

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม

ชญาณิกา ศรีวิชัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก

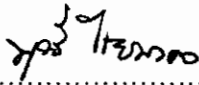
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สิงหาคม 2558

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

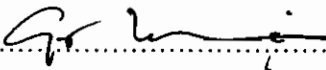
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ชญานิกา ศรีวิชัย ฉบับนี้แล้ว เห็นควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

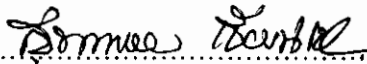
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)



.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

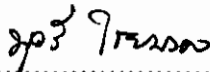
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยูนี พงศ์จตุรวิทย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



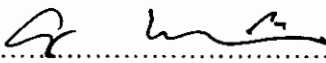
.....ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทราวดี เชียรพิเชฐ)



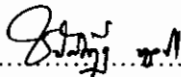
.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)



.....กรรมการ

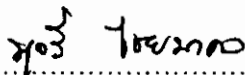
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยูนี พงศ์จตุรวิทย์)



.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัญฉิคาคุณฉี ทูลศิริ)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตได้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก ของมหาวิทยาลัยบูรพา



.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 25 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2558

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาให้คำปรึกษา การแนะนำแนวทาง ที่ถูกต้องและการตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล ซึ่งเป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุนี พงศ์จตุรวิทย์ กรรมการ ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำอย่างดียิ่งเสมอมา ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทราวดี เขียวพิเชฐ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ กรรมการผู้สอบวิทยานิพนธ์ที่ได้เสนอแนะเพิ่มเติมให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สมบูรณ์ขึ้น ผู้วิจัยรู้สึก ซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.มณีนรัตน์ ภาครูป ตลอดจนคณาจารย์ในสาขาวิชา การพยาบาลเด็ก และคณาจารย์ในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ ประสาทวิชาความรู้ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการศึกษาและการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงเรียนธัญบุรี ผู้อำนวยการ โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการ ปทุมธานี ที่อำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการศึกษาครั้งนี้ ที่สำคัญที่สุดผู้วิจัยขอขอบคุณบิดา มารดา ผู้ปกครอง ที่อนุญาตให้นักเรียนในความปกครองเข้าร่วมการวิจัย และขอขอบคุณนักเรียนกลุ่มตัวอย่างทุกคน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

ขออุทิศผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ให้กับบิดาผู้ล่วงลับไปแล้ว ขอขอบพระคุณ คุณแม่ที่คอย ห่วงใย และขอบคุณสามี คุณสาคร ศรีวิชัย ขอขอบคุณชายทั้งสองคน ซึ่งเป็นบุคคลที่สำคัญอย่างยิ่ง เป็นแรงผลักดัน และให้กำลังใจในการเรียนมาโดยตลอด สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณผู้บริหาร มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียที่สนับสนุนให้ทุนการศึกษาและทุนการทำวิจัยในครั้งนี้ด้วย

ชญานิกา ศรีวิชัย

55910305: สาขาวิชา: การพยาบาลเด็ก; พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ / เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม การรับรู้ความสามารถตนเอง
สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน

ชฎานิกา ศรีวิชัย: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม
(FACTORS EFFECTING HEALTH BEHAVIOR IN EARLY ADOLESCENTS WITH
GAME ADDICTION) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: นุจรี ไชยมงคล, Ph.D.,
ยุณี พงศ์จตุรวิทย์, Ph.D. 70 หน้า. ปี พ.ศ.2558.

การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันส่งผลให้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต กลายเป็น
สิ่งใกล้ตัวและมีอิทธิพลต่อการพฤติกรรมของเด็กอย่างมาก จากการสำรวจการติดเกมพบว่า
มีอุบัติการณ์ของการติดเกมสูงสุดในวัยรุ่นตอนต้น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ศึกษาความสัมพันธ์และ
อิทธิพลของเพศ การรับรู้ความสามารถตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อน และการทำหน้าที่ของ
ครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กวัยรุ่นตอนต้น
ที่ติดเกม ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี คัดเลือกโดยการสุ่มแบบ
หลายขั้นตอนจำนวน 141 คน เครื่องมือประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของ
ตนเอง แบบสอบถามสัมพันธภาพกับเพื่อน แบบสอบถามการทำหน้าที่ครอบครัว และ
แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่น มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70 .87 .81 และ .81
ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย
สถิติสหสัมพันธ์พอยซ์ไบซีเรียล สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ
ขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง เพศ (ชาย) และสัมพันธภาพกับเพื่อน
สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ
15.1 ($R^2 = .151$) ส่วนการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่น
ตอนต้นที่ติดเกมได้ ผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลหรือผู้ดูแลสุขภาพเด็กวัยรุ่น
ตอนต้นที่ติดเกม ควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมส่งเสริม
การรับรู้ความสามารถตนเองและสัมพันธภาพกับเพื่อน โดยเน้นในเด็กวัยรุ่นชาย อันจะส่งผลให้เด็ก
วัยรุ่นที่ติดเกมมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

55910305: MAJOR PEDIATRIC NURSING; M.N.S (PEDIATRIC NURSING)

KEYWORDS: HEALTH BEHAVIOR/ EARLY ADOLESCENTS WITH GAME ADDICTION/
SELF-EFFICACY/ PEER RELATIONSHIP

CHAYANIKA SRIVICHAI: FACTORS EFFECTING HEALTH BEHAVIOR IN
EARLY ADOLESCENTS WITH GAME ADDICTION. ADVISORY COMMITTEE:
NUJJAREE CHAIMONGKOL, Ph.D., YUNEE PONGJATURAWIT, Ph.D. 70 P. 2015.

With the current change of environment, this made computer and Internet become closer to the individual and has dramatic influence on child health behavior. From a report of a game addiction survey, it was found that the highest incidence rate of game addiction is in early adolescence. The purposes of this research were to examine relationships and determine influencing factors of child gender, self-efficacy, peer relationship, family function on health behavior in early adolescents with game addiction. A sample was recruited through multi-stage random sampling consisting of 141 early adolescents with game addiction studying in Mathayomsuksa 1-3 in a school located in Pathumthani province. Research instruments consisted of the child self-efficacy, the peer relationship, the family function and the child health behavior questionnaires. Their reliabilities were .70, .87, .81, and .81, respectively. Data was analyzed by using frequency, percent, mean, standard deviation, range, Point bi-serial coefficient, Pearson's correlation coefficient and stepwise multiple regression.

The results revealed that child self-efficacy, gender (male), and peer relationship significantly predicted health behavior in early adolescents with game addiction, and accounted for 15.1 % ($R^2 = .151$) in the prediction. However, family function did not serve as a significant prediction. These findings suggest that nurse and health care providers for early adolescents with game addiction should apply these results to develop activities or an intervention to promote child self-efficacy and peer relationship by focusing on early male adolescents. These would result in the enhancement of proper health behaviors among these adolescents.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ฅ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
พัฒนาการเด็กวัยรุ่นตอนต้น	7
การคิดเกมและผลกระทบของการคิดเกม	8
แนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของวัยรุ่น	13
พฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยรุ่น	15
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น	17
3 วิธีดำเนินการวิจัย	20
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	20
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	21
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย	24
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	24
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	25
การวิเคราะห์ข้อมูล	26
4 ผลการวิจัย	27

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	27
ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยการรับรู้ความสามารถ ตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อนการทำงานที่ของครอบครัวและพฤติกรรมสุขภาพ	29
ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การรับรู้ความสามารถของตนเองสัมพันธภาพกับ เพื่อน การทำงานที่ของครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ ติดเกม	32
ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนาย ได้แก่ เพศ การรับรู้ความสามารถของตนเองสัมพันธภาพกับ เพื่อน การทำงานที่ของครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ .. ติดเกม	33
5 สรุปและอภิปรายผล	35
สรุปผลการวิจัย	35
การอภิปรายผล	36
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	39
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	39
บรรณานุกรม	40
ภาคผนวก	50
ภาคผนวก ก	51
ภาคผนวก ข	66
ประวัติย่อของผู้วิจัย	70

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง.....	21
2 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัยของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	28
3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม โดยรวมและแยกรายด้าน (n = 141).....	30
4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยรวมและแยกรายด้าน (n = 141).....	30
5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของสัมพันธภาพกับเพื่อน โดยรวมและแยกรายด้าน (n = 141).....	31
6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยรวมและแยกรายด้าน (n = 141).....	32
7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (n = 141).....	33
8 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม (n = 141).....	34

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กวัยรุ่นตอนต้น เป็นผู้ที่อยู่ในช่วงอายุประมาณ 10-15 ปี (World Health Organization [WHO], 2010) ส่วนมากศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการหลายด้านและพฤติกรรมต่าง ๆ เป็นรอยต่อของความเป็นเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ มีการปรับตัวไปพร้อมกับการแสวงหาเอกลักษณ์ของตนเอง มีความคิดเป็นของตนเอง อยากรู้อยากทดลอง อยากรู้อยากเห็น และต้องการการยอมรับจากคนรอบข้าง ขณะเดียวกันยังต้องการการชี้แนะในการใช้ชีวิตในสังคมและสิ่งแวดล้อมปัจจุบัน (สมจิตร จารูรณ์ศิริกุล และมาลัย ว่องชาญชัยเลิศ, 2549)

คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต เป็นสิ่งใกล้ตัวและมีความจำเป็นต่อการเรียนรู้ของเด็กวัยรุ่นตอนต้นอย่างมากทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน อย่างไรก็ตามนอกจากคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตใช้เพื่อการศึกษาค้นหาหาความรู้ต่าง ๆ แล้ว ยังใช้เล่นเกมทางอินเทอร์เน็ตหรือออนไลน์ได้ โดยใช้คอมพิวเตอร์แบบตั้งโต๊ะ แบบพกพา รวมทั้งแท็บเล็ต และสมาร์ทโฟนทั้งหลายซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นตอนต้นมีประสบการณ์การใช้เพื่อการเล่นเกม และการเล่นเกมนี้อาจกลายเป็นเด็กติดเกมได้ เมื่อเด็กนั้นมีพฤติกรรมการเล่นเกมวันละ 3 ชั่วโมงขึ้นไป ติดต่อกันอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน และให้ความสนใจต่อเกมมากกว่าสิ่งอื่น ๆ เช่น ครอบครัว การบ้าน กีฬาหรือสุขภาพของตนเอง เป็นต้น (โสรัจจะ จันทรแสงศรี กนกพร กันทา และ ภูมิ พิพิธวิชชธรรม, 2553) จากการสำรวจการติดเกมในวัยรุ่นตอนต้น อายุอยู่ในช่วง 10-15 ปี พบว่า มีอุบัติการณ์ของการติดเกมสูงสุด (Grunbaum et al., 2004; Kann et al., 1995; Kolbe, Kann, & Collins, 1993)

สถานการณ์การติดเกมของเด็กไทยพบว่า เด็กที่ติดเกมศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีประมาณร้อยละ 47 ของเด็กชั้นมัธยมทั้งหมด (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2551) แสดงให้เห็นว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นมีแนวโน้มการเสพติดเทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการเล่นเกม หากครอบครัวและเด็กวัยรุ่นตอนต้นไม่สามารถควบคุมตนเองในการเล่นเกมนั้นจะส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย เกิดผลเสียต่อสายตา เป็นโรคกระเพาะ โรคอ้วน โรคซีวีเอส (CVS = Computer Vision Puzzle) คือ การปวดกระตุกข้อมือ ปวดกล้ามเนื้อ มีอาการปวดตา แสบตา ตามัว และปวดศีรษะ ผลต่อสุขภาพด้านอื่น ๆ ได้แก่ เด็กพักผ่อนไม่เพียงพอ พักผ่อนน้อย บางรายไม่ขมนอน และไม่สนใจรับประทานอาหารและดื่มน้ำน้อยมาก ปวดหลัง ไม่สนใจการออกกำลังกาย ละเอียดสุขภาพ มีอาการปวดศีรษะและปวดตาบ่อย ๆ (สุดา จันมุกดา, 2550; Kim, Namkoong, Ku,

& Kim., 2008) ส่งผลกระทบต่อทางด้านอารมณ์ ทำให้กลายเป็นเด็กก้าวร้าว (ดวงใจ สมานสิน, 2539; เทอดศักดิ์ สุมาลัยศักดิ์, 2541) เก็บกด วิตกกังวล ไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง (Abdolkhalleghi, Davachi, Sabbaie, Mahmoudi, 2003) ผลกระทบทางด้านสังคม สัมพันธภาพภายในกลุ่มเพื่อนที่โรงเรียนและกลุ่มเพื่อนที่บ้านจะต่ำ (Busch, Stel, Schrijvers & Leeuw, 2013) ก่อให้เกิดปัญหาแหล่งมั่วสุมของเด็ก เป็นจุดเริ่มต้นของการเล่นการพนันในรูปแบบอื่น ๆ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น อาจมีการขโมยเงินในบ้าน การลักขโมย และการใช้สารเสพติด (อรรคพล สีวนารณ, 2554) ผลกระทบทางด้านสติปัญญา คือ ผลเสียต่อการเรียนร้อยละ 47.6 (สุดา จันทมุกดา, 2550) เนื่องจากไม่ไปโรงเรียน ไม่เข้าชั้นเรียน และไม่การส่งการบ้าน (ศุภกนิจ วิชญพงษ์พร, 2552)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลมีกิจกรรมหรือการกระทำที่อาจส่งผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และ/ หรือชุมชน (Cartland & Ruch-Ross, 2006) เด็กวัยรุ่นตอนต้นสามารถมีพฤติกรรมสุขภาพด้วยตัวเอง ได้แก่ อนามัยส่วนบุคคล โภชนาการ สารเสพติด และอบายมุข สุขภาพจิต การป้องกันอุบัติเหตุ และการออกกำลังกาย (กองสุศึกษา, 2556) อย่างไรก็ตามหากเด็กนั้น โดยเฉพาะวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมจึงมีความเป็นไปได้ที่เด็กเหล่านี้จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่บกพร่องได้ จึงเป็นไปตามแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตวัยรุ่น (Youth resilience framework) ของ Rew and Horner (2003) ที่กล่าวว่า ในภาวะสิ่งแวดล้อมปัจจุบันอาจทำให้วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมเสี่ยง แต่วัยรุ่นสามารถที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ได้ แสดงว่า วัยรุ่นมีความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก 3 ประการ คือ ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคล ปัจจัยปกป้องและบริบททางสังคมวัฒนธรรม ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคล หมายถึง สิ่งที่ส่งเสริมให้เกิดปัญหาต่อพฤติกรรมสุขภาพ สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากตัววัยรุ่นเอง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การติดเกม เป็นต้น ปัจจัยเสี่ยงทางด้านครอบครัว เช่น ความสัมพันธ์กับพ่อแม่ไม่ดี เป็นต้น และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะแวดล้อมและสังคม เช่น การคบเพื่อนที่มีปัญหา การไม่มีที่ปรึกษาเมื่อมีความรู้สึกละอาย เป็นทุกข์ เป็นต้น (สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2551) ปัจจัยปกป้อง เป็นสิ่งที่ช่วยป้องกันผลกระทบหรือลดโอกาสในการเกิดพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงให้กับวัยรุ่น ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง ทักษะในการเผชิญกับปัญหา การมีอารมณ์ขัน ความรู้สึกว่าได้ได้รับความรัก ความผูกพัน และความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงต่อสุขภาพ และบริบททางสังคม วัฒนธรรมเป็นปัจจัยภายนอกที่มีความสำคัญอย่างมากต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพของวัยรุ่น ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน เพื่อน และชุมชน ในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยที่นำมาศึกษา ได้แก่ เพศ การรับรู้ความสามารถตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อน และการทำหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม (Spear & Kulbok, 2001; An & Tak, 2006; Collins, Freeman, &

Chamarro-Premuzic, 2012) พบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยรุ่นตอนต้น

การกำหนดลักษณะของบุคคลในสังคมและเป็นที่ยอมรับทั่วไปในลักษณะหนึ่งและมักถูกใช้ในการกำหนดลักษณะเฉพาะของบุคคลที่สัมพันธ์กับปัญหาทางด้านพฤติกรรมและปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น คือ เพศ จึงนับเป็นปัจจัยเสี่ยงตามแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตวัยรุ่นของ Rew and Horner (2003) จากการศึกษา Lucas and Sherry (2004) พบว่า เด็กวัยรุ่นชายใช้เวลาในการเล่นเกมนและจำนวนชั่วโมงต่อการเล่นเกมมากกว่าเพศหญิงและชอบเล่นเกมที่มีลักษณะความรุนแรงมากกว่าเพศหญิง ซึ่งทำให้พฤติกรรมในการออกกำลังกายลดน้อยลงและมีพฤติกรรมก้าวร้าว ส่งผลให้เพศชายมีการพักผ่อนน้อย การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลามากกว่าเพศหญิง (Chartton & Danforth, 2007) และเด็กวัยรุ่นชายที่ติดเกมมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมเมื่อเทียบกับเพศหญิงที่ติดเกมมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมมากกว่า (Galan et al., 2013)

การรับรู้ความสามารถตนเอง หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการ และปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ นับเป็นปัจจัยปกป้องตามแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตวัยรุ่นของ Rew and Horner (2003) จากการศึกษาของ Bebetos, Chroni, and Theodorakis (2002) พบว่าเด็กวัยรุ่นที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถด้านการควบคุมการรับประทานอาหารก็จะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และ Terry and O'Leary (1995) พบว่า เด็กวัยรุ่นที่รับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมพฤติกรรมออกกำลังกาย ก็สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายได้ ในทำนองเดียวกับการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง เด็กวัยรุ่นที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการปฏิเสธคำชักชวนเรื่องการสูบบุหรี่ก็จะหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ได้ (Schwarzer & Luszczynska, 2005)

สัมพันธภาพกับเพื่อน และการทำหน้าที่ของครอบครัว เป็นปัจจัยบริบททางสังคมวัฒนธรรม ตามแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตวัยรุ่นของ Rew and Horner (2003) สำหรับวัยรุ่นตอนต้นแล้ว เพื่อนมีความสำคัญกับวัยรุ่นมาก มีอิทธิพลทางด้านบวกและด้านลบต่อพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น (Duncan, Duncan, & Strycker, 2000) สัมพันธภาพกับเพื่อน หมายถึง พฤติกรรมที่ปฏิบัติต่อกันและกัน ทั้งในและนอกห้องเรียน ได้แก่ การช่วยเหลือพึ่งพากันและกัน การทำกิจกรรมต่าง ๆ ภายในกลุ่มร่วมกัน การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน การแสดงความห่วงใยใกล้ชิดสนิทสนม เด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่ต้องการเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน จึงทำตัวให้เหมือนเพื่อน มีการกระทำลอกเลียนแบบให้เหมือนเพื่อน เด็กวัยรุ่นที่ติดเกมส่วนใหญ่มีทักษะการเข้าสังคมไม่ดี สัมพันธภาพกับเพื่อนมีน้อย รู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยวจึงใช้วิธีการหาเพื่อน โดยการเล่นเกม (Schmit, Chauchard, Chabrol, & Sejourne, 2011) และถ้ายิ่งเล่นเกมมากก็จะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่

เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา พักผ่อนน้อย (Chartton & Danforth, 2007) ในอีกด้านหนึ่งเด็กที่ติดเกมจะคล้อยตามกลุ่มเพื่อนที่ติดเกมด้วยกัน (ประกายเพชร สุภะเกษ, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, สุธรรม นันทมงคล, และสุพร อภินันทเวช, 2551)

การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกันเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีความสุขและสามารถปรับตัวได้ดีในสังคม (Duvall & Miller, 1985; Friedman, 1992; Skinner, Steinhauer, & Santa-Barbara, 1995) จากการศึกษาของ Heiss (1996) พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการประสบความสำเร็จในการเรียน กระบวนการคิดของเด็กวัยรุ่น (Burchinal, Campbell, Bryant, Wasik, and Ramey, 1997) การปรับตัวทางสังคมและอารมณ์ (Taylor & Wang, 1997) นอกจากนี้การหน้าที่ที่ดีของครอบครัว ยังส่งผลต่อสุขภาพจิต (Shek, 1997)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการเล่นมากกว่าการดูแลสุขภาพของตนเองและพบว่า ไม่มีรายงานที่ศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม จะได้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปใช้ในการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลของเพศ การรับรู้ความสามารถตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อน และการทำหน้าที่ของครอบครัว ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม

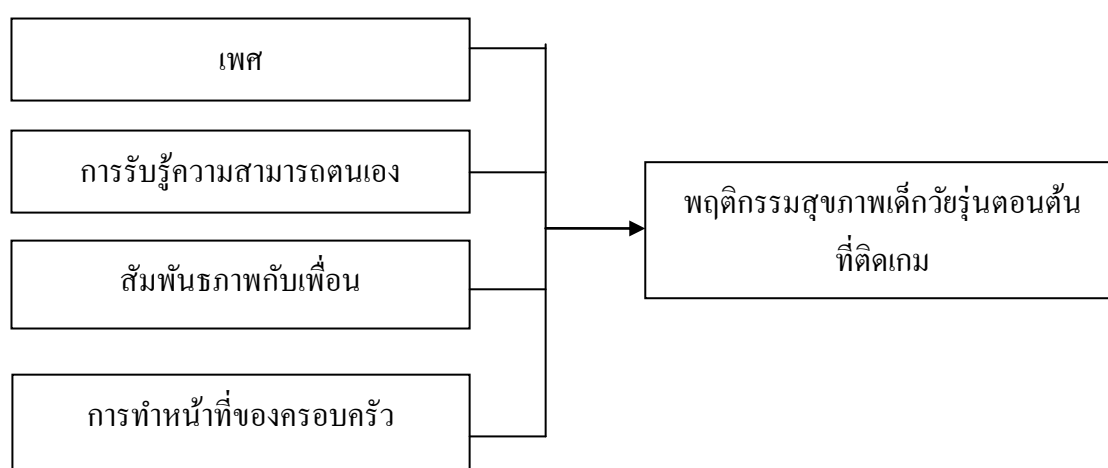
สมมติฐานการวิจัย

เพศ การรับรู้ความสามารถตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อนและการทำหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตวัยรุ่น (Rew & Horner, 2003) ที่กล่าวว่าในภาวะสิ่งแวดล้อมปัจจุบัน อาจทำให้วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมเสี่ยง แต่วัยรุ่นสามารถที่จะ

หลักเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ได้แสดงว่าวัยรุ่นมีความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) การที่วัยรุ่นแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตแตกต่างกัน ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ดังนี้คือ ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ ความทุกข์โศก ความยากลำบากในการปรับพื้นฐานทางอารมณ์ และการเรียนในโรงเรียนที่มีประสิทธิภาพค่อนข้างต่ำ เป็นต้น ปัจจัยปกป้อง ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถตนเอง ทักษะในการเผชิญกับปัญหา การมีอารมณ์ขัน ความรู้สึกว่าได้ได้รับความรักและผูกพันและ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น และบริบททางสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งครอบครัว ประกอบด้วยการทำหน้าที่ของครอบครัว และเศรษฐกิจ และชุมชน ประกอบด้วยคุณภาพของเพื่อนบ้าน ความสัมพันธ์กับเพื่อน และสิ่งแวดล้อมของโรงเรียน ในการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยที่นำมาศึกษาได้แก่ เพศ การรับรู้ความสามารถตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อน และการทำหน้าที่ของครอบครัว เป็นองค์ประกอบตามแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของวัยรุ่นซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงเขียนกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลของเพศ การรับรู้ความสามารถตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อน และการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมในกลุ่มอ้างอิงที่เป็นเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดปทุมธานี ปีการศึกษา 2557

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วยตัวแปรต้นและตัวแปรตามดังนี้

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ เพศ การรับรู้ความสามารถตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อน และการทำหน้าที่ของครอบครัว
2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมสุขภาพ

นิยามศัพท์เฉพาะ

เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 10-15 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ใช้ในการเล่นเกมนานกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน นานติดต่อกัน 3 วันขึ้นไป ซึ่งเกมที่เล่นนั้น ได้แก่ วิดีโอเกม เกมเพลสเทชัน เกมบอย เกมคอมพิวเตอร์ เกมในโทรศัพท์มือถือ และเกมออนไลน์ทุกชนิด

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม ได้แก่ อนามัยส่วนบุคคล โภชนาการ สารเสพติดและอบายมุข สุขภาพจิต การป้องกันอุบัติเหตุ การออกกำลังกาย และด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและสร้างสรรค์สังคม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของ พรพิมล ศรีสุวรรณ (2552)

การรับรู้ความสามารถตนเอง หมายถึง การที่เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองของ นุจรี ไชยมงคล และคณะ (2557)

สัมพันธภาพกับเพื่อน หมายถึง พฤติกรรมของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมและเพื่อนปฏิบัติต่อกัน ทั้งในและนอกห้องเรียน ได้แก่ การช่วยเหลือพึ่งพากันและกัน การทำกิจกรรมต่าง ๆ ภายในกลุ่มร่วมกัน การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน การแสดงความห่วงใยใกล้ชิดสนิทสนม และการร่วมกันทำกิจกรรมภายในกลุ่ม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับเพื่อนของ ธนพงษ์ มุ่งไผ่ดี (2548)

การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง กิจกรรมของครอบครัวของเด็กวัยรุ่นที่ติดเกม ที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกัน ได้แก่ การแก้ปัญหา การสื่อสาร การแสดงบทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป ประเมินโดยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (Chulalongkorn Family Inventory-CFI) ของ อูมาพร ตรังคสมบัติ (2544)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น ที่คิดเกม ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดต่าง ๆ จากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. พัฒนาการเด็กวัยรุ่นตอนต้น
2. การคิดเกมและผลกระทบของการคิดเกม
3. แนวคิดความแข็งแรงในชีวิตของวัยรุ่น
4. พฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยรุ่น
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น

พัฒนาการเด็กวัยรุ่นตอนต้น

วัยรุ่นตอนต้น เป็นช่วงแรกของการเข้าสู่วัยรุ่น มีอายุอยู่ในช่วง 10-15 ปี มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (สุวรรณ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2551; Potter & Perry, 2009) พัฒนาการของวัยรุ่นตอนต้น ประกอบด้วย พัฒนาการทางด้านร่างกาย พัฒนาการทางจิตใจและสติปัญญา และพัฒนาการทางสังคม ดังนี้

พัฒนาการด้านร่างกาย (Physiological development) มีการเจริญเติบโตอย่างมาก และรวดเร็วด้านความสูงและน้ำหนัก (WHO, 1999) มีการสร้างและหลั่งฮอร์โมนมาก ทำให้มีการเปลี่ยนแปลง และมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วทั้งด้านน้ำหนัก ส่วนสูง รูปร่าง สัดส่วนของร่างกายที่เปลี่ยนแปลง มีร่างกายสูงขึ้น ลำคอ แขน ขามีอัตราการเพิ่มด้านความยาวมากกว่า ลำตัว จนทำให้รู้สึกว่ามีความอึดอัด การเคลื่อนไหวดูเหมือนกะกะ เอะอะเกิน กิริยามารยาทไม่เรียบร้อย การเจริญเติบโตบางคนไม่เท่ากัน บางคนโตเป็นหนุ่มเป็นสาวเร็ว โดยเด็กผู้หญิงจะเข้าสู่วัยรุ่นเร็วกว่าเด็กผู้ชายประมาณ 1-2 ปี ระบบการทำงานของต่อมไร้ท่อและฮอร์โมนทำงานมากขึ้น ต่อมาเมื่อทำงานมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาเรื่องสิว และกลิ่นตัว เกิดความกังวลใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง มุ่งความสนใจไปที่ร่างกายมากขึ้น และพิถีพิถันเรื่องการอาบน้ำ แต่งตัว (พนม เกตุมาน, 2550ก) นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางเพศ คือ วัยรุ่นผู้ชายจะมีอาการนมขึ้นปาน เสียงแตก หนวดเคราขึ้น และเริ่มมีฝันเปียก มีการหลั่งอสุจิเป็นครั้งแรก มีขนขึ้นตามอวัยวะเพศ เสียงแตก มีวุฒิภาวะทางเพศและพร้อมที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้ (WHO, 1999) ส่วนวัยรุ่นหญิง เต้านมมีขนาดโตขึ้น รูปร่างมีส่วนเว้าส่วนโค้งเพิ่มมากขึ้น มีประจำเดือน มีขนขึ้นตามอวัยวะเพศ เป็นต้น

พัฒนาการด้านอารมณ์ (Emotion development) วัยรุ่นตอนต้นมีอารมณ์ค่อนข้างรุนแรง พฤติกรรมแปรปรวนอ่อนไหวง่าย ไม่มั่นคง ชอบแสดงอารมณ์ตรงไปตรงมา ควบคุมอารมณ์ได้น้อย มีความเป็นตัวของตัวเอง อยากรู้ อยากทดลอง ชอบแสวงหา และทดลองสิ่งแปลก ๆ ใหม่ ๆ ต้องการความเป็นอิสระ และต้องการพึ่งพาตนเองมากขึ้น (Santrock, 2001) มีแนวคิดต่อต้านผู้ใหญ่ ต้องการมีแนวทางเป็นของตนเอง บางครั้งอาจมีบทบาทสับสนเนื่องจากเป็นช่วงรอยต่อระหว่างวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ ทำให้ไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ถูกที่ควรนั้นเป็นอย่างไร (พนม เกตุมาน, 2550ข)

พัฒนาการด้านสังคม (Social development) เด็กวัยรุ่นตอนต้นคบเพื่อนเพศเดียวกันเป็นกลุ่มใหญ่ ชอบทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นกลุ่มซึ่งเป็นสิ่งที่สนับสนุนพัฒนาการทางสังคมได้ ต้องการเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน (Santrock, 2001) กลุ่มเพื่อนของวัยรุ่นจึงมีอิทธิพลต่อกันและกันมากขึ้นต่างได้รับอิทธิพลซึ่งกันและกันไม่ว่าจะเป็นเรื่องของทัศนคติ ความสนใจ ค่านิยม และพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งกลุ่มเพื่อนดังที่ได้กล่าวมานี้บางครั้งมีอิทธิพลมากกว่าครอบครัว ในขณะที่เดียวกันเด็กวัยรุ่นตอนต้นก็มีเพื่อนสนิทที่สามารถบอกความลับได้ (พนม เกตุมาน, 2550ข)

พัฒนาการด้านสติปัญญา (Intellectual development) เด็กวัยรุ่นตอนต้นมีความเจริญเติบโตทางสมองเต็มที่ มีความสามารถคิดเป็นนามธรรมมากขึ้น (Santrock, 2001) มีเหตุผล สามารถแก้ปัญหาที่สามารถทำได้ สามารถแยกแยะ โลกแห่งความฝันและโลกแห่งความเป็นจริงได้ มีความคิดแบบผู้ใหญ่ ถ้าหากเด็กวัยรุ่นตอนต้นได้รับการสอนและการฝึกให้คิดอย่างตรรกะตรงใคร่ครวญ คุณภาพของการคิดและแก้ปัญหา ก็จะเหมาะสม แต่อย่างไรก็ตามขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน

วัยรุ่นตอนต้น เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายอย่างมาก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายดังกล่าวส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ทำให้มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ขณะเดียวกันก็เป็นวัยที่มีการพัฒนาเอกลักษณ์ของตนเอง มีจุดมุ่งหมายในชีวิตของตนเอง มีเหตุผล สามารถแก้ปัญหาที่สามารถทำได้ สามารถแยกแยะ โลกแห่งความฝันและโลกแห่งความเป็นจริงได้

การคิดเกมและผลกระทบของการคิดเกม

มีบุคคลต่าง ๆ ได้ให้ความหมายของการคิดเกมไว้ดังนี้

ปรากฏการ ถมยงกูร (2549) ได้ให้ความหมายว่า การคิดเกม หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมเล่นเกมคอมพิวเตอร์เกินกว่าครั้งละ 3 ชั่วโมง นอนดึก อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่สนใจ การออกกำลังกาย เริ่มมีปัญหาการเรียนตกต่ำ มีอาการปวดศีรษะปวดตาบ่อย ๆ ไม่เชื่อฟังผู้ปกครอง ไม่ยอมรับประทานอาหาร และใช้เงินสิ้นเปลือง เป็นต้น

บัณฑิต ศรีไพศาล (2550) ได้ให้ความหมายว่า การติดเกม หมายถึง ผู้ที่เล่นเกม คอมพิวเตอร์อย่างเดียวน่าสนใจกิจกรรมอย่างอื่น ใช้เวลาเล่นเกม 3 ชั่วโมงขึ้นไปต่อวัน และเล่นเกม ติดต่อกันมากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์

โสรัจจะ จันทรแสงศรี และคณะ (2553) ได้ให้ความหมายว่า การติดเกม หมายถึง การมี พฤติกรรมการเล่นเกมวันละ 3 ชั่วโมงขึ้นไป ติดต่อกันอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน และให้ความ สนใจต่อเกมมากกว่าสิ่งอื่น ๆ เช่น ครอบครัว การบ้าน กีฬา หรือสุขภาพของตนเอง เป็นต้น

ลักษณะของวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อการติดวิดีโอเกม Griffiths and Herbert (2002) ได้กำหนดไว้ คือ 1) เล่นเกือบทุกวัน 2) เล่นในระยะเวลาที่ยาวนานเกิน 2 ชั่วโมง 3) เล่นเพื่อความตื่นเต้น 4) กระวนกระวายใจเมื่อไม่ได้เล่น 5) เก็บตัว ควบคุมตัวเองให้เล่นน้อยลงไม่ได้ 6) ไม่บอกสถานที่ ในการทำกิจกรรม กลับบ้านช้าและไม่บอกเหตุผล 7) หงุดหงิด อารมณ์เสีย จี้โมโท 8) เงินไม่พอใช้ จ่าย มีการยืมเงิน ขโมยเงินของคนในบ้าน เอาของใช้ในบ้านไปขาย 9) ก่ออาชญากรรม กลับบ้าน ด้วยความหิว 10) ขาดความสนใจต่อการสร้างสัมพันธภาพ ไม่สนใจตนเอง 11) ไม่มีเพื่อน ไม่สนใจ สุขภาพร่างกาย 12) โทกเรื่องการใช้จ่ายเงิน หากพบว่าเด็กเข้าเกณฑ์ 4 ข้อขึ้นไป หมายความว่า เป็น เด็กติดเกมแล้ว

Kim et al. (2008) ได้กล่าวว่า ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกของการติดเกม ประกอบด้วย 4 ประการ คือ 1) ลักษณะท่าทาง เช่น ไม่สนใจเข้าเรียน หงุดหงิด กังวล ท่าทางไม่เป็นมิตร โทก หมกมุ่น 2) ลักษณะทางกาย เช่น ร่างกายสกปรก แต่งตัวมอมแมม ตาแดง น้ำหนักลด ปวดหลัง ปวดข้อมือ ปวดศีรษะ 3) พฤติกรรมเปลี่ยนไป เช่น แยกตัว ก้าวร้าว หลับในห้องเรียน หลีกเลียง การสบตากับผู้อื่น รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา เล่นเกมมากกว่า 20 ชั่วโมง/ครั้ง ไม่มีความเป็น มิตรกับผู้อื่น และ 4) สัมฤทธิ์ผลในการเรียน เช่น ขาดเรียน ไม่ส่งการบ้าน หลับในห้องเรียน โด่แย้ง กับครู ถูกพักการเรียนหรือหักคะแนนความประพฤติ

สรุปการติดเกม หมายถึง ผู้ที่เล่นเกมอย่างเดียวน่าสนใจกิจกรรมอย่างอื่น ใช้เวลาเล่นเกม 3 ชั่วโมงขึ้นไปต่อวัน ติดต่อกันอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน โดยที่ผู้วิจัยใช้ความหมายของ โสรัจจะ จันทรแสงศรี และคณะ (2553) เพราะเป็นความหมายที่ค่อนข้างเป็นปัจจุบัน ง่ายต่อการเข้าใจ และ ใช้ในการวิจัยเด็กติดเกม

การติดเกมทำให้เด็กรู้สึกหมกมุ่นคิดเกี่ยวกับการเล่นเกมที่ผ่านมา และคิดวางแผน เพื่อเอาชนะการเล่นครั้งต่อไป ต้องการใช้เวลาในการเล่นมากขึ้น และนานขึ้นเรื่อย ๆ จนกว่า จะบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ จนมีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ วิถีชีวิต และการดำเนินชีวิตของ เด็ก ยิ่งรูปแบบเกมที่วัยรุ่นชอบก็จะยิ่งเล่นมากขึ้น นานขึ้นกว่าเดิม ทั้งนี้การจำแนกลักษณะของเกม ตามเครื่องเล่น สามารถแบ่งได้ 4 รูปแบบ (ปนิธาน ประดับพงษา และวิโรจน์ อารีย์กุล, 2552)

คือ เกมคอมพิวเตอร์ ได้แก่ 1) เกมคอมพิวเตอร์ออนไลน์และไม่ออนไลน์ 2) เกมตู้หยอดเหรียญ 3) เกมต่อกับโทรทัศน์ในการเล่น เช่น วิดีโอเกม เกมเพสเทชั่น, เกมบอย, เกม Family, เกม Famicom เป็นต้น และ 4) เกมโทรศัพท์มือถือ, PDA, Pocket PC, Tablet แต่ถ้าจำแนกตามลักษณะของการเล่นเกม สามารถจำแนกออกเป็น 13 ลักษณะ (พรพิมล ศรีสุวรรณ, 2552) ได้แก่

1. เกมอาร์เคด/แอ็คชั่น คือ เกมที่เน้นการควบคุมการเคลื่อนไหวของตัวละคร อาจจะเป็นยานอวกาศ นักสู้ หุ่นยนต์ ในการต่อสู้ หลบหลีกอันตราย การระโดดข้ามกับดักหรือสิ่งกีดขวางต่าง ๆ เกมที่ได้รับความนิยม เช่น เกมยิง (Shooting game), เกมต่อสู้ (Fighting), เกมซูเปอร์มาริโอ เป็นต้น

2. เกม 3D Shooting ลักษณะเกมคือผู้เล่นต้องสวมบทบาทในการไล่ล่าสัตว์ต่างดาว หรือศัตรูชั่วร้ายประเภทอื่น ๆ ในฉากสามมิติ เกมที่ได้รับความนิยม เช่น First person shooting และ Third person shooting เป็นต้น

3. เกมเล่นตามบทหรือเกมอาร์พีจี (RPG) ผู้เล่นสวมบทบาทเป็นตัวละครหนึ่งในโลกนั้น ๆ ผจญภัยไปตามเนื้อเรื่องที่กำหนด เกมที่ได้รับความนิยม เกมที่ได้รับความนิยม เช่น Diablo, The elder scrolls และ Titan quest เป็นต้น

4. เกมผจญภัย ผู้เล่นเกมจะสวมบทบาทเป็นตัวละครหนึ่งและต้องทำกระทำเป้าหมายในเกมให้สำเร็จลุล่วงไปได้ จะเน้นให้ผู้เล่นหาทางออกหรือไขปริศนาในเกม เกมที่ได้รับความนิยม เช่น Zork, Myst, Sild scrolling game เป็นต้น

5. เกมปริศนา เกมที่เน้นแก้ปริศนาปัญหาต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับง่ายไปจนถึงซับซ้อน

6. เกมจำลอง เป็นเกมที่จำลองสถานการณ์ต่าง ๆ มาให้ผู้เล่นได้สวมบทบาทเป็นผู้อยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ และตัดสินใจในการกระทำเพื่อลองดูว่าเป็นอย่างไร เหตุการณ์ต่าง ๆ อาจะนำมาจากสถานการณ์จริงหรือสถานการณ์สมมติก็ได้เกมเสมือนจริง เกมที่ได้รับความนิยม เช่น การขับรถยนต์ การขับเครื่องบิน ขับรถไฟ ควบคุมรถยกของ หรือเกมจำลองชีวิต เป็นต้น

7. เกมวางแผนรบ ที่เน้นการควบคุมกองทัพ ประกอบด้วยหน่วยทหารย่อย ๆ เข้าทำการสู้รบกัน และมักสามารถเล่นร่วมกันหลายคนผ่านทางอินเทอร์เน็ตหรือผ่านระบบแลนเกม ฝึกการวางแผนยอมรับ

8. เกมกีฬา นิยม เช่น FIFA, Madden NFL และ NBA LIVE

9. เกมแนวที่ใช้ความเร็ว เช่น เกมแข่งรถแข่งต่าง ๆ อย่าง Need for speed

10. เกมต่อสู้ (Fighting game) เป็นลักษณะที่เอาตัวละครสองตัวขึ้นไปมาต่อสู้กันเอง ตัวละครมีผู้เล่นสองฝ่ายเท่านั้นและตัวละครที่ใช้จะต้องมีความสามารถที่ต่างกันออกไป เกมที่ได้รับความนิยม เช่น Street fighters และ The king fighter

11. เกมดนตรี ผู้เล่นต้องใช้เสียงเพลงในการเล่นด้านต่าง ๆ ให้ชนะ ผู้เล่นจะต้องกดปุ่มให้ถูกจังหวะหรือตรงตำแหน่งโดยใช้เสียงเพลงเป็นตัวกำหนดเวลา เกมที่ได้รับความนิยม เช่น แคนซ์ เร็วไวลูชัน, Guitar hero, Karaoke revolution และ Frets on fire

12. เกมปาร์ตี้ เป็นเกมที่มีเกมย่อย ๆ ที่มีกติกาต่างกันออกไป เกมที่ได้รับความนิยม เช่น Mario party เกมทำอาหาร เกมแต่งตัว เกมปลูกต้นไม้ และเกมปลูกผัก

13. เกมกาสิโน เกมที่ได้รับความนิยม เช่น Black jack game, Poker game, Slot matching และเกมไพ่่นกกระจอก

สรุป การติดเกมทำให้เด็กรู้สึกหมกมุ่นคิดเกี่ยวกับการเล่นเกมที่ผ่านมา และคิดวางแผนเพื่อเอาชนะการเล่นเกมครั้งต่อไป ต้องการใช้เวลาในการเล่นเกมมากขึ้น และนานขึ้นเรื่อย ๆ จนกว่าจะบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งเกมมีมากมายหลายประเภทให้เลือกเล่น เป็นสิ่งล่อใจให้เด็กวัยรุ่นมีความอยากเล่น อยากลองตามวัย อาจทำให้เด็กวัยรุ่นติดเกมได้ การติดเกมจะส่งผลกระทบต่อเด็กวัยรุ่นตอนต้น ดังนี้

ผลกระทบของการติดเกม

ผลกระทบของการติดเกม การติดเกมมากเกินไปจะทำให้เกิดผลเสียแก่ร่างกาย อารมณ์สังคม และสติปัญญา ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย

จากรายงานของ BCC News (2005) ในประเทศจีนกล่าวว่า เด็กที่มารับการรักษาที่คลินิกติดเกม มีลักษณะหน้าซูบซีด เป็นลมง่าย เจ็บป่วยบ่อยโดยหาสาเหตุไม่ได้ เช่น ปวดท้อง เจ็บหน้าอก ปวดคอ ปวดข้อศอก มือสั่น ส่วนจากการศึกษาของ Markovitz, Raczynski, Wallace, Chettur, and Chesney (1998) กล่าวว่า อีก 5 ปีต่อไปข้างหน้า เด็กที่ติดเกมมีโอกาสเป็น โรคความดันโลหิตสูง และ Griffiths and Barnes (2008) กล่าวว่าเด็กที่ติดเกมจะมีอาการของโรคลมชัก หูแว่ว อาการปลายประสาทอักเสบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Anderson, Gentile, and Buckley (2007) ที่กล่าวว่า เด็กวัยรุ่นที่ติดเกมเป็นเวลานานมากกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไปนานติดต่อกัน 15 สัปดาห์ขึ้นไป จะมีอาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดข้อ ปวดท้อง เจ็บหน้าอก และอ่อนเพลีย เป็นต้น อาการเหล่านี้จะหายไปภายหลังจากหยุดเล่นเกมแล้ว การเล่นเกมทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น และความดันโลหิตสูงขึ้น และจากงานวิจัยของ Funk (2005) ที่ศึกษาเรื่องวิดีโอเกมพบว่าเด็กที่นั่งเล่นเกมเป็นเวลานาน เสี่ยงต่อการเกิดการอุดตันของหลอดเลือดดำ และหากเล่นนานติดต่อกันมากกว่า 80 ชั่วโมง อาจเสียชีวิตจากการอุดตันของหลอดเลือดดำที่ปอด สอดคล้องกับการศึกษา Kim et al. (2008) ที่ได้ศึกษาผลกระทบจากการติดเกมอินเทอร์เน็ตต่อวิถีการดำรงชีวิต และพฤติกรรมการรับประทานอาหารในวัยรุ่นชาวเกาหลี จำนวน 853 คน โดยแบ่งกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่มี

ความเสี่ยงจนถึงกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมากในการใช้อินเทอร์เน็ต พบว่า กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการใช้อินเทอร์เน็ตนั้น มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ผิดปกติ ความอยากอาหารลดลง อาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อและอาหารว่างจะเป็นอาหารที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ นอกจากนี้จะส่งผลกระทบต่อให้น้ำหนักร่างกายน้อยกว่าแล้ว ในอีกด้านหนึ่งยังส่งผลทำให้ร่างกายอ่อน เด็กที่อยู่แต่หน้าจอคอมพิวเตอร์ ไม่ได้ออกกำลังกาย จะเกิดปัญหาโรคอ้วนได้ง่าย ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการเล่นวิดีโอเกมกับภาวะอ้วนในเด็ก และ Stettler (2004) พบว่า เด็กที่ใช้เวลาในการเล่นเกมนานจะนำไปสู่การมีน้ำหนักตัวมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากเด็กที่เล่นวิดีโอเกมมากจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการเล่นวิดีโอเกม ทำให้มีกิจกรรมทางกายน้อยลง จึงส่งผลทำให้มีน้ำหนักร่างกายมากเกินไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Lesieur and Blume (1993) ที่พบว่า การมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น ทำให้เด็กมีการบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาการมากขึ้น

2. ผลกระทบทางด้านอารมณ์

ผลกระทบทางด้านอารมณ์ เด็กที่ขาดความมั่นใจในตนเอง อยู่ในภาวะต้องพึ่งพาบุคคลอื่นหรือต้องการการยอมรับจากเพื่อนและจากสังคม ไม่รู้จักคุณค่าในตนเอง เฉื่อยชา และมีปัญหาสุขภาพจิต มีแนวโน้มที่จะส่งผลทำให้กลายเป็นเด็กติดเกม ส่วนปัญหาทางด้านพฤติกรรม จากงานวิจัยของ ดวงใจ สมานสิน (2539) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนประถมศึกษาระหว่างผู้ที่เล่นวิดีโอเกมและไม่เล่นวิดีโอเกม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนประถมศึกษาเขตมินบุรี จำนวน 400 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่เคยเล่นวิดีโอเกม 200 คน และไม่เคยเล่นวิดีโอเกม 200 คน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกทางกาย และทางวาจาของนักเรียนที่ไม่เล่นวิดีโอเกมอยู่ในระดับต่ำกว่านักเรียนที่เล่นวิดีโอเกม สอดคล้องกับงานวิจัยของ เทอดศักดิ์ สุมาลัยศักดิ์ (2541) ที่ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนวัดสุทธวราราม ที่เล่น และไม่เล่นวิดีโอเกม จำนวน 590 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนที่เล่น วิดีโอเกมมีพฤติกรรมก้าวร้าวสูงกว่านักเรียนที่ไม่เล่นวิดีโอเกม

3. ผลกระทบทางด้านสังคม

ผลกระทบทางด้านสังคม เด็กวัยรุ่นติดเกมใช้เวลาส่วนมากในการเล่นเกมน มีเพื่อนในกลุ่มที่เล่นเกมด้วยกัน สัมพันธภาพภายในกลุ่มเพื่อนที่โรงเรียน กลุ่มเพื่อนบ้านจะต่ำ (Busch et al., 2013) ก่อให้เกิดปัญหาแหล่งมั่วสุมของเด็ก เป็นจุดเริ่มต้นของการเล่นการพนันในรูปแบบอื่น ๆ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น อาจมีการขโมยเงินในบ้าน การลักขโมย และการใช้สารเสพติด (อรรถพล ศิวารถ, 2554)

4. ผลกระทบทางด้านสติปัญญา

ผลกระทบทางด้านสติปัญญามีผลต่อการเรียน ยิ่งเล่นเกมมาก จะส่งผลกระทบต่อ การไปโรงเรียน การเข้าชั้นเรียน และการส่งการบ้านไม่สม่ำเสมอ ทำให้เรียนไม่ทันเพื่อน ๆ ส่งผลให้เกรดลดลง ทำให้การเรียนล้าหลังได้ (ศุภกนิจ วิษณุพงษ์พร, 2552)

การเล่นเกมของเด็กวัยรุ่นตอนต้น ประโยชน์คือ เล่นแล้วทำให้เด็กสนุกสนาน ภูมิใจ เมื่อประสบความสำเร็จ สามารถเอาชนะตามเงื่อนไขต่าง ๆ ที่กำหนดในเกม แต่การติดเกม ให้โทษแก่เด็กวัยรุ่นตอนต้น เพราะทำให้หมกมุ่น ครุ่นคิดเกี่ยวกับการเล่นเกมที่ผ่านมา และคิดวางแผนเพื่อเอาชนะการเล่นครั้งต่อไป ต้องการใช้เวลาในการเล่นเกมนานขึ้น และนานขึ้นเรื่อย ๆ จนกว่าจะบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

แนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของวัยรุ่น

แนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของวัยรุ่นของ Rew and Horner (2003) กล่าวถึงความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) ว่าเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ บุคคลนั้นจะมีความเกี่ยวข้องกับ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคล และปัจจัยปกป้องและบริบทแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม ดังนี้

ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคล หมายถึง ปัจจัยที่เกื้อหนุนให้เกิดปัญหาต่อพฤติกรรมสุขภาพ สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากตัววัยรุ่นเอง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะแวดล้อมและสังคม ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากตัววัยรุ่นเอง ประกอบไปด้วย เพศ ความทุกข์โศก ความยากลำบากในการปรับพื้นฐานทางอารมณ์ และการเรียนใน โรงเรียนที่มีประสิทธิภาพค่อนข้างต่ำ เป็นต้น (Rew & Horner, 2003) เพศ มักถูกใช้ในการกำหนดลักษณะเฉพาะของปัจจัยบุคคลที่สัมพันธ์กับปัญหาของพฤติกรรม และปฏิกิริยาตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น (Rew & Horner, 2003) โดยพบว่า เด็กวัยรุ่นเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิง วัยรุ่นที่มีความยากลำบากในการปรับพื้นฐานทางอารมณ์แม้เพียงเล็กน้อยจะส่งผลให้เกิดปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม (Rew & Horner, 2003) มีงานวิจัยพบว่า วัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพเนื่องมาจากความยากลำบากในการปรับพื้นฐานทางอารมณ์และมักพบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม (Caspi, Henry, McGee, Moffitt, & Silva, 1995) และทั้งนี้รวมถึงผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ โรงเรียนเป็นแหล่งความเครียดของเด็กวัยรุ่นที่ไม่เคยประสบความสำเร็จด้านการเรียน หรือด้านสังคม ความเครียดจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย การทำหน้าที่ อารมณ์ จิตใจ การตัดสินใจ สังคมมีผลกระทบต่อความแข็งแกร่งในชีวิตในการเผชิญกับพฤติกรรมเสี่ยง ทำให้กลายเป็นวัยรุ่นที่มีความ

เสี่ยงทางด้านพฤติกรรม (Rew & Horner, 2003) โดยพบว่าเด็กวัยรุ่น มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ เกรดเฉลี่ยต่ำ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงสูง (Resnick, 2002)

ปัจจัยปกป้อง เป็นปัจจัยที่ช่วยปกป้อง ป้องกันผลกระทบหรือลดโอกาสในการเกิด พฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงให้กับวัยรุ่น ปัจจัยปกป้องประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถตนเอง ทักษะ ในการเผชิญกับปัญหา การมีอารมณ์ขัน ความรู้สึกว่าได้ได้รับความรักและผูกพันและความรู้เกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น (Rew & Horner, 2003) การรับรู้ความสามารถตนเอง คือ การที่เด็กวัยรุ่น ตัดสินความสามารถของตนเองต่อการทำกิจกรรมด้านพฤติกรรม วัยรุ่นที่รู้ว่าตนเอง มีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมจะมีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงน้อยกว่าเด็กวัยรุ่นที่ไม่รับรู้ ความสามารถตนเอง (Rew & Horner, 2003) เด็กวัยรุ่นที่รู้ว่าตนเองมีความสามารถในโรงเรียน สูงระดับการใช้พฤติกรรมความรุนแรง การใช้สารเสพติดและการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรจะต่ำ ส่วนเด็กที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเรียนรู้ ทักษะการปฏิสัมพันธ์ระหว่าง บุคคล ความสามารถในการทำงานต่ำมีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพและมี ปัญหาทางด้านพฤติกรรม ทักษะการเผชิญปัญหาคือการจัดการกับปัญหาหรือการจัดการกับอารมณ์ เป็นการแก้ไขปัญหาหรือลดความเครียด Frydenberg & Lewis (1993) ได้ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการ จัดการกับปัญหาของเด็กวัยรุ่น จำนวน 673 คน ศึกษาในระดับเกรด 7-11 พบว่าเพศต่างกันจะใช้วิธีการ แก้ไขปัญหาต่างกัน เด็กชายจะแสดงออกโดยผ่านกิจกรรมทางกายมากกว่าเด็กหญิง ส่วนเด็กหญิง จะแสวงหาการช่วยเหลือทางด้านสังคมและการตอบสนองทางอารมณ์มากกว่าเด็กชาย การที่ เด็กชายใช้กิจกรรมทางกายมากกว่า จึงทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้มากกว่า มีการ กระทำที่เป็นปัญหาและแสดงออกถึงความก้าวร้าว ความรุนแรง นอกจากนี้การมีอารมณ์ขันเป็น ปัจจัยปกป้องที่ช่วยให้เด็กสามารถจัดการกับความเครียดได้ดี (Rew & Horner, 2003) Masten and O'Connor (1989) พบว่า เด็กที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะมีอารมณ์ขันสูงกว่าเด็กที่มีความ แข็งแกร่งในชีวิตต่ำ การที่เด็กวัยรุ่นตอนต้นความรู้สึกได้ได้รับความรักและผูกพัน แสดงให้เห็นว่า บุคคลนั้นได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นสิ่งสำคัญในการปกป้องหรือคุ้มกันจากปัจจัย เสี่ยงต่าง ๆ เช่น การการศึกษาของ Frauenglass, Routh, Pantin, and Mason (1997) พบว่า ความรัก และห่วงใยจากครอบครัว และแรงสนับสนุนทางด้านสังคมสามารถป้องกันอิทธิพลจากเพื่อนที่สูบบุหรี่และสูบกัญชาได้ และความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการ ตัดสินในเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ถ้าเด็กวัยรุ่นขาดข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจาก พฤติกรรมเสี่ยงจะส่งผลให้เด็กขาดข้อมูลที่จำเป็นต่อการนำไปใช้ในการตัดสินใจการมีพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสม เช่น การขาดความรู้เกี่ยวกับเรื่องการคุมกำเนิด และ โรคทางเพศสัมพันธ์ จะทำ ให้วัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (Rew, Chamber, & Kulkarni, 2002)

บริบททางสังคมวัฒนธรรม (Socio cultural context) ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งครอบครัว ประกอบด้วยการทำหน้าที่ของครอบครัว และเศรษฐกิจ และชุมชนประกอบด้วยคุณภาพของเพื่อนบ้าน ความสัมพันธ์กับเพื่อน และสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนซึ่งมีความสำคัญอย่างต่อเนื่องทางด้านสุขภาพของวัยรุ่น (Rew & Horner, 2003) ซึ่งบริบทของครอบครัวเป็นตัวหล่อหลอมพฤติกรรมของเด็ก วัฒนธรรมของครอบครัว หรือการทำหน้าที่ของครอบครัวจะเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบการสื่อสารระหว่างครอบครัวกับเด็ก การควบคุมกำกับของบิดามารดาต่อเด็ก และระดับของการสนับสนุนสมาชิกในครอบครัว ต่างก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของเด็กเช่นกัน เช่น จากการศึกษาของ Werner (1989) ที่ทำการศึกษาในครอบครัวเด็กที่ยากจน บิดามารดาที่ไม่ลงรอยกัน ดุดสรา หรือมีความผิดปกติทางจิต มารดาที่มีการศึกษาน้อย พบว่าเด็กมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยง ตั้งแต่ในวัยเด็กจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ นอกจากนี้ Werner (1989) ยังพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดีของวัยรุ่น สัมพันธภาพกับเพื่อนและชุมชนเป็นบริบทแวดล้อมทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของเด็กวัยรุ่น สัมพันธภาพกับเพื่อนมีอิทธิพลทั้งทางบวกและทางลบ เด็กวัยรุ่นที่ใช้เวลาอยู่กับเพื่อนเป็นส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมสุขภาพคล้ายกับเพื่อน (Duncan, Duncan, and Strycker, 2000)

สรุป ความแข็งแกร่งในชีวิตวัยรุ่น (Youth resilience framework) ของ Rew and Horner (2003) กล่าวว่าในภาวะสิ่งแวดล้อมปัจจุบันอาจทำให้วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมเสี่ยง แต่วัยรุ่นสามารถที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ได้ แสดงว่าวัยรุ่นมีความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก 3 ประการ คือ ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ เพศ ปัจจัยปกป้อง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเอง และบริบททางสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สัมพันธภาพกับเพื่อน และการทำหน้าที่ของครอบครัว

พฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยรุ่น

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติหรือการแสดงออกและทำที่ที่กระทำที่อาจส่งผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และ/ หรือชุมชน (Polivka & Ryan-Wenger, 1999; Cartland & Ruch-Ross, 2006; WHO, 2010) องค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึง ข้อตกลงเกี่ยวกับการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นทั่วไป ประกอบด้วย 1) การออกกำลังกายและการใช้เวลาว่าง 2) การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดของปากฟัน 3) การใช้สารเสพติด และ 4) พฤติกรรมเรื่องเพศและการป้องกันภาวะเสี่ยงเรื่องเพศ กระทรวงสาธารณสุข (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ได้กำหนดพฤติกรรมสุขภาพตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติ เพื่อเป็นแนวปฏิบัติเพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การมีร่างกายและใจแข็งแรง มีสมรรถภาพในการเรียน

การทำงาน มีภูมิคุ้มกันโรค ไม่เจ็บป่วย ทำกิจกรรมประจำวันและอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขเพื่อ การมีสุขภาพดี และลดความเสี่ยงต่อโรคภัยไข้เจ็บหรืออันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วยพฤติกรรม ด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้ สะอาดการรักษาความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า และของใช้ รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวัน อย่างถูกต้อง และล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังขับถ่าย
2. พฤติกรรมด้านอาหารและโภชนาการ ประกอบด้วย การรับประทานอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย และหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด สีสันฉูดฉาด
3. พฤติกรรมด้านสารเสพติดและอบายมุข ประกอบด้วย การงดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ
4. พฤติกรรมด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้ อบอุ่นครอบครัวที่อบอุ่น
5. พฤติกรรมด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ประกอบด้วย การป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ ประมาท
6. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ประกอบด้วย การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี
7. พฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และสร้างสรรค์สังคม ประกอบด้วย การมีส่วนร่วม ต่อส่วนรวม

พฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นทั่วไป มีความเกี่ยวข้องกับพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงของวุฒิภาวะในด้านต่าง ๆ ยังพัฒนาไปไม่ถึงจุดสูงสุด ทำให้วัยรุ่นทั่วไปมี พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยง (พนม เกตุมาน, 2550) เด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่จึงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ เหมาะสม (Rew, & Horner, 2010) เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ รับประทานอาหาร ขนมนกรอบทุกคน ดื่มน้ำอัดลมเป็นส่วนมาก ดูโทรทัศน์และเล่นเกมเป็นส่วนมาก (เพชรรัตน์ เกิดดอนแฝก และคณะ, 2549) จากการศึกษาของ พิมพีใจ วิญญณพาส (2549) พบว่านักเรียนหญิง ชั้นประถมศึกษา ปีที่ 6 มีการปฏิบัติตัวตามสุขบัญญัติดีกว่านักเรียนชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริกันย์ แก้วพรหม (2549) พบว่านักเรียนที่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีพฤติกรรม การบริโภคอาหารถูกต้องตามสุขบัญญัติแห่งชาติ และการศึกษาของ สุนิสา พรหมป่าซัด (2556) พบว่า นักเรียนที่มีความรู้เกี่ยวกับสุขบัญญัติและได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ส่วนเด็กวัยรุ่นที่ติดเกมพบว่า มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การนอนดึกทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่ออกกำลังกาย รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อและ

รับประทานอาหารไม่ครบคุณค่าทางโภชนาการ (Yeon et al., 2010) การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมส่งผลให้เด็กวัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพที่ดีในอนาคต ในทางตรงกันข้าม หากวัยรุ่นตอนต้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพในอนาคตและเป็นภาระของสังคมต่อไป โดยเฉพาะเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม พฤติกรรมสุขภาพอาจจะมีปัญหาได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพเด็กวัยรุ่นที่ติดเกมยังไม่พบว่า มีการศึกษา ดังนั้นปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมควรมีการศึกษาต่อไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น

เด็กวัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม นับว่าเป็นวิกฤติช่วงหนึ่งของชีวิต เนื่องจากเป็นช่วงต่อของวัยเด็กและผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างรวดเร็ว มีความพ้อฝัน ต้องการอิสระ แต่ต้องการพึ่งพาจากบิดามารดาอยู่ ความคิดและการกระทำต่าง ๆ ไม่รอบคอบ สัมพันธภาพกับเพศเดียวกันมากกว่าต่างเพศ มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม ได้แก่ เพศ การรับรู้ความสามารถตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อน และการทำหน้าที่ของครอบครัวพบว่า จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นตอนต้นเป็นอันดับต้น ๆ ดังนี้

เพศ เป็นลักษณะกำหนดบทบาททางสังคม แบ่งออกเป็น เพศชาย และเพศหญิง ความเป็นเพศเป็นตัวกำหนดความเป็นตัวตน ทักษะ ความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้อื่นของคนและพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละเพศ และเพศมักถูกใช้ในการกำหนดลักษณะเฉพาะของปัจจัยบุคคลที่สัมพันธ์กับปัญหาของพฤติกรรม และปฏิกิริยาตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น (Rew & Horner, 2003) โดย Galan et al (2013) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายและการรายงานสุขภาพตนเองของกลุ่มเด็กวัยรุ่นอายุระหว่าง 11-18 ปี จำนวน 188 คน ที่พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีกิจกรรมทางกายแตกต่างกัน และจากการศึกษาของ พิมพีใจ วิญญพาต (2549) เรื่อง ความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติตัวตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง ที่พบว่า เพศต่างกันมีความรู้ต่อการปฏิบัติตัวตามสุขบัญญัติแห่งชาติแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยที่นักเรียนหญิงมีความรู้ต่อการปฏิบัติตัวตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ดีกว่านักเรียนชาย

การรับรู้ความสามารถตนเองนั้น วัยรุ่นที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพมีความเสี่ยงน้อยกว่าเด็กที่ไม่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ (Rew & Horner, 2003) การรับรู้ความสามารถครอบคลุมไปถึงทักษะทางสังคม ความสามารถทางการศึกษา และความสามารถทางร่างกายเช่นเดียวกับความรู้สึกในคุณค่าของ

ตนเอง โรงเรียนเป็นสิ่งแวดล้อมที่ที่มีความสำคัญของเด็กในด้านการเรียนรู้ทางสังคมและการตัดสินใจด้วยตนเองเมื่ออยู่กับเพื่อน การประสบความสำเร็จในโรงเรียนด้านการเรียนหรือด้านอื่น ๆ แสดงให้เห็นความแข็งแกร่งในชีวิตของเด็ก (Rew & Horner, 2003) งานวิจัยของ Terry and O'Leary (1995) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาระดับประกาศนียบัตร จำนวน 146 คน พบว่าการรับรู้ต่อการควบคุมพฤติกรรมของตนเองด้านความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

สัมพันธภาพกับเพื่อนเป็นการแสดงพฤติกรรมโต้ตอบของบุคคลกับเพื่อน ในลักษณะที่ทำให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกัน รู้จักและเข้าใจตนเอง ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล เคารพในสิทธิของเพื่อน รู้จักการให้และการยอมรับ ตลอดจนการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน นอกจากนี้สัมพันธภาพกับเพื่อนมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อนักเรียนในหลาย ๆ ด้าน ทั้งในด้านความคิด ความเชื่อและพฤติกรรมต่าง ๆ (Rew & Horner, 2003) ดังเช่นการศึกษาของ Bruening et al (2012) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างเด็กวัยรุ่นและกลุ่มเพื่อนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเข้าผลไม้ ผัก ธัญพืช และอาหารที่รับประทานประจำวัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเข้าผลไม้ ผัก ธัญพืช และอาหารที่รับประทานประจำวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 และกลุ่มเพื่อนสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเข้าผลไม้ ผัก ธัญพืช และอาหารที่รับประทานประจำวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 และงานวิจัยของ Castro, Maddahian, Newcomb, and Bentler (1987) พบว่ากลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลทางตรงต่อการสูบบุหรี่ในเด็กวัยรุ่น สอดคล้องกับงานวิจัยของ เรณู บุญจันทร์, รัชณี กิตติพงษ์ศาล, และ นพวรรณ เลิศการณ (2552) ที่ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน จังหวัดระนอง กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย อาชีวศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ จำนวน 1,400 คน ผลการศึกษาพบว่า เพื่อนสนิทสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกันระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีความสุข บรรลุเป้าหมายของครอบครัว (Skinner et al., 1995; Duvall & Miller, 1985; Friedman, 1992) การทำหน้าที่ของครอบครัวที่เหมาะสมส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รู้จักแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถเผชิญกับอุปสรรคต่าง ๆ Mandara and Murray (2002) พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวลดความเสี่ยงของความก้าวร้าว และความรุนแรงของวัยรุ่น (Gorman-Smith et al., 2000) และการติดยาเสพติดของวัยรุ่น (Brooks et al., 1998) เด็กวัยรุ่นที่ครอบครัวยากจน บิดา มารดาไม่มีความรักใคร่ปรองดองกัน หรือบิดาติดยา มารดามีปัญหาสุขภาพจิต หรือ

ได้รับการเลี้ยงดูจากมารดาที่มีการศึกษาต่ำย่อมมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยง ปัจจัยสนับสนุนจากระดับ บุคคล ครอบครัว ชุมชน สามารถช่วยลดผลกระทบที่รุนแรงในเด็กวัยรุ่นตอนต้นได้ วัยรุ่นที่รับรู้ว่ามีสัมพันธภาพระหว่างบิดา มารดาไม่ดีก็จะเป็นผู้ที่มองโลกในแง่ร้าย มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ และมีอาการซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นที่มีสัมพันธภาพกับบิดามารดาดี

สรุป เด็กวัยรุ่นตอนต้น เป็นช่วงต่อของวัยเด็กและผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการทุกด้าน มีความพร้อม ใฝ่หาความรู้ แต่ต้องการพึ่งพามากจากบิดามารดาอยู่ และในภาวะสังคม และสิ่งแวดล้อมปัจจุบัน คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต กลายเป็นสิ่งใกล้ตัวและมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของเด็กอย่างมาก เด็กวัยรุ่นตอนต้นมีอุบัติการณ์ของการติดเกมสูงสุด ซึ่งการติดเกมส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นได้ โดยมีปัจจัยหลายประการมาเกี่ยวข้อง ดังนั้นการศึกษานี้จึง ได้ศึกษาปัจจัยด้าน เพศ การรับรู้ความสามารถตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อน และการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlation predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลของเพศ การรับรู้ความสามารถตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อน และการทำหน้าที่ของครอบครัว ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษานี้ เป็นเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ปีที่ 1-3 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดปทุมธานี ปีการศึกษา 2557

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดปทุมธานี

เกณฑ์ในการคัดเลือก

เกณฑ์ในการคัดเลือก เป็นนักเรียนเพศชายและเพศหญิง เล่นเกมมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน นานติดต่อกัน 3 วันขึ้นไป

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Thorndike (1986)

$$n = 10k + 50$$

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

k คือ จำนวนตัวแปร

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า} \quad \text{ขนาดกลุ่มตัวอย่าง} &= 10(5) + 50 \\ &= 100 \text{ คน} \end{aligned}$$

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยจากการคำนวณ คือ 100 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดปทุมธานี ที่ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยทำการสุ่มรายชื่อโรงเรียนทั้งหมด 8 โรงเรียนได้ 1 โรงเรียน คือ โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการ ปทุมธานี ต่อจากนั้นสุ่มห้องเรียนของแต่ละระดับชั้น

(มัธยมศึกษาปีที่ 1-3) ชั้นละ 2 ห้องเรียน ๆ ละ 50 คน รวมจำนวนนักเรียน 6 ห้องเรียน 300 คน โดยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple Random Sampling) จำนวนสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างแต่ละห้องเรียน จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างห้องเรียนละประมาณ 16-17 คน แต่เนื่องจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ นักเรียนเพศชายและเพศหญิง เล่นเกมมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน นานติดต่อกัน 3 วันขึ้นไป ของแต่ละห้องเรียนมีจำนวนมากกว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple Random Sampling) เข้าในการวิจัย ดังนี้ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1/3 จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 20 คน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1/5 จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 29 คน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2/4 จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 23 คน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2/ จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 26 คน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3/5 จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 21 คน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3/9 จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 25 คน รวมทั้งหมดเท่ากับ 141 คน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ม.1		ม.2				ม.3		รวม			
ห้อง 3	ห้อง 5	ห้อง 4	ห้อง 7	ห้อง 5	ห้อง 9						
N	n	N	n	N	n	N	n	N	n		
50	20	50	29	50	23	50	26	50	25	300	141

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน เกรดเฉลี่ย จำนวนเงินที่ได้รับมาโรงเรียนในแต่ละวัน ประเภทครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดามารดา ระดับการศึกษาของบิดามารดา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบทดสอบการรับรู้ความสามารถตนเองของ นูจรี ไชยมงคล และคณะ (2557) ใช้เพื่อประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองของวัยรุ่นตอนต้นในการจัดการหรือทำพฤติกรรมเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกาย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การใช้สารเสพติด และการป้องกันอุบัติเหตุ มีจำนวนข้อคำถามรวม 14 ข้อ ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบตามการรับรู้

ความยาก-ง่าย ในการปฏิบัติของตนเอง ให้คะแนนตามมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ยากมาก (= 1) ยาก (= 2) ง่าย (= 3) และง่ายมาก (=4) คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 14-56 คะแนนยิ่งสูง หมายถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง และคะแนนยิ่งต่ำ หมายถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .70 (นุจรี ไชยมงคล และคณะ, 2557)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสัมพันธภาพกับเพื่อน ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับเพื่อนของ ธนพงษ์ มุ่งไฟดี (2548) ใช้เพื่อประเมินพฤติกรรมของวัยรุ่นตอนต้นกับเพื่อนที่ปฏิบัติต่อกันทั้งในและนอกห้องเรียน ได้แก่ การช่วยเหลือพึ่งพากันและกัน การทำกิจกรรมต่าง ๆ ภายในกลุ่มร่วมกัน การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน และการแสดงความห่วงใยใกล้ชิดสนิทสนม มีจำนวนข้อคำถามรวม 16 ข้อ ให้เลือกตอบตามที่นักเรียนกลุ่มตัวอย่างกับเพื่อนปฏิบัติต่อกันตามความเป็นจริง โดยการให้คะแนนตามมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

5	จริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของนักเรียนมากที่สุด
4	จริงมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของนักเรียนมาก
3	จริงบ้าง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของนักเรียนบ้าง ไม่ตรงบ้าง
2	จริงน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของนักเรียนน้อย
1	จริงน้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของนักเรียนน้อยที่สุด

คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 16-80 คะแนน คะแนนรวมยิ่งสูง หมายถึงสัมพันธภาพกับเพื่อนได้ดี และคะแนนรวมยิ่งต่ำ หมายถึงสัมพันธภาพกับเพื่อนไม่ดี แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .82 (ธนพงษ์ มุ่งไฟดี, 2548)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการทำหน้าที่ครอบครัว ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ครอบครัว (Chulalongkorn Family Inventory [CFI]) อุมพร ตรังคสมบัติ (2544) ใช้เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ การแก้ปัญหา (6 ข้อ) การสื่อสาร (5 ข้อ) การแสดงบทบาท (3 ข้อ) การตอบสนองทางอารมณ์ (5 ข้อ) ความผูกพันทางอารมณ์ (5 ข้อ) การควบคุมพฤติกรรม (4 ข้อ) และการทำหน้าที่ทั่วไป (8 ข้อ) มีจำนวนข้อคำถามรวม 36 ข้อ ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ และพิจารณาว่าข้อความในแบบสอบถามตรงกับลักษณะของครอบครัวตนเองมากน้อยเพียงใด โดยการให้คะแนนตามมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ

4	หมายถึง	ตรงมากที่สุด
3	หมายถึง	ตรงปานกลาง
2	หมายถึง	ตรงเล็กน้อย
1	หมายถึง	ไม่ตรงเลย

คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 36-144 คะแนน คะแนนรวมยิ่งสูง หมายถึงครอบครัวมีการทำหน้าที่ได้ดี และคะแนนรวมยิ่งต่ำ หมายถึง ครอบครัวมีการทำหน้าที่ได้ไม่ดี แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .90 (อโนชา ทศนาชนชัย, 2551)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น ผู้วิจัยอนุญาตให้แบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของ พรพิมล ศรีสุวรรณ (2552) ใช้เพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นด้าน อนามัยส่วนบุคคล (3 ข้อ) อาหาร และโภชนาการ (3 ข้อ) สารเสพติด และอบายมุข (5 ข้อ) สุขภาพจิต (3 ข้อ) การป้องกันอุบัติเหตุ (3 ข้อ) การออกกำลังกาย (2 ข้อ) และ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและสร้างสรรค์สังคม (3 ข้อ) มีจำนวนคำถามรวม 20 ข้อ ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบตามการปฏิบัติของตนเอง ให้คะแนนตามมาตรฐานค่า (Rating scale)

4 ระดับ

- | | | |
|------------------------|---------|--|
| 1. ไม่ปฏิบัติเลย | หมายถึง | ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา นักเรียนไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย |
| 2. ปฏิบัติเป็นบางครั้ง | หมายถึง | นักเรียนปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น โดยเฉลี่ย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ |
| 3. ปฏิบัติบ่อย | หมายถึง | นักเรียนปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น โดยเฉลี่ย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ |
| 4. ปฏิบัติเป็นประจำ | หมายถึง | นักเรียนปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น โดยเฉลี่ย 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์ |

คำถามข้อความเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1.1, 1.3, 2.1, 3.1, 3.2, 4.1, 4.2, 4.3, 5.1, 5.2, 5.3, 7.1, 7.2, 7.3 และข้อความเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 1.2, 2.2, 2.3, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5 ซึ่งต้องกลับค่าคะแนนก่อนคิดคะแนนรวม คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 20-80 คะแนนรวมยิ่งสูง หมายถึง เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมมีพฤติกรรมสุขภาพดี และคะแนนรวมยิ่งต่ำ หมายถึงเด็กวัยรุ่นตอนต้นพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .83 (พรพิมล ศรีสุวรรณ, 2552)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามสัมพันธภาพกับเพื่อน แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น ผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้มีการปรับเนื้อหา ดังนั้นจึงไม่ได้มีการหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามสัมพันธภาพกับเพื่อน แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย จำนวน 30 คน ที่โรงเรียนธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ต่อจากนั้นนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค โดยแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามสัมพันธภาพกับเพื่อน แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .70, .87, .81 และ .81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากที่เค้าโครงวิทยานิพนธ์นี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอผู้อำนวยการ โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการ ปทุมธานี
2. นัดวันเวลาที่แน่นอนกับอาจารย์ประจำชั้น ม.1/3, ม.1/5, ม.2/4, ม.2/7, ม.3/5 และ ม.3/9 เพื่อประชุมร่วมกัน เพื่อกำหนดวัน เวลา และสถานที่สำหรับพบนักเรียนทุกคนในชั้นเรียน ต่อจากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ นักเรียนเพศชายและเพศหญิง เล่นเกมมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน นานติดต่อกัน 3 วันขึ้นไป โดยการให้นักเรียนยกมือขึ้น
3. คัดแยกกลุ่มตัวอย่างออกมาจากกลุ่มนักเรียนในชั้นเรียน อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ เอกสารการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการเข้าร่วมการวิจัย การให้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และการตอบรับ โดยสมัครใจ การปฏิเสธการเข้าร่วมจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินดี จึง

ให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างนำใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย กลับไปบ้านให้บิดา มารดาหรือผู้ปกครองรับทราบและลงนามการเข้าร่วมการวิจัย โดยมีเอกสารชี้แจงแนบไปในซองเอกสาร ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย เหตุผลของการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย การใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง และการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และหมายเลขโทรศัพท์ของผู้วิจัยและหมายเลขโทรศัพท์ของสถาบันการศึกษา เพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจ แจ้งกำหนดวัน เวลา ที่นัดหมาย เพื่อรับแบบฟอร์มยินยอมอนุญาตจากบิดามารดาหรือผู้ปกครอง และนักเรียนลงนามการเข้าร่วมการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

4. พบกลุ่มตัวอย่างแต่ละห้องและแต่ละช่วงเวลา ตามเวลานัดหมาย กลุ่มตัวอย่างที่มีเอกสารการลงนามของบิดา มารดาหรือผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างครบ อธิบายลักษณะของแบบสอบถาม การให้คะแนนของแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม การรักษาความลับของข้อมูล และการทำลายเอกสารภายหลังจากการตีพิมพ์เผยแพร่ข้อมูลแล้ว ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างการตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ โดยใช้เวลารวมทั้งสิ้นคนละไม่เกิน 40 นาที

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม แล้วนำมาลงรหัสข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. นำเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพิจารณาการรับรองจริยธรรมการวิจัย

2. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ก่อนดำเนินการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย เอกสารการพิทักษ์สิทธิ ผู้เข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการเข้าร่วมการวิจัย การใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และการตอบรับโดยสมัครใจ การปฏิเสธการเข้าร่วมจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินดี จึงให้ลงนามใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงว่าใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยฉบับที่กลุ่มตัวอย่างเซ็นไปแล้ว ให้นำกลับไปให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองเซ็นยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วย โดยมีเอกสารชี้แจงแนบไปในซองเอกสาร ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย เหตุผลของการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย การใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง และการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มี

ผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และหมายเลขโทรศัพท์ของผู้วิจัยและหมายเลขโทรศัพท์ของสถาบันการศึกษา เพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจ

2.2 ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ บิดา มารดา ผู้ปกครอง มีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถติดต่อสอบถามกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาตามหมายเลขโทรศัพท์ของผู้วิจัยและหมายเลขโทรศัพท์ของสถาบันการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อน การทำหน้าที่ของครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistics)

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความสามารถตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อน และการทำหน้าที่ของครอบครัวกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) ส่วนเพศและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยซ์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) โดยกำหนดระดับความสัมพันธ์ ดังนี้ $r < .3$ ระดับความสัมพันธ์ต่ำ, $r = .3 - .7$ ระดับความสัมพันธ์ปานกลาง และ $r > .7$ ระดับความสัมพันธ์สูง (Cohen, 1988 อ้างถึงใน จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555)

2.2 วิเคราะห์อิทธิพลของ เพศ การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน และการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม โดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้ (Correlation predictive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลของเพศ การรับรู้ความสามารถตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อน และการทำหน้าที่ของครอบครัว ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการ ปทุมธานี รวมทั้งหมด 141 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย การรับรู้ความสามารถตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อน การทำหน้าที่ของครอบครัวและพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การรับรู้ความสามารถตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อน การทำหน้าที่ของครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนาย ได้แก่เพศ การรับรู้ความสามารถตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อน การทำหน้าที่ของครอบครัว ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 141 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.50 เพศหญิง ร้อยละ 47.50 มีอายุเฉลี่ย 14.27 ปี ($SD = 1.01$) ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรกจำนวน 67 คน (ร้อยละ 47.50) รองลงมาเป็นบุตรคนที่สอง จำนวน 48 คน (ร้อยละ 34.00) เกรดเฉลี่ยอยู่ในระดับ 2.88 ($SD = .55$) ได้เงินมาโรงเรียนเฉลี่ยวันละ 82 บาท ($SD = 32.33$) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 52.50) และสถานภาพสมรสของบิดามารดาอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 51.80) บิดาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.20 รองลงมาจบระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 44.00 ส่วนมารดาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50.40 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัยของข้อมูลทั่วไปของ
กลุ่มตัวอย่าง (n = 141)

ข้อมูล	จำนวน (n)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	74	52.5
หญิง	67	47.5
อายุ (ปี)	M = 14.27, SD = 1.01, range = 12.10-17.10	
ลำดับที่การเกิด		
คนที่ 1	67	47.5
คนที่ 2	48	34.0
คนที่ 3	20	14.2
คนที่ 4	4	2.9
คนที่ 6	1	0.7
คนที่ 7	1	0.7
ระดับชั้นเรียน		
ม. 1	49	34.8
ม. 2	46	32.6
ม. 3	46	32.6
เกรดเฉลี่ย	M = 2.88, SD = .55, range = 1.42 - 3.93	
จำนวนเงินมาโรงเรียน (บาท)	M = 82, SD = 32.33, range = 20 - 200	
อาศัยอยู่กับ		
บิดา มารดา	74	52.5
บิดา หรือ มารดา	38	27.0
ญาติ (ปู่ ย่า ตา ยาย)	29	20.5
สถานภาพสมรสของบิดามารดา		
สมรสและอยู่ด้วยกัน	73	51.8
หย่าร้าง / หม้าย / แยกกันอยู่	57	40.4
อื่น ๆ (เสียชีวิต)	11	7.8

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (n)	ร้อยละ
การศึกษาของบิดา		
ประถมศึกษา	68	48.2
มัธยมศึกษา	62	44.0
ปริญญาตรี	8	5.7
ปริญญาโท	2	2.1
การศึกษาของมารดา		
ประถมศึกษา	61	43.3
มัธยมศึกษา	71	50.4
ปริญญาตรี	5	3.5
ปริญญาโท	4	2.8

ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย การรับรู้ความสามารถตนเอง สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน การทำหน้าที่ของครอบครัวและพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ย 54.00 ($SD = 8.47$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า สุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.00 ($SD = 2.04$) อนามัยสิ่งแวดล้อมและสร้างสรรค์สังคม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.83 ($SD = 2.13$) อนามัยส่วนบุคคล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.64 ($SD = 1.44$) อาหารและโภชนาการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.59 ($SD = 1.55$) การป้องกันอุบัติเหตุ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.20 ($SD = 2.28$) การออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.42 ($SD = 1.66$) และสารเสพติดและอบายมุข มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.31 ($SD = 2.65$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย ของพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น
ที่ติดเกม โดยรวมและแยกรายด้าน (n = 141)

พฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม	Mean	SD	Range	Possible range
โดยรวมรายด้าน	54.00	8.47	35-80	20-80
- สุขภาพจิต	9.00	2.04	3-12	3-12
- ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและสร้างสรรค์สังคม	8.83	2.13	4-12	3-12
- อนามัยส่วนบุคคล	8.64	1.44	6-12	3-12
- อาหารและโภชนาการ	8.59	1.55	5-12	3-12
- การป้องกันอุบัติเหตุ	8.20	2.28	4-12	3-12
- การออกกำลังกาย	5.42	1.66	2- 8	2-8
- สารเสพติดและอบายมุข	5.31	2.65	3-12	3-12

การรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.00 ($SD = 4.79$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การทำความสะอาดร่างกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.33 ($SD = 1.46$) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.41 ($SD = 2.37$) การป้องกันอุบัติเหตุ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.92 ($SD = 1.45$) การออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.94 ($SD = .81$) การใช้สารเสพติด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.72 ($SD = .89$) และการพักผ่อนนอนหลับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.38 ($SD = .89$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของการรับรู้ความสามารถตนเองโดยรวม และแยกรายด้าน (n = 141)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	Mean	SD	Range	Possible range
โดยรวมรายด้าน	43.00	4.79	31-53	14-56
- การทำความสะอาดร่างกาย	13.33	1.46	10-16	5-20
- พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	11.41	2.37	6-16	4-16
- การป้องกันอุบัติเหตุ	8.92	1.45	6-8	2-8

ตารางที่ 4 (ต่อ)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	Mean	SD	Range	Possible range
โดยรวมรายด้าน	43.00	4.79	31-53	14-56
- การทำความสะอาดร่างกาย	13.33	1.46	10-16	5-20
- พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	11.41	2.37	6-16	4-16
- การป้องกันอุบัติเหตุ	8.92	1.45	6-8	2-8
- การออกกำลังกาย	2.94	.81	1-4	1-4
- การใช้สารเสพติด	2.72	.89	1-4	1-4
- การพักผ่อนนอนหลับ	2.38	.81	1-4	1-4

สัมพันธภาพกับเพื่อน

สัมพันธภาพกับเพื่อน โดยรวม มีค่าเฉลี่ย 59.03 ($SD = 1.10$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการช่วยเหลือพึ่งพากันและกัน มีคะแนนเฉลี่ย 15.00 ($SD = 3.28$) ด้านการทำกิจกรรมต่าง ๆ ภายในกลุ่มร่วมกัน มีคะแนนเฉลี่ย 15.65 ($SD = 3.10$) ด้านการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน มีคะแนนเฉลี่ย 6.41 ($SD = 1.85$) และด้านการแสดงความห่วงใยใกล้ชิดสนิทสนม มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 21.96 ($SD = 4.18$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของสัมพันธภาพกับเพื่อน โดยรวม และแยกรายด้าน ($n = 141$)

สัมพันธภาพกับเพื่อน	Mean	SD	Range	Possible range
โดยรวมรายด้าน	59.03	1.10	29-80	16-80
- การแสดงความห่วงใยใกล้ชิดสนิทสนม	21.96	4.18	11-30	5-30
- การทำกิจกรรมต่าง ๆ ภายในกลุ่มร่วมกัน	15.65	3.10	6-20	5-20
- การช่วยเหลือพึ่งพากันและกัน	15.00	3.28	6-20	5-20
- การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน	6.41	1.85	2-10	2-10

การทำหน้าที่ของครอบครัว

การทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 103.13 ($SD = 1.31$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การทำหน้าที่ทั่วไป มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.71 ($SD = 3.82$) การแก้ปัญหา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.16 ($SD = 2.45$) การสื่อสาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.81 ($SD = 2.50$) ความผูกพันทางอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.67 ($SD = 2.78$) การตอบสนองทางอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.92 ($SD = 2.40$) การควบคุมพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.29 ($SD = 2.51$) และการแสดงบทบาท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.56 ($SD = 1.73$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย ของการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมและแยกรายด้าน (n = 141)

การทำหน้าที่ของครอบครัว	Mean	SD	Range	Possible range
โดยรวมรายด้าน	103.13	1.31	68-134	36-144
- การทำหน้าที่ทั่วไป	21.71	3.82	12-32	4-32
- การแก้ปัญหา	17.16	2.45	9-22	6-24
- การสื่อสาร	14.81	2.50	7-20	4-20
- ความผูกพันทางอารมณ์	14.67	2.78	9-20	5-20
- การตอบสนองทางอารมณ์	13.92	2.40	8-20	4-20
- การควบคุมพฤติกรรม	12.29	2.51	4-16	4-16
- การแสดงบทบาท	8.56	1.73	4-12	3-12

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การรับรู้ความสามารถของตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อน การทำหน้าที่ของครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม

ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความสามารถของตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อน การทำหน้าที่ของครอบครัวและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมวิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficients) เพราะเป็นตัวแปรที่มีการวัดแบบคะแนนต่อเนื่อง (Interval scale) ส่วนตัวแปรเพศเป็นการวัดแบบมาตรานามบัญญัติ (Nominal scale) และแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ เพศชาย-เพศหญิง ผู้วิจัยได้แปลงค่าให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) กำหนดให้เพศชายเป็น 1 เพศหญิงเป็น 0 และทำการวิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยซ์ไบเซรียล (Point Biserial Correlation)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.251, p < .01$) หมายความว่า เด็กเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากับเด็กเพศชายวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม การรับรู้ความสามารถของตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อน และการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .258, p < .01, r = .226, p < .01$, และ $r = .179, p < .05$ ตามลำดับ) หมายความว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาก สัมพันธภาพกับเพื่อนดี และการทำหน้าที่ของครอบครัวเหมาะสมจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (n = 141)

ตัวแปร	พฤติกรรมสุขภาพ (r)
เพศ	-.251**
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.258**
สัมพันธภาพกับเพื่อน	.226**
การทำหน้าที่ของครอบครัว	.179*

**p < .01, *p < .05

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนาย ได้แก่เพศ การรับรู้ความสามารถของตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อน การทำหน้าที่ของครอบครัว ต่อการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม

การวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อทำนายพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมจากตัวแปรทำนายคือ เพศ การรับรู้ความสามารถของตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อน และการทำหน้าที่ของครอบครัว ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพหุคูณ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของสถิติถดถอยพหุคูณ ตัวแปรต้นและตัวแปรตามอื่น ๆ เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative variables) ที่มีการวัดแบบ Interval มีการแจกแจงแบบปกติ (Normality) เป็นอิสระต่อกันแล้วไม่เกิด Autocorrelation ทดสอบโดยใช้ Durbin-watson ค่าอยู่ในช่วง 1.5 - 2.5 ไม่มี Outlier, Linear Relationship และไม่มี Multicollinearity ระหว่างตัวแปรทำนายด้วยกัน โดยที่ตัวทำนายมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) ไม่สูงกว่า .85 จึงเป็นไปตามข้อตกลงของการใช้

สถิติถดถอยพหุคูณ ต่อจากนั้นวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมปรากฏตัวแปรเพศมีการวัดแบบ Nominal ผู้วิจัยได้ทำ dummy variable ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิเคราะห์พบว่ามีความทำนาย 3 ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้ความสามารถตนเอง สามารถทำนายได้ร้อยละ 6.7 ($\beta = .170, t = 2.063, p < .05$) รองลงมาคือ เพศ ทำนายได้ร้อยละ 4.3 ($\beta = -.237, t = -2.937, p < .01$) และ สัมพันธภาพกับเพื่อน ทำนายได้ร้อยละ 4.2 ($\beta = .210, t = 2.591, p < .01$) ซึ่งตัวแปรทั้งสามตัวสามารถรวมทำนายพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมได้ ร้อยละ 15.1 ($R^2 = .151$) ส่วนการทำหน้าที่ของครอบครัว ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมได้ ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม ($n = 141$)

ตัวแปร	$R^2\Delta$	b	SE	Beta	t
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.067	.209	.101	.170	2.063*
เพศ	.043	-.201	.068	-.237	-2.937**
สัมพันธภาพกับเพื่อน	.042	.130	.050	.210	2.591*
ค่าคงที่		1.694			
$F_{(3,137)}$		8.120***			
R^2		.151			
Adjust R^2		.132			

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้ (Predictive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลของเพศ การรับรู้ความสามารถตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อน และการทำหน้าที่ของครอบครัว ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม กลุ่มตัวอย่างคือเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการ ปทุมธานี รวมทั้งหมด 141 คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง แบบสอบถามสัมพันธภาพกับเพื่อน แบบสอบถามการทำหน้าที่ครอบครัว และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .70, .87, .81 และ .81 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสหสัมพันธ์ของพอยซ์ไบเซเรียล (Point Biserial Correlation) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product correlation coefficients) และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็น เพศชายคิดเป็นร้อยละ 52.50 มีอายุเฉลี่ย 14.27 ปี ($SD = 1.01$) ส่วนมากเป็นบุตรคนแรกร้อยละ 47.50 เกรดเฉลี่ย 2.88 ($SD = .55$) ได้เงินมาโรงเรียนเฉลี่ยวันละ 82 บาท ($SD = 32.33$) ส่วนมากอาศัยอยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 52.50) และบิดามารดาอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 51.80)

2. คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 54.00 ($SD = 8.47$) การรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.00 ($SD = 4.79$) สัมพันธภาพกับเพื่อนโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 59.03 ($SD = 1.10$) และการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 103.13 ($SD = 1.31$)

3. เพศมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.251, p < .01$) การรับรู้ความสามารถตนเอง สัมพันธภาพกับ

เพื่อน และการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .258, p < .01, r = .226, p < .01$, และ $r = .179, p < .05$ ตามลำดับ)

4. การรับรู้ความสามารถตนเอง สามารถทำนายได้ร้อยละ 6.7 ($\beta = .170, t = 2.063, p < .05$) รองลงมาคือ เพศทำนายได้ร้อยละ 4.3 ($\beta = -.237, t = -2.937, p < .01$) และ สัมพันธภาพกับเพื่อนทำนายได้ร้อยละ 4.2 ($\beta = .210, t = 2.591, p < .01$) ซึ่งตัวแปรทั้งสามตัวสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมได้ ร้อยละ 15.1 ($R^2 = .151$) ส่วนการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมได้

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม

ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม มีค่าเฉลี่ยประมาณปานกลาง ($M = 54.00, SD = 8.47$) เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของคะแนนที่เป็นไปได้ $((20+80)/2 = 50)$ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมถึงแม้ว่าได้รับการศึกษา พัฒนาความรู้ความสามารถ ผ่านประสบการณ์เรียนรู้ในวิชาต่าง ๆ จากแหล่งความรู้มากมาย จึงเป็นไปได้ที่ทำให้เด็กกลุ่มนี้มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่งนี้อยู่ในวัยรุ่นตอนต้นซึ่งพัฒนาการการเจริญเติบโตของเด็กวัยนี้ มีความคิดและรู้จักเหตุผล และสามารถเลือกที่จะปฏิบัติได้ด้วยตนเอง (พนม เกตุมาน, 2550ก) แต่มีแนวโน้มที่จะสนใจต่อเพื่อน และการเล่นเกม จึงให้ความสำคัญกับพฤติกรรมสุขภาพลดลง นอกจากนี้ความแนวความคิดความแข็งแกร่งในวัยรุ่น (Rew & Horner, 2003) ได้อธิบายไว้สอดคล้องกับผลการวิจัยในส่วนของปัจจัยด้านบริบททางสังคม ที่กลุ่มตัวอย่างจัดอยู่ในลักษณะเด็กติดเกม สะท้อนถึงลักษณะการเลี้ยงดูในครอบครัวที่อนุญาตหรือยินยอมให้เด็กเล่นเกมมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน นานติดต่อกัน 3 วันขึ้นไป เป็นบริบทในครอบครัวที่ไม่ได้ช่วยกระตุ้นหรือส่งเสริมให้เด็กกลุ่มนี้ได้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ อติญาณ์ ศรเกษตริณ อรวรรณ สัมภาวานะ และ โสตรีย์ แพ้น้อย (2552) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นในจังหวัดสุราษฎร์ธานีโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้

2. เพศ การรับรู้ความสามารถตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อน และการทำหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม

เพศมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.251, p < .01$) และทำนายได้ร้อยละ 4.3 ($\beta = -.237, t = -2.937, p < .01$) แสดงว่าเด็กเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเด็กเพศชาย ความเป็นเพศเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละเพศ และเพศมักถูกใช้ในการกำหนดลักษณะเฉพาะของปัจจัยบุคคลที่สัมพันธ์กับปัญหาของพฤติกรรม และปฏิกิริยาตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น (Rew & Horner, 2003) สาเหตุที่ส่งผลให้วัยรุ่นหญิงและชายมีพฤติกรรมสุขภาพต่างกันเนื่องจากวัยรุ่นหญิงมีพัฒนาการร่างกายรวมทั้งมีพัฒนาการทางเพศที่รวดเร็วกว่าวัยรุ่นชาย จึงมีความคิดความเป็นผู้ใหญ่ และรู้จักดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าวัยรุ่นชาย (พนม เกตุมาน, 2550) จากการศึกษาของ พิมพ์ใจ วิญญณพาส (2549) พบว่านักเรียนหญิงมีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพดีกว่านักเรียนชาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรรถพล ศิวินารด (2554) ได้ศึกษาเรื่องผลกระทบของการติดเกมคอมพิวเตอร์ที่มีต่อเด็กนักเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า เด็กวัยรุ่นชายใช้เวลาในการเล่นเกมนานกว่าจำนวนชั่วโมงต่อการเล่นเกมมากกว่าเพศหญิง และชอบเล่นเกมที่มีลักษณะความรุนแรงมากกว่าเพศหญิง ทำให้พฤติกรรมในการออกกำลังกายลดน้อยลงและมีพฤติกรรมก้าวร้าว ส่งผลให้เพศชายมีการพักผ่อนน้อย การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลามากกว่าเพศหญิง (Chartton & Danforth, 2007) ทำให้เพศชายที่ติดเกมมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมกว่าเพศหญิง (Desai et al, 2010; Galan, et al., 2013; บุญเทิน จันทมาตย์, 2548) และจากงานวิจัย Lucas and Sherry (2004) เด็กวัยรุ่นชายใช้เวลาในการเล่นเกมนานกว่าจำนวนชั่วโมงต่อการเล่นเกมมากกว่าเพศหญิงและชอบเล่นเกมที่มีลักษณะความรุนแรงมากกว่าเพศหญิง และเด็กวัยรุ่นชายที่ติดเกมมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมเมื่อเทียบกับเพศหญิงที่ติดเกมมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมมากกว่า (Galan et al., 2013)

การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .258, p < .01$) สามารถทำนายได้ร้อยละ 6.7 ($\beta = .170, t = 2.063, p < .05$) แสดงว่าเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในเรื่องสุขภาพและการดูแลสุขภาพยิ่งดี พฤติกรรมสุขภาพก็จะดีตามไปด้วย อภิปรายได้ว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม หากบุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมหรือจัดการกับสถานการณ์ให้สำเร็จ ก็จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ มากขึ้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 4 ประการ คือ การประสบความสำเร็จในการลงมือปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง การได้รับประสบการณ์จากการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมจากตัวแบบ การชักจูงด้วยคำพูด และการพัฒนาความพร้อมทางสภาพร่างกายและอารมณ์ (Bandura, 1997) ดังการศึกษาของ Bebetos et al. (2002) พบว่า เด็กวัยรุ่นที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถด้านการ

ควบคุมการรับประทานอาหารก็จะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Terry and O'Leary (1995) พบว่า เด็กวัยรุ่นที่รับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมพฤติกรรมการออกกำลังกาย ก็สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายได้ ในทำนองเดียวกัน เด็กวัยรุ่นที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการปฏิเสธคำชักชวนเรื่องการสูบบุหรี่ก็จะหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ได้ (Schwarzer & Luszczynska, 2005)

สัมพันธภาพกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .226, p < .01$) และทำนายได้ร้อยละ 4.2 ($\beta = .210, t = 2.591, p < .01$) แสดงว่าสัมพันธภาพกับเพื่อนดีพฤติกรรมสุขภาพก็จะดี ทั้งนี้เพราะสัมพันธภาพกับเพื่อนมีอิทธิพลต่อเด็กวัยรุ่น เพราะเด็กวัยรุ่นใช้เวลาอยู่กับเพื่อนเป็นส่วนใหญ่จึงมีแนวโน้มของพฤติกรรมสุขภาพที่คล้ายกับเพื่อน (Duncan et al., 2000) ดังนั้นการคบเพื่อนที่มีคุณภาพ สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงในเด็กวัยรุ่นได้ (Rew & Horner, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bruening et al. (2012) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างเด็กวัยรุ่นและกลุ่มเพื่อนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเข้า ผลไม้ ผัก ธัญพืช และอาหารที่รับประทานประจำวัน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเข้า ผลไม้ ผัก ธัญพืช และอาหารที่รับประทานประจำวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 และกลุ่มเพื่อนสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเข้า ผลไม้ ผัก ธัญพืช และอาหารที่รับประทานประจำวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ กฤตย์วัฒน์ นัทรทอง อรพินทร์ ชูชม ฉันทนา ภาคบงกช และ สรณภูงค์ (2554) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตเทศบาลเมืองชุมพร พบว่าอิทธิพลของเพื่อนมีความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ ($r = .27, \beta = .13$)

การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .178, p < .05$) แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมได้ ($p > .05$) แสดงว่าเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมอยู่ในครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ดี เด็กในครอบครัวก็มีพฤติกรรมสุขภาพดีไปด้วย การทำหน้าที่ของครอบครัวที่เหมาะสมส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รู้จักแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถเผชิญกับอุปสรรคต่าง ๆ ได้อย่างดี ครอบครัวเป็นบริบททางสังคมที่ส่งผลต่อพัฒนาการของวัยรุ่นโดยเฉพาะภาวะสุขภาพ และมีอิทธิพลในระยะยาวไปตลอดชีวิต เด็กจะเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพจากคนในครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวได้แก่ การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม พฤติกรรมที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกัน การตอบสนอง

อารมณ์ต่อกันและกันอย่างเหมาะสม ความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกมีต่อกันและกัน การจัดการพฤติกรรมของสมาชิกในอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม การแลกเปลี่ยนข้อมูลกันและกันในครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, 2545) ปัจจุบันเป็นสังคมยุคแห่งความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ครอบครัวขยายลดลง ครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้น การทำหน้าที่ของครอบครัวจึงต้องมีการปรับบทบาทให้เข้ากับสถานการณ์ เวลาของครอบครัวจึงมักจะเป็นในตอนเย็น มีงานวิจัยของ Gillman, et al (2000) พบว่า วัยรุ่นที่รับประทานอาหารร่วมกับครอบครัวบ่อยครั้งและโดยเฉพาะมื้อเย็น จะมีการรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ชินาธิวร (2541) พบว่าโครงสร้างและการทำงานที่ของครอบครัวส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการออกกำลังกายของเด็ก ซึ่งจะส่งผลต่อการพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดำเนินชีวิต ทักษะคิด และการปรับตัวของเด็กในอนาคต สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรพิมล ศรีสุวรรณ (2553) พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 - 6 ($r = .60, p < .01$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางด้านสุขภาพเด็กสามารถนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นที่ติดเกม โดยคำนึงถึงปัจจัยเรื่องเพศ การรับรู้ความสามารถตนเอง และสัมพันธภาพกับเพื่อน ของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม
2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาล อาจารย์ในสถานศึกษาสามารถนำผลการวิจัยไปประกอบการเรียนการสอนในเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเด็กติดเกม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยและพัฒนารูปแบบหรือ โปรแกรมการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีบุตรวัยเด็กตอนต้นที่ติดเกม เพราะเนื่องจากสังคมยุคเทคโนโลยีปัจจุบัน ความใกล้ชิดสนิทสนมในครอบครัวลดลง การทำกิจกรรมในครอบครัวลดลง กลายเป็นสังคมก้มหน้าภายในครอบครัว เสี่ยงต่อการมีจำนวนเด็กติดเกมเพิ่มมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวให้มีความลึกซึ้งมากขึ้น สามารถศึกษาถึงรายด้านของการทำหน้าที่ของครอบครัว เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม และอาจสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมได้

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). รายงานการทบทวนสถานการณ์เรื่องพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น: การสร้างเสริมทักษะชีวิตและการให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2556). สุขบัญญัติแห่งชาติ. นนทบุรี: กองสุศึกษา.
- กาญจนา ชินาธิวร. (2541). โครงสร้างและหน้าที่ครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตอำเภอเมืองเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2555). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS (พิมพ์ครั้งที่ 2). ชลบุรี: บางแสนการพิมพ์ ชลบุรี.
- ดวงใจ สมานสิน. (2539). การเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนประถมศึกษาาระหว่างผู้ที่เล่นวิดีโอเกมและไม่เล่นวิดีโอเกม. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาคหกรรมศาสตรศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ทิพวัลย์ สุรินยา. (2557). การทำหน้าที่ของครอบครัว ความสามารถในการฟื้นฟูอุปสรรคและการปรับตัวของนักเรียนช่วงชั้นที่ 4 โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษากรุงเทพมหานคร. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี, 25(2), 37-55.
- เทอดศักดิ์ สุมาลัยศักดิ์. (2541). การเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนวัดสุทธิวรารามที่เล่นและไม่เล่นวิดีโอเกม. วิทยานิพนธ์เทคโนโลยีการศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเทคโนโลยีทางการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ชนพงษ์ มุ่งไฟดี. (2548). องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติในการเล่นคอมพิวเตอร์ของนักเรียนช่วงชั้นปีที่ 2 โรงเรียนวัดปากบ่อ เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นิตยา ไทยาภิรมย์. (2555). การสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยรุ่น: การสร้างเสริมสุขภาพเด็กทุกช่วงวัย. ใน พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น (บรรณาธิการ). การสร้างเสริมสุขภาพเด็กทุกช่วงวัย, (หน้า 155 - 202) ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

- นุจรี ไชยมงคล, ยุนี พงศ์ศุรวินัย และวณิดา ขวัญสำราญ. (2557). พฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยเรียน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 22(3), 33 - 45.
- บัณฑิต ศรีไพศาล. (2550). *เด็กติดเกม-อินเทอร์เน็ต เล่นเกินวันละ 3 ชม.ต้องดูแล*. เข้าถึงได้จาก http://www.dailynews.co.th/html/popup_news/Default.aspx
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูแอนดีไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- บุญเทิน จันทมาตย์. (2548). *การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้นำเยาวชนสาธารณสุขในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดเลย*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์ เพื่อการพัฒนา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.
- ปณิธาน ประดับพงษา และวิโรจน์ อารีย์กุล. (2552). *การสำรวจความชุกและปัจจัยเสี่ยงของปัญหาพฤติกรรมการติวดีวีดีโอเกมคอมพิวเตอร์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในชุมชนชนบทของประเทศไทย*. รายงานการวิจัยของภาควิชาเวชศาสตร์ทหารและชุมชน วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า, กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์ทหารแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ประกายเพชร สุกะเกษ, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, สุธรรม นันทมงคล และสุพร อภินันทเวช. (2551). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดเกมคอมพิวเตอร์และสุขภาพจิตของวัยรุ่นชาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ*. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 38(3), 317-330.
- ปราการ ถมายากร. (2549). *เมื่อลูกติดเกม*. กรุงเทพฯ: เอ็ม เอ เอช พรินติ้ง.
- พนม เกตุมาน. (2550ก). *พัฒนาการวัยรุ่น*. เข้าถึงได้จาก http://www.psyclin.co.th/new_page_56.htm
- พนม เกตุมาน. (2550ข). *พฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น*. เข้าถึงได้จาก http://www.psyclin.co.th/new_page_78.htm
- พรพิมล ศรีสุวรรณ. (2552). *การเล่นเกมนคอมพิวเตอร์ การทำหน้าที่ของครอบครัว และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 3-6 ในโรงเรียนเขตเทศบาลนครขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พิมพ์ใจ วิภูษณา. (2549). *ความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติตัวตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง*. การค้นคว้าอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- เพชรรัตน์ เกิดดอนแฝก, กานต์ ฉลาดชัยบุญกิจ, โปยม บัลลังก์โพธิ์, สุพิชญา นุทกิจ และวชิรา กลีโกศล. (2549). กรณีศึกษา: พฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นของนักเรียนในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 15*(3), 454-461.
- เยาวลักษณ์ แสนทวีสุข และ พรรณี บัญชรหัตถกิจ. (2554). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับการสร้างแรงจูงใจเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมทางเพศที่พึงประสงค์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัด อุบลราชธานี. *วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิต)*, 11(4), 67-76.
- เรณู บุญจันทร์, รัชณี กิติพงษ์ศาล และนพวรรณ เลิศการณ. (2552). *พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน จังหวัดระนอง*, รายงานการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดระนอง.
- ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ. (2545). *ครอบครัวบำบัด และการให้คำปรึกษา*. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- ศุภกนิจ วิชญพงษ์พร. (2552). *พฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์ที่ส่งผลต่อการเรียนของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สมจิตร จารูรันตศิริกุล และมาลัย ว่องชาญชัยเลิศ. (2549). *กุมารเวชศาสตร์ผู้ป่วยนอก* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สิริกัญ แก้วพรหม. (2549). *พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามสุขบัญญัติแห่งชาติ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุนิสา พรหมป่าซัด. (2556). *พฤติกรรมการสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนบ้านร้านตัดผม ตำบลสองพี่น้อง อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร*. วิทยานิพนธ์คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์, คณะวิทยาศาสตร์บัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.
- สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2551). “ลูกติดเกม จะแก้เกมอย่างไร”, *จดหมายข่าวรายเดือน*, 6, 14-15.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). *สถานการณ์ครอบครัวไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติพยากรณ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สุชาดา วงศ์สวาสดี และเพ็ญรุ่ง ศรีทรัพย์พานิช. (2011). ความรู้และพฤติกรรมการสุขศึกษาตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(3), 133-125.

- สุดา จันทมุกดา. (2550). ปัจจัยที่สัมพันธ์และผลกระทบที่เกิดจากการติคเกมของนักเรียนในจังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 15(3), 187.
- สุภาวดี สมจิตต์ และนันทนา น้ำฝน. (2556). ภาวะสุขภาพของวัยรุ่นตอนต้น เขตสาทร กรุงเทพมหานคร. *วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร: วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 21(1), 55-63.
- สุวรรณา เรื่องกาญจนเศรษฐ์. (2551). *กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ ฯ: ชัยเจริญ.
- โสรัจจะ จันทร์แสงศรี, กนกพร กันทา และภูมิ พิพิชฌณิชชธรรม. (2553). *สภาพการดำเนินชีวิตครอบครัวที่มีเด็กติคเกม ทั้งด้านบวกและด้านลบและบริการสวัสดิการสำหรับครอบครัว*. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อรรถพล ศิวานารถ. (2554). *ผลกระทบของการติคเกมคอมพิวเตอร์ที่มีต่อเด็กนักเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร*. สารนิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกริก.
- อโนชา ทศนาชนชัย. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับคุณภาพชีวิตคนพิการ*. วิชานิพนธ์พยาบาลมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อุมพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ: สำนักตำการพิมพ์.
- อดิญาณ์ ศรีเกษตริน, อรพรรณ สัมภาวมานะ และโสตรีย์ แพน้อย. (2552). ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการนานาชาติ: The International Conference on Crisis in Health and Turning Point 17 – 19 สิงหาคม 2552* (หน้า 23 – 25). ยะลา: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ยะลา.
- Abdolkhallegi, M., Davachi, A., Sahbaie, F., & Mahmoudi, M. (2003). Surveying the association between computer-video games and aggression in male students of guidance school in Tehran. *Medical Science Journal Islamic Azad University Tehran Medical Branch*, 15(3), 141-145.
- Ahmadi, S. (1998). Social effects of computer games on male students in third year of guidance school in Isfahan city. *Quarterly of public culture*, 1, 17-87.
- Alaniz, M. L., Cartmill, R. S., & Parker, R. N. (1998). Immigrants and violence: The importance of neighborhood context. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 20, 155-174.
- An, J. Y., & Tak, Y. R. (2006). Health-risk behaviors and self-efficacy in early adolescents. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 17(3), 387-396.

- Anderson, C. A., Gentile, D. A., & Buckley, K. E. (2007). *Violent video game effect on children and adolescents: Theory, research, and public policy*. New York: Oxford University Press.
- Appleyard, K., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (2007). Direct social support for young high risk children: Relations with behavioral and emotional outcomes across time. *Journal of Abnormal Psychology, 35*, 443-457.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New York: Prentice-Hall.
- BCC News. (2005). *Chinese online gamer dies after three-day session*. Retrieved, from <http://www.bbc.co.uk/news/world-asia-pacific-12541769>.
- Bebetsos, E., Chroni S., & Theodorakis, Y. (2002). Physically active students' intentions and self-efficacy towards healthy eating. *Psychology Report, 91*(2), 485 – 495.
- Brody, G. H., & Flor, D. L. (1997). Maternal psychological function, family process, and child adjustment in rural, single parent African American families. *Developmental Psychology, 33*, 1000-1011.
- Brooks, A. J., Stuewig, J., & LeCroy, C. W. (1998). A family based model of Hispanic adolescent substance use. *Journal of Drug Education, 28*(1), 65–86.
- Bruening, M., Eisenberg, M., MacLehose, R., Marilyn S. N. (2012). Relationship between adolescents' and their friends' eating behaviors: Breakfast, fruit, vegetable, whole-grain, and dairy intake. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 112*(10), 1608-1613.
- Burchinal, M. R., Campbell, F. A., Bryant, D. M., Wasik, B. H., & Ramey, C. T. (1997). Early intervention and mediating process in cognitive performance of children of low-income African American families. *Child Development, 68*, 935-954.
- Busch, V., Van, S. H. F., Leeuw, J. R. J., & Schrijvers, A. J. P. (2013). Clustering of health-related behaviors, health outcomes and demographics in Dutch adolescents: A cross-sectional study. *BMC Public Health, 13*, 1118.
- Cartland, J., & Ruch-Ross, H. S. (2006). Health behaviors of school-age children: Evidence from one large city. *Journal of School Health, 76*, 175-180.

- Caspi, A., Henry, B., McGee, R. O., Moffitt, T. E., & Silva, P. A. (1995). Temperamental origins of child and adolescent behavior problems: From age three to age fifteen. *Child Development, 66*, 55-68.
- Castro, F. G., Maddahian, E., Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1987). A multivariate model of the determinants of cigarette smoking among adolescents. *Journal of Health and Social Behavior, 28*, 273-289.
- Chartton, J. P., & Danforth, I. D., (2007). Distinguishing addiction and high engagement in the context of online game playing. *Computers in Human Behavior, 23*(3), 1531-1548.
- Collins, E., Freeman, J., & Chamarro-Premuzic, T. (2012). Personality traits associated with problematic and non-problematic massively multiplayer online role playing game use. *Personality and Individual Differences, 52*, 133-138.
- Desai, R. A., Krishnan-Sarin, S., Cavallo, D., & Potenza, M. N. (2010). Video-gaming among high school Students: Health correlates, gender differences, and problematic gaming. *Journal of Pediatrics, 126*(6), 1414-1424.
- Dishion, T. J., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. & Patterson, G. R. (1984). Skills deficits and male adolescent delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology, 12*, 37-54.
- Duncan, S. C., Duncan, T. E., & Strycker, L. A. (2000). Risk and protective factors influencing adolescent problem behavior: A multivariate latent growth curve analysis. *Annals of behavioral Medicine, 22*, 103-109.
- Duvall, E. M., & Miller, B. C. (1985). *Marriage and family development* (6th ed.). New York: Harper & Row Publishing Inc.
- Festl, R., Scharkow, M., & Quandt, T. (2013). Problematic computer game use among adolescents, younger and older adults. *Addiction, 108*: 592–599.
- Frauenglass, S., Routh, D.K., Pantin, H.M., & Mason, C.A. (1997). Family support decrease influence of deviant peers on Hispanic adolescents' substance use. *Journal of Clinical Child Psychology, 26*, 15-23.
- Friedman, M. M. (1992). *Family nursing theory and practice* (3rd ed.). New Jersey: Appletor & Lange.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1993). Boy play sports and girls turn to other: Age, gender, and determinants of coping. *Journal of Adolescence, 16*, 253-266.

- Funk, J. B. (2005). Video games. *Journal of Adolescent Medicine Clinics*, 16(2), 395-411.
- Galan, B. R., Medrano, M. J., Ramos, P., Rivera, F., Pastor-Barriuso, R., & Moreno, C., et al. (2013). *Physical activity and self-reported health status among adolescents: a cross-sectional population-based study*. Retrieved from <http://bmj.com> on December 8, 2013.
- Gillman, M., Rifas-Shiman, S., Frazier, L., Rockett, H., Camargo, C., Field, A. (2000). Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Journal of Arch Fam Med*, 9, 235 – 240.
- Gorman-Smith, D., Tolland, P. H., Henry, D. B., & Florham, P. (2000). Patterns of family functioning and adolescent outcomes among urban African American Mexican American families. *Journal of Family Psychology*, 14, 436- 457.
- Griffiths, M. D. (2008 b). Diagnosis and management of video game addiction. *New Directions in Addiction Treatment and Prevention*, 12, 27-41.
- Griffiths, M., & Barnes, A. (2008). Internet gambling: An online empirical study among student gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6, 194–204.
- Griffiths, M., & Hebert, M. (2002). *Game and gaming addictions in adolescence*. Melden: BPS. Backwell.
- Grunbaum, J. A., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Lowry, R., Harris, W. A., McManus, T., Chyen, D., & Collins, J. (2004). Youth risk behavior surveillance-United States, *Journal of School Health*, 74, 307–324.
- Heiss, J. (1996). Effects of African American family structure on school attitudes and performance. *Journal of Social Problems*, 43, 246 – 265.
- Herrenkohl, E. C., Herrenkohl, R. C., & Egolf, B. (1994). Resilient early school-age children from maltreating homes: Outcomes in late adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 301-309.
- Kann, L., Warren, C. W., Harris, W. A., Collins, J. L., Donglas, K. A., & Collinns, M. E. (1995). Youth risk behavior surveillance-United States, 1993. *Journal of School Health*, 65,162-171

- Kim, E. J., Namkoong, K., Ku, T., & Kim, S. J. (2008). The relationship between online game addiction and aggression, self-control and narcissistic personality traits. *European Psychiatry, 23*(3), 212-218.
- Kolbe, L. J., Kann, L., & Collins, J. L. (1993). Overview of the youth risk surveillance system. *Public Health Reports, 108*(1), 2-10.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1993). Pathological gambling, eating disorders, and the psychoactive substance use disorder. *Comorbidity of Addictive and Psychaitric Disorder, 12*(3), 89-102.
- Lucas, K., & Sherry, J. L. (2004). Sex differences in video game play: A communication-based explanation. *Communication Research, 31*, 499-523.
- Luthar, S. S., & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry, 61*, 6-22.
- Mandara, J., & Murray, C. B. (2002). Development of an empirical typology of African American family functioning. *Journal of Family Psychology, 16*, 318-337.
- Marianne, J., & Markit, V. K. (2010). Cognitive ability and self control in relation to dietary habit, physical activity and bodyweight in adolescents. *Junger and Van Kampen International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2010, 7*, 22.
- Markovitz, J. H., Raczynski, J. M., Wallace, D., Chettur, V., & Chesney, M. A. (1998). Cardiovascular reactivity to video game predicts subsequent blood pressure increases in young men: The CARDIA study. *Psychosomatic Medicine, 60*, 186-191.
- Masten, A. S., & O'Connor, M. J. (1989). Vulnerability, stress, and resilience in the early development of a high risk child. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28*, 274-278.
- McClowry, S. G. (1992). Temperament theory and research. *Image: Journal of Nursing Scholarship, 24*, 319-325.
- Munsch, J., & Wampler, R. S. (1993). Ethnic differences in early adolescents' coping with school stress. *American Journal of Orthopsychiatry, 63*, 633-646.
- Polivka, B. J., & Ryan-Wenger, N. (1999). Health promotion and injury prevention behaviors of elementary school children. *Journal of Pediatric Nursing, 25*, 127-134.

- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2009). *Fundamentals of nursing* (7th ed.). St. Louis, Mo. :Mosby Elsevier.
- Resnick, G., & Burt, M. R. (1996). Youth at risk: Definitions and implications for service delivery. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(2), 172-88.
- Resnick, M. D. (2002). Protective factors, resiliency, and healthy youth development. *Adolescent Medicine: State of the Art Review*, 11, 157-164.
- Rew, L., Chamber, K. B., & Kulkarni, S. (2002). Planning a sexual health promotion intervention with homeless adolescents. *Nursing Research*, 51, 168-174.
- Rew, L., & Horner, S. D. (2003). Youth resilience framework for reducing health-risk behaviors in adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(6), 379-388.
- Rew, L., & Horner, S. D. (2010). Factors associated with health behaviors in middle childhood. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(3): 157–166.
- Santrock, J. W. (2001). *Adolescence* (8th ed.). New York, McGraw Hill.
- Sallis, J. F., Alcaraz, J. E., McKenzie, T. L., Hovell, M.F., Kolody, B., & Nader, P. R. (1992). Parental behavior in relation to physical activity and fitness in 9-year-old children. *American Journal of Diseases in Children*, 146, 1383-1388.
- Schmit, S., Chauchard, E., Chabrol, H., & Sejourne, N. (2011). Evaluation of the characteristics of addiction to online video games among adolescents and young adults. *Journal of Encephale*, 37(3), 217.
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2005). Self-efficacy, adolescents' risk-taking behaviors, and health. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents. Adolescence and Education*. Greenwich, CT: Information Age Publishing, 139-159.
- Scott, J. W. (1988). *Gender and the politics of history*. New York: Columbia University Press.
- Shek, D. T. L. (1997). The relation of family functioning to adolescent psychological well-being, school adjustment, and problem behavior. *The Journal of Genetic Psychology*, 158(4), 467-479.
- Skinner, H. A., Steinhauer, P. D., & Santa-Barbara, J. (1995). *Family Assessment Measure Version III*. New York: Multi-Health Systems.
- Spear, H. J., & Kulbok, P. A. (2001). Adolescent health behaviors and related factors: A review. *The Journal of Public Health Nursing*, 18(2), 82-93.

- Stettler, N. (2004). Obesity research. *Obesity Research Journal*, 12, 896-903.
- Taylor, R. D., & Wang, M. C. (1997). *Social and Emotional Adjustment and Family Relation in Ethnic Minority Families*. New Jersey: Erlbaum.
- Terry, D. J., & O'Leary, J. E. (1995). The theory of planned behavior: The effects of perceived behavioral control and self-efficacy. *Journal of Social Psychology*, 34(2), 199-220.
- Thorndlke, R. I. (1986). The role of general ability in prediction. *Journal of Vocational Behavior*, 29, 322-329.
- Thunfors, P., C., B. N., & Hanlon, A. L. (2009). Health behavior interests of adolescent with unhealthy diet and exercise: Implications for weight management. *Health Education Research*, 24(4), 634-645.
- Vincent, B., Lieke, A. M., & Johannes, R. J. L. (2013). Screen time associated with health behaviors and outcomes in adolescents. *American Journal Health Behavior*; 37(6), 819-830.
- Werner, E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 72-81.
- Whitener, L. M., Cox, K. R. & Maglich, S. A. (1998). Use of theory to guide nurses in the design of health messages for children. *Advances in Nursing Science*, 20, 21-35.
- World Health Organization [WHO]. (1999). *Adolescent psychology*. Retrieved from http://en.wikipedia.org/wiki/Adolescent_psychology.
- World Health Organization [WHO]. (2010). *Adolescent health*. Retrieved from http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/.
- Wilder, G., Mackie, D., & Cooper, J. (1985). Gender and computers: Two surveys of computer-related attitude. *Journal of Sex Roles*, 13, 215-228.
- Yeon, S. k., Jin, Y. P., Sung, B. K., Kyung, J., Yun, S, L., & Jung, H. K. (2010). The effects of Internet addiction on the lifestyle and dietary behavior of Korean adolescents. *Nutrition Research Practice*; 4(1), 51-57.
- Yun, H. S., & Sook, J. K. (2014). Health behaviors and related demographic factors among Korean adolescents. *Journal of Asian Nursing Research*, 8, 150-157.
- Zammani, E., Chashmi, M., & Hedayati, N. (2009). Effect of addiction to computer games on physical and mental health of female and male students of guidance school in city of Isfahan. *Journal of Addiction and Health*, 1(2), 98-104.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ใช้สอบถามพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม นักเรียนสามารถตอบอย่างอิสระ ใช้เวลาในการตอบประมาณ 30 นาที แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน เกรดเฉลี่ย จำนวนเงินที่ได้รับมาโรงเรียนในแต่ละวัน ประเภทครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดามารดา ระดับการศึกษาของบิดามารดา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสัมพันธภาพกับเพื่อน จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการทำหน้าที่ครอบครัว จำนวน 36 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น จำนวน 22 ข้อ

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียน จำนวน 10 ข้อ
ให้นักเรียนตอบคำถามทุกข้อคำถาม แล้วทำเครื่องหมาย / หรือเติมคำลงใน
ช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. ปัจจุบันนักเรียนอายุ.....ปี.....เดือน
3. นักเรียนมีพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียว.....คน นักเรียนเป็นบุตรคนที่.....
4. ปัจจุบันนักเรียนเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่.....
5. เกรดเฉลี่ยสะสมของนักเรียนในภาคเรียนครั้งล่าสุดเท่าใด
(ระบุ).....
6. นักเรียนได้เงินมาโรงเรียนวันละ.....บาท
7. ปัจจุบันนักเรียนพักอาศัยอยู่กับ
ใคร.....
8. สถานภาพสมรสของบิดามารดา
 - () สมรสและอยู่ด้วยกัน
 - () หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่
 - () อื่น ๆ โปรด
 ระบุ.....
9. ระดับการศึกษาของ
บิดา.....
10. ระดับการศึกษาของ
มารดา.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง

คำชี้แจง ให้นักเรียนเลือก “วงกลม” ล้อมรอบคำตอบเพียง 1 คำตอบ ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดและขอให้นักเรียนตอบให้ครบทุกข้อ

1. การอาบน้ำชำระร่างกายทุกวันตอนเช้าและเย็น
เป็นสิ่งที่.....“ยากมาก”“ยาก”“ง่าย”“ง่ายมาก”....สำหรับนักเรียน
2. การล้างมือเมื่อออกจากส้วม
เป็นสิ่งที่.....“ยากมาก”“ยาก”“ง่าย”“ง่ายมาก”....สำหรับนักเรียน
3. สระผมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง
เป็นสิ่งที่.....“ยากมาก”“ยาก”“ง่าย”“ง่ายมาก”....สำหรับนักเรียน
4. ใช้สิ่งของต่างๆ ร่วมกับเพื่อน เช่น หวี ผ้าเช็ดหน้า
เป็นสิ่งที่.....“ยากมาก”“ยาก”“ง่าย”“ง่ายมาก”....สำหรับนักเรียน
5. รับประทานอาหารเช้าทุกวัน
เป็นสิ่งที่.....“ยากมาก”“ยาก”“ง่าย”“ง่ายมาก”....สำหรับนักเรียน
6. การรับประทานผัก
เป็นสิ่งที่.....“ยากมาก”“ยาก”“ง่าย”“ง่ายมาก”....สำหรับนักเรียน
7. ไม่กินขนมหวาน ขนมถุง หรือ ลูกอมต่างๆ
เป็นสิ่งที่.....“ยากมาก”“ยาก”“ง่าย”“ง่ายมาก”....สำหรับนักเรียน
8. การล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน
เป็นสิ่งที่.....“ยากมาก”“ยาก”“ง่าย”“ง่ายมาก”....สำหรับนักเรียน
9. การปิดปากเวลาไอ หรือจาม
เป็นสิ่งที่.....“ยากมาก”“ยาก”“ง่าย”“ง่ายมาก”....สำหรับนักเรียน

10. การออกกำลังกายทุกวัน

เป็นสิ่งที่.....“ยากมาก”“ยาก”“ง่าย”“ง่ายมาก”สำหรับนักเรียน

11. การเข้านอนแต่หัวค่ำ

เป็นสิ่งที่.....“ยากมาก”“ยาก”“ง่าย”“ง่ายมาก”สำหรับนักเรียน

12. ใส่หมวกกันน็อกเมื่อนั่งรถจักรยานยนต์ หรือคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อนั่งรถยนต์

เป็นสิ่งที่.....“ยากมาก”“ยาก”“ง่าย”“ง่ายมาก”สำหรับนักเรียน

13. การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้สารเสพติด เล่นการพนัน

เป็นสิ่งที่.....“ยากมาก”“ยาก”“ง่าย”“ง่ายมาก”สำหรับนักเรียน

14. การเล่นกับเพื่อนบนถนนใกล้บ้าน

เป็นสิ่งที่.....“ยากมาก”“ยาก”“ง่าย”“ง่ายมาก”สำหรับนักเรียน

ส่วนที่ 3 สัมพันธภาพกับเพื่อน

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับเพื่อนของเด็กวัยรุ่นตอนต้น จำนวน 16 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ และขอให้นักเรียนอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วพิจารณาว่านักเรียนได้ปฏิบัติในข้อความนั้น ๆ จริงเพียงใด โดยลักษณะคำตอบมีดังต่อไปนี้

- | | | | |
|---|----------------|---------|--|
| 5 | จริงมากที่สุด | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของนักเรียนมากที่สุด |
| 4 | จริงมาก | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของนักเรียนมาก |
| 3 | จริงบ้าง | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของนักเรียนบ้าง ไม่ตรงบ้าง |
| 2 | จริงน้อย | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของนักเรียนน้อย |
| 1 | จริงน้อยที่สุด | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของนักเรียนน้อยที่สุด |

ข้อความ	จริงมากที่สุด	จริงมาก	จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
1. นักเรียนรู้สึกสนุกสนานกับเพื่อน ๆ ในการทำงาน					
2. นักเรียนให้เพื่อนยืมสิ่งของและแนะนำการแก้ปัญหาให้กับเพื่อน ๆ					
3. เมื่อนักเรียนไม่เข้าใจบทเรียน เพื่อนก็จะช่วยอธิบายให้					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14. นักเรียนยอมรับฟังความคิดเห็นของเพื่อน ๆ					
15. เพื่อน ๆ จะช่วยเหลือนักเรียนทุกครั้งเมื่อมีปัญหา					
16. เพื่อน ๆ ชมเชยและให้กำลังใจในขณะที่นักเรียนทำงาน					

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ ตรงกับครอบครัวของคุณมากน้อยเพียงใด กรุณาทำ / ลงในช่องที่ ตรงกับจริงมากที่สุด อย่าใช้เวลาคิดนาน ให้ตอบอย่างรวดเร็วโดยเลือกความคิดแรกที่เกิดขึ้นทันทีที่อ่านข้อความ

4	หมายถึง	ตรงมากที่สุด
3	หมายถึง	ตรงปานกลาง
2	หมายถึง	ตรงเล็กน้อย
1	หมายถึง	ไม่ตรงเลย

การทำหน้าที่ของครอบครัว	4	3	2	1
1. สมาชิกในครอบครัวช่วยกันแก้ไขปัญหาส่วนใหญที่เกิดขึ้นในบ้านได้				
2. มีการพูดคุยกันเสมอว่าวิธีแก้ปัญหาที่ทำไปนั้นได้ผลหรือไม่				
3. เมื่อคุณขอให้คนในครอบครัวทำอะไรให้คุณ คุณมักไม่แน่ใจว่าเขาจะทำให้หรือเปล่า				
4.				
5.				
.. ..				
.. ..				
.. ..				
19. ทุกคนยอมรับว่า แต่ละคนมีแบบฉบับของตนเอง				
20. ครอบครัวของคุณรักใคร่ปรองดองกันดี				
21. บางคนในครอบครัวก็ยุ่งวุ่นวายกับคนอื่นมากเกินไปจนน่าอึดอัดใจ				
.. ..				
.. ..				
.. ..				
32.				
33.				
34. คุณระบายความทุกข์ใจให้คนครอบครัวฟังได้				
35. ครอบครัวของคุณให้ความสำคัญต่อความรู้สึกของสมาชิก				
36. ในครอบครัวของคุณมีความรู้สึกที่ไม่ดีเกิดขึ้นมากมาย				

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองตามแนวทางสุขภาพบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ จำนวน 22 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ และขอให้นักเรียนอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วพิจารณาว่าใน 1 เดือนที่ผ่านมา นักเรียนปฏิบัติในข้อความนั้น ๆ บ่อยเพียงใด โดยลักษณะคำตอบมีดังต่อไปนี้

ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา นักเรียนไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	นักเรียนปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น โดยเฉลี่ย 1-2 ครั้ง ต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	นักเรียนปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น โดยเฉลี่ย 3-4 ครั้ง ต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	นักเรียนปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น โดยเฉลี่ย 5-7 ครั้ง ต่อสัปดาห์

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
1. ด้านอนามัยส่วนบุคคล				
1.1 นักเรียนมีการดูแลความสะอาดร่างกาย โดยการอาบน้ำทุกวัน สระผม และแปรงฟันในตอนเช้าและก่อนนอน				
1.2				
1.3				
2. ด้านอาหารและโภชนาการ				
2.1 นักเรียนรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ และตรงเวลา				
2.2				
2.3				
3. ด้านการออกกำลังกาย				
3.1 นักเรียนออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที				
3.2				
4. ด้านสุขภาพจิต				
4.1 นักเรียนนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง				

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
4.2				
4.3				
5. ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ				
5.1 นักเรียนสวมหมวกกันน็อกขณะขับขี่หรือซ้อนท้ายจักรยานยนต์และปฏิบัติตามกฎจราจร เช่น ไม่ขับรถฝ่าไฟแดง				
5.2				
5.3				
6. ด้านสารเสพติดและอบายมุข				
6.1 นักเรียนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า ไวน์ เบียร์				
6.2				
6.3				
6.4				
6.5				
7. ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและสร้างสรรค์สังคม				
7.1 นักเรียนมีการประหยัดทรัพยากร เช่น ไม่เปิดไฟหรือเปิดน้ำทิ้งไว้ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน เป็นต้น				
7.2				
7.3				



ใบพินัยสิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย (participant Information)

การวิจัยเรื่อง บัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม
 รหัสจริยธรรมการวิจัย 16-12-2557
 ชื่อผู้วิจัย นางชญานิกา ศรีวิชัย

เรียน ผู้ปกครอง / ผู้แทนโดยชอบธรรมของนักเรียนทุกท่าน

เนื่องจากดิฉัน นางชญานิกา ศรีวิชัย เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังทำวิจัยเรื่อง บัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลของเพศ การรับรู้ความสามารถตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อน และการทำหน้าที่ของครอบครัว ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม

เด็กในปกครองของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับการศึกษาครั้งนี้ คือเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดปทุมธานี เล่นเกมมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน นานติดต่อกัน 3 วันขึ้นไป

เมื่อเด็กในปกครองของท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่จะต้องปฏิบัติคือตอบแบบสอบถามสำหรับการวิจัยครั้งนี้ให้ครบด้วย ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามชุดนี้ประมาณ 20 - 30 นาที ประโยชน์ที่จะได้รับผลการวิจัยในครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม

การเข้าร่วมการวิจัยของเด็กในปกครองของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ และเด็กในปกครองของท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า และไม่ส่งผลกระทบต่อใด ๆ กับเด็กในปกครองของท่าน การเก็บรวบรวมข้อมูลจะไม่มีภาระบุชื่อ-สกุลของเด็กในปกครองของท่านที่ทำให้ทราบว่าข้อมูลนี้เป็นของเด็กในปกครองของท่าน แต่ใช้รหัสตัวเลขแทน ผู้วิจัยจะเก็บแบบสอบถามข้อมูลที่เด็กในความปกครองของท่าน และใบอนุญาตการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยไว้ในตู้เอกสารที่มีกุญแจล็อก ส่วนการ

เข้าถึงข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์จะต้องใช้รหัสในการเปิดทุกครั้ง โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลจากการวิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยเชิงวิชาการใน
ภาพรวม ผู้วิจัยจะทำลายเอกสารข้อมูลทั้งหมดภายหลังจากที่ผลการวิจัยเผยแพร่เรียบร้อยแล้ว

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวัน
ทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางชญานี
กา ศรีวิชัย โทรศัพท์ 085-119-021-2 และอาจารย์ที่ปรึกษาหลักคือ รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชย
มงคล โทรศัพท์ 038-102809 ผู้วิจัยขอขอบคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัย

ชญานีกา ศรีวิชัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธาน
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับนักเรียน)

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม
รหัสจริยธรรมการวิจัย 16-12-2557
ชื่อผู้วิจัย นางชญานิกา ศรีวิชัย

เรียน นักเรียนทุกท่าน

เนื่องจากดิฉัน นางชญานิกา ศรีวิชัย เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังทำวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลของเพศ การรับรู้ความสามารถตนเอง สัมพันธภาพกับเพื่อน และการทำหน้าที่ของครอบครัว ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม

นักเรียนได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับการศึกษาครั้งนี้ คือเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดปทุมธานี เล่นเกมมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน นานติดต่อกัน 3 วันขึ้นไป

เมื่อนักเรียนเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่จะต้องปฏิบัติคือตอบแบบสอบถามสำหรับการวิจัยครั้งนี้ให้ครบด้วย ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามชุดนี้ประมาณ 20 - 30 นาที ประโยชน์ที่จะได้รับผลการวิจัยในครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม

การเข้าร่วมการวิจัยของนักเรียนครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ และนักเรียนสามารถปฏิเสธการเข้าร่วม โครงการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัย โดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า และไม่ส่งผลกระทบต่อใด ๆ กับนักเรียนการเก็บรวบรวมข้อมูลจะไม่มีภาระระบุชื่อ-สกุลของนักเรียนที่ทำให้ทราบว่าข้อมูลนี้เป็นของนักเรียน แต่ใช้รหัสตัวเลขแทน ผู้วิจัยจะเก็บแบบสอบถาม

ข้อมูลที่นักเรียนตอบ และใบอนุญาตการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยไว้ในคู่มือสารที่มีกฤตเจลล็อก ส่วนการเข้าถึงข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์จะต้องใช้รหัสในการเปิดทุกครั้งโดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลจากการวิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยเชิงวิชาการในภาพรวม ผู้วิจัยจะทำลายเอกสารข้อมูลทั้งหมดภายหลังจากที่ผลการวิจัยเผยแพร่เรียบร้อยแล้ว

หากนักเรียนมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางชฎานิกา ศรีวิชัย โทรศัพท์ 085-119-021-2 และอาจารย์ที่ปรึกษาหลักคือ รองศาสตราจารย์ ดร. นุจรี ไชยมงคล โทรศัพท์ 038-102809 ผู้วิจัยขอขอบคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัย

ชฎานิกา ศรีวิชัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่คิดเกม

วันให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้าและนักเรียนในความปกครอง

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม..... ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม..... พยาน

(.....)

ลงนาม..... ผู้วิจัย

(นางชฎานิกา ศรีวิชัย)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง
หรือผู้แทน โดยชอบธรรม (เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง.....)

ลงนาม..... ผู้ปกครองผู้แทน
(.....) โดยชอบธรรม

ลงนาม..... พยาน
(.....)

ลงนาม..... ผู้วิจัย
(นางชฎานิกา ศรีวิชัย)

ภาคผนวก ข
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
sumsf	141	2.14	3.71	2.9782	.34446
sumrf	141	1.81	5.00	3.6893	.68729
sumcf	141	1.89	3.72	2.8647	.36450
sumhb	141	1.75	4.00	2.7000	.42363
Valid N (listwise)	141				

Correlations

[DataSet3] D:\พินิจ2\data Dr.NUI.sav

Correlations

		nsex	sumsf	sumrf	sumcf	sumhb
nsex	Pearson Correlation	1	-.185*	.086	-.019	-.251**
	Sig. (2-tailed)		.028	.312	.822	.003
	N	141	141	141	141	141
sumsf	Pearson Correlation	-.185*	1	.212*	.104	.258**
	Sig. (2-tailed)	.028		.012	.222	.002
	N	141	141	141	141	141
sumrf	Pearson Correlation	.086	.212*	1	.123	.226**
	Sig. (2-tailed)	.312	.012		.146	.007
	N	141	141	141	141	141
sumcf	Pearson Correlation	-.019	.104	.123	1	.179*
	Sig. (2-tailed)	.822	.222	.146		.034
	N	141	141	141	141	141
sumhb	Pearson Correlation	-.251**	.258**	.226**	.179*	1
	Sig. (2-tailed)	.003	.002	.007	.034	
	N	141	141	141	141	141

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.258 ^a	.067	.060	.41072
2	.331 ^b	.109	.096	.40268
3	.389 ^c	.151	.132	.39460

a. Predictors: (Constant), sumsf

b. Predictors: (Constant), sumsf, nsex

c. Predictors: (Constant), sumsf, nsex, sumrf

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1.677	1	1.677	9.943	.002 ^b
	Residual	23.448	139	.169		
	Total	25.125	140			
2	Regression	2.748	2	1.374	8.473	.000 ^c
	Residual	22.377	138	.162		
	Total	25.125	140			
3	Regression	3.793	3	1.264	8.120	.000 ^d
	Residual	21.332	137	.156		
	Total	25.125	140			

a. Dependent Variable: sumhb

b. Predictors: (Constant), sumsf

c. Predictors: (Constant), sumsf, nsex

d. Predictors: (Constant), sumsf, nsex, sumrf

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.754	.302		5.805	.000
	sumsf	.318	.101	.258	3.153	.002
2	(Constant)	1.980	.309		6.408	.000
	sumsf	.270	.101	.220	2.686	.008
	nsex	-.178	.069	-.210	-2.570	.011
3	(Constant)	1.694	.322		5.257	.000
	sumsf	.209	.101	.170	2.063	.041
	nsex	-.201	.068	-.237	-2.937	.004
	sumrf	.130	.050	.210	2.591	.011

a. Dependent Variable: sumhb

Excluded Variables^a

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics	
					Tolerance	
1	nsex	-.210 ^b	-2.570	.011	-.214	.966
	sumrf	.179 ^b	2.169	.032	.182	.955
	sumcf	.154 ^b	1.883	.062	.158	.989
2	sumrf	.210 ^c	2.591	.011	.216	.939
	sumcf	.154 ^c	1.922	.057	.162	.989
3	sumcf	.134 ^d	1.691	.093	.144	.978

a. Dependent Variable: sumhb

b. Predictors in the Model: (Constant), sumsf

c. Predictors in the Model: (Constant), sumsf, nsex

d. Predictors in the Model: (Constant), sumsf, nsex, sumrf

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.258 ^a	.067	.060	.41072	.067	9.943	1	139	.002
2	.331 ^b	.109	.096	.40268	.043	6.603	1	138	.011
3	.389 ^c	.151	.132	.39460	.042	6.712	1	137	.011

a. Predictors: (Constant), sumsf

b. Predictors: (Constant), sumsf, nsex

c. Predictors: (Constant), sumsf, nsex, sumrf