



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
โครงการวิจัยเรื่อง การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วย
โรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก
Enhancing Quality of Life among Educators with NCD in the
Eastern Economic Corridor

นางสาวกาญจนา พิบูลย์

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้(เงินอุดหนุนรัฐบาล)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562
มหาวิทยาลัยบูรพา

สัญญาเลขที่ 38.4/2562

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
โครงการวิจัยเรื่อง การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรค
เรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก
Enhancing Quality of Life among Educators with NCD in the Eastern
Economic Corridor

นางสาวกาญจนา พิบูลย์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ตุลาคม 2562

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้ (เงินอุดหนุนรัฐบาล)ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 มหาวิทยาลัยบูรพาผ่านสำนักงานคณะกรรมการ การวิจัยแห่งชาติ เลขที่สัญญา 38.4/2562 และ สำเร็จได้ด้วยดีเนื่องจากได้รับความกรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะ อันเป็นประโยชน์ต่าง ๆ อย่างดียิ่งจากศาสตราจารย์ ดร. นพ. ศาสตรี เสาวคนธ์ ที่ปรึกษาคณบดี คณะแพทยศาสตร์ และผู้ทรงคุณวุฒิ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และรองศาสตราจารย์ ดร.สมหมาย แจ่มกระจ่าง ที่ให้ความช่วยเหลือและคำปรึกษา ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียนและบุคลากรด้านการศึกษาคณะวันออกทุกท่านที่ร่วมให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย สุดท้ายนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณทีมผู้ช่วยนักวิจัยเพื่อนร่วมงาน บุคลากรกองบริหารงานวิจัยและนวัตกรรมและ นิสิตช่วยงานทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนการทำงานเพื่อให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลงานวิจัยครั้งนี้จะนำมาซึ่งประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากรด้านการศึกษา และ ผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบการศึกษาและการสาธารณสุขของประเทศไทยต่อไป

กาญจนา พิบูลย์
กัญยานน
2563

ชื่อเรื่อง: การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก

ผู้วิจัย: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา พิบูลย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนิดา จุลวนิชย์พงษ์
ดร. พวงทอง อินใจ ดร.นพ. เกษม ไข่มุกด์

สาขา: วิทยาศาสตร์การแพทย์

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก และ เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นการการศึกษาสถานการณ์ปัญหาในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในระยะนี้ คือ บุคลากรทางการศึกษา จำนวน 370 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เป็นแบบสอบถาม

ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในระยะนี้ คือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 56 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง ดำเนินการวิจัยด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก โดยใช้แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ

ระยะที่ 3 ทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง จำนวนทั้งสิ้น 24 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม คือ ครู ครูผู้ช่วย และครูอัตราจ้างที่สอนอยู่ในโรงเรียนในเขตพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง คือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือ โรคความดันโลหิตสูง หรือ ผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง และยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 69 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired t-test และ One way repeated Anova

ผลการศึกษา

การศึกษาระยะที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีร้อยละ 62.40 ร้อยละ 80.00 มีพฤติกรรมการจัดการด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.70

มีพฤติกรรมจัดการด้านการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.80 มีความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 74.90 มีการรับรู้ระดับความเครียดในระดับปานกลาง

การศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลักที่สำคัญคือ ดังนี้ 1) แผนงานและกลยุทธ์ 2) การค้นหาและประเมินปัจจัยเสี่ยง 3) การเสริมสร้างสมรรถนะของบุคคลและการพัฒนาระบบการจัดการปัญหา และองค์ประกอบที่ 4) การมีส่วนร่วมของผู้บริหารของโรงเรียนและ บุคลากรทางการศึกษา

การศึกษาระยะที่ 3 เมื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่า ภายหลังจากดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นในสัปดาห์ที่ 24 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และ พฤติกรรมการออกกำลังกาย เพิ่มขึ้น และมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

สำหรับค่าเฉลี่ยของไขมันคลอเรสเตอรอล ไขมัน LDL และระดับน้ำตาลในเลือด ลดลง และมี ค่าเฉลี่ยของไขมัน HDL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ สามารถเพิ่มการรับรู้ ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และ ไขมัน HDL และสามารถลดการรับรู้ความเครียด ลด ค่าเฉลี่ยของไขมันคลอเรสเตอรอล ไขมัน LDL และระดับน้ำตาลในเลือดได้ ดังนั้น ผู้ให้บริการสุขภาพควรนำโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่น ๆ และสามารถปรับปรุงแบบให้เหมาะสมกับบริบทของโรงเรียนในพื้นที่นั้น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต บุคลากรทางการศึกษา โปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

Title: Enhancing Quality of Life among Educators with NCD in the Eastern Economic Corridor

Author: Assistant Professor Dr. Kanchana Piboon
Assistant Professor Dr. Tanida Julvanichpong
Dr. Puangtong Inchai, Dr. Kasem Chaiklongkit

Concentration: Medical Science

Abstract

The objectives of this study were aimed at developing a quality of life promoting program for enhancing quality of life among educators with NCD in the Eastern Economic Corridor, and evaluating effectiveness of the program. This study consisted of 3 phases: Phase 1: investigate the quality of life situation of educators with NCD in the Eastern Economic Corridor , Phase 2: developing a preventive model and, and Phase 3: evaluating effectiveness of the program

Phase 1 was aimed to. investigate the quality of life situation of educators with NCD in the Eastern Economic Corridor using a survey. Three hundred seventy of educators were voluntary participated in this phase, data were gathered through questionnaires.

Phase 2 was aimed to develop a health-related quality of life promoting program using a participatory action research (PAR). The purposive sampling for participating in developing the program recruited 56 stakeholders into the study. In this phase, data were gathered through focus group discussions, in-depth interviews, observation, and appropriate assessment of the quality of life promoting program by using the assessment form.

Phase 3 was aimed to evaluate effectiveness of the health-related quality of life promoting program using a quasi- experimental research one group pre-posttest design and operating activities had been proceeded for 24 weeks. The purposive sampling participating in evaluating effectiveness of the health-related quality of life promoting program recruited 69 educator representatives whose lived with type 2 diabetes mellitus or hypertension or metabolic syndrome. They all voluntarily participated in the study. The study tools in the third phase were the health-related quality of life promoting program and a set of standardized questionnaires. The qualitative data were analyzed by content analysis while quantitative data were analyzed by descriptive statistics paired t-test and one-way Repeated Anova.

The study results as follow;

The study of 1 phase: the research found that more than half of the participants (62.40%) had high levels of quality of life. Almost of them (80.00%) had moderate levels of eating behavior, more than half of them (65.70%) had moderate levels of exercise behavior, half of them (47.80 %) had high level of eating and exercise knowledges, and the majority (74.90%) had moderate levels of perceived stress.

The study of 2 phase: developing health-related quality of life promotion program, the results were showed that process of health-related quality of life promotion program consisted of four key components: 1) planning and strategies, 2) finding and evaluating risk factors, 3) building personal capacities and developing the system of community problem management, and 4) building participatory action between school board and educators

The study results of 3 phase, when testing effectiveness of the health-related quality of life promotion program, it was showed that after completing operating activities at the end of the 24th week, the sample had average scores of perceived health status, quality of life, eating behavior and exercise behavior higher than their average scores rated at the pre-operating activities and average scores of perceived stress lower than their average scores rated at the pre-operating activities with statistical significance $p < 0.05$.

For the average score of cholesterol, LDL and sugar after 24 weeks, the sample had average scores of cholesterols, LDL cholesterol and blood sugar level were lower than their average scores rated at the pre-operating activities and the average score of HDL cholesterol was higher than their average scores rated at the pre-operating activities with statistical significance $p < 0.05$.

As the research results, it showed that the health-related quality of life promotion program was able to raise perceived health status, quality of life, eating and exercise behaviors and HDL cholesterol and able to reduce perceived stress, cholesterol, LDL cholesterol, and blood sugar level. Therefore, health care providers are recommended that they should apply the health-related quality of life promotion program in other areas and could adapt the program to school contexts for promoting the quality of life of educators.

Keywords: Health-related quality of life, quality of life, educator, health-related quality of life promoting program

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูป	ญ
บทที่	
บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
ขอบเขตของการวิจัย	3
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	8
แนวคิดการดำเนินการแบบมีส่วนร่วม	14
การประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม	19
วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	21
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	25
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	34
การเก็บรวบรวมข้อมูล	35
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	51
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย	52
ผลการวิจัย	
ผลการวิจัย	53

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
อภิปรายผล	
สรุปผลการวิจัย	84
อภิปรายผล	91
ผลผลิต	101
บรรณานุกรม	103
ภาคผนวก	108
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	119
ภาคผนวก ข แผนการจัดการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก	122
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการณ์ทดลอง	128
ภาคผนวก ง ผลผลิต	132
ประวัติคณะผู้วิจัย	171

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 370)..... 55
ตารางที่ 2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผลระดับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อรรถประโยชน์ของ EQ-5D-5L และ VAS ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 370)..... 60
ตารางที่ 3	จำนวน ร้อยละของแต่ละมิติของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตามแบบประเมิน EQ-5D-5L (n = 370)..... 61
ตารางที่ 4	ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ของคะแนนคุณภาพชีวิต ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก (n = 370)..... 62
ตารางที่ 5	ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก (n = 370)..... 62
ตารางที่ 6	ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ของคะแนนระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก (n = 370)..... 63
ตารางที่ 7	ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ของคะแนนระดับความรู้เรื่องการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก (n = 370)..... 63
ตารางที่ 8	ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ของคะแนนการรับรู้ความเครียด ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก (n = 370)..... 64
ตารางที่ 9	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation) ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ (n = 370)..... 65
ตารางที่ 10	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก (Stepwise Multiple Regression) (n=370)... 66
ตารางที่ 11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 69)..... 74
ตารางที่ 12	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (n = 69)..... 76

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 13	คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni (n=69).....
	76
ตารางที่ 14	ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ของคะแนนคุณภาพชีวิต ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (n = 69).....
	76
ตารางที่ 15	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (n = 69).....
	77
ตารางที่ 16	คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni (n=69).....
	77
ตารางที่ 17	ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ของคะแนนพฤติกรรมการจัดการด้านรับประทานอาหาร ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (n = 69).....
	78
ตารางที่ 18	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการด้านการรับประทานอาหารของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (n = 69).....
	78
ตารางที่ 19	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการด้านการรับประทานอาหาร ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni (n=69)...
	79
ตารางที่ 20	ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ของคะแนนพฤติกรรมการจัดการด้านการออกกำลังกายของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (n = 69).....
	79
ตารางที่ 21	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการด้านการออกกำลังกายของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (n = 69).....
	80

สารบัญตาราง (ต่อ)

		หน้า
ตารางที่ 22	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการด้านการออกกำลังกาย ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni (n=69)...	80
ตารางที่ 23	ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ของคะแนนการรับรู้ความเครียด ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (n = 69).....	81
ตารางที่ 24	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียด ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (n = 69).....	81
ตารางที่ 25	คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียด ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni (n=69).....	82
ตารางที่ 26	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือด ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง และติดตามผล (n = 69).....	82
ตารางที่ 27	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของจำนวนก้าวเดิน ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (n = 69).....	83
ตารางที่ 28	จำนวนก้าวเดินเฉลี่ย ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni (n=69).....	83

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
ภาพที่ 2	ร่างโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้าน การศึกษาที่ป่วยด้วยโรค เรื้อรัง	69
ภาพที่ 3	ร่างโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้าน การศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังปรับปรุงครั้งที่ 1	71
ภาพที่ 4	โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษา ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	72

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคเรื้อรัง (Non communicable Diseases; NCDs) เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของทั้งประเทศที่พัฒนา และ ประเทศกำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทย ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, 2016) ได้กำหนดให้ โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Diseases) โรคมะเร็ง (Cancer) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (Chronic Respiratory Disease) และ โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก โดยใน ปี 2005 องค์การอนามัยโลก (Alwan et al., 2010) ได้รายงาน ว่า 2 ใน 3 ของคนที่เสียชีวิตของประชากรทุกกลุ่มวัยจำนวน 58 ล้านคน นั้นมีสาเหตุจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวนประชากรที่เสียชีวิตนั้นส่วนใหญ่อาศัยในประเทศที่กำลังพัฒนา และ เป็นกลุ่มวัยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้น หากผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้จะส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา ทำให้ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นระยะเวลานานกว่าที่ผู้ป่วยจะกลับมาใช้ชีวิตปกติได้ ทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

สำหรับปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมที่สำคัญร่วม (Common Behavioral Risk Factors) ที่มีความเชื่อมโยงกับการเกิดโรคเรื้อรัง (NCDs) ที่จำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยน คือ การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารเสี่ยงต่อสุขภาพ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้แสดงจุดยืนว่าปัญหาการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นเป็นความรับผิดชอบ ทั้งขององค์การอนามัยโลก และประเทศสมาชิก ในการแก้ไขปัญหาลดภาวะของการเกิดโรคเรื้อรัง รวมทั้งการวางแผนปฏิบัติการทั่วโลกในการป้องกันและควบคุมเกิดโรคเรื้อรัง ในระหว่างปี ค.ศ. 2013-2020 โดยเป้าหมายของแผนเพื่อที่จะลดจำนวนการตายก่อนวัยอันควรอันเนื่องมาจากเกิดโรคเรื้อรังโดยให้ลงร้อยละ 25 ในปี ค.ศ. 2025 ซึ่งสอดคล้องเป้าหมายการพัฒนาตามแนวทางของ Millennium Development Goals (MDG) ซึ่งพบว่า NCDs เป็นอุปสรรคขัดขวางการบรรลุเป้าหมายของ MDG

สำหรับสถานการณ์โรคเรื้อรังของประเทศไทยในทุกกลุ่มอายุ แหล่งข้อมูลจากมรณบัตร สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2550 – 2557 พบว่า อัตราการตายต่อประชากรแสนคน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสาเหตุการตาย 5 อันดับแรก เรียงตามลำดับยังคงเป็น โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 25.6 (ประมาณ 60,000 คน) โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 16.5 (ประมาณ 38,000 คน) โรคเบาหวาน ร้อยละ 12.8 (ประมาณ 29,000 คน) โรคมะเร็งตับ ร้อยละ 10.8 (ประมาณ 26,000 คน) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 8.3 (ประมาณ 20,000 คน) นอกจากนี้ยังพบว่า NCDs มีจำนวนปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year of Disability Loss; YDL) ที่

มากกว่าโรคติดเชื้อและอุบัติเหตุทางถนน กล่าวคือ NCDs ทำให้ประชากรไทยมีการป่วย การดูแลรักษา พิกัดหรือขาดคุณภาพชีวิตสูงกว่า ทำให้ NCDs เป็นต้นเหตุหลักของความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year; DALY) ของประชากรไทย ซึ่งนับเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจที่สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ(IHPP) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ประเมินการณไว้ในปี ค.ศ. 2009 อยู่ที่ 198,512 ล้านบาท กล่าวโดยสรุป กลุ่มโรคไม่ติดต่อเป็นภาระทั้งการป่วยและการเสียชีวิตที่สูงของประเทศไทย มากกว่าอีกกลุ่มโรคติดเชื้อและกลุ่มอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งกลุ่มวัยทำงานอยู่ระหว่างอายุ 30 - 59 ปี มีการป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อสูงมากกว่าที่คาดว่าจะพบในวัยสูงอายุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มาจากวิถีการดำเนินชีวิต (Life Style) แล้วยังมีปัจจัยกำหนด (Determinant) ที่ต้องการศึกษาอย่างมาก

สำหรับบุคลากรทางการศึกษาซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงานวัยผู้ใหญ่ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ควรได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี เพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรคเรื้อรังในกลุ่มวัยทำงานพบว่า ส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปในการศึกษาเฉพาะพื้นที่เช่นในสถานประกอบการ ประเภทโรงงานอุตสาหกรรม ในสถานพยาบาล ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือการศึกษาในกลุ่มประชากร พบว่า มีการศึกษาเฉพาะในกลุ่มทหาร ตำรวจ คนงาน แรงงานในหน่วยบริการ หรือกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรค สำหรับการส่งเสริมสุขภาพในส่วนของบุคลากรในโรงเรียนพบว่า ส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มของเด็กนักเรียน โดยการศึกษาปัญหาสุขภาพ การเจ็บป่วย หรือการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มบุคลากรทางการศึกษา นั้น พบว่ามีการศึกษาค่อนข้างน้อย และไม่พบว่ามีการศึกษาในกลุ่มของภาคตะวันออก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรัง รวมทั้ง วิเคราะห์ปัญหา และความต้องการรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษา เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบ หรือกระบวนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ในเขตระยอง เศรษฐกิจภาคตะวันออกต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรด้านการศึกษาในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก
2. เพื่อประเมินปัญหาและวิเคราะห์ความต้องการในพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก
3. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก

4. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อประเมินปัญหาและวิเคราะห์ความต้องการในพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาในอีกมิติหนึ่ง

การศึกษานี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะหลัก ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นการ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรด้านการศึกษา และ การประเมินปัญหาและวิเคราะห์ความต้องการในพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก และ

ระยะที่ 3 คือ การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก

ประชากรในการศึกษานี้ได้แก่ บุคลากรทางการศึกษา และ ผู้บริหารการศึกษา ในสถาบันการศึกษา ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก

กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 ประกอบด้วย 2 กลุ่มหลักคือ

กลุ่มที่ 1) บุคลากรทางการศึกษาที่ปฏิบัติงานในสถาบันการศึกษาพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก จำนวน 384 คน

กลุ่มที่ 2) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประกอบด้วย บุคลากรทางการศึกษา และ ผู้แทนผู้บริหารสถานศึกษา ที่ปฏิบัติงานในสถาบันการศึกษาในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก จำนวน 56 คน

กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประกอบด้วย บุคลากรทางการศึกษา และ ผู้แทนผู้บริหารสถานศึกษา ที่ปฏิบัติงานในสถาบันการศึกษาในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก จำนวน 56 คน

กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 3 คือบุคลากรทางการศึกษาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ปฏิบัติงานในสถาบันการศึกษาพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก และยินดีเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 71 คน

นิยามศัพท์เฉพาะ

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลากรทางการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกาย จิตใจ สังคม ที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และ การรักษา โดยประเมินจากแบบ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF)

การมีส่วนร่วม หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในตัดสินใจ การสนับสนุน และการจัดการทรัพยากรในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยมีส่วนร่วมตั้งแต่ การวิเคราะห์ ค้นหาปัญหาและศึกษาความต้องการและความคาดหวังในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การพัฒนาโครงสร้างโปรแกรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การลงมือปฏิบัติตามกิจกรรมการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การติดตามผลและการรับผลประโยชน์จากการดำเนินการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

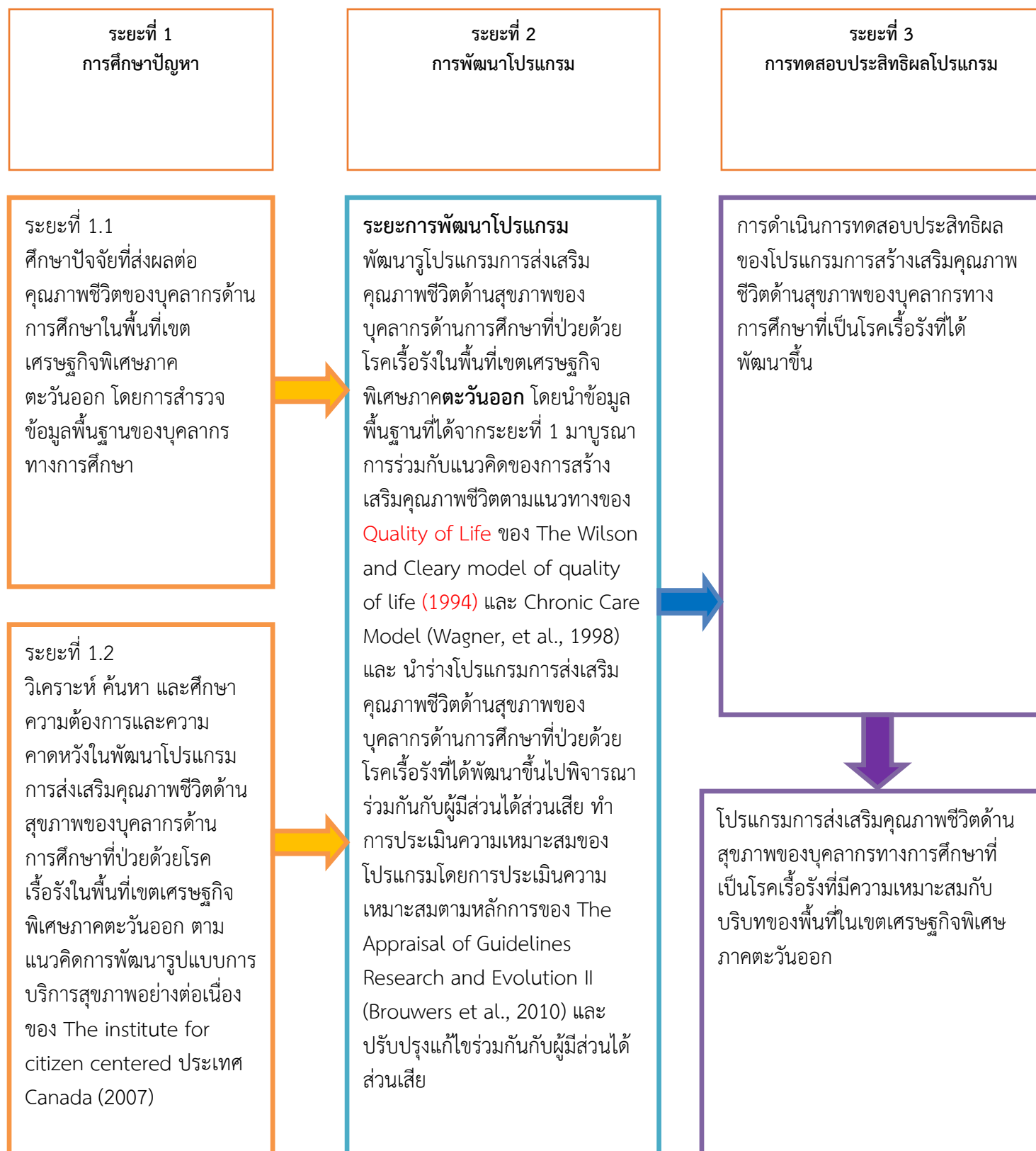
การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึงกระบวนการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่าง ผู้บริหารสถานศึกษา รวมทั้ง บุคลากรทางการศึกษา ในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่โดยประยุกต์แนวความคิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาเป็นแนวคิดในการวิเคราะห์ และ ค้นหา ความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพบุคลากรทางการศึกษา นำข้อมูลที่ได้รับเบื้องต้นมาบูรณาการกับองค์ความรู้การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตตามแนวทางของ The Wilson and Cleary model of quality of life (Wilson & Cleary, 1995) และ Chronic Care Model (Wagner EH. 1998) เพื่อนำมาพัฒนาโปรแกรมแบบการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมและวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่ ความเหมาะสมของรูปแบบการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึงความเห็นร่วมกันของผู้ที่ร่วมพัฒนาโปรแกรมโดยยึดหลักการตาม The Appraisal of Guidelines Research and Evolution II (Brouwers , Kho , Browman , Cluzeau, Feder , Fervers , Hanna., & Makarski , 2010) โดยประเมินทั้งหมด 6 ด้านได้แก่ 1) ด้านขอบเขตและเป้าหมาย 2) ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) ด้านความน่าเชื่อถือในการพัฒนารูปแบบ 4) ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ 5) ด้านการนำรูปแบบไปใช้ 6) ด้านอิสระในการพัฒนารูปแบบประสิทธิผลของโปรแกรม

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง ผลจากการดำเนินการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยใช้โปรแกรมการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้น โดยกระบวนการดำเนินงานตามโปรแกรมดังกล่าวส่งผลให้บุคลากรทางการศึกษามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยประเมินผลจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (HRQOL Questionnaire) และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF)

บุคลากรทางการศึกษาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หมายถึง บุคลากรครูที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือมีภาวะอ้วนลงพุง ที่ปฏิบัติงานด้านการสอนในสถานศึกษาในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดในการโปรแกรมการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่เป็นโรคเรื้อรัง การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการพัฒนาบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ ค้นหา และศึกษาความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีความเหมาะสมกับบริบทของบุคลากรทางการศึกษาที่เป็นโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกโดยการประเมินจากแบบสอบถามและจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้รับในเบื้องต้นมาใช้ในการบูรณาการ กับองค์ความรู้การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตตามแนวทางของ Quality of Life ของ The Wilson and Cleary model (Wilson & Cleary, 1995) ขององค์การอนามัยโลก (1994) และ Chronic Care Model (Wagner EH. 1998) หลังจากนั้นนำรูปแบบที่สร้างมาประเมินความเหมาะสมโดยการประเมินความเหมาะสมตามหลักการของ The Appraisal of Guidelines Research and Evolution II (Brouwers et al., 2010) และปรับปรุงแก้ไขร่วมกันกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับบุคลากรทางการศึกษาที่เป็นโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกซึ่งกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ดังแสดงในรูปที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในการพัฒนาระบบสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับประเทศ

-รัฐบาลสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการที่บุคลากรทางการศึกษาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี

-สำหรับหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินงานด้านบริการสุขภาพ ทั้งภาครัฐและเอกชนสามารถนำไปใช้เป็นแนวนโยบายในการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรทางการศึกษา ทั้งนี้ เพื่อลดความรุนแรงของการเกิดโรค ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการไม่สามารถควบคุมโรคได้

ระดับชุมชน

-ผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เหมาะสม สามารถนำไปขยายผลต่อในสถานศึกษาอื่น ๆ ได้อย่างกว้างขวาง

ระดับบุคคล

- ประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ที่เหมาะสมสามารถช่วย ส่งเสริมสุขภาพบุคลากรทางการศึกษาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะการคงไว้ซึ่งผลลัพธ์ของการรักษา และลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากโรคเรื้อรังได้

-การนำรูปแบบการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรทางการศึกษาสามารถนำไปใช้กับบุคลากรทางการศึกษาต่าง ๆ ได้อย่างกว้างขวางและไม่มีข้อจำกัด ส่งผลให้บุคลากรทางการศึกษาสามารถดูแลตนเอง และจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง

-เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับบุคลากรทางการศึกษา

2. ประโยชน์ที่ได้รับในการวิจัยด้านวิชาการสามารถแบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

2.1 ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นประโยชน์ต่อสาธารณชนโดยเฉพาะบุคลากรในด้านสาธารณสุข ด้านการศึกษา ด้านการพัฒนางานวิจัย สามารถนำผลการศึกษาไปต่อยอดในการพัฒนางานของตน ผ่านการเผยแพร่ผลงานการวิจัยทั้งในรูปของการตีพิมพ์ผลงานและนำเสนอผลงานวิชาการผ่านการประชุมวิชาการ

2.2 การวิจัยนี้มีส่วนในการได้พัฒนาศักยภาพของนักวิจัยหน้าใหม่ซึ่งเป็นนิสิตในระดับบัณฑิตศึกษาอย่างน้อย 5 คน

2.3 การวิจัยครั้งนี้ มีส่วนในการพัฒนานักวิจัยหน้าใหม่ซึ่งเป็นผู้ให้บริการสุขภาพในชุมชนอย่างน้อย 3 - 5 คน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Par action research) เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ประเมินปัญหาและวิเคราะห์ความต้องการในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีบทบาทในการพัฒนารูปแบบและร่วมดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิดทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางการศึกษาในประเด็นต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
2. แนวคิดการดำเนินการแบบมีส่วนร่วม
3. การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นคำที่ใช้ในการกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาสังคม เริ่มมีการศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา และประเทศในแถบทวีปยุโรปมาก่อนหน้า สำหรับในประเทศไทยได้มีการศึกษา คุณภาพชีวิต ในบริบทต่าง ๆ เนื่องจาก คุณภาพชีวิต มีความเกี่ยวข้องกับการศึกษา ในแทบทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์โดยเฉพาะด้านสุขภาพ โดยมีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตที่คล้ายคลึงกันไว้ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO,1996) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงสภาวะของตน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคลภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

Ebersole (1995) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ภาวะความสุขสบายที่ไม่คงที่ของบุคคลจากประสบการณ์ชีวิต 4 ด้าน คือความผาสุกด้านร่างกายและอาการทางกาย (Physical well-being and symptoms) ความผาสุกด้าน จิตใจ (Psychological well-being) ความผาสุกทางสังคม (Social well-being) และความผาสุกด้านวิญญาณ (Spiritual well-being) มีการเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องอยู่บนพื้นฐานคุณภาพชีวิต

องค์การยูเนสโก (UNESCO,1993) ได้นิยามว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความเป็นอยู่ที่ดีของสังคม และระดับความพึงพอใจในความต้องการส่วนหนึ่งของมนุษย์ ดังนั้น คุณภาพชีวิต จึงเป็นระดับของการมีชีวิตที่ดี มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตและสภาพแวดล้อม ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ในการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต เป็นการแสดงถึงลักษณะในการดำรงชีวิตของบุคคล โดยบุคคลแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านพื้นฐานของบุคคล วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ภาวะสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น ดังนั้น การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคคล ควรมีการคำนึงถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ที่สำคัญและจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตมีทั้งลักษณะที่คล้ายคลึงกัน และแตกต่างกัน แล้วแต่วัตถุประสงค์ของการศึกษา การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ขึ้นอยู่กับบริบทและองค์ประกอบที่แตกต่างกัน โดยองค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบนั้น จะมีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไป ตามการรับรู้หรือทัศนคติของแต่ละบุคคลหรือสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ ไว้ ดังนี้

Flanagan (1982) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่าเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจำแนกออกได้ 5 องค์ประกอบดังนี้

- 1) มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกายได้แก่การมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางด้านวัตถุได้แก่การมีอาหารดี มีบ้านที่น่านอน มีเครื่องอำนวยความสะดวก
- 2) มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดา มารดาญาติ พี่น้อง เพื่อนฝูง และบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตร และการเลี้ยงดูบุตรถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย
- 3) มีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น
- 4) มีการพัฒนาทางบุคลิกภาพ และมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการเช่น สติปัญญา การเรียนรู้สนใจการเรียน และการเข้าในตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานที่น่าสนใจทำ ได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์

- 5) มีสันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

Zhan L. (1994) ได้กล่าวไว้ว่าคุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

- 1) ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในสภาวะภายนอกที่ได้รับอิทธิพลจากภูมิหลังของคน บุคลิกลักษณะ สิ่งแวดล้อม และสถานภาพทางสุขภาพ สิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองครอบงำซึ่งอยู่ระหว่างความต้องการ ความคาดหวัง ความใคร่ ความปรารถนาที่ตั้งไว้และความสำเร็จที่ได้รับ

- 2) ด้าน อัตมโนทัศน์ เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่คน ๆ หนึ่งมีต่อตนเอง ความ เชื่อ ความรู้สึกเหล่านี้มาจากการรับรู้โดยเฉพาะการรับรู้ปฏิกริยาของผู้อื่นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของคน ๆ หนึ่งเกี่ยวกับตนเองในห้วงเวลาหนึ่ง

- 3) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยนอกจากจะประเมินอาการทางคลินิกแล้ว ยังประเมินในเรื่องการรับรู้สภาวะสุขภาพของบุคคล สิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสังคมและยังต้องพิจารณาถึงอิทธิพลทางสังคม สิ่งแวดล้อม และการเมืองด้วย

4) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการประเมินการประกอบอาชีพ การศึกษา และรายได้ ซึ่งถูกกำหนดเป็นมาตรฐานทางสังคม

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตหรือวัดระดับคุณภาพชีวิตนั้น ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของแต่ละบุคคลดังต่อไปนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-100 ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) จะประกอบ ด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 6 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายการรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบายไม่มีความเจ็บปวดการรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผละกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับ และพักผ่อน รวมทั้งการรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวลเป็นต้น

3) ระดับความเป็นอิสระของบุคคล (Level of independence) คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงานการรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยใครๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

4) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมการรับรู้ว่าคุณเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

5) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิตการรับรู้ว่าคุณอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6) ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality religion/personal beliefs) คือรวมไปถึงการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรคเป็นต้น

Stromberg (1994) ได้แสดงทักษะในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1) การประเมินเชิงวัตถุวิสัย โดยวัดเป็นเชิงปริมาณด้วยการวัดจากรายได้ ที่อยู่อาศัย กิจกรรม และความบริสุทธิ์ของอากาศ ซึ่งเป็นการประเมินผู้ป่วยโดยผู้อื่น เช่น แพทย์หรือบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ

2) การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเชิงปริมาณด้วยการสืบค้นความต้องการ ความหมดหวัง ทศนคติ และการรับรู้ของแต่ละคนขึ้นอยู่กับค่านิยมคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจที่ตนเองได้รับ ซึ่งเป็นการประเมินโดยผู้ป่วยเอง โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3) การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นคุณภาพ เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเองโดยเป็นการบรรยายและการบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2544) ได้แปลและพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อ ฉบับไทย จากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาอังกฤษ (WHOQOL-BREF, 1996) แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย คือ การรับรู้ถึงสภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบายไม่มีเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับและพักผ่อน ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าตนเองไม่ต้องพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น มี 7 ดัชนีชี้วัด (1) ความเจ็บปวดและความไม่สบาย (2) กำลังวังชาและความเหนื่อยล้า (3) การนอนหลับพักผ่อน (4) การเคลื่อนไหว (5) การดำเนินชีวิตประจำวัน (6) การใช้จ่ายหรือการรักษา และ (7) ความสามารถในการทำงาน

2) ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น มี 6 ดัชนีชี้วัด ได้แก่ (1) ความรู้สึกในด้านดี (2) การคิด การเรียนรู้ ความจำ และสมาธิ (3) การนับถือตนเอง (4) ภาพลักษณ์และรูปร่าง (5) ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี และ (6) จิตวิญญาณ ศาสนา ความเชื่อส่วนบุคคล

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่อง ความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ที่ตนเองได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์ มี 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) สัมพันธภาพทางสังคม (2) การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม และ (3) กิจกรรมทางเพศ

4) ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ที่ตนเองมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมีความมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ทางการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ที่ตนเองมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ที่ตนเอง

ได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น มี 8 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) ความปลอดภัยทางร่างกาย และความมั่นคงในชีวิต (2) สภาพแวดล้อมของบ้าน (3) แหล่งการเงิน (4) การดูแลสุขภาพและบริการทางสังคม (5) การรับรู้ข่าวสาร และทักษะใหม่ ๆ (6) การมีส่วนร่วมมีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจ และมีเวลาว่าง (7) สภาพแวดล้อม และ (8) การคมนาคม

วัชร เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต้ม (2548) ได้แปลเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต SF-36 (The short form health survey-36) SF-36 เป็นหนึ่งในแบบสอบถามทั่วไปหลายฉบับ ที่ได้รับการทดสอบแล้วว่าได้มาตรฐานแบบสอบถามนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา และมีผู้นำไปแปลและใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในประเทศต่าง ๆ มากกว่า 10 ประเทศ แบบสอบถามฉบับนี้ สั้นและเข้าใจง่าย สามารถวัดระดับสุขภาพทางกาย (Physical health) จิตใจ (Mental health) รวมถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้านสังคม (Social functioning) ของกลุ่มคนทั่วไป และผู้ป่วย โรคต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนกระดูกหัวเข่า ผู้ป่วยลำไส้ และผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) เป็นต้น แบบสอบถามฉบับนี้ ได้พัฒนาโดย The Medical Outcome Trust ของประเทศสหรัฐอเมริกา แบบประเมิน SF-36 ฉบับภาษาไทย ซึ่งประกอบด้วย 8 มิติ ดังนี้

- 1) มิติด้านการทำงานด้านร่างกาย (Physical functioning)
- 2) มิติด้านข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย (Role-physical)
- 3) มิติด้านความเจ็บปวดทางกาย (Bodily pain)
- 4) มิติด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป (General health)
- 5) มิติด้านการทำงานทางสังคม (Social functioning)
- 6) มิติด้านการมีชีวิต (Vitality)
- 7) มิติด้านข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ (Role-emotional)
- 8) มิติด้านสุขภาพจิตทั่วไป (General mental health)

ปิยะวัฒน์ ตริวิทยา (2559) ได้สรุปผลการศึกษาคูณภาพชีวิต และได้แบ่งแบบประเมินคุณภาพชีวิต การใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตเป็นการศึกษาเชิงคุณลักษณะ (Quantitative assessment) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย แบบประเมินคุณภาพที่นิยมใช้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบ Health -related quality of life (HRQOL) แบบประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มนี้ประเมินผลกระทบของสุขภาพที่ผิดปกติ เช่น ภาวะเป็นโรค หรือความพิการ ที่มีต่อองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ผู้ประเมินเลือกมาศึกษาอาจกล่าวได้ว่า เป็นการประเมินผลกระทบของโรคต่อโครงสร้างการทำงานของร่างกาย (Body structure and body function) และการประกอบกิจกรรม (activity) แบบประเมินในกลุ่มนี้สามารถแบ่งออกเป็นสองกลุ่มย่อยคือ

- 1.1 แบบประเมิน HRQOL แบบเฉพาะเจาะจง (Specific HRQOL questionnaire) แบบประเมินในกลุ่มนี้จะเป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้สำหรับเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพเหมือนกัน หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเดียวกัน แบบประเมินมีข้อคำถามที่เกี่ยวกับอาการของโรค อาการแทรกซ้อน ผลกระทบที่เกิดจากโรค ผลการประเมินที่ได้จึงมีความไว (Sensitivity) ในการแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตที่เป็นผลจากการรักษา ข้อคำนึงถึงในการใช้แบบประเมินกลุ่มนี้ คือ แบบประเมินถูกออกแบบมาใช้เฉพาะใน กลุ่มตัวอย่างใดกลุ่มตัวอย่างหนึ่ง ดังนั้นข้อมูลที่ได้อาจไม่ครอบคลุมในมิติอื่นที่มีผลต่อคุณภาพ

ชีวิต รวมทั้งอาจเป็นการประเมินเฉพาะผลการรักษาที่มีต่ออาการทางร่างกายที่ผู้วิจัยสนใจ โดยที่ผู้วิจัยไม่ได้สนใจต่อองค์ประกอบอื่นที่มีความสำคัญและอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยตัวอย่างของแบบประเมินชนิดนี้ ได้แก่ Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ) The spinal cord injury quality-of-life questionnaire (SCIQL-23) the Rheumatoid Arthritis Quality of Life questionnaire (RAQoL) และ Stroke-Specific Quality of Life Scale (SSQL) เป็นต้น นอกจากนี้ การนำผลการศึกษาไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นที่มีความแตกต่างจากกลุ่ม ที่แบบประเมินถูกออกแบบมาใช้ งาน เนื่องจากความแตกต่างของโรค อีกทั้งการใช้แบบประเมินในวัฒนธรรม หรือใช้ภาษาที่แตกต่างกันจะทำให้มีข้อผิดพลาดในการแปลผลจากแบบประเมิน

1.2 แบบประเมิน HRQOL แบบทั่วไป (Generic HRQOL questionnaire) เป็นแบบประเมินที่ศึกษาผลกระทบของโรคหรือความเจ็บป่วยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเหมือนกลุ่มที่ผ่านมา แต่เป็นการประเมินในองค์ประกอบหลายด้านที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตจากกรอบแนวคิดแบบ meta-approach แบบประเมินในกลุ่มนี้จึงสามารถนำไปใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคหรือความพิการที่ต่างกัน จุดมุ่งหมายหลักของแบบประเมินในกลุ่มนี้คือการศึกษผลกระทบของโรค หรือความเจ็บป่วยที่มีต่อองค์ประกอบย่อยที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ตัวอย่างของแบบประเมินในกลุ่มนี้ที่ได้รับความนิยมอย่างสูงในการศึกษาคุณภาพชีวิต ได้แก่ Medical Outcomes Study Short Form 36: SF-36, Nottingham medical outcome questionnaire³⁵ แบบประเมินในกลุ่มนี้สามารถใช้ประเมินกลุ่มผู้ป่วยที่หลากหลายกว่าแบบเฉพาะเจาะจง

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม (Holistic quality of life) เป็นการประเมินที่ครอบคลุมปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตตามที่ผู้ศึกษาได้ให้คำจำกัดความไว้ก่อนการ ศึกษา ประกอบด้วยองค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ ความสามารถในการทำกิจกรรม การมีส่วนร่วมทางสังคม ฐานทางเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม ทางสังคม ความเชื่อทางศาสนาจิตวิญญาณ เป็นต้น การประเมินรูปแบบนี้ เป็นการประเมินองค์ประกอบต่างๆ ที่ครอบคลุมมากกว่าแบบแรก จุดเด่นของแบบประเมิน คือการศึกษผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีต่อคุณภาพชีวิต โดยไม่สนใจต่ออาการของโรค ความเจ็บป่วย หรือการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกอันเนื่องมาจากการได้รับการรักษาด้วยวิธีต่างๆ แบบประเมินในกลุ่มนี้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและมีจำนวนมาก ตัวอย่างแบบประเมินที่ได้รับความนิยม ได้แก่ Health Organization Quality of Life Questionnaire-100: WHOQOL-100, World Health Organization Quality of Life Questionnaire-BREF: WHOQOL-BREF, Integrative Quality-of-Life meta-theory: IQL, Quality of Well Being Scale: QWB,

The European QoL measure: EuroQoL, The Life Satisfaction Index: LSI, The Satisfaction with Life Scale: SWLS, และ Comprehensive Quality of Life Inventory: ComQOL.

สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงสภาวะของตนในด้านร่างกาย ด้านจิตใจและความสามารถในการทำกิจกรรมด้านสังคมของบุคคลและการศึกษาค้นคว้านี้ ผู้วิจัยเลือก เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต SF-36 (The short form health survey-36) ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาโดย วชิร เลอমানกุล และปารณีย์ มีแต่้ม (2548) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตที่สามารถวัด ครอบคลุมระดับสุขภาพทางกาย (Physical health) จิตใจ (Mental health) รวมถึงความสามารถในการปฏิบัติ กิจกรรมด้านสังคม (Social

functioning) ของกลุ่มคนทั่วไป และผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ซึ่งมีความเหมาะสมที่จะใช้วัดคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษา และแบบวัดฉบับนี้ได้รับการยอมรับในการนำไปใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในประเทศต่าง ๆ มากกว่า 10 ประเทศ อีกทั้งแบบสอบถามฉบับนี้สั้นและเข้าใจง่าย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กมล สุดประเสริฐ (2540) ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไว้ว่าเป็นการวิจัยที่จัดกระทำโดยผู้ปฏิบัติการเพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการแก้ไขปัญหาโดยทันที และต้องมีการดำเนินการร่วมกันเป็นกลุ่ม โดยอาศัยกระบวนการทำงานร่วมกันในการค้นหาปัญหาและข้อโต้แย้งร่วมกันเป็นกลุ่ม การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา โดยเป็นกระบวนการที่ใช้เสียงข้างมากในการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของ สุรางค์ จันทวานิช (2550) ที่กล่าวไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์โดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมวิจัยตั้งแต่ขั้นการระบุปัญหา การดำเนินการ การติดตามผล จนถึงขั้นประเมินผล เป็นการวิจัยที่นำแนวคิด 2 ประการมาผสมผสานกันคือ ปฏิบัติการ (action) หมายถึงกิจกรรมที่โครงการวิจัยต้องดำเนินการ ซึ่งส่วนใหญ่แล้วปฏิบัติการมักเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพัฒนาด้านใดด้านหนึ่ง และการมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของทุกฝ่ายที่เข้าร่วมกิจกรรมวิจัย ในการวิเคราะห์สภาพปัญหาหรือสถานการณ์อันใดอันหนึ่ง แล้วร่วมในกระบวนการตัดสินใจและการดำเนินการจนกระทั่งสิ้นสุดการวิจัย ในขณะที่นักวิชาการบางท่านกล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกลยุทธ์ที่สะท้อนให้เห็นถึงการเดินทางไปสู่การพัฒนา (Journey of development) โดยมีการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่เป็นอยู่ไปสู่สิ่งที่สามารถเป็นไปได้ ทั้งในระดับปัจเจกชนและระดับสังคมโดยหัวใจสำคัญของการเปลี่ยนแปลงอยู่ที่กระบวนการวิจัย ซึ่งใช้แนวทางความร่วมมือ (Collaborative approach) ระหว่างนักวิจัยกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders)

Pearse and Stiefel (1981) ให้ความหมายว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนหมายถึงการที่กลุ่มประชาชนหรือกระบวนการที่มีสมาชิกของชุมชนที่กระทำออกมาในลักษณะของการทำงานร่วมกันที่แสดงให้เห็นถึงความต้องการร่วมกัน ความสนใจร่วมกัน มีความต้องการที่จะบรรลุถึงเป้าหมายร่วมกัน

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR) หมายถึงการวิจัยที่ประยุกต์แนวคิดและวิธี ของ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) และ การวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory research) เพื่อมุ่งแก้ปัญหาหรือพัฒนา หรือมุ่งปรับเปลี่ยนบางสิ่งบางอย่างภายในชุมชนหรือองค์กรของตน โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายต้องเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มการดำเนินการจนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการวิจัย

ลักษณะของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นทั้งการวิจัย การบริหาร การพัฒนาและการทำงานเพื่อการแก้ปัญหาในเวลาเดียวกันโดยผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยจะร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา สภาพการณ์ที่ต้องการเปลี่ยนแปลง จากนั้น จึงกำหนดแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงไปสู่สภาพที่พึงประสงค์มีการกำหนดวัตถุประสงค์และวิธีการเพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์นั้นแล้วนำแผนไปสู่การปฏิบัติ ในช่วงปฏิบัติงานตามแผนจะมีการติดตามและตรวจสอบผลการดำเนินงานเพื่อการปรับปรุงแก้ไขและเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานตามแผนก็จะมีผลการประเมินผลสรุป โดยภาพรวมแล้วมีข้อมูลย้อนกลับโดยในขั้นตอนต่าง

ๆ อาศัยเทคนิควิธีการหลากหลายวิธีในการรวบรวมข้อมูลเพื่อนามาวิเคราะห์ประกอบการตัดสินใจ ทั้งวิธีการเชิงปริมาณและวิธีการเชิงคุณภาพ เช่นการใช้แบบสอบถาม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ การบันทึกรายวันหรือการบันทึกภาพ เป็นต้น

เทคนิคพื้นฐานของการมีส่วนร่วม

ในปัจจุบันแนวคิดการมีส่วนร่วมเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนต้องอาศัยกระบวนการกลุ่มเป็นเทคนิคพื้นฐานเพื่อก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมสูงสุดและบรรลุเป้าหมายในการพัฒนา กระบวนการมีส่วนร่วมนั้นมีเทคนิคหลากหลายซึ่งแต่ทุกเทคนิคมีเป้าประสงค์อันเดียวกัน คือการพัฒนาศักยภาพและสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการพัฒนาตนเอง ครอบคลุม ชุมชน และสังคมโดยรวม ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะ 4 กระบวนการคือ การสนทนากลุ่ม (Focus group) การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory rural appraisal : PRA) การประชุมแบบมี ส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (appreciation influence control : AIC) และการสร้างอนาคตร่วมกัน (Future search conference : FSC) มีรายละเอียดดังนี้ (สุรพล ชยภพ, 2552)

1. การสนทนากลุ่ม (Focus group) การสนทนากลุ่ม เป็นกระบวนการ ตัดสินใจร่วมกัน (group decision) ของประชาชนในชุมชนในประเด็นปัญหาที่เฉพาะเจาะจง โดยมี ผู้ดำเนินการสนทนา (moderator) เป็นผู้ที่ย่อยจุดประเด็นการสนทนาเพื่อชักจูงให้ผู้เข้าร่วมประชุมเกิดแนวคิดและแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นหรือแนวทางการสนทนาอย่างกว้างขวางและลึกซึ้งโดยในการสนทนาแต่ละกลุ่มจะประกอบด้วยสมาชิกประมาณ 6-10 คน ซึ่งคัดเลือกมาจากกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดเอาไว้ การสนทนากลุ่มเป็นกระบวนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพแบบมี ส่วนร่วมอย่างลึกซึ้ง ที่ผู้นำการสนทนาต้องสร้างความสนิทสนมและความเป็นกันเองกับผู้ร่วมการ สนทนาที่จะมีข้อโต้แย้งหลากหลายซึ่งเป็นความขัดแย้งที่เกิดจากความเชื่อพื้นฐานของแต่ละคน จึงต้องเข้าใจธรรมชาติของแต่ละคนที่จะนำไปสู่การเปิดใจยอมรับความรู้ความสามารถของผู้อื่นซึ่งจะช่วยให้การสนทนากลุ่มบรรลุเป้าหมายตามความต้องการ

2. การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory rural appraisal :PRA) การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ให้ชาวบ้านได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพของชุมชนและชีวิตปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง โดยเน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตรวจสอบข้อมูล รับฟังเหตุผลของกันและกันและหาข้อสรุปร่วมกัน โดยมีผู้ทำ PRA เป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการพูดคุยและแลกเปลี่ยน บนพื้นฐานของความเคารพและความเสมอภาค การทำ PRA ที่ดีจะช่วยให้ชาวบ้านตระหนักถึงปัญหาของตนเองซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนและการลงมือกระทำเพื่อแก้ไขปัญหาของตนเองด้วยตนเองต่อไปกระบวนการ PRA จึงเป็นกระบวนการที่นอกจากจะช่วยให้ได้รับข้อมูลที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในชุมชนและความต้องการของชาวบ้านแล้ว ยังช่วยเสริมสร้างสัมพันธ์ภาพและศักยภาพของชาวบ้าน สร้างจิตสำนึกความเป็นเจ้าของและเปิดโอกาสให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืนในพื้นที่อีกด้วย ซึ่งหลักการทำ PRA ต้องอยู่บนพื้นฐานสำคัญคือความเชื่อมั่นในศักยภาพของชาวบ้าน การให้ความสำคัญกับความคิดที่มาจากประสบการณ์จริงและสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน การเน้นการระดมพลังในชุมชนเพื่อแก้ปัญหา และการสนับสนุนให้ชาวบ้านเป็นผู้กระทำและมีบทบาทหลักในการดำเนินการ

3. การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation influence control: AIC)

การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ เป็นการระดมพลังสมองเพื่อแก้ปัญหาและหาแนวทางในการพัฒนาอย่างสร้างสรรค์ เป็นการประชุมระดมสมองที่ทำให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหา ชัดจำกัด ความต้องการและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องในเรื่องต่าง ๆ งานที่ได้จากการประชุมมาจากความคิดของคนทุกคน

A - Appreciation คือการยอมรับความคิดเห็นความรู้สึกร่วมกันของเพื่อนสมาชิกเข้าใจข้อจำกัดของแต่ละคน ไม่รู้สึกต่อต้านหรือวิจารณ์เชิงลบความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิกในกลุ่มทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ เป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

I - Influence คือการใช้ประสบการณ์/ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของแต่ละคนที่มีอยู่มาช่วยกันกำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์หรืออุดมการณ์ร่วมกัน

C - Control คือการนำยุทธศาสตร์ วิธีการมากำหนดแผนปฏิบัติการโดยละเอียด สมาชิกจะประเมินว่าตนเองสามารถรับผิดชอบในเรื่องใดและรับไปปฏิบัติด้วยความเต็มใจเกิดเป็นพันธสัญญา ข้อผูกพันแก่ตนเอง เพื่อควบคุมตนเองให้ปฏิบัติงานจนบรรลุเป้าหมายร่วมของกลุ่ม

4. การประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างอนาคตร่วมกัน (future search conference: FSC)

กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างอนาคตร่วมกัน เป็นกระบวนการประชุมสร้างอนาคตแบบมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มในชุมชน เพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมของกลุ่มและสร้างจิตสำนึกพันธะสัญญาในการพัฒนาร่วมกัน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลักคือ

- 1) การวิเคราะห์เหตุการณ์ในอดีต เพื่อเชื่อมโยงสภาพการณ์ ในปัจจุบันและอนาคต
- 2) การวิเคราะห์และสังเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบัน เพื่อทำความเข้าใจในทิศทางและปัจจัยที่มีอิทธิพลในประเด็นหลักการประชุม
- 3) การสร้างจินตนาการถึงอนาคตที่พึงปรารถนา เพื่อร่วมกันคิด วิเคราะห์และเลือกกำหนดแนวทางไปสู่อนาคตร่วมกัน

นอกจากนี้ การจัดกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมแบบ FSC นั้น สำนักมาตรฐานการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการและสำนักมาตรฐานอุดมศึกษา ทบวงมหาวิทยาลัย (2545) ได้จัดกลุ่มไว้ดังนี้

1) กลุ่มเฉพาะ (stakeholder) ได้แก่กลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะบางประการร่วมกัน เช่น การมีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกัน กลุ่มเฉพาะจะมีมุมมอง ประสบการณ์ ความชำนาญเฉพาะด้านซึ่งมีคุณค่าในการพิจารณาที่ละเอียดในด้านนั้นๆ

2) กลุ่มผสม (Mixed group) ได้แก่กลุ่มที่มีความแตกต่างหลากหลาย เช่นในกลุ่มอาจจะประกอบด้วยผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติระดับสูง ผู้ปฏิบัติระดับกลาง ผู้ปฏิบัติระดับล่าง ความหลากหลายของสมาชิก ทำให้ได้ข้อมูล ข้อคิดเห็น ประสบการณ์หลายด้านที่ครอบคลุมมีความเชื่อมโยงด้านต่างๆ นอกจากนี้ยังเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันที่เกิดจากการเรียนรู้ร่วมกันของสมาชิกภายในกลุ่ม

3) กลุ่มสนใจ (Self-selected group) ได้แก่กลุ่มที่สมาชิกภายในกลุ่มได้ตัดสินใจเลือกประเด็นที่กลุ่มได้รวบรวมจัดลำดับไว้แล้ว การตัดสินใจเลือกประเด็นเป็นการตัดสินใจส่วนบุคคล สมาชิกที่สนใจประเด็นเดียวกันจะรวมตัวกันเป็นกลุ่มสนใจในประเด็นนั้นๆ เพื่อร่วมกันดำเนินกิจกรรมตามที่ได้รับมอบหมาย

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ขั้นตอนของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

1. ระยะเตรียมการวิจัย เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนวิจัยโดยมุ่งเน้นที่การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย และผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัยอันมีขั้นตอนปลีกย่อยดังนี้

1.1 การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี คือการเข้าไปใกล้ชิดกับผู้ร่วมวิจัย พูดคุยแนะนำให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ เป้าหมายและความต้องการส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัยอันทำให้เกิดความไว้วางใจในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยสามารถทำการวิเคราะห์ คาดหมายสภาพการณ์และปัญหาของการดำเนินงานที่อาจเกิดขึ้นและสามารถเตรียมรับมือได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การสำรวจ ศึกษาชุมชน เป็นขั้นตอนการศึกษาข้อมูลทางกายภาพและแหล่งทรัพยากรภายในชุมชน รวมถึงการศึกษาข้อมูลพื้นฐานด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและการเมือง ซึ่งโดยมากจะใช้แบบสังเกต สมุดบันทึกและถ่ายภาพสถานที่ต่าง ๆ รวมถึงการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร หลักฐานจากหน่วยงานราชการหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง และใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน หรือผู้สูงอายุเพื่อทราบประวัติความเป็นมาของชุมชน

1.3 การคัดเลือกชุมชน มีหลายหลักการในการคัดเลือกเช่นยึดหลักการเลือกชุมชน ต้องการศึกษาที่ โดยยึดปัญหาที่เกิดขึ้นและต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน หรือพื้นที่ ที่ชุมชนเข้มแข็งจะยึดหลักการพัฒนาอย่างยั่งยืน

1.4 การเข้าสู่ชุมชน ก่อนเข้าสู่ชุมชนผู้วิจัยควรมีข้อมูลรอบด้าน เช่น จำนวนประชากร ปรากฏชนบ้าน ครุ พระ ภูมิปัญญา หรือการสำรวจชุมชนด้วยตัวเอง

1.5 การเตรียมคนและเครือข่ายความร่วมมือ ส่วนใหญ่ซึ่งมักจะมีการเตรียม 3 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกเป็นคนในชุมชนหรือผู้ร่วมวิจัย เพื่อเข้าใจกระบวนการ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย กลุ่มที่สองเป็นนักพัฒนา โดยทั่วไปหมายถึงนักสานพลัง ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่รัฐ ซึ่งมักเป็นกลุ่มประสานความร่วมมือ อำนาจความสะดวกด้านสถานที่ ทรัพยากร และกลุ่มสุดท้ายคือกลุ่มนักวิจัยที่ต้องทำความเข้าใจให้ตรงกันเกี่ยวกับเรื่องที่จะดำเนินการวิจัย

2. ระยะดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนย่อยได้ดังนี้

2.1 การศึกษาและการวิเคราะห์ปัญหา ในขั้นตอนนี้จะเน้นการวิเคราะห์และการให้การศึกษา โดยเน้นไปที่กระบวนการเรียนรู้โดยการปฏิบัติ โดยใช้วิธีอภิปราย เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีทั้งสนทนาระดับกลุ่ม ระดับบุคคลเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการ

2.2 การพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโครงการ คือการวิเคราะห์และประเมินความต้องการและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

2.3 การกำหนดแผนงาน และการจัดการ ตัดสินใจร่วมกันเพื่อคัดเลือกวิธีการ โครงการ และกิจกรรมที่จะต้องดำเนินการ เพื่อมั่นใจว่าโครงการที่ได้รับการเลือกเป็นโครงการและกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ ดังนั้น หลังจากผ่านขั้นตอนที่ 2.1 แล้ว ผู้วิจัยควรใช้วิธีการกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมาย มีบทบาทหลักในการแก้ไขปัญหา การกำหนดโครงการและกิจกรรมที่จะดำเนินการ

2.4 การปฏิบัติตามโครงการ เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยต้องใช้วิธีการสอบถามกันในกลุ่มหรือในคณะทำงาน เพื่อดำเนินการคือ ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไหร่และอย่างไร อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในขั้นนี้มักเป็นเรื่องการมีส่วนร่วมในการวิจัย บางครั้งอาจพบปัญหากลุ่มเป้าหมายขาดความสนใจในการมีส่วนร่วม ขาด

ความรู้ความเข้าใจอันดีต่อกระบวนการและผลประโยชน์ของการทำวิจัยมองเห็นว่าการวิจัยต้องอาศัยเทคนิคความรู้เชี่ยวชาญเฉพาะและการวิจัยไม่เกี่ยวกับวิธีการทำงานของกลุ่มเป้าหมาย

และหากไม่มีคำตอบแทนในการร่วมกิจกรรมการวิจัย การให้ความร่วมมือจึงไม่ต่อเนื่อง การเข้าร่วมงานวิจัยของกลุ่มเป้าหมายจึงเป็นไปโดยเน้นการรับฟังสิ่งที่ผู้วิจัยและนักพัฒนาคิดเป็นหลัก

3. ระยะการติดตามและประเมินโครงการ เป็นขั้นตอนการวัดผลสำเร็จของโครงการโดยทั่วไปผู้วิจัยจะร่วมกับผู้ร่วมวิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลที่เป็นผลของการวิจัยว่าครบถ้วนถูกต้องหรือไม่ จากนั้นจึงมีการจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์และจัดเวทีเพื่อนำเสนอผลการวิจัยเพื่อเรียนรู้ร่วมกันระหว่างคณะผู้วิจัยกับชุมชนเป้าหมาย รวมถึงการสานต่อให้ผู้ร่วมวิจัยไปดำเนินการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาต่อไปในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยการมีความเข้าใจที่ถูกต้อง การมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์และการมีความกระตือรือร้นของฝ่ายต่าง ๆ การที่มีความเข้าใจที่ถูกต้องจะช่วยสร้างการตรวจสอบงานวิจัยและการมีเครื่องมือประเมินผลการวิจัยว่าประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไรบ้าง

การประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม

โปรแกรม การส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวทางในการปฏิบัติที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้มีโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีประสิทธิภาพ มีมาตรฐานตามแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษา และสอดคล้องกับบริบทของสังคมและวัฒนธรรมของโรงเรียนในเขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม หรือ รูปแบบหรือแนวปฏิบัติใด ๆ มีวัตถุประสงค์เพื่อการประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือของโปรแกรมนั้น ๆ รวมถึงการพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำนั้นไปใช้ซึ่งมีอยู่หลายวิธีสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ AGREE Instrument (Appraisal of guidelines research & Evaluation Instrument) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ประเมินคุณภาพการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ องค์ประกอบที่ใช้ประเมินมีทั้งหมด 6 มิติ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ แต่ละข้อมีการให้คะแนน 7 ระดับ โดยคะแนน 7 เป็นคะแนนสูงสุด หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าควรมีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อคำถามนั้น ๆ ขณะที่คะแนน 1 เป็นคะแนนต่ำสุด หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือไม่พบว่ามีการจัดทำในข้อคำถามนั้น ๆ เกณฑ์การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ พิจารณาจากค่าคะแนนการประเมินโดยรวมทุกมิติมากกว่าร้อยละ 70 และผู้ประเมินควรมี 2-4 คน โดยรายการประเมินแต่ละมิติ (The Agree Collaboration, 2010) มีดังนี้

1. มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and purpose) โดยประเมินจากแนวปฏิบัติต้องมีข้อความระบุวัตถุประสงค์ ปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ด้วยแนวปฏิบัติ
2. มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder involvement) โดยประเมินจากแนวปฏิบัติต้องมีการระบุถึงผู้ใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเป้าหมายของการใช้แนวปฏิบัติ
3. มิติด้านความน่าเชื่อถือในการพัฒนารูปแบบ (Rigor of development) โดยประเมินจากแนวปฏิบัติต้องระบุกระบวนการรวบรวมและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนการสร้างแนวปฏิบัติหรือรูปแบบนั้น

4. มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอ (Clarity and presentation) ประเมินจากแนวปฏิบัติต้องระบุขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนและง่ายต่อการนำไปใช้

5. มิติด้านการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (Applicability) โดยประเมินจากแนวปฏิบัติต้องมีการระบุปัญหา/อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ รวมถึงพฤติกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้

6. มิติด้านความเป็นอิสระในการกำหนดแนวปฏิบัติ (Editorial independence) โดยประเมินจากมีการระบุถึงข้อเสนอแนะและการยอมรับความคิดเห็นที่ขัดแย้ง อันอาจเกิดขึ้นระหว่างผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

สูตรการคำนวณค่าคะแนนผลการประเมินของแต่ละมิติ คือ

$$\text{ค่าคะแนนผลการประเมินแต่ละมิติ} = \frac{\text{คะแนนที่ได้จริง} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้}}{\text{คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้}} \times 100$$

โดย คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้ = 7 (คะแนน) X จำนวนข้อในแต่ละมิติ X จำนวนผู้ประเมิน

คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้ = 1 (คะแนน) X จำนวนข้อในแต่ละมิติ X จำนวนผู้ประเมิน

การพัฒนาโปรแกรม การส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก เป็นการพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่มีประสิทธิภาพและ มีมาตรฐานที่สอดคล้องกับบริบทของวิถีการดำเนินชีวิต สังคม และวัฒนธรรมของโรงเรียนทั้งนี้ การศึกษาวิจัยได้เริ่มต้นจากการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งประกอบด้วย ผู้บริหารสถานศึกษาทุกระดับ และครู รวมทั้งแนวโน้มและความเป็นไปได้ในการดำเนินการได้จริงโดยมีกระบวนการกำกับอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์สูงสุดของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังคือการส่งเสริมให้บุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพอย่างทั่วถึงเท่าเทียม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม Participatory Action Research (PAR) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อประเมินปัญหาและวิเคราะห์ความต้องการในพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกโดยการประยุกต์แนวความคิดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตั้งแต่กระบวนการในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา การกำหนดแนวทางการวางแผนแก้ไขปัญห การปฏิบัติตามแบบแผนหรือรูปแบบ รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์ แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะหลัก ดังนี้คือ

ระยะที่ 1 ขั้นตอนการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรด้านการศึกษา และศึกษาความต้องการและความคาดหวังในพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ในการศึกษา ระยะนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะหลักดังนี้

ระยะที่ 1.1 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก โดยการสำรวจข้อมูลพื้นฐานของบุคลากรทางการศึกษา จำนวน 384 คน

ระยะที่ 1.2 ศึกษาความต้องการและความคาดหวังในพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ตามแนวความคิดพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องของ The institute for citizen centered ประเทศ Canada (2007) ทั้ง 3 ด้าน คือ 1) โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ปัจจุบันเป็นอย่างไร และ โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกความคาดหวังเป็นอย่างไร 2) ความมุ่งหมายในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกเป็นอย่างไร และ 3) ทำอย่างไรให้โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกเป็นไปตามที่ตั้งเป้าหมาย โดยการจัดสนทนากลุ่มเพื่อ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และระดมสมอง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยมีกลุ่มเป้าหมายทั้งสิ้น 56 คน

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก โดยนำข้อมูลพื้นฐานที่ได้จาก

ระยะที่ 1.1 และ 1.2 มาบูรณาการร่วมกับแนวคิดของการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตตามแนวทางของ Quality of Life Model (Wilson & Cleary, 1995) และ Chronic Care Model (Wagner EH, 1998) และ นำร่างโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ได้พัฒนาขึ้นไป การพิจารณาและประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม และปรับปรุงแก้ไขร่วมกันกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ระยะที่ 3 การดำเนินการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยการดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจำนวน 71 คน โดยกำหนดระยะเวลาการดำเนินการวิจัยในระยะนี้ 24 สัปดาห์

ทั้งนี้ผู้วิจัยขอเสนอข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยในแต่ละระยะดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วย 3 ระยะหลัก โดยในแต่ละระยะมีประชากรและกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาระยะที่ 1 ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระยะดังนี้

การศึกษาระยะที่ 1.1

ประชากรใช้ในการศึกษาคือ คือ ครู ครูผู้ช่วย และครูอัตราจ้าง ที่ทำการสอนในโรงเรียนในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกและยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่างคือ ครู ครูผู้ช่วย และครูอัตราจ้าง ที่ทำการสอนในโรงเรียนในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกและยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในงานวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางกำลังของการศึกษา (Power of Analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1977) กำหนดตามการทดสอบหาความสัมพันธ์ (Correlation) (Polit & Back, 2004) ที่ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95 % ($\alpha = 0.05$) อำนาจการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.80 และขนาดของความสัมพันธ์ (Effect Size) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ขนาดของความสัมพันธ์ (Effect Size) เท่ากับ .15 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 349 ราย ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลอีกร้อยละ 10 รวมเป็นจำนวน 384 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) ให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 คนตามที่กำหนด

การศึกษาระยะที่ 1.2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 56 คนเพื่อเป็นผู้ที่ให้ข้อมูลหลักในการ วิเคราะห์และค้นหาปัญหา รวมทั้ง ศึกษาความต้องการและความคาดหวังในพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย

- | | |
|--|-------------|
| 1.ตัวแทนผู้บริหารสถานศึกษา | จำนวน 12 คน |
| 2.ตัวแทนครู ครูผู้ช่วย และครูอัตราจ้าง | จำนวน 44 คน |

รวมทั้งสิ้น

จำนวน 56 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาระยะที่ 2 ซึ่งเป็นระยะการพัฒนาโปรแกรมและประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้นไปประเมินความเหมาะสมตามหลักการของ The Appraisal of Guidelines Research and Evolution II (Brouwers et al., 2010) โดยประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 56 คน ซึ่งเป็นประชากรและกลุ่มตัวอย่างเดียวกับในระยะที่ 1.2 คือ

1.ตัวแทนผู้บริหารสถานศึกษา	จำนวน 12 คน
2.ตัวแทนครู ครูผู้ช่วย และครูอัตราจ้าง	จำนวน 44 คน
รวมทั้งสิ้น	จำนวน 56 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาระยะที่ 3 เป็นระยะการดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังพร้อมทั้งประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาระยะที่ 3 ประกอบด้วย ครู ครูผู้ช่วย และครูอัตราจ้างที่สอนอยู่ในโรงเรียนในเขตพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง คือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือ โรคความดันโลหิตสูง หรือ ผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง และยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 71 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการคำนวณอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) เพื่อควบคุม Type II error โดยกำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ 0.05 กำหนดอำนาจการทดสอบที่ระดับ 0.80 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) 0.80 โดยเปิดตาราง Table estimate sample size requirements as a function of effect (Polit & Beck, 2004) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 62 คน และเพื่อป้องกันการถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมในระหว่างการศึกษา (Drop out) ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 15 หรือ 9 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งหมดเป็น 71 คน

สำหรับ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัย ดำเนินการคัดเลือกโรงเรียนในเขตพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ที่มีจำนวนบุคลากรครู ครูผู้ช่วย และครูอัตราจ้างที่สอนอยู่ในโรงเรียน และมีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เช่นเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือ เป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือ มีภาวะอ้วนลงพุง ไม่น้อยกว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดคือ 71 คน เป็นโรงเรียนที่มีศักยภาพในการขับเคลื่อนกลไกในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และมีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัยจำนวน 1 โรงเรียน ผู้วิจัยเปิดรับสมัครอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยจำนวน 71คน เพื่อเข้าร่วมดำเนินการทดลองในโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็น ครู ครูผู้ช่วย และครูอัตราจ้าง ที่ทำการสอนในโรงเรียน ในช่วงเวลาที่ดำเนินการศึกษา และมีอายุระหว่าง 25-59 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลสะสมฮีโมโกลบินเอวันซี ก่อนการทดลองอยู่ระหว่างร้อยละ 7-9 อย่างน้อย 6 เดือน และ ได้รับการรักษาด้วยวิธีรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด หรือ
3. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงแบบไม่ทราบสาเหตุ และ ได้รับการรักษาด้วยวิธีรับประทานยา หรือ
4. เป็นผู้มีภาวะอ้วนลงพุง โดยประเมินจากผลการตรวจสุขภาพประจำปีครั้งล่าสุดไม่เกิน 6 เดือนก่อนเข้าร่วมโครงการ โดยเป็นผู้ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เป็นผู้ที่มีความยาวเส้นรอบเอว ≥ 90 ซม. (หรือ ≥ 36 นิ้ว) ในผู้ชาย และ ≥ 80 ซม. (หรือ ≥ 32 นิ้ว) ในผู้หญิง และมีปัจจัยเสี่ยงต่อไปนี้ร่วมด้วย อย่างน้อย 2 ข้อ คือ
 - 4.1 ความดันโลหิตตั้งแต่ 130/85 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป
 - 4.2 ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดมากกว่า 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตรหรือผู้ที่เป็นไขมันสูงและได้ยาลดไขมัน
 - 4.3 ระดับระดับน้ำตาล ในเลือดมากกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
 - 4.4 ระดับคอเลสเตอรอลชนิดดีในเลือดหรือ HDL-cholesterol น้อยกว่า 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตรในชาย และน้อยกว่า 50 มิลลิกรัม/เดซิลิตรในหญิง หรือผู้ที่เป็นไขมันสูงและได้รับยาลดไขมัน
5. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมการออกกำลังกาย เช่นอาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจหอบเหนื่อย ปัญหาโรคกระดูกและข้อที่กำลังมีการอักเสบ ภาวะเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน รวมทั้งไม่มีบาดแผลที่เท้าที่มีลักษณะเป็นแผลเปิด บวมแดง กดเจ็บบริเวณบาดแผลเป็นต้น
6. มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยลงนามในใบยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่ผ่านการประเมินความพร้อมก่อนการออกกำลังกายจากการคัดกรองเบื้องต้น และแพทย์ทำการวินิจฉัยว่าไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้
 2. ไม่สามารถเข้าร่วมในการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการทดลอง
- สำหรับขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 ซึ่งมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้ประสานโรงเรียนต่าง ๆ ในพื้นที่จังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ที่มีจำนวนบุคลากรครู ครูผู้ช่วย และครูอัตราจ้างที่สอนอยู่ในโรงเรียน และมีปัญหาสุขภาพตามคุณสมบัติที่กำหนดเบื้องต้น คือเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือ มีภาวะอ้วนลงพุงอย่างน้อย 71 คนขึ้นไป เป็นโรงเรียนที่มีศักยภาพในการขับเคลื่อนกลไกในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และมีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัยจำนวน 1 โรงเรียน โดยในการศึกษา

ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกโรงเรียนพณิชยการ อ. พนัสนิคม จ. ชลบุรี ผู้วิจัยดำเนินคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาระยะที่ 3 ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเข้าดำเนินการชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ แนวทางการดำเนินงานและทำการวิจัย จากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอผู้อำนวยการโรงเรียนพณิชยการ

2. ผู้วิจัยประสานกับผู้ประสานงานของโรงเรียนเพื่อส่งเอกสารการประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการ และlink ใบสมัครที่ใช้ในการเปิดรับสมัครครู ครูผู้ช่วย และครูอัตราจ้างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 71 คน

3. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ประสานงานของโรงเรียนเพื่อทำการนัดหมายในการเข้าไปชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย พร้อมกับสอบถามข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับวัน เวลาที่ กลุ่มตัวอย่างสะดวก เพื่อนัดหมายในการดำเนินกิจกรรม

4. ในวันที่กลุ่มตัวอย่างมาตามการนัดหมาย ผู้ช่วยผู้วิจัยในพื้นที่เป็นผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้ซักถามข้อมูลต่าง ๆ และเมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าสู่ขั้นตอนการคัดกรองเบื้องต้น

5. ผู้วิจัยและทีมทำการนัดหมายเพื่อเข้าทำการคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยการประเมินความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย โดยใช้แบบประเมินความพร้อมก่อนการออกกำลังกาย (Norton, K., & Norton, L., 2011) โดยแบบประเมินมีข้อคำถาม 7 ข้อ โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยอ่านข้อความและตอบคำถามที่ตรงกับผู้เข้าร่วมวิจัยมากที่สุด โดยตอบ ใช่ หรือไม่ใช่ กรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบ ไม่ใช่ ในคำถามทั้ง 7 ข้อ ของแบบประเมิน หมายถึงผู้เข้าร่วมวิจัยมีความเสี่ยงในระดับน้อยในการออกกำลังกายที่มีระดับความหนัก ต่ำ และ ปานกลาง ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบ ใช่ ในคำถามข้อใดข้อหนึ่ง ผู้วิจัยจะดำเนินการให้แพทย์ตรวจร่างกายเบื้องต้นก่อน หากแพทย์อนุญาตให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายได้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยจึงสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการได้

6. เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยผ่านการคัดกรองคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยนัดหมายผู้เข้าร่วมการวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบ อีกครั้ง โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยซักถามจนเข้าใจ เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่าง จะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจำนวนทั้งสิ้น 24 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตแบบสอบถามการรับรู้ภาวะเครียด แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และ แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย และ ได้รับการประเมินองค์ประกอบของร่างกาย และ ทดสอบจำนวนก้าวเดิน จำนวนทั้งสิ้น 3 ครั้ง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และ ระยะติดตามผล และกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ คอเลสเตอรอลเอชดีแอล

และระดับคอเลสเตอรอลแอลดีแอล) และระดับน้ำตาลในเลือด โดยเจาะเลือดไม่เกิน 5 ซี ซี จำนวน 2 ครั้ง ในระยะ ก่อนการทดลอง และ ระยะติดตามผล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยในระยะต่าง ๆ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1.1 เป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกเครื่องมือที่ใช้ศึกษาในระยะนี้ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วยข้อความปลายปิด และปลายเปิดจำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม EQ-5D-5L ซึ่งเป็นแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป ได้รับการออกแบบเพื่อให้ผู้ตอบสามารถตอบด้วยตนเอง แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1) คำถามด้านสุขภาพ 5 คำถามหรือ 5 มิติได้แก่

- การเคลื่อนไหว (mobility)
- การดูแลตนเอง (self-care) เช่น อาบน้ำหรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง
- กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (usual activities) เช่น ทำงาน เรียนหนังสือ ทำงานบ้าน

กิจกรรมในครอบครัว หรือกิจกรรมยามว่าง

- อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว (pain/discomfort)
- ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า (anxiety/depression)

2) แบบประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง visual analog scale (VAS) สำหรับให้ผู้ตอบให้คะแนนสุขภาพตนเอง โดย VAS มีลักษณะเป็นเส้นคล้ายไม้บรรทัด มีตัวเลขกำกับตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ที่สุด 100 หมายถึงสุขภาพที่ดีที่สุด แบบสอบถาม EQ-5D-5L ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยในปี ค.ศ.2012 (พ.ศ.2555) โดย Pattanaphesaj (2014) และผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตใช้จาก EuroQol Research Foundation ซึ่งเป็นเจ้าของลิขสิทธิ์ของแบบสอบถามดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) ผู้วิจัยได้นำ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและได้นำไปทดสอบแล้วพบว่ามีความเที่ยงตรง (validity) ที่ดี โดยมีค่า Content validity = 0.65 และมีความเชื่อมั่น (reliability) ที่ดี โดยมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ซึ่งแสดงค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.84 (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ, 2545)

ข้อความถามเป็นแบบเลือกตอบมีทั้งหมด 26 ข้อ มีข้อความที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และ ทางลบ 3 ข้อคือ ขอ คือ ขอ 2, 9 และ 11 ในแต่ละขอเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย และ ไม่เลย

โดยในข้อคำถามทางบวก ความหมายของคะแนนดังนี้

มากที่สุด	5 คะแนน
มาก	4 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน
เล็กน้อย	2 คะแนน
ไม่เลย	1 คะแนน

โดยในข้อคำถามทางลบ ความหมายของคะแนนดังนี้

มากที่สุด	1 คะแนน
มาก	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน
เล็กน้อย	4 คะแนน
ไม่เลย	5 คะแนน

การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน 26 – 130 คะแนน โดย

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษา ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารใน 1 เดือนที่ผ่านมา แบบสอบถามมีจำนวน 20 ข้อ แบบสัมภาษณ์เป็นแบบเลือกตอบมี 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	5 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	3 คะแนน
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	1 คะแนน

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีคะแนน 20 – 100 คะแนน

คะแนน 20 – 46 คะแนน แสดงถึงการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ดี

คะแนน 47 – 73 คะแนน แสดงถึงการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ระดับปานกลาง

คะแนน 74 – 100 คะแนน แสดงถึงการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารระดับที่ดีมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale)) ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษา ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินพฤติกรรมในการออกกำลังกายใน 1 เดือนที่ผ่านมา แบบสอบถามมีจำนวน 20 ข้อ แบบสัมภาษณ์เป็นแบบเลือกตอบมี 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	5 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	3 คะแนน
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	1 คะแนน

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีคะแนน 20 – 100 คะแนน
 คะแนน 20 – 46 คะแนน แสดงถึงการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับน้อย
 คะแนน 47 – 73 คะแนน แสดงถึงการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับปานกลาง
 คะแนน 74 – 100 คะแนน แสดงถึงการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับดี

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษา ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินความรู้ เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร คำถามทั้งหมด 30 ข้อ โดยจะให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบคำถาม ถ้าตอบถูก ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด และ ตอบไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน ดังนั้นแบบประเมินความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยมีการแบ่งระดับความรู้ออกเป็น 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความรู้	คะแนน
ต่ำที่สุด	ต่ำกว่า 6
ต่ำ	7-12
พอใช้	13-18
ดี	19-24
ดีมาก	25 ขึ้นไป

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการรับรู้ความเครียด ใช้แบบวัดการรับรู้ภาวะเครียด (The Perceived Stress Scale) ของโคเฮนและคณะ (Cohen et al., 1983) ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของ ลาซาลัสและโฟลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1966) และแปลโดยโสพิน แสงอ่อน (Sangon, 2001) ข้อคำถามมีทั้งหมด 14 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับความรู้สึกใน 1 เดือนที่ผ่านมา คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย แทบไม่เคย บางครั้ง บ่อย บ่อยมาก ข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ ข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6, 7, 9, 10 และ 13 ส่วนอีก 7 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่เคยได้	0 คะแนน	4 คะแนน
แทบไม่เคยได้	1 คะแนน	3 คะแนน
บางครั้งได้	2 คะแนน	2 คะแนน
บ่อยได้	3 คะแนน	1 คะแนน
บ่อยมากได้	4 คะแนน	0 คะแนน

การแปลผลคะแนน

ช่วงคะแนน	0-19	หมายถึง	มีความเครียดระดับต่ำ
ช่วงคะแนน	20-38	หมายถึง	มีความเครียดระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน	มากกว่า 38	หมายถึง	มีความเครียดระดับสูง

การทดสอบความเชื่อมั่นแบบประเมินฉบับนี้ได้ มีการทดสอบในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 (Jaiare, 1990) ในกลุ่มผู้หญิงที่อาศัยในสหรัฐอเมริกาจำนวน 29 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 (Sangon, 2001) ในกลุ่มมารดาและทารกที่อายุ 6-12 เดือน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 (Sinsuksia, 2001) ในกลุ่มผู้สูงอายุได้ค่าความเชื่อมั่น .80 (Piboon et al., 2010)

ระยะที่ 1.2 เป็นการศึกษาความต้องการและความคาดหวังในพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้ศึกษาในระยะนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อคำถามเรื่อง เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ สถานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน ตำแหน่งทางการบริหาร คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ปัจจัยที่ส่งผลให้ครูมีคุณภาพชีวิตที่ดี และ ไม่ดี รวมทั้งแนวทางการสนับสนุนหรือส่งเสริมให้ครูในสถานศึกษามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ลักษณะข้อคำถามทั้งแบบปลายเปิดและแบบปลายปิด จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 ประเด็นสัมภาษณ์สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิด ประกอบไปด้วยประเด็นคำถามเรื่อง วิธีการ แนวทาง หรือโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในปัจจุบันเป็นอย่างไร เป้าหมายที่ต้องการในการพัฒนา วิธีการ แนวทางหรือโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นอย่างไร รวมทั้ง วิธีการหรือแนวทางการดำเนินการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้โดยดำเนินการเชื่อมโยงทั้งสามแนวคิดในการตั้งคำถามจำนวน 24 ข้อ

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก โดยนำข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากระยะที่ 1 มาบูรณาการร่วมกับแนวคิดของการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตตามแนวทางของ Quality of Life ของ The Wilson and Cleary model of quality of life (1994) และ Chronic Care Model (Wagner, et al., 1998)

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการในระยะที่ 2 คือ แบบประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาในพื้นที่เขตระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกจำนวน 1 ฉบับที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ตามแบบเครื่องมือ AGREE ของ The Agree Collaboration (2010) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ประเมินกระบวนการพัฒนาและ ประเมินเนื้อหาสาระสำคัญของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นว่าสามารถนำไปใช้ได้จริงหรือไม่ โดยครอบคลุมทั้งหมด 5 มิติ ได้แก่ มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มิติด้านความน่าเชื่อถือในการพัฒนามิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอ และมิติด้านการประยุกต์ใช้ หรือการนำแนวปฏิบัติไปใช้ มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ โดยลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าโดยให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบประเมินเลือกตอบได้ 7 ระดับ โดยคะแนน 7 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุดว่ามีการจัดทำหรือมีการปฏิบัติอย่างชัดเจน และ 1 หมายถึงเห็นด้วยน้อยที่สุดว่ามีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อนั้น ๆ และมีข้อเสนอแนะเป็นแบบปลายเปิด การคำนวณค่าคะแนนผลการประเมินในแต่ละมิติดำเนินการโดยนำค่าคะแนนรวมรายข้อในแต่ละมิติจากผู้ประเมินทั้งหมด แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นและประเมินภาพรวมทั้งนี้ หากผลการประเมินคะแนนความเชื่อมั่นโดยรวมทุกมิตินั้นมากกว่าร้อยละ 70 แสดงถึงโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนั้นมีความเหมาะสมสามารถนำไปดำเนินการใช้ในช่วงต่อไปได้

ระยะที่ 3 การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเครื่องมือในระยะนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง และภาวะอ้วนลงพุง) เป็นแผนที่มีขั้นตอนในการดำเนินการสนับสนุนทักษะการจัดการตนเองเพื่อให้ ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากแนว คิดของ กลาสโกว อิมอนท์ และมิลเลอร์ (Glasgow, Egmont, & Miller, 2006) ประกอบไปด้วย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินปัญหา การตั้งเป้าหมาย การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการติดตามประเมินผล ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 24 สัปดาห์

1.2 แผนการสอนการเรื่องการจัดการตนเองสำหรับผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง และภาวะอ้วนลงพุง) เนื้อหาประกอบด้วย วิธีการตั้งเป้าหมาย การวางแผน เขียนแผนการออกกำลังกาย และการบันทึกผลการออกกำลังกาย

1.3 แผนการสอนเรื่องโรคเรื้อรัง เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด /ไขมันในเลือด /ความดันโลหิต หลักการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ข้อควรระวังในการออกกำลังกาย สนับสนุนทักษะการออกกำลังกายแบบสถานีหรือเซอร์กิต เทรนนิ่ง (Circuit training) ที่เหมาะสมกับตนเองหลักการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเรื้อรัง

1.4 โปรแกรมการออกกำลังกาย แบบสถานีหรือเซอร์กิต เทรนนิ่ง (Circuit training)

1.5 คู่มือการออกกำลังกายการออกกำลังกายแบบสถานีหรือเซอร์กิต เทรนนิ่ง (Circuit training)

1.6 สมุดบันทึกสุขภาพ

1.7 เครื่องวัดองค์ประกอบของร่างกาย ยี่ห้อ TANITA รุ่น DC-360 ที่ได้รับการทวนสอบอุปกรณ์ ปีละ 1 ครั้ง

ส่วนที่ 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยเครื่องมือ 7 ส่วน โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2.2-2.6 เป็นแบบสอบถามฉบับเดียวกับการศึกษาในระยะที่ 1 ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวได้ผ่านการทดสอบคุณภาพเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วยคำถามปลายปิดและปลายเปิดจำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2.2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม EQ-5D-5L ซึ่งเป็นแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป ได้รับการออกแบบเพื่อให้ผู้ตอบสามารถตอบด้วยตนเอง แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1) คำถามด้านสุขภาพ 5 คำถามหรือ 5 มิติได้แก่

- การเคลื่อนไหว (mobility)
- การดูแลตนเอง (self-care) เช่น อาบน้ำหรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง
- กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (usual activities) เช่น ทำงาน เรียนหนังสือ ทำงานบ้าน

กิจกรรมในครอบครัว หรือกิจกรรมยามว่าง

- อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว (pain/discomfort)
- ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า (anxiety/depression)

2) แบบประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง visual analog scale (VAS) สำหรับให้ผู้ตอบให้คะแนนสุขภาพตนเอง โดย VAS มีลักษณะเป็นเส้นคล้ายไม้บรรทัด มีตัวเลขกำกับตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ที่สุด 100 หมายถึงสุขภาพที่ดีที่สุด แบบสอบถาม EQ-5D-5L ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยในปี ค.ศ.2012 (พ.ศ.2555) โดย Pattanaphesaj (2014) และผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตใช้จาก EuroQol Research Foundation ซึ่งเป็นเจ้าของลิขสิทธิ์ของแบบสอบถามดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว

ส่วนที่ 2.3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) ผู้วิจัยได้นำ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและได้นำไปทดสอบแล้วพบว่ามีความ

เที่ยงตรง (validity) ที่ดี โดยมีค่า content validity = 0.65 และมีความเชื่อมั่น (reliability) ที่ดี โดยมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ซึ่งแสดงค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.84 (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ, 2545)

ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบมีทั้งหมด 26 ข้อ มีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และ ทางลบ 3 ข้อคือ ขอ คือขอ 2 9 และ 11 ในแต่ละขอเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มาก ที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย และ ไม่เลย

โดยในข้อคำถามทางบวก ความหมายของคะแนนดังนี้

มากที่สุด	5 คะแนน
มาก	4 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน
เล็กน้อย	2 คะแนน
ไม่เลย	1 คะแนน

โดยในข้อคำถามทางลบ ความหมายของคะแนนดังนี้

มากที่สุด	1 คะแนน
มาก	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน
เล็กน้อย	4 คะแนน
ไม่เลย	5 คะแนน

การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน 26 – 130 คะแนน

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนที่ 2.4 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษา ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมิน พฤติกรรมในการรับประทานอาหารใน 1 เดือนที่ผ่านมา แบบสอบถามมีจำนวน 20 ข้อ แบบ สัมภาษณ์เป็นแบบเลือกตอบมี 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	5 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	3 คะแนน
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	1 คะแนน

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีคะแนน 20 – 100 คะแนน

คะแนน 20 – 46 คะแนน แสดงถึงการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ดี

คะแนน 47 – 73 คะแนน แสดงถึงการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีระดับปานกลาง

คะแนน 74 – 100 คะแนน แสดงถึงการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารระดับที่ดีมาก

ส่วนที่ 2.5 แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษา ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินพฤติกรรมในการออกกำลังกายใน 1 เดือนที่ผ่านมา แบบสอบถามมีจำนวน 30 ข้อ แบบสัมภาษณ์ เป็นแบบเลือกตอบมี 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	4 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2 คะแนน
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	1 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	0 คะแนน

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีคะแนน 30 – 120 คะแนน
 คะแนน 30 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับน้อย
 คะแนน 61 – 90 คะแนน แสดงถึงการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับปานกลาง
 คะแนน 91 - 120 คะแนน แสดงถึงการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับดี

ส่วนที่ 2.6 แบบประเมินการรับรู้ความเครียด ใช้แบบวัดการรับรู้ภาวะเครียด (The Perceived Stress Scale) ของโคเฮนและคณะ (Cohen et al., 1983) ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของ ลาซาลัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1966) และแปลโดยโสพินแสงอ่อน (Sangon, . 2001) ข้อคำถามมีทั้งหมด 14 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับความรู้สึกใน 1 เดือนที่ผ่านมา คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย แทบไม่เคย บางครั้ง บ่อย บ่อยมาก ข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ ข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6, 7, 9, 10 และ 13 ส่วนอีก 7 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

		ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่เคย	ได้	0 คะแนน	4 คะแนน
แทบไม่เคย	ได้	1 คะแนน	3 คะแนน
บางครั้ง	ได้	2 คะแนน	2 คะแนน
บ่อย	ได้	3 คะแนน	1 คะแนน
บ่อยมาก	ได้	4 คะแนน	0 คะแนน

การแปลผลคะแนน

ช่วงคะแนน	0-19	หมายถึง	มีความเครียดระดับต่ำ
ช่วงคะแนน	20-38	หมายถึง	มีความเครียดระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน	มากกว่า 38	หมายถึง	มีความเครียดระดับสูง

การทดสอบความเชื่อมั่นแบบประเมินฉบับนี้ได้ มีการทดสอบในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 (Jaiare, 1990) ในกลุ่มผู้หญิงที่อาศัยในสหรัฐอเมริกาจำนวน 29 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 (Sangon, 2001) ในกลุ่มมารดาและทารกที่อายุ 6-12 เดือน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 (Sinsuksia, 2001) ในกลุ่มผู้สูงอายุได้ค่าความเชื่อมั่น .80 (Piboon et al., 2010)

ส่วนที่ 2.7 แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองประกอบด้วย

3.1 แบบบันทึกการออกกำลังกาย โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้สำหรับติดตามการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง

3.2 แบบบันทึกการรับประทานอาหาร โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้สำหรับติดตามการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ แบบประเมินความพร้อมก่อนการออกกำลังกายดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 แบบประเมินความพร้อมก่อนการออกกำลังกายนี้ จัดทำขึ้นเพื่อประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายในโครงการวิจัย โดยใช้แบบประเมินความพร้อมก่อนการออกกำลังกายที่ได้รับอนุญาตจาก Norton & Norton (2011) โดยแบบประเมินมีข้อคำถาม 7 ข้อ โดยคำถามในข้อที่ 1-6 เป็นข้อคำถามที่ตอบ ใช่ หรือไม่ใช่ ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยอ่านข้อความและตอบคำถามที่ตรงกับผู้เข้าร่วมวิจัยมากที่สุด โดยตอบ ใช่ หรือไม่ใช่ กรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบ ไม่ใช่ ในคำถามทั้ง 6 ข้อ ของแบบประเมิน หมายถึงผู้เข้าร่วมวิจัยมีความเสี่ยงในระดับน้อยในการออกกำลังกายที่มีระดับความหนัก ต่ำ ถึง ปานกลาง ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบ ใช่ ในคำถามข้อใดข้อหนึ่ง ผู้วิจัยจะดำเนินการให้แพทย์ตรวจร่างกายเบื้องต้นก่อน หากแพทย์อนุญาตให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายได้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยจึงสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการได้ สำหรับข้อคำถามที่ 7 เป็นการประเมินระดับความหนักของกิจกรรมที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิบัติได้ โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยบอกลักษณะการใช้ระยะเวลาและความถี่ในกิจกรรมที่มีความหนักระดับเบา ปานกลาง หรือหนัก ในสัปดาห์ที่ผ่านมา นำเวลาที่ได้ทั้งหมดมาคำนวณหาจำนวนนาที่รวมในการปฏิบัติกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย ต่อสัปดาห์ ตามสูตร

จำนวนนาที่รวมในการการออกกำลังกาย = (จำนวนนาที่ที่ปฏิบัติกิจกรรมความหนักของ กิจกรรมระดับ เบา+ปานกลาง)+ (2 × น้ำหนัก/สูง)

การแปลผล

กรณีที่จำนวนนาฬิกาที่รวมต่อสัปดาห์น้อยกว่า 150 นาฬิกาต่อสัปดาห์ แนะนำให้เริ่มออกกำลังกายในระดับเบาถึงปานกลาง และเพิ่มความหนักขึ้น ๆ ตามความสามารถของกลุ่มตัวอย่าง กรณีที่จำนวนนาฬิกาที่รวมต่อสัปดาห์ ≥ 150 นาฬิกาต่อสัปดาห์ ให้ออกกำลังกายต่อเนื่องในระดับที่สามารถทำในปัจจุบัน ทั้งนี้ การประเมินความพร้อมก่อนการออกกำลังกายเบื้องต้นเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดอันตราย หรือภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการทำกิจกรรมการออกกำลังกาย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยกำหนดการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้วิจัยในครั้งนี้โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยได้นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย 4) แบบสอบถามความรู้การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย 5) ข้อคำถามประเด็นการสัมภาษณ์และการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 6) แบบประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยนำแบบสอบถามทั้งหมดให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบในเรื่องของความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา และภาษา และหาค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสัมภาษณ์ทำการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5-1.0 ไว้ใช้ จากนั้น ผู้วิจัยจึงนำเสนอแนะมาดำเนินการปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องตามคำแนะนำ และนำไปแบบสอบถามไปทดสอบหาความเที่ยง ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ของแบบสอบถามในระยะที่ 1.1 และ 1.2 นั้น ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) โดยแบ่งเป็นชุดเครื่องมือที่มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดคือ ข้อคำถามประเด็นการสัมภาษณ์และการดำเนินกิจกรรมพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับครูที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน

สำหรับชุดเครื่องมือที่มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ซึ่งประกอบไปด้วย 1) แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย 3) แบบสอบถามความรู้การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย 4) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต 5) แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด โดยผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 30 คน จากนั้นจึงนำผลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามมีค่า 0.83, 0.90, 0.95 , 0.82 และ 0.89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นผู้วิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยดังนี้ ในการดำเนินการในระยะเวลาที่ 1 ระยะเวลาที่ 2 และ ระยะเวลาที่ 3 ของการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาระยะที่ 1

ในการศึกษาระยะที่ 1 มีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1.1เป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก โดยการสำรวจข้อมูลพื้นฐานของบุคลากรทางการศึกษาจำนวน 384 คน ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึง ผู้อำนวยการโรงเรียนระยองวิทยาคม จังหวัดระยอง ผู้อำนวยการโรงเรียนเบญจมราชรังสฤษฎิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้อำนวยการโรงเรียนชลกันยานุกูล จังหวัดชลบุรี และ ผู้อำนวยการโรงเรียนเบญจมราชูทิศ จังหวัดจันทบุรี และ ภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าส่วนงาน เพื่อชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยขั้นตอนในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยยึดหลักสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดการดำเนินวิจัย

2. จากนั้นผู้วิจัยประสานเข้าพบบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยขั้นตอนในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวแทนบุคลากรครูที่ยินดีเข้าร่วมทำการศึกษาร่วม

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาระยะที่ 1.1

4. ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบข้อมูลและ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ระยะที่ 1.2 ศึกษาความต้องการและความคาดหวังในพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ตามแนวคิดการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องของ The institute for citizen centered ประเทศ Canada (2007) ทั้ง 3 ด้าน คือ 1) โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ปัจจุบันเป็นอย่างไร และ โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกความคาดหวังเป็นอย่างไร 2) ความมุ่งหมายในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกเป็นอย่างไร และ 3) ทำอย่างไรให้โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขต

เศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกเป็นไปตามที่ตั้งเป้าหมาย โดยการจัดสนทนากลุ่มเพื่อ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และระดมสมอง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยมีกลุ่มเป้าหมายทั้งสิ้น 56 คน

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงเรียนพนัสพิทยาคาร ภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าส่วนงาน เพื่อชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยขั้นตอนในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยยึดหลักสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดการดำเนินวิจัย

2. จากนั้นผู้วิจัยประสานเข้าพบบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยขั้นตอนในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมจากตัวแทนบุคลากรผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม

3. ผู้วิจัยดำเนินการนัดหมาย วัน และเวลา และสถานที่ในการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก และดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามเวลาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัย นัดหมาย จากนั้น ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงข้อมูลรายละเอียดในการศึกษาวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบว่า โดยขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกและดำเนินกิจกรรมกลุ่มในผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในแต่ละกลุ่ม เพื่อเจาะลึกลงในประเด็นของสถานการณ์ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความคาดหวัง และ ความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังรวมทั้ง รูปแบบของกิจกรรม และวิธีการดำเนินกิจกรรมควรเป็นอย่างไร

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก โดยนำข้อมูลพื้นฐานที่ได้จาก ระยะที่ 1.1 และ 1.2 มาบูรณาการร่วมกับแนวคิดของการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตตามแนวทางของ Quality of Life Model (Wilson & Cleary,1995) และ Chronic Care Model (Wagner EH. 1998) และ นำร่างโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ได้พัฒนาขึ้นไป การพิจารณาและประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม และปรับปรุงแก้ไขร่วมกันกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

สำหรับการดำเนินการ ระยะที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการการศึกษาในระยะที่ 1.1 และข้อมูลสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ในระยะที่ 1.2 มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และนำมาพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก โดย ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการ A-I-C มาใช้ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยแบ่งกลุ่ม ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือกลุ่มผู้บริหาร และกลุ่มผู้ปฏิบัติการ เพื่อนำเสนอปัญหาและหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบร่วมกัน

ในขั้นตอนในการดำเนินการ

กระบวนการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยใช้ AIC เทคนิค ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้เวลา 60-90 นาที ในการสนทนากลุ่ม

1. โดยผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ปัญหา ความต้องการและความคาดหวัง รวมทั้งรูปแบบกิจกรรมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากร ด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และเปิดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับปัญหาที่พบในพื้นที่ พร้อมทั้งเสนอแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรด้านการศึกษา สำหรับแนวทางที่เป็นไปได้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรด้านศึกษานั้น เป็นแนวทางที่ได้จากการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1.1 และ 1.2 มาบูรณาการข้อมูลที่ได้รับเข้ากับองค์ความรู้การส่งเสริมคุณภาพชีวิตตามแนวทางของ Quality of Life ของ The Wilson and Cleary model (Wilson & Cleary, 1995) ขององค์การอนามัยโลก (1994) และ Chronic Care Model (Wagner EH. 1998) จากนั้นกลุ่มผู้วิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกันตั้งเป้าหมาย ออกแบบกิจกรรมที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหา การกำหนดบุคคลที่จะเข้าร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา รวมทั้งผู้ที่สนับสนุนการดำเนินกิจกรรม ตามมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในแต่ละกลุ่ม

2. หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้รับจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในแต่ละกลุ่มมาสรุปและดำเนินการ พัฒนากิจกรรม รวมทั้ง องค์ประกอบต่าง ๆ ของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรด้านการศึกษาให้ครอบคลุมตามแนวคิดของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

3. เพื่อให้ได้โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรด้านการศึกษา ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่เมื่อผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรด้านการศึกษาสำเร็จ ผู้วิจัยได้นำร่างโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรด้านการศึกษา ไปดำเนินการประเมินความสมบูรณ์และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ร่วมกันกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอีกครั้ง และได้นำมาปรับปรุงและนำเสนอแนะมาปรับปรุงและจัดทำร่างโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรด้านการศึกษา อีกครั้ง

4. นำร่างโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรด้านการศึกษาที่ดำเนินการปรับปรุงไปทำการประเมินความเหมาะสมตามหลักวิชาการต่อไป

5. ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรด้านการศึกษาที่พัฒนาขึ้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ สหสาขาวิชาชีพด้านการส่งเสริมสุขภาพ และนักวิชาการด้านวิทยาศาสตร์การออกกำลังกาย นักวิชาการด้านจิตวิทยาการให้คำปรึกษา นักวิชาการด้านสังคมมนุษยวิทยา และ นักวิชาการด้านการศึกษา จำนวน 15 คน ประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรด้านการศึกษา โดยใช้วิธีการประเมินรายบุคคล โดยผู้เชี่ยวชาญทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นอย่างมีอิสระ ตามแบบประเมิน เมื่อผู้วิจัยได้รับแบบประเมินความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 15 คน ผู้วิจัยจึงนำไปดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ระยะที่ 3 การดำเนินการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยการดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังใน จำนวน 71 คน โดยกำหนดระยะเวลาการดำเนินการวิจัยในระยะนี้ 24 สัปดาห์ ดังรายละเอียด

การดำเนินการวิจัยในระยะที่ 3 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะนี้ จะดำเนินการหลังจากที่ได้รับการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยขั้นตอนการดำเนินการการจัดโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 24 สัปดาห์ โดยมีการดำเนินการดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงเรียนพนัสพิทยาคาร ทำการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมกลุ่มวิจัย พร้อมทั้งพินิจสิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง ได้รับทราบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ระยะเวลาการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามรายละเอียดจนเข้าใจ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย นัดหมาย วันเวลาและสถานที่สำหรับกิจกรรมครั้งต่อไป โดยทำการนัดหมายให้กลุ่มตัวอย่างงดน้ำงดอาหาร 8 ชั่วโมง เพื่อเตรียมการเจาะเลือดตรวจในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองตามเวลาและสถานที่ ที่นัดหมาย โดยดำเนินการ วัดสัญญาณชีพ ประเมินองค์ประกอบของร่างกาย เจาะเลือดตรวจระดับไขมันและระดับน้ำตาลในเลือด ตามวันเวลาที่นัดหมาย จากนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างพักรับประทานอาหารว่าง หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถาม จำนวน 1 ฉบับ ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตแบบสอบถามการรับรู้ภาวะเครียด แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และ แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างพักรับประทานน้ำและอาหารว่าง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างถามปัญหา นัดหมาย วันเวลาและสถานที่สำหรับกิจกรรมครั้งต่อไป

ระยะดำเนินการทดลอง

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลา และสถานที่ที่นัดหมาย ร่วมพูดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและนำเข้าสู่กิจกรรม และดำเนินกิจกรรมด้านการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย และจิตใจโดยดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการของทฤษฎีการจัดการตนเอง โดยการทบทวนความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับปัญหาของโรคเรื้อรัง สาเหตุปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง อันตรายหรือผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และวิธีการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพจากโรคเรื้อรัง และการจัดการปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง ได้รับทราบปัญหาและสถานการณ์ของการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ จากนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองว่าได้ดำเนินการอย่างไร รวมทั้ง ให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอุปสรรคในการจัดการปัญหาสุขภาพตนเอง พร้อมทั้งแนวทางในการแก้ไขปัญหา

พักรับประทานอาหารว่างร่วมกัน

ผู้วิจัยดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับการ วางแผน การกำหนดเป้าหมายในการดำเนินกิจกรรม การในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยแบ่งกลุ่ม สมาชิกออกเป็น 7 กลุ่ม กลุ่ม ละ 10-11 คน และให้ สมาชิกภายในกลุ่มร่วมกันกำหนดเป้าหมาย วางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้ง

ในเรื่องของพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย และ สมาชิกภายในกลุ่มฝึกลงบันทึก การตั้งเป้าหมาย การวางแผน รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมในเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหานัดหมายวันเวลาและสถานที่สำหรับกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 4

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลา และสถานที่ที่นัดหมาย ร่วมพูดคุยเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม และดำเนินกิจกรรมด้านการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างอภิปรายกลุ่มร่วมกันถึงการปฏิบัติการ การออกกำลังกาย ปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังกายที่เกิดขึ้นใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาพร้อมทั้งหาทางแก้ไขร่วมกัน และ เปิดโอกาสให้เล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลตนเองในเรื่องการออกกำลังกาย พร้อมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมทบทวนความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองโดยการออกกำลังกายในวิธีต่าง ๆ ที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ รวมทั้งการออกกำลังกายในรูปแบบสถานีหรือ เซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) ประโยชน์ของการออกกำลังกายข้อควรระวังในการออกกำลังกายและวิธีการออกกำลังกายอย่างถูกต้อง อภิปรายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้มีประสบการณ์การในการออกกำลังกายแบบสถานีหรือ เซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) ขึ้นพื้นฐานเพื่อเป็นการสร้างความสนุกสนานและเป็นแรงจูงใจในการออกกำลังกาย โดยให้ กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายแบบสถานีหรือ เซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) ร่วมกัน โดยมี ผู้นำออกกำลังกายที่ผ่านการฝึกและมีประสบการณ์ในการฝึกการออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) ทำการสาธิตและนำออกกำลังกายด้วยท่าการออกกำลังกายแบบพื้นฐานโดยใช้เวลา 15 นาที

ให้กลุ่มตัวอย่างพักรับประทานน้ำและอาหารว่างร่วมกัน

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างอภิปรายและแสดงความคิดเห็นในเรื่องการออกกำลังกาย ประเมินความคาดหวังเกี่ยวกับการออกกำลังกาย โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกายโดยตั้งเป้าหมายในระยะสั้น รวมทั้งวางแผนการออกกำลังกายของตนเอง และ แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกกำกับตนเองในด้านการออกกำลังกาย

ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหานัดหมายวันเวลาและสถานที่สำหรับกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 5

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลา และสถานที่ ที่ได้นัดหมาย ร่วมพูดคุยเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม และดำเนินกิจกรรมด้านการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างอภิปรายร่วมกันถึงการปฏิบัติการรับประทานอาหาร ทบทวนอาหารที่รับประทาน รวมทั้ง ปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานอาหารที่เกิดขึ้นใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาพร้อมทั้งหาทางแก้ไขร่วมกัน และ เปิดโอกาสให้เล่าถึงการปฏิบัติของตนในการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารพร้อมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการของทฤษฎีการจัดการตนเอง โดยดำเนินการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร ความสำคัญของการรับประทานอาหาร พลังงานอาหารที่เหมาะสมของแต่ละบุคคล และการแบ่งมื้ออาหาร หลักการเลือกอาหารที่เหมาะสมของแต่ละบุคคล สัดส่วนของอาหารที่ต้องได้รับแต่ละมื้อต่อวัน การนับพลังงานอาหารและอาหารแลกเปลี่ยน

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้มีประสบการณ์การใน ฝึกทักษะการกำหนดเมนูอาหาร เพื่อให้ได้พลังงานที่สมดุลและเหมาะสมสำหรับตนเอง ฝึกการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหาร และการวางแผนการรับประทานอาหาร โดยมีนักโภชนาการชำนาญการมาเป็นผู้ให้คำแนะนำและให้ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้อภิปรายและแสดงความคิดเห็นในเรื่องการรับประทานอาหารที่ตนเองได้ปฏิบัติในชีวิตประจำวันร่วมกัน ผู้วิจัยแนะนำให้กลุ่มตัวอย่าง บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกกำกับตนเองในด้านการรับประทานอาหาร

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างพักรับประทานอาหารว่าง และสรุปสาระสำคัญ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา นัดหมายวันเวลาและสถานที่สำหรับกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 6

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลา และสถานที่ที่นัดหมาย ร่วมพูดคุยเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม และดำเนินกิจกรรมด้านการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างอภิปรายกลุ่มร่วมกันถึงการปฏิบัติการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่ผ่านมาพร้อมทั้งหาทางแก้ไขร่วมกัน ผู้วิจัยทำการทบทวนเป้าหมายของการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง และประเมินความมั่นใจในดำเนินการตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

ผู้วิจัยนำเข้าสู่ กิจกรรมการเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับกลุ่มตัวอย่างโดยให้กลุ่มตัวอย่างชมการสาธิตการออกกำลังกาย จากบุคคลต้นแบบ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายกับบุคคลต้นแบบ ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา

ให้กลุ่มตัวอย่างพักรับประทานน้ำและอาหารว่างร่วมกัน

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) อธิบายวิธีการออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) เพื่อเป็นแนวทางในการออกกำลังกายและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการฝึกออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และมีประสบการณ์ในฝึกการออกกำลังกายในฟิตเนสมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป โดยเริ่มฝึกออกกำลังกาย ในช่วงอบอุ่นร่างกาย ประกอบด้วย 6 ท่า ได้แก่ ยืดกล้ามเนื้อหลัง ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านข้าง) ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหลัง) ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหน้า) ยืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านข้าง) ยืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านหน้าและด้านหลัง)

ดำเนินการสอนท่าทางในการออกกำลังกาย ช่วงออกกำลังกาย ประกอบด้วย 10 ท่า โดยเริ่มฝึกครั้งละ 5 ท่า ได้แก่ ท่าการย่ำเท้า (Marching) ท่ายกเข่าสูง (High knees) ท่ากระโดดตบ (Jumping jack) ท่ายืนย่อ (Squat) และ ท่าก้าวย่อ (Lunges) ขณะที่เริ่มฝึก จะประเมินความถูกต้องของท่าทางในการออกกำลังกายในแต่ละท่าไปพร้อม ๆ กัน ฝึกออกกำลังกาย 5 ท่าต่อเนื่อง ท่าละ 30 วินาที ให้กลุ่มตัวอย่างพัก 1-2 นาที เริ่มฝึกอีก 5 ท่า ได้แก่ ท่าเดินก้าวย่อ (Walking lunges) ท่านอนหงายยกตัว (Crunch) ท่านอนหงายยกขา (Reverse crunch) ท่านอนคว่ำแอ่นลำตัว (Superman) ท่านอนคว่ำยกลำตัว (Haft plank) ขณะที่เริ่มฝึก จะประเมินความถูกต้องของท่าทางในการออกกำลังกายในแต่ละท่าไปพร้อม ๆ กัน ฝึกออกกำลังกาย 5 ท่าต่อเนื่อง ท่าละ 30 วินาที ให้กลุ่มตัวอย่างพักดื่มน้ำ 1-2 นาที

กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายร่วมกันต่อเนื่องทั้ง 10 ท่า ท่าละ 30 วินาที รวมระยะเวลา 5 นาที ต่อ รอบ จำนวน 3 รอบ โดยแต่ละรอบจะมีระยะเวลาพักดื่มน้ำ 1-2 นาที

ฝึกท่าออกกำลังกายช่วงผ่อนคลาย จำนวน 6 ท่า ท่ากางขาระดับไหล่ย่อตัว ท่ากางขาโยกตัว ท่ายืดเอว ท่ายืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านบน ด้านหน้าและด้านข้าง) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านข้าง) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหน้าและด้านหลัง)

ผู้วิจัยกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับกลุ่มตัวอย่างในการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างพักรับประทานน้ำ ผู้วิจัยกล่าวสรุป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหา และกล่าวสรุปกิจกรรม พร้อมบอกเวลา นัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 7

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลา และสถานที่ที่นัดหมาย ร่วมพูดคุยเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม และดำเนินกิจกรรมด้านการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา จากนั้น ดำเนินกิจกรรมออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และมีประสบการณ์ในฝึกการออกกำลังกายในฟิตเนสมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป โดยเริ่มออกกำลังกายในช่วงอบอุ่นร่างกายโดยใช้เวลา 5 นาที ประกอบด้วย 6 ท่า ได้แก่ ยืดกล้ามเนื้อหลัง ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านข้าง) ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหลัง) ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหน้า) ยืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านข้าง) ยืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านหน้าและด้านหลัง)

ช่วงออกกำลังกาย ใช้เวลา 30 นาทีประกอบด้วย 10 ท่า โดยเริ่มจากทบทวนท่าออกกำลังกาย 5 ท่า ได้แก่ ท่าการย่างเท้า (Marching) ท่ายกเข่าสูง (High knees) ท่ากระโดดตบ (Jumping jack) ท่าย่อ (Squat) และ ท่าก้าวย่อ (Lunges) จากนั้นฝึกออกกำลังกาย 5 ท่า ต่อเนื่อง ท่าละ 30 วินาที ให้กลุ่มตัวอย่างพัก 1-2 นาที เริ่มทบทวนท่าฝึกอีก 5 ท่า ได้แก่ ท่าเดินก้าวย่อ (Walking lunges) ท่านอนหงายยกตัว (Crunch) ท่านอนหงายยกขา (Reverse crunch) ท่านอนคว่ำแอ่นลำตัว (Superman) ท่านอนคว่ำยกลำตัว (Haft plank) จากนั้นฝึกออกกำลังกาย 5 ท่า ต่อเนื่อง ท่าละ 30 วินาที ให้กลุ่มตัวอย่างพักดื่ม น้ำ 1-2 นาที

กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายร่วมกันต่อเนื่องทั้ง 10 ท่า ท่าละ 30 วินาที รวมระยะเวลา 5 นาที ต่อ รอบ จำนวน 5 รอบ โดยแต่ละรอบจะมีระยะเวลาพักดื่ม น้ำ 1-2 นาที ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที

ช่วงผ่อนคลาย ใช้เวลา 5 นาที ใช้ท่าผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จำนวน 6 ท่า ท่าทางขาระดับไหล่ ย่อตัว ท่าทางขาโยกตัว ท่ายืดเอว ท่ายืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านบน ด้านหน้าและด้านข้าง) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านข้าง) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหน้าและด้านหลัง)

รวมใช้เวลาในการออกกำลังกายทั้งหมด 40 นาทีผู้วิจัยกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับกลุ่มตัวอย่างในการออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างพักรับประทานน้ำ ผู้วิจัยกล่าวสรุป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม ปัญหาและกล่าวสรุปกิจกรรม พร้อมบอกเวลา นัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 8

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลา และสถานที่ที่นัดหมาย ร่วมพูดคุยเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม และดำเนินกิจกรรมด้านการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านๆ มา จากนั้น ดำเนินกิจกรรมออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และมีประสบการณ์ในฝึกการออกกำลังกายในฟิตเนสมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป โดยเริ่มออกกำลังกายในช่วงอบอุ่นร่างกายใช้เวลา 5 นาที ประกอบด้วย 6 ท่า ได้แก่ ยืดกล้ามเนื้อหลัง ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านข้าง) ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหลัง) ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหน้า) ยืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านข้าง) ยืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านหน้าและด้านหลัง)

ช่วงออกกำลังกาย ใช้เวลา 35 นาที ประกอบด้วย 10 ท่า ท่าละ 30 วินาที ได้แก่ ท่าการย่างเท้า (Marching) ท่ายกเข่าสูง (High knees) ท่ากระโดดตบ (Jumping jack) ท่าย่อ (Squat) และ ท่าก้าวย่อ (Lunges) ท่าเดินก้าวย่อ (Walking lunges) ท่านอนหงายยกตัว (Crunch) ท่านอนหงายยกขา (Reverse crunch) ท่านอนคว่ำแอ่นลำตัว (Superman) ท่านอนคว่ำยกลำตัว (Haft plank)

รวมระยะเวลา 5 นาทีต่อรอบจำนวน 5 รอบ โดยแต่ละรอบจะมีระยะเวลาพักดื่มน้ำ 1-2 นาที ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 35 นาที

ช่วงผ่อนคลาย ใช้เวลา 5 นาที ใช้ท่าผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จำนวน 6 ท่า ท่าทางขาระดับไหล่ ย่อตัว ท่าทางขาโยกตัว ท่ายืดเอว ท่ายืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านบน ด้านหน้าและด้านข้าง) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านข้าง) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหน้าและด้านหลัง)

รวมใช้เวลาในการออกกำลังกายทั้งหมด 45 นาทีผู้วิจัยกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับกลุ่มตัวอย่างในการออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างพักรับประทานน้ำ ผู้วิจัยกล่าวสรุป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหา และกล่าวสรุปกิจกรรม พร้อมบอกเวลา นัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 9-10

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลา และสถานที่ที่นัดหมาย ร่วมพูดคุยเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม และดำเนินกิจกรรมด้านการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านๆ มา จากนั้น ดำเนินกิจกรรมออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และมีประสบการณ์ในฝึกการออกกำลังกายในฟิตเนสมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป

โดยเริ่มออกกำลังกายในช่วงอบอุ่นร่างกายใช้เวลา 5 นาที ประกอบด้วย 6 ท่า ได้แก่ ยืดกล้ามเนื้อหลัง ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านข้าง) ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหลัง) ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหน้า) ยืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านข้าง) ยืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านหน้าและด้านหลัง)

ช่วงออกกำลังกาย ใช้เวลา 35 นาที ประกอบด้วย 10 ท่า ท่าละ 30 วินาที ได้แก่ ท่าการย่อเท้า (Marching) ท่ายกเข่าสูง (High knees) ท่ากระโดดตบ (Jumping jack) ท่ายืนย่อ (Squat) และท่าก้าวย่อ (Lunges) ท่าเดินก้าวย่อ (Walking lunges) ท่านอนหงายยกตัว (Crunch) ท่านอนหงายยกขา (Reverse crunch) ท่านอนคว่ำแอ่นลำตัว (Superman) ท่านอนคว่ำยกลำตัว (Haft plank) รวมระยะเวลา 5 นาทีต่อรอบจำนวน 5 รอบ โดยแต่ละรอบจะมีระยะเวลาพักดื่มน้ำ 1-2 นาที ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 40 นาที

ช่วงผ่อนคลาย ใช้เวลา 5 นาที ใช้ท่าผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จำนวน 6 ท่า ท่าทางขาระดับไหล่ ย่อตัว ท่าทางขาโยกตัว ท่ายืดเอว ท่ายืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านบน ด้านหน้าและด้านข้าง) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านข้าง) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหน้าและด้านหลัง)

รวมใช้เวลาในการออกกำลังกายทั้งหมด 45 นาทีผู้วิจัยกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับกลุ่มตัวอย่างในการออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างพักรับประทานน้ำ ผู้วิจัยกล่าวสรุป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหา และกล่าวสรุปกิจกรรม พร้อมบอกเวลา นัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 6-7 ครั้งที่ 11-14

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลา และสถานที่ที่นัดหมาย ร่วมพูดคุยเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม และดำเนินกิจกรรมด้านการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา จากนั้น ดำเนินกิจกรรมออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และมีประสบการณ์ในฝึกการออกกำลังกายในฟิตเนสมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป

โดยเริ่มออกกำลังกายในช่วงอบอุ่นร่างกายโดยใช้เวลา 5 นาที ประกอบด้วย 6 ท่า ได้แก่ ยืดกล้ามเนื้อหลัง ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านข้าง) ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหลัง) ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหน้า) ยืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านข้าง) ยืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านหน้าและด้านหลัง)

ช่วงออกกำลังกาย ใช้เวลา 40 นาที ประกอบด้วย 10 ท่า ท่าละ 30 วินาที ได้แก่ ท่าการย่อเท้า (Marching) ท่ายกเข่าสูง (High knees) ท่ากระโดดตบ (Jumping jack) ท่ายืนย่อ (Squat) และท่าก้าวย่อ (Lunges) ท่าเดินก้าวย่อ (Walking lunges) ท่านอนหงายยกตัว (Crunch) ท่านอนหงายยกขา (Reverse crunch) ท่านอนคว่ำแอ่นลำตัว (Superman) ท่านอนคว่ำยกลำตัว (Haft plank) รวมระยะเวลา 5 นาทีต่อรอบจำนวน 6 รอบ โดยแต่ละรอบจะมีระยะเวลาพักดื่มน้ำ 1-2 นาที ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 40 นาที

ช่วงผ่อนคลาย ใช้เวลา 5 นาที ใช้ท่าผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จำนวน 6 ท่า ท่าทางขาระดับไหล่ ย่อตัว ท่าทางขาโยกตัว ท่ายืดเอว ท่ายืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านบน ด้านหน้าและด้านข้าง) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านข้าง) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหน้าและด้านหลัง)

รวมใช้เวลาในการออกกำลังกายทั้งหมด 50 นาทีผู้วิจัยกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับกลุ่มตัวอย่างในการออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างพักรับประทานน้ำ ผู้วิจัยกล่าวสรุป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหา และกล่าวสรุปกิจกรรม พร้อมบอกเวลา นัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 8-10 ครั้งที่ 15-20

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลา และสถานที่ที่นัดหมาย ร่วมพูดคุยเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม และดำเนินกิจกรรมด้านการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา จากนั้น ดำเนินกิจกรรมออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และมีประสบการณ์ในฝึกการออกกำลังกายในฟิตเนสมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป

โดยเริ่มออกกำลังกายในช่วงอบอุ่นร่างกายโดยใช้เวลา 5 นาที ประกอบด้วย 6 ท่า ได้แก่ ยืดกล้ามเนื้อหลัง ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านข้าง) ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหลัง) ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหน้า) ยืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านข้าง) ยืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านหน้าและด้านหลัง)

ช่วงออกกำลังกาย ใช้เวลา 50 นาที ประกอบด้วย 10 ท่า ท่าละ 35 วินาที การออกกำลังกายเป็นการทำแบบต่อเนื่องในท่าที่ 1-5 ได้แก่ ท่าการย่ำเท้า (Marching) ท่ายกเข่าสูง (High knees) ท่ากระโดดตบ (Jumping jack) ท่าย่อ (Squat) และ ท่าก้าวย่อ (Lunges) ตามเวลาที่กำหนด คิดเป็น 1 เซต ทำติดต่อกัน 2 เซต และให้พัก 1-2 นาที การออกกำลังกายเป็นการทำแบบต่อเนื่องในท่าที่ 6-10 ได้แก่ ท่าเดินก้าวย่อ (Walking lunges) ท่านอนหงายยกตัว (Crunch) ท่านอนหงายยกขา (Reverse crunch) ท่านอนคว่ำแอ่นลำตัว (Superman) และท่านอนคว่ำยกลำตัว (Haft plank) ตามเวลาที่กำหนด คิดเป็น 1 เซต ทำติดต่อกัน 2 เซต และให้พัก 1-2 นาที

ดำเนินการทั้งหมด 3 รอบ ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 50 นาที

ช่วงผ่อนคลาย ใช้เวลา 5 นาที ใช้ท่าผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จำนวน 6 ท่า ท่าทางขาเรียดไหล่ ย่อตัว ท่าทางขาโยกตัว ท่ายืดเอว ท่ายืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านบน ด้านหน้าและด้านข้าง) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านข้าง) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหน้าและด้านหลัง)

รวมใช้เวลาในการออกกำลังกายทั้งหมด 60 นาที ผู้วิจัยกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับกลุ่มตัวอย่างในการออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างพักรับประทานน้ำ ผู้วิจัยกล่าวสรุป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหา และกล่าวสรุปกิจกรรม พร้อมบอกเวลา นัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 11 ครั้งที่ 21-22

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลา และสถานที่ที่นัดหมาย ร่วมพูดคุยเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม และดำเนินกิจกรรมด้านการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา จากนั้น ดำเนินกิจกรรมออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และมีประสบการณ์ในฝึกการออกกำลังกายในฟิตเนสมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป

โดยเริ่มออกกำลังกายในช่วงอบอุ่นร่างกายใช้เวลา 5 นาที ประกอบด้วย 6 ท่า ได้แก่ ยืดกล้ามเนื้อหลัง ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านข้าง) ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหลัง) ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหน้า) ยืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านข้าง) ยืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านหน้าและด้านหลัง)

ช่วงออกกำลังกาย ใช้เวลา 50 นาที ประกอบด้วย 10 ท่า ท่าละ 35 วินาที

การออกกำลังกายเป็นการทำแบบต่อเนื่องในท่าที่ 1-5 ได้แก่ ท่าการย่ำเท้า (Marching) ท่ายกเข่าสูง (High knees) ท่ากระโดดตบ (Jumping jack) ท่าย่อ (Squat) และ ท่าก้าวย่อ (Lunges) ตามเวลาที่กำหนด คิดเป็น 1 เซต ทำติดต่อกัน 3 เซต และให้พัก 1-2 นาที

การออกกำลังกายเป็นการทำแบบต่อเนื่องในท่าที่ 6-10 ได้แก่ ท่าเดินก้าวย่อ (Walking lunges) ท่านอนหงายยกตัว (Crunch) ท่านอนหงายยกขา (Reverse crunch) ท่านอนคว่ำแอ่น

ลำตัว (Superman) และท่านอนคว่ำยกลำตัว (Haft plank) ตามเวลาที่กำหนด คิดเป็น 1 เซต ทำติดต่อกัน 3 เซต และให้พัก 1-2 นาที

ดำเนินการทั้งหมด 3 รอบ ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 50 นาที

ช่วงผ่อนคลาย ใช้เวลา 5 นาที ใช้ท่าผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จำนวน 6 ท่า ท่าทางขาระดับไหล่ ย่อตัว ท่าทางขาโยกตัว ท่ายืดเอว ท่ายืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านบน ด้านหน้าและด้านข้าง) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านข้าง) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหน้าและด้านหลัง)

รวมใช้เวลาในการออกกำลังกายทั้งหมด 60 นาที ผู้วิจัยกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับกลุ่มตัวอย่างในการออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างพักรับประทานน้ำ ผู้วิจัยกล่าวสรุป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาและกล่าวสรุปกิจกรรม พร้อมบอกเวลา นัดหมายครั้งต่อไป

การออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ 12-15 ผู้วิจัยได้เปลี่ยนแปลงท่าออกกำลังกายและเพิ่มความหนักของการออกกำลังกาย (Intensity) โดยเพิ่มระยะเวลาในการออกกำลังกายในแต่ละรอบ ดังรายละเอียด

สัปดาห์ที่ 12-13 ครั้งที่ 23-26

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลา และสถานที่ที่นัดหมาย ร่วมพูดคุยเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม และดำเนินกิจกรรมด้านการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านๆ มา จากนั้น ดำเนินกิจกรรมออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และมีประสบการณ์ในฝึกการออกกำลังกายในฟิตเนสมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป

โดยเริ่มออกกำลังกายในช่วงอบอุ่นร่างกายใช้เวลา 5 นาที ประกอบด้วย 6 ท่า ได้แก่ ยืดกล้ามเนื้อหลัง ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านข้าง) ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหลัง) ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหน้า) ยืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านข้าง) ยืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านหน้าและด้านหลัง)

ช่วงการออกกำลังกาย ใช้เวลา 60 นาที ประกอบด้วย 10 ท่า ท่าละ 35 วินาที การออกกำลังกายเป็นการทำแบบต่อเนื่องในท่าที่ 1-5 ได้แก่ ท่าการย่ำเท้า (Marching) ท่ายกเข่าสูง (High knees) ท่ากระโดดตบ (Jumping jack) ท่ายืนย่อ (Squat) และ ท่ายืนย่อกระโดด (Squat Jump) ตามเวลาที่กำหนด คิดเป็น 1 เซต ทำติดต่อกัน 3 เซต และให้พัก 1-2 นาที

การออกกำลังกายเป็นการทำแบบต่อเนื่องในท่าที่ 6-10 ได้แก่ ท่าไต่เขา (Mountain climb) ท่าดันพื้น (Push – up) นั่งบิดลำตัว (Russian twist) ท่านอนคว่ำแอ่นลำตัว (Superman) และ ท่านอนคว่ำยกลำตัว (Plank) ตามเวลาที่กำหนด คิดเป็น 1 เซต ทำติดต่อกัน 3 เซต และให้พัก 1-2 นาที

สำหรับท่าในการออกกำลังกายใหม่ ท่ายืนย่อกระโดด (Squat jump) ท่าไต่เขา (Mountain climb)ท่าดันพื้น (Push – up) นั่งบิดลำตัว (Russian twist) และ ท่านอนคว่ำยกลำตัว (Plank) ผู้นำการออกกำลังกายจะทำการสาธิตและฝึกปฏิบัติท่าต่าง ๆ ก่อน การออกกำลังกายต่อเนื่อง

ดำเนินการทั้งหมด 3 รอบ ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 60 นาที

ช่วงผ่อนคลาย ใช้เวลา 5 นาที ใช้ท่าผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จำนวน 6 ท่า ท่ากางขาระดับไหล่ ย่อตัว ท่ากางขาโยกตัว ท่ายืดเอว ท่ายืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านบน ด้านหน้าและด้านข้าง) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านข้าง) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหน้าและด้านหลัง)

รวมใช้เวลาในการออกกำลังกายทั้งหมด 70 นาทีผู้วิจัยกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับกลุ่มตัวอย่างในการออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างพักรับประทานน้ำ ผู้วิจัยกล่าวสรุป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาและกล่าวสรุปกิจกรรม พร้อมบอกเวลา นัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 14-15 ครั้งที่ 27-30

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลา และสถานที่ที่นัดหมาย ร่วมพูดคุยเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม และดำเนินกิจกรรมด้านการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา จากนั้น ดำเนินกิจกรรมออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และมีประสบการณ์ในฝึกการออกกำลังกายในฟิตเนสมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป

โดยเริ่มออกกำลังกายในช่วงอบอุ่นร่างกายใช้เวลา 5 นาที ประกอบด้วย 6 ท่า ได้แก่ ยืดกล้ามเนื้อหลัง ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านข้าง) ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหลัง) ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหน้า) ยืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านข้าง) ยืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านหน้าและด้านหลัง)

ช่วงการออกกำลังกาย ใช้เวลา 60 นาที ประกอบด้วย 10 ท่า ท่าละ 35-40วินาที การออกกำลังกายเป็นการทำแบบต่อเนื่องในท่าที่ 1-5 ได้แก่ ท่าการย่ำเท้า (Marching) ท่ายกเข่าสูง (High knees) ท่ากระโดดตบ (Jumping jack) ท่ายืนย่อ (Squat) และ ท่ายืนย่อกระโดด (Squat jump) ตามเวลาที่กำหนด คิดเป็น 1 เซต ทำติดต่อกัน 3 เซต และให้พัก 1-2 นาที

การออกกำลังกายเป็นการทำแบบต่อเนื่องในท่าที่ 6-10 ได้แก่ ท่าไต่เขา (Mountain climb) ท่าดันพื้น (Push – up) นั่งบิดลำตัว (Russian twist) ท่านอนคว่ำแอ่นลำตัว (Superman) และ ท่านอนคว่ำยกลำตัว (Plank) ตามเวลาที่กำหนด คิดเป็น 1 เซต ทำติดต่อกัน 3 เซต และให้พัก 1-2 นาทีดำเนินการทั้งหมด 3 รอบ ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 60 นาที

ช่วงผ่อนคลาย ใช้เวลา 5 นาที ใช้ท่าผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จำนวน 6 ท่า ท่ากางขาระดับไหล่ ย่อตัวท่ากางขาโยกตัว ท่ายืดเอว ท่ายืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านบน ด้านหน้าและด้านข้าง) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านข้าง) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหน้าและด้านหลัง)

รวมใช้เวลาในการออกกำลังกายทั้งหมด 70 นาทีผู้วิจัยกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับกลุ่มตัวอย่างในการออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างพักรับประทานน้ำ ผู้วิจัยกล่าวสรุป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม ปัญหาและกล่าวสรุปกิจกรรม พร้อมบอกเวลา นัดหมายครั้งต่อไป

ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 15 กิจกรรมในครั้งนี้ ที่ 30 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่าง ที่ โรงเรียนพนัสพิทยาคาร ตามวันเวลา ที่นัดหมายเพื่อเก็บข้อมูลระยะหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 71 คน โดยเก็บข้อมูล จากแบบสอบถามแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเครียด แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทาน อาหาร และ แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างได้รับการวัดสัญญาณชีพ และ ประเมินองค์ประกอบของร่างกาย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างพักรับประทานน้ำและอาหารว่าง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างถามปัญหา นัดหมาย วันเวลาและสถานที่สำหรับกิจกรรมครั้งต่อไป

ระยะติดตามผล

เริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 16-23 ผู้วิจัยดำเนินการปรับเวลาการออกกำลังกายเป็น 3 วันต่อสัปดาห์ โดยออกกำลังกายในวันอังคาร พุธ และพฤหัสบดี

สัปดาห์ที่ 16-19 ครั้งที่ 31-42

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลา และสถานที่ที่นัดหมาย ร่วมพูดคุยเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม และดำเนินกิจกรรมด้านการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านๆ มา จากนั้น ดำเนินกิจกรรมออกกำลังกายแบบ เซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และมีประสบการณ์ในฝึกการออกกำลัง กายในฟิตเนสมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป

โดยเริ่มออกกำลังกายในช่วงอบอุ่นร่างกายใช้เวลา 5 นาที ประกอบด้วย 6 ท่า ได้แก่ ยืด กล้ามเนื้อหลัง ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านข้าง) ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหลัง) ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหน้า) ยืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านข้าง) ยืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านหน้าและด้านหลัง)

ช่วงการออกกำลังกาย ใช้เวลา 60 นาที ประกอบด้วย 10 ท่า ท่าละ 35-40 วินาที

การออกกำลังกายเป็นการทำแบบต่อเนื่องในท่าที่ 1-5 ได้แก่ ท่าการย่ำเท้า (Marching) ท่า ยกเข่าสูง (High knees) ท่ากระโดดตบ (Jumping jack) ท่าย่อ (Squat) และ ท่าย่อกระโดด (Squat Jump) ตามเวลาที่กำหนด คิดเป็น 1 เซต ทำติดต่อกัน 3 เซต และให้พัก 1-2 นาที

การออกกำลังกายเป็นการทำแบบต่อเนื่องในท่าที่ 6-10 ได้แก่ ท่าไต่เขา (Mountain climb) ท่าดันพื้น (Push – up) นั่งบิดลำตัว (Russian twist) ท่านอนคว่ำแอ่นลำตัว (Superman) และ ท่า นอนคว่ำยกลำตัว (Plank) ตามเวลาที่กำหนด คิดเป็น 1 เซต ทำติดต่อกัน 3 เซต และให้พัก 1-2 นาที

ดำเนินการทั้งหมด 3 รอบ ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 60 นาที

ช่วงผ่อนคลาย ใช้เวลา 5 นาที ใช้ท่าผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จำนวน 6 ท่า ท่าทางขาระดับไหล่ ย่อตัวท่าทางขาโยกตัว ท่ายืดเอว ท่ายืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านบน ด้านหน้าและด้านข้าง) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านข้าง) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหน้าและด้านหลัง) รวมใช้เวลาในการออกกำลังกายทั้งหมด 70 นาทีผู้วิจัยกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับกลุ่มตัวอย่างในการออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างพักรับประทานน้ำ ผู้วิจัยกล่าวสรุป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม ปัญหาและกล่าวสรุปกิจกรรม พร้อมบอกเวลา นัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 20-24 มีการปฏิบัติการออกกำลังกาย อย่างต่อเนื่อง โดยนำท่าการออกกำลังกาย ในช่วงสัปดาห์ที่ 1 มาสลับกับท่าในการออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ 12 โดย

สัปดาห์ที่ 20 และ 22 ใช้ท่าในการออกกำลังกายในช่วงสัปดาห์ที่ 1 ดังรายละเอียด

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลา และสถานที่ที่นัดหมาย ร่วมพูดคุยเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม และดำเนินกิจกรรมด้านการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา จากนั้น ดำเนินกิจกรรมออกกำลังกายแบบ เซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และมีประสบการณ์ในฝึกการออกกำลังกายในฟิตเนสมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป

โดยเริ่มออกกำลังกายในช่วงอบอุ่นร่างกายโดยใช้เวลา 5 นาที ประกอบด้วย 6 ท่า ได้แก่ ยืดกล้ามเนื้อหลัง ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านข้าง) ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหลัง) ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหน้า) ยืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านข้าง) ยืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านหน้าและด้านหลัง)

ช่วงการออกกำลังกาย ใช้เวลา 60 นาที ประกอบด้วย 10 ท่า ท่าละ 35-40 วินาที

การออกกำลังกายเป็นการทำแบบต่อเนื่องในท่าที่ 1-5 ได้แก่ ท่าการย่างเท้า (Marching) ท่ายกเข่าสูง (High knees) ท่ากระโดดตบ (Jumping jack) ท่ายืนย่อ (Squat) และ ท่าก้าวย่อ (Lunges) ตามเวลาที่กำหนด คิดเป็น 1 เซต ทำติดต่อกัน 3 เซต และให้พัก 1-2 นาที

การออกกำลังกายเป็นการทำแบบต่อเนื่องในท่าที่ 6-10 ได้แก่ ท่าเดินก้าวย่อ (Walking lunges) ท่านอนหงายยกตัว (Crunch) ท่านอนหงายยกขา (Reverse crunch) ท่านอนคว่ำแอ่นลำตัว (Superman) และ ท่านอนคว่ำยกลำตัว (Half plank) ตามเวลาที่กำหนด คิดเป็น 1 เซต ทำติดต่อกัน 3 เซต และให้พัก 1-2 นาที

ดำเนินการทั้งหมด 3 รอบ ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 60 นาที

ช่วงผ่อนคลาย ใช้เวลา 5 นาที ใช้ท่าผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จำนวน 6 ท่า ท่าทางขาระดับไหล่ ย่อตัวท่าทางขาโยกตัว ท่ายืดเอว ท่ายืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านบน ด้านหน้าและด้านข้าง) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านข้าง) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหน้าและด้านหลัง)

รวมใช้เวลาในการออกกำลังกายทั้งหมด 70 นาทีผู้วิจัยกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับกลุ่มตัวอย่างในการออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างพักรับประทานน้ำ ผู้วิจัยกล่าวสรุป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม ปัญหาและกล่าวสรุปกิจกรรม พร้อมบอกเวลา นัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 21 และ 23 ใช้โปรแกรมการออกกำลังกายและระยะเวลาในการออกกำลังกาย ในช่วงสัปดาห์ที่ 12 ดังรายละเอียด

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลา และสถานที่ที่นัดหมาย ร่วมพูดคุยเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม และดำเนินกิจกรรมด้านการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งแรงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา จากนั้น ดำเนินกิจกรรมออกกำลังกายแบบ เซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และมีประสบการณ์ในฝึกการออกกำลังกายในฟิตเนสมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป

โดยเริ่มออกกำลังกายในช่วงอบอุ่นร่างกายใช้เวลา 5 นาที ประกอบด้วย 6 ท่า ได้แก่ ยืดกล้ามเนื้อหลัง ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านข้าง) ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหลัง) ยืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหน้า) ยืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านข้าง) ยืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านหน้าและด้านหลัง)

ช่วงการออกกำลังกาย ใช้เวลา 60 นาที ประกอบด้วย 10 ท่า ท่าละ 35-40 วินาที

การออกกำลังกายเป็นการทำแบบต่อเนื่องในท่าที่ 1-5 ได้แก่ ท่าการโยกเท้า (Marching) ท่ายกเข่าสูง (High knees) ท่ากระโดดตบ (Jumping jack) ท่าย่อ (Squat) และ ท่าย่อกระโดด (Squat jump) ตามเวลาที่กำหนด คิดเป็น 1 เซต ทำติดต่อกัน 3 เซต และให้พัก 1-2 นาที

การออกกำลังกายเป็นการทำแบบต่อเนื่องในท่าที่ 6-10 ได้แก่ ท่าไต่เขา (Mountain climb) ท่าดันพื้น (Push – up) นั่งบิดลำตัว (Russian twist) ท่านอนคว่ำแอ่นลำตัว (Superman) และ ท่านอนคว่ำยกลำตัว (Plank) ตามเวลาที่กำหนด คิดเป็น 1 เซต ทำติดต่อกัน 3 เซต และให้พัก 1-2 นาที

ดำเนินการทั้งหมด 3 รอบ ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 60 นาที

ช่วงผ่อนคลาย ใช้เวลา 5 นาที ใช้ท่าผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จำนวน 6 ท่า ท่าทางขาระดับไหล่ ย่อตัวท่าทางขาโยกตัว ท่ายืดเอว ท่ายืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน (ด้านบน ด้านหน้าและด้านข้าง) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านข้าง) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอ (ด้านหน้าและด้านหลัง)

รวมใช้เวลาในการออกกำลังกายทั้งหมด 70 นาทีผู้วิจัยกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับกลุ่มตัวอย่างในการออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างพักรับประทานน้ำ ผู้วิจัยกล่าวสรุป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม ปัญหาและกล่าวสรุปกิจกรรม เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 23 ผู้วิจัยนัดหมายให้กลุ่มตัวอย่างในการดื่มน้ำ อาหาร 8 ชั่วโมงเพื่อทำการเจาะเลือด และประเมินผลในระยะติดตามผล และบอกเวลา นัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 24 ทีมผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงเรียนพนัสพิทยาคาร ตามวันเวลา ที่นัดหมาย เพื่อ เก็บข้อมูลระยะติดตามผลหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 71 คน การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัย โดยดำเนินการ วัดสัญญาณชีพ ประเมินองค์ประกอบของร่างกาย เจาะเลือดตรวจระดับไขมัน และระดับน้ำตาลในเลือด จากนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างพักรับประทานอาหารว่าง หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถาม จำนวน 1 ฉบับ ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเครียด แบบสอบถามพฤติกรรมการ รับประทานอาหาร และ แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างพักรับประทานน้ำและอาหารว่างร่วมกัน ทีมผู้วิจัยสรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พร้อมทั้งซักถามปัญหา ให้คำแนะนำกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มเติม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ พร้อมทั้ง มอบค่าชดเชย การเสียเวลาในการให้ข้อมูลให้กับกลุ่มตัวอย่าง และยุติการจัดกิจกรรม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างดังนี้ ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิจัย เครื่องมือที่ใช้ทำการวิจัย และเอกสารชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการทำวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของ มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและสิทธิของผู้เข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยผู้ร่วมงานวิจัยมีสิทธิในการปฏิเสธการ เข้าร่วมการศึกษาวิจัย และถอนตัวจากการศึกษาวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิ หรือการรับบริการที่เคยได้รับปกติ จากจากหน่วยงานต่าง ๆ สำหรับข้อมูลที่ได้รับ ผู้วิจัยจะนำเสนอ ผลเฉพาะในภาพรวม และจะทำลายข้อมูลภายหลังที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์แล้วอย่างน้อย 1 ปี โดยข้อมูลต่าง ๆ จะถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ ซึ่งใช้รหัสผ่านในการเข้าถึงได้เพียงแค่ผู้วิจัยเท่านั้น และ ไม่มีการแพร่กระจายข้อมูลสู่สาธารณชน ข้อมูลการวิจัยที่ได้รับไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้เข้าร่วมงานวิจัย โดยแบบสอบถามเอกสารทุกฉบับที่ใช้ในการศึกษาวิจัยจะใช้เป็นรหัสแทน การระบุชื่อและนามสกุล ของ ผู้เข้าร่วมงานวิจัย กรณีที่ผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้สามารถ สอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่เก็บรวบรวมจากแบบสอบถามซึ่งผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนแล้ว มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1.1 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายโดยใช้สถิติ Multiple regression

ระยะที่ 1.2 การศึกษา วิเคราะห์ ค้นหา และศึกษาความต้องการและความคาดหวังในพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาของข้อมูล (Content analysis) และนำเสนอข้อมูลสรุปในเชิงเนื้อหา (Narrative summary) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 เป็นการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ได้ไปประเมินความเหมาะสมร่วมกันกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้วิจัยได้นำข้อมูลผลการประเมิน มาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 3 ระยะการทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ข้อมูลจากการศึกษา นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ประกอบด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ One-Way Repeated-Measures ANOVA

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม Participatory Action Research (PAR) โดยแบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะ ผู้วิจัยขอเสนอผลการศึกษออกเป็น 3 ระยะตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

ผลการศึกษาในระยะที่ 1 ซึ่งเป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อประเมินปัญหาและวิเคราะห์ความต้องการในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ บุคลากรทางการศึกษาที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก จำนวน 384 คน และ ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม อย่างไรก็ตามเมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์พบว่าข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ เพียง 370 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 96.35 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ส่วนที่ 2 คือ เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารสถานศึกษา และ บุคลากรทางการศึกษา จำนวน 56 คน

ผลการศึกษาในระยะ ที่ 2 เป็นการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารสถานศึกษา และ บุคลากรทางการศึกษา จำนวน 56 คน และ ผล การศึกษาในระยะที่ 3 ของการศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรทางการศึกษาที่ ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 71 คน ซึ่ง ผลการศึกษาได้นำเสนอตามลำดับต่อไปนี้

1. ผลการวิจัยในระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังนำเสนอด้วยการบรรยาย และ ตารางประกอบการบรรยาย โดยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 10 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 คุณภาพด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการจัดการด้านการรับประทานอาหาร

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการจัดการด้านการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 6 ความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร

ส่วนที่ 7 การรับรู้ความเครียด

ส่วนที่ 8 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 9 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต ของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 10 สรุปผลความต้องการและความคาดหวัง ของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ตามแนวคิดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

2. ผลการศึกษาวิจัยในระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง นำเสนอด้วยการบรรยาย และ ภาพประกอบการ บรรยาย โดยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการประเมินโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้าน การศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินความเหมาะสมโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 3 โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วย ด้วยโรคเรื้อรัง

3. ผลการศึกษาวิจัยในระยะที่ 3 ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพ ชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาค ตะวันออก

โดยดำเนินการทดลองทั้งสิ้น 24 สัปดาห์ ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายเรียงโดย แบ่งการนำเสนอออกเป็น 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการจัดการด้านการรับประทานอาหาร

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการจัดการด้านการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 6 การรับรู้ความเครียด

ส่วนที่ 7 ระดับไขมันในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือด

ส่วนที่ 8 จำนวนก้าวเดิน

ผลการศึกษาวิจัยระยะที่ 1

ผลการศึกษาระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อประเมินปัญหาและวิเคราะห์ความต้องการในพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง นำเสนอด้วยการบรรยาย และ ตารางประกอบการบรรยาย โดยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 10 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 370)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	102	27.60
หญิง	268	72.40
อายุ (ปี)		
อายุเฉลี่ย $\bar{X}$ = 37.85, SD = 10.92, Min = 23, Max = 64		
ดัชนีมวลกาย (BMI) (กก./ม.²)		
น้อยกว่า 18.5	38	10.30
18.5 – 24.9	235	63.50
25 – 29.9	68	18.40
มากกว่าหรือเท่ากับ 30	29	7.80
ศาสนา		
พุทธ	359	97.00
คริสต์	8	2.20
อิสลาม	2	0.50
อื่น ๆ	1	0.30
สถานภาพสมรส		
โสด	212	57.30
สมรส	141	38.10
หม้าย/หย่าร้าง/แยก	16	4.30
ไม่ระบุ	1	0.30
จำนวนบุคคลในครอบครัว ที่ไม่ได้ทำงาน ไม่มีรายได้		
$\bar{X}$ = 1.04, SD = 1.19, Min = 0, Max = 5		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	219	59.20
ปริญญาโท	146	39.50
ปริญญาเอก	3	0.80
ไม่ระบุ	1	0.30
อื่น ๆ	1	0.30

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จังหวัดที่ตั้งสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน		
ระยอง	100	27.00
ฉะเชิงเทรา	71	19.20
ชลบุรี	100	27.00
จันทบุรี	99	26.80
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นบุคลากรด้านการศึกษา (ปี)		
$\bar{X} = 12.54$, SD = 11.26, Min = 0, Max = 39		
ระยะเวลาทำงานในโรงเรียนที่สอนปัจจุบัน (ปี)		
$\bar{X} = 7.52$, SD = 8.83, Min = 0, Max = 39		
ตำแหน่งงานในปัจจุบัน		
ครูผู้ช่วย	73	19.70
ครูชำนาญการ	119	32.20
ครูชำนาญการพิเศษ	74	20.00
ครูเชี่ยวชาญพิเศษ	3	0.80
ครูอัตราจ้าง	23	6.20
ไม่ระบุ	78	21.10
ตำแหน่งทางการบริหาร		
รองผู้อำนวยการสถานศึกษา	3	0.80
หัวหน้ากลุ่มสาระ	15	4.10
รองหัวหน้ากลุ่มสาระ	19	5.10
ไม่ระบุ	333	90.00
ภาระงานในปัจจุบัน		
ชั่วโมงตามตารางสอน		
$\bar{X} = 17.91$, SD = 4.63, Min = 0, Max = 30		
ภาระงานที่ไม่ใช่ชั่วโมงสอนในตารางสอน		
$\bar{X} = 4.54$, SD = 5.63, Min = 0, Max = 45		
ภาระงานการพัฒนาคุณภาพการศึกษา		
$\bar{X} = 1.98$, SD = 5.58, Min = 0, Max = 45		
ภาระงานอื่น ๆ		
$\bar{X} = 2.60$, SD = 5.97, Min = 0, Max = 45		
รายได้		
$\bar{X} = 27,943.88$, SD = 15,840.13, Min = 0, Max = 80000		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความพอเพียงของรายได้		
พอใช้ ไม่เหลือเก็บ	65	17.60
พอใช้เหลือเก็บบ้างเล็กน้อย ใช้ฉุกเฉินได้	168	45.40
พอใช้เหลือเก็บ พอสำหรับทำทุนสร้างรายได้ต่อไปได้	65	17.60
พอใช้ แต่เป็นหนี้สินจากการกู้ยืมมาเพื่อสร้างรายได้เพิ่ม	41	11.10
ไม่พอใช้ และไม่เป็นหนี้สิน	9	2.40
ไม่พอใช้ และต้องกู้หนี้ ยืมสิน	22	5.90
อาชีพเสริมเพิ่มเติมจากรายได้ประจำในสถานศึกษา		
ไม่มีอาชีพเสริม มีรายได้จากงานประจำอย่างเดียว	264	71.40
มีอาชีพเสริม มีรายได้เพิ่ม 1 อาชีพ	91	24.60
มีอาชีพเสริม มีรายได้เพิ่ม 2 อาชีพ	9	2.40
มีอาชีพเสริม มีรายได้เพิ่มมากกว่า 2 อาชีพ	6	1.60
โรคประจำตัว		
โรคเบาหวาน	9	2.40
โรคความดันโลหิตสูง	30	8.10
โรคไขมันเลือดสูง	29	7.80
โรคกระดูกและข้อ	14	3.80
โรคหัวใจ	2	0.50
โรคเกาต์	5	1.40
โรคระบบทางเดินหายใจ	7	1.90
ปวดเข่า	23	6.20
อื่น ๆ	52	14.10
ไม่มีโรคประจำตัว	255	68.90
จำนวนโรคประจำตัว		
1 โรค	76	20.50
2 โรค	25	6.80
3 โรค	12	3.20
4 โรค	1	0.30
5 โรค	1	0.30
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย		
$\bar{X} = 1.99$, $SD = 4.71$, $Min = 0$, $Max = 35$		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (เดือน)		
ค่ายารักษาโรค		
$\bar{X} = 189.59$, SD = 695.81, Min = 0, Max = 10000		
ค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาล		
$\bar{X} = 101.62$, SD = 642.95, Min = 0, Max = 10000		
ค่าอาหารเสริม/วิตามิน		
$\bar{X} = 308.59$, SD = 726.37, Min = 0, Max = 8000		
ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการออกกำลังกาย		
$\bar{X} = 124.53$, SD = 545.93, Min = 0, Max = 5000		
ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการพักผ่อน/การท่องเที่ยว		
$\bar{X} = 932.97$, SD = 1610.97, Min = 0, Max = 15000		
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	363	98.1
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	4	1.10
ระยะเวลา $\bar{X} = 0.07$, SD = 0.80, Min = 0, Max = 11		
สูบบุหรี่	3	0.80
ระยะเวลา $\bar{X} = 0.16$, SD = 1.94, Min = 0, Max = 30		
ปริมาณมวลที่สูบต่อวัน $\bar{X} = 0.04$, SD = 0.58, Min = 0, Max = 11		
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	295	79.70
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	5	1.140
ระยะเวลา $\bar{X} = 0.07$, SD = 0.77, Min = 0, Max = 13		
ดื่ม	70	18.90
ระยะเวลา $\bar{X} = 1.80$, SD = 5.03, Min = 0, Max = 30		
ความถี่ในการดื่ม		
ประจำทุกวัน	1	0.30
ดื่ม 2 – 3 วันต่อสัปดาห์	7	1.90
1 ครั้งต่อสัปดาห์	4	1.10
2 ครั้งต่อเดือน	4	1.10
ดื่มเฉพาะเมื่อมีงานสังคม	54	14.60
ประสบการณ์การออกกำลังกายใน 6 เดือนที่ผ่านมา		
ประจำทุกวัน	52	14.10
บางครั้ง (3 วันต่อสัปดาห์)	128	34.60
นาน ๆ ครั้ง (เดือนละครั้ง)	125	33.80
ไม่ออกกำลังกาย	65	17.60

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานที่ออกกำลังกายเป็นประจำ		
ประเภทการออกกำลังกายภายในอาคาร	76	20.50
ประเภทการออกกำลังกายภายนอกอาคาร	186	50.30
ไม่ระบุสถานที่ออกกำลังกาย	43	11.60
ช่วงเวลาออกกำลังกาย		
เช้า	23	6.20
กลางวัน	9	2.40
บ่าย – เย็น (4-6 โมงเย็น)	104	28.10
ค่ำ (ตั้งแต่ 6 โมงเย็นเป็นต้นไป)	169	45.70
พฤติกรรมที่อยากปรับเปลี่ยนมากที่สุด		
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร	285	77.00
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย	280	75.70
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการนอน	200	54.10
การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม		
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันที	184	49.70
หลังจากนี้ประมาณ 1 เดือน	28	7.60
เลื่อนจนกว่าจะมีความพร้อม	140	37.80
อื่น ๆ	17	4.60

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 370 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.40 โดยมีอายุเฉลี่ย 37.85 (SD = 10.92) ร้อยละ 63.50 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ 18.5 – 24.9 ร้อยละ 97.00 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 57.30 สถานภาพสมรสโสด บุคคลในครอบครัวที่ไม่มีงานทำและไม่มีการได้เฉลี่ย 1.04 (SD = 1.19) ร้อยละ 59.20 ศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 27.00 สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบันคือจังหวัดระยองและชลบุรี ซึ่งระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นบุคลากรด้านการศึกษเฉลี่ย 12.54 (SD = 11.26) ขณะที่ระยะเวลาทำงานในโรงเรียนที่สอนปัจจุบันเฉลี่ย 7.52 (SD = 8.83) ร้อยละ 94.30 เป็นตำแหน่งครูชำนาญการ ร้อยละ 19.20 ตำแหน่งทางการบริหารอื่น ๆ โดยภาระงานปัจจุบันตามชั่วโมงตารางสอนเฉลี่ย 17.91 (SD = 4.63) ภาระงานที่ไม่ใช่ชั่วโมงสอนเฉลี่ย 4.54 (SD = 5.63) ภาระงานพัฒนาคุณภาพการศึกษาเฉลี่ย 1.98 (SD = 5.58) ในขณะที่ภาระงานอื่น ๆ เฉลี่ย 2.60 (SD = 5.97) โดยรายได้เฉลี่ย 20,7943.88 (SD = 15,840.13) ร้อยละ 45.40 มีความพอเพียงของรายได้อยู่ในระดับพอใช้ ที่สามารถใช้ในยามฉุกเฉินได้ ร้อยละ 71.40 ไม่มีอาชีพเสริม ร้อยละ 68.90 ไม่มีโรคประจำตัว โดยร้อยละ 20.50 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ในขณะที่ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 1.99 (SD = 4.71) ค่ายารักษาโรคเฉลี่ย 189.59 (SD = 695.81) ค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเฉลี่ย 101.62 (SD = 642.95) ค่าอาหารเสริม/วิตามินเฉลี่ย 308.59 (SD = 726.37) ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการออกกำลังกายเฉลี่ย 124.53 (SD = 545.93) ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับ

การพักผ่อน/ท่องเที่ยวเฉลี่ย 932.97 (SD = 1610.97) ร้อยละ 98.1 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 79.70 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 34.60 ใน 6 เดือนที่ผ่านมา มีการออกกำลังกายบ้างเป็นบางครั้ง (3 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 50.30 ออกกำลังกายภายนอกอาคาร ร้อยละ 30.30 มีกิจกรรมที่ใช้ออกกำลังกายประเภทสองกิจกรรม ร้อยละ 45.70 ออกกำลังกายในช่วงค่ำ (ตั้งแต่ 6 โมงเย็นเป็นต้นไป) ร้อยละ 77.00 เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่าง อยากปรับเปลี่ยนมากที่สุด และร้อยละ 49.70 ตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันที

ส่วนที่ 2. คุณภาพด้านสุขภาพ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออกแสดงไว้ ดังตารางที่ 2-3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผลระดับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อรรถประโยชน์ของ EQ-5D-5L และ VAS ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 370)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	Min	Max
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 มิติ (EQ-5D-5L)	0.92	0.10	0.43	1
ภาวะสุขภาพ (VAS)	77.10	17.81	0	100

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณภาพแข็งแรงสมบูรณ์มาก โดยมีคะแนนอรรถประโยชน์ของ EQ-5D-5L เท่ากับ 0.92 (SD=0.10) และมีค่า VAS เฉลี่ย 77.10 (SD=17.81)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของแต่ละมิติของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตามแบบประเมิน EQ-5D-5L (n = 370)

5 มิติของแบบประเมิน EQ-5D-5L	จำนวน	ร้อยละ
การเคลื่อนไหว		
ไม่มีปัญหาในการเดิน	286	77.30
มีปัญหาในการเดินเล็กน้อย	31	8.40
มีปัญหาในการเดินปานกลาง	42	11.40
มีปัญหาในการเดินอย่างมาก	10	2.70
เดินไม่ได้	1	0.30
การดูแลตนเอง		
ไม่มีปัญหาในการอาบน้ำ หรือการใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง	368	99.50
มีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองเล็กน้อย	2	0.50
กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (เช่น ทำงาน เรียนหนังสือ ทำงานบ้าน กิจกรรมในครอบครัว หรือกิจกรรมยามว่าง)		
สุขภาพไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	320	86.50
สุขภาพมีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำเล็กน้อย	35	9.50
สุขภาพมีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำปานกลาง	11	3.00
สุขภาพมีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำอย่างมาก	3	0.80
สุขภาพมีผลทำให้ท่านไม่สามารถทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำได้	1	0.30
ความเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว		
ไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว	193	52.20
มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวเล็กน้อย	146	39.50
มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวปานกลาง	25	6.80
มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมาก	5	1.40
มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมากที่สุด	1	0.30
ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า		
ไม่รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า	222	60.00
รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าเล็กน้อย	121	32.70
รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง	26	7.00
รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมาก	1	0.30

จากตารางที่ 3 เมื่อวัดด้วยเครื่องมือ EQ-5D-5L พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในการเดิน ร้อยละ 77.30 และไม่มีปัญหาในการอาบน้ำ หรือการใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง ร้อยละ 99.50 ส่วนใหญ่สุขภาพไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ร้อยละ 86.50 ไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว ร้อยละ 52.20 และไม่รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า ร้อยละ 60.00

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิต

ระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก แสดงไว้ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ของคะแนนคุณภาพชีวิต ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก (n = 370)

ช่วงคะแนนคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ	ระดับคุณภาพชีวิต
61 - 95	139	37.60	ปานกลาง
96 - 130	231	62.40	ดี
รวม	370	100.00	
Mean = 98.02 SD = 11.41			ดี

จากตารางที่ 4 พบว่า บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ส่วนมากมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีร้อยละ 62.40 รองลงมามีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.60 ตามลำดับ โดย มีระดับคุณภาพชีวิต ภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย = 98.02 (SD = 11.41)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการจัดการด้านการรับประทานอาหาร

ระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก แสดงไว้ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก (n = 370)

ช่วงคะแนนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร	จำนวน	ร้อยละ	ระดับพฤติกรรม การรับประทานอาหาร
20 - 46	11	3.00	ไม่ดี
47 - 73	296	80.00	ปานกลาง
74 - 100	63	17.00	ดีมาก
รวม	370	100.00	
Mean = 64.68 SD = 9.61			ปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่า บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ส่วนมากมีระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 80.00 รองลงมามีระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 17.00 และระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 3.00 ตามลำดับ โดย มีระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย = 64.68 (SD = 9.61)

ส่วนที่ 5. พฤติกรรมการจัดการด้านการออกกำลังกาย

ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยในโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก แสดงไว้ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ของคะแนนระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก (n = 370)

ช่วงคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย	จำนวน	ร้อยละ	ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย
20 - 46	26	7.00	น้อย
47 - 73	243	65.70	ปานกลาง
74 - 100	101	27.30	ดี
รวม	370	100.00	
Mean = 64.68 SD = 9.61			ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ส่วนมากมีระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.70 รองลงมา มีระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 27.30 และระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 7.00 ตามลำดับ โดย มีระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย = 64.68 (SD = 9.61)

ส่วนที่ 6. ความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร

ระดับความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก แสดงไว้ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ของคะแนนระดับความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก (n = 370)

ช่วงคะแนนความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร	จำนวน	ร้อยละ	ระดับความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร
ต่ำกว่า 6	1	0.30	ต่ำที่สุด
7 - 12	3	0.80	ต่ำ
13 - 18	25	6.80	พอใช้
19 - 24	177	47.80	ดี
25 ขึ้นไป	164	44.30	ดีมาก
รวม	370	100.00	
Mean = 23.45 SD = 3.52			ดี

จากตารางที่ 7 พบว่า บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ส่วนมากมีระดับความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 47.80 รองลงมา มีระดับความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดีมาก พอใช้ ต่ำ และต่ำสุด ร้อยละ 44.30, 6.80, 0.80 และ 0.30 ตามลำดับ โดย มีระดับความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร ภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย = 23.45 (SD = 3.52)

ส่วนที่ 7 การรับรู้ความเครียด

ระดับการรับรู้ความเครียดของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก แสดงไว้ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ของคะแนนการรับรู้ความเครียด ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก (n = 370)

ช่วงคะแนนการรับรู้ความเครียด	จำนวน	ร้อยละ	ระดับการรับรู้ความเครียด
0 - 19	91	24.60	ต่ำ
20 - 38	277	74.90	ปานกลาง
มากกว่า 38	2	0.50	สูง
รวม	370	100.00	
Mean = 23.08 SD = 5.90			ปานกลาง

จากตารางที่ 8 พบว่า บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ส่วนมากมีระดับการรับรู้ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.90 รองลงมา มีระดับการรับรู้ความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 24.60 และมีระดับการรับรู้ความเครียดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 0.50 ตามลำดับ โดย มีระดับการรับรู้ความเครียด ภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย = 23.08 (SD = 5.90)

ส่วนที่ 8. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก แสดงไว้ ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation) ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ (n = 370)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
คุณภาพชีวิต	1					
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	.278**	1				
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	.166**	.226**	1			
ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร	.191**	-.001	.073	1		
ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	.184**	.079	.230**	.399**	1	
ความเครียด	-.506**	-.313**	-.087	-.038	-.167**	1

** p < 0.01 * p < 0.05

จากตารางที่ 9 พบว่า ปัจจัยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และ ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p < 0.01 (r = 0.17, 0.17, 0.19, 0.18, p < 0.01 ตามลำดับ) โดยปัจจัยการรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p < 0.01 (r = -0.51, p < 0.01)

ส่วนที่ 9. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต ของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจ
 พิเศษ ภาคตะวันออกแสดงไว้ ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจ
 พิเศษ ภาคตะวันออก (Stepwise Multiple Regression) (n=370)

ปัจจัยทำนาย	β	R	R ²	Adjust R ²	t value
ขั้นที่ 1		.506	.256	.254	
การรับรู้ความเครียด	-0.506				11.23**
ขั้นที่ 2		.535	.286	.282	
การรับรู้ความเครียด	-0.500				11.32**
ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร	0.174				3.94**
ขั้นที่ 3		.552	.305	.299	
การรับรู้ความเครียด	-0.493				11.28**
ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร	0.177				4.05**
จำนวนโรค	0.136				3.11*
ขั้นที่ 4		.563	.317	.310	
การรับรู้ความเครียด	-0.485				11.13**
ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร	0.169				3.90**
จำนวนโรค	-0.131				3.01*
พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย	0.113				0.01*

* β values are standardized regression coefficients from the final stage of regression analysis

*R² values are cumulative, with each incremental step adding to the variance explained.

** p<0.01

จากตารางที่ 10 พบว่า การรับรู้ความเครียด ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร จำนวนโรคและพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายสามารถร่วมกันทำนาย คุณภาพชีวิตบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออกได้ร้อยละ 31 (R² = .317 p < .001) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต ได้สูงที่สุดคือ การรับรู้ความเครียด (β = -0.49, p < 0.001) ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร (β = 0.17, p < 0.001) จำนวนโรค (β = -0.13, p < 0.001) และ พฤติกรรมการออกกำลังกาย (β = 0.11, p < 0.007) ตามลำดับ

ส่วนที่ 10. สรุปผลความต้องการและความคาดหวัง ของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ตามแนวคิดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การศึกษาความต้องการและความคาดหวัง ของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้วิจัยได้จัดประชุมกลุ่มสนทนา (Group discussion) โดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนในการแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้วิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยผู้วิจัยได้แบ่งการสนทนากลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มตัวแทนผู้บริหารสถานศึกษา และตัวแทนครู ครูผู้ช่วย และครูอัตราจ้าง รวมทั้งหมด 56 คน สามารถสรุปข้อเสนอแนะในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

จากการสนทนากลุ่มผู้วิจัยได้สรุปข้อเสนอแนะและแนวทางในการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังของกลุ่มผู้บริหารและกลุ่มตัวแทนตัวแทนครู ครูผู้ช่วย และครูอัตราจ้างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่องการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังดังนี้

กลุ่มผู้บริหารโรงเรียน มีข้อคิดเห็นดังนี้ การดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เห็นว่าควรมีกลไกในการส่งเสริมที่ชัดเจน โดยการกำหนดเป็นนโยบายด้านสุขภาพ หรือเป้าหมายการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้บริหาร และ บุคลากรครู และควรประกาศนโยบายให้บุคลากรทุกคนรับทราบ ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

กลไกการดำเนินงาน ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ควรสนับสนุนให้บุคลากรทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการ วางแผน ออกแบบกิจกรรม และการร่วมประเมินผล กระบวนการหรือขั้นตอนการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้น ควรมีการดำเนินการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลทำให้การดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่ประสบความสำเร็จ โดยประเมินปัจจัยเสี่ยง ทั้งทางบริบทของบุคคล และ โรงเรียน โดยปัจจัยเสี่ยงของบุคคลนั้นควรดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทั้งด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และ ความเครียด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการนำมาวางแผนการออกแบบกิจกรรมและการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การประเมินปัจจัยเสี่ยงในบริบทของโรงเรียน ควรทำการศึกษาความพร้อมของโรงเรียนทั้งในด้านสถานที่ บุคลากร อุปกรณ์ รวมทั้งงบประมาณที่สนับสนุน สำหรับการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพนั้น ควรมีการพัฒนาสมรรถนะส่วนบุคคลอย่างเป็นรูปธรรม โดยกิจกรรมที่สามารถเพิ่มสมรรถนะส่วนบุคคลของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง การพัฒนาทักษะการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกายและการจัดการความเครียด เป็นต้น

นอกจากนี้ การพัฒนาระบบการจัดการปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม นั้นควรมีมาตรการดำเนินการที่ชัดเจน และควรมีการสร้างช่องทางการสื่อสารเฉพาะเรื่อง ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้าน

สุขภาพเพื่อให้เกิดความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน นอกจากนี้ ยังเสนอให้มีการกำหนดทีมผู้รับผิดชอบในทำงานการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของโรงเรียน เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น สำหรับการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน เมื่อดำเนินการแล้วควรมีการประเมิน พฤติกรรมการจัดการตนเองทั้งเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและความเครียด ประเมินภาวะสุขภาพ รวมทั้ง คุณภาพชีวิต เนื่องจากข้อมูลเหล่านี้สามารถนำมาพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและตรงต่อความต้องการของบุคลากรทางการศึกษาเพิ่มมากขึ้น

สำหรับข้อคิดเห็นของกลุ่มตัวแทนครู ครูผู้ช่วย และครูอัตราจ้างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สรุปได้ว่า กลุ่มตัวแทนครู ครูผู้ช่วย และครูอัตราจ้าง ต้องการให้มีกิจกรรมที่การสร้างตระหนักรู้เรื่องปัญหาสุขภาพ เพื่อให้บุคลากรทางการศึกษาในโรงเรียน ตระหนักถึงผลกระทบของโรคเรื้อรังต่อภาวะสุขภาพ และ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ยังต้องการให้มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้บุคลากรทางการศึกษาในโรงเรียนอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง โดยกิจกรรมเป็นไปตามบริบทของแต่ละโรงเรียน ทั้งในส่วนของการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและการจัดการความเครียด

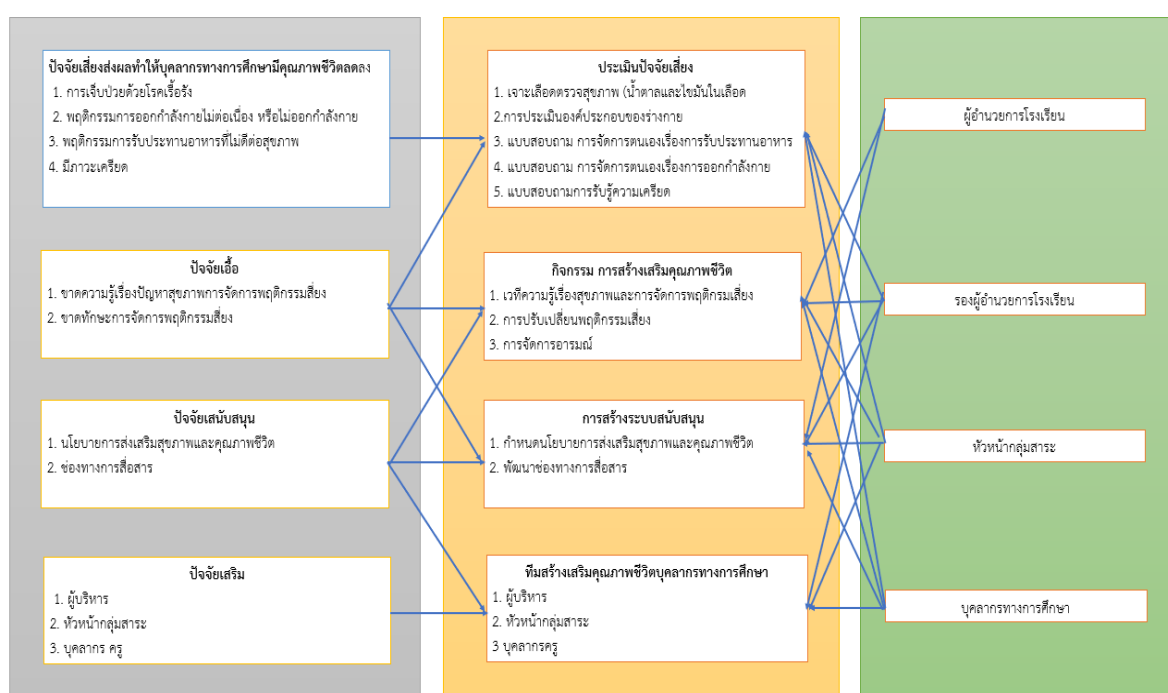
กลุ่มตัวแทนครู ครูผู้ช่วย และครูอัตราจ้าง ต้องการให้โรงเรียนได้เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างครู ครูผู้ช่วย และครูอัตราจ้างและผู้บริหาร เพื่อ วางแผนการดำเนินกิจกรรม รวมทั้งการสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ร่วมกัน

สำหรับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านต่าง ๆ ตัวแทนครู ครูผู้ช่วย และครูอัตราจ้าง เสนอให้มีการสร้างกลุ่มไลน์ เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมผู้รับผิดชอบในทำงานการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและบุคลากรทางการศึกษา

สำหรับความคาดหวังของทั้งผู้บริหารโรงเรียน และ กลุ่มตัวแทนครู ครูผู้ช่วย และครูอัตราจ้าง นั้น คาดหวังว่าหลังการดำเนินงานเรื่องการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังแล้ว บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะหันมาใส่ใจสุขภาพของตนเอง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด รวมทั้ง มีภาวะสุขภาพ และ คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผลการศึกษาวิจัยในระยะที่ 2

ผลการศึกษาวิจัยในระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การศึกษาในระยะนี้ ผู้วิจัยนำผลจากการศึกษาในระยะที่ 1 มาสรุปและจัดทำร่างโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดย นำมาบูรณาการร่วมกับแนวคิดของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตตามแนวทางของ Quality of Life ของ The Wilson and Cleary model of quality of life (1994) และ Chronic Care Model (Wagner, et al., 1998) ซึ่งได้ร่างโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ร่างโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

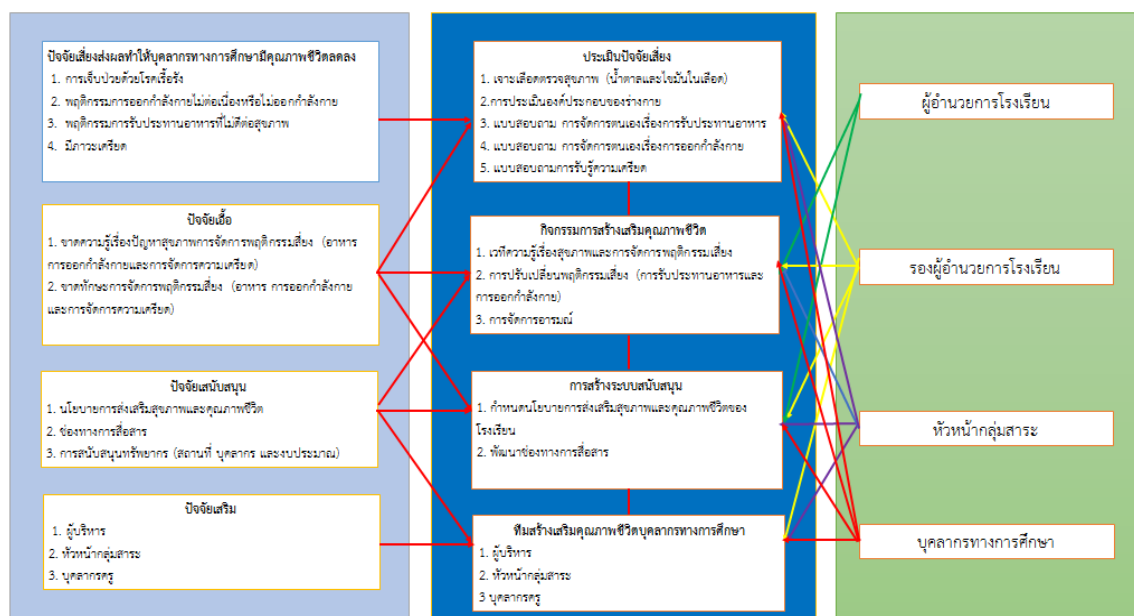
ผู้วิจัยนำแบบร่างของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ครั้งที่ 1 มาจัดประชุมร่วมกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อขอความเห็นชอบต่อโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นำเสนอด้วยการบรรยาย และ ตารางประกอบการบรรยาย โดยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการประเมินโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากร ด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 56 คน

ผลการประชุมสนทนากลุ่มเพื่อทำการประเมินโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น พบว่า กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คิดเห็นว่า ในส่วนของโปรแกรมกิจกรรมที่ดำเนินการในโรงเรียนนั้น เป็นกิจกรรมที่ตรงต่อความต้องการ และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมคือ กิจกรรมต่าง ๆ ควรมีการกำหนดเป็นตารางการทำกิจกรรมที่มีวัน เวลาที่ชัดเจน เช่น จัดกิจกรรมช่วงเวลา 16.00 น -17.00 น เพื่อให้บุคลากรทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้มากที่สุด และควรมีการกำหนดพื้นที่กิจกรรมที่เป็นสถานที่ เฉพาะเพื่อให้เกิดความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากกระหว่างการดำเนินกิจกรรม ในโรงเรียน ยังคงมีนักเรียน บางส่วนที่ทำกิจกรรมในโรงเรียน ส่วนในเรื่องความรู้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เสนอให้มีการให้ความรู้ เรื่องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยเน้นในกลุ่มเมตาบอลิก และผลกระทบ เนื่องจากบุคลากรส่วนใหญ่มี ปัญหาสุขภาพในเรื่องของเมตาบอลิก และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยกิจกรรมการให้ความรู้ นั้น ขอให้กำหนดวันเวลาในช่วง โรงเรียนปิดเทอมจะทำให้บุคลากร สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกคน และข้อเสนอแนะสุดท้ายคือ การสื่อสารแผนการดำเนินกิจกรรมให้กลุ่มบุคลากรทางการศึกษาที่เข้าร่วมกิจกรรม ทราบอย่างทั่วถึงเพื่อให้มีการวางแผนการทำงานและเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ในการทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง สำหรับการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด มีความเห็นว่าโปรแกรกดังกล่าวมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ และ เห็นชอบกับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้

ผู้วิจัยนำแบบร่างของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังของที่ผ่านการประชุม จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาพิจารณาและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ก่อนนำไปประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังของ ซึ่งได้ร่างโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ปรับปรุงขึ้น ดังแสดงใน

ภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ร่างโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังปรับปรุงครั้งที่ 1

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้าน

สุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 56 คน

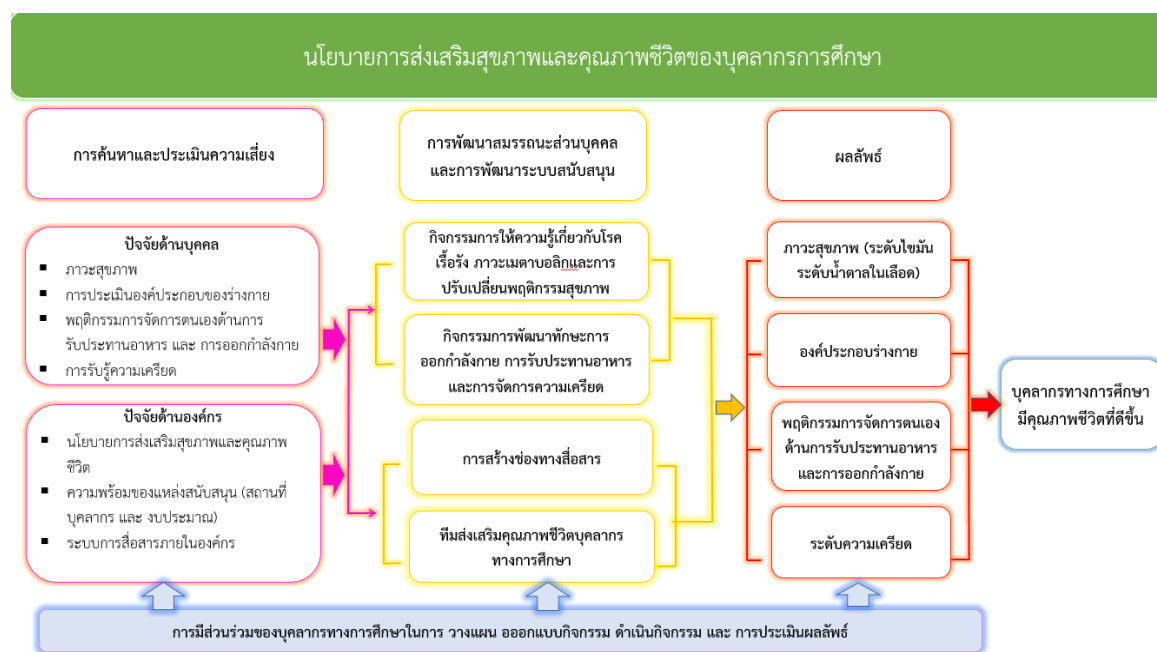
ผู้วิจัยนำแบบร่างของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่ผ่านการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ไปเสนอให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประเมินความเหมาะสม โดยใช้เครื่องมือคือ แบบประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นเครื่องมือที่ประเมินกระบวนการพัฒนาและประเมินเนื้อหาสาระสำคัญของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นว่าสามารถนำไปใช้ได้จริงหรือไม่ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือ The Appraisal of Guidelines Research and Evolution II (Brouwers et al., 2010) โดยครอบคลุมทั้งหมด 6 มิติได้แก่ มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มิติด้านความน่าเชื่อถือในการพัฒนา มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอ มิติด้านการประยุกต์ใช้ หรือการนำแนวปฏิบัติไปใช้และ มิติด้านความเป็นอิสระในการพัฒนาโปรแกรม มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ จากนั้นผู้วิจัยนำค่าคะแนนรวมรายข้อในแต่ละมิติจากผู้ประเมินทั้งหมด นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นและประเมินภาพรวม ทั้งนี้ หากผลการประเมินคะแนนความเชื่อมั่นโดยรวมทุกมิติ มากกว่าร้อยละ 70 จึงจะนำไปใช้ได้ จากการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของผู้เชี่ยวชาญ ได้ผลดังนี้

ผลการประเมินพบว่า มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and purpose) มีคะแนนความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 83.80 มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder involvement) มีคะแนนความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 90.97 มิติด้านความน่าเชื่อถือของการพัฒนาโปรแกรม (Rigor of development) มีคะแนนความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 81.12 มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอ

โปรแกรม(Clarity and presentation) มีคะแนนความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 87.14 มิติด้านการนำโปรแกรมไปใช้ (Applicability) มีคะแนนความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 89.04 และสุดท้าย มิติด้านความเป็นอิสระในการพัฒนาแนวปฏิบัติและโปรแกรม (Editorial independence) มีคะแนนความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 87.14 ซึ่งทุกมิติที่ได้ประเมินนั้น มีผลการประเมินคะแนนความเชื่อมั่นมากกว่าร้อยละ 70 และผลการประเมินคะแนนความเชื่อมั่นโดยรวมทุกมิติ มีคะแนนความเชื่อมั่นโดยรวมที่ร้อยละ 86.85

ส่วนที่ 3 โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ผู้วิจัยนำแบบร่างของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ผ่านการประเมินและ ตรวจสอบความเหมาะสมแล้ว นำมาพิจารณาและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้ โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความถูกต้องครอบคลุมตามหลักวิชาการ ก่อนนำไปดำเนินการทดสอบประสิทธิผลในโรงเรียนพื้นที่เป้าหมาย ซึ่งได้โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังแสดงในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมนั้น มีความสำคัญต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาในโรงเรียนและจะสามารถช่วยให้การดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาในโรงเรียนได้อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ โดยแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีองค์ประกอบในการดำเนินงานที่สำคัญทั้งหมดอยู่ 4 องค์ประกอบหลัก โดยทั้ง 4 องค์ประกอบมีความเชื่อมโยงและมีความสัมพันธ์กัน ดังนี้

1) แผนงานและกลยุทธ์ โรงเรียนควรมีการกำหนดนโยบาย หรือเป้าหมายในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้มีความชัดเจน โดยเปิดโอกาสให้บุคลากรทางการศึกษามีส่วนร่วมในการวางแผน การออกแบบกิจกรรม และการร่วมประเมินผล อย่างเป็นระบบ รวมทั้งประกาศนโยบายให้บุคลากรรับทราบอย่างทั่วถึง

2) การค้นหาและประเมินปัจจัยเสี่ยง ในขั้นตอนการดำเนินงานการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาในโรงเรียนนั้น ก่อนการดำเนินการในขั้นตอนต่อไป โรงเรียนควรมีการค้นหาและประเมินปัจจัยเสี่ยงทั้งบริบทของบุคคล และโรงเรียน ที่ส่งผลทำให้การส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของโรงเรียนไม่ประสบความสำเร็จ โดยปัจจัยเสี่ยงของบุคคลนั้นควรดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพทั้งจากการตรวจสุขภาพประจำปี การประเมินองค์ประกอบของร่างกาย พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย และการรับรู้ความเครียด สำหรับการประเมินปัจจัยเสี่ยงในบริบทของโรงเรียน นั้น ควรทำการศึกษาความต้องการ ความมุ่งหวัง รวมถึงการกำหนดนโยบายการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของบุคลากรทางการศึกษา ความพร้อมในการสนับสนุนทั้ง สถานที่ บุคลากรสนับสนุน รวมทั้งงบประมาณ ในการดำเนินกิจกรรม รวมทั้งระบบการสื่อสารภายในองค์กรด้วย

3) การเสริมสร้างสมรรถนะของบุคคลและการพัฒนาระบบการจัดการปัญหา สำหรับการดำเนินการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษา ให้มีประสิทธิภาพนั้น ควรมีการพัฒนาสมรรถนะส่วนบุคคลและพัฒนาวิธีการจัดการปัญหาของโรงเรียนอย่างเป็นรูปธรรม โดยกิจกรรมที่สามารถเพิ่มสมรรถนะส่วนบุคคลของบุคลากรทางการศึกษา ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพด้วยโรคเรื้อรังรวมถึงภาวะเมตาบอลิกและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบเวทีความรู้ในโรงเรียน โดยให้บุคลากรทางการศึกษาเข้ามาร่วมรับฟังความรู้ในเรื่อง ภาวะสุขภาพด้วยโรคเรื้อรัง และภาวะเมตาบอลิก และแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของตนเอง ครอบครัวเนื้อหา ภาวะเมตาบอลิก โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปัจจัยสาเหตุของการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค อาการและอาการแสดง ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ ภาวะเมตาบอลิก รวมทั้ง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการความเครียด

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการความเครียด โดยจัดทำฐานกิจกรรมเพื่อให้ บุคลากรทางการศึกษาได้ฝึกทักษะพื้นฐานในการจัดการตนเองในด้าน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการความเครียด เบื้องต้น และดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องร่วมกันอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์

กิจกรรมที่ 3 การสร้างช่องทางการสื่อสารกลุ่มสร้างเสริมสุขภาพของโรงเรียน เพื่อให้เปิดให้มีการสื่อสารข้อมูลระหว่างบุคลากรทางการศึกษาและทีมส่งเสริมคุณภาพชีวิตบุคลากรทางการศึกษาที่รับผิดชอบเกิดความรวดเร็วและทั่วถึงอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 4 การสร้างทีมส่งเสริมคุณภาพชีวิตบุคลากรทางการศึกษาของโรงเรียน เพื่อใช้เป็นกลุ่มผู้นำการขับเคลื่อนในการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตบุคลากรทางการศึกษาของโรงเรียน ตั้งแต่ การวางแผน การดำเนินกิจกรรม รวมทั้งการติดตามประเมินผล เพื่อให้ การดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตบุคลากรทางการศึกษาของโรงเรียนมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4) การมีส่วนร่วมของผู้บริหารของโรงเรียนและบุคลากรทางการศึกษาซึ่งเป็นองค์ประกอบ ที่มีความสำคัญและ เป็นองค์ประกอบที่สนับสนุนและขับเคลื่อนให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ โดยผู้บริหารในทุกระดับ รวมทั้งตัวแทนบุคลากรทางการศึกษา เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนและช่วยขับเคลื่อนให้การดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตบุคลากรทางการศึกษาของโรงเรียนประสบความสำเร็จ

ผลการศึกษาในระยะที่ 3

ผลการศึกษาในระยะที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่เป็นโรคเรื้อรังโดยใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 24 สัปดาห์ ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางหรือกราฟประกอบการบรรยายเรียงตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ
3. คุณภาพชีวิต
4. พฤติกรรมการจัดการด้านการรับประทานอาหาร
5. พฤติกรรมการจัดการด้านการออกกำลังกาย
6. การรับรู้ความเครียด
7. ระดับไขมันในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือด
8. จำนวนก้าวเดิน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 69)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	9	13.00
หญิง	60	87.00
อายุ (ปี)		
อายุเฉลี่ย $\bar{X} = 44.46$, SD = 11.07, Min = 25, Max = 60		
ดัชนีมวลกาย (BMI) (กก./ม.²)		
น้อยกว่า 18.5	2	2.90
18.5 – 24.9	33	47.80
25 – 29.9	24	34.80
มากกว่าหรือเท่ากับ 30	10	14.50
ศาสนา		
พุทธ	66	95.70
คริสต์	3	4.30
สถานภาพสมรส		
โสด	28	40.60
สมรส	35	50.70
หม้าย/หย่าร้าง/แยก	6	8.70
จำนวนบุคคลในครอบครัว ที่ไม่ได้ทำงาน ไม่มีรายได้		
$\bar{X} = 4.19$, SD = 1.83, Min = 0, Max = 11		

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	44	63.80
ปริญญาโท	25	36.20
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นบุคลากรด้านการศึกษา (ปี)		
$\bar{X} = 19.19$, $SD = 11.86$, $Min = 11$, $Max = 38$		
ระยะเวลาทำงานในโรงเรียนที่สอนปัจจุบัน (ปี)		
$\bar{X} = 11.49$, $SD = 9.38$, $Min = 1$, $Max = 37$		
รายได้		
$\bar{X} = 37,343.91$, $SD = 16,873.13$, $Min = 0$, $Max = 70,000$		
ความพอเพียงของรายได้		
พอใช้ ไม่เหลือเก็บ	11	15.90
พอใช้เหลือเก็บบ้างเล็กน้อย ใช้ฉุกเฉินได้	36	52.20
พอใช้เหลือเก็บ พอสำหรับทำทุนสร้างรายได้ต่อไปได้	13	18.80
พอใช้ แต่เป็นหนี้สินจากการกู้ยืมมาเพื่อสร้างรายได้เพิ่ม	7	10.10
ไม่พอใช้ และไม่เป็หนี้สิน	1	1.40
ไม่พอใช้ และต้องกู้หนี้ ยืมสิน	1	1.40

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 69 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.00 โดยมีอายุเฉลี่ย 44.46 ปี ($SD = 11.07$) ร้อยละ 47.80 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ 18.5 – 24.9 ร้อยละ 95.70 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 50.70 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.80 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นบุคลากรด้านการศึกษาเฉลี่ย 19.19 ปี ($SD = 11.86$) ขณะที่ระยะเวลาทำงานในโรงเรียนที่สอนปัจจุบันเฉลี่ย 11.49 ปี ($SD = 9.38$) โดยมีรายได้เฉลี่ย 37,343.91 บาทต่อเดือน ($SD = 16,873.13$) และ ร้อยละ 52.20 มีความพอเพียงของรายได้อยู่ในระดับพอใช้ ที่สามารถใช้ในยามฉุกเฉินได้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

เปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออกระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการวิเคราะห์ปรากฏดังตารางที่ 12 และ ตารางที่ 13

ตารางที่ 12 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (n = 69)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ระยะเวลา	3776.55	2	1888.28	46.80	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	5486.78	136	40.34		

ตารางที่ 13 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni (n=69)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	Mean differences	95%CI	P
หลังการทดลอง - ก่อนการทดลอง	4.77	2.10 - 7.43	<0.001
ติดตามผล - ก่อนการทดลอง	10.45	7.67 - 13.23	<0.001
ติดตามผล - หลังการทดลอง	5.68	3.17 - 8.19	<0.001

จากตารางที่ 12 และตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์พบว่า หลังการทดลองและติดตามผล กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยหลังทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง 4.77 คะแนน ติดตามผลเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 10.45 คะแนน และติดตามผลเพิ่มขึ้นจากหลังการทดลอง 5.68 คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แสดงว่าโปรแกรมการส่งเสริมส่งเสริมคุณภาพชีวิต มีผลทำให้บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้น หลังการทดลอง และยั่งยืนเพิ่มขึ้นเมื่อติดตามผล

คุณภาพชีวิต

ระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก แสดงไว้ ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ของคะแนนคุณภาพชีวิต ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (n = 69)

ช่วงคะแนนคุณภาพชีวิต	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ติดตามผล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
61 - 95 (คุณภาพชีวิตปานกลาง)	26	37.70	8	11.60	1	1.40
96 - 130 (คุณภาพชีวิตดี)	43	62.30	61	88.40	68	98.60
	$\bar{X} = 100.07, SD = 11.65$		$\bar{X} = 106.00, SD = 3.36$		$\bar{X} = 111.96, SD = 8.08$	

จากตารางที่ 14 พบว่า บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีร้อยละ 62.30, 88.40 และ 98.60 ตามลำดับ โดยมีระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยหลังการทดลองเพิ่มขึ้นจาก 100.07 (SD = 11.65) เป็น 106.00 (SD = 3.36) และติดตามผลเพิ่มขึ้นเป็น 111.96 (SD = 8.08) ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการวิเคราะห์ปรากฏดังตารางที่ 15 และตารางที่ 16

ตารางที่ 15 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (n = 69)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ระยะเวลา	4872.47	1.74	2806.11	56.02	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	5914.19	118.07	50.09		

ตารางที่ 16 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni (n=69)

คุณภาพชีวิต	Mean differences	95%CI	P
หลังการทดลอง - ก่อนการทดลอง	5.93	3.16 - 8.70	<0.001
ติดตามผล - ก่อนการทดลอง	11.88	8.70 - 15.07	<0.001
ติดตามผล - หลังการทดลอง	5.96	3.72 - 8.19	<0.001

จากตารางที่ 15 และตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์พบว่า หลังการทดลองและติดตามผล กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยหลังทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง 5.93 คะแนน ติดตามผลเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 11.88 คะแนน และติดตามผลเพิ่มขึ้นจากหลังการทดลอง 5.96 คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แสดงว่าโปรแกรมการส่งเสริมส่งเสริมคุณภาพชีวิต มีผลทำให้บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น หลังการทดลอง และยั่งยืนเพิ่มขึ้นเมื่อติดตามผล

พฤติกรรมกรรมการจัดการด้านการรับประทานอาหาร

ระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการด้านรับประทานอาหารของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก แสดงไว้ ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ของคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการด้านรับประทานอาหาร ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (n = 69)

ช่วงคะแนนพฤติกรรมกรรมการ รับประทานอาหาร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ติดตามผล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
20 - 46 (ไม่ดี)	31	44.90	9	13.00	0	0
47 - 73 (ปานกลาง)	36	52.20	49	71.00	32	46.40
74 - 100 (ดีมาก)	2	2.90	11	15.90	37	53.60
	$\bar{X} = 48.74$, SD = 13.59		$\bar{X} = 60.96$, SD = 13.59		$\bar{X} = 74.39$, SD = 7.27	

จากตารางที่ 17 พบว่า บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการด้านรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 52.20 และ 71.00 ตามลำดับ สำหรับในระยะติดตามผล พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดีร้อยละ 53.60 โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการด้านการรับประทานอาหารหลังการทดลองเพิ่มขึ้นจาก 48.74 (SD = 13.59) เป็น 60.96 (SD = 13.59) และติดตามผลเพิ่มขึ้นเป็น 74.39 (SD = 7.27) ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการด้านการรับประทานอาหารระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการวิเคราะห์ปรากฏดังตารางที่ 18 และตารางที่ 19

ตารางที่ 18 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการด้านรับประทานอาหารของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (n = 69)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ระยะเวลา	22719.22	2	11359.61	134.93	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	11450.12	136	84.19		

ตารางที่ 19 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการด้านการรับประทานอาหาร ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni (n=69)

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	Mean differences	95%CI	P
หลังการทดลอง - ก่อนการทดลอง	12.22	8.49 - 15.94	<0.001
ติดตามผล - ก่อนการทดลอง	25.65	21.52 - 29.79	<0.001
ติดตามผล - หลังการทดลอง	13.44	9.81 - 17.06	<0.001

จากตารางที่ 18 และตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์พบว่า หลังการทดลองและติดตามผล กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการด้านการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยหลังทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง 12.22 คะแนน ติดตามผลเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 25.65 คะแนน และติดตามผลเพิ่มขึ้นจากหลังการทดลอง 13.44 คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แสดงว่าโปรแกรมการส่งเสริมส่งเสริมคุณภาพชีวิต มีผลทำให้บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการด้านการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น หลังการทดลอง และยั่งยืนเพิ่มขึ้นเมื่อติดตามผล

พฤติกรรมการจัดการด้านการออกกำลังกาย

ระดับพฤติกรรมการจัดการด้านการออกกำลังกายของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยในโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก แสดงไว้ ดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ของคะแนนพฤติกรรมการจัดการด้านการออกกำลังกาย ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (n = 69)

ช่วงคะแนนพฤติกรรม การออกกำลังกาย	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ติดตามผล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
30 - 60 (ไม่ดี)	2	2.90	1	1.50	0	0
61 - 90 (ปานกลาง)	49	71.00	39	56.50	20	29.00
91 - 120 (ดีมาก)	18	26.10	29	42.00	49	71.00
	$\bar{X} = 80.30, SD = 13.67$		$\bar{X} = 89.74, SD = 14.59$		$\bar{X} = 98.20, SD = 10.17$	

จากตารางที่ 20 พบว่า บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการจัดการด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 71.00 และ 56.50 ตามลำดับ สำหรับในระยะติดตามผลพบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับดีร้อยละ 71.00 โดย มีคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมการออกกำลังกายหลังการทดลองเพิ่มขึ้นจาก 80.30 (SD =13.67) เป็น 89.74 (SD = 14.59) และติดตามผลเพิ่มขึ้นเป็น 98.20 (SD = 10.17) ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการด้านการออกกำลังกายระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการวิเคราะห์ปรากฏดังตารางที่ 21 และตารางที่ 22

ตารางที่ 21 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการด้านการออกกำลังกายของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (n = 69)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ระยะเวลา	11063.20	2	5531.60	74.60	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	10084.14	136	74.15		

ตารางที่ 22 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการด้านการออกกำลังกาย ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni (n=69)

พฤติกรรมออกกำลังกาย	Mean differences	95%CI	P
หลังการทดลอง - ก่อนการทดลอง	9.44	5.74 - 13.13	<0.001
ติดตามผล - ก่อนการทดลอง	17.90	14.14 - 21.66	<0.001
ติดตามผล - หลังการทดลอง	8.46	5.14 - 11.79	<0.001

จากตารางที่ 21 และตารางที่ 22 ผลการวิเคราะห์พบว่า หลังการทดลองและติดตามผล กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยหลังทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง 9.44 คะแนน ติดตามผลเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 17.90 คะแนน และติดตามผลเพิ่มขึ้นจากหลังการทดลอง 8.46 คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แสดงว่าโปรแกรมการส่งเสริมส่งเสริมคุณภาพชีวิต มีผลทำให้บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น หลังการทดลอง และยั่งยืนเพิ่มขึ้นเมื่อติดตามผล

การรับรู้ความเครียด

ระดับการรับรู้ความเครียดของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก แสดงไว้ ดังตารางที่ 23

ตารางที่ 23 ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ของคะแนนการรับรู้ความเครียด ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (n = 69)

ช่วงคะแนนการรับรู้ความเครียด	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ติดตามผล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
0-19 (ต่ำ)	1	1.40	34	49.30	58	84.10
20 - 38 (ปานกลาง)	68	98.60	35	50.70	11	15.90
	$\bar{X} = 28.30, SD = 3.29$		$\bar{X} = 19.48, SD = 5.33$		$\bar{X} = 15.35, SD = 5.45$	

จากตารางที่ 23 พบว่า บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ความเครียดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 98.60 และ 50.70 ตามลำดับ สำหรับในระยะติดตามผล พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 84.10 โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดหลังการทดลองลดลงจาก 28.30 (SD = 13.59) เป็น 19.84 (SD = 5.33) และติดตามผลลดลงเป็น 15.35 (SD = 5.45) ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียด ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการวิเคราะห์ปรากฏดังตารางที่ 24 และตารางที่ 25

ตารางที่ 24 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียด ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (n = 69)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ระยะเวลา	6045.13	2	3022.57	198.69	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	2068.87	136	15.21		

ตารางที่ 25 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียด ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni (n=69)

การรับรู้ความเครียด	Mean differences	95%CI	P
หลังการทดลอง - ก่อนการทดลอง	-8.83	(-10.44) - (-7.22)	<0.001
ติดตามผล - ก่อนการทดลอง	-12.96	(-14.72) - (-11.19)	<0.001
ติดตามผล - หลังการทดลอง	-4.13	(-5.64) - (-2.62)	<0.001

จากตารางที่ 24 และตารางที่ 25 ผลการวิเคราะห์พบว่า หลังการทดลองและติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยหลังทดลอง ลดลงจากก่อนทดลอง 8.83 คะแนน ติดตามผลลดลงจากก่อนการทดลอง 12.96 คะแนน และติดตามผลลดลงจากหลังการทดลอง 4.13 คะแนน ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แสดงว่า โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิต มีผลทำให้บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดลดลง หลังการทดลอง และลดลงมากขึ้น เมื่อติดตามผล

ระดับไขมันในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือด

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง และติดตามผล แสดงไว้ ดังตารางที่ 26

ตารางที่ 26 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือด ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง และติดตามผล (n = 69)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		ติดตามผล		t	p	Mean differences
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
คอเลสเตอรอล	226.84	37.52	217.32	42.34	2.69	0.009	9.52
ไตรกลีเซอไรด์	102.88	38.25	111.36	45.27	-1.84	0.070	-8.49
HDL- cholesterol	59.51	11.72	63.57	14.58	-3.46	0.001	-4.05
LDL- cholesterol	146.51	33.60	138.99	31.47	2.35	0.022	7.52
น้ำตาลในเลือด	98.45	24.96	94.59	28.65	3.38	0.001	3.86

ตารางที่ 26 พบว่า ในระยะติดตามผล บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก มีค่าเฉลี่ยคอเลสเตอรอลลดลง จากก่อนทดลอง 9.52 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีค่าเฉลี่ยคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดีในเลือดหรือ LDL-cholesterol ลดลง จากก่อนทดลอง 7.52 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีค่าเฉลี่ยคอเลสเตอรอลชนิดดีในเลือดหรือ HDL-cholesterol เพิ่มขึ้น

จากก่อนทดลอง 4.05 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดลดลง จากก่อนทดลอง 3.86 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สำหรับค่าเฉลี่ยไตรกลีเซอไรด์ พบว่า บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก มีค่าเฉลี่ยไตรกลีเซอไรด์ เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดย ติดตามผลเพิ่มขึ้น จากก่อนทดลอง 8.49 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

จำนวนก้าวเดิน

เปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยจำนวนก้าวเดินของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการวิเคราะห์ปรากฏดังตารางที่

27 และ 28

ตารางที่ 27 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของจำนวนก้าวเดิน ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (n = 69)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ระยะเวลา	1.38	1.58	8725803.02	164.60	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	5694584.40	107.42	53011.43		

ตารางที่ 28 จำนวนก้าวเดินเฉลี่ย ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni (n=69)

จำนวนก้าวเดิน	Mean differences	95%CI	P
หลังการทดลอง - ก่อนการทดลอง	344.51	274.04 - 414.98	<0.001
ติดตามผล - ก่อนการทดลอง	631.22	526.13 - 736.31	<0.001
ติดตามผล - หลังการทดลอง	286.71	209.71 - 363.71	<0.001

จากตารางที่ 27 และตารางที่ 28 ผลการวิเคราะห์พบว่า หลังการทดลองและติดตามผล กลุ่มทดลองมีจำนวนก้าวเดินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยหลังทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง 344.51 ก้าว ติดตามผลเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 631.22 ก้าว และติดตามผลเพิ่มขึ้นจากหลังการทดลอง 286.71 ก้าว ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แสดงว่าโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตมีผลทำให้บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก จำนวนก้าวเดินเฉลี่ยเพิ่มขึ้น หลังการทดลอง และยั่งยืนเพิ่มขึ้นเมื่อติดตามผล

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และ ข้อเสนอแนะ

การวิจัยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม Participatory Action Research (PAR) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก โดยแบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาศาณการณปัญหาในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ในระยะนี้จะแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1.1 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก และระยะที่ 1.2 ศึกษาปัญหาและวิเคราะห์ความต้องการในพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกและระยะที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก โดยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การศึกษาศาณการณปัญหาในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย

1.1 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ ครู ครูผู้ช่วย และครูอัตราจ้าง ที่ทำการสอนในโรงเรียนในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกและยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในงานวิจัยจำนวน 370 คน

1.2 ศึกษาปัญหาและวิเคราะห์ความต้องการในพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 56 คนเพื่อเป็นผู้ที่ให้ข้อมูลหลักในการ วิเคราะห์และค้นหาปัญหา รวมทั้ง ความต้องการและความคาดหวังในพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย ตัวแทนผู้บริหารสถานศึกษาจำนวน 12 คน และตัวแทนครู ครูผู้ช่วย และครูอัตราจ้าง จำนวน 44 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 56 คนเพื่อเป็นผู้ที่ให้ข้อมูลหลักในการ วิเคราะห์และค้นหาปัญหา รวมทั้ง ความต้องการและความ

คาดหวังในพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย ตัวแทนผู้บริหารสถานศึกษา จำนวน 12 คน และตัวแทนครู ครูผู้ช่วย และครูอัตราจ้าง จำนวน 44 คน

ระยะที่ 3 การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาระยะที่ 3 ประกอบด้วย ครู ครูผู้ช่วย และครูอัตราจ้างที่สอนอยู่ในโรงเรียนในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง คือโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 หรือ โรคความดันโลหิตสูง หรือ ผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง และยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 69 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะ 1.1 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรด้านการศึกษาในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก โดยใช้แบบสอบถาม ทั้งหมด 7 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่วนที่ 6 แบบประเมินความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร และ ส่วนที่ 7 แบบประเมินการรับรู้ความเครียด

ระยะ 1.2 ศึกษาปัญหาและวิเคราะห์ความต้องการในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก เครื่องมือที่ใช้ศึกษาในระยะนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และ ส่วนที่ 2 ประเด็นสัมภาษณ์สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดประกอบไปด้วยประเด็นคำถามเรื่อง วิธีการ แนวทาง หรือโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในปัจจุบันเป็นอย่างไร เป้าหมายที่ต้องการในการพัฒนาวิธีการ แนวทางหรือโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นอย่างไร รวมทั้ง วิธีการหรือแนวทางการดำเนินการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกเครื่องมือที่ใช้ศึกษาในระยะนี้ประกอบด้วย 1 ส่วน คือ แบบประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกมีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ โดยลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตอบแบบประเมินเลือกตอบได้ 7 ระดับ โดยคะแนน 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 1 หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และมีข้อเสนอแนะเป็นแบบปลายเปิด

ระยะที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกโดยในระยะนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกที่พัฒนาขึ้น
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่วนที่ 6 แบบประเมินการรับรู้ความเครียด

ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) โดยชุดเครื่องมือที่มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับบุคลากรทางการศึกษา ในโรงเรียนเขตพื้นที่เทศบาลแสนสุขจำนวน 5 คน และ สำหรับชุดเครื่องมือที่มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ซึ่งประกอบไปด้วย 1) แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย 3) แบบสอบถามความรู้การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย 4) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต 5) แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด โดยผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับบุคลากรทางการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ในโรงเรียนเขตพื้นที่เทศบาลแสนสุขจำนวน 30 คน จากนั้นจึงนำผลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามมีค่า 0.83, 0.90, 0.95 , 0.82 และ 0.89 ตามลำดับ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกโดยทำการแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ

ผลการศึกษาระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก โดยแบ่งการศึกษออกเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะ 1.1 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรด้านการศึกษในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 370 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.40 โดยมีอายุเฉลี่ย 37.85 (SD = 10.92) ร้อยละ 63.50 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ 18.5 – 24.9 ร้อยละ 97.00 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 57.30 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 59.20 ศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 27.00 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นบุคลากรด้านการศึกษเฉลี่ย 12.54 (SD = 11.26) ปี ร้อยละ 94.30 เป็นตำแหน่งครูชำนาญการ ร้อยละ 19.20 โดยภาระงานปัจจุบันตามชั่วโมงตารางสอนเฉลี่ย 17.91 (SD = 4.63) ต่อสัปดาห์ โดยรายได้เฉลี่ย 20,7943.88 (SD = 15,840.13) บาทต่อเดือน ร้อยละ 45.40 มีความพอเพียงของรายได้อยู่ในระดับพอใช้ที่สามารถใช้ในยามฉุกเฉินได้ ร้อยละ 71.40 ไม่มีอาชีพเสริม ร้อยละ 68.90 ไม่มี

โรคประจำตัว โดยร้อยละ 20.50 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 98.1 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 79.70 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 34.60 ใน 6 เดือนที่ผ่านมา มีการออกกำลังกายบ้างเป็นบางครั้ง (3 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 50.30 ออกกำลังกายภายนอกอาคาร ร้อยละ 45.70 ออกกำลังกายในช่วงค่ำ (ตั้งแต่ 6 โมงเย็นเป็นต้นไป) ร้อยละ 77.00 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างอยากปรับเปลี่ยนมากที่สุด และร้อยละ 49.70 ตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันที

สำหรับคุณภาพด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณภาพแข็งแรงสมบูรณ์มาก โดยมีคะแนนอรรถประโยชน์ของ EQ-5D-5L เท่ากับ 0.92 (SD=0.10) และ มีค่า VAS เฉลี่ย 77.10 (SD=17.81)

คุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก พบว่า บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษภาคนี้มีระดับคุณภาพชีวิต ภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับดีโดยมีค่าเฉลี่ย = 98.02 (SD = 11.41)

พฤติกรรมการจัดการด้านการรับประทานอาหารของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก พบว่า บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก มีระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย = 98.02 (SD = 11.41)

พฤติกรรมการจัดการด้านการออกกำลังกายของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ พบว่า บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก มีระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย = 64.68 (SD = 9.61)

ความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก พบว่า บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออกมีระดับความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร ภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย = 23.45 (SD = 3.52)

การรับรู้ความเครียดของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออกพบว่า บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก มีระดับการรับรู้ความเครียด ภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย = 23.08 (SD = 5.90)

สำหรับ ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก พบว่า การรับรู้ความเครียด ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร จำนวนโรคและพฤติกรรมการออกกำลังกายสามารถร่วมกันทำนาย คุณภาพชีวิตบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออกได้ร้อยละ 31 ($R^2 = .317$, $p < .001$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต ได้สูงที่สุดคือ การรับรู้ความเครียด ($\beta = -0.49$, $p < 0.001$) ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ($\beta = 0.17$, $p < 0.001$) จำนวนโรค ($\beta = -0.13$, $p < 0.001$) และ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($\beta = 0.11$, $p < 0.007$) ตามลำดับ

ระยะ 1.2 ศึกษาปัญหาและวิเคราะห์ความต้องการในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาโดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบ Group discussion โดยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน จำนวน 56 คน ผลการศึกษาสามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้

กลุ่มผู้บริหารโรงเรียน มีข้อคิดเห็นว่า การดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เห็นว่าควรมีกลไกในการส่งเสริมที่ชัดเจน โดยการกำหนดเป็นนโยบายด้านสุขภาพ หรือเป้าหมายการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้บริหาร และ บุคลากรครู และควรประกาศนโยบายให้บุคลากรทุกคนรับทราบ ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยกลไกการดำเนินงาน ควรสนับสนุนให้บุคลากรทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน ออกแบบกิจกรรม และการร่วมประเมินผล กระบวนการหรือขั้นตอนการดำเนินงาน ควรมีการดำเนินการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลทำให้การดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่ประสบความสำเร็จ โดยประเมินปัจจัยเสี่ยง ทั้งทางบริบทของบุคคล และ โรงเรียน โดยปัจจัยเสี่ยงของบุคคลนั้นควรดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทั้งด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และ ความเครียด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการนำมาวางแผนการออกแบบกิจกรรมและการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การประเมินปัจจัยเสี่ยงในบริบทของโรงเรียน ควรทำการศึกษาความพร้อมของโรงเรียนทั้งในด้านสถานที่ บุคลากร อุปกรณ์ รวมทั้งงบประมาณที่สนับสนุน สำหรับการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพนั้น ควรมีการพัฒนาสมรรถนะส่วนบุคคลอย่างเป็นรูปธรรม โดยกิจกรรมที่สามารถเพิ่มสมรรถนะส่วนบุคคลของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง การพัฒนาทักษะการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกายและการจัดการความเครียด เป็นต้น

สำหรับ การพัฒนาระบบการจัดการปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม นั้นควรมีมาตรการดำเนินการที่ชัดเจน และควรมีการสร้างช่องทางการสื่อสารเฉพาะเรื่อง ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน นอกจากนี้ ยังเสนอให้มีการกำหนดทีมผู้รับผิดชอบในทำงานการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของโรงเรียน เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น สำหรับการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงาน เมื่อดำเนินการแล้วควรมีการประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองทั้งเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและ ความเครียด ประเมินภาวะสุขภาพ รวมทั้ง คุณภาพชีวิต เนื่องจากข้อมูลเหล่านี้สามารถนำมาพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและตรงต่อความต้องการของบุคลากรทางการศึกษาเพิ่มมากขึ้น

สำหรับข้อคิดเห็นของกลุ่มตัวแทนครู ครูผู้ช่วย และครูอัตราจ้าง สรุปได้ว่า กลุ่มตัวแทนครู ครูผู้ช่วย และครูอัตราจ้าง ต้องการให้มีกิจกรรมที่การสร้างความรู้เรื่องปัญหาสุขภาพ เพื่อให้บุคลากรทางการศึกษาในโรงเรียน ตระหนักถึงผลกระทบของโรคเรื้อรังต่อภาวะสุขภาพ และ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ยังต้องการให้มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้บุคลากรทางการศึกษาในโรงเรียนอย่างเป็นรูปธรรม และต่อเนื่อง โดยกิจกรรมเป็นไปตามบริบทของแต่ละโรงเรียน ทั้งในส่วนของการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและการจัดการความเครียด และ ต้องการให้โรงเรียนได้เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความ

คิดเห็นระหว่างครู ครูผู้ช่วย และครูอัตราจ้างและผู้บริหาร เพื่อ วางแผนการดำเนินงานกิจกรรม รวมทั้งการสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ร่วมกัน

สำหรับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านต่าง ๆ นั้น ควรมีการสร้างกลุ่มไลน์ เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมผู้รับผิดชอบในทำงานการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและบุคลากรทางการศึกษา

สำหรับความคาดหวังของทั้งผู้บริหารโรงเรียน และ กลุ่มตัวแทนครู ครูผู้ช่วย และครูอัตราจ้าง นั้น คาดหวังว่าหลังการดำเนินงานเรื่องการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังแล้ว บุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะหันมาใส่ใจสุขภาพของตนเอง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด รวมทั้ง มีภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผลการศึกษาวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก

การศึกษาในระยะนี้ ผู้วิจัยนำผลจากการศึกษาในระยะที่ 1 มาสรุปและจัดทำร่างโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดย นำมาบูรณาการร่วมกับแนวคิดของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตตามแนวทางของ Quality of Life ของ The Wilson and Cleary model of quality of life (1994) และ Chronic Care Model (Wagner, et al., 1998) จากนั้น ผู้วิจัยนำแบบร่างของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มาจัดประชุมร่วมกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อขอความเห็นชอบ รับฟังข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข และประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จนได้ โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีองค์ประกอบในการดำเนินงานที่สำคัญทั้งหมดอยู่ 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) แผนงานและกลยุทธ์ 2) การค้นหาและประเมินปัจจัยเสี่ยง 3) การเสริมสร้างสมรรถนะของบุคคลและการพัฒนาระบบการจัดการปัญหา โดยในองค์ประกอบนี้มีกิจกรรมที่เพิ่มสมรรถนะส่วนบุคคลของบุคลากรทางการศึกษา ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพด้วยโรคเรื้อรังรวมถึงภาวะเมตาบอลิกและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการความเครียด กิจกรรมที่ 3 การสร้างช่องทางการสื่อสารกลุ่มสร้างเสริมสุขภาพของโรงเรียน กิจกรรมที่ 4 การสร้างทีมส่งเสริมคุณภาพชีวิตบุคลากรทางการศึกษาของโรงเรียน และองค์ประกอบที่ 4) การมีส่วนร่วมของผู้บริหารของโรงเรียนและบุคลากรทางการศึกษาโดยทั้ง 4 องค์ประกอบมีความเชื่อมโยงและมีความสัมพันธ์กันตามบริบทของแต่ละโรงเรียน

ผลการศึกษาวิจัยในระยะที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 69 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.00 โดยมีอายุเฉลี่ย 44.46 ปี (SD = 11.07) ร้อยละ 47.80 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ 18.5 – 24.9 ร้อยละ 95.70 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 50.70 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.80 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นบุคลากรด้านการศึกษาเฉลี่ย 19.19 ปี (SD = 11.86) ขณะที่ระยะเวลาทำงานในโรงเรียนที่สอน

ปัจจุบันเฉลี่ย 11.49 ปี (SD = 9.38) โดยมีรายได้เฉลี่ย 37,343.91 บาท (SD = 16,873.13) และ ร้อยละ 52.20 มีความพอเพียงของรายได้อยู่ในระดับพอใช้ ที่สามารถใช้ในยามฉุกเฉินได้

การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกหลังการทดลองและติดตามผล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยหลังทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง 4.77 คะแนน ติดตามผลเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 10.45 คะแนน และติดตามผลเพิ่มขึ้นจากหลังการทดลอง 5.68 คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คุณภาพชีวิตของบุคลากรด้านการศึกษที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกหลังการทดลองและติดตามผล พบว่า หลังการทดลองและติดตามผล กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยหลังทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง 5.93 คะแนน ติดตามผลเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 11.88 คะแนน และติดตามผลเพิ่มขึ้นจากหลังการทดลอง 5.96 คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

พฤติกรรมการจัดการด้านการรับประทานอาหาร หลังการทดลองและติดตามผล กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการด้านการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยหลังทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง 12.22 คะแนน ติดตามผลเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 25.65 คะแนน และติดตามผลเพิ่มขึ้นจากหลังการทดลอง 13.44 คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

พฤติกรรมการจัดการด้านการออกกำลังกาย หลังการทดลองและติดตามผล กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยหลังทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง 9.44 คะแนน ติดตามผลเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 17.90 คะแนน และติดตามผลเพิ่มขึ้นจากหลังการทดลอง 8.46 คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การรับรู้ความเครียด หลังการทดลองและติดตามผล กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยหลังทดลองลดลงจากก่อนทดลอง 8.83 คะแนน ติดตามผลลดลงจากก่อนการทดลอง 12.96 คะแนน และติดตามผลลดลงจากหลังการทดลอง 4.13 คะแนน ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ระดับไขมันในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดระยะติดตามผล บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก มีค่าเฉลี่ยคอเลสเตอรอลลดลง จากก่อนทดลอง 9.52 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีค่าเฉลี่ยคอเลสเตอรอลลดลงจากก่อนทดลอง 9.52 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีค่าเฉลี่ยคอเลสเตอรอลที่มีความหนาแน่นต่ำชนิดLDL-cholesterol ลดลง จากก่อนทดลอง 7.52 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีค่าเฉลี่ยคอเลสเตอรอลคอเลสเตอรอลที่มีความหนาแน่นสูงชนิด HDL-cholesterol เพิ่มขึ้น จากก่อนทดลอง 4.05 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดลดลง จากก่อนทดลอง 3.86 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จำนวนก้าวเดินหลังการทดลองและติดตามผล กลุ่มทดลองมีจำนวนก้าวเดินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยหลังทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง 344.51 ก้าว ติดตามผลเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 631.22 ก้าว และติดตามผลเพิ่มขึ้นจากหลังการทดลอง 286.71 ก้าว ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก นั้นได้ดำเนินการอย่างเป็นลำดับขั้นตอนของการออกกำลังกาย เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรด้านการศึกษามี สุขภาพกาย และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 24 สัปดาห์ และผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ฯ ที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้บุคลากรทางการศึกษามี การรับรู้ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต พฤติกรรมการจัดการด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการจัดการด้านการออกกำลังกาย และ จำนวนก้าว เพิ่มมากขึ้น และมี การรับรู้ความเครียด ระดับไขมันในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือด ลดลง สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ ดังนี้

จากผลการศึกษาครั้งนี้ บุคลากรทางการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยหลังทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง 4.77 คะแนน ติดตามผลเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 10.45 คะแนน และติดตามผลเพิ่มขึ้นจากหลังการทดลอง 5.68 คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต ฯ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow และคณะ (2006) และใช้กลวิธีการสอนแบบผู้ใหญ่ มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรม และ กิจกรรมหลักที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรมนั้นประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ทั้งเรื่องโรคเรื้อรัง ภาวะเมตาบอลิก ปัจจัยสาเหตุ ผลกระทบของการเจ็บป่วย การดูแลตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง การฝึกทักษะการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงทั้งการออกกำลังกาย การควบคุมการรับประทานอาหารและการจัดการอารมณ์ และการสนับสนุนให้บุคลากรทางการศึกษาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการออกกำลังกายด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิกแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) และการควบคุมอาหารด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ บุคลากรทางการศึกษาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะทางกายดีขึ้น และ สุขภาพดีขึ้น ซึ่งสามารถประเมินได้จากค่าเฉลี่ยของจำนวนก้าวเดินที่เพิ่มมากขึ้น ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาล ค่าเฉลี่ยไขมันคลอเรสเตอรอล และ ไขมัน LDLลดลง และค่าเฉลี่ยของไขมัน HDL เพิ่มขึ้น หลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมกิจกรรม 24 สัปดาห์ จากการที่บุคลากรทางการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพที่ดีขึ้น ไม่มีการเจ็บป่วย และไม่มีผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของตนเอง จึงส่งผลให้การรับรู้ภาวะสุขภาพดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ Al-Mandhari และคณะ (2011) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลบ่อย ๆ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาพยาบาลน้อยกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Finkelstein (2000) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการการเจ็บป่วยด้วยโรคหลายโรคพร้อม ๆ กัน และมีระยะการเจ็บป่วยที่ยาวนานส่งผลทำให้ การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดี

จากผลการศึกษาครั้งนี้ บุคลากรทางการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น โดยหลังทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง 5.93 คะแนน ติดตามผลเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 11.88 คะแนน และติดตามผลเพิ่มขึ้นจากหลังการทดลอง 5.96 คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต ฯ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow และคณะ (2006) และใช้กลวิธีการสอนแบบผู้ใหญ่ มาใช้เป็น

แนวทางในการดำเนินกิจกรรม และ กิจกรรมหลักที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรมนั้นประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ทั้งเรื่องโรคเรื้อรัง ภาวะเมตาบอลิก ปัจจัยสาเหตุ ผลกระทบของการเจ็บป่วย การดูแลตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง การฝึกทักษะการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงทั้งการออกกำลังกาย การควบคุมการรับประทานอาหารและการจัดการอารมณ์ และการสนับสนุนให้บุคลากรทางการศึกษาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการออกกำลังกายด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิกแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) และการควบคุมอาหารด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ บุคลากรทางการศึกษาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการตนเองทั้งการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้น มีสมรรถนะทางกายและภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสามารถประเมินได้จากค่าเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพที่สูงขึ้น จำนวนก้าวเดินที่เพิ่มมากขึ้น ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาล ค่าเฉลี่ยไขมันคลอเรสเตอรอล และ ไขมัน LDL ลดลง และค่าเฉลี่ยของไขมัน HDL เพิ่มขึ้น รวมทั้งมีระดับความเครียดลดลง ภายหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมกิจกรรม 24 สัปดาห์ จากการที่บุคลากรทางการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพที่ดีขึ้น ไม่มีการเจ็บป่วย และไม่มีผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของตนเอง จึงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Richardson และคณะ (2008) ที่พบว่า การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ดี และมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีความเครียด มีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง โดยเฉพาะในกลุ่มที่ผู้ป่วยที่มีอายุ 45-60 ปี นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลจากภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมทั้งการที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องระยะยาวส่งผลทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ ลดลง (Montazeri, 2008) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง นั้นจะเห็นได้ว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอาการเหนื่อยง่าย หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก นอนไม่หลับ และมีภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีอาการรุนแรงกลุ่มนี้จะได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม ที่มีอาการเหนื่อยน้อยกว่า และ กลุ่มที่มีอาการหายใจลำบากน้อยกว่า และนอนหลับได้ง่ายกว่า (Fukuota et al., 2008) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น การที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการแขนขาอ่อนแรง หรือผู้ป่วยที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง มีความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ เช่นเดียวกันกับผู้โรคหลอดเลือดสมองที่มีความมั่นใจในการดูแลตนเองน้อยภายหลังจากที่มีหลอดเลือดสมองตีบ หรือแตก มีคุณภาพคุณภาพชีวิตระดับต่ำ (Carod-Artal et al, 2000; Clarke et al , 1999) สำหรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทั้งการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกายและ มีภาวะอ้วนลงพุง มีผลทำให้มีระดับคุณภาพชีวิตลดลง ทั้งในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคหอบหืด

การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายได้เพิ่มมากขึ้น และจัดการความเครียดของตนเองได้ดีจนทำให้ระดับความเครียดลดลง ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ฯ ส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความสามารถในการจัดการตนเองในด้านต่าง ๆ ทั้งการติดตามการรักษา การรับประทานยา และการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังจากการได้รับการวินิจฉัยโรค และได้รับการรักษา หรือการผ่าตัด (Oshumi et al., 2009; Montazeri, 2008; Pouwer & Hermanns, 2009). ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการเผชิญความเครียดได้ดีและได้รับการดูแลและสนับสนุนทางจิตใจ ที่ดี จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Cheung et al., 2005)

นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการศึกษาซึ่งมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดี ไม่มีปัญหาเรื่องการเงินหนี้สิน มีอาชีพที่มั่นคง และการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป จึงเป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดี มีความสามารถในการเรียนรู้ในสิ่งใหม่ ในการดูแลสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Adegbola (2007) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีสถานทางเศรษฐกิจ และมีระดับการศึกษาสูง มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ และมีระดับการศึกษาน้อย

การที่กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะร่างกายที่ดีขึ้น สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้นส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง 24 สัปดาห์ และเตรียมความพร้อมกลุ่มตัวอย่างอีก 12 สัปดาห์ ทั้งในเรื่องความรู้ และทักษะการพัฒนาทักษะการออกกำลังกาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมออกกำลังกายที่ดีขึ้น และมีสุขภาพที่ดีขึ้นในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rodríguez-Fernández, et al (2017) ที่พบว่า การมีกิจกรรมทางกายมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยผู้ป่วยโรคหัวใจที่ออกกำลังกายด้วยโปรแกรมการเดิน มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้นในทุกมิติมากกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายด้วยการเดินปกติ

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การที่บุคลากรทางการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมส่งเสริมคุณภาพชีวิต ๆ อย่างต่อเนื่องจึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในที่สุด

จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ บุคลากรทางการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการด้านการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น โดยหลังทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง 12.22 คะแนน ติดตามผลเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 25.65 คะแนน และติดตามผลเพิ่มขึ้นจากหลังการทดลอง 13.44 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยหลังทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง 9.44 คะแนน ติดตามผลเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 17.90 คะแนน และติดตามผลเพิ่มขึ้นจากหลังการทดลอง 8.46 คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต ๆ ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow และคณะ (2006) และใช้กลวิธีการสอนแบบผู้ใหญ่ มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรม ตามหลัก 5 As คือ 1) การประเมินปัญหา (Asses) 2) การตั้งเป้าหมาย (Advise) 3) การวางแผน (Agree) 4) การปฏิบัติตามแผน (Assist) และ 5) การติดตามและประเมินผล (Arrange) และในการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยได้สร้างบรรยากาศในการจัดกิจกรรมจะเป็นลักษณะเป็นกันเอง เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิสัมพันธ์กัน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในด้านต่าง ๆ ร่วมกัน โดยในขั้นตอนของการ การประเมินปัญหา (Assist) กลุ่มตัวอย่างประเมินปัญหาสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองในปัจจุบันว่า เป็นอย่างไร กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยสร้างความเข้าใจธรรมชาติของการเกิดโรค ปัจจัยสาเหตุ ผลกระทบ รวมทั้ง วิธีการจัดการตนเองเมื่อเกิดปัญหา โดยการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร หลักการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีภาวะเมตาบอลิก หลักการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม กรคำนวณพลังงานอาหารที่รับประทาน และการแลกเปลี่ยนอาหาร ประโยชน์ของการออกกำลังกายและการควบคุมการรับประทานอาหารต่อภาวะสุขภาพและการควบคุมโรคเรื้อรัง ข้อควรระวังในการออกกำลังกาย เมื่อกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติ

ของการเกิดโรค ปัจจัยสาเหตุ ผลกระทบ รวมทั้ง วิธีการจัดการตนเองเมื่อเกิดปัญหา แล้วผู้วิจัยพัฒนาทักษะการจัดการตนเองเรื่องการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร ทั้งในเรื่องของการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การวางแผนปฏิบัติการในการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร ตามความเหมาะสมของสมรรถภาพทางกายของตนเอง การแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นทั้งในกรณีที่ไม่สามารถออกกำลังกายและควบคุมการรับประทานอาหารตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การกำกับติดตามพฤติกรรมในการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารของตนเอง จากการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้มีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองในทุกขั้นตอน การเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองสามารถสอบถามหรือเสนอข้อคิดเห็น และออกแบบการดำเนินกิจกรรมร่วมกันทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้นในที่สุด นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้น ส่วนหนึ่ง เกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารตามสมรรถนะของตนเอง และการตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นและตั้งเป้าหมายในการลดการรับประทานอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพด้วยตนเอง การที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกวิธีการออกกำลังกายและเลือกวิธีการควบคุมการรับประทานอาหารได้ด้วยตนเองเป็นส่วนหนึ่งทำให้เกิดแรงจูงใจและเพิ่มความมั่นใจในการออกกำลังกายและควบคุมการรับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นขั้นตอนของการ ตั้งเป้าหมาย (Advise) และ การวางแผน (Agree) ตามแนวคิดของ สนับสนุนการจัดการตนเอง

สำหรับพฤติกรรมในการออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้นนั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากผู้วิจัยได้ออกแบบขั้นตอนในการเตรียมความพร้อมของร่างกายของกลุ่มตัวอย่างด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิคแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) ที่มีความหนักระดับเบาต่อเนื่อง 30 นาที 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 2 เดือน ทั้งนี้ เพื่อให้ร่างกายมีความพร้อมที่จะออกกำลังกายตามที่ตั้งเป้าหมายในระยะต่อไปทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และสามารถออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นขั้นตอนของการปฏิบัติตามแผน (Assist) ที่ร่วมกันวางแผนระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการออกกำลังกายและมีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่เพิ่มมากขึ้นได้อย่างต่อเนื่องนั้น ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้ทำการกำกับตนเองในการออกกำลังกายผ่านการลงบันทึกประจำวัน เพราะการลงบันทึกประจำวันทุก ๆ วัน ของการออกกำลังกายส่วนหนึ่งเป็นการเพิ่มความตระหนัก เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมน้อยลงและยังเป็นการเตือนความจำเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง และที่กลุ่มตัวอย่างได้ทำการกำกับตนเองในการรับประทานอาหารผ่านการลงบันทึกประจำวัน เพราะการลงบันทึกประจำวันทุก ๆ วันจะทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถพิจารณาปริมาณอาหารและพลังงานที่ได้รับในแต่ละวัน ส่วนหนึ่งเป็นการเพิ่มความตระหนัก เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารที่พลังงานมากเกินไปจนเกินความจำเป็นของร่างกาย ดังนั้น การลงบันทึกการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารเป็นประจำสามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถคงพฤติกรรมในการออกกำลังกายและพฤติกรรมในการควบคุมการรับประทานอาหารได้ ในการดำเนินการทดลองกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย รวมทั้งพลังงานที่ใช้ในขณะที่ออกกำลังกายในแต่ละครั้ง ตามระยะเวลาและความถี่ที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการออกกำลังกาย และประโยชน์ของการควบคุมการรับประทานอาหารที่และปริมาณพลังงานของอาหารที่ได้รับตามที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานในแต่ละวัน ทั้งนี้ การที่กลุ่ม

ตัวอย่างได้รับข้อมูลป้อนกลับอย่างต่อเนื่องสามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้ตรวจสอบการออกกำลังกายของตนเองว่ามีความเพียงพอ และตรวจสอบการรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสม การที่บุคคลเกิดความตระหนักว่าตนเองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอหรือน้อยเกินไป หรือ รับประทานอาหารที่มีพลังงานมากเกินไปจนทำให้การที่บุคคลบุคคลจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองและการได้รับข้อมูลป้อนกลับยังทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถติดตามความก้าวหน้าของการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารของตนเองได้อีกด้วย ดังนั้น การให้ข้อมูลป้อนกลับสามารถช่วยเสริมหรือกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นและปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามขั้นตอนของการติดตามและประเมินผล (Arrange) ตามแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง

นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในตนเองในการออกกำลังกายและการควบคุมการรับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้น เป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่สามารถบอกได้ว่าเกิดจากความสำเร็จของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ฯ ที่พัฒนาขึ้น เนื่องจากก่อนการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่างมีการประเมินความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายและการควบคุมการรับประทานอาหารที่เลือกในคะแนนที่น้อยกว่าแปดคะแนน เมื่อผู้วิจัยได้ฝึกทักษะในการออกกำลังกายให้กับกลุ่มตัวอย่าง และฝึกทักษะในการเลือกรับประทานอาหาร การฝึกทักษะการใช้อาหารแลกเปลี่ยน รวมทั้งให้คำแนะนำในกรณีที่มีปัญหาอุปสรรคและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างจนทำให้มีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น ท้ายที่สุดกลุ่มตัวอย่างประเมินความมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายและควบคุมการรับประทานอาหารตามที่ตั้งเป้าหมาย และได้เพิ่มสูงกว่าแปดคะแนน

การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่เพิ่มมากขึ้นอีกส่วนหนึ่งเกิดจากการได้รับการสนับสนุนทั้งข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการจัดการและการควบคุมโรคเรื้อรังและภาวะเมตาบอลิก การติดตามสอบถามปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งการแก้ไขปัญหาพร้อมกับผู้วิจัย นอกจากนี้ การได้รับการสนับสนุนจากโรงเรียนที่ให้การสนับสนุนสถานที่ สำหรับการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การได้รับกำลังใจจากเพื่อนร่วมงาน ผู้บริหารโรงเรียน โดยการมาร่วมกิจกรรมและออกกำลังกายด้วยกัน อีกทั้งการที่กลุ่มตัวอย่างสามารถออกกำลังกายและควบคุมการรับประทานอาหารตามแผนที่ได้วางไว้อย่างเคร่งครัด ส่งผลให้สามารถออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้นและสามารถควบคุมการรับประทานอาหารได้ดีขึ้น โดยการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนในการจัดการตนเองและการกำกับตนเอง ในการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารทั้งสิ้น 16 สัปดาห์ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารเพิ่มสูงขึ้น (สุชาติ และคณะ, 2563; ธนวรรณ และคณะ (2560) และ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา และคณะ (2560) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบประยุกต์ร่างมาตรฐานต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย ระดับความดันโลหิต และไขมันในเลือดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดจันทบุรี ภายหลังการดำเนินกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเองและกำกับตนเองทั้งสิ้น 16 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมี พฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มสูงขึ้น

จากผลการศึกษาครั้งนี้ บุคลากรทางการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม การทดลอง มี คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดลดลง โดยหลังทดลองลดลงจากก่อนทดลอง 8.83 คะแนน ติดตามผลลดลงจากก่อนการทดลอง 12.96 คะแนน และติดตามผลลดลงจากหลังการทดลอง 4.13 คะแนน ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ 0.05 จากผลการศึกษา จะเห็นได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต ฯ ที่พัฒนาขึ้น โดยออกแบบกิจกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) ที่มีความหนักระดับปานกลาง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีความสนุกสนาน ที่มุ่งเน้นให้บุคลากรทางการศึกษาได้ออกกำลังกายแบบกลุ่มอย่างต่อเนื่อง 3 วันต่อ สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 24 สัปดาห์ ผลจากการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้ระดับความเครียดของบุคลากรทางการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดลดลง เนื่องจาก การออกกำลังกายช่วยให้การควบคุมอารมณ์หรือความเครียด โดยมีผลทำให้เกิดความสุขสบาย ด้านความเครียด หดหู่ และเศร้า ลดความไวต่อความเครียด นอกจากนี้ยังมีผลช่วย ปรับเปลี่ยนการทำงานของต่อมหมวกไตซึ่งหลั่งฮอร์โมน ที่มีผลต่อการทำงานของสมองส่วนกลาง ส่งผลให้เกิด การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมต่อความเครียด โดย ปกติเมื่อเกิดความเครียดจะทำให้มีระดับนอร์อิพิเนพริน (Norepinephrine) ลดลงแต่การออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยเพิ่มเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาทนอร์อิพิเนพริน (Norepinephrine) และโดปามีน (Serotonin dopamine) ในกระแสเลือด ซึ่งมีฤทธิ์ช่วยควบคุมอารมณ์ผ่อนคลายความเครียด บรรเทาความซึมเศร้าและช่วยให้หลับได้ดีขึ้น นอกจากนี้ เมื่อร่างกาย มีการออกกำลังกาย ร่างกายจะปลดปล่อยสารเอนโดรฟิน (Endorphin) โดยสารนี้จะกระตุ้นสมองและ ระบายความเจ็บปวด ทำให้ผู้ที่ออกกำลังกายรู้สึกเป็นสุขและพึงพอใจเป็นผลให้ระดับ ความเครียดลดลง (Amanda, 2002) นอกจากนี้ ทุกครั้งที่เราก่อเกิดความเครียด อาการกลัว หรือรู้สึกสับสน บุคคลจะเกิดความวิตกกังวลหรืออาการโกรธ ร่างกาย ก็จะผลิตสารคอร์ติซอล (Cortisol) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่จะทำให้ลายอวัยวะของร่างกาย แต่การออกกำลังกาย ร่างกายก็จะสามารถลดคอร์ติซอลที่ผลิตออกมาได้ (Sara, 2011) จึงส่งผลทำให้ระดับความเครียดลดลง

การศึกษา ครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นริศรา และคณะ (2556) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับของสาร การศึกษาการออกกำลังกายกับความเครียด พบว่าระดับ เอนไซม์อะไมเลส (salivary alpha amylase, sAA) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทชนิด catecholamines ที่เกิดขึ้นจากกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกเมื่อเกิดความเครียด ลดลงเมื่อออกกำลังกายต่อเนื่อง 8 สัปดาห์และยังสอดคล้องกับการศึกษาอย่างเป็นระบบของ Sharon-David และ Tenenbaum (2017) ที่พบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิกมีผลต่อการลดระดับความเครียดได้ และสอดคล้องกับการศึกษา ของ Riebe และคณะ (2015) ที่พบว่า โปรแกรมการออกกำลังกายที่ออกแบบให้มีการออกกำลังกายแบบแอโรบิก อย่างน้อย 15 นาที ต่อครั้ง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ สามารถลดระดับความเครียดได้

จากผลการศึกษาครั้งนี้ บุคลากรทางการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม การทดลอง มีค่าเฉลี่ยคอเลสเตอรอลลดลงจากก่อนทดลอง 9.52 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีค่าเฉลี่ยคอเลสเตอรอลที่มีความหนาแน่นต่ำ ชนิดLDL-cholesterol ลดลง จากก่อนทดลอง 7.52 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีค่าเฉลี่ยคอเลสเตอรอลที่มีความหนาแน่นสูงชนิด HDL-cholesterol เพิ่มขึ้น จากก่อนทดลอง 4.05 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แสดงให้เห็นได้ว่า ภายหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรด้านการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกที่เน้นการออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training)และการควบคุมการรับประทานอาหารจำนวน 24 สัปดาห์ส่งผลให้ระดับไขมันคอเลสเตอรอลรวมลดลง การที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยไขมันคอเลสเตอรอล และ ไขมันคอเลสเตอรอลที่มีความหนาแน่นต่ำชนิด LDLลดลง และไขมันคอเลสเตอรอลที่มีความหนาแน่นสูงชนิด HDL สูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก เป็นเพราะมีพฤติกรรมออกกำลังกาย

เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการควบคุมการรับประทานอาหาร ประกอบกับผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมการออกกำลังกายที่ต่อเนื่องและเพิ่มระดับความหนักและความถี่ของการออกกำลังกายอย่างเป็นขั้นเป็นตอนตามสมรรถนะของร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง จึงส่งผลทำให้ระดับไขมันในเลือดลดลง ซึ่งการออกกำลังกายทำให้ไขมันในเลือดลดลง เพราะการออกกำลังกายทำให้ ฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin hormone) มีปริมาณลดลง และฮอร์โมนกลูคากอน จะมีปริมาณเพิ่มขึ้น จะกระตุ้นเอนไซม์ (Enzyme) ในกล้ามเนื้อทำงานดีขึ้น และยับยั้งเอนไซม์ ลิโปโปรตีนไลเปส (Lipoprotein lipase) ในกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อไขมัน ดังนั้นใน เมื่อออกกำลังกาย ร่างกายจะนำไขมันไตรกลีเซอไรด์ที่สะสมในกล้ามเนื้อไปใช้ในการเผาผลาญพลังงานก่อน จากนั้นใช้ไขมันไตรกลีเซอไรด์ที่สะสมในเนื้อเยื่อไขมันและในเลือดต่อไป จึงทำให้ไขมันไตรกลีเซอไรด์ลดลง นอกจากนี้การออกกำลังกายมีผลกระตุ้นเอนไซม์ไลโปโปรตีนไลเปส (Lipoprotein lipase) มีหน้าที่สลายไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำมากที่หลอดเลือด มีผลทำให้ไขมันคอเลสเตอรอลที่มีความหนาแน่นต่ำชนิด LDL มีปริมาณลดลงด้วย และไขมันคอเลสเตอรอลที่มีความหนาแน่นสูงชนิด HDL จึงเพิ่มสูงขึ้น (Singh, 2007) การศึกษา ครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ghasemof และคณะ (2014) ที่ศึกษาผลการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ในผู้หญิงที่ไม่เคยออกกำลังกายพบว่า ภายหลังการออกกำลังกาย 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับไขมัน triglyceride levels, cholesterol, LDL ลดลงและ HDL เพิ่มสูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hsu และคณะ (2019) ที่พบว่า การออกกำลังกายทั้งแบบแอโรบิกและแรงต้านสามารถช่วยเพิ่มระดับของ HDL ในคนได้ทุกวันได้ ผลการศึกษานี้ยัง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิลักษณ์ จันทะวัง (2554) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการออกกำลังกายต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับไขมันในเลือดของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับไขมันคอเลสเตอรอลภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และค่าเฉลี่ยไขมันคอเลสเตอรอลที่มีความหนาแน่นสูงชนิด HDL ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และการศึกษาของ ปัทมิตา จำนงค์ผล และคณะ (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบประยุกต์ รำวงมาตรฐานต่อ พฤติกรรมการออกกำลังกายและระดับไขมันในเลือดของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังการทดลองเสร็จสิ้น 16 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับไขมัน ไตรกลีเซอไรด์ และไขมัน LDL ลดลง และ HDL เพิ่มสูงขึ้น

จากผลการศึกษาครั้งนี้ บุคลากรทางการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม การทดลอง มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดลดลง จากก่อนทดลอง 3.86 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 พบว่าส่วนหนึ่งเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีการควบคุมการรับประทานอาหาร ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในส่วนของการออกกำลังกายในความหนักระดับปานกลางขึ้นไปด้วยการออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) ต่อเนื่องอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 4 เดือน การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ที่มีความหนักระดับปานกลางขึ้นไปหรือมีความหนักเท่ากับร้อยละ 50-70 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด ขึ้นไป ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ (ADA, 2015) สามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลและลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ และลดภาวะดื้ออินซูลิน เนื่องจากการออกกำลังกายทำให้เพิ่มการเผาผลาญพลังงานในเซลล์ของร่างกาย (Sigal et al., 2013) ทำให้ความไวของอินซูลินเพิ่มขึ้น และมีฤทธิ์อยู่ได้นานประมาณ 24-72 ชั่วโมงหลังการออกกำลังกาย เนื่องจากการออกกำลังกายส่งผลให้มีการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินเพิ่มขึ้น ทำให้เซลล์ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายสามารถนำน้ำตาลที่

อยู่ในเลือดไปใช้เป็นพลังงานได้ จึงส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (Colberg et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิกมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (Church et al., 2010; Andrews et al., 2011; Elisbetta et al., 2012) เช่นเดียวกับการศึกษาการออกกำลังกายแบบแอโรบิกในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกายแบบฟอนเจิง (บ่าเหน็จ แสงรัตน์, 2551) การออกกำลังกายแบบโนราห์ประยุกต์ (กาญจนา บัวเนียม และคณะ, 2554) การออกกำลังกายแบบฟอนหมอลำกลอน (เยี่ยม คงเรืองราช และคณะ, 2555) การออกกำลังกายแกว่งแขน (ปภัสสร กิตติพิรัช และคณะ, 2555) การออกกำลังกายแบบเดินเร็ว (Moura et al., 2011, ธนวรรณ และ คณะ 2560) ที่สามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ และการออกกำลังกายโดยแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกรูปแบบหนึ่ง ที่เป็นการออกกำลังกายตามโปรแกรมที่กำหนด เมื่อออกกำลังกายครบตามรอบและระยะเวลาที่โปรแกรมกำหนด ก็จะเริ่มออกกำลังกายจากท่าที่เริ่มต้นเป็นวงรอบ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) เป็นการผสมผสานระหว่างการออกกำลังกายที่เพิ่มความแข็งแรงและความทนทาน โดยการออกกำลังกายที่เพิ่มความแข็งแรง หรือการออกกำลังกายแบบแรงต้าน สามารถช่วยเพิ่มความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและเพิ่มความแข็งแรงของกระดูก ในขณะที่การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นการออกกำลังกายที่เพิ่มการใช้ออกซิเจนที่ช่วยให้ร่างกายสามารถเผาผลาญพลังงาน และช่วยกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันร่างกาย และ ระบบไหลเวียนเลือดทำงานเพิ่มมากขึ้น สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Kaka et al., 2018) โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบการออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) อย่างเป็นระบบ โดยมีการออกแบบในการเพิ่มระดับความหนักของการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นตามความสามารถและสมรรถนะของร่างกายของบุคลากรทางการศึกษากลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่อง ทั้งระยะเวลาการออกกำลังกายในแต่ละครั้งจาก 30 นาที เป็น 45 นาที และ 60 นาที และ ความถี่ในการออกกำลังกายจาก 2 วันเป็น 3 วันต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่าง ยังมีการบันทึกการออกกำลังกายของตนเอง ในแบบบันทึก และนำมาสรุปร่วมกันเมื่อสิ้นสุดในแต่ละสัปดาห์กับผู้วิจัย ทั้งนี้เพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรคร่วมกันและนำมาปรับแผนการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เกิดความเหมาะสม จากการดำเนินการดังกล่าว จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลทำให้ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง การศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ของ El Refaye และ Abdel Aziz (2017) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่การออกกำลังกาย แบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด ได้มากกว่า กลุ่มที่ออกกำลังกาย แบบแอโรบิกอย่างเดียวย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมส่งผลทำให้มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดลดลง ซึ่งตามคำแนะนำของสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกาที่กล่าวว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ (ADA, 2014) ดังนั้น การรับประทานอาหารให้ครบทุกมื้อ และให้มีส่วนประกอบของอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ ในปริมาณที่เพียงพอความต้องการของร่างกาย โดยคำนึงถึงพลังงานที่ควรได้รับ และกิจกรรมที่ใช้ในแต่ละวันของบุคลากรทางการศึกษาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่าง การที่บุคลากรทางการศึกษาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างมีการดัดแปลงและเลือกชนิดของอาหารให้เข้ากับ

ความชอบและวิถีชีวิตของตนเองได้ จะส่งผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพราะพฤติกรรมการรับประทานอาหารนั้นมีผลโดยตรงต่อระดับน้ำตาลในเลือด (Fonseca et al., 2010) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ กิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ฯ ได้มีการจัดกิจกรรมทั้งการให้ความรู้และการพัฒนาทักษะในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม และถูกต้อง การฝึกการคำนวณพลังงานอาหารที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานในแต่ละมื้อ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ตระหนักถึงการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับตนเอง นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังมีการบันทึกการรับประทานอาหารของตนเอง และคำนวณพลังงานงานอาหารที่ได้รับในแต่ละวัน และนำมาสรุปร่วมกันกับผู้วิจัยทั้งนี้ เพื่อประเมินทั้งปัญหา และ อุปสรรคในการควบคุมการรับประทานอาหาร และปรับแผนการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายกรณีให้ถูกต้องเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเหมาะสมต่อภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จากการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น เมื่อบุคลากรทางการศึกษาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเลือกรับประทานที่ถูกต้อง และแบ่งสัดส่วนการรับประทานอาหารแต่ละประเภทให้เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย จึงส่งผลทำให้สามารถการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ การศึกษา ครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ของ Sainsbury และคณะ 2018 ที่ทำการศึกษายอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลของการควบคุมรับประทานอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรตต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมการรับประทานอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรตลดลงน้อยกว่าร้อยละ 26 ของพลังงานที่รับประทานทั้งหมดสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ ทั้งในระยะ 3 เดือนและ 6 เดือน

จากผลการศึกษาครั้งนี้ บุคลากรทางการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม การทดลองมีจำนวนก้าวเดินจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าหลังการทดลองและติดตามผล กลุ่มทดลองมีจำนวนก้าวเดินเพิ่มขึ้น โดยหลังทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง 344.51 ก้าว ติดตามผลเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 631.22 ก้าว และติดตามผลเพิ่มขึ้นจากหลังการทดลอง 286.71 ก้าว ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ในการวิจัยครั้งนี้ กิจกรรมการออกกำลังกายที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นตามความต้องการและความเป็นไปได้ในการออกกำลังกายตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังได้ทำการตั้งเป้าหมาย และวางแผนการออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) ที่เหมาะสมสมรรถนะของร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง การที่ผู้วิจัยได้ทำการประเมินความมั่นใจในการออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) ในเบื้องต้นเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) ตามความเป็นจริงที่สามารถปฏิบัติได้ และทำการปรับเป้าหมายการออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) ตามสมรรถนะของแต่ละบุคคล การที่ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตั้งเป้าหมาย การวางแผนการดำเนินกิจกรรมที่มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ จึงส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ ในการออกแบบการออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ปรับสภาพร่างกาย และเตรียมความพร้อมเข้าสู่ขั้นตอนการออกกำลังกายตามระดับหนักปานกลาง ในระยะต่อไป ด้วยการออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) ที่มีความหนักระดับเล็กน้อย วันละ 30 นาที 3 วันต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ หรือ 2 เดือน ขั้นตอนการการปรับสภาพ

ร่างกายอย่างเป็นระบบส่วนหนึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างได้ประสบการณ์การทำกิจกรรมที่ตนเองสามารถทำได้และประสบความสำเร็จ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการออกกำลังกายด้วยการเดินเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ในการออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) สิ่งที่คุณวิจัยได้มุ่งเน้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นถึงความก้าวหน้าของการออกกำลังกายของตนเองโดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำการบันทึกกิจกรรมการออกกำลังกาย ระยะเวลา ความถี่ รวมทั้งปัญหาอุปสรรค ของตนเองลงในใบบันทึกทุกครั้งหลังจากการออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) ทั้งนี้ เนื่องจากการการบันทึกส่งผลต่อการเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายของบุคคลได้ เนื่องจาก สามารถสะท้อนให้เห็นความก้าวหน้าของการออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) ของกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งเป็นการสร้างแรงจูงใจและเพิ่มความมั่นใจให้กลุ่มตัวอย่างในการออกกำลังกายด้วยแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) ให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้อีกด้วย นอกจากนี้ การจดบันทึกปริมาณกิจกรรมที่สามารถทำได้ในแต่ละวันสามารถสะท้อนถึงปริมาณพลังงานที่สามารถเผาผลาญออกไปได้ในแต่ละวัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความมุ่งมั่นในการออกกำลังกายให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้เพิ่มมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pang และคณะ (2013) ที่พบว่า การที่กลุ่มตัวอย่างได้ออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างต่อเนื่อง 3-5 วัน ต่อสัปดาห์ ครั้งละ 20-40 นาทีส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเดินได้นานขึ้นและความเร็วของการเดินเพิ่มมากขึ้น

สรุป จากผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ได้ในเชิงประจักษ์ว่า ส่วนหนึ่งเป็นผลเนื่องมาจากบุคลากรทางการศึกษาได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง และภาวะเมตาบอลิก มีทักษะในการจัดการตนเองทั้งในด้านการออกกำลังกาย การควบคุมการรับประทานอาหาร และนำไปสู่การปฏิบัติจริงในการดำเนินชีวิตประจำวัน การมีส่วนร่วมในการวางแผน ออกแบบกิจกรรม ร่วมดำเนินกิจกรรมและประเมินผลกิจกรรมทุกขั้นตอนและการมีส่วนร่วมของผู้บริหารของโรงเรียน ทั้งนี้ การดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีปัจจัยแห่งความสำเร็จได้แก่ การเปิดโอกาสให้บุคลากรทางการศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมในการ วางแผน ออกแบบกิจกรรม ระยะเวลา และความถี่ของการทำกิจกรรม รวมถึง การดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล ตั้งแต่เริ่มต้น ส่วนหนึ่ง สามารถเพิ่มความตระหนักรู้ถึงปัญหาและผลกระทบของโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษา ส่งผลให้บุคลากรทางการศึกษา มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร และมีสุขภาพทางกายดีขึ้น และส่งผลให้คุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษา ดีขึ้น นอกจากนี้ การเห็นความสำคัญและการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงเรียนตั้งแต่ การทำนโยบาย การสนับสนุนสถานที่ในการทำกิจกรรม การสนับสนุนบุคลากรที่อำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรม และการเปิดโอกาสให้บุคลากรมีโอกาสเลือกเข้าร่วมกิจกรรม เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้การดำเนินการวิจัยประสบความสำเร็จอีกด้วย นอกจากนี้ ยังมีการดำเนินกิจกรรมงานอย่างเป็นระบบและชัดเจน การที่บุคลากรทางการศึกษาเห็นถึงประโยชน์และความสำคัญของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษา ซึ่งการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาในครั้งนี้ ได้ส่งเสริมความรัก ความสามัคคี ความเอื้ออาทร และการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกันระหว่างบุคลากรทางการศึกษา ทำให้บุคลากรทางการศึกษาภายในโรงเรียนเกิดความรัก เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน เกิดความร่วมมือ มองเห็นประโยชน์ส่วนรวม สิ่งเหล่านี้ผลักดันให้บุคลากรทางการศึกษามีความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตนเองในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้พัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ดังนี้

สำหรับการพัฒนา โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาและการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง นั้น พบว่า การที่ทีมผู้บริหารของโรงเรียนเห็นความสำคัญของกิจกรรมและกำหนดให้กิจกรรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาเป็นกิจกรรมหลักที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาสมรรถนะสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาของโรงเรียน อีกทั้ง ให้การสนับสนุนทั้งสถานที่ และอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรม และเป็นผู้นำที่เป็นแบบอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และร่วมดำเนินกิจกรรมตลอดทั้งโครงการวิจัย ประกอบกับการเปิดโอกาสให้บุคลากรทางการศึกษาในโรงเรียนได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและออกแบบกิจกรรม ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้เป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยในครั้งนี้ลุล่วงตามเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการดำเนินงานเพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มาจากการมีส่วนร่วมในการร่วมคิดวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ และร่วมประเมินผล ตามแนวความคิดเห็นที่บุคลากรทางการศึกษาของโรงเรียนในพื้นที่ที่ใช้ศึกษาวิจัย ร่วมกันเสนอขึ้น ดังนั้น ในส่วนกิจกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในโรงเรียนนี้ จึงเป็นกิจกรรมที่สร้างขึ้นมาใช้เฉพาะกับโรงเรียนในพื้นที่ที่ใช้ศึกษาวิจัย หากจะนำไปประยุกต์ใช้กับโรงเรียนที่บริบทและความพร้อมที่แตกต่างกันให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลนั้น ผู้วิจัยควรประเมินความต้องการ ประเมินความพร้อม ของโรงเรียนและนำมาปรับปรุงกิจกรรมของโปรแกรม ให้มีความสอดคล้องและตรงตามความต้องการของโรงเรียนนั้น ๆ

สำหรับการศึกษาวิจัยต่อไป การนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปขยายการศึกษาต่อในโรงเรียนที่มีบริบทคล้ายคลึงกันและทำการศึกษาเปรียบเทียบโดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ฯ ต่อไป

ผลผลิต

ผลการวิจัยได้ทำการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร วิชาการระดับชาติ จำนวน 2 ฉบับ และ นำเสนอผลการศึกษาในเวทีการประชุมวิชาการระดับชาติ 1 ครั้ง

1. ทนงค์ดี ยิ่งรัตน์สุข, กาญจนา พิบูลย์, ธนิตา จุลวนิชย์พงษ์ และ พวงทอง อินใจ (2563). ลักษณะงานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของครูในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดชลบุรี. บุรพาเวชสาร, 7(1); 32-46.

2. ทนงค์ดี ยิ่งรัตน์สุข, ฌาน ปัทมะ พลอย, กาญจนา พิบูลย์, ธนิตา จุลวนิชย์พงษ์, ภัทรา หิรัญรัตน์พงศ์ และ พวงทอง อินใจ. (2563). รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพครูในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก. วารสารควบคุมโรค, 46 (2); 185-194.

3 . พวงทอง อินใจ, ธนิตา จุลวนิชย์พงษ์, กาญจนา พิบูลย์, ทนงค์ดี ยิ่งรัตน์สุข และ
 วิชัย จุลวนิชย์พงษ์ (2563). ปัจจัยทางจิต อารมณ์ จิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษา
 ภาครัฐในเขตภาคตะวันออก. นำเสนอในการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยทางจิตวิทยาระดับชาติ
 ประจำปี 2563 หัวข้อ “พร้อมรับยุคแห่งความพลิกผันด้วยจิตวิทยา” Thailand National Conference on
 Psychology (TNCP 2020): Embracing the Disruptive Era with Psychology ระหว่างวันที่ 21-22
 ตุลาคม 2563 ณ โรงแรมเชียงใหม่แกรนด์วิว จังหวัดเชียงใหม่.

บรรณานุกรม

- กาญจนา บัวเนียม, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และทศพร คำผลศิริ, (2554) ผลของการออกกำลังกายแบบ
โนราห์ประยุกต์ต่อระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบินของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2.
วารสารพยาบาลสาร, 38(4), 50-64.
- ธนวรรณ โพธิ์ภักดิ์, กาญจนา พิบูลย์, ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์, วัลลภ ใจดี, และ ธรรมวัฒน์ อุปวงษาพัฒน์.
(2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองร่วมกับการกำกับตนเองต่อพฤติกรรม
ดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดจันทบุรี.
วารสารวิชาการสาธารณสุข, 26 (1), 50-62.
- นริศรา เปรมศรี, วรรณภา เศรษฐธรรม-อิชิตะ, วิไลวรรณ กฤษณะพันธ์, ศีตกานต์ นัดพบสุข,
ยุพา คู่คงวิริยพันธ์, และคณะ. (2556). การเดินเร็วแบบยกแขนสูงกับความเครียดและสุขภาพใน
ประชากรไทยที่ออกกำลังกายไม่เพียงพอ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28(3), 354-361.
- บำเหน็จ แสงรัตน์. (2551). ผลของการออกกำลังกายแบบฟิชั่นนิ่ง มช. ต่อระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบินของ
ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปัทมिता จำนงค์ผล, กาญจนา พิบูลย์, ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์, วัลลภ ใจดี และ ชิงชัย เมธพัฒน์.
(2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบประยุกต์ร่างมาตรฐานต่อพฤติกรรม
ออกกำลังกาย ระดับความดันโลหิต และไขมันในเลือดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดจันทบุรี.
วารสารวิชาการสาธารณสุข, 26(1), 40-49.
- วัชร เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต้ม. (2548). การพัฒนาและทดสอบมาตรฐานของแบบสอบถามสุขภาพ
Short-Form HealthSurvey 36 ฉบับภาษาไทย ในบุคคลทั่วไปและการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลพุทธมณฑล
จังหวัดนครปฐม. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร
- สุชาดา พวงจำปา, กาญจนา พิบูลย์, วัลลภ ใจดี และ เกษม ไร่คลองกิจ. (2563). ผลของโปรแกรมสนับสนุน
การจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวนก้าวเดิน และระดับฮีโมโกลบิน
เอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารแพทยนาวิ*, 47(2), 275-300.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. (2544). เปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100
ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 10 (สิงหาคม - กันยายน) : 6.
- เยี่ยม คงเรืองราช, ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์ และนาดา ลัคนหทัย. (2555). ผลของการออกกำลังกายแบบ
ฟิชั่นนิ่งต่อการลดระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2.
วารสารพยาบาล, 39(3), 105-116.
- Adegbola, M. (2007). Spirituality and quality of life in chronic illness.
J Theor Construction Testing, 10; 42-6.
- Al-Mandhari, A., Al-Zakwani, L., Al-Hasni, A., & Al-Sumri, N. (2011). Assessment of Perceived
Health Status in Hypertensive and Diabetes Mellitus Patients at Primary Health
Centers in Oman. *Int J Prev Med*, 2(4), 256-263.

- Alwan A. et al. (2010). Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet*, 376:1861-1868.
- American Diabetes Association. (2014). Standards of medical care in diabetes 2014. *Diabetes Care*, 37(1), 14-80.
- American Diabetes Association. (2015). Standards of medical care in diabetes 2015. *Diabetes Care*, 38(1), 1-93.
- Andrews, R. C., Cooper, A. R., Montgomery, A. A., Norcross, A. J., Peters, T. J., Sharp, D.J., Jackson, N., & et al. (2011). Diet or diet plus physical activity versus usual care in patients with newly diagnosed type 2 diabetes: the Early ACTID randomized controlled trial. *The Lancet*, 37; 129-139.
- Brouwers, M., Kho, M. E., Browman, G. P., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Hanna, S., Makarski, J. (2010). Appraisal of guidelines for research & evaluation II. *Can Med Assoc J*, 182, E839-842.
- Carod-Artal, J., Egido, J.A., González, J.L., & de Seijas, E. V. (2000). Quality of Life among Stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of a Stroke Unit. *Stroke*, 31:2995- 3000.
- Chen, Tian-hui., LI Lu., & Kohen M.(2005). A systematic review: How to choose appropriate health-related quality of life (HRQOL) measures in routine general practice?. *Journal of Zhejiang University SCIENCE*, (9), 936-940.
- Cheung, J.C., Kwan, A.Y., Chan, S.S, & et al. (2005). Quality of life of older adults: benefits from caring services in Hong Kong. *Soc Indic Res*, 71, 291-334.
- Church, T. S., Blair, S. N., Cocroham, S., Johannsen, N., Johnson, W., Kramer, K., Mikus, C. R., Myers, V., Nauta, M Rodarte, R. Q., Sparks, L., Thompson, A., Conrad P., & Earnest, C. P. (2010). Effects of Aerobic and Resistance Training on Hemoglobin A1C Levels in Patients With Type 2 Diabetes. *JAMA*, 304(20), 2253–2262.
- Clarke, P.J., Black, S., Badley, E., & et al. (1999). Handicap in stroke survivors. *Disabil Rehabil*, 21:116-123.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Colberg, S. R., Albright, A. L., Blissmer, B. J., Braun, B., Chasan-Taber, L., Fernhall, B., Regensteiner, J. G., Rubin, R. R., & Sigal, R.J. (2010). Exercise and type 2 diabetes: American college of sports medicine and the American diabetes association: joint position statement. Exercise and type 2 diabetes. *Med Sci Sports Exerc*, 42(12), 2282-2303.

- Ebersole, P. (1995). Quality of life : What is it. *Geriatric Nursing*. 16(2) : 49-50.
- Elisbetta, B., Carlo, N., Maria, E. Z., Chiar, M., Niccolo, F., Maddalena, T., Giacomo, Z., Antonio, C., Riccardo, C., Bonadonna., Federico, S., Enzo, B., Massimo, L., & Paolo, M. (2012). Effects of Aerobic Training and Resistance Training in Type 2 Diabetic Subjects. *Diabetes Care*, 35, 676-682.
- El Refaye, G.E., & Abdel Aziz, G.F.(2017). Comparative study of circuit resistance training and aerobic training on glycemic control of gestational diabetes mellitus. *Bull Fac Phys Ther*, 22, 89-95.
- Finkelstein, M.M. (2000). Hypertension, self-perceived health status and use of primary care services. *CMAJ*, 162(1), 45–6.
- Fonseca, V. A., Pendergrass, M., & McDuffie, R. H. (2010). *Diabetes in clinical practice*. London: Springer Verlag.
- Flanagan, J.C (1982) .Measurement of quality of life: current state of the art. *Arch Phys Med Rehabil*, 63(2):56-9.
- Fukuota, Y., Lindgren, T., Rankin, S., et al.(2007). Cluster analysis: a useful technique to identify elderly cardiac patients at risk for poor quality of life. *Qual Life Res*, 16: 1655–1663. DOI 10.1007/s11136-007-9272-7
- Ghasemof, A., Khoshnam, E., & Nikseresht A. (2014). The effect of 8 weeks of aerobic training on serum lipoproteins in non-athletic girls. *European Journal of Experimental Biology*, 4(1), 358-360.
- Glasgow, R.E., Emont, S., & Miller, D.C.(2006). Assessing delivery of the five ‘As’ for patient-centered counseling. *Health Promotion International*, 21(3), 245-255. doi:10.1093/heapro/dal017
- Hoff, O.M., Midthjell, K., Zwart, J.A., & Hagen, K. (2008). The association between diabetes mellitus, glucose, and chronic musculoskeletal complaints. Results from the Nord-Trøndelag Health Study. *BMC Musculoskelet Disord*, 9 (160), 1-7. [doi: 10.1186/1471-2474-9-160] [Medline: 19055732]
- Hsu, C.S., Chang, S.T., Nfor , O.N., Lee, K. J., Lee, S.S., & Liaw, L.P. (2019) . Effects of Regular Aerobic Exercise and Resistance Training on High-Density Lipoprotein Cholesterol Levels in Taiwanese Adults. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16, 1-8. doi:10.3390/ijerph16112003
- Jaiare, C. (1990). Relationship between social support, self care, and quality of life in ischemic heart patients. Mahidol University, Bangkok.
- Kaka, B., & Maharaj, S.S. (2018) Effect of Rebound Exercises and Circuit Training on Complications Associated with Type 2 Diabetes: Protocol for a Randomized

Controlled Trial. *JMIR Res Protoc*, 7(5):e124, 1-9 doi: 10.2196/resprot.8827

- Marcel, W.M. (2014). Definitions of Quality of Life: What has happened and how to move on. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation/Summer*, 20(3):167–180.
- Montazeri A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res*, 27:1-31.
- Moura, B. P. D., Marins, J. C. B., & Amorim, P. R. S. (2011). Self selected walking speed in overweight adults: Is this intensity enough to promote health benefits?. *Apunts Med Esport*, 46(169), 11-15.
- Osoba, D., Bezjak, A., Brundage, M., & Pater, J.(2007).Evaluating Health-Related Quality of Life in Cancer Clinical Trials: The National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group Experience. *Value in Health*, 10, S138-145.
- Pang, M.Y.C., Charlesworth, S.A., Lau, R.W.K. & Chung, R.C.K. (2013). Using Aerobic Exercise to Improve Health Outcomes and Quality of Life in Stroke: Evidence-Based Exercise Prescription Recommendations. *Cerebrovasc Dis*, 35, 7–22.
- Pattanaphesaj J. (2014). Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement Property testing and its preference-based score in Thai population [Doctoral dissertation]: Mahidol University.
- Piboon, K., Haengudomsub, P., Callen, B., Klinwichit, W., Inchai, P., & Usimat, K. (2010). Factors related to depression among older adults. Chon Buri, Burapha University.
- Pouwer, F., & Hermanns, N. (2009). Insulin therapy and quality of life. A review. *Diabetes Metab Res Rev*, 25:4-10
- Richardson LC, Wingo PA, Zack MM, et al. (2008). Health related quality of life in cancer survivors between ages 20 and 64 years. *Cancer*, 112:1380-1389.
- Riebe, D., Franklin, B. A., Thompson, P. D., Garber, C. E., Whitfield, G. P., Magal, M., & Pescatello, L. S. (2015). Updating ACSM's recommendations for exercise preparticipation health screening. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 47(11), 2473-2479.
- Rodríguez-Fernández, A., Zuazagoitia-Rey-Baltar, A., & Ramos-Díaz, E. (2017). Their Relationship with Physical and Psychological Well-Being In Quality of Life and Quality of Working Life. DOI: 10.5772/65198
- Sainsbury, E., Kizirian, N.V., Partridge, S.R., Gill, T., Colagiuri, S., & Gibson, A.A. (2018). Effect of dietary carbohydrate restriction on glycemic control in adults with diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 139, 239 – 252.

- Sangon, S. (2001). Predictors of depression in Thai women. Unpublished Ph.D. Dissertation The University of Michigan, Michigan.
- Sharon-David, H., & Tenenbaum, G. (2017). The Effectiveness of Exercise Interventions on Coping with Stress: Research Synthesis. *Sport Humanities*, 22, 19-29.
- Sigal, R. J., Armstrong, M. J., Colby, P., Kenny, G. P., Plotnikoff, R. C., Reichert, S.M., & Riddell, M. C. (2013). Physical Activity and Diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*, 37, 40-44.
- Sigal, R. J., Kenny, G. P., Boule, N. G., Wells, G. A., Prud'homme, D., Fortier, M., Reid, R.D., Tulloch, H., Coyle, D., Phillips, P., Jennings, A., & Jaffey, J. (2007). Effects of aerobic training, resistance training, or both on glycemic control in type 2 diabetes: a randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 147(6), 357-369.
- Sinsuksai, N. (1998). The relative contributions of maternal demographics, social support, stress, and maternal self-efficacy to home environment of 6-12 month- old infant of Thai mother. Unpublished Dissertation, The University of Texas at Austin, Texas
- Stromberg, M.,F. (1994). Selecting an Instrument to Measure Quality of life. *Oncology Nursing Forum*.
- Wagner, E.H. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1(1): 2-4.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C.D.(1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30(6):473-483.
- Wilson, I .B., & Cleary, P.D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, 273(1):59-65.
- World Health Organization. (1996). Introduction, administration, scoring and generic of the assessment: Field trial version. Geneva: the World Health Organization.
- World health Organization. (1996). WHOQOL-BREF. Introduction, Administration, Scoring and Generic of the Assessment: Field Trial Version. Geneva.
- World Health Organization. Noncommunicable diseases fact sheet (Updated January 2015) [Internet]. [cited 2016 Aug 26]; Available from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>
- UNESCO. (1998). Evaluating the Quality of life in Belgium. Social Indicators Research.
- Zhan,L. (1994). Quality of life: Concept and Measurement issues. *Journal of Advance Nursing*, 17. 795-800

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1และระยะที่2

แบบสอบถามงานวิจัยเรื่อง
การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 ของโครงการวิจัยเรื่อง การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยโดยมีวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยระยะที่ 1 มีดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาในพื้นที่เขตระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาในพื้นที่เขตระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก

การศึกษาคครั้งนี้ ผู้วิจัยขอให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง โดยข้อมูลที่ได้รับผู้วิจัยจะนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น การนำเสนอข้อมูลคำตอบจะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อนามสกุล ดังนั้น คำตอบทั้งหมดจึงไม่ส่งผลกระทบต่อใด ๆ ต่อท่าน ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ท่านตอบคำถามให้ครบทุกข้อเพื่อความครบถ้วนและสมบูรณ์ของคำตอบในการวิจัย ทั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้นำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาต่อไป

โดยแบบสอบถามฉบับนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ส่วน

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร
- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย
- ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความรู้การออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร
- ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง [] หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด และโปรดเติมข้อมูลลงในช่องว่างทุกข้อ

1. เพศ [] ชาย [] หญิง
2. อายุ.....ปี
3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
4. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
5. ท่านนับถือศาสนา [] พุทธ [] คริสต์ [] อิสลาม [] อื่น ๆ
- ระบุ.....
6. สถานภาพสมรส [] โสด [] สมรส [] หม้าย/หย่าร้าง/แยก
7. ระดับการศึกษาสูงสุด
- [] ปริญญาตรี [] ปริญญาโท [] ปริญญาเอก [] อื่น ๆ ระบุ.....
8. ระยะเวลาการทำงานในโรงเรียนที่สอนในปัจจุบันนี้ปี

.

.

.

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ในแต่ละหัวข้อ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ เพียงช่องเดียว ที่ตรงกับสุขภาพของท่านในวันนี้ มากที่สุด.

การเคลื่อนไหว

- ☐ ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการเดิน
 ☐ ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินเล็กน้อย
☐ ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินปานกลาง
 ☐ ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินอย่างมาก
☐ ข้าพเจ้าเดินไม่ได้

การดูแลตนเอง

- ☐ ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง
☐ ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองเล็กน้อย
☐ ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองปานกลาง
☐ ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองอย่างมาก
☐ ข้าพเจ้าอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองไม่ได้

กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (เช่น ทำงาน, เรียนหนังสือ, ทำงานบ้าน, กิจกรรมในครอบครัว หรือ กิจกรรมยามว่าง)

- ☐ ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ
☐ ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำเล็กน้อย
☐ ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำปานกลาง
☐ ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำอย่างมาก
☐ ข้าพเจ้าทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำไม่ได้

อาการเจ็บปวด / อาการไม่สบายตัว

- ☐ ข้าพเจ้าไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว
☐ ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวเล็กน้อย
☐ ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวปานกลาง
☐ ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมาก
☐ ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมากที่สุด

ความวิตกกังวล / ความซึมเศร้า

- ☐ ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า
☐ ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าเล็กน้อย
☐ ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง
☐ ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมาก
☐ ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมากที่สุด

สำหรับผู้วิจัย

H 1

H 2

H 3

H 4

H 5

สุขภาพดีที่สุด
ตามความคิดของท่าน

สุขภาพของท่านเป็นอย่างไรในวันนี้

คำชี้แจง สเกลวัดสุขภาพนี้มีตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 100

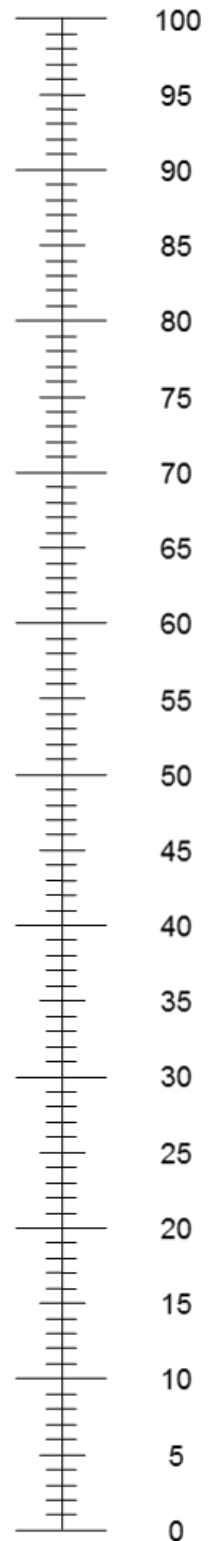
โดยตัวเลข 100 หมายถึง ท่านมีสุขภาพดีที่สุด ตามความคิดของท่าน

และตัวเลข 0 หมายถึง ท่านสุขภาพแย่ที่สุด ตามความคิดของท่าน

โปรดทำเครื่องหมาย X บนสเกลเพื่อระบุว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร
ในวันนี้

กรุณานำตัวเลขที่ท่านได้ทำเครื่องหมายไว้บนสเกลมาใส่ลงในช่อง
สี่เหลี่ยมด้านล่างนี้.

สุขภาพของท่านในวันนี้ =



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF)

คำชี้แจง: กรุณาเลือกคำตอบในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด และขอความร่วมมือตอบคำถามทุกข้อ คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์ อารมณ์หรือความคิดเห็นและความรู้สึกของท่าน ว่าอยู่ในระดับใด แล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ
 เล็กน้อย หมายถึง ท่าน เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อยหรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกในเรื่องนั้น หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ ระดับกลาง ๆ
 มาก หมายถึง ท่านเคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มาก
 มากที่สุด หมายถึง ท่านเคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	ไม่เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)	สำหรับ ผู้วิจัย
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด						QL 1 []
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด						QL 2 []
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันมากนักเพียงใด (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)						QL 3 []
4							
5							
26	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด						QL 26 []

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

คำชี้แจง กรุณาเลือกคำตอบในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด และขอความร่วมมือตอบคำถามทุกข้อ คำถามต่อไปนี้จะถามถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหารของท่านใน 1 เดือน ที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน

ว่าเป็นอย่างไร ให้ท่าน ทำ เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความให้ตรงกับ การปฏิบัติของท่านมากที่สุดเพียง ข้อเดียวโดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นทุกวัน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น 5-6 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น 3-4 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น 1-2 วันต่อสัปดาห์
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้น

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ	สำหรับ ผู้วิจัย
1.	ท่านรับประทานผักวันละ 4-6 ทัพพี หรือมือละ 2 ทัพพี (ทัพพีตักข้าว)						EB 1 []
2.	ท่านรับประทานอาหาร ผลไม้วันละ 1 ส่วน (ผลไม้หั่นเป็นชิ้นคำ เช่น มะละกอ หรือ สับปะรด 6-8 ชิ้นคำ ฝรั่ง ½ ผล มะม่วงดิบ ½ ผล ถั่วฝักยาว น้ำว้า 1 ผล ส้มขนาดกลาง 2 ผล หรือ เงาะ 4 ผล)						EB 2 []
3.	ท่านรับประทานอาหารที่ประกอบด้วย ข้าว แป้ง เนื้อสัตว์ ไขมัน ผักและผลไม้ครบทุกอย่างในแต่ละวัน						EB 3 []
4.	...						EB 4 []
5.							EB 5 []
20	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำหวาน น้ำผลไม้กล่อง น้ำอัดลม นมเปรี้ยว ชาเย็น กาแฟเย็น โกโก้เย็น ชานมไข่มุก หรือ อื่น ๆ						

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย

คำชี้แจง กรุณาเลือกคำตอบในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด และขอความร่วมมือตอบคำถามทุกข้อ คำถามต่อไปนี้จะถามถึงพฤติกรรมการออกกำลังกายของท่านใน 1 เดือน ที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบันว่าเป็นอย่างไร ให้ท่าน ทำ เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความให้ตรงกับ การปฏิบัติของท่านมากที่สุดเพียง ข้อเดียวโดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นประจำทุกวัน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น 5-6 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น 3-4 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น 1-2 วันต่อสัปดาห์
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้น

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ	สำหรับ ผู้วิจัย
1.	การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอโดยถือเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน						EB 1[]
2.	ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์						EB 2[]
3.	ท่านออกกำลังกายติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง						EB 3 []
4.							EB 4 []
5.							EB 5 []
20	ท่านไม่ออกกำลังกาย เพราะทำให้ท่านรู้สึกเหนื่อยล้าหรืออ่อนเพลีย หรือมี อาการปวดเมื่อยร่างกาย						EB 20[]

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ใช่	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้อง
ไม่ใช่	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้อง
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นท่านไม่ทราบว่าข้อความนั้นถูกต้องหรือผิด

ลำดับ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ	สำหรับ นักวิจัย
	ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย				
1	การออกกำลังกายเป็นประจำทำให้ท่านมีการเจ็บป่วยน้อยลง				ED1 []
2	การออกกำลังกายประกอบด้วย 3 ช่วงคือช่วงอบอุ่นร่างกาย ช่วงออกกำลังกาย และช่วงผ่อนคลายกล้ามเนื้อ				ED2 []
3	ระยะเวลาการออกกำลังกายที่เหมาะสม คือครั้งละไม่ต่ำกว่า 20 – 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์				ED3 []
4					ED4 []
5					ED5 []
30	การประกอบอาหารด้วยวิธีการทอดหรือผัดช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไขมันอุดตันในหลอดเลือดได้				ED30 []

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเครียด (Thai Perceived Stress Scale)

คำชี้แจง: ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นการถามเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดของท่านในระยะ 1 เดือน ที่ผ่านมา ในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกตอบคำถามที่ตรงกับความรู้สึก และความคิดของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

0 = ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่เคยเกิดความรู้สึกนั้นเลย
1 = เกือบไม่เคยหรือแทบไม่เคย	หมายถึง	ท่านเกิดความรู้สึกนั้นประมาณ 1-3 ครั้งใน 1 เดือน
2 = บางครั้ง	หมายถึง	ท่านเกิดความรู้สึกนั้นอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง
3 = บ่อย	หมายถึง	ท่านเกิดความรู้สึกนั้นอาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง
4 = บ่อยมาก	หมายถึง	ท่านเกิดความรู้สึกนั้นเป็นประจำทุกวัน

ข้อความ ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เคย (0)	แทบไม่ เคย (1)	บางครั้ง (2)	บ่อย (3)	บ่อย มาก (4)	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ท่านรู้สึกอารมณ์เสียกับเรื่องที่เกิดขึ้นโดยไม่ คาดคิด						ST1 []
2. ท่านรู้สึกว่าไม่สามารถจัดการกับเรื่องที่มีความสำคัญในชีวิตได้						ST2 []
3. ท่านรู้สึกวิตกกังวล และ เครียด						ST3 []
4.						ST4 []
5.						ST5 []
14. ท่านรู้สึกว่า มีความยากลำบาก มากเกินกว่าที่ท่านจะสามารถเอาชนะกับปัญหาของท่านได้						ST14 []

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสัมภาษณ์งานวิจัยเรื่อง การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก (งานวิจัยระยะที่ 1.2)

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์งานวิจัยชุดนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่องการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออกในระยะที่ 1.2 ซึ่งเป็นระยะของการศึกษา วิเคราะห์ ค้นหา และศึกษาความต้องการและความคาดหวังในพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ซึ่งข้อมูลที่ได้รับครั้งนี้มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพื่อประโยชน์นำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออกต่อไป โดยข้อมูลที่ได้รับ ผู้วิจัยนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ไม่ได้นำเสนอข้อมูลรายบุคคล ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวของผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่อง เกี่ยวกับสถานการณ์และความคาดหวังของโปรแกรมการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การพัฒนาวิธีการดำเนินการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้ไปถึงเป้าหมายและ การดำเนินกิจกรรมดำเนินการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้ไปถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์สละเวลาและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มครั้งนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรจำนวน 13 ข้อ

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ใน () ของแต่ละข้อและเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์
ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ [] ชาย [] หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
3. ท่านนับถือศาสนา [] พุทธ [] คริสต์ [] อิสลาม [] อื่น ๆ
- ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส [] โสด [] สถานภาพสมรส [] หม้าย/หย่าร้าง/แยก
- 5.....
- 6.....
- 15.....

แบบสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (เครื่องมือระยะที่ 1.2)
เรื่อง การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก (ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย)

คำชี้แจง ประเด็นการสัมภาษณ์และการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เพื่อวิเคราะห์ปัญหา สถานการณ์และความคาดหวังในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก โดยประเด็นหลัก ของคำถามมีดังนี้

1.สถานการณ์และความคาดหวังของแนวทางการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

1.1 การดำเนินการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ผ่านมาเป็นอย่างไร

1.2

1.3

1.10 วิธีการดำเนินการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง : วิธีการดำเนินการตามที่คาดหวังควรเป็นอย่างไร

2. การพัฒนา วิธีการดำเนินการดำเนินการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้ไปถึงเป้าหมาย ซึ่ง มีวัตถุประสงค์ในการให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย มีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความสำเร็จ

2.1 เป้าหมายของการดำเนินการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังตามที่คาดหวังเป็นอย่างไร

2.2

2.3

2.4

2.5 รูปแบบกิจกรรมในการดำเนินการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังควรครอบคลุมกิจกรรมอะไรบ้าง

3. การดำเนินการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นอย่างไรให้ไปถึงเป้าหมาย

3.1 การดำเนินการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังควรเป็นอย่างไรเพื่อให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ บุคคลใดบ้างที่เข้ามามีส่วนร่วม/เป็นบุคคลหลัก/ บุคคลที่สำคัญ ที่ช่วยให้การดำเนินการประสบผลสำเร็จ เพราะอะไร

3.2

3.3

3.4

3.10 การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์การดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

**แบบประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตระเบียบเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก
(เครื่องมือวิจัยระยะที่ 2)**

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามระดับผลการประเมินความคิดเห็นของท่าน ดังนี้

แบบประเมินมีค่าในการให้คะแนนทั้งหมด 7 ค่าโดยมีค่า 1 ถึง 7 คะแนน โดย 7 คะแนน หมายถึงท่านเห็นด้วยมากที่สุดว่ามีการจัดทำหรือมีการปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อนั้น ๆ และ 1 คะแนน หมายถึงท่านเห็นด้วยน้อยที่สุดว่ามีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อนั้น ๆ

ลำดับ	ข้อความ	ค่าคะแนน							ข้อเสนอแนะ
		1	2	3	4	5	6	7	
	มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and purpose)								
1.	โปรแกรมการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นนี้ มีเป้าหมายหลักเพื่อนำไปใช้ในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง								
	มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย(Stakeholder involvement)								
4	การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นมีกระบวนการพัฒนาจากการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องโดยตรง								
	มิติด้านความน่าเชื่อถือของการพัฒนาโปรแกรม (Rigor of development)								
7	โปรแกรม การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้มีการนำแนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาได้อย่างเหมาะสม								
	มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ (Clarity and presentation)								
10	โปรแกรมการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ มีการนำเสนอรูปแบบกิจกรรมที่ชัดเจนและครอบคลุมมิติของการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ								
	มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ (Applicability)								
13	โปรแกรมการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นรูปแบบที่มีความเข้าใจง่าย มีขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน และ สะดวกในการนำไปปฏิบัติจริง								
14									
15									

ภาคผนวก ข

แผนการจัดการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขต
เศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก

แผนการจัดโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก

แผนการจัดโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก คือ แนวทางการดำเนินกิจกรรมอย่างมีแบบแผนที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยประยุกต์ทฤษฎีการสนับสนุนจัดการตนเอง ของ กลาสโกว อีมอนท์ และมิลเลอร์ (Glasgow, Egmont, & Miller, 2006) มุ่งเน้นให้บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความสามารถในการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง ประกอบไปด้วย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินปัญหา การตั้งเป้าหมาย การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการติดตามประเมินผล โดยผู้วิจัยดำเนินการตามแผนงานที่กำหนดไว้ตามขั้นตอนและอย่างเป็นระบบตามแผนที่วางไว้

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อสร้างเสริมให้บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม มีทักษะในการเลือกรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ทั้งนี้ เพื่อส่งผลดีต่อสุขภาพในที่สุด

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อให้บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมี

1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจัยสาเหตุของการเกิดโรค ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย และวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
2. มีความรู้เกี่ยวกับหลักการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพของร่างกาย ที่ถูกต้อง และ มีความรู้ ความสามารถประเมินอาการผิดปกติขณะออกกำลังกายได้
3. มีความรู้เกี่ยวกับหลักการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วยมีทักษะในการเลือกอาหารที่เหมาะสมกับตนเอง การคำนวณพลังงานจากอาหารที่รับประทาน และอาหารแลกเปลี่ยน
4. มีความเข้าใจวิธีการและขั้นตอนของการออกกำลังกายแบบสถานที่ถูกต้องมีทักษะในการออกกำลังกายแบบสถานที่และสามารถออกกำลังกายแบบสถานที่ได้

วิธีการปฏิบัติ ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

กลุ่มเป้าหมาย บุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 71 คน

ระยะเวลาและวิธีดำเนินการ 24 สัปดาห์ สรุปได้ดังนี้

สัปดาห์ที่/ ครั้งที่	เวลา	รวมเวลา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1	09.00-10.00	1.00ชม	ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงเรียนพนัสพิทยาคาร ทำการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมกลุ่มวิจัย พร้อมทั้งพินิจสิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ระยะเวลาการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามรายละเอียดจนเข้าใจ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย นัดหมาย วันเวลาและสถานที่ และทำการนัดหมายให้กลุ่มตัวอย่างนั่งอาหาร 8 ชั่วโมง เพื่อเตรียมการเจาะเลือดตรวจในครั้งต่อไป
สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2	07.00-10.00	3.00 ชม	-การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง -ดำเนินการ วัดสัญญาณชีพ ประเมินองค์ประกอบของร่างกาย เจาะเลือดตรวจระดับไขมันและระดับน้ำตาลในเลือด -ดำเนินกิจกรรมตามแผน.....
สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 1	9.00-10.30	1.30 ชม	- ทักทาย และ แนะนำตัวอย่างเป็นทางการ - ดำเนินกิจกรรมด้านการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ - กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ด้วยการเล่นเกมส์ และร้องเพลงประจำกลุ่ม -ทบทวนความรู้..... -ดำเนินกิจกรรมตามแผน.....
สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2	9.00-10.30	1.30 ชม	-ทักทาย และสร้างสัมพันธ์ภาพโดยการร้องเพลงประจำกลุ่ม และ เล่นเกมส์ เพื่อก่อให้เกิดบรรยากาศสนุกสนานเป็นกันเอง โดยการ ถาม-ตอบ หากตอบได้ได้รับรางวัล และทบทวนความรู้ เกี่ยวกับปัญหาของโรคเรื้อรัง สาเหตุปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง อันตรายหรือผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และวิธีการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพจากโรคเรื้อรัง -ดำเนินกิจกรรมด้านการสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย.....
สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 1	9.00-10.30	1.30 ชม	-ทักทาย และสร้างสัมพันธ์ภาพโดยการร้องเพลงประจำกลุ่ม และ เล่นเกมส์ เพื่อก่อให้เกิดบรรยากาศสนุกสนานเป็นกันเอง -ดำเนินกิจกรรมด้านการสร้างแรงจูงใจในการรับประทานอาหาร.....
สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 2	9.00-10.30	1.30 ชม	-พบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลา และสถานที่ที่นัดหมาย ร่วมพูดคุยเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม และดำเนินกิจกรรมด้านการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา

สัปดาห์ที่/ ครั้งที่	เวลา	รวมเวลา	กิจกรรม
			-เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างอภิปรายกลุ่มร่วมกันถึงการปฏิบัติการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่ผ่านมาพร้อมทั้งหาทางแก้ไขร่วมกัน -ทบทวนเป้าหมาย..... -เริ่มฝึกทักษะการออกกำลังกายตั้งแต่ทำ warm up และดำเนินการตามแผนที่กำหนด
สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 1-2	16.00-17.00	1.00 ชม	-พักท่าย และสร้างสัมพันธ์ภาพ -นำเข้าสู่จากการทบทวนท่าทางในการออกกำลังกายตรวจสอบความถูกต้องของท่าทางการออกกำลังกาย และซักถามปัญหาถึงท่าทางออกกำลังกาย -ดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมการออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training)ตามแผนที่กำหนด
สัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 1-2	16.00-17.00	1.00 ชม	-พักท่าย และสร้างสัมพันธ์ภาพ -นำเข้าสู่จากการทบทวนท่าทางในการออกกำลังกายตรวจสอบความถูกต้องของท่าทางการออกกำลังกาย และซักถามปัญหาถึงท่าทางออกกำลังกาย -ดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมการออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) ตามแผนที่กำหนด
สัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 1-2	16.00-17.00	1.00 ชม	-เริ่มต้นโดยการพักท่ายและสร้างสัมพันธ์ภาพ -นำเข้าสู่การดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมการออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training)ตามแผนที่กำหนด
สัปดาห์ที่ 7 ครั้งที่ 1-2	16.00-17.00	1.00 ชม	-เริ่มต้นโดยการพักท่ายและสร้างสัมพันธ์ภาพ -นำเข้าสู่การดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมการออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training)ตามแผนที่กำหนด
สัปดาห์ที่ 8-10 ครั้งที่ 1-6	16.00-17.00	1.00 ชม	-เริ่มต้นโดยการพักท่ายและสร้างสัมพันธ์ภาพ -นำเข้าสู่การดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมการออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training)ตามแผนที่กำหนด

สัปดาห์ที่/ ครั้งที่	เวลา	รวมเวลา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 11 ครั้งที่ 1-2	16.00-17.00	1.00 ชม	-ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลา และสถานที่ที่นัดหมาย ร่วมพูดคุยเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม และดำเนินกิจกรรมด้านการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา -ดำเนินกิจกรรมออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) ตามแผนที่กำหนด
สัปดาห์ที่ 12-13 ครั้งที่ 1-4	16.00-17.15	1.15 ชม	-ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลา และสถานที่ที่นัดหมาย ร่วมพูดคุยเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม และดำเนินกิจกรรมด้านการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ -ดำเนินกิจกรรมออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) ตามแผนที่กำหนด
สัปดาห์ที่ 14-15 ครั้งที่ 1-4	16.00-17.15	1.15 ชม	ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลา และสถานที่ที่นัดหมาย ร่วมพูดคุยเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม และดำเนินกิจกรรมด้านการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา ดำเนินกิจกรรมออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) ตามแผนที่กำหนด
สิ้นสุด กิจกรรมใน สัปดาห์ที่ 15	15.00-17.00	2.00ชม	ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่าง ที่ โรงเรียนพนัสพิทยาคาร ตามวันเวลา ที่นัด หมาย -เก็บข้อมูลระยะหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง จากแบบสอบถามแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเครียด แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และ แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย -การวัดสัญญาณชีพ และ ประเมินองค์ประกอบของร่างกาย -กลุ่มตัวอย่างพักรับประทานน้ำและอาหารว่าง -เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างถามปัญหา นัดหมาย วันเวลาและสถานที่สำหรับกิจกรรมครั้งต่อไป
สัปดาห์ที่ 16-23 เริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 16-23 ดำเนินการออกกำลังกายเป็น 3 วันต่อสัปดาห์ ในวันอังคาร พุธ และพฤหัสบดี เวลา 16.00-17.15 น			
สัปดาห์ที่ 16-19 ครั้งที่ 1-12	16.00-17.15	1.15 ชม	-ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลา และสถานที่ที่นัดหมาย ร่วมพูดคุยเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม และดำเนินกิจกรรมด้านการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา -ดำเนินกิจกรรมออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) ตามแผนที่กำหนด
สัปดาห์ที่ 20-24 มีการปฏิบัติการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง โดยนำท่าการออกกำลังกายในช่วงสัปดาห์ที่ 1 มาสลับกับท่าในการออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ 12			
สัปดาห์ที่ 20 ครั้งที่ 1-3	16.00-17.15	1.15 ชม	-ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลา และสถานที่ที่นัดหมาย ร่วมพูดคุยเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม และดำเนินกิจกรรมด้านการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา

สัปดาห์ที่/ ครั้งที่	เวลา	รวมเวลา	กิจกรรม
			ดำเนินกิจกรรมออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) ตามแผนที่กำหนด
สัปดาห์ที่ 21 ครั้งที่ 1-3	16.00-17.15	1.15 ชม	ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลา และสถานที่ที่นัดหมาย ร่วมพูดคุยเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม และ ดำเนินกิจกรรมด้านการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา -ดำเนินกิจกรรมออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) ตามแผนที่กำหนด
สัปดาห์ที่ 22 ครั้งที่ 1-3	16.00-17.15	1.15 ชม	ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลา และสถานที่ที่นัดหมาย ร่วมพูดคุยเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม และ ดำเนินกิจกรรมด้านการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา ดำเนินกิจกรรมออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) ตามแผนที่กำหนด
สัปดาห์ที่ 23 ครั้งที่ 1-3	16.00-17.15	1.15 ชม	ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลา และสถานที่ที่นัดหมาย ร่วมพูดคุยเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม และ ดำเนินกิจกรรมด้านการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา -ดำเนินกิจกรรมออกกำลังกายแบบเซอร์กิตเทรนนิ่ง (Circuit training) ตามแผนที่กำหนด
			เมื่อสิ้นสุดกิจกรรม ผู้วิจัยนัดหมายให้กลุ่มตัวอย่างในการงดนั่งดออาหาร 8 ชั่วโมงเพื่อทำการเจาะเลือด และประเมินผลในระยะติดตามผล
สิ้นสุด สัปดาห์ที่ 23	07.00-10.00	3.00ชม	-ทีมผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงเรียนพนัสพิทยาคาร ตามวันเวลา ที่นัดหมาย -เก็บข้อมูลระยะติดตามผลหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 71 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัย โดยดำเนินการ วัดสัญญาณชีพ ประเมินองค์ประกอบของร่างกาย เจาะเลือดตรวจระดับ ไขมันและระดับน้ำตาลในเลือด -กลุ่มตัวอย่างพักรับประทานอาหารว่าง -ตอบแบบสอบถาม จำนวน 1 ฉบับ ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แบบสอบถาม คุณภาพชีวิต แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเครียด แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และ แบบสอบถาม พฤติกรรมการออกกำลังกาย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างพักรับประทานน้ำและอาหารว่างร่วมกัน -ทีมผู้วิจัยสรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พร้อมทั้งซักถามปัญหา ให้คำแนะนำกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณที่ให้ ความร่วมมือ และยุติการจัดกิจกรรม

ภาคผนวก ค

เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย

การบันทึกการออกกำลังกายในแต่ละวันของท่านควรทำการบันทึกทุกวัน โดยผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยผู้วิจัย จะช่วยประเมินความเหมาะสมของการออกกำลังกายในแต่ละชนิดและประเภท และให้คำแนะนำรวมทั้งการคำปรึกษาในวันที่ดำเนินการติดตามผล

สัปดาห์ที่..... ระหว่างวันที่..... ถึง เดือน..... พ.ศ.

วัน	ชนิดของกีฬาหรือกิจกรรมทางกาย	ระยะเวลาต่อครั้ง (นาที)	จำนวนครั้งต่อวัน	สถานที่
จันทร์				
อังคาร				
พุธ				
พฤหัสบดี				
ศุกร์				
เสาร์				
อาทิตย์				
รวมจำนวนต่อสัปดาห์.....วัน				-

แบบกำกับตนเองในการออกกำลังกาย สัปดาห์ที่

เป้าหมายในการเดินเร็ว	สัปดาห์ที่							สัปดาห์ที่						
	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
ซีพจก่อนออกกำลังกาย														
ซีพจขณะออกกำลังกาย														
ซีพจหลังออกกำลังกาย														
ระยะเวลาที่ออกกำลังกาย (นาที)														
อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะ ออกกำลังกายและการแก้ปัญหา														
ปัญหา หรืออุปสรรคที่ทำให้ท่าน ไม่สามารถไปออกกำลังกายได้และ การแก้ปัญหา														
การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับ ร่างกายและจิตใจในสัปดาห์นี้														

ออกแบบโดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กาญจนา พิบูลย์ 2562

แบบบันทึกการรับประทานอาหาร

การบันทึกรายการอาหารที่ท่านรับประทานในมื้อหลัก และอาหารระหว่างมื้อในแต่ละวัน โดยทำการบันทึกทุกวัน โดยผู้วิจัยและทีมจะช่วยประเมินความเหมาะสมของการบริโภคอาหารในแต่ละมื้อร่วมกับท่าน และให้คำแนะนำ หรือให้ คำปรึกษาในวันนัดติดตามผล

ตารางการบันทึกการรับประทานอาหาร

การบันทึกอาหาร วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....							
หมวดอาหาร	หน่วย	ปริมาณอาหาร					
		มือเช้า	ว่างเช้า	กลางวัน	ว่างบ่าย	มือเย็น	รวม
เวลาที่กิน							
ข้าว/แป้ง	ทัพพี						
ผัก	ทัพพี						
เนื้อสัตว์	ช้อนกินข้าว						
ไขมัน	ช้อนชา						
ผลไม้	ส่วน						
นม	แก้ว						
น้ำตาล	ช้อนชา						

เมนูอาหาร

มือเช้า	ว่างเช้า	กลางวัน	ว่างบ่าย	มือเย็น	ก่อนนอน

ตารางการบันทึกสรุปการรับประทานอาหาร

รวมการตวงนับปริมาณอาหารที่บริโภคใน 1 วัน								
กลุ่ม	ข้าว	ผัก	เนื้อสัตว์	ผลไม้	นม	ไขมัน	น้ำตาล	พลังงาน
หน่วยตวง	ทัพพี	ทัพพี	ช้อนกินข้าว	ส่วน	แก้ว	ช้อนชา	ช้อนชา	กิโลแคลอรี
รวมทั้งวัน								
ปริมาณที่ แนะนำ								
ปริมาณที่ แตกต่าง								
สรุป ได้พลังงานจากอาหารที่ได้รับ.....กิโลแคลอรี								
พลังงานจากอาหารมากกว่ากำหนด.....กิโลแคลอรี								

ภาคผนวก ง

ผลผลิตจากโครงการวิจัย

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพครูในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก

Health promotion model for teachers in a secondary school
in Thailand's eastern region

ทงศักดิ์ ยี่งรัตน์สุข* ปร.ด.

(วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม)

Tanongsak Yingratanasuk*, Ph.D.

(Environmental Science)

ฉาน ปัทมะ พอลยง** วท.ม.

(อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)

Chan Pattama Polyong**, M.Sc.

(Occupational Health and Safety)

กาญจนา พิบูลย์* ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์)

Kanchana Piboon*, Ph.D. (Nursing Science)

ธนิดา จุลวนิชพงษ์*** ปร.ด.

(วิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการกีฬา)

Tanida Julvanichpong***, Ph.D.

(Sports and Exercise Science)

ภัทรา หิรัญรัตน์พงศ์**** วท.ม.

(จิตวิทยาอุตสาหกรรม)

Pattrā Hiranrattanapong****, M.Sc.

(Industrial Psychology)

พวงทอง อินใจ***** ปร.ด.

(การศึกษาและการพัฒนาสังคม)

Puangtong Inchai*****, Ph.D.

(Education and Social Development)

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*Faculty of Public Health, Burapha University

**คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

**Faculty of Science and Technology,

Bansomdejchaopraya Rajabhat University

***คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา

***Faculty of Sport Science, Burapha University

****คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

มหาวิทยาลัยบูรพา

****Faculty of Humanities and Social Science,

Burapha University

*****คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*****Faculty of Medicine, Burapha University

DOI: 10.14456/dcj.2020.18

Received: October 22, 2019 | Revised: November 14, 2019 | Accepted: December 19, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพครู นำไปทดลองใช้ และ ประเมินผลการนำไปใช้ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก คัดเลือกโรงเรียนแบบเจาะจง เป็นโรงเรียน ขนาดใหญ่พิเศษ มีครู 148 คน โดยมีขั้นตอนการทําวิจัย คือ (1) ศึกษาบริบทองค์กร (2) สํารวจข้อมูลเบื้องต้น ภาวะเครียด การจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย และวัดสถานะทางสุขภาพของครู (3) สร้างและพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพครู (4) นำรูปแบบไปทดลองใช้ (5) ประเมินประสิทธิผลของ รูปแบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพครู ประกอบด้วย (1) การสร้างนโยบายสุขภาพ ของโรงเรียน (2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (3) การสร้างองค์กรให้เข้มแข็งเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ (4) การเพิ่มขีดความสามารถของครูในการสร้างเสริมสุขภาพ และ (5) การปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการสุขภาพ และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ทําการทดลองใช้รูปแบบเป็นเวลา 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบ

มีจำนวน 50 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.00) มีอายุเฉลี่ย 44 ปี ส่วนใหญ่มีสภาพสมรส (ร้อยละ 54.00) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในการเป็นครูผู้สอนเฉลี่ย 19.28 ปี ($SD = 11.93$) และทำการสอนในโรงเรียนปัจจุบันเฉลี่ย 11.10 ปี ($SD = 9.53$) ส่วนมากเป็นครูชำนาญการพิเศษ (ร้อยละ 46.00) และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 40.00 ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบพบว่า ค่าคะแนนที่ใช้ประเมินมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าคะแนนการรับรู้ภาวะความเครียดลดลง ค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น ค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และค่าคะแนนสถานะทางสุขภาพเพิ่มขึ้น

Abstract

The purpose of this research and development was to create a model for health promotion for teachers, implement the model, and evaluate its effectiveness in a secondary school in the eastern region. The selected school was an extra-large school with 148 teachers. The research consisted of 5 steps, namely (1) study of the organization context; (2) survey of basic information including stress, self-management of diet and exercise, and health-related quality of life; (3) creation and development of the health promotion model; (4) implementation of the model; and (5) evaluation of the model effectiveness. The instruments used comprised questionnaires and focus group interviews. Data were analyzed using quantitative and qualitative methods. The results revealed that the teachers health promotion model consisted of (1) developing and implementing school health policy; (2) creating supportive environments; (3) strengthening organizational capacity for health promotion; (4) increasing teachers' capabilities for health promotion; and (5) re-orienting health care services toward prevention of illness and promotion of health. The model was implemented for six months. The participants included 50 teachers, mostly female (96.00%), with the average age of 44 years old. The majority was married (54.00%). They had been in the career for 19.28 years ($SD = 11.93$), and had taught in this school for 11.10 years ($SD = 9.53$). Most of the teachers were senior professional level (46.00%). Forty percent had underlying health conditions. The evaluation of the effectiveness of the model indicated that the scores had changed significantly. The perceived stress score decreased, whereas the scores for self-management of diet and exercise and the health-related quality of life increased.

คำสำคัญ

การสร้างเสริมสุขภาพ, คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ, ครู

Keywords

health promotion, health-related quality of life, teachers

บทนำ

ครูมีความสำคัญในการช่วยผลักดันส่งเสริมการศึกษาของเด็กให้เจริญก้าวหน้า การทำงานในโรงเรียนหรือสถานศึกษานั้น ครูต้องมีสุขภาพและคุณภาพชีวิต

ที่ดี จึงจะสามารถสร้างและหล่อหลอมให้เด็กเติบโตทางความรู้ ความคิด มีทักษะชีวิต และสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างเต็มศักยภาพ เมื่อครูมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีแล้วย่อมส่งผลให้เกิดความผูกพันต่อองค์กรและ

วิชาชีพ⁽¹⁾ ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันสำคัญที่จะทำให้เกิด ความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ที่ตั้งไว้ แต่ในปัจจุบันครูส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบ จากภาระหนี้สิน⁽²⁾ มีความเครียดและเหนื่อยหน่ายต่อ การทำงาน⁽³⁾ ไม่สนใจจะพัฒนาการเรียนการสอน หรือ ละทิ้งงานในหน้าที่⁽⁴⁾

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ครูต้องการการดูแลสุขภาพตนเอง ต้องการการพักผ่อน ต้องการความสะดวก ปลอดภัยในการเดินทางมาทำงาน ได้รับเงินเดือนหรือ ค่าตอบแทนที่เหมาะสม ความเท่าเทียมในการปฏิบัติงาน และช่วยกำลังใจจากสถานศึกษา⁽⁵⁾

สุขภาพเป็นรากฐานสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่ง ต่อพัฒนาการทุกด้านของชีวิต⁽⁶⁾ การที่จะมีสุขภาพที่ดี ได้นั้น บุคคลหรือกลุ่มบุคคล จะต้องสามารถบ่งบอก และ ตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถ ตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลง สิ่งแวดล้อม หรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ อีกทั้ง ยังต้องสามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น การลดปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อโรค การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษที่เป็นสาเหตุที่ ทำลายสุขภาพ⁽⁷⁾ องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของ “การสร้างเสริมสุขภาพ” ว่าเป็น “กระบวนการที่ส่งเสริม ให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการจัดการและ ดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น”

ในปี ค.ศ. 1995 องค์การอนามัยโลกได้กำหนด แผนงานสุขภาพโรงเรียน (school health initiative)⁽⁸⁾ ขึ้น เพื่อให้ประเทศต่างๆ ได้นำไปเป็นกรอบในการดำเนินงาน สำหรับในประเทศไทย กรมอนามัยได้เริ่มกำหนดกลยุทธ์ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2541 จัดทำคู่มือและ เกณฑ์มาตรฐานการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 10 องค์ประกอบ⁽⁹⁾ ทำการประเมินและถอดบทเรียนการ ดำเนินงานเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน การดำเนินงานโรงเรียน ส่งเสริมสุขภาพ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทุกภาคส่วนในสังคม ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียน ครู นักเรียน และชุมชน ฯลฯ เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานให้บรรลุผลสำเร็จ⁽⁶⁾ นอกจากนี้การดำเนินงาน

โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ยังขาดความต่อเนื่องและ การบริหารจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ⁽¹⁰⁾

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้างรูปแบบการ สร้างเสริมสุขภาพครู นำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้ และ ประเมินผลการนำรูปแบบฯ ไปใช้ โดยคัดสรรโรงเรียน มัธยมศึกษา (ขนาดใหญ่พิเศษ) แห่งหนึ่งในภาคตะวันออก จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดนัยสำคัญของการ ทดสอบ $\alpha = 0.05$ กำลังของการทดสอบ (power) 90% ใช้ค่าความแปรปรวนจากการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹¹⁾ ที่มีค่า SD = 4.36 และผลต่างของเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ที่คาดว่าจะพบในการศึกษานี้เท่ากับ 2%

ขั้นตอนการทำวิจัย

การสร้าง การนำไปใช้ และการประเมินผล การนำโปรแกรมฯ ไปใช้ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาบริบทองค์กร โดยผู้วิจัยประชุมร่วมกับผู้บริหารโรงเรียน และตัวแทนครูตามกลุ่มสาระ จำนวน 8 คน ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และ ร่วมกันวิเคราะห์บริบทของโรงเรียน โดยใช้เทคนิค SWOT analysis ซึ่งประกอบด้วย จุดแข็ง (strengths) จุดอ่อน (weaknesses) โอกาส (opportunities) และ อุปสรรค (threats)⁽¹²⁾ เพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกันที่จะ ปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ตามแนวทาง การสร้างเสริมสุขภาพที่ประกาศ โดยกฎบัตรรอตตาวา 5 ประเด็น⁽¹³⁾

2. สืบหาข้อมูลเบื้องต้น ภาวะเครียด การจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย และวัดสถานะทางสุขภาพของครู

3. สร้างและพัฒนาูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพครู

4. นำรูปแบบไปทดลองใช้

5. ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป ภาวะเครียด การจัดการสุขภาพด้านการ

รับประทานอาหารและการออกกำลังกาย แบบวัดสถานะสุขภาพของครู (EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย)⁽¹⁴⁾ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ตามกรอบการสร้างเสริมสุขภาพที่ประกาศโดยกฎบัตรอตตาวา⁽¹³⁾ และผลการดำเนินงานตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพครูระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 12 เดือน โดยดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2561 - กันยายน พ.ศ. 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบสอบถามเพื่อวัดสถานะทางสุขภาพของครู (EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย) แปลงค่าคะแนนสถานะทางสุขภาพให้เป็นคะแนนอรรถประโยชน์ (utility) ซึ่งเป็นค่าที่แสดงถึงความพึงพอใจของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง 1 โดย 1 หมายถึง สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด 0 หมายถึง สุขภาพที่ย่ำแย่ที่สุดหรือเสียชีวิต ส่วนค่าอรรถประโยชน์ที่ติดลบ หมายถึง สภาวะที่แย่กว่าตาย (worse than dead) คะแนนอรรถประโยชน์คำนวณจากสภาวะสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ หักลบด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติทางสุขภาพทั้ง 5 ด้าน⁽¹⁴⁾ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ independent t-test ส่วนข้อมูลจากการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และยืนยันความถูกต้องตรงกันของข้อมูลด้วยการตรวจสอบประเด็นให้ตรงกับข้อคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล (conformability)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (หมายเลขใบรับรอง Sci 101/2561) และในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

ผลการศึกษา

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพครู

ผลการวิเคราะห์บริบทของโรงเรียนตามแนวทางที่ประกาศโดยกฎบัตรอตตาวา 5 ประเด็น ประกอบด้วย (1) การสร้างนโยบายสุขภาพของโรงเรียน (2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (3) การสร้างองค์กรให้เข้มแข็งเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ (4) การเพิ่มขีดความสามารถของครูในการสร้างเสริมสุขภาพ และ (5) การปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการสุขภาพ และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

จุดแข็ง (strengths) พบว่า ผู้บริหารให้ความสำคัญกับสุขภาพครู โรงเรียนมีนโยบายส่งเสริมการออกกำลังกาย ตรวจสุขภาพประจำปี ลดการใช้ฟิโรมและถุงพลาสติก มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการปฏิบัติงานและการติดต่อสื่อสาร มีความพร้อมของสถานที่ในการทำกิจกรรมทางกาย ทั้งภายในและนอกอาคาร มีความพร้อมของอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย เช่น ลู่วิ่งไฟฟ้า เครื่องยกน้ำหนักและเครื่องเสียง

จุดอ่อน (weaknesses) พบว่า การดำเนินงานตามโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพขาดความต่อเนื่อง ไม่มีคณะทำงานและผู้รับผิดชอบโดยตรง ไม่ได้นำข้อมูลจากผลการตรวจสุขภาพมาใช้ ไม่มีการสร้างแรงจูงใจหรือกระตุ้นในการสร้างเสริมสุขภาพ ขาดทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม ครูบางคนมีความอายในการออกกำลังกายต่อหน้านักเรียน

โอกาส (opportunities) พบว่า รัฐบาลได้ประกาศนโยบายให้ทุกองค์กรมีการแก้ปัญหาสุขภาพ มีนโยบายให้ทุกองค์กรจัดให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายทุกวันพุธ กระทรวงสาธารณสุขได้รณรงค์ให้ประชาชนลดการบริโภค หวาน มัน เค็ม มีเครือข่ายที่เป็นองค์กรเข้มแข็งด้านการสร้างเสริมสุขภาพเป็นต้นแบบ

อุปสรรค (threats) พบว่า มีแหล่งหรือสถานที่จำหน่ายอาหารจำนวนมากในพื้นที่ที่เอื้อต่อการบริโภคที่จะมีผลเสียต่อสุขภาพ ค่านิยมทางวัตถุ ภาวะเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมเมือง ทำให้ครูบางคนทำงานหนัก และละเลยการสร้างเสริมสุขภาพ

ผลจากการสนทนากลุ่ม ผู้บริหารโรงเรียนและหัวหน้ากลุ่มสาระ ได้ข้อสรุปรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพครู ดังนี้

1. การสร้างนโยบายสุขภาพของโรงเรียน ผู้บริหารกำหนดนโยบายและประกาศนโยบายให้ครูทุกคนรับทราบ จัดให้ครูเข้าร่วมโครงการฯ ตามความสมัครใจ

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โรงเรียนจะรับผิดชอบในการจัดสถานที่และดูแลอุปกรณ์ในการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับครูเป็นการเฉพาะ

3. การสร้างองค์การให้เข้มแข็งเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการจัดตั้งคณะทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย รองผู้อำนวยการโรงเรียน และหัวหน้ากลุ่มสาระต่างๆ ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการประสานงานภายในกลุ่ม กำหนดโปรแกรมการออกกำลังกายให้สอดคล้องกับเป้าหมาย และความสามารถทางร่างกายของครูแต่ละกลุ่ม และกำหนดเวลาในการทำกิจกรรมให้สอดคล้องกับภาระงานของครูเพื่อให้ครูทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

4. การเพิ่มขีดความสามารถของครูในการสร้างเสริมสุขภาพ จัดให้มีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ จัดให้มีการระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ และใช้ผลการตรวจสุขภาพในการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการสร้างเสริมสุขภาพ

5. การปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการสุขภาพ และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ดำเนินการโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบไลน์

แอฟลิเคชั่น และจ้างหน่วยงานภาคเอกชนให้เข้ามาจัดการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน โดยจัดให้มีการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) ทุกวัน อังคารและพุธ และโยคะทุกวันพฤหัสบดี ระหว่างเวลา 16.00-17.00 น. ภายในหอประชุมโรงเรียน

ผลการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพครู

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบสร้างเสริมสุขภาพครูมีจำนวน 50 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.00) มีอายุเฉลี่ย 44 ปี ส่วนใหญ่มีสภาพสมรส (ร้อยละ 54.00) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในการเป็นครูผู้สอนเฉลี่ย 19.28 ปี (SD = 11.93) และทำการสอนในโรงเรียนปัจจุบันเฉลี่ย 11.10 ปี (SD = 9.53) ส่วนมากเป็นครูชำนาญการพิเศษ (ร้อยละ 46.00) และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 40.00

ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพครู ก่อนและหลังการทดลองใน 4 ประเด็น คือ (1) การรับรู้ภาวะความเครียด (2) พฤติกรรมการจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร (3) พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย และ (4) สถานะทางสุขภาพ ใช้ระยะเวลาในการทดลองใช้รูปแบบทั้งสิ้น 6 เดือน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ค่าคะแนนการรับรู้ภาวะความเครียด ลดลง 2.18 คะแนน ค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร เพิ่มขึ้น 13.12 คะแนน ค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย เพิ่มขึ้น 6.42 คะแนน และค่าคะแนนสถานะทางสุขภาพ เพิ่มขึ้น 3.72 คะแนน โดยค่าคะแนนทุกด้านเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนก่อนและหลังการทดลอง (n = 50)

ค่าคะแนน	mean	SD	D	SD _d	T	p-value
การรับรู้ภาวะความเครียด						
ก่อนการทดลอง	20.44	5.66	2.18	6.16	2.50	<0.01
หลังการทดลอง	18.26	6.54				
การจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร						
ก่อนการทดลอง	48.10	14.04	13.12	13.09	-7.08	<0.001
หลังการทดลอง	61.22	15.10				
การจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย						
ก่อนการทดลอง	80.32	13.21	-6.42	13.94	-3.26	<0.01
หลังการทดลอง	86.74	17.08				
ความพึงพอใจต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง						
ก่อนการทดลอง	0.93	0.08	0.02	0.06	-2.77	<0.01
หลังการทดลอง	0.96	0.06				

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับผลการดำเนินงาน ตามโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู มีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมตามโครงการ ทำให้ครูเกิดการตื่นตัว ในการดูแลสุขภาพตนเอง เกิดแรงกระตุ้นให้เข้าร่วม กิจกรรม เพราะรูปแบบมีความชัดเจนเป็นรูปธรรม มีความน่าสนใจ ปฏิบัติตามได้ ไม่ยากจนเกินไป และ เห็นผลที่เกิดขึ้นชัดเจน สถานที่ออกกำลังกายเป็นส่วนตัว หากต้องมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นในการทำกิจกรรมในอนาคต ก็สามารถร่วมจ่ายได้ นอกจากนี้ยังอาจขอรับการ สนับสนุนงบประมาณจากสมาคมผู้ปกครอง การได้รับ กำลังใจจากผู้บริหารมีส่วนช่วยให้เกิดขวัญและกำลังใจ ในการร่วมทำกิจกรรม และพยายามให้บรรลุเป้าหมาย ที่ตั้งไว้ หากมีการสนับสนุนเรื่องน้ำดื่มและเสื้อทีมเพื่อใช้ ในการออกกำลังกาย อาจช่วยให้เกิดความรู้สึกของการ เป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ การใช้ไลน์แอฟพลิเคชันใน การติดต่อสื่อสาร นัดหมาย การส่งรูปถ่าย ข้อมูลความรู้ ต่างๆ และการเชิญชวน และกระตุ้นเตือนเพื่อนสมาชิก ให้มาเข้าร่วมกิจกรรม มีส่วนช่วยกระตุ้น และเกิดความ ต่อเนื่องในการร่วมกิจกรรม ในส่วนครูที่ไม่ได้เข้าร่วม กิจกรรม อาจเป็นเพราะเดินทางไกลและการะครบครว้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“หลังจากมีกิจกรรมนี้เกิดขึ้น ทำให้ครูและ บุคลากรทุกคนตื่นตัวต่อการดูแลสุขภาพ และการ ออกกำลังกายอย่างมาก เพราะโดยปกติก็ตื่นตัวอยู่แล้ว พอมีกิจกรรมนี้เข้ามายิ่งเพิ่มการตื่นตัวยิ่งๆ ขึ้นไปอีก ตอบโจทย์เลยคะ” (ครูหญิง อายุ 43 ปี)

“ตื่นตัว เกิดทักษะการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ทั้งการ warm up, cool down และ strengthening เกิดแรงกระตุ้นอยากดู YouTube คลิปวิดีโอต่างๆ เกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างๆ ” (ครูหญิง อายุ 55 ปี)

“ชอบเทรนเนอร์ คนชกมวยมากคะ เขาดู แข็งแรง น่ารัก ทำให้เราอยากจะออกกำลังกาย มีแรงกระตุ้นอยากจะแข็งแรงอย่างเทรนเนอร์” (ครูหญิง อายุ 26 ปี)

“ตอนแรกไม่ได้ตื่นตัวเรื่องการออกกำลังกาย เลยคะ เพราะชี้แจงไหนจะทำงานหนัก มีคาบสอนจนถึง เย็น พอสอนเสร็จก็หมดเวลาออกกำลังกายไปแล้ว ค่าแล้วก็ไม่อยากจะไปออกกำลังกายคะ เพราะต้อง รีบกลับบ้าน” (ครูหญิง อายุ 43 ปี)

“ถ้าเสร็จโครงการนี้ไปแล้ว ทางโรงเรียนก็คงจะ ไม่มีงบประมาณที่มากพอจะมาสานต่อโครงการนี้ แต่ ก็อยากให้มีมหาวิทยาลัยบูรพาทำให้ต่อคะ” (ครูหญิง อายุ 53 ปี)

“สถานที่ออกกำลังกายที่จัดให้ มีสถานที่ออกกำลังกายที่มีติดชิด เป็นส่วนตัวดีค่ะ เพราะจะได้ไม่อายนักเรียน ไม่อยากใส่ชุดออกกำลังกายมาแล้วนักเรียนเห็นอายหุ่นตัวเอง” (ครูหญิง อายุ 53 ปี)

“หากมหาวิทยาลัยบูรพาทำต่อไม่ได้ เนื่องจากเสร็จโครงการวิจัย ทางโรงเรียนจะทำต่อแน่นอนคะ อาจจะหาแหล่งงบจากสมาคมผู้ปกครองที่มีการจดทะเบียน มีนายกวาระ 2 ปีนั้น เป็นผู้สนับสนุนส่วนหนึ่ง การจัดผ้าป่าการกุศลคะ เพราะทางสมาคมผู้ปกครอง เดิมทีก็มีการสนับสนุนอยู่แล้ว เช่น เคยสนับสนุนการศึกษาดูงาน และให้ทุนการศึกษานักเรียนทุกปีคะ” (ครูหญิง อายุ 38 ปี)

“เสร็จโครงการนี้แล้ว จะขอขบสนับสนุนเพื่อสานต่อโครงการกิจกรรมนี้ คิดไว้แล้ว ร่วมจ่ายได้ เพราะปกติไปออกกำลังกายขององค์การบริหารส่วนตำบล มีร่วมจ่ายสัปดาห์ละ 25 บาท ถ้าขาดกิจกรรมนี้ไปจะหงุดหงิด” (ครูชาย อายุ 59 ปี)

“ปัจจัยสำคัญที่ทำให้โครงการนี้สำเร็จคือ ผู้อำนวยการโรงเรียนให้กำลังใจ พูดถึงโครงการนี้ให้ความสำคัญต่อโครงการนี้ และกล่าวขอบคุณครูและบุคลากรทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมนี้” (ครูหญิง อายุ 53 ปี)

“สำหรับคนที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมนี้ คงเป็นเพราะติดภารกิจงานเยอะ ไม่มีเวลา และไม่ได้เจอะเลือดในวันแรกของกิจกรรม พอไม่ได้มาครั้งแรกก็เลยไม่ได้มาเลย รวมทั้งต้องเดินทางไกล ภาระทางครอบครัว และครูหรือบุคลากรบางคนที่เป็นวัยรุ่น อายุน้อยๆ มีการออกกำลังกายอยู่แล้ว ต้องไปเข้าฟิตเนสหรือโรงยิมที่จ่ายเงินรายเดือนอยู่แล้ว จึงไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมคะ” (ครูหญิง อายุ 53 ปี)

“กิจกรรมการออกกำลังกายรูปแบบนี้เป็นครั้งแรกเลยคะ โรงเรียนเราไม่เคยมีรูปแบบการออกกำลังกายแบบนี้มาก่อนเลย ซึ่งทุกกิจกรรมที่ให้ ดิฉันเข้าร่วมทุกกิจกรรมเลยคะ ทั้งออกกำลังกายและโยคะ” (ครูหญิง อายุ 53 ปี)

“ตั้งแต่โรงเรียนก่อตั้งมา 80 ปีแล้ว นี่เป็นครั้งแรกที่มีรูปแบบการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน เป็นรูปธรรมที่สุดครับ” (ครูชาย อายุ 59 ปี)

“อยากได้โค้ชที่เช็ชี่ ๆ จะได้เกิดแรงบันดาลใจ มีแรงกระตุ้นที่อยากจะออกกำลังกาย เช่น โค้ชที่ต้อยมวยสนุก ทำให้ได้เหงื่อเยอะมากคะ” (ครูหญิง อายุ 53 ปี)

“เวลาที่ใช้ออกกำลังกายในกิจกรรมนี้ 1 ชั่วโมงพอดีเหมาะสมแล้วคะ” (ครูหญิง อายุ 38 ปี)

“อยากมีเสื้อทีมในการออกกำลังกายคะ จะได้เป็นระเบียบ เป็นแนวเดียวกัน” (ครูหญิง อายุ 53 ปี)

“เสื้อทีมไม่จำเป็นคะ เพราะอยากจะใส่เสื้อผ้าออกกำลังกายที่สวยๆ ถูกใจตามที่ตัวเองอยากใส่ เช็ชี่ๆ ใส่มาอวดเพื่อนอะไรอย่างนี้คะ หรือถ้าเพื่อนคนไหนสนใจก็ช่วยแนะนำ ช่วยสั่งซื้อให้ด้วยได้เลยคะ” (ครูหญิง อายุ 38 ปี)

“น้ำดื่ม ส่วนใหญ่ครูหลาย ๆ คนเขาก็เตรียมกันมาเอง แต่บางคนลืมก็ไม่มีน้ำดื่ม เนื่องจากกิจกรรมออกกำลังกาย ไม่ได้มีการจัดเตรียมน้ำดื่มให้” (ครูหญิง อายุ 38 ปี)

วิจารณ์

การศึกษาที่ผ่านมาในประเด็นของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มีงานวิจัยหลายฉบับมุ่งเน้นเป้าหมายการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มนักเรียน⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ ทั้งนี้เพราะเป็นเด็กวัยเรียน และเยาวชนสามารถพัฒนาเป็นพฤติกรรมพื้นฐานของภาวะสุขภาพตลอดชีวิตที่มีอยู่ได้⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตาม ต้นแบบของพฤติกรรมสุขภาพหรือผู้ที่ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพให้นักเรียนเหล่านั้น ยังต้องเป็นหน้าที่ของครูในโรงเรียนเป็นหลัก ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ จึงเป็นส่วนขยายการวิจัยไปยังสุขภาพของครู เพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของครูที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงเรียน และให้ครูเกิดการพัฒนาทักษะด้านสุขภาพของตนเอง อนึ่ง ครูจะได้เป็นแบบอย่างให้แก่เด็กนักเรียนและสามารถถ่ายทอดจากประสบการณ์ด้านสุขภาพนั้นสู่นักเรียนต่อไป นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานการประเมิน

โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ⁽⁹⁾ ที่ได้กำหนดไว้ในองค์ประกอบที่ 10 ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงเรียน ซึ่งบุคลากรในโรงเรียนต้องมีการประเมินสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องสุขภาพอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และบุคลากรในโรงเรียนต้องเข้าร่วมกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นตามแผนงานของโรงเรียน ซึ่งในอดีตที่ผ่านมาโรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษแห่งนี้ ยังไม่มีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม

จากการศึกษาบริบทขององค์กรพบว่า โรงเรียนแห่งนี้มีความพร้อมของสถานที่ และอุปกรณ์ในการส่งเสริมสุขภาพทางกาย เช่น มีลู่วิ่งไฟฟ้า เครื่องยกน้ำหนักและเครื่องเสียง แต่ยังไม่สามารถสร้างแรงจูงใจหรือกระตุ้นให้ครูสนใจออกกำลังกายได้ ทั้งนี้อาจเกิดจากอุปกรณ์ที่มีอยู่ไม่ตรงกับความต้องการของครู ซึ่งครูส่วนใหญ่ในการศึกษานี้เป็นผู้หญิง แต่อุปกรณ์ที่มีเป็นเครื่องออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน (resistance exercise) ครูอาจคิดเห็นว่า ไม่เหมาะสมกับตัวเอง อีกทั้งอุปกรณ์การออกกำลังกายดังกล่าวเป็นการออกกำลังกายแบบบุคคล อาจขาดแรงกระตุ้นจากเพื่อน สังคม หรือเครือข่าย⁽¹³⁾

ในการศึกษาครั้งนี้ได้วิเคราะห์บริบทของโรงเรียน พบจุดอ่อนของการขาดการออกกำลังกายของครูในโรงเรียน จึงทำให้ทราบถึงอีกหนึ่งเหตุผลคือครูบางคนอาจจะออกกำลังกายต่อหน้านักเรียน ซึ่งทีมผู้วิจัยจึงได้นำมาปรับใช้ในการจัดรูปแบบของการออกกำลังกาย โดยเลือกสถานที่ที่เหมาะสม ผลของการจัดรูปแบบฯ สอดคล้องกับการแสดงความคิดเห็นของครูหญิง (อายุ 53 ปี) ที่ต้องการสถานที่ออกกำลังกายที่มิดชิด เป็นส่วนตัว เพราะจะได้ไม่อายนักเรียน อย่างไรก็ตาม ในประเด็นชุดออกกำลังกาย ในกลุ่มครูอาจมีทัศนคติทางความเห็นไม่ตรงกันบ้าง ซึ่งอาจเป็นมุมมองตามช่วงอายุและเพศที่แตกต่างกัน⁽¹⁷⁾

รูปแบบในการสร้างเสริมสุขภาพครูในโรงเรียนนี้ ใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิกและโยคะ เห็นได้ว่าครูต้องการการออกกำลังกายที่เน้นการเสริมความ

แข็งแรงของหัวใจและปอด กระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต เพิ่มปริมาณการใช้ออกซิเจนและการเผาผลาญแคลอรี⁽¹⁸⁾ นอกจากนี้เป็นการออกกำลังกายด้วยกิจกรรมแบบกลุ่มมากกว่าการออกกำลังกายแบบบุคคล ความสัมพันธ์ใกล้ชิดโดยเฉพาะสังคมเพื่อน จะเป็นแรงกระตุ้นที่สำคัญในการออกกำลังกาย⁽¹⁹⁾ อีกทั้งมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในกลุ่ม การสร้างบรรยากาศในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาช่องทางเข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลาย จะเป็นปัจจัยเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในสถานศึกษาได้⁽⁶⁾

ผลการเปรียบเทียบการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพครูก่อนและหลังการทดลอง พบว่ารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ สามารถลดการรับรู้ภาวะความเครียดได้ สอดคล้องกับงานวิจัยอื่น⁽¹⁸⁾ ที่ได้ทดลองใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิก ทำให้ฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) ลดลง และช่วยเพิ่มฮอร์โมนเอนโดรฟิน (endorphine) ซึ่งเป็นสารต่อต้านภาวะซึมเศร้า⁽²⁰⁾ จึงมีผลช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และเกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมปฏิบัติตามรูปแบบฯ ได้อย่างสม่ำเสมอ

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่สร้างและพัฒนาขึ้น มีผลให้ครูเกิดพฤติกรรมการจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และสถานะทางสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย โดยค่าคะแนนทุกด้านเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นครูที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งในขั้นต้นอยู่ในระยะมีความพร้อม และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองอยู่แล้ว แต่ต้องการข้อมูลสนับสนุนการปฏิบัติ คำปรึกษาหรือความรู้เพิ่มเติม ซึ่งตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะอยู่ในระยะนี้ภายใน 30 วัน⁽²¹⁾ ซึ่งรูปแบบฯ ที่ได้จัดกิจกรรม มีระยะเวลาครอบคลุมของระยะการตัดสินใจสู่การปฏิบัติเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้รูปแบบฯ ยังใช้แรงสนับสนุนทางสังคม เครือข่ายเพื่อนร่วมงาน⁽¹³⁾ เพื่อสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจและกระตุ้นเตือน สื่อสารความรู้ในช่องทางที่สะดวก

แก่การเข้าถึง เช่น ผ่านการสื่อสารไลน์เฉพาะกลุ่ม ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูล และเสริมพลังทางบวกของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ครูจึงตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามโปรแกรมแทรกแซงอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ระยะหลังการทดลอง ครูมีพฤติกรรมจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองดีขึ้นในทุกด้าน

บทสรุปของความสำเร็จในการจัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพครูครั้งนี้ เป็นไปตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพที่ประกาศโดยกฎบัตรออตตาวา⁽¹³⁾ และแผนงานสุขภาพโรงเรียนขององค์การอนามัยโลก⁽⁸⁾ กล่าวคือ โรงเรียนมีรูปแบบฯ เป็นของตัวเอง โดยครูทุกคนรับทราบและมีครูสนใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ผู้บริหารโรงเรียนให้ความสำคัญและประกาศเป็นนโยบาย มีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ สนับสนุนเวลาและสถานที่ในการทำกิจกรรม จัดตั้งคณะทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้เกิดความเข้มแข็งและต่อเนื่องของกิจกรรม มีการเพิ่มขีดความสามารถของครูในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้หลักการมีส่วนร่วม และดำเนินการอย่างเป็นระบบ ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อสร้างเครือข่าย และให้ข้อมูลความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพต่างๆ มีการวัดผลที่ชัดเจน ส่งผลให้รูปแบบฯ นี้ บรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้

เอกสารอ้างอิง

1. Napao P. Quality of work life and commitment with organization of faculty and staff at private vocational education college in Bangkok. *Journal of Business Administration* 2013;2:64-71. (in Thai)
2. Tulasuk P. New govt bid to tackle teacher debt [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 30]. Available from: <https://www.bangkokpost.com/learning/news/1245490/new-govt-bid-to-tackle-teacher-debt>
3. Brunsting NC, Sreckovic MA, Lane KL. Special education teacher burnout: a synthesis of research from 1979 to 2013. *Educ Treat Children* 2014;37:681-711.
4. Prompinit N, Chalakbang W, Kitisriworapan P. The development of quality of life indicators of teachers under the Office of Sakon Nakhon Primary Education Service Area 2. *Nakhon Phanom University Journal* 2015;5:42-7. (in Thai)
5. Senakij K. The quality of the working life of the teachers under the Office of Secondary Education Service Area 26. *Sripatum Chonburi Journal* 2018;15:245-52. (in Thai)
6. Iemsawasdikul W. Health promotion in educational institute. *Journal of Safety and Health* 2018;11:1-11. (in Thai)
7. Health Intervention and Technology Assessment Program. What is the difference between health care and health promotion? [Internet]. 2012 [cited 2019 Sep 30]. Available from: <http://www.hitap.net/17295> (in Thai)
8. World Health Organization. Global school health initiative [Internet]. 1995 [cited 2019 Sep 30]. Available from: https://www.who.int/school-youth_health/gshi/en
9. Department of Health, Ministry of Public Health. School health promotion manual. (Revised edition, 2015). Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
10. Kittiratchakool N, Chinnacom D, Phothihang O, Praditsitthikorn N, Teerawattananon Y, Tantivess S. An evaluation of data and report systems in the elementary school health services: a case study in two provinces of Thailand. *Journal of Health Systems Research* 2018;12:306-27. (in Thai)

11. Mongkol S, Hansuwannakorn P, Mikaphon S, Siwakritsanakun K. Effect of seven-minute exercise program on body-fat percentage in obese women. *Srinagarind Med J* 2019;34:75–82. (in Thai)
12. Subramaniam M. SWOT analysis: discover new opportunities, manage and eliminate threats” [Internet]. [cited 2018 Feb 24]. Available from: https://www.academia.edu/12919077/SWOT_Analysis_Discover_new_opportunities_Manage_and_eliminate_threats
13. World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion [Internet]. 2005 [cited 2019 Sep 30]. Available from: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
14. Pattanaphesaj J. Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2014. 180 p. (in Thai)
15. Chanchorn W. A study of oral health promotion integration in primary school Song District, Phrae Province. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center* 2017;34:237–46. (in Thai)
16. Maksampan P. The style of cooperative management to promote the best of health of the students of Paidampittayakom Ratchamangkalapisek School. *Lampang Rajabhat University Journal* 2015;4:1–15. (in Thai)
17. Varoonchotikul S, Srisornkompon P. Purchasing guide of workout outfit for walking running exercise persons in Bangkok Metropolis. *Journal of Marketing and Management* 2018;4:105–16. (in Thai)
18. Nabkasorn C, Daewisaret W, Denan A. Effects of exercise program on depression and cortisol hormone in female adolescents with depressive symptoms. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2018;19 (Supplement):248–58. (in Thai)
19. Kawela S, Kengganpanich M, Kengganpanich T, Benjakul S. Exercise behavior among employees of industries in Bangkok. *Journal of Health Education* 2013;36:81–93. (in Thai)
20. Nabkasorn C, Miyai N, Sootmongkol A, Junprasert S, Yamamoto H, Arita M, et al. Effects of physical exercise on depression neuro-endocrine stress hormones and physiological fitness in adolescent females with depressive symptoms. *Eur J Public Health* 2006;16:179–84.
21. Nitirat P, Pisaipan P, Rongmuang D, Lekwong S. Effects of mixed-theory based model for behavioral modification on the perception toward self-efficacy in self-management and the reduction of chronic disease risks among professional and non-professional staffs in Phrapokklao College of Nursing, Chanthaburi, Thailand. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center* 2018;35:18–29. (in Thai)

ลักษณะงานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของครูในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดชลบุรี

ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข (ปร.ด.)¹ กาญจนา พิบูลย์ (ปร.ด.)¹ ธนิตา จุลวนิชย์พงษ์ (ปร.ด.)² และ พวงทอง อินใจ (ปร.ด.)³

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย

² คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย

³ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย

บทคัดย่อ

บริบท ครูเป็นอาชีพที่พบว่า มีความเครียดจากการทำงานสูง เนื่องจากความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้นและภาระงานที่ต้องทำให้เสร็จภายในเวลาที่กำหนด ที่ผ่านมามีงานวิจัยจำนวนไม่มากนักที่ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดจากการทำงานของครูในประเทศไทย

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาองค์ประกอบของงาน ความเครียดจากการทำงาน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของครูในโรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดชลบุรี โดยใช้แนวคิดของ Karasek

วิธีการศึกษา เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณแบบโลจิสติก

ผลการศึกษา พบว่า ครูส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.0) อายุเฉลี่ย 39 ปี ประกอบอาชีพครูมาแล้ว โดยเฉลี่ย 13.43 ปี สอนในโรงเรียนที่อยู่ปัจจุบันมาแล้วโดยเฉลี่ย 7.88 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่งครูชำนาญการ (ร้อยละ 30.0) จากคะแนนประเมินองค์ประกอบของงาน (คะแนนเต็ม 4) องค์ประกอบด้านอิสรภาพในเชิงทักษะมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 การควบคุมหรืออำนาจในการตัดสินใจ 3.06 ข้อเรียกร้องจากงาน 2.68 และการสนับสนุนทางสังคม 3.20 โดยส่วนมากมีความเครียดจากการทำงานต่ำ ร้อยละ 32.7 ทำงานในเชิงรับ ร้อยละ 30.3 ทำงานในเชิงรุก ร้อยละ 20.7 และมีความเครียดจากการทำงานสูง ร้อยละ 16.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานพบว่า ครูเพศหญิงมีความเสี่ยงที่จะมีความเครียดจากการทำงานมากกว่าครูเพศชาย 2.65 เท่า (adjusted odds ratio [ORadj] 2.65, 95% CI 1.29 to 5.46) และครูที่มีตำแหน่งชำนาญการขึ้นไป มีความเสี่ยงที่จะมีความเครียดจากการทำงานมากกว่าครูที่มีตำแหน่งครูผู้ช่วยและครูระดับปฏิบัติการ 2.63 เท่า (ORadj 2.63, 95% CI 1.30 to 5.33) ทั้งนี้เมื่อควบคุมตัวแปรด้านระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนปัจจุบัน โรคประจำตัว และการสูบบุหรี่

สรุป ถึงแม้สัดส่วนของครูที่มีความเครียดจากการทำงานสูงมีเพียงร้อยละ 16.3 แต่ก็ยังเป็นปัญหาที่ไม่ควรมองข้าม ผู้วิจัยขอเสนอแนะว่าควรมีการเฝ้าระวังปัญหาความเครียดจากการทำงาน ในครูเพศหญิงที่มีตำแหน่งชำนาญการขึ้นไป โดยปรับองค์ประกอบของงานด้านการควบคุม โดยเฉพาะในเรื่องการเพิ่มอิสระในการตัดสินใจว่าจะทำงานอย่างไร และจัดโปรแกรมการจัดการความเครียดที่เหมาะสมเฉพาะบุคคลเพื่อให้ครูสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้

คำสำคัญ ลักษณะงาน ความเครียดจากการทำงาน ครู แบบสอบถามองค์ประกอบของงาน

ผู้พิมพ์ที่รับผิดชอบ

ทงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ประเทศไทย

E-mail: yingrata@yahoo.com

วันที่รับบทความ : ตุลาคม 2562

วันที่ตอบรับบทความ : พฤศจิกายน 2562

Job aspects and factors related to job stress among secondary school teachers in Chonburi Province

Tanongsak Yingratanasuk (Ph.D.)¹, Kanchana Piboon (Ph.D.)¹, Tanida Julvanichpong (Ph.D.)², and Puangtong Inchai (Ph.D.)³

¹Faculty of Public Health, Burapha University, Chonburi, Thailand

²Faculty of Sport Science, Burapha University, Chonburi, Thailand

³Faculty of Medicine, Burapha University, Chonburi, Thailand

Abstract

Introduction Teaching is a highly stressful occupation, due to increased responsibilities and demanding deadlines. Despite the high priority of this issue, there are few studies of work-related stress among teachers in Thailand.

Objective This research aimed to apply the Karasek Model of job aspects and to identify factors related to job stress among secondary school teachers in Chonburi Province.

Materials and Methods Data was collected through a questionnaire and analyzed by descriptive statistics and logistic regression analysis.

Results The results revealed that most teachers in the sample were female (72%), with an average age of 39 years old. They had been teaching for an average of 13.4 years (with 7.9 years at their current school). Data on specific job components (with maximum scores of 4) revealed these mean scores: Skills Discretion at 3.46, Control at 3.06, Job Demands at 2.68 and Social Support at 3.20. Low strain jobs accounted for 32.7% of the variance – passive jobs: 30.3%. Active jobs accounted for 20.7%, and high strain jobs was significant at 16.3%. The regression analysis revealed that female teachers had a higher risk of job stress than their male counterparts (adjusted odds ratio [OR_{adj}] 2.65, 95% CI 1.29 to 5.46) and teachers at the professional level or higher were more at risk of job stress than teachers with lower positions (OR_{adj} 2.63, 95% CI 1.30 to 5.33) – i.e., after setting controls for educational attainment, years taught at the current school, personal illness and smoking.

Conclusion Although the proportion of teachers indicating high strain was only 16.3 percent, it should not be overlooked. The researcher recommends that surveillance of job stress should be monitored among female teachers as well as those with professional levels, by increasing job control or decision latitude. Stress management programs suitable for each individual should be introduced.

Keywords Job aspects, Work-related stress, Teachers, Job content questionnaire

Corresponding author Tanongsak Yingratanasuk
169 Longhaad Bangsaen Road, Saensook Sub-district,
Mueang District, Chonburi, Thailand, 20131
E-mail: yingrata@yahoo.com

Received Date: October 2019

Accepted Date: November 2019

อ้างอิง

ทณงศักดิ์ ยิ่งรัตน์สุข, กาญจนา พิบูลย์, ธนิตา จุลวนิชย์พงษ์, พวงทอง อินใจ. ลักษณะงานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของครูในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดชลบุรี. บุรพาเวชสาร. 2563; 7(1): 32-46.

Citation

Yingratanasuk T, Piboon K, Julvanichpong T, Inchai P. Job aspects and factors related to job stress among secondary school teachers in Chonburi Province. BJM 2020; 7(1): 32-46.

บทนำ

การทำงานแต่ละอาชีพทำให้เกิดความเครียดในระดับที่แตกต่างกัน ครูเป็นอาชีพที่พบว่ามีความเครียดจากการทำงานสูง¹ เนื่องจากความรับผิดชอบในการสอนที่มากขึ้น การสื่อสารทางโซเชียลที่รวดเร็ว ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเข้าใจที่ผิดพลาดจากการปฏิบัติระหว่างครูและนักเรียน การรับการประเมินที่มีมากมายไม่สิ้นสุด และภาระงานที่นอกเหนือจากการสอนที่ต้องทำให้แล้วเสร็จภายในเวลาที่กำหนด ความเครียดจากการทำงาน ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม นำไปสู่ความเจ็บป่วยโดยโรคต่าง ๆ เช่น โรคอ้วน² ความดันโลหิตสูง แผลในกระเพาะอาหาร เบาหวาน³ และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด⁴ มีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และอาจนำไปสู่การขาดงานหรือลาออกจากงานในที่สุด⁵ งานวิจัยในประเทศสิงคโปร์พบว่าครูมีความเครียดจากการทำงานสูงกว่านายความ พยาบาล วิศวกร และแพทย์⁶ ความเครียดจากการทำงานส่งผลให้เกิดความสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ผลผลิตลดลง ค่ารักษาพยาบาลความเจ็บป่วยด้วยโรค ที่เกี่ยวเนื่องกับความเครียด⁷ การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดจากการทำงานของครูในประเทศสาธารณรัฐมาซิโดเนีย พบว่า อายุ เพศ วุฒิการศึกษา ตำแหน่ง และจำนวนปีในโรงเรียนที่สอนอยู่ มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดจากการทำงาน และพบว่าครูที่สอนในระดับชั้นประถมศึกษามีความเครียดจากการทำงานสูงกว่าครูที่สอนในระดับชั้นมัธยมศึกษา⁸

ปัจจุบันมีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดจากการทำงานของครูในประเทศไทย โดยพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดจากการทำงานของครู ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และประสิทธิภาพในการทำงานของครู ซึ่งพบว่า ครูมีความเครียดจากการทำงานในระดับน้อย⁹ ถึงปานกลาง¹⁰ มีการใช้แบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST - 20)¹¹

ซึ่งไม่ใช่แบบวัดความเครียดจากการทำงาน เพราะไม่ได้ระบุถึงปัจจัยในงานที่เป็นสาเหตุของความเครียด (stressors) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของครู ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน และภาระงาน⁹ และพบว่าครูที่สอนในระดับชั้นมัธยมศึกษามีความเครียดสูงกว่าครูที่สอนในระดับชั้นอื่น ๆ¹¹ ในส่วนของการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการทำงานของครู พบว่า ความเครียดจากการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการทำงาน¹⁰ ซึ่งไม่สอดคล้องกับทฤษฎีที่ว่า ความเครียดหรือภาวะกดดันในระดับที่เหมาะสม (eustress) จะทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มขึ้น แต่ถ้าภาวะกดดันที่มากเกินไป (distress) จะทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง¹²

Karasek (1979)¹³ ได้สร้างแบบจำลองเพื่ออธิบายความเครียดจากการทำงาน และสามารถวัดโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย และมีการแปลเป็นภาษาต่าง ๆ หลายภาษา แบบจำลองนี้อธิบายว่า ความเครียดจากการทำงานเกิดจากความไม่สมดุลของข้อเรียกร้องจากงาน (job demand) และอำนาจในการตัดสินใจ (decision latitude หรือ control) จากแนวคิดนี้สามารถจำแนกลักษณะงานออกได้เป็น 4 กลุ่ม คือ งานที่มีความเครียดต่ำ (low strain job) งานที่มีความเครียดสูง (high strain job) งานในเชิงรุก (active job) และงานในเชิงรับ (passive job) ที่ผ่านมามีการนำเอาแนวคิดนี้ไปใช้ในการวิจัยต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก¹⁴ โดยศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของงาน และการจำแนกลักษณะงานเพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัจจัยในงานที่ส่งผลให้เกิดความเครียดจากการทำงานได้¹³

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะงาน ความเครียดจากการทำงาน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของครูในโรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดชลบุรี เพื่อ

ให้เห็นรายละเอียดขององค์ประกอบของงาน ลักษณะงาน และปัจจัยด้านประชากรสังคมที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานในกลุ่มอาชีพครู ซึ่งจะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงองค์ประกอบของงานในด้านต่าง ๆ เพื่อแก้ไข ปัญหาความเครียดจากการทำงาน และส่งเสริมให้มีการทำงานในเชิงรุกในประชากรกลุ่มนี้ต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะงานและ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของครู ในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดชลบุรี ประชากรคือ ครู จำนวน 2,492 คน จากโรงเรียนมัธยม 31 แห่ง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรที่ใช้ในการสำรวจเพื่อการประมาณสัดส่วน¹⁵ โดยใช้สัดส่วนความชุกของภาวะเครียดจากการทำงานจากผลการการศึกษาของ วลีรัตน์ เชื้อเทิดทูนภุญช และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2560)¹⁶ ($p = .223$) ได้ขนาดตัวอย่าง 250 คน จาก 12 โรงเรียน คัดเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทางประชากรสังคม จำนวน 12 ข้อ และข้อมูลลักษณะงาน จำนวน 22 ข้อ จาก Job Content Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai JCQ)¹⁷ ที่ได้ทดสอบค่าความตรง¹⁸ ผู้วิจัยได้ทดสอบค่าความเชื่อมั่นได้ค่า cronbach's alpha = .92 ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 4 ระดับ (1 = ไม่เห็นด้วยมาก 2 = ไม่เห็นด้วย 3 = เห็นด้วย 4 = เห็นด้วยมาก) โดยมีข้อคำถามเชิงลบที่ต้องกลับค่าคะแนน 3 ข้อ ลักษณะงานมี 4 องค์ประกอบ คือ อิสระภาพในเชิงทักษะ (skill discretion; sd) อำนาจในการตัดสินใจ (decision latitude หรือ control; c) ข้อเรียกร้องจากงาน (demands; d) และการสนับสนุนทางสังคม (social support; ss) ดังแสดงในภาคผนวก แปลผลลักษณะงานออกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มีความเครียด

จากการทำงานสูง 2) กลุ่มที่มีความเครียดจากการทำงานต่ำ 3) กลุ่มงานเชิงรุก และ 4) กลุ่มงานเชิงรับ โดยใช้ค่ามัธยฐานเป็นตัวแบ่ง กลุ่มที่มีความเครียดจากการทำงานสูง มีค่าคะแนนข้อเรียกร้องจากงานสูงกว่าค่ามัธยฐาน แต่ค่าคะแนนอิสระภาพในเชิงทักษะและอำนาจในการตัดสินใจต่ำกว่าค่ามัธยฐาน กลุ่มที่มีความเครียดจากการทำงานต่ำ มีค่าคะแนนข้อเรียกร้องจากงานต่ำกว่าค่ามัธยฐาน แต่ค่าคะแนนอิสระภาพในเชิงทักษะและอำนาจในการตัดสินใจสูงกว่าค่ามัธยฐาน กลุ่มงานเชิงรุก มีค่าคะแนนของอิสระภาพในเชิงทักษะอำนาจในการตัดสินใจ และข้อเรียกร้องจากงานสูงกว่าค่ามัธยฐาน ส่วนกลุ่มงานในเชิงรับมีค่าคะแนนของอิสระภาพในเชิงทักษะ อำนาจในการตัดสินใจ และข้อเรียกร้องจากงานต่ำกว่าค่ามัธยฐาน¹⁹⁻²² การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณแบบโลจิสติก โดยแบ่งตัวแปรตามออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มเครียดคือกลุ่มที่มีความเครียดจากการทำงานสูง และกลุ่มไม่เครียด คือกลุ่มอื่น ๆ ที่เหลือ ได้แก่กลุ่มที่มีความเครียดจากการทำงานต่ำ กลุ่มงานเชิงรุก และกลุ่มงานเชิงรับ งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย Sci 101/2561

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษารั้งนี้มีจำนวน 300 คน ซึ่งมากกว่าที่คำนวณไว้เนื่องจากเมื่อเลือกโรงเรียนได้แล้วครูทุกคนในโรงเรียน มีความประสงค์ที่จะเข้าร่วมเป็นตัวอย่างในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.0) อายุเฉลี่ย 39 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 40.0 น้ำหนักเกินถึงอ้วน ร้อยละ 49.7 ประกอบอาชีพครูมาแล้ว โดยเฉลี่ย 13.43 ปี สอนในโรงเรียนที่อยู่ปัจจุบันมาแล้ว โดยเฉลี่ย 7.88 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่งครูชำนาญการ (ร้อยละ 30.0) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.0) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 67.0) และออกกำลังกายสม่ำเสมอ (ร้อยละ 52.0) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=300)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	84	28.0
หญิง	216	72.0
อายุ (ปี) Min= 21 Max = 60 Mean = 38.98 S.D.= 11.03		
21 - 30	89	29.7
31 - 40	91	30.3
41 - 50	57	19.0
51 - 60	63	21.0
ดัชนีมวลกาย Min = 15.43 Max = 37.11 Mean = 23.32 S.D.= 4.04		
ต่ำ	31	10.3
ปกติ	120	40.0
น้ำหนักเกิน	60	20.0
อ้วน	89	29.7
สถานภาพสมรส		
โสด	166	48.0
คู่	125	49.0
หม้าย หย่า แยก	9	3.0
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	206	68.7
ปริญญาโท	96	31.0
ปริญญาเอก	1	0.3
จำนวนปีที่ทำงานเป็นครู (ปี)		
<10	164	54.7
11 - 20	48	16.0
21 - 30	51	17.0
> 31	37	12.3
จำนวนปีที่สอนในโรงเรียนปัจจุบัน (ปี) Min = 0.2 Max = 39.0 Mean = 7.88 S.D. = 7.95		
< 10	223	74.3
11 - 20	45	15.0
21 - 30	26	8.7
> 31	6	2.0

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=300)	ร้อยละ
ตำแหน่ง		
ครูผู้ช่วย	55	18.3
ครูระดับปฏิบัติการ	61	20.3
ครูระดับชำนาญการ	90	30.0
ครูระดับชำนาญการพิเศษ	83	27.7
ครูระดับเชี่ยวชาญ	3	0.0
ครูระดับเชี่ยวชาญพิเศษ	8	2.7
โรคประจำตัว		
มี	87	29.0
ไม่มี	213	70.0
สูบบุหรี่		
สูบ	99	33.0
ไม่สูบ	201	67.0
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ดื่ม	121	40.3
ไม่ดื่ม	179	59.7
ออกกำลังกาย		
เป็นประจำ	156	52.0
ไม่สม่ำเสมอ	144	48.0

ผลการจำแนกลักษณะงานตามแนวคิด Demand-Control ของ Karasek¹³ พบว่า องค์ประกอบด้านอิสรภาพในเชิงทักษะ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.46 การควบคุมหรืออำนาจในการตัดสินใจ

3.06 ข้อเรียกร้องจากงาน 2.68 และการสนับสนุนทาง สังคม 3.20 (ตารางที่ 2) โดยมีความเครียดจากการ ทำงานสูง ร้อยละ 16.3 มีความเครียดจากการทำงานต่ำ ร้อยละ 32.7 ทำงานในเชิงรุกร้อยละ 20.7 และทำงาน ในเชิงรับ ร้อยละ 30.3 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 คะแนนลักษณะงาน จำแนกรายด้านและรายข้อ

ลักษณะงาน	ค่าเฉลี่ย	ค่ามัธยฐาน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	การแปลผล
อิสรภาพในเชิงทักษะ	3.46	3.5	0.42	2	4	ต่ำ
1. ในการทำงานคุณต้องชวนขายเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ	3.61	4	0.52	1	4	สูง
2. งานที่คุณต้องการทักษะและความชำนาญระดับสูง	3.32	3	0.58	2	4	สูง
3. ในการทำงานคุณได้พัฒนาความสามารถของตนเอง	3.47	3	0.50	2	4	สูง
การควบคุม	3.06	3	0.50	2	4	สูง
4. ในการทำงานคุณมีโอกาสตัดสินใจด้วยตัวเอง	3.32	3	0.53	2	4	สูง
5. คุณแสดงความเห็นได้เต็มที่ในเรื่องที่เกิดขึ้นในงานของคุณ	3.26	3	0.58	1	4	สูง
6. คุณมีอิสระในการตัดสินใจว่าจะทำงานอย่างไร	2.62	3	0.96	1	4	ต่ำ
ข้อเรียกร้องจากงาน	2.68	2.71	0.32	1.57	3.57	ต่ำ
7. งานของคุณต้องทำซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้ง	2.81	3	0.76	1	4	ต่ำ
8. คุณต้องทำงานที่มีลักษณะหลากหลายมาก	2.98	3	0.65	1	4	ต่ำ
9. งานของคุณเป็นงานที่ต้องทำอย่างรวดเร็ว	2.91	3	0.59	1	4	ต่ำ
10. งานของคุณเป็นงานหนัก	2.56	3	0.78	1	4	ต่ำ
11. คุณต้องทำงานมากจนเกินไป	2.55	3	0.73	1	4	ต่ำ
12. คุณต้องแก้ไขปัญหาหรือข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นในงานหรือจากเพื่อนร่วมงาน	2.68	3	0.71	1	4	ต่ำ
13. คุณมีเวลาไม่เพียงพอที่จะทำงานให้เสร็จ	2.31	2	0.79	1	4	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	3.20	3	0.38	2.25	4.00	สูง
14. หัวหน้าคุณเอาใจใส่ทุกข์สุขของลูกน้อง	3.13	3	0.62	1	4	สูง
15. หัวหน้าคุณให้ความสนใจกับสิ่งที่คุณพูด	3.14	3	0.52	2	4	สูง
16. หัวหน้าคุณเก่งในการทำให้คนทำงานร่วมกันได้	3.10	3	0.54	1	4	สูง
17. หัวหน้าคุณช่วยเหลือให้งานสำเร็จลุล่วงไป	3.19	3	0.56	1	4	สูง
18. ผู้ร่วมงานของคุณมีความสามารถในงานของเขาเอง	3.27	3	0.48	2	4	สูง
19. ผู้ร่วมงานของคุณให้ความสนใจในตัวคุณ	3.12	3	0.50	1	4	สูง
20. ผู้ร่วมงานของคุณเป็นมิตรดี	3.34	3	0.50	2	4	
21. ผู้ร่วมงานของคุณช่วยเหลือกันเพื่อให้งานเสร็จ	3.36	3	0.53	2	4	สูง

ใช้ค่ามัธยฐานเป็นจุดตัด (cut point) ในการเปรียบเทียบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อและรายด้านสูงหรือต่ำกว่าค่ามัธยฐาน

ตารางที่ 3 การจัดกลุ่มงานตาม Demand-Control Model

การจัดกลุ่ม	จำนวน (n=300)	ร้อยละ
เครียดสูง (High strain job)	49	16.3
เครียดต่ำ (Low strain job)	98	32.7
เชิงรุก (Active job)	62	20.7
เชิงรับ (Passive job)	91	30.3

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงาน พบว่า ตำแหน่งงาน (OR=2.02, $p<0.05$) การสูบบุหรี่ (OR=0.27, $p<0.01$) และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (OR=0.54, $p<0.05$) มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงาน แต่เมื่อควบคุมตัวแปรด้านระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงเรียน ปัจจุบัน การมีโรคประจำตัวและการสูบบุหรี่ พบว่าครูเพศหญิงมีความเสี่ยงที่จะมีความเครียดจากการทำงานมากกว่าครูเพศชาย 2.65 เท่า (OR_{adj}; 95% CI 2.65; 1.29, 5.46) และครูที่มีตำแหน่งชำนาญการขึ้นไปมีความเสี่ยงที่จะมีความเครียดจากการทำงานมากกว่าครูที่มีตำแหน่งครูผู้ช่วยและครูระดับปฏิบัติการ 2.63 เท่า (OR_{adj}; 95% CI 2.63; 1.30, 5.33) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงาน

ปัจจัย	ความเครียด		Crude		Adjusted OR	95% CI		Beta
	ไม่เครียด N=251	เครียด N=49	OR	p-value		lower	upper	
เพศ								
ชาย	21.7(65)	6.3(19)						
หญิง	62.0(186)	10.0(30)	1.812	0.069	2.653	1.289	5.459	0.976
อายุ								
<40	49.3(148)	10.7(32)						
40 ขึ้นไป	34.3(103)	5.7(17)	1.310	0.408	-	-	-	-
ดัชนีมวลกาย								
ผอม-ปกติ	44.0(132)	6.3(19)						
อ้วนระดับ 1-3	39.7(119)	10.0(30)	0.571	0.079	-	-	-	-
สถานภาพสมรส								
โสด-หม้าย-หย่า-แยก	47.7(143)	10.7(32)						
คู่	36.0(108)	5.7(17)	1.422	0.281	-	-	-	-
ระดับการศึกษา								
ปริญญาตรี	58.7(176)	10.0(30)						
ปริญญาโทขึ้นไป	25.0(75)	6.3(19)	0.673	0.221	0.565	0.279	1.147	-0.570

ตารางที่ 4 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงาน

ปัจจัย	ความเครียด		Crude		Adjusted OR	95% CI		Beta
	ไม่เครียด	เครียด	OR	p-value		lower	upper	
	N=251	N=49						
ระยะเวลาที่ทำงานเป็นครู								
< 10	44.0(132)	10.7(32)						
10 ปีขึ้นไป	39.7(119)	5.7(17)	1.697	0.104	-	-	-	-
ระยะเวลาที่สอนในโรงเรียนนี้								
< 10	61.2(183)	13.0(39)						
10 ปีขึ้นไป	22.4(67)	3.3(10)	1.428	0.351	0.829	0.338	2.036	-0.187
ตำแหน่งงาน								
ครูผู้ช่วย-ครู	30.0(90)	8.7(26)						
ครูชำนาญการขึ้นไป	53.7(161)	7.7(23)	2.022	0.025**	2.629	1.296	5.333	0.967
โรคประจำตัว								
ไม่มี	60.7(182)	10.3(31)						
มี	23.0(69)	6.0(18)	0.653	0.194	0.578	0.282	1.184	-0.548
การสูบบุหรี่								
ไม่สูบ	60.3(181)	6.7(20)						
สูบ	23.3(70)	9.7(29)	0.267	<0.001*	0.231	0.116	0.462	-1.465
การดื่ม								
ไม่ดื่ม	52.0(156)	7.7(23)						
ดื่ม	31.7(95)	8.7(26)	0.539	0.049**	-	-	-	-
การออกกำลังกาย								
ไม่ออกกำลังกาย	40.3(121)	7.7(23)						
ออกกำลังกาย	43.3(130)	8.7(26)	0.950	0.871	-	-	-	-
การสนับสนุนทางสังคม								
ต่ำ	41.0(123)	10.0(30)						
สูง	42.7(128)	6.3(19)	1.643	0.120	-	-	-	-

หมายเหตุ R² = 0.178 *p-value <.01; ** p-value <.05

กลุ่มเครียด หมายถึง กลุ่มที่มีความเครียด
จากการทำงานสูง กลุ่มไม่เครียด ประกอบด้วยกลุ่มที่
มีความเครียดจากการทำงานต่ำ รวมทั้งกลุ่มงานเชิงรุก
และกลุ่มงานเชิงรับ

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น
เพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลประชากรครูในจังหวัด
ชลบุรีที่มีครูเพศหญิงในอัตราส่วนที่มากกว่าเพศชาย
ประมาณ 2.4:1²³ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่าง
บางส่วนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การ

สูบบุหรี่ ดื่มสุรา และไม่คอยออกกำลังกาย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ^{2,24}

ผลการศึกษาพบว่า ครูที่สูบบุหรี่กับดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีความเครียดจากการทำงานต่ำกว่าครูที่ไม่สูบบุหรี่หรือไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการสูบบุหรี่²⁵ และการดื่ม²⁶ เป็นทางออกของคนที่มีความรู้สึกเครียดได้

ค่าคะแนนเฉลี่ยขององค์ประกอบของงานด้านอิสรภาพในเชิงทักษะมีค่าต่ำกว่าค่ามัธยฐาน ซึ่งหมายความว่าครูอาจไม่ค่อยมีโอกาสได้ชวนชวนเรียนรู้อะไรใหม่ ๆ หรือใช้ความคิดสร้างสรรค์หรือพัฒนาตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศจีน²⁷ ค่าคะแนนเฉลี่ยในข้อโอกาสในการตัดสินใจและการแสดงความคิดเห็นมีค่าค่อนข้างสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าครูเป็นอาชีพที่มีเกียรติได้รับการยอมรับและความเคารพจากสังคม แต่อย่างไรก็ตามค่าคะแนนเฉลี่ยในข้ออิสระในการตัดสินใจที่จะทำงานอย่างไรมีค่าค่อนข้างต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องจากต้องปฏิบัติงานตามกฎระเบียบ คำสั่งหรือที่ได้รับมอบหมาย²⁸ ลำดับขั้นของการบังคับบัญชา โดยเฉพาะครูที่อยู่ในตำแหน่งครูผู้ช่วยหรือครูในระดับปฏิบัติการ ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับองค์ประกอบของงานด้านข้อเรียกร้อง จากงานมีค่าค่อนข้างต่ำ หมายความว่าปริมาณงานและภาระงานที่ต้องทำไม่ได้มากจนเกินไป (ค่าเฉลี่ย 2.68) เป็นที่น่าสังเกตว่าค่าคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับองค์ประกอบของงานด้านการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างสูง (3.20) ซึ่งจะช่วยให้ครูสามารถรับมือกับความกดดันจากงาน และช่วยให้ครูมีความผูกพันกับงาน²⁹ ผลการวิจัยนี้พบว่า ครูร้อยละ 16.3 มีความเครียดจากการทำงานสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในประเทศ⁹ แต่ขัดแย้งกับผลการวิจัยในต่างประเทศ^{6,30} ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากครูไทยมีสถานภาพทางสังคมสูงเป็นที่ยอมรับในสังคมทุกระดับ³¹ การเป็นข้าราชการครูเป็นอาชีพที่มีความมั่นคง ถึงแม้จะต้องเผชิญกับมาตรฐานวิชาชีพ การประเมิน และการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน

ก็ยังรู้สึกถึงความมั่นคง³² นอกจากนี้ยังพบว่าครูร้อยละ 30.3 มีลักษณะการทำงานในเชิงรับ ซึ่งเป็นผลมาจากการมีองค์ประกอบของงานด้านข้อเรียกร้องจากงานและด้านการควบคุมต่ำ แสดงให้เห็นว่าครูยังมีส่วนขาดในการพัฒนาตนเอง³³ ไม่มีอิสระในการตัดสินใจเท่าที่ควร³⁰ และยังสามารถผลิตผลงานในเชิงปริมาณและคุณภาพได้มากกว่าที่เป็นอยู่ ผลการวิจัยพบว่าครูมีการทำงานในเชิงรุกเพียงร้อยละ 20.7 ซึ่งควรหาแนวทางในการสนับสนุนให้ครูพัฒนาการทำงานและวิทยฐานะ¹² ปรับปรุงรูปแบบและวิธีการประเมินผลงาน การกำหนดตำแหน่งให้เหมาะสมกับความถนัด บริบทและระดับการพัฒนาของโรงเรียนแต่ละแห่ง³⁴

ครูเพศหญิงมีความเสี่ยงที่จะมีความเครียดจากการทำงานมากกว่าครูเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา^{8,27,35} และครูที่มีตำแหน่งชำนาญการขึ้นไปมีความเสี่ยงที่จะมีความเครียดจากการทำงานมากกว่าครูที่มีตำแหน่งครูผู้ช่วยและครูระดับปฏิบัติการ²⁷ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากครูที่มีตำแหน่งชำนาญการขึ้นไปได้รับมอบหมายภาระหน้าที่ด้านการบริหารแต่ขาดอำนาจในการตัดสินใจที่ชัดเจน หรือมีความขัดแย้งด้านบทบาท³⁶ การวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ครูมีการตอบสนองต่ออารมณ์เครียดในเชิงลบ (negatively oriented emotional response)³⁷ และขาดทักษะในการจัดการความเครียดที่เหมาะสมเฉพาะบุคคล³⁸

ถึงแม้สัดส่วนของครูที่มีความเครียดจากการทำงานสูงมีเพียงร้อยละ 16.3 แต่ก็ยังเป็นปัญหาที่ไม่ควรมองข้าม ผู้วิจัยขอเสนอแนะว่าควรมีการเฝ้าระวังปัญหาความเครียดจากการทำงานในครูเพศหญิงและครูที่มีตำแหน่งชำนาญการขึ้นไปโดยปรับองค์ประกอบของงานด้านการควบคุม โดยเฉพาะการเพิ่มอิสระในการตัดสินใจว่าจะทำงานอย่างไร และจัดโปรแกรมการจัดการความเครียดที่เหมาะสมเฉพาะบุคคลเพื่อให้ครูสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้

สรุป

ลักษณะงานของครูในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดชลบุรี ตามแนวคิด Demand - Control ของ Karasek แสดงให้เห็นว่า ครูมีโอกาสในการตัดสินใจ มีการแสดงความคิดเห็นในงานได้ค่อนข้างสูง รวมทั้งมีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง แต่อาจไม่ค่อยมีโอกาสได้ ขวนขวายเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ หรือใช้ความคิดสร้างสรรค์ หรือพัฒนาตนเองมากนัก ปริมาณงานและภาระงานที่ต้องทำไม่ได้มากจนเกินไป ครูร้อยละ 16.3 มีความเครียดจากการทำงานสูง ครูเพศหญิงมีความเสี่ยงที่จะมีความเครียดจากการทำงานมากกว่าครูเพศชาย และครูที่มีตำแหน่งชำนาญการขึ้นไปมีความเสี่ยงที่จะมีความเครียดจากการทำงานมากกว่าครูที่มีตำแหน่ง ครูผู้ช่วยและครูระดับปฏิบัติการ

เอกสารอ้างอิง

- Hepburn A, Brown S. Teacher stress and management of accountability. *Human Relations*. 2001; 54: 691–715.
- Han K, Trinkoff AM, Storr CL, Geiger-Brown et al. Comparison of job stress and obesity in nurses with favorable and unfavorable work schedules. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2012; 54: 928–32.
- Peltzer K, Shisana O, Zuma K, Wyk VB, Zungu-Dirwayi N. Job stress, job satisfaction and stress-related illnesses among South African educators. *Stress and Health* 2008.
- Kristensen TS. Job stress and cardiovascular disease: a theoretic critical review. *J Occup Health Psychol*. 1996; 1: 246-60.
- Krantz G, Lundberg U. Workload, work stress, and sickness absence in Swedish male and female white-collar employees. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2006; 34: 238-46.
- Chan KB, Lai G, Ko YC, Boey KW. Work stress among six professional groups: the Singapore experience. *Social Science & Medicine*. 2000; 50: 1415–32.
- Hassard J, Teoh KRH, Visockaite G, Dewe P, Cox T. The cost of work-related stress to society: A systematic review. *J Occup Health Psychol*. 2018; 23: 1-17.
- Agai-Demjaha T, Bislimovska JK, Mijakoski D. Level of work related stress among teachers in elementary schools. *Open Access Maced J Med Sci*. 2015; 3: 484–8.
- Boontham T. Job stress of secondary school teachers in Nakhonpathom Education Service Area 1. [M.A. Thesis in Community Psychology]. Nakhonpathom: Graduate School, Silpakorn University, 2004.
- Kaewkiew P. A study of stress levels and work efficiency of teachers in special education in Bangkok Metropolitan Area. *SDU Res. J*. 2014; 10: 59-76.
- Makhawanit U. Stress of government teachers under Chon Buri Primary Education Service Area Office 2, Phanatnikhom Group. [M.P.A. Thesis in Public and Private Administrations]. Chon Buri: School of Public Administration, Burapha University, 2013.
- Quick JC, Quick JD, Nelson DL, & Hurrell JJ. Preventive stress management in organizations. *American Psychological Association*, Washington DC, USA. 1997.
- Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q*. 1979; 24: 285–308.

14. Santos KOB, Araújo TM, Carvalho FM, Karasek R. The job content questionnaire in various occupational contexts: applying a latent class model. *BMJ Open*. 2017; 7: e013596. doi:10.1136/bmjopen-2016-013596.
15. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J. Adequacy of sample size in health studies. John Wiley & Sons, West Sussex, England. 1992.
16. Therdtthoonphuphuch Sh. W, Lueboonthavatchai P. Work stress and burnout among licensed lawyers at Thai Lawyers Council under Royal Patronage. *Chula Med J*. 2017; 61: 663-76.
17. 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: 331-44. doi: 10.2478/v10001-008-0036-6.
18. Phakthongsuk P. Construct validity of the Thai version of the job content questionnaire in a large population of heterogeneous occupations. *J Med Assoc Thai*. 2009; 92: 564-72.
19. Kawakami N, Akachi K, Shimizu H, Haratani T, Kobayashi F, Ishizaki M. et al. Job strain, social support in the workplace, and haemoglobin A1c in Japanese men. *Occup Environ Med*. 2000; 57: 805-9.
20. De Bacquer D, Pelfrene E, Clays E, Mak R, Moreau M, de Smet P. et al. Perceived job stress and incidence of coronary events: 3-year follow-up of the Belgian Job Stress Project cohort. *Am J Epidemiol*. 2005; 161: 434-41.
21. Elovainio M, Ferrie JE, Singh-Manoux A, Gimeno D, De Vogli R, Shipley MJ. et al. Cumulative exposure to high-strain and active jobs as predictors of cognitive function: the Whitehall II study. *Occup Environ Med*. 2009; 66: 32-7. doi: 10.1136/oem.2008.039305.
22. Lopes CS, Araya R, Werneck GL, Chor D, Faerstein E. Job strain and other work conditions: relationships with psychological distress among civil servants in Rio de Janeiro, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010; 45: 345-54. doi: 10.1007/s00127-009-0066-9.
23. ระบบสารสนเทศเพื่อบริหารการศึกษา. ตารางจำนวนข้าราชการในสถานศึกษาจำแนกตามวิทยฐานะวุฒิการศึกษา และเพศ สพม.เขต 18 (ชลบุรี-ระยอง). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 ธ.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก https://data.bopp-obec.info/emis/person-all-sum_v_edu-list.php?Area_CODE=101718
24. นนทรี สัจจาธรรม และ ณัฐนิ พงศ์ไพฑูรย์สิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการใช้บริการสาธารณสุข ของครูมัธยมศึกษา จังหวัดนนทบุรี. การประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
25. Slopen N, Kontos EZ, Ryff CD, Ayanian JZ, Albert MA, Williams DR. Psychosocial stress and cigarette smoking persistence, cessation, and relapse over 9-10 years: a prospective study of middle-aged adults in the United States. *Cancer Causes Control*. 2013; 24: 1849-63.
26. Sillaber I, Henniger MS. Stress and alcohol drinking. *Ann Med*. 2004; 36: 596-605.

27. Wang Y, Ramos A, Wu H, Liu L, Yang X, Wang J, Wang L. Relationship between occupational stress and burnout among Chinese teachers: a cross-sectional survey in Liaoning, China. *Int Arch Occup Environ Health*. 2015; 88: 589-97.
28. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2557.
29. Minghui L, Lei H, Xiaomeng C, Potměšilc M. Teacher efficacy, work engagement, and social support among Chinese special education school teachers. *Front Psychol*. 2018; 9: 648. Published 2018 May 7.
30. McIntyre SE, McIntyre TM, & Francis DJ. Implications of an occupational health perspective for educator stress research, practice, and policy. In T. M. McIntyre, S. E. McIntyre, & D. J. Francis (Eds.), *Aligning perspectives on health, safety and well-being. Educator stress: An occupational health perspective*. Switzerland: Springer International Publishing; 2017. p. 485-505.
31. คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี. เอกสารประกอบการสอนรายวิชาความเป็นครูและคุณธรรมจริยธรรม. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 5 ธ.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก http://graduate.sru.ac.th/wp-content/uploads/2019/06/EDU0101_Teacher-and-moral-ethics.pdf.
32. กฤษมันต์ วัฒนานรงค์. เมื่ออาชีพ “ข้าราชการครู” ถูกเลือกเป็นอันดับ 1. *ไทยรัฐ ออนไลน์*. [อินเทอร์เน็ต]. 2554. [เข้าถึงเมื่อ 5 ธ.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thairath.co.th/content/162903>.
33. Villegas-Reimers E. *Teacher Professional Development: An International Review of the Literature*. Paris: UNESCO International Institute for Educational Planning; 2003.
34. อรรถพ จินะวัฒน์. การพัฒนาดนของผู้ประกอบวิชาชีพครู. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*. ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ. 2559; 9; 1379-95.
35. Phillips S, Sen D, McNamee R. Prevalence and causes of self-reported work-related stress in head teachers. *Occupational Medicine*. 2007; 57: 367-76.
36. Ahmady S, Changiz T, Masiello I. et al. Organizational role stress among medical school faculty members in Iran: dealing with role conflict. *BMC Med Educ*. 2007; 7.
37. Montgomery C, Rupp AA. A meta-analysis for exploring the diverse causes and effects of stress in teachers. *Canadian Journal of Education*. 2005; 28: 458-86.
38. ทรงวุฒิ อยู่เอี่ยม, พัทธภรณ์ ศรีสวัสดิ์, อัญชลี สุขในสิทธิ์, เพ็ญภา กลนภาดล. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ ร่วมกับศาสตร์แพทย์ทางเลือก. *วารสารพยาบาลตำรวจ*. 2560; 9: 140-53.



แบบตอบรับเพื่อลงทะเบียนเข้าร่วมการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยทางจิตวิทยาระดับชาติ
ประจำปี 2563

หัวข้อ “พร้อมรับยุคแห่งความพลิกผันด้วยจิตวิทยา”

Thailand National Conference on Psychology (TNCP 2020):

Embracing the Disruptive Era with Psychology

ระหว่างวันที่ 21-22 ตุลาคม 2563 ณ โรงแรมเชียงใหม่แกรนด์วิว จังหวัดเชียงใหม่

1. ชื่อบทความ

(ภาษาไทย)ปัจจัยทางจิต อารมณ์ จิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษา
ภาคอีสานในเขตภาคตะวันออก.....

(ภาษาอังกฤษ) Factors of Mind, Emotional, Spiritual, and Quality of Life in in
Eastern Region Educators.....

2. สถานภาพเจ้าของบทความ

☒ อาจารย์ ☐ นักศึกษาระดับปริญญาตรี ☐ นักศึกษาระดับปริญญาโท
☐ นักศึกษาระดับปริญญาเอก ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

3. การเข้าร่วมโครงการ TNCP 2020

☐ เข้าร่วมเฉพาะวันที่ 21 ตุลาคม 2563 (Preconference)
☐ เข้าร่วมเฉพาะวันที่ 22 ตุลาคม 2563 (Conference) สถานะ ☐ ผู้นำเสนอ (Oral/Poster)
☐ ผู้เข้าร่วม
☒ เข้าร่วมทั้ง 2 วัน วันที่ 21-22 ตุลาคม 2563 สถานะ ☒ ผู้นำเสนอ (Oral/Poster)
☐ ผู้เข้าร่วม

4. อาหาร ☐ อาหารมังสวิรัต ☐ อาหารอิสลาม ☒ อาหารตามที่คุณดำเนินการจัดให้

5. ผู้นำส่งบทความ

ตำแหน่งทางวิชาการ (เลือกได้มากกว่า 1 ช่อง) ☐ อ. ☒ ดร. ☒ ผศ. ☐ รศ. ☐ ศ.

ชื่อ-นามสกุล (ไทย)ธนิดา จุลวนิชพงษ์.....

ชื่อ-นามสกุล (อังกฤษ)Tanida Julvanichpong.....

หน่วยงานคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก9/19 ซอย 1 หมู่ 2 หมู่บ้านการเคหะ 1 ตำบลเสม็ด ถนนพระยาสุรฯ

อ.เมือง จ.ชลบุรี 20000.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน +6638102222 ext. 2059-60, 2083, 2117.....โทรศัพท์มือถือ.....

0801002828.....

โทรสาร +6638390045.....E-mail:tanida@buu.ac.th.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความที่ข้าพเจ้านำส่งนี้

☐ เป็นผลงานของข้าพเจ้าเพียงผู้เดียว

☒ เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ระบุชื่อในบทความ

และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบเกี่ยวกับเนื้อหา ผลการศึกษา ข้อความ การอ้างอิง และความคิดเห็นที่ปรากฏในบทความนี้ กรณีมีการฟ้องร้องเรื่องการละเมิดลิขสิทธิ์เกี่ยวกับภาพ แผนภูมิ ข้อความส่วนใดส่วนหนึ่งและ/หรือข้อคิดเห็นที่ปรากฏในบทความให้เป็นความรับผิดชอบของข้าพเจ้าและผู้เขียนร่วมแต่เพียงฝ่ายเดียว และขออนุมัติผลการพิจารณาในทุกขั้นตอนว่าเป็นที่สิ้นสุด

ลงชื่อ

(.....ธนิดา จุลวนิชย์พงษ์.....)

วันที่...1....เดือน.....พฤษภาคม.....พ.ศ. ...2563..

วิธีการชำระเงินค่าลงทะเบียนและการแจ้งการชำระเงินค่าลงทะเบียน

ชำระเงินค่าลงทะเบียนผ่านทางบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 667-434502-4 โครงการประชุมวิชาการระดับชาติทางจิตวิทยา ครั้งที่ 5 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และส่งหลักฐานการโอนเงินมายังกองบรรณาธิการ ที่ E-mail: TNCP2020@gmail.com โดยการ Scan หรือ ถ่ายรูป แบบตอบรับและหลักฐานการชำระเงินค่าลงทะเบียน (ใบโอนเงิน/สลิป) และกรณำนำหลักฐานการชำระเงินฉบับจริง มาใช้ในการรับใบสำคัญรับเงินที่หน้างาน และหากท่านโอนเงินผ่านตู้ ATM ขอให้สำเนาสลิปโอนเงินเก็บไว้เพื่อกันข้อมูลเสียหาย (กรุณาชำระเงินค่าลงทะเบียน ภายใน 7 วันหลังลงทะเบียน)

รายละเอียดการจองที่พัก โรงแรมเชียงใหม่แกรนด์วิว จังหวัดเชียงใหม่ อัตราค่าห้องพัก (รวมอาหารเช้า)

ประเภทห้องพัก	พัก 1 ท่าน/2 ท่าน	
	ราคาปกติ	ราคาพิเศษ
Superior room	2,500 บาท/ คืน	1,500 บาท/ คืน
Deluxe room	3,500 บาท/ คืน	1,700 บาท/ คืน
Premium room	5,000 บาท/ คืน	2,000 บาท/ คืน

หมายเหตุ

- ฟรีบุฟเฟต์อาหารเช้า สำหรับ 2 ท่าน
- เตียงเสริม 800 บาท/ห้อง/คืน (สำหรับ 1 ท่าน รวมอาหารเช้า)
- อาหารเช้า 290 บาท/ท่าน
- บริการรับ - ส่ง สนามบิน 200 บาท/ท่าน/เที่ยว (one way)
- ราคาห้องพักนี้เป็นราคาสุทธิ รวมค่าบริการ 10% และภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%
- ฟรี Wi-Fi ในห้องพัก เฉพาะช่วงระยะเวลาที่เข้าพักเท่านั้น
- ฟรีน้ำดื่ม ในห้องพักทุกประเภท
- ห้องพักทุกประเภทเป็นห้องปลอดบุหรี่
- เวลาเช็คอิน 14:00 นาฬิกา / เวลาเช็คเอาท์ ก่อน 12:00 นาฬิกา

กรณียกเลิกในส่วนของโรงแรม

- แจ้งยกเลิกการจองห้องพักภายใน 7 วันก่อนวันเข้าพัก คิดค่าเสียหาย 100% ของค่าใช้จ่ายห้องพักทั้งหมด
- แจ้งยกเลิกการจองห้องพักภายใน 14 วันก่อนวันเข้าพัก คิดค่าเสียหาย 50% ของค่าใช้จ่ายห้องพักทั้งหมด

ท่านสามารถสำรองห้องพักด้วยตนเองได้ที่ 24 Chiangmai-Lampang Road, Changpuek, Muang, Chiang
Mai 50300 THAILAND Tel: (66-053) 220100-9 Fax: (66-053) 214186
E-mail: sales@chiangmaigrandview.com Web Site: <http://www.chiangmaigrandview.com>

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โทรศัพท์ 053 – 943 - 232 ต่อ 100 หรือ 103 โทรสาร 053 – 943 - 232 ต่อ 102

E-mail: TNCP2020@gmail.com Website <https://sites.google.com/view/tncp2020/home>

ปัจจัยทางจิต อารมณ์ จิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออก

Psychological, emotional, spiritual factors and quality of life of government educational personnel in the eastern region

พวงทอง อินใจ¹ ธนิดา จุลวนิชพงษ์² กาญจนา พิบูลย์³ ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข⁴ และวิชัย จุลวนิชพงษ์⁵

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย¹

คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย²

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย³⁻⁴

นักวิชาการอิสระ จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย⁴

Puangtong Inchai ¹, Tanida Julvanichpong ², Kanchana Piboon³, Tanongsak Yingratanasuk⁴, and Wichai Julvanichpong, MD.⁵

Faculty of Medicine, Burapha University, Chonburi, Thailand ¹

Faculty of Sport Science, Burapha University, Chonburi, Thailand²

Faculty of Public Health, Burapha University, Chonburi, Thailand³⁻⁴

Independent scholar, Chonburi, Thailand⁵

e-mail ของนักวิจัยผู้ประสานงาน²: tanida@buu.ac.th

บทคัดย่อ

บุคลากรทางการศึกษา เป็นทีมหลักในการหล่อหลอมวิชาการ ความรู้ และทักษะชีวิต ให้แก่นักเรียน ซึ่งการทำหน้าที่เหล่านี้ได้ดีย่อมขึ้นกับ ความเข้มแข็งทางจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ตลอดจนการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การวิจัยเชิงสำรวจนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยทางจิต อารมณ์ จิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออก กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรของโรงเรียนภาครัฐในภาคตะวันออก จำนวน 388 คน สุ่มตัวอย่างโดยสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ แบบวัดความสุขของคนไทย แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป แบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ ผลการวิจัยพบว่า

1.) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.6 มีอายุเฉลี่ย 38 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 57.7 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย 12.09 ปี มีภาระงานสอนเฉลี่ย 17.81 ชม./สัปดาห์ ไม่มีโรคประจำตัว ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 74.20, 92.8, 81.44 ตามลำดับ ออกกำลังกายเดือนละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 35.86 ใช้การเดินออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 58 ช่วงเวลาที่นิยมออกกำลังกาย คือ ช่วง 16.00 – 18.00 น. คิดเป็นร้อยละ 46.9 และต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 28.35

2.) ในภาพรวมส่วนใหญ่ คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ คุณภาพชีวิตดี ($\bar{X}$ 97.71) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตทางกาย และทางจิตอยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตดี ($\bar{X}$ 27.06, 23.49 ตามลำดับ) คุณภาพชีวิตทางสังคม ทางสิ่งแวดล้อม และสุขภาพโดยรวม อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตปานกลาง ($\bar{X}$ 11.23, 28.59, 7 ตามลำดับ) มีคะแนนความสุขอยู่ในเกณฑ์เท่ากับคนทั่วไป ($\bar{X}$ 31.91) สุขภาพทั่วไปไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ($\bar{X}$ 2.98) ความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ 57.87)

จะเห็นได้ว่า แม้ในภาพรวมครูจะมีคะแนนความสุข ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับดี ออกกำลังกายนาน ๆ ครั้ง และต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองด้วยการปรับการออกกำลังกาย ดังนั้นในทางนโยบายของสถานศึกษา ควรปรับตารางงานเพื่อให้ครูได้มีโอกาสปฏิบัติตามที่ต้องการ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และสุขภาพให้ได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ จิตใจ, อารมณ์, จิตวิญญาณ, คุณภาพชีวิต, บุคลากรทางการศึกษา

Abstract

Educational Personnel is a core team to educate and prepare student's life's skills which their effectiveness depends on psychological, emotional, spiritual factors and quality of life. This study aimed to study psychological, emotional, spiritual factors and quality of life of government's educational personnel in the eastern region. The samples were 388 government's educational personnel. The sample size was determined by Krejcie and Morgan table and was selected by multi-stage random sampling. Researching tools consist of demographic data form, Thai happiness indicator, general health questionnaire, spiritual well-being items, and quality of life scale. Analyzing process using descriptive statistics which are mean, standard deviation, and percentage. The research shows;

1.) The samples were 70.6 percent female. The average age was 38 years old. Educational level was bachelor degree. Average work experience was 12.09 years. Teaching workload was 17.81 hours per week. No congenital disease, no smoking habit, and no alcoholic drinking habit were 74.20%, 92.8%, 81.44% of samples consecutively. Work out once a month were 35.3% of samples. Walking was their preferred exercise in 58% of samples. Samples were most likely to exercise at 16.00-18.00 o'clock, which were 46.9% of samples. Lastly, 28.35% of samples want to change their work out behavior.

2.) As a whole, samples showed the results of the overall quality of life ($\bar{x}$ 97.71) scale were at a high level. When considering each aspect, physically and mentally quality of life was at a good level ($\bar{x}$ 27.06, 23.49 consecutively). Socially and environmentally quality of life and general health were in fair standard ($\bar{x}$ 11.23, 28.59, 7 consecutively). Happiness scale equally to other people group at a normal level ($\bar{x}$ 31.91). General Health was at a good level. Mental health ($\bar{x}$ 2.98) and spiritual well-being ($\bar{x}$ 57.87) were at a high level.

According to the results, as most of the educational personnel were at a good level by happiness scale, spiritual well-being scale, and quality of life. However, exercise behavior and frequency will need to be adjusted. Therefore school's policy should allow educational personnel to have more chance to exercise as they require in order to promote their social and environmental quality of life and general health.

keywords: psychological, emotional, spiritual, quality of life, educational personnel

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวคิดใหม่เกี่ยวกับสุขภาพที่ว่า สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Health is complete physical mental social and spiritual well-being) ซึ่งสนับสนุนนิยามของคุณภาพชีวิตที่กล่าวว่า “คุณภาพชีวิต” เป็นการรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (World Health Organization, 2017) รวมทั้งความสามารถในการแก้ปัญหาทางเศรษฐกิจสังคม การปรับตัวกับสภาวะแวดล้อมและสังคมที่ตนอยู่ได้เป็นอย่างดีและมีความสุข คุณภาพชีวิตมีความสำคัญต่อมนุษย์กล่าวคือคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่มนุษย์กำหนดสร้างขึ้น และชวนชวนให้ได้มาและพัฒนาตนเองไปสู่เป้าหมายในการดำเนินชีวิตให้ดีขึ้นในทุกด้าน คุณภาพชีวิตไม่ได้ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ของแต่ละบุคคล แต่ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ทางความจำเป็น ความต้องการและความปรารถนาของคน ในแต่ละท้องถิ่นและสังคม (Cummins, 1998) จึงให้ความสนใจความสุขแบบองค์รวม นั่นคือ การมีความสุขที่ยั่งยืนจะต้องมีสุขภาวะที่ดีครบทั้ง 4 มิติ ได้แก่ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ โดยมองเห็นสุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นมิติที่สำคัญที่บูรณาการความเป็นองค์รวมของกาย จิตใจ และสังคมของบุคคลและชุมชนให้สอดคล้องประสานเข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (วิพุธ พูลเจริญ, 2544, น. 34-38) และประเวศ วะสี (2551) ก็เห็นสอดคล้องกันว่าสุขภาวะทางปัญญาเกิดจากการเรียนรู้ที่ทำให้รอบรู้เท่าทันสรรพสิ่ง เรียนรู้ให้ทำเป็น เรียนรู้เพื่อการอยู่ร่วมกัน และการเรียนรู้เพื่อบรรลุอิสรภาพ การเรียนรู้ดังกล่าวทำให้เกิดสุขภาวะทางกาย จิต สังคม และปัญญา รวมกันเป็นสุขภาวะที่สมบูรณ์

สถาบันการศึกษา เป็นสถานที่หล่อหลอมวิชาการ ความรู้ ทักษะการใช้ชีวิตต่างๆ แก่นักเรียน การทำงานในส่วนนี้ให้ดีขึ้นนั้น ต้องมีการขับเคลื่อนจากบุคลากรทางการศึกษา ซึ่งประกอบด้วย ครู เจ้าหน้าที่สนับสนุนในส่วนต่างๆ ให้กิจกรรมงานของโรงเรียนดำเนินการได้อย่างราบรื่น ซึ่งสอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวาชาเตอร์ (World Health Organization, 1986) ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพประชากรในทุกกลุ่มวัยรวมทั้งเน้นการส่งเสริมสุขภาพในสถาบันการศึกษา ดังนั้นบุคลากรทางการศึกษา มีความสำคัญในการช่วยผลักดันส่งเสริมการศึกษาของเด็กให้เจริญก้าวหน้า การทำงานในสถานศึกษานั้น บุคลากรต้องมีความร่วมมือ ร่วมแรง มุ่งมั่นในงาน จึงจะสามารถสร้าง หล่อหลอมให้เด็กก้าวหน้า เติบโตทางความรู้ และทักษะชีวิตต่างๆ ได้อย่างเต็มศักยภาพ จากหลักการพัฒนาประเทศที่สำคัญในระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2579) ยึดหลัก “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” “การพัฒนาที่ยั่งยืน” และ “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” รัฐจึงได้กำหนดเป้าหมายรวมการพัฒนาของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 มุ่งหวังให้ คนไทยมีคุณลักษณะเป็นคนไทยที่สมบูรณ์ มีวินัย มีทัศนคติ และพฤติกรรมตามบรรทัดฐานที่ดีของสังคม มีความเป็นพลเมืองต้นรู้ มีความสามารถในการปรับตัวได้อย่างรู้เท่าทันสถานการณ์ มีความรับผิดชอบ และทำประโยชน์ต่อส่วนรวม มีสุขภาพกายและใจที่ดี มีความเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณ มีวิถีชีวิตที่พอเพียง และมีความเป็นไทย ที่ผ่านมานงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคม จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณที่กำหนดสุขภาพ ส่วนมากสนใจในประเด็นการแก้ไขปัญหาความยากจน การถูกแบ่งแยกทางสังคม และบริการสุขภาพ นอกจากนี้นโยบายส่วนใหญ่ต่างมุ่งเน้นไปที่การลดความไม่เสมอภาค และความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ (Williams et al., 2008) โดยเพิ่มการเข้าถึง ความครอบคลุม คุณภาพ และความเข้มข้นของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่ในความเป็นจริงสุขภาพขึ้นอยู่กับวิถีชีวิตที่เชื่อมโยงกับการทำงาน ความมั่นคงของจิตใจ และความเป็นอยู่ของบุคคลมากกว่าบริการทางสุขภาพ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพและตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของประชาชนจึงขึ้นอยู่กับ การแก้ไขปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ อันส่งผลกระทบต่อสุขภาพส่วนบุคคล นอกจากนี้ ประเวศ วะสี (2551) ให้ความเห็นสอดคล้องกันว่าสุขภาวะทางปัญญานั้นถือเป็นศูนย์กลาง ถ้าปราศจากปัญญา สุขภาวะทางกาย จิต สังคมก็เป็นไปไม่ได้ ดังนั้นการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยทางจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ เป็นการศึกษาถึงความหมายของสุขภาวะทางจิตวิญญาณ เป็นความผาสุกอันเกิดจากการมีจิตใจสูง หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าสูงสุดทำให้เกิดความหวัง ความเชื่อมั่น ศรัทธามีเป้าหมายในชีวิตมีการปฏิบัติในสิ่งที่ตั้งใจด้วยความมีเมตตากรุณาไม่เห็นแก่ตัวมีความเสียสละและยินดีในการที่ได้มองเห็นความสุขหรือความสำเร็จของบุคคลอื่น จิตวิญญาณและศาสนาอาจมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการรับรู้ความเข้าใจตนเองและมุมมองโลกทัศน์การตีความประสบการณ์และพฤติกรรม (Cornish, Wade, Tucker & Post, 2014) จากงานวิจัยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาพบว่าบุคลากรมีภาระงานที่มากมีความมุ่งมั่นในการทำงานจึงขาดการดูแลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของตนเองทำให้เกิดปัญหาในการทำงานเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาอาการปัญหาทางสุขภาพต่างๆ พบว่าครูไม่มีความสุขกับการประกอบวิชาชีพ ครูหันไปดิ้นรนแสวงหาความสุขกับกระแสวัตถุนิยมที่ไหลท่วมสังคม ครูมีหนี้สินรุงรังประกอบอาชีพเหมือนอาชีพหาเช้ากินค่ำ (ดิเรก พรสีมา, 2546; จุริพร แจ้งธรรมมา, 2545; พรศิริ เทียนอุดม, 2546; อารี สังข์ศิลป์ชัย, 2548) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยทางจิต อารมณ์ จิต

วิญญาน และคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออก มีวัตถุประสงค์เพื่อ การสำรวจ รวบรวม และวิเคราะห์ สถานการณ์คุณภาพชีวิต และศึกษาปัจจัยทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ ของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐใน เขตภาคตะวันออก เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับไปต่อยอดพัฒนานักกิจกรรมที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตครูในลำดับต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้บริหารสถานศึกษา ครู และผู้ช่วยครู สังกัดโรงเรียนในเขตภาคตะวันออก จำนวน 388 คน กำหนดขนาดกลุ่ม ตัวอย่างโดยใช้ตารางเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) เกณฑ์การคัดเลือก คือ โรงเรียนขนาดใหญ่ที่มีจำนวนครู 100 คนขึ้นไป และยินดีให้เก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษา ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi – stage random sampling) โดยสุ่มอย่างง่ายเลือกจังหวัดจากจำนวนจังหวัดในภาคตะวันออก ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา และจันทบุรี และสุ่มโรงเรียนตัวแทน 4 แห่ง ดังนี้ จังหวัดชลบุรี ได้แก่ โรงเรียนชลราษฎรอำรุง จังหวัด ฉะเชิงเทรา ได้แก่ โรงเรียนเบญจมราชรังสฤษฎิ์ จังหวัดจันทบุรี ได้แก่ โรงเรียนศรียานุสรณ์ จังหวัดระยอง ได้แก่ โรงเรียน มาบตาพุดพิทยาคม ดำเนินการโดยผู้วิจัยติดต่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงเรียน ประชาสัมพันธ์การ เข้าร่วมโครงการโดยผู้ประสานงานของแต่ละโรงเรียน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และมอบหนังสือ แสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจแก่ตัวอย่างวิจัยก่อนดำเนินการแจกแบบสอบถาม ผู้วิจัย แจกแบบสอบถามทั้งหมด 400 ชุด แต่ข้อมูลมีความสมบูรณ์จำนวน 388 ชุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้านประชากรศาสตร์
- (2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) พัฒนาโดย นายแพทย์สุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุล กรมสุขภาพจิต (2540) มีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.65 ประกอบด้วย องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มี 26 ข้อคำถาม
- (3) แบบสอบถามความสุขของคนไทย (THI-15) ของกรมสุขภาพจิต พัฒนาโดย อภิชัย มงคล และคณะ (2544) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผ่านมา เพื่อประเมินความสามารถในการดำเนิน ชีวิตและพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.70
- (4) แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (General Health Questionnaire ; Thai GHQ – 28) เพื่อคัดกรองปัญหา สุขภาพจิต(Thai GHQ-28) พัฒนามาจาก General Health Questionnaire ของ Goldberg (1972) พัฒนาโดย นายแพทย์ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช ตั้งแต่ 0.84 ถึง 0.94
- (5) แบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ (The Spiritual Well-Being Scale : SWBS) ของ Paloutzian and Eillison (1982) (กนิษฐา ลิ้มทรัพย์, 2557) แบ่งองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณไว้ 2 ด้าน ได้แก่ ความผาสุกในสิ่ง ที่เป็นอยู่ปัจจุบัน และความผาสุกในการมีศาสนาเป็นสิ่งยึดมั่น จำนวน 14 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช ด้านความ ผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ปัจจุบัน .86 และด้านความผาสุกในการมีศาสนาเป็นสิ่งยึดมั่น .82

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัย บุรพาหส์ Sci 014/2562 ผู้วิจัยติดต่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงเรียน และดำเนินการเก็บข้อมูลโดย ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ข้อมูล ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามทั้งหมด 400 ชุด ข้อมูลมีความสมบูรณ์ จำนวน 388 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ด้านเพศ พบว่า เพศหญิง ร้อยละ 70.6 เพศชายร้อยละ 29.4 มีอายุเฉลี่ย 38 ปี อยู่ในช่วง 19-35 ปี (52.3%) มากที่สุด รองลงมาคือช่วงอายุ 36- 52 ปี (36.1%) นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด (97.2%)

รองลงมาคือศาสนาอิสลาม (2.8%) กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสดมากที่สุด (56.4%) รองลงมา คือ สถานภาพสมรส (39.4%) ระดับการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีมากที่สุด (57.7%) รองลงมาคือ ปริญญาโท (41.8%)

ด้านการทำงาน กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานปัจจุบันที่จังหวัดจันทบุรีมากที่สุด รองลงมาคือ จังหวัดระยอง (25.8% และ 25.5% ตามลำดับ) ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นบุคลากรด้านการศึกษา 12.09 ปี ช่วงระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นบุคลากรด้านการศึกษามากที่สุด คือ 1-10 ปี (60.05%) รองลงมาคือ ช่วง 11-20 ปี (17.27%) ตำแหน่งงานปัจจุบันเป็นครูชำนาญการมากที่สุด รองลงมาคือครูชำนาญการพิเศษ (29.6% และ 26.3% ตามลำดับ)

ด้านภาระงาน ในปัจจุบันที่รับผิดชอบตามชั่วโมงที่ปรากฏในตารางสอนมีค่าเฉลี่ย 17.81 ชม./สัปดาห์ มากที่สุด 21-37 ชม./สัปดาห์ (70.1%) รองลงมาคือ 13-20 ชม./สัปดาห์ (26.5%) ภาระงานเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนที่ไม่ใช่ชั่วโมงสอนในตารางสอน ค่าเฉลี่ย 4.12 ชม./สัปดาห์ มากที่สุด 0-5 ชม./สัปดาห์ (76%) รองลงมาคือ 6-10 ชม./สัปดาห์ (18%)

ด้านรายได้ รายได้ต่อเดือนค่าเฉลี่ย 30,362.65 บาท/เดือน จำนวนมากที่สุดอยู่ในช่วง 10,200-33,200 บาท/เดือน (69.6%) รองลงมาคือ 33,201-56,200 บาท/เดือน (24%) **ส่วนความพอเพียงของรายได้** จำนวนมากที่สุดคือมีพอใช้เหลือเก็บบ้างเล็กน้อย ใช้ฉุกเฉินได้ (40.5%) รองลงมาคือ พอใช้ไม่เหลือเก็บ (22.7%)

ด้านโรคประจำตัว จำนวนของผู้ไม่มีโรคประจำตัว (74.20%) ส่วนโรคประจำตัวที่เป็นจำนวนมากที่สุด คือ อาการปวดเข่า (8.2%) รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง (7.5%)

ด้านค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ค่ายารักษาโรคโดยเฉลี่ยต่อเดือน 156.73 บาท ไม่มีค่าใช้จ่ายรายเดือน เป็นจำนวนมากที่สุด (84.54%) รองลงมาคือ มีการจ่ายค่ายารักษาโรคโดยเฉลี่ยต่อเดือน 50-800 บาท (6.70%)

ด้านค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการออกกำลังกาย โดยเฉลี่ยต่อเดือน 195.98 บาท จำนวนมากที่สุดคือ ไม่มีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการออกกำลังกายโดยเฉลี่ยต่อเดือน (85.82%) รองลงมาคือมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการออกกำลังกายโดยเฉลี่ยต่อเดือน 40-1,000 บาท (9.02%)

ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการพักผ่อนหย่อนใจหรือการท่องเที่ยว โดยเฉลี่ยต่อเดือน 955.15 บาท กลุ่มตัวอย่างไม่มีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการพักผ่อนหย่อนใจหรือการท่องเที่ยวจำนวนมากที่สุด (60.57%) รองลงมาคือมีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่อเดือนเกี่ยวกับการพักผ่อนหย่อนใจหรือการท่องเที่ยว 1,000-3,000 บาท (30.15%)

ด้านการสูบบุหรี่ ไม่สูบบุหรี่ (92.8%) รองลงมาคือสูบบุหรี่ (7.2%)

ด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (81.44%) รองลงมาคือ ดื่มแอลกอฮอล์ (18.56%)

ด้านประสบการณ์การออกกำลังกายของท่านใน 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวนมากที่สุดคือ ออกกำลังกายนาน ๆ ครั้ง (เดือนละครั้ง) (35.3%) รองลงมาคือ ออกกำลังกายบ้างเป็นบางครั้ง (3 ต่อสัปดาห์) (30.7%) สถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างไปออกกำลังกายเป็นประจำ มากที่สุดคือ สวนสาธารณะ (37.38%) รองลงมา คือ ที่บ้าน (25.55%) ประเภทของกิจกรรมที่ใช้ออกกำลังกาย มากที่สุดคือ การเดิน (58%) รองลงมาคือ การวิ่ง (50%) ช่วงเวลาที่นิยมออกกำลังกาย มากที่สุดคือ ช่วงบ่าย-เย็น (4-6 โมงเย็น) (46.9%) รองลงมาคือ ช่วงค่ำ (ตั้งแต่ 6 โมงเย็นเป็นต้นไป) (36.9%)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นจำนวนมากที่สุด (28.35%) รองลงมาคือต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร (22.16%) จะกระทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นทันที จำนวนมากที่สุด (49.4%) รองลงมาคือ ขอเลื่อนไปก่อนจนกว่าจะมีความพร้อม (35.6%)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสุขของคนไทย สุขภาพทั่วไป ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกของกลุ่มตัวอย่าง

คุณภาพชีวิตค่าเฉลี่ยโดยรวม 97.71 คะแนน (S.D. 12.68 คะแนน) ค่าน้อยที่สุด 54 คะแนน ค่ามากที่สุด 129 คะแนน อยู่ในกลุ่มคุณภาพชีวิตที่ดี (96-130 คะแนน) จำนวน 233 คน คิดเป็นร้อยละ 60.1 กลุ่มคุณภาพชีวิตปานกลาง (61-95 คะแนน) จำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 39.4 และกลุ่มคุณภาพชีวิตไม่ดี (26-60 คะแนน) จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5

ความสุขของคนไทย เป็นการประเมินความสุขด้วยตนเองโดยประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตและพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี พบว่า ค่าเฉลี่ยความสุขของคนไทย 31.91 คะแนน (S.D. 5.65 คะแนน) ค่าน้อยที่สุด 17 คะแนน ค่ามากที่สุด 45 คะแนน อยู่ในกลุ่มมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (good) (33-45 คะแนน) จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 41.0 กลุ่มมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (fair) (27-32 คะแนน) จำนวน 177 คน คิดเป็นร้อยละ 45.6 และอยู่ในกลุ่มมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (poor) (0-26 คะแนน) จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 13.4

สุขภาพทั่วไปเพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต พบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาพทั่วไป 2.98 คะแนน (S.D. .86 คะแนน) คำน้อยที่สุด 1 คะแนน ค่ามากที่สุด 5 คะแนน จึงอยู่ในกลุ่มไม่มีปัญหาสุขภาพจิตทั้งหมด (0-5 คะแนน)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่า ค่าเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณ 57.88 คะแนน (S.D. 7.78 คะแนน) คำน้อยที่สุด 36 คะแนน ค่ามากที่สุด 70 คะแนน อยู่ในกลุ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับสูง (51.34-70.00 คะแนน) จำนวน 306 คน คิดเป็นร้อยละ 78.9 และกลุ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง (32.67-51.33 คะแนน) จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 21.1 ดังแสดงไว้ในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงข้อมูลคุณภาพชีวิต ความสุขของคนไทย สุขภาพทั่วไป และความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิต (WHOQOL-26)		
คุณภาพชีวิตต่ำ (26-60)	2	.5
คุณภาพชีวิตปานกลาง (61-95)	153	39.4
คุณภาพชีวิตดี (96-130)	233	60.1
ความสุขของคนไทย (TH15)		
มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (≤ 26)	52	13.4
มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (27-32)	177	45.6
มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (33-45)	159	41.0
สุขภาพทั่วไป Thai GHQ-28		
คะแนนรวม 1	4	1
คะแนนรวม 2	122	31.4
คะแนนรวม 3	155	39.9
คะแนนรวม 4	93	24.0
คะแนนรวม 5	14	3.6
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ		
ระดับต่ำ (14.00-32.66)	0	0.0
ระดับกลาง (32.67-51.33)	82	21.1
ระดับสูง (51.34-70)	306	78.9

อภิปรายผล

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สภาวะด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ มีการใช้จ่ายเพื่อพักผ่อนหย่อนใจน้อย มีความมั่นคงในชีวิตจากระยะเวลาที่ปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ย 12.09 ปี และค่าเฉลี่ยรายได้ต่อเดือน 30,362.65 บาท/เดือน จึงมีความพอเพียงของรายได้ เหลือเก็บบ้างเล็กน้อย เอาไว้ใช้ฉุกเฉินได้ซึ่งถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำกลุ่มตัวอย่างได้ประเมินความรู้สึกของตนเองว่ามีความสุข การพอเพียงของเงินรายได้ ความมั่นคงของอาชีพการทำงาน ทำให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข ด้านภาระงานในปัจจุบันที่รับผิดชอบตามชั่วโมงที่ปรากฏในตารางสอนมีค่าเฉลี่ย 17.81 ชม./สัปดาห์ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ปกติของภาระงานสอนของข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา สายงานสอนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (2553) ที่ระบุจำนวนชั่วโมงภาระงานสอนขั้นต่ำระดับมัธยมศึกษาไม่ต่ำกว่า 18 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ นั่นคือเมื่อคิดจากค่าเฉลี่ยของภาระงานในปัจจุบันที่รับผิดชอบตามชั่วโมงที่ปรากฏในตารางสอน ครูยังสามารถใช้ชีวิตให้มีความสุขแตกต่าง เช่น การใช้เวลากับครอบครัว การเข้าวัด การดูแลตนเอง และทำงานอดิเรกที่ชอบได้ แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อแบ่งเป็นกลุ่มกลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 70.1 มีภาระงานสอนมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คืออยู่ระหว่าง 21-37 ชม./สัปดาห์ ดังนั้นครูในกลุ่มนี้อาจไม่สามารถแบ่งเวลาไปออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมอื่นๆ ตามเวลาที่ตนเองต้องการได้ อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ ครูส่วนมากออกกำลังกายเพียงเดือนละครั้ง ขอบออกกำลังกายในสวนสาธารณะ และที่บ้านเพื่อความสะดวกในการทำกิจกรรม การออกกำลังกายที่นิยมมากที่สุดคือ การเดิน รองลงมาคือ การวิ่ง ช่วงเวลาที่นิยมออกกำลังกายจำนวนมากที่สุดคือ ช่วงบ่าย-เย็น (4-6 โมงเย็น) รองลงมาคือ ช่วงค่ำ (ตั้งแต่ 6 โมงเย็นเป็นต้นไป) จะเห็นได้ว่า สถานที่ ชนิดของกิจกรรม ช่วงระยะ ในการออกกำลังกายนั้นเป็น สถานที่

กิจกรรม และช่วงเวลาที่จะสะดวก ดำเนินการได้เองและว่างเว้นจากการปฏิบัติภารกิจหลักคือ การสอนแล้ว เมื่อพิจารณาด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแล้ว สิ่งที่คุณครูตระหนักคือต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของตนเองมากที่สุด

คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตดี เนื่องจากครูมีความพอใจกับรายได้ของครอบครัว มีเงินเหลือไว้ใช้จ่ายยามฉุกเฉิน มีการะงานสอนที่บริหารจัดการเวลาได้ มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีสุขภาพจิต สุขภาพทั่วไปที่ดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตทางกาย และทางจิตอยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตดี คุณภาพชีวิตทางสังคม ทางสิ่งแวดล้อม และสุขภาพโดยรวม อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตกลาง เมื่อพิจารณาสถานการณ์บุคลากรทางการศึกษาอยู่ในกลุ่มคุณภาพชีวิตดีมีเพียง ร้อยละ 60.1 ซึ่งกลุ่มคุณภาพชีวิตดีไม่ควรน้อยกว่าร้อยละ 80 กลุ่มคุณภาพชีวิตปานกลาง ไม่ควรมากกว่าร้อยละ 20 และไม่ควรมีบุคลากรทางการศึกษาที่อยู่ในกลุ่มคุณภาพชีวิตต่ำ ดังนั้นเพื่อคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นจึงต้องผลักดันให้กลุ่มคุณภาพชีวิตปานกลาง และต่ำให้ขึ้นไปอยู่ในกลุ่มคุณภาพชีวิตดีให้สูงขึ้น เหลือกลุ่มคุณภาพชีวิตกลางๆ น้อยกว่าร้อยละ 20 สอดคล้องกับการศึกษาของกำชัย เสนากิจ (2561) พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของครู โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก เรียงจากมากไปหาน้อยคือ ด้านจิตวิญญาณด้านการทำงาน ด้านชีวิตส่วนตัว ด้านสังคม ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ซึ่งปัจจัยที่สะท้อนคุณภาพชีวิตได้ทางหนึ่ง คือ สุขภาวะทางจิต (psychological well-being) ซึ่งหมายถึง ความสมบูรณ์อย่างสมดุลของสุขภาพบุคคลทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณหรือปัญญา โดยมีมิติทั้งสี่จะเชื่อมโยงสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (ประเวศ วะสี พระพิศาลธรรมาวาที แม่ชีคันสนีย์ เสถียรสุด และโสภณ สุภาพงษ์, 2544) ประกอบกับนโยบายแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2579) ยึดหลัก “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” “การพัฒนาที่ยั่งยืน” และ “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” รัฐจึงได้กำหนดเป้าหมายรวมการพัฒนาของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 ประกอบด้วยการมุ่งหวังให้ คนไทยมีคุณลักษณะเป็นคนไทยที่สมบูรณ์ มีวินัย มีทัศนคติและพฤติกรรมตามบรรทัดฐานที่ดีของสังคม มีความเป็นพลเมืองตื่นรู้ มีความสามารถในการปรับตัวได้อย่างรู้เท่าทันสถานการณ์ มีความรับผิดชอบและทำประโยชน์ต่อส่วนรวม มีสุขภาพกายและใจที่ดี มีความเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณ มีวิถีชีวิตที่พอเพียง และมีความเป็นไทย ทำให้โลกในการสนับสนุนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตครูเป็นส่วนหนึ่งที่พึงปฏิบัติของกระทรวงศึกษาธิการ

ด้านจิตใจตามแบบประเมินสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ-28) ในภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยที่ 2.98 ซึ่งหมายถึงไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ค่าน้อยที่สุด 1 คะแนน ค่ามากที่สุด 5 คะแนน จึงอยู่ในกลุ่มไม่มีปัญหาสุขภาพจิตทั้งหมด (0-5 คะแนน) นั่นอาจเป็นเพราะว่าลักษณะงานของครูในโรงเรียนมัธยมศึกษา สามารถปรับตัวให้ดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น และลักษณะคำถามของแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีปัญหาก็ทำให้เกิดความทุกข์ใจเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติของบุคคลมากกว่าลักษณะที่เป็นลักษณะประจำของบุคคลนั้น ๆ เช่น ปัญหาบุคลิกภาพ ข้อคำถามจะครอบคลุมปัญหาใหญ่ ๆ 4 ด้าน คือ ความรู้สึกไม่มีความสุข (อาการทางกาย) ความวิตกกังวล ความบกพร่องทางสังคม และอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ค่าเฉลี่ยภาระงานสอนของครูที่รับผิดชอบตามชั่วโมงที่ปรากฏในตารางสอนมี 17.81 ชม./สัปดาห์ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ปกติเล็กน้อย (18 ชม./สัปดาห์) ของภาระงานสอนของข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา สายงานสอนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (2553) จึงทำให้ครูส่วนใหญ่สามารถบริหารจัดการเวลาได้ มีการพักผ่อนหย่อนใจ ด้วยการดูแลครอบครัว ทำงานอดิเรกในสิ่งที่ชอบ โดยเสียค่าใช้จ่ายน้อย ทำให้มีรายได้ที่เพียงพอและเหลือเก็บไว้ใช้จ่ายฉุกเฉินได้ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อแบ่งเป็นกลุ่มกลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 70.1 มีการะงานสอนอยู่ระหว่าง 21-37 ชม./สัปดาห์ นับได้ว่าเป็นภาระงานสอนที่ค่อนข้างมากต่อสัปดาห์ ทำให้ครูในกลุ่มนี้ไม่สามารถแบ่งเวลาในออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมอื่นๆ ตามช่วงระยะเวลาที่ต้องการได้ อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ ครูส่วนมากออกกำลังกายเพียงเดือนละครั้ง ขอบออกกำลังกายในสวนสาธารณะ และที่บ้านเพื่อความสะดวกในการทำกิจกรรม การออกกำลังกายที่นิยมมากที่สุดคือ การเดิน รองลงมาคือ การวิ่ง ช่วงเวลาที่นิยมออกกำลังกายจำนวนมากที่สุดคือ ช่วงบ่าย-เย็น (4-6 โมงเย็น) รองลงมาคือ ช่วงค่ำ (ตั้งแต่ 6 โมงเย็นเป็นต้นไป) จะเห็นได้ว่า สถานที่ ชนิดของกิจกรรม ช่วงระยะ ในการออกกำลังกายนั้นเป็น สถานที่ กิจกรรม และช่วงเวลาที่จะสะดวก ดำเนินการได้เองและว่างเว้นจากการปฏิบัติภารกิจหลักคือ การสอนแล้ว เมื่อพิจารณาด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแล้ว สิ่งที่คุณครูตระหนักคือต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของตนเองมากที่สุด และมีการศึกษาพบว่า ครูมีการบริหารการดูแลสุขภาพตนเอง การพักผ่อนให้มีความสุขได้ (กำชัย เสนากิจ, 2561) จากการประเมินองค์ประกอบของงาน ครูมีองค์ประกอบด้านอำนาจในการตัดสินใจ และการสนับสนุนทางสังคมสูง (ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข กาญจนา พิบูลย์ ธนิตา จุลวนิชย์พงษ์ และ พวงทอง อินใจ, 2563) ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ กลุ่มครูที่เข้าร่วมโครงการ ยังอยู่ในวัยทำงาน ไม่มีปัญหาการเสื่อมถอยของสุขภาพ เพราะสุขภาพเป็นขุมพลังแห่งชีวิต ที่จะผลักดันให้มนุษย์สามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า เป็นรากฐานสำคัญยิ่งต่อการดำเนินชีวิตที่สมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ (Edlin, Golanty, & Brown, 2000) ทำให้ครูมี

พลังที่จะสามารถจัดการความเครียดได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาความเครียดในการปฏิบัติงานของผู้บริหารสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 11พบว่าแนวทางการจัดการความเครียดในการปฏิบัติงานของผู้บริหารสถานศึกษา จะต้องมีการวางแผนงานให้ชัดเจน กำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคคลให้เหมาะสมโดยเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วม สร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทุกระดับในการปฏิบัติงาน กำหนดเส้นทางความก้าวหน้าในวิชาชีพให้ชัดเจน จัดโครงสร้างและบรรยากาศในสถานศึกษาให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน สร้างวัฒนธรรมการเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงาน (นาคยา สุวรรณจันทร์ นัฏจรี เจริญสุข และสถาพร สังข์ขาวสุทธิรักษ์, 2560)

ด้านอารมณ์จากการประเมินความสุขด้วยตนเอง โดยประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตและพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี พบว่า ค่าเฉลี่ยความสุขของคนไทย 31.91 คะแนน (S.D. 5.65 คะแนน) คำน้อยที่สุด 17 คะแนน ค่ามากที่สุด 45 คะแนน อยู่ในกลุ่มมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (good) (33-45 คะแนน) จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 41.0 กลุ่มมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (fair) (27-32 คะแนน) จำนวน 177 คน คิดเป็นร้อยละ 45.6 และอยู่ในกลุ่มมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (poor) (0-26 คะแนน) จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 13.4 ในการศึกษาครั้งนี้ ความสุข หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป จากข้อมูลด้านรายได้ประจำ ภาระงานสอนที่ได้รับ การมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่น้อย การไม่มีโรคประจำตัวจึงทำให้ครูมีศักยภาพในการสามารถจัดการปัญหาพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ได้ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของครูสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเลย เขต 1 (ธนกร จันทรสี สุชาติ บางวิเศษ และจ่านอง ศรีมังกร, 2559) เนื่องด้วยความสุขแบบองค์รวมนั้นคือการมีความสุขที่ยั่งยืนจะต้องมีสุขภาวะที่ดีครบทั้ง 4 มิติ ได้แก่ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ โดยมองเห็นสุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นมิติที่สำคัญที่บูรณาการความเป็นองค์รวมของกายจิตใจและสังคมของบุคคล และชุมชนให้สอดคล้องเข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (วิพุธ พูลเจริญ, 2544) ประกอบกับปัญหาสุขภาพจิตเกิดจากความวิตกกังวลที่เป็น ส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของเราทุกคน เมื่อเกิดการสะสมเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดความรุนแรง และส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่สามารถก้าวข้ามผ่านปัญหาหรือ เรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับปัญหาได้ หากพวกเขาเหล่านั้นได้รับการช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว ปัญหา สุขภาพจิตมักมีการจัดกลุ่มหรือจัดประเภทเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม (Mental Health Foundation, 2018) และครูโอกาสในการตัดสินใจและการแสดงความคิดเห็นมีค่าค่อนข้างสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าครูเป็นอาชีพที่มีเกียรติได้รับการยอมรับและความเคารพจากสังคม (ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข กาญจนา พิบุลย์ ธนิตา จุลวนิชย์พงษ์ และ พวงทอง อินใจ, 2563) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากครูไทยมีสถานภาพทางสังคมสูงเป็นที่ยอมรับในสังคมทุกระดับ (คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, 2562) จึงทำให้คะแนนความสุขครูที่ศึกษามีความสุขเท่ากับคนทั่วไป อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า มีกลุ่มที่มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปอยู่ถึงร้อยละ 13.4 ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความสุขแก่บุคลากร เช่น การพัฒนาความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต การส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ตามนิยามของ ความสุข ของการศึกษาครั้งนี้

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่า ค่าเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณ 57.88 คะแนน (S.D.7.78 คะแนน) คำน้อยที่สุด 36 คะแนน ค่ามากที่สุด 70 คะแนน อยู่ในกลุ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับสูง (51.34-70.00 คะแนน) จำนวน 306 คน คิดเป็นร้อยละ 78.9 และกลุ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง (32.67-51.33 คะแนน) จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 21.1 เนื่องจาก ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นมิติหนึ่งของบุคคลที่เป็นพลังชีวิต ช่วยให้บุคคลค้นหาคุณค่าและความหมายของการมีชีวิตอยู่ด้วยความพึงพอใจ ความสงบสุขและมีความหวัง รวมถึงความต้องการให้ชีวิตดำเนินต่อไป จากการค้นหาศักยภาพในตนเอง ซึ่งเป็นพลังในการปรับตัวต่อสภาวะต่างๆ รวมทั้งความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ต่อผู้อื่น และความศรัทธาในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ โดยมีพื้นฐานมาจากความรัก ความไว้วางใจ การให้อภัย ช่วยให้เกิดความหวังและรู้สึว่าตนเองมีคุณค่า สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณมี 2 องค์ประกอบ (Bufford, Paloutzian, & Elliison, 1991) คือองค์ประกอบด้านความศรัทธาในหลักคำสอนของศาสนา และองค์ประกอบด้านความต้องการมีชีวิตอยู่และพึงพอใจในการดำเนินชีวิต นำมาซึ่งความผาสุกทางจิตวิญญาณ การตระหนักถึงความสำคัญของสภาวะจิตวิญญาณจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิต เช่น ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน และการสูญเสีย เพราะสภาวะจิตวิญญาณเป็นพลังสำคัญของบุคคลที่ช่วยเผชิญและปรับตัวต่อภาวะวิกฤตนั้นได้ (Dugan, 1987; Hall, 1997; Canrad, 1985) ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นลักษณะภายใน ของบุคคลที่แสดงออกถึงความสมบูรณ์พร้อมของ ร่างกายและจิตใจ เป็นพลังอำนาจที่นำไปสู่การมี ความหมาย เป้าหมาย และ

ความหวังในการดำเนินชีวิต มีกำลังใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น (Nilmanat, 2012) ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีส่วนสำคัญในการป้องกัน ตนเองในภาวะคุกคาม เป็นชุมพลังของชีวิต ที่ช่วย ในการดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของสุขภาพในทุกมิติ และการดำรงอยู่ของบุคคล (Boston & Mount, 2006) หากบุคคลมีภาวะพร่อง ในมิติจิตวิญญาณจะส่งผล เชื่อมโยงกับความสมดุล ในทุกมิติ (Buddhadasa, 1998; Meecharoen, 2013) และสุขภาพทางจิตวิญญาณที่มีความผาสุก จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญต่อเหตุการณ์วิกฤต ในชีวิตได้ดี แม้มีความบกพร่องในด้านอื่นๆ ก็ตาม (McClain, Rosenfield, & Breitbart, 2003) สอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณของครู โดยรวมอยู่ในระดับมาก เพราะครูมีความ ภาคภูมิใจในอาชีพ รู้สึกรักอาชีพครูมีเกียรติ (กำชัย เสนากิจ, 2561) อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยยังพบว่ามีกลุ่มของความ ผาสุกทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง ร้อยละ 21.1 จึงเป็นกิจกรรมที่น่าสนใจสำหรับผู้บริหารหน่วยงานที่จะทำอย่างไรจึงจะ สามารถส่งเสริมให้บุคลากรครูมีพลังชีวิตที่เพิ่มมากขึ้น เข้าใจความหมายของการดำรงชีวิต มีความสงบสุขทางจิตใจได้ ซึ่งอาจ ใช้กิจกรรมการออกกำลังกายกลุ่มร่วมกันของบุคลากรหลังเลิกเรียน โรงเรียนอานวยความสะดวกเรื่องสถานที่ และบุคลากรนำ การออกกำลังกาย กิจกรรมส่งเสริมความสงบสุขทางจิตวิญญาณ เช่น การทำบุญ ฟังธรรมะ ร่วมกันในแต่ละเดือน กิจกรรม การบริการสังคม จัดอาสาสมัครร่วมกันของบุคลากรในโรงเรียน สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้ง ทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ได้

รายการอ้างอิง

- กนิษฐา ลัมทรัพย์. (2557) *การตระหนักรู้ในตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความพึงพอใจในชีวิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุในศูนย์บริการผู้สูงอายุดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร*. ปริญญาโท วท.ม. (จิตวิทยาชุมชน). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- กำชัย เสนากิจ. (2561). คุณภาพชีวิตการทำงานของครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 26. *วารสารวิชาการศรีปทุม ชลบุรี*, 15(1), 245-252
- คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี. *เอกสารประกอบการสอนรายวิชาความเป็นครูและคุณธรรมจริยธรรม*. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 5 ธ.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก http://graduate.sru.ac.th/wp-content/uploads/2019/06/EDU0101_Teacher-and-moral-ethics.pdf.
- จุรีพร แจงธรรมมา. (2545). *คุณภาพชีวิตการทำงานของครูระดับมัธยมศึกษาสังกัดกรมสามัญศึกษาเขตพื้นที่การศึกษา 5*. วิทยานิพนธ์, ศศ.ม., มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ.
- ดิเรก พรสีมา. (2546). *รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาวิชาชีพครู*. สืบค้นเมื่อวันที่ 16 เมษายน พ.ศ. 2561. จาก <http://www.onec.go.th/Act/627/>
- ทองศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข, กาญจนา พิบูลย์, ธนิดา จุลวนิชย์พงษ์ และ พวงทอง อินใจ. (2563). ลักษณะงานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของครูในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดชลบุรี. *บูรพาเวชสาร*, 7(1), 32 – 46.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และชัชวาล ศิลปะกิจ. (2539). ความเชื่อถือได้และแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 41(1), 2-17.
- ธนกร จันทร์สี, สุชาติ บางวิเศษ, และจำนง ศรีมังกร. (2559). In *Proceeding of the National and international Graduate Research Conference 2016*, Graduate School, Khon Kaen University, Thailand and Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Indonesia, 1236-1243
- ธีรภูมิ เอกะกุล. (2543). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- นารถา สุวรรณจันทร์, นัญจรี เจริญสุข, และสถาพร สังข์ขาวสุทธิรักษ์. (2560). *การศึกษาความเครียดในการปฏิบัติงานของผู้บริหารสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 11*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี. <http://ir.sru.ac.th/handle/123456789/202>
- ประเวศ วะสี พระพิศาลธรรมวาทิ แม่ชีคันสนีย์ เสถียรสุด และโสภณ สุภาพงษ์. (2544). “สู่สุขภาพลัทธิ” *สู่สุขภาพทางสังคมและจิตวิญญาณ*. กรุงเทพฯ:สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- ประเวศ วะสี. (2551, 14 มิถุนายน). *สุขภาพทางปัญญา*. มติชน. สืบค้นเมื่อ 27 กุมภาพันธ์ 2552, จาก <http://library.uru.ac.th/webdb/mages/prawase.com-article-149.pdf>
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. (2541). *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541*. กรุงเทพฯ : ดีไซน์.

พรศิริ เทียนอุดม. (2546). *ปัจจัยส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของครูต้นแบบ*. วิทยานิพนธ์, ค.ม., กรุงเทพฯ: สถาบันราชภัฏจันทรเกษม.

วิพุธ พูลเจริญ. (2544). *สุขภาพ: อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2553). *ภาระงานสอนของข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา สายงานการสอน สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน*. สืบค้นเมื่อ 27 มีนาคม 2562, จาก <http://www.secondary35.go.th/wp-content/uploads/2019/06/v5733-2553-person.pdf>

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *การสาธารณสุขไทย 2554-2558*. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุล วิระวรรณ ตันติพิพัฒนสกุล และวนิดา พุ่มไพศาล (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*, โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.

อภิชัย มงคล, วัชนิ หัตถพนม, ภัสรา เชษฐโชติศักดิ์, วรรณประภา ชลอรกุล, ละเอียด ปัญญาใหญ่, สุจิต สุวรรณชีพ. การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล). (2554). *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 46 (3), หน้า 209-225.

อารี สังข์ศิลป์ชัย. (2548). *คุณภาพชีวิตการทำงานของครูผู้สอนในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานครปฐม*. วิทยานิพนธ์ ค.ม., มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, นครปฐม.

Bufford, R. K., Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1991). Norm for the spiritual well-being scale. *Journal of Psychol theology*, 1991, 19, 56-67.

Boston, P. H., & Mount, B. M. (2006). The caregiver's perspective on existential and spiritual distress in palliative care. *Journal of Pain Symptom Manage*, 32(1), 13-26.

Buddhadasa Bhikkhu. *Handbook of mankind (Complete version)*. Bangkok: Amy trading 1998.

Meecharoen, V. (2013). Family caregivers of cancer patients: Roles' adaptation and quality of life promotion. *Rama Nurs J*, 20(1), 10-22.

Byre, M. (2002). Spiritual in palliative care: what language do we need? *Inter J Pal Nurse*, 8, 67-74.

Carson, V. B., Soeken, K. L., & Shanty, L. (1991). Hope and spiritual well-being: essentials for living with AIDS. *Perspect in Psychiatr Care*, 26, 29-34.

Cornish, M. A., Wade, N. G., Tucker, J. R., & Post, B. C. (2014). When religion enters the counseling group: Multiculturalism, group processes and social justice. *The Counseling Psychologist*, 42, 578-600. doi: 10.1177/0011000014527001

Cummins, R. A. (1998). The second approximation to an international standard of life satisfaction. *Social Indicators Research*, 43, pp. 307-334.

Dugan, O. D. (1987). Death and dying: emotional, spiritual, and ethic support for patients and families. *J Psychosoc Nurs Ment Health*, 25, 21-9.

Goldberg, D. P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsley Monograph No 21. London: Oxford University Press.

Hall, B. A. (1997). Spirituality in terminal illness. *J Holist Nurse*, 15, 82-96.

Canrad, N. L. (1985). Spiritual support for the dying. *Nurs Clin North Am*, 20, 415-25.

Edlin, G., Golanty, E., & Brown, K. Mc. C. (2000). *Essentials for Health and Wellness*. 2nd ed. Sudbury : Jones and Bartlett.

Koenig, H. G. (2012). *Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications*. ISRN Psychiatry. Retrieved from <http://www.hindawi.com/journals/isrn/2012/278730/abs/>

McClain, C. S., Rosenfield, B., & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end of life despair in terminally ill cancer patient. *Lancet*, 361(9369), 1603-7.

Mental Health Foundation. (2018). *What are mental health problems?*. Retrieved from <https://www.mentalhealth.org.uk/your-mental-health/about-%20mentalhealth/what-are-mental-health-problems>)

Mohr, S., Perroud, N., Gillieron, C., Brandt, P., Rieben, I., Borrás, L., & Huguelet, P. (2011). Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders. *Psychiatry Research*, 186, 177-182. doi:10.1016/j.psychres.2010.08.012

Nilmanat K. (2012). *The end of life care*. Bangkok: Orange media.

Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, 9, 713-730. doi: 10.1177/1359105304045366

Rosmarin, D. H., Bigda-Peyton, J. S., Kertz, S. J., Smith, N., Rauch, S. L., & Björqvinnsson, T. (2013). A test of faith in God and treatment: The relationship of belief in God to psychiatric treatment outcomes. *Journal of Affective Disorders*, 146, 441-446. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.030>

Smith, T. B., Bartz, J., & Richards, P. S. (2007). Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 17, 643-655. doi: 10.1080/10503300701250347

Stoll, R. I. (1979). Guidelined for spiritual assessment. *Am J Nurs*, 79, 1574-7.

The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. (1995). *Soc Sci Med*, 41(10), 1403-1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-k

Williams, D. R., Manuela, V., Costa, M. V., Odunlami, A. O., & Mohammed, S. A. (2008). Moving Upstream: How Interventions that Address the Social Determinants of Health can Improve Health and Reduce Disparities. *J Public Health Manag Pract*, 14(Suppl), S8-17. doi:10.1097/01.PHH.0000338382.36695.42.

World Health Organization (1986). *Ottawa charter of health promotion*. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization. (2014). *Mental health: a state of well-being*. Retrieved from https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

World Health Organization. (2017). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Retrieved from <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

Zenkert, R. L., Brabender, V., & Slater, C. (2014). Therapists' responses to religious/spiritual discussions with trauma versus non-trauma clients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44, 213-221. doi: 10.1007/s10879-014-9264-1

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพาที่ดูแลในการประสานงานทุนวิจัยจากทุนอุดหนุนการวิจัยงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล ประจำปีงบประมาณ 2562 กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลในการวิจัย และคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะแพทยศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาในการเอื้อเฟื้อสถานที่ดำเนินการวิจัย