



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษา
ด้วยโปรแกรมทางจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ

ผศ.ดร.ธนิดา	จุลวนิชย์พงษ์	ดร.พวงทอง	อินใจ
ผศ.ดร.กาญจนา	พิบูลย์	ผศ.ดร.ทนงศักดิ์	ยิ่งรัตน์สุข
นายแพทย์วิชัย	จุลวนิชย์พงษ์		

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้
(เงินอุดหนุนจากรัฐบาล) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562
มหาวิทยาลัยบูรพา

รหัสโครงการ
สัญญาเลขที่ 38.1/2562

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากร
ทางการศึกษาด้วยโปรแกรมทางจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ

ผศ.ดร.ธนิดา	จุลวนิชย์พงษ์	ดร.พวงทอง	อินใจ
ผศ.ดร.กาญจนา	พิบูลย์	ผศ.ดร.ทนงศักดิ์	ยิ่งรัตน์สุข
นายแพทย์วิชัย	จุลวนิชย์พงษ์		

คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้ (เงินอุดหนุนจากรัฐบาล) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 มหาวิทยาลัยบูรพา ผ่านสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ เลขที่ สัญญา 38.1/2562

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณกองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพาที่ให้คำแนะนำการบริหารโครงการ ดูแล ประสานงานจากงบประมาณเงินรายได้ (เงินอุดหนุนจากรัฐบาล) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 มหาวิทยาลัยบูรพา คณะครูจากจังหวัดชลบุรี ได้แก่ โรงเรียนชลราษฎรอำรุง จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้แก่ โรงเรียนเบญจมราชรังสฤษฎิ์ จังหวัดจันทบุรี ได้แก่ โรงเรียนศรียานุสรณ์ จังหวัดระยอง ได้แก่ โรงเรียนมาบตาพุดพิทยาคม ที่ให้ข้อมูลในการวิจัย คณะผู้บริหาร และครูจากโรงเรียนพนัสพิทยาคาร จังหวัดชลบุรีที่เข้าร่วมกิจกรรมในการวิจัยอย่างสม่ำเสมอ และขอบคุณคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะแพทยศาสตร์ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ในการเอื้อเฟื้อสถานที่ดำเนินการวิจัย

คณะผู้วิจัย

บทคัดย่อ

บุคลากรทางการศึกษา เป็นทีมหลักในการหล่อหลอมวิชาการ ความรู้ และทักษะชีวิต ให้แก่นักเรียน ซึ่งการทำหน้าที่เหล่านี้ได้ดีย่อมขึ้นกับ ความเข้มแข็งทางจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ตลอดจนการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ ของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 2) สร้างโปรแกรมปัจจัยทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาจากข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากสภาพการณ์จริงของบุคลากรทางการศึกษาภาคตะวันออกเฉียงใต้ และ 3) สร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาด้วยโปรแกรมปัจจัยทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 การสำรวจ รวบรวม และวิเคราะห์ สถานการณ์คุณภาพชีวิต และศึกษาปัจจัยทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ ของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ ระยะที่ 2 เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจ รวบรวม และวิเคราะห์ สถานการณ์คุณภาพชีวิต และศึกษาปัจจัยทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ ของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ การวิจัยเชิงสำรวจนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยทางจิต อารมณ์ จิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ รวม 7 จังหวัด กลุ่มตัวอย่างเป็นครูและผู้บริหารโรงเรียน สังกัดโรงเรียนภาครัฐในภาคตะวันออกเฉียงใต้ คำนวณทางสถิติและป้องกันการถอนตัวอีกร้อยละ 5 รวมได้จำนวน 388 คน จากจำนวนทั้งหมด 412,018 คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ และแบบวัดมาตรฐานได้แก่ แบบวัดความสุขของคนไทย (THI-15) แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ – 28) แบบสอบถามความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ (The Spiritual Well-Being Scale : SWBS) และแบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และการถดถอยสหสัมพันธ์ ผลการวิจัยพบว่า

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

2) ด้านคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตดี (\bar{X} 97.71) (เกณฑ์ WHOQOL คุณภาพชีวิตดี 96 – 130 คะแนน) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และด้านจิตใจ อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตดี (\bar{X} 27.06 (เกณฑ์ WHOQOL ด้านร่างกาย 27 – 35 คะแนน), 23.49 (เกณฑ์ WHOQOL ด้านจิตใจ 23 – 30 คะแนน) ตามลำดับ) คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตกลาง (\bar{X} 11.23 (เกณฑ์ WHOQOL ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 8 – 11 คะแนน), 28.59 (เกณฑ์ WHOQOL ด้านสิ่งแวดล้อม 19 – 29 คะแนน), 7 (เกณฑ์ WHOQOL ด้านคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม 4.67 – 7.35 คะแนน) ตามลำดับ) มีคะแนนความสุขอยู่ในเกณฑ์เท่ากับคนทั่วไป (\bar{X} 31.91 (จากคะแนน 33 – 45 คะแนน)) สุขภาพทั่วไปไม่มีปัญหาสุขภาพจิต (\bar{X} 2.98 (จากคะแนน 0 – 5 คะแนน)) ความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง (\bar{X} 57.87 (จากคะแนนระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณรวมระดับสูง 51.34 - 70.00 คะแนน))

3) ตัวแปรความสุขของคนไทย และตัวแปรระยะเวลาที่เป็นครู มีความสัมพันธ์ต่อตัวแปรคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้สมการทำนายดังนี้

$$43.779 + (1.632 \times \text{ความสุขของคนไทย}) + (0.154 \times \text{ระยะเวลาที่เป็นครู}) = \text{คุณภาพชีวิต}$$

4) ความสัมพันธ์ของปัจจัยสถานภาพสมรสต่อคุณภาพชีวิต พบว่า กลุ่มสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตดีมากกว่ากลุ่มโสด หม้าย หย่า แยก 2.03 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p -value .008)

5) ความสัมพันธ์ของปัจจัยรายได้ต่อปัจจัยคุณภาพชีวิต พบว่ากลุ่มรายได้พอใช้เหลือทำทุนสร้างรายได้และกลุ่มรายได้พอใช้เหลือเก็บใช้ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตดี มากกว่ากลุ่มรายได้ไม่พอใช้ 7.68 เท่า และ 4.30 เท่า ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p .000 และ p .001 ตามลำดับ)

6) ความสัมพันธ์ของปัจจัยโรคประจำตัวต่อคุณภาพชีวิต พบว่ากลุ่มไม่มีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตดี มากกว่ากลุ่มมีโรคประจำตัว 2.63 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p .000)

ระยะที่ 2 ศึกษาผลของโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาชั้นพื้นที่การศึกษาขั้นพื้นฐาน เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ใช้แบบแผนการวิจัย one group pretest - posttest designs (Heiman, 1995) มีกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม โดยการสร้างและพัฒนาโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณจากการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนพนัสพิทยาคาร จังหวัดชลบุรี จำนวน 55 คน

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบวัดความสุขของคนไทย แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป แบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ พรอทัวตอณหภูมิปลายนิ้ว และโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ (mind, emotional, and spiritual program: MESP) ประกอบด้วย การทำกิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้ง ประกอบด้วย การวางแผนชีวิต การมีเพื่อนร่วมทีม การร่วมสร้างข้อตกลงสัญญา และการฝึกเกร็ง คลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการฝึกโยคะ 11 ครั้ง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ดำเนินการทั้งสิ้น 15 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วย paired sample t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวม, คุณภาพชีวิตทางกาย, คุณภาพชีวิตและสุขภาพ, คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม, คุณภาพชีวิตด้านจิต, ความสุขของคนไทย และอณูหภูมิ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ส่วนค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสังคม ความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวม ความผาสุกปัจจุบัน ความผาสุกทางศาสนา และภาวะสุขภาพทั่วไป ไม่แตกต่างกัน

โดยสรุป แม้ในภาพรวมครูจะมีคะแนนความสุข ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับดี แต่มีการออกกำลังกายนาน ๆ ครั้ง และต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองด้วยการปรับการออกกำลังกาย ดังนั้นในทางนโยบายของสถานศึกษา ควรปรับตารางงานเอื้อให้ครูได้มีโอกาสปฏิบัติตามที่ต้องการ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และสุขภาพให้ ได้มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การใช้โปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ เป็นวิธีการหนึ่งที่ให้ผลดีในการยกระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาสังกัด ภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งในการศึกษาต่อไปน่าจะนำไปใช้ขยายผลในกลุ่มบุคลากรทางการศึกษาในภูมิภาคอื่น ๆ ของไทย

คำสำคัญ จิตใจ, อารมณ์, จิตวิญญาณ, คุณภาพชีวิต, บุคลากรทางการศึกษา

Abstract

Educational Personnel was a core team to educate and prepare the student life's skills, which their effectiveness depends on mentality, emotion, spirituality, and quality of life factors to achieve up to the standard performance. This study aimed 1) to study mentality, emotion, spirituality and quality of life factors. 2) to develop the Mentality Emotionality and Spirituality (MES) program for the quality of life enhancement, and 3) to apply and evaluate the MES program for the government's educational personnel in the eastern region. The mixed methodology research divided into two phases including firstly, the analytic descriptive survey compose of quality of life (QOL), happiness, general health, and spiritual factors. Secondly, to develop the MES program, subsequently, to apply and evaluate the MES program by using the quasi-experimental one group pretest -posttest designs. The research detail as follows:

Phase I. Sample group were 388 government's educational personnel. The sample group was determined by the multi-stage random sampling. Researching tools consisted of demographic data form, Thai happiness indicator (THI-15), Thai general health questionnaire (Thai GHQ – 28), spiritual well-being items (The Spiritual Well-Being Scale: SWBS), and quality of life scale (WHOQOL-BREF). Analyzing process used descriptive statistics, which were mean, standard deviation, percentage and regression. The research showed:

1.) Sample group were 70.6 percent female. Average Age was 38 years old. Educational level was a bachelor degree. Average work experience was 12.09 years. Teaching workload was 17.81 hours per week. They mostly have no congenital disease, no smoking habit, and no alcoholic drinking habit was 74.20%, 92.8%, 81.44% consecutively. The exercise activity was once a month (35.3%). Walking was their preferred exercise (58%). The group were most likely to exercise at 16.00-18.00 o'clock (46.9%). Lastly, 28.35% of the group wanted to change their exercise behavior.

2.) Quality of life factors, as a whole, sample group showed that the results of overall quality of life (\bar{x} 97.71) scale were at a high level. When considering each aspect, physically and mentally quality of life were at a good level (\bar{x} 27.06, 23.49

consecutively). Socially and environmentally quality of life and general health were at a fair level of standard (\bar{x} 11.23, 28.59, 7 consecutively). Happiness scale equally to general people at a normal level (\bar{x} 31.91). General Health was at a good level. Mental health (\bar{x} 2.98) and spiritual well-being (\bar{x} 57.87) were at a high level.

3.) THI-15 factor, found that the work experience factor was statistic significantly related to the QOL at the .01 level as an equation shown:

$$43.779 + (1.632 \times \text{THI-15}) + (0.154 \times \text{the work experience (years)}) = \text{QOL}$$

4. The relationship between the marital status factors to quality of life were found that the marital status group to be significantly associated with a better quality of life 2.03 times than that of divorced single widows at the .01 level (p-value .008).

5. The Income factors related to the QOL factors found that the income group, who has the remaining income enough to the capital, and the income group, who has the residual to the emergency use were related to the quality of life. They were significantly greater than the inadequate income group 7.68 and 4.30 times respectively at the .01 level (p .000 and p .001, respectively).

6. The health factors related to the QOL factors found that the group did not have any underlying disease associated with good quality of life 2.63 times more than the group had the chronic underlying disease, statistically significant at the .01 (p .000) level.

Phase II. To develop the MES program, subsequently, to apply and evaluate the MES program by used the quasi-experimental one group pretest-posttest designs. The inclusion criteria were the school capacity more than 1,000 students; the number of the teacher has over 100 sizes, and voluntary to participate in the research project. Samples were 55 from a public school in Chonburi Province. The research instruments included demographic data form, finger thermometer, THI-15, Thai GHQ – 28, SWBS, and quality of life scale (WHOQOL-BREF). And the MES program composed of 15 sessions divided into the 4 sessions of the group counselling program and 11 Yoga program, practised twice session per week, totally 8 weeks. The pretest made a week before start the MES program, subsequently, the posttest made after the last session. Thereafter, the paired sample t-test statistic was analyzed. The result revealed that:

1. The average score of the overall QOL score, and the QOL dimension of the physical, the quality of life and health, the environment, the mental, THI-15, and the finger temperatures were significantly differenced statistically at the .05 level.

2. The social quality of life average score, the overall of SWBS average score, the SWBS in Religious well-being and the present well-being, and general health conditions were no different.

According to the results, as most of educational personnel were at a good level by happiness scale, spiritual well-being scale, and quality of life scale. However, exercise behavior and frequency will need to be adjusted up to a recommended protocol. Therefore, the school's policy should allow educational personnel to have more chance to exercise, as they request in order to promote their social and environmental quality of life and general health. Moreover, the MES program was one of the effective ways to improve the Quality of Life and mental health for the government's educational personnel in the eastern region. Therefore, the next study should be generalized to the other region in Thai context.

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

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ญ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	11
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
คุณภาพชีวิต	14
แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต.....	16
การประเมินคุณภาพชีวิต.....	26
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	28
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ.....	33
การให้ข้อมูลย้อนกลับทางกาย.....	35
การนำไปโอฟิตแบบไปใช้.....	38
การฝึกไปโอฟิตแบบ.....	39
ชนิดของไปโอฟิตแบบที่ใช้ลดความเครียด.....	42
การประเมินความเครียดด้วยการใช้ข้อมูลที่ได้จากร่างกาย.....	43
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	46
โยคะ.....	52
ประเภทของโยคะ.....	53
มรรคแปดของโยคะ (วิถีแห่งโยคะ).....	54
เทคนิคการฝึกโยคะ.....	55
ประโยชน์ของโยคะ.....	58

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	62
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	64
วิธีดำเนินการวิจัยระยะที่ 1	64
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	65
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
วิธีดำเนินการวิจัยระยะที่ 2	66
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	67
วิธีดำเนินการทดลอง.....	68
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	69
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	76
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	96
สรุปผลการวิจัย.....	97
อภิปรายผล.....	101
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	112
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	112
ผลผลิต (output).....	113
สรุปรายงานการเงิน.....	114
บรรณานุกรม.....	119
ภาคผนวก.....	132
โปรแกรมพัฒนาจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ บุคลากรทางการศึกษา (ย่อ).....	163
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	184

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1-1 สถานที่ในการเก็บข้อมูล	7
3-1 สถานที่ในการเก็บข้อมูล.....	65
3-2 แบบแผนการทดลอง (Heiman, 1995).....	68
3-3 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	69
4-1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระยะที่1.....	79
4-2 แสดงข้อมูลความสุขของคนไทย สุขภาพทั่วไป ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และถาม คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง.....	85
4-3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของความสุขของคนไทยและระยะเวลาที่เป็นครู ต่อคุณภาพชีวิต.....	86
4-4 การวิเคราะห์ Multiple logistic regression.....	88
4-5 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 2.....	89
4-6 จำนวน และร้อยละ แบ่งตามระดับการแปลผลของตัวแปรก่อนและหลังการทดลอง	90
4-7 การเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการทดสอบก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้านจิต อารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ.....	92

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1-1 กรอบแนวความคิดของการวิจัย.....	10
2-1 Concepts of quality of life.....	17
2-2 Comparison between QOL and ICF.....	20
2-3 Concept of “Integrative Quality-of-Life meta-theory: IQL.....	21
3-1 Stress meter	73

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

คุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตที่ดีและความสมบูรณ์ของมนุษย์ประกอบด้วยอาหาร โภชนาการ สุขภาพอนามัย การศึกษา รายได้ ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม คุณธรรม ความสามารถในการแก้ปัญหาทางเศรษฐกิจสังคม และสามารถปรับตัวกับภาวะแวดล้อมและสังคมที่ตนอยู่ได้เป็นอย่างดี และมีความสุข คุณภาพชีวิตมีความสำคัญต่อมนุษย์ กล่าวคือ คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่มนุษย์กำหนดสร้าง ขึ้น และชวนชวนให้ได้มาและพัฒนาตนเองไปสู่เป้าหมายในการดำเนินชีวิตให้ดีขึ้นในทุกด้าน นิยามของคุณภาพชีวิตไม่ได้ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ของแต่ละบุคคล แต่ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ทางความจำเป็นความต้องการและความปรารถนาของคนในแต่ละท้องถิ่นและสังคม (Andrew & Crandall, 1975; Harwood,1976; Cummins, 1998) องค์การอนามัยโลก (WHO) (The WHOQOL Group,1995) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมวัฒนธรรมและค่านิยมในเวลานั้นๆ และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติดังนี้ 1) มิติด้านสุขภาพกาย (physical) 2) มิติด้านสุขภาพจิต (psychological) 3) มิติด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) และ 4) มิติด้านสภาพแวดล้อม (environmental) มิติเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (European foundation for the improvement of living and working conditions, 2004) กำหนดไว้มีดังนี้ 1) มิติด้านเศรษฐกิจ 2) มิติด้านครอบครัว 3) มิติด้านการทำงาน 4) มิติด้านสังคมและการมีส่วนร่วม 5) มิติด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพ และ 6) มิติด้านการพัฒนาตนเอง ส่วนสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลทำการศึกษาคูณภาพชีวิตคนทำงานในภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ (ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา และคณะ, 2551) วัดดูประสงค์เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของคนทำงานและคุณภาพชีวิตการทำงานในสถานประกอบการภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ไว้ 6 องค์ประกอบดังนี้ (1) ครอบครัว (2) สภาพแวดล้อมและการพักอาศัย (3) คุณธรรมจริยธรรมและวัฒนธรรม (4) สังคม (5) ชีวิตการทำงาน และ (6) สุขภาพ

สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัฒนธรรมบริโภคนิยมส่งผลกระทบต่อมิติทางจิตวิญญาณที่บุคคลแสดงออกมาในรูปของการเบียดเบียนตนเองและผู้อื่น เช่น การทำร้ายตัวเองด้วยการติดสารเสพติด การพนัน การใช้ความรุนแรงจนกลายเป็นปัญหาสังคมเป็นผลจากความอ่อนแอทางจิตวิญญาณทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวังในชีวิตก่อให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายกาย ไม่สบายใจ แก่บุคคลในทุกระดับ สังคมจึงได้หันมาให้ความสนใจความสุขแบบองค์รวม นั่นคือ การมีความสุขที่ยั่งยืนจะต้องมีสุขภาวะที่ดีครบทั้ง 4 มิติได้แก่ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางจิตวิญญาณโดยมองเห็นสุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นมิติที่สำคัญที่บูรณาการความเป็นองค์รวมของกาย จิตใจ และสังคมของบุคคลและชุมชนให้สอดประสานเข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (วิพุธ พูลเจริญ, 2544, 34-38) ปี ค.ศ. 1998 องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวคิดใหม่เกี่ยวกับสุขภาพว่า สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ (Health is complete

physical mental social and spiritual well-being) ในมาตรา 3 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีการพิจารณาสุขภาพให้ครอบคลุมไปถึงมิติทางจิตวิญญาณโดยมีการให้ความหมาย “สุขภาพ” คือ “ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกายทางจิตใจทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” แผนหลักของกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2552-2554 นั้นได้กำหนดวิสัยทัศน์ให้ “คนไทยมีสุขภาพดีครบใน 4 มิติ ได้แก่ กาย จิต สังคม และปัญญา” แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554) ให้ความสำคัญในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจและการปลูกฝังศีลธรรมพื้นฐานอันนำไปสู่ “สังคมแห่งศีลธรรมความดี” ที่มีความสมดุลระหว่าง “โลกวัตถุ” กับ “จิตวิญญาณ” และมีความสันติสุขพร้อมไปกับการพัฒนาคนให้มีปัญญา หรือความรอบรู้นำไปสู่ “สังคมแห่งการเรียนรู้” อันจะเป็นภูมิคุ้มกัน ให้คนมีความรอบรู้เท่าทัน และพร้อมเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น ทั้งจากภายในและภายนอกทำให้เกิดกระแสวิพากษ์วิจารณ์ในเรื่องของสุขภาวะทางจิตวิญญาณหรือสุขภาวะทางปัญญาเป็นอย่างมาก วิพุธ พูลเจริญ (2544, 38) กล่าวว่าสุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นสุดยอดของสุขภาวะทั้งหมด เพราะจิตวิญญาณเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยยึดกุมสุขภาวะในมิติอื่นๆ ให้ปรับตัวประสานกันอย่างครอบคลุมและครบถ้วนทั้งในระดับปัจเจกชน และในระดับสังคมสาธารณะหากขาดสุขภาวะทางจิตวิญญาณแล้วก็เป็นกรยากที่สุขภาวะองค์รวมจะบังเกิดขึ้นได้ ประเวศ วะสี (2551) ก็ให้ความเห็นสอดคล้องกันว่า สุขภาวะทางปัญญาเกิดจากการเรียนที่ทำให้รู้รอบ รู้เท่าทันสรรพสิ่ง เรียนรู้ให้ทำเป็น เรียนรู้เพื่อการอยู่ร่วมกัน และการเรียนรู้เพื่อบรรลุอิสรภาพ การเรียนรู้ดังกล่าวทำให้เกิดสุขภาวะทางกาย จิต สังคม และปัญญา รวมกันเป็นสุขภาวะที่สมบูรณ์กล่าวคือ ปัญญานั้นถือเป็นศูนย์กลางถ้าปราศจากปัญญา สุขภาวะทางกาย จิต สังคมก็เป็นไปไม่ได้ สุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิต เพราะสุขภาพเป็นขุมพลังแห่งชีวิตที่จะผลักดันให้มนุษย์สามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า ทั้งส่วนตน สังคม และประเทศ สุขภาพเป็นรากฐานสำคัญยิ่งต่อการดำเนินชีวิตที่สมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ-อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และการมีชีวิตหรือการใช้ชีวิตที่มีคุณค่า เป็นหนทางของการนำไปสู่เป้าหมายของชีวิตที่เป็นสุขหรือคุณภาพของชีวิตนั่นเอง สุขภาพเป็นพลวัต (dynamic) เปลี่ยนแปลงได้เสมอ ขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนแปลงของจิตใจ-อารมณ์ ร่างกาย ค่านิยม เจตคติ ความเชื่อ นิสัย และพฤติกรรมสุขภาพ หรือสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ ประกอบกันไม่ใช่แต่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือความทุพพลภาพเท่านั้น (ปนิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541, 2; Edlin, Golanty, & Brown, 2000, 4) ดังนั้นสุขภาพจึงมีองค์ประกอบ 4 ประการ (องค์การอนามัยโลก, 1986) คือ สุขภาพด้านร่างกาย (physical health) สุขภาพด้านจิตใจและอารมณ์ (mental-emotional health) สุขภาพด้านสังคม (social health) และสุขภาพด้านจิตวิญญาณ (spiritual health) แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพในปัจจุบันเป็น สุขภาพแบบองค์รวม (holistic health) สุขภาพแบบแยกส่วนเป็นการแยกพิจารณาแต่ละมิติของสุขภาพ และมักให้ความสำคัญกับสถานะสุขภาพเฉพาะด้านร่างกายเท่านั้น มุ่งเน้นเพียงการดูแลและป้องกันโรคทางกายเป็นสำคัญ แต่โดยความเป็นจริงแล้ว สุขภาพหรือสุขภาวะเป็นความสมดุลขององค์ประกอบทุก ๆ ด้าน เช่น กายกับจิตก็มีความสัมพันธ์กัน อย่างแยกไม่ได้ ดังคำกล่าวที่ว่า จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว จิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อระบบอวัยวะของร่างกายโดยผ่านระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system) เช่น ความเครียดทำให้กระเพาะอาหารหลังกรดเกลือมากขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ความเครียดที่สะสมจึง

ทำให้มีความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร และความดันโลหิตสูง ความเครียดที่สะสมจึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการป่วยความจริงบางอย่างในชีวิต หรือการไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นมิติด้านจิตใจและอารมณ์ หรือความเครียดอาจเกิดจากการขาดความสามารถในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ขาดเพื่อน ปรับตัวเข้ากับสังคมใหม่ไม่ได้ ซึ่งเป็นมิติทางจิตวิญญาณ ผลลัพธ์จากการเห็นแก่ตัว เห็นแต่ประโยชน์ตน มีทั้งระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว ตัวอย่างของผลระยะสั้นคือ จิตที่ไม่สงบ ไม่เป็นสุข เพราะไม่ได้ประโยชน์ตามที่ต้องการ ผลระยะกลางคือ การขาดมิตร และผลระยะยาวคือ ความเครียดที่เกิดจากภัยพิบัติทางธรรมชาติ ซึ่งเกิดจากการทำลายสิ่งแวดล้อมเพราะการขาดสำนึกสาธารณะ เป็นต้น และความเครียดอาจเกิดจากความไม่พึงพอใจในการทำงานหรือการเรียน การทำงานที่ให้ผลตอบแทนน้อย รายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพตามมาตรฐานของการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ หรือการทำงานที่เสี่ยงภัย ย่อมก่อให้เกิดความเครียด เป็นต้น

สถาบันการศึกษา เป็นสถานที่หล่อหลอมวิชาการ ความรู้ ทักษะการใช้ชีวิตต่างๆ แก่นักเรียน การทำงานในส่วนนี้ให้ดีขึ้นนั้นต้องมีการขับเคลื่อนจากบุคลากรทางการศึกษา ซึ่งประกอบด้วย ครู เจ้าหน้าที่สนับสนุนในส่วนต่างๆ ให้กิจการงานของโรงเรียนดำเนินการได้อย่างราบรื่นซึ่งสอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวาฮาเตอร์(World Health Organization,1986) ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพประชากรในทุกกลุ่มวัยรวมทั้งเน้นการส่งเสริมสุขภาพในสถาบันการศึกษา ดังนั้นบุคลากรทางการศึกษามีความสำคัญในการช่วยผลักดันส่งเสริมการศึกษาของเด็กให้เจริญก้าวหน้า การทำงานในสถานศึกษานั้น บุคลากรต้องมีความร่วมมือ ร่วมแรง มุ่งมั่นในงาน จึงจะสามารถสร้างหล่อหลอมให้เด็กก้าวหน้า เติบโตทางความรู้และทักษะชีวิตต่างๆได้อย่างเต็มศักยภาพ บุคลากรบางท่านทุ่มเทกำลังกาย ใจ ในการทำงานจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพทำให้เกิดอาการของโรคจากการทำงานนั้นๆ ได้จากการสัมภาษณ์บุคลากรทางการศึกษาของภาคตะวันออก พบว่า บุคลากรมีความมุ่งมั่นในงานมาก จนละเลยการดูแลสุขภาพของตนเองส่งผลให้คุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานประจำวันด้อยลงไป ปฏิบัติงานได้ไม่เต็มศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ อันส่งผลทั้งต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณในขณะที่ปฏิบัติงาน และยังขาดการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างจริงจังในบุคลากรดังกล่าว จากหลักการพัฒนาประเทศที่สำคัญในระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2579) ยึดหลัก “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” “การพัฒนาที่ยั่งยืน” และ “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” ที่ต่อเนื่องจากแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 - 11 และยึดหลักการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ลดความเหลื่อมล้ำ และขับเคลื่อนการเจริญเติบโตจากการเพิ่มผลิตภาพการผลิตบนฐานการใช้ภูมิปัญญาและนวัตกรรม ประเด็นการพัฒนาหลักที่สำคัญในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 ประเทศไทยแม้ว่าได้ดำเนินมาตรการเพื่อส่งเสริมการบริหารจัดการที่ดี มีการขยายการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นระบบโครงข่ายมากขึ้น และมีการเพิ่มการลงทุนเพื่อการวิจัยและพัฒนา แต่อันดับความสามารถในการแข่งขันของไทยยังปรับตัวช้าเมื่อเทียบกับหลายประเทศ เนื่องจากคุณภาพคนต่ำการลงทุนในการวิจัยและพัฒนายังมีน้อยคุณภาพของโครงสร้างพื้นฐานยังไม่ดี และปัญหาการบริหารจัดการภาครัฐและกฎระเบียบต่างๆ ล้าสมัยและขาดประสิทธิภาพในการบังคับใช้ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจโลกและภัยพิบัติธรรมชาติ ทำให้เศรษฐกิจไทยผันผวนได้ง่าย และเศรษฐกิจโดยรวมขยายตัวในอัตราที่ต่ำกว่าศักยภาพมาต่อเนื่องหลายปีจากการประเมินสภาพแวดล้อมการพัฒนาประเทศสถานการณ์และแนวโน้มภายในประเด็นของ การพัฒนาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี วิจัย

และนวัตกรรม พบว่าอยู่ในลำดับต่ำ และการบริหารจัดการงานวิจัยขาดการบูรณาการให้มีเอกภาพ ตั้งแต่ระดับนโยบาย การสนับสนุนทุนวิจัย และหน่วยวิจัยหลัก ทำให้ทิศทางการพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัยพัฒนา และนวัตกรรมของประเทศไม่ชัดเจน มีความซ้ำซ้อน รัฐจึงได้กำหนดเป้าหมายรวมการพัฒนาของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 ประกอบด้วยการมุ่งหวังให้ คนไทยมีคุณลักษณะเป็นคนไทยที่สมบูรณ์ มีวินัย มีทัศนคติและพฤติกรรมตามบรรทัดฐานที่ดีของสังคม มีความเป็นพลเมืองตื่นรู้ มีความสามารถในการปรับตัวได้อย่างรู้เท่าทันสถานการณ์ มีความรับผิดชอบและทำประโยชน์ต่อส่วนรวม มีสุขภาพกายและใจที่ดี มีความเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณ มีวิถีชีวิตที่พอเพียง และมีความเป็นไทย

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องเรื่องคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาดังกล่าว พบว่า บุคลากรมีภาระงานที่มาก มีความมุ่งมั่นในการทำงานจึงขาดการดูแลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของตนเองทำให้เกิดปัญหาในการทำงาน เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาอาการปัญหาทางสุขภาพต่างๆ เมื่อศึกษาจากคุณภาพชีวิตการทำงานของครูในสถานศึกษาแล้ว พบว่า ครูไม่มีความสุขกับการประกอบวิชาชีพ ครูหันไปดิ้นรนแสวงหาความสุขกับกระแสวัตถุนิยมที่ไหลท่วมสังคม ครูมีหนี้สินรุงรัง ครูประกอบอาชีพเหมือนอาชีพหาเช้ากินค่ำ (ดิเรก พรสีมาและคณะ, 2546; จุรีพร แจ่มธรรมมา, 2545; พรศิริ เทียนอุดม, 2546; อารี สังข์ศิลป์ชัย, 2548) ดังนั้นหากผู้วิจัยได้สำรวจวิเคราะห์ สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นของบุคลากรทางการศึกษา สร้างโปรแกรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ตรงกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น และส่งเสริม ปลุกฝังให้บุคลากรนำไปใช้ได้จริง จะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาสุขภาพ สร้างเสริมคุณลักษณะที่ดีแก่บุคลากร งานวิจัยนี้ จึงสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2579) ในประเด็น “การพัฒนาที่ยั่งยืน” และ “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” เรื่องของ การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ ทุนมนุษย์เป็นการวางรากฐานการพัฒนาคนให้มีความสมบูรณ์ เพื่อให้คนไทยมีทัศนคติและพฤติกรรมตามบรรทัดฐานที่ดีของสังคม มีสุขภาวะที่ดีขึ้น คนทุกช่วงวัยมีทักษะ ความรู้ และความสามารถเพิ่มขึ้นรวมทั้งสถาบันทางสังคมมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศเพิ่มขึ้นช่วยลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและให้ทุกภาคส่วน คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพอาทิ ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางสุขภาพและโภชนาการที่เหมาะสมกับวัย และเป็นงานวิจัยที่ส่งเสริมสถาบันการศึกษาให้เป็นแหล่งบริการความรู้ทางวิชาการที่ทุกคนเข้าถึงได้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม การพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทย ในเรื่องการประยุกต์ใช้วิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสภาพปัญหาเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษา(1) ศึกษาปัจจัยลักษณะและพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล รวมทั้งปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ปัจจัยทางจิตที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (2) สร้างโปรแกรมปัจจัยทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาจากข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากสภาพการณ์จริงของบุคลากรทางการศึกษาภาคตะวันออก และ (3) นำโปรแกรมไปสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแก่บุคลากรทางการศึกษาเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากปัจจัยทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ ที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นการสร้างเสริมศักยภาพของมนุษย์อย่างยั่งยืนสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2579) ในประเด็น “การ

พัฒนาที่ยั่งยืน” และ “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” เรื่องของ การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ และเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาภาคตะวันออก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัยตามระยะของการวิจัย ดังนี้

1. ศึกษาปัจจัยลักษณะและพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล รวมทั้ง ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ปัจจัยทางจิตที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
2. สร้างโปรแกรมปัจจัยทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาจากข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากสภาพการณ์จริงของบุคลากรทางการศึกษาภาคตะวันออก
3. นำโปรแกรมไปสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแก่บุคลากรทางการศึกษา

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขได้ทราบปัญหาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษา
2. ได้โปรแกรมการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
3. บุคลากรทางการศึกษาได้รับการสร้างเสริมคุณภาพชีวิต
4. สถาบันการศึกษา สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตภาคตะวันออก นำผลงานวิจัยไปประยุกต์ใช้ หรือนำไปใช้ประโยชน์ทางด้านสังคมชุมชน
5. หน่วยงานระดับกระทรวงสามารถนำไปสร้างเสริมสุขภาพไปใช้เชิงนโยบายเพื่อให้เกิด “การพัฒนาที่ยั่งยืน” และ “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา”

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยระยะที่ 1 การสำรวจ รวบรวม และวิเคราะห์ สถานการณ์คุณภาพชีวิต และศึกษาปัจจัยลักษณะและพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล รวมทั้งปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ปัจจัยทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ ของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออก

ประชากร เป็นบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาชั้นพื้นฐาน จำนวน 412,018 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้บริหารสถานศึกษา ครู ผู้ช่วยครู และพนักงานจ้าง ในโรงเรียนในภาคตะวันออก จำนวน 388 คน ซึ่งจากกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 อ้างใน อีรุฑฒิ เอกะกุล, 2543) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 380 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกเป็น 400 คน โดยสุ่มอย่างง่ายจังหวัดจากจำนวนจังหวัดในภาคตะวันออก ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา และจันทบุรี และใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi – Stage Random Sampling) มีผู้ตอบแบบสอบถามกลับ และมีความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจำนวน 388 คน

การวิจัยระยะที่ 2 ผลของโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษา

ดำเนินการโดยสร้างและพัฒนาโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากสภาพการณ์จริงของบุคลากรทางการศึกษาภาคตะวันออก โดยอาศัยการมีส่วนร่วม โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 ระยะเวลาสร้างและพัฒนาโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ผู้บริหารสถานศึกษา ครู ผู้ช่วยครู และพนักงานจ้างของโรงเรียนเป้าหมาย คือ โรงเรียนพนัสพิทยาคาร จังหวัดชลบุรี รวม 30 คน โดยการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด เพื่อสนทนากลุ่ม (อรุณี อ่อนสวัสดิ์, 2551) เกณฑ์การคัดคุณลักษณะของโรงเรียนเพื่อเข้าร่วมคือ (1) เป็นครูของโรงเรียนขนาดใหญ่ที่มีครูจำนวน 100 คนขึ้นไป (2) เป็นโรงเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ต้องการนำโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณไปทดลองใช้ในโรงเรียนเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และยินยอมเข้าร่วมการสนทนากลุ่มเพื่อให้ข้อมูลในการนำไปสร้างและพัฒนาโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ ประกอบด้วย (1) การกำหนดประเด็นปัญหาหรือความต้องการในการพัฒนา (2) การตั้งเป้าหมาย (3) การกำหนดกิจกรรมและวิธีการ การดำเนินการ และ (4) การประเมินผล โดยคัดเลือกโรงเรียนเป้าหมาย 1 แห่งที่มีความสนใจและมีศักยภาพในการขับเคลื่อนกลไกทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และมีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัย และประเมินผลการนำโปรแกรมไปทดลองใช้ ซึ่งได้โรงเรียนที่สนใจเข้าร่วมการวิจัย คือโรงเรียนพนัสพิทยาคาร จากการสมัครใจเข้าร่วมวิจัยโดยผู้บริหารเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของครูหรือบุคลากรทางการศึกษาของโรงเรียน

2.2 ระยะเวลาทดลองนำโปรแกรมจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ไปปฏิบัติในโรงเรียนเป้าหมาย คือ โรงเรียนพนัสพิทยาคาร เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เกณฑ์การคัดเลือกโรงเรียนเป้าหมายที่มีศักยภาพในการขับเคลื่อนกลไกทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และมีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จำนวน 30 คน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (G*Power_win3.1.9.2) (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ที่มีค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่มีขนาดอิทธิพลระดับใหญ่ เท่ากับ 0.5 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 (Hair et. Al., 2010, Cohen, 2007,; Kirk,1995) ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 27 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 คือ 2.7 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน

มีเกณฑ์การคัดเลือกโรงเรียนในเขตภาคตะวันออก คือ

(1) ปริมาณครูหรือบุคลากรทางการศึกษาสังกัดโรงเรียนในเขตภาคตะวันออก ที่มีครูจำนวน 100 คนขึ้นไป

(2) ผู้บริหารโรงเรียนมีความสนใจและให้นโยบายสนับสนุนการเข้าร่วมโปรแกรมจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยการสนับสนุนให้ใช้สถานที่และอุปกรณ์ประกอบการทำกิจกรรม

มีเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง เป็นครูหรือบุคลากรทางการศึกษาของโรงเรียนพหุศึกษา มีคุณสมบัติคือ

(1) มีค่า Stress meter ≤ 90 องศาฟาเรนไฮต์ ทั้งนี้เนื่องจากค่า stress meter ถือเป็นค่าข้อมูลย้อนกลับของร่างกาย ที่สะท้อนให้เห็นถึงความตึงเครียดของร่างกายจากการตั้งตัวของกล้ามเนื้อ การหดตัวของเส้นเลือดฝอยที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย อันอาจมีผลมาจากสาเหตุด้านต่างๆ ได้

(2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ (Mind, Emotional, and Spiritual Program: MESP)

(3) หลังจากได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลพื้นฐานจากกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งเพื่อดูผลของของโปรแกรม MESP เมื่อสิ้นสุดโครงการ โดยให้ทำแบบสอบถามความสุขของคนไทย ของกรมสุขภาพจิต แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (General Health Questionnaire ; Thai GHQ - 28) แบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ (The Spiritual Well-Being Scale : SWBS) ของ Paloutzian and Ellison (1982) และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) พัฒนาโดยนายแพทย์สุวัฒน์ หันตนิรันดรกุล กรมสุขภาพจิต (2540)

2. สถานที่ในการทำวิจัย

ระยะที่ 1 การสำรวจ รวบรวม และวิเคราะห์ สถานการณ์คุณภาพชีวิต และศึกษาปัจจัยทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ ของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออก

สถานที่ในการเก็บข้อมูล โรงเรียนในภาคตะวันออก จำนวน 388 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 อ้างใน อีรุฒิ เอกะกุล, 2543) โดยสุ่มอย่างง่ายจังหวัดจากจำนวนจังหวัดในภาคตะวันออก ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา และจันทบุรี และ ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi - Stage Random Sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก คือเป็นโรงเรียนที่ยินยอมให้เก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษา และเป็นโรงเรียนที่มีขนาดใหญ่มีจำนวนครู 100 คนขึ้นไป เพื่อให้ได้ข้อมูลสถานการณ์การทำงานร่วมกันที่มีความหลากหลาย ซึ่งผู้วิจัยกำหนดโรงเรียน 4 แห่ง จากการสุ่มจากโรงเรียนต่างๆ ที่มีจำนวนครู มากกว่า 100 คน ดังนี้ จังหวัดชลบุรี ได้แก่ โรงเรียนชลราษฎรอำรุง จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้แก่ โรงเรียนเบญจมราชรังสฤษฎิ์ จังหวัดจันทบุรี ได้แก่ โรงเรียนศรียานุสรณ์ จังหวัดระยอง ได้แก่ โรงเรียนมาตาพุดพิทยาคม ผู้วิจัยและคณะวิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามด้วยตัวเอง และมีผู้ประสานงานหลักในการเก็บข้อมูลของแต่ละโรงเรียน

ตาราง 1-1 สถานที่ในการเก็บข้อมูล

จังหวัด	โรงเรียน	แบบสอบถาม (ฉบับ)	ส่งกลับคืน (ฉบับ)	ข้อมูลที่ใช้ได้ (ฉบับ)
ชลบุรี	โรงเรียนชลราษฎรอำรุง	100	100	97
ฉะเชิงเทรา	โรงเรียนเบญจมราชรังสฤษฎิ์	100	92	92
จันทบุรี	โรงเรียนศรียานุสรณ์	100	100	100
ระยอง	โรงเรียนมาตาพุดพิทยาคม	100	100	99
	รวม	400	392	388

ระยะที่ 2 ผลของโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษา

สถานที่ในการเก็บข้อมูล โรงเรียนพนัสพิทยาคาร ซึ่งเป็นสถานศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากเกณฑ์การคัดเลือกเป็นโรงเรียนเป้าหมายที่มีศักยภาพในการขับเคลื่อนกลไกทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และทีมคณะกรรมการโรงเรียน (ระดับนโยบาย) มีมติความยินดีเข้าร่วมในการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ (1) ปริมาณครูหรือบุคลากรทางการศึกษาสังกัดโรงเรียนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีครูจำนวน 100 คนขึ้นไป (ร.พ.พนัสพิทยาคาร มีทั้งหมด 157 คน) (2) ผู้บริหารโรงเรียนมีความสนใจและให้นโยบายสนับสนุนการเข้าร่วมโปรแกรมจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยการสนับสนุนให้ใช้สถานที่และอุปกรณ์ด้านไอทีที่ศูนย์ประกอบการทำกิจกรรม

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

(1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้านประชากรศาสตร์

(2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) พัฒนาโดย นายแพทย์ สุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุล กรมสุขภาพจิต (2540) มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.65 ประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (perceived objective) และ อัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มี 26 ข้อคำถาม เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

(3) แบบสอบถามความสุขของคนไทย ของกรมสุขภาพจิต พัฒนาโดย อภิชัย มงคลและคณะ (2544) เป็นแบบประเมินความสุขด้วยตนเอง ซึ่งสร้างขึ้นภายใต้กรอบ แนวคิดคำจำกัดความของความสุข หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป มีข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผ่านมา การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.70

(4) แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (General Health Questionnaire ; Thai GHQ - 28) เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972) พัฒนาโดย นายแพทย์ ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2539) ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับกว้างขวางที่สุดในปัจจุบันฉบับหนึ่ง และมีผู้แปลเป็นภาษาต่าง ๆ มากกว่า 36 ภาษา Thai GHQ ฉบับ 28 ข้อ ที่พัฒนาขึ้นสามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตได้ดี โดยบอกได้ว่า บุคคลนั้นจะมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกการวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคทางจิตเวชชนิดใด มีค่าความเชื่อถือได้และความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดี ได้แก่ ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของข้อคำถามมีค่า Cronbach's alpha coefficient) ตั้งแต่ 0.84 ถึง 0.94 และมีค่าความไว (sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1 ถึง 85.3 และความจำเพาะ (specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4 ถึง 89.7 และสมควรนำไปเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย สำหรับ

Thai GHQ – 28 ซึ่งเป็น sub-scaled GHQ แบ่งคะแนนเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม 1 ข้อ 1 – 7 เป็นอาการทางกาย (somatic symptoms) กลุ่ม 2 ข้อ 8 – 14 เป็นอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (anxiety and insomnia) กลุ่ม 3 ข้อ 15 – 21 เป็นความบกพร่องทางสังคม (social dysfunction) กลุ่ม 4 ข้อ 22 – 28 เป็นอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (severe depression)

(5) แบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ (the spiritual well-being scale : SWBS) ของ Paloutzian & Ellison (1982) (กนิษฐา ลิมทรัพย์, 2557) แบ่งองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณไว้ 2 ด้าน ได้แก่ ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างปัจจุบัน และความผาสุกในการมีศาสนา เป็นสิ่งยึดมั่น จำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็น 1) ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างปัจจุบัน จำนวน 7 ข้อ และ 2) ความผาสุกในการมีศาสนาเป็นที่พึ่ง จำนวน 7 ข้อ โดยลักษณะของแบบสอบถาม จะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) มีให้เลือกตอบ 5 ระดับ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบโดยเริ่มจากน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ด้านความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างปัจจุบัน .86 และด้านความผาสุกในการมีศาสนาเป็นสิ่งยึดมั่น .82

(6) เครื่องมือวัดความเครียด (Stress meter) เป็นเครื่องมือมาตรฐานวัดการป้อนกลับความเครียด (Biofeedback) โดยวัดจากอุณหภูมิปลายนิ้ว (Tim Lowenstein, 2014)

(7) โปรแกรมจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ (MESP) เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษา โดยอาศัยการมีส่วนร่วม การสร้างและพัฒนาโปรแกรม

4. ตัวแปรที่ศึกษา

การวิจัยระยะที่ 1 การสำรวจ รวบรวม และวิเคราะห์ สถานการณ์คุณภาพชีวิต ปัจจัยลักษณะและพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล รวมทั้งปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ และศึกษาปัจจัยทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ ของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออก

ตัวแปรอิสระ คือ ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ ความสุขของคนไทยภาวะสุขภาพทั่วไปความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิต

ระยะที่ 2 ผลของโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ และระยะเวลาในการทดลอง ดังนี้

1.1 โปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ หมายถึง โปรแกรมด้านจิต และอารมณ์ (mental-emotional health) ด้านจิตวิญญาณ (spiritual health) ที่นำมาใช้พัฒนาคุณภาพชีวิตบุคลากรทางการศึกษาในโรงเรียนที่เข้าร่วมศึกษาสร้างจากการสนทนากลุ่ม (focus group) ประกอบด้วยนักวิจัยที่เป็นผู้นำการสนทนา และผู้ร่วมสนทนาที่เป็นตัวแทนกลุ่มต่างๆ ได้แก่ ผู้บริหารการศึกษา ครู และผู้ช่วยครู เนื้อหาโปรแกรมประกอบด้วยการบูรณาการหลักจิตวิทยาตามแนวทฤษฎี (buddhism: self reliability) การให้คำปรึกษาแนวพุทธ ทฤษฎีความคิดและพฤติกรรมบำบัด (cognitive behavior therapy) และกลุ่มมนุษยนิยม (existentialism/ humanism) เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ออกแบบเป้าหมายชีวิตของตนเอง และสร้างข้อผูกพันสัญญาในการทำกิจกรรม

ด้วยตนเอง ร่วมกับหลักการจัดการอารมณ์ด้วยวิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscle relaxation) การฝึกลมหายใจ (deep breathing exercise) และหลักการโยคะ โดยการใช้กิจกรรมตามแนวกระบวนการปรึกษาแบบกลุ่ม (group counseling) ทั้งหมด 15 ครั้ง

1.2 ระยะเวลาในการทดลอง จำแนกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง

2. ตัวแปรตาม คือ ความสุขของคนไทย ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพทั่วไป และการผ่อนคลาย (วัดจากอุณหภูมิ)

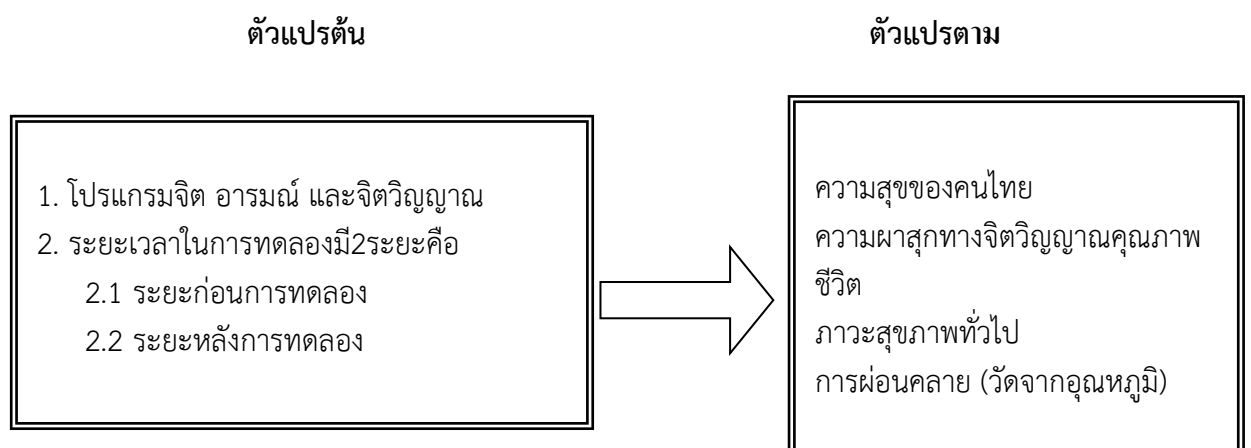
5. ระยะเวลาในการศึกษา ช่วง 1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2563

กรอบแนวความคิดของการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 การสำรวจ รวบรวม และวิเคราะห์ สถานการณ์คุณภาพชีวิต ปัจจัยลักษณะและพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล รวมทั้งปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ และศึกษาปัจจัยทางจิตอารมณ์ และจิตวิญญาณ ของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียง

คุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตที่ดีและความสมบูรณ์ของมนุษย์ประกอบด้วย อาหารโภชนาการ สุขภาพอนามัย การศึกษา รายได้ ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม คุณธรรม ความสามารถในการแก้ปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม และสามารถปรับตัวกับสภาวะแวดล้อมและสังคมที่ตนอยู่ได้เป็นอย่างดี และมีความสุข คุณภาพชีวิตมีความสำคัญต่อมนุษย์ กล่าวคือคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่มนุษย์กำหนดสร้างขึ้นและชวนขยายให้ได้มาและพัฒนาตนเองไปสู่เป้าหมายในการดำเนินชีวิตให้ดีขึ้นในทุกด้าน

การวิจัยระยะที่ 2 ผลของโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษา



ภาพ 1-1 กรอบแนวความคิดของการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

คุณภาพชีวิต หมายถึง เป็นการรับรู้ความพึงพอใจ และสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย และความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (World Health Organization, 2017) เป็นการประเมินค่าที่เป็นจิตพิสัย (subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม เป็นการรับรู้เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบ โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) ซึ่งพัฒนาโดยนายแพทย์สุวัฒน์ หันตนิรันดรกุล กรมสุขภาพจิต (2540) ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณเองไม่ต้องพึ่งยาใดๆ หรือการรักษาทางการแพทย์ หรือ อื่นๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ความสามารถในการจัดการกับความเครียด หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้ความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้ความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณเองได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณเองดำเนินชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

ปัจจัยทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ หมายถึง สภาวะทางด้านจิตใจ อารมณ์ และความผาสุกทางจิตวิญญาณที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต

ความสุขของคนไทย หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึง

ความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป วัตจากแบบสอบถามความสุขของคนไทย ของกรมสุขภาพจิต พัฒนาโดย อภิชัย มงคลและคณะ (2544)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความผาสุกอันเกิดจากการมีจิตใจสูงหรือจิตสัมพันธ์กับสิ่งที่มีคุณค่าสูงสุดทำให้เกิดความหวังความเชื่อมั่นศรัทธามีเป้าหมายในชีวิตมีการปฏิบัติในสิ่งที่ดีงามด้วยความมีเมตตากรุณาไม่เห็นแก่ตัวมีความเสียสละและยินดีในการที่ได้มองเห็นความสุขหรือความสำเร็จของบุคคลอื่นวัดได้จากแบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ (The spiritual well-being scale : SWBS) ของ Paloutzian and Ellison (1982) (กนิษฐา ลิ้มทรัพย์, 2557) แบ่งองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณไว้ 2 ด้าน ได้แก่ ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างปัจจุบัน และความผาสุกในการมีศาสนาเป็นที่ยึดมั่น

ภาวะสุขภาพทั่วไป หมายถึง การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตโดยบอกได้ว่าบุคคลนั้นจะมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ โดยใช้แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (general health questionnaire ; Thai GHQ – 28) พัฒนาโดย นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2539)

บุคลากรทางการศึกษา หมายถึง บุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย ผู้บริหารสถานศึกษา ครู ผู้ช่วยครู และพนักงานจ้าง

โปรแกรมทางจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ หมายถึง โปรแกรมด้านจิต และอารมณ์ (mental-emotional health) ด้านจิตวิญญาณ (spiritual health) ที่นำมาใช้พัฒนาคุณภาพชีวิตบุคลากรทางการศึกษาในโรงเรียนที่เข้าร่วมศึกษา สร้างจากการสนทนากลุ่ม (focus group) ประกอบด้วยนักวิจัยที่เป็นผู้นำการสนทนาและผู้ร่วมสนทนาที่เป็นตัวแทนกลุ่มต่างๆ ได้แก่ ผู้บริหารการศึกษา ครู และผู้ช่วยครู เนื้อหาโปรแกรมประกอบด้วย การบูรณาการหลักจิตวิทยาตามแนวทฤษฎี (buddhism: self reliability) การให้คำปรึกษาแนวพุทธ ทฤษฎีความคิดและพฤติกรรมบำบัด (cognitive behavior therapy) และ กลุ่มมนุษยนิยม (existentialism/ humanism) เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ออกแบบเป้าหมายชีวิตของตนเอง และสร้างข้อผูกพันสัญญาในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง ร่วมกับหลักการจัดการอารมณ์ด้วยวิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscle relaxation) การฝึกลมหายใจ (deep breathing excersice) และหลักการโยคะ โดยการใช้กิจกรรมตามแนวกระบวนการปรึกษาแบบกลุ่ม (group counseling) ทั้งหมด 15 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การสำรวจ รวบรวม และวิเคราะห์ ปัจจัยลักษณะและพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล รวมทั้งปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านจิตและอารมณ์ (mental-emotional health) และด้านจิตวิญญาณ (spiritual health) ที่กำหนดสุขภาพและสถานการณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) เพื่อสร้างสมการทำนายปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

3. การวิเคราะห์ multiple logistic regression ระหว่าง ตัวแปร ปัจจัยลักษณะและพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล รวมทั้งปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ต่อปัจจัยคุณภาพชีวิต

4. การสร้างและพัฒนาโปรแกรมด้านจิต และอารมณ์ (mental-emotional health) และด้านจิตวิญญาณ (spiritual health) วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยใช้การศึกษาแบบแผนโครงสร้าง และสาระของเนื้อหาที่ได้จากการสนทนากลุ่ม มาจัดทำเป็นโปรแกรมด้านจิตและอารมณ์ (mental-emotional health) และด้านจิตวิญญาณ (spiritual health)

5. การประเมินผลการดำเนินโปรแกรมด้านจิต และอารมณ์ (mental-emotional health) ด้านจิตวิญญาณ (spiritual health) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมานการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง (paired t-test)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาด้วยโปรแกรมทางจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ผู้วิจัยทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยจัดลำดับการนำเสนอ ดังนี้

1. คุณภาพชีวิต
2. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ
3. การให้ข้อมูลย้อนกลับทางกาย (Biofeedback)
4. โยคะ

คุณภาพชีวิต

ความหมายของคุณภาพชีวิต

ราชบัณฑิตยสถาน (2546) กำหนดไว้ว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ และชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดี

จอร์จ และเบอร์สัน (George & Berson, 1989) ได้ให้ความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง มิติของการมีชีวิตที่ดี ประกอบด้วย ความสุข ความพอใจในชีวิต ความนับถือตนเองสุขภาพ และสถานภาพ การทำงานของร่างกายและสภาพเศรษฐกิจที่ดี

ฟิชเชอร์ (Fisher, 1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถด้านสังคม ความพึงพอใจของชีวิต สภาวะของสุขภาพทุกด้าน และความสามารถในการทำหน้าที่

แม็กแมน (McMahon, 2005) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความสุข (happiness) ซึ่งเป็นแนวคิดของความเป็นอยู่ที่ดี รวมถึงความสมดุลพอดีของชีวิตสอดคล้องกับ เนสเซ่ (Nesse, 2005) ได้อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้ว่า ความรู้สึกถึงความสุขหรือมีชีวิตที่ดี ซึ่งบุคคลรับรู้ได้ทั้งในเรื่องของร่างกายและจิตใจ

เมื่อองค์ความรู้ด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงจากแนวคิดระดับปัจเจกบุคคลซึ่งเป็นมุมมองแบบแยกส่วน (reductionism) เป็นมุมมองแบบองค์รวม (holism) ทำให้แนวคิดของคุณภาพชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกัน ดังเช่น การที่องค์การอนามัยโลก ได้พัฒนากรอบคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ใช้ชื่อว่า “global concept of quality of life” (The WHO Group, 1995) โดยได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตว่า “คุณภาพชีวิต คือ การรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของตน ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่ และสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวความคิดที่กว้างเต็มไปด้วยความ

ซับซ้อน ครอบคลุมในประเด็นสุขภาพร่างกายของแต่ละคน สภาพจิตใจ ระดับของความอิสระสัมพันธ์ภาพทางสังคม ความเชื่อ และความสัมพันธ์ที่มีต่อสภาพแวดล้อม” (Mahatnirankul, Silpakit, & Pumpaisalchai, 2000) จะเห็นได้ว่าองค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญต่อการออกแบบของคร่อม และได้พัฒนากรอบความคิดของคุณภาพชีวิตให้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบย่อย (domain) ของความเป็นมนุษย์ ทั้งด้านกายภาพ จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้จากคำจำกัดความนี้ คุณภาพชีวิตจะมีลักษณะที่เป็น “global and dynamic concept”

คุณภาพชีวิต (Ragsdale & Morrow, 1990, p. 355) หมายถึง การรับรู้ การมีประสิทธิภาพหรือความสามารถในการกระทำอย่างมีความหมาย เพื่อควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตน ทั้งด้านจิต อารมณ์ ความคิด และการดูแลรักษา

คุณภาพชีวิต (Orem, 2001, p. 179) คือ ความผาสุก (wellbeing) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึก เป็นสุขภาพและสุขใจ ในขณะที่นักวิชาการด้านสุขภาพส่วนใหญ่ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต โดยอาศัยแนวคิดจากองค์การอนามัยโลก จึงมุ่งให้ความสนใจที่สุขภาวะทางกาย และจิตใจ รวมทั้งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Farquhar, 1995)

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2541) ให้ความหมายว่า เป็นระดับของการมีชีวิตที่ดี ความสุข ความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม นอกจากนี้ โกศล มีคุณ (2542, 4) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ สภาพชีวิตที่มีความสำเร็จ สุขสงบ ซึ่งเหมาะสมกับภาวะ และวัย

นริศรา พึ่งโพสก และ ฐาศุภร์ จันประเสริฐ (2555) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อสภาพการดำรงชีวิตของตน ซึ่งวัดจากความพึงพอใจในเรื่องความเป็นอยู่ ความสุข สุขภาพกายและจิต อาหารการกิน การมีสิ่งของใช้ตามความจำเป็น การอยู่ในสภาพแวดล้อม และการใช้ชีวิตอยู่ในสังคม

กนกวรรณ ชูชีพ (2551) ได้สรุปความคิดเห็นเรื่องคุณภาพชีวิตว่าหมายถึง ความพอใจของปัจเจกชน ซึ่งเป็นผลกระทบจากร่างกาย จิตใจ นอกจากนี้ คุณภาพชีวิตรวมไปถึงผลลัพธ์จากจุดเชื่อมต่อระหว่างเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

สุทธิพงศ์ บุญผดุง (2554) ได้สรุปว่า คุณภาพชีวิตจะเกี่ยวข้องกับลักษณะที่เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคล โดยมีโครงสร้างหลากหลายมิติที่มีความเกี่ยวข้องกับด้านกายภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านสภาพแวดล้อม และด้านสุขภาพ รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การดำเนินชีวิต เป็นต้น

กุสุมา โกศล (2555) ได้สรุปว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพการดำรงชีวิตของบุคคลที่ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านต่าง ๆ อาทิ ชีวิตครอบครัว หน้าที่การงาน สุขภาพอนามัย ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน ชีวิตในชุมชน ความเป็นอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี เป็นต้น

จากการรวบรวมความหมายคุณภาพชีวิตดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสภาพความเป็นอยู่ของตนเอง ความรู้สึกถึงความสุขหรือมีชีวิตที่ดี ซึ่งสามารถรับรู้ได้ทั้งในเรื่องของร่างกายและจิตใจ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ครอบครัว การทำงาน เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต

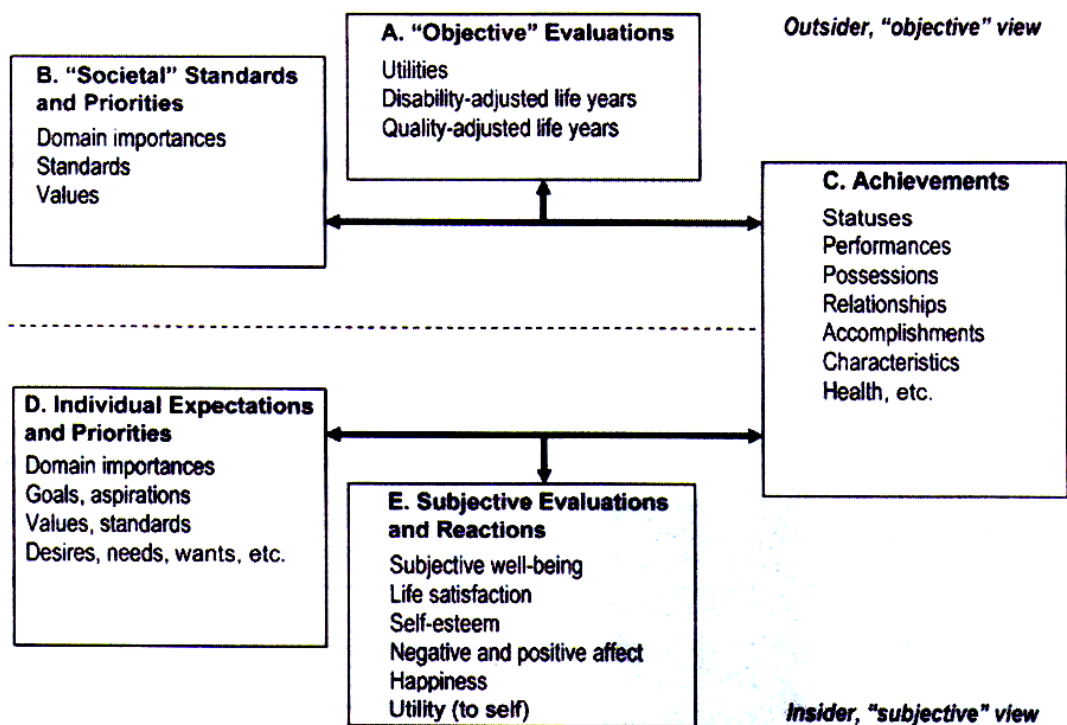
แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

คณะทำงานทางด้านคุณภาพชีวิตที่สนับสนุนโดยองค์การอนามัยโลก (The WHO Group, 1995, 41403-9.) ได้กล่าวถึง คุณภาพชีวิต ว่ามีความหมายที่หลากหลายแตกต่างกันตามบริบทของผู้ศึกษา กล่าวคือ ระดับผู้กำหนดนโยบายทางสังคม เช่น รัฐบาล คุณภาพชีวิตมีความหมายในด้านหลักประกันแก่ประชาชนในด้านการบริการหรือการสงเคราะห์ทางสังคมด้านต่างๆ เช่น การให้บริการด้านสาธารณสุข โภค การช่วยเหลือด้านสิ่งของ การยกระดับรายได้และการส่งเสริมประชากรทุกคนให้มีสิทธิเท่าเทียมกันในด้านต่างๆ เช่น การให้บริการด้านสาธารณสุข โภค การช่วยเหลือด้านสิ่งของ การยกระดับรายได้ และการส่งเสริมประชากรทุกคนให้มีสิทธิเท่าเทียมกันในด้านต่างๆ ในมุมมองของนักเศรษฐศาสตร์ คุณภาพชีวิตหมายถึง รายได้มวลรวมของประเทศ อัตราเงินเฟ้อ หรือดัชนีผู้บริโภค รายได้เฉลี่ยประชากร หากเป็นทางการแพทย์ เช่น นักกิจกรรมบำบัด หรือแพทย์ คุณภาพชีวิตหมายถึงการเปลี่ยนแปลงทางบวก ของการรักษาหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ผู้ใช้บริการได้รับ ดังนั้น ความหมายของคุณภาพชีวิตจึงเปลี่ยนแปลง ไปตามบริบทของงาน ซึ่งส่งผลต่อการวัดและการแปลผล หากวิธีการวัดมีความแตกต่างกัน จึงขอเสนอแนวคิดคุณภาพชีวิต ดังนี้ (ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559; Moons, Budts, & De Geest., 2006, 891-901; Kinney, 1996, 25-8)

1. normal life ความหมายของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้ หมายถึงการที่บุคคลปราศจากข้อจำกัดทางด้านร่างกายและจิตใจสามารถประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิตต่างๆ ได้ มีอายุที่ยืนยาว สามารถแสวงหาสิ่งต่างๆ ที่ตนเองต้องการโดยเปรียบเทียบกับประชากรที่มีอายุอยู่ในกลุ่มเดียวกัน หรือประชากรกลุ่มที่มีสุขภาพปกติ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่สามารถตัดสินจากความแตกต่างของปัจจัยทางด้านร่างกายและจิตใจเทียบกับ “มาตรฐาน” ของประชากร หากบุคคลมีข้อจำกัดในปัจจัยด้านใดด้านหนึ่งต่ำกว่า “มาตรฐาน” มากเท่าไร แสดงว่าบุคคลนั้นมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเท่านั้น จะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้ประเมินจากระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ และภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น

2. social utility ความหมายของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้ หมายถึง การที่บุคคลสามารถคงไว้ซึ่งบทบาททางสังคมและการได้รับการยอมรับจากสังคมจากบทบาทของตน เช่น บทบาทของการเป็นครู บิดา มารดา การประกอบอาชีพ การจ้างงาน เป็นต้น แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับผลกระทบของโรคต่อภาวะการประกอบอาชีพ หรือการมีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรม การดำเนินชีวิตตามบทบาททางสังคมภายหลังจากเจ็บป่วยหรือพิการ การประเมินคุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้ นิยมประเมินที่การมีงานทำรายได้ที่เกิดจากการทำงาน และความสามารถในการคงไว้ซึ่งบทบาทของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเจ็บป่วย

3. utility ความหมายของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้ แบ่งได้เป็น สองมุมมอง คือมุมมองด้าน เศรษฐศาสตร์และด้านจิตวิทยา มุมมองทางเศรษฐศาสตร์ หมายถึง ระดับสุขภาพของบุคคลนั้นๆ เปรียบเทียบเกณฑ์อ้างอิงของประชากรปกติ การเปรียบเทียบใช้ดัชนีชีวิตที่มีค่าระหว่าง 0 ถึง 1 กล่าวคือ หากบุคคลมีค่าดัชนีสุขภาพเป็น 0 หมายถึงการเสียชีวิต ในขณะที่ค่าดัชนีเท่ากับ 1 หมายถึง การมีสุขภาพสมบูรณ์ (Liddle, & McKenna, 2000, 77-85) การพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตตาม มุมมองนี้ พิจารณาในสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น ไม่พิจารณาสุขภาพโดยรวม (holistic perspective) เหมือนกับแนวคิดแบบ normal life มุมมองนี้สะท้อนออกในด้านความคุ้มค่าในการ รักษา (cost-benefit) เมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Dolan, Gudex, & Kind, 1996, 209-31) เนื่องจาก มีพื้นฐานเศรษฐศาสตร์ จึงให้ความสำคัญกับความคุ้มค่า เมื่อ ประยุกต์ใช้ในการเลือกวิธีการรักษาผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด (incurable diseases) เช่น โรคมะเร็ง ความพิการด้านการเคลื่อนไหว การใช้คุณภาพชีวิตตามมุมมองนี้ มีจุดประสงค์เพื่อให้ เกิดประโยชน์สูงสุดกับต้นทุนการรักษาที่ต้องจ่าย หรืออาจเรียกว่า “จุดคุ้มทุน” ในกรณีที่มีทางเลือก ในการรักษาหลายวิธี ผู้ให้การรักษาต้องเลือกวิธีที่ให้ประโยชน์สูงสุดโดยมีค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด (the most cost-benefit treatment)



ภาพ 2- 1 Concepts of quality of life: Utility approach: From: Dijkers M. Quality of life of individual with spinal cors injury: A review of conceptualization, measurement, and research findings. Journal of Rehabilitation Research & Development. 2005;42(3, Supplement 1): 87-110.17 อ้างถึงใน ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559

4. life satisfaction หรือ subjective well-being กรอบแนวคิดมีพื้นฐานจากความเชื่อที่ว่า บุคคลมีสิทธิและอิสระที่จะเลือกในสิ่งที่ตนเองชอบและสามารถจัดลำดับความสำคัญของสิ่งเหล่านั้น (ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559) ส่วนประกอบย่อยที่สำคัญที่สุด คือ ปัจจัยจำเป็นพื้นฐานของการดำรงชีวิตของมนุษย์ 5 ประการตามทฤษฎีของ Maslow (Maslow, 1987) จากนั้นปรับเปลี่ยนความต้องการเหล่านี้ใน ตามวัฒนธรรม และค่านิยมของสังคมที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกอยู่ตั้งนั้น แต่ละบุคคลจะมีระดับมาตรฐานสำหรับการเปรียบเทียบกับสิ่งที่ตนเองได้รับการตอบสนอง (achievement) (Box C. ภาพ 2- 1) โดยบุคคลเปรียบเทียบปัจจัยย่อยต่างๆ ระหว่าง Box D ซึ่งเป็นสิ่งที่ได้รับการตอบสนองตามมาตรฐานของสังคมกับสิ่งที่ได้รับตามความเป็นจริง (Box C) ความรู้สึกที่เกิดขึ้น หรืออีกนัยหนึ่งคือ ช่องว่างของการได้รับกับสิ่งที่คาดหวังจะถูกตัดสินให้เป็นองค์ประกอบ (domain) ของคุณภาพชีวิตตาม Box E ดังนั้น ตามแนวคิดนี้ คุณภาพชีวิตของปัจเจกบุคคลคือ ผลลัพธ์จากการเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่ต้องการและสิ่งที่ได้รับ โดยมีบริบทของสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ เป็นตัวกำหนดความต้องการของบุคคล คุณภาพชีวิตจึงเป็นสิ่งที่บุคคลต้องจัดอันดับความสำคัญขององค์ประกอบต่างๆ และบ่งบอกความพึงพอใจด้วยตัวบุคคลเอง ข้อคำนึงในการใช้กรอบคิดนี้สำหรับอธิบายคุณภาพชีวิต คือ ผู้ที่สนใจในเรื่องของคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่สนใจศึกษาเฉพาะผลลัพธ์สุดท้ายของการได้รับการตอบสนอง (Box C) แต่ละเลยในการศึกษาลำดับความสำคัญของปัจจัยต่างๆ (Box D) ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้ว ปัจจัยทั้งสองส่วนใน Box C และ D มีความสำคัญเท่าเทียมกัน สำหรับบุคคลในการที่ตัดสินระดับคุณภาพชีวิตของตนเอง สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งในการนำแนวคิดนี้ไปใช้งาน คือ การจัดระดับคุณภาพชีวิตของบุคคล ต้องเป็นการจัดระดับด้วยตนเองโดยใช้การรับรู้และอารมณ์ (cognition and emotion) ดังนั้น กรอบแนวคิดนี้จึงเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตแบบ “insider or subjective aspect” ปัจจุบัน คุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้ได้รับการยอมรับว่าเหมาะสมที่สุดในการศึกษาคุณภาพชีวิตของปัจเจกบุคคล (Moons, Budts, & De Geest, 2006, 891-901; Zhan, 1992, 795-800; Ferrans, 1996, 293-304) กรอบแนวคิดนี้สามารถแบ่งออกเป็นแนวคิดย่อยดังนี้

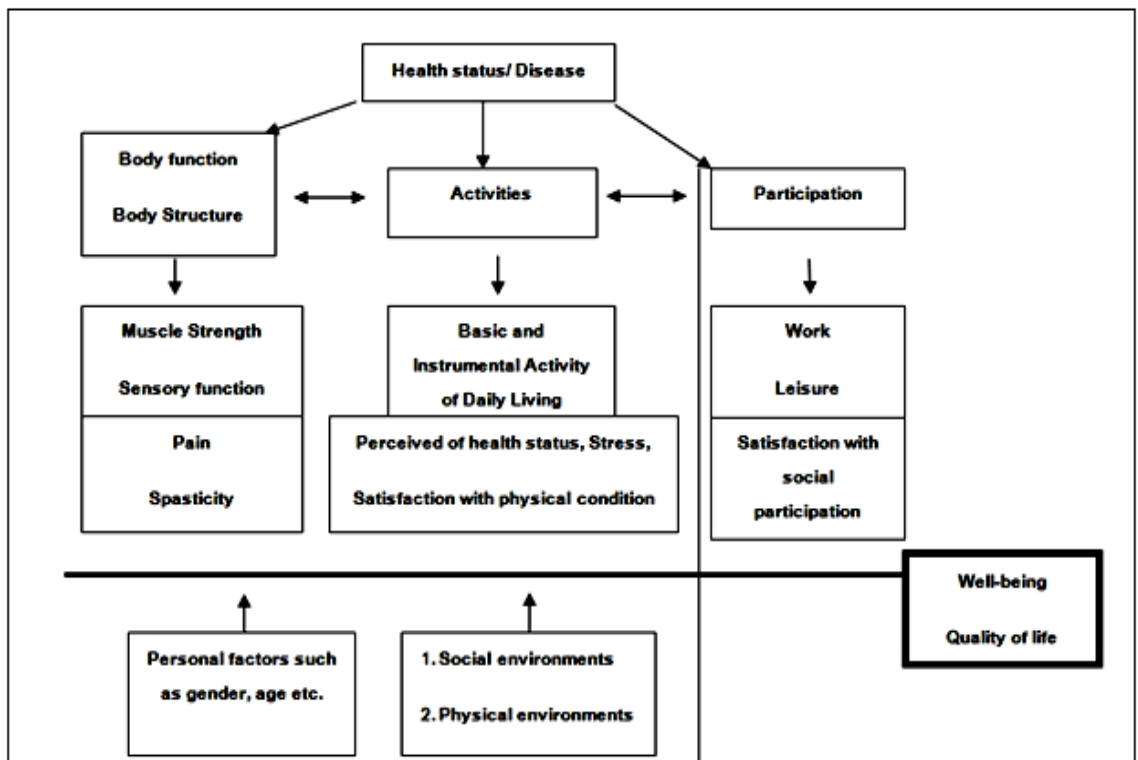
4.1 need-based approach ให้ความสำคัญกับความต้องการปัจจัยพื้นฐานที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต (need-based approach) มีพื้นฐานจากแนวคิดของ Thomas More ที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต เช่น ที่อยู่ อาศัย สุขภาพที่แข็งแรง การปราศจากโรค (Stephen & Lynda, 2004) แนวคิดนี้ยังคงใช้กันอยู่อย่างแพร่หลายในวงการแพทย์ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในด้านความแข็งแรงของสุขภาพ (การปราศจากโรค) หรือ ผลของการรักษาต่ออาการของโรค ข้อจำกัดของแนวคิดแบบ “need-based approach” คือ การมองความต้องการของบุคคลเพียงด้านวัตถุ (objective or physical aspects) เพื่อสนองตอบต่อความต้องการโดยไม่คำนึงถึงจิตวิญญาณและสังคม เนื่องจากเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีความต้องการปัจจัยพื้นฐานนדרในการดำรงชีวิตที่เหมือนกัน ตามทฤษฎีของ Maslow ในเรื่องความต้องการปัจจัยพื้นฐาน (basic needs) แต่ในความเป็นจริงแม้บุคคลจะได้รับการตอบสนองปัจจัยสี่อย่างพอเพียง กลับยังมีความรู้สึกที่ชีวิตไม่มีความสุขเท่าที่คาดหวัง หรือ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือยังมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำอยู่ (Hairy (1999) ดังนั้น แนวคิดนี้จึงไม่สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้อย่างครอบคลุมเนื่องจากการขาด

ความสนใจในด้านจิตใจ อารมณ์ และการเป็นสมาชิกของสังคม ตัวอย่างของข้อจำกัดนี้ ได้แก่ บุคคลที่มีฐานะทางสังคมระดับสูง มีปัจจัยพื้นฐานมากจนเกินพอ แต่ยังไม่มีความสุขจนต้องแสวงหาทางออกอื่นๆ เช่น การปฏิบัติธรรม หรือการทำงานเพื่อสาธารณกุศลโดยไม่หวังผลตอบแทน เป็นต้น

4.2 want-based approach พัฒนาจากความคิดพื้นฐานว่า บุคคลมีความต้องการ (want) ในชีวิตที่แตกต่างกัน ดังนั้น องค์ประกอบที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลจึงขึ้นกับพื้นฐานความต้องการ (want) ที่แตกต่างกัน ระดับของคุณภาพชีวิต คือ ช่องว่างของสิ่งที่แต่ละบุคคลคาดว่าจะได้รับ กับสิ่งที่บุคคลนั้นได้รับจริงในช่วงเวลาหนึ่งของชีวิต (a gap between expectation and achievement in certain period of life; Calman, 1984) อย่างไรก็ตาม เงื่อนไขสำคัญในแนวคิดนี้คือ สิ่งที่บุคคลต้องการ (expectation) ต้องเป็นสิ่งที่เป็นไปได้จริง (realistic) ตามสถานะของบุคคลในขณะนั้น จึงจะทำให้ช่องว่าง ของความคาดหวังกับสิ่งที่ได้รับแคบลง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตัวอย่างเช่น ในผู้ป่วยอัมพาตแขนขา แบบสมบูรณ์ (complete tetraplegia) เมื่อผู้บำบัดสอบถาม ความต้องการหรือเป้าประสงค์ในการฟื้นฟูซึ่งเป็นการใช้หลักการของ client center ผู้ป่วยมักให้คำตอบ (การคาดหวัง) ว่าต้องการเดินได้เหมือนก่อนการรับการรักษาบำบัด ซึ่งถือว่าเป็น “ความต้องการที่คาดหวัง” (expectation) แต่ในฐานะของผู้บำบัดที่มีความรู้ทางการแพทย์ของการบำบัดของไขสันหลัง จะทราบว่าผู้ป่วยไม่สามารถกลับมาเดินได้เหมือนเดิม และมีความจำเป็นต้องใช้รถนั่งคนพิการไปตลอดชีวิต ซึ่งเป็น “สิ่งที่เป็นไปได้จริง” (realistic) ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้บำบัดจำเป็นต้องให้ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดไขสันหลังที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย เพื่อการลดความคาดหวัง (expectation) ให้อยู่ในสิ่งที่ เป็นความเป็นจริง (realistic) เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความพิการของตน ลดความคาดหวังในการเดินซึ่งเป็นไปได้ เมื่อผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงว่าเขาจะไม่สามารถกลับมาเดินได้ อีกและยอมรับการฝึกใช้รถนั่งคนพิการ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ปัญหาสำคัญของแนวคิดนี้ คือ บุคคลมีความคาดหวังแตกต่างกัน ดังนั้น คำถามที่มักเกิดขึ้นเสมอ คือระหว่างผู้ป่วยหรือผู้บำบัด ใครเป็นผู้กำหนดความคาดหวัง ที่เป็นจริง (realistic expectation) ดังนั้น การนำแนวคิดนี้ไปใช้ในทางปฏิบัติ ทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดต้องมีความยืดหยุ่นในแนวคิดของตน สามารถปรับเปลี่ยนและยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นทั้งสองฝ่ายโดยผ่านวิธีการต่างๆ เช่น การปรับตัว (adaptation) มีมุมมองทางด้านบวกของทั้งตน และบุคคลอื่น (optimistic personality) เป็นต้น

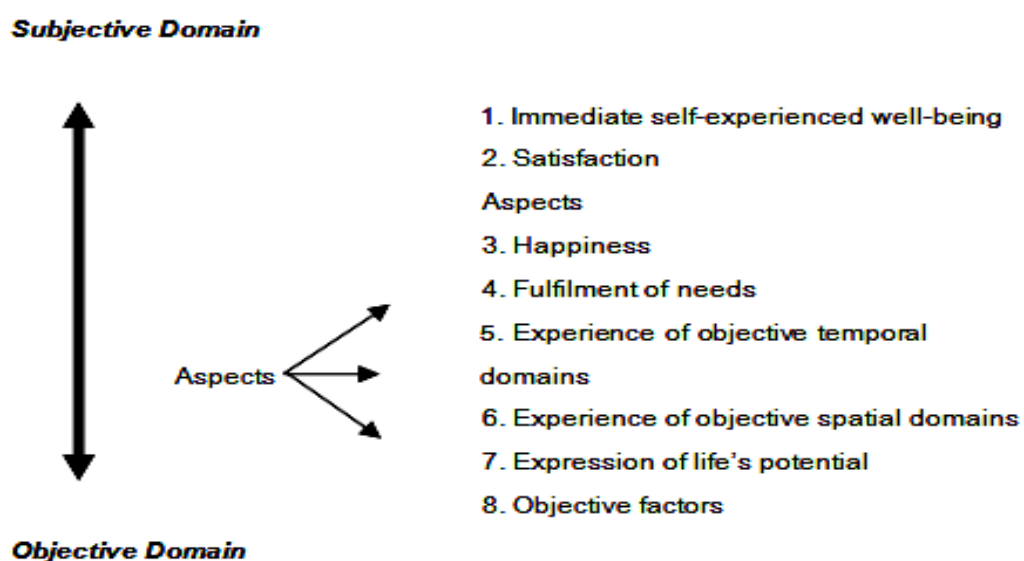
4.3 global concept approach เมื่อองค์ความรู้ด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงจากแนวคิดระดับปัจเจกบุคคลซึ่งเป็นมุมมองแบบแยกส่วน (reductionism) เป็นมุมมองแบบองค์รวม (holism) ทำให้แนวคิดของคุณภาพชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกัน ดังเช่นการที่องค์การอนามัยโลก ได้พัฒนากรอบคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ใช้ชื่อว่า “global concept of quality of life” (The WHO Group, 1995) โดยได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตว่า “คุณภาพชีวิต คือการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของตน ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่และสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวความคิดที่กว้างเต็มไปด้วยความซับซ้อน ครอบคลุมในประเด็นสุขภาพร่างกายของแต่ละคน

สภาพจิตใจ ระดับของความอิสระ สัมพันธภาพทางสังคม ความเชื่อ และความสัมพันธ์ที่มีต่อสภาพแวดล้อม” (Mahatnirankul, Silpakit, & Pumpaisalchai 2000) จะเห็นได้ว่าองค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญต่อกรอบแนวคิดแบบองค์รวมและได้พัฒนากรอบความคิดของคุณภาพชีวิตให้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบย่อย (domain) ของความเป็นมนุษย์ ทั้งด้านกายภาพ จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้จากคำจำกัดความนี้ คุณภาพชีวิตจะมีลักษณะที่เป็น “global and dynamic concept” นอกจากนี้ หลังจากองค์การอนามัยโลกได้พัฒนาแนวคิดใน การศึกษาผลกระทบของโรค หรือความเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพ ที่เรียกว่า international classification of functioning, disability and health: ICF20 มีผู้นำกรอบอ้างอิง ICF มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เช่น กรอบแนวคิดที่พัฒนาโดย Post & Noreau (ภาพ 2-2) ซึ่งประเมินระดับความพึงพอใจในชีวิต หรือ คุณภาพชีวิต ที่สะท้อนออกในรูปขององค์ประกอบด้านสุขภาพตามกรอบอ้างอิง ICF รวมทั้ง ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลเมื่อมีความปัญหาในแต่ละองค์ประกอบของ ICF



ภาพ 2-2 Comparison between QOL and ICF concepts: Adapted from: Post M & Noreau L. Quality of life after spinal cord injury. J Neurol Rehabil. 2005; 29(3):139-46. อ้างถึงใน ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559

4.4 meta-theory approach ตามแนวคิดเชื่อว่า คุณภาพชีวิตประกอบขึ้นด้วย องค์ประกอบแบบวัตถุพิสัย (objective domain) และแบบจิตพิสัย (subjective domain) แต่ละ องค์ประกอบมีปัจจัยย่อย (aspects) เป็นพื้นฐานที่สำคัญ ปัจจุบัน เรียกกรอบคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต แบบนี้ว่า “meta-theory” เนื่องจากในแต่ละองค์ประกอบ (domain) หรือ ปัจจัยย่อย (aspect) ใช้ ทฤษฎีอื่นร่วมอธิบาย และเชื่อว่าคุณภาพชีวิตไม่สามารถอธิบายได้โดยใช้ทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียว ตัวอย่างของการเป็น “meta-theory” ของคุณภาพชีวิตได้แก่กรอบแนวคิดที่เรียกว่า “integrative quality-of-life meta-theory: IQL” ซึ่งพัฒนาโดย Ventegodt และคณะ (Ventegodt & Hilden, 2003)



ภาพ 2-3 Concept of “Integrative Quality-of-Life meta-theory: IQL”: Adapted from: Ventegodt S, Hilden J, J. M. Measuring the Quality of Life I: A methodological framework. Scientifi World Journal. 2003; 13(3): 950-61. อ้างถึงใน ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559

จากภาพ 2-3 จะเห็นได้ว่า กรอบคิด IQL ในแต่ละองค์ประกอบ (domain) และปัจจัยย่อย (aspects) ขององค์ประกอบต่างๆ สามารถอธิบายโดยใช้ทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น objective factor สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีของ Maslow ในขณะที่ expression of self ใช้ทฤษฎีของ self-efficacy, self-empowerment และ self-esteem (Ventegodt & Hilden, 2003) อธิบายได้

5. happiness/ affect แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับภาวะทางอารมณ์ของบุคคลต่อสถานการณ์ใดๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง ตามแนวคิดนี้บุคคล จะให้ความสำคัญต่อสมดุลระหว่างความรู้สึกทางบวก (ความสุข) กับความรู้สึกทางลบ (ความทุกข์ ความซึมเศร้า) สมดุลนี้เป็นสภาวะการณ์ชั่วคราวที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล ดังนั้น ระดับคุณภาพชีวิตตาม

แนวคิดนี้จะเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และบางครั้งมีความแตกต่างกันในแต่ละวันแม้จะอยู่ในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมเดิม คุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้สามารถประเมินด้วยแบบประเมินระดับความซึมเศร้าและอารมณ์ของบุคคลโดยเชื่อว่าบุคคลที่มีความซึมเศร้าในระดับสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (Moons, Budts, & De Geest.2006)

6. natural capacity กรอบแนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับการเปรียบเทียบระหว่างศักยภาพของบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่มีอยู่ก่อนการเจ็บป่วยกับศักยภาพที่เหลืออยู่หลังการเจ็บป่วย โดยมีสมมุติฐานว่า คุณภาพชีวิตของบุคคลจะลดลงเมื่อเกิด โรคหรือภาวะเจ็บป่วย คุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้จึงประเมินโดยพิจารณาระดับของการเปลี่ยนแปลงทางศักยภาพดังกล่าวว่าลดลงมากน้อยเพียงใด และการลดลงนั้นมีอิทธิพลต่อ บุคคลมากน้อยเพียงใด แนวคิดสะท้อนออกในรูปของคำถามที่ว่า “ชีวิตมีคุณค่าพอเพียงที่จะอยู่ต่อไปหรือไม่?” ดังนั้น การประเมิน คุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้สามารถประเมินจากตัวผู้ป่วยเอง หรือประเมินจากมุมมองของผู้ดูแลและผู้ให้การรักษาซึ่งใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากพอที่จะให้ความเห็น หรือตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพ หรือผลกระทบจากการเจ็บป่วยหรือโรคที่มีต่อศักยภาพของผู้ป่วย (Moons, Budts, & De Geest, 1996; Ferrans, 1996)

มาสโลว์ (Maslow. 1954) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีแรงจูงใจของมนุษย์ (theory of human motivation) โดยได้จัดลำดับขั้นตอนความต้องการ (the need hierarchy) ของมนุษย์ตามความปรารถนาที่จะได้รับการตอบสนอง ซึ่งมีการแบ่งลำดับขั้นของความต้องการจากต่ำสุดไปสูงสุด เป็น 5 ระดับ คือ

1. ความต้องการทางร่างกาย (physiological needs) เป็นความต้องการลำดับต่ำสุดและเป็นพื้นฐานของชีวิต เช่น ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ ที่อยู่อาศัย เป็นต้น

2. ความต้องการความปลอดภัย (safety need) เป็นความต้องการที่จะเกิดขึ้นหลังจากที่ความต้องการทางร่างกายได้รับการตอบสนองอย่างไม่ขาดแคลนแล้ว มนุษย์ก็จะมีความต้องการในเรื่องอื่นอีกต่อไป คือ ความต้องการความปลอดภัย สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งทางกายและจิตใจ

3. ความต้องการทางสังคม (social needs) เมื่อมีความปลอดภัยในชีวิตและมั่นคงในการทำงาน คนเราจะต้องความรัก มิตรภาพ ความใกล้ชิดผูกพัน ต้องการเพื่อน การมีโอกาสสังสรรค์กับผู้อื่น ได้รับการยอมรับเป็นสมาชิกในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือหลายกลุ่ม

4. ความต้องการเกียรติยศชื่อเสียง (esteem needs) เมื่อความต้องการทางสังคมได้รับการตอบสนองแล้ว คนเราจะต้องการสร้างสถานภาพของตนเองให้สูงเด่น มีความภูมิใจและสร้างการนับถือตนเอง ชื่นชมในความสำเร็จของงานที่ทำ ความรู้สึกมั่นใจในตัวเองและเกียรติยศ ความต้องการเหล่านี้ได้แก่ ยศ ตำแหน่ง ระดับเงินเดือนที่สูง งานที่ทำทนาย ได้รับการยกย่องจากผู้อื่น มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในงาน โอกาสแห่งความก้าวหน้าในงานอาชีพ เป็นต้น

5. ความต้องการเติมเต็มความสมบูรณ์ให้ชีวิต (self-actualization needs) เป็นความต้องการระดับสูงสุด คือ ต้องการจะเติมเต็มศักยภาพของตนเอง สำเร็จในสิ่งที่ปรารถนาสูงสุดของตนเอง

ความเจริญก้าวหน้า การพัฒนาทักษะความสามารถ มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจและความคิดสร้างสรรค์สิ่งต่าง ๆ การก้าวสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นในอาชีพและการงาน ฯลฯ

นอกจากนี้ มาสโลว์ (Maslow, 1970) ยังได้แสดงทัศนะเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ โดยได้ตั้งสมมุติฐานของความต้องการ ดังนี้

1. มนุษย์มีความต้องการไม่มีที่สิ้นสุด
 2. ความต้องการของมนุษย์จะเรียงลำดับชั้นจากต่ำไปหาสูงเมื่อความต้องการชั้นต่ำกว่าได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการชั้นสูงจะเป็นแรงจูงใจให้แสดงพฤติกรรมต่อไป
 3. ความต้องการชั้นที่ได้รับการตอบสนองแล้วจะไม่เป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมต่อไป
- ดังนั้น ความต้องการที่มีอิทธิพลในการแสดงพฤติกรรม คือ ความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองระดับความต้องการต่างๆ

จากที่ได้กล่าวมาแสดงให้เห็นว่า มนุษย์มีความต้องการด้านร่างกายก่อนจึงจะเกิดความต้องการทางด้านจิตใจ โดยระดับความต้องการมีการพัฒนาเป็นลำดับชั้นจากความต้องการขั้นพื้นฐานไปสู่ความต้องการระดับสูง กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีความต้องการก็จะเกิดแรงจูงใจในการตอบสนองความต้องการ และเมื่อความต้องการทางด้านร่างกายได้รับการตอบสนองแล้ว แต่ถ้าบุคคลยังไม่รู้สึกว่าปลอดภัย ความต้องการด้านอื่นที่สูงขึ้นก็จะยังไม่เกิดขึ้น ดังนั้น ความต้องการของแต่ละคนอาจไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้ง 5 ชั้นเหมือนกันทุกคน

แมคเคลแลนด์ (McClelland, 1973) กล่าวว่า บุคคลเรียนรู้ความต้องการจากสังคมที่เกี่ยวข้องความต้องการจึงถูกก่อตัวและพัฒนาตลอดช่วงชีวิตของแต่ละคนและเรียนรู้ว่าในสังคมเรามีความต้องการที่สำคัญ 3 ประการคือ

1. ความต้องการความสำเร็จ (need for achievement) เป็นความต้องการที่จะทำงานได้ดีขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น มีมาตรฐานสูงขึ้นในชีวิต
2. ความต้องการอำนาจ (need of power) เป็นความต้องการที่จะมีส่วนควบคุม สร้างอิทธิพลหรือรับผิดชอบในกิจกรรม
3. ความต้องการความผูกพัน (need for affiliation) เป็นความต้องการที่จะรักษามิตรภาพและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไว้อย่างใกล้ชิด ซึ่งสัดส่วนของความต้องการทั้งสามนี้ในแต่ละคนไม่เหมือนกัน บางคนอาจมีความต้องการอำนาจสูงกว่าความต้องการด้านอื่น ในขณะที่อีกคนหนึ่งอาจมีความต้องการความสำเร็จหรือบางคนมีความต้องการความผูกพันมากกว่าความต้องการด้านอื่น เป็นต้น

มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของครูได้ให้คำนิยามไว้ดังนี้ คุณภาพชีวิตครู (พิมพิกา จันทไทย, 2550) หมายถึง ลักษณะการดำรงชีวิตที่ดีของครูซึ่งได้รับการตอบสนองต่อความต้องการในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์จิตใจ ด้านเศรษฐกิจและด้านสิ่งแวดล้อม อย่างเพียงพอและเหมาะสม ทำให้ครูสามารถอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข คุณภาพชีวิตครู (กรรณิการ์ ศรีวาริรัตน์, 2551) หมายถึง การดำรงชีวิตของครูตามองค์ประกอบด้านต่างๆ ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต มีความสุขในการทำงาน และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการดำรงชีวิต เพื่อให้คุณภาพชีวิตมีคุณภาพอย่างที่ตนเองต้องการ

จากการทบทวนเอกสารแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต พบว่า การตอบสนองความต้องการจะเริ่มจากระดับต่ำก่อนความต้องการระดับสูง มนุษย์มีความต้องการด้านร่างกายก่อนจึงจะเกิดความต้องการทางด้านจิตใจ การที่บุคคลได้รับการตอบสนองต่อความต้องการในด้านต่าง ๆ อย่างเพียงพอและเหมาะสมจะนำมาสู่ความสุขความพอใจ สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขปัจจุบัน กรอบคิดของคุณภาพชีวิตได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง คือ กรอบคิดที่มีลักษณะ “life satisfaction หรือ subjective well-being” (ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559) ซึ่งไม่สามารถอธิบายได้โดยการใช้ทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง แต่ต้องใช้หลายทฤษฎีสำหรับการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น คุณภาพชีวิตเป็นการตัดสินของปัจเจกบุคคลโดยใช้การรับรู้ต่อสถานการณ์หนึ่งๆ เปรียบเทียบกับประสบการณ์ที่เคยได้รับ ดังนั้น คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลจึงมีองค์ประกอบและลำดับความสำคัญขององค์ประกอบเหล่านั้นแตกต่างกัน รวมทั้งข้อมูลจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามการเปลี่ยนแปลง ของสถานการณ์ที่บุคคลนั้นเผชิญอยู่

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

จากการนิยามความหมายของคุณภาพชีวิตของนักวิชาการข้างต้น ชี้ให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายในหลายมิติ และประกอบด้วยองค์ประกอบของการมีชีวิตที่มีคุณภาพหลายด้าน โดยแต่ละองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีความสำคัญแตกต่างกันไป ดังนี้ (Efficace & Marrone, 2002)

แคมป์เบล (Campbell, 1972) ได้เสนอองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ว่ามีอยู่ 3 ด้านคือ

1. องค์ประกอบทางด้านกายภาพ ได้แก่ สภาพมลภาวะ ความหนาแน่นของประชากรและสภาพที่อยู่อาศัย

2. องค์ประกอบทางด้านสังคม ได้แก่ การศึกษา สุขภาพอนามัย ความมั่นคงของครอบครัว

3. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความพึงพอใจ ความสำเร็จ เป็นต้น

เฟอร์รานส์ และ พาวเวอร์ส์ (อิมทิพย์ อนิสดา, 2555; อ้างอิงจาก Ferran & Power, 1992) ได้วิเคราะห์ปัจจัยขององค์ประกอบคุณภาพชีวิต จึงได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 องค์ประกอบ คือ

1. ด้านสุขภาพและหน้าที่ ประกอบด้วย สุขภาพของตนเอง ความเครียด การดูแลสุขภาพ การพึ่งตนเองทางร่างกาย เพศสัมพันธ์ ความรับผิดชอบต่อครอบครัว การบำเพ็ญประโยชน์การทำงาน กิจกรรมในยามว่าง ความสามารถในการเดินทาง การสร้างความสุขในวัยสูงอายุ และอายุยืน

2. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ประกอบด้วย มาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงินที่พออาศัย การทำงาน เพื่อนบ้าน สภาพการณ์ของบ้านเมือง การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ การศึกษา

3. ด้านจิตใจและวิญญาณ ประกอบด้วย ความพอใจในชีวิต ความสุขทั่วไป ความพอใจในตนเอง จุดมุ่งหมายในชีวิต ความสงบสุขของจิตใจ ความศรัทธาในศาสนา รูปร่างหน้าตาของตน

4. ด้านครอบครัว ประกอบด้วย ความสุขในครอบครัว ภาวะสุขของสมาชิกในครอบครัวบุตร และความสัมพันธ์กับผู้สมรส

อีว (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ, 2548; อ้างอิงจาก Hugh) ได้วาง conceptual model ว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ความเป็นอิสระส่วนตัว คือ ทางเลือก การตัดสินใจ การควบคุม และความเป็นส่วนตัว
2. ปัจจัยทางวัฒนธรรม คือ อายุ เพศ ชนชั้น เชื้อชาติ ศาสนา
3. การบูรณาการทางสังคม คือ เครือข่ายทางสังคม (ประกอบด้วย การติดต่อกับครอบครัว การติดต่อทางสังคม การติดต่อในแง่สนับสนุน) บทบาททางสังคม (ประกอบด้วย การรักษาบทบาทเดิม การรับเอาบทบาทใหม่) สิทธิและความรับผิดชอบทางสังคม (ได้แก่ การใช้สิทธิและความรับผิดชอบในฐานะพลเมือง การมีส่วนร่วมในชุมชน)
4. กิจกรรมที่มีความหมาย คือ กิจกรรมประจำวัน การค้นหาการ งาน ความสนใจ
5. คุณภาพชีวิตของสิ่งแวดล้อม คือ ความอบอุ่น ความสบาย ความมั่นคง พื้นที่ในแง่ส่วนบุคคล การตกแต่ง เครื่องอำนวยความสะดวก ความเป็นปกติและกฎเกณฑ์ต่างๆ
6. สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม คือ รายได้ อาชีพในอดีต การเป็นเจ้าของสิ่งของ บ้านที่อยู่อาศัย มาตรฐานการครองชีพ โภชนาการ
7. สภาพทางร่างกายและจิตใจ คือ สุขภาพทางกาย ความทุพพลภาพ ความสามารถตามหน้าที่ การต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น
8. ความพึงพอใจ ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสมดุลในความรู้สึก สุขภาพทางจิตวิทยา การมองภาพตนเองในทางบวก ความคิดเกี่ยวกับการบริโภค

องค์การอนามัยโลก แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (physical domain) ด้านจิตใจ (psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships domain) และ ด้านสิ่งแวดล้อม (environmental domain) (สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล และคณะ, 2541) ซึ่งแต่ละด้านมีความหมายดังนี้

ด้านร่างกาย (physical domain) เป็นการรับรู้สภาพร่างกายของผู้สูงอายุซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความสุขสบาย ไม่มี ความเจ็บปวด การรับรู้ความสามารถที่จะจัดการกับโรคภัยและความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งยาต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

ด้านจิตใจ (psychological domain) เป็นการรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่นการรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียดหรือ กังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้าน วิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships domain) เป็นการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมการรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

ด้านสิ่งแวดล้อม (environmental domain) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีต่อผลการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณอยู่ในสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคม มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

นอกจากองค์การอนามัยโลกแล้ว มีการศึกษาระเบียงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน (George & Bearon, 1980) ได้แก่ สุขภาพโดยทั่วไป สถานภาพทางเศรษฐกิจ ความพึงพอใจในชีวิต และการเห็นคุณค่าในตนเอง ทั้งนี้องค์ประกอบ 2 ด้านแรกเป็นการวัดแบบภาวะวิสัยในขณะที่องค์ประกอบที่เหลือเป็นการวัดแบบอัตวิสัย การศึกษาที่ระบุงค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 5 ด้าน (Denham, 1991, 48) ประกอบด้วย ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต และด้านบุคลิกภาพและประวัติในอดีตนอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 7 ด้าน (Peace, 1990, 48) ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านอำนาจบุคคล ด้านวิถีชีวิต และด้านบุคลิกภาพ

ส่วนการศึกษาของอมร นนทสุต (2526, 73) รวบรวมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้ อาหารและโภชนาการที่เหมาะสม เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพกายและจิต การรักษาขั้นพื้นฐานและการศึกษาเพื่อ พัฒนาอาชีพ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน บริการพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคม

ธนรุทธ์ บุตรแสนคม (2540) ได้จำแนกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านที่อยู่อาศัย ได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัยที่ประกอบไปด้วยการก่อสร้างด้วยวัสดุ ที่แข็งแรง มีพื้นเรียบ หลังคาป้องกันแดดและฝนได้ มีความปลอดภัยมีน้ำบริโภคอย่างเพียงพอ มีห้องเป็นสัดส่วน และเพียงพอต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ

2. ด้านสังคม ได้แก่ ลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความสัมพันธ์ ในครอบครัวซึ่งประกอบด้วย การช่วยเหลือ เอาใจใส่ซึ่งกันและกัน การแสดงความรู้สึกร่วมด้วย เมื่อสมาชิกในครอบครัวได้รับความทุกข์หรือความสุข

3. ด้านสุขภาพอนามัย ได้แก่ การมีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ

4. ด้านนันทนาการ ได้แก่ กิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างครอบครัวและชุมชน ได้แก่ การดูโทรทัศน์ การฟังเพลง การออกกำลังกาย หรือออกไปเที่ยวนอกบ้าน เป็นต้น

5. ด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้แก่ ความรู้สึกยอมรับ คุณค่า หรือภาพพจน์ ของตนเอง ความเชื่อและมั่นใจว่าคุณมีคุณค่า และมีความสำคัญต่อลูกหลานและสังคม

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตต้องประเมินตามกรอบแนวคิดความพึงพอใจในชีวิต หรือภาวะสุขสมบูรณ์ของชีวิต (life satisfaction or well-being) (Moons, Budts, & De Geest, 2006, 891-901; Kinney, 1996, 25-8; Liddle & McKenna, 2000, 77-85; Dijkers, 2005, 87-110; ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559) ซึ่งเป็นการประเมินที่ครอบคลุมมิติต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลมากที่สุด

การประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (นริศรา พึ่งโพสก และ ฐาศุภร์ จันประเสริฐ , 2555) ได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตที่เรียกว่า WHOQOL-100 ในปี ค.ศ. 1996 มีข้อคำถามหรือตัวชี้วัด 100 ข้อ ซึ่งกิติกร มีทรัพย์ ได้แปลเป็นภาษาไทย และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบด้วยการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้งและถือว่าเป็นฉบับภาษาไทยที่องค์การอนามัยโลกยอมรับอย่างเป็นทางการ จากจำนวนข้อคำถาม 100 ข้อนี้ แบ่งเป็น ข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม 4 ข้อ อีก 96 ข้อ จัดแบ่งเป็น 24 หัวข้อ หัวข้อละ 4 คำถาม ซึ่งจัดเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านสัมพันธภาพกับสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล อย่างไรก็ตาม เครื่องมือดังกล่าวค่อนข้างยาวทำให้ไม่สะดวกและมีข้อจำกัดในการใช้ต่อมาในปีเดียวกันองค์การอนามัยโลกก็ได้จัดทำเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อชุด 26 ตัวชี้วัด เรียกว่า แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ ชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (perceived objective) และแบบอัตวิสัย (self-report subjective) มีทั้งหมด 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

แบบวัดคุณภาพชีวิตที่นักวิชาการในประเทศไทยนิยมใช้นั้นแปลมาจากแบบวัดขององค์การอนามัยโลก โดยชื่อย่อว่า แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ ชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (perceived objective) และแบบอัตวิสัย (self-report subjective) มีทั้งหมด 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีข้อคำถามเพียง 26 ข้อ ประกอบด้วย 2 ข้อ คำถามที่เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม ส่วนอีก 24 ข้อ เป็นข้อคำถาม เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2541, 7) ข้อคำถามมีทั้งเชิงลบและเชิงบวก ข้อคำถามเชิงลบมี 3 ข้อ (ข้อ 2 ข้อ 9 และข้อ 11) ที่เหลือ 24 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด การให้คะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงบวก ผู้ที่ตอบไม่เลยได้ 1 คะแนน ผู้ที่ตอบเล็กน้อยได้ 2 คะแนน ผู้ที่ตอบปานกลางได้ 3 คะแนน ผู้ที่ตอบมากได้ 4 คะแนน และผู้ที่ตอบมากที่สุดได้ 5 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้กลับคะแนนในทางตรงกันข้าม ดังนั้นแบบวัดคุณภาพชีวิตทั้งฉบับ มีช่วงคะแนนระหว่าง 26-130 คะแนน โดยผู้ตอบที่ได้คะแนนระหว่าง 26-60 คะแนน แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ผู้ตอบที่ได้คะแนนระหว่าง 61-95 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตกลางๆ และผู้ตอบที่ได้คะแนนระหว่าง 96-130 คะแนน แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม (holistic quality of life) เป็นการประเมินที่ครอบคลุมปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตตามที่ผู้ศึกษาได้ให้คำจำกัดความไว้ (ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559) ประกอบด้วยองค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ ความสามารถในการทำกิจกรรม การมีส่วนร่วมทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคม ความเชื่อทางศาสนา จิตวิญญาณ เป็นต้น (Moon, Budts, & De Geest, 2006; Liddle & McKenna, 2000) เป็นการประเมินองค์ประกอบต่างๆ จุดเด่นของแบบประเมินคือ การศึกษาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบต่างๆ ที่มีคุณภาพชีวิตโดยไม่สนใจต่ออาการของโรค ความเจ็บป่วย หรือการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก อันเนื่องมาจากการได้รับการศึกษาด้วยวิธีต่างๆ ตัวอย่างแบบประเมินที่ได้รับความนิยมได้แก่ Health Organization Quality of Life Questionnaire-100: WHOQOL-100, (Kuyken & Orley, 1995, 1403-9) World Health Organization Quality of Life Questionnaire-BREF: WHOQOL-BREF (World Health Organization, 1996), Integrative Quality-of-Life meta-theory: IQL (Ventegodt, Hilden, 2003, 950-61), Quality of Well Being Scale: QWB (Kaplan, Bush, 1979, 501-25), The European QoL measure: EuroQoL,40 The Life Satisfaction Index: LSI (Neugarten, Havighurst, 1961, 134-43), The Satisfaction with Life Scale: SWLS (Diener, Emmons, & Larsen, 198, 71-5), และ Comprehensive Quality of Life Inventory: ComQOL (Cummins, McCabe, Romeo, & Gullone, 1994)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เป้าหมายการพัฒนาประเทศไทยและของโลก 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) สังคมจึงได้หันมาให้ความสนใจความสุขแบบองค์รวมนั่นคือการมีความสุขที่ยั่งยืนจะต้องมีสุขภาพที่ดีครบทั้ง 4 มิติ ได้แก่ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ โดยมองเห็นสุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นมิติที่สำคัญที่บูรณาการความเป็นองค์รวมของกาย จิตใจและสังคมของบุคคลและชุมชนให้สอดประสานเข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (วิพุธ พูลเจริญ, 2544, 34-38) ปี ค.ศ.1998 องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวคิดใหม่เกี่ยวกับสุขภาพที่ว่า สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (health is complete physical mental social and spiritual well-being) 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 และการพัฒนาศักยภาพคนให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นต้น โดยแนวทางการพัฒนาศักยภาพคน ในทุกช่วงวัยนั้นมุ่งเน้นการป้องกันและควบคุมปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (social determinant of health) อันจะส่งผลให้เกิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (health equity) ซึ่งองค์การอนามัยโลกให้ความหมาย ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ ว่าหมายถึง สภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิด เติบโต ทำงาน และดำรงชีวิตอยู่ รวมถึงปัจจัยและระบบต่างๆ ที่เข้ามามีส่วนกำหนดสภาพแวดล้อมเหล่านั้นด้วย ปัจจัยและระบบต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่ นโยบายและระบบเศรษฐกิจ ทิศทางการพัฒนา บรรทัดฐานในสังคม นโยบายทางสังคม และระบบการเมืองการปกครอง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ที่ผ่านมางานวิจัยส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคม จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ที่กำหนดสุขภาพต่างสนใจเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาความยากจน การถูกแบ่งแยกทางสังคม และบริการสุขภาพ นอกจากนี้นโยบายส่วนใหญ่ต่างมุ่งเน้นไปที่การลดความไม่เสมอภาค และความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ (Williams et al., 2008) โดยเพิ่มการเข้าถึง ความครอบคลุม คุณภาพ และความเข้มข้นของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่ในความเป็นจริงสุขภาพขึ้นอยู่กับวิถีชีวิตที่เชื่อมโยงกับการทำงาน ความมั่นคงของจิตใจ และความเป็นอยู่ของบุคคลมากกว่าบริการทางสุขภาพ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพและตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของประชาชนจึงขึ้นอยู่กับ การแก้ไขปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ อันส่งผลกระทบต่อสุขภาพส่วนบุคคล นอกจากนี้ ประเวศ วะสี (2551) ให้ความเห็นสอดคล้องกันว่าสุขภาวะทางปัญญาเกิดจากการเรียนรู้ที่ทำให้รู้รอบรู้เท่าทันสรรพสิ่งเรียนรู้ให้ทำเป็นเรียนรู้เพื่อการอยู่ร่วมกันและการเรียนรู้เพื่อบรรลุอิสรภาพการเรียนรู้ดังกล่าวทำให้เกิดสุขภาวะทางกายจิตสังคมและปัญญารวมกันเป็นสุขภาวะที่สมบูรณ์ กล่าวคือ ปัญญา นั้นถือเป็นศูนย์กลาง ถ้าปราศจากปัญญา สุขภาวะทางกาย จิต สังคมก็เป็นไปไม่ได้ ดังนั้นสุขภาวะทางจิตวิญญาณหรือสุขภาวะทางปัญญาจึงมีความสำคัญเป็นทางออกของปัญหาและหนทางแก้ทุกซ์ที่คนไทยส่วนใหญ่เผชิญอยู่ การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยทางจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ เป็นการศึกษาถึงความหมายของสุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความผาสุกอันเกิดจากการมีจิตใจสูง หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าสูงสุดทำให้เกิดความหวัง ความเชื่อมั่น ศรัทธามีเป้าหมายในชีวิตมีการปฏิบัติในสิ่งที่ตั้งงามด้วยความมีเมตตากรุณาไม่เห็นแก่ตัวมีความเสียสละและยินดีในการที่ได้มองเห็นความสุขหรือความสำเร็จของบุคคลอื่น จิตวิญญาณและศาสนาอาจมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการรับรู้ความเข้าใจตนเองและมุมมองโลกทัศน์การตีความประสบการณ์และพฤติกรรม (Cornish, Wade, Tucker & Post, 2014) มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อและการปฏิบัติทางจิตวิญญาณและศาสนา ที่เพิ่มขึ้นซึ่งอาจมีต่อสุขภาพกายและร่างกายของแต่ละบุคคลโดยมีผลการศึกษา

เชิงประจักษ์ผลกระทบการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อและการปฏิบัติทางจิตวิญญาณและศาสนา ทั้งด้านบวกและด้านลบ การศึกษาจำนวนมากได้รายงานความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างปัจจัย จิตวิญญาณและศาสนาและลักษณะทางสุขภาพจิตที่ดี เช่น สุขภาพความหวังและมองในแง่ดี ความหมายและการตั้งเป้าหมายในชีวิต การลดระดับความซึมเศร้า และความวิตกกังวลและทักษะในการเผชิญความเครียดในเชิงบวก (Koenig, 2012; Mohr, Perroud, Gillieron, Brandt, Rieben, Borrás, & Huguelet, 2011; Smith, Bartz, & Richards, 2007; Zenkert, Brabender, & Slater, 2014) มีการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างจิตวิญญาณและศาสนา ข้อสงสัยต่างๆ หรือการต่อสู้กับภาวะซึมเศร้าความวิตกกังวลการใช้ยาเสพติดและการฆ่าตัวตาย (Agorastos, Metscher, Huber, Jelinek, Vitzthum, Muhtz, & Moritz, 2012; Ellison, Fang, Flannelly, & Steckler, 2013 ; Koenig, 2012) นอกจากนี้การวิจัยชี้ให้เห็นว่าความเชื่อและการปฏิบัติของ จิตวิญญาณและศาสนา อาจส่งผลต่อผลกระทบต่อปัจจัยทางสรีรวิทยา รวมถึงผลการฟื้นตัวของบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ อารมณ์ โรค ระบบภูมิคุ้มกัน หัวใจและหลอดเลือด (Koenig, 2012; Mohr et al., 2011; Pargament, Koenig, Tarakeshwar, & Hahn, 2004; Rosmarin, Bigda-Peyton, Kertz, Smith, Rauch & Björqvinnsson, 2013; Koenig, 2012) ได้ทำการศึกษางานวิจัยมากกว่า 3,300 เรื่องที่ศึกษาความสัมพันธ์ของจิตวิญญาณและศาสนา ประเด็นปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพกายและจิต เขาเสนอแบบจำลองทางทฤษฎีที่แสดงให้เห็นแนวทางที่หลากหลายของจิตวิญญาณและศาสนาอาจมีผลต่อทั้งสุขภาพกายและจิต เขาสรุปว่า ประเด็นของจิตวิญญาณและศาสนา ควรรวมและนำไปสู่การปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพ รายงานผลการศึกษานี้เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของจิตวิญญาณกับผลของการรักษาทางจิตเวช (Rosmarin et al., 2013) ผู้เข้าร่วมการศึกษาคือผู้ป่วย 159 รายที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชและเข้าร่วมโปรแกรมการรักษาด้วยโปรแกรมความรู้ความเข้าใจด้านพฤติกรรมศาสตร์ (CBT) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าความเชื่อมั่นในพระเจ้ามีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับความเครียด และการเพิ่มขึ้นของสุขภาวะทางจิตที่ดี ความคาดหวังในการรักษาของผู้ป่วยในระดับสูงขึ้นและเพิ่มการรับรู้ความน่าเชื่อถือในการรักษาและผลการดูแลด้านจิตเวชที่ดีขึ้น

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ (2561) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษาในเขตพัฒนาพิเศษเฉพาะกิจจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษาในภาพรวมพบว่า มีคุณภาพชีวิตในสภาพที่เป็นอยู่ ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 และมีปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.48 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านได้ คุณภาพชีวิตของข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษาตามสภาพที่เป็นอยู่ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านครอบครัวอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.23) รองลงมาคือ ด้านสังคม อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01) รองลงมาอีกคือ ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86) ด้านการทำงาน อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.82) ด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.55) และ ด้านเศรษฐกิจ อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.14) ตามลำดับ ส่วนปัญหาและความต้องการของข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษาในระดับที่ต้องการ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านครอบครัวอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.62) รองลงมาคือ ด้านสุขภาพ อยู่

ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.59) รองลงมาอีกคือ ด้านการทำงาน อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51) ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.43) ด้านเศรษฐกิจ อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.32) และด้านสังคม อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.29) ตามลำดับ

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน(2553) ได้ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของข้าราชการพลเรือนสามัญ ใน 4 มิติ อันเป็นส่วนประกอบของคุณภาพชีวิต ได้แก่ ด้านส่วนตัว ด้านชีวิตการทำงาน ด้านสังคมและการมีส่วนร่วม และด้านรายได้ สวัสดิการและการเงิน โดยมีผลสรุปดังนี้ ในปัจจุบันมีข้าราชการที่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นสัดส่วนประมาณ 2 ต่อ 1 ในจำนวนนี้มากกว่าครึ่งมีอายุมากกว่า 40 ปี มีสถานภาพสมรสและอยู่ร่วมกันกับคู่สมรส มีบุตรแล้วจำนวน 1-2 คน เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และประมาณ 1 ใน 3 ของข้าราชการมีบ้านหรือที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง แต่ยังมีผ่อนชำระไม่หมด กว่าครึ่งมีรถยนต์ส่วนตัวในการเดินทาง ปัญหาสำคัญที่ข้าราชการประสบอยู่ขณะนี้คือ ภาระหนี้สินจากการผ่อนชำระที่อยู่อาศัย และยานพาหนะ ส่วนใหญ่ข้าราชการมีความสัมพันธ์ในที่ทำงาน เมื่อมีปัญหาจะปรึกษาเพื่อนหรือเพื่อนร่วมงาน หากไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ข้าราชการเกือบทั้งหมดมีการศึกษาระดับปริญญาตรี และจบการศึกษาระดับปริญญาโทมากถึงหนึ่งในสี่ มีอายุราชการระหว่าง 11-30 ปี และดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการมากที่สุด

1. ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่า กว่าครึ่งระดับสุขภาพกายโดยรวมในเกณฑ์ดีปานกลางแต่ร้อยละ 30 มีโรคประจำตัว มีการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีเป็นส่วนใหญ่ และมีดัชนีมวลกายในระดับปกติ แต่ยังมีข้าราชการบางกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วน หากพิจารณาพฤติกรรมการบริโภคอาหารพบว่า ข้าราชการมักรับประทานอาหารประเภทมีกากใยอาหารสูงและรับประทานอาหารเช้าเป็นประจำมีการรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบ้าง ข้าราชการมักมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อย่างไรก็ตามข้าราชการส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้ความสำคัญกับการออกกำลังกาย โดยส่วนใหญ่ออกกำลังกายครั้งประมาณ 30 นาที

2. ระดับคุณภาพชีวิตด้านส่วนตัว พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งข้าราชการได้ปฏิบัติกิจทางศาสนาเป็นประจำใช้หลักคำสอนทางศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต มีข้าราชการที่มีความเครียดระดับสูงถึงสูงมากเกือบหนึ่งในห้าของข้าราชการทั้งหมด เมื่อพิจารณาความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานพบว่า มีข้าราชการบางส่วนไม่มีเวลาให้ครอบครัวอย่างเพียงพอ เนื่องจากภาระหน้าที่การงานแต่ข้าราชการยังให้ความสำคัญกับครอบครัวในการปรึกษาหารือและตัดสินใจร่วมกันเรื่องการค้ารงชีวิตส่งผลให้มีระดับความพึงพอใจต่อความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานในระดับปานกลาง

3. ระดับคุณภาพชีวิตด้านชีวิตการทำงานพบว่าครึ่งหนึ่งของข้าราชการมีความพึงพอใจอย่างมากต่อมิติสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน สำหรับด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล และการบริหารงาน/วัฒนธรรมการทำงานจากผลการศึกษาคั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ยังมีข้าราชการอีกจำนวนไม่น้อยที่ยังไม่พึงพอใจคุณภาพชีวิตด้านชีวิตการทำงานของตนเอง โดยเฉพาะเรื่องการเลื่อนตำแหน่งและการพิจารณาความดีความชอบด้วยความยุติธรรม

4. ระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมและการมีส่วนร่วม พบว่ากว่าครึ่งหนึ่งของข้าราชการมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อคนในที่ทำงานเดียวกัน ทั้งเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชาในเกณฑ์ปานกลางถึงมากเนื่องจากมีระยะเวลาการทำงานที่ยาวนาน มีความสนิทสนม ความผูกพันกัน อีกทั้งยังได้มีโอกาสรับประทานอาหารร่วมกันคอยข้างบ่อย มีการติดต่อสื่อสารภายในหน่วยงานด้วยการพูดคุยกันค่อนข้างมาก ขณะเดียวกันให้ความเคารพต่อผู้บังคับบัญชาตามระบบราชการ นอกจากนี้ยังพบว่ากว่าครึ่งของข้าราชการได้เข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการกับที่ทำงาน และกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมและชุมชนที่อาศัยบ้างเป็นบางครั้ง

5. ระดับคุณภาพชีวิตด้านรายได้ สวัสดิการ และการเงิน พบว่า ครึ่งหนึ่งของข้าราชการ ไม่มีรายได้อื่นนอกจากเงินเดือนที่ได้รับ มีภาวะหนี้สินที่ต้องผ่อนชำระซึ่งเป็นหนี้สินชนิดเงินกู้ยืมมากที่สุด รองมาคือ หนี้สินผ่อนชำระค่าสินค้าและบริการ เกือบทั้งหมดเป็นการกู้หนี้ยืมจากแหล่งเงินกู้ในระบบ ส่งผลให้ข้าราชการเกือบครึ่งไม่สามารถเก็บออมเงิน ขาดความใส่ใจในการทำบัญชีครัวเรือน โดยสามารถบริหารจัดการเงินได้เพียงจำนวนหนึ่งเท่านั้น ขณะเดียวกันกว่าครึ่งหนึ่งให้ความเห็นว่าการค่าตอบแทนที่รับไม่คุ้มค่ากับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับราชการ สำหรับสวัสดิการและประโยชน์เกื้อกูลทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน ข้าราชการกว่าครึ่งหนึ่งให้ความเห็นว่ามีเหมาะสมระดับน้อยถึงปานกลาง และส่วนมากรับรู้สิทธิประโยชน์ไม่ครบถ้วน

ผลการศึกษาระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตเมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านส่วนตัวด้านการงาน ด้านสังคมและการมีส่วนร่วม และด้านเศรษฐกิจที่มีต่อข้าราชการพลเรือนสามัญในภาพรวมเรียงตามลำดับจากค่าเฉลี่ยมากที่สุด พบว่ามีค่าเฉลี่ยเรียงลำดับดังนี้ ลำดับที่ 1) ด้านเศรษฐกิจ 2) ด้านการงาน 3) ด้านสังคมและการมีส่วนร่วม และ 4) ด้านบุคคล มีค่าเฉลี่ยที่ 2.83, 3.24, 3.26 และ 3.49 ตามลำดับ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า ส่วนใหญ่ข้าราชการมีความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางมาก โดยมีค่าเฉลี่ยที่ 3.51

กำชัย เสนากิจ (2561) ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 26 ทั้งโดยรวมและรายด้าน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ครู 313 คน โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น และผู้บริหารสถานศึกษา 4 คน โดยเลือกแบบเจาะจงจากค่าเฉลี่ยสูงสุดตามขนาดสถานศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับจำนวน 60 ข้อ และแบบสัมภาษณ์ ผู้บริหารสถานศึกษา พบว่า 1) คุณภาพชีวิตการทำงานของครู โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก เรียงจากมากไปหาน้อยคือ ด้านจิตวิญญาณ ด้านการทำงาน ด้านชีวิตส่วนตัว ด้านสังคม ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ 2) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของครูจำแนกตามประสบการณ์การทำงาน พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของครูด้านชีวิตส่วนตัวและด้านเศรษฐกิจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำแนกตามตำแหน่งพบว่า ด้านสุขภาพ ด้านจิตวิญญาณ ด้านชีวิตส่วนตัว ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านการงานไม่แตกต่างกัน จำแนกตามขนาดสถานศึกษาพบว่า ด้านจิตวิญญาณ ด้านชีวิตส่วนตัว ด้านการทำงาน ด้านสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจไม่แตกต่างกัน 3) ข้อเสนอแนะพบว่าครูต้องการเงินเดือนและค่าตอบแทนที่เหมาะสมมากขึ้น ต้องการความเท่าเทียมในการ

ปฏิบัติงาน และต้องการขวัญกำลังใจจากสถานศึกษามากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้บริหารสถานศึกษาที่ให้ความสำคัญกับบุคลากรของสถานศึกษาในด้านต่าง ๆ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

แนวความคิดดูแลสุขภาพในปัจจุบันอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่า ชีวิตมนุษย์เป็นองค์รวมประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และมีชีวิตอยู่อย่างผสมผสานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นสังคมมนุษย์นั้นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ไม่สามารถแยกจากกันได้ จากความเชื่อดังกล่าวจึงเกิดการผสมผสานกันในแต่ละมิติทางสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี (Narayanasamy, 1995, 379-400) สุขภาวะเป็นภาวะที่สมบูรณ์หรือภาวะที่บุคคลมีดุลยภาพอันเกิดจากการเชื่อมโยงบูรณาการของ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณเข้าเป็นอันหนึ่งเดียว และจิตวิญญาณก็เป็นมิติหนึ่งของสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญ และเป็นตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพ จิตวิญญาณเปรียบเสมือนขุมพลังทำให้สุขภาพจิตดีและช่วยให้สุขภาพกายดีด้วย เนื่องจากจิตวิญญาณมีหน้าที่ในการควบคุมจิตและจิตควบคุมร่างกาย เป็นพื้นฐานของการพัฒนาความเป็นมนุษย์ที่สำคัญต่อสุขภาพ ซึ่งบุคคลต้องมีอยู่ตลอดเวลา ทุกสถานการณ์ นอกจากนั้นยังมีอิทธิพลที่สำคัญที่สุดต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของคน เนื่องจากเป็นสิ่งที่ทำให้ คนมีการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดของตนเอง และมีการค้นหาความหมายเพื่อความสำเร็จของตนเช่นกัน (Carson, 1989; Walton, 1996, 237-250) ผลลัพธ์ที่เกิดจากมิติทางจิตวิญญาณยังทำให้บุคคลมีความรัก ความไว้วางใจ ความคิดสร้างสรรค์ ความเลื่อมใส หรือเคร่งครัดในศาสนา รวมทั้งมีความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (Meraviglia, 1999, 18-33)

สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกมีความสุข สงบ สมบูรณ์มีเกียรติ มีคุณค่าในจิต ส่วนลึกของมนุษย์มีต่อตนเอง ความเข้าใจในธรรมชาติความเป็นจริงของชีวิต และความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างดี หรืออาจกล่าวได้ว่า สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมายถึงความผาสุกอันเกิดจากการมีจิตใจสูง หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าสูงสุด ทำให้เกิดความหวัง ความเชื่อมั่นศรัทธา มีเป้าหมายในชีวิต มีการปฏิบัติในสิ่งที่ดีงาม ด้วยความมีเมตตา กรุณา ไม่เห็นแก่ตัว มีความเสียสละ และยินดีในการที่ได้มองเห็นความสุขหรือความสำเร็จของบุคคลอื่น

คำว่า “จิตวิญญาณ” มาจากคำว่า “จิต” และ “วิญญาณ” หมายถึง สิ่งที่อยู่ภายในตน ทำให้เป็นบุคคลขึ้น เป็นความรู้แจ้ง ความรู้สึกตัว จิต ใจ (ราชบัณฑิตยสถาน. 2546) นักวิชาการจำแนกความหมายของจิตวิญญาณเป็น 3 ความหมาย ประกอบด้วย (1) ความเป็นเอกัตตาหรือปัจเจกบุคคล หมายถึง ความเป็นตัวตนที่มีลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลซึ่งเกิดจากการหยั่งรู้ นำไปสู่การปฏิบัติและการเกิดศรัทธา ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (ศุภลักษณ์ ทัดศรี และอารยา พรายแยม, 2554) (2) ความมีคุณค่าสูงส่ง หมายถึง ปัญหาหลักการของชีวิต เช่น ความดี บุญกุศล คุณธรรม จริยธรรม การรู้จักผิดชอบชั่วดี มีจิตใจสูงขึ้นไป (ประเวศ วะสี. 2553, ประสิทธิ์ อุ่นหนองกุ้ง, 2555) (3) ความเป็นนามธรรม หมายถึง โครงสร้างหนึ่งของมนุษย์ที่นอกเหนือจากร่างกายและจิตใจ จับต้องไม่ได้ พัฒนามาจากความผูกพันด้านจิตใจของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม เป็นแหล่งของความหวัง พลังใจที่เข้มแข็ง เป็นขุมพลังของชีวิตที่ทำให้ประสบความสำเร็จและมีความสุข (พัชนี สมกำลัง, 2556) โดยสรุป จิตวิญญาณ หมายถึง

โครงสร้างหนึ่งของมนุษย์ที่ผสมผสานมิติร่างกายและมิติจิตสังคมเข้าด้วยกัน เป็นสิ่งที่ให้ความหมายแก่ชีวิตและช่วยกำหนดแนวทางการปฏิบัติซึ่งมีผลต่อความสุขและความสำเร็จในชีวิตหรือวิชาชีพ เมื่อนำความหมายของจิตวิญญาณมารวมกับคำว่าครู สรุปได้ว่า จิตวิญญาณความเป็นครู หมายถึง จิตสำนึกตามกรอบคุณธรรมจริยธรรมซึ่งทำให้เกิดการใฝ่รู้ ค้นหา สร้างสรรค์ ถวายทอด ปลุกฝังและเป็นแบบอย่างที่ดีทั้งของศิษย์ เพื่อนร่วมงานและคนในสังคม (วัลนิกา ฉลากบาง, 2559)

แนวคิดสุขภาพทางจิตวิญญาณ JAREL (Hungelmann, KENKEL-Rossi, & Stollenwerk, 1987) ครอบคลุม 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความศรัทธา และความเชื่อ หมายถึง ความรู้สึกเชื่อมั่นต่อการปฏิบัติกิจกรรมตามหลักธรรมคำสอนของศาสนา มีจุดมุ่งหมายในชีวิต และมีการนำความเชื่อที่เกี่ยวกับหลักธรรมคำสอนของศาสนา ปรัชญา และคุณความดีมาใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน 2) ความรับผิดชอบต่อตนเอง หมายถึง ความรู้สึกรับผิดชอบต่อตัวเองของตนเอง การให้อภัยผู้อื่น ยอมรับการเปลี่ยนแปลง หรือการตัดสินใจในชีวิต โดยไม่เชื่อถือศรัทธาต่อสิ่งที่เหนือธรรมชาติ หรือสิ่งที่พิสูจน์ได้ยาก 3) ความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง ความรู้สึกพอใจต่อสภาพความเป็นอยู่ของตนเองในปัจจุบัน โดยพอใจกับประสบการณ์ชีวิตที่มีคุณค่าของตนเอง พึงพอใจกับเป้าหมายของตนเองในปัจจุบัน ยอมรับความเป็นไปของชีวิตตนเอง พึงพอใจกับสัมพันธ์ภาพที่มีต่อคนอื่น รวมทั้งเห็นคุณค่าของตนเอง นับถือตนเอง และภาคภูมิใจในตนเอง

จิตวิญญาณและศาสนาอาจมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการรับรู้ความเข้าใจตนเองและมุมมองโลกทัศน์ การตีความประสบการณ์และพฤติกรรม (Cornish, Wade, Tucker & Post, 2014) มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อและการปฏิบัติทางจิตวิญญาณและศาสนาที่เพิ่มขึ้นซึ่งอาจมีต่อสุขภาพกาย และร่างกายของแต่ละบุคคลโดยมีอิทธิพลด้านบวกและด้านลบ การศึกษาจำนวนมากได้รายงานความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างปัจจัย จิตวิญญาณและศาสนา และลักษณะทางสุขภาพจิตที่ดี เช่น สุขภาพ ความหวังและมองในแง่ดี ความหมาย และการตั้งเป้าหมายในชีวิต การลดระดับความซึมเศร้าและความวิตกกังวล และทักษะในการเผชิญความเครียดในเชิงบวก (Koenig, 2012 Mohr, Perroud, Gillieron, Brandt, Rieben, Borrás & Huguelet, 2011; Smith, Bartz & Richards, 2007; Zenkert, Brabender & Slater, 2014) มีการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างจิตวิญญาณและศาสนา การต่อสู้กับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การใช้จ่ายเสพติด และการฆ่าตัวตาย (Agorastos, Metscher, Huber, Jelinek, Vitzthum, & Muhtz, Moritz, 2012; Ellison, Fang, Flannelly & Steckler, 2013 ; Koenig, 2012) นอกจากนี้การวิจัยชี้ให้เห็นว่า ความเชื่อและการปฏิบัติของ จิตวิญญาณและศาสนา อาจส่งผลต่อผลกระทบต่อปัจจัยทางสรีรวิทยา รวมถึงผลการฟื้นตัวของบุคคลพฤติกรรมสุขภาพ อาการปวด ระบบภูมิคุ้มกัน หัวใจและหลอดเลือด (Koenig, 2012; Mohr et al., 2011; Pargament, Koenig, Tarakeshwar & Hahn, 2004; Rosmarin, Bigda-Peyton, Kertz, Smith, Rauch, & Björgevinnsson, 2013) การศึกษางานวิจัยมากกว่า 3,300 เรื่อง (Koenig, 2012) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของจิตวิญญาณและศาสนา ประเด็นปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพกาย และจิตเขานำเสนอแบบจำลองทางทฤษฎีที่แสดงให้เห็นถึงความหลากหลายแนวทางที่จิตวิญญาณและศาสนา อาจมีผลต่อทั้งสุขภาพกายและจิต พบว่า ประเด็นของจิตวิญญาณและศาสนา ควรรวมและนำไปสู่การปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพ การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเกี่ยวข้องของจิต

วิญญานกับผลลัพธ์การรักษาทางจิตเวช (Rosmarin et al., 2013) ศึกษาในผู้ป่วย 159 รายที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชและเข้าร่วมโปรแกรมการรักษาด้วยโปรแกรมความรู้ความเข้าใจด้านพฤติกรรมศาสตร์ (CBT) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าความเชื่อมั่นในพระเจ้ามีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับความเครียด และการเพิ่มขึ้นของ สุขภาวะทางจิตที่ดี ความคาดหวังในการรักษาของผู้ป่วยในระดับสูงขึ้น และเพิ่มการรับรู้ความน่าเชื่อถือในการรักษา และผลการดูแลด้านจิตเวชที่ดีขึ้น

ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นลักษณะภายในของบุคคลที่แสดงออกถึงความสมบูรณ์พร้อมของร่างกายและจิตใจ เป็นพลังอำนาจที่นำไปสู่การมี ความหมาย เป้าหมาย และความหวังในการดำเนินชีวิต มีกำลังใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น (Nilmanat, 2012.)ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีส่วนสำคัญในการป้องกัน ตนเองในภาวะคุกคาม เป็นขุมพลังของชีวิตที่ช่วยในการดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของสุขภาวะในทุกมิติ และการดำรงอยู่ของบุคคล (Boston & Mount, 2006) หากบุคคลมีภาวะพร่องในมิติจิตวิญญาณจะส่งผลเชื่อมโยงกับความสมดุลในทุกมิติ (Buddhadasa, 1998; Meecharoen, 2013) และสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่มีความผาสุกจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญต่อเหตุการณ์วิกฤต ในชีวิตได้ดี แม้มีความบกพร่องในด้านอื่นๆก็ตาม (McClain, 2003) จากการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการการประคับประคองด้านจิตวิญญาณ(Taylor, 2006) ปัญหาการลดลงของความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ผู้ดูแลประสบหากเป็นอยู่ในระยะเวลานานจะนำมาซึ่งปัญหาทางสุขภาวะที่เชื่อมโยงกันในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ(McClain, Rosenfield, Breitbart, 2003) และส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยได้ซึ่งการมีระบบการดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ญาติผู้ดูแลที่ดีสามารถส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยในที่สุด (Stajduhar, Martin, Barwich, Fyles, 2008)

การให้ข้อมูลย้อนกลับทางกาย (Biofeedback)

ความหมายของไบโอฟีดแบค อธิบายได้โดยแยกคำเป็น สอง ส่วน ไบโอ (bio) และ ฟีดแบค (feedback) ไบโอ หมายถึง ร่างกาย และ ฟีดแบค หมายถึง การให้ข้อมูลแก่ผู้ฝึก หรือใช้คำว่า การให้ข้อมูลย้อนกลับ เมื่อรวมกันก็หมายถึง ขบวนการที่ให้ข้อมูลแก่ผู้ฝึก หรืออาจใช้คำว่า การให้ข้อมูลย้อนกลับ เมื่อรวมกัน หมายถึง ขบวนการที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับร่างกาย การฝึกก็ใช้เครื่องมือที่สามารถจับสัญญาณการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต หรือความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ เครื่องมือนี้จะแปลงข้อมูลที่ได้รับจากร่างกายให้เป็นสัญญาณทันที บุคคลจะทราบความเป็นไปภายในร่างกายของตนได้ การได้รับทราบเช่นนี้ ทำให้บุคคลเรียนรู้ที่จะควบคุมในจุดนั้นๆ ได้

หลักการที่อธิบายการทำงานของไบโอฟีดแบค

โดยความรู้ 6 ประการ ประกอบกัน ทำให้ไบโอฟีดแบคทำงานได้ผล คือ

1. จิตใจมีอิทธิพลต่อร่างกาย
2. ระบบของร่างกายจะรักษาสมดุลให้เกิดขึ้นตลอดเวลา

3. สมองเป็นจุดเริ่มสั่งการ จากสมองส่วนนอกไปยังสมองส่วนใน ไปยังอวัยวะและต่อมต่างๆ
4. ความกดดันทำให้ร่างกายเสียสมดุล การผ่อนคลายทำให้ร่างกายกลับคืนสู่สมดุล
5. การผ่อนคลายเป็นการฝึกที่มีผลต่อจิตใจ และร่างกาย
6. ข้อมูลจากไบโอฟีดแบคทำให้เรารู้ตัว การรู้ตัวทำให้ควบคุมได้

การให้ข้อมูลย้อนกลับทางกาย (แก้วตา คณะวรรณ, 2542, หน้า 27 – 40 ; สุรินทร์ สุทธิธาพิทย, 2543) คือ การให้ข้อมูลย้อนกลับทางกายที่อ้างอิงถึงตัวกำกับระบบต่างๆ ของร่างกายได้ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ คลื่นสมอง ความเครียดของกล้ามเนื้อ หรืออุณหภูมิของผิวหนัง ประโยชน์ของการฝึกไบโอฟีดแบคเพื่อเปลี่ยนข้อมูลย้อนกลับทางกายให้เป็นข้อมูลที่มีความหมาย และนำไปใช้เพื่อสร้างความตระหนักและสามารถควบคุมกิจกรรมของตัวกำกับนั้นให้ปกติได้ด้วยตนเอง ความจริงการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น การเล่นเกม การเรียน คณิตศาสตร์ การเรียนภาษาใหม่ เกี่ยวข้องกับไบโอฟีดแบคไม่มากนักน้อยเสมอ การทำงานของระบบต่างๆ ทางสรีระจะให้ข้อมูลย้อนกลับเรามาก ไม่สามารถรับได้ หรือให้ข้อมูลนั้นได้ ยกเว้นเวลาที่เรารู้สึกแล้วจึงจะตระหนักถึงอาการต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความรู้สึกที่ไม่น่ารื่นรมย์ เช่น ความเจ็บปวด อาการคลื่นไส้ น่าคิดว่าทำไมร่างกายเราจึงไม่ส่งข้อมูลเกี่ยวกับความเครียดของกล้ามเนื้อให้เรารับรู้เสียก่อนที่จะลุกลามถึงระดับที่ทำให้ปวด ทำไมเราจึงไม่สามารถ “รู้สึก” ถึงความเครียดของกล้ามเนื้อในระดับปกติ หรือระดับผิดปกติ ไบโอฟีดแบคทำให้ตระหนักถึงความเครียดและควบคุมร่างกายให้ปกติได้ ทำให้สามารถป้องกันความเครียดของกล้ามเนื้อไม่ให้ลุกลามเป็นความเจ็บปวดได้ มีหลักฐานจำนวนมากยืนยันว่า การตั้งใจปรับการทำงานของสรีระให้ปกติ ไม่เพียงเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ แต่ยังมีผลช่วยลดระดับความเครียด และพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้น กลางทศวรรษ 1960 นักวิจัยหลายคนศึกษาเกี่ยวกับการควบคุมร่างกายให้ทำงานปกติด้วยตนเอง และความสามารถของมนุษย์ที่จะควบคุมการทำงานของคลื่นสมอง และความเครียดของกล้ามเนื้อ ผลการวิจัยพบว่า มนุษย์ไม่เพียงแต่จะควบคุมได้เท่านั้นยังสามารถส่งผลกระทบที่ดีต่ออาการทางกายและจิตด้วย

ในการนำไปใช้เพื่อผ่อนคลายและควบคุมความเครียดพบว่า ไบโอฟีดแบคมีประสิทธิภาพมากเมื่อใช้กับอาการป่วย เช่น vasoconstrictive syndrome, การมีกรดในลำไส้ การเกร็งของกล้ามเนื้อ และการฟื้นฟูสภาพทางกาย ก่อนนำไปใช้ร่วมกับวิธีการรักษาทางแพทย์ วิธีการบำบัดรักษานั้นต้องมีหลักฐานของประสิทธิภาพและมีอัตราเสี่ยงต่อคนใช้น้อยที่สุด ไบโอฟีดแบคจะเหมาะที่จะนำไปใช้ร่วมกับวิธีการรักษาทางแพทย์ที่ได้เกณฑ์ ดังต่อไปนี้

1. วิธีการบำบัดรักษานั้นวินิจฉัยมาแล้วว่ามีประสิทธิภาพ เช่น ปรากฏผลว่า กลุ่มทดลองพัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม
2. การศึกษาซ้ำๆ หลายครั้ง ยังคงรายงานประสิทธิภาพ
3. ในระยะติดตามผล ประสิทธิภาพของวิธีการรักษานั้นดำรงอยู่เป็นเวลานาน
4. วิธีการบำบัดรักษานั้น ไม่มีตัวบ่งชี้ที่ตรงกันข้าม

การบำบัดรักษาอาการทางแพทย์ที่ได้เกณฑ์ดังต่อไปนี้ ให้ควรใช้การบำบัดไบโอฟีดแบค ร่วมด้วย

ความกระวนกระวายที่ผิดปกติ	กลืนอุจจาระไม่ได้
หืด	กลืนปัสสาวะไม่ได้
ไม่มีสมาธิ ลูกลี้ลู่กลนผิดปกติ	นอนหลับนานไม่ได้
สมองส่วนหน้าเป็นอัมพาต	ป่วยเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว
ลำไส้บีบตัวผิดปกติ	ปวดกล้ามเนื้อที่หน้า
ปัสสาวะเล็ด	ประสาทกล้ามเนื้อผิดปกติ
ลมบ้าหมู	ปวดตามข้อต่างๆ
ความดันโลหิตสูง	ปวดตามไขข้อ
ไมเกรน	ปวดหัวจากความเครียด

ขณะที่เป้าหมายของไบโอฟีดแบคอยู่ที่การควบคุมและป้องกันความเครียด ประโยชน์อื่นๆ ยังมีดังต่อไปนี้

- ก. ความรู้สึกควบคุมร่างกายดีขึ้น
- ข. เพิ่มความรับผิดชอบต่อตนเอง
- ค. เพิ่มการใช้มโนภาพ และการคิด
- ง. เข้ารับการให้คำปรึกษาได้โดยไม่ตื่นกลัว

Jacobson (1970) ใช้เครื่อง electromyograph (EMG) ศึกษาว่า คนไข้ใส่ใจหรือไม่กับความเครียดของกล้ามเนื้อที่อยู่ในระดับต่ำเวลาที่คนไข้รู้สึกผ่อนคลาย ต่อมา Budzynski และ Stoyva ริเริ่มใช้เครื่อง EMG เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกให้คนไข้รู้จักการผ่อนคลาย เครื่อง EMG ช่วยพัฒนาความรู้สึกเกี่ยวกับความเครียดของกล้ามเนื้อให้ดีขึ้น การใช้ไบโอฟีดแบคควบคุมความเครียดและวิธีผ่อนคลายมี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นแรก คือ การตระหนักถึงปฏิกิริยาตอบสนองที่ไม่ปกติ จากการใช้ไบโอฟีดแบคคนไข้จะรู้ถึงความไม่ปกตินั้น ตลอดจนปฏิกิริยาตอบสนองต่อความไม่ปกตินั้น

ขั้นที่สอง คนไข้เรียนรู้ที่จะควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองนั้นจากสัญญาณที่ได้รับจากไบโอฟีดแบค

ขั้นที่สาม คนไข้เรียนรู้ที่จะถ่ายโอนการควบคุมนั้นสู่ชีวิตประจำวัน

เป้าหมายสำคัญเบื้องต้นของการฝึก EMG ไบโอฟีดแบค คือ การสอนให้ตระหนัก และสามารถควบคุมความเครียดของกล้ามเนื้อ ตามปกติจะติดอิเลกโตรดที่หน้าผากของคนไข้ คนไข้จะได้รับข้อมูลย้อนกลับด้วยสัญญาณเสียง หรือแสง ที่ใช้กันมาก คือ เสียง การเปลี่ยนระดับเสียงที่คนไข้ได้ยิน สะท้อนถึงการเพิ่ม หรือลดระดับความเครียดของกล้ามเนื้อ ตัวเลขที่ปรากฏบนเครื่องมือบอกถึงค่าที่แท้จริง หรือค่าเฉลี่ยไมโครโวลต์ของระดับความเครียดของกล้ามเนื้อในเวลาที่กำหนด เมื่อคนไข้ได้รับการฝึกมากขึ้น ก็จะเรียนรู้ทักษะของการควบคุมตัวเอง ทักษะนี้ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในห้องแลบ การฝึกไบโอฟีดแบคได้แสดงให้เห็นว่า สามารถถ่ายโอนจากห้องแลบไปสู่ชีวิตประจำวันได้ การฝึกไบโอฟีดแบคมีลักษณะเฉพาะต่างจากเทคนิคการควบคุมตนเองแบบอื่นๆ เพราะเครื่องมือนี้จะให้ข้อมูลที่

ตามปกติหาไม่ได้แล้ว ยังให้ข้อมูลที่เจ้าตัวรู้ได้ด้วยตนเองเกี่ยวกับวิธีการที่กำลังใช้อยู่ตัวอย่างคนที่ฝึก autogenic หรือการค่อยๆ ผ่อนคลายจะรู้สึกได้ถึงข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลนี้ช่วยเอื้อการฝึกด้วย

กระบวนการอะไรทางสรีระที่สามารถตรวจจับได้ ขยายได้ แปลงข้อมูลได้ นำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกไบโอฟีดแบคได้ทั้งสิ้น นอกจากเครื่อง EMG แล้ว ยังมีอีก 2 วิธีที่นิยมใช้ประกอบกันในการควบคุมความเครียด และการรักษาอาการป่วยทางจิตที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย คือ อุณหภูมิและปฏิกิริยาตอบสนองทางไฟฟ้าของผิวหนัง อุณหภูมิผิวหนังสอนให้คนไข้เรียนรู้วิธีสามารถควบคุมการไหลของโลหิตให้เป็นประโยชน์สูงสุดต่อร่างกาย ปฏิกิริยาตอบสนองทางไฟฟ้าให้ข้อมูลคนไข้ที่สะท้อนสภาพของต่อมเหงื่อ

การนำไบโอฟีดแบคไปใช้

ปวดศีรษะ

ไม่มีวิธีใดที่ดีกว่าวิธีการรักษาที่เรียนรู้ที่จะลดความเครียดของกล้ามเนื้อที่ทำให้ปวด หลักฐานจากคลินิกปรากฏว่า 80% - 90% ของอาการปวดหัวเป็นความเครียดของกล้ามเนื้อ การบีบรัดตัวของกล้ามเนื้อ หรือที่เรียกกันว่า ไมเกรน กลายเป็นชื่อที่เราเรียกการปวดหัวอย่างรุนแรงทุกชนิด

การปวดหัวจะมีแบบแผนที่ชัดเจน คือ ปวดมากขึ้นตามเวลาที่ผ่านไป และเพิ่มความรุนแรงตามลำดับ คนไข้จะบ่นถึงอาการปวด เหมือนจะระเบิด บีบรัด โดยทั่วไปผู้ป่วยจะยังคงทำงานได้แต่จะรู้สึกแย่มาก อาการปวดหัวจากความเครียดบรรเทาได้ด้วยการพัก หรือนอนหลับ คนไข้มักใช้นิ้วมือคลึงบริเวณที่ปวด กล้ามเนื้อที่ปวดมักเป็นบริเวณต้นคอข้างบน กระพุ้งแก้ม ขมับ และหน้าผาก แร่งกตบริเวณเหล่านี้ จะทำให้เกิดการปวดอีก และแสดงอาการของโลก

การใช้ EMG - BFB และนวด ในระยะเริ่มต้นใช้ได้ดี อิเล็กโทรดจะถูกวางบนกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ดังกล่าวมาแล้ว เมื่อคนไข้ถูกสอนให้ลดการอ่าน EMG และตระหนักถึงความจำเป็นของตำแหน่ง และสัญญาณทางกายที่บอกให้รู้ว่า ต้องลดกิจกรรม (ของเครื่อง) ลง คนไข้จะรู้สึกสบายขึ้น

วิธีที่ไม่ยุติธรรมต่อคนไข้และสรรพคุณของ BFB คือการให้คนไข้ใช้เครื่องอยู่ในห้องมืด และแนะนำให้ทำเครื่องให้เงียบเพราะถ้าคนไข้รู้ว่าจะทำเช่นนี้ได้อย่างไรก็ไม่จำเป็นต้องพึ่งบริการของนักกายภาพบำบัด คนไข้ต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับทำนั้ง การวางตัว และการตระหนักถึงสภาพของกาย คนไข้ส่วนใหญ่ทำได้ดีเมื่อผ่านไป 4-8 สัปดาห์ในตอนแรก และห่างเมื่อคนไข้ก้าวหน้าขึ้น

การปวดเรื้อรัง

คนไข้จะรู้สึกผ่อนคลายและสบายมากขึ้น เมื่อวางอิเล็กโทรดที่หน้าผาก คนไข้กลุ่มหนึ่งซึ่งป่วยด้วยโรคมะเร็ง การทำงานร่วมกันของนักจิตวิทยาและจิตแพทย์ช่วยเหลือคนไข้ได้มาก การใช้การนิมโนภาพช่วยผ่อนคลายได้มาก คนไข้โรคมะเร็งคนหนึ่งมีอาการข้างเคียงคือ การคลื่นไส้อาเจียน เมื่อได้รับการฝึกสามารถผ่อนคลายอาการคลื่นไส้ลดลงมาก เขาสามารถนึกให้ศีรษะไม่ติดกับร่างกาย (ทำให้ไม่รู้สึกถึงความปวดมาก)

นอกจากนี้ไบโอฟีดแบค ยังใช้ได้ผลกับคนไข้ที่มีอาการ ต่อไปนี้

1. เจ็บหลังตอนล่าง
2. คนไข้ทำฟัน

3. การฝึกท่วงท่า
4. การผ่อนคลาย
5. คนไข้หลังการผ่าตัด
6. กล้ามเนื้อเป็นตะคริว
7. ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง
8. คนไข้อัมพฤกษ์
9. ตัวสั้นเทา
10. พุดติดอ่าง
11. นิ่งตาค้าง

การฝึกไบโอฟีดแบค

แก้วตา คณะวรรณ (2542) เรียบเรียงจากเอกสาร Biofeedback training ของ Association for Applied Psychophysiology and biofeedback ไว้ดังนี้ ศัพท์ “ไบโอฟีดแบค” (ข้อมูลย้อนกลับทางกาย) ถูกบัญญัติขึ้นในปี ค.ศ. 1969 เพื่อจะหมายถึงกระบวนการเฉพาะอย่าง การฝึกไบโอฟีดแบคถูกนำมาใช้เมื่อมีการศึกษาและพบว่า การฝึกไบโอฟีดแบคเป็นวิธีการที่มีประโยชน์มากในการสอนให้สามารถเรียนรู้และฝึกให้มีทักษะของการควบคุมร่างกายให้ปกติด้วยตนเอง (self regulation) ต่อมาได้มีการนำการฝึกไบโอฟีดแบคมาใช้ร่วมกับวิธีการรักษาทางการแพทย์ และพบว่าประสบความสำเร็จ คำ “ไบโอฟีดแบคบำบัด” จึงเป็นคำที่ใช้กันมากขึ้น

ในวงการศึกษาระดับสูง การฝึกไบโอฟีดแบคเป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อสร้างความผ่อนคลายที่แท้จริง และเป็นทักษะที่จะควบคุมความเครียด เพื่อป้องกันไม่ให้ความเครียดนั้นลุกลามสร้างความผิดปกติอื่นๆ ในการบำบัดรักษาทางแพทย์ไบโอฟีดแบคและทักษะการควบคุมร่างกายให้ปกติวิธีอื่นๆ ซึ่งได้มาจากการฝึกไบโอฟีดแบค อาจนำไปใช้เพื่อลด หรือขจัดอาการผิดปกติของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับความเครียด และเพื่อฟื้นฟูการทำงานของกล้ามเนื้อและลดความปวดจากบาดแผล หรือโรคต่างๆ การฝึกไบโอฟีดแบคอาจใช้เป็นวิธีแรก หรือใช้ร่วมกับการบำบัดอื่นๆ เพื่อช่วยเรื่องการรักษาทางแพทย์ เช่น การปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต (lifestyle counseling) การฝึกให้พินิจวิเคราะห์ต้นเหตุ (desensitization) การฝึกการปรับความเข้าใจ (cognitive restructuring) หรือการบำบัดทางจิต

จุดมุ่งหมายของการนำไบโอฟีดแบคไปใช้ คือ การฝึกหรือเรียนรู้ที่จะควบคุมทั้งกระบวนการทางจิตใจและร่างกายเพื่อพัฒนาสุขภาพให้ทำงานให้ดีขึ้น กระบวนการฝึกไบโอฟีดแบคจะใช้เครื่องมือที่ไวมาก ออกแบบมาเพื่อจะวัดกระบวนการเฉพาะกระบวนการใดกระบวนการหนึ่งทางสรีระวิทยา เช่น การไหลของไฟฟ้าที่กล้ามเนื้อกระโหลกศีรษะ เครื่องไบโอฟีดแบคจะสื่อกับกล้ามเนื้อผ่านอิเล็กโทรดที่ติดบนผิวหนัง ซึ่งจะขยาย หรือแปลงการตอบสนองทางสรีระให้เป็นข้อมูลที่มีความหมาย โดยทั่วไปจะเป็นเสียงให้ได้ยินเสียง หรืออะไรให้มองเห็น เป็นการป้อนข้อมูลย้อนกลับให้บุคคลนั้นได้ ยิน บุคคลนั้นก็จะใช้ข้อมูลนี้เป็นแนวทางในการฝึกหัดวิธีการต่างๆ เพื่อลดความเครียดของกล้ามเนื้อ เครื่องไบโอฟีดแบคเหมือนกระจกพิเศษที่สะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการภายในของร่างกาย ซึ่งในสภาพปกติบุคคลนั้นไม่ได้ตระหนัก หรือพบว่ายากที่จะควบคุมให้ปกติได้ โดยทั่วไปแม้ว่ากระบวนการ

ฝึกอาจเปลี่ยนไปตามจุดมุ่งหมายของกายภาพบำบัดการฝึกหายใจลึกๆ การผ่อนคลาย และการนิกภาพต่างๆ มักถูกใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับ

การเรียนรู้เพื่อจะเปลี่ยนการทำงานของสรีระเป็นทักษะเช่นเดียวกับทักษะอื่นๆ เราเรียนรู้ได้จาก และการมีความรู้ ความเข้าใจ และฝึกฝน การควบคุมระบบในร่างกายให้ปกติด้วยตนเอง (self regulation) เป็นสิ่งที่เป็นไปได้เพราะใจและกายสัมพันธ์กัน เพื่อให้เข้าใจความสัมพันธ์ของกายและใจว่ามีพลังมากเพียงใด นึกถึงเวลาที่เรายเหยียบไปบนหลังงูที่ทั้งดำ สิ้น และเป็นเมือก ใจ คอ และความรู้สึกภายในของเราเป็นอย่างไร ปฏิกริยาตอบสนองขั้นแรกของร่างกายคือการหลั่งฮอร์โมนอะดรีนาลิน และอาการอื่นๆ ทั้งนี้เพราะร่างกายเตรียมพร้อมที่จะสู้ หรือหนี แต่พอพบว่าที่เหยียบลงไปนั้นเป็นเพียงสายยางรดน้ำ ลองนึกถึงเวลาที่เราต้องรีบเข้าประชุมนัดสำคัญยิ่ง และรอดิตอยู่บนถนน จิตใจและร่างกายมีปฏิกริยาอย่างไร ใจจะรับรู้ตัวสร้างความเครียด กายก็จะมีปฏิกริยาตอบสนองออกไปทันที

เราทราบกันดีว่า สมอเป็นตัวกำกับ ควบคุมการตอบสนองทางกายต่อใจ เช่น ความเครียด ถ้าความเครียดนั้นยังคงอยู่ต่อไป ร่างกายก็จะมีอาการเพิ่มมากขึ้น การผ่อนคลายและการรู้จักจัดการกับความเครียดเท่านั้นที่จะช่วยให้เปิดระบบที่ลดความเครียด และทำให้ร่างกายสามารถคืนสู่สภาพปกติด้วยเหตุที่กายและใจส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน เราจึงสามารถทำกายให้มีสุขภาพดีขึ้นเมื่อเราเครียด เจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ ซึ่งในเวลานั้นขีดขวางการมีสุขภาพดีตามธรรมชาติของร่างกายไปโอฟิตแบค สำคัญต่อการเรียนรู้ที่จะควบคุมการทำงานของร่างกายให้ปกติด้วยตัวเราเอง เพราะเหมือนกระจกส่องให้เห็นข้อมูลย้อนกลับที่ได้จากเครื่องช่วยให้เราควบคุมกระบวนการทั้งทางสรีระและใจให้ทำงานได้อย่างดีที่สุด เครื่องไปโอฟิตแบคไม่จำเป็นต้องใช้อีกเมื่อ self regulation นั้นได้รับการฝึกจนกลายเป็นทักษะเช่นเดียวกับที่คนรำละครไม่ต้องอาศัยกระจกอีกแล้ว เมื่อรำได้ดีไม่มีที่ติอีกแล้ว กุญแจสำคัญที่ทำให้การฝึกไปโอฟิตแบคสร้างทักษะการควบคุมระบบของร่างกายให้เป็นปกติได้ด้วยตนเอง คือ การมีผลกระทบกันและกันของกายและใจ ข้อมูลย้อนกลับทำให้เพิ่มความตระหนักและการฝึกควบคุม ในการนำไปใช้หลายอย่าง การผ่อนคลายให้มากที่สุดเป็นเรื่องสำคัญ เพราะการผ่อนคลายส่งเสริมสุขภาพ และมีประโยชน์ในการรักษา และป้องกันความผิดปกติของร่างกายในการรักษาการทำงานของกล้ามเนื้อให้กลับมาเป็นปกติภายหลังการบาดเจ็บ เครื่องมือสำคัญที่ใช้คือ ข้อมูลย้อนกลับ โดยมีนักกายภาพบำบัดทำหน้าที่เสมือนผู้ฝึกซ้อมที่สอนทักษะ และช่วยแนะนำให้ผู้ฝึกพัฒนาได้ดีขึ้นกระบวนการง่ายๆ ธรรมดาๆ ของการได้รับข้อมูลย้อนกลับช่วยสนับสนุน และสร้างการเรียนรู้ และทักษะของ self regulation ให้กลายเป็นนิสัยตลอดไป

เครื่องไบโอฟีดแบค และการนำไปใช้

เครื่องไบโอฟีดแบค เป็นเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ที่ปลอดภัย และไวมากต่อระบบต่างๆ ของการทำงานของสรีระของมนุษย์ สัญญาณทางสรีระจากร่างกายจะถูกขยาย และแปลงเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ เครื่องอาจมีมิเตอร์ แสงสว่าง ตัวเลข หรือเสียงที่นำเสนอข้อมูลให้ผู้ฝึกปฏิบัติ

ข้อมูลย้อนกลับของความเครียดของกล้ามเนื้อ

เครื่องวัดความตึงของกล้ามเนื้อ (EMG : electromyograph) วัดกิจกรรมไฟฟ้าที่กล้ามเนื้อของกระดูกสันหลัง โดยติดสื่อนำบนกล้ามเนื้อที่เหมาะสม EMG ใช้เพื่อฝึกการผ่อนคลายต่างๆ ไป และเป็นเครื่องมือสำคัญของการรักษาสาเหตุความเครียดที่ทำให้คนไข้มีอาการ ปวดหัว กัดฟัน ปวดขากรรไกร การปวดเรื้อรัง กล้ามเนื้อเป็นตะคริว และการเป็นอัมพาตบางส่วน หรือการไม่ทำงานของกล้ามเนื้อจากการได้รับบาดเจ็บสโตรค หรือการผิดปกติต่างๆ ที่ไม่ได้มาจากพันธุกรรม การฟื้นฟูสภาพร่างกายด้วยการคลายกล้ามเนื้อประสาทเป็นการนำเครื่อง EMG ไปใช้ที่ได้ผลใช้กันมาก

ข้อมูลย้อนกลับของการไหลของโลหิต (thermal, blood flow feedback)

เครื่องนี้วัดการไหลของโลหิตตามผิวหนัง เมื่อเส้นเลือดต่างๆ บนผิวหนังขยายขึ้น เลือดไหลสะดวกอุณหภูมิสูงขึ้น เมื่อเส้นเลือดบีบตัวลงเลือดไหลผ่านน้อยลงอุณหภูมิลดลง เส้นเลือดบริเวณปลายนิ้วไวต่อความเครียดชนิดนี้มาก ดังนั้นข้อมูลย้อนกลับของอุณหภูมิของปลายนิ้วจึงมีประโยชน์ในการฝึกผ่อนคลาย ข้อมูลย้อนกลับของการไหลของโลหิตถูกนำไปใช้ในการบำบัดความผิดปกติของเส้นเลือด เช่น โรคไมเกรน โรคที่เลือดไม่ไหลไปที่ปลายนิ้ว (Raynaud's disease) ความดันโลหิตสูง และความซับซ้อนของเส้นเลือดในโรคอื่นๆ เช่น เบาหวาน

ข้อมูลย้อนกลับของไฟฟ้าบนผิวหนัง (EDR : electrodermal response feedback)

เครื่อง EDR วัดกิจกรรมของผิวหนังจากนิ้วมือ และฝ่ามือ เครื่อง EDR ไวมากต่อปฏิกิริยาของร่างกายที่เกิดจากอารมณ์ ข้อมูลย้อนกลับจาก EDR ใช้ในการบำบัดคนที่มีอาการเหงื่อออกตลอดเวลา และอาการอื่นๆ ของผิวหนังที่บริเวณต่างๆ ใช้ฝึกการผ่อนคลาย และฝึกระดับความรู้สึกที่เกิดจากการสัมผัสที่ผิวหนังบริเวณต่างๆ

ข้อมูลย้อนกลับของคลื่นสมอง (brainwave feedback)

เครื่อง EEG : electroencephalograph วัดคลื่นสมองจากตัวสื่อที่สวมครอบศีรษะ ข้อมูลย้อนกลับของ EEG นำไปใช้ในการบำบัด โรคลมบ้าหมู โรคไม่มีสมาธิ และความผิดปกติในเด็ก คนที่ติดสุรา ยาเสพติด สิ่งเสพติดอื่นๆ ได้รับบาดเจ็บที่สมอง นอนหลับไม่ปกติ และโรคนอนไม่หลับ

การนำไปใช้พิเศษอื่นๆ

มีการสร้างเครื่องไบโอฟีดแบคเพิ่มขึ้นเพื่อที่จะวัดระบบอื่นๆ ของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับความเครียด และความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ เช่น การเต้นของหัวใจ การกลืนอุจจาระ ปัสสาวะ รวมทั้งปัสสาวะรดที่นอน ปัญหาการหายใจ และอาการผิดปกติของการขับถ่าย

ไบโอฟีดแบคและการฝึกพัฒนาจากการศึกษาทดลองและวิจัยทางแพทย์และผู้รู้โดยเฉพาะจากเทคนิคของ self regulation หลายๆ วิธีไบโอฟีดแบคมีคุณสมบัติพิเศษเฉพาะตัว เพราะเป็นเครื่องมือที่ไม่เพียงแต่จะให้ข้อมูลทันทีที่เริ่มต้นเท่านั้น ยังสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับได้ทันทีที่ช่วยให้การฝึกควบคุมระบบของร่างกายให้เป็นปกติเป็นสิ่งที่เป็นไปได้

ผู้ใหญ่และเด็กที่เข้ารับการฝึก และบำบัดไบโอฟีดแบค ส่วนมากจะแสดงการลดลงของการเจ็บป่วย และลดจำนวนครั้ง หรือไม่ต้องไปหาหมอ ในระหว่างที่มีประสบการณ์ของการควบคุม ระบบกายและใจให้ปกติสมดุล

ชนิดของไบโอฟีดแบคที่ใช้ลดความเครียด

ขบวนการใดๆ ของร่างกายที่สามารถแสดง และแปลงเป็นสัญญาณข้อมูลแก่ผู้ฝึกสามารถนำมาใช้ในการฝึกไบโอฟีดแบคได้ทั้งสิ้น ในการใช้เพื่อจัดการสังเกตกับความเครียด ขณะนี้ที่ใช้แพร่หลาย ได้แก่

ก. ฟีดแบคของกล้ามเนื้อ (muscle tension feedback)

electromyography (EMG) เครื่องมือนี้จะวัดการเปลี่ยนแปลงของไฟฟ้าที่เกิดขึ้น บริเวณปลายเส้นประสาทที่เชื่อมต่อกับกล้ามเนื้อ ไฟฟ้าที่เกิดขึ้นนี้ทำงานในการควบคุมให้กล้ามเนื้อหดตัวเพื่อเคลื่อนไหวได้ ไฟฟ้าส่งผ่านจากเส้นประสาทไปยังกล้ามเนื้อทุกมัด การหดตัวพร้อมกันหลายมัดทำให้เกิดการเคลื่อนไหว EMG จะรับทราบและขยายสัญญาณประสาทที่จะไปกระตุ้นกล้ามเนื้อ ต่อจากนั้นยังแปลงเป็นสัญญาณให้ผู้ฝึกได้รับทราบด้วย EMG ไวมาก สามารถรับรู้ไฟฟ้าหนึ่งส่วนล้านโวลต์ได้และแปลงออกมาในรูปของแสง เสียง มิเตอร์ สัญญาณเหล่านี้ขึ้นลงตามการลดเพิ่มของกระแสไฟฟ้า และตามที่เรากำหนดให้เครื่องบอกเรา EMG วัดการเปลี่ยนแปลงของไฟฟ้าและสัญญาณนั้นจะบอกผู้ฝึกถึงจำนวนความตึงเครียดที่เรามีในกล้ามเนื้อ ความตึงเครียดอาจเป็นปกติ ถ้าเรากำลังเคลื่อนไหวแต่ถ้ามีอยู่ในขณะนิ่งๆ ด้วยแสดงถึงความเครียด EMG นี้ใช้กับกล้ามเนื้อมัดใดก็ได้ ผู้ฝึกจะเรียนที่จะเกร็ง หรือคลายในส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ตามต้องการ มีกล้ามเนื้อ 2 แห่ง หลักที่มักจะใช้กับ EMG คือ

1. กล้ามเนื้อบริเวณหน้าผาก เรามักขมวดคิ้วเมื่อมีความกดดัน หรือตึงเครียด
2. กล้ามเนื้อบริเวณขากรรไกร ซึ่งมักจะเกร็งเวลาอารมณ์โกรธ
3. กล้ามเนื้อบริเวณไหล่ มักตึงเมื่อเราแบกความเครียดต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน

ทั้งสามจุดนี้มักจะเกร็งขณะเครียด และสามารถแก้ไขโดยไม่มีกล้ามเนื้อมัดอื่นมารบกวน

สัญญาณจะออกมาทันทีและติดต่อกันไปเรื่อยๆ ตามความขึ้นลงของกระแสไฟฟ้าที่เกิดขึ้นในบริเวณกล้ามเนื้อแถบนั้น EMG ทำให้ผู้ฝึกทราบว่า เขามีความตึงเครียดเกิดขึ้น ซึ่งตามปกติแล้วไม่อาจทราบได้ ผู้ฝึกจะเริ่มค้นพบว่าทำอย่างไรจึงจะลดความตึงเครียดลงได้ การพยายามผ่อนคลายเฉพาะบริเวณนั้นมักจะไม่ได้ผล การหายใจลึกๆ ซ้ำๆ อาจจะทำให้ผลลัพธ์ตามความต้องการ EMG สามารถบอกความเครียดระดับต่างๆ ได้ และให้ค่าตัวเลขออกมาได้ด้วย EMG มักใช้ในการฝึกผ่อนคลาย และใช้มากในผู้ที่มีอาการปวดศีรษะจากความเครียด ปวดหลังส่วนล่าง

ข. ฟีดแบคของอุณหภูมิผิวหนัง (temperature - blood flow - feedback)

อุณหภูมิผิวหนัง เป็นผลมาจากการไหลเวียนของโลหิตปฏิกิริยาสู้ หรือหนี มีผลมากต่อการไหลเวียนของโลหิต ทำให้ไหลเวียนน้อยที่บริเวณมือ และเท้า กล้ามเนื้อเรียบที่ผนังของเส้นเลือดซึ่งจะส่งไปยังแขนขา หดตัว ทำให้มือ เท้าเย็นกว่าส่วนอื่นๆ ของร่างกาย บางคนมือเท้าเย็นตลอดเวลา ในภาวะผ่อนคลายเส้นเลือดดังกล่าวขยายตัวทำให้เลือดไหลเวียนสะดวกและอุ่นขึ้น เวลาผ่อนคลาย

อุณหภูมิมือที่น้อยอย่างน้อย 90 องศาฟาเรนไฮต์ สำหรับผู้ที่เครียดแล้วเส้นเลือดหัวใจหดตัวควรฝึกเรื่องอุณหภูมิมือ

เครื่องมือฝึกการควบคุมอุณหภูมิมือจะสามารถรับรู้แม้การเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยในบริเวณเส้นรอบวงของเส้นเลือดใหญ่ที่ไปหล่อเลี้ยงเท้าและมือ โดยจะบอกให้ผู้ฝึกทราบในเวลาทีเส้นเลือดเริ่มหดเพื่อว่าผู้ฝึกจะได้ผ่อนคลายทำให้มือและเท้าอุ่น การฝึกควบคุมอุณหภูมิมือนี้ได้ผลดีในคนที่มีความตึงเครียดบริเวณระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดการปวดศีรษะข้างเดียว ความดันโลหิตสูง โรคมือเท้าเย็น (Raynaud's syndrome) เราคุ้นเคยกับการเกร็ง หรือผ่อนคลายกล้ามเนื้อ แต่การเรียนรู้ที่จะควบคุมกล้ามเนื้อเรียบแตกต่างออกไป เราจะรู้เพียงว่าอุณหภูมิมือเปลี่ยนไปแต่ไม่สามารถรับรู้ได้โดยตรงว่าเส้นเลือดหด หรือขยาย การควบคุมอุณหภูมิมือนั้น มักจะเป็นวิธีแรกที่ใช้กับผู้เริ่มฝึกเพราะใช้ง่าย เรียนง่ายหากผู้ฝึกผ่อนคลายก็จะเพิ่มอุณหภูมิมือได้ เป็นการสาธิตให้เห็นชัดๆ ถึงความสัมพันธ์ของใจ และกาย ความดีคืออย่างของฟิตแบคแบบนี้ คือสามารถทำได้ทุกแห่งเพียงแค่พันเทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิมืออากาศไว้ที่ปลายนิ้ว

การประเมินความเครียดด้วยการใช้ข้อมูลที่ได้จากร่างกาย (biofeedback)

การประเมินความเครียดด้วยการใช้ข้อมูลที่ได้จากร่างกาย (biofeedback) เป็นเครื่องมือที่จะบอกให้ทราบได้ว่าขณะนี้ร่างกายมีความเครียดมากน้อยระดับใด biofeedback มีหลายแบบ เช่น วัดอุณหภูมิมือบนผิวหนัง วัดกระแสไฟฟ้าในกล้ามเนื้อ ข้อมูลที่ได้แสดงว่าขณะนี้มีความเครียดระดับใด โดยอาจแสดงให้เห็นในรูปของเข็ม มิเตอร์ หรือเสียง การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ที่บันทึกข้อมูลทางสรีระ (biofeedback) หลายๆ ด้านพร้อมกันเรียกว่า polygraph ซึ่งเครื่องมือชนิดนี้ นักจิตวิทยาและนักวิทยาศาสตร์อื่นๆ นำมาใช้อย่างกว้างขวาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะทางจิตใจและกิจกรรมทางกายในมนุษย์เรา ยกตัวอย่าง เช่น การนำ polygraph มาใช้เปรียบเทียบรูปแบบของคลื่นสมอง ความตึงของกล้ามเนื้อ และการทำงานของอวัยวะภายในระหว่างที่ตื่นและหลับ หรือขณะที่อยู่ในภาวะมีอารมณ์ และภาวะผ่อนคลาย

polygraph ประกอบด้วยตัวขยายสัญญาณที่เกิดจากสมอง กล้ามเนื้อ หรืออวัยวะภายในต่างๆ แล้วแปลงเป็นสัญญาณเสียง หรือสัญญาณอื่นๆ ที่สามารถมองเห็น หรือสัมผัสได้ที่มีใช้กันได้แก่ เครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าในสมอง วัดอัตราและความลึกของการหายใจ วัดปริมาณเลือดที่นิ้วมือตามจังหวะการเต้นของหัวใจ วัดคลื่นไฟฟ้าของหัวใจ วัดการตอบสนองที่ผิวหนัง (ในรูปของความชื้นที่มือ ซึ่งเรียกว่า (galvanic skin response, GSR) และเครื่องวัดไฟฟ้าในกล้ามเนื้อ (EMG)โดยทั่วไปมักจะคิดว่า เครื่อง Polygraph เป็นเครื่องจับเท็จ เพราะว่าเครื่องมือนี้ตำรวจนำมาใช้ตรวจดูว่าผู้ต้องสงสัยนั้น ผิดหรือบริสุทธิ์ อาศัยสมมติฐานที่ว่า

1. การโกหกจะทำให้เกิดอารมณ์ขึ้นในคนที่ต้องสงสัย
2. สภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นนี้สามารถตรวจจับได้จากสรีระที่เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น

ในขณะเดียวกันนั้น Babara Brown (1977) ได้กล่าวถึงผลของความเครียดทางจิตใจกับความตึงของกล้ามเนื้อว่า เส้นใยกล้ามเนื้อจะแสดงการตอบสนองเหมือนกับเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน สิ่งที่มีน

สามารถทำได้คือการหดตัว เป็นการตอบสนองต่อการกระตุ้นของสารนำไฟฟ้าที่ถูกส่งผ่านเซลล์ประสาทสั่งการ (motor nerves) การผ่อนคลายก็คือการสั่งกระตุ้นนี้ออกไป ระบบรับรู้ความรู้สึกของเรามีอยู่อย่างน้อย 5 ชุด เป็นระบบรับรู้ความรู้สึกของเซลล์ประสาทที่กล้ามเนื้อภายใน 2 ชุด นอกนั้นเป็นระบบรับรู้ความรู้สึกที่ผิวหนัง ระบบรับรู้ความรู้สึกทางด้านการมองเห็น และระบบรับรู้ความรู้สึกในด้านการทรงตัว สมอองจะเป็นส่วนที่ผสมผสานข้อมูลที่ได้จากการรับรู้ทั้งหมดโดยผ่านศูนย์ควบคุมกล้ามเนื้อซึ่งจะคอยติดตามการทำงานของกล้ามเนื้อทุกขณะ โดยหน้าที่ของเซลล์ประสาทรับรู้ความรู้สึกจะให้ข้อมูลเข้าไปยังระบบควบคุมการตอบสนองของกล้ามเนื้อในสมองและไขสันหลัง ศูนย์ควบคุมจะแปลข้อมูลที่ได้กับข้อมูลจากส่วนอื่นๆ ว่า กล้ามเนื้อควรจะทำอย่างไร แล้วก็จะกระตุ้นกลไกที่เหมาะสม (ผ่านเซลล์ประสาทสั่งการที่ไปเลี้ยงที่กล้ามเนื้อ) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของกล้ามเนื้อ

พฤติกรรมของกล้ามเนื้อภายใต้สภาวะกดดัน

ความเครียด ความกดดันจากสังคม และความตึงเครียดทางอารมณ์ถูกแปลงเป็นความตึงเครียดของกล้ามเนื้อได้อย่างไร้ยังไม่มีคำอธิบายที่ชัดเจน แต่เหตุผลหนึ่งที่ใช้อธิบายคือ ทางกายแพทย์และทางจิตวิทยามักจะถือว่าปฏิกิริยาที่ร่างกายแสดงต่อเหตุการณ์ที่คุกคามจะทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง จิตใจหรือกลศาสตร์ทางจิตจะเข้าไปพัวพันกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความกดดันทางสังคมทำให้เกิดปฏิกิริยาทางความเครียดจากความวิตกกังวลอาจกลับกลายมาเป็นโรคแผลในกระเพาะอาหารได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายไปเกี่ยวข้องกับความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ กลไกนี้เป็นไปตามทฤษฎีที่ว่าอวัยวะของร่างกายถูกเร้า หรือถูกทำให้ตื่นตัวด้วยการกระตุ้นที่คุกคามตัวเร้าจะกระตุ้นให้ร่างกายเตรียมพร้อมที่จะแสดงออก คล้ายทฤษฎีสู่หรือหนี คือเมื่อพบสถานการณ์คุกคามปรากฏขึ้น (เช่น เห็นเสือในทางเดินบนเขาแคบๆ) ร่างกายจะเกิดการตอบสนองด้วยการระดมทรัพยากรในร่างกาย กล้ามเนื้อตึงตัวพร้อมที่จะสู้ หรือหนี หรือหยุดนิ่งอวัยวะภายในตอบสนองในแนวทางที่ทำให้เกิดพลังงาน เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันเลือดสูงขึ้นเพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้ออย่างฉุกเฉิน ถ้าใส่หยุดทำงาน เลือดจะออกไปยังส่วนที่ต้องการใช้มากขึ้น การตอบสนองทั้งหมดของร่างกายจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและสังเกตได้ ในกรณีที่ตัวกระตุ้นที่คุกคามเห็นได้ไม่ชัดเจน เช่น สถานการณ์ทางสังคม (การแข่งขันงานทำ) หลากๆ ส่วนในร่างกายก็แสดงการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกัน แม้ว่าบุคคลนั้นอาจจะไม่รู้ถึงถึงการเปลี่ยนแปลงแต่เราสามารถตรวจบันทึกการเปลี่ยนแปลงได้จากสารชีวเคมี ความกดดันทางสังคมที่เกิดขึ้นบ่อยแต่ ไม่คงที่ทำให้การตอบสนองต่อสถานการณ์เหล่านั้นเกิดบ่อยแต่ไม่ยาวนาน ร่างกายจะมีการผ่อนคลายโดยอัตโนมัติตามมาอย่างช้าๆ หลังจากที่ถูกกล้ามเนื้อเพิ่มความตึงตัว แม้การนอนหลับอาจจะยังไม่ใช่คำตอบของการผ่อนคลายก็ได้ในเมื่อความจำเป็นภายใต้จิตสำนึกยังคงทำให้กล้ามเนื้อตึงตัวอยู่ระหว่างหลับ อีกทั้งความฝันอาจจะเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อต่อไปได้อีกด้วย จากการที่ความเครียดถูกขจัดออกไปอย่างช้าๆ เช่นนี้หากเกิดสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดเครียดขึ้นมาอีก หรือมีเหตุการณ์ใหม่เกิดตามมา เช่น สถานการณ์ที่คุกคามเกิดขึ้นบ่อยๆ หรือคนๆ นั้นยังคงครุ่นคิดไตร่ตรองถึงสิ่งคุกคามอยู่ตลอดเวลา และมีการสร้างสถานการณ์ขึ้นมาในจิตใจ จะทำให้เกิดเหตุการณ์ 2 อย่างขึ้นกับกล้ามเนื้อคือ ความตึงเครียดของ

กล้ามเนื้อจะคงอยู่ระดับสูงอาจจะสูงขึ้นเรื่อยๆ และความตึงตัวของกล้ามเนื้อจะทำให้มันทำงานมากเกินไป คนที่ตั้งเครียดมักจะสะดุ้งตกใจได้ง่ายและมีอารมณ์ที่รุนแรง

หากกล้ามเนื้อไม่ได้รับการบรรเทาจากภาวะตึงเครียดด้วยการผ่อนคลายหรือการเปลี่ยนอิริยาบถ เส้นใยของกล้ามเนื้อจะเกิดการปรับตัวให้อยู่ในภาวะที่มีความตึงสูงขึ้น เหมือนกับว่ามันได้สูญเสียระบบที่คอยปรับตัวภายในกล้ามเนื้อนั้นไป ภายใต้สถานการณ์ปกติเซลล์ประสาทที่กล้ามเนื้อจะรับรู้ความรู้สึกได้เมื่อกำลังมีการหดตัว ยิ่งมันรับรู้ได้เร็วเท่าใดจะส่งข้อมูลไปยังศูนย์ควบคุมกล้ามเนื้อในสมองเพื่อให้เกิดการปรับตัวอย่างเหมาะสมแต่ในขณะที่มันกำลังมีความรู้สึกว่าการกล้ามเนื้อมีความตึงตัวสูงระบบนี้ดูเหมือนกับว่าไม่ทำงาน (เหมือนกับคนที่ไม่คิดจะเผชิญกับภาวะเครียดทางสังคมที่รุนแรง) นั่นคือถ้ากล้ามเนื้อส่วนใหญ่มีความตึงตัว การรับรู้ความรู้สึกของกล้ามเนื้อที่ตึงตัวจะทำให้การสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับความตึงเครียดไปยังศูนย์ควบคุมกล้ามเนื้อในสมองช้าลง จากสมมติฐานที่ว่า เป็นผลของ cortical ที่ไปปิดกั้นการรับรู้ความจริงเกี่ยวกับความตึงตัวของกล้ามเนื้อที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันการควบคุมกล้ามเนื้อตามปกติถูกปิดกั้นด้วย ผลโดยตรงของ cortical ก็คือทำให้กล้ามเนื้อเตรียมพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรม ร่างกายจะยังคงอยู่ในสภาพที่ตึงเครียดต่อไปจนกว่าสถานการณ์นั้นหมดไป หรือรับรู้ความจริงและมีการประเมินผลอีกครั้งหรืออารมณ์ได้ถูกปรับเปลี่ยนแล้ว

ขบวนการทางจิตและการควบคุมกล้ามเนื้อ

ความจริงทางกายวิภาคและทางกายภาพที่กล้ามเนื้อจะทำงานด้วยตัวมันเองได้น้อยมากถ้าปราศจากการกระตุ้น การชักนำและการควบคุมจากสมองหรือจากส่วนบน การทำงานจะมีการประสานประสานกันอย่างซับซ้อนกับการทำงานของจิตใจเพื่อทำให้กล้ามเนื้อทำงานทั้งในส่วนที่รู้สำนึกและใต้สำนึกจากความซับซ้อนยุ่งยากของผลทางจิตใจและสมองที่มีต่อกล้ามเนื้อที่ไม่สามารถรับรู้หรือมองเห็นได้ แม้จะรู้โครงสร้างของเซลล์ประสาทที่ควบคุมสั่งการในสมองแต่วิทยาศาสตร์ก็ยังไม่ทราบแน่ชัดเกี่ยวกับว่ามันมีความสัมพันธ์กันอย่างไรบ้างกับสมองที่ก่อให้เกิดอารมณ์ ความรู้สึก ทักษะคิด การเรียนรู้ แรงผลักดัน ความอยากรู้อยากเห็น หรือความปรารถนา แต่รู้ว่าการผ่อนคลายกล้ามเนื้อหรือการทำสมาธิเพื่อให้เข้าสู่ภาวะสงบและผ่อนคลายสามารถลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อได้อย่างมีนัยสำคัญ

ระบบควบคุม biofeedback ของกล้ามเนื้อจะมีการรับรู้ข้อมูลจากหลายๆ แหล่ง ข้อมูลใดที่มีพลังมากก็จะรับรู้ได้มาก เรียนรู้ได้มากและจำได้ Jacobson (1970) ได้แสดงให้เห็นว่า การจินตนาการจะไปกระตุ้นกล้ามเนื้อ การไตร่ตรองการครุ่นคิด การย่ำคิดแต่เรื่องเดิมๆ จะเป็นกระบวนการที่ไปกวมให้จิตใจเกิดความรำคาญ หรือรบกวนจิตใจมากขึ้น ทำนองเดียวกันมันก็จะทำให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นและคงอยู่นาน การให้ข้อมูลย้อนกลับของกล้ามเนื้อมักจะหมายถึง EMG ซึ่ง biofeedback ถือกันว่าความตึงตัวของกล้ามเนื้อที่พบในคนที่มีความผิดปกติทางอารมณ์และอาการทางกายที่เกิดจากจิตใจนั้น เป็นการทำงานของเส้นใยกล้ามเนื้อจำนวนหนึ่งซึ่งจะทำงานมากขึ้นถ้าอยู่ในภาวะตึงเครียด และจะทำงานลดลงถ้าอยู่ในภาวะผ่อนคลาย ความถูกต้องของค่า EMG จะ

ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของกล้ามเนื้อที่วางอิเล็กโทรด ผู้ที่นำไปใช้จะต้องตระหนักถึงความแตกต่างในกล้ามเนื้อที่ต่างกลุ่มกัน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องของการฝึกการผ่อนคลายความเครียด ด้วยวิธีการต่างๆ โดยใช้หลักการของไบโอฟีดแบค ซึ่งอธิบายด้วยความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจ ปฏิกริยาตอบสนองของร่างกายต่อความเครียด และมีการวัดผลของการฝึกการผ่อนคลายความเครียด ด้วยเครื่องมือต่างๆ ดังเช่น ศิริรัตน์ ศิริเลิศ และคณะ (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับโดยการปฏิบัติสมาธิ ต่อความเครียดและคุณภาพการนอนหลับของวัยกลางคนจำนวน 60 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกสมาธิอานาปานสติร่วมกับการสวดมนต์ก่อนนอน พบว่า ในกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระยะเวลาในการนอนหลับ ความรู้สึกสดชื่นหลังตื่นนอนและการนอนหลับอย่างต่อเนื่องมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระยะเวลาในการนอนหลับและความรู้สึกสดชื่นหลังตื่นนอนไม่แตกต่างกันแต่มีการนอนหลับอย่างต่อเนื่องแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระยะเวลาในการนอนหลับ, ความรู้สึกสดชื่นหลังตื่นนอนและการนอนหลับอย่างต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการสวดมนต์สามารถเพิ่มคุณภาพการนอนหลับและลดความเครียดได้ จึงควรนำไปเป็นกิจกรรมในการส่งเสริมการนอนหลับและลดความเครียดในบุคคลกลุ่มอายุอื่นๆ ต่อไป จมาภรณ์ ใจภักดี กมล อุดล พรารธนา สถิตยวิภาวี และ พนม เกตุมาน (2547) ศึกษาผลการฝึกหายใจแบบลึก และผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอโกสัมพีสัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 4 แห่ง โดยกลุ่มทดลองจำนวน 62 คน ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงพร้อมทั้งฝึกหายใจแบบลึก และผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมจำนวน 62 คน ได้รับความรู้แต่ไม่ได้ฝึก ผลการศึกษาพบว่า หลังติดตาม 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความดันช่วงหัวใจบีบลดลงเฉลี่ย 5.3 ± 10.9 และ 3.9 ± 9.8 มม.ปรอท ตามลำดับ (p-value < 0.05) ความดันช่วงหัวใจคลายลดลงเฉลี่ย 3.0 ± 8.7 และ 2.7 ± 9.5 มม.ปรอท ตามลำดับ (p-value < 0.05) และความเครียดลดลงเฉลี่ย 3.1 ± 4.0 และ 1.8 ± 3.2 คะแนน ตามลำดับ (p-value < 0.001) เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ ANCOVA โดยควบคุมตัวแปรผลลัพธ์ก่อนการทดลอง (baseline data) พบว่า กลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงต่างจากกลุ่มควบคุม 1.8 คะแนน (p-value = 0.001) แต่ความดันโลหิตไม่แตกต่างกัน (p-value > 0.05)

การบำบัดด้วย Mind Body Therapies (MBT) เป็นการบำบัดและรักษาโดยใช้ความสัมพันธ์ของกายและจิตใจ การเสริมสร้างศักยภาพทางจิตใจ ความรู้สึก และอารมณ์ให้บังเกิดผลทางบวกต่อการทำงานของร่างกายหรืออาการต่างๆของโรค ทำให้การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกลดลง

และเพิ่มการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติกให้เด่นชัดขึ้น (Deepak, et al., 2012) ผู้ฝึกจะรู้สึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ผ่อนคลายความเครียด ลดความทุกข์ความเจ็บปวดทางกายเรื้อรัง สามารถควบคุมภาวะทางอารมณ์และจิตใจ (emotions and mind) ความจำและการเรียนรู้ (memory and learning) ดีขึ้น (Chiesa & Serretti, 2010; ธวัชชัย และคณะ, 2552) เทคนิคการหายใจแบบลึกและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นวิธีที่ทำได้ง่าย สามารถฝึกและปฏิบัติได้ด้วยตัวเองโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์นิยมใช้เพื่อบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยที่มีความเครียด ซึมเศร้า อาการเจ็บปวดเรื้อรัง การหายใจแบบลึกโดยสูดหายใจเข้าทางจมูกลึกๆ ช้าๆ และหายใจออกทางปากช้าๆ หายใจเข้าและออกอย่างสม่ำเสมอ 4 ครั้งต่อนาที จะช่วยให้ร่างกายได้ออกอากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มออกซิเจนในเลือด ผู้ที่มีความเครียดจะทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง ขมับตึง หลอดเลือดโป่ง กล้ามเนื้อเกร็งค้างนานๆ จะทำให้รู้สึกปวด การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะทำให้ความตึงของกล้ามเนื้อลดลง กล้ามเนื้อแต่ละส่วน เช่น แขน ขา ใบหน้า ลำคอ ขากรรไกร ไหล่ หลัง มีการเกร็งและคลาย ซึ่งส่งผลต่อจิตใจทำให้รู้สึกผ่อนคลาย เกิดความสงบ มีสมาธิไม่คิดฟุ้งซ่าน ทำให้อ่อนหลับได้ดี ลดความเจ็บปวด ความวิตกกังวล ลดความเมื่อยล้า ความดันโลหิต อัตราหัวใจเต้น และชีพจรลดลง (Astin, et al., 2003; กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต, 2546; ธวัชชัย และคณะ, 2552)

การศึกษาการฝึกสมาธิและไปโอพิตแบคเป็นวิธีการจัดการความเครียดวิธีหนึ่ง ซึ่งการฝึกสมาธิทำให้จิตใจสงบและรู้สึกผ่อนคลาย (พระพรหมคุณาภรณ์ [ป.อ. ปยุตฺโต], 2555) เนื่องจากช่วยให้ฮอร์โมนเอ็นดอร์ฟินส์หลั่งออกมา นอกจากนี้ยังทำให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกและต่อมหมวกไตทำงานลดลง (Wahbeh, Elsas, Siegwad-M, & Oken, 2008) มีการศึกษาพบว่า การเจริญสติเพื่อลดความเครียด การทำสมาธิ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง และ โรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ความเครียดและความดันโลหิตลดลง อัตราการเต้นของหัวใจดีขึ้น และสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังได้ (วีระศักดิ์ พงศ์พิริยะไมตรี, 2553; Whitebird, Kreitzer, & O'Connor, 2009) การใช้ไปโอพิตแบคร่วมกับการฝึกผ่อนคลายหรือการฝึกสมาธิสามารถลดความเครียดได้ดีกว่าการฝึกผ่อนคลายเพียงอย่างเดียว (วิมลทิพย์ แก้วถา, 2546) การศึกษาเกี่ยวกับการฝึกสมาธิ ร่วมกับการฝึกโปรแกรมไปโอพิตแบคที่ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การใช้ไปโอพิตแบคโดยสังเกตการเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิผิวหนังและการผ่อนคลายโดยการฝึกสมาธิ ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ทำให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และ ช่วยลดความวิตกกังวล (McGinnis et al., 2005) การฝึกผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลอง และมีอุณหภูมิปลายนิ้วสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (นงนุช ศรีตระกูล, 2545) กนกภรณ์ ทอง และคณะ (2558) ศึกษาผลของการฝึกสมาธิร่วมกับการฝึกโปรแกรมไปโอพิตแบคต่อระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฝึกสมาธิร่วมกับการฝึกโปรแกรมไปโอพิตแบค ต่อระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 102คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 34 คน โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นสุ่มแบบง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนี้ กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการฝึกสมาธิกลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการฝึกสมาธิร่วมกับการฝึก

โปรแกรมไบโอฟีดแบค และกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมการฝึกระยะเวลาการทดลอง 6 สัปดาห์ ประเมินระดับความเครียด โดยใช้แบบประเมินความเครียด symptoms of stress inventory (SOSI) เครื่องมือไบโอฟีดแบค ควบคุมการทำงานของต่อมเหงื่อ skin-sonductance (SC) biofeedback instrument และเครื่องมือไบโอฟีดแบคควบคุม อุณหภูมิของร่างกายที่ผิวหนัง skin-temperature (ST) biofeedback instrument ผลการวิจัย พบว่า (1) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด (SOSI,SC,ST) ก่อนและหลังการ ทดลองแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0005 (2) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิร่วมกับ การฝึก โปรแกรมไบโอฟีดแบคมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.0005 (3) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิกลุ่มที่ได้รับการฝึก สมาธิร่วมกับการฝึกโปรแกรมไบโอฟีดแบค และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนน ความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0005 ($F(6,188)= 14.24, p = .000, Wilks' \Lambda = 0.47, \text{partial } \eta^2 = .31$) จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การฝึกสมาธิและการฝึก สมาธิร่วมกับโปรแกรมไบโอฟีดแบคสามารถลด ระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้จึงอาจเป็น ทางเลือกหนึ่งในการออกแบบโปรแกรมสำหรับการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ทั้งนี้การศึกษาส่วนใหญ่ใช้ เวลาในการฝึกค่อนข้างนาน เช่น ใช้เวลา 20-30 นาที ต่อครั้ง หรือหลายครั้ง คือ 8-16 สัปดาห์ๆ ละ 2-3 ครั้ง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่ายได้ (วีระศักดิ์ พงศ์พิริยะเมตรี, 2553; White Bird et al., 2009)

เฟชแบค (Feshback, 1956, p. 257; cited by Goldstein,1975, p. 26) กล่าวว่าความ ก้าวร้าว คือ การระบายความเครียดและวิธีลดความก้าวร้าวกระทำได้โดยการผ่อนคลายและการใช้สติ ควบคุมตนเอง โยคะอาสนะทำให้ร่างกายของผู้ฝึกผ่อนคลาย เมื่อร่างกายผ่อนคลายระบบประสาทซิม พาทิติก (sympathetic nerve) ลดลง การทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาทิติก (parasympathetic nerve) เพิ่มขึ้นเป็นผลให้ร่างกายและจิตใจสงบลงจากภาวะที่ถูกกระตุ้น และ จากการศึกษาของอาร์ลอร์คกี (Arlorki, 1996, 11) ยังพบว่าการฝึกหายใจแบบโยคะจะทำให้ความวิตก กังวล และความคับข้องใจลดลง เมื่อความวิตกกังวลลดลง ย่อมทำให้ความก้าวร้าวลดลงไปด้วย นอกจากนี้วิธีการหายใจแบบโยคะจะทำให้จิตของผู้ฝึกสงบลงและร่างกายผ่อนคลายงานวิจัยของ เชลล์ และคณะ (Schell, et al, 1994, บทคัดย่อ) ที่ศึกษาผลการฝึกหะฐะโยคะที่มีต่อร่างกายและ สภาพจิตใจของผู้หญิง พบว่าการฝึกโยคะส่งผลให้อัตราการเต้นของ ชีพจรลดลง และสามารถควบคุม อารมณ์ในแง่ของความตื่นตัวต่อสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน ความก้าวร้าวการปรับตัวเข้ากับสังคม และสภาพทางอารมณ์ซึ่งส่งผลให้ผู้ฝึกสามารถลดความเครียดในชีวิตประจำวันลงได้ และยังสอดคล้อง กับ เกียรติศักดิ์ อองกุลนะ (2550, บทคัดย่อ) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการความเครียด โดยการคิดแบบอริยสัจสี่ และการบริหารร่างกายแบบโยคะต่อพฤติกรรมจัดการความเครียดและ ระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล พบว่าโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการคิดแบบ อริยสัจสี่ และการบริหารร่างกายแบบโยคะ มีประสิทธิผลทำให้ความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ลดลง ทศนา บุญทอง วิไล นาป่า วาสนา แฉล้มเขตร และรณชัย คงสกนธ์ (2553) ศึกษาผลของ การผ่อนคลายแบบเกร็งกล้ามเนื้อต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหอบหืด ในผู้ป่วยโรคหอบหืด

จำนวน 40 รายที่มีอายุระหว่าง 18-65 ปี กลุ่มตัวอย่างได้รับการแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 20 ราย ในกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามปกติในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการฝึกการผ่อนคลายแบบเกร็งกล้ามเนื้อ 8 ครั้งร่วมกับการรักษาตามปกติ ซึ่งใช้ระยะเวลา 20 นาทีต่อรอบการฝึก ภายหลังจากการฝึกการผ่อนคลายแบบเกร็งกล้ามเนื้อทั้ง 2 กลุ่มได้รับการประเมินสัญญาณชีพและตอบแบบวัดความวิตกกังวล ผลการศึกษาพบว่าภายหลังจากการฝึกการผ่อนคลายแบบเกร็งกล้ามเนื้อคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าสัญญาณชีพของทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อฝึกสมาธิร่วมกับการฝึกโปรแกรมไบโอฟีดแบคควบคุม การทำงานของต่อมเหงื่อ (SC) และโปรแกรมไบโอฟีดแบค ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายที่ผิวหนัง (ST) จะพบว่า ความต้านทานกระแสไฟฟ้าของผิวหนัง (galvanic skin resistance) และอุณหภูมิของร่างกายที่ผิวหนังเพิ่มขึ้น โดยเครื่องมือจะสื่อบอกให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการฝึกผ่อนคลายถูกต้อง หรือไม่ และระดับความเครียดลดลงหรือไม่ เมื่อฝึกจนชำนาญ ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมความเครียดด้วยตนเอง ได้โดยไม่ต้องใช้เครื่องมืออีกต่อไป

การศึกษาของ มรรยาท รุจิวิทย์และคณะ (2548) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกไบโอฟีดแบคและ เทคนิคผ่อนคลายความเครียดต่อภาวะสุขภาพและระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่าระดับความเครียดของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดจากแบบประเมินความเครียด SOSI กลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิและกลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิ ร่วมกับการฝึกโปรแกรมไบโอฟีดแบคแตกต่างกัน แต่ค่าเฉลี่ยคะแนน SC และ ST ของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการฝึกสมาธิร่วมกับการฝึกโปรแกรม ไบโอฟีดแบคส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของระดับความผ่อนคลายโดยการรับรู้จากการแสดงผล ให้เห็นทางหน้าจอคอมพิวเตอร์ซึ่งเป็นข้อมูลย้อนกลับ ทำให้ ผู้ป่วยเรียนรู้จากประสบการณ์ว่าการฝึกสมาธิจะทำให้ ร่างกายผ่อนคลายแตกต่างกันอย่างไรเมื่อฝึกบ่อยๆจน คั้นชิน ผู้ป่วยจะจดจำประสบการณ์ความผ่อนคลายนั้น ไว้และนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยไม่จำเป็นต้องมี เครื่องมือคอยกำกับอีกต่อไป ดังนั้น เมื่อประเมินด้วยแบบประเมินความเครียด SOSI ตามการรับรู้ของผู้ป่วย จึงพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดจากแบบประเมิน ความเครียด SOSI กลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิและกลุ่มที่ ได้รับการฝึกสมาธิร่วมกับการฝึกโปรแกรมไบโอฟีดแบค แตกต่างกัน โดยที่ค่าเฉลี่ยคะแนน SC และSTไม่แตกต่างกัน

นงลักษณ์ จุฑาจินดาเขต และคณะ (2540) ศึกษาผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรังสีรักษา โดยการใช้กรอบแนวคิดตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย และมนทัศน์การผ่อนคลายของเบนสัน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รับการรักษา ณ แผนก tumor clinic โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 40 ราย ช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2539 โดยเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มโดยการจับสลาก คือกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการฝึกผ่อนคลาย กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย การฝึกการผ่อนคลาย ใช้วิธีการฝึกแบบ benson's respiratory one method กลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกโดยผู้วิจัยวันละ 1 ครั้ง ฝึกติดต่อกัน 3 วัน และฝึกต่ออีก 21 วัน วันละ 1 ครั้ง โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ฝึกให้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบวัดความวิตกกังวลและแบบวัดความซึมเศร้าของชุง พรอท วัดอุณหภูมิปลายนิ้วชื่อ calibrated mercury bulb finger thermisters เครื่องมือวัดความดันโลหิต ใช้เครื่อง baumanometer ชนิด stand by model การเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เก็บรวบรวม 2 ครั้ง ครั้งแรกเก็บรวบรวมข้อมูลความวิตกกังวล และความซึมเศร้าก่อนการทดลองคือวันแรกของการรับรังสีรักษา โดยเก็บในช่วงก่อนรับรังสีรักษา และครั้งที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในวันสุดท้ายของการรับรังสีรักษา การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ การทดลองสอง ทิศ (t-test) แบบ 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกันระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายมีคะแนนความซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการทดลองพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย รับรู้ถึงความรู้สึกสบายกายหลังการฝึก และรู้สึกว่าเป็นวิธีที่ง่ายสะดวกและสามารถนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน จากข้อมูลดังกล่าว จึงสรุปเป็นข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการนำวิธีการฝึกการผ่อนคลายไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาต่อไป (พระสมเด็จ สุขสมบูรณ์, 2546) การศึกษาผลการปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อความเครียดของสามเณรนักศึกษา มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัยที่มีค่าความถี่ตัวของกล้ามเนื้อตั้งแต่ 9 ไมโครโวลต์ ขึ้นไป จำนวน 12 ราย พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

การสวดมนต์และการฟังเสียงสวดมนต์สามารถช่วยให้มีระดับความเครียดลดลง อาจ เนื่องจาก การสวดมนต์และการฟังเสียงสวดมนต์สามารถเบี่ยงเบนความ สนใจของกลุ่มตัวอย่างจาก เดิมที่คิดถึงแต่ด้านลบ ให้หันมา สนใจกับการสวดมนต์หรือการฟังเสียงสวดมนต์แทน จึงลืมนึกหาต่าง ๆ จิตสงบขึ้น ความเครียดลดลง ร่างกายจึงกลับเข้าสู่สมดุลอีกครั้ง (MCGinty และคณะ, 2012) หรือ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างถูกเบี่ยงเบนให้สนใจเนื้อหาในบท สวดมนต์ที่ประกอบด้วยบทสวดเจริญ พระพุทธมนต์ บทชัยมงคล คาถา (พาหุงฯ) บทชัยปริตร (มหากาฯ) และบทพุทธคุณ (อิติปิโส) ซึ่งเป็น เรื่องดีงาม เกิดความเลื่อมใสศรัทธา จึงช่วยยก ระดับจิตใจของผู้สวดและผู้ฟังบทสวด (จุฑาทิพย์ อุมะ วิชนี, 2547) หรืออาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าการสวดมนต์และ การฟังบทสวดสามารถปกป้อง ตนเองได้จึงเกิดกำลังใจ (พระวิจิตรธรรมาภรณ์, 2554) ทำให้มีกลไกกระตุ้นให้สมองใหญ่ ส่งกระแส ประสาทไปสู่สมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ทำให้เกิด ความผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ (Phillips และคณะ, 2008)

ฉัตรศิริ เมฆวิวัฒนาวงศ์ (2543) ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกประสาทอัตโนมัติ และไปโอพีดีแบค ต่อความวิตกกังวลและอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ด เลือดขาว. ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด จะมีความวิตกกังวล สูงและทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด การลดความวิตกกังวลและ ความทุกข์ทรมาน แก่ผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็น การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกประสาทอัตโนมัติร่วมกับไปโอพีดีแบคต่อการลดความวิตกกังวลและอาการข้างเคียงของ เคมีบำบัดในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ

ที่กำหนดไว้ จำนวน 20 ราย ระยะเวลา ในการทดลอง 9 วัน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ คู่มือการผ่อนคลายและการฝึกประสาทอัตโนมัติ เครื่องวัดสัญญาณชีพอัตโนมัติ นาฬิกา พรอทวดอุณหภูมิปลายนิ้ว แบบสัมผัส ข้อมูลทั่วไป แบบวัดความวิตกกังวล แบบวัดอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด แบบบันทึกชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต การใช้จ่ายบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน แบบบันทึกข้อมูลการฝึก เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกประสาทอัตโนมัติร่วมกับไบโอฟีดแบค ผลการวิจัยพบว่า ในกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ชีพจร การหายใจ ความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลอง และมีอุณหภูมิปลายนิ้วสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $< .05$) ในกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลองมี คะแนนเฉลี่ยตามวิตกกังวล ชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต และอุณหภูมิปลายนิ้ว แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $> .05$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล อาการข้างเคียงของเคมีบำบัด การหายใจ ความดันโลหิต น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและอุณหภูมิปลายนิ้วสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (p -value $< .05$) ขณะฝึกการผ่อนคลายด้วยวิธีการฝึกประสาทอัตโนมัติร่วมกับไบโอฟีดแบค ผู้ป่วยผ่อนคลายเพิ่มขึ้น ลืมความวิตกกังวล พักหลับ ได้ดี กำลังใจดีขึ้น ไม่เบื่ออาหาร จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกประสาทอัตโนมัติ ร่วมกับไบโอฟีดแบคสามารถลดความวิตกกังวลได้

เตชภาส มากคง และศิลปชัย สุวรรณธาดา (2558) เปรียบเทียบผลของการฝึกไบโอฟีดแบคต่อความวิตกกังวลทางการกีฬา ความแปรปรวน ของอัตราการบีบตัวของหัวใจ และความแม่นยำ ในการ ยิงปืนในนักกีฬายิงปืนที่ได้รับการฝึกและไม่ได้รับ การฝึกนี้ และยังศึกษาเปรียบเทียบผลในกลุ่มของก่อน และหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือนักกีฬายิงปืนเยาวชนของโรงเรียนกีฬา ในประเทศ อายุ 12-18 ปี กำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงคือให้ โรงเรียนกีฬาจังหวัดตรังเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 16 คน และ โรงเรียนกีฬาจังหวัดสุพรรณบุรีเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 18 คน โดยใน กลุ่มทดลองจะรับการฝึกการยิงปืนตามปกติทั่วไปควบคู่กับการฝึก heart rate variability biofeedback จะเป็นการฝึกทั้งหมด 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 4 ครั้ง เป็นเวลาทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ โดยเวลา ในการฝึกครั้งละ 20 นาที ฝึกทุกวัน จันทร์ อังคาร พุธ และศุกร์ ส่วนในกลุ่มควบคุมฝึกการยิงปืนตามปกติทั่วไปทำการทดสอบทั้งหมด 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังการฝึก 3 สัปดาห์ ทดสอบความวิตกกังวลทางการกีฬาซึ่งวัดโดยแบบวัด CSAI-2R ความแปรปรวนของอัตราการบีบตัวของหัวใจและความแม่นยำในการยิงปืน ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความแม่นยำ ในการยิงปืน ค่าช่วงคลื่นความถี่ต่ำ (low frequency, LF) และค่าช่วงคลื่นความถี่สูง (high frequency, HF) ในกลุ่มระหว่างก่อนและ หลังการทดลองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ค่า LF และ ค่า HF ของกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนคะแนนจากแบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ ฉบับปรับปรุงใหม่ (CSAI-2R) ไม่มีความแตกต่างทาง สถิติทั้ง ในการเปรียบเทียบก่อน และหลังการทดลอง ในทั้ง 2 กลุ่ม และ การเปรียบเทียบหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พัสมณต์ คุ่มทวีพร พุทธวรรณ ชูเชิด สุจิตรา สุทธิพงษ์ (2557) การเปรียบเทียบผลการสวดมนต์และการฟังเสียงสวดมนต์ต่อความเครียด และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.แบ่งเป็นกลุ่มสวดมนต์และกลุ่มฟังเสียงสวดมนต์ กลุ่ม

ละ 22 คน ใช้เวลาในการวิจัย 4 สัปดาห์ พบว่า 1. ค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่ม สวดมนต์ลดลงหลังการสวดมนต์ ($t = 13.73, p < .05$) 2. ค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้าน มกลุ่มฟังเสียงสวดมนต์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.59, p < .05$) 3. ค่าเฉลี่ยความเครียด ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มสวดมนต์ต่ำกว่ากลุ่มฟังเสียงสวดมนต์ ($t = 3.13, p < .05$) 4. ค่าเฉลี่ย คุณภาพ การนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มสวดมนต์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 22.54, p < .05$) 6. ค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มสวดมนต์และกลุ่มฟัง เสียงสวดมนต์ไม่แตกต่างกัน ($t = .28, p = .780$) ผลการศึกษาเป็น หลักฐานว่าทั้งการสวดมนต์และ การฟังเสียงสวดมนต์ลดความเครียดและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ

โยคะ

ความหมายของโยคะ

คำว่าโยคะ (สถาบันโยคะวิชาการ ,2547) มาจากภาษาสันสกฤต ซึ่งรากศัพท์แปลว่า รวม, เต็ม , Integration หรือที่เราคุ้นกันว่า องค์กรวม

โยคะ (สิริพิมล อัญชลีสังภาศ, 2547) มาจากรากศัพท์ ยุจ แปลว่า รวม องค์กรวม เต็ม หรือ integration สิ่งสำคัญของโยคะ คือ การรวมกายกับใจของผู้ฝึกเข้าไว้ด้วยกัน

โยคะ หมายถึง กระบวนการที่มนุษย์เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอย่างเป็นองค์กรวมให้ได้มากที่สุด ซึ่ง รวมไปถึงการทำความรู้จักตัวตนของตนเอง และการลดทอนหรือจัดสถานะต่างๆ ที่บั่นทอนความ เป็นองค์กรวม ซึ่งการอยู่อย่างองค์กรวมโยคะ ให้มีความสำคัญกับเทคนิคต่างๆ ที่จะช่วยให้มนุษย์รู้จัก มูลเหตุทุกชนิดที่ขาดสมดุลอันก่อให้เกิดความเจ็บป่วยและจัดปรับให้มันคืนสู่ความเป็นปกติ ดังนั้น โยคะจึงเป็นศาสตร์ที่ว่าด้วยการพัฒนาทางด้านจิตและด้านกายของมนุษย์ และทางด้านการ บำบัดรักษาไปพร้อมๆ กัน โยคะให้ความสำคัญยิ่งหลักแห่งความสมดุล การฝึกทำโยคะจึงเป็นการ เหยียดแล้วคลาย สลับกันไปจนจบ

โยคะเป็นกิจกรรมการออกกำลังกาย หรือกิจกรรมเพื่อบริหารกายและจิต ที่ได้รับความนิยม เป็นอย่างมากในปัจจุบัน และมีสื่อที่จะช่วยในการฝึกโยคะมากมาย เช่น หนังสือ วิดีโอ และซีดีฝึก โยคะ เป็นต้น ทฤษฎีของโยคะ คือ การบำบัดโดยการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายตามที่กำหนด โดยเน้นการหายใจ เข้า - ออก ให้สอดคล้องกับท่าฝึก และการทำสมาธิระหว่างการฝึก โยคะเป็นการ ฝึกการเปลี่ยนแปลงตัวเองทั้งร่างกายและจิตวิญญาณ นอกจากจะเปลี่ยนแปลงแล้วยังสามารถ ปรับปรุงให้ดีขึ้น

โยคะ คือ วินัยต่อร่างกายและจิตใจมุ่งไปที่การประสานกลมกลืนของระบบต่างๆ ของชีวิต โดยเทคนิคหลายๆ อย่างประกอบกัน ทั้งอาสนะ (การฝึก ท่าทางกาย) การหายใจ และสมาธิ

โยคะ คือ การรวมกายและจิตของผู้ฝึกเข้าไว้ด้วยกัน (แพทย์พงษ์ วรพงศ์พิเชษฐ และ เสาวนิตย์ กมลธรรม, 2561) นั่นหมายถึง การมีสติรู้อยู่กับกายตลอดเวลา การฝึกโยคะเป็นการฝึกให้ ร่างกายและจิตใจทำงานอย่างเป็นระเบียบ และเป็นกระบวนการที่มนุษย์เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอย่าง เป็นองค์กรวมให้มากที่สุด รวมไปถึงการทำความรู้จักตัวตนของตนเอง ช่วยลดหรือจัดสถานะต่าง ๆ

ที่บั่นทอนความเป็นอยู่อย่างองค์รวม โยคะให้ความสำคัญกับเทคนิคต่างๆ ที่ช่วยให้มนุษย์รู้จักมูลเหตุทุกชนิดที่ขาดสมดุลอันก่อให้เกิดความเจ็บป่วยและจัดปรับให้คืนสู่ความเป็นปกติ โยคะได้รับการศึกษาในแง่ของการบำบัดโรคนานานพอสมควร งานวิจัยส่วนใหญ่จะใช้เทคนิคการฝึกอาสนะ (การฝึกท่าทางกาย) การหายใจ และสมาธิร่วมกันในการบำบัดโรคโดยการเหยียดแล้วคลายสลับกันไป

โยคะ คือ ศาสตร์ที่ว่าด้วยการฝึกฝนตนเอง เป็นศาสตร์และภูมิปัญญาที่สืบทอดกันมายาวนานของวัฒนธรรมอินเดีย มีประวัติเกิดขึ้นในประเทศอินเดียมากกว่า 5,000 ปีมาแล้ว โดยมีความผูกพันอยู่กับปรัชญาและศาสนาพราหมณ์-ฮินดู โยคะเป็นภาษาสันสกฤตมาจากรากศัพท์คำว่า ยูช (Yuj) แปลว่า รวม หมายถึงการรวมกันของกายและจิต คือ การมีสติรู้อยู่กับกายตลอดเวลาเป็นเรื่องของการบริหารกายบริหารจิต เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงมีสุขภาพกายสุขภาพจิตที่ดี และปัจจุบันมีการผสมผสาน เทคนิคการเล่นโยคะอย่างหลากหลาย ซึ่งล้วนแต่มุ่งพัฒนาทั้งร่างกายและจิตใจให้มีความมั่นคง แข็งแรง จิตนิ่งเป็นสมาธิ

เป้าหมายของโยคะ คือ จิตมีสมาธิอยู่กับตัวเอง เป็นการพัฒนามนุษย์ ในทุกๆ มิติ เช่น กาย จิต อารมณ์ บุคลิกภาพ ฯลฯ อย่างเป็นองค์รวม การเข้าสู่แก่นของโยคะนั้น ประกอบด้วยเทคนิคอันหลากหลายโดยลักษณะร่วมของเทคนิคโยคะทั้งหมดล้วนเป็นเรื่อง กาย-จิตสัมพันธ์ แม้แต่ละเทคนิคจะมีกระบวนการ ช่องทางต่างกัน แต่ทุกเทคนิคก็ล้วนสนับสนุนกันและกัน แก่นของโยคะคือการพัฒนาจิต และเป้าหมายของโยคะคือ สมาธิ

สภาวะ 3 ประการของโยคะ

1. การรวมกาย-จิตเข้าด้วยกัน อันหมายถึง การมีสติรู้อยู่กับกายตลอดเวลา
2. ความสมดุล โยคะ คือ การสร้างสมดุลให้เกิดขึ้นทั้งสมดุลภายในตนเอง และสมดุลระหว่างตนเองกับสิ่งรอบตัว
3. การพัฒนาจิต กระบวนการของโยคะเป็นการฝึกจิต โยคะทำให้จิตเข้มแข็ง ตลอดจนยกระดับจิตใจให้สูงยิ่งขึ้นไป

ประเภทของโยคะ

การจัดกลุ่มประเภทโยคะ เดิมจัดไว้ 4 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มญาณโยคะ คือ โยคะที่เน้นการใช้ปัญญาขบคิด จนกระทั่งผู้ฝึกเข้าสู่ความหลุดพ้น พระพุทธเจ้าเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนที่สุดของผู้ปฏิบัติญาณโยคะ
2. กลุ่มกรรมะโยคะ คือ โยคะที่มุ่งเน้นด้านการทำงาน การรับใช้ผู้อื่นโดยไม่คาดหวังผล ผู้ฝึกโยคะแนวนี้จะทำงานอย่างทุ่มเทไปจนกระทั่งเข้าสู่ความหลุดพ้น
3. กลุ่มภักดีโยคะ เน้นการใช้ศรัทธาเป็นตัวนำ ผู้ฝึกจะสวดมนต์เปล่งเสียงไปจนกระทั่งตนเองถึงซึ่งความหลุดพ้น มีการปฏิบัติภักดีโยคะกันมากในอินเดีย แม้ในยุคปัจจุบันที่เราจะเห็นนักบวชหลายคนทุ่มเทให้กับการสวดมนต์อย่างจริงจัง
4. กลุ่มราชาโยคะ มุ่งฝึกควบคุมจิต จนกระทั่งเข้าถึงความหลุดพ้นอย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาลักษณะการฝึกโยคะที่มีอยู่ในสังคมไทยปัจจุบัน จัดเป็นกลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่มุ่งเน้นการฝึกที่ครอบคลุมวิถีชีวิตโดยรวม ผู้ฝึกโยคะกลุ่มนี้จะให้ความสำคัญกับการศีล 5 ให้ความสำคัญกับการฝึกทำโยคะอาสนะ และให้ความสำคัญกับการฝึกสมาธิ
 2. กลุ่มที่ มุ่งเน้นการฝึกกายภาพเป็นหลัก ผู้ฝึกโยคะกลุ่มนี้จะมุ่งเน้นการฝึกโยคะอาสนะ เป็นการเน้นลงไปกับการดูแลสุขภาพกาย การนำโยคะไปประยุกต์ใช้ในเชิงบำบัดรักษาโรค เช่น Astanga yoga Bikram yoga ฯลฯ
 3. กลุ่มที่ มุ่งเน้นการฝึกพลังชีวิต (พลังปราณ) ผู้ฝึกโยคะกลุ่มนี้จะมุ่งเน้นการฝึกลมหายใจ (ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของพลังปราณ) ฝึกควบคุมจิต เช่น กุณฑลินีโยคะ
- การฝึกโยคะนั้น คนๆ หนึ่งไม่ได้ทำโยคะประเภทใดประเภทเดียวโดดๆ ในความเป็นจริงแต่ละคนล้วนปฏิบัติโยคะหลายๆ ประเภทอย่างผสมผสานกัน

มรรคแปดของโยคะ (วิถีแห่งโยคะ)

การฝึกโยคะไม่ใช่ฝึกทำโยคะเท่านั้น แต่ในความเป็นจริงการฝึกโยคะประกอบด้วยเทคนิค 8 ประการ ซึ่งล้วนมีความสำคัญและมีความเชื่อมโยงกัน ดังนั้น การฝึกโยคะที่ครบสมบูรณ์ควรควบคุมการฝึกมรรคทั้ง 8 ปัตัญชลีโยคะสูตร (กวี คงภักดีพงษ์ และ เอ็ม แอล กาโรเต้, 2547; สิริพิมล อัญชลีสังกาศ, 2547) อันถือว่าเป็นตำราแม่บทของโยคะ ซึ่งนำทางให้ผู้แสวงหาดำเนินชีวิตไปตามครรลองแห่งอัมฤตโยคะ หรือมรรค 8 อันได้แก่

1. ยามะหรือศีล 5 โยคะเป็นการฝึกกายและจิตใจไปพร้อมๆ กันและการมีจริยธรรมนั้น ถือเป็นพื้นฐานอันดับแรกของความเป็นมนุษย์ที่เดียว ยามะมีด้วยกัน 5 ข้อ ได้แก่ การแก้ปัญหาโดยไม่ใช้ความรุนแรง ไม่พูดปด ไม่ลักทรัพย์ ประพฤติพรหมจรรย์ และไม่ถือครองวัตถุเกินความจำเป็น การปฏิบัติยามะ 5 นี้ ถือว่าเป็นการวางรากฐานของจิตให้พร้อม เพื่อการพัฒนาจิตต่อไป
2. นิยามะหรือวินัย 5 คือ การอยู่ร่วมกันในสังคมโดยไม่เบียดเบียนลำดับถัดไป คือ การสร้างวินัย นิยามะ มี 5 ข้อ คือ ชำระกายใจให้บริสุทธิ์ พอใจในสิ่งที่ตนเองมีอยู่ อดทน อดกลั้น หมั่นศึกษาตนเอง และมีศรัทธา เป็นรากฐานของการพัฒนากาย
3. อาสนะหรือการดูแลร่างกาย เมื่อมีศีล มีวินัย ต่อมาก็ดูแลร่างกายตนเอง อาสนะไม่ใช่การออกกำลังกายอย่างที่หลายคนเข้าใจ แต่เป็นการจัดปรับสมดุลให้ระบบต่างๆ ขั้นตอนในการฝึกอาสนะ ได้แก่ การเตรียมความพร้อม ฝึกทำอาสนะ เป็นการฝึกกายให้เกิดความสมดุล ทำกายให้นิ่ง ปิดท้ายการฝึกด้วยการผ่อนคลาย
4. ปราณยามะหรือการฝึกลมหายใจ เมื่อร่างกายสมดุลเป็นปกติก็พร้อมต่อการฝึกควบคุมลมหายใจ ลำดับขั้นของการฝึกลมหายใจ คือ เข้าใจระบบหายใจของตนเอง มีสติรู้ลมหายใจของตนเองตลอดเวลา ควบคุมลมหายใจ หายใจช้าลง และลมหายใจสงบ
5. ปรัทยาหาระหรือสารวมอินทริย์ เมื่อร่างกายนิ่ง ลมหายใจสงบจากนั้นฝึกควบคุมอารมณ์ ซึ่งมักแปรปรวนไปตามการกระทบกระทั่งจากภายนอก ปรัทยาหาระคือ การควบคุมประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การสมรวมรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส

6. ธารณะหรือการเพ่งจ้อง (concentration) เมื่อกายสงบ อารมณ์ก็มั่นคง จึงเริ่มอบรมจิต ซึ่งมีธรรมชาติของการไม่อยู่นิ่ง ธารณะคือการอบรมจิตให้อยู่นิ่ง จิตนิ่งเป็นจิตที่มีประสิทธิภาพ เป็นจิตที่สามารถทำงานได้สำเร็จลุล่วง

7. ฌาน (meditation) การอบรมจิตใจสมาธิสมาธิ ทำให้จิตมีคุณภาพสูงขึ้นๆ จนถึงขั้นฌาน ฌานคือทำให้จิตมีคุณภาพสูงขึ้นๆ จนถึงขั้นฌาน ฌานคือจิตที่สามารถจดจ่ออยู่กับเรื่องใดเพียงเรื่องเดียวเป็นจิตตั้งมั่นในสิ่งที่กำลังทำ เป็นจิตที่รู้เห็นตามความเป็นจริง

8. สมาธิ (transconsciousness) สมาธิของโยคะไม่เหมือนกับสมาธิของพุทธเสียทีเดียว ในที่นี้ สมาธิ คือ ผลสูงสุดที่ได้จากการฝึกโยคะ จิตสมาธิของโยคะ คือ จิตที่มีความเป็นหนึ่งเดียว คือจิตที่พ้นจากความเป็นสอง พ้นจากความเป็นธรรมดา คือจิตที่หลุดพ้น

การปฏิบัติโยคะครบทั้ง 8 ประการ ก็คือการมีวิถีชีวิตไปตามครรลองของโยคะ ซึ่งเป็นการนำพากายของผู้ฝึกให้มีความแข็งแรง ยกระดับจิตของผู้ฝึกให้สูงขึ้น จนไปสู่เป้าหมายสุดท้าย อันได้แก่ ความหลุดพ้น คือความเป็นอิสระจากสิ่งผูกมัดทั้งหลายทั้งปวง

ตำราโยคะสูตร ยังได้ชี้ถึงอุปสรรคที่คอยขัดขวางกระบวนการพัฒนาจิต คือ กิเลส ซึ่งมี 5 ประการ คือ

1. อวิชชา ไม่สามารถมองเห็นสิ่งต่างๆ ได้ตามความเป็นจริง และอวิชชาก่อให้เกิดกิเลสอีก 4 ตัวที่เหลือ ได้แก่

2. ราคะ ความอยาก

3. โทสะ ความไม่อยาก

4. อสมิตา ความมีตัวตน

5. อภินิเวสยะ ความกลัวว่าตัวตนของตนเองจะสูญหายไป

โดยมรรค 8 ของโยคะเป็นไปเพื่อลดกำลังของกิเลสเหล่านี้ ตำราโยคะสูตรกล่าวว่า จิตสูงคือจิตที่ปราศจากการปรุงแต่ง และโยคะคือการฝึกฝนตนเองเพื่อดับการปรุงแต่งของจิตนั่นเอง ทั้งตำรายังระบุไว้ชัดเจน ว่านิโรจจิตได้มาด้วยการฝึก 2 ประการ คือ

1. อภายาสะ หรือความเพียรที่ต้องใช้เวลานาน โดยไม่มีการหยุด

2. ไวรากยะ คือการฝึกละวางจากการยึดติดในสิ่งทั้งหลาย

จะเห็นได้ว่า โยคะเป็นศาสตร์ที่สอนให้ผู้แสวงหาพัฒนาจิตไปสู่สภาวะสูงสุดโดยตรง โดยลักษณะสำคัญของการฝึกโยคะคือ มรรคทั้ง 8 เชื่อมกันอย่างเป็นองค์รวม มรรคทั้งหลายเรียงลำดับเป็นขั้นตอน ในแต่ละมรรคแบ่งแยกเป็นเทคนิควิธีอันหลากหลาย มีระดับความยากง่าย ซึ่งทำให้โยคะมีเสน่ห์ ดึงดูดคนเป็นจำนวนมากให้เข้ามาสนใจฝึกปฏิบัติ

เทคนิคการฝึกโยคะ

เทคนิคการฝึกโยคะทั้งหลายแบ่งเป็น 6 ประเภท ในแต่ละประเภท ประกอบด้วยวิธีการฝึกที่หลากหลาย ดังนี้

1. อาสนะ (asanas)

2. ปราณยามะ (pranayamas)

3. มุทราและพันธะ (mudras and bandhas)
4. กริยา (kriyas)
5. สมาธิ (meditation)
6. การอบรมทัศนคติ (attitude training practices)

1. อาสนะ (asanas)

อาสนะ คือ อิริยาบถเฉพาะเจาะจง หรือท่าทางที่เฉพาะเจาะจง เป็นการเหยียดยืด ส่วนของร่างกายแล้วคงตัวนิ่งไว้ เพื่อความสงบของจิตใจ อาสนะเป็นการเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการฝึกเทคนิคอื่นๆ ต่อไป อาสนะมีอยู่มากมาย แต่ล้วนมีเป้าหมายเดียวกันคือ เพื่อจัดปรับกลไกการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย รวมทั้งจิตใจให้เกิดความสมดุล homeostasis นอกจากความสมดุลแล้ว อาสนะยังช่วยกระตุ้นสัญญาณระบบประสาทกับระบบกล้ามเนื้อทำงานได้อย่างสัมพันธ์กัน ทำให้เราสามารถคงตัวอยู่ในอิริยาบถต่างๆ ไม่ใช่พลังงานมากจนเกินไป และพัฒนาความแข็งแรงของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (muscle tone) สามารถอยู่ในอิริยาบถในชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติสุข

หลักในการทำอาสนะ (1) สบาย ทำอาสนะด้วยความรู้สึกสบายตัว ไม่เกร็ง (2) นิ่ง อยู่ในอาสนะอย่างมั่นคง นิ่ง สงบ (3) ใช้แรงแต่น้อย ใช้ความพยายามแต่น้อย ไม่ใช่แค่ทางกาย แต่รวมถึงการใช้ความพยายามทางใจให้น้อยที่สุดด้วย และ (4) มีสติ คือการมีสติกำหนดรู้ รู้ตัวอยู่ทุกขณะ

ลักษณะของอาสนะ ในกลุ่มอาสนะเพื่อการสร้างสมดุล (1) ก้มตัวไปข้างหน้า (2) แอนตัวไปข้างหลัง (3) บิดตัว (4) เอียงตัวไปทางด้านข้าง (5) ฝึกรักษาสสมดุล และ (6) กลับทิศทาง กลับบนลงล่าง

ประเภทของอาสนะ

ท่าอาสนะมีอยู่เป็นจำนวนมาก แต่แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1) อาสนะเพื่อสมาธิ เป็นอิริยาบถที่ทำให้ร่างกายตั้งตรงอยู่ได้อย่างเป็นเวลานานทั้งลำตัว คอ และศีรษะ เช่น ท่านั่งเพชร ท่าโยคะมุทรา ท่านั่งดอกบัว เป็นต้น

(2) อาสนะเพื่อการสร้างสมดุล หรืออาสนะเพื่อสุขภาพ เป็นการเหยียดร่างกายแล้วนิ่ง ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง ทำงานได้เป็นปกติทำให้เส้นเอ็นกระดูกสันหลังมีความยืดหยุ่น ช่วยให้กล้ามเนื้อหลัง กล้ามเนื้อพุงกระดูกสันหลังแข็งแรง กระตุ้นการทำงานอวัยวะสำคัญภายในช่องท้อง ช่องทรวงอก ให้ทำงานปกติ มีท่าอาสนะในกลุ่มนี้อยู่เป็นจำนวนมาก ทั้งในอิริยาบถ นิ่ง นอน และยืน เช่น ท่านั่งคิม ท่าบิดตัว เป็นต้น กลุ่มท่านอน ได้แก่ ท่างู ท่าคันไถ ท่าธนู เป็นต้น กลุ่มท่านยืน ได้แก่ ท่าต้นตาล ท่ากอล้อยยืน ท่าต้นไม้ เป็นต้น

(3) อาสนะเพื่อการผ่อนคลาย เป็นอิริยาบถในท่านอน มีวัตถุประสงค์เพื่อผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีอยู่เพียงไม่กี่ท่า เช่น ท่าศพ ท่าจรเข้

ลำดับในการทำอาสนะ ท่าอาสนะแต่ละท่าเป็นอิสระจากกัน โดยเฉพาะในการฝึกท่าต่างๆ ในเบื้องต้น ไม่มีข้อบังคับในเรื่องของการเรียงลำดับท่าอาสนะแต่อย่างใดตลอดการฝึกอาสนะ ควรเป็นไปทีละขั้นๆ อย่างช้าๆ นุ่มนวล ทั้งตอนเข้า และตอนออกจากท่า พยายามคงในตำแหน่งสุดท้ายไว้สักครู่ โดยไม่ฝืน ไม่โหมเกินขีดจำกัดของตน การฝึกอาสนะ ไม่ได้เป็นไปเพื่อการเปรียบเทียบ แข่งขันใดๆ ใน

การทำอาสนะ อย่างกังวลกับการหายใจ การหายใจเป็นกระบวนการธรรมชาติที่ร่างกายจัดปรับไปตามสภาพ

2. ปรายยามะ (pranayamas)

ปรายยามะ คือ การฝึกเพื่อควบคุมระบบหายใจ ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกับระบบประสาทอัตโนมัติ

เป้าหมายหลัก เพื่อให้สามารถที่จะควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติเพื่อไปควบคุมอารมณ์ ควบคุมการทำงานของจิต และเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการฝึกเทคนิคโยคะขั้นสูง เช่น สมาธิ

ปรายยามะแบ่งได้เป็น 3 ขั้นตอน ควบคุมลมหายใจเข้า ควบคุมการกลั้นลมหายใจ ควบคุมลมหายใจออก

1. พุราคะ (puraka) ควบคุมลมหายใจเข้า
2. เรชากะ ควบคุมลมหายใจออก
3. กุมภากะ ควบคุมการกลั้นลมหายใจ

3. มุทราและพันธะ (mudras and bandhas)

มุทราและพันธะ คือ การล็อคและควบคุมกล้ามเนื้อทั้งควบคุม และกล้ามเนื้ออัตโนมัติของร่างกาย

เป้าหมายของมุทราและพันธะ คือ คลายการกระตุกตัวของอวัยวะสำคัญภายในช่องท้อง พัฒนาระบบไหลเวียนเลือดช่วยให้สารอาหารไปเลี้ยงเซลล์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้ร่างกายแข็งแรง มีความมั่นคงทางอารมณ์

ประเภทของพันธะและมุทรา พันธะที่ฝึกกันโดยทั่วไป มีอยู่ 3 ชนิด คือ

1. จาลนตะพันธะ (jalandhara bandha) การล๊อคคาง
2. มูลาพันธะ (mula bandha) การล๊อคทวารหนัก
3. อุทธิยานะพันธะ (uddiyana bandha) การล๊อคท้อง

4. กริยา (kriyas)

กริยา คือ การทำความสะอาด การชำระล้าง

เป้าหมายของกริยา เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการปรับตัวของเนื้อเยื่อ ซึ่งถือเป็นพื้นฐานของอวัยวะของระบบต่างๆ และเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการตอบสนองของเนื้อเยื่อซึ่งถือเป็นพื้นฐานของอวัยวะของระบบต่างๆ และเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการตอบสนองของเนื้อเยื่อ ผลก็คือ ผู้ฝึกสามารถควบคุมกลไกตอบสนองอัตโนมัติ (reflexes) ต่างๆ ได้ดีขึ้น เอื้อต่อความสมดุลของกลไก กาย-จิต สัมพันธ์

5. สมาธิ (meditation)

สมาธิ คือ การฝึกควบคุมการทำงานของจิต เริ่มต้นด้วยการถอนการรับรู้จากสัมผัสภายนอก จนสามารถตัดขาดจากการรับรู้ภายนอก

เป้าหมายของสมาธิ เป็นการทำให้จิตสงบได้เป็นอย่างดี หลักพื้นฐานของสมาธิ คือ พัฒนาการรับรู้ ความรู้สึกภายในตนเอง

ประเภทของการฝึกสมาธิ เทคนิคการฝึกสมาธิมีอยู่มากมาย เป็นกระบวนการเป็นการทำงานที่ค่อยๆ ตีมนำผู้ฝึกค่อยๆ เฟื่องฟู โดยมุ่งลงสู่สิ่งเพียงสิ่งเดียว ไม่ว่าจะเป็นวัตถุ เสียง สัญลักษณ์ หรือความรู้รับรู้หนึ่งๆ เช่น การกำหนดรู้ลมหายใจ การเปล่งเสียงโอม

ฝึกสมาธิอย่างไร เป็นการเลี่ยงหากฝึกสมาธิโดยปราศจากการเตรียมความพร้อมด้วยอาสนะหรือปราณยามะอย่างเพียงพอ ในลำดับขั้นของเทคนิค โยคะสมาธิถือเป็นการฝึกขั้นสูง

6.การอบรมทัศนคติ (attitude training practices)

เทคนิคในการอบรมทัศนคติ เรียกว่า ยามะ และ นิยามะ คือ การควบคุมพฤติกรรมของตนเองเพื่อพัฒนาทัศนคติที่เหมาะสม การอบรมทัศนคตินี้ถือเป็นการฝึกขั้นพื้นฐาน ก่อนการฝึกเทคนิคโยคะใดๆ

ยามะ หรือ ข้อห้าม

1. อหิงสา (ahimsa) การแก้ปัญหาโดยไม่ใช้ความรุนแรง
2. สัตยา (satya) การถือสัตย์ ไม่พูดปด
3. อัสเตยะ (asteya) การไม่ขโมย
4. พรหมจรรยา (brahmacharya) การประพฤติตนไปบนหนทางแห่งพรหม (ไม่ใช่เพียงแค่เรื่องจริยธรรมทางเพศเท่านั้น)

5. อปริกาหะ (aparigraha) การไม่ถือครองวัตถุเกินความจำเป็น

นิยามะ หรือ ข้อควรปฏิบัติ

1. เสาจะ (sauca) หมั่นรักษาความสะอาดกาย ชำระใจให้บริสุทธิ์
2. สันโตษะ (santoshā) พอใจในสิ่งที่ตนมีอยู่
3. ตบะ (tapas) อดทน อดกลั้น
4. สวธยายะ (svadhyaya) หมั่นศึกษาตนเอง เรียนรู้โยคะ
5. อิศวร ปณิธาน (ishvara - pranidhana) มีศรัทธา

ประโยชน์ของโยคะ

สมาคมโยคะของอเมริกา (American Yoga Association, 1995, 15 – 16) ได้สรุปประโยชน์ของโยคะว่า ทำให้เกิดความผ่อนคลาย มีความยืดหยุ่นดีขึ้นรู้จักตนเองมากขึ้น ทำให้นิ่งและไม่หงุดหงิดง่าย ทำให้ทรวดทรงดีขึ้น และทำให้มีความเชื่อมั่นในตนเองและอยู่ได้โดยไม่พึ่งยาเสพติด ภิคุธรรมสาร (Dhammasaro, 2000 introduction) ได้กล่าวประโยชน์ของโยคะไว้ คือ ทำให้ความยืดหยุ่นดีขึ้น ทำให้มีสมาธิดีขึ้น มีความสามารถในการผ่อนคลายตนเองได้ดีขึ้น : ผ่อนคลายทั้งร่างกายจิตใจ และมีสติสัมปชัญญะที่ดีขึ้น สาลี สุภาภรณ์ (2545, 20 – 22) ได้สรุปประโยชน์ของโยคะดังนี้ คือ ทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของข้อต่อต่าง ๆ ช่วยผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ ช่วยแก้ไขทรวดทรงให้ดูดีขึ้นช่วยให้สมาธิดีขึ้น ช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยจากการเล่นกีฬาและทำงาน ลดอาการปวดประจำเดือน ให้ผลในทางบำบัดรักษา เช่น ลดอาการปวดไหล่ ช่วยให้เกิดสมดุล คือมีการทรงตัวที่ดี ช่วยทำให้มีสติสัมปชัญญะดีขึ้นช่วยให้ใจเย็นลง ลดความหงุดหงิด และโกรธเคืองน้อยลง

ประโยชน์ของโยคะต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย (เกศสุดา ชาตยานนท์, 2545) ดังนี้

กระดูกสันหลังที่ยืดหยุ่น เราจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า การฝึกชุดท่าอาสนะของโยคะ คือการเคลื่อนไหวกระดูกสันหลังไปในทิศทางต่างๆ เท้าที่จะเคลื่อนได้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ทิศทาง คือ 1) การแอ่นกระดูกไปด้านหลัง 2) การก้มกระดูกสันหลังไปด้านหน้า 3) การบิดกระดูกสันหลัง และ 4) การเอียงกระดูกสันหลัง เมื่อมนุษย์เคลื่อนไหวกระดูกสันหลังไปในทิศทางที่หลากหลายอย่างสม่ำเสมอทุกวัน ผลก็คือ การมีกระดูกสันหลังที่ยืดหยุ่น ซึ่งหมายถึง การมีกระดูกสันหลังที่ทำงานได้เป็นปกติ สิ่งสำคัญอีกประการที่เกี่ยวข้องกับกระดูกสันหลังคือ ระบบประสาท เพราะกระดูกสันหลังถือเป็นอวัยวะที่สำคัญยิ่ง ในการดูแลให้ระบบประสาททำงานได้เป็นปกติ ผู้ที่รักษากระดูกสันหลังของตนเองให้เป็นปกติ ก็คือผู้ที่กำลังดูแลระบบประสาทของตนให้ทำงานได้เป็นปกตินั่นเอง

ระบบไหลเวียนของเลือด ที่ทำงานได้เป็นปกติ โดยใช้พลังงานน้อยมาก ตลอดเวลาของการฝึกท่าอาสนะ ผู้ฝึกจะรับรู้ถึงการไหลเวียนของเลือดได้อย่างชัดเจน เช่น บางขณะ ก็รู้สึกเลือดไปออคอง จุดใดจุดหนึ่ง รับรู้ถึงสัญญาณชีพจรที่เต้นจนรู้สึกได้ที่จุดนั้นๆ บางท่าทำแล้วรู้สึกอุ่น หรือรู้สึกซาทันทันที่ นั้นล้วนเป็นกลไกของระบบไหลเวียนของเลือดทั้งสิ้น กล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งแรง ทำให้ระบบย่อยอาหารแข็งแรง อวัยวะในช่องท้องวางตัวในตำแหน่งที่ถูกต้อง ทำให้การขจัดของเสียเป็นไปด้วยดี โยคะช่วยให้เลือดไหลเข้าสู่หัวใจได้มากและเร็วขึ้น เลือดไหลเวียนไปหล่อเลี้ยงร่างกายดีขึ้น เซลล์ต่างๆ ในร่างกายได้รับออกซิเจน และสารอาหารมากขึ้น ลดปัญหาเส้นเลือดอุดตัน

นอกจากนั้นเมื่อทำท่าอาสนะสลับการพักโดยตลอดและทุกครั้งที่พักจะรับรู้ถึงผลการไหลเวียนของเลือดที่เกิดขึ้นจากท่าที่เพิ่งทำผ่านไปอย่างชัดเจนจะเห็นได้ว่าอาสนะก็เป็นกรกระตุ้นให้ระบบไหลเวียนของเลือดทำงานตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยการทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะเป็นส่วนๆ ตามแต่ผลที่เกิดขึ้นกับระบบไหลเวียนของเลือดจากอาสนะจึงมีได้ด้อยไปกว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (ที่มุ่งเน้นให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงทั่วร่างกาย) แต่ที่ต่างกันมาก คือ การออกกำลังกายเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงทุกส่วนของร่างกายขณะที่อาสนะนั้น เน้นให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงเฉพาะอวัยวะสำคัญๆ ภายในช่องท้อง ช่องทรวงอก และศีรษะเท่านั้น ไม่เน้นที่กล้ามเนื้อแขน กล้ามเนื้อขา หรือเราสามารถกล่าวได้ว่า ท่าอาสนะให้ประโยชน์ต่อระบบไหลเวียนของเลือดได้ไม่แพ้การออกกำลังกายแต่ใช้แรงน้อยกว่ากันมาก โดยไม่ต้องให้หัวใจรับภาระ ขณะเดียวกัน เพราะอาสนะไม่ได้ใช้กล้ามเนื้อแขน ขา มากมาย จึงไม่เกิดกรดแลคติก ที่ส่งผลให้เกิดความเมื่อยล้าหลังฝึกธรรมชาติของอาสนะข้อนี้ ทำให้โยคะสามารถฝึกได้ทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย ต่างไปจากการออกกำลังกาย ที่ผู้ปฏิบัติต้องมีร่างกายที่แข็งแรงพอสมควรเป็นพื้นฐานเสียก่อนที่สำคัญ เราจะพบว่า ลักษณะของการทำอาสนะคือ การเก็บ การสงวนพลังงาน ไม่ใช่การไหม้ใช้พลังงานแบบการออกกำลังกาย ผู้ฝึกอาสนะเสร็จ จึงมีความรู้สึกสดชื่น พร้อมทั้งจะไปทำกิจกรรมอื่นๆ ในชีวิตประจำวัน ต่างจากผู้ออกกำลังกายเสร็จ ที่เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย และต้องการที่จะพัก

การกหนดอวัยวะสำคัญๆ ภายในช่องลำตัว ในบรรดาศาสตร์เพื่อการดูแลร่างกายมนุษย์อย่างพึ่งตนเอง ดูก็จะมีเพียงอาสนะเท่านั้น ที่ทำให้เกิดการกหนด อวัยวะต่างๆ ภายในช่องท้อง ช่องทรวงอก และศีรษะ การกหนดอวัยวะภายใน มีแนวโน้มที่จะทำให้กลไกการทำงานของอวัยวะของระบบต่างๆ ทำงานได้ดี ทำงานได้เป็นปกติ เช่น การกหนดท้องน้อยของท่าตุ๊กแตน ที่เอื้อต่อการบีบ

ตัวของลำไส้ใหญ่ ที่ส่งผลให้กลไกระบบขับถ่ายของผู้ฝึกดีขึ้นเป็นที่น่าสังเกตว่า ท่าโยคะมุทรา ซึ่งมีความหมายว่า สัญลักษณ์แห่งโยคะ ทำให้เกิดการกดหนดตามจุดต่างๆ อันเป็นที่ตั้งของต่อมไร้ท่อได้อย่างครบถ้วน กล่าวคือ ลักษณะเด่นมากอันหนึ่งในการทำอาสนะ คือ การดูแลกลไกการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อให้เป็นปกตินั่นเอง จากลักษณะสำคัญ 3 ประการที่ยกมาข้างต้น คือ กระจกสันหลัง การไหลเวียนของเลือด และการกดหนดอวัยวะภายใน เมื่อพิจารณาถี่กลงไป จะพบว่า ระบบที่ได้รับการดูแลจากท่าอาสนะคือ ระบบประสาท ระบบไหลเวียนของเลือดและระบบภูมิคุ้มกัน (ซึ่งทำงานควบคู่ไปกับระบบเลือด) และระบบต่อมไร้ท่อ ซึ่งทั้ง ระบบนี้ คือ องค์ประกอบสำคัญของกลไกโฮมีโอสตาซิส หรือการจัดปรับสมดุลภายในร่างกายนั่นเอง ยิ่งเมื่อพิจารณา หลักการสำคัญของโยคะคือ ความสมดุล จึงน่าจะเป็นการเหมาะสมที่จะกล่าวว่า อาสนะให้ประโยชน์ต่อสุขภาพกายของผู้ฝึก คือ การสร้าง และจัดปรับสมดุล ของการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกายเป็นการเหมาะสมกว่าที่จะกล่าวว่า ฤกษ์แจสำคัญของอาสนะคือ โฮมีโอสตาซิส

ประโยชน์ต่อกล้ามเนื้อลึกชั้นใน โยคะมองความสำคัญของร่างกายที่อวัยวะสำคัญๆ ศัพท์เฉพาะที่ใช้คือ vital organs ซึ่งหมายถึง อวัยวะที่สำคัญถึงชีวิต อวัยวะเหล่านี้ ล้วนอยู่ในช่องท้อง ช่องทรวงอก ศีรษะ ทั้งสิ้น ขณะที่โยคะเรียก แขน ขาว่า แขนง (limps) อันหมายถึง สิ่งที่ไม่มีก็ยังมีชีวิตอยู่ได้หากพิจารณาให้ลึกซึ้ง ท่าอาสนะล้วนมุ่งเน้นที่กล้ามเนื้อที่ ประกอบอยู่กับ อวัยวะที่สำคัญถึงชีวิต ทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็กล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อซี่โครง กระบังลม กล้ามเนื้อลึกชั้นในที่ทำหน้าที่พยุงกระดูกสันหลัง ฯลฯ ที่สำคัญที่สุด ธรรมชาติของท่าอาสนะ คือ นิ่ง นั่นหมายถึงว่า อาสนะไม่ใช่การออกกำลังกายแบบ ไอโซโทนิค ขณะเดียวกัน อาสนะก็เตือนให้คอยระลึกถึงการใช้แรงแต่น้อย ซึ่งชี้ว่า อาสนะ ไม่ใช่การออกกำลังกายแบบ ไอโซเมตริกด้วย สำหรับเรื่องกล้ามเนื้อแล้ว อาสนะเป็นการพัฒนามัสเซิลโทน (muscle tone) มากกว่า คือ ทำอย่างไร ให้อยู่ในอิริยาบถหนึ่งๆ ได้นาน โดยใช้แรงน้อยที่สุด ยิ่งเมื่อพิจารณาจากตำราดั้งเดิม ที่ระบุว่า เป้าหมายแห่งอาสนะ คือ อาสนะชั้ย คือ “การนั่งนิ่ง หลังตรง เป็นเวลา 3 ชั่วโมง ต่อเนื่องกันโดยไม่เมื่อย” (เทียบได้กับ การนั่งสมาธิให้ได้ 3 ชั่วโมงนั่นเอง) ก็ะยิ่งเห็นความสำคัญของมัสเซิลโทนในอาสนะมากกว่าตัวอื่นๆ จึงเป็นการเหมาะสมกว่า หากจะสรุปว่าฤกษ์แจสำคัญของกล้ามเนื้อในอาสนะ คือ การพัฒนามัสเซิลโทน

นอกจากนี้ยังทำให้ไมโตรคอนเดรีย ซึ่งมีหน้าที่สร้างแหล่งพลังงานของเซลล์ในเซลล์กล้ามเนื้อ มีจำนวนเพิ่มขึ้น เพิ่มปริมาณของไมโทโกลบิน ที่ทำหน้าที่เก็บออกซิเจนในเซลล์กล้ามเนื้อ เพิ่มจำนวนเส้นเลือดฝอยที่เลี้ยงกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงมีประสิทธิภาพในการเผาผลาญอาหาร ทำงานได้นานขึ้น โดยไม่เกิดอาการล้า ทำให้กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นสูง ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดความสมดุล

ระบบประสาท - กล้ามเนื้อสัมพันธ์ ประโยชน์สำคัญของอาสนะอีกประการหนึ่ง ที่คนส่วนใหญ่ละเลย คือ กลไกประสาท - กล้ามเนื้อสัมพันธ์หากพิจารณาให้ดี ทุกๆ การกระทำของมนุษย์ เป็นกระบวนการสื่อสารระหว่างสมองที่เป็นศูนย์กลาง และกล้ามเนื้อที่เป็นผู้กระทำเสมอ เมื่อเราเติบโตขึ้น มีความสามารถกระทำสิ่งต่างๆ ได้อย่างชำนาญ มีความเคยชินจนกระทั่งละเลยความจริงข้อนี้ไป ปัญหาสุขภาพหลายประการมาจากการละเลยข้อเท็จจริงง่ายๆ ข้อนี้ เช่น คนตัวสูงที่ยืนก้มคอจนเป็นนิสัย และมีปัญหากระดูกต้นคอในภายหลัง หรือเช่น คนที่ก้มหลังเพื่อยกของหนักจนทำให้หลังยก

สาระสำคัญในการทำอาสนะคือการเคลื่อนไหวที่ช้า เพื่อให้ผู้ฝึกสามารถสำรวจรู้กลไก ความเป็นไป ระหว่างการทำงานของกล้ามเนื้อกับการทำงานของประสาทผู้ที่ฝึกโยคะจนชำนาญก็จะพัฒนาความรู้ตัวต่อกลไกนี้ได้มากขึ้น ซึ่งเอื้อต่อการมีสุขภาพที่เป็นปกติของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการป้องกันไม่ให้ โครงสร้างร่างกายของตนเองผิดปกติรวมทั้งการหลีกเลี่ยงไม่ให้ตนเองบาดเจ็บจากอิริยาบถใน ชีวิตประจำวัน ทำให้เลือดไปหล่อเลี้ยงสมองได้ดี เป็นผลดีต่อระบบประสาทเพราะเนื้อเยื่อทุกชั้น เชื่อมต่อระบบประสาท กระดูกสันหลังแข็งแรง ซึ่งส่งผลต่อเส้นทางเดินระบบประสาทจากสมอง เชื่อมต่อไปยังอวัยวะทุกส่วน ร่างกายได้ผ่อนคลายเต็มที่ (ระบบประสาท parasympatatic ทำงาน) ลดการใช้พลังงาน นำพาร่างกายและจิตใจ เข้าสู่สภาวะสงบนิ่งและมีความสุข

เมื่อพิจารณาภาพรวมทั้งหมดของโยคะ ซึ่งเป็นศาสตร์ที่มุ่งพัฒนามนุษย์ในทุกๆ มิติอย่างเป็น องค์กรวม โดยให้ความสำคัญกับจิตเป็นหลักการตีความบุญแจ้งสำคัญของอาสนะ ว่าหมายถึง โหมีโอस्ता ชิส ว่าหมายถึง มัสเซลโทน คุณจะสอดคล้องตรงตามตำราดั้งเดิม ตรงตามเป้าประสงค์ของโยคี ผู้คิดค้น และพัฒนาศาสตร์นี้โดยหวังจะพามนุษย์ไปสู่ความสมดุลของกาย ความนิ่งของลมหายใจ ความสงบ ของจิต เพื่ออิสระหลุดพ้นจากทุกข์ทั้งปวง

การเตรียมตัวก่อนฝึกอาสนะ

เวลา เวลาที่เหมาะสมในการฝึกโยคะ คือ ยามเช้า ฝึกทำโยคะจนเป็นนิสัย ควรทำโยคะเป็น กิจกรรมแรกของวัน (หลังทำธุระส่วนตัว ก่อนอาหารเช้า) ทำโยคะเป็นประจำ ตรงเวลาทุกวัน จนเป็น นิสัย เฉากเช่นกิจวัตรประจำวันอื่นๆ ในชีวิตประจำวัน (เช่น เรากินอาหารเช้าตอน 7.30 น. ของทุกวัน)

ปริมาณเวลา ทำเป็นประจำทุกวัน ฝึกอาสนะ 45 นาที ต่อด้วยปราณยามะ 15 นาที

สถานที่ สถานที่ฝึกอาสนะควรเป็นที่สงบ อากาศถ่ายเทได้สะดวก

ลำดับในการทำอาสนะ เตรียมความพร้อมของร่างกาย ฝึกอาสนะ จึงฝึกหายใจ ปิดท้ายด้วย การทำสมาธิ

อาหาร ทำอาสนะควรฝึกตอนท้องว่าง ว่างจากอาหารหนัก 4 ชั่วโมง หรือว่างจากอาหารเบา อย่างน้อย 2 ชั่วโมง

ข้อจำกัดของสตรี อาสนะเป็นผลดีต่อมนุษย์ทั้งชายและหญิง อย่างไรก็ตาม ในช่วงมี ประจำเดือน แรงกดจากท่าอาสนะอาจกระทบกระเทือนต่ออวัยวะของระบบสืบพันธุ์ เช่น อาจทำให้ เลือดออกมากขึ้น จึงควรงดการฝึกอาสนะ โดยเฉพาะท่าที่เกิดแรงกดในบริเวณดังกล่าว ผู้หญิงมีครรภ์ จะต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญก่อนจะทำอาสนะใดๆ

อาสนะกับกีฬาอื่นๆ

งานวิจัยจำนวนมากยืนยันถึงผลดีของอาสนะ อาสนะทำให้ร่างกายแข็งแรง และทำให้มีสมาธิ เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของการเล่นกีฬาแม้ว่าการฝึกอาสนะ ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมคน ไปสู่การเป็นนักกีฬาแต่อาสนะกับกีฬาก็ไปด้วยกันได้ดี อย่างไรก็ตาม ธรรมชาติของอาสนะกับการเล่น กีฬาต่างกัน หัวใจของนักกีฬาจะเต้นเร็ว ขณะที่การฝึกอาสนะไม่มีผลดังกล่าว จึงควรเว้นช่วงเวลา 30 นาที ระหว่างการเล่นกีฬากับการทำอาสนะ

ข้อควรระวังในการทำอาสนะ

หลักในการฝึกโยคะ คือ ใช้ความรู้สึกรู้สึกเป็นตัวนำ ปิดประสาทสัมผัสทั้งห้า พัฒนาการรับรู้ความเป็นไปภายใน มีสติมองย้อนกลับเข้าสู่ภายใน และสงบ ตลอดการฝึกอาสนะควรเป็นไปทีละขั้นๆ อย่างช้าๆ นุ่มนวลทั้งตอนเข้า และออกจากท่า พยายามคงในตำแหน่งสุดท้ายไว้สักครู่โดยไม่ฝืน อย่าหักโหมเกินขีดจำกัดของตน การฝึกอาสนะไม่ได้เป็นเพื่อการเปรียบเทียบแข่งขันใดๆ กำหนดรู้กับผลของอาสนะที่มีต่อตนเอง ทั้งกายและใจหลังอาสนะ แต่ละท่าควรพักในท่าศพ ในการฝึกนั้นหากผู้ฝึกมีปัญหาสุขภาพอาจทำอาสนะบางท่าได้โดยต้องปรึกษาแพทย์

งานวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกโยคะต่อความสุขการเห็นคุณค่าในตนเองและอาการซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล (กลิ่นชบา สุวรรณรงค์, พวงเพชร เกษรสมุทร, นภวัลย์ กัมพลาศิริ, วรรณภา คงสุริยะนาวิน, และกาญจนา ครองธรรมชาติ, 2556) ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คนแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 คน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกโยคะอาสนะพื้นฐานจำนวน 25 ท่า ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้ง และได้รับคู่มือการฝึกโยคะเพื่อนำไปฝึกปฏิบัติเพิ่มเติม กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการฝึกโยคะและดำเนินชีวิตตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้นของ กรมสุขภาพจิต แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น คะแนนเฉลี่ยความสุขและการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

การศึกษาผลของการฝึกโยคะต่อภาวะสุขภาพวัยรุ่นหญิง (เยาวเรศ สมทรัพย์ และคณะ, 2548) พบว่า วัยรุ่นหญิงที่ฝึกโยคะมีภาวะสุขภาพด้านกาย จิต และสังคมหลังฝึกโยคะ 6 และ 12 สัปดาห์ดีขึ้นกว่าวัยรุ่นหญิงที่ไม่ฝึกโยคะ ส่วนภาวะสุขภาพด้านจิตวิญญาณดีขึ้นหลังฝึก 12 สัปดาห์ และเมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณในวัยรุ่นหญิงกลุ่มที่ฝึกโยคะได้ผลเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าผู้มีสุขภาพดีหลังฝึกโยคะ 4-12 สัปดาห์ จะปรากฏผลต่อร่างกาย จิต และสังคม (กัลยา กิจบุญชู และคณะ, 2545; Malathai, Damodaran, Shah, Patil, & Maratha, 2000; Singh, Wissniewski, Britton, Tattersfieldl, 1990) แต่ภาวะสุขภาพจิตวิญญาณนั้น เป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาในการหล่อหลอมและฟุ่มเฟือยไม่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งพบผลต่อวัยรุ่นหญิงที่ฝึกโยคะด้านจิตวิญญาณหลังการฝึก 12 สัปดาห์ จึงสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านพบว่าใช้เวลามากกว่า 12 สัปดาห์ (ทิพาวดี เอมะวรรณนะ, 2546)

การศึกษาผลของการฝึกโยคะต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มารับบริการในคลินิกโยคะจำนวน 65 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน กลุ่มควบคุม 31 คน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกโยคะ 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการฝึกโยคะมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p = 0.13$) (Javnbakht, Kenari, Ghasemi, 2009) แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมามีอีกหลายงานวิจัยที่พบว่า การฝึกโยคะช่วยให้อาการ

ซีมเศร่าลดลง (Kunvetchkit, Pawong, Seangtrong, Pulongpeer, 2010; Narasimhan, Nagarathna, Nagendra, 2011; Woolery, Myers, Sternlieb, Zeltzer, 2004) เช่น อัมพร กุลเวชกิจ และคณะ ศึกษาผลของการฝึกโยคะต่ออาการซีมเศร่าในผู้ป่วยซีมเศร่าจำนวน 50 คน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกโยคะ 4 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมงมีอาการซีมเศร่าลดลงกว่าก่อนได้รับการฝึกโยคะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.227$; $p = 0.000$) (Kunvetchkit, Pawong, Seangtrong, Pulongpeer, & Raschasri, 2010) การวิจัยของ Kovocic (Kovocic & Kovcic, 2011) ที่ศึกษาผลของการฝึกโยคะต่อการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกโยคะเป็นเวลา 1 เดือน มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) งานวิจัยของ อัมพร กุลเวชกิจ และคณะ (Kunvetchkit, Pawong, Seangtrong, Pulongpeer, & Raschasri, 2010) ที่ศึกษาผลของการฝึกโยคะต่อความสุขและภาวะซีมเศร่าในผู้ป่วยที่มีอาการซีมเศร่าโดยให้ผู้ป่วยฝึกโยคะสัปดาห์ละ 2 ครั้งเป็นเวลา 2 สัปดาห์ พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยที่ฝึกโยคะมีความสุขมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยทางจิตอารมณ์ และจิตวิญญาณ ของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 2) สร้างโปรแกรมปัจจัยทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาจากข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากสภาพการณ์จริงของบุคลากรทางการศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ 3) สร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาด้วยโปรแกรมปัจจัยทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 การสำรวจ รวบรวม และวิเคราะห์ สถานการณ์คุณภาพชีวิต และศึกษาปัจจัยทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ ของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระยะที่ 2 เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจ รวบรวม และวิเคราะห์ สถานการณ์คุณภาพชีวิต ปัจจัยลักษณะและพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล รวมทั้งปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ และศึกษาปัจจัยทางจิต อารมณ์และจิตวิญญาณของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากร เป็นบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาชั้นพื้นฐาน จำนวน 412, 018 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้บริหารสถานศึกษา ครู ผู้ช่วยครู และพนักงานจ้าง ในโรงเรียนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 388 คน ซึ่งจากกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 อ้างใน ธีรภูมิ เอกะกุล, 2543) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 380 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกเป็น 400 คน โดยสุ่มอย่างง่ายจังหวัดจากจำนวนจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา และจันทบุรี และ ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi – stage random sampling) มีผู้ตอบแบบสอบถามกลับ และมีความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจำนวน 388 คน

เกณฑ์การคัดเลือกคือเป็นโรงเรียนที่ยินยอมให้เก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษา และเป็นโรงเรียนที่มีขนาดใหญ่มีจำนวนครู 100 คนขึ้นไป เพื่อให้ได้ข้อมูลสถานการณ์การทำงานร่วมกันที่มีความหลากหลาย ซึ่งผู้วิจัยกำหนดโรงเรียน 4 แห่ง จากการสุ่มจากโรงเรียนต่างๆ ที่มีจำนวนครู มากกว่า 100 คน ดังนี้ จังหวัดชลบุรี ได้แก่ โรงเรียนชลราษฎรอำรุง จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้แก่ โรงเรียนเบญจมราชรังสฤษฎิ์ จังหวัดจันทบุรี ได้แก่ โรงเรียนศรียานุสรณ์ จังหวัดระยอง ได้แก่ โรงเรียนมาบตาพุดพิทยาคม ผู้วิจัยและคณะวิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามด้วยตัวเองและมีผู้ประสานงานหลักในการเก็บข้อมูลของแต่ละโรงเรียน (ดูจากตาราง 3- 1 สถานที่เก็บข้อมูล)

ตาราง 3-1 สถานที่ในการเก็บข้อมูล

จังหวัด	โรงเรียน	แบบสอบถาม(ฉบับ)	ส่งกลับคืน (ฉบับ)	ข้อมูลที่ใช้ได้ (ฉบับ)
ชลบุรี	โรงเรียนชลราษฎรอำรุง	100	100	97
ฉะเชิงเทรา	โรงเรียนเบญจมราชารังสฤษดิ์	100	92	92
จันทบุรี	โรงเรียนศรียานุสรณ์	100	100	100
ระยอง	โรงเรียนมาตาทุตพิทยาคม	100	100	99
	รวม	400	392	388

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงเรียน ประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมโครงการวิจัยผ่านครูผู้ประสานงาน และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และมอบหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจแก่ตัวอย่างวิจัยก่อนดำเนินการแจกแบบสอบถาม ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามทั้งหมด 400 ชุด ได้รับกลับคืนมา 392 ชุด แต่ข้อมูลมีความสมบูรณ์จำนวน 388ชุด คิดเป็นร้อยละ 97

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ข้อมูลความสุขของคนไทย สุขภาพทั่วไป ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรปัจจัยลักษณะและพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล รวมทั้งปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ กับคุณภาพชีวิต
4. การวิเคราะห์ multiple logistic regression ระหว่างตัวแปร ปัจจัยลักษณะและพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล รวมทั้งปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ต่อปัจจัยคุณภาพชีวิต

ระยะที่ 2 ผลของโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาขั้นพื้นฐาน
ดำเนินการโดยการสร้างและพัฒนาโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากสภาพการณ์จริงของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาขั้นพื้นฐานโดยอาศัยการมีส่วนร่วม มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง

2.1 ระยะสร้างและพัฒนาโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
ประกอบด้วย ผู้บริหารสถานศึกษา ครู ผู้ช่วยครู และพนักงานจ้างของโรงเรียนเป้าหมายคือ โรงเรียนพนัสพิทยาคาร จังหวัดชลบุรี รวม 30 คน โดยการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด เพื่อสนทนากลุ่ม (อรุณี อ่อนสวัสดิ์, 2551)เกณฑ์การคัดเลือกคุณลักษณะของโรงเรียนเพื่อเข้าร่วมคือ (1) เป็นครูของโรงเรียนขนาดใหญ่ที่มีครูจำนวน 100 คนขึ้นไป (2) เป็นโรงเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ต้องการนำโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณไปทดลองใช้ในโรงเรียนเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและยินยอมเข้าร่วมการสนทนากลุ่มเพื่อให้ข้อมูลในการนำไปสร้างและพัฒนาโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ ประกอบด้วย (1) การกำหนดประเด็นปัญหาหรือความต้องการในการพัฒนา (2) การตั้งเป้าหมาย (3) การกำหนดกิจกรรมและวิธีการ การดำเนินการ และ (4) การประเมินผล โดยคัดเลือกโรงเรียนเป้าหมาย 1 แห่งที่มีความสนใจและมีศักยภาพในการขับเคลื่อนกลไกทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และมีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัย และประเมินผลการนำโปรแกรมไปทดลองใช้ซึ่งได้โรงเรียนที่สนใจเข้าร่วมการวิจัย คือโรงเรียนพนัสพิทยาคารจากการสมัครใจเข้าร่วมวิจัยโดยผู้บริหารเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของครูหรือบุคลากรทางการศึกษาของโรงเรียน

2.2 ระยะทดลองนำโปรแกรมจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ไปปฏิบัติในโรงเรียน
เป้าหมายคือ โรงเรียนพนัสพิทยาคารเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เกณฑ์การคัดเลือกโรงเรียนเป้าหมายที่มีศักยภาพในการขับเคลื่อนกลไกทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และมีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จำนวน 30 คนโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (G^* Power_win3.1.9.2) (Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A., 2007) ที่มีค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่มีขนาดอิทธิพลระดับใหญ่ เท่ากับ 0.5 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 (Hair et Al., 2010, Cohen, 2007, & Kirk, R.E., 1995) ได้ขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 27 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 คือ 2.7 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน

มีเกณฑ์การคัดเลือกของโรงเรียนในเขตภาคตะวันออก คือ

(1) ปริมาณครูหรือบุคลากรทางการศึกษาสังกัดโรงเรียนในเขตภาคตะวันออก ที่มีครูจำนวน 100 คนขึ้นไป

(2) ผู้บริหารโรงเรียนมีความสนใจและให้นโยบายสนับสนุนการเข้าร่วมโปรแกรมจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยการสนับสนุนให้ใช้สถานที่และอุปกรณ์ประกอบการทำกิจกรรม

มีเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง เป็นครูหรือบุคลากรทางการศึกษาของโรงเรียนพณิชยการ มีคุณสมบัติคือ

(1) มีค่า stress meter ≤ 90 องศาฟาเรนไฮต์ ทั้งนี้เนื่องจากค่า stress meter ถือเป็นค่าข้อมูลย้อนกลับของร่างกาย ที่สะท้อนให้เห็นถึงความตึงเครียดของร่างกายจากการตั้งตัวของกล้ามเนื้อการหดตัวของเส้นเลือดฝอยที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย อันอาจมีผลมาจากสาเหตุด้านต่างๆ ได้

(2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ (mind, emotional, and spiritual program: MESP)

(3) หลังจากได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลพื้นฐานจากกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งเพื่อดูผลของของโปรแกรม MESP เมื่อสิ้นสุดโครงการ โดยให้ทำแบบสอบถามความสุขของคนไทย ของกรมสุขภาพจิตแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (General Health Questionnaire ; Thai GHQ - 28)แบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ (The Spiritual Well-Being Scale : SWBS) ของ Paloutzian and Eillison (1982) และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) พัฒนาโดยนายแพทย์สุวัฒน์หันทนรินทร์กุล กรมสุขภาพจิต (2540)

สถานที่ในการเก็บข้อมูล โรงเรียนพณิชยการ ซึ่งเป็นสถานศึกษาในภาคตะวันออกเลือกจากเกณฑ์การคัดเลือกเป็นโรงเรียนเป้าหมายที่มีศักยภาพในการขับเคลื่อนกลไกทางสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และทีมคณะกรรมการโรงเรียน (ระดับนโยบาย) มีมติความยินดีเข้าร่วมในการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ (1) ปริมาณครูหรือบุคลากรทางการศึกษาสังกัดโรงเรียนในเขตภาคตะวันออก ที่มีครูจำนวน 100 คนขึ้นไป (ร.พ.พณิชยการ มี ทั้งหมด 157 คน) (2) ผู้บริหารโรงเรียนมีความสนใจและให้นโยบายสนับสนุนการเข้าร่วมโปรแกรมจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยการสนับสนุนให้ใช้สถานที่และอุปกรณ์ด้านโสตทัศนูปกรณ์ประกอบการทำกิจกรรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 2 ผลของโปรแกรมจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาโดยการสร้างและนำโปรแกรมจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ไปปฏิบัติในโรงเรียนเป้าหมายเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองใช้แบบแผนการวิจัย one group pretest -posttest designs(Heiman, 1995) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling random) ตามเกณฑ์การคัดเลือก และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยมีกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม ซึ่งมีแบบแผนดังนี้ (ดูจากตาราง 3-2 แบบแผนการทดลอง)

ตาราง 3-2 แบบแผนการทดลอง (Heiman, 1995)

กลุ่ม	pretest	treatment	posttest
กลุ่มทดลอง	T ₁	X	T ₂

สัญลักษณ์ที่ใช้ในรูปแบบการวิจัย

- T₁ แทน การทดสอบก่อนร่วมโปรแกรมด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ (MESP)
- X แทน การเข้าร่วมโปรแกรมด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ (MESP)
- T₂ แทน การทดสอบหลังสิ้นสุดโปรแกรมด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ (MESP)

วิธีดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนในการดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 3 ระยะ (ดังแสดงในตาราง 3-3) มีดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง

1. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างกรณีการเปรียบเทียบผลก่อนหลัง paired t-test โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (G*Power_win3.1.9.2) (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ที่มีค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่มีขนาดอิทธิพลระดับใหญ่ เท่ากับ 0.5 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 (Hair et. Al., 2010, Cohen, 2007, & Kirk, R.E., 1995) ได้ขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 27 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 คือ 2.7 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน

2. ทำเอกสารประชาสัมพันธ์ผ่านผู้ประสานงานโรงเรียน และส่งแบบสอบถามเชิญชวนให้ผู้สนใจเข้าร่วมโปรแกรม MESP เมื่อมีผู้สนใจสมัครเข้าร่วมจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีเกณฑ์คือ (1) มีค่า stress meter ≤ 90 องศาฟาเรนไฮต์บันทึกไว้เป็นคะแนนก่อนได้รับการทดลอง (pre - test) (2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ (Mind, Emotional, and Spiritual Program: MESP) เมื่อได้จำนวนครบตามที่กำหนด 30 คน แล้วมีผู้ขอเข้าร่วมการวิจัยเพิ่มและมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าผู้วิจัยจึงดำเนินการทดลองด้วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 55 คน

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความสุขของคนไทย แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป แบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต เก็บคะแนน บันทึกไว้เป็นคะแนนก่อนได้รับการทดลอง (pre - test) เพื่อประเมินเปรียบเทียบกับเมื่อสิ้นสุดการทดลองเพื่อประเมินผลของโปรแกรม MESP

ระยะทดลอง

กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม โปรแกรมด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ (MESP) ซึ่งจะดำเนินการ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในช่วงเวลา 16.00 น. ถึง 17.00 น. (เนื่องจากไม่ติดภาระการสอน) จะดำเนินการ ทั้งสิ้น 15 ครั้ง ประกอบด้วย การทำกิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้ง และ การฝึกโยคะ 11 ครั้ง

ตาราง 3-3 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

สัปดาห์ที่	1	2	3	4	...	15
กลุ่มตัวอย่าง	- ปฐมนิเทศ - pre-test	ดำเนินโปรแกรมด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ (MESP) สัปดาห์ ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง จำนวน 15 ครั้ง (ทุกวันจันทร์และ พฤหัสบดี)				post-test

ระยะหลังการทดลอง

หลังเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 15 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความสุขของคนไทย แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป แบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณแบบสอบถามคุณภาพชีวิตและ เครื่องมือวัดความเครียดปลายนิ้ว เก็บคะแนน บันทึกไว้อีกครั้ง (post- test) ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและเครื่องมือวัดความเครียดปลายนิ้ว จะบันทึกเป็นรหัสและเก็บเป็น ความลับ เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. การสำรวจ รวบรวม และวิเคราะห์ปัจจัยสุขภาพด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ (MESH) ที่กำหนดสุขภาพและสถานการณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย
 - (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้านประชากรศาสตร์
 - (2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) พัฒนาโดย นายแพทย์สุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุล กรมสุขภาพจิต (2540) มีค่า cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.6515 ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มี 26 ข้อคำถาม เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

การให้คะแนน

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อคือข้อ 2, 9, และ 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับให้ผู้ตอบเลือกตอบ

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อแต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้

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

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ แต่ละข้อ ให้คะแนน ดังนี้

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

การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26 – 130 คะแนนโดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไรสามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนนแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนนแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ

คะแนน 96 – 130 คะแนนแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตไม่ดี	การมีคุณภาพชีวิตกลางๆ	การมีคุณภาพชีวิตที่ดี
ด้านร่างกาย	7-16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3-7	8-11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-11	19-29	30-40
รวม	26-60	61-95	96-130

ส่วนข้อ 1 และข้อ 26 เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมจะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ผู้วิจัย จึงกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งคะแนน(10-2)/3 = 2.67 และการแปลความหมายของคะแนน ดังนี้

คุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม	ช่วงคะแนน
การมีคุณภาพชีวิตไม่ดี	2 - 4.67
การมีคุณภาพชีวิตกลางๆ	4.68 - 7.35
การมีคุณภาพชีวิตที่ดี	7.36 - 10.00

(3) แบบสอบถามความสุขของคนไทย ของกรมสุขภาพจิต พัฒนาโดย อภิชัย มงคลและคณะ (2544)

เป็นแบบประเมินความสุขด้วยตนเอง ซึ่งสร้างขึ้นภายใต้กรอบ แนวคิดจำกัดความของความสุข หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป มีข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผ่านมา การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.70

การให้คะแนน

การให้คะแนนดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย (THI - 15) มีการให้คะแนนแบบประเมินโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ข้อ 3, 8, 12

ในแต่ละกลุ่มให้คะแนนดังนี้

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย ให้ 0 คะแนน

เล็กน้อย ให้ 1 คะแนน

มาก ให้ 2 คะแนน

มากที่สุด ให้ 3 คะแนน

กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย ให้ 3 คะแนน

เล็กน้อย ให้ 2 คะแนน

มาก ให้ 1 คะแนน

มากที่สุด ให้ 0 คะแนน

การแปลผล

ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย 15 ข้อมีคะแนนเต็ม 45 คะแนนเมื่อผู้ตอบได้ประเมินตนเองแล้วและรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไรสามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 33 - 45 คะแนนหมายถึงมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (good)

คะแนน 27 - 32 คะแนนหมายถึงมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (fair)

26 คะแนนหรือน้อยกว่าหมายถึงมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (poor)

(4) แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (General Health Questionnaire ; Thai GHQ – 28) เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972) พัฒนาโดย นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับกว้างขวางที่สุดในปัจจุบันฉบับหนึ่งและมีผู้แปลเป็นภาษาต่างๆมากกว่า 36 ภาษา Thai GHQ ฉบับ 28 ข้อที่พัฒนาขึ้นสามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตได้ดีโดยบอกได้ว่าบุคคลนั้นจะมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่แต่ไม่สามารถบอกการวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคทางจิตเวชชนิดใด มีค่าความเชื่อถือได้และความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ที่ดีแก่ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของข้อคำถามมีค่า Cronbach's alpha coefficient) ตั้งแต่ 0.84 ถึง 0.94 และมีค่าความไว (sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1 ถึง 85.3 และความจำเพาะ (specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4 ถึง 89.7 และสมควรรนำไปเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในประชากรไทย สำหรับ Thai GHQ – 28 ซึ่งเป็น Sub-scaled GHQ แบ่งคะแนนเป็น 4 กลุ่มได้แก่กลุ่ม 1 ข้อ 1 – 7 เป็นอาการทางกาย (somatic symptoms) กลุ่ม 2 ข้อ 8 – 14 เป็นอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (anxiety and insomnia) กลุ่ม 3 ข้อ 15 – 21 เป็นความบกพร่องทางสังคม (social dysfunction) กลุ่ม 4 ข้อ 22 – 28 เป็นอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (severe depression)

การให้คะแนน

การให้คะแนนของ GHQ Goldberg แนะนำให้ใช้การคิดแบบ GHQ score (0-0-1-1) ซึ่งสะดวกและได้ผลไม่แตกต่างจากการคิดคะแนนแบบ Likert score (0-1-2-3) โดยพบว่า correlation ระหว่าง 2 วิธีนี้อยู่ระหว่าง 0.92-0.94

ลักษณะคำถามมีคำตอบให้เลือก 4 แบบ โดยใช้แบบ GHQ score คือ 0-0-1-1 ดังนี้

ถ้าคำตอบช่องที่ 1 และช่องที่ 2 ให้คะแนนเท่ากับ 0

ถ้าตอบคำตอบช่องที่ 3 และ 4 ให้คะแนนเท่ากับ 1

แบบสอบถามมีทั้งหมด 28 ข้อ ดังนั้นช่วงคะแนนเท่ากับ 0-28 การแปลผลใช้จุดตัดที่ 5/6 ซึ่งมีความหมาย ดังนี้

ผู้ที่ได้คะแนนรวมเท่ากับ 0-5 คะแนน หมายความว่า ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต

ผู้ที่ได้คะแนนรวมตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป หมายความว่า มีปัญหาสุขภาพจิต

(5) แบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ (The Spiritual Well-Being Scale : SWBS) ของ Paloutzian and Eillison (1982) (กนิษฐา ลิ้มทรัพย์, 2557) แบ่งองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณไว้ 2 ด้าน ได้แก่ ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ปัจจุบัน และความผาสุกในการมีศาสนาเป็นที่ยึดมั่นจำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็น 1) ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ปัจจุบัน จำนวน 7 ข้อและ 2) ความผาสุกในการมีศาสนาเป็นที่ยึดมั่น จำนวน 7 ข้อ โดยลักษณะของแบบสอบถาม จะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) มีให้เลือกตอบ 5 ระดับ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยเริ่มจากน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ความเชื่อมั่น (reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's

alpha coefficient) ด้านความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ปัจจุบัน .86 และด้านความผาสุกในการมีศาสนาเป็น
 สิ่งยึดมั่น .82

การวัดระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ รายข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ $(5-1)/2 = 1.33$ ดังนี้

ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ	ช่วงคะแนน
ระดับต่ำ	1 - 2.33
ระดับปานกลาง	2.34 - 3.67
ระดับสูง	3.68 - 5.00

ได้แบ่งเกณฑ์ ด้านละ 7 ข้อ ในการแบ่งคะแนน $(35-7)/3 = 9.33$ และการแปลความหมายของ
 คะแนน ดังนี้

ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ	ช่วงคะแนน
ระดับต่ำ	7 - 16.33
ระดับปานกลาง	16.34 - 25.67
ระดับสูง	25.68 - 35.00

ได้เกณฑ์ในการแบ่งคะแนนการวัดระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ รวม 14 ข้อ $(70-14) = 18.66$
 และการแปลความหมายของคะแนน ดังนี้

ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ	ช่วงคะแนน
ระดับต่ำ	14.00 - 32.66
ระดับปานกลาง	32.67 - 51.33
ระดับสูง	51.34 - 70.00

(6) เครื่องมือวัดความเครียด (stress meter) เป็นเครื่องมือมาตรฐานวัดการป้อนกลับ
 ความเครียด (biofeedback) โดยวัดจากอุณหภูมิปลายนิ้ว (Tim Lowenstein, 2014) ตัวอย่างดังภาพที่
 1



ภาพ 3-1 stress meter

(อ้างอิงจาก <http://stressmarket.blogspot.com/search/label/Dr%20Tim%20Lowenstein>)

ระดับความเครียด

< 79 องศาฟาเรนไฮต์	กล้ามเนื้อตึงตัว
80-90 องศาฟาเรนไฮต์	หงุดหงิด
90-64 องศาฟาเรนไฮต์	สงบ ใจเย็น
>95 องศาฟาเรนไฮต์	ผ่อนคลาย

(7) โปรแกรมจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ (MESP) เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาโดยอาศัยการมีส่วนร่วม การสร้างและพัฒนาโปรแกรม แบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลความสนใจรูปแบบกิจกรรมที่จะใช้ในการจัดโปรแกรม และความสะดวกในการดำเนินการจากผู้บริหารสถานศึกษา ครู ผู้ช่วยครู และพนักงานจ้างของโรงเรียนพณิชยการ จังหวัดชลบุรี โดยการทำเอกสารประชาสัมพันธ์ผ่านผู้ประสานงานโรงเรียน และส่งแบบสอบถามเชิญชวนให้ผู้สนใจเข้าร่วมการวิจัยตอบ จำนวน 150 ฉบับ(เป็นแบบสอบถามที่ถามถึงความสนใจรูปแบบกิจกรรมที่จะใช้ในการจัดโปรแกรม และความสะดวกในการดำเนินการ) ได้ตอบรับกลับคืนมา 90 ฉบับ หลังจากนั้นเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด เพื่อสนทนากลุ่ม (อรุณี อ่อนสวัสดิ์, 2551) เกณฑ์การคัดเลือกคือ (1) เป็นครูของโรงเรียนที่มีครูจำนวน 100 คนขึ้นไป (2) เป็นโรงเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย (3) ยินยอมให้ข้อมูลและเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (focus group) เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบและลักษณะโปรแกรมที่สอดคล้องกับบริบท ความต้องการ และความถนัดของกลุ่มเป้าหมาย มีครูผู้สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 25 คน ผู้วิจัยประสานผู้อำนวยการโรงเรียนพณิชยการ จังหวัดชลบุรี เพื่อเป็นโรงเรียนกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากเป็นโรงเรียนที่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกที่ผู้วิจัยกำหนด คือ (1) เป็นครูของโรงเรียนขนาดใหญ่ที่มีครูจำนวน 100 คนขึ้นไป (2) เป็นโรงเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และยินยอมเข้าร่วมการสนทนากลุ่มเพื่อให้ข้อมูลในการสร้างและพัฒนาโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ และได้รับคำยินยอมจากผู้อำนวยการโรงเรียนในการให้บุคลากรทางการศึกษาเข้าร่วมในการวิจัย

2. เมื่อได้รับการยินยอมจากผู้อำนวยการโรงเรียนแล้ว ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 ดำเนินการสนทนากลุ่ม (focus group) ประกอบด้วยนักวิจัยที่เป็นผู้นำการสนทนาและผู้ร่วมสนทนาที่เป็นตัวแทนกลุ่มต่างๆ ได้แก่ ผู้บริหารสถานศึกษา ครู ผู้ช่วยครู และพนักงานจ้างของโรงเรียน จำนวน 20 คน ด้วยการจัดสนทนากลุ่มเกี่ยวกับรูปแบบโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาประกอบด้วย 1) การกำหนดประเด็นปัญหาหรือความต้องการในการพัฒนา 2) การตั้งเป้าหมาย 3) การกำหนดกิจกรรมและวิธีการ การดำเนินการ และ 4) การประเมินผล ที่เหมาะสมตามที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ และระบุวัน เวลาที่สะดวกในการทำกิจกรรมเพื่อให้ได้รูปแบบและช่วงเวลาที่เหมาะสมกับสภาพการของกลุ่มตัวอย่าง อย่างแท้จริง

2.2 ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรมโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาผ่านครูผู้ทำหน้าที่ประสานงานซึ่งได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการโรงเรียน เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับรูปแบบโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาประกอบด้วย 1) การกำหนดประเด็นปัญหาหรือความต้องการในการพัฒนา 2) การตั้งเป้าหมาย 3) การกำหนดกิจกรรมและวิธีการดำเนินการ และ 4) การประเมินผล ที่เหมาะสมตามที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ และระบุวัน เวลาที่สะดวกในการทำกิจกรรมเพื่อให้ได้รูปแบบและช่วงเวลาที่เหมาะสมกับสภาพการของกลุ่มตัวอย่างอย่างแท้จริงด้วยการตอบแบบสอบถาม จำนวน 100 ฉบับ ตอบกลับจำนวน 92 ฉบับ (ชาย 11 คน หญิง 81 คน)

2.3 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณที่มีความเหมาะสมกับสภาพการณ์จริงและความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย การทำกิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้ง และ การฝึกโยคะ 11 ครั้ง ประกอบด้วย การบูรณาการหลักจิตวิทยาตามแนวทฤษฎี (buddhism: self reliability) การให้คำปรึกษาแนวพุทธ ทฤษฎีความคิดและพฤติกรรมบำบัด (cognitive behavior therapy) และ กลุ่มมนุษยนิยม (existentialism/ humanism) เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ออกแบบเป้าหมายชีวิตของตนเอง และสร้างข้อผูกพันสัญญาในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง ร่วมกับหลักการจัดการอารมณ์ด้วยวิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscle relaxation) การฝึกลมหายใจ (deep breathing excersice) และหลักการโยคะ โดยการใช้กิจกรรมตามแนวกระบวนการปรึกษาแบบกลุ่ม (group counseling) ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยา และวิทยาศาสตร์การกีฬา จำนวน 3 ท่านพิจารณาความเหมาะสมของเครื่องมือดังกล่าวในการทำวิจัย เมื่อเครื่องมือ (โปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ) ผ่านการพิจารณาว่าเหมาะสมดีแล้ว จึงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มบุคลากรทางการศึกษาของคณะวิทยาศาสตร์การกีฬามหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 10 คน เพื่อทดสอบการใช้ได้ของโปรแกรม พบว่าโปรแกรมสามารถใช้ทำกิจกรรมได้ปกติไม่มีปัญหาในการดำเนินการหรือการสื่อสาร หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงขอรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส Sci 084/2562 ภายหลังจากได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพาเรียบร้อยแล้ว นำโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตไปทดลองใช้ในโรงเรียนเป้าหมาย คือโรงเรียนพนัสพิทยาคารเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ กลุ่มบุคลากรทางการศึกษากลุ่มเป้าหมายที่อาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย จำนวน 30 คน โดยการประชาสัมพันธ์ผ่านครูผู้ประสานงานโครงการรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ ดังกล่าว ซึ่งจะดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในช่วงเวลา 16.00 น. ถึง 17.00 น. จะดำเนินการทั้งสิ้น 15 ครั้งแบ่งเป็น การทำกิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้ง และ การฝึกโยคะ 11 ครั้ง ประกอบด้วยการบูรณาการหลักจิตวิทยาตามแนวทฤษฎี (buddhism: self reliability) การให้คำปรึกษาแนวพุทธ ทฤษฎีความคิดและพฤติกรรมบำบัด (cognitive behavior therapy) และ กลุ่มมนุษยนิยม (existentialism/ humanism) เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ออกแบบเป้าหมายชีวิตของตนเอง และสร้างข้อผูกพันสัญญาในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง ร่วมกับหลักการจัดการอารมณ์ด้วยวิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscle relaxation) การฝึกลมหายใจ (deep breathing excersice) และหลักการโยคะ โดยการใช้กิจกรรมตามแนวกระบวนการปรึกษาแบบกลุ่ม (group counseling) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจะต้องตอบแบบสอบถามและเครื่องมือวัดความเครียดปลายนิ้ว

ช่วง 1 สัปดาห์ก่อนเริ่มดำเนินโปรแกรม และ หลังเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 15 ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม และเครื่องมือวัดความเครียดปลายนิ้ว จะบันทึกเป็นรหัสและเก็บเป็นความลับ เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา
2. การสร้างและพัฒนาโปรแกรมด้านจิตและอารมณ์ (mental-emotional health) และด้านจิตวิญญาณ (spiritual health) วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยใช้การศึกษาแบบแผนโครงสร้าง และสาระของเนื้อหาที่ได้จากการสนทนากลุ่ม มาจัดทำเป็นโปรแกรมด้านจิตและอารมณ์ (mental-emotional health) และด้านจิตวิญญาณ (spiritual health)
3. การประเมินผลการดำเนินโปรแกรมด้านจิตและอารมณ์ (mental-emotional health) ด้านจิตวิญญาณ (spiritual health) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง (paired t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังโครงสร้างการวิจัยผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของมหาวิทยาลัยบูรพา รหัส ระยะเวลาที่ 1 Sci 014/2562 และระยะเวลาที่ 2 รหัส Sci 084/2562

ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับและแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยโดยกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอม รวมทั้งเป็นการแจ้งให้ทราบว่าการให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และให้ลงนามในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะเป็นความลับ ไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคลไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และผลของการศึกษาครั้งนี้จะนำเผยแพร่เป็นข้อสรุปในภาพรวม

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาด้วยโปรแกรมทางจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณการวิจัย แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 การสำรวจ รวบรวม และวิเคราะห์สถานการณ์คุณภาพชีวิต และศึกษาปัจจัยทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ ของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระยะที่ 2 การศึกษาผลของโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจ รวบรวม และวิเคราะห์ สถานการณ์คุณภาพชีวิต ปัจจัยลักษณะและพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล รวมทั้งปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ และศึกษาปัจจัยทางจิต อารมณ์และจิตวิญญาณของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสุขของคนไทย สุขภาพทั่วไป ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อสร้างสมการทำนายระหว่างตัวแปรอายุ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นครู สุขภาพทั่วไปความสุขของคนไทย และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ Multiple logistic regression ระหว่างตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาทำงานด้านการศึกษา ดัชนีมวลกาย ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว การออกกำลังกาย ต่อคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลก

ระยะที่ 2 ผลของโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาขั้นพื้นฐาน

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษา

ระยะที่ 1 การสำรวจ รวบรวม และวิเคราะห์ สถานการณ์คุณภาพชีวิต ปัจจัยลักษณะและพฤติกรรม ของปัจเจกบุคคล รวมทั้งปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ และศึกษาปัจจัยทางจิต อารมณ์และจิตวิญญาณ ของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียง

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง (n 388 คน)

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 114 คน (ร้อยละ 29.4) เพศหญิง 274 คน (ร้อยละ 70.6) มีอายุเฉลี่ย 38 ปี (S.D. 10.43) อยู่ในช่วง 30-39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.2 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 20 - 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.6 กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเฉลี่ย 64.14 กิโลกรัม (S.D. 14.20) อยู่ในช่วง 60-84 กิโลกรัม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.7 รองลงมา คือช่วงอายุ 35-59 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 42 มีค่าเฉลี่ยส่วนสูง 162.48 ซม. (S.D. 7.87) อยู่ในช่วง 141-163 ซม. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.9 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 164-180 ซม. คิดเป็นร้อยละ 43.3 ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (\bar{X} 24.19 S.D. 4.62) มากที่สุดอยู่ในช่วง 18.50-24.99 คิดเป็นร้อยละ 59.3 รองลงมาคือ ช่วง 25.00-29.99 คิดเป็นร้อยละ 21.9 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 97.2 รองลงมา คือ ศาสนาคริสต์ ร้อยละ 2.3 กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพโสดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.4 รองลงมา คือ สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 39.4 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.7 รองลงมา คือ ปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 41.7

ด้านการทำงาน กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานปัจจุบันที่จังหวัดจันทบุรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.8 รองลงมาคือ จังหวัดระยอง คิดเป็นร้อยละ 25.5 ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นบุคลากร ด้านการศึกษา 12.09 ปี (S.D. 0.51) ช่วงระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นบุคลากรด้านศึกษามากที่สุด คือ 0-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.60 รองลงมาคือ ช่วง 10-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.80 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ทำงานในโรงเรียนที่สอนปัจจุบัน 7.17 ปี (S.D. 7.54) ระยะเวลาที่ทำงานในโรงเรียนที่สอนปัจจุบันมากที่สุดคือ 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 80.9 รองลงมาคือ 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 44

ตำแหน่งงานปัจจุบันเป็นครูชำนาญการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.6 รองลงมาคือ ครูชำนาญการพิเศษ คิดเป็นร้อยละ 26.3 ตำแหน่งทางการบริหารของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือ ครู (ไม่มี ตำแหน่งบริหาร) ร้อยละ 83 รองลงมาคือ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มสาระ คิดเป็นร้อยละ 9 ภาระงานในปัจจุบันที่รับผิดชอบตามชั่วโมงที่ปรากฏในตารางสอนค่าเฉลี่ย 17.81 ชม./สัปดาห์ (S.D. 3.57) มากที่สุด 21-37ชม./สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 70.1 รองลงมาคือ 13-20ชม./สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 26.5 ภาระงานเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนที่ไม่ใช่ชั่วโมงสอนในตารางสอน ค่าเฉลี่ย 4.12 ชม./สัปดาห์ (S.D. 4.53) มากที่สุด 0-5ชม./สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 76 รองลงมาคือ 6-10ชม./สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 18

ภาระงานการพัฒนาคุณภาพการศึกษาในสถาบันการศึกษา (ช่วยบริหารฯ ปฏิบัติงานใน ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มสาระ) ค่าเฉลี่ย 1.46 ชม./สัปดาห์ (S.D. 3.36) มากที่สุด 0-5ชม./สัปดาห์ คิดเป็น ร้อยละ 93.6 รองลงมาคือ 6-10ชม./สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 4.1 ภาระงานอื่นๆ ค่าเฉลี่ย 2.24 ชม./ สัปดาห์ (S.D. 4.40) มากที่สุด 0-8 ชม./สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 89.9 รองลงมาคือ 9-17 ชม./สัปดาห์ คิด เป็นร้อยละ 7.7

ด้านรายได้ รายได้ต่อเดือนค่าเฉลี่ย 30,362.65 บาท/เดือน (S.D. 4.40) มากที่สุดอยู่ในช่วง 10,200-33,200 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 69.6 รองลงมาคือ 33,201-56,200 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 24 ความพอเพียงของรายได้ มากที่สุดคือมีพอใช้เหลือเก็บบ้างเล็กน้อยใช้ฉุกเฉินได้คิดเป็นร้อยละ 40.5 รองลงมาคือ พอใช้ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 22.7

ด้านโรคประจำตัว ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 64.20 มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 35.8

ด้านประสบการณ์การออกกำลังกายของท่านใน 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวนมากที่สุดคือ ออกกำลังกายนาน ๆ ครั้ง (เดือนละครั้ง) คิดเป็นร้อยละ 35.86 รองลงมาคือ ออกกำลังกายบ้างเป็นบางครั้ง (3 ครั้งต่อสัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 31.15 ประเภทของกิจกรรมที่ใช้ออกกำลังกาย จำนวนมากที่สุดคือ การเดิน คิดเป็นร้อยละ 58 รองลงมาคือ การวิ่ง คิดเป็นร้อยละ 50 ช่วงเวลาที่นิยมออกกำลังกายจำนวนมากที่สุดคือ ช่วงบ่าย-เย็น (16.00-18.00 น.) คิดเป็นร้อยละ 46.9 รองลงมาคือ ช่วงค่ำ (ตั้งแต่ 6 โมงเย็นเป็นต้นไป) คิดเป็นร้อยละ 36.9 หากจะตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใดมากที่สุด จำนวนมากที่สุดคือ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 28.35 รองลงมาคือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร คิดเป็นร้อยละ 22.16 หากกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ๆ จะเริ่มดำเนินการเมื่อใด จำนวนมากที่สุดคือ จะกระทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นทันที คิดเป็นร้อยละ 49.4 รองลงมาคือ ขอเลื่อนไปก่อนจนกว่าท่านจะมีความพร้อม คิดเป็นร้อยละ 35.6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างแสดงไว้ในตาราง 4-1 ตาราง 4-1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n 388 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	114	29.4
หญิง	274	70.6
อายุ (\bar{X} 38 S.D. 10.43)		
20-29 ปี	107	27.6
30-39 ปี	129	33.2
40-49 ปี	81	20.9
50-59 ปี	71	18.3
น้ำหนัก (\bar{X} 64.14 S.D. 14.20)		
35-59 กิโลกรัม	163	42
60-84 กิโลกรัม	185	47.7
85-1759 กิโลกรัม	40	10.3

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ส่วนสูง (\bar{X} 162.48 S.D. 7.87)		
130-146 ซม.	3	.8
141-163 ซม.	217	55.9
164-180 ซม.	168	43.3
ดัชนีมวลกาย(\bar{X} 24.19 S.D. 4.62)		
12.00-18.49	23	5.9
18.50-24.99	230	59.3
25.00-29.99	85	21.9
30.00-42.00	50	12.9
ศาสนา		
พุทธ	377	97.2
คริสต์	9	2.3
อิสลาม	2	.5
สถานภาพสมรส		
โสด	219	56.4
สมรส	153	39.4
หม้าย หย่า แยก	16	4.2
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	224	57.7
ปริญญาโท	162	41.7
ปริญญาเอก	1	.3
ปวส.	1	.3
จังหวัดที่ตั้งสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน		
ระยอง	99	25.5
ฉะเชิงเทรา	92	23.7
ชลบุรี	97	25
จันทบุรี	100	25.8
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นบุคลากรด้านการศึกษา (\bar{X} 12.09 S.D. 0.51)		
0-9 ปี	212	54.60
10-19 ปี	77	19.8
20-29 ปี	67	17.3
30-39 ปี	32	8.3

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ทำงานในโรงเรียนที่สอนปัจจุบัน (\bar{X} 7.17 S.D. 7.54)		
1-10 ปี	314	80.9
11-20 ปี	44	11.1
21-37 ปี	30	8
ตำแหน่งงานปัจจุบัน		
ครูผู้ช่วย	81	20.9
ครูชำนาญการ	115	29.6
ครูชำนาญการพิเศษ	102	26.3
ครูเชี่ยวชาญ	2	.5
ครูเชี่ยวชาญพิเศษ	5	1.3
ครูอัตราจ้าง	15	3.9
คศ.1	68	17.5
ตำแหน่งทางการบริหาร		
ผู้อำนวยการสถานศึกษา	1	.3
รองผู้อำนวยการสถานศึกษา	6	1.5
หัวหน้ากลุ่มสาระ	35	9.0
รองหัวหน้ากลุ่มสาระ	24	6.2
ครู	322	83.0
ภาระงานในปัจจุบันที่ท่านรับผิดชอบ		
ชั่วโมงตามตารางสอนต่อสัปดาห์ (\bar{X} 17.81 S.D. 3.57)		
5-12ชม./สัปดาห์	13	3.4
13-20ชม./สัปดาห์	103	26.5
21-37ชม./สัปดาห์	272	70.1
ภาระงานเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนที่ไม่ใช่ชั่วโมงสอนในตารางสอน (ชม./สัปดาห์) (\bar{X} 4.12 S.D. 4.53)		
0-5ชม./สัปดาห์	295	76.0
6-10ชม./สัปดาห์	70	18.0
11-15ชม./สัปดาห์	11	2.8
16-20ชม./สัปดาห์	7	1.8
21-26ชม./สัปดาห์	5	1.4
ภาระงานการพัฒนาคุณภาพการศึกษาในสถาบันการศึกษา (ช่วยบริหารฯ ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มสาระ) (ชม./สัปดาห์) (\bar{X} 1.46 S.D. 3.36)		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
0-5ชม./สัปดาห์	363	93.6
6-10ชม./สัปดาห์	16	4.1
11-15ชม./สัปดาห์	5	1.2
16-20ชม./สัปดาห์	3	.8
21-25ชม./สัปดาห์	1	.3
ภาระงานอื่นๆ (ชม./สัปดาห์) (\bar{X} 2.24 S.D. 4.40)		
0-8ชม./สัปดาห์	349	89.9
9-17ชม./สัปดาห์	30	7.7
18-25ชม./สัปดาห์	9	2.4
รายได้ต่อเดือน (บาท/เดือน) (\bar{X} 30362.65 S.D. 4.40)		
10,200-33,200 บาท	270	69.6
33,201-56,200 บาท	93	24
56,201-79,200 บาท	25	6.4
ความพอเพียงของรายได้		
1. พอใช้เหลือเก็บ พอสำหรับทำทุนสร้างรายได้ต่อไปได้	51	13.1
2. พอใช้เหลือเก็บบ้างเล็กน้อยใช้ฉุกเฉินได้	157	40.5
3. พอใช้ไม่เหลือเก็บ	88	22.7
4. พอใช้ แต่เป็นหนี้จากการกู้ยืมมาเพื่อสร้างรายได้เพิ่ม	59	15.2
5. ไม่พอใช้ และไม่เป็นหนี้สิน	10	2.6
6. ไม่พอใช้ และต้องกู้หนี้ ยืมสิน	23	5.9
ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัว (ค่าร้อยละ คิดจาก 388 คน)		
ไม่มีโรคประจำตัว	249	64.2
มีโรคประจำตัว	139	35.8
ประสบการณ์การออกกำลังกายของท่านใน 6 เดือนที่ผ่านมา (n 382 คน)		
1. ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน	65	17.02
2. ออกกำลังกายบ้างเป็นบางครั้ง (3 ครั้งต่อสัปดาห์)	119	31.15
3. ออกกำลังกายนาน ๆ ครั้ง (เดือนละครั้ง)	137	35.86
4. ไม่เคยออกกำลังกาย	61	15.97
ประเภทของกิจกรรมที่ท่านใช้ออกกำลังกาย (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) แต่ละข้อคิดจาก n 321 คน		
เดิน	210	65.4
วิ่ง	186	57.9

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	
ว่ายน้ำ	35	10.9	
โยคะ	25	7.8	
ปั่นจักรยาน	47	14.6	
ยิมฟิตเนส	32	10.0	
แอโรบิก	48	15.0	
ฟุตบอล	29	9.0	
เทนนิส	1	0.3	
ฟุตซอล	8	2.5	
เต้นซุมบ้า	4	1.2	
แบดมินตัน	29	9.0	
ชกมวย	3	0.9	
วอลเลย์บอล	17	5.3	
บาสเกตบอล	7	2.2	
ช่วงเวลาที่ท่านออกกำลังกาย (n 321 คน) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ			
เช้า	44	13.7	
บ่าย-เย็น (4-6 โมงเย็น)	146	45.5	
ค่ำ (ตั้งแต่ 6 โมงเย็นเป็นต้นไป)	131	40.8	
ในขณะที่ท่านตอบแบบสอบถามนี้ หากให้ท่านจะตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของท่าน ท่านอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใดมากที่สุด			
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย	อันดับ 1	110	28.35
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร	อันดับ 2	86	22.16
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการนอน	อันดับ 3	76	19.59
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอารมณ์/ความเครียด	อันดับ 4	73	18.81
ไม่อยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใด ๆ	อันดับ 5	27	6.96
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์	อันดับ 6	10	2.58
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่	อันดับ 7	6	1.55
หากท่านตัดสินใจจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ๆ ท่านจะเริ่มดำเนินการเมื่อใด			
ท่านจะกระทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นทันที	192	49.4	
ท่านจะรอหลังจากนี้อีกประมาณ 1 เดือน	58	15	
ท่านขอเลื่อนไปก่อนจนกว่าท่านจะมีความพร้อม	138	35.6	

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสุขของคนไทย สุขภาพทั่วไป ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกของกลุ่มตัวอย่าง (n 388 คน)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับจากเครื่องมือที่ใช้วัดสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization Quality of Life: Brief Version (WHOQOL-BREF) ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดยนายแพทย์สุวัฒน์มหันตนิรันดร์กุล กรมสุขภาพจิต (2540) มีข้อคำถาม 26 ข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 97.71 คะแนน (S.D. 12.68 คะแนน) ค่าน้อยที่สุด 54 คะแนน ค่ามากที่สุด 129 คะแนน อยู่ในกลุ่มคุณภาพชีวิตที่ดี (96-130 คะแนน) จำนวน 233 คน คิดเป็นร้อยละ 60.1 กลุ่มคุณภาพชีวิตกลางๆ (61-95 คะแนน) จำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 39.4 และกลุ่มคุณภาพชีวิตไม่ดี (26-60 คะแนน) จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5

แบบสอบถามความสุขของคนไทย (THI-15) ของกรมสุขภาพจิต พัฒนาโดย อภิชัย มงคล และคณะ (2544) เป็นแบบประเมินความสุขด้วยตนเอง เพื่อประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตและพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี มีข้อคำถาม 15 ข้อพบว่า ค่าเฉลี่ยความสุขของคนไทย 31.91 คะแนน (S.D. 5.65 คะแนน) ค่าน้อยที่สุด 17 คะแนน ค่ามากที่สุด 45 คะแนน อยู่ในกลุ่มมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (good) (33-45 คะแนน) จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 41.0 กลุ่มมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (fair) (27-32 คะแนน) จำนวน 177 คน คิดเป็นร้อยละ 45.6 และอยู่ในกลุ่มมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (poor) (0-26 คะแนน) จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 13.4

แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป เพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต (Thai GHQ-28) พัฒนามาจาก General Health Questionnaire ของ Goldberg (1972) ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดย นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มีข้อคำถาม 28 ข้อพบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาพทั่วไป 2.98 คะแนน (S.D. .86 คะแนน) ค่าน้อยที่สุด 1 คะแนน ค่ามากที่สุด 5 คะแนน จึงอยู่ในกลุ่มไม่มีปัญหาสุขภาพจิตทั้งหมด (0-5 คะแนน)

แบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ (The Spiritual Well-Being Scale : SWBS) ของ Paloutzian and Eillison (1982) ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดย กนิษฐา ลีมิตรพย์(2557) มีข้อคำถาม 14 ข้อพบว่า ค่าเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณ 57.88 คะแนน (S.D. 7.78 คะแนน) ค่าน้อยที่สุด 36 คะแนน ค่ามากที่สุด 70 คะแนน อยู่ในกลุ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับสูง (51.34-70.00 คะแนน) จำนวน 306 คน คิดเป็นร้อยละ 78.9 และกลุ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง (32.67-51.33 คะแนน) จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 21.1 ดังแสดงไว้ในตาราง 4-2

ตาราง 4-2 แสดงข้อมูลความสุขของคนไทย สุขภาพทั่วไป ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และถามคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง(n 388 คน)

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

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อสร้างสมการทำนายระหว่างตัวแปรอายุดัชนีมวลกายระยะเวลาที่เป็นครู สุขภาพทั่วไปความสุขของคนไทย และความผาสุกทางจิตวิญญาณกับคุณภาพชีวิต (n 388 คน)

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อสร้างสมการทำนายพบว่าตัวแปรความสุขของคนไทย และตัวแปรระยะเวลาที่เป็นครู มีความสัมพันธ์ต่อตัวแปรคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยตัวแปรทั้งสองสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของครูได้ร้อยละ 55 เรียงลำดับความสำคัญแต่ละตัวแปรตามค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (Beta) คือความสุขของคนไทย(1.632) และระยะเวลาที่เป็นครู(0.154) ดังแสดงในตาราง 4-3 ได้สมการทำนายดังนี้

$43.779 + (1.632 \times \text{ความสุขของคนไทย}) + (0.154 \times \text{ระยะเวลาที่เป็นครู}) = \text{คุณภาพชีวิต}$
 อธิบายได้ว่าเมื่อทราบคะแนนความสุขของคนไทยและระยะเวลาที่เป็นครู ของครูคนหนึ่งเมื่อต้องการทราบคะแนนคุณภาพชีวิตของครู ท่านนั้นสามารถหาได้จากจุดเริ่มต้นที่ 43.779 บวกกับ 1.632 ของคะแนนความสุขของคนไทยบวกกับ 0.154 ของระยะเวลาที่เป็นครู
 สรุปได้ว่าความสุขของคนไทย และระยะเวลาที่เป็นครูของครูคนหนึ่งสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของครูท่านนั้นได้ร้อยละ 55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 4-3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของความสุขของคนไทยและระยะเวลาที่เป็นครูต่อคุณภาพชีวิต

ตัวแปร	B	SE _B	β	t	p
ค่าคงที่	43.779	2.524		17.342	.000
ความสุขของคนไทย	1.632	.077	.727	21.245	.000
ระยะเวลาที่เป็นครู	.154	.044	.121	3.528	.000

R= .742, R² = .550, R²_{adj}= .548, SE_{Estimate}= 8.527

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อตรวจสอบสมมติฐานเบื้องต้น ตั้งแต่การทดสอบ Multivariate normality ในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ค่าความคลาดเคลื่อนของการวิเคราะห์การถดถอย (residuals) จากกราฟ normal probability plot มีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบค่าความคลาดเคลื่อนว่ามีอิสระต่อกันหรือไม่ ผลการวิเคราะห์ Durbin-Watson ควรใกล้ 2.00 ค่าที่วิเคราะห์ได้ 2.009 ซึ่งแสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนอิสระต่อกัน การทดสอบความแปรปรวนของของตัวแปรตามตลอดช่วงของค่าตัวแปรต้นมีค่าเท่ากันหรือไม่ (homoscedasticity or homogeneity of variance) จากกราฟ scatter plot ระหว่าง the standardized predicted values กับ the standardized residual พบว่าตลอดช่วงของค่า the standardized predicted values ความแปรปรวนของค่า the standardized residual ค่อนข้างใกล้เคียงกัน เมื่อทำการทดสอบว่ามีข้อมูลที่มีอิทธิพลทำให้เกิดความลำเอียงในสมการถดถอยหรือไม่ ได้ทำการทดสอบด้วย The Cook's distance statistic ในกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดที่ให้ค่า Cook's distance มากกว่า 1 ค่าสูงสุดที่วิเคราะห์ในกลุ่มตัวอย่าง คือ .090 จึงถือว่า ไม่มีข้อมูลที่ตัดออกจากการวิเคราะห์ และการทดสอบตัวแปรอิสระในสมการถดถอยไม่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (no multicollinearity) เมื่อใช้การทดสอบค่าสถิติ Tolerance มีค่าไม่ต่ำกว่า 0.4 ค่าที่ทดสอบได้เท่ากับ 0.999 และการทดสอบ variance inflation factor (VIF) มีค่าไม่มากกว่า 2.0 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดี ค่าที่ทดสอบเท่ากับ 1.001 ถ้ามากกว่า 10 น่าจะมี multicollinearity นอกจากนี้เมื่อทำการทดสอบ collinearity diagnostics ผลการทดสอบพบค่า condition index ของตัวแปรอิสระมีค่าเท่ากับ 13.295 ซึ่งไม่มากกว่า 15 แสดงว่า ยังไม่มีปัญหา multicollinearity แต่ถ้ามากกว่า 15 ถือว่ามีความเป็นไปได้ที่

จะเกิด multicollinearity (a possible problem) ถ้ามากกว่า 30 ถือว่ามีปัญหา multicollinearity อย่างรุนแรง (a very serious problem)

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ multiple logistic regression ระหว่างตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาทำงานด้านการศึกษา ดัชนีมวลกาย ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว การออกกำลังกาย ต่อคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลก(n 382 คน)

ตัวแปรคุณภาพชีวิต แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ คุณภาพชีวิตดี ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 96-130 คะแนน คุณภาพชีวิตต่ำกว่าดี ค่าคะแนน 26-95 คะแนน ตัดข้อมูลการออกกำลังกายออก 6 คนเนื่องจากไม่มีข้อมูลทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการวิเคราะห์ 382 คน และตัดตัวแปรอายุ และ ศาสนา ออกจากการวิเคราะห์ Multiple logistic regression เนื่องจากตัวแปรอายุมีความสัมพันธ์กับปัจจัยระยะเวลาทำงาน จึงตัดตัวแปรอายุออก เนื่องจากข้อมูลการวิเคราะห์ multiple regression ระยะเวลาทำงานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตสูงกว่าตัวแปรอายุ และตัดตัวแปรศาสนาออก เนื่องจากข้อมูลของศาสนาคริสต์และศาสนาอิสลาม มีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอในการวิเคราะห์ multiple logistic regression ทำให้เหลือตัวแปรอิสระเข้ารับการวิเคราะห์ ดังนี้ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาทำงานด้าน การศึกษา ดัชนีมวลกาย ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว การออกกำลังกาย

การตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลในการวิเคราะห์ multiple Logistic Regression ได้ทำการทดสอบ Hosmer and Lemeshow Test ให้ค่า Chi-square 9.702, df 8, *p-value* .287 แสดงว่าข้อมูลในการวิจัยไม่แตกต่างจากค่าข้อมูลที่สร้างขึ้นจากโมเดลในการวิเคราะห์ multiple logistic regression จึงสามารถนำผลการวิเคราะห์ไปแปลผลต่อได้ ผลการวิเคราะห์พบว่า

- ความสัมพันธ์ของปัจจัยสถานภาพสมรสต่อคุณภาพชีวิต พบว่า กลุ่มสถานภาพสมรสมี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตดีมากกว่ากลุ่มโสด หม้าย หย่า แยก 2.03 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* .008)

- ความสัมพันธ์ของปัจจัยรายได้ต่อปัจจัยคุณภาพชีวิต พบว่ากลุ่มรายได้พอใช้เหลือทำทุนสร้าง รายได้และกลุ่มรายได้พอใช้เหลือเก็บใช้ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตดี มากกว่ากลุ่มรายได้ไม่พอใช้ 7.68 เท่า และ 4.30 เท่า ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p* .000 และ *p* .001 ตามลำดับ)

- ความสัมพันธ์ของปัจจัยโรคประจำตัวต่อคุณภาพชีวิต พบว่ากลุ่มไม่มีโรคประจำตัว มี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตดี มากกว่ากลุ่มมีโรคประจำตัว 2.63 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p* .000) รายละเอียดดังในตาราง 4-4

ตาราง 4-4 การวิเคราะห์ Multiple logistic regression

ปัจจัย	กลุ่ม	จำนวน	คุณภาพชีวิตดี(%)	Adjusted Odds Ratio	p-value	ช่วงความเชื่อมั่น 95%	
						ต่ำสุด	สูงสุด
เพศ	ชาย	114	59.6	.760	.290	.457	1.263
	หญิง(อ้างอิง)	268	61.2				
สถานภาพสมรส	สมรส	153	67.3	2.030**	.008	1.204	3.422
	โสด หม้าย หย่า แยก(อ้างอิง)	229	56.3				
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี+ปวส	220	63.2	1.411	.159	.874	2.278
	ปริญญาโท+เอก (อ้างอิง)	162	57.4				
ระยะเวลาทำงาน	30-39ปี	32	78.1	1.878	.255	.634	5.560
	20-29ปี	66	59.1	.815	.564	.407	1.632
	10-19ปี	75	56.0	.762	.403	.404	1.440
	0-9ปี(อ้างอิง)	209	60.3				
ดัชนีมวลกาย	12.00-18.49	22	63.6	.765	.653	.238	2.460
	18.50-24.99	227	60.8	.618	.187	.302	1.264
	25.00-29.99	84	59.5	.704	.392	.315	1.573
	30.00-42.00(อ้างอิง)	49	61.2				
รายได้	พอใช้ เหลือทำทุนสร้างรายได้	51	80.4	7.679**	.000	2.615	22.549
	พอใช้ เหลือเก็บใช้ฉุกเฉิน	152	71.1	4.432**	.001	1.908	10.299
	พอใช้ ไม่เหลือเก็บ	88	47.7	1.598	.291	.669	3.816
	พอใช้ เป็นหนี้มาทำทุน	58	50.0	1.896	.183	.740	4.856
	ไม่พอใช้(ไม่เป็นหนี้+ต้องกู้ยืม) (อ้างอิง)	33	36.4				
โรคประจำตัว	ไม่มี	245	66.1	2.634**	.000	1.562	4.442
	มี(อ้างอิง)	137	51.1				
ออกกำลังกาย	ทุกวัน	65	70.8	2.010	.093	.890	4.542
	3-4ครั้ง/สัปดาห์	119	66.4	1.822	.090	.911	3.641
	เดือนละครั้ง	137	54.7	1.077	.827	.554	2.093
	ไม่เคย(อ้างอิง)	61	52.5				

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ระยะที่ 2 ผลของโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาขั้นพื้นฐาน

ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง (n 55 คน)

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเพศหญิง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.5 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 14.5 อายุเฉลี่ย 45.35 ปี (S.D. 10.47) มีช่วงอายุระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.63 รองลงมาคือ อายุ 26-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.55 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง แสดงไว้ในตาราง 4-5

ตาราง 4-5 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ช่วงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
26-40 ปี	19	34.55
41-50 ปี	12	21.82
51-60 ปี	24	43.63
รวม	55	100

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษา

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง

ความสุขของคนไทย จำนวนมากที่สุดคือมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือ มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 36.4 ความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมจำนวนมากที่สุดคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 89.1 รองลงมาคือ ระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 10.9 เมื่อแยกรายด้านความผาสุกปัจจุบันจำนวนมากที่สุดคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 94.5 รองลงมาคือระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 5.5 และความผาสุกทางศาสนา จำนวนมากที่สุดคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 83.6 รองลงมาคือระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 16.4 คุณภาพชีวิตโดยรวมจำนวนมากที่สุดคือคุณภาพชีวิตดี คิดเป็นร้อยละ 69.1 รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตกลางๆคิดเป็นร้อยละ 30.9 เมื่อแยกรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตทางกายจำนวนมากที่สุดคือคุณภาพชีวิตดี คิดเป็นร้อยละ 65.5 รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตกลางๆคิดเป็นร้อยละ 34.5 คุณภาพชีวิตทางจิตจำนวนมากที่สุดคือ คุณภาพชีวิตดี คิดเป็นร้อยละ 69.1 รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตกลางๆคิดเป็นร้อยละ 30.9 คุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อมจำนวนมากที่สุดคือ คุณภาพชีวิตดี คิดเป็นร้อยละ 63.6 รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตกลางๆคิดเป็นร้อยละ 36.4 และคุณภาพชีวิตและสุขภาพ จำนวนมากที่สุดคือ คุณภาพชีวิตกลางๆ คิดเป็นร้อยละ 50.9 รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตดี คิดเป็นร้อยละ 49.1 ภาวะสุขภาพทั่วไปพบว่าไม่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวนมากที่สุดคือ จุดตัดคะแนน 0 คิดเป็นร้อยละ

43.6 รองลงมาคือ จุดตัดคะแนน 1 คิดเป็นร้อยละ 23.6 อุณหภูมิจำนวนมากที่สุดคือ อยู่ในเกณฑ์ หงุดหงิด เป็นร้อยละ 90.9 รองลงมาคือ กล้ามเนื้อตึงตัวคิดเป็นร้อยละ 5.5

หลังการทดลอง

ความสุขของคนไทย จำนวนมากที่สุดคือมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 70.9 รองลงมาคือ มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 27.3 **ความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวม** จำนวนมากที่สุดคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 92.7 รองลงมาคือ ระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 7.3 เมื่อแยกรายด้านความผาสุกปัจจุบันจำนวนมากที่สุดคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 98.2 รองลงมาคือระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 1.8 และความผาสุกทางศาสนา จำนวนมากที่สุดคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมาคือระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 20 **คุณภาพชีวิตโดยรวม** จำนวนมากที่สุดคือคุณภาพชีวิตดี คิดเป็นร้อยละ 81 รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตกลางๆคิดเป็นร้อยละ 20 เมื่อแยกรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตทางกายจำนวนมากที่สุดคือคุณภาพชีวิตดี คิดเป็นร้อยละ 76.4 รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตกลางๆคิดเป็นร้อยละ 23.6 คุณภาพชีวิตทางจิตจำนวนมากที่สุดคือ คุณภาพชีวิตดี คิดเป็นร้อยละ 87.3 รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตกลางๆคิดเป็นร้อยละ 12.7 คุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อมจำนวนมากที่สุดคือ คุณภาพชีวิตดี คิดเป็นร้อยละ 72.7 รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตกลางๆคิดเป็นร้อยละ 27.3 และคุณภาพชีวิตและสุขภาพ จำนวนมากที่สุดคือ คุณภาพชีวิตดี คิดเป็นร้อยละ 61.8 รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตกลางๆ คิดเป็นร้อยละ 38.2 **ภาวะสุขภาพทั่วไป**พบว่าไม่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวนมากที่สุดคือ จุดตัดคะแนน 0 คิดเป็นร้อยละ 63.6 รองลงมาคือ จุดตัดคะแนน 1 คิดเป็นร้อยละ 18.2 **อุณหภูมิ**จำนวนมากที่สุดคือ อยู่ในเกณฑ์ หงุดหงิด เป็นร้อยละ 50.9 รองลงมาคือ สงบ ใจเย็น คิดเป็นร้อยละ 40 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างแสดงไว้ในตาราง 4-6

ตาราง 4-6 จำนวน และร้อยละ แบ่งตามระดับการแปลผลของตัวแปรก่อนและหลังการทดลอง (55 คน)

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ระดับความสุขของคนไทย				
มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป	2	3.6	1	1.8
มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป	20	36.4	15	27.3
มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป	33	60	39	70.9
2. ระดับความผาสุกจิตวิญญาณโดยรวม				
ระดับกลาง	6	10.9	4	7.3
ระดับสูง	49	89.1	51	92.7
2.1 ระดับความผาสุกปัจจุบัน				
ระดับกลาง	3	5.5	1	1.8
ระดับสูง	52	94.5	54	98.2
2.2 ระดับความผาสุกศาสนา				
ระดับกลาง	9	16.4	11	20
ระดับสูง	46	83.6	14	80

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. คุณภาพชีวิต				
3.1 คุณภาพชีวิตทางกาย				
คุณภาพชีวิตกลางๆ	19	34.5	13	23.6
คุณภาพชีวิตดี	36	65.5	42	76.4
3.2 คุณภาพชีวิตทางจิต				
คุณภาพชีวิตกลางๆ	17	30.9	7	12.7
คุณภาพชีวิตดี	38	69.1	48	87.3
3.3 คุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อม				
คุณภาพชีวิตกลางๆ	20	36.4	15	27.3
คุณภาพชีวิตดี	35	63.6	40	72.7
3.4 คุณภาพชีวิตและสุขภาพ				
คุณภาพชีวิตกลางๆ	28	50.9	21	38.2
คุณภาพชีวิตดี	27	49.1	34	61.8
3.5 คุณภาพชีวิตโดยรวม				
คุณภาพชีวิตกลางๆ	17	30.9	11	20
คุณภาพชีวิตดี	38	69.1	44	81
4. สุขภาพทั่วไป Thai GHQ-28 พบว่าไม่มีปัญหาสุขภาพจิต				
คะแนน 0	24	43.6	35	63.6
คะแนน 1	13	23.6	10	18.2
คะแนน 2	6	10.9	4	7.3
คะแนน 3	8	14.5	3	5.5
คะแนน 4	4	7.3	3	5.5
5. อุดมภูมิ				
กล้ามเนื้อตึงตัว	3	5.5	2	3.6
หงุดหงิด	50	90.9	28	50.9
สงบ ใจเย็น	2	3.6	22	40
ผ่อนคลาย			3	5.5

เมื่อการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการทดสอบก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรมด้านจิตอาารมณ์ และด้านจิตวิญญาณพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวม, คุณภาพชีวิตทางกาย, คุณภาพชีวิตและสุขภาพ, คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม, คุณภาพชีวิตด้านจิต, ความสุขของคนไทยและอุดมภูมิระหว่างก่อนการทดลองและหลังการเข้าร่วม

โปรแกรมด้านจิตอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมด้านจิตอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ มีผลทำให้ผู้เข้าร่วมมีคุณภาพชีวิตโดยรวม, คุณภาพชีวิตทางกาย, คุณภาพชีวิตและสุขภาพ, คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม, คุณภาพชีวิตด้านจิต, ความสุขของคนไทยและอุณหภูมิเพิ่มมากขึ้น)

2. ส่วนค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสังคม ความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวม ความผาสุกปัจจุบัน ความผาสุกทางศาสนา และภาวะสุขภาพทั่วไป ไม่แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงไว้ในตาราง 4-7

ตาราง 4-7 การเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการทดสอบก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้านจิต อารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ

ประเด็นการเปรียบเทียบ	คะแนนก่อน		คะแนนหลัง		ค่าสถิติ t
	(pre-test)		(post-test)		
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	
คุณภาพชีวิตโดยรวม	101.96	12.75	105.87	10.55	2.96*
คุณภาพชีวิตทางกาย	27.60	3.48	28.73	3.17	2.83*
คุณภาพชีวิตและสุขภาพ	7.56	1.23	7.85	1.13	2.17*
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	30.56	4.69	31.62	4.09	2.15*
คุณภาพชีวิตด้านสังคม	11.98	1.60	12.07	1.67	.38
คุณภาพชีวิตด้านจิต	24.25	3.64	25.60	2.56	3.46*
ความสุขของคนไทย	33.40	4.51	34.95	4.08	3.10*
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยรวม	29.82	4.21	62.13	6.16	.83
ความผาสุกปัจจุบัน	31.76	2.77	32.16	2.54	1.45
ความผาสุกทางศาสนา	29.82	4.21	29.96	4.49	.25
อุณหภูมิ	86.42	3.34	89.60	4.36	5.38*
ภาวะสุขภาพทั่วไป	1.18	1.33	.71	1.17	-2.61

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาด้วยโปรแกรมทางจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาปัจจัยทางจิตที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (2) สร้างโปรแกรมปัจจัยทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาจากข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากสภาพการณ์จริงของบุคลากรทางการศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ (3) นำโปรแกรมไปสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแก่บุคลากรทางการศึกษาแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การสำรวจ รวบรวม และวิเคราะห์ สถานการณ์คุณภาพชีวิต ปัจจัยลักษณะและพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล รวมทั้งปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ และศึกษาปัจจัยทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ ของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 388 คนจังหวัดชลบุรี ได้แก่โรงเรียนชลราษฎรอำรุง จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้แก่โรงเรียนเบญจมราชรังสฤษฎิ์ จังหวัดจันทบุรี ได้แก่ โรงเรียนศรียานุสรณ์ และจังหวัดระยอง ได้แก่ โรงเรียนมาบตาพุดพิทยาคม เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้านประชากรศาสตร์ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามความสุขของคนไทย แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป และแบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณการวิเคราะห์ข้อมูล (1) ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างคุณภาพชีวิตข้อมูลความสุขของคนไทย สุขภาพทั่วไป และความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2) การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรอายุ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นครู สุขภาพทั่วไปความสุขของคนไทย และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับคุณภาพชีวิต(3) การวิเคราะห์ multiple logistic regression ระหว่างตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส ระดับตัวอย่างการศึกษา ระยะเวลาทำงานด้านการศึกษา ดัชนีมวลกาย ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว การออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิต

ระยะที่ 2 ศึกษาผลของโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาชั้นพื้นที่การศึกษาชั้นพื้นฐาน เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ใช้แบบแผนการวิจัย one group pretest - posttest designs(Heiman, 1995)มีกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม โดยการสร้างและพัฒนาโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณจากการมีส่วนร่วมด้วยข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากสภาพการณ์จริงของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาชั้นพื้นที่การศึกษาชั้นพื้นฐาน กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนพนัสพิทยาคาร จังหวัดชลบุรีจากการประชาสัมพันธ์ผู้ที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยที่อาสาเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 55คนดำเนินการทดลองโดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างใช้ปรอทวัดอุณหภูมิปลายนิ้ว ทำแบบสอบถามความสุขของคนไทย แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป แบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต เก็บคะแนนบันทึกไว้เป็นคะแนนก่อนได้รับการทดลอง (pretest) หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้โปรแกรมพัฒนา

คุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ (mind, emotional, and spiritual program: MESP) ระยะเวลา 8 สัปดาห์ดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในช่วงเวลา 16.00 น. ถึง 17.00 น. ดำเนินการทั้งสิ้น 15 ครั้ง ประกอบด้วย การทำกิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้ง และการฝึกโยคะ 11 ครั้ง เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการ บันทึกข้อมูลกลุ่มเป้าหมายนี้ ทำแบบสอบถามความสุขของคนไทย แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป แบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต เก็บคะแนนบันทึกไว้อีกครั้ง (posttest) วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มเป้าหมายนี้ และข้อมูลจากแบบสอบถามความสุขของคนไทย แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป แบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ระยะเวลาก่อนและหลังการทดลองด้วย paired sample t-test

สรุปผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การสำรวจ รวบรวม และวิเคราะห์ สถานการณ์คุณภาพชีวิต ปัจจัยลักษณะ และพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล รวมทั้งปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ และศึกษาปัจจัยทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ ของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียง

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 114 คน (ร้อยละ 29.4) เพศหญิง 274 คน (ร้อยละ 70.6) มีอายุเฉลี่ย 38 ปี (S.D. 10.43) อยู่ในช่วง 30-39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.2 รองลงมาคือช่วงอายุ 20 - 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.6 กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเฉลี่ย 64.14 กิโลกรัม (S.D. 14.20) อยู่ในช่วง 60-84 กิโลกรัม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.7 รองลงมาคือช่วงอายุ 35-59 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 42 มีค่าเฉลี่ยส่วนสูง 162.48 ซม. (S.D. 7.87) อยู่ในช่วง 141-163 ซม. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.9 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 164-180 ซม. คิดเป็นร้อยละ 43.3 ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (\bar{X} 24.19 S.D. 4.62) มากที่สุดอยู่ในช่วง 18.50-24.99 คิดเป็นร้อยละ 59.3 รองลงมา คือ ช่วง 25.00-29.99 คิดเป็นร้อยละ 21.9 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 97.2 รองลงมาคือ ศาสนาคริสต์ ร้อยละ 2.3 กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพโสดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.4 รองลงมา คือสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 39.4 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.7 รองลงมาคือ ปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 41.7

ด้านการทำงาน กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานปัจจุบันที่จังหวัดจันทบุรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.8 รองลงมาคือจังหวัดระยอง คิดเป็นร้อยละ 25.5 ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นบุคลากรด้านการศึกษา 12.09 ปี (S.D. 0.51) ช่วงระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นบุคลากรด้านการศึกษา มากที่สุดคือ 0-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.60 รองลงมาคือ ช่วง 10-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.80 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ทำงานในโรงเรียนที่สอนปัจจุบัน 7.17 ปี (S.D. 7.54) ระยะเวลาที่ทำงานในโรงเรียนที่สอนปัจจุบันมากที่สุดคือ 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 80.9 รองลงมาคือ 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 44

ตำแหน่งงานปัจจุบันเป็นครูชำนาญการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.6 รองลงมาคือ ครูชำนาญการพิเศษ คิดเป็นร้อยละ 26.3 ตำแหน่งทางการบริหารของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือครู(ไม่มีตำแหน่งบริหาร) ร้อยละ 83 รองลงมาคือ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มสาระ คิดเป็นร้อยละ 9 ภาระงานในปัจจุบันที่รับผิดชอบตามชั่วโมงที่ปรากฏในตารางสอนค่าเฉลี่ย 17.81 ชม./สัปดาห์ (S.D. 3.57) มากที่สุด 21-37ชม./สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 70.1 รองลงมาคือ 13-20ชม./สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 26.5

ภาระงานเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนที่ไม่ใช่ชั่วโมงสอนในตารางสอน ค่าเฉลี่ย 4.12 ชม./สัปดาห์ (S.D. 4.53) มากที่สุด 0-5ชม./สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 76 รองลงมาคือ 6-10ชม./สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 18

ภาระงานการพัฒนาคุณภาพการศึกษาในสถาบันการศึกษา (ช่วยบริหารฯ ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มสาระ) ค่าเฉลี่ย 1.46 ชม./สัปดาห์ (S.D. 3.36) มากที่สุด 0-5ชม./สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 93.6 รองลงมาคือ 6-10ชม./สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 4.1 ภาระงานอื่นๆ ค่าเฉลี่ย 2.24 ชม./สัปดาห์ (S.D. 4.40) มากที่สุด 0-8 ชม./สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 89.9 รองลงมาคือ 9-17 ชม./สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 7.7

ด้านรายได้ รายได้ต่อเดือนค่าเฉลี่ย 30,362.65 บาท/เดือน (S.D. 4.40) มากที่สุดอยู่ในช่วง 10,200-33,200 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 69.6 รองลงมาคือ 33,201-56,200 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 24 ความพอเพียงของรายได้ มากที่สุดคือมีพอใช้เหลือเก็บบ้างเล็กน้อยใช้ฉุกเฉินได้คิดเป็นร้อยละ 40.5 รองลงมาคือ พอใช้ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 22.7

ด้านโรคประจำตัว ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 64.20 มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 35.8

ด้านประสบการณ์การออกกำลังกายของท่านใน 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวนมากที่สุดคือ ออกกำลังกายนาน ๆ ครั้ง (เดือนละครั้ง) คิดเป็นร้อยละ 35.86 รองลงมาคือ ออกกำลังกายบ้างเป็นบางครั้ง (3 ครั้งต่อสัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 31.15 ประเภทของกิจกรรมที่ใช้ออกกำลังกาย จำนวนมากที่สุดคือ การเดิน คิดเป็นร้อยละ 58 รองลงมาคือ การวิ่ง คิดเป็นร้อยละ 50 ช่วงเวลาที่นิยมออกกำลังกายจำนวนมากที่สุดคือ ช่วงบ่าย-เย็น (16.00-18.00 น.) คิดเป็นร้อยละ 46.9 รองลงมาคือ ช่วงค่ำ (ตั้งแต่ 6 โมงเย็นเป็นต้นไป) คิดเป็นร้อยละ 36.9 หากจะตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใดมากที่สุด จำนวนมากที่สุดคือ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 28.35 รองลงมาคือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร คิดเป็นร้อยละ 22.16 หากกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ๆ จะเริ่มดำเนินการเมื่อใด จำนวนมากที่สุดคือ จะกระทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นทันที คิดเป็นร้อยละ 49.4 รองลงมาคือ ขอเลื่อนไปก่อนจนกว่าท่านจะมีความพร้อม คิดเป็นร้อยละ 35.6

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

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

ค่าเฉลี่ยสุขภาพทั่วไป 2.98 คะแนน (S.D. .86 คะแนน) ค่าน้อยที่สุด 1 คะแนน ค่ามากที่สุด 5 คะแนน จึงอยู่ในกลุ่มไม่มีปัญหาสุขภาพจิตทั้งหมด (0-5 คะแนน)

ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ 57.88 คะแนน (S.D. 7.78 คะแนน) ค่าน้อยที่สุด 36 คะแนน ค่ามากที่สุด 70 คะแนน อยู่ในกลุ่มความพึงพอใจทางจิตวิญญาณระดับสูง (51.34-70.00 คะแนน) จำนวน 306 คน คิดเป็นร้อยละ 78.9 และกลุ่มความพึงพอใจทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง (32.67-51.33 คะแนน) จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 21.1

ตัวแปรความสุขของคนไทย และตัวแปรระยะเวลาที่เป็นครู มีความสัมพันธ์ต่อตัวแปรคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้สมการทำนายดังนี้

$$43.779 + (1.632 \times \text{ความสุขของคนไทย}) + (0.154 \times \text{ระยะเวลาที่เป็นครู}) = \text{คุณภาพชีวิต}$$

ความสัมพันธ์ของปัจจัยสถานภาพสมรสต่อคุณภาพชีวิต พบว่า กลุ่มสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตดีมากกว่ากลุ่มโสด หม้าย หย่า แยก 2.03 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p -value .008)

ความสัมพันธ์ของปัจจัยรายได้ต่อปัจจัยคุณภาพชีวิต พบว่ากลุ่มรายได้พอใช้เหลือทำทุนสร้างรายได้และกลุ่มรายได้พอใช้เหลือเก็บใช้ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตดี มากกว่ากลุ่มรายได้ไม่พอใช้ 7.68 เท่า และ 4.30 เท่า ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p .000 และ p .001 ตามลำดับ)

ความสัมพันธ์ของปัจจัยโรคประจำตัวต่อคุณภาพชีวิต พบว่ากลุ่มไม่มีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตดี มากกว่ากลุ่มมีโรคประจำตัว 2.63 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p .000)

ระยะที่ 2 ผลของโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีเพศหญิง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.5 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 14.5 อายุเฉลี่ย 45.35 ปี (S.D. 10.47) มีช่วงอายุระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.63 รองลงมาคือ อายุ 26-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.55

ระยะก่อนการทดลอง

คุณภาพชีวิตโดยรวม จำนวนมากที่สุด คือ คุณภาพชีวิตดี คิดเป็นร้อยละ 69.1 รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตกลางๆ คิดเป็นร้อยละ 30.9 เมื่อแยกรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตทางกายจำนวนมากที่สุดคือคุณภาพชีวิตดี คิดเป็นร้อยละ 65.5 รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตกลางๆ คิดเป็นร้อยละ 34.5 คุณภาพชีวิตทางจิตจำนวนมากที่สุดคือ คุณภาพชีวิตดี คิดเป็นร้อยละ 69.1 รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตกลางๆ คิดเป็นร้อยละ 30.9 คุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อมจำนวนมากที่สุดคือ คุณภาพชีวิตดี คิดเป็นร้อยละ 63.6 รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตกลางๆ คิดเป็นร้อยละ 36.4 และคุณภาพชีวิตและสุขภาพจำนวนมากที่สุดคือ คุณภาพชีวิตกลางๆ คิดเป็นร้อยละ 50.9 รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตดี คิดเป็นร้อยละ 49.1

ความสุขของคนไทย จำนวนมากที่สุดคือมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือ มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 36.4

ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณโดยรวม จำนวนมากที่สุดคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 89.1 รองลงมาคือ ระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 10.9 เมื่อแยกรายด้านความพึงพอใจปัจจุบันจำนวนมากที่สุดคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 94.5 รองลงมา คือ ระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 5.5 และความพึงพอใจ

ศาสนาจำนวนมากที่สุด คือ ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 83.6 รองลงมา คือระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 16.4

ภาวะสุขภาพทั่วไปพบว่าไม่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวนมากที่สุดคือ จุดตัดคะแนน 0 คิดเป็นร้อยละ 43.6 รองลงมาคือ จุดตัดคะแนน 1 คิดเป็นร้อยละ 23.6 อุณหภูมิจำนวนมากที่สุดคืออยู่ในเกณฑ์ หงุดหงิด เป็นร้อยละ 90.9 รองลงมาคือ กล้ามเนื้อตึงตัวคิดเป็นร้อยละ 5.5

หลังการทดลอง

คุณภาพชีวิตโดยรวมจำนวนมากที่สุดคือคุณภาพชีวิตดี คิดเป็นร้อยละ 81 รองลงมาคือคุณภาพชีวิตกลางๆคิดเป็นร้อยละ 20 เมื่อแยกรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตทางกายจำนวนมากที่สุดคือคุณภาพชีวิตดี คิดเป็นร้อยละ 76.4 รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตกลางๆคิดเป็นร้อยละ 23.6 คุณภาพชีวิตทางจิตจำนวนมากที่สุดคือ คุณภาพชีวิตดี คิดเป็นร้อยละ 87.3 รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตกลางๆคิดเป็นร้อยละ 12.7 คุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อมจำนวนมากที่สุดคือ คุณภาพชีวิตดี คิดเป็นร้อยละ 72.7 รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตกลางๆคิดเป็นร้อยละ 27.3 และคุณภาพชีวิตและสุขภาพ จำนวนมากที่สุดคือ คุณภาพชีวิตดี คิดเป็นร้อยละ 61.8 รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตกลางๆ คิดเป็นร้อยละ 38.2

ความสุขของคนไทย จำนวนมากที่สุดคือมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 70.9 รองลงมาคือ มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 27.3

ความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมจำนวนมากที่สุดคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 92.7 รองลงมาคือ ระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 7.3 เมื่อแยกรายด้านความผาสุกปัจจุบันจำนวนมากที่สุดคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 98.2 รองลงมาคือระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 1.8 และความผาสุกทางศาสนาจำนวนมากที่สุดคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมาคือระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 20

ภาวะสุขภาพทั่วไปพบว่าไม่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวนมากที่สุดคือ จุดตัดคะแนน 0 คิดเป็นร้อยละ 63.6 รองลงมาคือ จุดตัดคะแนน 1 คิดเป็นร้อยละ 18.2 อุณหภูมิจำนวนมากที่สุดคืออยู่ในเกณฑ์ หงุดหงิด เป็นร้อยละ 50.9 รองลงมาคือ สงบ ใจเย็น คิดเป็นร้อยละ 40

การเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการทดสอบก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรมด้านจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ พบว่า

1. ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวม (\bar{X} 101.96, S.D. 12.75), คุณภาพชีวิตทางกาย (\bar{X} 27.60, S.D. 3.48), คุณภาพชีวิตและสุขภาพ (\bar{X} 7.56, S.D. 1.23), คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมดี (\bar{X} 30.56, S.D. 4.69), และคุณภาพชีวิตด้านจิต (\bar{X} 24.25, S.D. 3.64) อยู่ในเกณฑ์ คุณภาพชีวิตดี, ความสุขของคนไทยอยู่ในเกณฑ์ มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (\bar{X} 33.40, S.D. 4.51) อุณหภูมิอยู่ในเกณฑ์ หงุดหงิด (Nervous) (\bar{X} 86.42, S.D. 3.34) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้านจิตอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ พบว่าค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวม (\bar{X} 105.87, S.D. 10.55), คุณภาพชีวิตทางกาย (\bar{X} 28.73, S.D. 3.17), คุณภาพชีวิตและสุขภาพ (\bar{X} 7.85, S.D. 1.13), คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (\bar{X} 31.62, S.D. 4.09), และคุณภาพชีวิตด้านจิต (\bar{X} 25.60, S.D. 2.56) อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตดี, ความสุขของคนไทยอยู่ในเกณฑ์ มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (\bar{X} 34.95, S.D. 4.08)และอุณหภูมิอยู่ในเกณฑ์ หงุดหงิด (Nervous) (\bar{X} 89.60, S.D. 4.36) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมด้านจิต อารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ มีผล

ทำให้ผู้เข้าร่วมมีคุณภาพชีวิตโดยรวม, คุณภาพชีวิตทางกาย, คุณภาพชีวิตและสุขภาพ, คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม, คุณภาพชีวิตด้านจิต, ความสุขของคนไทย และอุณหภูมิปลายนิ้ว เพิ่มมากขึ้น

2. ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตกลางๆ (\bar{X} 11.98, S.D. 1.60) ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณโดยรวม (\bar{X} 61.58, S.D. 6.26) ความพึงพอใจปัจจุบัน (\bar{X} 31.76, S.D. 2.77) และความพึงพอใจทางศาสนา (\bar{X} 29.82, S.D. 4.21) อยู่ในระดับสูงและภาวะสุขภาพทั่วไปพบว่าไม่มีปัญหาสุขภาพจิต (\bar{X} 1.18, S.D. 1.33) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้านจิต อารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ พบว่าค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสังคม อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตดี (\bar{X} 12.07, S.D. 1.67) ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณโดยรวม (\bar{X} 62.13, S.D. 6.26) ความพึงพอใจปัจจุบัน (\bar{X} 32.16, S.D. 2.54) และความพึงพอใจทางศาสนา (\bar{X} 29.96, S.D. 4.49) อยู่ในระดับสูงและภาวะสุขภาพทั่วไปพบว่า ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต (\bar{X} 0.71, S.D. 1.17) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

ระยะที่ 1 การสำรวจ รวบรวม และวิเคราะห์ สถานการณ์คุณภาพชีวิต ปัจจัยลักษณะ และพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล รวมทั้งปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ และศึกษาปัจจัยทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ ของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียง

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

กิจกรรม และช่วงเวลาที่สะดวก ดำเนินการได้เองและว่างเว้นจากการปฏิบัติภารกิจหลักคือ การสอน แล้ว เมื่อพิจารณาด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแล้ว สิ่งที่ครูตระหนักคือต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของตนเองมากที่สุด

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

ด้านจิตใจตามแบบประเมินสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ-28) ในภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยที่ 2.98 ซึ่งหมายถึงไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ค่าน้อยที่สุด 1 คะแนน ค่ามากที่สุด 5 คะแนน จึงอยู่ในกลุ่มไม่มีปัญหาสุขภาพจิตทั้งหมด (0-5 คะแนน) นั่นอาจเป็นเพราะว่าลักษณะงานของครูในโรงเรียนมัธยมศึกษา สามารถปรับตัวให้ดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น และลักษณะคำถามของแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีปัญหาก็ทำให้เกิดความทุกข์ใจเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติของบุคคลมากกว่าลักษณะที่เป็นลักษณะประจำของบุคคลนั้น ๆ เช่น ปัญหาบุคลิกภาพ ข้อคำถามจะครอบคลุมปัญหาใหญ่ ๆ 4 ด้าน คือ ความรู้สึกไม่มีความสุข (อาการทางกาย) ความวิตกกังวล ความบกพร่องทางสังคม และอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ค่าเฉลี่ยภาระงานสอนของครูที่รับผิดชอบตามชั่วโมงที่ปรากฏในตารางสอนมี 17.81 ชม./สัปดาห์ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ปกติเล็กน้อย (18 ชม./สัปดาห์) ของภาระงานสอนของข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา สายงานสอนสังกัด

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (2553) จึงทำให้ครูส่วนใหญ่สามารถบริหารจัดการเวลาได้ มีการพักผ่อนหย่อนใจ ด้วยการดูแลครอบครัว ทำงานอดิเรกในสิ่งที่ชอบ โดยเสียค่าใช้จ่ายน้อย ทำให้มีรายได้ที่เพียงพอและเหลือเก็บไว้ใช้ยามฉุกเฉินได้ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อแบ่งเป็นกลุ่มกลับพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 70.1 มีภาระงานสอนอยู่ระหว่าง 21-37 ชม./สัปดาห์ นับได้ว่าเป็นภาระงานสอนที่ค่อนข้างมากต่อสัปดาห์ ทำให้ครูในกลุ่มนี้ไม่สามารถแบ่งเวลาในออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมอื่นๆ ตามช่วงระยะเวลาที่ต้องการได้ อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ ครูส่วนมากออกกำลังกายเพียงเดือนละครั้ง ชอบออกกำลังกายในสวนสาธารณะ และที่บ้านเพื่อความสะดวกในการทำกิจกรรม การออกกำลังกายที่นิยมมากที่สุดคือ การเดิน รองลงมาคือ การวิ่ง ช่วงเวลาที่นิยมออกกำลังกายจำนวนมากที่สุดคือ ช่วงบ่าย-เย็น (4-6 โมงเย็น) รองลงมาคือ ช่วงค่ำ (ตั้งแต่ 6 โมงเย็นเป็นต้นไป) จะเห็นได้ว่า สถานที่ ชนิดของกิจกรรม ช่วงระยะ ในการออกกำลังกายนั้นเป็น สถานที่ กิจกรรม และช่วงเวลาที่เหมาะสม ดำเนินการได้เองและว่างเว้นจากการปฏิบัติภารกิจหลักคือ การสอนแล้ว เมื่อพิจารณาด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแล้ว สิ่งที่ครูตระหนักคือต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของตนเองมากที่สุด และมีการศึกษาพบว่า ครูมีการบริหารการดูแลสุขภาพตนเอง การพักผ่อนให้มีความสมดุลได้ (กำชัย เสนากิจ, 2561) จากการประเมินองค์ประกอบของงาน ครูมีองค์ประกอบด้านอำนาจในการตัดสินใจ และการสนับสนุนทางสังคมสูง (ทงศักดิ์ ยิงรัตน์ สุข กาญจนา พิบูลย์ ธนิตา จุลวนิชย์พงษ์ และ พวงทอง อินใจ, 2563) ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ กลุ่มครูที่เข้าร่วมโครงการ ยังอยู่ในวัยทำงาน ไม่มีปัญหาการเสื่อมถอยของสุขภาพ เพราะสุขภาพเป็นขุมพลังแห่งชีวิต ที่จะผลักดันให้มนุษย์สามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า เป็นรากฐานสำคัญยิ่งต่อการดำเนินชีวิตที่สมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ (Edlin, Golanty, & Brown, 2000) ทำให้ครูมีพลังที่จะสามารถจัดการความเครียดได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาความเครียดในการปฏิบัติงานของผู้บริหารสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 11พบว่าแนวทางการจัดการความเครียดในการปฏิบัติงานของผู้บริหารสถานศึกษา จะต้องมีการวางแผนงานให้ชัดเจน กำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคคลให้เหมาะสมโดยเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วม สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคลากรทุกระดับในการปฏิบัติงาน กำหนดเส้นทางความก้าวหน้าในวิชาชีพให้ชัดเจน จัดโครงสร้างและบรรยากาศในสถานศึกษาให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน สร้างวัฒนธรรมการเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงาน (นาตยา สุวรรณจันทร์ นัฏจรี เจริญสุข และสถาพร สังข์ขาวสุทธิรักษ์, 2560)

ด้านอารมณ์จากการประเมินความสุขด้วยตนเอง โดยประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตและพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี พบว่า ค่าเฉลี่ยความสุขของคนไทย 31.91 คะแนน (S.D. 5.65 คะแนน) ค่าน้อยที่สุด 17 คะแนน ค่ามากที่สุด 45 คะแนน อยู่ในกลุ่มมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (good) (33-45 คะแนน) จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 41.0 กลุ่มมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (fair) (27-32 คะแนน) จำนวน 177 คน คิดเป็นร้อยละ 45.6 และอยู่ในกลุ่มมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (poor) (0-26 คะแนน) จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 13.4 ในการศึกษาครั้งนี้ ความสุขหมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป จากข้อมูลด้านรายได้ประจำ ภาระงานสอนที่ได้รับ การ

มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่น้อย การไม่มีโรคประจำตัวจึงทำให้ครุมีศักยภาพในการสามารถจัดการปัญหา พัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อาชีพ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ได้ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของครูสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเลย เขต 1 (ธนกร จันทร์สี สุชาติ บางวิเศษ และจ่านง ศรีมั่งกร, 2559) เนื่องด้วยความสุขแบบองค์รวมนั้นคือความสุขที่ยั่งยืนจะต้องมีสุขภาวะที่ดีครบทั้ง 4 มิติ ได้แก่ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ โดยมองเห็นสุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นมิติที่สำคัญที่บูรณาการความเป็นองค์รวมของกายจิตใจและสังคมของบุคคลและชุมชนให้สอดประสานเข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (วิพุธ พูลเจริญ, 2544) ประกอบกับปัญหาสุขภาพจิตเกิดจากความวิตกกังวลที่เป็น ส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของเราทุกคน เมื่อเกิดการสะสมเป็นระยะเวลาอันนานทำให้เกิดความรุนแรง และส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่สามารถก้าวข้ามผ่านปัญหาหรือ เรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับปัญหาได้ หากพวกเขาเหล่านั้นได้รับการช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว ปัญหา สุขภาพจิตมักมีการจัดกลุ่มหรือจัดประเภทเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม (Mental Health Foundation, 2018) และครูโอกาสในการตัดสินใจและการแสดงความคิดเห็นมีค่าค่อนข้างสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าครูเป็นอาชีพที่มีเกียรติได้รับการยอมรับและความเคารพจากสังคม (ทงศักดิ์ ยิ่งรัตน์สุข กาญจนา พิบูลย์ ธนิตา จุลวนิชย์พงษ์ และ พวงทอง อินใจ, 2563) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากครูไทยมีสถานภาพทางสังคมสูงเป็นที่ยอมรับในสังคมทุกระดับ (คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, 2562) จึงทำให้คะแนนความสุขครูที่ศึกษา มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า มีกลุ่มที่มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปอยู่ถึงร้อยละ 13.4 ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความสุขแก่บุคลากร เช่น การพัฒนาความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต การส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อาชีพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ตามนิยามของ ความสุข ของการศึกษาค้นคว้า

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่า ค่าเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณ 57.88 คะแนน (S.D.7.78 คะแนน) ค่าน้อยที่สุด 36 คะแนน ค่ามากที่สุด 70 คะแนน อยู่ในกลุ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับสูง (51.34-70.00 คะแนน) จำนวน 306 คน คิดเป็นร้อยละ 78.9 และกลุ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง (32.67-51.33 คะแนน) จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 21.1 เนื่องจาก ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นมิติหนึ่งของบุคคลที่เป็นพลังชีวิต ช่วยให้บุคคลค้นหาคุณค่าและความหมายของการมีชีวิตอยู่ด้วยความพึงพอใจ ความสงบสุขและมีความหวัง รวมถึงความต้องการให้ชีวิตดำเนินต่อไป จากการค้นหาศักยภาพในตนเอง ซึ่งเป็นพลังในการปรับตัวต่อสภาวะต่างๆ รวมทั้งความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ต่อผู้อื่น และความศรัทธาในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ โดยมีพื้นฐานมาจากความรัก ความไว้วางใจ การให้อภัย ช่วยให้เกิดความหวังและรู้สึกว่าคุณค่า สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณมี 2 องค์ประกอบ (Bufford, Paloutzian, & Elliison, 1991) คือ องค์ประกอบด้านความศรัทธาในหลักคำสอนของศาสนา และองค์ประกอบด้านความต้องการมีชีวิตอยู่และพึงพอใจในการดำเนินชีวิต นำมาซึ่งความผาสุกทางจิตวิญญาณ การตระหนักถึงความสำคัญของสภาวะจิตวิญญาณจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิต เช่น ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน และการสูญเสีย เพราะสภาวะจิตวิญญาณเป็นพลังสำคัญของบุคคลที่ช่วยเผชิญ

และปรับตัวต่อภาวะวิกฤตนั้นได้ (Dugan, 1987; Hall, 1997; Canrad, 1985) ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นลักษณะภายใน ของบุคคลที่แสดงออกถึงความสมบูรณ์พร้อมของ ร่างกายและจิตใจ เป็นพลังอำนาจที่นำไปสู่การมี ความหมาย เป้าหมาย และความหวังในการดำเนินชีวิต มีกำลังใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น (Nilmanat, 2012) ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีส่วนสำคัญในการป้องกัน ตนเองในภาวะคุกคาม เป็นขุมพลังของชีวิต ที่ช่วย ในการดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของสุขภาพ ในทุกมิติ และการดำรงอยู่ของบุคคล (Boston & Mount, 2006) หากบุคคลมีภาวะพร่อง ในมิติจิตวิญญาณจะส่งผลเชื่อมโยงกับความสมดุล ในทุกมิติ (Buddhadasa, 1998; Meecharoen, 2013) และสุขภาพทางจิตวิญญาณที่มีความผาสุก จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญต่อเหตุการณ์วิกฤต ในชีวิตได้ดี แม้มีความบกพร่องในด้านอื่นๆก็ตาม (McClain, Rosenfield, & Breitbart, 2003) สอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณของครู โดยรวมอยู่ในระดับมาก เพราะครู มีความภาคภูมิใจในอาชีพ รู้สึกว่าอาชีพครูมีเกียรติ (กำชัย เสนากิจ, 2561) อย่างไรก็ตามจาก ผลการวิจัยยังพบว่ามีกลุ่มของความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง ร้อยละ 21.1 จึงเป็น กิจกรรมที่น่าสนใจสำหรับผู้บริหารหน่วยงานที่จะทำอย่างไรจึงจะสามารถส่งเสริมให้บุคลากรครูมีพลัง ชีวิตที่เพิ่มมากขึ้น เข้าใจความหมายของการดำรงชีวิต มีความสงบสุขทางจิตใจได้ ซึ่งอาจใช้กิจกรรม การออกกำลังกายกลุ่มร่วมกันของบุคลากรหลังเลิกเรียน โรงเรียนอำนวยความสะดวกเรื่องสถานที่ และบุคลากรนำการออกกำลังกาย กิจกรรมส่งเสริมความสงบสุขทางจิตวิญญาณ เช่น การทำบุญ ฟังธรรมะ ร่วมกันในแต่ละเดือน กิจกรรมการบริการสังคม จิตอาสาร่วมกันของบุคลากรในโรงเรียน สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ได้ เมื่อพิจารณาสถานการณ์บุคลากรทางการศึกษาอยู่ในกลุ่มคุณภาพชีวิตดีมีเพียง ร้อยละ 60.1 ซึ่งกลุ่มคุณภาพชีวิตดีไม่ควรน้อยกว่าร้อยละ 80 กลุ่มคุณภาพชีวิตกลางๆ ไม่ควรมากกว่าร้อยละ และไม่ควรมีบุคลากรทางการศึกษาที่อยู่ในกลุ่มคุณภาพชีวิตต่ำ เพื่อคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นจึงต้อง ผลักดันให้กลุ่มคุณภาพชีวิตกลางๆและต่ำให้ขึ้นไปอยู่ในกลุ่มคุณภาพชีวิตดีให้สูงขึ้น เหลือกลุ่ม คุณภาพชีวิตกลางๆ น้อยกว่าร้อยละ 20

จากผลการวิเคราะห์ Multiple logistic regression มี 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่ม คุณภาพชีวิตดี โดยมี 2 ปัจจัยมีความสัมพันธ์ต่อกลุ่มคุณภาพชีวิตดีอยู่ในเกณฑ์สูง มีค่า adjusted odds ratio มากกว่า 2 เท่า คือ ปัจจัยโรคประจำตัว โดยกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว มีค่า adjusted odds ratio = 2.634 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มมีโรคประจำตัว และปัจจัยมีสถานภาพสมรส กลุ่มสมรสมีค่า adjusted odds ratio = 2.030 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มโสด หม้าย หย่า แยก และมีอีก 1 ปัจจัยมีความสัมพันธ์ต่อกลุ่มคุณภาพชีวิตดีอยู่ในเกณฑ์สูงมาก มีค่า adjusted odds ratio มากกว่า 4 เท่า คือ ปัจจัยรายได้ ซึ่งรายได้กลุ่มพอใช้และมีเหลือทำทุนสร้างรายได้ และกลุ่มพอใช้และมีเหลือเก็บเอาไว้ใช้ฉุกเฉิน มีค่า adjusted odds ratio = 7.679 และ 4.432 เท่าเมื่อ เปรียบเทียบกับกลุ่มไม่พอใช้ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการปรับปรุงแก้ไขให้สถานการณ์คุณภาพชีวิต ของบุคลากรทางการศึกษาให้อยู่ในกลุ่มมีคุณภาพชีวิตดีมากขึ้น ถ้าพิจารณาจากขนาดของ ความสัมพันธ์ที่สูงจากค่า adjusted odds ratio ต้องเลือกปรับปรุงพัฒนาให้มีปัจจัยรายได้ให้อยู่ใน กลุ่มพอใช้และมีเงินเหลือเก็บมากขึ้น ก็จะช่วยขยับขึ้นไปอยู่ในกลุ่มคุณภาพชีวิตดีได้มากขึ้นได้อย่าง รวดเร็วกว่าปัจจัยอื่น แต่ต้องบริหารแผนการเงินของบุคลากรทางการศึกษา ให้ลดค่าใช้จ่าย

โดยเฉพาะการลดค่าใช้จ่ายที่ไม่เกิดผลผลิตตอบแทนกลับมาเป็นรายได้มากกว่าค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน ดังนั้นการบริหารรายได้ที่เริ่มต้นด้วยด้วยการออมเงิน โดยหักเงินออมออกจากรายได้ที่ได้รับต่อเดือนประมาณร้อยละ 10-20 เสมอทุกเดือน แล้วนำไปออมเงินไปลงทุนผ่านเงินฝากธนาคาร ซื้อพันธบัตรรัฐบาล หรือลงทุนกองทุนรวม รวมทั้งกองทุนรวมที่ได้สิทธิพิเศษในการลดหย่อนภาษีรายได้ประจำปี ส่วนเงินที่เหลืออีกร้อยละ 80-90 จึงนำไปใช้เป็นค่าใช้จ่ายประจำเดือน หรือการลงทุนอื่นๆ จะส่งผลให้ยกระดับไปสู่กลุ่มคุณภาพชีวิตที่ดีได้เร็วขึ้น แต่สำหรับคนที่ไม่มีหนี้สินแล้ว ถ้าสามารถทำงานเพิ่มรายได้จากการทำงานอื่นๆเพิ่ม ก็จะทำให้หนี้สินหมดไปได้เร็วขึ้น แต่ถ้าไม่สามารถทำงานเพิ่มรายได้ให้มากขึ้นได้ ก็ควรไม่ก่อหนี้เพิ่มและลดหนี้จากทรัพย์สินที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ ยกตัวอย่างเช่น ต้องผ่อนบ้านจำนวน 15,000 บาท ทุกเดือนเป็นเวลาอีก 30 ปี ก็ขายบ้าน แล้วเปลี่ยนเป็นเช่าบ้านที่เสียค่าใช้จ่ายเพียงเดือนละ 5,000 บาททดแทน สำหรับปัจจัยโรคประจำตัว ในกรณีโรคประจำตัวที่ไม่เกี่ยวกับโรคติดต่อ เช่นโรคเบาหวาน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย และความดันโลหิต ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป กลุ่มดัชนีมวลกาย 25.0-29.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร และมากกว่า 30.0 กิโลกรัม/ตารางเมตร ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการตรวจพบภาวะเบาหวานจากการคัดกรอง 4.57 เท่า และ 11.80 เท่า ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25.0 กิโลกรัม/ตารางเมตร และกลุ่มมีโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการตรวจพบภาวะเบาหวานจากการคัดกรอง 3.11 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีโรคความดันโลหิตสูง แต่ประวัติญาติเป็นโรคเบาหวานไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงตรวจพบภาวะเบาหวานจากการคัดกรองมากกว่าไม่มีประวัติญาติเป็นโรคเบาหวาน (วิชัย จุลวนิชย์พงษ์, สุรีย์ เต็มศิริพันธ์ุ, วรรณ บัวสุวรรณ, เมธาพร ภูมิรุ่งเรือง, จริญญา อภิชาติ วณิชย์, น้ำฝน วรรณรัตน์ และศรัณญา บัวสุวรรณ, 2551) ดังนั้นการป้องกันโรคเบาหวาน สามารถใช้การลดน้ำหนักเพื่อไม่ให้ดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น แม้ว่าปัจจัยออกกำลังกายกลุ่มออกกำลังกายทุกวันและกลุ่มออกกำลังกาย 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ มีค่าความสัมพันธ์ adjusted odds ratio ต่อกลุ่มคุณภาพชีวิตดี เท่ากับ 2.010 เท่า และ 1.822 เท่า แต่ยังไม่มีความสำคัญทางสถิติ p-value = .093 และ .090 ตามลำดับ แต่ถ้าจะใช้การออกกำลังกายเพื่อช่วยเพิ่มกลุ่มคุณภาพชีวิตดีทางอ้อม โดยใช้การออกกำลังกายลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคประจำตัวจากโรคเบาหวาน ในกลุ่มระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร น้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ก็ใช้การออกกำลังกายขนาดปานกลาง โดยใช้อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วงร้อยละ 64-76 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (maximum heart rate) เป็นเวลา 20-30 นาทีต่อวัน 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ก็ช่วยป้องกันโรคเบาหวานได้ แต่ถ้าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารสูงกว่าปกติในช่วง 110-117 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และในช่วง 118-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร การสะสมการออกกำลังกายที่มีความหนักตั้งแต่ 2.5 Metabolic equivalent of task (METs) ขึ้นไป ถ้าสะสมตั้งแต่ 35 MET-hour/week และ 65 MET-hour/week ขึ้นไป ตามลำดับ จะช่วยในการป้องกันโรคเบาหวานได้ (วิชัย จุลวนิชย์พงษ์, รัชณี ธาราสันติสุข, จงรักษ์ หวังเชื้อ, บุษบา ใจกล้า, จันทนา บุญส่ง, สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์, ยุพดี ชมดี และเอื้อมพร รักจรรยาบรรณ, 2552)

ระยะที่ 2 ผลของโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของบุคลากรทางการศึกษา

1. ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวม, คุณภาพชีวิตทางกาย, คุณภาพชีวิตและสุขภาพ, คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม, คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ, ความสุขของคนไทยและอุณหภูมিপลาายนีวใน
ระยะก่อนการทดลองแตกต่างกับระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจาก
โปรแกรมที่ใช้ประกอบด้วยกิจกรรม ออกแบบชีวิตพิชิตเป้าหมาย:Creative Redesign My Life เป็น
กิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้แบ่งปันประสบการณ์ชีวิต แลกเปลี่ยนเป้าหมายของ
ตนเองกับกลุ่มเพื่อนครู กิจกรรมผูกพัน...สัญญา (บ๊อดี้...ชีวิตดีดี) เป็นกิจกรรมเพื่อให้ได้ใช้ความคิด
สร้างสรรค์ของตนและแสดงออกมาแบ่งปันกับเพื่อน สร้างความสัมพันธ์ทางบวระหว่างเพื่อน และ
ใช้พลังกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการสร้างงาน กำลังใจ ร่วมกำหนดตกลงกลุ่ม ให้นำไปสู่จุดมุ่งหมายได้
สำเร็จ และยั่งยืน กิจกรรมอารมณ์ดี ชีวิตมีสุขช่วยให้ได้รู้จักและเข้าใจ ธรรมชาติอารมณ์ ความเครียด
รู้จักการประเมินความเครียดด้วยตนเอง ได้ฝึกวิธีการผ่อนคลายความเครียด แบบเกร็ง คลาย
กล้ามเนื้อ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้สำหรับจัดการความเครียดได้ด้วยตนเอง กิจกรรมต่างๆ
เหล่านี้ ช่วยให้เกิดความเข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ ได้ทบทวนตนเอง การออกแบบรูปแบบการใช้ชีวิต
ของตนเองแบบมีเป้าหมายที่ชัดเจน และกำกับประเมินผลการดำเนินการตามเป้าหมายชีวิตของ
ตนเองได้ ซึ่งเมื่อนุชย์สามารถเข้าใจตนเอง ยอมรับ ปรับเปลี่ยนชีวิตให้เป็นไปตามสถานการณ์ที่
เปลี่ยนแปลงได้ก็จะทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดั่งนิยามของคุณภาพชีวิต (The WHO Group,
1995) ที่ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของตน ภายใต้บริบทของ
วัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่ และสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความ
คาดหวัง มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง การเข้าใจอารมณ์ และความเครียดของตนเอง
จะทำให้เกิดสติในการทำกิจกรรมต่างๆ สามารถผ่อนคลายรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเองได้ การผ่อนคลาย
กล้ามเนื้อเป็นกระบวนการที่ทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย นอกจากนี้กิจกรรมโยคะพัฒนาจิตเป็น
การให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกโยคะ ต่าง ๆ ในการจัดการอารมณ์ตนเอง ผ่านสมาธิที่กำหนดลมหายใจด้วย
การปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามหลักโยคะ เชื่อมประสานใจสู่กาย การฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบันขณะ
รับรู้ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเคลื่อนไหวร่างกายและควบคุมการหายใจ เสริมสร้างสุขภาวะให้ มีความ
ยืดหยุ่น และสมดุล เมื่อได้รับการฝึกโยคะบ่อยครั้งเกิดกล้ามเนื้อผ่อนคลายไม่ตึงตัวจึงเกิดการ
ไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้ดีขึ้น ให้อุณหภูมิปลาายนีวลดลงได้ อุณหภูมิปลา
ยนี้วเป็นการวัดการไหลเวียนของเลือดตามผิวหนัง เมื่อเส้นเลือดต่างๆ บนผิวหนังขยายขึ้น เลือดไหล
สะดวก อุณหภูมิสูงขึ้นเมื่อเส้นเลือดบีบตัวลงเลือดไหลผ่านน้อยลงอุณหภูมิลดลง เส้นเลือดบริเวณ
ปลายนิ้วไวต่อความเครียดชนิดนี้มาก ดังนั้นข้อมูลย้อนกลับของอุณหภูมิของปลายนิ้วจึงมีประโยชน์ใน
การฝึกผ่อนคลาย (แก้วตา คณะวรรณ, 2542) สมองเป็นตัวกำกับควบคุมการตอบสนองทางกายต่อใจ
เช่น ความเครียด ถ้าความเครียดนั้นยังคงอยู่ต่อไป ร่างกายก็จะมีอาการเพิ่มมากขึ้น การผ่อนคลาย
และการรู้จักจัดการกับความเครียดเท่านั้นที่จะช่วยให้เปิดระบบที่ลดความเครียด และทำให้ร่างกาย
สามารถคืนสู่สภาพปกติด้วยเหตุที่กายและใจส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน การฝึกโยคะเป็นกิจกรรมการ
ออกกำลังกายเพื่อบริหารกายและจิต โดยการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายตามที่กำหนด เน้น
การหายใจเข้า-ออก ให้สอดคล้องกับท่าฝึก และการทำสมาธิระหว่างฝึกเป็นการฝึกการเปลี่ยนแปลง

ตัวเองทั้งร่างกายและจิตวิญญาณ นอกจากการเปลี่ยนแปลงแล้วยังสามารถปรับปรุงให้ดีขึ้น (จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช และสุธาทิพย์ อุปลาบัติ, 2549) ทั้งนี้เนื่องจากการฝึกโยคะจะประกอบไปด้วยสิ่งที่สำคัญ 3 อย่าง คือ (1) การออกกำลังกายหรือท่าโยคะจะกระตุ้นอวัยวะต่อมต่างๆ ในร่างกายทำงานดีขึ้น สุขภาพกายจึงดีขึ้น (2) การหายใจหรือลมปราณเป็นแหล่งก่อให้เกิดพลังของชีวิต การควบคุมการหายใจจะทำให้เกิดจิตใจและสุขภาพร่างกายดีขึ้น และ (3) การทำสมาธิ ซึ่งการฝึกท่าโยคะและการหายใจจะเป็นพื้นฐานในการทำสมาธิ ดังนั้นกิจกรรมการฝึกโยคะจึงทำให้ผู้ที่ฝึกมีสุขภาพที่แข็งแรงจิตใจผ่องใส และเข้มแข็ง จึงทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวม, คุณภาพชีวิตทางกาย, คุณภาพชีวิตและสุขภาพ, คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม, คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ, ความสุขของคนไทยและอุณหภูมিপलयนี้ มีค่าเฉลี่ยที่สูงขึ้นในระยะหลังการทดลองและแตกต่างกับระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาประโยชน์ของโยคะ (American Yoga Association, 1995, 15 – 16; Dhammasaro, 2000; สาลี สุภาภรณ์, 2545, 20-22; เกศสุดา ชาตยานนท์, 2545, 27-29) พบว่า ทำให้เกิดความผ่อนคลาย ยืดหยุ่นดีขึ้น รู้จักตนเองมากขึ้น ทำให้ไม่หงุดหงิดง่ายทำให้ทรวดทรงดีขึ้น มีความเชื่อมั่นในตนเอง และอยู่ได้โดยไม่พึ่งยาเสพติด ทำให้มีสติสัมปชัญญะ และสมาธิดีขึ้น มีความสามารถในการผ่อนคลายตนเองได้ดีขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ดีขึ้น ทำให้ไมโตคอนเดรีย ซึ่งมีหน้าที่สร้างแหล่งพลังงานของเซลล์ในเซลล์กล้ามเนื้อมีจำนวนเพิ่มขึ้น เพิ่มจำนวนเส้นเลือดฝอยที่เลี้ยงกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อแข็งแรงและมีความยืดหยุ่นสูง ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อทำให้เกิดสมดุล เลือดไหลเข้าสู่หัวใจได้มากและเร็วขึ้น ไหลเวียนไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ดีขึ้น ในส่วนของระบบประสาท ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ดี เป็นผลดีต่อระบบประสาทเพราะเนื้อเยื่อทุกชิ้นเชื่อมต่อกับระบบประสาท กระดูกสันหลังแข็งแรงส่งผลต่อเส้นทางการเดินระบบประสาทจากสมองเชื่อมต่อไปยังอวัยวะทุกส่วน ร่างกายได้ผ่อนคลายเต็มที่ (ระบบประสาท parasympathetic ทำงาน) ลดการใช้พลังงาน นำพาร่างกายและจิตใจ เข้าสู่สภาวะสงบนิ่งและมีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาวัยรุ่นหญิงที่ฝึกโยคะมีภาวะสุขภาพด้านกาย จิต และสังคมหลังฝึกโยคะ 6 และ 12 สัปดาห์ดีขึ้นกว่าวัยรุ่นหญิงที่ไม่ฝึกโยคะ (เยาวเรศ สมทรัพย์ และคณะ, 2548) เนื่องจากการฝึกโยคะแต่ละท่าเป็นการเหยียดยืดอวัยวะ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และข้อต่อ ร่วมกับการบริหารกล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า จึงสร้างความยืดหยุ่นพร้อมกับสร้างความแข็งแรงให้กระดูกสันหลัง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ปกป้องระบบประสาทของร่างกาย การปฏิบัติอาสนะจะใช้น้ำหนักตัวผู้ฝึกกดนวดอวัยวะในช่องอก และช่องท้องซึ่งเป็นส่วนที่ลึกของร่างกาย ทำให้การไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายดีขึ้นตามท่าอาสนะนั้นๆ อวัยวะภายในได้รับสารอาหารและออกซิเจนที่เลือดนำมาอย่างเต็มที่โดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับต่อมไร้ท่อ ส่งผลให้ระบบต่างๆ ในร่างกายทำงานดีขึ้น จึงเกิดภาวะสมดุลภายในร่างกายทั้งระบบ (homeostasis) (เกศสุดา ชาตยานนท์, 2546.) สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการฝึกโยคะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพกายดีขึ้นมีอาการเจ็บป่วยน้อยลง (กัลยา กิจบุญชู และคณะ, 2545; Malathi, Damodaran, Shah, Patil, & Maratha, 2000) มีคุณภาพชีวิตดี (ทิพาวดี เอมะวรรณนะ. 2546) ระบบหัวใจและหายใจมีทำงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี (Harinath, Malhotra, Pal , Prasad, Kumar, & Kain, 2004)

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีขึ้น เพราะเพราะเมื่อปฏิบัติอาสนะ ร่างกายจะนิ่ง ผ่อนคลาย ใช้แรงน้อยที่สุด ใช้จิตตามรู้กับการเคลื่อนไหวของกาย ด้วยการฝึกเช่นนี้จิตจึงหยั่งสู่สมาธิ (สุรศักดิ์ จิระศรีปัญญา, 2545) ส่วนการฝึกควบคุมลมหายใจเบื้องต้นทำให้จิตกำหนดรู้อยู่กับลมหายใจตลอดเวลา เป็นการพัฒนาให้มีสติรู้จิตของตน เพราะลมหายใจคือสื่อกลางระหว่างกายกับจิต เมื่อกายนิ่ง ลมหายใจจะเบา ส่งผลให้กระบวนการของการคิดสงบลง การเคลื่อนไหวของปราณหรือพลังงานในร่างกายดำเนินไปด้วยดี จึงนำมาซึ่งสุขภาพที่ดีของจิต (กาโรเต้, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าสมาธิที่เกิดขึ้นขณะฝึกโยคะ ทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานน้อยลง ในขณะที่ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานเพิ่ม ส่งผลให้สารเคมี เช่น แคทีโคลามีน อดรีนาลินลดลงจึงทำให้ความเครียดลดลง ผู้ฝึกมีสุขภาพจิตดีขึ้น (ทิพาวดี เอมะวรรณนะ, 2546; Waelde, Thompson, & Gallagher-Thompson, 2004)

คะแนนเฉลี่ยความสุขหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการฝึกโยคะ มีความสุขเนื่องจากการฝึกโยคะช่วยให้เกิดความผ่อนคลายทั้งทางร่างกายและจิตใจมีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายพร้อมๆ กับการฝึกการหายใจเข้า-ออกอย่างช้าๆ มีสติอยู่กับปัจจุบันรับรู้ความรู้สึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย และจดจ่ออยู่กับลมหายใจขณะฝึกทำให้เกิดสมาธิลดความคิดฟุ้งซ่าน ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตหรือสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น การฝึกโยคะจึงช่วยให้รู้สึกสบาย สงบและผ่อนคลายจากความเครียดชั่วขณะ และเมื่อฝึกโยคะอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (Office of the Council of State, 2013; กลิ่นชบา สุวรรณรงค์ พวงเพชร เกสรสมุทร นภวัลย์ กัมพลาศิริ วรรณภา คงสุริยะนาวิณ และกาญจนา ครองธรรม, 2556) ส่งผลให้มีความสุขมากขึ้น

2. ส่วนค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสังคม ความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวม ความผาสุกปัจจุบัน ความผาสุกทางศาสนา และภาวะสุขภาพทั่วไปในระยะก่อนการทดลองแตกต่างกับระยะหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

จากผลการศึกษาพบว่าในระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสังคม ความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวม ความผาสุกปัจจุบัน ความผาสุกทางศาสนามีค่าเพิ่มมากขึ้นกว่าระยะก่อนการทดลอง แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะสมาธิที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติอาสนะโยคะ การควบคุมลมหายใจเบื้องต้น และการผ่อนคลายไม่เพียงแต่ทำให้ร่างกาย จิต และอารมณ์อยู่ในภาวะสงบเท่านั้นหากจะช่วยนำบุคคลไปสู่การตระหนักรู้ในตนเอง เข้าใจและยอมรับตนเอง เกิดการประสานความเป็นหนึ่งเดียวของร่างกาย จิต และจิตวิญญาณทั้งของตนและธรรมชาติรอบข้าง (เพียวร์ เกษตรสมบุรณ์, 2546) ซึ่งเป็นการยกระดับจิตวิญญาณให้สูงขึ้น

เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยและระดับของคุณภาพชีวิตด้านสังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงจากเกณฑ์คุณภาพชีวิตกลางๆ เป็นเกณฑ์คุณภาพชีวิตดีในทิศทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบการเปลี่ยนแปลงด้านการปรับตัวทางสังคมในทิศทางที่ดีขึ้น (เยาเวเรต สมทรัพย์ และคณะ, 2548; Netz, Lidor, 2003) เพราะการฝึกโยคะทำให้มีพัฒนาการทางอารมณ์นำไปสู่การพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับกลุ่ม และกับบุคคลในที่ทำงาน (Guimaraes, Jorge, Kakehashi, Oliveira, 2003) การฝึกโยคะเน้นให้ผู้ฝึกเกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติจนเกิดความเข้าใจและรับรู้ผล

ที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ซึ่งการเข้าใจตนเองจะทำให้เกิดการเรียนรู้และทำความเข้าใจในความแตกต่างระหว่างบุคคลได้ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสังคมดีขึ้น (เพยาว์ เกษตรสมบูรณ์, 2546)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นความผาสุกอันเกิดจากการมีจิตใจสูง หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าสูงสุด ทำให้เกิดความหวัง ความเชื่อมั่นศรัทธามีเป้าหมายในชีวิต มีการปฏิบัติในสิ่งที่ตั้งงามด้วยความมีเมตตากรุณา ไม่เห็นแก่ตัว มีความเสียสละ และยินดีในการที่ได้มองเห็นความสุข หรือความสำเร็จของบุคคลอื่น เป็นแกนกลางของชีวิตและเป็นพลังที่กำกับให้ชีวิตปฏิบัติหน้าที่ได้ ดำรงอยู่ มีการปรับปรุงและพัฒนาตามการเรียนรู้ของบุคคล (กนิษฐา ลิ้มทรัพย์, 2557; Carson, 1989) แบ่งองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณไว้ 2 ด้าน ได้แก่ ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างปัจจุบัน และความผาสุกในการมีศาสนาเป็นที่ยึดมั่นในระยะหลังการทดลองก็มีค่าเฉลี่ยที่สูงขึ้นเช่นเดียวกัน ซึ่งความผาสุกทางจิตวิญญาณนั้นเป็นเรื่องความเชื่อความศรัทธา เป็นพลังจากภายใน ที่ถูกหล่อหลอมมาจากครอบครัว ประเพณีวัฒนธรรมตั้งนั้นการเปลี่ยนแปลงให้เห็นผลอย่างชัดเจนจึงอาจต้องใช้ระยะเวลาานกว่าตัวแปรอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการฝึกโยคะต่อภาวะสุขภาพวัยรุ่นหญิง (เยาวเรศ สมทรัพย์ และคณะ, 2548) พบว่า วัยรุ่นหญิงที่ฝึกโยคะมีภาวะสุขภาพด้านกาย จิต และสังคมหลังฝึกโยคะ 6 และ 12 สัปดาห์ดีขึ้นกว่าวัยรุ่นหญิงที่ไม่ฝึกโยคะ ส่วนภาวะสุขภาพด้านจิตวิญญาณดีขึ้นหลังฝึก 12 สัปดาห์ และเมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณในวัยรุ่นหญิงกลุ่มที่ฝึกโยคะได้ผลเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าผู้มีสุขภาพดีหลังฝึกโยคะ 4-12 สัปดาห์ จะปรากฏผลต่อร่างกาย จิต และสังคม (กัลยา กิจบุญชู และคณะ, 2545; Malathai, Damodaran, Shah, Patil, & Maratha, 2000; Singh, Wissniewski, Britton, Tattersfield, 1990) แต่ภาวะสุขภาพจิตวิญญาณนั้น เป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาในการหล่อหลอมและฟุ่มเฟือยไม่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งพบผลต่อวัยรุ่นหญิงที่ฝึกโยคะด้านจิตวิญญาณหลังการฝึก 12 สัปดาห์ จึงสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านพบว่าใช้เวลามากกว่า 12 สัปดาห์ (ทิพาวดี เอมะวรรณนะ, 2546)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นลักษณะภายในของบุคคลที่แสดงออกถึงความสมบูรณ์พร้อมของ ร่างกายและจิตใจ เป็นพลังอำนาจที่นำไปสู่การมีความหมาย เป้าหมาย และความหวังในการดำเนินชีวิต มีกำลังใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น(Nilmanat, 2012) ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีส่วนสำคัญในการป้องกัน ตนเองในภาวะคุกคาม เป็นขุมพลังของชีวิต ที่ช่วย ในการดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของสภาวะในทุกมิติ และการดำรงอยู่ของบุคคล (Boston, 2006) หากบุคคลมีภาวะพร่อง ในมิติจิตวิญญาณจะส่งผลเชื่อมโยงกับความสมดุลในทุกมิติ (Buddhadasa, 1998; Meecharoen, 2013) และสภาวะทางจิตวิญญาณที่มีความผาสุก จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญต่อเหตุการณ์วิกฤต ในชีวิตได้ดี แม้มีความบกพร่องในด้านอื่นๆก็ตาม (McClain, Rosenfield, & Breitbart, 2003) จิตวิญญาณให้ความสำคัญกับพลังที่เกิดจากภายในตัวบุคคล ศาสนาเป็นพลังที่มาจากความศรัทธาจากสิ่งภายนอก จิตวิญญาณเป็นความเชื่อส่วนบุคคลที่เป็นพลังภายในผลักดันให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เกิดความรู้สึกว่า ชีวิตมีคุณค่า มีความหวัง ช่วยเผชิญและปรับตัวต่อภาวะวิกฤต ความเจ็บป่วย ความสูญเสีย และความตาย (Carson et. al., 1990) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง มีความต้องการการประคับประคองด้านจิตวิญญาณ (Taylor, 2006) ปัญหาการลดลงของความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งประสบ

หากเป็นอยู่ในระยะเวลาานานจะนำมาซึ่งปัญหาทางสุขภาพที่เชื่อมโยงกันในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ(McClain, Rosenfield, & Breitbart, 2003) ส่วนภาวะสุขภาพทั่วไปเป็นการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต โดยบอกได้ว่าบุคคลนั้นจะมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ ในระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยที่ลดน้อยลงนั้นแสดงว่าการเข้าร่วมโปรแกรมจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณนั้นช่วยทำให้ผู้เข้าร่วมมีการผ่อนคลายทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณซึ่งเป็นระบบที่เชื่อมโยงกับความสมดุลในทุกมิติจึงส่งผลให้ภาวะสุขภาพทั่วไปพบว่าไม่มีปัญหาสุขภาพจิต และมีค่าที่ลดน้อยลงเช่นกัน จิตวิญญาณและศาสนาอาจมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการรับรู้ความเข้าใจตนเองและมุมมองโลกทัศน์ การตีความประสบการณ์และพฤติกรรม (Cornish, Wade, Tucker & Post, 2014) มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อและการปฏิบัติทางจิตวิญญาณและศาสนาที่เพิ่มขึ้นซึ่งอาจมีต่อสุขภาพกาย และร่างกายของแต่ละบุคคลโดยมีอิทธิพลทั้งด้านบวกและด้านลบ การศึกษาจำนวนมากได้รายงานความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างปัจจัย จิตวิญญาณและศาสนา และลักษณะทางสุขภาพจิตที่ดี เช่น สุขภาพ ความหวังและมองในแง่ดี ความหมาย และการตั้งเป้าหมายในชีวิต การลดระดับความซึมเศร้าและความวิตกกังวล และทักษะในการเผชิญความเครียดในเชิงบวก (Koenig, 2012; Mohr, Perroud, Gillieron, Brandt, Rieben, Borrás & Huguélet, 2011; Smith, Bartz & Richards, 2007; Zenkert, Brabender & Slater, 2014) มีการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างจิตวิญญาณและศาสนา การต่อสู้กับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การใช้ยาเสพติด และการฆ่าตัวตาย (Agorastos, Metscher, Huber, Jelinek, Vitzthum, & Muhtz, Moritz, 2012; Ellison, Fang, Flannelly & Steckler, 2013 ; Koenig, 2012) นอกจากนี้การวิจัยชี้ให้เห็นว่าความเชื่อและการปฏิบัติของจิตวิญญาณและศาสนา อาจส่งผลกระทบต่อปัจจัยทางสรีรวิทยารวมถึงผลการฟื้นตัวของพฤติกรรมสุขภาพ อาการปวด ระบบภูมิคุ้มกัน หัวใจและหลอดเลือดของบุคคล (Koenig, 2012 Mohr et al., 2011; Pargament, Koenig, Tarakeshwar & Hahn. , 2004 Rosmarin, Bigda-Peyton, Kertz, Smith, Rauch และBjörgvinsson, 2013) การศึกษางานวิจัยมากกว่า 3,300 เรื่อง (Koenig, 2012) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของจิตวิญญาณและศาสนา ประเด็นปัญหาปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพกายและจิต ได้นำเสนอแบบจำลองทางทฤษฎีที่แสดงให้เห็นถึงความหลากหลายแนวทางที่จิตวิญญาณและศาสนา อาจมีผลต่อทั้งสุขภาพกายและจิต ผลการศึกษาพบว่าจิตวิญญาณและศาสนา รวมและนำไปสู่การปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพ รายงานผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเกี่ยวข้องของจิตวิญญาณกับผลลัพธ์การรักษาทางจิตเวช (Rosmarin et al.,2013) ผู้เข้าร่วมการศึกษาคือผู้ป่วย 159 รายที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชและเข้าร่วมโปรแกรมการรักษาด้วยโปรแกรมความรู้ความเข้าใจด้านพฤติกรรมศาสตร์ (CBT) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าความเชื่อมั่นในพระเจ้ามีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับความเครียด และการเพิ่มขึ้นของสุขภาพทางจิตที่ดี ความคาดหวังในการรักษาของผู้ป่วยในระดับสูงขึ้น และเพิ่มการรับรู้ความน่าเชื่อถือในการรักษา และผลการดูแลด้านจิตเวชที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ปัจจัยทางจิตอารมณ์ และจิตวิญญาณ ของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เมื่อพิจารณาการปรับปรุงแก้ไขให้สถานการณ์คุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาให้อยู่ในกลุ่มมีคุณภาพชีวิตดีมากขึ้น ต้องเลือกปรับปรุงพัฒนาให้มีปัจจัยรายได้ให้อยู่ในกลุ่มพอใช้และมีเงินเหลือเก็บมากขึ้น ก็จะช่วยขยับขึ้นไปอยู่ในกลุ่มคุณภาพชีวิตดีได้มากขึ้นได้อย่างรวดเร็วมากกว่าปัจจัยอื่น ด้วยการบริหารแผนการเงินของบุคลากรทางการศึกษา ให้ลดค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะการลดค่าใช้จ่ายที่ไม่เกิดผลผลิตตอบแทนกลับมาเป็นรายได้มากกว่าค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน อาจจะใช้การออมเงิน การลงทุนผ่านเงินฝากธนาคาร ซื้อพันธบัตรรัฐบาล หรือลงทุนกองทุนรวม แต่สำหรับคนที่ไม่มีหนี้สินแล้ว ถ้าสามารถทำงานเพิ่มรายได้จากการทำงานอื่นๆเพิ่ม ก็จะทำให้หนี้สินหมดไปได้เร็วขึ้น

2. สำหรับปัจจัยโรคประจำตัว ในกรณีโรคประจำตัวที่ไม่เกี่ยวกับโรคติดต่อ เช่นโรคเบาหวาน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย และความดันโลหิต ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป จึงควรดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายของบุคลากรอย่างต่อเนื่องโดยโรงเรียน เอื้อในเรื่องของการจัดตารางสอน ภาระงานที่รับผิดชอบให้บุคลากรสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกคน อำนวยความสะดวกในเรื่องสถานที่ และอุปกรณ์ในการออกกำลังกายต่างๆ

3. โปรแกรมปัจจัยทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ ที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาได้โดยผู้วิจัยได้ขยายองค์ความรู้ที่ได้ให้แก่กลุ่มตัวอย่างและบุคคลที่สนใจ โดยจัดทำคลิปกิจกรรมของโปรแกรมปัจจัยทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณเผยแพร่แก่โรงเรียนและครูที่สนใจนำไปปฏิบัติกิจกรรมต่อยด้วยตนเองได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาต่อยอดองค์ความรู้เชิงปฏิบัติการและนโยบายกำกับโดยให้โรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนี้เป็นต้นแบบของโรงเรียนรักสุขภาพ ถ่ายทอดสู่โรงเรียนในเครือข่ายเพื่อเสริมสร้างสุขภาพร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บรรณานุกรม

- กนกภรณ์ ทองคุ้ม, มรรยาท รุจิวิษณุ, และชมชื่น สมประเสริฐ. (2558). ผลของการฝึกสมาธิ ร่วมกับการฝึกโปรแกรมไปโอฟิตแบคต่อระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *พยาบาลสาร*, 42 (1).
- กนกวรรณ ชูชีพ. (2551). *คุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการในจังหวัดชายแดนภาคใต้*. วิทยานิพนธ์ รปม. (รัฐประศาสนศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- กนิษฐา ลิ้มทรัพย์. (2557). *การตระหนักรู้ในตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความพึงพอใจในชีวิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุในศูนย์บริการผู้สูงอายุดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาชุมชน). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย*. สืบค้นเมื่อวันที่ 6 สิงหาคม 2562, จาก <http://www.dmh.go.th/testwhoqol>. กรุงเทพฯ: สถาบันราชภัฏจันทรเกษม.
- กลีนชบา สุวรรณรงค์, พวงเพชร เกษรสมุทร, นภวัลย์ กัมพลาศิริ, วรรณมา คงสุริยะนาวิณ, และกาญจนา ครองธรรมชาติ. (2556). ผลของโปรแกรมการฝึกโยคะต่อความสุข การเห็นคุณค่าในตนเอง และอาการซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล. *Journal of Nursing Science*, 31(4), 66-78.
- กวี คงภักดีพงษ์, และเอ็ม แอล กาโรเต้. (2547). โยคะกับการพัฒนาจิตไปสู่สภาวะสูงสุด. *หมอชาวบ้าน*, ฉบับที่ 303 กรกฎาคม.
- กัลยา กิจบุญชู, อรพินท์ บรรจง, วิยะดา ทศนสุวรรณ, โสภา ธมโชติพงษ์, จรินทร์ทิพย์ คงศักดิ์ พรชัย, และดวงตรา เจริญ. (2545). ผลของการเรียนและการฝึกโยคะต่อสมรรถภาพทางกายวิถีการดำเนินชีวิตและการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีในเลือด. รายงานการวิจัย 2545.
- การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล). (2554). *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 46 (3), หน้า 209-225.
- กาโรเต้ เอ็ม แอล. ปรานยามะ. *เอกสารประกอบเวิร์กช็อป ปรานยามะ*. การประชุมโยคะวิชาการ วันที่ 23-25 กุมภาพันธ์ 2547 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพฯ. กรุงเทพฯ: มปท; 2547.
- กำชัย เสนากิจ. (2561). *คุณภาพชีวิตการทำงานของครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 26*. *วารสารวิชาการศรีปทุม ชลบุรี*, 15(1), 245-252.
- กฤษมา โทศล. (2555). *คุณภาพชีวิตของเกษตรกรชาวสวนยางในยุคเศรษฐกิจถดถอย : ศึกษากรณีจังหวัดสุราษฎร์ธานี และนครศรีธรรมราช*. วิทยานิพนธ์ รปม. (รัฐประศาสนศาสตร์). คณะรัฐประศาสนศาสตร์. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- เกตุสุดา ชาดยานนท์. (2545). *คู่มือฝึกฝนด้วยตนเอง โยคะแห่งสติ*. กรุงเทพฯ : มิตรนราการพิมพ์.
- เกียรติศักดิ์ อองกุลนะ. (2551). *ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการคิดแผน*

- อริยสัจสี่และการบริหารร่างกายแบบโยคะต่อพฤติกรรมจัดการความเครียดและ ระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- แก้วตา คณະวรรณ. (2542). การฝึกไปโอพีดีแบค วารสารวิชาการศึกษาศาสตร์, 10(1), 27 – 40.
- โกศล มีคุณ. (2542). รายงานวิจัยเรื่องการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมไทยด้านอาชีพ เศรษฐกิจ และกฎหมาย. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี. เอกสารประกอบการสอนรายวิชาความเป็นครูและคุณธรรมจริยธรรม. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 5 ธ.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก http://graduate.sru.ac.th/wp-content/uploads/2019/06/EDU0101_Teacher-and-moral-ethics.pdf.
- จมาภรณ์ ใจภักดี กมล อุดล ปราบธนา สถิตย์วิภาวี และพนม เกตุมาน. (2014). ผลของการฝึกหายใจแบบลึกร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อระดับความดันโลหิตและความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. ในการประชุมวิชาการ Graduate Research Conference 2014 Khon Kaen University, pp. 1641-1649.
- จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, และสุธาทิพย์ อุปลาบัติ. (2549). โยคะเพื่อสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วารสารพยาบาลสวนดอก, 12(2), 32-36.
- จุฑาทิพย์ อุมะวิชณี. (2547). เสี่ยงสวดมนต์รักษาโรคชะงัก. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://kanchanok.exteen/> (วันที่ค้นข้อมูล : 20 มกราคม 2559).
- จूरिพร แจ้งธรรมมา. (2545). คุณภาพชีวิตการทำงานของครูระดับมัธยมศึกษาสังกัดกรมสามัญศึกษาเขตพื้นที่การศึกษา 5. วิทยานิพนธ์, ศศ.ม., มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ.
- ฉัตรศิริ เมฆวิวัฒน์วงศ์ (2543) ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกประสาทอัตโนมัติ และไปโอพีดีแบคต่อความวิตกกังวลและอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. วิทยาศาสตร์ (พยาบาลสาธารณสุข). มหาวิทยาลัยมหิดล. บัณฑิตวิทยาลัย.
- ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา. (2551) สุขภาพคนไทย 2551. นครปฐม สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดิเรก พรสีมา. (2546). รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาวิชาชีพครู. สืบค้นเมื่อวันที่ 16 เมษายน พ.ศ. 2561. จาก <http://www.onec.go.th/Act/627/>
- เตชภาส มากคง, และศิลาปชัย สุวรรณธาดา (2558). ผลของโปรแกรมการฝึกไปโอพีดีแบคที่มีต่อความวิตกกังวลและความเม่นยำ ในการยิงปืนของนักกีฬายิงปืนระดับมัธยมศึกษา. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ, 16(2).หน้า 14-24. คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทองศักดิ์ ยิ่งรัตน์สุข, กาญจนนา พิบูลย์, ธนิตา จุลวนิชย์พงษ์, และพวงทอง อินใจ. (2563). ลักษณะงานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของครูในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดชลบุรี. บุรพาเวชสาร, 7(1), 32 – 46.
- ทัศนาศ บุญทอง, วิไล นาป่า, วาสนา แฉล้มเขตร, และรณชัย คงสกนธ์. (2010). ผลของการผ่อนคลาย

- คล้ายแบบเกร็งกล้ามเนื้อต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหอบหืด, *Rama Nurs Journal*, January - April, Vol. 16 No. 1, หน้า 136-150,
- ทิพาชาติ เอมะวรรณนะ. ผลของการฝึกโยคะกับภาวะทางจิตใจ. รายงานการวิจัย 2546.
- ธนกร จันท์สี, สุชาติ บางวิเศษ, และจ่านง ศรีมังกร. (2559). In *Proceeding of the National and international Graduate Research Conference 2016*, Graduate School, Khon Kaen University, Thailand and Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Indonesia, 1236-1243
- ธนา นิลชัยโกวิท, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และชัชวาล ศิลปะกิจ. (2539). ความเชื่อถือได้และแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 41(1), 2-17.
- ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, สมจิตร์ ห่องบุตรศรี, และผ่องพรรณ กฤษณะประกรกิจ. (2552). *สมาธิบำบัดทางจิตเวชศาสตร์ และสุขภาพจิต*. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ธีรวิมล เอกะกุล. (2543). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- นงนุช ศรีตระกูล. (2545). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีแบบผสมผสานและการฝึกผ่อนคลายต่อการลดความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คณะบัณฑิตวิทยาลัย, สาขาวิชาการ
- นงลักษณ์ จุฑาจินดาเขต . (2540). *ผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*. กรุงเทพมหานคร : ฐานข้อมูล วิทยานิพนธ์ไทย.
- นริศรา พึ่งโพสก, และ ธุาศุภร์ จันประเสริฐ (2555). *การสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย*. รายงานการวิจัยสถาบันพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- นัตยา สุวรรณจันทร์, นัฏจรี เจริญสุข, และสถาพร สังข์ขาวสุทธิรักษ์. (2560). *การศึกษาค่าความเครียดในการปฏิบัติงานของผู้บริหารสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 11*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.
<http://ir.sru.ac.th/handle/123456789/202>
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. (2541). *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541*. กรุงเทพฯ : ดีไซน์.
- ประเวศ วะสี, พระพิศาลธรรมวาทิ, แมซึคันสนีย์ เสถียรสุด, และโสภณ สุภาพงษ์. (2544). “*สู่สุขภาพ สี่มิติ*” *สู่สุขภาพทางสังคมและจิตวิญญาณ*. กรุงเทพฯ:สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- ประเวศ วะสี. (2551, 14 มิถุนายน). *สุขภาพทางปัญญา*. มติชน. สืบค้นเมื่อ 27 กุมภาพันธ์ 2560, จาก <http://library.uru.ac.th/webdb/mages/prawase.com-article-149.pdf>
- ประเวศ วะสี. (2553). *ธรรมชาติของสรรพสิ่ง : การเข้าถึงความจริงทั้งหมด*. นนทบุรี : กรีน-ปัญญาญาณ.

- ประสิทธิ์ อุ๋นหนองกุง. (2555). *เอกสารประกอบการสัมมนาภาวะผู้นำ*. สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
- ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา.(2559). กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต. *วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่*, 49(2), 171-184. Doi: 10.14456/jams.2016.27
- เพียว เกษตรสมบุรณ์. *การสร้างเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพมารดาด้วยโยคะ*. เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพมารดา: ภูมิปัญญาตะวันตกและตะวันออก วันที่ 5-7 มีนาคม 2546 ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2546.
- พรศิริ เทียนอุดม. (2546). *ปัจจัยส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของครูต้นแบบ*. วิทยานิพนธ์, ค.ม., กรุงเทพฯ: สถาบันราชภัฏจันทรเกษม.
- พระพรหมคุณาภรณ์(ป.อ. ปยุตโต). (2555). *พุทธธรรมฉบับปรับขยาย (พิมพ์ครั้งที่ 32)*. กรุงเทพฯ: ผลิธีมัม.
- พระวิจิตรธรรมาภรณ์. (2554). *การเจริญพระพุทธมนต์*. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.jariyatam.com/> (วันที่ค้นข้อมูล : 21 ตุลาคม 2560)
- พชนี สมกำลัง. (2556). *จิตวิญญาณของผู้นำทางการพยาบาล ฟลอเรนซ์ ไนติงเกล*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัสมณห์ คุ่มทวีพร, พุทธวรรณ ชูเชิด, และสุจิตรา สุทธิพงศ์. (2557). การเปรียบเทียบผลการสวดมนต์และการฟังเสียงสวดมนต์ต่อความเครียด และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2).
- พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ. (2548). *12 แนวคิดทางรัฐประศาสนศาสตร์ : ความหมายการวัด*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: เสมาธรรม.
- พิมพ์ิกา จันทไทย. (2550). *การพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของครู สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน*. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (วิจัยและจิตวิทยาการศึกษา). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แพทย์พงษ์ วรพงศ์พิเชษฐ และเสาวนิตย์กมลธรรม. (2561). *คู่มือโยคะสำหรับผู้สูงอายุ*. กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- เยาวเรศ สมทรัพย์, เพียว เกษตรสมบุรณ์, และ สุรีย์พร กฤษเจริญ. (2548). ผลของการฝึกโยคะต่อภาวะสุขภาพวัยรุ่นหญิง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(3), 165-176.
- ธรรุทธิ์ บุตรแสนคม. (2540). *รายงานการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชนบทจังหวัดมหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ : นานมีบุคส์พับลิเคชั่นส์.
- วัลนิกา ฉลากบาง. (2559). จิตวิญญาณความเป็นครู: คุณลักษณะสำคัญของครูมืออาชีพ. บทความวิชาการ. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม*, 6 (2), หน้า 123-128.
- วิชัย จุลวนิชย์พงษ์, รัชณี ธาราสันติสุข, จงรักษ์ หวังเชื้อ, บุชบา ใจกล้า, จันทนา บุญส่ง,

- สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์, ยุพดี ชมดี และเอื้อมพร รักจรรยาบรรณ. ประสิทธิผลของการออกกำลังกายและออกกำลังกายแบบแอโรบิกในการป้องกันภาวะเบาหวานจากการคัดกรองในกลุ่มประชากรที่มีระดับน้ำตาลในเลือด 110-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จ.ชลบุรี*, 2552; 2(3): 104-116.
- วิชัย จุลวนิชย์พงษ์, สุรีย์ เต็มศิริพันธ์, วรรณมา บัวสุวรรณ, เมธาพร ภูมิรุ่งเรือง, จริญญา อภิชาติ วนิชย์, น้ำฝน วรรณรัตน์ และศรัณญา บัวสุวรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะเบาหวานจากการคัดกรองในกลุ่มประชากรอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปของตำบลอ่างศิลา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จ.ชลบุรี*, 2551; 1(4): 191-195.
- วิพุธ พูลเจริญ. (2544). *สุขภาพ: อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิมลทิพย์ แก้วถา. (2546). *ผลของการฝึกผ่อนคลายร่วมกับการใช้ไบโอฟีดแบคต่อความเครียดและความดันโลหิตใน ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขา วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- วีระศักดิ์ พงศ์พิริยะไมตรี. (2553). *ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและการดูแลตนเองที่บ้านที่มีต่อความเครียด ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, คณะสาธารณสุขศาสตร์, สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ.
- ศิริรัตน์ ศิริเลิศ. (2548). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการนอนหลับโดยการปฏิบัติสมาธิต่อความเครียดและคุณภาพการนอนของวัยกลางคน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขา วิชาเอกพยาบาล สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภลักษณ์ ทัดศรี, และ อารยา พรายแย้ม. (2554). *จิตวิญญาณในชีวิตประจำวัน*. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันโยคะวิชาการ .(2547). *โยคะ การฝึกทำทุกวัน*. มูลนิธิหมอชาวบ้าน.
- สมเด็จ สุขสมบูรณ์. (2545). *ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อความเครียดของสามเณรนักศึกษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา จิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สาลี สุภาภรณ์. (2545). *ตำราไอเย็นกะโยคะ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เพ็ญฟ้าพรินต์ติ้ง.
- สำนักงาน ก.พ. (2553). *รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของข้าราชการพลเรือนสามัญ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2553). *ภาระงานสอนของข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา รายงานการสอน สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน*. สืบค้นเมื่อ 27 มีนาคม 2562, จาก <http://www.secondary35.go.th/wp-content/uploads/2019/06/v5733-2553-person.pdf>
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2561). *คุณภาพชีวิตของข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษาในเขตพัฒนาพิเศษเฉพาะกิจจังหวัดชายแดนภาคใต้*. รายงานการวิจัย.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *การสาธารณสุขไทย 2554-2558*. โรงพิมพ์องค์การ

- สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สิริพิมล อัญชลีสังกาศ. (2547). *โยคะเพื่อสุขภาพขั้นพื้นฐาน*. กองการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี
- สุทธิพงศ์ บุญผดุง. (2554). *รายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่น โดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน ตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (ระยะที่ 1)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
- สุรศักดิ์ จิระศรีปัญญา. *ชีวิตที่เสถียรและสุขจากการฝึกอาสนะ (ตอนที่ 1)*. สานแสงอรุณ 2545;64-7.
- สุรินทร์ สุทธิธาทิพย์. (2543). *ผลการฝึกอบรมะระยะสั้นต่อการผ่อนคลายความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี*. รายงานการวิจัย. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิวรรธณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิต วงศ์สุวรรณ, และ ธานีพรหมานะจรัสกุล. (2541). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*. *วารสารกรมสุขภาพจิต*, 5(3), 4-11.
- อภิชัย มงคล, วัชนี หัตถพนม, ภัสรา เซษฐ์โชติศักดิ์, วรณประภา ชลอกุล, ละเอียด ปัญโญใหญ่, สุจรีต สุวรรณชีพ. *การศึกษาด้านชีวิตสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล)*. (2554). *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 46 (3), หน้า 209-225.
- อมร นนทสุต. (2526). *คุณภาพชีวิต*. เอกสารประกอบการสัมมนาความต้องการการพื้นฐานขั้นต่ำกับการพัฒนาสังคมระยะยาว: บทบาทของผู้ว่าราชการจังหวัดในการพัฒนาคุณภาพประชากร. 22-23 กรกฎาคม โรงแรมแกรนด์พาเลซ พัทยา ชลบุรี.
- อรุณี อ่อนสวัสดิ์. (2551). *ระเบียบวิธีวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาควิชาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อารี สังข์ศิลป์ชัย. (2548). *คุณภาพชีวิตการทำงานของครูผู้สอนในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานครปฐม*. วิทยานิพนธ์ ค.ม., มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, นครปฐม.
- อารีสังข์ศิลป์ชัย. (2548). *คุณภาพชีวิตการทำงานของครูผู้สอนในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่ อัมทัย อนิศา*. (2555). *คุณภาพชีวิตของครูที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพครูในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากาญจนบุรี เขต 4*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (บริหารการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร. ถ่ายเอกสาร.
- Agorastos, A., Metscher, T., Huber, C. G., Jelinek, L., Vitzthum, F., Muhtz, C., Moritz, S. (2012). Religiosity, magical ideation, and paranormal beliefs in anxiety disorders and Obsessive-Compulsive Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 876-884. doi: 10.1097/NMD.0b013e31826b6e92
- American Yoga Association. (1995). *20 - Minute Yoga Workouts*. New York: The Philip Lief Group
- Arloski, Michael. (1996). *Managing Streejul Change : A Holistic Approach*. Corolado : Northern Corolado's University.
- Astin, J. A., Shapiro, S., Eisenberg, D., & Forys, K. (2003). Mind-body medicine: State of the science, implications for practice. *J Am Board Fam Pract*, 16(2), 131- 147.

- Barbara B. Brown (1977). *Stress and the Art of Biofeedback*, Harper & Row Publishers. Boston, P.H., & Mount, B.M.(.). The caregiver's perspective on existential and spiritual distress in palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2006;32(1):13-26.
- Buddhadasa Bhikkhu.(1998). *Handbook of mankind (Complete version)*. Bangkok: Amy trading.
- Bufford, R. K., Paloutzian, R. F., & Elliison, C. W. (1991). Norm for the spiritual well-being scale. *Journal of Psychol theology*, 19, 56-67.
- Byre, M. (2002). Spiritual in palliative care: what language do we need? *Inter J Pal Nurse*, 8, 67-74.
- Calman, K.C. (1984) Quality of life in cancer patients: An hypothesis. *J Med Ethics*, 10, 124-7.19
- Campbell. (1972). Aspirations, Satisfaction and fulfillment. In A. Campbell and P.E. Converse (eds.). *The Human Meaning of Social Change*. New York: Russel Sage Foundation
- Canrad, N. L. (1985). Spiritual support for the dying. *Nurs Clin North Am*, 20, 415-25.
- Carson, V. B. (1989). *Spiritual Dimension of Nursing Practics*. Philadelphia: WE Saunders Company.
- Carson, V. B., Soeken, K. L., & Shanty, L. (1991). Hope and spiritual well-being: essentials for living with AIDS. *Perspect in Psychiatr Care*, 26, 29-34.
- Carson, V.B.(1989). *Spiritual dimensions of nursing practice*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Carson, V.B., Soeken, K.L., Soeken, K.L., Shaty, & J., Terry, L. (1990). Hope and spiritual well-being: essentials for living with AIDS. *Perspect in Psychiatr Care*, 26, 28-34.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2010). systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological Medicine*, 40(8), 1239-1252.
- Cornish, M. A., Wade, N. G., Tucker, J. R., & Post, B. C. (2014). When religion enters the counseling group: Multiculturalism, group processes and social justice. *The Counseling Psychologist*, 42, 578-600. doi: 10.1177/0011000014527001
- Cummins, R.A., Mccabe, M.P., Romeo, Y., & Gullone, E. (1994). Validity studies the Comprehensive Quality of Life Scale (ComQol): Instrument development and psychometric evaluation on college staff and students. *Educ Psychol Meas*, 54(2), 372-82
- Cummins, R. A. (1998). The second approximation to an international standard of life satisfaction. *Social Indicators Research*, 43, pp. 307–334.

- Deepak, D., Sinha, A., Gusain, V., & Goel, A. (2012). Study on effects of meditation on Sympathetic Nervous System functional status in meditators. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 6(6), 938-942.
- Denham, M.J. (1991). *Care of the long-stay elderly patient. 2nd ed.* London: Champman and Hall
- Dhammasaro, Banyat. (2000). *Yoga Why? Why Yoga?.* Nakorn Sri Dhammaraj: Wat Bolo.
- Diener, E., Emmons, R.A., & Larsen, R.J. (1985). The satisfaction with life scale. *J Pers Assess*, 49, 71-5.
- Dijkers, M. (2005). Quality of life of individual with spinal cord injury: A review of conceptualization, measurement, and research findings. *J Rehabil Res Dev*, 42(3), Supplement 1: 87-110.
- Dolan, P., Gudex, C., Kind, P., & Williams, A. (1996). Valuing health status: A comparison of methods. *J Health Econ*, 15(2): 209-31.
- Dugan, O. D. (1987). Death and dying: emotional, spiritual, and ethic support for patients and families. *J Psychosoc Nurs Ment Health*, 25, 21-9.
- Edlin, G., Golanty, E., & Brown, K. Mc. C. (2000). *Essentials for Health and Wellness. 2 nded.* Sudbury : Uones and Bartlett.
- Efficace, F. & Marrone, R. (2002). Spiritual issues and quality of life assessment in cancer care. *Death Studies*, 26, 743-756.
- Ellison, C. G., Fang, Q., Flannelly, K. J., & Steckler, R. A. (2013). Spiritual struggles and mental health: exploring the moderating effects of religious identity. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 23, 214-229. doi: 10.1080/10508619.2012.759868
- Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social science & medicine*, 41(10), 1439-1446.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible sta-tistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Ferrans CE. (1996). Development of a conceptual model of quality of life. *Sch Inq Nurs Pract*, 10(3), 293-304.
- Ferrans CE. Development of a conceptual model of quality of life. *Schol Inquiry Nurs Pract* 1996; 10(3): 293-304.
- Fisher, R. (1992). Personal Values and Individual Quality of Life in Palliative care Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30, 154-159.
- George, B.K. & Berson, D.A. (1989). A Multidisciplinary Concept analysis of Quality of

- life. *Western Journal of Nursing Research*, 21, 728-742.
- George, L.K. & Baron, L.B. (1980). *Quality of life in older persons: meaning and measurement*. NY: Human Sciences Press.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Maudsley Monograph No 21. London: Oxford University Press.
- Goldstein, J. H. (1975). *Aggression and Crimes of Violence*. New York : Oxford University Press.
- Guimaraes, M.C., Jorge, S.A., Kakehashi, S., & de Oliveira, L. (1998). Health and education: alternative courses for the development of nursing personnel. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP* [serial on the Internet]. 1998 Jun [cited 2003 Aug 12]; 30(2); [about 2 p.]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6WVB-45D3B48-1S3/2/1dfaf5a3d1714e8a33e000208a8>.
- Hairy M. (1999). Measuring the quality of life: Why, how and what? In: Joyce CRB, McGee H, O'Boyle CA, editors. *Individual quality of life: Approached to conceptualisation and assessment*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 1999. p. 22.
- Hall, B. A. (1997). Spirituality in terminal illness. *J Holist Nurse*, 15, 82-96.
- Harinath, K., Malhotra, A.S., Pal, K., Prasad, R., Kumar, R., & Kain, T.C., et al. Effects of Hatha yoga and Omkar meditation on cardiorespiratory performance, psychologic profile, and melatonin secretion. *J Altern Complement Med* 2004; 10:261-9.
- Hungelmann, J.A., E. Kenkle-Rossi, L. Klassen & R.M. Stollenwerk. (1987). Development of the JAREL Spiritual Well-Being Scale. In R.M.Carrol-Johnson (ed). *Classifications of Nursing Diagnosis: Proceeding of the 8th Conference*. North American Nursing Diagnosis Association. J.B. Lippincott Company, Philadelphia. 393-398.
- Jacobson, E. (1970). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press
- Jason Brownlee. (2018) .A Gentle Introduction to Statistical Power and Power Analysis in Python. Posted on July 2018, Retrived on November 2018, <https://machinelearningmastery.com/statistical-power-and-power-analysis-in-python/>
- Javnbakht ,M., Kenar,i R.H., & Ghasemi, M. (2009). Effects of yoga on Depression and anxiety of women. *Complementary Therapies in Clinical Practice*,15, 102-4.
- Kaplan, R.M., & Bush, J.W. (1979). Health status index: Category rating versus magnitude estimation for measuring levels of well-being. . *Med Care*, 1979,

- 17, 501-25.
- Kinney, M.R.(1996). Quality of life research: Rigor or rigor mortis. *Cardiovasc Nurs*, 31, 25-8.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. Retrieved from <http://www.hindawi.com/journals/isrn/2012/278730/abs/>
- Kovocic, T., & Kovcic, T. (2011). Impact of relaxation training according to yoga in daily life system on self-esteem after breast cancer surgery. *The Journal Of Alternative and Complementary Medicine*. 2011;17(12):1157-64.
- Kunvetchkit, A., Pawong, T., Seangtrong, P., Pulongpeer, P., & Raschasri, M. (2010). Effects of yoga on happiness and depression in patients with depression. *J Psychiatr Assoc Thailand*, 2010, 55(3), 261-8. (in Thai).
- Kuyken, W., & Orley. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc sci med*, 41(10), 1403-9.
- Liddle, J., & McKenna, K. (2000). Quality of life: An overview of issues for use in occupational therapy outcome measurement. *Aust Occup Ther J*, 47, 77-85.
- Mahatnirankul, S., Silpakit, P., & Pumpaisalchai, W. (2000). The quality of life during the economic crisis in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand*, 8, 112-23. (in Thai).
- Malathi, A., Damodaran, A., Shah, N., Patil, N., & Maratha, S. (2000). Effect of yogic practices on subjective well being. Indian. *J Physiol Pharmacol* ,44,202-6.
- Malathi, A., & Damodaran, A. (1999). Stress due to exams in medical students: Role of yoga. *Indian J Physiol Pharmacol* 1999; 43:218-24.
- Maslow, A.H. (1987). *Motivation and personality*. 3rd ed. New York: Harper & Row Publishers.
- Maslow, A.H. (1957). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
- Maslow, A.H. (1970). *Motivation and personality*. 2ed. New York: Harper & Row.
- McClain, C.S., Rosenfield, B., & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end of life despair in terminally ill cancer patient. *Lancet*. , 361(9369), 1603-7.
- McClain, C. S., Rosenfield, B., & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end of life despair in terminally ill cancer patient. *Lancet*, 361(9369), 1603-7.
- McClelland, D. (1973). Testing for Competency Rather than for Intelligence. *American Psychologist*. 28 (1), pp. 1 - 14.

- McGinnis, R., McGrady, A., Cox, S., & Grower-Dowling, K. (2005). Controlling Blood Glucose Through Biofeedback and Relaxation Therapy. *Diabetes Care* September, 28(9), 2145-2149.
- McMahon, D. M. (2005). *Happiness : a history*. New York: Atlantic Monthly Press.
- Meecharoen, V. (2013). Family caregivers of cancerpatients: Roles' adaptation and quality of life promotion. *Rama Nurs J*, 20(1),10-22.
- Meecharoen, V. (2013). Family caregivers of cancer patients: Roles' adaptation and quality of life promotion. *Rama Nurs J*, 20(1), 10-22.
- Mental Health Foundation. (2018). What are mental health problems?. Retrieved from <https://www.mentalhealth.org.uk/your-mental-health/about-%20mentalhealth/what-are-mental-health-problems>
- Meraviglia, M.G. (1999). Critical analysis of spiritual and its empirical indicators: Prayer and meaning in life. *Journal of Holistic Nursing*, 17, 1, 18-33.
- Mohr, S., Perroud, N., Gillieron, C., Brandt, P., Rieben, I., Borrás, L., & Huguelet, P. (2011). Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders. *Psychiatry Research*, 186, 177-182. doi:10.1016/j.psychres.2010.08.012
- Moons, P., Budts, W., & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *Int J Psychiatr Nurs Res*, 43, 891-901.
- Narasimhan, L., Nagarathna, R., & Nagendra, H.(2011). Effect of integrated yogic practices on npositive and negative emotions in healthy adults. *Int J Yoga*, 4(1), 13-9
- Narayanasamy, A. (1995). Spiritual care of chronically ill patient. *Journal of clinical nursing*, 4,6,379-400.
- Nesse, R. M. 2005). *Natural selection and the elusiveness of happiness*. In F. A. Huppert, N. Bayis & B. Keverne (Eds. The science of well-being (pp. 3-32).
- Netz, Y., & Lido, R.(2003). Mood alterations in mindful versus aerobic exercise modes. *J Psychol* ,7,405-19.
- Neugarten, B.L., & Havighurst, R.J. (1961). The measurement of life satisfaction. *J Gerontol*, 1961, 16, 134-43
- Nilmanat K. (2012). *The end of life care*. Bangkok: Orange media.
- Office of the Council of State [Internet]. (2007). Bangkok: National Health Act; 2007[updated 2007 March 19; cited 2013 July 28]. Available from: http://www.moph.go.th/hot/national_health_50.pdf/ (in Thai).
- Orem, D.E. (2001). *Nursing concepts of practice*. NY: Mc Graw-Hill Book.

- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2004). *Religious coping* methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology, 9*, 713-730. doi: 10.1177/1359105304045366
- Peace, S.M. (1990). *Researching social gerontology: Concepts, methods, and issues*. London: SAGE.
- Ragsdale, D. & Morrow, D.R. (1990). Quality of life as a function of HIV classification. *Nursing Research, 39*, 355-359.
- Rosmarin, D. H., Bigda-Peyton, J. S., Kertz, S. J., Smith, N., Rauch, S. L., & Björvinsson, T. (2013). A test of faith in God and treatment: The relationship of belief in God to psychiatric treatment outcomes. *Journal of Affective Disorders, 146*, 441-446. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.030>
- Schell FJ, Allolio B, & Schonecke OW. (1994). Physiological and psychological effects of Hatha-Yoga exercise in healthy women. *Int J Psychosom, 41*(1-4), 46-52.
- Singh V, Wissniewski A, Britton J, Tattersfieldl A. Effect of yoga breathing exercise (pranayama) on airway reactivity in subject with asthma. *Lancet, 335*, 1381-3.
- Smith, T. B., Bartz, J., & Richards, P. S. (2007). Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research, 17*, 643-655. doi: 10.1080/10503300701250347
- Somsap, Y., Kasetsoomboon, P., Krischareon, S., & Polain, K. (2005). The Effects of yoga on female adolescents' health. *Songklanagarind Medical Journal, 23*(3),165-76. (in Thai).
- Stajduhar, K.I., Martin, W.L., Barwich, D, Fyles G. Factors influencing family caregivers' ability to cope
- Stephen P, Lynda C. The needs-based approach to quality of life assessment. *Value Health, 2004; 7*(S1): S1-S3.
- Stoll, R. I. (1979). Guidelined for spiritual assessment. *Am J Nurs, 79*, 1574-7.
- Taylor, EJ. (2006). Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancers and family caregivers. *Oncol Nurs Forum, 33* (4),729-35.
- The WHO Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. (1995). *Social Science and Medicine. 1995; 41*: 1403-9.
- The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. (1995). *Soc Sci Med, 41*(10), 1403-1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-k
- Ventegodt, S., & Hilden, J. Measuring the Quality of Life I: A methodological

- framework. *Scientific World Journal* 2003; 13(3): 950-61.
- Waelde, L.C, Thompson, L.,& Gallagher-Thompson, D.L. (2004). A pilot study of a yoga and meditation intervention for dementia caregiver stress. *J Clin Psychol* 2004; 60: 677-87.
- Wahbeh, H., Elsas, Siegwand-M, & Oken, B. S. (2008, June 10). Mind-body interventions: Applications in neurology. *Neurology*, 70(24), 2321-2328.
- Walton, J. (1996). Spiritual relationship: a concept analysis. *Journal of Holistic Nursing*, 14, 3: 237-250.
- Whitebird, R. R., Kreitzer, M. J., & O'Connor, P. J. (2009, September 21). Mindfulness-Based Stress Reduction and Diabetes. *Diabetes Spectrum*, 22(4), 226–230.
- 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.
- Woolery, A., Myers, H., Sternlieb, B., Zeltzer L. A . (2004). yoga intervention for young adults with elevated symptoms of depression. *Altern Ther Health*,10(2),60-3.
- World Health Organization (1986). Ottawa charter of health promotion. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Mental health: a state of well-being*. Retrieved from https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- World Health Organization. (2017). WHOQOL: Measuring Quality of Life. Retrieved from <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment, field trial version*.
- Zenkert, R. L., Brabender, V., & Slater, C. (2014). Therapists' responses to religious/spiritual discussions with trauma versus non-trauma clients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44, 213-221. doi: 10.1007/s10879-014-9264-1
- Zhan L. (1992). *Quality of life: Conceptual and measurement issues*. *J Adv Nurs*,17(7), 795-800.

ภาคผนวก

โปรแกรมพัฒนาจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
ของบุคลากรทางการศึกษาในเขตภาคตะวันออก

โปรแกรมพัฒนาจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของบุคลากรทางการศึกษาในเขตภาคตะวันออก

ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศ และสร้างสัมพันธ์ภาพ

หลักการ สัมพันธภาพในการดำเนินโปรแกรมฯ เป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้กระบวนการตามโปรแกรมฯ นั้นประสบผลสำเร็จหรือไม่ ทั้งที่สมาชิกผู้เข้าร่วมกิจกรรมและที่ผู้วิจัยต้องมีความไว้วางใจและยอมรับซึ่งกันและกัน โดยที่สมาชิกผู้เข้าร่วมกิจกรรมไว้วางใจ ให้ข้อมูลที่เป็นความจริง ส่วนที่ผู้วิจัยต้องมีจรรยาบรรณในการรักษาความลับ สร้างความสัมพันธ์ในเชิงวิชาชีพ (Professional Relationship) และคำนึงถึงประโยชน์อันจะเกิดแก่ที่สมาชิกผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นอันดับแรก

การตกลงบริการเป็นการสร้างความเข้าใจแก่ที่สมาชิกผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้ทราบถึงแนวทาง วัตถุประสงค์ ขอบเขตในการดำเนินกิจกรรมตลอดโครงการ และบทบาทของที่สมาชิกผู้เข้าร่วมกิจกรรมในการมีส่วนร่วม เพื่อให้การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาสัมฤทธิ์ผล รวมทั้งระยะเวลา และเงื่อนไขในการยุติกิจกรรม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างที่ผู้วิจัยและครูผู้เข้าร่วมวิจัย
2. เพื่อให้ครูผู้เข้าร่วมวิจัยได้เข้าใจ กฎ กติกา การวิจัย บทบาทหน้าที่และวันเวลาที่ทำกิจกรรม
3. เพื่อให้ครูผู้เข้าร่วมวิจัยผ่อนคลายและสนุกสนาน
4. เพื่อให้ครูผู้เข้าร่วมวิจัยมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

อุปกรณ์

- คอมพิวเตอร์ และโปรเจคเตอร์
- เครื่องเสียง
- ไมโครโฟน
- เนื้อเพลง
- แบบสอบถาม และเครื่องมือวัดความเครียดปลายนิ้ว

ระยะเวลาทำกิจกรรม

ใช้เวลาทำกิจกรรมทั้งหมด 60 นาที

จำนวนสมาชิก 30 – 40 คน

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ให้สมาชิกเลือกนั่งตามเก้าอี้ที่จัดไว้ให้เป็นวงกลม ที่ผู้วิจัยกล่าวทักทายพูดคุยแนะนำตัวเอง (ใช้เวลาประมาณ 5 นาที)

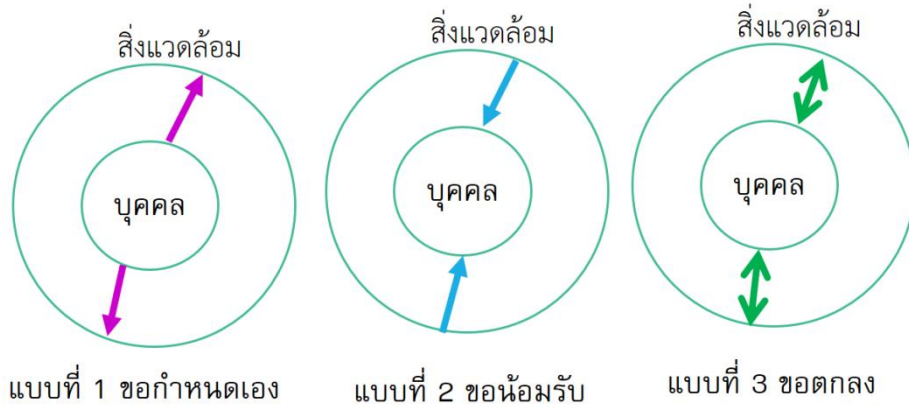
2. ทีมผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายรายละเอียดขั้นตอนการทำวิจัย ระยะเวลาและจำนวนครั้งที่ จะเข้ากลุ่มและบทบาทหน้าที่ของสมาชิกและทีมผู้วิจัยตลอดโปรแกรม และให้สมาชิกครูผู้เข้าร่วมวิจัย ร่วมเสนอข้อตกลงการนัดวัน เวลา สถานที่ ในการมาทำกิจกรรม (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)
3. ให้สมาชิกทีมยืนแบ่งเป็นวงกลม 2 แถว และให้หันหน้าเข้าหากัน
4. ทีมผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย เปิดสไลด์เนื้อเพลง และสอนวิธีร้องตามเนื้อเพลงให้สมาชิกร้องก่อน 2 รอบ หลังจากนั้น เปิดโอกาสให้ครูผู้เข้าร่วมวิจัยแนะนำตนเองผ่านกิจกรรม ฉันทู... (เนื้อเพลง ครับ/คะ สวัสดิ์ ครับ/คะ ฉันทู ยินดี ไม่มีปัญหา (ร้องซ้ำ 2 รอบ) ตา หู จมูก ปาก ตา (ซ้ำ 2 รอบ) หลังจากนั้น ให้ร้องเพลงตามเนื้อเพลงแล้วให้บอกชื่อสมาชิก แทนคำว่า “ยินดี” และให้ทำท่าทาง ประกอบเพลง ดังนี้
 “ครบ/คะ สวัสดิ์ ครับ/คะ” กำหนดให้ยกมือสวัสดิ์เป็นท่าทางประกอบคำเนื้อร้อง
 “ฉันทู ยินดี/ ชื่อตนเอง ไม่มีปัญหา” (ร้องซ้ำ 2 รอบ) กำหนดให้กำมือและหันนิ้วหัวแม่มือเข้าหาตนเองในตำแหน่งบริเวณหน้าอก
 “ตา หู จมูก ปาก ตา” (ซ้ำ 2 รอบ) กำหนดให้สมาชิกใช้นิ้วชี้ไปที่อวัยวะต่าง ๆ ตามเนื้อร้อง
 การร้องเพลงแนะนำตนเองทีมผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย จะให้สมาชิกร่วมร้องเพลงด้วยเสียงที่ตั้ง และเพิ่มจังหวะเพลงให้เร็วขึ้น วนจนกระทั่งทักกันครบทุกคู่ (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)
5. ทำแบบทดสอบก่อนดำเนินกิจกรรมเต็มรูปแบบ (Pretest) (ใช้เวลาประมาณ 20 นาที)
6. สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)

การประเมินผล

1. สังเกตจากการมีส่วนร่วมและการให้ข้อมูลป้อนกลับของสมาชิก

ครั้งที่ 2 ออกแบบชีวิตพิชิตเป้าหมาย: Creative Redesign My Life

หลักการ การบูรณาการหลักจิตวิทยาตามทฤษฎีให้คำปรึกษาแนวพุทธ (Buddhism: Self Reliability) ทฤษฎีความคิดและพฤติกรรมบำบัด (Cognitive Behavior Therapy) และ กลุ่มมนุษยนิยม (Existentialism/ Humanism) อันมีพื้นฐานความเชื่อเกี่ยวกับลักษณะปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะดังนี้



ภาพที่ 1 ลักษณะปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม

ทฤษฎีจิตวิทยาที่นำมาใช้ในด้านพฤติกรรมศาสตร์ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม

กลุ่มพลังที่ 1 (First Force) กลุ่มจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis/ Psychodynamic) มีนักจิตวิทยาเช่น ฟรอยด์ จุง และ แอดเลอร์ เป็นต้น มีแนวคิดปฏิสัมพันธ์แบบที่ 1

กลุ่มพลังที่ 2 (Second Force) กลุ่มพฤติกรรมนิยม (Behaviorism) และกลุ่มความคิด/ปัญญานิยม (Cognitive Behavioral Therapy) มีนักจิตวิทยา เช่น สกินเนอร์ เบค และ เอลลิส เป็นต้น มีแนวคิดปฏิสัมพันธ์แบบที่ 2

กลุ่มพลังที่ 3 (Third Force) กลุ่มมนุษยนิยม (Humanism/ Existentialism) มีนักจิตวิทยา เช่น คาร์ลอาร์โรเจอร์ส แฟรงเกอร์ และเพริล เป็นต้น มีแนวคิดปฏิสัมพันธ์แบบที่ 3

เมื่อพิจารณาร่วมกับวงจรความต้องการที่จะเป็นแรงขับ ผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่จะตอบสนองความต้องการให้สำเร็จตามที่ตนเองได้กำหนดไว้เริ่มจากการกำหนดระดับความต้องการ (Need) บางอย่างที่ตนพอใจหรือต้องการ เกิดแรงขับ (Drive) ให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรม (Behavior) บางอย่างเพื่อให้ได้รับผลตามที่ปรารถนา เมื่อบรรลุผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง ก็จะส่งผลให้ลดแรงขับ (Drive Reduction) การเปลี่ยนแปลงวงจรความต้องการเหล่านี้ เป็นแบบพลวัต (dynamic) หรือเปลี่ยนแปลงได้

การออกแบบชีวิตของบุคคล จะต้องดำเนินและเกิดจากแรงขับภายในตนเอง จึงจะเกิดความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพราะหากบุคคลนั้นไม่ออกแบบชีวิตด้วยตนเอง จะถูกคนอื่น หรือสิ่งแวดล้อมจัดการหรือออกแบบให้ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านจิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม ความคิดหรือความเชื่อที่อาจบิดเบือนได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ครูผู้เข้าร่วมวิจัยได้เข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ และทบทวนตนเอง
2. เพื่อให้ครูผู้เข้าร่วมวิจัยได้ทบทวนและออกแบบชีวิตตนเอง แบบมีเป้าหมายชัดเจนและวัดผลได้ด้วยตนเอง
3. เพื่อให้ครูผู้เข้าร่วมวิจัยมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

อุปกรณ์

- คอมพิวเตอร์ และโปรเจคเตอร์
- เครื่องเสียง
- ไมโครโฟน
- กระดาษ เอ4
- กระดาษฟอสอิท คละสี และกระดาษแบบ จำนวน 5 แบบ
- ปากกา
- สไลด์บรรยายหัวข้อ “ออกแบบชีวิตพิชิตเป้าหมาย: Creative Redesign My Life”

ระยะเวลาทำกิจกรรม

ใช้เวลาทำกิจกรรมทั้งหมด 60 นาที

จำนวนสมาชิก 30 – 40 คน

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. จัดโต๊ะเก้าอี้แบ่งเป็นกลุ่มวงกลม กลุ่มละ 6 – 8 คน และให้สมาชิกเลือกนั่งตามเก้าอี้ที่จัดไว้ให้ตามความสมัครใจ ผู้วิจัยกล่าวทักทายพูดคุยแนะนำตัวเอง และแนะนำทีมวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำกิจกรรมครั้งนี้ (ใช้เวลาประมาณ 5 นาที)
2. ทีมผู้วิจัย วิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยามานำสมาชิกดำเนินกิจกรรม โดยการบรรยายและร่วมปฏิบัติการ หัวข้อ “ออกแบบชีวิตพิชิตเป้าหมาย:Creative Redesign My Life” ตามรายละเอียดเนื้อหาในสไลด์ ประกอบกิจกรรม (ใช้เวลาประมาณ 40 นาที)
3. ให้สมาชิกทีมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตัวเองในการออกแบบชีวิต และการระบุเป้าหมายตามที่ตนเองได้ออกแบบไว้ ผ่านการเขียน/ ออกแบบ ตามกรอบ Specific goal, Method, Assessment, Reinforcement/ Reward, Time frame: SMART Model (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)
4. ทีมผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ให้ข้อมูลป้อนกลับ และสรุปประโยชน์ที่ได้จากการทำกิจกรรม
5. สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป (ใช้เวลาประมาณ 5 นาที)

การประเมินผล

1. สังเกตจากการมีส่วนร่วมของสมาชิก และการให้ข้อมูลป้อนกลับจากการทำกิจกรรม

ครั้งที่ 3 ผูกพัน...สัญญา (บัดดี้...ชีวิตดีดี)

หลักการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” หรือ “Peer Assist” เป็นการจัดการความรู้ก่อนลงมือทำกิจกรรม (Learning Before Doing) เพื่อแสวงหาผู้ช่วยที่มีความแตกต่าง มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ เพื่อขยายกรอบความคิดให้กว้างและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยอาศัย “คน” เป็นธงนำ (People Driven) เปิดมุมมองความคิดที่หลากหลายจากการแลกเปลี่ยนระหว่างทีมที่มีทักษะ ความสามารถ และประสบการณ์ที่ต่างกันไป ทำให้ไม่มองอะไรเพียงด้านเดียว

เมื่อจะเริ่ม "ลงมือทำ" เรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ตั้งใจไว้ให้ก้าวไปสู่จุดมุ่งหมาย หรือสำเร็จ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้มีสุขภาวะที่ดี ซึ่งเป็นสิ่งที่ทุกคนรับรู้ว่าคุณค่าต่อความเป็นอยู่ หรือความมั่นคงทางด้านสุขภาพของตน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีพลังนั้น เป็นสิ่งที่ไม่ง่ายเลย เพราะในระหว่างที่ย่างก้าว ไปสู่การสร้างพฤติกรรมใหม่นั้น อาจจะมีเหตุการณ์ หรือข้อจำกัดบางอย่าง โดยเฉพาะ กับการบังคับใจตนเอง หรือ เกิดภาวะอ่อนแอขาดกำลังใจจากผลกระทบของสิ่งแวดล้อม เช่น ภาระงานที่รับผิดชอบ หรือปัจจัยอื่น ๆ ที่แวดล้อม ทำให้ความตั้งใจเดิมในการปรับเปลี่ยนสุขภาพเกิดการสั่นคลอน กลยาคณมิตร (peers) ที่อาจช่วยแนะนำ หรือให้กำลังใจ เพื่อชักชวนคอยกระตุ้นเตือนย้ำ ให้บุคคลได้ระลึกถึงความตั้งใจมั่นที่ตนมี และก้าวเดินไปพร้อมกัน จะช่วยก่อให้เกิดกำลังใจ และมีกำลังใจ และมั่นใจที่ก้าวต่อเพื่อให้บรรลุตามที่เป้าหมายสุขภาพ และชีวิตของคนสำเร็จได้ ดังคำกล่าวที่ว่า “นกมีชน คนมีเพื่อน” ในทางตรงกันข้ามหากปราศจากเพื่อน ก็จะเป็นไปตามคำกล่าวที่บอกว่า “นกไร้ชน คนไร้เพื่อน” ก็ทำให้รู้สึกถึงความสวยงาม หรือ บุคคลขาดเพื่อนที่เป็นกำลังสนับสนุนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้ใช้ความคิดสร้างสรรค์ของตนและแสดงออกมาแบ่งปันกับเพื่อนสมาชิก
2. เพื่อสร้างความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างเพื่อนสมาชิก และใช้พลังกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการสร้างงาน กำลังใจ ร่วมกำหนดตกลงกลุ่ม ให้นำไปสู่จุดมุ่งหมายได้สำเร็จ และยั่งยืน
3. เพื่อให้ครูผู้เข้าร่วมวิจัยมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

อุปกรณ์

- พิวเจอร์บอร์ดคละสี จำนวน 5 แผ่น
- กระดาษฟลิปชาร์ต และแท่นวาง
- กล่องจิกซอร์ขนาดสำเร็จไม่เกิน 1 กระดาษเอ 4 (จำนวนตัวต่อ 40 – 100 ตัว) คละแบบ จำนวน 5 แบบ
- กระดาษสติ๊กเกอร์คละแบบ จำนวน 5 ชุด
- เทปกาวใส เทปกาวสองหน้าอย่างบาง อย่างละ 1 ม้วน
- แผ่นพลาสติกใส
- กรรไกร คัตเตอร์
- ปากกา whiteboards permanent คละสี อย่างน้อย 3 สี

ระยะเวลาทำกิจกรรม

ใช้เวลาทำกิจกรรมทั้งหมด 60 นาที

จำนวนสมาชิก 30 – 40 คน

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ทีมผู้วิจัยกล่าวทักทาย และให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา (ใช้เวลาประมาณ 5 นาที)
 2. ทีมผู้วิจัยบอกรายละเอียดกิจกรรมที่จะปฏิบัติในครั้งนี้ หัวข้อ วัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินกิจกรรม และทวนสอบความเข้าใจในการปฏิบัติ (ใช้เวลาประมาณ 5 นาที)
 3. แบ่งสมาชิกออกเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 6 – 8 คน ตามความสมัครใจ และให้ส่งตัวแทน สมาชิกจับฉลากชุดกิจกรรม (ใช้เวลาประมาณ 40 นาที)
 - 3.1 แจกอุปกรณ์ชุดกิจกรรมตามที่จับฉลากได้ แล้วให้แบ่งเป็นทีมย่อย 3 ทีม ปฏิบัติหน้าที่ในแต่ละจุดดังนี้
 - จุดที่ 1 ขอให้ท่านจับฉลาก เลือกกล่องจิ๊กซอร์ แล้วร่วมกันต่อจิ๊กซอร์ ให้สำเร็จ ใช้เวลา 5 นาที
 - จุดที่ 2 ท่านจะได้รับซอง สติกเกอร์ หรือ Post it แล้วขอให้ท่านเขียนข้อความแสดงความตั้งใจ คำมั่นสัญญา ความรู้สึกดี ๆ ที่จะทำให้ท่าน มีสุขภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี คนละ 1 ใบ แล้วนำไปแปะลงบนกระดาษฟลิปชาร์ตที่วางไว้ให้ ใช้เวลา 5 นาที
 - จุดที่ 3 กลุ่มท่านจะได้รับกระดาษฟิวเจอร์บอร์ด เทปใสห่อ พร้อมอุปกรณ์ ออกแบบการจัดวางตำแหน่ง คำสัญญา จิ๊กซอร์ และสติกเกอร์ ใช้เวลา 5-10 นาที
 - หลังจากนั้นให้ทุกคนในกลุ่มมาร่วมกันห่อหุ้มความรู้สึก ความรัก ความสุข เพื่อเป็นป้ายสัญญาใจที่จะดำเนินการ พัฒนาสุขภาพ ไปพร้อม ๆ กัน
 - 3.2. ให้สมาชิกระดมสมองกำหนดพื้นที่ปิดป้ายข้อความการสร้างพันธะ สัญญาการร่วมเป็นทีมเพื่อเตือนใจในการสร้างทีมสุขภาพ
 - 3.3. สรุปรวมกลุ่มในการสร้างข้อตกลง และกำหนดเพื่อนบัดดี้ เพื่อให้เป็นผู้คอยกระตุ้นเตือน และให้กำลังใจในการสร้างสุขภาพให้เป็นไปตามเป้าหมายของตนเอง
 - 3.4. ให้สมาชิกส่งตัวแทนมาสรุปประเด็นสำคัญด้านเป้าหมาย ข้อตกลง และการกระตุ้นเตือนเพื่อนสมาชิก ตามสิ่งที่กลุ่มได้ปฏิบัติร่วมกันในครั้งนี้
4. ถ่ายภาพหมู่ พร้อมกับผลงานที่สมาชิกได้ร่วมกันออกแบบไว้
5. สรุปรักกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)

การประเมินผล

1. สังเกตจากการมีส่วนร่วมและการให้ข้อมูลป้อนกลับของสมาชิก

ครั้งที่ 4 อารมณ์ดี ชีวิตมีสุข

หลักการ ความเครียดเป็นภาวะปกติในชีวิต ไม่มีใครหลีกเลี่ยงได้ ความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่ทำให้มนุษย์ต้องปรับตัว ล้วนเป็นสาเหตุของความเครียด เช่น ความผิดหวังเรื่องความรัก ความเจ็บป่วย การดำรงชีวิตแต่ละวันทำให้เกิดความเครียดได้เสมอ ความเครียดไม่เลวร้ายไปเสียหมด มนุษย์ควรมีความเครียดบ้างเพื่อ ช่วยให้เกิดแรงกระตุ้นให้ทำงานได้ดี การจัดการกับอารมณ์เป็นแนวทางให้เกิดความรู้สึกละผ่อนคลาย ขอให้ท่านลองฝึกผ่อนคลายด้วยตัวของท่านเอง โดยใช้ปรอทวัดอุณหภูมิปลายนิ้ว (Finger Thermometer) หรือ Stress Thermometer

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักและเข้าใจ ธรรมชาติอารมณ์ความเครียด
2. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักการประเมินความเครียดด้วยตนเอง
3. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกวิธีการผ่อนคลายความเครียด แบบเกร็ง คลายกล้ามเนื้อ

อุปกรณ์

- โบงาน
- กระดาษ
- ปากกา
- ปรอทวัดอุณหภูมิปลายนิ้ว (Finger Thermometer) หรือ Stress Thermometer

ระยะเวลาทำกิจกรรม ใช้เวลาทำกิจกรรมทั้งหมด 60 นาที

จำนวนสมาชิก 30 – 40 คน

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา (ใช้เวลา 5 นาที)
2. ผู้วิจัยบอกรายละเอียดกิจกรรมที่จะปฏิบัติในครั้งนี้ หัวข้อ วัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินกิจกรรม และทวนสอบความเข้าใจในการปฏิบัติ (ใช้เวลา 5 นาที)
3. ให้สมาชิกใช้ Thermometer ซึ่งมีอยู่ 2 ชนิด คือ Finger Thermometer หรือ Stress Thermometer วัดอุณหภูมิปลายนิ้ว แล้วลงค่าที่ได้ในช่องครั้งที่ 1 ตามชนิดของเครื่องมือที่ได้เลือกใช้ (ใช้เวลา 5 นาที)
4. สลับเครื่องมือ เปลี่ยนมาใช้ Finger Thermometer หรือ Stress Thermometer วัดอุณหภูมิปลายนิ้ว แล้วลงค่าที่ได้ในช่องครั้งที่ 1 ตามชนิดของเครื่องมือที่ได้เลือกใช้ แล้วคง Thermometer วัดอุณหภูมิปลายนิ้ว (ใช้เวลา 5 นาที)
5. ฝึกการผ่อนคลาย ด้วยเทคนิคการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง ตามด้วย เทคนิคการฝึกควบคุมลมหายใจ หลังสิ้นสุดการฝึกแล้วให้อ่านค่าอุณหภูมิปลายนิ้วอีกครั้ง และลงบันทึกค่าที่ได้ในช่องครั้งที่ 2 (ใช้เวลา 35 นาที)
5. สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป (ใช้เวลา 5 นาที)

วิธีการ	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
ค่าปรอทวัดอุณหภูมิปลายนิ้ว (Finger Thermometer)		
ค่าระดับความเครียด (Stress Thermometer)		

การประเมินผล

1. สังเกตจากการมีส่วนร่วมและการให้ข้อมูลป้อนกลับของสมาชิก

ใบความรู้ กิจกรรมที่ 4 อารมณ์ดี ชีวิตมีสุข

เทคนิคการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง

ความเครียด มีผลทำให้กล้ามเนื้อหดตัว สังเกตได้จากอาการหน้ามือคว่ำ ขมวด กำหมัด กัดฟัน ฯลฯ การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดอาการเจ็บปวด เช่น ปวดต้นคอ ปวดหลัง ปวดไหล่ เป็นต้น การฝึกการคลายกล้ามเนื้อ จะช่วยให้อาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อลดลง ในขณะที่ฝึก จิตใจจะจดจ่ออยู่กับ การคลายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ทำให้ลดการคิดฟุ้งซ่าน และวิตกกังวล จิตใจจะมีสมาธิมากขึ้น กว่าเดิมด้วยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่องเป็นการฝึกเพื่อลดความตึงเครียดของร่างกาย และจิตใจเริ่มจากการเกร็งให้เต็มที่ก่อนแล้วคลายออกเพื่อให้รู้สึกถึงความแตกต่างระหว่างความตึงเครียดกับการผ่อนคลาย ซึ่งต่อไปเมื่อกำลังกล้ามเนื้อของเราเกิดความเครียดขึ้นจะสามารถรู้ตัวเองได้ทันที และสามารถรู้จักผ่อนคลายความเครียดได้ ฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อสลับกันไป ประมาณ 10 ครั้ง ฝึกพร้อมการหายใจ โดยหายใจเข้าให้เริ่มเกร็งกล้ามเนื้อพร้อมกับนับ 1...2...3...4 ...5 หลังจากนั้น เริ่มหายใจออกพร้อมเริ่มผ่อนคลายกล้ามเนื้อพร้อมกับนับ 1...2...3...4 ...5...6...7...8...9...10

วิธีการฝึก

หลับตาลง เริ่มต้นฝึก ด้วยวิธีการฝึกการหายใจ

1. มือและแขนขวา โดยกำมือ เกร็งแขน แล้วคลาย
2. มือและแขนซ้าย โดยทำเช่นเดียวกัน
3. หน้าผาก โดยเลิกคิ้วสูงแล้วคลาย ขมวดคิ้วแล้วคลาย
4. ตา แก้ม จมูก โดยหลับตาแน่น ย่นจมูกแล้วคลาย
5. ขากรรไกร ลิ้น ริมฝีปาก โดยกัดฟัน ใช้ลิ้นดันเพดานปากแล้วคลาย เม้มปากแน่น แล้ว

คลาย

6. คอ โดยก้มหน้าให้คางจดคอแล้วคลาย เงยหน้าจนสุดแล้วคลาย
7. ออก ไหล่ และหลัง โดยหายใจเข้าลึกๆ กลั้นไว้แล้วคลาย ยกไหล่สูงแล้วคลาย
8. หน้าท้อง และก้น โดยแขม่วท้องแล้วคลาย ขมิบก้นแล้วคลาย
9. เท้าและขาขวา โดยเกร็งขาขวาโดยให้นิ้วเท้าชี้มาที่ตัวคุณ ทำซ้ำๆ และค่อยๆ เพิ่มในแต่ละครั้งที่หายใจเข้า รู้สึกถึงความตึงเครียดที่เกิดขึ้นที่ เท้าขวาแผ่กระจายไปถึงข้อเท้า น่อง เข่า และขาอ่อน ให้เปรียบเทียบความตึงเครียดที่ขาขวากับขาซ้ายและส่วนอื่นๆ ของร่างกาย แล้วค่อยๆ ผ่อนคลายจะรู้สึกถึงความตึงเครียดได้หายไปจากขาขวาของคุณ สังเกตถึงความตึงเครียดที่หายไปจากเท้าขวา คุณจะรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น

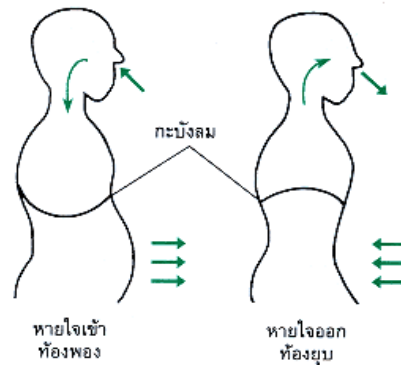
10. เท้าและขาซ้าย โดยทำเช่นเดียวกัน

เมื่อฝึกผ่อนคลายนี้เสร็จแล้วให้หายใจซ้ำๆ และลึกๆ ต่อไป จนรู้สึกถึงความผ่อนคลายทั่วร่างกาย ให้รู้สึกเป็นสุขสบายกับการผ่อนคลายนี้สักครู่ แล้วจึงค่อยๆ ลืมตาขึ้น ยืดตัวอย่างช้าๆ และรู้สึกผ่อนคลาย

ใบความรู้ กิจกรรมที่ 4 อารมณ์ดี ชีวิตมีสุข

เทคนิคการฝึกควบคุมลมหายใจ

ตามปกติคนทั่วไปจะหายใจตื้นๆ โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอกเป็นหลัก ทำให้ได้ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายน้อยกว่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาเครียด คนเราจะยิ่งหายใจถี่และตื้นมากขึ้นกว่าเดิม ทำให้เกิดอาการนอนหายใจเป็นระยะๆ เพื่อให้ได้ออกซิเจนมากขึ้น การฝึกหายใจช้าๆ ลึกๆ โดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณท้องจะช่วยให้ร่างกายได้อากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดและยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงแก่กล้ามเนื้อหน้าท้องและลำไส้ด้วย การฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี จะทำให้หัวใจเต้นช้าลง สมองแจ่มใส เพราะได้ออกซิเจนมากขึ้น และการหายใจออกอย่างช้าๆ จะทำให้รู้สึกว่าได้ปลดปล่อยความเครียดออกไปจากตัวจนหมดสิ้น



วิธีการฝึก

1. นั่งในท่าที่สบาย หลับตา เอามือประสานไว้บริเวณท้อง ค่อยๆ หายใจเข้า พร้อมกับนับเลข 1 ถึง 4

เป็นจังหวะช้าๆ 1...2...3...4... ให้มือรู้สึกวาท้องพองออก

2. กลั้นหายใจเอาไว้ชั่วคราว นับ 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้าๆ เช่นเดียวกับเมื่อหายใจเข้า ค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออก โดยนับ 1 ถึง 8 อย่างช้าๆ 1...2...3...4...5...6...7...8... พยายามไล่ลมหายใจออกมาให้หมด สังเกตว่าหน้าท้องแฟบลง

3. ทำซ้ำอีก โดยหายใจเข้าช้าๆ กลั้นไว้ แล้วหายใจออก โดยช่วงที่หายใจออกให้นานกว่าช่วงหายใจเข้า

ข้อแนะนำ

1. การฝึกการหายใจ ควรทำติดต่อกันประมาณ 4 - 5 ครั้ง
2. ควรฝึกทุกครั้งารู้สึกเครียด รู้สึกโกรธ รู้สึกไม่สบายใจ หรือฝึกทุกครั้งที่นึกได้
3. ทุกครั้งที่หายใจออก ให้รู้สึกได้ว่าผลักดันความเครียดออกมาด้วยจนหมด เหลือไว้แต่ความรู้สึกโล่งสบายเท่านั้น
4. ในแต่ละวัน ควรฝึกการหายใจที่ถูกวิธีให้ได้ประมาณ 40 ครั้ง แต่ไม่จำเป็นต้องทำติดต่อกันคราวเดียวกัน

ครั้งที่ 5 โยคะต่อการพัฒนาจิต...พื้นฐานเบื้องต้น

หลักการ โยคะคือ ศาสตร์ที่ว่าด้วยการฝึกฝนตนเอง อันมีรากฐานมาจากอินเดียโบราณ สภาวะอันถือว่าเป็นแก่นของโยคะมี 3 ประการ คือ (1) การรวมกาย-จิตเข้าด้วยกัน หมายถึงการมีสติ รู่อยู่กับกายตลอดเวลา (2) ความสมดุลทั้งภายในตนเอง สมดุลระหว่างตนเองกับผู้อื่น และสมดุล ระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม (3) การพัฒนาโดยเฉพาะการฝึกจิตให้นิ่ง การบริหารจิตให้เข้มแข็ง ตลอดจนยกระดับจิตใจให้สูงขึ้น ดังนั้นเป้าหมายของโยคะคือ พัฒนามนุษย์ ในทุกๆ มิติ เช่น กาย จิต อารมณ์ บุคลิกภาพ ฯลฯ อย่างเป็นองค์รวม การเข้าสู่แก่นของโยคะนั้น ประกอบด้วย เทคนิคอันหลากหลายโดยลักษณะร่วมของเทคนิคโยคะทั้งหมดล้วนเป็นเรื่อง กาย-จิตสัมพันธ์ แม้แต่ ละเทคนิคจะมีกระบวนการ ช่องทางต่างกัน แต่ทุกเทคนิคก็ล้วนสนับสนุนกันและกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักพื้นฐานเบื้องต้นของโยคะ
2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกทำโยคะ ต่าง ๆ ในการจัดการอารมณ์ตนเอง ผ่านสมาธิที่กำหนดลมหายใจ ใน การปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามหลักโยคะ
3. เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะให้ มีความยืดหยุ่น และสมดุล

อุปกรณ์

- เสื่อโยคะ
- ไมโครโฟน

ระยะเวลาทำกิจกรรม

ใช้เวลาทำกิจกรรมทั้งหมด 60 นาที

จำนวนสมาชิก 30 – 40 คน

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ทีมผู้วิจัยกล่าวทักทาย และให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา
2. ทีมผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านโยคะ ให้มาบรรยาย ประกอบการปฏิบัติท่าพื้นฐานโยคะ และนำให้ สมาชิกปฏิบัติตามทีละขั้นตอน
3. ให้สมาชิกทีมปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนด ทั้งนี้ให้ผู้ช่วยวิจัย เดินสำรวจความ ถูกต้อง และความพร้อมของสมาชิกทีม แต่ละคนเพื่อคอยดูแล และกำกับ หรือ ปรับเปลี่ยนท่าทางให้ สอดคล้องกับความถนัด และข้อจำกัดด้านสุขภาพของสมาชิกแต่ละคน เพื่อให้สมาชิกสามารถปฏิบัติ ได้ถูกต้องและปลอดภัยจากการเคลื่อนไหวตามท่าทางต่าง ๆ ทั้งนี้เริ่มจากท่าโยคะพื้นฐานง่าย ๆ ไม่ ซับซ้อน จนกระทั่งสมาชิกปฏิบัติได้

การฝึกแต่ละครั้ง ประกอบด้วย

1.) การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่ ปลายเท้าจนถึงศีรษะ และยืดเหยียดอวัยวะ เพื่อ เตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนการฝึก

2.) การฝึกโยคะอาสนะในอิริยาบถต่างๆ โดยเริ่มตามลำดับ การฝึกจะทำตาม กำลัง ความสามารถของผู้เรียนแต่ละคน และฝึกซ้ำในแต่ละ ท่าอย่างน้อย 2 ครั้ง สลับด้วยท่าพักในแต่ละ

อิริยาบถเพื่อ การผ่อนคลาย ร่วมกับการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบันขณะ รับรู้ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะ เคลื่อนไหวร่างกายและควบคุมการ หายใจ เริ่มจาก ทำสุริยนมัสการ (Surya Namaskars) ทำวีรบุรุษ ทำย่อตัว ทำผีเสื้อ ทำตุ๊กแตน ทำปลาโลมา ทำเด็ก ทำยกเท้าอุททานปาท-อาสนะ ทำเหยียดตัว และทำโยคะนิตรา

3.) การผ่อนคลายอย่างลึกในท่านอนหงายเพื่อ ให้รับรู้ถึงความสุข สงบ และการผ่อนคลายที่เกิดขึ้น

4. สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากการมีส่วนร่วมและการให้ข้อมูลป้อนกลับของสมาชิก

ครั้งที่ 6 โยคะต่อการพัฒนาจิต...ประสานใจสู่กาย

หลักการ โยคะคือ ศาสตร์ที่ว่าด้วยการฝึกฝนตนเอง อันมีรากฐานมาจากอินเดียโบราณ สภาวะอันถือว่าเป็นแก่นของโยคะมี 3 ประการ คือ (1) การรวมกาย-จิตเข้าด้วยกัน หมายถึงการมีสติ รู้อยู่กับกายตลอดเวลา (2) ความสมดุลทั้งภายในตนเอง สมดุลระหว่างตนเองกับผู้อื่น และสมดุลระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม (3) การพัฒนาโดยเฉพาะการฝึกจิตให้นิ่ง การบริหารจิตให้เข้มแข็ง ตลอดจนยกระดับจิตใจให้สูงยิ่งขึ้น ดังนั้นเป้าหมายของโยคะคือ พัฒนามนุษย์ ในทุกๆ มิติ เช่น กาย จิต อารมณ์ บุคลิกภาพ ฯลฯ อย่างเป็นองค์รวม การเข้าสู่แก่นของโยคะนั้น ประกอบด้วย เทคนิคอันหลากหลายโดยลักษณะร่วมของเทคนิคโยคะทั้งหมดล้วนเป็นเรื่อง กาย-จิตสัมพันธ์ แม้แต่ ละเทคนิคจะมีกระบวนการ ช่องทางต่างกัน แต่ทุกเทคนิคก็ล้วนสนับสนุนกันและกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักพื้นฐานเบื้องต้นของโยคะ
2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกทำโยคะ ต่าง ๆ ในการจัดการอารมณ์ตนเอง ผ่านสมาธิที่กำหนดลมหายใจ ในการปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามหลักโยคะ
3. เพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้ มีความยืดหยุ่น และสมดุล

อุปกรณ์

- เสื่อโยคะ
- โทรศัพท์

ระยะเวลาทำกิจกรรม

ใช้เวลาทำกิจกรรมทั้งหมด 60 นาที

จำนวนสมาชิก 30 – 40 คน

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ทีมผู้วิจัยกล่าวทักทาย และให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา
2. ทีมผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านโยคะ ให้มาบรรยาย ประกอบการปฏิบัติท่าพื้นฐานโยคะ และนำให้สมาชิกปฏิบัติตามทีละขั้นตอน
3. ให้สมาชิกทีมปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนด ทั้งนี้ให้ผู้ช่วยวิจัย เดินสำรวจความถูกต้อง และความพร้อมของสมาชิกทีม แต่ละคนเพื่อคอยดูแล และกำกับ หรือ ปรับเปลี่ยนท่าทางให้สอดคล้องกับความถนัด และข้อจำกัดด้านสุขภาพของสมาชิกแต่ละคน เพื่อให้สมาชิกสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและปลอดภัยจากการเคลื่อนไหวตามท่าทางต่าง ๆ ทั้งนี้เริ่มจากท่าโยคะพื้นฐานง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน จนกระทั่งสมาชิกปฏิบัติได้

การฝึกแต่ละครั้ง ประกอบด้วย

1.) การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่ ปลายเท้าจนถึงศีรษะ เพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนการ ฝึก

2.) การฝึกโยคะอาสนะในอิริยาบถต่างๆ โดยเริ่มตามลำดับ การฝึกจะทำตาม กำลังความสามารถของผู้เรียนแต่ละคน และฝึกซ้ำในแต่ละ ทำอย่างน้อย 2 ครั้ง สลับด้วยท่าพักในแต่ละอิริยาบถเพื่อ การผ่อนคลาย ร่วมกับการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบันขณะ รับรู้ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเคลื่อนไหวร่างกายและควบคุมการ หายใจ เริ่มจาก ท่าสุริยนมัสการ (Surya Namaskars) ท่าวีรบุรุษ ท่าย่อตัว ท่าผีเสื้อ ท่าตุ๊กแตน ท่าเด็ก ท่ายกเท้าอุททานปาท-อาสนะ ท่าโยคะนิทรา และ ท่าเหยียดตัว

3.) การผ่อนคลายอย่างลึกในท่านอนหงายเพื่อ ให้รับรู้ถึงความสุข สงบ และการผ่อนคลายที่เกิดขึ้น

4. สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากการมีส่วนร่วมและการให้ข้อมูลป้อนกลับของสมาชิก

ครั้งที่ 7 โยคะต่อการพัฒนาจิต...เรียนรู้ใจตนเอง

หลักการ โยคะคือ ศาสตร์ที่ว่าด้วยการฝึกฝนตนเอง อันมีรากฐานมาจากอินเดียโบราณ สภาวะอันถือว่าเป็นแก่นของโยคะมี 3 ประการ คือ (1) การรวมกาย-จิตเข้าด้วยกัน หมายถึงการมีสติ รู้อยู่กับกายตลอดเวลา (2) ความสมดุลทั้งภายในตนเอง สมดุลระหว่างตนเองกับผู้อื่น และสมดุลระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม (3) การพัฒนาโดยเฉพาะการฝึกจิตให้นิ่ง การบริหารจิตให้เข้มแข็ง ตลอดจนยกระดับจิตใจให้สูงยิ่งขึ้น ดังนั้นเป้าหมายของโยคะคือ พัฒนามนุษย์ ในทุกๆ มิติ เช่น กาย จิต อารมณ์ บุคลิกภาพ ฯลฯ อย่างเป็นองค์รวม การเข้าสู่แก่นของโยคะนั้น ประกอบด้วย เทคนิคอันหลากหลายโดยลักษณะร่วมของเทคนิคโยคะทั้งหมดล้วนเป็นเรื่อง กาย-จิตสัมพันธ์ แม้แต่ ละเทคนิคจะมีกระบวนการ ช่องทางต่างกัน แต่ทุกเทคนิคก็ล้วนสนับสนุนกันและกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักพื้นฐานเบื้องต้นของโยคะ
2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกทำโยคะ ต่าง ๆ ในการจัดการอารมณ์ตนเอง ผ่านสมาธิที่กำหนดลมหายใจ ในการปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามหลักโยคะ
3. เพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้ มีความยืดหยุ่น และสมดุล

อุปกรณ์

- เสื่อโยคะ
- โทรศัพท์

ระยะเวลาทำกิจกรรม

ใช้เวลาทำกิจกรรมทั้งหมด 60 นาที

จำนวนสมาชิก 30 – 40 คน

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ทีมผู้วิจัยกล่าวทักทาย และให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา
2. ทีมผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านโยคะ ให้มาบรรยาย ประกอบการปฏิบัติท่าพื้นฐานโยคะ และนำให้สมาชิกปฏิบัติตามทีละขั้นตอน
3. ให้สมาชิกทีมปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนด ทั้งนี้ให้ผู้ช่วยวิจัย เดินสำรวจความถูกต้อง และความพร้อมของสมาชิกทีม แต่ละคนเพื่อคอยดูแล และกำกับ หรือ ปรับเปลี่ยนท่าทางให้สอดคล้องกับความถนัด และข้อจำกัดด้านสุขภาพของสมาชิกแต่ละคน เพื่อให้สมาชิกสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและปลอดภัยจากการเคลื่อนไหวตามท่าทางต่าง ๆ ทั้งนี้เริ่มจากท่าโยคะพื้นฐานง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน จนกระทั่งสมาชิกปฏิบัติได้

การฝึกแต่ละครั้ง ประกอบด้วย

1.) การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่ ปลายเท้าจนถึงศีรษะ เพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนการ ฝึก

2.) การฝึกโยคะอาสนะในอิริยาบถต่างๆ โดยเริ่มตามลำดับ การฝึกจะทำตาม กำลังความสามารถของผู้เรียนแต่ละคน และฝึกซ้ำในแต่ละ ทำอย่างน้อย 2 ครั้ง สลับด้วยท่าพักในแต่ละอิริยาบถเพื่อ การผ่อนคลาย ร่วมกับการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบันขณะ รับรู้ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเคลื่อนไหวร่างกายและควบคุมการ หายใจ เริ่มจาก ท่าสุริยนมัสการ(Surya Namaskars) ท่าสามเหลี่ยมหรือตรีโกณาสนะ ท่าย่อตัว ท่ายืดส่วนหลัง ท่างู ท่าตั๊กแตน ท่าธนู ท่ายกเท้าอุททานปาท-อาสนะ ท่าเหยียดตัว และท่าโยคะนิทรา

3.) การผ่อนคลายอย่างลึกในท่านอนหงายเพื่อให้รับรู้ถึงความสุข สงบ และการผ่อนคลายที่เกิดขึ้น

4. สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากการมีส่วนร่วมและการให้ข้อมูลป้อนกลับของสมาชิก

ครั้งที่ 8 โยคะต่อการพัฒนาจิต...ทบทวนพื้นฐานสู่การพัฒนาจิตใจ

หลักการ โยคะคือ ศาสตร์ที่ว่าด้วยการฝึกฝนตนเอง อันมีรากฐานมาจากอินเดียโบราณ สภาวะอันถือว่าเป็นแก่นของโยคะมี 3 ประการ คือ (1) การรวมกาย-จิตเข้าด้วยกัน หมายถึงการมีสติ รู้อยู่กับกายตลอดเวลา (2) ความสมดุลทั้งภายในตนเอง สมดุลระหว่างตนเองกับผู้อื่น และสมดุลระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม (3) การพัฒนาโดยเฉพาะการฝึกจิตให้นิ่ง การบริหารจิตให้เข้มแข็ง ตลอดจนยกระดับจิตใจให้สูงยิ่งขึ้น ดังนั้นเป้าหมายของโยคะคือ พัฒนามนุษย์ ในทุกๆ มิติ เช่น กาย จิต อารมณ์ บุคลิกภาพ ฯลฯ อย่างเป็นองค์รวม การเข้าสู่แก่นของโยคะนั้น ประกอบด้วย เทคนิคอันหลากหลายโดยลักษณะร่วมของเทคนิคโยคะทั้งหมดล้วนเป็นเรื่อง กาย-จิตสัมพันธ์ แม้แต่ ละเทคนิคจะมีกระบวนการ ช่องทางต่างกัน แต่ทุกเทคนิคก็ล้วนสนับสนุนกันและกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักพื้นฐานเบื้องต้นของโยคะ
2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกทำโยคะ ต่าง ๆ ในการจัดการอารมณ์ตนเอง ผ่านสมาธิที่กำหนดลมหายใจ ในการปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามหลักโยคะ
3. เพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้ มีความยืดหยุ่น และสมดุล

อุปกรณ์

- เสื่อโยคะ
- โทรศัพท์

ระยะเวลาทำกิจกรรม

ใช้เวลาทำกิจกรรมทั้งหมด 60 นาที

จำนวนสมาชิก 30 – 40 คน

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ทีมผู้วิจัยกล่าวทักทาย และให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา
2. ทีมผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านโยคะ ให้มาบรรยาย ประกอบการปฏิบัติท่าพื้นฐานโยคะ และนำให้สมาชิกปฏิบัติตามทีละขั้นตอน
3. ให้สมาชิกทีมปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนด ทั้งนี้ให้ผู้ช่วยวิจัย เดินสำรวจความถูกต้อง และความพร้อมของสมาชิกทีม แต่ละคนเพื่อคอยดูแล และกำกับ หรือ ปรับเปลี่ยนท่าทางให้สอดคล้องกับความถนัด และข้อจำกัดด้านสุขภาพของสมาชิกแต่ละคน เพื่อให้สมาชิกสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและปลอดภัยจากการเคลื่อนไหวตามท่าทางต่าง ๆ ทั้งนี้เริ่มจากท่าโยคะพื้นฐานง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน จนกระทั่งสมาชิกปฏิบัติได้

การฝึกแต่ละครั้ง ประกอบด้วย

1.) การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่ ปลายเท้าจนถึงศีรษะ เพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนการฝึก

2.) การฝึกโยคะอาสนะในอิริยาบถต่างๆ โดยเริ่มตามลำดับ การฝึกจะทำตาม กำลังความสามารถของผู้เรียนแต่ละคน และฝึกซ้ำในแต่ละท่าอย่างน้อย 2 ครั้ง สลับด้วยท่าพักในแต่ละอิริยาบถเพื่อการผ่อนคลายร่วมกับการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบันขณะ รับรู้ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเคลื่อนไหวร่างกายและควบคุมการ หายใจ เริ่มจาก ท่าสุริยนมัสการ (Surya Namaskars) ทำสามเหลี่ยมหรือตรีโกณอาสนะ ทำย่อตัว ทำยืดส่วนหลัง ทำงู ทำตุ๊กแตน ทำธนู ทำยกเท้าอุททานปาทอาสนะ ทำเหยียดตัว และท่าโยคะนิทรา

3.) การผ่อนคลายอย่างลึกในท่านอนหงายเพื่อให้รับรู้ถึงความสุข สงบ และการผ่อนคลายที่เกิดขึ้น

4. สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากการมีส่วนร่วมและการให้ข้อมูลป้อนกลับของสมาชิก

ครั้งที่ 9 โยคะต่อการพัฒนาจิต...เคลื่อนไหว..ลมหายใจ

หลักการ โยคะคือ ศาสตร์ที่ว่าด้วยการฝึกฝนตนเอง อันมีรากฐานมาจากอินเดียโบราณ สภาวะอันถือว่าเป็นแก่นของโยคะมี 3 ประการ คือ (1) การรวมกาย-จิตเข้าด้วยกัน หมายถึงการมีสติ รู้อยู่กับกายตลอดเวลา (2) ความสมดุลทั้งภายในตนเอง สมดุลระหว่างตนเองกับผู้อื่น และสมดุล ระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม (3) การพัฒนาโดยเฉพาะการฝึกจิตให้นิ่ง การบริหารจิตให้เข้มแข็ง ตลอดจนยกระดับจิตใจให้สูงขึ้น ดังนั้นเป้าหมายของโยคะคือ พัฒนามนุษย์ ในทุกๆ มิติ เช่น กาย จิต อารมณ์ บุคลิกภาพ ฯลฯ อย่างเป็นองค์รวม การเข้าสู่แก่นของโยคะนั้น ประกอบด้วย เทคนิคอันหลากหลายโดยลักษณะร่วมของเทคนิคโยคะทั้งหมดล้วนเป็นเรื่อง กาย-จิตสัมพันธ์ แม้แต่ ละเทคนิคจะมีกระบวนการ ช่องทางต่างกัน แต่ทุกเทคนิคก็ล้วนสนับสนุนกันและกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักพื้นฐานเบื้องต้นของโยคะ
2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกทำโยคะ ต่าง ๆ ในการจัดการอารมณ์ตนเอง ผ่านสมาธิที่กำหนดลมหายใจ ใน การปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามหลักโยคะ
3. เพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้ มีความยืดหยุ่น และสมดุล

อุปกรณ์

- เสื่อโยคะ
- โทรศัพท์

ระยะเวลาทำกิจกรรม

ใช้เวลาทำกิจกรรมทั้งหมด 60 นาที

จำนวนสมาชิก 30 – 40 คน

ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม

1. ทีมผู้วิจัยกล่าวทักทาย และให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา
2. ทีมผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านโยคะ ให้มาบรรยาย ประกอบการปฏิบัติท่าพื้นฐานโยคะ และนำให้ สมาชิกปฏิบัติตามทีละขั้นตอน
3. ให้สมาชิกทีมปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนด ทั้งนี้ให้ผู้ช่วยวิจัย เดินสำรวจความ ถูกต้อง และความพร้อมของสมาชิกทีม แต่ละคนเพื่อคอยดูแล และกำกับ หรือ ปรับเปลี่ยนท่าทางให้ สอดคล้องกับความถนัด และข้อจำกัดด้านสุขภาพของสมาชิกแต่ละคน เพื่อให้สมาชิกสามารถปฏิบัติ ได้ถูกต้องและปลอดภัยจากการเคลื่อนไหวตามท่าทางต่าง ๆ ทั้งนี้เริ่มจากท่าโยคะพื้นฐานง่าย ๆ ไม่ ซับซ้อน จนกระทั่งสมาชิกปฏิบัติได้

การฝึกแต่ละครั้ง ประกอบด้วย

- 1.) การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่ ปลายเท้าจนถึงศีรษะ เพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อม ก่อนการฝึก

2.) การฝึกโยคะอาสนะในอิริยาบถต่างๆ โดยเริ่มตามลำดับ การฝึกจะทำตาม กำลังความสามารถของผู้เรียนแต่ละคน และฝึกซ้ำในแต่ละ ทำอย่างน้อย 2 ครั้ง สลับด้วยท่าพักในแต่ละอิริยาบถเพื่อการผ่อนคลายร่วมกับการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบันขณะ รับรู้ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเคลื่อนไหวร่างกายและควบคุมการ หายใจ เริ่มจาก ทำสุริยนมัสการ (Surya Namaskars) ทำภูเขา ทำย่อตัว ทำวัชราสนะ ทำสุปตะวัชราสนะ ทำขานุกริระอาสนะ ทำตักแตน ทำยกเท้าอุททานปาท-อาสนะ ทำปลา ทำเหยียดตัว และทำควาสนะ

3.) การผ่อนคลายอย่างลึกในท่านอนหงายเพื่อ ให้รับรู้ถึงความสุข สงบ และการผ่อนคลายที่เกิดขึ้น

4. สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากการมีส่วนร่วมและการให้ข้อมูลป้อนกลับของสมาชิก

ครั้งที่ 10 โยคะต่อการพัฒนาจิต...กายใจเข้มแข็ง ลมหายใจเป็นหนึ่งเดียว

หลักการ โยคะคือ ศาสตร์ที่ว่าด้วยการฝึกฝนตนเอง อันมีรากฐานมาจากอินเดียโบราณ สภาวะอันถือว่าเป็นแก่นของโยคะมี 3 ประการ คือ (1) การรวมกาย-จิตเข้าด้วยกัน หมายถึงการมีสติ รู้อยู่กับกายตลอดเวลา (2) ความสมดุลทั้งภายในตนเอง สมดุลระหว่างตนเองกับผู้อื่น และสมดุลระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม (3) การพัฒนาโดยเฉพาะการฝึกจิตให้นิ่ง การบริหารจิตให้เข้มแข็ง ตลอดจนยกระดับจิตใจให้สูงยิ่งขึ้น ดังนั้นเป้าหมายของโยคะคือ พัฒนามนุษย์ ในทุกๆ มิติ เช่น กาย จิต อารมณ์ บุคลิกภาพ ฯลฯ อย่างเป็นองค์รวม การเข้าสู่แก่นของโยคะนั้น ประกอบด้วย เทคนิคอันหลากหลายโดยลักษณะร่วมของเทคนิคโยคะทั้งหมดล้วนเป็นเรื่อง กาย-จิตสัมพันธ์ แม้แต่ ละเทคนิคจะมีกระบวนการ ช่องทางต่างกัน แต่ทุกเทคนิคก็ล้วนสนับสนุนกันและกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักพื้นฐานเบื้องต้นของโยคะ
2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกทำโยคะ ต่าง ๆ ในการจัดการอารมณ์ตนเอง ผ่านสมาธิที่กำหนดลมหายใจ ในการปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามหลักโยคะ
3. เพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้ มีความยืดหยุ่น และสมดุล

อุปกรณ์

- เสื่อโยคะ
- โทรศัพท์

ระยะเวลาทำกิจกรรม

ใช้เวลาทำกิจกรรมทั้งหมด 60 นาที

จำนวนสมาชิก 30 – 40 คน

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ทีมผู้วิจัยกล่าวทักทาย และให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา
2. ทีมผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านโยคะ ให้มาบรรยาย ประกอบการปฏิบัติท่าพื้นฐานโยคะ และนำให้สมาชิกปฏิบัติตามทีละขั้นตอน
3. ให้สมาชิกทีมปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนด ทั้งนี้ให้ผู้ช่วยวิจัย เดินสำรวจความถูกต้อง และความพร้อมของสมาชิกทีม แต่ละคนเพื่อคอยดูแล และกำกับ หรือ ปรับเปลี่ยนท่าทางให้สอดคล้องกับความถนัด และข้อจำกัดด้านสุขภาพของสมาชิกแต่ละคน เพื่อให้สมาชิกสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและปลอดภัยจากการเคลื่อนไหวตามท่าทางต่าง ๆ ทั้งนี้เริ่มจากท่าโยคะพื้นฐานง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน จนกระทั่งสมาชิกปฏิบัติได้

การฝึกแต่ละครั้ง ประกอบด้วย

1.) การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่ ปลายเท้าจนถึงศีรษะ เพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนการฝึก

2.) การฝึกโยคะอาสนะในอิริยาบถต่างๆ โดยเริ่มตามลำดับ การฝึกจะทำตาม กำลังความสามารถของผู้เรียนแต่ละคน และฝึกซ้ำในแต่ละท่าอย่างน้อย 2 ครั้ง สลับด้วยท่าพักในแต่ละอิริยาบถเพื่อการผ่อนคลายร่วมกับการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบันขณะ รับรู้ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเคลื่อนไหวร่างกายและควบคุมการ หายใจ เริ่มจากท่าสุริยนมัสการ ท่าภูเขา ท่าย่อตัว ท่าสุปตะวัชราสนะ ท่าชานูศิระษะอาสนะ ท่าตักแตน ท่ายกเท้าอุททานปาท-อาสนะ ท่าพวันมุกตาสนะขับลม ท่าปลา และท่าควาสนะ

3.) การผ่อนคลายอย่างลึกในท่านอนหงายเพื่อให้รับรู้ถึงความสุข สงบ และการผ่อนคลายที่เกิดขึ้น

4. สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากการมีส่วนร่วมและการให้ข้อมูลป้อนกลับของสมาชิก

ครั้งที่ 11 โยคะต่อการพัฒนาจิต...ยืดหยุ่น นุ่มนวล

หลักการ โยคะคือ ศาสตร์ที่ว่าด้วยการฝึกฝนตนเอง อันมีรากฐานมาจากอินเดียโบราณ สภาวะอันถือว่าเป็นแก่นของโยคะมี 3 ประการ คือ (1) การรวมกาย-จิตเข้าด้วยกัน หมายถึงการมีสติ รู้อยู่กับกายตลอดเวลา (2) ความสมดุลทั้งภายในตนเอง สมดุลระหว่างตนเองกับผู้อื่น และสมดุลระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม (3) การพัฒนาโดยเฉพาะการฝึกจิตให้นิ่ง การบริหารจิตให้เข้มแข็ง ตลอดจนยกระดับจิตใจให้สูงยิ่งขึ้น ดังนั้นเป้าหมายของโยคะคือ พัฒนามนุษย์ ในทุกๆ มิติ เช่น กาย จิต อารมณ์ บุคลิกภาพ ฯลฯ อย่างเป็นองค์รวม การเข้าสู่แก่นของโยคะนั้น ประกอบด้วย เทคนิคอันหลากหลายโดยลักษณะร่วมของเทคนิคโยคะทั้งหมดล้วนเป็นเรื่อง กาย-จิตสัมพันธ์ แม้แต่ ละเทคนิคจะมีกระบวนการ ช่องทางต่างกัน แต่ทุกเทคนิคก็ล้วนสนับสนุนกันและกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักพื้นฐานเบื้องต้นของโยคะ
2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกทำโยคะ ต่าง ๆ ในการจัดการอารมณ์ตนเอง ผ่านสมาธิที่กำหนดลมหายใจ ในการปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามหลักโยคะ
3. เพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้ มีความยืดหยุ่น และสมดุล

อุปกรณ์

- เสื่อโยคะ
- โทรศัพท์

ระยะเวลาทำกิจกรรม

ใช้เวลาทำกิจกรรมทั้งหมด 60 นาที

จำนวนสมาชิก 30 – 40 คน

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ทีมผู้วิจัยกล่าวทักทาย และให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา
2. ทีมผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านโยคะ ให้มาบรรยาย ประกอบการปฏิบัติท่าพื้นฐานโยคะ และนำให้สมาชิกปฏิบัติตามทีละขั้นตอน
3. ให้สมาชิกทีมปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนด ทั้งนี้ให้ผู้ช่วยวิจัย เดินสำรวจความถูกต้อง และความพร้อมของสมาชิกทีม แต่ละคนเพื่อคอยดูแล และกำกับ หรือ ปรับเปลี่ยนท่าทางให้สอดคล้องกับความถนัด และข้อจำกัดด้านสุขภาพของสมาชิกแต่ละคน เพื่อให้สมาชิกสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและปลอดภัยจากการเคลื่อนไหวตามท่าทางต่าง ๆ ทั้งนี้เริ่มจากท่าโยคะพื้นฐานง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน จนกระทั่งสมาชิกปฏิบัติได้

การฝึกแต่ละครั้ง ประกอบด้วย

1.) การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่ ปลายเท้าจนถึงศีรษะ เพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนการฝึก

2.) การฝึกโยคะอาสนะในอิริยาบถต่างๆ โดยเริ่มตามลำดับ การฝึกจะทำตาม กำลังความสามารถของผู้เรียนแต่ละคน และฝึกซ้ำในแต่ละท่าอย่างน้อย 2 ครั้ง สลับด้วยท่าพักในแต่ละอิริยาบถเพื่อการผ่อนคลายร่วมกับการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบันขณะ รับรู้ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเคลื่อนไหวร่างกายและควบคุมการ หายใจ เริ่มจากท่าสุริยนมัสการ ท่ามือถึงเท้าท่าย่อตัว ท่าวัชราสนะ ท่าบิดตัว ท่าตักแตน ท่ากงล้อ ท่าพวันมุกตาสนะซับลม ท่ายกเท้าอุททานปาท-อาสนะ ท่าพวันมุกตาสนะแก้ท้องผูก และท่าควาสนะ

3.) การผ่อนคลายอย่างลึกในท่านอนหงายเพื่อให้รับรู้ถึงความสุข สงบ และการผ่อนคลายที่เกิดขึ้น

4. สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากการมีส่วนร่วมและการให้ข้อมูลป้อนกลับของสมาชิก

ครั้งที่ 12 โยคะต่อการพัฒนาจิต...สมดุล ตื่นรู้ใจ กาย

หลักการ โยคะคือ ศาสตร์ที่ว่าด้วยการฝึกฝนตนเอง อันมีรากฐานมาจากอินเดียโบราณ สภาวะอันถือว่าเป็นแก่นของโยคะมี 3 ประการ คือ (1) การรวมกาย-จิตเข้าด้วยกัน หมายถึงการมีสติ รู้อยู่กับกายตลอดเวลา (2) ความสมดุลทั้งภายในตนเอง สมดุลระหว่างตนเองกับผู้อื่น และสมดุลระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม (3) การพัฒนาโดยเฉพาะการฝึกจิตให้นิ่ง การบริหารจิตให้เข้มแข็ง ตลอดจนยกระดับจิตใจให้สูงยิ่งขึ้น ดังนั้นเป้าหมายของโยคะคือ พัฒนามนุษย์ ในทุกๆ มิติ เช่น กาย จิต อารมณ์ บุคลิกภาพ ฯลฯ อย่างเป็นองค์รวม การเข้าสู่แก่นของโยคะนั้น ประกอบด้วย เทคนิคอันหลากหลายโดยลักษณะร่วมของเทคนิคโยคะทั้งหมดล้วนเป็นเรื่อง กาย-จิตสัมพันธ์ แม้แต่ ละเทคนิคจะมีกระบวนการ ช่องทางต่างกัน แต่ทุกเทคนิคก็ล้วนสนับสนุนกันและกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักพื้นฐานเบื้องต้นของโยคะ
2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกทำโยคะ ต่าง ๆ ในการจัดการอารมณ์ตนเอง ผ่านสมาธิที่กำหนดลมหายใจ ในการปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามหลักโยคะ
3. เพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้ มีความยืดหยุ่น และสมดุล

อุปกรณ์

- เสื่อโยคะ
- โทรศัพท์

ระยะเวลาทำกิจกรรม

ใช้เวลาทำกิจกรรมทั้งหมด 60 นาที

จำนวนสมาชิก 30 – 40 คน

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ทีมผู้วิจัยกล่าวทักทาย และให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา
2. ทีมผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านโยคะ ให้มาบรรยาย ประกอบการปฏิบัติท่าพื้นฐานโยคะ และนำให้สมาชิกปฏิบัติตามทีละขั้นตอน
3. ให้สมาชิกทีมปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนด ทั้งนี้ให้ผู้ช่วยวิจัย เดินสำรวจความถูกต้อง และความพร้อมของสมาชิกทีม แต่ละคนเพื่อคอยดูแล และกำกับ หรือ ปรับเปลี่ยนท่าทางให้สอดคล้องกับความถนัด และข้อจำกัดด้านสุขภาพของสมาชิกแต่ละคน เพื่อให้สมาชิกสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและปลอดภัยจากการเคลื่อนไหวตามท่าทางต่าง ๆ ทั้งนี้เริ่มจากท่าโยคะพื้นฐานง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน จนกระทั่งสมาชิกปฏิบัติได้

การฝึกแต่ละครั้ง ประกอบด้วย

1.) การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่ ปลายเท้าจนถึงศีรษะ เพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนการฝึก

2.) การฝึกโยคะอาสนะในอิริยาบถต่างๆ โดยเริ่มตามลำดับ การฝึกจะทำตาม กำลังความสามารถของผู้เรียนแต่ละคน และฝึกซ้ำในแต่ละท่าอย่างน้อย 2 ครั้ง สลับด้วยท่าพักในแต่ละอิริยาบถเพื่อการผ่อนคลายร่วมกับการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบันขณะ รับรู้ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเคลื่อนไหวร่างกายและควบคุมการ หายใจ เริ่มจากท่าสุริยันนมัสการ ท่ามือถึงเท้า ท่าย่อตัว ท่าวัชราสนะ ท่าตักแตน ท่ากงล้อ ท่ายกเท้าอุททานปาท-อาสนะ ท่าพวันมุกตาสนะซับลม ท่าพวันมุกตาสนะแก้อุ้งมือ และท่าศวาสนะ

3.) การผ่อนคลายอย่างลึกในท่านอนหงายเพื่อให้รับรู้ถึงความสุข สงบ และการผ่อนคลายที่เกิดขึ้น

4. สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากการมีส่วนร่วมและการให้ข้อมูลป้อนกลับของสมาชิก

ครั้งที่ 13 โยคะต่อการพัฒนาจิต...บูรณาการ กาย ใจ สติมั่นคง

หลักการ โยคะคือ ศาสตร์ที่ว่าด้วยการฝึกฝนตนเอง อันมีรากฐานมาจากอินเดียโบราณ สภาวะอันถือว่าเป็นแก่นของโยคะมี 3 ประการ คือ (1) การรวมกาย-จิตเข้าด้วยกัน หมายถึงการมีสติ รู้อยู่กับกายตลอดเวลา (2) ความสมดุลทั้งภายในตนเอง สมดุลระหว่างตนเองกับผู้อื่น และสมดุลระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม (3) การพัฒนาโดยเฉพาะการฝึกจิตให้นิ่ง การบริหารจิตให้เข้มแข็ง ตลอดจนยกระดับจิตใจให้สูงยิ่งขึ้น ดังนั้นเป้าหมายของโยคะคือ พัฒนามนุษย์ ในทุกๆ มิติ เช่น กาย จิต อารมณ์ บุคลิกภาพ ฯลฯ อย่างเป็นองค์รวม การเข้าสู่แก่นของโยคะนั้น ประกอบด้วย เทคนิคอันหลากหลายโดยลักษณะร่วมของเทคนิคโยคะทั้งหมดล้วนเป็นเรื่อง กาย-จิตสัมพันธ์ แม้แต่ ละเทคนิคจะมีกระบวนการ ช่องทางต่างกัน แต่ทุกเทคนิคก็ล้วนสนับสนุนกันและกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักพื้นฐานเบื้องต้นของโยคะ
2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกทำโยคะ ต่าง ๆ ในการจัดการอารมณ์ตนเอง ผ่านสมาธิที่กำหนดลมหายใจ ในการปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามหลักโยคะ
3. เพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้ มีความยืดหยุ่น และสมดุล

อุปกรณ์

- เสื่อโยคะ
- โทรศัพท์

ระยะเวลาทำกิจกรรม

ใช้เวลาทำกิจกรรมทั้งหมด 60 นาที

จำนวนสมาชิก 30 – 40 คน

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ทีมผู้วิจัยกล่าวทักทาย และให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา
2. ทีมผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านโยคะ ให้มาบรรยาย ประกอบการปฏิบัติท่าพื้นฐานโยคะ และนำให้สมาชิกปฏิบัติตามทีละขั้นตอน
3. ให้สมาชิกทีมปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนด ทั้งนี้ให้ผู้ช่วยวิจัย เดินสำรวจความถูกต้อง และความพร้อมของสมาชิกทีม แต่ละคนเพื่อคอยดูแล และกำกับ หรือ ปรับเปลี่ยนท่าทางให้สอดคล้องกับความถนัด และข้อจำกัดด้านสุขภาพของสมาชิกแต่ละคน เพื่อให้สมาชิกสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและปลอดภัยจากการเคลื่อนไหวตามท่าทางต่าง ๆ ทั้งนี้เริ่มจากท่าโยคะพื้นฐานง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน จนกระทั่งสมาชิกปฏิบัติได้

การฝึกแต่ละครั้ง ประกอบด้วย

1.) การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่ ปลายเท้าจนถึงศีรษะ เพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนการฝึก

2.) การฝึกโยคะอาสนะในอิริยาบถต่างๆ โดยเริ่มตามลำดับ การฝึกจะทำตาม กำลังความสามารถของผู้เรียนแต่ละคน และฝึกซ้ำในแต่ละท่าอย่างน้อย 2 ครั้ง สลับด้วยท่าพักในแต่ละอิริยาบถเพื่อการผ่อนคลายร่วมกับการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบันขณะ รับรู้ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเคลื่อนไหวร่างกายและควบคุมการ หายใจ เริ่มจากท่าสุริยันนัมัสการ ท่าวีรบุรุษ ท่าย่อตัว ท่าโยคะมูทรา ท่าแมว ท่าตั๊กแตน ท่ายกเท้าอุททานปาท-อาสนะ ท่ากิ้งตัว ท่าพวันมุกตาสนะแก้ท้องผูก และท่าควาสนะ

3.) การผ่อนคลายอย่างลึกในท่านอนหงายเพื่อให้รับรู้ถึงความสุข สงบ และการผ่อนคลายที่เกิดขึ้น

4. สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากการมีส่วนร่วมและการให้ข้อมูลป้อนกลับของสมาชิก

ครั้งที่ 14 โยคะต่อการพัฒนาจิต...ยืดหยุ่น ระลึกสู่ผู้ใจตน

หลักการ โยคะคือ ศาสตร์ที่ว่าด้วยการฝึกฝนตนเอง อันมีรากฐานมาจากอินเดียโบราณ สภาวะอันถือว่าเป็นแก่นของโยคะมี 3 ประการ คือ (1) การรวมกาย-จิตเข้าด้วยกัน หมายถึงการมีสติ รู้อยู่กับกายตลอดเวลา (2) ความสมดุลทั้งภายในตนเอง สมดุลระหว่างตนเองกับผู้อื่น และสมดุลระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม (3) การพัฒนาโดยเฉพาะการฝึกจิตให้นิ่ง การบริหารจิตให้เข้มแข็ง ตลอดจนยกระดับจิตใจให้สูงยิ่งขึ้น ดังนั้นเป้าหมายของโยคะคือ พัฒนามนุษย์ ในทุกๆ มิติ เช่น กาย จิต อารมณ์ บุคลิกภาพ ฯลฯ อย่างเป็นองค์รวม การเข้าสู่แก่นของโยคะนั้น ประกอบด้วย เทคนิคอันหลากหลายโดยลักษณะร่วมของเทคนิคโยคะทั้งหมดล้วนเป็นเรื่อง กาย-จิตสัมพันธ์ แม้แต่ละเทคนิคจะมีกระบวนการ ช่องทางต่างกัน แต่ทุกเทคนิคก็ล้วนสนับสนุนกันและกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักพื้นฐานเบื้องต้นของโยคะ
2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกทำโยคะ ต่าง ๆ ในการจัดการอารมณ์ตนเอง ผ่านสมาธิที่กำหนดลมหายใจ ในการปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามหลักโยคะ
3. เพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้ มีความยืดหยุ่น และสมดุล

อุปกรณ์

- เสื่อโยคะ
- โทรศัพท์

ระยะเวลาทำกิจกรรม

ใช้เวลาทำกิจกรรมทั้งหมด 60 นาที

จำนวนสมาชิก 30 – 40 คน

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ทีมผู้วิจัยกล่าวทักทาย และให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา
2. ทีมผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านโยคะ ให้มาบรรยาย ประกอบการปฏิบัติท่าพื้นฐานโยคะ และนำให้สมาชิกปฏิบัติตามทีละขั้นตอน
3. ให้สมาชิกทีมปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนด ทั้งนี้ให้ผู้ช่วยวิจัย เดินสำรวจความถูกต้อง และความพร้อมของสมาชิกทีม แต่ละคนเพื่อคอยดูแล และกำกับ หรือ ปรับเปลี่ยนท่าทางให้สอดคล้องกับความถนัด และข้อจำกัดด้านสุขภาพของสมาชิกแต่ละคน เพื่อให้สมาชิกสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและปลอดภัยจากการเคลื่อนไหวตามท่าทางต่าง ๆ ทั้งนี้เริ่มจากท่าโยคะพื้นฐานง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน จนกระทั่งสมาชิกปฏิบัติได้

การฝึกแต่ละครั้ง ประกอบด้วย

1.) การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่ ปลายเท้าจนถึงศีรษะ เพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนการฝึก

2.) การฝึกโยคะอาสนะในอิริยาบถต่างๆ โดยเริ่มตามลำดับ การฝึกจะทำตาม กำลังความสามารถของผู้เรียนแต่ละคน และฝึกซ้ำในแต่ละท่าอย่างน้อย 2 ครั้ง สลับด้วยท่าพักในแต่ละอิริยาบถเพื่อการผ่อนคลายร่วมกับการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบันขณะ รับรู้ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเคลื่อนไหวร่างกายและควบคุมการ หายใจ เริ่มจากท่าสุริยนมัสการ ท่าวีรบุรุษ ท่าวัชราสนะ ท่าย่อตัว ท่าโยคะมุทรา ท่าแมว ท่าต๊กแตน ท่ายกเท้าอุททานปาท-อาสนะ ท่ากิ้งตัว ท่าพวันมุกตาสนะ แก่ท้องผูก และท่าโยคะนิทรา

3.) การผ่อนคลายอย่างลึกในท่านอนหงายเพื่อให้รับรู้ถึงความสุข สงบ และการผ่อนคลายที่เกิดขึ้น

4. สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากการมีส่วนร่วมและการให้ข้อมูลป้อนกลับของสมาชิก

ครั้งที่ 15 การบูรณาการและการยุติ

หลักการ โยคะคือ ศาสตร์ที่ว่าด้วยการฝึกฝนตนเอง อันมีรากฐานมาจากอินเดียโบราณ สภาวะอันถือว่าเป็นแก่นของโยคะมี 3 ประการ คือ (1) การรวมกาย-จิตเข้าด้วยกัน หมายถึงการมีสติ รู้อยู่กับกายตลอดเวลา (2) ความสมดุลทั้งภายในตนเอง สมดุลระหว่างตนเองกับผู้อื่น และสมดุลระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม (3) การพัฒนาโดยเฉพาะการฝึกจิตให้นิ่ง การบริหารจิตให้เข้มแข็ง ตลอดจนยกระดับจิตใจให้สูงขึ้น ดังนั้นเป้าหมายของโยคะคือ พัฒนามนุษย์ ในทุกๆ มิติ เช่น กาย จิต อารมณ์ บุคลิกภาพ ฯลฯ อย่างเป็นองค์รวม การเข้าสู่แก่นของโยคะนั้น ประกอบด้วย เทคนิคอันหลากหลายโดยลักษณะร่วมของเทคนิคโยคะทั้งหมดล้วนเป็นเรื่อง กาย-จิตสัมพันธ์ แม้แต่ ละเทคนิคจะมีกระบวนการ ช่องทางต่างกัน แต่ทุกเทคนิคก็ล้วนสนับสนุนกันและกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนกิจกรรมทั้งหมดตั้งแต่ครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 14
2. เพื่อให้สมาชิกได้วางแผนการนำกิจกรรมทั้งหมดมาบูรณาการสำหรับการจัดการ หรือเชื่อมประสาน กาย ใจ อารมณ์ ผ่านโยคะ
3. เพื่อให้สมาชิกได้ให้ข้อมูลป้อนกลับ การใช้โยคะ และกิจกรรมต่าง ๆ ในการช่วยจัดการอารมณ์ตนเอง ผ่านสมาธิที่กำหนดลมหายใจ ในการปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามหลักโยคะ
4. เพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้ มีความยืดหยุ่น และสมดุล
5. เพื่อให้สมาชิกร่วมสรุป และประเมินผลกิจกรรม

อุปกรณ์

- แบบสอบถามประเมินผล

ระยะเวลาทำกิจกรรม

ใช้เวลาทำกิจกรรมทั้งหมด 60 นาที

จำนวนสมาชิก 30 – 40 คน

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ทีมผู้วิจัยกล่าวทักทาย และให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา
2. ทีมผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านโยคะ ให้มาบรรยาย ประกอบการปฏิบัติท่าพื้นฐานโยคะ และนำให้สมาชิกปฏิบัติตามทีละขั้นตอน
3. ให้สมาชิกทีมปฏิบัติตามท่าทางต่างๆ ที่เคยฝึกผ่านมาเพื่อเป็นการทบทวนการปฏิบัติ
4. สรุปกิจกรรมและประเมินผลกิจกรรม

การประเมินผล

1. สังเกตจากการมีส่วนร่วมและการให้ข้อมูลป้อนกลับของสมาชิก

โปรแกรมพัฒนาจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษา

ครั้งที่	หัวข้อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ	อุปกรณ์
1	ปฐมนิเทศ และสร้างสัมพันธ์ภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมผู้วิจัย และครูผู้เข้าร่วมวิจัย 2. เพื่อให้ครูผู้เข้าร่วมวิจัยได้เข้าใจ กฎ กติกา การวิจัย บทบาทหน้าที่และวันเวลาที่ทำกิจกรรม 3. เพื่อให้ครูผู้เข้าร่วมวิจัยผ่อนคลายและสนุกสนาน 4. เพื่อให้ครูผู้เข้าร่วมวิจัยมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธ์ภาพโดยทีมผู้วิจัยกล่าวทักทายพูดคุยแนะนำตัวเอง 2. ทีมผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดขั้นตอนการทำวิจัย และให้ครูผู้เข้าร่วมวิจัย ร่วมเสนอข้อตกลงการนัดวัน เวลา สถานที่ ในการมาทำกิจกรรม 3. เปิดโอกาสให้ครูผู้เข้าร่วมวิจัยแนะนำตนเองผ่านกิจกรรมฉันชื่อ..... 4. ทำแบบทดสอบก่อนดำเนินกิจกรรมเต็มรูปแบบ (Pretest) 5. สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป 	<ul style="list-style-type: none"> - เครื่องเสียง - ไมโครโฟน - เนื้อเพลง - แบบสอบถาม และเครื่องมือวัดความเครียดปลายนิ้ว
2	ออกแบบชีวิตพิชิตเป้าหมาย:Creative Redesign My Life	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ครูผู้เข้าร่วมวิจัยได้เข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ และทบทวนตนเอง 2. เพื่อให้ครูผู้เข้าร่วมวิจัยได้ทบทวนและออกแบบชีวิตตนเอง แบบมีเป้าหมายชัดเจน และวัดผลได้ด้วยตนเอง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และบอกวัตถุประสงค์กิจกรรมครั้งนี้ 2. ผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญมานำครูผู้เข้าร่วมวิจัยรับฟังบรรยายและร่วมแบบปฏิบัติการหัวข้อ “ออกแบบชีวิตพิชิตเป้าหมาย: Creative Redesign My Life” 3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ครู ผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แลกเปลี่ยนเป้าหมายของตนกับกลุ่มเพื่อนครูรายอื่น ๆ 4. สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป 	<ul style="list-style-type: none"> - กระดาษ เอ4 - กระดาษโพสต์อิท คละสี และคละรูปแบบ จำนวน 5 แบบ - ปากกา - สไลด์บรรยายหัวข้อออกแบบชีวิตพิชิตเป้าหมาย:Creative Redesign My Life - คอมพิวเตอร์ และโปรเจคเตอร์ - เครื่องเสียงและไมโครโฟน

ครั้งที่	หัวข้อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ	อุปกรณ์
3	ผูกพัน...สัญญา (บ๊อดี้...ชีวิตที่ดี)	1. เพื่อให้สมาชิกได้ใช้ความคิดสร้างสรรค์ของตนและแสดงออกมาแบ่งปันกับเพื่อนสมาชิก 2. เพื่อสร้างความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างเพื่อนสมาชิก และใช้พลังกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการสร้างงาน กำลังใจ ร่วมกำหนดตกลงกลุ่ม ให้นำไปสู่จุดมุ่งหมายได้สำเร็จ และยั่งยืน	1. ทีมผู้วิจัยกล่าวทักทาย และให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา 2. ทีมผู้วิจัยบอกรายละเอียดกิจกรรมที่จะปฏิบัติในครั้งนี หัวข้อ วัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการ และทวนสอบความเข้าใจในการปฏิบัติ แล้วจึงให้ตัวแทนสมาชิกจับฉลากชุดกิจกรรม 3. แจกอุปกรณ์ชุดกิจกรรม และแบ่งกลุ่มย่อยร่วมกันทำกิจกรรมตามที่มอบหมายจนครบทุกขั้นตอน 4. สรุปรวมติกลุ่มในการสร้างข้อตกลง และหาเพื่อนบ๊อดี้ เพื่อให้เป็นผู้คอยกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจในการสร้างสุขภาพให้ เป็นไปตามเป้าหมายของตนเอง และถ่ายภาพหมู่กับผลงานที่กลุ่มสร้าง 5. สรุปรูปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป	- พิวเจอร์บอร์ดคละสี จำนวน 5 แผ่น - กระดาษฟลิปชาร์ท และแท่นวาง - กล่องจิกซอร์ คละแบบ 5 แบบ - กระดาษสติ๊กเกอร์คละแบบ - เทปกาวใส - แผ่นพลาสติกใส - กรรไกร ไขมีด ปากกา whiteboards permanent
4	อารมณ์ดี ชีวิตมีความสุข	1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักและเข้าใจ ธรรมชาติ อารมณ์ความเครียด 2. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักการประเมิน ความเครียดด้วยตนเอง 3. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกวิธีการผ่อนคลาย ความเครียด แบบเกร็ง คลายกล้ามเนื้อ 4. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำไปประยุกต์ใช้ สำหรับจัดการความเครียดได้ด้วยตนเอง	1. ทีมผู้วิจัยกล่าวทักทาย และให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา 2. ทีมผู้วิจัยบอกรายละเอียดกิจกรรมที่จะปฏิบัติในครั้งนี หัวข้อ วัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการ และทวนสอบความเข้าใจในการปฏิบัติ 3. ทีมผู้ช่วยผู้วิจัย นำปรอทวัดอุณหภูมิปลายนิ้ว ให้สมาชิกทุกคนจนครบ และสอนวิธีการอ่าน แล้วให้สมาชิกจดบันทึกอุณหภูมิปลายนิ้วของตนเองลงในกระดาษบันทึก 3. ทีมผู้วิจัยสอนการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีเกร็ง-คลาย	- ใบงาน - กระดาษ - ปากกา - ปรอทวัดอุณหภูมิปลายนิ้ว (Finger Thermometer) หรือ Stress Thermometer

ครั้งที่	หัวข้อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ	อุปกรณ์
			กล่ามเนื้อ และให้สมาชิกปฏิบัติตาม จนครบทุกขั้นตอน 4. สรุปกิจกรรม และนัดหมายครั้งต่อไป	
5	โยคะต่อการพัฒนาจิต... พื้นฐานเบื้องต้น	1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักพื้นฐานเบื้องต้นของโยคะ 2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกท่าโยคะ ต่าง ๆ ในการจัดการอารมณ์ตนเอง ผ่านสมาธิที่กำหนดลมหายใจ ในการปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามหลักโยคะ 3. เพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้ มีความยืดหยุ่น และสมดุล	1. ทีมผู้วิจัยกล่าวทักทาย และให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา 2. ทีมผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านโยคะ ให้มาบรรยายประกอบการปฏิบัติท่าพื้นฐานโยคะ และนำไปให้สมาชิกปฏิบัติตามที่ละขั้นตอน 3. ให้สมาชิกทีมปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนด ทั้งนี้ให้ผู้ช่วยวิจัย เดินสำรวจความถูกต้อง และความพร้อมของสมาชิกทีม แต่ละคนเพื่อคอยดูแล และกำกับ หรือปรับเปลี่ยนท่าทางให้สอดคล้องกับความถนัด และข้อจำกัดด้านสุขภาพของสมาชิกแต่ละคน เพื่อให้สมาชิกสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและปลอดภัยจากการเคลื่อนไหวตามท่าทางต่าง ๆ ทั้งนี้เริ่มจากท่าโยคะพื้นฐานง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน จนกระทั่งสมาชิกปฏิบัติได้ การฝึกแต่ละครั้ง ประกอบด้วย 1.) การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่ ปลายเท้าจนถึงศีรษะ เพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนการฝึก 2.) การฝึกโยคะอาสนะในอิริยาบถต่างๆ โดยเริ่มตามลำดับ การฝึกจะทำตาม กำลังความสามารถของผู้เรียนแต่ละคน และฝึกซ้ำในแต่ละ ท่าอย่างน้อย 2 ครั้ง สลับด้วยท่าพักในแต่ละอิริยาบถเพื่อ การผ่อนคลาย ร่วมกับการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบันขณะ รับรู้ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเคลื่อนไหว	- เสื่อโยคะ - ไมโครโฟน

ครั้งที่	หัวข้อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ	อุปกรณ์
			<p>ร่างกายและควบคุมการ หายใจ เริ่มจาก ท่าสุรียนมัสการ (Surya Namaskars) ท่าวีรบุรุษ ท่าย่อตัว ท่าผีเสื้อ ท่า ตักแตน ท่าปลาโลมา ท่าเด็ก ท่ายกเท้าอุททานบาท-อาสนะ ท่าเหยียดตัว และท่าโยคะนิทรา</p> <p>3.) การผ่อนคลายอย่างลึกในท่านอนหงายเพื่อ ให้รับรู้ถึง ความสุข สงบ และการผ่อนคลายที่เกิดขึ้น</p> <p>4. สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป</p>	
6	โยคะต่อการพัฒนาจิต... ประสาน ใจสู่กาย	<p>1. เพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนพื้นฐานเบื้องต้น ของโยคะ</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกท่าโยคะ ต่าง ๆ ในการ จัดการอารมณ์ตนเอง ผ่านสมาธิที่กำหนดลม หายใจ ในการปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตาม หลักโยคะ เชื่อมประสานใจสู่กาย</p> <p>3. เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะให้ มีความยืดหยุ่น และสมดุล</p>	<p>1. ทีมผู้วิจัยกล่าวทักทาย และให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ ผ่านมา</p> <p>2. ทีมผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านโยคะ ให้มาบรรยาย ประกอบการปฏิบัติท่าพื้นฐานโยคะ และนำให้สมาชิกปฏิบัติ ตามที่ละขั้นตอน</p> <p>3. ให้สมาชิกทีมปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามที่ผู้เชี่ยวชาญ กำหนด ทั้งนี้ให้ผู้ช่วยวิจัย เดินสำรวจความถูกต้อง และความ พร้อมของสมาชิกทีม แต่ละคนเพื่อคอยดูแล และกำกับ หรือ ปรับเปลี่ยนท่าทางให้สอดคล้องกับความถนัด และข้อจำกัด ด้านสุขภาพของสมาชิกแต่ละคน เพื่อให้สมาชิกสามารถปฏิบัติ ได้ถูกต้องและปลอดภัยจากการเคลื่อนไหวตามท่าทางต่าง ๆ ทั้งนี้เริ่มจากท่าโยคะพื้นฐานง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน จนกระทั่ง สมาชิกปฏิบัติได้</p> <p>การฝึกแต่ละครั้ง ประกอบด้วย</p> <p>1.) การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่ ปลายเท้าจนถึง ศีรษะ เพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนการ ฝึก</p>	<p>- เสื่อโยคะ</p> <p>- ไมโครโฟน</p>

ครั้งที่	หัวข้อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ	อุปกรณ์
			<p>2.) การฝึกโยคะอาสนะในอิริยาบถต่างๆ โดยเริ่มตามลำดับ การฝึกจะทำตาม กำลังความสามารถของผู้เรียนแต่ละคน และฝึกซ้ำในแต่ละท่าอย่างน้อย 2 ครั้ง สลับด้วยท่าพักในแต่ละอิริยาบถเพื่อ การผ่อนคลาย ร่วมกับการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบันขณะ รับรู้ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเคลื่อนไหวร่างกายและควบคุมการ หายใจ เริ่มจาก ท่าสุริยนมัสการ (Surya Namaskars) ท่าวีรบุรุษ ท่าย่อตัว ท่าผีเสื้อ ท่าตักแตน ท่าเด็ก ท่ายกเท้าอุททานบาท-อาสนะ ท่าโยคะนิทรา และ ท่าเหยียดตัว</p> <p>3.) การผ่อนคลายอย่างลึกในท่านอนหงายเพื่อ ให้รับรู้ถึงความสุข สงบ และการผ่อนคลายที่เกิดขึ้น</p> <p>4. สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป</p>	
7	โยคะต่อการพัฒนาจิต... เรียนรู้ใจตน	<p>1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักพื้นฐานเบื้องต้นของโยคะ</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกท่าโยคะ ต่าง ๆ ในการจัดการอารมณ์ตนเอง ผ่านสมาธิที่กำหนดลมหายใจ ในการปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามหลักโยคะ</p> <p>3. เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะให้ มีความยืดหยุ่นและสมดุล</p>	<p>1. ทีมผู้วิจัยกล่าวทักทาย และให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา</p> <p>2. ทีมผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านโยคะ ให้มาบรรยายประกอบการปฏิบัติท่าพื้นฐานโยคะ และนำให้สมาชิกปฏิบัติตามทีละขั้นตอน</p> <p>3. ให้สมาชิกทีมปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนด ทั้งนี้ให้ผู้ช่วยวิจัย เดินสำรวจความถูกต้อง และความพร้อมของสมาชิกทีม แต่ละคนเพื่อคอยดูแล และกำกับ หรือปรับเปลี่ยนท่าทางให้สอดคล้องกับความถนัด และข้อจำกัดด้านสุขภาพของสมาชิกแต่ละคน เพื่อให้สมาชิกสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและปลอดภัยจากการเคลื่อนไหวตามท่าทางต่าง ๆ</p>	<p>- เสื้อโยคะ</p> <p>- ไมโครโฟน</p>

ครั้งที่	หัวข้อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ	อุปกรณ์
			<p>ทั้งนี้เริ่มจากท่าโยคะพื้นฐานง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน จนกระทั่งสมาชิกปฏิบัติได้</p> <p>การฝึกแต่ละครั้ง ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.) การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่ ปลายเท้าจนถึงศีรษะ เพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนการ ฝึก 2.) การฝึกโยคะอาสนะในอิริยาบถต่างๆ โดยเริ่มตามลำดับ การฝึกจะทำตาม กำลังความสามารถของผู้เรียนแต่ละคน และฝึกซ้ำในแต่ละ ท่าอย่างน้อย 2 ครั้ง สลับด้วยท่าพักในแต่ละอิริยาบถเพื่อ การผ่อนคลาย ร่วมกับการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบันขณะ รับรู้ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเคลื่อนไหวร่างกายและควบคุมการ หายใจ เริ่มจาก ท่าสุริยนมัสการ (Surya Namaskars) ทำสามเหลี่ยมหรือตรีโกณอาสนะ ทำย่อตัว ทำยืดส่วนหลัง ท่างู ท่าตั๊กแตน ท่าธนู ท่ายกเท้าอุททาน ปาท-อาสนะ ท่าเหยียดตัว และท่าโยคะนิทรา 3.) การผ่อนคลายอย่างลึกในท่านอนหงายเพื่อ ให้รับรู้ถึงความสุข สงบ และการผ่อนคลายที่เกิดขึ้น 4. สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป 	
8	โยคะต่อการพัฒนาจิต... ทบทวนพื้นฐาน สู่การพัฒนาจิตใจ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักพื้นฐานเบื้องต้นของโยคะ 2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกท่าโยคะ ต่าง ๆ ในการจัดการอารมณ์ตนเอง ผ่านสมาธิที่กำหนดลมหายใจ ในการปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามหลักโยคะ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมผู้วิจัยกล่าวทักทาย และให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา 2. ทีมผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านโยคะ ให้มาบรรยายประกอบการปฏิบัติท่าพื้นฐานโยคะ และนำไปให้สมาชิกปฏิบัติตามทีละขั้นตอน 3. ให้สมาชิกทีมปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามที่ผู้เชี่ยวชาญ 	<ul style="list-style-type: none"> - เสื้อโยคะ - ไมโครโฟน

ครั้งที่	หัวข้อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ	อุปกรณ์
		<p>3. เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะให้ มีความยืดหยุ่น และสมดุล</p>	<p>กำหนด ให้นักู้ช่วยวิจัย เดินสำรวจความถูกต้อง และความพร้อมของสมาชิกทีม แต่ละคนเพื่อคอยดูแล และกำกับ หรือปรับเปลี่ยนท่าทางให้สอดคล้องกับความถนัด และข้อจำกัด ด้านสุขภาพของสมาชิกแต่ละคน เพื่อให้สมาชิกสามารถปฏิบัติ ได้ถูกต้องและปลอดภัยจากการเคลื่อนไหวตามท่าทางต่าง ๆ ทั้งนี้เริ่มจากท่าโยคะพื้นฐานง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน จนกระทั่ง สมาชิกปฏิบัติได้</p> <p>การฝึกแต่ละครั้ง ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.) การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่ ปลายเท้าจนถึง ศีรษะ เพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนการฝึก 2.) การฝึกโยคะอาสนะในอิริยาบถต่างๆ โดยเริ่มตามลำดับ การฝึกจะทำตาม กำลังความสามารถของผู้เรียนแต่ละคน และฝึกซ้ำในแต่ละ ท่าอย่างน้อย 2 ครั้ง สลับด้วยท่าพัก ในแต่ละอิริยาบถเพื่อการผ่อนคลายร่วมกับการฝึกสติให้อยู่กับ ปัจจุบันขณะ รับรู้ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเคลื่อนไหวร่างกาย และควบคุมการ หายใจ เริ่มจาก ท่าสุริยนมัสการ (Surya Namaskars) ทำสามเหลี่ยมหรือตรีโกณอาสนะ ทำย่อตัว ทำ ยืดส่วนหลัง ท่างู ท่าตักแตน ท่าธนู ท่ายกเท้าอุททานปาท-อาสนะ ท่าเหยียดตัว และท่าโยคะนิทรา 3.) การผ่อนคลายอย่างลึกในท่านอนหงายเพื่อ ให้รับรู้ถึง ความสุข สงบ และการผ่อนคลายที่เกิดขึ้น <p>4. สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป</p>	

ครั้งที่	หัวข้อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ	อุปกรณ์
9	โยคะต่อการพัฒนาจิต... เคลื่อนไหว...ลมหายใจ	<p>1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักพื้นฐานเบื้องต้นของโยคะ</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกท่าโยคะ ต่าง ๆ ในการจัดการอารมณ์ตนเอง ผ่านสมาธิที่กำหนดลมหายใจ ในการปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามหลักโยคะ</p> <p>3. เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะให้ มีความยืดหยุ่นและสมดุล</p>	<p>1. ทีมผู้วิจัยกล่าวทักทาย และให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา</p> <p>2. ทีมผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านโยคะ ให้มาบรรยายประกอบการปฏิบัติท่าพื้นฐานโยคะ และนำให้สมาชิกปฏิบัติตามที่ละขั้นตอน</p> <p>3. ให้สมาชิกทีมปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนด ทั้งนี้ให้ผู้ช่วยวิจัย เดินสำรวจความถูกต้อง และความพร้อมของสมาชิกทีม แต่ละคนเพื่อคอยดูแล และกำกับ หรือปรับเปลี่ยนท่าทางให้สอดคล้องกับความถนัด และข้อจำกัดด้านสุขภาพของสมาชิกแต่ละคน เพื่อให้สมาชิกสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและปลอดภัยจากการเคลื่อนไหวตามท่าทางต่าง ๆ ทั้งนี้เริ่มจากท่าโยคะพื้นฐานง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน จนกระทั่งสมาชิกปฏิบัติได้</p> <p>การฝึกแต่ละครั้ง ประกอบด้วย</p> <p>1.) การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่ ปลายเท้าจนถึงศีรษะ เพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนการฝึก</p> <p>2.) การฝึกโยคะอาสนะในอิริยาบถต่างๆ โดยเริ่มตามลำดับ การฝึกจะทำตาม กำลังความสามารถของผู้เรียนแต่ละคน และฝึกซ้ำในแต่ละ ท่าอย่างน้อย 2 ครั้ง สลับด้วยท่าพักในแต่ละอิริยาบถเพื่อการผ่อนคลายร่วมกับการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบันขณะ รับรู้ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเคลื่อนไหวร่างกาย และควบคุมการ หายใจ เริ่มจาก ท่าสุรียนัมสการ (Surya Namaskars) ท่าภูเขา ท่าย่อตัว ท่าวัชราสนะ ท่าสุปตะวัชรา</p>	<p>- เสื่อโยคะ</p> <p>- ไมโครโฟน</p>

ครั้งที่	หัวข้อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ	อุปกรณ์
			<p>สนะ ทำขานุศิระชะอาสนะ ทำตักแตน ทำยกเท้าอุททานปาท-อาสนะ ทำปลา ทำเหยียดตัว และทำควาสนะ</p> <p>3.) การผ่อนคลายอย่างลึกในท่านอนหงายเพื่อ ให้รับรู้ถึงความสุข สงบ และการผ่อนคลายที่เกิดขึ้น</p> <p>4. สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป</p>	
10	โยคะต่อการพัฒนาจิต... กายใจเข้มแข็ง ลม หายใจเป็นหนึ่งเดียว	<p>1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักพื้นฐานเบื้องต้นของโยคะ</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกทำโยคะ ต่าง ๆ ในการจัดการอารมณ์ตนเอง ผ่านสมาธิที่กำหนดลมหายใจ ในการปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามหลักโยคะ</p> <p>3. เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะให้ มีความยืดหยุ่นและสมดุล</p>	<p>1. ทิมผู้วิจัยกล่าวทักทาย และให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา</p> <p>2. ทิมผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านโยคะ ให้มาบรรยายประกอบการปฏิบัติท่าพื้นฐานโยคะ และนำให้สมาชิกปฏิบัติตามทีละขั้นตอน</p> <p>3. ให้สมาชิกทิมปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนด ทั้งนี้ให้ผู้ช่วยวิจัย เดินสำรวจความถูกต้อง และความพร้อมของสมาชิกทิม แต่ละคนเพื่อคอยดูแล และกำกับ หรือปรับเปลี่ยนท่าทางให้สอดคล้องกับความถนัด และข้อจำกัดด้านสุขภาพของสมาชิกแต่ละคน เพื่อให้สมาชิกสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและปลอดภัยจากการเคลื่อนไหวตามท่าทางต่าง ๆ ทั้งนี้เริ่มจากท่าโยคะพื้นฐานง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน จนกระทั่งสมาชิกปฏิบัติได้</p> <p>การฝึกแต่ละครั้ง ประกอบด้วย</p> <p>1.) การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่ ปลายเท้าจนถึงศีรษะ เพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนการฝึก</p> <p>2.) การฝึกโยคะอาสนะในอิริยาบถต่างๆ โดยเริ่มตามลำดับ การฝึกจะทำตาม กำลังความสามารถของผู้เรียนแต่</p>	<p>- เสื่อโยคะ</p> <p>- ไมโครโฟน</p>

ครั้งที่	หัวข้อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ	อุปกรณ์
			<p>ละคน และฝึกซ้ำในแต่ละ ทำอย่างน้อย 2 ครั้ง สลับด้วยท่าพักในแต่ละอิริยาบถเพื่อการผ่อนคลายร่วมกับการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบันขณะ รับรู้ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเคลื่อนไหวร่างกาย และควบคุมการ หายใจ เริ่มจากท่าสุรียนัมสการ ท่าภูเขา ท่าย่อตัว ท่าสุปตะวัชราสนะ ท่าชานูคีระชะอาสนะ ท่าตักแตน ท่ายกเท้าอุททานปาท-อาสนะ ท่าพวันมุกตาสนะซับลม ท่าปลา และท่าควาสนะ</p> <p>3.) การผ่อนคลายอย่างลึกในท่านอนหงายเพื่อ ให้รับรู้ถึง ความสุข สงบ และการผ่อนคลายที่เกิดขึ้น</p> <p>4. สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป</p>	
11	โยคะต่อการพัฒนาจิต... ยืดหยุ่น นุ่มหนัก	<p>1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักพื้นฐานเบื้องต้นของโยคะ</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกท่าโยคะ ต่าง ๆ ในการจัดการอารมณ์ตนเอง ผ่านสมาธิที่กำหนดลมหายใจ ในการปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามหลักโยคะ</p> <p>3. เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะให้ มีความยืดหยุ่นและสมดุล</p>	<p>1. ทีมผู้วิจัยกล่าวทักทาย และให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา</p> <p>2. ทีมผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านโยคะ ให้มาบรรยายประกอบการปฏิบัติท่าพื้นฐานโยคะ และนำให้สมาชิกปฏิบัติตามทีละขั้นตอน</p> <p>3. ให้สมาชิกทีมปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนด ทั้งนี้ให้ผู้ช่วยวิจัย เดินสำรวจความถูกต้อง และความพร้อมของสมาชิกทีม แต่ละคนเพื่อคอยดูแล และกำกับ หรือปรับเปลี่ยนท่าทางให้สอดคล้องกับความถนัด และข้อจำกัดด้านสุขภาพของสมาชิกแต่ละคน เพื่อให้สมาชิกสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและปลอดภัยจากการเคลื่อนไหวตามท่าทางต่าง ๆ ทั้งนี้เริ่มจากท่าโยคะพื้นฐานง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน จนกระทั่งสมาชิกปฏิบัติได้</p>	<p>- เสื้อโยคะ</p> <p>- ไมโครโฟน</p>










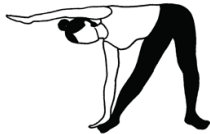








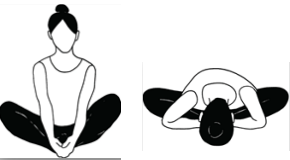




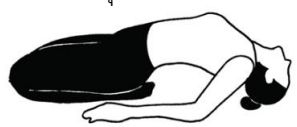
ครั้งที่	หัวข้อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ	อุปกรณ์
			<p>การฝึกแต่ละครั้ง ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.) การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่ ปลายเท้าจนถึง ศีรษะ เพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนการฝึก 2.) การฝึกโยคะอาสนะในอิริยาบถต่างๆ โดยเริ่มตามลำดับ การฝึกจะทำตาม กำลังความสามารถของผู้เรียนแต่ละคน และฝึกซ้ำในแต่ละ ท่าอย่างน้อย 2 ครั้ง สลับด้วยท่าพักในแต่ละอิริยาบถเพื่อการผ่อนคลายร่วมกับการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบันขณะ รับรู้ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเคลื่อนไหวร่างกาย และควบคุมการ หายใจ เริ่มจากท่าสุริยนมัสการ ท่ามือถึงเท้า ท่าย่อตัว ท่าวัชราสนะ ท่าบิดตัว ท่าตักแตน ท่ากงล้อ ท่าพวัน มุกตาสนะซบลิ้ม ท่ายกเท้าอุททานปาท-อาสนะ ท่าพวันมุกตาสนะ และท่าควาสนะ 3.) การผ่อนคลายอย่างลึกในท่านอนหงายเพื่อให้รับรู้ถึงความสุข สงบ และการผ่อนคลายที่เกิดขึ้น 4. สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป 	
12	โยคะต่อการพัฒนาจิต... สมดุล ตื่นรู้ ใจ กาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักพื้นฐานเบื้องต้นของโยคะ 2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกท่าโยคะ ต่าง ๆ ในการจัดการอารมณ์ตนเอง ผ่านสมาธิที่กำหนดลมหายใจ ในการปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามหลักโยคะ 3. เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะให้ มีความยืดหยุ่นและสมดุล 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมผู้วิจัยกล่าวทักทาย และให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา 2. ทีมผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านโยคะ ให้มาบรรยายประกอบการปฏิบัติท่าพื้นฐานโยคะ และนำให้สมาชิกปฏิบัติตามที่ละขั้นตอน 3. ให้สมาชิกทีมปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนด ทั้งนี้ให้ผู้ช่วยวิจัย เดินสำรวจความถูกต้อง และความพร้อมของสมาชิกทีม แต่ละคนเพื่อคอยดูแล และกำกับ หรือ 	<ul style="list-style-type: none"> - เสื่อโยคะ - ไมโครโฟน



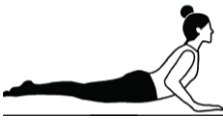
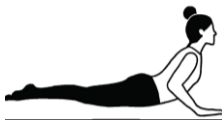
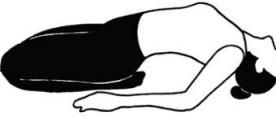























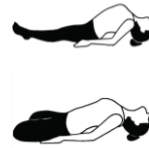

ครั้งที่	หัวข้อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ	อุปกรณ์
			<p>ปรับเปลี่ยนท่าทางให้สอดคล้องกับความถนัด และข้อจำกัดด้านสุขภาพของสมาชิกแต่ละคน เพื่อให้สมาชิกสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและปลอดภัยจากการเคลื่อนไหวตามท่าทางต่าง ๆ ทั้งนี้เริ่มจากท่าโยคะพื้นฐานง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน จนกระทั่งสมาชิกปฏิบัติได้</p> <p>การฝึกแต่ละครั้ง ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.) การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่ ปลายเท้าจนถึงศีรษะ เพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนการฝึก 2.) การฝึกโยคะอาสนะในอิริยาบถต่างๆ โดยเริ่มตามลำดับ การฝึกจะทำตาม กำลังความสามารถของผู้เรียนแต่ละคน และฝึกซ้ำในแต่ละ ท่าอย่างน้อย 2 ครั้ง สลับด้วยท่าพักในแต่ละอิริยาบถเพื่อการผ่อนคลายร่วมกับการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบันขณะ รับรู้ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเคลื่อนไหวร่างกาย และควบคุมการ หายใจ เริ่มจากท่าสุริยนมัสการ ท่ามือถึงเท้า ย่อตัว ท่าวีชราสนะ ท่าตั้งแทน ท่ากงล้อ ท่ายกเท้าอุททาน ปาท-อาสนะ ท่าพวันมุกตาสนะซับลม ท่าพวันมุกตาสนะแก้ท้องผูก และท่าศवासนะ 3.) การผ่อนคลายอย่างลึกในท่านอนหงายเพื่อ ให้ความรู้ถึง ความสุข สงบ และการผ่อนคลายที่เกิดขึ้น 4. สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป 	







ครั้งที่	หัวข้อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ	อุปกรณ์
13	โยคะต่อการพัฒนาจิต... บูรณาการ กาย ใจ สติ มั่นคง	<p>1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักพื้นฐานเบื้องต้นของโยคะ</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกท่าโยคะ ต่าง ๆ ในการจัดการอารมณ์ตนเอง ผ่านสมาธิที่กำหนดลมหายใจ ในการปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามหลักโยคะ</p> <p>3. เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะให้ มีความยืดหยุ่นและสมดุล</p>	<p>1. ทีมผู้วิจัยกล่าวทักทาย และให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา</p> <p>2. ทีมผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านโยคะ ให้มาบรรยายประกอบการปฏิบัติท่าพื้นฐานโยคะ และนำให้สมาชิกปฏิบัติตามที่ละขั้นตอน</p> <p>3. ให้สมาชิกทีมปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนด ทั้งนี้ให้ผู้ช่วยวิจัย เดินสำรวจความถูกต้อง และความพร้อมของสมาชิกทีม แต่ละคนเพื่อคอยดูแล และกำกับ หรือปรับเปลี่ยนท่าทางให้สอดคล้องกับความถนัด และข้อจำกัดด้านสุขภาพของสมาชิกแต่ละคน เพื่อให้สมาชิกสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและปลอดภัยจากการเคลื่อนไหวตามท่าทางต่าง ๆ ทั้งนี้เริ่มจากท่าโยคะพื้นฐานง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน จนกระทั่งสมาชิกปฏิบัติได้</p> <p>การฝึกแต่ละครั้ง ประกอบด้วย</p> <p>1.) การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่ ปลายเท้าจนถึงศีรษะ เพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนการฝึก</p> <p>2.) การฝึกโยคะอาสนะในอิริยาบถต่างๆ โดยเริ่มตามลำดับ การฝึกจะทำตาม กำลังความสามารถของผู้เรียนแต่ละคน และฝึกซ้ำในแต่ละ ท่าอย่างน้อย 2 ครั้ง สลับด้วยท่าพักในแต่ละอิริยาบถเพื่อการผ่อนคลายร่วมกับการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบันขณะ รับรู้ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเคลื่อนไหวร่างกาย และควบคุมการ หายใจ เริ่มจากท่าสุริยนมัสการ ท่าวีรบุรุษ ท่าย่อตัว ท่าโยคะมูทรา ท่าแมว ท่าตั๊กแตน ท่ายกเท้าอุททาน</p>	<p>- เสื่อโยคะ</p> <p>- ไมโครโฟน</p>













ครั้งที่	หัวข้อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ	อุปกรณ์
			<p>ปาท-อาสนะ ท่ากึ่งตัว ท่าพวันมุกตาสนะแก้ท้องผูก และท่า ศวาสนะ</p> <p>3.) การผ่อนคลายอย่างลึกในท่านอนหงายเพื่อ ให้รับรู้ถึง ความสุข สงบ และการผ่อนคลายที่เกิดขึ้น</p> <p>4. สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป</p>	
14	โยคะต่อการพัฒนาจิต... ยืดหยุ่น ระลึกรู้ สู่ใจตน	<p>1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักพื้นฐานเบื้องต้นของ โยคะ</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกท่าโยคะ ต่าง ๆ ในการ จัดการอารมณ์ตนเอง ผ่านสมาธิที่กำหนดลม หายใจ ในการปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตาม หลักโยคะ</p> <p>3. เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะให้ มีความยืดหยุ่น และสมดุล</p>	<p>1. ทิมผู้วิจัยกล่าวทักทาย และให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ ผ่านมา</p> <p>2. ทิมผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านโยคะ ให้มาบรรยาย ประกอบการปฏิบัติท่าพื้นฐานโยคะ และนำให้สมาชิกปฏิบัติ ตามทีละขั้นตอน</p> <p>3. ให้สมาชิกทิมปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามที่ผู้เชี่ยวชาญ กำหนด ทั้งนี้ให้ผู้ช่วยวิจัย เดินสำรวจความถูกต้อง และความ พร้อมของสมาชิกทิม แต่ละคนเพื่อคอยดูแล และกำกับ หรือ ปรับเปลี่ยนท่าทางให้สอดคล้องกับความถนัด และข้อจำกัด ด้านสุขภาพของสมาชิกแต่ละคน เพื่อให้สมาชิกสามารถปฏิบัติ ได้ถูกต้องและปลอดภัยจากการเคลื่อนไหวตามท่าทางต่าง ๆ ทั้งนี้เริ่มจากท่าโยคะพื้นฐานง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน จนกระทั่ง สมาชิกปฏิบัติได้</p> <p>การฝึกแต่ละครั้ง ประกอบด้วย</p> <p>1.) การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่ ปลายเท้าจนถึง ศีรษะ เพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนการฝึก</p> <p>2.) การฝึกโยคะอาสนะในอิริยาบถต่างๆ โดยเริ่ม ตามลำดับ การฝึกจะทำตาม กำลังความสามารถของผู้เรียนแต่</p>	<p>- เสื่อโยคะ</p> <p>- ไมโครโฟน</p>












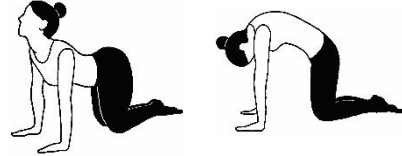




ครั้งที่	หัวข้อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ	อุปกรณ์
			<p>ละคน และฝึกซ้ำในแต่ละ ทำอย่างน้อย 2 ครั้ง สลับด้วยท่าพักในแต่ละอิริยาบถเพื่อการผ่อนคลายร่วมกับการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบันขณะ รับรู้ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเคลื่อนไหวร่างกาย และควบคุมการ หายใจ เริ่มจากท่าสุริยะนมัสการ ท่าวีรบุรุษ ท่าวัชรसनะ ท่าย่อตัว ท่าโยคะมุทรา ท่าแมว ท่าตักแตน ท่ายกเท้าอุททานปาท-อาสนะ ท่ากิ้งตัว ท่าวันมุกตาสนะ แก่ท้องผูก และท่าโยคะนิทรา</p> <p>3.) การผ่อนคลายอย่างลึกในท่านอนหงายเพื่อ ให้รับรู้ถึงความสุข สงบ และการผ่อนคลายที่เกิดขึ้น</p> <p>4. สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป</p>	
15	การบูรณาการและการยุติ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนกิจกรรมทั้งหมด ตั้งแต่ครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 14 2. เพื่อให้สมาชิกได้วางแผนการนำกิจกรรมทั้งหมดมาบูรณาการสำหรับการจัดการ หรือเชื่อมประสาน กาย ใจ อารมณ์ ผ่านโยคะ 2. เพื่อให้สมาชิกได้ให้ข้อมูลป้อนกลับ การใช้โยคะ และกิจกรรมต่าง ๆ ในการช่วยจัดการอารมณ์ตนเอง ผ่านสมาธิที่กำหนดลมหายใจ ในการปฏิบัติตามท่าทางต่าง ๆ ตามหลักโยคะ 3. เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะให้ มีความยืดหยุ่น และสมดุล 4. เพื่อให้สมาชิกร่วมสรุป และประเมินผลกิจกรรม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมผู้วิจัยกล่าวทักทาย และให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา 2. ทีมผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านโยคะ ให้มาบรรยาย ประกอบการปฏิบัติท่าพื้นฐานโยคะ และนำให้สมาชิกปฏิบัติ ตามทีละขั้นตอน 3. ให้สมาชิกทีมปฏิบัติตามท่าทางต่างๆ ที่เคยฝึกผ่านมาเพื่อ เป็นการทบทวนการปฏิบัติ 4. สรุปกิจกรรมและประเมินผลกิจกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> - เสื้อโยคะ - โมโครโฟน - แบบสอบถามประเมินผล















ครั้งที่ 5	ครั้งที่ 6	ครั้งที่ 7	ครั้งที่ 8	ครั้งที่ 9	ครั้งที่ 10
<p>1. ทำสุริยนมัสการ (Surya Namaskars)</p> 	<p>1. ทำสุริยนมัสการ (Surya Namaskars)</p> 	<p>1. ทำสุริยนมัสการ (Surya Namaskars)</p> 	<p>1. ทำสุริยนมัสการ (Surya Namaskars)</p> 	<p>ทำสุริยนมัสการ (Surya Namaskars)</p> 	<p>ทำสุริยนมัสการ (Surya Namaskars)</p> 
<p>2. ทำวีรบุรุษ</p> 	<p>2. ทำวีรบุรุษ</p> 	<p>2. ทำสามเหลี่ยมหรือ ตรีโกณาสนะ</p> 	<p>2. ทำสามเหลี่ยมหรือ ตรีโกณาสนะ</p> 	<p>2. ทำภูเข</p> 	<p>2. ทำภูเข</p> 
<p>3. ทำย่อตัว</p> 	<p>3. ทำย่อตัว</p> 	<p>3. ทำย่อตัว</p> 	<p>3. ทำย่อตัว</p> 	<p>3. ทำย่อตัว</p> 	<p>3. ทำย่อตัว</p> 
<p>4. ทำผีเสื้อ</p> 	<p>4. ทำผีเสื้อ</p> 	<p>4. ทำยืดส่วนหลัง</p> 	<p>4. ทำยืดส่วนหลัง</p> 	<p>4. ทำวัชราสนะ</p> 	<p>4. ทำสุปะตะวัชราสนะ</p> 

ครั้งที่ 5	ครั้งที่ 6	ครั้งที่ 7	ครั้งที่ 8	ครั้งที่ 9	ครั้งที่ 10
5. ทำตักแตน 	5. ทำตักแตน 	5. ทำงู 	5. ทำงู 	5. ทำสุนัขวิหัง 	5. ทำสุนัขวิหัง 
6. ทำปลาโลมา 	6. ทำเด็ก 	6. ทำตักแตน 	6. ทำตักแตน 	6. ทำสุนัขวิหัง 	6. ทำตักแตน 
7. ทำเด็ก 	7. ทำยกเท้า อุททานปาท- อาสนะ 	7. ทำธนู 	7. ทำธนู 	7. ทำตักแตน 	7. ทำยกเท้า อุททานปาท- อาสนะ 
8. ทำยกเท้า อุททานปาท- อาสนะ 	8. ทำโยคะนิทรา 	8. ทำยกเท้า อุททานปาท- อาสนะ 	8. ทำยกเท้า อุททานปาท- อาสนะ 	8. ทำยกเท้า อุททานปาท- อาสนะ 	8. ทำพวงมฤตาสนะขับลม 
9. ทำเหยียดตัว 	9. ทำเหยียดตัว 	9. ทำเหยียดตัว 	9. ทำเหยียดตัว 	9. ทำปลา 	9. ทำปลา 

ครั้งที่ 5	ครั้งที่ 6	ครั้งที่ 7	ครั้งที่ 8	ครั้งที่ 9	ครั้งที่ 10
10. ทำโยคะนิทรา 		10. ทำโยคะนิทรา 	10. ทำโยคะนิทรา 	10. ทำเหยียดตัว 	10. ทำศวานะ 
				11. ทำศวานะ 	

ครั้งที่ 11	ครั้งที่ 12	ครั้งที่ 13	ครั้งที่ 14
<p>1. ทำสุริยนมัสการ (Surya Namaskars)</p> 	<p>1. ทำสุริยนมัสการ (Surya Namaskars)</p> 	<p>1. ทำสุริยนมัสการ (Surya Namaskars)</p> 	<p>1. ทำสุริยนมัสการ (Surya Namaskars)</p> 
<p>2. ทำมือถึงเท้า</p> 	<p>2. ทำมือถึงเท้า</p> 	<p>2. ทำวีรบุรุษ</p> 	<p>2. ทำวีรบุรุษ</p> 
<p>3. ทำย่อตัว</p> 	<p>3. ทำย่อตัว</p> 	<p>3. ทำย่อตัว</p> 	<p>3. ทำวีชราสนะ</p> 

ครั้งที่ 11	ครั้งที่ 12	ครั้งที่ 13	ครั้งที่ 14
<p>4. ท่าวีชราสนะ</p> 	<p>4. ท่าวีชราสนะ</p> 	<p>4. ท่าโยคะมุทรา</p> 	<p>4. ท่าย่อตัว</p> 
<p>5. ท่าปิดตัว</p> 	<p>5. ท่าตั๊กแตน</p> 	<p>5. ท่าแมว</p> 	<p>5. ท่าโยคะมุทรา</p> 
<p>6. ท่าตั๊กแตน</p> 	<p>6. ท่ากงล้อ</p> 	<p>6. ท่าตั๊กแตน</p> 	<p>6. ท่าแมว</p> 
<p>7. ท่ากงล้อ</p> 	<p>7. ท่ายกเท้า อุททานปาท-อาสนะ</p> 	<p>7. ท่ายกเท้า อุททานปาท-อาสนะ</p> 	<p>7. ท่าตั๊กแตน</p> 

ครั้งที่ 11	ครั้งที่ 12	ครั้งที่ 13	ครั้งที่ 14
8. ท่าพวันมุกตาสนะซับลม 	8. ท่าพวันมุกตาสนะซับลม 	8. ท่ากิ้งตัว 	8. ท่ายกเท้า อุททานปาท-อาสนะ 
9. ท่ายกเท้า อุททานปาท-อาสนะ 	9. ท่าพวันมุกตาสนะแก้ท้องผูก 	9. ท่าพวันมุกตาสนะแก้ท้องผูก 	9. ท่ากิ้งตัว 
10. ท่าพวันมุกตาสนะแก้ท้องผูก 	10. ท่าศวาสนะ 	10. ท่าศวาสนะ 	10. ท่าพวันมุกตาสนะแก้ท้องผูก 
11. ท่าศวาสนะ 			11. ท่าโยคะนิทรา 

หมายเหตุ ภาพวาด โดยภัสรา จุลวนิชย์พงษ์, 2562