

คุณภาพชีวิตของพยาบาล : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาล
สังกัดกรมการแพทย์ ส่วนกลาง
กระทรวงสาธารณสุข

สุทธิพร บุญมาก

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม)
คณะพัฒนาสังคม
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
พ.ศ. 2544

คุณภาพชีวิตของพยาบาล : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาล

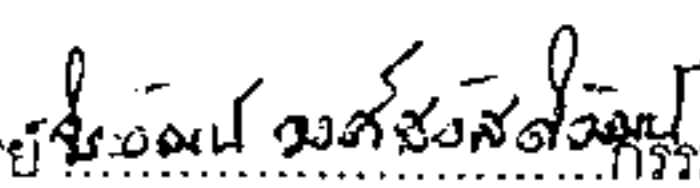
สังกัดกรมการแพทย์ ส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข

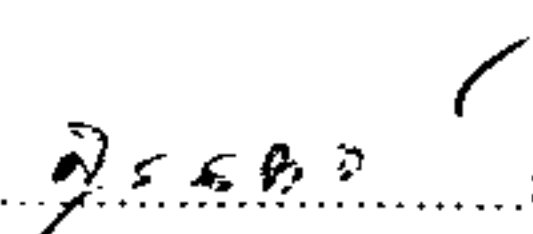
สุทธิพร บุญมาก

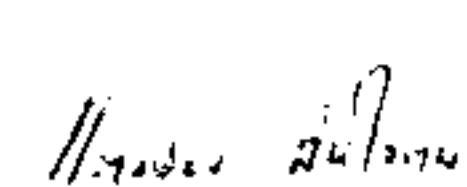
คณะพัฒนาสังคม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาแล้วเห็นสมควรอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการ
ศึกษาตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม)

อาจารย์  ประธานกรรมการ
(จระพร บุณลีน)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์  กรรมการ
(ดร. จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์  กรรมการ
(ดร. สุรสิทธิ์ วชิรจร)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์  คณบดี
(ดร. แดงอ่อน มั่นใจตน)

วันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2544

บทคัดย่อ

ชื่อวิทยานิพนธ์ : คุณภาพชีวิตของพยาบาล : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาล สังกัด
กรมการแพทย์ ส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข
ชื่อผู้เขียน : สุทธิพร บุญมาก
ชื่อปริญญา : ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม)
ปีการศึกษา : 2544

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ 1) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลโดยรวม และรายด้าน คือ ด้านการทำงาน ด้านสุขภาพ และด้านครอบครัว 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของพยาบาลกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว รายได้ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน และตำแหน่งหน้าที่ ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จำนวนสมาชิกในครัวเรือน จำนวนสมาชิกที่มีรายได้ และรายได้ของครัวเรือน และปัจจัยด้านที่ทำงาน ได้แก่ สภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงาน การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน 3) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาทำการปกติและทำงานเป็นเวร ทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างพยาบาล โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) จำนวน 200 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ใช้การวิเคราะห์ปัจจัย เพื่อหาว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน และใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และการวิเคราะห์การถดถอยพหุ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษารูป ได้ดังนี้

พยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี มีสถานภาพสมรสแล้วอยู่ร่วมกัน มีสถานภาพในครอบครัวเป็นภรรยา มีสมาชิกในครัวเรือน 4-6 คน มีจำนวนสมาชิกที่มีรายได้แล้ว 1-2 คน มีรายได้ 10,001-20,000 บาทต่อเดือน มีรายได้ของสมาชิกในครัวเรือนต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน และ 20,001 - 30,000 บาทต่อเดือน ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี มีประสบการณ์ในการทำงาน 11-20 ปี ตำแหน่งหน้าที่ของพยาบาลส่วนใหญ่เป็นพยาบาลประจำการ โดยการทำงานเป็นเวรแต่ละช่วงเวลาประมาณ 6-10 ครั้งต่อเดือน

ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของพยาบาล คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน ด้านสุขภาพ และด้านครอบครัว (ร้อยละ 93.5, 86.5 , 92.0 และ 72.5 ตามลำดับ) อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของพยาบาลจำแนกตามเวลาการทำงาน พบว่า คุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าคุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร ในด้านภาพรวม ด้านการทำงาน และด้านสุขภาพ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน

ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่า สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว อยู่ในระดับสูง ปัจจัยด้านที่ทำงาน พบว่า สภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงาน และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน อยู่ในระดับปานกลาง

คุณภาพชีวิตโดยรวม และคุณภาพชีวิตด้านการทำงานขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านที่ทำงานเป็นอันดับแรก รองลงมา ได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยส่วนบุคคล ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและด้านครอบครัวขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านครอบครัวเป็นอันดับแรก รองลงมา ได้แก่ ปัจจัยด้านที่ทำงาน และปัจจัยส่วนบุคคล ตามลำดับ

การเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติและกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมและทุกด้าน เฉพาะพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติเท่านั้น ปัจจัยด้านครอบครัวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน ด้านสุขภาพและด้านครอบครัว ของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติสูงกว่าพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร ปัจจัยด้านที่ทำงานส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน และด้านสุขภาพของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร สูงกว่าพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติ ยกเว้นคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา ได้แก่ 1) ผู้บริหารโรงพยาบาลควรให้มีการประเมินระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลในโรงพยาบาลประจำปี 2) ควรให้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของพยาบาล 3) ควรมีการจัดตารางเวรการทำงานในช่วงเวรบ่ายและดึกให้น้อยครั้ง 4) ควรมีการเพิ่มวันหยุดประจำเดือนให้กับพยาบาลที่ต้องทำงานเป็นเวร 5) ควรส่งเสริมการพัฒนาความรู้ของพยาบาล และ 6) รัฐบาลควรเพิ่มค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานและสวัสดิการให้กับพยาบาล

ABSTRACT

Thesis Title : Life Quality of Nurses : A Case Study of the Hospital
under the Central Administration of the Department of
Medical Services ,Ministry of Public Health .

Author : Mr. Suttiporn Bunmak

Degree : Master of Arts (Social Development)

Year : 2001

The three major objectives of the study were (1) to find out the life quality of the nurses as a whole and in individual aspects, i.e., work, health and family (2) to identify the relationship between the components of the life quality and three sets of variables: the personal variables (i.e., age, marital status, family status, income, education, work experience, and work position) ; the family variables (i.e., physical home environment, social support from the family, number of household member, number of household member who had income and household income) and the work variables (physical work environment and social support from colleagues) and (3) compare the daytime nurses with the night shift nurses in terms of the factors affecting their life quality. The sample group of 200 nurses was selected by the multistage sampling technique. A questionnaire was employed to collect the data. Pearson product moment correlation coefficient, point biserial correlation, multiple regression analysis were used to analyze the data. The findings were summed up below:

Most of nurses in the study were 31-40 years of age. They were married and lived with their husbands. Their family status was the housewife. There were 4-6 members in their households. One to two of them had an income. The household income range was 10,001-20,000 baht a month, The number of nurses whose household members had a lower income than 10,000 baht a month was close to the number of nurses whose household members had an income of 20,001-30,000 baht a month. These nurses had a Bachelor's degree and had 11-20 years of work

experience. Most of them held the position of regular nurse. They work in night shift about 6-10 times a month

The overall life quality of the nurses were found to be moderate (93.5%). Also, all the three aspects of the life quality-work, health, and family were found to be moderate (86.5%, 92.0% and 72.5%, respectively). When the groups of nurses classified by worktime were compared to find out their life quality level, it was found that the daytime nurses had a higher overall life quality than the night shift nurses. However, their life quality were more or less the same when individual aspects were considered.

When the household variables were considered, it was found that the physical home environment and social support from the family were highly positive. It was also found that the work variables that is, the physical work environment and social support from the colleagues-were moderately good.

The overall life quality and the quality of working life depended mainly on the work variables, followed by the household variables, and the personal variables, respectively. On the other hand, the quality of health and the quality of family life depended mainly on the household variables, followed by the work variables, and the personal variables, respectively.

When the factors affecting the life quality of the daytime nurses and the night shift nurses were considered, it was found that the personal variables affected the overall life quality and all the aspects of life quality of the daytime nurses only. In addition, the household variables affected the daytime nurses overall life quality, work, health and family more than the night shift nurses. In contrast, the work variables affected the night shift nurses overall life quality, work and health, but not family, more than the daytime nurses.

The following recommendations were made: 1) The hospital administrations should annually evaluate the life quality of the nurses at the hospital, 2) Activities to boost and development the life quality of the nurses should be held, 3)The afternoon and night shifts should be reduced, 4) More monthly holidays should be given to the nurses working in shifts, 5) The nurses should be supported to develop their skills and knowledge and 6) the government should give a higher pay and welfare to the nurses.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เกิดขึ้นด้วยความตั้งใจและความหวังว่าจะเป็นส่วนหนึ่งที่ก่อให้เกิดความคิดที่หลากหลายและมีมุมมองใหม่ ๆ ในงานวิจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของพยาบาล

ความตั้งใจของผู้เขียนประสบผลสำเร็จด้วยการได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จากหลายฝ่ายที่ผู้เขียนขอแสดงความขอบคุณไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ จิระพร บุรณสิน ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ กรุณาใช้เวลาที่มีคุณค่าที่ให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขอย่างเอาใจใส่ทุกขั้นตอนในการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์ ที่กรุณาเป็นประธานกรรมการ ซึ่งกรุณาให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นคุณค่าอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรสิทธิ์ วชิรขจร กรรมการวิทยานิพนธ์ ซึ่งกรุณาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่กรุณาให้ข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ และกลุ่มตัวอย่างพยาบาลทุกท่าน ที่สละเวลาที่จะช่วยตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ คุณรัตนา เกษตรธรรม โรงพยาบาลสงฆ์ คุณสุนันทา นิธิบุญปกรณ์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ซึ่งเป็นผู้ช่วยเหลือในการประสานงานติดต่อในการเก็บข้อมูลวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

และที่ขาดเสียมิได้ที่ต้องกราบขอบพระคุณคือ คุณพ่อ คุณแม่ และญาติพี่น้อง ที่ช่วยเหลือในการศึกษาของผู้เขียน ซึ่งเป็นผู้ที่สนับสนุนการศึกษาตลอดมาและอยู่เบื้องหลังความสำเร็จอย่างแท้จริงของผู้เขียน

สุทธิพร บุญมาก

ธันวาคม 2544

สารบัญ

	หน้า
<u>บทคัดย่อ</u>	(3)
ABSTRACT	ab (5)
กิตติกรรมประกาศ	(7)
<u>สารบัญ</u>	co (8)
สารบัญตาราง	(10)
สารบัญแผนภูมิ	(13)
<u>บทที่ 1 บทนำ</u>	c1 1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ในการศึกษา	4
1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
1.4 ขอบเขตของการศึกษา	5
<u>บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</u>	c2-1 6
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์	6
2.2 แนวความคิดและปรัชญาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	10
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับสตรี(ภรรยา)ที่ทำงานนอกบ้าน	c2-2 26
2.4 การสนับสนุนทางสังคม	48
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม	c2-3 47
2.6 การพัฒนามาตรวัดคุณภาพชีวิต	51
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	59
<u>บทที่ 3 กรอบแนวคิดและวิธีการศึกษา</u>	c3 95
3.1 ตัวแปรในการศึกษา	95
3.2 กรอบแนวคิดในการศึกษา	97
3.3 สมมติฐานในการศึกษา	98

3.4	นิยามปฏิบัติการ		106
3.5	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง		108
3.6	เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา		111
3.7	การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ		116
3.8	การเก็บรวบรวมข้อมูล		117
3.9	การวิเคราะห์ข้อมูล		117
บทที่ 4	ผลการศึกษา	c4-1	119
4.1	ลักษณะทั่วไปของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง		119
4.2	ระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง		122
4.3	การเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลตามเวลาการทำงาน		124
4.4	ระดับของปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาล		127
4.5	ผลการทดสอบสมมติฐาน		129
4.6	ปัญหาอุปสรรคของพยาบาล	c4-2	134 148
บทที่ 5	สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	c5	150
5.1	สรุปผลการศึกษา		150
5.2	อภิปรายผล		158
5.3	ข้อเสนอแนะ		163
บรรณานุกรม		bi	165
ภาคผนวก			
ภาคผนวก ก		ap-1	178
ภาคผนวก ข		ap-2	198
ภาคผนวก ค		ap-3	220
ภาคผนวก ค		q	232
ประวัติผู้เขียน		v	244

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 แสดงประเภทเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตเชิงปริมาณและคุณภาพในระดับบุคคลและชุมชน	62
3.1 แสดงจำนวนประชากรพยาบาลและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาลและแผนก	110
ตารางภาคผนวก ก	
ตารางที่	
1 แสดงลักษณะทั่วไปของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง	179
2 แสดงระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง	183
3 แสดงลักษณะคุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง	184
4 แสดงระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลจำแนกตามช่วงเวลาการทำงาน	190
5 แสดงการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเวลา ราชการปกติและกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร	191
6 แสดงระดับสภาพแวดล้อมกายภาพของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง	192
7 แสดงลักษณะสภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง	193
8 แสดงลักษณะสภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงานของพยาบาลกลุ่ม ตัวอย่าง	194
9 แสดงระดับการสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง	195
10 แสดงลักษณะการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของพยาบาลกลุ่ม ตัวอย่าง	196
11 แสดงลักษณะการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานของพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง	198

ตารางภาคผนวก ก

ตารางที่

12	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของพยาบาลกับ ปัจจัยทุกด้าน	200
13	แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุระหว่างคุณภาพชีวิตของพยาบาล กับปัจจัยทุกด้าน	201
14	แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุระหว่างคุณภาพชีวิตด้านการ ทำงานของพยาบาลกับปัจจัยแต่ละด้าน	202
15	แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุระหว่างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของพยาบาลกับปัจจัยแต่ละด้าน	203
16	แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุระหว่างคุณภาพชีวิตด้าน ครอบครัวของพยาบาลกับปัจจัยแต่ละด้าน	204
17	แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุระหว่างคุณภาพชีวิตโดยรวมของ พยาบาลกับปัจจัยแต่ละด้าน	205
18	แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุระหว่างคุณภาพชีวิตของพยาบาล กับทุกปัจจัยของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติ	206
19	แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับ ปัจจัยแต่ละด้านของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติ	207
20	แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุระหว่างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ กับปัจจัยแต่ละด้านของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติ	208
21	แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุระหว่างคุณภาพชีวิตด้าน ครอบครัวกับปัจจัยแต่ละด้านของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการ ปกติ	209
22	แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุระหว่างคุณภาพชีวิตโดยรวมกับ ปัจจัยแต่ละด้านของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติ	210
23	แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุระหว่างคุณภาพชีวิตของพยาบาล กับทุกปัจจัยของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร	211
24	แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุระหว่างคุณภาพชีวิตด้านการ ทำงานกับปัจจัยแต่ละด้านของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร	212
25	แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุระหว่างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	213

ตารางภาคผนวก ก

ตารางที่

กับปัจจัยแต่ละด้านของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร

26	แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุระหว่างคุณภาพชีวิตด้าน ครอบครัวกับปัจจัยแต่ละด้านของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร	214
27	แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุระหว่างคุณภาพชีวิตโดยรวมกับ ปัจจัยแต่ละด้านของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร	215
28	แสดงการสรุปผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับ คุณภาพชีวิต	216
29	แสดงปัญหาและอุปสรรคด้านการทำงานของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง	217
30	แสดงปัญหาและอุปสรรคด้านสุขภาพของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง	218
31	แสดงปัญหาและอุปสรรคด้านครอบครัวของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง	219

ตารางที่ภาคผนวก ข

ตารางที่

1	แสดงการสรุปผลการทบทวนวรรณกรรม	221
2	แสดงผลการทดสอบคุณภาพมาตรวัดคุณภาพชีวิต	223
3	แสดงผลการทดสอบคุณภาพมาตรวัดสภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน	227
4	แสดงผลการทดสอบคุณภาพมาตรวัดสภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงาน	228
5	แสดงผลการทดสอบคุณภาพมาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ร่วมงาน	229
6	แสดงผลการทดสอบคุณภาพมาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัว	230

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
2.1 แสดงกรอบแนวคิดในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์	7
2.2 แสดงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต	26
2.3 แสดงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของRamesh Chandra	27
2.4 แสดงวงจรสัมพันธ์องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ R.C.Shama	28
3.1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม	97

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาในระยะแรก มุ่งเน้นการพัฒนาความเจริญทางเศรษฐกิจ เนื่องจากได้รับอิทธิพลทางความคิดการพัฒนามาจากประเทศตะวันตก เครื่องมือชี้วัดการพัฒนา คือ ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GNP : Gross National Product) ซึ่งสามารถวัดความเจริญทางด้านเศรษฐกิจของสังคมได้ แต่GNPแสดงให้เห็นถึงการขยายตัวหรือการหดตัวของเศรษฐกิจเท่านั้น ไม่ได้แสดงให้เห็นสภาพความเป็นอยู่ของประชาชน การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้น ซึ่งมีได้ครอบคลุมสังคมอย่างทั่วถึง กระแสการพัฒนาปัจจุบันได้เกิดการตระหนักว่า การพัฒนาไม่ได้หมายถึง การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจแต่เพียงอย่างเดียว แนวคิดการพัฒนที่แท้จริง คือ การพัฒนาต้องมาจากประชาชน เป็นการพัฒนาศักยภาพมนุษย์และการพัฒนาสังคมรวมกัน โดยมีเป้าหมายการพัฒนา คือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของคน (สุภางค์ จันทวานิช และวิศนี ศิลตระกูล, 2541 : 37-42)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรได้ดำเนินการมาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันที่กำลังดำเนินอยู่ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ซึ่งได้กำหนดเป้าหมายหลักของการพัฒนาไว้ว่า ต้องพัฒนาศักยภาพมนุษย์ให้มีศักยภาพมีความสามารถในการปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมปัจจุบัน และมุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยดี พัฒนาศักยภาพของประชาชนให้เป็นคนดี มีความสามารถ มีพละนาามัยที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี สังคมมีความสงบสุข และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยให้ "ประชาชน" เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา

สถานภาพและบทบาทของสตรีได้เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา ในอดีตบทบาทและภาระหน้าที่ความรับผิดชอบของสตรีไทยสามัญทั่วไปคือการเป็นแม่บ้าน แม่เรือน และให้การศึกษานูตรธิดา ตลอดทั้งปรนนิบัติสามีและทำงานในภาคการเกษตร ในด้านการศึกษาก็เช่นกันสตรีไม่มีโอกาสได้เรียนสูง ๆ เหมือนกับบุรุษ ทำให้สถานภาพและ บทบาทของสตรีในอดีตจึงด้อยกว่าบุรุษ ต่อมาทัศนคติและค่านิยมเกี่ยวกับสตรีได้เริ่มเปลี่ยนแปลงไป เริ่มตั้ง

แต่ในสมัยรัชกาลที่ 4 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์เป็นต้นมา สตรีมีโอกาสทางการศึกษาเพิ่มขึ้นมีบทบาทในสังคมภายนอกบ้านมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้มีประกาศใช้พระราชบัญญัติประถมศึกษาเมื่อ พ.ศ. 2464 เป็นการเปิดโอกาสให้เยาวชนชายหญิงได้มีโอกาสได้รับการศึกษามีความเท่าเทียมกัน ทำให้สตรีได้มีโอกาสในการศึกษามากขึ้น ดังนั้นจึงทำให้สตรีมีการศึกษาในระดับสูง ๆ ไม่แพ้บุรุษในปัจจุบัน (วิภาวี กฤษณะภุมติ, 2538 : 1) และเมื่อประเทศไทยมีการพัฒนาเป็นประเทศอุตสาหกรรมและมีความเป็นเมืองมากขึ้นแล้ว ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ทำให้ค่านิยมของสังคมเปลี่ยนแปลงไปและสตรีมีบทบาทในทางเศรษฐกิจมากขึ้นกว่าเดิมสังคมได้ยอมรับบทบาททางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองของสตรีมากขึ้น

สตรีไทยก็เช่นเดียวกับสตรีอื่น ๆ ทั่วโลกในปัจจุบันที่กำลังแสดงบทบาทต่าง ๆ พร้อมกันในบุคคลคนเดียว ซึ่งต่างจากในอดีต สตรีมีหน้าที่และบทบาทเฉพาะการเป็นภรรยาหรือการเป็นมารดา แต่ในสภาพความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ สตรีพบว่าตนเองไม่สามารถจำกัดบทบาทอยู่แต่เฉพาะในบ้านหรือในครัวจำเป็นต้องออกมาแสดงบทบาทของการเป็นผู้หญิงทำงานนอกบ้าน เพื่อมีส่วนในการหารายได้ให้ครอบครัว (จรรยา เศรษฐบุตร และอุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์, 2541 : 3) เหตุผลความจำเป็นทางเศรษฐกิจและภาวะค่าครองชีพที่สูงขึ้น ทำให้สตรีมีความจำเป็นต้องออกมาทำงานนอกบ้านหารายได้ นอกเหนือจากบทบาทของการเป็นภรรยาหรือมารดาที่ใช้เวลาปรนนิบัติคนในครอบครัว ทำให้สตรีต้องมีการเป็นสองเท่า (กาญจนา แก้วเทพ, 2535 : 17)

จากอดีตที่ผ่านมาบรรทัดฐานความสัมพันธ์ทางบทบาทระหว่างชายหญิงหรือสามีและภรรยา นั้นมีพื้นฐานมาจากความแตกต่างทางเพศเป็นสำคัญ จึงทำให้เกิดบรรทัดฐานที่เรียกว่า "บทบาทตามประเพณี" (Traditional role) ฝ่ายชายมีหน้าที่หลักในการหาเลี้ยงและรับผิดชอบงานต่าง ๆ ภายนอกครอบครัว ฝ่ายหญิงมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลงานบ้าน ความเป็นระเบียบเรียบร้อยภายในบ้านและเลี้ยงดูบุตร หญิงที่สมรสแล้วจึงเป็นสิทธิขาดของสามีที่ภรรยาต้องรักและเชื่อฟัง ดังคำพังเพยที่กล่าวว่า "ผู้ชายเป็นช้างเท้าหน้า ผู้หญิงเป็นช้างเท้าหลัง" แต่ปัจจุบันสภาพโครงสร้างของสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงไป จากเดิมเป็นสังคมเกษตรกรรมกลายเป็นสังคมอุตสาหกรรม จากสังคมชนบทกลายเป็นสังคมเมืองมากขึ้นทำให้ความสัมพันธ์ทางโครงสร้างของครอบครัวไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวไทยในเมืองหลวงเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัด กล่าวคือการกลายสภาพมาเป็นสังคม อุตสาหกรรมก่อให้เกิดงานประเภทที่ใช้กำลังกายน้อยลงจึงเปิดโอกาสให้ผู้หญิงมีงานทำนอกบ้านมากขึ้นสตรีปัจจุบันมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น สนใจความรู้และสังคมภายนอกเท่าๆกับผู้ชาย ขณะเดียวกันสังคมภายนอกต่างก็ยอมรับมีทัศนคติที่ดีต่อบทบาทผู้หญิงในฐานะคนทำงาน เช่นกัน ดังจะเห็นได้จาก

จำนวนผู้หญิงที่มีมากขึ้นทำงานตามหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ทั้งของรัฐและเอกชน ในเชิงเศรษฐกิจต่อครอบครัวผู้หญิงมีบทบาทในการหาเลี้ยงมากขึ้น จากบทบาทตามประเพณี (Traditional role) มาเป็นแบบสมภาค (Equalitarian) มากขึ้น ความเหลื่อมล้ำในบทบาทของชายและหญิงมีแนวโน้มลดลงจากครอบครัวที่มีรายได้ทางเดียว (One-income family) มาเป็นครอบครัวที่มีรายได้สองทาง (Two-income family) (น้ำเพชร อยู่โต, 2539 : 2-3)

ปัจจุบันมีแรงงานสตรีทั้งประเทศจำนวน 14,805,267 คน คิดเป็นอัตราการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานร้อยละ 62.3 ของแรงงานทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2542 : 1) ซึ่งสตรีเหล่านี้มีส่วนร่วมที่สำคัญยิ่งต่อการพัฒนาประเทศในด้านเศรษฐกิจเป็นอันมาก ทำให้การขยายตัวทางเศรษฐกิจมีอัตราสูงตลอดเวลาและเป็นการสำคัญในการพัฒนาสังคมแต่ขณะเดียวกันย่อมทำให้สตรีต้องรับภาระหน้าที่ทำงานมากขึ้นทั้งภายในครอบครัวและภายนอกครอบครัวในฐานะคนทำงาน ทำให้เวลาในการดูแลตนเองและครอบครัวน้อยลง

จากการวิเคราะห์สัดส่วนของข้าราชการชายต่อข้าราชการสตรี พบว่ากระทรวงที่มีข้าราชการสตรีมากที่สุดได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอัตราส่วนข้าราชการหญิงต่อข้าราชการชายเท่ากับ 100 : 38 โดยหน่วยงานระดับกรมที่มีข้าราชการสตรีมากที่สุด ได้แก่ กรมการแพทย์ (100 : 26) ซึ่งเป็นกรมที่มีข้าราชการมากที่สุดของกระทรวงสาธารณสุข และนับเป็นอันดับที่ 2 รองจาก มหาวิทยาลัยมหิดล (100 : 24) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นข้าราชการอาชีพพยาบาล (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2539 : 6-4)

ผลการศึกษาของมรรยาท เจริญสุขโสภณ (2532 : 115) ได้ศึกษาพบว่า ลักษณะของเวลาในการทำงานที่เป็นสภาวะการทำงานที่ผิดธรรมชาติของมนุษย์ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจ หรือความเครียดแก่คนงานในโรงงาน และผลการศึกษาของ กุลวดี กนกวัฒนางกูร (2531 : 3) ได้ผลเช่นเดียวกันในเรื่องเวลาในการทำงานที่ทำงานเป็นกะ พบว่า ช่วงการทำงานของคนงานต่างกัน สุขภาพจิตของคนงานมีความแตกต่างกัน โดยที่คนงานที่ทำงานช่วงเวลากลางวันและกลางคืน มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนงานที่ทำงานในช่วงเวลาเช้า

พยาบาลนั้นเป็นอาชีพหนึ่งที่มีภาระหน้าที่ความรับผิดชอบกว้างขวางและเป็นผู้ที่ให้บริการและดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ต้องทำงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการแนะนำผู้ป่วยและญาติในการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรคไปด้วยตลอดเวลา จากบทบาทหน้าที่ดังกล่าวของพยาบาล ทำให้ต้องมีระบบการทำงานเป็นกะ หรือที่พยาบาล เรียกว่า "การเข้าเวร" เพื่อดูแลและให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล ตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลจึงมีความจำเป็นที่จะต้องเข้าเวรในการดูแลผู้ป่วย โดยมีเวลาทำงานที่

ไม่แน่นอน ส่งผลถึงการพักผ่อนและเวลาที่จะให้กับครอบครัวเนื่องด้วยภาระหน้าที่อีกบทบาทหนึ่งของพยาบาลที่จะต้องรับผิดชอบต่อครอบครัวในสถานภาพความเป็นสตรีของครอบครัว เช่น การเป็นแม่บ้าน การดูแลบุตร การปรนนิบัติสามีหรือสมาชิกในครอบครัว ทำให้พยาบาลต้องรับภาระจากสถานภาพของตนเป็นสองเท่า ซึ่งเป็นภาระที่หนักยิ่ง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจของพยาบาลได้

จากที่ได้กล่าวมา บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องรับผิดชอบทั้งที่ทำงานและครอบครัวนั้น อาจมีผลถึงคุณภาพชีวิตของพยาบาลได้ คงไม่มีใครต้องการพยาบาลผู้ที่ดูแล สุขภาพตนเองเป็นผู้ที่มีความบกพร่องเสียเอง ดังนั้น จึงต้องทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ให้บริการเองดีเสียก่อนที่จะไปดูแลสุขภาพผู้ป่วยและผู้รับบริการได้ เพราะผู้ที่ปฏิบัติงานได้ดีนั้นหากเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขสมบูรณ์แล้ว จะส่งผลให้งานสำเร็จลุล่วงไปตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนทำให้ครอบครัวมีความอบอุ่น สังคมมีความเข้มแข็งขึ้น

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของพยาบาล เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะที่เป็นสตรีที่ต้องทำงานนอกบ้านต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลในองค์ประกอบ ด้านการทำงาน ด้านสุขภาพ และด้านครอบครัว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านที่ทำงาน กับ องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของพยาบาล
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติและกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลทั้งในด้านการทำงาน ด้านสุขภาพ และด้านครอบครัว

2. เพื่อเสนอแนวทางแก่งานที่เกี่วข้องในการยกระดับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน ด้านสุขภาพ และด้านครอบครัวของพยาบาลทั้งในกลุ่มที่ทำงานเวลาราชการปกติ และกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

1. การศึกษาคั้งนี้จะทำการศึกษาเฉพาะองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 3 ด้าน คือ การทำงาน สุขภาพ และครอบครัว
2. การศึกษาคั้งนี้จะทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างพยาบาล ในโรงพยาบาล ส่วนกลาง ที่สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของพยาบาลในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทำการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์
2. แนวความคิดและปรัชญาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
3. แนวคิดเกี่ยวกับสตรี (ภรรยา) ที่ทำงานนอกบ้าน
4. การสนับสนุนทางสังคม
5. แนวคิดเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม
6. การพัฒนามาตรวัดคุณภาพชีวิต
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ก

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

UNESCO (1994 อ้างถึงใน มัลลิกา จีนาคำ, 2541 : 23-26) กล่าวว่า การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ มีวิธีการพัฒนาแบบต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ ในการพัฒนาดังนี้ คือ

1. การลงทุนในทรัพยากรบุคคลเพื่อขยายขีดความสามารถ
2. ใช้ประโยชน์จากทรัพยากรบุคคลเหล่านั้น ในการผลิตขีดความสามารถให้มากขึ้น
3. การมีส่วนร่วมของมนุษย์เพื่อประโยชน์ในการเพิ่มขีดความสามารถ และเพิ่มพูนคุณภาพชีวิต

โดยแนวคิดการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Development : HRD) ที่เกี่ยวข้องกับแผนในทางปฏิบัติด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ในภูมิภาคของ ESCAP ที่ได้เสนอในแผนปฏิบัติ ณ กรุงจาการ์ตา ได้สรุปทฤษฎีของการให้ความสำคัญกับมนุษย์ ซึ่งได้เน้นให้เห็นถึงแนวคิดของ HRD และพิจารณาถึงความหมายของแนวคิดในระดับจุลภาคและ

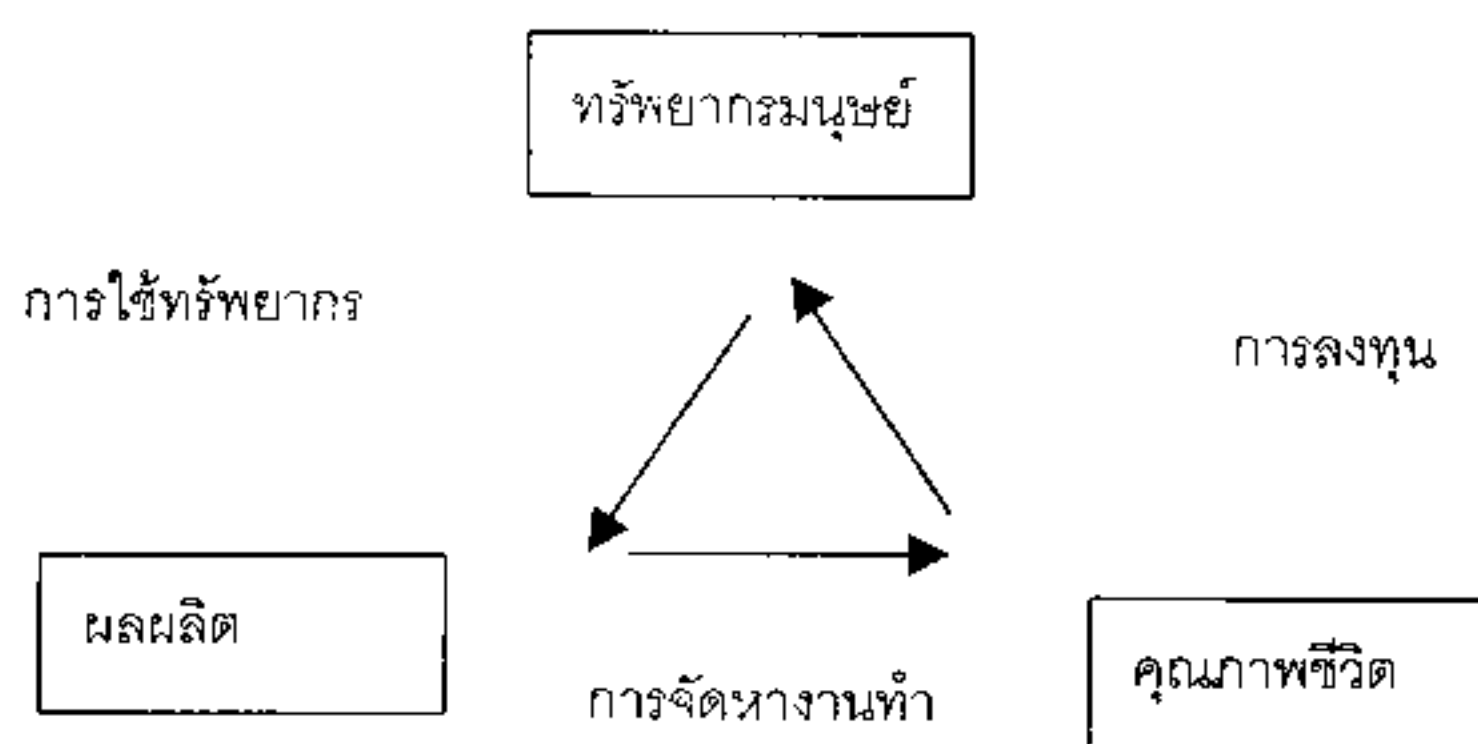
มหากาจุดประสงค์หลักของ HRD เกิดขึ้นจากทฤษฎีโครงสร้างที่ได้ชี้แจง และเกี่ยวเนื่องกับสถิติที่ได้นำเสนอในแผนปฏิบัติ ณ กรุงจาการ์ตา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1.1 แนวคิดด้านโครงสร้าง (A Conceptual framework)

แนวคิดด้านโครงสร้างเป็นการเชื่อมโยงระหว่าง ปัจจัยนำเข้า (Input) ของทรัพยากรมนุษย์ กับผลของการพัฒนา โดย HRD จะแสดงให้เห็นภาพของขั้นตอนการพัฒนาจากมุมมองของการศึกษาด้านบุคคล

HRD ได้ถูกดัดแปลงเป็นทฤษฎีการให้ความสำคัญกับมนุษย์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของแต่ละบุคคล เพื่อเพิ่มขีดความสามารถให้เกิดผลสะท้อนที่คาดหมายได้ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสำคัญของมนุษย์จะเน้นไปที่บทบาทของแต่ละคนในการปรับปรุงสุขภาพ การศึกษาหรือความสามารถในด้านอื่น ซึ่งขึ้นกับผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ และยังเป็นตัวเชื่อมมุมมองในระดับจุลภาคและมหากาเข้าด้วยกันเพื่อพัฒนาด้านการวางแผน และการวางกฎระเบียบ

ในมุมมองของ HRD นี้ประกอบไปด้วยกฎระเบียบที่สำคัญ คือ ในระดับบุคคลหรือในระดับจุลภาค จะคาดหวังถึงการมีรายได้และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในอนาคต รายได้โดยทั่วไปคือค่าจ้างที่เกิดจากความสามารถของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาขีดความสามารถเพื่อทำให้มีรายได้เพิ่มขึ้นจากเดิม ซึ่งหมายความว่า แต่ละบุคคลสามารถแบ่งปันผลประโยชน์จากการพัฒนา เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของตนเองต่อไป ดังนั้นผลประโยชน์หรือค่าตอบแทนเหล่านี้ จึงเป็นการลงทุนในทรัพยากรมนุษย์ การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรมนุษย์ให้เกิดประสิทธิภาพในการผลิตสิ่งของหรือบริการที่ก่อให้เกิดเงื่อนไขที่สำคัญในการลงทุนในทรัพยากรมนุษย์ต่อไป (ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2.1)



แผนภูมิที่ 2.1 แสดงกรอบแนวคิดในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

ในระดับมหภาคนั้น ค่าใช้จ่ายพื้นฐานที่จะทำให้เกิดทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ คือ ค่ารักษาพยาบาลและการศึกษา ซึ่งในโครงการพัฒนาระดับชาติ ควรให้สังคมเป็นผู้รับผิดชอบในค่าใช้จ่ายเหล่านี้ และได้เกิดขึ้นแล้วในประเทศที่มีประสบการณ์และประสบความสำเร็จในการพัฒนาประเทศ ดังกล่าวเช่น ประเทศที่มีการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์อยู่ในระดับสูงนั้น เกิดจากในระยะสิบปีที่ผ่านมาได้ให้ความสำคัญในการจัดสัดส่วนของรายได้ประชาชาติเป็นค่าใช้จ่ายด้าน สุขภาพและการศึกษาไว้สูงกว่าประเทศที่อยู่ระดับล่าง

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในประเทศที่กำลังพัฒนาและบางส่วนของประเทศที่ด้อยพัฒนา ค่าใช้จ่ายในด้านโภชนาการ สุขภาพและการศึกษา จะใช้ให้เห็นเด่นชัดทั้งในด้านการลงทุนในทรัพยากรมนุษย์ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงคุณภาพชีวิต ดังนั้นในประเทศดังกล่าว จึงควรเรียกร้องให้เกิดความพร้อมด้านอาหาร การดูแลสุขภาพ โอกาสในการปรับปรุงการศึกษา การมีที่อยู่อาศัยที่ดี การพัฒนาสุขภาพอนามัยและบริการที่เข้าถึงความต้องการของสังคม

2.1.2 เครื่องมือทางกลยุทธ์ (Implementation strategic)

ความสำคัญของวิธีการในแนวคิดทางการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์นั้น มีความสำคัญของการกำหนดนโยบาย การวางแผนและโครงการต่างๆ ทาง HRD วิธีการของ HRD ประกอบไปด้วย 3 กลยุทธ์ คือ การลงทุน การใช้ประโยชน์ และการกำหนดนโยบาย ซึ่งแต่ละกลยุทธ์ก็มีหน้าที่ในตัวเอง ในขณะที่เดียวกัน มันก็ยังเป็นตัวเชื่อมซึ่งกันและกันเพื่อให้มีการดำเนินงานไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2.1.2.1 การลงทุน

จากนโยบายเพื่อการพัฒนาของชาตินั้น มีการพิจารณาด้านการลงทุนในทรัพยากรมนุษย์ไว้ค่อนข้างแคบ เช่น การปรับปรุงคุณภาพฝีมือแรงงาน การปรับปรุงและส่งเสริมด้านความคิดสร้างสรรค์ และจัดการแข่งขันทางการจัดการ และความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี ซึ่งสิ่งเหล่านี้คือวัตถุประสงค์ของการนำไปสู่การเจริญเติบโตด้านเศรษฐกิจของชาติต่อไป พื้นฐานการลงทุนต่างๆ คือ การลงทุนในสังคมซึ่งเป็นการลงทุนที่จากส่วนเล็กๆ ไปจนถึงการลงทุนโดยรวม ดังนั้น เพื่อขยายการลงทุนให้สอดคล้องกับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ จึงควรที่จะพิจารณาที่การลงทุนในทรัพยากรมนุษย์เพราะทรัพยากรมนุษย์เป็นกำลังสำคัญของการพัฒนาเศรษฐกิจ ในขณะที่การลงทุนด้านอนามัย การศึกษาและประโยชน์ต่าง ๆ ที่ภาครัฐเป็นผู้สนับสนุนถือเป็นเรื่องปกติ และรวมอยู่ในการพัฒนาระบบชุมชน ดังนั้นการลงทุนเพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ จึงจัดอยู่ในระดับมหภาค แต่หากพูดถึงการลงทุนด้านทรัพยากรมนุษย์ในระดับมหภาคก็ต้องมอง

ย้อนกลับไปทบทวนโอกาสทางด้าน HRD ที่รัฐเป็นผู้สนับสนุน เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล รวมทั้งผู้ที่ควรได้รับประโยชน์ คือ ประชากรผู้เป็นทรัพยากรของชาติ เนื่องจากการลงทุนในทรัพยากรมนุษย์นั้น ต้องใช้ระยะเวลานานและเห็นผลช้า หรืออาจมีผลเป็นศูนย์

2.1.2.2 การใช้ประโยชน์ สามารถมองได้ 3 ด้าน คือ

1) ด้านการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่รัดกุม การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรมนุษย์เป็นการนำวิธีการทาง HRD มาใช้โดยตรง

2) ด้านสังคมโดยรวม การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรมนุษย์ เป็นทางนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพชีวิต แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า การสอดคล้องกันของการลงทุนในทรัพยากรมนุษย์และการใช้ประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพของทรัพยากรนั้นจะส่งผลให้เกิดกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพตามไปด้วย เพื่อให้แน่ใจว่าวิธีการทาง HRD สามารถใช้กับทรัพยากรมนุษย์ได้ จึงควรจัดค่าตอบแทนให้กับการทำงานนั้น ๆ ด้วย และยังเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตอีกทางหนึ่งด้วย

3) ในภาครัฐการจัดระบบข้อมูลด้านตลาดแรงงานที่ดี โดยมีเครือข่ายข้อมูลครัวเรือน ครอบคลุมไปกับการความต้องการด้านแรงงานที่จะเพิ่มขึ้นในระยะยาว

2.1.2.3 การจัดหางาน

การจัดหางานคือวิธีการหนึ่งในการกำจัดความยากจน ซึ่งภาครัฐได้ให้ความสำคัญและหาหนทางเพื่อเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น โดยใช้แนวคิดเรื่อง Reactive to a proactive approach กลวิธีในการจัดหางานเพื่อให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ปกติแล้วก็ขึ้นอยู่กับระบบการบริการทางสังคมด้วย และตั้งแต่มีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเมื่อ 10 กว่าปีมานี้ จึงได้เริ่มมีความคิดที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อรองรับเศรษฐกิจที่กำลังเจริญเติบโต โดยคำนึงถึงประชากรเป็นหลัก ซึ่งก็เกี่ยวโยงไปถึงการลงทุนในทรัพยากรมนุษย์โดยตรง

จากแนวความคิดการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ดังกล่าว อาจพิจารณาได้ว่ามนุษย์เป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าและสำคัญในการพัฒนาประเทศ ประเทศจะเจริญก้าวหน้าต้องมีทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ ดังนั้น เป้าหมายของการพัฒนาจึงเน้นที่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของมนุษย์ให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น และสามารถตอบสนองความต้องการของมนุษย์ได้

2.2 แนวความคิด และปรัชญาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

2.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต เป็นคำที่มีการใช้พูดถึงบ่อย ๆ คำว่าคุณภาพชีวิตพบว่ามีกรกล่าวถึงมานานแล้ว แต่อาจจะยังไม่มีการใช้คำอย่างตรง ๆ คงปรากฏแต่ คำว่า " การมีชีวิตที่ดี " (Good life) และ "การอยู่ดีกินดี" (Well-being) คำทั้งสองนี้ก็มีความหมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง (อำนวย สันเทพ, 2532 : 10) ซึ่งมีนักปรัชญาที่มีชื่อเสียงชาวกรีก ได้กล่าวถึงการมีชีวิตที่ดีของประชาชน ได้แก่

โสกราตีส (Socrates) ได้กล่าวว่าชีวิตที่ดี สำหรับมนุษย์ คือ ชีวิตที่มนุษย์รู้จักใช้สติปัญญาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต และแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่ปรากฏขึ้นตามธรรมชาติด้วยตนเอง ซึ่งมีการตรวจสอบในการที่จะรู้จักตนเองและปรับปรุงตนเองให้สูงขึ้นเพื่อให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ที่สุด และเป็นที่ถูกต้องตามทำนองคลองธรรมในระบบสังคม ส่วนเพลโต (Plato) และอริสโตเติล (Aristotle) มีแนวคิดเกี่ยวกับชีวิตที่ดีคล้ายตามกัน คือ ชีวิตที่ดีที่สุดของมนุษย์ไม่สามารถอยู่อย่างโดดเดี่ยวได้ต้องอาศัยรวมกันเป็นกลุ่มจึงเกิดระบบสังคมการเมือง ซึ่งจุดมุ่งหมายของสังคมก็คือ การสร้างปัจจัยต่าง ๆ เพื่อให้พลเมืองสามารถมีชีวิตที่ดีที่สุดและถือเป็นหน้าที่ของรัฐบาลที่จะกำหนดชีวิตที่ดีให้แก่ประชาชนตลอดจนเป็นผู้ให้การศึกษอบรมและฝึกฝนประชาชนจนบรรลุถึงชีวิตที่ดีด้วยตนเอง (พินิจ รัตนกุล, 2518 : 35)

ซิดซีย์ สนั่นเสียง (2529 : 19) ได้กล่าวไว้ว่า แนวความคิดชีวิตที่ดีในสมัยกรีกนั้นกล่าวโดยสรุปได้ว่า ชีวิตที่ดีขึ้นอยู่กับตัวมนุษย์เองที่พัฒนาชีวิตของเขาให้เป็นไปตามธรรมชาติของมนุษย์ที่มีความต้องการในชีวิตที่ดี โดยมีระบบสังคมและการเมืองเป็นเพียงส่วนร่วมสนับสนุนให้มนุษย์พัฒนาชีวิตที่ดี ภายใต้อิทธิพลของสังคมคุณภาพชีวิตหรือการที่มีชีวิตที่ดี ยังได้ถูกกล่าวถึงในศาสนาต่าง ๆ เช่นกัน ซึ่งโดยสรุปแล้ว การมีชีวิตที่ดีในแง่ของศาสนาก็คือ มุ่งเน้นพิจารณาในที่ชีวิตที่ดีขึ้นอยู่กับตัวมนุษย์เป็นสำคัญที่จะพัฒนาตนเองไปตามธรรมชาติ เพื่อการมีชีวิตที่ดีด้วยตนเอง และต้องปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนานั้น ๆ ให้สอดคล้องกับสภาพสังคมปัจจุบัน

ปัจจุบันมีนักวิชาการหลายสาขาได้ให้ความสนใจศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ดังนั้นจึงทำให้มีการพัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตแตกต่างกันออกไป ดังนี้ (อำนวย สันเทพ, 2532 : 11-13)

1. นักเศรษฐศาสตร์ เชื่อว่า สภาพะการกินดีอยู่ดี โดยการพัฒนาเศรษฐกิจจะสามารถนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี กล่าวคือ เมื่อได้พัฒนาทางเศรษฐกิจเป็นผลให้มีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ มีการเพิ่มและสะสมทุน และมีการพัฒนาทักษะของมนุษย์นำไปสู่การเพิ่มผลผลิต

มนุษย์มีทรัพยากรสินอยู่มาก หลังจากที่ได้ใช้จ่ายในสิ่งที่จำเป็นแล้ว มีเวลา และโอกาสที่จะหาความรื่นรมย์แก่ชีวิตและมีทางเลือกต่าง ๆ มากในวิถีชีวิต ในทัศนะนี้ตัวบ่งชี้สภาพการพัฒนาด้านเศรษฐกิจได้แก่ รายได้ประชาชาติ (GDP) ดัชนีราคาผู้บริโภค (Consumer price index)

2. นักสังคมวิทยา ได้เห็นว่าดัชนีทางด้านสังคมมีคุณค่าที่จะวัดและอธิบายระดับของคุณภาพชีวิต โดยมีหลายประการแตกต่างกันออกไป เช่น ดัชนีด้านสุขภาพอนามัย การศึกษา สวัสดิการ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ รายได้ ความยากจน อาชญากรรม ความปลอดภัยสถานที่อยู่อาศัย การจ้างงาน การผลิตงาน สภาพภาพของบุคคล ความเสมอภาค การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี ความผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในสังคมและครอบครัว และวงจรชีวิตในครอบครัว เป็นต้น

3. นักสิ่งแวดล้อม เชื่อว่าคุณภาพชีวิตกับสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์กันดังนั้น ค่านิยมทางสังคมจะเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต และระดับคุณภาพของสิ่งแวดล้อม

4. นักจิตวิทยา เชื่อว่าคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้อกับสภาพจิตใจอยู่มาก ซึ่งจิตวิทยาเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นแนวทางหรือดัชนีในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคลได้ เพราะบุคคลนอกจากจะต้องการเครื่องยังชีพแล้วยังต้องการความพึงพอใจ มีอารมณ์ความคาดหวังต้องการสิ่งที่มีคุณค่าที่ไม่อาจสัมผัสได้ ตลอดจนความต้องการบรรลุวัตถุประสงค์ในชีวิตอีกด้วย

สรุปได้ว่าแนวคิดและปรัชญาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต มีมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันร่วมกัน คือ การมีชีวิตที่ดี มีความสุข การอยู่ดีกินดี ซึ่งได้มาจากตนเองและสังคม

2.2.2 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตได้มีผู้ให้นิยามไว้ในลักษณะต่าง ๆ กันไป ทั้งที่เป็นการมองคุณภาพชีวิตในมิติเดียวจนถึงหลายมิติ และระหว่างมิติเหล่านั้นมีบางอย่างที่เหมือนกันและบางอย่างที่แตกต่างกันไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ กรอบการรับรู้ ความเข้าใจ และทฤษฎีต่าง ๆ ที่ยึดถือคำว่าคุณภาพชีวิตนั้นสามารถแยกคำได้ดังนี้ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ส่วนคำว่า ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2525 : 273) ดังนั้นการให้ความหมายคำว่า คุณภาพชีวิต จึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดี นอกจากนี้แล้วยังมีนักวิชาการหลายท่านที่ให้ความหมายคุณภาพชีวิต เป็นการแสดงออกในรูปของความพอใจหรือไม่พอใจของบุคคลหนึ่ง ๆ หรือประสบการณ์หนึ่ง ๆ ว่าสิ่งนั้นดีไม่น้อยเพียงใดเมื่อเทียบกับมาตรฐานของตนเองและมักพบคำที่ใกล้เคียง หรือมีความหมายเดียวกับคุณภาพชีวิต

เช่น สุขภาวะ หรือความเป็นอยู่ที่ดี หรือความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) มาตรฐานการดำรงชีวิต (Standard of living) เป็นต้น (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2539 : 5)

UNESCO (1981, อ้างถึงใน วัณเพ็ญ วอกกลาง, 2535 : 13) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต คือ ประสบการณ์ในชีวิตทุก ๆ ด้านของบุคคล โดยรวมถึงความพอใจในการพัฒนาตนเอง โดยได้แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ด้าน คือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (Objectivity) เป็นการศึกษาทางพื้นฐานข้อมูลทางด้านรูปธรรมที่สามารถเห็นได้ นับได้ จัดได้ ซึ่งส่วนมากเป็นสถิติทางราชการ เช่น ข้อมูลด้านประชากร อัตราการเกิดการตาย สภาพทางเศรษฐกิจ เช่น รายได้ประชาชาติ ดัชนีราคาผู้บริโภค อัตราส่วนผู้มีงานทำ และข้อมูลด้านสภาพแวดล้อม เช่น ระดับผลภาวะอัตราการใช้ธรรมชาติ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (Subjectivity) เป็นการศึกษาที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานทางด้านจิตวิทยา โดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติของด้านต่าง ๆ ของประชาชน เช่น ความพอใจในชีวิต ความสุข ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย เป็นต้น ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นจริงของสังคมในขณะนั้น โดยมีความเชื่อถือว่า กระแสความรู้สึกนึกคิดของประชาชนนั้น มีอิทธิพลถึงคุณภาพชีวิตด้วย

Lui (1975 : 3) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นชื่อใหม่ของความดั้งเดิม (Old nation) ซึ่งเรียกกว้าง ๆ ว่าการเป็นอยู่ที่ดี (Well-Being) คือการเป็นอยู่ที่ดีของคน และสิ่งแวดล้อมตามสภาพทั่ว ๆ ไป ในด้านส่วนบุคคล คุณภาพชีวิตจะแสดงออกในรูปความต้องการ (Wants) เมื่อได้รับการตอบสนองแล้วจะทำให้บุคคลนั้น ๆ มีความสุข หรือความพอใจแต่ในทางสังคมและสภาพแวดล้อม การมีชีวิตอย่างมีคุณภาพต้องไม่เป็นภาระ หรือก่อให้เกิดปัญหาทางสังคม

Campbell (1976 : 118) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) ไม่เพียงแต่หมายถึงความอุดมสมบูรณ์ทางด้านวัตถุ เช่น การมีอาหารเพียงพอ หรือการมีที่อยู่อาศัยอย่างดีเท่านั้น หากรวมถึงสิ่งที่มีคุณค่าความสำคัญทางจิตใจ หรือความรู้สึกที่จับต้องไม่ได้ เช่น ความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน ความสำเร็จในหน้าที่การงาน ความปลอดภัย เป็นต้น

UNESCO (1978 : 89) ได้ให้คำนิยาม คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความเป็นอยู่ที่ดีของสังคมและระดับความพึงพอใจในความต้องการส่วนหนึ่งของมนุษย์

ปาริชาติ สุขุม (2535 : 25) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในเชิงอัตวิสัยในความหมายว่า ความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล ขึ้นอยู่กับความรู้และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่บุคคลรับรู้แล้วจึงประเมินว่าเขามีความพึงพอใจในชีวิตของเขาอยู่ในระดับใด

สมน อมรวิวัฒน์ (2525 : 119) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตที่มีคุณภาพซึ่งเป็นชีวิตที่ อยู่ดี อยู่อย่างมีหลักการ และบุคคลนั้นสามารถปรับตัว และแก้ไขปัญหาได้เพื่อดำเนินชีวิตไปอย่างสงบตามอัธยาศัย

ยุพา อุดมศักดิ์ (2516 : 82) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง คุณภาพในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การศึกษา การเมือง และศาสนา ซึ่งเป็นค่าเทียบเคียงไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัวแน่นอน กล่าวคือทุกคนหรือทุกประเทศ อาจกำหนดมาตรฐานต่างกันไปตามความต้องการและความต้องการในด้านคุณภาพชีวิตนี้ย่อมเปลี่ยนแปลงไปได้ตามกาลเวลา ภาวะ

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2525 : 1) ได้กล่าวถึง คุณภาพชีวิตไว้ว่าคุณภาพชีวิตสำหรับคนบางคนหรือบางกลุ่ม คำว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การมีสิ่งจำเป็นแก่การดำรงชีวิต แต่บางกลุ่มอาจหมายถึง ความมั่นคงและความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และบางกลุ่มอาจ หมายถึง การมีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ บางกลุ่มอาจหมายถึง การให้โอกาสแก่บุคคลที่จะพัฒนาตนเอง หรือคนบางกลุ่มอาจจะหมายถึง การมีสิ่งแวดล้อม (ทางกายภาพ) ที่น่าอยู่

สิปปนนท์ เกตุทัต (2528 : 2) ได้อธิบายคำว่า คุณภาพชีวิต คือ ชีวิตที่มีความสุข ชีวิตสามารถปรับตัวเองให้เข้ากับธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมได้ทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environmental) และสิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social environmental) และสามารถปรับธรรมชาติหรือสิ่งแวดล้อมให้กับตัวเองโดยไม่เบียดเบียนธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมและสังคม ไม่เบียดเบียนผู้อื่น

สุพรรณิ ไชยอำพร และสนิท สัมครการ (2534 : 12) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพของการดำรงชีวิตในสังคมที่เจ้าของชีวิตมีความพึงพอใจในช่วงเวลาหนึ่ง และความพึงพอใจนี้สามารถวัดหรือประเมินได้ทั้งทางด้านจิตใจ และวัตถุปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดำรงชีวิต ในช่วงเวลานั้น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของส่วนตัวหรือของสังคมก็ตาม

นิพนธ์ คันธเสวี (2525 อ้างถึงใน วันเพ็ญ วอกลาง, 2535 : 9) ได้ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิต คือ ระดับสภาพการดำรงชีพของมนุษย์ตามองค์ประกอบของชีวิต อันได้แก่ ทางร่างกาย อารมณ์ สังคม ความคิด และจิตใจ

หทัย ชิตานนท์ (2540 : 28) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึง ความเข้าใจของปัจเจกบุคคลว่าความต้องการของเขาได้รับการตอบสนองแล้ว และไม่ถูกปฏิเสธโอกาสต่าง ๆ ที่เขาจะได้รับความสุขและความพึงพอใจ ไม่ว่าสภาวะสุขภาพทางกายหรือทางสังคมและทางเศรษฐกิจของเขาจะอยู่ในสถานภาพอย่างไร

สุภาวศ์ จันทวานิช และวิศนี ศิลตระกูล (2541 : 42) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต คือ ระดับของการมีชีวิตที่ดี ความสุข ความพึงพอใจในชีวิต ที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม

จากแนวคิดที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ทั้งนักวิชาการในประเทศและต่างประเทศกล่าวมาข้างต้นแล้วนั้น พอจะสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับของการเป็นอยู่ที่ดีมีความสุขของมนุษย์ ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม นอกจากนี้ยังรวมถึงระดับความพอใจหรือไม่พอใจขององค์ประกอบต่าง ๆ ของชีวิต ในช่วงเวลานั้น

2.2.3 ความสำคัญของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นกลไกทางสังคมที่มนุษย์กำหนดขึ้น เพื่อให้เป็นกฎเกณฑ์ หรือมาตรฐานที่จะส่งผลให้มนุษย์สามารถพัฒนาตนเองไปสู่เป้าหมายที่พึงปรารถนา ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงมีความสำคัญทั้งต่อบุคคลและสังคม บุคคลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีย่อมมีความสามารถในการปรับปรุงตนเองในการดำเนินชีวิตในสังคม ให้เกิดคุณค่าหรือประโยชน์สูงสุดในทุก ๆ ด้าน ดังนั้นแผนพัฒนาประเทศโดยองค์รวม จึงมีวัตถุประสงค์สำคัญในการที่จะปรับปรุงพัฒนาประชากรที่ดีโดยคุณภาพให้มีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น จนถึงระดับมาตรฐานที่เหมาะสมของแต่ละสังคม ทั้งนี้เพื่อช่วยให้บุคคล และสังคมเกิดความเจริญก้าวหน้าบนพื้นฐานของระดับคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดไป (มัลลิกา จินาคำ, 2541 : 31)

ความสำคัญของคุณภาพชีวิตนั้นกล่าวได้ว่าคุณภาพชีวิตมีความสำคัญทั้งระดับบุคคล และระดับสังคม ดังต่อไปนี้ (นิศารัตน์ ศิลปะเดช, 2538 : 16)

1. บุคคลที่มีคุณภาพชีวิตจะมีการดำรงชีวิต ในแนวทางที่ดีใช้วิธีการอันชอบธรรมในการสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ของตน โดยไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเอง และผู้อื่น
2. บุคคลที่มีคุณภาพชีวิตจะมีการสร้างสรรค์พัฒนา คิดปรับปรุงตนเอง สังคม และสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้นอยู่เสมอ
3. บุคคลที่มีคุณภาพชีวิตจะใช้ภูมิปัญญา เหตุผล และวิธีการแห่งสันติในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ
4. บุคคลที่มีคุณภาพชีวิต จะมีการยอมรับในคุณค่าและความสำคัญของตนเอง ผู้อื่น สังคม และสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการอยู่ร่วมกันในสังคม จึงมีปัญหและความขัดแย้งน้อย

5. บุคคลที่มีคุณภาพชีวิต จะเป็นพื้นฐานของครอบครัว และสังคมที่มีความสงบสุข มีความเจริญก้าวหน้า มีเสถียรภาพ ความปลอดภัย ความเป็นปึกแผ่นมั่นคงและความเป็นระเบียบเรียบร้อย

2.2.4 ความเป็นมาของแนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิตในประเทศไทย

ช่วงปี 2519 ถึง 2528 ได้มีความเคลื่อนไหวในการนำแนวความคิด เรื่องกระบวนการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของประชาชน (Basic minimum need approach) โดยความคิดนี้ได้ถูกเสนอในที่ประชุมองค์การกรรมกรนานาชาติ (International Labor Organization World Employment Conference) ในปี 2519 ต่อมาก็ได้มีองค์การระหว่างประเทศนำแนวความคิดนี้มาใช้ เป็นนโยบายในการสนับสนุนประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น Integrated Rural Development (ยุวดี สีสันนาวิระ, 2536 : 24 อ้างถึงใน แสงรัตน์ เดชอุดม, 2543 : 24)

สำหรับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตเกิดขึ้นมาในช่วงทศวรรษ 2510 หลังจากที่ได้มีการพัฒนาสังคมไปแล้วประมาณ 10 ปี การพัฒนาคุณภาพชีวิต คือเรื่องที่เราเรียกกันว่า จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) จปฐ.เริ่มถูกกล่าวถึงตั้งแต่ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 (2515-2519) ซึ่งเป็นช่วงที่การเมืองไทยผันผวนอย่างมาก แนวคิดนี้เกิดจากการที่พิจารณาว่าประเทศได้มีความเจริญทางเศรษฐกิจ รายได้ประชาชาติเพิ่มขึ้น แต่การกระจายรายได้กลับไม่เป็นธรรม คนส่วนใหญ่ของประเทศยังยากจน ควรจะได้พิจารณาการพัฒนาในแง่ของการสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่คนในสังคม โดยเฉพาะกลุ่มที่ด้อยโอกาส แนวคิด จปฐ. ไม่ได้ถูกกำหนดเป็นนโยบายของรัฐ แม้ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 (2525-2529) จปฐ.มีลักษณะเป็นเครื่องชี้วัดการดำรงชีพของประชาชนหรือเป็นยุทธศาสตร์ในการพัฒนามากกว่าจะเป็นแนวคิดของการพัฒนา (สุภาวงศ์ จันทวานิช และวรรณิ์ ไทยานันท์, 2541 : 126-130)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ม.ป.ป. : 1-2) ได้ทำการประสาน 4 กระทรวง (มหาดไทย สาธารณสุข ศึกษาฯ เกษตรฯ) ได้ดำเนินการโครงการพัฒนาสังคมแห่งชาติ ได้ร่วมกันคิดเครื่องชี้วัด โดยทดลองและปรับปรุงใช้ตั้งแต่ปี 2524 ใน 5 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือในโครงการ "พัฒนาประสิทธิภาพของสภาตำบล" ของสำนักงานกฤษฎีกา แต่ต่อมาได้นำเครื่องชี้วัด จปฐ.นี้ไปทดลองใช้ใน "โครงการโคราชพัฒนา" ในปี 2526

ปี 2528 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบ และอนุมัติเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2528 ให้มีการดำเนินการโครงการป้อนรงค์คุณภาพชีวิตและประกาศให้เป็นป้อนรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ (20 สิงหาคม 2528- 31 ธันวาคม 2530) โดยใช้เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน 8 หมวด เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตของคนไทยว่าอย่างน้อยคนไทยควรมีคุณภาพชีวิตในเรื่องอะไร

บ้าง และควมมีระดับความเป็นอยู่ไม่ต่ำกว่าระดับไหนในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ๆ ปี 2531 กชช. มีมติให้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มอบโครงการปีรณรงค์ให้กระทรวงมหาดไทย โดยกรมการพัฒนาชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบ ภาคใต้ชี้แจงว่า "งานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบท (พชช.)" เครื่องชี้วัด จปฐ. มีการปรับปรุงเครื่องมืออยู่เป็นระยะตามแผนพัฒนาฯ ฉบับต่าง ๆ คือ ปี 2535 มีการปรับปรุงตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (2535-2539) และปี 2540 ได้ปรับปรุงตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 (2540-2544) (กรมพัฒนา ชุมชน, 2541 : 1)

นอกจากนั้น การดำเนินการเพื่อให้ประชาชนได้บรรลุถึงคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาหนึ่งและมี จปฐ. เป็นเครื่องบ่งชี้ว่าในขณะนี้หมู่บ้านหนึ่ง ๆ ได้มีคุณภาพชีวิตเรื่องใดบ้างที่บรรลุแล้วยังสอดคล้องกับการพัฒนาชนบทตามแนวทางของ กชช. ความจำเป็นพื้นฐานและเครื่องชี้วัดได้ถูกนำเสนอเข้าสู่การพิจารณาของ กชช. ถึง 2 ครั้ง และได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการประสานแผนฯ ให้ จปฐ. เป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลในระบบ กชช.(บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์, 2529 : 39-41 อ้างถึงใน แสงรัตน์ เดชอุดม, 2543 : 24)

หน่วยงานของรัฐที่พบว่า มีหน่วยงานที่มีบทบาทในเรื่องเครื่องชี้วัดทางสังคม และคุณภาพชีวิต คือ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) กรมการพัฒนาชุมชน และคณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ โดยได้สร้างชุดตัวบ่งชี้ เรียกว่า เครื่องชี้ภาวะสังคม กชช.2ค และ จปฐ. ขึ้น นอกจากนี้ก็มีหน่วยงานอื่น ๆ ได้แก่ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ ฯลฯ ได้จัดทำเครื่องชี้วัดเฉพาะด้านที่หน่วยงานรับผิดชอบโดยตรงหรือจัดทำเครื่องชี้วัดอื่นเพิ่มเติมขึ้นอีก (สุภางค์ จันทวานิช และวรรณิ์ ไทยานันท์, 2541 : 142)

ข้อมูล จปฐ. คือ ข้อมูลในระดับครัวเรือนที่แสดงถึงสภาพความจำเป็นของคนในครัวเรือนในด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ได้กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำเอาไว้ แต่ข้อมูลเกี่ยวกับ จปฐ. และ กชช. 2 ค ยังไม่สามารถให้ภาพรวมของประเทศในเรื่องคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์

กาญจนา แก้วเทพ (2541 : 273-274) ได้กล่าวว่า การศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิต เริ่มมาตั้งแต่ประมาณปี 2520 แล้ว และเมื่อมีกระแสการศึกษาเรื่องความจำเป็นพื้นฐานเริ่มมีการศึกษาจริงจังมากขึ้นถึงการค้นคิดเครื่องชี้วัดในช่วงปี 2530 มุ่งศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความจำเป็นของชีวิตที่มีคุณภาพ การเคลื่อนไหวแนวคิด แนวทาง และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ปรากฏในงานเขียนของไทยทุกประเภท สามารถแบ่งแนวทางทั้งหมดออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

กลุ่มแรก เป็นกลุ่มที่ใช้วิธีการเคลื่อนไหวแบบที่เป็นประเพณี (Tradition) ของการทำงานจากบนลงล่าง ซึ่งได้แก่ กลุ่มที่พยายามวิจัยแสวงหาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่ามีอะไรบ้าง

หลังจากค้นพบแล้วก็จะเสนอให้ใช้วิธีการชี้แจงอบรมให้ประชาชนเห็นคุณค่าของตัวแปรต่าง ๆ เหล่านั้น ในบางกรณีอาจจะมีการยกตัวอย่างกรณีศึกษามาให้ดูเป็นตัวอย่าง

กลุ่มที่สอง เป็นกลุ่มที่มีแนวคิดและวิธีการทำงานที่ต่างจากกลุ่มแรก โดยเชื่อว่าแนวคิดและเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตนั้นมีอยู่แล้วในกลุ่มประชาชน แต่สิ่งที่ทำให้ประชาชนไม่สามารถจะดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพได้ ก็เพราะการขาดโอกาสเอื้ออำนวยหรือมีเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคต่าง ๆ ดังนั้น วิธีการทำงานจึงเป็นการจัดหาโอกาส หรือจัดเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคต่างหาก ส่วนวิธีการแพร่กระจายแนวคิดและวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตนั้น มักจะให้ประชาชนแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันเอง เช่นกรณีของผู้ใหญ่วิบูลย์ เข็มเฉลิม เป็นต้น

กลุ่มที่สาม เป็นกลุ่มที่อาจสืบทอดแนวคิดและแนวปฏิบัติมาจากรากฐานของสังคมไทย คือการเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับปัจเจกบุคคลและหยิบยกมิติทางศาสนาเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต ตัวอย่างงานหนังสือเรื่อง "สมาธิกับคุณภาพชีวิต" "วิธีการประหยัดเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต"

กลุ่มที่สี่ เป็นกลุ่มด้านสื่อมวลชน ในการศึกษาถึงตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับเรื่องคุณภาพชีวิต ตัวแปรด้านการมีโอกาสได้สัมผัสและได้ใช้สื่อมากขึ้นจะมีผลต่อการเพิ่มทางเลือกในชีวิต และขยายขอบเขตของความรู้ให้มากขึ้น กลุ่มสื่อมวลชนได้มีการเผยแพร่แนวคิดและวิธีการรวมถึงการนำเสนอเครื่องชี้วัดในรูปแบบต่าง ๆ เช่น งานโฆษณาคอลัมน์ทางเลือกสุขภาพในทัศนะใหม่ เป็นต้น

กลุ่มสุดท้าย เป็นกลุ่มที่ดำเนินกิจกรรมเล็ก ๆ ในขอบเขตที่ตนเองจะทำได้ในขั้นตอนแรก หลังจากนั้นก็เริ่มเผยแพร่รณรงค์เพื่อการศึกษาแก่สาธารณชน พร้อมทั้งหาแนวร่วมไปในตัว และได้ระดมสรรพกำลังทั้งจากกลุ่มพื้นฐาน และกลุ่มผู้สนับสนุนเพื่อผลักดันให้มีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงโครงสร้างนโยบาย หรือสร้างมาตรการกลไกต่าง ๆ ที่จะบำรุงรักษาสุขภาพชีวิตให้มีคุณค่ายาวนาน

2.2.5 เหตุผลของการวัดคุณภาพชีวิต

สุภางค์ จันทวานิช และวิศนี ศิลตระกูล (2538 : 23-24 อ้างถึงใน เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย, 2539 : 6) ได้ระบุเหตุผลการวัดคุณภาพชีวิต โดยทั่ว ๆ ไปไว้ดังนี้

1. เพื่อนำมาใช้วิเคราะห์การพัฒนา และการวางแผนโครงสร้างประชากร การออกแบบและดำเนินการทางสังคม หรือใช้วิเคราะห์ความล้ำหลังของภูมิภาคต่าง ๆ รวมทั้งนำไปพัฒนาแบบจำลองการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม ในระดับเขตและภูมิภาค

2. เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนระดับหน่วยงานและโครงการ โดยการวัดคุณภาพชีวิตนี้อาจสนองตอบการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ เช่น หน่วยงานการศึกษา หน่วยงานด้านสุขภาพ และที่อยู่อาศัย หน่วยงานการวางแผนครอบครัว เป็นต้น

3. เพื่อนำไปวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงการพัฒนา ในระดับท้องถิ่น เช่น ในบริบทของการพัฒนาชนบท หรือการพัฒนาโครงการสำหรับกลุ่มต่าง ๆ เช่น โครงการโภชนาการสำหรับเด็กบางพื้นที่ หรือ โครงการสร้างงานในชนบทบางแห่ง เป็นต้น

Levien (1987 : 1-6 อ้างถึงใน เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย, 2539 : 7) ได้แสดงถึงการนำคุณภาพชีวิตมาเป็นเกณฑ์พื้นฐานในการประเมินผลงานทางด้านสุขภาพ และการพัฒนา โดยมีเหตุผล 4 ข้อ ดังนี้

1. ต้องการทราบการเปลี่ยนแปลงแบบแผนปัญหา ทางสุขภาพของประชาชน ซึ่งจากเดิมที่มีโรคติดเชื้อมาเป็นโรคไร้เชื้อ และโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นการพัฒนาที่ผ่านมาจึงเพียงแต่บรรเทาความรุนแรงให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ การคงไว้หรือการพัฒนาคุณภาพชีวิตจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรทำต่อไป

2. ทำให้ทราบความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และการมีนวัตกรรมใหม่ เช่น วิธีการผ่าตัดใหม่หรือการยืดชีวิตผู้ใกล้ตายให้อยู่ชดเชยเวลาออกไป กรรมวิธีทำให้ประชากรมีสุขภาพดีจึงจำเป็นจะต้องมีการประเมินคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วย คนทั่วไป เพื่อประกอบการพิจารณาและใช้เป็นเกณฑ์ตัดสินใจ ในการนำนวัตกรรมใหม่ ๆ มาใช้ต่อไป

3. สามารถใช้ประเมินความคุ้มค่าของค่าใช้จ่าย ในการนำนวัตกรรมต่าง ๆ ที่นำมาช่วยชีวิตคน ดังนั้นจำเป็นต้องวัดด้วยคุณภาพชีวิต เนื่องจากแต่ละประเทศ มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาประเทศ

4. เพื่อทราบการเคลื่อนไหวในสังคมเกี่ยวกับการบริการสุขภาพอันก่อให้เกิด ประโยชน์แก่ประชากรกลุ่มน้อย และกลุ่มผู้ด้อยโอกาสต่าง ๆ ซึ่งคุณภาพชีวิตจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงโอกาสของคนเหล่านี้

สรุป เหตุผลการวัดคุณภาพชีวิต เพื่อเป็นตัวชี้วัดผลของการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนาว่า ทำให้บุคคลมีระดับความเป็นอยู่และมีชีวิตที่ดีมีความสุขหรือไม่

2.2.6 องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนพึงปรารถนา แต่การที่บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น ต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบมากมายแต่ละองค์ประกอบนั้นก็มีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไปตามทัศนะของบุคคลหรือแต่ละสังคม อย่างไรก็ตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตนั้นย่อมขึ้นอยู่กับบุคคล ค่านิยมและสภาพแวดล้อมของแต่ละสังคม ซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัยที่เป็นภาวะวิสัย (Objectivity) และปัจจัยที่เป็นอัตวิสัย (Subjectivity) ซึ่งนักวิชาการได้เสนอแนวความคิดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ไว้ดังนี้

Campbell (1972 : 51 อ้างถึงใน วราภรณ์ รัตนเวสส์, 2541 : 25) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตนั้นต้องมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ

1. ด้านกายภาพ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยด้านมลภาวะ ความหนาแน่นของประชากร และสภาพที่อยู่อาศัย
2. ด้านสังคม ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย ความมั่นคงของครอบครัว
3. ด้านจิตวิทยา ประกอบด้วยปัจจัยทางด้านความพอใจ ความสำเร็จ ความผิดหวังและความคับข้องใจในชีวิต

Day (1987 : 1-23 อ้างถึงใน สุพรรณิ ไชยอำพร และสนิท สมัคการ, 2534 : 8) ได้เสนอว่าชีวิตของมนุษย์แต่ละคนนั้นประกอบด้วย 13 มิติย่อย คือ

1. ชีวิตครอบครัว
2. ชีวิตการงาน
3. ชีวิตสังคม
4. การพักผ่อนหย่อนใจ
5. สุขภาพ
6. สาธารณสุข
7. การบริโภคสินค้าและการบริการ
8. การครอบครองทรัพย์สิน
9. การรับรู้ตนเอง
10. ชีวิตจิตวิญญาณ
11. ชีวิตในประเทศ
12. ความรู้สึกต่อรัฐบาล

13. การปกครองส่วนท้องถิ่น

Sharma (1975 : 11 อ้างถึงใน อัศวิน ชินกำธรวงศ์, 2536 : 15) ได้เสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตว่าคุณภาพชีวิตเป็นความคิดรวบยอดที่สลับซับซ้อนที่เป็นทั้งความพึงพอใจอันเกิดจากการได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและในทางสังคม ทั้งในระดับจุลภาคและระดับมหภาค โดยมีองค์ประกอบ 2 ประเภท คือ

1. องค์ประกอบทางกายภาพ มีปัจจัยทางด้านอาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัยเครื่องนุ่งห่ม โดยพิจารณาทั้งทางด้านปริมาณและคุณภาพ
2. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม มีปัจจัยทางการศึกษา รายได้ เพื่อน บ้าน การมีงานทำ การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข สภาพแวดล้อมในการทำงานโดยพิจารณาทั้งทางปริมาณและคุณภาพ

งานวิจัยของศูนย์วิจัยทางสังคมศาสตร์ (Social Science Research Council) แห่งประเทศอังกฤษ ได้ทำการศึกษาลำดับเกี่ยวกับการรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของคนอังกฤษระหว่างปี ค.ศ. 1971-1975 ซึ่งผลการสำรวจ พบว่า ความหมายของคุณภาพชีวิตได้รับการตอบแบบสำรวจนั้น มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ มากน้อยตามลำดับ รวม 20 ประการดังนี้ 1) ชีวิตครอบครัว (Family and Home life) 2) ความพอใจทั่วไป (General contentment) 3) เงินและค่าของเงิน (Money and Prices) 4) มาตรฐานการครองชีพ (Living standards) 5) ค่านิยมของสังคม (Social values) 6) ความเชื่อส่วนบุคคลและศาสนา (Personal believes and Religion) 7) สัมพันธภาพทางสังคม (Social relationship) 8) ที่อยู่อาศัย (Housing) 9) สุขภาพ (Healthy) 10) งานที่ทำ (Working) 11) เสรีภาพในทุกๆด้าน (Freedom of all kinds) 12) เวลาว่าง วันหยุด และการท่องเที่ยว (Leisure, Holidays and Travel) 13) สิ่งแวดล้อมและธรรมชาติ (Environment and Nature) 14) การศึกษาและวัฒนธรรม (Education and Culture) 15) ผู้บริโภคสินค้าและความฟุ่มเฟือย (Consumer and Luxuries) 16) ความกดดันในชีวิต (Negative statements) 17) ความวิตกกังวลและสุขภาพจิต (Worries, Cares and Mental health) 18) ข้อความที่ทำลาย (Negative statements) 19) ข้อความที่สร้างสรรค์ (Altruistic statements) 20) ความเท่าเทียมกันและความยุติธรรม (Equality and Justice) (ศรีผ่อง จิตกรณกิจศิลป์, 2526 : 23)

Lui (1975 : 26) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านอัตวิสัย (Subjective Factor) หรือ องค์ประกอบด้านจิตวิทยา (Psychological Factor) ซึ่งได้แก่ความเชื่อ ค่านิยม ความรู้สึกนึกคิดของบุคคล ส่วนอีกองค์ประกอบคือ องค์ประกอบด้านวัตถุวิสัย (Objective Factor) ซึ่งได้แก่

ปัจจัยหรือสภาพแวดล้อมของบุคคล เช่น องค์ประกอบด้านสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่าองค์ประกอบด้านอัตวิสัยเป็นองค์ประกอบเชิงคุณภาพ และองค์ประกอบด้านวัตถุวิสัย เป็นองค์ประกอบเชิงปริมาณ

Lui (1976 : 201) ได้ศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของคนในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยได้ระบุองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตไว้ 9 ด้าน คือ

1. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ
2. การเข้าร่วมสมาคม
3. การพักผ่อนหย่อนใจ
4. การขาดระเบียบในสังคม
5. สุขภาพ
6. การศึกษา
7. รายได้
8. การมีงานทำ
9. ความปลอดภัย

United Nations (1989 : 19) ได้จัดคุณภาพชีวิตโดยใช้ตัวชี้วัดซึ่งวิเคราะห์ในระดับมหภาคแบบหลายมิติ คือ

1. ด้านสุขภาพ
2. ด้านสิ่งแวดล้อม
3. ด้านความปลอดภัย
4. ด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ
5. ด้านชีวิตครอบครัว
6. ด้านชีวิตการทำงาน
7. ด้านชีวิตการศึกษา
8. ด้านการมีส่วนร่วมในชนบท
9. ด้านการทำกิจกรรมร่วมกันด้านวัฒนธรรม

ต่อมาคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งเอเชียและแปซิฟิกของสหประชาชาติ (United Nation, 1990 : 21) ได้ทำการกำหนดตัวชี้วัดเป็นกรอบแนวคิดในการสำรวจและวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของเอเชียและแปซิฟิก ประกอบไปด้วยปัจจัยต่าง ๆ ที่ครอบคลุมทั้งทางกายภาพ

(Objective) และจิตวิสัย (Subjective) เพื่อใช้เป็นดัชนีวัดระดับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ 7 ด้าน แยกเป็นตัวชี้วัด 28 ตัวได้แก่

1. ความมั่นคงปลอดภัยทางเศรษฐกิจ (Economic security)
2. สุขภาพ (Health)
3. ชีวิตด้านการใช้สติปัญญา (Intellectual life)
4. ชีวิตการทำงาน (Working life)
5. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment)
6. ชีวิตในครอบครัว (Family life)
7. ชีวิตในชุมชน (Community life)

ในปี 2538 คณะกรรมาธิการเศรษฐกิจและสังคมแห่งเอเชียและแปซิฟิกของสหประชาชาติ (United Nations, 1995 : 7-8) ได้กำหนดองค์ประกอบคุณภาพชีวิต สำหรับประเทศที่เป็นสมาชิกในเอเชียและแปซิฟิก แห่งสหประชาชาติ (ESCAP) ไว้ 6 ด้าน ได้แก่

1. สุขภาพ (Health)
2. การศึกษา (Education)
3. ชีวิตการทำงาน (Working life)
4. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (The Physical environment)
5. ชีวิตครอบครัว (Family life)
6. ความยากจน (Poverty)

อมรา พงศาพิชญ์ (2533 : 1) ได้เสนอข้อสรุปการสัมภาษณ์จากผู้ทรงคุณวุฒิ 19 ท่าน เรื่องคุณภาพชีวิตของคนไทย ปี 2543 มีองค์ประกอบอยู่ 6 ด้าน คือ

1. สุขภาพอนามัย
2. ชีวิตที่มีความภาคภูมิใจ
3. ชีวิตการทำงาน
4. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ
5. ชีวิตในครอบครัว
6. ชีวิตในชุมชน

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. สำนักวิจัย (2541จ : 75-76) ได้ใช้มาตรวัดคุณภาพชีวิตของคนในเขตภาคเมืองภาคกลาง โดยมีองค์ประกอบในมิติต่าง ๆ 12 มิติ ได้แก่

1. คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมทางกาย

2. คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม
3. คุณภาพชีวิตด้านสาธารณูปโภค
4. คุณภาพชีวิตด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
5. คุณภาพชีวิตด้านการพักผ่อนหย่อนใจ
6. คุณภาพชีวิตด้านสังคม
7. คุณภาพชีวิตด้านการงาน
8. คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว
9. คุณภาพชีวิตสุขภาพกาย
10. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต
11. คุณภาพชีวิตด้านสติปัญญา
12. คุณภาพชีวิตด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2540) ได้กำหนดองค์ประกอบของความอยู่ดีมีสุขของประเทศไทยตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ประกอบด้วยองค์ประกอบ 7 ด้าน ได้แก่

1. สุขภาพอนามัยและโภชนาการ
2. การศึกษา
3. ชีวิตการทำงาน
4. ชีวิตครอบครัว
5. การเติบโตทางเศรษฐกิจและความยากจน
6. สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
7. ประชากร

Organization for Economic Cooperation and Development (1976 อ้างถึงใน สุภางค์ จันทวานิช และวิศนี ศิลตระกูล, 2541 : 65-67) ได้ริเริ่มพัฒนาเครื่องชี้วัดความเป็นอยู่ที่ดี (Measures of Well-being) โดยศึกษาจาก 8 ด้าน ได้แก่

1. สุขภาพ
2. การพัฒนาของปัจเจกบุคคลโดยการเรียนรู้
3. การจ้างงานและคุณภาพชีวิตการทำงาน
4. เวลาและการใช้เวลาว่าง
5. ความต้องการในเรื่องสินค้าและบริการต่างๆ

6. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ
7. ความปลอดภัยของบุคคล
8. โอกาสทางสังคมและความไม่เสมอภาค

UNESCO (1981 : 5) ซึ่งได้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 7 มิติ ได้แก่

1. อาหาร
2. สุขภาพ
3. การศึกษา
4. สิ่งแวดล้อมและทรัพยากร
5. ที่อยู่อาศัยและการตั้งถิ่นฐาน
6. ค่านิยมและศาสนา
7. ค่านิยม ศาสนา จริยธรรม กฎหมาย และปัจจัยด้านจิตวิทยา

วิชัย รูปขำดี และคณะ (2542 : 2-7) ได้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในรายงานวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนริมคลองแสนแสบกับการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของคลอง ประกอบด้วย 7 มิติ คือ

1. ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ
2. ชีวิตการทำงาน
3. สุขภาพ
4. ชีวิตการใช้สติปัญญา
5. ชีวิตครอบครัว
6. ชีวิตชุมชน
7. สภาพแวดล้อม

นิสาร์ตน์ ศิลปเดช (2538 : 19-23) ได้จำแนกคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ระดับ คือ องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในระดับบุคคล และองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในระดับสังคม

1. องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในระดับบุคคล

องค์ประกอบที่จะทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือมีลักษณะของชีวิตที่มีความสุขสมบูรณ์ และมีความพึงพอใจในการมีชีวิตอย่างแท้จริงนั้น ประกอบด้วยปัจจัยเหล่านี้ คือ

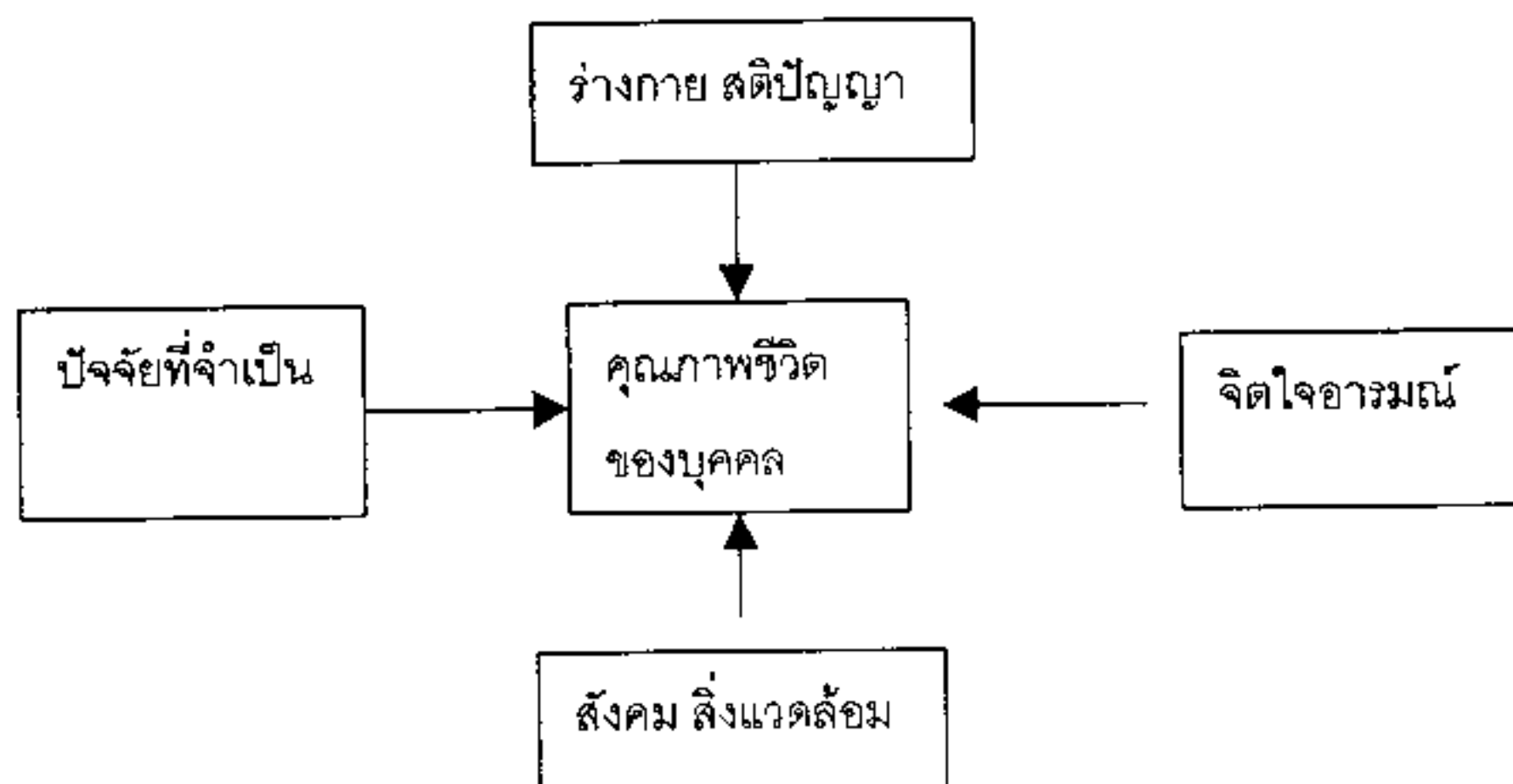
1.1 ความสมบูรณ์ด้านร่างกายและสติปัญญา การที่มนุษย์จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นจะต้องมีความเป็นปกติของร่างกายและสติปัญญาเป็นพื้นฐาน ซึ่งได้แก่การมีอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายสมบูรณ์ครบถ้วน มีสุขภาพอนามัยแข็งแรง มีพลังกำลังที่จะสามารถทำกิจการงานได้ดีเช่น

เดียวกับคนอื่น มีระดับการพัฒนาการของสติปัญญาเป็นปกติทำให้สามารถศึกษาเล่าเรียน คิดไตร่ตรองหาเหตุผล รวมทั้งสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้

1.2 ความสมบูรณ์ด้านจิตใจและอารมณ์ หมายถึง การเป็นผู้ที่มี จิตใจดี มีอารมณ์แจ่มใสมั่นคง ไม่แปรปรวน หงุดหงิด โมโหง่าย จิตใจมีคุณธรรม ไม่อิจฉาริษยา หรือเครียดแค้น พยาบาทผู้อื่น เป็นผู้มองโลกในแง่ดี มีความโอบอ้อมอารี ยินดีที่จะช่วยเหลือผู้ที่ตกทุกข์ได้ยาก ตามความสามารถเสมอ การมีพื้นฐานด้านจิตใจและอารมณ์ที่ดี จะช่วยให้บุคคลเกิดความสุขและความสงบในการดำรงชีวิต

1.3 ความสมบูรณ์ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม หมายถึง การเป็นคนที่ได้รับการยอมรับจากคนทั่วไป อันเนื่องมาจากการมีมนุษยสัมพันธ์อันดี สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี ดังนั้นจึงเป็นผู้ที่ยอมรับ และเห็นคุณค่าตลอดจนความสำคัญของผู้อื่น และสิ่งอื่น ๆ ที่อยู่รอบตัว คิดที่จะปรับปรุงพัฒนาให้สิ่งแวดล้อมเหล่านั้นคงคุณค่าและประโยชน์ของมันอยู่ตลอดไป จะยอมให้เกิดความเสียหายหรือมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อมบ้างก็เป็นเพียงส่วนน้อยที่สุด การมีความสมบูรณ์ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม จะช่วยให้บุคคลมีชีวิตที่เหมาะสม กลมกลืนและเข้ากันได้ดีกับสังคมและสิ่งแวดล้อมของตน

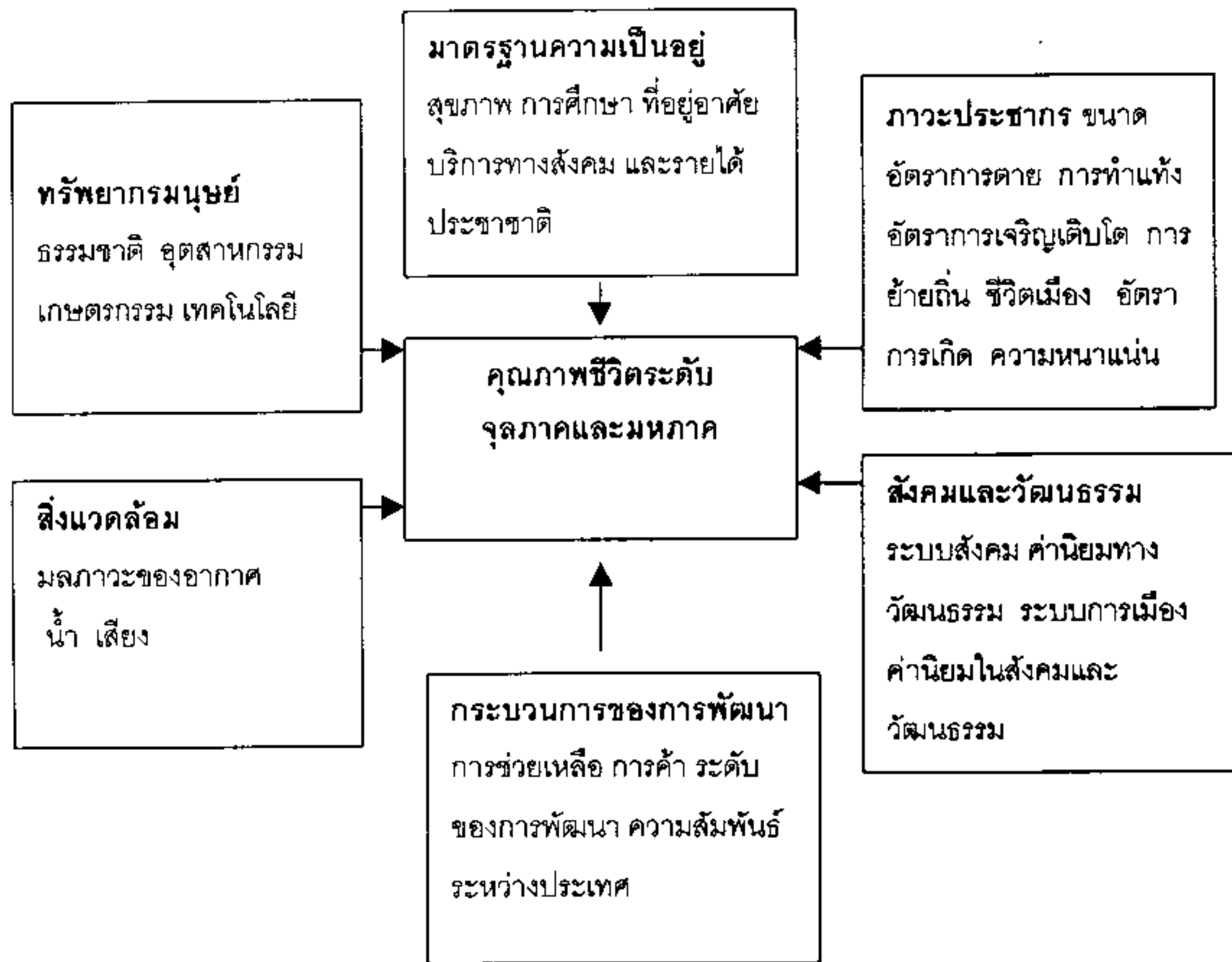
1.4 ความสมบูรณ์ด้านปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีพ หมายถึง ความสามารถที่จะจัดหาสิ่งจำเป็นต่างๆ เพื่อช่วยให้ชีวิตดำรงอยู่ได้อย่างดีตามฐานะของตนเองตลอดจนสภาพของสังคม เศรษฐกิจ และยุคสมัย ปัจจัยจำเป็นเหล่านี้ ได้แก่ ปัจจัย 4 ซึ่งมีอาหารเสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค สิ่งอำนวยความสะดวกสบายต่าง ๆ การศึกษา การพักผ่อน เป็นต้น ซึ่งบุคคลจำเป็นจะต้องจัดหาหรือจัดให้มีขึ้น ตามความจำเป็นในสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมของตน การมีปัจจัยจำเป็นในการดำรงชีวิตที่พอเพียงและเหมาะสม ย่อมช่วยให้บุคคลมีความสะดวกสบาย ไม่ลำบาก ขัดสน และย่อมนำมาซึ่งความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ดังในองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทุกด้านมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันดังแผนภูมิที่ 2.2



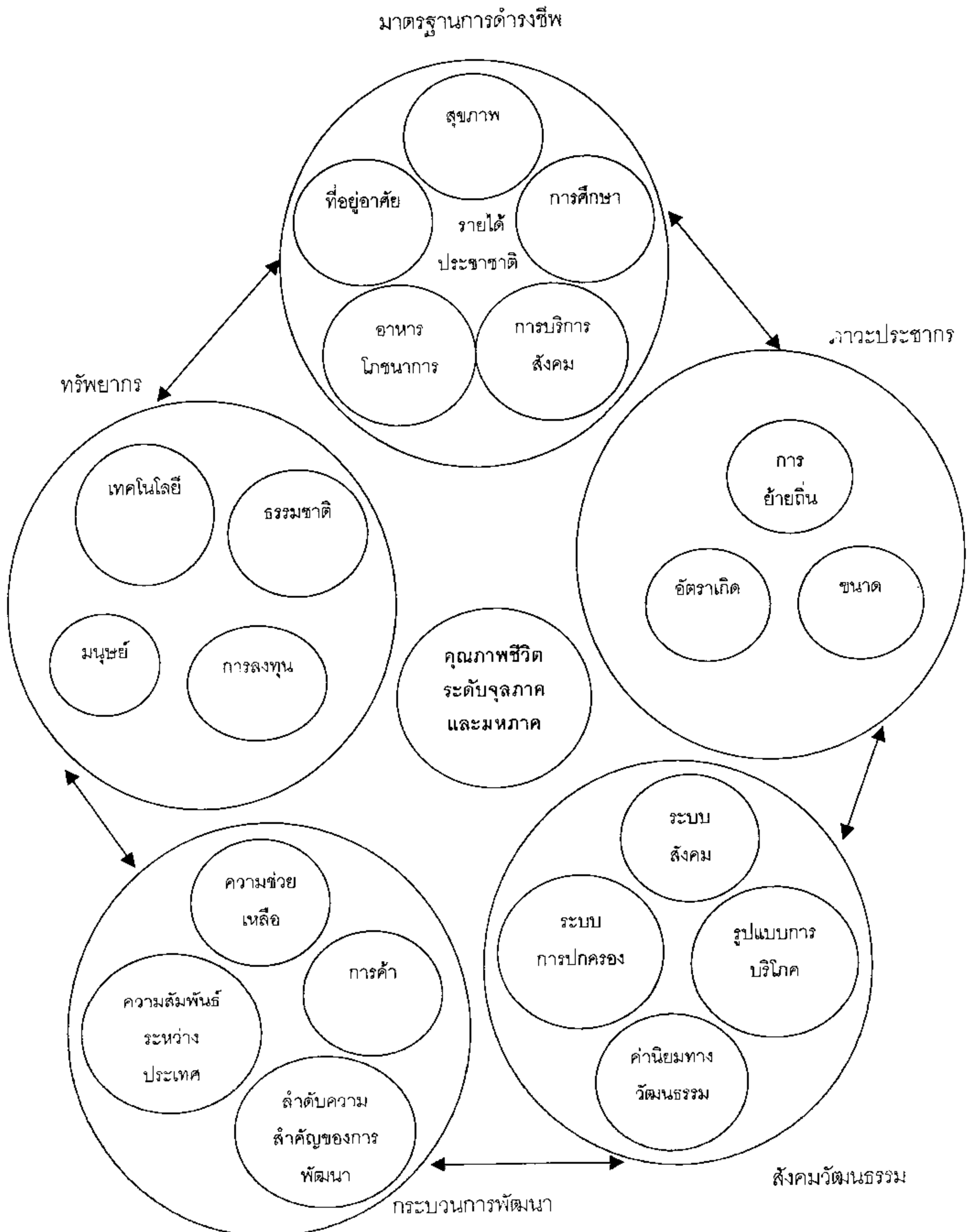
แผนภูมิที่ 2.2 ภาพแสดงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

2. องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในระดับสังคม

Ramesh Chandra และ R.C.Sharma ผู้เชี่ยวชาญประจำ UNESCO ภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิกเป็นผู้ที่ได้นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตได้อย่างละเอียดชัดเจน ซึ่งครอบคลุมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว (ระดับจุลภาค) ในระดับสังคม และประเทศ (ระดับมหภาค) โดย Ramesh Chandra ได้นำเสนอองค์ประกอบที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต 6 องค์ประกอบ ส่วน R.C.Sharma เสนอไว้ 5 องค์ประกอบ ทั้งสองได้เสนอแผนภูมิแสดงความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตไว้ เพื่อชี้ให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตของคนในสังคมจะต้องประกอบด้วยปัจจัยด้านใดบ้าง และในแต่ละองค์ประกอบเหล่านั้น ยังมีองค์ประกอบย่อย ๆ รวมกันอยู่อีกมากมาย ซึ่งสามารถพิจารณาเปรียบเทียบได้จากแผนภูมิองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่นำเสนอโดย Ramesh Chandra (ดังแผนภูมิที่ 2.3) และ R.C.Sharma (ดังแผนภูมิที่ 2.4)



แผนภูมิที่ 2.3 แสดงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Ramesh Chandra



แผนภูมิที่ 2.4 แสดงวงจรสัมพันธ์องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ R.C.Sharma

ตามแนวคิดของ Ramesh Chandra และ R.C.Sharma คุณภาพชีวิตของสังคมซึ่งมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลในสังคมนั้น ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ประการที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันเป็นลูกโซ่ ดังนี้

2.1 มาตรฐานการดำรงชีพ (Standard of living) หมายถึงระดับชีวิตความเป็นอยู่ของผู้นั้นในสังคม ซึ่งแต่ละสังคมจะมีระดับหรือมาตรฐานที่แตกต่างกันและสามารถพิจารณาได้จากองค์ประกอบย่อย ๆ อีกหลายประการ คือ รายได้ สุขภาพ อนามัย อาหารและโภชนาการ ระดับการศึกษา ที่อยู่อาศัย บริการหรือสวัสดิการสังคม

2.2 ภาวะประชากร (Population situation) หมายถึง ขนาดหรือจำนวนประชากร โครงสร้าง การกระจายตัว ความหนาแน่น คุณลักษณะ ตลอดจนสถานการณ์ภาพของประชากรในสังคมเป็นองค์ประกอบด้านหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อสภาวะความเป็นอยู่หรือลักษณะการดำรงชีวิตของประชากรในแต่ละสังคม การเปลี่ยนแปลงประชากรมักมีสาเหตุมาจากการเกิดการตาย การย้ายถิ่น การเพิ่มหรือการเติบโตของประชากร และการเปลี่ยนแปลงสถานภาพของบุคคล

2.3 ระบบสังคมและวัฒนธรรม (Social-Cultural system) ซึ่งหมายถึง ระบบสำคัญ ๆ ที่มีอยู่ในสังคม และเป็นส่วนสำคัญในการกำหนดชีวิตความเป็นอยู่ สิทธิหน้าที่ แนวปฏิบัติ ตลอดจนความคิดความเชื่อของประชากร ทำให้รูปแบบการดำเนินชีวิตของประชากรมีลักษณะของคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยระบบต่าง ๆ เหล่านี้ ได้แก่ ระบบปกครอง ระบบเศรษฐกิจ ระบบสังคม ระบบค่านิยม ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของผู้คนเป็นอย่างมาก

2.4 กระบวนการพัฒนา (Development process) หมายถึง ขั้นตอน และวิธีการต่าง ๆ ที่รัฐใช้สร้างคามกินดีอยู่ดีให้กับประชากร ซึ่งโดยทั่วไปจะต้องมีการพัฒนาทั้งด้านตัวประชากร มนุษย์ของสังคม ควบคู่ไปกับการพัฒนาปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญทางด้านวัตถุ จึงจะทำให้การพัฒนาประเทศบังเกิดผลสำเร็จได้ กระบวนการพัฒนาที่ดีดังกล่าวจึงต้องประกอบด้วยการจัดลำดับความสำคัญของสิ่งต่าง ๆ ที่ต้องพัฒนา ซึ่งแน่นอนที่สุดจะต้องเริ่มที่การพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพของบุคคล อันได้แก่ การพัฒนาการศึกษาและสุขภาพอนามัย ส่วนการพัฒนาทางวัตถุนั้นคงต้องดำเนินการหลายด้าน เป็นต้นว่า การพัฒนาเศรษฐกิจอุตสาหกรรม และเทคโนโลยี การพัฒนาการค้า และการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ เพื่อส่งเสริมการค้า ความเข้าใจที่ดีระหว่างกัน และก่อให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

2.5 ทรัพยากร (Resources) เป็นสิ่งที่มีคุณค่าหรือมีประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์และทำให้มนุษย์มีความสุขสมบูรณ์และสะดวกสบายมากขึ้น ทรัพยากรที่จะช่วยเสริมสร้างคุณภาพการดำรงชีวิตให้อยู่ในระดับสูงหรือต่ำ ประกอบด้วยทรัพยากรบุคคล หรือทรัพยากรมนุษย์

ทรัพยากรธรรมชาติ ได้แก่อาหาร แร่ธาตุ ป่าไม้ ที่ดิน แหล่งน้ำ สัตว์ป่า เป็นต้น และทรัพยากรที่มนุษย์สร้างขึ้น อันได้แก่ ผลผลิตในด้านเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม เงินทุน และเทคโนโลยีต่างๆ สังคมที่มีทรัพยากรมาก ย่อมมีโอกาสในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตได้มากกว่าส่วนสังคมที่ขาดแคลนทรัพยากรต่าง ๆ ประชากรก็มักจะขาดคุณภาพชีวิตด้วย

2.6 สำหรับองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (Environment factor) ซึ่ง Chadra นำเสนอไว้ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอีกด้านหนึ่งนั้น จะหมายถึง สิ่งที่อยู่รอบตัวมนุษย์ ทั้งสิ่งที่มีชีวิต และไม่มีชีวิต ตลอดจนสิ่งที่เป็นความเจริญก้าวหน้า และสิ่งที่เป็นความเสื่อมโทรมหรือมลภาวะสังคมที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ย่อมทำให้ผู้อยู่อาศัยมีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดี และในทำนองเดียวกัน สังคมที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่ดีย่อมทำให้บุคคลและสังคมเกิดความเจริญก้าวหน้าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นกัน

โดยสรุปแล้วองค์ประกอบที่จะช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของบุคคลและสังคมให้อยู่ในระดับดีเลวอย่างไร มีอยู่มากมาย แต่ในระดับสังคมนั้นย่อมจะมีความกว้างขวางและซับซ้อนขององค์ประกอบต่าง ๆ มากขึ้น ซึ่งองค์ประกอบเหล่านั้นล้วนมีอิทธิพลหรือเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตในระดับบุคคลด้วย

ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของพยาบาลในครั้งนี้ได้พิจารณาศึกษาเฉพาะมิติที่สำคัญต่อชีวิตประจำวันของพยาบาลในสถานภาพที่เป็นสตรีที่ทำงานนอกบ้าน ได้แก่ ด้านการทำงาน ด้านสุขภาพ และด้านครอบครัว และจากการสรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่มีนักวิชาการได้เสนอแนวคิดไว้ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน สุขภาพ และครอบครัว มีความสำคัญเป็นอันดับแรก (ตารางที่ 1 ภาคผนวก ข) สำหรับแนวทางการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีดังต่อไปนี้

1. คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน

คุณภาพชีวิตการทำงาน (Quality of working life) เป็นองค์ประกอบหนึ่งหรือมิติหนึ่งที่สำคัญของคุณภาพชีวิต (Quality of life) คุณภาพชีวิตการทำงานเป็นวิธีคิดเกี่ยวกับคนงาน และองค์การ แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตก่อตัวขึ้นในตอนท้ายของทศวรรษ 1960 และตอนต้นของทศวรรษ 1970 ในช่วงเวลาดังกล่าวการสำรวจการทำงานที่ทำ ณ มหาวิทยาลัยมิชิแกนในปี 1969 และ 1973 ที่มีวัตถุประสงค์ที่จะให้ฝ่ายลูกจ้างกับฝ่ายจัดการทำงานร่วมกันเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตการทำงาน ในเวลาเดียวกันรัฐบาลอเมริกันก็ให้ความสนใจเรื่องนี้จึงมีการทำกิจกรรมหลายอย่างขึ้น เช่น การก่อตั้งคณะกรรมการผลิตภาพของรัฐบาลกลาง และมีการให้ทุนการทดลองจำนวนหนึ่งในเรื่องเกี่ยวกับความร่วมมือของฝ่ายจัดการกับฝ่ายลูกจ้างในเรื่องเกี่ยวกับคุณภาพ

ชีวิตการทำงาน (Mills, 1981 อ้างถึงใน สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ และคณะ, 2540 : 2-10) การศึกษาคุณภาพชีวิตมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการทำงาน กล่าวคือการทำงานทำให้พนักงานได้ทุ่มเท อุทิศร่างกายพลังสมองและจิตใจ เพื่อให้การทำงานมุ่งผลผลิตอย่างแท้จริง ในการพัฒนาประสิทธิภาพในการทำงานจะต้องพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถ มีทักษะการทำงาน

Hackman และ Suttle (1977 : 14 อ้างถึงใน พจมาน ศรีเสรีวัฒน์, 2542 : 17) ได้กล่าวว่าคุณภาพชีวิตการทำงานเป็นสิ่งที่สนองความผาสุกและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานทุก ๆ คน ในองค์กร ไม่ว่าจะเป็นระดับคนงาน หัวหน้างานผู้บริหาร หรือแม้แต่เจ้าของบริษัทหรือหน่วยงาน การมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี นอกจากจะมีส่วนทำให้บุคคลพึงพอใจแล้ว ยังอาจส่งผลต่อความเจริญรุ่งเรืองเรื่องด้านอื่น ๆ เช่น สภาพสังคม เศรษฐกิจหรือผลผลิตต่าง ๆ และสิ่งที่สำคัญคุณภาพชีวิตการทำงานจะนำไปสู่ความพึงพอใจในการทำงานและความผูกพันองค์กรได้นอกจากนั้นยังช่วยให้อัตราการขาดงาน การลาออก และอุบัติเหตุลดน้อยลง ขณะที่ประสิทธิผลขององค์กรในแง่ขวัญกำลังใจ ความพึงพอใจในงาน ตลอดจนคุณภาพและปริมาณของผลผลิตเพิ่มสูงขึ้น

1.1 ความหมายของคุณภาพชีวิตการทำงาน

สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ และคณะ (2540 :1-3) คุณภาพชีวิตการทำงาน หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตการทำงานซึ่งประกอบด้วยเรื่องของค่าจ้าง ชั่วโมงการทำงานสภาพแวดล้อมการทำงาน ผลประโยชน์ ความก้าวหน้าในการทำงานและการมีมนุษยสัมพันธ์ ซึ่งส่งผลต่อความพอใจสำหรับคนงาน

Nadler and Lawler (1983 อ้างถึงใน สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ และคณะ, 2540 : 1-2) ได้ให้ความหมายไว้ว่า คุณภาพชีวิตการทำงาน หมายถึง แนวความคิดที่มีต่อผู้ปฏิบัติงาน งาน และ องค์กรโดยเฉพาะในเรื่อง ผลกระทบของงานที่มีต่อผู้ปฏิบัติงานและที่มีต่อประสิทธิภาพขององค์กร และแนวความคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และการตัดสินใจขององค์กร

Walton (1975 : 92) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตการทำงานเป็นคำที่มีความหมายกว้าง มิใช่แค่กำหนดแต่เวลาในการทำงานสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง หรือมิใช่มีเพียงกฎหมายคุ้มครองแรงงานเด็ก หรือการจ่ายค่าตอบแทนที่คุ้มค่าเท่านั้น แต่ยังมีความหมายรวมถึงความต้องการและความปรารถนาให้ชีวิตของบุคลากรในหน่วยงานดีขึ้นด้วย

Delamotte and Takezawa (1984 : 2-4) ได้กล่าวว่า แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานนั้นมาจากแนวคิดของคุณภาพชีวิตซึ่งหมายถึง การพัฒนาให้บุคคลนั้น ๆ มีสภาพความเป็นอยู่ที่ดี โดยให้พนักงานมีสภาพการทำงานที่ดี อยู่ภายใต้การทำงานที่เหมาะสม มีความปลอดภัยได้รับ ผลประโยชน์และสิทธิต่างๆอย่างยุติธรรมและเสมอภาคในสังคม

สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตการทำงาน หมายถึง ระดับของสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตการทำงานซึ่งมีต่อผู้ปฏิบัติงาน ลักษณะงาน และองค์กรที่ทำงานอยู่ในปัจจุบัน ที่ทำให้สภาพความเป็นอยู่ที่ดี

1.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิตการทำงาน

Walton (1973 : 12-15 อ้างถึงใน เบญจรงค์ บำรุงสุข, 2542 : 15-16) ได้ทำการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยพิจารณาคุณลักษณะของบุคคลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในแนวทางความเป็นบุคคล (Humanistic) และสภาพแวดล้อมตัวบุคคลหรือสังคม การเติบโตของภาวะเศรษฐกิจที่ตอบสนองความต้องการและความปรารถนาของบุคคลในการทำงาน และได้ผลที่กำหนดไว้ว่า บุคคลที่มีคุณภาพชีวิตการทำงาน ต้องมีตัวบ่งชี้ต่าง ๆ 8 ประการ เป็นเกณฑ์ตัดสินดังนี้

1. การได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม (Adequate and Fair compensation) คือ ค่าตอบแทนจากการทำงานที่ได้รับเพียงพอที่จะดำรงชีวิต ตามมาตรฐานสังคมทั่วไปหรือไม่ ค่าตอบแทนที่ได้รับความยุติธรรมหรือไม่ เมื่อเปรียบเทียบกับตำแหน่งของตนกับตำแหน่งอื่นที่มีลักษณะงานที่คล้ายกัน

2. สภาพการทำงานที่คำนึงถึงความปลอดภัย และส่งเสริมสุขภาพ (Safe and Health Working Conditions) คือ ผู้ปฏิบัติงานควรจะอยู่ในสภาพแวดล้อมทางด้านร่างกาย และสิ่งแวดล้อมของการทำงานที่ป้องกันอุบัติเหตุ และไม่เกิดผลเสียต่อสุขภาพ และควรจะได้กำหนดมาตรฐานที่แน่นอนเกี่ยวกับการคงไว้ซึ่งสภาพแวดล้อมและสิ่งแวดล้อมที่จะส่งเสริมสุขภาพและปลอดภัยซึ่งเป็นการควบคุมสภาพทางกายภาพ

3. ความมั่นคงและความก้าวหน้าในการทำงาน (Growth and Security) คือ งานที่ผู้ปฏิบัติได้รับมอบหมายจะมีผลต่อการคงไว้และการขยาย ความสามารถของตนเอง ได้รับความรู้ และทักษะใหม่ ๆ ที่จะไปใช้ประโยชน์ในอนาคตได้ และมีโอกาสในการพัฒนาทักษะความสามารถในแขนงของตน

4. โอกาสการพัฒนาสมรรถภาพของบุคคล (Development of human capacity) คือ งานควรจะมีโอกาสในการพัฒนาทักษะความรู้ของผู้ปฏิบัติซึ่งมีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความรู้สึกท้าทายในการทำงาน

5. การบูรณาการทางสังคมหรือการทำงานร่วมกัน (Social integration) คือ ผู้ปฏิบัติได้มีความรู้สึกว่ามีค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ที่กำหนด องค์การมีการยอมรับและร่วมมือกันทำ

6. ลัทธิรัฐธรรมนูญนิยม (Constitutionalism) คือ การได้รับการเคารพในสิทธิส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติหรือการมีหลักรัฐธรรมนูญเป็นแนวทางในความสะอาด เรียบร้อย ปลอดภัยจากการทำงานร่วมกัน โรคภัยไข้เจ็บ

7. จังหวะชีวิตโดยส่วนรวม (Total life space) คือ กิจกรรมการทำงานของบุคคลหนึ่งควรจะได้มีความสมดุลกับบทบาทชีวิตของบุคคลนั้น เป็นการแบ่งเวลาที่เหมาะสมสำหรับตนเอง งาน ครอบครัว และอื่นๆ

8. การคำนึงถึงความต้องการของสังคม (Social relevance) คือ กิจกรรมการทำงานที่ดำเนินไปในลักษณะที่รับผิดชอบต่อสังคม ซึ่งจะก่อให้เกิดการเพิ่มค่าความสำคัญของงานและอาชีพของผู้ปฏิบัติ

Kerce and Kewley (1993 อ้างถึงใน สมหวัง พิธิยานุวัฒน์, 2540 : 1-4) ได้เสนอว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ

1. ความพึงพอใจในงานโดยรวม

2. ความพึงพอใจในงานเฉพาะด้านประกอบด้วย 20 ด้าน คือ การบริหารสังคม ความคิดริเริ่ม คุณธรรมในการทำงาน ความมีอิสระในการทำงาน งานที่ได้รับมอบหมาย ความมีอำนาจหน้าที่ในส่วนของงานของตน ความสามารถในการทำงาน สถานภาพทางสังคม นโยบายและการปฏิบัติงาน ความมีมนุษยสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา ความมั่นคงในการทำงาน ค่าตอบแทน สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความก้าวหน้าในการทำงาน ความสามารถของผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน ความรับผิดชอบในการทำงาน การยอมรับนับถือ ความสำเร็จในการทำงาน และกิจกรรมระหว่างการทำงาน

3. ลักษณะของงาน ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบ 8 ด้าน คือ ความมีเอกลักษณ์ของงาน ความหลากหลาย ความเป็นอิสระในงาน การให้ข้อมูลป้อนกลับ โอกาสการสร้างมิตรภาพ การทำงานร่วมกับผู้อื่น ความสำคัญของงาน และโอกาสการใช้ความสามารถ

4. ความเกี่ยวข้องกับผูกพันกับงาน ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ความเกี่ยวข้องสูงและความรู้สึกที่มีต่อหน้าที่การทำงาน แนวโน้มในการหลีกเลี่ยงงานและความรู้สึกผิดที่

ทำงานไม่เสร็จทันเวลา การมีความเกี่ยวข้องกับผูกพันกับงานสูง ความสิ้นหวังใน คุณภาพการทำงาน หรือความไม่เอาใจใส่ต่องาน

ชาญชัย อาจินสมาจาร (2535 : 38-39) ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบ คุณภาพชีวิตการทำงาน 16 ประการ ได้แก่

1. ความมั่นคง
2. ความเสมอภาคในเรื่องค่าจ้างและรางวัล
3. ความยุติธรรมในสถานที่ทำงาน
4. ปลอดภัยจากระบบราชการ และความเข้มงวดในการควบคุม
5. งานมีความหมายและน่าสนใจ
6. กิจกรรมและงานหลากหลาย
7. งานมีลักษณะท้าทาย
8. มีขอบเขตการตัดสินใจของตัวเอง
9. โอกาสการเรียนรู้และความเจริญก้าวหน้า
10. ผลสะท้อนกลับ ความรู้เกี่ยวกับผลลัพธ์
11. อำนาจหน้าที่ในงาน
12. ได้รับการยอมรับจากการทำงาน
13. ได้รับการสนับสนุนทางสังคม
14. มีอนาคต
15. สามารถสัมพันธ์งานกับสิ่งแวดล้อมภายนอก
16. มีโอกาสเลือกทั้งนี้อยู่กับความชอบ ความสนใจและความคาดหวัง

นพรัตน์ รุ่งอุทัย (2533 : 201-206) ได้เสนอว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 9 ประการ ได้แก่

1. สภาพแวดล้อมในการทำงาน
2. จิตวิทยาและมนุษยสัมพันธ์ในงาน
3. ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง
4. ปัญหาส่วนตัว
5. การจัดองค์การและการบริหาร
6. ปัญหาสุขภาพ
7. ระบบงานในสำนักงาน

8. ความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการ

9. การสื่อสารและการประสานงาน

Huse and Commings (1980 : 1 อ้างถึงใน เบญจางค์ บำรุงสุข, 2542 : 17-18) ได้วิเคราะห์คุณภาพชีวิตการทำงาน และเสนอว่าประกอบด้วยลักษณะต่าง ๆ 8 ด้าน ดังนี้

1. รายได้และผลประโยชน์ตอบแทนที่ยุติธรรมและเพียงพอ (Adequate and Fair compensation) หมายถึง การได้รับรายได้และผลตอบแทนที่เพียงพอ และสอดคล้องกับมาตรฐานของผู้รับ มีความเหมาะสมเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้จากอื่น ๆ

2. สภาพที่ทำงานถูกสุขลักษณะและปลอดภัย (Safe and Healthy environment) หมายถึง การที่บุคลากรได้ปฏิบัติงานในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สถานที่ทำงานไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ และไม่เสี่ยงอันตราย

3. โอกาสพัฒนาขีดความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน (Development of human capacities) หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานมีโอกาพัฒนาขีดความสามารถของตนจากงานที่ทำโดยพิจารณาลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ได้แก่ งานที่ได้ใช้ทักษะและความสามารถหลากหลาย งานที่มีความท้าทาย งานที่ผู้ปฏิบัติมีความเป็นตัวของตัวเองในการทำงาน งานที่ได้รับการยอมรับมีความสำคัญ

4. ความก้าวหน้า (Growth) หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานมีโอกาที่จะก้าวหน้าในอาชีพและตำแหน่งมีความมั่นคงในอาชีพ

5. ความสัมพันธ์ภายในหน่วยงาน (Social Integration) หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานเป็นที่ยอมรับของผู้ร่วมงาน ที่ทำงานมีบรรยากาศของความเป็นมิตร มีความอบอุ่นเอื้ออาทร ปราศจากการแบ่งแยกเป็นหมู่เหล่า ผู้ปฏิบัติงานได้รับการยอมรับ และมีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

6. การบริหารงานที่เป็นธรรมและเสมอภาค (Constitutionalism) หมายถึง การมีความยุติธรรมในการบริหารงาน มีการปฏิบัติต่อบุคลากรอย่างเหมาะสม มีการเคารพในสิทธิส่วนบุคคล ผู้บังคับบัญชายอมรับฟังข้อคิดเห็นของพนักงาน บรรยากาศขององค์กรมีความเสมอภาคและยุติธรรม

7. ความสมดุลของช่วงเวลาที่ใช้ในการทำงานและช่วงเวลาที่พักผ่อนมีความเป็นส่วนตัว (The total life space) หมายถึง ภาวะบุคคลมีความสมดุลของช่วงเวลาการทำงานกับช่วงเวลาการดำเนินชีวิตโดยรวม มีความสมดุลของการทำงานกับการใช้เวลาว่างและเวลาที่ให้กับครอบครัว มีช่วงเวลาที่ได้คลายเครียดจากภาระหน้าที่รับผิดชอบ

8. ความภูมิใจในองค์กร (Organizational pride) หมายถึง ความรู้สึกของบุคลากรที่มีความภูมิใจที่ได้ปฏิบัติงานในองค์กรที่มีชื่อเสียง และได้รับรู้ว่าองค์กรอำนวยความสะดวกและรับผิดชอบต่อสังคม

สรุปในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้ใช้องค์ประกอบคุณภาพชีวิตการทำงาน ได้แก่ การได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ความมั่นคงและความก้าวหน้าในการทำงาน โอกาสการพัฒนาสมรรถภาพของบุคคล ความสัมพันธ์ในหน่วยงาน ความสมดุลของช่วงเวลาดำเนินงาน การบริหารงานที่เป็นธรรมและเสมอภาค และความภูมิใจในองค์กร

2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

สุขภาพเป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต สุขภาพของมนุษย์เป็นเครื่องชี้วัดที่สำคัญอย่างยิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตของมนุษย์ ดังคำกล่าวที่ว่า "ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ" และประชาชนที่มีสุขภาพดีไม่เพียงแต่มีอายุยืนยาวเท่านั้นต้องมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพอีกด้วย การที่จะมีสุขภาพดีได้ประชาชนต้องตระหนักถึงความสำคัญทางกายภาพ ทางจิตใจ ทางสังคม และสุขภาพอนามัย กลวิธีหลัก ๆ ที่จะทำให้เกิดการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพ ได้แก่ การสนับสนุนให้ประชาชนเกิดความตระหนักในความสำคัญของสุขภาพอนามัย เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ดี และเสริมสร้างศักยภาพให้ประชาชนสามารถไปสู่จุดหมายที่กำหนดได้

2.1 ความหมายของสุขภาพ

สุขภาพหรืออนามัย (Health) ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 1947 หมายถึง ภาวะความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ในสังคมที่ดี มิใช่ เพียงปราศจากโรค หรือความพิการเท่านั้น (วรรณวิไล จันทราภา, 2531 : 6) ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 ได้ให้คำจำกัดความ สุขภาพ หมายถึง ความสุขปราศจากโรค ความสบาย

อุดม เพชรศิริ (2506 : 7) ได้ให้ความหมายของอนามัย (Health) หมายถึง ภาวะสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ที่ดีของสังคมนั้นๆ

กนก ยะสารวรรณ (2508 : 7) กล่าวว่าอนามัย (Health) เป็นส่วนหนึ่งของการสาธารณสุข และหมายถึงความสุขภาพ สุขใจ อันเกิดจากสภาพความเป็นอยู่ที่ดีนั่นเอง มนุษย์เราเมื่อมีทั้งความสุขทางกายและใจแล้ว ก็นับว่าบรรลุถึงความสุขอย่างแท้จริงแต่ถ้าขาดความสุขทางใดทางหนึ่งไปย่อม ไม่มีความสุขสมบูรณ์แท้ เพราะกายและใจมีความสัมพันธ์ต่อกันมาก

นิตยา ตั้งชูรัตน์ (2529 : 5) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะของความสมบูรณ์ของร่างกาย และจิตใจรวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี และคำว่าสุขภาพนี้มิใช่จะหมายถึงแต่เพียงปราศจากโรคหรือทุพพลภาพเท่านั้น

วรรณวิไล จันทราภา (2531 : 6) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง สภาพที่เป็นสุขหรือความสบายปราศจากโรค คือ มีร่างกายที่แข็งแรง สมส่วนมีจิตใจและอารมณ์ที่ดี ซึ่งจะไม่ก่อทุกข์ให้แก่อนตนเองและผู้อื่น มีสมองที่มีคุณภาพสามารถเรียนรู้ รับรู้ และสามารถคิดอย่างมีเหตุผล

จรินทร์ ธาณิรัตน์ (2523 : 2) ได้ให้คำจำกัดความว่าสุขภาพหมายถึงสุขภาพทางกายและทางจิต ซึ่งสุขภาพทางกาย (Physical health) หมายถึง สภาพที่ดีทางร่างกาย อวัยวะส่วนต่าง ๆ อยู่ในสภาพที่มีความสมบูรณ์แข็งแรงสามารถทำงานได้เป็นปกติและมีความสัมพันธ์กันทุกส่วนเป็นอย่างดี และก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานด้วย ส่วนสุขภาพทางจิต (Mental health) ได้แก่สภาพที่ดีทางจิตใจ และอารมณ์ที่สามารถทำให้จิตใจเบิกบานแจ่มใส และควบคุมอารมณ์ให้มั่นคงปกติ มิให้เกิดความข้องคับใจหรือกังวลใจ และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข ซึ่งความสุขที่ว่่านั้นจะต้องมาจากสุขภาพทางกายที่ดีด้วย

สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึงระดับการมีสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิตที่มีความสุขสมบูรณ์ ปราศจากโรค มีร่างกายที่แข็งแรง มีสภาพจิตใจที่ดี และมีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

2.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การที่จะมีสุขภาพที่ดีจำเป็นที่จะต้องมียองค์ประกอบที่ช่วยให้มีสุขภาพดี ซึ่งการที่บุคคลจะมีสุขภาพดีได้นั้น ย่อมมีองค์ประกอบหลายประการมาประกอบกัน (นิตยา ตั้งชูรัตน์, 2529 : 8-9) ได้แก่

1. พันธุกรรม พันธุกรรมที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากบิดามารดาหรือบรรพบุรุษ เป็นสิ่งที่ติดตัวมนุษย์มาตั้งแต่คลอดจากครรภ์มารดา กรรมพันธุ์เป็นสิ่งที่มนุษย์เราไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงแก้ไขได้ การมี กรรมพันธุ์ที่ดีจึงเป็นการเริ่มต้นของการมีสุขภาพดี ทำให้ร่างกายและจิตใจเจริญเติบโตและพัฒนาไปด้วยดี การมีกรรมพันธุ์ที่ไม่ดี เช่น มีโรคบางชนิดที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้ ขนาดของร่างกายและรูปร่าง ก็สามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้ เช่นกัน ดังนั้นคนบางคนจึงเป็นโรคตาบอดสี โรคลมบ้าหมู โรคเบาหวานและโรคเกี่ยวกับโลหิตบางชนิดบางชนิด

2. สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคล ย่อมมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อมที่ทำงานหรือที่บ้าน พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนนักเรียน เพื่อนร่วมงาน ลักษณะของ

งาน สถานที่พักผ่อนหลับนอน เวลาพักผ่อน สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อ สุขภาพของบุคคลบางคนมีครอบครัวที่ไม่มีความสุข ก็อาจมีผลกระทบกระเทือนต่อสุขภาพกายและจิตใจ สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพบางชนิด ก็มีประโยชน์ในการช่วยสร้างเสริมสุขภาพอนามัยแก่บุคคล สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสารเคมีและก๊าซต่าง ๆ ที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นอันตรายต่อมนุษย์ได้ สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อต่าง ๆ ตลอดจนฐานะความเป็นอยู่ อาชีพของประชากรในชุมชน ชุมชนที่มีระดับการศึกษาน้อยและยากจน โอกาสที่จะเกิดโรคต่าง ๆ มาก นอกจากนี้ขนบธรรมเนียมประเพณีและความเชื่อที่ผิด ๆ ของประชาชนก็ช่วยในการบั่นทอนสุขภาพของประชาชน

3. สุขปฏิบัติ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ สุขปฏิบัติเป็นองค์ประกอบที่สำคัญมากต่อสุขภาพอนามัย ถึงแม้ว่าบุคคลนั้นจะมีกรรมพันธุ์ และสิ่งแวดล้อมดี แต่ถ้าขาดสุขปฏิบัติที่เหมาะสมก็ไม่สามารถทำให้สุขภาพดีเท่าที่ควรได้ สุขปฏิบัติเป็นพฤติกรรมหนึ่งในเรื่องสุขภาพอนามัย ถ้าบุคคลนั้นมีความรู้ มีทัศนคติที่ดีและถูกต้องในเรื่องสุขภาพอนามัยแล้วจะต้องมีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ถูกต้อง เช่น การกินอาหาร การรักษาความสะอาดของร่างกาย การออกกำลังกายและการพักผ่อน การตรวจร่างกายประจำปี หรือเมื่อรู้สึกเจ็บป่วยควรพบแพทย์

จรินทร์ ธานีรัตน์ (2523 : 3-5) กล่าวว่าการศึกษาที่บุคคลจะมีสุขภาพดีได้นั้นย่อมมีองค์ประกอบหลายประการด้วยกัน ดังต่อไปนี้

1. อาหาร อาหารเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สุดที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี อาหารที่มีคุณค่าได้สัดส่วนและถูกต้องตามหลักโภชนาการแล้ว ย่อมจะช่วยส่งเสริมความเจริญเติบโต ช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและให้พลังงานแก่ร่างกายและกระตุ้นให้ร่างกายทำงานเป็นปกติ และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. การออกกำลังกายสม่ำเสมอ กิจกรรมทางพลศึกษาและกีฬาช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีสามารถกระตุ้นให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานเป็นปกติ และเพิ่มประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การออกกำลังกายจึงเปรียบเสมือนอาหารและยาวิเศษอย่างหนึ่ง สำหรับร่างกายของมนุษย์

3. พันธุกรรม ลักษณะต่าง ๆ ที่ถ่ายทอดมาจากบิดามารดา หรือบรรพบุรุษย่อมเป็นรากฐานแห่งชีวิตส่วนหนึ่งของบุคคลในแง่สุขภาพ เช่น บิดามารดาเป็นผู้มีสุขภาพดี ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์เป็นพื้นฐาน ลูกที่คลอดออกมาย่อมมีโอกาสที่จะเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์ดีเยี่ยงบิดามารดาของเด็กคนนั้นได้

4. สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคล ทั้งที่เป็น กายภาพและจิตใจย่อมมีผลต่อสุขภาพของบุคคลไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อมที่ทำงานหรือที่บ้าน จะเป็นเพื่อนร่วมงาน ลักษณะงาน สถานที่พักผ่อน เวลาพักผ่อนหลับนอน สถานที่เล่นกีฬาออกกำลังกาย มีลักษณะเอื้ออำนวยเพียงใด สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคลทั้งสิ้น

5. ความปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและอุบัติเหตุ โรคภัยไข้เจ็บ และอุบัติเหตุเป็นบ่อเกิดแห่งความเสื่อมโทรมของสุขภาพ ฉะนั้นการที่บุคคลให้ความระมัดระวัง มิให้อุบัติเหตุเกิดขึ้น และป้องกันมิให้โรคภัยไข้เจ็บมาเบียดเบียนจะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพสมบูรณ์ขึ้น

6. ลักษณะงานอาชีพ งานอาชีพบางชนิดไม่ส่งเสริมกลับบั่นทอน สุขภาพทำให้สุขภาพอ่อนแอและเสื่อมโทรมลงได้ ฉะนั้นการเลือกงานต้องคำนึงถึงสุขภาพด้วย เพราะจะไม่ได้เป็นเครื่องบั่นทอนสุขภาพของคนเราได้

7. การขจัดความวิตกกังวล ความกังวลใจทำให้สุขภาพจิตไม่ปกติ การที่บุคคลสามารถขจัดความขัดแย้งในใจ (Conflict) หรือความข้องคับใจ (Frustration) ได้ อันทำให้ปราศจากความกังวลใจ ทำให้จิตใจสบาย เบิกบานและแจ่มใส เป็นผลทำให้สุขภาพทางกายและทางจิตดีไปด้วย

8. งดดื่มสุราและเสพของมึนเมา สุราและของมึนเมาทุกชนิดจะเป็นตัวเร่งให้หัวใจทำงานมากขึ้น เส้นโลหิตขยายตัวมากขึ้น หัวใจเต้นแรงขึ้น ถ้าดื่มมากเกินไป การทำงานและการสูบฉีดโลหิตเปลี่ยนไปทำให้ระบบการทำงานไม่ปกติและทำลายระบบอวัยวะภายใน เช่น โรคกระเพาะ โรคตับแข็ง และทำลายระบบประสาท โรคอ้วน และทำให้โรคแทรกซ้อนอื่นอีกได้หลายชนิด ทำให้สุขภาพเสื่อมโทรมและทำลายชีวิตในที่สุด การงดดื่มสุราทำให้สุขภาพและร่างกายแข็งแรงยิ่งขึ้น

9. งดสูบบุหรี่ บุหรี่มีสารเป็นพิษนิโคตินทำลายสุขภาพอย่างร้ายแรงแต่เป็นไปอย่างเชื่องช้า บุหรี่ทำให้เกิดผลเสียแก่ร่างกายหลายอย่าง เช่น ไอ อ่อนเพลีย หายใจถี่ อาหารไม่ย่อย เจ็บหน้าอก ปวดท้อง เป็นต้น ล้วนแต่ทำลายสุขภาพทั้งสิ้น และทำให้เกิดโรคร้ายแรงอื่น ๆ ได้อีก ฉะนั้นการไม่สูบบุหรี่เป็นการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและช่วยชีวิตของตนเองด้วย

10. การพักผ่อนและนอนหลับตามที่ร่างกายต้องการ ร่างกายต้องการพักผ่อนหลังจากทำงานหนักมาตลอดวันได้ผ่อนคลายความเครียดและทำให้จิตใจเบิกบาน ส่วนการนอนหลับนั้นเป็นสิ่งจำเป็นที่อวัยวะส่วนต่างๆ ต้องการพักหรือทำงานเบาลง สิ่งที่มีชีวิตโดยเฉพาะมนุษย์ต้องการนอนหลับที่เพียงพอประมาณวันละ 7-8 ชั่วโมง ย่อมจะทำให้สุขภาพสมบูรณ์และช่วยให้ชีวิตยืนยาวนาน

เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย (2539 : 37) ได้แบ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็น 2 มิติ คือ คุณภาพชีวิตมิติสุขภาพกาย คือ สุขภาพเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบตา ระบบเลือด สุขภาพ ทั่วไป การดูแลสุขภาพทั่วไป ดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยและการไปรับบริการทั้งภาครัฐและเอกชน และคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพจิตเป็นสุขภาพจิตของประชาชนทั่วไป คือ การมีความเชื่อมั่นในตนเอง ความกระตือรือร้น ความสุขสบายใจ ความรู้สึกหมดกำลังใจ การมีเรื่องกลุ้มใจ ความรู้สึกเหงา ความรู้สึกเบื่อโลก ความวิตกกังวล และความหมดหวังในชีวิต

หัสยา เกตุจิตร (2542 : 74) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดกองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ด้านสถานะสุขภาพ ด้านการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย ด้านสุขภาพจิต ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านสุขนิสัยประจำวัน ด้านการดูแลตนเองตามพัฒนาการ และด้านการดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ

นงนุช เหมหิรัญพงศ์ (2541: 69) ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการใช้สติปัญญาของชาวไทยมุสลิมในชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีตัวชี้วัด ได้แก่ การเจ็บป่วย การดูแลรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สุขภาพจิต และการส่งเสริมป้องกันโรค

สุวลักษณ์ มีปาน (2541 : 51) ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการใช้สติปัญญาของชาวไทยมุสลิมในชนบท โดยองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่ การดูแลสุขภาพ ค่าใช้จ่ายการส่งเสริมสุขภาพ และสุขภาพจิต

สรุปได้ว่าอิทธิพลต่าง ๆ ที่มีต่อการมีสุขภาพที่ดีนั้น แต่ละองค์ประกอบมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ และมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน ซึ่งจะมีทั้งคุณและโทษต่อสุขภาพอนามัย ฉะนั้นการที่จะมีสุขภาพดีควรปฏิบัติตามองค์ประกอบการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งจะเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งการศึกษารั้งนี้จะใช้องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตสุขภาพ ในด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย สุขนิสัยประจำวัน โภชนาการ การพักผ่อนนอนหลับ และสุขภาพจิต

3 คุณภาพชีวิตด้านชีวิตครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญยิ่งต่อมนุษย์ ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมแห่งแรกที่ทุกคนต้องเกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับครอบครัว สถาบันครอบครัวทำหน้าที่ให้กำเนิดแก่สมาชิกใหม่ของสังคม รวมทั้งทำหน้าที่ทางด้านการเลี้ยงดู และอบรม ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญต่อการเสริมสร้างบุคลิกภาพและคุณภาพชีวิตของสมาชิกแบบแผนและวิถีชีวิตของครอบครัวที่ถือปฏิบัติ

3.1 ความหมายของครอบครัว

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่รวมกันโดยอาศัยความสัมพันธ์ทางสายเลือด (Biological) ประการหนึ่ง และ/หรือ โดยอาศัยความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากการแต่งงาน (Conjugal) อีกประการหนึ่ง (สนธิ สมัครการ, 2519 : 1)

ไพฑูรย์ เครือแก้ว (2518, 85 อ้างถึงใน ดวงใจ อังวิทย์วรร, 2537 : 11) ได้ให้ความหมาย ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลต่างเพศตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมีความสัมพันธ์ทางเพศซึ่งกันและกัน และมีข้อผูกพันที่จะทำให้ความสัมพันธ์ทางเพศที่มีต่อกันนั้นเป็นไปด้วยความแน่นอน และมีระยะเวลายาวนานพอที่จะทำให้เกิดมีบุตรธิดาด้วยกันได้

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (2537 : 3-2) ให้คำนิยามครอบครัว หมายถึงกลุ่มคนที่อยู่อาศัยรวมอยู่ในบ้านเดียวกันมีความเกี่ยวพันกันทางสายเลือด และ/หรือทางกฎหมายซึ่ง ได้แก่ พ่อ (สามี) แม่ (ภรรยา) ลูกและญาติพี่น้อง แต่ละคนจะมีบทบาทหน้าที่ที่พึงปฏิบัติต่อกันให้ความรัก และความเอาใจใส่ต่อกัน เอื้ออาทร มีความปรารถนาดีต่อกันทั้งในทางเศรษฐกิจและสังคม

สมาคมคนเครษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย (2524 อ้างถึงใน ดวงใจ อังวิทย์วรร, 2537 : 11-12) กล่าวว่าครอบครัวมีความหมายโดยทั่วไป หมายถึง บิดามารดา หรือสามีภรรยา บุตรพี่น้อง ฯลฯ ก็ตามแต่ เมื่อพิจารณานิยามของครอบครัวในแง่วิชาการต่าง ๆ แล้วความหมายของครอบครัวก็พอสรุปได้ดังนี้

1. ในแง่ชีววิทยา ครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนที่เกี่ยวพันกันทางสายโลหิต เช่น สามีภรรยามีบุตร บุตรเกิดจากอสุจิของบิดาผสมกับไข่สุกของมารดา ฉะนั้นบิดามารดากับบุตรจึงเกี่ยวพันกันทางสายโลหิต แล้วแต่โครโมโซมและยีนส์ที่บุตรได้รับมาจากทั้งบิดามารดา

2. ในแง่กฎหมาย ชายหญิงจดทะเบียนสมรสกัน มีบุตร คนเหล่านี้เป็นครอบครัวเดียวกันตามกฎหมาย บิดามารดาและบุตรมีหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติต่อกันตามกฎหมาย บุตรมีสิทธิได้รับ

มรดกจากบิดามารดา ถ้าไม่มีบุตรผู้สืบสายโลหิตขึ้นไปหรือลงมาโดยตรง หรือจดทะเบียนเป็นบุตรบุญธรรมก็นับว่าเป็นครอบครัวเดียวกันตามกฎหมาย

3. ในแง่เศรษฐศาสตร์ ครอบครัว คือ คนที่ใช้จ่ายร่วมกันจากเงินงบประมาณเดียวกันคนที่ทำการสมรสแล้วแยกไปอยู่ต่างหาก แต่มีพันธะทางศีลธรรมที่จะต้องเลี้ยงน้อง คือต้องสงเคราะห์ให้น้องเล่าเรียน เช่นนี้นับว่าใช้จ่ายงบประมาณเดียวกัน

4. ในแง่สังคม ครอบครัว คือ กลุ่มคนที่รวมอยู่ในบ้านเดียวกัน อาจเกี่ยวหรือไม่เกี่ยวพันทางสายโลหิต หรือกฎหมาย แต่มีปฏิสัมพันธ์กัน ให้ความรักและความเอาใจใส่กันมีความปรารถนาดีต่อกัน เช่น ลูกของลูกจ้างอยู่ในบ้านเดียวกัน เจ้าของบ้านเลี้ยงดูให้ความเอาใจใส่ให้ความรัก ก็นับว่าเด็กนั้นเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ในแง่สังคมความสัมพันธ์นั้นอาจจะแน่นแฟ้นมั่นคงหรือไม่กระชับ สันคลอน หรือร้าวรานแต่ยังไม่ถึงแตกแยกก็นับว่าเป็นครอบครัวอยู่

สุพัตรา สุภาพ (2540 : 65-66) ได้ให้คำจำกัดความของครอบครัวว่าจะต้องมีลักษณะ 4 ประการ ดังต่อไปนี้ คือ

1. ครอบครัวประกอบด้วย บุคคลที่มารวมกันโดยการสมรส หรือความ ผูกพันทางสายโลหิตหรือการมีบุตรบุญธรรม การสมรสแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยา ส่วนความผูกพันทางสายโลหิต คือ ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูกรวมทั้งบุตรบุญธรรมด้วย

2. สมาชิกของครอบครัวเหล่านี้อยู่รวมกัน ภายในครัวเรือนเดียวกันหรือบางครั้งก็แยกกันไปอยู่ต่างหาก สมัยโบราณ ครัวเรือนหนึ่งจะมีสมาชิก 3-4-5 ชั่วอายุคน ปัจจุบันครัวเรือน (โดยเฉพาะในประเทศพัฒนา) จะมีขนาดเล็กประกอบด้วยสามีภรรยาและลูกหนึ่งหรือสองสามคนขึ้นไปหรือไม่มีเลย

3. ครอบครัวเป็นหน่วยของการติดต่อโต้ตอบระหว่างบุคคล เช่น สามีภรรยา พ่อแม่ลูก พี่น้อง โดยสังคมแต่ละแห่งจะกำหนดบทบาทของแต่ละครอบครัวไว้ ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับประเพณีของแต่ละแห่ง ซึ่งหมายความว่าไม่ใช่เพียงต่างคนต่างกิน ต่างคนต่างอยู่แต่ต่างคนต่างมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เช่น รักกัน เอาใจใส่กัน สั่งสอนกัน จิตใจผูกพันกัน เป็นต้น

4. ครอบครัวถ่ายทอดรักษาวัดชนธรรม สมาชิกจะถ่ายทอดและรับแบบของความประพฤติในการปฏิบัติต่อกัน เช่น ระหว่างสามี ภรรยา และลูก และเมื่อผสมผสานกับวัฒนธรรมที่นอกเหนือไปจากครอบครัว ก็จะได้แบบของความประพฤติต่อกันและกันและต่อผู้อื่น

นอกจากนี้ เราเกิดมาจะต้องพบกับครอบครัว 2 แบบ คือ ครอบครัวที่ให้แก่กำเนิดเรามา หรือครอบครัวบิดามารดาของเราเอง (Family of orientation) ซึ่งเลี้ยงดูผู้เยาว์ให้อยู่เจริญเติบโต ขึ้นมาตลอดจนสั่งสอนอบรมให้รู้จักระเบียบของสังคม (Socialization) เป็นครอบครัวแบบไม่สมัคร

ใจ ครอบครัวอีกแบบหนึ่ง คือ ครอบครัวของเราเอง (Family of procreation) ซึ่งเกิดจากการสมรส เป็นครอบครัวแบบสมัครใจ เราเป็นสมาชิกด้วยความสมัครใจของเราเอง (สุพัตรา สุภาพ, 2540 : 67)

สรุป ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่อยู่รวมกันโดยสายเลือดหรือการสมรส มีปฏิสัมพันธ์โต้ตอบซึ่งกันและกันในฐานะสามีภรรยา หรือเป็นพ่อแม่ กับ เป็นลูก ซึ่งอาศัยอยู่ภายในครอบครัวเดียวกัน

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. สำนักวิจัย (2541ง : 91) ได้ศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองภาคใต้ ได้ให้คำนิยาม คุณภาพชีวิตในครอบครัว หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิตครอบครัวของบุคคลเป็นการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งเป็นการรับรู้ลักษณะและปริมาณการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลในครอบครัว และลักษณะความพึงพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์โดยอาจแยกออกเป็น

1. ความต้องการทางด้านรูปธรรม คือ ความต้องการในสิ่งที่มองเห็นได้ ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือในด้านปัจจัยสี่ เงินทอง การให้คำแนะนำ ข่าวสารข้อมูลจากบุคคลในครอบครัว

2. ความต้องการทางด้านนามธรรม คือ ความต้องการทางด้านอารมณ์ จิตใจ ได้แก่ ความพอใจ ความเข้าใจ การได้รับการยอมรับจากบุคคลในครอบครัว

เสาวนีย์ ตนะดุลย์ (2533 : 28-29) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ให้คำนิยามคุณภาพชีวิตครอบครัวหรือชีวิตสมรส หมายถึง ระดับความพึงพอใจที่บุคคลมีต่อคู่สมรสของตนเอง ในสิ่งที่เกี่ยวกับความรัก ความเข้าใจ ความรับผิดชอบต่อหน้าที่สามี/ภรรยา ความสัมพันธ์ทางเพศ สภาพทางการเงินภายในครอบครัว

สรุป คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว หมายถึง ระดับความคิดเห็นของความเป็นอยู่ในครอบครัวด้านต่าง ๆ ได้แก่ การมีเวลาและกิจกรรมระหว่างสมาชิกในครอบครัว การมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อสมาชิกในครอบครัว การแสดงความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมตัดสินใจ บทบาทหน้าที่ในครอบครัว และความขัดแย้งในครอบครัว

3.2 บทบาทและหน้าที่ของครอบครัว

อัจฉรา นวจินดา (2529 อ้างถึงใน เอื้ออารี แจ่มผล, 2533 : 19) ได้กล่าวถึงหน้าที่ของครอบครัวว่าหมายถึง กิจกรรมที่ครอบครัวต้องปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัว และเพื่อให้เขาเหล่านั้นสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างดี หน้าที่บางอย่างของครอบครัวสถาบันอื่นไม่อาจช่วยหรือทำแทนได้ หน้าที่สำคัญของครอบครัวสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. หน้าที่ทางชีววิทยา หมายถึง การให้กำเนิดบุตรเพื่อเป็น ตัวแทนของบิดามารดาต่อไป

2. หน้าที่ให้ความรัก เด็กที่ได้รับความรักที่ต่อเนื่องจากบิดามารดา และบิดามารดา รักใคร่ปรองดองกัน เด็กจะมีความสุข ความอบอุ่น ปลอดภัย และเชื่อมั่นในตนเอง

3. หน้าที่กำหนดฐานะ หมายถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ว่าครอบครัวจะอยู่ในฐานะใดเด็กก็จะมีฐานะเช่นนั้นด้วย ฐานะเช่นนี้เรียกว่าฐานะที่ถูกกำหนดให้

4. หน้าที่ให้ความปลอดภัย หน้าที่นี้นอกจากครอบครัวแล้วยังมีสถาบันอื่นช่วยทำแทนได้ เช่น ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก สมาคมผู้ปกครอง เป็นต้น

5. หน้าที่ทางการศึกษาบิดามารดาคือครูคนแรกของบุตร และครอบครัวเป็นโรงเรียนแห่งแรกของเด็ก การศึกษามีความหมายกว้าง ครอบคลุมการเรียนรู้ทั้งจากบ้าน โรงเรียน และสิ่งแวดล้อมด้วย

6. หน้าที่ทางเศรษฐกิจ หมายถึงหน้าที่ที่ครอบครัวต้องการหาเงินมาใช้จ่ายในครอบครัวเพื่อสนองปัจจัย 5 อัน ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค และการศึกษา ครอบครัวต้องรับผิดชอบ เพื่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกทุกคน

7. หน้าที่ทางศาสนา บิดามารดาที่ดีจะต้องพยายามอบรมบุตรให้เห็นคุณค่าของหลักธรรมในศาสนา และเห็นความจำเป็นที่คนจะต้องมีศาสนาไว้เป็นที่พึ่งหลักยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ

8. หน้าที่ทางนันทนาการ ความต้องการอย่างหนึ่งของมนุษย์คือ การได้ทำกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ครอบครัวพึงจัดนันทนาการ เพื่อให้สมาชิกมีความสุขและเป็นแนวทางในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

สุพัตรา สุภาพ (2540 : 68-70) ได้กล่าวถึงหน้าที่ของสถาบันครอบครัว จะต้องทำหน้าที่ต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ คือ

1. สร้างสรรค์สมาชิกใหม่ (Reproduction) เพื่อให้สังคมสามารถดำรงอยู่ได้ เพราะสังคมจะต้องมีสมาชิกใหม่แทนที่สมาชิกเดิมที่ตายไป

2. บำบัดความต้องการทางเพศ (Sexual gratification) ซึ่งออกมาในรูปของการสมรส เป็นการลดปัญหาทางเพศบางอย่าง เช่น ข่มขืน การสมรสจึงเป็นสิ่งจำเป็นในสังคมที่มีการจัดระเบียบ เพราะการสมรส คือ วิธีการหนึ่งที่สังคมเข้ามาควบคุมความสัมพันธ์ทางเพศให้อยู่ในขอบเขตแต่ก็ไม่ได้หมายความว่า ความต้องการมีความสัมพันธ์ทางเพศแต่อย่างเดียวนะ จะต้องทำให้มนุษย์มีครอบครัวเสมอไปเพราะมนุษย์มีทางระบายออกทางอื่นๆได้โดยไม่ต้องมีครอบครัว

3. เลี้ยงดูผู้เยาว์ให้เจริญเติบโตขึ้นในสังคม (Maintenance of immature children or raising the young)

4. การอบรมสั่งสอนแก่เด็กให้รู้จักระเบียบของสังคม (Socialization) ครอบครัวเป็นแหล่งการอบรมเบื้องต้นที่มีอิทธิพลต่อเด็กมากที่สุด เป็นสถาบันเตรียมตัวเด็กให้ออกไปเผชิญกับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมบูรณ์ วิธีการอบรมอาจทำได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม

5. กำหนดสถานภาพ (Social placement) ได้แก่ ชื่อสกุลจากครอบครัว ซึ่งส่วนมากเปลี่ยนแปลงไปได้ในเวลาต่อมา สถานภาพที่ครอบครัวให้นี้ทำให้เรารู้ว่าเราเป็นใคร อยู่กับคนกลุ่มไหน นอกจากนี้ สถานภาพก็เป็นสิ่งที่ติดตัวมาแต่เกิด เช่น เป็นลูกคนรวย ลูกคนจน สถานภาพดังกล่าวอาจจะเปลี่ยนแปลงได้ ขึ้นอยู่กับสังคมที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกอยู่

6. ให้ความรักและความอบอุ่น (Affection) ครอบครัวเป็นแหล่งที่สมาชิกได้รับความรักและความอบอุ่นอย่างบริสุทธิ์ใจ เป็นแหล่งรับประกันได้ว่า จะมีคนที่เรารักและคนที่รักเราเสมอ ฉะนั้นครอบครัวจึงเป็นแหล่งให้ความรัก ความคุ้มครองความมั่นคงแก่สมาชิก

3.3 องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. สำนักวิจัย (2541ก : 91) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว โดยมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ

1. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว
2. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม หมายถึงการได้รับกำลังใจ ความสนใจ การยอมรับ ความใกล้ชิดคุ้นเคยซึ่งกันและกัน และการได้รับคำแนะนำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาขึ้น

3. การสนับสนุนจากความช่วยเหลือทางการเงิน และวัสดุสิ่งของเครื่องใช้

สุพรรณี ไชยอำพร และสนิท สมัครการ (2534 : 33) ได้ศึกษาคุณภาพของคนไทย โดยศึกษาคุณภาพชีวิตมิติชีวิตครอบครัว ได้แบ่งชีวิตครอบครัวออกเป็น 7 องค์ประกอบ คือ

1. ชีวิตสมรส
2. ชีวิตในบ้าน
3. สภาพของลูกหลาน
4. สภาพที่อยู่อาศัย
5. สภาพแวดล้อมใกล้เคียง
6. พ่อแม่พี่น้อง
7. ความสะดวกในการเดินทางไปถึงที่ทำงาน

เสาวนีย์ ตนะดุลย์ (2533 : 28-29) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขต กรุงเทพมหานคร ได้ใช้องค์ประกอบคุณภาพชีวิตในครอบครัวหรือชีวิตสมรส ประกอบด้วย ความรัก ความเข้าใจ ความรับผิดชอบต่อน้ำที่สามี่/ภรรยา ความสัมพันธ์ทางเพศ สภาพทางการเงินภายในครอบครัว

เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย (2539 : 37) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของแรงงานย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพารา ได้ใช้องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตครอบครัว ได้แก่ ความพอใจในชีวิต ครอบครัว ความรับผิดชอบต่อครอบครัว ความถี่ในการไปเยี่ยมญาติพี่น้อง การมีเวลาให้กับครอบครัว ความเข้าใจกับญาติ ๆ ความขัดแย้งกับญาติพี่น้อง ความใกล้ชิดกับครอบครัว การมีกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว และความสำคัญของตนเองต่อญาติพี่น้องในครอบครัว

แสงรัตน์ เดชอุดม (2543 : 68-69) ได้ใช้องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ได้แก่ การไม่มีปัญหาการขัดแย้งกันกับสมาชิกภายในครอบครัว การมีเวลาให้กับครอบครัว ความห่วงใยระหว่างกันภายในครอบครัว และการยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกันภายในครอบครัว

วิชัย รูปขำดี และคณะ (2542 : 4-13) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวได้ใช้ตัวชี้วัดและเกณฑ์ 5 ตัวเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตครอบครัวได้แก่

1. ความพร้อมในการมีครอบครัว ได้แก่ ประเด็นของความพร้อมในการมีครอบครัวของสมาชิกในครอบครัว จึงพิจารณาจากการมีงานทำ วุฒิภาวะ สุขภาพร่างกาย/จิตใจ การศึกษาเข้าใจ และการยอมรับของเครือญาติ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก การช่วยเหลือทำงานบ้าน การไม่ขัดแย้งรุนแรงระหว่างสมาชิก การเคารพเชื่อฟังระหว่างสมาชิก การใช้หลักศาสนาในชีวิตครอบครัว ความรับผิดชอบของสมาชิกตามบทบาทของตนเอง การให้สมาชิกมีอิสระตัดสินใจเลือกเรียนและอาชีพ และความตั้งใจในการประกอบอาชีพเพื่อครอบครัว

3. การอบรมถ่ายทอดระหว่างรุ่นของสมาชิก

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว (2538 : 2-11 อ้างถึงใน นิธินาถ ศิริเวช, 2541 : 32) ซึ่งได้ใช้แนวคิดในการสร้างเครื่องชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตที่บ่งบอกถึงคุณลักษณะของ ครอบครัวไทยที่พึงประสงค์ ดังนี้

1. สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีความรักใคร่กลมเกลียว สมานฉันท์ ช่วยเหลือเกื้อกูล เอื้ออาทร มีการพูดจาให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน มีการแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างสร้างสรรค์

2. สมาชิกในครอบครัว มีการทำกิจกรรมร่วมกันและรู้จักใช้เวลาให้เป็นประโยชน์

3. พ่อแม่ และสมาชิกในครอบครัวมีความรับผิดชอบ ประกอบอาชีพสุจริต รู้จักประหยัด และการออม ร่วมกันสร้างฐานะของครอบครัวให้มั่นคง

4. พ่อแม่ หรือหัวหน้าครอบครัว ทำตนเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณธรรม ปฏิบัติตามหลักคุณธรรมของศาสนา ไม่เลือกปฏิบัติ ไม่ทำร้ายกันและกัน ครอบครัวจึงควรมีลูกเมื่อพร้อม และเว้นช่วงห่าง 2-3 ปี จะได้อบรมเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัวให้เป็นคนดี คนเก่ง มีความสุขและประโยชน์ต่อสังคม

5. พ่อแม่ หัวหน้าครอบครัวหรือผู้ใหญ่ในครอบครัว ถ่ายทอดความรู้และภูมิปัญญาแก่สมาชิก และส่งเสริมให้มีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง มีความสนใจใฝ่รู้ พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง มีความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ และรู้จักใช้เหตุผล

6. สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพดี รู้จักดูแลการกินอาหาร และความเป็นอยู่อย่างมีสุขภาพอนามัย ดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ช่วยกันทำให้อยู่ให้สะอาดถูกสุขลักษณะ และเป็นระเบียบ

7. สมาชิกในครอบครัวบำเพ็ญตนเป็นประโยชน์ต่อสังคม มีส่วนร่วมในการบำรุงรักษาสงแวดล้อม ศิลปะ และวัฒนธรรมไทย

8. สมาชิกปฏิบัติตามครรลองประเพณีไทยในครอบครัว เคารพกฎหมาย รู้จักใช้สิทธิ และการปฏิบัติตามหน้าที่พลเมืองดี มีความเชื่อมั่น และปฏิบัติตามส่งเสริมการปกครองระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข

นิตินาถ ศิริเวช (2541 : 82) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านชีวิตครอบครัว และชีวิต ชุมชนของประชาชนในพื้นที่โครงการพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษปัตตานี ได้ใช้ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตด้านชีวิตครอบครัว ทั้งภาวะวิสัยและอัตวิสัย ตามเครื่องมือชี้วัดของสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มี ดังนี้

1. ด้านภาวะวิสัย ประกอบด้วยตัวแปรเกี่ยวกับ 1)สภาพบ้านอยู่อาศัย 2)สุขลักษณะทั่วไปภายในบ้าน 3)พื้นที่ใช้สอยภายในบ้าน 4)ความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยภายในบ้าน 5)ความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยภายในบ้าน 6)การจัดการเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว 7)ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว 8)ภาวะหนี้สิน 9)ปัญหาครอบครัว 10)การแก้ไขปัญหาคู่ครอบครัว

2. ด้านอัตวิสัย ประกอบด้วยตัวแปรเกี่ยวกับ 1) การเสริมสร้างความเข้าใจและความผูกพัน 2) การสื่อความหมายและการสื่อสารในทางสร้างสรรค์ 3)การใช้เวลาและทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ประหยัดและรอบคอบ 4)การให้การศึกษาเพื่อชีวิต 5)การปฏิบัติตามหลัก

ธรรมของศาสนา 6)การปฏิบัติตามกฎหมายเข้าใจสิทธิตนเอง และผู้อื่นและการใช้ประชาธิปไตยในครอบครัว

ชัยวัฒน์ ปานบุญทอง (2541 : 73) ได้ศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตด้านชีวิตครอบครัว และชุมชนชาวไทยมุสลิมในชนบท ได้ใช้ตัวชี้วัด 8 ตัว คือ 1) ความพร้อมในการสร้างครอบครัว 2) สภาพครอบครัว 3) ภูมิลำเนาเดิม 4)ความสัมพันธ์ในครอบครัว 5) การดำรงชีวิตในครอบครัว 6) การมีส่วนร่วมตัดสินใจในกิจกรรมของครอบครัว 7)การแสดงความบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิก 8) การรับรู้ข่าวสารของครอบครัว

สรุป องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตครอบครัว ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว การมีเวลาและทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ความขัดแย้งในครอบครัว การแสดงความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมตัดสินใจเรื่องสำคัญ ๆ และบทบาทหน้าที่ในครอบครัว

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับสตรี(ภรรยา)ที่ทำงานนอกบ้าน

จากการที่สตรีทำงานนอกบ้านนั้น นับเป็นการกดดันให้สมาชิกในครอบครัวต้องช่วยทำงานมากขึ้น ยิ่งสมาชิกเข้ามาช่วยรับภาระงานบ้านมากขึ้นเท่าไร สตรีจะมีโอกาสทำงานนอกบ้านมากขึ้นเท่านั้น ส่วนทางด้านความสัมพันธ์ทางอำนาจระหว่างสามีภรรยา มารดาที่ทำงานนอกบ้านจะมีอำนาจเพิ่มขึ้น เพราะเธอจะเป็นผู้หาเงินมาเลี้ยงครอบครัวส่วนมารดาที่มีอำนาจสูงอยู่แล้วยิ่งเปิดโอกาสให้เธอสามารถออกไปหางานทำนอกบ้านมากขึ้นเพราะมีแรงจูงใจและสามารถตัดสินใจด้วยตัวเองได้มากขึ้น ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การสนับสนุนและต่อต้านทัศนคติเพศชาย และองค์ประกอบดังที่กล่าวมาแล้วล้วนมีผลต่อการทำงานนอกบ้านของผู้หญิงและการมีอำนาจของเธอ (Hoffman, 1960 อ้างถึงใน โสภา ขปิลมันน์, สมบัติ สุพัตชัย และประกายรัตน์ สุขุมมาลชาติ, 2534 : 2-58)

2.3.1. ผลกระทบที่มีต่อสตรี(ภรรยา)ทำงานนอกบ้าน

การที่สตรีออกไปทำงานนอกบ้าน มีผลกระทบต่อบุคคลเหล่านี้คือ

2.3.1.1 ภรรยา หรือตัวมารดาเอง ผลกระทบทางด้านสุขภาพร่างกายของมารดาที่ต้องทำงานหนักขึ้น ในการรับภาระทั้งงานภายในและงานนอกบ้าน การเกิดความขัดแย้งขึ้นใน

ใจว่าตนมีความพอใจ หรือไม่พอใจ ที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน เนื่องจากมีความวิตกว่าการออกไปทำงานนอกบ้านจะทำให้ตัวเองบกพร่องในงานบ้านไป

2.3.1.2 สามี หรือบิดา เมื่อสตรีต้องออกไปช่วยหาเลี้ยงครอบครัว ผู้เป็นสามี-บิดา จะรู้สึกว่บทบาทเดิมที่ตนเป็นหลักในการหาเลี้ยงครอบครัวนั้นได้ถูกลดบทบาทลง อันเป็นผลให้อำนาจของตนในครอบครัวลดลงไปด้วย เช่นนี้ส่งผลถึงความพึงพอใจในชีวิตสมรสของสามีน้อยลง

2.3.1.3 บุตร มารดาที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านมีผลกระทบต่อบุตรมากมาย เช่น เด็กจะมีทัศนคติต่อมารดาเปลี่ยนแปลงไปจากเมื่อก่อนที่มารดามีบทบาทเพียงในบ้านมาเป็นมารดา ผู้มีความสามารถทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นทำให้เด็กมีความรู้สึกว่บิดา มารดามีความเท่าเทียมกันมากกว่าเดิม บุตรจึงประเมินอำนาจของผู้หญิงสูงขึ้น รวมทั้งการที่บุตรต้องเข้ามาช่วยแบ่งเบาการทำงานในบ้านมากขึ้น

2.3.1.4 ชุมชนและสังคมในแง่ของสังคมนั้น การที่มารดามาทำงานนอกบ้านทำให้บทบาทผู้หญิงในสังคมเปลี่ยนแปลงไป ผู้หญิงจะไม่ใช้อยู่แต่บ้านเท่านั้น ผู้หญิงมีบทบาททั้งในงานที่ใช้แรงงาน งานด้านการบริหารเนื่องจากความจำเป็นในปัจจุบันที่ต้องการผู้หญิงเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น อาชีพบางอย่างผู้หญิงทำหน้าที่ได้เหมาะสมและดีกว่าผู้ชาย สังคมปัจจุบันได้มีการยอมรับบทบาทผู้หญิงทำงานนอกบ้านอย่างมาก โดยเฉพาะผู้หญิงที่แต่งงานแล้ว ซึ่งมีความจำเป็นที่ต้องช่วยพ่อบ้านหารายได้มาเลี้ยงครอบครัวเพิ่มขึ้นด้วย (โสภา ขปิลมันน์, สมบัติ สุพัตชัย และประกายรัตน์ สุขุมมาลชาติ, 2534 : 2-59)

2.3.2. ผลดีของสตรี(ภรรยา)ที่ทำงานนอกบ้าน

2.3.2.1 การที่หญิงและชายช่วยกันประกอบอาชีพ ทำให้คนหนุ่มสาวได้แต่งงานกันเร็วขึ้น เพราะเท่ากับทั้งคู่ช่วยกันเตรียมการแต่งงาน ฐานะของครอบครัวก็ย่อมดีกว่าฝ่ายชายประกอบอาชีพแต่ผู้เดียว

2.3.2.2 ให้โอกาสผู้หญิงได้เลือกอาชีพ เพราะผู้หญิงทุกคนไม่ได้สนใจ หรือมีพรสวรรค์แต่ในเรื่องการทำงานภายในบ้านเท่านั้น

2.3.2.3 เป็นโอกาสที่ภรรยาจะได้ใช้ความถนัด และความเชี่ยวชาญพิเศษของตนให้เป็นประโยชน์ต่อชุมชนและประเทศ

2.3.2.4 การที่ต่างก็เข้าใจในสภาพการทำงานของแต่ละฝ่าย จะช่วยให้สามีและภรรยาเห็นใจและเข้าใจกันดีขึ้น มีความสนิทสนมกลมเกลียวกันมากขึ้น

2.3.2.5 เมื่อรายได้ของครอบครัวมีเพิ่มมากขึ้น ครอบครัวสามารถบรรลุถึงเป้าหมายของครอบครัวในบางเรื่องได้เร็วขึ้น และช่วยให้มีมาตรฐานการครองชีพตามที่ปรารถนา

2.3.2.6 ภรรยาได้ใช้เงินที่ตนหาได้เอง มีความรู้สึกอิสระเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น และมีความชื่นชมในตนเอง ฉะนั้นความสัมพันธ์ต่อสามีและบุตรก็จะดีขึ้นด้วย

2.3.2.7 ในกรณีที่สตรีบางคนมีรายได้มากกว่าสามี อาจทำให้สามีมีความทะเยอทะยานมากขึ้น เพราะอายุที่หาเงินได้น้อยกว่าภรรยา

2.3.2.8 บ้านกลายเป็นแหล่งของการร่วมมือสมาชิกในครอบครัว ต่างยินดีที่จะแบ่งภาระในบ้านไปทำ

2.3.2.9 ในวัฏจักรของครอบครัวบางระยะ งานบ้านอาจลดลง ภรรยาจะได้ทำงานนอกบ้าน ไม่เกิดความรำคาญเพราะต้องอยู่บ้าน ซึ่งมีงานไม่พอทำและอาจทำงานอื่นให้เป็นประโยชน์อีกด้วย

2.3.2.10 การออกไปนอกบ้านทำให้รู้จักสังคมดีขึ้น รู้ความเคลื่อนไหวต่าง ๆ ซึ่งสามารถนำมาเป็นหลักปรับปรุงการดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัวได้ และเป็นเพื่อนสนทนาของสามีได้ดียิ่งขึ้น

2.3.2.11 ภรรยามีโอกาสปรับตัวเกี่ยวกับเรื่องการเงินของครอบครัว ได้ทัน ถ้าหากสามีขาดสมรรถภาพในการทำงาน หรือล้มหายตายจากไป (โสภา ขปิลมันน์, สมบัติ สุพพิตชัย และประกายรัตน์ สุขุมมาลชาติ, 2534 : 2-54)

2.3.3 ผลเสียของสตรี(ภรรยา)ที่ทำงานนอกบ้าน

2.3.3.1 ฝ่ายชาย (สามี) รู้สึกผิดหวังและขุ่นใจ เพราะรู้สึกว่าตนบกพร่องในหน้าที่หาเลี้ยงครอบครัวซึ่งตามธรรมเนียมเดิมถือว่าเป็นหน้าที่สามีแต่ผู้เดียว

2.3.3.2 ถ้าสามีภรรยามีความเห็นไม่ตรงกัน ในงานที่ภรรยาทำงานนั้น ย่อมเป็นสาเหตุของการขัดแย้ง

2.3.3.3 ภรรยาที่ทำงานนอกบ้าน มีสังคมก้าวหน้าขึ้น อาจทำให้สามีอิจฉา

2.3.3.4 สามีเกิดปมด้อยถ้าหากว่าตนหาเงินได้น้อยกว่าภรรยา

2.3.3.5 สามีบางคนอาจรู้สึกผิดหวัง เมื่อเห็นภรรยารับผิดชอบงานในบ้านน้อยกว่าที่ควรโดยเฉพาะสามีที่ยังยึดธรรมเนียมที่สตรีต้องอยู่ช่วยเหลือสามีในบ้าน

2.3.3.6 ความรับผิดชอบของสามีในด้านการประกอบอาชีพ อาจลดน้อยลง เพราะว่าภรรยาช่วยหาเงินด้วยแล้ว

2.3.3.7 หากไม่มีผู้แบ่งเบาความรับผิดชอบทางบ้าน สุขภาพของภรรยาอาจเสื่อม เพราะต้องรับผิดชอบทั้งสอง คือ งานอาชีพและงานบ้าน

2.3.3.8 ภรรยาดูเหมือนจะมีเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ทำให้เกิดขัดใจกันมากขึ้นเพราะ ทั้งคู่เหน็ดเหนื่อยเมื่อกลับมาถึงบ้าน

2.3.3.9 สามีเกิดความรู้สึกว่าตนถูกทอดทิ้ง เพราะภรรยามีความสนใจภายนอก เพิ่มขึ้นแทนที่จะปรนนิบัติตนเหมือนเมื่ออยู่บ้านอย่างเดียว

2.3.3.10 บางทีภรรยาทำงานอาชีพเพื่อหวังเงินเดือน มิได้ทำไปด้วยความสนใจ จริงจึงอาจทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในงาน หรือถ้าภรรยาสนใจแต่งงานนั้นมีปัญหามาก ก็จะทำให้ เกิดอารมณ์หงุดหงิดได้ง่าย

2.3.3.11 แม้มีความรู้สึกผิดที่ตนทอดทิ้งลูก และลูก ๆ รู้สึกว่าตนถูกทอดทิ้งและ ไม่ได้รับการอบรมสั่งสอนเท่าที่ควร

2.3.3.12 บ้านขาดความเป็นระเบียบเรียบร้อย งานบ้านอาจจะหนักหน้ม ทำให้ บ้านไม่เป็นที่น่าอยู่ อาจทำให้สามียากออกไปเที่ยวนอกบ้าน หรือเปรียบเทียบบ้านของตนกับ บ้านที่น่าอยู่กว่า (โสภา ขปิลมณัน, สมบัติ สุพัตชัย และประกายรัตน์ สุขุมมาลชาติ, 2534 : 2-55)

2.4 การสนับสนุนทางสังคม (Social supports)

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528 : 594) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทต่อ พฤติกรรมอนามัยของคนไปจนชั่วชีวิต ทั้งในแง่ทางสุขภาพ กายภาพ และสุขภาพจิต ในการ ป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข และให้ ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนได้รับความช่วยเหลือด้าน ข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคล หรือกลุ่ม ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อน ร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น แล้วมีผลทำให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทิศทางที่ผู้รับ ต้องการ ซึ่งหมายถึง การมีสุขภาพอนามัยที่ดี

จินตนา ยูนิพันธ์ (2527 : 4) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นการวิจัยทางจิตวิทยา สังคมที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมมนุษย์ การดำรงชีวิตอยู่ในสังคมต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกัน และกัน มีการช่วยเหลือ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกต่าง ๆ ซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดความรู้ สึกมั่นคง เป็นที่รัก เป็นที่ต้องการ เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตหรือมีความเครียดเกิดขึ้น

การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจากแหล่งสนับสนุนที่บุคคลนั้นมีอยู่จะช่วยบรรเทาความรุนแรงหรือเป็นการป้องกันไม่ให้ความเครียดนั้นมากระทบจนเกิดความผิดปกติ

Cobb (1976 : 300) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่า มีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งตัวเอง รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคม มีส่วนร่วมในสังคมและผูกพันเป็นส่วนร่วมซึ่งกันและกัน

Pillisuk (1982 : 20-31) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ไม่เพียงแต่ความช่วยเหลือด้านวัตถุ และความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงความรู้สึกที่ว่า ตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมด้วย นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมยังสามารถป้องกันบุคคลจากภาวะวิกฤตและการคุกคามของความเจ็บป่วยได้อีกด้วย

Thoits (1982 : 145) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลใน เครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของและข้อมูล ซึ่งการช่วยเหลือนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่ รวดเร็วขึ้น

Hubbard and Brown (1985 : 266-269) ได้สรุปว่าการสนับสนุนทางสังคม คือ โครงสร้างหลายมิติ ซึ่งประกอบด้วย การติดต่อสื่อสารในด้านบวกของความรู้สึกเป็นเจ้าของทำให้มีความรู้สึกผูกพัน เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน โดยคำนึงถึงแหล่งที่มาของการสนับสนุนด้วย

Walker (1984 : 7 อ้างถึงใน จิตรา เจริญภัทรภัสส์, 2537 : 47) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมและขอบข่ายงานบริการสังคมของบุคคล คือ กระบวนการติดต่อเป็นส่วนตัว ตลอดจนการรักษาหลักฐานส่วนตัวทางสังคมของบุคคล และได้การสนับสนุนทางอารมณ์ การช่วยเหลือทางวัตถุ และการบริการต่าง ๆ รวมถึงข่าวสารและการติดต่อสังคมใหม่ ๆ และในงานสังคมสงเคราะห์ที่มีอยู่นั้น จะใช้คำว่าของข่ายงานบริการสังคม เกือบจะในความหมายเดียวกันกับระบบการสนับสนุนแก่ชุมชน อันหมายถึง ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อน เพื่อนร่วมงาน ผู้มีอิทธิพล กลุ่มผู้พึ่งตนเอง พระสงฆ์ และสถาบันศาสนาต่าง ๆ

Ritter (1988 : 151) ได้กล่าวถึง การผูกพันทางสังคม (Social ties) หรือความเกี่ยวพันทางสังคม (Social linkage) ว่ามีการถูกใช้อย่างเห็นได้ชัดเจนตามธรรมชาติของการติดต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า การผูกพันทางสังคม (Social ties) เป็นทั้งการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม

Kaplan and Gore (1977 อ้างถึงใน จิตรา เจริญภัทรภัสส์, 2537 : 47) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 แนวทาง คือ

1. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความพึงพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐาน ทางสังคมในแต่ละคน เช่น การยกย่อง การให้ความช่วยเหลือ การได้รับความเห็นใจซึ่งได้รับการติดต่อสัมพันธ์กับคนในกลุ่มสังคม

2. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ที่บุคคลนั้นสามารถจะได้รับการจากกลุ่มสังคมที่ให้การสนับสนุน คือ บุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

Kahn (1979 อ้างถึงใน จิตรา เจริญภัทรเภสัช, 2537 : 47) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งทำให้เกิดสิ่งต่อไปนี้ อย่างหนึ่งหรือมากกว่า คือ ความผูกพันในด้านดี จากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง การรับรองพฤติกรรมของอีกคนหนึ่ง การช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทองหรืออื่น ๆ

Farber (1983 : 4) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม ประกอบขึ้นด้วยความยึดเหนี่ยวระหว่างบุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งทางอารมณ์และทรัพยากรอื่น ๆ

พูนพร ศรีสะอาด (2534 : 32) ได้สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ปัจเจกบุคคลในสังคมได้รับความรัก ความผูกพัน ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า ได้รับการยกย่อง การมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน การช่วยเหลือ เช่น การให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความช่วยเหลือ ในเรื่องเงิน เวลา แรงงาน ความคิด การประเมินและการให้ข้อมูลย้อนกลับในทางบวก การให้สิ่งของ การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ ช่วยบรรเทาความเครียดในภาวะวิกฤติ การสนับสนุนทางสังคมมีทั้งการให้และการรับจากบุคคลในครอบครัว เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน อาจารย์ และเจ้าหน้าที่ เป็นต้น ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นกลไกพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคลเป็นเสมือนหนึ่งการบำบัดทางสังคมที่แสดงถึงการพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคล จากปฏิสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งแวดล้อม

ดังนั้นสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ได้รับการยกย่อง ได้การช่วยเหลือต่าง ๆ ทั้งด้านวัตถุ และจิตใจ เช่น การให้คำแนะนำ การให้สิ่งของ การให้การประเมินเพื่อปรับปรุงตนเอง การให้ข้อมูลข่าวสาร จากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม ทำให้ผู้ได้รับการสนับสนุนมีพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น

2.4.1 หลักการของการสนับสนุนทางสังคม

หลักการสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม จะประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้ (บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์, 2528 : 594)

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้นจะต้องประกอบไปด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่ามีคามสนใจ เอาใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงใจ

2.2 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้

3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนอาจอยู่ในรูปข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือ จิตใจ
4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

2.4.2 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

จริยวัตร คมพยัคฆ์ (2531 : 100-102) กล่าวว่า ปกติสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ

1. กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน
2. กลุ่มสังคมทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ

Tracy (1990 : 15) กล่าวว่า แหล่งของการช่วยเหลือของการให้การสนับสนุนทางสังคมที่ยิ่งใหญ่ที่สุดมี 4 กลุ่ม คือ ครอบครัว หรือ ครัวเรือน (Household) ญาติ เพื่อน และการบริการอย่างเป็นทางการที่จัดหาให้โดยรัฐ

อุบล นิวัติชัย (2527 : 289-291) ได้กล่าวว่า กลุ่มบุคคลในระดับสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ

1.1 บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง เช่น สามี ภรรยา ปู่ย่า ตายาย พ่อแม่ ลูกหลาน

1.2 บุคคลที่อยู่ในครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนบ้านเดียวกัน คนในที่ทำงานเดียวกันและคนใกล้ชิด

2. กลุ่มผู้ช่วยเหลือนักวิชาชีพ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงจรรส่งเสริม ป้องกันรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชนโดยอาชีพ

2.4.3 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

House (1985 : 64-65 อ้างถึงใน พูนพร ศรีสะอาด, 2534 : 33) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง พฤติกรรมการสนับสนุน 4 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การให้การสนับสนุนด้านการยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และการตั้งใจฟัง

2. แรงสนับสนุนทางด้านการประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนหลังเพื่อนำไปประเมินตนเอง และเปรียบเทียบพฤติกรรมให้การรับรองซึ่งจะทำให้ผู้รับเกิดความมั่นใจนำไปเปรียบเทียบกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทางและการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน (Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

Tilden (1985 : 199) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 แบบ คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ และความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาหรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง หรือบริการ

Jacobson (1986 : 254) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง พฤติกรรมที่ทำให้รู้สึกสบายใจและเชื่อว่ามีบุคคลยกย่อง เคารพนับถือ รัก หรือพฤติกรรมอื่น ๆ ซึ่งแสดงถึงความเอาใจใส่และมั่นใจ

2. การสนับสนุนทางด้านสติปัญญา (Cognitive support) หมายถึง ความรู้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่างๆ และสามารถปรับตัวได้กับความเปลี่ยนแปลง

3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Materials support) หมายถึง สิ่งของและบริการต่าง ๆ ที่ช่วยแก้ปัญหาบางอย่างได้

Kahn (1979 : 43-50 อ้างถึงใน พูนพร ศรีสะอาด, 2534 : 34) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่นโดยการให้สิ่งของหรือช่วยเหลือโดยตรง

2. ความผูกพันทางอารมณ์ ความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพ หรือด้วยความรัก

3. การยืนยันหรือรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสมทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคล

Farber (1983 : 6) ได้อธิบายลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านสังคม และอารมณ์ (Socioemotional support) หมายถึง การได้รับความสนใจ กำลังใจ การยอมรับและการพบปะสังสรรค์ ความสนิทสนม

2. การสนับสนุนทางสังคมด้านการเงินและสิ่งของเครื่องใช้ (Financial and Instrument aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน รวมทั้งสิ่งของเครื่องใช้

3. การได้รับคำแนะนำแก้ไขปัญหา (Information aid) หมายถึง การได้รับคำแนะนำแก้ไขปัญหาทั้งทางด้านการงานและเรื่องส่วนตัว

Cobb (1976 : 300-301) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลตระหนักว่าเขามีคนรักและเอาใจใส่

2. การสนับสนุนทางด้านคุณค่า (Esteem and Value) หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลตระหนักว่าเขามีคุณค่าและได้รับการยกย่องนับถือ

3. การสนับสนุนทางด้านสังคม (Social support) หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน

Diamond and Johnes (1986 อ้างถึงใน พูนพร ศรีสะอาด, 2534 : 36) ได้กล่าวถึงการสนับสนุนโดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 6 ประเภท คือ

1. ความผูกพันและความรักใคร่สนิทสนม (Attachment) หมายถึง ความสัมพันธ์ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคนเอาใจใส่ เกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจมีความสุขสบาย ความสัมพันธ์ของแม่กับลูก ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน และความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส
2. การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) เกิดจากการที่บุคคลเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของกลุ่ม ทำให้เกิดการแข่งขันแลกเปลี่ยนในความคิด กำลังทรัพย์ และกำลังบุคคลตามโอกาสอันควร เกิดความห่วงใยและเข้าใจต่อกัน ถ้าขาดความสัมพันธ์อันนี้จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดเพื่อน ขาดผู้เห็นอกเห็นใจขาดที่ปรึกษา และเป็นผลทำให้เกิดการเบียดเบียนต่อการมีชีวิตอยู่ ขาดกำลังใจและสิ้นหวัง
3. โอกาสที่จะได้ช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for nurturance) หมายถึง การที่บุคคลจะมีความผูกพันกับบุคคลซึ่งด้อยกว่า จะเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น (Being needed) และผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่จะทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ รู้สึกชีวิตไม่สมบูรณ์ ว่างเปล่า และไร้จุดหมายแห่งชีวิต
4. การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth) เป็นการได้รับการยอมรับเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าตนเองมีความสามารถ (Social rule) เช่น ความสามารถในการทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงาน ความสามารถในการช่วยเหลือเรื่องต่างๆ ในครอบครัว ถ้าคนเราไม่เป็นที่ยอมรับจากบุคคลอื่นก็ย่อมทำให้ความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง
5. ความรู้สึกพึ่งพาอาศัยกัน (A Sense of reliable alliance) สัมพันธภาพในลักษณะเช่นนี้มักเกิดในสัมพันธภาพของครอบครัวสายตรง โดยสมาชิกแต่ละคนต่างคาดหวังว่าจะได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดคุณสมบัติเช่นนี้บุคคลจะรู้สึกว่าขาดแหล่งช่วยเหลือ โดยเฉพาะในภาวะที่เสี่ยงอันตราย
6. การได้รับคำแนะนำชี้แนะ (The obtaining of guidance) เป็นความสัมพันธ์ในช่วงที่บุคคลตกอยู่ในภาวะตึงเครียด เกิดวิกฤติการณ์ทางอารมณ์ จิตใจ ทำให้บุคคลต้องการคำปลอบใจ กำลังใจ คำแนะนำ คำชี้แจง หรือการแนะนำในการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อผ่อนคลายภาวะตึงเครียดที่บุคคลประสบอยู่ ความสัมพันธ์ชนิดนี้มักได้จากผู้ที่บุคคลรู้สึกสำคัญ มีความสามารถ เป็นที่ศรัทธา หรือมีอะไรที่เหนือกว่า

จากการที่ Diamond and Johnes ได้กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมโดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ประเภท นั้นมีความเห็นสอดคล้องกับทฤษฎีหลายทฤษฎีที่ได้กล่าวถึงหน้าที่ของการผูกพันทางสังคม (Social ties) ไม่ว่าจะเป็นทฤษฎีของ Brim, Caplan, Mitchell,

Trickett และ Weiss ซึ่ง Weiss (1988 อ้างถึงใน พูนพร ศรีสะอาด, 2534 : 36-37) ได้ให้คำอธิบายหน้าที่ 6 อย่างของการผูกพันทางสังคม (Social ties) ว่า หมายถึง

1. ความใกล้ชิดสนิทสนม ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Intimacy)
2. การรวมตัวกันเป็นกลุ่มก้อน หรือความรู้สึกในการเป็นเจ้าของ (integration or belonging)
3. โอกาสที่จะช่วยเหลือผู้อื่น (opportunity for nurturance)
4. การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth)
5. การให้ความช่วยเหลือ และการได้รับคำแนะนำ (Assistance and guidance)
6. การให้คำปรึกษา (Advice)

จากการแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมของนักวิชาการต่าง ๆ มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ได้ใช้แนวความคิดการแบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมของทิลเดน (Tilden) จากแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและผู้ร่วมงาน ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ และความรู้สึกเชื่อมั่นไว้วางใจ
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา การประเมินเพื่อปรับปรุง
3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือสิ่งของ เงินทอง และการบริการ

2.4.4 ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

Gottlieb (1983 อ้างถึงใน จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531 : 151) กล่าวถึง แรงสนับสนุนทางสังคม โดยแบ่งระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ และการดำเนินวิถีชีวิตในสังคม
2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคมด้วยการวัดอย่างเฉพาะเจาะจง ถึงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับนี้ คือ การให้คำแนะนำการช่วยเหลือด้านวัตถุ ความเป็นมิตรและการสนับสนุนด้านอารมณ์
3. ระดับแคบหรือระดับลึก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญ

มากกว่าปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ แหล่งของแรงสนับสนุน ได้แก่ คู่สมรส บุตร และ สมาชิกครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์มากที่สุด

2.4.5 ผลของการสนับสนุนทางสังคม

Cohen and Wills (1985 : 315-321) ได้ทำการศึกษาเพื่ออธิบาย กลไกการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจโดยสรุปผลการศึกษาไว้ 2 ประการ คือ

1. การสนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ดี ทำงานดีขึ้น หรือส่งผลให้คนมีพฤติกรรมทางสุขภาพดี ซึ่งนอกจากจะเป็นการส่งผลโดยตรง และยังช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนให้ดีขึ้นทำให้ปัญหาลดความรุนแรงลง

2. การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดภาวะวิกฤติของชีวิต โดยจะเป็นตัวช่วยลดความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤติ ซึ่งความเครียดจะเกิดขึ้นเมื่อคนรู้สึกว่าจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า ภาวะเช่นนี้จะไปรบกวนสมดุลของระบบต่อมไร้ท่อในระดับประสาทและระบบภูมิคุ้มกันโรคทำให้เกิดโรคได้ง่าย และทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เสี่ยง และเกิดความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพตนเอง

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม

Jones (1949 อ้างถึงใน วิไลพร มณีพันธ์, 2539 : 39) สภาพแวดล้อม หรือ สิ่งแวดล้อม หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างรวมทั้งหมดที่อยู่ล้อมรอบปัจเจกบุคคลหรือกลุ่ม ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคมหรือวัฒนธรรม ซึ่งต่างก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและความรู้สึกนึกคิดของมนุษย์ได้ทั้งสิ้น โดยได้แบ่งเป็น

1. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) หมายถึง ภูมิอากาศ พื้นที่ ภูมิประเทศ และอุณหภูมิ ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่มีชีวิตที่มีอยู่ทั่วไป เป็นสภาพแวดล้อมที่มีความสำคัญในแง่ของการเป็นรูปแบบการปฏิสัมพันธ์กับมนุษย์ในอันดับแรก ๆ

2. สภาพแวดล้อมทางสังคม (Social environment) หมายถึง ผู้คนที่อยู่ล้อมรอบบุคคลโดยทั่วไป และมีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น อาจจะมีกิจกรรมร่วมกันหรือไม่ก็ได้

3. สภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม (Cultural environment) มีความสำคัญมากที่สุด เพราะได้รวมถึงสิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้นทั้งหมด เช่น เครื่องมือ ที่อยู่อาศัย กฎหมาย เครื่องจักร ความเชื่อ ประเพณี และกฎเกณฑ์ต่าง ๆ เป็นต้น

4. สภาพแวดล้อมย่อย (Segmented environment) ได้แก่ สภาพชนบทและสภาพเมืองในสังคม

ชุตินา บูรณธินิต (2539 : 26) ได้กล่าวว่าตามแนวคิดของไนติงเกล สิ่งแวดล้อมแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางด้านจิตใจ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม

1. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพจะครอบคลุมในเรื่องต่าง ๆ ทั้ง ๆ ไป เช่น การระบายอากาศ อากาศบริสุทธิ์ น้ำสะอาด ความสะอาดทั่ว ๆ ไป และความอบอุ่น สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะส่งเสริมกระบวนการต่าง ๆ ของร่างกายในการต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บ กระบวนการนี้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติอยู่แล้ว สิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมจะขัดขวางกระบวนการเหล่านี้ ทำให้บุคคลต้องใช้พลังที่เกินขอบเขต สิ่งแวดล้อมทางจิตใจและสังคมนั้น มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จะแยกจากกันไม่ได้

2. สิ่งแวดล้อมทางด้านจิตใจจะครอบคลุมถึง องค์ประกอบที่ก่อผลทางบวกต่อจิตใจของบุคคล

3. สิ่งแวดล้อมทางสังคมนั้นจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่มีอยู่ในชุมชน

สบพร ขุทธานนท์ (2527 : 26) ได้แบ่งสภาพแวดล้อมในการทำงานของทันตแพทย์ออกเป็น 4 ประเภท โดยมีความสอดคล้องกับ Jones ใน 2 ประการแรก คือ

1. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) หมายถึง ภูมิอากาศ ภูมิประเทศ พื้นที่ อุณหภูมิ และสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีชีวิตที่แวดล้อมปัจเจกบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อรูปแบบการปฏิสัมพันธ์ และมีอิทธิพลในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ทำให้มนุษย์คิดและมีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งเร้าแตกต่างกัน

2. สภาพแวดล้อมทางด้านสังคม (Social environment) หมายถึง คนอื่น ๆ ที่อยู่รอบตัวเรานั้นเอง ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อเรา โดยการปฏิสัมพันธ์กันทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งโดยชนิดและปริมาณของคนเหล่านั้นด้วย และเราก็จะมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับบุคคลเหล่านั้นด้วยในที่สุด

3. สภาพแวดล้อมทางบุคคล (Personal environment) เป็นสภาพแวดล้อมประเภทที่ดัดแปลงมาจากกรอบการศึกษาของ French หมายถึง ลักษณะที่เกี่ยวข้องกับสภาพภาพทางสังคมซึ่งทำให้ทันตแพทย์แต่ละคนมีความแตกต่างกัน

4. สภาพแวดล้อมทางหน้าที่การงาน หรือสิ่งที่ถูกกำหนดขึ้นมาโดยธรรมชาติของงานในหน้าที่ของทันตแพทย์ มีดังนี้ วันหยุด รายได้ งานบริหารสถานพยาบาล การป้องกันการติดเชื้อ

ลออ นุตางกูร (2534) และอุ๋นตา นพคุณ (2527) ได้แบ่งสภาพแวดล้อมที่ล้อมรอบตัวมนุษย์ออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ(Physical environment)
2. สภาพแวดล้อมทางสังคม(Social environment)
3. สภาพแวดล้อมทางจิตใจ(Psychological environment)

วนิภา ว่องวัจนะ (2535 อ้างถึงใน วิไลพร มณีพันธ์, 2539 : 40) ได้แบ่งสภาพการทำงานหรือสภาพแวดล้อมในการทำงานออกเป็น 3 ลักษณะ ซึ่งคล้ายกับแนวความคิดของ ลออ นุตางกูร และอุ๋นตา นพคุณ ดังนี้

1. สภาพแวดล้อมการทำงานด้านกายภาพ หมายถึง สภาพแวดล้อมต่าง ๆ ภายในที่ทำงาน ประกอบด้วย แสงสว่าง เสียง สภาพอากาศ เครื่องมือเครื่องใช้ในการทำงาน ห้องทำงาน และสิ่งที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน
2. สภาพการทำงานที่เกี่ยวกับด้านสังคม หมายถึง สังคม สิ่งแวดล้อมภายในองค์กรที่มีผลกระทบต่อบุคคลผู้ปฏิบัติงาน แบ่งออกเป็นด้านสัมพันธภาพและด้านการสนับสนุน
3. สภาพการทำงานที่เกี่ยวกับด้านจิตอารมณ์ หมายถึง ความคิด ความรู้สึกของผู้ปฏิบัติงานที่มีต่อสิ่งแวดล้อมในการทำงานทั้งด้านกายภาพและจิตสังคม แบ่งออกเป็นความคิดสร้างสรรค์ ความมีอิสระในการทำงาน และความต้องการพัฒนาตนเอง

ชุติมา บุรณธนิต (2539 : 27) ได้แบ่งสภาพแวดล้อมของอาจารย์พยาบาล ออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. สภาพแวดล้อมที่บ้าน ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว
2. สภาพแวดล้อมในที่ทำงาน ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ สภาพแวดล้อมวิชาการ และสภาพแวดล้อมทางสังคม

สรุปในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาเฉพาะสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ซึ่งได้แบ่งสภาพแวดล้อมกายภาพออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) สภาพแวดล้อมกายภาพในครอบครัว ได้แก่ บรรยากาศในบ้าน แสงสว่าง อากาศ เสียง เครื่องมือเครื่องใช้ในบ้าน สภาพที่อยู่อาศัย ความมั่นคงปลอดภัย และ2) สภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงาน ได้แก่ บรรยากาศในที่ทำงาน แสงสว่าง สภาพอากาศ เครื่องมือเครื่องใช้ในการทำงาน

2.6 การพัฒนามาตรวัดคุณภาพชีวิต

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในระยะเริ่มแรก ในค.ศ. 1930-1950 มีลักษณะเป็นการประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้เครื่องชี้วัดในเชิงวัตถุวิสัยหรือปริมาณ (Objective indicators) เช่น อัตราเพิ่มของประชากร สถานะทางสุขภาพ ที่อยู่อาศัย และอัตราการเกิดคดีอาชญากรรม เป็นต้น โดยใช้เครื่องชี้วัดทางสังคมเป็นเครื่องมือในการประเมิน ต่อมาในทศวรรษ 1960' s เป็นจุดเริ่มต้นที่มีการใช้มาตรวัดคุณภาพชีวิตเชิงคุณภาพหรืออัตวิสัย (Subjective) ซึ่งเป็นการวัดที่เป็นนามธรรมขึ้น (สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. สำนักวิจัย, 2541ค : 83)

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. สำนักวิจัย (2541ค : 83-85) ได้ประมวลผลงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตได้แบ่งประเภทของเครื่องชี้วัด (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ) และระดับของกลุ่มเป้าหมาย(บุคคล/ชุมชน) เป็นเกณฑ์ในการแบ่งประเภท ซึ่งสามารถจำแนกผลงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตออกได้เป็น 4 กลุ่ม ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 แสดงประเภทเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตเชิงปริมาณและคุณภาพในระดับบุคคล และชุมชน

ระดับการวัด	ประเภทของเครื่องชี้วัด	
	เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพ
บุคคล	กลุ่มที่1 รายได้ การศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพการจ้างงาน	กลุ่มที่2 ความสุข ทัศนะเกี่ยวกับ ความผาสุก คุณภาพชีวิต
ชุมชน	กลุ่มที่3 เครื่องชี้วัดสังคม เช่น รายได้ประชาชาติ อัตราการเกิดอาชญากรรม อัตราการตาย	กลุ่มที่4 ความพึงพอใจในชีวิตของ แต่ละชุมชน

กลุ่มที่1 งานวิจัยคุณภาพชีวิตในกลุ่มนี้ เป็นงานวิจัยปริมาณในระดับบุคคล ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้คนเรามีความสุข โดยใช้เครื่องชี้วัดดังนี้ รายได้ การศึกษา สถานภาพสมรส และสถานภาพการจ้างงาน เป็นต้น เป็นเครื่องชี้วัดปริมาณของความสุข(Happiness) ซึ่งเป็นแง่มุมหนึ่งของคุณภาพชีวิต

กลุ่มที่2 เป็นงานวิจัยคุณภาพชีวิตที่ใช้เครื่องชี้วัดที่เป็นนามธรรมหรือในเชิงคุณภาพในระดับบุคคล โดยให้บุคคลที่ถูกประเมินมองตนเองในลักษณะภาพรวมว่ามีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร

กลุ่มที่3 เป็นงานวิจัยคุณภาพชีวิตในระดับชุมชน (เมือง รัฐ ประเทศ) ซึ่งจำเป็นต้องใช้เครื่องชี้วัดทางสังคม เพื่อชี้วัดคุณภาพชีวิตในระดับชุมชน เช่น รายได้ประชาชาติ (GNP) อัตราการเกิดอาชญากรรม อัตราการตาย เป็นต้น เครื่องชี้วัดทางสังคม (Social indicators) เป็นเครื่องชี้วัดความสุขของประชาชนในชุมชนที่ศึกษา

กลุ่มที่4 เป็นงานวิจัยคุณภาพชีวิตในระดับชุมชน เครื่องชี้วัดในการศึกษาของงานวิจัยในกลุ่มนี้ คือ ค่าเฉลี่ยของอัตราความพึงพอใจที่แต่ละบุคคลมีต่อชีวิตของแต่ละชุมชน

นอกจากการแบ่งกลุ่มการศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 กลุ่มดังกล่าวแล้วยังแบ่งออกเป็นกลุ่มในลักษณะอื่นๆ ได้อีก เช่น แบ่งเป็นวิถีชีวิตทั่วไป (General life) กับวิถีชีวิตในบางแง่มุม (Specific domains of life) ตัวอย่างการวิจัยวิถีชีวิตในบางแง่มุม ได้แก่ การศึกษาคุณภาพชีวิต สมรส ชีวิตครอบครัว สุขภาพอนามัย ความพึงพอใจในงานและความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งการศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตสามารถทำได้ในหลายลักษณะหรืออาจศึกษาในลักษณะเชิงปริมาณโดยใช้เครื่องชี้วัดทางสังคม หรือการศึกษาในเชิงคุณภาพ โดยดูจากความพึงพอใจของคนก็ได้ (สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. สำนักวิจัย, 2541ค : 85)

การพัฒนามาตรวัดคุณภาพชีวิตในงานวิจัยต่าง ๆ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตได้มีการศึกษาในมิติต่าง ๆ ที่แตกต่างกันไป มีเนื้อหาที่มุ่งวัด วิธีการสร้างและคุณภาพมาตรวัดต่างกัน ดังตัวอย่างมาตรวัดต่อไปนี้

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. สำนักวิจัย (2541ง : 88-93) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง "คุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองภาคใต้" ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตใน 4 มิติ คือ มิติการทำงาน มิติความเครียด มิติชีวิตในครอบครัว และมิติสิ่งแวดล้อม มาตรวัดคุณภาพชีวิตทั้ง 4 มิตินี้ แต่ละมิติจะประกอบด้วยคำถามที่ใช้วัดความพึงพอใจในมิตินั้น ๆ หนึ่งชุด และในแต่ละคำถามจะประกอบด้วยมาตรวัดระดับความพึงพอใจของผู้ตอบ

1. มิติการทำงาน การวัดคุณภาพชีวิตด้านการทำงานเป็นการวัดความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อการทำงานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน เป็นการวัดด้านความมั่นคงในงานที่ทำ ความปลอดภัย รายได้ โอกาสในการก้าวหน้า ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ความภูมิใจในงานที่ทำ และความรู้สึกสนุกกับงาน เป็นมาตรวัดลิเคอร์ต (Likert scale) นี้มี 4 ระดับ

2. มิติความเครียด มุ่งวัดความเครียดจากพฤติกรรม และอาการของผู้ตอบ เป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ

3. มิติชีวิตในครอบครัว การวัดคุณภาพชีวิตในครอบครัวเป็นการวัดความพึงพอใจในชีวิตครอบครัวของบุคคลเป็นการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งเป็นการรับรู้ลักษณะและปริมาณการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลในครอบครัว และลักษณะความพึงพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์ โดยแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ ความต้องการด้านรูปธรรม และความต้องการด้านนามธรรม เป็นมาตรวัดลิเคอร์ต (Likert scale) 4 ระดับ

4. มิติสิ่งแวดล้อม เป็นข้อคำถามที่วัดปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของประชาชนในชีวิตประจำวัน ที่เป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. สำนักวิจัย (2541ก : 117-145) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของคนในกรุงเทพมหานคร โดยวัดคุณภาพชีวิตของคนในกรุงเทพฯ ในมิติครอบครัว การทำงาน ความเครียด และสิ่งแวดล้อม รวม 4 มิติ มีรายละเอียดของมาตรวัด ดังนี้

1. มาตรวัดคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว โดยศึกษาลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ทั้งในปริมาณและคุณภาพ โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม และการได้รับคำแนะนำหรือปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาขึ้น และ 2) การสนับสนุนจากความช่วยเหลือทางการเงิน และวัสดุสิ่งของเครื่องใช้ เป็นมาตรวัดลิเคอร์ต (Likert scale) 4 ระดับ

2. มาตรวัดคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน เป็นการวัดความพึงพอใจที่บุคคลมีต่องานอาชีพที่ทำอยู่ในปัจจุบัน และมีความสุขจากการทำงาานนั้น ความพึงพอใจต่องานครอบคลุมมิติต่าง ๆ เช่น ความมั่นคงของงาน รายได้จากงาน โอกาสก้าวหน้า ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง บรรยากาศในการทำงาน ตลอดจนความรู้สึกภูมิใจในงาน และความต้องการทำงานที่ทำอยู่ต่อไปเรื่อย ๆ เป็นมาตรวัดประเมินค่า 7 ระดับ

3. มาตรวัดคุณภาพชีวิตด้านความเครียด คือมุ่งวัด ความเครียดวิตกกังวล ที่บุคคลรับรู้ อันเนื่องมาจากเหตุการณ์หรือภาวะการณ์ต่างๆ เป็นมาตรวัด Rating Scale 4 ระดับ คัดเลือกมา

จากมาตรวัด (HOS Health Opinion Survey Scale) ของมหาวิทยาลัยคอร์แนล และ Sc2-90 (Symptom Checklist 90) ของ Leonard R Derogalla และ Ronald S. Lipman Lino-Covi

4. มาตรวัดคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม มุ่งวัดว่าบุคคลมีความรู้สึกเชิงลบต่อสภาพแวดล้อมทางกายภาพรอบด้านมากน้อยเพียงใด เป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับ

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. สำนักวิจัย (2541ข : 94-102) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตคนในเขตเมืองทั้ง 5 มิติ คือ 1) คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว 2) คุณภาพชีวิตด้านการงาน 3) คุณภาพชีวิตด้านความเครียด 4) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม และ 5) คุณภาพชีวิตด้านชีวิตในเมือง

1. คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว มุ่งศึกษาการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวการให้คำแนะนำและคำปรึกษาที่ดีเมื่อมีปัญหา ตลอดจนการให้ความช่วยเหลือ รับผิดชอบร่วมกัน และการสนับสนุนทางการเงิน ในมาตรวัดลิเคอร์ต (Likert scale) 4 ระดับ

2. คุณภาพชีวิตด้านการงาน วัดความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่ออาชีพที่ทำอยู่ในปัจจุบัน ในด้านความมั่นคงของงาน ความเสี่ยงอันตรายจากงาน รายได้ โอกาสก้าวหน้าในงาน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ตลอดจนความรู้สึกสนุกและภูมิใจในงานที่ทำ มาตรวัดลิเคอร์ต (Likert scale) วัดใน 4 ระดับ

3. คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม มุ่งวัดความรู้สึก ต่อผลกระทบที่มีต่อปัญหาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพมากน้อยเพียงใด แต่ละข้อคำถามมีการวัดใน มาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับ

4. คุณภาพชีวิตด้านชีวิตในเมือง มุ่งวัดความพึงพอใจในชีวิตในจังหวัดที่อยู่ในเรื่อง ความปลอดภัยของอาหารและเครื่องดื่ม ความสะดวกในชีวิตประจำวัน การเดินทาง การบริการของรัฐ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน โดยมาตรวัดลิเคอร์ต (Likert scale) 4 ระดับ

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. สำนักวิจัย (2541จ : 11) ได้ศึกษาศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองภาคกลางได้ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตแต่ละมิติ โดยใช้มาตรวัด 10 ระดับ

มาตรวัดคุณภาพชีวิต 12 มิติ และคุณภาพชีวิตรวม คือ 1) คุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ 2) คุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม 3) คุณภาพชีวิตด้านสาธารณูปโภค 4) คุณภาพชีวิตด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร 5) คุณภาพชีวิตด้านการพักผ่อนหย่อนใจ 6) คุณภาพชีวิตด้านสังคม 7) คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน 8) คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว

9)คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย 10)คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต 11)คุณภาพชีวิตด้านสติปัญญา
12) คุณภาพชีวิตด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และมีคุณภาพชีวิตโดยรวม

วราภรณ์ รัตนเวสส์ (2542 : 45) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของแรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม
ศึกษากรณีโรงงานสิ่งทออำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา มาตราวัดคุณภาพชีวิตได้ใช้แนวความคิดของ เดย์ (Day) และแอสแคป (Escap) โดยแบ่งเป็น 7 มิติ ได้แก่ ด้านชีวิตครอบครัว ด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ด้านชีวิตการทำงาน ด้านสุขภาพ ด้านความเสมอภาค ด้านการพักผ่อนหย่อนใจ และ ด้านความเชื่อทางศาสนา ได้ทำการวัด 2 ลักษณะ คือ 1)การวัดคุณภาพชีวิตตามสภาพความเป็นจริง และ 2)การวัดความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นการวัดทางอัตวิสัยและภาวะวิสัย เป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ

เสาวนีย์ ตนะคุลย์ (2533 : 21-36) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ใช้มาตรวัดของลิเคอร์ต (Likert scale) 5 ระดับ มาตรวัดคุณภาพชีวิตเป็นการวัดความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมและความพึงพอใจในมิติต่าง ๆ ดังนี้

1. ความพึงพอใจในงานอาชีพ เป็นการมุ่งวัดในระดับความพึงพอใจที่มีบุคคลมีต่อลักษณะงานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน บรรยากาศการทำงาน ความสัมพันธ์ที่ดีต่อหัวหน้า เพื่อนร่วมงาน ความก้าวหน้า ความมั่นคงในงานอาชีพ รวมทั้งผลประโยชน์ตอบแทนได้แก่ ค่าจ้างแรงงาน และสวัสดิการ

2. ความพึงพอใจในครอบครัวหรือชีวิตสมรส มุ่งวัดระดับความพึงพอใจที่บุคคลมีต่อคู่สมรสของตนเอง ในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความรัก ความเข้าใจ ความรับผิดชอบต่อหน้าที่สามี/ภรรยา ความสัมพันธ์ทางเพศ สภาพทางการเงินภายในครอบครัว

3. ความพึงพอใจในที่อยู่อาศัย มุ่งวัดในระดับความพึงพอใจที่บุคคลมีต่อที่อยู่อาศัย บ้านพัก และละแวกบ้าน ความสัมพันธ์ที่ดีต่อบ้านใกล้เรือนเคียง ความสะดวกสบายในการเดินทางไปยังที่ต่าง ๆ

4. ความพึงพอใจในสิ่งแวดล้อม มุ่งวัดในระดับความพึงพอใจที่บุคคลมีต่อสิ่งแวดล้อมอันได้แก่ การจราจร มลภาวะ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และความพึงพอใจในสุขภาพ มุ่งวัดในระดับความพึงพอใจที่บุคคลมีต่อสุขภาพของตนเอง

เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย (2539 : 36-39) คุณภาพชีวิตของแรงงานย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพารา โดยได้พัฒนามาตรวัดมาจากงานวิจัยคุณภาพชีวิตของลีลากุลธนิต และเดย์ (Leelakulthanit and Day, 1990) และจากกรอบการวัดคุณภาพชีวิตขององค์การสหประชาชาติ

(United Nations, 1990,1995) ซึ่งได้กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติ ประกอบด้วย องค์ประกอบ 12 ด้าน คือ

1. องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย คือ สุขภาพเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบตา ระบบเลือด สุขภาพทั่วไป แบ่งเป็น เรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป ดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยและการไปรับบริการทั้งภาครัฐและเอกชน

2. องค์ประกอบด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย โดยได้พัฒนาดัดแปลงมาจากแบบสำรวจสุขภาพจิต SCL90 ประกอบด้วย การมีความเชื่อมั่นในตนเอง ความกระตือรือร้น ความสุขสบายใจ ความรู้สึกหม่นหมองใจ การมีเรื่องกลุ้มใจ ความรู้สึกเหงา ความรู้สึกเบื่อโลก ความรู้สึกหวาดระแวงในเรื่องต่าง ๆ ความวิตกกังวล และความรู้สึกหมดหวังในชีวิต

3. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยคือเรื่องสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับขยะ เสียงรบกวน ความสะอาดของแหล่งน้ำดื่มแหล่งน้ำใช้ มลภาวะในอากาศ สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยและในชุมชน

4. องค์ประกอบด้านความปลอดภัย ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย คือ ความปลอดภัยในเรื่องทรัพย์สิน ชีวิต การใช้เครื่องมือต่าง ๆ ในที่ทำงาน การเดินทาง การบริโภคที่อยู่อาศัย คนรอบข้าง และความปลอดภัยจากการไปเที่ยวสถานที่พัก

5. องค์ประกอบด้านความมั่นคงในเศรษฐกิจ ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย คือรายได้ การมีเงินออม การมีหนี้สิน การมีรายได้พิเศษ ความสามารถในการซื้อสินค้าต่าง ๆ การมีเงินซื้อที่อยู่อาศัย การมีเงินส่งกลับบ้านให้คนที่บ้านและการมีเงินซื้อของให้คนที่บ้าน

6. องค์ประกอบด้านชีวิตครอบครัว ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย คือ ความพอใจในชีวิตครอบครัว ความรับผิดชอบต่อครอบครัว ความถี่ในการไปเยี่ยมญาติพี่น้อง การมีเวลาให้กับครอบครัว ความเข้าใจกับญาติ ๆ ความขัดแย้งกับญาติพี่น้อง ความใกล้ชิดกับครอบครัว การมีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและความสำคัญของตนเองต่อญาติพี่น้องในครอบครัว

7. องค์ประกอบด้านชีวิตการทำงาน ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย คือด้านความมั่นคงในการทำงาน ความภูมิใจในการทำงาน การให้ความร่วมมือของผู้ร่วมงาน ระบบการทำงานในโรงงาน ความเหนื่อยหน่ายต่องาน ความเสี่ยงต่ออันตรายในการทำงาน ความกระตือรือร้นในการทำงาน บรรยากาศในการทำงาน ความสะดวกในการทำงาน ความรู้สึกอยากเปลี่ยนงานและความก้าวหน้าในการทำงาน

8. องค์ประกอบด้านชีวิตการศึกษา ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย คือ ด้านพัฒนาตนเอง การมีโอกาสด้านการศึกษา การพัฒนาความชำนาญ การมีแหล่งทุนการศึกษา และความพอใจในระดับการศึกษาของตนเอง

9. องค์ประกอบด้านสภาพสังคมของตนเอง ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย คือ การมีเพื่อนสนิท การมีเพื่อนบ้านเพิ่มขึ้น การถูกเอารัดเอาเปรียบ การได้รับการยอมรับ ความรู้สึกเหลื่อมล้ำทางสังคม การมีโอกาสเป็นผู้นำ และการรู้สึกถูกทอดทิ้งจากสมาชิกในสังคมของตนเอง

10. องค์ประกอบด้านการมีกิจกรรมทางด้านวัฒนธรรม ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย คือ การมีกิจกรรมทางศาสนา การประกอบกิจกรรมตามความเชื่อถือดั้งเดิม การได้เรียนรู้ขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ การมีส่วนร่วมรักษาวัฒนธรรมท้องถิ่นเดิม และการเคารพผู้อาวุโส

11. องค์ประกอบด้านรับรู้การเมือง ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย คือ การมีโอกาสรับรู้เรื่องการเมือง การแสดงความคิดเห็นทางการเมือง การเลือกตั้งผู้แทน ความใช้สิทธิตามหลักประชาธิปไตย และความรู้สึกขัดแย้งทางการเมือง

12. องค์ประกอบด้านความเสมอภาค ได้ใช้แนวทางขององค์การระหว่างประเทศ (ILO) ในการสร้าง คือ ความเสมอภาคในเรื่องการพัฒนากการทำงาน ค่าจ้างแรงงานที่ได้รับ การได้หยุดงานตามกฎหมายแรงงาน สวัสดิการรักษา การประกันสังคม และความเท่าเทียมกันในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับงาน

องค์ประกอบทั้ง 12 ด้าน ได้ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของแรงงานย้ายถิ่นในแต่ละข้อคำถามเป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ การประเมินคุณภาพชีวิตในรูปของการกำหนดระดับความพอใจต่อข้อคำถามนั้น ๆ

ศิริรัตน์ จันทรแสงรัตน์ (2538 : 70-77) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กิจกรรมนักศึกษาและสภาพแวดล้อมกับคุณภาพชีวิตนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มาตรวัดคุณภาพชีวิตนักศึกษาพยาบาล ได้สร้างตามแนวคิดการวัดคุณภาพชีวิตของ Ferrans และ Powers โดยมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 5 หมวด คือ หมวดสุขภาพ หมวดหน้าที่ หมวดชีวิตประจำวัน หมวดสังคมและเศรษฐกิจ หมวดจิตใจและวิญญาณ และหมวดครอบครัว มาตรวัดคุณภาพชีวิตนักศึกษานี้ แบ่งเป็น 2 ตอน คือ แบบวัดคุณภาพชีวิตตามลักษณะการให้ความพึงพอใจ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ และแบบวัดคุณภาพชีวิตตามลักษณะการให้ความสำคัญในเรื่องนั้น ๆ ของนักศึกษา เป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ

พินยดา แจ่มจันทร์ศรี (2538 : 66) ได้ศึกษาผลกระทบจากปัญหาจราจรต่อคุณภาพชีวิตของข้าราชการในเขตกรุงเทพมหานคร มาตรวัดคุณภาพชีวิตที่ใช้วัดได้แบ่งเป็น 3 มิติ คือ ชีวิตส่วน

ตัว ชีวิตครอบครัว และชีวิตการทำงาน โดยมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ เนื้อหาที่มุ่งวัดมีดังนี้ 1) ชีวิตส่วนตัว มุ่งวัดสุขภาพ การพักผ่อน และนันทนาการ 2) ชีวิตครอบครัว ประกอบด้วย สัมพันธภาพในครอบครัว และการดำเนินบทบาทของสมาชิก และ3)ชีวิตการทำงาน ประกอบด้วย ความเครียด ความล่าช้าในการทำงาน และพฤติกรรมในการทำงาน

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของพยาบาล ในลักษณะอัตวิสัยที่เป็นนามธรรมหรือในเชิงคุณภาพของบุคคล เพื่อศึกษาในด้านการทำงาน สุขภาพ และครอบครัว

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ชิดชัย สนั่นเสียง (2529 : 123-124) ได้ศึกษาเรื่อง"การรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตขั้นต่ำของครูในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา" โดยศึกษาองค์ประกอบ 9 ด้าน ผลการศึกษา พบว่า 1) อายุแรกสมรส เพศชายควรแต่งงานเมื่ออายุ 28.93 ปี และหญิง 26.74 ปี 2)จำนวนบุตร ควรจะมีจำนวน 2.14 คน 3)สมาชิกในครอบครัว ควรจะมีจำนวน 4.47 คน 4) รายได้ ควรมียาได้ขั้นต่ำ 3,863.32 บาทต่อเดือน 5) การศึกษา ควรจบปริญญาตรี 6) ที่อยู่อาศัย ควรมีที่อยู่เป็นของตนเอง 7) เครื่องนุ่งห่ม ควรมีเสื้อผ้าเฉลี่ยปีละ 12.37 ชุด 8) สุขภาพอนามัย ควรตรวจเช็คสุขภาพปีละ1.3 ครั้ง และ 9) อาหาร ควรรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ และควรรับประทานอาหารครบ 5 หมู่แต่ละวัน ผลการวิเคราะห์ การรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตขั้นต่ำของครูตามองค์ประกอบที่บ่งถึงคุณภาพชีวิตทั้ง 9 เปรียบเทียบตามสภาพความเป็นจริงของครูกับสภาพความคาดหวังของครู พบว่า ครูมีสภาพความคาดหวังตามองค์ประกอบที่บ่งถึงคุณภาพชีวิตทางด้าน อายุแรกสมรส จำนวนบุตร การศึกษา เครื่องนุ่งห่ม สุขภาพอนามัย อาหารหลักหมู่ที่ 1 อาหารหลักหมู่ที่ 3 และอาหารหลักหมู่ที่ 4 สูงกว่าสภาพที่ครูเป็นจริง และสำหรับองค์ประกอบที่บ่งถึงคุณภาพชีวิตทางด้านสมาชิกในครอบครัว รายได้ ที่อยู่อาศัย อาหาร (จำนวนมื้อ) อาหารหลักหมู่ที่ 2 และหมู่ที่ 3 ต่ำกว่า สภาพที่ครูเป็นจริง การจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะด้าน เพศ อายุ ประสบการณ์ การสอน เขตที่อยู่อาศัย สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตขั้นต่ำตามองค์ประกอบที่บ่งถึงคุณภาพชีวิตโดยส่วนใหญ่แล้วแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

อำนาจ สันเทพ (2532 : ก-ค) ได้ทำการศึกษาเรื่อง "ความต้องการคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในเขตสาธารณสุขเขต 5" ตาม องค์ประกอบที่บ่งถึงคุณภาพชีวิต 9 ประการ ได้แก่ 1) รายได้ 2) ที่อยู่อาศัย 3) เครื่องนุ่งห่ม 4) อาหาร 5) สุขภาพ

อนามัย 6) สมาชิกในครอบครัว 7) ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน 8) การมีส่วนร่วมในสังคม 9) ความมีเสรีภาพ ความต้องการคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐานด้านรายได้ เครื่องนุ่งห่มสุขภาพ อนามัย ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และความมีเสรีภาพสูงกว่าสภาพความเป็นจริง ส่วนองค์ประกอบด้านที่อยู่อาศัย อาหาร สมาชิกในครอบครัวและการมีส่วนร่วมในสังคมนั้น พบว่า มีความต้องการใกล้เคียงกับสภาพที่เป็นอยู่จริง เมื่อเปรียบเทียบความต้องการคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐาน ตามองค์ประกอบที่บ่งถึงคุณภาพชีวิต โดยจำแนกตัวแปรตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาทำงาน และสถานภาพสมรส พบว่า

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ชายและหญิงมีความต้องการองค์ประกอบด้านเครื่องนุ่งห่ม (ราคา) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) นอกนั้นมีความต้องการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P > 0.05$)

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ที่มีอายุต่างกันมีความต้องการองค์ประกอบด้านรายได้และการมีส่วนร่วมในสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) นอกนั้นมีความต้องการแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$)

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความต้องการองค์ประกอบที่บ่งถึงคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($P > 0.05$)

4. สถานภาพสมรส พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีความต้องการองค์ประกอบด้านรายได้และที่อยู่อาศัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

สุพรรณิ ไชยอำพร และสนธิ สมัครงการ (2534 : บทคัดย่อ) ได้พัฒนาแนวคิดโดยได้ทำการวิจัย เรื่อง "คุณภาพชีวิตของคนไทย: ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างชาวเมืองกับชาวชนบท" ซึ่งได้ศึกษาคุณภาพชีวิต ใน 13 มิติ คือ ชีวิตครอบครัว สังคม การงาน สุขภาพอนามัย การนันทนาการ ความเชื่อศาสนา ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง การได้รับการบริการทางด้านสุขภาพอนามัยและการสาธารณสุข การบริโภคสินค้าและการบริการต่างๆ การครอบครองทรัพย์สิน ท้องถิ่นของตน รัฐบาลไทย และชีวิตในเมืองไทย ผลจากการศึกษาสรุปได้ว่า คนไทยในกรุงเทพมหานครและจังหวัดภาคกลางส่วนมากมีความพึงพอใจในชีวิตของตน มิติชีวิตที่แสดงระดับความพึงพอใจสูงมาก ได้แก่ ครอบครัว ตนเอง สุขภาพอนามัย และความเชื่อและศาสนา และมิติที่มีความแตกต่างกันอยู่บ้าง สำหรับผู้ที่อยู่ในชนบทที่สำคัญก็คือ เรื่องของงานและรายได้ โดยพบว่า ผู้ที่อยู่ในชนบทและอยู่ในชุมชนแออัดของกรุงเทพมหานคร จะมีความพึงพอใจในมิตินี้ต่ำและกล่าวโดยสรุปได้ว่าคนไทยส่วนมากทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด มีความพึงพอใจในสภาพชีวิตของตนใน

ปัจจุบัน สำหรับเครื่องมือที่สร้างขึ้นพบว่า สามารถวัดคุณภาพชีวิตของคนไทยได้ดีพอสมควร แต่อาจต้องมีการปรับปรุงหรือพัฒนาในเรื่องความแม่นยำ และความเชื่อถือได้ของแบบวัด โดยเฉพาะมิติที่เกี่ยวกับการพักผ่อนหย่อนใจ การใช้เวลาว่าง ความเชื่อและศาสนา และการบริโภคสินค้าและการบริการต่าง ๆ

ปาริชาติ สุขุม (2535 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตของคนในชุมชนเมือง" ศึกษากรณีสี่เมือง กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ สงขลา และขอนแก่น โดยศึกษาคุณภาพชีวิตในลักษณะของความพึงพอใจเฉพาะด้าน ซึ่งแบ่งออกเป็นด้านชุมชน ซึ่งประกอบด้วยเมือง ที่อยู่ย่านที่ตั้งบ้านเรือนอยู่ ด้านอาชีพ ได้แก่ รายได้ ทรัพย์สิน ด้านสุขภาพ เพื่อนและญาติ ชีวิตสมรสและครอบครัว ซึ่งเป็นการทำการวิจัยสำรวจ เก็บข้อมูลสนามในเขตเมือง 4 เขต ได้แก่ 1) เขตกรุงเทพฯ (รวมนนทบุรี ปทุมธานี และสมุทรปราการ) 2) เขตเทศบาลนครเชียงใหม่ 3) เขตเทศบาลเมืองสงขลา และ 4) เขตเทศบาลเมืองขอนแก่น ผลการวิจัยโดยสรุปพบว่า ความพึงพอใจสูงสุด ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิตและครอบครัว และรองลงมา คือ ชีวิตครอบครัวเฉพาะคู่สามีภรรยาความพึงพอใจในระดับปานกลาง ได้แก่ ความพึงพอใจต่อชุมชนทั้งเมืองและย่านที่อยู่ และความพึงพอใจในระดับต่ำ ได้แก่ ความพึงพอใจในที่อยู่ พึงพอใจในชีวิตมากกว่าชนชั้นกลางและชนชั้นต่ำในด้านชีวิตครอบครัว ชีวิตสมรส อาชีพการงาน รายได้ และที่อยู่อาศัย ส่วนมิติที่ชนชั้นต่ำมีความพึงพอใจเท่าเทียมกัน คือ ความพึงพอใจในชีวิตในเมือง และสุดท้ายหญิงมีความพึงพอใจชีวิตโดยรวมมากกว่าชายเพียงเล็กน้อย

เสาวนีย์ ตนะดุลย์ (2533 : 96-99) ได้ศึกษาเรื่อง "คุณภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร" โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัย 4 ประการ คือ 1) เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจในชีวิตของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร 2) เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจในงานอาชีพครอบครัวหรือชีวิตสมรส ที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อม และความพึงพอใจในสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ และ 4) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียด ความศรัทธาและความเชื่อในไสยศาสตร์

สำหรับตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัยนี้มีทั้งหมด 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ตัวแปรอิสระเชิงโครงสร้าง 6 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และสถานภาพทางอาชีพ กลุ่มที่ 2 ตัวแปรอิสระเชิงกระบวนการ 4 ตัวแปร ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ความศรัทธาในศาสนา ความเชื่อในไสยศาสตร์ และความเครียด กลุ่มที่ 3 ตัวแปรตาม มีทั้งหมด 6 ตัวแปร ได้แก่ ความพึงพอใจในอาชีพ ความพึงพอใจในครอบครัวหรือชีวิตสมรส ความพึงพอใจในที่อยู่อาศัย ความพึงพอใจในสิ่งแวดล้อม ความพึงพอใจในสุขภาพ และความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม

ผลการศึกษารูปได้ว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตดี กล่าวคือ มีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต และเมื่อพิจารณาความพึงพอใจในมิติต่าง ๆ พบว่า ประชาชนมีความพึงพอใจในครอบครัว ชีวิตสมรส และที่อยู่อาศัยในระดับสูง มีความพึงพอใจในงานอาชีพ และสุขภาพในระดับปานกลาง และมีความพึงพอใจในสภาพแวดล้อมของคนในกรุงเทพฯ ในระดับต่ำ สำหรับการให้ความสำคัญแก่มิติต่าง ๆ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญแก่มิติครอบครัว หรือชีวิตสมรสมากที่สุด จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวมีความสำคัญกับบุคคลและเป็นมิติที่มีความสำคัญ โดยในการวิจัยนี้ศึกษาในเชิงของการรับรู้ลักษณะและปริมาณการปฏิสัมพันธ์ อันได้แก่ ความเชื่ออาทรในครอบครัวระหว่างบุคคลในครอบครัวในลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ดังกล่าว

ตัวแปรเชิงโครงสร้างที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตได้แก่ สถานภาพสมรส รายได้ และสถานภาพทางอาชีพ ตัวแปรเชิงกระบวนการกับ คุณภาพชีวิต พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ความศรัทธาในศาสนา และความเครียดมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญ

ทาคาฮาชิ ยาไซคิ (1979 อ้างถึงใน แสงรัตน์ เดชอุดม, 2543 : 45-46) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง "คุณภาพชีวิตในประเทศไทย วิเคราะห์ทางเศรษฐกิจและสังคม" โดยเขาได้เก็บรวบรวมสถิติข้อมูลจากจังหวัดต่าง ๆ 70 จังหวัดมาวิเคราะห์ตามปัจจัย 16 ปัจจัย ที่เขากำหนดขึ้น คือ 1)ปัจจัยด้านองค์ประกอบทั่วไป 2)การบริการของชุมชน 3)ศาสนา 4)เศรษฐกิจ 5)สิ่งแวดล้อม 6)อุบัติเหตุการจราจร 7)ภาวะเจริญพันธุ์ 8)การใช้แรงงานเด็ก 9)ความเป็นอุตสาหกรรม 10)การคมนาคม 11) การศึกษาขั้นพื้นฐาน 12)ภาวะการตาย 13)อาชญากรรม 14)การเคลื่อนย้ายทางประชากร 15)ผู้สูงอายุ และ 16)สุขภาพอนามัย เมื่อเขานำปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มาหาค่าและ บ่งชี้ว่าจังหวัดใดมีค่าดัชนีสูงที่สุด ต่ำสุด ผลการวิจัยพบว่า จังหวัดตราดและจันทบุรี เป็นจังหวัดที่มีดัชนีคุณภาพชีวิตสูงที่สุด ส่วนจังหวัดที่มีดัชนีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด คือ จังหวัดแม่ฮ่องสอนและจังหวัดพิจิตร และเขาพบว่าจังหวัดที่มีดัชนีคุณภาพชีวิตสูง ๆ นั้น มักจะมีรายได้ประชากรสูงเป็นเมืองที่เจริญหรือเป็นเมืองตากอากาศ เป็นต้น ส่วนจังหวัดที่มีดัชนีคุณภาพชีวิตต่ำมักจะเป็นจังหวัดที่มีสภาพแวดล้อมไม่ดี มีภาวะเจริญพันธุ์สูงและมีการศึกษาต่ำ เป็นต้น และเขาได้สรุปว่ากรุงเทพฯ ซึ่งเป็นเมืองหลวงที่มีคนรู้จักกันดีกลับไม่ได้เป็นจังหวัดที่มีคุณภาพชีวิตสูงสุด

ศรีม่วง จิตกรณกิจศิลป์ (2526 : 92-93) ได้ศึกษาเรื่อง "การรับรู้เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้อาศัยในอาคารสงเคราะห์ของการเคหะแห่งชาติ เขตห้วยขวาง" โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิต 14 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านอาหาร 2) เครื่องนุ่งห่ม ยารักษา

โรค 4) สุขภาพพลานามัย 5) ที่อยู่อาศัย 6) สิ่งอำนวยความสะดวก 7) สวัสดิการสังคม 8) การมีงานทำ 9) ชื่อเสียงเกียรติยศ 10) สิทธิเสรีภาพ 11) การศึกษา 12) สังคม สิ่งแวดล้อม 13) ศาสนา 14) ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม และสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่มีผลกระทบกระเทือนกับคุณภาพชีวิตภายใต้สิ่งที่กำหนดไว้อีก 30 ประการ ผลการศึกษาพบว่า ผู้อยู่อาศัยในอาคารสงเคราะห์ของการเคหะแห่งชาติ เขตห้วยขวาง รับรู้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์สูง และรับรู้ว่าความไม่ปลอดภัยจากโจร ผู้ร้าย และภาวะค่าครองชีพสูงมีผลกระทบกระเทือน ต่อคุณภาพชีวิตเป็นอันดับแรก นอกจากนั้นผู้อาศัยในอาคารสงเคราะห์ยังรับรู้ว่าการติดยาเสพติด สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ การว่างงานและการไร้ที่อยู่อาศัย ก็มีผลกระทบกระเทือน ต่อคุณภาพชีวิตมากเช่นกัน เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้เรื่องคุณภาพชีวิต ตามตัวแปรด้านเพศ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษาและขนาดครอบครัว โดยส่วนรวมพบว่า ผู้อยู่อาศัยในอาคารสงเคราะห์มีการรับรู้ในเรื่องปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตและเรื่องสิ่งที่มีผลกระทบกระเทือน ต่อคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันตามตัวแปรดังกล่าว

พรพรรณ ศรีทอง (2533 : ก-ค) ได้ทำการศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตของครูประถมสังกัดสำนักงานประถมศึกษาจังหวัดพิจิตร" ตามปัจจัยที่บ่งถึงคุณภาพชีวิต 8 ประการ ดังนี้ 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงเรียนและสังคม 2) ด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน 3) ด้านที่อยู่อาศัย 4) ด้านอาหารและโภชนาการ 5) ด้านการพัฒนาจิตใจให้ดีขึ้น 6) ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว 7) ด้านการทำงาน 8) ด้านการได้รับบริการทางสังคมขั้นพื้นฐาน โดยจำแนกตามตัวแปรอิสระด้านเพศ อายุ อายุราชการ สถานภาพสมรส รายได้ ภูมิสำเนาและจำนวนคนที่รับผิดชอบ ผลการศึกษาพบว่า ครูมีคุณภาพชีวิตดีตามสภาพที่เป็นจริง ร้อยละ 61.1 ครูพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตร้อยละ 75.8 และครูมีความต้องการการไปใช้สิทธิในการเลือกตั้งเป็นอันดับแรก ส่วนผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตตามสภาพที่เป็นจริง พบว่า ตัวแปรด้านรายได้ และจำนวนคนที่ต้องรับผิดชอบทำให้คุณภาพชีวิตของครูแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ประภาพร จินันทุยา (2536 : 85-86) ได้ศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง" โดยใช้ตัวแปรอิสระ 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ประกอบด้วย รายได้ เงินออม/ภาระหนี้สิน กรรมสิทธิ์ที่อยู่อาศัย การทำประกัน 2) ปัจจัยทางประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว 3) ปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัยการเป็นสมาชิกชมรม ส่วนตัวแปรตาม คือ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง การทำกิจกรรม พบว่า ร้อยละ 85 ของกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ และ

ปานกลาง มีเพียงร้อยละ 15 ที่มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ตัวแปรที่เกี่ยวกับลักษณะอาชีพสุดท้ายที่ทำ ลักษณะการอยู่อาศัย การเป็นสมาชิกชมรม ภาระหนี้สิน และโรคประจำตัว สามารถทำนาย คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 12.7 และพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คือ โรคประจำตัว ภาระหนี้สิน การทำประกันเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

พรรณภา ผึ้งผดุง (2540 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตของประชากรในชุมชนแออัดในชุมชนแออัดคลองเตย" โดยจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามขนาดครอบครัว ระยะเวลาที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพ ลักษณะครัวเรือน และรายได้ของครัวเรือน ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ครอบครัวและชุมชน ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตทั้ง 3 ด้าน คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ คือ ไม่ผ่านเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานในเขตเมือง

ศศิธร นุชนาค (2536 : ก-ข) ได้ศึกษาเรื่อง "ความเป็นจริงและความต้องการเกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐานของพนักงานขับรถประจำทางขององค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพฯ" โดยวิจัยสภาพความเป็นจริงด้านคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐาน ดังนี้ 1) ด้านอาหารและโภชนาการ 2) ด้านที่อยู่อาศัยและสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสม 3) ด้านการได้รับการบริการสังคมขั้นพื้นฐาน 4) ด้านความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย 5) ด้านรายได้ 6) จำนวนบุตรที่ปรารถนา 7) ด้านการพัฒนาความเป็นอยู่ และกำหนดวิถีของตนเองและชุมชน 8) ด้านการพัฒนาจิตใจ และ 9) ด้านสุขภาพอนามัย

โดยจำแนกตามตัวแปรอิสระ ดังนี้ เพศ อายุ ภูมิลำเนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐานส่วนใหญ่เป็นไปตามเกณฑ์ดัชนี หรือตัวบ่งชี้เกือบทุกองค์ประกอบ ยกเว้นด้านที่พนักงานมากกว่าครึ่งหนึ่งต้องการขับรถมากกว่า 8 ชั่วโมงใน 1 วัน และพนักงานส่วนใหญ่ต้องการมีบุตร 3 และ 4 คน ซึ่งนับว่าต่ำกว่าเกณฑ์

วิษณุ มัลลยเวช (2538 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตของชาวชนบทของอำเภอราชสาสน์ จังหวัดฉะเชิงเทรา" โดยใช้ตัวแปรคุณภาพชีวิต 8 ด้าน พบว่า

1. ด้านความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าตัวเองมีรายได้เพียงพอและมีความมั่นคงในอาชีพ
2. ด้านชีวิตชุมชน เห็นว่าภายในหมู่บ้านหรือชุมชนตัวเอง มีความปลอดภัยดี
3. ด้านจิตวิญญาณนักประกอบการ พบว่าระดับจิตวิญญาณของนักประกอบการอยู่ในระดับปานกลาง

4. ด้านการพักผ่อนและการใช้เวลาว่าง พบว่า กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างทำบ่อย ๆ คือ การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ และทำงานพิเศษ
5. ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เห็นว่าชุมชนของตนเองไม่มีปัญหา
6. ด้านชีวิตการทำงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเวลาพักผ่อน และทำงานไม่แน่นอนแต่เห็นว่างานตนเองไม่เสี่ยงต่อสุขภาพ
7. ด้านชีวิตภายในครอบครัว พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ความสัมพันธ์อยู่ในเกณฑ์ดี มีเพียงมิติเดียวที่ไม่ดี คือ ยังต้องมีโอกาสไปเที่ยวด้วยกัน
8. ด้านสุขภาพอนามัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพและมีจิตสำนึกในการรักษาสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี

เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย (2539 :76-92) ได้ศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตของแรงงานย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพารา จังหวัดสงขลา" เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของแรงงานย้ายถิ่น เมื่ออยู่ถิ่นเดิม กับขณะอยู่ในถิ่นปัจจุบัน รวมทั้งศึกษาปัจจัยทางประชากร สังคม เศรษฐกิจและปัจจัยการทำงาน ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของแรงงานย้ายถิ่น องค์ประกอบคุณภาพชีวิต 12 ด้าน ซึ่งมีตัวชี้วัดทั้งหมด 98 ตัว

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของแรงงานย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพาราระหว่างอยู่ถิ่นเดิม กับถิ่นที่อยู่ในปัจจุบัน พบว่าคุณภาพชีวิตของแรงงานย้ายถิ่น เมื่ออยู่ถิ่นเดิมต่ำกว่าขณะอยู่ในถิ่นปัจจุบันอยู่ 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพร่างกาย 2) ความปลอดภัย 3) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ 4) ชีวิตการทำงาน 5) ชีวิตการศึกษา 6) การรับรู้การเมือง และ 7) ความเสมอภาค และคุณภาพชีวิตเมื่ออยู่ถิ่นเดิมสูงกว่าขณะอยู่ในถิ่นปัจจุบัน มีอยู่ 4 ด้าน ได้แก่ ชีวิตครอบครัว สภาพสังคมของตนเองและการมีกิจกรรมทางวัฒนธรรม แต่คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมขณะที่อยู่ถิ่นเดิมและถิ่นที่อยู่ในปัจจุบัน แตกต่างกันอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของแรงงานย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพารา พบว่า มีเพียง 9 ปัจจัย คือ แรงงานย้ายถิ่นเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย และแรงงานย้ายถิ่นที่อายุน้อย มีการศึกษาสูง มีรายได้มากขึ้น มีลักษณะการจ้างงานแบบลูกจ้างประจำทำงานโดยไม่ต้องสัมผัสกับสารเคมี ไม่ต้องเข้าทำงานเป็นกะ มีสวัสดิการดี และทำงานในโรงงานขนาดใหญ่มีคุณภาพชีวิตดีกว่าแรงงานย้ายถิ่นที่มีอายุมาก มีการศึกษาน้อย มีรายได้ต่ำ มีการจ้างงานแบบลูกจ้างรายวัน ทำงานสัมผัสสารเคมี เข้าทำงานเป็นกะ ไม่พอใจในสวัสดิการ และมีงานในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดเล็ก

ศิริรัตน์ จันทรแสงรัตน์ (2538 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กิจกรรมนักศึกษา และสภาพแวดล้อมกับคุณภาพชีวิตนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข" ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตโดยรวมของนักศึกษาพยาบาล อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง หมวดครอบครัว สุขภาพ และจิตใจและวิญญาณ อยู่ในระดับสูง ส่วนหมวดสังคมและเศรษฐกิจ หน้าที่ และชีวิตประจำวันอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง

2. ทศนคติต่อวิชาชีพ สภาพครอบครัว งานหอพัก งานวินัยและพัฒนาการศึกษา งานกิจกรรมนักศึกษา สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือของอาจารย์และนักศึกษา สภาพทางกายภาพของแหล่งฝึกปฏิบัติ สภาพทางกายภาพของวิทยาลัยพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับ ปานกลาง ส่วนการเป็นผู้นำในกิจกรรมในฐานะกรรมการ และจำนวนนักศึกษาในห้องเรียน มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของนักศึกษาพยาบาล

3. ชั้นปีที่ศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การเป็นผู้นำในกิจกรรมในฐานะประธานรายได้ นักศึกษา รายได้ครอบครัว จำนวนนักศึกษาในวิทยาลัยพยาบาล และขนาดพื้นที่ห้องพัก ในหอพัก ต่อนักศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของนักศึกษาพยาบาล

4. ตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตโดยรวมของนักศึกษาพยาบาล ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความสำคัญตามลำดับ ดังนี้ ทศนคติต่อวิชาชีพ สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือของอาจารย์และนักศึกษา สภาพครอบครัว งานหอพัก ชั้นปีที่ศึกษา จำนวนนักศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลและการเป็นผู้นำในกิจกรรมในฐานะกรรมการ โดยร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 40.04

ชุตินา บุรณธินิต (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "ระดับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข" เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อม ความมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม และหาตัวพยากรณ์ระดับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาล สามารถสรุปผลการศึกษา ได้ดังนี้

1. ความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาล ส่วนใหญ่มีระดับความสุขสมบูรณ์ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.5 องค์ประกอบความสุขสมบูรณ์ด้านร่างกายต่ำสุด และองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณและจริยธรรมสูงสุด

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ ตำแหน่งหน้าที่ และประสบการณ์การทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาล

สภาพแวดล้อมที่บ้าน ความมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาล

3. การวิเคราะห์ถดถอยสามารถพยากรณ์ ระดับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาล ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม ความมีคุณค่าในตนเอง และรายได้ โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 24.4

อรรพรรณ สุทธางกูร (2540 : ก-ค) ได้ศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตและความมั่นคงในที่อยู่อาศัยของชุมชนแออัดในกรุงเทพฯ" โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการสำรวจลักษณะทางประชากรและสังคมของชุมชนแออัดในกรุงเทพฯ พ.ศ. 2537 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ผลการศึกษาส่วนแรกคุณภาพชีวิต พบว่าองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตมี 8 องค์ประกอบ เรียงตามลำดับความสำคัญได้ดังนี้ คือ 1) องค์ประกอบด้านสาธารณูปโภคและสาธารณูปการ มีตัวชี้วัด 8 ตัว คือ ที่ทำการไปรษณีย์ ธนาคารพาณิชย์ รถเมล์ประจำทาง เงินงบประมาณที่ได้รับ สถานีตำรวจ ตลาดสด สถานพยาบาลของรัฐ และราคาประเมินที่ดิน 2) องค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อมในชุมชน มีตัวชี้วัด 6 ตัว คือ การได้รับความช่วยเหลือ ระบบป้องกันอัคคีภัย คณะกรรมการชุมชน ทางระบายน้ำที่เหมาะสม การกำจัดขยะ และการระบาดของยาเสพติด 3) องค์ประกอบด้านประชากรและสังคมของครัวเรือน มีตัวชี้วัด 5 ตัว คือ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน จำนวนบุตรเกิดรอด อัตราการทำงาน อัตราการย้ายถิ่น และอัตราการมีชื่อในทะเบียนบ้าน 4) องค์ประกอบด้านการศึกษาและแหล่งงาน มีตัวชี้วัด 3 ตัว คือ สถานศึกษาของรัฐ วัด และโรงงานอุตสาหกรรม 5) องค์ประกอบด้านความแออัด มีตัวชี้วัด 3 ตัว คือ จำนวนบ้านในชุมชน จำนวนครัวเรือนในชุมชน และจำนวนถนน 6) องค์ประกอบด้านสภาพความเป็นอยู่ มีตัวชี้วัด 5 ตัว คือ ดัชนีระดับความเป็นอยู่ น้ำประปา สถานรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน รายได้ของครัวเรือน และอัตราการได้รับการศึกษา 7) องค์ประกอบด้านคุณสมบัติของหัวหน้าครัวเรือน มีตัวชี้วัด 4 ตัว คือ อายุ อาชีพหลัก ระยะเวลาการอยู่อาศัย และการคุมกำเนิด 8) องค์ประกอบด้านที่อยู่อาศัย มีตัวชี้วัด 3 ตัว คือ ความมั่นคงในที่อยู่อาศัย ทางเดินเท้าในชุมชนและโทรศัพท์สาธารณะ สำหรับค่าคุณภาพชีวิตซึ่งหมายถึง ค่าคุณภาพชีวิตตามสภาพที่เป็นอยู่จริงของ ลักษณะของหัวหน้าครัวเรือน ลักษณะของครัวเรือน ลักษณะของชุมชน และสาธารณูปการในท้องถิ่นที่ชุมชนแออัดตั้งอยู่ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดในองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 8 องค์ประกอบมีค่าเท่ากับ 1.595 หน่วย

ส่วนที่สอง คือ ความมั่นคงในที่อยู่อาศัย โดยศึกษาแต่ละปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงในที่อยู่อาศัยของชุมชนแออัดในกรุงเทพฯ ซึ่งศึกษาจากปัจจัยประกอบด้วยตัวแปรที่เกี่ยวข้องดังนี้ 1) ปัจจัยระดับบุคคล มี 4 ตัวแปร ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ และระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน

2) ปัจจัยระดับครัวเรือน มี 11 ตัวแปร ได้แก่ ความมั่นคงในที่อยู่อาศัย ดัชนีระดับความเป็นอยู่ ขนาดครอบครัว อัตราการมีงานทำ รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน อัตราระดับการศึกษา อัตราการมีชื่อในทะเบียนบ้าน หนี้สิน จำนวนบุตรเกิดรอด การคุมกำเนิด และอัตราย้ายถิ่น 3) ปัจจัยระดับชุมชน มี 12 ตัวแปร ได้แก่ จำนวนบ้าน จำนวนครัวเรือน การรวมกลุ่มของ ชุมชน การระบาดของยาเสพติดในชุมชน การมีสถานรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน การได้รับความช่วยเหลือ ทางเดินเท้าในชุมชน การใช้น้ำประปา ระบบป้องกันอัคคีภัย โทรศัพท์สาธารณะ ระบบกำจัดขยะ และทางระบายน้ำที่เหมาะสม 4) ปัจจัยระดับเขต (อำเภอ) มี 12 ตัวแปร ได้แก่ จำนวนถนน รถมอเตอร์ประจำทาง สถานพยาบาลของรัฐ สถานศึกษาของรัฐ ตลาดสด ธนาคารพาณิชย์ จำนวนวัด โรงงานอุตสาหกรรม สถานีตำรวจ ที่ทำการไปรษณีย์ ราคาประเมินที่ดินและงบประมาณที่ได้รับ

ชนากานต์ บุญนุช (2540 : 145-150) ได้ศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช" ตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 9 มิติ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตที่เป็นจริงและระดับความพึงพอใจอยู่ระดับปานกลาง แต่มีความต้องการปรับปรุงเพิ่มเติมในคุณภาพชีวิตทุกมิติ เมื่อจัดลำดับความสำคัญของแต่ละมิติจากสำคัญมากไปน้อยพบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัว การศึกษา ภาวะแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย สุขภาพอนามัย ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การทำงาน การพัฒนาจิตใจ อาหารและโภชนาการ และเครื่องนุ่งห่ม มีลำดับความสำคัญลดหลั่นกันมาตามลำดับการทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติ เมื่อจำแนกตามตัวแปรอิสระด้านจำนวนบุคคลในความรับผิดชอบ ภาวะหนี้สิน และสวัสดิการหอพัก พบว่า ไม่มีความแตกต่างในทุก ๆ มิติ ของคุณภาพชีวิต แต่เมื่อจำแนกตามตัวแปรอิสระด้านความพอเพียงของรายได้ การออม และกรรมสิทธิ์ที่อยู่อาศัย พบว่ามีความแตกต่างถึง 8 มิติของคุณภาพชีวิต จากการวิจัยทำให้ทราบด้วยว่าระดับ คุณภาพชีวิตที่เป็นจริงและระดับความพึงพอใจไม่จำเป็นต้องมีผลออกมาสอดคล้องกัน และไม่ว่าจะสอดคล้องหรือไม่ก็ตาม ต่างก็มีความต้องการปรับปรุงเพิ่มเติมทุกมิติ

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, สำนักวิจัย (2541ค : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองภาคเหนือ" มีวัตถุประสงค์ประการแรกเพื่อสำรวจคุณภาพชีวิต โดยมุ่งสำรวจคุณภาพชีวิตใน 5 มิติ ได้แก่ ความเกื้อกูลอาหารในครอบครัว ความพึงพอใจในการทำงาน ความเครียด ตลอดจนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและความพึงพอใจชีวิตในเขตเมือง ประการที่สอง เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรภูมิหลังและมิติต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิต และประการที่สาม เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ ของคนในเขตเมืองภาคเหนือกับเขต กรุงเทพฯและเขตเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การศึกษานี้ได้ทำการสุ่มตัวอย่าง 1,500 ตัวอย่าง

จากประชากรในเขตเทศบาลเมือง 6 จังหวัด คือเชียงใหม่ เชียงราย แพร่ นครสวรรค์ ตาก และ พิษณุโลก

ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองภาคเหนือ มีคุณภาพชีวิตที่ดี กล่าวคือ คนในเขตเมืองภาคเหนือโดยรวมแล้วมีความพึงพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ในจังหวัดของตนเอง ทั้งในด้านการให้บริการของรัฐในด้านต่างๆ ด้านครอบครัว มีความเกื้อกูลอาหารต่อกัน มีความพึงพอใจกับสถานที่และสภาพแวดล้อมในการทำงานไม่มีความเครียดและไม่มีปัญหากับสภาวะทางด้านสิ่งแวดล้อม

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรภูมิลักษณ์กับมิติต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิต พบว่าระดับการศึกษาเป็นตัวแปรที่มีบทบาทสำคัญมากที่สุด ที่มีผลต่อความพึงพอใจในงาน ความเครียด และความพึงพอใจชีวิตในเขตเมืองภาคเหนือโดยรวม และมีผลทางอ้อมต่อความพึงพอใจในงาน สถานภาพสมรส เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความเกื้อกูลอาหารในครอบครัว เมื่อพิจารณากับมิติต่างๆ อาจสรุปได้ดังนี้ 1) ความพึงพอใจในงานและความเกื้อกูลอาหารในครอบครัวต่างส่งผลต่อกันในเชิงบวก 2) ความพึงพอใจในงานและความเครียดต่างส่งผลต่อกันในเชิงลบ 3) ความพึงพอใจในงานและความพึงพอใจชีวิตในเขตเมืองต่างส่งผลต่อกันในเชิงบวก 4) ความเกื้อกูลอาหารในครอบครัวและความพึงพอใจชีวิตในเขตเมืองต่างส่งผลต่อกันในเชิงบวก 5) ความเกื้อกูลอาหารในครอบครัวและความเครียดต่างส่งผลต่อกันในเชิงลบ และ 6) ทศนคติทางด้านสิ่งแวดล้อมและความพึงพอใจชีวิตในเขตเมืองต่างส่งผลต่อกันในเชิงบวก

เมื่อทำการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองภาคเหนือกับในกรุงเทพฯ และคนในเขตเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า คุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองภาคเหนือ และคุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีคุณภาพชีวิตที่ดีพอ ๆ กัน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าคนในกรุงเทพฯ โดยเฉพาะในด้านสภาพแวดล้อม และคุณภาพชีวิตด้านการงาน มีความพึงพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ในจังหวัดของตน

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. สำนักวิจัย (2541ข : 223-226) ได้ทำการศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยศึกษาถึงการดำรงชีวิตและปัจจัยที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตอยู่ต่อไปในจังหวัดของผู้อาศัยอยู่ในเขตเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมิติที่ศึกษาได้แก่ คุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว คุณภาพชีวิตด้านการงาน คุณภาพชีวิตด้านความเครียด คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตด้านชีวิตในเมือง ได้เก็บข้อมูลจากจังหวัดขอนแก่น หนองคาย นครราชสีมา สกลนคร อุบลราชธานี และยโสธร จำนวน 1,200 คน

ผลการศึกษาพบว่าในการดำรงชีวิตของคนในเขตเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) คุณภาพชีวิตโดยรวม คนในเขตเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเมินชีวิตตนเองในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาว่ามีสภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 54.2 ส่วนร้อยละ 40.0 มีสภาพชีวิตเหมือนเดิมมีเพียงร้อยละ 5.8 เท่านั้นที่มีสภาพชีวิตที่เลวลง ร้อยละ 94.5 มีความพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ในจังหวัดที่ตนอาศัยอยู่ และร้อยละ 92.0 ต้องการดำเนินชีวิตในจังหวัดต่อไป 2) คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว คนในเขตเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าดัชนีคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวโดยรวมเท่ากับ 3.402 นับว่ามีคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวค่อนข้างสูง ส่วนใหญ่มีความภาคภูมิใจในครอบครัวสูง สำหรับคุณภาพชีวิตของ ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับอายุ การศึกษา อาชีพ และสถานภาพสมรส โดยกลุ่มที่มีอายุ 40-49 ปี กลุ่มที่มีการศึกษาสูง กลุ่มสมรสแล้วอยู่ด้วยกันและกลุ่มอาชีพที่มีความมั่นคง เช่น ราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ส่วนใหญ่จะมีคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวดีกว่ากลุ่มอื่น ๆ 3) คุณภาพชีวิตด้านการงาน มีดัชนีคุณภาพชีวิตด้านการงานโดยรวมเท่ากับ 3.185 นับว่ามี คุณภาพชีวิตการงานค่อนข้างสูง คุณภาพชีวิตด้านการงานมีความสัมพันธ์กับตัวแปรภูมิลำเนา โดยกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูง อาชีพราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและธุรกิจส่วนตัว กลุ่มผู้สมรสแล้วอยู่ด้วยกัน กลุ่มหัวหน้าครอบครัวและคู่สมรส และกลุ่มผู้มีรายได้สูงจะมีคุณภาพชีวิตด้านการงานสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ 4) คุณภาพชีวิตด้านความเครียด โดยรวมมีดัชนีความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 1.774 ซึ่งถือได้ว่าค่อนข้างต่ำ คุณภาพชีวิตด้านความเครียดจะมีความสัมพันธ์กับตัวแปรภูมิลำเนา โดย ผู้หญิง กลุ่มอาชีพกรรมกรรับจ้าง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มที่มีการศึกษาน้อยและกลุ่มผู้เป็นบุตร/ผู้อาศัยจะมีความเครียดมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ 5) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ดัชนีโดยรวมเท่ากับ 1.423 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับตัวแปรภูมิลำเนา โดยกลุ่มที่มีการศึกษาสูง กลุ่มคนโสดและกลุ่มที่เป็นบุตรจะเป็นกลุ่มที่รับรู้ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ 6) คุณภาพชีวิตด้านชีวิตในเมืองมีดัชนีเท่ากับ 2.903 ซึ่งถือว่าอยู่ระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตด้านชีวิตในเมืองจะมีความสัมพันธ์กับตัวแปรภูมิลำเนา คือ อายุ การศึกษา และสถานภาพสมรส คนในเขตเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินอยู่ในระดับดี ความปลอดภัยในละแวกบ้านและความความอบอุ่นใจในการพิทักษ์ดูแลจากเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง การคมนาคมสะดวก การได้รับการบริการด้านสาธารณสุขจากรัฐอยู่ในระดับปานกลาง โดยรวมถือว่าคนเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความสะดวกสบายและพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ในจังหวัดตน

ในด้านปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการดำรงชีวิตอยู่ต่อไปในจังหวัด โดยการวิเคราะห์ การถดถอยแบบโลจิสติก แบ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่ทำงานและกลุ่มที่ไม่ทำงาน พบว่า 1) กลุ่มบุคคลที่ทำงาน

ร้อยละ 92.3 ต้องการดำรงชีวิตอยู่ต่อไปในจังหวัด ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความต้องการดำรงชีวิตอยู่ ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ คุณภาพชีวิตการทำงาน และคุณภาพชีวิตด้านชีวิตในเมือง 2) กลุ่มบุคคลที่ไม่ทำงาน ได้แก่ นิสิต นักศึกษา แม่บ้านและผู้ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 91.1 ต้องการดำรงชีวิตอยู่ต่อไปในจังหวัด ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการดำรงชีวิตอยู่ต่อไป ได้แก่ การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและความเครียด

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. สำนักวิจัย (2541ง : 154-156) ได้ศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองภาคใต้ของประเทศไทย" โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนามาตรวัดคุณภาพชีวิต เพื่อสำรวจคุณภาพชีวิตของคนในเขตเมือง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรภูมิหลังกับตัวแปรคุณภาพชีวิต และเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองภาคใต้กับกรุงเทพฯและภาคอื่น ๆ กลุ่มตัวอย่าง 1,500 ตัวอย่าง ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ปัตตานี หนองสงขลา สุราษฎร์ธานี และภูเก็ต

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.9 อยู่ในเกณฑ์ที่มีคุณภาพชีวิต "ดี" ร้อยละ 1.7 มีคุณภาพชีวิต "ไม่ดี" และอีกร้อยละ 20.4 เป็นกลุ่มที่สรุปผลระดับคุณภาพชีวิตไม่ได้ เมื่อพิจารณาจากด้านความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า โดยเฉลี่ยแล้วคนในเขตเมืองภาคใต้มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของตนในระดับปานกลาง มีความเครียดต่ำ มีคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวในเกณฑ์ดี และคนส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ยกเว้นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีปัญหา ซึ่งประชาชนกลุ่มนี้มีประมาณร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่กระทบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของคนในเขตเมืองภาคใต้ด้วย Linear probability model นั้นสรุปได้ว่า ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในปัจจุบันจะถูกกำหนดด้วยคุณภาพชีวิตที่ตนได้รับในอดีตและการวางแผนว่าจะอยู่ต่อไปในอนาคต มากกว่าที่จะขึ้นอยู่กับตัวแปรภูมิหลัง คือ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว และรายได้ และตัวแปรคุณภาพชีวิต ด้านการทำงาน ด้านความเครียด ด้านชีวิตในครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อม ตัวแปรภูมิหลังที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตปัจจุบันได้แก่ เพศ และสถานภาพสมรส โดยเพศหญิงจะมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตมากกว่าเพศชาย ผู้ที่สมรสและได้อยู่ด้วยกันจะมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในปัจจุบันมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสอื่น ส่วนตัวแปรคุณภาพชีวิต 4 มิติ ที่ศึกษา พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน ได้แก่ ความพึงพอใจในการทำงาน และความพึงพอใจในด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ที่มีความพึงพอใจในการทำงานจะมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตปัจจุบันด้วย ในขณะที่ปัญหา

สิ่งแวดล้อมถึงแม้ว่าผู้ตอบจะรู้สึกว่ามีปัญหาน้อย แต่ก็มีผลกระทบต่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตด้วย

ผลการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในภาพรวมของภาคใต้กับภาคอื่น ๆ พบว่าคุณภาพชีวิตมิได้ขึ้นอยู่กับตัวแปรภูมิหลัง และตัวแปรคุณภาพชีวิตเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับความแตกต่างในถิ่นที่อยู่อาศัย โดยภาคเหนือเป็นภาคที่มีสัดส่วนของผู้อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตดีสูงที่สุด รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และกรุงเทพฯ

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. สำนักวิจัย (2541ก : 191-199) ได้ทำการศึกษาเรื่อง " คุณภาพชีวิตของคนในกรุงเทพมหานคร " โดยใช้มิติต่าง ๆ คือ ความพึงพอใจบริการของรัฐ ความเกื้อกูลอาหารในครอบครัว ความพึงพอใจในการทำงาน ความเครียด และฐานะทางเศรษฐกิจ และยังศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรภูมิหลัง และมิติต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิตด้วยกลุ่มตัวอย่างจาก 36 เขตในกรุงเทพฯ จำนวน 1,000 ครอบครัว

ผลการวิจัยพบว่า ในภาพรวมคนในกรุงเทพฯ มีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ เป็นเจ้าของสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน มีความพึงพอใจในการทำงาน มีความเกื้อกูลอาหารในครอบครัว มีความเครียดน้อย คนในกรุงเทพฯ ประมาณร้อยละ 60 มีความเห็นว่า 1) ชีวิตความเป็นอยู่ได้เปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น ในช่วงเวลาจากอดีตที่ผ่านมา 5 ปีจนถึงปัจจุบัน 2) มีความพึงพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ในกรุงเทพฯ และ 3) ต้องการที่จะดำเนินชีวิตในกรุงเทพฯต่อไป ในทางลบ คนในกรุงเทพฯยังประสบปัญหาหลายด้าน คือ ปัญหาจราจรติดขัดเป็นปัญหาแรก นอกจากนี้ ประชาชนในกรุงเทพฯ ร้อยละ 60 ที่ไม่พึงพอใจบริการของรัฐ โดยเห็นว่าการศึกษาระดับมัธยมศึกษาของไทยไม่มีคุณภาพ การให้บริการในโรงพยาบาลของรัฐยังไม่ดีพอ ขาดความอบอุ่นใจกับการพิทักษ์ดูแลของเจ้าหน้าที่ตำรวจ และเห็นว่ากฎหมายไทยยังไม่มีประสิทธิภาพ ความพึงพอใจในงานและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้านความเกื้อกูลอาหารในครอบครัวเป็นสิ่งที่มักจะพบควบคู่กัน ในขณะที่ความพึงพอใจในงานมักจะเครียดน้อย แต่ยังไม่พึงพอใจงานจะยิ่งเครียดมากขึ้น และความพึงพอใจในงานกับคุณภาพชีวิตในกรุงเทพฯในส่วนรวมพบว่าควบคู่กัน

คนในกรุงเทพฯ ร้อยละ 60 มีความเกื้อกูลอาหารในครอบครัวในระดับดี โดยส่วนใหญ่เป็นหญิง กลุ่มผู้มีอายุน้อย กลุ่มผู้มีการศึกษาสูง กลุ่มอาชีพรับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ กลุ่มผู้สมรสแล้ว มีฐานะและพึงพอใจในการทำงาน ประชากรร้อยละ 86.5 มีความพึงพอใจในการทำงานโดยที่ ผู้ที่มีความพึงพอใจในการทำงานจะเป็นชายมากกว่าหญิง เป็นผู้ที่มีการศึกษาสูง อาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ สมรสแล้ว มีรายได้สูงหรือฐานะดี ในด้านความเครียด ประชากรส่วนใหญ่มีความเครียดบ้าง ผู้ที่เครียดจะเป็นหญิง มีการศึกษาน้อย คนจนและคนรวยมี

ความเครียดสูงกว่าคนที่มีความรู้ระดับปานกลาง สิ่งแวดล้อมในกรุงเทพฯ มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของประชาชนที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ แต่ประชากรส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าเป็นปัญหา

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรภูมิหลังและมิติต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิต พบว่า 1) อายุ การศึกษา และอาชีพประกอบธุรกิจส่วนตัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับฐานะทางเศรษฐกิจ 2) การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ความถี่ของการรับประทานอาหารในครอบครัว ความพึงพอใจชีวิตในกรุงเทพฯ อาชีพรับราชการ และอาชีพประกอบธุรกิจส่วนตัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจในงาน ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงลบ ได้แก่ ความเครียดและการมีอาชีพเป็น แม่บ้าน 3) อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ การเป็นนักศึกษา ความพึงพอใจในงาน มาความสัมพันธ์เชิงบวกกับความถี่ของการรับประทานอาหารในครอบครัว 4) อายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเครียด ในขณะที่การศึกษาและความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเครียด หญิงมีความเครียดมากกว่าชาย และบุคคลที่รู้สึกว่สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ มีความเครียดมากกว่าบุคคลที่รู้สึกว่สิ่งแวดล้อมเป็นพิษน้อย 5) การศึกษาและความรู้สึกต่อสิ่งแวดล้อมเป็นพิษมากมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความพึงพอใจในชีวิตในกรุงเทพฯ ส่วนความพึงพอใจในการทำงานมีความสัมพันธ์ในด้านบวก

วราภรณ์ รัตนเวสส์ (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตของแรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ ในอำเภอปากช่องจังหวัดนครราชสีมา" เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิต ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของแรงงานในโรงงานทั้ง 7 ด้าน แรงงานมีคุณภาพชีวิตในด้านครอบครัวสูง ด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจต่ำ ส่วนคุณภาพชีวิตการทำงาน ด้านสุขภาพ ด้านความเสมอภาค ด้านการพักผ่อนหย่อนใจและด้านความเชื่อศาสนา อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านความพึงพอใจและการให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิต พบว่า แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอมีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต ด้านครอบครัวในระดับสูง ส่วนความพึงพอใจต่อสภาพคุณภาพชีวิตด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ด้านชีวิตการทำงาน ด้านสุขภาพ ด้านความเสมอภาค ด้านการพักผ่อนหย่อนใจ และด้านความเชื่อศาสนา มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น และแรงงานเหล่านี้ให้ความสำคัญกับครอบครัวมากที่สุด รองลงมา คือ ชีวิตการทำงาน ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของแรงงาน ได้แก่ ปัจจัยด้านสภาพสมรส รายได้และความเครียด สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเรื่องความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เนื่องจากรายได้ที่ได้รับค่อนข้างน้อย นอกจากนี้ในเรื่องของสวัสดิการการรักษาพยาบาล แรงงานไม่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาล เนื่องจากเป็นลูกจ้างรายวัน

กรรณิการ์ สุขเกษม และพลาพรรณ คำพรรณ (2543 : 18-26) ได้เสนองานวิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของประชากรในเขตเมืองภาคกลาง" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง "คุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองภาคกลาง" ที่ศึกษาในปี 2541 โดยกำหนดคุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ 12 ด้าน และคุณภาพชีวิตในภาพรวม คือ 1) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 2) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม 3) คุณภาพชีวิตด้านสาธารณูปโภค 4) คุณภาพชีวิตด้านการรับข้อมูลข่าวสาร 5) คุณภาพชีวิตด้านการพักผ่อนหย่อนใจ 6) คุณภาพชีวิตด้านสังคม 7) คุณภาพชีวิตด้านการงาน 8) คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว 9) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 10) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต 11) คุณภาพชีวิตด้านสติปัญญา 12) คุณภาพชีวิตด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และ 13) คุณภาพชีวิตในภาพรวม ส่วนตัวแปรอิสระแบ่งเป็นกลุ่มปัจจัยด้านต่าง ๆ คือ 1) ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ความคงทนของบ้าน การมีบริเวณบ้าน การเป็นเจ้าของบ้าน และที่ดิน 2) ปัจจัยประชากร ได้แก่ เพศ สถานภาพในครอบครัว อายุ จำนวนสมาชิก จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ จำนวนสมาชิกที่มีรายได้ 3) ปัจจัยสังคม ได้แก่ การศึกษา การศึกษาคู่สมรส สถานภาพสมรส 4) ปัจจัยเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ของ ครอบครัว ความพอเพียงของรายได้ การมีเงินออม การมีหนี้สิน การมีเงินให้กู้ อาชีพ คะแนนสินค้า และ 5) ปัจจัยทัศนคติ ได้แก่ การเปรียบเทียบชีวิตกับเมื่อ 5 ปีก่อน การคิดจะย้ายไปที่อื่น ความพึงพอใจในชีวิต

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนผู้ที่มีรายได้ในครอบครัว เพศชายและหัวหน้าครัวเรือน การศึกษาของตนเอง รายได้ของครอบครัว ความพอเพียงของรายได้ การคิดจะย้ายไปที่อื่น และคะแนนความพึงพอใจในชีวิต โดยตัวแปรอิสระที่มีผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิต คือ การศึกษา จำนวนผู้ที่มีรายได้ในครัวเรือน ความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจของรายได้ เพศชายและหัวหน้าครัวเรือน ส่วนตัวแปรที่มีผลในเชิงลบ ได้แก่ รายได้ของครอบครัว และการที่เขาคิดว่าจะย้ายไปอยู่ที่อื่น จากนั้นได้นำคุณภาพชีวิตในภาพรวมมาหาความสัมพันธ์กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ คุณภาพชีวิต 5 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยประชากร ปัจจัยสังคม ปัจจัยเศรษฐกิจและปัจจัยทัศนคติ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเศรษฐกิจมี อิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด รองลงมา คือปัจจัยการศึกษา และทัศนคติ

แสงรัตน์ เดชอุดม (2543 :149-154) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของครูพี่เลี้ยงศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์สังกัดกรมศาสนา ตามองค์ประกอบ 10 ด้าน คือ 1) อาหารและโภชนาการ 2) เครื่องนุ่งห่ม 3) สุขภาพอนามัย 4) สภาวะแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย 5) ความสัมพันธ์ในครอบครัว 6) ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน 7) การได้รับบริการขั้นพื้นฐานทางสังคม 8) ความพอใจในการทำงาน 9) การได้รับบริการการศึกษา 10) การพัฒนาจิตใจ การรับรู้คุณภาพชีวิตที่เป็นจริง

อยู่ในระดับปานกลางและความต้องการปรับปรุงการรับรู้คุณภาพชีวิตที่เป็นจริงอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ผลการทดสอบความแตกต่างการรับรู้คุณภาพชีวิตที่เป็นจริงของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรอิสระด้านต่าง ๆ พบว่า ตัวแปรด้านขนาดของศูนย์ สถานภาพสมรส อายุ ภูมิฐานะ และจำนวนบุคคลในความรับผิดชอบมีการรับรู้คุณภาพชีวิตทั้ง 10 ด้านแตกต่างกัน แต่ตัวแปรด้านวุฒิการศึกษา การรับรู้คุณภาพชีวิตทั้ง 10 ด้าน ไม่มีความแตกต่างกัน

2.7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน

กัลยา ดิษเจริญ (2538 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานระดับกลางในอุตสาหกรรมขนาดกลาง เขตกรุงเทพมหานคร" โดยศึกษาเฉพาะมิติความพึงพอใจในการทำงานใน 5 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ ลักษณะงาน ความก้าวหน้าในการทำงาน ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และผลตอบแทนหรือรายได้ ผลการศึกษาพบว่า พนักงานระดับกลางในอุตสาหกรรมขนาดกลางเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี เป็นโสด จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมีระยะเวลาการทำงานอยู่ในช่วง 2-10 ปี เคยทำงานในบริษัทอื่นมาก่อนและทำงานในบริษัทปัจจุบันไม่เกิน 5 ปี มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ระหว่าง 5-8 คน มีรายได้ประจำหรือเงินเดือน 4,000-8,000 บาท และประมาณครึ่งหนึ่งไม่มีโอกาสในการฝึกอบรม/ดูงาน/สัมมนา

พนักงานระดับกลางในอุตสาหกรรมขนาดกลางเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 80.0 มีระดับคุณภาพชีวิตการทำงานในมิติความพึงพอใจในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง และในส่วนขององค์ประกอบย่อยทั้ง 5 ของความพึงพอใจในการทำงาน พบว่า พนักงานระดับกลางในอุตสาหกรรมขนาดกลางเขตกรุงเทพฯ มีความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา (ร้อยละ 66.7) และความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน (ร้อยละ 56.7) ในระดับสูง ส่วนความพึงพอใจในลักษณะงาน (ร้อยละ 56.7) และความพึงพอใจในความก้าวหน้า (ร้อยละ 50.8) อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับความพึงพอใจในผลตอบแทนอยู่ในระดับปานกลางและต่ำเกือบพอ ๆ กัน (ร้อยละ 47.5 และ 41.7) ส่วนระดับของปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตการทำงานในมิติความพึงพอใจในการทำงาน ได้แก่ การสนับสนุนของครอบครัว ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.3) อยู่ในระดับสูง แรงจูงใจไม่สัมฤทธิ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.3) อยู่ในระดับปานกลาง และผลของความคาดหวังที่ได้รับจากการทำงานส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.0) อยู่ในระดับต่ำ

สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ และคณะ (2540 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเรื่อง "คุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการพลเรือน" กลุ่มตัวอย่างจำนวน 6,487 คน องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

ประกอบด้วย 4 ประการ คือ ลักษณะงาน ความเกี่ยวข้องผูกพันกับงานความพึงพอใจในงาน เฉพาะด้าน และความพึงพอใจในงานโดยรวม ผลการศึกษาพบว่า ข้าราชการพลเรือน สังกัด ราชการส่วนกลางมีคุณภาพชีวิตการทำงานด้านลักษณะงาน ความพึงพอใจในงานรายด้าน โดยรวม และการรับรู้ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคุณภาพชีวิตการทำงาน ด้านความเกี่ยวข้อง ผูกพันกับงานอยู่ในระดับมาก ในด้านความก้าวหน้าในงานและสัมฤทธิ์ผล ของงานในรอบปีที่ผ่านมา พบว่า ข้าราชการพลเรือนทุกสังกัดรับรู้ว่ามีผลดีมีความก้าวหน้า ในงานอยู่ในระดับปานกลาง และรับรู้ว่ามีสัมฤทธิ์ผลของงานในระดับมาก ปัจจัยที่มีผลต่อต่อ คุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวม ซึ่งพบว่า ข้าราชการพลเรือนสังกัดราชการส่วนกลางเห็นว่า ปัจจัย 5 ประการต่อไปนี้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานเป็นอย่างยิ่ง คือ 1) ความก้าวหน้า 2) ค่าตอบแทน 3) การพัฒนาข้าราชการเพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงาน 4) สวัสดิการ และ 5) ผู้บังคับบัญชาและการปกครองบังคับบัญชา นอกจากนี้จากการศึกษาปัจจัยภูมิหลังของข้าราชการที่มีผล ต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน พบว่า มีปัจจัยเสริมอีก 13 ปัจจัย ที่ร่วมกันทำนายความแปรปรวนของ คุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการพลเรือนได้ประมาณร้อยละ 8 ตัวแปรทำนายคัดสรรเหล่านี้ ได้แก่ ระดับตำแหน่ง ตำแหน่งหน้าที่ทั่วไป ตำแหน่งหน้าที่วิชาชีพเฉพาะหรือเชี่ยวชาญเฉพาะ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนบุตร ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งปัจจุบัน เพศ การเดินทางโดย รถยนต์ อุปการะผู้อื่น ระยะทางในการเดินทางไปกลับ และรายได้พิเศษโดยเฉลี่ยต่อเดือน

พา ไผ่จันทร์ดี (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการ ครู สังกัดกรมสามัญศึกษา ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ " จากกลุ่มตัวอย่าง 7 โรงเรียน จำนวน 198 คน วัดคุณภาพชีวิตการทำงาน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ค่าตอบแทนที่เหมาะสม 2) การพัฒนาความสามารถของบุคลากร 3) ความก้าวหน้าในการทำงาน 4) ธรรมเนียมในองค์กร 5) ความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น และ 6) ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับหน่วยงานส่วนอื่น ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการครูในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

สุทิน บุญแข็ง (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการ ครู สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดอำนาจเจริญ" กลุ่มตัวอย่างจำนวน 256 คน โดยมีองค์ ประกอบของคุณภาพชีวิตการทำงาน 6 ด้าน คือ 1) ค่าตอบแทนที่เหมาะสม 2) การพัฒนาความรู้ ความสามารถ 3) ความก้าวหน้าในงาน 4) ธรรมเนียมในองค์กร 5) ความสมดุลระหว่างชีวิตกับ งาน และ 6) ความสัมพันธ์กับหน่วยงานอื่น ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการครูในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานด้าน

ความสัมพันธ์กับหน่วยงานอื่นอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการพัฒนาความรู้ความสามารถ ด้านธรรมเนียมในองค์กร ด้านความก้าวหน้าในงาน และด้านความสมดุลระหว่างชีวิตกับงานอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตการทำงาน ได้แก่ อายุ เงินเดือน ลักษณะงาน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน

ปิ่นมณี แก้วเวชวงศ์ (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าพนักงานเรือนจำ ศึกษากรณีเรือนจำพิเศษกรุงเทพมหานคร" โดยศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงาน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ลักษณะงานที่ทำ 2) สภาพแวดล้อมในการทำงาน 3) ความปลอดภัยในการทำงาน 4) ความสัมพันธ์ของบุคคลในหน่วยงาน และ 5) ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การทำงาน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าพนักงานเรือนจำมีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง และพิจารณารายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานในด้านความสัมพันธ์ของบุคลากรในหน่วยงานดีกว่าด้านอื่น ๆ ในขณะที่ด้านความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับต่ำสุด

สัสยา วาทยานนท์ (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตในการทำงานของข้าราชการสำนักงานวิเคราะห์วิจัยและพัฒนาทาง กรมทางหลวง" กลุ่มตัวอย่างจำนวน 103 คน วัดคุณภาพชีวิตในการทำงาน 4 ด้าน คือ 1) ด้านความก้าวหน้า 2) ด้านการผูกพันในงาน 3) ด้านสภาพแวดล้อม และ 4) ด้านความยุติธรรมในการทำงาน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานของข้าราชการ สำนักงานวิเคราะห์วิจัยและพัฒนาทางในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคุณภาพชีวิตทางด้านการผูกพันในงานสูงกว่าด้านอื่น ๆ ด้านที่รองลงมาได้แก่ ความก้าวหน้า ความยุติธรรมและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ตามลำดับ

รมิตา อ้นวงษ์ (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา "คุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช " จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 303 คน องค์กรประกอบคุณภาพชีวิตการทำงานประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ค่าตอบแทนที่เหมาะสม 2) การพัฒนาความสามารถของบุคลากร 3) ความก้าวหน้าในงาน 4) ธรรมเนียมในองค์กร 5) ความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น ๆ และ 6) การเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับหน่วยงานส่วนอื่น ผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านค่าตอบแทนที่เหมาะสม ด้านการพัฒนาความสามารถของบุคลากร ด้านความก้าวหน้าในงาน ด้านธรรมเนียมในองค์กร ด้านความสมดุล

ระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น และด้านการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับหน่วยงานส่วนอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน

เบญจรงค์ บำรุงสุข (2542 : 98-102) ได้ศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการกองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข" กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จำนวน 175 คน คุณภาพชีวิตการทำงานประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ 1)ค่าตอบแทนที่เพียงพอ และยุติธรรม 2)สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ 3)ความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน 4)การพัฒนาความสามารถของบุคคล 5)บูรณาการด้านสังคมหรือการทำงานร่วมกัน 6)ธรรมเนียมในองค์กร 7)ความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น ๆ และ8)การเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม ผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานรวมทุกด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้าน ทั้ง 8 ด้าน เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ลำดับ ค่าเฉลี่ยได้ ดังนี้ คือ ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ ด้านการบูรณาการด้านสังคมหรือการทำงานร่วมกัน ด้านธรรมเนียมในองค์กร ด้านการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น ด้านการพัฒนาความสามารถของบุคคล ด้านความก้าวหน้า และความมั่นคงในงาน และด้านค่าตอบแทนที่เหมาะสมและยุติธรรมตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานได้แก่ ระดับตำแหน่งหน้าที่ การรับรู้ และค่านิยม

พจมาน ศรีเสริมวัฒน์ (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี" กลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตการทำงานประกอบด้วย 7 ด้าน คือ 1) ค่าตอบแทนที่เหมาะสม 2) การพัฒนาความรู้ความสามารถ 3) ความก้าวหน้าในงาน 4) ธรรมเนียมในองค์กร 5) ความสมดุลระหว่างวิถีชีวิตกับงาน 6) ความสัมพันธ์กับหน่วยงานอื่น และ7) ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานในด้านความสัมพันธ์กับหน่วยงานอื่น และในด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ส่วนในด้านค่าตอบแทนที่เหมาะสม ด้านการพัฒนาความรู้ความสามารถ ด้านความก้าวหน้าในงาน ด้านธรรมเนียมในองค์กร ด้านความสมดุลระหว่างวิถีชีวิตกับงาน มีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานได้แก่ เพศ สถานภาพตำแหน่ง สายงาน ลักษณะงาน การปกครองบังคับบัญชา และสภาพแวดล้อมในการทำงาน

2.7.3 งานวิจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

หัสยา เกตุจิตร (2542 : 112-114) ได้ศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดกองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข" คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพประกอบด้วย ด้านสถานะสุขภาพ ด้านการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย ด้านสุขภาพจิต ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านสุขนิสัยประจำวัน ด้านการดูแลตนเองตามพัฒนาการ และด้านการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ตัวแปรอิสระประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ปัจจัยแวดล้อม คือ สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และสภาพแวดล้อมทางกายภาพในที่อยู่อาศัยและสถานที่ทำงาน ผลการศึกษาสรุปได้ คือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านโภชนาการและด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง ด้านสถานะสุขภาพด้านการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย ด้านสุขนิสัยประจำวัน ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการดูแลตนเองตามพัฒนาการ และด้านการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่า รายได้ สถานภาพสมรส สัมพันธภาพในครอบครัว และสภาพแวดล้อมทางกายภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข

ชนิกานต์ สมจारी (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการใช้สิทธิปัญญาของชาวไทยมุสลิมในชุมชนชนบท อำเภอริ้วเสาะ จังหวัดนราธิวาส" ผลการศึกษาพบว่า สภาพปัจจุบันด้านสุขภาพ ครวเรือนมีการดูแลเอาใจใส่สุขภาพ หากมีการเจ็บป่วยก็จะได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม พบว่า ภายหลังรับการรักษากลายเป็นปกติ โดยใช้จ่ายเงินในการดูแลรักษาพยาบาลเพียงเล็กน้อย เนื่องจากทุกครัวเรือนมีหลักประกันสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ เช่น บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ บัตรผู้พิการ บัตรผู้สูงอายุ และการดูแลเด็ก 0-12 ปี เป็นต้น จึงช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายได้ในระดับหนึ่ง มีสมาชิกในครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม คือ ฝุ่นละอองบ้าง แต่ก็ได้รับการรักษาที่ถูกวิธีและเหมาะสม ครวเรือนมีสมาชิกที่มีอาการทางจิตประสาท โดยแสดงออกในรูปของอาการป่วยทางกาย แต่ก็ได้รับการรักษาที่ถูกวิธีเช่นกัน ครวเรือนมีพฤติกรรมอนามัยที่แสดงออกถึงการส่งเสริมสุขภาพ และมีการติดตามข่าวสารทางสุขภาพ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

นงนุช เหมนิรัญพงศ์ (2541 : 118-119) ได้ศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการใช้สิทธิปัญญาของชาวไทยมุสลิมในชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา" คุณภาพชีวิตด้าน

สุขภาพมีตัวชี้วัด ได้แก่ การเจ็บป่วย การดูแลรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สุขภาพจิต และการส่งเสริมป้องกันโรค ผลการศึกษาสภาพทั่วไป พบว่า เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ถึงขั้นต้องไปหาหมอ จะไปรักษาในสถานบริการของรัฐทุกคน ในชุมชนมีโอกาสเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ และมีหลักประกันด้านสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ 91.9 ศาสนาอิสลามมีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยที่มีหลักการปฏิบัติทั้งต่อตนเองต่อผู้อื่น เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ตลอดจนสังคมภายนอก โดยส่วนรวมครอบคลุมทั้งการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล จะเน้นในเรื่องความสะอาดของร่างกายเป็นพื้นฐานตั้งแต่ศีรษะ ฝ่ามือ ความสะอาดมือ ตลอดจนอวัยวะเพศ การรักษาความสะอาดเครื่องแต่งกาย การโภชนาการ และการพักผ่อนตลอดจนการรักษา สุขภาพจิต ฝึกสมาธิในการทำละหมาด ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัด 5 ด้าน พบว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง 4 ด้าน ด้วยกัน คือ ด้านการเจ็บป่วย (ร้อยละ 91.9) การดูแลรักษา (ร้อยละ 90.5) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 99.1) และด้านสุขภาพจิต (ร้อยละ 95.8) มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางเพียงด้านเดียว คือ การส่งเสริมป้องกันโรค (ค่าเฉลี่ย 2.88) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง และไม่มี ความแตกต่างระหว่างกลุ่มอาชีพรับจ้าง และกลุ่มอาชีพอื่น ๆ

สุวลักษณ์ มีปาน (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการใช้สิทธิปัญญาของชาวไทยมุสลิมในชุมชนชนบท อำเภอเมือง จังหวัดยะลา" ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่ การมีสุขภาพอนามัยดี การดูแลสุขภาพ ค่าใช้จ่าย การส่งเสริมสุขภาพ และสุขภาพจิต ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัยระดับครอบครัว โดยรวมพบว่ามีระดับคุณภาพชีวิตค่อนข้างสูง เนื่องจากประชาชนสามารถเข้าถึงสถานบริการของรัฐ มีความเชื่อมั่นและเข้าใจในระบบบริการของรัฐ

2.7.4 งานวิจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว

ไกรวุฒิ ช่วยสถิตย์ (2541 : 142) ได้ศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตด้านครอบครัวและชุมชนของชาวไทยมุสลิมในชุมชน" คุณภาพชีวิตของชาวไทยมุสลิมในชุมชนเมืองด้านคุณภาพชีวิตมีตัวชี้วัดในมิติของความพร้อมในการสร้างครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว การดำรงชีวิตในครอบครัว การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของสมาชิก และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิก ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตด้านครอบครัวโดยรวมทุกตัวอยู่ในระดับค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณาแยกกลุ่มอาชีพรับจ้างและกลุ่มอาชีพอื่น ๆ พบว่ามีคุณภาพชีวิตโดยรวมแต่ละกลุ่มอาชีพ

ค่อนข้างสูงเช่นกัน เมื่อพิจารณาในแต่ละตัวชี้วัด โดยรวมพบว่าตัวชี้วัดด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวอยู่ในระดับสูง ส่วนตัวชี้วัดด้านความพร้อมในการสร้างครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของสมาชิก และตัวชี้วัดด้านบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และเมื่อพิจารณาในแต่ละตัวชี้วัด โดยแยกกลุ่มอาชีพรับจ้างและอาชีพอื่น ๆ พบว่า มีคุณภาพชีวิตแต่ละตัวชี้วัดอยู่ในระดับเดียวกัน

ทัศนีย์ สุขวารี (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตด้านชีวิตครอบครัวและชุมชนของชาวไทยมุสลิมในชุมชนชนบท" โดยมีตัวชี้วัดชีวิตครอบครัว ด้านความพร้อมในการสร้างครอบครัว สถานภาพครอบครัว ภูมิลำเนาเดิม ความสัมพันธ์ในครอบครัว การดำรงชีวิตในครอบครัว การมีส่วนร่วมตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัว การแสดงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัว และการรับรู้ข่าวสารของครอบครัว ผลการศึกษาสภาพปัจจุบันด้านชีวิตครอบครัว พบว่า ครัวเรือนชุมชนมุสลิมมีลักษณะครัวเรือนขนาดกลาง มีสมาชิก 4-6 คน มีความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องแบบครอบครัวขยายแต่แยกครัวเรือนไปอยู่ต่างหากมากกว่าครอบครัวขยาย ระดับคุณภาพชีวิตสูง คือ สภาพครอบครัว ภูมิลำเนาเดิม และการดำรงชีวิต ตัวชี้วัดที่มีระดับคุณภาพชีวิตค่อนข้างสูง คือ ความพร้อมในการสร้างครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ตัวชี้วัดที่มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง คือ การมีส่วนร่วมตัดสินใจ และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัว ตัวชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตการรับรู้ ข่าวสารของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ โดยรวมครอบครัวมีระดับคุณภาพชีวิตค่อนข้างสูง

นิธินาถ ศิริเวช (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา "คุณภาพชีวิตครอบครัวและชีวิตชุมชนของประชาชนในพื้นที่โครงการการพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษปัตตานี" คุณภาพชีวิตด้านชีวิตครอบครัวได้แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านภาวะวิสัย ประกอบด้วย สภาพบ้านอยู่อาศัย สุขลักษณะทั่วไปภายในบ้าน พื้นที่ใช้สอยภายในบ้าน ความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยภายนอกบ้าน ความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยภายในบ้าน การจัดการเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ภาวะหนี้สิน ปัญหาครอบครัว และการแก้ไขปัญหาครอบครัว และ 2) อัตวิสัย ประกอบไปด้วย การเสริมสร้างความเข้าใจและความผูกพัน การสื่อความหมายและการสื่อสารในทางสร้างสรรค์ การใช้เวลาและทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ประหยัดและรอบคอบ การให้การศึกษาเพื่อชีวิต การปฏิบัติตามหลักศาสนา การปฏิบัติตามกฎหมายเข้าใจสิทธิตนเองและผู้อื่นและการใช้ประชาธิปไตยในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านภาวะวิสัยอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง โดยที่ครัวเรือนที่นับถือศาสนาพุทธ และครัวเรือนที่นับถือศาสนาอิสลามมีระดับคุณภาพชีวิตค่อนข้างสูงเช่นกัน ส่วนคุณภาพชีวิตด้านอัตวิสัยโดยรวม

พบว่า มีระดับคุณภาพชีวิตครอบครัวด้านอัตวิสัยอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง โดยที่ครัวเรือนที่นับถือศาสนาพุทธและอิสลามมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ปานกลางเช่นกัน เมื่อสรุปผลการศึกษาคคุณภาพชีวิตทั้งด้านภาวะวิสัยและอัตวิสัย พบว่าอยู่ในระดับค่อนข้างสูงทั้ง 2 ศาสนา

อัจฉรา วงศ์วัฒนามงคล (2536 : 10-11) ได้ศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของชาวกรุงเทพมหานคร" ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว สถานที่ทำงาน ความพึงพอใจโดยรวมในชีวิตของตนเองในรอบ 5 ปี ความต้องการอยู่ในกรุงเทพฯ ลักษณะที่อยู่อาศัย ลักษณะความเป็นเจ้าของบ้าน สถานภาพทางเศรษฐกิจ ลักษณะครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวดีเป็นหญิงมากกว่าชาย เป็นผู้มีอายุมากกว่า จบการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี เป็นผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวและมีสถานภาพแต่งงานแล้ว ทำงานนอกบ้าน มีชีวิตความเป็นอยู่ในระยะ 5 ปีดีขึ้น ไม่ต้องการอยู่ในกรุงเทพฯ อยู่ตึกแถว เป็นเจ้าของบ้าน มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงและอยู่ในครอบครัวเดียว

2.7.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533 : ก-ข) ได้ศึกษาเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวายเลือดคั่ง" เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

กนกพร หมู่พยัคฆ์ (2528 : ก-ข) ได้ศึกษาเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความต้องการเปลี่ยนไปเรียนหลักสูตรอื่นของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 2 และปีที่ 3 มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์" พบว่า แรงสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความต้องการเปลี่ยนไปเรียนหลักสูตรอื่น

ประยงค์ สัจจพงษ์ (2534 : ก-ข) ได้ศึกษาเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี" พบว่า การสนับสนุนทางสังคมแต่ละประเภท ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินพฤติกรรม การสนับสนุนด้านสิ่งของเงินทอง หรือแรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ส่วนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

เอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย (2532 : ก-ข) ได้ศึกษาเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพการสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพเฮโรอีนทางเส้นเลือด ขณะเข้ารับการบำบัดรักษาขั้นถอนพิษในโรงพยาบาลวชิระ และโรงพยาบาลตากสิน" พบว่า ลักษณะโครงสร้างเครือข่ายของผู้เสพติด พบว่ากลุ่มทางสังคมที่ให้ความช่วยเหลือส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเครือญาติ และความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมต่างก็มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมอนามัยที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์

อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531 : ก-ข) ได้ศึกษาเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตน ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง" โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจาก โรงพยาบาลโรคทรวงอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยส่วนรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การสนับสนุนด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ด้านความช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับบริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วราภรณ์ แสงวัชร (2537 : ก-ข) ได้ศึกษาเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ศึกษากรณีโรงพยาบาลเลิดสิน" พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกันกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ คือ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมาก ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดี โดยเฉพาะในด้านความสามารถในการควบคุมอารมณ์ให้มั่นคง ความสามารถในการแก้ไขปัญหาชีวิตประจำวัน และความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพได้ดีกับผู้อื่น แต่การสนับสนุนจากครอบครัวกลับไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในด้านความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับบุคคลอื่น และความสามารถในการปฏิบัติตนให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคม

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเฉพาะด้านความสามารถในการควบคุมอารมณ์ให้มั่นคง ความสามารถในการแก้ไขปัญหาชีวิตประจำวันได้ และความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพได้ดีกับผู้อื่น แต่การสนับสนุนด้านอารมณ์กลับไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในด้านความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับบุคคลอื่น และความสามารถในการปฏิบัติตนให้เป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเองและสังคม

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร พบว่า มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในด้านความสามารถในการควบคุมอารมณ์ให้มั่นคง ความสามารถในการแก้ไขปัญหาชีวิตประจำวัน ความสามารถในการปฏิบัติตนให้เป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้อื่นและความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพได้ดีกับผู้อื่น แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับบุคคลอื่น

การสนับสนุนด้านสิ่งของ พบว่า มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในด้านความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับบุคคลอื่น ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ให้มั่นคง ความสามารถในการแก้ไขปัญหาชีวิตประจำวันได้ และความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพได้ดีกับผู้อื่น แต่การสนับสนุนด้านสิ่งของกลับไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติตนให้เป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเองและสังคม

บทที่ 3

กรอบแนวคิดและวิธีการศึกษา

การศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของพยาบาล : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาล สังกัดกรมการแพทย์ ส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข ผู้ศึกษาได้นำทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาประยุกต์เพื่อกำหนดกรอบแนวคิด และวิธีการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนต่าง ๆ สำหรับบทนี้ ดังนี้

1. ตัวแปรในการศึกษา
2. กรอบแนวคิดในการศึกษา
3. สมมติฐานในการศึกษา
4. นิยามปฏิบัติการ
5. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
6. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
7. การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ
8. การเก็บรวบรวมข้อมูล
9. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ตัวแปรในการศึกษา

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต(ตารางที่ 1 ภาคผนวก ข) ผู้ศึกษาได้กำหนดตัวแปรเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาคุณภาพชีวิตของพยาบาล ดังนี้

3.1.1 ตัวแปรตาม (Dependent variables) คือ คุณภาพชีวิตของพยาบาล ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

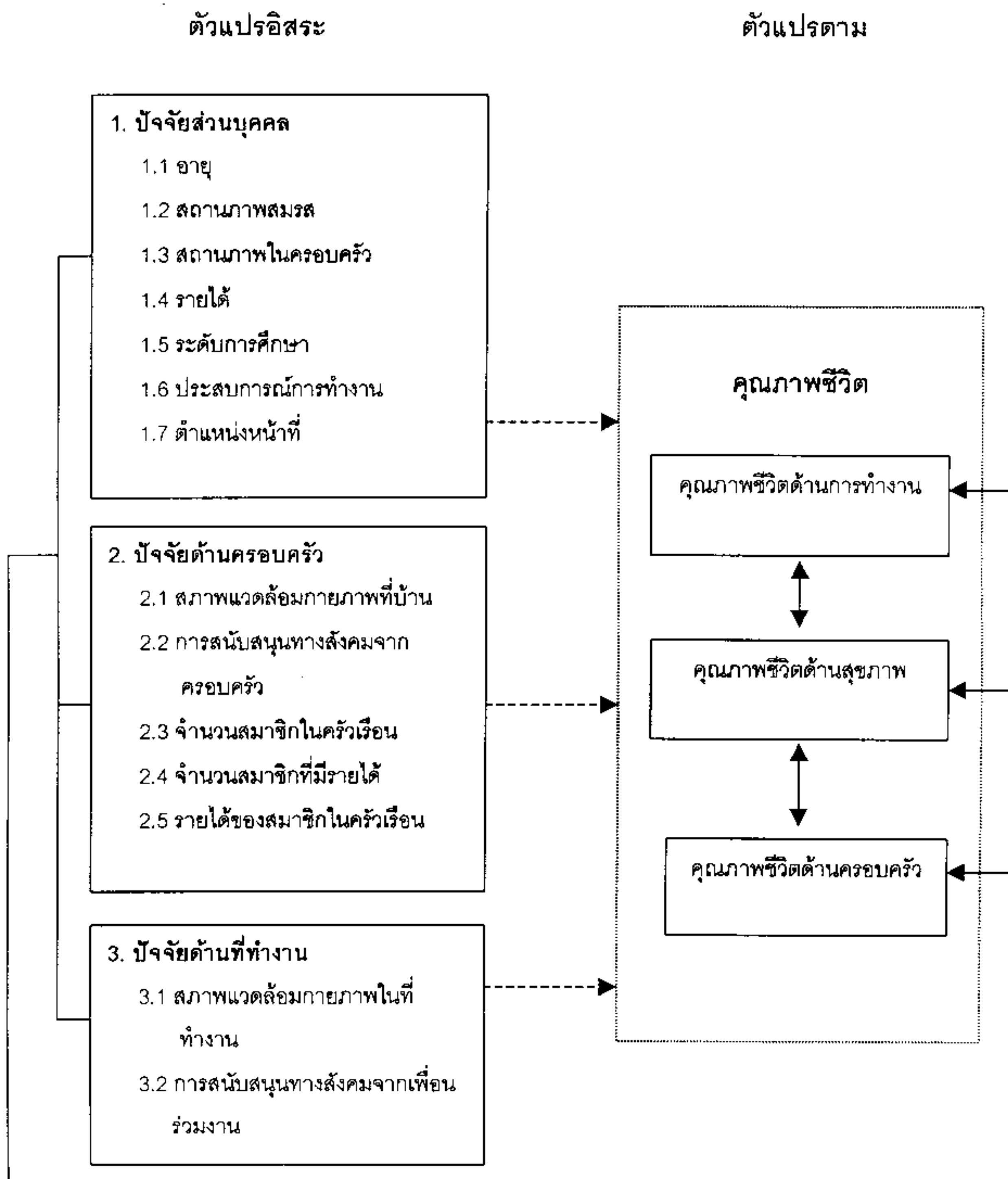
- 3.1.1.1 ด้านการทำงาน
- 3.1.1.2 ด้านสุขภาพ
- 3.1.1.3 ด้านครอบครัว

3.1.2 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ประกอบด้วย

- 3.1.2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

3.2 กรอบแนวคิดในการศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามปรากฏดังแผนภูมิที่ 3.1



แผนภูมิที่ 3.1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม

3.3 สมมติฐานในการศึกษา

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

สมมติฐานที่ 1.1 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

กล่าวคือพยาบาลที่มีอายุสูงมีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง ส่วนพยาบาลที่มีอายุน้อย มีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ เนื่องจากบุคคลที่มีอายุมาก จะมีการปรับตัวเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ตลอดเวลา สามารถมองการณ์ไกล มีความสุขุมรอบคอบ มีแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่ดี น่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าบุคคลที่มีอายุน้อยซึ่งมีประสบการณ์ในชีวิตน้อยกว่า

ผลงานวิจัยที่สนับสนุนสมมติฐานนี้ คือ เสาวนีย์ ตนะดุรงค์ (2533 : 97) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตความพึงพอใจในครอบครัวหรือชีวิตคู่ และความพึงพอใจในสุขภาพ กล่าวคือคนในวัยกลางคนให้ความสำคัญแก่ครอบครัวมากที่สุด ขณะที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับสุขภาพตนเองมากที่สุด งานวิจัยของ ชุติมา บุรณนิต (2539 : 88) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาล แสงรัตน์ เดชอุดม (2543 : 153) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของครูพี่เลี้ยงศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์สังกัดกรมศาสนา พบว่า อายุทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตที่เป็นจริงด้านความพึงพอใจในการทำงานแตกต่างกัน สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. สำนักวิจัย (2541ง : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองภาคใต้ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการทำงาน และได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองภาคตะวันออก เชียงเหนือ พบว่า ประชาชนที่มีอายุมากมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าประชาชนที่มีอายุน้อยกว่า ส่วนคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว และคุณภาพชีวิตด้านการงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุเช่นกัน คือประชาชนที่มีอายุมากมีคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวและคุณภาพชีวิตด้านการงานดีกว่าประชาชนที่มีอายุน้อยกว่า

สมมติฐานที่ 1.2 มีความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

กล่าวคือ พยาบาลที่มีสถานภาพสมรสแล้วอยู่ร่วมกันมีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง ส่วนพยาบาลที่มีสถานภาพอื่น ๆ มีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ เนื่องจากบุคคลที่แต่งงานแล้วจะได้รับการสนับสนุน คำแนะนำจากคู่สมรส มีที่ปรึกษาระบายความคับข้องใจในปัญหาการทำงานและครอบครัวช่วยลดความเครียดได้ แต่คนโสดหรือหย่าร้าง เมื่อมีปัญหาในการทำงานและครอบครัวจะไม่ได้การสนับสนุนจากคู่สมรสจะทำให้เกิดความเครียดหรือไม่มีทางออกของปัญหาได้ ดังนั้นคุณภาพชีวิตของพยาบาลที่สมรสแล้วและอยู่ด้วยกันน่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าพยาบาลที่มีลักษณะตรงกันข้าม

ผลงานวิจัยที่สนับสนุนสมมติฐานนี้ คือ ผลงานของเสาวนีย์ ตนะดุลย์ (2533 :97-98) ศึกษาคุณภาพชีวิตระหว่างคนโสดและผู้ที่มีสมรสแล้ว พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม กล่าวคือ ผู้ที่มีสมรสแล้วมีความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมสูงกว่าคนโสด งานวิจัยของอำนาจ สันเทพ (2529 : ค) พบว่า สถานภาพสมรสต่างกันเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลมีความต้องการคุณภาพชีวิตพื้นฐานต่างกัน สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. สำนักวิจัย (2541ง : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของคนในเมืองเขตภาคใต้ พบว่า ผู้ที่มีสมรสและได้อยู่ด้วยกันจะมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในปัจจุบันมากกว่าผู้มีสถานภาพสมรสอื่น เช่น โสด หม้าย สมรสแล้วไม่ได้อยู่ด้วยกัน งานวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของคนในเมืองเขตภาคเหนือ พบว่า สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความเกื้อกูลอาหารในครอบครัว ส่วนงานวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตคนเมืองในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว กลุ่มที่มีสมรสแล้วอยู่ด้วยกันมีคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวดีกว่ากลุ่มที่เป็นโสด และกลุ่มที่มีสมรสแล้วแยกกันอยู่ หย่าร้าง หรือหม้าย และงานวิจัยคุณภาพชีวิตคนเมืองในกรุงเทพมหานคร พบว่า สถานภาพสมรสแล้วอยู่ด้วยกันมีคุณภาพชีวิตด้านความเกื้อกูลอาหารในครอบครัวดีแต่สถานภาพสมรสหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ หม้าย คุณภาพชีวิตด้านความเกื้อกูลอาหารในครอบครัวต่ำ และสถานภาพสมรสที่เป็นโสดหรือสมรสอยู่ด้วยกัน มีคุณภาพชีวิตความพึงพอใจในการทำงานมาก ส่วนผู้มีสถานภาพสมรสหม้ายหรือหย่าร้างหรือแยกกันอยู่มีคุณภาพชีวิตความพึงพอใจในงานต่ำ

สมมติฐานที่ 1.3 มีความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

กล่าวคือ พยาบาลที่มีสถานภาพเป็นมารดาในครอบครัวมีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง ส่วนพยาบาลที่มีสถานภาพอื่น ๆ มีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ คือ บุคคลที่มีสถานภาพเป็นสมาชิกในครอบครัวที่เป็นมารดา จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส เมื่อมีปัญหาในการทำงานหรือปัญหาในครอบครัว มีส่วนช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดำเนินชีวิต และได้รับความเกื้อกูลอาหารจากคู่สมรสและสมาชิกในครอบครัว ดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพเป็นผู้อาศัยและบุตร เนื่องจากเมื่อมีปัญหาในการทำงานหรือปัญหาส่วนตัวแล้ว ขาดที่ปรึกษาในการแก้ปัญหาจากครอบครัว ดังนั้นพยาบาลที่มีสถานภาพเป็นมารดาในครอบครัวน่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าพยาบาลที่มีลักษณะตรงกันข้าม

ผลงานวิจัยที่สนับสนุนสมมติฐานนี้ คือ งานของสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. สำนักวิจัย (2541ก : 124-131) ซึ่งได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของคนเมืองในกรุงเทพมหานคร ผลการ

ศึกษา พบว่า สถานภาพในครอบครัวเป็นผู้อาศัยมีคุณภาพชีวิตความเกื้อกูลอาหารในครอบครัวต่ำกว่าสถานภาพในครอบครัวอื่น ๆ และในการศึกษาคุณภาพชีวิตของคนเมืองในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ดัชนีความพึงพอใจในการทำงานของกลุ่มหัวหน้าครอบครัวและคู่สมรสจะมีดัชนีความพึงพอใจในงานสูงกว่ากลุ่มที่เป็นบุตรและผู้อาศัย

สมมติฐานที่ 1.4 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างรายได้กับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

กล่าวคือ พยาบาลที่มีรายได้มากมีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง ส่วนพยาบาลที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ เนื่องจากบุคคลที่มีรายได้มากคือผู้ที่มีสถานทางเศรษฐกิจดี ย่อมส่งผลต่อการสนองความต้องการทางด้านร่างกาย และจิตใจ ความต้องการของบุคคลนั้นจะได้รับการตอบสนอง เพื่อความอยู่รอดในการดำเนินชีวิตได้ รายได้สามารถจัดหาปัจจัยสี่ได้ ส่งผลต่อความสุขสมบูรณ์ทางกายและใจ ย่อมทำให้มีคุณภาพที่ดีกว่าพยาบาลที่มีรายได้น้อยกว่า และปัญหาความกังวลใจต่อสภาพความเป็นอยู่ในครอบครัวก็จะไม่เกิดขึ้น

ผลงานวิจัยที่สนับสนุนสมมติฐานนี้ คือ งานวิจัยของ ชิตชัย สนั่นเสียง (2529 : 89-91) และ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2539 : 81) ซึ่งได้ผลการศึกษาลักษณะ คือ รายได้เป็นปัจจัยที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น เช่นเดียวกับผลการศึกษาอื่น ๆ ได้แก่ พรพรรณ ศรีทอง (2533 : ข-ค) ได้ข้อสรุปว่าคุณภาพชีวิตของครูประถมศึกษาที่มีรายได้ต่างกันทำให้คุณภาพชีวิตของครูแตกต่างกัน เสาวนีย์ ตนะดุรงค์ (2533 : 98) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม โดยผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง นอกจากนี้รายได้ยังมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในมิตินานอาชีพ ครอบครัวชีวิตสมรสด้วย คือ ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความพึงพอใจในงานอาชีพและครอบครัวสูง ชุติมา บุณยธิต (2539 : 89) ได้ข้อสรุปว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาล คือ เมื่ออาจารย์พยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้นก็จะมีความสุขสมบูรณ์ในระดับสูงขึ้น ส่วนงานวิจัยของสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. สำนักวิจัย (2541ง : 156-160) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตคนเมืองในเขตภาคใต้ ได้ข้อสรุปว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในครอบครัว โดยผู้ที่มีรายได้สูงมีคุณภาพชีวิตในครอบครัวดีกว่าผู้ที่มีรายได้ปานกลางและต่ำ และมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน ซึ่งมีรายได้มากมีความพึงพอใจในงานมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย

สมมติฐานที่ 1.5 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับการศึกษากับคุณภาพชีวิตของ
พยาบาล

กล่าวคือ พยาบาลที่มีระดับการศึกษาสูง มีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง ส่วน
พยาบาลที่มีระดับการศึกษาดำมีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ เนื่องจาก การศึกษาเป็น
การพัฒนาความคิด การถ่ายทอดความรู้ และทัศนคติต่าง ๆ ต่อการดำรงชีวิตในสังคมปัจจุบัน
ทำให้บุคคลเข้าใจสังคม และสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ พยาบาลที่มีการศึกษาสูงน่าจะ
จะมีความรู้ และความสามารถแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตและการทำงานได้
ดังนั้นพยาบาลที่มีการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าพยาบาลที่มีการศึกษาดำกว่า

ผลงานวิจัยที่สนับสนุนสมมติฐานนี้ คือ ผลงานวิจัยของ เสาวนีย์ ตนะดุลย์ (2533 : 99) ที่
ได้ข้อสรุปว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในมิตินงานอาชีพ
ความพึงพอใจในครอบครัว และความพึงพอใจในสุขภาพในทางบวก เช่นเดียวกับผลงานวิจัยอื่น ๆ
เช่น ผลงานวิจัย เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2539 : 81) ที่ได้ข้อสรุปเหมือนกัน คือ แรงงานย้ายถิ่นยังม
การศึกษาสูงยิ่งมีคุณภาพชีวิตเพิ่มมากขึ้น ผลงานวิจัยของสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
สำนักวิจัย (2541จ : 191-199) ในเรื่องต่าง ๆ คือ ในงานวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของคนเมืองในเขต
ภาคกลาง พบว่า การศึกษาของตนเองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตเชิงบวกของคนเมือง
ภาคกลาง ส่วนงานวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของคนเมืองเขตภาคใต้ พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์
กับคุณภาพชีวิตความพึงพอใจในการทำงาน โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความพึงพอใจในการ
ทำงานมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีการศึกษาดำ เพราะผู้มีการศึกษาสูงกว่ามีโอกาสที่จะได้งานที่ตน
พึงพอใจได้มากกว่า การศึกษาคุณภาพชีวิตของคนเมืองในกรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับการ
ศึกษาสูงคุณภาพชีวิตความพึงพอใจในงานยิ่งมากเช่นกัน และงานวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของคน
เมืองในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้ข้อสรุปว่า สภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้นตามการศึกษาที่
สูงขึ้น ผู้ที่มีระดับการศึกษาดำกว่าประถมศึกษาปีที่ 6 มัธยมศึกษาปีที่ 3 และอนุปริญญา
มีสภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มผู้จบปริญญาตรีหรือสูงกว่า และคุณภาพชีวิตในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมา พบว่า
การศึกษาดำจะมีคุณภาพชีวิตในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาต่ำกว่ากลุ่มที่จบการศึกษาในระดับสูงกว่า
คุณภาพชีวิตด้านครอบครัวจะขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา ผู้มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพ
ชีวิตด้านครอบครัวที่ดีกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาในระดับต่ำลงมา และคุณภาพชีวิตด้านการงานผู้ที่มี
การศึกษาสูงกว่าจะมีดัชนีความพึงพอใจในงานมากกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาดำกว่า

สมมติฐานที่ 1.6 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างประสพการณ์ในการทำงานกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

กล่าวคือ พยาบาลที่มีประสพการณ์ในการทำงานมาก มีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง ส่วนพยาบาลที่มีประสพการณ์ในการทำงานน้อย มีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ เนื่องจากบุคคลที่มีประสพการณ์ในการทำงานมาก จะมีความสามารถในการปรับตัวเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ การมีประสพการณ์มากทำให้วุฒิภาวะมากขึ้น ทำให้สามารถมองการณ์ไกลต่อปัญหาต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ พยาบาลที่มีประสพการณ์มากน่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าพยาบาลที่มีประสพการณ์ในการทำงานน้อยกว่า

ผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานนี้ คือ ผลงานวิจัยของ ชุตินา บุรณนิต (2539 : 88) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า อาจารย์พยาบาลที่มีประสพการณ์การทำงานเพิ่มมากขึ้นก็จะมีระดับความสุขสมบูรณ์ในระดับสูงมากขึ้น

สมมติฐานที่ 1.7 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างตำแหน่งหน้าที่กับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

กล่าวคือ พยาบาลที่มีตำแหน่งหน้าที่มีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง ส่วนพยาบาลที่ไม่มีตำแหน่งหน้าที่ มีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ เนื่องจากเมื่อพยาบาลมีตำแหน่งหน้าที่สูงขึ้นจะมีระดับความสุขสมบูรณ์และคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะพยาบาลที่มีตำแหน่งเป็นผู้บริหารจะได้รับการยกย่องนับถือ มีฐานะเด่นในวิชาชีพ และมีชื่อเสียงมากกว่าผู้ที่มีหน้าที่เป็นพยาบาลประจำการ แสดงถึงการมีคุณค่าในตนเอง และมีคุณภาพชีวิตมากกว่า

ผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานนี้ คือ ผลงานของ ชุตินา บุรณนิต (2539 : 89) ได้ผลการศึกษาว่า ตำแหน่งหน้าที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาล

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยด้านครอบครัว

สมมติฐานที่ 2.1 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับสภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

กล่าวคือ พยาบาลที่มีระดับสภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านสูง มีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง ส่วนพยาบาลที่มีระดับสภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านต่ำมีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่บ้านอาจจะก่อให้เกิดปัญหาในการดำรงชีวิตและการดูแลตัวเอง การอยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่ดี จึงเป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขได้ ดังนั้นพยาบาลที่มีสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยที่ดีน่าจะมีส่วนช่วยให้คุณภาพชีวิตของพยาบาลดี

ผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานนี้ คือ ผลงานของ ศิริรัตน์ จันทรแสงรัตน์ (2538 : บทคัดย่อ) ที่พบว่า สภาพครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับ คุณภาพชีวิตของ นักศึกษาพยาบาล และผลงานของ ชุตินา บูรณธินิต (2539 : 89-90) ที่พบว่าสภาพแวดล้อมที่บ้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาล

สมมติฐานที่ 2.2 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับการสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

กล่าวคือ พยาบาลที่ได้รับระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากมีแนวโน้มว่าจะ มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง ส่วนพยาบาลที่ได้รับระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่ำมี แนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ เนื่องจากบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ เขาสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้อย่างเหมาะสมและช่วยดูแลให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมทำให้มี คุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นพยาบาลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานนี้คือ ผลการศึกษาของ ชุตินา บูรณธินิต (2539 : 90) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์ พยาบาล และผลการศึกษาของ เสาวนีย์ ตนะดุลย์ (2533 : 99) ได้ข้อสรุปเหมือนกัน คือ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม

สมมติฐานที่ 2.3 มีความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างจำนวนสมาชิกในครอบครัวกับ คุณภาพชีวิตของพยาบาล

กล่าวคือพยาบาลที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อย มีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตใน ระดับสูง ส่วนพยาบาลที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมาก มีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตในระดับ ต่ำ เนื่องจากครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวน้อยนั้นทำให้ภาระหน้าที่ของสตรีที่ต้องปฏิบัติต่อ ครอบครัวในด้านต่าง ๆ เช่น การเป็นแม่บ้าน การดูแลบุตรและสมาชิกในครอบครัว ถ้าครอบครัว นั้นมีสมาชิกในครอบครัวมากภาระหน้าที่ดังกล่าวของสตรีย่อมมากตามจำนวนสมาชิกด้วย ทำให้ อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีได้ ดังนั้นพยาบาลที่มีจำนวนสมาชิกใน ครอบครัวน้อยน่าจะมี คุณภาพชีวิตที่ดีกว่าครอบครัวที่มีสมาชิกมาก

ผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานนี้ คือ ผลงานวิจัยของ พรพรรณ ศรีทอง (2533 : ก-ค) ได้ข้อสรุปว่า การเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตตามสภาพที่เป็นจริงจำนวนคนที่ต้อง รับผิดชอบทำให้คุณภาพชีวิตของครูแตกต่างกัน อรรณ สุทธาภรณ์ (2540 : 106) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตและความมั่นคงในที่อยู่อาศัยของชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร พบว่า จำนวน สมาชิกในครัวเรือนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ของคุณภาพชีวิตของชุมชนแออัด แสงรัตน์ เดชอุดม

(2543 : 153-154) พบว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตที่เป็นจริงตามความต้องการด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความแตกต่างกันเมื่อจำแนกตามจำนวนบุคคลในความรับผิดชอบ

สมมติฐานที่ 2.4 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างจำนวนสมาชิกที่มีรายได้กับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

กล่าวคือ พยาบาลที่มีจำนวนสมาชิกที่มีรายได้มากมีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง ส่วนพยาบาลที่มีจำนวนสมาชิกที่มีรายได้น้อยมีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ เนื่องจากครอบครัวที่มีสมาชิกที่มีรายได้จากการทำงานแล้วย่อมช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่ในการเลี้ยงดูของบุคคลที่ไม่มีรายได้ในครอบครัวช่วยหารายได้ให้กับครอบครัวทำให้ครอบครัวนั้นมีสถานภาพทางเศรษฐกิจที่มั่นคง และมีความเป็นอยู่ภายในครอบครัวก็จะดีขึ้น ดังนั้นพยาบาลที่มีจำนวนสมาชิกที่มีรายได้มากน่าจะส่งเสริมคุณภาพชีวิตของพยาบาลได้

ผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานนี้ คือ ผลงานวิจัยของสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. สำนักวิจัย (2541จ : บทคัดย่อ) และกรรณิการ์ สุขเกษม (2543 : 22-24) ได้ข้อสรุปตรงกันคือ จำนวนผู้ที่มีรายได้ในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต คือ ถ้ามีคนช่วยหารายได้ให้ครอบครัวมาก ๆ จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สมมติฐานที่ 2.5 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างรายได้ของสมาชิกในครัวเรือนกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

กล่าวคือ พยาบาลที่มีรายได้ของครัวเรือนมาก มีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง ส่วนพยาบาลที่มีรายได้ของครัวเรือนน้อยมีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ เนื่องจากครอบครัวที่มีรายได้มากย่อมทำให้ครอบครัวนั้นมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดี ย่อมส่งผลต่อการตอบสนองความต้องการ ทางด้านร่างกายและจิตใจของสมาชิกในครอบครัว ทำให้สภาพความเป็นอยู่ภายในครอบครัวและคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวและตนเองดีกว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อยกว่า

ผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานนี้ คือ ผลงานวิจัยของ ไอรส ลีลากุลธนิต (2533 : 13-30) พบว่า คุณภาพชีวิตของคนไทยในกรุงเทพมหานคร มีความแตกต่างกันตามรายได้ต่อครัวเรือน เช่นเดียวกับผลการศึกษาจากงานวิจัยในหลายเรื่อง ได้แก่ผลงานของ อรรพรรณ สุทธารฎูร (2540 : 108-110) ได้ข้อสรุปว่า รายได้ของครัวเรือนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้อาศัยในชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. สำนักวิจัย (2541จ : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของคนเมืองในเขตภาคกลาง ได้ข้อสรุปว่า รายได้ครัวเรือนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของคนเมืองในเขตภาคกลาง และ ผลงานการศึกษาคุณภาพชีวิต

ของคนเมืองในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ประชาชนที่มีรายได้ต่างกันจะมีสภาพชีวิตแตกต่างกันออกไป

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยด้านที่ทำงาน

สมมติฐานที่ 3.1 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับสภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงานกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

กล่าวคือ พยาบาลที่มีระดับสภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงานมากมีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง ส่วนพยาบาลที่มีระดับสภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงานน้อยมีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ เนื่องจากสภาพแวดล้อมเป็นองค์ประกอบที่ผลต่อสุขภาพของบุคคล และในที่ทำงานสภาพแวดล้อมจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานที่ของบุคคล การที่ได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี จึงเป็นการส่งเสริมให้บุคคลนั้น ๆ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานนี้ คือ ผลงานของ ศิริรัตน์ จันทรแสงรัตน์ (2538 : บทคัดย่อ) ซึ่งผลการศึกษาพบว่าสภาพทางกายภาพของแหล่งฝึกปฏิบัติ และสภาพทางกายภาพของวิทยาลัยพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานที่ 3.2 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

กล่าวคือ พยาบาลที่ได้รับระดับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานมากมีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง ส่วนพยาบาลที่ได้รับระดับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานน้อย มีแนวโน้มว่าจะมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ เนื่องจาก การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและผู้ร่วมงานจะช่วยลดความเครียดในการทำงานทำให้สามารถปฏิบัติงานได้เสร็จและมีคุณภาพ ซึ่งอาจทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย

เหตุผลที่สนับสนุนสมมติฐานนี้คือ เมื่อสตรีทำงานนอกบ้านได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน ซึ่งให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ ความเอาใจใส่ต่อกันก็จะทำให้สตรีทำงานสามารถปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่ได้และสามารถช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เพื่อนร่วมงานช่วยสนับสนุน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของพยาบาลมีความสุขสมบูรณ์ ซึ่งผลงานวิจัยของ อารกมล อนุสิทธิ์ศุภการ (2540: บทคัดย่อ) ได้พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจาก ผู้ร่วมงานและจากเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทโดยรวมของหัวหน้าหอผู้ป่วย

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านที่ทำงาน สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตพยาบาล ในแต่ละด้านได้

กล่าวคือ บุคคลที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะต้องประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ช่วยสนับสนุนและส่งเสริมร่วมกันให้บุคคลนั้น ๆ ให้มีความเป็นอยู่ที่ดีมีความสุข ปัจจัยในแต่ละด้านย่อมมีอิทธิพลหรือเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน เมื่อปัจจัยแต่ละด้านดังกล่าวร่วมกันแล้วย่อมจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีได้

สมมติฐานที่ 5 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านที่ทำงาน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติและกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรต่างกัน

กล่าวคือ พยาบาลที่มีลักษณะของช่วงเวลากการทำงานในเวลาราชการและทำงานเป็นเวร คาดว่าจะมีระดับคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ต่างกัน รวมทั้งความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านที่ทำงานคาดว่าจะมีความแตกต่างกันด้วย

3.4 นิยามปฏิบัติการ

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความคิดเห็นของระดับความเป็นอยู่ ความสุข และความพึงพอใจในชีวิตของตน ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ใน 3 ด้านได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว

คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นอยู่ในการปฏิบัติงานที่ผู้ปฏิบัติมีต้องงานและองค์กร โดยการศึกษาในด้าน การได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ความมั่นคงและความก้าวหน้าในการทำงาน โอกาสการพัฒนาสมรรถภาพของบุคคล ความสัมพันธ์ในหน่วยงาน การบริหารงานที่เป็นธรรมและเสมอภาค ความสมดุลของช่วงเวลาที่ใช้งานและอื่น ๆ และความภูมิใจในองค์กร

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นของสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่มีความสุขสมบูรณ์ ปราศจากโรค มีร่างกายที่แข็งแรง มีสภาพจิตใจที่ดีและมีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยการศึกษาในด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย สุขนิสัยประจำวัน โภชนาการ การพักผ่อนนอนหลับ และสุขภาพจิต

คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว หมายถึง ความคิดเห็นของความเป็นอยู่ในครอบครัวด้านต่าง ๆ ได้แก่ การมีเวลาและกิจกรรมระหว่างสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ความขัดแย้งในครอบครัว การแสดงความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมตัดสินใจ และบทบาทหน้าที่ในครอบครัว

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะของประชากร ซึ่ง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว รายได้ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และตำแหน่งหน้าที่

อายุ หมายถึง อายุในปัจจุบัน โดยนับเฉพาะจำนวนเต็มมีหน่วยเป็นปี

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสปัจจุบัน จำแนกเป็น โสด หม้าย /หย่าร้าง สมรสแยกกันอยู่ และสมรสอยู่ด้วยกัน

สถานภาพในครอบครัว หมายถึง สถานภาพและบทบาทที่อยู่ใน ครอบครัว ได้แก่การเป็น บุตร ภรรยา และผู้อาศัย

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่ได้รับตอบแทนจากการทำงานทั้งหมดของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างต่อเดือน

ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาสูงสุดที่ได้รับ จำแนกเป็น ต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี

ประสบการณ์ในการทำงาน หมายถึง ระยะเวลาที่ได้ปฏิบัติงานจริง โดยนับตั้งแต่เริ่มทำงานถึงปัจจุบันขณะที่ทำการศึกษา

ตำแหน่งหน้าที่ หมายถึง ลักษณะเฉพาะของงานแต่ละประเภทที่ได้ปฏิบัติ ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำการ โดยในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตได้จำแนกตำแหน่งหน้าที่เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีตำแหน่งหน้าที่บริหาร ประกอบด้วย ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย (กำหนดให้รหัสเป็น 1) และกลุ่มที่เป็นพยาบาลประจำการ (กำหนดให้รหัสเป็น 0)

ปัจจัยด้านครอบครัว หมายถึง ลักษณะพื้นฐานของครอบครัว ซึ่ง ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จำนวนสมาชิกในครัวเรือน จำนวนสมาชิกที่มีรายได้ และรายได้ของครัวเรือน

สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน หมายถึง สภาพแวดล้อมต่างๆ ภายในที่อยู่อาศัยและบริเวณที่อยู่อาศัย ประกอบด้วย บรรยากาศในบ้าน แสงสว่าง อากาศ เสียง เครื่องมือเครื่องใช้ สภาพที่เป็นอยู่ของที่อยู่อาศัย ความมั่นคงและปลอดภัย

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หมายถึง การได้รับการตอบสนองจากสมาชิกในครอบครัว ใน 3 ประเภท คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ และสังคม การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางสิ่งของ

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน หมายถึง จำนวนสมาชิกที่อยู่อาศัย ภายในครัวเรือนเดียวกัน โดยนับรวมผู้ถูกสัมภาษณ์ด้วย

จำนวนสมาชิกที่มีรายได้ในครัวเรือน หมายถึง จำนวนสมาชิกในครัวเรือน / ครอบครัว ที่มีรายได้จากการทำงานของตนเอง โดยไม่นับผู้ถูกสัมภาษณ์

รายได้ของสมาชิกในครัวเรือน หมายถึง จำนวนเงินที่ได้รับตอบแทนจากการทำงานของสมาชิกทั้งหมดภายในครอบครัวต่อเดือน โดยไม่นับผู้ถูกสัมภาษณ์

ปัจจัยด้านที่ทำงาน หมายถึง ลักษณะของที่ทำงานในด้าน สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน

สภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงาน หมายถึง สภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่อยู่รอบ ๆ บริเวณที่ทำงานและห้องทำงาน ซึ่งประกอบด้วย แสงสว่าง บรรยากาศในที่ทำงาน สภาพอากาศ เครื่องมือเครื่องใช้ในที่ทำงาน

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากการให้ของเพื่อนร่วมงานในที่ทำงาน ใน 3 ประเภท คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ และสังคม การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางสิ่งของ

3.5 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.5.1 ประชากรในการศึกษา

การศึกษานี้ได้กำหนดขอบเขตของประชากรที่ศึกษา คือ พยาบาลที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐบาลที่สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง มีโรงพยาบาลจำนวน 6 แห่ง ตามทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข 2540-2541 โดยแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. โรงพยาบาลประเภททั่วไป ได้แก่ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลสงฆ์
2. โรงพยาบาลเฉพาะโรค ได้แก่ โรงพยาบาลเด็ก และโรงพยาบาลประสาท

3.5.2 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นตัวแทนของประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่หนึ่ง ทำการสุ่มตัวอย่างหาตัวแทนของโรงพยาบาลทั้ง 2 ประเภท แบบเจาะจง ได้แก่ คัดเลือกโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ให้เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และ

โรงพยาบาลสงฆ์ให้เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลขนาดเล็ก ซึ่งทั้ง 2 โรงพยาบาลนี้จะเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลประสาท กำหนดให้เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลเฉพาะโรค

ขั้นที่สอง ทำการจำแนกประชากรตามลักษณะการทำงานเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การทำงานในเวลาราชการปกติ และทำงานเป็นเวร

ขั้นที่สาม กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนประชากรทั้ง 3 โรงพยาบาล โดยใช้วิธีการของเครืคกีและมอร์แกน และกำหนดระดับความผิดพลาดที่ยอมให้เกิดเท่ากับ .05 (สุจิตรา บุญยรัตพันธุ์, 2535 : 182) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 250 ราย

ขั้นที่สี่ ทำการกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ได้สัดส่วนกับขนาดประชากร โดยกำหนดขนาดตัวอย่างของกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเวลาราชการปกติ จำนวน 100 ราย และพยาบาลที่ทำงานเป็นเวร จำนวน 150 ราย เนื่องจากกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเวลาราชการปกติมีจำนวนน้อยกว่าพยาบาลที่ทำงานเป็นเวร ทั้งนี้เพื่อต้องการให้ขนาดตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความเหมาะสมในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ

ขั้นที่ห้า กำหนดขนาดตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลและแต่ละแผนกตามสัดส่วนของจำนวนประชากร

ขั้นที่หก ทำการสุ่มตัวอย่างพยาบาลแต่ละประเภททั้ง 3 โรงพยาบาล แบบเจาะจง เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างตามต้องการ

ขนาดประชากรและกลุ่มตัวอย่างปรากฏดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนประชากรพยาบาลและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาลและแผนก

โรงพยาบาล/แผนก	ประชากร			ตัวอย่างเป้าหมาย			ตัวอย่างที่เก็บได้จริง		
	ทำงานปกติ	ทำงานเป็นเวร	รวม	ทำงานปกติ	ทำงานเป็นเวร	รวม	ทำงานปกติ	ทำงานเป็นเวร	รวม
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี									
งานพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	2	31	33	2	6	8	2	4	6
งานพยาบาลวิสัญญี	2	18	20	2	4	6	2	2	4
งานพยาบาลผู้ป่วยหนัก	6	36	42	6	7	13	6	5	11
งานพยาบาลหน่วยงานพิเศษ	5	41	46	5	7	12	4	5	9
งานพยาบาลสูติ-นารีเวชกรรม	10	63	73	10	20	30	10	14	24
งานพยาบาลศัลยกรรม	12	69	81	12	20	32	11	16	27
งานพยาบาลอายุรกรรม	8	51	59	8	13	21	7	10	17
งานพยาบาลกุมารเวชกรรม	6	34	40	6	7	13	5	5	10
รวม	51	343	394	51	84	135	47	61	108
โรงพยาบาลสงฆ์									
งานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	8	7	15	8	1	9	5	1	6
งานพยาบาลวิสัญญี	1	9	10	1	3	4	1	2	3
งานพยาบาลผู้ป่วยหนัก	3	14	17	3	3	6	2	2	4
งานเครื่องมือ	1	0	1	0	0	0	0	0	0
งานพยาบาลศัลยกรรม	6	14	20	6	3	9	4	2	6
งานพยาบาลอายุรกรรม	5	16	21	5	4	9	3	2	5
งานพยาบาลจักษุ	1	4	5	1	1	2	1	1	2
งานพยาบาลโสต ศอ นาสิก									
ทันตกรรม	1	4	5	1	1	2	1	1	2
งานพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ	1	4	5	1	1	2	1	1	2
รวม	27	72	99	26	17	47	18	12	30

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

โรงพยาบาล/แผนก	ประชากร			ตัวอย่างเป้าหมาย			ตัวอย่างที่เก็บได้จริง		
	ทำงานปกติ	ทำงานเป็นเวร	รวม	ทำงานปกติ	ทำงานเป็นเวร	รวม	ทำงานปกติ	ทำงานเป็นเวร	รวม
โรงพยาบาลประสาท									
งานพยาบาลผู้ป่วยหนัก	6	41	47	6	10	16	6	9	15
งานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	3	14	17	3	6	9	3	5	8
งานพยาบาลวิสัญญี	2	8	10	2	4	6	2	3	5
งานพยาบาลผู้ป่วยใน	10	131	141	10	26	36	10	20	30
งานหน่วยจ่ายกลาง	2	5	7	2	3	5	2	2	4
รวม	23	199	222	23	49	77	23	39	62
รวมทั้งหมด	101	614	715	100	150	250	88	112	200

3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

3.6.1 การสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้นตามแนววัตถุประสงค์ของการศึกษาและนิยามปฏิบัติการ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

3.6.1.1 ศึกษาทฤษฎี งานวิจัยและแนวคิดที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

3.6.1.2 กำหนดขอบเขตเนื้อหาในการสร้างแบบสอบถามและศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดและนิยามปฏิบัติการในการศึกษา

3.6.1.3 สร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

3.6.1.4 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ (Pre-test) กับพยาบาลในโรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 ราย

3.6.1.5 นำแบบสอบถามหลังจากการทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามแล้ว มาทำการปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในการศึกษาจริง

3.6.2 ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษารั้งนี้ ผู้ศึกษาได้สร้างเครื่องมือเป็นแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลหลัก 5 ส่วน คือ (ภาคผนวก ค)

3.6.2.1 ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพในครัวเรือน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน จำนวนสมาชิกที่มีรายได้ในครัวเรือน รายได้ รายได้ของครัวเรือน การศึกษา ประสบการณ์ทำงาน ตำแหน่งหน้าที่ ช่วงเวลาทำงาน

3.6.2.2 ตอนที่ 2 ข้อมูลคุณภาพชีวิต โดยผู้ศึกษาได้กำหนดองค์ประกอบของ คุณภาพชีวิต 3 องค์ประกอบ คือ

1) องค์ประกอบด้านการทำงาน ประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ ในด้านการได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ความมั่นคงและความก้าวหน้าในการทำงาน โอกาส การพัฒนาสมรรถภาพของบุคคล ความสัมพันธ์ในหน่วยงาน การบริหารงานที่เป็นธรรมและเสมอภาค ความสมดุลของเวลาที่ใช้ในงานและอื่น ๆ และความภูมิใจในองค์การ

2) องค์ประกอบด้านสุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ ในด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย สุขนิสัยประจำวัน โภชนาการ การพักผ่อนนอนหลับ และสุขภาพจิต

3) องค์ประกอบด้านครอบครัว ประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ ในด้านการมีเวลาและทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ความขัดแย้งในครอบครัว การแสดงความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมตัดสินใจ และบทบาทหน้าที่ในครอบครัว

มาตรวัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้ง 3 ด้าน เป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ การวัดระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาล ในรูปของระดับพฤติกรรมต่อข้อคำถามนั้น ๆ ซึ่งมีวิธีการให้คะแนนโดยแบ่งเป็น 2 กรณี คือ

กรณีที่ 1 ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก (Positive) กำหนดการให้คะแนน ดังนี้

จริงมากที่สุด	ให้	5	คะแนน
จริงมาก	ให้	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	3	คะแนน
จริงน้อย	ให้	2	คะแนน
จริงน้อยที่สุด	ให้	1	คะแนน

กรณี 2 ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ (Negative) กำหนดการให้คะแนน
ดังนี้

จริงมากที่สุด	ให้	1	คะแนน
จริงมาก	ให้	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	3	คะแนน
จริงน้อย	ให้	4	คะแนน
จริงน้อยที่สุด	ให้	5	คะแนน

การจำแนกระดับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านและโดยรวมตามจำนวนข้อ
ของแต่ละมาตรวัด ดังนี้

ระดับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน ใช้เกณฑ์แบ่งคะแนน ดังนี้

17-34 คะแนน	หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ
35-67 คะแนน	หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง
68-85 คะแนน	หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง

ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม ใช้เกณฑ์แบ่งคะแนน ดังนี้

51 -102 คะแนน	หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ
103-203 คะแนน	หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง
204-255 คะแนน	หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง

3.6.2.3 ตอนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมกายภาพ โดยผู้ศึกษาได้
แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1) สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน ประกอบด้วย คำถาม 10 ข้อ เกี่ยวกับ
บรรยากาศในบ้าน แสงสว่าง อากาศ เสียง เครื่องมือเครื่องใช้ สภาพที่เป็นอยู่ของที่อยู่อาศัย ความ
มั่นคงและปลอดภัย

2) สภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงาน ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ
ด้าน แสงสว่าง บรรยากาศในที่ทำงาน สภาพอากาศ เครื่องมือเครื่องใช้ในการทำงาน

ข้อคำถามเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมกายภาพทั้ง 2 ด้าน ได้ใช้ข้อคำถาม
เป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ซึ่งมีวิธีการให้คะแนนโดยแบ่งเป็น 2
กรณี คือ

กรณี 1 ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก (Positive) กำหนดการให้คะแนน

ดังนี้

จริงมากที่สุด	ให้	5	คะแนน
จริงมาก	ให้	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	3	คะแนน
จริงน้อย	ให้	2	คะแนน
จริงน้อยที่สุด	ให้	1	คะแนน

กรณี 2 ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ (Negative) กำหนดการให้คะแนน

ดังนี้

จริงมากที่สุด	ให้	1	คะแนน
จริงมาก	ให้	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	3	คะแนน
จริงน้อย	ให้	4	คะแนน
จริงน้อยที่สุด	ให้	5	คะแนน

การจำแนกระดับสภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านและที่ทำงาน ตามจำนวนข้อของมาตรวัดดังนี้

10-20	คะแนน	หมายถึง มีสภาพแวดล้อมกายภาพในระดับต่ำ
21-39	คะแนน	หมายถึง มีสภาพแวดล้อมกายภาพในระดับปานกลาง
40-50	คะแนน	หมายถึง มีสภาพแวดล้อมกายภาพในระดับสูง

3.6.2.4 ตอนที่ 4 ข้อคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้ศึกษาได้

แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ประเภท คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน

1) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถามย่อย 15 ข้อ ใน 3 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม คือ การสนับสนุนทางอารมณ์และสังคม การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางสิ่งของ

2) การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน ประกอบด้วยข้อคำถามย่อย 15 ข้อ ใน 3 ประเภของการสนับสนุนทางสังคม คือ การสนับสนุนทางอารมณ์และสังคม การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางสิ่งของ

ข้อคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 2 ด้าน ได้ใช้วัดระดับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งในแต่ละข้อคำถามเป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ในรูปของระดับพฤติกรรมต่อข้อคำถามนั้น ๆ ซึ่งมีวิธีการให้คะแนนโดยแบ่งเป็น 2 กรณี คือ

กรณีที่ 1 ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก (Positive) กำหนดการให้คะแนน ดังนี้

จริงมากที่สุด	ให้	5	คะแนน
จริงมาก	ให้	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	3	คะแนน
จริงน้อย	ให้	2	คะแนน
จริงน้อยที่สุด	ให้	1	คะแนน

กรณีที่ 2 ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ (Negative) กำหนดการให้คะแนน ดังนี้

จริงมากที่สุด	ให้	1	คะแนน
จริงมาก	ให้	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	3	คะแนน
จริงน้อย	ให้	4	คะแนน
จริงน้อยที่สุด	ให้	5	คะแนน

การจำแนกระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน ตามจำนวนข้อของมาตรวัด ดังนี้

15-30 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

31-59 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

60-75 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

3.6.2.5 ตอนที่ 5 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน ด้านสุขภาพ และด้านครอบครัว และ ข้อเสนอแนะต่อคุณภาพชีวิตสตรีทำงานนอกบ้าน

3.7 การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ผู้ศึกษานำแบบสอบถามทั้งฉบับที่ได้จากการทดลองใช้ (Try out) ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 24 ชุด และนำผลการทดสอบมาวิเคราะห์หาข้อบกพร่อง และปรับปรุงเครื่องมือ โดยดำเนินการดังนี้

3.7.1 หาความเที่ยงตรงในเนื้อหา (Content validity) แบบสอบถาม โดยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความสมบูรณ์ในของเนื้อหาให้มีความชัดเจน และครอบคลุมเรื่องที่ต้องการวัด (face validity) รวมทั้งการพิจารณาความคงที่ภายใน (internal consistency) ของมาตรวัด (ตารางที่ 2-6 ภาคผนวก ข)

3.7.2 แบบสอบถามในตอนี่ 2 ถึง 4 นำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาแต่ละมาตรวัด ดังนี้

3.7.2.1 มาตรวัดคุณภาพชีวิตของพยาบาล ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตครอบครัว ซึ่งได้มีการทดสอบความเชื่อมั่นของมาตรวัด ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ (ตารางที่ 2 ภาคผนวก ข)

คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน	มีค่าเท่ากับ 0.822
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	มีค่าเท่ากับ 0.740
คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว	มีค่าเท่ากับ 0.849
คุณภาพชีวิตโดยรวม	มีค่าเท่ากับ 0.894

3.7.2.2 มาตรวัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่บ้าน และสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ทำงาน ซึ่งได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่นของมาตรวัด ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ (ตารางที่ 3 และ 4 ภาคผนวก ข)

สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน	มีค่าเท่ากับ 0.767
สภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงาน	มีค่าเท่ากับ 0.720

3.7.2.3 มาตรวัดการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่นของมาตรวัด ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ (ตารางที่ 5-6 ภาคผนวก ข)

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน มีค่าเท่ากับ 0.911

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีค่าเท่ากับ 0.891

3.7.3 หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discriminating Power) โดยแบ่งกลุ่มคะแนนในแต่ละมาตรวัด โดยให้มีจำนวนผู้ตอบในกลุ่มคะแนนสูง 27% และกลุ่มคะแนนต่ำ 27% จากนั้นนำ ผลการตอบไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายข้อโดยใช้ t-test แบบสอบถามข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนมาตรวัดกลุ่มสูง - กลุ่มต่ำ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ถือเป็นข้อที่มีอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ที่จะนำไปใช้ในการศึกษาได้ (ตารางที่ 2-6 ภาคผนวก ข)

3.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้จัดทำแบบสอบถามสมบูรณ์แล้ว ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

3.8.1 ทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล นพรัตน์ราชธานี โรงพยาบาลสงฆ์ และโรงพยาบาลประสาท

3.8.2 ติดต่อประสานงานกับฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาล เพื่อกำหนดวันและเวลาที่เหมาะสมต่อการจัดเก็บข้อมูล ในช่วงเดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2544

3.8.3 ดำเนินการแจกแบบสอบถามและเก็บแบบสอบถาม ตามแผนกของฝ่ายการพยาบาลตามแผนงานการสุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา จำนวน 200 ชุด คิดเป็นร้อยละ 80.00 ของจำนวนเป้าหมายที่ทำการสุ่มตัวอย่าง เนื่องจากไม่สามารถตามเก็บแบบสอบถามจากตัวอย่างได้ โดยใช้เวลาประมาณ 2 เดือน

3.9 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาใช้สถิติ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

3.9.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) หาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) เพื่ออธิบายข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษารวมทั้งหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายความคิดเห็นต่อคุณภาพชีวิต 3 ด้าน คือ คุณภาพชีวิตด้านชีวิตการทำงาน ด้านสุขภาพ และด้านครอบครัว

3.9.2 t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของกลุ่มที่ทำงานเวลาราชการปกติและกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร

3.9.3 การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) เพื่อวิเคราะห์หาน้ำหนักขององค์ประกอบคุณภาพชีวิตแต่ละด้านของพยาบาล เพื่อนำมาถ่วงน้ำหนักคะแนนในมาตรวัด โดยใช้เทคนิคการสกัดองค์ประกอบแบบ PC (Principal component) ซึ่งได้ค่า Rotated Component Matrix ขององค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ดังนี้ 1) คุณภาพชีวิตด้านการทำงานเท่ากับ 0.941 2) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.678 และ 3) คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว เท่ากับ 0.206

3.9.4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient : r) ในกรณีที่ตัวแปรอิสระอยู่ในระดับ interval/ratio และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation Coefficient) สำหรับกรณีที่ตัวแปรอิสระเป็น nominal ซึ่งได้ทำเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่ใช้ โดยมีเกณฑ์วัดระดับความสัมพันธ์ ดังนี้

- 1.00	หมายถึง มีความสัมพันธ์เต็มที่ และไปในทิศทางตรงข้าม
-0.76 ถึง -0.99	หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมากและไปในทิศทางตรงข้าม
-0.56 ถึง -0.75	หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงและไปในทิศทางตรงข้าม
-0.26 ถึง -0.55	หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางและไปในทิศทางตรงข้าม
-0.01 ถึง -0.25	หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำและไปในทิศทางตรงข้าม
0.00	หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์
0.01 ถึง 0.25	หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำและไปในทิศทางเดียวกัน
0.26 ถึง 0.55	หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางและไปในทิศทางเดียวกัน
0.56 ถึง 0.75	หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงและไปในทิศทางเดียวกัน
0.76 ถึง 0.99	หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมากและไปในทิศทางเดียวกัน
1.00	หมายถึง มีความสัมพันธ์เต็มที่ และไปในทิศทางเดียวกัน

3.9.5 การวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) เพื่อวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายความผันแปรของตัวแปรตามด้วยตัวแปรอิสระ และใช้วิธีการคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่สมการด้วยวิธี Stepwise และ Enter

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่อง “คุณภาพชีวิตของพยาบาลศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข” โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม สำหรับบทนี้ ผู้ศึกษาขอเสนอผลการศึกษา ดังต่อไปนี้

1. ลักษณะทั่วไปของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง
2. ระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง
3. การเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลตามช่วงเวลาการทำงาน
4. ระดับของปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาล
5. ผลการทดสอบสมมติฐาน
6. ปัญหา และอุปสรรค

4.1 ลักษณะทั่วไปของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของพยาบาลโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ ส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 200 ราย มีลักษณะทั่วไปดังนี้ (ตารางที่ 1 ภาคผนวก ก)

อายุ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุระหว่าง 22-59 ปี โดยเกือบครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 45.5) รองลงมา ได้แก่ อายุระหว่าง 22-30 ปี (ร้อยละ 25.7) และ 41-50 ปี (ร้อยละ 21.7) ตามลำดับ ส่วนอายุ 50 ปีขึ้นไปมีน้อยที่สุด (ร้อยละ 7.1) เมื่อเปรียบเทียบอายุระหว่างพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเวลาราชการปกติกับพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร พบว่า พยาบาลกลุ่มที่ทำงานเวลาราชการปกติส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 40.2) ซึ่งมีสัดส่วนใกล้เคียงกับช่วงอายุ 41 - 50 ปี (ร้อยละ 40.2) ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31- 40 ปี (ร้อยละ 50.5)

สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสแล้วอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 55.5) รองลงมา ได้แก่ สถานภาพโสด (ร้อยละ 37.0) และ สถานภาพสมรสแล้วแยกกันอยู่ (ร้อยละ 4.0) ตามลำดับ และที่พบเป็นส่วนน้อย คือ หม้าย (ร้อยละ 0.5) เมื่อเปรียบเทียบ

สถานภาพสมรสระหว่างพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเวลาราชการปกติกับพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร พบว่า พยาบาลกลุ่มที่ทำงานเวลาราชการปกติส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแล้วอยู่รวมกัน (ร้อยละ 71.6) ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรส่วนใหญ่สถานภาพโสด (ร้อยละ 48.1)

สถานภาพในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างประมาณสามในห้ามีสถานภาพเป็นภรรยา (ร้อยละ 64.3) รองลงมา ได้แก่ สถานภาพเป็นบุตร (ร้อยละ 24.9) และ สถานภาพเป็นผู้อาศัย (ร้อยละ 10.8) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบสถานภาพในครอบครัวระหว่างพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเวลาราชการปกติกับพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร พบว่า พยาบาลกลุ่มที่ทำงานเวลาราชการปกติ และพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นภรรยา (ร้อยละ 86.8 และ 48.6 ตามลำดับ)

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว ตั้งแต่ 1 ถึง 10 คน โดยประมาณครึ่งหนึ่งมีขนาดครอบครัวอยู่ระหว่าง 4-6 คน (ร้อยละ 58.7) รองลงมา ได้แก่ ขนาด 1-3 คน (ร้อยละ 34.2) และขนาด 7-10 คน (ร้อยละ 7.1) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเวลาราชการปกติกับพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร พบว่า พยาบาลกลุ่มที่ทำงานเวลาราชการปกติ และพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-6 คน (ร้อยละ 60.5 และ 57.3 ตามลำดับ)

จำนวนสมาชิกที่มีรายได้ในครัวเรือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนสมาชิกที่มีรายได้ในครัวเรือน ตั้งแต่ ไม่มี ถึง มีสมาชิกที่มีรายได้ 8 คน กลุ่มตัวอย่างประมาณสามในห้ามีจำนวนสมาชิกที่มีรายได้ในครัวเรือนอยู่ระหว่าง 1-2 คน (ร้อยละ 60.3) รองลงมา ได้แก่ 3-4 คน (ร้อยละ 25.6) 5 คนขึ้นไป (ร้อยละ 9.5) และ ไม่มีสมาชิกที่มีรายได้ (ร้อยละ 4.5) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเวลาราชการปกติกับพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร พบว่า พยาบาลกลุ่มที่ทำงานเวลาราชการปกติและกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกที่มีรายได้ในครัวเรือนระหว่าง 1-2 คน (ร้อยละ 67.0 และ 55.0 ตามลำดับ)

รายได้ กลุ่มตัวอย่างมีรายได้อยู่ระหว่าง 6,000 – 67,000 บาท โดยสัดส่วนของผู้ที่มีรายได้มากที่สุด คือ มีรายได้ 10,001-15,000 บาท (ร้อยละ 29.4) ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มผู้มีรายได้ 15,001-20,000 บาท (ร้อยละ 27.9) รองลงมาได้แก่ กลุ่มผู้มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 17.8) ส่วนกลุ่มที่พบน้อยที่สุด คือ มีรายได้ 25,000 ขึ้นไป (ร้อยละ 11.7) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเวลาราชการปกติกับพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร พบว่า พยาบาลกลุ่มที่ทำงานเวลาราชการปกติส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 15,001-20,000 บาท (ร้อยละ 40.7) ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 10,001-15,000 บาท (ร้อยละ 41.4)

รายได้ของสมาชิกในครัวเรือน สมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้อยู่ระหว่าง ไม่มีรายได้ ถึง มีรายได้ 350,000 บาท รายได้ของสมาชิกในครัวเรือนที่พบมากที่สุด คือ ประมาณหนึ่งในห้ามีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 20.8) ซึ่งมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับกลุ่มผู้มีรายได้ 20,001-30,000 บาท (ร้อยละ 19.8) รองลงมา ได้แก่ กลุ่มผู้มีรายได้ 30,001-40,000 บาท (ร้อยละ 15.6) ส่วนกลุ่มที่ไม่มีรายได้พบน้อยที่สุด (ร้อยละ 6.3) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเวลาราชการปกติกับพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร พบว่า พยาบาลกลุ่มที่ทำงานเวลาราชการปกติส่วนใหญ่มีรายได้ของสมาชิกในครัวเรือน 50,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 22.4) ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 21.2) ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรส่วนใหญ่มีรายได้ของสมาชิกในครัวเรือนระหว่าง 20,001-30,000 บาท (ร้อยละ 23.4)

ระดับการศึกษา ประกอบไปด้วย ระดับปริญญาตรีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 74.5) รองลงมา ได้แก่ ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 20.0) และสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 5.5) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างพยาบาลกลุ่มที่ทำงานราชการปกติกับพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร พบว่า พยาบาลกลุ่มที่ทำงานเวลาราชการปกติและกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 76.1 และ 73.2 ตามลำดับ)

ประสบการณ์ในการทำงาน กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์อยู่ระหว่าง 1-36 ปี โดยเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการทำงาน 11-20 ปี (ร้อยละ 45.0) รองลงมา ได้แก่ มีประสบการณ์ในการทำงาน 1-10 ปี (ร้อยละ 30.5) และ 21-30 ปี (ร้อยละ 18.0) ตามลำดับ และพบน้อยที่สุด คือ มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 30 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 6.5) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเวลาราชการปกติกับพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร พบว่า พยาบาลกลุ่มที่ทำงานเวลาราชการปกติส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานระหว่าง 11-20 ปี (ร้อยละ 46.6) ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานระหว่าง 1-10 ปี (ร้อยละ 48.2)

ตำแหน่งหน้าที่ กลุ่มตัวอย่างประมาณสามในสี่มีตำแหน่งเป็นพยาบาลประจำการ (ร้อยละ 78.5) ซึ่งไม่มีตำแหน่งหน้าที่ในการบริหารงาน รองลงมา ได้แก่ มีตำแหน่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย (ร้อยละ 15.5) และมีตำแหน่งเป็นผู้ช่วยหัวหน้าหอ (ร้อยละ 6.0) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างพยาบาลกลุ่มที่ทำงานราชการปกติกับพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร พบว่า พยาบาลกลุ่มที่ทำงานเวลาราชการปกติและกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรมีตำแหน่งหน้าที่เป็นพยาบาลประจำการ (ร้อยละ 51.1 และ 100.0 ตามลำดับ)

ช่วงเวลาทำงาน ขนาดกลุ่มตัวอย่างซึ่งทำการศึกษาแบบเจาะจงช่วงเวลาทำงานให้ได้สัดส่วนเท่ากัน แต่ภายหลังการเก็บข้อมูลพบว่า กลุ่มที่ทำงานเป็นเวร (ร้อยละ 56.0) มีสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติ (ร้อยละ 44.0) ซึ่ง การทำงานเป็นเวร แบ่งเป็น 3 ช่วงเวลา คือ ช่วงเวรเช้าเวลา 8.00 น. ถึง 16.00 น. ช่วงเวรบ่ายเวลา 16.00 ถึง 24.00 น. ช่วงเวรดึกเวลา 24.00 น. ถึง 8.00 น.

การเข้าเวรช่วงเช้า (8.00 – 16.00 น) พบว่า จำนวนครั้งต่อเดือนที่พยาบาลที่ทำงานเป็นเวรต้องเข้าเวรช่วงเช้า 6-10 ครั้งต่อเดือนมากที่สุด (ร้อยละ 57.3) รองลงมา ได้แก่ 16 ครั้งขึ้นไป (ร้อยละ 21.8) ส่วนกลุ่มที่ต้องเข้าเวร 11-15 ครั้งมีน้อยที่สุด (ร้อยละ 8.2)

การเข้าเวรช่วงบ่าย (16.00 – 24.00 น) พบว่า จำนวนครั้งต่อเดือนที่พยาบาลที่ทำงานเป็นเวรต้องเข้าเวรช่วงบ่าย มากที่สุด คือ กลุ่ม 6-10 ครั้ง (ร้อยละ 72.7) รองลงมา ได้แก่ กลุ่ม 1-5 ครั้ง (ร้อยละ 14.6) กลุ่มที่ต้องเข้าเวร 11-15 ครั้งมีน้อยที่สุด (ร้อยละ 3.6)

การเข้าเวรช่วงดึก (24.00 – 8.00 น) พบว่า จำนวนครั้งต่อเดือนที่พยาบาลที่ทำงานเป็นเวรต้องเข้าเวรช่วงดึก มากที่สุด คือ กลุ่ม 6-10 ครั้ง (ร้อยละ 71.8) รองลงมา ได้แก่ กลุ่ม 1-5 ครั้ง (ร้อยละ 13.6) ส่วนกลุ่ม 11-15 ครั้งพบน้อยที่สุด (ร้อยละ 4.6)

โดยสรุปพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรทุกช่วงเวลาส่วนมากมีการเข้าเวร 6-10 ครั้งต่อเดือน รองลงมา ได้แก่ 1-5 ครั้งต่อเดือน

4.2 ระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

4.2.1 ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของพยาบาล

ระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ ส่วนกลางกระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 3 ด้านโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระหว่าง 91-228 คะแนน เมื่อจำแนกตามเกณฑ์การวัดระดับที่กำหนดไว้ในการศึกษาครั้งนี้ 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (51-102 คะแนน) ระดับปานกลาง (103-203คะแนน) และระดับสูง (204-255 คะแนน) ปรากฏว่า กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งในหามีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (ร้อยละ 93.5) รองลงมาได้แก่ มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง (ร้อยละ 6.0) และมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ (ร้อยละ 0.5) ตามลำดับ (ตารางที่ 2 ภาคผนวก ก)

4.2.2 ระดับคุณภาพชีวิตด้านการทำงานของพยาบาล

คุณภาพชีวิตด้านการทำงานของพยาบาล วัดด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 56.17 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมของคุณภาพชีวิตของพยาบาลในด้านการทำงาน อยู่ในระดับปานกลาง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.98 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุด 27 คะแนน และสูงสุด 76 คะแนน) เมื่อจำแนกตามเกณฑ์การวัดระดับที่กำหนดไว้ 3 ระดับ ปรากฏว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณสี่ในห้ามีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (ร้อยละ 88.5) รองลงมา ได้แก่ คุณภาพชีวิตในระดับสูง (ร้อยละ 9.5) และคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ (ร้อยละ 2.0) ตามลำดับ (ตารางที่ 2 ภาคผนวก ก)

เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า ข้อคำถามที่พยาบาลมีความคิดเห็นว่าเป็นจริงมากและจริงมากที่สุดในเรื่อง ลักษณะงานที่ทำอยู่มีผลต่อความเป็นอยู่ของประชาชน (ร้อยละ 94.0) รองลงมา คือ การทำงานกับเพื่อนร่วมงานไปด้วยกันได้ดี (ร้อยละ 89.0) ส่วนความคิดเห็นว่าเป็นจริงน้อยและจริงน้อยที่สุด ลำดับแรกได้แก่ เพื่อนร่วมงานมักมีปัญหาในการทำงานเป็นทีม (ร้อยละ 70.5) รองลงมา คือ ไม่ค่อยมีโอกาสในการศึกษาเพิ่มพูนความรู้ความสามารถของตนเอง (ร้อยละ 67.5) และรายได้จากการทำงานเพียงพอกับที่จะดำรงชีวิตได้ (ร้อยละ 60.0) (ตารางที่ 3 ภาคผนวก ก)

4.2.3 ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาล

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาล วัดด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ มีคะแนนเฉลี่ย 52.30 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.22 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุด 29 คะแนน และสูงสุด 75 คะแนน) เมื่อจำแนกตามเกณฑ์การวัดระดับที่กำหนดไว้ 3 ระดับ ปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างเกินสี่ในห้ามีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (ร้อยละ 92.0) รองลงมา ได้แก่ คุณภาพชีวิตในระดับสูง (ร้อยละ 5.0) และคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ (ร้อยละ 3.0) ตามลำดับ (ตารางที่ 2 ภาคผนวก ก)

เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า ข้อคำถามที่มีความคิดเห็นว่าเป็นจริงมากและจริงมากที่สุดในเรื่องมีการระมัดระวังป้องกันการติดเชื้อโรคเสมอ มากที่สุด (ร้อยละ 93.0) รองลงมา คือ รู้สึกว่ามีความสุขในชีวิตครอบครัว (ร้อยละ 82.0) และไม่ได้ออกกำลังกาย (ร้อยละ 68.0) ส่วนข้อคำถามที่มีความคิดเห็นว่าเป็นจริงน้อยและจริงน้อยที่สุด คือ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 86.5) มากที่สุด รองลงมา คือ ทานอาหารไม่ค่อยตรงเวลา (ร้อยละ 76.0) และมีการคิดมากหรือกังวลใจจนนอนไม่หลับ (ร้อยละ 74.5) ตามลำดับ (ตารางที่ 3 ภาคผนวก ก)

4.2.4 ระดับคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของพยาบาล

คุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของพยาบาล ซึ่งวัดด้วยข้อคำถามมีจำนวน 17 ข้อ มีคะแนนเฉลี่ย 61.96 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.73 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุด 28 คะแนน และคะแนนรวมสูงสุด 83 คะแนน) เมื่อจำแนกตามเกณฑ์การวัดระดับที่กำหนดไว้ 3 ระดับ ปรากฏว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณสามในห้ามีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.5) รองลงมา ได้แก่ คุณภาพชีวิตในระดับสูง (ร้อยละ 30.5) และมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ (ร้อยละ 3.0) ตามลำดับ (ตารางที่ 2 ภาคผนวก ก)

เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า ข้อคำถามที่มีความคิดเห็นว่าเป็นจริงมากและจริงมากที่สุด ในเรื่องการได้มีส่วนร่วมตัดสินใจเรื่องสำคัญ ๆ ในครอบครัว (ร้อยละ 90.5) มากที่สุด ซึ่งมีสัดส่วนใกล้เคียงกับเรื่อง สมาชิกในครอบครัวมีความปรองดองกันดี (ร้อยละ 90.0) รองลงมา ได้แก่ ได้รับความอบอุ่นจากครอบครัว (ร้อยละ 88.5) ส่วนความคิดเห็นว่าเป็นจริงน้อยและน้อยที่สุด คือ ไม่ชอบการร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาของครอบครัว (ร้อยละ 91.0) มากที่สุด รองลงมา คือ รู้สึกมีความสุขเมื่ออยู่กับเพื่อนมากกว่าคนในครอบครัว (ร้อยละ 87.5) และต้องรับผิดชอบทำงานบ้านมากกว่าสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 57.5) (ตารางที่ 3 ภาคผนวก ก)

4.3 การเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลตามช่วงเวลาการทำงาน

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของพยาบาลตามเวลาการทำงาน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ พยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติ และพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรได้ผลการศึกษา ดังนี้

4.3.1 คุณภาพชีวิตพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติ

ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของพยาบาลที่ทำงานในเวลาราชการปกติทั้ง 3 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระหว่าง 91-228 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 176.08 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 23.96 คะแนน เมื่อจำแนกตามเกณฑ์การวัดระดับที่กำหนดไว้ 3 ระดับ ปรากฏว่า กลุ่มพยาบาลที่ทำงานในเวลาราชการปกติมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางเกินสี่ในห้า (ร้อยละ 92.0) รองลงมา ได้แก่ มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง (ร้อยละ 6.8) และมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ (ร้อยละ 1.2) ตามลำดับ (ตารางที่ 4 ภาคผนวก ก)

คุณภาพชีวิตด้านการทำงานของพยาบาลที่ทำงานในเวลาราชการปกติ มีค่าเฉลี่ย 57.80 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.02 คะแนน คะแนนต่ำสุด 27 คะแนน และคะแนนสูงสุด 72 คะแนน) เมื่อจำแนกตามเกณฑ์การวัดระดับที่กำหนดไว้ 3 ระดับ ปรากฏว่า พยาบาลที่ทำงานในเวลาราชการปกติมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางประมาณสี่ในห้า (ร้อยละ 80.7) รองลงมา ได้แก่ มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง (ร้อยละ 17.0) และมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ (ร้อยละ 2.3) ตามลำดับ (ตารางที่ 4 ภาคผนวก ก)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลที่ทำงานในเวลาราชการปกติ มีคะแนนเฉลี่ย 54.78 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.00 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุด 31 คะแนน และสูงสุด 74 คะแนน) เมื่อจำแนกตามเกณฑ์การวัดระดับที่กำหนดไว้ 3 ระดับ ปรากฏว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางเกินสี่ในห้า (ร้อยละ 93.2) รองลงมา ได้แก่ คุณภาพชีวิตในระดับสูง (ร้อยละ 5.7) และคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ (ร้อยละ 1.1) ตามลำดับ (ตารางที่ 4 ภาคผนวก ก)

คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว ของพยาบาลที่ทำงานในเวลาราชการปกติ มีคะแนนเฉลี่ย 63.51 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.01 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุด 28 คะแนน และคะแนนรวมสูงสุด 83 คะแนน) เมื่อจำแนกตามเกณฑ์การวัดระดับที่กำหนดไว้ 3 ระดับ ปรากฏว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางประมาณสามในห้า (ร้อยละ 58.0) รองลงมา ได้แก่ คุณภาพชีวิตในระดับสูง (ร้อยละ 38.6) และคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ (ร้อยละ 3.4) ตามลำดับ (ตารางที่ 4 ภาคผนวก ก)

4.3.2 คุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร

ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร ทั้ง 3 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระหว่าง 110-216 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 165.49 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 22.94 คะแนน เมื่อจำแนกตามเกณฑ์การวัดระดับที่กำหนดไว้ 3 ระดับ ปรากฏว่า กลุ่มพยาบาลที่ทำงานเป็นเวร มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางเกินสี่ในห้า (ร้อยละ 93.8) รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตในระดับสูง (ร้อยละ 6.2) ส่วนคุณภาพชีวิตในระดับต่ำไม่ปรากฏ (ตารางที่ 4 ภาคผนวก ก)

คุณภาพชีวิตด้านการทำงานของพยาบาลที่ทำงานเป็นเวร มีค่าเฉลี่ย 54.90 คะแนน หมายถึงพฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.77 คะแนน คะแนนต่ำสุด 31 คะแนน และคะแนนสูงสุด 76 คะแนน) เมื่อจำแนกตามเกณฑ์การวัดระดับที่กำหนดไว้ 3 ระดับ ปรากฏว่า พยาบาลที่ทำงานเป็นเวร มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง

เกินสี่ในห้า (ร้อยละ 93.7) รองลงมา ได้แก่ คุณภาพชีวิตในระดับสูง (ร้อยละ 4.5) และคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ (ร้อยละ 1.8) ตามลำดับ (ตารางที่ 4 ภาคผนวก ก)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลที่ทำงานเป็นเวร มีคะแนนเฉลี่ย 50.35 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.95 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุด 29 คะแนน และสูงสุด 75 คะแนน) เมื่อจำแนกตามเกณฑ์การวัดระดับที่กำหนดไว้ 3 ระดับ ปรากฏว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางเกินสี่ในห้า (ร้อยละ 91.0) รองลงมา ได้แก่ คุณภาพชีวิตในระดับสูง ซึ่งมีสัดส่วนเท่ากับกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ (ร้อยละ 4.5) (ตารางที่ 4 ภาคผนวก ก)

คุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของพยาบาลที่ทำงานเป็นเวร มีคะแนนเฉลี่ย 60.74 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.38 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุด 31 คะแนน และคะแนนรวมสูงสุด 79 คะแนน) เมื่อจำแนกตามเกณฑ์การวัดระดับที่กำหนดไว้ 3 ระดับ ปรากฏว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางเกือบสามในสี่ (ร้อยละ 73.2) รองลงมา ได้แก่ คุณภาพชีวิตในระดับสูง (ร้อยละ 24.1) และคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ (ร้อยละ 2.7) ตามลำดับ (ตารางที่ 4 ภาคผนวก ก)

สรุปการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของพยาบาลจำแนกตามเวลาการทำงาน (ตารางที่ 5 ภาคผนวก ก) พบว่า คุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าคุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ใน คุณภาพชีวิตโดยรวม (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 176.08 และ 165.99 คะแนน ตามลำดับ) คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 57.80 และ 54.90 คะแนน ตามลำดับ) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 54.78 และ 50.35 คะแนน ตามลำดับ) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 63.51 และ 60.74 คะแนน ตามลำดับ)

4.4 ระดับของปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาล

4.4.1 สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน

สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ย 39.46 คะแนน หมายถึง ความคิดเห็นต่อสภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.19 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุด 15 คะแนน และสูงสุด 50 คะแนน เมื่อจำแนกตามเกณฑ์การวัดระดับที่กำหนดไว้ 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (10-20 คะแนน) ระดับปานกลาง (21-39 คะแนน) และระดับสูง (40-50 คะแนน) ปรากฏว่า กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งมีความคิดเห็นว่าสภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 55.5) รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 43.5) และระดับต่ำ (ร้อยละ 1.0) (ตารางที่ 6 ภาคผนวก ก)

เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบว่าจริงมากและจริงมากที่สุด คือ สภาพของบ้านมีความมั่นคงถาวร และบ้านมีเครื่องอำนวยความสะดวกอย่างเพียงพอ (ร้อยละ 87.5) มากที่สุดเท่ากัน รองลงมา ได้แก่ ที่บ้านมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน (ร้อยละ 82.5) ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าจริงน้อยและน้อยที่สุด คือ ที่พักอาศัยแวดล้อมไปด้วยแหล่งเสื่อมโทรม (ร้อยละ 95.5) มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ที่พักอาศัยมีกลิ่นเหม็นรบกวน (ร้อยละ 92.5) และที่พักอาศัยมีความแออัดคับแคบ (ร้อยละ 89.5) (ตารางที่ 7 ภาคผนวก ก)

4.4.2 สภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงาน

สภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงาน มีคะแนนเฉลี่ย 34.26 คะแนน หมายถึง ความคิดเห็นต่อสภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงานอยู่ในระดับปานกลาง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.85 คะแนน รวมต่ำสุด 18 คะแนน และสูงสุด 48 คะแนน) เมื่อจำแนกตามเกณฑ์การวัดระดับที่กำหนดไว้ 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (10-20 คะแนน) ระดับปานกลาง (21-39 คะแนน) และระดับสูง (40-50 คะแนน) ปรากฏว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณสามในสี่มีความคิดเห็นว่าสภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงานอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 77.0) รองลงมา ได้แก่ ระดับสูง (ร้อยละ 22.0) และระดับต่ำ (ร้อยละ 1.0) (ตารางที่ 6 ภาคผนวก ก)

เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าจริงมากและจริงมากที่สุด คือ ที่ทำงานมีแสงสว่างเพียงพอในการทำงาน (ร้อยละ 89.0) มากที่สุด รองลงมาได้แก่ ที่ทำงานมีความพร้อมในเครื่องมือเครื่องใช้ในการทำงาน (ร้อยละ 74.0) และที่ทำงานปราศจากเสียงรบกวน (ร้อยละ 71.5) ตามลำดับ (ตารางที่ 8 ภาคผนวก ก)

4.4.3 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

เมื่อพิจารณาในภาพรวมแล้วจะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ย 64.32 คะแนน หมายถึง ความคิดเห็นการได้รับสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.25 คะแนนรวมต่ำสุด 30 คะแนน และคะแนนรวมสูงสุด 75 คะแนน) เมื่อจำแนกตามเกณฑ์การวัดระดับที่กำหนดไว้ 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (15-30 คะแนน) ระดับปานกลาง (31-59 คะแนน) และระดับสูง (60-75 คะแนน) ปรากฏว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณสามในสี่มีความคิดเห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับสูง (ร้อยละ 77.5) รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 22.0) และระดับต่ำ (ร้อยละ 0.5) (ตารางที่ 9 ภาคผนวก ก)

เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างคิดเห็นว่าเป็นจริงมากและมากที่สุด คือ ได้รับความจริงใจจากครอบครัว (ร้อยละ 93.5) มากที่สุด รองลงมา คือ ได้รับความรักความห่วงใยจากครอบครัว (ร้อยละ 92.0) และได้รับการยอมรับและยกย่องจากครอบครัว (ร้อยละ 91.5) ส่วนข้อคำถามที่คิดว่าจริงน้อยและน้อยที่สุด คือ ไม่ได้รับความร่วมมือเมื่อต้องการของแรงใช้ช่วยเหลือจากครอบครัว (ร้อยละ 83.5) มากที่สุด รองลงมา คือ ไม่ได้รับคำแนะนำในการแก้ปัญหาจากครอบครัว (ร้อยละ 82.5) และไม่มีใครให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในครอบครัว (ร้อยละ 79.0) (ตารางที่ 10 ภาคผนวก ก)

4.4.4 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน

เมื่อพิจารณาในภาพรวมแล้วจะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน มีคะแนนเฉลี่ย 53.46 คะแนน หมายถึง ความคิดเห็นการได้รับสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับปานกลาง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.60 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุด 23 คะแนน และคะแนนรวมสูงสุด 75 คะแนน) เมื่อจำแนกตามเกณฑ์การวัดระดับที่กำหนดไว้ 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (15-30 คะแนน) ระดับปานกลาง (31-59 คะแนน) และระดับสูง (60-75 คะแนน) ปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณสามในห้ามีความเห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.0) รองลงมา ได้แก่ ระดับสูง (ร้อยละ 35.0) และระดับต่ำ (ร้อยละ 2.0) (ตารางที่ 9 ภาคผนวก ก)

เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า ข้อคำถามที่เห็นว่าเป็นจริงมากและจริงมากที่สุด คือ เพื่อนร่วมงานให้ความเคารพนับถือ (ร้อยละ 78.5) มากที่สุด รองลงมา คือ ได้รับคำแนะนำจากเพื่อนร่วมงานเมื่อต้องการ (ร้อยละ 75.5) และได้รับการยกย่องและยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน (ร้อยละ

73.0) ส่วนข้อคำถามที่เห็นว่าจริงน้อยและน้อยที่สุด คือ เพื่อนร่วมงานไม่ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน (ร้อยละ 89.0) มากที่สุด รองลงมา คือ ไม่ได้รับคำแนะนำในการแก้ปัญหาจากเพื่อนร่วมงาน และเพื่อนร่วมงานไม่รับฟังปัญหา (ร้อยละ 87.0) เท่ากัน (ตารางที่ 11 ภาคผนวก ก)

4.5 ผลการทดสอบสมมติฐาน

การวิเคราะห์ปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพในครัวเรือน รายได้ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งหน้าที่ ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จำนวนสมาชิกในครัวเรือน จำนวนสมาชิกที่มีรายได้ รายได้ของครัวเรือน ปัจจัยด้านที่ทำงาน ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงาน การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน ได้ผลการทดสอบดังต่อไปนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

สมมติฐานที่ 1.1 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

จากการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิตโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับต่ำ ($r = .171$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงยอมรับสมมติฐานที่กำหนดไว้ หมายความว่า พยาบาลที่มีอายุมากมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูง ส่วนพยาบาลที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำ

เมื่อพิจารณากฎหมายชีวิตในรายด้าน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับต่ำ ($r = .203$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เพียงด้านเดียวเท่านั้น ส่วนความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน และคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ ($r = .119, .095$ ตามลำดับ) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 12 ภาคผนวก ก)

สมมติฐานที่ 1.2 มีความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

จากการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (r_{pb}) พบว่า พยาบาลที่สมรสแล้วอยู่ด้วยกันมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับต่ำ ($r = .117$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.05 เช่นเดียวกับคุณภาพชีวิตรายด้าน ซึ่งพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน ด้านสุขภาพ และด้านครอบครัวในระดับต่ำ ($r = .093, .096, .137$ ตามลำดับ) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน จึงไม่ยอมรับสมมติฐานที่กำหนดไว้ (ตารางที่ 12 ภาคผนวก ก)

สมมติฐานที่ 1.3 มีความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

จากการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (r_{pb}) พบว่า พยาบาลที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นภรรยา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับต่ำ ($r = .038$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับคุณภาพชีวิตรายด้าน ที่พบว่าสถานภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน ด้านสุขภาพ และด้านครอบครัวในระดับต่ำ ($r = .049, .005, .038$ ตามลำดับ) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน จึงไม่ยอมรับสมมติฐานที่กำหนดไว้ (ตารางที่ 12 ภาคผนวก ก)

สมมติฐานที่ 1.4 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างรายได้กับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

จากการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับคุณภาพชีวิตของพยาบาล โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับต่ำ ($r = .172$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงยอมรับสมมติฐานที่กำหนดไว้ หมายความว่าพยาบาลที่มีรายได้มากมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูง ส่วนพยาบาลที่มีรายได้น้อยมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำ

เมื่อพิจารณาคคุณภาพชีวิตในรายด้าน พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวในระดับต่ำ ($r = .202, .159$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ ส่วนความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ ($r = .107$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 12 ภาคผนวก ก)

สมมติฐานที่ 1.5 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับการศึกษากับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

จากการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับคุณภาพชีวิตของพยาบาล โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับต่ำ ($r = .133$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพียงด้านเดียว (ตารางที่ 12 ภาคผนวก ก)

สมมติฐานที่ 1.6 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างประสบการณ์ในการทำงานกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

จากการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในการทำงานกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับต่ำ ($r = .187$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงยอมรับสมมติฐานที่กำหนดไว้ หมายความว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานมาก มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูง ส่วนพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำ

เมื่อพิจารณากualitasชีวิตในรายด้าน พบว่า ประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านการทำงานและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับต่ำ ($r = .147, .206$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ ส่วนความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ ($r = .084$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 12 ภาคผนวก ก)

สมมติฐานที่ 1.7 มีความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งหน้าที่กับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

จากการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งหน้าที่กับคุณภาพชีวิตของพยาบาล โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (r_{pb}) พบว่า การมีตำแหน่งหน้าที่บริหารมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับต่ำ ($r = .282$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงยอมรับสมมติฐานที่กำหนดไว้ หมายความว่า พยาบาลที่มีตำแหน่งหน้าที่บริหารมีแนวโน้มที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าพยาบาลที่ไม่มีตำแหน่งหน้าที่

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตในรายด้าน พบว่า ตำแหน่งหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน และด้านสุขภาพในระดับต่ำ ($r = .239, .275$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว พบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำเช่นกัน ($r = .146$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 12 ภาคผนวก ก)

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยด้านครอบครัว

สมมติฐานที่ 2.1 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับสภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

จากการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างระดับสภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ระดับสภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ($r = .437$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงยอมรับสมมติฐานที่กำหนดไว้ หมายความว่า พยาบาลที่มีระดับสภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านสูงมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูง ส่วนพยาบาลที่มีระดับสภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านต่ำมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำ

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตในรายด้าน พบว่า ระดับสภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน ด้านสุขภาพ และด้านครอบครัวในระดับปานกลางเช่นกัน ($r = .337, .388, .470$ ตามลำดับ) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 12 ภาคผนวก ก)

สมมติฐานที่ 2.2 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

จากการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ($r = .389$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงยอมรับสมมติฐานที่กำหนดไว้ หมายความว่า พยาบาลที่ได้รับระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูงมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูง ส่วนพยาบาลที่ได้รับระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่ำมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำ

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตในรายด้าน พบว่า ระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน ด้านสุขภาพ ในระดับปานกลางเช่นกัน ($r = .271, .315$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูง ($r = .627$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 12 ภาคผนวก ก)

สมมติฐานที่ 2.3 มีความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างจำนวนสมาชิกในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

จากการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนสมาชิกในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับต่ำ ($r = .040$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเช่นเดียวกับคุณภาพชีวิตรายด้าน ซึ่งพบว่าจำนวนสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน ด้านสุขภาพ และด้านครอบครัวในระดับต่ำ ($r = .042, .029, .012$ ตามลำดับ) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน จึงไม่ยอมรับสมมติฐานที่กำหนดไว้ (ตารางที่ 12 ภาคผนวก ก)

สมมติฐานที่ 2.4 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างจำนวนสมาชิกที่มีรายได้กับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

จากการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนสมาชิกที่มีรายได้กับคุณภาพชีวิตของพยาบาล โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า จำนวนสมาชิกที่มีรายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับต่ำ ($r = .039$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเช่นเดียวกับคุณภาพชีวิตรายด้าน ซึ่งพบว่าจำนวนสมาชิกที่มีรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน ด้านสุขภาพ และด้านครอบครัวในระดับต่ำ ($r = -.001, .057, .106$ ตามลำดับ) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน จึงไม่ยอมรับสมมติฐานที่กำหนดไว้ (ตารางที่ 12 ภาคผนวก ก)

สมมติฐานที่ 2.5 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างรายได้ของสมาชิกครัวเรือนกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

จากการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของสมาชิกในครัวเรือนกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า รายได้ของสมาชิกครัวเรือนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ($r = .303$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงยอมรับสมมติฐานที่กำหนดไว้ หมายความว่าพยาบาลที่มีสูงมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูง ส่วนพยาบาลที่มีรายได้ของสมาชิกในครัวเรือนต่ำมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำ

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตในรายด้าน พบว่า ระดับรายได้ของครัวเรือนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน ในระดับต่ำ ($r = .174$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และด้านครอบครัว พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r = .366 , .263$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 12 ภาคผนวก ก)

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยด้านที่ทำงาน

สมมติฐานที่ 3.1 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับสภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงานกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

จากการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างระดับสภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงานกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ระดับสภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ($r = .455$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงยอมรับสมมติฐานที่กำหนดไว้ หมายความว่าพยาบาลที่มีระดับสภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงานสูงมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูง ส่วนพยาบาลที่มีระดับสภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงานต่ำมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำ

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตในรายด้าน พบว่า ระดับสภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน ด้านสุขภาพ ในระดับปานกลาง ($r = .460 , .333$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ ($r = .238$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 12 ภาคผนวก ก)

สมมติฐานที่ 3.2 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

จากการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ระดับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ($r = .495$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงยอมรับสมมติฐานที่กำหนดไว้ หมายความว่าพยาบาลที่ได้รับระดับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานสูงมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูง ส่วนพยาบาลที่ได้รับระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่ำมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำ

เมื่อพิจารณากฎหมายชีวิตในรายด้าน พบว่า ระดับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน ด้านสุขภาพ ในระดับปานกลางเช่นกัน ($r = .540, .321$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ ($r = .213$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 12 ภาคผนวก ก)

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านที่ทำงานสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตพยาบาล ในแต่ละด้านได้

เมื่อพิจารณาการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบ Stepwise เพื่อคัดเลือกตัวแปรอิสระที่สามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิตครอบครัว และคุณภาพชีวิตโดยรวมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยตัวแปรอิสระถูกจำแนกเป็น 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านที่ทำงาน แต่ในการวิเคราะห์การถดถอยพหุของกลุ่มตัวแปรอิสระในปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตแต่ละด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่ามีเพียง ตำแหน่งหน้าที่ และรายได้ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ดังนั้นผู้ศึกษาจึงจะจึงเลือกตัวแปรดังกล่าว ร่วมกับการคัดเลือกตัวแปรอื่น ๆ จากปัจจัยที่เหลือด้วยวิธี Stepwise ในขั้นตอนต่อไป ซึ่งได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน

กลุ่มตัวแปรอิสระทุกปัจจัยนั้นสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตการทำงานได้ร้อยละ 41.4 ($R^2=0.414$) โดยตำแหน่งหน้าที่กับสถานภาพสมรสสามารถอธิบายความผันแปรได้สูงสุด ($R^2 = 0.286$) รองลงมา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน สภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงาน และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (R^2 เพิ่ม = 0.274, 0.055 และ 0.029 ตามลำดับ) และทั้ง 4 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการทำงานในระดับสูง ($r = 0.644$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 13 ภาคผนวก ก)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างตัวแปรอิสระในแต่ละชุดซึ่ง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านที่ทำงานโดยใช้วิธี Stepwise (ตารางที่ 14 ภาคผนวก ก) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ตำแหน่งหน้าที่ มีความสามารถในการอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านการทำงานได้เพียงร้อยละ 6.7 ($R^2=0.067$) ในขณะที่ปัจจัยด้านครอบครัว คือ สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านการทำงานได้ร้อยละ 12.7 ($R^2=0.127$) ส่วนปัจจัยด้านที่ทำงาน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน และสภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงาน สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านการทำงานได้ร้อยละ 38.9 ($R^2=0.389$)

โดยสรุปผลการเปรียบเทียบความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านการทำงานพบว่า ชุดปัจจัยด้านต่าง ๆ มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านการทำงานต่างกัน คือ ปัจจัยด้านที่ทำงาน มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านการทำงานได้มากที่สุด(ร้อยละ 38.9) รองลงมา คือ ปัจจัยด้านครอบครัว (ร้อยละ 12.7) และปัจจัยส่วนบุคคล (ร้อยละ 6.7) สำหรับปัจจัยรวมทุกด้านมีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านการทำงานได้ร้อยละ 41.4

2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ตัวแปรอิสระทุกด้านสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้ประมาณร้อยละ 34.4 ($R^2= 0.344$) โดยตำแหน่งหน้าที่กับสถานภาพสมรสสามารถอธิบายความผันแปรได้สูงสุด (R^2 เพิ่ม = 0.320) รองลงมา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงาน รายได้ของสมาชิกในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน (R^2 เพิ่ม = 0.158, 0.052, 0.037 และ 0.019 ตามลำดับ) และทั้ง 5 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับสูง ($r= 0.586$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 13 ภาคผนวก ก)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านที่ทำงานในความสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ตารางที่ 15 ภาคผนวก ก) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ตำแหน่งหน้าที่ที่มีความสามารถในการอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้เพียงร้อยละ 7.7 ($R^2 = 0.077$) ในขณะที่ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ รายได้ของสมาชิกในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และสภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ร้อยละ 26.3 ($R^2 = 0.263$) ส่วนปัจจัยด้านที่ทำงาน ได้แก่ สภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงาน และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ร้อยละ 16.5 ($R^2 = 0.165$)

โดยสรุปผลการเปรียบเทียบความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่า ชุดปัจจัยด้านต่าง ๆ มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่างกัน คือ ปัจจัยด้านครอบครัว มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้มากที่สุด (ร้อยละ 26.3) รองลงมา คือ ปัจจัยด้านที่ทำงาน (ร้อยละ 16.5) และปัจจัยส่วนบุคคล (ร้อยละ 7.7) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยทุกด้านเมื่อรวมกันมีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านการทำงานได้ร้อยละ 34.4

3. คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว

ตัวแปรอิสระทุกด้านสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว ได้ร้อยละ 48.6 ($R^2 = 0.486$) โดยการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถอธิบายความผันแปรได้สูงสุด (R^2 เพิ่ม = 0.364) รองลงมา ได้แก่ สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน ตำแหน่งหน้าที่ และรายได้ (R^2 เพิ่ม = 0.062, 0.034 และ 0.026 ตามลำดับ) และทั้ง 4 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวในระดับสูง ($r = 0.697$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 13 ภาคผนวก ก)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างตัวแปรอิสระในแต่ละปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านที่ทำงาน โดยใช้วิธี Stepwise (ตารางที่ 16 ภาคผนวก ก) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวได้เพียงร้อยละ 6.6 ($R^2 = 0.066$) ในขณะที่ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน และรายได้ของสมาชิกในครอบครัว สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวได้ร้อยละ 48.7 ($R^2 = 0.487$)

ส่วนปัจจัยด้านที่ทำงาน ได้แก่ สภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงาน การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวได้ร้อยละ 7.9 ($R^2=0.079$)

สรุปการเปรียบเทียบความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว พบว่า ชุดปัจจัยด้านต่าง ๆ มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวต่างกัน คือ ปัจจัยด้านครอบครัว มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวได้มากที่สุด (ร้อยละ 48.7) รองลงมา คือ ปัจจัยด้านที่ทำงาน (ร้อยละ 7.9) และปัจจัยส่วนบุคคล (ร้อยละ 6.6) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยทุกด้านร่วมกันมีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านการทำงานได้ร้อยละ 48.6

4. คุณภาพชีวิตโดยรวม

ตัวแปรอิสระทุกด้าน ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านที่ทำงาน สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 52 ($R^2=0.520$) โดยการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานสามารถอธิบายความผันแปรได้สูงสุด (R^2 เพิ่ม = 0.190) รองลงมา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ตำแหน่งหน้าที่ สภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงาน รายได้ และสภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน (R^2 เพิ่ม = 0.115 , 0.110 , 0.063 , 0.02 และ 0.022 ตามลำดับ) และทั้ง 6 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับสูง ($r = 0.721$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 13 ภาคผนวก ก)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างตัวแปรอิสระในแต่ละปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านที่ทำงาน โดยใช้วิธี Stepwise (ตารางที่ 17 ภาคผนวก ก) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ตำแหน่งหน้าที่ สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตโดยรวมได้เพียงร้อยละ 8.9 ($R^2= 0.089$) ในขณะที่ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน และรายได้ของสมาชิกในครอบครัว สามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 29.7 ($R^2=0.297$) ส่วนปัจจัยด้านที่ทำงาน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน และสภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงาน สามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 34.9 ($R^2= 0.349$)

สรุปการเปรียบเทียบความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า ชุดปัจจัยด้านต่าง ๆ มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตโดยรวมต่างกัน คือ ปัจจัยด้านที่ทำงาน มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตโดยรวมได้มากที่สุด (ร้อยละ 34.9) รองลงมา คือ ปัจจัย

ด้านครอบครัว (ร้อยละ 29.7) และปัจจัยส่วนบุคคล (ร้อยละ 8.9) ตามลำดับ ส่วนตัวปัจจัยทุกด้าน เมื่อร่วมกันสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านการทำงานได้ร้อยละ 52

เมื่อพิจารณาแต่ละตัวแปรอิสระ พบว่า ตำแหน่งหน้าที่สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตโดยรวม ลำดับที่ 3 (R^2 เพิ่ม = 0.110) และเมื่อพิจารณาคูณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ตำแหน่งหน้าที่สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้มากที่สุด (R^2 เพิ่ม = 0.320)

รายได้สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตโดยรวม ลำดับที่ 2 (R^2 เพิ่ม = 0.020) และเมื่อพิจารณาคูณภาพชีวิตรายด้านพบว่า รายได้สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวได้ (R^2 เพิ่ม = 0.026)

สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตโดยรวม ลำดับที่ 2 (R^2 เพิ่ม = 0.022) และเมื่อพิจารณาคูณภาพชีวิตรายด้านพบว่า สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว (R^2 เพิ่ม = 0.062)

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตโดยรวม ลำดับที่ 2 (R^2 เพิ่ม = 0.110) และเมื่อพิจารณาคูณภาพชีวิตรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวได้มากที่สุด (R^2 เพิ่ม = 0.364)

รายได้ของสมาชิกในครัวเรือนไม่สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตโดยรวม และเมื่อพิจารณาคูณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า รายได้ของสมาชิกในครัวเรือนสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้มากที่สุด (R^2 เพิ่ม = 0.037)

สภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงานสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตโดยรวม ลำดับที่ 1 (R^2 เพิ่ม = 0.063) และเมื่อพิจารณาคูณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า สภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงานสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านการทำงานได้มากที่สุด (R^2 เพิ่ม = 0.055)

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตโดยรวม ลำดับที่ 2 (R^2 เพิ่ม = 0.190) และเมื่อพิจารณาคูณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ตำแหน่งหน้าที่สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านการทำงานได้มากที่สุด (R^2 เพิ่ม = 0.274)

สมมติฐานที่ 5 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านที่ทำงานส่งผลต่อคุณภาพชีวิตพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติและทำงานเป็นเวรต่างกัน

1. คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน

1.1 คุณภาพชีวิตด้านการทำงานของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติ

ปัจจัยทุกด้านสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านการทำงานของพยาบาลที่ทำงานเวลาราชการปกติได้ 44.6 % ($R^2=0.446$) โดยการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานสามารถอธิบายความผันแปรได้สูงสุด ($R^2 = 0.204$) รองลงมา ได้แก่ ตำแหน่งหน้าที่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และสภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงาน (R^2 เพิ่ม = 0.095, 0.089 และ 0.058 ตามลำดับ) และทั้ง 4 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการทำงานในระดับสูง ($r = 0.667$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 18 ภาคผนวก ก)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างตัวแปรอิสระในแต่ละปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านที่ทำงาน โดยใช้วิธี Stepwise (ตารางที่ 19 ภาคผนวก ก) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ตำแหน่งหน้าที่ มีความสามารถในการอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านการทำงานได้เพียงร้อยละ 8.5 ($R^2=0.085$) ในขณะที่ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว รายได้ของสมาชิกในครอบครัว สามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตด้านการทำงานได้ร้อยละ 22.7 ($R^2=0.227$) ส่วนปัจจัยด้านที่ทำงาน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน สภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงาน สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านการทำงานได้ร้อยละ 36.5 ($R^2=0.365$)

1.2 คุณภาพชีวิตด้านการทำงานของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร

ตัวแปรอิสระทุกด้านสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านการทำงานของพยาบาลที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 37.6 ($R^2=0.376$) โดยการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานสามารถอธิบายความผันแปรได้สูงสุด (R^2 เพิ่ม = 0.270) รองลงมา ได้แก่ สภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงาน สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน สถานภาพสมรส (R^2 เพิ่ม = 0.068, 0.033 และ 0.005) และทั้ง 4 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการทำงานในระดับสูง ($r = 0.614$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 23 ภาคผนวก ก)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างตัวแปรอิสระในแต่ละปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านที่ทำงาน โดยใช้วิธี Stepwise (ตารางที่ 24 ภาคผนวก ก) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ไม่มีความสามารถในการอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน ในขณะที่ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สภาพแวดล้อมกายภาพในครอบครัว สามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตด้านการทำงานได้เพียงร้อยละ 8.8 ($R^2=0.088$) ส่วนปัจจัยด้านที่ทำงาน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน สภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงาน สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านการทำงานได้ร้อยละ 40 ($R^2=0.400$)

สรุปการเปรียบเทียบปัจจัยในแต่ละด้านมีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านการทำงานของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติและกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร แตกต่าง กัน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านการทำงานของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 8.5 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสามารถในการอธิบาย ปัจจัยด้านครอบครัวมีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านการทำงานของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 22.7 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 8.8 ปัจจัยด้านที่ทำงาน มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านการทำงานของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 36.5 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 40 และชุดปัจจัยทุกด้าน มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านการทำงานของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 44.6 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 37.6

เมื่อพิจารณาแต่ละตัวแปรอิสระ พบว่า ตำแหน่งหน้าที่ไม่สามารถเปรียบเทียบระหว่างคุณภาพชีวิตด้านการทำงานกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเวลาราชการปกติกับกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเป็นเวรได้เนื่องจากกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเป็นเวรทั้งหมดเป็นพยาบาลประจำการ ส่วนกลุ่มที่ทำงานเวลาราชการปกติประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.1) เป็นพยาบาลประจำการ

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตการทำงานกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเวลาราชการปกติได้ (R^2 เพิ่ม = 0.088) ส่วนกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเป็นเวรการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวไม่สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตการทำงานได้

สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตการทำงานกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเป็นเวรได้ (R^2 เพิ่ม = 0.033) ส่วนกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเวลาราชการปกติสภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านไม่สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตการทำงานได้

สภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงานสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตการทำงานกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเป็นเวรได้มากกว่ากลุ่มพยาบาลที่ทำงานเวลาราชการปกติ (R^2 เพิ่ม = 0.068 และ 0.058 ตามลำดับ)

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตการทำงานกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเป็นเวรได้มากกว่ากลุ่มพยาบาลที่ทำงานเวลาราชการปกติ (R^2 เพิ่ม = 0.270 และ 0.205 ตามลำดับ)

2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

2.1 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติ

ตัวแปรอิสระทุกด้านสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลที่ทำงานเวลาปกติได้ร้อยละ 34.5 ($R^2=0.345$) โดยรายได้ของสมาชิกในครอบครัวสามารถอธิบายความผันแปรได้สูงสุด (R^2 เพิ่ม = 0.112) รองลงมา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ตำแหน่งหน้าที่ และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน (R^2 เพิ่ม = 0.097, 0.086 และ 0.05 ตามลำดับ) และทั้ง 4 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับสูง ($r = 0.587$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 18 ภาคผนวก ก)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างตัวแปรอิสระในแต่ละปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านที่ทำงาน โดยใช้วิธี Stepwise (ตารางที่ 20 ภาคผนวก ก) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ มีความสามารถในการอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้เพียงร้อยละ 6.5 ($R^2=0.065$) ในขณะที่ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ รายได้ของสมาชิกในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ร้อยละ 27.8 ($R^2=0.278$) ส่วนปัจจัยด้านที่ทำงาน ได้แก่ สภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงาน มีความสามารถในการอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ร้อยละ 10.2 ($R^2=0.102$)

2.2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร

ตัวแปรอิสระทุกด้านสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 23.6 ($R^2=0.236$) โดยการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถอธิบายความผันแปรได้สูงสุด (R^2 เพิ่ม = 0.161) รองลงมา ได้แก่ สภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงาน และสถานภาพสมรส (R^2 เพิ่ม = 0.069 และ 0.006 ตามลำดับ) และทั้ง 3 ตัวแปรมีความ

สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ($r = 0.486$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 23 ภาคผนวก ก)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างตัวแปรอิสระในแต่ละปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านที่ทำงาน โดยใช้วิธี Stepwise (ตารางที่ 25 ภาคผนวก ก) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ ไม่มีความสามารถในการอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในขณะที่ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และสภาพแวดล้อมกายภาพในครอบครัว สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ร้อยละ 18.3 ($R^2=0.183$) ส่วนปัจจัยด้านที่ทำงาน ได้แก่ สภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงาน และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน มีความสามารถในการอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ร้อยละ 17.5 ($R^2=0.175$)

สรุปการเปรียบเทียบปัจจัยในแต่ละด้านมีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติและกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรแตกต่างกัน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 6.5 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรปัจจัยส่วนบุคคลไม่สามารถในการอธิบาย ปัจจัยด้านครอบครัวมีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 27.8 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 18.3 ปัจจัยด้านที่ทำงานมีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 10.2 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 17.5 และชุดปัจจัยทุกด้านมีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 34.5 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 23.6

เมื่อพิจารณาแต่ละตัวแปรอิสระ พบว่า ตำแหน่งหน้าที่ไม่สามารถเปรียบเทียบระหว่างคุณภาพชีวิตด้านการทำงานกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเวลาราชการปกติกับกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเป็นเวรได้ เนื่องจากกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเป็นเวรทั้งหมดเป็นพยาบาลประจำการ

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเป็นเวรได้มากกว่ากลุ่มพยาบาลที่ทำงานเวลาราชการปกติ (R^2 เพิ่ม = 0.161 และ 0.097 ตามลำดับ)

รายได้สมาชิกในครอบครัวสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉพาะกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเวลาราชการปกติ (R^2 เพิ่ม = 0.112)

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉพาะกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเวลาราชการปกติได้ (R^2 เพิ่ม = 0.05)

สภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงานสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉพาะกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเป็นเวร (R^2 เพิ่ม = 0.069)

3. คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว

3.1 คุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติ

ตัวแปรอิสระทุกด้านสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของพยาบาลที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 46.7 ($R^2 = 0.467$) โดยการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถอธิบายความผันแปรได้สูงสุด (R^2 เพิ่ม = 0.327) รองลงมา ได้แก่ สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน และตำแหน่งหน้าที่ (R^2 เพิ่ม = 0.101 และ 0.039 ตามลำดับ) และทั้ง 3 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวในระดับสูง ($r = 0.684$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 (ตารางที่ 18 ภาคผนวก ก)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างตัวแปรอิสระในแต่ละปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านที่ทำงาน โดยใช้วิธี Stepwise (ตารางที่ 21 ภาคผนวก ก) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส มีความสามารถในการอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวได้ร้อยละ 11.1 ($R^2 = 0.111$) ในขณะที่ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวได้ร้อยละ 49.9 ($R^2 = 0.499$) ส่วนปัจจัยด้านที่ทำงานมีตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานที่สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวได้เพียงร้อยละ 8.2 ($R^2 = 0.082$)

3.2 คุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร

ตัวแปรอิสระทุกด้านสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของพยาบาลที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 45.8 ($R^2 = 0.458$) โดยการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถอธิบายความผันแปรได้สูงสุด (R^2 เพิ่ม = 0.408) รองลงมา ได้แก่ สภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงาน และสถานภาพสมรส (R^2 เพิ่ม = 0.047 และ 0.003) และทั้ง 3 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวในระดับสูง ($r = 0.677$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 23 ภาคผนวก ก)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างตัวแปรอิสระในแต่ละปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านที่ทำงาน โดยใช้วิธี Stepwise (ตารางที่ 26 ภาคผนวก ก) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส มีความสามารถในการอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวได้ร้อยละ 3.7 ($R^2 = 0.037$) ในขณะที่ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวได้ร้อยละ 46.6 ($R^2 = 0.466$) ส่วนปัจจัยด้านที่ทำงานมีตัวแปรสภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงานสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวได้เพียงร้อยละ 4.7 ($R^2 = 0.047$)

จากการเปรียบเทียบปัจจัยในแต่ละด้านมีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติและกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรแตกต่างกัน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 11.1 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร ร้อยละ 3.7 ปัจจัยด้านครอบครัว มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 49.9 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 46.6 ปัจจัยด้านที่ทำงาน มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 8.2 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 4.7 และชุดปัจจัยทุกด้าน มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 46.7 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 45.8

เมื่อพิจารณาแต่ละตัวแปรอิสระ พบว่า ตำแหน่งหน้าที่ไม่สามารถเปรียบเทียบระหว่างคุณภาพชีวิตด้านการทำงานกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเวลาราชการปกติกับกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเป็นเวรได้ เนื่องจากกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเป็นเวรทั้งหมดเป็นพยาบาลประจำการ

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเป็นเวรได้มากกว่ากลุ่มพยาบาลที่ทำงานเวลาราชการปกติ (R^2 เพิ่ม = 0.408 และ 0.327 ตามลำดับ)

สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวเฉพาะกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเวลาราชการปกติ (R^2 เพิ่ม = 0.101)

สภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงานสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวเฉพาะกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเป็นเวร (R^2 เพิ่ม = 0.047)

4. คุณภาพชีวิตโดยรวม

4.1 คุณภาพชีวิตโดยรวมของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติ

ตัวแปรอิสระทุกด้านสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตโดยรวมของพยาบาลที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 52.6 ($R^2=0.526$) โดยการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถอธิบายความผันแปรได้สูงสุด (R^2 เพิ่ม = 0.229) รองลงมา ได้แก่ ตำแหน่งหน้าที่สภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงาน รายได้ และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน (R^2 เพิ่ม = 0.109, 0.102, 0.044 และ 0.043 ตามลำดับ) และทั้ง 5 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับสูง ($r = 0.725$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 18 ภาคผนวก ก)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างตัวแปรอิสระในแต่ละปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านที่ทำงาน โดยใช้วิธี Stepwise (ตารางที่ 22 ภาคผนวก ก) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ตำแหน่งหน้าที่สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตโดยรวมได้เพียงร้อยละ 9.6 ($R^2=0.096$) ในขณะที่ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว รายได้ของสมาชิกในครอบครัวสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 35.3 ($R^2=0.353$) ส่วนปัจจัยด้านที่ทำงาน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน สภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงานสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 32.3 ($R^2 = 0.323$)

4.2 คุณภาพชีวิตโดยรวมของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร

ตัวแปรอิสระทุกด้านสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตโดยรวมของพยาบาลที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 45.7 ($R^2 = 0.457$) โดยการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานสามารถอธิบายความผันแปรได้สูงสุด (R^2 เพิ่ม = 0.229) รองลงมา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงาน และสภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน (R^2 เพิ่ม = 0.116, 0.083 และ 0.029 ตามลำดับ) และทั้ง 4 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับสูง ($r = 0.676$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 23 ภาคผนวก ก)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างตัวแปรอิสระในแต่ละปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านที่ทำงาน โดยใช้วิธี Stepwise (ตารางที่ 27 ภาคผนวก ก) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ไม่มีตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ ในขณะที่ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 23.6 ($R^2=0.236$)

ส่วนปัจจัยด้านที่ทำงาน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน สภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงาน สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 36.5 ($R^2 = 0.365$)

จากการเปรียบเทียบปัจจัยในแต่ละด้านมีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตโดยรวมของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติและกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรแตกต่างกัน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตโดยรวมของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 9.6 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีตัวแปรที่สามารถในการอธิบายได้ ปัจจัยด้านครอบครัว มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตโดยรวมของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 24.3 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 23.6 ปัจจัยด้านที่ทำงานมีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตโดยรวมของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 32.3 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 36.5 และชุดปัจจัยทุกด้านมีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตโดยรวมของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 52.6 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 45.7

เมื่อพิจารณาแต่ละตัวแปรอิสระ พบว่า ตำแหน่งหน้าที่ไม่สามารถเปรียบเทียบระหว่างคุณภาพชีวิตด้านการทำงานกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเวลาราชการปกติกับกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเป็นเวรได้เนื่องจากกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเป็นเวรทั้งหมดเป็นพยาบาลประจำการ

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตโดยรวมกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเวลาราชการปกติได้มากกว่ากลุ่มพยาบาลที่ทำงานเป็นเวร (R^2 เพิ่ม = 0.228 และ 0.116 ตามลำดับ)

สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉพาะกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเป็นเวร (R^2 เพิ่ม = 0.029)

การสนับสนุนทางสังคมจากที่ทำงานสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตโดยรวมกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเป็นเวรได้มากกว่ากลุ่มพยาบาลที่ทำงานเวลาราชการปกติ (R^2 เพิ่ม = 0.229 และ 0.043 ตามลำดับ)

จากผลการศึกษาที่ได้เป็นไปตามสมมติฐาน นั่นคือปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านที่ทำงานมีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติและกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรแตกต่างกันทุกด้านของคุณภาพชีวิต

สรุปผลการศึกษาดัชนีชี้วัดที่มีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งเปรียบเทียบระหว่างพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติและทำงานเป็นเวรปรากฏดังตารางที่ 28 ภาคผนวก ก

4.6 ปัญหาอุปสรรคของพยาบาล

การรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ซึ่งได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ สามารถสรุปได้ดังนี้

4.6.1 ด้านการทำงาน พยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในด้านการทำงาน สามารถจำแนกเป็นปัญหาต่าง ๆ ดังนี้ (ตารางที่ 29 ภาคผนวก ก)

เพื่อนร่วมงานขาดความสามัคคีกัน ขาดน้ำใจต่อกัน และไม่ตั้งใจในการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง จำนวน 23 ราย

ภาระหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติมีมาก ทำให้ทำงานไม่ค่อยสมบูรณ์ จำนวน 14 ราย

บุคลากรมีน้อยไม่เพียงพอกับภาระหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ ผู้มารับบริการมากแต่เจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ จำนวน 11 ราย

ไม่มีโอกาสที่จะเพิ่มเติมความรู้ ขาดการพัฒนาความรู้เพิ่มเติม ขาดความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน จำนวน 7 ราย

การทำงานต้องขึ้นเวรทำงานไม่เป็นเวลา มีการเปลี่ยนแปลงเวรบ่อย และถี่เกินไปทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล จำนวน 6 ราย

ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน จำนวน 5 ราย

หัวหน้าพยาบาลไม่รับฟังความคิดเห็นของผู้ใต้บังคับบัญชาเผด็จการ จำนวน 5 ราย

ไม่ได้รับความเป็นยุติธรรม มีการเล่นพรรคเล่นพวกกัน จำนวน 4 ราย

การเดินทางมาทำงานและกลับไม่สะดวกในเวลาขึ้นเวรบ่ายและเวรดึก จำนวน 3 ราย

การโยกย้ายแผนกทำให้เกิดความเครียดในการทำงาน และไม่มีอำนาจ จำนวน 3 ราย

กฎระเบียบในการแลกเปลี่ยนเวรมากทำให้แลกเปลี่ยนเวรกับผู้อื่นได้ลำบาก จำนวน 3 ราย

สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงทำให้ทำงานลำบากทำงานได้ไม่ดี จำนวน 2 ราย

การปฏิบัติหน้าที่เสี่ยงต่อสุขภาพของตนเอง จำนวน 2 ราย

ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานแตกต่างกันทำให้ทำงานลำบาก จำนวน 2 ราย
เครื่องมือในการปฏิบัติงานไม่ดีเสียบ่อย จำนวน 2 ราย

4.6.2 ด้านสุขภาพ การรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ซึ่งได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ สามารถสรุปได้ดังนี้ (ตารางที่ 30 ภาคผนวก ก)

มีปัญหาสุขภาพ สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง สุขภาพอ่อนแอ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เต็มที่ และเป็นอุปสรรคในการทำงาน จำนวน 24 ราย

การทำงาน และการขึ้นเวรทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อน นอนหลับไม่เพียงพอ เนื่องจากมีเปลี่ยนแปลงเวลาพักผ่อน จำนวน 20 ราย

มีโรคประจำตัวทำให้มีอุปสรรคในการทำงาน จำนวน 19 ราย

การทำงานทำให้ติดเชื้อมากจากผู้ป่วย จำนวน 11 ราย

ไม่ได้ออกกำลังกายเนื่องจากไม่มีเวลา จำนวน 11 ราย

อายุมากทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ไม่คล่องตัว จำนวน 8 ราย

รับประทานอาหารไม่เป็นเวลาเนื่องจากการทำงานเป็นเวรและหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ จำนวน 5 ราย

การทำงานทำให้สุขภาพจิตแย่ จำนวน 4 ราย

ไม่ได้ดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองเท่าที่ควรเนื่องจากไม่มีเวลา จำนวน 3 ราย

4.6.3 ด้านครอบครัว การรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ซึ่งได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ สามารถสรุปได้ดังนี้ (ตารางที่ 31 ภาคผนวก ก)

การทำงานไม่เป็นเวลาทำให้ไม่มีเวลาให้กับครอบครัว จำนวน 37 ราย

ไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลบุตรและครอบครัว จำนวน 14 ราย

ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบในบ้านมาก จำนวน 9 ราย

มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ รายได้ไม่เพียงพอ จำนวน 7 ราย

บ้านไกลจากที่ทำงานเดินทางไปกลับลำบาก จำนวน 6 ราย

มีปัญหาความไม่เข้าใจกันกับครอบครัวที่ทำงานไม่เป็นเวลา จำนวน 4 ราย

ครอบครัวแตกแยก ไม่มีเวลาดูแลครอบครัว จำนวน 2 ราย

สามีไม่มีความรับผิดชอบ จำนวน 1 ราย

ครอบครัวไม่ช่วยทำงานบ้าน จำนวน 1 ราย

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ ส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ 1) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลโดยรวม และรายด้าน คือ ด้านการทำงาน ด้านสุขภาพ และด้านครอบครัว 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านที่ทำงาน กับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของพยาบาล 3) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติและทำงานเป็นเวร โดยได้ทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาล โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) จำนวน 200 ราย ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน ค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล การวิเคราะห์ปัจจัย และการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression) โดยใช้วิธี Enter และ Stepwise สามารถสรุปผลการศึกษาได้ ดังนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

5.1.1 ลักษณะส่วนบุคคล

ผลจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 45.5) มีสถานภาพสมรสแล้วอยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 55.5) มีสถานภาพในครอบครัวเป็นภรรยา (ร้อยละ 64.3) มีสมาชิกในครัวเรือน 4-6 คน (ร้อยละ 58.7) จำนวนสมาชิกที่มีรายได้แล้ว 1-2 คน (ร้อยละ 60.3) มีรายได้ 10,001-20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 57.3) มีรายได้ของสมาชิกในครัวเรือนต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 20.8) ซึ่งใกล้เคียงกับ 20,001-30,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 19.8) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 74.5) มีประสบการณ์ในการทำงาน 11-20 ปี (ร้อยละ 45.0) ตำแหน่งหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลประจำการ (ร้อยละ 78.5) และการทำงานของกลุ่มที่งานเป็นเวรช่วงเช้า (8.00-16.00 น.) ช่วงบ่าย (16.00-24.00 น.) ช่วงดึก (24.00 - 8.00 น.) ส่วนใหญ่ทำงาน 6-10 ครั้งต่อเดือน (ร้อยละ 57.3, 72.7 และ 71.8 ตามลำดับ)

พยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 40.2) ซึ่งใกล้เคียงกับ 31-40 ปี (ร้อยละ 39.2) มีสถานภาพสมรสแล้วอยู่รวมกัน (ร้อยละ 71.6) มีสถานภาพในครอบครัวเป็นภรรยา (ร้อยละ 64.3) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 4-6 คน (ร้อยละ 60.5) จำนวนสมาชิกที่มีรายได้แล้ว 1-2 คน (ร้อยละ 67.0) มีรายได้ 15,001-20,000 บาท ต่อเดือน (ร้อยละ 40.7) มีรายได้ของสมาชิกในครัวเรือน 50,000 บาทขึ้นไปต่อเดือน (ร้อยละ 22.4) ซึ่งใกล้เคียงกับรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 21.2) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 76.1) มีประสบการณ์ในการทำงาน 11-20 ปี (ร้อยละ 46.6) ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลประจำการ (ร้อยละ 51.1)

พยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 50.5) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 48.1) มีสถานภาพในครอบครัวเป็นภรรยา (ร้อยละ 48.6) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 4-6 คน (ร้อยละ 57.3) จำนวนสมาชิกที่มีรายได้ในครัวเรือน 1-2 คน (ร้อยละ 55.0) มีรายได้ 10,001-15,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 41.4) มีรายได้ของสมาชิกในครัวเรือน 20,001-30,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 23.4) ซึ่งใกล้เคียงกับรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 20.6) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 73.2) มีประสบการณ์ในการทำงาน 1-10 ปี (ร้อยละ 48.2) มีตำแหน่งหน้าที่เป็นพยาบาลประจำการ (ร้อยละ 100.0)

5.1.2 ระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ ส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข

ระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวม และคุณภาพชีวิตในรายด้าน ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 93.5 , 88.5 , 92.0 และ 66.5 ตามลำดับ)

5.1.3 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของพยาบาลตามเวลาการทำงาน

จากการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของพยาบาลจำแนกตามเวลาการทำงาน พบว่า คุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าคุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรในคุณภาพชีวิตโดยรวม (คะแนนเฉลี่ย 176.08 และ 165.99 คะแนน ตามลำดับ) คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน (คะแนนเฉลี่ย 57.80 และ 54.90 คะแนน ตามลำดับ) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (คะแนนเฉลี่ย 54.78 และ 50.35 คะแนน ตามลำดับ) และยกเว้น

คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว (คะแนนเฉลี่ย 63.51 และ 60.74 คะแนน ตามลำดับ) ที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.1.4 ระดับของสภาพแวดล้อมกายภาพและการสนับสนุนทางสังคม

จากการวิเคราะห์ระดับของสภาพแวดล้อมกายภาพ ประกอบด้วยสภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านมีอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 55.5) และสภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงานอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 77.0)

การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.0) และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 77.5)

5.1.5 ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

สมมติฐานที่ 1.1 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิตของพยาบาลระดับต่ำ ($r = 0.171$) และเมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ด้านการทำงาน ด้านครอบครัว ($r = 0.203, 0.119, 0.095$ ตามลำดับ) ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานนี้

สมมติฐานที่ 1.2 มีความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล ดังนั้น จึงปฏิเสธสมมติฐานนี้

สมมติฐานที่ 1.3 มีความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล ดังนั้น จึงปฏิเสธสมมติฐานนี้

สมมติฐานที่ 1.4 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างรายได้กับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างรายได้กับคุณภาพชีวิตของพยาบาลระดับต่ำ ($r = 0.172$) และเมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านการทำงาน ($r = 0.202, 0.159, 0.107$ ตามลำดับ) ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานนี้

สมมติฐานที่ 1.5 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับการศึกษากับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับการศึกษากับคุณภาพชีวิตของพยาบาล ดังนั้น จึงปฏิเสธสมมติฐานนี้

สมมติฐานที่ 1.6 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างประสบการณ์ในการทำงานกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างประสบการณ์ในการทำงานกับคุณภาพชีวิตของพยาบาลระดับต่ำ ($r = 0.187$) และเมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน ด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ($r = 0.147, 0.206, 0.084$ ตามลำดับ) ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานนี้

สมมติฐานที่ 1.7 มีความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งหน้าที่กับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งหน้าที่กับคุณภาพชีวิตของพยาบาลในระดับต่ำ ($r = 0.282$) และเมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน ด้านสุขภาพ และด้านครอบครัว ($r = 0.239, 0.275, 0.146$ ตามลำดับ) ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานนี้

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยด้านครอบครัว

สมมติฐานที่ 2.1 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับสภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับสภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านกับคุณภาพชีวิตของพยาบาลระดับปานกลาง ($r = 0.437$) และเมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน ด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ($r = 0.337, 0.388, 0.470$ ตามลำดับ) ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานนี้

สมมติฐานที่ 2.2 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของพยาบาลระดับปานกลาง ($r = 0.389$) และเมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน และคุณภาพ

ชีวิตด้านสุขภาพ ($r = 0.271, 0.315$ ตามลำดับ) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว ($r = 0.627$) ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานนี้

สมมติฐานที่ 2.3 มีความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างจำนวนสมาชิกในครัวเรือนกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างจำนวนสมาชิกในครัวเรือนกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล ดังนั้น จึงปฏิเสธสมมติฐานนี้

สมมติฐานที่ 2.4 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างจำนวนสมาชิกที่มีรายได้กับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างจำนวนสมาชิกที่มีรายได้กับคุณภาพชีวิตของพยาบาล ดังนั้น จึงปฏิเสธสมมติฐานนี้

สมมติฐานที่ 2.5 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างรายได้ของครัวเรือนกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างรายได้ของครัวเรือนกับคุณภาพชีวิตของพยาบาลระดับปานกลาง ($r = 0.303$) และเมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และด้านครอบครัว ($r = 0.366, 0.263$ ตามลำดับ) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน ($r = 0.174$) ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานนี้

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยด้านที่ทำงาน

สมมติฐานที่ 3.1 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับสภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงานกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับสภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงานกับคุณภาพชีวิตของพยาบาลระดับปานกลาง ($r = 0.455$) และเมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน และด้านสุขภาพ ($r = 0.460, 0.333$ ตามลำดับ) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว ($r = 0.238$) ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานนี้

สมมติฐานที่ 3.2 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานกับคุณภาพชีวิตของพยาบาลระดับปานกลาง ($r = 0.495$) และเมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน ด้านสุขภาพ ($r = 0.54, 0.321$ ตามลำดับ) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว ($r = 0.213$) ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานนี้

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านที่ทำงานสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตพยาบาล ในแต่ละด้านได้

ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรอิสระทุกปัจจัยสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตโดยรวมได้เป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 52.0) รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว (ร้อยละ 48.6) คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน (ร้อยละ 41.4) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ร้อยละ 34.4) ตามลำดับ

ความสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตของแต่ละปัจจัย พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวม ปัจจัยด้านที่ทำงานสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตโดยรวมเป็นอันดับแรก (ร้อยละ 34.9) รองลงมา คือ ปัจจัยด้านครอบครัว (ร้อยละ 29.7) และปัจจัยส่วนบุคคล (ร้อยละ 8.9) คุณภาพชีวิตการทำงาน ปัจจัยด้านที่ทำงานสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านการทำงานได้เป็นลำดับแรก (ร้อยละ 38.9) รองลงมา คือ ปัจจัยด้านครอบครัว (ร้อยละ 12.7) และปัจจัยส่วนบุคคล (ร้อยละ 6.7) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่า ปัจจัยด้านครอบครัวสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้เป็นลำดับแรก (ร้อยละ 26.3) รองลงมา คือ ปัจจัยด้านที่ทำงาน (ร้อยละ 16.5) และปัจจัยส่วนบุคคล (ร้อยละ 7.7) คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว พบว่า ปัจจัยด้านครอบครัวสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวได้มากที่สุด (ร้อยละ 48.7) รองลงมา คือ ปัจจัยด้านที่ทำงาน (ร้อยละ 7.90) และปัจจัยส่วนบุคคล (ร้อยละ 6.60)

เมื่อพิจารณารายตัวแปร พบว่า รายได้ สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวได้มากที่สุด (ร้อยละ 2.6) ตำแหน่งหน้าที่ สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้มากที่สุด (ร้อยละ 32.0) สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวได้มากที่สุด (ร้อยละ 6.2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวได้มากที่สุด (ร้อยละ 3.7) สภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงาน สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตโดยรวมได้มากที่สุด

สุด (ร้อยละ 6.3) และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน สามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านการทำงานได้มากที่สุด (ร้อยละ 27.4)

สมมติฐานที่ 5 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านที่ทำงาน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติและทำงานเป็นเวรต่างกัน

ผลการศึกษาที่ได้เป็นไปตามสมมติฐาน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านที่ทำงานมีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติและกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรแตกต่างกันทุกด้านของคุณภาพชีวิต ซึ่งผลการศึกษารูปได้ดังนี้

จากการเปรียบเทียบปัจจัยในแต่ละด้านมีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตโดยรวมของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติและกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรแตกต่างกัน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตโดยรวมของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 9.6 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีตัวแปรที่สามารถในการอธิบายได้ ปัจจัยด้านครอบครัว มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตโดยรวมของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 35.3 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 23.6 ปัจจัยด้านที่ทำงาน มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตโดยรวมของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 32.3 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 36.5 และปัจจัยทุกด้าน มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตโดยรวมของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 52.6 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 45.7

ปัจจัยในแต่ละด้านมีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านการทำงานของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติและกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรแตกต่างกัน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านการทำงานของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 8.5 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรปัจจัยส่วนบุคคลไม่สามารถในการอธิบาย ปัจจัยด้านครอบครัว มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านการทำงานของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 22.7 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 8.8 ปัจจัยด้านที่ทำงาน มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านการทำงานของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 36.5 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 40.0 และปัจจัยทุกด้าน มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน

ปัจจัยในแต่ละด้านมีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาล
กลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติและกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรแตกต่างกัน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล มี
ความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการ
ปกติได้ร้อยละ 6.5 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรปัจจัยส่วนบุคคลไม่สามารถในการอธิบาย
ปัจจัยด้านครอบครัวมีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลกลุ่มที่
ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 27.8 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 18.3
ปัจจัยด้านที่ทำงาน มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลกลุ่มที่
ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 10.2 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 17.5 และ
ปัจจัยทุกด้าน มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาล กลุ่มที่ทำงาน
ในเวลาราชการปกติได้ ร้อยละ 34.5 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 23.6

ปัจจัยในแต่ละด้านมีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติและกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรแตกต่างกัน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 11.1 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรร้อยละ 3.7 ปัจจัยด้านครอบครัว มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 49.9 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 46.6 ปัจจัยด้านที่ทำงาน มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 8.2 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 4.7 และปัจจัยทุกด้าน มีความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติได้ร้อยละ 46.7 ส่วนพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรได้ร้อยละ 45.8

5.2 อภิปรายผลการศึกษา

การอภิปรายผลการศึกษา ผู้ศึกษานำเสนอโดยเรียงตามลำดับวัตถุประสงค์ของการศึกษาดังนี้

5.2.1 ระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

จากผลการศึกษา พบว่า พยาบาลมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางทั้งในภาพรวมและรายด้านได้แก่ด้านการทำงาน ด้านสุขภาพ และด้านครอบครัวเป็นส่วนใหญ่

จากการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของพยาบาลตามเวลาการทำงาน พบว่า คุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการการปกติมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าคุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรในภาพรวม และด้านการทำงาน ด้านสุขภาพ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน

กล่าวได้ว่าพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการการปกติมีคุณภาพชีวิตดีกว่าพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร แสดงว่า ช่วงเวลาในการทำงานของพยาบาลมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิต คือ พยาบาลที่ทำงานเป็นเวร ซึ่งมีแบ่งเป็นเวรเช้า 8.00 น. ถึง 16.00 น. เวรบ่าย 16.00 น. ถึง 24.00 น. และเวรดึก 24.00 น. ถึง 8.00 น. ทำให้พยาบาลที่ทำงานเป็นเวรมีเวลาทำงานที่ไม่แน่นอนมีการเปลี่ยนแปลงเวลาทำงานอยู่ตลอดเวลา เวลาในการพักผ่อนก็ไม่ใช่เป็นเวลา เวลาที่จะให้กับครอบครัวก็ไม่แน่นอนเช่นกัน ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจของพยาบาลได้ ทำให้พยาบาลที่ทำงานเป็นเวรมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการการปกติ คือ 8.00น.ถึง16.00น. ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ มรรยาท เจริญสุขโสภณ (2532 : 115) ได้ศึกษา พบว่า ลักษณะของเวลาในการทำงานที่เป็นสภาวะการทำงานที่ผิดธรรมชาติของมนุษย์ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจ หรือความเครียดแก่คนงานในโรงงาน และผลการศึกษาของกุลวดี กนกวัฒนากร (2531 : 3) ได้ผลเช่นเดียวกันในเรื่องเวลาในการทำงานที่ทำงานเป็นกะ พบว่า ช่วงการทำงานของคนงานต่างกัน สุขภาพจิตของคนงานมีความแตกต่างกัน โดยที่คนงานที่ทำงานช่วงเวลากลางวัน และกลางคืน มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนงานที่ทำงานในช่วงเวลาเช้า

5.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านที่ทำงานกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล

ตัวแปรที่ใช้ศึกษาความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของพยาบาลครั้งนี้มีทั้งหมด 9 ตัว คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ ประสบการณ์ในการทำงาน และตำแหน่งหน้าที่ ปัจจัยด้าน

ครอบครัว ได้แก่ สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และรายได้ของครัวเรือน ปัจจัยด้านที่ทำงาน ได้แก่ สภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงาน การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

1. อายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล นั่นคือ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลจะสูงขึ้น อภิปรายได้ว่า เมื่อพยาบาลมีอายุเพิ่มมากขึ้น ได้สัมผัสกับสภาพแวดล้อมมากขึ้น ทำให้มีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาที่ดี ย่อมส่งผลให้ผู้นั้นมีวิถีชีวิตที่เปิดกว้าง และรู้แหล่งข้อมูลที่จะนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจ และแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งพบเช่นเดียวกับการศึกษาของเสาวนีย์ ตนะดุลย์ (2533 : 97) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจในครอบครัวหรือชีวิตคู่ และความพึงพอใจในสุขภาพ งานวิจัยของ ชูติมา บุรณนนิต (2539 : 88) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาล แสงรัตน์ เดชอุดม (2543 : 153) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของครูพี่เลี้ยงศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์สังกัดกรมศาสนา พบว่า อายุทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตที่เป็นจริงด้านความพึงพอใจในการทำงานแตกต่างกัน สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. สำนักวิจัย (2541ง : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองภาคใต้ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการทำงาน และได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ประชาชนที่มีอายุมากมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าประชาชนที่มีอายุน้อยกว่า ส่วนคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว และคุณภาพชีวิตด้านการงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ เช่นกัน คือประชาชนที่มีอายุมากมีคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวและคุณภาพชีวิตด้านการงานดีกว่าประชาชนที่มีอายุน้อยกว่า

2. รายได้ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล นั่นคือ เมื่อพยาบาลมีรายได้เพิ่มมากขึ้น ก็จะมีคุณภาพชีวิตในระดับสูงขึ้น อภิปรายได้ว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงจะมีโอกาสในการดูแลตนเอง การสนองความต้องการ ทางด้านร่างกายและจิตใจ ความต้องการของพยาบาลจะได้รับการตอบสนองในการดำเนินชีวิตได้ การมีรายได้มากทำให้มีความสามารถจัดหาปัจจัยสี่ได้ ส่งผลต่อความสุขสมบูรณ์ทางกายและใจ ทำให้มีคุณภาพที่ดีกว่าพยาบาลที่มีรายได้น้อยกว่าซึ่งไม่เพียงพอต่อการแสวงหาปัจจัยสี่ได้ และปัญหาความกังวลใจต่อสภาพความเป็นอยู่ในครอบครัวก็จะไม่เกิดขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของชิตชัย สนั่นเสียง (2529 : 89-91) และ เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย (2539 : 81) ซึ่งได้ผลการศึกษาลักษณะ คือ รายได้เป็นปัจจัยที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น เช่นเดียวกับผลการศึกษาอื่น ๆ ได้แก่ พรพรรณ

ศรีทอง (2533 : ข-ค) ได้ข้อสรุปว่าคุณภาพชีวิตของครูประถมศึกษาที่มีรายได้ต่างกันทำให้คุณภาพชีวิตของครูแตกต่างกัน เสาวนีย์ ดนระดุลย์ (2533 : 98) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม โดยผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง นอกจากนี้รายได้ยังมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในมิตินานอาชีพ ครอบครัวชีวิตสมรสด้วย คือ ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความพึงพอใจในงานอาชีพและครอบครัวสูง ชูติมา บุรณนิต (2539 : 89) ได้ข้อสรุปว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาล คือ เมื่ออาจารย์พยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้นก็จะมีความสุขสมบูรณ์ในระดับสูงขึ้น ส่วนงานวิจัยของสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. สำนักวิจัย (2541ง : 156-160) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตคนเมืองในเขตภาคใต้ ได้ข้อสรุปว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในครอบครัว โดยผู้ที่มีรายได้สูงมีคุณภาพชีวิตในครอบครัวดีกว่าผู้ที่มีรายได้ปานกลางและต่ำ และมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน ซึ่งผู้มีรายได้นั้นมีความพึงพอใจในงานมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย

3. ประสบการณ์ในการทำงาน พบว่า ประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล นั่นคือ เมื่อพยาบาลมีประสบการณ์ในการทำงานเพิ่มมากขึ้น ก็จะมีระดับคุณภาพชีวิตในระดับสูงขึ้น อภิปรายได้ว่า เมื่อพยาบาลมีประสบการณ์ในการทำงานมากขึ้น จะมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับปัญหาที่หลากหลาย มีการปรับตัวเรียนรู้ต่อสิ่งใหม่ ๆ ตลอดเวลา ทำให้มีความรู้ความเข้าใจต่อการทำงานและแบบแผนการใช้ชีวิตได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูติมา บุรณนิต (2539 : 88) ที่ผลการศึกษาพบว่า อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานเพิ่มมากขึ้นก็จะมีระดับความสุขสมบูรณ์ในระดับสูงมากขึ้น

4. ตำแหน่งหน้าที่ พบว่า การมีตำแหน่งหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล เนื่องจากเมื่อพยาบาลมีตำแหน่งหน้าที่สูงขึ้นจะมีระดับความสุขสมบูรณ์และคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะพยาบาลที่มีตำแหน่งเป็นผู้บริหารจะได้รับการยกย่อง นับถือ มีฐานะเด่นในวิชาชีพ และมีชื่อเสียงมากกว่าผู้ที่มีหน้าที่เป็นพยาบาลประจำการ แสดงถึงการมีคุณค่าในตนเอง และมีคุณภาพชีวิตมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชูติมา บุรณนิต (2539 : 89) ได้ผลการศึกษาว่าตำแหน่งหน้าที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาล

5. สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน พบว่า สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล นั่นคือ เมื่อพยาบาลมีสภาพแวดล้อมกายภาพในครอบครัวที่เหมาะสมดี จะมีระดับคุณภาพชีวิตสูงขึ้น อภิปรายได้ว่า การอยู่ในสภาพแวดล้อมในครอบครัวที่ดี เป็นการส่งเสริมให้พยาบาลมีความสุขสมบูรณ์ มีผลต่อสุขภาพ

และความพอใจในชีวิตของตน สภาพแวดล้อมกายภาพในครอบครัวซึ่งประกอบด้วย สภาพที่อยู่อาศัย บรรยากาศในครอบครัว การมีสาธารณูปโภคครบครัน มีความมั่นคง ปลอดภัยช่วยส่งเสริมให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริรัตน์ จันทรแสงรัตน์ (2538 : บทคัดย่อ) ที่พบว่า สภาพครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล และผลงานของ ชูติมา บุรณนิต (2539 : 89-90) ที่พบว่าสภาพแวดล้อมที่บ้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาล

6. การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล นั่นคือ เมื่อพยาบาลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากขึ้น จะมีระดับคุณภาพชีวิตสูงขึ้น อภิปรายได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็นความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคง และเชื่อว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่ต้องการและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว การได้รับความรักความสนใจ การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับยกย่อง เห็นคุณค่า มีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและความสุขสมบูรณ์ โดยจะช่วยให้บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีการปรับปรุงตนเอง และดูแลตนเอง ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการใช้ชีวิต เพื่อที่จะส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชูติมา บุรณนิต (2539 : 90) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาล และผลการศึกษาของ เสาวนีย์ ตนะดุรงค์ (2533 : 99) ได้ข้อสรุปเหมือนกัน คือ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม

7. รายได้ของสมาชิกในครัวเรือน พบว่า รายได้ของสมาชิกในครัวเรือนมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล นั่นคือ เมื่อครอบครัวของพยาบาลมีรายได้เพิ่มมากขึ้นก็จะมีคุณภาพชีวิตในระดับสูงขึ้น อภิปรายได้ว่า ผู้ที่มีครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงจะมีโอกาสในการดูแลตนเองและครอบครัว ทางด้านร่างกายและจิตใจ ความต้องการของตน และครอบครัวจะได้รับการตอบสนองในการดำเนินชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของโอรส ลีลากุลธนิต (2533 : 13-30) พบว่า คุณภาพชีวิตของคนไทยในกรุงเทพมหานคร มีความแตกต่างกันตามรายได้ต่อครัวเรือน เช่นเดียวกับผลการศึกษาจากงานวิจัยในหลายเรื่อง ได้แก่ผลงานของ อรรพรรณ สุทธาทกูร (2540 : 108-110) ได้ข้อสรุปว่า รายได้ของครัวเรือนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้อาศัยในชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร งานของสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. สำนักวิจัย (2541จ : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของคนเมืองในเขตภาค

กลาง ได้ข้อสรุปว่า รายได้ครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของคนเมืองในเขตภาคกลาง

8. สภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงาน พบว่า สภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล นั่นคือ เมื่อพยาบาลมีสภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงานที่เหมาะสมดีจะมีระดับคุณภาพชีวิตสูงขึ้น อภิปรายได้ว่าการอยู่ในสภาพแวดล้อมในที่ทำงานที่ดี เป็นการส่งเสริมให้พยาบาลมีความสุขสมบูรณ์มีผลต่อสุขภาพ และความพอใจในการทำงาน สภาพแวดล้อมกายภาพในที่ทำงาน ซึ่งประกอบด้วย สภาพที่ทำงาน บรรยากาศในที่ทำงาน การมีสาธารณูปโภคครบครัน ช่วยส่งเสริมให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริรัตน์ จันทรแสงรัตน์ (2538 : บทคัดย่อ) ผลการศึกษาพบว่าสภาพทางกายภาพของแหล่งฝึกปฏิบัติ และสภาพทางกายภาพของวิทยาลัยพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของนักศึกษาพยาบาล

9. การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของพยาบาล นั่นคือ เมื่อพยาบาลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานมากขึ้น จะมีระดับคุณภาพชีวิตสูงขึ้น อภิปรายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานเป็นความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคง และเชื่อว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่ต้องการและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความรักความสนใจ การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับยกย่อง เห็นคุณค่า มีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต โดยจะช่วยให้บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีการปรับปรุงตนเอง และดูแลตนเอง ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการใช้ชีวิต เพื่อที่จะส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะทั่วไป

จากผลการศึกษา พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวรมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติ ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงควรให้ความสนใจในการส่งเสริมแบบแผนการใช้ชีวิตที่ดีอยู่แล้ว และพยายามปรับปรุงพฤติกรรมที่ขัดขวางคุณภาพชีวิต เพื่อให้พัฒนาสู่ระดับที่ดียิ่งขึ้นกว่านี้ ในกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำนั้น ควรที่จะได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน เพราะแบบแผนพฤติกรรมที่กระทำอยู่จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพและศักยภาพในการทำงาน การส่งเสริมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะเป็นการช่วยให้พยาบาลได้มีการพัฒนาความเป็นอยู่ของตนเองดีขึ้น ผู้ศึกษาจึงขอเสนอแนะ ดังนี้

5.3.1.1 ผู้บริหารโรงพยาบาลควรให้มีการประเมินระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลในโรงพยาบาล เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหาของพยาบาลในด้านต่างๆ

5.3.1.2 ควรให้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานน้อย เพื่อเป็นการเตรียมการรองรับบทบาทหน้าที่ในการทำงาน การดูแลสุขภาพ และบทบาทหน้าที่ในครอบครัว

5.3.1.3 จากผลการศึกษา พบว่า พยาบาลที่ทำงานเป็นเวรมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าพยาบาลที่ทำงานในเวลาราชการปกติ จึงควรมีการจัดเวรในการทำงานในช่วงเวรบ่ายและดึกให้น้อยครั้ง และให้เหมาะสมตามลักษณะของพยาบาลแต่ละคน โดยคำนึงถึงความพึงพอใจของพยาบาลเป็นหลัก

5.3.1.4 ควรมีการเพิ่มวันหยุดประจำเดือนให้กับพยาบาลที่ต้องทำงานเป็นเวรเพิ่มขึ้น ในช่วงระหว่างการเปลี่ยนตารางเวรการทำงาน เพื่อให้พยาบาลที่ทำงานเป็นเวรได้มีการปรับตัวกับเวลาการทำงาน และเวลาการนอนที่เปลี่ยนแปลง และให้มีเวลาการพักผ่อน ดูแลครอบครัวมากขึ้น เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าพยาบาลมีภาระหน้าที่มากทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อน และไม่มีเวลาให้กับครอบครัว

5.3.1.5 ควรส่งเสริมการพัฒนาความรู้ของพยาบาล เพื่อเพิ่มทักษะในการทำงาน ให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานในสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจต่อการทำงานได้ดีขึ้น

5.3.1.6 รัฐบาลควรเพิ่มค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานและสวัสดิการให้กับพยาบาลเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากพยาบาลเป็นข้าราชการที่ต้องทำงานไม่เป็นเวลา และลักษณะการทำงานมีความเสี่ยงต่อสุขภาพของพยาบาล ซึ่งพยาบาลต้องปฏิบัติหน้าที่หนักเสี่ยงกว่าข้าราชการอื่น ๆ เพื่อเป็นการเพิ่มขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานด้วย

5.3.1.7 การพิจารณาเลื่อนตำแหน่งภายในฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลควรพิจารณาจากความรู้ความสามารถในการทำงานเป็นหลัก เพื่อให้เกิดความยุติธรรมและความเสมอภาคในการทำงานแก่พยาบาลที่ตั้งใจทำงาน และเป็นการเพิ่มขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน

5.3.2 ข้อเสนอแนะงานวิจัย

การศึกษาค้นคว้าต่อไปควรทำการปรับปรุงศึกษาเพิ่มเติมต่อไปนี้

5.3.2.1 เนื่องจากพยาบาลมีหลายหน่วยงาน และจำนวนมากในแต่ละพื้นที่ ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลในส่วนกลางจึงไม่สามารถที่จะอธิบายภาพรวมของพยาบาลได้ทั้งประเทศไทยได้ จึงควรมีการศึกษากับพยาบาลพื้นที่ด้วย เพื่อนำไปใช้เป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของพยาบาลให้ดีขึ้น

5.3.2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบในแง่ของกลุ่มพยาบาลที่สังกัดภาครัฐบาล กับพยาบาลที่สังกัดภาคเอกชน เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร

5.3.2.3 ควรมีการศึกษา คุณภาพชีวิตของพยาบาล ในมิติอื่น ๆ ประกอบ ได้แก่ คุณภาพชีวิตที่เป็นอยู่กับคุณภาพชีวิตที่ความต้องการ เพื่อให้ทราบสภาพความเป็นอยู่ของพยาบาลและ สิ่งที่พยาบาลต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิต

5.3.2.4 ควรศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของพยาบาลเพิ่มเติม เช่น ความเครียด แรงจูงใจไม่สมฤทธิ์

5.3.2.5 ควรมีการทำการศึกษาค้นคว้าวิจัยในรูปแบบการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในเรื่องรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของพยาบาล เพื่อขยายผลการศึกษาให้นำไปปฏิบัติจริง อันจะส่งผลดีกับพยาบาลต่อไป

ภาคผนวก ก

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	ช่วงเวลาการทำงาน				รวม	
	เวลาปกติ		เป็นเวร		จำนวน	ร้อยละ
อายุ						
22-30 ปี	5	5.7	46	41.4	51	25.7
31-40 ปี	34	39.2	56	50.5	90	45.5
41-50 ปี	35	40.2	8	7.2	43	21.7
51-60 ปี	13	14.9	1	0.9	14	7.1
รวม	87	100.0	111	100.0	198	100.0
ต่ำสุด 22 ปี สูงสุด 59 ปี						
สถานภาพสมรส						
โสด	20	22.8	54	48.1	74	37.0
สมรสแล้วอยู่รวมกัน	63	71.6	48	42.9	111	55.5
สมรสแล้วแยกกันอยู่	3	3.4	5	4.5	8	4.0
ม้าย	1	1.1	0	0.0	1	0.5
หย่าร้าง	1	1.1	5	4.5	6	3.0
รวม	88	100.0	112	100.0	200	100.0
สถานภาพในครอบครัว						
ภรรยา	66	86.8	53	48.6	119	64.3
บุตร	5	6.6	41	37.6	46	24.9
ผู้อาศัย	5	6.6	15	13.5	20	10.8
รวม	76	100.0	111	100.0	185	100.0
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน						
1-3 คน	26	30.2	41	37.2	67	34.2
4-6 คน	52	60.5	63	57.3	115	58.7
7-10 คน	8	9.3	6	5.5	14	7.1
รวม	86	100.0	110	100.0	196	100.0
ต่ำสุด 1 คน สูงสุด 10 คน						

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	ช่วงเวลาการทำงาน				รวม	
	เวลาปกติ		เป็นเวร		จำนวน	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกที่มีรายได้ในครัวเรือน						
ไม่มี	1	1.1	8	7.2	9	4.5
1-2 คน	59	67.0	61	55.0	120	60.3
3-4 คน	22	25.0	29	26.1	51	25.6
5 คนขึ้นไป	6	6.8	13	11.7	19	9.6
รวม	88	100.0	111	100.0	199	100.0
ต่ำสุด 0 คน สูงสุด 8 คน						
รายได้						
ต่ำกว่า 10,000 บาท	6	7.0	29	26.1	35	17.8
10,001-15,000 บาท	12	14.0	46	41.4	58	29.4
15,001-20,000 บาท	35	40.7	20	18.0	55	27.9
20,001-25,000 บาท	16	18.6	10	9.0	26	13.2
25,000 บาทขึ้นไป	17	19.8	6	5.4	23	11.7
รวม	86	100.0	111	100.0	197	100.0
ต่ำสุด 6,000 บาท สูงสุด 67,000 บาท						
รายได้ของสมาชิกในครัวเรือน						
ไม่มีรายได้	2	2.4	10	9.3	12	6.3
ต่ำกว่า 10,000 บาท	18	21.2	22	20.6	40	20.8
10,001-20,000 บาท	2	2.4	17	15.9	19	9.9
20,001-30,000 บาท	13	15.3	25	23.4	38	19.8
30,001-40,000 บาท	15	17.6	15	14.0	30	15.6
40,001-50,000 บาท	16	18.8	10	9.3	26	13.5
50,000 บาทขึ้นไป	19	22.4	8	7.5	27	14.1
รวม	85	100.0	107	100.0	192	100.0
ต่ำสุด 0 บาท สูงสุด 350,000 บาท						

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	ช่วงเวลาการทำงาน				รวม	
	เวลาปกติ		เป็นเวร		จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	14	15.9	26	23.2	40	20.0
ปริญญาตรี	67	76.1	82	73.2	149	74.5
สูงกว่าปริญญาตรี	7	8.0	4	3.6	11	5.5
รวม	88	100.0	112	100.0	200	100.0
ประสบการณ์ในการทำงาน						
1-10 ปี	7	8.0	54	48.2	61	30.5
11-20 ปี	41	46.6	49	43.8	90	45.0
21-30 ปี	30	34.1	6	5.4	36	18.0
30 ปีขึ้นไป	10	11.4	3	2.7	13	6.5
รวม	88	100.0	112	100.0	200	100.0
ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 36 ปี						
ตำแหน่งหน้าที่						
หัวหน้าหอผู้ป่วย	31	35.2	0	0.0	31	15.5
ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย	12	13.6	0	0.0	12	6.0
พยาบาลประจำการ	45	51.1	112	100.0	157	78.5
รวม	88	100.0	112	100.0	200	100.0
ช่วงเวลาการทำงาน						
ทำงานเวลาราชการปกติ	88	100.0	-	-	88	44.0
ทำงานเป็นเวร	-	-	112	100.0	112	56.0
รวม	88	100.0	112	100.0	200	100.0
ช่วงเวลาการทำงานเป็นเวร						
1. เวิร์งเช้า (8.00-16.00 น.)						
1-5 ครั้ง ต่อเดือน	-	-	14	12.7	14	12.7
6-10 ครั้ง ต่อเดือน	-	-	63	57.3	63	57.3
11-15 ครั้ง ต่อเดือน	-	-	9	8.2	9	8.2
16 ครั้ง ต่อเดือนขึ้นไป	-	-	24	21.8	24	21.8
รวม			110	100.0	110	100.0
ต่ำสุด 2 ครั้ง สูงสุด 4 ครั้ง						

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	ช่วงเวลาการทำงาน		รวม	
	เวลาปกติ	เป็นเวร	จำนวน	ร้อยละ
2. เวิร์ก 16.00-24.00 น.				
1-5 ครั้ง ต่อเดือน	- -	16 14.6	16	14.6
6-10 ครั้ง ต่อเดือน	- -	80 72.7	80	72.7
11-15 ครั้ง ต่อเดือน	- -	4 3.6	4	3.6
16 ครั้ง ต่อเดือนขึ้นไป	- -	10 9.1	10	9.1
รวม		110 100.0	110	100.0
ต่ำสุด 2 ครั้ง สูงสุด 20 ครั้ง				
3. เวิร์ก 24.00-08.00 น.				
1-5 ครั้ง ต่อเดือน	- -	15 13.6	15	13.6
6-10 ครั้ง ต่อเดือน	- -	79 71.8	79	71.8
11-15 ครั้ง ต่อเดือน	- -	5 4.6	5	4.6
16 ครั้ง ต่อเดือนขึ้นไป	- -	11 10.0	11	10.0
รวม		110 100.0	110	100.0
ต่ำสุด 2 ครั้ง สูงสุด 20 ครั้ง				

ตารางที่ 2 แสดงระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

คุณภาพชีวิต	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
1. คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน			
ระดับต่ำ	17-34	4	2.0
ระดับปานกลาง	35-67	176	88.5
ระดับสูง	68-85	19	9.5
รวม		200	9.5
ค่าเฉลี่ย 56.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.98			
ต่ำสุด 27 คะแนน สูงสุด 76 คะแนน			
2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ			
ระดับต่ำ	17-34	6	3.0
ระดับปานกลาง	35-67	184	92.0
ระดับสูง	68-85	10	5.0
รวม		200	100.0
ค่าเฉลี่ย 52.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.22			
ต่ำสุด 29 คะแนน สูงสุด 75 คะแนน			
3. คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว			
ระดับต่ำ	17-34	6	3
ระดับปานกลาง	35-67	133	66.5
ระดับสูง	68-85	61	30.5
รวม		200	100.0
ค่าเฉลี่ย 61.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.73			
ต่ำสุด 28 คะแนน สูงสุด 83 คะแนน			
4. คุณภาพชีวิตโดยรวม			
ระดับต่ำ	51-102	1	0.5
ระดับปานกลาง	103-203	187	93.5
ระดับสูง	204-255	12	6.0
รวม		200	100.0
ค่าเฉลี่ย 170.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 23.87			
ต่ำสุด 91 คะแนน สูงสุด 228 คะแนน			

ตารางที่ 3 แสดงลักษณะคุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

รายการข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	จริงมากที่สุด	จริงมาก	ไม่แน่ใจ	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด		
ด้านการทำงาน							
1. รายได้จากงานที่ท่านทำเพียงพอกับที่จะดำรงชีวิต	13 (6.5)	65 (32.5)	2 (1.0)	97(48.5)	23 (11.5)	2.74	1.21
2. ท่านไม่ค่อยมีโอกาสนในการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ	8 (4.0)	54 (27.0)	3 (1.5)	111 (55.5)	24 (12.0)	3.45	1.13
3. งานที่ท่านทำอยู่ในแต่ละวันเหมือนกันทุกวัน	20 (10.0)	107 (53.5)	1 (0.5)	61 (30.5)	11 (5.5)	2.68	1.17
4. เพื่อนร่วมงานยอมรับความสามารถในการทำงานของท่าน	5 (2.5)	161 (80.5)	6 (3.0)	26 (13.0)	2 (1.0)	3.71	0.76
5. งานที่ท่านทำมีผลต่อความเป็นอยู่ของประชาชน	87 (43.5)	101 (51.5)	2 (0.5)	8 (4.0)	2 (1.0)	4.32	0.77
6. ท่านสามารถแบ่งเวลาให้กับครอบครัวและชีวิตส่วนตัวได้	19 (9.5)	103 (51.5)	1 (0.5)	60 (30.0)	17 (8.5)	3.24	1.22
7. ท่านกับเพื่อนร่วมงานไปด้วยกันได้ดี	26 (13.0)	152 (76.0)	3 (1.5)	17 (8.5)	2 (1.0)	3.92	0.76

ตารางที่ 3 (ต่อ)

รายการข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	จริงมากที่สุด	จริงมาก	ไม่แน่ใจ	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด		
8.ภาระหน้าที่ของท่านมากทำให้ท่านมีเวลาพักผ่อนน้อย	46 (23.0)	84 (42.0)	2 (1.0)	64 (32.0)	4 (2.0)	2.48	1.22
9.ที่ทำงานท่านวัดคนจากผลของงานที่ทำ	24 (12.0)	107 (53.5)	2 (1.0)	60 (30.0)	7 (3.5)	3.41	1.14
10.ท่านภูมิใจที่ได้ทำงานในโรงพยาบาลนี้	42 (21.0)	124 (62.0)	1 (0.5)	28 (14.0)	5 (2.5)	3.85	0.99
11.ท่านมีโอกาสเจริญก้าวหน้าในงานที่ทำอยู่	16 (8.0)	94 (47.0)	2 (1.0)	72 (36.0)	16 (8.0)	3.11	1.21
12.ผู้บังคับบัญชาของท่านรับฟังความคิดเห็นของท่าน	23 (11.5)	129 (64.5)	2 (1.0)	32 (16.0)	14 (7.0)	3.58	1.10
13.การพิจารณาเลื่อนตำแหน่งในองค์กรของท่านดูจากความสามารถในการทำงานเป็นหลัก	9 (4.5)	86 (43.0)	6 (3.0)	82 (41.0)	17 (8.5)	2.94	1.17
14.ท่านมักมีโอกาสดูแลความคิดริเริ่มในการทำงาน	11 (5.5)	128 (64.0)	3 (1.5)	56 (28.0)	2 (1.0)	3.45	0.99
15.ที่ทำงานท่านทุกคนมีความเท่าเทียมกัน	10 (5.0)	98 (49.0)	3 (1.5)	70 (35.0)	19 (9.5)	3.05	1.19
16.เพื่อนร่วมงานมักมีปัญหากับการทำงานเป็นทีม	9 (4.5)	48 (24.0)	2 (1.0)	128 (64.0)	13 (6.5)	3.44	1.06

ตารางที่ 3 (ต่อ)

รายการข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	จริงมากที่สุด	จริงมาก	ไม่แน่ใจ	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด		
17.ถ้าเลือกได้ท่านจะเลือกไม่ทำงานเป็นพยาบาล	56 (28.0)	44 (22.0)	4 (2.0)	62 (31.0)	34 (17.0)	2.87	1.52
ด้านสุขภาพ							
18.ท่านไม่มีโรคประจำตัว	60 (30.0)	51 (25.5)	3 (1.5)	50 (25.0)	36 (18.0)	3.25	1.54
19.ท่านรู้สึกไม่มีความสุขในการทำงาน	8 (4.0)	36 (18.0)	4 (2.0)	116 (58.0)	36 (18.0)	3.68	1.09
20.ท่านมักทานอาหารไม่ตรงเวลา	53 (26.5)	70 (35.0)	1 (0.5)	64 (32.0)	12 (6.0)	2.56	1.34
21.เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านมักไปพบแพทย์	37 (18.5)	75 (37.5)	4 (2.0)	64 (32.0)	20 (10.0)	3.23	1.34
22.ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมอ	5 (2.5)	21 (10.5)	1 (0.5)	107 (53.5)	66 (33.0)	1.96	0.99
23.ท่านมักง่วงนอนอยู่เสมอ	14 (7.0)	44 (22.0)	2 (1.0)	107 (53.5)	33 (16.5)	3.50	1.20
24.สุขภาพร่างกายท่านดีกว่าคนอื่น ๆ ในวัยเดียวกัน	8 (4.0)	76 (38.0)	4 (2.0)	98 (49.0)	14 (7.0)	2.83	1.13
25.ท่านมักคำนึงถึงการบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกวัน	17 (8.5)	77 (38.5)	1 (0.5)	81 (40.5)	24 (12.0)	2.91	1.277
26.ท่านมักคิดมากหรือกังวลใจจนนอนไม่หลับ	17 (8.5)	32 (16.0)	2 (1.0)	89 (44.5)	60 (30.0)	3.72	1.28

ตารางที่ 3 (ต่อ)

รายการข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	จริงมากที่สุด	จริงมาก	ไม่แน่ใจ	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด		
27.วันหยุดทำงานท่านมีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ	26 (13.0)	85 (42.5)	1 (0.5)	69 (34.5)	19 (9.5)	3.15	1.29
28.ท่านมักไม่ได้ออกกำลังกาย	55 (27.5)	81 (40.5)	1 (0.5)	49 (24.5)	14 (7.0)	2.43	1.31
29.ท่านไม่รู้สึกก้าวความผิดพลาดในการกระทำสิ่งต่างๆ	6 (3.0)	75 (37.5)	2 (1.0)	83 (41.5)	34 (17.0)	2.68	1.22
30.ท่านระมัดระวังป้องกันโรคติดต่อ	66 (33.0)	120 (60.0)	1 (0.5)	12 (6.0)	1 (0.5)	4.19	0.77
31.เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านมักหายากินเอง	24 (12.0)	85 (42.5)	2 (1.0)	68 (34.0)	21 (10.5)	2.89	1.29
32.ท่านไม่มีเวลาได้ออกกำลังกายในแต่ละวัน	50 (25.0)	84 (42.0)	1 (0.5)	54 (27.0)	11 (5.5)	2.46	1.28
33.ท่านมีเวลาพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ	18 (9.0)	73 (36.5)	1 (0.5)	90 (45.0)	18 (9.0)	2.92	1.24
34.ท่านรู้สึกมีความสุขในชีวิตครอบครัว	71 (35.5)	93 (46.5)	1 (0.5)	27 (13.5)	8 (4.0)	3.96	1.12

ตารางที่ 3 (ต่อ)

รายการข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	จริงมากที่สุด	จริงมาก	ไม่แน่ใจ	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด		
ด้านครอบครัว							
35.ท่านมีเวลาให้กับครอบครัว	23 (11.5)	82 (41.0)	1 (0.5)	71 (35.5)	23 (11.5)	3.06	1.30
36.ท่านไม่มีปัญหาขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว	52 (26.0)	91 (45.5)	3 (1.5)	39 (19.5)	15 (7.5)	3.63	1.27
37.ท่านต้องการมีเวลาให้กับครอบครัวมากกว่าที่เป็นอยู่	82 (41.0)	77 (38.5)	3 (1.5)	37 (18.5)	1 (0.5)	1.99	1.10
39.สมาชิกในครอบครัวยอมรับฟังความคิดเห็นของท่าน	59 (29.5)	117 (58.5)	2 (1.0)	19 (9.5)	3 (1.5)	4.05	0.91
40.ท่านมีความสุขเมื่ออยู่กับเพื่อนมากกว่าคนในครอบครัว	5 (2.5)	18 (9.0)	2 (1.0)	129 (64.5)	46 (23.0)	3.97	0.91
41.สมาชิกในครอบครัวช่วยทำงานบ้าน	48 (24.0)	103 (51.5)	4 (2.0)	37 (18.5)	8 (4.0)	3.73	1.14
42.ท่านเป็นที่ปรึกษาให้กับสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีปัญหา	48 (24.0)	123 (61.5)	3 (1.5)	25 (12.5)	1 (0.5)	3.96	0.90
43.ท่านมีเวลาพอที่จะปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว	17 (8.5)	93 (46.5)	4 (2.0)	73 (36.5)	13 (6.5)	3.14	1.19

รายการข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	จริงมากที่สุด	จริงมาก	ไม่แน่ใจ	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด		
44.ท่านกับครอบครัวพูดคุยเรื่องต่างๆร่วมกันเสมอ	45 (22.5)	108 (54.0)	2 (1.0)	39 (19.5)	6 (3.0)	3.74	1.10
45.สมาชิกในครอบครัวท่านปรองดองกันดี	70 (35.0)	110 (55.0)	3 (1.5)	15 (7.5)	2 (1.0)	4.16	0.86
46.ท่านมีการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว	48 (24.0)	99 (49.5)	2 (1.0)	42 (21.0)	9 (4.5)	3.68	1.18
47.ท่านได้รับความอบอุ่นจากครอบครัวท่าน	78 (39.0)	99 (49.5)	3 (1.5)	14 (7.0)	6 (3.0)	4.14	0.97
48.ท่านมีส่วนร่วมตัดสินใจเรื่องสำคัญๆในครอบครัว	84 (42.0)	97 (48.5)	2 (1.0)	15 (7.5)	2 (1.0)	4.23	0.88
49.ท่านต้องการความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมากกว่าที่เป็นอยู่	45 (22.5)	60 (30.0)	2 (1.0)	69 (34.5)	24 (12.0)	2.84	1.42
50.ท่านพอใจในความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว	53 (26.5)	99 (49.5)	2 (1.0)	36 (18.0)	10 (5.0)	3.75	1.18
51.ท่านไม่ชอบการร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาของครอบครัว	2 (1.0)	14 (7.0)	2 (1.0)	95 (47.5)	87 (43.5)	4.26	0.87

ตารางที่ 4 แสดงระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลจำแนกตามช่วงเวลาการทำงาน

คุณภาพชีวิต	ช่วงเวลาการทำงาน			
	ทำงานเวลาราชการปกติ		ทำงานเป็นเวร	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน				
ระดับต่ำ (17-34)	2	2.3	2	1.8
ระดับปานกลาง (35-67)	71	80.7	105	93.7
ระดับสูง (68-85)	15	17.0	5	4.5
รวม	88	100.0	112	100.0
2.คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ				
ระดับต่ำ (17-34)	1	1.1	5	4.5
ระดับปานกลาง (35-67)	82	93.2	102	91.0
ระดับสูง (68-85)	5	5.7	5	4.5
รวม	88	100.0	112	100.0
3.คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว				
ระดับต่ำ (17-34)	3	3.4	3	2.7
ระดับปานกลาง (35-67)	51	58.0	82	73.2
ระดับสูง (68-85)	34	38.6	27	24.1
รวม	88	100.0	112	100.0
4.คุณภาพชีวิตโดยรวม				
ระดับต่ำ (51-102)	1	1.2	0	0.0
ระดับปานกลาง (103-203)	81	92.0	105	93.8
ระดับสูง (204-255)	6	6.8	7	6.2
รวม	88	100.0	112	100.0

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเวลาราชการปกติและกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร

คุณภาพชีวิต	กลุ่มทำงานเวลาราชการปกติ				กลุ่มทำงานเป็นเวร				t	2-tailed P-value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	คะแนน สูงสุด	คะแนน ต่ำสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	คะแนน สูงสุด	คะแนน ต่ำสุด		
1. คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน	57.80	9.02	72	27	54.90	8.77	76	31	2.270	0.024
2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	54.78	9.00	74	31	50.35	8.95	75	29	3.471	0.001
3. คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว	63.51	11.01	83	28	60.74	10.38	79	31	1.686	0.093
4. คุณภาพชีวิตด้านโดยรวม	176.08	23.96	228	91	165.99	22.94	216	110	3.086	0.002

ตารางที่ 6 แสดงระดับสภาพแวดล้อมกายภาพของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

ระดับสภาพแวดล้อมกายภาพ	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน			
ระดับต่ำ	10-20	2	1.0
ระดับปานกลาง	21-39	87	43.5
ระดับสูง	40-50	11	5.5
รวม		200	100.0
ค่าเฉลี่ย 39.46 คะแนน			
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.19 คะแนน			
ต่ำสุด 15 คะแนน สูงสุด 50 คะแนน			
สภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงาน			
ระดับต่ำ	10-20	2	1.0
ระดับปานกลาง	21-39	154	77.0
ระดับสูง	40-50	44	22.0
รวม		200	100.0
ค่าเฉลี่ย 34.26 คะแนน			
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.85 คะแนน			
ต่ำสุด 18 คะแนน สูงสุด 48 คะแนน			

ตารางที่ 7 แสดงลักษณะสภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้านของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

รายการข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	จริงมากที่สุด	จริงมาก	ไม่แน่ใจ	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด		
1.บ้านของท่านร่มรื่น	63 (31.5)	98 (49.0)	3 (1.5)	35 (17.5)	1 (0.5)	3.94	1.04
2.บ้านของท่านสะอาดและเป็นระเบียบเรียบร้อย	33 (16.5)	112 (56.0)	3 (1.5)	51 (25.5)	1 (0.5)	3.63	1.05
3.ละแวกบ้านท่านมีเสียงดังรบกวน	9 (4.5)	47 (23.5)	2 (1.0)	92 (46.0)	50 (25.0)	3.64	1.22
4.บ้านพักท่านแออัดคับแคบ	4 (2.0)	14 (7.0)	3 (1.5)	92 (46.0)	87 (43.5)	4.23	0.93
5.บ้านพักท่านมีกลิ่นเหม็นรบกวน	4 (2.0)	9 (4.5)	2 (1.0)	83 (41.0)	102 (51.0)	4.36	0.87
6.บ้านท่านแวดล้อมด้วยแหล่งเสื่อมโทรม	2 (1.0)	4 (2.0)	3 (1.5)	80 (40.0)	111 (55.5)	4.48	0.72
7.สภาพบ้านของท่านมั่นคงถาวร	68 (34.0)	107 (53.5)	2 (1.0)	17 (8.5)	6 (3.0)	4.07	0.98
8.ถ้าเลือกได้ท่านต้องการย้ายที่อยู่อาศัยใหม่	32 (16.0)	44 (22.0)	2 (1.0)	59 (29.5)	63 (31.5)	3.39	1.51
9.บ้านท่านมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	42 (21.0)	123 (61.5)	2 (1.0)	28 (14.0)	5 (2.5)	3.85	0.99
10.บ้านท่านมีเครื่องอำนวยความสะดวกอย่างเพียงพอ	53 (26.5)	122 (61.0)	2 (1.0)	21 (10.5)	2 (1.0)	4.01	0.89

ตารางที่ 8 แสดงลักษณะสภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงานของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

รายการข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	จริงมากที่สุด	จริงมาก	ไม่แน่ใจ	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด		
1. ที่ทำงานท่านแออัดคับแคบ	8 (4.0)	28 (14.0)	3 (1.5)	115 (57.5)	46 (23.0)	3.82	1.07
2. ที่ทำงานของท่านมีอากาศถ่ายเทดี	16 (8.0)	94 (47.0)	3 (1.5)	64 (32.0)	23 (11.5)	3.08	1.25
3. ที่ทำงานท่านมีความสงบเงียบ	7 (3.5)	84 (42.0)	2 (1.0)	88 (44.0)	19 (9.5)	2.86	1.17
4. ท่านไม่มีสมาธิในการทำงาน	1 (0.5)	30 (15.0)	2 (1.0)	128 (64.0)	39 (19.5)	3.87	0.92
5. ที่ทำงานท่านมีความพร้อมในด้านเครื่องมือเครื่องใช้ในการทำงาน	27 (13.0)	121 (60.5)	3 (1.5)	44 (22.0)	5 (2.5)	3.61	1.05
6. ที่ทำงานท่านปราศจากเสียงรบกวน	7 (3.5)	85 (42.5)	2 (1.0)	85 (42.5)	21 (10.5)	2.86	1.18
7. ที่ทำงานท่านมีขนาดเหมาะสม	16 (8.0)	127 (63.5)	3 (1.5)	45 (22.5)	9 (4.5)	3.48	1.07
8. บรรยากาศในโรงพยาบาลท่านไม่ส่งเสริมต่อการทำงานที่ดี	10 (5.0)	32 (16.0)	2 (1.0)	122 (61.0)	34 (17.0)	3.69	1.09
9. โรงพยาบาลท่านควรปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ดีกว่าที่เป็นอยู่	21 (10.5)	68 (34.0)	2 (1.0)	92 (46.0)	17 (8.5)	3.08	1.25
10. ที่ทำงานท่านมีแสงสว่างเพียงพอ	39 (19.5)	139 (69.5)	2 (1.0)	19 (9.5)	1 (0.5)	3.98	0.80

ตารางที่ 9 แสดงระดับการสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว			
ระดับต่ำ	15-30	1	0.5
ระดับปานกลาง	31-59	44	22.0
ระดับสูง	60-75	155	77.5
รวม		200	100.0
ค่าเฉลี่ย 64.32 คะแนน			
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.25 คะแนน			
ต่ำสุด 30 คะแนน สูงสุด 75 คะแนน			
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน			
ระดับต่ำ	15-30	4	2.0
ระดับปานกลาง	31-59	126	63.0
ระดับสูง	60-75	70	35.0
รวม		200	100.0
ค่าเฉลี่ย 53.46 คะแนน			
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.60 คะแนน			
ต่ำสุด 23 คะแนน สูงสุด 75 คะแนน			

ตารางที่ 10 แสดงลักษณะการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

รายการข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	จริงมากที่สุด	จริงมาก	ไม่แน่ใจ	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด		
1. ท่านได้รับความรักความห่วงใย	140 (70.0)	44 (22.0)	6 (3.0)	10 (5.0)	0 (0.0)	4.57	0.78
2. ท่านได้รับความเคารพนับถือในตัวท่าน	94 (47.0)	83 (41.5)	12 (6.0)	9 (4.5)	2 (1.0)	4.29	0.85
3. ท่านได้รับความช่วยเหลือทางการเงินเมื่อท่านเดือดร้อน	121 (60.5)	52 (26.0)	8 (4.0)	11 (5.5)	8 (4.0)	4.34	1.06
4. ไม่รบกวนปัญหาของท่าน	14 (7.0)	21 (10.5)	9 (4.5)	41 (20.5)	115 (57.5)	4.11	1.29
5. ท่านได้รับความกำลังใจและปลอบใจ	121 (60.5)	51 (25.5)	10 (5.0)	12 (6.0)	6 (3.0)	4.35	1.03
6. ท่านได้รับความคำแนะนำเมื่อท่านต้องการ	108 (54.0)	67 (33.5)	9 (4.5)	14 (7.0)	2 (1.0)	4.33	0.92
7. ท่านได้รับความจริงใจ	137 (68.5)	50 (25.0)	9 (4.5)	4 (2.0)	0 (0.0)	4.60	0.67
8. ท่านได้รับความคำแนะนำในการพัฒนาหรือปรับปรุงตนเอง	83 (41.5)	75 (37.5)	9 (4.5)	24 (12.0)	9 (4.5)	4.00	1.16
9. ท่านได้รับความเข้าใจในตัวท่าน	99 (49.5)	72 (36.0)	7 (3.5)	19 (9.5)	3 (1.5)	4.22	1.00
10. ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่ในตัวท่าน	106 (53.0)	66 (33.0)	9 (4.5)	15 (7.5)	4 (2.0)	4.28	0.99

รายการข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	จริงมากที่สุด	จริงมาก	ไม่แน่ใจ	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด		
11. ท่านได้รับความช่วยเหลือเมื่อท่านขาดแคลนสิ่งของเครื่องใช้	119 (59.5)	58 (29.0)	6 (3.0)	14 (7.0)	3 (1.5)	4.38	0.95
12. ท่านได้รับการยอมรับและยกย่อง	111 (55.5)	72 (36.0)	8 (4.0)	7 (3.5)	2 (1.0)	4.42	0.81
13. ท่านไม่มีใครให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น	14 (7.0)	21 (10.5)	7 (3.5)	51 (25.5)	107 (53.5)	4.08	1.27
14. ท่านไม่ได้รับความร่วมมือเมื่อท่านขอแรงให้ช่วยเหลือ	11 (5.5)	15 (7.5)	7 (3.5)	53 (26.5)	114 (57.0)	4.23	1.17
15. ท่านไม่ได้รับความคำแนะนำในการแก้ปัญหา	10 (5.0)	19 (9.5)	6 (3.0)	57 (28.5)	108 (54.0)	4.17	1.17

ตารางที่ 11 แสดงลักษณะการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

รายการข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	จริงมากที่สุด	จริงมาก	ไม่แน่ใจ	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด		
1. ท่านได้รับความรักความห่วงใย	17 (8.5)	123 (61.5)	4 (2.0)	51 (25.5)	5 (2.5)	3.48	1.04
2. ท่านได้รับความเคารพนับถือในตัวท่าน	14 (7.0)	143 (71.5)	7 (3.5)	34 (17.0)	2 (1.0)	3.67	0.88
3. ท่านได้รับความช่วยเหลือทางการเงินเมื่อท่านเดือดร้อน	20 (10.0)	66 (33.0)	6 (3.0)	54 (27.0)	54 (27.0)	2.72	1.42
4. ไม่รบกวนปัญหาของท่าน	3 (1.5)	20 (10.0)	3 (1.5)	114 (57.0)	60 (30.0)	4.04	0.92
5. ท่านได้รับความกำลังใจและปลอบใจ	30 (15.0)	110 (55.0)	7 (3.5)	46 (23.0)	7 (3.5)	3.55	1.11
6. ท่านได้รับความคำแนะนำเมื่อท่านต้องการ	38 (19.0)	113 (56.5)	4 (2.0)	38 (19.0)	7 (3.5)	3.69	1.09
7. ท่านได้รับความจริงใจ	21 (10.5)	103 (51.5)	6 (3.0)	57 (28.5)	13 (6.5)	3.31	1.18
8. ท่านได้รับความคำแนะนำในการพัฒนาหรือปรับปรุงตนเอง	17 (8.5)	108 (54.0)	3 (1.5)	61 (30.5)	11 (5.5)	3.30	1.15
9. ท่านได้รับความเข้าใจในตัวท่าน	12 (6.0)	118 (59.0)	6 (3.0)	55 (27.5)	9 (4.5)	3.35	1.08
10. ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่ในตัวท่าน	17 (8.5)	102 (51.0)	8 (4.0)	60 (30.0)	13 (6.5)	3.25	1.16

ตารางที่ 11 (ต่อ)

รายการข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	จริงมากที่สุด	จริงมาก	ไม่แน่ใจ	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด		
11. ท่านได้รับความช่วยเหลือเมื่อท่านขาดแคลนสิ่งของเครื่องใช้	18 (9.0)	91 (45.5)	6 (3.0)	67 (33.5)	18 (9.0)	3.12	1.23
12. ท่านได้รับการยอมรับและยกย่อง	11 (5.5)	135 (67.5)	6 (3.0)	41 (20.5)	7 (3.5)	3.51	0.99
13. ท่านไม่มีใครให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น	2 (1.0)	16 (8.0)	4 (2.0)	89 (44.5)	89 (44.5)	4.24	0.91
14. ท่านไม่ได้รับความร่วมมือเมื่อท่านขอแรงให้ช่วยเหลือ	4 (2.0)	20 (10.0)	4 (2.0)	92 (46.0)	80 (40.0)	4.12	0.96
15. ท่านไม่ได้รับคำแนะนำในการแก้ปัญหา	2 (1.0)	20 (10.0)	4 (2.0)	98 (49.0)	76 (38.0)	4.13	0.94

ตารางที่ 12 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของพยาบาลกับปัจจัยทุกด้าน

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิต			
	คุณภาพชีวิตโดยรวม	คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว
ปัจจัยส่วนบุคคล				
อายุ	0.171*	0.119	0.203**	0.095
สถานภาพสมรส	0.117	0.093	0.096	0.137
สถานภาพในครัวเรือน	0.038	0.049	0.005	0.038
รายได้	0.172*	0.107	0.202**	0.159*
ระดับการศึกษา	0.133	0.074	0.135	0.218**
ประสบการณ์ทำงาน	0.187**	0.147*	0.206**	0.084
ตำแหน่งหน้าที่บริหาร	0.282**	0.239**	0.275**	0.146*
ปัจจัยด้านครอบครัว				
สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน	0.437**	0.337**	0.388**	0.470**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	0.389**	0.271**	0.315**	0.627**
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	0.040	0.042	0.029	0.012
จำนวนสมาชิกที่มีรายได้	0.039	-0.001	0.057	0.106
รายได้ของสมาชิกในครัวเรือน	0.303**	0.174*	0.366**	0.263**
ปัจจัยด้านที่ทำงาน				
สภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงาน	0.455**	0.460**	0.333**	0.238**
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน	0.495**	0.54**	0.312**	0.213**

* และ ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ

ตารางที่ 13 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุระหว่างคุณภาพชีวิตของพยาบาลกับปัจจัย
ทุกด้าน

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตโดยรวม			คุณภาพชีวิตด้านการงาน			คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ			คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว		
	b	beta	t	R ² เพิ่ม	b	beta	t	R ² เพิ่ม	b	beta	t	R ² เพิ่ม
ปัจจัยส่วนบุคคล												
ตำแหน่งหน้าที่	6.164	0.181	2.617**	0.110	5.096	0.244	3.617**	0.286	2.673	0.186	2.437**	0.320
รายได้	0.0002	0.178	2.632**	0.020					0.000	0.185	2.711**	0.026
ปัจจัยด้านครอบครัว												
สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่บ้าน	0.380	0.161	2.620**	0.022					0.097	0.273	4.356**	0.062
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	0.432	0.294	4.772**	0.115	0.177	0.195	3.024**	0.029	0.175	0.281	4.066**	0.158
รายได้สมาชิกในครัวเรือน									0.000	0.240	3.168**	0.037
ปัจจัยด้านที่ทำงาน												
สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ทำงาน	0.525	0.212	3.460**	0.063	0.392	0.258	3.932**	0.055	0.187	0.179	2.565**	0.052
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน	0.402	0.296	4.813**	0.190	0.310	0.372	5.513**	0.274	0.091	0.159	2.221**	0.019
Constant	20.840				18.334				10.838			
R	0.720				0.644				0.586			
R ²	0.520				0.414				0.344			
F	22.628**				20.940**				12.829**			
									1.078			
									0.697			
									0.486			
									27.985**			

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ .01

ตารางที่ 14 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุระหว่างคุณภาพชีวิตด้านการพยาบาลกับปัจจัยแต่ละด้าน

ปัจจัย	b	beta	t	R ² เพิ่ม	b	beta	t	R ² เพิ่ม
ปัจจัยส่วนบุคคล ตำแหน่งหน้าที่	5.886	0.258	3.663**	0.067				
ปัจจัยด้านครอบครัว สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่บ้าน					0.200	0.230	2.958**	0.083
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว					0.303	0.218	2.804**	0.044
ปัจจัยด้านที่ทำงาน สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ทำงาน					0.520	0.093	5.606**	0.098
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน					0.388	0.441	7.559**	0.291
Constant							21.404	
R			58.790				0.623**	
R ²			0.258**				0.127	
F			0.067				11.389**	
			13.421**				62.607**	

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ .01

ตารางที่ 15 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลกับปัจจัยแต่ละด้าน

ปัจจัย	b	beta	t	R ² เพิ่ม	b	beta	t	R ² เพิ่ม
ปัจจัยส่วนบุคคล ตำแหน่งหน้าที่	4.187	0.278	3.962**	0.077				
ปัจจัยด้านครอบครัว สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่บ้าน					0.206	0.210	2.896**	0.040
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว					0.150	0.244	3.408**	0.088
รายได้ของสมาชิกในครัวเรือน					0.000	0.308	4.398**	0.135
ปัจจัยด้านที่ทำงาน สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ทำงาน					0.278	0.261	3.820**	0.111
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน					0.143	0.243	3.557**	0.054
Constant							18.276	
R			34.592				0.406**	
R ²			0.278**				0.165	
F			0.077				19.439**	
			15.695**					

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ .01

ตารางที่ 16 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุระหว่างคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของพยาบาลกับปัจจัยแต่ละด้าน

ปัจจัย	b	beta	t	R ² เพิ่ม	b	beta	t	R ² เพิ่ม
ปัจจัยส่วนบุคคล								
สถานภาพสมรส	0.620	0.313	0.141*	0.020				
ระดับการศึกษา	1.011	0.320	0.223**	0.046				
ปัจจัยด้านครอบครัว								
สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่บ้าน					0.089	0.252	4.163**	0.070
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว					0.119	0.539	9.013**	0.390
รายได้ของสมาชิกในครัวเรือน					0.000	0.167	2.850**	0.030
ปัจจัยด้านที่ทำงาน								
สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ทำงาน					0.073	0.191	2.669**	0.057
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน					0.033	0.156	2.172**	0.022
Constant		11.199					9.144	
R		0.256**					0.281**	
R ²		0.066					0.079	
F		6.581**					8.414**	

* และ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ

ตารางที่ 17 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุระหว่างคุณภาพชีวิตโดยรวมของพยาบาลกับปัจจัยแต่ละด้าน

ปัจจัย	b	beta	t	R ² เพิ่ม	b	beta	t	R ² เพิ่ม
ปัจจัยส่วนบุคคล								
ตำแหน่งหน้าที่	10.998	0.298	4.275**	0.089				
ปัจจัยด้านครอบครัว								
สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่บ้าน					0.571	0.249	3.516**	0.076
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว					0.465	0.324	4.626**	0.170
รายได้ของสมาชิกในครัวเรือน					0.000	0.231	3.372**	0.051
ปัจจัยด้านที่ทำงาน								
สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ทำงาน					0.872	0.337	5.591**	0.104
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน					0.564	0.394	6.544**	0.245
Constant	106.600						48.824	
R	0.298**						0.591**	
R ²	0.089						0.349	
F	18.271**						52.740**	

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ .01

ตารางที่ 18 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างคุณภาพชีวิตของพยาบาลกับทุกปัจจัยของพยาบาลกลุ่มทำงานในเวลาราชการปกติ

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตโดยรวม			คุณภาพชีวิตด้านการงาน			คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ			คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว		
	b	beta	t	R ² เพิ่ม	b	beta	t	R ² เพิ่ม	b	beta	t	R ² เพิ่ม
ปัจจัยส่วนบุคคล												
ตำแหน่งหน้าที่	4.664	0.168	1.580	0.109	4.262	0.264	2.585**	0.095	2.023	0.169	1.46	0.086
รายได้	0.000	0.271	2.550**	0.044								
ปัจจัยด้านครอบครัว												
สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่บ้าน												
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	0.540	0.395	4.098**	0.229	0.228	0.288	2.808**	0.089	0.140	0.238	2.140**	0.097
รายได้สมาชิกในครัวเรือน									0	0.36	3.203**	0.112
ปัจจัยด้านที่ทำงาน												
สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ทำงาน	0.546	0.217	2.175**	0.102	0.383	0.262	2.506**	0.058				
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน	0.313	0.231	2.310**	0.043	0.220	0.280	2.572**	0.204	0.140	0.24	2.140**	0.050
Constant		32.825			21.177				17.431			
R		0.725**			0.667**				0.587**			
R ²		0.526			0.446				0.345			
F		10.924**			9.643**				6.321**			
										1.470		
										0.684**		
										0.467		
										13.384**		

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ .01

ตารางที่ 19 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างคุณภาพชีวิตด้านการทำงานกับปัจจัยแต่ละด้านของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติ

ปัจจัย	b	beta	t	R ² เพิ่ม	b	beta	t	R ² เพิ่ม
ปัจจัยส่วนบุคคล ตำแหน่งหน้าที่	5.349	0.292	2.743**	0.085				
ปัจจัยด้านครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว รายได้สมาชิกในครัวเรือน	0.306	0.404	3.692**	0.178				
	0.000	0.222	2.027*	0.049				
ปัจจัยด้านที่ทำงาน สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ทำงาน การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน	0.449	0.151	2.972**	0.066				
	0.382	0.080	4.749**	0.299				
Constant	59.328				25.223			
R	0.292**				0.604**			
R ²	0.085				0.365			
F	7.526**				24.460**			

* , ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ 0.05 และ .01 ตามลำดับ

ตารางที่ 20 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุระหว่างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกับปัจจัยแต่ละด้านของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติ

ปัจจัย	b	beta	t	R ² เพิ่ม	b	beta	t	R ² เพิ่ม
ปัจจัยส่วนบุคคล รายได้	0.000	0.255	2.376**	0.065				
ปัจจัยด้านครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว					0.178	0.317	2.996**	0.100
รายได้สมาชิกในครัวเรือน					0.000	0.396	3.749**	0.178
ปัจจัยด้านที่ทำงาน สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ทำงาน					0.343	0.319	3.117**	0.102
Constant			33.612				25.316	
R			0.255**				0.319**	
R ²			0.065				0.102	
F			5.656**				9.717**	

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ .01

ตารางที่ 21 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวกับปัจจัยแต่ละด้านของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติ

ปัจจัย	b	beta	t	R ² เพิ่ม	b	beta	t	R ² เพิ่ม
ปัจจัยส่วนบุคคล								
ระดับการศึกษา	1.336	0.291	2.679**	0.054				
สถานภาพสมรส	1.192	0.245	2.255**	0.057				
ปัจจัยด้านครอบครัว								
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	0.114	0.543	6.034**	0.383				
สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน	0.142	0.349	3.885**	0.116				
ปัจจัยด้านที่ทำงาน					0.062	0.286	2.769**	0.820
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน								
Constant	10.275		0.831				10.333	
R	0.333**		0.707**				0.286**	
R ²	0.111		0.499				0.082	
F	4.975**		32.390**				7.667**	

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ .01

ตารางที่ 22 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุระหว่างคุณภาพชีวิตโดยรวมกับปัจจัยแต่ละด้านของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการปกติ

ปัจจัย	b	beta	t	R ² เพิ่ม	b	beta	t	R ² เพิ่ม
ปัจจัยส่วนบุคคล ตำแหน่งหน้าที่	9.375	0.310	2.931**	0.096				
ปัจจัยด้านครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว		0.610	0.466	4.651**	0.243			
รายได้สมาชิกในครัวเรือน		0.000	0.333	3.322**	0.110			
ปัจจัยด้านที่ทำงาน สภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงาน					0.552	0.390	4.051**	0.250
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน					0.78	0.29	3.037**	0.073
Constant	108.218						55.509	
R	0.310**						0.569**	
R ²	0.096						0.323	
F	8.592**						20.314**	

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ .01

ตารางที่ 24 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุระหว่างคุณภาพชีวิตด้านการจ้างงานของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นนอร์

ปัจจัย	b	beta	t	R ² เพิ่ม	b	beta	t	R ² เพิ่ม
ปัจจัยส่วนบุคคล ไม่มีตัวแปร								
ปัจจัยด้านครอบครัว สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน	0.384	0.296	2.926**	0.088				
ปัจจัยด้านที่ทำงาน สภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงาน					0.564	0.368	4.815**	0.127
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน					0.381	0.434	5.688**	0.273
Constant							19.399	
R			43.816				0.633**	
R ²			0.296**				0.400	
F			0.088				36.378**	
			8.564**					

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ .01

ตารางที่ 25 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุระหว่างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกับปัจจัยแต่ละด้านของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร

ปัจจัย	b	beta	l	R ² เพิ่ม	b	beta	t	R ² เพิ่ม	b	beta	t	R ² เพิ่ม
ปัจจัยส่วนบุคคล												
รายได้	0.000	0.019	0.199	0.000								
ปัจจัยด้านครอบครัว												
สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน					0.212	0.247	2.433**	0.055				
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว					0.174	0.279	2.741**	0.128				
ปัจจัยด้านที่ทำงาน												
สภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงาน									0.290	0.287	3.209**	0.119
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน									0.140	0.243	2.717**	0.056
Constant	33.966						14.649				16.875	
R	0.019						0.428**				0.419**	
R ²	0.000						0.183				0.175	
F	0.040						9.860**				11.579**	

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ .01

ตารางที่ 26 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวกับปัจจัยแต่ละด้านของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร

ปัจจัย	b	beta	t	R ² เพิ่ม	b	beta	t	R ² เพิ่ม
ปัจจัยส่วนบุคคล								
ระดับการศึกษา	0.830	0.185	1.927	0.037				
สถานภาพสมรส	0.220	0.051	0.526					
ปัจจัยด้านครอบครัว								
สภาพแวดล้อมภายในที่พัก	0.069	0.220	2.68**	0.044				
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	0.133	0.579	7.04**	0.422				
ปัจจัยด้านที่ทำงาน								
สภาพแวดล้อมภายในที่ทำงาน	0.078	0.218	2.339**	0.047				
Constant	11.624		1.816		10.496			
R	0.193		0.682**		0.218**			
R ²	0.037		0.466		0.047			
F	2.005		38.327**		5.472**			

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ .01

ตารางที่ 27 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างคุณภาพชีวิตโดยรวมกับปัจจัยแต่ละด้านของพยาบาลกลุ่มที่ทำงานเป็นเวร

ปัจจัย	b	beta	t	R ² เพิ่ม	b	beta	t	R ² เพิ่ม
ปัจจัยส่วนบุคคล								
ไม่มีดัดแปรเข้าวิเคราะห์								
ปัจจัยด้านครอบครัว								
สภาพแวดล้อมภายในบ้าน	0.612	0.198	3.096**	0.159				
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	0.428	0.144	2.978**	0.077				
ปัจจัยด้านที่ทำงาน								
สภาพแวดล้อมภายในที่ทำงาน	0.926	0.380	4.829**	0.136				
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน	0.540	0.387	4.934**	0.229				
Constant			54.520				46.078	
R			0.485**				0.604**	
R ²			0.236				0.365	
F			13.565**				31.296**	

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ .01

ตารางที่ 28 แสดงการสรุปผลการศึกษความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับคุณภาพชีวิต

ปัจจัย	เปอร์เซ็นต์การทำนายคุณภาพชีวิต											
	โดยรวม			ด้านการทำงาน			ด้านสุขภาพ			ด้านครอบครัว		
	ปกติ	เวร	รวม	ปกติ	เวร	รวม	ปกติ	เวร	รวม	ปกติ	เวร	รวม
1. ปัจจัยส่วนบุคคล	9.6	-	8.9	8.5	-	6.7	6.5	-	7.7	11.1	3.7	6.6
1.1 อายุ												
1.2 สถานภาพสมรส												
1.3 สถานภาพในครอบครัว												
1.4 รายได้	4.4		2.0									2.6
1.5 ระดับการศึกษา												
1.6 ประสบการณ์ทำงาน												
1.7 ตำแหน่งหน้าที่			11.0	9.5		28.6			32.0			
2. ปัจจัยด้านครอบครัว	35.3	23.6	29.7	22.7	8.8	12.7	27.8	18.3	26.3	49.9	46.6	48.7
2.1 สภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน		2.9	2.2		3.3					10.1		6.2
2.2 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	22.9	11.6	11.5	8.9		2.9	9.7	16.1	15.8	32.7	40.8	36.4
2.3 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน												
2.4 จำนวนสมาชิกที่มีรายได้												
2.5 รายได้ของสมาชิกในครัวเรือน							11.2		3.7			
3. ปัจจัยด้านที่ทำงาน	32.3	36.5	34.9	36.5	40.0	38.9	10.2	17.5	16.5	8.2	4.7	7.9
3.1 สภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงาน	10.2	22.9	6.3	5.8	6.8	5.5		6.9	5.7		4.7	
3.2 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน	4.3	8.3	19.0	20.4	27.0	27.4	5.0		1.9			
รวมทุกปัจจัย	52.6	45.7	52.0	44.6	37.6	41.4	34.5	23.6	34.4	46.7	45.8	48.6

ตารางที่ 29 แสดงปัญหาและอุปสรรคด้านการทำงานของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

ปัญหาอุปสรรค	จำนวน
1. เพื่อนร่วมงานขาดความสามัคคีกัน ขาดน้ำใจต่อกัน และไม่ตั้งใจในการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง	23
2. ภาระหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติมีมาก ทำให้ทำงานไม่ค่อยสมบูรณ์	14
3. บุคลากรมีน้อยไม่เพียงพอกับภาระหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ ผู้มารับบริการมากแต่เจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ	11
4. ไม่มีโอกาสที่จะเพิ่มเติมความรู้ ขาดการพัฒนาความรู้เพิ่มเติม ขาดความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน	7
5. การทำงานต้องขึ้นเวร ทำงานไม่เป็นเวลา มีการเปลี่ยนแปลงเวรบ่อย และถี่เกินไปทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล	6
6. ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน	5
7. หัวหน้าพยาบาลไม่รับฟังความคิดเห็นของผู้ใต้บังคับบัญชา เผลอจัดการ	5
8. ไม่ได้รับความเป็นยุติธรรม มีการเล่นพรรคเล่นพวกกัน	4
9. การเดินทางมาทำงานและกลับไม่สะดวกในเวลาขึ้นเวรบ่อยและเวรดึก	3
10. การโยกย้ายแผนกทำให้เกิดความเครียดในการทำงานและไม่มี ความชำนาญ	3
11. กฎระเบียบในการแลกเปลี่ยนเวรมาก ทำให้แลกเปลี่ยนเวรกับผู้อื่นได้ลำบาก	3
12. สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงทำให้ทำงานลำบากทำงานได้ไม่ดี	2
13. การปฏิบัติหน้าที่เสี่ยงต่อสุขภาพของตนเอง	2
14. ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานแตกต่างกันทำให้ทำงานลำบาก	2
15. เครื่องมือในการปฏิบัติงานไม่ดีเสียบ่อย	2

ตารางที่ 30 แสดงปัญหาและอุปสรรคด้านสุขภาพของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

ปัญหาอุปสรรค	จำนวน
1. มีปัญหาสุขภาพ สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง สุขภาพอ่อนแอ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เต็มที่ และเป็นอุปสรรคในการทำงาน	24
2. การทำงาน และการขึ้นเวรทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อน นอนหลับไม่เพียงพอ เนื่องจากมีเปลี่ยนแปลงเวลาพักผ่อน	19
3. มีโรคประจำตัวทำให้มีอุปสรรคในการทำงาน	20
4. การทำงานทำให้ติดเชื้อมาจากผู้ป่วย	11
5. ไม่ได้ออกกำลังกายเนื่องจากไม่มีเวลา	11
6. อายุมากทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ไม่คล่องตัว	8
7. รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา เนื่องจากการทำงานเป็นเวร และหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ	5
8. การทำงานทำให้สุขภาพจิตแย่	4
9. ไม่ได้ดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองเท่าที่ควรเนื่องจากไม่มีเวลา	3

ตารางที่ 31 แสดงปัญหาและอุปสรรคด้านครอบครัวของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

ปัญหาอุปสรรค	จำนวน
1. การทำงานไม่เป็นเวลาทำให้ไม่มีเวลาให้กับครอบครัว	37
2. ไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลบุตรและครอบครัว	14
3. ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบในบ้านมาก	9
4. มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ รายได้ไม่เพียงพอ	7
5. บ้านไกลจากที่ทำงานเดินทางไปกลับลำบาก	6
6. มีปัญหาความไม่เข้าใจกันกับครอบครัวที่ทำงานไม่เป็นเวลา	4
7. ครอบครัวแตกแยก ไม่มีเวลาดูแลครอบครัว	2
8. สามีไม่มีความรับผิดชอบ	1
9. ครอบครัวไม่ช่วยทำงานบ้าน	1

ภาคผนวก ข

ตารางที่ 1 แสดงการสรุปผลการทบทวนวรรณกรรม

องค์ประกอบ	Campbell	SSRC	Liu	Day	UN1989	UN1990	UN1995	อมรา	สภา พัฒน์	สำนัก วิจัย	วิจัย	OECD	Shama	รวม
สภาพแวดล้อม	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		11
ที่อยู่อาศัย	✓	✓											✓	3
การศึกษา	✓	✓	✓		✓		✓		✓	✓		✓	✓	8
สุขภาพ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		12
ครอบครัว	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			10
การทำงาน		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	12
ชีวิตสังคม		✓	✓	✓	✓			✓			✓		✓	9
เศรษฐกิจ		✓	✓	✓		✓	✓		✓				✓	8
จิตวิทยา ของตน				✓										1
อาหาร													✓	1
สาธารณสุข				✓									✓	2
ความพอใจ ทั่วไป		✓												1
ศาสนา ความเชื่อ		✓		✓										2
เสรีภาพ		✓												1

ตารางที่ 1 (ต่อ)

องค์ประกอบ	Campbell	SSRC	Liu	Day	UN1989	UN1990	UN1995	อมรา	สภา พัฒน์	สำนัก วิจัย	วิจัย	OECD	Shama	รวม
การพักผ่อน		✓	✓	✓						✓		✓		5
ความเสมอภาค		✓										✓		2
ความปลอดภัย			✓		✓				✓	✓		✓		5
ความรู้สึกต่อ รัฐบาล				✓										1
ความรู้สึกต่อ ประเทศ				✓										1
การปกครอง ท้องถิ่น				✓										1
สติปัญญา							✓			✓	✓			3
ประชาสังคม									✓					1
สาธารณูปโภค										✓				1
การรับรู้ ข่าวสาร										✓				1

ตารางที่ 2 แสดงผลการทดสอบคุณภาพมาตรวัดคุณภาพชีวิต

รายการข้อความ	r สเกลย่อย	r สเกลรวม	ค่าอำนาจจำแนก (t-test)	Factor Loading
คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน				
1. รายได้จากงานที่ท่านทำเพียงพอกับที่จะดำรงชีวิต	0.33**	0.37**	5.70**	0.36
2. ท่านไม่ค่อยมีโอกาสดในการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ	0.42**	0.34**	6.92**	0.30
3. งานที่ท่านทำอยู่ในแต่ละวันเหมือนกันทุกวัน	0.31**	0.29**	4.07**	0.26
4. เพื่อนร่วมงานยอมรับความสามารถในการทำงานของท่าน	0.49**	0.41**	5.88**	0.41
5. งานที่ท่านทำมีผลต่อความเป็นอยู่ของประชาชน	0.14*	0.08	2.36*	0.05
6. ท่านสามารถแบ่งเวลาให้กับครอบครัวและชีวิตส่วนตัวได้	0.61**	0.66**	12.32**	0.68
7. ท่านกับเพื่อนร่วมงานไปด้วยกันได้ดี	0.56**	0.49**	6.12**	0.50
8. ภาระหน้าที่ของท่านมากทำให้ท่านมีเวลาพักผ่อนน้อย	0.39**	0.43**	6.54**	0.39
9. ที่ทำงานท่านวัดคนจากผลของงานที่ทำ	0.46**	0.24**	6.34**	0.20
10. ท่านภูมิใจที่ได้ทำงานในโรงพยาบาลนี้	0.67**	0.51**	8.88**	0.50
11. ท่านมีโอกาสดเจริญก้าวหน้าในงานที่ท่านทำอยู่	0.68**	0.48**	12.15**	0.44
12. ผู้บังคับบัญชาของท่านรับฟังความคิดเห็นของท่าน	0.60**	0.41**	7.57**	0.39

ตารางที่ 2 (ต่อ)

รายการข้อความ	r สเกลย่อย	r สเกลรวม	ค่าอำนาจจำแนก (t-test)	Factor Loading
13. การพิจารณาเลื่อนตำแหน่งในองค์การของท่านดู จากความสามารถในการทำงานเป็นหลัก	0.46**	0.33**	6.76**	0.54
14. ท่านมักมีโอกาสดูแลความคิตรีเริ่มในการทำงาน	0.64**	0.47**	10.25**	0.31
15. ที่ทำงานท่านทุกคนมีความเท่าเทียมกัน	0.52**	0.32**	7.18**	0.27
16. เพื่อนร่วมงานมักมีปัญหาในการทำงานเป็นทีม	0.32**	0.21**	4.47**	0.14
17. ถ้าเลือกได้ท่านจะเลือกไม่ทำงานเป็นพยาบาล	0.49**	0.43**	8.41**	0.34
ค่าความเชื่อมั่น 0.822				
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ				
18. ท่านไม่มีโรคประจำตัว	0.25**	0.16*	3.77**	0.10
19. ท่านรู้สึกไม่มีความสุขในการทำงาน	0.38**	0.42**	4.23**	0.11
20. ท่านมักทานอาหารไม่ตรงเวลา	0.48**	0.39**	6.80**	0.34
21. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านมักไปพบแพทย์	0.47**	0.37**	4.45**	0.35
22. ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมอ	0.51**	0.38**	6.61**	0.34
23. ท่านมักง่วงนอนอยู่เสมอ	0.41**	0.32**	6.48**	0.28
24. สุขภาพร่างกายท่านดีกว่าคนอื่นๆ ในวัยเดียวกัน	0.46**	0.42**	7.34**	0.39
25. ท่านมักคำนึงถึงการบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกวัน	0.49**	0.37**	8.36**	0.44
26. ท่านมักคิดมากหรือกังวลใจจนนอนไม่หลับ	0.50**	0.45**	6.70**	0.28

ตารางที่ 2 (ต่อ)

รายการข้อความ	r สเกลย่อย	r สเกลรวม	ค่าอำนาจจำแนก (t-test)	Factor Loading
27. วันหยุดทำงานท่านมีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ	0.50**	0.51**	7.56**	0.50
28. ท่านมักไม่ได้ออกกำลังกาย	0.47**	0.30**	7.07**	0.44
29. ท่านไม่รู้สึกก้าวความผิดพลาดในการกระทำสิ่งต่างๆ	0.31**	0.25**	4.52**	0.21
30. ท่านระมัดระวังป้องกันการติดเชื้อโรคเสมอ	0.26**	0.24**	3.06**	0.22
31. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านมักหายากินเอง	0.46**	0.32**	7.21**	0.25
32. ท่านไม่มีเวลาได้ออกกำลังกายในแต่ละวัน	0.56**	0.41**	9.55**	0.35
33. ท่านมีเวลาพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ	0.50**	0.48**	8.66**	0.45
34. ท่านรู้สึกมีความสุขในชีวิตครอบครัว	0.54**	0.67**	6.73**	0.73
ค่าความเชื่อมั่น 0.740				
คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว				
35. ท่านมีเวลาให้กับครอบครัว	0.63**	0.63**	12.15**	0.66
36. ท่านไม่มีปัญหาขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว	0.61**	0.47**	10.55**	0.51
37. ท่านต้องการมีเวลาให้กับครอบครัวมากกว่าที่เป็นอยู่	0.16*	0.30**	2.61**	0.24
38. สมาชิกในครอบครัวไม่ทำให้ท่านหนักใจ	0.68**	0.52**	11.61**	0.58
39. สมาชิกในครอบครัวยอมรับฟังความคิดเห็นของท่าน	0.61**	0.44**	6.88**	0.51
40. ท่านมีความสุขเมื่ออยู่กับเพื่อนมากกว่าคนในครอบครัว	0.41**	0.29**	3.73**	0.33
41. สมาชิกในครอบครัวช่วยทำงานบ้าน	0.48**	0.32**	6.19**	0.34

ตารางที่ 2 (ต่อ)

รายการข้อความ	r สเกลย่อย	r สเกลรวม	ค่าอำนาจจำแนก (t-test)	Factor Loading
42. ท่านเป็นที่ปรึกษาให้กับสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีปัญหา	0.52**	0.37**	6.68**	0.42
43. ท่านมีเวลาพอที่จะปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว	0.58**	0.57**	8.37**	0.61
44. ท่านกับครอบครัวพูดคุยเรื่องต่างๆร่วมกันเสมอ	0.74**	0.59**	10.77**	0.67
45. สมาชิกในครอบครัวท่านปรองดองกันดี	0.73**	0.51**	7.52**	0.60
46. ท่านมีการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว	0.70**	0.54**	11.11**	0.62
47. ท่านได้รับความอบอุ่นจากครอบครัวท่าน	0.76**	0.54**	8.21**	0.64
48. ท่านมีส่วนร่วมตัดสินใจเรื่องสำคัญๆ ในครอบครัว	0.64**	0.47**	7.00**	0.57
49. ท่านต้องการความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมากกว่าที่เป็นอยู่	0.57**	0.53**	9.21**	0.53
50. ท่านพอใจในความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว	0.72**	0.69**	11.45**	0.75
51. ท่านไม่ชอบการร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาของครอบครัว	0.28**	0.20**	5.04**	0.21
ค่าความเชื่อมั่น 0.849				

* และ ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงคุณภาพมาตรวัดสภาพแวดล้อมกายภาพที่บ้าน

รายการข้อความ	r สเกลรวม	ค่าอำนาจจำแนก (t-test)	Factor Loading
1. บ้านของท่านร่มรื่น	0.69**	11.43**	0.72
2. บ้านของท่านสะอาด และเป็นระเบียบเรียบร้อย	0.52**	8.05**	0.51
3. ละแวกบ้านท่านมีเสียงดังรบกวน	0.60**	9.19**	0.58
4. บ้านพักท่านแออัดคับแคบ	0.62**	8.96**	0.67
5. บ้านพักท่านมีกลิ่นเหม็นรบกวน	0.60**	8.54**	0.65
6. บ้านท่านแวดล้อมด้วยแหล่งเสื่อมโทรม	0.52**	8.79**	0.58
7. สภาพบ้านของท่านมั่นคงถาวร	0.55**	8.21**	0.58
8. ถ้าเลือกได้ท่านต้องการย้ายที่อยู่อาศัยใหม่	0.64**	13.05**	0.51
9. บ้านท่านมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	0.51**	7.59**	0.49
10. บ้านท่านมีเครื่องอำนวยความสะดวกอย่างเพียงพอ	0.49**	6.08**	0.83
ค่าความเชื่อมั่น 0.767			

* และ ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 แสดงมาตรวัดสภาพแวดล้อมกายภาพที่ทำงาน

รายการข้อความ	r สเกลรวม	ค่าอำนาจจำแนก (t-test)	Factor Loading
1. ที่ทำงานท่านแออัดคับแคบ	0.61**	8.54	0.65
2. ที่ทำงานของท่านมีอากาศถ่ายเทดี	0.55**	8.34	0.55
3. ที่ทำงานท่านมีความสงบเงียบ	0.58**	11.71	0.62
4. ท่านไม่มีสมาธิในการทำงาน	0.32**	4.26	0.28
5. ที่ทำงานท่านมีความพร้อมในด้านเครื่องมือเครื่องใช้ในการทำงาน	0.36**	5.97	0.29
6. ที่ทำงานท่านปราศจากเสียงรบกวน	0.61**	13.19	0.65
7. ที่ทำงานท่านมีขนาดเหมาะสม	0.67**	11.40	0.73
8. บรรยากาศในโรงพยาบาลท่านไม่ส่งเสริมต่อการทำงานที่ดี	0.52**	7.20	0.70
9. โรงพยาบาลท่านควรปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ดีกว่าที่เป็นอยู่	0.58**	11.46	0.57
10. ที่ทำงานท่านมีแสงสว่างเพียงพอ	0.40**	4.95	0.39
ค่าความเชื่อมั่น 0.720			

* และ ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 แสดงคุณภาพมาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน

รายการข้อความ	r สเกลรวม	ค่าอำนาจ จำแนก (t-test)	Factor Loading
1. ท่านได้รับความรัก ความห่วงใย	0.67**	10.76**	0.69
2. ท่านได้รับความเคารพนับถือในตัวท่าน	0.67**	8.68**	0.69
3. ท่านได้รับความช่วยเหลือทางการเงินเมื่อท่านเดือนร้อน	0.63**	15.35**	0.60
4. ไม่รบกวนปัญหาของท่าน	0.44**	5.92**	0.41
5. ท่านได้รับความกำลังใจและปลอบใจ	0.81**	17.67**	0.82
6. ท่านได้รับความแนะนำเมื่อท่านต้องการ	0.77**	14.30**	0.78
7. ท่านได้รับความจริงใจ	0.77**	16.28**	0.79
8. ท่านได้รับความแนะนำในการพัฒนาหรือปรับปรุงตนเอง	0.62**	11.72**	0.63
9. ท่านได้รับความเข้าใจในตัวท่าน	0.78**	14.72**	0.80
10. ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่ในตัวท่าน	0.75**	13.38**	0.76
11. ท่านได้รับความช่วยเหลือเมื่อท่านขาดแคลนสิ่งของเครื่องใช้	0.72**	18.32**	0.71
12. ท่านได้รับการยอมรับและยกย่อง	0.76**	12.90**	0.78
13. ท่านไม่มีใครให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น	0.51**	6.79**	0.47

ตารางที่ 5 (ต่อ)

รายการข้อความ	r สเกลรวม	ค่าอำนาจ จำแนก (t-test)	Factor Loading
14. ท่านไม่ได้รับความร่วมมือเมื่อท่านของแรงให้ช่วยเหลือ	0.45**	7.69**	0.40
15. ท่านไม่ได้รับคำแนะนำในการแก้ปัญหา	0.43**	4.95**	0.39
ค่าความเชื่อมั่น 0.911			

* และ ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 แสดงคุณภาพมาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

รายการข้อความ	r สเกล รวม	ค่าอำนาจจำแนก (t-test)	Factor Loading
1. ท่านได้รับความรัก ความห่วงใย	0.82**	6.93**	0.86
2. ท่านได้รับความเคารพนับถือในตัวท่าน	0.70**	7.51**	0.73
3. ท่านได้รับความช่วยเหลือทางการเงินเมื่อท่านเดือนร้อน	0.69**	7.34**	0.71
4. ไม่รับฟังปัญหาของท่าน	0.54**	9.36**	0.48
5. ท่านได้รับกำลังใจและปลอบใจ	0.83**	9.03**	0.85
6. ท่านได้รับคำแนะนำเมื่อท่านต้องการ	0.83**	10.17**	0.85
7. ท่านได้รับความจริงใจ	0.73**	8.35**	0.80

ตารางที่ 6 (ต่อ)

รายการข้อความ	r สเกล รวม	ค่าอำนาจจำแนก (t-test)	Factor Loading
8. ท่านได้รับคำแนะนำในการพัฒนาหรือปรับปรุงตนเอง	0.61**	8.82**	0.61
9. ท่านได้รับความเข้าใจในตัวท่าน	0.79**	9.52**	0.82
10. ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่ในตัวท่าน	0.81**	8.65**	0.83
11. ท่านได้รับความช่วยเหลือเมื่อท่านขาดแคลนสิ่งของเครื่องใช้	0.69**	7.56**	0.70
12. ท่านได้รับการยอมรับและยกย่อง	0.70**	7.83**	0.73
13. ท่านไม่มีใครให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น	0.56**	8.50**	0.46
14. ท่านไม่ได้รับความร่วมมือเมื่อท่านขอแรงให้ช่วยเหลือ	0.49**	8.44**	0.39
15. ท่านไม่ได้รับคำแนะนำในการแก้ปัญหา	0.55**	8.51**	0.47
ค่าความเชื่อมั่น 0.891			

* และ ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ

ภาคผนวก ค

แบบสอบถาม

คุณภาพชีวิตของพยาบาล : ศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัด
กรมการแพทย์ส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความหรือเติมคำที่ตรงกับความเป็นจริง

1. อายุของท่าน.....ปี

2. สถานภาพสมรสของท่าน

☐ โสด

☐ หม้าย

☐ หย่าร้าง

☐ สมรสแล้วอยู่ด้วยกัน

☐ สมรสแล้วแยกกันอยู่

3. สถานภาพของท่านในครัวเรือน

☐ บุตร

☐ ภรรยา

☐ ผู้อาศัย

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

4. จำนวนสมาชิกในครัวเรือนของท่าน.....คน (ไม่รวมคนรับใช้)

จำนวนสมาชิกที่มีรายได้ในครัวเรือน.....คน

จำนวนผู้ไม่มีรายได้ในครัวเรือน.....คน

5. รายได้ของท่าน.....บาท/เดือน

รายได้พิเศษนอกเหนือจากเงินเดือนของท่าน.....บาท/เดือน

รายได้ของสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด.....บาท/เดือน

6. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

☐ ต่ำกว่าปริญญาตรี

☐ ปริญญาตรี

☐ สูงกว่าปริญญาตรี

7. ประสบการณ์ในการทำงานของท่าน.....ปี

8. ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน

☐ หัวหน้าหอผู้ป่วย

☐ ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย

☐ พยาบาลประจำการ

☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

9. ช่วงเวลาที่ท่านทำงาน

☐ ทำงานเฉพาะเวลาราชการปกติ

☐ ทำงานเป็นเวร ช่วงเวลา 1) น. จำนวน.....ครั้ง/เดือน
 2) น. จำนวน.....ครั้ง/เดือน
 3) น. จำนวน.....ครั้ง/เดือน

ตอนที่ 2

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	จริงมากที่สุด	จริงมาก	ไม่แน่ใจ	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
การทำงานของท่าน					
1.รายได้จากงานที่ท่านทำเพียงพอกับที่จะดำรงชีวิต					
2.ท่านไม่ค่อยมีโอกาสดในการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ					
3.งานที่ท่านทำอยู่ในแต่ละวันเหมือน ๆ กันทุกวัน					
4.เพื่อนร่วมงานยอมรับความสามารถในการทำงานของท่าน					
5.งานที่ท่านทำมีผลต่อความเป็นอยู่ของประชาชน					
6.ท่านสามารถแบ่งเวลาให้กับครอบครัวและชีวิตส่วนตัวได้					
7.ท่านกับเพื่อนร่วมงานไปด้วยกันได้ดี					
8.ภาระหน้าที่ของท่านมาก ทำให้ท่านมีเวลาพักผ่อนน้อย					

ข้อความ	จริงมาก ที่สุด	จริงมาก	ไม่แน่ใจ	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด
9. ที่ทำงานท่านวัดคนจากผลของงานที่ทำ					
10. ท่านภูมิใจที่ได้ทำงานในโรงพยาบาลนี้					
11. ท่านมีโอกาสเจริญก้าวหน้าในงานที่ทำอยู่					
12. ผู้บังคับบัญชาของท่านรับฟังความคิดเห็นของท่าน					
13. การพิจารณาเลื่อนตำแหน่งในองค์กรของท่าน ดูจากความสามารถในการทำงานเป็นหลัก					
14. ท่านมักมีโอกาสดแสดงความคิดริเริ่มในการ ทำงาน					
15. ที่ทำงานท่านทุกคนมีความเท่าเทียมกัน					
16. การทำงานมีความสำคัญต่อท่าน					
17. ถ้าเลือกได้ท่านจะไม่เลือกทำงานเป็นพยาบาล					
สุขภาพของท่าน 18. ท่านไม่มีโรคประจำตัว					
19. ท่านรู้สึกไม่มีความสุขในการทำงาน					
20. ท่านมักทานอาหารไม่ตรงเวลา					
21. เมื่อท่านเจ็บป่วย ท่านมักไปพบแพทย์					

ข้อความ	จริงมากที่สุด	จริงมาก	ไม่แน่ใจ	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
22. ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมอ					
23. ท่านมักง่วงนอนอยู่เสมอ					
24. สุขภาพร่างกายท่านดีกว่าคนอื่น ๆ ในวัยเดียวกัน					
25. ท่านมักคำนึงถึงการบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกวัน					
26. ท่านมักคิดมากหรือกังวลใจจนนอนไม่หลับ					
27. วันหยุดทำงาน ท่านมีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ					
28. ท่านมักไม่ได้ออกกำลังกาย					
29. ท่านไม่รู้สึกล้าความผิดพลาดในการกระทำสิ่งต่าง ๆ					
30. ท่านระมัดระวังป้องกันการติดเชื้อโรคเสมอ					
31. เมื่อท่านเจ็บป่วย ท่านมักหายากินเอง					
32. ท่านไม่มีเวลาได้ออกกำลังกายในแต่ละวัน					
33. ท่านมีเวลาพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ					
34. ท่านรู้สึกมีความสุขในชีวิตครอบครัว					

ข้อความ	จริงมากที่สุด	จริงมาก	ไม่แน่ใจ	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
ครอบครัวของท่าน					
35.ท่านมีเวลาให้กับครอบครัว					
36.ท่านไม่มีปัญหาขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว					
37.ท่านต้องการมีเวลาให้กับครอบครัวมากกว่าที่เป็นอยู่					
38.สมาชิกในครอบครัวไม่ทำให้ท่านหนักใจ					
39.สมาชิกในครอบครัวยอมรับฟังความคิดเห็นของท่าน					
40.ท่านมีความสุข เมื่ออยู่กับเพื่อนมากกว่าคนในครอบครัว					
41.สมาชิกในครอบครัวช่วยทำงานบ้าน					
42.ท่านเป็นที่ปรึกษาให้กับสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีปัญหา					
43.ท่านมีเวลาพอที่จะปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว					
44.ท่านกับครอบครัวพูดคุยเรื่องต่าง ๆ ร่วมกันเสมอ					
45.สมาชิกในครอบครัวท่านปรองดองกันดี					
46.ท่านมีการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว					
47.ท่านได้รับความอบอุ่นจากครอบครัวท่าน					

ข้อความ	จริงมาก ที่สุด	จริงมาก	ไม่แน่ใจ	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด
48.ท่านมีส่วนร่วมตัดสินใจเรื่องสำคัญ ๆ ใน ครอบครัว					
49.ท่านต้องการความสัมพันธ์ภายในครอบครัว มากกว่าที่เป็นอยู่					
50.ท่านพอใจในความเป็นอยู่ของสมาชิกใน ครอบครัว					
51.ท่านไม่ชอบการร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาของ ครอบครัว					

ตอนที่ 3

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	จริงมากที่สุด	จริงมาก	ไม่แน่ใจ	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
บ้านของท่าน					
1.บ้านของท่านร่มรื่น					
2.บ้านของท่านสะอาด และเป็นระเบียบเรียบร้อย					
3.ละแวกบ้านท่านมีเสียงดังรบกวน					
4.บ้านพักของท่านแออัดคับแคบ					
5.บ้านพักท่านมีกลิ่นเหม็นรบกวน					
6.บ้านท่านแวดล้อมด้วยแหล่งเสื่อมโทรม					
7.สภาพบ้านของท่านมั่นคงถาวร					
8.ถ้าเลือกได้ท่านต้องการย้ายที่อยู่อาศัยใหม่					
9.บ้านท่านมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน					
10.บ้านท่านมีเครื่องอำนวยความสะดวกอย่างเพียงพอ					

ข้อความ	จริงมาก ที่สุด	จริงมาก	ไม่แน่ใจ	จริงน้อย	จริงน้อย ที่สุด
ที่ทำงานของท่าน					
11.ที่ทำงานของท่านแออัดคับแคบ					
12.ที่ทำงานของท่านมีอากาศถ่ายเทดี					
13.ที่ทำงานท่านมีความสงบเงียบ					
14.ท่านไม่มีสมาธิในการทำงาน					
15.ที่ทำงานท่านมีความพร้อมในด้านเครื่องมือเครื่องใช้ ในการทำงาน					
16.ที่ทำงานท่านปราศจากเสียงรบกวน					
17.ที่ทำงานท่านมีขนาดเหมาะสม					
18.บรรยากาศในโรงพยาบาลท่านไม่ส่งเสริมต่อการ ทำงานที่ดี					
19.โรงพยาบาลท่านควรปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ดี กว่าที่เป็นอยู่					
20.ที่ทำงานท่านมีแสงสว่างเพียงพอ					

ตอนที่ 5

1.ท่านมีปัญหอุปสรรคในด้านต่อไปนี้อย่างไร

1.1) ด้านการทำงาน.....

.....

.....

1.2) ด้านการทำงาน.....

.....

.....

1.3) ด้านครอบครัวของท่าน.....

.....

.....

2.ข้อเสนอแนะของท่านต่อคุณภาพชีวิตในด้านอื่น ๆ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กนก ยะสารวรรณ. 2508. การบริหารงานพัฒนาการอนามัยท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2503-2505. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กนกพร หมู่พยัคฆ์. 2528. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความต้องการเปลี่ยนไปเรียนหลักสูตรอื่นของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมพัฒนาชุมชน. 2541. หมู่บ้านที่ควรได้รับการแก้ไขปัญหของแต่ละจังหวัดทั่วประเทศ จากข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ) ปี 2541. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงมหาดไทย กรมพัฒนาชุมชน ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท.
- กรรณิการ์ สุขเกษม และพลาพรรณ คำพรรณ. 2543. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของประชากรในเขตเมืองภาคกลาง. เอกสารประกอบการประชุม เรื่อง "การประชุมวิชาการสถิติประยุกต์ ภาคเหนือ ครั้งที่ 3(2543)" 25-26 พฤษภาคม 2543. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กฤษ ด่านาร. 2540. คุณภาพชีวิตในการทำงานของแรงงานก่อสร้างหญิงในจังหวัดยโสธร. ภาคนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- กัลยา ดิษเจริญ. 2538. คุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานระดับกลางในอุตสาหกรรมขนาดกลางเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- กาญจนา แก้วเทพ. 2535. ภาพลักษณ์ของผู้หญิงในสื่อมวลชน. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กุลวดี กนกวัฒนากร. 2531. การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมประเภทการผลิตภัตติโลหะชั้นมูลฐานในเขตจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ไกรวุฒิ ช่วยสถิตย์. 2541. คุณภาพชีวิตด้านครอบครัวและชุมชนของชาวไทยมุสลิมในชุมชนเมืองศึกษากรณีชุมชนบ้านหัวสะพานสะตง และชุมชนกำแพงบาโงย อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. 2539. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ.2540-2544. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดเม็ดทราย พรินต์.
- คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. 2540. เครื่องชี้วัดความอยู่ดีมีสุขและการวิเคราะห์เชิงนโยบาย. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กองประเมินผลการพัฒนา. (อัดสำเนา) :1-10.
- คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. 2543. กรอบวิสัยทัศน์และทิศทางแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กองประเมินผลการพัฒนา. (อัดสำเนา)
- คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. ศูนย์ประสานการพัฒนาชนบทแห่งชาติ. โครงการป้อนองค์คุณภาพชีวิต. ม.ป.ป. ข้อมูลคุณภาพชีวิตคนไทยตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ) ปี 2530/2531. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมชน สหกรณ์แห่งประเทศไทย จำกัด.
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ. 2537. นโยบายและแผนงานหลักระยะยาว(พ.ศ.2535-2554). กรุงเทพมหานคร : บริษัท อมรินทร์พรินต์ แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- จรรยา เศรษฐบุตร และอุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์. 2541. ความรับผิดชอบด้านครอบครัวและการทำงานที่มีผลต่อสุขภาพและความมั่นคงในชีวิตสมรสของผู้บริหารหญิง. นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- จรินทร์ ธานีรัตน์. 2523. อนามัยบุคคล. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- จริยาวัตร คมพัยค์ม. 2531. แรงสนับสนุนทางสังคมในทัศนคติและการนำไปใช้. วารสารพยาบาลศาสตร์. 6 (เมษายน-มิถุนายน) : 100-105.
- จิตรา เจริญภัทรภัสส์. 2537. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวของผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น โรงพยาบาลบาราศนราดร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- จินตนา ยูนิพันธ์. 2527. การเรียนการสอนพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาล
ศาสตร์ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉัตรวลัย ใจอารีย์. 2533. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมพฤติกรรมการดูแล
สุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนากานต์ บุญนุช. 2540. คุณภาพชีวิตของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช. วิทยา
นิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิกานต์ สมจาวี. 2541. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการใช้สติปัญญาของชาวไทย
มุสลิมในชุมชนชนบท : กรณีศึกษากำนันต๋นหยง ตำบลบาวตง อำเภอรือเสาะ
จังหวัดนราธิวาส. ภาคนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหาร
ศาสตร์.
- ชัยวัฒน์ ปานบุญทอง. 2541. คุณภาพชีวิตด้านชีวิตครอบครัวและชุมชนของชาวไทย
มุสลิมในชุมชนชนบท : ศึกษาบ้านต๋นหยง ตำบลบาวตง อำเภอรือเสาะ จังหวัด
นราธิวาส. ภาคนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ชาญชัย อาจิณสมาจาร. 2535. พฤติกรรมในองค์การ. กรุงเทพฯ : ศูนย์ส่งเสริมกรุงเทพ.
- ชิดชัย สนั่นเสียง. 2529. การรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตขั้นต่ำของครูในจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชุติมา บุรณนิต. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อม ความมี
คุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับระดับความสุขสมบูรณ์ของ
อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงใจ อังวิทยาธร. 2537. การเปลี่ยนแปลงสถาบันครอบครัว : ศึกษากรณีเปรียบเทียบ
ระหว่างครอบครัวที่มีสมาชิกและไม่มีสมาชิกทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมใน
อำเภอบางปะกง จังหวัด ฉะเชิงเทรา. ภาคนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สถาบัน
บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ทัศนีย์ สุขวารี. 2541. คุณภาพชีวิตด้านชีวิตครอบครัวและชุมชนชาวไทยมุสลิมในชุมชน
ชนบท : กรณีศึกษากำนันต๋นหยง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. ภาคนิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

- ธนพร พุเกียรติสุทธิ. 2541. คุณภาพชีวิตการทำงานของแรงงานชาวไทยมุสลิม : ศึกษาจากโรงงานอุตสาหกรรมไม้ยางพาราในเขตเทศบาลนครยะลาจังหวัดยะลา. ภาคนิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ธารกมล อนุสิทธิ์ศุภการ. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับความเครียดในบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงนุช เหมหิรัญพงศ์. 2541. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการใช้สติปัญญาของชาวไทยมุสลิมในชุมชนเมือง : ศึกษากรณีชุมชนบ้านหัวสะพานสะเตง และชุมชนกำปงบาโงย อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. ภาคนิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- นพรัตน์ รุ่งอุทัย. 2533. มิติใหม่แผนพัฒนามนุษุลากร. จุฬาลงกรณ์วารสาร 2/3 (กรกฎาคม - ธันวาคม) : 15
- น้ำเพชร อยู่โต. 2539. ความคาดหวังของสตรีทำงานนอกบ้านต่อบทบาทในครอบครัวของคู่สมรส. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา ตั้งชูรัตน์. 2529. อนามัยครอบครัว. เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัยชุมชน. สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. หน่วยที่1-7. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช : 1-76.
- นิธินาถ ศิริเวช. 2541. คุณภาพชีวิตครอบครัวและชีวิตชุมชนของประชาชนในพื้นที่โครงการพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษปัตตานี. ภาคนิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- นิตารัตน์ ศิลปเดช. 2538. รายงานวิจัยเรื่องการรับรู้คุณภาพชีวิตและการปฏิบัติตนเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชาวชุมชนแออัดในเขตธนบุรี. กรุงเทพมหานคร : คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ สถาบันราชภัฏธนบุรี.
- เนาวรัตน์ พลายน้อย. 2529. แนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนไทย. กรุงเทพฯ : คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. 2528. สังคมวิทยาการแพทย์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- เบญจางค์ บำรุงสุข. 2542. คุณภาพชีวิตของข้าราชการกองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ภาคนิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

- ประภาพร จินันทุยา. 2536. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประยงค์ สัจจพงษ์. 2534. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปาริชาติ สุขุม. 2535. รายงานเบื้องต้น คุณภาพชีวิตของคนในชุมชนเมือง : ศึกษากรณีสี่เมืองหลัก กรุงเทพฯ เชียงใหม่ สงขลา และขอนแก่น. เอกสารประกอบการประชุมเรื่อง "ธรรมศาสตร์วิชาการ : เอกสารประกอบการสัมมนาผลการวิจัย ประจำปี 2535" 20-24 กรกฎาคม 2535. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ : 1-28.
- ปิ่นมณี แก้วเวียงค์. 2542. คุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าพนักงานเรือนจำ ศึกษากรณีเรือนจำพิเศษกรุงเทพมหานคร. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- พจมาน ศรีเสริมวัฒน์. 2542. คุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการสำนักงานงบประมาณสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- พรพรรณ ศรีทอง. 2533. คุณภาพชีวิตครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรรณภา ผึ้งผดุง. 2540. คุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนแออัด : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนแออัดคลองเตย. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- พา ไม้จันทร์ดี. 2541. คุณภาพชีวิตการทำงานข้าราชการครูสังกัดกรมสามัญศึกษา : ศึกษากรณีอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- พินุดา แจ่มจันทร์. 2538. ผลกระทบปัญหาจราจรต่อคุณภาพชีวิตของข้าราชการในเขตกรุงเทพมหานคร : ศึกษากรณีข้าราชการกรมประชาสัมพันธ์ใน ราชการบริหารส่วนกลาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พินิจ รัตนกุล. 2518. โสคราติสและปัญหาเรื่องความดี. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- พิมพ์พรรณ วายูต. 2536. สถานภาพและบทบาทของสตรีไทย การเปลี่ยนแปลงที่มีผล
กระทบต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- พูนพร ศรีสะอาด. 2534. การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความวิตก
กังวลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่1 และชั้นปีที่4. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. 2539. คุณภาพชีวิตของแรงงานย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพารา :
จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มรรยาท เจริญสุขโสภณ. 2532. ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลัง ปัจจัยด้านกายภาพ จิตใจ
และสังคมกับภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในเขตอุตสาหกรรม ภาคตะวันออก
ของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มัลลิกา จีนาคำ. 2541. ปัจจัยที่มีผลต่อความแตกต่างในระดับคุณภาพชีวิตของประชากร
ในเขตภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพา อุดมศักดิ์. 2516. แนวความคิดหลักการและวิธีการทางประชากรศึกษา. เอกสาร
ประกอบการประชุม เรื่อง "บทบาทของสุขศึกษาประชากรศึกษาในการแก้ปัญหา
ประชากรและสาธารณสุข" กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล โครงการประชากร
ศึกษา.
- รจน์ โสติดศิริ. 2505. สถาบันสังคม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รมิตา อ้นวงษ์. 2542. คุณภาพชีวิตการทำงานข้าราชการมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2525. พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. กรุงเทพฯ : อักษร
เจริญทัศน์.
- ลออ นุตางกูร. 2534. หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาลชีวิต-สังคม. กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต ศูนย์เทคโนโลยีการศึกษา.
- วรรณวิไล จันทราภา. 2531. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพส่วนบุคคลและชุมชน. เอกสารการสอน
ชุดวิชาสุขภาพส่วนบุคคลและชุมชน. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ พิมพ์ครั้งที่
3. หน่วยที่ 1-7. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช : 1-56.

- วราภรณ์ รัตนเวสส์. 2542. คุณภาพชีวิตของแรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม : ศึกษากรณี โรงงานสิ่งทอในอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. ภาคนิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- วราภรณ์ แสงวัชร. 2537. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลเลิดสิน. วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วันเพ็ญ วอกลาง. 2535. คุณภาพชีวิตของคนในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- วิชัย รูปขำดี และคณะ. 2542. คุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนริมคลองแสนแสบกับการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพคลอง. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ฟ้าอภัย จำกัด.
- วิภาวี กฤษณะภู่ติ. 2538. การศึกษาลักษณะทางด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของ สตรีชนบทในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น : วิเคราะห์ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิไลพร มณีพันธ์. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อมในการทำงานกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- วิษณุ มัลลยเวช. 2538. คุณภาพชีวิตของชาวชนบท : ศึกษากรณีอำเภอราชสาส์น จังหวัด ฉะเชิงเทรา. ภาคนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ศรีผ่อง จิตรกรรมกิจศิลป์. 2526. การรับรู้เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้อาศัยในอาคารสงเคราะห์ ของการเคหะแห่งชาติ เขตห้วยขวาง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิธร นุชนาคา. 2536. การศึกษาคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐานของพนักงานขับรถประจำทาง ขององค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย มหิดล.
- ศิริรัตน์ จันทรแสงรัตน์. 2538. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กิจกรรมนักศึกษา และสภาพแวดล้อมกับคุณภาพชีวิตนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

- สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, สำนักวิจัย. 2541ก. รายงานวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของ
คนในกรุงเทพฯ. กรุงเทพฯ : ทิพนตรการพิมพ์.
- _____. 2541ข. รายงานวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองภาคตะวันออก
เชียงใหม่. กรุงเทพฯ : ทิพนตรการพิมพ์.
- _____. 2541ค. รายงานวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองภาคเหนือ.
กรุงเทพฯ : ทิพนตรการพิมพ์.
- _____. 2541จ. รายงานวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองภาคกลาง.
กรุงเทพฯ : ทิพนตรการพิมพ์.
- _____. 2541ง. รายงานวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองภาคใต้. กรุงเทพฯ :
ทิพนตรการพิมพ์.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. 2542. โครงการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ประจำปี
2542 รอบที่3. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สนิท สมักรการ. 2519. บทบาทของครอบครัวที่มีต่อบุคลิกภาพของคนไทย. รักเมืองไทย.
สมบัติ จันทรวงศ์ ณรงค์ชัย อัครเศรณี และรังสรรค์ ธนะพรพันธุ์ (บรรณาธิการ).
กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช. 1-36.
- สบพร ขุทธานนท์. 2537. ความเครียดและสภาพแวดล้อมในการทำงานของทันตแพทย์.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ และอื่นๆ. 2538. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุน
ทางสังคม พฤติกรรมดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ วารสารมหาวิทยาลัย
มหิดล 2 (มกราคม-มีนาคม) : 88-96.
- สมหวัง พิธิยานุวัฒน์. และคณะ. 2540. คุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการพลเรือน.
กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะครุศาสตร์ ศูนย์วิจัยปฏิบัติการเพื่อการ
พัฒนาการศึกษาและสังคม.
- สัสยา วาทยานนท์. 2542. คุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการสำนักวิเคราะห์วิจัยและ
พัฒนางานทาง กรมทางหลวง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิต
พัฒนบริหารศาสตร์.
- สิปปนนท์ เกตุทัต. 2528. ระบบการศึกษาช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างไร. เอกสารในการ
สัมมนาทางวิชาการ โครงการประชากรศึกษา ครั้งที่ 3 คณะสังคมศาสตร์และ
มนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (อัดสำเนา).

- สุกัญญา ไพศาลธรรม. 2537. ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตของ
ประชาชนในชนบทในจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุจิตรา บุญรัตพันธุ์. 2535. ระเบียบวิธีวิจัยสำหรับรัฐประศาสนศาสตร์. กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์เทพรัตน์การพิมพ์.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2525. คำนึงกับคุณภาพชีวิต. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง
การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม. ณ สำนักงานคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ วันที่
22 ธันวาคม 2525 มหาวิทยาลัยมหิดล. (อัดสำเนา)
- สุทิน บุญแข็ง. 2541. คุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการครู สังกัดสำนักงานการ
ประถมศึกษาจังหวัดอำนาจเจริญ. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิต
พัฒนบริหารศาสตร์.
- สุนทรี ตระกูลสิทธิโชค. 2535. แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจในภายใน-นอก
ตนด้านสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพรรณิ ไชยอำพร และสนิท สมัครการ. 2534. คุณภาพชีวิตของคนไทย : ศึกษาเปรียบเทียบ
ระหว่างชาวเมืองกับชาวชนบท. กรุงเทพฯ : สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิต
พัฒนบริหารศาสตร์.
- สุพัตรา สุภาพ. 2540. สังคมวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 18 . กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช
จำกัด.
- สุภาค จันทวานิช และวรรณิ ไทยนันท์. 2541. แนวคิดและเครื่องชี้วัดการพัฒนาสังคมและ
คุณภาพชีวิตของประเทศไทย. การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคม.
อนุชาติ พวงสำลี และอรทัย อาจอ่ำ (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกอง
ทุนสนับสนุนการวิจัย.
- สุภาค จันทวานิช และวิศนี ศิลตระกูล. 2541. การพัฒนาแนวคิดและเครื่องชี้วัดสังคมและ
คุณภาพชีวิตในต่างประเทศ. การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมไทย.
อนุชาติ พวงสำลี และอรทัย อาจอ่ำ (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร : สำนักงาน
กองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- สุลักษณ์ มีปาน. 2541. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการใช้สติปัญญาของชาวไทยมุสลิม
ในชุมชนชนบท : ศึกษาตำบลลิดล อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. ภาคนิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

- เสาวนีย์ ตนะคุลย์. 2533. คุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- แสงรัตน์ เดชอุดม. 2543. คุณภาพชีวิตของพี่เลี้ยงศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์สังกัดกรมศาสนา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โสภา ขปิลมณี, สมบัติ สุพัตชัย และประกายรัตน์ สุขุมมาลชาติ. 2534. รูปแบบครอบครัวไทยที่พึงปรารถนาในสังคมเมืองในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : ม.ป.ท.
- หทัย ชิดานนท์. 2540. นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- หัสยา เกตุจิตร. 2542. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดกองกลางสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- อภิรดี เกิดศิริ. 2539. คุณภาพชีวิตของคนในเขตชุมชนเขตเมือง : ศึกษากรณีชุมชนขอนแก่น และชุมชนหนองปลาแห้ง เทศบาลนครสวรรค อำเภอมือง จังหวัดนครสวรรค์. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- อมรา พงศาพิชญ์. 2533. คุณภาพชีวิตของคนไทยปี 2543. เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง การวิจัยทางการแพทย์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ณ ห้องประชุมสารนิเทศ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร.
- อรรณพ สุทธางกูร. 2540. คุณภาพชีวิตและความมั่นคงในที่อยู่อาศัยของชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัจฉรา วงศ์วัฒนามงคล. 2536. คุณภาพชีวิตด้านครอบครัวของชาวกรุงเทพ. กรุงเทพฯ : สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์. 2531. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัศวิน ชินกำธรวงศ์. 2537. คุณภาพชีวิตของผู้ใช้แรงงานในอุตสาหกรรมก่อสร้าง. เอกสารวิจัยส่วนบุคคล วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.
- อำนาจ สันเทพ. 2532. ความต้องการคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในเขตสาธารณสุข 5. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อุดม เพชรศิริ. 2506. สุขภาพอนามัยของประชากร : การศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับอาหาร
อนามัยและความเชื่อถือทางอนามัยของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยา
นิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อุ้นดา นพคุณ. 2527. การเรียนการสอนผู้ใหญ่เพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์.
กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพมหานครการพิมพ์.
- อุบล นิวัติชัย. 2527. หลักการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด กิ่งจันทร์
การพิมพ์.
- เอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย. 2532. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านคุณภาพ การสนับสนุน
ทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัย เกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติด
ทางเส้นเลือดขณะเข้ารับการรักษาชั้นถอนพิษ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอื้ออารี แจ่มผล. 2533. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นตอนต้น. วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ไอรล ลีลาภรณ์. 2533. บทวิเคราะห์พฤติกรรมผู้บริโภคตอน : คุณภาพชีวิตของคนไทยตาม
ทัศนะของนักการตลาด. วารสารคู่แข่ง. 10,116 (พฤษภาคม) : 13-30.

ภาษาอังกฤษ

- Bowling, A. 1977. Measuring Health : a Review of Quality of Life Measurement
Scales. Philadelphia : Open University Press.
- Campbell, A. 1976. Subjective Measure of Well-being. American Psychologist 31
(January) :117-124.
- Cobb, S. 1976. Social Support as a Moderator of Life Stress. Psychosomatic Medicine
38(September-October) : 300-314.
- Cohen, S. and Wills, T.A. 1985. Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis.
Psychological Bulletin 98(September) : 310-357
- Delamotte and Takezawa Shin-ichi. 1984. Quality of Working Life International
Perspective. Switzerland : International Labour Organization.
- Farber, B.A. 1983. Stress and Burnout in the Human Services Professions. New York
: Pergamon Press.

- Hubbard, Patricia, Muhlenkamp, Ann F. and Brown, Nancy. 1985. The Relationship Between Social Support and Self-Care Practice. *Nursing Research* 33 (September-October): 266-269.
- Jacobson, David E. 1986. Types and Timing of Social Support. *Journal of Health and Social Behavior* 25 (September) : 250-264.
- Lin, N., et al. 1979. Stressful Life Event and Illness, a Model and Empirical Test. *Journal of Health and Social Behavior* 20(June) : 108-119.
- Lui, Ben-chieh. 1975. Quality of Life Indicators in U.S. Metropolitan Areas, 1970 : a Comprehensive Assessment. Washington D.C. : n.p.
- _____. 1976. Quality of Life Indicators in U.S. Metropolitan Areas. New York : Praeger.
- Pillisuk, Mate. 1982. Delivery of Social Support : The Social Innoculation. *American Journal Orthopsychial* 52 (January) 20-31.
- Ritter, C. 1988. Social Support, Social Networks, and Health Behaviors. *Health Behavior Emerging Research Perspectives*. New York : Plenum Press.
- Schuessler, K.F. and G.A. Fisher. 1985. Quality of life Research and Sociology. *Annual Review of Sociology* 11 : 129-49.
- Sharma, R. C. 1975. Population and Social Economic Development, Population Trends, Researces and Environment : Hand Book on Population Education. New Delhi : McGraw-Hill Book.
- _____. 1978. Unesco Regional Office for Education in Asia and Oceanea Population Education : Nature and Status. Kathmandu : The Committee of the Seminar on Curriculum and Textbooks.
- Spitzer, W. 1987. State off Science. 1986 : Quality of Life and Functional Status and Target Variables for Research. *Journal Chronic Disease*, 40 : 465-471.
- Takahashi, Yashiaki. 1975. Quality of Life in Thailand: a Socio-Economic Analysis. Master's Thesis, Asian Institute of Technology.

- Thoits, P.A. 1982. Conceptual, Methodological and Theoretical Problem in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress. *Journal of Health and Social Behavior* 23 (June) : 145-159.
- Tilden, V.P. 1985. Issues of Conceptualization and Measurement of Social Support in the Construction of Nursing Theory. *Research in Nursing and Health* 8 (June) : 199-206
- Tracy, Elizabeth M. 1990. Identifying Social Support Resources of At-Risk Families. *National Association Social Work* 35 (May) : 252-288.
- Unesco. 1978. *Unesco's Approach to Quality of Life Research and Measurement*. Paris : Unesco.
- _____. 1981. *Quality of Life : an Orientation of Population Education*. Bangkok : Unesco.
- _____. 1983. *Quality of Life: Problems of Assessment and Measurement*. Paris : Unesco.
- _____. 1994. *Education for Human Rights : an International Perspective*. Paris : Unesco.
- United Nations. 1989. *Study on Indicators for the Assessment of Social Conditions and Trends*. New York : United Nations.
- _____. 1990a. *Guidelines on Methodological Approaches to the Conduct of a Regional Survey of the Quality of Life and Aspect of Human Resources Development*. New York : United Nations.
- _____. 1990b. *Study on the Development of Quality of Life Indicators in Asia and the Pacific*. New York: United Nations.
- _____. 1995. *Quality of in the Escap Region*. Bangkok : Economic and Social Commission for Asia and the Pacific.
- Walker, J. and Rosser, R. 1988. *Quality of Life : Assesment and Application*. Lancaster : MTP Press.
- Walton, Richard E. 1975. Critters for Quality of Working Life. in *The Quality of Working Life*. Louis E. Davis and Albert B. Cherns, eds. New York : Free Press.

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-นามสกุล

นายสุทธิพร บุญมาก

ประวัติการศึกษา

ศิลปศาสตรบัณฑิต (การพัฒนาชุมชน) (เกียรตินิยมอันดับ 2)
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2540

ที่อยู่ปัจจุบัน

91/4 หมู่ 3 ตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
53000
nencd@yahoo.com

ทุนการศึกษา

ทุนอุดหนุนการศึกษา คณะพัฒนาสังคม
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ปีการศึกษา 2543

รางวัลเรียนดีหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม)
ประจำปีการศึกษา 2543

ทุนอุดหนุนการจัดทำวิทยานิพนธ์
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ปีการศึกษา 2544