

## บทความวิจัย

### ความสุขของผู้ปฏิบัติงานในโครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อมุ่งสู่อำเภอ สร้างเสริมสุขภาพในเขตบริการสุขภาพที่ 2 และ 3 ประเทศไทย

#### Happiness Level of People Working in the 24 District Health System Management

#### Locations the Health Service Provider Board office 2 and 3, Thailand

ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์ (Taweesak Siripornpibul)\*

กัณตพัฒน์ อนุศักดิ์เสถียร (Kantabhat Ausaksathien)\*\*

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (Chakkraphan Phetphum)\*\*\*

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสุขและเปรียบเทียบระดับความสุข  
จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากรของผู้ปฏิบัติงานในโครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพ  
ระดับอำเภอเพื่อมุ่งสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพ(โครงการ 24 DHS)กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะทำงานในเครือข่าย  
บริการสุขภาพระดับอำเภอที่เข้าร่วมโครงการ 24 DHSในเขตบริการสุขภาพที่ 2 และ 3 จำนวน 113 คน ที่ได้  
จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิขั้นตอนเดียวเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดมาตราประมาณค่า  
จำนวน 11 ระดับ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง  
กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกันผลการศึกษาพบว่า ผู้ปฏิบัติงานในโครงการ 24 DHS ที่เป็น  
กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสุขโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 432.50, SD. = 103.967) และผลการเปรียบเทียบ  
ระดับความสุขจำแนกตามคุณลักษณะทางประชากรพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี  
หรือต่ำกว่า (Mean = 447.05, SD = 86.160) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา  
สูงกว่าปริญญาตรี (Mean = 405.36, SD = 104.190) แตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05  
ในขณะที่ความแตกต่างของคุณลักษณะทางประชากรในด้านอื่นๆ เพศ สถานภาพสมรส การมีบุตร อาชีพ  
รับราชการ การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพการออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์  
และการสูบบุหรี่ มีคะแนนเฉลี่ยความสุขไม่แตกต่างกันทางสถิติ

**คำสำคัญ:**ความสุข, ระบบสุขภาพระดับอำเภอ, เขตบริการสุขภาพที่ 2 และ 3

\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาคณิตศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

\*\*อาจารย์, ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

\*\*\*อาจารย์, ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

### Abstract

A descriptive survey was developed to assess and compare the happiness levels of workers from a variety of socio-economic backgrounds in the 24 District Health Systems (DHS) in Thailand. Stratified One-stage Cluster Sampling was adopted to use in this research. The sample size was 113 workers of the 24 DHS projects in Health Service Areas 2 and 3. A questionnaire with an Osgood rating scale was developed to collect data by self-reporting method and returned by mail. Descriptive statistics and statistical inferences such as t-test for two independent groups and F-test for 3 or more independent groups were used to analyze data. Results indicated that the happiness level of the majority of the sample people working in the sample is quite good (Mean = 432.50, SD = 103.967). A comparison of results by the population characteristic of education indicated differences are statistically significant at 0.05 between the happiness level of bachelor degree (Mean = 447.05 and SD = 86.160) and the level of higher education than bachelor degree (Mean = 405.36, SD = 104.190). The average happiness score was higher for those with only a bachelor degree or less than those who have more education than bachelor degree. The differences in the characteristics of people working the 24 DHS project, such as sex, marital, status, job description, having a sibling, doing exercise, consuming alcohol and tobacco were not significant.

**Keywords:** Happiness, District Health System, Health Service Provider Board office 2 and 3

### บทนำ

ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System; DHS) คือ ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอ ร่วมกันของทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากร ภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการขึ้นชมและการจัดการความรู้ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขนำแนวคิด DHS มาใช้เป็นกลไกในการขับเคลื่อนและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ทั้งในการป้องกันโรค สร้างเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มวัย ลดความเจ็บป่วยทุกข์ทรมานไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและพึ่งพาตนเอง ด้วยความร่วมมือร่วมใจ ประสานพลังของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557)

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้การพัฒนา ระบบสุขภาพอำเภอเป็นหนึ่งในนโยบายที่สำคัญ โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการและการทำงานที่เป็นเอกภาพ

(Unity of District Health Team) มีการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่อยู่บนฐานการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีบริการสุขภาพที่จำเป็น (Essential Cares) มีการจัดการระบบสุขภาพแนวใหม่ที่มุ่งให้พหุภาคีเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเพิ่มขึ้น (Community Participation) และมีการแบ่งปันทรัพยากรซึ่งกันและกันในพหุภาคี (Resource Sharing) ทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน รวมทั้งมีการส่งเสริมการทำงานทั้งในด้านความช่วยเหลือ การพัฒนาและเชิดชูผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเมื่อสามารถดำเนินการได้ครบถ้วนจะก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต (Quality of life) การมีคุณค่า (Value) และสุขภาวะที่ดีของประชาชน (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ภายใต้อาณัติของสำนักผู้ตรวจราชการสาธารณสุข

เขตพื้นที่บริการสุขภาพ 2 และ 3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่ 2 และ 3 ร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอในเขตพื้นที่บริการสุขภาพ 2 และ 3 ภายใต้งค์ของกระทรวงสาธารณสุข จึงได้ร่วมกันเสนอ โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อมุ่งสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพ (โครงการ 24 DHS) เพื่อให้เกิดการเสริมสร้างสมรรถนะเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ได้แก่ ทีมโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ตระหนักถึงความสำคัญ มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและระบบบริการ มีระบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมให้เกิดการเชื่อมโยงเป็นทีมงานระดับอำเภอ สร้างกลไกจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ และสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม จนถึง การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ได้อย่างเหมาะสม เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อมุ่งสู่อำเภอที่มีสุขภาพดี โดยมีเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอที่สมัครเข้าร่วม โครงการรวม 24 อำเภอ อยู่ในเขตบริการสุขภาพเขตที่ 2 จำนวน 14 อำเภอ และเขตที่ 3 จำนวน 10 อำเภอ มีระยะเวลาดำเนินโครงการรวม 3 ปี คือ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559 และมีแนวทางการขับเคลื่อนโครงการประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การสำรวจข้อมูลและพัฒนา ระบบข้อมูลข่าวสารระดับอำเภอ (District health information system) 2) การดำเนินโครงการแก้ไขปัญาสุขภาพระดับอำเภอในชุมชน (Community health project) ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผล และ 3) การพัฒนาศักยภาพและเครือข่ายคณะทำงาน (Capacity building and network)

อนึ่ง การเปลี่ยนแปลงเชิงกระบวนการทัศน นโยบาย และแนวทางปฏิบัติงานตามโครงการ 24 DHS ในช่วง 1-2 ปี ที่ผ่านมาก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นรูปธรรมอย่างน้อย 2 ด้าน ด้านหนึ่ง คือ เกิดกระบวนการแก้ไขปัญหาและยกระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของประชาชนในพื้นที่เป้าหมาย แต่ขณะเดียวกันในอีกด้านหนึ่ง

ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่าก่อให้เกิดผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิด ความพึงพอใจ และระดับความสุขของผู้ปฏิบัติงานในโครงการ 24 DHS อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งอาจจะกระทบต่อเนื่องไปถึงความเต็มใจและกระตือรือร้นของผู้ปฏิบัติงานที่จะใช้ความพยายาม ความทุ่มเท แรงกายแรงใจ และแสดงความสามารถอย่างเต็มที่ เพื่อให้การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Royuela et al., 2007)

ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยพบว่า มีนักวิชาการและองค์กรจำนวนไม่น้อยที่มีการสร้างและพัฒนาแบบประเมินความสุขของผู้ปฏิบัติงานไว้ แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดกลับยังไม่พบแบบประเมินความสุขที่มีคุณสมบัติที่จำเพาะเจาะจงที่จะนำมาใช้กับผู้ปฏิบัติงานในโครงการ 24 DHS ซึ่งผู้วิจัยมีสมมติฐานว่า ความสุขของผู้ปฏิบัติงานดังกล่าวอาจมีเงื่อนไขหรือปัจจัยบางประการที่แตกต่างไปจากบุคคลทั่วไป เช่น ปัจจัยด้านการสื่อสาร ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมการทำงาน ปัจจัยด้านการบริหาร สัมพันธภาพของคณะทำงาน และการเผชิญวิกฤตปัญหาที่เกิดจากการดำเนินงานตามโครงการ 24 DHS รวมทั้งระดับความสุขก็อาจมีความแตกต่างไปตามความหลากหลายของคุณลักษณะทางประชากรสังคมของผู้ปฏิบัติงานโครงการ 24 DHS เช่น อายุ เพศ ตำแหน่งที่รับผิดชอบ สถานที่ทำงานหรือหน่วยงาน ระยะเวลาที่ทํานงานในองค์กร ลักษณะของงานที่ทำ และพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจทำการศึกษาในประเด็นดังกล่าว ซึ่งข้อมูลและองค์ความรู้ที่ได้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน การติดตาม และการประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอที่มีประสิทธิผลต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินความสุขของผู้ปฏิบัติงานในโครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อมุ่งสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพ (โครงการ 24 DHS)
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความสุขโดยเฉลี่ยจำแนกตามคุณลักษณะทางประชากรสังคมของผู้ปฏิบัติงาน

ในโครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อมุ่งสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพ (โครงการ 24 DHS)

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา(Descriptive Research) โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร (หมายเลขโครงการ : 699/58) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน1 สิงหาคม-31 ธันวาคม พ.ศ. 2558

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร**คือคณะทำงานในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอที่เข้าร่วมโครงการ 24 DHS จำนวน 360 คน

**กลุ่มตัวอย่าง**คือ คณะทำงานในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอที่เข้าร่วมโครงการ 24 DHS จำนวน 195 คน (ไม่น้อยกว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการเปิดตารางสำเร็จของ Krejcie & Morgan ที่ได้เท่ากับ 186 คน) และดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิขั้นตอนเดียว (Stratified One-Stage Cluster Sampling) โดยกำหนดให้พื้นที่รับผิดชอบเขต 2 และเขต 3 เป็นชั้นภูมิ และในแต่ละชั้นภูมิจะสุ่มเลือกอำเภอโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากจำนวน 8 และ 5 อำเภอตามลำดับ รวมทั้งสิ้น 13 อำเภอ และในแต่ละอำเภอผู้วิจัยจะจงเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก 2 ส่วน คือ

- ผู้บริหารและผู้นำการเปลี่ยนแปลง (District Health Change Agent: DHCA) ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และสาธารณสุขอำเภอทุกคนในอำเภอที่ถูกสุ่มได้ จำนวน 2 คน ต่ออำเภอ รวมทั้งสิ้น 26 คน

- ทีมสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Team: DHT) ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และตัวแทนภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งเป็นคณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างเป็นลายลักษณ์อักษรทุกคนในอำเภอที่ถูกสุ่มได้จำนวน 13 คน ต่ออำเภอ รวมทั้งสิ้น 169 คน

**การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย** ส่วนประกอบของแบบประเมินความสุขของผู้ปฏิบัติงานในโครงการ 24 DHS ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานในโครงการ 24 DHS ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การมีบุตร อาชีพ ลักษณะของงานที่ทำ การออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ เป็นแบบสอบถามประเภทตรวจสอบรายการ (Checklist) และตอบอย่างสั้น (Short answers) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสุขของผู้ปฏิบัติงานในโครงการ 24 DHS ประกอบด้วย ด้านการสื่อสาร ด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ด้านการบริหารจัดการ ด้านสัมพันธภาพของทีม และด้านการเผชิญวิกฤตปัญหา เป็นแบบประเมินชนิดมาตราประมาณค่า (Rating scale) 11 ระดับ จำนวน 60 ข้อ การแปลผลคะแนนรวมพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนความสุขเฉลี่ย 1.00-165.00 หมายถึง มีความสุขน้อยที่สุด

คะแนนความสุขเฉลี่ย 165.01-330.00 หมายถึง มีความสุขน้อย

คะแนนความสุขเฉลี่ย 330.01-495.00 หมายถึง มีความสุขมาก

คะแนนความสุขเฉลี่ย 495.01-1660.00 หมายถึง มีความสุขมากที่สุด

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย** ประกอบด้วย

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาสังคม จำนวน 2 ท่าน เพื่อพิจารณาความครอบคลุมของข้อคำถามและความสอดคล้องกับนิยามของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) พบว่าค่า IOC ของข้อคำถามในแบบสอบถามทุกข้อมีค่าอยู่ระหว่าง 0.6-1 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์กำหนด

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินความสุข (Reliability) ด้วยวิธีวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency method) โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ที่ได้จากการนำแบบประเมินไปทดลองใช้ (Try out) กับคณะทำงานในโครงการ 24 DHS ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนที่พบว่า แบบประเมินความสุขมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.825 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (George and Mallery, 2003)

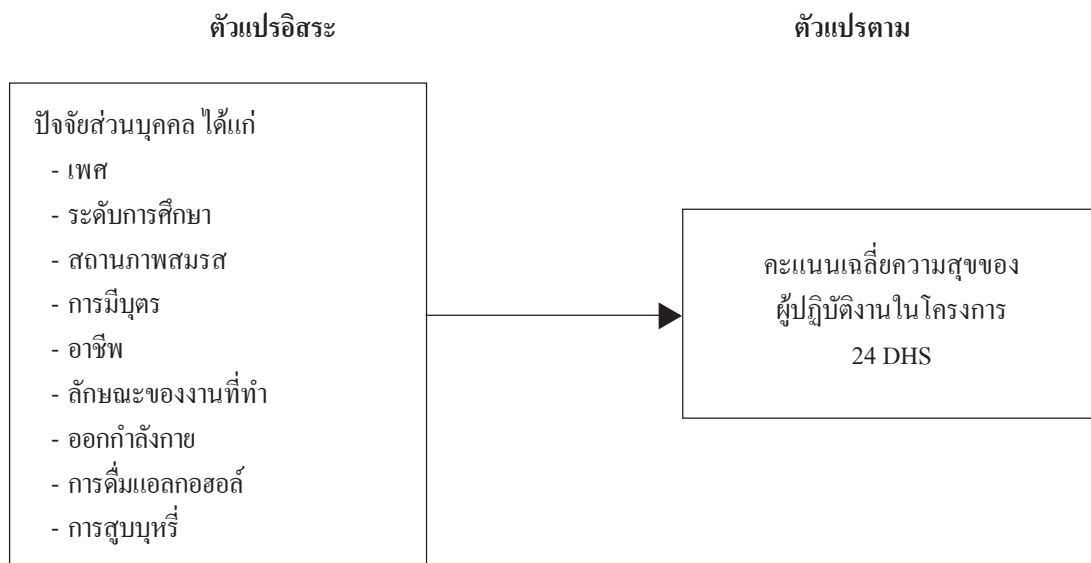
#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับผู้บริหารของโครงการ 24 DHS ทั้ง 13 อำเภอ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล (Protocol) และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยครั้งนี้และอนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งผู้วิจัยจะดำเนินการติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

ด้วยการสอบถามความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรคในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างที่ส่งคืนแบบสอบถามที่ล่าช้ากว่ากำหนดด้วยโทรศัพท์เคลื่อนที่ ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 1 เดือน และได้รับแบบสอบถามที่ตอบคำถามได้สมบูรณ์และครบถ้วนกลับคืนจำนวน 113 ฉบับ คิดเป็นอัตราตอบกลับ (Response rate) เท่ากับร้อยละ 57.9

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน (Number) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) คือ การทดสอบค่า T (Independence T-Test)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## ผลการศึกษา

### ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 113 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.4 ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือต่ำกว่า ร้อยละ 65.5 สมรสแล้วร้อยละ 78.8 มีบุตรอย่างน้อย 1 คน ร้อยละ 74.3 และมีอาชีพรับราชการร้อยละ 82.3 ลักษณะงานที่ทำงานส่วนใหญ่ให้บริการสุขภาพ ร้อยละ 37.2 ออกกำลังกายเป็นประจำ ร้อยละ 90.3 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 74.3 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 78.2 รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

| ข้อมูลทั่วไป                           | จำนวน | ร้อยละ |
|----------------------------------------|-------|--------|
| เพศ                                    |       |        |
| หญิง                                   | 56    | 49.6   |
| ชาย                                    | 57    | 50.4   |
| ระดับการศึกษา                          |       |        |
| ปริญญาตรีหรือต่ำกว่า                   | 74    | 65.5   |
| สูงกว่าปริญญาตรี                       | 39    | 34.5   |
| สถานภาพสมรส                            |       |        |
| โสด                                    | 24    | 21.2   |
| สมรส                                   | 89    | 78.8   |
| การมีบุตร                              |       |        |
| มี                                     | 84    | 74.3   |
| ไม่มี                                  | 29    | 25.7   |
| อาชีพ                                  |       |        |
| รับราชการหรือพนักงานของรัฐ             | 98    | 86.7   |
| ไม่ได้รับราชการหรือพนักงานของรัฐ       | 15    | 13.3   |
| ลักษณะงานที่ทำ                         |       |        |
| งานด้านให้บริการสุขภาพ                 | 93    | 82.3   |
| ไม่เกี่ยวข้องกับงานด้านให้บริการสุขภาพ | 20    | 17.7   |
| การออกกำลังกายในรอบ 1 สัปดาห์          |       |        |
| ออกกำลังกาย                            | 102   | 90.3   |
| ไม่ออกกำลังกาย                         | 11    | 9.7    |
| การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์            |       |        |
| ดื่ม                                   | 29    | 25.7   |
| ไม่ดื่ม                                | 84    | 74.3   |
| การสูบบุหรี่                           |       |        |
| สูบ                                    | 111   | 98.2   |
| ไม่สูบ                                 | 2     | 1.8    |

### ระดับความสุขและผลการเปรียบเทียบระดับความสุข จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างทั้ง 113 คนมีระดับความสุขโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 432.50, SD = 103.967) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสุขของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะทางประชากรพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยความสุขแตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยกลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือต่ำกว่า (Mean = 447.05, SD = 86.160) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี (Mean = 405.36, SD = 104.190)

ในขณะที่ความแตกต่างของคุณลักษณะทางประชากรในด้านอื่นๆ คะแนนเฉลี่ยความสุขไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ โดยพบว่าเพศหญิง (Mean = 439.89, SD = 84.337) มีคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงกว่าของเพศชาย (Mean = 425.30, SD = 103.967) กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส (Mean = 435.03, SD = 87.317) มีคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพโสด (Mean = 423.88, SD = 119.424) กลุ่มตัวอย่างที่มีบุตร (Mean = 440.60, SD = 87.317) มีคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีบุตร (Mean = 409.69, SD = 111.072) กลุ่มที่ประกอบอาชีพอื่นๆ ที่ไม่ใช่รับราชการ (Mean = 437.47, SD = 66.362) มีคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงกว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพรับราชการ (Mean = 431.93, SD = 98.273) กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะการทำงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพ (Mean = 444.15, SD = 71.141) มีคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงกว่ากลุ่มที่ทำงานเกี่ยวกับการให้บริการ

ด้านสุขภาพ (Mean = 430.13, SD = 98.869) กลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกาย (Mean = 433.40, SD = 89.830) มีคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ออกกำลังกาย (Mean = 421.18, SD = 134.989) กลุ่มตัวอย่างที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Mean = 440.86, SD = 95.675) มีคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Mean = 429.83, SD = 94.417) และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่ (Mean = 434.24, SD = 93.238) มีคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ (Mean = 345.00, SD = 164.649)

**ตาราง 2** ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสุขจำแนกตามคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

| คุณลักษณะทางประชากร |                      | Mean   | SD.     | ระดับความสุข | สถิติ t | ค่า sig |
|---------------------|----------------------|--------|---------|--------------|---------|---------|
| เพศ                 | ชาย                  | 425.30 | 103.967 | มาก          | -0.820  | 0.414   |
|                     | หญิง                 | 439.89 | 84.337  | มาก          |         |         |
| ระดับการศึกษา       | ปริญญาตรีหรือต่ำกว่า | 447.05 | 86.160  | มาก          | 2.272   | 0.025*  |
|                     | สูงกว่าปริญญาตรี     | 405.36 | 104.190 | มาก          |         |         |
| สถานภาพ             | โสด                  | 423.88 | 119.424 | มาก          | -0.512  | 0.616   |
| การมีบุตร           | สมรส                 | 435.03 | 87.317  | มาก          | -1.529  | 0.129   |
|                     | ไม่มี                | 409.69 | 111.072 | มาก          |         |         |
| อาชีพ               | มี                   | 440.60 | 87.317  | มาก          | -0.211  | 0.834   |
|                     | รับราชการ            | 431.93 | 98.273  | มาก          |         |         |
| ลักษณะงาน           | อื่นๆ                | 437.47 | 66.362  | มาก          | -0.614  | 0.541   |
|                     | ให้บริการสุขภาพ      | 430.13 | 98.869  | มาก          |         |         |
| ออกกำลังกาย         | งานอื่นๆ             | 444.15 | 71.141  | มาก          | -0.423  | 0.673   |
|                     | ไม่ออกกำลังกาย       | 421.18 | 134.989 | มาก          |         |         |
| ดื่มแอลกอฮอล์       | ออกกำลังกาย          | 433.40 | 89.830  | มาก          | -0.541  | 0.590   |
|                     | ไม่ดื่ม              | 429.83 | 94.417  | มาก          |         |         |
| สูบบุหรี่           | ดื่ม                 | 440.86 | 95.675  | มาก          | 1.329   | 0.187   |
|                     | ไม่สูบ               | 434.24 | 93.238  | มาก          |         |         |
|                     | สูบ                  | 345.00 | 164.649 | มาก          |         |         |

หมายเหตุ \* หมายถึง  $p < 0.05$ 

### อภิปรายผล

การประเมินความสุขของผู้ปฏิบัติงานในโครงการ 24 DHS ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบประเมินความสุขที่มีคุณสมบัติที่จำเพาะเจาะจง และสอดคล้องกับปัจจัยสนับสนุนและรูปแบบการทำงานของคณะทำงาน พัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านการสื่อสาร ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมการทำงาน ปัจจัยด้านการบริหาร สัมพันธภาพของคณะทำงาน และการเผชิญวิกฤตปัญหาที่เกิดจากการดำเนินงานตามโครงการ 24 DHS โดยผลการประเมินพบว่า ในภาพรวมผู้ปฏิบัติงานในโครงการ 24 DHS มีระดับความสุขโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

ผลการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้ปฏิบัติงานในโครงการ 24 DHS จำแนกตามคุณลักษณะ

ทางประชากรพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยความสุขที่แตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงข้อค้นพบดังกล่าวขัดแย้งกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะมีความสุขในชีวิตและมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า (อมฤต จิรเศรษฐสิริ และไกรสร อัมมวรรณ, 2557; ตามรัสมิ์ รัตนาคินทร, 2557; กัลยาณี เสนาสุ, 2559; Blanchflower and Oswald, 2004; Pholphirul, 2014) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้ปฏิบัติงานในโครงการ 24 DHS ที่มีระดับการศึกษาสูง ส่วนใหญ่ต้องทำหน้าที่เป็น



ผู้บริหารหรือผู้การเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอซึ่งมีหน้าที่ในการติดต่อประสานงานและควบคุมกำกับกับการดำเนินงานที่ซับซ้อนและมีทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนต้องรับผิดชอบต่อความสำเร็จของการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอซึ่งแตกต่างจากผู้ปฏิบัติงานในโครงการ 24 DHS ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าที่ส่วนใหญ่เป็นผู้ได้บังคับบัญชาและทำหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายเป็นครั้งคราวไป

ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่เพศ สถานภาพสมรส การมีบุตร อาชีพรับราชการ การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมสูบบุหรี่ที่แตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยความสุขที่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ข้อค้นพบดังกล่าวไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าเพศชายมีค่าเฉลี่ยความสุขในชีวิตต่ำกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กัลยาณี เสนาสุ, 2559) กลุ่มที่แต่งงานแล้วมีความสุขในชีวิตมากกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คามรัมย์ รัตนาคินทร, 2557) กลุ่มที่มีบุตรแล้วมีความสุขในชีวิตมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อมฤต จิรเศรษฐศิริ และ ไกรสร อัมมวรรณ, 2557) กลุ่มที่มีโอกาสสัมผัสกับผู้รับบริการน้อยกว่ามีแนวโน้มที่จะมีคะแนนความสุขในชีวิตมากกว่ากลุ่มที่มีโอกาสสัมผัสกับผู้รับบริการมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คามรัมย์ รัตนาคินทร, 2557) และกลุ่มที่สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่มีความสุขในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Yiengprugsawan, Seubsman, and Sleight, 2014) ซึ่งอาจอธิบายความแตกต่างดังกล่าวได้ว่า อาจเป็นเพราะงานวิจัยที่ผ่านมา ำ ประเมินระดับความสุขจากผลรวมของความสุขในชีวิตหรือประเมินจากความพึงพอใจที่มีต่อคุณภาพชีวิตของตนเองในภาพรวมซึ่งไม่ได้แยกประเมินเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในชีวิตประจำวัน ในขณะที่การศึกษาครั้งนี้ทำการประเมินคะแนนเฉลี่ยความสุขด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยสนับสนุนและรูปแบบการทำงานของผู้ที่ปฏิบัติงานในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอเท่านั้น

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษารั้งนี้

1. ควรมีการประเมินระดับความสุขของผู้ปฏิบัติงานในโครงการ 24 DHS อย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามเฝ้าระวังและพัฒนามาตรการหรือกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสุขในการทำงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งจะมีผลต่อความมุ่งมั่นตั้งใจ แสดงความสามารถอย่างเต็มที่เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

### ข้อเสนอแนะในการศึกษารั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งจะจงศึกษาเฉพาะปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ดังนั้นจึงเสนอให้การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและนโยบายที่อาจมีผลกระทบต่อระดับความสุขของผู้ปฏิบัติงานในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ

2. ควรมีการสำรวจระดับของความสุขและศึกษาปัจจัยหรือแรงสนับสนุนที่มีผลต่อความสุขและความพึงพอใจในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโครงการ 24 DHS ที่ควบคู่ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงที่กลุ่มลึกเพียงพอต่อการวางแผนและพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากโครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อมุ่งสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และขอขอบพระคุณคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอในโครงการ 24 DHS ในเขตบริการสุขภาพที่ 2 และ 3 ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษารั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง

## เอกสารอ้างอิง

กัลยาณี เสนาสุ. (2559). *ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสุขของคนไทย (Factors Affect Happiness in Thailand)*. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

คามรัมย์ รัตนากินทร. (2557). ปัจจัยแวดล้อมในการทำงานที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของเภสัชกรโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University*, 1(4), 17-30.

สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2557). การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ *District Health System (DHS)*. นนทบุรี: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

อมฤต จิระเศรษฐศิริ, ไกรสร อัมมารวณิช. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสุขของบุคลากรโรงพยาบาลปากเกร็ด. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 4(2), 118-124.

Blanchflower, D., & Oswald, A.J., (2004). Well-being over time in Britain and the USA. *Journal of Public Economics*, 88, 1359–1386.

George, D. and Mallery, P. (2003). *SPSS for windows step by step: A simple guided and reference 11.0 update* (4<sup>th</sup> ed.) Boston: Allyn & Bacon.

Pholphirul, P. (2014). Healthier and Happier? The Urban-Rural Divide in Thailand. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 24:8, 973-985. doi: 10.1080/109113 59.2014.945064.

Royuela, V., López-Tamayo, J. and Suriach, J. (2007). The institutional V.S. the academic definition of the quality of work Life: what is the focus of the European Commission? *Springer*, 401-415.

Yiengprugsawan, V., Seubsman, S.-a., & Sleigh, A. C. (2014). Unhappiness and mortality: evidence from a middle-income Southeast Asian setting. *BioPsychoSocial Medicine*, 8(1), 18. doi: 10.1186/1751-0759-8-18.