

ความล้มพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวและภาวะสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น⁺

รุจា ภูเพบูลย์* RN, DNS., ชุมชน ทัพศาสตร์** RN., วท.บ., ชุทธิมา อนันตชัย*** RN., วท.บ.

บทคัดย่อ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเพื่อระบุความล้มพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวและสถานะสุขภาพของวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่างได้แก่ นักเรียนและบิดามารดาของนักเรียนที่ศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ของโรงเรียนรัฐบาลแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 220 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามผู้ปกครอง เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวประเมินจาก FHPB 3) แบบสอบถามวัยรุ่นเกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา และพฤติกรรมเสี่ยงที่ผู้วัยรังสี 4) แบบบันทึกการตรวจร่างกายประกอบด้วยน้ำหนัก ส่วนสูง สุขภาพฟัน และความดันโลหิตของวัยรุ่นที่ผู้วัยรังสี 5) แบบวัดสุขภาพจิต TMHQ ผลการศึกษาจากการวิเคราะห์ความล้มพันธ์โดยสหลัมพันธ์ของเพียรลัน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวไม่มีความล้มพันธ์กับอุบัติการความเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา การเจริญเติบโต (ภาวะพุ่งโภชนาการ) และความดันโลหิตสูงในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) แต่พบว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวมีความล้มพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -2.09$, $P < 0.01$) สรุปได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวมีความล้มพันธ์กับสุขภาพจิตของวัยรุ่น แต่ไม่พบความล้มพันธ์กับภาวะความเจ็บป่วยทางร่างกายที่ชัดเจน รามาธิบดีพยาบาลสาร 2545; 8(3): 176 - 91.

คำสำคัญ : พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ครอบครัว สุขภาพวัยรุ่น

+ ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*** อาจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

จากการที่เด็กวัยรุ่นตอนต้นได้รับอิทธิพลจากการเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพจากครอบครัวโดยที่ความเชื่อ ทัศนคติ การให้คุณค่าเกี่ยวกับสุขภาพของครอบครัว ถือเป็นบริบทที่เด็กเรียนรู้ที่มีความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตน¹ นอกจากนั้นครอบครัวยังทำหน้าที่เป็นผู้ให้การดูแลด้านสุขภาพแก่สมาชิกวัยเยาว์ ไม่ว่าในภาวะสุขภาพปกติหรือในภาวะสุขภาพเจ็บป่วย ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในครอบครัว เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพเด็ก ครอบครัวที่มีแนวทางในการปฏิบัติร่วมกันในการส่งเสริมสุขภาพดี จะส่งผลให้สุขภาพเด็กวัยนี้โดยรวมดีกว่าครอบครัวที่ไม่มีการส่งเสริมสุขภาพร่วมกันในครอบครัวหรือมีแต่น้อย การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวรวมถึง พฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและน้ำหนักการ การควบคุมและจัดการความเครียด การนอนหลับ การมีจุดยืนเห็นใจเยา ทางจิตใจร่วมกัน การที่สมาชิกครอบครัวสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และการดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดเป็นระเบียบ เนื่องจากปัจจุบันงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว ต่อภาวะสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นมีจำนวนจำกัด ส่วนใหญ่เน้นการศึกษาพฤติกรรมเลี้ยงในวัยรุ่นและศึกษาปัจจัยด้านเศรษฐกิจของครอบครัว ไม่เน้นอิทธิพลของครอบครัวด้านพฤติกรรมต่อวัยรุ่น นอกจากรั้นระยะเวลาสุขภาพรุ่นตอนต้นเป็นช่วงเปลี่ยนわりที่มีการพัฒนาสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตสังคมมากที่สุดระยะหนึ่ง จึงควรมีการศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา ความล้มเหลวของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสถานะสุขภาพของวัยรุ่นตอนต้น

สมมติฐานการวิจัย ได้แก่

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว มีความล้มเหลวที่กับสุขภาพกายของวัยรุ่นตอนต้น
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว มีความล้มเหลวที่กับสุขภาพจิตของวัยรุ่นตอนต้น

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาระบบนี้ เป็นการศึกษาวัยรุ่นที่รับการศึกษาในโรงเรียนภาครัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3

นิยามตัวแปร

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว หมายถึง กิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวกระทำการสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกและส่วนรวม แบ่งเป็น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกาย ด้านความรับผิดชอบสุขภาพของสมาชิก และด้านความล้มเหลวของสมาชิกกับสังคมภายนอก วัดโดยแบบสอบถามให้บิดามารดาของวัยรุ่นตอบเครื่องมือพัฒนา โดย กนกวรรณ สุวรรณปฎิกรณ์² มีจำนวน 40 ข้อ แบ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวและภาวะสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น

ความรับผิดชอบ และสัมพันธภาพกับสังคมภายนอก ค่าคะแนนสูงแสดงว่าครอบครัวมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี

2. สถานะสุขภาพเด็กวัยรุ่น แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

2.1 สุขภาพกาย หมายถึง ปัญหาสุขภาพ ของร่างกายด้วยจากการประเมินภาวะโภชนาการ การตรวจสุขภาพพื้น การวัดความดันโลหิต โดยใช้เกณฑ์การประเมินการเจริญเติบโตจากน้ำหนักและส่วนสูงตามเกณฑ์มาตรฐานการเจริญเติบโตของเด็กชาย/หญิงตามอายุและสภาวะโภชนาการ ของภาควิชาคุณารเวชศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี³ สุขภาพพื้นประเมินจากจำนวนพันผู้ พันที่อุดและถอนแล้ว ส่วนความดันโลหิตประเมินจากค่าความดันโลหิตจากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันมาตรฐานแบบตั้ง เป็น ม.m. ปรอท

2.2 สุขภาพจิต หมายถึง การแสดงอาการ ผิดปกติของภาวะจิต ประเมินโดยเครื่องมือ Thai Mental Health Questionnaires พัฒนาโดย Patraruwat⁴ ประกอบด้วยข้อคำถาม 70 ข้อ แบ่งออกเป็นปัญหา 4 ด้าน somatic, depression, psychotic, และ social function คะแนนสูงแสดงว่ามีปัญหาสุขภาพจิตมาก

ทบทวนวรรณกรรม

ปัญหาสุขภาพวัยรุ่น

เด็กวัยรุ่นตอนต้นเป็นผู้ที่เริ่มมีความคิด

เรียนรู้เหตุผล ที่เป็นจุดเริ่มต้นของการเป็นเด็กวัยรุ่น

ที่สมบูรณ์ และเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต วัยรุ่นเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนร่างที่บุคคลมีการเจริญเติบโต และวุฒิภาวะเพิ่มขึ้นจากวัยเด็กไปสู่วัยผู้ใหญ่ เป็นช่วงรอยต่อของชีวิตที่มีผลต่อสุขภาพวัยรุ่นโดยตรงหลายประการ ช่วงนี้ของชีวิตวัยรุ่นถือเป็นระยะของการเปลี่ยนแปลงที่มีมากที่สุดในชีวิตระยะหนึ่ง ทั้งด้านการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ จิตสังคม และพฤติกรรม ถือเป็นระยะเวลาในการเตรียมตัวเพื่อการมีหน้าที่รับผิดชอบสูงขึ้น และเป็นเวลาที่ต้องการการดูแลสุขภาพในหลาย ๆ ด้าน⁵ โดยทั่วประเทศมีจำนวนนักเรียนที่ศึกษาในสถาบันสังกัดคณะกรรมการประถมศึกษาถึงประมาณ 3 ล้านคน จากข้อมูลทางสถิติพบว่ามีอัตราการตายของเด็กวัยนี้ต่อประชากรเท่ากับ 5 คนต่อแสนคน และสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง ได้แก่ อุบัติเหตุ ถึงเกือบร้อยละ 50 ของสาเหตุการตายทั้งหมดในประชากรวัยนี้ นอกนั้นพบว่าสาเหตุของการตายสูงสุดของเด็กวัยนี้ได้แก่ การตายจากอุบัติเหตุอื่น ๆ นอกจากอุบัติเหตุ จากรถถังร้อยละ 27 ส่วนอุบัติเหตุจากจราจรเป็นสาเหตุรองมาเป็นอันดับสอง คือ ร้ายละ 20^{6,7} โดยกลุ่มที่มีอัตราบาดเจ็บสูงสุดในกลุ่มอายุ 10–14 ปี คือ 705 ครั้งต่อประชากร 1,000 คนต่อปี⁸ ทำให้เห็นปัญหาสุขภาพของเด็กวัยนี้ ยังอยู่ในภาวะคุกคามจากปัญหาอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ และพบว่าในเด็กวัย 10–14 ปี เด็กวัยนี้ยังเจ็บป่วยและตายจากโรคติดต่อไข้เลือดออกด้วยอัตราที่ใกล้เคียงกับเด็กวัยเรียน^{9,10}

ปัญหาสุขภาพวัยรุ่นที่พบในระยะวัยนี้ได้แก่

รุжа ภูพูลย์ และคณะ

1) ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ เช่น การเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ปัญหาโภชนาการ และการที่ร่างกายมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว 2) ปัญหาด้านการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงทางเพศ และการค้นหาตนเอง เป็นต้น 3) การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม เช่น สัมพันธภาพกับครอบครัว และชุมชน รายงานสถิติการสูบบุหรี่ และการดื่มเหล้าของประเทศ พบร่วมกันกว่า 1 ใน 2 ของผู้สูบบุหรี่ เริ่มพัฒนาระบบในขณะที่มีอายุ 13-15 ปี และผู้ที่ดื่มเหล้านั้น พบร่วมในวัยรุ่นถึงร้อยละ 60 โดยเหตุผลของการเสพนั้นส่วนใหญ่มาจากการซักชวนของเพื่อน ปัญหาสุขภาพที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การเสียชีวิตของวัยรุ่นจากการประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ โดยพบว่ากลุ่มวัยรุ่นมีการเสียชีวิตมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุอื่น ดังนั้นปัญหาสุขภาพในวัยรุ่นเกี่ยวข้องกับพัฒนาการเตียงและอิทธิพลจากเพื่อนเป็นส่วนใหญ่ มีการศึกษาในวัยรุ่นที่แสดงถึงความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างจำนวนปีที่รับการรักษา และการควบคุมตนเองด้านสุขภาพ และพัฒนาการเตียง โดยพบว่าวัยรุ่นชาย มีพัฒนาการเตียงต่อปัญหาสุขภาพกว่าวัยรุ่นหญิง¹¹ โดยวัยรุ่นหญิงมีความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่า¹²

จากการศึกษาปัญหาสุขภาพวัยรุ่นที่มีสถิติการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุค่อนข้างสูง และปัญหาความเจ็บป่วยในวัยรุ่นมีค่าใช้จ่ายรายหัวสูงมากเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ โดยการลงทุนด้านสุขภาพ

ของภาครัฐ ชุมชน และครัวเรือนในเยาวชนวัย 10-14 ปี เท่ากับ 1,103 บาท / คน / ปี และในวัย 15-19 ปีเท่ากับ 1,795 บาท / คน / ปี¹⁰ การศึกษาดังกล่าวแสดงถึงปัญหาด้านสุขภาพกายของวัยรุ่นจากการศึกษาของ รุжа ภูพูลย์ และคณะพบว่า จากผลการศึกษาปัญหาสุขภาพของวัยรุ่นตอนต้นในเด็กนักเรียน 204 คน จากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มเด็กนักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 1-3 ทั่วประเทศนับว่าเด็กวัยรุ่นตอนต้นนั้นรับปัญหาสุขภาพวัยรุ่นที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การเรียน ปัญหาครอบครัว ปัญหาเพื่อนต่างเพศ และปัญหายาเสพติดมากที่สุด 13

วัยรุ่นและการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว
ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่สำคัญที่มีผลต่อพัฒนาการสุขภาพและพัฒนาการอื่นๆ จากการที่ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานในการจัดการด้านสุขภาพของสมาชิก พบร่วมครอบครัวรับผิดชอบการดูแลสุขภาพของสมาชิกถึงร้อยละ 75 ของการดูแลสุขภาพทั้งหมดซึ่งรวมถึงกิจกรรมการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย และการพื้นฟูสุขภาพ¹⁴ ค่านิยมความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจะมีการพัฒนาและได้รับอิทธิพลโดยตรงจากครอบครัว และมีการถ่ายทอดพัฒนาการสุขภาพในครอบครัวต่อเนื่องไปยังรุ่นลูกรุ่นหลานต่อไป ดังนั้นภัยในบริบทของครอบครัวจึงมีการเรียนรู้พัฒนาการสุขภาพที่จะมีผลช่วยส่งเสริมหรือทำลายสุขภาพของสมาชิกได้¹ โดยเฉพาะความเจ็บป่วยหลายชนิดที่เกิดในครอบครัวทั้งที่ไม่ใช่โรคทางพันธุกรรม แต่เกิดจาก

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวและภาวะสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น

การมีพฤติกรรมเสี่ยงร่วมกันในครอบครัว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด วิดสีดวงทวารเนื่องจากการรับประทานอาหารมากไปน้อย การออกกำลังกายน้อย และการไม่สามารถจัดการกับภาวะเครียด เป็นต้น

สำหรับอิทธิพลของครอบครัวต่อสมาชิกนั้น พบว่ามีการศึกษามากมายในประเด็นดังกล่าว เช่น พบร่วมกับความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคอาหาร มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส-คู่สมรส บิดามารดา-บุตร และพี่น้อง-พี่น้อง¹⁵ การศึกษาต่อมาในกลุ่มนักเรียนหญิงศึกษาระดับมัธยมปลาย พบว่า มาตรตามีอิทธิพลต่อทัศนคติการบริโภคอาหารของเด็กหญิง ในขณะที่เพื่อนและการโฆษณาในโทรทัศน์ ไม่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶ และหากบิดามารดาของวัยรุ่นใช้ยาเสพติดแล้วจะพบว่าเด็กวัยรุ่นจะรับประทานผลไม่น้อยและรับประทานอาหารไขมันสูงมาก เนื่องจากรับประทานอาหารงานด่วนเป็นประจำ¹⁷

พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว โดยเฉพาะบิดามารดาถือว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่น อย่างไรก็ได้ไม่มีการศึกษาอิทธิพลโดยตรงของพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวต่อสุขภาพวัยรุ่นตามทฤษฎีพัฒนาการของอิริคสัน ชีวิตในช่วงวัยรุ่นเป็นระยะสำคัญที่กำลังหาเอกลักษณ์ของตนเองว่าตนเองคือใคร ต้องการอะไร มีเป้าหมายอย่างไรในการดำเนินชีวิตในอนาคต และมักเกิดความสับสนใจช่วงนี้ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจ การจัดการความเครียดในครอบครัว การสนับสนุนซึ่งกันและกันจึงน่าจะมีผลต่อพฤติกรรม

สุขภาพและภาวะสุขภาพของวัยรุ่นตอนต้น ในการดูแลสุขภาพนักเรียนในระดับต่างๆ บุคลากรทางการพยาบาลได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพเด็ก แต่ถือเป็นบทบาทเสริมมากกว่าเป็นหลักที่จะทำให้พฤติกรรมปรับเปลี่ยน เพราะเด็กมีการเรียนรู้จากครอบครัว¹⁸ นอกจากนั้นพบว่าความเอาใจใส่ของผู้ปกครองด้านสุขภาพอนามัยมีผลต่อสภาวะสุขภาพนักเรียน¹⁹

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวและสถานะสุขภาพของบุตรที่อยู่ในระยะวัยรุ่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บิดามารดาและบุตรวัยรุ่นที่ศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 เขตกรุงเทพมหานคร โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างจากครอบครัวที่บุตรกำลังศึกษาในโรงเรียนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 189 คน โดยสูงตัวอย่างจากรายชื่ออนักเรียนในแต่ละชั้นปีอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากอาจารย์โรงเรียนในการจัดทำรายชื่ออนักเรียนที่จะร่วมในการศึกษาจากรายชื่อแต่ละชั้นปี โดยสูงเพิ่มในกรณีที่ผู้ปกครองหรืออนักเรียนปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือในการศึกษา รวมจำนวนทั้งสิ้น 220 ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับครอบครัวและวัยรุ่นได้แก่ ข้อมูลของบิดามารดาเกี่ยวกับอายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ ที่พักอาศัย และข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ จำนวนพี่น้องและลำดับการเกิด

2. แบบสอบถาม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว ได้แก่ แบบสอบถามบิดามารดาเกี่ยวกับพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของกนภรรณ สุวรรณ ปฏิกรณ์ (2544) ที่พัฒนาจากเครื่องมือของ Pender 4 ด้าน รวม 40 ข้อได้แก่ ด้านส่งเสริมสุขภาพจิต 15 ข้อ สุขภาพกาย 12 ข้อ ความรับผิดชอบ 10 ข้อ และสัมพันธภาพกับสังคมภายนอก 3 ข้อ คำตอบ มี 5 ตัวเลือก จากไม่เป็นจริงจนถึงเป็นจริงมีคะแนน 1-5 คะแนน ถ้าค่าคะแนนสูงแสดงว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวดี

3. แบบสอบถามประวัติความเจ็บป่วยของวัยรุ่น ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้วัยรุ่นตอบเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนในรอบ 6 เดือน ที่ผ่านมารวมทั้งวิธีการที่วัยรุ่นใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น อุบัติการเจ็บป่วยสูงแสดงว่าสุขภาพไม่ดี

4. แบบสอบถาม สุขภาพจิต(TMHQ) ได้แก่ แบบสอบถามของ Patraruwat²⁰ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 70 ข้อ แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ ด้าน somatic, depression, anxiety, psychotic,

social function. คะแนนสูงแสดงว่ามีปัญหาสุขภาพจิตมาก

5. แบบบันทึกการตรวจร่างกาย ได้แก่ แบบฟอร์มใช้ในการบันทึกผลการตรวจร่างกายวัยรุ่นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยผลการซึ่งน้ำหนัก (กิโลกรัม) การสัดส่วนสูง (เซ็นติเมตร) การวัดความดันโลหิต (ม.ม.ปรอท) และการตรวจพัน ผู้ดำเนินการตรวจสุขภาพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 คน ที่แบ่งการตรวจเป็น 3 จุด คือ ชั้นน้ำหนักวัดส่วนสูง วัดความดันโลหิตและการตรวจสุขภาพพัน โดยแต่ละจุด มีผู้รับผิดชอบติดต่อ 1 คนต่อจุด อุปกรณ์เครื่องซึ่งน้ำหนักที่ใช้เป็นชนิดดิจิทัลของโรงพยาบาล ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะทำการซึ่งในแต่ละวัน ผู้วิจัยเทียบค่ามาตรฐานกับดั้มน้ำหนักมาตรฐานทุกครั้ง สำหรับแคปไม้วัดความสูงชนิดดิจิทัลของโรงพยาบาลวัดมาตรฐานที่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการใช้ทั่วไป

การหาความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัว ของกนภรรณ สุวรรณปฏิกรณ์ พัฒนาจากเครื่องมือของเพนเดอร์ (Pender) และจากการศึกษานำร่อง และพบว่ามีอิเคราะห์องค์ประกอบโดยวิธี Factor analysis พบร่วมกับองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพจิต สุขภาพกาย ความรับผิดชอบ และความสัมพันธ์กับสังคมภายนอก ค่าสัมประสิทธิ์ cronbach จากการศึกษาครั้งนี้ มีความเที่ยงภายใน (Internal consistency) $\alpha = 0.92$

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวและภาวะสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น

2. แบบสอบถามสุขภาพจิต (TMHQ)

พัฒนาโดย Patraruwat²⁰ นำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง
วัยรุ่นครัวเรือนมีค่าความเที่ยงภายในสัมประสิทธิ์ครอบคลุม
เท่ากับ 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาและ
วัยรุ่น โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่า^{เบี่ยงเบนมาตรฐาน}

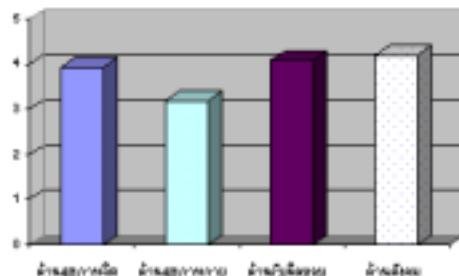
2. หาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่ง
เสริมสุขภาพของครอบครัว และสถานะสุขภาพของ
วัยรุ่น โดยใช้สถิติ Pearson's Product Correlation

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
จากจำนวนแบบสอบถามที่แก้ไปยังบิดามารดาและ
บุตรวัยรุ่นจำนวน 300 คู่ ได้รับความร่วมมือในการ
ตอบแบบสอบถามและคืนมาทั้งหมด จำนวน 220 คู่
หรือร้อยละ 73.33 อายุเฉลี่ยของบิดาและมารดา
ของวัยรุ่นเท่ากับ 42.3 และ 38.8 ปี ตามลำดับ
ครอบครัวร้อยละ 70 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000
บาทต่อเดือน ส่วนในการศึกษาระดับประถมศึกษา
(ร้อยละ 55.5) มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 52.4) จำนวน
สมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 5.07 คน สำหรับนักเรียน
วัยรุ่นอายุเฉลี่ย 13.97 ปี ศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษา^{ปีที่ 1-3} ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนที่สองและเป็นเพศหญิง
มากกว่าเพศชาย

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวโดยมี
คะแนนรวมเท่ากับ 150.36 จากคะแนนสูงสุดที่เป็น^{ไปได้ 200 คะแนน หรือค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 คะแนน}
แสดงว่ามีการปฏิบัติกรรมส่งเสริมของครอบครัว
ตามข้อคำถามเป็นจริงเป็นส่วนใหญ่ เมื่อพิจารณา
รายด้านของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 4 ด้าน^{ได้แก่ ด้านสุขภาพ จิตครอบครัว ด้านสุขภาพกาย}
ด้านความรับผิดชอบ และด้านการมีความสัมพันธ์กับ^{สังคมภายนอก พบรากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม}
สุขภาพสูงสุดด้านการมีความสัมพันธ์กับสังคมภายนอก ($M = 4.21$) รองลงมา คือ ด้านความรับผิด
ชอบของสมาชิกด้านสุขภาพ ($M = 4.08$) ด้านสุขภาพ
จิตของสมาชิก ($M = 3.94$) และด้านสุขภาพกาย
($M = 3.20$) ดังแสดงรายละเอียดในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ครอบครัวรายด้าน

รุจิ ภูพูดย์ และคณะ

3. สถานะสุขภาพวัยรุ่น

3.1 ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย

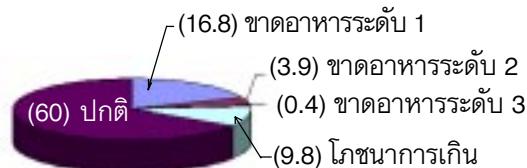
ความเจ็บป่วย คำตอบของวัยรุ่นเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ อาการเป็นหวัด ท้องเลือด ปวดศีรษะ อุบัติเหตุ และความเจ็บป่วยอื่นๆ พบร่างกายกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเป็นหวัดเฉลี่ย 3-4 ครั้งในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ส่วนความเจ็บป่วยอื่น ๆ พบร้อยละมาก

สุขภาพฟัน ปัญหาสุขภาพฟันของกลุ่มตัวอย่าง พบร่างกายกลุ่มตัวอย่างมีฟันผุอย่างน้อย 1 ชิ้น ร้อยละ 50.8 และจำนวนฟันผุที่ตรวจพบเฉลี่ย 1.3 ชิ้นต่อคน ฟันผุสูงสุด 8 ชิ้น พbmีปัญหาน้ำลายร้อยละ 23.4 และฟันมีจุดดำแสดงอาการเริ่มผุของฟันร้อยละ 28.0 ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนฟันที่มีจุดดำส่วนใหญ่มีเพียง 1-2 ชิ้น

การเจริญเติบโต ผลจากการวิเคราะห์การเจริญเติบโตจากค่าน้ำหนักและส่วนสูงใช้เกณฑ์มาตรฐานการเจริญเติบโตของเด็กชาย/หญิงตามอายุ และภาวะโภชนาการของภาควิชาคุณาราชศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี³ ซึ่งอ้างอิงในเพ็ญศรี ภานุจน์ นัชจิติ และคณะ พบร่างกายหนักและส่วนสูงเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 46.8 กิโลกรัมและ 156.41 เซนติเมตรตามลำดับ

พบร่างกายกลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติของการเจริญเติบโตถึงร้อยละ 40.0 โดยแบ่งเป็นความผิดปกติเป็น ขาดอาหารระดับ 1 ร้อยละ 16.8 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และพบ ขาดอาหารระดับ 2 ร้อยละ 3.9 ขาดอาหารระดับ 3 ร้อยละ 0.40 และ

ภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 9.8 ดังแสดงในตารางแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 ค่าร้อยละของความผิดปกติของภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น (N=220)

จากการตรวจร่างกายโดยการวัดความดันโลหิตของเด็กพบว่าเด็กเกือบทั้งหมดมีความดันโลหิตต่ำกว่า 120/80 ม.m.ปroat พบร่วมเด็กที่มีความดันโลหิตโดยเฉลี่ย Systolic สูงกว่า 120 ม.m.ปroat จำนวน 15 คนหรือร้อยละ 5.9 พบร่วมค่าความดันโลหิตเฉลี่ย Systolic และ Diastolic ของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 109.92 มิลลิเมตรปroat และค่าความดันโลหิตเฉลี่ยเท่ากับ 71.52 มิลลิเมตรปroat ตามลำดับ ซึ่งไม่พบความแตกต่างระหว่างเด็กชายและเด็กหญิง

3.2 ปัญหาสุขภาพจิต

จากการวิเคราะห์แบบสอบถามสุขภาพจิตพบร่วมค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 152.54 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 84-291 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 33.83

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวกับสถานะของวัยรุ่น

- สุขภาพกายและพฤติกรรมส่งเสริม

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวและภาวะสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น

สุขภาพของครอบครัว พบร่วมกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัว กับอาการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างในรอบ 6 เดือน ที่ผ่านมา พบร่วมกับความสัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วยของอาการหวัด ท้องเสีย ปวดศรีษะ รวมทั้งอุบัติเหตุ แต่อย่างใด ($P>0.05$)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเจริญเติบโตตามอายุโดยประเมินจากน้ำหนักและส่วนสูงของวัยรุ่น พบร่วมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวและส่วนสูงของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งไม่มีความสัมพันธ์กับระดับของความดันโลหิต Systolic และ Diastolic อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($P>0.05$) เช่นกัน ดังแสดงในตารางที่ 1 ในขณะเดียวกัน พบร่วมกับความดันโลหิต Systolic มีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่า Diastolic และยังพบว่าค่าความดันโลหิต Systolic มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักและส่วนสูงของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นเช่นกัน

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวภาวะโภชนาการผิดปกติในกลุ่มวัยรุ่นตัวอย่างจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวพบว่า คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวของกลุ่มวัยรุ่นที่มีน้ำหนักปกติและน้ำหนักผิดปกติไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=1.327$, $P>0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างน้ำหนัก ส่วนสูง ค่าความดัน Systolic ค่า Diastolic ของวัยรุ่น และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว ($N=220$)

	น้ำหนัก	ส่วนสูง	Systolic pressure	Diastolic pressure	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
น้ำหนัก	1.00				
ส่วนสูง	0.589**	1.00			
Systolic pressure	0.477**	0.339**	1.00		
Diastolic pressure	0.078	0.018	0.500**	1.00	
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	0.124	0.067	0.065	0.031	1.00

** $P > .01$

รุจิรา ภูพูดย์ และคณะ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการผิดปกติและกลุ่มที่ปกติโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน ANOVA (N=220)

ตัวแปร	S.S.	df	M.S.	F
ระหว่างกลุ่ม	771.79	1	771.79	1.327 ^{ns}
ภายในกลุ่ม	126787.12	218	581.59	
รวม	127558.91	219		

^{ns} P>.05

สำหรับผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวในกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงกว่า 120/80 ม.ม.ปดาท และกลุ่มที่ไม่สูงกว่า 120/80 ม.ม.ปดาท พบร่วมกันไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติเช่นกัน

นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์ความลับพันธุ์ระหว่างปัญหาสุขภาพพื้น เช่น จำนวนพันธุ์ และพินัยศักยภาพในช่องปาก กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว พบร่วมกันไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวจะมีความสัมพันธ์กับจำนวนพันธุ์ที่ได้รับการอุดของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว กับปัญหาสุขภาพจิต จากการวิเคราะห์ความลับพันธุ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวกับปัญหาสุขภาพจิตโดยการหาค่าลัมเพลทเชอร์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบร่วมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวมีความลับพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตใน-

ทางลบในระดับค่อนข้างต่ำแต่มีนัยสำคัญทางสถิติกับปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มวัยรุ่นตัวอย่าง ($r = -0.209$, $P<0.05$)

- ผลการวิเคราะห์อื่นๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างบิดามารดาถูกขอให้ประเมินภาวะสุขภาพของครอบครัวตนเอง ส่วนใหญ่ตอบว่าครอบครัวตนมีสุขภาพดีมากถึงอยู่ละ 28.9 ดี ร้อยละ 55.7 ปานกลาง ร้อยละ 12.3 และไม่ดี ร้อยละ 3.2 พบร่วมกันไม่สำนึกร่วมกันว่าครอบครัวมีภาวะความลับพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัว พบร่วมกับตัวแปรทั้ง 2 มีความสัมพันธ์กันเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Spearman's Rho=0.365, $P<0.01$) แสดงว่าครอบครัวที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีประเมินว่าสถานะสุขภาพของครอบครัวดีด้วยเช่นกัน

ในการสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น เพิ่มเติมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมขับซี่yan-

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวและภาวะสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น

พำนหนะระหว่างมีนเมາ 5 ราย (ร้อยละ 2) ไม่ส่วน
มากกันนี้อкорะหว่างขั้บรถจักรยานยนต์ 108 ราย
(ร้อยละ 42.2) ไม่ข้ามทางม้าลาย 126 ราย (ร้อยละ
49.4) สูบบุหรี่ 4 ราย (ร้อยละ 1.6) ใช้สิ่งหรือสาร
เสพติด 3 ราย (ร้อยละ 1.2) ซื้อยามารับประทาน
เอง 47 ราย (ร้อยละ 18.4) ไม่ควบคุมน้ำหนัก 142
ราย (ร้อยละ 71.1) และมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้
ถุงยางอนามัย 2 ราย (ร้อยละ 0.8)

จะเห็นได้ว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบ
สอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงมีค่อนข้างน้อย ใน
หัวข้อที่ค่อนข้างทำให้ผู้ตอบระแวงว่าจะได้รับผลเสีย¹
จากการตอบ และปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวกับ
การจราจรมีค่อนข้างสูง และเมื่อทดสอบความ
สัมพันธ์ของพฤติกรรมเสี่ยงกับพฤติกรรมการส่งเสริม
สุขภาพของครอบครัวโดยการทดสอบ ANOVA
พบว่าเฉพาะพฤติกรรมการไม่ใช้ทางม้าลายในการข้าม
ถนนเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริม
สุขภาพของครอบครัว ($F = 5.487$, $p < .05$)

สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้ คือ พฤติ
กรรมการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวมีความ
สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้นอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ
กายของวัยรุ่น

อภิปรายผล

- สุขภาพวัยรุ่น ปัญหาสุขภาพวัยรุ่นที่
พบมากสุดในการศึกษาครั้งนี้คืออาการปวดศีรษะ ซึ่ง
เป็นอาการแสดงปัญหาความเครียดและปัญหา

สุขภาพอื่นๆ ที่พบบ่อย โดยปวดศีรษะเฉลี่ย 3.4 ครั้ง²
ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา และจากการวิเคราะห์เพิ่ม
เติมพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างอาการเจ็บป่วย
ต่างๆ กล่าวคือ เด็กที่มีอาการป่วยอาการใดอาการ
หนึ่งมักมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย แสดงว่าปัญหา
สุขภาพในเด็กวัยรุ่นมักไม่แสดงอาการมาอย่างใด
อย่างหนึ่ง แต่เด็กที่สุขภาพไม่ดีจะมีอาการป่วย
หลายๆ อย่างในคนเดียว ในขณะที่ปัญหาสุขภาพ
พัฒนาได้บ่อยมากโดยมากกว่าครึ่งกลุ่มตัวอย่างมี
ปัญหาพัฒnodอย่างน้อย 1 ชี แสดงปัญหาสุขภาพใน
ช่องปาก บางคนมีฟันผุถึง 8 ชี และพบปัญหาพัฒมี
หินน้ำลายถึงร้าว 1 ใน 5 รวมทั้งเริ่มมีรอยดำแสดง
อาการเริ่มผุของฟันถึงร้าว 1 ใน 5 เช่นกัน แสดง
ว่าปัญหาสุขภาพพัฒนาของเด็กวัยรุ่น ค่อนข้างรุนแรง
 เพราะเด็กวัยนี้มักเลือกซื้ออาหารเอง และรับประทาน
ขนมคอบเคี้ยวและน้ำอัดลม

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่ตรวจ
สุขภาพโดยการซั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงโดยใช้
เกณฑ์มาตรฐานการเจริญเติบโตของเด็กชาย/หญิง
ตามอายุและภาวะทุพโภชนาการของภาควิชาคุณรักษ์
เวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี (2537) พบว่าเป็น
กลุ่มที่มีปัญหาของภาวะโภชนาการ สูงถึงร้อยละ 40
โดยเป็นภาวะขาดสารอาหารระดับ 1-3 ราวร้อยละ 30
และเป็นภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วนรวมร้อยละ
10 และแสดงว่าเด็กวัยรุ่นตอนต้นมีปัญหาด้านโภชนาการ
ในระดับค่อนข้างรุนแรง ซึ่งถึงแม้การขาดอาหารระดับ
2 และ 3 จะน้อยมากแต่ก็ควรได้รับการแก้ไขโดย
เร่งด่วน เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพิ่มเติมระหว่าง

รุจิ ภูพูดย์ และคณะ

ภาวะทุพโภชนาการกับการควบคุมของเด็กวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันแต่อย่างใดแสดงว่ากลุ่มวัยรุ่นที่มีปัญหาทุพโภชนาการไม่ได้เกิดจากการควบคุมน้ำหนักตัวเองจนเกินไป ในขณะเดียวกันวัยรุ่นที่มีปัญหาน้ำหนักตัวเกินไม่ได้มีการควบคุมน้ำหนักตัวเองเช่นกัน

ปัญหาสุขภาพสำคัญที่พบในกลุ่มตัวอย่างคือ การที่ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตสูงกว่า 120/80 ม.ม. protoch ซึ่งพบเด็กวัยรุ่นที่มีค่าความดันโลหิต Systolic สูงกว่า 120 ม.ม. protoch จำนวนมากถึง 15 คน หรือร้อยละ 6 ซึ่งกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาหลอดเลือดและหัวใจในอนาคต หากไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาน้ำหนักตัวเกินเนื่องจากพบว่าระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวและความสูง ส่วนปัญหาสุขภาพจิตพบว่าอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย

• พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวเฉลี่ย 3.77 คะแนน จากค่าสูงสุดที่เป็นไปได้ 5 คะแนน แสดงว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับทำเป็นส่วนใหญ่ถึงทำบ้างไม่ทำบ้าง เมื่อศึกษารายด้านของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวพบว่าด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ด้านความสัมพันธ์กับสังคมภายนอกคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 แสดงว่าครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อเพื่อนบ้าน อย่างไรก็ได้ข้อความเกี่ยวกับพฤติกรรมดังกล่าวมีเพียง 3 ข้อ ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมอีกหลายด้าน จึงควรมีการปรับปรุงเพื่อการพัฒนาต่อไปในอนาคต

สำหรับพฤติกรรมความรับผิดชอบด้านสุขภาพที่เน้นให้สมาชิกเอาใจใส่สุขภาพตนเอง สนใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่พบร่องลงมาแต่ค่าคะแนนยังอยู่ในระดับที่ปฏิบัติค่อนข้างมากเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 พบว่า การส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกด้านร่างกายเป็นด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุด ครอบครัวปฏิบัติตามเกี่ยวกับสุขภาพด้านการดูแลโภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อนร่วมกันอยู่ในระดับทำบ้างไม่ทำบ้างแสดงถึงการที่ครอบครัวตระหนักรและปฏิบัติตามในการดูแลสุขภาพด้านร่างกายค่อนข้างน้อย โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 เท่านั้น ส่วนการส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจเน้นการพูดคุยระหว่างสมาชิก การใช้เหตุผลในการแก้ปัญหาความขัดแย้ง การเป็นแบบอย่างที่ดีให้บุตรและการส่งเสริมความรักความห่วงใย พบว่ามีคะแนนอยู่ในระดับที่มีการปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.94

• ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวกับสถานะสุขภาพวัยรุ่น จากการวิเคราะห์ข้อมูลไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวกับปัญหาสุขภาพของวัยรุ่นทางกาย ไม่ว่าเป็นด้านปัญหาความเจ็บป่วย ปัญหาด้านสุขภาพฟัน และปัญหาโภชนาการของวัยรุ่น แต่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวกับสุขภาพจิตวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่าวัยรุ่นที่มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวในระดับสูงจะมีปัญหาสุขภาพจิตน้อย ($r = -2.09 p < .01$)

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวและภาวะสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น

แสดงว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพทางกายโดยตรง แต่อาจมีผลในด้านสุขภาพจิตเนื่องจากการที่ครอบครัวมีการพูดคุยแสดงความรักความอบอุ่นจะทำให้วัยรุ่นมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าครอบครัวที่มีการพูดคุยและแสดงความรักความอบอุ่นน้อยกว่า ผลการศึกษาแสดงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ครอบครัวมีต่อการลดปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นได้

การศึกษานี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ในข้อ 1 ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นตอนต้นเป็นระยะที่กลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมากจนทำให้อิทธิพลของบิดามารดาไม่ชัดเจนเท่าที่ควร จากการศึกษาของ Fuligni et al.²¹ พบร่วมกับนักเรียนชั้นเกรด 7 หรือมัธยมศึกษาปีที่ 1 มีพฤติกรรมตามเพื่อนจนทำให้ไม่สามารถภูมิใจในการเดินทางและไม่สนใจการเรียนมากกว่าเด็กนักเรียนชั้นมัธยมปลายเกรด 10-12 ซึ่งช่วงวิกฤติสำคัญและกำลังเรียนรู้แบบอย่าง รวมทั้งได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน จึงต้องการปรับตัวเป็นอย่างมาก และจะทำได้ดีขึ้นเมื่อยืนในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ดังนั้นอิทธิพลของครอบครัวในระยะวัยรุ่นตอนต้นอาจมีน้อยกว่าระยะวัยรุ่นตอนปลาย

สำหรับความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวกับปัญหาสุขภาพจิตวัยรุ่นนั้นเน้นความสำคัญของการดูแลใกล้ชิดวัยรุ่นที่จะทำให้วัยรุ่นมีปัญหานៅน่องจากความเครียดน้อยลง เพราะการที่ครอบครัวเข้าใจสุขภาพกายและจิตใจ เน้นให้รู้จักรับผิดชอบตนเอง การดูแลสุขภาพกายตนเอง รวมทั้งการมีสัมพันธภาพกับ

เพื่อนบ้าน แสดงความใกล้ชิดในครอบครัวด้วยปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นเจ็บปวดได้น้อยในกลุ่มครอบครัวมีการเข้าใจสักนิดแลกันสูง ผลการศึกษาค่อนข้างแตกต่างจากการศึกษาของ Fuligni et al.²¹ ที่พบว่าเมื่อวัยรุ่นมีปัญหาจะไปปรึกษาเพื่อนมากกว่าครอบครัว ซึ่งความแตกต่างนี้อาจจะเกิดจากลักษณะสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกันระหว่างตะวันตกและตะวันออก

สำหรับรายงานพฤติกรรมเสี่ยงนั้นพบวัยรุ่นกลุ่มนี้เลี่ยงต่ออันตรายจากอุบัติเหตุสูงสุด และพบว่าการรายงานเรื่องยาเสพติดและเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยมีน้อยมาก อาจเนื่องจากผู้ตอบกล่าวที่จะเปิดเผยข้อมูล

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้ถึงแม้พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางกายของวัยรุ่น แต่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวกับสุขภาพจิตวัยรุ่น จึงควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพวัยรุ่น โดยศึกษาปัจจัยด้านพฤติกรรมและการเลียนแบบเพื่อนร่วมด้วย

2. ควรมีการศึกษาปัญหาสุขภาพปากและฟันของเด็กวัยรุ่นเพิ่มเติมและพัฒนาโครงการเพื่อดูแลสุขภาพปากและฟันวัยรุ่น

3. ควรมีการจัดโครงการ วัยรุ่นปลอดภัย จากอุบัติเหตุ ในโรงเรียนทุกแห่ง เพื่อป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุสำหรับวัยรุ่น ทั้งนี้ผลการ

รุจា ภูมิพลย์ และคณะ

ศึกษาพบว่า เด็กในกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ไม่ข้ามถนนในทางข้ามค่อนข้างสูง และการไม่สวมหมวกกันน็อคระหว่างขับขี่ หรือโดยสารจักรยานยนต์

4. ควรศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพรุ่นต่อนต้นและสถานะสุขภาพ โดยมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มวัยรุ่นต่อนต้นอายุ 13–15 ปี (มัธยมศึกษาตอนต้น) และกลุ่มวัยรุ่นต่อนกลางอายุ 16–18 ปี

5. สำหรับปัญหาทุพโภชนาการในกลุ่มตัวอย่าง แสดงว่าปัญหายังมีระดับสูงในวัยรุ่น ขณะผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้บริหารโรงเรียนที่ทำการศึกษาเพื่อพิจารณาดำเนินการแก้ไข เช่น การให้อาหารเสริมหรืออบทวนแนวทางการจัดทำโครงการอาหารกลางวันกับชุมชน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Pender NJ. **Health Promotion in Nursing Practice.** Stamford Connecticut : Appleton Lange. 1996.
2. Suwanpatikorn K. Family Health Promoting Behavior Scale : Development and Psychometric Analysis . A doctoral dissertation. Faculty of Public Health, Mahidol University. 2001.
3. เกณฑ์การประเมินการเจริญเติบโต ภาควิชาคุณการเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล 2531.
4. Pattrayuwat S. **The Thai Mental Health Questionnaires.** Department of Psychiatry, Faculty of Medicine at Siriraj Hospital, Bangkok : Mahidol University. 1999.
5. Rafie UM. Message from the Regional Director. In **WHO SEARO.** Adolescence : The Critical Phase : Challenge and Potential. New Delhi. WHO SEARO. 1997.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน. สำนักนายกรัฐมนตรี. 2539.
7. กระทรวงสาธารณสุข. **สถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.** 2539.
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจข้อมูลสุขภาพ 2539.
9. กองราชบัดධิยา. **สรุประยงานการเฝ้าระวังโรค กระทรวงสาธารณสุข** 2539.
10. ศุภลักษณ์ พรธนาโรจน์พัย รุจा ภูมิพลย์ และ คณะ. การลงทุนในเด็ก. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. 2542.
11. Chirakulpattana P. **Health Values, Health Locus of Control and Health Risk Behavior in Adolescence.** Master Thesis for Master of Science (Nursing) Faculty of Graduate Studies. 1993.
12. Kulkowit S. **Health Interest of Mathayom Suksa I Students in Education Region 3.** Master Thesis for Master of Science (Public Health). Faculty of Graduate Studies. Mahidol University. 1981.
13. Phuhaibul R. et al. **Health Promotion for Early Adolescents : Phase I.** Center for Nursing Research. Department of Nursing, Faculty of Medicine at Ramathibodi Hospital. 1999.
14. Duffy ME. **Health Promotion in Family : Current finding and directives for nursing research.** **Journal of Advance Nursing** 1988; 13:109–17
15. Wild RA, Tylor EL, Kneehans A & Cleaver V. (1994). Matriarchal model for cardiovascular prevention. **Obstetrical and Gynecological Survey** 1994; 49(2): 147–152.
16. Szabo CP & Hollands C. Factors influencing eating attitudes in secondary school girls on South African-A preliminary study. **South African Medical Journal** 1997; 84: 531–4.

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวและภาวะสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น

17. Su LL, Story M & Su SS. Effect of parental mental health status on adolescents' dietary behaviors. **Adolescent Health** 1997; 20(6): 426-33.
18. Lightfoot J & Bines W. Working to Keep school Children healthy : The complementary roles of school staff and school nurses. **Journal of Public Health Medicine** 2000; 22(1):74-80.
19. อุบลรัตน์ ช่วงษ์. บทบาทของผู้ปกครองในการดูแล เด็กในวัยเรียนด้านสุขภาพอนามัยที่มีผลต่อสภาวะ สุขภาพนักเรียน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2528.
20. Pattrayuwat S. **Thai Mental Health Questionnaires (TMHQ)**. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University. 1999.
21. Fuligni AJ, Eceles JS, Barrer BL, & Clements P. Early adolescent peer orientation and adjustment during high school. **Development Psychology**. 2001;37(1):28-36.

The relationship between family health promoting behaviors and adolescent health status⁺.

Rutja Phupahibul* RN.,DNS., Chomchuean Tupsart** RN.,B.S., Chutimma Annuntachai** RN.,B.S.

Abstract This descriptive study aimed to examine the relationship between the family health promotion behaviors and the adolescents health status. The sample was 202 parents and school children grade 7-9 at one public school in Bangkok Metropolitan area. The instruments were 1) Demographic data questionnaire, 2) The Family Health Promotion Behavior (FHPB) Questionnaire, 3) Illness history of adolescents with in 6 month questionnaires and risk behaviors developed by the researchers, 4) Health examination record form , and 5) The Thai Mental Health Questionnaires (TMHQ). The results from Pearson's Product correlation and ANOVA revealed that there was no significant relationship between FHPB and the incident of illness , malnutrition , and blood pressure of the samples ($p<.05$) . However , FHPB was significantly related to mental health problem ($r = -.209$, $p (.01)$). Thus , evidently the family health promotion behavior did not show its significant relationship with the adolescents' physical health , but it showed a significant relationship with the mental health status of the adolescents. Rama Nurs J 2002; 8(3) : 176 - 91.

Keywords : health promoting, family, adolescent health

+ The project was funded by the Faculty of Medicine at Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

* Associate Professor, Department of Nursing , Faculty of Medicine at Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

** Assistant Professor, Department of Nursing , Faculty of Medicine at Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

*** Lecturer, Department of Nursing , Faculty of Medicine at Ramathibodi Hospital, Mahidol University.