

ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต



นางสาวณัฐธยาน์ ช่วยธานี

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

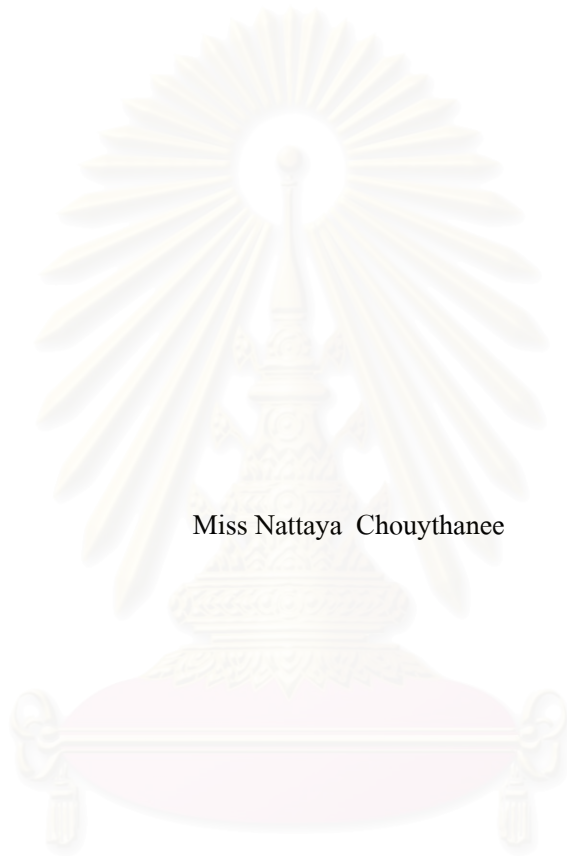
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2550

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH OF EARLY ADOLESCENTS
WITH INTERNET ADDICTION



Miss Nattaya Chouythanee

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

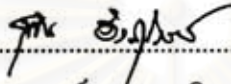
Chulalongkorn University

Academic Year 2007


Copyright of Chulalongkorn University


หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่คิดอินเทอร์เน็ต
โดย นางสาวณัฐธยาน์ ช่วยธานี
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลบัณฑิต


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร.อุทิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)


.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.เอมอร จังศิริพรปกรณ)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ณัฐธยาน์ ช่วยธานี : ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต
(SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH OF EARLY ADOLESCENTS WITH
INTERNET ADDICTION) อ.ที่ปรึกษา: ศศ.ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 160 หน้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และการใช้อินเทอร์เน็ตกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนที่ติดอินเทอร์เน็ตที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในโรงเรียนขนาดใหญ่ 4 แห่ง ในจังหวัดภาคใต้ตอนบน จำนวน 111 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบวัดการติดอินเทอร์เน็ต แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภค แบบสอบถามพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และแบบวัดสุขภาพของเด็กวัยรุ่น ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและมีความเที่ยงจากการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .73, .65, .77 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณหาจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .53
2. พฤติกรรมการบริโภค และพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = .468$ และ $.318$) ส่วนการใช้อินเทอร์เน็ตไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นที่ติดอินเทอร์เน็ตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....

ปีการศึกษา.....2550.....

ลายมือชื่อนิสิต.....*ณัฐธยาน์ ช่วยธานี*.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....*วราภรณ์ ชัยวัฒน์*.....

4677620536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD : HEALTH OF EARLY ADOLESCENTS/ INTERNET ADDICTION

NATTAYA CHOUYTHANEE : SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH OF EARLY ADOLESCENTS WITH INTERNET ADDICTION. THESIS ADVISOR : ASST. PROF. WARAPORN CHAIYAWAT, D.N.S., 160 pp.

Purposes of this study were to examine health of early adolescents with internet addiction and the relationships between eating behaviors, activity and exercise behaviors, internet use, and health of early adolescents with internet addiction. Study sample consisted of 111 internet addicted students in grade 7- 9 in 4 large schools in upper southern part of Thailand. Subjects were selected by multistage random sampling. Instruments included internet addiction questionnaire, eating behaviors questionnaire, activity and exercise behaviors questionnaire, and adolescent's health questionnaire. Content validity for all questionnaires was established by a panel of experts. Cronbach's alpha coefficients of the instruments were .73, .65, .77 and .96, respectively. Data were analyzed by Percentage, mean, standard deviation and Pearson product-moment correlation.

The results were as follows:

1. Health of early adolescents with internet addiction was good. ($\bar{X} = 3.98$, S.D = .53)
2. Eating behaviors, and activity and exercise behaviors were positively correlated with health of early adolescents with internet addiction, at the level of .05 ($r = .468$, and .318, respectively). Internet use was not significantly statistically correlated with health of early adolescents addicted to internet.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Field of study.....Nursing Science.....

Academic year.....2007.....

Student's signature.....

Advisor's signature.....

Waraporn Chaiyawat

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขข้อบกพร่อง รวมทั้งให้ความเมตตาและเป็นกำลังใจที่สำคัญมาตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.เอมอร จังศิริพรปกรณั์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการสถานศึกษา และผู้ที่เกี่ยวข้องที่กรุณาให้ความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตรัง และพี่ๆ น้องๆ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาลตรัง ที่สนับสนุนด้านเวลาเพื่อการศึกษา รวมทั้งขอขอบคุณพี่ๆ น้อง ๆ เพื่อนๆ ร่วมรุ่น และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้แก่ผู้วิจัยตลอดเส้นทางของการศึกษา

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ที่ล่วงลับไปแล้ว และครอบครัว พี่ ๆ น้อง ๆ เพื่อน ๆ และหลาน ๆ ที่คอยให้ความห่วงใย เป็นกำลังใจ และให้การช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้วิจัย ทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจ ความพยายาม และอดทนที่จะต่อสู้อุปสรรคต่างๆ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ ลุล่วงด้วยดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวคิดเหตุผลสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลเด็กวัยรุ่น.....	12
การติดอินเทอร์เน็ตของเด็กวัยรุ่น.....	19
แนวคิดสุขภาวะ.....	25
ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะของเด็กวัยรุ่น.....	38
บทบาทพยาบาลในการพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยรุ่น.....	62
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	71
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	78
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	79
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	79
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	85
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	91
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	92
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	93
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	94

	หน้า
บทที่ 5	
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	106
สรุปผลการวิจัย.....	107
อภิปรายผลการวิจัย.....	108
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	114
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	114
รายการอ้างอิง.....	115
ภาคผนวก.....	124
ภาคผนวก ก	
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	125
ภาคผนวก ข	
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการ เก็บข้อมูลวิจัย.....	127
ภาคผนวก ค	
เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ ในการวิจัย.....	138
ภาคผนวก ง	
เกณฑ์การแบ่งระดับพฤติกรรมการบริโภค และพฤติกรรมการทำ กิจกรรมและการออกกำลังกาย และการใช้อินเทอร์เน็ต.....	156
ภาคผนวก จ	
การพิจารณากรรมการวิจัยในมนุษย์ และการใช้สัตว์ทดลอง ในการวิจัยกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....	159
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	160

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงพลังงานที่ต้องการในหนึ่งวันของเด็กอายุ 10-19 ปี.....	44
2	แสดงการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน.....	82
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่นตอนต้น จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษาและสถานภาพทางครอบครัว (n = 111).....	83
4	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการใช้อินเทอร์เน็ตในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต.....	84
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่นที่ติดอินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตในหนึ่งสัปดาห์.....	85
6	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามในการทดลองใช้เครื่องมือ (n = 30) เปรียบเทียบกับการใช้เก็บข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่าง (n = 111).....	91
7	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่น จำแนกตามสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นที่ติดอินเทอร์เน็ต (n = 111 คน).....	95
8	คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสุขภาวะทางกายของเด็กวัยรุ่นที่ติดอินเทอร์เน็ต.....	96
9	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสุขภาวะทางจิตของเด็กวัยรุ่นที่ติดอินเทอร์เน็ต (n = 111 คน).....	97
10	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสุขภาวะทางสังคมของเด็กวัยรุ่นที่ติดอินเทอร์เน็ต (n = 111 คน).....	98
11	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสุขภาวะทางจิตวิญญาณของเด็กวัยรุ่นที่ติดอินเทอร์เน็ต (n = 111 คน).....	99
12	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และใช้อินเทอร์เน็ตกับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นที่ติดอินเทอร์เน็ต.....	100
13	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ระหว่างพฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ใช้อินเทอร์เน็ต (n = 111 คน).....	101

14	ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาคิดเป็นจำนวนชั่วโมงที่เด็กวัยรุ่น ที่ติดอินเทอร์เน็ตใช้อินเทอร์เน็ต.....	101
15	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการใช้ เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต.....	102
16	เปรียบเทียบความแปรปรวนของสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้น ที่ติดอินเทอร์เน็ตกับพฤติกรรมการใช้ในในระดับที่ต่างกัน.....	102
17	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตราย คู่ระหว่างกลุ่มที่มีพฤติกรรมใช้ในระดับดี ปานกลาง ต่ำ.....	103
18	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรม การกิจกรรมและการออกกำลังกายของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต.....	103
19	เปรียบเทียบความแปรปรวนของสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้น ที่ติดอินเทอร์เน็ต.....	104
20	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตรายคู่ระหว่างกลุ่มที่มีพฤติกรรมทำ กิจกรรมและการออกกำลังกายระดับดี ปานกลาง ต่ำ.....	104
21	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ การใช้อินเทอร์เน็ตของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต.....	105
22	เปรียบเทียบความแปรปรวนของสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้น ที่ติดอินเทอร์เน็ต.....	105

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กวัยรุ่นเป็นผู้ที่เริ่มต้นก้าวเข้าสู่การเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต การดูแลสุขภาพเด็กวัยรุ่นจึงมีความสำคัญเนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพเกือบทั้งหมดเริ่มในระยาะเด็กวัยรุ่น โดยเฉพาะเด็กวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งเป็นวัยมีร่างกายเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน อยู่ในระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของการเปลี่ยนแปลงจากเด็กเล็กมาเป็นเด็กโตเต็มที (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2545) และเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตช่วงที่มีความสำคัญมากในชีวิต มีการพัฒนาเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในหลายด้านพร้อมกันทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ และการปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคม (ประกายทิพย์ นิยมรัฐ, 2547) ต้องการความเป็นอิสระ การเป็นตัวของตัวเอง ขณะเดียวกันก็ยังไม่มีความวุฒิภาวะพอ เมื่อเด็กต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีอยู่ในตนเอง ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม ก็จะผลักดันให้เด็กวัยรุ่นจำนวนไม่น้อย มีปัญหาด้านสุขภาพในช่วงนี้ (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2544)

ปัญหาของเด็กวัยรุ่นตอนต้น อาจกล่าวได้ว่า มาจากสภาพการเปลี่ยนแปลงของเด็กวัยรุ่นเอง เนื่องจากเด็กวัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยที่อยากรู้อยากเห็น อยากรทดลอง และต้องการการยอมรับจากเพื่อน กลุ่มเพื่อนจึงมีอิทธิพลต่อความนึกคิดของเด็กวัยรุ่นตอนต้นเป็นอย่างมาก จึงอาจถูกชักจูงได้ง่าย (สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2549) และเสี่ยงต่อการถูกชักชวนให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และการมีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนทำลายสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ หรือคุกคามต่อชีวิตแทบทั้งสิ้น (รุจาทวี ไพบูลย์, 2547) ซึ่งต่างกับเด็กวัยรุ่นตอนปลาย เด็กวัยรุ่นจะมีอารมณ์ที่เริ่มสงบลง มีความคิดอ่าน มีการรับผิดชอบตนเองได้มากขึ้น รู้จักแก้ปัญหาและคิดได้กว้างไกลขึ้น มีการพัฒนาตนเองเป็นผู้ใหญ่ขึ้น (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2545)

ปัญหาของเด็กวัยรุ่นตอนต้นไม่ใช่ปัญหาความเจ็บป่วย ที่จะต้องมารับบริการในทันทีทันใด ส่วนใหญ่เป็นปัญหาสะสม และเด็กวัยรุ่นมีทางเลือกที่จะมองวิธีการแก้ปัญหาเองได้ ซึ่งต่างกับประชาชนทั่วไป ถ้าเจ็บป่วยจริง ๆ จะเข้ารับบริการจากหน่วยให้บริการในเวลาที่กำหนด แต่เด็กวัยรุ่นไม่ใช่เช่นนั้น (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2544) หากเด็กวัยรุ่นตอนต้นไม่ได้รับการดูแลอย่างดีก็จะทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพตามมาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว จึงศึกษาสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น เพราะการดูแลสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ยังเป็นปัจจัยสำคัญในการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กวัยรุ่น

สุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นจะดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากปัจจัยจากตัวเด็กเอง ส่วนหนึ่งอาจเกิดปัจจัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจุบันนี้ปัจจัยสิ่งแวดล้อมก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าสนใจว่ามีบทบาทมากในชีวิตของเด็กวัยรุ่นตอนต้นสมัยใหม่ ก็คือ คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นสิ่งใกล้ตัวและมีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อการเรียนรู้ของเด็กวัยรุ่นตอนต้น จนอาจเรียกได้ว่า เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเลยก็ได้ ในสังคมปัจจุบันพ่อแม่ ผู้ปกครองของเด็กบางคนถึงขนาดต้องนำเด็กเหล่านั้นมาฝากไว้ตามร้านอินเทอร์เน็ต ร้านอินเทอร์เน็ตบางแห่งจึงกลายเป็นสถานเลี้ยงเด็ก โดยปริยาย ดังนั้นเด็กวัยรุ่นตอนต้นจึงง่ายต่อการตกเป็นเหยื่อทางออนไลน์ โดยการเล่นเกม การส่งข้อความ การดูภาพลามก และการเข้าห้องสนทนา ซึ่งส่วนมากจะเป็นเด็กนักเรียน และนักศึกษา เนื่องจากปัจจุบันนักเรียนได้มีโอกาสรู้จักและใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้นอีก ในโรงเรียนบางแห่งทั้งการเรียนการสอนในบางรายวิชาได้ให้นักเรียนหาข้อมูลต่างๆ ผ่านอินเทอร์เน็ตเท่านั้น (ชัชพงศ์ ตังมณี และอรุณี กำลัง, 2545)

จากการสำรวจการใช้อินเทอร์เน็ตในอเมริกา พบว่าร้อยละ 6 ของผู้ใช้อินเทอร์เน็ตมีการติดอินเทอร์เน็ต และ ร้อยละ 5 – 10 ของผู้ใช้อินเทอร์เน็ตทั้งหมดอาจจะมีโอกาสเข้าสู่ภาวะติดอินเทอร์เน็ตได้ (NUALTD, 2004) ในขณะเดียวกัน หากเด็กวัยรุ่นตอนต้นมีการใช้อินเทอร์เน็ตจำนวนมากขึ้น ก็ต้องมีกลุ่มที่มีโอกาสติดอินเทอร์เน็ต ได้เช่นเดียวกัน ดังนั้นกลุ่มที่มีความเสี่ยงมากที่สุด คือ เด็กวัยรุ่นตอนต้นนั่นเอง

จากการศึกษาวิถีชีวิตของเด็กวัยรุ่นตอนต้นในปัจจุบันพบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นค่อนข้างห่างเหินครอบครัว ใช้เวลาว่างและทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวน้อยลง ชอบสะสมของมีค่า ห้อตามเพื่อน และตามแฟชั่น ใช้จ่ายไปกับเครื่องสำอาง ของฟุ่มเฟือย โทรศัพท์มือถือ การใช้คอมพิวเตอร์ และมักจะเลยการเข้าร่วมกับกิจกรรมทางสังคม สามอันดับต้น ๆ ของการใช้เวลาว่างของเด็กวัยรุ่นตอนต้น คือ การแชตหรือการส่ง SMS ทางโทรศัพท์มือถือ การเล่นเกมคอมพิวเตอร์ และการใช้อินเทอร์เน็ต (มูลนิธิสถาบันครอบครัวไทย, 2550)

ในประเทศไทยได้มีการศึกษาของคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เกี่ยวกับปัญหาการติดอินเทอร์เน็ต – ติดเกม ตั้งแต่ปี 2540 - 2550 พบว่า อัตราผู้ติดอินเทอร์เน็ตและเกมในประเทศไทยปัจจุบันมีสูงถึง 1.5 ล้านคน โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 5 – 18 ปี มีเพียงร้อยละ 20 ที่ใช้เพื่อหาความรู้ และร้อยละ 80 ใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่น ๆ เช่น เล่นเกมประเภทต่อสู้และใช้ความรุนแรง สนทนากับเพื่อนผ่านระบบออนไลน์ ดูหนัง ฟังเพลง และภาพลามกอนาจาร เป็นต้น (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2550)

จากการศึกษาของ Oreilly M (1996) พบว่า การติดอินเทอร์เน็ต (Internet addiction) เป็นความผิดปกติชนิดใหม่ที่ได้เข้าสู่การบัญญัติศัพท์ทางการแพทย์มานานแล้ว แต่สำหรับประเทศไทยมีการวินิจฉัยการติดอินเทอร์เน็ตเกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2543 จะเห็นได้ว่าอินเทอร์เน็ตได้กลายเป็นสิ่งเสพติดชนิดใหม่ หรือ เรียกว่า โรคติดอินเทอร์เน็ต ซึ่งการติดอินเทอร์เน็ต ก็คือ การทำกิจกรรมใด ๆ บนอินเทอร์เน็ตบ่อยหรือนานเกินไปจนอาจส่งผลกระทบต่อ

ต่อวิถีชีวิตปกติของผู้ทำกิจกรรม และทำให้คนรอบข้างเกิดความเครียด (Young, 1999) นอกจากนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตแล้ว ยังลดกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตลง ปฏิเสธที่จะใช้เวลาไปกับกิจกรรมอื่น ๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อเวลาที่ใช้อินเทอร์เน็ต ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมทางสังคม การเรียน มีการเปลี่ยนแปลงเวลานอน ไม่สนใจสุขภาพร่างกายของตนเอง ละทิ้งครอบครัว เพื่อนฝูง และสิ่งแวดล้อมรอบข้าง และมักขอเพิ่มเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้น (Ivan Goldberg, 1996) มีการนั่งจ้องหน้าจอคอมพิวเตอร์เป็นเวลานาน ๆ และมีอาการกระวนกระวายเมื่อต้องหยุดหรือเลิกใช้ ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการใช้ หรือหยุดใช้อินเทอร์เน็ตได้ (Young and Rogers, 1996)

เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตนั้น อาจรวมถึงเด็กติดเกมคอมพิวเตอร์ทางออนไลน์ หรือเด็กที่แชตกันทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้สนใจสาระ รายละเอียดของการเล่นของเด็กวัยรุ่นตอนต้น แต่สนใจเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตที่มีผลต่อสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นเท่านั้น เนื่องจากเด็กที่ติดอินเทอร์เน็ตมีความต้องการเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตที่มากขึ้น จนมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันหรือวิถีชีวิตของเด็กเหล่านั้น ซึ่งจะส่งผลทำให้เด็กวัยรุ่นไม่มีเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพราะในวันหนึ่ง ๆ เด็กวัยรุ่นตอนต้นจะมีวิถีชีวิตและมีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้ คือ การนอนหลับ การทำงาน การเดินทาง การเรียน การช่วยเหลืองานบ้าน การออกกำลังกาย และการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ เป็นต้น และมีเวลาว่างประมาณวันละ 2-4 ชั่วโมง (สุทธฤทัย เชิญขวัญ มาและคณะ 2546) มีรายงานผู้เล่นอินเทอร์เน็ตบางคนเล่นติดต่อกันเป็นเวลานาน โดยไม่ยอมนอน และไม่สนใจรับประทานอาหารและดื่มน้ำน้อยมากจนเสียชีวิตทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ (ศิริไชย หงส์สงวนศรี และพนม เกตุมาน ใน สุวรรณา เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2549)

จากสถานการณ์ข้างต้น เมื่อเด็กวัยรุ่นตอนต้นมีการใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับอินเทอร์เน็ตแล้ว วิถีชีวิตของเด็กวัยรุ่นตอนต้นดังกล่าวย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเด็กวัยรุ่นตอนต้นมีการติดอินเทอร์เน็ตด้วยแล้ว จะส่งผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา ถ้าหากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมจะก่อให้เกิดปัญหาดังกล่าว เช่น การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ไม่สนใจร่างกาย การเล่นอินเทอร์เน็ตนาน ๆ ทำให้มีอาการทางกาย เช่น ปวดหลัง ปวดศีรษะข้างเดียว สุขภาพทรุดโทรม และอาจจะส่งผลกระทบต่อสายตาของเด็กอีกด้วย ในระยะยาวยังอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจตามมาได้ (ไชยวัฒน์ บุตรพรหม, 2545)

มีการรายงานว่าเด็กที่นั่งใช้อินเทอร์เน็ตเป็นเวลานาน ๆ เกิดการอุดตันของเส้นเลือด และทำให้ผู้ที่ใช้อินเทอร์เน็ตติดต่อกัน 80 ชั่วโมงเสียชีวิตได้ ซึ่งพบในหลาย ๆ ประเทศ เช่น เกาหลี สำหรับประเทศไทยมีเด็กในจังหวัดเชียงราย เสียชีวิต เพราะนั่งใช้อินเทอร์เน็ตนานเกินไป เมื่อเดือนเมษายน 2548 และยังสัมพันธ์กับการเป็นโรคอ้วนในเด็กวัยรุ่นที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบันอีกด้วย (Vandewatet, 2004 อ้างถึงใน ศิริไชย หงส์สงวนศรี และพนม เกตุมาน ใน สุวรรณา เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2549) นอกจากนี้เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตยังลดกิจกรรมทางสังคมลง ละเลยครอบครัว และเพื่อน ทำให้สูญเสียความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น ๆ (Ivan Goldberg, 1996 and Orzack, 1998) ทำให้มี

โอกาสเกิดการสูญเสียความเจริญก้าวหน้าทางการเรียน และชีวิตส่วนตัว (Greenfield, 1999) มีผลกระทบกับชีวิตประจำวันในทุก ๆ ด้าน และส่งผลกระทบต่อถึงสภาวะทุก ๆ ด้านของเด็กวัยรุ่นตอนต้นด้วย ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทางด้านสภาวะร่างกาย สภาวะทางจิต สภาวะทางด้านสังคม และสภาวะทางจิตวิญญาณ

จากสถานการณ์ข้างต้น จะแสดงให้เห็นว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีการใช้อินเทอร์เน็ตจนเกิดเป็นความเจ็บป่วย และเป็นโรคต่าง ๆ ตามมา สภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต ไม่จำกัดอยู่ที่โรคหรือความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่เน้นถึงสภาวะแบบองค์รวม ตามค่านิยมของสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ไว้ว่า เป็นสภาวะที่สมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น (WHO, 1986)

วิวัฒนาการของความรู้เกี่ยวกับสภาวะ ปัจจุบันได้เปลี่ยนความเชื่อของมนุษย์ไปสู่นิวทอนที่ว่าโรคเกือบทุกโรคสามารถป้องกันได้และแม้มีโรคก็มีสภาวะที่ดีได้ ดังนั้นสภาวะจึงเป็นเครื่องชี้้นำสำหรับการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินการต่าง ๆ ให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ คือคนไทยทุกคนสามารถที่จะมีสภาวะได้เต็มตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ถึงแม้ว่าจะมีความเจ็บป่วยหรือพิการ (วิพุธ พูลเจริญ, 2543) รวมถึงเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตที่รุนแรงนั้นก็ยังสามารถบรรลุซึ่งสภาวะตามศักยภาพที่พึงมีได้เช่นกัน

จากแนวคิดเกี่ยวกับสภาวะของวิพุธ พูลเจริญ นั้นให้ความสำคัญกับพฤติกรรมกิจกรรมของคน ซึ่งตอบสนองต่อความต้องการของตนเองในทุกมิติอย่างเป็นพลวัตร เช่นเดียวกับแนวคิดด้านสุขภาพของนักทฤษฎีทางการพยาบาลที่มองสุขภาพเป็นองค์รวม และเป็นสภาวะหรือกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและต่อเนื่อง (Hunsberger, 1989) ทำให้สามารถประเมินพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นอยู่ เพื่อเป็นข้อมูลที่น่าไปสู่การพยาบาลเพื่อส่งเสริมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมได้ เนื่องจากการพยาบาลเป็นกิจกรรมเพื่อให้ผู้รับบริการมีความผาสุกตามศักยภาพ อันเป็นเป้าหมายสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล (Yura & Walsh, 1978) และพยาบาลก็มีบทบาทอย่างมากในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เลิกพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือพฤติกรรมเสี่ยง เนื่องจากปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่ป้องกันได้ด้วยการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม (สายสวาท เผ่าพงษ์, 2542) และแนวคิดดังกล่าวมีความสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม วิถีชีวิตของคนไทย รวมทั้งให้ความสำคัญกับทุกคนในการบรรลุถึงสภาวะ โดยมีได้จำกัดอยู่เพียงการไม่มีโรคหรือความบกพร่องทางกายหรือทางจิต ผู้ที่เจ็บป่วยก็สามารถบรรลุสภาวะได้ สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กล่าวว่า คนไทยทุกคนมีสิทธิอันเท่าเทียมกันในการที่จะได้รับการส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพ (พิศสมร เดชดวง, 2545)

พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค ให้การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตที่ไม่รุนแรงจนเกิดความเจ็บป่วยนั้นก็ยังมีปัญหาสุขภาพเช่นกัน จากที่ได้กล่าวแล้วว่า การที่เด็กใช้เวลาจำนวนมากในแต่ละวันไปกับ

หน้าจอกอมพิวเตอร์ และเล่นอินเทอร์เน็ตนั้นจะก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของเด็กหลายประการ นอกจากจะบั่นทอนสุขภาพร่างกาย จิตใจของผู้ใช้แล้ว ยังเป็นต้นเหตุของการสูญเสียทางด้านภาวะเศรษฐกิจอีกด้วย นอกจากจะส่งผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว สังคมแล้ว ยังส่งผลให้ความหวังของประเทศในการที่จะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ คุณภาพชีวิต และสิ่งแวดล้อมไม่ประสบผลสำเร็จ การที่พยาบาลจะช่วยให้สุขภาพของเด็กวัยรุ่นกลุ่มนี้อยู่ในภาวะที่ดีที่สุดเป็นไปได้ นั้น พยาบาลจำเป็นต้องทราบว่าปัจจัยใดเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อสุขภาพ แม้ว่าพยาบาลจะทราบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล โดยทั่วไปประกอบด้วยอะไรบ้าง แต่ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงสุขภาพของเด็กวัยรุ่นที่ติดอินเทอร์เน็ตในประเทศไทย และปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของเด็กวัยรุ่นที่ติดอินเทอร์เน็ต การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของเด็กที่ติดอินเทอร์เน็ต จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการพัฒนาสุขภาพของเด็กกลุ่มนี้

สุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นเกี่ยวข้องกับระดับความกลมกลืนเป็นหนึ่งในเดียวของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ในตัวบุคคลที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง ทำให้ร่างกายแข็งแรง การดำรงชีวิตมีความสุข แต่จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ พบว่า สุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตยังไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อตัวเด็กวัยรุ่นและครอบครัว ในฐานะพยาบาลเด็กที่มีหน้าที่สร้างและส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น จึงมีความสนใจที่จะศึกษาสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต ความรู้ที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นพื้นฐานความรู้ให้พยาบาลสามารถทำความเข้าใจกับปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต เพื่อใช้เป็นแนวทางการวางแผนการพยาบาล การให้คำปรึกษาแนะนำการดูแลสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้เด็กวัยรุ่นตอนต้นคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสุขภาพในเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายและการใช้อินเทอร์เน็ตกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต

คำถามการวิจัย

1. สุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายและการใช้อินเทอร์เน็ต มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตหรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมุติฐาน

การศึกษารั้้งนี้ เป็นการศึกษาสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และการใช้อินเทอร์เน็ตกับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต ซึ่งปัจจัยดังกล่าวได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการบริโภค เมื่อเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีแล้ว จะส่งผลให้เด็กวัยรุ่นตอนต้นเหล่านั้นมีสุขภาวะที่ดีได้ด้วย ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคหมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพื่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย และหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งเน้นที่การกระทำให้สุขภาพดี (Pender, 1996)

อาหารมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของร่างกายเด็กวัยรุ่นตอนต้นอย่างมาก ถ้าเด็กวัยรุ่นตอนต้นได้รับอาหารครบห้าหมู่ และสารอาหารที่เหมาะสม จะทำให้ร่างกายมีภาวะโภชนาการที่ดี มีผลทำให้ร่างกายเจริญเติบโตเต็มที่ทั้งด้านน้ำหนักและส่วนสูง เป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพสมบูรณ์ ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นว่าเด็กวัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาวะที่ดีนั่นเอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พฤติกรรมการบริโภคเป็นวิถีชีวิตหนึ่งที่มีความสำคัญสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น (Robinson and Kish , 2001) เด็กกลุ่มนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเป็นอย่างมากต่างจากเด็กวัยรุ่นตอนต้นทั่วไป เช่น ละเลยการดูแลตนเอง แบบแผนการรับประทานอาหารและแบบแผนชีวิตเปลี่ยนแปลงไป คือไม่รับประทานอาหารเช้า มีหลัก รับประทานอาหารเช้าไม่ตรงเวลา และไม่ครบทั้ง 5 หมู่ แต่จะรับประทานอาหารเช้าหน้าคอมพิวเตอร์แทน (ไชยวัฒน์ บุตรพรหม, 2545; Peter & Bodkin ,2007; Orzack, 2001; Wieland, 2005) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นพฤติกรรมการบริโภคดังกล่าว จึงน่าจะส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตเช่นกัน แต่หากเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีแล้ว อาจส่งผลให้เด็กกลุ่มนี้มีสุขภาวะที่ดีได้เช่นเดียวกัน ดังนั้นพฤติกรรมการบริโภคน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต

2. พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย หากเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ร่างกายแข็งแรง ก็จะส่งผลให้เด็กวัยรุ่นตอนต้นเหล่านั้น มีสุขภาวะทั้ง 4 มิติดีด้วยเช่นกัน เนื่องจากการออกกำลังกาย จะช่วยให้มีการหลั่ง “สารสุข” (เอ็นโดรฟิน) ทำให้ร่างกายกระปรี้กระเปร่า จิตใจสงบ และเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค มีผลดีต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิต สามารถป้องกันและรักษาโรคต่าง ๆ ได้

การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย เป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญต่อร่างกายอย่างยิ่ง และเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อการเจริญเติบโต เด็กที่ไม่ค่อยออกกำลังกายแต่มีอาหารการกิน อุดมสมบูรณ์อาจมีส่วนสูงและน้ำหนักตัวมากกว่าเด็กในวัยเดียวกันโดยเฉลี่ย แต่ส่วนใหญ่แล้วจะมีไขมันมากเกินไป มีกระดูกเล็ก หัวใจมีขนาดเล็กเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ร่างกายจะผลิตฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตอย่างถูกส่วน จึงกระตุ้นให้อวัยวะต่าง ๆ เจริญขึ้นพร้อมกัน ไปทั้งขนาด รูปร่าง และหน้าที่การทำงาน และเมื่อประกอบกับผลของการออกกำลังกายที่ทำให้เจริญอาหาร การย่อยอาหาร และการขับถ่ายดี เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีการออกกำลังกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอจึงมีการเจริญเติบโตดีกว่าเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ขาดการออกกำลังกาย (การกีฬาแห่งประเทศไทย, 2533)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายเป็นวิถีชีวิตสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นตัวหนึ่ง (Robinson and Kish , 2001) วิถีชีวิตของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต มักใช้เวลาในการเล่นอินเทอร์เน็ตที่นานเกินไป ทำให้ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย และมีการใช้วาระบางส่วน เช่น ข้อมือ และนิ้วมือมากเกินไป จนทำให้เกิดอาการชา และปวดบริเวณนิ้วหัวแม่มือ นิ้วกลาง นิ้วก้อย และอาจมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Orzack, 1999) อาจส่งผลให้ในอนาคตเด็กวัยรุ่นตอนต้นจะมีปัญหาด้านสุขภาวะทางด้านร่างกายดังกล่าวเพิ่มขึ้น จนเกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้น ทำให้เด็กวัยรุ่นตอนต้นสูญเสียโอกาสที่ดี ๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ และในระยะยาวอาจส่งผลสุขภาวะด้านอื่น ๆ ตามมาด้วย เช่น ทางด้านสังคม จิตใจ และด้านจิตวิญญาณ ถ้าหากเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายที่เหมาะสมแล้ว อาจทำให้เด็กกลุ่มนี้มีสุขภาวะที่ดีได้เช่นเดียวกัน ดังนั้น ปัจจัยด้านพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย น่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต

3. การใช้อินเทอร์เน็ต วิถีชีวิตของคนเราในวันหนึ่ง ๆ มีกิจกรรมต่าง ๆ มากมาย แต่เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตกลับให้ความสำคัญและใช้เวลากับอินเทอร์เน็ตเป็นส่วนใหญ่ การใช้เวลากับอินเทอร์เน็ตเป็นระยะเวลานาน ๆ ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต ดังนั้นการใช้อินเทอร์เน็ตจำนวนมากหรือน้อยต่างกัน ย่อมมีผลต่อสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นดังกล่าว เนื่องจากการใช้อินเทอร์เน็ต เปรียบเสมือนการใช้สิ่งเสพติดของเด็กวัยรุ่นตอนต้นนั่นเอง การใช้อินเทอร์เน็ต ก็คือ เป็นการเล่นอินเทอร์เน็ตในแต่ละครั้ง และเมื่อมีการใช้อินเทอร์เน็ตที่มีความถี่เพิ่มมากขึ้น จนกลายเป็นอาการติดอินเทอร์เน็ต นั่นก็คือ มีการหมกมุ่นกับการใช้อินเทอร์เน็ต รู้สึกว่ามีความต้องการใช้เน็ตมากขึ้น และใช้เน็ตเป็นเวลานานกว่าปกติ จนกระทั่งเกิดผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน การเรียน หรือหน้าที่ความรับผิดชอบ ไม่สามารถควบคุมการใช้เน็ตของตัวเองได้ทั้ง ๆ ที่รู้ว่ามากเกินไปแล้ว (ดวงใจ กสานติกุล, สัมภาษณ์ , 2545 อ้างถึงใน ไชยวัฒน์ บุตรพรหม, 2545)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การใช้สิ่งเสพติดเป็นวิถีชีวิตสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น และสำหรับเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต สิ่งเสพติดที่สำคัญที่สุดคือ อินเทอร์เน็ต (Robinson and Kish , 2001) วิถีชีวิตของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต นอกจากจะครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพแล้ว ยังรวมถึง ระยะเวลาการติดอินเทอร์เน็ต และลักษณะการใช้อินเทอร์เน็ตของเด็กอีกด้วย เพราะสิ่งเหล่านี้สะท้อนถึงวิถีชีวิตของเด็กวัยรุ่น เนื่องจากการติดอินเทอร์เน็ตเป็นการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของเด็กนั่นเอง (ธนิกานต์ มาฆะศิริานนท์, 2545) เด็กเหล่านี้มักมีเวลาในการพักผ่อนนอนหลับน้อยกว่าปกติ จากการหมกมุ่นกับการเล่นอินเทอร์เน็ต (ไชยวัฒน์ บุตรพรหม, 2545; Peter & Bodkin ,2007; Orzack, 2001; Wieland, 2005)

จะเห็นได้ว่า การใช้อินเทอร์เน็ตมีความเกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตเป็นอย่างมาก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า คนไทยใช้เวลาในการเล่นอินเทอร์เน็ตมากเกินไป เวลาการใช้ที่ไม่เหมาะสม เล่นกันตั้งแต่ช่วงหัวค่ำถึงดึก (ทวีศักดิ์ กอนันต์กุล, 2543 อ้างถึงในไชยวัฒน์ บุตรพรหม, 2545) ซึ่งผลกระทบของการที่ผู้ใหญ่ใช้อินเทอร์เน็ตเป็นเวลานาน ๆ จะส่งผลทำให้เสียสายตาเนื่องจากจ้องจอคอมพิวเตอร์นาน ๆ การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดอาการอ่อนเพลีย ปวดหลัง ปวดศีรษะข้างเดียว สุขภาพทรุดโทรม ส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน และเกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่รุนแรงตามมา (Young, 1999 cited in Wang, 2001) เช่นเดียวกัน หากเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีระยะเวลาการใช้อินเทอร์เน็ตที่นานขึ้นและมีความต่อเนื่องกัน ก็น่าจะมีผลกระทบต่อเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตเช่นเดียวกับผู้ใหญ่และอาจรุนแรงกว่า ไม่ว่าจะเป็นความผิดปกติทางด้านสุขภาพร่างกาย ด้านการเรียน ด้านสัมพันธ์ทางสังคม ด้านการเงิน เป็นต้น ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำการใช้อินเทอร์เน็ตมาศึกษา ซึ่งน่าจะมี ความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต

สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. พฤติกรรมการบริโภคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต
2. พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต
3. การใช้อินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต

ขอบเขตการวิจัย

1. เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต

2. ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ คือ นักเรียนทั้งชายและหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่ติดอินเทอร์เน็ต เขตเทศบาลอำเภอเมือง ในโรงเรียนขนาดใหญ่

3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษามีดังนี้

ตัวแปรต้น ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และการใช้อินเทอร์เน็ต

ตัวแปรตาม คือ สุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **สุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต** หมายถึง ความคิด ความรู้สึก การทำกิจกรรมของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันเกี่ยวกับการมีสุขภาพดี การดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและแข็งแรง ไม่มีความเจ็บป่วยจากโรคต่าง ๆ ในวิจัยครั้งนี้ศึกษาใน 4 มิติ คือ สุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ตามแนวคิดสุขภาวะของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทของ กุณฑลชี เพียรทอง (2547) ที่สร้างตามแนวคิดสุขภาวะของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) ร่วมกับแนวคิดการดำรงชีวิตที่ปกติสุขของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ประกอบด้วย

1.1 **สุขภาวะทางกาย** หมายถึง ความคิด ความรู้สึก และการทำกิจกรรมของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน เกี่ยวกับการมีสุขภาพกายแข็งแรง ไม่มีความเจ็บป่วยจากโรคต่าง ๆ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความผิดปกติของร่างกาย และความสามารถในการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิต

1.1.1 **ความสามารถทางประสาทสัมผัสทางกาย** หมายถึง ความคิด และหรือความรู้สึกของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตที่มีต่อการรับสัมผัสต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคล ประเมินได้จากความสามารถในการมองเห็น ได้ยิน ได้กลิ่น รับรส และการสัมผัสทางกายได้อย่างถูกต้องชัดเจน

1.1.2 **การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความผิดปกติของร่างกาย** หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายจากอาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ที่ส่งผลทำให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อยลง หรือมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต

1.1.3 **ความสามารถในการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน** หมายถึง ความคิด ความรู้สึก การรับรู้ของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับความสามารถด้านร่างกาย และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

1.2 **สุขภาวะทางจิต** หมายถึง ความคิดหรือความรู้สึกของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน เพื่อความสุขและความสบายใจ ได้แก่ การตอบสนองและการจัดการกับอารมณ์และจิตใจ และความรู้สึกมั่นใจและมีคุณค่าในตนเอง

1.2.1 การตอบสนองและการจัดการกับอารมณ์และจิตใจ หมายถึง ความคิด หรือความรู้สึก หรือการทำกิจกรรมตามการรับรู้ของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต ในการแสดงความรู้สึกหรือการจัดการกับอารมณ์หรือปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

1.2.2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความคิด หรือความรู้สึกตามการรับรู้ของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตในการประเมินว่าตนเป็นคนมีคุณค่า เป็นคนดี มีความสามารถ มีความหมายต่อครอบครัว

1.3 สุขภาวะทางสังคม หมายถึง ความคิด หรือความรู้สึก หรือการทำกิจกรรมของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ได้แก่ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการสนับสนุนทางสังคม

1.3.1 การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง ความคิด หรือความรู้สึก หรือการทำกิจกรรมตามการรับรู้ของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม จาก การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในครอบครัว เพื่อนบ้าน มีการให้และรับความรักและการช่วยเหลือกันในครอบครัวและสังคม มีการเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียน และมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของโรงเรียน และความรู้สึกเสมอภาค

1.3.2 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความคิด หรือความรู้สึกของเด็กที่ติดอินเทอร์เน็ตว่าได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและบุคคลอื่น ๆ ในสังคม ครอบคลุมถึง การให้สิ่งของ การสนับสนุนให้กำลังใจ การให้คำแนะนำ

1.4 สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความคิด ความรู้สึกของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันเกี่ยวกับการมีเป้าหมายในชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต การเคารพต่อชีวิตทุกชีวิต

1.4.1 การมีเป้าหมายในชีวิต หมายถึง ความคิด หรือความรู้สึกตามการรับรู้ของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตในการวางแผนหรือกำหนดเป้าหมายของชีวิตในอนาคต และการมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต

1.4.2 ความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง ความคิด หรือความรู้สึกตามการรับรู้ของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตในการยอมรับและความพอใจในตนเอง พพอใจในการดำเนินชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบันของตนเอง

1.4.3 การเคารพต่อชีวิตทุกชีวิต หมายถึง ความคิด หรือความรู้สึกตามการรับรู้ของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตในการแสดงถึงการให้และการได้รับเกียรติจากผู้อื่น การเคารพศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้อื่น

ปัจจัยคัดสรร ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรม และออกกำลังกาย และการใช้อินเทอร์เน็ต

พฤติกรรมการบริโภค หมายถึง การปฏิบัติของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภค ผู้วิจัยได้ปรับแบบสอบถามด้านพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพในเด็กวัยรุ่นตอนต้นตอนต้น ที่สร้างขึ้นตามแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพดีของคนไทย (Food Based Dietary Guideline : FBDG, 2542 อ้างถึงใน เบญจวรรณ คุ่งบ้าน, 2548)

พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตในการออกแรงเพื่อเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือปฏิบัติตามกฎกติกาจนร่างกายมีการใช้พลังงานมากกว่าในภาวะปกติ โดยต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องกันอย่างน้อยครั้งละ 20 นาที ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Pender (2002)

การใช้อินเทอร์เน็ต หมายถึง ระยะเวลาที่เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตใช้ไปกับการเล่นอินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์ ประเมินได้จากแบบสอบถามการใช้อินเทอร์เน็ตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของพยาบาลในการให้การส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก เพื่อป้องกันปัญหาด้านสุขภาวะในเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต และนำความรู้ที่ได้ไปกำหนดเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีสุขภาวะที่ดี
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจได้ทำการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยรุ่นตอนต้นในประเด็นอื่น ๆ ต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ จากตำรา เอกสาร บทความและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลเด็กวัยรุ่นตอนต้น
2. การติดอินเทอร์เน็ตของเด็กวัยรุ่นตอนต้น
3. แนวคิดสุขภาวะ
4. ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้น
5. บทบาทพยาบาลในการพยาบาลและสร้างเสริมสุขภาพในเด็กวัยรุ่นตอนต้น
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลเด็กวัยรุ่นตอนต้น

ความหมายของคำว่า “วัยรุ่น”

Coleman (1980) กล่าวว่า วัยรุ่น หรือ Adolescence มาจากคำภาษาละตินว่า Adolescence หมายถึง การก้าวสู่วุฒิภาวะวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในทุก ๆ ด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา บุคลิกภาพ และสังคม

วัยรุ่น (Adolescence) คือ ช่วงระยะเวลาหนึ่งในการเจริญเติบโตของมนุษย์ คือ ระยะเวลาตั้งแต่เนื้อหนุ่มสาว ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาทางเพศ และดำเนินไปอย่างรวดเร็วกับวัยผู้ใหญ่เต็มตัว (ราชบัณฑิตยสถาน, 2525)

สุชา จันทร์อม (2540) ให้ความหมายว่า วัยรุ่น คือ วัยที่สิ้นสุดความเป็นเด็ก เป็นวัยที่เป็นสะพานจากเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ ไม่มีเส้นที่ชัดเจนแน่นอนว่าเริ่มเมื่อใดและสิ้นสุดเมื่อใด แต่เป็นการกำหนดที่ความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และรูปร่างเป็นสิ่งสำคัญ และถ้าจะกำหนดลงไปว่าเริ่มเมื่อใดก็ถือว่าระยะที่เพศหญิงเริ่มมีประจำเดือน และเพศชายเริ่มมีการหลั่งน้ำสุจิ

สุพัตรา สุภาพ (2541) กล่าวว่า วัยรุ่น เป็นวัยที่เด็กจะพ้นจากสภาพของความเป็นผู้เยาว์ และเริ่มเข้าสู่ภาวะของความเป็นหนุ่มสาว มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ เพื่อที่จะก้าวไปสู่การเป็นผู้ใหญ่เต็มตัว มีการแปรปรวนของอารมณ์และจิตใจ ซึ่งความแปรปรวนของอารมณ์

เป็นสาเหตุให้มีพฤติกรรมแปลก ๆ มีความต้องการที่จะให้เป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน และต้องการความเป็นอิสระจากผู้ปกครอง เป็นต้น

สรุปโดยรวมได้ว่า วัยรุ่น เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา สังคม อย่างรวดเร็วจากวัยเด็กสู่ผู้ใหญ่ โดยเฉพาะด้านร่างกายจะเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540) เป็นวัยที่สิ้นสุดความเป็นเด็ก เริ่มเข้าสู่ผู้ใหญ่ แต่ไม่มีเกณฑ์ที่แน่นอนว่าเริ่มเมื่อใด และสิ้นสุดเมื่อใด

การพัฒนาเพื่อเข้าสู่วัยรุ่นของเด็กแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการแบ่งช่วงอายุวัยรุ่นจึงไม่มีเกณฑ์ที่แน่นอน ตามทฤษฎีจิตสังคม (Psychosocial) ของอีริกสัน (Erikson) กล่าวถึงช่วงอายุวัยรุ่นว่า อยู่ในช่วงระหว่าง 13-20 ปี และสุชา จันทน์เอม (2540) แบ่งอายุของเด็กวัยรุ่นออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ วัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence) อายุ 13-15 ปี วัยรุ่นตอนกลาง (Middle adolescence) อายุ 15-18 ปี และวัยรุ่นตอนปลาย (late adolescence) อายุ 19-21 ปี ลักษณะของวัยรุ่นแต่ละระยะมีดังนี้

1. วัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence) ร่างกายมีการเจริญเติบโตทางเพศอย่างสมบูรณ์ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย สำหรับเพศหญิงสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความเจริญของร่างกายเต็มที่ คือ การมีประจำเดือน มีขนขึ้นตามบริเวณอวัยวะเพศ ส่วนเด็กชายจะสังเกตได้จากการหลั่งน้ำอสุจิในครั้งแรก การมีขนตามอวัยวะเพศ น้ำเสียงที่พูดแตกพร่า สำหรับหญิงนอกจากมีประจำเดือนเป็นครั้งแรกแล้ว สัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกายก็เปลี่ยนไป โดยเฉพาะด้านอวัยวะเพศและการเจริญเติบโตของทรวงอก เนื่องจากต่อมต่าง ๆ ผลิตน้ำฮอร์โมนไปบำรุงมากขึ้น ในระยะเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นนี้เป็นระยะที่เดือนให้เห็นว่า ระยะวัยรุ่นได้เข้ามาแล้ว

2. วัยรุ่นตอนกลาง (Middle adolescence) มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และความนึกคิด มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ในด้านร่างกายนั้นมีการเปลี่ยนแปลงมากและสิ้นสุดลงเมื่อถึงวุฒิภาวะของวัยรุ่นกล่าวคือ มีลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่ดึงดูดความสนใจเพศตรงข้าม หญิงจะมีใบหน้าอัมเมิบ ริมฝีปากเต็ม ดวงตาเป็นประกาย ผมดำสลวย ตะโพกกลม เป็นต้น ส่วนชายจะมีใบหน้ายาว แก้มตอบ กรามแข็งแรง ไหล่กว้างแขนขายาว เริ่มมีหนวด และเคราสมลักษณะชายชาตรี ในด้านจิตใจนั้นส่วนใหญ่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะเป็นสิ่งปกติของทุกคนเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นแต่การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจนั้นมักจะมี ความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม

3. วัยรุ่นตอนปลาย (late adolescence) ในระยะนี้การพัฒนาการของวัยรุ่น เริ่มเข้าสู่วุฒิภาวะอย่างสมบูรณ์แบบ ซึ่งมักมีการพัฒนาทางด้านจิตใจมากกว่าทางร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านเกี่ยวกับความนึกคิดและปรัชญาชีวิต ระยะนี้มักพยายามปรับปรุงร่างกายของตนเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อม มากขึ้น โดยพยายามหัดตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดการปรับตัวที่ดีขึ้น วัยรุ่นตอนปลายนี้มักจะหลีกเลี่ยงที่จะขอความช่วยเหลือจากพ่อแม่ และมีความ

กระตือรือร้นที่จะสร้างสิ่งประทับใจต่าง ๆ เพื่อที่จะแสดงว่าตนเองไม่ใช่วัยรุ่นอีกต่อไป เช่น ในเด็กหญิงก็จะเริ่มใช้ลิปสติกและสวมรองเท้าส้นสูง เพื่อสร้างความประทับใจว่าขณะนี้โตเต็มที่แล้วและย่อมจะมีสิทธิเสรีภาพต่างๆ เช่นเดียวกับผู้ใหญ่และพยายามลอกเลียน แบบผู้ใหญ่ เช่น หัดดื่มเหล้า สูบบุหรี่ เป็นต้น (สุชา จันทน์เอม, 2529) ปัจจุบันการเริ่มต้นเข้าสู่วัยรุ่นค่อนข้างจะเร็ว เนื่องจาก ปัจจุบันการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีต่าง ๆ เริ่มเข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันของบุคคลมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นวิทยาการและเทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น คอมพิวเตอร์มีเครือข่ายได้กว้างขวางขึ้น สามารถติดต่อกันไปได้ทั่วโลก เด็กสามารถที่จะรับเอา วัฒนธรรมวิทยาการสมัยใหม่ หรือค่านิยมต่าง ๆ รวมถึงพฤติกรรมการประพฤติกฎปฏิบัติ จากสิ่งเหล่านี้ทำให้เด็กเข้าสู่วัยรุ่นได้เร็วมากขึ้น และ เนื่องจากปัจจุบันเด็กต้องอยู่ในสถาบันการศึกษานานขึ้น ความรับผิดชอบแบบผู้ใหญ่ เช่น เกี่ยวกับหน้าที่การงาน เกี่ยวกับรายได้เศรษฐกิจของครอบครัว ก็ยืดระยะเวลาออกไป ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรม สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยึดตามเกณฑ์ของคนไทย คือ ช่วงอายุ 13-21 ปี และมีการแบ่งเป็นวัยรุ่นตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลายอย่างเด่นชัด

พัฒนาการของวัยรุ่นตอนต้น

พัฒนาการด้านร่างกาย เป็นวัยที่มีพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในด้านร่างกาย โดยการทำงานของระบบฮอร์โมนได้ทำหน้าที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้วัยรุ่นตอนต้นมีการเปลี่ยนแปลงมากทั้งน้ำหนัก ส่วนสูง รูปร่าง สัดส่วนของร่างกายที่เปลี่ยนเป็นรูปร่างของผู้ใหญ่ เริ่มมีร่างกายสูงใหญ่ขึ้น โดยเฉพาะคอ แขน และขามากกว่าลำตัว และสูงเร็วขึ้น จนทำให้มีความแข็งแรง และรู้สึกว่าคุณเองมีการเคลื่อนไหวที่ดูเกะเกะ เอะอะเกิน กิริยามารยาทไม่เรียบร้อย ทำสิ่งใดผิดพลาดอยู่เสมอ การเจริญเติบโตเปลี่ยนแปลงของร่างกายของวัยรุ่นตอนต้น อาจจะเกิดขึ้นไม่พร้อมกัน เช่น ด้านขาเจริญเติบโตมากกว่าด้านซ้าย หรือการเจริญเติบโตเปลี่ยนแปลงของร่างกายไม่เท่ากันในแต่ละคน บางคนการเจริญเติบโตเป็นหนุ่มสาวเร็ว โดยเฉพาะในเพศหญิงซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สาวเร็วกว่าเพศชายประมาณ 1- 2 ปี ทำให้รู้สึกอึดอัดประหม่าอายต่อสายตาผู้อื่น ขาดความมั่นใจ เกิดความกังวลและความเครียด วัยรุ่นตอนต้นบางคนมีการเจริญเติบโตที่ช้าตัวเล็กกว่าเพื่อนในรุ่นเดียวกันทำให้เกิดความรู้สึกเป็นปมด้อย เข้ากับเพื่อนไม่ได้ ไม่ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้เกิดความเครียดได้ (ลำดวน นำศิริกุล, 2541) นอกจากนี้การทำงานของระบบฮอร์โมนที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ต่อมไขมันใต้ผิวหนังและต่อมเหงื่อจะทำงานมากขึ้น เนื่องจากถูกกระตุ้นโดยฮอร์โมนทางเพศ ทำให้วัยรุ่นมีปัญหาเกี่ยวกับสิวและกลิ่นตัว ทำให้วัยรุ่นมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายตนเอง และให้ความสนใจตนเองอย่างมาก ความสนใจตนเองอาจทำให้วัยรุ่นทำอะไรเชิงชาไป เช่น การแต่งตัว การอาบน้ำวัยรุ่นจะรู้สึกไวต่อสายตา ต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ของผู้อื่น การที่วัยรุ่นตอนต้นมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างรวดเร็ว จะมีความคิดหมกมุ่นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทำให้มีอารมณ์

แปรปรวนง่าย ในระยะนี้วัยรุ่นจะให้ความสนใจต่อการสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนเพศเดียวกัน เพื่อประเมินเปรียบเทียบกับตนเองกับเพื่อนว่าร่างกายที่เปลี่ยนแปลงนั้นอยู่ในภาวะปกติและยอมรับได้ (Schuster and Ashbum, 1992) วัยรุ่นจึงชอบที่จะมีอะไรที่เหมือนกลุ่มเพื่อน

พัฒนาการทางด้านอารมณ์ จะมีความสำคัญกับวัยรุ่นมากเนื่องจากเป็นวัยที่มีอารมณ์ที่ค่อนข้างรุนแรง อ่อนไหวง่าย เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ไม่มั่นคงและชอบแสดงอารมณ์ที่ตรงไปตรงมา มีความเป็นตัวของตัวเอง ความอยากรู้อยากเห็น อยากทดลองจะผลักดันให้วัยรุ่นออกไปเผชิญกับโลกภายนอก ต้องการการตัดสินใจและรับผิดชอบด้วยตนเอง ต้องการความเป็นอิสระ พึ่งตนเอง และมีแนวคิดต่อต้านผู้ใหญ่ เป็นวัยที่ต้องการแสวงหาความรู้และทดลองทำในสิ่งใหม่ๆ ที่ตนไม่เคยทำ ต้องการปรัชญาชีวิตและแนวทางชีวิตของตนเอง การที่อารมณ์ของวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายนั้น เป็นผลจากการที่มีพัฒนาการทางด้านร่างกายเต็มที่ จนบางครั้งการปรับตัวทางด้านอารมณ์ของวัยรุ่นจึงค่อนข้างสับสน ซึ่งพบมากกว่าวัยอื่น ทั้งนี้ สาเหตุเกิดจากในช่วงเปลี่ยนวัย จะเรียนรู้บทบาทอย่างผู้ใหญ่ ในด้านความประพฤติ ความปรารถนาในชีวิต ความรับผิดชอบ นิสัยใจคอ แต่เนื่องจากเป็นระยะเริ่มแรกทำให้เด็กเกิดความสับสน ลังเลใจ ไม่แน่ใจ ไม่ทราบว่าจะถูกที่ควรนั้นเป็นอย่างไร และร่างกายเจริญเติบโตเป็นชายหนุ่มหญิงสาวเต็มที่ ต้องวางตัวในสังคมกับเพื่อนร่วมวัย เพื่อนต่างเพศ และเพื่อนต่างวัย การวางตัวอย่างถูกต้องเหมาะสมนั้นต้องอาศัยเวลา ในระยะที่ยังปรับตัวไม่ได้ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน เด็กกำลังอยู่ในระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของการเปลี่ยนแปลงจากเด็กเล็กมาเป็นเด็กโตเต็มที่ ความกลัวกังวลจะถูกละทิ้งจากผู้ใหญ่ ความกลัวเป็นผู้ใหญ่ กลัวความรับผิดชอบ ขณะเดียวกันก็กลัวความเป็นเด็ก และไม่ชอบถ้าใครจะมาทำกับเขาแบบเด็ก ๆ วัยรุ่นระยะนี้จะมีอารมณ์ และแสดงพฤติกรรมเป็นครั้งคราว คลายเด็กปฐมวัย จึงพบบ่อย ๆ ว่าเด็กวัยนี้ก็คือดิ่ง ไม่เชื่อฟัง มีอารมณ์ต่อต้าน ทะเลาะกับน้องบ่อย ๆ อารมณ์ในวัยนี้ค่อนข้างรุนแรง รักใคร่ก็ทุ่มเท ถ้าไม่ชอบใครก็แสดงเปิดเผย บางครั้งถึงก้าวร้าวก็ได้

พัฒนาการทางด้านสังคม เด็กวัยรุ่นจะมีสังคมที่กว้างขึ้น การคบเพื่อนร่วมวัยของเด็กหญิงจะมีขนาดของกลุ่มเล็กลงเมื่อเปรียบเทียบกับวัยเด็ก จะมีเพื่อนสนิทพอที่จะบอกความลับได้ ส่วนเด็กชายการคบเพื่อนยังคงเป็นเพื่อนกลุ่มใหญ่ ชอบทำกิจกรรมเป็นกลุ่ม ทั้งกิจกรรมภายนอกและภายในโรงเรียน ซึ่งกลุ่มเพื่อนจะช่วยเสริมพัฒนาการทางสังคม ช่วยให้วัยรุ่นมีปฏิสัมพันธ์ได้กว้างขวางมากขึ้น เช่น การที่สังเกตพฤติกรรมเพื่อนเพื่อประเมินตนเอง หรือเป็นแนวทางสำหรับพฤติกรรมของตนเอง ดังนั้นกลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่นมาก หากคบเพื่อนดีจะช่วยสนับสนุนให้เด็กสามารถมีพัฒนาการทางด้านสังคมดี มีพฤติกรรมตามความคาดหวังของสังคมได้อย่างเหมาะสม เด็กวัยรุ่นนั้นให้ความสำคัญกับเพื่อนไม่เพียงกับเพื่อนร่วมวัยเท่านั้นแต่เริ่มมีเพื่อนต่างเพศเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ฟรอยด์ (Freud) อธิบายว่า วัยรุ่นมีแรงขับทางเพศมาก เริ่มสนใจเพศตรงข้าม พึงพอใจในเพศตรงข้าม และอวัยวะเพศ มีความสัมพันธ์ทางเพศกับเพศตรงข้าม การคบเพื่อนต่างเพศในวัยรุ่นตอนต้นนั้นมักจะไม่มีความลำบากใจ ในการวางตัวเนื่องจากเกรงว่าจะ

ไม่เป็นที่ถูกต้อง ทำให้วัยรุ่นวิตกกังวลอยู่กับเรื่องนี้มาก ซึ่งครอบครัวจะมีส่วนช่วยในเรื่องเกี่ยวกับพัฒนาการทางสังคมได้มาก เนื่องจากจะเป็นแบบอย่างที่ดี เพราะด้วยลักษณะของวัยรุ่นที่กำลังค้นหาเอกลักษณ์ของตนเอง ต้องการเป็นตัวของตัวเอง จะรับเอาค่านิยมและพฤติกรรมจากบิดามารดาหรือบุคคลใกล้ชิด แต่ก็จะอาจเกิดความคิดค่านิยม ที่แตกต่างกันทำให้เกิดความขัดแย้งในสัมพันธภาพได้ การที่วัยรุ่นจะปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้เหมาะสมหรือไม่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์วัยเด็กที่ได้รับจากครอบครัว และสิ่งแวดล้อมรอบตัว เช่น โรงเรียน อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม รวมถึง ความสามารถและทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นถ้าหากมีการพัฒนาสิ่งเหล่านี้เหมาะสมก็จะเกิดการปรับตัวได้ง่าย

พัฒนาการด้านสติปัญญา Piaget อธิบายว่าวัยรุ่นเป็นช่วงที่มีการพัฒนาทางสติปัญญา ระดับสูงสุด มีความสามารถคิดได้เป็นระบบระเบียบ มีเหตุผล ทั้งสิ่งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม (Formal operations) สามารถที่จะตั้งกฎเกณฑ์และแก้ปัญหาได้ (จงกลณี ศุ้ยเจริญ, 2540) การแก้ปัญหาในทางที่เป็นไปได้ คำนึงถึงหลักความจริง แยกจากความคิดและโลกแห่งความเป็นจริง แบบแผนความคิดจะสัมพันธ์ระหว่างอดีต ปัจจุบันและอนาคต เป็นความคิดแบบผู้ใหญ่ (Tackett & Hunsberger, 1981 อ้างถึงใน สุวดี ศรีเลณวัตติ, 2530) สามารถใช้สติปัญญาในการคิดได้ทุกรูปแบบและทุกวิธีการคิด หากเด็กได้รับการสอนและฝึกอย่างดี แต่อย่างไรก็ตามคุณภาพการคิดยังขึ้นกับหลาย ๆ ปัจจัย เช่น ขึ้นอยู่กับคุณภาพสมอง พันธุกรรมประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมาอย่างเป็นระบบ สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้เด็กได้เกิดการพัฒนาในด้านการคิดและการเรียน

บางครั้งเด็กวัยรุ่นตอนต้นจะมีทำที่ที่เหมือนเด็ก ๆ และต้องการการปลอบใจ หรือการทำให้เป็นครั้งคราว พฤติกรรมถอยหลังนี้เกิดขึ้นได้เป็นปกติในช่วงสั้น ๆ เพื่อเสริมความมั่นใจในความรักของพ่อแม่ที่เด็กจะใช้ในการเจริญพัฒนาต่อไปเพื่อการก้าวเข้าสู่โลกที่กว้างขวางขึ้น

การดูแลเด็กวัยรุ่นตอนต้นเมื่ออยู่ที่บ้าน

เด็กวัยรุ่นตอนต้น เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมาก ไม่เฉพาะแต่สภาพร่างกายเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้เด็กวัยรุ่นค่อนข้างตกใจ และปรับตัวได้ยาก ความคิดความอ่านยังขาดวุฒิภาวะ มีความกล้าเสี่ยง อยากรลอง พ่อแม่ผู้ปกครองส่วนหนึ่งจะคิดว่าเด็กโตแล้วหรือไม่ต้องดูแลและคาดหวังให้เด็กวัยรุ่นรู้เองและต้องรู้ ต้องประพฤติตามที่คาดหวัง จึงไม่ค่อยใช้เวลากับลูกหรือใกล้ชิดเหมือนเดิม ทำให้เด็กวัยรุ่นแค้นกว้างสับสน จำเป็นต้องหาหลักยึด และที่พึ่งอื่น เช่น เพื่อน การเที่ยวเตร่ ดิฉันวัตถุ หรือเข้าหาสิ่งเสพติด บางคนที่ได้คิดได้ก็จะเข้าหาการเรียน หรือการกีฬา ในทางตรงกันข้ามพ่อแม่บางคนห่วงลูกมากก็จะหันกลับมาดูแล เอาใจใส่ ติดตามควบคุมเสมือนหนึ่งเป็นเด็กเล็ก ซึ่งจะทำให้เด็กวัยรุ่นอึดอัด ไม่ชอบ และกลับต่อต้าน เป็นปัญหาอารมณ์และความสัมพันธ์ต่อกัน นำไปสู่ปัญหาพฤติกรรมอารมณ์ และปัญหาการเรียน ความประพฤติได้อีก

มาก ฉะนั้นผู้ใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับเด็กวัยรุ่นจึงต้องเข้าใจการเข้าถึงและอยู่ร่วมกับเด็กวัยรุ่นเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดี และยังมีความเคารพ รัก ศรัทธา เชื่อถือไว้วางใจต่อกันได้ (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2549)

บัณฑิต ศรีไพศาล (2550) ได้กล่าวเกี่ยวกับ 10 ข้อปฏิบัติในการดูแลช่วยเหลือเด็กวัยรุ่น เพื่อป้องกันการติดอินเทอร์เน็ต ดังนี้

1. สร้างวินัยและความรับผิดชอบตั้งแต่ยังเล็ก พ่อแม่สามารถกำหนดวินัยให้ลูกฝึกปฏิบัติ โดยการตั้งกฎกติกาที่ชัดเจนว่า อะไรห้ามทำบ้าง หรืออะไรทำได้แค่ไหน และมอบหมายความรับผิดชอบให้ลูกด้วย เช่น การให้ช่วยรดน้ำต้นไม้ ให้ช่วยล้างจาน การสนับสนุนให้เด็กทำอะไรให้สำเร็จ แม้จะยากลำบาก เด็กจะได้เรียนรู้ที่จะบังคับตัวเองให้ทำสิ่งที่ควรทำ และเรียนรู้ที่จะรับผิดชอบ ถ้าทำผิด และรับชอบ ถ้าทำถูก
2. ลดโอกาสการเข้าถึงคอมพิวเตอร์ และอินเทอร์เน็ต จำกัดจำนวนคอมพิวเตอร์ในบ้านให้มีน้อยกว่าจำนวนคน กำหนดที่ตั้งของคอมพิวเตอร์ในห้องโถงหรือพื้นที่ที่ใช้ร่วมกันในบ้าน จะทำให้ลดพฤติกรรมการใช้คอมพิวเตอร์ที่ไม่พึงประสงค์ ได้ระดับหนึ่ง การมีชั่วโมงการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตที่จำกัด
3. ใช้มาตรการทางการเงิน ไม่ให้เงินแก่ลูกมากเกินไป การให้ลูกทำงานแลกกับเงิน จะทำให้ลูกได้เรียนรู้ว่าเงินไม่ได้มาง่าย ๆ ต้องแลกกับเหงื่อหรือความเหน็ดเหนื่อย ให้ลูกรับรู้ค่าใช้จ่ายในบ้านที่เกี่ยวกับการเล่นอินเทอร์เน็ต ได้แก่ ค่าใช้จ่ายอินเทอร์เน็ต ค่าโทรศัพท์ ค่าไฟฟ้า เป็นต้น
4. ฟังและพูดดีต่อกัน ฟังให้ได้ยินสิ่งที่เด็กไม่กล้าพูด ฟังให้สัมผัสถึงความรู้สึกที่เด็กไม่ได้บอก พูดโดยไม่ได้ใช้อารมณ์เกรี้ยวกราด ไม่ได้ใช้ภาษาที่ตำหนิ รุนแรงหรือประชด ประชัน เสียดสี พ่อแม่สามารถใช้เทคนิคการสื่อสารอย่างสุภาพกับลูก
5. จับลูก ชื่นชม ให้กำลังใจ การจับลูก คือ มองให้เห็นด้านดีหรือด้านบวก แม้เล็กน้อย ในตัวลูก การชื่นชม ให้กำลังใจ คือ การนำสิ่งดี ๆ มาพูดชื่นชมให้ลูกรับรู้หรือพูดแสดงให้ผู้อื่นรับรู้ความดีของลูก ทำให้ลูกรู้ว่า มีคนเห็นคุณค่าในตัวเขา และทำให้ลูกเห็นคุณค่าในตัวเอง
6. ร่วมกำหนดกติกาอย่างเป็นรูปธรรม และบังคับใช้อย่างเข้มแข็ง แต่อ่อนโยน ดีกว่าการบังคับแต่ฝ่ายเดียว เช่น พ่อแม่เสนอให้เล่นอินเทอร์เน็ต 1 ชั่วโมง ลูกต่อรอง 3 ชั่วโมง สุดท้ายตกลงกันได้ 2 ชั่วโมง
7. มีทางออกที่สร้างสรรค์ให้เด็ก ช่วยให้เด็กได้ค้นหาความถนัดของตนเอง และมีโอกาสได้ทำกิจกรรมตามความถนัดหรือมีใจรัก หรือสนุก มีความสุขแบบสร้างสรรค์ เช่น กีฬา ดนตรี เป็นต้น

8. สร้างรอยยิ้มเล็กๆ ในครอบครัว จะทำให้เกิดบรรยากาศครอบครัวอบอุ่น หรืออย่างน้อยทำบรรยากาศที่แยอยู่แล้ว เลวร้ายน้อยลง เช่น พุดเรื่องตลกหรือเรื่องตลกในบันเทิง แล้วรู้สึกสดชื่นสบายใจ มีกำลังใจ การจัดมื้ออาหารพิเศษในบ้าน

9. ควบคุมอารมณ์และสร้างความสุขเล็กๆ ในใจของพ่อแม่เอง การที่พ่อแม่จะมีพลัง ในการช่วยเหลือลูกได้ จะต้องมีความมั่นใจในตัวเองก่อน สามารถทำได้โดยการมองให้เห็นว่าตัวเรามีคุณค่า จะทำให้เราสามารถเป็นตัวอย่างให้คนอื่นทำดี หรือเป็นตัวอย่างให้คนอื่นมีกำลังใจในการต่อสู้กับความทุกข์ ความท้อถอยในชีวิต การมีสติ อาจทำได้โดยการนับ 1 - 10 ในใจ ในขณะที่อยากจะทำอะไรอย่างรุนแรง

10. เริ่มต้นการเปลี่ยนแปลงที่ตัวเราทันที หลักการนี้สำคัญที่สุด สำหรับพ่อแม่ เริ่มจากเปลี่ยนแปลงปัจจัยลบในบ้าน เช่น ลดการทะเลาะกัน ลดการใช้อารมณ์ในบ้าน ลดการจับผิดอยู่เป็นประจำ การเพิ่มปัจจัยบวก เช่น การใช้เวลา การทำกิจกรรมร่วมกัน เปลี่ยนจากตำหนิลูกมาเป็นชื่นชมแทน

การฝากเด็กวัยรุ่นตอนต้นกับร้านอินเทอร์เน็ต

จากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการไหลบ่าทางวัฒนธรรมจากทุกสารทิศในโลกยุคไร้พรมแดนได้ส่งผลกระทบต่อเด็กวัยรุ่นตอนต้น ทั้งรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม สิ่งชั่วๆ หรือต้นแบบที่ไม่เหมาะสมต่าง ๆ ที่มาพร้อมกับสื่อมวลชน รวมถึงไปถึงพ่อแม่ผู้ปกครองที่มีเวลาในการอบรมเลี้ยงดูน้อยลง สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อเด็กวัยรุ่นตอนต้นอย่างมาก (มูลนิธิสถาบันครอบครัวไทย, 2550) และพ่อแม่บางคนนำเด็กไปฝากไว้ในร้านอินเทอร์เน็ต เนื่องจากคิดว่าเด็กเหล่านี้จะได้มีที่อยู่เป็นหลักเป็นแหล่งไม่เที่ยวเตร่ ไปมั่วสุมกับอบายมุขต่าง ๆ แต่ในความเป็นจริงแล้ว เด็กวัยรุ่นเหล่านี้กลับถูกทำร้ายจากความหวังดีของพ่อแม่ตัวเอง

เมื่อเล่นอินเทอร์เน็ตนานๆ อาจทำให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย เช่น แสบตา ปวดข้อมือ ไม่รับประทานอาหารเช้าจนแสบกระเพาะ หรืออาจติดเชื้อโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจได้ง่าย เนื่องจากการนั่งเล่นในร้านอินเทอร์เน็ตนาน ๆ ไม่มีการหมุนเวียนของอากาศ เพราะร้านอินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่จะติดเครื่องปรับอากาศ และเป็นห้องค่อนข้างทึบแสง และเมื่อเด็กเล่นอินเทอร์เน็ตนานเข้าก็เกิดการติดอินเทอร์เน็ต ทำให้เด็กบางคนหนีออกจากบ้าน ไปกินนอนอยู่กับร้านอินเทอร์เน็ต ขโมยเงินพ่อแม่เพื่อไปเล่นอินเทอร์เน็ต มีการมั่วสุม เล่นการพนัน ใช้จ่ายเสพติดมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2550)

2. การติดอินเทอร์เน็ตของวัยรุ่น

คำจำกัดความของการติดอินเทอร์เน็ต (Internet Addiction)

คำว่า “Addiction” หรือการติด เริ่มใช้ครั้งแรกกับการดื่มสุราหรือใช้สารต่างๆ Babington, Christensen และ Patsdaughter (2000) ได้กล่าวว่าพฤติกรรมโดยทั่วไป เช่น การใช้ยา การดื่มสุรา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเล่นเกม การสูบบุหรี่ การช้อปปิ้ง การมีเพศสัมพันธ์ หรือแม้กระทั่งการใช้คอมพิวเตอร์ หรืออินเทอร์เน็ตอาจเป็นเรื่องที่ปกติ หรือผิดปกติก็ได้ ถ้าเป็นพฤติกรรมที่ปกติจะเป็นกิจกรรมที่แสดงออกอย่างเหมาะสม สร้างสรรค์ แต่เมื่อใดเป็นการกระทำที่มากเกินไปจนไม่สามารถเลิกทำได้ ไม่สามารถที่จะควบคุมไม่ไหว มีความรู้สึกคับข้องใจ กระทบกระเทือนใจเมื่อไม่ได้กระทำพฤติกรรมนั้น และมีผลก่อให้เกิดการรบกวนอย่างรุนแรง ในหน้าที่ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการเรียน การงาน และชีวิตครอบครัว พฤติกรรมดังกล่าวจะถือเป็นพฤติกรรมย้ำทำ หรือการติดทั้งสิน (ผจงจิต ผาภูมิ , 2546)

Griffiths (1995) ได้นำเสนอแนวคิด “ การเสพติดเทคโนโลยี” (Technological Addiction) เป็นการเสพติดทางพฤติกรรม คือ เสพติดที่กระทำ เช่นเดียวกับการติดการพนัน โดยมีได้เป็นการเสพติดทางสารเคมี เกี่ยวข้องกับการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับเครื่องมือ ซึ่งอาจจะเป็นในลักษณะทางเดียว เช่น การดูโทรทัศน์ หรือลักษณะโต้ตอบ 2 ทาง เช่น การเล่นเกมคอมพิวเตอร์ (ธนิกานต์ มามะศิริานนท์, 2545)

เนื่องจากยังไม่ได้มีการจัดประเภทของการอินเทอร์เน็ตไว้ในความผิดปกติทางจิต และยังเป็นประเด็นที่เป็นข้อถกเถียงกันอยู่ จึงมีผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวชหลายท่านได้กำหนดคำที่ใช้เรียกอาการติดคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต ไว้ต่างๆ กัน ดังนี้ Internet Addiction Disorder (IAD), Pathological Internet use disorder and Webaholics (Brenner, 1997), Netaholics (Griffiths, 1996) , Cyberspace addiction/Cyber addiction/Cyberaholic/Nethead /Geek (Internet Psychology, 2001)

Young (1998) ได้จัดการติดอินเทอร์เน็ตรวมไว้กับการใช้สารเสพติด (Substance abuse) Orzack & Young (1998) จัดอยู่ในประเภทเดียวกับการเล่นเกมที่ผิดปกติ (Pathological gambling) Orzack (1999) จัดอยู่ในกลุ่ม Impulsive disorder ที่คล้ายกับการกินที่ผิดปกติ

อาการของการติดอินเทอร์เน็ต

Griffith (1998) ได้กล่าวว่าผู้ที่ติดอินเทอร์เน็ต จะมีอาการอย่างน้อย 6 อย่างที่เด่นๆ ดังนี้

1. กิจกรรมสำคัญที่สุด คือ การใช้อินเทอร์เน็ต และถึงแม้จะไม่ได้ใช้ก็จะครุ่นคิดถึงการใช้ออยู่ตลอดเวลา
2. เมื่อใดที่มีการใช้อินเทอร์เน็ต จะมีความรู้สึกที่ดี ผ่อนคลาย
3. ใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้น เพื่อที่จะให้เกิดความพึงพอใจ

4. รู้สึกหงุดหงิด เครียด กระสับกระส่าย เมื่อไม่ได้ใช้อินเทอร์เน็ต (Withdrawal symptoms)
5. รู้สึกคับข้องใจเมื่อถูกขัดขวางการใช้จากบุคคลรอบข้าง
6. มีโอกาสกลับไปใช้อินเทอร์เน็ตซ้ำภายหลังจากที่มีการพยายามควบคุมไม่ให้ใช้ หรือหยุดใช้

Greenfield (1999) ได้สร้างแบบประเมินการใช้อินเทอร์เน็ตในทางที่ผิด ถ้าผู้ทำตอบว่า ใช่ 5 ข้อ หรือมากกว่า บุคคลนั้นอาจมีปัญหา ควรปรึกษานักจิตวิทยา หรือบุคลากรทางสุขภาพจิต

1. มีความรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้เมื่อมีการใช้อินเทอร์เน็ต เช่น มีความรู้สึกเคลิบเคลิ้ม ลืมตัว

2. เมื่อไม่ได้ใช้อินเทอร์เน็ต จะมีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับการใช้ เช่น คิดเกี่ยวกับการมีประสบการณ์ที่ผ่อนคลายเมื่อใช้ วางแผนที่จะใช้ครั้งต่อไป คิดเกี่ยวกับสิ่งที่จะได้จากการใช้คอมพิวเตอร์

3. มีการใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เกิดความพึงพอใจเท่ากับประสบการณ์ที่เคยเกิดครั้งก่อน

4. ไม่สามารถควบคุมการใช้ การเลิกใช้ได้

5. มีความรู้สึกกระสับกระส่าย กระวนกระวาย เมื่อพยายามที่จะลดเวลา เลิก หรือหยุดใช้

6. ใช้อินเทอร์เน็ตเป็นเสมือนแนวทางในการหลีกเลี่ยงปัญหา หรือบรรเทาอารมณ์ที่ไม่ดี เช่น ความรู้สึกสิ้นหวัง ขาดคนช่วยเหลือ ความรู้สึกผิด วิตกกังวล ซึมเศร้า

7. หลังจากที่ได้สัญญากับตนเองว่าจะไม่ให้เวลากับอินเทอร์เน็ตมากเกินไป แต่ก็ยังพบว่าตนเองยังทำพฤติกรรมเช่นนั้นอีกในวันถัดไป

8. ปิดบังสมาชิกในครอบครัว ผู้รักษา และบุคคลอื่นๆ โดยการโกหกเกี่ยวกับเวลาที่ใช้จริงกับอินเทอร์เน็ต

9. กระทำสิ่งที่ไม่ถูกต้องหรือผิดกฎหมายเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ต

10. มีโอกาสสูญเสียความเจริญก้าวหน้าทางด้านการงาน การเรียน และชีวิตส่วนตัว เพราะการใช้อินเทอร์เน็ต

11. ค้นหาเครื่องมือในการกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางเพศ เพื่อที่จะทำให้บรรลุผลเช่นเคย ในกรณีที่ถูกคุยกับคู่สนทนาในห้องสนทนาเรื่องเพศ (Cybersex) จนเกิดการคิดเป็นนิยาย

ถ้าตอบว่า ใช่ 5 ข้อ หรือมากกว่าใน 10 ข้อ คำถามที่กล่าวมา ให้ถามตนเองในคำถามง่ายๆ ข้างล่างนี้

1. ใช้อินเทอร์เน็ตเป็นเครื่องมือในการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ หรือสภาพจิตใจในชีวิตประจำวันเป็นประจำใช่หรือไม่

2. พบว่าการใช้อินเทอร์เน็ตมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันในทุกๆ ด้าน และทุกรูปแบบใช่หรือไม่

คำถามทั้ง 2 ข้อ เป็นคำถามที่สำคัญ ซึ่งจากการตอบคำถามข้างต้นอาจจะบ่งชี้ว่ามีพฤติกรรมติดหรือมีความคิดแบบย้ำคิด อันอาจเป็นผลสะท้อนให้เห็นว่า ชีวิตได้รับความกระทบกระเทือนจากการใช้อินเทอร์เน็ต และสมควรที่จะได้รับการช่วยเหลือ (ผจงจิต ผาภูมิ, 2546)

Ivan Goldberg (1996) ได้ระบุลักษณะพฤติกรรมที่เรียกว่า การเสพติดอินเทอร์เน็ต ไว้ดังนี้

1. มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต เพื่อที่จะได้ใช้เวลามากขึ้นในอินเทอร์เน็ต
2. ลดกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตลง เพื่อที่จะได้ใช้อินเทอร์เน็ต
3. ไม่สนใจสุขภาพร่างกายของตนเอง ที่จะได้รับผลกระทบจากกิจกรรมในอินเทอร์เน็ต
4. หลีกเลี่ยงกิจกรรมในชีวิตที่สำคัญ เพื่อใช้เวลาในอินเทอร์เน็ต
5. เลื่อนเวลาพักผ่อนออกไป หรือเปลี่ยนแปลงเวลานอนเพื่อที่จะได้มีเวลาใช้อินเทอร์เน็ต
6. ลดกิจกรรมทางสังคม ทำให้สูญเสียความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น
7. ละทิ้ง ละเลยครอบครัว และเพื่อน
8. ปฏิเสธที่จะใช้เวลาไปกับกิจกรรมอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อเวลาที่ใช้อินเทอร์เน็ต
9. แสวงหาเวลามากขึ้น เพื่อใช้อินเทอร์เน็ต
10. ละทิ้งงาน การเรียน ภาระหน้าที่ของตน

กลุ่มนักจิตวิทยาได้ปรับหลักเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน American Psychiatric Association (APA) (1994) กล่าวถึง ลักษณะพฤติกรรมการเสพติดการพนัน ใน Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder : Fourth Edition เพื่อพัฒนาการวัดพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ต โดยได้สรุปลักษณะของการเสพติดอินเทอร์เน็ตไว้ดังนี้ (ชนิกานต์ มามะศิริรานนท์ ,2545)

1. มีความต้องการใช้เวลากับอินเทอร์เน็ตมากยิ่งขึ้น
 - 1.1 มีความต้องการเพิ่มเวลาในอินเทอร์เน็ต เพื่อสนองต่อความต้องการให้บรรลุถึงความพึงพอใจ
 - 1.2 ไม่สามารถถ่วงเวลาใช้อินเทอร์เน็ตได้เท่าเดิมอีกต่อไป (ต้องการใช้นานขึ้น)
2. มีปฏิกิริยาต่อร่างกายและจิตใจเมื่อไม่ได้ใช้
 - 2.1 ลักษณะอาการที่เกิดขึ้นเมื่อต้องหยุดใช้ (2 ข้อเป็นอย่างน้อย)
 - 2.1.1 การหยุดใช้หรือเวลาที่หยุดใช้อินเทอร์เน็ตจะถูกขยายเวลาออกไป
 - 2.1.2 มีลักษณะความกระวนกระวายทางจิตใจ

2.1.3 เกิดความวิตกกังวล

2.1.4 มักจะคิดเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นในอินเทอร์เน็ต

2.1.5 มีความคิดจินตนาการ ความเพ้อฝันเกี่ยวกับอินเทอร์เน็ต

2.2 การใช้อินเทอร์เน็ตหรือการเข้าร่วมกิจกรรมออนไลน์ จะช่วยปลดปล่อยระบายอาการในข้อ 2.1 ได้

3. มีการใช้เวลาในอินเทอร์เน็ตนานกว่าที่ตั้งใจไว้เอาไว้

4. มีความต้องการใช้อย่างสม่ำเสมอ และไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการใช้อินเทอร์เน็ตได้

5. ใช้เวลานานในกิจกรรมที่เกี่ยวกับอินเทอร์เน็ต

6. การใช้อินเทอร์เน็ตทำให้บุคคลละทิ้งสังคมรอบตัว ทำให้กิจกรรมอื่นในชีวิตจริงลดลง

7. การใช้อินเทอร์เน็ตที่มากเกินไป ก่อให้เกิดปัญหาทางร่างกาย สังคม ฯลฯ (ปัญหาครอบครัว สุขภาพ การงาน สิ่งแวดล้อมรอบตัว)

ในแง่ของจิตเวชศาสตร์มองว่า พฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ตน่าจะเกิดจากการมีสิ่งกระตุ้น (Stimulus) ที่เข้มข้น ทำให้เกิดความดึงดูด ทำให้พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มความถี่มากขึ้น ลักษณะอาการของผู้ที่มีพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ต คือ หมกมุ่นกับการใช้อินเทอร์เน็ต รู้สึกว่ามีความต้องการอยากใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้น ใช้อินเทอร์เน็ตเป็นเวลานานกว่าปกติ จนกระทั่งเกิดผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน การเรียน หรือหน้าที่ความรับผิดชอบ ไม่สามารถควบคุมการใช้อินเทอร์เน็ตของตัวเองได้ทั้ง ๆ ที่รู้ว่ามีมากเกินไปแล้ว เข้าไปใช้อินเทอร์เน็ตโดยไม่มีจุดหมาย กล่าวโดยสรุป คือ ไม่สามารถควบคุมหรือหยุดใช้อินเทอร์เน็ตได้จนมีผลต่อสุขภาพกายและจิตใจ สามารถพบได้ในคนที่มีอาการซึมเศร้า (Depression) หรือมีอาการแมเนีย (Mania) มีลักษณะ Hyperactive สามารถเล่นอินเทอร์เน็ตได้แบบข้ามวันข้ามคืน มีอาการลึกลับตลอดเวลา (อุมาพร ตรังคสมบัติ , สัมภาษณ์ , 2545 อ้างถึง ไชยรัตน์ บุตรพรหม , 2545)

Orzack (1998 อ้างถึงใน ผจงจิต ภาภูมิ ,2546) กล่าวว่า ผู้ที่ติดอินเทอร์เน็ต จะต้องมีอาการอย่างน้อย 5 ข้อจากอาการต่างๆ ดังนี้

1. เมื่อใช้อินเทอร์เน็ตแล้วมีความรู้สึกพอใจ อิ่มเอมใจ หรือรู้สึกผ่อนคลาย

2. เมื่อไม่ได้ใช้จะมีอาการกระสับกระส่าย กระวนกระวาย หงุดหงิด มีปัญหาเรื่องการนอน วิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น มีภาวะซึมเศร้า หรือความรู้สึกไม่เป็นมิตร

3. คิดหมกมุ่นกับการใช้ และวางแผนที่จะใช้ หรือซื้ออุปกรณ์ที่เกี่ยวกับอินเทอร์เน็ตใหม่ๆ

4. ต้องการที่จะใช้เงินและใช้เวลาอย่างมากทุ่มเทให้กับการใช้อินเทอร์เน็ต

5. ละทิ้งครอบครัว เพื่อนฝูง สังคม การเรียน หรือหน้าที่การงาน

6. โกหกสมาชิกในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมชั้นเรียน ผู้รักษาหรือคนอื่นๆ เกี่ยวกับเวลาที่ใช้อินเทอร์เน็ต

7. สัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง มีโอกาสสูญเสียการประสบความสำเร็จในการทำงาน การศึกษา ความมั่นคงทางการเงิน
8. ไม่สามารถควบคุมตนเองในการใช้อินเทอร์เน็ตได้
9. มีอาการทางกายแสดงให้เห็น เช่น ปวดหลัง ปวดศีรษะข้างเดียว สุขภาพทรุดโทรม carpal tunnel syndrome การดูแลสุขภาพตนเองลดลง เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่เป็นเวลา การไม่สนใจดูแลร่างกาย
10. ยังคงใช้อินเทอร์เน็ตต่างๆ ที่มีปัญหาเกิดขึ้น

เกณฑ์ในการประเมินการติดอินเทอร์เน็ต

เนื่องจากยังไม่ได้มีการจัดการติดอินเทอร์เน็ตไว้ในกลุ่มของความผิดปกติทางจิต จึงยังไม่มีเกณฑ์การประเมินที่เป็นมาตรฐาน แต่มีผู้สร้างแบบประเมินไว้ เช่น Young & Rodgers (1996) และในประเทศไทยได้มีการพัฒนาแบบวัดสำหรับคัดกรองภาวะการติดอินเทอร์เน็ตดังนี้

Young & Rodgers (1996 อ้างถึงใน ธนิกานต์ มาณะศิริานนท์, 2545) ได้ทำการศึกษา ลักษณะของการติดอินเทอร์เน็ต พบว่ามีลักษณะพื้นฐานเหมือนกับลักษณะการติดการพนัน ซึ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมได้ โดยไม่เกี่ยวกับการใช้สารมีนเมา และได้ใช้คำถามที่มีพื้นฐานมาจากการวัดระดับพฤติกรรมการติดการพนันของบุคคล

ซังพงศ์ ตั้งมณี และสามารณ สีจำปี (2545) ได้พัฒนาแบบวัดภาวะการติดอินเทอร์เน็ตจาก Young (1999) เป็นผู้สร้าง และ Chou & Hsiao (2000) ได้พัฒนาปรับแก้สำหรับวัดการเสพติดของ นิสิตระดับปริญญาตรีในประเทศได้หวัน โดยเรียบเรียงข้อคำถามเป็นภาษาไทย และทดลองใช้กับ นิสิตปริญญาตรี คณะวิศวกรรมศาสตร์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ส่วน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา 0.904

ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2547) ได้มีการพัฒนาแบบวัดสำหรับคัดกรองผู้เล่นที่มี ปัญหาภาวะการติดอินเทอร์เน็ต โดยใช้คุณลักษณะโครงสร้างการประเมินพยาธิสภาพการใช้อินเทอร์เน็ตของจิตแพทย์ Young & Rodgers (1998) ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ประสิทธิภาพชีวิต การตระหนักและความเข้าใจ การใช้งาน และอารมณ์และความรู้สึก แบบวัดภาวะการติดอินเทอร์เน็ต ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา 0.93

ความแตกต่างระหว่างการติดเกมกับการติดอินเทอร์เน็ต

ปัจจุบันเทคโนโลยีออนไลน์มีแนวโน้มสร้างปัญหาให้กับสังคมไทยมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะการติดเกม และการติดอินเทอร์เน็ต ที่มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นและกำลังบั่นทอนคุณภาพชีวิตของเด็กวัยรุ่นในทุกขณะ แม้ว่าภาครัฐจะให้ความสนใจ และมีมาตรการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหานี้ ในรูปแบบต่าง ๆ แต่กลับไม่มีทีท่าว่าจะลดลง ในความเป็นจริงนั้นอินเทอร์เน็ตและเกมไม่ใช่สิ่ง

เลวร้าย ขึ้นอยู่กับว่าผู้ใช้จะไปในทางที่สร้างสรรค์หรือไม่สร้างสรรค์ (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2550)

เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตนั้นมีความแตกต่างกับการติดเกมคอมพิวเตอร์ คือการติดเกมนั้น เด็กจะมีความเพลิดเพลินใจในเวลาที่ได้เล่นเกม มีความพึงพอใจเมื่อได้รับชัยชนะในการเล่น แต่ต้องการเอาชนะเพิ่มขึ้นอีกจึงรู้สึกพึงพอใจเท่าเดิม มักใช้เวลาเล่นเกมนานจนกว่าจะบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ เมื่อบรรลุเป้าหมายแล้วก็จะมีความต้องการใช้เวลาในการเล่นเกมนานขึ้นเรื่อย ๆ รู้สึกหมกมุ่นคิดเกี่ยวกับการเล่นเกมที่ผ่านมา และคิดวางแผนเพื่อเอาชนะการเล่นครั้งต่อไป บางคนฆ่าตัวตายเลียนแบบเนื้อหาในเกมที่เล่น และพฤติกรรมก้าวร้าวเนื่องจากผู้เล่นเกมมีบทบาทเป็นผู้กระทำความรุนแรงด้วยตนเองและได้รับรางวัลเป็นแรงเสริมจากการกระทำนั้นด้วย

นอกจากนี้เกมรุ่นใหม่ยังมีการพัฒนาให้ภาพและการเคลื่อนไหวเหมือนจริงมาก ผู้เล่นสามารถกำหนดให้ตัวละครในเกมมีบุคลิกเหมือนตนเองหรือตามความต้องการได้ด้วย (ศิริไชย หงส์สงวนศรี และพนม เกตุมาน ใน สุวรรณา เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2549) เช่นเดียวกับอัมพร เบญจพลพิทักษ์ (2548) กล่าวว่า การเล่นเกมมาก ๆ อาจส่งผลทำให้เกิดจิตเภท คือ มีความสับสน เกิดจินตนาการขึ้นจากความคิดของตัวเอง ที่ส่งผลมาจากเกม ทั้งนี้รูปแบบเนื้อหาของเกมก็จะมีหลากหลายเช่นกัน เช่น เกมแบบกีฬา เกมการต่อสู้ เกมที่ต้องใช้หัวใจในการวางแผน เป็นต้น นอกจากนี้เด็กยังเกิดความรู้สึกชอบเอาชนะ เคยชินกับการดั่งใจ เพราะเกมสั่งบังคับได้ มีความสุขหรือรู้สึกสำเร็จเมื่อสั่งได้ดั่งใจ ไม่มีวินัย ไม่มีการควบคุมตนเอง ไม่บังคับตนเอง ขาดความรับผิดชอบ (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2550)

ส่วนเด็กที่ติดอินเทอร์เน็ตนั้นอินเทอร์เน็ต ก็คือ การที่เด็กทำกิจกรรมใด ๆ บนอินเทอร์เน็ตบ่อยหรือนานเกินไปจนอาจส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตปกติของผู้ทำกิจกรรม และทำให้คนรอบข้างเกิดความเครียด (Young , 1999) นอกจากนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตแล้ว ยังลดกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตลง ปฏิเสธที่จะใช้เวลาไปกับกิจกรรมอื่น ๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อเวลาที่ใช้ อินเทอร์เน็ต ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมทางสังคม การเรียน มีการเปลี่ยนแปลงเวลานอน ไม่สนใจสุขภาพร่างกายของตนเอง ละทิ้งครอบครัว เพื่อนฝูง และสิ่งแวดล้อมรอบข้าง และมักขอเพิ่มเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้น (Ivan Goldberg, 1996) มีการนั่งจ้องหน้าจอคอมพิวเตอร์เป็นเวลานาน ๆ และมีอาการกระวนกระวายเมื่อต้องหยุดหรือเลิกใช้ ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการใช้ หรือหยุดใช้อินเทอร์เน็ตได้ (Young and Rogers, 1996)

การติดอินเทอร์เน็ตจะไม่มีการต้องการเอาชนะ แต่จะต้องการเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้น จนมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันหรือวิถีชีวิตของเด็กเหล่านั้น ซึ่งจะส่งผลทำให้เด็กวัยรุ่นไม่มีเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพราะในวันหนึ่ง ๆ เด็กวัยรุ่นตอนต้นจะมีวิถีชีวิตและมีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้ คือ การนอนหลับ การทำงาน การเดินทาง การเรียน การช่วยเหลืองานบ้าน การออกกำลังกาย และการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ เป็นต้น และมีเวลาว่างประมาณวันละ 2-4 ชั่วโมง (สุทธฤทัย

เจริญวัฒนา และคณะ 2546) มีรายงานผู้เล่นอินเทอร์เน็ตบางคนเล่นติดต่อกันเป็นเวลานานโดยไม่ยอมนอนและไม่สนใจรับประทานอาหารและดื่มน้ำน้อยมากจนเสียชีวิตทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ (Funk, 2005) ซึ่งในการศึกษางานวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้เวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตที่มีผลต่อสุขภาพะ จึงเลือกศึกษาเฉพาะเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตเท่านั้น

บัณฑิต ศรีไพศาล (2550) ได้เสนอเกณฑ์การวินิจฉัยอย่างง่ายที่ให้สงสัยว่าเด็กวัยรุ่นตอนต้นติดเกมหรือไม่ สามารถดูได้จากกลุ่มอาการ 4 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มอาการแสวงหาการเล่น คือ เด็กวัยรุ่นตอนต้นจะมีลักษณะชวนขวยที่จะเล่นไม่ว่าจะเป็น เช้า สาย บ่าย ดึก เล่นตลอดคืน หรือตื่นขึ้นมาเล่นตอนดึก วันหยุดเสาร์ – อาทิตย์ ปิดเทอม วางมือไคร่ก็จะเล่นไม่ว่าจะเป็นที่บ้าน หรือที่ร้านอินเทอร์เน็ต ไม่เว้นแม้ใกล้วันสอบ
2. กลุ่มอาการชินชากับการเล่น ได้แก่ เล่นนานขึ้น จึงจะสนุกเป็นที่พอใจ พ่อแม่ดูได้จากจำนวนชั่วโมงที่เด็กเล่นจะมากขึ้นเรื่อย ๆ จาก 1 เป็น 2 , 3, 4 ชั่วโมง เป็นต้น
3. กลุ่มอาการขาดการเล่นไม่ได้ ได้แก่ การที่เด็กหงุดหงิด ก้าวร้าว หรือหงอยเหงา หากไม่ได้เล่นเกมหรือพยายามเลิกหลายครั้ง แต่เลิกไม่ได้ แม้รู้ว่าไม่ดีหรือถูกตำหนิจากคนรอบข้าง
4. กลุ่มอาการเสียการทำหน้าที่หลัก ได้แก่ เสียการเรียน เสียมนุษยสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ตลอดจนการมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแทรกซ้อน

การติดอินเทอร์เน็ตและการติดเกมมีทั้งประโยชน์และโทษ ประโยชน์ คือ เล่นแล้วเกิดความเพลิดเพลิน สนุกสนาน คลายเครียด หรือทำให้เกิดความภาคภูมิใจเมื่อประสบความสำเร็จสามารถเอาชนะตามเงื่อนไขตามขั้นตอนต่าง ๆ ที่กำหนดในเกมนั้น ๆ เด็กอาจพัฒนาความตั้งใจ ความมุ่งมั่นในการทำภารกิจบางอย่างให้ประสบความสำเร็จ หรืออย่างน้อยเด็กก็รู้สึกไม่เขยเข้ากับกลุ่มเพื่อนได้ คุยไม่โอ้อวดกับเพื่อน ๆ ได้ แต่หากเล่นนาน ๆ อาจเกิดโทษต่อสุขภาพกาย เช่น แสบตา ปวดข้อมือ ไม่รับประทานอาหาร จนแสบกระเพาะ อดนอน ตื่นสาย ทำให้เพลีย ่วงเวลาเรียน หรือเกิดโทษต่อสุขภาพจิต เช่น เกิดความทุกข์ ไม่สุขใจ ขัดแย้งภายในจิตใจหรือขัดแย้งกับผู้คนรอบข้าง

3. แนวคิดด้านสุขภาพะ

การมองสุขภาพะอาจมองตามมุมมองของวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพะมองตามบทบาทที่วิชาชีพกำหนด ซึ่งสัมพันธ์กับสุขภาพะของคน ตามปกติคนจะมองสุขภาพะในลักษณะของความไม่มีโรค เช่น ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ แพทย์จะมองสุขภาพะที่สัมพันธ์กับโรค เพราะแพทย์มีหน้าที่แก้ไขเรื่องโรค ซึ่งเป็นเหตุของการเปลี่ยนแปลงสุขภาพะ การรักษาสุขภาพะจึงเป็นการตัดเหตุของการเจ็บป่วย นักสังคมสงเคราะห์จะมองสุขภาพะที่การมีงานทำ ความมั่นคงทางการเงิน ในขณะที่นักจิตวิทยาจะมองสุขภาพะที่พฤติกรรม ซึ่งเป็นผลรวมจากพื้นฐานจิตและการ

อบรมเลี้ยงดูจากสิ่งแวดล้อมรอบข้าง นักกายภาพบำบัดจะมองจุดเน้นที่การออกกำลังกายเพื่อรักษาสุขภาพ โดยการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ อย่างเหมาะสม เมื่อมีการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดสู่อวัยวะในทุกระบบ นักโภชนาการจะมองสุขภาพที่แบบแผนการรับประทานอาหาร ส่วนนักธรรมชาติบำบัดจะเน้นการดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติ ไม่ว่าจะเป็นการกินนอน ออกกำลังกาย และการบริหารจัดการ (ฟาริดา อิบราฮิม , 2546) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าสุขภาพ คือ ความสมบูรณ์ในชีวิตตามมุมมองของบุคคล ความเกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตที่มีความสุข เนื่องจากมนุษย์ทุกคนต้องการความสุข ความสำเร็จในชีวิต

ความหมายของสุขภาพ

แม้คำว่า “สุขภาพ” ยังไม่มีการบัญญัติในพจนานุกรมตรงตัว แต่มีผู้ให้ความสนใจศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพกันมากขึ้น นพ.ประเวศ วะสี ได้ให้ความหมายคำว่าสุขภาพในภาษาไทยแทนคำว่า สุขภาพ ซึ่งแปลมาจากคำว่า Health ภาษาอังกฤษ เป็นคำที่มีรากศัพท์มาจากภาษาเยอรมันว่า Hoelth มีความหมาย 3 ประการคือ ความปลอดภัย (safe) ความไม่มีโรค (sound) หรือทั้งหมด (whole) (สมจิต หนูเจริญกุล ,2543) อีกนัยหนึ่งจึงอาจกล่าวได้ว่า ความหมายของคำว่าสุขภาพพัฒนามาจากความหมายของคำว่าสุขภาพ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายทั้งคำว่าสุขภาพและสุขภาพะไว้หลากหลาย ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 และพจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ 2530 ได้ให้ความหมายว่า สุขภาพ หมายถึง ความสุข ภาวะที่ปราศจากโรค ความสบาย ความมีอนามัย

Pender (1996) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง การบรรลุถึง ซึ่งการใช้ศักยภาพของบุคคลที่ติดตัวมาแต่กำเนิด และได้รับการพัฒนา ซึ่งบุคคลจะบรรลุภาวะนี้ได้ จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย การใช้ความสามารถในการดูแลตนเองและมีความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง ในขณะที่เดียวกันมีการปรับตัวตามความจำเป็น เพื่อรักษาความมั่นคงของโครงสร้างและความสอดคล้องกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญกับตนเอง

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของสุขภาพว่าเป็นสภาวะที่สมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น (WHO, 1986)

ประเวศ วะสี (2543) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง ความเป็นหนึ่งเดียวกันและความสมดุลที่เกิดจากความถูกต้องทั้งหมดของทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

วิพุธ พูลเจริญ (2544) กล่าวว่า สุขภาพเป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาว มิติของสุขภาพที่องค์รวมโดยพิจารณาจากปัจจัยทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ซึ่งสุขภาพะมิได้จำกัดอยู่เพียงการไม่เจ็บป่วยหรือพิการเท่านั้น

Amara et al. (2000) ได้กล่าวว่า สุขภาวะ (Health) หมายถึง ความสมดุลเหมาะสมของทั้งหมด หรือการมีสุขภาพที่ดี ผู้ที่สุขภาพไม่ดีหรือเจ็บป่วยก็จะมีอาการเขยวาร์ักษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการกลับมาสุขภาพอีกครั้ง

จากความหมายดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า สุขภาวะ หมายถึง ความสมบูรณ์ของบุคคลไม่ว่าบุคคลนั้นจะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย โดยมีพฤติกรรมที่มุ่งสู่เป้าหมายเดียวกันคือ ภาวะที่มีความสมดุลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อการดำเนินชีวิตที่มีความสุข

ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพดีกับสุขภาพไม่ดี

การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีและไม่ดี มีสาเหตุหลายประการ ซึ่ง Orem (1995) กล่าวว่าคนที่มีสุขภาพดี คือ คนที่มีร่างกายแข็งแรง มีชีวิตชีวา ปราศจากอาการและอาการแสดงของโรค สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้ และการที่บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีและมีความสุขดังกล่าว จะต้องใช้ความสามารถในการดูแลตนเองดังต่อไปนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ได้แก่
 - 1.1 การรับประทานอาหารและดื่มน้ำเพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ อยู่ในที่อากาศบริสุทธิ์ปราศจากมลภาวะ
 - 1.2 ดูแลการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ
 - 1.3 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
 - 1.4 นอนหลับพักผ่อนให้พอเพียง
 - 1.5 รู้จักสร้างและรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง
 - 1.6 หว่ลว้างเป็นส่วนตัวให้กับตนเอง
 - 1.7 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิตและสวัสดิภาพของตนเอง
 - 1.8 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง โดยปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง รวมทั้ง กิจกรรมการส่งเสริมปกป้องสุขภาพและการค้นหาความผิดปกติต่าง ๆ ของตนเอง
2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เป็นการดูแลตนเองที่เฉพาะตามระยะพัฒนาการของชีวิต เช่น การเจริญเข้าสู่วัยต่างๆ การตั้งครรภ์ เป็นต้น

นอกจากนั้นเมื่อเกิดเจ็บป่วยเพื่อรักษาไว้ ซึ่งชีวิตสุขภาพ และสวัสดิภาพ บุคคลจะต้องดูแลตนเองดังต่อไปนี้

 1. แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้
 2. แสวงหาความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อตนเอง
 3. ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น อย่างมีประสิทธิภาพ

4. แสวงหาข้อมูลและความรู้เพื่อป้องกันผลข้างเคียงจากการรักษาและจากโรค
 5. ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา รู้จักพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม
 6. เรียนรู้ที่จะอยู่กับโรคและการรักษา โดยพยายามดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการให้ดีที่สุดตามความสามารถของตนเองที่มีอยู่ในขณะนั้น
- ดังนั้นการที่บุคคลจะมีสุขภาวะดีหรือไม่ดีนั้น เกิดจากการดูแลตนเองเป็นหลัก และเมื่อมีการเจ็บป่วยจนไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพจะต้องเข้าไปช่วยเหลือต่อไป

องค์ประกอบสุขภาวะ

สุขภาวะเป็นแนวคิดสุขภาพแนวใหม่ที่มีความหมายในเชิงบวก โดยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมและกิจกรรมของคน ซึ่งตอบสนองต่อสุขภาวะของตนเองในทุกมิติอย่างเป็นพลวัต สามารถปรับตัวอยู่ในสมดุลและบรรลุสุขภาวะตามศักยภาพที่แต่ละคนพึงมีได้ จากการทบทวนเอกสารพบแนวคิดและองค์ประกอบของสุขภาวะดังนี้

แนวคิดสุขภาวะของ ประเวศ วะสี (2543) เป็นแนวคิดสุขภาพที่สอดคล้องกับนิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลกในบริบทของคนไทย ที่มีลักษณะเป็นอุดมการณ์ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย มีองค์ประกอบ 4 มิติ คือ สุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วยสุขภาวะใน 4 มิติ คือ

1. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุร้าย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ คำว่า กายในที่นี้หมายถึงกายภาพด้วย
2. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะตราบใจที่ยังมีความเห็นแก่ตัวก็จะมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้
3. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจกรรมทางสังคม
4. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าสูงส่ง หรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระเจ้า เป็นต้น ความสุขทางจิตวิญญาณ เป็นความสุขที่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน (Self Transcending) จึงมีอิสรภาพ มีความอ่อนคลายอย่างยิ่ง เบาสบาย มีความปิติแผ่ซ่านทั่วไป มีความสุขอันประณีต

และกล้าลึก หรือความสุขอันเป็นทิพย์ สบายตัวอย่างยิ่ง สุขภาพคืออย่างยิ่ง มีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม

สุขภาวะตามแนวคิดของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) ได้กล่าวถึงสุขภาวะว่าเป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล องค์ประกอบย่อยของสุขภาวะในแต่ละมิติ ไว้ดังนี้

1. สุขภาวะทางกาย พิจารณาได้จาก ลักษณะและขนาดของร่างกาย สมรรถนะการรับรู้จากการสัมผัสทางกาย การเจ็บป่วยและความผิดปกติทางกาย สมรรถนะกำลังกาย สมรรถนะการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย และสมรรถนะในการดำเนินภาระกิจการทำงาน

2. สุขภาวะทางจิต พิจารณาได้จาก เชาว์ปัญญา การตอบสนองและจัดการกับอารมณ์และจิตใจ โลกทัศน์ที่มีต่อชีวิต ค่านิยม ทัศนคติและความเชื่อ ความมั่นใจในตัวเองและการมองเห็นคุณค่าของตน

3. สุขภาวะทางสังคม พิจารณาได้จากความสามารถที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น การปรับตัวให้เข้ากับสถานะทางสังคม และพฤติกรรมประจำวัน

4. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ พิจารณาได้จาก ความสามารถในการแสดงออกซึ่งจุดมุ่งหมายอันเป็นอุดมการณ์ชีวิต ความรู้สึกสำนึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ มีประสบการณ์ในความรัก ความสนุกสนาน ความเจ็บปวด ความเศร้า ความรักในสันติภาพ ความต้องการที่เพียงพอ และรู้จักเคารพในทุกชีวิต

Donettalle and Davis (1998) ได้กล่าวว่า ได้เสนอองค์ประกอบย่อยในแต่ละมิติไว้ดังนี้

1. สุขภาวะทางกาย (Physical Health) ประกอบด้วย ลักษณะขนาดและรูปร่างของร่างกาย ประสาทสัมผัสทางกาย ความไวต่อการเจ็บป่วยและความผิดปกติ การทำหน้าที่ของร่างกาย สมรรถนะกำลังกาย และความสามารถฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย

2. สุขภาวะทางสังคม (Social Health) ประกอบด้วย การมีความพึงพอใจในการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล คือ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ทางสังคม และพฤติกรรมประจำวัน

3. สุขภาวะทางจิต (Mental Health) กล่าวถึง ความสามารถในการเรียนรู้ เจริญเติบโตจากประสบการณ์ ความสามารถในการใช้สติปัญญา และความสามารถในการตัดสินใจ

4. สุขภาวะทางอารมณ์ (Emotional Health) กล่าวถึงองค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้สึก คือ การควบคุมและการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกมั่นใจในตนเอง ความไว้วางใจ ความรัก

5. สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม (Environmental Health) กล่าวถึง ความรู้สึกชื่นชมต่อสิ่งแวดล้อมภายนอก และการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

6. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual Health) อาจรวมถึง ความเชื่อที่มีลักษณะพิเศษเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนา สุขภาวะทางจิตวิญญาณประกอบด้วย ความรู้สึกเป็นหน่วยเดียวกับสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกเป็นหน่วยเดียวกันกับผู้อื่นอย่างเป็นธรรมชาติ และเป็นแนวทางของความรู้สึกมีความหมาย หรือมีคุณค่าในชีวิต อาจรวมถึง ความเข้าใจและการแสดงถึงการมีเป้าหมายในชีวิต การดำรงชีวิตด้วยการมีส่วนร่วมของประสบการณ์ชีวิตที่ประกอบด้วย ความรัก ความสนุกสนาน ความเจ็บปวด ความเศร้า ความพอใจ การดูแลและการให้เกียรติต่อสิ่งมีชีวิต

การที่จะดำเนินชีวิตเพื่อให้บรรลุถึงการมีสุขภาวะที่ดีนั้น บุคคลต้องได้รับการตอบสนองความต้องการในการดำรงชีวิต จินตนา ยูนิพันธ์ (2542) ได้กล่าวถึงแนวคิดการดำรงชีวิตที่ปกติสุขว่า มนุษย์มีลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่ไม่แยกส่วน (Integrated whole) ประกอบด้วยโครงสร้างทางกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยในการดำรงชีวิตนั้นมนุษย์มีความต้องการอยู่ 4 ประเภท ได้แก่

1. ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs) เป็นความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ อาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่ายของเสีย การทำกิจกรรม การพักผ่อน เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย เป็นต้น

2. ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role function needs) เป็นความต้องการทำหน้าที่ตามบทบาททางสังคม ประกอบด้วย บทบาทปฐมภูมิ (Primary roles) เป็นบทบาทที่ติดตัวมาแต่กำเนิด บทบาททุติยภูมิ (Secondary roles) เป็นบทบาทที่ได้มาตามระยะพัฒนาการและบทบาทตติยภูมิ (Tertiary roles) เป็นบทบาทที่ได้มาหรือเป็นบทบาทที่ได้มาชั่วคราวเท่านั้น

3. ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual needs) เป็นความต้องการที่จะแสดงออกทางอารมณ์ได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและบุคคลอื่น โดยไม่มีความขัดแย้งในใจเกิดขึ้น

4. ความต้องการสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship needs) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่รวมกลุ่มกับบุคคลที่เป็นที่รัก และบุคคลอื่น ๆ เป็นกลุ่มตามธรรมชาติ

Hahn and Payne (1999) ได้กล่าวว่า สุขภาวะ เป็นปฏิกริยาของมิติต่าง ๆ ที่ไม่หยุดนิ่ง ไม่สามารถเก็บกักตนไว้ และไม่สามารถมอบให้ใครได้ ซึ่งประกอบด้วย 6 มิติ ได้แก่

1. มิติทางกาย (Physical Dimension) เป็นลักษณะโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายให้สามารถบรรลุผลสำเร็จตามระยะพัฒนาการ ประกอบด้วย ระดับของความเสี่ยงต่อการเกิดโรค น้ำหนักร่างกาย ความสามารถในการมองเห็น ความแข็งแรง ความสามารถที่จะอยู่กับความลำบาก การพักผ่อนภายหลังการเจ็บป่วย

2. มิติทางอารมณ์ (Emotional Dimension) อารมณ์เป็นสิ่งที่สามารถบอกถึงการเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุคคล ประกอบด้วย ความในการเผชิญกับความเครียด ความ

ยึดหยุ่น และการประนีประนอมต่อการแก้ไขความคับข้องใจ เช่น ความรู้สึกที่มีต่อครอบครัว เพื่อน จุติมุ่งหมายในชีวิต ความรู้สึกทะเยอทะยาน การเจริญเติบโตและพัฒนาการจะช่วยให้ความรู้สึกเปราะบางที่อาจนำไปสู่การปฏิเสธ หรือความรู้สึกล้มเหลวเป็นมิติที่มีผลให้บุคคลสามารถดำเนินต่อไปได้ด้วยความรู้สึกพึงพอใจ สนุกสนานได้

3. มิติทางสังคม (Social Dimension) เป็นความสามารถทางสังคมที่ทำให้บุคคลอยู่ในสังคมได้อย่างสง่างาม เข้มแข็ง และทำให้บุคคลมีความรู้สึกชื่นชมยินดี ความสามารถทางสังคมเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์และการทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น

4. มิติทางปัญญา (Intellectual Dimension) เป็นกระบวนการความสามารถในการทำกิจกรรม การมีคุณค่าและความเชื่อที่ชัดเจน การตัดสินใจ ทักษะการเผชิญปัญหา การใช้ความยืดหยุ่น

5. มิติทางจิตวิญญาณ (Spiritual Dimension) เป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและการปฏิบัติตามแนวทางของศาสนา ที่มีความสัมพันธ์กับการดำรงชีวิตของสิ่งต่าง ๆ บทบาทของจิตวิญญาณมีอิทธิพลโดยตรงต่อชีวิต พฤติกรรมตามธรรมชาติของมนุษย์ ความรู้สึกเต็มใจในการทำกิจกรรม และความหมายของชีวิต

6. มิติทางอาชีพ (Occupational Dimension) เป็นมิติที่สะท้อนให้เห็นถึงความพึงพอใจในอาชีพ ความรู้สึกดีต่อการประกอบอาชีพเป็นแนวคิดเชิงบวกในการดำรงชีวิต ได้รับประโยชน์จากการทำงาน เช่น เงินเดือน การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม การสร้างงานจากความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

Butler (2001) ได้กล่าวถึงสุขภาวะไว้ว่า เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง (Dynamic process) สามารถบอกระดับของสุขภาวะในแต่ละมิติได้ มีองค์ประกอบ 5 มิติ

1. สุขภาวะทางกาย (Physical health) หมายถึง การปราศจากโรและความพิการ มีการทำงานที่ของร่างกายทั้งทางด้านกายภาพ สรีรภาพและชีวเคมีได้อย่างผสมผสานอย่างเพียงพอ รวมทั้งลักษณะของขนาดของร่างกาย รูปร่าง การรับความรู้สึก ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความผิดปกติ และสามารถฟื้นจากการเจ็บป่วย นอกจากนี้บุคคลยังสามารถประพฤติปฏิบัติให้เพิ่มระดับสุขภาวะทางกายได้โดย การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหารที่เพียงพอ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาวะทางกาย เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์

2. สุขภาวะทางอารมณ์ (Emotion health) โดยทั่วไป หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกถึงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม การรับความรัก ความรู้สึกประสบความสำเร็จ เป้าหมายในชีวิต และมีความเข้มแข็งด้านจิตใจ การที่บุคคลจะมีสุขภาวะทางอารมณ์ได้ บุคคลจะต้องเข้าใจอารมณ์ของตนเอง รู้วิธีการเผชิญกับปัญหา มีความอดทนอดกลั้นต่อความเครียดในชีวิต มีความ

สนุกสนานกับการทำกิจกรรม ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การยอมรับตนเอง การควบคุมตนเอง และความสามารถในการร่วมแสดงความรู้สึกร่วมกับบุคคลอื่น

3. สุขภาวะทางสังคม (Social health) เป็นความสามารถในการทำบทบาทตามความคาดหวังในฐานะสมาชิกของกลุ่มหรือสถาบัน รวมถึงการทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง ด้วยความยินดี โดยปราศจากความเสียหายต่อบุคคลอื่น เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อม รวมถึงการรักษาความใกล้ชิดสนิทสนม การอดทนอดกลั้น ความพึงพอใจ การแสดงออกถึงการให้เกียรติ ความเป็นเจ้าของสังคม และสามารถสนับสนุนช่วยเหลือให้ครอบครัวและชุมชน การทำหน้าที่ตามความคาดหวังเป็นการทำหน้าที่ด้วยความรับผิดชอบ มีผลต่อประชาชนและสอดคล้องกับความต้องการของบุคคลในการอยู่ร่วมกัน ได้แก่ ความรัก ความใกล้ชิดสนิทสนม ความปลอดภัย ความเป็นมิตร และความร่วมมือร่วมใจ เป็นการรวมตัวของบุคคลในสังคมเพื่อทำกิจกรรมที่เอื้อประโยชน์กับบุคคลอื่น

4. สุขภาวะทางจิตใจ (Mental health) เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยควมมีเหตุการณ์วิเคราะห์ การประเมินผล ความอยากรู้ อยากเห็น ความซื่อสัตย์สุจริต ความตื่นตัว ความสร้างสรรค์ และความจำ รวมทั้งความสามารถในการคิดและตัดสินใจ ความพยายามต่อสู้ดิ้นรน บุคคลที่จะมีสุขภาวะทางจิตใจ เป็นบุคคลที่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง ไม่ทำในสิ่งที่ต้องการ แตกต่างจากความต้องการของผู้อื่น มีประสบการณ์ที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีความสดชื่น สดใส เมื่ออยู่ด้วย สามารถอยู่ได้ด้วยตนเอง ใ่วางใจในความรู้สึกและอารมณ์ของตนเอง มีความคิดสร้างสรรค์และมีทัศนคติที่เป็นประชาธิปไตย

5. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual health) เป็นส่วนที่ถือว่าเป็นศูนย์รวมของทุกมิติ ประกอบด้วยการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ซึ่งเป็นส่วนกระตุ้นให้บุคคลประสบความสำเร็จในชีวิต จริยธรรมในการดำรงชีวิตที่ทำให้บุคคลไม่เห็นแก่ตัว เป็นความเชื่อ ความศรัทธาในอำนาจและเหตุผลที่เหนือธรรมชาติ

กฤษณ์ชลิ เพียรทอง (2547) ได้สรุปเกี่ยวกับความหมายและองค์ประกอบของสุขภาวะจากการนำแนวคิดสุขภาวะของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) ร่วมกับแนวคิดการดำรงชีวิตที่ปกติสุขของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) โดยได้ให้ความหมายของสุขภาวะว่า เป็น ความคิด ความรู้สึก ความสามารถของบุคคลในการทำกิจกรรมที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันเกี่ยวกับการมีสุขภาพดี การดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและแข็งแรง ไม่มีอาการรุนแรงของโรค ความเป็นหนึ่งเดียวและสมดุลที่เกิดจากทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ซึ่งสรุปได้ว่า สุขภาวะมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1. สุขภาวะทางกาย พิจารณาได้จาก ลักษณะและขนาดของร่างกาย สมรรถนะการรับรู้จากการสัมผัสทางกาย การเจ็บป่วยและความผิดปกติทางกาย สมรรถนะกำลังกาย สมรรถนะการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย และสมรรถนะในการดำเนินการะกิจการทำงาน

2. สุขภาวะทางจิต พิจารณาได้จาก เชาวปัญญา การตอบสนองและจัดการกับอารมณ์และจิตใจ โลกทัศน์ที่มีต่อชีวิต ค่านิยม ทศนคติและความเชื่อ ความมั่นใจในตัวเองและการมองเห็นคุณค่าของตน

3. สุขภาวะทางสังคม พิจารณาได้จากความสามารถที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น การปรับตัวให้เข้ากับสถานะทางสังคม และพฤติกรรมประจำวัน

4. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ พิจารณาได้จาก ความสามารถในการแสดงออกซึ่งจุดมุ่งหมายอันเป็นอุดมการณ์ชีวิต ความรู้สึกสำนึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ มีประสบการณ์ในความรัก ความสนุกสนาน ความเจ็บปวด ความเศร้า ความรักในสันติภาพ ความต้องการที่เพียงพอ และรู้จักเคารพในทุกชีวิต

การประเมินสุขภาวะ

จากการทบทวนแนวคิดด้านสุขภาวะ ได้มีการศึกษาวิจัย และสร้างเครื่องมือในการศึกษาสุขภาวะไว้ พอสรุปได้ดังนี้

Hunt; McEwan and McKenna (1985 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537) กล่าวถึง Carlos Martini และ Sonya Hunt ที่ได้สร้างเครื่องมือนี้ขึ้นในปี 1977 สร้างฉบับแรกเรียกชื่อว่า Nottingham Health Index (Version 1) และได้ปรับปรุงใหม่ในปี 1981 ฉบับใหม่เรียกว่า Nottingham Health Profile (Version 2) เรียกชื่อย่อว่า NHP เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางด้านร่างกาย สังคม และอารมณ์ ซึ่งมีข้อคำถามเกี่ยวกับสถานะทางความรู้สึก และอารมณ์โดยผู้ป่วยเป็นผู้ตอบเอง เนื้อหาของแบบสอบถามทั้งหมดได้มาจากการสำรวจเบื้องต้นจากผู้ป่วยจำนวน 768 คน ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและปัจจุบัน เครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 หมวด คือ ความสามารถทางร่างกาย 8 ข้อ ความเจ็บปวด 8 ข้อ การนอนหลับ 5 ข้อ การแยกตัวจากสังคม 5 ข้อ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ 9 ข้อ และระดับพลังงาน 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”

Laffrey (1986) ได้สร้างเครื่องมือในการประเมินสุขภาพชื่อ The Laffrey Health Conception Scale (LHCS) โดยพัฒนามาจากการศึกษาหาความหมายของสุขภาพในประชากรวัยผู้ใหญ่ 78 คน เกี่ยวกับการมีสุขภาพดี โดยใช้แนวคิดด้านสุขภาพของ Smith (1981) ซึ่งมีความหมายใน 4 แนวคิด คือ 1) แนวคิดด้านคลินิก (Clinic model) สุขภาพ คือ การไม่มีโรค 2) แนวคิดการปฏิบัติตามบทบาท (Role performance model) 3) แนวคิดด้านการปรับตัว (Adaptation model) ให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม 4) แนวคิดด้านยูไดโมนิสติก (Eudaemonistic model หรือ Spiritual well being หรือ Happiness) คือ การบรรลุถึงเป้าหมายสูงสุดในชีวิต (self-actualization) ซึ่งความหมายที่ได้มีความสอดคล้องกับแนวคิดด้านสุขภาวะของ Smith และได้มีการพัฒนาเครื่องมือเป็นระยะโดยนำมาใช้ประเมินในนักศึกษาปริญญาโทชั้นปี 1 และ 2 ที่มีอายุ 24-61 ปี จากโรงเรียนพยาบาลทางตะวันตกของอเมริกา

จำนวน 141 คน แบบสอบถามถึง 28 ข้อ ซึ่งผ่านการหาความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 8 คน ซึ่งเห็นด้วยกับข้อคำถาม 100% = 25 ข้อ, 75% = 2 ข้อ, 63% = 1 ข้อ และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้เท่ากับ .78

พิศสมร เดชดวง (2545) สร้างเครื่องมือวัดสุขภาวะในผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยขึ้นจากแนวคิดสุขภาวะของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) เพื่อใช้ประเมินสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำใน 4 มิติ คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 75 ข้อ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน และมีค่าความเที่ยง เท่ากับ .93 ซึ่งต่อมา กุณฑลดี เพียรทอง (2547) ได้ดัดแปลงเครื่องมือแบบวัดสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทจาก พิศสมร เดชดวง (2545) เพื่อใช้ประเมินสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทั้ง 4 มิติเช่นกัน ประกอบด้วยข้อคำถาม 65 ข้อ

สุขภาวะของวัยรุ่นที่ติดอินเทอร์เน็ต

เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต จะมีความรู้สึกที่ดี ผ่อนคลายเมื่อได้ใช้อินเทอร์เน็ต (Griffith, 1998) เมื่อไม่ได้ใช้ก็จะคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับการใช้ ไม่สามารถควบคุมการเลิกใช้ได้ โดยจะรู้สึกกระสับกระส่าย กระวนกระวายเมื่อพยายามที่จะลดเวลา เลิก หรือหยุดใช้ เนื่องจากอินเทอร์เน็ตเป็นเครื่องมือที่เด็กวัยรุ่นตอนต้นใช้เสมือนแนวทางในการหลีกเลี่ยงปัญหา หรือบรรเทาอารมณ์ที่ไม่ดี เช่น ความรู้สึกสิ้นหวัง ขาดคนช่วยเหลือหรือแก้ปัญหา ความรู้สึกผิด วิตกกังวล ซึมเศร้า และจะโกหก ปิดบังสมาชิกในครอบครัว ผู้รักษา หรือบุคคลอื่น ๆ เกี่ยวกับเวลาที่ใช้ อินเทอร์เน็ตจริง ทำให้มีโอกาสเกิดการสูญเสียความเจริญก้าวหน้าทางด้านการศึกษา และชีวิตส่วนตัว (Greenfield, 1999) มีผลกระทบกับชีวิตประจำวันในทุก ๆ ด้าน โดยเด็กจะพยายามลดกิจกรรมอื่น ๆ ที่สำคัญในชีวิตลง เพื่อที่จะได้ใช้อินเทอร์เน็ต ไม่สนใจสุขภาพร่างกายของตนเองที่จะได้รับผลกระทบจากกิจกรรมในอินเทอร์เน็ต มีการดูแลสุขภาพตนเองลดลง เช่น การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ไม่สนใจร่างกาย และการเล่นอินเทอร์เน็ตนาน ๆ ทำให้มีอาการทางกาย เช่น ปวดหลัง ปวดศีรษะข้างเดียว สุขภาพทรุดโทรม นอกจากนั้นเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตยังลดกิจกรรมทางสังคมลง ละเลยครอบครัว และเพื่อน ทำให้สูญเสียความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น ๆ (Ivan Goldberg, 1996 and Orzack, 1998 อ้างถึงใน ผจงจิต ผาภูมิ, 2546)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการติดอินเทอร์เน็ตของเด็กวัยรุ่นตอนต้นนั้น พบว่า ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทุก ๆ ด้านของเด็กวัยรุ่นตอนต้น ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทางด้าน สุขภาวะร่างกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางด้านสังคม และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ สรุปได้ดังนี้

1. ผลกระทบหรือปัญหาสุขภาพทางกาย

การคิดอินเทอร์เน็ตของเด็กวัยรุ่นตอนต้นจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย คือ เด็กวัยรุ่นตอนต้นจะละเลยการดูแลตนเอง การรับประทานอาหารและแบบแผนการนอนถูกรบกวน ในบางรายที่ใช้อินเทอร์เน็ตแบบไม่รู้จักแบ่งเวลาให้ถูกต้อง ทำให้แบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนไปจากเดิม เนื่องจากมีการหมกมุ่นกับการเล่นอินเทอร์เน็ต และเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคกระเพาะอาหาร (ไชยวัฒน์ บุตรพรหม, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับ Orzack (2001) และ Wieland (2005) กล่าวว่า การคิดอินเทอร์เน็ตจะทำให้เกิดปัญหาในเรื่องของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (Neuromuscular problems) มือ ข้อมือ กล้ามเนื้อบริเวณ คอ ไหล่ หลัง ขา ตึง ปวดไมเกรน เกิดอาการ Carpal tunnel syndrome จากการบีบรัดของเส้นประสาท median บริเวณข้อมือ ที่เกิดจากการใช้นิ้วมือที่ผิดและการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ จากการใช้คอมพิวเตอร์ ทำให้เกิดอาการชาบริเวณนิ้วกลาง นิ้วนาง นิ้วก้อย มีการรับรู้ประสาทสัมผัสเปลี่ยนไป เช่น ชา และปวดบริเวณนิ้วหัวแม่มือ นิ้วกลาง นิ้วก้อย และมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง

นอกจากนั้นยังทำให้การรับประทานอาหารผิดปกติ อาจไม่รับประทานอาหาร เนื่องจากมีการหมกมุ่นกับการใช้อินเทอร์เน็ต หรือรับประทานอาหารมากเกินไป จากการรับประทานขนมขบเคี้ยวระหว่างการใช้ ผู้ใช้ส่วนใหญ่จะขาดการออกกำลังกาย และมีน้ำหนักที่เพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับ Peter & Bodkin (2007) ที่กล่าวว่า การคิดอินเทอร์เน็ตจะส่งผลทำให้เกิดอาการทางด้านร่างกาย คือ ทำให้แบบแผนการรับประทานอาหารผิดปกติไป จะไม่รับประทานอาหารมื้อหลัก แต่จะรับประทานอาหารว่างหน้าคอมพิวเตอร์แทน ส่วนผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับยาหรือการจัดการเรื่องอาหาร จะทำให้โรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเพิ่มต่อการดูแลเรื่องระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้การใช้เวลานาน ๆ ในการเล่นอินเทอร์เน็ตยังทำให้การพักผ่อนไม่เพียงพอ และทำให้เสียสายตาเนื่องจากจ้องจอคอมพิวเตอร์นาน ๆ (ธนิกานต์ มามะศิริานนท์, 2545)

2. ผลกระทบหรือปัญหาสุขภาพทางจิต

เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่คิดอินเทอร์เน็ตจะมีความสุขและรู้สึกดีขณะเล่นอินเทอร์เน็ต เนื่องจากเด็กจะมีความรู้สึกที่อินเทอร์เน็ตเป็นที่เดียวที่ได้ปลดปล่อยตัวเองอย่างเต็มที่ เมื่ออยู่กับอินเทอร์เน็ตไม่สามารถหยุดใช้ได้ จะมีลักษณะของโรคประสาท (Psychoneurosis) เกิดขึ้น เช่น มีความวิตกกังวล หงุดหงิดง่าย ฟุ้งซ่าน ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ย้ำคิดย้ำทำ มีความต้องการใช้มากขึ้น และมีความกระวนกระวาย เด็กจะถูกกระทบทางด้านความรู้สึก และอารมณ์ เมื่อต้องหยุดหรือเลิกใช้อินเทอร์เน็ต เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง อารมณ์ซึมเศร้า (ไชยวัฒน์ บุตรพรหม, 2545) รวมทั้งปัญหาด้านบุคลิกภาพของบุคคล ได้แก่ การเป็นคนที่มีจิตใจอ่อนไหวง่าย ไม่มั่นใจในตนเอง มีความดื้อรั้น (Young and Rogers, 1996) นอกจากนี้ผู้ที่คิดอินเทอร์เน็ตจะรู้สึกผ่อนคลาย

ความเครียด ได้รับการตอบสนองความต้องการจากการใช้อินเทอร์เน็ต และมีความรู้สึกดีเวลาที่ได้ใช้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Katz (1998) ที่ว่า เมื่อบุคคลมีความรู้สึกในทางด้านบวกพฤติกรรมที่แสดงออกก็จะเป็นไปในทางที่ดี ดังนั้นเมื่อบุคคลมีทัศนคติ ความรู้สึกที่ดีในการใช้อินเทอร์เน็ตแล้ว ก็จะส่งผลให้ปริมาณการใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นด้วย และเมื่อไม่ได้ใช้อินเทอร์เน็ตก็จะรู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี กระสับกระส่าย เบื่อหน่าย เป็นกังวล และหดหู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัชพงศ์ ตั้งมณีและสามารถ จำปี (2544) ที่ว่า ผู้ที่เสพติดจะต้องการใช้อินเทอร์เน็ตนาน ๆ เพื่อหลบเลี่ยงปัญหา หรืออารมณ์เบื่อหน่าย และมักจะหงุดหงิด ไม่สบายใจเมื่อต้องหยุดการใช้ และพบว่า กลุ่มผู้ติดอินเทอร์เน็ตจะได้รับผลกระทบทางจิตใจจากการใช้อินเทอร์เน็ตทุกประการในปริมาณที่สูงกว่ากลุ่มผู้ที่ไม่ติดอินเทอร์เน็ต

จะเห็นได้ว่าผู้ติดอินเทอร์เน็ตจะได้รับผลกระทบทางอารมณ์อย่างมากเมื่อไม่ได้ใช้อินเทอร์เน็ต ทำให้พวกเขาต้องการใช้เพื่อที่จะปลดปล่อยระบายความรู้สึกเหล่านี้ออกไป กลายเป็นผู้ที่เสพติดอินเทอร์เน็ต ทำให้ต้องการใช้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (ธนิกานต์ มาชะศิริรานนท์, 2545) เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีลักษณะพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตนั้น จะได้รับผลกระทบทางจิตใจจากการใช้อินเทอร์เน็ตแตกต่างไปจากเด็กที่ใช้อินเทอร์เน็ตทั่วไป เช่น ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการใช้ได้ มีการคิดถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในอินเทอร์เน็ตและรอคอยที่จะใช้อินเทอร์เน็ตในครั้งต่อไป รู้สึกโมโห หงุดหงิดเมื่อถูกขัดจังหวะการใช้ ไม่ว่าจะจากบุคคลรอบกวนหรือระบบอินเทอร์เน็ตมีปัญหา ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อหลบหนีปัญหา ระบายอารมณ์ ฯลฯ และจากการที่เด็กวัยรุ่นตอนต้นติดอินเทอร์เน็ตนั้นจะทำให้มีความรู้สึกที่ ความมีคุณค่าในตนเองลดน้อยลง ๆ (Davis,R.a, 2001) เช่นเดียวกับ Young (1998 อ้างถึงใน ธนิกานต์ มาชะศิริรานนท์, 2545) พบว่า บุคคลที่ติดอินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่ นั้น จะประสบกับปัญหาจากการนับถือตัวเองต่ำ และความเบื่อหน่ายในชีวิต

สุขภาพทางจิตใจของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตนั้นมีความสัมพันธ์กับการติดอินเทอร์เน็ต โดยเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีสภาวะจิตใจที่อ่อนแอ เช่น มีอารมณ์รุนแรง วิตกกังวล เบื่อหน่าย หงอยเหงา เสรีซึม และมีบุคคลยึดติดหรือพึ่งพิงนั้น มีแนวโน้มที่จะติดอินเทอร์เน็ตได้ง่าย เด็กวัยรุ่นตอนต้นจะใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อระบายปัญหาในจิตใจ ลดความรู้สึกกับข้อใจ ความกดดันและปัญหาในชีวิต ซึ่งอินเทอร์เน็ตก็ได้บรรเทาความคับข้องใจ และเปิดโอกาสให้บุคคลได้หลีกเลี่ยงหนีจากปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตได้ จากการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มีการติดอินเทอร์เน็ตนั้น จะมีบุคลิกภาพ อารมณ์ และจิตใจแตกต่างจากผู้ไม่ติดอินเทอร์เน็ต โดยการศึกษาวิจัยของ Young (1996) พบว่า ผู้ที่ติดอินเทอร์เน็ตหลายคน จะมีปัญหาทางจิตใจและอารมณ์มากกว่าบุคคลปกติ ทั้งด้านความกดดัน ซึมเศร้า ความกังวล และการไม่นับถือในตนเอง เช่นเดียวกับ Loystker and Aiello (1997 อ้างถึงใน ธนิกานต์ มาชะศิริรานนท์, 2545) พบว่า ผู้ติดอินเทอร์เน็ตจะมีระดับความหงอยเหงาเปล่าเปลี่ยว เบื่อหน่าย และวิตกกังวลสูง จากการศึกษาโดยใช้แบบประเมิน Sixteen

Personality Factor Inventory (16PF) พบว่า ผู้ที่ติดอินเทอร์เน็ตจะมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง ชอบกิจกรรมที่เป็นส่วนตัว ปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้ยาก และมีการแสดงออกโต้ตอบโดยใช้อารมณ์กับบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มมีความอ่อนไหวสูง และมีการตื่นตัวอยู่เสมออีกด้วย

3. ผลกระทบหรือปัญหาสุขภาพทางสังคม

บุคคลที่มีสุขภาพทางสังคมที่ดีมีความครอบคลุมถึงความสามารถที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น และการปรับตัวให้เข้ากับสถานะทางสังคมและพฤติกรรมประจำวันได้ (วิพุธ พูลเจริญ, 2544) สำหรับเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตจะทำให้เกิดอาการเพิกเฉย ละทิ้งครอบครัว และเพื่อนฝูง มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีปัญหาในครอบครัว โรงเรียน เนื่องจากมีความเสื่อมถอยของหน้าที่ โทกโรงเรียนเกี่ยวกับการเวลาที่ใช้อินเทอร์เน็ต การติดอินเทอร์เน็ตนั้นจะทำให้ผู้ที่ติดอินเทอร์เน็ตรู้สึกถูกละเลย ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการเรียน ละทิ้งเวลาในการทำการบ้าน ศึกษาหาความรู้ และไม่สนใจในการเรียน สูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก จะให้เวลากับน้อยลงกับบุคคลรอบข้างในชีวิต เพื่อที่จะมีเวลาเข้าไปใช้อินเทอร์เน็ตมากยิ่งขึ้น และมีพฤติกรรมแยกตัว มีความรู้สึกว่างเปล่า ซึมเศร้า และหงุดหงิดใจเมื่อไม่ได้ใช้ (Young, 1998; Christensen, Orzack, Babington, Patsdaughter, 2001 cited in Wieland, 2005)

4. ผลกระทบหรือปัญหาสุขภาพทางจิตวิญญาณ

ผู้มีสุขภาพทางจิตวิญญาณจะเป็นผู้ที่สามารถแสดงออกซึ่งจุดมุ่งหมายในชีวิตของตนเองได้ มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ มีประสบการณ์ในความรัก ความสนุกสนาน ความเจ็บปวด ความเศร้า มีความรักในสันติภาพ มีความต้องการที่พอเพียง และเคารพต่อชีวิตทุกชีวิต (วิพุธ พูลเจริญ, 2544) เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตจะมีความรู้สึกว่างเปล่า ซึมเศร้า และหงุดหงิดใจเมื่อไม่ได้ใช้อินเทอร์เน็ต ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ ไม่มีสติ มีความต้องการใช้มากขึ้น และมีอาการกระวนกระวาย ถูกกระทบทางด้านความรู้สึก และอารมณ์เมื่อต้องหยุดหรือเลิกใช้ และอาจถึงกับฆ่าตัวตายได้ เช่น กรณีที่มีเด็กวัยรุ่นตอนต้นหญิงวัย 17 ปี ชาวมาเลเซียฆ่าตัวตาย โดยที่เธอได้เขียนจดหมายลาตายว่า เธอโกรธมารดาที่รายชื่อเพื่อนคุยทางอินเทอร์เน็ตของเธอหายไป ภายหลังจากที่มารดาเอาเครื่องคอมพิวเตอร์ไปซ่อม มารดาเล่าว่า เธอจะฆ่าตัวตายเมื่อมารดาตัดเตือนเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตที่มากเกินไป และจะตัดอินเทอร์เน็ต (ผจงจิต ผาภูมิ, 2546)

จากการศึกษาของ Peele (1991) ได้กล่าวไว้ว่า อินเทอร์เน็ตนั้นจะให้ความรู้สึก และตอบสนองอารมณ์ ซึ่งเราไม่สามารถได้รับจากทางอื่น มักสกัดกั้นความรู้สึกเจ็บปวด ความไม่มั่นคง ไม่สะดวกสบาย จะสร้างพลังต่อสู้กับอารมณ์ ทำให้บุคคลนั้นสามารถลืมปัญหาและรู้สึกยอมรับกับปัญหานั้นได้ จะให้ความปลอดภัย การมีพลังอำนาจควบคุม การได้เป็นเจ้าของ แต่อินเทอร์เน็ตนั้นก็ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความเป็นจริงในโลกได้ แต่ให้ความรู้สึกชั่วคราวชั่วคราว

เท่านั้น ดังนั้นจึงอธิบายได้ว่า ทำไมบุคคลถึงกลับมาใช้อินเทอร์เน็ตจนกลายเป็นพฤติกรรมการเสพติด (ธนิกานต์ มามะศิริรานนท์, 2545) นอกจากนี้การที่บุคคลสร้างพฤติกรรมซ้ำ ๆ ปฏิบัติในสิ่งที่ได้รับความพอใจ ได้รางวัล เช่น บุคคลที่ขี้อาย มีความขลาดกลัวที่จะพบบุคคลใหม่ ๆ จึงหลีกเลี่ยงการพบปะ พูดคุยกับคนอื่น ซึ่งการได้หลีกเลี่ยงความประหม่าตื่นตื้นนี้จึงเป็นรางวัลซึ่งตอกย้ำพฤติกรรม (หลีกเลี่ยงปัญหา) อินเทอร์เน็ตนั้นช่วยตอบสนองความต้องการ ความพึงพอใจให้บุคคลได้ ซึ่งคนจะได้รับความรัก ความตื่นตื้น ความสัมพันธ์ที่พึงพอใจ ความสะดวกสบาย ข่าวสารข้อมูลที่ทันสมัย หรือแม้กระทั่งการหลีกเลี่ยงจากความเจ็บจริง จากอินเทอร์เน็ตนั้นสามารถทำให้เขาได้รางวัลดังกล่าว เขาก็หันหาอินเทอร์เน็ตต่อไปเรื่อย ๆ เมื่อเขารู้สึกต้องการจนกลายเป็นพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ตเช่นเดียวกัน

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต

ปัจจุบันกระบวนการทัศนที่ใช้ในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่สำคัญมี 2 กระบวนการทัศน (เดชรัต สุขกำเนิด และคณะ, 2545) คือ

1) กระบวนการทัศนว่าด้วยโรค จะเน้นที่การป้องกันหรือแก้ไขเมื่อมีภาวะที่เป็นโรคเกิดขึ้น และมุ่งที่จะดำเนินการให้โรคหมดไป จึงไม่ได้ให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และกายภาพโดยรวมที่มีผลต่อสุขภาพ แต่จะเน้นเฉพาะสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมเฉพาะที่มีผลต่อการเกิดโรคโดยตรงเท่านั้น

2) กระบวนการทัศนสุขภาพ กระบวนการนี้เห็นว่าสุขภาพควรมีความหมายที่ครอบคลุมมากกว่าการเกิดโรค ดังการปรับเปลี่ยนกระบวนการที่ว่าด้วยโรค แต่จะให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และกายภาพโดยรวมที่มีผลต่อสุขภาพ หรืออาจกล่าวได้ว่าต้องพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตทั้งหมด

แนวคิดของเดชรัต สุขกำเนิด และคณะ (2545) กล่าวถึงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพของประเทศอังกฤษ ซึ่งมีการแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

1. ปัจจัยที่อยู่ในตัวมนุษย์เอง เช่น อายุ เพศ และพันธุกรรม ซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงได้ยาก

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่วนบุคคลของมนุษย์ เช่น พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการเดินทาง

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายทางสังคม และเครือข่ายในชุมชน เช่น ความสัมพันธ์ในชุมชน วัฒนธรรม ประเพณี ความเข้มแข็งของชุมชน

4. เงื่อนไขในการดำเนินชีวิตและเงื่อนไขในการทำงาน เช่น การผลิตอาหารและผลผลิต การเกษตร สภาพที่อยู่อาศัย การศึกษา สิ่งแวดล้อมในการทำงาน การว่างงาน การจัดหาน้ำสะอาด และสุขภาพ การบริการทางสุขภาพ

5. เงื่อนไขโดยรวมทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะ ในระดับภูมิภาค ระดับชาติ และระดับนานาชาติ

สมจิต หนูเจริญกุล (2543) มองสุขภาวะว่า มีลักษณะเป็นองค์รวมที่เกี่ยวกับวิถีชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อมทั้งหมด ตามความหมายของสุขภาพในลักษณะของการบูรณาการ ซึ่งเป็นความหมายตามความคิดขององค์การอนามัยโลก ของ นพ. ประเวศ วะสี , Pender และ Orem เช่นเดียวกับแนวคิดสุขภาวะของวิพุธ พูลเจริญ (2544) ที่มองว่า สุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับทุกสิ่งทุกอย่างทั้งกายภาพ จิตใจ จิตวิญญาณ พฤติกรรม วิถีชีวิต สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งแนวคิดการดำรงชีวิตที่ปกติสุขของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) และได้เสนอว่า ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ปัจจัยใหญ่ ๆ ด้วยกัน ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ พันธุกรรม เพศ อายุ และวิถีทางดำเนินชีวิต

1.1 พันธุกรรม แม้ว่าพันธุกรรมมีส่วนกำหนดสุขภาวะที่สำคัญ แต่ขึ้นอยู่กับวิถีทางดำเนินชีวิตด้วย เช่น คนที่มีพันธุกรรม คือ บิดา มารดา หรือญาติสายตรงเป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง มีโอกาสที่จะเกิดเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ แต่ถ้ามีพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น ออกกำลังกายสม่ำเสมอ บริโภคอาหารที่ถูกต้อง ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และรู้จักผ่อนคลาย ไม่เครียดโรคจากพันธุกรรมนั้นจะไม่แสดงออกหรือแสดงออกแต่ช้าลง คือ เมื่ออายุมากแล้ว

1.2 วิถีทางดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพ มีส่วนในการกำหนดสุขภาวะเป็นอย่างมาก เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีส่วนในการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคพยาธิต่าง ๆ เป็นต้น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา พฤติกรรมสำส่อนทางเพศ พฤติกรรมไม่ออกกำลังกาย การเผชิญกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนการขาดทักษะที่จะอยู่ร่วมกันอย่างเกื้อกูลกันมีส่วนทำให้เกิดปัญหาทั้งสุขภาวะทางกายและทางจิต

1.3 อายุ มีผลต่อสุขภาวะ เด็ก หรือผู้สูงอายุ เป็นวัยที่เปราะบางภูมิคุ้มกันต่ำความสามารถในการเผชิญกับความเครียดต่าง ๆ ทั้งทางกายภาพและทางจิตสังคม มีจำกัด จึงทำให้เจ็บป่วยได้ง่าย และมักจะไม่แข็งแรง เช่น วัยหนุ่มสาว

1.4 เพศ มีผลต่อสุขภาวะเช่นกัน เพศชายในแทบทุกประเทศจะมีอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสั้นกว่าเพศหญิง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมสุขภาพ เพศชายโดยส่วนใหญ่มักมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำลายสุขภาพมากกว่าเพศหญิงและทำงานที่เสี่ยงกว่าเพศหญิง

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ ด้านชีวภาพและด้านสังคม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ อากาศ น้ำ และระบบสุขาภิบาล ที่อยู่อาศัย และขยะมูลฝอย สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ เช่น เชื้อโรค พาหะนำโรค ยุง แมลง เป็นต้น ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับระบบการสุขาภิบาล และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น การเมือง เศรษฐกิจ วัฒนธรรม การศึกษา กฎหมาย ความยากจน ความสัมพันธ์ทางสังคมความมั่นคงทางสังคม ความเสมอภาค อำนาจสตรี และทิศทางการพัฒนาประเทศ เป็นต้น นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพเป็นสิ่งสิ่งแวดล้อมทางสังคมส่วนหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาวะของประชาชนเช่นกัน

ปัจจัยที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ วิถีทางดำเนินชีวิต เพราะปัจจัยนี้จะเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาวะของวัยรุ่นที่ติดอินเทอร์เน็ต เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงวิถีทางดำเนินชีวิตเป็นอย่างมากต่างจากเด็กวัยรุ่นตอนต้นทั่วไป เช่น ละเลยการดูแลตนเอง แบบแผนการรับประทานอาหารและแบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงไป คือไม่รับประทานอาหารมื้อหลัก รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา และไม่ครบทั้ง 5 หมู่ แต่จะรับประทานอาหารว่างหน้าคอมพิวเตอร์แทน มักมีเวลาในการพักผ่อนนอนหลับน้อยกว่าปกติ จากการหมกมุ่นกับการเล่นอินเทอร์เน็ต (ไชยวัฒน์ บุตรพรหม, 2545; Peter & Bodkin (2007) Orzack, 2001; Wieland, 2005) นอกจากนี้ยังทำให้การรับประทานอาหารผิดปกติ อาจไม่รับประทานอาหาร ขาดการออกกำลังกาย และมีการใช้ยาระบบบางส่วน เช่น ข้อมือ และนิ้วมือมากเกินไป (Orzack, 1999) เป็นต้น นั่นคือ วิถีการดำเนินชีวิตของเด็กที่ติดอินเทอร์เน็ต เพราะสิ่งเหล่านี้สะท้อนถึงวิถีการดำเนินชีวิตของเด็ก เพราะการติดอินเทอร์เน็ตเป็นการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของเด็ก (ธนิกานต์ มาฆะศิริรานนท์, 2545) สอดคล้องกับวิพุธ พูลเจริญ และคณะ (2544) กล่าวว่า ปัญหาทางสุขภาพของประเทศไทยในระยะสองถึงสามทศวรรษที่ผ่านมาได้แปรเปลี่ยนไปอย่างชัดเจน โรคติดเชื้อได้เริ่มลดลง แต่โรคอันเกิดจากวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพได้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

วิถีชีวิตของเด็กวัยรุ่น

จากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการไหลบ่าทางวัฒนธรรมจากทุกสารทิศในโลกยุคไร้พรมแดน ได้ส่งผลกระทบต่อเด็กวัยรุ่น ทั้งรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม สิ่งยั่วยุหรือต้นแบบที่ไม่เหมาะสมต่าง ๆ ที่มาพร้อมกับสื่อมวลชน รวมไปถึงพ่อแม่ผู้ปกครองที่มีเวลาในการอบรมเลี้ยงดูน้อยลง สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นการมีทักษะชีวิตที่ต่ำ ขาดภูมิคุ้มกันทางจิตใจ มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนความบกพร่องทางคุณธรรมจริยธรรม (มูลนิธิสถาบันครอบครัวไทย, 2550)

วิถีชีวิต (Life style) หมายถึง ทุก ๆ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการดำเนินชีวิต อาทิ เจตคติ อุปนิสัย และพฤติกรรมของแต่ละบุคคลชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของบุคคลในการ

เลือกที่จะทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จะส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ของบุคคลทั้งสิ้น (วสันต์ ศิลปะสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, 2541 อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

Robinson and Kish (2001) กล่าวว่า วิธีชีวิตที่ดี เป็นการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ หรือการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดโรค ลดอัตราการตายให้น้อยลง และเป็นกิจกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่องที่ส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น

Wenzel (1982 อ้างถึงในมาฆะ จิตตะสังคะและคณะ,2546) ให้ความหมายวิถีชีวิตของบุคคล หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมตามบรรทัดฐานของสังคมที่เกิดจากกระบวนการขัดเกลาทางสังคม โดย Wenzel อธิบายต่อไปว่า การทำความเข้าใจวิถีชีวิตของบุคคลใช้เพียงศึกษาเฉพาะพฤติกรรมตามบรรทัดฐานของสังคม แต่จะต้องศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับค่านิยม และเจตคติของบุคคลอย่างสัมพันธ์กับแบบแผนความเป็นอยู่ เช่น สภาพความเป็นอยู่ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับพฤติกรรมการอยู่อาศัย ตลอดจนทรัพยากรทางวัตถุ และวัฒนธรรมของบุคคลนั้นด้วย

วิถีชีวิตเด็กวัยรุ่นตามความเห็นของ Aaro Wold, Kannas และ Rimpela (1986 อ้างถึงในมาฆะ จิตตะสังคะ และคณะ,2546) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรม ลักษณะอุปนิสัย เจตคติ และค่านิยมที่มีความคงที่เป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มคน

จากการศึกษาวิถีชีวิตของเด็กวัยรุ่นในปัจจุบันพบว่า เด็กวัยรุ่นค่อนข้างห่างเหินครอบครัว ใช้เวลาว่างและทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวน้อยลง ชอบสะสมของมีค่า ห้อ ตามเพื่อน และตามแฟชั่น ใช้จ่ายไปกับเครื่องสำอาง ของฟุ่มเฟือย โทรศัพท์มือถือ การใช้คอมพิวเตอร์ และมักละเลยการเข้าร่วมกับกิจกรรมทางสังคม สามอันดับต้น ๆ ของการใช้เวลาว่างของเด็กวัยรุ่นคือ การแชต หรือการส่ง SMS ทางโทรศัพท์มือถือ การเล่นเกมคอมพิวเตอร์ และการใช้อินเทอร์เน็ต ส่วนทัศนคติในเรื่องเพศนั้น เด็กวัยรุ่นมีทัศนคติยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานมากขึ้น เด็กวัยรุ่นชายมีทัศนคติในเรื่องเพศเชิงลบ เช่น ยอมรับการมีคู่หลายคน ยอมรับพฤติกรรมแสดงความรักในที่สาธารณะ และวัยรุ่นก็มีความคิดที่เป็นเสรีมากขึ้นเช่นกัน คือ ยอมรับพฤติกรรมแสดงความรัก เช่น การโอบกอด การสัมผัส ในที่สาธารณะ จากการสำรวจของสถาบันครอบครัวไทยพบว่าเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ถือว่าการหอมแก้มกันหรือการโอบกอดกันเป็นเรื่องเสียหาย และไม่เห็นว่าผิดวัฒนธรรมประเพณี (มูลนิธิสถาบันครอบครัวไทย, 2550)

เนื่องจากวิถีชีวิตที่ดี คือ พฤติกรรมหรือ การกระทำหรือกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี และมีความสุขในการดำเนินชีวิต ซึ่งกระทำกิจกรรมนี้อย่างต่อเนื่องจนเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวัน และกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง ซึ่งก็คือ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั่นเอง (Bruhn , 1988 : Wiley and Camacho 1980 cited in Stromborg & Olsen, 1997) วิถีชีวิตที่ดีเป็นส่วนหนึ่งของวิถีการดำเนินชีวิต และวิถีชีวิตที่ดีเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์

ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ มีความต้านทานโรคต่าง ๆ สามารถเรียนรู้วิธีการป้องกันตนเอง ให้ปราศจากโรคและความเจ็บป่วย และดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งลักษณะดังกล่าว นี้เป็นความต้องการทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และสังคมด้วย (ปาริชาติ สุขสวัสดิพร, 2543) แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า วิถีชีวิตสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และการใช้สิ่งเสพติด (Robinson and Kish , 2001) สำหรับเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต สิ่งเสพติดที่สำคัญที่สุดคือ อินเทอร์เน็ตนั่นเอง

ปัจจัยคัดสรรที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

1. พฤติกรรมการบริโภค

พฤติกรรมการบริโภค เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพื่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย และหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งเน้นที่การกระทำให้มีสุขภาพดี (Pender, 1996)

อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดำรงชีวิตของมนุษย์ เด็กวัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตของร่างกายและมีกิจกรรมที่ต้องใช้แรงงานเพิ่มขึ้น เช่น การเรียน การเล่น สารอาหารจึงมีความสำคัญต่อวัยรุ่นมาก เพราะจะทำให้ร่างกายเจริญเติบโตเต็มที่ทั้งด้านน้ำหนักและส่วนสูง เป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพสมบูรณ์ (ชลีพร ศรศรี, 2541) แต่ทุกวันนี้เด็กวัยรุ่นตอนต้นยุคใหม่กำลังมีปัญหาเรื่องขาดสารอาหารและน้ำหนักเกินมาตรฐานมากขึ้นเรื่อย ๆ กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นถึงปัญหาดังกล่าวจึงได้เสนอแนวทางการบริโภคเพื่อสุขภาพดีของคนไทย โดยอาศัยหลักการทางโภชนาการ และปรับให้เข้ากับวิถีชีวิตของคนไทย ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นว่าเด็กวัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยที่มีความต้องการสารอาหารเพื่อการเจริญเติบโตของร่างกายเป็นอย่างมาก ถ้าเด็กวัยรุ่นตอนต้นมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดี โดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ สะอาดปลอดภัย และรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายจะทำให้มีภาวะโภชนาการดี ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง การที่เด็กวัยรุ่นตอนต้นจะมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีได้นั้น เด็กวัยรุ่นตอนต้นจะต้องบริโภคอาหารตามแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพดีของคนไทย (Food Based Dietary Guideline : FBDG ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข , 2542) หรือโภชนบัญญัติ (อุมาพร สุทัศนาวุฒิ, 2547) มี 9 ประการดังนี้

1. การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย

1.1 การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย

กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย คือ การกินอาหารครบ 5 หมู่ในทุกมื้อ และทุกวัน และควรกินอาหารหลายๆ ชนิดหมุนเวียนกันไป เพราะจะทำให้ร่างกายได้รับสารอาหาร

ครบถ้วน ถ้ากินอาหารไม่ครบทั้ง 5 หมู่ หรือกินซ้ำซาก หรือเจาะจงบริโภคอาหารอย่างใดอย่างหนึ่ง ประจำ อาจทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารบางประเภทไม่เพียงพอหรือมากเกินไป ดังนั้นในวันหนึ่งๆ เด็กวัยรุ่นตอนต้นต้องกินอาหารหลายๆ ชนิด เพื่อให้ได้รับสารอาหารครบตามที่ร่างกายต้องการ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งอาหารออกเป็น 5 หมู่ ดังนี้

หมู่ที่ 1 ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง นม ให้สารอาหารโปรตีน

หมู่ที่ 2 ได้แก่ ข้าว แป้ง เผือก มัน น้ำตาล ให้สารอาหารคาร์โบไฮเดรต

หมู่ที่ 3 ได้แก่ ผักชนิดต่าง ๆ ให้สารอาหารวิตามินและเกลือแร่

หมู่ที่ 4 ได้แก่ ผลไม้ ให้สารอาหารวิตามินและเกลือแร่

หมู่ที่ 5 ได้แก่ ไขมันจากพืชและสัตว์ ให้สารอาหารไขมัน

1.2 หมั่นดูแลน้ำหนักตัว

น้ำหนักตัว ใช้เป็นเครื่องบ่งชี้สำคัญที่บอกถึงสุขภาพของคนเราว่าดีหรือไม่ เพราะแต่ละคนจะต้องมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสมตามวัยและได้สัดส่วนกับส่วนสูงของตนเอง ดังนั้น การรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ โดยการกินอาหารให้เหมาะสม ควบคู่ไปกับการออกกำลังกายที่เหมาะสม อย่างสม่ำเสมอจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

ถ้าน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ปกติหรือผอมไปจะทำให้ร่างกายอ่อนแอเจ็บป่วยง่ายและประสิทธิภาพการเรียนและการทำงานด้อยลงกว่าปกติ ในทางตรงกันข้าม หากมีน้ำหนักมากกว่าปกติหรืออ้วนไป จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็งบางชนิดนั้น อันเป็นสาเหตุการตายใน 10 อันดับของคนไทย การรักษาน้ำหนักให้อยู่เกณฑ์ปกติโดยการกินอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้สุขภาพดีมีชีวิตยืนยาวและเป็นสุข

ส่วนในด้านพลังงานที่เด็กวัยรุ่นตอนต้นควรได้รับเพื่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ เพื่อการเจริญเติบโต เพื่อประกอบกิจกรรมต่างๆ และเพื่อรักษาอุณหภูมิของร่างกายให้คงที่นั้นขึ้นอยู่กับค่าพลังงานที่ต้องการพื้นฐาน(BMR) และค่าพลังงานที่ต้องการเพื่อประกอบกิจกรรม (BMR factor) ดังตารางต่อไปนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ตารางแสดงพลังงานที่ร่างกายต้องการในหนึ่งวันของเด็กอายุ 10- 19 ปี

เพศ	อายุ	น้ำหนักตัว กิโลกรัม	BMR กิโลแคลอรี กก.	BMR Factor	พลังงานที่กำหนด กิโลแคลอรี
ชาย	10-12	29	36.50	1.75	1,850
	13-15	42	32.50	1.68	2,300
	16-19	54	27.50	1.60	2,400
หญิง	10-12	31	33.00	1.64	1,700
	13-15	44	28.50	1.59	2,000
	16-19	48	25.50	1.53	1,850

ที่มา: (คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารประจำวันที่ร่างกายควรได้รับของประชาชนชาวไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข)

2. กินข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ

ข้าวและธัญพืชเป็นอาหารที่ให้พลังงานแก่ร่างกายโดยให้สารอาหารคาร์โบไฮเดรตชนิดของคาร์โบไฮเดรตที่ควรบริโภคควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น แป้ง ข้าว เผือก มัน เป็นต้น มากกว่าคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว เช่น น้ำตาล การได้รับคาร์โบไฮเดรตต่างชนิดกันจะทำให้เกิดการย่อยและการดูดซึมไปใช้ในส่วนต่างๆ ของร่างกายต่างกัน โดยคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนจะนำไปใช้เป็นพลังงานหลักของร่างกาย ดังนั้นเด็กวัยรุ่นตอนต้นจึงควรบริโภคข้าวเป็นอาหารหลักโดยข้าวที่รับประทานนั้นส่วนใหญ่เป็นข้าวขัดสี เนื่องจากหาซื้อได้ง่ายและราคาไม่แพง แม้ว่าวิตามินและใยอาหารจะถูกทำลายไปบ้างในขณะที่ขัดสีก็ตามและควรบริโภคข้าวขัดสีน้อยบ้าง เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง เนื่องจากข้าวซ้อมมือเป็นข้าวที่มีวิตามิน เกลือแร่ และใยอาหารมาก ฉะนั้นการที่เด็กวัยรุ่นตอนต้นจะรับประทานข้าวชนิดใดก็ทำให้มีสุขภาพดีทั้งนั้น ในการรับประทานข้าวจะรับประทานข้าวสุกหนึ่งหรือหุงไม่เช็ดน้ำวันละ 8-10 ทัพพี หรือวันละ 4-5 ถ้วยตวง (1 ทัพพี เท่ากับ 60 กรัม หรือประมาณ ½ ถ้วยตวง) โดยในแต่ละมื้ออาจจะรับประทานข้าวในปริมาณที่เท่ากันหรือไม่เท่ากันก็ได้ หรืออาจจะปรับเปลี่ยนมารับประทานอาหารที่ทำจากแป้ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน ขนมปัง เป็นต้น ในปริมาณที่เท่ากันก็ได้

3. กินพืชผักให้มากและผลไม้เป็นประจำ

พืชผักและผลไม้ เป็นแหล่งสำคัญของวิตามินและแร่ธาตุ รวมทั้งสารอื่นๆ ซึ่งล้วนแต่มีความจำเป็นต่อร่างกายที่นำไปสู่สุขภาพที่ดี เช่น ใยอาหารช่วยในการขับถ่าย และนำโคเลสเตอรอล

และสารพิษที่ก่อโรคมะเร็งบางชนิดออกจากร่างกาย ทำให้ลดการสะสมสารเหล่านั้น นอกจากนี้พืชผัก ผลไม้หลายอย่างให้พลังงานต่ำ จากผลการวิจัยล่าสุดพบว่าสารแคโรทีนและวิตามินซีในพืชผักและผลไม้ ป้องกันไม่ให้ไขมันไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดและป้องกันมะเร็งบางประเภท (ชวลีพร ศรศรี, 2541) จึงควรรับประทานผักวันละ $\frac{3}{4}$ - 1 ถ้วยตวง (1 ถ้วยตวง เท่ากับ 2 ทัพพีหรือประมาณ 80 กรัม) โดยประกอบด้วยผักใบเขียวดิบ $\frac{1}{2}$ ถ้วย, ผักใบเขียวสุกและผักอื่นๆ ชนิดผักหัวหรือผล $\frac{1}{2}$ ถ้วย รับประทานผลไม้มีเนื้อ 1 ผล สำหรับผลไม้ผลใหญ่หั่นเป็นชิ้นพอคำ ได้แก่ มะละกอหรือแตงโม ประมาณ 6-8 คำ หรือน้ำผลไม้ 1 ถ้วย (เบญจพร สุขประเสริฐ, 2541) เพื่อการมีสุขภาพที่สมบูรณ์และแข็งแรงจึงควรกินพืชผักทุกมื้อให้หลากหลายชนิดสลับกันไป ส่วนผลไม้ควรกินเป็นประจำสม่ำเสมอ โดยเฉพาะกินหลังอาหารแต่ละมื้อ และควรกินอาหารว่างและควรกินพืชผักผลไม้ตามฤดูกาล

4. กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ

เด็กวัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยที่ร่างกายมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว โปรตีนจึงเป็นสารอาหารที่เด็กวัยรุ่นตอนต้นต้องการเป็นอย่างมาก เพื่อเสริมสร้างเซลล์ให้ร่างกายเจริญเติบโต ถ้าเด็กวัยรุ่นตอนต้นได้รับ โปรตีนไม่เพียงพอ จะทำให้การเจริญเติบโตหยุดชะงัก เด็กวัยรุ่นตอนต้นจึงควรได้รับ โปรตีนอย่างน้อยวันละ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือ 9-12 ช้อนโต๊ะ และโปรตีนที่ได้รับควรมีคุณภาพ โดยปกติแล้วโปรตีนจากเนื้อสัตว์ เช่น หมู เนื้อไก่ ปลา ไข่ เป็นต้น จะมีคุณภาพดีกว่าโปรตีนจากพืช เนื่องจากโปรตีนเนื้อสัตว์ประกอบด้วยกรดอะมิโนที่จำเป็น แต่ในการบริโภคหมูและเนื้อมักพบว่าทำให้ร่างกายได้รับปริมาณไขมันสัตว์สูงตามไปด้วย ฉะนั้นเด็กวัยรุ่นตอนต้นจึงควรบริโภคเนื้อปลาแทนเนื้อสัตว์เนื่องจากไขมันปลาที่มีไขมันต่ำกว่าเนื้อสัตว์นั่นเอง แต่หากบริโภคเนื้อปลาไม่ได้ให้เลือกบริโภคเนื้อแดงหรือเนื้อสัตว์ไม่ติดมันแทน เนื่องจากในเนื้อแดงหรือเนื้อสัตว์ไม่ติดมันจะมีไขมันแทรกอยู่ในเนื้อสัตว์น้อยกว่าเนื้อสัตว์ที่ติดมัน และการกินเนื้อสัตว์ไม่ติดมันเป็นประจำไม่เพียงแต่จะทำให้ร่างกายได้รับโปรตีนเพียงพอเท่านั้น แต่จะทำให้ลดการสะสมไขมันในร่างกายและโลหิตซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ไขมันในเนื้อสัตว์ที่สังเกตเห็นได้ เช่น หมูสามชั้น เนื้อสัตว์ที่มีมันเปลว เป็นต้น เด็กวัยรุ่นตอนต้นควรหลีกเลี่ยงการกินเป็นประจำ

5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย

นมเป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็กและวัยรุ่น ประกอบไปด้วยแร่ธาตุที่สำคัญ คือ แคลเซียมและฟอสฟอรัส ซึ่งช่วยให้กระดูกและฟันแข็งแรง นอกจากนี้ยังมีโปรตีน น้ำตาล น้ำตาลแลคโตสและวิตามินต่างๆ โดยเฉพาะวิตามินบี 2 ช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโตและทำให้เนื้อเยื่อต่างๆ ทำหน้าที่ปกติ นมมีหลายชนิดทั้งนมรสจืดและนมปรุงแต่งชนิดต่างๆ ซึ่งให้คุณค่าอาหารใกล้เคียงกัน เด็กวัยรุ่นตอนต้นควรดื่มนมวันละ 1-2 ถ้วย (เบญจพร สุขประเสริฐ, 2541)

6. กินอาหารที่มีไขมันแต่พอสมควร

ไขมันเป็นอาหารที่จำเป็นต่อสุขภาพ อาหารแทบทุกชนิดมีไขมันเป็นส่วนประกอบมากน้อยแตกต่างกันไป ไขมันเป็นแหล่งพลังงานสูง ให้กรดไขมันที่จำเป็นต่อร่างกายช่วยการดูดซึมของวิตามินที่ละลายในไขมัน อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันเด็กวัยรุ่นตอนต้นมีแนวโน้มบริโภคอาหารที่มีไขมันมากเกินไป ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เป็นโรคอ้วนและเกิดโรคอื่นๆ ตามมา ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งสิ้น การที่เด็กวัยรุ่นตอนต้นได้รับไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอลมากเกินไป จะทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจได้ (สง่า คามาพงษ์, 2543) ฉะนั้นเด็กวัยรุ่นตอนต้น จึงควรบริโภคไขมันหรืออาหารที่มีน้ำมันวันละ 2 ½-3 ช้อนโต๊ะ หรือบริโภคร้อยละ 10 ของอาหารทั้งหมด โดยไขมันที่บริโภคควรได้เป็นไขมันที่ได้จากพืชและจากเนื้อสัตว์ในอัตราส่วน 2:1 เพื่อให้ร่างกายได้รับทั้งกรดไขมันอิ่มตัวและไม่อิ่มตัวไปพร้อมๆ กัน และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทอดน้ำมันจนกรอบ อาหารฟาสต์ฟู้ดและอาหารที่มีน้ำมันเยิ้ม (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2548)

7. หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัดและเค็มจัด

คนไทยนิยมกินอาหารรสจัดและใช้เครื่องปรุงรสกันมากเมื่อเทียบกับอาหารการกินของชาติอื่นๆ ถ้ากินอาหารรสจัดมากเกินไปจนเป็นนิสัยจะทำให้เกิดโทษต่อร่างกายได้ รสอาหารที่มักเป็นปัญหาและก่อให้เกิดโทษต่อร่างกายมาก คือ รสหวานจัดและเค็มจัด

เด็กวัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับอาหารรสหวานจัดและเค็มจัดกลุ่มหนึ่ง เนื่องจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งยังมีการบริโภคอาหารตามกลุ่มเพื่อน ซึ่งอาหารที่บริโภคนั้นได้รับการปรุงแต่งให้มีรสชาติอาหารที่ดึงดูดใจเด็กวัยรุ่นตอนต้น เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม ลูกกวาด ท็อปปี้ เยลลี่ เป็นต้น ซึ่งอาหารเหล่านี้จะมีน้ำตาลแฝงมากับอาหาร ทำให้อายุได้รับพลังงานเพิ่มขึ้น นอกเหนือจากพลังงานที่ได้จากอาหารแต่ละมื้อ หากได้รับเป็นประจำมีแนวโน้มว่าจะเป็นโรคอ้วนได้ และหากเด็กวัยรุ่นตอนต้นบริโภคอาหารรสหวานมาก จะทำให้ความอยากอาหารลดลง เบื่ออาหารและเสี่ยงต่อการบริโภคเบาหวานได้อีกด้วย โดยเด็กวัยรุ่นตอนต้นสามารถบริโภคน้ำตาลไม่เกินวันละ 6 ช้อนกาแฟ (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2548)

ส่วนรสเค็มในอาหารไทยได้จากการเติมน้ำปลาและการใช้เกลือโซเดียมหรือเรียกกันทั่วไปว่าเกลือแกงซึ่งเป็นตัวหลักของสารที่ให้ความเค็ม เครื่องปรุงรสที่ให้รสเค็มที่นิยมใช้กันคือน้ำปลา ซอสถั่วเหลือง ซีอิ๊วดำ เต้าเจี้ยว และยังใช้ในการถนอมอาหารประเภทหมักดอง ทำให้เก็บอาหารไว้กินได้นานขึ้น เช่น ไข่เค็ม ปลาจ๋า ปลาเค็ม เต้าเจี้ยว เป็นต้น นอกจากนี้เกลือโซเดียมยังแฝงมากับอาหารอื่นอีก เช่น ขนมอบกรอบ ขนมขบเคี้ยว ขนมอบฟูแบบฝรั่ง และผงชูรสที่ใช้ในการปรุงอาหาร โดยเด็กวัยรุ่นตอนต้นกินอาหารรสเค็มจัดที่ได้จากโซเดียมหรือเกลือแกงมากกว่า 6 กรัมต่อวัน หรือมากกว่า 1 ช้อนชาขึ้นไปจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง ซึ่งจะยิ่งสูงขึ้นเมื่อมี

อายุมากขึ้น โดยเฉพาะคนที่ไม่ค่อยชอบกินผัก ผลไม้หรือกินน้อยและกินอาหารรสเค็มจัดจัดมี โอกาสเป็นมะเร็งในกระเพาะอาหารด้วย

8. กินอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน

สภาพสังคมไทยในปัจจุบันเปลี่ยนเป็นสังคมเมืองมากขึ้น มีการเร่งรีบในการดำเนินชีวิต ความเป็นอยู่ประจำวันเพิ่มขึ้น พฤติกรรมเปลี่ยนจากการปรุงประกอบอาหารภายในครัวเรือนมาเป็นการซื้อหาอาหารปรุงสำเร็จ อาหารพร้อมบริโภคหรือซื้ออาหารพร้อมปรุงที่มีการจัดเตรียม ส่วนประกอบมาปรุงในครัวเรือน อาหารเหล่านี้มักจะมีการปนเปื้อนและไม่สะอาดเป็นสาเหตุของ อาหารเป็นพิษและเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหาร เช่น อาหารประเภทของหมักดอง ต่างๆ และอาหารสำเร็จรูปตามหาบเร่แผงลอย

ฉะนั้น เพื่อให้เด็กวัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพอนามัยที่ดี จึงควรจะต้องรู้จักวิธีการเลือกซื้อ อาหารจากร้านจำหน่ายอาหารหรือแผงลอยที่ถูกสุขลักษณะหรือเลือกอาหารปรุงสำเร็จที่ปรุงสุก ใหม่ มีการปกปิดป้องกันแมลงวันหรือบรรจุในภาชนะที่สะอาด ปลอดภัย และ มีการใช้อุปกรณ์ หยิบจับ หรือคักอาหารแทนการใช้มือ และประการสำคัญคือต้องมีสุขนิสัยที่ดีในการกินอาหาร ล้าง มือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ก่อนกินอาหารและหลังจากใช้ส้อม ใช้ช้อนกลางเมื่อกินร่วมกันหลาย คน หยิบจับภาชนะอุปกรณ์ให้ถูกต้อง

9. งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

เหล้าไม่ใช่สารอาหาร แม้ว่าเหล้าดื่มเข้าไปจะเผาผลาญให้พลังงาน ได้ก็จริง เพราะผลที่ได้ ไม่คุ้มกับอันตรายที่เหล้าคุกคามสุขภาพ ปัจจุบันเด็กวัยรุ่นตอนต้นมีแนวโน้มที่จะดื่มสุราหรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพิ่มสูงขึ้น (ชูลิพร ศรศรี, 2541) โดยวัยรุ่นที่ดื่มเหล้าอย่างหนักและเป็น เวลานานจะทำให้เกิดปัญหาได้หลายอย่าง เช่น ปัญหาการเงิน ปัญหาการเรียน ปัญหาด้านจิตใจ ทำให้ ลืมง่าย สับสน และอารมณ์หงุดหงิด ส่วนด้านร่างกายทำให้สุขภาพไม่แข็งแรง ป่วยบ่อย ขาด วิตามิน กินได้น้อย และอาจเป็นโรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรังได้ (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2544) ฉะนั้นเด็กวัยรุ่นตอนต้นจึงไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การที่เด็กวัยรุ่นตอนต้นจะมีพฤติกรรมการบริโภค วัยรุ่นตอนต้น จะต้องมีการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ และเพียงพอกับความต้องการของ ร่างกาย โดยยึดหลักการบริโภคตามแนวทางในข้อปฏิบัติการบริโภคเพื่อสุขภาพดีของคนไทย (Food Based Dietary Guideline: FBDG, 2542) โดยมีการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ ให้หลากหลาย รับประทานข้าวเป็นอาหารหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางครั้ง รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน รับประทานผักและผลไม้ทุกมื้อ ดื่มนมวันละ 1-2 แก้ว รับประทานอาหารที่มีไขมันแต่พอควร และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น อาหารรสหวานจัด, หวานจัด, เค็มจัด และงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อีกทั้งในการรับประทาน

อาหารแต่ละมื้อไม่ควรเติมเครื่องปรุง เช่น น้ำตาล, น้ำปลา ลงไป หากเด็กวัยรุ่นตอนต้นปฏิบัติเช่นนี้ จะทำให้เด็กวัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพดีตามมา

การประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภค

นิลภา จิระรัตนวรรณ (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กรุงเทพมหานคร และสร้างแบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งหมด 66 ข้อ ได้แก่ พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารแยกเป็นด้านบวกมีค่าความเที่ยง 0.405 และด้านลบมีค่าความเที่ยง 0.456 พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการจัดการความเครียด แยกเป็นด้านบวกมีค่าความเที่ยง 0.732 และด้านลบมีค่าความเที่ยง 0.517

ปาริชาติ สุขสวัสดิพร (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ค่านิยมทางสุขภาพ และสภาพแวดล้อมในสถาบัน กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษาพยาบาล เขตกรุงเทพมหานคร สร้างแบบสอบถามทั้งหมด 47 ข้อ ปรับปรุงจากแบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 (Health Promotion Lifestyle Profile II:HPLP II) ตามแนวคิดของ Walker, Sechrist and Pender, 1995 มีค่าความเที่ยง 0.85

สายสุณี คำสอน (2545) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองและอำนาจการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาวัยรุ่นในโรงเรียนสังกัดกรมการศึกษานอกโรงเรียนเขตกรุงเทพมหานคร สร้างแบบสอบถามทั้งหมด 40 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร 10 ข้อ การออกกำลังกาย 4 ข้อ การจัดการความเครียด 5 ข้อ การพักผ่อนและนอนหลับ 3 ข้อ การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ 13 ข้อ และความรับผิดชอบด้านสุขภาพ 5 ข้อ มีค่าความเที่ยง 0.8235

อภิญา ปานชูเชิด (2547) สร้างแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อใช้ประเมินเด็กนักเรียนวัยรุ่น เขตกรุงเทพมหานคร มีทั้งหมด 51 ข้อ ปรับปรุงจากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ปาริชาติ สุขสวัสดิพร (2543) ประกอบด้วย แบบสอบถามด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 11 ข้อ ด้านโภชนาการ 16 ข้อ ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย 6 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด 6 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 6 ข้อ และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ 6 ข้อ มีค่าความเที่ยง 0.84

เบญจวรรณ ลุ่งบ้าน (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพในเด็กวัยรุ่นตอนต้น จังหวัดสงขลา สร้างแบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพในวัยรุ่นตอนต้น ตามแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพดีของคนไทย โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2542 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติของเด็กวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดสงขลาในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ แบ่งเป็น 9 ด้าน ซึ่งมีค่าความเที่ยง 0.50

2. พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย

การทำกิจกรรม หมายถึง การใช้เวลาของคนในแต่ละวันของคนเรา ซึ่งมีกิจกรรมอยู่ 5 อย่างที่คนเราต้องกระทำในแต่ละวัน คือ การนอน การเรียน (การทำงาน) การดูแลครอบครัว การดูแลตนเอง และเวลาว่าง (จุฑามาส กิรติกสิกร, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับศุทธฤทัย เชิญขวัญมา และคณะ (2546) ที่กล่าวว่า ในวันหนึ่ง ๆ เด็กนักเรียนจะมีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้ คือ การนอนหลับ การทำงาน การเดินทาง การเรียน การช่วยเหลืองานบ้าน และการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ รับประทานอาหาร เป็นต้น และมีเวลาว่างประมาณวันละ 2-4 ชั่วโมง

การจัดสรรเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้น John P. Robinson (1977 อ้างถึงใน จุฑามาส กิรติกสิกร, 2542) ได้ทำการวิจัยพบว่า คนที่มีอายุ 18 – 65 ปีนั้น ในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ จะมีเวลาว่าง 38.5 ชั่วโมง หรือคิดเป็น 23% ของเวลาทั้งหมด (168 ชั่วโมง) ส่วนเวลาที่เหลือจะใช้ในการพักผ่อน 33% การเรียน 19% การดูแลครอบครัว 12% และการดูแลตนเองอีก 13% ส่วน รัชนี ลาชโรจน์ (2529 อ้างถึงในศุทธฤทัย เชิญขวัญมา และคณะ, 2546) กล่าวว่า การใช้เวลาในการทำกิจกรรมของคนเราสามารถแบ่งได้เป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. เวลาที่ใช้ในการเรียนหนังสือ
2. เวลาที่ใช้ในการนอนหลับ
3. เวลาเพื่อทำกิจวัตรประจำวัน
4. เวลาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ

หลักการแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมของนักเรียนในแต่ละวัน วารุณี อมรทัต (2530 อ้างถึงในศุทธฤทัย เชิญขวัญมา และคณะ, 2546) มีดังนี้

1. เวลาในการทำกิจวัตรประจำวัน
2. เวลาในการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมและทบทวนบทเรียน
3. เวลาในการทำงานอดิเรกที่ตนเองชอบและถนัด
4. เวลาในการช่วยเหลืองานบ้าน
5. เวลาในการดูแลผู้สูงอายุและน้อง ๆ
6. เวลาในการเข้าร่วมกลุ่มพบปะสังสรรค์กับผู้อื่นเพื่อสมาคม
7. เวลาในการช่วยเหลือสังคมนับตั้งแต่ที่อยู่ใกล้ตัว เช่น ครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนบ้าน ตลอดจนบุคคลที่อยู่ใกล้ตัวอื่น ๆ ทั้งที่รู้จักและไม่รู้จัก

พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย

กรมพลศึกษา (2534) กล่าวว่า การออกกำลังกาย เป็นการใช้กล้ามเนื้อและร่างกายให้เคลื่อนไหว เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงมีสุขภาพดี โดยจะใช้กิจกรรมใดเป็นสื่อก็ได้ เช่น กายบริหาร เดินเร็ว วิ่งเหยาะ หรือการฝึกกีฬาที่มีได้มุ่งเน้นที่การแข่งขัน

สถาพร เกิดสว่างเนตร (2539) กล่าวว่า การออกกำลังกาย คือ การที่เราออกแรงเพื่อให้ร่างกายเคลื่อนไหวในจังหวะที่เหมาะสม เพื่อให้กล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ เกิดการพัฒนาตลอดจนทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

ประทีป ตั้งรุ่งวงษ์ธนา (2540) กล่าวว่า การออกกำลังกาย คือ การออกกำลังกายหรือฝึกซ้อมให้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำงานมากกว่าภาวะปกติอย่างเป็นระบบ ระเบียบ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับเพศ วัยและสภาพร่างกายของแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ จนเป็นผลให้ส่วนของร่างกายนั้น ๆ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและการทำงานไปในทางที่ดีขึ้น จนสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุขและมีคุณภาพ

การกีฬาแห่งประเทศไทย (2544) กล่าวว่า การออกกำลังกาย คือ การกระทำใด ๆ ที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อสุขภาพ เพื่อความสนุกสนานและเพื่อสังคม โดยใช้กิจกรรมง่าย ๆ หรือมีกฎกติกาการแข่งขันง่าย ๆ เช่น วิ่ง กระโดดเชือก การบริหารร่างกาย การยกน้ำหนัก แอโรบิคค้ำดันซ์ ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน เกม และการละเล่นพื้นเมือง เป็นต้น รวมทั้งการออกกำลังกายในการประกอบอาชีพและการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน

ธมนวรรณ ศักดิ์วิงปลา (2546) กล่าวว่า การออกกำลังกาย คือ การที่ร่างกายได้มีการเคลื่อนไหว โดยใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่อย่างมีจุดมุ่งหมายในการทำให้มีสุขภาพที่ดีและแข็งแรง โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับเพศ วัยและสภาพร่างกายของแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ เช่น การเดิน การวิ่ง การว่ายน้ำ เป็นต้น

พฤติกรรมกรรมการทำกิจกรรมและออกกำลังกาย เป็นการทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้ได้ใช้พลังงานอย่างเต็มที่ และมีการออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง ครั้งละไม่ต่ำกว่า 20 - 30 นาที เพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรง สุขภาพกายและสุขภาพจิตดี ผ่อนคลายความตึงเครียดจากการเรียน การปวดเมื่อยของระบบกล้ามเนื้อ ทำให้การทรงตัวดี และช่วยควบคุมน้ำหนักของร่างกาย (อภิัญญา ปานชูเชิด, 2547)

จากรายงานของสำนักนโยบายนและแผนสาธารณสุข พ.ศ. 2536 กล่าวว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นขาดการออกกำลังกาย ทำให้มีน้ำหนักตัว ส่วนสูงและสมรรถภาพทางกายอยู่ในเกณฑ์ต่ำเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ส่วนวารสารแพทยสมาคมอเมริกัน รายงานว่า ผู้ที่ออกกำลังกาย

กายอย่างสม่ำเสมอเกือบทุกวัน จะทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง และทำให้มีอายุยืนยาวขึ้นรวมทั้ง อัตราตายลดลงได้ครั้งหนึ่ง (หมอ 5024 , 2539 อ้างถึงใน ชูลีพร ศรศรี , 2541)

ความสำคัญและประโยชน์ของการออกกำลังกายสำหรับวัยรุ่น (การกีฬาแห่งประเทศไทย, 2533 อ้างถึงในนิลภา จิระรัตนวรรณ, 2541)

การออกกำลังกาย เป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญต่อร่างกายเป็นอย่างยิ่ง และให้ประโยชน์แตกต่างกันตามลักษณะของกิจกรรม พอสรุปได้ดังนี้

1. **การเจริญเติบโต** การออกกำลังกายเป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่งที่มีผลกระทบต่อ การเจริญเติบโต เด็กที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายแต่มีอาหารการกินอุดมสมบูรณ์ อาจมีส่วนสูงและ น้ำหนักตัวมากกว่าเด็กในวัยเดียวกันโดยเฉลี่ย แต่ส่วนใหญ่แล้วจะมีไขมันมากเกินไป มีกระดูกเล็ก หัวใจมีขนาดเล็กเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ร่างกายจะผลิตฮอร์โมนที่ เกี่ยวกับการเจริญเติบโตอย่างถูกส่วน จึงกระตุ้นให้อวัยวะต่าง ๆ เจริญขึ้นพร้อมกันไปทั้งขนาด รูปร่าง และหน้าที่การทำงาน และเมื่อประกอบกับผลของการออกกำลังกายที่ทำให้เจริญอาหาร การ ย่อยและการขับถ่ายดี เด็กที่มีการออกกำลังกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ จึงมีการเจริญเติบโต ดีกว่าเด็กที่ขาดการออกกำลังกาย

2. **รูปร่างทรวดทรง** การออกกำลังกายสามารถป้องกันและรักษาการเสียทรวดทรงได้โดย การบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในส่วนที่ต้องการ และทำให้กล้ามเนื้อกระชับ แต่ถ้า การขาดการออกกำลังกายจะทำให้เด็กวัยรุ่นตอนต้น มีรูปร่างผอมบางไม่แข็งแรง เด็กวัยรุ่นตอนต้นบาง คนกินอาหารมากแต่ขาดการออกกำลังกายอาจมีไขมันใต้ผิวหนังมาก ทำให้เกิดโรคอ้วน โรคภาวะ โภชนาการเกิน และกล้ามเนื้อน้อย และทำให้การดึงตัวของกล้ามเนื้อเพื่อคงรูปร่างในสภาพที่ ถูกต้องเสียไป ทำให้ทรวดทรงของเด็กวัยรุ่นตอนต้นไม่สมส่วน คือ มีรูปร่างผอมบางหรืออ้วนและ ไม่สมประกอบเช่น ขาโก่งหรือเข้าชิดกัน ศีรษะเอียง หรือตัวเอียง เป็นต้น

3. **สุขภาพทั่วไป** เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า การออกกำลังกายเป็นประโยชน์ต่อ สุขภาพ ทำให้อวัยวะต่าง ๆ มีการเจริญได้ดีทั้งขนาด รูปร่าง และหน้าที่การงาน โอกาสของการเกิด โรคที่ไม่ใช่โรคติดเชื้อมีน้อย ส่วนเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ขาดการออกกำลังกายจะอ่อนแอ มีความ ต้านทานโรคต่ำเจ็บป่วยได้ง่าย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะรักษาหายช้า และมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน ได้ง่าย ซึ่งปัญหานี้จะมีผลกระทบจนถึงวัยผู้ใหญ่

4. **สมรรถภาพทางกาย** การออกกำลังกายมีผลโดยตรงต่อสมรรถภาพทางกายในด้าน ต่างๆ การออกกำลังกายชนิดที่ใช้แรงกล้ามเนื้อจะทำให้ความแข็งแรงเพิ่มขึ้น และการออกกำลังกาย แบบไม่หนักมากแต่ใช้เวลาานติดต่อกันทำให้เพิ่มความอดทน โดยเพิ่มสมรรถภาพของระบบ หายใจและระบบไหลเวียนเลือด เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ขาดการออกกำลังกายจะมีข้อเสียเปรียบในการ เรียนวิชาพลศึกษาหรือเล่นกีฬา และมีการประสานงานระหว่างกล้ามเนื้อและระบบประสาทต่ำ ทำ ให้ปฏิบัติการในการหลีกเลี่ยงอันตรายต่ำด้วย จึงมักได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุได้ง่าย

5. **ด้านสังคมและจิตใจ** การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเป็นกลุ่มจะทำให้วัยรุ่นรู้จักปรับตัวเข้ากับสังคม ในด้านส่วนตัววัยรุ่นจะมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง มีจิตใจร่าเริง วัยรุ่นที่ขาดการออกกำลังกายมักเก็บตัว มีเพื่อนน้อย บางรายหันไปหาอบายมุขหรือพวดยาเสพติด ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ของสังคมปัจจุบัน วัยรุ่นที่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่จะมีนิสัยชอบออกกำลังกายติดตัวไปด้วย

6. **การป้องกันโรค** การออกกำลังกายสามารถป้องกันโรคร้ายหลายชนิด โดยเฉพาะโรคที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของอวัยวะ อันเนื่องมาจากการมีอายุมากขึ้น ประกอบกับปัจจัยอื่น ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น ความเครียด การสูบบุหรี่มาก การกินอาหารเกิน โรคเหล่านี้ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจเสื่อมสภาพ ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โรคเบาหวาน เป็นต้น ผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำมีโอกาสเกิดโรคเหล่านี้ได้ช้ากว่าผู้ที่ขาดการออกกำลังกายหรืออาจไม่เกิดขึ้นเลยก็ได้

หลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ดี

ศวรรษยา เดชอุดม (2530 อ้างถึงในนิลภา จิระรัตนวรรณ, 2541) ได้ให้หลักเกณฑ์ในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพไว้ดังนี้

1. ลักษณะการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย เลือกแบบที่เหมาะสมกับวัย

การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับเด็กวัยรุ่นตอนต้นมีการศึกษาไว้หลายแบบ จากการพัฒนาบรรณกรรมสามารถสรุปได้ดังนี้

1. **ว่ายน้ำ** เป็นการออกกำลังกายที่ดีต่อสุขภาพ เพราะร่างกายได้เคลื่อนไหวทุกส่วนได้คุณค่า การใช้พลังงาน นอกจากนี้ยังมีแรงพยุงในน้ำจึงเหมาะสม สำหรับวัยรุ่นที่มีรูปร่างอ้วน หรือมีปัญหาที่ข้อต่อ เป้าหมายในการว่ายน้ำเพื่อสุขภาพความถี่สัปดาห์ละ 3 - 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 90 นาที ควรว่ายน้ำให้เร็วและไกลพอควร เช่น ควรว่ายน้ำให้ได้ระยะ 300 เมตร ติดต่อกันภายในเวลา 8 นาที

2. **วิ่ง** เป็นการออกกำลังกายที่ทำได้ง่ายที่สุด ประหยัดและได้รับความนิยมมาก ใคร ๆ ก็สามารทำได้ แต่ข้อระวังเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บจากการวิ่ง คือ การวิ่งไม่ถูกวิธีวิ่งมากเกินไป การวิ่งจะไม่แนะนำสำหรับคนที่มีน้ำหนักตัวค่อนข้างมาก เนื่องจากแรงกระแทกจะมาก อาจเกิดปัญหากับขาและข้อเข่าได้

3. **การเดิน** คือ การเดินระยะไกลและเดินเร็วพอควร การเดินในระยะต้นควรใช้เวลาประมาณ 15 - 30 นาที ขึ้นอยู่กับสุขภาพของคนเดิน เมื่อร่างกายแข็งแรงแล้วจึงเพิ่มเวลาเดินให้มากเดินก้าวเท้ายาว ๆ ในจังหวะเร็ว เพราะต้องใช้พลังงานมากกว่าการเดินก้าวเท้าสั้น ๆ และถี่ ๆ การเดินชนิดนี้ต้องรู้สึกหอบพอสมควร ควรเดินให้ได้ประมาณวันละ 30-60 นาที เดินติดต่อกันไปไม่มีการพักจึงจะพอเพียง ที่จะรักษาร่างกายให้แข็งแรง

4. **เต้นแอโรบิค** เป็นการออกกำลังกายที่ได้รับการนิยมน้อยมาก โดยเฉพาะในผู้หญิงโดยใช้ในการลดความอ้วนหรือควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายแบบแอโรบิค มีการสูด

หายใจเข้าออกในขณะที่ออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อร่างกายต่อเมื่อในแต่ละครั้งกระทำติดต่อกันเป็นเวลานานพอ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกผลทำให้ระบบทำงานของหัวใจ ปอด หลอดโลหิตและระบบไหลเวียนของโลหิตแข็งแรงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

5. **การขี่จักรยานเดินทาง** การขี่จักรยานเป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ดีประเภทหนึ่ง เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกินหรือมีปัญหาเกี่ยวกับข้อต่อ แต่การขี่จักรยานต้องใช้เวลามากกว่าการวิ่ง โปรแกรมขี่จักรยานที่เหมาะสมเพื่อสุขภาพคือ ขี่จักรยานวันละ 30 นาที โดยใช้ความเร็วพอสมควรและสม่ำเสมอหรือช้า ๆ สลับเร็ว ๆ เป็นช่วงๆ ระยะการใช้ควรไกลพอควรในระยะแรกควรประมาณ 4-6 กิโลเมตรก่อน ต่อไปจึงมีระยะทางและความเร็วให้ได้ตามกำหนดควรเลือกจักรยานที่เหมาะสมกับรูปร่าง คู่มือให้ดูแบบจำลองที่จะขี่ไปได้สบาย ตรวจสอบเบรคและส่วนอื่นๆ เพื่อความปลอดภัย

6. **กระโดดเชือก** เป็นกิจกรรมการออกกำลังกายที่เป็นการเล่นพื้นเมืองของไทยทำได้ง่ายสะดวก ใช้เนื้อที่จำกัด ก่อนการกระโดดเชือกควรอบอุ่นร่างกายก่อน 5-10 นาที ควรกระโดดเชือกนาน 6 นาที เป็นอย่างน้อยและผ่อนคลายเป็นเวลา 5-10 นาที วัยรุ่นที่มีน้ำหนักมีปัญหาเกี่ยวกับข้อต่อ มีโรคประจำตัว เช่น หัวใจ ความดันโลหิต เบาหวาน ไม่ควรออกกำลังกายด้วยการกระโดดเชือก

7. **โยคะ** เป็นการออกกำลังกายที่ผสมกับการควบคุมการหายใจให้เข้าจังหวะกัน ต้องมีครูฝึกที่รู้จริง และปฏิบัติอย่างจริงจังก็ให้ประโยชน์อย่างสูง

2. รูปแบบการออกกำลังกายที่พอดีกับสุขภาพ

การออกกำลังกายที่พอดีกับสุขภาพ จรรยาพร ธรณินทร์ (2534) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบในการออกกำลังกาย เพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดดังต่อไปนี้

1. ความบ่อยในการออกกำลังกาย (Frequency) ในการออกกำลังกายแบบแอโรบิกดึกดานซ์ ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ หรืออย่างมาก 6 วันต่อสัปดาห์ ในกิจกรรมที่สามารถเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจในช่วง 60 – 80 เปอร์เซ็นต์ ถ้าหากออกกำลังกายเพียง 2 วันต่อสัปดาห์ ก็เป็นผลดีต่อการไหลเวียนโลหิต และการคงสภาพความสามารถของร่างกาย แต่ไม่ช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ จึงควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ เพื่อให้ร่างกายมีการพักผ่อนบ้าง

2. ความหนักในการออกกำลังกาย (Intensity) การกำหนดความหนักของงาน โดยใช้อัตราการเต้นของหัวใจเป็นตัวบ่งชี้ในความสามารถของแต่ละบุคคล การกำหนดชีพจรเป้าหมายในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพจะอยู่ในช่วง 60 – 80 เปอร์เซ็นต์ ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด

3. ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (Time) ความหนักของการออกกำลังกาย อัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมาย ควรออกกำลังกายติดต่อกันเป็นเวลา 15 – 60 นาที อัตราการเต้นของชีพจรควรเต้นแบบต่อเนื่อง

3. ขั้นตอนการออกกำลังกายที่ถูกต้อง

ขั้นตอนการออกกำลังกาย

ขั้นตอนที่ 1 การอุ่นร่างกาย (Warm up) ก่อนที่จะออกกำลังกายต้องมีการอุ่นร่างกายก่อน เช่น ถ้าเราจะออกกำลังกายด้วยการวิ่ง ก็ไม่ควรที่จะลงวิ่งทันที เมื่อไปถึงสนามควรจะอุ่นร่างกายให้ร่างกาย มีอุณหภูมิสูงขึ้นก่อน ซ้ำ ๆ เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย สะบัดแข้ง สะบัดขา แกว่งแขน วิ่งเหยาะๆ อยู่กับที่ซ้ำๆ ช่วงระยะเวลาหนึ่งก่อน แล้วจึงออกวิ่ง ดังนั้น การอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายจึงเป็นขั้นตอนแรกที่จะต้องกระทำ

ขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนออกกำลังกายอย่างจริงจัง การออกกำลังกายนั้นจะต้องเพียงพอ ทำให้ร่างกายเกิดการเผาไหม้อาหารในร่างกายโดยใช้ออกซิเจนในอากาศ โดยการหายใจเข้าไปเพื่อทำให้เกิดพลังงานจนถึงระดับหนึ่ง การที่จะออกกำลังกายได้ถึงระดับนี้ เป็นเรื่องสำคัญที่ผู้ออกกำลังกายจะต้องเข้าใจให้ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนการผ่อนให้เย็นลง คือ เมื่อได้ออกกำลังกายตาม กำหนดที่เหมาะสม ตามขั้นตอนที่ 2 แล้วควรจะค่อย ๆ ผ่อนการออกกำลังกายลงทีละน้อย แทนการหยุดการออกกำลังกายโดยทันที ทั้งนี้เพื่อให้เลือดที่คั่งอยู่ตามกล้ามเนื้อ ได้มีโอกาสกลับคืนสู่หัวใจ

4. การกระทำโดยสม่ำเสมอ

การออกกำลังกายจะให้ผลดีต้องกระทำโดยสม่ำเสมอทำนานไปตลอดชั่วชีวิตและจะกระทำได้โดยการเคลื่อนไหวของร่างกายที่เป็นจังหวะอย่างสม่ำเสมอพอเหมาะที่จะกระตุ้นหัวใจให้อยู่ในระดับพอสมควรแก่อายุ ซึ่งกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขกำหนดบัญญัติ 10 ประการในการออกกำลังกายไว้ดังนี้ คือ

1. ออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน
2. ออกกำลังกายครั้งละ 20 -30 นาที
3. ออกกำลังกายแบบค่อยเป็นค่อยไปไม่หักโหม
4. ควรอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย และผ่อนคลายก่อนเลิกออกกำลังกาย
5. ออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัย
6. ออกกำลังกายที่ให้ความสนุกสนาน
7. แต่งกายให้เหมาะสมกับชนิดของการออกกำลังกาย
8. ควรออกกำลังกายหลากหลายชนิด
9. ออกกำลังกายในสถานที่ปลอดภัย
10. ผู้สูงอายุ หญิงมีครรภ์ ผู้มีโรคประจำตัว ต้องตรวจสอบสุขภาพก่อนออกกำลังกาย

พฤติกรรมกรรมการขาดการออกกำลังกายของวัยรุ่น (ไพรวลัย ตัณฑาพุด, 2530) สามารถจำแนกเป็น 2 พวก

1. ขาดการออกกำลังกายมาตั้งแต่วัยเด็ก เนื่องจากมีผลเสียของการขาดการออกกำลังกายในวัยเด็กมาก่อน โดยเฉพาะในด้านรูปร่างทรวดทรงและสมรรถภาพทางกาย ผลเสียเหล่านี้ยิ่งเพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกันจะเริ่มเกิดการเสื่อมในด้านรูปร่างและหน้าที่การทำงานของอวัยวะภายใน หลายระบบจนสามารถแสดงออกคล้ายเป็นโรคพยาธิสภาพได้ เช่น มีอาการหอบเหนื่อย ใจสั่นเมื่อใช้แรงเพียงเล็กน้อย คล้ายกับผู้ที่ เป็นโรคหัวใจ หรือ โรคปอด (ซึ่งแท้จริงเกิดจากการที่ระบบหายใจ และระบบไหลเวียนเลือดพยายามปรับตัวให้เข้ากับการใช้เรงนั้น

2. เคยออกกำลังกายเป็นประจำมาก่อน แต่มาหยุดในวัยรุ่น พวกนี้ไม่มีผลเสียของการขาดการออกกำลังกายในวัยเด็กอยู่ การเจริญเติบโตไม่มีข้อขัดข้อง แต่รูปร่างทรวดทรงอาจเปลี่ยนแปลงไปได้มากการขาดการออกกำลังกายในวัยนี้ เนื่องจากกล้ามเนื้อน้อยลงและมีการสะสมของไขมันมากขึ้น และในด้านสมรรถภาพทางกายในด้านต่าง ๆ จะลดต่ำลงอย่างรวดเร็ว แต่การเริ่มต้นใหม่จะต้องค่อยเป็นค่อยไป เพื่อหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นได้

ทั้งสองพวกดังกล่าว มีสมรรถภาพทางกายต่ำประกอบด้วยสุขภาพไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร และมีผลเสียทางด้านสังคมจิตใจจะกระทบกระเทือนไปถึงการเรียนอีกด้วย

จากการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาและการดูกีฬาของประชาชน พ.ศ. 2540 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี พบว่า วัยรุ่นที่มีอายุ 15 - 24 ปี ไม่สนใจเล่นกีฬาร้อยละ 36.2 ไม่มีเวลา ร้อยละ 55.3 ไม่มีสถานที่เล่น ร้อยละ 3.1 ไม่มีอุปกรณ์กีฬาร้อยละ 1.4 และไม่มีผู้สนับสนุน ร้อยละ 0.3 เป็นต้น และประกอบกับในปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย ทำให้วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย หันมาสนใจในการเล่นคอมพิวเตอร์ การใช้เครื่องเล่นเกมในรูปแบบต่าง ๆ และการใช้ Internet มากขึ้น จึงทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ถ้าหากวัยรุ่นได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน หรือออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที ก็จะทำให้เด็กวัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ทรวดทรงสมส่วน มีสุขภาพจิตดี และไม่เจ็บ ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ เช่น โรคอ้วน โรคภาวะโภชนาการเกิน และไม่เกิดโรคภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือด โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

การประเมินพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย

นิลภา จิระรัตนวรรณ (2540) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กรุงเทพมหานคร และสร้างแบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งหมด 66 ข้อ ได้แก่ พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารแยกเป็นด้านบวกมีค่าความเที่ยง 0.405 และด้านลบมีค่าความเที่ยง 0.456 พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการจัดการความเครียด แยกเป็นด้านบวกมีค่าความเที่ยง 0.732 และด้านลบมีค่าความเที่ยง 0.517

ชวลีพร ศรศรี (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร และสร้างแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น 6 ด้าน แบ่งเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อความทั้งทางบวกและทางลบ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรม 3 ด้าน คือ ด้านการบาดเจ็บของร่างกาย มี 10 ข้อ ด้านการรับประทานอาหาร มี 10 ข้อ และด้านการออกกำลังกาย มี 9 ข้อ รวมทั้งหมด 29 ข้อ ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรม 3 ด้าน คือ ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้ยาเสพติด และด้านการมีเพศสัมพันธ์ มีค่าความเที่ยง 0.86

ปาริชาติ สุขสวัสดิ์พร (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ค่านิยมทางสุขภาพ และสภาพแวดล้อมในสถาบัน กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษาพยาบาล เขตกรุงเทพมหานคร สร้างแบบสอบถามทั้งหมด 47 ข้อ ปรับปรุงจากแบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 (Health Promotion Lifestyle Profile II:HPLP II) ตามแนวคิดของ Walker, Sechrist and Pender, 1995 มีค่าความเที่ยง 0.85

สายสุณี คำสอน (2545) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และอำนาจการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาวัยรุ่นในโรงเรียนสังกัดกรมการศึกษานอกโรงเรียนเขตกรุงเทพมหานคร สร้างแบบสอบถามทั้งหมด 40 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร 10 ข้อ การออกกำลังกาย 4 ข้อ การจัดการความเครียด 5 ข้อ การพักผ่อนและนอนหลับ 3 ข้อ การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ 13 ข้อ และความรับผิดชอบด้านสุขภาพ 5 ข้อ มีค่าความเที่ยง 0.8235

อภิญา ปานชูเชิด (2547) สร้างแบบสอบถามทั้งหมด 51 ข้อ ปรับปรุงจากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ปาริชาติ สุขสวัสดิ์พร (2543) ประกอบด้วย แบบสอบถามด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 11 ข้อ ด้านโภชนาการ 16 ข้อ ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย 6 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด 6 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 6 ข้อ และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ 6 ข้อ มีค่าความเที่ยง 0.84

3. การใช้อินเทอร์เน็ต

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต การเสพติดอินเทอร์เน็ตนั้นมีลักษณะอาการเช่นเดียวกับการเสพยา แอลกอฮอล์และการพนัน ซึ่งมีลักษณะหมกมุ่น ถูกรอบงำ สูญเสียการควบคุม มีความต้องการใช้มากขึ้น และจะมีอาการกระวนกระวาย ถูกกระทบทางด้านความรู้สึกและอารมณ์เมื่อต้องหยุดหรือเลิกใช้ และผลจากการเสพติดนี้จะส่งผลกระทบต่อการเรียน ชีวิตส่วนตัวและบุคคลรอบข้าง การเสพติดอินเทอร์เน็ตนั้นครอบคลุมถึงพฤติกรรม และปัญหาจากการที่ไม่สามารถควบคุมการใช้อินเทอร์เน็ต ซึ่งถูกจัด

อยู่ในประเภทการเสพติดพฤติกรรมเช่นเดียวกับการติดการพนัน เป็นการเสพติดในสิ่งที่พวกเขากระทำและความรู้สึกที่พวกเขาได้รับจากการกระทำ (ธนิกานต์ มาณะศิริานนท์, 2545)

แนวคิดเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด

ความหมายของการสารเสพติดและการใช้สารเสพติด

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 (ฝ่ายวิชาการสูตรไพศาล, 2537 อ้างถึงใน วชิรา เสรตนันท์, 2543) ได้ให้ความหมายของคำว่า “สารเสพติด” คือ สารเคมีหรือวัตถุใด ๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยวิธีรับประทาน ดม สูบ นิด หรือด้วยวิธีการใด ๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ คือ

1. ผู้เสพยาต้องเพิ่มขนาดเสพมากขึ้นเป็นลำดับ
2. ผู้เสพจะเกิดอาการถอนยาเมื่อหยุดใช้ยาหรือขาดยา
3. ผู้เสพจะเกิดความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจ อย่างรุนแรงตลอดเวลา
4. ผู้เสพยาจะมีสุขภาพร่างกายที่ทรุดโทรม

สมฤทัย จันทรสุข (2543) ได้ให้ความหมายว่า สารเสพติด หมายถึง สารที่อาจเป็นผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติหรือจากสารสังเคราะห์ เมื่อได้เสพเข้าไปในร่างกายแล้ว จะทำให้ออกเป็นพิษของสิ่งนั้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งยังต้องเพิ่มปริมาณการเสพขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งทำให้สุขภาพของผู้เสพเสื่อมโทรมลงและเมื่อถึงเวลาอยากเสพแล้วไม่ได้เสพจะมีอาการผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้เสพ

ชวลิต ขอดมณี และคณะ (2540 อ้างถึงในภุมรินทร์ ภูมิประเสริฐโชค, 2546) ให้ความหมายว่า สารเสพติด หมายถึง สารเคมี ยา หรือวัตถุใด ๆ ก็ตาม เมื่อร่างกายได้รับเข้าไปแล้วโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น กิน สูบ นิด ดม ฯลฯ จะทำให้เกิดอาการต่อร่างกาย คือ จะต้องได้รับเป็นประจำ จะต้องเพิ่มขนาดของสารนั้นเรื่อย ๆ ในที่สุดทำให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพของผู้ใช้นั้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของสารชนิดนั้น ๆ สารแต่ละชนิดมีฤทธิ์ทำให้เกิดการเสพติดไม่เหมือนกัน บางชนิดทำให้เกิดการเสพติด ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่วนบางชนิดทำให้เกิดการเสพติดเฉพาะจิตใจเท่านั้น แต่โดยทั่วไปมักเรียกกันว่า “ยาเสพติด”

คำว่า “การเสพติด” ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “Addiction” หมายถึง การเสพติดที่ใช้บ่อย ๆ แล้วติด มักจะใช้กับสิ่งที่ติดแล้วจะทำให้เกิดโทษ เช่น ยาเสพติด สิ่งเสพติด และของเสพติด (ราชบัณฑิตยสถาน, 2525)

การเสพติด (Addiction) เป็นความซับซ้อนของการเปลี่ยนแปลงรูปแบบทางด้านพฤติกรรมที่มีปัจจัยทางด้านชีวภาพ กายภาพ สังคม และองค์ประกอบทางพฤติกรรม ซึ่งเป็นลักษณะของปัจเจกบุคคลที่มีลักษณะพยาธิสภาพอันเกิดจากการเสพติด และมีผลทำให้ความสามารถในการควบคุมตนเองลดลง (Lang, A., 1983 อ้างถึงในไชวัฒน์ บุตรพรหม, 2545)

การเสพติด คือ การที่บุคคลมีความหมกมุ่น ถูกครอบงำทั้งเรื่องเวลา พลังงาน สูญเสียการควบคุมจากสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การเสพติดนั้นเป็นพฤติกรรมที่ทำให้ความรู้สึกดีกับคนที่ถูกดึงดูดให้มีรูปแบบพฤติกรรมซ้ำ ๆ ทำให้คนขาดความรับผิดชอบในผลการกระทำจากพฤติกรรมของเขาและให้ความพึงพอใจกับชีวิตของบุคคลนั้น (Fingrette,1988: Nakken, 1988: Mednick,1989: wilbanks, 1989: Carnes, 1992: Truan,1993 อ้างถึงในธนิกานต์ มามะศิริรานนท์, 2545)

การใช้สารเสพติด หมายถึง การกิน สูบ นิด ดม ฯลฯ สารเคมี ยา หรือวัตถุใด ๆ ก็ตามเมื่อร่างกายได้รับเข้าไปแล้วโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง จะทำให้เกิดอาการต่อร่างกาย คือ จะต้องได้รับเป็นประจำ จะต้องเพิ่มขนาดของสารนั้นเรื่อย ๆ ในที่สุดทำให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพของผู้นั้น ทำให้เกิดการเสพติด ทั้งทางร่างกายและจิตใจ (ภุมรินทร์ ภูมิประเสริฐ โโชค, 2546)

ลักษณะพฤติกรรมการเสพติด (Addiction Behavior) ภายใต้หลักการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 (DSM – IV ; American Psychiatric Association, 1994) ดังนี้

การติดสารเสพติด (Substance Dependence) หลักการวินิจฉัยมีดังนี้ คือ ผู้ที่เสพสารเสพติดจนกระทั่งเกิดความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม โดยมีอาการดังต่อไปนี้

1. อาการคือยาหรือสาร (Tolerance) โดยมีอาการดังต่อไปนี้
 - เพิ่มปริมาณของสารเพิ่มขึ้นให้เกิดอาการมึนเมา หรือได้รับผลตามที่ต้องการ
 - ผลของสารลดลงอย่างมาก แม้จะเสพอย่างต่อเนื่องในปริมาณเท่าเดิม
2. อาการขาดยาหรือสาร (Withdrawal Symptoms) โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง
 - มีอาการซึ่งมีลักษณะเฉพาะของการขาดสารเสพติดชนิดนั้น
 - เสพสารเพื่อให้อาการขาดยา หรือสารลดน้อยลง หรือเพื่อไม่ให้เกิดอาการดังกล่าว

3. เสพสารเสพติดในปริมาณมากติดต่อกันเป็นเวลานาน
4. มีความตั้งใจอยู่เสมอที่จะลดประมาณการเสพสารเสพติดลงมา แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ
5. ใช้เวลาหมดไปกับการได้สารเสพติด การเสพสารเสพติด การพักผ่อนให้หายจากอาการมึนเมาหรือฤทธิ์ของสารเสพติด

6. มีความบกพร่องในกิจกรรมที่เกี่ยวกับสังคม อาชีพการงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจ
7. เสพอย่างต่อเนื่อง แม้ทราบว่าการเสพทำให้เกิดปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเสพติด (Addiction) สามารถอธิบายได้โดยหลักการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. จิตพลวัตและบุคลิกภาพ (Psychodynamics and Personality)

การเสพติดโดยทั่วไปสามารถเริ่มต้นได้จากวัยเด็กและมีความสัมพันธ์กับลักษณะทางบุคลิกภาพหรือความผิดปกติอื่น ๆ รวมถึงลำดับขั้นของพัฒนาการตั้งแต่ในวัยเด็กเล็กไปจนถึงวัยรุ่นผู้ใหญ่ ในแต่ละคนจะพบว่ามียปัจจัยหลายตัวที่ชักจูงให้มีแนวโน้มต่อการเสพติด เช่น เหล้า, เฮโรอีน การพนัน เพศสัมพันธ์ การจับจ่ายซื้อของ หรือแม้แต่บริการบนเครือข่ายคอมพิวเตอร์ เป็นต้น ชนิดของสิ่งเสพติดต่าง ๆ เหล่านี้อาจเป็นปัจจัยชักจูงที่ทำให้เกิดการเสพติดได้ ถ้าหากเกิดความเครียดหรือปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ในช่วงเวลานั้นอาจทำให้โน้มเอียงไปสู่การเสพติดได้ในที่สุด เช่น ถ้าเริ่มต้นดื่มเหล้าบางครั้งแต่ต่อเนื่อง ก็จะมีแนวโน้มว่าจะมีปริมาณและความถี่ในการดื่มเหล้าเพิ่มขึ้น และพัฒนาไปสู่ผู้ที่ติดเหล้า สำหรับการติดอินเทอร์เน็ตอาจเกิดขึ้นจากเวลา สถานที่และสถานการณ์ที่เหมาะสม ก็อาจจะมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ตเกิดขึ้น

2. สังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural)

การเสพติดพบว่า เพศ อายุ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เชื้อชาติ ศาสนา และที่พำนักอาศัย โดยสังคมบางแห่งอาจมองว่าการเสพติดกลายเป็นเรื่องธรรมดาไปแล้ว เช่น ผู้ที่ติดเหล้าจะพบมากในกลุ่มชนชั้นกลาง เป็นชาวพื้นเมืองและไอริชอเมริกัน และพบในศาสนาคริสต์นิกายคาทอลิก และคนผิวขาวมีการใช้สารเสพติด แต่อาจพบน้อยกว่าในกลุ่มคนผิวดำหรือกลุ่มคนลาตินที่นิยมใช้เฮโรอีน ลักษณะของการติดอินเทอร์เน็ตยังไม่มีข้อมูลมากพอที่จะอธิบายได้ทั้งหมด เนื่องจากความหลากหลายของจำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ต และจำนวนของประชากรในอินเทอร์เน็ตที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทุกปี

3. พฤติกรรม (Behavior)

การอธิบายถึงการเสพติดมีพื้นฐานมาจากการศึกษาของ B.F. Skinner เกี่ยวกับการวางเงื่อนไขไขผลกรรม กล่าวคือ พฤติกรรมเกิดขึ้นเนื่องจากการได้รับรางวัลหรือการลงโทษ สำหรับกลุ่มของพฤติกรรมเสพติด พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนที่มีลักษณะกลัวการเข้าสังคม วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ฯลฯ กล่าวคือ มักหลีกเลี่ยงการปฏิสัมพันธ์ กลัวหรือวิตกกังวลที่จะสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเสพติด เช่น การติดยาเสพติด เหล้า เพศสัมพันธ์ การพนัน อินเทอร์เน็ต การจับจ่ายซื้อของ ฯลฯ พฤติกรรมดังกล่าวอาจทำให้ได้รับความสุข ความตื่นเต้นทำหาย ความพึงพอใจ และตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจ สิ่งเหล่านี้เปรียบเสมือนรางวัลที่ทำให้พฤติกรรมเสพติดมีความถี่หรือปริมาณที่เพิ่มขึ้นนั่นเอง สำหรับอินเทอร์เน็ตอาจกลายเป็นอุปกรณ์สำหรับคนบางกลุ่มที่ต้องการหลีกเลี่ยงสังคมที่แท้จริง จึงทำให้ใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้น ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นตัวเสริมแรงและเกิดขึ้นเป็นวัฏจักรต่อเนื่อง

4. จีวภาพทางการแพทย์ (Biomedical)

การอธิบายถึงการเสพติดอาจจะมีผลสืบเนื่องมาจากพันธุกรรมและอาจเป็นมาตั้งแต่แรกเกิด กล่าวคือ ความไม่สมดุลทางเคมีในสมองและระบบประสาท โครโมโซมและระดับฮอร์โมนในร่างกายอาจจะเกินหรือขาด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบประสาท สมอง และการทำงานของอวัยวะภายในร่างกาย ปัจจัยเหล่านี้อาจมีผลต่อพฤติกรรมเสพติด ซึ่งงานวิจัยได้ระบุผลอย่างชัดเจนว่ายาเสพติดบางประเภทมีผลต่อระบบประสาทในสมอง กล่าวคือ ยาเสพติดบางชนิดจะมีปฏิกิริยาต่อ Synaptic gap ของระบบประสาทในสมอง ทำให้เกิดความบกพร่องได้ในที่สุด แนวความคิดนี้เป็นเหตุผลในการอธิบายถึงพฤติกรรมเสพติดที่เกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การใช้ยาเสพติด การเล่นเกมพนัน ฯลฯ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้สามารถนำมาประยุกต์ได้กับการติดอินเทอร์เน็ตได้ แต่ก็ยังไม่ได้มีการสรุปอย่างแน่ชัดว่าการติดอินเทอร์เน็ตนั้นมีผลต่อกลไกการทำงานของระบบประสาทหรือสมองหรือไม่

การติดสารเสพติด แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. การติดสารเสพติดทางใจ (Psychic Dependence) หมายถึง การใช้ยาเพื่อตอบสนองความรู้สึกอยากที่จะใช้ยานั้น รู้สึกสบายและเป็นสุขหลังจากได้ใช้ยานั้นแล้ว เช่น ในชีวิตจริงของคนผู้ใดอยู่ในภาวะแวดล้อมที่ไม่มีความสุข จะด้วยความกลัดกลุ้มในปัญหาชีวิต ครอบครัว และสังคมแวดล้อม บ้านไม่มีจะอยู่ บิดามารดาไม่มีความรักใคร่กลมเกลียวกัน เด็กขาดความอบอุ่น ขาดการดูแลเอาใจใส่จากผู้ปกครอง หรือจะเหตุใดก็ตาม เมื่อได้มามีรสความเคลิบเคลิ้มได้จากความเมายาเสพติดให้โทษ หรืออาจกล่าวได้ว่าฤทธิ์ของยาเสพติดให้โทษทำให้คนผู้นั้นเกิดความเคลิบเคลิ้มมีอารมณ์ที่เป็นสุขแล้วก็จะมองเห็น ภาวะที่ไม่สมหวังของตนเป็นเรื่องแก้ไขได้ง่าย ๆ คิดการสิ่งใดก็สมหวังไปหมดทำให้เขามีความสุข แต่เมื่อใดที่หมดฤทธิ์ยาเสพติดหมดความเคลิบเคลิ้ม สภาพชีวิตจริงที่ไม่มีความสุขสมหวังก็จะหวนกลับมาปรากฏให้เห็นอีกทำให้เขาเกิดความทุกข์ แล้วเขาจะต้องหันกลับมาเสพยาให้มันเมาใหม่ เพื่อกลับไปอยู่ในภาวะเคลิบเคลิ้มและเกิดอารมณ์ขึ้นใหม่ เป็นโลกที่เป็นความสุข ซึ่งเป็นภาวะที่เขาต้องการให้มีอยู่ตลอดไป

2. การติดสารเสพติดทางร่างกาย (Physical Dependence) หมายถึง การติดยาซึ่งเมื่อหยุดใช้ยาจะเกิดอาการผิดปกติต่าง ๆ ทางร่างกาย เรียกว่า อาการลงแดง (Withdrawal symptoms) ผู้ติดยาจะต้องใช้ยาต่อไปเรื่อย ๆ เพราะถ้าหยุดยาทันทีทันใดจะมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับชนิดของยาที่ใช้ อาการที่เกิดขึ้นหลังหยุดยาเสพติดมีดังนี้ คือ มีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มขึ้นทำให้เหงื่อออก น้ำตาไหล ความดันโลหิตสูงขึ้น อาเจียน ปวดท้อง ท้องเดิน ฯลฯ และมีอาการของสมองถูกกระตุ้น คือ กังวล หงุดหงิด นอนไม่หลับ ถ้าเป็นรุนแรงอาจชักได้ นอกจากนี้ยังมีอาการปวดกล้ามเนื้อและตามข้อต่าง ๆ

การคิดสารเสพติด มักจะเริ่มในเด็กวัยรุ่นตอนต้น โดยที่มีความรู้สึกไม่มั่นคง (Insecurity) นั้นมีมากกว่าการพัฒนา ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง เป็นผลให้เด็กวัยรุ่นตอนต้นเริ่มทดลองใช้ยาเสพติด นอกจากนี้ เด็กวัยรุ่นตอนต้นมักมีความขัดแย้งระหว่างความต้องการจะพึ่งพ่อแม่ กับความต้องการที่จะเป็นอิสระในตัวเอง ความขัดแย้ง ความคับข้องเมื่อมีมากขึ้นจะกลายเป็นพฤติกรรมต่อต้าน ประท้วง ฉะนั้นการใช้สารเสพติด จึงเป็นวิธีทางหนึ่งที่เด็กวัยรุ่นตอนต้นใช้เป็นทางออกของความไม่สบายใจ ประกอบกับได้รับการจูงใจจากเพื่อนที่ติดยาเสพติด เพื่อต้องการยอมรับจากเพื่อน จึงต้องทดลองเสพยาเสพติดและกลายเป็นคนติดยาเสพติดในที่สุด (วชิรา เสรตพันธ์, 2543) ซึ่งจากหลักการดังกล่าวการอธิบายภาวะการติดอินเทอร์เน็ตในเด็กวัยรุ่นตอนต้นก็น่ามีลักษณะที่เหมือนกัน

การประเมินความรุนแรงของการเสพติด (สันชัย วสุนธรา, 2544)

การประเมินระดับความรุนแรงของการเสพติดต่อสุขภาพ ซึ่งจะรุนแรงมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ

1. ประเภทของสารเสพติด ที่รุนแรงมากที่สุด คือ ผงขาวหรือ เฮโรอีน
2. ปริมาณที่เสพแต่ละครั้ง
3. จำนวนครั้งที่ใช้ต่อวัน
4. ระยะเวลาที่เสพติดต่อเนื่องกันมา
5. จำนวนครั้งที่พยายามเลิกมาแล้ว
6. ประเภทของสารเสพติดอื่นที่ใช้ร่วม
7. กรรมวิธีในการเสพ

ดังนั้น เมื่อนำหลักการดังกล่าวมาเปรียบเทียบกับความรุนแรงของภาวะการติดอินเทอร์เน็ตในเด็กวัยรุ่นตอนต้น ก็น่าจะเกี่ยวข้องกับปริมาณการใช้อินเทอร์เน็ตในแต่ละครั้งนั้นก็ คือ ระยะเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตนั่นเอง

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาพบว่าเด็กร้อยละ 90 เล่นอินเทอร์เน็ตมากกว่า สัปดาห์ละ 5 ชั่วโมง และจำนวนชั่วโมงที่ใช้อินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์ที่มากที่สุด คือ 5-10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เวลาที่ใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุดคือ ระหว่าง 20.01-24.00 น. (สำนักงานเลขาธิการ คณะกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศแห่งชาติ, 2544 อ้างถึงใน ไชยวัฒน์ บุตรพรหม, 2545) นอกจากนี้ยังพบว่าคนไทยใช้เวลาในการเล่นอินเทอร์เน็ตมากเกินไป และถึงขั้นเกินขอบเขต ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (NECTEC) ได้ศึกษาเรื่องนี้มาเป็นเวลา 4 เดือน พบว่า มีชั่วโมงการใช้อินเทอร์เน็ตที่มากเกินไป เวลาการใช้ที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะใน

เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มักเล่นกันตั้งแต่ช่วงหัวค่ำถึงดึก (ทวีศักดิ์ กอนันต์กุล, 2543 อ้างถึงใน ไชยวัฒน์ บุตรพรหม, 2545)

ส่วนการศึกษาของเอแบคโพลล์ (2550) ได้ศึกษาการเล่นเกมคอมพิวเตอร์และเกมออนไลน์ผ่านอินเทอร์เน็ตในกลุ่มเยาวชน อายุตั้งแต่ 10 – 24 ปีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลในระหว่างวันที่ 8- 25 กรกฎาคม 2550 พบว่า ความถี่ในการเล่นคอมพิวเตอร์หรือเกมออนไลน์ผ่านอินเทอร์เน็ต โดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์ จำแนกตามกลุ่ม พบว่า ในกลุ่มอายุ 10 – 15 ปี ร้อยละ 26.3 ระบุเล่นทุกวัน/เกือบทุกวัน ร้อยละ 21.1 ระบุเล่น 3- 4 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 27.1 ระบุเล่น 1-2 วันต่อสัปดาห์ และร้อยละ 25.5 ระบุเล่นเป็นบางสัปดาห์ ส่วนระยะเวลาในการเล่น โดยเฉลี่ยคิดเป็น 2 ชั่วโมง 44 นาทีต่อครั้ง และช่วงเวลาที่เล่นพบว่า ในระหว่างวันจันทร์ – ศุกร์ ช่วงเวลาที่เด็กวัยรุ่นตอนต้นใช้เล่นเกมคือ ตั้งแต่ 12.01-22.00 น. และช่วงเวลาที่เล่นกันมากที่สุดคือ 17.01-20.00 น. ส่วนในวันเสาร์ - อาทิตย์ และวันหยุด ช่วงเวลาที่เด็กวัยรุ่นตอนต้นเล่นเกมคือ ตั้งแต่ 09.01- 22.00 น. และช่วงเวลาที่เล่นกันมากที่สุด คือ 13.01-17.00 น. ส่วนการศึกษาในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในต่างประเทศพบว่า เด็กที่ติดอินเทอร์เน็ตจะมีระยะเวลาเฉลี่ยประมาณ 20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (Yang & Tung, 2006) ในประเทศอเมริกาประมาณ 21 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ส่วนในประเทศไต้หวันมีการศึกษาหลายงานวิจัยด้วยกันพบว่า 19 ,23 และ 20 – 25 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ Chen (1998) Chou et al. (1999) และ Chou and Hsiao (2000)

ส่วนการศึกษาของ Young (1999 cited in Wang , 2001) พบว่า ผู้ใหญ่ที่ใช้อินเทอร์เน็ตเป็นเวลานาน ๆ จะส่งผลให้การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดอาการอ่อนเพลีย ส่งผลกระทบต่อการทำงาน และเกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายตามมา ในขณะที่เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่เล่นอินเทอร์เน็ตเป็นเวลานาน ๆ เหมือนกัน ก็น่าจะมีผลกระทบดังกล่าวเช่นเดียวกัน และอาจจะมีระดับความรุนแรงมากกว่าผู้ใหญ่อีกด้วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ระยะเวลาการใช้เน็ตที่นานขึ้นน่าจะมีผลกระทบต่อสุขภาพโดยภาพรวมของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตทุก ๆ ด้าน

5. บทบาทพยาบาลในการพยาบาลและสร้างเสริมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้น

พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลการใช้เน็ตในเด็กวัยรุ่นตอนต้น เนื่องจากเด็กวัยรุ่นตอนต้นเป็นช่วงที่มีการเจริญเติบโตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจมากที่สุด มีการปรับตัวทางสังคม มุ่งค้นหาเอกลักษณ์ของตัวเอง พัฒนาคือความเป็นตัวของตัวเอง และพยายามที่จะเอาชนะความรู้สึกลบๆ เด็กวัยนี้ต้องการมีเพื่อน และต้องการยอมรับจากเพื่อนมาก (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2548)

1. บทบาทในการให้การดูแลช่วยเหลือเด็กวัยรุ่นตอนต้นโดยการส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นให้สมบูรณ์แข็งแรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม รวมทั้งส่งเสริมให้เด็กวัยรุ่น

ตอนต้นได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางด้านโภชนาการครบถ้วน มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และดูแลให้เด็กวัยรุ่นตอนต้นได้รับการตรวจสุขภาพนักเรียนอย่างสม่ำเสมอ

2. บทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการนำผลการวิจัยและแนวคิดทฤษฎีที่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ การนำความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพวัยรุ่นมาใช้ในการป้องกันปัญหาจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินการได้ ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทในการช่วยให้เด็กวัยรุ่นตอนต้นมีการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญต่อพยาบาลและบุคลากรสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีบทบาทที่สำคัญ ดังนี้

1. กระตุ้นเตือนประชาชนให้เกิดวิถีชีวิตสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง
2. ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ชุมชน ครอบครัว และบุคคล
3. วิเคราะห์และแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน ครอบครัวและบุคคล
4. ร่วมทำงานในทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรวิชาชีพกลุ่มต่าง ๆ
5. ให้ความร่วมมือและประสานงานกับกลุ่มต่าง ๆ เพื่อเป้าหมายสุขภาพโดยพยาบาลจะเป็นผู้เชื่อมต่อนระหว่างแพทย์และผู้รับบริการ ตลอดจนระหว่างบริการสุขภาพและชุมชน เป็นผู้ที่มีความเข้าใจ ให้การสนับสนุน ให้ข้อมูลข่าวสาร ให้ความใส่ใจ และการดูแลทางการแพทย์

ซึ่งรูกา ฎาไพบูลย์ (2547) ได้เสนอแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นแบบบูรณาการ เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยรุ่นมีลักษณะเฉพาะ มีความซับซ้อนและต้องการการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง การดำเนินการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นให้ประสบความสำเร็จ ควรมีลักษณะดังนี้

1. ความรู้เป็นฐาน มีการนำผลการวิจัยและแนวคิดทฤษฎีที่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ การนำความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพวัยรุ่นมาใช้ในการป้องกันปัญหาจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินการได้

1. ดำเนินการเชิงรุกการเน้นการสร้างแนวป้องกันปัญหาเชิงรุก (Proactive) มีผลดีกว่าการตามแก้ปัญหาอย่างเดียว ให้ความสำคัญกับการป้องกันปัญหาในวัยรุ่นปกติและกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น

2. ความต่อเนื่องการพัฒนาสุขภาพวัยรุ่นเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องมาจากวัยรุ่น การป้องกันปัญหาควรเป็นการปูพื้นฐานระยะยาวตั้งแต่ปฐมวัยและวัยรุ่น มีการวางแผนการบันทึกและติดตามข้อมูลเป็นระยะ ๆ

3. เหมาะสมกับสังคมวัฒนธรรม การดำเนินการควรเหมาะสมตามสภาพวัฒนธรรมท้องถิ่นที่มีผลต่อทัศนคติและการรับรู้บรรทัดฐานสังคมของบุคคลและกลุ่ม ดังนั้นก่อน

การดำเนินการควรพิจารณาความเหมาะสมเชิงสังคมและวัฒนธรรมให้เกิดความเข้าใจและวางแผนได้เหมาะสม

4. การเป็นหุ้นส่วน มีครอบครัว กลุ่มเพื่อน โรงเรียน บุคลากรสุขภาพ และชุมชน ร่วมเป็นหุ้นส่วนในการดำเนินการ

5. ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ปัญหาวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ซับซ้อนที่โครงการเดี่ยว ๆ ไม่สามารถแก้ไขได้สำเร็จเป็นที่พอใจ ในการดำเนินการควรเน้นการที่ครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางที่ผสมผสานกับโครงการของโรงเรียน มีเครือข่ายและสมาคมผู้ปกครองและครูเป็นองค์กรสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนกระบวนการป้องกันและแก้ปัญหาวัยรุ่นได้สำเร็จ

6. พัฒนาทักษะส่วนบุคคล ควรมีการดำเนินการที่เน้นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการแก้ปัญหาในการดำเนินชีวิตและการดูแลสุขภาพกายและจิต ที่รวมประเด็นทางสังคม อารมณ์ จิตใจ และคุณธรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน

7. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ควรใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาทักษะต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการรับรู้ตน การแก้ปัญหา การตัดสินใจ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง การจัดการอารมณ์ การยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น และการจัดการความขัดแย้งได้เหมาะสม เป็นต้น

8. คุณภาพบุคลากร การดำเนินโครงการวัยรุ่นควรให้ความสำคัญกับคุณภาพของบุคลากรของโครงการที่อาจทำหน้าที่สำคัญในการคัดกรอง การอบรมหรือให้ความรู้วัยรุ่น การอบรมทักษะการเป็นบิดามารดา ที่ควรได้รับการพัฒนาความสามารถให้มีสมรรถนะที่ดำเนินการได้อย่างมีคุณภาพ

9. นโยบายและแนวปฏิบัติ ควรมีการกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติที่เอื้อต่อการดำเนินการ โครงการต่าง ๆ ที่มุ่งสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น ถึงแม้ว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นพันธกิจสำคัญที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพของประเทศ แต่เพื่อการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ ผู้บริหาร หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นควรระบุนโยบายและกำหนดแนวทางการสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม เช่น การกำหนดการสอนทักษะชีวิตหลักสูตร

10. ชุมชนมีส่วนร่วม ควรมีการขยายการดำเนินการ โครงการสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่นที่มีการร่วมคิดร่วมทำกับชุมชนมากขึ้น ขณะเดียวกันควรสนับสนุนให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมในการพัฒนาและแก้ปัญหาชุมชนของตนเองมากขึ้น

12. การบูรณาการ แนวทางการดูแลสุขภาพและป้องกันปัญหาควรเป็นการดำเนินการแบบบูรณาการและครบวงจรที่มีการร่วมมือประสานงานในหลายหน่วยงาน จะช่วยให้วัยรุ่นได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

3. พยาบาลในบทบาทของผู้พิทักษ์ผลประโยชน์ของเด็กวัยรุ่นตอนต้น จะต้องช่วยเหลือให้วัยรุ่นได้รับความยุติธรรมตามสิทธิของผู้บริโภคสื่อต่าง ๆ ช่วยสอดส่องดูแลมิให้เด็กวัยรุ่นตอนต้น

ถูกเอาเปรียบ ส่งเสริมให้เด็กวัยรุ่นตอนต้นและครุมีส่วนในการควบคุมพฤติกรรมการใช้ อินเทอร์เน็ตของเด็กนักเรียน

4. บทบาทการบริหารจัดการ เพื่อป้องกันและควบคุมการติดอินเทอร์เน็ตของเด็กวัยรุ่นตอนต้น เนื่องจากการป้องกันไม่ให้เกิดการติดอินเทอร์เน็ตนั้นประเด็นสำคัญอยู่ที่ว่า ผู้ใช้เอง และผู้ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว โรงเรียน แม้แต่กระทั่งรัฐบาลต้องตระหนักว่าการใช้อินเทอร์เน็ต เป็นเสมือนดาบสองคม ซึ่งหากใช้มากไปอาจก่อให้เกิดการติด และเกิดปัญหาตามมาได้ ผู้ปกครองส่วนมากคิดว่าบุตรหลานใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับอินเทอร์เน็ตก็ดีกว่าไปมั่วสุมติดยาเสพติด จึงทำให้เยาวชนมามั่วเมาติดเทคโนโลยี และได้รับผลเสียจากเทคโนโลยีแทน เพราะการใช้อินเทอร์เน็ตที่มากไปนอกจากจะกระทบต่อการเรียน การงาน สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นแล้ว อาจก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมากมายดังได้กล่าวมาแล้วในผลกระทบด้านต่าง ๆ ฉะนั้นการป้องกันการติดอินเทอร์เน็ตต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายดังนี้ (ผจงจิต ผาภูมิ, 2546)

ครอบครัว เป็นสิ่งแวดล้อมแรกที่มีอิทธิพลต่อเด็กวัยรุ่นตอนต้น และสามารถป้องกันไม่ให้เด็กติดอินเทอร์เน็ตได้โดย ให้เวลากับเด็กวัยรุ่นตอนต้น พูดคุยซักถามเรื่องราวต่าง ๆ มีช่วงเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกัน เพราะการที่เด็กติดอินเทอร์เน็ตนั้น มีสาเหตุมาจากเด็กเหงา มีปัญหา เบื่อไม่รู้อะไร สำหรับผู้ปกครองที่ไม่สามารถให้เวลาได้เต็มที่ อาจมีการรวมตัวกับครอบครัวของเพื่อนบุตรหลาน โดยแบ่งกันว่าในสัปดาห์นี้เด็กควรที่จะรวมอยู่ที่ครอบครัวใด และช่วยกันจัดกิจกรรมที่เด็กชอบให้ทำร่วมกัน เช่น การเล่นเกม การท่องเที่ยว การเข้าค่าย เป็นต้น หรือจัดกิจกรรมอื่นที่เด็กชอบนอกเหนือจากการเล่นอินเทอร์เน็ต และประเมินสัญญาณอันตรายที่บ่งชี้ว่าเด็กเริ่มมีปัญหา เช่น เด็กเริ่มแยกตัว ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร พูดคุยลดลง ตื่นสาย ปลูกยา ผลการเรียนลดลง กลุ่มเพื่อนเปลี่ยนไป มีเพื่อนกลุ่มใหม่ ใช้เงินมากผิดปกติ เมื่อประเมินแล้วพบว่าสาเหตุของปัญหาเกิดจากการใช้อินเทอร์เน็ตที่มากเกินไป ให้ร่วมมือกันภายในครอบครัวก่อน พูดคุยกับเด็กทำการตกลงกันเกี่ยวกับการควบคุมตนเอง เวลาที่ใช้ว่าควรที่จะใช้นานเท่าไร วันใดที่สามารถใช้ได้ ซึ่งผู้ปกครองต้องยืดหยุ่น ใจเย็น ไม่โกรธ มีสติ ไม่ตัดอินเทอร์เน็ตทันที ใช้เวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และถ้าไม่สามารถแก้ไขได้ ให้ขอคำปรึกษาจากจิตแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาลเพื่อรับการช่วยเหลือ เปิดใจรับฟัง เป็นมิตร รู้เขารู้เรา แนะนำช่วยเหลือ และให้คำปรึกษาเมื่อเด็กมีปัญหา

โรงเรียน ควรมีมาตรการในการป้องกัน การติดอินเทอร์เน็ตของเด็กนักเรียน โดยเริ่มจากครูประจำชั้น หรือครูผู้สอนแต่ละรายวิชาสอดส่องเกี่ยวกับการเรียนของนักเรียน เมื่อพบว่านักเรียนมีปัญหาทางการเรียน เช่น การนอนหลับในห้องเรียน การเรียนตกต่ำ การจับกลุ่มพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องอินเทอร์เน็ต การขาดเรียนในช่วงโมงเรียน ควรมีการพูดคุยกับนักเรียน เพื่อประเมินสาเหตุว่าเกิดมาจากการใช้อินเทอร์เน็ตที่มากเกินไปหรือไม่ และแจ้งให้ทางครอบครัวทราบเพื่อที่จะได้วางแผน

ร่วมกันในการแก้ไข และมาตรการที่สำคัญคือ การห้ามเด็กใช้ออนไลน์ต่าง ๆ ให้ใช้คอมพิวเตอร์ เฉพาะกิจกรรมการเรียนการสอนเท่านั้น

สำหรับเด็กวัยรุ่นตอนต้นนั้นวิธีการป้องกันการติดอินเทอร์เน็ตที่สำคัญมีดังนี้

1. ผู้ใช้จำเป็นต้องตระหนักเกี่ยวกับรูปแบบการใช้ที่ผิดปกติ ก่อนว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร และอย่างไรที่เรียกว่าการใช้ที่ผิดปกติ หรือที่เรียกว่า การติดอินเทอร์เน็ต
2. ตระหนักถึงอาการเบื้องต้นของการติดว่ามีอาการอย่างไร
3. ระวังเรื่องการใช้เวลากับอินเทอร์เน็ต หรือแม้กระทั่งเวลาที่ใช้ในการคิดเกี่ยวกับอินเทอร์เน็ต
4. บังคับ หรือระบุปัญหาที่ซ่อนอยู่ภายใต้การใช้ว่า เพราะเหตุใดที่ทำให้เขาต้องหนีจากปัญหาในชีวิตจริงมาใช้อินเทอร์เน็ต เหมือนเช่นเดียวกับการติดอื่น ๆ
5. จัดการแก้ไขที่ต้นเหตุของปัญหา ไม่หนีปัญหา เพราะการที่หลีกเลี่ยงหรือเพิกเฉยกับปัญหาจะทำให้ปัญหายิ่งเพิ่มความเข้มข้น และแก้ไขได้ยาก
6. หางานอดิเรกทำที่นอกเหนือจากการใช้อินเทอร์เน็ต

รัฐบาล ควรให้ความสำคัญกับประเด็นนี้ ซึ่งรัฐบาลไทย โดยกระทรวงเทคโนโลยีและสารสนเทศได้ทำการประชุมเมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2546 เพื่อวางแผนหาแนวทางในการป้องกันปัญหาการติดอินเทอร์เน็ตร่วมกับองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปผลดังนี้ (www.tfrc.co.th/cgi/ticket.exe , 2003 อ้างถึงใน ผจงจิต ผาภูมิ , 2546)

1. วางแผนร่วมมือกับกรมสุขภาพจิต เพื่อวิเคราะห์เนื้อหาของเกม จัดลำดับเกม และการกำหนดเวลาที่เล่นแต่ละประเภท
6. วางแผนร่วมมือกับเจ้าของธุรกิจ ในการลงทะเบียนผู้เล่น โดยการตรวจบัตรประจำตัวประชาชน เพื่ออายุของผู้เล่น และอาจต้องตรวจบัตรประชาชนของผู้ปกครองเพื่อยืนยันว่าอนุญาตให้บุตรหลานเข้าเล่น บังคับเวลาที่เหมาะสมสำหรับผู้เล่น แต่ละคนตั้งกฎสำหรับร้านอินเทอร์เน็ตคาเฟ่ เกี่ยวกับเวลาในการเปิด ปิด และออกกฎที่เหมาะสมสำหรับเยาวชนที่ใช้อินเทอร์เน็ต
7. ตั้งองค์กรใหม่ในการควบคุมเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ต เป็นเสมือนศูนย์กลางการออกกฎ เพื่อที่จะมีหน้าที่ในการเปิด และการปิดออนไลน์ การจัดการกับเว็บไซต์ ที่ไม่เหมาะสม การประสานงานกับครอบครัว และกลุ่มวัยรุ่นเกี่ยวกับการรายงานการกระทำผิดโดยการโทร ไปที่สายด่วน 1315 เพื่อให้การบังคับมีประสิทธิภาพ
8. จัดตั้งสถาบันที่เกี่ยวกับสื่อเทคโนโลยี ในการกระตุ้นให้มีการสร้างสื่อเทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อดึงดูดใจให้เยาวชนหันมาใช้สื่อดังกล่าวแทน

9. กระตุ้นให้เยาวชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่าง ๆ โดยการร่วมมือกับกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา เพื่อส่งเสริมการเล่นกีฬา และการท่องเที่ยวให้เยาวชน

10. กระตุ้นบทบาทของครอบครัว ในการให้เยาวชน ได้มีการพัฒนาตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจในทางที่เหมาะสม

5. บทบาทของผู้ร่วมงานและเป็นทีมสมาชิกของทีมสุขภาพ พยาบาลจำเป็นต้องทำงานร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ร่วมกับเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น พยาบาลต้องมีทักษะในการติดต่อสื่อสารที่ดี เพื่อช่วยเหลือเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตได้อย่างเหมาะสม ก่อนที่จะให้การรักษาหรือแก้ไขผู้ที่มีปัญหาการติดอินเทอร์เน็ตนั้น ต้องประเมินก่อนว่าบุคคลนั้นรับรู้เกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตของตนเองอย่างไร ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่รับรู้ว่าการใช้ของตนเองผิดปกติ กับอีกกลุ่มที่ไม่ได้ตระหนักว่าเป็นปัญหา

สำหรับกลุ่มที่รับรู้ว่าการใช้ของตนเองผิดปกติ และทำให้เกิดผลกระทบต่างๆ Greenfield (1999 อ้างถึงในผจงจิต ผาภูมิ , 2546) ได้เสนอแนะวิธีการจัดการกับปัญหาการติดอินเทอร์เน็ตด้วยตนเองไว้ดังนี้

1. กำหนดวันหยุดใช้คอมพิวเตอร์ (computer-free day) ไม่ใช้คอมพิวเตอร์ทุกวันเหมือนเช่นเคย บังคับตนเองให้ปิดเครื่องและพูดว่าลาก่อน เริ่มใช้วิธีนี้ทีละเล็กทีละน้อย โดยขยายเวลาออกไปให้มากขึ้น และกำหนดวันขึ้นมาเพื่อที่จะหยุดใช้ เพื่อฝึกหัดระบบประสาทให้ตระหนักว่าสามารถทนต่อการไม่ใช้ได้

2. หากิจกรรมอื่น หรือสิ่งที่ชอบนอกเหนือจากคอมพิวเตอร์ ซึ่งควรเป็นกิจกรรมที่สามารถทำร่วมกับคู่สมรส เพื่อน หรือบุคคลอื่นได้ บังคับตนเองและลองทำสิ่งใหม่ ต้องไม่พูดหรือคิดว่าตนเองไม่สามารถทำได้

3. ออกกำลังกายเป็นประจำจนเป็นนิสัย การออกกำลังกายนอกจากจะก่อให้เกิดประโยชน์มากมาย เช่น เกิดความสนุกสนาน สุขภาพอนามัยสมบูรณ์แข็งแรง อายุยืนยาว ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันดีขึ้น และเสริมสร้างคุณค่าในตนเองได้แล้ว ยังมีงานวิจัยยืนยันว่าช่วยในการรักษาพฤติกรรมติดสิ่งต่างๆ ได้อีกด้วย

4. พูดคุยกับเพื่อนและครอบครัวเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้น เล่าถึงความวิตกกังวลของการใช้ที่ผิดปกติ ความรู้สึกเลอะเลือน การต้องเก็บเป็นความลับ และการแยกตัว ซึ่งอาจนำมาสู่ปัญหา บอกคนอื่นให้ช่วยเหลือและส่งเสริมกระบวนการเลิก

5. ให้ความกับคอมพิวเตอร์ให้น้อยที่สุด ทำโดยการตั้งนาฬิกาไว้หน้าคอมพิวเตอร์ จะช่วยให้ผู้ที่ติดตระหนักถึงเวลาที่ใช้จริง ว่าใช้ไปนานเท่าไร และจะไม่สามารถปฏิเสธเวลาที่ใช้มากเกินไปได้

6. การใช้กลุ่มช่วยเหลือกันเอง อย่างไรก็ตามกลุ่มช่วยเหลือเหล่านี้เหมาะสำหรับกลุ่มติดสุรา ติดยา ติดการพนันมากกว่า เพราะกลุ่มช่วยเหลือส่วนใหญ่จะใช้อินเทอร์เน็ตในห้องสนทนา ก็ไม่สามารถทำให้ผู้ติดเลิกใช้อินเทอร์เน็ตได้

7. พัฒนาสัมพันธภาพใหม่ และหาเพื่อนใหม่ การมีเพื่อนใหม่จะเป็นการที่ทำให้เกิดความพึงพอใจภายใน และมีประสบการณ์ที่ดีในชีวิต แม้ว่าอินเทอร์เน็ตจะเป็นเทคโนโลยีที่กระตุ้นให้เกิดการติดต่อสื่อสาร แต่ไม่ได้ก่อให้เกิดความผูกพันทางอารมณ์กับบุคคล และการสื่อสารจำกัดอยู่เพียงคนเดียวลำพัง จึงทำให้เกิดการแยกตัวจากสังคม

8. ปรึกษานักจิตวิทยา หรือเข้ารับการรักษาด้วยจิตบำบัด ในกรณีที่ไม่สามารถหาวิธีการแก้ไขด้วยตนเองได้ หรือมีปัญหาอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ กลัวการเข้าสังคม สมาธิสั้น เป็นต้น

สำหรับกลุ่มที่ไม่ได้ตระหนักว่าการใช้ของตนเองเป็นปัญหา ก็มักจะไม่ค่อยใส่ใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นและอาจจะสร้างความเคียดแค้น คับข้องใจให้กับคนในครอบครัว ที่ทำงาน หรือคนรอบข้าง จนคนที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะในครอบครัวทนไม่ไหว โดยที่ผู้นั้นจะใช้เวลาเกือบทั้งหมดอยู่กับคอมพิวเตอร์ และจะหงุดหงิด กระทบกระชวย ก้าวร้าว อารมณ์เสียเมื่อไม่ได้ใช้ คล้ายคนขาดยา สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น หน้าที่การงานบกพร่อง จนคนในครอบครัวหรือคนที่เกี่ยวข้องอาจต้องมาพบนักจิตวิทยา หรือจิตแพทย์เพื่อขอคำปรึกษา

การรักษาในกลุ่มนี้จะใช้วิธีการเหมือนกับผู้ที่ติดบุหรี่ สุรา หรือยาเสพติด ซึ่งการจัดการกับปัญหานี้ต่างจากกลุ่มแรกที่เรื่องการรับรู้ ฉะนั้นประเด็นสำคัญจะต้องทำให้ผู้ที่ติดสามารถตระหนักหรือรับรู้ว่าจะขณะนี้เขากำลังมีปัญหาเกิดขึ้น ซึ่งปัญหานี้สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน วิธีการจัดการกับปัญหาจะใช้วิธี Behavior-Cognitive Approach ซึ่งมีรากฐานมาจากแนวคิดที่ว่า ความคิดเป็นตัวก่อให้เกิดพฤติกรรม วิธีนี้ผู้รักษาจะช่วยให้ผู้ติดสร้างความคิดใหม่ (restructure) โดยช่วยให้ผู้ติดตระหนักว่าความคิด และอารมณ์ เป็นสาเหตุที่ทำให้เขาใช้คอมพิวเตอร์ไม่เหมาะสม มากกว่าที่จะกล่าวหาหรือประณามว่าบุคคลนี้ติดอินเทอร์เน็ต

1. ขั้นแรกต้องพยายามทำให้ผู้ติดตระหนักว่าเขามีปัญหาจากการใช้คอมพิวเตอร์ที่ไม่ถูกต้อง โดยผู้รักษาชี้ให้เห็นถึงผลเสียของการใช้ที่มากเกินไป และต้องชี้ให้ผู้ติดเปลี่ยนแปลงความคิด บ่งชี้ ระบุความคิดที่อยู่ภายใต้ปัญหาการใช้ว่าเพราะอะไรจึงต้องหันมาใช้อินเทอร์เน็ต

2. วางแผนร่วมกันในการควบคุมเวลาที่ใช้ โดยพยายามคิดถึงการใช้ และมีพฤติกรรมดีเกี่ยวกับการใช้ให้ลดลง หากมีการกลับไปใช้อีก ให้ผู้ติดระบุสาเหตุการกลับไปใช้ใหม่ว่ามีสาเหตุมาจากสิ่งใด และให้บันทึกสาเหตุและความรู้สึกโดยหลีกเลี่ยงการบันทึกด้วยคอมพิวเตอร์ ซึ่งผู้รักษาต้องคอยให้กำลังใจ และทำให้ผู้เข้ารับการรักษาเชื่อมั่นว่าเขาสามารถทำได้ที่น่าเสนอมาทั้งหมด เป็นการเสนอเรื่องการติดอินเทอร์เน็ตในภาพกว้าง ไม่ได้เฉพาะเจาะจงกับวัยรุ่น เหมือนที่ระบุไว้ในหัวข้อ

ซึ่งในการดำเนินงานทั้ง 5 บทบาทดังกล่าว พยาบาลจะต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการดำเนินการ ไม่ว่าจะเป็นการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหา การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาและการประเมินผล ซึ่งบางปัญหาอาจแก้ไขง่าย บางปัญหาอาจแก้ไขยาก และบางปัญหาต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย เช่น ครู ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่และบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ฉะนั้นพยาบาลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานองค์ความรู้ต่าง ๆ และทักษะในการติดต่อสื่อสาร ประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี จึงสามารถที่จะช่วยให้เด็กวัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพที่ดีได้

การพยาบาลเด็กวัยรุ่นตอนต้นกลุ่มเสี่ยง

เด็กวัยรุ่นเป็นวัยที่เข้าถึงบริการยาก เพราะปัญหาที่แท้จริงของเด็กวัยรุ่น ส่วนใหญ่ไม่ใช่การป่วย ในแง่ของสุขภาพ เด็กวัยรุ่นเป็นวัยที่เจ็บป่วยทางกายน้อยที่สุด ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ เป็นปัญหาด้านสังคมจิตใจ การที่เด็กวัยรุ่นจะมาโรงพยาบาล เพื่อขอคำแนะนำปรึกษา แทบจะเป็นเรื่องที่เป็นไปไม่ได้ หรือจะไปคลินิกสุขภาพจิต เพื่อขอปรึกษาทางด้านจิตใจ ก็แทบจะเป็นหนึ่งในหมื่น ฉะนั้น การจัดรูปแบบบริการ ด้านสังคมจิตใจแก่เด็กวัยรุ่น หัวใจสำคัญคือ ต้องเน้นบริการที่เข้าถึงได้ง่าย ใกล้ตัววัยรุ่น และสอดคล้องกับบริบททางด้านสังคมจิตใจของเด็กวัยรุ่น ยกตัวอย่างเช่น บริการแบบเพื่อน เพื่อนเพื่อน หรือครูแนะแนว ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ใกล้ตัวเด็ก และตั้งอยู่บนพื้นฐานความไว้วางใจ การเชื่อมโยงส่งต่อก็ทำได้ง่าย เช่น หลังจากครูที่ปรึกษาให้การช่วยเหลือเบื้องต้น แล้วส่งเด็กวัยรุ่นต่อให้ครูแนะแนว เด็กวัยรุ่นก็จะไปพบครูแนะแนว เพราะเกิดความไว้วางใจ (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2544)

บุคคลกลุ่มเสี่ยง หมายถึง บุคคลที่ตกอยู่ในภาวะที่ด้อยโอกาสด้านใดด้านหนึ่ง ซึ่งจะมีผลต่อภัยอันตรายต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นต่อตนเอง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2543)

กลุ่มเสี่ยงในเด็กวัยรุ่นตอนต้น เป็นวัยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า สิ่งเสพติด เหล้า/บุหรี่ อุบัติเหตุ พฤติกรรมทางเพศ ด้านโภชนาการ เป็นต้น หากเด็กวัยรุ่นตอนต้นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมก็จะช่วยให้เด็กเหล่านี้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณค่า เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

เป้าหมายในการดูแลจะเน้น 2 ประการ คือ

1. การป้องกันปัญหาพฤติกรรมการปรับตัว
2. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย และการปรับตัวทางสังคม

ลักษณะทั่วไปของเด็กวัยรุ่นตอนต้น	สภาพปัญหาที่เกิดขึ้น
มีวุฒิภาวะทางร่างกายเท่าผู้ใหญ่	ความขัดแย้งในภาพลักษณ์ของตน
อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายและรวดเร็ว	วิตกกังวล ครุ่นคิดเกี่ยวกับตน สภาพแวดล้อม
ต้องการความเป็นอิสระ	ความขัดแย้งในครอบครัว บิดา มารดา ครู อาจารย์
อยากเด่น อยากดัง อยากทดลอง	ทำตามเพื่อน เช่น คืมสุรา สูบบุหรี่ ยาเสพติด
สนใจทางเพศ และเพศตรงข้าม	ปฏิบัติกิจกรรมทางเพศไม่เหมาะสม
แสวงหาเอกลักษณ์และบทบาทของตน	สับสนล้มเหลวในการแสวงหามอบทบาท
มีพลังความมุ่งมั่นแรงกล้าในการกระทำกิจกรรมต่างๆให้สำเร็จ	ผิดหวัง ล้มเหลว ไม่ยอมรับความเป็นจริง และศักยภาพของตน

การดูแลให้ความช่วยเหลือ

1. วิเคราะห์ปัญหา คัดกรองเด็กวัยรุ่นตอนต้นกลุ่มเสี่ยง และมีการส่งต่อ
2. พัฒนาสมรรถนะของตนเอง โดยการแก้ปัญหาดังกล่าว
3. การควบคุมตน มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมอีกประเภท คือ Friend Corner เป็นกิจกรรมเชิงรุกที่เข้าไปถึงตัวเด็ก เป็นกิจกรรมที่สำคัญมาก สำหรับเด็กกลุ่มเสี่ยง รูปแบบที่พบในต่างประเทศคือ จะมีองค์กรเอกชนเข้าไปตั้งโต๊ะบริการในย่านที่เด็กวัยรุ่นชอบไปเที่ยวกลางคืน เพื่อให้บริการแจกถุงยาง ติดโปสเตอร์ ให้คำแนะนำการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย หรือการคุมกำเนิด ซึ่งการดำเนินการแบบนี้ ภาครัฐจะไม่คล่องตัว เพราะติดกับเวลาราชการ ติดกับระบบ การทำงานเชิงรุกต้องทำงานตามลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย (ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2544)

วัลลภ ไทยเหนือ (2544) ให้คำนิยามของคำว่า Friend Corner หรือภาษาไทยใช้คำว่า มุมเพื่อนใจวัยรุ่น มีมุมมองใน 2 มิติ คือ มิติของเด็กวัยรุ่น คือ สถานที่ที่ให้ความรู้สึกอบอุ่น และปลอดภัย มีคนพร้อมที่ให้ความรัก ความเข้าใจ ทำให้เด็กวัยรุ่นอยากมาพบ พูดคุย ขอความรู้ คำแนะนำ และปรึกษาได้ โดยไม่ถูกสังคมมองในภาพลบ ในขณะที่มิติของชาวสาธารณสุข คือ สถานที่ให้ข้อมูลความรู้ คำปรึกษา บริการสุขภาพพื้นฐาน โดยคำนึงถึงธรรมชาติ ความต้องการของวัยรุ่น และมีเครือข่ายส่งต่อ เพื่อรับบริการอื่นๆ ตามความจำเป็น

มุมเพื่อนใจวัยรุ่น หรือ Friend Corner ไม่มีพิมพ์เขียว ไม่มีสูตรตายตัว แต่ละพื้นที่ต้องนำไปพัฒนา ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ สอดคล้องกับสภาพ และความต้องการของเด็กวัยรุ่น ปรับปรุงระบบบริการให้สะดวก ทันสมัย ไม่ยึดติดกับระเบียบเดิมๆ มุมเพื่อนใจวัยรุ่น (Friend

Corner) คือ การประสานให้กลุ่มเด็กวัยรุ่นมีทางออก เป็นผู้ประสานงานขั้นต้นให้แก่เขา เพื่อให้เขา จะได้รับการแก้ไขอย่างถูกวิธี ส่วนเรื่องสุขภาพให้บริการแบบ one stop service (วัลลภ ไทยเหนือ, 2544) มุมเพื่อนใจวัยรุ่นแต่ละแห่ง จะมีบริการพื้นฐานเหมือนกันอยู่ 4 อย่าง คือ

1. การให้ความรู้ และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของวัยรุ่น
2. การให้คำแนะนำปรึกษา
3. การให้บริการตรวจสุขภาพขั้นพื้นฐาน เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดสมรรถภาพทางกายง่ายๆ ตรวจปัสสาวะ เป็นต้น
4. การส่งต่อสถานบริการเครือข่ายที่เหมาะสม ในรายที่จุดนั้นไม่มีศักยภาพ และจำเป็นต้องส่งต่อ ดังนั้น รายละเอียดของกิจกรรม อาจมีความแตกต่างกันบ้าง ขึ้นอยู่กับความต้องการของเด็กวัยรุ่น และการบริหารจัดการของหน่วยงานที่รับผิดชอบ ภายในบริบทของสังคม และวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่

ในบางประเทศ การให้บริการจะให้รูปแบบการสร้างให้เด็กวัยรุ่นเห็นคุณค่าตนเอง และทำให้ตนเองอยู่รอดปลอดภัย ที่ไม่ใช่การสั่งสอน เช่น ในประเทศเนเธอร์แลนด์ จะมีศูนย์ที่เข้าไปตั้งอยู่ใกล้ๆ กับสถานที่ที่เด็กวัยรุ่นชอบไปเที่ยว และมีการเสพยา เด็กสามารถจะไปที่ศูนย์ เพื่อขอคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดได้ว่า ยาชนิดที่เขาเสพ อันตรายมากน้อยแค่ไหน ศูนย์จะให้คำแนะนำว่า ชนิดไหนรุนแรง ควรเสพแบบใด เสพนานเท่าไรจะติด จะเกิดอันตรายอย่างไร เป็นการให้เด็กวัยรุ่นเห็นข้อเท็จจริง และทางเลือกอื่นๆ เพื่อให้วัยรุ่นตัดสินใจเอง ซึ่งแน่นอนว่า เด็กวัยรุ่นกลุ่มนี้ ถ้าไปบอกให้เด็กเลิกเสพยา เด็กคงไม่เลิก แต่ถ้าแนะนำให้เด็กมีทางเลือกมากขึ้น ก็จะช่วยให้เด็กปลอดภัยมากยิ่งขึ้น สิ่งเหล่านี้ เป็นการช่วยปลายทาง เพื่อไม่ให้วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงลงเหว (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2544)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปาสิรัฐ พิทักษ์ดำรงกิจ (2538) ได้ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดสำนักงานคณะกรรมการประถมศึกษาแห่งชาติในภาคเหนือ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำและระหว่างนักเรียนในเขตเทศบาลกับนอกเขตเทศบาล พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 โดยนักเรียนในเขตเทศบาลมีความรู้ดีกว่านักเรียนนอกเขตเทศบาล ส่วนทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พบว่า นักเรียนมีทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี และระหว่างนักเรียนในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลมีทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน ส่วนด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารพบว่า นักเรียนมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี และระหว่างนักเรียนในเขตเทศบาลกับนอกเขตเทศบาลมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน

สุชาดา มะโนทัย (2539) ได้ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในกรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารในด้านความรู้ ทักษะ และบริโภคนิสัยที่เกี่ยวกับปัญหาโภชนาการเกินและโรคอ้วนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กรุงเทพมหานคร พบว่า นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีความรู้ในระดับพอใช้ โดยนักเรียนหญิงมีความรู้ดีกว่านักเรียนชาย ส่วนด้านทัศนคติการบริโภคอาหารพบว่า นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีทัศนคติอยู่ในระดับดี โดยนักเรียนหญิงมีทัศนคติที่ดีกว่านักเรียนชาย ส่วนบริโภคนิสัยที่เกี่ยวกับปัญหาโภชนาการเกินและโรคอ้วนพบว่า นักเรียนมีบริโภคนิสัยอยู่ในระดับดี โดยนักเรียนหญิงมีบริโภคนิสัยดีกว่านักเรียนชาย

สุลธิพร ศรศรี (2541) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนมัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของวัยรุ่นที่มีปัจจัยส่วนบุคคลต่างกัน พบว่า วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับเสี่ยงมากร้อยละ 69.6 และ 64.8 ตามลำดับ ส่วนด้านการบาดเจ็บของร่างกาย อยู่ในระดับเสี่ยงน้อยร้อยละ 90.8 และด้านการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 22.4 , 62.2 และ 9.7 ตามลำดับ ส่วนการสูบบุหรี่ การสูดดมสารระเหย และการใช้ยาเสพติด มีจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 4.0 และมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ปฏิบัติเป็นบางครั้งในเรื่อง ขับขี่รถภายหลังดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 6.9 และพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 5.1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในวัยรุ่นที่มีปัจจัยส่วนบุคคลต่างกัน พบว่า วัยรุ่นที่มีเพศ อายุ ผลการเรียน ที่พักอาศัยขณะศึกษา และลักษณะของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ด้านการบาดเจ็บของร่างกาย การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูดดมสารระเหย การใช้ยาเสพติด และการมีเพศสัมพันธ์ ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านการรับประทานอาหาร พบว่า วัยรุ่นที่มีปัจจัยส่วนบุคคลต่างกันมีพฤติกรรมเสี่ยงไม่ต่างกัน และวัยรุ่นที่มีรายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดามารดา ระดับการศึกษาของบิดา และระดับการศึกษาของมารดา ต่างกัน มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพทุกด้าน ไม่ต่างกัน

สฤติ ภูห้อยไสย (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 433 คน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่ร้อยละ 72 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับพอใช้ ร้อยละ 15 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ และร้อยละ 13 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ ผลการเรียน ระดับการศึกษาของบิดา มารดา ประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน ผลกระทบจากกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง อิทธิพลระหว่างบุคคลและ

อิทธิพลสถานการณ์ และปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน ได้แก่ ประสิทธิภาพของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลสถานการณ์ การรับรู้ความสามารถของตนและผลการเรียน สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ประมาณร้อยละ 52.13 และผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่านักเรียนควรจะได้รับส่งเสริมสุขภาพในด้านที่เกี่ยวข้อง คือ การนอนหลับประมาณ 8 ชั่วโมงต่อคืน และไปเที่ยวสวนสาธารณะ เพื่อผ่อนคลายความเครียด บิดามารดาควรมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น โรงเรียนควรส่งเสริมการใช้ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา รวมทั้งพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน มีการสนับสนุนทางสังคมให้เห็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติ รวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ นักเรียนปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์

นิลภา จิระรัตนวรรณ (2541) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนส่วนมากมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี โดยกินอาหารครบ 5 หมู่ ครบ 3 มื้อ ดื่มน้ำเพียงพอ เลือกกินอาหารปรุงสุกและสะอาด การบริโภคอาหารมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ตามสถานภาพสมรสบิดามารดา เศรษฐฐานะครอบครัว ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ กิจกรรมส่งเสริมของโรงเรียน ประเภทโรงเรียนและระดับชั้นเรียน เกี่ยวกับการออกกำลังกายมีความแตกต่างอย่างชัดเจน ระหว่างเพศ ประเภทโรงเรียนและระดับชั้นเรียน เกี่ยวกับการออกกำลังกาย พบว่า นักเรียนออกกำลังกายเป็นประจำ 33.6 % และไม่ออกกำลังกายเลย 20.3 % ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา โดยระบุว่าไม่มีเวลาและสถานที่ (60.4% และ 33.4%) ทั้งนี้การออกกำลังกายมีความแตกต่างอย่างชัดเจน ระหว่างเพศ ประเภทโรงเรียน และระดับชั้นเรียน เกี่ยวกับสุขภาพจิตมีผู้ระบุว่ามีความสุขน้อยและนอนไม่หลับต้องพึ่งยาอยู่ 6.0% รู้สึกมีปมด้อย 10.8 % และมีผู้ที่มักหงุดหงิด จุกแฉิว 19.5% โดย 60.7% ของนักเรียนทั้งหมด ระบุว่ามีความเครียดจากการเรียนและส่วนใหญ่จะใช้วิธีการฟังเพลงหรือร้องเพลงเป็นการผ่อนคลายความเครียด 57.7% สุขภาพจิตมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ตามเพศ ความเจ็บป่วย/มีโรคประจำตัว เศรษฐฐานะครอบครัว ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ สภาพการอยู่อาศัย สถานภาพสมรสของบิดามารดา กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน ส่วนการปฏิบัติตนเทียบตามสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติระดับปานกลางถึงมาก มีเพียงการออกกำลังกายที่ถูกระบุว่าน้อย 39.6%

ธนิกานต์ มาชะศิริานนท์ (2545) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สื่ออินเทอร์เน็ต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสพติดอินเทอร์เน็ต ของผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้สื่อ การประเมินความสัมพันธ์ของตนเองกับอินเทอร์เน็ต ตัวแปรลักษณะทางประชากรศาสตร์ ปัญหาทางด้านจิตวิทยา และปัญหาความสัมพันธ์ทางสังคม ระหว่างผู้ที่เสพติด 217 คน และไม่เสพติดอินเทอร์เน็ต 697 คน จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่เสพติด

อินเทอร์เน็ตจะใช้เวลาในอินเทอร์เน็ตสูงกว่าผู้ที่ไม่เสพติด ผู้ที่เสพติดจะมีการใช้บริการและประโยชน์จากอินเทอร์เน็ต เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ สังคม และจิตใจสูงกว่า แต่จะใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการแสวงหาข้อมูลข่าวสารน้อยกว่าผู้ที่ไม่เสพติด ในส่วนของการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสื่ออื่น ผู้ที่เสพติดจะประเมินว่าตนเองมีความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ต รู้สึกถูกดึงดูใจจากสื่ออินเทอร์เน็ต ได้รับผลกระทบจากการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตสูงกว่าผู้ที่ไม่เสพติดเช่นเดียวกัน และผู้ที่เสพติดจะตระหนักรู้ถึงภาวะการเสพติด แต่ไม่สามารถลดหรือหยุดใช้ได้ ปัจจัยทางจิตวิทยานั้นเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสพติด ผู้ที่เสพติดจะมีประสบการณ์ปัญหาทางจิตใจ ปัญหาความสัมพันธ์ทางสังคม และมีแนวโน้มที่จะเสพติดสิ่งอื่น ๆ มาก่อนมากกว่าผู้ที่ไม่เสพติด ลักษณะของอายุ ระดับการศึกษาและอาชีพนั้นมีความสัมพันธ์กับการเสพติดอินเทอร์เน็ต นอกจากนี้ปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์นั้นจะส่งผลให้ผู้เสพติดและไม่เสพติดมีความแตกต่างกันในเรื่องการใช้อินเทอร์เน็ต และการประเมินตนเองกับสื่ออินเทอร์เน็ต

ไชยวัฒน์ บุตรพรหม (2545) ศึกษาพฤติกรรมความคิดอินเทอร์เน็ตและระดับการคิดอินเทอร์เน็ตของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านบุคลิกภาพกับพฤติกรรมความคิดอินเทอร์เน็ต เครื่องที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ วัยรุ่นที่ใช้บริการอินเทอร์เน็ตในร้านอินเทอร์เน็ตคาเฟ่และห้องคอมพิวเตอร์ในสถานศึกษาของรัฐและเอกชนทั่วเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 300 คน ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่มีพฤติกรรมคิดอินเทอร์เน็ตอยู่ในระดับต่ำ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพบว่า จำนวนวัยรุ่นที่ถูกวินิจฉัยว่าคิดอินเทอร์เน็ตภายใต้หลักการของ DSM-IV มีจำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 26.3 การทดสอบค่าไคสแควร์พบว่า เพศ รายได้ต่อเดือน รายได้รวมของครอบครัว และบุคลิกภาพด้านพฤติกรรมไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมความคิดอินเทอร์เน็ต แต่ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดา ความสัมพันธ์ในครอบครัว และบุคลิกภาพด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมความคิดอินเทอร์เน็ต

เปรมฤดี คำรักษ์ (2545) ศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้และความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ และความเชื่อด้านสุขภาพ กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส จำนวน 120 คน ผลการวิจัยพบว่า สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้โดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณ และสุขภาวะทางกาย อยู่ในระดับดีมาก มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพ มี

ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ส่วนด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับสุขภาวะทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และความเพียงพอของรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สุขภาวะทั้งโดยรวมและรายด้าน ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีสถานภาพสมรสสูงกว่า สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชที่มีสถานภาพสมรสโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผ และพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีสุขภาวะในระดับดีมาก มีพฤติกรรมมารับประทานยา อาการทางจิต การจัดการกับปัญหาและอารมณ์ และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว แตกต่างจากผู้ป่วยจิตเวชที่มีสุขภาวะในระดับพอใช้อีกด้วย

พิศสมร เดชดวง (2545) ศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาวะ และหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ เขตที่อยู่อาศัย ความเชื่อสุขภาพ กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 130 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีสุขภาวะรวมทุกด้านอยู่ในระดับดีมาก โดยในด้านสุขภาวะทางกายและทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดีมาก ส่วนทางจิต และทางสังคมอยู่ในระดับดี อายุและความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ส่วนการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางกาย ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ เพศ สถานภาพ และเขตที่อยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

กฤษณ์ชลิ เพียรทอง (2547) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การใช้แอลกอฮอล์ การใช้จ่าย การใช้นุหรี การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 170 คน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีสุขภาวะรายด้าน และโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับดี ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพศ ระดับการศึกษา การใช้แอลกอฮอล์ การใช้จ่าย การใช้นุหรี ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

อภิญา ปานชูเชิด (2547) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่นนเขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ผลการเรียนรู้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่นน กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนวัยรุ่นนที่กำลังศึกษาอายุระหว่าง 12-19 ปี จำนวน 433 คน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่นนเขตกรุงเทพมหานครมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่นน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผลการเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่นน เขตกรุงเทพมหานครอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (2550) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเล่นเกมคอมพิวเตอร์หรือเกมออนไลน์ผ่านอินเทอร์เน็ต ในช่วง 30 วัน จำแนกตามกลุ่ม พบว่า ในกลุ่มอายุ 10 – 15 ปี มีความถี่ในการเล่นคอมพิวเตอร์หรือเกมออนไลน์ผ่านอินเทอร์เน็ต โดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์ พบว่า ร้อยละ 26.3 ระบุเล่นทุกวัน/เกือบทุกวัน ร้อยละ 21.1 ระบุเล่น 3- 4 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 27.1 ระบุเล่น 1-2 วันต่อสัปดาห์ และร้อยละ 25.5 ระบุเล่นเป็นบางสัปดาห์ ส่วนระยะเวลาในการเล่นโดยเฉลี่ยคิดเป็น 2 ชั่วโมง 44 นาทีต่อครั้ง และช่วงเวลาที่เล่นพบว่า ในระหว่างวันจันทร์ – ศุกร์ ช่วงเวลาที่เด็กวัยรุ่นนตอนต้นใช้เล่นเกมคือ ตั้งแต่ 12.01-22.00 น. และช่วงเวลาที่เล่นกันมากที่สุดคือ 17.01-20.00 น.

ส่วนในวันเสาร์ - อาทิตย์ และวันหยุด ช่วงเวลาที่เด็กวัยรุ่นนตอนต้นเล่นเกมคือตั้งแต่ 09.01- 22.00 น. และช่วงเวลาที่เล่นกันมากที่สุด คือ 13.01-17.00 น. ส่วนเหตุผลของการเล่นเกมเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ 1) เพื่อความสนุกสนานเพลิดเพลิน (ร้อยละ 97.8) 2) เพื่อผ่อนคลายความเครียดจากการทำงานหรือการเรียน (ร้อยละ 91.7) 3) เพื่อพัฒนาทักษะทางคอมพิวเตอร์ (ร้อยละ 83.4) 4) เล่นแก้เหงา มีเวลาว่างมากเกินไป ไม่รู้จะทำอะไร (ร้อยละ 74.0) 5) เพื่อรู้จักเพื่อนใหม่ในโลกของเกมและอินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 71.1) 6) มีร้านเกมหรืออินเทอร์เน็ตคาเฟ่มากขึ้น เข้าถึงได้ง่าย (ร้อยละ 58.3) 7) เป็นกิจกรรมยามว่างของครอบครัว (ร้อยละ 37.3) และ 8) เล่นตามเพื่อน ต้องการเป็นที่ยอมรับของเพื่อน/เล่นตามแฟชั่น (ร้อยละ 30.8) ส่วนค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่อเดือนเปรียบเทียบกับรายได้ส่วนตัวต่อเดือน ระบุเสียค่าใช้จ่ายในการเล่นเกมนโดยเฉลี่ย 382.61 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 20.0 ของรายได้ต่อเดือน

สำหรับความคิดเห็นกรณีการเล่นคอมพิวเตอร์หรือเกมออนไลน์ผ่านอินเทอร์เน็ตทำให้คิดหรือไม่ ร้อยละ 35.8 ระบุคิดว่าจะทำให้คิด ร้อยละ 30.0 ระบุคิดว่าจะไม่ทำให้คิด และร้อยละ 34.2 ระบุไม่แน่ใจ ส่วนประสบการณ์ในการแข่งขันเล่นเกมคอมพิวเตอร์หรือเกมออนไลน์ผ่านอินเทอร์เน็ตกับคนอื่น ร้อยละ

56.1 ระบุเคย และร้อยละ 43.9 ระบุไม่เคย ด้านประสบการณ์ในการเล่นพนันกับคนอื่นในการเล่นเกมคอมพิวเตอร์หรือเกมออนไลน์ผ่านอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 12.5 ระบุเคย และร้อยละ 87.5

ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับประเภทของปัญหาการติดเกมคอมพิวเตอร์หรือเกมออนไลน์ผ่านอินเทอร์เน็ตของเด็กไทยในปัจจุบัน ร้อยละ 30.8 ระบุคิดว่าเป็นปัญหาส่วนตัว ร้อยละ 22.4 ระบุคิดว่าเป็นปัญหาลังคม ร้อยละ 16.2 ระบุคิดว่าเป็นปัญหาครอบครัว และร้อยละ 30.6 ระบุไม่คิดว่าเป็นปัญหา และผลกระทบที่ได้รับจากการเล่นเกมคอมพิวเตอร์หรือเกมออนไลน์ผ่านอินเทอร์เน็ต พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ระบุผลกระทบต่างๆ เรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ 1) เสียเงิน (ร้อยละ 89.4) 2) ทำให้สายตาแยลง (ร้อยละ 82.9) 3) เสียเวลา (ร้อยละ 64.7) 4) มีปัญหาเรื่องผลการเรียนลดลง/ทำงานได้น้อยลง (ร้อยละ 50.6) 5) พักผ่อนไม่เพียงพอเจ็บป่วยบ่อยขึ้น (ร้อยละ 48.0) 6) มีเวลาอยู่ร่วมกับคนในครอบครัวน้อยลง (ร้อยละ 47.6) 7) ไม่ค่อยสนใจสิ่งต่างๆ หรือคนอื่นๆ ที่อยู่รอบตัว (ร้อยละ 42.8) 8) ไม่อยากไปเรียนหรือทำงาน (ร้อยละ 34.7) และ 9) มีปัญหาขัดแย้งหรือทะเลาะกับคนรอบข้างบ่อยขึ้น (ร้อยละ 31.2)

Conner M., Martin E. (1997) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรับประทานอาหารในนักเรียนอายุ 11 -14 ปี พบว่านักเรียนโดยทั่วไปมีความตั้งใจที่จะควบคุมอาหารน้อย และเด็กนักเรียนหญิงมีความตั้งใจที่จะควบคุมอาหารมากกว่านักเรียนชาย

David Greenfield (1998) ได้ร่วมกับสำนักข่าว ABC News ทำการสำรวจความรู้สึกและสภาพจิตใจของผู้ใช้อินเทอร์เน็ตเป็นจำนวนมากถึง 17,521 คน ผ่านทางเว็บไซต์ www.abcnews.com ถือเป็นการศึกษากลุ่มผู้ใช้อินเทอร์เน็ตครั้งใหญ่ที่สุดเท่าที่เคยมีมา ผลการศึกษาครั้งนี้ดูเหมือนจะสนับสนุนแนวคิดที่กำลังเป็นที่ยอมรับมากขึ้นว่าความอยากใช้อินเทอร์เน็ตอย่างไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ หรือที่เราเรียกว่า “โรคติดอินเทอร์เน็ต” นั้นเป็นปัญหาทางจิตอย่างหนึ่ง และเป็นปัญหาที่มีอยู่จริง แบบสอบถามที่ใช้ในการสำรวจครั้งนี้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามที่ใช้กับผู้ที่ติดการพนัน ถ้าผู้ถูกสำรวจตอบว่า “ใช่” มากกว่า 5 ข้อจากเกณฑ์ 10 ข้อ ก็จะถูกประเมินว่ามีอาการติดอินเทอร์เน็ต ปรากฏว่ามีผู้อยู่ในเกณฑ์นี้ 990 ราย จากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดหรือประมาณร้อยละ 5.7 ผลจากการสำรวจครั้งนี้ยังพบว่าร้อยละ 25 ของกลุ่มตัวอย่างยอมรับว่าใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อบรรเทาความรู้สึกตกต่ำ สิ้นหวัง สำนึกผิด และความกลุ้มใจ ร้อยละ 14.28 ยอมรับว่ามีความรู้สึกหมกมุ่นถึงอินเทอร์เน็ตระหว่างที่ไม่ได้เล่นและไม่สามารถควบคุมเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตได้ ร้อยละ 7.14 มีความรู้สึกกระวนกระวายและหงุดหงิด เมื่อพยายามที่จะลดการเล่นและร้อยละ 4 ตอบว่าตนสูญเสียงาน โอกาสในหน้าที่การงานหรือความสัมพันธ์ที่สำคัญเพราะการเล่นอินเทอร์เน็ต

Helen Petrie and David Gunn (1998) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การติดอินเทอร์เน็ตและอิทธิพลอันเนื่องมาจากเพศ อายุ ความซึมเศร้า และบุคลิกภาพแบบเก็บตัว ทำการสุ่มตัวอย่างจากผู้ใช้อินเทอร์เน็ตจำนวน 445 คน ผู้ที่ถูกจัดว่าเป็นผู้ที่มีอาการติดอินเทอร์เน็ตมีความใกล้เคียงกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง และมีค่าเฉลี่ยของอายุใกล้เคียง 30 ปี สามารถปฏิเสธความจริงที่ว่าผู้ที่

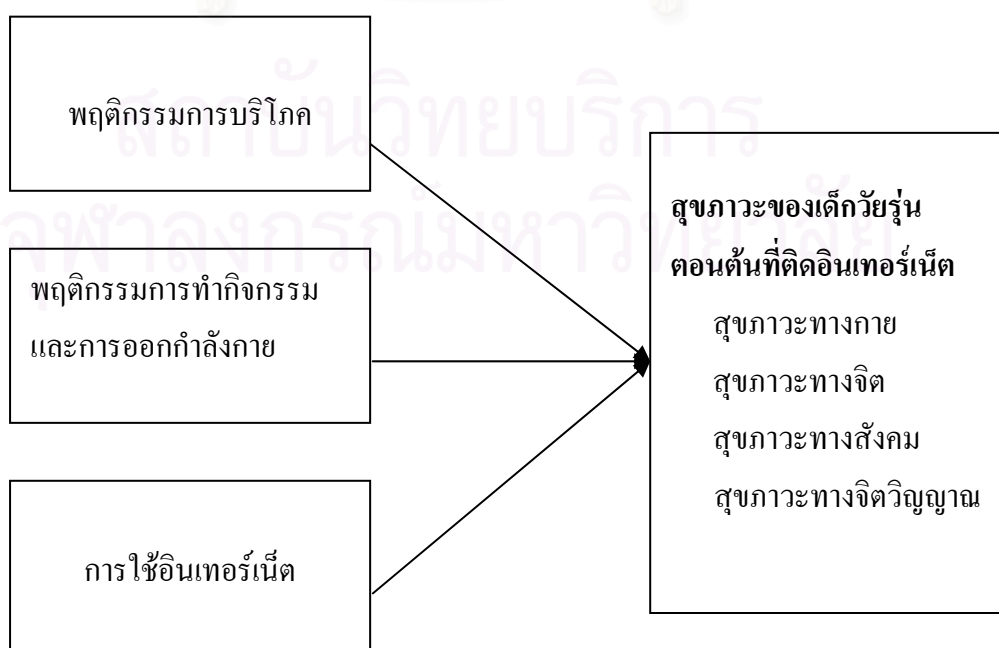
ติดอินเทอร์เน็ตมักจะอยู่ในกลุ่มของวัยรุ่นเพศชาย ซึ่งลักษณะที่พบจากการศึกษาวิจัยนี้พบว่าเป็นกลุ่มที่มีอายุมากกว่า และผู้ที่ใช่เป็นเพศหญิงจะเป็นกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในงานวิจัยครั้งนี้และพบว่าจำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และพบว่าการใช้อินเทอร์เน็ตในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับทัศนคติเชิงบวกต่ออินเทอร์เน็ต ความซึมเศร้า และบุคลิกภาพแบบเก็บตัวอย่างมีนัยสำคัญ และสนับสนุนความคิดที่ว่าผู้ที่ติดอินเทอร์เน็ตจะมีบุคลิกภาพแบบเก็บตัวอย่างมีนัยสำคัญ และสนับสนุนความคิดที่ว่าผู้ที่ติดอินเทอร์เน็ตจะมีบุคลิกภาพแบบอย่างแท้จริง และผู้ที่ติดอินเทอร์เน็ตน่าจะมีความเป็นไปได้ที่จะมีอาการซึมเศร้า

John and et al (1998) ได้ทำการทดสอบสมมุติฐานรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1987) ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากรและลักษณะทางชีววิทยาที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านตัวแปรด้านความรู้และการรับรู้ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรวัยผู้ใหญ่จำนวน 3,025 คน ด้วยวิธีการสำรวจทางโทรศัพท์ที่ใช้ LISPEL พบว่า เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส การศึกษาและดัชนีมวลกาย มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและตัวแปรที่เพิ่มเติมได้แก่ การประจักษ์คุณค่าตนเอง และการสนับสนุนระหว่างบุคคล

Sandra Jenkins and Sharon D. Hormner (2005) ศึกษาอิทธิพลที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในวัยรุ่น พบว่า เมื่อสัมพันธ์ภาพของวัยรุ่นกับครอบครัวดี จะมีอิทธิพลต่อรูปแบบการรับประทานอาหารในเด็กวัยรุ่นตอนต้น การเลือกรับประทานอาหารในวัยรุ่นถูกจำกัดโดยบิดามารดา

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวสามารถนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้

7. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และการใช้อินเทอร์เน็ตกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนทั้งเพศชายและเพศหญิงที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 ที่ติดอินเทอร์เน็ต ในโรงเรียนขนาดใหญ่ เขตเทศบาลอำเภอเมือง

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง是孩子วัยรุ่นตอนต้นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่เรียนหนังสือในโรงเรียนขนาดใหญ่สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน เขตเทศบาลอำเภอเมืองในจังหวัดภาคใต้ตอนบน โดยกำหนดคุณสมบัติคือ ติดอินเทอร์เน็ต (มีคะแนนตั้งแต่ 50 คะแนนขึ้นไป) ไม่มีโรคประจำตัวหรือมีความเจ็บป่วยใด ๆ มีความสมัครใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$N = 10k + 50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} \quad K = \text{จำนวนของตัวแปรที่ศึกษา})$$

$$N = (10 \times 4) + 50 = 90$$

ผลการคำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มจังหวัดจากจังหวัดในภาคใต้ตอนบนจาก 7 จังหวัด สุ่มจังหวัดมา 4 จังหวัด โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) (กระบี่, นครศรีธรรมราช, พังงา และภูเก็ต)

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มโรงเรียนที่มีขนาดใหญ่ ที่มีนักเรียนมากกว่า 1,500 คน จากสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจากจังหวัด 4 จังหวัด สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ซึ่งมีโรงเรียนรวมทั้ง 13 โรงเรียน (กระบี่ 2 โรงเรียน, นครศรีธรรมราช 6 โรงเรียน, พังงา 2 โรงเรียน และภูเก็ต 3 โรงเรียน) โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จังหวัดละ 1 โรงเรียน รวมเป็น 4 โรงเรียน

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนในเขตเทศบาลอำเภอเมือง ในจังหวัดภาคใต้ตอนบนทั้ง 4 จังหวัด เพื่อขอความร่วมมือในการแจ้งวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการทำวิจัย

3.1 ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไปยังผู้อำนวยการโรงเรียนแต่ละโรงเรียน พร้อมรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย คำจำกัดความ และตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการวิจัย พร้อมตัวอย่างแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด

3.2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกนักเรียนทุกระดับชั้นคือ ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 ทั้งหมดในแต่ละโรงเรียนทั้ง 4 โรงเรียน ต้องการนักเรียนที่ติดอินเทอร์เน็ตอย่างน้อย ประมาณ 22-23 คนต่อโรงเรียน ดังนั้นในแต่ละระดับชั้นเรียนต้องการนักเรียนที่ติดอินเทอร์เน็ต อย่างน้อย 7-8 คน ซึ่งจากการทดลองเครื่องมือในโรงเรียนที่จังหวัดตรัง ซึ่งเป็นโรงเรียนขนาดใหญ่ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีเด็กนักเรียนที่ติดอินเทอร์เน็ตห้องเรียนละ 9 - 10 คน คิดเป็นประมาณร้อยละ 5 ของจำนวนนักเรียนในแต่ละห้อง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจึงใช้ การประมาณจำนวนนักเรียนที่ติดอินเทอร์เน็ตจากการทดลองเครื่องมือมาใช้เป็นเกณฑ์ ดังนั้นการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจึงเลือกระดับชั้นเรียนละ 1 ห้องเรียน จึงได้นักเรียนโรงเรียนละ 3 ห้องเรียน รวมทั้งหมดจำนวน 12 ห้องเรียนจาก 4 จังหวัด

ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยขอรายชื่อนักเรียนในห้องเรียนดังกล่าว จากนั้นผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed consent form) ไปยังพ่อแม่หรือผู้ปกครองของนักเรียนเหล่านั้น พร้อมรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและคำจำกัดความ และขอให้อาจารย์ประจำชั้นช่วยรวบรวมใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed consent form)

ขั้นตอนที่ 5 คัดกรองนักเรียน (Screening) ที่ติดอินเทอร์เน็ต

5.1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดด้วยตนเองโดยการเดินทางไปยัง 4 โรงเรียน ที่สุ่มได้ ผู้วิจัยนัดหมายเวลากับอาจารย์ประจำชั้นเพื่อขอพบนักเรียนแต่ละห้อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- โรงเรียนเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ พบนักเรียนในวันที่ 27 สิงหาคม 2550 โดยพบกับนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 เวลา 13.30 - 13.50 น. ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 เวลา 14.00 - 14.20 น. ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 เวลา 14.30 - 15.00 น.

- โรงเรียนคิงคองวิทยาคม จังหวัดพังงา พบนักเรียนในวันที่ 28 สิงหาคม 2550 โดยพบกับนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 เวลา 12.40 - 13.00 น. ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 เวลา 13.10 - 13.30 น. ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 เวลา 13.50 - 15.10 น.

- โรงเรียนโยธินบำรุง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบนักเรียนในวันที่ 29 สิงหาคม 2550 โดยพบกับนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 เวลา 12.40 - 13.00 น. ในวิชาทักษะชีวิต บริเวณใต้ อาคาร 1 เป็นอาคารอเนกประสงค์

- โรงเรียนภูเก็ตวิทยาลัย จังหวัดภูเก็ต พบนักเรียนในวันที่ 30 สิงหาคม 2550 โดยพบกับนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 เวลา 12.40 – 13.00 น. ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 เวลา 13.30 – 13.50 น. ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 เวลา 14.20 – 14.40 น.

5.2 ผู้วิจัยแนะนำตัวเพื่อสร้าง สัมพันธภาพกับนักเรียนที่ห้องเรียนประจำของแต่ละห้องเรียน จากนั้นอธิบายให้นักเรียนเข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งอธิบายถึงการยินยอมและสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย (ดังตัวอย่างใบพิทักษ์สิทธิและการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในภาคผนวก ข) ที่สามารถตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ และสามารถที่จะยกเลิกการเข้าร่วมในการวิจัยได้ตลอดเวลาระหว่างการทำวิจัย

5.3 ผู้วิจัยแจกแบบวัดการคิดอินเทอร์เนตให้นักเรียน โดยให้ตอบแบบวัดการคิดอินเทอร์เนต จากนั้นอธิบายถึงวิธีตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด ใช้เวลาในการคัดกรองประมาณ 10 -15 นาที

ขั้นตอนที่ 6 เมื่อนักเรียนตอบแบบวัดการคิดอินเทอร์เนตเสร็จแล้ว ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามคืน และตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามและข้อมูลที่ได้รับ นักเรียนที่มีคะแนนตั้งแต่ 50 คะแนนขึ้นไป ถือเป็นเด็กที่คิดอินเทอร์เนต และจัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ดำเนินการเช่นนี้จนครบ 4 โรงเรียน ใน 4 จังหวัดที่กำหนด (ดังแสดงในตารางที่ 2)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 แสดงการสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้นตอน

จังหวัด	โรงเรียนตัวอย่าง	ชั้นและห้องเรียน ตัวอย่าง	จำนวน นักเรียน ทั้งหมด	จำนวน นักเรียน ตัวอย่าง
กระบี่	โรงเรียนเมือง กระบี่	ชั้น ม. 1	50	5
		ชั้น ม. 2	47	6
		ชั้น ม. 3	45	12
พังงา	โรงเรียนดื่บุก พังงาวิทยายน	ชั้น ม. 1	49	9
		ชั้น ม. 2	47	3
		ชั้น ม. 3	32	7
ภูเก็ต	โรงเรียนภูเก็ต วิทยาลัย	ชั้น ม. 1	44	10
		ชั้น ม. 2	40	15
		ชั้น ม. 3	37	14
นครศรีธรรมราช	โรงเรียนโยธิน บำรุง	ชั้น ม. 1	50	6
		ชั้น ม. 2	52	14
		ชั้น ม. 3	50	10
รวม			543	111

จากตารางที่ 2 จำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ใน 4 โรงเรียน จาก 4 จังหวัด ซึ่งมีนักเรียนระดับชั้นละ 1 ห้องเรียน จำนวนนักเรียนทั้งหมด 543 คน พบว่า เด็กนักเรียนที่ติดอินเทอร์เน็ตมีจำนวน 111 คน

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษาและสถานภาพทางครอบครัว (n = 111 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	n = 111 คน	
	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	80	72.10
หญิง	31	27.90
2. อายุ		
12-12 ปี 11 เดือน	17	15.30
13-13 ปี 11 เดือน	34	30.60
14-14 ปี 11 เดือน	45	40.60
15-15 ปี 11 เดือน	15	13.50
3. ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาปีที่ 1	30	27.03
มัธยมศึกษาปีที่ 2	38	34.23
มัธยมศึกษาปีที่ 3	43	38.74
4. สถานภาพทางครอบครัว		
พ่อแม่อยู่ด้วยกัน	92	82.90
พ่อแม่หย่าร้าง	6	5.40
พ่อแม่แยกทางกัน	8	7.20
พ่อหรือแม่เสียชีวิต	5	4.50

จากตารางที่ 3 พบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงซึ่งมีจำนวนร้อยละ 72.10 มีอายุระหว่าง 14-14 ปี 11 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.60 เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.74 และส่วนใหญ่มีสถานภาพทางครอบครัว คือ พ่อแม่อยู่ด้วยกันคิดเป็นร้อยละ 82.90

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการใช้อินเทอร์เน็ตในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต

การใช้อินเทอร์เน็ตในรอบ 1 เดือน	ในวันธรรมดา		ในวันเสาร์ - อาทิตย์	
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D
1. ระยะเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตในแต่ละครั้ง	2.47	1.73	4.60	2.87
2. จำนวนครั้งของการใช้อินเทอร์เน็ตในแต่ละวัน	1.58	.76	1.84	.97

จากตารางที่ 4 พบว่า ระยะเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตในวันเสาร์ - อาทิตย์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 (S.D = 2.87) และวันธรรมดามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.47 (S.D = 1.73) ส่วนจำนวนครั้งของการใช้อินเทอร์เน็ตในวันเสาร์ - อาทิตย์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.84 (S.D = .97) และในวันธรรมดามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.58 (S.D = .76)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตในหนึ่งสัปดาห์

การใช้อินเทอร์เน็ตในหนึ่งสัปดาห์	n = 111 คน	
	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนวันของการใช้อินเทอร์เน็ตในหนึ่งสัปดาห์		
1 วัน	1	.90
2 วัน	23	20.70
3 วัน	25	22.50
4 วัน	21	18.90
5 วัน	17	15.30
6 วัน	4	3.60
7 วัน	20	18.00
2. ระยะเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตในหนึ่งสัปดาห์		
น้อยกว่า 10 ชั่วโมง	28	25.20
10.01 - 15 ชั่วโมง	21	18.90
15.01 - 20 ชั่วโมง	11	9.90
20.01 - 25 ชั่วโมง	13	11.70
มากกว่า 25 ชั่วโมง	38	34.20

จากตารางที่ 5 พบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่มีการใช้อินเทอร์เน็ตมากกว่า 1 วันต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 99.10 มีการใช้อินเทอร์เน็ตทุกวันร้อยละ 18.00 และมีระยะเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตมากกว่า 20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 11.70

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามทั่วไป
- ส่วนที่ 2 แบบวัดการติดอินเทอร์เน็ต
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคร
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย
- ส่วนที่ 5 แบบวัดสุขภาพของเด็กวัยรุ่น

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยรุ่นตอนต้น ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ซึ่งถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพทางครอบครัว ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง คำถามเป็นลักษณะถามปลายเปิด ในลักษณะเติมข้อความและคำถามปลายปิดในลักษณะเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบวัดการติดอินเทอร์เน็ต เป็นแบบคัดกรองการติดอินเทอร์เน็ตของเด็กวัยรุ่นตอนต้น ที่ผู้วิจัยได้ปรับแบบวัดการติดอินเทอร์เน็ตของรัชชัย วรพงศธร และคณะ (2547) ซึ่งเป็นแบบวัดสำหรับคัดกรองผู้เล่นที่มีปัญหาการติดอินเทอร์เน็ต ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยรุ่นตอนต้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ รวมทั้งคำถามเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตของนักเรียนในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาที่ผู้วิจัยได้สร้างเพิ่มเติมขึ้น

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนดังนี้คือ

ทำประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นประจำทุกวัน ให้คะแนนเท่ากับ 5
บ่อยมาก	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นบ่อยครั้งเกือบทุกวัน ให้คะแนนเท่ากับ 4
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นบางวันให้คะแนนเท่ากับ 3
บางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ให้คะแนนเท่ากับ 2
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นหรือนับจำนวนครั้งได้ ให้คะแนนเท่ากับ 1

การแปลผลคะแนนรวมของแบบทดสอบ โดยการคิดคะแนนรวมกันทั้งหมด

คะแนนตั้งแต่ 20 - 49 คะแนน หมายถึง เด็กมีการใช้อินเทอร์เน็ตในปริมาณที่มากในบางครั้ง แต่ยังสามารถควบคุมการใช้อินเทอร์เน็ตได้

คะแนนตั้งแต่ 50 - 79 คะแนน หมายถึง เด็กมีการใช้อินเทอร์เน็ตในปริมาณมากจนบางครั้งเกิดปัญหาการใช้ไม่สามารถควบคุมการใช้ได้ ต้องระวังไม่ให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน

คะแนนตั้งแต่ 80 - 100 คะแนน หมายถึง เด็กมีการใช้อินเทอร์เน็ตจนมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและเกิดปัญหาในการใช้อินเทอร์เน็ตอย่างมาก

เกณฑ์การประเมินการติดอินเทอร์เน็ต ถ้าคะแนนรวมมากกว่า 50 คะแนน ถือว่าเด็กวัยรุ่นตอนต้นติดอินเทอร์เน็ต คะแนนรวมน้อยกว่า 50 คะแนน ถือว่าเด็กวัยรุ่นตอนต้นไม่ติดอินเทอร์เน็ต

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลเด็กจำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลเด็กวัยรุ่นจำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับสุขภาพจำนวน 2 ท่าน ตัดสินโดยถือเกณฑ์ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกันร้อยละ 80 พบว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหามากกว่าร้อยละ 80 รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 20 ข้อ จากนั้นนำแบบสอบถามมาหาค่าความเที่ยงกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-3 ในจังหวัดตรัง จำนวน 30 คน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .71 แสดงว่าเครื่องมือชุดนี้มีความเที่ยงเป็นที่ยอมรับได้ โดยค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้เท่ากับ .70 ขึ้นไป (Polit and Hungler, 1999; Bum and Groves, 2001) และเมื่อนำเครื่องมือชุดนี้ไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 111 คน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาคเท่ากับ .73 (ดังแสดงในตารางที่ 6)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภค เป็นแบบสอบถามด้านพฤติกรรมบริโภคในเด็กวัยรุ่นตอนต้น ที่ผู้วิจัยได้ปรับนำมาให้สอดคล้องกับเนื้อหาและคำจำกัดความ ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพดีของคนไทย (Food Based Dietary Guideline : FBDG, 2542) ของ เบญจวรรณ ลุงบ้าน (2548)

แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 16 ข้อ มีทั้งข้อความทางบวกจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 15 และข้อความทางลบจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10, 11, 12, 13, 14 และ 16 ลักษณะแบบสอบถามใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
- เป็นประจำ	ให้ 5 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
- บ่อยครั้ง	ให้ 4 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
- บางครั้ง	ให้ 3 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
- นาน ๆ ครั้ง	ให้ 2 คะแนน	ให้ 4 คะแนน
- ไม่เคยปฏิบัติ	ให้ 1 คะแนน	ให้ 5 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลเด็กจำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลเด็กวัยรุ่นจำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับสุขภาพจำนวน 2 ท่าน ตัดสินโดยถือเกณฑ์ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกันร้อยละ 80 พบว่า เครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหามากกว่าร้อยละ 80 จากนั้นนำแบบสอบถามมาหาค่าความเที่ยงกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1- 3 ในจังหวัดตรัง จำนวน 30 คน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .63 ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงที่ค่อนข้างต่ำ จึงนำเครื่องมือส่วนนี้มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และทำการตัดข้อ

คำถามออกจำนวน 6 ข้อ เนื่องจากเป็นข้อคำถามที่ถามในลักษณะเดียวกัน ฉะนั้นจึงได้แบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคนาเด็กวัยรุ่นตอนต้นจำนวน 16 ข้อ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเพิ่มขึ้นเท่ากับ .69 โดยค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้เท่ากับ .70 ขึ้นไป (Polit and Hungler, 1999; Burn and Groves, 2001) และเมื่อนำเครื่องมือชุดนี้ไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 111 คน พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .65 (ดังแสดงในตารางที่ 6)

การคิดคะแนนคิดจากคะแนนรวม โดยคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 16 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 80 คะแนน ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนได้ดังนี้ คะแนนรวมสูง หมายความว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีพฤติกรรมบริโภคที่ดี คะแนนรวมต่ำ หมายความว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ดี

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย เป็นแบบสอบถามพฤติกรรม การทำกิจกรรมและการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Pender (2002)

แบบสอบถามทั้งหมด 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ คำถามเป็นแบบมาตรา ส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนดังนี้คือ

ทำประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นประจำทุกวัน ให้คะแนนเท่ากับ 5
บ่อยมาก	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นบ่อยครั้งเกือบทุกวัน ให้คะแนนเท่ากับ 4
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นบางวันให้คะแนนเท่ากับ 3
บางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ให้คะแนนเท่ากับ 2
ไม่เคยหรือน้อยครั้งมาก ๆ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นหรือนับจำนวนครั้งได้ให้คะแนนเท่ากับ 1

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลเด็กจำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลเด็กวัยรุ่นจำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับสุขภาพ จำนวน 2 ท่าน ตัดสินโดยถือเกณฑ์ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกันร้อยละ 80 พบว่า เครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหามากกว่าร้อยละ 80 จากนั้นนำแบบสอบถามมาหาค่าความเที่ยงกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1- 3 ในจังหวัดตรัง จำนวน 30 คน พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .73 แสดงว่าเครื่องมือชุดนี้มีความเที่ยงเป็นที่ยอมรับได้ โดยค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้เท่ากับ .70 ขึ้นไป (Polit and Hungler,

1999; Burn and Groves, 2001) เมื่อนำเครื่องมือส่วนนี้มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ และทำการตัดข้อคำถามออกจำนวน 1 ข้อ เนื่องจากเป็นข้อคำถามที่ถามในลักษณะ เดียวกัน พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเพิ่มขึ้นเท่ากับ .78 แสดงว่าเครื่องมือชุดนี้มีความเที่ยงเป็นที่ยอมรับได้ ฉะนั้นจึงได้แบบสอบถามพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ และเมื่อนำเครื่องมือชุดนี้ไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 111 คน พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .77 (ดังแสดงในตารางที่ 6)

การคิดคะแนนคิดจากคะแนนรวม โดยคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 7 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 35 คะแนน ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนได้ดังนี้ คะแนนรวมสูง หมายความว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายที่ดี คะแนนรวมต่ำ หมายความว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายที่ไม่ดี

ส่วนที่ 5 แบบวัดสุขภาวะของเด็กวัยรุ่น เป็นแบบวัดสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่ผู้วิจัยนำมาปรับให้สอดคล้องเนื้อหาและจำกัดความกับกลุ่มตัวอย่าง คือเด็กวัยรุ่นตอนต้น จากแบบวัดสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกฤษณ์ชลิ เพียรทอง (2547) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิด สุขภาวะของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) ร่วมกับแนวคิดการดำรงชีวิตที่ปกติสุขของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .91

แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 62 ข้อ มีข้อความด้านสุขภาวะทางกายจำนวน 23 ข้อ สุขภาวะทางจิตจำนวน 13 ข้อ สุขภาวะทางสังคมจำนวน 13 ข้อ และ สุขภาวะทางจิตวิญญาณ 13 ข้อ รวมมีข้อความทั้งหมด 62 ข้อ ทั้งข้อความทางบวกจำนวน 56 ข้อ และข้อความทางลบจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ข้อ 8, 9, 10, 11, 12, 13, และ 23 ลักษณะแบบสอบถามใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนดังนี้คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิด ความรู้สึกตรงกับข้อความมากที่สุด ถ้าเป็นข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนเท่ากับ 5 แต่ถ้าเป็นคำถามเชิงลบให้คะแนนเท่ากับ 1

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิด ความรู้สึกตรงกับข้อความมาก ถ้าเป็นข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนเท่ากับ 4 แต่ถ้าเป็นคำถามเชิงลบให้คะแนนเท่ากับ 2

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านมีความคิด ความรู้สึกลังเลกับข้อความ ถ้าเป็นข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนเท่ากับ 3 แต่ถ้าเป็นคำถามเชิงลบให้คะแนนเท่ากับ 3

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิด ความรู้สึกไม่ตรงกับข้อความ ถ้าเป็นข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนเท่ากับ 2 แต่ถ้าเป็นคำถามเชิงลบให้คะแนนเท่ากับ 4

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิด ความรู้สึกไม่ตรงกับข้อความเลย ถ้าเป็นข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนเท่ากับ 1 แต่ถ้าเป็นคำถามเชิงลบให้คะแนนเท่ากับ 5

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลเด็กจำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลเด็กวัยรุ่นจำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับสุขภาวะ จำนวน 2 ท่าน ตัดสินโดยถือเกณฑ์ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกันร้อยละ 80 พบว่า เครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหา มากกว่าร้อยละ 80 และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้เสนอแนะว่า ควรตัดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนออกจำนวน 1 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความด้านสุขภาวะทางกาย จากข้อคำถามเดิมจำนวน 63 ข้อ จึงได้ปรับข้อคำถามให้มีความสอดคล้องกับเนื้อหาและคำจำกัดความของงานวิจัย รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย แล้วนำมาตรวจสอบภาษาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 62 ข้อ จากนั้นนำแบบสอบถามมาหาค่าความเที่ยงกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1- 3 ในจังหวัดตรัง จำนวน 30 คน พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 แสดงว่าเครื่องมือชุดนี้มีความเที่ยงเป็นที่ยอมรับได้ โดยค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้เท่ากับ .70 ขึ้นไป (Polit and Hungler, 1999; Burn and Groves, 2001) และเมื่อนำเครื่องมือชุดนี้ไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 111 คน พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96 (ดังแสดงในตารางที่ 6)

การแปลผลคะแนนรวมแบบสอบถามการวัดสุขภาวะ โดยการคิดคะแนนจากคะแนนรวม แล้วมาหาค่าเฉลี่ยรายข้อ รายด้านและโดยรวม มาวิเคราะห์ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์วัด 5 ระดับ โดยนำจำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็ม และแบ่งเป็น 5 ระดับ ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนได้ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยสูง หมายความว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีสุขภาวะที่ดี คะแนนเฉลี่ยต่ำ หมายความว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีสุขภาวะที่ไม่ดี โดยใช้เกณฑ์การแปลความหมายเกี่ยวกับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตดังนี้ (เปรมฤดี คำรักษ์, 2545 และพิศสมร เดชดวง, 2545)

คะแนนเฉลี่ย	4.21 – 5.00	หมายถึง	มีสุขภาวะระดับดีมาก
คะแนนเฉลี่ย	3.41 – 4.20	หมายถึง	มีสุขภาวะระดับดี
คะแนนเฉลี่ย	2.61 – 3.40	หมายถึง	มีสุขภาวะระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.81 – 2.60	หมายถึง	มีสุขภาวะระดับพอใช้
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.80	หมายถึง	มีสุขภาวะระดับไม่ดี

ตารางที่ 6 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในการทดลองใช้เครื่องมือ (n = 30 คน) เปรียบเทียบกับการใช้เก็บข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่าง (n = 111 คน)

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม	
	ทดลองใช้ (n=30)	เก็บจริง (n = 111)
แบบวัดการติดอินเทอร์เนต	.70	.73
แบบพฤติกรรมกรรมการบริโภค	.69	.65
แบบพฤติกรรมกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย	.78	.77
แบบวัดสุขภาวะของเด็กวัยรุ่น	.92	.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 27 สิงหาคม 2550 ถึง 5 กันยายน 2550 โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงเรียนในเขตเทศบาลอำเภอเมือง ในจังหวัดภาคใต้ตอนบนทั้ง 4 จังหวัด เพื่อขอความร่วมมือในการแจ้งวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการทำวิจัย

1.2 ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยไปยังผู้อำนวยการโรงเรียนแต่ละโรงเรียน พร้อมรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย คำจำกัดความ และตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการวิจัย พร้อมตัวอย่างแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดด้วยตนเองโดยการเดินทางไปยัง 4 โรงเรียนที่สุ่มได้ ผู้วิจัยนัดหมายเวลากับอาจารย์ประจำชั้นเพื่อขอพบกลุ่มตัวอย่างในแต่ละห้องที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ นักเรียนที่ติดอินเทอร์เนต (มีคะแนนตั้งแต่ 50 คะแนนขึ้นไป) เพื่อตอบแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและออกกำลังกาย และแบบวัดสุขภาวะของเด็กวัยรุ่น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- โรงเรียนเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ นัดเก็บข้อมูลในวันที่ 31 สิงหาคม 2550 โดยพบกลุ่มตัวอย่างในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 เวลา 12.40 – 13.10 น. ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 เวลา 13.20 – 14.00 น. ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 เวลา 14.50 – 15.30 น.

- โรงเรียนคีนุกพังงาวิทยายน จังหวัดพังงา นัดเก็บข้อมูลในวันที่ 3 กันยายน 2550 โดยพบกลุ่มตัวอย่างในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 เวลา 10.30 – 11.00 น. ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 เวลา 11.50 – 12.20 น. ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 เวลา 13.30 – 14.00 น.

- โรงเรียนโยธินบำรุง จังหวัดนครศรีธรรมราช นัดเก็บข้อมูลในวันที่ 4 กันยายน 2550 โดยพบกลุ่มตัวอย่างในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 เวลา 11.50–12.20 น. บริเวณใต้อาคาร 1 เป็นอาคารอนุบาลประสงค์

- โรงเรียนภูเก็ตวิทยาลัย จังหวัดภูเก็ต นัดเก็บข้อมูลในวันที่ 5 กันยายน 2550 โดยพบกลุ่มตัวอย่างในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 เวลา 10.30–11.00 น. ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 เวลา 12.40–13.00 น. ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 เวลา 14.20–14.50 น.

2.2 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องเรียนประจำของแต่ละห้องเรียน จากนั้นอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยอีกครั้ง รวมทั้งอธิบายถึงการยินยอมและสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย (ดังตัวอย่างใบพิทักษ์สิทธิและการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในภาคผนวก ข) ที่สามารถตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ และสามารถที่จะยกเลิกการเข้าร่วมในการวิจัยได้ตลอดเวลาระหว่างการทำวิจัย

2.3 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง โดยให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรม การบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และแบบวัดสุขภาพของเต็กวัยรุ่น จากนั้นอธิบายถึงวิธีตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 -30 นาที แล้วเก็บแบบสอบถามคืน พร้อมตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม หลังจากนั้นนักเรียนตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์คืนมาทั้งหมด 111 ฉบับ

2.4 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาคิดคะแนนและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยโดยคำนึงถึงความยินยอม และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยจะทำหนังสือขออนุญาตแก่ผู้อำนวยการ โรงเรียน และพ่อแม่ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 – 30 นาที และในการเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถสิ้นสุดการตอบแบบสอบถามได้ทันที หากไม่ประสงค์จะตอบข้อคำถามอีกต่อไป ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากการศึกษาคั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะ

นำเสนอในภาพรวม ไม่มีการชี้แจงเปิดเผยและนามสกุลที่แท้จริง กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพทางครอบครัว รวมทั้งจำนวนครั้งในการใช้อินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์ และจำนวนชั่วโมงในการใช้อินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์ นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

2. จำนวนชั่วโมงในการใช้อินเทอร์เน็ตต่อครั้ง จำนวนครั้งในการใช้อินเทอร์เน็ตต่อวัน และสภาวะวิเคราะห์ด้วยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และการใช้อินเทอร์เน็ตกับสภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญสำหรับทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05

4. การวิเคราะห์เพิ่มเติม เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตที่มีพฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และการใช้อินเทอร์เน็ตต่างกัน โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานมาเป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับ วิเคราะห์โดยใช้ One – Way ANOVA

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และการใช้อินเทอร์เน็ตกับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต ในเขตจังหวัดภาคใต้ตอนบน โดยศึกษาในเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1, 2 และ 3 ในโรงเรียนขนาดใหญ่ เขตเทศบาลอำเภอเมือง ในจังหวัดภาคใต้ตอนบน จำนวน 4 จังหวัด และ จำนวน 4 โรงเรียน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 111 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำนวนเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตแสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7 - 12

ตอนที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และการใช้อินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 13 -14

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เพิ่มเติม เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตที่มีพฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และการใช้อินเทอร์เน็ตต่างกัน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 15 - 20

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 การศึกษาสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต

สุขภาวะของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ดังเสนอผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 7 – 12

ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต (n = 111 คน)

สุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต	\bar{X}	S.D	ระดับ
1. สุขภาวะทางกาย	3.88	.49	ดี
2. สุขภาวะทางจิต	3.90	.63	ดี
3. สุขภาวะทางสังคม	4.06	.62	ดี
4. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ	4.14	.63	ดี
รวม	3.98	.53	ดี

จากตารางที่ 7 พบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีสุขภาวะรวมโดยเฉลี่ยในระดับดี ($\bar{X} = 3.98, S.D = .53$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีสุขภาวะในระดับดีทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และ สุขภาวะทางจิตวิญญาณ

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ทของสภาวะทางกาย จำแนกเป็นรายชื่อ (n = 111 คน)

สภาวะทางกาย	\bar{X}	S.D
สามารถรับรู้ความเย็น ความอบอุ่น หรือร้อน ได้	4.35	.95
เวลารับประทานอาหารสามารถรับรู้รสชาติของอาหารได้	4.33	.86
หาอาหารรับประทานเองได้	4.27	.90
เล่นกีฬาในชั่วโมงพลศึกษาได้เหมือนเพื่อนๆ	4.27	.79
แต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่สะอาด เหมาะสม ถูกกาลเทศะ	4.24	.96
ไปเรียนหนังสือโดยไม่ขาดเรียนบ่อยๆ	4.23	.86
รู้สึกเจ็บปวดเมื่อถูกแมลงกัดต่อยที่ผิวหนัง	4.17	.97
รับประทานอาหารเพียงพอกับความต้องการ	4.12	.98
สามารถรับรู้กลิ่นของสิ่งต่าง ๆ ได้ เช่น กลิ่นดอกไม้ กลิ่นอาหาร	4.10	.99
ได้ยินเสียงของคนที่คุณคุยได้ชัดเจน	4.08	.91
ในที่ที่มีแสงสว่างปกติสามารถมองเห็นสิ่งของ และผู้คน ได้ชัดเจน	4.07	1.04
มีผื่นคัน หรือเป็นแผลเรื้อรัง	4.03	1.05
เห็นท่าทางและการแสดงออกของคนที่คุณคุยได้ชัดเจน	4.02	.92
มีสมาธิในการเรียนหนังสือ	3.96	.86
นอนหลับสนิทได้วันละ 6 – 8 ชั่วโมง	3.96	.87
ช่วยทำงานบ้านอย่างสม่ำเสมอ	3.86	.84
อาบน้ำฟอกสบู่อย่างน้อยวันละครั้งด้วยตนเอง	3.56	1.39
ในช่วง 6 เดือน มีการเจ็บป่วยทำให้ทานอาหารได้น้อยลง หรือนอนไม่หลับ	3.51	1.20
ปวดมือ ปวดนิ้ว จนเขียนหนังสือได้ไม่สะดวก	3.39	1.13
ปวดตา หรือปวดศีรษะมากจนเรียนหนังสือไม่ค่อยได้	3.39	1.07
น้ำหนักเพิ่มขึ้นมากทั้งๆ ที่ไม่สูงขึ้น	3.23	1.08
รู้สึกอ่อนเพลียเสมอ	3.12	1.06
ปวดหลัง ปวดข้อบ่อยๆ	3.08	.99
รวม	3.88	.49

จากตารางที่ 8 เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีสุขภาพทางกาย มีค่าเฉลี่ยรายด้านเท่ากับ 3.88 (S.D = .49) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ สามารถรับรู้ความเย็น ความอบอุ่น หรือร้อนได้มากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 (S.D = .95) รองลงมาคือ เวลารับประทานอาหารสามารถรับรู้รสชาติของอาหารได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 (S.D = .86) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือปวดหลัง ปวดข้อบ่อย ๆ มีค่าเท่ากับ 3.08 (S.D = .99)

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตของสุขภาพทางจิต จำแนกเป็นรายข้อ (n = 111 คน)

สุขภาพทางจิต	\bar{X}	S.D
รู้สึกสบายใจเมื่อได้ดูหนัง ฟังเพลง หรือไปท่องเที่ยว	4.22	.92
รู้สึกภูมิใจในตนเอง	4.11	.79
รู้สึกภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่นหรือทำประโยชน์ให้กับส่วนรวม	4.09	.76
คิดว่าปัญหาทุกปัญหาสามารถแก้ไขได้	4.05	.96
เป็นคนที่มีความหมายต่อครอบครัว	4.04	.84
ทำใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้	3.90	.81
รู้สึกมั่นใจในตนเอง	3.86	.96
เมื่อรู้สึกเครียด กังวล จะปรึกษากับคนที่เชื่อถือ หรือไว้วางใจ	3.80	.99
เมื่อมีปัญหา จะบอกเล่าความรู้สึกกับคนที่ไว้ใจ	3.76	1.05
สามารถรอคอยสิ่งที่ต้องการได้	3.75	.94
รู้สึกว่าตนเป็นคนดี	3.77	.87
เป็นคนที่มีความกล้า	3.72	.96
รู้สึกว่าตนเป็นคนที่มีความสามารถ	3.64	.89
รวม	3.90	.63

จากตารางที่ 9 เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีสุขภาพทางจิต มีค่าเฉลี่ยรายด้านเท่ากับ 3.90 (S.D = .99) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ รู้สึกสบายใจเมื่อได้ดูหนัง ฟังเพลง หรือไปท่องเที่ยวมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.22 (S.D = .92) รองลงมาคือ รู้สึกภูมิใจในตนเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 (S.D = .79) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือรู้สึกว่าตนเป็นคนที่มีความสามารถ มีค่าเท่ากับ 3.64 (S.D = .89)

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตของสภาวะทางสังคม จำแนกเป็นรายชื่อ (n = 111 คน)

สภาวะทางสังคม	\bar{X}	S.D
คนในครอบครัวมีการให้โอกาสและให้อภัยซึ่งกันและกัน	4.27	.81
คนในครอบครัวมีการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	4.23	.89
คนในครอบครัวมีความรัก และเข้าใจกัน	4.23	.92
มีคนที่น่าสนใจและสามารถพูดคุยได้ในหลาย ๆ เรื่อง	4.21	.73
เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของโรงเรียน เช่น งานกีฬา	4.17	.75
คนในครอบครัวมีการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การรับประทานอาหาร	4.16	.87
ได้รับสิทธิต่าง ๆ ที่ควรได้จากโรงเรียนของฉันโดยเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ	4.09	.86
คิดว่าได้รับความเป็นธรรมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น	4.05	.86
ได้รับคำแนะนำในเรื่องต่าง ๆ เช่น การเรียน การแก้ปัญหา จากผู้อื่น	4.01	.96
รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของโรงเรียน	4.00	.85
รู้สึกว่ายังมีคนคอยสนับสนุนให้กำลังใจ และเอาใจใส่	3.99	.88
เมื่อมีการเจ็บป่วย จะมีคนมาเยี่ยม สอบถามอาการ ให้กำลังใจ	3.85	.79
ได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินหรือสิ่งของจากผู้อื่น	3.63	1.08
รวม	4.06	.62

จากตารางที่ 10 เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยรายชื่อพบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีสภาวะทางสังคมมีค่าเฉลี่ยรายด้านเท่ากับ 4.06 (S.D = .62) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ คนในครอบครัวมีการให้โอกาสและให้อภัยซึ่งกันและกันมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.27 (S.D = .81) รองลงมาคือ คนในครอบครัวมีการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และคนในครอบครัวมีความรัก และเข้าใจกัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.23 (S.D = .89) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินหรือสิ่งของจากผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 (S.D = 1.08)

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตของสภาวะทางจิตวิญญาณ จำแนกเป็นรายชื่อ (n = 111 คน)

สภาวะทางจิตวิญญาณ	\bar{X}	S.D
ให้เกียรติยกย่องนับถือผู้มีอาวุโสที่อยู่ในครอบครัวและชุมชน	4.41	.82
รู้สึกพอใจกับที่อยู่อาศัย	4.29	.84
รู้สึกพอใจกับฐานะความเป็นอยู่ในปัจจุบัน	4.29	.76
รู้สึกว่า ยังมีสิ่งดี ๆ รออยู่ในวันข้างหน้า	4.24	.82
รู้สึกว่า มีกำลังใจในการดำรงชีวิต	4.20	.80
รู้สึกพอใจกับการใช้ชีวิตในปัจจุบัน	4.19	.79
มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต	4.15	.87
รู้สึกพอใจในความสามารถของตนเอง	4.10	.85
ยอมรับข้อบกพร่องของตนเองได้	4.08	.83
หวังว่าในอนาคตจะมีชีวิตที่สุขสบาย	4.05	.91
รู้สึกพอใจในรูปร่างหน้าตา	4.01	.85
มีสิทธิ์ที่จะไปไหนมาไหนและทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่นเดียวกับเด็กอื่น ๆ	4.00	1.05
ได้รับยกย่องนับถือตามบทบาททางสังคม เช่น เป็นพี่	3.88	.86
รวม	4.14	.63

จากตารางที่ 11 เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยรายชื่อพบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีสภาวะทางจิตวิญญาณมีค่าเฉลี่ยรายด้านเท่ากับ 4.14 (S.D = .63) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือให้เกียรติยกย่องนับถือผู้มีอาวุโสที่อยู่ในครอบครัวและชุมชนมากที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.41 (S.D = .82) รองลงมาคือ รู้สึกพอใจกับที่อยู่อาศัย และรู้สึกพอใจกับฐานะความเป็นอยู่ในปัจจุบัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.29 (S.D = .84) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือได้รับยกย่องนับถือตามบทบาททางสังคม เช่น เป็นพี่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 (S.D = .86)

ตอนที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และการใช้อินเทอร์เน็ตกับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต

พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และการใช้อินเทอร์เน็ตกับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ดังเสนอผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และการใช้อินเทอร์เน็ตกับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต (n = 111 คน)

ตัวแปร	\bar{X}	S.D	Min	Max	Range
พฤติกรรมการบริโภค	61.85	5.72	49	74	25
พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย	24.20	4.58	15	35	20
การใช้อินเทอร์เน็ต	24.06	19.51	1.33	90	88.67

จากตารางที่ 12 พฤติกรรมการบริโภค มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 61.85 (S.D = 5.72) พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.20 (S.D = 4.58) และการใช้อินเทอร์เน็ต มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.06 (S.D = 19.51)

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และการใช้อินเทอร์เน็ต กับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต วิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ดังเสนอผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) พฤติกรรมกรบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และ การใช้อินเทอร์เน็ตกับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต (n = 111 คน)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
พฤติกรรมกรบริโภค	.468	.000
พฤติกรรมกรทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย	.318	.000
การใช้อินเทอร์เน็ต	.163	.087

จากตารางที่ 13 พบว่า พฤติกรรมกรบริโภค และพฤติกรรมกรทำกิจกรรมและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .468$ และ $.318$ ตามลำดับ) ส่วนการใช้อินเทอร์เน็ตไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาคิดเป็นจำนวนชั่วโมงที่เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตใช้อินเทอร์เน็ต

ลักษณะการใช้อินเทอร์เน็ต	Min	Max	\bar{X}	S.D
1. ใช้อินเทอร์เน็ตในหนึ่งสัปดาห์	1.33	90	24.06	19.51
2. ใช้อินเทอร์เน็ตในวันเสาร์ - อาทิตย์	0.0	16.5	4.46	2.87
3. ใช้อินเทอร์เน็ตในวันธรรมดา	0.0	9	2.47	1.73

จากตารางที่ 14 พบว่า ระยะเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.05 ชั่วโมง (S.D = 19.51) การใช้อินเทอร์เน็ตเฉพาะวันเสาร์ - อาทิตย์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.46 ชั่วโมง (S.D = 2.87) ส่วนลักษณะการใช้อินเทอร์เน็ตในวันธรรมดามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.47 ชั่วโมง (S.D = 1.73)

ตารางที่ 15 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต

พฤติกรรมการบริโภค	N	%	\bar{X}	S.D
1. ระดับดี	24	21.6	69.79	2.03
2. ระดับปานกลาง	66	59.5	61.55	2.88
3. ระดับต่ำ	21	18.9	53.71	1.66

จากตารางที่ 15 พบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 59.5 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 61.55 (S.D = 2.88) รองลงมาคือ มีพฤติกรรมการบริโภคในระดับดีเท่ากับร้อยละ 21.6 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 69.79 (S.D=2.03)

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบความแปรปรวนของสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตในกลุ่มที่มีพฤติกรรมการบริโภคในระดับที่ต่างกัน

แหล่งของความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	31320.471	2	15660.236		
ภายในกลุ่ม	85770.952	109	794.175	19.719	.000

จากตารางที่ 16 พบว่า สุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตแต่ละกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภครองของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตรายคู่ระหว่างกลุ่มที่มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคระดับดี ปานกลาง ต่ำ

พฤติกรรมกรรมการบริโภค	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสุขภาวะ		
	A- B (p-value)	A-C (p-value)	B-C (p-value)
1. ระดับดี (A)	24.50*	52.88*	28.38*
2. ระดับปานกลาง (B)	(.000)	(.002)	(.000)
3. ระดับต่ำ (C)			

*ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตารางที่ 17 พบว่า พฤติกรรมการบริโภคของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตรามีพฤติกรรมการบริโภคในระดับที่ต่างกันมีความแตกต่างกัน 5 คู่ ได้แก่ 1) กลุ่มที่มีพฤติกรรมการบริโภคระดับดีกับกลุ่มที่มีพฤติกรรมการบริโภคระดับปานกลางมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของสุขภาวะเท่ากับ 24.50 2) กลุ่มที่มีพฤติกรรมการบริโภคระดับดีกับกลุ่มที่มีพฤติกรรมการบริโภคระดับต่ำมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของสุขภาวะเท่ากับ 52.88 3) กลุ่มที่มีพฤติกรรมการบริโภคระดับปานกลางกับกลุ่มที่มีพฤติกรรมการบริโภคระดับต่ำมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของสุขภาวะเท่ากับ 28.38

ตารางที่ 18 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมภารกิจกรรมการและการออกกำลังกายของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตร

พฤติกรรมกรรมการภารกิจกรรมการและการออกกำลังกาย	N	%	\bar{X}	S.D
1. ระดับดี	24	21.6	30.79	1.66
2. ระดับปานกลาง	72	64.9	23.56	2.38
3. ระดับต่ำ	15	13.5	17.20	1.26

จากตารางที่ 18 พบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมภารกิจกรรมการและการออกกำลังกายในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 64.9 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.56 (S.D = 2.38) รองลงมาคือพฤติกรรมภารกิจกรรมการและการออกกำลังกายในระดับดีเท่ากับร้อยละ 21.6 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 30.79 (S.D=1.66)

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบความแปรปรวนของสภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต

พฤติกรรมการบริโภค	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	13641.246	2	6820.623		
ภายในกลุ่ม	103450.178	109	957.872	7.121	.001

จากตารางที่ 19 พบว่า สภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตแต่ละกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตรายคู่ระหว่างกลุ่มที่มีพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายระดับดี ปานกลาง ต่ำ

พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย		
	A-B (p-value)	A-C (p-value)	B-C (p-value)
1. ระดับดี (A)	21.28*	36.53*	15.26*
2. ระดับปานกลาง (B)	(.017)	(.002)	(.226)
3. ระดับต่ำ (C)			

*ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตารางที่ 20 พบว่า พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายในระดับที่ต่างกันมีความแตกต่างกัน 5 คู่ ได้แก่ 1) กลุ่มที่มีพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายระดับดีกับกลุ่มที่มีพฤติกรรมบริโภคระดับปานกลางมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของสภาวะเท่ากับ 21.28 2) กลุ่มที่มีพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายระดับดีกับกลุ่มที่มีพฤติกรรมทำกิจกรรมและการออกกำลังกายระดับต่ำมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของสภาวะเท่ากับ 36.53 3) กลุ่มที่มีพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายระดับปานกลางกับกลุ่มที่มีพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายระดับต่ำมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของสภาวะเท่ากับ 15.26

ตารางที่ 21 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการใช้อินเทอร์เน็ตของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต

การใช้อินเทอร์เน็ต	N	%	\bar{X}	S.D
1. ระดับมาก	16	14.4	3891.00	820.04
2. ระดับปานกลาง	87	78.4	1123.11	575.64
3. ระดับต่ำ	8	7.2	188.13	58.18

จากตารางที่ 21 พบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่มีการใช้อินเทอร์เน็ตในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 78.4 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1123.11 (S.D = 575.64) ซึ่งเท่ากับ 18.7 ชม. รองลงมาคือ การใช้อินเทอร์เน็ตในระดับมากเท่ากับร้อยละ 14.4 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3891.00 (S.D=820.04) ซึ่งเท่ากับ 66.5 ชม

ตารางที่ 22 เปรียบเทียบความแปรปรวนของสภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต

พฤติกรรมการบริโภค	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	1957.22	2	978.61		
ภายในกลุ่ม	113671.54	109	1062	.921	.401

จากตารางที่ 22 พบว่า การใช้อินเทอร์เน็ตของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตแต่ละระดับไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตเป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาสุขภาวะ หากความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยี พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และการใช้อินเทอร์เน็ตกับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตในนักเรียนทั้งชายและหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่ติดอินเทอร์เน็ต เขตเทศบาลอำเภอเมือง ในโรงเรียนขนาดใหญ่ในสังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน ในจังหวัดภาคใต้ตอนบน โดยกำหนดคุณสมบัติคือ ติดอินเทอร์เน็ต จำนวน 111 คน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling)

สมมติฐานในการวิจัย คือ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และการใช้อินเทอร์เน็ต มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ส่วน ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการติดอินเทอร์เน็ต โดยการปรับแบบวัดการติดอินเทอร์เน็ตของรัชชัย วรพงศธร และคณะ (2547) จำนวน 20 ข้อ รวมทั้งคำถามเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตของนักเรียนในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาที่ผู้วิจัยได้สร้างเพิ่มเติมขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยี โดยการปรับจากแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีตามแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพดีของคนไทย (Food Based Dietary Guideline : FBDG, 2542) ของ เบญจวรรณ ลุ่งบ้าน (2548) จำนวน 16 ข้อ พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ประเมินได้แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีและการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Pender (2002) จำนวน 7 ข้อ และแบบวัดสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้น โดยการปรับจากแบบวัดสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกฤษณ์ชลิ เพียรทอง (2547) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดสุขภาวะของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) ร่วมกับแนวคิดการดำรงชีวิตที่ปกติสุขของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) จำนวน 62 ข้อ

เครื่องมือทุกชุดได้ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยถือเกณฑ์ตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกัน 4 ใน 5 ของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด นำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปทดสอบค่าความเที่ยงกับเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดภาวะการติดอินเทอร์เน็ต แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภค แบบสอบถามพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และแบบวัดสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นเท่ากับ .70, .69, .78 และ .92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลด้วยตัวเองทั้งหมด และเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเด็กนักเรียนทั้งชายและหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่ติดอินเทอร์เน็ต เขตเทศบาลอำเภอเมือง ในโรงเรียนขนาดใหญ่ในสังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน ในจังหวัดภาคใต้ตอนบน จำนวน 4 จังหวัด และ จำนวน 4 โรงเรียน โดยกำหนดคุณสมบัติคือ ติดอินเทอร์เน็ต (มีคะแนนตั้งแต่ 50 คะแนนขึ้นไป) ใช้เวลาเก็บข้อมูล 2 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 27 สิงหาคม 2550 ถึงวันที่ 5 กันยายน 2550 ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ 111 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ เพื่อหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติการวิเคราะห์ One-Way ANOVA โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Statistical Package for the Social Science for Window (SPSS/FW)

ผลการวิจัย เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการใช้อินเทอร์เน็ตไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต มีสุขภาวะอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.98$, S.D = .53)
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และการใช้อินเทอร์เน็ตกับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต พบว่า
 - 2.1 พฤติกรรมการบริโภค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .468$)
 - 2.2 พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .318$)
 - 2.3 การใช้อินเทอร์เน็ต ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยตามประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

1. สุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต

ผลการศึกษาพบว่าเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีสุขภาวะโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.98$, S.D = .53) และเมื่อพิจารณาสุขภาวะรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีสุขภาวะอยู่ในระดับดีทั้ง 4 ด้าน ทั้งด้านสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ($\bar{X} = 3.88$, S.D = .49, $\bar{X} = 3.90$, S.D = .63, $\bar{X} = 4.14$, S.D = .62 และ $\bar{X} = 4.06$, S.D = .63 ตามลำดับ) แสดงถึงว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตเป็นบุคคลที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างดี และเป็นองค์กรร่วมคือ มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีความสุขและสบายใจ สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข รวมทั้งมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีสุขภาวะโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี ทั้งที่เด็กกลุ่มนี้ใช้เวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตมากพอสมควร อาจเป็นเพราะเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตยังมีเวลาเหลือพอที่จะสามารถทำกิจกรรมอื่น ซึ่งอาจเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้สุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตดีขึ้นก็ได้ นอกเหนือจากการใช้อินเทอร์เน็ตเพียงอย่างเดียว จึงทำให้เด็กวัยรุ่นตอนต้นเหล่านี้ไม่มีปัญหาสุขภาวะด้านต่าง ๆ ตามมา

จากผลการวิจัย พบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีระยะเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์เฉลี่ยเท่ากับ 24.06 ชั่วโมง หรือ 14.32% ของเวลาทั้งหมดในหนึ่งสัปดาห์ ซึ่งในหนึ่งสัปดาห์ประกอบด้วย 168 ชั่วโมง จะใช้เวลาในการเรียนประมาณ 40 ชั่วโมง หรือ 23.8% นอนหลับประมาณ 56 ชั่วโมง หรือ 33% ดังนั้น เด็กวัยรุ่นตอนต้นดังกล่าวยังมีเวลาเหลือประมาณ 49.94 ชั่วโมงหรือประมาณ 28.88% ในการทำกิจกรรมอื่น นอกเหนือจากกิจกรรมดังกล่าว เช่น การช่วยเหลืองานบ้าน การทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น การอาบน้ำ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับสุทธฤทัย เจริญขวัญมาและคณะ (2546) ที่กล่าวว่า ในวันหนึ่งๆ เด็กนักเรียนจะมีการทำกิจกรรมต่างๆ ดังนี้ คือ การนอนหลับ การทำงาน การเดินทาง การเรียน การช่วยเหลืองานบ้าน และการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ เป็นต้น และมีเวลาว่างประมาณวันละ 2-4 ชั่วโมง เช่นเดียวกับ John P. Robinson (1977 อ้างถึงใน จุฑามาส กิริติกสิกร, 2542) ได้ทำการวิจัยพบว่า ในช่วงเวลา 1 สัปดาห์คนเราจะมีเวลาว่าง 38.5 ชั่วโมง หรือคิดเป็น 23% ของเวลาทั้งหมด (168 ชั่วโมง) ส่วนเวลาที่เหลือจะใช้ในการนอนหลับ 33% การเรียน 19% การดูแลครอบครัว 12% และการดูแลตนเองอีก 13%

การที่เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีเวลาเหลือดังกล่าวนี้ทำให้เด็กสามารถทำกิจกรรมอื่น ๆ ดังกิจกรรมดังกล่าวข้างต้น ซึ่งอาจมีส่วนช่วยส่งเสริมสุขภาวะข้างนั้น ย่อมส่งผลทำให้เด็กวัยรุ่นตอนต้นเหล่านี้มีสุขภาวะที่ดีในทุกด้านเช่นกัน จะเห็นได้จากผลการวิจัยที่พบว่า สุขภาวะของ

เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตโดยรวมอยู่ในระดับดีนั้น เป็นไปตามแนวความคิดสุขภาวะที่ว่าโรคเกือบทุกโรคสามารถป้องกันได้ และแม้มีโรคก็มีสุขภาวะที่ดีได้ (วิพุธ พูลเจริญ, 2544) โดยเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่ก็จะสามารถรับรู้ทางประสาทสัมผัสทางกาย รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความผิดปกติของร่างกายได้ และมีความสามารถในการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตได้ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีการตอบสนองและการจัดการกับอารมณ์และจิตใจได้ สามารถอยู่ร่วมกับบุคคลในสังคมได้อย่างปกติสุข พอใจในชีวิต และมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตในงานวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด อาศัยอยู่ในจังหวัดภาคใต้ตอนบน ซึ่งวิถีชีวิตส่วนใหญ่จะอยู่รวมกันเป็นกลุ่มก้อน มีอัตราการกระจุกตัวเป็นหมู่บ้าน มีความสนิทสนมกันฉันท์เครือญาติ เห็นอกเห็นใจกัน มีลักษณะของการช่วยเหลือเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน (นันทวรรณ ภูสว่าง, 2543) ประชากรในชุมชนจะมีการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น กิจกรรมพัฒนาชุมชน โรงเรียน การช่วยเหลือสาธารณประโยชน์ งานบุญต่าง ๆ (งานขึ้นบ้านใหม่, งานแต่งงาน) ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องทางศาสนา ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จะปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่วัด (เปรมฤดี คำรักษ์, 2545) ประชากรที่มีถิ่นกำเนิดในจังหวัดภาคใต้ตอนบนโดยส่วนใหญ่มีความเข้าใจวิถีในการดำเนินชีวิตร่วมกัน ประชากรสามารถอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข การปฏิบัติดังกล่าวเป็นสิ่งที่ยืนยันถึงความรัก ความสามัคคี ความเป็นปึกแผ่นในสังคม เกิดความรู้สึกเป็นพี่น้อง เป็นประชาคม ซึ่งเป็นลักษณะของกลุ่มประชากรที่มีสุขภาวะทางสังคม และจิตวิญญาณที่ดี ลักษณะของการอยู่ร่วมกันในสังคมดังกล่าว จึงส่งผลให้เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตได้รับอิทธิพลและยึดถือปฏิบัติตามกันมา

ลักษณะเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตเป็นนักเรียนซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อาจสืบเนื่องมาจากการศึกษาเป็นการพัฒนาความรู้ ความสามารถของเด็กวัยรุ่นตอนต้น โดยเมื่อได้รับการศึกษาในระดับชั้นเรียนสูงขึ้น ผ่านประสบการณ์เรียนรู้ในวิชาการต่าง ๆ และการได้รับการปลูกฝังแบบอย่างการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดีจากบิดามารดา หรืออาจได้รับแรงผลักดันมาจากสังคม และโรงเรียน ดังนั้นนักเรียนวัยรุ่นจึงมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาวะที่เหมาะสม ซึ่งมีการเรียนรู้ เพื่อการบรรลุเป้าหมายของชีวิต มีการบูรณาการความเป็นองค์รวมของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณได้เป็นอย่างดี

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ถึงแม้ว่า สุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีบางข้อที่มีอยู่ในระดับปานกลาง เช่น ด้านปวดหลัง ปวดข้อบ่ยๆ รู้สึกอ่อนเพลีย น้ำหนักเพิ่มขึ้นมากทั้งๆ ที่ไม่สูงขึ้น ปวดตา หรือปวดศีรษะมากจนเรียนหนังสือไม่ค่อยได้ และ ปวดมือ ปวดนิ้วจนเขียนหนังสือได้ไม่สะดวก มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.08, S.D = .99, \bar{X} = 3.12, S.D = 1.06, \bar{X} = 3.23, S.D = 1.08, \bar{X} = 3.39, S.D = 1.07$, และ $\bar{X} = 3.39, S.D = 1.13$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพะด้านร่างกายที่พบในเด็กที่ติดอินเทอร์เน็ต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Orzack (2001) และ Wieland (2005) กล่าวว่า การติดอินเทอร์เน็ตจะทำให้เกิดปัญหาทางด้าน

ร่างกายในเรื่องของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (Neuromuscular problems) มือ ข้อมือ กล้ามเนื้อบริเวณคอ ไหล่ หลัง ขา ตึง ปวดไมเกรน เกิดอาการ Carpal tunnel syndrome จากการบีบรัดของเส้นประสาท median บริเวณข้อมือ ที่เกิดจากการใช้นิ้วมือที่ผิดและการเคลื่อนไหวซ้ำๆ จากการใช้คอมพิวเตอร์ ทำให้เกิดอาการชา บริเวณนิ้วกลาง นิ้ว无名 นิ้วก้อย มีการรับรู้ประสาทสัมผัสเปลี่ยนไป เช่น ชา และปวดบริเวณนิ้วหัวแม่มือ นิ้วกลาง นิ้วก้อยและมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง

การส่งเสริมสุขภาพระดับร่างกายของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตนั้น จึงมีความสำคัญมาก เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้สอบถามเกี่ยวกับระยะเวลาการใช้อินเทอร์เน็ตภายในเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาเท่านั้น ซึ่งหากศึกษาในระยะยาวขึ้น อาจพบปัญหาสุขภาพทางกายที่สะท้อนอาการ และอาการแสดงของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต ได้ชัดเจนมากขึ้นก็ได้ ดังนั้น พยาบาลจะต้องส่งเสริมให้ครูและผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น และต้องให้ความรู้ ให้ข้อมูล รับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กวัยรุ่นตอนต้นและครอบครัว และวางแผนร่วมกันเพื่อให้เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพระดับต่าง ๆ ตามมาในระยะยาว

2. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยี การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และการใช้อินเทอร์เน็ตกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .468 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่าพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต

พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยี เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพื่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย และหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งเน้นที่การกระทำที่สุขภาพดี ไม่ว่าจะเป็นบุคคลวัยใดก็ตามเมื่อมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ดีก็ย่อมส่งผลทำให้สุขภาพของบุคคลเหล่านั้นดีด้วยเช่นกัน (Pender, 1996) โดยเฉพาะในเด็กวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งกำลังเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว เมื่อมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ดีด้วยแล้ว ก็ยังทำให้เด็กวัยรุ่นเหล่านั้นมีสุขภาพที่ดีด้วย ทำให้มีการเจริญเติบโตที่สมวัย เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตก็เหมือนเด็กวัยรุ่นตอนต้นทั่วไปที่กำลังเจริญเติบโต ย่อมต้องการการบริโภคอาหารที่ดี เพื่อให้ร่างกายได้มีการเจริญเติบโตที่เหมาะสมเช่นกัน ดังนั้นเมื่อเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ดีแล้ว จะส่งผลให้เด็กวัยรุ่นตอนต้นเหล่านั้นมีสุขภาพที่ดีได้ด้วย

จากผลการวิจัย พบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการที่ดี ซึ่งช่วยส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตรับประทานอาหารที่ดี ทำให้เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตรับประทานอาหารที่ดีเช่นเดียวกัน เนื่องจากอาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดำรงชีวิตของมนุษย์ เด็กวัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตของร่างกายและมีกิจกรรมที่ต้องใช้แรงงานเพิ่มขึ้น เช่น การเรียน การเล่น สรรหาอาหาร จึงมีความสำคัญต่อเด็กวัยรุ่นตอนต้นมาก ถ้าเด็กวัยรุ่นตอนต้นได้รับอาหารครบห้าหมู่ และสรรหาอาหารที่เหมาะสม จะทำให้ร่างกายมีภาวะโภชนาการที่ดี มีผลทำให้ร่างกายเจริญเติบโตเต็มที่ ทั้งด้านน้ำหนักและส่วนสูง เป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพสมบูรณ์ (ชูลิพร ศรศรี, 2541) ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นว่าเด็กวัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพที่ดีนั่นเอง

เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตรับประทานอาหารในงานวิจัยนี้ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับปานกลางถึงดีถึงร้อยละ 81.1 ทั้งนี้อาจเกิดจากเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตรับประทานอาหารที่อยู่ในระบบการศึกษาและกำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งมีระบบการเรียนการสอนที่เป็นภาคบังคับเรียน และมีอาจารย์ควบคุมการเรียนการสอน คอยให้การดูแลและติดตามประเมินผลอย่างใกล้ชิด เมื่อเด็กวัยรุ่นตอนต้นอยู่ที่โรงเรียนตอนกลางวัน การรับประทานอาหารในมือเที่ยงถูกควบคุมโดยอาจารย์ตลอด และเด็กวัยรุ่นตอนต้นเหล่านี้ยังอยู่ในวัยที่ พ่อแม่ ผู้ปกครองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคของเด็กวัยรุ่นมากที่สุด (สิริวัฒน์ อายุวัฒน์, 2539; ชูลิพร ศรศรี, 2541) การที่พฤติกรรมการบริโภคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพของวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตรับประทานอาหารที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุชาติ มะโนทัย (2538) ที่พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีพฤติกรรมการบริโภคดีจะมีภาวะโภชนาการเป็นปกติ ซึ่งก็คือ มีสุขภาพร่างกายที่ดีนั่นเอง

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย กับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตรับประทานอาหาร

ผลการศึกษาพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตรับประทานอาหารที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (+) เท่ากับ .318 กล่าวได้ว่าเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตรับประทานอาหารที่ดีมีพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายมากก็จะมีสุขภาพที่ดี เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ที่กล่าวว่าพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตรับประทานอาหารที่ดี เนื่องจากพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญต่อร่างกายอย่างยิ่ง และเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อเจริญเติบโต

จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่า หากเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตรับประทานอาหารที่ดีมีพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายแล้ว จะทำให้เด็กกลุ่มนี้มีสุขภาพที่ดีได้เช่นเดียวกัน

เนื่องจากวัยรุ่นตอนต้น เป็นวัยที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา แม้ว่า จะมีการติดอินเทอร์เน็ต แต่ก็ยังต้องปฏิบัติหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่โรงเรียนกำหนดไว้ ดังจะเห็นได้จากเด็กวัยรุ่นที่ติดอินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่ในงานวิจัยนี้ มีพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายในระดับปานกลางถึงดี คิดเป็นร้อยละ 86.5 ดังนั้นสุขภาพของเด็กวัยรุ่นที่ติดอินเทอร์เน็ตเหล่านี้จึงอยู่ในระดับดีด้วย

จะเห็นได้ว่า การทำกิจกรรมและการออกกำลังกายในเด็กวัยรุ่นตอนต้นมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นดังที่ได้ศึกษามา ซึ่งสอดคล้องกับ Pender (1987) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย เป็นการทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้ได้ใช้พลังงานอย่างเต็มที่ และมีการออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมออย่างครั้งละไม่ต่ำกว่า 20 – 30 นาที เพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรง ป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลว สุขภาพกายและสุขภาพจิตดี ผ่อนคลายความตึงเครียด การปวดเมื่อยของระบบกล้ามเนื้อ ทำให้การทรงตัวดี

การออกกำลังกายไม่ว่าวัยใดก็ตามเมื่อมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอก็จะทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาพที่ดีเช่นกัน โดยเฉพาะในเด็กวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะด้านร่างกาย เมื่อเด็กวัยรุ่นตอนต้นมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ร่างกายจะผลิตฮอร์โมนที่เกี่ยวกับการเจริญเติบโตอย่างถูกส่วน จึงกระตุ้นให้อวัยวะต่าง ๆ เจริญขึ้นพร้อมกันไปทั้งขนาด รูปร่าง และหน้าที่การทำงาน และเมื่อประกอบกับผลของการออกกำลังกายที่ทำให้เจริญอาหาร การย่อยอาหาร และการขับถ่ายดี เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีการออกกำลังกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอจึงมีการเจริญเติบโตและมีสุขภาพที่ดีกว่าเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ขาดการออกกำลังกาย (การกีฬาแห่งประเทศไทย, 2533) เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตก็เหมือนกับเด็กวัยรุ่นทั่วไป ซึ่งกำลังเจริญเติบโตตามวัย ถ้ามีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอก็จะทำให้สุขภาพของเด็กเหล่านี้ดีขึ้นด้วย ซึ่งกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข (2540) ได้กำหนดเป็นนโยบายการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ โดยให้ถือเอาการออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายในการประกอบกิจวัตรประจำวันมากขึ้น เพื่อส่งผลให้อายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เจ็บป่วยและตายด้วยโรคอันเกิดจากการ ขาดการออกกำลังกายก่อนวัยอันควร

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้อินเทอร์เน็ตกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต

ผลการศึกษาพบว่า การใช้อินเทอร์เน็ตไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีการใช้อินเทอร์เน็ตในระยะเวลาที่มากหรือน้อย ก็ไม่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ที่กล่าวว่า การใช้อินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต

เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตในงานวิจัยครั้งนี้ จะใช้เวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตมากหรือน้อยเพียงใด ก็ไม่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต อาจเนื่องจากเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น พ่อแม่ผู้ปกครอง ยังคอยควบคุมอยู่อย่างใกล้ชิด เมื่อเด็กกลับไปอยู่ที่บ้าน ถึงแม้มีเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตในระยะเวลาที่นาน แต่เมื่อถึงเวลาที่จะต้องทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันภายในครอบครัว เช่น การรับประทานอาหารร่วมกัน เด็กวัยรุ่นตอนต้นเหล่านี้ก็ต้องปฏิบัติตามคำสั่งของพ่อแม่และผู้ปกครอง เพื่อจะได้มีโอกาสในการใช้อินเทอร์เน็ตต่อไป เช่น เมื่อถึงเวลารับประทานอาหารเด็กวัยรุ่นตอนต้นก็ต้องลุกมารับประทานอาหารตามเวลา หรือเมื่อถึงเวลานอน เด็กเหล่านี้ก็ต้องเข้านอน เพื่อจะได้ตื่นมาไปโรงเรียนในตอนเช้า ซึ่งแตกต่างจากเด็กวัยรุ่นตอนต้นตอนปลายที่พ่อแม่มักจะปล่อยอิสระ ให้สิทธิ์ในการดูแลตนเองอย่างเต็มที่ ซึ่งปัจจัยสิ่งแวดล้อมของครอบครัว (ลักษณะการเลี้ยงดู การอบรมสั่งสอน แหล่งทรัพยากร และแบบอย่าง) มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของนักเรียน อาจสืบเนื่องมาจากการได้อยู่กับพ่อแม่ที่ได้รับการเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพ และมีการปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีต่อนักเรียน(นงลักษณ์ จินตนาติก และคณะ, 2540 อ้างถึงในสุทธิพร ศรีศรี, 2541 : สุพรรณิ คำเพิ่มพูล , 2540)

จากผลการวิจัย พบว่า ร้อยละ 22.5 ของกลุ่มตัวอย่างระบุว่า มีการใช้อินเทอร์เน็ต 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 20.7 ใช้อินเทอร์เน็ต 2 วันต่อสัปดาห์ และร้อยละ 18 ระบุว่า มีการใช้อินเทอร์เน็ตทุกวัน ส่วนระยะเวลาของการใช้อินเทอร์เน็ตต่อครั้งในวันธรรมดาเฉลี่ย 30.6 มีการใช้อินเทอร์เน็ต 1- 2 ชั่วโมงต่อครั้ง และในวันเสาร์ - อาทิตย์ มีการใช้อินเทอร์เน็ตมากกว่า 5 ชั่วโมงต่อครั้ง ส่วนระยะเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตเฉลี่ย 24.06 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในวันธรรมดาเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีการใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ย 2.47 ชั่วโมงต่อวัน และวันเสาร์ - อาทิตย์ มีการใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ย 4.46 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งเด็กวัยรุ่นตอนต้นดังกล่าวยังมีเวลาพอที่จะสามารถทำกิจกรรมอื่น ซึ่งอาจเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้สุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตดีขึ้นก็ได้ นอกเหนือจากการใช้อินเทอร์เน็ตเพียงอย่างเดียว จึงทำให้เด็กวัยรุ่นตอนต้นเหล่านี้ ไม่มีปัญหาสุขภาวะด้านต่าง ๆ ตามมา ดังรายละเอียดที่ได้อธิบายไว้ในประเด็นสุขภาวะโดยรวมและรายด้านของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตในข้อที่ 1

จากผลการวิจัย พบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตในงานวิจัยครั้งนี้มีระยะเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์เฉลี่ยเท่ากับ 24.06 ชั่วโมง ในหนึ่งสัปดาห์ประกอบด้วย 168 ชั่วโมง และจากผลการวิจัยพบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตมีระยะเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุดคือ 90 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ใช้เวลาในการเรียนหนังสือ 40 ชั่วโมง เพราะฉะนั้นเด็กเหล่านี้ยังมีเวลาเหลืออีก 38 ชั่วโมง ในการทำกิจกรรมอื่น และเด็กวัยรุ่นตอนต้นเหล่านี้ยังมีเวลาในการนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละประมาณ 4 - 5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งในเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตบางคนอาจเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากร่างกายของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต อาจมีการปรับตัว

ให้เข้ากับระบบของการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อดำเนินชีวิตอยู่ในลักษณะแบบนี้ นานเข้า ก็จะไม่ทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพต่าง ๆ ตามมา จึงทำให้ระยะเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต

ข้อจำกัดในการทำวิจัยครั้งนี้

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และการใช้อินเทอร์เน็ตกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต ซึ่งในการนำผลการวิจัยไปใช้ควรคำนึงถึงความคลาดเคลื่อนอันเนื่องมาจากเครื่องมือแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเป็นแบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือค่อนข้างต่ำ เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคมีองค์ประกอบหลายๆ ด้านที่แตกต่างกัน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต แต่เนื่องจากไม่มีงานวิจัยที่มีเกณฑ์การคัดสรรการติดอินเทอร์เน็ตของเด็กวัยรุ่นตอนต้นในบริบทที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมของคนไทยมาก่อน เกณฑ์การพิจารณาการติดอินเทอร์เน็ต จึงต้องประยุกต์จากผลการศึกษาในต่างประเทศ

ดังนั้นงานวิจัยในอนาคตหากมีการนำเครื่องมือเหล่านี้ไปใช้ จำเป็นต้องมีการพัฒนาทดสอบให้เที่ยงตรงเหมาะสมสำหรับการศึกษาในเด็กวัยรุ่นตอนต้นไทย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การที่พยาบาลจะสามารถดูแลเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ตให้มีสุขภาพที่ดีได้นั้น จะต้องส่งเสริมให้เด็กวัยรุ่นเหล่านั้นมีพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายที่ดี และควรเน้นการออกกำลังกายที่มีการบริหารข้อต่อต่างๆ เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้จะมีปัญหาทางด้านร่างกาย เรื่อง ปวดข้อต่างๆ มากที่สุด

2. พยาบาลควรให้ความรู้กับพ่อแม่ ผู้ปกครอง และครู อาจารย์ในโรงเรียน ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กมากกว่าพยาบาล เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต โดยเน้นการประเมินสุขภาพของเด็กอย่างง่าย ๆ เช่น ปัญหาสุขภาพทางกาย เป็นต้น เพื่อให้ผู้ปกครองและครูจะได้ส่งเด็กวัยรุ่นเหล่านี้มารับการช่วยเหลือจากผู้ให้บริการสุขภาพก่อนที่เด็กจะมีปัญหาสุขภาพขั้นรุนแรง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาเครื่องมือวัดการติดอินเทอร์เน็ตในบริบทของเด็กวัยรุ่นไทย
2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายต่อสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมพลศึกษา.2534.แนวทางการพัฒนาวิทยาศาสตร์การกีฬาแห่งประเทศไทย.กรุงเทพมหานคร:
กรมพลศึกษา.

กองโภชนาการ, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. 2544. คู่มือการควบคุมและป้องกันภาวะโภชนาการเกิน
ในเด็กนักเรียน. (ม.ป.ท.).

กองโภชนาการ, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. 2544. คู่มือธงโภชนาการ กินพอดี สุขีทั่วไทย.
กรุงเทพ ฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

การกีฬาแห่งประเทศไทย. 2544. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6 . กรุงเทพมหานคร:
เจ เอ็น ที.

กัลยา วานิชย์บัญชา .2549. การใช้ SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร:
บริษัทธรรมสาร จำกัด.

กฤษณ์ชลธิ์ เพียรทอง. 2547. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. 2550. เด็กติดเน็ต – ติดเกม แก้ได้. (ออนไลน์).แหล่งที่มา :

http://www.kriengsak.com/index.php?components = content&id_contentn_cate_

[2550,กรกฎาคม 5]

จรรยาพร ธรณินทร์.2534. เภณท์ หลักการ และรูปแบบของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ.คู่มือ
ส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ.กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์ตะเกียง.

จันทน์พิตา พุกษานานนท์ และคณะ. 2546. การบริหารความเสี่ยงในการดูแลสุขภาพเด็ก.

กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.

จงกลณี ต้อยเจริญ. 2540. สัมพันธภาพวัยรุ่นกับบิดามารดา การเห็นคุณค่าในตนเอง กับการปรับตัว
ของเด็กวัยรุ่นตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จรัส สุวรรณเวลา. 2543 . มุมมองใหม่ระบบสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข.

จินตนา ยูนิพันธุ์. 2542. การพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข. วารสารการพยาบาลจิตเวชและ
สุขภาพจิต. 13 (มกราคม - มิถุนายน): 1- 13.

- จุฑามาส กীরติกสิกร .2542. รูปแบบการดำเนินชีวิตของเด็กวัยรุ่นกับการใช้ประโยชน์จากสื่อมวลชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสื่อสารมวลชน ภาควิชาการสื่อสารมวลชน คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ซัชพงค์ ตั้งมณี และสามารถ สีจำปี. 2544 . พฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ต:กรณีศึกษาของนิสิตปริญญาตรี คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วารสารนิเทศศาสตร์. ฉบับที่ 2 (เมษายน - มิถุนายน) 19.
- ซัชพงค์ ตั้งมณี และ อรุณี กำลิ่ง. 2545. พฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ตของนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชมภู วิสุทธีเมธีกร. 2540 . ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชูลีพร ศรีศรี. 2541. การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทาลัยมหิดล.
- ไชยวัฒน์ บุตรพรหม. 2545 . ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดชรัต สุขกำเนิด. 2545. การประเมินผลกระทบทางสุขภาพเพื่อการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ : แนวคิด แนวทาง และแนวปฏิบัติ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ธมนวรรณ ศักดิ์วิงปลา.2546. การศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายและการกีฬาของนักเรียนโรงเรียนโสตศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพลศึกษา ภาควิชาพลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนิกานต์ มาณะศิริรานนท์. 2545. พฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสพติดอินเทอร์เน็ตของผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาวารสารสนเทศ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธวัชชัย วรพงศธร และ คณะ . 2547. การพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดภาวะการติดอินเทอร์เน็ต. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 34 (1): 50-59.
- ผจงจิต ผาภูมิ. 2546. การติดคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตและแนวทางการป้องกัน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 11(1): 41-54.

- นงลักษณ์ บรรณจิรกุล. 2546. การศึกษาการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่รักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิลภา จิระรัตนวรรณ. 2540. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บัณฑิต ศรีไพศาล. 2550. เด็กคิดเกม- อินเทอร์เน็ต เล่นเกินวันละ 3 ชม. ต้องดูแล (ออนไลน์). แหล่งที่มา : [http://www.dailynews.co.th/html/popup_news/Default.aspx?\[2550, กันยายน 20\]](http://www.dailynews.co.th/html/popup_news/Default.aspx?[2550, กันยายน 20])
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร. 2544. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจพร สุขประเสริฐ. (2541). แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพดีของคนไทย. วารสารพยาบาลศาสตร์ 16(1): 22-28.
- เบญจวรรณ ลุ่งบ้าน. 2548. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพในวัยรุ่นตอนต้น จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาลีรัฐ พิทักษ์ดำรงกิจ. (2538). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติในภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เปรมฤดี ดำรงค์. 2545. การศึกษาสุขภาพะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประกายทิพย์ นิยมรัฐ. 2547. ปัจจัยทางจิตสังคมและความรู้สึกแสวงหาความลึกลับที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประทีป ตั้งรุ่งวงษ์ธนา. 2540. การศึกษาการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพลศึกษา ภาควิชาพลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2537. การวัดสถานะทางสุขภาพ: การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและแบบสอบถาม. (ม.ป.ท.)

- ประเวศ วะสี. 2543. **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- ปาริชาติ สุขสวัสดิ์ศิริพร. 2543. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ค่านิยมทางสุขภาพ และสภาพแวดล้อมในสถาบันกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลสถาบันการศึกษาพยาบาล เขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิศสมร เดชดวง. 2545. **การศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพวัลย์ ตันลาพุด. 2530. **พลศึกษาเบื้องต้น**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พาริดา อิบราฮิม. 2546. **ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- ภูมรินทร์ ภูมิประเสริฐโชค. 2546. **ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การใช้แอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเหตุการณ์เครียดในชีวิต กับความรู้สึกสิ้นหวังนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาณะ จิตตะสังคะ และคณะ .2546. **วิถีชีวิตวัยรุ่นไทยในวัยเรียนกับการจัดระเบียบสังคม: กรณีศึกษาจังหวัดพิษณุโลก และจังหวัดเชียงใหม่**. รายงานการวิจัย.
- มูลนิธิสถาบันครอบครัวไทย. 2550. **วันหนึ่งเพื่อลูกรัก**. อดเปรี้ยวไว้กินหวาน.(ออนไลน์).แหล่งที่มา : <http://www.ThisFamily.org>. [2550,ตุลาคม 08]
- ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ ในนันทา อ่วมกุล และเพชรรัตน์ ศิริวงค์ . 2544. **บทสัมภาษณ์พิเศษ Friend Corner บริการแบบเป็นมิตร ตั้งใจลดกลิ่นวัยรุ่นจากนโยบายสู่ การปฏิบัติ**.วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม. 24 (เมษายน – มิถุนายน).
- ราชบัณฑิตสถาน. 2525. **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525**. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2547. **การสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่นแบบมีส่วนร่วม**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดโนเบิล.
- วชิรา เสวตนันท์. 2543. **การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ต้องขังติดยาเสพติดในรูปแบบชุมชนบำบัดของกรมราชทัณฑ์**. นนทบุรี : เทพประทานการพิมพ์.
- วันเพ็ญ บุญประกอบ และคณะ . 2545. **จุดอ่อนในการเลี้ยงเด็กและวัยรุ่น**. **กุมารเวชสาร** 9 ฉบับที่ 2 .

- วันเพ็ญ บุญประกอบ .How to Promote Smart and Healthy Teens. ใน สุวรรณภา เรื่องกาญจนเศรษฐ์ และ พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา (บรรณาธิการ) .2549. **รู้ทันปัญหาวัยรุ่นยุคใหม่**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- วินัดดา ปิยะศิลป์. 2548. **คู่มือการเลี้ยงลูกตอนวัยรุ่น**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ครุสภาลาดพร้าว.
- วิพุธ พูลเจริญ. 2543. **สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ**. พิมพ์ครั้งที่ 1 .กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิพุธ พูลเจริญ. 2544 . **สุขภาพ:อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม**. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: พิมพ์ดี.
- ศรีเรื่อน แก้วกั้งवाल.2540. **จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย**.พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศุทธฤทัย เชิญขวัญมา และคณะ. 2546. **การศึกษาพฤติกรรมการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมนันทนาการและการเล่นเกมคอมพิวเตอร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร**. รายงานการวิจัย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สดุดี ภูห้องไชย.2541. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น**.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาเอกอนามัย ครอบครวั บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สดไส สร้างไสรก และคณะ. 2546. **รายงานการศึกษา โครงการพัฒนาแนวทางและวิธีการประเมินผลทางสุขภาพจากโครงการการลงทุนและพัฒนาขนาดใหญ่ และนโยบายของรัฐภาคประชาชน:กรณีศึกษาการประเมินผลการกระทบบางสุขภาพจากโครงการโรงไฟฟ้าพลังน้ำเขื่อนปากมูล**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สง่า ดามาพงษ์. (2543). **ก้าวต่อไปของงานโภชนาการ**. โภชนาการสาร , 171 – 174.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. **การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ. 2543. **การส่งเสริมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี & การปฏิบัติการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรินติ้ง.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน.2550. **ข้อมูลสารสนเทศจำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ประจำปีการศึกษา 2550**.กรุงเทพมหานคร: กระทรวงศึกษาธิการ.
- สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศแห่งชาติ. 2548. **รายงานผลการสำรวจกลุ่มผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทยปี 2548 (Internet Use Profile of Thailand 2006)**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศแห่งชาติ.

- สุชา จันทร์เอม.2529. **จิตวิทยาวัยรุ่น**. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชา จันทร์เอม.2540. **จิตวิทยาพัฒนาการ**. พิมพ์ครั้งที่ 4 .กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชาดา มะโนทัย. 2538. **การศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาพลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพัตรา สุภาพ. 2541. **สังคมวิทยา**. พิมพ์ครั้งที่ 20. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุวดี ศรีเลณวัดี. 2530. **จิตวิทยากับการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก**. กรุงเทพมหานคร: พิสิกส์เซ็นเตอร์การพิมพ์.
- สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์ และ พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา .2549. **รู้ทันปัญหาวัยรุ่นยุคใหม่**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บีคอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- สายสวาท เผ่าพงษ์. 2542. **พัฒนาการพยาบาล**. นนทบุรี.
- สายสุณี คำสอน. 2545. **ปัจจัยส่วนบุคคล ประสพการณ์การทำงาน การรับรู้สมรรถนะของตนเองซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาวัยรุ่นในโรงเรียนสังกัดกรมการศึกษานอกโรงเรียน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ต้นชัย วสุนธรา. 2544. **ยาเสพติดเลิกเองก็ได้**. กรุงเทพมหานคร: สามัญนิติบุคคลสหประชาพานิชย์.
- อมรรัตน์ พาชยานุกูล. 2545. **การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุชวิชัย. 2543. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิญา ปานชูเชิด. 2547. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่น เขต กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัมพร เบญจพลพิทักษ์. 2548. **เผยแพร่วิจัยเด็กไทย 16% ดัดเกม หมอชี้เล่นมากเกิดโรค “จิตเภท”**. มติชน. (20 กันยายน).

ภาษาอังกฤษ

- American Psychiatric Association. 1994. **Diagnostic and statistical manual of mental disorder**. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Ann, M., and Martha, R.A. 2002. **Nursing theorists and their work**. 5th ed. St. Louis: Mosby, Inc.
- Armstrong, L. Phillips, J. G., & Saling, L. 2000. Potential determinants of heavier internet usage. **International journal of human – computer studies** 53, 537-550.
- Burn, N., and Grove, S. K. 2001. **The practice of nursing research : Content, Critique, & utilization**. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Butler, J.T. 2001. **Principle of Health Education & Health Promotion**. 3rd ed. California: Wadsworth Thomson Learning.
- Conner M, Martin E, Silverdale N, Grogan S. 1997. Dieting in adolescence: an application of the theory of planned behavior. **British Journal of Health Psychology** 2(Part 4): 315-325.
- Chou, C., & Hsiao, M.-C. 2000. Internet addiction, usage, gratification and pleasure experience : The Taiwan college students' case. **Computer & education** 35 (1): 65-80.
- Chritakis D. A., et. al. 2004. Television, Video, And Computer game Usage In Children under 11 Years Of Age. **The Journal of Pediatric** November.
- Christensen, M. H. Orzack, M. H., Babington, L. M., Patsdaughter, C. A. 2001. Computer addiction when Monitor Becomes Control Center. **Journal of Psychosocial Nursing** 39, 40-70.
- Davis, R. A. 2001. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. **Computer in human behavior** 17, 187-195.
- Davis, R. A. 2004. **Internet Addiction: Is it real?**. Available from : [http : // www. Victoriapoint. Addiction%20or%20not.htm](http://www.victoriapoint.com/addiction%20or%20not.htm).
- Donettalle, R.J., and Davis, L.G. 1998. **Access to Health**. 5th ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Funk JB. 2005. **Video games**. *Adolesc Med Clin*.
- Greenfield, D. N. 1999. **Virtual addiction: Help for netheads, cyberfreaks, and those who love them**. Oakland, CA : New Harbinger.
- Griffiths, M. 1993. **Are computer games bad for children?** *Psychologist* 401-407.

- Griffiths, M. 1998. Internet addiction : Does it really exist ? In : Gackenbach J, Editor. **Psychology and the Internet : Intrapersonal, interpersonal implications**. San Diego, CA : Academic Press: pp. 61-75.
- Hahn, D.B. and Payne, W.A. 1999. **Focus on Health**. Boston: McGraw – Hill.
- Hunsberger, M.M. 1989. Health concepts: Children's perceptions and behaviors. In R.L.R. Foster; M.M. Hunsberger; and J.J.T. Anderson (eds.), **Family centered nursing care of child**, Philadelphia: W.B.Saunders.
- Kraut, R., Kiesler, S., Mukopadhyay, T., Scherlis, W., & Patterson, M. 1998. Social impact of the internet paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? **American Psychologist** 53 (9): 1017-1031.
- Laffrey, S. C. 1986. Development of health conception scale. **Research in Nursing and health**.
- Robinson, D., and Kish C. P. 2001. The Healthy Lifestyle. **Core Concepts in Advanced Practice Nursing**. Harcourt Health Sciences Company.
- Oreilly, M. 1996. Internet addiction : a new disorder enters the medical lexicon. **CMAJ** 154 (12): 1882-3 .
- Orem, D.E. 1995. **Nursing : Concepts of practice**. 5th ed. New York, NY:Mc-Graw-Hill,Inc.
- Orzack MH. 1999.**How to recognize and treat computer.comaddiction**. Direction; 9 : 13-20.
- Peele, S., and Brodsky, A. 1997. **Love and Addiction**. Scarborough, Ontario: New American Library of Canada.
- Pender, N. J. 1987. **Health promotion in nursing practice**. 2nd ed. Stamford Connecticut : Appleton & Lange.
- Pender, N. J. 2002. **Health promotion in nursing practice**. 4th ed. New Jersey : Appleton & Lange.
- Peters, C., and Bodkinm, C. D. 2007. **Journal of Retailing and Consumer Services** 14 [Online]. Available from : <http://www.elsevier.com/locate/jretconser/>[February 25]
- Shapira, N. A., Goldsmith, T.D., Keck, P.E., Jr., et al. 2000. Psychiatric features of individuals with problematic internet use. **J Affect Disord** 57 (1-3): 267-72.
- Smith, J. 1983. **The Idea of Health : Implications for the Nursing Professional**. New York: Teacher College.

- Stromborg, M. F., and Olsen, S. J. 1997. **Instruments for Clinical Health – Care Research.** Hamilton Printing Company.
- Wieland, M. 2005. Computer Addiction : Implications for Nursing Psychotherapy practice. **Perspectives in Psychiatric Care.** 41,October- December.
- World Health Organization.1986. Ottawa Charter for Health Promotion. **Proceedings of First International Health Promotion Conference.** The move towards a new public health. Ottawa,Canada: The World Health Organization.
- Yang, Chang-Kook. 2001. Sociopsychiatric characteristics of adolescents who use computers to excess. **International Publishers** 104(9): 217-222 .
- Young, K. S., and Rodgers, C. Robert. 1998. **Internet Addiction : Personality Traits Associated with Its Development.** Available from : [http : // www.netaddiction.com/articles/personality- correlated.htm.](http://www.netaddiction.com/articles/personality-correlated.htm)
- Young, K. S. **Internet Addiction : Symptoms. Evaluation. And Treatment.** Available from : [http : // www.netaddiction.com/articles/symptoms.htm.](http://www.netaddiction.com/articles/symptoms.htm)
- Young, K. S. 1999. **Caught in the Net : how to recognize the signs.** NY : Wiley.
- Yura, H., and Walsh, M.1978. **The Nursing Process.** New York : Appleton – Century - Crofts.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

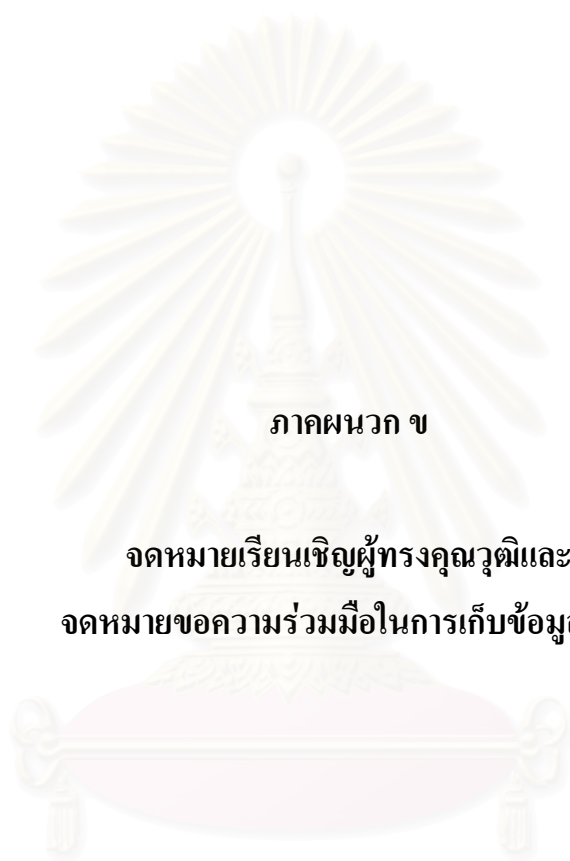
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. อาจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. อาจารย์ ดร.โสภิต สุวรรณเวลา อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
ศรีสะเกษ
4. อาจารย์เปรมฤดี คำรักษ์ อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
ยะลา
5. อาจารย์พิศสมร เดชดวง อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและ
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/2114

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

19 กรกฎาคม 2550

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี

เนื่องด้วย นางสาวณัฐชานันท์ ช่วยธานี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ร.ต.อ.หญิงดร.ยุพิน อังสุโรจน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 0-2218-9802

ชื่อนิสิต

นางสาวณัฐชานันท์ ช่วยธานี โทร. 08-6690-3405

ที่ ศธ 0512.11/2114

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

19 กรกฎาคม 2550

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร.นรลัทขณ์ เอื้อกิจ

เนื่องด้วย นางสาวณัฐชานันท์ ช่วยธานี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็น ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณ อย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ร.ต.อ.หญิงดร.ยุพิน อังสุโรจน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ ดร.นรลัทขณ์ เอื้อกิจ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 0-2218-9802

ชื่อนิสิต

นางสาวณัฐชานันท์ ช่วยธานี โทร. 08-6690-3405

ที่ ศธ 0512.11/2114

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

19 กรกฎาคม 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครัง

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณัฐชยานี ช่วยธานี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญอาจารย์ ดร.โสภิต สุวรรณเวลา พยาบาลวิชาชีพ 7 (วช.) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ การวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณ อย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ร.ต.อ.หญิงดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ท่านาเรียน

อาจารย์ ดร.โสภิต สุวรรณเวลา

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 0-2218-9802

ชื่อนิสิต

นางสาวณัฐชยานี ช่วยธานี โทร. 08-6690-3405

ที่ ศธ 0512.11/2114

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

19 กรกฎาคม 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนียะลา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณัฐชยานี ช่วยธานี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญอาจารย์เปรมฤดี คำ รักษ์ พยาบาลวิชาชีพ 8 (วช.) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย ที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณ อย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ร.ต.อ.หญิงดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์เปรมฤดี คำรักษ์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 0-2218-9802

ชื่อนิสิต

นางสาวณัฐชยานี ช่วยธานี โทร. 08-6690-3405

ที่ ศธ 0512.11/2114

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

19 กรกฎาคม 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณัฐชยานี ช่วยธานี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญอาจารย์พิศสมร เดชดวง พยาบาลวิชาชีพ 6 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณ อย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ร.ต.อ.หญิงดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์พิศสมร เดชดวง

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 0-2218-9802

ชื่อนิสิต

นางสาวณัฐชยานี ช่วยธานี โทร. 08-6690-3405

ที่ ศธ 0512.11/2156

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

24 กรกฎาคม 2550

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนสภาราชนี

เนื่องด้วย นางสาวณัฐชยาน์ ช่วยธานี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิต ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างนักเรียนทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ศึกษาใน ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่ติดอินเทอร์เน็ตในเขตอำเภอเมือง โรงเรียนขนาดใหญ่สังกัดสำนักงาน การศึกษาขั้นพื้นฐานใน จังหวัดภาคใต้ตอนบนจำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการติดอินเทอร์เน็ต แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภค แบบสอบถามพฤติกรรมการทำ กิจกรรมและการออกกำลังกาย และแบบวัดสุขภาวะ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้นางสาวณัฐชยาน์ ช่วยธานี ดำเนินการทดลองใช้ เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะ ได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ร.ต.อ.หญิงดร.ยุพิน อังสุโรจน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 0-2218-9802

ผู้นิสิต

นางสาวณัฐชยาน์ ช่วยธานี โทร. 08-6690-3405

ที่ ศธ 0512.11/2157

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

24 กรกฎาคม 2550

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนเมืองกระบี่

เนื่องด้วย นางสาวณัฐชานันท์ ช่วยธานี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็น อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการ วิจัย จากกลุ่มตัวอย่างนักเรียนทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่ติด อินเทอร์เน็ตในเขตอำเภอเมือง โรงเรียนขนาดใหญ่สังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐานในจังหวัดภาคใต้ ตอนบนจำนวน 25 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการติดอินเทอร์เน็ต แบบสอบถามพฤติกรรมกรมการบริโภค แบบสอบถามพฤติกรรมกรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และ แบบวัดสุขภาพ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้นางสาวณัฐชานันท์ ช่วยธานี ดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ อนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ร.ต.อ.หญิงดร.ยุพิน อังสุโรจน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 0-2218-9802

ชื่อนิสิต

นางสาวณัฐชานันท์ ช่วยธานี โทร. 08-6690-3405

ที่ ศธ 0512.11/2157

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

24 กรกฎาคม 2550

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนคิงคองวิทยาคม

เนื่องด้วย นางสาวณัฐชานันท์ ช่วยธานี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็น อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการ วิจัย จากกลุ่มตัวอย่างนักเรียนทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่ติด อินเทอร์เน็ตในเขตอำเภอเมือง โรงเรียนขนาดใหญ่สังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐานในจังหวัดภาคใต้ ตอนบนจำนวน 25 คน

โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการติดอินเทอร์เน็ต แบบสอบถามพฤติกรรมกรมการบริโภค แบบสอบถามพฤติกรรมกรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และ แบบวัดสุขภาพ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้นางสาวณัฐชานันท์ ช่วยธานี ดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ร.ต.อ.หญิงดร.ยุพิน อังสุโรจน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 0-2218-9802

ชื่อนิสิต

นางสาวณัฐชานันท์ ช่วยธานี โทร. 08-6690-3405

ที่ ศธ 0512.11/2157

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

24 กรกฎาคม 2550

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนกุเก็ดวิทยาลัย

เนื่องด้วย นางสาวณัฐชานันท์ ช่วยธานี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็น อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการ วิจัย จากกลุ่มตัวอย่างนักเรียนทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่ติด อินเทอร์เน็ตในเขตอำเภอเมือง โรงเรียนขนาดใหญ่สังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐานในจังหวัดภาคใต้ ตอนบนจำนวน 25 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการติดอินเทอร์เน็ต แบบสอบถามพฤติกรรมกรมการบริโภค แบบสอบถามพฤติกรรมกรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และ แบบวัดสุขภาพ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้นางสาวณัฐชานันท์ ช่วยธานี ดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ อนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ร.ต.อ.หญิงดร.ยุพิน อังสุโรจน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 0-2218-9802

ชื่อนิสิต

นางสาวณัฐชานันท์ ช่วยธานี โทร. 08-6690-3405

ที่ ศธ 0512.11/2157

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

24 กรกฎาคม 2550

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียน โยธินบำรุง

เนื่องด้วย นางสาวณัฐชยาน์ ช่วยธานี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาวะของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็น อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการ วิจัย จากกลุ่มตัวอย่างนักเรียนทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่ติด อินเทอร์เน็ตในเขตอำเภอเมือง โรงเรียนขนาดใหญ่สังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐานในจังหวัดภาคใต้ ตอนบนจำนวน 25 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการติดอินเทอร์เน็ต แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภค แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และ แบบวัดสุขภาพ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้นางสาวณัฐชยาน์ ช่วยธานี ดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ อนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ร.ต.อ.หญิงดร.ยุพิน อังสุโรจน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 0-2218-9802

ชื่อนิสิต

นางสาวณัฐชยาน์ ช่วยธานี โทร. 08-6690-3405



ภาคผนวก ค

เอกสารการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและ
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed consent form)

ชื่อโครงการ ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต
เลขที่ประชากรตัวอย่าง

ข้าพเจ้า (นาง, นางสาว)นามสกุล.....ได้ทราบรายละเอียด
ของโครงการ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต” ได้
ทราบถึงวัตถุประสงค์ลักษณะและแนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดีและผลเสียที่อาจ
เกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถามและเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีให้(ด.ช.ด.ญ.).....นามสกุล.....เข้าร่วมการ
ศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจและอาจปฏิเสธจากการเข้าร่วมศึกษานี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้ง
เหตุผล และจะไม่มีผลใด ๆ ต่อคะแนนหรือเสียผลประโยชน์อื่นใดที่พึงได้รับ และข้าพเจ้ายินดีให้
ข้อมูลของข้าพเจ้าและผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า แก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา
โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุป ผลการวิจัย เท่านั้น

ถ้ามีข้อสงสัยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้โดยตรง หรือ โทรศัพท์ หมายเลข 086-6903405

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้
เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

.....
สถานที่ / วันที่

(.....)
ลงนามเด็กนักเรียนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
สถานที่ / วันที่

(.....)
ลงนามผู้ปกครองของเด็กนักเรียน
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
สถานที่ / วันที่

(.....)
(น.ส.ณัฐชยาน์ ชั่วธานี)
ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่ / วันที่

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อ โครงการวิจัย	ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวณัฐธยาน์ ช่วยธานี นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ปฏิบัติงาน	โรงพยาบาลตรัง
โทรศัพท์ที่ทำงาน	075- 218018 ต่อ 3200 โทรศัพท์ที่บ้าน 075- 226524
โทรศัพท์เคลื่อนที่	086-6903405

E-mail address: Nattaya.ch@student.chula.ac.th

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการที่จัดทำขึ้นเพื่อหาปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย
 1. เพื่อศึกษาสุขภาพในเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต
 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และการใช้อินเทอร์เน็ต มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต
3. เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติต่อไป ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งเป็นเด็กวัยรุ่นตอนต้นตอนต้นที่เข้าร่วมการวิจัย แต่จะเกิดความไม่สะดวกและการเสียเวลาเข้าร่วมกิจกรรมกับเด็กนักเรียนที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลในงานวิจัยที่ระบุถึงเด็กนักเรียนซึ่งเป็นเด็กวัยรุ่นตอนต้นจะถูกถอดออกเป็นรหัส ผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของเด็กนักเรียนที่เข้าร่วมในงานวิจัย
4. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ นักเรียนทั้งชายและหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1- 3 ที่ติดอินเทอร์เน็ต เขตเทศบาลอำเภอเมือง ในโรงเรียนขนาดใหญ่ในสังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน ในจังหวัดภาคใต้ตอนบน
5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ดังนี้
 - 5.1 สุ่มจังหวัดจากจังหวัดในภาคใต้ตอนบนจาก 7 จังหวัด สุ่มจังหวัดมา 4 จังหวัด โดยการสุ่มอย่างง่าย (กระบี่, นครศรีธรรมราช, พังงา และภูเก็ต)
 - 5.2 สุ่มโรงเรียนที่มีขนาดใหญ่ จากสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจากจังหวัด 4 จังหวัด สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน มีโรงเรียนรวมทั้งหมด 13 โรงเรียน โดย

การสุ่มอย่างง่ายได้ 1 โรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จาก 4 จังหวัด จังหวัดละ 1 โรงเรียน รวมเป็น 4 โรงเรียน

5.3 ขออนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงเรียน ครูประจำชั้น และบิดา มารดาก่อน และขออนุญาตนักเรียนเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบคัดกรองการติดอินเทอร์เน็ต พร้อมทั้งขอรายนชื่อ นักเรียนที่ได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง

5.4 คัดกรองนักเรียน ที่มีการติดอินเทอร์เน็ต โดยเลือกนักเรียนทุกระดับชั้นคือ ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 ระดับชั้นละหนึ่งห้องเรียน ในแต่ละโรงเรียนทั้ง 4 โรงเรียน โดยให้ครูประจำชั้นในแต่ละระดับชั้นเรียนช่วยแจกแบบสอบถามการคัดกรองการติดอินเทอร์เน็ตให้นักเรียนทั้งหมดทำแบบวัดการติดอินเทอร์เน็ต

5.6 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักเรียนวัยรุ่นที่ติดอินเทอร์เน็ตครบทั้ง 110 คน จึงขออนุญาตผู้อำนวยการ ครูประจำชั้น และบิดา มารดา และขออนุญาตนักเรียนอีกครั้งเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามอีก 2 ชุด เกี่ยวกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดอินเทอร์เน็ต พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้ง 4 โรงเรียน

6.การติดต่อกับผู้วิจัย สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวณัฐชยาน์ ช่วชานี ตลอด 24 ชั่วโมง ที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ 086-6903405

7. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยรับทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ชักช้า

8. เด็กนักเรียนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อคะแนนหรือเสียผลประโยชน์ใดๆที่พึงได้รับ

9. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน และไม่มีการเสียค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมการวิจัย

10. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม โดยไม่มีการระบุชื่อ และที่อยู่ของเด็กวัยรุ่นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ

11. จำนวนเด็กนักเรียนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 110 คน



ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติด อินเทอร์เน็ต

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามชุดนี้มีทั้งหมด 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1	แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบวัดการติดอินเทอร์เน็ต จำนวน 20 ข้อ
2. แบบสอบถามชุดนี้ใช้สำหรับหาข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลต่อคะแนนสอบของนักเรียน
3. ให้นักเรียนอ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามแต่ละส่วนก่อนลงมือทำและตอบคำถามให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง โดยไม่ต้องเขียน ชื่อ ของนักเรียนลงไปแบบสอบถามชุดนี้
4. ข้อมูลที่ได้จากนักเรียนทั้งหมดนี้ ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะเก็บไว้เป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวม มิได้แยกเป็นรายบุคคล
5. แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 หน้า ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 15-20 นาที

ขอขอบคุณในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับนักเรียน

คำชี้แจง ให้นักเรียนเติมข้อความลงในช่องว่าง และเติมเครื่องหมาย / ลงใน
ตามข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี.....เดือน
3. ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่.....
4. สถานภาพทางครอบครัว

<input type="checkbox"/>	พ่อแม่อยู่ด้วยกัน	<input type="checkbox"/>	พ่อแม่หย่าร้าง
<input type="checkbox"/>	แยกกันอยู่	<input type="checkbox"/>	พ่อหรือแม่เสียชีวิต

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบวัดการติดอินเทอร์เน็ต

มีคำชี้แจงดังนี้ ขอให้นักเรียนอ่านข้อความต่อไปนี้ และโปรดเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับสิ่งที่นักเรียนปฏิบัติมากที่สุด

ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ฉันใช้เวลาว่างเล่นอินเทอร์เน็ตนานกว่าที่ตั้งใจเอาไว้					
2. ฉันไม่ทำการบ้านเพื่อที่จะได้มีเวลานั่งเล่นอินเทอร์เน็ต					
3. ฉันชอบความตื่นเต้นในการเล่นอินเทอร์เน็ตเพื่อจะได้รู้จักกับเพื่อนใหม่					
4. ฉันชอบสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนใหม่ทางอินเทอร์เน็ต					
5. คนรอบข้างชอบบ่นและวิจารณ์เกี่ยวกับจำนวนเวลาที่ฉันใช้ไปกับการเล่นอินเทอร์เน็ต					
6. ผลการเรียนของฉันลดลง เนื่องจากฉันใช้เวลาไปกับการเล่นอินเทอร์เน็ตมากเกินไป					
7. ฉันใช้เวลาไปในการตรวจดูอีเมลล์ ก่อนทำสิ่งอื่น ๆ ที่จำเป็นกว่า					
8. คุณภาพของการบ้านหรืองานที่ฉันทำลดลงเนื่องจากการเล่นอินเทอร์เน็ต					
9. ฉันรู้สึกต่อต้าน หรือรำคาญใจ เมื่อมีคนมาถามว่าฉันกำลังทำอะไรอยู่กับอินเทอร์เน็ต					
10. ฉันหยุดความคิดสับสนวุ่นวายที่เกิดขึ้นในชีวิตโดยหันไปเล่นอินเทอร์เน็ตแทน					
11. ฉันมีความคาดหวังบางอย่างขณะที่เริ่มจะเล่นอินเทอร์เน็ตอีกครั้ง					

ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
12.ฉันมีความรู้สึกกลัวหรือกังวลใจว่าถ้าชีวิตฉันไม่มีอินเทอร์เน็ตคงจะน่าเบื่อ ว่างเปล่าและไร้ความสนุก					
13.ฉันรู้สึกโกรธ ตะคอกใส่คนอื่น หรือแสดงท่ารำคาญ เมื่อมีคนมารบกวน ขณะที่คุณเล่นอินเทอร์เน็ต					
14.ฉันไม่ค่อยนอนหลับพักผ่อน เนื่องจากเล่นอินเทอร์เน็ตเกินเวลามากจนดึก					
15.ฉันรู้สึกว่าเหมือนยังเล่นอินเทอร์เน็ตหรือคิดฝันถึงสิ่งต่าง ๆ บนอินเทอร์เน็ตอยู่ ถึงแม้ว่าได้ปิดเครื่องไปแล้ว					
16.ฉันมักจะบอกตัวเองว่าขอเล่นต่ออีกหน่อย ขณะที่นั่งเล่นอินเทอร์เน็ตอยู่					
17.ฉันพยายามจะลดเวลาในการเล่นอินเทอร์เน็ตลง					
18.ฉันพยายามปกปิดหรือทำเป็นลืมน่าฉันได้ใช้เวลาไปกับอินเทอร์เน็ตนานเพียงใด					
19.ฉันเลือกที่จะนั่งเล่นอินเทอร์เน็ตมากกว่าที่จะออกไปข้างนอกกับคนในบ้านหรือคนอื่น เช่น ไปเที่ยว ไปออกกำลังกาย ฯลฯ					
20.ฉันรู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี กังวลใจ เมื่อหยุดเล่นอินเทอร์เน็ตเพื่อไปทำกิจกรรมอื่น หรือออกไปข้างนอกแล้วต้องรีบกลับมาเล่นอินเทอร์เน็ตต่อ					

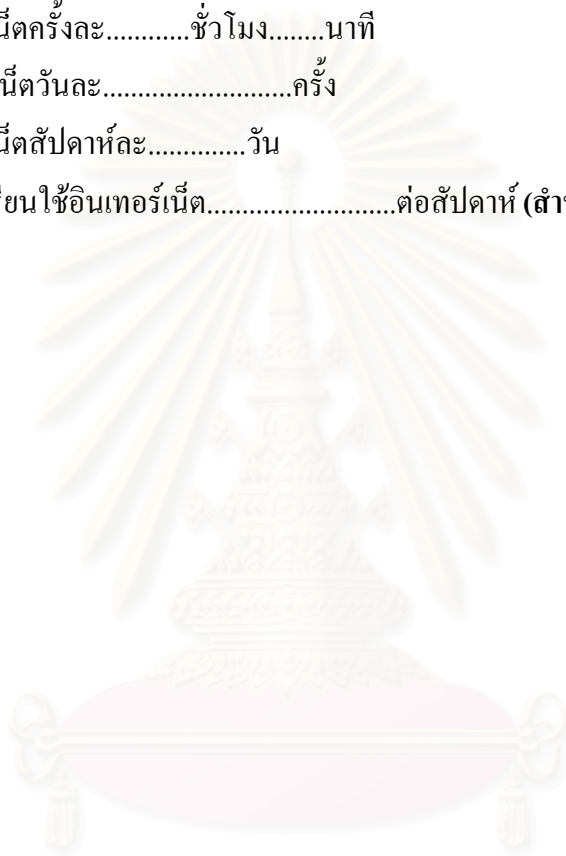
คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตของนักเรียนในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

ในวันธรรมดา

1. ฉันใช้อินเทอร์เน็ตครั้งละ.....ชั่วโมง.....นาที
2. ฉันใช้อินเทอร์เน็ตวันละ.....ครั้ง

ในวันเสาร์ – อาทิตย์

3. ฉันใช้อินเทอร์เน็ตครั้งละ.....ชั่วโมง.....นาที
4. ฉันใช้อินเทอร์เน็ตวันละ.....ครั้ง
5. ฉันใช้อินเทอร์เน็ตสัปดาห์ละ.....วัน
6. ระยะเวลาที่นักเรียนใช้อินเทอร์เน็ต.....ต่อสัปดาห์ (สำหรับผู้วิจัย)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติด อินเทอร์เน็ต

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามชุดนี้มีทั้งหมด 3 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภค จำนวน 16 ข้อ
 - ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ
 - ส่วนที่ 5 แบบวัดสุขภาพของเด็กวัยรุ่น จำนวน 62 ข้อ
2. แบบสอบถามชุดนี้ใช้สำหรับหาข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลต่อคะแนนสอบของนักเรียน
3. ให้นักเรียนอ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามแต่ละส่วนก่อนลงมือทำและตอบคำถามให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง โดยไม่ต้องเขียน ชื่อ ของนักเรียนลงไปแบบสอบถามชุดนี้
4. ข้อมูลที่ได้จากนักเรียนทั้งหมดนี้ ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะเก็บไว้เป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวม มิได้แยกเป็นรายบุคคล
5. แบบสอบถามมีทั้งหมด 9 หน้า ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 30-50 นาที

ขอขอบคุณในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภค

มีคำชี้แจงดังนี้ ขอให้ให้นักเรียนอ่านข้อความต่อไปนี้ และโปรดเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของนักเรียนมากที่สุด

ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1.ฉันรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน					
2.ฉันรับประทานอาหารตรงตามเวลา					
3.ฉันรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ					
4.ฉันรับประทานผัก					
5.ฉันรับประทานผลไม้					
6.ฉันรับประทานข้าวเป็นอาหารหลัก					
7.ฉันรับประทานไข่					
8.ฉันดื่มน้ำสะอาด					
9.ฉันดื่มนมสด นมเปรี้ยว					
10.ฉันดื่มน้ำชา หรือกาแฟ					
11.ฉันดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์					
12.ฉันรับประทานขนมขบเคี้ยว					
13.ฉันรับประทานอาหารในแต่ละมื้อโดยใส่น้ำเกลือ น้ำปลาหรือน้ำตาลเพิ่ม					
14.ฉันรับประทานผัก ผลไม้ดอง					
15.ฉันรับประทานอาหารที่ปรุงสุกและสะอาด					
16.ฉันรับประทานอาหารจานด่วนแบบตะวันตก เช่น มัฟฟิน ฟรังก์ ทอด แฮมเบอร์เกอร์ เป็นต้น					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย

มีคำชี้แจงดังนี้ ขอให้นักเรียนอ่านข้อความต่อไปนี้ และโปรดเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของนักเรียนมากที่สุด

ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1.ฉันออกกำลังกายต่อเนื่องกัน 20 นาทีขึ้นไป					
2. ฉันออกกำลังกายด้วยวิธีที่ทำให้หัวใจเต้นแรงและเร็ว เช่น การเดินแอโรบิก หรือ การวิ่ง ฯลฯ					
3. ฉันทำงานบ้านที่ทำให้เหงื่อออก					
4. ฉันเล่นกีฬา เช่น ฟุตบอล บาสเก็ตบอล เทนนิส ฯลฯ					
5. ในระยะทางใกล้ ๆ ที่สามารถเดินถึง ฉันเดินไปหาเพื่อนแทนการโทรศัพท์ไปคุย					
6. ในระยะทางใกล้ ๆ ฉันเดินหรือขี่จักรยานแทนการนั่งรถประจำทางหรือนั่งมอเตอร์ไซด์					
7.ฉันร่วมกิจกรรมที่ต้องออกแรงที่โรงเรียน เช่น ช่วยยกของหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 แบบวัดสุขภาวะเด็กวัยรุ่น

มีคำชี้แจงดังนี้ ขอให้ให้นักเรียนอ่านข้อความต่อไปนี้ และโปรดเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของนักเรียนมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
สุขภาวะทางกาย					
1. ในที่ที่มีแสงสว่างปกติฉันสามารถมองเห็นสิ่งของ และผู้คนที่อยู่รอบ ๆ ตัวฉันได้ชัดเจน					
2. ฉันเห็นท่าทางและการแสดงออกของคนที่อยู่กับฉันได้ชัดเจน					
3. ฉันได้ยินเสียงของคนที่อยู่รอบ ๆ ตัวฉันได้ชัดเจน					
4. ฉันสามารถรับรู้กลิ่นของสิ่งต่าง ๆ ได้ เช่น กลิ่นดอกไม้ กลิ่นอาหาร					
5. เวลาฉันกินอาหารฉันสามารถรับรู้รสชาติของอาหารได้					
6. ฉันสามารถรับรู้ความเย็น ความอบอุ่น หรือร้อนได้					
7. ฉันรู้สึกเจ็บปวดเมื่อถูกแมลงกัดต่อยที่ผิวหนัง					
8. ฉันปวดหลัง ปวดข้อบ่า					
9. ฉันปวดมือ ปวดนิ้ว จนเขียนหนังสือได้ไม่สะดวก					
10. ฉันปวดตา หรือปวดศีรษะมากจนเรียนหนังสือไม่ค่อยได้					
11. น้ำหนักของฉันเพิ่มขึ้นมากทั้งๆ ที่ฉันไม่สูงขึ้น					

ข้อความ	ไม่เห็น ตัวอย่าง ยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็น ด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
12. ฉันมีผื่นคัน หรือเป็นแผลเรื้อรัง					
13. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ฉันมีการเจ็บป่วยที่มีผลทำให้ฉันกินอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับ หรือมีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป					
14. ฉันอาบน้ำฟอกสบู่อย่างน้อยวันละครั้งด้วยตนเอง					
15. ฉันแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่สะอาดเหมาะสม ถูกกาลเทศะ					
16. ฉันหาอาหารรับประทานเองได้					
17. ฉันรับประทานอาหารเพียงพอกับความต้องการ					
18. ฉันไปเรียนหนังสือโดยไม่ขาดเรียนบ่อยๆ					
19. ฉันมีสมาธิในการเรียนหนังสือ					
20. ฉันเล่นกีฬาในช่วงเวลาพักได้เหมือนเพื่อนๆ					
21. ฉันช่วยทำงานบ้านอย่างสม่ำเสมอ					
22. ฉันนอนหลับสนิทได้วันละ 6 – 8 ชั่วโมง					
23. ฉันรู้สึกอ่อนเพลียเสมอ					
สภาวะทางจิต					
24. ฉันสามารถรอคอยสิ่งที่ต้องการได้					
25. ฉันรู้สึกสบายใจเมื่อนั่งได้ดูหนัง ฟังเพลง หรือ ไปท่องเที่ยว					
26. เมื่อรู้สึกเครียด กังวล ฉันจะปรึกษากับคนที่ฉันเชื่อถือ หรือไว้ใจ					
27. เมื่อมีปัญหา หรือมีความเครียด ฉันจะบอกเล่าความรู้สึกของฉันกับคนที่ไว้ใจ					

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
28. ฉันทำใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้					
29. ฉันคิดว่าปัญหาทุกปัญหาสามารถแก้ไขได้					
30. ฉันรู้สึกว่าเป็นคนดี					
31. ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนที่มีความสามารถ					
32. ฉันรู้สึกภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่นหรือทำประโยชน์ให้กับส่วนรวม					
33. ฉันเป็นคนที่มีความกล้า					
34. ฉันเป็นคนที่มีความหมายต่อครอบครัว					
35. ฉันรู้สึกมั่นใจในตนเอง					
36. ฉันรู้สึกภูมิใจในตนเอง					
สุขภาวะทางสังคม					
37. คนในครอบครัวของฉันดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน					
38. คนในครอบครัวของฉันให้อิทธิพลและให้อภัยซึ่งกันและกัน					
39. คนในครอบครัวของฉันมีความรักและเข้าใจกัน					
40. ฉันมีคนที่น่าสนใจและสามารถพูดคุยได้ในหลาย ๆ เรื่อง					
41. คนในครอบครัวของฉันมีการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การรับประทานอาหาร					
42. ฉันได้รับสิทธิต่างๆ ที่ควรได้รับจากโรงเรียนของฉันโดยเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ					
43. ฉันคิดว่าฉันได้รับความเป็นธรรมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น					

ข้อความ	ไม่เห็น ตัวอย่าง ยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็น ด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
44. ฉันเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของโรงเรียน เช่น งานกีฬา					
45. ฉันรู้สึกว่ฉันเป็นส่วนหนึ่งของ โรงเรียน					
46. เมื่อนั้นมีการเจ็บป่วย จะมีคนมาเยี่ยม สอบถามอาการ ให้กำลังใจ					
47. ฉันรู้สึกว่ายังมีคนคอยสนับสนุนให้ กำลังใจ และเอาใจใส่					
48. ฉันได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน หรือสิ่งของจากผู้อื่น					
49. ฉันได้รับคำแนะนำในเรื่องต่าง ๆ เช่น การเรียน การแก้ปัญหา การดูแลสุขภาพ จากผู้อื่น เช่น ครู เพื่อน ๆ เป็นต้น					
สภาวะทางจิตวิญญาณ					
50. ฉันมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต					
51. ฉันรู้สึกว่า ยังมีสิ่งดี ๆ รอฉันอยู่ในวัน ข้างหน้า					
52. ฉันหวังว่าในอนาคตจะมีชีวิตที่สุข สบาย					
53. ฉันรู้สึกว่ามีกำลังใจในการดำรงชีวิต					
54. ฉันยอมรับข้อบกพร่องของตนเองได้					
55. ฉันรู้สึกพอใจในรูปร่างหน้าตา					
56. ฉันรู้สึกพอใจในความสามารถของฉัน					
57. ฉันรู้สึกพอใจกับการใช้ชีวิตใน ปัจจุบัน					
58. ฉันรู้สึกพอใจกับที่อยู่อาศัย					
59. ฉันรู้สึกพอใจกับฐานะความเป็นอยู่ใน ปัจจุบัน					

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็น ด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
60. ฉันมีสิทธิ์ที่จะไปไหนมาไหนและทำ กิจกรรมต่าง ๆ เช่นเดียวกับเด็กอื่น ๆ					
61. ฉันได้รับยกย่องนับถือตามบทบาท ทางสังคม เช่น เป็นพี่					
62. ฉันให้เกียรติยกย่องนับถือผู้มีอาวุโสที่ อยู่ในครอบครัวและชุมชน					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

☺ ขอให้ทุกคนมีความสุขที่แข็งแรงสมบูรณ์นะจ๊ะ ☺



ภาคผนวก ง

เกณฑ์การแบ่งระดับพฤติกรรมกรบริโภคและพฤติกรรมกรทำกิจกรรมและการออก
กำลังกาย และการใช้อินเทอร์เน็ต

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตัวแปรโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมาแบ่งกลุ่มตัวแปรทั้ง 3 ระดับ

พฤติกรรมกรรมการบริโภคนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ

คะแนน	67.58 – 74.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคระดับดี
คะแนน	56.13 – 67.57	หมายถึง	มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคระดับปานกลาง
คะแนน	49.00 – 56.12	หมายถึง	มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคระดับต่ำ

พฤติกรรมกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย แบ่งออกเป็น 3 ระดับ

คะแนน	28.79 – 35.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายระดับดี
คะแนน	19.64 – 28.78	หมายถึง	มีพฤติกรรมกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายระดับปานกลาง
คะแนน	15.00 – 19.63	หมายถึง	มีพฤติกรรมกรรมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายระดับต่ำ

การใช้อินเทอร์เน็ต แบ่งออกเป็น 3 ระดับ

คะแนน	2614.2 – 5400.00	หมายถึง	มีการใช้อินเทอร์เน็ตระดับดี
คะแนน	272.8 – 2614.1	หมายถึง	มีการใช้อินเทอร์เน็ตระดับปานกลาง
คะแนน	80.00 – 272.7	หมายถึง	มีการใช้อินเทอร์เน็ตระดับต่ำ



ภาคผนวก จ

ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และ การใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เลขที่ใบรับรอง 089/2550

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
กลุ่มสถาบัน ชุมที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- โครงการวิจัย : ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็กวัยรุ่นที่ติด
อินเทอร์เน็ต
(SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH OF
ADOLESCENTS WITH INTERNET ADDICTION)
- ผู้วิจัยหลัก : นางสาวณัฐชานันท์ ช่วยธานี นิสิตระดับมหาบัณฑิต
- หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุมที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

2550

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทิศมประคินฐ์)

.....เลขานุการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)

สถาบันวิจัยสังคม
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รับรองวันที่ 6 กันยายน 2550

วันหมดอายุ 6 เมษายน 2551

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวณัฐธยาน์ ช่วยธานี เกิดวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2516 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อปี พ.ศ. 2540 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย