

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกมีเป้าหมายสูงสุดให้ประชากรโลกมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ค.ศ. 2000 หรือปี พ.ศ. 2543 แต่กลับพบว่าหลายประเทศทั่วโลกล้มเหลว (จรัส, 2543) แต่ละประเทศจึงต้องหากกลยุทธ์ในการดำเนินงานใหม่ด้านสุขภาพ (ภิญญา, 2545) เช่น ในภูมิภาคยุโรป ได้กำหนดเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าจำนวน 38 ข้อ สหรัฐอเมริกาได้ระบุเป้าหมายในการดำเนินการสร้างสุขภาพ และป้องกันโรคไว้ 22 เรื่อง แคนาดาได้วางแผนที่จะปรับระบบสุขภาพให้พร้อมที่จะรองรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชนทุกคน และความยั่งยืนของระบบนิวซีแลนด์มีการควบคุมการบริโภคยาสูบ สามารถลดจำนวนคนที่ต้องตายจากบุหรี่ และช่วยผู้ อาจจะต้องเสียชีวิตจากบุหรี่ให้มีอายุยืนยาวขึ้นคนละ 14 ปี โดยรัฐบาลลงทุนในการสร้างเสริมสุขภาพปีละ 2 ล้านดอลลาร์ ผลที่ได้คือ คุณภาพชีวิตสูงขึ้นจากการไม่เจ็บป่วย อายุยืนยาวขึ้น ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ลดลง (อนุวัฒน์, 2541) สำหรับประเทศไทยมีการลงทุนด้านสุขภาพ เช่น การป้องกันอุบัติเหตุ ขับรถถูกกฎลดความเสียหายต่อส่วนรวม การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ทำให้ลดค่าใช้จ่ายที่สังคมต้องสูญเสียสำหรับการรักษาโรคที่สามารถป้องกันได้ (นวลอนันต์, กิตยา, จงกล, และ วิโรจน์, 2541)

อย่างไรก็ตามแต่ละประเทศไม่สามารถดำเนินการไปสู่เป้าหมายสูงสุดนั้นได้ เนื่องจากประชากรบางกลุ่มขาดโอกาสทางสังคม หรือไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ องค์การทางด้านสาธารณสุข จึงต้องพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ ในการช่วยเหลือบุคคลให้ตัดสินใจปรับเปลี่ยน หรือยอมรับพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ ให้ประชาชนปรับปรุงสุขภาพของตน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะการมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคนทุกคน (รังสียา และ สุภาณี, 2543) การสร้างเสริมสุขภาพจึงมีความสำคัญในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยและรัฐบาลไทยเห็นความสำคัญจึงนำมากำหนดเป็นนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สุกสิทธ์, 2543) เน้นให้ประชาชนหันมาให้ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ภายใต้กลยุทธ์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” (พัชรพร, 2545) โดยการสร้างกระแสให้ประชาชนได้ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เช่นการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพัฒนาจิตใจในการนำหลักคำ

สอนทางศาสนาที่ตนนับถือเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต เป็นต้น การสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) จึงเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนเรามีความสามารถเพิ่มขึ้น ในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้คนมีสุขภาพดีขึ้น (हत्य, 2540) อีกทั้งเป็นกิจกรรมที่กระทำโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งมุ่งสร้างเสริมให้บุคคลบรรลุความสำเร็จในชีวิต และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างผาสุก (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002) ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อชีวิต และสังคม เพราะสุขภาพหรือสภาวะ จึงหมายถึง ภาวะที่เป็นสุขที่มนุษย์ทุกคนปรารถนาที่จะให้ตนเองมีสุขภาพดี ซึ่งครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (ขวัญใจ และ วณี, 2543; ประเวศ, 2541; วิจารณ์, 2543; Rootman & Racburn, 1994)

บุคลากรทางด้านสาธารณสุขพึงกระทำบทบาทของตนในการสร้างเสริมสุขภาพต่อประชากรทุกกลุ่ม ไม่ว่าบุคคลนั้นจะอยู่ในสถานภาพใด โดยเฉพาะบุคคลด้อยโอกาส เช่น ผู้พิการ ผู้ถูกคุมขังในคุก ผู้ถูกทอดทิ้ง คนยากจน และกลุ่มด้อยโอกาสอีกกลุ่มหนึ่งที่บุคลากรสาธารณสุขไม่ควรละเลยก็คือผู้ที่ถูกควบคุมในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน ซึ่งเป็นผู้ที่กระทำความผิดกฎหมายอาญา และมักถูกมองข้ามจากสังคม อาจเนื่องมาจากผลแห่งการกระทำของพวกเขาเหล่านั้น ที่ทำให้ถูกมองว่าเป็นกลุ่มคนที่ไม่เป็นที่ต้องการของสังคม ซึ่งนับวันกลุ่มบุคคลเหล่านี้จะมีจำนวนมากขึ้น สำหรับภาคใต้พบว่าสถิติผู้กระทำความผิดสูงขึ้นจากสถิติของศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนจังหวัดสงขลาจำนวนผู้กระทำความผิดเพิ่มจาก 838 รายใน ปี พ.ศ 2544 เป็น 1,034 ราย หรือเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 23.39 ในปี พ.ศ 2545 (ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนจังหวัดสงขลา, 2546ก) และศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนจังหวัดสุราษฎร์ธานีเพิ่มจาก 989 ราย ในปี พ.ศ 2544 เป็น 1,325 ราย เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 33.97 ในปี พ.ศ 2545 (ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี, 2546ก) จากสถิติที่เพิ่มขึ้นของผู้ถูกควบคุมดังกล่าว นำไปสู่ผลกระทบต่าง ๆ หลายด้าน ทั้งทางด้านความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน โรคภัยเนื่องกับพฤติกรรม และปัญหาด้านสุขภาพทั้งทางร่างกาย เกิดการเจ็บป่วยจากการอยู่ร่วมกันทำให้มีการแพร่กระจายของเชื้อโรคและสามารถติดต่อกันได้อย่างรวดเร็ว เช่น โรคผิวหนัง โรคของระบบทางเดินหายใจ และโรคระบาดอื่น ๆ ได้แก่ ตาแดง สุกใส ไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น ปัญหาทางด้านจิตใจ และสังคม เนื่องจากการถูกจำกัดอิสรภาพ การทอดทิ้งของญาติ ส่งผลให้ไม่ได้รับการตอบสนองทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ในขณะที่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่รับผิดชอบมีจำกัด โดยเฉพาะในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนมีพยาบาลวิชาชีพ 1 ตำแหน่ง และพยาบาลเทคนิค 1 ตำแหน่ง ต่อผู้ถูกควบคุม 300-500 คน (กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน,

2546) ทำให้บริการด้านสุขภาพไม่เพียงพอกับความต้องการ การบริการจึงควรมุ่งเน้นไปที่การสร้างเสริมสุขภาพให้มากกว่าบริการสุขภาพด้านอื่นๆ (โพลิน, 2546) เพื่อให้ผู้ที่ถูกควบคุมสามารถดูแลตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพได้ ซึ่งการที่บุคคลกลุ่มคน หรือชุมชน จะแสดงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้นั้นต้องอาศัยกระบวนการการเรียนรู้ พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม การสร้างคุณค่าและจิตสำนึก เป็นตัวขับเคลื่อนที่ทำให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว (อัจฉรา และ สุธีรา, 2545)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (health promoting behaviors) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีและการแสดงออกถึงศักยภาพทางสุขภาพของมนุษย์ หรือการแสดงออกเพื่อที่จะเพิ่มคุณภาพชีวิตของบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กัน เพนเดอร์ และ คณะ (Pender, et al., 2002) กล่าวว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลจะได้รับอิทธิพลจากปัจจัยที่สำคัญ 3 ด้าน คือ ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ การรับรู้และทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ของพฤติกรรม โดยลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ประกอบด้วย พฤติกรรมเกี่ยวข้องที่มีมาก่อน ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งรวมถึงปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล ปัจจัยทางจิตวิทยาของบุคคล ปัจจัยทางสังคม-วัฒนธรรมของบุคคล ส่วนการรับรู้และทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลด้านสถานการณ์ และอิทธิพลระหว่างบุคคล และปัจจัยสุดท้ายคือ ผลลัพธ์ของพฤติกรรมประกอบด้วย ข้อยึดมั่นในการวางแผนการกระทำ ความต้องการและความพอใจในการเข้าแทรกแซงในทันที และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และ คณะ (Pender, et al., 2002) พบว่ามีทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ในต่างประเทศพบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสัดส่วนที่สูง คือ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การรับรู้อุปสรรค พฤติกรรมในอดีตที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบัน ลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ อิทธิพลด้านบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ดังเช่น สุวรรณารูป (Suwonnarop, 1999 cited by Pender, et al., 2002) ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยใช้ ลักษณะส่วนบุคคล อิทธิพลด้านบุคคล การรับรู้สถานะด้านสุขภาพ เป็นตัวแปร สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 39 ส่วนโบลิโอ (Bolio, 1999 cited by Pender, et al., 2002) ศึกษาในกลุ่มนักโทษชาย โดยใช้ตัวแปรด้าน ลักษณะส่วนบุคคล อิทธิพลด้านบุคคล การรับรู้ความสามารถแห่งตน อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 20 ในขณะที่ นิกูลิช และ บาร์ริทท์ (Nikulich & Barrett, 1997 cited by Pender, et al., 2002) ศึกษาในกลุ่มหญิงชนบททั้งผิวขาว และ ผิวดำ โดยใช้ตัวแปรด้านการรับรู้ความ

สามารถแห่งตน การรับรู้สถานะด้านสุขภาพ อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 22 ในชนผิวดำ และ ร้อยละ 33 ในชนผิวขาว นอกจากนี้วาร์เรน (Warren, 1993 cited by Pender, et al., 2002) ศึกษาในผู้ชาย ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยใช้ตัวแปรด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน การรับรู้สถานะ ด้านสุขภาพ อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 38 วู และ เพนเดอร์ (Wu & Pender, 2002) ศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตน เป็นทำนายที่สำคัญที่สุดต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของวัย รุ่นขาวได้หวัน ส่วนสุวรรณารูป และ เซาสเนียสกี (Suwonnaroop & Zauszniewski, 2002) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ เชื้อชาติ การศึกษา และรายได้) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุน ทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาว อเมริกัน ได้ร้อยละ 31 จอห์นสัน และ คณะ (Johnson, et al., 1993) ได้ทำการทดสอบแบบจำลอง เพนเดอร์ พบว่าปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

สำหรับประเทศไทยได้มีการนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และ คณะ (Pender, et al., 2002) มาศึกษาในประชากรหลายกลุ่ม เช่น สุวคนธ์ (2541) ศึกษาในผู้ป่วยโรคแผล กระเพาะอาหาร พบว่า พฤติกรรมในอดีตที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบันมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประภา, แอนน์ และ วงเดือน (2545) พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถแห่งตน มีอิทธิ พลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ปราณิ (2542) ศึกษาถึงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูง อายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติ กรรมสร้างเสริมสุขภาพ กาญจนา (2541) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพ และระดับการศึกษา สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้ร้อยละ 22.35 และ จารุณี (2541) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ และอายุสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุข ภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี ได้ร้อยละ 23.46 ซึ่งไม่สอดคล้องกับ การศึกษาปริศนา (2541) ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และ คณะ (Pender, et al., 2002) มาศึกษาในประชากรกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่มด้วยกัน เช่น กลุ่มประชากรที่มี สุขภาพดี กลุ่มประชากรที่เจ็บป่วย กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ใช้แรงงาน และจากพื้นฐานข้อมูล PubMed ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ถูกควบคุม และเมื่อพิจารณาจากบริบทของกลุ่มผู้ถูกควบคุมพบว่าปัจจัยบางตัวในแบบจำลองของเพนเดอร์ไม่สามารถนำมาใช้ในการศึกษาพฤติกรรมสร้าง เสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้ เนื่องจากกลุ่มผู้ถูกควบคุมมีบริบทเฉพาะ และแตกต่างออกไปจาก กลุ่มประชากรกลุ่มอื่น ไม่ว่าลักษณะของผู้ถูกควบคุมเอง ลักษณะความเป็นอยู่โดยทั่วไป กฎ

ระเบียบต่าง ๆ เป็นปัจจัยที่ร่วมที่ทำให้ผู้ถูกควบคุมเกิดการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมต่างๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมเกี่ยวข้องที่มีมาก่อน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และ อิทธิพลระหว่างบุคคล เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ถูกควบคุมในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนในภาคใต้หรือไม่ ผลการวิจัยจะเป็นความรู้พื้นฐานที่นำไปสู่การค้นหากลยุทธ์ ในการสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้ถูกควบคุมมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมมีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

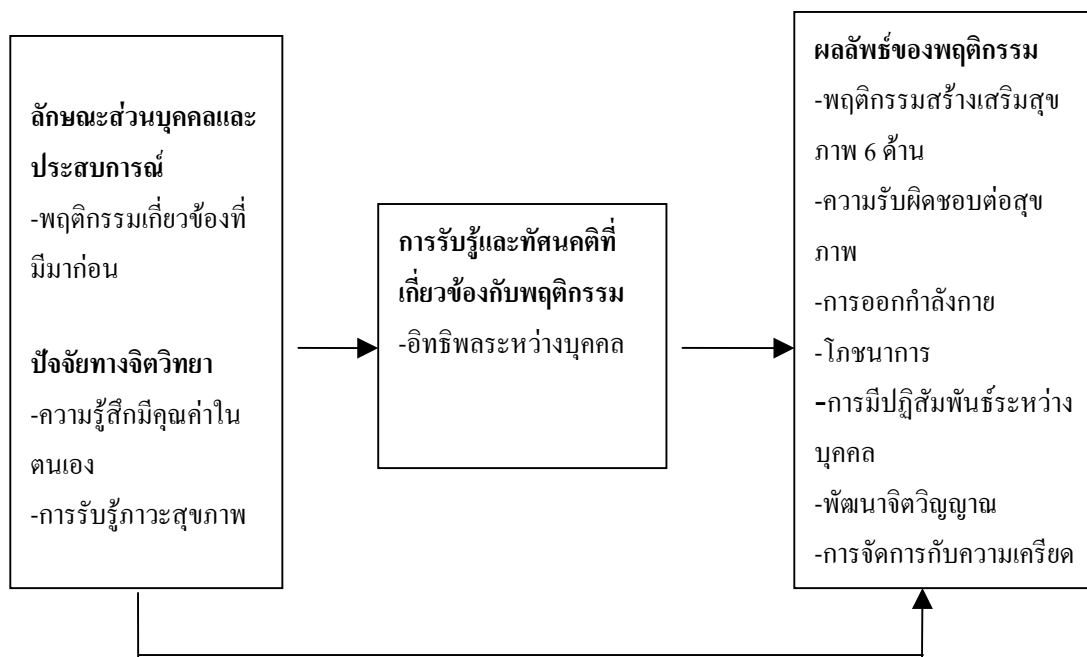
1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ถูกควบคุม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยบางประการเกี่ยวกับพฤติกรรมเกี่ยวข้องที่มีมาก่อน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคล

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ถูกควบคุมอยู่ในระดับใด
2. ผู้ถูกควบคุมมี พฤติกรรมเกี่ยวข้องที่มีมาก่อน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคล ในระดับใด

กรอบแนวคิด/ทฤษฎี

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์กรอบแนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้านคือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด ตามแนวคิดของเพนเดอร์ และคณะ (Pender, et al., 2002) นอกจากนี้แล้วปัจจัยบางประการเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ถูกควบคุม ซึ่งประกอบด้วยลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ได้แก่ พฤติกรรมในอดีตที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบัน ปัจจัยส่วนบุคคล(ปัจจัยทางจิตวิทยา) ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และ การรับรู้และทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ได้แก่ อิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งแสดงตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประยุกต์ตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และ คณะ (Pender, et al., 2002)

นิยามศัพท์

ผู้ถูกควบคุมในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน หมายถึงผู้ที่มีอายุ 18-24 ปีกระทำความผิดคดีอาญา และคดีถึงที่สุด ศาลพิจารณาคดีสั่งฝึกอบรมแทนจำคุก ควบคุมตัวอยู่ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี และจังหวัดสงขลา

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ระดับการกระทำที่ปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี เกิดความสุขปราศจากโรค อีกทั้งเป็นการกระทำเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และ สังคม เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเองในทางบวกประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านพัฒนาจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับความเครียด วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของเพนเดอร์ และ คณะ (Pender, et al., 2002) วัดเป็นความถี่ในการปฏิบัติด้วยมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ คะแนนสูงสุดแสดงว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพยิ่งดี

พฤติกรรมเกี่ยวข้องที่มีมาก่อน (prior related behavior) หมายถึง ความคิด ความเชื่อและการกระทำในอดีตที่ผู้ถูกควบคุมเชื่อว่ามีผลต่อพฤติกรรมสร้างสุขภาพของผู้ถูกควบคุมในปัจจุบัน วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วัดด้วยมาตราส่วนประมาณค่า 3 อันดับ คะแนนสูงสุดแสดงว่าผู้ถูกควบคุมเชื่อว่าการกระทำในอดีตมีผลต่อพฤติกรรมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบันมาก

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) หมายถึงการรับรู้ตนเองของผู้ถูกควบคุมว่าตนเองมีความสำคัญ มีความสามารถ มีความสำเร็จ และมีคุณค่ามีประโยชน์ต่อสังคม วัดโดยใช้แบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีสเกลจาก 0-10 คะแนนยิ่งสูงแสดงว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยิ่งสูง

การรับรู้ภาวะสุขภาพ (perceived health status) หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของผู้ถูกควบคุมที่มีต่อสุขภาพของตนเอง วัดโดยใช้แบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีสเกลจาก 0-10 คะแนนยิ่งสูงแสดงว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพยิ่งดี

อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) หมายถึง การเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อหรือทัศนคติของผู้อื่น ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน และบุคลากรในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน ซึ่งผู้ถูกควบคุมเชื่อว่ามีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ด้วยมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ คะแนนสูงแสดงว่าผู้ถูกควบคุมเชื่อว่าบุคคลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมาก

ความสำคัญของงานวิจัย

เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้บริหารของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน เพื่อกำหนดแนวทางการจัดรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรในศูนย์ฝึกและอบรมให้เหมาะสมกับผู้ถูกควบคุมในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนต่อไป