



## รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยโปรแกรมทางสังคม  
Enhancing Health Related Quality of Life through Social  
Determinants Intervention Program

ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข  
ภัทรา หิรัญรัตนพงศ์  
ธนิดา จุลวนิชย์พงษ์  
สมจิต พฤกษ์รัตนานนท์  
มยุรี พิทักษ์ศิลป์  
พวงทอง อินใจ

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้  
(เงินอุดหนุนจากรัฐบาล) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562  
มหาวิทยาลัยบูรพา



## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 มหาวิทยาลัยบูรพา ผ่านสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ รหัสโครงการ 54894 เลขที่สัญญา 38.3/2562 ผู้วิจัยขอขอบคุณ โรงเรียนและครูในภาคตะวันออกเฉียงใต้ที่เข้าร่วมในการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโปรแกรมทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู และได้ให้คำแนะนำอันมีประโยชน์เกี่ยวกับการปรับปรุงโปรแกรมฯ รวมทั้งบุคคลอื่น ๆ ที่ไม่ได้กล่าวนาม ณ ที่นี้ ที่มีส่วนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

คณะผู้วิจัย  
ธันวาคม 2562

## ชื่อโครงการวิจัย การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยโปรแกรมทางสังคม

คณะผู้วิจัย ทนงศักดิ์ ยิงรัตนสุข/ ภัทรา หิรัญรัตนพงศ์/ ธนิตา จุลวนิชย์พงษ์/

สมจิต พฤกษ์รัตนานนท์/ มยุรี พิทักษ์ศิลป์/ พวงทอง อินใจ

แหล่งทุน งบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

ปีที่ทำการวิจัย 2562

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของครูในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2) พัฒนาโปรแกรมทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู 3) นำโปรแกรมทางสังคมไปทดลองใช้ในโรงเรียนเป้าหมาย 4) ประเมินผลการนำโปรแกรมไปทดลองใช้ ประชากรที่ศึกษาคือครูในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คัดเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน นำโปรแกรมไปทดลองใช้ เป็นเวลา 6 เดือนในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นโรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของครูคือรายได้ โปรแกรมทางสังคม เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู ประกอบด้วย 1) การสร้างนโยบายสุขภาพของโรงเรียน 2) การมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง 3) การจัดตั้งคณะกรรมการและกำหนดบทบาทหน้าที่ 4) การสำรวจภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 5) การสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ 6) การสร้างเครือข่ายทางสังคม 7) การติดตามและประเมินผล ผลการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมพบว่า ครูมีภาวะความเครียดลดลง มีการจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และมีความพึงพอใจต่อสภาวะสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพที่ได้นำมาใช้ในโปรแกรมนี้คือ การสร้างสิ่งแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ เครือข่ายทางสังคม และการปรับรูปแบบของบริการสุขภาพ

**Project Name:** Enhancing Health Related Quality of Life through Social Determinants Intervention Program

**Researchers:** Tanongsak Yingratanasuk/ Pattra Hiranrattanapong/  
Tanida Julvanichpong/ Somjit Prueksaritanond/ Mayuri Phithaksilp/ Puangtong Inchai

**Funding Agency:** Government Budget Grant

**Year:** 2019

### Abstract

The objectives of this research and development were to 1) determine factors affecting the quality of life of teachers in the eastern region, 2) develop a social intervention program to enhance teachers' health-related quality of life, 3) implement the social intervention program in the target school, and 4) evaluate the program implementation. The studied population was teachers in secondary schools in the eastern region. Subjects were selected by multi-stage random sampling. The program was implemented in an extra-large secondary school for 6 months. Data were analyzed by both quantitative and qualitative methods. The study results indicated that factors affecting the quality of life of the teachers were income. The social intervention program to enhance health-related quality of life of the teachers consisted of 1) school health policy 2) active participation 3) organization and co-ordination 4) health monitoring 5) supportive environment 6) social networking and 7) follow-up and evaluation. The results of program effectiveness evaluation revealed that teachers had a reduction of perceived stress, the increased health management through diet and exercise. They were more satisfied with their health status. Social determinants intervened in this program included a healthy work environment, social and community networks, and modified health service.

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
สารบัญ.....	ง
สารบัญตาราง.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	3
ขอบเขตการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ .....	9
แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก.....	17
แนวคิดการมีส่วนร่วม และแรงสนับสนุนทางสังคม.....	25
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	26
การศึกษาปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของครูในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ .....	26
การสร้าง การนำไปใช้ และการประเมินผลการนำไปโปรแกรมฯ ไปใช้ .....	28
จริยธรรมการวิจัย .....	29
4 ผลการศึกษา .....	30
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง .....	30
ส่วนที่ 2 ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ.....	34
ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิต.....	38
ส่วนที่ 4 การพัฒนาโปรแกรมทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของครู.....	44
ส่วนที่ 5 ผลการดำเนินงานตามโครงการโปรแกรมทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของครู.....	70
5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ .....	71
สรุปผลการวิจัย .....	71
อภิปรายผล .....	75
ข้อเสนอแนะ .....	86

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ผลผลิต.....	87
รายงานการเงิน.....	88
บรรณานุกรม.....	89
ภาคผนวก.....	101

แบบสอบถาม

ประวัติและผลงานทางวิชาการของหัวหน้าโครงการวิจัย

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ข้อมูลทั่วไป.....	31
2 ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ .....	34
3 พฤติกรรมสุขภาพ .....	37
4 คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด .....	38
5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับคุณภาพชีวิต .....	39
6 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับคุณภาพชีวิต .....	39
7 ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัย ด้านงานกับคุณภาพชีวิต .....	40
8 ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยสังคมกับคุณภาพชีวิต .....	43
9 ผลการวิเคราะห์สวอทเพื่อสร้างนโยบายสุขภาพของโรงเรียน.....	45
10 การกำหนดกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อการสร้างนโยบายสุขภาพ .....	46
11 การกำหนดกลยุทธ์เชิงรับเพื่อการสร้างนโยบายสุขภาพ .....	46
12 การกำหนดกลยุทธ์เชิงพัฒนาเพื่อการสร้างนโยบายสุขภาพ .....	47
13 การกำหนดกลยุทธ์เชิงยุติเพื่อการสร้างนโยบายสุขภาพ .....	48
14 ผลการวิเคราะห์สวอทการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ .....	48
15 กลยุทธ์เชิงรุกด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ.....	49
16 กลยุทธ์เชิงรับด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ .....	50
17 กลยุทธ์เชิงพัฒนาด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ .....	51
18 กลยุทธ์เชิงกลยุทธ์ยุติ-ปรับปรุงด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ..	51
19 การวิเคราะห์สวอทการสร้างองค์กรให้เข้มแข็งเพื่อสร้างเสริมสุขภาพภายในองค์กร .....	52
20 กลยุทธ์เชิงรุกในการสร้างองค์กรให้เข้มแข็งเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ .....	53
21 กลยุทธ์เชิงรับในการสร้างองค์กรให้เข้มแข็งเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ .....	53
22 กลยุทธ์เชิงพัฒนาในการสร้างองค์กรให้เข้มแข็งเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ .....	54
23 กลยุทธ์เชิงยุติ-ปรับปรุงในการสร้างองค์กรให้เข้มแข็งเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ .....	54
24 การวิเคราะห์สวอทการเพิ่มขีดความสามารถของครูในการสร้างเสริมสุขภาพ .....	55
25 กลยุทธ์เชิงรุกในการเพิ่มขีดความสามารถของครูในการสร้างเสริมสุขภาพ .....	56
26 กลยุทธ์เชิงพัฒนาในการเพิ่มขีดความสามารถของครูในการสร้างเสริมสุขภาพ .....	56
27 ผลการวิเคราะห์สวอทการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ...	57
28 กลยุทธ์เชิงพัฒนาในการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ.....	58
29 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป .....	64
30 ค่าคะแนนคุณภาพชีวิต ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังการทดลอง.....	65



31	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนคุณภาพชีวิต ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังการทดลอง.....	65
32	ค่าคะแนนการรับรู้ภาวะความเครียด ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังการทดลอง.....	65
33	เปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้ภาวะความเครียด ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังการทดลอง .....	66
34	ค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังการทดลอง .....	66
35	เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังการทดลอง.....	66
36	ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังการทดลอง .....	67
37	เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังการทดลอง.....	67
38	ค่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังการทดลอง.....	67
39	เปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังการทดลอง.....	68
40	ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของครูต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง (5D5L) ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังการทดลอง.....	68
41	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของครูต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง (5D5L) ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังการทดลอง.....	68

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุขภาพ มีปัจจัยหลายปัจจัยเป็นตัวกำหนด โดยปัจจัยส่วนบุคคลจะอยู่ตรงกลาง ซึ่งจะถูกกดทับด้วยปัจจัยอื่นๆ รอบนอก ที่เป็นเงื่อนไขต่างๆ ในชีวิตที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน เช่น การศึกษา อาชีพ สภาพการทำงาน ที่อยู่อาศัย รวมถึงสถานะเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ศูนย์กลางหรือตัวบุคคลอาจจะไม่ได้ผล ถ้าปัจจัยต่างๆ รอบนอกยังกดทับอยู่ หรือยังไม่ถูกแก้ (สุปรिता อุดุลยานนท์, 2555) ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) เป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นตั้งแต่ ค.ศ. 1940 (World Health Organization, 2005) และถูกหยิบยกขึ้นมาใช้ใหม่โดยองค์การอนามัยโลก เพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้เกิดความเท่าเทียมด้านสุขภาพ (Health equity) ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพที่สำคัญและได้รับการกล่าวถึงค่อนข้างมากในวงการสาธารณสุข ได้แก่ ความยากจน (Poverty) ความไม่เสมอภาคและไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ (Health inequality and inequity) ความปลอดภัยด้านอาหาร (Food safety) การถูกแบ่งแยกทางสังคม (Social exclusion) ที่อยู่อาศัย (Housing) และเงื่อนไขของการทำงาน (Job condition) (ชลธิชา แก้วอนุชิต, 2556) ดังนั้นสุขภาพจะดีขึ้นหรือแย่ลงจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ ทางสังคมที่กว้างกว่าปัจจัยทางสุขภาพเพียงอย่างเดียว แนวคิดเรื่องสุขภาพจึงกว้างกว่าเรื่องสาธารณสุข และการเจ็บไข้ได้ป่วยตามที่เข้าใจกันมาแต่เดิม

การพัฒนาประเทศโดยเน้นทางด้านเศรษฐกิจอย่างเดียวโดยไม่มียุทธศาสตร์ที่จะทำให้ผลประโยชน์กระจายตัวอย่างเป็นธรรม จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและความเป็นธรรมทางสุขภาพ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) ที่ผ่านมาสังคมมักให้กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรด้านสุขภาพรับผิดชอบเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วยของประชาชน แต่พบว่าการเจ็บป่วยและภาระโรคเป็นผลมาจากเงื่อนไขทางสังคมและสิ่งแวดล้อมหรือเป็นผลของนโยบายและโครงสร้างทางสังคม ดังนั้นการแก้ปัญหาจึงต้องนำทุกสถาบัน ทุกภาคส่วนของสังคมมาช่วยกันแก้ไข (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2556)

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดเครื่องมือใหม่ในการขับเคลื่อนแนวคิดด้านนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่สำคัญคือ สมัชชาสุขภาพ (Health Assembly) ซึ่งเป็นเครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมที่มีกฎหมายรองรับ นอกจากนี้ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ได้สนับสนุนให้มีการจัดทำ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่” การเกิดขึ้นของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เป็นภาพความสำเร็จที่กำลังถูกขยายผลไปอย่างรวดเร็วเพราะจับต้องได้และตอบสนองวิถีชีวิตชุมชน ปัจจุบันมีธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ประกาศใช้แล้วกว่า 300 แห่ง เช่น ธรรมนูญสุขภาพอำเภอกันตัง ธรรมนูญ(กองทุนสวัสดิการ) พิจิตร ธรรมนูญชุมชนอ่าวอุดม “ชาวบ้านและอุตสาหกรรมอยู่ร่วมกันได้” การจัดระบบการสมัชชาสุขภาพจังหวัด (Provincial Health Assembly: PHA) เช่น การจัดระบบโครงสร้างเพื่อการส่งเสริม

การใช้จักรยานจังหวัดขอนแก่น ความมั่นคงทางอาหารเพื่อสุขภาวะของประชาชน (คนลำพูน) การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การลด ละ เลิก บุหรี่ จังหวัดปัตตานี และการจัดการขยะของจังหวัดอุดรธานี เป็นต้น (สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

ภาคตะวันออกเฉียงใต้เป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจ อุตสาหกรรม พาณิชยกรรม เกษตรกรรม การศึกษา และการท่องเที่ยวจากข้อมูลสถิติทางสังคมและสถานการณ์ด้านสุขภาพอนามัยพบว่า มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และโรคที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เอดส์ และอุบัติเหตุ ประชาชนมีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัยจากสารเคมี การหย่าร้างเพิ่มขึ้น เยาวชนมีพฤติกรรมเสี่ยง และมีปัญหาด้านคุณภาพการศึกษา ผู้สูงอายุมีมากขึ้น การเคลื่อนย้ายประชากรเข้ามาในพื้นที่ชุมชนอุตสาหกรรมและแหล่งท่องเที่ยวอย่างต่อเนื่อง การลงทุนในภาคอุตสาหกรรมก่อให้เกิดมลภาวะ การขยายตัวของชุมชนเมือง การท่องเที่ยว การขนส่ง เกิดผลกระทบต่อชุมชนโดยรอบ (สำนักพัฒนาและส่งเสริมการบริหารราชการจังหวัด, 2560)

ครู มีความสำคัญในการช่วยผลักดันส่งเสริมการศึกษาของเด็กให้เจริญก้าวหน้า การทำงานในสถานศึกษานั้น บุคลากรต้องมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี จึงจะสามารถสร้างและหล่อหลอมให้เด็กเจริญก้าวหน้า เติบโตทางความรู้และความคิด มีทักษะชีวิต และสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างเต็มศักยภาพ เมื่อบุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้วย่อมส่งผลให้เกิดความผูกพันต่อองค์กรและวิชาชีพ ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันสำคัญที่จะทำให้เกิดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่ในปัจจุบันครูส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากภาระหนี้สิน (พิชญ์ ตูลสุข, 2560) ไม่สนใจจะพัฒนาการเรียนการสอน หรือละทิ้งงานในหน้าที่ (นิตยา พรหมพินิจ, วัลนิกา ฉลากบาง, พิศุทธิ์ กิติศรีวรพันธุ์, 2558)

การศึกษาในประเทศเยอรมันพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของครู (Riechmann-Wolf et al, 2017) ประกอบด้วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ภูมิอากาศ เสียงดัง และขาดสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน ได้แก่ ภาระงานและความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน กลุ่มตัวอย่างเสนอแนะให้มีการสนับสนุนทางสังคม เช่น ต้องการมีผู้ให้คำแนะนำ (Supervisor) และอยากเข้าร่วมในกิจกรรมพัฒนาองค์กรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health-related organizational development) สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาเพื่อพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตครูสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนคร (นิตยา พรหมพินิจ, วัลนิกา ฉลากบาง, พิศุทธิ์ กิติศรีวรพันธุ์, 2558) โดยใช้การวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์โครงสร้าง (Structural Relationship Model) พบว่าตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตครูเรียงตามน้ำหนักจากมากไปหาน้อย ได้แก่ องค์ประกอบด้านครอบครัว ด้านการทำงาน ด้านสุขภาพร่างกาย และสุขภาพจิต และด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ โดยมีองค์ประกอบย่อยเรื่องไม่รู้สึกรีดหรือหงุดหงิดมีค่าน้ำหนักมากที่สุด (.75) รองลงมาคือเรื่องสภาพบ้านพักมีความแข็งแรง (.74) มีเครื่องใช้อินเทอร์เน็ตที่มีคุณภาพ (.73) การเดินทางไปทำงานมีความสะดวก (.71) และการมีรายได้ที่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในปัจจุบัน (.70) อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาตัวบ่งชี้ที่ได้จากการสำรวจ วิเคราะห์เนื้อหา และจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ที่อาจไม่ครอบคลุมปัจจัย

สังคมที่กำหนดสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องความไม่เสมอภาคและไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ ความปลอดภัยด้านอาหาร การถูกแบ่งแยกทางสังคม และเงื่อนไขของการทำงาน

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาและแนวคิดดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของครุมีความสำคัญ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการผลักดันให้เกิดการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของครุน่าจะเป็นแนวทางการแก้ปัญหาที่จับต้องได้ และตอบสนองต่อความต้องการของครุมากที่สุด แนวคิดนี้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาครุและครุแนวใหม่ ซึ่งมีหลักการที่ว่าพัฒนาต้องเกิดจากความต้องการของครุและครุ (สำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน, 2557) และสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2579) ในประเด็น “การพัฒนาที่ยั่งยืน” และ “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” เรื่องของ การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ และเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของครุภาคตะวันออก

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของครุในภาคตะวันออก
2. การพัฒนาโปรแกรมทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครุ
3. นำโปรแกรมทางสังคมไปทดลองใช้ในโรงเรียนเป้าหมาย
4. ประเมินผลการนำโปรแกรมไปทดลองใช้

### ขอบเขตการวิจัย

**ประชากร** เป็นครุโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตภาคตะวันออกที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่มัธยมศึกษา (สพม.) จำนวน 9,627 คน จากโรงเรียนมัธยมศึกษา 162 แห่ง

**กลุ่มตัวอย่าง** เป็นครุ จำนวน 369 คน กำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่มอีก 10% จากที่คำนวณได้จากสูตร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 406 คน

ระยะที่ 1 การสำรวจ รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 380 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 อ้างในธีรภูมิ เอกะกุล, 2543) ใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster sampling) เป็นลำดับขั้น โดยขั้นที่ 1 เลือกจังหวัด ขั้นที่ 2 เลือกโรงเรียนมาจังหวัดละ 1 โรงเรียน จากนั้นเลือกครุทั้งหมดที่อยู่ในโรงเรียนนั้น

ระยะที่ 2 สร้างและพัฒนาโปรแกรมทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของครุ โดยอาศัยการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย นักสานพลังขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ผู้บริหารโรงเรียน และครุจากโรงเรียนเป้าหมาย 1 แห่งในภาคตะวันออก ที่เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด เพื่อสนทนากลุ่ม (อรุณี อ่อนสวัสดิ์, 2551)

ระยะที่ 3 ดำเนินโปรแกรมทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของครุ ในกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมวิจัย โดยการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด

ระยะที่ 4 ประเมินผลการดำเนินโปรแกรมทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ  
ของครู โดยวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มครูกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมวิจัยจากโรงเรียน 1 แห่งที่ได้  
ดำเนินโปรแกรมทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ระยะที่ 5 เผยแพร่โปรแกรมทางสังคมแก่ผู้สนใจครูทั่วไป

### ตัวแปร ได้แก่

ตัวแปรอิสระ คือ ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ ข้อมูลประวัติสุขภาพทั่วไป ข้อมูลปัจจัยสังคมที่  
กำหนดสุขภาพ

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิต

ตัวแปรแทรก คือ โปรแกรมปัจจัยทางสังคม

**ระยะเวลาในการศึกษา** 1 ตุลาคม 2561 – 1 ธันวาคม 2562

### เนื้อหา ประกอบด้วย

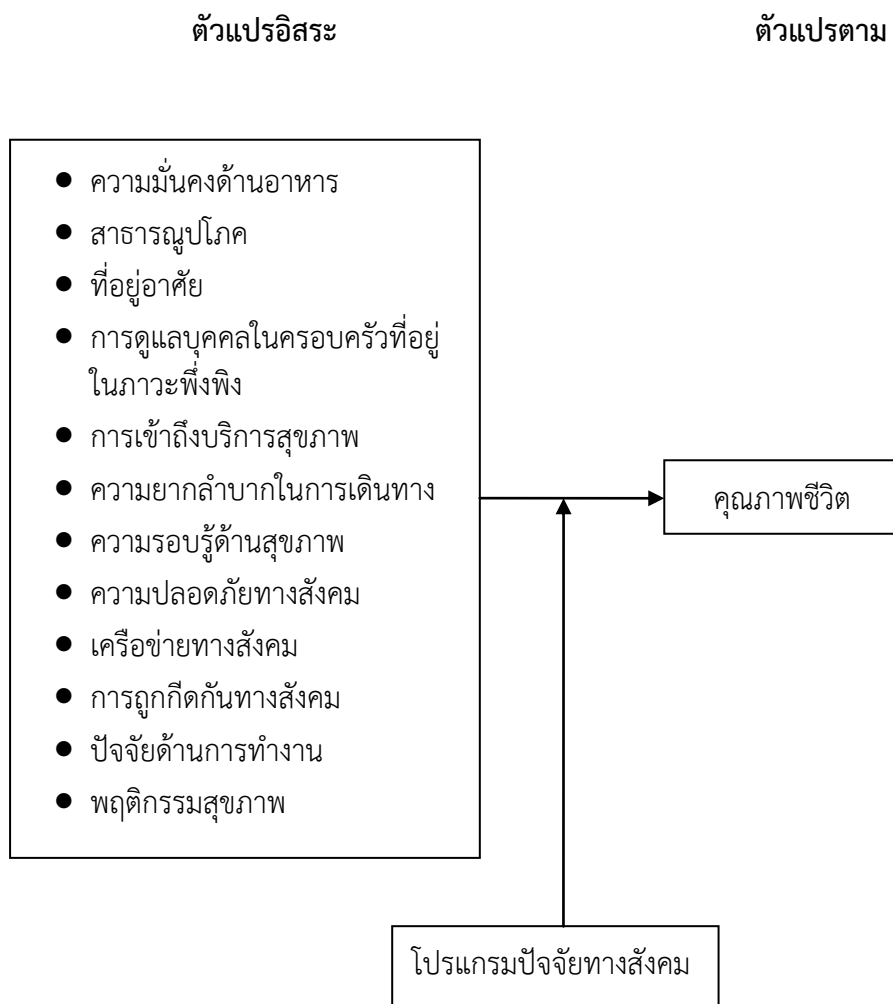
1. ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ 12 ด้านที่เสนอโดย Health Leads Inc. (Health Leads, 2016) ประกอบด้วย 1) ความมั่นคงด้านอาหาร 2) ที่อยู่อาศัย 3) สาธารณูปโภค 4) การเข้าถึงบริการสุขภาพ 5) การเดินทาง 6) ความปลอดภัยทางสังคม 7) การถูกกีดกันทางสังคม 8) เครือข่ายทางสังคม 9) การดูแลบุคคลในครอบครัวที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 10) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 11) ปัจจัยด้านการทำงาน 12) พฤติกรรมสุขภาพ

2. คุณภาพชีวิตที่ประเมินจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) (กรมสุขภาพจิต, 2016)

3. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่บ่งบอกถึงสภาวะสุขภาพ ผลกระทบของโรคจากมุมมองของ  
ตัวเอง 5 ด้าน ตามแนวทางของ EuroQol group (EuroQol Research Foundation, 2015)

4. โปรแกรมปัจจัยทางสังคม คือ เครื่องมือสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วม ตามแนวทางของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของครูเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็นในกลุ่มครู

## กรอบแนวคิดการวิจัย



## นิยามศัพท์

**ความมั่นคงด้านอาหาร** หมายถึง การได้รับประทานอาหารในปริมาณและคุณภาพที่เหมาะสมตามเพศ วัย และความต้องการของร่างกาย

**ที่อยู่อาศัย** หมายถึง การมีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง แข็งแรง ปลอดภัย

**สาธารณูปโภค** หมายถึง ความสามารถในการจ่ายค่าสาธารณูปโภค ต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับตัวเองหรือครอบครัว เช่น ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำประปา ค่าโทรศัพท์ ค่าน้ำมันรถ ค่าเดินทาง

**การเข้าถึงบริการสุขภาพ** หมายถึง การได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมเมื่อบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย

**ความยากลำบากในการเดินทาง** หมายถึง ความสะดวกในการเดินทางไปยังที่ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น ไปทำงาน ไปจับจ่ายใช้สอยต่างๆ หรือไปเข้ารับการรักษาพยาบาล

**ความปลอดภัยทางสังคม** หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว เพื่อนบ้าน ที่ทำงาน หรือในชุมชนที่พักอาศัย

**การถูกกีดกันทางสังคม** หมายถึง ความรู้สึกถูกเลือกปฏิบัติเนื่องจาก เพศ เชื้อชาติ หรือชาติพันธุ์ การนับถือศาสนา

**เครือข่ายทางสังคม** หมายถึง การมีเพื่อน และไม่รู้สึกละโดดเดี่ยว

**การดูแลบุคคลในครอบครัวที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง** หมายถึง การมีความรับผิดชอบต่อบุคคลในครอบครัวที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงทางเศรษฐกิจ เช่น บุตรหรือพี่น้องที่ยังไม่มีงานทำ หรือบิดามารดาที่ชราภาพ เจ็บป่วย

**ความรอบรู้ด้านสุขภาพ** หมายถึง ความสามารถในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การดูแลตนเองด้านสุขภาพ สาเหตุของความเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล การใช้จ่าย

**ปัจจัยด้านการทำงาน** หมายถึง ข้อเรียกร้องจากงาน อำนาจการตัดสินใจ และการสนับสนุนทางสังคม

**พฤติกรรมสุขภาพ** หมายถึง การดูแลสุขภาพตามหลัก 5 อ. 2 ส. คือ อาหาร อากาศ อารมณ์ ออกกำลังกาย อุจจาระ ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา

**คุณภาพชีวิต** หมายถึง การรับรู้สภาพต่างๆ ขององค์ประกอบในชีวิต ที่ประเมินโดยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) แยกเป็นองค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม

**คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ** หมายถึง ภาวะทางสุขภาพที่ประเมินโดยแบบสอบถาม EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย ซึ่งประกอบด้วยภาวะทางสุขภาพ 5 ด้าน คือ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวด และความวิตกกังวล รวมทั้งสเกลวัดสุขภาพที่มีตัวเลขตั้งแต่ 0-100

**โปรแกรมปัจจัยทางสังคม** หมายถึง เครื่องมือสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่เน้นการมีส่วนร่วมตามแนวทางของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของครูเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็นในกลุ่มครู

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ทราบปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพของครู
2. ได้แนวคิดกรมโปรแกรมทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู
3. ครูได้รับการสร้างเสริมคุณภาพชีวิต

4. โรงเรียนในเขตภาคตะวันออก นำผลงานวิจัยไปประยุกต์ใช้ หรือนำไปใช้ประโยชน์ทางด้านสังคม ชุมชน
5. หน่วยงานระดับกระทรวง สามารถนำโปรแกรมทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพไปใช้เชิงนโยบายเพื่อให้เกิด “การพัฒนาที่ยั่งยืน” และ “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา”



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เป้าหมายการพัฒนาประเทศของไทยและของโลก หลังปี พ.ศ. 2558 คือเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals-SDGs) ซึ่งประกอบด้วย 17 เป้าหมายหลักที่ต้องการบรรลุและดำเนินการให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573 สำหรับเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ คือ เป้าหมายการมีสุขภาพที่ดีในทุกช่วงวัย (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) การที่ประชาชนมีสุขภาพดีในทุกช่วงวัยจะทำให้ไม่เจ็บป่วยซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากคุณภาพชีวิตประกอบด้วยสุขภาพในหลายด้านรวมกัน ได้แก่ สุขภาพกาย (Physical health) สุขภาพจิต (Mental health) สุขภาพสังคม (Social health) และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General health) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของ “สุขภาพ” ว่า ไม่ใช่แค่เพียงการปราศจากโรค แต่หมายถึงการมีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (World Health Organization, 1948) นิยามของสุขภาพนี้สอดคล้องกับนิยามของคุณภาพชีวิตที่กล่าวว่า “คุณภาพชีวิต” เป็นการรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (World Health Organization, 2017)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) ได้กำหนดแนวทางการพัฒนาที่สำคัญหลายด้าน อาทิ การลงทุนโครงสร้างพื้นฐานด้านคมนาคมขนส่งและระบบโลจิสติกส์ การสนับสนุนการเป็นฐานการผลิตของอุตสาหกรรมและบริการสมัยใหม่ การพัฒนาการเกษตรสู่ความเป็นเลิศด้านอาหาร การสร้างความเสมอภาคเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ และการพัฒนาศักยภาพคนให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศและมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นต้น โดยแนวทางการพัฒนาศักยภาพคน ในทุกช่วงวัยนั้นมุ่งเน้นการป้องกันและควบคุมปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinant of Health) อันจะส่งผลให้เกิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (Health equity) ซึ่งองค์การอนามัยโลกให้ความหมาย ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ ว่าหมายถึง สภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิด เติบโต ทำงาน และดำรงชีวิตอยู่ รวมถึงปัจจัยและระบบต่างๆ ที่เข้ามามีส่วนกำหนดสภาพแวดล้อมเหล่านั้นด้วย ปัจจัยและระบบต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่ นโยบายและระบบเศรษฐกิจ ทิศทางการพัฒนา บรรทัดฐานในสังคม นโยบายทางสังคม และระบบการเมืองการปกครอง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

การศึกษาเรื่องการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยโปรแกรมทางสังคม เป็นการบูรณาการแนวคิดทฤษฎี ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ ร่วมกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก แนวคิดการมีส่วนร่วม และแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

## 2.1 ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ

จากความหมายของปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกได้นิยามไว้ จะเห็นได้ว่าปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพมีความหมายที่กว้างมาก นักวิจัยจากหน่วยงานต่างๆ หลายประเทศได้ทำการศึกษาในเรื่องนี้ โดยแต่ละการศึกษามีปัจจัยที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งสามารถจัดเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ดังนี้คือ 1) บริบททางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง (Socio-economic and political context) 2) ชนชั้นและตำแหน่งทางสังคม (Structural determinants and socio-economic position) และ 3) ปัจจัยตัวกลาง (Intermediary determinants) (World Health Organization, 2010) บริบททางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ประกอบไปด้วยปัจจัยย่อยต่างๆ ในสังคมที่ไม่สามารถวัดได้ในระดับบุคคล เช่น โครงสร้างทางสังคม ระบบทางสังคม และวัฒนธรรมประเพณี ชนชั้นและตำแหน่งทางสังคม วัดได้จาก รายได้ การศึกษา อาชีพ ชนชั้น เพศ เชื้อชาติหรือเผ่าพันธุ์ ส่วนปัจจัยตัวกลาง ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยด้านสรีระวิทยา

การศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่า ความแตกต่างทางชนชั้นของคนที่ทำงานส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้วยการเจ็บป่วยและมีการตายก่อนวัยอันควร (Engels, 1987) สภาพความเป็นอยู่ของบุคคลเป็นปัจจัยหลักที่กำหนดสุขภาพ (Virchow, 1985; Engels, 1987) การศึกษาจำนวนมากต่างยืนยันว่าภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่และทำงาน มีความสำคัญต่อสุขภาพของบุคคลมากกว่าวิถีชีวิต เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา อาหารและการออกกำลังกาย (Gordon, 2010; Nettleton, 1997; Tesh, 1990)

หลายองค์กรได้กำหนดองค์ประกอบของปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพที่แตกต่างกัน (World Health Organization, 1986; Health Canada, 1998; World Health Organization, 2018; Center for Diseases Control and Prevention, 2005) แต่ก็มีมีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้

1) ชนชั้นทางสังคม (Social class) หมายถึง สถานะทางเศรษฐกิจ ลำดับชั้นทางสังคม รวมถึงหน้าที่การทำงานผู้ที่อยู่ในชนชั้นทางสังคมต่ำกว่ามักจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค และตายก่อนวัยอันควรสูงกว่าผู้ที่อยู่ในชนชั้นทางสังคมที่สูงกว่า โดยความเสียเปรียบของผู้ที่อยู่ในชนชั้นต่ำกว่าอาจมาจากรายได้ที่ต่ำกว่า การศึกษาที่น้อยกว่า หรือการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ลำบาก ซึ่งการที่อยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบากเป็นเวลานาน ย่อมทำให้ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพมากขึ้น (นิภาพร เอื้อวิณะโชติมา, 2559)

2) ความมั่นคงด้านอาหาร (Food security) การได้รับอาหารที่มีคุณภาพและมีปริมาณเพียงพอเป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดี การขาดแคลนอาหารส่งผลให้ เกิดภาวะทุโภชนาการขาดการเจริญเติบโต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็ก ในทางตรงกันข้าม การบริโภคอาหารเกินโดยรวมหรือบางประเภทส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยทำให้เกิดโรคต่างๆ เช่น เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง โรคอ้วน และฟันผุ เป็นต้น (นิภาพร เอื้อวิณะโชติมา, 2559)

3) ที่อยู่อาศัย (Housing) ปัญหาที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนไร้บ้าน ส่งผลให้คนกลุ่มนี้มีปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาสุขภาพเสถียร ปัญหา

เกี่ยวข้องกับปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพอื่นๆ เช่น การไม่มีงานทำและความยากจน (Forchuk, Dickens, Corring, 2016) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุดในกลุ่มคนไร้บ้านคือการติดสุรา โดยพบคนไร้บ้านติดสุราที่เห็นได้ชัดถึงร้อยละ 11.94 ส่วนปัญหาสุขภาพจิตพบสัดส่วนผู้ป่วยที่เห็นได้ชัดเจนน้อยละ 9.64 ของทั้งหมด โดยส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคนที่อยู่ตัวคนเดียว ผลสำรวจคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร พบกว่า 1,300 คน เป็นเพศชายกว่า 1,000 คน และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่สาธารณะมากที่สุด คนไร้บ้านมีชีวิตความเป็นอยู่เหมือนไร้ตัวตน จึงเข้าไม่ถึงบริการและสวัสดิการขั้นพื้นฐานของรัฐโดยเฉพาะการรักษาพยาบาล (ไทยพับลิก้า, 2558)

4) สาธารณูปโภค (Utilities) ประชาชนที่มีฐานะยากจนมักประสบปัญหาขาดแคลนหรือเข้าไม่ถึงสาธารณูปโภคที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เช่น น้ำดื่ม น้ำใช้ และการสุขาภิบาล ซึ่งส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (Soeung et al., 2012) สำหรับประชากรในเขตเมือง ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณูปโภค เช่น ไฟฟ้า น้ำประปา เชื้อเพลิง และโทรศัพท์ เป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มประชากรที่มีฐานะยากจน เช่น ในทางตอนใต้ของประเทศออสเตรเลียที่ชนเผ่าอะบอริจินอาศัยอยู่ น้ำประปาที่มีราคาแพงเป็นปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพที่สำคัญในประชากรกลุ่มนี้ (Willis et al., 2006)

5) การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Health service access) ประชาชนในเขตเมืองที่มีฐานะยากจนมักประสบปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งเรื่องการป้องกันโรคและการรักษาพยาบาล ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ (Soeung et al., 2012)

6) การเดินทาง (Transportation) ปัญหาเกี่ยวกับการเดินทาง ได้แก่ การไม่สามารถเข้าถึงการโดยสาร ความไม่เพียงพอของบริการขนส่งสาธารณะ รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การต้องใช้เวลามากในการเดินทางที่มีความจำเป็นในชีวิตประจำวัน ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ (Massachusetts Public Health Association, 2016) จากรายงานพบว่าประเทศไทยเป็นประเทศที่รถติดที่สุดในโลก เนื่องจากผู้ใช้ถนนเสียเวลากับรถติดบนถนนมากกว่า 61 ชั่วโมงต่อปี (INRIX, 2016) ผลสำรวจชี้ด้วยว่าแทบไม่มีทางกำจัดปัญหาจราจรได้อย่างถาวร แต่รัฐบาลต้องหามาตรการอื่น ๆ เสริมด้วย ปัญหาจราจรเกิดจากปัญหาถนนไม่เพียงพอหรือไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้รถใช้ถนน และการบริหารจัดการเส้นทางจราจรถือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เป็นปัญหาใหญ่ การแก้ไขปัญหาล่าช้าต้องอาศัยวิธีที่ยืดหยุ่นอื่น ๆ ด้วย เช่น การปรับเวลาเข้าทำงานของหน่วยงานหรือบริษัทต่าง ๆ การส่งเสริมให้พนักงานทำงานจากระยะไกลหรือจากบ้าน และการปรับปรุงเรื่องเส้นทางและค่าใช้จ่ายในการเดินทางให้มีความหลากหลาย (BBC News, 2017)

7) การถูกกีดกันทางสังคม (Discrimination) การที่บุคคลหรือกลุ่มได้รับการกระทำจากสังคมให้รู้สึกว่าเป็นคนแปลกแยกและไม่เท่าเทียมจากการที่มีลักษณะเฉพาะของบุคคลหรือกลุ่มนั้น เช่น การกีดกันทางเพศ โดยมากมักพบในเพศหญิงซึ่งจะทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในด้านสุขภาพ (25) การกีดกันทางเชื้อชาติ พบในชนกลุ่มน้อยผู้ยากไร้ ผู้อพยพ แรงงานต่างด้าว และผู้พิการ เป็นต้น ซึ่งผลกระทบต่อสุขภาพเป็นผลโดยตรงจากสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่ยากลำบากของบุคคลนั้นรวมทั้งเป็นผลโดยอ้อมจากการขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

8) เครือข่ายทางสังคม (Social network) การมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อเพื่อน การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หรือเครือข่ายทางสังคม ความเชื่อมั่นทางสังคม (Social cohesion) เป็นปัจจัยป้องกัน และส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดีทั้งในครอบครัวและสังคม (Ahnquist, Wamala, Lindstrom, 2012)

9) ภาวะเสพติด (Addiction) หมายถึง พฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือการดื่มสุรา และการใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ การดื่มสุราและการใช้สารเสพติดทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพคือ ทำให้เกิดการใช้ความรุนแรง การบาดเจ็บการตายจากอุบัติเหตุ และการฆ่าตัวตาย ทั้งนี้ยังสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมอื่นๆ คือ ผู้มีพฤติกรรมการเสพติดมักอยู่ในสถานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำ และสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี รวมถึงปัจจัยทางการตลาดของบุหรี่และสุราส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการเสพติดเป็นจำนวนมากขึ้นในประชากร (นิภาพร เอื้อวิณะโชติมา, 2559)

10) ปัจจัยด้านการทำงาน (Employment) ลักษณะโครงสร้างทางสังคม และรูปแบบการจัดการขององค์กร ความสัมพันธ์ทางสังคมในที่ทำงานและชนิดของงาน จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนทำงาน นอกจากนี้การที่มีข้อเรียกร้องจากงานมาก (High job demand) และมีโอกาสในการตัดสินใจน้อย (Low control) มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Karasek et al, 1981) ภาวะปวดหลัง (Hoogendoorn, 2001) และการขาดงานเนื่องจากความเจ็บป่วย (Smulders, and Nijhuis, 1999) ส่วนการว่างงาน ทำให้เกิดปัญหาการขาดรายได้ และส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ผลกระทบต่อสุขภาพนั้นเกิดขึ้นตั้งแต่บุคคลรู้สึกถึงความไม่มั่นคงในงานทำ ในกลุ่มคนที่มีความไม่มั่นคงในงานและอยู่ในภาวะว่างงานเป็นเวลานาน จะมีอัตราการเจ็บป่วยและมีปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าบุคคลที่มีความมั่นคงในงานที่ทำ (Herbig, Draquano, Anqerer, 2013; Ferrie et al., 2001)

11) ความรุนแรงทางสังคม (Exposure to violence) ปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ที่ทำงาน และชุมชน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตของบุคคล ทั้งผู้ได้รับความรุนแรงโดยตรงและผู้ที่ได้พบเห็นความรุนแรงนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับเด็กและผู้หญิงจากบุคคลในครอบครัว ที่ประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ มีมติเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม ค.ศ. 1993 ให้ออกปฏิญญาว่าด้วยการขจัดความรุนแรงต่อสตรี (Declaration on the Elimination of Violence against Women) แต่ผ่านมากกว่า 20 ปี 1 ใน 3 ของผู้หญิงทั่วโลกยังคงเป็นเหยื่อความรุนแรงทางร่างกายและทางเพศ (สุชีรา มาไกวร์, 2017) ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานพบว่าพบความรุนแรงในโรงเรียนและสถานที่ทำงาน เช่น การถูกกลั่นแกล้ง ถูกข่มขืน และถูกคุกคามทางเพศ จนนำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ความรุนแรงในชุมชนมักเกิดจากกลุ่มอันธพาลวัยรุ่น โดยผู้ตกเป็นเหยื่อก็คือวัยรุ่นด้วยกัน ซึ่งส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายร่างกายรวมไปถึงการฆาตกรรม (Robert Wood Johnson Foundation, 2011) ส่วนในประเทศไทย มีรายงานสรุปจำนวนคดีความรุนแรงในครอบครัวจำแนกตามประเภทความรุนแรงแบบรายปีช่วงปี 2551-2559 จากเว็บไซต์ศูนย์ข้อมูลความรุนแรงต่อเด็ก สตรี และความรุนแรงในครอบครัว ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ชี้ว่า ราว 90% ของผู้ถูกกระทำเป็นผู้หญิง โดยประเภทความรุนแรงที่พบมากที่สุด คือ ทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางเพศ และทางสังคม ตามลำดับ ข้อมูลจากกรม

กิจการสตรีและสถาบันครอบครัวที่เผยแพร่เมื่อปี พ.ศ. 2557 ชี้ว่าหญิงไทยยังถูกกระทำรุนแรง ต่อเนื่องในทุกรูปแบบ โดยผู้ตกเป็นเหยื่อส่วนมากไม่กล้าเปิดเผยเรื่องราว เนื่องจากผู้กระทำเป็นคนใน ครอบครัว (สุชีรา มาไกวร์, 2017)

หลายหน่วยงานในประเทศไทยได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพซึ่ง ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ อาทิ สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพได้รายงาน ข้อมูลปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพของประเทศไทย โดยพบว่าผลกระทบต่อสุขภาพในด้านปัจจัย เสี่ยงทางสุขภาพ การเจ็บป่วย ภาวะโภชนาการ ภาวะทุพพลภาพ และการตาย ซึ่งมีความแตกต่างกัน ระหว่างพื้นที่และครัวเรือนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่างกัน (พินิจ ฟ้าอำนาจผล, 2561) โดย ในครัวเรือนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมไม่ดีจะมีปัญหาสุขภาพ อันได้แก่ โรคติดเชื้อ การเจ็บป่วย แบบเฉียบพลัน และโรคเรื้อรังที่มีผลมาจากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต สูง ฤกษ์มโป่งพอง และมะเร็งในเพศชาย ส่วนครัวเรือนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะพบปัญหาระดับ ไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฤกษ์มโป่ง พอง และมะเร็งในเพศหญิง (พินิจ ฟ้าอำนาจผล, 2561) ในแต่ละบริบทของพื้นที่ปัจจัยสังคมที่กำหนด สุขภาพจะมีลักษณะแตกต่างกันและมีลักษณะเฉพาะ ในการศึกษาถึงการรับรู้ต่อปัจจัยสังคมที่กำหนด สุขภาพของชุมชนหนึ่งในจังหวัดขอนแก่นพบว่า นอกเหนือจากรายได้ของครอบครัวแล้ว ภาวะน้ำท่วม และการซื้อสลากกินแบ่งรัฐบาล เป็นปัจจัยสังคมและสิ่งแวดล้อมสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้ง กายและจิตของคนในชุมชน (Inmuong, Charemtanyarak, and Furu, 2009) การตั้งโรงงาน อุตสาหกรรมในพื้นที่ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอาชีพ สมาชิกในชุมชนมีรายได้เพิ่มขึ้นแต่ก็มีการใช้ จ่ายที่ฟุ่มเฟือยมากขึ้น มีปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม มีการเพิ่มขึ้นของร้านเกมส์ และมีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เช่น เบาหวาน ความดันเพิ่มขึ้น (อุไรวรรณ อินทร์ม่วง, ยรรยงค์ อินทร์ม่วง และภาณี ฤทธิมา, 2011)

ที่ผ่านมางานวิจัยส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพต่างสนใจเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาความยากจน การถูกแบ่งแยกทางสังคม และบริการสุขภาพ นอกจากนี้นโยบายส่วนใหญ่ต่างมุ่งเน้นไปที่การลดความไม่เสมอภาค และความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ (Williams et al., 2008) โดยเพิ่มการเข้าถึง ความครอบคลุม คุณภาพ และความเข้มข้นของบริการทางการแพทย์และ สาธารณสุข แต่ในความเป็นจริงสุขภาพขึ้นอยู่กับวิถีชีวิตที่เชื่อมโยงกับการทำงานและความเป็นอยู่ ของบุคคลมากกว่าบริการทางสุขภาพ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพและตอบสนองความต้องการทาง สุขภาพของประชาชนจึงขึ้นอยู่กับ การแก้ไขปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ โดยมีตัวอย่างของแนวทาง ในการแก้ปัญหา ดังนี้

## การเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการทางสุขภาพ

### การดูแลผู้ป่วยแบบคาดการณ์ล่วงหน้า

ในทวีปยุโรป นายแพทย์จูเลียน ทิวดอร์ ฮาร์ท ได้ริเริ่มแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบ คาดการณ์ล่วงหน้า (Anticipatory care model) โดยอาศัยหลักคิดที่ว่า บุคคลจะเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพหากได้รับผลตอบแทนที่นอกเหนือไปจากการได้พบแพทย์และบุคลากรด้านสาธารณสุข

ประเด็นสำคัญของแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบคาดการณ์ล่วงหน้าก็คือความผูกพันระหว่างหมอกับคนไข้ ด้วยการสร้างความสัมพันธ์ระยะยาว การตรวจและติดตามการรักษาให้กับคนทั้งชุมชน แพทย์จะเพิ่มเวลาที่ให้กับคนไข้ ซึ่งการให้การดูแลที่เข้มข้นนี้ส่งผลให้ชุมชนที่ประกอบอาชีพทำเหมืองถ่านหินสามารถลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ลดอัตราการสูบบุหรี่และมีอัตราการตายที่ลดลงเมื่อเทียบกับชุมชนใกล้เคียง (Hart, 1990; Hart et al., 1991; Hart et al., 1993)

### โครงการสายสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและครอบครัว

ในประเทศสหรัฐอเมริกา การดูแลสุขภาพเชิงรุกทำให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีสุขภาพที่ดีขึ้น โครงการนี้เป็นตัวอย่างของการจัดบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพและสังคมของบุคคลและครอบครัว มีการวิจัยเชิงทดลองที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโครงการในการส่งเสริมสุขภาพ (Olds, 2002) โดยเน้นไปที่กลุ่มผู้มีรายได้น้อย กลุ่มวัยรุ่น และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้แต่งงานที่เคยมีทารกตายก่อนคลอด โดยหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลสุขภาพโดยมีพยาบาลไปเยี่ยมที่บ้านในระหว่างตั้งครรภ์และภายหลังคลอดเป็นเวลาติดต่อกัน 2 ปี การเยี่ยมบ้านเน้นไปที่การดูแลพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และทารก รวมไปถึงการดูแลสุขภาพของบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว การส่งเสริมให้ผู้เป็นพ่อแม่เห็นความสำคัญของอนาคต การวางแผนครอบครัว การให้สุศึกษา และแนวทางที่จะมีโอกาสในการมีงานทำ ในขณะที่กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลสุขภาพแบบปกติที่โรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าโครงการนี้สามารถลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด ลดภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ ลดอัตราการที่ทารกถูกล่วงละเมิดหรือถูกละทิ้ง ลดอัตราการตั้งครรภ์ใหม่ และเพิ่มอัตราการมีงานทำของมารดา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มกลุ่มผู้มีรายได้น้อย กลุ่มวัยรุ่น และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้แต่งงานที่เคยมีทารกตายก่อนคลอด นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ต้นทุนและผลลัพธ์แสดงให้เห็นว่ามีเม็ดเงิน 17,000 เหรียญต่อครอบครัวกลับคืนสู่ชุมชน ซึ่งเงินจำนวนนี้คำนวณจากผลลัพธ์ของโครงการในการลดปัญหาอาชญากรรม ปัญหายาเสพติด ปัญหาทารกถูกล่วงละเมิดหรือถูกละทิ้ง และปัญหาความรุนแรงในครอบครัว (Olds, 2007)

### การจัดบริการสุขภาพโดยการไปเยี่ยมที่บ้าน

ผลการวิจัยเชิงทดลองแสดงให้เห็นถึงพัฒนาการของทารกที่ดีขึ้น (Program TIHaD, 1990) ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยจำนวน 985 คนใน 8 ชุมชน ถูกคัดเลือกให้เข้าร่วมโครงการโดยการติดตามผลการรักษา โดยในกลุ่มทดลองมีกิจกรรมการไปเยี่ยมที่บ้าน การดูแลในช่วงกลางวัน ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ 3 ขวบ รวมทั้งมีการประชุมกลุ่มของพ่อแม่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ไปเยี่ยมที่บ้านประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก โดยในช่วงขวบปีแรกจะมีการส่งเสริมให้พ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมในการเล่นเกมสับแบบมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก ส่วนในช่วงปีที่ 2 และ 3 จัดให้บริการในศูนย์เด็กเล็กและการประชุมกลุ่มของพ่อแม่ กิจกรรมเหล่านี้เป็นการเสริมสร้างให้เด็กเล็กมีพัฒนาการด้านสติปัญญาและภาษา การประเมินผลโครงการพบว่าเด็กมีพัฒนาการด้านสติปัญญาและด้านพฤติกรรมที่ดีถึงแม้ว่าจะเห็นผลที่ชัดเจนในช่วงอายุ 5 ถึง 8 ปี และในกลุ่มเด็กที่มีน้ำหนักแรกคลอดสูงพบว่ามีพัฒนาการด้านภาษา และคณิตศาสตร์สูงกว่า และมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังมีผลการวิจัยอื่นๆ (Fergusson et al., 2005; 2006; Horner, 2006;

Minkovitz et al., 2007; Norr et al., 2003) ที่แสดงให้เห็นว่าการจัดบริการสุขภาพโดยการไปเยี่ยมที่บ้านส่งผลให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### การนำนักกฎหมายเข้าร่วมในทีมสุขภาพ

โรงพยาบาลบอสตันได้นำนักกฎหมายเข้าร่วมในทีมสุขภาพ (Zuckerman et al., 2004) โครงการนี้อาศัยแนวคิดที่ว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางมักจะมีปัญหาด้านกฎหมายซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุตรและการดูแลรักษาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การนำนักกฎหมายเข้าร่วมในทีมสุขภาพส่งผลให้มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสังคม ทำให้ทราบถึงข้อจำกัดต่างๆ ของผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการสุขภาพในภาพรวมของทีมสุขภาพ รูปแบบนี้ทำให้ทีมสุขภาพทราบถึงความต้องการทางสังคมของผู้ป่วยได้ดีขึ้น เช่น เรื่องที่อยู่อาศัย สถานะความเป็นพลเมือง รายได้ การศึกษา การประกันสุขภาพ ทำให้ครอบครัวได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่สมควรจะได้รับ รวมทั้งช่วยแก้ปัญหาการทุจริตและความล่าช้าของระเบียบราชการ

### แนวทางแก้ปัญหาในระบบบริการสุขภาพ

การเข้าถึงทรัพยากรทางสังคม เช่น ที่อยู่อาศัย สวัสดิการสังคม การเมืองการปกครอง เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยสังคมที่สำคัญที่กำหนดสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) สภาพชุมชนที่อาศัย 2) โอกาสทางการศึกษาและการพัฒนาศักยภาพ 3) โอกาสในการทำงานและการพัฒนาชุมชน 4) บรรทัดฐานสังคม ประเพณีและขนบธรรมเนียมต่างๆ 5) ความผูกพันทางสังคม การมีส่วนร่วมในการปกครองและความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของชุมชน และ 6) การได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และบริการทางสุขภาพ (Anderson et al., 2003)

### การปรับปรุงสภาพแวดล้อมของชุมชนที่อาศัย

การศึกษาเชิงทดลองในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า สภาพแวดล้อมของชุมชนที่อาศัยส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ โครงการนี้ได้ทำศึกษาใน 5 เมืองใหญ่ โดยทำการสุ่มเลือกครอบครัวจนชายขอบที่มีรายได้น้อยจากพื้นที่ยากจนให้เข้าไปอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมที่ดีขึ้น ส่งผลให้สุขภาพจิตของคนในครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการดีขึ้น สามารถลดอัตราการตกเป็นเหยื่อของอาชญากรรมที่รุนแรง ภายในระยะเวลา 3 ปี นับจากที่ย้ายเข้าไปอยู่ในชุมชนใหม่ (Acevado-Garcia et al., 2004; Levanthal and Brooks-Gunn, 2003; Fauth et al., 2004) นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาในประเทศอังกฤษและนอร์เวย์ ที่พบว่า การปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยให้มั่นคงปลอดภัยเพิ่มขึ้นและการปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชน เช่น การขนส่งมวลชน โรงเรียน สนามกีฬา และสวนสาธารณะ ส่งผลให้สุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนดีขึ้น และปัญหาอาชญากรรมลดลง (Dalgard and Tambs, 1997; Halpern, 1995)

### รายได้เสริมและสุขภาพ

นโยบายที่เพิ่มรายได้เสริมส่งผลให้สุขภาพดีขึ้น การศึกษาในกลุ่มชนพื้นเมืองอินเดียนแดงในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การเพิ่มรายได้เสริมให้ครอบครัวที่ยากจนจากการจัดให้มีบ่อนการพนันในชุมชนในรูปของเงินออมสำหรับเยาวชนที่จะใช้ได้ต่อเมื่ออายุครบ 18 ปี รวมทั้งการมีงานทำใน

ร้านอาหาร โรงแรม และบ่อนการพนัน ส่งผลให้เด็กในครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการมีอัตราการมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนและก้าวร้าวลดลงเนื่องจากการดูแลของพ่อแม่ โดยระดับสุขภาพจิตของเด็กดังกล่าวใกล้เคียงกับเด็กจากครอบครัวที่ไม่ยากจน ภายในระยะเวลา 4 ปีของการเข้าร่วมโครงการ (Costello et al., 2003)

ผลจากโครงการลดภาษีเงินได้ของบุคคลที่มีสามารถหารายได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดทำให้มีรายได้เพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพเพิ่มขึ้นในกลุ่มประชากรที่มีรายได้น้อย ผลดังกล่าวทำให้หญิงตั้งครรภ์มีทารกที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นโดยไม่ต้องได้รับการด้านสุขภาพเพิ่มเติม โดยน้ำหนักทารกแรกเกิดที่เพิ่มขึ้น เพิ่มขึ้นสูงกว่าจากการศึกษาเปรียบเทียบน้ำหนักทารกแรกเกิดในกลุ่มแม่ที่ไม่สูบบุหรี่กับแม่ที่สูบบุหรี่ และระหว่างแม่ผิวขาวกับผิวดำ ซึ่งผู้วิจัยสรุปว่าเป็นผลมาจากภาวะโภชนาการที่ดีขึ้นของแม่ (Kehrer and Wolin, 1979) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการเพิ่มรายได้ด้วยสวัสดิการแห่งรัฐ (Supplemental security income) สามารถลดอัตราการทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ (Herd, Schoeni and House, 2008) และส่งผลให้เด็กจากครอบครัวยากจนมีผลการเรียน แรงจูงใจ และพฤติกรรมทางสังคมที่ดีขึ้น (Huston, Duncan and McLoyd, 2005) การศึกษาในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่า การเพิ่มรายได้สำหรับครอบครัวที่ยากจนในรูปของเงินช่วยเหลือโดยมีเงื่อนไขส่งผลต่อสุขภาพ ทำให้อัตราการได้รับวัคซีนเพิ่มขึ้น มีการติดตามทางโภชนาการที่ดีขึ้น และลดอัตราการเจ็บป่วย โครงการนี้อยู่ภายใต้เงื่อนไขที่ว่าครอบครัวจะได้รับเงินช่วยเหลือก็ต่อเมื่อเด็กต้องไปโรงเรียน สมาชิกในครอบครัวต้องเข้ารับบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ตรวจสอบสุขภาพ โภชนาการและอนามัยส่วนบุคคล (Rawlings and Rubio, 2005) ในประเทศเอกวาดอร์ ครอบครัวที่ยากจนจะได้รับเงินช่วยเหลือโดยไม่ต้องมีเงื่อนไขการเข้ารับบริการสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าเด็กจากครอบครัวที่ได้รับการช่วยเหลือมีสุขภาพทางกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กจากครอบครัวที่ยากจนมากๆ เมื่อเทียบกับครอบครัวที่ยากจนน้อยกว่า (Paxson and Schady, 2007) ผลการศึกษาอีกชิ้นหนึ่งรายงานว่าจำนวนเงินช่วยเหลือที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อสุขภาพเด็กที่ดีขึ้นในหลายๆ ด้าน (Fernand, Gertler, and Neufeld, 2008)

### การส่งเสริมการศึกษาในเด็กปฐมวัย

การวิจัยเชิงทดลองแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการศึกษาในเด็กปฐมวัยส่งผลต่อสุขภาพเมื่อโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ (Schweihart, 2005) เด็กปฐมวัยจากครอบครัวที่ยากจนได้รับการศึกษาและครูผู้สอนไปเยี่ยมที่บ้านทุกสัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าเด็กในกลุ่มทดลองมีผลการเรียน การมีงานทำ รายได้ เงินออม และที่อยู่อาศัย ที่ดีกว่าเด็กในกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังพบว่าทุกหนึ่งเหรียญสหรัฐที่ลงทุนไปในโครงการนี้ส่งผลคืนกลับให้สังคม 17 เหรียญ

### ผลกระทบต่อสุขภาพจากการเคลื่อนไหวด้านสิทธิทางสังคม

ผลจากการการเคลื่อนไหวด้านสิทธิทางสังคม เช่น การแก้ปัญหาความยากจนในปี ค.ศ. 1960 ส่งผลดีต่อสภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมของคนผิวดำในสหรัฐอเมริกา ผลการวิจัยหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของประชาชน อาทิ อายุขัยเฉลี่ยของคนผิวดำเพศหญิงสูงกว่าทุกเชื้อชาติ (Kaplan, Ranjit, and Burgard, 2008) ความแตกต่าง



ของรายได้ระหว่างเชื้อชาติที่ลดลงส่งผลให้คนผิวดำที่มีอายุระหว่าง 35-74 ปีมีอัตราการตายที่ต่ำกว่าคนผิวดำ (Cooper et al, 1981) การยกเลิกนโยบายแบ่งแยกโรงพยาบาลระหว่างคนดำและคนขาว ส่งผลให้อัตราความเสี่ยงต่อสุขภาพลดลง หญิงตั้งครรภ์มีทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยลดลงจากช่วงก่อนการเคลื่อนไหวด้านสิทธิทางสังคม (Almond and Chay, 2006)

### การแก้ปัญหาสังคมโดยให้ภาคสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในประเทศไทย

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) รายงานว่าการแก้ปัญหาสังคมจะให้รัฐเป็นผู้ดำเนินการฝ่ายเดียวไม่ได้ โดยเสนอให้ภาคสังคมเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อเติมเต็มศักยภาพภาครัฐในการแก้ปัญหาการศึกษา สุขภาพ และพัฒนาผู้พิการ โดยชวนคนให้หันมาลงทุนเพื่อสังคมด้วยความเข้าใจ เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงสังคมไปในทางที่ดีขึ้น

จากสภาพการทำงานของรัฐที่แยกส่วน แต่เน้นการรวมศูนย์อำนาจไว้ส่วนกลาง ได้ส่งผลให้การแก้ไขปัญหของประเทศไทยห่างไกลความสำเร็จออกไปทุกที เพื่อปฏิรูปบทบาทภาครัฐ ทุกภาคส่วนจำเป็นต้องได้รับการกระจายอำนาจเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมแก้ไขปัญหสังคมร่วมกัน โดยผลการศึกษาพบว่า คนไทยมีศักยภาพและตื่นตัวด้านการลงทุนเพื่อสังคมค่อนข้างสูง ดังจะเห็นได้จากผลการจัดอันดับการบริจาคเงิน โดย Charities Aid Foundation พบว่าไทย เป็นอันดับ 2 ของโลก สอดคล้องกับการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2557 พบว่า ครัวเรือนในประเทศไทยบริจาคเงินสูงถึง 75,760 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 0.58 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ซึ่งสูงกว่างบประมาณรายจ่ายของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในปีเดียวกัน (10,324 ล้านบาท หรือร้อยละ 0.41 ของ GDP) โดยหากสามารถบริหารจัดการเงินบริจาคที่ไหลเวียนอยู่ในประเทศไปยังจุดที่ต้องการและเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การลงทุนที่เกิดขึ้นจะช่วยแก้ปัญหาสังคมและให้ผลตอบแทนสูงสุด อาทิ การบริจาคเงินแก่เครือข่ายอาสาสมัคร การทำธุรกิจที่สนับสนุนงานสังคม การตั้งกิจการเพื่อสังคม (social enterprise) และกองทุนเฉพาะของเอกชน ตัวอย่างกิจการเพื่อสังคมด้านการศึกษาที่ช่วยแก้ปัญหาในปัจจุบันได้อย่างตรงจุด คือ การมุ่งลดปัญหาเด็กนักเรียนออกจากโรงเรียนกลางคัน โดย มูลนิธิ ทีช ฟอรั ไทยแลนด์ (Teach for Thailand) ที่มีเป้าหมายยกระดับคุณภาพครูผ่านการอบรมหลักสูตรการเป็นผู้นำเพื่อเป็นที่ปรึกษาและแบบอย่างที่ดี (role model) ในการดำเนินชีวิตแก่นักเรียน การปรับปรุงคุณภาพหลักสูตรการศึกษาโดยผลิตสื่อการสอนบนคอมพิวเตอร์ที่สนุกและเป็นไปตามระดับความเร็วในการเรียนรู้ของนักเรียนแต่ละคนโดยบริษัท เลิร์น เอ็ดดูเคชั่น จำกัด การอบรมและจ้างงานอดีตนักโทษหญิงให้เป็นพนักงานกวดจุดแก่โรค Office Syndrome บริษัท วิสาหกิจสุขภาพชุมชน จำกัด (Social Health Enterprise : SHE) ก็เป็นตัวอย่างกิจการเพื่อสังคมด้านสุขภาพที่น่าสนใจ บริษัท กล่องดินสอ จำกัด มีการผลิตสื่อการเรียนให้คนพิการทางสายตา และจัดฝึกอบรมทักษะกราฟิกดีไซน์ให้แก่ผู้พิการทางหูพร้อมจัดหางานให้

ผลการศึกษาข้างชี้ให้เห็นว่า ในประเทศไทยยังมีกลุ่มกิจการเพื่อสังคมที่มุ่งหวังจะแก้ปัญหาสังคมด้านอื่น ๆ เพื่อตอบโจทย์ปัญหาสังคมที่หลากหลาย ซึ่งภาครัฐไม่สามารถดูแลแก้ไขได้ทั่วถึง เช่น ด้านสวัสดิการสังคมที่รวมกลุ่มคนด้อยโอกาสในสังคมอย่าง คนพิการ คนติดยา ติดคุก หรือติดเชื้อเอชไอวี การให้ความช่วยเหลือกลุ่มคนเหล่านี้ถือเป็นช่องว่างสำคัญสำหรับการลงทุนเพื่อสังคมในอนาคต

TDR ได้เสนอแนวทางเพื่อให้การลงทุนเพื่อสังคมมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเสนอให้ประเทศไทยวางระบบที่เอื้อต่อการลงทุนเพื่อสังคมอย่างแท้จริงโดยรัฐบาลอาจพิจารณาใช้มาตรการสนับสนุน เช่น การออกพระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม และให้ภาคสังคมควรร่วมกันสร้างความเชื่อมโยงระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ โดยจัดทำฐานข้อมูลที่สามารถบอกได้ว่าใคร กำลังทำอะไร เพื่อแก้ไขปัญหาอะไร ด้วยวิธีอะไร เพื่อช่วยให้สมาชิกอื่นในสังคมทราบว่าหากต้องการแก้ไขปัญหาหนึ่งจะต้องติดต่อใคร และเป็นการช่วยชี้ช่องว่างว่าปัญหาใดยังขาดการลงทุนเพื่อสังคม นอกจากนี้ ผู้ที่นิยมการบริจาคหรือนักลงทุนเพื่อสังคมควรทำความเข้าใจสภาพที่แท้จริงของปัญหาที่ตนต้องการร่วมแก้ไข และติดตามว่าสิ่งที่ตนลงทุนไปนั้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคมอย่างไร เพื่อช่วยปรับปรุงการทำงานหรือขยายผลกระทบดังกล่าวในการลงทุนเพื่อสังคมต่อไป (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2559)

“อ่าวอุดมโมเดล” จังหวัดชลบุรี เป็นตัวอย่างที่น่าสนใจอันหนึ่งของพื้นที่ภาคตะวันออกที่ชุมชนและอุตสาหกรรมอยู่ร่วมกันได้ อำเภออ่าวอุดมมีบริษัทท่าเรือ 6 แห่ง และกำลังจะเพิ่มขึ้นอีก 2 แห่ง มีการขนส่งสินค้าเทกอง สินค้าเกษตร จนถึงถ่านหิน ก๊าซ น้ำมัน ซึ่งก่อมลพิษให้กับชุมชนเรื่อยมา ผลจาก “ธรรมนูญชุมชนอ่าวอุดม” เมื่อปี 2556 ทำให้เกิดการขนถ่ายถ่านหินระบบปิดโดยชุมชนไปรวมออกแบบด้วย วันนี้อ่าวอุดมสามารถพลิกฟื้นสิ่งแวดล้อมที่เสียหายได้ เช่นชายหาดที่ชุมชนบอกให้บริษัทไทยออยล์มาถมทะเลให้ ก็ทำให้ชุมชนได้ชายหาดคืนมาส่วนหนึ่ง เริ่มมีร้านอาหาร เริ่มมีชาวบ้านมาปูเสื่อนั่งเล่น มีลิงลงมาเล่นที่ชายหาด โดยธรรมนูญชุมชนระบุให้ภาคประชาชนกำหนด ดูแล ติดตาม ตรวจสอบภาคธุรกิจ เช่น ตรวจสอบรายงานผลการดูแลสิ่งแวดล้อมรายเดือนของบริษัทฯ ตรวจสอบโครงการใหม่ๆ ที่กำลังจะเข้ามาในพื้นที่ (ไทยพับลิก้า กล้าพูดความจริง, 2558)

## 2.2 แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพที่ช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมและเพิ่มศักยภาพตนเองด้านสุขภาพได้เพิ่มมากขึ้นเพื่อที่จะปรับปรุงภาวะสุขภาพของตนให้ดีขึ้น นำไปสู่การมีสุขภาพดีสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม โดยทั้งนี้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลจะต้องตระหนักถึงสุขภาพนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเกี่ยวข้องกับสอดแทรกอยู่กับการดำเนินชีวิตประจำวัน และคำว่าสุขภาพเป็นแนวคิดด้านบวก การสร้างเสริมสุขภาพนั้นเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของทุกภาคส่วนทั้งตัวบุคคล ครอบครัว องค์กร และสังคมที่ช่วยกันสร้างสรรค์ให้เกิดการดำเนินชีวิตที่ดีและนำไปสู่ความเป็นอยู่ที่ดี (Health lifestyle to well-being) จากการประชุมเกี่ยวกับการเสริมสร้างสุขภาพ ที่เมืองออตตาวา ประเทศแคนาดา (World Health Organization, 2009) ได้มีข้อตกลงกำหนดกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้

1. การสนับสนุน (Advocate) เป็นกลยุทธ์ที่นำมาใช้ปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้สภาพการณ์หรือเงื่อนไขจากปัจจัยด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมและด้านชีวภาพ ที่สามารถสนับสนุนสุขภาพ หรืออาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ให้ปรับเปลี่ยนเป็นการสนับสนุนให้เกิดสุขภาพที่ดี เพราะสุขภาพดีเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญสำหรับ

การพัฒนาสังคม เศรษฐกิจและบุคคล และเป็นมิติสำคัญของคุณภาพชีวิต (World Health Organization, 2009)

2. การสร้างเสริมความสามารถหรือการเพิ่มความเข้มแข็ง (Enabling) เป็นการดำเนินการเพื่อให้บุคคลได้ใช้ศักยภาพของตนได้อย่างเต็มที่เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี โดยกำหนดให้มีสิ่งแวดล้อมที่สร้างเสริมสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างทั่วถึง มีทักษะในการดำเนินชีวิตและมีโอกาสที่จะเลือกทางเลือกที่มีคุณภาพเพื่อสุขภาพ ทั้งนี้บุคคลต้องสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวให้อื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่สามารถสร้างเสริมสุขภาพได้

3. การเป็นสื่อกลาง (Meditating) การเป็นสื่อกลางหรือไกล่เกลี่ยประสานระหว่างกลุ่มและหน่วยงานต่าง ๆ ในสังคมทั้งภาครัฐและเอกชน หน่วยงานด้านการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข รวมทั้งหน่วยงานด้านสังคม เศรษฐกิจ และสื่อสารมวลชน ทั้งนี้เนื่องจากเรื่องของสุขภาพไม่ใช่เป็นหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขแต่เพียงฝ่ายเดียว ดังนั้นหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องมีการประสานงาน แลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อมูลรวมถึงการขับเคลื่อนให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการมีสุขภาพที่ดี

กิจกรรมหลักในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (1986) ประกอบด้วย การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย การสร้างเสริมกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ ดังนี้

#### 1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build healthy public policy)

กลวิธีการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ ให้มั่นใจว่าการดูแลสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งโดยรวมอยู่ในการตัดสินใจดำเนินนโยบายสาธารณะ เพราะการสร้างเสริมสุขภาพเป็นมากกว่าการดูแลสุขภาพ นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วยมาตรการต่าง ๆ แต่เป็นวิธีการที่เสริมกัน ได้แก่ มาตรการทางกฎหมาย งบประมาณ ภาษี และการเปลี่ยนแปลงองค์กรเป็นการทำงานร่วมกันเพื่อนำไปสู่สุขภาพ รายได้ และนโยบายทางสังคมที่สนับสนุนความเท่าเทียมกันให้มากขึ้น การทำงานประสานกันส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในสินค้าและบริการที่ปลอดภัยต่อสุขภาพ บริการสาธารณสุขที่ถูกสุขภาพ รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่สะอาด และน่ารื่นรมย์มากขึ้น นโยบายชายสุราได้ในเวลาที่กำหนดให้ และนโยบายที่ไม่ขายสุราในสถานประกอบการ เป็นต้น

#### 2. การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย (Create supportive environments)

กลวิธีการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย เป็นวิธีการทางสังคมนิเวศเพื่อสุขภาพ เพราะสังคมมีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องสัมพันธ์เชื่อมโยงกันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดพื้นฐานสำหรับวิธีการทางสังคมนิเวศเพื่อสุขภาพเป็นภาพรวมที่นำไปสู่หลักการของโลก เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องได้รับการกระตุ้นให้เกิดการดูแลรักษาอย่างร่วมมือกันเพื่อดูแลซึ่งกันและกัน ทั้งบุคคลและสิ่งแวดล้อม ดังเช่นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การทำงาน และการพักผ่อนมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาพ (World Health Organization, 2009)

#### 3. การสร้างเสริมกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen community action)

ข้อมูลสารสนเทศและโอกาสการเรียนรู้เป็นจุดเน้นสำหรับการสร้างพลังอำนาจองค์กร เพื่อให้มีทางเลือกสำหรับสุขภาพที่ดีขึ้นซึ่งการสร้างพลังอำนาจองค์กรเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการสร้างกิจกรรมองค์กรให้เข้มแข็ง ให้องค์กรรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของและควบคุมความพยายามขององค์กรเอง ดังนั้น **การมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคม** การพัฒนาระบบที่ยืดหยุ่นเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในการมีส่วนร่วมขององค์กรและการควบคุมกำกับในเรื่องของสุขภาพ ทั้งนี้องค์กรจำเป็นต้องเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ เปิดโอกาสให้เกิดการเรียนรู้เรื่องสุขภาพโดยเฉพาะปัจจัยที่เป็นสาเหตุและผลกระทบ สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้อย่างเต็มที่ จากการประชุมนานาชาติ ครั้งที่ 4 เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21 ที่กรุงจาการ์ตา (Jakarta) (World Health Organization, 2009) ได้นำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมเป็นสิ่งสำคัญต่อความยั่งยืน และประเด็นสำคัญภายใต้กลวิธีนี้ คือ

### 3.1 เพิ่มการลงทุนเพื่อสุขภาพ

การเพิ่มการลงทุนเพื่อสุขภาพต้องการความร่วมมือจากหลายภาคส่วนอย่างแท้จริง เช่น แหล่งประโยชน์เพิ่มเติมเพื่อการศึกษาและที่อยู่อาศัย รวมถึงภาคีสุขภาพ การให้ความสำคัญของการลงทุนเพื่อสุขภาพจะทำให้เกิดศักยภาพที่จะบรรลุความก้าวหน้าในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สุขภาพ และคุณภาพชีวิตและต้องสะท้อนถึงความต้องการเฉพาะกลุ่ม

### 3.2 ผนึกกำลังเพื่อขยายความเป็นภาคีเพื่อสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพต้องการภาคีเพื่อสุขภาพเพื่อให้ได้รับผลประโยชน์ร่วมกันโดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทักษะและแหล่งประโยชน์เพื่อการเข้าถึงสุขภาพที่ดี

### 3.3 การเพิ่มความสามารถขององค์กรและอำนาจของบุคคล

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการปรับทั้งความสามารถของบุคคลในการดำเนินการและความสามารถของกลุ่ม องค์กรหรือชุมชนเพื่อให้เกิดอิทธิพลต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการจัดการศึกษาที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ การอบรมภาวะผู้นำและการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ ซึ่งการเพิ่มความสามารถให้กับบุคคลต้องสม่ำเสมอ และความน่าเชื่อถือที่มากขึ้น ในการเข้าถึงกระบวนการตัดสินใจทักษะและความรู้ที่สำคัญที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง ตัวอย่างเช่น การส่งเสริมให้มีเอกสารเกี่ยวกับสุขภาพ ประสบการณ์การสร้างเสริมสุขภาพที่ผ่านการวิจัยหรือรายงานโครงการเพื่อปรับปรุงการวางแผน การปฏิบัติการ การประเมินผลและพัฒนาสิ่งแวดล้อมทาง การเมือง กฎหมาย การศึกษา สังคม และเศรษฐกิจที่จำเป็นต่อการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (World Health Organization, 2009)

## 4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skills)

การสร้างเสริมสุขภาพโดยสนับสนุนการพัฒนาบุคคลและสังคมผ่านการให้ข้อมูลสารสนเทศ การศึกษาเพื่อสุขภาพ และการส่งเสริมทักษะชีวิต เป็นการเพิ่มความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) การทำเช่นนี้จะเพิ่มทางเลือกให้พนักงานหรือประชาชนสามารถเลือกการปฏิบัติตน การควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับแบบแผนชีวิตตนเอง (Lifestyle) และทำให้เกิดทางเลือกในการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพที่ดี ตัวอย่างของการใช้กลวิธีพัฒนาทักษะส่วนบุคคล เช่น การอบรมให้ความรู้ประเด็นสุขภาพเพื่อป้องกันกลุ่มอาการเมตาบอลิก การฝึกทักษะในการเลือก

รับประทานอาหารให้เหมาะกับกลุ่มบุคคลวัยทำงาน การสร้างเสริมให้กับบุคคลในการดูแลตนเอง เป็นต้น

#### 5. การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ (Re-orient health services)

การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ โดยการปรับเปลี่ยนมุมมองด้านสุขภาพเป็นเชิงรุก ไม่รอให้ป่วยแต่เป็นเฝ้าระวังและป้องกันตนเองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมสุขภาพในทุก ๆ ด้าน เริ่มตั้งแต่เรื่องการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ การจัดการความเครียดที่เหมาะสม พร้อมความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง โดยการลด ละ เลิก สูบบุหรี่ ดื่มสุรา และพักผ่อนอย่างเพียงพอ ซึ่งเป็นการสร้างนำซ่อม

การนำกลยุทธ์และกลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพโดยกฎบัตรอตตาวานัน (World Health Organization, 1986, 2009) เป็นการนำกิจกรรมหลักทั้ง 5 กิจกรรมซึ่งประกอบไปด้วย การสร้างนโยบายสาธารณะ การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพเป็นแรงสนับสนุนจากผู้บริหารสถานประกอบการให้พนักงานมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น และสร้างองค์กรเข้มแข็งโดยให้นำเอาแนวคิดการมีส่วนร่วมเพื่อให้พนักงานมีความรู้สึกเป็นเจ้าของซึ่งแนวคิดนี้ จะเป็นแรงผลักดันให้พนักงานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องผนวกเข้าเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นคง ยั่งยืน เป็นวิถีสุขภาพที่ดี (Healthy lifestyle)

## 2.3 แนวคิดการมีส่วนร่วม และแรงสนับสนุนทางสังคม

### 2.3.1 แนวคิดการมีส่วนร่วม (Participation)

บวรศักดิ์ อุวรรณโณ และคณะ (2554) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่าเป็น การกระทำของกลุ่มประชาชนในลักษณะของการทำงานร่วมกัน แสดงให้เห็นถึงความต้องการ ความสนใจร่วมกัน ที่จะบรรลุถึงเป้าหมายทั้งทางเศรษฐกิจสังคมและการเมืองเพื่อให้เกิดอิทธิพลต่อรองไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อมในการปรับปรุงสถานภาพทางสังคมในกลุ่มชุมชน

คณินิจ ศรีบัวเอี่ยม และคณะ (2545) ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชน (Public participation) ว่าเป็นการกระจายโอกาสเกี่ยวกับการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ รวมทั้ง การจัดสรรทรัพยากรของชุมชนและของชาติ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน โดยการให้ข้อมูล แสดงความคิดเห็นให้คำแนะนำปรึกษา ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ รวมตลอดจนการควบคุมโดยตรงจากประชาชน

ปัทมา สุขกำปัง และคณะ (2552) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ในรายงานการศึกษา เรื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการนโยบายสาธารณะว่าหมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีสิทธิในกระบวนการนโยบายสาธารณะทั้งในด้านการให้และรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ การร่วมตัดสินใจ ทั้งในขั้นตอนการริเริ่มนโยบาย การจัดทำแผนงาน โครงการหรือกิจกรรมที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อม การวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม การจัดการสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ รวมทั้ง การปฏิบัติ การติดตาม และประเมินผลตามนโยบายแผนงานโครงการหรือกิจกรรมนั้น

## รูปแบบของการมีส่วนร่วม

การที่ประชาชนภายในพื้นที่ที่มีการรวมกลุ่มในรูปของประชาคมหรือชุมชน ซึ่งเป็นแนวคิดที่สนับสนุน ความเข้มแข็งของชุมชนและสังคม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ให้ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ไขปัญหา ซึ่งการแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องมีความร่วมมือทำพร้อม ๆ กันในทุกกระดับ ต้องระดมทุกองค์ประกอบในสังคม โดยเฉพาะชุมชน เพื่อเสริมสร้างความเป็นชุมชนให้มีความเข้มแข็ง สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง (จินตวีร์ เกษมสุข, 2554)

รูปแบบของการมีส่วนร่วม (จินตวีร์ เกษมสุข, 2554) ประกอบด้วย

1. การรับรู้ข่าวสาร (Public information) ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับการแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการที่จะดำเนินการ รวมทั้งผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ทั้งนี้ การได้รับ แจ้งข่าวสารดังกล่าวจะต้องเป็นการแจ้งก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินโครงการ
2. การปรึกษาหารือ (Public consultation) เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมที่มีการจัดการหารือ ระหว่างผู้ดำเนินการโครงการกับประชาชนที่เกี่ยวข้องและได้รับผลกระทบ เพื่อรับฟังความคิดเห็นและ ตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความเข้าใจในโครงการและกิจกรรมมากขึ้น
3. การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public meeting) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนและฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรม และผู้มีอำนาจตัดสินใจในการทำโครงการหรือกิจกรรมนั้น ได้ใช้เวที สาธารณะในการทำความเข้าใจ และค้นหาเหตุผลในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมในพื้นที่นั้น ซึ่งมีหลาย รูปแบบ ได้แก่
  - 3.1 การประชุมในระดับชุมชน (Community meeting) โดยจัดขึ้นในชุมชนที่ได้รับผลกระทบ จากโครงการ โดยเจ้าของโครงการหรือกิจกรรมจะต้องส่งตัวแทนเข้าร่วม เพื่ออธิบายให้ที่ประชุมทราบถึง ลักษณะโครงการและผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นและตอบข้อซักถาม
  - 3.2 การประชุมรับฟังความคิดเห็นในเชิงวิชาการ (Technical hearing) สำหรับโครงการที่มีข้อโต้แย้งในเชิงวิชาการ จำเป็นจะต้องเชิญผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาจากภายนอกมาช่วยอธิบายและให้ความเห็น ต่อโครงการ ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมต้องได้รับทราบผลดังกล่าวด้วย
  - 3.3 การประชาพิจารณ์ (Public hearing) เป็นเวทีในการเสนอข้อมูลอย่างเปิดเผยไม่มีการปิดบัง ทั้งฝ่ายเจ้าของโครงการและฝ่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากโครงการ ซึ่งจะต้องมีองค์ประกอบของผู้เข้าร่วมที่เป็นที่ ยอมรับ มีหลักเกณฑ์และประเด็นในการพิจารณาที่ชัดเจน และแจ้งให้ทุกฝ่ายทราบทั่วกัน
4. การร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) เป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของ ประชาชน ซึ่งประชาชนจะมีบทบาทในการตัดสินใจได้เพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของ คณะกรรมการที่ เป็นผู้แทนประชาชนในพื้นที่
 

ลักษณะที่สำคัญของการมีส่วนร่วมซึ่งเป็นกระบวนการ สามารถสรุปขั้นตอนของการมีส่วนร่วม ร่วมได้ 4 ขั้นตอน (จินตวีร์ เกษมสุข, 2554) ดังนี้

  1. มีส่วนร่วมในการคิด ศึกษา ค้นคว้า หาปัญหา และสาเหตุของปัญหาตลอดจนความต้องการของชุมชน

2. มีส่วนร่วมในการวางนโยบาย หรือแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม เพื่อลดและแก้ไข ปัญหา

3. มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมาย

4. มีส่วนร่วมในการควบคุม ติดตาม และประเมินผลการทำงาน

จากการวิเคราะห์กระบวนการมีส่วนร่วม ซึ่งก่อให้เกิดผลดี กล่าวคือ ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม ย่อมเกิดความภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งของงาน และรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของร่วมกัน (Ownership) จะทำให้ผู้มีส่วนร่วมหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนั้น ยินยอมปฏิบัติตาม (Compliance) และรวมถึง การยอมรับ (Commitment) อย่างสมัครใจ เต็มใจ และสบายใจ สามารถกำหนดพฤติกรรม การดำเนินชีวิตให้กับตนเอง และกลุ่มได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นตามความจำเป็นอย่าง มีศักดิ์ศรี และสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเอง/ องค์กร ด้านภูมิปัญญา ทักษะ ความรู้ ความสามารถ การจัดการและความเท่าทันการเปลี่ยนแปลงของโลก

การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นการเพิ่มความเข้มแข็งทั้งในระดับบุคคลและองค์กร ในการพัฒนาโลกขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้น สิ่งสำคัญ ต้องเลือกใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดขั้นตอนต่าง ๆ ของลักษณะสำคัญดังกล่าวของการมีส่วนร่วม ให้เหมาะสมที่ทำให้เกิดความร่วมมือ ร่วมใจ ร่วมคิดพัฒนาโลกขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพ ให้เป็นพลังขับเคลื่อนสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพต่อไป

### 2.3.2 แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ความหมาย แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือ การสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรง สนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อน ร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (House, 1985)

1. แรงสนับสนุนทางสังคม (Caplan, 1976) หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคล หรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับ ไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ แรงสนับสนุนทางสังคม (Pilisuk, 1982) เป็น ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการที่บุคคล รู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

2. แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม จัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่าง สมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็น กลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของ บุคคลในสังคมกลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุน

ทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิ และแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติ พี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์ จากคู่สมรส ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่น ๆ เช่น ครู พระ ผู้นำ ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร ข่าวสาร และ ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

### 3. องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม (Pilisuk ,1982) ประกอบด้วย

#### 3.1 ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน

#### 3.2 ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย

3.2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีใจใส่ และมีความรัก ความหวังดี ในสังคมอย่างจริงใจ

3.2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าตนเองมีค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

3.2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

3.3 ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

### 4. ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม (House ,1985) แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

4.1 Emotional support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย

4.2 Appraisal support คือ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

4.3 Information support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ

4.4 Instrumental support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น แรงงาน เงิน เวลา

### 5. แรงสนับสนุนทางสังคม (Gottlieb, 1985) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

5.1 ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคมอาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ และการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ เช่นกลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มต้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น



5.2 ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของของความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

5.3 ระดับแคบ หรือระดับลึก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย ในการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรักและห่วงใย (Affective support)

6. ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ มีรายงานการศึกษาวิจัยจำนวนมากและสามารถแบ่งผลที่ชี้บ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อภาวะสุขภาพทั้งทางด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ดังนี้

#### 6.1 ผลต่อสุขภาพกาย แบ่งออกเป็น

6.1.1 ผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพกาย Berkman & Syme (1979) ได้ติดตามผู้ใหญ่ จำนวน 700 คน ที่อาศัยอยู่ในเมือง อามีดา รัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นเวลานาน 9 ปี โดยรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไปของสุขภาพอนามัย และสถิติชีพที่สำคัญ รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราการป่วยและตายมากกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาถึง 2.5 เท่า ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในทุกเพศ ทุกเชื้อชาติ และทุกระดับเศรษฐกิจ และพบว่า ผู้ป่วยวัณโรค โรคความดันโลหิตสูง และอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้การศึกษาทางระบาดวิทยาสังคมยังพบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลงอีกด้วย กุสุมา สุริยา (2550) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ค่าสัดส่วนเส้นรอบเอวต่อสะโพก และค่าดัชนีมวลกาย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6.1.2 ผลกระทบต่อสุขภาพกาย ด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค จากรายงานผลการศึกษาถึงพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย (Cobb, 1976; Langlie, 1977) แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักของกลุ่มพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กุสุมา สุริยา, 2550)

6.2 ผลกระทบต่อสุขภาพจิตผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต มีลักษณะเช่นเดียวกับสุขภาพกาย คือ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคลช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคลได้อีกด้วย Minkler (1981) ได้ทำการศึกษาในผู้ชายว่างงาน จำนวน 110 คน พบว่า ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจน้อยกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ การสนับสนุนทาง

อารมณ์เป็นสิ่งที่ช่วยลดผลของความเครียดที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจในผู้ที่ทำงาน ซึ่งพบว่ามีความเครียดมาก และยังพบอีกว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง (Caplan, 1974)

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยโปรแกรมทางสังคม เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mix Methodology) ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Method) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) แบ่งวิธีดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

- ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของครูในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- ระยะที่ 2 สร้างโปรแกรมทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู
- ระยะที่ 3 นำโปรแกรมทางสังคมไปทดลองใช้ในโรงเรียนเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู
- ระยะที่ 4 ประเมินผลการนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### 3.1 การศึกษาปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของครูในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

##### 3.1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครูในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่มัธยมศึกษา (สพม.) จำนวน 9,627 คน จากโรงเรียนมัธยมศึกษา 162 แห่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครูในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา จำนวน 391 คน จากโรงเรียนมัธยมศึกษา 12 แห่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 อ้างใน อีรุฒิ เอกะกุล, 2543) ได้จำนวนตัวอย่าง 369 คน กำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่มอีก 10% จากที่คำนวณได้จากสูตร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 406 คน

##### 3.1.2 วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เลือกโดยการสุ่มแบบกลุ่มสองขั้นตอน (Stratified two stage cluster sampling) ดังนี้ 1) สุ่มโรงเรียน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) 2) เมื่อได้โรงเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการแล้ว ทำการเก็บข้อมูลจากครูทุกคนแบบยกโรงเรียน จากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เหลือจำนวนตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ จำนวน 391 คน

##### 3.1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงานในปัจจุบัน จังหวัดที่ตั้งสถานที่ทำงานในปัจจุบัน จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ อาชีพเสริม จำนวนบุคคลในครอบครัวที่ไม่มีรายได้ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการออกกำลังกาย ข้อคำถามมีทั้งคำถามแบบปิดและคำถามแบบเปิด

**ส่วนที่ 2 ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ** ที่เสนอโดย Health Leads Inc. (Health Leads, 2016) ซึ่งประกอบด้วย 1) ความมั่นคงด้านอาหาร 2) สาธารณูปโภค 3) ที่อยู่อาศัย 4) การดูแลบุคคลในครอบครัวที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 5) การเข้าถึงบริการสุขภาพ 6) ความยากลำบากในการเดินทาง 7) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 8) เครือข่ายทางสังคม 9) ความปลอดภัยทางสังคม และ 10) การถูกกีดกันทางสังคม แบบสอบถามนี้เป็น Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License ซึ่งสามารถคัดลอก ดัดแปลง และเผยแพร่ได้ มีตัวเลือกในการตอบคือ ใช่ กับ ไม่ใช่

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI)** (กรมสุขภาพจิต, 2016) ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยสามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้

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

### 3.1.4 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 2 เดือน โดยดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

### 3.1.5 วิธีการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

**การประมวลผลข้อมูล** โดยมีขั้นตอนดังนี้

มีการตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง และสมบูรณ์ของข้อมูลทุกชนิดก่อนที่จะนำมาลงรหัส บันทึกข้อมูลเป็นรหัสลงในแบบบันทึกข้อมูล และเครื่องคอมพิวเตอร์

ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และมีการประมวลผลโดยใช้โปรแกรมประมวลผลทางสถิติ

### 3.1.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด การวิเคราะห์ปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ใช้สถิติถดถอยพหุคูณ

### 3.2 การสร้าง การนำไปใช้ และการประเมินผลการนำโปรแกรมฯ ไปใช้

ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดสรรโรงเรียน 1 แห่ง ในจังหวัดชลบุรี โดยมีเกณฑ์ที่กำหนดคือ โรงเรียนมีความพร้อมในการดำเนินโครงการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู โดยลักษณะของโรงเรียนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- 1) เป็นโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา (ม.1- ม.6)
- 2) เป็นโรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ มีครู 148 คน นักเรียน 3,015 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 12 มีนาคม 2561)
- 3) มีเนื้อที่ประมาณ 46 ไร่ มีอาคาร 28 หลัง ประกอบด้วย อาคารเรียน อาคารเอนกประสงค์ อาคารการงานและอาชีพ ศูนย์ศิลปะ หอประชุมขนาดใหญ่ ห้องสมุด โรงอาหาร สหกรณ์ร้านค้า เรือนพยาบาล ศาลาจุดจอดรถ และสนามกีฬาทั้งในร่มและกลางแจ้ง

#### 3.2.1 ขั้นตอนการทำวิจัย

การสร้าง การนำไปใช้ และการประเมินผลการนำโปรแกรมฯ ไปใช้ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) ศึกษาบริบทองค์กร โดยผู้วิจัยประชุมร่วมกับผู้บริหารโรงเรียนและตัวแทนครูตามกลุ่มสาระจำนวน 8 คน ซึ่งแจ้งถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และร่วมกันวิเคราะห์บริบทของโรงเรียน โดยใช้เทคนิค SWOT Analysis ซึ่งประกอบด้วย จุดแข็ง (Strengths) จุดอ่อน (Weaknesses) โอกาส (Opportunities) และอุปสรรค (Threats) (Dag Øivind Madsen, 2016) เพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกันที่จะปรับเปลี่ยนปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพที่มีนัยสำคัญเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็นสำหรับครูในโรงเรียนที่เป็นตัวอย่างในงานวิจัย
- 2) สสำรวจสถานการณ์ภาวะสุขภาพของครูและวิเคราะห์ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ
- 3) สร้างและพัฒนาโปรแกรมปัจจัยทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของครู
- 4) ทดสอบโปรแกรมที่สร้างและพัฒนาขึ้น
- 5) ติดตามและประเมินผลประสิทธิผลของโปรแกรม

#### 3.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเพื่อวัดสถานะสุขภาพของครู (EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย) และแบบสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2008) และกรอบการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (World Health Organization, 2005) ซึ่งมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ 1) การสร้างนโยบายสุขภาพของโรงเรียน 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การสร้างองค์กรให้เข้มแข็งเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ 4) การเพิ่มขีดความสามารถของครูในการสร้างเสริมสุขภาพ และ 5) การปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

#### 3.2.3 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 6 เดือน โดยดำเนินการระหว่างเดือน มิถุนายน – ธันวาคม พ.ศ. 2562

### 3.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบสอบถามเพื่อวัดสถานะทางสุขภาพของครู (EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย) แปลงค่าคะแนนสถานะทางสุขภาพให้เป็นคะแนนอรรถประโยชน์ (utility) ซึ่งเป็นค่าที่แสดงถึงความพึงพอใจของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง 1 โดย 1 หมายถึงสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ที่สุดหรือเสียชีวิต ส่วนค่าอรรถประโยชน์ที่ติดลบหมายถึงสภาวะที่แย่กว่าตาย (worse than dead) คะแนนอรรถประโยชน์คำนวณจากสภาวะสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์หักลบด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติทางสุขภาพทั้ง 5 ด้าน (Pattanaphesaj, 2014) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ independent t-test ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) และวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตรวจสอบความถูกต้องและน่าเชื่อถือจากหลายวิธีและยืนยันความถูกต้องตรงกันของข้อมูลด้วยการตรวจสอบประเด็นให้ตรงกับข้อคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล (Conformability) ตรวจสอบความถูกต้องของการถอดเทปโดยการกำหนดดัชนีและให้รหัสข้อมูลความสอดคล้องของการให้รหัสแยกตามลักษณะของข้อมูลเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล (Axial coding) และการถ่ายโอนผลการวิจัย

### 3.3 จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (หมายเลขใบรับรอง Sci 101/2561) และในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

## บทที่ 4 ผลการศึกษา

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) ศึกษาปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของครูในภาคตะวันออกเฉียง
- 2) สร้างโปรแกรมทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู
- 3) นำโปรแกรมทางสังคมไปทดลองใช้ในโรงเรียนเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู
- 4) ประเมินผลการนำโปรแกรมทางสังคมไปทดลองใช้

ผลการวิจัยนำเสนอโดยลำดับดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ
- ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิต
- ส่วนที่ 4 การพัฒนาโปรแกรมทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู
- ส่วนที่ 5 ผลการดำเนินงานตามโครงการโปรแกรมทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.1 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 28.9

อายุเฉลี่ย 37.7 ปี โดยอยู่ในกลุ่มอายุ 30 – 50 ปี ร้อยละ 55.7 รองลงมาคือ อายุต่ำกว่า 30 ปี ร้อยละ 27.6

สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่โสด ร้อยละ 56.0 รองลงมาคือ สมรส หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 36.8 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 56.2 รองลงมาคือระดับปริญญาโท ร้อยละ 41.4

ระยะเวลาที่ทำงานเป็นครูเฉลี่ย 12.65 ปี โดยส่วนใหญ่ต่ำกว่า 10 ปี ร้อยละ 55.7 รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 25.07 ประมง ร้อยละ 10.50 และอาชีพอื่นๆ ได้แก่ เกษตรกรรม ครูหรือลูกจ้างเอกชน

ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นครูชำนาญการ (ค.ศ. 2) และชำนาญการพิเศษ (ค.ศ. 3) ร้อยละ 55.4 รองลงมาเป็นครูผู้ช่วย ร้อยละ 20.7 เป็นครู ค.ศ. 1 (ครูและบุคลากรทางการศึกษาระดับปฏิบัติการ) ร้อยละ 17.1

รายได้เฉลี่ย 30,482.73 บาท ส่วนใหญ่พอใช้เหลือเก็บบ้างเล็กน้อย ร้อยละ 40.9 ไม่มี อาชีพเสริม มีรายได้จากงานประจำอย่างเดียว ร้อยละ 74.2

ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.2 สูบบุหรี่ ร้อยละ 6.4 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 23.8 ไม่เคยออกกำลังกาย ร้อยละ 15.6

มีสวัสดิการข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ร้อยละ 84.4 ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

	ข้อมูลทั่วไป (n=391)	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		113	28.9
หญิง		274	70.1
ไม่ระบุ		4	1.0
อายุ			
ต่ำกว่า 30 ปี		108	27.6
30 - 50 ปี		218	55.7
ตั้งแต่ 51 ปีขึ้นไป		62	15.9
ไม่ระบุ		3	0.8
Min= 19 Max= 67 Mean= 37.70 S.D.= 10.552			
ศาสนา			
พุทธ		376	96.1
คริสต์		9	2.3
อิสลาม		2	0.5
อื่นๆ		1	0.3
ไม่ระบุ		3	0.8
สถานภาพสมรส			
โสด		219	56.0
สมรส		144	36.8
หม้าย/หย่า/แยก		16	4.1
ไม่ระบุ		12	3.1
บุคคลในครอบครัวที่ไม่ได้ทำงาน ไม่มีรายได้			
ไม่มี		103	26.3
มี		198	50.7
ไม่ระบุ		90	23.0
ระดับการศึกษา			
ปริญญาตรี		222	56.2
ปริญญาโท		162	41.4



ข้อมูลทั่วไป (n=391)	จำนวน	ร้อยละ
ปริญญาเอก	1	0.3
อื่นๆ	1	0.3
ไม่ระบุ	5	1.3
จังหวัดที่ตั้งสถานที่ปฏิบัติงาน		
ระยอง	99	25.3
ฉะเชิงเทรา	92	23.5
ชลบุรี	97	24.8
จันทบุรี	100	25.6
ไม่ระบุ	3	0.8
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นบุคลากรด้านการศึกษา		
ต่ำกว่า 10 ปี	218	55.7
11 – 20 ปี	66	16.9
21 – 30 ปี	56	14.3
31 ปีขึ้นไป	30	7.7
ไม่ระบุ	21	5.4
Min= 0.08 Max= 40.00 Mean= 12.65 S.D.= 10.413		
ระยะเวลาการทำงานในโรงเรียนที่สอนปัจจุบัน		
ต่ำกว่า 10 ปี	301	77.0
11 – 20 ปี	42	10.7
21 – 30 ปี	22	5.6
31 ปีขึ้นไป	7	1.8
ไม่ระบุ	19	4.9
Min= 0.08 Max= 37 Mean= 6.90 S.D.= 7.657		
ตำแหน่งงานในปัจจุบัน		
ครูอัตราจ้าง	15	3.8
ครูผู้ช่วย	148	37.8
ครูชำนาญการ	114	29.3
ครูชำนาญการพิเศษ	102	26.1
ครูเชี่ยวชาญ	2	0.5
ครูเชี่ยวชาญพิเศษ	4	1.0
ไม่ระบุ	6	1.5
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 20,000 บาท	131	33.5
20,001 – 40,000 บาท	149	38.1
40,001 – 60,000 บาท	75	19.2

ข้อมูลทั่วไป (n=391)	จำนวน	ร้อยละ
ตั้งแต่ 60,001 บาทขึ้นไป	17	4.3
ไม่ระบุ	19	4.9
Min= 10,200 Max= 79,800		
Mean= 30,482.73 S.D.= 14,828.351		
ความพอเพียงของรายได้		
พอใช้ไม่เหลือเก็บ	88	22.5
พอใช้เหลือเก็บบ้างเล็กน้อย ใช้ฉุกเฉินได้	160	40.9
พอใช้เหลือเก็บสำหรับทำทุนสร้างรายได้ต่อไปได้	49	12.5
พอใช้แต่เป็นหนี้จากการกู้ยืมมาเพื่อสร้างรายได้เพิ่ม	58	14.8
ไม่พอใช้และไม่เป็นหนี้	10	2.6
ไม่พอใช้และต้องกู้หนี้ ยืมสิน	23	5.9
ไม่ระบุ	3	0.8
ปัจจุบันประกอบอาชีพเสริมที่สร้างรายได้เพิ่มเติมจากรายได้ประจำในสถานศึกษา		
ไม่มีอาชีพเสริม มีรายได้จากงานประจำอย่างเดียว	290	74.2
มีอาชีพเสริม มีรายได้เพิ่ม 1 อาชีพ	88	22.5
มีอาชีพเสริม มีรายได้เพิ่ม 2 อาชีพ	7	1.8
มีอาชีพเสริม มีรายได้เพิ่มมากกว่า 2 อาชีพ	2	0.5
ไม่ระบุ	4	1.0
โรคประจำตัว		
มี	144	36.8
ไม่มี	247	63.2
การสูบบุหรี่		
สูบ	25	6.4
ไม่สูบ	363	92.8
ไม่ระบุ	3	0.8
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ดื่ม	93	23.8
ไม่ดื่ม	296	75.7
ไม่ระบุ	2	0.5
การออกกำลังกาย		
ไม่เคยออกกำลังกาย	61	15.6
ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน	65	16.6
ออกกำลังกายบ้างเป็นบางครั้ง (3 ครั้ง/สัปดาห์)	120	30.7
ออกกำลังกายนานๆครั้ง (เดือนละครั้ง)	139	35.6

ข้อมูลทั่วไป (n=391)	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ระบุ	6	1.5
ช่วงเวลาที่ออกกำลังกาย		
เช้า	46	11.8
บ่าย-เย็น (4-6 โมงเย็น)	149	38.1
ค่ำ (ตั้งแต่ 6 โมงเย็นเป็นต้นไป)	145	37.1
ไม่ระบุ	51	13.0

## ส่วนที่ 2 ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ

ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ 10 ด้านที่เสนอโดย Health Leads Inc. ซึ่งประกอบด้วย 1) ความมั่นคงด้านอาหาร 2) สาธารณูปโภค 3) ที่อยู่อาศัย 4) การดูแลบุคคลในครอบครัวที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 5) การเข้าถึงบริการสุขภาพ 6) ความยากลำบากในการเดินทาง 7) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 8) เครือข่ายทางสังคม 9) ความปลอดภัยทางสังคม และ 10) การถูกกีดกันทางสังคม พบว่า ร้อยละ 92.2 ได้รับประทานอาหารในปริมาณและคุณภาพที่เหมาะสมตามเพศ วัย และความต้องการของร่างกาย ร้อยละ 87.5 มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง แข็งแรง ปลอดภัย ร้อยละ 91.1 มีความสามารถในการจ่ายค่าสาธารณูปโภค ต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับตัวเองหรือครอบครัว เช่น ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำประปา ค่าโทรศัพท์ ค่าน้ำมันรถ ค่าเดินทาง ร้อยละ 86.7 ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมเมื่อบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย ร้อยละ 94.8 มีความสะดวกในการเดินทางไปยังที่ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น ไปทำงาน ไปจับจ่ายใช้สอยต่างๆ หรือไปเข้ารับการรักษาพยาบาล ร้อยละ 93.7 มีความสามารถในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การดูแลตนเองด้านสุขภาพ สาเหตุของความเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล การใช้จ่าย ร้อยละ 96.6 รู้สึกว่ามีเพื่อน และไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ร้อยละ 96.9 ไม่มีความรู้สึกว่ามีปัญหาเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว เพื่อนบ้าน ที่ทำงาน หรือในชุมชนที่พักอาศัย ร้อยละ 96.9 ไม่มีความรู้สึกถูกเลือกปฏิบัติเนื่องจาก เพศ เชื้อชาติ หรือชาติพันธุ์ การนับถือศาสนา ดังแสดงในตารางที่ 2

## ตารางที่ 2 ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ

ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ (n=383)	จำนวน	ร้อยละ
ความมั่นคงด้านอาหาร		
ใช่	30	7.8
ไม่ใช่	353	92.2
สาธารณูปโภค		
ใช่	48	12.5
ไม่ใช่	335	87.5
ที่อยู่อาศัย		
ใช่	34	8.9

ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ (n=383)	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ใช่	349	91.1
การดูแลบุคคลในครอบครัวที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง		
ใช่	51	13.3
ไม่ใช่	332	86.7
การเข้าถึงบริการสุขภาพ		
ใช่	25	6.5
ไม่ใช่	358	93.5
ความยากลำบากในการเดินทาง		
ใช่	20	5.2
ไม่ใช่	363	94.8
ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ		
ใช่	24	6.3
ไม่ใช่	359	93.7
เครือข่ายทางสังคม		
ใช่	13	3.4
ไม่ใช่	370	96.6
ความปลอดภัยทางสังคม		
ใช่	12	3.1
ไม่ใช่	371	96.9
การถูกกีดกันทางสังคม		
ใช่	12	3.1
ไม่ใช่	371	96.9

การสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ตามกรอบขององค์การอนามัยโลกซึ่งประกอบด้วย

- 1) ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจชนบทธรรมนิยม-ประเพณี-วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม
- 2) ปัจจัยด้านสภาพการทำงาน สภาพความเป็นอยู่ การศึกษาหรือความรู้ อาหาร ที่อยู่ อาศัย การเดินทาง บริการสุขภาพ น้ำดื่ม น้ำใช้
- 3) ปัจจัยด้านเครือข่ายทางสังคม เพื่อน เพื่อนร่วมงาน ครอบครัว ชุมชน
- 4) ปัจจัยด้านวิถีชีวิต รสนิยมส่วนบุคคล
- 5) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส

ผลการสนทนากลุ่มพบว่า ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพตามการรับรู้ของครู เรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ ปัจจัยด้านด้านอาหาร รสนิยมส่วนบุคคล ครอบครัว สถานภาพสมรส อายุ เพศ ชนบทธรรมนิยม-ประเพณี-วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ดังคำกล่าวที่ว่า

“อาหารเช้าไม่ค่อยได้ทานเลยคะ เพราะไม่ทันเวลา ต้องรีบเดินทางมาทำงาน หรือบางครั้งก็ทานขนมปัง เค้ก โอวัลติน กาแฟที่ซื้อจากโรงเรียนบ้างคะ” (ครูหญิง อายุ 55 ปี)

“ไม่ได้ทานข้าวเช้ามาหลายปีแล้วคะ ด้วยข้อจำกัดของเวลา ซึ่งปัจจุบันชินแล้วคะ” (ครูหญิง อายุ 26 ปี)

“ทานข้าวเช้าทุกวันก่อนออกมาโรงเรียนคะ เช่น ข้าวไข่เจียว หมูทอดกระเทียม เพราะพอจะตื่นมาทำให้ทานทุกวันคะ” (ครูหญิง อายุ 43 ปี)

“ปัจจัยด้านอาหารถือว่ามีความสำคัญ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพมากเลยนะคะ โดยเฉพาะอาหารเช้า เราทุกคนต่างก็รู้และเข้าใจดีนะคะ ว่ามือเช้าเป็นมือที่สำคัญที่สุดของทุกมือ แต่ด้วยข้อจำกัดด้านเวลา ต้องรีบมาทำงาน หรือบางคนก็ต้องรีบไปส่งลูกไปโรงเรียนแต่เช้า ทำให้ครูส่วนใหญ่ไม่ได้ทานอาหารเช้ากัน ซึ่งแน่นอนคะ อาจจะส่งผลต่อสุขภาพของเราได้” (ครูหญิง อายุ 26 ปี)

“มือเที่ยงจะทานข้าวที่ห่อใส่ปิ่นโตมาจากบ้านคะ หรือถ้าวันไหนไม่ได้ห่อมาก็จะซื้อกับข้าวจากโรงอาหารโรงเรียน เช่น ต้ม แกงส้ม อาหารตามสั่ง ไข่เจียว กระเพรา” (ครูหญิง อายุ 55 ปี)

“มือเที่ยงจะทานอาหารตามสั่ง จากโรงอาหารของโรงเรียนคะ เช่น กระเพรา ค่ะนำหมูกรอบ ข้าวไข่เจียว หมูทอดกระเทียม” (ครูหญิง อายุ 43 ปี)

“ตอนกลางวัน ทานมาทุกวันเลยคะ เนื่องจากโรงอาหารอยู่ใกล้ด้วย ชี้แจงเดิน ขอบรส หมูสับ รสต้มยำ โดยจะใส่เครื่องปรุงในซองทั้งหมดคะ” (ครูหญิง อายุ 26 ปี)

“ดิฉันเป็นคนทานข้าวน้อยคะ อย่างเช่น มือเที่ยงบางวันดิฉันก็ข้าว 1 ช้อน ต้มจับฉ่าย แค่นี้ก็พอแล้วคะ แต่จะชอบทานน้ำอวดลมทุกวัน อย่างน้อยวันละ 1 แก้ว” (ครูหญิง อายุ 55 ปี)

“มือเที่ยงเมนูสุขภาพก็มีนะคะ ใครอยากทานอะไรก็สั่งแม่ครัวของโรงเรียนทำให้ เขาก็จะทำใส่ปิ่นโตมาวางที่โต๊ะทุกวัน ตอนเย็นก็จะมากับปิ่นโตกลับไปล้าง ซึ่งก็สะดวกสบายดีนะคะ แม่ครัวเขาก็สามารถทำให้ได้ทุกเมนูเลยคะ” (ครูหญิง อายุ 43 ปี)

“นอกจากข้าวที่เราทานกันเป็นปกติ ก็ยังมีทานน้ำปั่น ชาไข่มุก ชามะนาว น้ำอวดลมกันด้วยคะ ทุกวันอย่างน้อยๆก็คนละ 1 แก้ว ยิ่งช่วงนี้มีร้านชาไข่มุกมาเปิดใหม่ มายั่วใจ ยิ่งอยากไปลองซื้อกินคะ” (ครูหญิง อายุ 55 ปี)

“มือเย็นดิฉันทานทุกวันเลยคะ เพราะสามีเป็นทำให้ทาน ซึ่งต่อให้ไม่ค่อยหิวก็ต้องทานให้สามีคะ และต้องทานให้หมดด้วยนะคะ เดี่ยวสามีจะเสียใจคะ อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ดิฉันมีหุ่นอวบอ้วนละมั้งคะ” (ครูหญิง อายุ 55 ปี)

“มือเย็น ซื้ออาหารแกงจากตลาดทุกอย่างเลย เนื่องจากสะดวก ไม่มีเวลาที่ซื้อวัตถุดิบไปทำเอง เสียเวลาด้วยคะ” (ครูหญิง อายุ 43 ปี)

“ทานเนื้ออย่าง หมูกระทะ KFC มือเย็นเป็นประจำเลยคะ ทุกอาทิตย์เลยก็ว่าได้ ยิ่งช่วงนี้หากินง่ายมากเลย เพราะหน้าโรงเรียนโลตัสเพิ่งจะเปิดใหม่ มายั่วกิเลส” (ครูหญิง อายุ 55 ปี)

“ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพดิฉันจะเป็นด้านสิ่งแวดล้อมคะ โดยเฉพาะมลพิษทางอากาศ ได้กลิ่น เนื่องจากบ้านดิฉันติดกับนิคมอุตสาหกรรมอมตะซิตี้คะ” (ครูหญิง อายุ 26 ปี)

“ปัจจัยทางด้านขนบธรรมเนียม-ประเพณี-วัฒนธรรม ก็มีส่วนนะคะ เช่น เรื่องของการนั่งพับเพียบ เวลาไปทำบุญที่วัดต้องนั่งพับเพียบเป็นเวลานานๆ อายุรุ่นนี้แล้ว เข้า ไม่ไหวคะ ปวดข้อเข่ามาก นั่งไปนานๆ จะลุกก็ต้องมีคนช่วยพยุง” (ครูหญิง อายุ 55 ปี)

“ปัจจัยทางครอบครัว สถานภาพสมรส ถือเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพค่ะ เพราะที่บ้านสามีชอบทำกับข้าว และชอบออกกำลังกาย เราก็จะได้ไปออกกำลังกายด้วย เช่น ไปวิ่งที่สนามกีฬา หรือครูบางคนที่ไม่ได้มาเข้าร่วมกิจกรรมก็สืบเนื่องจากปัจจัยด้านครอบครัวนี้แหละค่ะ เพราะต้องรีบไปรับลูกที่โรงเรียน ต้องรีบกลับไปบ้านไปจ่ายตลาดทำกับข้าว หรือต้องกลับพร้อมกับสามีค่ะ ซึ่งถ้าเป็นครูหนุ่มๆ สาวๆ ที่โสดยังไม่มีครอบครัว ก็จะไม่เจอปัญหานี้ค่ะ” (ครูหญิง อายุ 43 ปี)

“ปัจจัยทางด้าน เพศ อายุ ดิฉันคิดว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพเช่นกัน โดยเฉพาะเรื่องระบบการเผาผลาญ การย่อยอาหารค่ะ ครูที่มาอายุแล้ว หรือครูเพศหญิง ระบบการเผาผลาญจะไม่ค่อยดีเท่าครูวัยรุ่น หรือครูผู้ชาย กินอะไรเข้าไปก็สะสม อ้วนง่าย” (ครูหญิง อายุ 55 ปี)

ผลการสำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการนอน พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่ม พฤติกรรมด้านอารมณ์ ความเครียด โดยร้อยละ 49.4 จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันที และร้อยละ 33.0 ขอให้เลื่อนไปก่อนจนกว่าจะพร้อม ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ**

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการออกกำลังกาย		
ไม่ปรับเปลี่ยน	92	23.5
ปรับเปลี่ยน	274	70.1
ไม่ระบุ	25	6.4
พฤติกรรมการนอน		
ไม่ปรับเปลี่ยน	156	39.9
ปรับเปลี่ยน	175	44.8
ไม่ระบุ	60	15.3
พฤติกรรมการกิน		
ไม่ปรับเปลี่ยน	90	23.0
ปรับเปลี่ยน	266	68.0
ไม่ระบุ	35	9.0
พฤติกรรมการสูบบุหรี่		
ไม่ปรับเปลี่ยน	288	73.6
ปรับเปลี่ยน	5	1.3
ไม่ระบุ	98	25.1
พฤติกรรมการดื่ม		
ไม่ปรับเปลี่ยน	270	69.1
ปรับเปลี่ยน	26	6.6
ไม่ระบุ	95	24.3
พฤติกรรมด้านอารมณ์ ความเครียด		

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ปรับเปลี่ยน	202	51.6
ปรับเปลี่ยน	127	32.5
ไม่ระบุ	62	15.9
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม		
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันที	193	49.4
รอหลังจากนี้อีกประมาณ 1 เดือน	35	9.0
ขอให้เลื่อนไปจนกว่าจะพร้อม	129	33.0
ไม่ระบุ	34	8.6

### ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิต

ผลการสำรวจคุณภาพชีวิต พบว่า ครูส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.7) มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 36.6 มีคุณภาพชีวิตกลางๆ และร้อยละ 0.8 มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของครู ไม่พบปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของครูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 5-8

#### ตารางที่ 4 คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด

คุณภาพชีวิต (n=391)	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตโดยรวม		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	3	0.8
คุณภาพชีวิตกลางๆ	143	36.6
คุณภาพชีวิตที่ดี	226	57.7
ไม่ระบุ	19	4.9
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	1	0.3
คุณภาพชีวิตกลางๆ	146	37.3
คุณภาพชีวิตที่ดี	227	58.1
ไม่ระบุ	17	4.3
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	5	1.3
คุณภาพชีวิตกลางๆ	136	34.8
คุณภาพชีวิตที่ดี	240	61.3
ไม่ระบุ	10	2.6
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม		

คุณภาพชีวิต (n=391)	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	6	1.5
คุณภาพชีวิตกลางๆ	185	47.3
คุณภาพชีวิตที่ดี	190	48.6
ไม่ระบุ	10	2.6
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	8	2.0
คุณภาพชีวิตกลางๆ	194	49.6
คุณภาพชีวิตที่ดี	179	45.8
ไม่ระบุ	10	2.6

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับคุณภาพชีวิต

ความสัมพันธ์ระหว่าง	r	P-Value
อายุกับคุณภาพชีวิต	0.108*	0.039
น้ำหนักกับคุณภาพชีวิต	-0.158**	0.002
ส่วนสูงกับคุณภาพชีวิต	-0.081	0.122
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นบุคลากรด้านการศึกษากับคุณภาพชีวิต	0.157**	0.004
ระยะเวลาการทำงานในโรงเรียนที่สอนปัจจุบันกับคุณภาพชีวิต	0.168**	0.002
ภาระงานชั่วโมงตามตารางสอนกับคุณภาพชีวิต	-0.023	0.656
ภาระงานเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนที่ไม่ใช่ชั่วโมงสอนกับคุณภาพชีวิต	0.077	0.156
ภาระงานการพัฒนาคุณภาพการศึกษาในสถานบันการศึกษา กับคุณภาพชีวิต	0.164**	0.004
รายได้ต่อเดือนกับคุณภาพชีวิต	0.100	0.060

\*\*Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับคุณภาพชีวิต

ความสัมพันธ์	Chi-Square	P-Value
เพศกับคุณภาพชีวิต	7.116	0.028
ศาสนากับคุณภาพชีวิต	4.780	0.572
สถานภาพสมรสกับคุณภาพชีวิต	9.276	0.055
บุคคลในครอบครัวที่ไม่มีรายได้กับคุณภาพชีวิต	1.907	0.385



ระดับการศึกษากับคุณภาพชีวิต	3.557	0.736
จังหวัดที่ตั้งสถานที่ปฏิบัติงานกับคุณภาพชีวิต	7.318	0.292
สถานที่ทำงานปัจจุบันกับคุณภาพชีวิต	5.198	0.519
ตำแหน่งงานในปัจจุบันกับคุณภาพชีวิต	6.564	0.885
ความพอเพียงของรายได้กับคุณภาพชีวิต	37.145	<0.001
การประกอบอาชีพเสริมกับคุณภาพชีวิต	6.130	0.409
โรคประจำตัวกับคุณภาพชีวิต	6.299	0.043
การสูบบุหรี่กับคุณภาพชีวิต	1.503	0.472
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับคุณภาพชีวิต	1.433	0.488
การออกกำลังกายกับคุณภาพชีวิต	9.222	0.161
ช่วงเวลาที่ออกกำลังกายกับคุณภาพชีวิต	7.157	0.128
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายกับคุณภาพชีวิต	1.621	0.445
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการนอนกับคุณภาพชีวิต	1.818	0.403
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินกับคุณภาพชีวิต	4.976	0.083
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่กับคุณภาพชีวิต	1.090	0.580
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มกับคุณภาพชีวิต	0.965	0.617
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอารมณ์ เครียดกับคุณภาพชีวิต	1.339	0.512
การเริ่มดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับคุณภาพชีวิต	1.613	0.806
ประเพณีของสวัสดิการด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิต	4.600	0.596

**ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัย  
ด้านงานกับคุณภาพชีวิต**

ตัวแปร	B	S.E.	t.	p	95% CI for B
เพศ					
ชาย					
หญิง	2.131	2.593	0.822	0.413	-3.014-7.276
อายุ	-0.323	0.282	-1.145	0.255	-0.882-0.237
ศาสนา					
พุทธ	-2.470	6.191	-0.399	0.691	-14.754-9.813
คริสต์/อิสลาม/อื่นๆ					
สถานภาพ					
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	-3.304	3.029	-1.091	0.278	-9.315-2.707
สมรส					
บุคคลในครอบครัวที่ไม่ได้ทำงาน					

ตัวแปร	B	S.E.	t.	p	95% CI for B
ไม่มี					
มี	-2.627	2.555	-1.028	0.306	-7.697-2.442
ระดับการศึกษา					
ปริญญาตรี	-1.409	2.462	-0.572	0.568	-6.295-3.476
สูงกว่าปริญญาตรี					
จังหวัดที่ตั้งสถานที่ปฏิบัติงาน					
ระยอง	0.607	2.694	0.225	0.822	-4.738-5.952
ฉะเชิงเทรา	-0.900	4.154	-0.217	0.829	-9.142-7.343
ชลบุรี					
จันทบุรี					
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น					
บุคลากรด้านการศึกษา	0.149	0.403	0.368	0.713	-0.652-0.949
ระยะเวลาการทำงานในโรงเรียน					
ที่สอนปัจจุบัน	0.030	0.267	0.111	0.912	-0.500-0.560
ตำแหน่งงานในปัจจุบัน					
ครูอัตราจ้าง/ครูผู้ช่วย/					
ครู คศ.1					
ครูชำนาญการ/พิเศษ	-2.326	3.959	-0.588	0.558	-10.181-5.529
ครูเชี่ยวชาญ/พิเศษ					
รายได้ต่อเดือน	<0.001	<0.001	1.169	0.245	0.000-0.001
ความพอเพียงของรายได้					
พอเพียง	7.690	2.621	2.934	0.004	2.489-12.890
ไม่พอเพียง					
อาชีพเสริม					
ไม่มี					
มี	0.898	3.033	0.296	0.768	-5.12-6.916
โรคประจำตัว					
มี	-0.513	2.584	-0.198	0.843	-5.641-4.615
ไม่มี					
การสูบบุหรี่					
สูบ	4.466	4.110	1.087	0.280	-3.689-12.621
ไม่สูบ					
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					
ดื่ม	0.250	3.014	0.083	0.934	-5.731-6.231

ตัวแปร	B	S.E.	t.	p	95% CI for B
ไม่ดื่ม					
การออกกำลังกาย					
ไม่เคยออกกำลังกาย					
ออกกำลังกาย	1.412	2.967	0.476	0.635	-4.475-7.299
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ					
ออกกำลังกาย					
ไม่ปรับเปลี่ยน					
ปรับเปลี่ยน	-2.156	2.950	-0.731	0.467	-8.010-3.697
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ					
นอน					
ไม่ปรับเปลี่ยน					
ปรับเปลี่ยน	-1.226	2.404	-0.510	0.611	-5.997-3.545
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน					
ไม่ปรับเปลี่ยน					
ปรับเปลี่ยน	1.987	2.775	0.716	0.476	-3.520-7.494
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่					
ไม่ปรับเปลี่ยน					
ปรับเปลี่ยน	5.457	14.507	0.376	0.708	-23.33-34.24
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม					
ไม่ปรับเปลี่ยน					
ปรับเปลี่ยน	3.166	4.217	0.751	0.455	-5.202-11.534
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้าน					
อารมณ์ ความเครียด					
ไม่ปรับเปลี่ยน					
ปรับเปลี่ยน	-0.903	2.454	-0.368	0.714	-5.773-3.967
จะเริ่มดำเนินการปรับเปลี่ยน					
พฤติกรรม					
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันที	2.336	2.376	0.983	0.328	-2.379-7.050
รอหลังจากนี้อีกประมาณ 1					
เดือนหรือพร้อม					

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยสังคมกับคุณภาพชีวิต

ตัวแปร	B	S.E.	t.	p	95% CI for B
สวัสดิการด้านสุขภาพ					
มี	2.175	5.985	0.363	0.717	-9.701-14.051
ไม่มี					
ปัจจัยทางสังคมทางด้านอาหาร					
ใช่	-1.962	4.890	-0.401	0.689	-11.666-7.742
ไม่ใช่					
ปัจจัยทางสังคมทางด้าน					
สาธารณูปโภค					
ใช่	6.120	3.632	1.685	0.095	-1.086-13.326
ไม่ใช่					
ปัจจัยทางสังคมทางด้านที่อยู่					
อาศัย					
ใช่	-5.074	4.296	-1.181	0.240	-13.597-3.450
ไม่ใช่					
ปัจจัยทางสังคมทางด้านภาระใน					
ครอบครัว					
ใช่	1.558	3.476	0.448	0.655	-5.339-7.454
ไม่ใช่					
ปัจจัยทางสังคมทางด้านค่า					
รักษาพยาบาล					
ใช่	-6.048	5.765	-1.049	0.297	-17.486-5.391
ไม่ใช่					
ปัจจัยทางสังคมทางการ					
เดินทางไปโรงพยาบาล					
ใช่	-3.536	5.149	-0.687	0.494	-13.752-6.681
ไม่ใช่					
ปัจจัยทางสังคมทางด้านความ					
เข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ					
ใช่	-0.984	4.667	-0.211	0.833	-10.244-8.277
ไม่ใช่					
ปัจจัยทางสังคมทางการโดด					
เดี่ยว					
ใช่	-9.108	6.213	-1.466	0.146	-21.436-3.219

ตัวแปร	B	S.E.	t.	p	95% CI for B
ไม่ใช่					
ปัจจัยทางสังคมทางด้านความรุนแรงในครอบครัว					
ใช่	-1.870	6.226	-0.300	0.765	-14.225-10.485
ไม่ใช่					
ปัจจัยทางสังคมทางด้านการถูกเลือกปฏิบัติ					
ใช่	1.040	5.955	0.175	0.862	-10.776-12.856
ไม่ใช่					
Constant	92.074	14.938	6.164	<0.01	

$R^2 = 0.358$

#### ส่วนที่ 4 การพัฒนาโปรแกรมทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู

##### 4.1 การวิเคราะห์บริบทองค์กร

ในการศึกษาบริบทองค์กรเพื่อสร้างโปรแกรมทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู ผู้วิจัยได้เข้าร่วมประชุมร่วมกับผู้บริหารโรงเรียนเป้าหมาย จำนวน 4 คน และตัวแทนครูตามกลุ่มสาระ จำนวน 8 คน ซึ่งแจ้งถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และร่วมกันวิเคราะห์บริบทของโรงเรียน เพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกันที่จะปรับเปลี่ยนปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพที่มีนัยสำคัญเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็นสำหรับครูในโรงเรียนที่เป็นตัวอย่างในงานวิจัย ผลการประชุมพบว่า โรงเรียนมีความประสงค์ที่จะดำเนินงานตามโครงการโปรแกรมทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู ที่มิวิจัยจึงได้ใช้แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบของกฎบัตรรอตาว่า 5 ประเด็น ซึ่งประกอบด้วย 1) การสร้างนโยบายสุขภาพของโรงเรียน 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การสร้างองค์กรให้เข้มแข็งเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ 4) การเพิ่มขีดความสามารถของครูในการสร้างเสริมสุขภาพ และ 5) การปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (WHO, 2005)

การพัฒนาโปรแกรมทางสังคมเพื่อเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์บริบทองค์กรโดยใช้เทคนิค สวอท (SWOT Analysis) ซึ่งประกอบด้วย จุดแข็ง (Strengths) จุดอ่อน (Weaknesses) โอกาส (Opportunities) และอุปสรรค (Threats) (Dag Øivind Madsen, 2016) และ 2) กำหนดกลยุทธ์เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

##### 4.1.1 การสร้างนโยบายสุขภาพของโรงเรียน

#### 4.1.1.1 ผลการวิเคราะห์สวอต (SWOT analysis)

- 1) ด้านจุดแข็ง พบว่า ผู้บริหารให้ความสำคัญกับสุขภาพครู มีนโยบายส่งเสริมการออกกำลังกาย ตรวจสอบสุขภาพประจำปี ลดการใช้โฟมและถุงพลาสติก
- 2) ด้านจุดอ่อน พบว่า โครงการสร้างเสริมสุขภาพขาดการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ไม่มีคณะทำงานและผู้รับผิดชอบโดยตรง ขาดรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน ไม่มีการสร้างแรงจูงใจหรือกระตุ้นในการสร้างเสริมสุขภาพ และขาดความต่อเนื่องของการดำเนินงาน
- 3) ด้านโอกาส พบว่า รัฐบาลได้ประกาศนโยบายให้ทุกองค์กรมีการแก้ปัญหาสุขภาพ มีนโยบายให้ทุกองค์กรจัดให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายทุกวันพุธ กระทรวงสาธารณสุขได้รณรงค์ให้ประชาชนลดการบริโภค หวาน มัน เค็ม
- 4) ด้านอุปสรรค พบว่า มีแหล่งหรือสถานที่จำหน่ายอาหารจำนวนมากที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น อาหารขยะ (Junk food) อาหารบุฟเฟ่ต์ อาหารหวาน มัน เค็ม ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์สวอตเพื่อสร้างนโยบายสุขภาพของโรงเรียน

จุดอ่อน		จุดแข็ง	
W1 ผู้บริหารไม่คุ้นเคยกับการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ	S1 มีเทคโนโลยีสารสนเทศในการปฏิบัติงานและการติดต่อสื่อสาร		
W2 โครงการสร้างเสริมสุขภาพขาดการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง	S2 มีความพร้อมของสถานที่และอุปกรณ์ในการออกกำลังกายทั้งในและนอกอาคาร		
W3 ไม่มีคณะทำงานและผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพโดยตรง	S3 ครูมีการรวมกลุ่มกันเพื่อออกกำลังกายและรับประทานอาหาร		
W4 ขาดรูปแบบการแก้ปัญหาที่เป็นรูปธรรมชัดเจน			
โอกาส		อุปสรรค	
O1 รัฐบาลประกาศนโยบายให้ทุกองค์กรมีการแก้ไขปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรัง	T1 กระทรวงศึกษาธิการไม่ได้กำหนดตัวชี้วัดด้านสุขภาพของครูไว้ในแผนงานโครงการของกระทรวงฯ		
O2 รัฐบาลประกาศนโยบายให้ทุกองค์กรมีการออกกำลังกายทุกวันพุธ			
O3 กระทรวงสาธารณสุขรณรงค์ให้ประชาชนลดการบริโภค หวาน มัน เค็ม			

#### 4.1.1.2 การกำหนดกลยุทธ์เพื่อการสร้างนโยบายสุขภาพ

- 1) กลยุทธ์เชิงรุก ประกอบด้วย กำหนดนโยบายและประกาศนโยบายให้ครูทุกคนรับทราบ กำหนดให้ครูเข้าร่วมโครงการฯ สนับสนุนเวลาและสถานที่ในการทำกิจกรรม

2) กลยุทธ์เชิงรับ ประกอบด้วย สำรองภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่มีผลต่อโรคเรื้อรัง แจ้งให้ครูรับทราบภาวะสุขภาพของตนเองและให้คำแนะนำปรึกษาในการสร้างเสริมสุขภาพ จัดสวัสดิการสนับสนุนกิจกรรม และให้รางวัลกับครูที่ประสบความสำเร็จในการเข้าร่วมกิจกรรม

3) กลยุทธ์เชิงพัฒนา ประกอบด้วย ประชาสัมพันธ์ให้ครูทราบนโยบายเป็นองค์กรสุขภาพะ จัดตั้งคณะกรรมการและกำหนดบทบาทหน้าที่ พร้อมมอบหมายผู้รับผิดชอบดูแลโครงการฯ จัดให้มีการประสานแผนการดำเนินงานโครงการฯ ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ และพัฒนากลไกในการมีส่วนร่วมเพื่อกำหนดรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และสร้างกลไกให้ครูทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม

4) กลยุทธ์เชิงยุติปรับปรุง ประกอบด้วย การทบทวนโครงการฯ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการดำเนินงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบโครงการฯ อย่างชัดเจน ดังรายละเอียดในตารางที่ 10 ถึง ตารางที่ 13

ตารางที่ 10 การกำหนดกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อการสร้างนโยบายสุขภาพ

จุดแข็ง (S)	โอกาส (O)
S1 ผู้บริหารเห็นความสำคัญกับการนโยบายนการสร้างเสริมสุขภาพของครู	O1 รัฐบาลประกาศนโยบายให้ทุกองค์กรมีการแก้ไขปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรัง
S2 มีนโยบายตรวจสุขภาพประจำปี	O2 รัฐบาลประกาศนโยบายให้ทุกองค์กรมีการออกกำลังกายทุกวันพุธ
	O3 กระทรวงสาธารณสุขรณรงค์ให้ประชาชนลดการบริโภค หวาน มัน เค็ม
<b>กลยุทธ์เชิงรุก (SO)</b>	
S1+O2+O3	กำหนดนโยบายสุขภาพและประกาศนโยบายให้ครูทุกคนรับทราบ
S2+O1+O3	กำหนดให้ครูตรวจสุขภาพประจำปี และแจ้งให้ครูรับทราบถึงนโยบายรัฐบาล

ตารางที่ 11 การกำหนดกลยุทธ์เชิงรับเพื่อการสร้างนโยบายสุขภาพ

จุดแข็ง (S)	อุปสรรค (T)
S1 ผู้บริหารเห็นความสำคัญกับการนโยบายนการสร้างเสริมสุขภาพของครู	T1 กระทรวงศึกษาธิการไม่ได้กำหนดตัวชี้วัดด้านสุขภาพของครูไว้ในแผนงานโครงการของกระทรวงฯ
S2 มีนโยบายตรวจสุขภาพประจำปี	
<b>กลยุทธ์เชิงรับ (ST)</b>	
S1T1	ให้ความรู้เกี่ยวกับผลเสียของการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม

## S2T1 นำผลการตรวจสอบคุณภาพมาวิเคราะห์เพื่อหาความชุกของภาวะโรคเรื้อรัง

## ตารางที่ 12 การกำหนดกลยุทธ์เชิงพัฒนาเพื่อการสร้างนโยบายสุขภาพ

จุดอ่อน (W)	โอกาส (O)
W1 ผู้บริหารไม่คุ้นเคยกับการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ	O1 รัฐบาลประกาศนโยบายให้ทุกองค์กรมีการแก้ปัญหาอันลงพุง (องค์กรไร้พุง)
W2 โครงการสร้างเสริมสุขภาพขาดการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง	O2 รัฐบาลประกาศนโยบายให้ทุกองค์กรมีการออกกำลังกายทุกวันพุธ
W3 ไม่มีคณะทำงานและผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพโดยตรง	O3 กระทรวงสาธารณสุขณรงค์ให้ประชาชนลดการบริโภค หวาน มัน เค็ม ชัดเจน
W4 ขาดรูปแบบการแก้ปัญหาที่เป็นรูปธรรมชัดเจน	
<b>กลยุทธ์เชิงพัฒนา (WO)</b>	
W1+O1+O2+O3	กำหนดนโยบายและประชาสัมพันธ์ให้ครูทราบนโยบายสุขภาพของโรงเรียน
W2+O1+O2+O3	จัดตั้งคณะทำงานและกำหนดบทบาทหน้าที่พร้อมมอบหมายผู้รับผิดชอบดูแลโครงการสร้างเสริมสุขภาพ
W3+O1+O2+O3	จัดให้มีการประสานงานการดำเนินงานโครงการ ฯ และพัฒนากลไกในการมีส่วนร่วมเพื่อกำหนดรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
W4+O1+O2+O3	สร้างกลไกให้ครูทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ



ตารางที่ 13 การกำหนดกลยุทธ์เชิงยุทธศาสตร์เพื่อการสร้างนโยบายสุขภาพ

จุดอ่อน (W)	อุปสรรค (T)
W1 ผู้บริหารไม่คุ้นเคยกับการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ	T1 มีแหล่งหรือสถานที่จำหน่ายอาหารจำนวนมากในพื้นที่ที่เอื้อต่อการบริโภคที่จะมีผลเสียต่อสุขภาพ
W2 โครงการสร้างเสริมสุขภาพขาดการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง	
W3 ไม่มีคณะทำงานและผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพโดยตรง	
W4 ขาดรูปแบบการแก้ปัญหาที่เป็นรูปธรรมชัดเจน	
<b>กลยุทธ์เชิงยุทธศาสตร์-ปรับปรุง (WT)</b>	
W1+T1 ทบทวนแผนงานประจำปีของโรงเรียน โดยกำหนดให้โครงการสร้างเสริมสุขภาพเป็นหนึ่งในเป็นโครงการที่มีความสำคัญ	
W2+T1 ทบทวนแนวทางในการดำเนินงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพ	
W3+T1 กำหนดบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบโครงการ ฯ อย่างชัดเจน	
W4+T1 ทบทวนกิจกรรมการดำเนินงานตามโครงการโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	

#### 4.1.2 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

##### 4.1.2.1 การวิเคราะห์สวอต (SWOT analysis)

- 1) ด้านจุดแข็ง พบว่า มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการปฏิบัติงานและการติดต่อสื่อสาร มีความพร้อมของสถานที่ในการทำกิจกรรมทางกายทั้งภายในและนอกอาคาร มีความพร้อมของอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย เช่นลู่วิ่งไฟฟ้า เครื่องยกน้ำหนัก และเครื่องเสียง
- 2) ด้านจุดอ่อน พบว่า ครูบางคนมีความอายในการออกกำลังกายต่อหน้านักเรียน
- 3) ด้านโอกาส พบว่า มีสถานบริการสุขภาพและสถานที่ออกกำลังกายทั้งของรัฐ เอกชนและสาธารณะ มีองค์กรต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพ
- 4) ด้านอุปสรรค พบว่า มีแหล่งหรือสถานที่จำหน่ายอาหารจำนวนมากในพื้นที่ที่เอื้อต่อการบริโภคที่จะมีผลเสียต่อสุขภาพ

ดังรายละเอียดในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์สวอตการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

จุดอ่อน (W)	จุดแข็ง (S)
W1 ครูบางคนมีความอายในการออกกำลังกาย	S1 มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการ

กายต่อนักเรียน	ปฏิบัติงานและการติดต่อสื่อสาร
	S2 มีความพร้อมของสถานที่ในการทำกิจกรรมทางกายทั้งภายในและนอกอาคาร
	S3 มีความพร้อมของอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย เช่นลู่วิ่งไฟฟ้า เครื่องยกน้ำหนัก เครื่องเสียง
โอกาส (O)	อุปสรรค (T)
O1 มีสถานบริการสุขภาพและสถานที่ออกกำลังกายทั้งของรัฐ เอกชนและสาธารณะ	T1 มีแหล่งหรือสถานที่จำหน่ายอาหารจำนวนมากในพื้นที่ที่เอื้อต่อการบริโภคที่จะมีผลเสียต่อสุขภาพ
O2 มีองค์กระตุ้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพ	

#### 4.1.2.2 การกำหนดกลยุทธ์เพื่อการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

- 1) กลยุทธ์เชิงรุก ประกอบด้วย การใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการสร้างเครือข่ายทางสังคม ประสานงานในการทำกิจกรรม และเผยแพร่ข้อมูลต่างๆ รวมทั้งความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มครู จัดสถานที่และดูแลอุปกรณ์ในการทำกิจกรรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับครู
- 2) กลยุทธ์เชิงรับประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับผลเสียของการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ผ่านระบบไลน์แอปพลิเคชัน กำหนดโปรแกรมการออกกำลังกายให้สอดคล้องกับเป้าหมายและความสามารถทางร่างกายของครูแต่ละกลุ่ม
- 3) กลยุทธ์เชิงพัฒนา คือ จัดสถานที่เหมาะสมในการออกกำลังกายสำหรับครู เช่น ภายในอาคารที่มีติด
- 4) ไม่มีกลยุทธ์ยุดิ-ปรับปรุง  
ดังตารางที่ 15-18

ตารางที่ 15 กลยุทธ์เชิงรุกด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

จุดแข็ง (S)	โอกาส (O)
S1 มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการปฏิบัติงานและการติดต่อสื่อสาร	O1 มีสถานบริการสุขภาพและสถานที่ออกกำลังกายทั้งของรัฐ เอกชนและสาธารณะ
S2 มีความพร้อมของสถานที่ในการทำกิจกรรมทางกายทั้งภายในและนอกอาคาร	O2 มีองค์กระตุ้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพ

---

S3 มีความพร้อมของอุปกรณ์ในการออกกำลัง  
 กาย เช่นลู่วิ่งไฟฟ้า เครื่องยกน้ำหนัก  
 เครื่องเสียง

---

#### กลยุทธ์เชิงรุก (SO)

S1+O1+O2 การใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการสร้างเครือข่ายทางสังคม ประสานงานในการ  
 ทำกิจกรรม และเผยแพร่ข้อมูลต่างๆ รวมทั้งความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มครู  
 S2+S2+O1 จัดสถานที่และดูแลอุปกรณ์ในการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับครู

---

ตารางที่ 16 กลยุทธ์เชิงรับด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

	จุดแข็ง (S)	อุปสรรค (T)
S1	มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการ ปฏิบัติงานและการติดต่อสื่อสาร	T1 มีแหล่งหรือสถานที่จำหน่ายอาหารจำนวนมากในพื้นที่ที่เอื้อต่อการบริโภคที่จะมี ผลเสียต่อสุขภาพ
S2	มีความพร้อมของสถานที่ในการทำกิจกรรม ทางกายทั้งภายในและนอกอาคาร	
S3	มีความพร้อมของอุปกรณ์ในการออกกำลัง กาย เช่นลู่วิ่งไฟฟ้า เครื่องยกน้ำหนัก เครื่องเสียง	

#### กลยุทธ์เชิงรับ (ST)

S1+T1 ให้ความรู้เกี่ยวกับผลเสียของการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ผ่านระบบไลน์แอฟลิ  
 เคชั่น  
 S2+S3+T1 กำหนดโปรแกรมการออกกำลังกายให้สอดคล้องกับเป้าหมายและความสามารถทาง  
 ร่างกายของครูแต่ละกลุ่ม

---

ตารางที่ 17 กลยุทธ์เชิงพัฒนาด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

จุดอ่อน (W)	โอกาส (O)
W1 ครูบางคนมีความอายในการออกกำลัง กายต่อหน้านักเรียน	O1 มีเครือข่ายหน่วยงานทั้งภาครัฐและ เอกชนที่ให้บริการสถานที่ ออกกำลังกาย และให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพ O2 มีองค์กรต้นแบบในการสร้างเสริม สุขภาพ
<b>กลยุทธ์เชิงพัฒนา</b>	
W1+O1+O2	จัดสถานที่เหมาะสมในการออกกำลังกายสำหรับครู เช่น ภายในอาคารที่มีดชีวิต

ตารางที่ 18 กลยุทธ์เชิงกลยุทธ์ยุดิ-ปรับปรุงด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

จุดอ่อน (W)	อุปสรรค (T)
W1 ครูบางคนมีความอายในการออกกำลัง กายต่อหน้านักเรียน	T1 มีแหล่งหรือสถานที่จำหน่ายอาหารจำนวนมากในพื้นที่ที่เอื้อต่อการบริโภคที่จะมี ผลเสียต่อสุขภาพ
<b>กลยุทธ์ยุดิ-ปรับปรุง (WT) ไม่มี</b>	

#### 4.1.3 การสร้างองค์กรให้เข้มแข็งเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

##### 4.1.3.1 การวิเคราะห์สวอทการสร้างองค์กรให้เข้มแข็งเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

- 1) ด้านจุดแข็ง พบว่า ผู้บริหารให้ความสำคัญกับสุขภาพครู และครูมีศักยภาพในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ
- 2) ด้านจุดอ่อน พบว่า ครูขาดการมีส่วนร่วม ขาดแกนนำในการประสานงานและดำเนินงาน ขาดแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการสร้างเสริมสุขภาพ
- 3) ด้านโอกาส พบว่า มีเครือข่ายที่เป็นองค์กรเข้มแข็งด้านการสร้างเสริมสุขภาพเป็นต้นแบบ
- 4) ด้านอุปสรรค พบว่า ตัวชี้วัดที่กำหนดโดยกระทรวงศึกษาธิการทำให้ครูมีภาระงานเพิ่มขึ้น มีเวลาว่างน้อยหรือบางครั้งไม่มีเวลาในเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 การวิเคราะห์สวอทการสร้างองค์กรให้เข้มแข็งเพื่อสร้างเสริมสุขภาพภายในองค์กร

จุดอ่อน (W)		จุดแข็ง (S)	
W1	ครูขาดการมีส่วนร่วม	S1	ผู้บริหารให้ความสำคัญกับสุขภาพครู
W2	ขาดแกนนำในการประสานงานและดำเนินงาน	S2	ครูมีศักยภาพในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ
W3	ขาดแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ		
โอกาส (O)		อุปสรรค (T)	
O1	มีเครือข่ายที่เป็นองค์กรเข้มแข็งด้านการสร้างเสริมสุขภาพเป็นต้นแบบ	T1	ตัวชี้วัดที่กำหนดโดยกระทรวงศึกษาธิการทำให้ครูมีภาระงานเพิ่มขึ้น มีเวลาว่างน้อยหรือบางครั้งไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

#### 4.1.3.2 การกำหนดกลยุทธ์ด้านการสร้างองค์กรให้เข้มแข็งเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

1) กลยุทธ์เชิงรุก ประกอบด้วย การจัดตั้งคณะทำงานเพื่อประสานงานกับเครือข่ายด้านการสร้างเสริมสุขภาพของคนในองค์กร การใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการดำเนินงานประสานงานกับเครือข่าย

2) กลยุทธ์เชิงรับ ประกอบด้วย การสร้างแกนนำในการประสานงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพ กำหนดกิจกรรมและเวลาในการทำกิจกรรมให้สอดคล้องกับภาระงานของครูเพื่อให้ครูทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เพื่อเกิดความต่อเนื่องในการดำเนินโครงการ ฯ การใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในติดต่อสื่อสารกับครูทุกคนให้ได้รับทราบกิจกรรมในโครงการ ฯ วัน เวลา และการปรับเปลี่ยนวัน เวลาในการทำกิจกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับการทำงานของครู และเอื้อให้ครูทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

3) กลยุทธ์เชิงพัฒนา ประกอบด้วย การให้ครูกำหนดวันเวลาของตนเองที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้เป็นประจำและอย่างต่อเนื่อง การสร้างแกนนำในการประสานงานและดำเนินงาน โดยใช้การมีส่วนร่วมเป็นแนวทางการประสานงาน ผู้บริหารโรงเรียนให้การสนับสนุนงบประมาณในการสร้างแรงจูงใจให้ครูทุกคนเข้าร่วมกิจกรรม เช่น สนับสนุนชุดออกกำลังกายสำหรับให้ครูใช้ สนับสนุนรางวัลและจัดสรรเวลาทำงานปกติให้ครูทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการสร้างเสริมสุขภาพ ได้อย่างต่อเนื่อง

4) กลยุทธ์เชิงยुติ-ปรับปรุง ประกอบด้วย ให้ครูทุกคนมีส่วนร่วมกำหนดกิจกรรมและเวลาเพื่อให้สอดคล้องกับภาระงานและการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการสร้างเสริมสุขภาพ ดังตารางที่ 20-23

ตารางที่ 20 กลยุทธ์เชิงรุกในการสร้างองค์กรให้เข้มแข็งเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

	จุดแข็ง (S)		โอกาส (T)
S1	ผู้บริหารให้ความสำคัญกับสุขภาพครู	O1	มีเครือข่ายที่เป็นองค์กรเข้มแข็ง
S2	ครูมีศักยภาพในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ		ด้านการสร้างเสริมสุขภาพเป็นต้นแบบ

#### กลยุทธ์เชิงรุก (SO)

- S1+O1 จัดตั้งคณะทำงานเพื่อประสานงานกับเครือข่ายด้านการสร้างเสริมสุขภาพของคนในองค์กร  
 S2+O1 ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการดำเนินงานประสานงานกับเครือข่าย

ตารางที่ 21 กลยุทธ์เชิงรับในการสร้างองค์กรให้เข้มแข็งเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

	จุดแข็ง (S)		อุปสรรค (T)
S1	ผู้บริหารให้ความสำคัญกับสุขภาพครู	T1	ตัวชี้วัดที่กำหนดโดยกระทรวงศึกษาธิการ ทำให้ครูมีภาระงานเพิ่มขึ้น มีเวลาว่างน้อยหรือบางครั้งไม่มีเวลาในเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
S2	ครูมีศักยภาพในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ		

#### กลยุทธ์เชิงรับ (ST)

- S1+T1 สร้างแกนนำในการประสานงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพ กำหนดกิจกรรมและเวลาในการทำกิจกรรมให้สอดคล้องกับภาระงานของครูเพื่อให้ครูทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เพื่อเกิดความต่อเนื่องในการดำเนินโครงการ ฯ
- S2+T1 ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในติดต่อสื่อสารกับครูทุกคนให้ได้รับทราบกิจกรรมในโครงการ ฯ วัน เวลาและการปรับเปลี่ยนวัน เวลาในการทำกิจกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับการทำงานของครู และเอื้อให้ครูทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

ตารางที่ 22 กลยุทธ์เชิงพัฒนาในการสร้างองค์กรให้เข้มแข็งเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

จุดอ่อน (W)		โอกาส (T)	
W1	ครูขาดการมีส่วนร่วม	○1	มีเครือข่ายที่เป็นองค์กรเข้มแข็งด้านการสร้างเสริมสุขภาพเป็นต้นแบบ
W2	ขาดแกนนำในการประสานงานและดำเนินงาน		
W3	ขาดแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการสร้างเสริมสุขภาพ		
<b>กลยุทธ์เชิงพัฒนา (WO)</b>			
W1+○1	กำหนดวัน และเวลาของตนเองที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้เป็นประจำ และอย่างต่อเนื่องเพื่อนำมากำหนดวัน เวลาที่ทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมโครงการได้อย่างต่อเนื่อง		
W2+○1	สร้างแกนนำในการประสานงานและดำเนินงาน ใช้การมีส่วนร่วมเป็นแนวทางการประสานงาน		
W3+○1	ผู้บริหารโรงเรียนให้การสนับสนุนงบประมาณในการสร้างแรงจูงใจให้ครูทุกคนเข้าร่วมกิจกรรม เช่น สนับสนุนชุดออกกำลังกายสำหรับให้ครูใช้		
W3+○1	สนับสนุนรางวัลและจัดสรรเวลาทำงานปกติให้ครูทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการสร้างเสริมสุขภาพ ได้อย่างต่อเนื่อง		

ตารางที่ 23 กลยุทธ์เชิงยุดิ-ปรับปรุงในการสร้างองค์กรให้เข้มแข็งเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

จุดอ่อน (W)		อุปสรรค (T)	
W1	ครูขาดการมีส่วนร่วม	T1	ตัวชี้วัดที่กำหนดโดยกระทรวงศึกษาธิการ
W2	ขาดแกนนำในการประสานงานและดำเนินงาน		ทำให้ครูมีภาระงานเพิ่มขึ้น มีเวลาว่างน้อยหรือบางครั้งไม่มีเวลาเข้าร่วม
W3	ขาดแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการสร้างเสริมสุขภาพ		กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
<b>กลยุทธ์เชิงยุดิ-ปรับปรุง (WT)</b>			
W1+T1	ให้ครูทุกคนมีส่วนร่วมกำหนดกิจกรรมและเวลาเพื่อให้สอดคล้องกับภาระงานและการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการสร้างเสริมสุขภาพ		

#### 4.1.4 การเพิ่มขีดความสามารถของครูในการสร้างเสริมสุขภาพ

##### 4.14.1 การวิเคราะห์สวอท

- 1) ด้านจุดแข็ง พบว่า ครูในแต่ละโรงเรียนมีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน
- 2) ด้านจุดอ่อน พบว่าครูขาดทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม ขาดแกนนำในการประสานงานและดำเนินงาน ขาดแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ
- 3) ด้านโอกาส พบว่า หลายองค์กรสามารถดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพจนประสบความสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม มีรูปแบบการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพ
- 4) ด้านอุปสรรค พบว่า ค่านิยมทางวัตถุ ภาวะเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมเมือง ทำให้ครูบางคนทำงานหนัก และละเลยการสร้างเสริมสุขภาพ ดังตารางที่ 24

ตารางที่ 24 การวิเคราะห์สวอทการเพิ่มขีดความสามารถของครูในการสร้างเสริมสุขภาพ

จุดอ่อน (W)		จุดแข็ง (S)	
W1	ขาดทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม	S1	ครูในแต่ละโรงเรียนมีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน
W2	ขาดแกนนำในการประสานงานและดำเนินงาน		
W3	ขาดแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการสร้างเสริมสุขภาพ		
โอกาส (O)		อุปสรรค (T)	
O1	หลายองค์กรสามารถดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพจนประสบความสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม	T1	ค่านิยมทางวัตถุ ภาวะเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมเมือง
O2	มีรูปแบบการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพจนประสบความสำเร็จที่ชัดเจน		

#### 4.1.4.2 การกำหนดกลยุทธ์ในการเพิ่มขีดความสามารถของครูในการสร้างเสริมสุขภาพ

- 1) กลยุทธ์เชิงรุกประกอบด้วย การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้ครูได้ปฏิบัติร่วมกัน และจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ
- 2) กลยุทธ์เชิงพัฒนาประกอบด้วย ประกอบด้วย การจัดให้มีกิจกรรมทัศนศึกษาหรือศึกษาดูงานองค์กรที่ประสบความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพ และใช้ผลการตรวจสุขภาพในการประเมินผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพ
- 3) ไม่มีกลยุทธ์เชิงรับและเชิงยुติ-ปรับปรุง ดังตารางที่ 25 ถึงตารางที่ 28



ตารางที่ 25 กลยุทธ์เชิงรุกในการเพิ่มขีดความสามารถของครูในการสร้างเสริมสุขภาพ

จุดแข็ง (S)	โอกาส (O)
S1 ครูในแต่ละโรงเรียน มีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน	O1 หลายองค์กรสามารถดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพจนประสบผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม
S2 ครูเป็นกลุ่มอาชีพที่มีการศึกษาสูง สามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพได้ง่าย	O2 มีรูปแบบการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพจนประสบผลสำเร็จที่ชัดเจน
จุดแข็ง (S)	โอกาส (O)
<b>กลยุทธ์เชิงรุก (SO)</b>	
S1+O1+O2	จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้ครูได้ปฏิบัติร่วมกัน
S2+O1+O2	จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 26 กลยุทธ์เชิงพัฒนาในการเพิ่มขีดความสามารถของครูในการสร้างเสริมสุขภาพ

จุดอ่อน (W)	โอกาส (O)
W1 ขาดทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม	O1 หลายองค์กรสามารถดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพจนประสบผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม
W2 ขาดแกนนำในการประสานงานและดำเนินงาน	O2 มีรูปแบบการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพจนประสบผลสำเร็จที่ชัดเจน
W3 ขาดแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการสร้างเสริมสุขภาพ	
จุดอ่อน (W)	โอกาส (O)
<b>กลยุทธ์เชิงพัฒนา (WO)</b>	
W1+W2+O1	จัดให้มีกิจกรรมทัศนศึกษาหรือศึกษาดูงานองค์กรที่ประสบความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพ
W3+O2	ใช้ผลการตรวจสุขภาพในการประเมินผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพ

#### 4.1.5 การปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

##### 4.1.5.1 การวิเคราะห์สวอท

- 1) ด้านจุดแข็ง พบว่า มีการจัดการแข่งขันกีฬาภายในโรงเรียน และโรงเรียนมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับครู
  - 2) ด้านจุดอ่อนพบว่า โรงเรียนไม่มีผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ
  - 3) ด้านโอกาส พบว่า มีโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกให้บริการด้านการรักษาพยาบาล และมีสถานที่ออกกำลังกายของ ภาคเอกชน
  - 4) ด้านอุปสรรค พบว่า โรงพยาบาลที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลมีผู้ไปรับบริการมาก ต้องรอนาน เสียค่าใช้จ่ายในการใช้บริการออกกำลังกาย การเดินทางไปสถานที่ออกกำลังกายไม่สะดวก และเสียเวลามากในการเดินทางไปสถานที่ออกกำลังกาย
- ดังตารางที่ 27

ตารางที่ 27 ผลการวิเคราะห์สวอทการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

จุดอ่อน (W)		จุดแข็ง (S)	
W1	โรงเรียนไม่มีผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ	S1	มีการจัดการแข่งขันกีฬา
		S2	โรงเรียนมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับครู
โอกาส (O)		อุปสรรค (T)	
O1	มีโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกให้บริการด้านการรักษาพยาบาล	T1	โรงพยาบาลที่ให้บริการสุขภาพมีผู้ไปรับบริการมาก ต้องรอนาน
O2	มีสถานที่ออกกำลังกายของภาคเอกชน	T2	เสียค่าใช้จ่ายในการใช้บริการออกกำลังกาย
		T3	การเดินทางไปสถานที่ออกกำลังกายไม่สะดวก
		T4	เสียเวลามากในการเดินทางไปสถานที่ออกกำลังกาย

#### 4.1.5.2 การกำหนดกลยุทธ์ด้านการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

- 1) กลยุทธ์เชิงพัฒนา ประกอบด้วย การจัดหาผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพประจำโรงเรียน และการจ้างหน่วยงานภาคเอกชนให้เข้ามาจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน
  - 2) ไม่มีกลยุทธ์เชิงรุก เชิงรับ และเชิงยุติ-ปรับปรุง
- ดังตารางที่ 28

ตารางที่ 28 กลยุทธ์เชิงพัฒนาในการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

จุดอ่อน		โอกาส	
W1	โรงเรียนไม่มีผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ	O1	มีโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกให้บริการด้านสุขภาพ
		O2	มีสถานที่ออกกำลังกายของภาคเอกชน

**กลยุทธ์เชิงพัฒนา (WO)**

W1+O1 จัดหาผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพประจำโรงเรียน

W1+O2 จ้างหน่วยงานภาคเอกชนให้เข้ามาจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน

ผลการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของโรงเรียน การประกาศนโยบายฯ การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมให้เอื้อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของครู การสร้างเสริมกิจกรรมองค์กรให้เข้มแข็ง และการพัฒนาทักษะ มีรายละเอียดดังนี้

1. นโยบายด้านสุขภาพ มีการตรวจสุขภาพประจำปี การแข่งขันกีฬาโรงเรียน และการฉีดวัคซีนประจำปี เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ การจัดตั้งห้องออกกำลังกาย และเครื่องออกกำลังกายสำหรับครูและบุคลากร และมีนโยบายทุกวันพุธของทำเนียบรัฐบาลและส่วนราชการต่างๆ ในช่วงเวลา 15.00 น. ถึง 16.30 น. ให้เป็นช่วงเวลาการออกกำลังกายของข้าราชการ รวมไปถึงนโยบายการลดใช้โฟมและถุงพลาสติกในโรงเรียนโดยทางองค์การบริหารส่วนตำบลได้ริเริ่มให้ทางโรงเรียนนำสู่การปฏิบัติ ดังคำกล่าวที่ว่า

“โรงเรียนเรามีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพครูอยู่แล้ว เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การฉีดวัคซีน ซึ่งทางโรงพยาบาลภาครัฐ ซึ่งทางโรงพยาบาลพณีสนิคมได้เป็นหน่วยงานที่เข้ามาตรวจสุขภาพและฉีดวัคซีนให้ฟรี เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ แต่ปัจจุบันมีโรงพยาบาลเอกชน ได้เข้ามาฉีดวัคซีนให้แทน แต่ครูและบุคลากรต้องร่วมจ่ายค่าบริการ โดยเป็นภาคสมัครใจ ไม่บังคับว่าต้องฉีดทุกคน ซึ่งครูและบุคลากรส่วนใหญ่ก็ยินดีร่วมจ่าย เพราะเราก็อายุเยอะแล้วร่างกายไม่ค่อยแข็งแรง ป่วยบ่อยและเป็นภูมิแพ้เลยฉีดป้องกันไว้ค่ะ” (ครูหญิง อายุ 43 ปี)

“เดิมทีโรงเรียนเราก็ได้มีนโยบายการออกกำลังกาย เช่น การออกกำลังกายทุกวันพุธ และได้เพิ่มอีก 2 วันแต่ไม่มีรูปแบบที่แน่นอน ไม่ชัดเจน สะเปะสะปะ ส่วนใหญ่จะออกกำลังกายตามความสมัครใจความชอบของแต่ละบุคคล ครูแต่ละคนก็เลยมีการออกกำลังกายบ้าง ไม่ออกกำลังกายบ้าง เช่น บางคนก็ไปวิ่งรอบสนามฟุตบอล เล่นบาสเก็ตบอล ครูวัยรุ่นหน่อยก็จะไปเตะฟุตบอล ครูรุ่นเก่าๆ อายุเยอะแล้วก็เล่นเปตองครับ ” (ครูชาย อายุ 59 ปี)

“ไม่นานมานี้ได้มีนโยบายทุกวันพุธของทำเนียบรัฐบาลและส่วนราชการต่างๆ ในช่วงเวลา 15.00 น. ถึง 16.30 น. ให้เป็นช่วงเวลาการออกกำลังกายของข้าราชการ ทำให้ครูและบุคลากรในโรงเรียนเริ่มตื่นตัว และหันมาออกกำลังกายมากขึ้น แต่ยังไม่มีการรูปแบบที่ชัดเจนแน่นอนค่ะ” (ครูหญิง อายุ 43 ปี)

“นอกเหนือจากนโยบายการออกกำลังกายแล้ว ยังมีนโยบายการลดใช้โฟมและถุงพลาสติก ในโรงเรียนโดยทางองค์การบริหารส่วนตำบลได้ริเริ่มให้ทางโรงเรียนครูบุคลากร และนักเรียนร่วม ซึ่งทางโรงเรียนผู้บริหารก็ได้ให้ความสำคัญ ให้ความร่วมมือปฏิบัติตามนโยบายอย่างจริงจัง เช่น ห้ามมีการใช้กล่องโฟมบรรจุอาหารในโรงเรียน ร้านอาหารในโรงเรียนทุกร้านต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด การแยกขยะ และมีการห่ออาหารใส่ปิ่นโตมารับประทานในโรงเรียนค่ะ” (ครูหญิง อายุ 38)

2. การประกาศนโยบายฯ ให้ครูและบุคลากรทุกคนทราบโดยแจ้งผ่านการประชุม และมอบหมายให้รองผู้อำนวยการโรงเรียน และหัวหน้ากลุ่มสาระการเรียนรู้ นำนโยบายถ่ายทอดในกลุ่มสาระการเรียนรู้ของตนเอง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ผู้อำนวยการโรงเรียน ท่านแจ้งในที่ประชุม ให้รองผู้อำนวยการโรงเรียน และหัวหน้ากลุ่มสาระการเรียนรู้เป็นผู้รับผิดชอบค่ะ” (ครูหญิง อายุ 43 ปี)

3. การรับนโยบายถ่ายทอดสู่ครูและบุคลากรใช้ช่องทางในการแจ้งในที่ประชุม และมีติดประกาศประชาสัมพันธ์ หัวหน้ากลุ่มสาระการเรียนรู้ นำนโยบายถ่ายทอดในกลุ่มสาระการเรียนรู้ รับทราบ และการส่งหนังสือเวียนหรือประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางไลน์ สำหรับใช้สื่อสารกันภายในโรงเรียน ดังคำกล่าวที่ว่า

“นโยบายของทางโรงเรียนเรา ส่วนใหญ่ผู้อำนวยการโรงเรียนจะแจ้งผ่านในที่ประชุม ซึ่งไม่มีการติดประกาศที่ชัดเจน เช่น นโยบายทุกวันพุธของทำเนียบรัฐบาลและส่วนราชการต่างๆ ในช่วงเวลา 15.00 น. ถึง 16.30 น. ให้เป็นช่วงเวลาการออกกำลังกายของข้าราชการ จะเป็นหนังสือแจ้งเวียนมาจากส่วนกลางให้โรงเรียนในสังกัดถือปฏิบัติตามนโยบายค่ะ” (ครูหญิง อายุ 26 ปี)

“นโยบายการออกกำลังกาย ทุกวันพุธ ในช่วงเวลา 15.00 น. ถึง 16.30 น. ผู้อำนวยการโรงเรียนจะแจ้งผ่านในที่ประชุม และมีการถ่ายภาพหนังสือคำสั่งนโยบายดังกล่าวลงในไลน์กลุ่มให้ครูและบุคลากรทุกคนได้รับทราบและถือปฏิบัติค่ะ” (ครูหญิง อายุ 55 ปี)

4. การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมให้เอื้อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของครู

มีการจัดสถานที่ และเครื่องออกกำลังกายให้ครูและบุคลากร โดยจัดสรรเวลาในการออกกำลังกาย มีการจัดสถานที่ให้ครูพักผ่อนหย่อนใจ สำหรับผ่อนคลายหรือลดความเครียด และโรงเรียนยังมีมาตรการการควบคุมการจำหน่ายอาหารภายในและบริเวณโดยรอบโรงเรียน เช่น โรงอาหารโรงเรียน และร้านจำหน่ายอาหารหน้าโรงเรียน ดังคำกล่าวที่ว่า

“โรงเรียนเรามีการสร้างห้องฟิตเนส ซื้อเครื่องออกกำลังกายใหม่ ทันสมัย น่าใช้มากค่ะ แต่ไม่มีใครสอนวิธีการเล่น ว่าเครื่องนี้ต้องเล่นยังไง ช่วยบริหารร่างกายส่วนไหนค่ะ” (ครูหญิง อายุ 43 ปี)

“ห้องฟิตเนสแรกๆ ครูและบุคลากรตื่นเต้นมากค่ะ เพราะห้องใหม่ เครื่องออกกำลังกายใหม่ ถึงขั้นต้องแย่งกันเล่น แต่พอหลังๆก็เริ่มจางหายไปค่ะ” (ครูหญิง อายุ 55 ปี)

“มีสถานที่ผ่อนคลายเป็นสวนหย่อม ต้นไม้ น้ำตก และสนามกีฬากว้างทำให้รู้สึกผ่อนคลายเครียดค่ะ” (ครูหญิง อายุ 26 ปี)

“สำหรับโรงอาหารในโรงเรียน เรามีมาตรการบังคับให้ร้านจำหน่ายอาหารมีการจำหน่ายอาหารที่สะอาด ปลอดภัยเป็นไปตามมาตรฐานของกรมอนามัย และไม่ใช้โฟมบรรจุอาหารอย่างเด็ดขาดค่ะ” (ครูหญิง อายุ 43 ปี)

“ทุกเย็นหลังเลิกเรียนจะมีร้านจำหน่ายอาหารมาจำหน่ายอาหารหน้าโรงเรียนเยอะ หลากหลายประเภท ไม่ว่าจะเป็นร้านขายลูกชิ้นทอด น้ำปั่น น้ำอัดลม ขนม ซึ่งทางโรงเรียนเราก็มีการมาตรการให้ทางร้านค้ามีการจำหน่ายอาหารที่มีความสะอาด ปลอดภัยค่ะ” (ครูหญิง อายุ 26 ปี)

#### 5. การพัฒนาทักษะ

“โรงเรียนเรามีการพัฒนาความรู้และทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยได้เชิญนายแพทย์วิวัฒน์ วิริยกิจจา ซึ่งท่านเป็นศิษย์เก่าของโรงเรียนและกรรมการสมาคมศิษย์เก่าเรา ด้วย มาพูดแลกเปลี่ยนให้คำแนะนำถึงเรื่องการดูแลสุขภาพสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผลกระทบต่อสุขภาพและการจัดการปัญหาด้านสุขภาพต่างๆให้กับคณะครูและบุคลากรในโรงเรียน ค่ะ” (ครูหญิง อายุ 55 ปี)

### 4.2 การกำหนดแนวทางการดำเนินงานตามโครงการโปรแกรมทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู

ทีมวิจัยได้เข้าร่วมประชุมร่วมกับผู้บริหารของโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 คน และตัวแทนครูตามกลุ่มสาระ จำนวน 8 คน เพื่อยกร่างแนวทางในการดำเนินงานตามโครงการโปรแกรมทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู ดังนี้

#### 4.2.1 การสร้างนโยบายสุขภาพของโรงเรียน

4.2.1.1 ผู้บริหารกำหนดนโยบายและประกาศนโยบายให้ครูทุกคนรับทราบ

4.2.1.2 กำหนดให้ครูเข้าร่วมโครงการฯ ตามความสมัครใจ สนับสนุนเวลาและสถานที่ในการทำกิจกรรมต่างๆ

4.2.1.3 สสำรวจภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อโรคเรื้อรัง แจ้งให้ครูรับทราบภาวะสุขภาพของตนเองและให้คำแนะนำปรึกษาในการสร้างเสริมสุขภาพ

4.2.1.4 จัดสวัสดิการสนับสนุนกิจกรรม และให้รางวัลกับครูที่ประสบความสำเร็จในการเข้าร่วมกิจกรรม

4.2.1.5 จัดตั้งคณะทำงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ พร้อมมอบหมายผู้รับผิดชอบดูแลโครงการฯ

4.2.1.6 จัดให้มีการประสานงานที่ทีมวิจัยอย่างต่อเนื่อง

4.2.1.7 จัดให้มีการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินโครงการและประเมินผลโครงการ

#### 4.2.2 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

4.2.2.1 จัดสถานที่และดูแลอุปกรณ์ในการทำกิจกรรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับครู

4.2.2.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผ่านระบบไลน์แอปพลิเคชัน

4.2.2.3 กำหนดโปรแกรมการออกกำลังกายให้สอดคล้องกับเป้าหมายและความสามารถทางร่างกายของครูแต่ละกลุ่ม

4.2.3 การสร้างองค์กรให้เข้มแข็งเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

4.2.3.1 จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อประสานงานกับทีมวิจัย

4.2.3.2 ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการประสานงานภายในกลุ่ม

4.2.3.3 กำหนดกิจกรรมและเวลาในการทำกิจกรรมให้สอดคล้องกับภาระงานของครูเพื่อให้ครูทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

4.2.4 การเพิ่มขีดความสามารถของครูในการสร้างเสริมสุขภาพ

4.2.4.1 จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้ครูได้ปฏิบัติร่วมกัน

4.2.4.2 จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

4.2.4.3 ใช้ผลการตรวจสุขภาพในการประเมินผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพ

4.2.5 การปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

4.2.5.1 การจัดหาผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพประจำโรงเรียน

4.2.5.2 การจ้างหน่วยงานภาคเอกชนให้เข้ามาจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน

### 4.3 องค์ประกอบของโปรแกรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู

จากแนวทางการดำเนินงานตามโครงการโปรแกรมทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครูที่ได้จากการประชุมร่วมกับผู้บริหารของโรงเรียน และตัวแทนครูตามกลุ่มสาระ ทีมวิจัยได้สกัดข้อค้นพบออกมาเป็นโปรแกรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู (Teachers' Health related Quality of Life Promotion Model) หรือเรียกสั้นๆ ว่า Teachers' Health Model มีองค์ประกอบดังนี้

1. การสร้างนโยบายสุขภาพของโรงเรียน โดยผู้บริหารกำหนดนโยบายและประกาศนโยบายให้ครูทุกคนรับทราบ (Health Policy) ผู้อำนวยการโรงเรียนประกาศนโยบายให้ครูและบุคลากรทุกคนได้ทราบเกี่ยวกับโครงการฯ โดยแจ้งผ่านการประชุม และมอบหมายให้รองผู้อำนวยการโรงเรียน และหัวหน้ากลุ่มสาระการเรียนรู้ นำนโยบายถ่ายทอดในกลุ่มสาระการเรียนรู้ของตนเอง

2. กำหนดให้ครูเข้าร่วมโครงการฯ ตามความสมัครใจ และมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง (Active Participation) โดยโรงเรียนสนับสนุนเวลาและสถานที่ในการทำกิจกรรมต่างๆ โรงเรียนจัดสถานที่

ออกกำลังกายสำหรับครูเป็นการเฉพาะ และจัดสรรเวลาให้ครูออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน ระหว่างเวลา 16.00 น. ถึง 17.00 น.

3. จัดตั้งคณะทำงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ พร้อมมอบหมายผู้รับผิดชอบดูแลโครงการฯ (Organization and Coordination) โรงเรียนจัดให้รองผู้อำนวยการโรงเรียนเป็นหัวหน้าคณะทำงานและเป็นผู้รับผิดชอบดูแลโครงการฯ ทำหน้าที่ประสานงานกับทีมวิจัย หัวหน้ากลุ่มสาระทุกกลุ่มสาระเป็นผู้ดูแลครูในแต่ละกลุ่มสาระที่เข้าร่วมโครงการฯ

4. ทำการสำรวจภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อโรคเรื้อรัง โดยแจ้งให้ครูรับทราบภาวะสุขภาพของตนเองและให้คำแนะนำปรึกษาในการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Monitoring) ในวันที่เริ่มโครงการฯ มีกิจกรรมตรวจสุขภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ โภชนาการที่เหมาะสม การจัดการความเครียด การตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ ในส่วนของการตรวจสุขภาพประกอบด้วย การวัดค่าดัชนีมวลกาย(BMI) ปริมาณไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด Body composition และการวัดวัดความเครียด

5. จัดสวัสดิการสนับสนุนกิจกรรม และให้รางวัลกับครูที่ประสบความสำเร็จในการเข้าร่วมกิจกรรม (Supportive Environment) มีการจัดสถานที่ออกกำลังกายสำหรับครูเป็นการเฉพาะ มีห้องฟิตเนสพร้อมเครื่องออกกำลังกายที่ทันสมัย มีการจัดสถานที่ภายในโรงเรียนให้ครูพักผ่อนหย่อนใจ สำหรับผ่อนคลายหรือลดความเครียด เช่น สวนหย่อม มีมาตรการการควบคุมการจำหน่ายอาหารภายในและบริเวณโดยรอบโรงเรียน เช่น โรงอาหารของโรงเรียน และร้านจำหน่ายอาหารหน้าโรงเรียน นอกจากนี้ผู้อำนวยการโรงเรียนมีการให้กำลังใจกับครูที่เข้าร่วมโครงการ และกล่าวขอบคุณครูและบุคลากรที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ

6. จัดให้มีการติดต่อสื่อสารกันอย่างต่อเนื่องโดยใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ต (Social Networking) เป็นการกระตุ้นให้ครูมาออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง การใช้ไลน์แอฟลิเคชั่นทำให้เกิดการติดต่อสื่อสารที่สะดวกรวดเร็ว มีการติดตาม นัดหมาย กระตุ้นเตือนให้เข้าร่วมกิจกรรม และเป็นช่องทางในเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

7. จัดให้มีการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินโครงการและประเมินผลโครงการ (Follow up and Evaluation) ผลจากการตรวจสุขภาพทำให้ครูทุกคนตื่นตัวต่อการดูแลสุขภาพและการออกกำลังกายเป็นอย่างมาก การออกกำลังกายแบบคาร์ดิโอ (Cardio-exercise) ทำให้ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และมีการติดตามผลโดยการตรวจสุขภาพทุก 3 เดือน

## โปรแกรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู Teachers' Health Model



### ส่วนที่ 5 ผลการดำเนินงานตามโครงการโปรแกรมทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู

#### 5.1 ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครูมีจำนวน 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 ดังตารางที่ 29



ตารางที่ 29 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=50)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	4.00
หญิง	48	96.00
อายุเฉลี่ย 44 ปี (SD = 12.61)		
ศาสนา		
พุทธ	48	96.00
คริสต์	2	4.00
สถานภาพสมรส		
โสด	19	38.00
สมรส	27	54.00
หม้าย/หย่าร้าง/แยก	4	8.00
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	32	64.00
ปริญญาโท	18	36.00
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในการเป็นครูผู้สอนเฉลี่ย 19.28 ปี (SD=11.93)		
ระยะเวลาการทำงานในโรงเรียนที่สอนในปัจจุบันเฉลี่ย 11.10 ปี (SD=9.53)		
ตำแหน่งงาน		
ครูผู้ช่วย	4	8.00
ครูชำนาญการ	13	26.00
ครูชำนาญการพิเศษ	23	46.00
ครูเชี่ยวชาญพิเศษ	3	6.00
ครู	7	14.00
รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 38,630.61 บาท (SD=16,018.65)		
จำนวนโรคประจำตัว 1 โรค	17	34.00
จำนวนโรคประจำตัว 2 โรค	3	6.00

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ	
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย(โรคประจำตัว) เฉลี่ย 2.68 ปี (SD=5.40)				
ตารางที่ 30 ค่าคะแนนคุณภาพชีวิต ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังการทดลอง (n= 50)				
ระยะการทดลอง	Min	Max	X	SD
ก่อนการทดลอง	79.00	127.00	102.10	10.80
หลังการทดลอง	81.00	130.00	105.58	10.68

จากตารางที่ 30 ผลการทดลองพบว่าระยะหลังการทดลอง ครูที่ได้รับโปรแกรมทางสังคมมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 102.10 (SD=10.80) เป็น 105.58 (SD=10.68)

ตารางที่ 31 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนคุณภาพชีวิต ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังการทดลอง (n= 50)

ค่าคะแนนคุณภาพชีวิต	Mean	SD	D	SD <sub>d</sub>	T	P
ก่อนการทดลอง	102.10	10.80	-3.48	6.83	-3.60	<0.001
หลังการทดลอง	105.58	10.68				

จากตารางที่ 31 ผลการวิเคราะห์พบว่าในระยะหลังการทดลอง ครูมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.001$  โดยเพิ่มขึ้น 3.48

ตารางที่ 32 ค่าคะแนนการรับรู้ภาวะความเครียด ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังการทดลอง (n= 50)

ระยะการทดลอง	Min	Max	X	SD
ก่อนการทดลอง	8.00	32.00	20.44	5.66
หลังการทดลอง	2.00	34.00	18.26	6.54

จากตารางที่ 32 ผลการทดลองพบว่าระยะหลังการทดลองครูที่ได้รับโปรแกรมทางสังคมมีค่าคะแนนการรับรู้ภาวะความเครียดเฉลี่ยลดลงจาก 20.44 (SD=5.66) เป็น 18.26 (SD=6.54)

ตารางที่ 33 เปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้ภาวะความเครียด ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังการทดลอง (n= 50)

ค่าคะแนนการรับรู้ภาวะความเครียด	Mean	SD	D	SD <sub>d</sub>	T	P
ก่อนการทดลอง	20.44	5.66	2.18	6.16	2.50	0.016
หลังการทดลอง	18.26	6.54				

จากตารางที่ 33 ผลการวิเคราะห์พบว่าในระยะหลังการทดลอง ครุมีค่าคะแนนการรับรู้ภาวะความเครียดเฉลี่ยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p=0.016$  โดยลดลง 2.18 คะแนน

ตารางที่ 34 ค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังการทดลอง (n= 50)

ระยะเวลาการทดลอง	Min	Max	X	SD
ก่อนการทดลอง	20.00	87.00	48.10	14.04
หลังการทดลอง	34.00	95.00	61.22	15.10

จากตารางที่ 34 ผลการทดลองพบว่าระยะหลังการทดลองครุที่ได้รับโปรแกรมทางสังคมมีค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร จาก 48.10 (SD=14.04) เป็น 61.22 (SD=15.10)

ตารางที่ 35 เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังการทดลอง (n= 50)

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร	Mean	SD	D	SD <sub>d</sub>	T	P
ก่อนการทดลอง	48.10	14.04	13.12	13.09	-7.08	<0.001
หลังการทดลอง	61.22	15.10				

จากตารางที่ 35 ผลการวิเคราะห์พบว่าในระยะหลังการทดลอง ครุมีค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p<0.001$  โดยเพิ่มขึ้น 13.12 คะแนน

ตารางที่ 36 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังการทดลอง (n= 50 )

ระยะการทดลอง	Min	Max	X	SD
ก่อนการทดลอง	41.00	107.00	80.32	13.21
หลังการทดลอง	53.00	117.00	86.74	17.08

จากตารางที่ 36 ผลการทดลองพบว่าระยะหลังการทดลองครูที่ได้รับโปรแกรมทางสังคมมีค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพด้านการออกกำลังกาย จาก 80.32 (SD=13.21) เป็น 86.74 (SD=17.08)

ตารางที่ 37 เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังการทดลอง (n= 50)

ค่าคะแนนพฤติกรรม กรรมการจัดการตนเอง ด้านการออกกำลังกาย	Mean	SD	D	SD <sub>d</sub>	T	P
ก่อนการทดลอง	80.32	13.21	-6.42	13.94	-3.26	<0.002
หลังการทดลอง	86.74	17.08				

จากตารางที่ 37 ผลการวิเคราะห์พบว่าในระยะหลังการทดลอง ครูมีค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.002$  โดยเพิ่มขึ้น 6.42 คะแนน

ตารางที่ 38 ค่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังการทดลอง (n= 50 )

ระยะการทดลอง	Min	Max	X	SD
ก่อนการทดลอง	60	100	81.38	10.86
หลังการทดลอง	50	100	85.10	9.93

จากตารางที่ 38 ผลการทดลองพบว่าระยะหลังการทดลองครูที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีค่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ จาก 81.38 (SD=10.86) เป็น 85.10 (SD=9.93)

ตารางที่ 39 เปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังการทดลอง (n= 50)

ค่าคะแนนพฤติกรรม การจัดการตนเอง ด้านการออกกำลังกาย	Mean	SD	D	SD <sub>d</sub>	T	P
ก่อนการทดลอง	81.38	10.86	-3.72	8.90	-2.95	<0.005
หลังการทดลอง	85.10	9.93				

จากตารางที่ 39 ผลการวิเคราะห์พบว่าในระยะหลังการทดลอง ครูมีค่าคะแนนพฤติกรรม  
การจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.005$  โดยเพิ่มขึ้น 3.72  
คะแนน

ตารางที่ 40 ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของครูต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง (5D5L) ระยะก่อน  
ทดลอง และระยะหลังการทดลอง (n= 50 )

ระยะการทดลอง	Min	Max	$\bar{x}$	SD
ก่อนการทดลอง	0.60	1.00	0.93	0.08
หลังการทดลอง	0.66	1.00	0.96	0.06

จากตารางที่ 40 ผลการทดลองพบว่าระยะหลังการทดลอง ครูที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริม  
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง จาก 0.93 (SD=0.08)  
เป็นเฉลี่ยร้อยละ 0.96 (SD=0.06)

ตารางที่ 41 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของครูต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง (5D5L) ระยะ  
ก่อนทดลอง และระยะหลังการทดลอง (n= 50)

ค่าคะแนนความพึง พอใจต่อสภาวะ สุขภาพของตนเอง	Mean	SD	D	SD <sub>d</sub>	T	P
ก่อนการทดลอง	0.93	0.08	0.02	0.06	-2.77	0.008
หลังการทดลอง	0.96	0.06				

จากตารางที่ 41 ผลการวิเคราะห์พบว่าในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของ  
คะแนนความพึงพอใจต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง (5D5L) เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
 $p = 0.008$  โดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.02

## 5.2 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับผลการดำเนินงานตามโปรแกรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

“หลังจากมีกิจกรรมนี้เกิดขึ้น ทำให้ครูและบุคลากรทุกคนตื่นตัวต่อการดูแลสุขภาพ และการออกกำลังกายอย่างมาก เพราะโดยปกติก็ตื่นตัวอยู่แล้ว พอมีกิจกรรมนี้เข้ามายิ่งเพิ่มการตื่นตัว ยิ่งๆขึ้นไปอีก ตอบโจทย์เลยคะ” (ครูหญิง อายุ 43 ปี)

“ตื่นตัว เกิดทักษะการออกกำลังกายที่ถูกต้องทั้งการ warm up cool down และ strengthening เกิดแรงกระตุ้นอยากดู youtube คลิปวิดีโอต่างๆเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ต่างๆ” (ครูหญิง อายุ 55 ปี)

“ชอบเทรนเนอร์ คนชกมวยมากคะ เขาดูแข็งแรง น่ารัก ทำให้เราอยากจะทำออกกำลังกาย มีแรงกระตุ้นอยากจะทำอย่างเทรนเนอร์” (ครูหญิง อายุ 26 ปี)

“ตอนแรกไม่ได้ตื่นตัวเรื่องการออกกำลังกายเลยคะ เพราะขี้เกียจ ไหนจะทำงานหนัก มีคาบสอนจนถึงเย็นพอสอนเสร็จก็หมดเวลาออกกำลังกายไปแล้ว ค่าแล้วก็ไม่อยากจะทำออกกำลังกายคะ เพราะต้องรีบกลับบ้าน” (ครูหญิง อายุ 43 ปี)

“ถ้าเสร็จโครงการนี้ไปแล้ว ทางโรงเรียนก็คงจะไม่มียงบประมาณที่มากพอจะมาสานต่อโครงการนี้ แต่ก็อยากให้มีมหาวิทยาลัยบูรพาทำให้ต่อคะ” (ครูหญิง อายุ 53 ปี)

“สถานที่ออกกำลังกายที่จัดให้ มีสถานที่ออกกำลังกายที่มิดชิด เป็นส่วนตัวดีคะ เพราะจะได้ไม่อายนักเรียน ไม่อยากใส่ชุดออกกำลังกายมาแล้วนักเรียนเห็น อายุหุ่นตัวเอง” (ครูหญิง อายุ 53 ปี)

“หากมหาวิทยาลัยบูรพาทำต่อไม่ได้ เนื่องจากเสร็จโครงการวิจัย ทางโรงเรียนจะทำต่อแน่นอนคะ อาจหาแหล่งจากสมาคมผู้ปกครองที่มีการจดทะเบียน มีนายกวาระ 2 ปีนั้น เป็นผู้สนับสนุนส่วนหนึ่ง การจัดผ้าป่าการกุศลคะ เพราะทางสมาคมผู้ปกครองเดิมที่ก็มีการสนับสนุนอยู่แล้ว เช่น เคยสนับสนุนการศึกษาดูงาน และให้ทุนการศึกษานักเรียนทุกปีคะ” (ครูหญิง อายุ 38 ปี)

“เสร็จโครงการนี้แล้ว จะขอสนับสนุนเพื่อสานต่อโครงการกิจกรรมนี้ คิดไว้แล้ว ร่วมจ่ายได้ เพราะปกติไปออกกำลังกายขององค์การบริหารส่วนตำบลมีร่วมจ่ายสัปดาห์ละ 25 บาท ถ้าขาดกิจกรรมนี้ไปจะหงุดหงิด” (ครูชาย อายุ 59 ปี)

“ปัจจัยสำคัญที่ทำให้โครงการนี้สำเร็จ คือ ผู้อำนวยการโรงเรียนให้กำลังใจ พูดถึงโครงการนี้ ให้ความสำคัญต่อโครงการนี้ และกล่าวขอบคุณครูและบุคลากรทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมนี้” (ครูหญิง อายุ 53 ปี)

“สำหรับคนที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมนี้ คงเป็นเพราะติดภารกิจ งานเยอะ ไม่มีเวลา และไม่ได้เจอะเจอในวันแรกของกิจกรรม พอไม่ได้มาครั้งแรกก็เลยไม่ได้มาเลย รวมทั้งต้องเดินทางไกล ภาระทางครอบครัว และครูหรือบุคลากรบางคนที่เป็นวัยรุ่น อายุหน่อยๆ มีการออกกำลังกายอยู่แล้ว ต้องไปเข้าฟิตเนสหรือโรงยิมที่จ่ายเงินรายเดือนอยู่แล้ว จึงไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมคะ” (ครูหญิง อายุ 38 ปี)

ในส่วนของการความคิดเห็นต่อกิจกรรมตามโครงการ มีรายละเอียดดังนี้

“กิจกรรมการออกกำลังกายรูปแบบนี้ถือเป็นคนครั้งแรกเลยคะ โรงเรียนเราไม่เคยมีรูปแบบการออกกำลังกายแบบนี้มาก่อนเลย ซึ่งทุกกิจกรรมที่มีให้ดิฉันเข้าร่วมทุกกิจกรรมเลยคะ ทั้งออกกำลังกาย และโยคะ” (ครูหญิง อายุ 53 ปี)

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

“อยากได้โค้ชที่เช็กซี่ๆ จะได้เกิดแรงบันดาลใจ มีแรงกระตุ้นที่อยากจะออกกำลังกาย เช่น โค้ชที่ต่ออมวย สนุกทำให้ได้เหงื่อเยอะมากคะ” (ครูหญิง อายุ 53 ปี)

“เวลาที่ใช้ออกกำลังกายในกิจกรรมนี้ 1 ชั่วโมง พอดีเหมาะสมแล้วคะ” (ครูหญิง อายุ 38 ปี)

“อยากมีเสื้อทีมในการออกกำลังกายคะ จะได้เป็นระเบียบเป็นแนวเดียวกัน” (ครูหญิง อายุ 53 ปี)

“เสื้อทีมไม่จำเป็นคะ เพราะอยากใส่เสื้อผ้าออกกำลังกายที่สวยๆ ถูกใจตามที่ตัวเองอยากใส่ เช็กซี่ๆ ใส่มาอวดเพื่อนอะไรอย่างงี้คะ หรือถ้าเพื่อคนไหนสนใจก็ช่วยแนะนำ ช่วยสั่งซื้อให้ด้วยได้เลยคะ” (ครูหญิง อายุ 38 ปี)

“ช่วงกิจกรรม ออกกำลังกายด้วยโยคะ อยากมาร่วมกิจกรรมมากเลยคะ แต่มาไม่ทัน เพราะติดงาน เนื่องจากโรงเรียนเราเลิกงานก็ประมาณ 15.45 น. เลยอยากให้เริ่มกิจกรรมซักเวลา 16.00 น. ขยายเวลาให้ประมาณหนึ่ง อย่างนี้จะโอเคมากเลยคะ” (ครูหญิง อายุ 38 ปี)

“กิจกรรมออกกำลังกายนี้ เริ่ม 16.00 น. มันเร็วไปคะ อยากให้เริ่มซัก 16.15-16.30 น. ประมาณ 1 ชั่วโมงพอดี จะดีมากเลยคะ” (ครูหญิง อายุ 53 ปี)

“น้ำดื่ม ส่วนใหญ่ครูหลายๆ คนเขาก็เตรียมกันมาเอง แต่บางคนลืมก็ไม่มีน้ำดื่ม เนื่องจากกิจกรรมออกกำลังกายไม่ได้มีการจัดเตรียมน้ำดื่มให้” (ครูหญิง อายุ 38 ปี)

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการเรื่องการวิจัยเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mix Methodology) ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Method) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยโปรแกรมทางสังคมของครูในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการเป็น 3 ระยะ คือ **ระยะที่ 1** ศึกษาปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของครูในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างครูจากโรงเรียนมัธยมศึกษา 12 แห่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 391 คน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ใช้สถิติถดถอยพหุคูณ **ระยะที่ 2** สร้างโปรแกรมทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู โดยอาศัยการมีส่วนร่วมประกอบด้วย นักสานพลังขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ผู้บริหารโรงเรียนและครูจากโรงเรียนเป้าหมาย 1 แห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด เพื่อสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึกตามกรอบปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพขององค์การอนามัยโลก และกรอบการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (WHO, 2005) **ระยะที่ 3** การทดลองและประเมินผลการใช้โปรแกรมทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครูในโรงเรียนเป้าหมาย ใช้แบบสอบถามเพื่อวัดสถานะสุขภาพของครู (EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย) แบบสอบถามเพื่อวัดพฤติกรรมการจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย และการสนทนากลุ่ม หลังจากรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด วิเคราะห์ปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ใช้สถิติถดถอยพหุคูณ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์การวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) และวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ซึ่งสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### สรุปผลการวิจัย

**ระยะที่ 1** ศึกษาปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของครูในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สรุปได้ดังนี้

#### ปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของครูในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากการสำรวจปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ 10 ด้านที่เสนอโดย Health Leads Inc. พบว่า ครูร้อยละ 92.2 ได้รับประทานอาหารในปริมาณและคุณภาพที่เหมาะสมตามเพศวัย และความต้องการของร่างกาย ร้อยละ 87.5 มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง แข็งแรง ปลอดภัย ร้อยละ 91.1 มีความสามารถในการจ่ายค่าสาธารณูปโภค ต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับตัวเองหรือครอบครัว เช่น ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำประปา ค่าโทรศัพท์ ค่าน้ำมันรถ ค่าเดินทาง ร้อยละ 86.7 ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมเมื่อบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย ร้อยละ 94.8 มีความสะดวกในการเดินทางไปยังที่ต่างๆ ใน



ชีวิตประจำวัน เช่น ไปทำงาน ไปจับจ่ายใช้สอยต่างๆ หรือไปเข้ารับการรักษาพยาบาล ร้อยละ 93.7 มีความสามารถในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ เช่นการดูแลตนเองด้านสุขภาพ สาเหตุของความเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล การใช้ยา ร้อยละ 96.6 รู้สึกว่ามีเพื่อน และไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ร้อยละ 96.9 ไม่มีความรู้สึกว่ามีปัญหาเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว เพื่อนบ้าน ที่ทำงาน หรือในชุมชนที่พักอาศัย ร้อยละ 96.9 ไม่มีความรู้สึกถูกเลือกปฏิบัติเนื่องจาก เพศ เชื้อชาติ หรือชาติพันธุ์ การนับถือศาสนา

ในส่วนของคุณภาพชีวิต พบว่า ครูส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.7) มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 36.6 มีคุณภาพชีวิตกลางๆ และร้อยละ 0.8 มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตพบว่า ปัจจัยด้านความพอเพียงของรายได้มีผลต่อคุณภาพชีวิต ส่วนปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ ไม่พบว่ามีผลต่อคุณภาพชีวิตของครูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ระยะที่ 2 สร้างโปรแกรมทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู

### การสร้างโปรแกรมทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู

การสร้างโปรแกรมทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมทางสังคม จากการร่วมกันวิเคราะห์บริบทของโรงเรียน โดยผู้วิจัยได้เข้าร่วมประชุมร่วมกับผู้บริหารโรงเรียน และตัวแทนครูตามกลุ่มสาระ จำนวน 8 คน เพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกันที่จะปรับเปลี่ยนปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ ซึ่งที่ผู้วิจัยได้ใช้แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบของกฎบัตรออตตาวา 5 ประเด็น (WHO, 2005) ซึ่งประกอบด้วย 1) การสร้างนโยบายสุขภาพของโรงเรียน 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การสร้างองค์กรให้เข้มแข็งเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ 4) การเพิ่มขีดความสามารถของครูในการสร้างเสริมสุขภาพ และ 5) การปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการสุขภาพ และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ จากนั้นทำการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์บริบทองค์กรโดยใช้เทคนิค SWOT Analysis และ 2) กำหนดกลยุทธ์เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต และทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งก่อให้เกิดข้อค้นพบที่สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู ซึ่งประกอบด้วย 5 หัวข้อหลัก ได้แก่

#### 1. การสร้างนโยบายสุขภาพของโรงเรียน

- 1.1 ผู้บริหารกำหนดนโยบายและประกาศนโยบายให้ครูทุกคนรับทราบ
- 1.2 กำหนดให้ครูเข้าร่วมโครงการฯ ตามความสมัครใจ สนับสนุนเวลาและสถานที่ในการทำกิจกรรมต่างๆ
- 1.3 สำรวจภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อโรคเรื้อรัง แจ้งให้ครูรับทราบภาวะสุขภาพของตนเองและให้คำแนะนำปรึกษาในการสร้างเสริมสุขภาพ
- 1.4 จัดสวัสดิการสนับสนุนกิจกรรม และให้รางวัลกับครูที่ประสบความสำเร็จในการเข้าร่วมกิจกรรม

1.5 จัดตั้งคณะทำงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ พร้อมมอบหมายผู้รับผิดชอบดูแลโครงการฯ

1.6 จัดให้มีการประสานงานที่วิจัยอย่างต่อเนื่อง

1.7 จัดให้มีการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินโครงการและประเมินผลโครงการ

## 2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

2.1 จัดสถานที่และดูแลอุปกรณ์ในการทำกิจกรรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

2.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผ่านระบบไลน์แอฟลิเคชั่น

2.3 กำหนดโปรแกรมการออกกำลังกายให้สอดคล้องกับเป้าหมายและความสามารถทางร่างกายของครูแต่ละกลุ่ม

## 3. การสร้างองค์กรให้เข้มแข็งเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

3.1 จัดตั้งคณะทำงานเพื่อประสานงานกับทีมวิจัย

3.2 ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการประสานงานภายในกลุ่ม

3.3 กำหนดกิจกรรมและเวลาในการทำกิจกรรมให้สอดคล้องกับภาระงานของครูเพื่อให้ครูทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

## 4. การเพิ่มขีดความสามารถของครูในการสร้างเสริมสุขภาพ

4.1 จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้ครูได้ปฏิบัติร่วมกัน

4.2 จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

4.3 ใช้ผลการตรวจสุขภาพในการประเมินผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพ

## 5. การปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

5.1 การจัดหาผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพประจำโรงเรียน

5.2 การจ้างหน่วยงานภาคเอกชนให้เข้ามาจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน

จากนั้นทีมวิจัยได้สกัดข้อค้นพบออกมาเป็นโปรแกรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู (Teachers' Health related Quality of Life Promotion Model) ดังนี้

1. การสร้างนโยบายสุขภาพของโรงเรียน โดยผู้บริหารกำหนดนโยบายและประกาศนโยบายให้ครูทุกคนรับทราบ (Health Policy) ผู้อำนวยการโรงเรียนประกาศนโยบายให้ครูและบุคลากรทุกคนได้ทราบเกี่ยวกับโครงการฯ โดยแจ้งผ่านการประชุม และมอบหมายให้รองผู้อำนวยการโรงเรียน และหัวหน้ากลุ่มสาระการเรียนรู้ นำนโยบายถ่ายทอดในกลุ่มสาระการเรียนรู้ของตนเอง

2. กำหนดให้ครูเข้าร่วมโครงการฯ ตามความสมัครใจ และมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง (Active Participation) โดยโรงเรียนสนับสนุนเวลาและสถานที่ในการทำกิจกรรมต่างๆ โรงเรียนจัดสถานที่ออกกำลังกายสำหรับครูเป็นการเฉพาะ และจัดสรรเวลาให้ครูออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน ระหว่างเวลา 16.00 น. ถึง 17.00 น.

3. จัดตั้งคณะทำงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ พร้อมมอบหมายผู้รับผิดชอบดูแลโครงการฯ (Organization and Coordination) โรงเรียนจัดให้รองผู้อำนวยการโรงเรียนเป็นหัวหน้าคณะทำงานและเป็นผู้รับผิดชอบดูแลโครงการฯ ทำหน้าที่ประสานงานกับทีมวิจัย หัวหน้ากลุ่มสาระทุกกลุ่มสาระเป็นผู้ดูแลครูในแต่ละกลุ่มสาระที่เข้าร่วมโครงการฯ

4. ทำการสำรวจภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อโรคเรื้อรัง โดยแจ้งให้ครูรับทราบภาวะสุขภาพของตนเองและให้คำแนะนำปรึกษาในการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Monitoring) ในวันที่เริ่มโครงการฯ มีกิจกรรมตรวจสุขภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ โภชนาการที่เหมาะสม การจัดการความเครียด การตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ ในส่วนของการตรวจสุขภาพประกอบด้วย การวัดค่าดัชนีมวลกาย(BMI) ปริมาณไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด Body composition และการวัดวัดความเครียด

5. จัดสวัสดิการสนับสนุนกิจกรรม และให้รางวัลกับครูที่ประสบความสำเร็จในการเข้าร่วมกิจกรรม (Supportive Environment) มีการจัดสถานที่ออกกำลังกายสำหรับครูเป็นการเฉพาะ มีห้องฟิตเนสพร้อมเครื่องออกกำลังกายที่ทันสมัย มีการจัดสถานที่ภายในโรงเรียนให้ครูพักผ่อนหย่อนใจ สำหรับผ่อนคลายหรือลดความเครียด เช่น สวนหย่อม มีมาตรการการควบคุมการจำหน่ายอาหารภายในและบริเวณโดยรอบโรงเรียน เช่น โรงอาหารของโรงเรียน และร้านจำหน่ายอาหารหน้าโรงเรียน นอกจากนี้ผู้อำนวยการโรงเรียนมีการให้กำลังใจกับครูที่เข้าร่วมโครงการ และกล่าวขอบคุณครูและบุคลากรที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ

6. จัดให้มีการติดต่อสื่อสารกันอย่างต่อเนื่องโดยใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ต (Social Networking) เป็นการกระตุ้นให้ครูมาออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง การใช้ไลน์แอปพลิเคชันทำให้เกิดการติดต่อสื่อสารที่สะดวกรวดเร็ว มีการติดตาม นัดหมาย กระตุ้นเตือนให้เข้าร่วมกิจกรรม และเป็นช่องทางในเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

7. จัดให้มีการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินโครงการและประเมินผลโครงการ (Follow up and Evaluation) ผลจากการตรวจสุขภาพทำให้ครูทุกคนตื่นตัวต่อการดูแลสุขภาพและการออกกำลังกายเป็นอย่างมาก การออกกำลังกายแบบคาร์ดิโอ (Cardio-exercise) ทำให้ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และมีการติดตามผลโดยการตรวจสุขภาพทุก 3 เดือน

### ระยะที่ 3 การทดลองและประเมินผลการใช้โปรแกรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู

#### ผลการทดลองใช้โปรแกรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู

ผลการเปรียบเทียบการทดลองใช้โปรแกรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ใน 5 ประเด็น ได้แก่ 1) คุณภาพชีวิต 2) การรับรู้ภาวะความเครียด 3) พฤติกรรมการจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร 4) พฤติกรรมจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย และ 5) สถานะทางสุขภาพ กับกลุ่มตัวอย่างครู จำนวน 50 คน โดยใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 6 เดือน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### ค่าคะแนนคุณภาพชีวิต

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนคุณภาพชีวิต พบว่า ในระยะหลังการทดลอง ครุมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.001$  โดยเพิ่มขึ้น 3.48

### ค่าคะแนนการรับรู้ภาวะความเครียด

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้ภาวะความเครียด พบว่า ในระยะหลังการทดลอง ครุมีค่าคะแนนการรับรู้ภาวะความเครียดเฉลี่ยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p = 0.016$  โดยลดลง 2.18 คะแนน

### ค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ในระยะหลังการทดลอง ครุมีค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.001$  โดยเพิ่มขึ้น 13.12 คะแนน

### ค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย

ผลเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย พบว่า ในระยะหลังการทดลอง ครุมีค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการสุขภาพด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.002$  โดยเพิ่มขึ้น 6.42 คะแนน

### ค่าคะแนนสถานะทางสุขภาพ

ผลเปรียบเทียบค่าคะแนนสถานะทางสุขภาพ พบว่า ในระยะหลังการทดลอง ครุมีค่าคะแนนสถานะทางสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.005$  โดยเพิ่มขึ้น 3.72 คะแนน

## อภิปรายผล

### ปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของครุในภาคตะวันออกเฉียง

จากการสำรวจปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง ด้านความมั่นคงด้านอาหาร พบว่า ครุส่วนใหญ่ได้รับประทานอาหารในปริมาณและคุณภาพที่เหมาะสมตามเพศวัยและความต้องการของร่างกาย ร้อยละ 92.2 และข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพบว่า โรงเรียนตั้งอยู่ใกล้กับสถานที่จำหน่ายอาหารที่มีความหลากหลาย สามารถเลือกรับประทานได้ครบถ้วนทั้ง 5 หมู่ การมีโรงอาหารในโรงเรียนทำให้ครุสามารถรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ และได้รับประทานผลไม้จากแม่ค้าที่มาจำหน่ายในโรงเรียน ดังข้อคิดเห็นของครุที่กล่าวว่า “มือเที่ยงเมนูสุขภาพก็มีนะคะ ใครอยากทานอะไรก็สั่งแม่ครัวของโรงเรียนทำให้ เขาก็จะทำใส่ปิ่นโตมาวางที่โต๊ะทุกวัน ตอนเย็นก็จะมาเก็บปิ่นโตกลับไปล้าง ซึ่งก็สะดวกสบายดีนะคะ แม่ครัวเขาก็สามารถทำให้ได้ทุกเมนูเลยคะ” (ครุหญิง อายุ 43 ปี) แต่ก็จะมีปัญหาในเรื่องการรับประทานอาหารเมื่อเข้าอยู่บ้าง ดังข้อคิดเห็นของครุที่กล่าวว่า “ปัจจัยด้านอาหารถือว่ามีความสำคัญ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพมากเลยนะคะ โดยเฉพาะอาหารเช้า เราทุกคนต่างก็รู้และเข้าใจดีนะคะ ว่ามือเช้าเป็นมือที่สำคัญที่สุดของทุกมือ แต่ด้วยข้อจำกัดด้านเวลา ต้องรีบมาทำงาน หรือบางคนก็ต้องรีบไปส่งลูกไปโรงเรียนแต่เช้า ทำให้ครุส่วนใหญ่ไม่ได้ทานอาหารเช้ากัน ซึ่งแน่นอนคะ อาจจะส่งผลต่อสุขภาพของเราได้” (ครุหญิง อายุ 26 ปี)

ด้านที่อยู่อาศัยและด้านสาธารณสุขพบว่ามีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง แข็งแรง ปลอดภัยร้อยละ 87.5 และ มีความสามารถในการจ่ายค่าสาธารณสุขต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับตัวเองหรือครอบครัว ร้อยละ 91.1 เนื่องจากทางโรงเรียนได้มีการจัดสรรที่พักอาศัยให้กับครูอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย แต่บางคนก็พบปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมเนื่องจากบางจังหวัดในภาคตะวันออกเป็นเขตพื้นที่อุตสาหกรรม มีชุมชนหนาแน่น ดังข้อคิดเห็นของครูที่กล่าวว่า “ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพดีฉันจะเป็นด้านสิ่งแวดล้อมค่ะ โดยเฉพาะมลพิษทางอากาศ ได้กลิ่น เนื่องจากบ้านติดกับนิคมอุตสาหกรรมอมตะซิตี้ค่ะ” (ครูหญิง อายุ 26 ปี) ส่วนในด้านการจ่ายค่าสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้มีการจัดสรรเงินไว้สำหรับการชำระไว้ล่วงหน้าแล้ว ปัจจัยด้านที่อยู่อาศัยและสาธารณสุขมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต ดังที่นพพร ทิแก้วศรีและปาริชาติ หมูแสนทอง (2014) ได้พบว่า คุณภาพชีวิตเกิดจากความสำเร็จในชีวิตที่ได้เห็นว่าคุณภาพชีวิตที่ต้องการของครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย การมีที่พักอาศัยของตนเอง ที่พักอาศัยมีห้องสำหรับทุกคน และมีความสามารถรับผิดชอบสมาชิกในครอบครัวได้

ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ และด้านความยากลำบากในการเดินทาง พบว่า ครูได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมเมื่อบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย ร้อยละ 86.7 มีความสะดวกในการเดินทางไปยังที่ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น ไปทำงาน ไปจับจ่ายใช้สอยต่างๆ หรือไปเข้ารับการรักษาพยาบาล ร้อยละ 94.8 เนื่องจากบริเวณที่พักอาศัยของกลุ่มตัวอย่างมีสถานบริการทางการแพทย์เพียงพอต่อความต้องการ ความสะดวกในการใช้บริการทางการแพทย์ บริเวณที่พักอาศัยมีร้านค้าเพียงพอให้เลือกใช้บริการ และมีระบบคมนาคมที่สะดวกในการเดินทางมาปฏิบัติงานที่โรงเรียน ประกอบกับการบริหารสวัสดิการด้านสุขภาพของโรงเรียน มีสวัสดิการเรื่องการตรวจสุขภาพประจำปี มีสวัสดิการเรื่องการรักษาพยาบาลของครู และของคนในครอบครัว

ด้านความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ครูมีความสามารถในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ เช่นการดูแลตนเองด้านสุขภาพ สาเหตุของความเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล การใช้ยา ร้อยละ 93.7 เนื่องจากโรงเรียนมีการอบรมเพื่อให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ ครูมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ เช่น ด้านอาหาร ดังข้อคิดเห็นของครูที่กล่าวว่า “ปัจจัยด้านอาหารถือว่ามีความสำคัญ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพมากเลยนะคะ โดยเฉพาะอาหารเช้า เราทุกคนต่างก็รู้และเข้าใจดีนะคะ ว่ามื้อเช้าเป็นมื้อที่สำคัญที่สุดของทุกมื้อ แต่ด้วยข้อจำกัดด้านเวลา ต้องรีบมาทำงาน หรือบางคนก็ต้องรีบไปส่งลูกไปโรงเรียนแต่เช้า ทำให้ครูส่วนใหญ่ไม่ได้ทานอาหารเช้ากัน ซึ่งแน่นอนค่ะ อาจจะส่งผลต่อสุขภาพของเราได้” (ครูหญิง อายุ 26 ปี) สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติในการดำเนินงานเรื่องโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy School : HLS) ของ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี (2561) ที่มีการจัดระบบบริหารจัดการเพื่อให้นักเรียนและบุคลากรสามารถเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทำให้ตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมตามบริบทและสภาพปัญหาของโรงเรียน ดังเห็นได้จากข้อคิดเห็นของครูที่กล่าวว่า “ทางโรงเรียนจะมีสื่อเผยแพร่ความรู้ด้านโภชนาการ โดยอาศัยช่องทางสื่อสารต่างๆ เช่น เสียงตามสาย มุมความรู้ บอร์ดแสดงรายการอาหาร และส่งเสริมความรู้ด้านกิจกรรมทางกายและสร้างเสริมสมรรถภาพทางกาย”

ในส่วนของคุณภาพชีวิต พบว่า ครูส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.7 มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งในด้านความมั่นคงและความก้าวหน้า พฤติกรรมการทำงานและพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากรัฐได้ให้การ

สนับสนุนงบประมาณ และจัดสวัสดิการในด้านต่างๆ ที่เหมาะสม ประกอบกับมีการสนับสนุนทางสังคมจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม เพื่อแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน ทำให้ช่วยเหลือจัดการปัญหาต่างๆ และช่วยบรรเทาผลกระทบจากความเครียดในการทำงาน ทำให้สภาพจิตใจพร้อมทุ่มเทให้กับการทำงานและมีความพร้อมในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการใช้ชีวิตกับครอบครัว สอดคล้องกับ Miles and Math (1991) ที่พบว่า ในองค์การที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ต้องมีการสนับสนุนด้านทรัพยากรทุกด้านให้เพียงพอ ไม่ทำให้บุคลากรรู้สึกว่าเป็นภาระที่หนัก สิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคลากรทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ มีความมั่นใจในตนเอง เกิดการยอมรับความรู้ ความสามารถของตน หมั่นดูแลรักษาทั้งร่างกายและจิตใจตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ สุภาณี ฝนทองมงคล (2546) พบว่า เจตคติต่องานและโรงเรียน ความสัมพันธ์ในครอบครัว มนุษย์สัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และสถานภาพการสมรส สามารถร่วมกันอธิบายคุณภาพชีวิตการทำงานของราชการครู ได้ร้อยละ 29 ดังนั้นครูจึงมีความพึงพอใจคุณภาพชีวิตการทำงาน อยู่ในระดับมาก รวมทั้งปัจจุบันมีการประเมินผลงานของข้าราชการครูอย่างต่อเนื่องจึงทำให้ข้าราชการครูมีการพัฒนาตนเองตลอดเวลา จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตการทำงานของครูโดยรวมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับทฤษฎีของมาสโลว์ กล่าวถึง พื้นฐานความต้องการของมนุษย์ 5 ชั้น คือ 1) ความต้องการทางร่างกาย (Physiological Needs) 2) ความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs) 3) ความต้องการทางสังคม (Social Needs) 4) ความต้องการเกียรติยศชื่อเสียง (Esteem Needs) 5) ความต้องการความสมหวังของชีวิต (Self- Actualization Needs)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของครู พบว่า ภาระงาน การพัฒนาคุณภาพการศึกษาในโรงเรียน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของครูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.164$ ,  $p<.005$ ) เนื่องจากปัจจุบันครูส่วนใหญ่มีภาระงานที่รับผิดชอบอยู่ในระดับมาก ดังเห็นได้จากผลการสำรวจที่พบว่า ครูมีปริมาณงานสอนโดยเฉลี่ย 16-20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในขณะที่บางโรงเรียนครูมีปริมาณงานสอนโดยเฉลี่ยสูงถึง 24-26 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ปริมาณงานสอนในที่นี้หมายถึง ชั่วโมงสอนตามตารางสอน ซึ่งยังไม่ได้นับรวมภาระงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอน ภาระงานการพัฒนาคุณภาพการศึกษาของสถานศึกษา (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน 2553) ภาระงานสอนที่มากเกินไปอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของครูได้ (Timms, Graham and Cottrell, 2007) ดังนั้นผู้บริหารโรงเรียนควรนำทักษะความรู้ความสามารถในการบริหารทรัพยากรบุคคลมาปรับใช้ในการบริหารโรงเรียน โดยมอบหมายงานให้ครูได้ทำอย่างเหมาะสมกับเวลา บุคคล และลักษณะงาน มีการจัดคนให้เหมาะสมกับตำแหน่งงาน โดยการศึกษาข้อมูลความถนัดของบุคลากร รวมทั้งเปิดโอกาสให้ทุกคนทำกิจกรรมตามความถนัดและตามความสามารถ เพ็ญศรี เวชประพันธ์ (2557)

### โปรแกรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู

โปรแกรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครู (Teachers' Health Related Quality of Life Promotion Model) หรือเรียกสั้นๆ ว่า Teachers' Health Model ตามแนวทางการเสริมสุขภาพตามกรอบของกฎบัตรออตตาวา (WHO, 2005) มีองค์ประกอบของโปรแกรดังนี้

การสร้างนโยบายสุขภาพของโรงเรียน โดยผู้อำนวยการโรงเรียนประกาศนโยบายให้ครูและบุคลากรทุกคนได้ทราบเกี่ยวกับโครงการฯ โดยแจ้งผ่านการประชุม และมอบหมายให้รองผู้อำนวยการโรงเรียน และหัวหน้ากลุ่มสาระการเรียนรู้ นำนโยบายถ่ายทอดในกลุ่มสาระการเรียนรู้ของตนเอง และกำหนดให้ครูเข้าร่วมโครงการฯ ตามความสมัครใจ โดยโรงเรียนสนับสนุนเวลาและสถานที่ในการทำกิจกรรมต่างๆ สำหรับครูเป็นการเฉพาะ และจัดสรรเวลาให้ครูออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน ระหว่างเวลา 16.00 น. ถึง 17.00 น. โดยมีการจัดตั้งคณะทำงาน พร้อมมอบหมายผู้รับผิดชอบดูแลโครงการฯ โดยให้รองผู้อำนวยการโรงเรียนเป็นหัวหน้าคณะทำงานและเป็นผู้รับผิดชอบดูแลโครงการฯ ทำหน้าที่ประสานงานกับทีมวิจัย หัวหน้ากลุ่มสาระทุกกลุ่มสาระเป็นผู้ดูแลครูในแต่ละกลุ่มสาระที่เข้าร่วมโครงการฯ ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาระบบการบริหารโรงเรียนประถมศึกษาเพื่อส่งเสริมสุขภาพ อนามัยแบบองค์รวม ของ ญัตตินันท์ ปันลายนาค (2552) ที่พบว่าในการทำนโยบายส่งเสริมสุขภาพ ผู้บริหารโรงเรียนต้องทำการศึกษา นโยบายเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนของกระทรวงสาธารณสุข และปรับนโยบายของโรงเรียนให้สอดคล้อง ทำการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของนักเรียนให้ครอบคลุมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา สุพัตรา ธัญชัย (2544) ที่พบว่า การกำหนดนโยบายของผู้บริหารเป็นเรื่องที่สำคัญ โรงเรียนที่มีนโยบายสุขภาพที่เอื้อต่อสุขภาพจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของทุกคนในโรงเรียน และยังสอดคล้องการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ของ กรมอนามัย (2558) ในประเด็นองค์ประกอบด้านกระบวนการ ที่กล่าวว่า องค์ประกอบที่ 1 นโยบายของโรงเรียน โรงเรียนกำหนดทิศทางการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อกิจกรรมและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ องค์ประกอบที่ 2 การบริหารจัดการในโรงเรียน จัดองค์กรและการจัดการเพื่อให้การดำเนินงานตามโปรแกรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครูเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดนโยบายโดยผู้บริหาร การจัดผู้รับผิดชอบ การกำกับติดตามและประเมินผลโครงการ ดังคำกล่าวจากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของโรงเรียนที่ว่า *“ผู้อำนวยการโรงเรียนจะแจ้งผ่านในที่ประชุม และมีการถ่ายภาพหนังสือคำสั่งนโยบายดังกล่าวลงในไลน์กลุ่มให้ครูและบุคลากรทุกคนได้รับทราบและถือปฏิบัติ”* (ครูหญิง อายุ 43 ปี)

หลังจากการประกาศนโยบายและกำหนดผู้รับผิดชอบแล้ว โปรแกรมฯ ได้ทำการสำรวจภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อโรคเรื้อรัง มีการแจ้งผลการตรวจสุขภาพให้ครูรับทราบ ให้คำแนะนำปรึกษาในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยกิจกรรมการตรวจสุขภาพประกอบด้วย การวัดค่าดัชนีมวลกาย(BMI) ปริมาณไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด Body composition และการวัดภาวะเครียด มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ โภชนาการที่เหมาะสม การจัดการความเครียด และการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวมีส่วนช่วยให้การสร้างเสริมสุขภาพครูมีความสมบูรณ์ครบถ้วน สอดคล้องกับการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย (2558) ในองค์ประกอบที่ 10 ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพครู ได้แก่ การประเมินสุขภาพครูอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ครูได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องสุขภาพอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และครูในโรงเรียนต้องเข้าร่วมกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นตามแผนงานของโรงเรียน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ ญัตตินันท์ ปันลายนาค (2552) ที่พบว่า โรงเรียนกลุ่มตัวอย่างมีการ

ดำเนินการค้นหาปัญหาและความต้องการเรื่องสุขภาพของบุคลากรโดยให้ครูกรอกแบบประเมินสุขภาพของตนเอง แล้วส่งให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและอนามัยโรงเรียน จัดให้มีการให้คำแนะนำและมีการตรวจสุขภาพทุกปี โดยให้โรงพยาบาลมาจัดตรวจสุขภาพที่โรงเรียน เมื่อพบปัญหาจะเสนอแนะให้ร่วมกิจกรรมบำบัดแก้ไข ดังคำกล่าวจากการสนทนากลุ่มที่ว่า “โรงเรียนเรามีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพครู เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การฉีดวัคซีน ซึ่งทางโรงพยาบาลรัฐได้เข้ามาตรวจสุขภาพและฉีดวัคซีนให้ฟรี เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ แต่ปัจจุบันมีโรงพยาบาลเอกชน ได้เข้ามาฉีดวัคซีนให้แทน แต่ครูและบุคลากรต้องร่วมจ่ายค่าบริการ โดยเป็นภาคสมัครใจ ไม่บังคับว่าต้องฉีดทุกคน ซึ่งครูและบุคลากรส่วนใหญ่ก็ยินดีร่วมจ่าย เพราะเราก็อายุเยอะแล้วร่างกายไม่ค่อยแข็งแรง ป่วยบ่อย และเป็นภูมิแพ้เลยฉีดป้องกันไว้ค่ะ” (ครูหญิง อายุ 43 ปี)

การจัดสวัสดิการสนับสนุนกิจกรรมและให้รางวัลกับครูที่ประสบความสำเร็จในการเข้าร่วมกิจกรรม (Supportive Environment) มีการจัดสถานที่ออกกำลังกายสำหรับครูเป็นการเฉพาะ ผู้อำนวยการโรงเรียนมีการให้กำลังใจกับครูที่เข้าร่วมโครงการ และกล่าวขอบคุณครูและบุคลากรที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ มีการมอบรางวัลให้กับครูที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากผลการตรวจสุขภาพหลังเสร็จสิ้นโครงการฯ นอกจากนี้โรงเรียนยังมีการจัดสถานที่ภายในโรงเรียนให้ครูได้พักผ่อนหย่อนใจหรือคลายเครียด เช่น สวนหย่อม มีมาตรการควบคุมการจำหน่ายอาหารภายในและบริเวณโดยรอบโรงเรียน เช่น โรงอาหารของโรงเรียนและร้านจำหน่ายอาหารหน้าโรงเรียน ผู้วิจัยเห็นว่าการดำเนินงานของโรงเรียนเอื้อต่อการเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มีการจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มีการสร้างและดูแลอาคารสถานที่ตลอดจนติดตั้งวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมทั้งเครื่องเล่นและอุปกรณ์การออกกำลังกาย มีการควบคุมดูแลการจำหน่ายอาหารที่สะอาด ปลอดภัย ดังคำกล่าวจากการสนทนากลุ่มที่ว่า “หลังจากมีกิจกรรมนี้เกิดขึ้น ทำให้ครูและบุคลากรทุกคนตื่นตัวต่อการดูแลสุขภาพ และการออกกำลังกายอย่างมาก เพราะโดยปกติก็ตื่นตัวอยู่แล้ว พอมีกิจกรรมนี้เข้ามายิ่งเพิ่มการตื่นตัวยิ่งขึ้นไปอีก ตอบโจทย์เลยค่ะ” (ครูหญิง อายุ 43 ปี)

“โรงเรียนเรามีการสร้างห้องฟิตเนส ซื้อเครื่องออกกำลังกายใหม่ ทันสมัย นำใช้มากค่ะ แต่ไม่มีใครสอนวิธีการเล่น ว่าเครื่องนี้ต้องเล่นยังไง ช่วยบริหารร่างกายส่วนไหนค่ะ” (ครูหญิง อายุ 43 ปี) และ “สถานที่ออกกำลังกายที่จัดให้ มีสถานที่ออกกำลังกายที่มีดชิต เป็นส่วนตัวดีค่ะ เพราะจะได้ไม่อายนักเรียน ไม่อยากใส่ชุดออกกำลังกายมาแล้วนักเรียนเห็น อายุหุ่นตัวเอง” (ครูหญิง อายุ 53 ปี)

“สำหรับโรงอาหารในโรงเรียน เรามีมาตรการบังคับให้ร้านจำหน่ายอาหารมีการจำหน่ายอาหารที่สะอาด ปลอดภัยเป็นไปตามมาตรฐานของกรมอนามัย และไม่ให้ใช้โฟมบรรจุอาหารอย่างเด็ดขาดค่ะ” (ครูหญิง อายุ 43 ปี)

“ทุกเย็นหลังเลิกเรียนจะมีร้านจำหน่ายอาหารมาจำหน่ายอาหารหน้าโรงเรียนเยอะ หลากหลายประเภท ไม่ว่าจะเป็นร้านขายลูกชิ้นทอด น้ำปั่น น้ำอัดลม ขนม ซึ่งทางโรงเรียนเราก็มีการมาตรการให้ทางร้านค้ามีการจำหน่ายอาหารที่มีความสะอาด ปลอดภัยค่ะ” (ครูหญิง อายุ 26 ปี)

ส่วนในด้านของจัดให้มีการติดต่อสื่อสารนั้นผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมฯ ให้ครูใช้ไลน์แอดพลิเคชัน มีการกระตุ้นให้ครูมาออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการทำให้เกิดการติดต่อสื่อสารที่สะดวกรวดเร็ว มีการติดตาม นัดหมาย กระตุ้นเตือนให้เข้าร่วมกิจกรรม และเป็นช่องทางในเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ที่ผ่านมาโรงเรียนได้มีการ



เชิญวิทยากรพิเศษมาให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ครู ดังคำกล่าวของครูท่านหนึ่งว่า “โรงเรียนเรามีการพัฒนาความรู้และทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยได้เชิญนายแพทย์วิวัฒน์ วิริยกิจจา ซึ่งท่านเป็นศิษย์เก่าของโรงเรียนและกรรมการสมาคมศิษย์เก่าเราด้วย มาพูดแลกเปลี่ยนให้คำแนะนำถึงเรื่องการดูแลสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผลกระทบต่อสุขภาพและการจัดการปัญหาด้านสุขภาพต่างๆให้กับคณะครูและบุคลากรในโรงเรียนค่ะ” (ครูหญิง อายุ 55 ปี)

โปรแกรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาแทรกแซงให้กับกลุ่มครู ได้ประยุกต์จากแนวคิดปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social determinants of health) ที่กล่าวว่าปัจจัยเชื่อมโยงและพลวัตที่กระทบกับสุขภาพที่สำคัญ 3 มิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม และระบบบริการสุขภาพ สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ได้ปรับให้เข้ากับบริบทของครู โดยการสร้างสิ่งแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy work environment) เครือข่ายทางสังคม (Social network) และการปรับรูปแบบของบริการสุขภาพ (Health service) อภิปรายผลรายประเด็นได้ ดังนี้

มิติการสร้างสิ่งแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ สถานที่ทำงานเป็นแหล่งทุนทางสังคมที่สำคัญ เป็นแหล่งที่ทำให้คนที่ทำงานด้วยกันสนับสนุนซึ่งกันและกัน การทำงานสร้างความหมายให้กับชีวิต และกินเวลาหนึ่งในสามของชีวิตในแต่ละวัน (Harvey and Pentland, 2004) สถานที่ทำงานที่มีสิ่งแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ จะส่งผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้ปฏิบัติงาน การจัดให้ครูมีการพักผ่อนหย่อนใจ เปลี่ยนอิริยาบถในการทำงานระหว่างวัน จะทำให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี ครูเป็นอาชีพหนึ่งที่มีภาระงานนอกเหนือจากชั่วโมงตามตารางสอน ต้องปฏิบัติตามนโยบายซึ่งส่งผลให้ความเป็นอิสระของการทำงานมีข้อจำกัด (อิมทิพย์ อนิศดา และประเสริฐ อินทร์รักษ์, 2555) รูปแบบในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนี้ ผู้วิจัยได้วางแผนร่วมกับครูเพื่อจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน โดยได้ข้อสรุปเงื่อนไขของเวลาที่เหมาะสมคือ 16.30-17.30 นาฬิกา เป็นการออกกำลังกายเป็นแบบคาร์ดิโอ (Cardio exercise) ทุกวันอังคารและวันพุธ และโยคะในวันพฤหัสบดี ครูสามารถเข้าร่วมกิจกรรมโดยไม่ต้องเดินทางไปทำกิจกรรมนอกโรงเรียน ทำให้ประหยัดเวลา ลดค่าใช้จ่าย ครูที่อาจเคยอยู่ทำงานต่อในช่วงหลังเลิกเรียนได้หยุดพักแล้วมาทำกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้ชั่วโมงการทำงานที่เคยยาวนานเกิดการเปลี่ยนแปลงไปส่งผลดีต่อสุขภาพ นอกจากนี้ กิจกรรมภายใต้รูปแบบ ๆ เป็นสิ่งที่ครูต้องการ การมีผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายจากภายนอกเข้ามาให้บริการด้วยรูปแบบที่สนุกสนาน แปลกใหม่ ภายในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ทำให้ครูรู้สึกสบายใจที่จะเข้าร่วมและมีความตื่นตัวต่อการออกกำลังกายอย่างมาก ส่งผลให้ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตและสถานะทางสุขภาพในระยะหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศที่พบว่า การออกกำลังกายแบบกลุ่มในที่ทำงานสามารถสร้างเสริมสุขภาพทางกายของผู้ปฏิบัติงาน (Christensen et al., 2011) และก่อให้เกิดทุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นได้ (Andersen et al., 2015)

มิติเครือข่ายทางสังคม สนับสนุนให้มีการใช้เครือข่ายทางสังคมในการสร้างความเข้มแข็งของกลุ่ม เพิ่มขีดความสามารถในการจัดการตนเอง (capacity building) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อมโยงทางสังคมนี้เป็นปัจจัยป้องกันและส่งเสริมให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ (นิภาพร เอื้อวิณณะโชติมา, 2559) ส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างกันในการทำงานอีกด้วย ซึ่งในโปรแกรมได้เน้น

การมีส่วนร่วมของครูในการแสดงความคิดเห็นและยอมรับในความสามารถของตัวบุคคล เช่น ครูที่มีประสบการณ์และเครือข่ายมาก (อายุ 59 ปี) เสนอให้สานต่อโครงการนี้โดยจะขอรับงบประมาณสนับสนุน หรือครูที่มีประสบการณ์น้อยกว่า (อายุ 38 ปี) อาสาสั่งซื้อหรือจัดสรรอุปกรณ์การออกกำลังกายทางอินเทอร์เน็ตให้กับกลุ่มเพื่อน เห็นได้ว่าครูทุกคนในทุกช่วงวัยมีการสนทนาอย่างมีส่วนร่วมและยอมรับในความสามารถซึ่งกันและกัน เครือข่ายที่สร้างขึ้นนี้ใช้เทคโนโลยีสื่อสารที่เป็นที่นิยมในยุคปัจจุบัน คือไลน์ (Line application) เนื่องจากมีความสามารถหลากหลาย และทำงานได้บนอุปกรณ์ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสมาร์ทโฟน แท็บเล็ต หรือแม้กระทั่งบนเครื่องคอมพิวเตอร์ ความสามารถเด่น ๆ ที่ทำให้ Line มีความแตกต่างจาก Application สื่อสารอื่น ๆ คือรูปภาพตัวการ์ตูนสื่ออารมณ์ที่เรียกว่าสติ๊กเกอร์ ช่วยให้ลดปริมาณการพิมพ์ข้อความ และช่วยสร้างความแปลกใหม่ในการสนทนาได้เป็นอย่างดี เหมาะอย่างยิ่งที่จะเป็นสื่อกลางในความสัมพันธ์ใกล้ชิดโดยเฉพาะสังคมเพื่อน (สุพรรณิ กาวีละ และคณะ, 2556) สามารถใช้เป็นช่องทางเข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพได้ด้วย (วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, 2561) อนึ่งเมื่อครูมีความรู้และปฏิบัติด้วยตัวเองจะสามารถเป็นแกนนำในการชักชวนหรือสื่อสารให้กับบุคคลอื่น ๆ ต่อไปได้ นอกจากนี้ Bambra et al. (2007) ได้กล่าวว่า เครือข่ายสังคมและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จของโครงการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร

มิติของการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ โปรแกรมฯ นี้ได้ปรับรูปแบบบริการสุขภาพโดยการจัดผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย หรือผู้ฝึกสอน (Trainer) จากหน่วยงานภายนอก มาให้คำแนะนำในการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และเป็นผู้นำในการออกกำลังกายควบคู่กับความสนุกสนานเหมาะสมกับสมรรถภาพร่างกายของกลุ่มครูที่เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ครูเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ เป็นการเสริมสร้างศักยภาพของตนเองและกลุ่ม นอกจากนี้ผู้ฝึกสอนยังเป็นต้นแบบสร้างแรงจูงใจทางบวกต่อการออกกำลังกายได้ ดังคำกล่าวของครูหญิง (อายุ 53 ปี) ว่า “โค้ชต๋อยมวย (รูปร่างที่ดูแข็งแรง) เป็นแรงกระตุ้นที่อยากให้ออกกำลังกายและสอนสนุกทำให้ได้เหงื่อเยอะ” มีการศึกษาที่สอดคล้องกันของ Davey et al. (2009) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทขององค์กรในการสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน พบว่า แรงจูงใจที่ส่งผลให้สมาชิกในองค์กรเข้าร่วมโครงการมากที่สุดคือ ความสนุกสนานของกิจกรรม (แรงจูงใจภายใน) และความเหมาะสมและประโยชน์ที่ได้รับ (แรงจูงใจภายนอก) ซึ่งการออกกำลังกายควรจัดให้อยู่ในวิถีชีวิตมากที่สุด หากครูต้องใช้เวลาในการเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกายหรือเกิดการสูญเสียเงินจำนวนมาก อาจมีมุมมองเชิงลบเห็นต้นทุนในการออกกำลังกายที่ไม่คุ้มค่าและหาเวลาเดินทางไปได้ยาก หากแต่จัดให้อยู่ในโรงเรียนและมีบริการสุขภาพสนับสนุนร่วมด้วยจะทำให้ครูมีความสนใจและเข้าร่วมมากยิ่งขึ้น อนึ่งมีคำแนะนำการออกกำลังกายให้อยู่ในชีวิตการทำงาน โดย Higgins (2005) ได้แนะนำให้ประชาชนในอเมริกาที่ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย ควรให้การออกกำลังกายอยู่ในชีวิตประจำวันด้วยการเดินหรือขี่จักรยานไปทำงาน นอกจากนี้ในโครงการยังชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีผลต่อภาวะความเครียด เพิ่มศักยภาพตนเองต่อการจัดการพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและอาหาร และพิจารณาถึงความพึงพอใจต่อสุขภาพของตัวเอง

## ผลการทดลองใช้โปรแกรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคุณครู

ผลการดำเนินงานตามโปรแกรมการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคุณครู (Teachers' Health Model) โดยรวมเกิดประโยชน์ต่อครู ดังเห็นได้จาก ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตและสถานะทางสุขภาพในระยะหลังการทดลอง ครูมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย ค่าคะแนนการรับรู้ภาวะความเครียด ค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมฯ มีกิจกรรมการออกกำลังกายและโยคะ ที่ครูเป็นผู้เลือกเอง การเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีการตั้งเป้าหมายและการประเมินผลที่ชัดเจนทำให้ครูมีการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายและจิตใจของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น รับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายที่เพิ่มขึ้น รู้สึกมีความสุขกายสบายใจเพิ่มขึ้น และมีผละกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน (กรมสุขภาพจิต, 2016) นอกจากนี้การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนครู มีการติดต่อสื่อสารกันทางไลน์แอฟพลิเคชั่นเกี่ยวกับโปรแกรมอย่างสม่ำเสมอ การแลกเปลี่ยนภาพถ่ายของการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์ในหมู่คณะที่ดีขึ้น และรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือกลุ่มที่มีเป้าหมายหรือความสนใจร่วมกัน

ผลการดำเนินงานตามโปรแกรมนี้นี้ทำให้ครูได้รับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ เพนเดอร์และคณะ (Pender et al., 2006) ที่ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้ต่อความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้ ดังความคิดเห็นที่กล่าวไว้

*“หลังจากมีกิจกรรมนี้เกิดขึ้น ทำให้ครูและบุคลากรทุกคนตื่นตัวต่อการดูแลสุขภาพ และการออกกำลังกายอย่างมาก เพราะโดยปกติก็ตื่นตัวอยู่แล้ว พอมีกิจกรรมนี้เข้ามายิ่งเพิ่มการตื่นตัวยิ่งขึ้นไปอีก ตอบโจทย์เลยคะ”* (ครูหญิง อายุ 43 ปี)

การศึกษาที่ผ่านมาในประเด็นของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มีงานวิจัยหลายฉบับมุ่งเน้นเป้าหมายการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มนักเรียน (วิลาวรรณ จันทร, 2560; ปันตดา มักสัมพันธ์, 2558) ทั้งนี้เพราะเป็นเด็กวัยเรียนและเยาวชนสามารถพัฒนาเป็นพฤติกรรมพื้นฐานของภาวะสุขภาพตลอดชีวิตที่มีอยู่ได้ (วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, 2561) อย่างไรก็ตามต้นแบบของพฤติกรรมสุขภาพหรือผู้ที่ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพให้นักเรียนเหล่านั้น ยังต้องเป็นหน้าที่ของครูในโรงเรียนเป็นหลัก ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นส่วนขยายการวิจัยไปยังสุขภาพของครู เพื่อสร้างโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของครูที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงเรียน และให้ครูเกิดการพัฒนาทักษะด้านสุขภาพของตนเอง อนึ่งครูจะได้เป็นแบบอย่างให้นักเรียนและสามารถถ่ายทอดจากประสบการณ์ด้านสุขภาพนั้นสู่นักเรียนได้ต่อไป นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับกรมอนามัย (2558) ได้กำหนดไว้ในเกณฑ์มาตรฐานองค์ประกอบที่ 10 ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงเรียน ซึ่งบุคลากรในโรงเรียนต้องมีการประเมินสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องสุขภาพอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และบุคลากรในโรงเรียนต้องเข้าร่วมกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นตามแผนงานของโรงเรียน ซึ่งในอดีตที่ผ่านมาโรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษแห่งนี้ ยังไม่มีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม ดังข้อมูลการให้สัมภาษณ์ของครู (อายุ 59 ปี) ว่า *“ตั้งแต่โรงเรียนก่อตั้งมา 80 ปีแล้ว นี้*

(รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของโครงการวิจัย) เป็นครั้งแรกที่มีรูปแบบการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน”

จากการศึกษาบริบทขององค์กรแบบมีส่วนร่วมของผู้บริหารและตัวแทนครู 8 กลุ่มสาระพบว่า โรงเรียนแห่งนี้มีความพร้อมของสถานที่และอุปกรณ์ในการส่งเสริมสุขภาพทางกาย เช่น มีลู่วิ่งไฟฟ้า เครื่องยกน้ำหนัก และเครื่องเสียง แต่ยังไม่สามารถสร้างแรงจูงใจหรือกระตุ้นให้ครูสนใจออกกำลังกายได้ ทั้งนี้อาจเกิดจากอุปกรณ์ที่มีอยู่อาจไม่ตรงกับความต้องการของครู ซึ่งครูส่วนใหญ่ในการศึกษานี้เป็นผู้หญิง ร้อยละ 96.0 แต่อุปกรณ์ในโรงเรียนเป็นการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน (Weight training) ครูอาจคิดเห็นว่าเป็นการออกกำลังกายเน้นการสร้างกล้ามเนื้อซึ่งยังไม่เหมาะสมกับตัวเอง อีกทั้งอุปกรณ์การออกกำลังกายดังกล่าวเป็นการออกกำลังกายแบบบุคคล อาจขาดแรงกระตุ้นจากเพื่อน สังคม หรือเครือข่าย ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนความคิดเห็นที่ตรงกันของครูหญิง (อายุ 26 และ 53 ปี) กล่าวถึงความต้องการว่า “อยากมีโค้ช ดูแลแข็งแรง รูปร่างเซ็กซี่ จะทำให้เกิดแรงบันดาลใจ มีแรงกระตุ้นอยากจะทำออกกำลังกาย เช่น โค้ชที่ต่อมอย สนุก ทำให้ได้เหงื่อเยอะมากค่ะ”

ในการศึกษาครั้งนี้ได้วิเคราะห์สถานการณ์จุดอ่อนของการขาดการออกกำลังกายในโรงเรียน จึงทำให้ทราบถึงอีกหนึ่งเหตุผลคือ ครูบางคนอายุที่จะใส่ชุดออกกำลังกายต่อหน้านักเรียน ซึ่งทีมผู้วิจัยจึงได้นำมาปรับใช้ในการจัดรูปแบบของการออกกำลังกายโดยเลือกสถานที่ที่เหมาะสม ผลของการจัดรูปแบบ ๆ สอดคล้องกับการแสดงความคิดเห็นของครูหญิง (อายุ 53 ปี) “สถานที่ออกกำลังกายที่จัดให้ มีสถานที่ออกกำลังกายที่มิดชิด เป็นส่วนตัวดีค่ะ เพราะจะได้ไม่อายนักเรียน ไม่อยากใส่ชุดออกกำลังกายมาแล้วนักเรียนเห็น อายุหุ่นตัวเอง” อย่างไรก็ตามในประเด็นชุดออกกำลังกาย ในกลุ่มครูมีทัศนคติทางความเห็นไม่ตรงกันบ้าง กล่าวคือ ครูหญิงคนหนึ่ง (อายุ 53 ปี) ต้องการให้มีการใส่เสื้อออกกำลังกายเป็นทีม แต่ครูหญิงอีกคน (อายุ 38 ปี) ต้องการใส่เสื้อออกกำลังกายที่มีลวดลายสวยงามหรือแนวเซ็กซี่มาอวดเพื่อน ซึ่งอาจเป็นมุมมองตามช่วงอายุและเพศที่แตกต่างกัน มีการศึกษาของสุวรรณิ วรุณโชติกุล และปาลิดา ศรีศรีกรำพล (2560) พบว่า คนยุคเจนเนอเรชั่นเอ็กซ์ (Generation X) กับวาย (Y) มีพฤติกรรมการเลือกซื้อชุดออกกำลังกายแตกต่างกันบ้าง โดยเจนเนอเรชั่นวายมีการพิจารณาถึงดีไซน์ของชุดร่วมด้วย และในเพศหญิงนิยมใช้วิธีการเลือกซื้อผ่านข้อมูลสินค้าทางอินเทอร์เน็ต คุณค่าของสินค้าและราคา สำหรับเพศชายให้ความเห็นว่า การสืบค้นทางอินเทอร์เน็ตทำให้เสียเวลา หากพบชุดออกกำลังกายที่ถูกต้องสามารถตัดสินใจซื้อได้ทันที ทั้งนี้สอดคล้องกับการให้ข้อมูลของครูหญิง (อายุ 38 ปี) กล่าวว่า “ถ้าเพื่อน (ครู) คนไหนสนใจ (เสื้อออกกำลังกาย) ก็จะช่วยแนะนำ ช่วยสั่งซื้อให้ด้วยได้ค่ะ”

รูปแบบในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพครูที่ได้จากการสนทนากลุ่มคือ การออกกำลังกายแบบคาร์ดิโอ (Cardio exercise) ทุกวันอังคารและวันพุธ และโยคะในวันพฤหัสบดี ระหว่างเวลา 16.30-17.30 นาฬิกา ภายในหอประชุมโรงเรียน เห็นได้ว่าผลของรูปแบบ ๆ ที่ครูต้องการเป็นการออกกำลังกายเน้นการเสริมความแข็งแรงของหัวใจและปอด กระตุ้นการไหลเวียนของเลือด โลหิตและเพิ่มปริมาณการใช้ออกซิเจน อีกทั้งช่วยในการเผาผลาญแคลอรี (ชนิดดา แบนเกสร และคณะ, 2561) โดยมีข้อมูลสนับสนุนให้เห็นตรงกันของครูหญิง (อายุ 53 ปี) และครูชาย (อายุ 59 ปี) ว่า “กิจกรรมการออกกำลังกายรูปแบบนี้ถือเป็นคนแรกเลย โรงเรียนเราไม่เคยมีรูปแบบการออกกำลังกายแบบนี้มาก่อนเลย ทั้งออกกำลังกาย และโยคะ” นอกจากนี้เห็นได้ว่าการออกกำลังกายที่ครู

ต้องการเป็นการออกกำลังกายด้วยกิจกรรมแบบกลุ่มมากกว่าการออกกำลังกายแบบบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณิ กาวีละ และคณะ (2556) พบว่า ความสัมพันธ์ใกล้ชิดโดยเฉพาะสังคมเพื่อนจะเป็นแรงกระตุ้นที่สำคัญในการออกกำลังกาย อีกทั้งสังคมประเภทเดียวกันจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลประเภทเดียวกันให้ซึ่งกันและกัน เป็นการเสริมสร้างความรู้ที่เหมาะสมอีกช่องทางหนึ่ง ซึ่งการสร้างเสริมพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในสถานศึกษาในช่องทางไลน์ (Line) เฟซบุ๊ก (Facebook) และการสร้างบรรยากาศในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาช่องทางเข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลายจะเป็นปัจจัยเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ในสถานศึกษาได้ (วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, 2561)

ผลการเปรียบเทียบการทดลองใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพครูก่อนและหลังการทดลองพบว่า โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสามารถลดการรับรู้ภาวะความเครียดได้ สอดคล้องกับชนิดดา แนบ เกสร และคณะ (2561) ที่ได้ทดลองใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิค (อาศัยออกซิเจน) ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 66 คน ระยะเวลาทดลอง 8 สัปดาห์ พบว่า หลังการทดลองออกกำลังกายกลุ่มตัวอย่างมีระดับของฮอร์โมนคอร์ติซอลลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งรูปแบบในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดให้มีการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจนเช่นกัน ได้แก่ ออกกำลังกายแบบคาร์ดิโอและเล่นโยคะ เป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมงต่อวัน การออกกำลังกายลักษณะนี้จะช่วยเพิ่มฮอร์โมนเอนดอร์ฟิน ซึ่งเป็นสารต่อต้านภาวะซึมเศร้าและช่วยลดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลซึ่งเป็นฮอร์โมนเกี่ยวกับความเครียด (Nabkasorn et al., 2006) ดังนั้นจึงมีผลช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และเกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมปฏิบัติตามรูปแบบ ๆ ได้อย่างสม่ำเสมอ

โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สร้างและพัฒนาขึ้นมีผลให้ครูเกิดพฤติกรรมการจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และสถานะทางสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย โดยค่าคะแนนทุกด้านเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นครูที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งในขั้นต้นอยู่ในระยะมีความพร้อมและตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองอยู่แล้ว แต่ต้องการข้อมูลสนับสนุนการปฏิบัติ คำปรึกษาหรือความรู้เพิ่มเติม ซึ่งตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะอยู่ในระยะนี้ภายใน 30 วัน (พรฤดี นิธิรัตน์ และคณะ, 2561) ซึ่งรูปแบบ ๆ ที่ได้จัดกิจกรรมมีระยะเวลาครอบคลุมของระยะการตัดสินใจสู่การปฏิบัติเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้รูปแบบ ๆ ยังใช้แรงสนับสนุนทางสังคม เครือข่ายเพื่อนร่วมงาน เพื่อสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ และกระตุ้นเตือนสื่อสารความรู้ในช่องทางที่สะดวกแก่การเข้าถึง เช่น ผ่านการสื่อสารไลน์เฉพาะกลุ่ม ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลและเสริมพลังทางบวกของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ครูจึงตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามโปรแกรมอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ระยะหลังการทดลองครูมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองดีขึ้นในทุกด้าน

บทสรุปของความสำเร็จของการดำเนินงานตามโปรแกรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของครูนี้ เป็นไปตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพที่ประกาศโดยกฎบัตรรอดตาว่า กล่าวคือ โรงเรียนมีรูปแบบ ๆ เป็นของตัวเอง โดยครูทุกคนรับทราบและมีครูสนใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ผู้บริหารโรงเรียนให้ความสำคัญซึ่งเป็นผู้ประกาศนโยบายและกล่าวถึงโครงการสร้างเสริมสุขภาพนี้ ซึ่งมีการให้ข้อมูลของครูหญิง (อายุ 53 ปี) “ปัจจัยสำคัญที่ทำให้โครงการนี้สำเร็จ คือ ผู้อำนวยการ

โรงเรียนให้กำลังใจ พุดถึงโครงการนี้ ให้ความสำคัญต่อโครงการนี้ และกล่าวขอบคุณครูและบุคลากรทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมนี้” จะเห็นได้ว่าการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของครูมีความสำคัญ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการผลักดันให้เกิดการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของครู น่าจะเป็นแนวทางการแก้ปัญหาที่จับต้องได้และตอบสนองต่อความต้องการของครูมากที่สุด แนวคิดนี้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาครูและครูแนวใหม่ ซึ่งมีหลักการที่ว่า การพัฒนาต้องเกิดจากความต้องการของครูและครู (สำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน, 2557) และสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2579) ในประเด็น “การพัฒนาที่ยั่งยืน” และ “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” โดยเน้นในเรื่องของการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ และเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของครู นอกจากนี้โรงเรียนยังได้สร้างสิ่งแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (healthy work environment) สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวว่า สถานที่ทำงานไม่เพียงแต่ต้องปราศจากอันตรายเท่านั้น แต่ยังต้องเป็นที่ที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพด้วย (WHO, 1986)

### ข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยโปรแกรมทางสังคม มีข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ ดังนี้

#### 1. ผู้บริหารโรงเรียนต้องเล็งเห็นถึงความสำคัญของสุขภาพครู

จากผลการวิจัยพบว่า การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพประสบความสำเร็จเนื่องจากผู้บริหารโรงเรียนเห็นความสำคัญของสุขภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาในโรงเรียน โดยให้การสนับสนุน ติดตาม และให้กำลังใจผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างเต็มที่ ผู้บริหารโรงเรียนนอกจากจะเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงแล้ว ยังเป็นผู้เอื้ออำนวยและชักจูงให้เกิดความสำเร็จในการทำกิจกรรมต่างๆ ในโรงเรียน โดยผู้บริหารโรงเรียนจะต้องมีความสามารถในการโน้มน้าว ผลักดัน และมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับครูและบุคลากรทางการศึกษาในโรงเรียน

#### 2. ควรมีการจัดสรรงบประมาณเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน

เนื่องจากการทดลองใช้โปรแกรมและการประเมินผล ใช้งบประมาณจากโครงการวิจัย การนำโปรแกรมนี้ไปใช้มีความจำเป็นต้องอาศัยงบประมาณในการดำเนินการ ขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่จัดขึ้น เช่น การบริการสุขภาพ การตรวจสุขภาพ รูปแบบของการออกกำลังกายที่ต้องการจัด การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการความเครียด เป็นต้น ดังนั้นโรงเรียนควรต้องมีการทำแผน หรือหาแหล่งงบประมาณสนับสนุน เช่น จากสมาคมผู้ปกครองนักเรียนหรือศิษย์เก่า

#### 3. ควรมีการเฝ้าระวังทางสุขภาพและวิเคราะห์ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประโยชน์

การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยโปรแกรมทางสังคมที่พัฒนาขึ้นนี้ เป็นรูปแบบที่ใช้ข้อมูลทางสุขภาพและปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพซึ่งมีความแตกต่างกันตามบริบทของโรงเรียนแต่ละแห่ง และมีความเป็นพลวัต ดังนั้นการนำโปรแกรมนี้ไปใช้ต้องตั้งต้นจากการสำรวจข้อมูลสถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของครูและบุคลากรทางการศึกษาในโรงเรียน รวมถึงต้องมีการวิเคราะห์ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพที่สามารถแทรกแซงได้ นอกจากนี้เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนของ

กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาในโรงเรียน ต้องมีการนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ในการวางแผนและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องด้วย

#### 4. การดำเนินงานต้องอาศัยหลักการมีส่วนร่วม

เนื่องจากครูและบุคลากรทางการศึกษาในโรงเรียนเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความรู้และอยู่ในวัยทำงาน การจัดทำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต้องอาศัยหลักการมีส่วนร่วม โดยเริ่มตั้งแต่การค้นหาปัญหา การวิเคราะห์บริบทด้านสุขภาพของครูและบุคลากรทางการศึกษาในโรงเรียน และการดำเนินงาน ควรมีการแต่งตั้งคณะทำงานและมอบหมายหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ นอกจากนี้ควรมีการเสริมแรงทางบวก เช่น การมอบรางวัลให้ผู้ที่ประสบผลสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพ หรือการเล็งเห็นความสำคัญของแกนนำหรือคณะทำงานสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน

## ผลผลิต

### ผลงานตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับชาติ

1. ทนงค์ดี ยิ่งรัตน์สุข, ฌมาน ปัทมะ พลยง, กาญจนา พิบูลย์, ธนิตา จุลวนิชย์พงษ์, ภัทรา หิรัญรัตน์ พงศ์, พวงทอง อินใจ. (2563). รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพครูในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียง. วารสารควบคุมโรค. (อยู่ในระหว่างการตีพิมพ์เผยแพร่)
2. ทนงค์ดี ยิ่งรัตน์สุข, กาญจนา พิบูลย์, ธนิตา จุลวนิชย์พงษ์, พวงทอง อินใจ. (2563). ลักษณะงานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของครูในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดชลบุรี. บุรพาเวชสาร ปีที่ 7 ฉบับ1 (มกราคม-กรกฎาคม).

### ผลงานเชิงสาธารณะ

1. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการ การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยโปรแกรมทางสังคม
2. คู่มือการสร้างสังคมสุขภาวะสำหรับครูในโรงเรียน เผยแพร่ออนไลน์  
<http://www.phbuu.com/docsdetail.php?id=45>



## รายงานสรุปการเงิน

รหัสโครงการ 54894 สัญญาเลขที่ 38.3/2562  
โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้ (เงินอุดหนุนจากรัฐบาล)  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562  
มหาวิทยาลัยบูรพา

**ชื่อโครงการ** การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยโปรแกรมทางสังคม

**ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุน** ผศ.ดร.ทงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข

รายงานในช่วงตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2562

ระยะเวลาดำเนินการ 1 ปี 3 เดือน

### รายรับ

จำนวนเงินที่ได้รับ

งวดที่ 1 (50%)	248,540 บาท เมื่อวันที่
งวดที่ 2 (40%)	198,760 บาท เมื่อวันที่
งวดที่ 3 (10%)	49,690 บาท เมื่อวันที่ – (ยังไม่ได้เบิกจ่าย)
รวม	496,900 บาท

### รายจ่าย

รายการ	งบประมาณที่ตั้งไว้	งบประมาณที่ใช้จริง	จำนวนเงินคงเหลือ/เกิน
1. ค่าตอบแทน	184,690 บาท	184,690 บาท	-
2. ค่าวัสดุ	4,580 บาท	4,580 บาท	-
3. ค่าใช้สอย	257,940 บาท	257,940 บาท	-
4. ค่าสาธารณูปโภค สำหรับมหาวิทยาลัย	49,690 บาท	49,690 บาท	-
รวม	496,900 บาท	496,900 บาท*	-

\* ยังไม่ได้เบิกจ่าย งวดที่ 3 (10%) เป็นเงิน 49,690 บาท

ผศ. ดร. ทงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข  
หัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุน

## บรรณานุกรม

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2558). สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข. (2016). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. Retrieved from <https://www.dmh.go.th/test/whoqol/>.
- กุสุมา สุริยา. (2550). ประสิทธิภาพของโปรแกรมลดน้ำหนักโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดกำกับตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กำชัย เสนากิจ. (2561). คุณภาพชีวิตการทำงานของครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 26 วารสารวิชาการศรีปทุม ชลบุรี 15(1), 245-252.
- คะนิงนิจ ศรีบัวเอี่ยม และคณะ. (2545). แนวทางการเสริมสร้างประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540: ปัญหา อุปสรรค และทางออก. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.
- โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. (2555). *เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L: การพัฒนาการทดสอบทางจิตวิทยาและค่าน้ำหนักอรรถประโยชน์ในประชากรไทย*. โครงร่างวิจัย. Retrieved from <http://www.hitap.net>.
- จินตวีร์ เกษมศุข. (2554). การสื่อสารกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชลธิชา แก้วอนุชิต. (2556). แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพภายใต้ระบบสุขภาพโลกและประเทศไทย. *Journal of Nursing Science & Health* 36(11), 23-31.
- ชนิดดา แนบเกสร วรณิ เดียววิเศษ อาภรณ์ ดินาน. (2561). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อภาวะซึมเศร้าและฮอโมนคอร์ติซอลในวัยรุ่นหญิงที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลทหารบก* 19, 248-258.
- ณัฐนันท์ ปั้นลายนาค. (2552). การพัฒนาระบบการบริหารโรงเรียนประถมศึกษา เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยแบบองค์รวม. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย/กรุงเทพฯ.
- ไทยพับลิก้า กล้าพูดความจริง. (2558). “สมนึก จงมีวคิน” ต้นแบบโมเดล “ธรรมนูญอ่าวอุดม” จากนักอนุรักษ์วัด วัง บ้าน สุนัขวิจัยชุมชน สู้กับ “ยักษ์” เพื่ออนุรักษ์ชุมชน. Retrieved from <https://thaipublica.org/2014/03/udom-gulf-model/>.
- ไทยพับลิก้า กล้าพูดความจริง. (2558). สสำรวจคนไร้บ้านกว่า 1,300 คนกระจายทั่วกรุงเทพฯ พบ เมาสุรา-สุขภาพจิตสูงสุด. Retrieved from <https://thaipublica.org/2015/11/homeless-1/>.
- ธเนศน์ นุ่นมัน. (2558). "หนี้ครู" ปัญหาอมตะคู่แม่พิมพ์ของชาติ. Retrieved from <https://www.posttoday.com/analysis/report/390568>.

- ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2543). ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- นพพร ทิแก้วศรี และ ปารีชาติ หมูแสนทอง. (2014). แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตครู กรณีศึกษา ครูระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานในกรุงเทพมหานคร. Retrieved from <http://www.happy8workplace.com/>.
- นิภาพร เอื้อวิณะโชติมา. (2559). ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพของ ประชากร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 25(1), 147-156
- นิตยา พรหมพินิจ, วัลนิกา ฉลากบาง, พิศุทธิ์ กิติศรีวรพันธุ์. (2558). การพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนคร เขต 2. *วารสารมหาวิทยาลัย นครพนม* 5(3), 42-47.
- บวรศักดิ์ อูวรรณโณ และคณะ. (2554). รายงานการศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนใน กระบวนการนโยบายสาธารณะ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เอ.พี.กราฟฟิค ดีไซน์ และการพิมพ์.
- บันดดา มักสัมพันธ์. (2558). รูปแบบบริหารแบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพนักเรียน โรงเรียนไม่ ดำพิทยาคม รัชมังคลาภิเษก. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง* 4, 1-15.
- ปรีชา นะเป้า. (2556). คุณภาพชีวิตในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของคณาจารย์และ บุคลากรทางการศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษาเอกชน ในกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการ บริหารธุรกิจ* 2(2), 64-71.
- ปัทมา สุปก่าปิง, วุฒิสาร ตันไชย, ถวิลวดี บุรีกุล และบวรศักดิ์ อูวรรณโณ. (2552). การมีส่วนร่วม ของประชาชนในกระบวนการนโยบายสาธารณะ. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.
- พรฤดี นิธิรัตน์ เพ็ญญา พิสัยพันธุ์ ดาราวรรณ ร่องเมือง และเสาวภา เล็กวงษ์. (2561). ผลของ รูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพแบบทฤษฎีผสมต่อการรับรู้ความสามารถในการ จัดการตนเอง และการลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังในอาจารย์และเจ้าหน้าที่ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า* 35, 18-29.
- พินิจ ฟ้าอำนวยการผล. การทบทวนข้อมูลปัจจัยทางสังคมที่กระทบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]: สำนักงาน พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ [สืบค้นเมื่อ 23 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: [http://www.hiso.or.th/hiso/proReport/pro3\\_report1.php?manu=2&page=1](http://www.hiso.or.th/hiso/proReport/pro3_report1.php?manu=2&page=1).
- พิษณุ ตูลสุข. (2560). สกสค.แก้ไขหนี้ครูวิกฤติพันคนแรกเริ่ม พ.ค.นี้. Retrieved from <http://www.komchadluek.net/news/edu-health/275645>.
- วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล. (2561). การสร้างเสริมสุขภาพในสถานศึกษา. *วารสารความปลอดภัยและ สุขภาพ* 11(2), 1-11.
- วิลาวรรณ จันท. (2560). การส่งเสริม ป้องกัน และรักษาทันตสุขภาพนักเรียน ชั้นประถมศึกษา อำเภอสอง จังหวัดแพร่. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาล พระปกเกล้า* 34, 237-246.

- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2556). สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: บริษัท เดอะ กราฟฟิโก ซิสเมส์ จำกัด,นนทบุรี.
- ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี. (2561). คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ.
- สุชีรา มาไกวร์. (2017). BBS News. *ความรุนแรงในครอบครัว เรื่องส่วนตัวหรือปัญหาสังคม : ตอนที่ 1 เมียหลวงหมดอายุ*. [internet]. [cited 2018 Sep 23]. Available from: <http://www.bbc.com/thai/thailand-38955861>.
- สุพรรณิ กาวีละ มณฑา เก่งการพานิช ธนาดล เก่งการพานิช และศรีธัญญา เบญจกุล. (2556). พฤติกรรมการออกกำลังกายของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม กรุงเทพมหานคร. วารสาร สุขศึกษา 36, 81-93.
- สุพัตรา ธัญชัย. (2544). ศึกษาศักยภาพของโรงเรียนสารภีพิทยาคมในการเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการศึกษา). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภาณี ฝนทองมงคล. (2546). การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการครูสังกัดกรุงเทพมหานครในสำนักงานเขตราชบุรณะ. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (การบริหารการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันราชภัฏธนบุรี.
- สุวรรณิ วรุณโชติกุล และปาลิดา ศรีศรกำแพง. (2560). แนวทางในการเลือกซื้อชุดออกกำลังกายสำหรับผู้ออกกำลังกายด้วยการเดินและวิ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการ การตลาดและจัดการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี 4(2), 105-116.
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2559). Retrieved from <https://tdri.or.th/2016/04/social-enterprise-boonwara-nattanun/>.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2553). ภาระงานสอนของข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา สายงานการสอน. หนังสือสำนักงาน ก.ค.ศ. ด่วนที่สุด ที่ ศร 0206.3/3724 ลงวันที่ 21 กันยายน 2553.
- สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ. (2559). คู่มือการจัดการศึกษาต่อเนื่อง (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2559).
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). การสาธารณสุขไทย 2554-2558. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน. (2557). *การยกระดับคุณภาพครูไทยในศตวรรษที่ 21*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ “อภิวัดการเรียนรู้ สู่จุดเปลี่ยนประเทศไทย” (6-8 พฤษภาคม 2557).
- สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ. ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร. (2559). Retrieved from <https://www.nationalhealth.or.th>.
- สำนักพัฒนาและส่งเสริมการบริหารราชการจังหวัด. (2560). แผนพัฒนากลุ่มจังหวัด 4 ปี ( 2561-2564) กลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน. Retrieved from <http://www.pad.moi.go.th>.

- อรุณี อ่อนสวัสดิ์. (2551). *ระเบียบวิธีวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาควิชาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์.
- อิมทีพย์ อนิศดา และประเสริฐ อินทร์รักษ์. (2555). คุณภาพชีวิตของครูที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพครูในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากาญจนบุรี เขต 4. วารสารบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร 3: 77-86.
- อุไรวรรณ อินทร์ม่วง, ยรรยงค์ อินทร์ม่วง และภาณี ฤทธิมาก, (2011). การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชนตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *KKU Res J.* 16(6): 716-729.
- Acevado-Garcia, D., Osypuk, T.L., Werbel, R.E., Meara, E.R. (2004) Does housing mobility policy improve health? *Housing Policy Debate*, 15(1), 49–98.
- Ahnquist, J., Wamala, S.P., Lindstrom, M. (2012). Social determinants of health - a question of social or economic capital? Interaction effects of socioeconomic factors on health outcomes. *Soc Sci Med* 74:930-9.
- Almond, D., and Chay, K.Y. (2006). *Health Effects of Non-Health Policy*. Washington, DC. The Long-Run and Intergenerational Impact of Poor Infant Health: Evidence from Cohorts Born During the Civil Rights Era.
- Andersen, LL., Poulsen, OM., Sundstrup E., Brandt M. et al. Effect of physical exercise on workplace social capital: Cluster randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Public Health* 2015; 43(8).
- Anderson, L.M., Scrimshaw, S.C., Fullilove, M.T., Fielding, J.E. (2003). Task Force on Community Preventive Services. The Community Guide's model for linking the social environment to health. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3S), 12–20. [PubMed: 12668194].
- Australian Government of Health and Welfare. Social determinants – About. Australian Government. Retrieved from <https://www.aihw.gov.au>.
- Bambra, C., Egan, M., Thomas, S., Petticrew, M., Whitehead, M. (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 2. A systematic review of task restructuring interventions. *J Epidemiol Community Health* 61: 1028–37.
- BBC News. (2017). ไทยรถติดที่ 1 ของโลก-ผลสำรวจชี้ไม่มีทางกำจัดปัญหาได้ถาวร. [internet]. [cited 2018 Sep 23]. Available from: <https://www.bbc.com/thai/thailand-39038498>.
- Berkman, L.F., & Syme, S.L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American journal of Epidemiology*, 109(2), 186-204.
- Caplan, G. (1974) *Support Systems and Community Mental Health*. New York:

Behavioral Publications.

- Caplan, G., & Killilea, M. (Eds.). (1976). Support systems and mutual help: Multidisciplinary explorations. New York: Grune & Stratton.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2005). Social determinants of health working group. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- Christensen, J.R., Faber, A., Ekner, D. et al. (2011). Diet, physical exercise and cognitive behavioral training as a combined workplace based intervention to reduce body weight and increase physical capacity in health care workers - a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 11:671. doi:10.1186/1471-2458-11-671
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314.
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO.
- Cooper, R.S., Steinhauer, M., Schatzkin, A., Miller, W. (1981). Improved mortality among U.S. blacks, 1968–1978: The role of antiracist struggle. *International Journal of Health Services*, 11, 511–522. [PubMed: 7333722].
- Costello, E.J., Compton, S.N., Keeler, G., Angold, A. (2003). Relationships between poverty and psychopathology: A natural experiment. *Journal of the American Medical Association*, 290(15), 2023–2029. [PubMed: 14559956].
- Dag Øivind Madsen. (2016). SWOT Analysis: A Management Fashion Perspective. *International Journal of Business Research* 16(1), 39-56.
- Dalgard, O.S., Tambs, K. (1997). Urban environment and mental health: A longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 171, 530–536. [PubMed: 9519091].
- Davey, J., Fitzpatrick, M., Garland, R., Kilgour, M. (2009). Adult participation motives: Empirical evidence from a workplace exercise programme. *European Sport Management Quarterly* 9(2): 141-162.
- Engels, F. (1987). The condition of the working class in England. New York: Penguin Classics.
- EuroQol Research Foundation. (2015). EQ-5D-5L User Guide. Version 2.1. April, 2015.
- Fauth, R.C., Levanthal, T., Brooks-Gunn, J. (2004). Short-term effects of moving from public housing in poor-to middle-class neighborhoods on low-income, minority adults' outcomes. *Social Science and Medicine*, 59, 2271–2284. [PubMed: 15450703].

- Fernand, L.C.H., Gertler, P.J., Neufeld, L.M. (2008). Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. *Lancet*, 371, 828–837. [PubMed: 18328930].
- Fergusson, D.M., Grant, H.G., Horwood, L.J., Ridder, E.M. (2005). Randomized Trial of the Early Start Program of Home Visitation. *Pediatrics*, 116(6), e803–e809. [PubMed:16322138]
- Fergusson, D.M., Grant, H.G., Horwood, L.J., Ridder, E.M. (2006). Randomized Trial of the Early Start Program of Home Visitation: Parent and family outcomes. *Pediatrics*, 117(3), 781–786. [PubMed: 16510658].
- Ferrie, J.E., Martikainen, P., Shipley, M.J., Marmot, M.G., Stansfeld, S.A., Smith, G.D. (2001). Employment status and health after privatisation in white collar civil servants: prospective cohort study. *BMJ* 322:647-51.
- Forchuk, C., Dickins, K., Corring, D.J. (2016). Social Determinants of Health: Housing and Income. *Healthc Q* 18 (Spec) 27-31. doi:10.12927/hcq.2016.24479.
- Gordon, D. (2010). Health inequalities in developing nations. *Social Alternatives*, 29(2), 28–33.
- Gottlieb, J. L. (1985). Social participation of individuals in four rural community of the northeast: rural sociology. Columbia: University Missouri Press.
- Halpern, D. *Mental Health and Built Environment*. (1995). London: Taylor & Francis
- Hart, J.T. (1990). Coronary Heart Disease Prevention in Primary Care: Seven Lessons From Three Decades. *Family Practice*, 7, 288–294.
- Hart, J.T., Thomas, C., Gibbons, B., et al. (1991). Twenty five years of case finding and audit in a socially deprived community. *British Medical Journal*, 302, 1509–1513. [PubMed: 1855023].
- Hart, J.T., Edwards, C., Hart, M., et al. (1993). Screen Detected High Blood Pressure Under 40: A General Practice Population Followed Up For 21 Years. *British Medical Journal*, 306(6875), 437–440. [PubMed: 8461729].
- Harvey, AS., Pentland, W. What do people do. Introduction to occupation: the art and science of living 2004:63-90.
- Health Canada. (1998). Taking action on population health: a position paper for health promotion and programs branch staff. Ottawa.
- Health Leads. (2016). Social Needs Screening Toolkit. Retrieved from <https://healthleadsusa.org>.
- Herbig, B., Draquano, N., Anqerer, P. (2013). Health in the longterm unemployed. *Dtsch Arztebl Int* 110:413-9.

- Herd, P., Schoeni, R.F., House, J.S. (2008). Upstream solutions: Does the supplemental security program reduce disability in the elderly? *The Milbank Quarterly*, 86, 5–45. [PubMed: 18307476].
- Hoogendoorn, W.E., Bongers, P.M., de Vet, H.C.W., Houtman, I.L.D., Ariëns, G.A.M., van Mechelen, W., Bouter, L.M. (2001). Psychosocial work characteristics and psychological strain in relation to low-back pain. *Scand J Work Environ Health* 27(4):258-267
- Horner, S. (2006). Home Visiting for Intervention Delivery to Improve Rural Family Asthma Management. *Journal of Community Health Nursing*, 23(4),213–223. [PubMed: 17064231].
- House, J. S., Kahn, R. L., McLeod, J. D., & Williams, D. (1985). Measures and concepts of social support.
- Huston, A.C., Duncan, G.J., McLoyd, V.C. (2005). Impacts on children of a policy to promote employment and reduce poverty for low-income parents: New Hope after 5 years. *Developmental Psychology*, 41(6), 902–918. [PubMed: 16351336].
- Inmuong U, Charentanyarak L, Furu P. (2009). Community perceptions of health determinants in Khon Kaen province, Thailand. *SE Asian J Trop Med*, 40:380-91.
- INRIX. (2016). Global Traffic Scorecard. Retrieved from <http://inrix.com/resources/inrix-2016-global-traffic-scorecard/>.
- Kaplan, G.A., Ranjit, N., Burgard, S. (2008). Lifting Gates--Lengthening Lives: Did Civil Rights Policies Improve the Health of African-American Woman in the 1960s and 1970s?. In: Schoeni, RF. ;House, JS.; Kaplan, GA.; Pollack, H., editors. *Making Americans Healthier: Social and Economic Policy as Health Policy* (pp.145-169).
- Karasek, R.A. Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A. and Theorell, T. (1981). Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *Am J Public Health*71(7): 694–705.
- Kehrer, B.H., Wolin, C.M. (1979). Impact of income maintenance on low birth weight: Evidence form the Gary experiment. *Journal of Human Resources*, 14, 434–462. [PubMed: 575154].
- Langlie, J.K. (1977). Social networks, health beliefs, and preventive health behavior. *Journal of health and social behavior*, 244-260.



- Levanthal, T., Brooks-Gunn, J. (2003). Moving to Opportunity: An experimental study of neighborhood effects on mental health. *American Journal of Public Health, 93* (9), 1576–1582. [PubMed:12948983].
- Massachusetts Public Health Association. (2016). Spotlight: Transportation as a Social Determinant of Health – Why Transportation is a Public Health Issue. [internet]. [cited 2018 Sep 23]. Available from: <https://mapublichealth.org/>.
- Minkler, M. (1981). Research on the health effects of retirement: an uncertain legacy. *Journal of health and social behavior, 22*(2), 117-130.
- Minkovitz, C., Strobino, D., Mistry, K., et al. (2007). Healthy Steps for Young Children: Sustained Results at 5.5 Years. *Pediatrics, 120*(3), e658–e668. [PubMed: 17766506].
- Nabkasorn C, Miyai N, Sootmongkol A, Junprasert S, Yamamoto H, Arita M, Miyashita K. (2006). Effects of physical exercise on deperession neuroendocrine stress hormones and physiological fitness in adolescent females with depressive symptoms. *European Journal of Public Health 16*, 179-184.
- National Association of Community Health Centers. (2017). The Protocol for Responding to and Assessing Patients’ Assets, Risks, and Experiences. <http://www.nachc.org/research-and-data/prapare>.
- Nettleton, S. (1997) Surveillance, health promotion and the formation of a risk identity. In Peberdy, A. (ed.) *Debates and Dilemmas in Promoting Health*. Open University Press, London.
- Norr, K.F., Crittenden, K.S., Lehrer, E.L., et al. (2003). Maternal and Infant Outcomes at One Year for a Nurse-Health Advocate Home Visiting Program Serving African Americans and Mexican Americans. *Public Health Nursing, 20* (3), 190–203. [PubMed: 12716399].
- Olds, D.L. (2002). Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replications. *Prevention Science, 3*(3), 153–172. [PubMed: 12387552].
- Olds, D.L., Sadler, L., Kitzman, H. (2007). Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*(3–4):355–391.[PubMed: 17355402].
- 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.

- Paxson, C., Schady, N. (2007). Does Money Matter? The Effects of Cash Transfers on Child Health and Development in Rural Ecuador, 1-43. [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org) (World Bank Policy Research Working Paper).
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., Parsons, M.A. (2006). Health promotion in nursing practice. 5th ed. Jurong, Singapore: Pearson.
- Pilisuk, M. (1982). Delivery of social support: The social inoculation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(1), 20.
- Program TIHaD. (1990). Enhancing the Outcomes of Low-Birth-Weight, Premature Infants. *Journal of the American Medical Association*, 263(22), 3035–3042.
- Rawlings, L.B., Rubio, G.M. (2005). Evaluating the impact of conditional cash transfer programs: Lesson from Latin America. *World Bank Res Obs*, 20(1), 29–55.
- Riechmann-Wolf, M., Claus, M., Kimbel, R., Schöne, K., Claus, A., Letzel, S., Rose, D.M. (2017). What Enhances Teachers' Health at Inclusive Primary Schools? A Mixed-Methods Approach. *Gesundheitswesen*. doi: 10.1055/s-0042-123846.
- Schweihart, L.J., Montie, J., Xiang, Z., Barnett, WS., Belfield, CR., Nores, M. (2005). Lifetime effects: The High/Scope Perry Preschool study through age 40. Ypsilanti: High/Scope Press.
- Smulders, P.G.W. and Nijhuis, F.J.N. (1999). The Job Demands-Job Control Model and absence behaviour: Results of a 3-year longitudinal study. *Work & Stress* 13(2) <https://doi.org/10.1080/026783799296093>.
- Soeung, S.C., Grundy, J., Sokhom, H., Blanc, D.C., and Thor, R. (2012). The social determinants of health and health service access: an in depth study in four poor communities in Phnom Penh Cambodia. *Int J Equity Health*. 11: 46. doi: 10.1186/1475-9276-11-46.
- Tesh, S. (1990). *Hidden Arguments: Political Ideology and Disease Prevention Policy*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Timms, C., Graham, D. and Cottrell, D. (2007), "“I just want to teach”", *Journal of Educational Administration*, Vol. 45 No. 5, pp. 569-586. <https://doi.org/10.1108/09578230710778204>
- The Civic Engine. (2015). *Roots to Health Survey*. Retrieved from <http://www.thecivicengine.org>.
- Virchow, R. (1985). *Collected essays on public health and epidemiology*. Science History Publications, Cambridge, UK.
- 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.
- Willis, E., Pearce, M., McCarthy, C., Jenkin, T., Ryan, F. (2006). Utility stress as a social determinant of health: exploring the links in a remote Aboriginal community. *Health Promot J Austr* 17(3):255-9.
- World Health Organization. (1948). Frequently asked questions. What is the WHO definition of health? Retrieved from <http://www.who.int>.
- World Health Organization. (1986). Ottawa charter for health promotion. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. Global school health initiative. [Internet]. 1995 [cited 2019 Sep 30]. Available from [https://www.who.int/school\\_youth\\_health/gshi/en/](https://www.who.int/school_youth_health/gshi/en/).
- World Health Organization. (2005). Action on the Social Determinant of Health: learning from previous experiences. Retrieved from [http://www.who.int/social\\_determinants/en](http://www.who.int/social_determinants/en).
- 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/>.
- World Health Organization. (2009). Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences.
- World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2. Geneva, 2010 [internet]. [cited 2018 Sep 23]. Available from: [http://www.who.int/sdhconference/resources/Conceptual\\_frameworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/Conceptual_frameworkforactiononSDH_eng.pdf).
- World Health Organization: Social determinants of health [internet]. [cited 2018 August 23]. Available from: [http://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/index.html).
- World Health Organization. (2017). WHOQOL: Measuring Quality of Life. Retrieved from <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>
- Zuckerman, B., Sandel, M., Smith, L., Lawton, E. (2004). Why Pediatricians Need Lawyers to Keep Children Healthy. *Pediatrics*, 114(1):224–228. [PubMed: 15231932].

ภาคผนวก

แบบสอบถามงานวิจัยเรื่อง  
การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยโปรแกรมทางสังคม

**คำชี้แจง**

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยโปรแกรมทางสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานวิจัย การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาภาคตะวันออก

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยขอให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง โดยข้อมูลที่ได้รับผู้วิจัยจะนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น การนำเสนอข้อมูลคำตอบจะนำเสนอในภาพรวมโดยมีการไม่ระบุชื่อนามสกุล ดังนั้น คำตอบทั้งหมดจึงไม่ส่งผลกระทบต่อใคร ๆ ต่อท่าน ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ท่านตอบคำถามให้ครบทุกข้อเพื่อความครบถ้วนและสมบูรณ์ของคำตอบในการวิจัย ทั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปพัฒนาโปรแกรมทางสังคม เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาต่อไป

- โดยแบบสอบถามฉบับนี้ มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ส่วน
- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
  - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ
  - ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
  - ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต
  - ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเครียด
  - ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร
  - ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย

## ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง [ ] หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด และโปรดเติมข้อมูลลงในช่องว่างทุกข้อ

1. เพศ [ ] ชาย [ ] หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ท่านนับถือศาสนา [ ] พุทธ [ ] คริสต์ [ ] อิสลาม [ ] อื่น ๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส [ ] โสด [ ] สมรส [ ] หม้าย/หย่าร้าง/แยก
5. จำนวนสมาชิกในครอบครัวของท่าน.....คน (รวมทุกอายุ)
6. จำนวนบุคคลในครอบครัวของท่านที่ไม่ได้ทำงาน ไม่มีรายได้ .....คน (รวมทุกอายุ)
7. จังหวัดที่ตั้งสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน  
[ ] ระยอง [ ] ฉะเชิงเทรา  
[ ] ชลบุรี [ ] ตรวด  
[ ] ปราจีนบุรี [ ] จันทบุรี  
[ ] สระแก้ว [ ] นครนายก
8. ระดับการศึกษาสูงสุด [ ] ปริญญาตรี [ ] ปริญญาโท [ ] ปริญญาเอก [ ] อื่น ๆ ระบุ.....
9. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในการเป็นครูผู้สอน.....ปี
10. ระยะเวลาการทำงานในโรงเรียนที่สอนในปัจจุบันนี้ .....ปี
11. ตำแหน่งงานในปัจจุบัน  
[ ] ครูผู้ช่วย [ ] ครูชำนาญการ [ ] ครูชำนาญการพิเศษ  
[ ] ครูเชี่ยวชาญ [ ] ครูเชี่ยวชาญพิเศษ [ ] ครูอัตราจ้าง  
[ ] อื่นๆ (ระบุ).....
12. รายได้ต่อเดือน.....บาท/เดือน
13. ความพอเพียงของรายได้ของท่านและครอบครัว  
[ ] พอใช้ ไม่เหลือเก็บ [ ] พอใช้เหลือเก็บบ้างเล็กน้อย

ใช้ถูกเงินได้

พอใช้เหลือเก็บพอสำหรับทำทุนสร้างรายได้ต่อไปได้

พอใช้แต่เป็นหนี้จากการกู้ยืมมาเพื่อสร้างรายได้เพิ่ม

ไม่พอใช้ และไม่เป็นหนี้สิน

ไม่พอใช้ และต้องกู้หนี้ ยืมสิน

14. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพเสริมที่สร้างรายได้เพิ่มเติมจากรายได้ประจำในสถานศึกษา

ไม่มีอาชีพเสริม มีรายได้จากงานประจำอย่างเดียว

มีอาชีพเสริม มีรายได้เพิ่ม 1 อาชีพ

มีอาชีพเสริม มีรายได้เพิ่ม 2 อาชีพ

มีอาชีพเสริม มีรายได้เพิ่มมากกว่า 2 อาชีพ

15. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัว (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรคเบาหวาน

โรคความดันโลหิตสูง

โรคไขมันเลือดสูง

โรคเกาต์

โรคหัวใจ

โรคกระดูกและข้อ

โรคระบบทางเดินหายใจ

ปวดเข่า

ไม่มีโรคประจำตัว

อื่น ๆ ระบุ.....

16. กรณีที่ท่านมีโรคประจำตัวตามข้อที่ 13 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของท่านตั้งแต่ที่แพทย์วินิจฉัยโรคเป็นระยะเวลา .....ปี.....เดือน

17. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่

ไม่สูบบุหรี่

เคยสูบบุหรี่แต่เลิกได้แล้ว

สูบบุหรี่

18. ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ไม่ดื่ม

เคยดื่มแต่เลิกได้แล้ว

ดื่ม

19. ประสบการณ์การออกกำลังกายของท่านใน 6 เดือนที่ผ่านมา

ไม่เคยออกกำลังกาย

ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน

ออกกำลังกายบ้างเป็นบางครั้ง (3 ต่อสัปดาห์)

ออกกำลังกายนานๆครั้ง

20. ช่วงเวลาที่ท่านออกกำลังกาย

เช้า       กลางวัน       บ่าย-เย็น (4-6 โมงเย็น)       ค่า (ตั้งแต่ 6 โมงเย็นเป็นต้นไป)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง  หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด และโปรดเติมข้อมูลลงในช่องว่างทุกข้อ

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านต้องรับประทานอาหารในปริมาณและคุณภาพที่น้อยลงเนื่องจากปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือขาดแคลนแหล่งอาหาร		
2. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านไม่มีเงินพอที่จะจ่ายค่าสาธารณูปโภค ต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำประปา ค่าโทรศัพท์ ค่าน้ำมันรถ ค่าเดินทาง		
3. ในอนาคตอันใกล้นี้ ท่านอาจประสบปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย เนื่องจากภาวะทางการเงิน		
4. ภาระในการดูแลบิดา มารดา หรือบุคคลในครอบครัว ส่งผลกระทบต่อการทำงานของท่าน		
5. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีปัญหการเจ็บป่วย แต่ไม่ได้เข้ารับการรักษายาบาล เนื่องจากมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย		
6. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีปัญหการเจ็บป่วย แต่ไม่ได้เข้ารับการรักษายาบาล เนื่องจากความยากลำบากในการเดินทาง		
7. ท่านมีปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากผู้ให้บริการ/สถานบริการด้านสุขภาพการรักษายาบาลของท่าน เช่น โรคหรือการเจ็บป่วยกับการใช้ยาที่ถูกต้อง เป็นต้น		
8. ท่านรู้สึกโดดเดี่ยว ไร้เพื่อน		
9. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว เพื่อนบ้าน ที่ทำงาน หรือในชุมชนที่ท่านพักอาศัย		
10. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการถูกเลือกปฏิบัติหรือเกลียดชัง เนื่องจาก เชื้อชาติ ภาษา ศาสนา ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ หรือรสนิยมทางเพศ		
1. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านต้องรับประทานอาหารในปริมาณและคุณภาพที่น้อยลงเนื่องจากปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือขาดแคลนแหล่งอาหาร		
2. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านไม่มีเงินพอที่จะจ่ายค่าสาธารณูปโภค ต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำประปา ค่าโทรศัพท์ ค่าน้ำมันรถ ค่าเดินทาง		
3. ในอนาคตอันใกล้นี้ ท่านอาจประสบปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย เนื่องจากภาวะทางการเงิน		
4. ภาระในการดูแลบิดา มารดา หรือบุคคลในครอบครัว ส่งผลกระทบต่อการทำงานของท่าน		
5. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีปัญหการเจ็บป่วย แต่ไม่ได้เข้ารับการรักษายาบาล เนื่องจากมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย		
6. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีปัญหการเจ็บป่วย แต่ไม่ได้เข้ารับการ		



รักษาพยาบาล เนื่องจากความยากลำบากในการเดินทาง		
7. ท่านมีปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากผู้ให้บริการ/สถานบริการด้านสุขภาพการรักษาพยาบาลของท่าน เช่น โรคหรือการเจ็บป่วยกับการใช้ยาที่ถูกต้อง เป็นต้น		
8. ท่านรู้สึกโดดเดี่ยว ไร้เพื่อน		
9. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว เพื่อนบ้าน ที่ทำงาน หรือในชุมชนที่ท่านพักอาศัย		
10. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการถูกเลือกปฏิบัติหรือเกลียดชัง เนื่องจาก เชื้อชาติ ภาษา ศาสนา ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ หรือรสนิยมทางเพศ		

### ส่วนที่ 3 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 หรือกิจกรรมยามว่าง)

- ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ  
 ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำเล็กน้อย  
 ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำปานกลาง  
 ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำอย่างมาก  
 ข้าพเจ้าทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำไม่ได้

#### อาการเจ็บปวด / อาการไม่สบายตัว

- ข้าพเจ้าไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว  
 ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวเล็กน้อย  
 ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวปานกลาง  
 ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมาก  
 ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมากที่สุด

ความวิตกกังวล / ความซึมเศร้า

- ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า
- ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าเล็กน้อย
- ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง
- ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมาก
- ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมากที่สุด

สุขภาพดีที่สุด  
ตามความคิดของท่าน

สุขภาพของท่านเป็นอย่างไรในวันนี้

คำชี้แจง สเกลวัดสุขภาพนี้มีตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 100

โดยตัวเลข 100 หมายถึง ท่านมีสุขภาพดีที่สุด ตามความคิดของท่าน

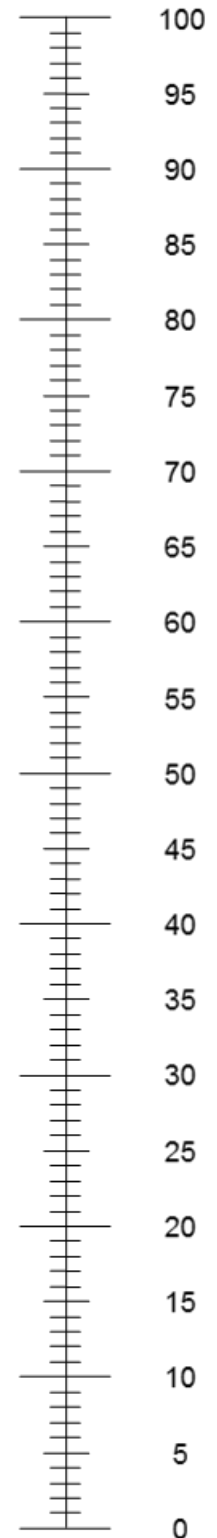
และตัวเลข 0 หมายถึง ท่านสุขภาพแย่ที่สุด ตามความคิดของท่าน

โปรดทำเครื่องหมาย X บนสเกลเพื่อระบุว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

ในวันนี้

กรุณานำตัวเลขที่ท่านได้ทำเครื่องหมายไว้บนสเกลมาใส่ลงในช่องสี่เหลี่ยมด้านล่างนี้.

สุขภาพของท่านในวันนี้ =



#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF)

คำชี้แจง: กรุณาเลือกคำตอบในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด และขอความร่วมมือตอบคำถามทุกข้อ

คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์ อากาหรือความคิดเห็นและความรู้สึกของท่าน ว่าอยู่ในระดับใด แล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยมีเหตุการณ์ อากา ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่าน เคยมีเหตุการณ์ อากา ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อยหรือเห็นด้วย
		กับเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกในเรื่องนั้น หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ ระดับกลาง ๆ
มาก	หมายถึง	ท่านเคยมีเหตุการณ์ อากา ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มาก หรือเห็นด้วย
กับเรื่อง		
นั้น ๆ มาก		
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านเคยมีเหตุการณ์ อากา ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด หรือเห็น
ด้วยกับ		
		เรื่องนั้น ๆ มากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักอย่างใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันมากนักอย่างใด (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักอย่างใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบมีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักอย่างใด					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้มากนักน้อยเพียงใด					

ลำดับ	ข้อความ	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวังวิตกกังวล บ่อยเพียงใด					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยเพียงใดที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล บ่อยมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา มากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา มากน้อยเพียงใด					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ มากน้อยเพียงใด					
15	ท่านรู้สึกว่า ในแต่ละวันชีวิตของท่านมีความมั่นคงปลอดภัยมากน้อยเพียงใด					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนเพื่อคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยหรือในโรงเรียนที่ทำงานดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน(หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยเพียงใด					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านเพียงใด (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลาย)					

ลำดับ	ข้อความ	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	คลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

### ส่วนที่ 5 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	ไม่เคย (0)	แทบไม่เคย (1)	บางครั้ง (2)	บ่อย (3)	บ่อยมาก (4)
ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา					
1. ท่านรู้สึกอารมณ์เสียกับเรื่องที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด					
2. ท่านรู้สึกว่าไม่สามารถจัดการกับเรื่องที่มีความสำคัญในชีวิตได้					
3. ท่านรู้สึกวิตกกังวล และ เครียด					
4. ท่านรู้สึกว่าท่านสามารถแก้ไขปัญหาที่ทำให้ท่านไม่สบายใจในชีวิตประจำวันได้สำเร็จ					
5. ท่านสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เกิดขึ้นในชีวิตของท่านได้อย่างดี					
6. ท่านมีความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาส่วนตัวได้					
7. ท่านรู้สึกว่าสิ่งต่าง ๆ กำลังดำเนินไปตามที่ท่านต้องการ					
8. ท่านไม่สามารถจัดการกับเรื่องทุกเรื่องที่ท่านต้องทำได้					

ข้อความ ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เคย (0)	แทบไม่เคย (1)	บางครั้ง (2)	บ่อย (3)	บ่อยมาก (4)
9. ท่านสามารถจัดการกับเรื่องที่ทำให้ท่านไม่สบายใจได้					
10. ท่านสามารถเอาชนะปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิตท่านได้					
11. ท่านรู้สึก โกรธ หรือ อารมณ์เสีย เพราะเรื่องบางเรื่องที่เกิดขึ้น อยู่นอกเหนือ การควบคุม ของท่าน					
12. ท่านหมกมุ่นถึงเรื่องที่ท่านต้องการทำให้สำเร็จ					
13. ท่านสามารถควบคุมการใช้เวลาของท่านได้					
14. ท่านรู้สึกว่ามี ความยากลำบาก มากเกินกว่าที่ท่านจะสามารถเอาชนะกับปัญหาของท่านได้					

#### ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร

**คำชี้แจง** กรุณาเลือกคำตอบในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด และขอความร่วมมือตอบคำถามทุกข้อ คำถามต่อไปนี้จะถามถึงพฤติกรรมจัดการสุขภาพด้านรับประทานอาหารของท่านใน 1 เดือน ที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบันว่าเป็นอย่างไร 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	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1.	ท่านเลือกรับประทานอาหารโดยคำนึงถึงคุณค่าของอาหารที่ดีต่อสุขภาพ					
2.	ท่านจำกัดปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อให้เหมาะสมกับพลังงานที่ร่างกายต้องการในแต่ละวัน					
3.	ท่านคิดและควบคุมตนเองเสมอว่าจะไม่รับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ					

4.	เมื่อท่านตั้งใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ท่านจะวางแผนและตั้งเป้าหมายเอาไว้ก่อนลงมือปฏิบัติ					
5.	ท่านหมั่นจดบันทึกชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน					
6.	เมื่อท่านมีอุปสรรคในการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพตามที่ท่านได้ตั้งใจไว้ ท่านสามารถจัดหาเมนูอาหารที่เหมาะสมตามหลักโภชนาการรับประทานได้					
7.	ท่านหมั่นเปรียบเทียบปริมาณอาหารที่ท่านรับประทานกับเพื่อนก่อนตัดสินใจที่จะรับประทานอาหารน้อยลง					
8.	ท่านเลือกรับประทานอาหารโดยคำนึงถึงคุณค่าของอาหารที่ดีต่อสุขภาพ					
9.	ท่านตั้งเป้าหมายในการดูแลสุขภาพของท่าน โดยการรับประทานอาหารผลไม้วันละ 1 ส่วน (ผลไม้หั่นเป็นชิ้นคำ เช่น มะละกอ หรือ สับปะรด 6-8 ชิ้นคำ ฝรั่ง ½ ผล มะม่วงดิบ ½ ผล ถั่วฝักยาว น้ำว่า 1 ผล ส้มขนาดกลาง 2 ผล หรือ เงาะ 4 ผล)					
10.	ท่านตั้งเป้าหมายในการดูแลสุขภาพของท่าน โดยการรับประทานผักวันละ 4-6 ทัพพี หรือมี้อละ 2 ทัพพี (ทัพพีตักข้าว)					
11.	ท่านงดรับประทานจุบจิบระหว่างมื้ออาหาร					
12.	ท่านหลีกเลี่ยงการเติมน้ำตาลเพิ่มในอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ					
13.	ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวานจัด เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม ชา หรือกาแฟ ที่ใส่น้ำตาล ครีมเทียม ชนิด 3 in 1					
14.	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารทะเลบางชนิด ที่มีปริมาณคอเลสเตอรอล สูง อาทิ เช่น กุ้ง ปลาหมึก หอยนางรม หรือหอยแครง					
15.	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทของทอดด้วยน้ำมันมาก ๆ เช่น ไก่ทอด หมูทอด กุ้งทอด แคมหมู ทอดมัน ลูกชิ้นทอด ปลา ท่องโก้ ถั่วทอด หรือ มันทอด					
16.	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกง เขียวหวาน แกงเทโพ แกงกะทิ หรือพะแนง					

17.	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ขาหมูติดมัน หมูสามชั้น หนังไก่ คอหมูย่าง กุนเชียง หรือ ไส้กรอก					
18.	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวกเครื่องในสัตว์ต่าง ๆ เช่น ตับ ไต ไส้ตัน หรือ หัวใจ					
19.	ท่านหลีกเลี่ยงการเติมน้ำปลา เกลือ น้ำปลาพริก ซีอิ๊ว หรือ ซอสมะเขือเทศและซอสอื่น ๆ เพิ่ม ในขณะที่รับประทานอาหาร					
20.	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานผัก หรือผลไม้ดองต่าง ๆ เช่น ผักกาดดอง ต้นหอมดอง ผักเสี้ยนดอง หน่อไม้ดอง มะม่วงดอง มะยมดอง หรือองุ่นดอง					
21.	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารกึ่งสำเร็จรูป เช่น อาหารกระป๋อง บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป โจ๊ก และ ข้าวต้มสำเร็จรูป หรืออาหารสำเร็จรูปอื่น ๆ					
22.	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด กลั้วยาวดซี เผือกบวดบัวลอยไข่หวาน ลอดช่อง รวมมิตร แกงบวด ฟักทอง ข้าวเหนียวมะม่วง หรือ ข้าวเหนียวทุเรียน					
23.	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น มะม่วงสุก มะขามหวาน ขนุนสุก เงาะ ทุเรียน ลำไย หรือมังคุด เป็นต้น					
24.	ท่านจะเลือกรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยการนึ่ง อบ ย่าง ต้ม หรือตุ๋น					
25.	ถึงแม้ว่าท่านจะอิมแล้วแต่ท่านจะพยายามรับประทานอาหารให้หมดเพราะเสียดาย					



ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย

**คำชี้แจง** กรุณาเลือกคำตอบในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด และขอความร่วมมือตอบคำถามทุกข้อ คำถามต่อไปนี้จะถามถึงพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายของท่านใน 1 เดือน ที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบันว่าเป็นอย่างไร ให้ท่านทำ เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียง ข้อเดียวโดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

- |   |         |   |
|---|---------|---|
| 4 | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด |
| 3 | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านมาก       |
| 2 | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านบางส่วน   |
| 1 | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านน้อย      |
| 0 | หมายถึง | ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน       |

ข้อ	ข้อความ	ตรงกับ ความเป็น จริง มากที่สุด	ตรงกับ ความเป็น จริงมาก	ตรงกับ ความเป็น จริง บางส่วน	ตรงกับ ความ เป็นจริง น้อย	ไม่ตรง กับ ความ เป็นจริง
1.	ท่านออกกำลังกายเพราะ คนอื่นบอกว่าท่านควรออกกำลังกาย					
2	ท่านรู้สึกผิดหวังในตนเองเมื่อท่านไม่ออกกำลังกาย					
3	ท่านออกกำลังกายเป็นประจำเพราะมีประโยชน์ต่อสุขภาพของท่าน					
4	ท่านออกกำลังกายเพราะการออกกำลังกายทำให้ท่านสนุกสนาน					
5	ท่านเห็นว่าการออกกำลังกายไม่มีประโยชน์ต่อตัวท่าน					
6	ท่านออกกำลังกายเป็นบางครั้งเพราะเพื่อน หรือคนในครอบครัว บอกว่าท่านควรออกกำลังกาย					
7	ท่านรู้สึกอาย เมื่อท่านลืมนำไปออกกำลังกายตามที่ท่านมุ่งหวัง					
8	การออกกำลังกายเป็นประจำทุกวันมีความสำคัญต่อสุขภาพของท่าน					
9	ท่านมีความสุขกับการออกกำลังกาย					
10	ท่านคิดว่าการออกกำลังกายไม่มีความจำเป็นต่อท่าน					
11	ท่านรู้สึกเสียใจเมื่อท่านไม่สามารถออกกำลังกายตามที่ตั้งใจไว้					
12	ท่านคิดว่าการกระตุ้นตนเองให้ออกกำลังกายทุกวันเป็นสิ่งสำคัญ					

ข้อ	ข้อความ	ตรงกับ ความเป็น จริง มากที่สุด	ตรงกับ ความเป็น จริงมาก	ตรงกับ ความเป็น จริง บางส่วน	ตรงกับ ความ เป็นจริง น้อย	ไม่ตรง กับ ความ เป็นจริง
13	ท่านพบว่าการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่ทำให้ท่านพึงพอใจ					
14	เพื่อน และสมาชิกครอบครัวของท่านกดดันให้ท่านออกกำลังกาย					
15	ท่านรู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรง หากไม่ได้ออกกำลังกายทุกวัน					
16	ท่านพึงพอใจที่ได้มีส่วนร่วมในการออกกำลังกาย					
17	ท่านคิดว่าการออกกำลังกายทำให้ท่านเสียเวลา					
18	การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอโดยถือเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน					
19	ท่านออกกำลังกายเพราะกลัวคนอื่นจะไม่ชื่นชมท่านหากท่านไม่ออกกำลังกาย					
20	ท่านออกแรงทำงานจนรู้สึกเหนื่อยและเหงื่อซึมอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที					
21	ท่านตั้งเป้าหมายให้ตนเองออกกำลังกายให้ได้อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ และต่อเนื่องนานอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้งเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีและแข็งแรง					
22	ท่านตั้งเป้าหมายให้ตนเองมีสุขภาพแข็งแรง โดยหมั่นออกกำลังกายเพื่อไปสู่เป้าหมายนั้น					
23	เมื่อท่านไม่สามารถออกกำลังกายตามที่ท่านตั้งเป้าหมายไว้ ท่านจะค้นหาวิธีการหรือแนวทางเพื่อช่วยให้ท่านสามารถออกกำลังกายที่เหมาะสมตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ได้					
24	ท่านให้กำลังใจตนเองเมื่อท่านสามารถออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ และต่อเนื่องนานอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง					
25	ท่านสามารถจัดสรรเวลาในการออกกำลังกายได้ แม้ว่าจะมีภาระงานการสอนหรืองานประจำมาก					
26	ท่านสามารถเพิ่มระยะเวลาการออกกำลังกายตามสภาพร่างกายของท่าน					
27	ท่านสามารถออกกำลังกายตามที่ท่านตั้งเป้าหมายไว้ได้ทุกครั้ง					
28	ในวันที่ท่านไม่ได้ทำงาน ท่านมักใช้เวลาส่วนใหญ่ในการนั่ง ๆ นอน ๆ มากกว่าการเคลื่อนไหวร่างกาย					
29	ท่านไม่ออกกำลังกายเพราะไม่มีเพื่อน					

ข้อ	ข้อความ	ตรงกับ ความเป็น จริง มากที่สุด	ตรงกับ ความเป็น จริงมาก	ตรงกับ ความเป็น จริง บางส่วน	ตรงกับ ความ เป็นจริง น้อย	ไม่ตรง กับ ความ เป็นจริง
	ออกกำลังกาย					
30	ท่านไม่ออกกำลังกาย เพราะการออกกำลังกายทำให้ท่านรู้สึกเหนื่อยล้าหรืออ่อนเพลีย หรือมีอาการปวดเมื่อยร่างกาย					

## แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม

### 1. การสร้างนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพครู

(มีนโยบายกำหนดไว้หรือไม่ เริ่มมาเมื่อไร ใครเป็นผู้ริเริ่ม มีพัฒนาการอย่างไร เหตุผลของการดำเนินการคืออะไร มีการประกาศนโยบายให้ครูทุกคนรับทราบหรือไม่ เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ หน่วยงานใดเป็นผู้รับผิดชอบและผู้รับผิดชอบเป็นตำแหน่งใด ครูมีส่วนร่วมในการสร้างนโยบายสุขภาพหรือไม่ อย่างไร มีการติดตามประเมินนโยบายอย่างไร ใครเป็นผู้ประเมิน และผลลัพธ์ที่ได้เป็นอย่างไร)

### 2. การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครู

(มีการจัดสถานที่และเครื่องมือหรืออุปกรณ์การออกกำลังกายให้ครูหรือไม่อย่างไร มีการจัดสรรเวลาในการให้ออกกำลังกายหรือไม่อย่างไร มีมาตรการในการควบคุมกิจกรรมอย่างอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ร้านจำหน่ายอาหารหรือไม่อย่างไร สถานที่ให้ครูพักผ่อนอยู่บริเวณใด มีการจัดสถานที่สำหรับผ่อนคลายหรือลดความเครียด อย่างอื่นหรือไม่ หรือครูมีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือไม่ และมีส่วนร่วมอย่างไร)

### 3. การสร้างเสริมกิจกรรมองค์กรให้เข้มแข็ง

3.1 ในขั้นตอนสร้างความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (ครูมีส่วนร่วมในการสร้างกิจกรรมหรือไม่มีส่วนร่วมอย่างไร)

3.2 ค้นหาปัญหา แนวทางแก้ไขปัญหา (ครูมีส่วนร่วมในการสร้างกิจกรรมหรือไม่ มีส่วนร่วมอย่างไร)

3.3 ในขั้นตอนเข้าร่วมกิจกรรม ประเมินผล (ครูมีส่วนร่วมในการสร้างกิจกรรมหรือไม่ มีส่วนร่วมอย่างไร)

3.4 การให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (มีหรือไม่ ด้วยวิธีใด เพราะเหตุใด มีการประเมินผลหรือไม่และผลการให้ข้อมูลเป็นอย่างไร โอกาสที่ครูจะได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นช่วงเวลาใด ครูสนใจมากน้อยแค่ไหน)

3.5 กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ทำร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น

(มีหรือไม่ ร่วมกับใครบ้าง อย่างไร มีงานวิจัยที่นำมาใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอะไรบ้าง นำผลการวิจัยไปใช้อย่างไร และผลเป็นอย่างไร)

3.6 ปัจจัยความสำเร็จในการสร้างเสริมกิจกรรมองค์กรให้เข้มแข็ง ในมุมมองของท่าน (คืออะไร ทำให้เกิดความสำเร็จได้อย่างไร)

### 4. ด้านการพัฒนาทักษะ

4.1 การหาความต้องการของครูในการพัฒนาความรู้และทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (มีหรือไม่อย่างไร มีประเด็นความต้องการอะไรบ้าง)

4.2 การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (มีแนวทางพัฒนาทักษะครูอะไร อย่างไร ถ้ามี...บ่อยเพียงใด มีการอบรมให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือไม่ มีผลกระทบต่อสุขภาพและการจัดการปัญหาหรือไม่ สอดคล้องกับความต้องการของครูหรือไม่ อบรมให้ครูกลุ่มไหน ใครเป็นผู้อบรมให้ มีการติดตามผลการอบรมหรือไม่ ผลเป็นอย่างไร)

### 5. ด้านการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพจากเดิมมาใช้กิจกรรมใหม่ (บริการสุขภาพ หมายถึงกิจกรรมที่ทีมวิจัยหรือโรงเรียนจัดให้)

5.1 บริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเดิมและปัจจุบัน

(มีหรือไม่ อะไรบ้าง ให้บริการโดยใคร มีรายละเอียดของขั้นตอนการบริการอย่างไร มีการปรับเปลี่ยนบ้างหรือไม่ เหตุผลของการปรับเปลี่ยนคืออะไร การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพแบบใดบ้างที่ประสบความสำเร็จ มีอะไรบ้างที่ไม่สำเร็จ มีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้าง มีการแก้ไขอย่างไร ผลการแก้ไขเป็นอย่างไร)

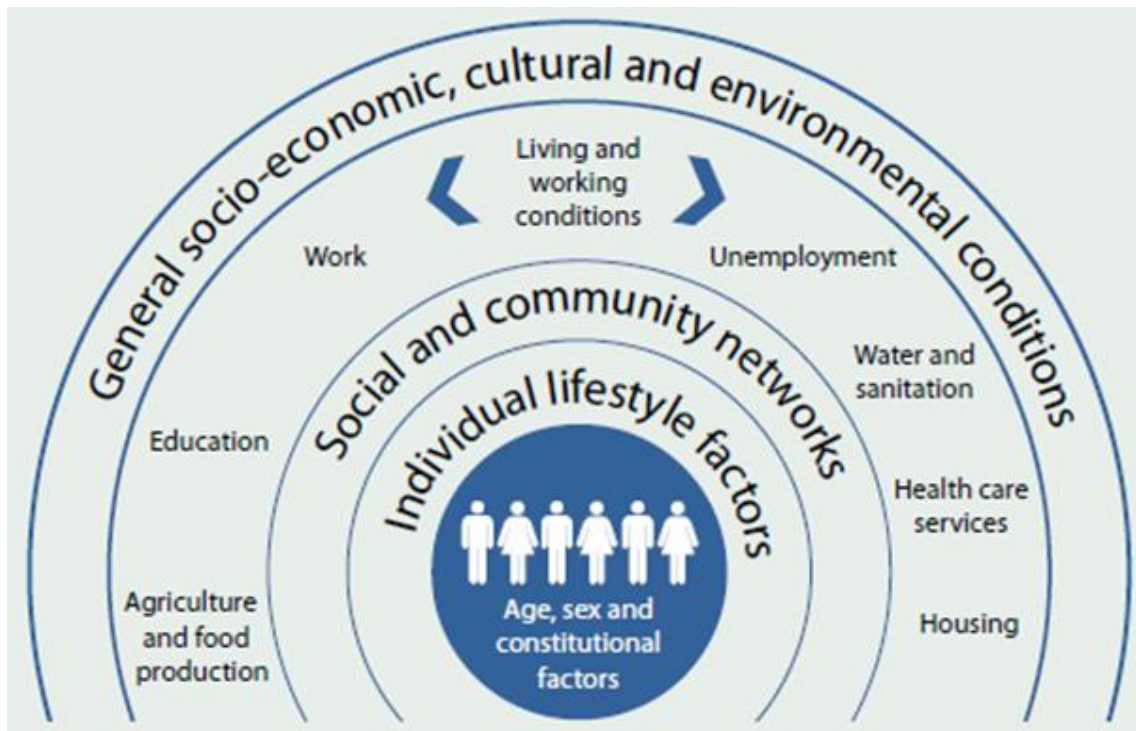
5.2 ปัจจัยความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ

(มีอะไรบ้าง เพราะเหตุใด จะสร้างปัจจัยความสำเร็จให้เกิดขึ้นควรทำอย่างไร)

5.3 งบประมาณที่ใช้ในการจัดกิจกรรม (มีหรือไม่ ใช้ในการทำกิจกรรมอะไร งบที่จัดสรรให้ในแต่ละกิจกรรม มีเท่าไร และหากต้องการให้ประสบความสำเร็จควรลดหรือเพิ่มอย่างไร งบประมาณที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร ถ้าไม่มีงบประมาณ ควรจะปรับแก้ไขอย่างไรบ้าง)

6. ความคิดเห็นต่อกิจกรรม -ออกกำลังกาย -โยคะ -ท่านเข้าร่วมกิจกรรมใด

(มีประโยชน์อย่างไร มีอุปสรรค อะไรบ้าง จุดแข็ง และจุดอ่อนมีอะไรบ้าง)



ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ

จากภาพนี้ ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อสุขภาพของท่าน เรียงลำดับจาก มาก ไป น้อย

สังคม เศรษฐกิจ ขนบธรรมเนียม-ประเพณี-วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม

สภาพการทำงาน สภาพความเป็นอยู่ การศึกษาหรือความรู้ อาหาร ที่อยู่อาศัย การเดินทาง

บริการสุขภาพ น้ำดื่ม น้ำใช้

เครือข่ายทางสังคม เพื่อน เพื่อนร่วมงาน ครอบครัว ชุมชน

วิถีชีวิต รสนิยมส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส