

พฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยเรียนและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

Health Behaviors among School-Age Children and Its Associated Factors

นุจรี ไชยมงคล* Ph.D.
ยูนี พงศ์จตุรวิทย์** Ph.D.
วนิดา ขวัญสำราญ*** กศ.ม.

Nujjaree Chaimongkol, Ph.D.
Yunee Pongjaturawit, Ph.D.
Wanita Khwansamran, M.Ed.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยเรียน และปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กนักเรียนชั้น ป.4-ป.6 โรงเรียนในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 246 ราย โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม 8 ชุด ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพสำหรับเด็กวัยเรียน พื้นอารมณ์เด็กวัยเรียน สภาพแวดล้อมที่บ้าน การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .70-.96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา Pearson's correlation coefficients, point bi-serial coefficients, hierarchical และ stepwise multiple regression analyses

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม เท่ากับ 103.60 (*S.D.* = 10.61) ตัวแปรในปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ คือ เพศ (หญิง) ($r = .201, p < .01$) พื้นอารมณ์ด้านการติดตามงาน ($r = .169, p < .01$) และกิจกรรมเคลื่อนไหว ($r = -.122, p < .05$) และลักษณะครอบครัว (เดี่ยว) ($r = .132, p < .05$) และตัวแปรในปัจจัยปกป้องที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ

คือ การสนับสนุนทางสังคม ($r = .306, p < .001$) การรับรู้ความสามารถตนเอง ($r = .458, p < .001$) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ($r = -.127, p < .05$) และทัศนคติต่อสุขภาพ ($r = .116, p < .05$) การรับรู้ความสามารถตนเอง เพศของเด็ก (หญิง) และการสนับสนุนทางสังคมร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพเด็กวัยเรียนได้ร้อยละ 28.1 ($F_{3,209} = 27.164, p < .001$) การรับรู้ความสามารถตนเองอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพได้มากที่สุด คือ ร้อยละ 21.0 ($\beta = .413, t = 6.797, p < .001$) รองลงมาคือ เพศของเด็ก (หญิง) ร้อยละ 4.2 ($\beta = .183, t = 3.098, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคม ร้อยละ 2.9 ($\beta = .179, t = 2.923, p < .01$)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยเรียนขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ พยาบาลและผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพเด็กควรส่งเสริมและสนับสนุนให้เด็กวัยเรียนมีการรับรู้ความสามารถตนเองในด้านสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ สิ่งของ และข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพดี เพื่อให้เด็กวัยเรียนได้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสมมากขึ้น

คำสำคัญ : พฤติกรรมสุขภาพ เด็กวัยเรียน ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคม

* รองศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Abstract

The purpose of this study was to examine health behaviors among school-age children and its associated factors. Sample included 246 school-age children studying in Prathom 4-6 in secondary schools of Chon Buri province's municipality. Multi-stage random sampling was used to recruit the sample. Research instruments consisted of 8 questionnaires of demographic information, school children's health behavior, temperament, neighborhood, social support, self-efficacy, knowledge and attitude about health behaviors. Their internal consistency reliability ranged from .70 to .96. Data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficients, point bi-serial coefficients, hierarchical and stepwise multiple regression analyses.

Results revealed that total mean score of health behavior was 103.60 (*S.D.* = 10.61). There were significant association between variables in the risk factor and health behaviors, including gender (girl) ($r = .201, p < .01$), temperament of task persistence ($r = .169, p < .01$) and motor activity ($r = -.122, p < .05$), and family type (nuclear) ($r = .132, p < .05$). There were also significant association between variables in the protective factor and health behaviors, including social support ($r = .306, p < .001$), self-efficacy ($r = .458, p < .001$) knowledge about health behaviors ($r = -.127, p < .05$) and attitudes about health ($r = .116, p < .05$). Self-efficacy, child gender (girl) and social support accounted for 28.1% ($F_{5,209} = 27.164, p < .001$)

in the variance explanation of health behaviors among school-age children. Self-efficacy was significant and the best explanation of variance in the health behaviors, which accounted for 21.0% ($\beta = .413, t = 6.797, p < .001$). The second best and significant was child gender (girl) accounted for 4.2% ($\beta = .183, t = 3.098, p < .01$), and followed by social support accounted for 2.9% ($\beta = .179, t = 2.923, p < .01$) in the variance explanation.

These findings suggest that health behaviors of school-age children depend on many factors. Nurses and personnel who are responsible for child health care should promote and encourage school children to perceive their self-efficacy relevant to appropriate health behaviors. In addition, support the school children for emotion, material and information pertaining to healthy behavior should be enhanced. Consequently, school-age children would be increasing good and proper health behaviors.

Key words: Health behaviors, school-age children, risk factor, protective factor, self-efficacy, social support

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กวัยเรียนหมายถึง ผู้ที่อยู่ในช่วงอายุ ประมาณ 6-13 ปี และศึกษาอยู่ระดับชั้นประถม เป็นวัยที่ร่างกายมีพัฒนาการค่อนข้างสมบูรณ์ สามารถดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวันส่วนตัวต่างๆ ได้ดี และเชื่อกันโดยทั่วไปว่ามีภาวะสุขภาพแข็งแรงดี (Hockenberry, Wilson & Wong, 2013) พฤติกรรมสุขภาพในเด็กมีความเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม การเลี้ยงดู และสิ่งแวดล้อม เด็กในวัยเรียน จะใช้เวลาอยู่ที่

โรงเรียนและเล่นกับเพื่อนเพิ่มขึ้นกว่าการใช้เวลาอยู่ที่บ้าน เด็กวัยเรียนนี้จึงแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นผลมาจากทั้งการเลี้ยงดูและสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ร่วมกับการคบเพื่อน สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่โรงเรียน ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ มีทั้งส่งเสริมและเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพในเด็กวัยเรียน (เพ็ญศรี กระทบทอง, ศศิวิมล ปุจฉาการ และปนัดดา จันผ่อง, 2553) ถึงแม้ว่าเด็กวัยเรียนจะมีพัฒนาการทางร่างกายที่ค่อนข้างสมบูรณ์ แต่พัฒนาการทางด้านสติปัญญาในลักษณะของการคิดวิเคราะห์ ความเหมาะสม ความเป็นเหตุเป็นผล รวมทั้งความเข้าใจในเชิงนามธรรมยังต้องการการพัฒนาและการชี้แนะ (Piaget, 1969) เด็กวัยเรียนจึงยังไม่สามารถแยกแยะหรือเข้าใจอย่างชัดเจนได้ว่าพฤติกรรมของตนเองที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนั้นดีหรือเหมาะสมแล้วหรือไม่อย่างไร ดังนั้น เด็กวัยนี้ถ้าไม่ได้รับการชี้แนะที่ถูกต้องเหมาะสมโดยเฉพาะในเรื่องของสุขภาพ อาจส่งผลต่อการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อการมีสุขภาพที่ดีได้ มีรายงานพบว่า เด็กที่อยู่ในวัยเรียนมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ ไม่รับประทานอาหารเช้า ชอบรับประทานทานขนมถุง ดื่มน้ำอัดลม ขาดการออกกำลังกาย เริ่มสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ ติดเกมส์คอมพิวเตอร์ และ/หรือติดสารเสพติด เป็นต้น (ชนิกา ดุจจินดา, 2551)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ หรือการแสดงออกและทำที่ที่กระทำ ที่อาจส่งผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และ/หรือชุมชน ทั้งนี้หมายรวมถึงทั้งพฤติกรรมที่เป็นการส่งเสริมให้สุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ สามารถทำหน้าที่ได้อย่างปกติ และพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบไปด้วยการดูแลสุขภาพประจำวันโดยทั่วไป พฤติกรรมทางสังคม และพฤติกรรมเสี่ยง (Cartland & Ruch-Ross, 2006; McLaughlin, Hilt & Nolen-Hoeksema, 2007) แนวคิด youth resilience

framework (Rew & Homer, 2003) อธิบายว่า มี 2 ปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยเรียน คือ ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ อายุ เพศ และลักษณะนิสัยซึ่งในเด็กหมายถึงพื้นอารมณ์ โดยพบว่า เด็กผู้ชายมักมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพมากกว่าในเด็กผู้หญิง เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อายุที่เพิ่มขึ้นในเด็กหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไปเหมาะสมกว่าในเด็กชายที่อายุเท่ากัน และเด็กที่มีลักษณะนิสัยก้าวร้าว และเอาแต่ใจ มักจะมีเพื่อนน้อย และมีพฤติกรรมทางสังคมไม่เหมาะสม (อมรวิชช นาคทรพร, 2551; Rew, Homer & Fouladi, 2010) และปัจจัยปกป้อง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้และทัศนคติต่อภาวะสุขภาพ และการศึกษา เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปในทางที่ดี หรือเป็นสิ่งที่ช่วยป้องกันการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพได้ (อมรวิชช นาคทรพร, 2551; Thompson, Iachan, Overpeck, Ross & Gross, 2006)

มีการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ค่อนข้างมาก แต่พบว่ามีการศึกษาในเด็กวัยเรียน และการศึกษาในเด็กวัยเรียนที่พบเป็นการศึกษาที่มุ่งสนใจปัจจัยทำนายบางพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าหรือภาวะอ้วนในเด็ก (เพ็ญศรี กระทบทอง และคณะ, 2553) แต่อย่างไรก็ดี พฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมของเด็กวัยเรียนจำเป็นต้องศึกษาเพื่อให้เข้าใจถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องว่ามีความสัมพันธ์ มีอิทธิพล หรือทำนายได้อย่างไรบ้าง และสามารถนำผลวิจัยที่ได้นี้ ใช้เป็นข้อมูลในการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยเรียนให้ตรงประเด็นเหมาะสม และมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

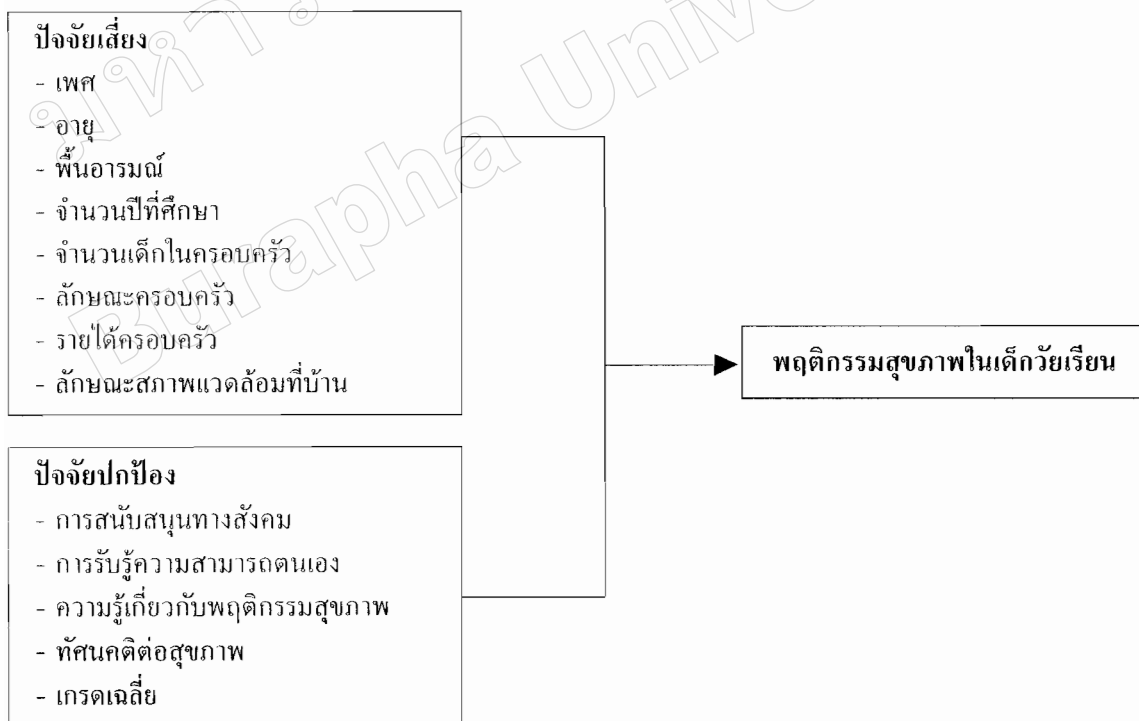
เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยเรียน และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยง ประกอบ

ด้วย เพศ อายุ พันธุ์กรรม จำนวนปีที่ศึกษา จำนวนเด็กในครอบครัว ลักษณะครอบครัว รายได้ครอบครัว และลักษณะสภาพแวดล้อมที่บ้าน และปัจจัยปกป้องประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ทักษะคิดต่อสุขภาพ และ เกรดเฉลี่ย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ youth resilience framework (Rew & Horner, 2003) เป็นกรอบแนวคิด ความหมายของ 'resilience' ตามแนวคิดนี้ หมายถึง การที่บุคคลมีพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ในชีวิตแตกต่างกัน ซึ่งมีองค์ประกอบ 2 ประการที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพดี นั่นคือ ปัจจัยเสี่ยงกับปัจจัยปกป้อง และบุคคลแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อองค์ประกอบทั้ง 2 ประการนี้ในการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน ในส่วนปัจจัยเสี่ยง อาจมีบางปัจจัยที่ไม่สามารถ

เปลี่ยนแปลงได้ เช่น เพศ และอายุ แต่การส่งเสริมปัจจัยปกป้อง และลดปัจจัยเสี่ยงในสิ่งที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ก็จะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ ในการศึกษาครั้งนี้พฤติกรรมสุขภาพในเด็กและเยาวชนเป็นผลมาจากการตอบสนองต่อปัจจัยทั้งสองประการดังกล่าว ซึ่งปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ เพศ อายุ พันธุ์กรรม จำนวนปีที่ศึกษา จำนวนเด็กในครอบครัว ลักษณะครอบครัว รายได้ครอบครัว และลักษณะสภาพแวดล้อมที่บ้าน และปัจจัยปกป้อง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ทักษะคิดต่อสุขภาพ และเกรดเฉลี่ย สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพประจำวัน พฤติกรรมทางสังคม และพฤติกรรมเสี่ยง เขียนเป็นกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (analytical cross-sectional study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยเรียนและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ประชากร คือ เด็กนักเรียนในช่วงชั้นที่ 2 (ระดับชั้น ป. 4-ป. 6) ในโรงเรียนในเขตเทศบาลเมือง อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี และผู้ปกครอง ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดชลบุรี ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป นับตั้งแต่วันที่เก็บรวบรวมข้อมูล

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) ขั้นแรกใช้วิธีการสุ่มจับสลากรายชื่อเทศบาลเมือง ในเขตจังหวัดชลบุรีทั้งหมด 10 แห่ง จับสลาก 3 แห่งโดยใช้สัดส่วนการสุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 (Neuman, 1991) ขั้นที่สอง นำรายชื่อโรงเรียนระดับประถมในเขตเทศบาลเมืองทั้งสามแห่ง มาจับสลากแบบไม่คืนที่ 1 เทศบาลเมืองต่อ 1 โรงเรียน รวม 3 โรงเรียน ขั้นที่สาม จับสลากชั้นปีละ 1 ห้องเรียน ใน 1 โรงเรียน (ป.4 1 ห้อง, ป.5 1 ห้อง และ ป.6 1 ห้อง) รวมทั้งหมดเป็น 9 ห้องเรียน และชั้นสุดท้าย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลนักเรียนทุกคนในห้องเรียน โดยทั่วไปในแต่ละห้องเรียน จะมีนักเรียนประมาณ 25-30 คน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ สูตร $N \geq m^2 + 50$ (Thomdike, 1978, p. 184) N หมายถึง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง m หมายถึง จำนวนตัวแปร ในการศึกษาเท่ากับ 13 เมื่อคำนวณตามสูตรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 219 ราย ในการศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 246 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ

ชั้นปีที่ศึกษา และ เกรดเฉลี่ย (นักเรียนเป็นผู้ตอบ) จำนวนเด็กอายุ 18 ปีลงมาที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน (ตามคำจำกัดความของ WHO [2013] เด็กคือ ผู้ที่มีอายุ 18 ปีลงมา) ลักษณะครอบครัว และรายได้ครอบครัว (ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบ)

2. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับเด็กวัยเรียน ปรับปรุงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2552) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 27 ข้อความ เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของนักเรียนในการมีพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลสุขภาพประจำวัน (14 ข้อ) พฤติกรรมทางสังคม (6 ข้อ) และพฤติกรรมเสี่ยง (7 ข้อ) นักเรียนเป็นผู้ตอบตามความบ่อยของการปฏิบัติ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าตั้งแต่คะแนน 1-5 คะแนน 1 หมายถึง ไม่เคยหรือน้อยมาก ถึงคะแนน 5 หมายถึง ทุกครั้งหรือเป็นประจำคะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 27-135 มีค่าความเชื่อมั่นของแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .71

3. แบบสอบถามพื้นอารมณ์เด็กวัยเรียน ได้รับอนุญาตให้แปล ดัดแปลง และนำไปใช้ได้ จาก The Teacher School-Age Temperament Inventory (T-SATI) ของ Lyons-Thomas และ McClowry (2012) ใช้วิธีการแปล back-translation ของ Cha, Kim และ Erlen (2007) ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 33 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ การแสดงปฏิกริยาทางลบ (11 ข้อ) การติดตามงาน (9 ข้อ) การถอยหนี (8 ข้อ) และกิจกรรม (5 ข้อ) ครูประจำชั้นในแต่ละห้องเป็นผู้ตอบ โดยการให้คะแนนความสม่ำเสมอของลักษณะที่เด็กแสดงออก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตั้งแต่คะแนน 1 ไม่เคยหรือน้อยมาก ถึงคะแนน 5 ทุกครั้งหรือเป็นประจำ คิดคะแนนรายด้านแต่ละด้าน คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 1-5 มีค่าความเชื่อมั่นของแอลฟาครอนบาครายด้านเท่ากับ .93, .97, .50 และ

.94 และเนื่องจากด้านที่ 3 (การถอยหนี) มีค่าความเชื่อมั่นต่ำกว่าค่าที่ยอมรับได้ จึงตัดพื้นอารมณ์ด้านการถอยหนีออกจากการวิเคราะห์ในขั้นต่อไป

4. แบบสอบถามสภาพแวดล้อมที่บ้านปรับปรุงมาจาก The Neighbor questionnaire ของ Conduct Problems Prevention Research Group (CPPRG), 1991 เป็นแบบสอบถามที่นำไปใช้ได้โดยไม่ต้องขออนุญาต ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ให้ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบ (แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นเพื่อให้ผู้ปกครองตอบ) โดยการให้คะแนนความสอดคล้อง กับความเป็นจริงของสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยปัจจุบัน คะแนนตั้งแต่ 0-3, 0-4 หรือ 0-5 ในแต่ละข้อ คิดคะแนนเมื่อตอบแบบสอบถามครบแล้ว โดยรับให้เป็นคะแนนเต็ม 10 ทุกข้อ คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-130 มีค่าความเชื่อมั่นของแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .76

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมปรับปรุงมาจาก The Social Support for Children Questionnaire (SSQC) ของ Gordon (2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 50 ข้อความที่เกี่ยวข้องกับการที่นักเรียนได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านวัตถุ สิ่งของและข้อมูลข่าวสารจากบิดามารดา ผู้ปกครอง ครู ญาติ พี่น้อง และเพื่อน นักเรียนเป็นผู้ตอบ โดยการให้คะแนนตามความเป็นจริง คะแนนตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่เคยหรือนานๆ ครั้ง จนถึงคะแนน 3 หมายถึง เป็นจริงเสมอ คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-150 มีค่าความเชื่อมั่นของแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .96

6. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิด self-efficacy ของ Bandura (1997) ประกอบด้วย 16 ข้อความ ที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของนักเรียนในการมีพฤติกรรมสุขภาพนักเรียนเป็นผู้ตอบ โดยให้คะแนนตามการรับรู้ความยาก-ง่ายในการ

ปฏิบัติของนักเรียน ยากมาก (=1) ยาก (=2) ง่าย (=3) และง่ายมาก (=4) คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 16-64 มีค่าความเชื่อมั่นของแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .70

7. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ปรับปรุงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2552) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 14 ข้อความ นักเรียนเป็นผู้ตอบ โดยตอบว่าแต่ละข้อความนั้นถูกหรือผิด ให้คะแนนข้อที่ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน คะแนนเต็มเท่ากับ 14 มีค่าความเชื่อมั่นของ KR-20 เท่ากับ .72

8. แบบสอบถามทัศนคติต่อสุขภาพ ปรับปรุงมาจากแบบประเมินความคิดเห็นของนักเรียนเกี่ยวกับสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2552) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 18 ข้อความที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติและความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพ นักเรียนเป็นผู้ตอบตามความคิดเห็น เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยมาก ถึงคะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 18-90 มีค่าความเชื่อมั่นของแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .78

เครื่องมือวิจัยทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็น จากนั้นปรับปรุงแก้ไข เรียบร้อยแล้วจึงนำไป try out กับเด็กวัยเรียนและผู้ปกครองที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น ดังได้ระบุไว้ในการอธิบายแต่ละเครื่องมือข้างต้นแล้ว

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตครูประจำชั้น เข้าพบนักเรียนในชั้นเรียน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจาก งานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งการตอบรับหรือปฏิเสธในการวิจัย ครั้งนี้จะไม่มีผลใดๆ ข้อมูลต่างๆ ที่จะนำเสนอในภาพ รวมไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุล และจะทำลายข้อมูล ทั้งหมดภายหลังจากเผยแพร่ผลงานวิจัยเรียบร้อยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัย ได้ตลอดเวลา ต่อจากนั้นมอบเอกสารการขออนุญาต ผู้ปกครอง ได้แก่ เอกสารชี้แจง และใบลงนามยินยอม เพื่อให้ผู้ปกครองลงนามยินยอม และนัดหมายวันต่อ มาเพื่อพบนักเรียน ขอรับใบยินยอมที่ผู้ปกครองลง นามแล้ว และให้นักเรียนลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชั้นเตรียมการก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยเตรียมความพร้อมเครื่องมือวิจัยและทำ ความเข้าใจการใช้เครื่องมือวิจัยทั้งหมด

2. นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาถึง ผู้อำนวยการโรงเรียน จากนั้นเข้าพบครูประจำชั้น เพื่อขอความร่วมมือ และเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้ง วัตถุประสงค์ และการพิทักษ์สิทธิ มอบแบบสอบถาม สำหรับผู้ปกครอง พร้อมกับเอกสารชี้แจงและใบลง นามยินยอม ให้นักเรียนนำไปให้ผู้ปกครองและนำมา ส่งในวันต่อมาตามที่นัดหมายไว้ แบบสอบถามที่ขอ ให้ผู้ปกครองตอบคือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (ขอ ให้ตอบข้อมูลจำนวนเด็กในบ้าน ลักษณะครอบครัว และ รายได้ครอบครัว) และแบบสอบถามสภาพแวดล้อมที่ บ้าน ใช้เวลาตอบประมาณ 10-15 นาที

3. วันต่อมาตามที่นัดหมายล่วงหน้า ผู้วิจัย เข้าพบกลุ่มตัวอย่างในชั้นเรียน และให้นักเรียนทำ แบบสอบถามไปพร้อมๆ กัน โดยผู้วิจัยอ่านแต่ละข้อ ของเครื่องมือทีละชุด รวม 6 ชุด ได้แก่ แบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับ เด็กวัยเรียน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง แบบ สอบถามความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และแบบ สอบถามทัศนคติต่อสุขภาพ ให้นักเรียนตอบลงใน แบบสอบถามที่แจกให้ จบครบทั้งหมด ใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที

4. มอบแบบสอบถามพื้นอารมณ์เด็กวัยเรียน ให้ครูประจำชั้นตอบ โดยระบุเลขที่สอบของนักเรียน ให้ครูทราบแต่ผู้วิจัยไม่ทราบว่าเป็นข้อมูลนักเรียนคนใด และนัดหมาย 1-2 วันต่อมาเพื่อขอรับแบบสอบถามคืน ใช้เวลาตอบประมาณ 5 นาทีต่อแบบสอบถาม

5. ตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของ ข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่า ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ทดสอบการกระจายของข้อมูล ตรวจสอบ normality, outliers, multicollinearity และ homoscedasticity ต่อจากนั้นจัดการข้อมูล (data management) เพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ของการใช้สถิติ multiple regression analysis คง เหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ 213 ราย จากทั้งหมด 246 ราย

2. สถิติพรรณนา ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนต่ำสุด- สูงสุด สำหรับข้อมูลทั่วไป พื้นอารมณ์ ลักษณะสภาพ แวดล้อมที่บ้าน การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความ สามารถตนเอง ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ทัศนคติต่อสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ

3. หาความสัมพันธ์และอิทธิพลของปัจจัย ต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยเสียง ประกอบด้วย เพศ อายุ พื้น ฐานทางอารมณ์ จำนวนปีที่ศึกษา จำนวนสมาชิกใน

ครอบครัว ลักษณะครอบครัว รายได้ครอบครัว และ ลักษณะสภาพแวดล้อมที่บ้าน และปัจจัยปกป้อง ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ทักษะคิดต่อสุขภาพ และ เกรดเฉลี่ย ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยเรียน วิเคราะห์โดยใช้ Pearson's correlation coefficient, point bi-serial coefficient, hierarchical และ stepwise multiple regression analyses

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 11.28 ปี ($S.D. = .89$, range = 9-14) ส่วนใหญ่เป็นเด็กชาย (ร้อยละ 53.7) เรียนชั้น ป. 4 ร้อยละ 35.4 ชั้น ป. 5 ร้อยละ

31.3 และ ชั้น ป. 6 ร้อยละ 33.3 จำนวนปีที่ศึกษาเฉลี่ย 4.97 ปี ($S.D. = .84$, range = 4-6) เกรดเฉลี่ย 3.22 ($S.D. = .58$, range = 1-4) จำนวนเด็กอายุ 18 ปี ลงมาในบ้านเดียวกันเฉลี่ย 2.21 คน ($S.D. = 1.51$, range = 1-10) ส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 58.9) และรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 18,701.40 บาทต่อเดือน ($S.D. = 23,992.46$, range = 2,000-300,000)

2. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ พื้นอารมณ์ ลักษณะสภาพแวดล้อมที่บ้าน การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และทักษะคิดต่อสุขภาพ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของตัวแปรที่ศึกษา ($n = 246$)

ตัวแปร	M	S.D.	range
พฤติกรรมสุขภาพ			
คะแนนรวม	103.60	10.61	72-127
ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป	53.70	6.60	23-70
ด้านพฤติกรรมทางสังคม	20.72	3.95	6-30
ด้านพฤติกรรมเสี่ยง	29.33	3.06	20-35
พื้นอารมณ์			
ด้านการแสดงปฏิกิริยาทางลบ	2.10	.93	1.00-4.73
ด้านการติดตามงาน	3.33	.97	1.00-5.00
ด้านกิจกรรมเคลื่อนไหว	2.32	.91	1.00-4.80
ลักษณะสภาพแวดล้อมที่บ้าน	88.57	15.42	45-123
การสนับสนุนทางสังคม	106.24	21.92	28-148
การรับรู้ความสามารถตนเอง	49.48	5.30	28-63
ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	12.85	1.51	8-14
ทักษะคิดต่อสุขภาพ	80.54	7.99	55-90

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ กับพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยเรียน โดยใช้ Pearson's correlation coefficient และ point bi-serial coefficient พบว่าตัวแปรในปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ คือ เพศ (หญิง) ($r = .201$, $p < .01$) พื้นอารมณ์ด้านการติดตามงาน ($r = .169$, $p < .01$) และกิจกรรมเคลื่อนไหว ($r = -.122$, $p < .05$) และลักษณะครอบครัว

(เด็ชว) ($r = .132, p < .05$) และตัวแปรในบัจัย ปกป้องที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ พฤติกรรมสุขภาพ คือ การสนับสนุนทางสังคม ($r = .306, p < .001$) การรับรู้ความสามารถตนเอง ($r = .458, p < .001$) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ($r = -.127, p < .05$) และทัศนคติต่อสุขภาพ ($r = .116, p < .05$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

4. การวิเคราะห์อิทธิพลของบัจัยเสี่ยงและ

บัจัยปกป้องที่มีต่อกับพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยเรียน โดยใช้ hierarchical multiple regression analysis พบว่าบัจัยทั้งสองประการมีอิทธิพลและร่วมกันอธิบาย ความแปรปรวน ของพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติได้ร้อยละ 33.6 ($R^2 = .336, F_{15,197} = 14.083, p < .001$) ซึ่งบัจัยปกป้อง ($R^2 = .237$) มีอิทธิพล และอธิบายความแปรปรวนได้มากกว่าบัจัยเสี่ยง ($R^2 = .099$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และอิทธิพลของ 2 องค์ประกอบหลักที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพใน เด็กวัยเรียน ($n = 213$)

Block	Model	r	b	SE-b	Beta	t
1 (บัจัยเสี่ยง) $R^2 = .099$ Adj. $R^2 = .055$ $\Delta R^2 = .099$ $F_{10,202} = 2.223^*$	Constant		109.233	11.441		9.547***
	เพศ (หญิง)	.201**	1.823	1.664	.086	1.096
	อายุ	-.039	-.319	1.229	-.027	-.260
	การแสดงปฏิกิริยาทางลบ	.059	2.798	1.201	.245	2.329*
	การติดตามงาน	.169**	1.174	.913	.107	1.287
	กิจกรรมเคลื่อนไหว	-.122*	-2.488	1.332	-.214	-1.868
	จำนวนปีที่ศึกษา	-.025	.032	1.335	.003	.024
	จำนวนเด็กในบ้าน	-.041	-.116	.501	-.017	-.232
	ลักษณะครอบครัว (เด็ชว)	.132*	2.114	1.542	.098	1.371
	รายได้ครอบครัว	.111	.00003	.000	.078	1.127
2 (บัจัยปกป้อง) $R^2 = .336$ Adj. $R^2 = .286$ $\Delta R^2 = .237$ $F_{15,197} = 14.083^{***}$	สภาพแวดล้อมที่บ้าน	.003	-.030	.047	-.044	-.637
	Constant		56.546	13.797		4.098***
	เพศ (หญิง)		1.687	1.472	.080	1.146
	อายุ		.843	1.088	.071	.775
	การแสดงปฏิกิริยาทางลบ		1.738	1.056	.152	1.645
	การติดตามงาน		.868	.923	.079	.941
	กิจกรรม		-2.433	1.207	-.209	-2.015*
	จำนวนปีที่ศึกษา		-.141	1.225	-.011	-.116
	จำนวนเด็กในบ้าน		-.030	.442	-.004	-.067
	ลักษณะครอบครัว (เด็ชว)		.907	1.369	.042	.663
	รายได้ครอบครัว		.00002	.000	.052	.857
	สภาพแวดล้อมที่บ้าน		-.053	.042	-.077	-1.256
	การสนับสนุนทางสังคม	.306***	.007	.032	.160	2.410*
การรับรู้ความสามารถตนเอง	.458***	.815	.125	.407	6.521***	
ความรู้	-.127*	-1.033	.507	-.146	-2.037*	
ทัศนคติ	.116*	.062	.098	.046	.627	
เกรดเฉลี่ย	.077	1.119	1.345	.061	.832	

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

5. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ดีที่สุดต่อการทำนายหรือการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมความสุขภาพในเด็กวัยเรียน โดยใช้ stepwise multiple regression analysis พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลมากที่สุดและสามารถทำนายหรืออธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ร้อยละ 21.0 ($R^2 = .210$, $t =$

6.797, $p < .001$) รองลงมาคือเพศของเด็ก (หญิง) ร้อยละ 4.2 ($R^2 = .042$, $t = 3.098$, $p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคม ร้อยละ 2.9 ($R^2 = .029$, $t = 2.923$, $p < .01$) ตัวแปรทั้งสามร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพเด็กวัยเรียนได้ร้อยละ 28.1 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ดีที่สุดต่อการทำนายพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยเรียน ($n = 213$)

แปร	ΔR^2	b	SE-b	Beta	t
Constant		55.501	6.115		9.076***
การรับรู้ความสามารถตนเอง	.210	.828	.122	.413	6.797***
เพศของเด็ก (หญิง)	.042	3.882	1.253	.183	3.098**
การสนับสนุนทางสังคม	.029	.087	.030	.179	2.923**
$F_{4,209} = 27.164^{***}$					
$R^2 = .281$					
Adjust $R^2 = .270$					

อภิปรายผล

1. ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของเด็กวัยเรียน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 103.60 ($S.D. = 10.61$) และคะแนนเฉลี่ยรายด้านคือ พฤติกรรมทางสังคม เท่ากับ 20.72 ($S.D. = 3.95$) และพฤติกรรมเสี่ยง เท่ากับ 29.33 ($S.D. = 3.06$) ก่อนไปทางคะแนนสูงสุดของคะแนนรวมที่เป็นไปได้ ยกเว้นด้านการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 53.70 ($S.D. = 6.60$) ซึ่งใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของคะแนนที่เป็นไปได้ หมายความว่า ในภาพรวมนักเรียนมีพฤติกรรมเป็นไปในทางที่เหมาะสมต่อสุขภาพ ทั้งด้านพฤติกรรมทางสังคม และด้านพฤติกรรมเสี่ยง แต่การดูแลสุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในช่วงปานกลาง ทั้งนี้เป็นไปตามทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญา ของ Piaget (1969) ที่อธิบายว่า เด็กในวัยเรียนสามารถวิเคราะห์ความเหมาะสมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตและแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม เด็กจำเป็นต้องมีสังคมกับเพื่อนและครูที่โรงเรียน ดังนั้น

จึงแสดงพฤติกรรมทางสังคมอย่างเหมาะสมเพื่อให้เข้ากับเพื่อนได้ และเป็นที่ยอมรับของเพื่อนและครู เด็กนักเรียนหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมที่ไม่ยอมรับในสังคมหรือพฤติกรรมเสี่ยง จึงแสดงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไม่ใช้สารเสพติด และไม่เล่นการพนัน เป็นต้น และเด็กนักเรียนได้รับการสอนและบอกกล่าวทั้งจากที่โรงเรียน และผู้ปกครอง รวมทั้งสื่อต่างๆ ให้หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง (ชนิกา คู่จินดา, 2551; อมรวิรัช นาคทรพรพ, 2551) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุนิสา พรหมป่าซัด (2013) ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและด้านการไม่สูบบุหรี่ ปฏิเสธสารเสพติด และไม่เล่นการพนันของนักเรียนชั้น ป.4-6 ในจังหวัดชุมพร อยู่ในระดับมาก และรองลงมาคือด้านการดูแลรักษาร่างกาย และณัฐภาส พรหมมา (2553) ที่พบว่า นักเรียนระดับประถมในโรงเรียนสาธิตแห่งหนึ่ง มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง

2. ความสัมพันธ์และอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย เพศ อายุ พื้นอารมณ์ จำนวนปีที่ศึกษา จำนวนเด็กในครอบครัว ลักษณะครอบครัว รายได้ครอบครัว และลักษณะสภาพแวดล้อมที่บ้าน และปัจจัยปกป้อง ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ทักษะคิดต่อสุขภาพ และเกรดเฉลี่ย ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยเรียน พบว่า

2.1 ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง มีความสัมพันธ์และร่วมอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยเรียนได้ร้อยละ 33.6 ซึ่งปัจจัยปกป้องอธิบายได้ร้อยละ 23.7 และปัจจัยเสี่ยง อธิบายได้ร้อยละ 9.9 สอดคล้องกับ Rew และ Horner (2003) ที่ได้กล่าวไว้ใน youth resilience framework ว่า ปัจจัยปกป้อง เป็นตัวช่วยปรับปรุงปัจจัยเสี่ยงซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมของเด็ก โดยปัจจัยเสี่ยงประกอบด้วยหลายปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น เพศ และอายุ หรือปรับเปลี่ยนได้ยาก เช่น พื้นอารมณ์ ลักษณะ และรายได้ครอบครัว ในขณะที่ปัจจัยปกป้อง ประกอบด้วยปัจจัยที่สามารถส่งเสริมและพัฒนาให้เพิ่มขึ้นหรือดีขึ้นได้ เช่น การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ถ้ายังมีมากจะช่วยปกป้องและปรับปรุงพฤติกรรมตอบสนองของเด็กและเยาวชนต่ออันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลทางลบต่อภาวะสุขภาพ นั่นคือช่วยให้เด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่เหมาะสม ซึ่งผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดดังกล่าว

2.2 ในปัจจัยเสี่ยง ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ เพศของเด็ก พื้นอารมณ์ด้านการติดตามงานและกิจกรรมการเคลื่อนไหว และลักษณะครอบครัว (ตารางที่ 1) หมายความว่า เด็กหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเด็กชาย เด็กนักเรียนที่มีการติดตามงานสม่ำเสมอ

มีความรับผิดชอบสูงต่องานที่ได้รับมอบหมายหรือการบ้านต่างๆ และมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวน้อย มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมมาก และเด็กนักเรียนที่มาจากครอบครัวเดียวมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมกว่าเด็กที่มาจากครอบครัวขยาย อภิปรายได้ว่า ช่วงอายุ 10-12 ปี ในเด็กหญิง จะมีความเป็นผู้ใหญ่มากกว่า วิ่งเล่นช่นน้อยกว่า ใส่ใจและสนใจในการดูแลสุขภาพมากกว่าเด็กชาย จึงมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมกว่าเด็กชายในวัยเดียวกัน และทำนองเดียวกัน เด็กนักเรียนที่สนใจและมีความรับผิดชอบสูงต่องานที่ครูหรือผู้ปกครองมอบหมาย และไม่ค่อยวิ่งเล่นช่นกับเพื่อน จึงมีพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่เหมาะสม นอกจากนี้ เด็กนักเรียนที่มาจากครอบครัวเดียวที่มีสมาชิกในครอบครัวประกอบด้วย บิดามารดาและบุตรเท่านั้น จึงมีความเป็นไปได้ที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองให้ความสนใจ ดูแล และอบรมเด็กให้รู้และเข้าใจการมีสุขภาพดี เด็กนักเรียนเหล่านี้จึงมีพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Rew และคณะ (2010) ที่พบว่า ในวัยเด็กตอนกลาง (เกรด 4-6) เด็กหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมกว่าเด็กชาย เด็กที่มีความรับผิดชอบติดตามงานที่ได้รับมอบหมาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่อย่างไรก็ดี Rew และคณะ (2010) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการเคลื่อนไหวและลักษณะครอบครัว กับพฤติกรรมสุขภาพวัยเด็กตอนกลาง ($p > .05$)

ตัวแปรอื่นในปัจจัยเสี่ยงในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยเรียน คือ อายุ พื้นอารมณ์ด้านการแสดงปฏิกิริยาทางลบ จำนวนปีที่ศึกษา จำนวนเด็กในบ้าน รายได้ครอบครัว และสภาพแวดล้อมที่บ้าน (ตารางที่ 2) อภิปรายได้ว่า เด็กนักเรียนที่กำลังศึกษาชั้น ป. 4-6 มีอายุประมาณ 10-12 ปี เป็นช่วงแคบของอายุที่ห่าง

กันประมาณ 3 ปี ดังนั้น พัฒนาการทางสติปัญญา และการคิดวิเคราะห์เพื่อการปฏิบัติกิจกรรมหรือการ มีพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นไปในทำนองเดียวกัน ผล การศึกษาครั้งนี้จึงพบว่า อายุและจำนวนปีที่ศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้อง กับผลการศึกษาของ Cartland และ Ruch-Ross (2006) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ของจำนวนปีที่เด็ก ศึกษา กับพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้ ผลการศึกษานี้ สะท้อนคุณภาพมาตรฐานการศึกษาพื้นฐานในช่วง ชั้นที่ 2 (ป.4-ป.6) ของประเทศไทยที่จำนวนปีที่ ศึกษาเพิ่มขึ้นไม่ช่วยให้เด็กนักเรียนมีพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้นอย่างที่ควรจะเป็น สำหรับ พื้นอารมณ์ด้านการแสดงปฏิกิริยาทางลบในแบบ สอบถามพื้นอารมณ์ด้านนี้ เป็นข้อความที่เกี่ยวกับการแสดงปฏิกิริยาของเด็กเมื่ออารมณ์ไม่ดี เพื่อ ประเมินว่าเด็กในวัยเรียนมีการควบคุมอารมณ์ตนเอง ได้มากน้อยเพียงใด เช่น หงุดหงิดเวลาหาอะไรไม่เจอ ทำเสียงดังปึงปึงเวลาไม่พอใจ และ ตะคอกใส่ผู้อื่น เวลาโกรธ เป็นต้น ซึ่งเป็นไปได้ว่าการแสดงปฏิกิริยา ทางลบไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้อง กับผลการศึกษาของ Rew และคณะ (2010) ที่ไม่ พบความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงปฏิกิริยาทางลบ กับพฤติกรรมสุขภาพ จำนวนเด็กในบ้านไม่มีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน อาจเนื่อง จากเด็ก ๆ ในบ้านมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันไป ตามแต่การเรียนรู้และประสบการณ์จากสังคมและ สิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งส่งผลให้มีความแปรปรวน (variance) ภายในตัวแปรนี้ค่อนข้างมาก จึงไม่พบ ความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม รายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยเรียน สอดคล้องกับ อมรวิรัช นาคทรพรพ (2551) ที่อธิบาย ว่า การที่เด็ก ๆ จะมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เหมาะสมได้นั้น สิ่งสำคัญขึ้นอยู่กับเวลา เป็นตัวแบบ และการอบรมสั่งสอนของผู้ใหญ่ในบ้าน

ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการที่บ้านนั้นร่ำรวยหรือยากจน นอกจากนี้ ลักษณะสภาพแวดล้อมที่บ้าน ไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยเรียน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rew และคณะ (2010) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรนี้เช่นเดียวกัน อธิบายได้ว่า เด็กในวัยเรียนใช้เวลาบางส่วนอยู่ที่บ้าน กับครอบครัว และกับเพื่อนบ้าน แต่จะใช้เวลาส่วน มากกับเพื่อนที่โรงเรียน ครู และทำกิจกรรมต่างๆ ที่ โรงเรียน อีกทั้งลักษณะสังคมไทยในปัจจุบันที่ต่างคน ต่างอยู่ในบ้านของตนเอง บิдамารดาหรือผู้ปกครอง ทำงานนอกบ้านและทำงานล่วงเวลามากขึ้น และมี ขอบเขตระหว่างเพื่อนบ้านมากขึ้น จึงอาจเป็นส่วน สำคัญที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์

2.3 ในปัจจัยปกป้อง พบว่า การสนับสนุน ทางสังคม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้เกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพ และทัศนคติต่อสุขภาพ เป็น ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญสถิติกับ พฤติกรรมสุขภาพ (ตารางที่ 2) หมายความว่า เด็ก วัยเรียนที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง ไม่ว่าจะทาง ด้านอารมณ์ วัตถุสิ่งของหรือข้อมูลข่าวสาร รวมทั้ง ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ ได้แก่ บิдамารดา ผู้ปกครอง ครู เพื่อน ญาติ และพี่น้อง มีการรับรู้ความ สามารถตนเองมากในการกระทำสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งมีความรู้มากเกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพ และมีทัศนคติในทางบวกต่อ สุขภาพ ก็จะมีพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่เหมาะสม มากด้วย ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ youth resilience framework ดังได้อภิปรายแล้ว และสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ สุนิสา พรหมป่าชัด (2013) ที่พบว่า ความรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพใน นักเรียนชั้นป.4-6 และการศึกษาของ Rew และคณะ (2010) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการเรียน การเข้าสังคม และการทำกิจกรรมส่งเสริม

สุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในวัยเด็กตอนกลาง เช่นเดียวกับ Appleyard และคณะ (2007) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมส่งผลโดยตรงต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพทางบวกในเด็กและวัยรุ่น และ Cartland และ Ruch-Ross (2006) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม เกรดเฉลี่ย ความรู้และทัศนคติต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยรุ่น

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า เกรดเฉลี่ยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยรุ่น (ตารางที่ 2) ซึ่งไม่ไปด้วยกันกับที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ทั้ง ๆ ที่เป็นที่ยอมรับกันได้ทั่วไปว่า เด็กที่มีเกรดเฉลี่ยสูงนั้นได้มาจากการมีความรู้มาก ซึ่งเกรดเฉลี่ยของนักเรียนที่ศึกษาค้นคว้านี้เป็นผลการเรียนย้อนหลังเมื่อชั้นปีที่ผ่านมา เช่น เกรดเฉลี่ยของนักเรียนชั้นป. 6 คือ เกรดที่เฉลี่ยที่ได้คำนวณไว้ตลอดทั้งปีการศึกษาที่เรียนในชั้น ป. 5 และเป็นทำนองเดียวกันกับเกรดเฉลี่ยของนักเรียนชั้น ป.5 และ ป. 4 ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปอาจต้องปรับวิธีการคิดค่าเกรดเฉลี่ย เพื่อให้ได้ค่าที่ตรงกับชั้นปีที่เด็กกำลังศึกษาอยู่ นอกจากนี้เกรดเฉลี่ยของนักเรียนคำนวณจากผลการเรียนของทุก ๆ รายวิชาในปีการศึกษาไม่จำเพาะรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเท่านั้น

2.4 ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลมากที่สุดและสามารถทำนายหรืออธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยรุ่นได้ร้อยละ 21.0 รองลงมาคือ เพศของเด็ก (หญิง) ร้อยละ 4.2 และการสนับสนุนทางสังคม ร้อยละ 2.9 (ตารางที่ 3) สอดคล้องกับแนวคิด youth resilience framework ที่กล่าวว่า เด็กที่มีความสามารถและรับรู้ความสามารถตนเองในหลาย ๆ ด้านรวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพ โดยที่ไม่จำเป็นต้องเรียนได้เกรดสูง ๆ เด็กพวกนี้จะมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมน้อยเมื่อเทียบกับเด็กที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ

หรือไม่มี (Rew & Horner, 2003) ซึ่งผลการวิจัยนี้ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน เพื่อพัฒนากิจกรรมหรือจัดโครงการที่มุ่งสร้างเสริมให้เด็กได้มีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มมากขึ้นในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งผลให้เด็กนักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป พฤติกรรมทางสังคม และพฤติกรรมเสี่ยง สำหรับนักเรียนหญิงที่พบว่า มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมกว่านักเรียนชายนั้น เนื่องจากใน youth resilience framework ได้อธิบายไว้ว่า ตัวแปรเพศของเด็ก เป็นปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ แต่ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพเด็กเกิดความตระหนัก ให้ความสำคัญ ใส่ใจ และเข้าใจว่าเด็กหญิงวัยรุ่น มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมกว่าเด็กชายในวัยเดียวกัน (Rew & Horner, 2003) ดังนั้น ในการจัดโครงการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง จึงควรเน้นในเด็กชายให้มาก นอกจากนี้ ยังเป็นไปตามลำดับขั้นของพัฒนาการทางร่างกายและสติปัญญาตามวัย (Piaget, 1969) ที่เด็กหญิงจะมีความเป็นผู้ใหญ่และสนใจเรื่องสุขภาพมากกว่าเด็กชายในวัยเดียวกันนี้ และตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นตัวสุดท้ายในการศึกษานี้ คือ การสนับสนุนทางสังคม เด็กวัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากด้วย ในที่นี้หมายถึงรวมถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งบุคคลต่างๆ ทั้งทางด้านอารมณ์ วัตถุสิ่งของ และข้อมูลข่าวสารในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งนี้ เป็นความจริงที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยปกป้องและส่งเสริมให้บุคคลมีสภาวะจิตสังคมที่ดี และส่งผลถึง

การปรับตัวและมีพฤติกรรมต่างๆ ในทางที่เหมาะสม (Sandler, Miller, Short & Wolchik, 1989) และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพนักเรียน (สุนิสา พรหมป้าชต์, 2013; Appleyard, et al., 2007; Cartland & Ruch-Ross, 2006; Rew et al., 2010)

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพเด็กทั้งผู้ปกครอง ญาติ พี่น้องในครอบครัว และครูที่โรงเรียน ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้เด็กวัยเรียนมีการรับรู้ความสามารถตนเองในด้านสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ สิ่งของ และข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพดี เพื่อให้เด็กวัยเรียนได้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสมมากขึ้น

2. สถาบันการศึกษา โดยเฉพาะในระดับประถมศึกษาควรพัฒนาการจัดการเรียนการสอน โดยเน้นให้นักเรียนมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการมีพฤติกรรมสุขภาพในทางที่เหมาะสมเพิ่มเติมมากขึ้น เพื่อส่งผลให้เด็กวัยเรียนได้มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมมากกว่าการให้นักเรียนจดจำเนื้อหาของบทเรียนเพื่อการสอบเท่านั้น

3. ควรมีการศึกษาซ้ำทั้งในรูปแบบตัดขวาง (cross-sectional) และการศึกษาระยะยาว (longitudinal) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายมากขึ้น เช่น เด็กวัยเรียนที่อยู่ในเขตชนบท หรือแต่ละภาคของประเทศที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม รวมทั้งการศึกษาข้ามวัฒนธรรม เพื่อยืนยันผลการศึกษานี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณการสนับสนุนทุนวิจัยจากเงินงบประมาณรายได้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556

เอกสารอ้างอิง

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *แนวทางการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติในสถานศึกษา*. นนทบุรี: โอ-วิทซ์ (ประเทศไทย).

ชนิกา ตูจินดา. (2551). สถานการณ์สุขภาพเด็กไทย...ต้องใส่ใจ. *นิตยสารรักลูก*, 26(307), 138-142.

เพ็ญศรี กระหม่อมทอง, ศศิวิมล ปุจฉากการ และ ปันนิดา จันผ่อง. (2553). การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2551. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 33 (2), 53-60.

ณัฐภาส พรหมมา. (2553). *ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนโรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยรามคำแหง*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง.

สุนิสา พรหมป้าชต์. (2013). พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนบ้านร้านตัดผม ตำบลสองพี่น้อง อำเภอกำแพง จังหวัดชุมพร. *Veridian E-Journal, SU*, 6(1), 881-893.

อมรวิรัช นาคทรพรพ. (2551). *การศึกษาในวิถีมุมชน: การสังเคราะห์ประสบการณ์ในชุดโครงการวิจัยด้านการศึกษากับชุมชน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).

Appleyard, K., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (2007). Direct social support for young high risk children relations with behavioral and emotional outcomes across time. *Journal of Abnormal Psychology*, 35, 443-457.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Cartland, J., & Ruch-Ross, H. S. (2006).

Health behaviors of school-age children: Evidence from a large city. *Journal of School Health*, 76, 175-180.

Cha, E. K., Kim, K. H., & Erlen, J. A. (2007). Translation of scales in cross-cultural research: Issues and techniques. *Journal of Advanced Nursing*, 58(4), 386-395.

Conduct Problems Prevention Research Group (CPPRG). (1991). *Neighborhood questionnaire*. Retrieved February 15th, 2013, from <http://www.fasttrackproject.org>.

Gordon, A. T. (2011). *Assessing social support in children: Development and initial validation of the social support questionnaire for children*. Unpublished Doctoral dissertation, Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College, Louisiana.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Wong, D. L. (2013). *Wong's essentials of pediatric nursing* (9th ed.). St. Louis: Elsevier/Mosby.

Lyons-Thomas, J. & McClowry, S. (2012). The examination of the validity and reliability of the teacher school-age temperament Inventory. *Journal of Classroom Interaction*, 47(2), 25-32.

McLaughlin, K. A., Hilt, L. M., & Nolen-Hoeksema, S. (2007). Racial/ethnic differences in internalizing and externalizing symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 801-816.

Neuman, W. L. (1991). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. Boston: Allyn and Bacon.

Piaget, J. (1969). *The theory of stages in cognitive development*. New York: McGraw-Hill.

Rew, L., & Horner, S. D. (2003). Youth resilience framework for reducing health-risk behavior in adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 18, 379-388.

Rew, L., Horner, S. D., & Fouladi, R. T. (2010). Factors associated with health behaviors in middle childhood. *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 157-166.

Sandler, I. N., Miller, P., Short, J., & Wolchik, S. A. (1989). Social support as a protective factor for children in stress. In D. Belle (Ed), *Social networks and social supports* (pp. 277-307). New York: Wiley.

Thompson, D., Iachan, R., Overpeck, M., Ross, J. G., & Gross, L. A. (2006). School connectedness in the health behavior in school-aged children study: The role of student, school, and school neighborhood characteristics. *Journal of School Health*, 76(7), 379-386.

Thorndike, R. M. (1978). *Correlation procedures for research*. New York: Gardner Press.

World Health Organization (WHO). (2013). *Convention on the right of a child*. Retrieved December 15th, 2013, from <http://www.yesican.org/definitions/who.html>.