพศชายมีปัญหา หรือทะเลาะเบาะแว้งกับคนในครอบครัวมักหนีไปหาเพื่อนมากกว่าคนในครอบครัว มักปลีกตัวออกจากการเกี่ยวพันจากทางบ้าน จนเป็นเหตุให้เด็กออกจากบ้านไปในที่สุด (พรพิมล เจียมนาครินทร์, 2539) จึงทำให้พบเด็กเร่ร่อนเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับวิทยา วงศ์ไพบุญย์ (2534) พบว่า กองกำกับการสวัสดิภาพเด็กและเยาวชนมีการจับกุมเด็กเร่ร่อนในปี 2532 – 2534 รวม 1,188 คน โดยเป็นเพศชายถึง 953 คน เป็นเพศหญิง 235 คน และจากรายงานการเก็บรวบรวมข้อมูลเด็กเร่ร่อนที่ได้รับการสงเคราะห์อยู่ในสถานแรกรับเด็กของกรมประชาสงเคราะห์และสถานคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กของกรมประชาสงเคราะห์ (2535) อ้างใน รายงานสถานการณ์เด็กเร่ร่อน:โครงการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาเด็กยากจนและเด็กด้อยโอกาส 3 ปี 2549 – 255 (2549) พบว่า มีเด็กเร่ร่อนเข้าสู่สถานสงเคราะห์และอยู่ในความคุ้มครองสวัสดิภาพ รวมทั้งสิ้น 1,460 คน เป็นเด็กเร่ร่อนเพศชายถึง 1,243 คนและเป็นเพศหญิงเพียง 217 คน

1.2 ระดับการศึกษา

จากการศึกษา พบว่า เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิมีการศึกษาสูงกว่าเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะต่างๆ ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อเข้าไปพำนักอาศัยในมูลนิธิ เด็กกลุ่มนี้ก็จะได้รับโอกาสทางการศึกษาในโรงเรียนของรัฐบาล ซึ่งเป็นไปตาม พ.ร.บ. คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 มาตราที่ 56 ส่วนเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะส่วนใหญ่ออกมาเร่ร่อนตั้งแต่อายุยังน้อยเมื่อกลายมาเป็นเด็กเร่ร่อนก็ตัดขาดจากระบบการศึกษา

จึงทำให้เด็กขาดการศึกษาไปโดยปริยายถึงแม้ว่าเด็กกลุ่มนี้จะอยู่ในช่วงวัยเรียนก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไตรรัตน์ ฟาประภาสิต (2543) ที่พบว่า เมื่อเด็กออกมาเร่ร่อนจะขาดจากการศึกษาที่โรงเรียนไปโดยสิ้นเชิง ทำให้เด็กไม่ได้รับการพัฒนาการด้านความรู้ การศึกษา จริยธรรม และการจัดการปัญหา

1.3 อาชีพ

จากการศึกษา พบว่า เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิที่ได้รับการโอกาสทางการศึกษาจะได้รับการศึกษาในโรงเรียนของรัฐบาล จึงเป็นนักเรียนเป็นส่วนใหญ่ ส่วนที่เหลือไม่มีอาชีพเนื่องจากเป็นเด็กที่เข้ามาอยู่ใหม่ รวมทั้งเป็นกลุ่มเด็กที่ค่อนข้างโตที่ไม่ต้องการศึกษาต่อ ส่วนเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะส่วนใหญ่เลือกที่จะหารายได้จากการขอทาน เด็กชอบดำเนินชีวิตตามใจตัวเองมากกว่าการทำงาน ไม่ชอบการทำงานที่มีนายจ้างคอยกำหนดควบคุม ประกอบกับเด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่สนใจในการประกอบอาชีพ นอกจากนี้เด็กรู้สึกว่าการขอทานทำให้ได้เงินมาง่ายและไม่ต้องเหน็ดเหนื่อยกับการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับกนกวรรณ ศรีเกิน (2543), อาชิ ฮามากุชิ(2543) ที่พบว่า อาชีพของเด็กเร่ร่อน คือ อาชีพขอทาน เด็กเร่ร่อนจะนั่งขอทาน บ้างก็เดินยกมือไหว้ขอทานตามตลาดและแหล่งชุมชนในสถานที่ที่มีนักท่องเที่ยวเนื่องจากขอเงินได้ง่าย

1.4 รายได้

จากการศึกษา พบว่า เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิไม่มีรายได้เนื่องจากเด็กไม่ได้มีการประกอบอาชีพใดๆ ส่วนเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะพบว่าเด็กบางกลุ่มมีรายได้สูงถึง 400 บาท/วัน โดยรายได้เหล่านี้มาจากการที่เด็กไปรับจ้างขายซีดีเถื่อน รับจ้างเซ็นซอง ซึ่งสอดคล้องกับ ในการจัดทำรายงานสถานการณ์เด็กเร่ร่อน โครงการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาเด็กยากจนและเด็กด้อยโอกาส 3 ปี (2549 – 2551) (คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549) พบว่า เด็กเร่ร่อนเหล่านี้ต้องทำงานในรูปแบบแรงงานเด็ก เช่น การรับจ้างเดินขายซีดี เซ็นรถผักเฝ้ายาม ลอย ขยายพวงมาลัย เช็ดกระจก รับจ้างล้างจาน

ในขณะเดียวกันรายได้ที่เด็กเหล่านี้ได้มานั้นเป็นรายได้ที่ค่อนข้างสูงแต่เป็นรายได้ที่ไม่ได้คงอยู่ กล่าวได้ว่าเด็กจะใช้หมดไปกับการซื้อสาร/สิ่งเสพติด เช่น กาว บุหรี่ รวมทั้งนำไปเล่นเกมส์ โดยไม่มีเหลือเก็บ ซึ่งสอดคล้องกับสมพงษ์ จิตระดับ (2540) ในการศึกษาวัฒนธรรมเด็กเร่ร่อนในท้องถิ่น พบว่า เงินที่เด็กหามาได้เด็กจะจับจ่ายใช้สอยจนหมดไปกับการดมกาวและเล่นเกมส์ก่อนที่จะซื้ออาหาร และบางครั้งเด็กก็จะถูกรีดไถเงินจากเด็กที่โตกว่า

1.5 สาเหตุของการเร่ร่อน

สาเหตุหลักที่ทำให้เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นทั้ง 2 กลุ่มออกมาเร่ร่อน คือสาเหตุจากครอบครัว กล่าวคือ สัมพันธภาพในครอบครัวมีผลกับการออกมาเร่ร่อนของวัยรุ่น เมื่อสัมพันธภาพในครอบครัวแย่งลงทำให้เด็กรู้สึกขาดความรักความอบอุ่น ขาดที่พึ่งทางใจ เหนงา และว่าเหว (ชวิพร และอุบลศรี, 2540 อ้างใน โทณัฐ จิตตปฏิมา, 2544) จากการศึกษา พบว่า ลักษณะของครอบครัวเด็กเร่ร่อนส่วนใหญ่เป็นครอบครัวที่มีความอ่อนแอ พ่อแม่หย่าร้าง ฐานะยากจน ทำให้ลักษณะความเป็นอยู่ต้องปากกัดตีนถีบ หาเช้ากินค่ำ จึงทำให้มักใช้อารมณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก เด็กที่อยู่ในครอบครัวเหล่านี้จึงถูกละเลย แต่จะต้องใช้ชีวิตตามลำพัง ขาดการศึกษาทั้งที่ถึงเกณฑ์เข้ารับการการศึกษาในโรงเรียน ซึ่งสอดคล้องกับ สุนันทา เสี่ยงไทย (2540) ที่ได้ศึกษาเด็กเร่ร่อนทั้งในสถานสงเคราะห์ และในสถานแรกรับของกรมประชาสงเคราะห์ พบว่า เด็กส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่แตกแยก พ่อ – แม่หย่าร้าง รองลงมาคือ ฐานะยากจน ไม่มีบ้านอยู่ อธิบายได้ว่า เมื่อเด็กเป็นครอบครัวเร่ร่อนตามที่สาธารณะต่างๆ หรือครอบครัวเร่ร่อนจากอาชีพกรรมกรก่อสร้าง ทำให้เด็กไม่ได้รับการดูแล ครู/เจ้าหน้าที่จึงเข้าไปขอแยกเด็กออกจากพ่อ – แม่ เพื่อนำมาอุปการะดูแล ส่วนเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะนั้นมีสาเหตุจากทะเลาะกับคนในครอบครัว จากการถูกพ่อแม่บังคับให้ทำในสิ่งที่ไม่ชอบและห้ามไม่ให้ทำในสิ่งที่ชอบ จนทำให้เด็กรู้สึกอึดอัด ไม่อยากอยู่บ้าน ในที่สุดไม่สามารถทนอยู่ต่อไปได้เป็นเหตุให้ต้องออกจากบ้านมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ World Health Organization (1993) พบว่า เด็กที่กลายมาเป็นเด็กเร่ร่อน เนื่องจากในบ้านไม่ส่งเสริมให้เด็กมีความผูกพันกับบ้านและครอบครัว เด็กมักมีปัญหาเกี่ยวกับพ่อเลี้ยงแม่เลี้ยง เกิดความไม่พอใจที่ถูกตำหนิ หรือถูกเลี้ยงดูเข้มงวด และถูกตั้งข้อจำกัดต่าง ๆ จนเด็กไม่สามารถทนอยู่ต่อไปได้ เป็นเหตุให้เด็กต้องหนีออกจากบ้านกลายมาเป็นเด็กเร่ร่อน

1.6 ปัญหาสุขภาพ/อาการเจ็บป่วยในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ/อาการเจ็บป่วยในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา มีอาการไข้ ไอ มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับสมพงษ์ จิตระดับ (2540) พบว่าเด็กมักเกิดปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น หวัด เจ็บคอ และสอดคล้องกับการศึกษาขององค์การอนามัยโลกในปี 1993 พบว่าปัญหาทางสุขภาพที่เด่นและมักจะพบในเด็กเร่ร่อน คือ การติดเชื้อโรคทางเดินหายใจ และจากการศึกษาพบว่าเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะเจ็บป่วยด้วยอาการไข้ ไอ มากกว่าเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิ กล่าวได้ว่า เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ค่อนข้างดีไม่ต้องไปเผชิญอยู่กับฝุ่นควัน หรือมลภาวะทางอากาศเช่นเดียวกับเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่

พำนักรั้วครวตามทีสาธารณะ ซึ่เด็กกลุ่มนี้จะต้องอาศัยหลับนอนตามทีสาธารณะ ใต้สะพาน ซ้ำมคลอง สะพานข้ามแยกต่างๆ ทำให่เด็กกลุ่มนี้ได้รับอากาศทีได้มไปด้วยฝุ่นควัน อันเป็นสาเหตุ ทีทำให้เด็กกลุ่มนี้มีอาการไข้ ไอ นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าเด็กเร่ร่อนวัยรุนทีพำนักรั้วครวตามที สาธารณะต่าง ๆ พบปัญหาสุขภาพทีมีสาเหตุจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ทั้งโรคหนองใน และเกิดการตั้งครรภ์ในขณะทีไม่พบปัญหาเหล่านี้ในเด็กเร่ร่อนวัยรุนทีพำนักรั้วครวในมูลนิธิ

ส่วนที่ 2 การอภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานการวิจัย

2.1 สมมติฐานที่ 1 พฤติกรรมสุขภาพของเด็กเร่ร่อนวัยรุนทีพำนักรั้วครว ในมูลนิธิกับเด็กเร่ร่อนวัยรุนทีพำนักรั้วครวตามทีสาธารณะมีความแตกต่างกัน

จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของเด็กเร่ร่อนวัยรุนทีพำนักรั้วครวใน มูลนิธิกับเด็กเร่ร่อนวัยรุนทีพำนักรั้วครวตามทีสาธารณะมีความแตกต่างกัน เป็นไปตาม สมมติฐาน ทีตั้งไว้ กล่าวได้ว่าสถานที่ทีพำนักรั้วครวมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กเร่ร่อนวัยรุน โดยสามารถอธิบายจำแนกเป็นรายด้านได้ ดังนี้

(1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ก. ด้านโภชนาการ

การทีกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีพฤติกรรมด้านโภชนาการแตกต่างกัน อธิบายได้ว่า เด็กเร่ร่อนวัยรุนทีพำนักรั้วครวในมูลนิธิเด็กได้รับการดูแลด้านอาหาร ซึ่เป็นไปตาม พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 มาตราที่ 56 และตรงกับแนวทางปฏิบัติขั้นพื้นฐานตามสุขบัญญัติ แห่งชาติ(กลุ่มพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กองสุขศึกษา,2541) ว่าเด็กควรได้รับประทานอาหารให้ เป็นเวลาและครบ 5 หมู่ในปริมาณทีพอเหมาะ จึงกล่าวได้ว่าเด็กกลุ่มนี้ได้รับอาหารครบทั้ง 3 มื้อ และเป็นเวลา ส่วนเด็กทีพำนักรั้วครวตามทีสาธารณะมักจะอดมื้อกินมื้อเด็กไม่ได้ใส่ใจว่าแต่ละ วันรับประทานอาหารครบ 3 มื้อหรือไม่ การรับประทานอาหารจึงไม่เป็นเวลา ซึ่สอดคล้องกับการ ศึกษาของสมพงษ์ จิตระดับ (2540) เด็กเร่ร่อนใต้สะพานไทย – เบลเยี่ยมจะนอนดึก ตื่นสายซึ่ เลยเที่ยงวันไปแล้ว เมื่อตื่นขึ้นมาก็เริ่มหาอาหารมารับประทาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ De Rosa and Montgomery (1999) และอาชิ ฮามากุชิ (2543) พบว่า ในแต่ละวันเด็กจะ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ตื่นเมื่อไรก็รับประทานอาหารเมื่อนั้น หรือเลือกทีจะดมกาวแทนทีจะ รับประทานอาหาร นอกจากนี้เด็กจะได้รับประทานอาหารก็ต่อเมื่อเด็กสามารถหาเงินมาได้ก่อน แล้วนำไปเลือกซื้ออาหารมารับประทาน

ข. ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย

ในการที่เด็กทั้ง 2 กลุ่มมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการทำกิจกรรม และการออกกำลังกายแตกต่างกัน สามารถอธิบายได้จากเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิ มีโอกาสด้านกีฬามากกว่าเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ โดยมูลนิธิมีผู้สนับสนุน อุปกรณ์กีฬา รวมทั้งสถานที่ในมูลนิธิเอื้อต่อการให้เด็กได้มีการออกกำลังกาย เช่น มีสนามฟุตบอล มีโต๊ะปิงปอง ซึ่งกีฬาฟุตบอลมูลนิธิได้ส่งเสริม จัดตั้งทีม มีครูสอนและพาเด็กออกไปหา ประสพการณ์การแข่งขัน ส่วนเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะขาดโอกาสทั้งใน ด้านสถานที่และอุปกรณ์กีฬา จากการศึกษา พบว่า เด็กบริเวณสะพานพุทธฯ บริเวณหน้าลาน พระบรมรูปสวนลุมพินี จะมีโอกาสเล่นฟุตบอลก็ต่อเมื่อมีกลุ่มเด็กวัยรุ่นทั่วไปมาเล่นในบริเวณที่ตน พำนักอาศัยอยู่ แล้วมีจำนวนผู้เล่นไม่เพียงพอจึงได้ร่วมเล่นกับเด็กเหล่านั้น นอกจากนี้ พบว่า เด็ก เร่ร่อนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เลือกใช้เวลาในการเล่นเกมส์ตู้ตามห้างสรรพสินค้าหรือร้านเกมส์ ซึ่งสอดคล้องกับสมพงษ์ จิตระดับ (2540) พบว่าเด็กเร่ร่อนทั้งในพื้นที่หัวลำโพง พื้นที่พัฒนพงศ์ พื้นที่ปิ่นเกล้า – บางแค และพื้นที่พาต้า ในแต่ละวันใช้ชีวิตไปกับการเล่นเกมส์ จับกลุ่มใช้ยา เสพติด หรือต้องทำงานหาเงิน จึงกล่าวได้ว่าเวลาที่เด็กเร่ร่อนทั้ง 2 กลุ่มมีพฤติกรรมด้านนี้ต่างกัน เนื่องจากการขาดแคลนอุปกรณ์และสถานที่ในการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับทวิศักดิ์ กลีผล (2544) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้เด็กได้มีการออกกำลังกาย คือ สถานที่และอุปกรณ์ที่เอื้ออำนวยให้เด็กสะดวกในการเลือกเล่นกีฬาตามความชอบหรือความถนัด โดยเด็กที่ขาดการออกกำลังกาย ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากสถานที่ในการออกกำลังกายอยู่ห่างจากที่ พักอาศัย

ค. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพในด้านนี้ นอกจากเด็กจะต้องรู้จักการดูแลสุขภาพ ของตนเองแล้ว ส่วนหนึ่งมาจากการมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับ สุขภาพ (Pender, 2002) เด็กเร่ร่อนทั้ง 2 กลุ่มจึงมีพฤติกรรมสุขภาพในด้านนี้ต่างกัน กล่าวคือ เด็ก เร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิ ได้รับโอกาสทางการศึกษา ทำให้เด็กกลุ่มนี้ย่อมได้รับความรู้ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ อย่างน้อยคือเรื่องการดูแล สุขวิทยาส่วนบุคคล และได้รับรู้ข่าวสารต่าง ๆ จากอนามัยโรงเรียน ในขณะที่เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะขาดโอกาส ทางการศึกษาและเนื่องด้วยระดับการศึกษาที่ค่อนข้างต่ำ ทำให้มีความรู้ที่เด็กจะดูแลตนเอง เกี่ยวกับสุขภาพจึงค่อนข้างต่ำ ทั้งในเรื่องการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล และการป้องกันโรค รวมทั้ง

เด็กกลุ่มนี้ไม่มีช่องทางในการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ เนื่องจากไม่มีองค์กรหรือหน่วยงานด้านสุขภาพเข้าไปดูแลด้านสุขภาพโดยตรง จึงกล่าวได้ว่าเด็กเร่ร่อนทั้ง 2 กลุ่มมีพฤติกรรมในด้านนี้ต่างกันเนื่องจากระดับการศึกษาที่ต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนางลักษณ จินตนาดี (2539) พบว่าระดับการศึกษามีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้และพฤติกรรมปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ ผลการเรียนรู้จะแสดงถึงระดับสติปัญญาของวัยรุ่น วัยรุ่นที่มีผลการเรียนดีจึงน่าจะสามารถนำความรู้ต่างๆ จากการเรียนไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันและมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่วนวัยรุ่นที่มีผลการเรียนไม่ดีอาจจะขาดความภาคภูมิใจในตัวเองจึงอาจถูกจูงไปในทางที่ผิด

ง. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ในการที่เด็กเร่ร่อนทั้ง 2 กลุ่มมีพฤติกรรมในระดับปานกลางนั้น เนื่องจากเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นทั้ง 2 กลุ่มมักมีการพบเจอกันในระยะเวลาสั้น ๆ กล่าวคือ ในมูลนิธิก็จะมีกลุ่มเด็กที่เข้ามาใหม่และออกไปจากมูลนิธิตลอดเวลา ในขณะที่เด็กตามที่สาธารณะมักมีการเร่ร่อนอาศัยอยู่ไม่เป็นหลักแหล่ง แล้วไปเจอกลุ่มเพื่อนใหม่ ๆ เสมอ จึงทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของเด็กกลุ่มนี้จึงไม่ถาวร และคบกันในลักษณะผิวเผินไม่ได้มีความลึกซึ้งเท่าที่ควร ประกอบกับการที่กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเด็กที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่มักมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงและรุนแรง มักมีความขัดแย้ง อารมณ์ของวัยรุ่น ไม่นั่นคง หงุดหงิดมีความรู้สึกไว และแสดงออกทันที เพราะยังไม่เป็นผู้ใหญ่โดยสมบูรณ์ (สุชา จันทน์เอม, 2529) จึงทำให้บางครั้งเด็กจึงมีความขัดแย้งหรือมีปัญหากับบุคคลที่เด็กอยู่ร่วมด้วยได้ง่าย จากการศึกษาพบว่าเมื่อเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะมีปัญหาขัดแย้งกับเพื่อน เมื่อมีปัญหาทะเลาะวิวาทกันแล้วส่วนใหญ่มักแก้ปัญหาด้วยการใช้กำลังโดยชกต่อยหรือทุบตีทำร้ายร่างกายกันไม่ว่าจะเป็นเด็กชายหรือหญิง ซึ่งสอดคล้องกับ Susan S. Sherman (2005) พบว่า เด็กเร่ร่อนทุกคนล้วนแต่เคยผ่าน การต่อสู้ชกต่อย ทะเลาะวิวาท ซึ่งอาจสืบเนื่องมาจากการดิ้นรนเพื่อการอยู่รอด เพื่อให้ตัวเองยืนอยู่ได้ในกลุ่ม การแบ่งพรรคแบ่งพวก การแย่งพื้นที่ในการทำมาหากิน รวมทั้งเกิดจากการมีเม็ดเงินเสพติดจนเกิดการทำร้ายร่างกายกระทั่งร่างกายได้รับการบาดเจ็บ ในขณะที่เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิ ถึงแม้ว่าเด็กกลุ่มนี้จะมีปัญหาการทะเลาะวิวาท เนื่องจากเด็กเลือกใช้วิธีการไม่มองหน้ากัน และออกห่างจากกันซึ่งเป็นผลมาจากสภาพความเป็นอยู่ที่โดนบังคับ มีครู/เจ้าหน้าที่คอยดูแลจึงไม่สามารถชกต่อยหรือทุบตีกันได้ และหากมีปัญหาทะเลาะวิวาทเกิดขึ้นเด็กก็就会被ครู/เจ้าหน้าที่ลงโทษ

จ. ด้านการจัดการกับความเครียด

เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นทั้ง 2 กลุ่มเมื่อมีปัญหาหรือไม่สบายใจ เด็กมักจะเลือกเก็บสิ่งเหล่านั้นไว้และคิดคนเดียว ไม่ค่อยบอกเล่าความรู้สึกกับคนรอบข้างไม่ว่าจะเป็นเพื่อนหรือครูก็ตามแต่ ซึ่งสอดคล้องกับ Jonathan and Amie (2000) พบว่า เด็กเร่ร่อนส่วนใหญ่เมื่อมีปัญหา มักจะเก็บไว้คนเดียว เนื่องจากเด็กรู้สึกตัวคนเดียว ชาติที่พึ่ง และมักปล่อยให้ปัญหาเลยมตามเลย และนอกจากนี้พบว่าเมื่อเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิมีปัญหา/ความเครียดเกิดขึ้น เด็กกลุ่มนี้ส่วนน้อยที่เลือกใช้สิ่ง/สารเสพติดในการแก้ไขปัญห และสิ่ง/สารเสพติดที่เด็กกลุ่มนี้เลือกใช้เพียงบุหรี่เท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับเด็กวัยรุ่นทั่วไปในปัจจุบันที่พบว่าเด็กวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มักมีความก้าวร้าว สับสนทางจิตใจได้มาก ประกอบกับการที่ชอบทำอะไรเลียนแบบเพื่อนหรือสังคมมากกว่าการเป็นตัวของตัวเอง จึงทำให้เด็กกลุ่มนี้เชื่อเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ว่าเมื่อมีปัญหาหรือเกิดความเครียดเกิดขึ้นการสูบบุหรี่จะช่วยแก้ไขได้ (วิภาพรรณ อุนทรพันธุ์, 2551) ในขณะที่กลุ่มตามที่สาธารณะต่างๆ เลือกที่จะดื่มกาเป็นส่วนใหญ่ มากกว่าการสูบบุหรี่หรือดื่มเหล้า และพบว่า มีเด็กเลือกใชยานอนหลับเพื่อให้ลืมสิ่งต่าง ๆ แทนการทำกิจกรรมสำหรับการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มเด็กด้อยโอกาสกลุ่มอื่นของประภาเพ็ญ สุวรรณและคณะ (2542) พบว่า นักเรียนตาบอดและนักเรียนหูหนวกส่วนน้อยที่เลือกใชยานอนหลับ/ยาคลายเครียดเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจหรือมีความทุกข์ใจ จึงทำให้เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดแตกต่างกับเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ

ฉ. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ

เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นทั้ง 2 กลุ่ม มีพฤติกรรมในด้านนี้แตกต่างกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิรู้สึกได้อยู่ใกล้ชิดกับคนที่ตนเองรักและห่วงใยมากกว่าเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ กล่าวคือ เด็กเร่ร่อนที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่มีฐานะยากจน หรือครอบครัวเร่ร่อนแต่ความสัมพันธ์หรือสัมพันธ์ภาพระหว่างเด็กกับพ่อแม่หรือญาติพี่น้องยังไม่ถูกตัดขาด ดังนั้นในบางโอกาสเด็กที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิยังมีคนในครอบครัวเข้าไปเยี่ยมเด็กในมูลนิธิ ประกอบทั้งเด็กมีครู/เจ้าหน้าที่คอยดูแล จึงทำให้เด็กกลุ่มนี้ได้อยู่ใกล้ชิดกับคนที่ตนรักและห่วงใย ซึ่งเป็นไปตามพัฒนาการทางด้านความรัก ความพึงพอใจและความเป็นมิตรที่ต้องการความรักความอบอุ่นจากบุคคลที่ใกล้ชิดที่สุดที่ช่วยให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ (นิลภา จิระรัตนวรรณณะ, 2541) ในขณะที่เด็กในที่สาธารณะออกมาเร่ร่อนจากสาเหตุการทะเลาะเบาะแว้งกับคนในครอบครัว จึงทำให้เด็กกลุ่มนี้มี

ความรักความผูกพันกับคนในครอบครัวค่อนข้างน้อย ซึ่งจากการลงพื้นที่ศึกษา พบว่าเด็กเร่ร่อนที่ครูข้างถนนนำกลับคืนสู่ครอบครัว ไม่นานนักเด็กก็จะออกมาใหม่เนื่องจากไม่คุ้นเคยและอึดอัดที่จะอยู่กับครอบครัวซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอาอิ ฮามากุชิ (2543) ที่ได้มีการศึกษาการกลับไปใช้ชีวิตปกติของเด็กและเยาวชนเร่ร่อนในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า เด็กเร่ร่อนเมื่อถูกส่งกลับกลับบ้าน เด็กมักจะกลับออกมาใช้ชีวิตเร่ร่อนซ้ำเป็นส่วนใหญ่ และเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นกลุ่มนี้รู้สึกว่าได้อยู่ใกล้ชิดกับคนที่ตนเองรักและหวังใญ่ นั่นก็คือการได้อยู่กับเพื่อนเท่านั้น

(2) พฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันโรค

ความแตกต่างสำหรับพฤติกรรมสุขภาพในด้านนี้นอกจากสภาพแวดล้อมที่เด็กอยู่ต่างกันแล้ว โดยเด็กเร่ร่อนที่พำนักในมูลนิธิมีที่พักอาศัยที่เป็นหลักแหล่งและค่อนข้างมีความปลอดภัย ในขณะที่เด็กที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะต่างๆ ต้องอาศัยหลบนอนตามใต้สะพาน สะพานลอย และริมถนน ซึ่งมีความปลอดภัยค่อนข้างต่ำแล้ว ทั้งนี้สามารถอธิบายได้จากพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ต่างกันซึ่งจะเห็นได้จากข้อมูลปัญหาสุขภาพที่ได้แสดงมาแล้วข้างต้น ซึ่งพบว่าเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะต่างๆ พบปัญหาสุขภาพที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศทั้งโรคหนองในและเกิดการตั้งครรภ์ ในขณะที่ไม่พบปัญหาเหล่านี้ในเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิ กล่าวคือ เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักอาศัยในมูลนิธิ เมื่อกล่าวถึงพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่ยังมีความเป็นเด็กสูง เกิดความเขินอาย เนื่องจากเด็กไม่มีพฤติกรรมในขณะนี้โดยเฉพาะเด็กหญิง อาจเป็นผลมาจากการที่เด็กส่วนใหญ่อยู่ระหว่างการเรียน และได้รับการอบรมสั่งสอนจากครู โอกาสและสิ่งเร้าต่าง ๆ ไม่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับจันทร์แรม ทองศิริ (2549) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในอำเภอเมือง จังหวัดน่าน พบว่า เด็กวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์เนื่องจากมีสิ่งเร้าต่าง ๆ มากกระตุ้น เช่น สื่อ เพื่อน และเมื่อเด็กเกิดการรับรู้ไม่ว่าจะเป็นจากการดูภาพ หรือฟังคำบอกเล่าจากเพื่อน ทำให้เด็กเกิดความอยากรู้อยากลองขึ้น ในขณะที่เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะส่วนใหญ่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว ไม่ว่าจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชาย เด็กกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งจะมีเพศสัมพันธ์เกิดขึ้นหลังจากมีอาการมีนเมาจากการใช้สาร/สิ่งเสพติด จึงมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกัน รวมทั้งไม่ได้คำนึงว่าจะมีเด็กคนอื่นเห็นหรือไม่ จนเกิดเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เด็กคนอื่นมีพฤติกรรมทางเพศเช่นเดียวกัน และพบว่าเด็กกลุ่มนี้มีพฤติกรรมเปลี่ยนคู่นอนและมีรักร่วมเพศ จนทำให้เกิดเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น หนองใน สอดคล้องกับสมพงษ์ จิตระดับ (2540) พบว่าเมื่อเด็กมีความต้องการทางเพศเด็กก็จะบอกเพื่อนและมีเพศสัมพันธ์กันเองในหมู่เพื่อนไม่ว่าจะเป็นชายหรือหญิง

นอกจากนี้ปัญหาที่เกิดขึ้น คือ เด็กหญิงเกิดการตั้งครรรค์ขึ้น บางรายมีเพื่อนแนะนำให้ไปทำแท้ง และบางรายปล่อยให้ตนเองตั้งครรรค์โดยไม่มีการฝากท้องระหว่างการตั้งครรรค์จนคลอด ซึ่งสอดคล้องกับ Josephine Ensign (2004) พบว่าเด็กวัยรุ่นเพศหญิงมักจะเกิดปัญหาการตั้งครรรค์ไม่พึงประสงค์ และหากไม่มีปัญหาระหว่างการตั้งครรรค์ก็จะปล่อยจนคลอด และเกิดปัญหาเด็กถูกทอดทิ้งตามที่ต่าง ๆ หรือเด็กบางรายอาจยุติการตั้งครรรค์โดยการทำแท้งกับหมอเถื่อน เกิดการติดเชื้อและอาจเสียชีวิตได้

นอกจากนี้สามารถอธิบายเพิ่มเติมได้จากการพฤติกรรมการใช้สิ่ง/สารเสพติดที่ต่างกัน จากการศึกษา พบว่าเด็กที่พำนักในมูลนิธิโอกาสที่เด็กจะดื่มกาวหรือใช้สิ่งเสพติดเหล่านี้มีน้อยมาก ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการมีครูคอยควบคุมดูแล สิ่งแวดล้อม และเพื่อน ประกอบกับไม่ได้อยู่ใกล้แหล่งซื้อและไม่มีรายได้ที่จะไปซื้อ ในขณะที่เด็กวัยรุ่นวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ นอกจากสูบบุหรี่ที่พบแทบจะทุกคนแล้ว พบว่า เด็กทั้งหญิงชายมีพฤติกรรมดื่มกาวตลอดเวลาและทุกสถานที่โดยไม่คำนึงว่าจะมีใครจะพบเจอ ซึ่งสอดคล้องรายงานสถานการณ์เด็กวัยรุ่น: โครงการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติดของเด็กและเด็กด้อยโอกาส 3 ปี 2549 – 2551 (2549) ที่พบว่า เด็กวัยรุ่นนิยมดื่มกาวเพิ่มมากขึ้นจนเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต และมีเด็กวัยรุ่นจำนวนไม่น้อยเสพยาบ้าจนติดเป็นนิสัย และถูกชักจูงให้เข้าสู่วงจรการค้ายาเสพติด นอกจากนี้ จากการศึกษา พบว่า เด็กที่พำนักอาศัยในพื้นที่ได้สะพานบางกะปิมีพฤติกรรมเสพยาบ้า และใช้เข็มฉีดยาเพื่อเสพยาเสพติดร่วมกับเพื่อน เนื่องจากเป็นพื้นที่ มีลักษณะมีเหล็กปิดกั้นครูข้างถนนเข้าไปถึงได้ยาก รวมทั้งมีการพักอาศัยเป็นกลุ่มทั้งเด็กโตและผู้ใหญ่อาศัยอยู่รวมกัน

กล่าวได้ว่าจากความแตกต่างในสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยแล้ว พฤติกรรมเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สาร/สิ่งเสพติดที่ต่างกัน ทำให้เด็กวัยรุ่นวัยรุ่นที่พำนักในมูลนิธิมีพฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันโรคแตกต่างกับเด็กที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ

(3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยและการดูแลรักษา

จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยและการดูแลรักษาของเด็กวัยรุ่นวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่เด็กวัยรุ่นวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะอยู่ในระดับต่ำ สามารถอธิบายได้ ดังนี้

เด็กวัยรุ่นวัยรุ่นที่พำนักอาศัยในมูลนิธิ เมื่อมีปัญหาทางสุขภาพ/อาการเจ็บป่วย อย่างน้อยก็มีมูลนิธิ ครู/เจ้าหน้าที่ เป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ดูแลเบื้องต้นได้และหาก

เกินความสามารถเด็กก็จะถูกส่งไปรับการรักษาที่สถานีนามัย คลินิก หรือโรงพยาบาลแล้วแต่วันเวลาที่เกิดปัญหาขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับนิตยารณ สิงหามาตย์ (2540) พบว่า เด็กด้อยโอกาสในบ้านพักอุปถัมภ์ เมื่อเจ็บป่วยในขั้นพื้นฐานเด็กจะได้รับการดูแลจากครูหรือนำเด็กไปรับการรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลภูมิพล และได้รับการดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายจากมูลนิธิทั้งหมดในกรณีที่เด็กไม่มีสิทธิ์ในการรักษาใด ๆ เช่น หากเกิดอุบัติเหตุที่จะต้องมีการเย็บแผลขึ้นในช่วงที่ไม่ใช่เวลาราชการ ครู/เจ้าหน้าที่ก็จะต้องพาเด็กไปรับบริการที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากไม่มีสถานพยาบาลของรัฐรองรับเพื่อดูแล ส่วนเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ ขาดแหล่งสนับสนุนหรือดูแล ประกอบกับบริบทของตัวเด็กเองที่พบว่าเมื่อเด็กมีปัญหาทางสุขภาพหรืออาการเจ็บป่วยไม่สบายใด ๆ มักจะละเลยและปล่อยให้หายเองเป็นประจำ และจากการที่เด็กทั้ง 2 กลุ่มมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยและการดูแลรักษาต่างกัน เนื่องจากการมีแหล่งสนับสนุนที่ต่างกันนั้น ส่งผลในด้านการรักษาต่อเนื่องและการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของบุคลากรที่ต่างกัน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักอาศัยในมูลนิธิเจ็บป่วยไม่สบายจะมีครู/เจ้าหน้าที่ ดูแลและพาไปพบแพทย์และดูแลให้เด็กได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งเด็กกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ได้เรียนหนังสือจึงทำให้มีความสามารถในการรับรู้การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยตามคำแนะนำของแพทย์ ในขณะที่เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ ขาดแหล่งสนับสนุนหรือดูแล เมื่อเด็กมีปัญหาสุขภาพ/อาการเจ็บป่วยขั้นรุนแรง เช่น โดนรถชน คลอดลูก และโดยเฉพาะใช้สารเสพติดเกินขนาด เมื่อมีคนอื่นส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว ส่วนใหญ่มักจะหนีออกจากโรงพยาบาลก่อนได้รับอนุญาตให้กลับบ้านจากแพทย์เนื่องจากไม่มีเงินในการรักษา และกลัวในความผิดที่ตนได้กระทำ ทำให้เด็กไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ขาดยา และไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เลย และเมื่อเด็กออกจากโรงพยาบาลไปแล้วเด็กก็กลับมาใช้ชีวิตเร่ร่อนอย่างเคย ทำให้เด็กเหล่านี้มีพฤติกรรมอยู่ในวัฏจักรเดิม ๆ ละเลยที่จะรับประทานยาหรือปฏิบัติตัวตามคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ

2.2 สมมติฐานที่ 2 ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิกับเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ

จากการศึกษา พบว่า ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิกับเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ ดังนี้

ด้วยบริบทของความเป็นเด็กเร่ร่อน เด็กเหล่านี้ทุกคนล้วนขาดปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นความจำเป็นด้านร่างกาย (Physiological needs) ขั้นพื้นฐานขั้น

แรกที่สำคัญที่สุดของมนุษย์ ซึ่งล้วนเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ทุกคน ทำให้มนุษย์จำเป็นต้องหา มาตอบสนองก่อนสิ่งอื่นใด (Maslow, 1970 อ้างใน รจนา วิริยะสมบัติ, 2540 : 16 - 18) จึงทำให้ เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นทั้งเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิและเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราว ตามที่สาธารณะมีความต้องการการดูแลสุขภาพไม่ต่างกันถึงแม้จะมีระดับความต้องการการดูแลสุขภาพโดยรวมต่างกัน ทั้งนี้เป็นผลมาจากเมื่อเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นได้เข้าไปพำนักชั่วคราวในมูลนิธิ เด็กกลุ่มนี้ก็จะได้รับการตอบสนองและการดูแลในสิ่งที่เด็กขาดหายไป ทำให้เด็กมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ไม่ต้องเร่ร่อนใช้ชีวิตด้วยความยากลำบาก ไม่ต้องอยู่ในสภาวะอดมื้อกินมื้ออีกต่อไป รวมทั้งเด็กส่วนใหญ่ได้รับโอกาสทางการศึกษา เด็กเหล่านี้จึงมีความต้องการการดูแลสุขภาพต่อเนื่องจากมูลนิธิ ต่อมาเมื่อเด็กเร่ร่อนได้รับการตอบสนองขั้นพื้นฐานตามทฤษฎีของมาสโลว์จนเป็นที่น่าพอใจแล้ว ความจำเป็นด้านความปลอดภัยและความมั่นคง (Safety and Security needs) ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจก็จะตามมา เช่น ต้องการได้รับความคุ้มครองปกป้องตามกฎหมาย ต้องการการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย ต้องการเป็นอิสระส่วนตัว ต้องการความปลอดภัยและมั่นคงทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ประกอบกับการที่เด็กกลุ่มนี้ได้รับโอกาสทางการศึกษา เมื่อเด็กไปโรงเรียนเด็กกลุ่มนี้ก็จะไปใช้ชีวิตร่วมกับเด็กวัยเดียวกันที่อยู่กับครอบครัว จึงทำให้เด็กมีความต้องการ/เป็นแบบเพื่อนที่โรงเรียน ซึ่งเป็นไปตามพัฒนาการทางด้านสังคมของเด็กวัยรุ่นที่กล่าวว่า เด็กวัยนี้มักมีพฤติกรรมเลียนแบบกลุ่มเพื่อน และไม่ต้องการให้ตนเองแตกต่างไปจากคนอื่น (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2549) จึงทำให้เด็กกลุ่มนี้มีความต้องการในระดับที่สูงขึ้น และเป็นผลให้เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิมีความต้องการการดูแลสุขภาพโดยรวมในระดับมากที่สุด

ในขณะเดียวกันเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะถึงแม้ว่าจะมีครูข้างถนนเข้าไปดูแล แต่ด้วยสภาพความเป็นอยู่ จำนวนครูที่มีน้อยเมื่อเทียบกับพื้นที่ที่มีเด็กกระจ่ายกันอยู่ รวมทั้งบริบทของตัวเด็กเอง เด็กกลุ่มนี้จึงได้รับการดูแลเพียงบางส่วนและบางกลุ่มเท่านั้น จึงยังมีเด็กกลุ่มนี้อีกจำนวนไม่น้อยที่ต้องการได้รับการส่งเสริมดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจในขณะที่ตนเองก็ต้องสามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นอิสระ ประกอบกับการที่เด็กเร่ร่อนกลุ่มนี้อยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มักมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย และรุนแรง มักมีความขัดแย้งกับผู้ใหญ่ ไม่ชอบความเข้มงวด หรือการที่จะต้องอยู่ในกฎระเบียบ (สุชา จันทน์เอม, 2529) รวมทั้งชอบปลีกตัวออกจากบุคคล อยากรเป็นตัวของตนเอง ชอบอิสระ ไม่ค่อยเชื่อฟังใคร ยกเว้นเพื่อน (ดร.ณิ ชุมหวัด และคณะ, 2537) เด็กกลุ่มนี้จึงต้องการการดูแลสุขภาพจากมูลนิธิที่ลักษณะเป็นบ้านเปิดมากกว่าบ้านปิดเพื่อที่จะได้มีอิสระในการเข้า – ออกจากมูลนิธิ

จึงทำให้ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะโดยรวมอยู่ในระดับมาก

(1) ความต้องการการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย

เนื่องด้วยเด็กเร่ร่อนที่ศึกษาเป็นกลุ่มที่ขาดเหมือนกันดังที่เคยกล่าวมาแล้วข้างต้น รวมทั้งเป็นกลุ่มเด็กวัยรุ่นที่ยังไม่เป็นผู้ใหญ่อย่างเต็มตัว ประกอบกับความรู้ความสามารถในการประกอบอาชีพที่ยังไม่พร้อม ทำให้เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นทั้ง 2 กลุ่มมีความต้องการการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย ทั้งการได้รับการสนับสนุนปัจจัย 4 กล่าวคือ ปัจจัย 4 เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต สอดคล้องกับ Anne Hicks – Coolick (2003) พบว่า เด็กเร่ร่อนมีความต้องการอาหารและเสื้อผ้าในระดับที่ค่อนข้างสูง และนอกจากปัจจัย 4 แล้ว จากการศึกษา พบว่า เด็กมีความต้องการอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลของเด็ก ทั้งสบู่ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ยาสระผม อย่างเพียงพอ รวมถึงแหล่งหรือสถานที่ที่ใช้การทำความสะอาดร่างกาย และที่พักอาศัยที่สะอาด ปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับสุนทรี ฉายคุณากรรัตน์ (2546) พบว่าสวัสดิการที่เด็กเร่ร่อนต้องการ คือ ต้องการมีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง ต้องการวัดเป็นสถานที่ให้บริการการทำความสะอาดร่างกาย ต้องการข้าวของเครื่องใช้ เพื่อใช้ในแต่ละวัน เพื่อลดภาระตนเอง และต้องการยารักษาโรคเพื่อใช้รักษาตนเอง และสอดคล้องกับ Utah foster children (2001) พบว่าเด็กต้องการแหล่งหรือสถานที่ให้บริการการทำความสะอาดร่างกาย และแหล่งที่พักอาศัยที่สะอาด ปลอดภัย นอกจากนี้เด็กมีความต้องการได้รับการตรวจสุขภาพร่างกาย ช่องปาก และการได้รับภูมิคุ้มกันโรคหรือวัคซีน จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า เด็กเร่ร่อนทั้ง 2 กลุ่มมีความต้องการการดูแลในระดับที่ค่อนข้างมากถึงมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับ Utah foster children (2001) พบว่าเด็กเร่ร่อนควรได้รับการตรวจสุขภาพ และเด็กเร่ร่อนและครอบครัวเร่ร่อนที่พำนักในมูลนิธิมีความต้องการการดูแลด้านการตรวจสุขภาพ สอดคล้องกับ LeBaron and Rodewald and Humiston (2008) พบว่า เด็กเร่ร่อนส่วนใหญ่ขาดการได้รับภูมิคุ้มกันหรือวัคซีนตามวัย และควรได้รับการตรวจร่างกายเป็นระยะเนื่องจากเด็กเร่ร่อนส่วนใหญ่มักมีพฤติกรรมเสี่ยง

(2) ความต้องการการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ อารมณ์

จากสาเหตุและสภาพปัญหาครอบครัวที่ทำให้เด็กทั้ง 2 กลุ่มต้องกลายมาเป็นเด็กเร่ร่อนทำให้เด็กเหล่านี้ขาดที่พึ่งทางจิตใจ ขาดความรักความอบอุ่น อยู่ในสภาพที่โดนทำร้าย ส่งผลให้เด็กเร่ร่อนกลุ่มนี้มักมีพฤติกรรมที่ค่อนข้างก้าวร้าว ไม่พูดคุยกับคนแปลกหน้า ไว้วางใจผู้อื่นยาก บางคนขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ประกอบกับการที่เด็กเร่ร่อนกลุ่มนี้อยู่ในช่วง

วัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มักมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงร่างกายและรุนแรง อารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิด เพราะยังไม่เป็นผู้ใหญ่โดยสมบูรณ์ (สุชา จันทน์หอม, 2529) ทำให้เด็กทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มักปล่อยให้ปัญหาเลยตามเลย จึงทำให้เด็กกลุ่มนี้มีความต้องการการฟื้นฟูสภาพจิตใจเพื่อให้พร้อมในการดำเนินชีวิตในสังคมและและการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ด้วยวัยที่ยังไม่เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่เต็มวัย ทำให้เด็กวัยรุ่นเหล่านี้ยังคงต้องการความรัก ความห่วงใย ความเอาใจใส่จากเพื่อนใกล้ชิด และจากครู/เจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นไปตามพัฒนาการทางด้านความรัก ความพึงพอใจและความเป็นมิตรที่ต้องการความรักความอบอุ่นจากบุคคลที่ใกล้ชิดที่สุดที่ช่วยให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ (นิลภา จิระรัตนวรรณะ, 2541)

นอกจากนี้ จากการศึกษา พบว่า เด็กเร่ร่อนทั้ง 2 กลุ่มมีความพึงพอใจกับสภาพชีวิตที่ตนเองเป็นอยู่ในทุกวันนี้ไม่มีเป้าหมายหรือความคาดหวังในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับสุดา ศาสนัส (2535) และจากรายงานการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาคะเณน และเด็กด้อยโอกาส 3 ปี (2549 – 2551) พบว่า เด็กส่วนใหญ่ไม่มีความกระตือรือร้นหรือพยายามดิ้นรนผลักดันให้ตัวเองหลุดพ้นจากสภาพชีวิตที่เป็นอยู่ ถึงแม้ว่าจะมีการช่วยเหลือแต่กลับกลายเป็นว่าการช่วยเหลือเหล่านั้นไม่ตรงกับความต้องการของพวกเขาเลย

(3) ความต้องการการดูแลสุขภาพด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ด้วยพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 มาตราที่ 56 กำหนดให้เด็กกลุ่มนี้ได้รับการดูแล แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นพำนักชั่วคราวในมูลนิธิได้รับการดูแลแบบมีข้อจำกัดโดยเฉพาะในหน่วยงานของภาครัฐ ในขณะที่เด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะต่าง ๆ ก็ได้รับการดูแลจากครูข้างถนนถึงแม้ว่าจะไม่ทั่วถึงเนื่องจากปริมาณครูที่มีน้อยเมื่อเทียบกับพื้นที่ที่เด็กเหล่านี้กระจายอยู่ เด็กทั้ง 2 กลุ่มจึงมีความต้องการการดูแลจากครู/เจ้าหน้าที่อย่างทั่วถึงเช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ พบว่า เด็กเร่ร่อนทั้ง 2 กลุ่มต้องการมีสิทธิในการรักษาสุขภาพเช่นเดียวกับเด็กวัยเดียวกันในกลุ่มอื่น ๆ แต่เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่มีเลข 13 หลักเนื่องจากเด็กมักจะออกมาเร่ร่อนตั้งแต่อายุยังน้อย รวมทั้งออกมาเร่ร่อนตามที่แตกต่างกันที่ไม่ใช่ภูมิลำเนาของตนเอง และจากการที่พ่อ แม่เด็กเหล่านี้ส่วนใหญ่ขาดการสนใจเอาใจใส่ เด็กจึงไม่มีใบแจ้งเกิด ทำให้เด็กไม่มีเอกสารที่ใช้เป็นหลักฐานทางราชการ ส่งผลให้ขาดโอกาสในการได้รับสิทธิต่างๆจากสวัสดิการทางสังคม และสวัสดิการสงเคราะห์ของรัฐ เช่น การศึกษา สิทธิในการรักษา จึงกล่าวได้ว่าเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นทั้ง 2 กลุ่มจึงมีความต้องการแหล่ง/สถานบริการทางสุขภาพที่

ให้บริการดูแลรักษาเมื่อมีอาการเจ็บป่วย การคุมกำเนิดและการดูแลสุขภาพอื่น ๆ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเช่นเดียวกัน

สรุปการอภิปรายผล

จากผลการศึกษา กล่าวโดยสรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นวัยรุ่นมีความแตกต่างกันทั้งนี้เป็นผลมาจากการที่มีบริบทในสถานสงเคราะห์เข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้เด็กกลุ่มที่พำนักอาศัยในมูลนิธิได้รับการดูแลและได้รับโอกาสทางการศึกษา ประกอบกับลักษณะส่วนบุคคลบางประการที่เอื้อ ทำให้เด็กกลุ่มนี้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ในขณะที่ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพพบว่าสถานที่พำนักอาศัยไม่มีผลต่อความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของเด็กวัยรุ่นวัยรุ่นแต่เป็นความต้องการที่วัยรุ่นต้องการตามวัยของเด็กเอง รวมทั้งในการตอบแบบสอบถามเด็กวัยรุ่นวัยรุ่นที่ตอบแบบสอบถามอาจไม่ได้คิดในประเด็นว่าเด็กต้องการการดูแลอะไรเพิ่มเติมจากที่เป็นอยู่ แต่มุ่งไปในสิ่งที่เด็กต้องการหรือยังคงต้องการอยู่ จึงทำให้ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากและมากที่สุดโดยที่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ