



ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่
ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนราธิวาส

**Relationships between Occupational Stress and Quality of Life of Health Personnel working
in Health Centres in Narathiwat Province**

สหพร กุลณรงค์

Sahaporn Koolnarong

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Science in Occupational Health and Safety**

Prince of Songkla University

2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิตของ
บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัยในจังหวัดนครราชสีมา
ผู้เขียน นายสหพร ภูถนรงค์
สาขาวิชา อาชีวอนามัยและความปลอดภัย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....
(ดร.กานดา จันทร์เยี่ยม)

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
(ดร.กานดา จันทร์เยี่ยม)

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พญ.พิชญ์ญา พรรคทองสุข)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พญ.พิชญ์ญา พรรคทองสุข)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ แก้วบุญชู)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวอนามัยและ
ความปลอดภัย

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.เกริกชัย ทองหนู)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา
ผู้เขียน	นายสหพร กุลณรงค์
สาขาวิชา	อาชีวอนามัยและความปลอดภัย
ปีการศึกษา	2552

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นแบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดจากการทำงาน ระดับคุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานและคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา การศึกษาแบบภาคตัดขวางนี้ ดำเนินการสำรวจข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน ฉบับภาษาไทย และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย เก็บข้อมูลในบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 315 คน ได้รับแบบสอบถามตอบกลับจำนวน 289 ฉบับ อัตราตอบกลับ คิดเป็น 91.7% และใช้บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมดในการศึกษา

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มากที่สุดที่สุดเป็นเพศหญิง (70.9%), อายุระหว่าง 30 – 39 ปี (39.1%), สถานภาพสมรสที่แต่งงาน (69.9%), การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (67.8%) และอายุงานระหว่าง 1 – 19 ปี (70.2%) ความชุกของความเครียดจากการทำงานแบบ High strain 5.2%, Active 19.0%, Passive 17.6% และ Low strain 58.2% คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับกลางๆ 74.4% และคุณภาพชีวิตในระดับดี 25.6% นอกจากนี้พบว่า ความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และด้านสัมพันธภาพทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อย่างไรก็ตามพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงาน และคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตาม Job demand control model สามารถนำมาใช้ในการค้นหาความเครียดในการทำงาน ความเครียดจากการทำงานเกิดจากปัจจัยต่างๆ ร่วมกัน การที่สามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ให้เหมาะสมได้จะช่วยให้ลดความเครียดในการทำงานลง อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

Thesis	Relationships between Occupational Stress and Quality of Life of Health Personnel working in Health Centres in Narathiwat Province
Author	Mr. Sahaporn Koolnarong
Major Program	Occupational Health and Safety
Academic Year	2009

ABSTRACT

This study is a cross – sectional survey research designed to investigate the level of occupational stress, quality of life and the relationship between them in health personnel working in health centres in Narathiwat Province. The cross – sectional study was performed using a questionnaire – based survey. A set of self – reported questionnaires, including personal data, a Thai version of Job Content Questionnaires (JCQ) and a Thai version of quality of life questionnaires (WHOQOL – BREF – THAI) were distributed to 315 health personnel. 289 health personnel completed the entire set of questionnaires, giving a response rate of 91.7% and thus recruited as the study subjects.

The results indicated that most of the subjects were female (70.9%), aged between 30 – 39 years (39.1%), married (69.9%), had a bachelor degree (67.8%) and had worked between 1 – 19 years (70.2%). The prevalence rates of occupational stress found that High strain was 5.2%, Active was 19.0%, Passive was 17.6% and Low strain was 58.2%. 74.4% of the subjects had a moderate quality of life level while 25.6% of the subjects had a good level. In addition, the results indicated that occupational stress was significantly related to the psychological domain ($p < .01$) and social relationships domain ($p < .05$). However, it was found that personal data was not significantly related to occupational stress or quality of life. Accordingly, the job demand-control model can be used to assess occupational stress in the workplace. Therefore, the management of job stressors should reduce occupational stress in the workplace that would in turn lead to an improvement in quality of life.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(4)
กิตติกรรมประกาศ.....	(5)
สารบัญ.....	(6)
รายการตาราง.....	(8)
รายการภาพประกอบ.....	(10)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
การทบทวนวรรณกรรม.....	4
บทบาทหน้าที่บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนมัย.....	4
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดจากงาน.....	8
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต.....	14
เครื่องมือวัดความเครียดจากการทำงานและคุณภาพชีวิต.....	19
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	24
คำถามวิจัย.....	25
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	25
นิยามศัพท์ของการวิจัย.....	26
ขอบเขตของการวิจัย.....	27
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	27
บทที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัย.....	28
รูปแบบการวิจัย.....	28
การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย.....	28
เกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก.....	28
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	28
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	32

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัย (ต่อ).....	
การดำเนินการวิจัย.....	33
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	33
บทที่ 3 ผลการศึกษา.....	34
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล.....	35
ส่วนที่ 2 ระดับของความเครียดจากการทำงาน.....	37
ส่วนที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิต.....	41
ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิต.....	42
บทที่ 4 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	54
สรุปผล.....	54
อภิปรายผล.....	57
ข้อเสนอแนะจากการนำผลการวิจัยไปใช้.....	65
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	65
ปัญหาอุปสรรค.....	66
เอกสารอ้างอิง.....	67
ภาคผนวก.....	72
ภาคผนวก ก. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	73
ภาคผนวก ข. ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลงานวิทยานิพนธ์.....	80
ภาคผนวก ค. อนุญาตนักศึกษาเก็บข้อมูลงานวิทยานิพนธ์.....	82
ประวัติผู้เขียน.....	84

รายการตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1.1	การเปรียบเทียบแบบสอบถามความเครียดจากการทำงานของแต่ละ model	10
ตารางที่ 1.2	เปรียบเทียบ Validity ของงานวิจัยที่ใช้ JCQ มาทำการศึกษา.....	19
ตารางที่ 1.3	ตารางสรุปเครื่องชี้วัดทางสังคมและคุณภาพชีวิต.....	21
ตารางที่ 2.1	วิธีคำนวณคะแนนแบบวัดความเครียดจากงานของไทย.....	30
ตารางที่ 2.2	การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต.....	32
ตารางที่ 3.1	จำนวน ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยใน จังหวัดนครราชสีมาจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	35
ตารางที่ 3.2	ระดับของความเครียดจากการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมาจำแนกตามรูปแบบ Demand – Control.....	37
ตารางที่ 3.3	ระดับของความเครียดจากการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมาจำแนกตามรูปแบบ Demand – Control – Support.....	39
ตารางที่ 3.4	จำนวน ร้อยละ ข้อมูลองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ของบุคลากร สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา.....	41
ตารางที่ 3.5	ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเครียดจากการทำงานของ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา.....	42
ตารางที่ 3.6	ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตแบบเป็นราย คะแนนกับความเครียดจากการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา.....	44
ตารางที่ 3.7	ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา..	45
ตารางที่ 3.8	ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลแบบเป็นรายคะแนนกับ องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน สถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา.....	47

รายการตาราง (ต่อ)

	หน้า	
ตารางที่ 3.9	ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนราธิวาส.....	49
ตารางที่ 3.10	ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนราธิวาส.....	51
ตารางที่ 3.11	เปรียบเทียบความแตกต่างของความเครียดจากการทำงานในแต่ละอำเภอในจังหวัดนราธิวาส.....	52
ตารางที่ 4.1	เปรียบเทียบความชุกของความเครียดจากการทำงาน.....	57
ตารางที่ 4.2	เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิต.....	61

รายการภาพประกอบ

		หน้า
ภาพที่ 1.1	แสดงรูปแบบ Demand – Control ที่สัมพันธ์กับความเครียดจากงานตามแนวคิดของ Karasek.....	12
ภาพที่ 1.2	แสดง Demand-Control-Support Model ที่ดัดแปลงโดย Johnson.....	14
ภาพที่ 1.3	แสดงลำดับชั้นความพึงพอใจ.....	18
ภาพที่ 1.4	แสดงกรอบแนวคิดของงานวิจัย.....	25
ภาพที่ 3.1	แสดงระดับของความเครียดจากการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมาจำแนกตามรูปแบบ Demand – Control.....	38
ภาพที่ 3.2	แสดงระดับของความเครียดจากการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมาจำแนกตามรูปแบบ Demand – Control – Support.....	40

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

การพัฒนาของประเทศไทยตามแผนพัฒนาประเทศที่ผ่านมา คือ ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 - 6 ได้ให้ความสำคัญกับการเร่งรัดการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นสำคัญ ทำให้เกิดค่านิยมทางด้านวัตถุมากขึ้น และส่งผลให้เกิดปัญหาด้านพฤติกรรมของคนใน (1) อาทิ เกิดความเสื่อมถอยทางด้านจิตใจ คือ ขาดความนึกคิด ขาดศีลธรรม ขาดระเบียบวินัย ส่งผลให้เกิดการทำผิดกฎหมาย เช่น จี้ชิงทรัพย์ ลักขโมย เป็นต้น การใช้ทรัพยากรสิ้นเปลืองอย่างไม่รู้คุณค่า ส่งผลให้เกิดความเสื่อมโทรมทางด้านสิ่งแวดล้อมตามมา ด้วยเหตุนี้จึงเป็นผลให้แผนพัฒนาฯ ตั้งแต่ ฉบับที่ 7 เป็นต้นมาได้มีการมุ่งเน้นการพัฒนาสังคมและพัฒนาบุคคลเข้ามาร่วมด้วย จนมาถึงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554) มีเป้าหมายเชิงคุณภาพ คือ คนไทยทุกคนได้รับการพัฒนาให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา คุณธรรม จริยธรรม อารมณ์ มีความสามารถในการแก้ปัญหา มีทักษะในการประกอบอาชีพ มีความมั่นคงในการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี และอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข (2) โดยยึดหลัก “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” เป็นแนวทางปฏิบัติควบคู่ไปกับการพัฒนาแบบบูรณาการเป็นองค์รวมที่ยึด “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” เพื่อให้การพัฒนาและบริหารประเทศเป็นไปในทางสายกลาง บนพื้นฐานคุณภาพเชิงพลวัตของการพัฒนาที่เชื่อมโยงทุกมิติของการพัฒนาอย่างบูรณาการ ทั้งมิติตัวคน สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและการเมือง โดยมีการวิเคราะห์อย่าง “มีเหตุผล” และใช้หลัก “ความพอประมาณ” ให้เกิดความสมดุลระหว่างมิติทางวัตถุกับจิตใจของคนในชาติ (3) ซึ่งเป็นการเหมาะสมที่ประชาชนชาวไทยควรนำไปปฏิบัติ เพื่อเป็นแนวทางในการดำรงชีวิตที่เหมาะสมต่อไป

สภาพสังคมไทยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมอุตสาหกรรม มีการทำงานที่ต้องเสี่ยงต่ออันตรายมากขึ้น ความปลอดภัยและสุขภาพของผู้ใช้แรงงานในการทำงาน จึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่ทุกคนต้องตระหนักและใส่ใจ เพราะอุบัติเหตุจากการทำงานนั้น สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา โดยเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน ซึ่งนอกจากจะก่อให้เกิดความสูญเสียแก่ทรัพยากรบุคคลที่ส่งผลกระทบไปถึงครอบครัวแล้ว ยังก่อให้เกิดความเสียหายทางธุรกิจอีกด้วย (4) ซึ่งสภาพการณ์ดังกล่าวทำให้มนุษย์ต้องมีการปรับตัวในการประกอบอาชีพในสังคมที่

เปลี่ยนแปลงมากขึ้น การปรับตัวดังกล่าวมีปัจจัยต่างๆ ทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อมจากการทำงาน ด้านที่เกี่ยวกับผู้ปฏิบัติงานเอง และในส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งถ้าไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ในภาวะที่เหมาะสมได้ก็จะทำให้เกิดความเครียดจากการทำงานเกิดขึ้นได้

ความเครียดในทางการแพทย์และชีววิทยาได้ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในร่างกายที่ทำให้คนต้องปรับตัวให้เข้ากับอิทธิพลการเปลี่ยนแปลง ความต้องการ ความบีบคั้น กดดันต่างๆ ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม (5) ความเครียดเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ซึ่งการทำงานก็เป็นสาเหตุหลักที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง เนื่องจากการดำรงชีวิตอยู่ของแต่ละบุคคลต้องอาศัยรายได้ที่มาจากการทำงานประกอบอาชีพ แล้วในการดำรงชีวิตอยู่นั้นการทำงานเป็นช่วงเวลาที่เรียกได้ว่าดำเนินควบคู่ไปกับการดำรงชีวิต เพราะอย่างน้อย 8 ชั่วโมงการทำงาน 5 วันต่อสัปดาห์ ที่เราต้องใช้ชีวิตอยู่กับการทำงาน ซึ่งได้มีการศึกษาความเครียดจากการทำงานพบว่า มีความชุกของความเครียดจากการทำงานของบุคลากรทางสาธารณสุขในประเทศไทยประมาณร้อยละ 1.9 – 28.8 (6, 7, 8, 9) สามารถทำนายการเกิดความเครียดจากการทำงานว่าสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดหัวใจ cardiovascular disease (CVD) (10, 11) ทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงในกลุ่มความดันโลหิตสูง (12) การทำนายความสัมพันธ์ต่างๆ นี้มีส่วนสำคัญในการประเมินความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดจากงาน ช่วยให้เราไปถึงอันตรายของความเครียดจากงานที่จะเกิดขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ต้องการที่จะนำความเครียดจากงานมาช่วยทำนายว่าจะส่งผลอย่างไรกับคุณภาพชีวิต

ตั้งแต่คริสต์ศตวรรษที่ 20 แนวคิดว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคมได้กลายเป็นแนวคิดสากลที่ประชาคมโลกรับรู้ และเห็นพ้องกันว่าคุณภาพชีวิตและสังคมเป็นสิ่งที่ทุกสังคมต้องการ (13) อาจกล่าวได้ง่ายว่า คุณภาพชีวิต คือ การมีชีวิตที่มีความสุข (14) ซึ่งต้องมีการรวมกันทางด้านวัตถุและทางด้านจิตใจ ที่จะก่อให้เกิดความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การวัดคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันในด้านของค่านิยม และวิธีการวัดในแต่ละพื้นที่หรือในแต่ละประเทศ จึงต้องมีการกำหนดการวัดคุณภาพชีวิตที่มีความเป็นมาตรฐาน ซึ่งสามารถใช้ได้ทั่วไป เพื่อที่จะได้ทราบระดับคุณภาพชีวิตว่าอยู่ในระดับที่ดีมีความเหมาะสมหรือควรที่จะปรับปรุงในเรื่องใด

สถานอนามัยเป็นสถานที่ให้บริการทางสุขภาพที่ใกล้ชิดชุมชนมากกว่าในโรงพยาบาล เพราะสถานอนามัยเป็นหน่วยงานบริการสาธารณสุขระดับตำบลที่กระจายอยู่ในตำบลและหมู่บ้าน มีหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (15) เพื่อเน้นความสะดวก รวดเร็ว และการเข้าถึงบริการ ในการให้บริการด้านสุขภาพ นอกจากนั้นความถูกต้อง มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพใน

การรักษาก็เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างมากเช่นเดียวกัน ทำให้สถานอนามัยต้องมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานเรื่อยมา เพื่อให้ทันกับความก้าวหน้าด้านการให้บริการ การปรับเปลี่ยนด้านการทำงานจากเดิมเป็นการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นหลัก ก็ปรับเปลี่ยนมาเป็นการทำงานในเชิงรุกที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันก่อนที่จะเกิดโรค เพื่อให้มีปัญหาด้านสาธารณสุขเกิดขึ้นน้อยที่สุด และยังเป็นภาระลดค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาล รวมถึงการที่ต้องปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปหรือสภาพสังคมในพื้นที่ที่ทำงานอีกด้วย ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยมีหน้าที่จะให้บริการในปัญหาด้านสุขภาพต่างๆ และเป็นด่านหน้าในการคัดกรองความเจ็บป่วยที่เริ่มเกิดขึ้นแล้ว ที่เกิดขึ้นแล้ว และกำลังจะเกิดในอนาคต ลักษณะงานที่รับผิดชอบนั้นครอบคลุมมากมายหลายแบบ ในส่วนที่เป็นอาการเจ็บป่วยซึ่งต้องมีความละเอียดรอบคอบในการรักษาพยาบาลที่ดูแลสุขภาพในด้านต่างๆ ทั้งในด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานวางแผนครอบครัว งานรักษาพยาบาล งานตรวจหญิงตั้งครรภ์ ฯลฯ และในด้านอื่นๆ เช่น การดูแลสุขภาพจิต สิ่งแวดล้อม สุขาภิบาลอาหาร เป็นต้น รวมทั้งงานหลักอื่นๆ ที่เพิ่มเข้า เช่น งานเอกสาร การจัดทำโครงการต่างๆ งานจัดแต่งสถานที่เพื่อความเรียบร้อย การที่ต้องรอรับการตรวจประเมินความก้าวหน้าของงานนำมาซึ่งการประเมินผลของบุคลากรอีกด้วย ซึ่งการทำงานทั้งหมดต้องดำเนินการตามมาตรฐาน ที่ต้องมีหลักฐานคอยควบคุมและสามารถตรวจสอบได้ นอกจากภาระงานดังกล่าวนี้แล้ว ยังมีในส่วนของสภาพแวดล้อมในการทำงาน สภาพองค์กรที่ปฏิบัติงานอยู่ ซึ่งต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะต่างๆ จากปัจจัยด้านบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่มีมากมาย รายได้หรือเงินเดือนที่ได้รับสวัสดิการต่างๆ การทำงานร่วมกับผู้ร่วมงานหรือผู้บังคับบัญชาที่ไม่พึงพอใจ ความก้าวหน้าในงาน ความพึงพอใจในงานที่ทำ เป็นต้น จากเหตุผลที่มีมากมายเหล่านี้ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมบุคลากรสาธารณสุขก็มีแนวโน้มที่ต้องเผชิญกับความเครียดอันเนื่องมาจากการทำงานทั้งส่งผลไปถึงสภาวะการเจ็บป่วยจากความเครียดจากการทำงาน แล้วจะส่งผลอย่างไรบ้างต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยนั้น

ด้วยเหตุนี้ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาหาระดับความเครียดจากการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมาว่ามีมากน้อยเพียงใด ระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมาว่าเป็นอย่างไร รวมไปถึงความเครียดจากการทำงานส่งผลอย่างไรบ้างต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยโดยเฉพาะ เนื่องจากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาเน้นมีการศึกษาความเครียดหรือความเครียดจากการทำงานในต่างสาขา อาชีพ กลุ่มบุคคล (6-9, 16-21) แต่ที่มีการศึกษาในกลุ่มเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยเพียงอย่างเดียวมี

น้อย (9) และยังเป็นการศึกษาที่ศึกษาความเครียดจากงานที่มีผลไปทำนายคุณภาพชีวิตที่จะเกิดขึ้น อีกด้วย จึงทำให้ผู้วิจัยต้องการทำการศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการที่จะปรับปรุง แก้ไขความเครียดในการทำงาน เพื่อส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย และยังเป็นข้อมูลพื้นฐานในการที่จะค้นคว้า พัฒนาการแก้ปัญหาความเครียดในการทำงาน และเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขในผู้ที่สนใจต่อไป

บททวนวรรณกรรม

การทบทวนเอกสารต่างๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่จะใช้เป็นแนวทางในการศึกษามีดังนี้

1. บทบาทหน้าที่บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดจากงาน
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต
4. เครื่องมือวัดความเครียดจากการทำงานและคุณภาพชีวิต

1. บทบาทหน้าที่บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย

1.1 งานบริการสาธารณสุขผสมผสานแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ 5 สาขา
ดังนี้คือ (22)

1.1.1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ครอบคลุมกิจกรรมบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานทุกกลุ่มเป้าหมาย และเน้นการพัฒนาวิธีเชิงรุกที่เหมาะสมได้แก่

1) การบริการอนามัยแม่และเด็ก ให้การดูแลแม่ตั้งแต่เริ่มมีครรภ์ การคลอด การดูแลหลังคลอด ตลอดจนดูแลเด็ก 0-5 ปี ในด้านการเจริญเติบโต การพัฒนาการของเด็ก ตลอดจนดูแลด้านโภชนาการ ทั้งค้นหา เฝ้าระวัง และติดตามทางโภชนาการแก่หญิงมีครรภ์ เด็ก 0-5 ปี และเด็กวัยเรียน

2) การบริการวางแผนครอบครัว ให้บริการวางแผนครอบครัวในสถานบริการ ตลอดจนค้นหาติดตามและรณรงค์วางแผนครอบครัวให้ครอบคลุมเป้าหมาย

3) การดูแลเด็กวัยเรียนและเยาวชน ให้บริการอนามัยเด็กวัยเรียน วางแผนและให้บริการอนามัยโรงเรียนที่รับผิดชอบ และดำเนินการส่งเสริมสุขภาพให้บริการรักษาพยาบาล ตลอดจนการดูแลด้านโภชนาการ เด็กวัยเรียน รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพเยาวชนนอกระบบโรงเรียน

4) การดูแลสุขภาพบุคคลทั่วไป ให้บริการส่งเสริมการออกกำลังกายแก่บุคคลทั่วไป ส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ตลอดจนการให้บริการ ไอ โอดีในในพื้นที่ที่มีปัญหาการขาดไอโอดี

5) การบริการทันตกรรมสาธารณสุข จัดบริการทันตสาธารณสุขผสมผสานแก่ประชาชนทั่วไปในเขตรับผิดชอบ ให้การสนับสนุนประชาชนในการพัฒนางานสาธารณสุขตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ตลอดจนการพัฒนาวิชาการและฝึกอบรมอาสาสมัคร

6) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ทราบข่าวสารที่ถูกต้อง สามารถเลือกบริโภคอาหารที่ปลอดภัยมีคุณภาพได้มาตรฐาน ใ้ระวังผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย และไม่ได้มาตรฐาน ตลอดจนสนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค

1.1.2 ด้านรักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ และดูแลผู้ป่วยพิการ ให้บริการได้ตามสภาพปัญหาของชุมชนในเขตรับผิดชอบ ได้แก่ เขตชนบท เขตชนบทกึ่งเมือง เขตเกษตรกรรม โดยสามารถปฏิบัติการได้ตามเกณฑ์การปฏิบัติงานทั้งในและนอกสถานบริการ มีขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน ตลอดจนรักษาพยาบาล โรคต่าง ๆ ได้ตามเกณฑ์ทั้งโรคทั่วไป และโรคประจำถิ่น ดังต่อไปนี้ คือ

1) เกณฑ์การปฏิบัติงาน สามารถพัฒนาการรักษาพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาสุขภาพอนามัยของแต่ละท้องถิ่นทั้งโรคทั่วไป และโรคประจำถิ่น โดยสามารถตรวจหาทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นและคัดกรองผู้ป่วย ให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยอุบัติเหตุและอุบัติภัย นอกจากนั้นแล้วสามารถให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยพิการ โดยจัดระบบส่งต่อได้เหมาะสม

2) ขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน ในการปฐมพยาบาล การตรวจหาทางห้องปฏิบัติการ การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยศัลยกรรม ด้านสูติกรรม ด้านทันตกรรม

3) การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคต่าง ๆ จำนวน 207 โรค ทั้งการรักษาพยาบาลและการส่งต่อ

1.1.3 ด้านควบคุมและป้องกันโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ดำเนินการป้องกันการเกิดโรคทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อไม่ให้เกิดการกระจายของโรค

1) การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคติดต่ออย่างเหมาะสม เพื่อลดอัตราความชุกและความรุนแรงของโรค โดยเฝ้าระวังโรค

สอบสวนโรค ให้ภูมิคุ้มกันโรค ลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค ให้สุขศึกษาและฝึกอบรม ประชาชน ครู นักเรียน ในการรณรงค์ทำลายแหล่งนำโรคตามลักษณะของกลุ่มโรคติดต่อ ดังนี้

1.1) กลุ่มโรคติดต่อทั่วไป ได้แก่ โรคติดต่อทางอาหาร น้ำ โรคหนองพยาธิ โรคติดเชื้อ ระบบทางเดินหายใจในเย็บพลงในเด็ก และโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน

1.2) กลุ่มโรคติดต่อที่นำโดยแมลงหรือยุงเป็นพาหะ ได้แก่ ไข้มาลาเรีย ไข้เลือดออก ไข้สมองอักเสบ และโรคเท้าช้าง

1.3) กลุ่มโรคติดต่อที่เกิดจากการสัมผัส ได้แก่ โรคเรื้อน วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์

1.4) กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น คอตีบ ไอกรณ โปлио บาดทะยัก

2) การควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ เน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค หรือลดปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งการให้สุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนคัดกรองผู้ป่วยในประชากรกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ได้แก่ โรคไม่ติดต่อทั่วไป และโรคไม่ติดต่อเฉพาะ เช่น โรคเกิดจากพฤติกรรม อุบัติเหตุ พันธุกรรม และอื่น ๆ

3) การอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้บริการเพื่อควบคุมป้องกันโรคซึ่งมาจากน้ำ อาหาร และอากาศ พัฒนามาตรการการให้บริการตามสภาพแวดล้อมในแต่ละพื้นที่ โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม

3.1) จัดหาน้ำสะอาด ส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่ ได้บริโภคน้ำที่สะอาด ปราศจากเชื้อ ปลอดภัยในการบริโภค

3.2) สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมและให้บริการประชาชน ในการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยสนับสนุนให้มีและใช้ส้วมที่ถูกหลัก สุขาภิบาล การป้องกันกำจัดแมลงพาหะนำโรค การกำจัดน้ำเสียจากบ้านเรือน การรักษาความสะอาด และความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเรือนทุกหลังคาเรือน ตลอดจนการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและสถานประกอบการ

3.3) งานควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อม ตรวจสอบและเฝ้าระวังสภาพแวดล้อม ได้แก่ การปนเปื้อนสารเคมี และเชื้อโรคในแหล่งน้ำส่วนใหญ่ ตลอดจนมลพิษในอากาศ

3.4) งานสุขาภิบาลอาหาร ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการบริโภคอาหารที่สะอาด ปลอดภัย เปลี่ยนแปลงนิสัยการบริโภคให้ถูกต้อง สามารถพิทักษ์ผลประโยชน์ และดูแลตนเองได้ รวมทั้งส่งเสริมให้สถานที่ปรุง ประกอบ

และจำหน่ายอาหาร ทั้งในชุมชน และ โรงเรียน มีการปรับปรุงให้ได้มาตรฐาน หรือข้อกำหนดทางสุขภาพอาหาร

4) ด้านอาชีวอนามัย ส่งเสริมสุขภาพอนามัยผู้ประกอบการอาชีพทุกประเภท ตามความแตกต่างแต่ละพื้นที่ ตลอดจนป้องกันและควบคุมโรคและอุบัติเหตุอันเนื่องมาจากการประกอบอาชีพ

1.1.4 ด้านฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้ป่วยพิการ ให้การรักษาพยาบาลและดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยการรับส่งต่อจากโรงพยาบาล ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้คืนสู่สภาพปกติ หรือป้องกันไม่ให้เกิดความพิการ และช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในชุมชนรับผิดชอบอย่างครอบคลุมเป้าหมาย

1.1.5 ด้านสนับสนุนบริการอื่น ๆ ในการให้สุขศึกษา ถ่ายทอดความรู้ด้านสาธารณสุข ในเรื่องการควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพ ด้วยวิธีการทางสุขศึกษา ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการสาธารณสุขในและนอกสถานบริการ รวมทั้งสถานศึกษา

1.2 งานสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชุมชน

1.2.1 ด้านสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน พัฒนาศักยภาพของประชาชน ให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน โดยการสนับสนุนและดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานให้ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ และสนับสนุนองค์กรชุมชนด้านทรัพยากร การนิเทศงาน ตลอดจนให้ความรู้ในการแก้ไขปัญหา

1.2.2 ด้านพัฒนาชุมชน วิทยุชุมชน และประสานงานกับ 6 กระทรวงหลัก ดำเนินตามแผนและควบคุมกำกับงาน และประเมินผลความสำเร็จของงาน

1.3 งานบริหาร

1.3.1 ด้านบริหารงานทั่วไป จัดระบบงานสารบรรณ การเงิน การบัญชี การพัสดุ และยานพาหนะ การซ่อมบำรุงอาคารสิ่งก่อสร้าง และครุภัณฑ์

1.3.2 ด้านวางแผนและประเมินผล วางแผนปฏิบัติการ จัดทำรายงาน ประสานข้อมูลข่าวสาร และระบาคติวิทยา

1.3.3 ด้านประสานงานและประชาสัมพันธ์ ประสานกับหน่วยงาน 6 กระทรวงหลัก องค์กรท้องถิ่น ตลอดจนองค์กรเอกชน และเผยแพร่กิจกรรมของหน่วยงานให้เป็นที่แพร่หลายในทุกระดับ

1.4 งานด้านวิชาการ

ด้านการวิจัยเบื้องต้น ให้สามารถวิเคราะห์สภาพปัญหาของสถานบริการ และ สภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ตลอดจนร่วมโครงการวิจัยต่าง ๆ ในพื้นที่ รับผิดชอบ

2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดจากงาน

2.1 ความหมายความเครียดจากงาน

ความเครียดจากงานนั้น ได้มีผู้ที่ทำการศึกษาได้ให้ความหมายไว้หลายรูปแบบ ซึ่ง อาจมีส่วนที่คล้ายคลึงกันและส่วนที่ต่างกันบ้างในส่วนของรายละเอียด ซึ่งขอเสนอความหมายของ ความเครียดจากงานของผู้ที่ได้ให้คำจำกัดความแต่ละท่านไว้ดังนี้

Cooper and Marsal (23) ให้คำจำกัดความของความเครียดในงานว่า เป็นภาวะทาง จิตใจที่เกิดจากสภาพแวดล้อม และความกดดันในการทำงาน ทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางร่างกายและ สุขภาพจิตไม่ดีตามมา

Beehr and Newman (24) อธิบายว่า ความเครียดในการทำงาน หมายถึง ภาวะใน การทำงานที่ส่งผลให้ผู้ทำงานเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย และจิตใจ เกิดการเสียสมดุลของ ร่างกายมีผลทั้งทางบวกและลบ ต่อผลผลิต และประสิทธิผลขององค์กร

Margolis and Kroes (25) กล่าวว่า ความเครียดในงานหมายถึง ภาวะที่สุขภาพ ร่างกายและจิตใจขาดสมดุล อันเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเป็น สำคัญ

French and others (26) ให้ความหมายว่า ความเครียดจากการทำงานเป็นการรับรู้ ของบุคคลต่อสภาพแวดล้อมการทำงาน ที่มีความต้องการมากเกินความสามารถที่บุคคลจะ ตอบสนองได้ เมื่อหาทางออกไม่ได้จะมีผลต่อความรู้สึกต่างๆ ไปเกี่ยวกับงาน เช่น ความไม่พึงพอใจ ในงาน

วินัย สุริยปรการ (27) ให้ความหมายความเครียดในการปฏิบัติงาน (Work- Related Stress) ว่าหมายถึง การตอบสนองของบุคคลต่อภาวะคุกคามเนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ จากงาน อันเป็น ผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่องาน เกิดความวิตกกังวล สับสน มีความยุ่งยากในการ ตัดสินใจ และทำให้สุขภาพตลอดจนประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานแย่ลง

NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health) ได้ให้นิยาม ความเครียดจากงาน (Job stress) หรือ (Occupational stress) (7) ว่าหมายถึง การตอบสนองที่เป็น อันตรายต่อร่างกายและอารมณ์ เกิดขึ้นเมื่อความต้องการในงานไม่เหมาะสมกับสมรรถภาพ

ทรัพยากรและความต้องการของคนทำงาน ความเครียดจากงานนำไปสู่สุขภาพที่ไม่แข็งแรง และการบาดเจ็บ

EU (European Union) Guidance ให้คำนิยามความเครียดจากงาน (Work related stress) (7) คือ การตอบสนองในด้านอารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม และสรีระต่อสิ่งที่ไม่ชอบและเป็นอันตราย ในแง่ตัวงาน สิ่งแวดล้อมในงาน และโครงสร้างของงาน ซึ่งเป็นสภาวะที่มีลักษณะการกระตุ้นและการตอบสนองในด้านความทุกข์มากกว่า รวมถึงความรู้สึกปรับตัวไม่ได้เป็นประจำ

จากคำจำกัดความข้างต้น อาจสรุปความหมายของ “ความเครียดจากงาน” ได้ว่าเป็นการตอบสนองของบุคคล ในภาวะที่สุขภาพทางร่างกายและจิตใจขาดความสมดุล อันเนื่องมาจากปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ซึ่งไม่สามารถปรับตัวให้เหมาะสม เป็นผลให้เกิดความวุ่นวายทางจิต เกิดผลเสียต่อสุขภาพ รวมถึงอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุ ตลอดจนอาจทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงด้วย

2.2 แนวคิดทฤษฎีความเครียดจากงาน

แนวคิดทฤษฎีความเครียดจากงานนั้น ที่มีการใช้กันมากและได้รับความนิยม คือ แนวคิด demands และ control ซึ่งการที่จะศึกษาความเครียดจากการทำงานนั้น แบบสอบถามที่จะใช้ทำการศึกษานั้นมีความสำคัญซึ่งเกี่ยวพันไปถึงรูปแบบแนวคิดทฤษฎีของแต่ละบุคคลว่าเหมาะสมต่อการนำมาใช้ทำการศึกษาเพียงใด จึงควรทราบถึงความเป็นมาของแบบสอบถามความเครียดจากงานจากนั้นค่อยกล่าวไปถึงทฤษฎีความเครียดจากงานที่เลือกมาใช้ในการทำการศึกษา

- แบบสอบถามความเครียดจากงาน

การที่จะสามารถบอกได้ว่าเกิดความเครียดจากการทำงานนั้น จำเป็นต้องมีการวัดความเครียดจากงานที่มีความน่าเชื่อถือและเหมาะสม สามารถทำนายสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้จึงได้เกิดการวัดความเครียดจากงานและได้มีการสร้างแบบสอบถามขึ้นมาทำการวัด ได้มีการพัฒนาเพื่อให้แบบสอบถามที่มีรูปแบบ มีมาตรฐาน รูปแบบควรมีรายละเอียดดังนี้

1. การวัดควรใช้กับการทำงาน มีความจำเพาะในการวัด
2. การวัดควรแบ่งเป็นแต่ละรูปแบบของงาน เช่น ลักษณะงาน บทบาทหน้าที่ ลักษณะองค์กร ชั่วโมงการทำงาน เป็นต้น
3. เป็นการดูแลลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล งาน อาชีพ องค์กร
4. คำถามต้องเป็นคำถามที่จะสื่อไปถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงกับสิ่งที่ต้องการทำนาย

แบบสอบถามต้องทดสอบปฏิกริยาระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมในงานได้ แต่จะดูถึงสภาพปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดของงาน (stressor) จุดสำคัญจะดูสภาพสิ่งแวดล้อมของงานที่กระทบถึงสุขภาพและสถานภาพที่ดีของคนงาน ซึ่งเน้นลักษณะเฉพาะของตัวงานมากกว่าระบบของงานจากองค์กร (28) กระทั่งในปี ค.ศ.1960 มีการพัฒนาการประเมินความเครียดโดยมหาวิทยาลัยมิชิแกน เป็นรูปแบบที่เรียกว่า Person-Environment Fit model (P-E fit) ซึ่งมีสมมุติฐานว่า การที่จะเกิดความเครียดรุนแรงเนื่องมาจากการไม่สามารถปรับตัวให้สมดุลระหว่างความสามารถของบุคคลและความต้องการของงาน หรืออีกอย่างหนึ่งคือแรงจูงใจของบุคคลและแรงจูงใจที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจในสิ่งแวดล้อมของงาน (29) เน้นที่จะมองถึงความรู้สึกส่วนบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมการทำงาน มุมมองที่หลากหลายและเป้าประสงค์ของปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ผลสะท้อนกลับ ปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน

หลังจากปี ค.ศ.1960 ได้มีแบบสอบถามออกมามากมาย ซึ่งแต่ละแบบสอบถามมีการใช้งานและจุดด้อยที่แตกต่างกันออกไป ทำให้ต้องมีการเปรียบเทียบแบบสอบถามความเครียดจากการทำงานของแต่ละ model เพื่อให้ทราบรายละเอียด ความเหมาะสม ดังนี้

ตารางที่ 1.1 การเปรียบเทียบแบบสอบถามความเครียดจากการทำงานของแต่ละ model

แบบสอบถาม	การใช้งาน	จุดด้อย
-Job Content Questionnaire (JCQ)	ไม่จำเพาะเจาะจงเฉพาะกลุ่ม	การวัดรายได้และลักษณะ ความปลอดภัยในงานในระดับที่ต่ำ
-Swedish Demand-Control Questionnaire (DCQ)	ใช้ในการศึกษาทางระบาดวิทยา	ต้องมีการปรับตัวเกี่ยวกับท่าทางในสถานที่ทำงาน
-Swedish Work Organization Matrix (WOM)	คล้ายกับ JCQ	ความต้องการทางจิตของการทำงานในระดับต่ำกว่ามาตรฐาน ($\alpha = .60$)
-Whitehall Job Characteristics Questionnaire	คล้ายกับ JCQ	ความต้องการงานจะต่ำกว่าค่ามาตรฐาน ($\alpha = .67$)
-Effort-Reward Imbalance Questionnaire (ERI)	ให้ความสำคัญกับ job control มากกว่าตัวอื่น เหมาะกับการวัดการทำงานหนัก	เน้น กับ job control และ การทำงานหนัก

ที่มา (28)

- พัฒนาการของ Demand - Control model

เป้าหมายของ Demand-Control model คือความเข้าใจในสถานการณ์ทางสังคมกับความชัดเจนในการตอบสนองทางอารมณ์ ความผิดปกติทางจิตที่แสดงถึงอาการป่วยและการพัฒนาพฤติกรรม Active ของการดำเนินกิจกรรมในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานการณ์ของงานที่มีโครงสร้างทางสังคมสูง อย่างไรก็ตามเมื่อรูปแบบดังกล่าวถูกนำไปพัฒนาการใช้ชีวิตในการทำงาน การสำรวจความเจ็บป่วยทางสังคมในประชากรกลุ่มใหญ่ซึ่งมองข้ามรายละเอียดทางสังคมหรือข้อมูลตอบสนองส่วนบุคคลของงานวิจัยความเครียด ด้วยเหตุนี้จึงต้องมีการรวมกันเพื่อการพัฒนา รูปแบบของการทำงาน

ในช่วงแรก Demand-Control เป็นการมองสถานการณ์ทางสังคมและการตอบสนองทางอารมณ์ สิ่งบ่งบอกความเครียด โดยดูความสัมพันธ์ของสังคมขนาดเล็ก และงานวิจัยสิ่งที่ถ่ายทอดกันมาทางจิตใจของสังคมนั้น เริ่มแรกวัดความเครียดของชีวิตและทำนายความเจ็บป่วยพื้นฐานในสังคมโดยดูความต้องการทางจิตอย่างเดียว ซึ่งไม่รวมการควบคุมตัวกระตุ้นความเครียด ต่อมาการควบคุมงานในสถานที่ทำงานมีความสำคัญที่ชัดเจนมากขึ้นจากสิ่งตีพิมพ์เกี่ยวกับความพึงพอใจจากงาน ภาระงานหนักและความเชี่ยวชาญที่หลากหลายถูกใช้ทำนายการความพึงพอใจในงาน การขาดงานบ่อยหรือผลผลิตที่มีมากกับระดับการเพิ่มความสัมพันธ์ทางสังคมของคนงานในงานที่ทำ แต่กล่าวถึงภาระงานน้อย การศึกษาร่วมกันช่วยให้ช่องว่างของความเจ็บป่วยและความเครียดทางจิตลดลง ทำให้เข้าใจการศึกษาวิจัยของทั้ง 2 รูปแบบคือ การทำนายความเจ็บป่วยและดูว่าระดับความต้องการทางจิตนั้นสามารถกำหนดว่าการควบคุมงานที่ดำเนินไปสู่ความแตกต่างระหว่างความเครียดทางจิต หรือการไม่เครียดได้หรือไม่

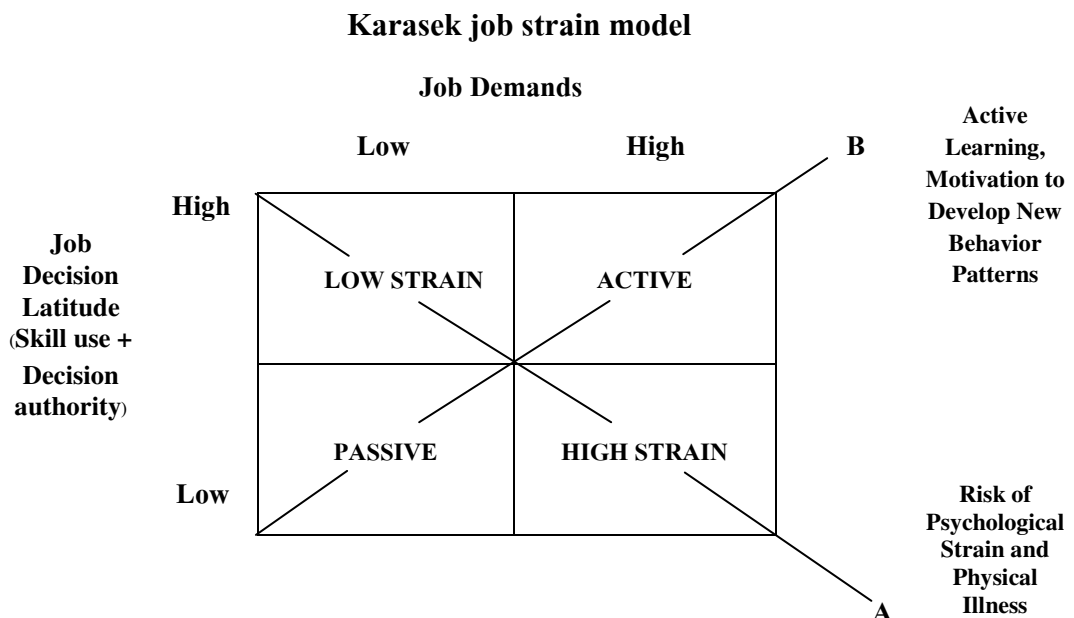
ช่วงต่อมา Demand-Control ร่วมกันทำนายแบบแผนพฤติกรรมที่บอกถึงประสบการณ์ในการทำงาน ผลของกิจกรรมในการทำงานซึ่งเน้นลักษณะเฉพาะของงาน แต่ในความต่างของการรวมกันดูจากการปรับตัวให้เข้ากับงาน ผลที่เกิดขึ้นคือ ทั้งความเชี่ยวชาญงานที่สูงและระดับความเป็นอิสระได้ถูกเพิ่มเข้าไปในความต้องการทางจิตในงาน การวัดทางสังคมก็มีส่วนสำคัญโดยพบว่าสัมพันธ์กับทั้งโอกาสของการตัดสินใจในงานและรูปแบบการเรียนรู้ทางจิตใจองงาน ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ของการศึกษาร่วมกันเป็นความท้าทายหรือเป็นความจำเป็นทางจิต

การรวมตัวกันของสองสมมุติฐาน การทำนายสุขภาพและผลของพฤติกรรมในการทำงานเป็นพื้นฐานของ Demand-Control model ดูว่าระดับของความต้องการนั้นเป็นปัจจัยที่กำหนดว่าการควบคุมงานที่ดำเนินมาซึ่งความเครียดทางจิตหรือไม่ และระดับของการควบคุมงานเป็นปัจจัยที่กำหนดว่าความต้องการนำมาซึ่งพฤติกรรมการเรียนรู้แบบ Active หรือความเครียดทางจิต ในปี ค.ศ. 1976 Karasek เปิดเผยการทดสอบรูปแบบใช้ชาวสวีเดนเป็นกลุ่มตัวอย่างสามารถทำนายทั้ง

อาการป่วย การว่างงาน และปัจจัยพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสภาพปัจจัยทางจิตและสังคมจากการทำงาน สมมุติฐานถูกรับรองทั้งหมด หรือแม้กระทั่งปัจจัยหลายปัจจัยที่เป็นตัวความสามารถแบ่งได้อย่างชัดเจนในผลวิจัยนั้น หลังจากได้รับการรับรองจากผลงานที่ทำแล้ว การคิดกำหนดรูปแบบที่มั่นคงยอมรับใน Demand-Control model ให้ได้รับการรับรองความถูกต้องของสมมุติฐานในทุกด้าน (30)

- ทฤษฎีความเครียดจากงานตามแนวคิดของ Karasek

Karasek (31) ในปี ค.ศ. 1976 ได้มีแนวคิดของความเครียดในงาน เริ่มมาจาก Job Demand - Control model (JD-C model) เป็นหลักในการตั้งสมมุติฐาน ซึ่งเป็นผลจากความต้องการผลงานทางจิต ได้บรรยายว่าเป็นความเครียดที่รุนแรงที่จากการคุกคามต่อการดำรงอยู่อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม Demand-Control model พัฒนาจากตัวกระตุ้นความเครียดทางสิ่งแวดล้อมในงาน เริ่มแรกเป็นการควบคุมตัวกระตุ้นความเครียดเป็นสิ่งที่สำคัญมาก และนำมาซึ่งความสำคัญในการพัฒนาด้วยการรวมตัวประสานกันขององค์ประกอบทางสังคม กับส่วนประกอบที่จำกัดของพฤติกรรมบุคคล Demand-Control model อยู่บนพื้นฐานของปัจจัยทางจิตสังคม และลักษณะเฉพาะของงาน เป็นความต้องการงานรวมถึงการวัดการควบคุมงานและความมีอิสระในการตัดสินใจ ซึ่งจะทำนายปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วย และความสัมพันธ์ในงานของพฤติกรรมแบบ active/passive



ภาพที่ 1.1 แสดงรูปแบบ Demand-Control ที่สัมพันธ์กับความเครียดจากงานตามแนวคิดของ Karasek (32)

- อาชีพและลักษณะงานด้านจิตสังคมตามแนวคิดของ Karasek

จากแนวคิด Demand-Control model ของ Karasek ตามภาพที่ 1 แบ่งกลุ่มอาชีพตามลักษณะจิตสังคมได้ 4 กลุ่มดังนี้

กลุ่ม Active Jobs จะมีลักษณะงานที่มีความต้องการผลงานสูง และในขณะเดียวกันผู้ที่ทำงานก็มีอิสระในการควบคุมการตัดสินใจด้วยตนเองสูงด้วยเช่นกัน อาชีพของกลุ่ม Active Jobs ได้แก่ วิศวกร แพทย์ พยาบาล นักกฎหมาย และอาจารย์ ซึ่งจะมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

กลุ่ม Passive Jobs จะมีลักษณะงานที่มีความต้องการในงานต่ำ และขณะเดียวกันผู้ที่ทำงานก็มีโอกาสในการควบคุมการตัดสินใจด้วยตนเองต่ำด้วยเช่นกัน อาชีพของกลุ่ม Passive Jobs ได้แก่ เสมียน ยาม ภารโรง และพนักงานทำความสะอาด ซึ่งจะมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

กลุ่ม Low-Strain Jobs จะมีลักษณะงานที่มีความต้องการผลงานต่ำ แต่ผู้ที่ทำงานก็มีโอกาสและอิสระในการควบคุมการตัดสินใจด้วยตนเองสูง กลุ่มนี้เป็นงานที่ทำแล้วมีความสุข อาชีพของกลุ่ม Low-Strain Jobs ได้แก่ ศิลปิน นักร้อง นักวาดภาพ สถาปนิก ซึ่งจะมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ

กลุ่ม High-Strain Jobs จะมีลักษณะงานที่มีความต้องการผลงานสูง แต่ผู้ที่ทำงานก็มีโอกาสและอิสระในการควบคุมการตัดสินใจด้วยตนเองต่ำ อาชีพของกลุ่ม High-Strain Jobs ได้แก่ คนงานสายพานที่ต้องทำงานตามจังหวะของเครื่องจักร พนักงานทำงานกับเครื่องจักรต่างๆ ซึ่งจะมีความเครียดอยู่ในระดับสูง เพราะจะต้องทำตามความต้องการผลงาน ไม่สามารถต่อรองได้

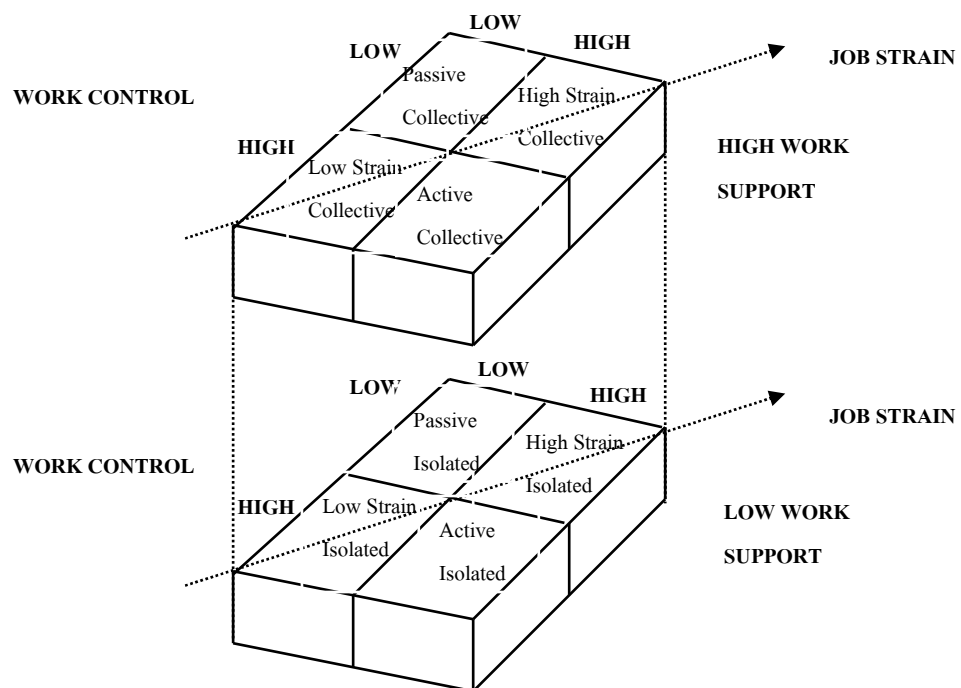
เมื่อการควบคุมงานมีสูงและความต้องการต่อผลงานมีสูงนั่นคือ กลุ่ม Active Jobs การทำนายผลพฤติกรรมได้ว่าจะมีการเรียนรู้และพัฒนาตนเองยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งการเรียนรู้ในแบบ active นี้ จะเป็นความต้องการทางจิตที่เกิดขึ้น และความสามารถในการที่จะตัดสินใจเลือกวิธีในการแก้ไขสถานการณ์ ต่างกับกลุ่ม Passive Jobs ที่มีความต้องการในงานต่ำ และโอกาสในการควบคุมการตัดสินใจด้วยตนเองต่ำด้วย จึงทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเองน้อยลงตาม (30)

- การขยายรูปแบบ Demand - Control model ด้านสมมุติฐาน Social Support ตามแนวคิดของ Karasek

ใน ค.ศ. 1988 ได้มีการเพิ่ม Social Support เข้ามาใน Demand-Control model สามารถใช้ประโยชน์อย่างแพร่หลาย (33) ได้เพิ่มการสนับสนุนทางสังคมในการทำงาน (Social Support) เป็นมิติที่ 3 สมมุติฐานเริ่มต้นของงานคือ ความต้องการผลงานในระดับที่สูง แต่มีความควบคุม

การตัดสินใจในงานที่ต่ำ รวมถึงยังมีการดูแลสนับสนุนของสังคครอบข้างในที่ทำงานในระดับที่ต่ำ แล้วส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยต่างๆ ซึ่งสมมุติฐานนี้ได้จากการศึกษาทดลองในการศึกษาผู้ป่วย เรือจริง เพิ่มความชัดเจนของทฤษฎีความเครียดจากงาน โดยการสนับสนุนของสังคในที่ทำงานเป็นตัวกลาง รวมถึงความเชื่อถือของผู้ร่วมงานและหัวหน้างาน

PSYCHOLOGICAL JOB DEMAND



ภาพที่ 1.2 แสดง Demand-Control-Support Model ที่ดัดแปลง โดย Johnson (33)

การได้รับการสนับสนุนจากผู้ร่วมงานช่วยลดความตึงเครียดที่จะเกิดขึ้นในการทำงาน การเพิ่มของการสนับสนุนทางสังคในการทำงานทำให้ Demand-Control มีสัดส่วนและใช้ประโยชน์ได้มากขึ้นในการออกแบบงาน การปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ทางสังคของงาน และปรับความมีอิสระในการตัดสินใจ มีส่วนสำคัญมากในกระบวนการออกแบบงาน (30)

3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

ในปัจจุบันมีนักวิชาการสาขาต่างๆ ได้ให้ความหมายหรือคำจำกัดความของคุณภาพชีวิตอย่างหลากหลายและส่วนมากมีความหมายคล้ายกันแต่จะแตกต่างกันบ้างในส่วน

รายละเอียดของแต่ละสาขาวิชานั้น ๆ ดังนั้น จึงไม่มีความหมายของคุณภาพชีวิตที่แน่นอนตายตัว ซึ่งมีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

George and Berson (34) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง มิติของการมีชีวิตที่ดี ประกอบด้วยความสุข ความพอใจในชีวิต ความนับถือตนเอง สุขภาพและสมรรถภาพการทำงานของร่างกายและสภาพเศรษฐกิจที่ดี

Wallace (34) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตไว้ว่าหมายถึง สภาพทั้งหลายซึ่งนำมาสู่ความพึงพอใจแก่บุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

องค์การยูเนสโก (34) ได้ให้คำนิยามคำว่า “คุณภาพชีวิต” ไว้ในชุดฝึกอบรมทางการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ระดับความเป็นอยู่ที่ดีของสังคม และระดับความพึงพอใจในความต้องการส่วนหนึ่งของมนุษย์ และได้นิยามโครงการเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตว่า เป็นโครงการที่มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้เรียนและชุมชนได้รับความรู้ เจตคติ ค่านิยม และทักษะที่จำเป็น เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิต ทั้งในลักษณะปัจเจกบุคคล และในฐานะที่เป็นสมาชิกของชุมชน

องค์การอนามัยโลก (13) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตมีโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคลภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

Delkey and Rooke (34) เป็นให้คำนิยามคำว่า “คุณภาพชีวิต” ว่าเป็นความรู้สึกรู้สึกของคนเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดี ความพึงพอใจ หรือความไม่พึงพอใจเกี่ยวกับชีวิต หรือความสุข หรือความไม่สุขของเขา

Andrews and Withey (34) นักสังคมวิทยาชาวอเมริกันเชื่อว่าความคิดเรื่อง “คุณภาพชีวิต” ควรมองใน 2 ประการที่เกี่ยวข้องกันคือ *ประการแรก* ระดับชาติ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความคิดมาตรฐานความเป็นอยู่ในลักษณะที่เป็นเกณฑ์วัดระดับความเป็นอยู่ของสังคมและวัดความก้าวหน้าเพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายของสังคม *ประการที่สอง* เป็นเรื่องปัจเจกบุคคล ซึ่งเกี่ยวกับการพิจารณาระดับความเป็นเลิศในวิถีชีวิตของบุคคลซึ่งแน่นอนว่าเป็นการตัดสินใจระดับสูง เมื่อรวมแนวความคิดทั้งสองประการเข้าด้วยกันแล้ว ความคิดเรื่อง “คุณภาพชีวิต” จึงเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการวัดระดับความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ในลักษณะความเป็นอยู่ของสังคม และระดับความเป็นเลิศในในรูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคล

นิพนธ์ กันธเสวี (34) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพความเป็นอยู่ของบุคคลในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม ความคิด และจิตใจ ซึ่งรวมเอาทุกด้านของชีวิตมนุษย์ไว้

ทั้งหมด ถ้าสภาพความเป็นอยู่ดังกล่าวของมนุษย์ไม่ดี ไม่น่าพอใจ ก็แสดงว่าคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นต่ำกว่าความคาดหมาย

นิมนวล ทวีสมบูรณ์ (34) ได้ให้แนวทางของคุณภาพชีวิตว่า คนที่จะได้ชื่อว่าเป็นผู้มีคุณภาพชีวิตนั้นจะต้องเป็นบุคคลที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ดำเนินชีวิตในทางชอบธรรม มีความพอใจในความเป็นอยู่ของตนเอง สามารถปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สุมนต์ อมรวิวัฒน์ (34) กล่าวว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตที่มีคุณภาพซึ่งเป็นชีวิตที่อยู่รอด อยู่ดี อยู่อย่างมีหลักการ และบุคคลนั้นสามารถปรับตัว และแก้ปัญหาได้ เพื่อดำเนินชีวิตไปอย่างสงบตามอัธยาศัย

สมพล ประดับ (35) ให้ความหมายว่า “คุณภาพชีวิต” หมายถึง สภาพความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลซึ่งมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ เช่น ระดับครอบครัว ระดับการศึกษา ถิ่นที่อยู่อาศัย อายุของหัวหน้าครอบครัว จำนวนของแรงงานในครัวเรือนและยังมีความผูกพันกับตัวชีวิตทางเศรษฐกิจและสังคมได้แก่ ทรัพย์สิน หนี้สิน รายได้ รวมทั้งความสุขทางด้านจิตใจ

อุทัย นิปีการสุนทร (36) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีมีความสุขทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม มีจังหวะชีวิตที่เหมาะสมทั้งเรื่องของจังหวะชีวิต งาน การพักผ่อน นันทนาการ รวมทั้งมีความสร้างสรรค์พัฒนาตนเองและสังคมให้อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในแต่ละช่วงระยะเวลา

โดยสรุปแล้ว คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจในตนเองทั้งทางด้านวัตถุ สังคม และจิตใจ รวมถึงความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคลซึ่งต้องเป็นไปอย่างน้อยตามเกณฑ์มาตรฐานที่ตั้งไว้อย่างเหมาะสม

3.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตนั้นเป็นแนวคิดในการพัฒนามนุษย์ เพื่อให้มีความพึงพอใจ ความสุขซึ่งต้องเป็นการมีส่วนร่วมของกระบวนการทางด้านร่างกายและจิตใจร่วมกันในด้านแรกเริ่ม ต่อมามีการวิจัยพัฒนาเพื่อกำหนดระดับและมาตรฐานเอาไว้ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวนี้ก็ต้องมีการวัดระดับของกระบวนการของแต่ละแหล่งที่มาเพื่อนำมาเปรียบเทียบกับมาตรฐานว่าเป็นเช่นไร แล้วแต่ว่าแต่ละพื้นที่จะนำเอาเครื่องชี้วัดของที่ใดมาใช้ ซึ่งจะมีผู้ให้ความเห็นถึงแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้ คือ

Romme and Brown (34) มีความเห็นว่า “คุณภาพชีวิต” เป็นแนวคิดที่ยากที่จะนิยามให้เป็นที่ยอมรับอย่างเป็นทางการด้วยเหตุผล 3 ประการคือ

- ประการที่ 1 แนวคิดคุณภาพชีวิตเป็นกระบวนการทางด้านจิตใจที่สามารถบรรยายตีความโดยผ่านตัวกรองด้านความคิดและภาษาที่แตกต่างกัน ความคาดเคลื่อนจากการมองที่หลากหลายนอกจากประสบการณ์ พื้นฐานความรู้ ประเด็นการนำเสนอ และข้อเท็จจริงต่าง ๆ

- ประการที่ 2 แนวคิดคุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับคุณค่าที่แฝงอยู่อย่างมาก นักวิจัยจึงต้องกำหนดกรอบความหมายให้ชัดเจนเพื่อให้สามารถประเมินได้ กระบวนการ และผลต่าง ๆ ที่ถือว่าเป็นคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าย่อมเป็นการยอมรับและกำหนดคุณค่าโดยบุคคลในสังคมเดียวกัน ซึ่งมักพบว่าเป็นคนในสังคมชั้นกลางของสังคมนั้น

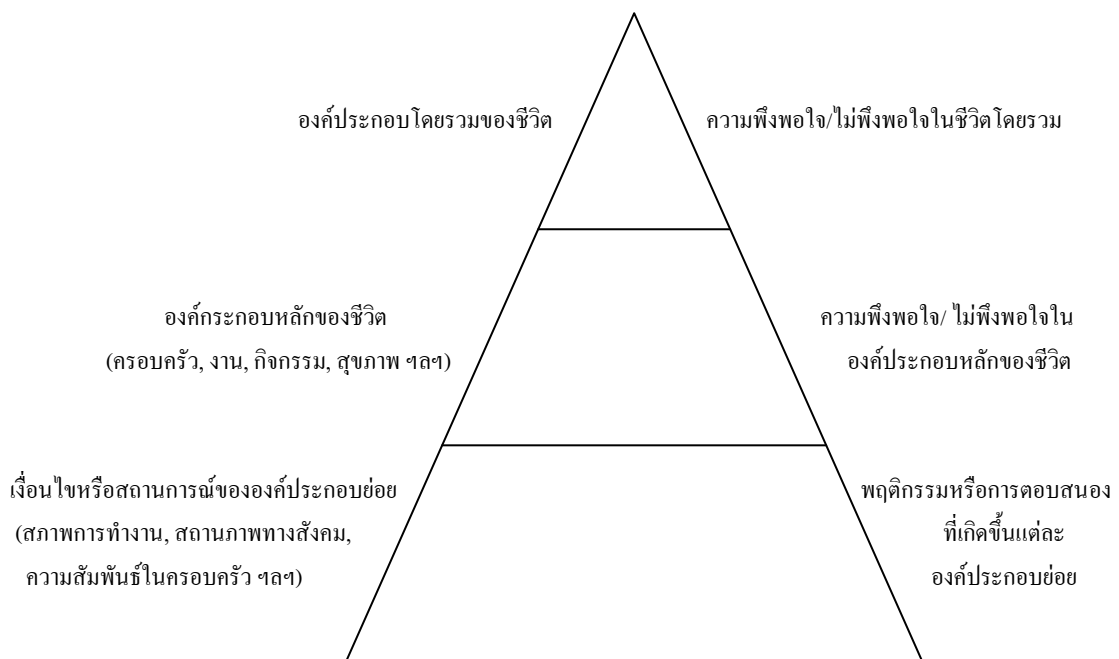
- ประการที่ 3 ความคิดที่ก่อให้เกิดความเข้าใจในความเจริญงอกงาม และพัฒนาการของมนุษย์ การมีอายุยืนยาว กระบวนการด้านจิตใจ ล้วนอยู่ภายใต้อิทธิพลขององค์ประกอบต่างๆ รวมทั้งค่านิยมด้วย ซึ่งหากเป็นแบบเดียวกันก็หมายความว่าถึงทุกคน โดยไม่มีการคำนึงถึงความแตกต่างทางด้านอายุ ช่วงชั้นทางสังคม การศึกษา ล้วนแล้วแต่ได้รับอิทธิพลจากสิ่งต่าง ๆ คล้ายคลึงกัน ซึ่งยากที่ยอมรับจุดนี้ได้

Wegner (34) ได้เสนอแนวคิดคุณภาพชีวิตออกมาในรายละเอียด 3 มิติ คือ ความสามารถในการกระทำ การรับรู้ และอาการต่าง ๆ ซึ่งแตกออกเป็น 9 เรื่องย่อย คือ ภารกิจประจำวัน การปฏิบัติกิจกรรมทางด้านสังคม การใช้สติปัญญา อารมณ์และความรู้สึก สถานภาพทางเศรษฐกิจ สถานภาพทางด้านสุขภาพ ความเป็นอยู่ที่ดี ความพึงพอใจในชีวิต โรคภัยต่างๆ อย่างไรก็ตาม ถ้าหากจะวิเคราะห์คุณภาพชีวิตให้ลึกลงไปอีกคงจะเป็นประโยชน์หากมองแนวคิดในเรื่องสุขภาพโดยมองใน 2 มิติ คือ เชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ในด้านเชิงปริมาณสามารถระบุเรื่องราวออกมาเป็นจำนวนสามารถหาค่าในทางสถิติหรือการมีชีวิตยืนยาวได้ ในด้านเชิงคุณภาพเป็นมาตรฐานการดำรงชีวิต คุณภาพของประชากรที่อยู่อาศัย ความพึงพอใจในการ ทำงานสวัสดิการต่างๆ ที่จะได้รับการทำงาน

อนุชาติ พวงสำลี และอรทัย อาจอ่า (34) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตว่า เป็นเรื่องของระดับการมีชีวิตที่ดีมีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตจะครอบคลุมไปถึงเรื่องของสุขภาพ, มาตรฐานการดำรงชีวิต, คุณภาพของที่อยู่อาศัย, ความพึงพอใจในหน้าที่การงาน ซึ่งมักรวมถึงเหล่านี้ไว้ในนิยามและเกณฑ์ของคุณภาพชีวิต

สรุปแนวคิดเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องของระดับการมีชีวิตที่ดีมีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคล และเกี่ยวข้องกับมาตรฐานความเป็นอยู่ที่ดีของสังคมโดยรวม

Sirgy (37) เสนอทฤษฎี Bottom-up spillover ซึ่งใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิต เพื่ออธิบายความอยู่ดีกินดี (well-being) ซึ่งทฤษฎี Bottom-up spillover แสดงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหลักในชีวิตของปัจเจกบุคคล (เช่น งาน, ครอบครัว, สังคม, เศรษฐกิจ) กับคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยคุณภาพชีวิตในแต่ละส่วน (เช่น คุณภาพชีวิตการทำงาน, คุณภาพชีวิตครอบครัว, คุณภาพชีวิตทางสังคม) ว่ามีอิทธิพลหรือส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมได้



ภาพที่ 1.3 แสดงลำดับชั้นความพึงพอใจ ที่มา (37)

แบบจำลองนี้เป็นความพึงพอใจแบบเป็นลำดับชั้น (hierarchy of satisfaction) ของทฤษฎี Bottom-up spillover โดยมีหลักการพื้นฐานคือ ความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตในแต่ละส่วนย่อยของชีวิต ความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมจะอยู่ที่ส่วนบนสุด ตามมาด้วยส่วนย่อยต่างๆ ที่สำคัญของชีวิต เช่น งาน ครอบครัว กิจกรรม สุขภาพ สังคม เป็นต้น และสถานการณ์หรือสภาพการณ์ภายในของแต่ละส่วนย่อย เช่น เงื่อนไขการทำงาน องค์ประกอบของครอบครัว เป็นต้น จะอยู่ที่ฐานของแบบจำลอง ซึ่งระดับความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม จะได้รับอิทธิพลจากระดับของความพึงพอใจในแต่ละส่วนย่อยของชีวิตของบุคคล (38)

4. เครื่องมือวัดความเครียดจากการทำงานและคุณภาพชีวิต

4.1 เครื่องมือวัดความเครียดจากการทำงาน

แบบสอบถามที่ใช้ทำการวัดความเครียดจากการทำงานเป็นสิ่งสำคัญ การพัฒนาข้อคำถามที่จำเพาะของแต่ละอาชีพหรือสถานที่ทำงาน เช่น พยาบาล (39-43), คนขับรถ (31) เป็นต้น ข้อมูลที่จำเพาะเจาะจงมีประโยชน์ในการสร้างแบบสอบถามที่จะต้องออกแบบเปลี่ยนความจำเพาะของสิ่งแวดล้อมในงานที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย ซึ่งข้อคำถามที่จำเพาะนี้ไม่สามารถใช้เปรียบเทียบปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดของงานกับความแตกต่างของอาชีพได้ ทางเลือกที่ใกล้ความจริงในการวัดแบบทั่วไปหรือทั่วโลกในการวัดลักษณะที่จำเพาะของงานดังเช่น demand, control and social support มีการใช้กันในหลายภาษาเพียงพอที่จะนำมาประยุกต์ใช้กับความหลากหลายของอาชีพ

การทำการศึกษาครั้งนี้ได้นำเอา JCQ มาใช้ในการทดลอง เนื่องจากได้รับความเชื่อถือมีใช้กันแพร่หลายในหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา สวีเดน ไต้หวัน จีน ญี่ปุ่นและในไทย เป็นต้น (6-10, 17, 44-47) ทั้งยังมีงานวิจัยต่างๆ ว่าสามารถทำนายโรคจากการประกอบอาชีพ เช่น CVD, โรคระบบกล้ามเนื้อ และการมีความดันโลหิตสูง เป็นต้น (10, 12, 33, 48-50)

ตารางที่ 1.2 เปรียบเทียบ Validity ของงานวิจัยที่ใช้ JCQ มาทำการศึกษา

References	Psychological job demand	Decision latitude	Social support
Kawakami N and Fujigaki Y, 1996 (Japan)	Male 0.68, Female 0.74	Male 0.80, Female 0.78	Male 0.73 - 0.9, Female 0.66 - 0.87
Jian LI et al., 2003 (China)	0.56	0.72	0.82
Edimansyah BA et al., 2006 (Malay)	0.61	0.74	0.79

ที่มา (45, 46, 51)

เมื่อมาค่า alpha coefficient ที่ยอมรับได้ของแบบสอบถามจะเห็นได้ว่ามีค่าในช่วงที่ยอมรับได้ ซึ่งมีในส่วนของความต้องการทางด้านจิตใจต่องานในบางงานวิจัยเท่านั้นที่มีผลต่ำกว่าที่ยอมรับได้

ด้านพัฒนาการนั้น JCQ มีต้นแบบมาจาก The U.S. Quality of Employment Surveys (QES) พื้นฐานข้อคำถาม JCQ มีคำถามทางจิต 27 ข้อ เริ่มในปี ค.ศ.1979 JCQ ฉบับเต็ม (version 1.1) โดย Karasek และถูกพัฒนาในปี ค.ศ.1985 โดยการเพิ่มข้อคำถาม ในปี ค.ศ.1995 มีการปรับปรุงให้ทันสมัยเพิ่มมากขึ้น (version 1.5) (28)

เครื่องมือในการวัดความเครียดจากงานนั้น มาจาก Job Content Questionnaire ของ Robert Karasek ซึ่งมาดัดแปลงให้เป็นรูปแบบภาษาไทยโดย ผศ. ดร. พญ.พิชญ์พรพรทองสุข โดยข้อคำถามมี 7 องค์ประกอบ คือ 1. อำนาจควบคุมงาน 2. การเรียกร่องจากงานด้านจิตใจรวม 3. การเรียกร่องจากงานทางกาย 4. การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน 5. การสนับสนุนจากหัวหน้างาน 6. งานมันคง 7. สิ่งคุกคามสุขภาพในงาน มีข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.54 (52)

4.2 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตได้มีการเริ่มมาจากการใช้เครื่องชี้วัดทางเศรษฐกิจ คือ GNP per capita เป็นตัวชี้วัดการพัฒนาซึ่งต่อมาได้มีคำถามและความรู้สึกว่าการวัดการพัฒนาเพียงด้านเศรษฐกิจเพียงด้านเดียวคงไม่เพียงพอ ตั้งแต่ทศวรรษ 1960 จึงเป็นทศวรรษที่มองการพัฒนาในระดับกว้างขึ้น คือ มุ่งที่ “ความเป็นอยู่ที่ดีของสังคม” โดยมองที่ปัจเจกบุคคลและสังคมส่วนรวม ต่อมาองค์การสหประชาชาติได้จัดตั้งมหาวิทยาลัยแห่งสหประชาชาติ (NUN) และริเริ่มโครงการพัฒนาเครื่องชี้วัดทางสังคมในระดับนานาชาติที่เป็นระบบมากขึ้น ก้าวที่สำคัญของการพัฒนาเครื่องชี้วัดคืองาน UNDP ที่ได้จัดทำ “ดัชนีพัฒนามนุษย์” (HDI) เริ่มปี ค.ศ.1989 และรายงานประจำปีฉบับแรกปี 1990 มีองค์ประกอบ 3 ประการคือ การมีชีวิตที่ยืนยาว ความรู้ และมาตรฐานความเป็นอยู่ ซึ่งมีปัญหาการวัดเกิดขึ้นจากความแตกต่างกัน การนิยามที่ไม่ตรงกันก่อนจะมาเป็นสากลเหมือนในปัจจุบัน (34)

ตารางที่ 1.3 ตารางสรุปเครื่องชี้วัดทางสังคมและคุณภาพชีวิต

หน่วยงาน/ปีเริ่มใช้	ชื่อเครื่องชี้วัด	วิธีใช้
OECD, 1973	การวัดความเป็นอยู่ที่ดี	เพื่อวัดสาระต่างๆ ของความเป็นอยู่ที่ดี
UNSO (สำนักงานสถิติแห่งสหประชาชาติ), 1978	UNSO “Guidelines”	เป็นแนวทางการพัฒนาเครื่องชี้วัดประเทศต่างๆ
ESCAP, 1989	เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของประเทศในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก	เพื่อวัดสาระต่างๆ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
UNDP, 1990	เครื่องชี้วัดการพัฒนามนุษย์	จัดทำรายงานและจัดอันดับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศต่างๆ ในโลก
UNDP, เสนอปี1994	เครื่องชี้วัดความมั่นคงของชีวิตมนุษย์	เพื่อชี้วัดความมั่นคงของชีวิตมนุษย์
WHO, เสนอปี1996	เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต	วัดคุณภาพชีวิตของมนุษย์

ที่มา (34)

จากเครื่องชี้วัดสังคมและคุณภาพชีวิตในตารางข้างต้น ที่เลือกมานี้เป็นเครื่องชี้วัดที่ใช้กับประเทศต่างๆ หลายประเทศ ส่วนที่ไม่ได้นำมาเสนอจะเป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต เครื่องชี้วัดการพัฒนาสังคม หรือเครื่องชี้วัดเศรษฐกิจสังคมเพื่อวางแผนการพัฒนา ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดที่ใช้ภายในประเทศเท่านั้น ที่เลือกใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกเนื่องจาก ทีมงานที่พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของ WHO โดยมี ดร.จอห์น ออร์ลี เป็นนายแพทย์ใหญ่ผู้นำในการพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต ได้พยายามสร้างเครื่องมือที่นำไปใช้ได้อย่างสากลไม่ว่าวัฒนธรรมแต่ละท้องถิ่นจะแตกต่างกันอย่างไร (13) ซึ่งนับว่าเป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสากล และมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ยอมรับได้

การวัดคุณภาพชีวิตในวิจัยนี้เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย มีหัวข้อทั้งหมด 26 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบ ภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของ

คุณภาพชีวิต 4 ด้าน มีทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ที่เลือกใช้เพราะเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตชุดย่อ ฉบับภาษาไทยนี้การศึกษาค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient ของเครื่องมือเทียบกับแบบวัด WHOQOL-100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็น จิตนีย (Subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม เพราะนิยามของ QOL จะเน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบ ไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะวัดในรายละเอียดของอาการ โรค หรือสภาพต่างๆ แต่ถือเป็นการประเมินผลของโรค และวิธีการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต

คุณสมบัติของเครื่องวัด

เครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องวัดที่พัฒนามาจากเครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิต และสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม หลังจากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ ทำเช่นนี้อยู่ 3 รอบ

การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL-100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ ด้วยเหตุนี้มีความเป็นมาตรฐานและใช้งานได้ง่าย

วิธีการใช้

เป็นแบบวัดที่ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ในผู้ที่มีอายุ 15 - 60 ปี ไม่จำกัดเพศ ในกรณี ที่ไม่สามารถอ่านออก เขียนได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟังและผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึก สุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้

การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยใคร หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึง ความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

การนำไปใช้ประโยชน์

เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อนี้ สามารถนำไปใช้ในการทดลองทางคลินิก ใช้หาคะแนนพื้นฐาน (baseline scores) ในพื้นที่ๆ ต้องการและสามารถใช้วัดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิต เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาที่ใช้มาตรการอย่างหนึ่งอย่างใด ทั้งยังคาดหวังว่าเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิต WHOQOL จะมีประโยชน์อย่างยิ่งในกรณีที่มีการดำเนินของโรคนั้นๆ คุณเหมือนว่าอาการจะดีขึ้น หรือรุนแรงขึ้นเพียงบางส่วน และในกรณีที่การรักษาอาจจะเป็นแค่การบรรเทาอาการให้ดีขึ้นมากกว่าจะเป็นการรักษาให้หายขาด ในทางคลินิกเครื่องชี้วัด WHOQOL จะช่วยแพทย์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา สามารถบ่งชี้ถึงความเป็นไปได้ว่าการรักษานั้นได้ผลดี และ

เสียค่าใช้จ่ายมากหรือน้อย แพทย์สามารถนำมาใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงระดับของคุณภาพชีวิตจากการรักษาได้

เป็นที่คาดหวังว่าในอนาคต WHOQOL-BREF จะมีประโยชน์ในการวิจัยเพื่อวางนโยบายทางสุขภาพ เพราะเครื่องมือถูกพัฒนาขึ้นมาให้ใช้ได้ไม่จำกัดวัฒนธรรม ไม่จำกัดผู้ให้บริการทางการแพทย์ ผู้ใช้ และในแง่ของกฎหมาย จากความเป็นสากลของแบบวัดสามารถเปรียบเทียบคะแนนกันได้ในเชิงระบาดวิทยา หรือในกรณีการศึกษาที่ต้องใช้การสะสมข้อมูลจากหลายๆ ศูนย์จะช่วยให้มั่นใจ และยอมรับข้อมูลที่ได้

ข้อจำกัด

1. การนำแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ไปใช้กับประชาชนบางกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้สูงอายุอาจจะมีปัญหาในการใช้ เนื่องจากในการพัฒนาแบบวัดไม่ได้ศึกษาบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แนวทางแก้ไขหากมีปัญหากเกิดขึ้นจากการตอบคำถาม อาจเปลี่ยนไปใช้วิธีสัมภาษณ์ตามข้อคำถามที่มีอยู่แล้วให้ผู้ตอบเป็นผู้ประเมินคำตอบด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัยไม่เข้าใจผู้สัมภาษณ์สามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ ตามกรอบหรือขอบเขตที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเอาไว้ในแต่ละหมวด

2. ข้อคำถามบางข้อยังมีจุดอ่อนของการเข้าใจคำถามอยู่บ้าง โดยเฉพาะข้อคำถามที่เกี่ยวกับเรื่องเพศเป็นคำถามที่ค่อนข้างมีปัญหาอยู่บ้าง ทั้งนี้เนื่องจากคำถามที่ต้องการบางข้อเป็นการยากที่จะใช้เพียงคำถามเดียว แล้วให้ผู้ตอบเข้าใจได้อย่างถูกต้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ แนวทางแก้ไขในกรณีที่น่าไปใช้แล้วเกิดปัญหาไม่เข้าใจคำถามที่ทำได้ คือการให้คำอธิบายเพิ่มเติมตามขอบเขตที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ในแต่ละข้อคำถาม (13, 53)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดจากการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา

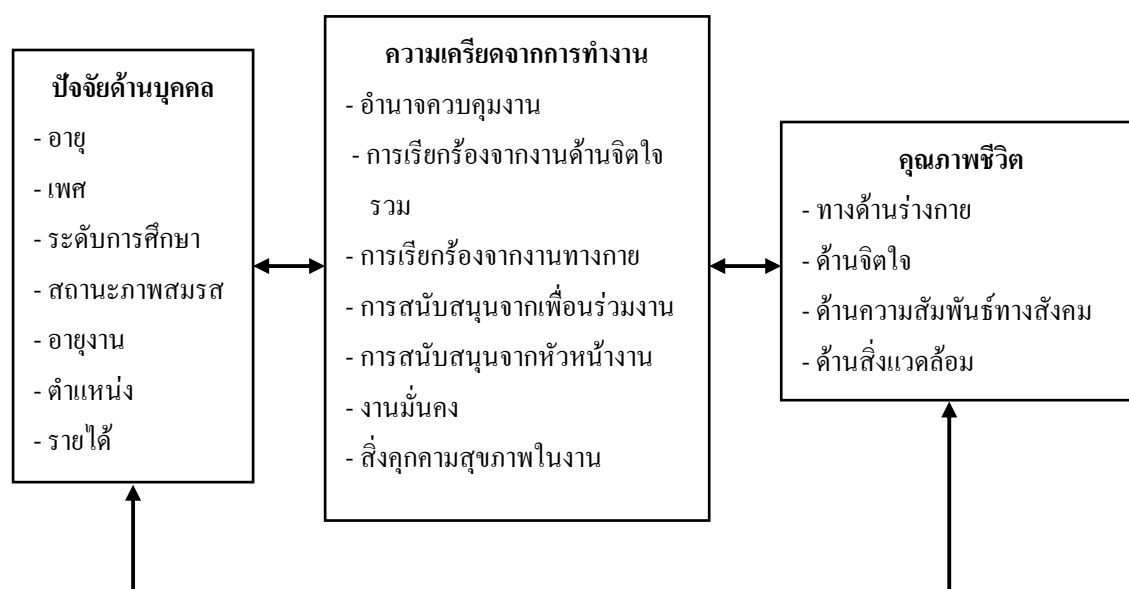
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา

คำถามการวิจัย

1. ความชุกของความเครียดจากการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมาเป็นเท่าไร
2. ระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมาเป็นอย่างไร
3. ระดับความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์อย่างไรกับคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดและทฤษฎีของ Karasek ที่มีแนวคิดว่า ความเครียดจากงานเกิดจากส่วนประกอบที่สำคัญ คือ ความคาดหวังในงาน การตัดสินใจในการดำเนินงาน รวมไปถึงการดูแลจากสังคมไม่ว่าจะเป็นเพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน หรือผู้บริหารงานนั้น และได้แบ่งกลุ่มตามที่ทบทวนวรรณกรรม



ภาพที่ 1.4 แสดงกรอบแนวคิดของงานวิจัย

นิยามศัพท์ของการวิจัย

ความเครียดจากงาน หมายถึง การตอบสนองของบุคคลในภาวะที่สุขภาพทางร่างกายและจิตใจขาดความสมดุล อันเนื่องมาจากปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ซึ่งไม่สามารถปรับตัวให้เหมาะสม เป็นผลให้เกิดความวุ่นวายทางจิต เกิดผลเสียต่อสุขภาพ รวมถึงอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุ ตลอดจนอาจทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงด้วย

คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจในตนเอง ทั้งทางด้านวัตถุ สังคม และจิตใจ รวมถึงความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคลซึ่งต้องเป็นไปอย่างน้อยตามเกณฑ์มาตรฐานที่ตั้งไว้อย่างเหมาะสม

บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง ข้าราชการ หรือพนักงานของรัฐที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานอนามัยสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งได้แก่ เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา ในที่นี้จะไม่รวมถึงเจ้าพนักงานทันตกรรมประจำสถานอนามัย เพราะเจ้าพนักงานทันตกรรมจะทำงานเฉพาะไม่มีส่วนร่วมกับงานอื่นๆ ของสถานอนามัย

สถานอนามัย หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขของภาครัฐ ซึ่งขึ้นกับกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น จะไม่รวมถึงศูนย์บริการสุขภาพหรือสถานอนามัยของเทศบาล เพราะที่ทางเทศบาลจะมีภาระงานที่แตกต่างกับสถานอนามัยของกระทรวงสาธารณสุขการแบ่งงานเป็นฝ่ายทำงานแต่ละส่วนของงานที่ตนเองรับผิดชอบซึ่งไม่ได้มีภาระงานเหมือนกับสถานอนามัยของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องร่วมกันทำงานทุกงานในพื้นที่รับผิดชอบของสถานอนามัยนั้นๆ

ผู้ปฏิบัติงาน หมายถึง มีการปฏิบัติงานในช่วงที่ผู้วิจัยกำลังดำเนินการวิจัย ไม่รวมถึงผู้ที่ลาศึกษาต่อ หรือไปช่วยราชการในสถานที่อื่นที่มีไปปฏิบัติงานอยู่ในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา และต้องปฏิบัติงานมาไม่น้อยกว่า 1 ปี

โรงพยาบาลศูนย์ หมายถึง โรงพยาบาลในระดับจังหวัดที่มีขนาดเกิน 500 เตียงขึ้นไป และมีแพทย์เฉพาะสาขาต่าง ๆ ครบถ้วน (54) หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีเครื่องมือเครื่องมือพร้อม มีแพทย์ specialist ทุกสาขาอยู่ โรงพยาบาลนี้มักจะเป็นศูนย์กลางให้จังหวัดใกล้เคียง Refer case ที่ยุ่งยากซับซ้อนมาให้ ตัวอย่างโรงพยาบาลศูนย์ก็เช่น โรงพยาบาลพุทธชินราช ซึ่งรับดูแลคนไข้ในจังหวัดพิษณุโลก สุโขทัย อุตรดิตถ์ ฯลฯ โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง (55)

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาจากบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนานามัยในจังหวัดนครราชสีมา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการที่จะปรับปรุง แก้ไขความเครียดในการทำงาน เพื่อส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการที่จะศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม เพื่อแก้ไขความเครียดในการทำงานและพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้ที่สนใจต่อไป

บทที่ 2

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive) โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมด้วย เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยใช้แบบสอบถาม

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ประชากรเป้าหมายเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีจำนวนประชากรประมาณ 315 คน (ข้อมูลจากการสำรวจ พ.ศ.2551) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จะใช้ประชากรทั้งหมดในการเก็บแบบสอบถาม ซึ่งประชากรจะแบ่งเป็น หัวหน้าสถานอนามัย นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค

เกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก

1. เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีการปฏิบัติงานอยู่ในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมาในช่วงระยะเวลาที่มีการดำเนินการวิจัย และมีความยินดีในการร่วมงานวิจัย
2. ไม่รวมถึงเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขประจำสถานอนามัย
3. ไม่รวมถึงบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานมาน้อยกว่า 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามที่ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในการศึกษา ซึ่งได้มีการแบ่งส่วนประกอบในแบบสอบถามเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นการสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ อายุงาน รายได้

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเครียดจากงาน

แบบสอบถามความเครียดจากงานนี้ได้ถูกดัดแปลงมาจากเครื่องมือวัดความเครียดจากงาน Job Content Questionnaire ของ Robert Karasek เดิมมีข้อคำถามทั้งหมด 42 ข้อ นำมาดัดแปลงเป็นรูปแบบภาษาไทยโดย ผศ. ดร. พญ.พิชญา พรรคทองสุข มีข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 7 ข้อ คือ

อำนาจควบคุมงาน	จำนวน	9	ข้อ
การเรียกร้องจากงานด้านจิตใจรวม	จำนวน	13	ข้อ
(การเรียกร้องจากงานด้านจิตใจ 10 ข้อ + ภาระงานที่หนักเกิน 3 ข้อ)			
การเรียกร้องจากงานทางกาย	จำนวน	3	ข้อ
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน	จำนวน	4	ข้อ
การสนับสนุนจากหัวหน้างาน	จำนวน	4	ข้อ
งานมั่นคง	จำนวน	4	ข้อ
สิ่งคุกคามสุขภาพในงาน	จำนวน	8	ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

อำนาจควบคุมงาน, การเรียกร้องจากงานด้านจิตใจรวม, การเรียกร้องจากงานทางกาย, การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน และการสนับสนุนจากหัวหน้างาน แบ่งเป็น 4 ระดับ

- ไม่เห็นด้วยมาก	มีระดับคะแนน	1	คะแนน
- ไม่เห็นด้วย	มีระดับคะแนน	2	คะแนน
- เห็นด้วย	มีระดับคะแนน	3	คะแนน
- เห็นด้วยมาก	มีระดับคะแนน	4	คะแนน

งานมั่นคง แบ่งเป็น 4 แบบ

แบบที่ 1 แบ่งเป็น 4 ระดับ เหมือนกับอำนาจควบคุมงาน

แบบที่ 2 แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

- ไม่ใช่ มีงานเป็นช่วงและ เลิกจ้างงานบ่อยๆ	มีระดับคะแนน	1	คะแนน
- ไม่ใช่ เลิกจ้างงานบ่อยๆ	มีระดับคะแนน	2	คะแนน
- ไม่ใช่ มีงานเป็นช่วงๆ	มีระดับคะแนน	3	คะแนน
- มีงานทำสม่ำเสมอตลอดปี	มีระดับคะแนน	4	คะแนน

แบบที่ 3 แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

- ปีที่แล้วฉันตงงาน

หรือถูกเลิกจ้าง	มีระดับคะแนน	1	คะแนน
- ตลอดเวลา	มีระดับคะแนน	2	คะแนน
- เคยมากกว่า 1 ครั้ง	มีระดับคะแนน	3	คะแนน
- เคย 1 ครั้ง	มีระดับคะแนน	4	คะแนน
- ไม่มีเลย	มีระดับคะแนน	5	คะแนน
แบบที่ 4 แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ			
- มีโอกาสสูงมาก	มีระดับคะแนน	1	คะแนน
- มีโอกาสบ้าง	มีระดับคะแนน	2	คะแนน
- ไม่ค่อยมีโอกาส	มีระดับคะแนน	3	คะแนน
- ไม่มีโอกาสเลย	มีระดับคะแนน	4	คะแนน
สิ่งคุกคามสุขภาพในงาน	แบ่งเป็น 3 ระดับ		
- ไม่มีปัญหา	มีระดับคะแนน	1	คะแนน
- มีบ้าง/เป็นปัญหาน้อย	มีระดับคะแนน	2	คะแนน
- มีเป็นปัญหามาก	มีระดับคะแนน	3	คะแนน

ตารางที่ 2.1 วิธีคำนวณคะแนนแบบวัดความเครียดจากงานของไทย

1. อำนาจควบคุมงาน	$=2 \times (Q1+Q2+Q3+Q4+Q5+Q6+Q7+Q8+Q9)$
2. การเรียกร้องจากงานด้าน จิตใจรวม	$=\text{การเรียกร้องจากงานด้านจิตใจ} + \text{ภาระงานที่หนักเกิน}$ $=[0.9 \times (Q10+Q11+Q12+Q13+Q14+Q15+Q16+Q17+Q18+Q19)]$ $+ [3 \times (Q23+Q24+Q25)]$
3. การเรียกร้องจากงานทางกาย	$=Q20+Q21+Q22$
4. การสนับสนุนทางสังคม	$=\text{การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน} + \text{การสนับสนุนจากหัวหน้างาน}$ $= 2.25 \times [Q27+Q28+Q29+Q30+Q31+Q32+Q33+Q34]$
5. งานมันคง	$=Q26+Q43+Q44+Q45$
6. สิ่งคุกคามสุขภาพในงาน	$=Q35+Q36+Q37+Q38+Q39+Q40+Q41+Q42$

เกณฑ์การแปลค่าคะแนนแบบสอบถามความเครียดในงาน

เมื่อรวมคะแนนจากแบบสอบถามแล้ว ในด้านการเรียกร่องจากงานด้านจิตใจรวม และการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานและหัวหน้างานนำคะแนนที่ได้มาหาเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ส่วนด้านอำนาจควบคุมงานนำคะแนนที่ได้มาหาเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25

ตอนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในวิจัยนี้เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย มีหัวข้อทั้งหมด 26 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน มีทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

การให้คะแนน

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ	3	ข้อ	กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้
กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก	23	ข้อ	
กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้			กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้
ตอบ ไม่เลย ให้ 5 คะแนน			ตอบ ไม่เลย ให้ 1 คะแนน
ตอบ เล็กน้อย ให้ 4 คะแนน			ตอบ เล็กน้อย ให้ 2 คะแนน
ตอบ ปานกลาง ให้ 3 คะแนน			ตอบ ปานกลาง ให้ 3 คะแนน
ตอบ มาก ให้ 2 คะแนน			ตอบ มาก ให้ 4 คะแนน
ตอบ มากที่สุด ให้ 1 คะแนน			ตอบ มากที่สุด ให้ 5 คะแนน

การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
คะแนน 61 – 95 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ
คะแนน 96 – 130 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ตารางที่ 2.2 การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7 – 16	17 – 26	27 – 35
2. ด้านจิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 – 30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 – 7	8 – 11	12 – 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 – 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 – 60	61 – 95	96 – 130

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย	ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24
องค์ประกอบด้านจิตใจ	ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23
องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม	ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25
องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม	ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้

การนำเสนอผลจะต้องนำเสนอในรูปแบบของคะแนนเฉลี่ยทั้งหมด และคะแนนของแต่ละองค์ประกอบด้วย เพื่อใช้เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คุณภาพเครื่องมือของแบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน

ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.54 ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ได้รับการพัฒนา ทดสอบ และทดลองใช้ในคนไทยแล้ว

คุณภาพเครื่องมือของแบบสอบถามคุณภาพชีวิต

ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL – 100 ฉบับ ภาษาไทยที่ WHO ขอมรับอย่างเป็นทางการ

การดำเนินการวิจัย

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
2. เตรียมเครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย
3. ทำหนังสือจากสาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส และสาธารณสุขอำเภอ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลกับบุคลากรสาธารณสุขประจำสถานีนามัยในพื้นที่
4. ดำเนินการชี้แจงแก่นักวิชาการประจำสาธารณสุขอำเภอ เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม
5. ดำเนินการแจกแบบสอบถาม และตามเก็บแบบสอบถามกลับคืน โดยมีวิธีการดังนี้
 - 5.1 ส่งแบบสอบถามโดยที่แยกแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามละ 1 ซอง แยกเป็นแต่ละสถานีนามัยให้กับนักวิชาการประจำสาธารณสุขอำเภอเพื่อแจกให้สถานีนามัยต่อไป จากนั้น 1 สัปดาห์ ตามเก็บแบบสอบถาม
 - 5.2 แบบสอบถามที่ยังได้ไม่ครบจะดำเนินการลงเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง พร้อมกับอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่
6. เก็บรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของแบบสอบถาม
7. ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม
8. แปรผลและเขียนรายงานวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้ การทดสอบ Chi-Square test และ Non Parametric test และใช้สถิติ Logistic regression เพื่อหา Odds Ratio โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001

บทที่ 3

ผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงาน กับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนราธิวาส ดำเนินการเก็บข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนราธิวาส จำนวนทั้งหมด 315 คน จากสถานอนามัยทั้งหมด 111 สถานอนามัย ใน 13 อำเภอของจังหวัดนราธิวาส ยกเว้นเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยไม่ถึง 1 ปี และได้แจกแบบสอบถามทั้งหมด 315 ฉบับ ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2551 ถึงวันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ.2551 ได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 289 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 91.7 ซึ่งจะได้นำเสนอผลการศึกษาลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ อายุงาน รายได้ ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนราธิวาส

ส่วนที่ 2 ระดับของความเครียดจากการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนราธิวาส

ส่วนที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน มีทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ และคุณภาพชีวิตโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนราธิวาส

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนานามัยในจังหวัดนครราชสีมาได้ จำนวน 289 คน ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวน ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนานามัยในจังหวัด

นครราชสีมาจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

n = 289

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	84	29.1
หญิง	205	70.9
อายุ		
20 – 29 ปี	72	24.9
30 – 39 ปี	113	39.1
40 – 49 ปี	74	25.6
50 ปีขึ้นไป	30	10.4
Median = 34	Min. = 21	Max. = 58
สถานะภาพสมรส		
โสด	72	24.9
สมรส	202	69.9
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	15	5.2
ระดับการศึกษา		
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	93	32.2
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	196	67.8

ตารางที่ 3.1 จำนวน ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัด
นครราชสีมาจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ) n = 289

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ตำแหน่งหน้าที่		
หัวหน้าสถานอนามัยหรือ		
รักษาการหัวหน้าสถานอนามัย	85	29.5
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	94	32.5
นักวิชาการสาธารณสุข	39	13.5
พยาบาลวิชาชีพ	68	23.5
พยาบาลเทคนิค	3	1.0
อายุงาน		
1 – 9 ปี	98	33.9
10 – 19 ปี	105	36.3
20 – 29 ปี	65	22.5
30 ปี ขึ้นไป	21	7.3
Median = 12	Min. = 1	Max. = 36
รายได้ต่อเดือน		
5,000 – 9,999 บาท	71	24.6
10,000 – 14,999 บาท	86	29.7
15,000 – 19,999 บาท	35	12.1
20,000 บาท ขึ้นไป	97	33.6
Median = 14,060	Min. = 6,000	Max. = 32,480

จากตารางที่ 3.1 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.9 อายุระหว่าง 30 – 39 ปี มีมากที่สุด ร้อยละ 39.1 ค่ามัธยฐานของอายุ 34 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสที่แต่งงาน ร้อยละ 69.9 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 67.8

กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 32.5 ส่วนใหญ่มีอายุงานระหว่าง 1 – 19 ปี ร้อยละ 70.2 ค่ามัธยฐานของอายุงาน 12 ปี รายได้ต่อเดือน 20,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 33.6 ค่ามัธยฐานของรายได้ 14,060 บาท

ส่วนที่ 2 ระดับของความเครียดจากการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนราธิวาส

การหาระดับของความเครียดจากงาน ดำเนินการวัดความเครียดโดยใช้แบบสอบถามความเครียดจากการทำงานฉบับภาษาไทยซึ่งได้ดัดแปลงมาจากเครื่องมือวัดความเครียดจากงาน Job Content Questionnaire ของ Karasek แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

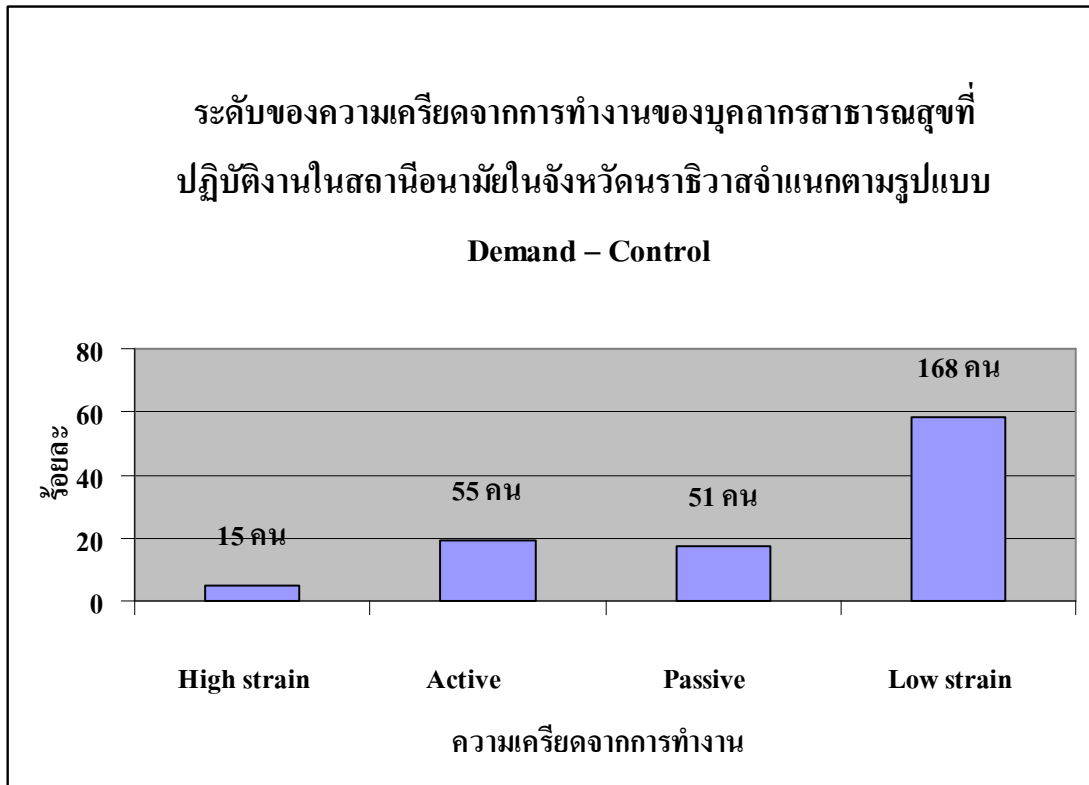
ขั้นตอนที่ 1 แบ่งกลุ่มตามรูปแบบ Demand – Control ของ Karasek เป็น 4 กลุ่ม Active Passive High strain และ Low strain ผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 ระดับของความเครียดจากการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนราธิวาสจำแนกตามรูปแบบ Demand – Control **n = 289**

ระดับความเครียดจากการทำงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
High strain	15	5.2
Active	55	19.0
Passive	51	17.6
Low strain	168	58.2

จากตารางที่ 3.2 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดจากการทำงานอยู่ในกลุ่ม Low strain (การควบคุมงานสูง ความต้องการงานต่ำ) ร้อยละ 58.2 รองลงมา มีระดับความเครียดจากการทำงานอยู่ในกลุ่ม Active (การควบคุมงานสูง ความต้องการงานสูง) ร้อยละ 19.0 และมีระดับความเครียดจากการทำงานอยู่ในกลุ่ม High strain (การควบคุมงานต่ำ ความต้องการงานสูง) น้อยที่สุด ร้อยละ 5.2

จากตารางที่ 3.2 แสดงระดับของความเครียดจากการทำงานจำแนกตามรูปแบบ Demand – Control ออกมาในแบบของรูปภาพ ได้ดังภาพที่ 3.1



ภาพที่ 3.1 แสดงระดับของความเครียดจากการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมาจำแนกตามรูปแบบ Demand – Control

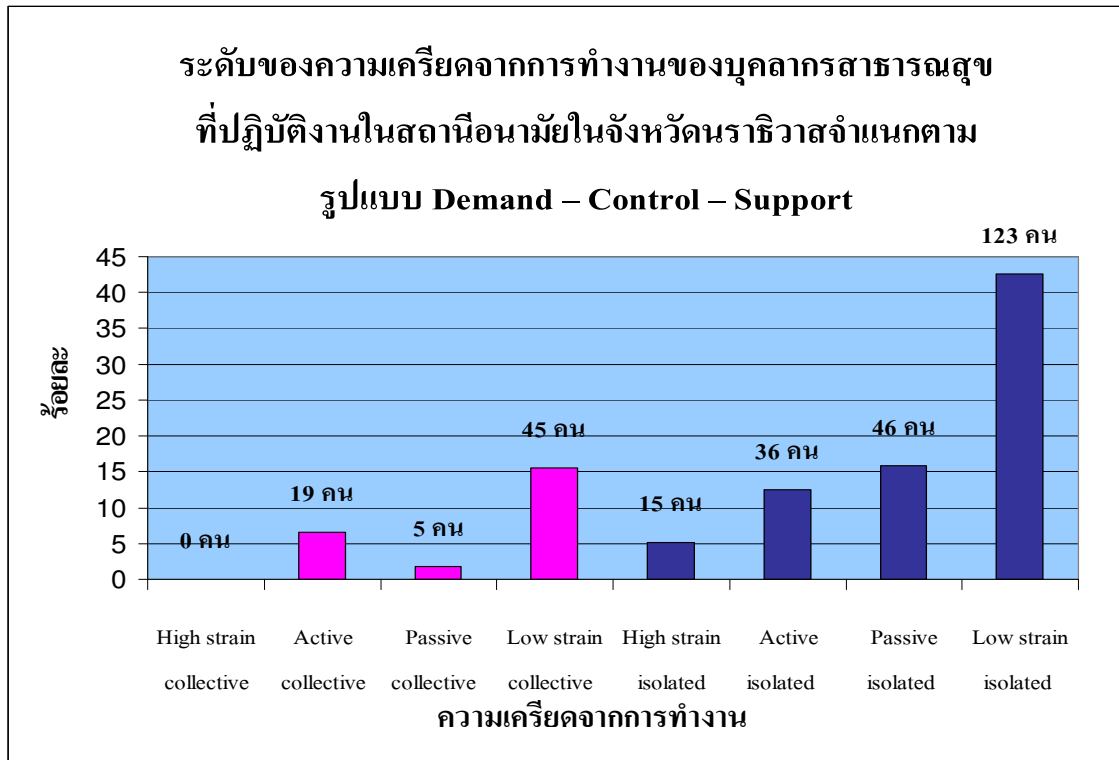
ขั้นตอนที่ 2 แบ่งกลุ่มโดยมีการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เข้ามาใน Demand - Control ทำให้มีการแบ่งกลุ่มจาก 4 กลุ่ม มีการแบ่งชั้นอีก 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง เรียกว่า Collective group กลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำเรียกว่า Isolated group ทำให้แบ่งกลุ่มการศึกษาได้เป็น 8 กลุ่มย่อย ผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 3.3

ตารางที่ 3.3 ระดับของความเครียดจากการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนานามัยในจังหวัดนครราชสีมาจำแนกตามรูปแบบ Demand – Control – Support
n = 289

ระดับความเครียดจากการทำงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Collective group		
High strain collective	0	0
Active collective	19	6.6
Passive collective	5	1.7
Low strain collective	45	15.6
Isolated group		
High strain isolated	15	5.2
Active isolated	36	12.5
Passive isolated	46	15.8
Low strain isolated	123	42.6

จากตารางที่ 3.3 เมื่อมีการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมเข้ามาร่วมแบ่งกลุ่มด้วยผลที่ได้คือ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดจากการทำงานอยู่ในกลุ่ม Low strain isolated (การควบคุมงานสูง ความต้องการงานต่ำ และการสนับสนุนทางสังคมต่ำ) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.6 รองลงมามีระดับความเครียดจากการทำงานอยู่ในกลุ่ม Passive isolated (การควบคุมงานต่ำ ความต้องการงานต่ำและการสนับสนุนทางสังคมต่ำ) ร้อยละ 15.8 ส่วนกลุ่มที่มีจำนวนน้อยที่สุดมีระดับความเครียดจากการทำงานอยู่ในกลุ่ม Passive collective (การควบคุมงานต่ำ ความต้องการงานต่ำ และการสนับสนุนทางสังคมสูง) ร้อยละ 1.7

จากตารางที่ 3.3 แสดงระดับของความเครียดจากการทำงานจำแนกตามรูปแบบ Demand – Control – Support ออกมาในแบบของรูปภาพ ได้ดังภาพที่ 3.2



ภาพที่ 3.2 แสดงระดับของความเครียดจากการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมาจำแนกตามรูปแบบ Demand – Control – Support

ส่วนที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยใน จังหวัดนครราชสีมา

การศึกษานี้ศึกษาถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ประกอบด้วยองค์ประกอบของ
คุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และ
คุณภาพชีวิตโดยรวม โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับ
ภาษาไทย ผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 3.4

ตารางที่ 3.4 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่
ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา n = 289

องค์ประกอบของ คุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จำนวน (%)	คุณภาพชีวิตกลางๆ จำนวน (%)	คุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน (%)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0 (0)	215 (74.4)	74 (25.6)
ด้านสุขภาพกาย	2 (0.7)	260 (90.0)	27 (9.3)
ด้านจิตใจ	5 (1.7)	185 (64.0)	99 (34.3)
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 (1.0)	167 (57.8)	119 (41.2)
ด้านสิ่งแวดล้อม	4 (1.4)	211 (73.0)	74 (25.6)

จากตารางที่ 3.4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ใน
ระดับกลางๆ ร้อยละ 74.4 รองลงมาเป็นคุณภาพชีวิตในระดับดี ร้อยละ 25.6

ในด้านองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในทุกองค์ประกอบจะมีระดับคุณภาพชีวิต
กลางๆ เป็นส่วนใหญ่ ระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ 2 อันดับแรก เป็นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย และ
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 90.0 และ 73.0 ตามลำดับ รองลงมา คือ ระดับคุณภาพชีวิตที่ดี
2 อันดับแรก เป็นคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ร้อยละ 41.2
และ 34.3 ตามลำดับ ระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 2 อันดับแรก เป็นคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และคุณภาพ
ชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 1.7 และ 1.4 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิต

การวิเคราะห์เริ่มต้นเป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเครียดจากการทำงาน เพื่อหาปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลใดบ้างที่มีส่วนสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงาน ดังตารางที่ 3.5 และ ตารางที่ 3.6

ตารางที่ 3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเครียดจากการทำงานของบุคลากร
สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนราธิวาส **n = 289**

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Active	High strain	Low strain	Passive	p-value
		จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)	
เพศ						0.075_A
ชาย	84	21 (25.0)	7 (8.3)	46 (54.8)	10 (11.9)	
หญิง	205	34 (16.6)	8 (3.9)	122 (59.5)	41 (20.0)	
อายุ						0.709_A
20 – 29 ปี	72	11 (15.3)	6 (8.3)	44 (61.1)	11 (15.3)	
30 – 39 ปี	113	22 (19.5)	6 (5.3)	65 (57.5)	20 (17.7)	
40 – 59 ปี	104	22 (21.2)	3 (2.9)	59 (56.7)	20 (19.2)	
สถานะภาพสมรส						0.499_A
โสด	87	17 (19.5)	7 (8.0)	47 (54.0)	16 (18.4)	
สมรส	202	38 (18.8)	8 (4.0)	121 (59.9)	35 (17.3)	
ระดับการศึกษา						0.830_A
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	93	17 (18.3)	4 (4.3)	53 (57.0)	19 (20.4)	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	196	38 (19.4)	11 (5.6)	115 (58.7)	32 (16.3)	
ตำแหน่งหน้าที่						0.839_B
หัวหน้าสถานอนามัยหรือ รักษาการหัวหน้าสถานี อนามัย	85	16 (18.8)	3 (3.5)	55 (64.7)	11 (12.9)	
เจ้าพนักงานสาธารณสุข						
ชุมชน	94	16 (17.0)	6 (6.4)	52 (55.3)	20 (21.3)	
นักวิชาการสาธารณสุข	39	7 (17.9)	3 (7.7)	22 (56.4)	7 (17.9)	
พยาบาล	71	16 (22.5)	3 (4.2)	39 (54.9)	13 (18.3)	

หมายเหตุ : _A ใช้ Chi-square test ในการทดสอบ _B ใช้ Fisher's exact test ในการทดสอบ

ตารางที่ 3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเครียดจากการทำงานของบุคลากร
สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา (ต่อ) $n = 289$

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Active	High strain	Low strain	Passive	p-value
		จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)	
อายุงาน						0.442_A
1 – 9 ปี	98	18 (18.4)	8 (8.2)	60 (61.2)	12 (12.2)	
10 – 19 ปี	105	20 (19.0)	5 (4.8)	59 (56.2)	21 (20.0)	
20 – 39 ปี	86	17 (19.8)	2 (2.3)	49 (57.0)	18 (20.9)	
รายได้ต่อเดือน						0.484_A
5,000 – 9,999 บาท	71	11 (15.5)	6 (8.5)	43 (60.6)	11 (15.5)	
10,000 – 14,999 บาท	86	18 (20.9)	7 (8.1)	47 (54.7)	14 (16.3)	
15,000 – 19,999 บาท	35	6 (17.1)	0 (0)	21 (60.0)	8 (22.9)	
20,000 บาท ขึ้นไป	97	20 (20.6)	2 (2.1)	57 (58.8)	18 (18.6)	

หมายเหตุ : _A ใช้ Chi-square test ในการทดสอบ _B ใช้ Fisher's exact test ในการทดสอบ

จากตารางที่ 3.5 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีข้อมูลส่วนบุคคลในแต่ละตัวแปรส่วนใหญ่มีความเครียดจากการทำงานแบบ Low strain ในทุกตัวแปร มีรายละเอียดของข้อมูลดังนี้ เพศชาย ร้อยละ 54.8 และเพศหญิง ร้อยละ 59.5 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 – 29 ปี ร้อยละ 66.1 สถานภาพสมรสที่แต่งงาน และโสด ร้อยละ 59.9 และ 54.0 ตามลำดับ การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า และอนุปริญญาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 58.7 และ 57.0 ตามลำดับ ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าสถานอนามัยหรือรักษาการหัวหน้าสถานอนามัย ร้อยละ 64.7 ส่วนใหญ่มีอายุงานระหว่าง 1 – 9 ปี ร้อยละ 61.2 รายได้ต่อเดือน 5,000 – 9,999 บาท ร้อยละ 60.6

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลในด้านต่างๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา

ตารางที่ 3.6 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตแบบเป็นรายคะแนนกับ
ความเครียดจากการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนอมาลัยใน
จังหวัดนครราชสีมา n = 289

ข้อมูลส่วนบุคคล	Active	High strain	Low strain	Passive	p-value
อายุ					0.150
median(Q ₁ , Q ₃)	35.0 (31.0, 43.5)	30.0 (22.5, 33.5)	34.0 (27.8, 44.0)	35.0 (30.5, 44.5)	
อายุงาน					0.055
median(Q ₁ , Q ₃)	12.0 (8.0, 20.5)	6.0 (1.0, 11.5)	12.0 (4.0, 21.0)	13.0 (10.0, 23.5)	
รายได้ต่อเดือน					0.172
median(Q ₁ , Q ₃)	14,330.0 (11,775.0, 22,430.0)	11,650.0 (7,540.0, 14,130.0)	14,135.0 (8,972.5, 23,205.0)	15,000.0 (11,195.0, 22,465.0)	

หมายเหตุ : ใช้ Kruskal-Wallis test ในการทดสอบ

จากตารางที่ 3.6 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของอายุมากที่สุด 35.0 ปี อยู่ในกลุ่มความเครียดจากการทำงานแบบ Active และ Passive ค่ามัธยฐานของอายุงาน มากที่สุด 13.0 ปี อยู่ในกลุ่มความเครียดจากการทำงานแบบ Passive ค่ามัธยฐานของรายได้ต่อเดือนมากที่สุด 15,000.0 บาท อยู่ในกลุ่มความเครียดจากการทำงานแบบ Passive

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คะแนนของอายุ อายุงาน และรายได้ต่อเดือนไม่พบความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงาน

เมื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเครียดจากการทำงานแล้ว การวิเคราะห์ขั้นต่อมาเป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับองค์ประกอบของ
คุณภาพชีวิต เพื่อหาปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลใดบ้างที่มีส่วนสัมพันธ์กับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
ซึ่งในการหาความสัมพันธ์ของระดับคุณภาพชีวิตนั้น ระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีมีจำนวนที่น้อยมาก
ไม่สามารถบอกความแตกต่างในการวิเคราะห์ได้ ดังนั้นจึงมีการนำระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีมารวม
กับระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ ดังนั้น ระดับคุณภาพชีวิตจะมี 2 ระดับ คือ ระดับคุณภาพชีวิตที่ดี กับ
ระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ และไม่ดี ซึ่งจะนำไปใช้ในการวิเคราะห์ในส่วนต่อไป ดังตารางที่ 3.7
ตารางที่ 3.8 และ ตารางที่ 3.9

ตารางที่ 3.7 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของ
บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัยในจังหวัดนครราชสีมา n = 289

ข้อมูลส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตที่ดี(%)				
	คุณภาพชีวิต โดยรวม	ด้าน สุขภาพกาย	ด้านจิตใจ	ด้าน สัมพันธภาพ ทางสังคม	ด้าน สิ่งแวดล้อม
เพศ (p-value)	0.998	0.238	0.940	0.981	0.372
ชาย	26.2	13.1	33.3	41.7	21.4
หญิง	25.4	7.8	34.6	41.0	27.3
อายุ (p-value)	0.366	0.593	0.231	0.513	0.864
20 – 29 ปี	23.6	8.3	37.5	40.3	26.4
30 – 39 ปี	30.1	11.5	38.1	45.1	23.9
40 – 59 ปี	22.1	7.7	27.9	37.5	26.9
สถานะภาพสมรส (p-value)	0.819	0.782	0.318	0.933	0.819
โสด	24.1	8.0	39.1	41.4	24.1
สมรส	26.2	9.9	32.2	41.1	26.2
ระดับการศึกษา (p-value)	0.213	0.344	0.092	0.958	0.339
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	20.4	6.5	26.9	40.9	21.5
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	28.1	10.7	37.8	41.3	27.6
ตำแหน่งหน้าที่ (p-value)	0.771	0.748	0.349	0.402	0.867
หัวหน้าสถานีนามัยหรือ รักษาการหัวหน้าสถานีนามัย					
อนามัย	25.9	8.2	34.1	43.5	28.2
เจ้าพนักงานสาธารณสุข					
ชุมชน	22.3	11.7	29.8	36.2	23.4
นักวิชาการสาธารณสุข	30.8	10.3	46.2	35.9	23.1
พยาบาล	26.8	7.0	33.8	47.9	26.8
อายุงาน (p-value)	0.136	0.396	0.154	0.495	0.952
1 – 9 ปี	21.4	7.1	32.7	38.8	25.5
10 – 19 ปี	32.4	12.4	41.0	45.7	24.8
20 – 39 ปี	22.1	8.1	27.9	38.4	26.7

หมายเหตุ : ใช้ Chi-square test ในการทดสอบ

ตารางที่ 3.7 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา (ต่อ)

n = 289

ข้อมูลส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตที่ดี(%)				
	คุณภาพชีวิตโดยรวม	ด้านสุขภาพกาย	ด้านจิตใจ	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	ด้านสิ่งแวดล้อม
รายได้ต่อเดือน (p-value)	0.923	0.785	0.811	0.473	0.536
5,000 – 9,999 บาท	22.5	8.5	38.0	38.0	22.5
10,000 – 14,999 บาท	26.7	9.3	31.4	47.7	23.3
15,000 – 19,999 บาท	25.7	5.7	37.1	34.3	22.9
20,000 บาท ขึ้นไป	26.8	11.3	33.0	40.2	30.9

หมายเหตุ : ใช้ Chi-square test ในการทดสอบ

จากตารางที่ 3.7 ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นเพศชาย และเพศหญิง ร้อยละ 26.2 และ 25.4 ตามลำดับ อายุระหว่าง 30 – 39 ปี มีมากที่สุด ร้อยละ 30.1 สถานภาพสมรสแต่งงาน ร้อยละ 26.2 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 28.1 ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 30.8 อายุงานระหว่าง 10 – 19 ปี มีมากที่สุด ร้อยละ 32.4 รายได้ต่อเดือน 20,000 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 26.8

ในส่วนองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ เสนอผลในระดับคุณภาพชีวิตที่ดีส่วนที่มีมากที่สุดของแต่ละกลุ่มของข้อมูลส่วนบุคคล มีรายละเอียดดังนี้ เพศชาย และเพศหญิงมีมากที่สุดอยู่ในองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 41.7 และ 41.0 ตามลำดับ ช่วงอายุ 30 – 39 ปี มีมากที่สุดอยู่ในองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 45.1 สถานภาพสมรสโสดมีมากที่สุดอยู่ในองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 41.4 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุดอยู่ในองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 41.3 ตำแหน่งพยาบาลมีมากที่สุดอยู่ในองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 47.9 อายุงาน 10 – 19 ปี มีมากที่สุดอยู่ในองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 45.7 และรายได้ต่อเดือน 10,000 – 14,999 บาท มีมากที่สุดอยู่ในองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 47.7

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลด้านต่างๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

**ตารางที่ 3.8 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลแบบเป็นรายคะแนนกับองค์ประกอบของ
คุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัด
นราธิวาส n = 289**

ข้อมูลส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตที่ดี	คุณภาพชีวิตกลางๆและไม่ดี	p-value
	คุณภาพชีวิตโดยรวม	คุณภาพชีวิตโดยรวม	
อายุ			0.392
median(Q ₁ , Q ₃)	32.5 (30.0,42.0)	35.0 (28.5,44.0)	
อายุงาน			0.918
median(Q ₁ , Q ₃)	11.5 (7.5,19.8)	12.0 (4.5,22.0)	
รายได้ต่อเดือน			0.916
median(Q ₁ , Q ₃)	14,085.0 (10,580.0, 20,924.5)	14,060.0 (9,130.0, 23,300.0)	
	ด้านสุขภาพกาย	ด้านสุขภาพกาย	
อายุ			0.756
median(Q ₁ , Q ₃)	33.0 (30.5, 41.5)	34.0 (29.2, 44.0)	
อายุงาน			0.759
median(Q ₁ , Q ₃)	13.0 (9.5, 19.0)	12.0 (6.0, 22.0)	
รายได้ต่อเดือน			0.794
median(Q ₁ , Q ₃)	13,960.0 (11,185.0, 20,325.0)	14,135.0 (10,025.0, 23,395.0)	
	ด้านจิตใจ	ด้านจิตใจ	
อายุ			0.266
median(Q ₁ , Q ₃)	32.0 (26.0, 42.0)	35.0 (30.0, 44.0)	
อายุงาน			0.576
median(Q ₁ , Q ₃)	11.0 (4.0, 19.0)	12.0 (6.0, 22.0)	
รายได้ต่อเดือน			0.434
median(Q ₁ , Q ₃)	13,500.0 (8,700.0, 20,859.0)	14,280.0 (10,805.0, 23,865.0)	

หมายเหตุ : ใช้ Ranksum test ในการทดสอบ

ตารางที่ 3.8 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลแบบเป็นรายคะแนนกับองค์ประกอบของ
คุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัยในจังหวัด
นราธิวาส (ต่อ) n = 289

ข้อมูลส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตที่ดี ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	คุณภาพชีวิตกลางๆและไม่ดี ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	p-value
อายุ			0.309
median(Q ₁ , Q ₃)	32.0 (30.0, 42.0)	35.0 (28.5, 44.0)	
อายุงาน			0.756
median(Q ₁ , Q ₃)	11.0 (7.0, 20.0)	12.0 (4.2, 22.0)	
รายได้ต่อเดือน			0.387
median(Q ₁ , Q ₃)	13,210.0 (10,450.0, 20,995.0)	14,330.0 (9,065.0, 23,595.0)	
	ด้านสิ่งแวดล้อม	ด้านสิ่งแวดล้อม	
อายุ			0.867
median(Q ₁ , Q ₃)	33.0 (29.2, 43.0)	34.0 (30.0, 44.0)	
อายุงาน			0.671
median(Q ₁ , Q ₃)	12.5 (7.0, 21.0)	12.0 (4.5, 21.5)	
รายได้ต่อเดือน			0.351
median(Q ₁ , Q ₃)	15,780.0 (10,580.0, 22,860.0)	14,000.0 (9,130.0, 22,840.0)	

หมายเหตุ : ใช้ Ranksum test ในการทดสอบ

จากตารางที่ 3.8 ผลการศึกษาจะนำเสนอระดับคุณภาพชีวิตที่มีค่ามัธยฐานมากกว่าระดับอื่น เริ่มจากคุณภาพชีวิตโดยรวมข้อมูล อายุ อายุงาน และรายได้ต่อเดือนอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ และไม่ตีมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 35.0 ปี, 12.0 ปี และ 14,060.0 บาท ตามลำดับ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายข้อมูล อายุ และรายได้ต่อเดือนอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ และไม่ตีมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 34.0 ปี และ 14,135.0 บาท ตามลำดับ ด้านข้อมูลอายุงานอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ดีมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 13.0 ปี คุณภาพชีวิตด้านจิตใจข้อมูล อายุ อายุงาน และรายได้ต่อเดือนอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ และไม่ตีมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 35.0 ปี, 12.0 ปี และ 14,280.0 บาท ตามลำดับ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมข้อมูล อายุ อายุงาน และรายได้ต่อเดือนอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ และไม่ตีมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 35.0 ปี, 12.0 ปี และ 14,330.0 บาท ตามลำดับ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมข้อมูลอายุอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ และไม่ตีมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 34.0 ปี ด้าน

ข้อมูล อายุงาน และรายได้ต่อเดือนอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ดีมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 12.5 ปี และ 15,780.0 บาท ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คะแนนของอายุ อายุงาน และรายได้ต่อเดือนไม่พบความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลกับความเครียดจากการทำงาน และคุณภาพชีวิตแล้ว ต่อมานำความเครียดจากการทำงานมาหาความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตต่อไป ดังตารางที่ 3.9

ตารางที่ 3.9 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิตของบุคลากร

สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา

n = 289

องค์ประกอบของ คุณภาพชีวิต	จำนวน (คน)	Active	High strain	Low strain	Passive	p-value
		จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)	
คุณภาพชีวิตโดยรวม						0.085_A
คุณภาพชีวิตที่ดี	74	13 (17.6)	1 (1.4)	51 (68.9)	9 (12.1)	
คุณภาพชีวิตกลางๆและไม่ดี	215	42 (19.5)	14 (6.5)	117 (54.5)	42 (19.5)	
ด้านสุขภาพกาย						0.076_B
คุณภาพชีวิตที่ดี	27	5 (18.5)	0 (0)	21 (77.8)	1 (3.7)	
คุณภาพชีวิตกลางๆและไม่ดี	262	50 (19.1)	15 (5.7)	147 (56.1)	50 (19.1)	
ด้านจิตใจ						0.004*_A
คุณภาพชีวิตที่ดี	99	14 (14.2)	1 (1.0)	71 (71.7)	13 (13.1)	
คุณภาพชีวิตกลางๆและไม่ดี	190	41 (21.6)	14 (7.4)	97 (51.0)	38 (20.0)	
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม						0.019*_A
คุณภาพชีวิตที่ดี	119	21 (17.7)	2 (1.7)	80 (67.2)	16 (13.4)	
คุณภาพชีวิตกลางๆและไม่ดี	170	34 (20.0)	13 (7.6)	88 (51.8)	35 (20.6)	
ด้านสิ่งแวดล้อม						0.109_A
คุณภาพชีวิตที่ดี	74	14 (18.9)	1 (1.4)	50 (67.6)	9 (12.1)	
คุณภาพชีวิตกลางๆและไม่ดี	215	41 (19.1)	14 (6.5)	118 (54.9)	42 (19.5)	

หมายเหตุ : * p-value < .05

_A ใช้ Chi's square test ในการทดสอบ

_B ใช้ Fisher's exact test ในการทดสอบ

จากตารางที่ 3.9 ผลการศึกษาพบว่า ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม ส่วนใหญ่มีความเครียดจากการทำงานแบบ Low strain ทั้งในระดับคุณภาพชีวิตที่ดี และระดับคุณภาพชีวิตกลางๆและไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 68.9 และ 54.5 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความเครียดจากการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม

ด้านความเครียดจากการทำงานกับองค์ประกอบแต่ละด้านของคุณภาพชีวิตพบว่า ส่วนใหญ่ในทุกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีความเครียดจากการทำงานแบบ Low strain องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี และระดับคุณภาพชีวิตกลางๆและไม่ดี ร้อยละ 77.8 และ 56.1 ตามลำดับ องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี และระดับคุณภาพชีวิตกลางๆและไม่ดี ร้อยละ 71.7 และ 51.0 ตามลำดับ องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี และระดับคุณภาพชีวิตกลางๆและไม่ดี ร้อยละ 67.2 และ 51.8 ตามลำดับ องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี และระดับคุณภาพชีวิตกลางๆและไม่ดี ร้อยละ 67.6 และ 54.9 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย และองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า ความเครียดจากการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย และองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

เมื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานว่าสัมพันธ์กับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านใดแล้ว ต่อไปเป็นการนำความเครียดจากการทำงานกับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Logistic regression ในการวิเคราะห์ เพื่อหา Odds Ratio ดังตารางที่ 3.10

ตารางที่ 3.10 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนราธิวาส

n = 289

ลักษณะความเครียดจากการทำงาน	OR (95%CI)	p-value
คุณภาพชีวิตโดยรวม		
High strain	1	
Passive	0.33 (0.04, 2.87)	0.317
Active	0.23 (0.03, 1.93)	0.176
Low strain	0.16 (0.02, 1.28)	0.085
ด้านสุขภาพกาย		
High strain	1	
Passive	0 (0, Inf)	0.989
Active	0 (0, Inf)	0.988
Low strain	0 (0, Inf)	0.988
ด้านจิตใจ		
High strain	1	
Passive	0.21 (0.02, 1.75)	0.148
Active	0.21 (0.03, 1.74)	0.148
Low strain	0.10 (0.01, 0.76)	0.026*
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม		
High strain	1	
Passive	0.34 (0.07, 1.67)	0.183
Active	0.25 (0.05, 1.22)	0.086
Low strain	0.17 (0.04, 0.77)	0.022*
ด้านสิ่งแวดล้อม		
High strain	1	
Passive	0.33 (0.04, 2.87)	0.317
Active	0.21 (0.03, 1.74)	0.148
Low strain	0.17 (0.02, 1.32)	0.090

หมายเหตุ : * p-value < .05

จากตารางที่ 3.10 ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะความเครียดจากการทำงานแบบ Low strain มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ต่ำกว่าลักษณะความเครียดจากการทำงานแบบ High strain 0.10 เท่า (95% CI = 0.01, 0.76) โดยความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และลักษณะความเครียดจากการทำงานแบบ Low strain มีด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคมที่ต่ำกว่าลักษณะความเครียดจากการทำงานแบบ High strain 0.17 เท่า (95% CI = 0.04, 0.77) โดยความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนความเครียดจากการทำงานอื่นๆ ไม่พบความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในด้านอื่นใด

ตารางที่ 3.11 เปรียบเทียบความแตกต่างของความเครียดจากการทำงานในแต่ละอำเภอในจังหวัด

อำเภอ	จำนวน (คน)	นราธิวาส n = 289				p-value
		Active จำนวน(%)	High strain จำนวน(%)	Low strain จำนวน(%)	Passive จำนวน(%)	
ระแงะ	36	8(22.2)	2(5.6)	22(61.1)	4(11.1)	0.080
ศรีสาคร	21	2(9.5)	0(0)	17(81.0)	2(9.5)	
สุไหงปาดี	19	6(31.6)	1(5.3)	8(42.1)	4(21.1)	
เจาะไอร้อง	15	1(6.7)	0(0)	13(86.7)	1(6.7)	
บาเจาะ	27	4(14.8)	0(0)	18(66.7)	5(18.5)	
แว้ง	37	8(21.6)	6(16.2)	15(40.5)	8(21.6)	
สุไหงโก-ลก	8	3(37.5)	0(0)	4(50.0)	1(12.5)	
จะแนะ	15	7(46.7)	0(0)	6(40.0)	2(13.3)	
สุคีริน	29	5(17.2)	1(3.4)	18(62.1)	5(17.2)	
ช้างอ	18	0(0)	1(5.6)	13(72.2)	4(22.2)	
เมือง	26	6(23.1)	2(7.7)	9(34.6)	9(34.6)	
รือเสาะ	23	3(13.0)	1(4.3)	16(69.6)	3(13.0)	
ตากใบ	15	2(13.3)	1(6.7)	9(60.0)	3(20.0)	

หมายเหตุ : * p-value < .05 ใช้ Fisher's exact test ในการทดสอบ

จากตารางที่ 3.11 ผลการศึกษาพบว่า ในแต่ละอำเภอมีความเครียดจากการทำงานแบบ Low strain มากที่สุด จำนวน 11 อำเภอ โดยอำเภอที่มีจำนวนมากที่สุด 3 อำเภอแรก คือ เจาะ

ไอร้อง ศรีสาคร และยิ่งอ คิดเป็นร้อยละ 86.7, 81.0 และ 72.2 ตามลำดับ ที่เหลืออีก 2 อำเภอ คือ อำเภอเมืองมีความเครียดจากการทำงานแบบ Low strain และ Passive มากที่สุดเท่ากัน ร้อยละ 34.6 และอำเภอจะนะมีความเครียดจากการทำงานแบบ Active มากที่สุด ร้อยละ 46.7 ในแต่ละอำเภอ จะมีความเครียดจากการทำงานแบบ High strain น้อยที่สุด จำนวน 7 อำเภอ โดยอำเภอที่มีจำนวน มากที่สุด 3 อำเภอแรก คือ แวง เมือง และตากใบ คิดเป็นร้อยละ 16.2, 7.7 และ 6.7 ตามลำดับ อำเภอ ที่ไม่มีความเครียดจากการทำงานแบบ High strain จำนวน 5 อำเภอ ส่วนอำเภอยังมีความเครียด จากการทำงานแบบ High strain ร้อยละ 5.6 แต่ไม่มีความเครียดจากการทำงานแบบ Active ผลการ วิเคราะห์ไม่พบความแตกต่างของความเครียดจากการทำงานในแต่ละอำเภอ

บทที่ 4

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดจากการทำงาน ระดับคุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ของระดับความเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยมีประชากรเป้าหมายเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานีนามัยในจังหวัดนครราชสีมา จำนวนทั้งหมด 315 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2551 ถึงวันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ.2551 ได้รับการตอบกลับ 289 คน แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเครียดจากงาน Job Content Questionnaire ของ Robert Karasek ซึ่งดัดแปลงเป็นฉบับภาษาไทยโดย ผศ.พญ.ดร.พิชญา พรรคทองสุข ตอนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม R ในการวิเคราะห์

สรุปผล

จากการที่ได้ดำเนินการศึกษา สามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล

บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัยในจังหวัดนครราชสีมา จำนวนทั้งหมด 315 คน ดำเนินการแจกแบบสอบถามจำนวน 315 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 289 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 91.7 จากแบบสอบถามดังกล่าวพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.9 อายุ ระหว่าง 30 – 39 ปี มีมากที่สุด ร้อยละ 39.1 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแต่งงาน ร้อยละ 69.9 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 67.8 ปฏิบัติงานในตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 32.5 ส่วนใหญ่มีอายุงานระหว่าง 1 – 19 ปี ร้อยละ 70.2 และมีรายได้ต่อเดือน 20,000 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 33.6

ระดับความเครียดจากการทำงาน

การศึกษาระดับความเครียดจากการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา เมื่อแบ่งความเครียดจากการทำงานเป็น 4 กลุ่ม ตามทฤษฎี Demand-Control พบว่า บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่มีความเครียดจากการทำงานแบบ Low strain ร้อยละ 58.2 และมีความเครียดจากการทำงานแบบ High strain น้อยที่สุด ร้อยละ 5.2 เมื่อเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมร่วมด้วยจะแบ่งกลุ่มความเครียดจากการทำงานเป็น 8 กลุ่ม ตามทฤษฎี Demand-Control-Support โดยมีระดับความเครียดจากการทำงานอยู่ในกลุ่ม Low strain isolated มากที่สุด ร้อยละ 42.6 รองลงมา มีความเครียดจากการทำงานอยู่ในกลุ่ม Passive isolated, Low strain collective และ Active isolated คิดเป็นร้อยละ 15.8, 15.6 และ 12.5 ตามลำดับ และมีความเครียดจากการทำงานในกลุ่ม Passive collective น้อยที่สุด ร้อยละ 1.7

ระดับคุณภาพชีวิต

ผลการศึกษาด้านคุณภาพชีวิตพบว่า บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมาส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับกลางๆ ร้อยละ 74.4 รองลงมาเป็นคุณภาพชีวิตในระดับดี ร้อยละ 25.6 ส่วนคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดีเป็น 0

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ทุกองค์ประกอบส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ รองลงมาคือระดับคุณภาพชีวิตที่ดี และระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีตามลำดับ ระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ 2 อันดับแรก อยู่ในองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย และด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 90.0 และ 73.0 ตามลำดับ ระดับคุณภาพชีวิตที่ดี 2 อันดับแรก อยู่ในองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านจิตใจ ร้อยละ 41.2 และ 34.3 ตามลำดับ ระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 2 อันดับแรก อยู่ในองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 1.7 และ 1.4 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเครียดจากการทำงาน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ อายุงาน และรายได้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับองค์ประกอบคุณภาพชีวิต

เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีมีจำนวนที่น้อยมาก ไม่สามารถบอกความแตกต่างในการวิเคราะห์ได้ ดังนั้นจึงมีการนำระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีมารวมกับระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติได้ ดังนั้นจึงได้เป็นระดับคุณภาพชีวิต 2 ระดับ คือ ระดับคุณภาพชีวิตที่ดี และระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ และไม่ดี ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ อายุงาน และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม และองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตรายด้านทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิต

ผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่มีความเครียดจากการทำงานแบบ Low strain ในทุกองค์ประกอบ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และด้านสัมพันธภาพทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Logistic regression พบว่า ลักษณะความเครียดจากการทำงานแบบ Low strain มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ดีกว่าลักษณะความเครียดจากการทำงานแบบ High strain 0.10 เท่า (95% CI = 0.01, 0.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .03$) และลักษณะความเครียดจากการทำงานแบบ Low strain มีองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมที่ดีกว่าลักษณะความเครียดจากการทำงานแบบ High strain 0.17 เท่า (95% CI = 0.04, 0.77) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .02$)

เปรียบเทียบความแตกต่างของความเครียดจากการทำงานในแต่ละอำเภอในจังหวัดนครราชสีมา

ผลการเปรียบเทียบความเครียดจากการทำงานพบว่า มีความเครียดจากการทำงานแบบ Low strain มากที่สุด จำนวน 11 อำเภอ โดยอำเภอที่มีจำนวนมากที่สุด 3 อำเภอแรก คือ เจาะ ไร่ร้อง ศรีสาคร และยี่งอ คิดเป็นร้อยละ 86.7, 81.0 และ 72.2 ตามลำดับ ในแต่ละอำเภอจะมีความเครียดจากการทำงานแบบ High strain น้อยที่สุด จำนวน 7 อำเภอ โดยอำเภอที่มีจำนวนมากที่สุด 3 อำเภอแรก คือ แวง เมือง และตากใบ คิดเป็นร้อยละ 16.2, 7.7 และ 6.7 ตามลำดับ และไม่มี ความเครียดจากการทำงานแบบ High strain อีกจำนวน 5 อำเภอ ส่วนผลการวิเคราะห์ไม่พบความแตกต่างของความเครียดจากการทำงานในแต่ละอำเภอ

อภิปรายผล

ระดับความเครียดจากการทำงาน

จากผลการศึกษาค้นคว้านี้สามารถอภิปรายเปรียบเทียบกับผลการศึกษาที่ผ่านมา มีรายละเอียด ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 เปรียบเทียบผลการศึกษาค้นคว้าความทุกข์ของความเครียดจากการทำงาน

ที่มา	กลุ่มศึกษา	ความทุกข์ของความเครียดจากการทำงาน (ร้อยละ)				แบบสอบถาม
		High strain	Active	Passive	Low strain	
การศึกษานี้	บุคลากร สาธารณสุขที่ ปฏิบัติงานใน สถานีนอนมัย ใน จ. นราธิวาส	5.2	19.0	17.6	58.2	JCQ ฉบับ ภาษาไทย
ศิริอร ภัทร พฤกษา, 2552	พยาบาล โรงพยาบาล หาดใหญ่	1.9	19.8	20.7	57.6	JCQ ฉบับ ภาษาไทย
ชนนัท กอง กมล และพิชญญา พรรคทอง สุข, 2552	บุคลากรใน โรงพยาบาล สงขลา นครินทร์ (พยาบาล)	17.3 (23.2)	55.2 (18.4)	11.7 (42.4)	15.8 (16.0)	JCQ ฉบับ ภาษาไทย
Hsiu-Chuan SHEN et al, 2005	พยาบาลใน สถาบันบำบัด ทางจิตใน ไต้หวัน	16.9	50.0	7.8	25.2	JCQ Chinese version
มนตรี ลิจูดิ ภูมิ, 2547	เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขที่ ปฏิบัติงานใน สถานีนอนมัย	28.8	-	-	-	ดัดแปลงจาก Demand- Control ของ Karasek

ตารางที่ 4.1 เปรียบเทียบผลการศึกษาความชุกของความเครียดจากการทำงาน (ต่อ)

ที่มา	กลุ่มศึกษา	ความชุกของความเครียดจากการทำงาน (ร้อยละ)				แบบสอบถาม
		High strain	Active	Passive	Low strain	
จิรสุดาธานี	บุคลากรใน	15.9	29.3	35.9	18.9	ตัดแปลงจาก
รัตน์, 2547	โรงพยาบาล ปทุมธานี					Demand- Control- Support

ที่มา (6, 8, 47, 9, 7)

ผลการศึกษาความเครียดจากการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา ที่ทำการวัดความเครียดจากการทำงาน โดยใช้แบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน Job Content Questionnaire ของ Robert Karasek ที่ตัดแปลงเป็นฉบับภาษาไทยแล้วพบว่า มีความชุกของความเครียดจากการทำงานแบบ Low strain, Active, Passive และ High strain คิดเป็นร้อยละ 58.2, 19.0, 17.6 และ 5.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีความเครียดจากการทำงานแบบ Low strain แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีความเครียดจากการทำงานเนื่องจากมีลักษณะงานที่มีความต้องการผลงานต่ำ แต่ผู้ทำงานก็มีโอกาสและอิสระในการควบคุมการตัดสินใจด้วยตนเองสูง (30) การที่มีความเครียดจากการทำงานในรูปแบบนี้อาจเป็นเพราะข้อคำถามในส่วนของความต้องการผลงานนั้น เป็นคำถามในเชิงการใช้แรงงาน เช่น การทำงานซ้ำๆ การเคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่อง การทำงานหนัก เป็นต้น ซึ่งเป็นคำถามที่ไม่สอดคล้องกับงานที่ปฏิบัติในสถานอนามัย ทำให้คะแนนความต้องการผลงานออกมาต่ำ ส่วนด้านการควบคุมงานที่สูงนั้น ข้อคำถามจะถามถึง ทักษะความชำนาญในงาน การพัฒนาความสามารถตนเอง การเรียนรู้ คิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ โอกาสก้าวหน้า รวมถึงการตัดสินใจในงาน เมื่อพิจารณาแล้ว งานในสถานอนามัยเป็นงานที่ให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ประชาชน (15) ซึ่งเป็นงานเฉพาะด้าน ต้องมีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง รวมถึงต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองอยู่เสมอเช่น มีการกำหนดให้บุคลากรสาธารณสุขต้องมีการเข้ารับการอบรมด้านวิชาการอย่างน้อย 10 วัน/คน/ปี ตามเกณฑ์ประเมินของกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาความสามารถ การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เป็นสิ่งจำเป็นมากสำหรับงานสาธารณสุข ดังเช่นขณะนี้ได้เกิดไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 และโรคชิคุนกุนยา เป็นต้น ต้องมีการศึกษาหาความรู้เพื่อทำการแก้ไข ป้องกันได้ทันทั่วถึง ด้วยเหตุนี้ทำ

ให้ผลคะแนนการควบคุมงานมีคะแนนที่สูง สอดคล้องกับการศึกษาของศิริอร ภัทรพฤษยา (6) เป็นการศึกษาความชุกของความเครียดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหาดใหญ่พบว่า มีความชุกของความเครียดจากการทำงานแบบ Low strain, Passive, Active และ High strain คิดเป็นร้อยละ 57.6, 20.7, 19.8 และ 1.9 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเป็นพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีความเครียดจากการทำงานแบบ Low strain มากที่สุดเช่นเดียวกัน ซึ่งถ้าพิจารณาเหตุผลจากข้อคำถามในส่วนของความต้องการผลงานนั้นสามารถอธิบายเหตุผลสอดคล้องกับงานวิจัยในครั้งนี้ แต่พบความแตกต่างจากผลการศึกษาของชนนท์ กองกมล และพิชญา พรรถทองสุข (8) ที่ทำการศึกษาศรีเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิตของบุคลากรในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบความชุกของความเครียดจากการทำงานในส่วนสายงานพยาบาลเป็นแบบ Passive, High strain, Active และ Low strain คิดเป็นร้อยละ 42.4, 23.2, 18.4 และ 16.0 ตามลำดับ ที่พบความเครียดจากการทำงานแบบ Passive มากที่สุด อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นโรงพยาบาลศูนย์และเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พยาบาลมีลักษณะงานที่ปฏิบัติเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแล รักษาอาการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย รวมถึงญาติของผู้ป่วย งานที่ปฏิบัติต้องมีความละเอียด รอบคอบ และต้องมีการควบคุมความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด ดังนั้นในการปฏิบัติงานต้องมีการสั่งการ และการควบคุมงานให้เป็นไปตามคำสั่งแพทย์ หรือหัวหน้าอย่างเคร่งครัด ทำให้การตัดสินใจในการให้การรักษาพยาบาลไม่สามารถทำได้เอง ทำให้พบความเครียดจากการทำงานแบบ Passive มากที่สุด และพบความเครียดจากการทำงานแบบ High strain รองลงมา ซึ่งแตกต่างกับกับผลการศึกษาของศิริอร ภัทรพฤษยา (6) พบความเครียดจากการทำงานแบบ Low strain มากที่สุด และพบความเครียดจากการทำงานแบบ High strain น้อยที่สุด ทั้งที่การศึกษาทั้งสองมีกลุ่มตัวอย่างคล้ายกัน แบบสอบถามเดียว และเป็นโรงพยาบาลศูนย์เหมือนกัน ซึ่งยังไม่สามารถหาเหตุผลมาอธิบายได้ ทั้งการศึกษาของศิริอร ภัทรพฤษยา (6) และการศึกษาของชนนท์ กองกมล และพิชญา พรรถทองสุข (8) ที่กล่าวมา มีความแตกต่างกับอาชีพและลักษณะงานด้านจิตสังคมตามแนวคิดของ Karasek ซึ่งมีแนวคิดที่ว่าอาชีพพยาบาลควรอยู่ในกลุ่ม Active Jobs มีลักษณะงานที่มีความต้องการผลงานสูง และในขณะเดียวกันผู้ที่ทำงานก็มีอิสระในการควบคุมการตัดสินใจด้วยตนเองสูงด้วยเช่นกัน (30) เมื่อพิจารณาผลการศึกษาของ Hsiu-Chuan Shen et al. (45) ที่ศึกษาความเครียดจากการทำงานของพยาบาลในสถาบันบำบัดทางจิตในไต้หวันพบว่า มีความชุกของความเครียดจากการทำงานแบบ Active, Low strain, High strain และ Passive คิดเป็นร้อยละ 50.0, 25.2, 16.9 และ 7.8 ตามลำดับ พบความเครียดจากการทำงานแบบ Active มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับอาชีพและลักษณะงานด้านจิตสังคมตามแนวคิดของ Karasek (30) มากที่สุด

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาคงเหลือของความเครียดจากการทำงานระดับสูง (High strain) พบว่า ผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นร้อยละ 5.2 ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของศิริอร ภักทรพฤษยา (6) ซึ่งมีผลการศึกษาร้อยละ 1.9 ทั้งที่มีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาที่มีลักษณะงานที่ต่างกัน สามารถอธิบายได้ว่า ข้อคำถามเกี่ยวกับความต้องการผลงานนั้น เป็นคำถามในเชิงการใช้แรงงาน ทำให้การตอบแบบสอบถามในกลุ่มของความต้องการผลงานสูงรวมกับการควบคุมงานต่ำมีเป็นส่วนน้อย แต่พบความแตกต่างจากผลการศึกษาของชนนท์ กองกมล และพิชญา พรรคทองสุข (8) และผลการศึกษาของ Hsiu-Chuan Shen et al. (47) ที่พบความคงเหลือของความเครียดจากการทำงานระดับสูงร้อยละ 23.2 และ 16.9 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในครั้งนี้

การศึกษาของมนตรี ลิขิตภูมิ (9) พบความคงเหลือของความเครียดจากการทำงานสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยปี 2547 เป็นร้อยละ 28.8 แต่ไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้ เนื่องจากแม้มีความคล้ายกันในด้านกลุ่มตัวอย่าง แต่มีความแตกต่างกันในส่วนองแบบสอบถามที่พัฒนา ดัดแปลงจากแนวคิดของ Karasek เท่านั้น และยังมีข้อกำหนดคะแนนสูงต่ำของความต้องการงานกับการควบคุมงานและการตัดสินใจในงานด้วยเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 ต่างกับการศึกษาครั้งนี้ที่ใช้แบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน Job Content Questionnaire ฉบับภาษาไทย นอกจากนี้มีความแตกต่างกันในด้านการกำหนดคะแนนสูงต่ำของความต้องการงานกับการควบคุมงานและการตัดสินใจในงานซึ่งการศึกษานี้กำหนดไว้ที่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 และ 25 ตามลำดับ และยังแตกต่างในด้านพื้นที่การทำงานที่มีการสุ่มทั่วประเทศ ที่อาจมีความแตกต่างในด้านวัฒนธรรมการทำงาน ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ทำในจังหวัดเดียวทั้งจังหวัดซึ่งมีความคล้ายคลึงในด้านพื้นที่การทำงานและวัฒนธรรมการทำงานมากกว่า นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของจิรสุดา ธานีรัตน์ (7) ที่หาความคงเหลือของความเครียดจากการทำงานในโรงพยาบาลปทุมธานี พบความคงเหลือของความเครียดจากการทำงานในระดับสูง ร้อยละ 15.9 แต่ไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้ เนื่องจากมีความแตกต่างกันในส่วนองแบบสอบถามความเครียดจากการทำงานดัดแปลงจากแนวคิดของ Karasek เท่านั้น และต่างกันในการกำหนดคะแนนสูงต่ำของความต้องการงานกับการควบคุมงานและการตัดสินใจในงานไว้ที่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 80 และ 70 ตามลำดับ

ระดับคุณภาพชีวิต

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิต

ที่มา	กลุ่มศึกษา	ระดับคุณภาพชีวิต (ร้อยละ)			แบบสอบถาม
		ไม่ดี	กลางๆ	ดี	
การศึกษานี้	บุคลากร สาธารณสุขที่ ปฏิบัติงานใน สถานอนามัยใน จ.นครราชสีมา	0	74.4	25.6	WHOQOL- BREF ฉบับ ภาษาไทย
ชนนที กองกมล และพิชญญา พรรคทองสุข, 2552	บุคลากรใน โรงพยาบาล สงขลานครินทร์	0	56.0	44.0	WHOQOL- BREF ฉบับ ภาษาไทย
Janyam K, 2549	คนงานใน โรงงาน อุตสาหกรรม จังหวัดสงขลา	0.7	80.7	18.6	WHOQOL- BREF ฉบับ ภาษาไทย
สุภา แก้ว บริสุทธิ์, 2547	เกษตรกร ชาวสวน ยางพารา จังหวัดสงขลา	4.0	72.3	23.7	WHOQOL- BREF ฉบับ ภาษาไทย

ที่มา (8, 56, 57)

ผลการศึกษานี้พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลางๆ สามารถอธิบายตามทฤษฎี Bottom-up spillover แสดงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหลักในชีวิตของปัจเจกบุคคล (เช่น งาน, ครอบครัว, สังคม, เศรษฐกิจ) กับคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยคุณภาพชีวิตในแต่ละส่วน (เช่น คุณภาพชีวิตการทำงาน, คุณภาพชีวิตครอบครัว, คุณภาพชีวิตทางสังคม) (38) เมื่อคุณด้านการทำงานก็เป็นส่วนหนึ่งในการที่กำหนดความพึงพอใจของคุณภาพชีวิตได้ และยังส่งผลถึงเศรษฐกิจของ

บุคคลนั้นๆ จึงเห็นได้ว่าเป็นส่วนที่สำคัญ การศึกษาในผู้ที่มีการทำงานอย่างน้อยส่งผลถึงเศรษฐกิจครอบครัว สังคม เป็นเหตุผลในความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต ทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีคุณภาพชีวิตในระดับกลางๆ ร้อยละ 74.4 ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของชนนท์ กองกมล และพิชญา พรรถทองสุข (8) ที่ทำการศึกษาความเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิตของบุคลากรในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ การศึกษาของ Janjam Kanda (56) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของคณงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดสงขลา และการศึกษาของสุภา แก้วบริสุทธิ์ (57) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตเกษตรกรชาวสวนยางพารา จังหวัดสงขลา การศึกษาทั้งหมดพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลางๆ และเหมือนกันในด้านแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) แต่มีความแตกต่างในด้านกลุ่มตัวอย่างที่ทำการวัด ซึ่งกลุ่มเป้าหมายที่ต่างกันอาจมีความแตกต่างกันหลายๆ ด้าน เช่น ด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ต้องพบกับเสียง หรือบรรยากาศต่างๆ รอบตัวที่แตกต่างกับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนอมาัย มีเพียงการศึกษาของชนนท์ กองกมล และพิชญา พรรถทองสุข (8) ที่ทำการศึกษาความเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิตของบุคลากรในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีหน้าที่การทำงานที่ใกล้เคียงกัน

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนอมาัยในจังหวัดนราธิวาส มีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเป็นศูนย์ แสดงให้เห็นถึงความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง และยังแสดงให้เห็นว่า ไม่มีกลุ่มตัวอย่าง คนใดที่มีองค์ประกอบคุณภาพชีวิตในระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีในทุกองค์ประกอบ

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิต

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเครียดจากการทำงานในการศึกษานี้ พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของศิริอร ภัทรพฤกษา (6) เป็นการศึกษาความชุกของความเครียดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหาดใหญ่และการศึกษาของจิรัฐดา ธาณรัตน์ (7) ที่หาความชุกของความเครียดจากการทำงานในโรงพยาบาลปทุมธานี คือเมื่อเทียบข้อมูลส่วนบุคคลที่มีเหมือนกันแล้วไม่พบความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงาน แต่มีความแตกต่างกับผลการศึกษาของชนนท์ กองกมล และพิชญา พรรถทองสุข (8) ที่ทำการศึกษาความเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิตของบุคลากรในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์พบว่า ข้อมูล เพศ และสายงานมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่เมื่อพิจารณาแล้วพบว่าในการหาความสัมพันธ์นั้นเพศชายมีจำนวนที่น้อยเมื่อเทียบกับเพศหญิง และสายงานบางสายงาน เช่น ยาม/รักษาความ

ปลอดภัย และเภสัชกร/ทันตแพทย์ เป็นต้น มีจำนวนที่น้อยมากเมื่อเทียบกับสายงานพยาบาล ทำให้ไม่สามารถบอกความแตกต่างในการวิเคราะห์ได้

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษาของชนนท์ กองมล และพิชญา พรคทองสุข (8) ที่ทำการศึกษาศึกษาความเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิตของบุคลากรในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่พบว่าข้อมูล อายุ และการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ด้านระดับการศึกษาอธิบายได้ว่า ในบางระดับการศึกษา เช่น ปริญญาเอก เป็นต้น มีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับระดับการศึกษาอื่นๆ ส่งผลทำให้ไม่สามารถบอกความแตกต่างในการวิเคราะห์ได้ จึงไม่สามารถยืนยันผลการวิเคราะห์ได้

ผลการศึกษาศึกษาความเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิตพบว่า ความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ และไม่ดีจะอยู่ในความเครียดจากการทำงานแบบ Low strain เป็นส่วนมากในทุกองค์ประกอบ อันอาจเนื่องมาจากความเครียดจากการทำงานแบบ Low strain นั้นมีลักษณะงานที่มีความต้องการผลงานต่ำ แต่ผู้ที่ทำงานก็มีโอกาสและอิสระในการควบคุมการตัดสินใจด้วยตนเองสูง (30) อธิบายได้ว่าสถานีนอนามัยมีการวางแผนการทำงานไว้อย่างเป็นระบบ ทำให้การทำงานเป็นไปอย่างชัดเจนตามแผนงานที่วางไว้ ดังเช่นงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้มีการได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา กลุ่มเป้าหมาย ทรัพยากร และความต้องการสนับสนุนหน่วยงานในพื้นที่ รวมถึงการกำหนดกรอบการจัดทำแผนงาน/โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับเขต ระดับจังหวัด โดยคำนึงถึงแผนงาน/โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความสำคัญระดับชาติต่อเนื่องมาถึงแผนบูรณาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระดับจังหวัด แผนบูรณาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระดับอำเภอ จนมาสิ้นสุดที่แผนงาน/โครงการในระดับตำบลหรือเป็นแผนงาน/โครงการประจำปีนั้นๆ ของสถานีนอนามัย (58) ส่งผลให้การควบคุมงานและการตัดสินใจทำได้น้อยกว่าการที่ต้องมาคิด เตรียมการวางแผนงานเอง ซึ่งอาจเป็นผลทำให้ไม่ได้ใช้ความสามารถในการควบคุมงานและการตัดสินใจที่มีอยู่ได้อย่างเต็มความสามารถ

การวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนในการศึกษา

เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ได้มีการวิเคราะห์ในส่วนของความคลาดเคลื่อนในการศึกษาเพื่อหาข้อบกพร่องที่สามารถทำให้ผลการศึกษาไม่ตรงกับความเป็นจริง

ในส่วนของการออกแบบงานวิจัยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวางมีความเหมาะสมในส่วนของเวลาในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างใช้ประชากรทั้งหมดในการเก็บแบบสอบถาม และมีเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออกซึ่งมีการแยกกลุ่มที่มีการทำงานที่แตกต่าง ดังเช่นในกลุ่มของเจ้าพนักงานทันตกรรม รวมถึงกลุ่มที่เริ่มทำงานใหม่ออก เพื่อป้องกันอคติในเรื่องความแตกต่างของงาน และระยะเวลาการทำงานที่น้อยเกินไป การตอบแบบสอบถามมีการตอบแบบสอบถามร้อยละ 91.7 ไม่น่ามีอคติในด้านผลการตอบกลับแบบสอบถามที่น้อยเกินไป ส่วนแบบสอบถามที่ไม่ได้รับการตอบกลับนั้นเป็นการไม่ตอบกลับแบบเป็นรายสถานีอนามัยทั้งสถานีอนามัยซึ่งมีบุคลากรในตำแหน่งหน้าที่ที่คละกัน ดังนั้นสัดส่วนในด้านตำแหน่งหน้าที่จึงไม่มีความแตกต่างกัน ด้านคะแนนของความเครียดจากการทำงาน ณ ปัจจุบันไม่พบความแตกต่างกันในแต่ละอำเภอ ส่วนผู้ที่ไม่ตอบแบบสอบถามกลับไม่สามารถบอกได้ว่าจะมีผลต่อคะแนนโดยรวมหรือไม่ อาจมีผลกระทบบ้างในการวิเคราะห์ Logistic regression เนื่องจากจำนวนประชากรที่น้อย ในด้านคุณภาพแบบสอบถามของความเครียดจากการทำงานเป็นแบบสอบถามที่ได้รับการพัฒนา ทดสอบ และทดลองใช้ในคนไทยแล้ว ด้านคุณภาพชีวิตเป็นแบบสอบถามฉบับย่อที่มีค่าความเชื่อมั่น และค่าความเที่ยงตรงเป็นที่น่าพอใจ โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL – 100 ฉบับ ภาษาไทยที่ WHO ขอมรับอย่างเป็นทางการ ส่วนคุณภาพแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลอาจมีผลกระทบในการเก็บข้อมูลที่เก็บข้อมูลไม่ครอบคลุมทุกปัจจัย แต่เป็นการเก็บตัวแปรหลักๆ ในการเก็บข้อมูลทั่วไป ในส่วนการลงรหัสข้อมูลมีการทำซ้ำ 2 ครั้ง แล้วนำมาตรวจสอบความเที่ยงตรงและข้อผิดพลาดในการลงรหัสข้อมูล และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแล้วไม่พบตัวกวน (confounder) ที่จะทำให้ผลการศึกษายิ่งเบี่ยงเบนไปได้

วิเคราะห์ผลการศึกษา

ผลการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา มีความเครียดจากการทำงานในระดับสูง (High strain) ในสัดส่วนที่น้อยกว่าความเครียดจากการทำงานในระดับอื่น หรือแบบอื่น แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่มีปัญหามากมีน้อย ซึ่งเป็นผลดีต่อระบบการทำงาน โดยรวม และจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดจากการทำงานแบบ Low strain แสดงถึงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังใช้ความสามารถได้ไม่เต็มที่ ซึ่งเป็นจุดที่ควรมีการปรับปรุงนโยบาย แผนงานต่างๆ เพื่อให้สามารถดึงเอาความรู้ ความสามารถนั้นมาใช้ในการพัฒนางานให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งถือว่าเป็นการมองถึงอนาคตที่ดีของงานในภายหน้า โดยเฉพาะงานสาธารณสุขที่เป็นงานบริการประชาชน สร้างเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ถือว่าเป็นมุมมองที่ดีในการพัฒนางานในภายหน้าที่พบผลการศึกษาแบบนี้ขออธิบายได้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุน้อยมีอายุ 20 – 39 ปี ร้อยละ 64.0 ยังมีอายุน้อย ยังอยู่ในวัยทำงาน ต้องการที่จะ

พัฒนาคนให้มีตำแหน่งหน้าที่อยู่ในระดับสูง มีความกระตือรือร้น รวมถึงส่วนใหญ่มีอายุการทำงานไม่ถึง 20 ปี ร้อยละ 70.2 แสดงให้เห็นว่าการทำงานในสายงานยังไม่ยาวนานนัก ความเบื่อหน่าย และอ่อนล้าจากการทำงานน้อยกว่ากลุ่มที่ทำงาน 20 ปี ขึ้นไป สิ่งที่กำลังมาซึ่งให้เห็นถึงจุดแข็งในการดำเนินงานในอนาคตอันใกล้ต่อไป นอกจากนี้ผลการศึกษายังแสดงถึง ความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ของตน สังกะตจากการที่คุณภาพชีวิตโดยรวมมีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเป็นศูนย์ ซึ่งเป็นผลดีเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยนั้นมีความสำคัญมากในระดับประเทศ มาจากงานที่ทำต่างๆ เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเป็นข้อมูลต่อเนื่องที่ทำให้ทราบถึงข้อมูลในภาพรวมในระดับประเทศ ถ้าบุคลากรสาธารณสุขมีระดับความเครียดจากการทำงานที่สูง และคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีต้องส่งผลถึงการปฏิบัติงาน และคุณภาพของงาน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ทำในจังหวัดนราธิวาสเป็นจังหวัดหนึ่งในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีความแตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ หลายด้าน อาทิ ด้านภาษา ด้านศาสนา วัฒนธรรม เป็นต้น แต่ถ้าพิจารณาจากสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีความใกล้เคียงกันมาก อาจกล่าวได้ว่าการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นระดับความเครียดจากการทำงาน และคุณภาพชีวิตในบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในภาพรวม

ข้อเสนอแนะจากการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดจากการทำงานแบบ Low strain แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าการทำงานในสถานอนามัยในจังหวัดนราธิวาสนั้นมีความต้องการงานน้อย และยังสามารถในการตัดสินใจ รวมถึงการควบคุมงานที่ยังไม่ได้นำมาออกมาใช้ หรือยังไม่สามารถใช้ความสามารถที่มีทั้งหมดกับงานที่ทำได้อย่างเต็มที่ จึงต้องมีการวางแผนแก้ไขปรับปรุงการทำงานเพื่อให้สามารถใช้บุคลากรที่มีอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด และเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจของบุคลากรในการใช้ความสามารถของตนอย่างเต็มความสามารถ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรที่มีการทำการศึกษาในภาพรวมทั้งประเทศ เพื่อที่จะประเมินทั้งความชุกของความเครียดจากการทำงาน และระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยว่าเป็นอย่างไร มีความเหมือนหรือแตกต่างกันในแต่ละภาค หรือแต่ละพื้นที่อย่างไร

เพื่อใช้ในการวางแผนหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องเหมาะสม และเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะศึกษาค้นคว้าต่อไป

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ทราบถึงปัญหาของความเครียดจากการทำงานในระดับสูง (High strain) ว่าเกิดปัญหาจากการทำงานในด้านใด หรือเกี่ยวข้องกับปัจจัยใด เพื่อวางแผน และดำเนินการแก้ไขปัญหาให้ตรงจุด

3. ควรมีการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective study) ว่าความเครียดจากการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในระยะเวลาอันนานมีผลทำให้เกิดโรค เช่น โรคเกี่ยวกับระบบหลอดเลือดและหัวใจ โรกระบบกล้ามเนื้อ โรคภูมิแพ้ เป็นต้น หรือไม่อย่างไร

ปัญหาอุปสรรค

เนื่องจากข้อจำกัดด้านพื้นที่ และความปลอดภัย ทำให้การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล การส่งกลับ และการติดตามการส่งกลับของแบบสอบถาม ทำให้เกิดความล่าช้าในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. วราภรณ์ รัตนเวสส์. คุณภาพชีวิตของแรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม: ศึกษาในโรงงานสิ่งทอในอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2542.
2. กรมการปกครอง. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน กรมการปกครอง; 2550.
3. สำนักงานรัฐมนตรี. ราชกิจจานุเบกษา สรุปสาระสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี; 2549: 9.
4. นายไช้ดี. “เพราะชีวิต...เป็นมากกว่าคนทำงาน”. หนังสือพิมพ์ข่าวสด. 19 มิถุนายน 2549
5. มาลินี วงศ์พานิช. ความเครียดจากการทำงาน. ใน: สมชัย บวรกิตติ, โยธิน เบญจวงษ์, ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ, บรรณาธิการ. ตำราอาชีพเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: หจก. เจ เอส เคการพิมพ์; 2542: 195-205.
6. ศิริอร ภัทรพุกษา. ความชุกของความเครียดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหาดใหญ่. (กลุ่มงานอาชีวอนามัยโรงพยาบาลหาดใหญ่); 2552.
7. จิรสุดา ธานีรัตน์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากงานของบุคลากรในโรงพยาบาลปทุมธานี [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
8. ชนนท์ กองกมล, พิษญา พรรคทองสุข. ความเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิตของบุคลากรในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. (ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์); 2552.
9. มนตรี ลิขิตภูมิ. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากการเกิดความเครียดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยปี 2547 [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
10. Karasek R, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, T T. Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. Am J Publ Health. 1981; 71: 694-705.
11. Karasek R, Theorell T, Schwartz J E et al. Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US Health Examination Survey (HES) and the Health and Nutrition Examination Survey (HANES). Am J Publ Health 1988; 78: 910-918.

12. Brisson C, Laflamme N, Moisan J, Milot A, Masse B, Vezina M. Effect of Family Responsibilities and Job Strain on Ambulatory Blood Pressure Among White-Collar Women. *Psychosomatic Medicine* 1999; 61: 205-213.
13. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะรังกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. 8 ed. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่; 2540.
<http://www.dmh.moph.go.th/test/whoqol/> [11/4/2550].
14. มานพ เอกจริยวงศ์. ก้าวทันโลก: คุณภาพชีวิต. 23 พ.ศ. 2549: ขนาด 6751 ไร่
<http://www.swu.ac.th/royal/book6/b6c1t1.html> [3/6/2550].
15. กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือบริหารงานทั่วไปสำหรับสถานอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2542.
16. จิราภรณ์ จันทร์คำอ้าย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับความเครียดในงานของหัวหน้าผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2544.
17. สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์, ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์. สภาพความเครียดจากการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมประเภทอิเล็กทรอนิกส์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2545; 11(3): 312-316.
18. วราภรณ์ วงศ์พึ้ง. ความเครียดของพยาบาลประจำการงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง [งานนิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2547.
19. เทพไทย โชติชัย. ความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
20. ปพิชญา แสงเอื้ออังกูร. การมีส่วนร่วมในการบริหารงานและความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
21. ปิยะวดี สุมาลัย. ความเครียดเชิงอาชีพและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลบาราศนราดูล [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
22. กระทรวงสาธารณสุข. การบริหารงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาค. ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 6. นนทบุรี: ม.ป.พ.; 2542.
23. Cooper CL, Marshall J. *Understanding Executive Stress*. London: Macmillan; 1978.
24. Beehr TA, Newman JE. Job Stress Employee Health and Organizational Effectiveness: A Facet Analysis Model and Literature Review. *Personel Psychology* 1974; 31: 605-699.

25. Margolis BL, Kroes WH, Quinn RA. Job stress: An unlisted occupational hazard. *J Occup Med* 1974; 16, 654-661.
26. French JS, Caplan RD. Organizational Stress and Individual Strain. In: Marrow AJ, editors. *The Failure of Success*. New York: Amacon; 1974: 30-36.
27. วินัย สุริยปรการ. ความคิดเห็นของผู้บริหารโรงเรียนเทศบาลภาคใต้เกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหารที่ส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงาน [วิทยานิพนธ์]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2540.
28. Landsbergis P, Theorell T. Measurement of psychosocial workplace exposure variables. *Occup Med: State of the Art Reviews* 2000; 15: 163-188.
29. Caplan RD, Cobb S, French JRP, Van Harrison R, Pinneau SR. *Job demands and worker health*. Cincinnati, OH: National Institute for Occupational Safety and Health; 1975.
30. Karasek RA. Demand/Control model: A social, emotional and physiological approach to stress risk and active behaviour development. In: Stellman JM, editors. *Encyclopaedia of occupational health and safety*. Geneva: International Labour Office; 1998: 34.6-34.14.
31. De Croon E M, Blonk R W B, De Zwart B C H, Frings-Dresen M H W, Broersen J P J. Job stress, fatigue, and job dissatisfaction in Dutch lorry drivers: towards an occupation specific model of job demands and control. *Occup Environ Med* 2002; 59: 356-361.
32. Schnall PL, Landsbergis PA, Baker D. Job Strain and Cardiovascular Disease. *Publ Health* 1994; 15: 381-411.
33. Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Publ Health* 1988; 78: 1336-1342.
34. อนุชาติ พวงสำลี, อรทัย อาจอ่ำ. การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.); 2541.
35. สมพล ประดับผล. คุณภาพชีวิตหลังการปฏิรูประบบราชการของข้าราชการทหารชั้นประทวน : ศึกษากรณีกองพันทหารช่างที่ 2 รักษาพระองค์. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2548.
36. อุทัย นิปัจการสุนทร. คุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลจังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
37. Sirgy MJ. *The psychology of quality of life*. Dordrecht: Kluwer academic publishers; 2002.

38. กานดา จันทร์เยี่ยม, Louche C. คุณภาพชีวิตของคณงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดสงขลา ภาคใต้ ประเทศไทย. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2549.
39. Albion MJ, Fogarty GJ, Machin MA. Benchmarking occupational stressors and strain levels for rural nurses and other health sector workers. *J Nurs Manag* 2005; 13: 411-418.
40. Bourbonnais Re, Comeau M, Ve'zina M, Dion G. Job Strain, Psychological Distress and Burnout in Nurses. *Am J Ind Med* 1998; 34: 20-28.
41. Bourbonnais R, Mondor M. Job Strain and Sickness Absence Among Nurses in the Province of Québec. *Am J Ind Med* 2001; 39: 194-202.
42. Achat H, Kawachi I, Byrne C, Hankinson S, Colditz G. A prospective study of job strain and risk of breast cancer. *Int J Epidemiol* 2000; 29: 622-628.
43. Schernhammer ES, Hankinson SE, Rosner B, Kroenke CH, Willett WC, Colditz GA, et al. Job Stress and Breast Cancer Risk The Nurses' Health Study. *Am J Epidemiol* 2004; 160: 1079-1086.
44. Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude and Mental Strain: Implication for Job Redesign. *Admin Sci Q* 1979; 24: 285-307.
45. Li J, Yang W, Liu P, Xu Z and Cho S-I. Psychometric Evaluation of the Chinese (Mainland) Version of Job Content Questionnaire: A Study in University Hospitals. *Ind Health* 2004; 42: 260-267.
46. Kawakami N, Fujigaki Y. Reliability and Validity of the Japanese Version of Job Content Questionnaire: Replication and Extension in Computer Company Employees. *Ind Health* 1996; 34: 295-306.
47. Shen H-C, Cheng Y, Tsai P-J, S.Lee S-h, Gou YL. Occupational stress in Nurse in Psychiatric Institutions in Taiwan. *J Occup Health* 2005; 47: 218-225.
48. Josephson M, Lagerstrom M, Hagberg M, Hjelm EW. Musculokeletal symptoms and job strain among nursing personnel: a study over a three year period. *Occup Environ Med* 1997; 54: 681-685.
49. Tsutsumi A, Kayaba K, Tsutsumi K, Igarashi M. Association between job strain and prevalence of hypertension: a cross sectional analysis in a Japanese working population with a wide range of occupations: the Jichi Medical School cohort study. *Occup Environ Med* 2001; 58: 367-373.

50. Alfredsson L, Karasek R, Theorell T. Myocardial infarction risk and psychosocial work environment characteristics: An analysis of male Swedish work force. *Soc Sci Med* 1982; 16: 463-467.
51. Edimansyah BA, Rusli BN, Naing L, Mazalisah M. Reliability and Construct Validity of the Malay Version of the Job Content Questionnaire (JCQ). *Southeast Asian J Trop Med Publ Health* 2006; 37: 412-416.
52. Phakthongsuk P, Apakupakul N. Psychometric properties of the Thai Version of the 22-item and 45-item Karasek Job Content Questionnaire. *Int J Occup Med Environ Health* 2008; 21(4): 331-344.
53. สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย. คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่; 2541.
<http://www.dmh.moph.go.th/test/whoqol/> [11/4/2550].
54. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. นิยามโครงการสำมะโน/สำรวจ: โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2546. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2545.
<http://service.nso.go.th/nso/knowledge/knowledge09/sanitation1.html> [15/6/2552].
55. http://www.geocities.com/rural_doctor/Chapter/c_what.html [15/5/2552].
56. Janyam K. Quality of Life of Employees in Factory [dissertation]. Montpellier: University of Montpellier III; 2006.
57. สุภา แก้วบริสุทธิ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตเกษตรกรชาวสวนยางพารา จังหวัดสงขลา [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.
58. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2552 : แนวทางการดำเนินงานในระดับพื้นที่. กระทรวงสาธารณสุข, 2551.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา

คำแนะนำ

1. งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิชาการส่วนบุคคล ดังนั้นการตอบแบบสอบถาม จะไม่มีผลอื่นใดต่อการทำงานของท่าน และแบบสอบถามจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ
2. การตอบแบบสอบถามนี้ ขอความกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือเป็นข้อมูลพื้นฐานในการอื่นๆ ต่อไป
3. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถามในแต่ละตอนของแบบสอบถาม

การสละเวลาในการร่วมมือตอบแบบสอบถามของท่านจะทำให้งานวิจัยนี้บรรลุผลสำเร็จลงได้ จึงขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ศหพร กุลณรงค์

นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต

สาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

แนะนำแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเครียดจากงาน จำนวน 45 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต จำนวน 26 ข้อ

แบบสอบถาม

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่
ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนราธิวาส

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่างและเติมเครื่องหมาย ✓ ลงใน

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง	<input type="checkbox"/> P1
2. อายุ.....ปี (เป็นจำนวนปีเต็ม)	<input type="checkbox"/> P2
3. สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. คู่ <input type="checkbox"/> 3. หม้าย หย่า แยก	<input type="checkbox"/> P3
4. ระดับการศึกษา <input type="checkbox"/> 1. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า <input type="checkbox"/> 2. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า <input type="checkbox"/> 3. สูงกว่าปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> P4
5. ตำแหน่งหน้าที่ <input type="checkbox"/> 1. หัวหน้าสถานอนามัยหรือรักษากรหัวหน้าสถานอนามัย <input type="checkbox"/> 2. เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน <input type="checkbox"/> 3. นักวิชาการสาธารณสุข <input type="checkbox"/> 4. พยาบาลวิชาชีพ <input type="checkbox"/> 5. พยาบาลเทคนิค	<input type="checkbox"/> P5
6. อายุราชการ.....ปี (เป็นจำนวนปีเต็ม เศษต่ำกว่า 6 เดือน ให้ตัดทิ้ง เศษเกิน 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)	<input type="checkbox"/> P6
7. รายได้เดือนละ.....บาท	<input type="checkbox"/> P7

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเครียดจากงาน

คำชี้แจง ความรู้สึกต่องาน กรุณาอ่านประโยคต่อไปนี้ แล้วขีดเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านต่องาน ในกรณีที่ไม่มีคำตอบใดตรง กรุณาเลือกข้อที่ใกล้เคียงความรู้สึกที่สุดเพียงข้อเดียว **กรุณาอย่าเว้นข้อใดว่างไว้**

	1. ไม่เห็น ด้วยมาก	2. ไม่ เห็นด้วย	3. เห็น ด้วย	4. เห็น ด้วยมาก	สำหรับ นักวิจัย
1. งานของท่านทำให้ท่านต้องค้นคิดสิ่งใหม่ๆหรือคิดสร้างสรรค์					
2. ในการทำงานท่านได้พัฒนาความสามารถของตนเอง					
3. งานที่ท่านทำต้องการทักษะและความชำนาญระดับสูง					
4. ท่านแสดงความคิดเห็นได้เต็มที่ในเรื่องที่เกิดขึ้นในงานของท่าน					
5. ในการทำงานท่านต้องขวนขวายเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ					
6. ในการทำงานท่านมีโอกาสตัดสินใจด้วยตัวเอง					
7. งานของท่านต้องใช้สมาธิมากและนาน					
8. ในเวลา 5 ปีข้างหน้า ทักษะความชำนาญของท่านยังมีค่า					
9. โอกาสก้าวหน้าในอาชีพหรืองานของท่านดี					
10. งานของท่านเป็นงานหนัก					
11. งานของท่านยุ่งวุ่นวาย					
12. งานของท่านเป็นงานที่ต้องทำอย่างรวดเร็ว					
13. ท่านต้องเคลื่อนไหวร่างกายอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องในงาน					
14. ท่านต้องทำสิ่งซ้ำๆหลายๆครั้งในงาน					
15. งานของท่านเป็นงานที่ใช้แรงกายมาก					
16. งานของท่านมักถูกขัดจังหวะก่อนเสร็จ ทำให้ต้องทำต่อทีหลัง					
17. ท่านมีอิสระในการตัดสินใจว่าจะทำงานยังไง					
18. ท่านต้องทำงานที่มีลักษณะหลากหลายมาก					
19. งานของท่านต้องล่าช้าเพราะต้องคอยงานจากผู้อื่น/หน่วยอื่น					
20. ท่านมักต้องทำงานนานๆโดยหิวและแขนอยู่ในท่าไม่เหมาะสม					
21. ท่านมักต้องทำงานนานๆโดยร่างกายอยู่ในท่าไม่เหมาะสม					
22. ท่านจำเป็นต้องยกหรือเคลื่อนย้ายของหนักบ่อยๆในงาน					
23. ท่านมีเวลาเพียงพอที่จะทำงานให้เสร็จ					
24. ท่านถูกขอให้ทำงานมากเกินไป					
25. ท่านต้องรับผิดชอบแก้ไขปัญหา ข้อขัดแย้ง หรือข้อบกพร่องต่างๆที่เกิดขึ้นในงาน หรือจากเพื่อนร่วมงาน					
26. งานที่ท่านทำมันคงดี					

โดยที่เราอยู่ร่วมกันเป็นสังคม ทุกคนต้องมีผู้ร่วมงานแม้จะทำงานคนเดียว ผู้ร่วมงานหมายถึง คนที่ทำงานร่วมกับท่านไม่ว่าจะเป็น สามี ญาติ เพื่อนที่ทำงานด้วย ตลอดจนผู้ที่ต้องติดต่อเกี่ยวข้องกับงานเช่น ร้านค้าหรือบุคคลที่ท่านไปติดต่อ					
	1. ไม่เห็น ด้วยมาก	2. ไม่ เห็นด้วย	3. เห็น ด้วย	4. เห็นด้วย มาก	สำหรับ นักวิจัย
27. ผู้ร่วมงานของท่านช่วยเหลือกันเพื่อให้งานเสร็จ					
28. ผู้ร่วมงานของท่านเป็นมิตรดี					
29. ผู้ร่วมงานของท่านมีความสามารถในงานของเขาเอง					
30. ผู้ร่วมงานของท่านให้ความสนใจในตัวท่าน					
31. หัวหน้าท่านเอาใจใส่ทุกข์สุขของลูกน้อง					
32. หัวหน้าท่านเก่งในการทำให้คนทำงานร่วมกันได้					
33. หัวหน้าท่านช่วยเหลือให้งานสำเร็จลุล่วงไป					
34. หัวหน้าท่านให้ความสนใจกับสิ่งที่ท่านพูด					
ในการทำงานท่านมีปัญหาต้องเจอกับสิ่งอันตรายใดๆต่อไปนี้หรือไม่					
	1. ไม่มี ปัญหา	2. มีบ้าง /เป็น ปัญหาน้อย	3. มี /เป็น ปัญหามาก	สำหรับ นักวิจัย	
35. เครื่องมือ เครื่องจักร หรืออุปกรณ์ที่อันตราย					
36. กระบวนการทำงานที่อันตราย					
37. การถูกทำอันตรายจากความร้อน ไฟลวกหรือถูกไฟฟ้าดูด					
38. สารเคมีอันตรายหรือสารพิษใดๆ					
39. การจัดวางสิ่งของหรือจัดเก็บสต็อกที่อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุ					
40. มลพิษทางอากาศจากฝุ่น คิวีน ก๊าซ ฟูม เส้นใย หรือสิ่งอื่น					
41. การติดเชื้อโรคจากงาน					
42. บริเวณงานสกปรก /รกรุงรัง /ไม่มีระเบียบ					
43. งานที่ท่านทำมีสม่ำเสมอตลอดปีหรือไม่ (เลือกข้อใดข้อหนึ่ง)					
<input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่ มีงานเป็นช่วงและเลิกจ้างงานบ่อยๆ	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่ เลิกจ้างงานบ่อยๆ	<input type="checkbox"/> 3. ไม่ใช่ มีงานเป็นช่วงๆ	<input type="checkbox"/> 4. มีงานทำสม่ำเสมอตลอดปี		
44. ในปีที่ผ่านมา ท่านเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกือบตกงาน /ไม่มีงานทำ /เลิกจ้างบ่อยแค่ไหน					
<input type="checkbox"/> 1. ปีที่แล้วล้มตงงาน หรือถูกเลิกจ้าง	<input type="checkbox"/> 2. ตลอดเวลา	<input type="checkbox"/> 3. เคยมากกว่า 1 ครั้ง			
<input type="checkbox"/> 4. เคย 1 ครั้ง	<input type="checkbox"/> 5. ไม่มีเลย				
45. ใน 2 ปีข้างหน้า ท่านมีโอกาสจะสูญเสียงานของท่านขณะนี้กับนายจ้างคนนี้น้อยแค่ไหน					
<input type="checkbox"/> 1. มีโอกาสสูงมาก	<input type="checkbox"/> 2. มีโอกาสบ้าง	<input type="checkbox"/> 3. ไม่ค่อยมีโอกาส	<input type="checkbox"/> 4. ไม่มีโอกาสเลย		

ตอนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI)

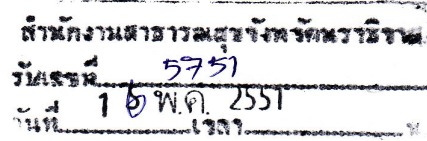
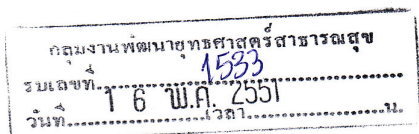
คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแย่น้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแย่น้อยระดับกลางๆ
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกดีว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างไร					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักน้อยเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ แค่นั้น					
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้ว ท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเอง หรือ การมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

ภาคผนวก ข**ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลงานวิทยานิพนธ์**



ที่ ศธ 0521.1.0609/140

สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน ชั้น 3
อาคารแพทยศาสตร์ศึกษาฯ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

14 พฤษภาคม 2551

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามงานวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. รายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย
2. แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

ตามที่ นายสหพร ภูถนรงค์ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนอามัยในจังหวัดนครราชสีมา” ซึ่งใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนอามัยในจังหวัดนครราชสีมา นั้น

ในการนี้ เมื่อท่านเห็นสมควรอนุมัติในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินงานวิจัยดังกล่าวแล้ว ทางหลักสูตรฯ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการส่งแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนอามัยในจังหวัดนครราชสีมา เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ดำเนินการต่อไป จักเป็นพระคุณอย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.พิชญ์ญา พรรคทองสุข)

ประธานหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

โทรศัพท์ 0-7445-1167 (เบอร์ติดต่อนักศึกษา 08-4067-3238)

โทรสาร 0-7442-9921

ภาคผนวก ค
อนุญาตนักศึกษาเก็บข้อมูลงานวิทยานิพนธ์



ที่ นธ 0027.002/ ๒๐16

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
36 หมู่ 9 ต.โคกเคียน อ.เมืองฯ 96000

30 พฤษภาคม 2551

เรื่อง อนุญาตให้นักศึกษาเก็บข้อมูลในงานวิทยานิพนธ์

เรียน สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

ด้วย นายสหพร กุลณรงค์ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะทำการศึกษาวิจัย เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา” โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้อนุมัติให้นักศึกษาดังกล่าวเก็บข้อมูลเพื่อทำการศึกษาวิจัย จากบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายศิริชัย สิวรรณภักดี)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

โทร./โทรสาร. 0 7353 2064

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นายสหพร กุลณรงค์

รหัสประจำตัวนักศึกษา 4910320007

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์	วิทยาลัยการสาธารณสุขจังหวัดยะลา	2539
วิทยาศาสตร์บัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2546

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการ

สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอระแงะ อำเภอระแงะ จังหวัดนราธิวาส