

**THE RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF WORKING LIFE
AND HEALTH STATUS OF REGISTERED NURSES
IN GOVERNMENT HOSPITAL AT RAYONG PROVINCE**



**A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT
OF THE REQUIREMENTS FOR
THE DEGREE OF MASTER OF SCIENCE (PUBLIC HEALTH)
MAJOR IN PUBLIC HEALTH NURSING
FACULTY OF GRADUATE STUDIES
MAHIDOL UNIVERSITY
2003**

**ISBN 974-04-3633-1
COPYRIGHT OF MAHIDOL UNIVERSITY**

Thesis
entitled

**THE RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF WORKING LIFE
AND HEALTH STATUS OF REGISTERED NURSES
IN GOVERNMENT HOSPITAL AT RAYONG PROVINCE**

Vipaporn Phachiyankul

Miss Vipaporn Phachiyankul,
Candidate

Orawan Kaewboonchoo

Asst. Prof. Orawan Kaewboonchoo, Ph.D.
Major-Advisor

Pimpan Silpasuwan

Assoc. Prof. Pimpan Silpasuwan, Ed.D.
Co-Advisor

Sommaai Hirunnuj

Mrs. Sommai Hirunnuj, M.Ad.
Co-Advisor

Chukiat Viwatongkasem

Assoc. Prof. Chukiat Viwatongkasem, M.S.
Co-Advisor

Waraporn Thitinanthapan

Assoc. Prof. Waraporn Thitinanthapan
D.D.S, Grad. Dip. Clin. Sc. (Endodontics)
M.Sc. (Clinical Science), Board in Endodontics
Acting Dean
Faculty of Graduate Studies

Orawan Kaewboonchoo

Asst. Prof. Orawan Kaewboonchoo,
Ph.D.
Chair
Master of Science (Public Health)
Major of Public Health Nursing
Faculty of Public Health

Thesis
entitled

**THE RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF WORKING LIFE
AND HEALTH STATUS OF REGISTERED NURSES
IN GOVERNMENT HOSPITAL AT RAYONG PROVINCE**

Was submitted to the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University
for the degree of Master of Science (Public Health) Major in Public Health Nursing
on
May 29 , 2003

Vipaporn Phachiyankul
.....
Miss Vipaporn Phachiyankul,
Candidate

Orawan Kaewboonchoo
.....
Asst. Prof. Orawan Kaewboonchoo, Ph.D.
Chair

Chukiat Viwatongkasem
.....
Assoc. Prof. Chukiat Viwatongkasem,
M.S.
Member

Somma Hirunnuj
.....
Mrs. Sommai Hirunnuj, M.Ad.
Member

Sara Arphorn
.....
Asst. Prof. Sara Arphorn, Dr. biol. hum.
Member

W. Thitinanthapan
.....
Assoc. Prof. Waraporn Thitinanthapan
D.D.S, Grad. Dip. Clin. Sc. (Endodontics)
M.Sc. (Clinical Science), Board in Endodontics
Acting Dean
Faculty of Graduate Studies
Mahidol University

C. Chaikittiporn
.....
Assoc. Prof. Chalermchai Chaikittiporn,
Dr.P.H. (Epidemiology)
Dean
Faculty of Public Health
Mahidol University

ACKNOWLEDGEMENT

My sincere gratitude and deep appreciation go to my major-advisor, Asst.Prof. Dr.Orawan Kaewboonchoo for her kindness and intellectual advice during my study.

I would also like to express my appreciation to my co-advisor, Assoc. Prof. Dr Pimpan Silpasuwan, Assoc. Prof. Chukiat Viwatwongkasem, and Mrs.Somma Hirunnuj for their guidance, valuable advice and encouragement. I am very grateful to my committee member, Asst. Prof. Dr. Sara Arphorn, for her constructive comment and valuable recommendation.

I would like to thank the 5 experts for their contribution in validation of the research instrument.

I would also like to thank Dr. Manirul Islam Khan; from ASEAN Institute for Health Development Mahidol University, who kindly edited all thesis.

I am also grateful to all directors and head of nurses of the government hospitals in Rayong Province for their excellent cooperation in data collection.

Deep aptitude goes to all the professors of the Public Health Nursing Department for their encouragement and kindness. Most importantly, I am very grateful to all my friends for their assistance in data collection , support and encouragement.

Finally, I wish to express my hearty thanks to my family, Mr. Pornchai Channamsin. and Miss. Pennapa Unsanit. For all support to me during this study.

Vipaporn Phachiyankul.

THE RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF WORKING LIFE AND HEALTH STATUS OF REGISTERED NURSES IN GOVERNMENT HOSPITAL AT RAYONG PROVINCE

VIPAPORN PHACHIYANUKUL 4236081 PPH / M

M .Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN PUBLIC HEALTH NURSING

THESIS ADVISORS: ORAWAN KAEWBOONCHOO, Ph.D.,
PIMPAN SILPASUWAN, Ed.D., CHUKIAT VIWATWONGKASEM , M.S. ,
SOMMAI HIRUNNUJ , M.Ad.

ABSTRACT

This descriptive research was designed to assess the relationship between quality of working life (QWL) and health status of registered nurses (RN_S) . The subjects consisted of 339 RN_S working in the nursing department of government hospitals in Rayong province. This study examined the relationship between QWL, personal factors and health status. The data was collected by means of questionnaires during May 2002 – July 2002. Chi-square test, Pearson 's product correlation coefficient and multiple regression analysis were used to analyze data.

The results of this study revealed that RN_S had health status and QWL at a moderate level. This study showed that age, shift work, work experience and QWL were positively related to health status ($P < 0.01$). Multiple regression analysis showed that work experience and QWL could explain 13.60 percent of variance in health status of RN_S in the government hospitals at Rayong province.

Findings of this study could be used as guidelines for enhancing the health status of RN_S . Adequate shift work and QWL improvement should be provided to RN_S . It may also be useful for promoting the health status of other health personnel in similar settings.

KEY WORDS: QUALITY OF WORKING LIFE / HEALTH / NURSING /
SHIFT WORK

113 P. ISBN 974-04-3633-1

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัด ระยอง (THE RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF WORKING LIFE AND HEALTH STATUS OF REGISTERED NURSES IN GOVERNMENT HOSPITAL AT RAYONG PROVINCE)

วิภาพร พาศิยานุกูล 4236081 PPHP/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : อรรถธรณ แก้วบุญชู , Ph.D., พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ , Ed.D., ชูเกียรติ วิวัฒนวงเกษม , M.S., สมหมาย หิรัญนุช, M.Ad.

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง คุณภาพชีวิตการทำงาน กับ ภาวะสุขภาพ ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดระยอง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดระยอง จำนวน 339 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม เก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2545 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติไคสแควร์ สถิติสหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า อายุ การปฏิบัติงานเป็นกะ ประสบการณ์การทำงาน และคุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ พบว่า ประสบการณ์การทำงาน และ คุณภาพชีวิตการทำงาน สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐจังหวัดระยอง ได้ร้อยละ 13.60

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ควรนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดระยอง ควรจัดการระบบการปฏิบัติงานและพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานให้แก่พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรสาธารณสุข ในสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้

113หน้า. ISBN 974-04-3633-1

CONTENTS

	Page
ACKNOWLEDGEMENT	iii
ENGLISH ABSTRACT	iv
THAI ABSTRACT	v
LIST OF TABLES	viii
LIST OF FIGURES	ix
CHAPTER	
I INTRODUCTION	
Background	1
Research questions	3
Research objectives	3
Research hypothesis	3
Scope of the study	4
Research variables	4
Definition of Terms	4
II LITERATURE REVIEW	
Quality of working life	7
Health status	14
The personal factors that affected health status	16
Relevant literature of QWL and health status	28

CONTENTS (Cont.)

	Page
III MATERIALS AND METHODS	
Research Design	35
Population and Sampling	35
Sampling technique	36
Research instruments	38
Validity and Reliability	39
Data Collection	41
Protection of Human Subjects	41
Data Analysis	41
IV RESULTS	42
V DISCUSSION	71
VI CONCLUSION AND RECOMMENDATION	76
BIBLIOGRAPHY	79
APPENDIX	90
BIOGRAPHY	113

LIST OF TABLES

TABLE	Page
1. The number of RNs categorized by size of hospitals in Rayong Province	37
2. Number and percentage of RNs classified by personal factors	44
3. Number and percentage of RNs classified by additional education	46
4. Number and percentage of RNs classified by health status	47
5. Number and percentage of RNs classified by level of QWL	48
6. Mean and standard deviation of the quality of working life among RNs	48
7. Number and percentage of RNs classified by the level of QWL	49
8. Number and percentage of RNs classified by level of health status	50
9. The association between personal factors and health status	51
10. Correlation coefficients between personal factors and QWL and health status	52
11. Relationships between QWL and health status	54
12. The correlation matrix between independent variables and health status	55
13. Quantitative variables and qualitative variables classified by measurement scale and dummy variable.	56
14. The equation formula in each method to select the suitable prediction	68
15. Stepwise Multiple Regression Analysis of personal factors, QWL and health status	69

LIST OF FIGURES

FIGURE

1. Conceptual framework of the study

Page

34

2. Regression line for age, work experience and QWL and health status

53



CHAPTER I

INTRODUCTION

Background and Significance of the study

Working is an important basis in building the life experiences of humans, which was what everyone strived to accomplish since it did not only provide external outcomes, such as money, benefits or social status but also provided internal outcomes, such as work satisfaction, pride, enjoyment and self – esteem, as well, (Bezold, et. Al., 1986) which indicated the success of management.

In the past, the national management had emphasized on the economic rather than social , however, in the present, many nations had changed to emphasis on the development of life quality of humans since there was recognition that the nation can not be developed without good life quality from its population.

Quality of working life (QWL) was the concept on management that considered about the harmonious combination between the personal objectives and working. (David and Trist, 1974 cited in Smith, 1981). This concept on QWL had been used widely in many nations; however, its definition remained unclear for most of the people and it was still unarguable among the academics. Nevertheless, in the general picture, it was mostly used to improve work environment and conditions, along with work satisfaction. (Delamotte and Takesawa, 1984).

QWL also affected the physical, mental and social health of the workers. (Roger, 1994) In addition, according to the data from the report of the department of mental health in the Ministry of Public Health (The National Office of the Economic and Social Development Committee, 1999: 27) it was found that there were a total of 179 suicides from economic and work problems. Calculated to be 23.22 % of the overall total of 771 suicides in 1997-1998. According to the collected statistics of those who came for the hospital service nationwide between 1995-1998, it was found that the working group had twice as much stress than the normal group. A review of related research of Klinfung, J. (2001: 116) studied QWL of work safe had related to

positive health status. Studied of Klinhom, P. (2000: 14) QWL that was the safety, healthy workplace, and the work and total life space could predict the mental health with statistical significance and Dejchitakorn, O. (2001: 20) found that the QWL of perceive management system related to burnout level of professional nurses in Military Hospital, with statistical significance.

The work of registered nurses was a service to humans in health care, environment factors that were overall physical, biological, and physho-social. It is service to healthy of human that which was the work that required power , knowledge and academically ability in servicing. It was a 24-hour work in which the nurses had to work in circulation, which may be an obstacle to the nurse's family lives. The time of rest had to be constantly changed, which may endanger the biology of the body, causing it to adapt all the time to these changes. This may resulted in the decline in the health of the nurses, with higher opportunity to be exposed to diseases. RNs had to care for many areas of work and had to have high morality and ethics since a mistake meant harm to lives of others (Buntong, T., 1990:40-42).

Registered nurse (RNs) were devoted itself to society. The nurses had to be devoted to work and ready to encounter tensed situations, no matter from the patients and the patient's relatives or colleagues (Tuntipalacheena, K. & Kittiraktrakul, S., 1998: 16-18) especially from the patients and their relatives, since everyone was encountering health problems that were painful, full of losses, and fearful. These components were the important factors why hospitals lack the joyful atmosphere, along with the conflicts in the working that may increase tension for RNs.

Moreover, working nursing system is strikly controlled because nursing practice is the work that was responsible for live of others that could not afford any mistakes, resulting in higher stress for the nurses. Working with excessive regulations in the governing unit may make the nurses feel that they lack the creativity in working, and participation in making decisions, which may result in the contradictive and work unsatisfaction. An accumulation of tension may lead to mental and physical health problems among nurses.

Rayong province had become new industrialized area, with a total of 3,200 industries and 101,933 workers. (The office of Labor welfare and Protection in Rayong, 1995:2-3). Its environment was contaminated by various pollution including

noise, dust and chemical which affect health of workers and general population as well as nurses. The statistics record of RNs' sickleave during 3 years of 1997-1999, shown that there was the tendency of increasing rate. (nursing report, 1999:1-3) .One of sick reasons may due to pollution of working environment .

According to the mentioned nursing work, it should also affect the QWL and the health status of nurses. However, the study on the QWL of the nurses was still limited; therefore, the researcher as the occupational health nurse had been interested to study the correlation between the quality of working life and the health status of the RNs, in order to use the study results as the database in the further health promotion plan for the RNs.

Research Questions

- 1.What is the level of health status and QWL of RNs?
- 2.How do the personal factors and QWL relate to health status of RNs?
- 3.What are the best factors that can predict health status of RNs?

Research Objectives

- 1.To study the levels of QWL and health status of RNs.
- 2.To determine the relationship between personal factors and QWL and health status of RNs.
- 3.To identify the best factors that can predict health status of RNs.

Research Hypothesis

- 1.There are relationships between personal factors, including age, marital status, work experience, income, shift work, additional education, overtime work and health status among RNs.
- 2.There is relationship between QWL and health status of RNs.
- 3.Personal factors and QWL are able to predict health status of RNs.

Scope of the study

This study is limited to determining the relationship between QWL and health status of RNs who have worked full-time in the nursing department of the government hospitals located in Rayong province.

Research variables

The independent variable was the personal factors, which were age, marital status, work experience, income, shifts work, additional education, overtime work and QWL.

The dependent variable was the health status.

Definition of Terms

Registered nurses (RNs) refers to the person who has a license to work as a nurse and as a first class midwife who have worked in government hospitals located at Rayong Province for at least 6 months.

Personal factors were defined as the specific qualifications of RNs, which were the following.

Age refers to the number of years counted to the day when the questionnaires is answered. (more than 6 months was counted as a year).

Marital statuses refer to the legal or behavioral marital status of RNs which was divided into the married, single and widowed or divorced or separated groups.

Work experience refer to the total length of time that subject has worked in the nursing area ever since graduation to the present (6 months or over were counted as a year).

Income refers to the monthly salary that RNs received in bath per month.

Shift work refers to the time arranged into shifts, which was divided into 3 periods as follows:

Morning shift refers to working time between 8.00 AM. - 4.00PM

Afternoon shift refers to working time between 4.00PM-12.00PM.

Night shift refers to working time between 12.00PM-8.00AM.

In this study, the work shifts were divided into 6 types as follows:

1. Rotating shift refers to the arrangement of the work schedule into morning, afternoon and night shifts, which would be rotated according to the necessity and appropriateness by arranging it for everybody except the head of the patients dorm or her assistant.

2. Cyclical shift refers to the exact and routine like arrangement of the work schedule, which would be repeated for at least 7 weeks, with fixed holidays.

3. Fixed shift refers to the arrangement of the demand of the nurses for specific request in working time.

4. Block shift refers to the determination of work characteristic in working 2 weeks per block by depending on the concept that the nurses got the waken off every week and every other week, along with another holiday during the week; therefore, there should not be any nurses who worked for more than 4 days at a time. This 2 weeks per block could be arranged annually or as much as one wanted.

5. Team shift refers to the arrangement of work schedule for a small group of 3-5 people who worked together and rotated within the group, with the belief that the highest benefit that could be given to the human resources resulted in the continuous care for patients. All of the members in the group would cooperate well with one another, both in the decision making and the work.

6. Uncertain shift refers to uncertain schedule

Additional education refers to the study obtained in nursing courses after started working as a nurse in order to increase the quality through certification.

Overtime work refers to the work other than the full-time work, according to the bureaucratic regulation which staked that the work time was 40 hours per week, both inside and outside the hospitals by as the number of hours for overtime work.

Quality of working life (QWL) refers to the well-modified work conditions that created work satisfaction, motivation and the feeling of importance provided for work in an individual (Russel, 1992:50). The measurement index was composed of the following:

1. Work safety refers to the perception of nurses on work safety and environment, which could cause accident and harm to the health of these RNs.

2. Work justice refers to the perception of RNs on the justice in working involved with work payment, compensation, rewards, rights and welfare that were worth the work.

3. Work motives, refers to the perception of nurses on the factors that stimulated oneself to work and use the attempt towards the desired goal.

4. Opportunity for advancement refer to the perception of RNs on the opportunity in promotion and development of one's ability in order for preparation and full potential in working.

Health refers to the completed physical, mental, social and spiritual condition , which was not only not being sick or clean from diseases but also covered having a long and happy life as well. Therefore, this paradigm had perceived health as the total way of life, resulting in the ability to reach the healthy condition within the limit of each individual, even for the chronic patients, disabled people or those who were abnormal physically and mentally (Poolchareon, W. 2001:7)

In this study, health status of RNs was measured both physical and mental health status in the past year by questionnaire, adopted from Puntumanawin, D. (1981:35) .

CHAPTER II

LITERATURE REVIEW

The relevant literature on health status among the register nurse (RN_s) in government hospitals at Rayong province was reviewed as follows:

1. Quality of working life (QWL)
2. The concept on health status
3. The personal factors that affected health status
4. Relevant literature of QWL and health status.

1. The concept on QWL.

The concept of QWL had been first used in the industrialized countries at the end of the 21st century, which was about the solution for the labor problems that enabled the laborers to have a better QWL (Delemotte and Takezawa, 1984, cited in Pachon Chalernsare, 1997: 16-18) The method of solution for each country was different in each society, depending on the condition that was troublesome. The European countries had improved their QWL through a petition in the law involved with the work. In the United State of America, the method that was used was the joint coordination between employees and the management authority in the joint acceptance of demand and care for the QWL (Lehrer, 1982).

Therefore, in providing definitions and concepts on the issue was a matter of diversities, including the various study methods to be defined specifically for use in a country. The definition had to be provided according to that country's cultural, economical and political backgrounds as well.

Since individuals had their own demands as work innovation and it was generally accepted that work was an important part in life, because work had the expression and value within itself, while for others, work was just for a tool, another method in earning more money and stability. Others may work because the work was interesting and challenging. The objectives of working were different for each

individual; however, no matter what positions these individuals were included, they were still trying to acquire success and QWL (Muangman, T., 1997:100).

Although the QWL was a good issues, but it was not easy to practice, since the satisfaction level of each individual was different, resulting in the difference in perception of the demands of everyone because the level of the QWL depended on the perception of each individual, which may be different according to the perceptive dimension of an individual since their backgrounds and other traits were personal.

QWL depends on the work contents, surroundings environments, future advancements and rewards. In conclusion, the factors that affected these perception or feelings were the factors that created satisfaction in working, in which the quality of working life was the different satisfaction according to the perceptive dimensions of each individual (Pongsawat, P., 1992: 30).

Definitions of QWL

1. Walton (1977) stated that the QWL was the characteristic that responded to the demand and desire of an individual by considering from the personal factors, the condition of an individual of society, and the society of the organization that resulted in work success, which measured in eight areas of measurement criteria, which were sufficient and fair wages , safe work condition , work advancement, the opportunity in developing self – capability, working and interaction with others, personal rights, life opportunities and social benefits.

2. Davis (1977) defined QWL as the quality of the relationship between working and the general work environment.

3. Katzell and Glaser (1980) defined QWL as an abstract characteristic, as the feeling in work coordination in order to create the best results for a purpose.

4. Guest (1982) defined QWL as the feeling of an individual towards one's own work dimension in reception of economic compensations, work stability, work condition and personal relationships.

5. Cascio (1989) defined the QWL in two sides, which were about the work and purpose of the organization and another side as the perception of workers in safety, interaction between colleagues, work advancement and work development, in which the QWL correlated with the level in the demands of humans.

6. Russel (1992: 50) defined QWL as the general procedure and result of the work experience of each individual that created satisfaction, motivation, the feeling of important mission in an individual in the feelings of determination, stability, justice, pride, protectiveness, responsibility and the flexible procedures in working.

7. Sakulwattanag, P., (1994: 10) defined QWL as the way of life and the quality work of the professional nurse.

8. Jamsomboon, K.,(1996: 15) defined QWL as the feeling of superiority of happiness in working and the feeling of life value obtained from working, which could be evaluated from work satisfaction, work connection and the possibility in staying in the work.

9. Siriyosdumrong, D., (1999:18) defined QWL as the good relationship between an individual and the work environment, which caused effects in working and the response to the demands of the workers to be satisfied.

10. Pongchawan, P., (2000: 10-11) defined QWL as the appropriate and happy way of life in working through a professional nurse in the hospital, in which the environment contributed to success and well-qualified work productivity, along with the ability to determine that the professional nurses in the hospital could manage the perception of the quality of working life by using the eight dimensions of the life quality.

According to the definitions of QWL, it could be concluded that QWL means as the behaviors and the learning experiences in working. In which the work was meaningful and valuable. The individual was satisfied, determined, stable, proud of, percussive of the responsibility in working, along with having a flexible procedure in working by receiving sufficient response to the physical, mental, social and economic demands in order to lead one's life happy life.

Russel (1992) had determined the criteria of QWL, in the following four factors. QWL was defined as the general procedure and result of the work experience of an individual that resulted in satisfaction, motivation, the feeling of important mission in an individual in determination, stability, justice, pride, protectiveness, responsibility and the flexible procedure in working.

There were four important components of the QWL structure, describes as following:

1. **Work safety:** There are many definitions about work safety, however some of the relevant definition described here. Safety was defined as the quality or safe condition, which was free from harm, injuries and accidents by the means of using tools for prevention of unwanted accidents, danger and effects (Webster, 1988:1181)

Safety was defined as the condition free from the risks of personal dangers (cited in Cox and Cox, 1996)

Chaikittiporn, C., (1998:10-11) defined as the condition free from harm, along with the preventive condition from dangers, injuries, risks or loss

Work safety was defined as the safety and health in working of those who were workers. (Chawalitnitikul, C., 1989:5-6).

Siriyosthumrong, D., (1999: 7) mentioned work safety as the personal feeling towards the work, in which the work must not be too risky or maybe attempted to be preventive of the danger that may occur by precaution in order to safety live in current society.

From the above definitions, we can conclude that, safety could be defined as the preventive condition from various dangers, without any risks, loss or injuries, both physical and mental.

According to Wonganuttaroj, P., (1992:10-11) the management in work safety was the management of the work surroundings in order for them to be safe. The management authority was the one with the role and duty in managing and processing by safety arranging the tools and equipments used in the work, inspecting the tools to be in a working condition, using the safe work method and arranging for the security staff to be available in the working areas.

The hospitals were considered one of the workplaces that required consideration in the work environment to be set up the standards in order to prevent dangers that may occur from working and to promote productivity or qualified health service, according to the opinion of Narong na Chiang Mai (cited in Sompolkru, S., 1999:9-10), who mentioned that the environment within the hospital should contribute to the efficiency in providing treatment for the patients and create good atmosphere that the hospital personals could work comfortably, since the nurses in the hospitals also had needs special environment area, especially when the work with the patients

was obviously routine. Therefore, the arrangement in the work of nurses was required to arrange for creation of confidence in safety, the motivation in order to feel comfortable in working. (Sompolkrug, S., 1999:9-10) and the environment would certainly lead to better work results. (Theerawat, I., 1996: 10).

For the management of work safety, Sommargen (1990) had separated the work safety into the following areas.

1. Physical areas: Some things may cause physical harm to those who work, with electricity, sound, radiation, and equipment's. Some medical instruments that required electricity, such as cardiac stimulator, cardio –scan or any used electrical equipment's that may needed repair, especially when compared with iron and water being both good electrical conductors. Therefore, the best ways to prevent harm were to always keep the floor dry, need basic knowledge about electricity and constant inspection of electrical appliances. For avoiding electrical harm. The effects from extremely loud noises could cause stress for the workers and patients; therefore, maintained control of noise volume in the working environment. The harm from radiation was also included since it may cause various diseases. The prevention of harm from radiation could be accomplished by arranging for equipment's that protected the body from the radiating X-ray. An individual should be at least 10 feet away from the radiation machine areas and health education knowledge of radiation should be promoted every personnel in the department. Long exposures to radiation was the leading caused cancer, tumor and danger to children. (Holum, 1987). Reports indicated that accidents found most of the workplace were in the muscles and bones, especially the accidents in the back, which occurred annually (Sasiton, 2003:1-2)

2. Biological area: Working under the spreading condition of germs, such as bacteria, virus, fungus and other germs that nurses had to be extremely cautioned for the HIV and Hepatitis B viruses which could be transmitted both directly and indirectly. The work supervisors should be aware of the appropriate tasks given to the personal in the unit, for example, pregnant nurses may be at risk in exposure to patient with Hepatitis B virus. Prevention knowledge have to be provided for every personal in the unit about the biological danger, such as keeping the bands and skin clear, wearing gloves, masks, glasses and suits that prevented the spread of germs, because if the personal was contaminated, it could cause weakness, resulting in reduction of work

efficiency. According to Oinen & Morris, (1994:10-11) nurses in hospitals were in contact mainly with Staphylococcal virus, Streptococcal virus, liver infection, tuberculosis, HIV virus and Hepatitis B virus .

In the United States of America, exposure to diseases was considered to be the most hazardous work, resulting from contact with blood, incidents with syringe and medical equipments. According to the survey in death rates of female nurses in America during 1984-1990, it was found that the nurses, who less than 65 years old died of infected liver, nose cancer, suicides and drug use.

3. Chemical area: The nurses whose work related with various types of chemicals should be aware of their toxic and danger. The immediate contact for a short period of time and long, chronic contact both caused negative effects on health, such as the symptoms of headache, nausea, vomit, and, skin rashes, it may cause chronic diseases such as liver and lung infection, cancer or reproductive abnormalities. These chemicals were the anti –cancer medication, oxygen and various soaps of cleansing liquids that may be insensitive to skin.

According to the study of Sulzbach-Hoke (1996: 30-37) on female death rates during 1984-1990, it was found that the nurses who were older than 65 years old had the increased death rates from leukemia, in which studies had indicated that nurses were at risk of being infected with leukemia by discovering that the chemicals for creating cancer in animals had a correlation with tumors in humans, along with unconscious gas and ethylene oxide which added to the risk of leukemia.

4. The Psychological area: The work environment could cause stress along, with anatomical change because of the emotions from various personating situations, which was the interpersonal relational in the various levels of the work unit, between the superiors, colleagues, and people under command. Sometimes working together may results in conflicting opinions, participation not in a good way or having more conflicts. Since stress was inevitable and the result depends on the perception of each individual through past experience, interpersonal relationships and personal traits expressed physically, mentally and behaviorally, i.e., physical tension, headache, high blood pressure, abnormal food habits and sleeping disorders, increase heart rates and other sickness. As a result less production and less efficiency. The wrong decision

making ability also had the effect on work performance, increased work accident and may cause work absence.

The accident from emotional illness may be difficult to identify that were stress, weakness, muscular tensions, inertness and pressure. The emotional condition resulted from work environment, isolation and reliability involved with work routines. The work condition that was emotionally dangerous was the shift work, overtime, and uncertainty of environment. It may be happened, within the group just for competency, job rotation, bad leadership, family conflicts and marriage problems, which lead to negative work condition. The effects from stress towards the body were causing heart diseases, high blood pressure, infected digestive system and neurological system; moreover, in those who had diabetes and infected joints, stress could be affected badly and made the worse situation. (Salazar, cited in Cookfairs, 1991:428-434)

2. **Work justice** such as payment, salary, labor, compensations, and rewards. Compensation was an important factor in living. Everyone worked in order to obtain sufficient income with living according to the social status of each individual. Really compensation was mandatory for each individual who work in the hospital., In the country, there was a shortage of nurses and had a great demand for them to work day and night as a part time basis. Some of the hospital had even asked them to work overnight on weekends, with up to 7,000 days of work that were accumulated and uncompensated (Taweessri Kritong, cited in Kanokporn Jamsomboon, 1996:3)

3. **Work motivation** was personal and directly dependent on the administrators. The factor that was the best treatment for emotions was the ability to eliminate the unsatisfactions, along with the ability to create more happy in life; good motivators were important for emotion management and the persuasion of the work. Motivation was the first thing to be mentioned in the human management of leaders (Laohawichier, U., 1992:33) and was the important component, as the work behaviors of humans, which was influenced by attitude, beliefs, values, demands and goals of each individual. (Ajinsamajan, C., 1992: 76-77) because of these reasons, the motivating procedures were thus relevant to the courage and encouragement in working, since Webster Dictionary had defined courage as the condition of emotions, mind and strength that could lead to working with determination and reliability, which correlated with the opinion of Veccio (1995: 125) which stated that courage was the

most important reason for work satisfactory (Awakul, W., 1996:262) which mentioned that the opportunity to participate in brainstorming , satisfaction in direct work and participation in the special activities of the work unit.

4. **Opportunity for advancement** the personal development in working was to provide importance for study training. The personal career development was one of the factors that indicated the quality of working life, which enabled an individual to accomplish the duties with full potential, along with having self-confidence and the ability to solve the problems with the appropriate methods, resulting in success for the individual life.

As for the personal development of capability in the skills, the knowledge that could result in the work quality could be considered from the following topics.

1. Reception of opportunity for challenging works.
2. Reception of additional skills training.
3. The opportunity for additional study.
4. The preparation for different work.
5. Creating one's own work team.
6. Good-work advice's received from colleagues.
7. Good-work suggestion received from colleagues.
8. Assistance from colleagues.
9. The opportunity to present new ideas.
10. Coordination from colleagues in work development.

2. The concept on health status.

Health status is the important factor in humans, in which many had given the following definitions

According to Moddox and Duuglass, (987: 87 cited in Rattangamomchgi , D.,1993:48) the term healthy was defined as not being sick and performing the personal and social duties in a good way.

The World Health Organization (WHO, 1947 cited in Koziar, Erb & Bufalino, 1988: 73) had defined health as the complete condition of the body and mind, along with the ability to live in society, not only free from diseases and disabilities.

According to Lalande, (1974 cited in Pederson , Onil & Rootman , 1994:61) health was not only defined as being ill, and the effect from medical services, but also was the effect from many components, such as way of life , environment and, along with health care.

Shortridge & Lee (1980: 8) had stated that the health status was the condition in which individuals were both physically and emotionally completed and, with well-being in the society, not only sick ill or weak. As for illness, it was stated as the process of a disease, which inhibited the human life developments.

Smith (1983: 43-50) had explained the format or traits in performing the social roles , which sickness was the condition when an individual could not performing the social roles.

If could be concluded that the health status was defined as the completed condition of physical health and mental health, with the ability to live in a society happily.

As for physical health, many definitions had been given as follows:

Physical health was defined as the condition that enabled each of the individuals to accomplish most of their duties, resulting in the extreme ability to live , with help for interpersonal social relationships. As for Tancerat, J. (1986: 2) the definition for physical health had been given as the good physical status in which all of the organs were perfectly intact , strong ,and normal , with total coordination , resulting in work efficiency (Sykarom,U.,1984: 23)

Mental health was defined as the ability to adapt to oneself and the outside world with sufficient environment, along with having happiness and compassion for others in society, the ability to face and accept reality, with situation one was in (Harold W. Bernard, 1970: 12-16 cited in Sotornpitakkul, S.,1991: 10)

(Laksanawichan, U., 1987:5 cited in Sotornpitakkul, S., 1991:10) mentioned that the individuals with good mental health were those who possessed stable emotions, along with ability to adapt to the society with rapid changes, work capability and the ability to live with others happily.

Eli Bower (cited in Sotornpitakkul, S., 1991:10), a psychologist, had defined good mental health as the ability of an individual in problem solving, in order to escape life pressures. An individual was admitted to liberty in thinking or choosing one's own solution for life problems .In other words, the individual with good mental

health was the one who solved the problems in life according to the appropriateness of the environment

In conclusion, the individuals with good mental health could be considered as follow:

1. About oneself: The individual with good mental health would be satisfied in going what was considered to be right, which self-comprehension in solving one's own problems, along with the ability to express emotions appropriately with the situation and the ability to stabilize emotions

2. About other: The individual with good mental health had the tendency to the opinions of others, with sincerity, love, trust, assistance and satisfaction in doing beneficial accomplishments for the group until one feels like a part of the group.

3. About the ability in living: The individuals with good mental health had the ability to solve one's problems, with objectives in life, benefits from experience and the search for knowledge in order to create self-confidence in development of ability, along with responsibility for one's duty and the beneficial use of one's ability towards oneself and the society.

The incidents from mental, illness were difficult to diagnose such as, stress, weakness, muscle tension, inertness and pressure. Mental status resulted from work environment, isolation, and reliability in work routines. The shifting work conditions were mentally dangerous. Workload and environmental uncertainty, such as competency within the group, job rotation, bad leadership, family conflicts and mental problem, causing negative work condition the effect of stress on physical condition were to cause heart diseases, high blood pressure, gastroenteritis and the effects on the neurological system. Moreover, in those that were affected with diabetes and rheumatism, stress had the ability to make the symptoms worsen. (Salazar cited in Cookfairs, 1991:428-434) Therefore, it could be shortly concluded that the individuals who had good mental health were those who led happy lives and possessed emotional stability.

3. The personal factors that affected health status.

1. **Age** was the factor that indicated seniority and experience of each individual, by reflecting experiences both in the personal and work life. The nurse who has, higher seniority, they have higher vision in perceiving life, more cautions and awareness in life.

There was a study found on stress and factors that influenced stress in Mathyom school teachers. It was found that the teachers aged 20-29 years old had the tendency to be more mentally unhealthy than the other age groups. However the older individuals have more experience, with higher seniority, forward vision, more cautions and more adaptive ability according to situations than those who were younger.

Petechrathanashart , P.(1986:18) who studied the relationship between stress and behavior in the interpersonal relationships of the nursing teacher in the university in Thailand and found that the age differences had different relationships between stress and behavior in the interpersonal relationships of the nursing teachers which was, significant.

Sethapoomrin, R. and Tungnorapongchai, C.(1988:12) who studied the stress of nursing teacher who were working in the faculty of nursing at Khonkan University found that age was related with significance to stress .

Sethanyarat, N. (1991: 18) who studied the factors that influenced the boredom in the work of professional nurses in the Thai Red Cross Organization found that the age of the nurses significantly related to work boredom.

Tunchaisawat, S. (1992: 106) who studied the relationship between some factors and the stress of professional nurses, at the faculty of medicine of Songklanakarinn University hospital, found that age was related to stress, with statistical significance.

Laddawan, P. (1991: 48) found the relationships between health perception, support from the work unit and the health area of professional nurses at the state hospitals in Bangkok, found that age had a positive relation to the form of living professional nurses.

Pawilai, J. (1991:38) who studied the perception on health status in self-care and the health status of the patient after heart transplant, She found that the individual with higher age and seniority had more tendency to evaluate situations wisely, make decisions in method of self –care and responsibility in a better way in the continuous self-care activities, than the younger individuals. She also found that age way positively significance with the health status.

Suronyatee, P.(1993:93) positioned in the deputy office of the Ministry of Public Health who studied the influence of personal factors, work environment and social support on work boredom of nurses in central and general hospital and found that age related to the work boredom.

Ngaokes, S. (1995:8-9) who studied in the public health service center at the health office in Bangkok and found that the relationship between the choosing factors and the way of life that promoter health of professional nurses, that age related to the way of life that promoted health significantly.

Sawaro, S. (1998: 41) who studied the factors relevant to the boredom of nurse in the community hospitals in Kalasin province found that age related to the boredom of professional nurses in the feeling of failure with significance.

Sintayatin, P. (2000:75) who studied the health and health promotion program of middle aged working woman in Bangkok, found that age was related to the health promotion program of middle aged working woman.

Kasl and Cobb (1966:24) stated that age had influence on the perception in the health of each individual. The increased age had also increased awareness in health demands, which led to correct behaviors in actions.

Walk et al (1988: 72) who studied the relationships and formats of living that promoted the health of senior citizens, related to the early working aged and middle-aged, found that age was related to the way of life that promoted health.

Orem (1980: 154) cited in (Warunwan Pokod, 1994:33-34) who found that the individuals with more seniority were usually the ones with the correct decisions made in self-care medication in health area. Those who were between 25-44 years old that was obsessed with working and building their own economic status; therefore, less care was provided in health area. Those between 45-60 years old, they were in the age that great interest was provided in health area. The older individuals who were interested in their health had to always be careful of their health and keeping them well in talking decision for the treatment of the patients.

Pender et al. (1990 cited in Lusk S.L., 1995: 21) found that age was positively related to the way of life that promoted health.

Nakagawa et al. (1993 cited in Jarjira Pytonyked, 1994: 4-7) who studied the difference in the health of workers in the blue and white –collar level in an industrial settings. She found that good health was related to age of the workers.

Su (1993:15) who studied the relationship between stress from work, personal qualifications and response to stress from the study among 810 nurses working in the clinics. She found that stress from work was more related to the work environment and interpersonal relationship of the clinic of the nurses is very important than the others groups of occupations. Response to stress was significantly and positively related to age.

There were other findings not related to the study, such as; by

Keyuiranont, P. (1984:8-9) found that the factors influenced the stress of professional nurses at the state hospitals in Bangkok, the age difference had no difference with stress.

Chyrapawan, J. (1985: 4-5) who did the survey stress in the disease transmission, found that age had no any differences relationship in the stress score.

Kosol, J. (1987: 14) who studied the mental health of technical nurses in psychiatric wards in Thailand found that age was not related with the mental health of technical nurses.

Moopayak, K. (1993: 5) who studied the health status and behavior of middle – aged woman in the 40-59 years old age group, of Mahidol University found that age was not related to health status and behavior.

Suthikul, N. (1997: 55) who studied the health promotion behavior of elementary school teachers in Bangkok found that age was not related to the health promotion behavior of elementary school.

Chiyakulwatthana, C. (1999:55) who studied the factors that were relevant to the way of life that promoted health of the woman in the early seniority age in Surin providence, found that age was not related to the way of life that promoted health of woman in the early seniority age.

Lorsewankul, B. (2001:108) who studied the choosing factors in personal characteristics, perception in health status and perceptual in the work environment that had effects on work boredom in professional nurses in the large operation room in a hospital.

According to the results, it was found that age was related to the health status, and some studies just opposite to it. Age was the basic factors that indicated difference in the development of both physical, mental and emotional, along with having the influence on determination of ability in the self-care of an individual

2. **Marital status** was mentioned the social network of an individual, who live together in a society. It was also considered to be one of the important factors in the explanation of health care behaviors and in the midst of social situations and social relationships between individuals in the society (Pasuk ,L.,1992:80)

Marriage was start from family institutes, which was the social system that had high potential in the health care for oneself and among the family members. The couple with good relationship would be loving, understanding and being compassionate towards others. These qualifications would be the important factors in exchange of news and opportunity for both sides to coordinate with one another. According to the research by Brown and McGreedy, (1986:45) it was found that those who were married would have more health preventive behavior those who were not.

Maslach and Jackson (1981:111) who studied burnout in Organizational setting, found that marital status was related to discouragement, in which those who were single or divorced would have more feeling of discouragement than those who were married.

Hubbard, et al (1984:266-269) found that those who were married would receive more social support. These caused the ability to take care of oneself better than the single individuals because having a spouse helped reduced all the stress that occurred.

Chiribuza and Baileny (1986: 294-298) who studied the feeling of boredom in the group of nurses who were positioned in the critical patients dormitory and in other departments, it was found that marital status was related to boredom, in which the married nurses would feel less bored than the unmarried nurses.

Su (1993: 15) who studied the correlation between stress from work, personal traits and response to stress related to the work environment and the interpersonal relationship. The response of stress of nurses in clinics was higher than the individuals in the other occupations and the way correlated significantly, as well as positively, with the response to stress.

Petehratchatachart,P. (1986:48) who studied at the department of University of Thailand and found that the correlation between stress and the behavior in the interpersonal relationship of the nursing teachers. She found that marital status was significantly related to stress.

Nantachai, S. (1992:45) who studied the relational between loneliness and the health status of senior citizens, found that marital status was significantly related to the health status.

Ngaked, S. (1996:118) found that marital status was significantly related to the way of life that promoted the health of professional nurses.

Tassnajtathanee, D. (1996: 79) who studied the variables relevant to stress in working of the emergency nurses at the state hospitals in Bangkok found that marital status was related to stress, with significant relationship.

Praetuan, J. (2000:121) who studied the stress and work satisfaction of the nursing personals in the hospitals positioned at the medication office of Bangkok, found that marital status was related to stress.

Famklongkom, P. (1997:165) found that nurses with the different marital status also had different levels of stress, in which the nurses who single had the tendency to be more stressed than the married nurses.

Praake, K. (2001: 75) who studied the factors that related to the work boredom of the nurses working at the community hospitals in the public health zone 6, found that marital status was related to work boredom of the working nurses.

These results were not related to the study by

Chyrapawan, J. (1985: 4-5) who did the survey stress in the disease transmission and, found that marital status showed no difference in the score in stress..

Kosol, J. (1987: 14) who studied the mental health of technical nurses in psychiatric wards in Thailand, found that the marital status was not related to mental status.

Sricharean, P. (1990: 22) who studied at Sirilaj hospital in Bangkok and found that the factors which had the influence on the denied for the change of nursing career: found that marital status was not related to the influence on work boredom.

Suwannapood, P. (1990:1-2) who studied about the stress in nurses who worked at Noparatratchatane hospital, found that the nurses with different marital status had no different level of stress.

Sritunyarat, N. (1991: 45-46) who studied the factors that had the influence on work boredom in professional nurses working in the Thai Red Cross Organization, found there was no correlation between marital status and boredom.

Moopayak, K. (1993: 5) who studied the health status and behavior of middle – aged woman at the 40-59 years old age group from Mahidol University, found that marital status was not related to the illness within the period of 3 months.

Suroyathree na Ratchaseema, P. (1994:93) positioned in the deputy office of the Ministry of Public Health, who studied the influence that the personal factors, work environment and social support had on work boredom of nurses in the central/general hospitals found that marital status was not related to work boredom.

Pantong, A. (1997:57) who studied between marital status and the health promotion behavior of women in the menopause stage, found that there was no correlation between marital status and the health promotion behavior of these women.

Puraksa, V. (1998: 131) position in the Ministry of Public Health, who studied the relation between individuals and work factors with the work boredom in professional nurses working in general hospital, and found that there was no correlation in general hospitals in the Ministry of Public Health. With workboredom.

Wanyanapom, W. (2001,96) who studied the correlation between personal factors, work environment, and the health behaviors at risk in the workplaces of professional nurses in the central hospitals, found that marital status was not related to the health behaviors at risk.

Lorsewankul, B. (2001: 108) from the Ministry of Public Health, Bangkok who studied the choosing factors in personal characteristics, perception in health status and perceptual in the work environment that had effects on work boredom in professional nurses and, found that there was no correlation between marital status and the work boredom in professional nurses.

According to the researches, it was found that there was both correlation between marital status and health status: It was also found from the review on relevant literature that marriage was considered as a part of social support. Marriages with

good relationship, love, understanding, attention, empathy, along with open and efficient communication, would help indicate the potential in development of ability in health care; therefore, marital status should be related to the health status.

3. **Work experience**, those who have less work experience, those who have lack sufficient knowledge about work, work environment or things within the work unit to create confidence in working. According to the study by

Benner (1984:20-32) on the period of time for skill development in newly graduated nurses or novice and the expert nurse by using the Dreyfus Model, it was found that the nurses who had been working for more than 5 years would have higher work experience than nurses who had been working for 1-2 years and 2-5 years. It was also found that the nurses who had been working with the same group of patients for more than 5 years would have the skills and expert in clinical areas, those individuals with long work period would acquire more learning and experience, better comprehension in the problems, more caution and ability in implication of accumulated experience (Oborn, T., 1996:15)

Petehatchachart, P. (1986: 48) who studied the relationship between stress and the behavior in the interpersonal relationship of the nursing teachers positioned in the department of University in Thailand's, found that work experience was related to stress, with significant relationship.

Sethapoomrin, R. and Tungnora, C. (1988:12) who studied the stress of nursing teacher who were working in the faculty of nursing at Khonkan University, found that work experience was related to the stress of the nursing teachers.

Tunchaiswas, S. (1992, 170) who studied the correlation between some factors and stress in professional nurses working at the faculty of medicine in Songklanakarin University hospital, found that work experience was related to the stress in professional nurse.

Su (1993:15) who studied the relationship between stress from work, personal qualifications and response to stress from the study among 810 nurses working clinics, found that work stress was related to work environment and interpersonal relationship. The response to stress in clinic nurses was higher than in other occupation and was positively related to work experience.

Suronyatee via Rachaseema, P. (1993: 93) in the deputy office of the Ministry of Public Health, who studied the influence of personal factors, work environment and social support on work boredom of nurses in central and general hospital positioned found that work experience was related to the work boredom in nurses.

Wanyanapom, W. (1999,96) who studied the correlation between personal factors, work environment, and the health behaviors at risk in the workplaces of professional nurses in the central hospitals found that work experience was related to the risky health behaviors in the workplaces of professional nurses .

Sawaro, S.(1998: 41) who studied the factors relevant to the boredom of nurse in the community hospitals at Kalasin Province found that work experience was related to the boredom in nurses.

Sirijan, R.(1999:147) who studied the work boredom in nurses working in Utaitanee Province, found that work experience was related to work boredom in nurses.

Praake, K. (2001: 75) who studied the factors that were relevant to work boredom in nurses working at the community hospitals, Public Health Zone 6, found that work experience was related to work boredom in the practice of nurses working in the nursing area.

Kleypakdee, U. (2001:63) at Somdejprapinklao Hospital who studied the factors that had the influence on the level of boredom in nurses positioned, found that work experience related to the level of work boredom in these nurses.

There are other results not related with the following studies:

Keyuiranont, P. (1984:8-9) on factors that influenced the stress of professional nurses in the state hospitals in Bangkok, who found that work experience was not related to stress in professional nurse.

Kosol, J. (1987:14) who studied the mental health of technical nurses in psychiatric wards in Thailand found that work experience was not related to mental health of these technical nurses.

Jan, J. (2000:128) who studied the population characteristic, work characteristics, stress, self-instruction and health risks towards heart and artery diseases of the nursing personal in hospitals positioned in the department of

medication, Bangkok, found that work experience was not related to the health risks towards heart and artery disease of these nursing personals .

4. **Income** was a contribution that had the influence on the adaptive behavior of an individual, since individuals income will be given the opportunity to obtain conveniences that were beneficial to oneself and others, along with the better living among the illnesses (Oren, 1983:175) according to the study by Cockerham (1982:90) , it was found that the individuals with high income had the tendency to be better educated in diseases and health behaviors. The individuals with high income with a good level of ability and work, resulted in self – pride, self-esteem. On the contrary, if the individual had low income, it would result in dissatisfaction and work disencouragement, which was correlated with the study by Kerr, Lundrigan and Brodish (1996).

Mazzorana (1991:152) found that the satisfaction in income was negatively correlated with emotional weakness.

Huntasan, S. (1996:44) who studied the factors that had the influence on the health promoting behaviors of females in the menopause age in the rural areas of Nontabunee Province, found significant relationship between income and health promoting behaviors of these woman.

Chaikulwattana, C. (1999:32-33) who studied the factors that were relaxant to the way of life that promoted health of women in the early adult stage in the city district of Surin province, found that income was related to the way of life that promoted health of these women.

Prætuan, J. (2000:121) who studied the stress and work satisfaction of the nursing personals in the hospitals in the Medication office in Bangkok, found relationship income among with stress.

Praake, K. (2001: 75) who studied the factors that were relevant to work boredom in nurses working at the community hospitals in, Public Heath Zone 6, found that income was related to work boredom in the practice of nurses working in the nursing area.

These results were not related to the study by

Moopayak, K. (1993: 5) who studied the health status and behavior of middle – aged woman between 40-59 years old age group of, Mahidol University, found that the income was not related to the illnesses within the period of 3 months.

Puraksa,V. (1998:131) who studied the relational between individuals and work factors with the work boredom in professional nurses working in general hospital in the Ministry of Public Health, found that there was no correlation in general between income and the boredom in professional nurses.

According to the literature review, it was found that there was positive and negative correlation between income and the health status. Moreover, according to the review on relevant literatures, it was also found that economic status was an important component in the potential of self-care, in which care than the others, therefore, income should be correlated with the health status.

5. **Shift work** were required since nursing profession was a continuous work, no holiday due to high demand of nurses in the country as well as foreign. Really the work schedule would be divided into the morning, afternoon and night shifts, Normally, humans worked in the day and went to sleep at night; however, when there were constant changes in the work time, it may cause negative physical effects because of the constant adoption.

Keyuiranont, P. (1984:4-5) on factors that influenced the stress of professional nurses at the state hospitals in Bangkok, which found that the nurses who worked in shift were related to stress.

Wanyanapom, W. (2001,96) who studied the correlation between personal factors, work environment, and the health behaviors at risk in the workplaces of professional nurses in the central hospitals, found that there was correlation between the nurses who worked in shift and the health behaviors at risk.

Marziale and Rocestraten (1995:43) who studied the symptoms of emotional weakness in the nurses who worked in shift from the analysis of 12 nurses who worked in the different University Hospital, found that working in shift was dangerous to the health and the nurses were unsatisfied with the work schedule.

Gillmore (1990:14) who studied the correlation between the work environment in hospitals, personal factors of nurses and the health of the nurses obtained from 250 nurses in 4 special units, which were the critical ward, cancer ward, operation room and psychiatric ward, found that working in shift had effects on the health status.

These results were not correlated with the study by

Skipper, Jang and Coffey (1990:42) did a survey among 403 nurses in five hospitals those who worked with shifting duty and found that working in shifts was not significant with the health status.

According to the research reviews, it was found that shift work sometimes were correlated with the health status and sometimes not correlated. Moreover, from the reviews on reviews of literatures, it was found that work shifts were the cause of negative effects on the health status

6. **Additional education** was one of the methods in the development of human resources, in order to increase the work capability and promote knowledge and various actions. Furthermore, it was also the cause for advancement in work, the stimulation for encouraging work and the maintenance of the qualified human resources. Because of the educational advancement in the health science, the development of nursing knowledge, the implication of modern technology, along with the demand for qualified treatment, this caused the necessity in nurses to develop their knowledge and ability in order to be updated with current events and to reduce stress from working (Pierce, Freund, Luikart. & Fondren, 1991:31) .At present, there had been academic arrangements by hospitals in order to promote knowledge and skills training for the nurses in the unit, along with arrangements for seminars in other units outside of the hospitals, or may foreign countries, depending on the policy and support of the administrative board. Therefore, the support for additional study in the nurses could head to the encouragement for a long time stay in the career.

Maskach (1983:45) and Sritunyarat, N. (1991:38) found that there has been correlation between additional study and work boredom which was significant.

According to the reviewed, it was found that additional study was both correlated with the health status. Moreover, from the review on the literatures relevant to the correlation between education level and personal health behaviors, it was found that education level helps in better comprehension to data and the better leaning ability

about diseases and their treatments. The individuals with high education level should be correctly informed about the health practices, therefore, additional study should be correlated with the health status.

7. **Overtime work** is very important and much correlated with work absence from sickness and accidents. Since the current overt –time work from the normal period (7-8hours per day) caused individuals to be more exposed to stress, resulted in the health reduction.

Oouglas, Meteis and Paul (1997:14) who did a research in the nursing assistant in Mexico by studying the effects of the roles and duties on health through the survey of 59 nursing assistants in two of the Mexican hospitals, found there was a correlation between work stress and the work hours, with statistical significance outcome..

Tasi (1993: 24) who studied the correlation between stress in Chinese nurses working in Taiwan by choosing 3 out of 10 Chinese nurses working in hospitals with 200-900 beds, found that the work situations that caused stress for Chinese nurses were similar to those of the Westem nurses. Nursing profession was involved with the patient care for many years and relevant to condition of patients, interpersonal relationships and the workload.

Mobiy (1991:12) who studied the level and causes of stress in nurses from the study of 102 participants who worked full-time in the university, found that the stress level was in a moderate to high level and the cause of stress mostly resulted form overloaded work.

According to the research review, it was found that the workload was correlated with the health status. Moreover, from the review on relevant literatures, it was found that the overtime work could lead to more exposure to stress in individuals, which may resulted in reduction or health, 75 overtime work should be correlated with the health status.

4. Relevant literature of QWL and health status.

Sakulwattana, P. (1994:20) studied factors, which effected QWL of professional nurse at Maharjnakorn Hospital, Chiengmai Province. She found that QWL among professional nurses was at moderate level. She found in her study value, age, income had relation to QWL. Maternal status and overtime work not relation to

QWL. Working environment, position and duty management could explain only 39 % of QWL

Utama, W. (1995:3) studied QWL affected the Performance of Personal in district education superintendent office in the educational region 6. The findings revealed that the level of QWL was at average level. The QWL on job security, development of human capacities, safe and healthy environment, social integration, growth and security were at the average level. As considering separately, the performance on general management was at a high level but the performance on promoting education, religion, culture, planning task and community were at the average level. The relationship between of working life indicators and the performance of person in district education office was significant .01 level.

Sangkaew, T. (1998: 2) studied the factors concerning of QWL of teachers in small and large secondary schools under the general education department, Khon Kaen Province. The results show that the overall current state of factors concerning the QWL of teachers were at the moderate level. In comparison, the factors about income and welfare of teacher between small and large secondary school were significantly at .05 level and equity in workplace were not significant.

Ocharos, S. (1999: 20) studied QWL of professional nurses in Police General Hospital. The level of QWL of that hospital among the nurse professional competency, professional values and, bureaucratic values were moderate level. The factors mainly involved was that age, rank and position of professional nurses QWL.

Klinhom, P. (2000:14) studied influence of the QWL to mental health among operating works of the Ready Mixed Concrete, Siam Cement Group. He found that, the QWL was at the moderate level. He also mentioned that ages, marital status, income and location of work places (regional) did not affect to mental health. The mental health, and physical health, were positive correlated with the QWL. The safety and healthy workplace, the work and total life space, could predict the mental health, only 8.4% of the QWL.

Dejchitakorn, O. (2001: 20) studied selected Factors Related to burnout level and perceived QWL of professional nurses in the Military Hospital. The purpose of this research was to study the burnout level and QWL of professional nurses in the Military Hospital. The results were summarized that personal data did not affect

burnout and QWL. Perception of management system. Perception of professional competency, traditional values, and professional values were negatively related to burnout, significance at .01 level. Where as perception of management system, perception of professional competency, perception of management system, and professional competency of nurses only described 16.50%. Perception of management system, perception of professional competency and department had been predicted to QWL in professional nurses at 22 %.

Sutthaviresan, K. (1992:3) studied sense of coherence, social support and burnout in critical care nurses. The study indicated that critical care nurse in regional hospital and medical centers, and general hospital perceived emotional exhaustion in the middle level, perceived personalization and personal accomplishment in low level. He pointed out that sense of coherence and social support were negatively correlated with three dimensions of burnout ($P < .001$) and sense of coherence was positively correlated with social support ($P < .001$). The relationship between age, marital status and duration of experience in critical care unit were not significantly correlated with all of three dimensions of burnout. In addition, it was found that age was positively correlated with the social support ($P < .05$) and marital status was positively correlated with sense of coherence ($P < .01$). When sense of coherence, social support, age marital status and duration of experience in critical care unit were entered into the regression model to predict burnout, it was found that sense of coherence was a significant predictor and accounted for 14.90% of variance in emotional issues ($P < .001$). Social support was a significant predictor of both depersonalization and reduced personal accomplishment, which accounted for 12.70 % and 12.80 % of variance, respectively. ($P < .001$). When all variables were entered into the regression model to predict total burnout, it was found that sense of coherence and social support were significant predictors and accounted for 22.40 % of variance which was significant ($P < .05$).

Pasook, W. (1992:3) studied relationships between health perception, institutional support, and health related lifestyles of professional nurses from governmental hospitals in Bangkok metropolis. He found that the mean of health related lifestyle of professional nurse was in good level. There were moderate relationships between age, institutional nurses, self – esteem and health related

lifestyles of professional nurses, ($P < .01$). In addition, perceived own health status and marital status were significant relationship to health related lifestyles ($P < .01$). There was no significant relationship between control of health focus and health related lifestyles. The variables which were able to significantly predict health related lifestyles of professional nurses ($P < .01$), were age institutional support, self – esteem and external health control focus, these predictors accounted only for 30.18 % of the variance.

Suthikul,N. (1997:11) studied health promoting behavior of primary school teachers in Bangkok Metropolitan city and, found that the modifying factors which were sex of the teachers, family income and health promoting activities in the schools, were significant relationship to health promotion of the teachers ($P < .05$) . The health promotion behaviors in the schools, were significant relation to the health promotion behaviors of the teachers behaviors it and found that health promotion value, attitude toward health promotion, perceived health promotion self – efficacy benefits and barriers to performing health promotion behaviors of the teachers were significantly related ($P < .01$). From the MCA analysis, about 37% of the variance of the health promotion behaviors of teachers could be explained. The health promotion value was the most important predictor followed by the perception about benefits and barriers, the self – efficacy, sex, educational level and the attitude toward health promotion respectively.

The results of this study suggested that the value of health promotion should be emphasized in the implementation of health promotion program for teachers.

Famklongkom, P.(1997:157-160) who studied The correlation between stress and work satisfaction in the nurses positioned at the Simdej PraPinklao Hospital of department of the Navy and found that the different gender, age, education level and work experience also had different levels of work satisfaction ($P < .05$).

Mattauat, H. (1998:93) who studied the personal factor, work status and psychological factors that were relevant relation with the work boredom in professional nurses in the eastern regional hospitals and the most boredom prevail in the work period.

Sirichan, R. (1999:147) who studied the work experience had the level of boredom with statistical significance at .05.

Salalote, S. (1998:5) studied factors related to burnout of nurses at community hospital at Kalasin Province. The study found that the nurses at the community hospital of Kalasin Province had burnout while working with the high level of the sense of personal accomplishment but with the low level of the emotion exhaustion and the personalization. There were significant relationship exists when compared to independent variables such as: position, age, marital status, working experience, and education. It revealed that nurses with different ages and marital statuses had burnout with different level of the decreased sense of personal accomplishment ($P < .05$) Regarding the working experience had burnout with different levels of emotion exhaustion ($P < .05$). Due to level of the position; professional nurses working as well as technical working was not different.

Keadthong, W. (2000: 10) studied an organization of health nursing departments of government hospitals of the ministry of public health. The mean scores of health of nursing departments which were different in the hospital accreditation ($P < .05$). The mean scores of nursing departments in accredited hospitals were higher than the participated and non-participated hospital accreditation project. The mean scores of health of nursing departments which were different level of hospital ($P < .05$). The mean scores of organizational health of nursing departments of regional hospitals medical centers and general hospitals were higher than the community hospitals .The mean scores of organizational health of nursing department which different locations were significantly difference at .05 level.

Phra-ek, K. (2001:13) studied factors related to job burnout of nurses in nursing section of community hospitals in, Public Health Region 6. The results described the job burnout of nurses as a whole was at a moderate level, where the emotional exhaustion at moderate level, the depersonalization at low level, and decrease sense of accomplishment at a moderate level. The study found the relationships between the independent variables and job burnout of nurses. He found that work stress and marital status, personal relationship and positive work were correlated ($P < .01$). The position and education levels were not correlated. The predictors for the job burnout of nurses found significant relationship with, work stress, work experience, age and marital status. The power of prediction of this equation was at 55.40 %.

Gover(1983:3) who studied the level of boredom in the group of student among in Public Health colleges and, found that there were different levels of boredom in the work period but the occupational preparation, and satisfaction in career choice , which there was no correlation between gender and mental status.

Skinles & Hinson (1989:374-378) who studied the work boredom of nurses in the nursing and mental health units, found that the work period was positively correlated with emotional weakness.

Ryan& Poster (1991:10) who studied about the response of the nurses towards harm. They found that the response towards harm that was most found with the emotional response, which was anger. They also found that 44 of the professional nurses were physically harmed.

Marsiale&Rozestraten (1996:5) who studied the symptoms of emotional weakness in nurses working in hospitals in shifts, found that working in shifts was hazardous to the health and society of the nurses that were not satisfied with the work schedule

Duuglas, Meleis and Daul (1997:20) who studied the effects of rates on the health of the assistant nurses, found that work stress was correlated and significant at .05 level with physical symptoms, walking period, muscle sores and vision problems.

Levin et al (1998:10) who studied the harm done to the nurses in emergency rooms though a focus group discussion found that the factors relevant to the harm done to the nurses were the personal factors, location factors, and environmental factor. The physical effects were broken bones. Injures, chronic aches, muscle sores, insomnia and spine problems but for the emotional effect, it was anger. The effects on working were work bored on work inability, work absence, change of work unit, loss of encouragement and work retirement.

From the above literature review it was found that QWL depends on personal factors and health of the working nurse. Therefore, we diagram the conceptual framework as follows:

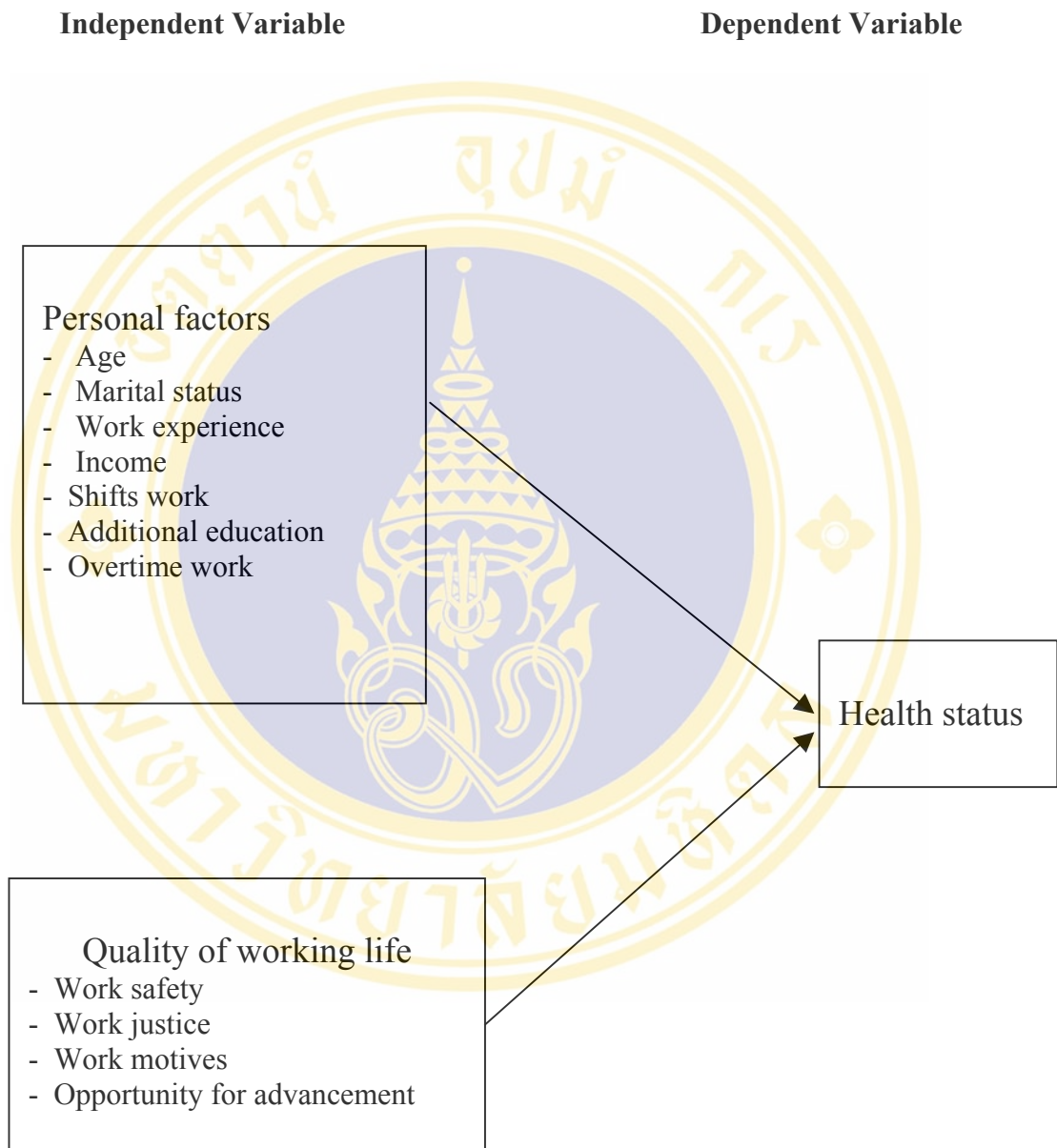


Figure 1 Conceptual framework of the study

CHAPTER III

MATERIALS AND METHODS

Research Design

This descriptive survey research was designed to study the relationship between quality of working life and health status of the registered nurses (RNs). The methodology is described as follows.

Population and Sampling

The population is RNs who have worked full-time in the nursing department of the hospital located in Rayong province during May to July of 2002. The number of RNs are 520.

Sampling

The sample of this study was selected by using stratified random sampling technique with proportional allocation. A pilot survey of RNs' health status was carried out during April to May 2002 with 90 RNs whose selected from 500 beds Ayuttaya hospital, 120 beds Prathumtanee hospital and 30 beds Thanyburi hospital. The results of pilot study found that the mean (standard deviation) of health status of RNs in Ayuttaya hospital, Prathumtanee hospital and Thanyburi hospital were 187.47 (8.48), 185.03(11.25) and 189.57(9.68), respectively.

The sample size was computed by using the proportional allocation method as following formula. (Silpasuwan, W., Viwatwongkasem, C., 1995: 195)

$$n_{PROP} = \frac{N \sum N_h S_h^2}{N^2 D^2 + \sum N_h S_h^2}$$

h = Ranges 1,2,3

N = Number of total population

n_{prop} = Total sample size

N_h = Number of population in each range

S_h = Standard deviation of health status in each population range

$$D^2 = \frac{d^2}{Z_\alpha^2}$$

$$d = | \bar{X} - \mu | = \text{Absolute error}$$

μ = Average value of health status score 189.47 (Lorsywankul, B., 1998: 89)

\bar{X} = Average value of health status score from pilot survey 189.57

$$\begin{aligned} d &= | 189.47 - 189.57 | \\ &= 0.1 \end{aligned}$$

z = standard statistical value under normal curve, correlated with the statistical significance at .05 = 1.96

$$D^2 = \frac{(0.1)^2}{(1.96)^2}$$

$$= 0.003$$

$$\begin{aligned} n_{PROP} &= \frac{330 \left[(30 \times (9.68)^2) + (60 \times (11.25)^2) + (240 \times (8.48)^2) \right]}{(330)^2 (0.003)^2 + \left[(30 \times (9.68)^2) + (60 \times (11.25)^2) + (240 \times (8.48)^2) \right]} \\ &= 330 \end{aligned}$$

The calculated sample size is 330.

Sampling technique.

A stratified random sampling technique was used in this research. Rayong Province comprised of seven hospitals divided into three groups according to size of hospital. The numbers of RNs in each hospital are shown in Table 1

Table 1 The number of RNs categorized by size of hospitals in Rayong Province.

Size	Hospital	Numbers
30 beds	Wargchan	35
	Plyakdang	30
	Bankgi	30
	Mabtaput	32
120 beds	Banchang	65
	Klang	62
500 beds	Rayong	266
total		520

Data source: Nursing department reports in each hospital, 2002.

The population of RNs who have worked in 30 beds, 60 beds and 500 beds hospitals were 127 , 127 and 266 , respectively . The total population of RNs who have worked in the hospital in Rayong Province is 520 .

The sample size in each hospital group was calculated by using the following formulation .

$$n_h = \frac{N_h}{N} \times n$$

n_h = Sample size in each group

N_h = Population size in each group

N = Total population size

n = Total calculated sample size

The calculated sample size in each group is as follows.

30 beds hospital 81 RNs
 120 beds hospital 81 RNs
 500 beds hospital 168 RNs

In order to ensure the enough sample size, data was collected more than calculated sample size in all three groups as follows.

30 beds hospital 86 RNs
 120 beds hospital 83 RNs
 500 beds hospital 170 RNs

The RNs were selected from each hospital group by simple random sampling. Lists of RNs' name were selected until the adequate number of RNs for the required sample size in each group was obtained.

Research Instrument

The instrument use in this study were the three – part questionnaire described in details as follows :

Part I Personal factors, the questionnaire was constructed by the researcher to gather information regarding age , marital status ,work experience , income , shift work , additional education , and over-time work

Part II Quality of working life, the questionnaire was performed by researcher and modified. There were four components, which were consisting of 40 items as follows.

Work safety	21	questions
Work Justification	5	questions
Work Motivation	4	questions
Opportunity for advancement	10	questions

The questionnaire was a 4 four – point rating scale, which were much, moderate, little, and unsure, the scoring of the responses were as follows.

Response	Positive items	negative items
Much	4	1
Moderate	3	2
Little	2	3
Unsure	1	4

Quality of working life (QWL) was classified by criterion – grading score into 4 level (Kannasut, P., 1995: 117)

Mean score	Level of QWL
4.00-3.50	good
3.49-2.50	moderate
2.49-1.50	acceptable
1.49-1.00	needed improvement

Part III Health status , the questionnaire consists of the questions regarding physical and mental health status which was derived from the health questionnaire of Puntumanawin, D. and Prachonpunchanuk, R. (1981: 35). This part comprised of 20 items of the 5 - choice rating scale, physical health status and 20 items of 5 -choice rating scale mental health status.

The physical health status questionnaire includes the questions regarding nervous system such as headaches, insomnia, dizziness, convulsion, fatigue, shaky hand, back pain; cardiovascular system, such as easily tired, chest pains, trembling; digestive system, such as stomachaches, easily tired, vomiting, diarrhea, constipated, : and other systems such as high fever; tired; bloody nose, colds.

The mental health status questionnaire includes the questions regarding feeling towards oneself, such as easily exited, lack of attention, uncomforted, dislike by colleagues, fear without reason, uncontrollable, easily shocked, accomplished with pride sorry when could not, withdrawn, no sense of humor, insomnia, lack of self – confidence, and feelings towards colleagues, such as disturbed from colleagues during working hour.

The responses were given score as follow.

Response	Score
No symptom	5
Symptom found 1-2 times / month	4
Symptom found 3-4 times / month	3
Symptom found 5 times / month	2
Symptom found everyday	1

The physical and mental health status was classified by using criterion – grading score into 3 levels as follows.

Health status score	Level of health status
$> \bar{X} + SD$	Good
$\bar{X} \pm SD$	Moderate
$< \bar{X} - SD$	Poor

Validity and Reliability of Instrument

The research instrument was developed and tested for its validity and reliability .It is described as follows.

1. Validity of the questionnaires

The research instrument used in this research was examined for its content validity by major-advisor, co-advisor, and five experts. The questionnaire was revised according to their comments and suggestion.

2. Reliability of the questionnaires

The pilot testing of the questionnaire was conducted with 30 RNs of the BanPhong hospitals in Ratchaburi province who had similar characteristics as the subjects of the study. The Cronbach 's alpha coefficient was used to assess the reliability of the QWL , physical health status and mental health status with reliability of 0.78, 0.86 and 0.89, respectively.

Data collection Procedure

The data collection was conducted by the researcher, with cooperation from the director of the hospital and head of nurses in distributing the questionnaires to the RNs. Data collection was preceded as follow:

1. Letter asking for permission to conduct the study from the Graduate School of Mahidol University was sent to the director of the hospital that was selected. The letter explained the purpose of the research in detail and requested their co – operation.
2. The researcher introduced herself to the directors of the hospital and head of nurses explained the purpose and of the study and requested their co – operation.
3. Data collection was processed with the self – response to the questionnaires by the sample group from May to July 2002.

Protection of Human Subjects

The study was conducted after final permission to perform the study was granted by the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Potential participants were informed about the purpose of the study and their right to refuse to participate or to withdraw from the study at any time. Their names were not attached to the data. A code number was used on the questionnaires instead of their names. All data were presented as group data or with representative numbers.

Data Analysis

1. Descriptive statistics used were frequency, percentage, mean and standard deviation.
2. Relationship between variables were tested by Pearson 's Product moment correlation coefficient and chi – square test.
3. Multiple regression analysis was applied to test predictability of the independent variables on health status.

CHAPTER IV

RESULTS

This descriptive research examined the relationship between quality of working life and health status of 339 registered nurses (RNs) who have worked in governmental hospitals at Rayong Province .The results of the study are presented in five parts as follows.

Part I Characteristics of RNs 'personal factors.

Part II Quality of working life (QWL) .

Part III Health status.

Part IV The relationship between personal factors and QWL and health status

Part V The predictors of health status

Part I. Characteristics of RNs' personal factors.**Table 2** Number and percentage of RNs classified by personal factors (n = 339)

Personal factors	Number	Percentage
Age (year)		
≤24	28	8.26
25-40	271	79.94
>40	40	11.80
$\bar{X} = 33.33$, $SD = 6.47$, $Min = 22$, $Max = 56$		
Marital status		
Married	176	51.90
Single	153	45.10
Widow/divorced/separated	10	1.50
Dwelling		
Family	183	54.00
Dormitory	61	18.00
Family and dormitory	85	25.10
Other	10	2.90
Department		
Surgery room	100	29.50
Medicine room	127	37.46
Obstetrics and gynecology room	40	11.80
Pediatric room	29	8.60
Emergency room	43	12.70

Table 2 Number and percentage of RNs classified by personal factors (n = 339)
(continued)

Personal factors	Number	Percentage
Work experience (year)		
≤ 10	150	44.25
11-20	165	48.67
> 20	24	7.08
$\bar{X} = 11.14$, $SD = 6.74$, $Min = 1$, $Max = 35$		
Income (bath)		
Less than 10,000	35	10.32
10,000-15,000	158	46.60
More than 16,000	146	43.07
$\bar{X} = 14,050$, $SD = 5350.65$, $Min = 5,180$, $Max = 40,000$		
Sufficient of income		
Saving	113	33.30
Adequate	124	36.60
Inadequate	14	4.10
Debt	88	26.00
Shift work		
Rotating shift	193	56.90
Fixed shift	18	5.30
Block shift	2	0.60
Cyclical shift	0	0.00
Team shift	0	0.00
Uncertain shift	126	37.20

Table 2 Number and percentage of RN_s classified by personal factors (n = 339)
(continued)

Personal factors	Number	Percentage
Staff		
Appropriate	337	99.41
Inappropriate	2	0.59
Over time work		
Yes	159	46.90
No	180	53.10

Table 2 shows that most of subjects aged between 25-40 years (79.94%).The mean age of the subjects is 33.33 years with the standard deviation of 6.47. Subjects mostly were married (51.90%) while 54.00% of the subjects were living with the family. Most of the subjects work at Medicine room (37.49%). Their working experience is 11-20 years with the mean working experience of 11.14 years and standard deviation of 6.74. Subjects mostly earned monthly income 10,000-15,000 bath (46.60). And 56.60 % of the subjects reported that the income was sufficient . More than half of the subjects did not work over time (53.10%). Most of them have worked in medical room (37.46%), with rotating shift (56.90%).

Table 3 Number and percentage of RN_s classified by additional education

Education	Number	Percentage
Additional education (n = 339)		
Yes	31	9.14
No	308	90.86
Curriculum (n = 31)		
Nursing	20	64.51
Others	11	35.48
Method of study(n = 31)		
On leave	0	00.00
Not on leave	31	100.00
Study time (n = 31)		
Part time	26	83.87
Full time	5	16.13

Table 3 shows that most of the subjects did not obtain additional education (90.86%).

In the group who obtained the additional education, they mostly study in the courses of nursing (64.51%). All of the subjects did not ask for study leave and 83.87% of the subjects studied in the working time.

Table 4 Number and percentage of RN_S classified by health status (n = 339)

Health status	Number	Percentage
Healthy	143	42.20
Lightly healthy	160	47.20
Having history illness	36	10.62
Back pain	8	2.40
Allergy	10	3.90
Stomachaches	6	1.80
Bloody nose	1	0.30
Thyroid toxic	2	0.60
Rheumatoid	3	0.90
Headache	4	1.20
Tumor	2	0.60
Curative behaviors (n = 196)		
Self-treatment	11	6.50
Clinic treatment	3	1.53
Hospital treatment	180	91.84
Others	2	1.02
Feeling of soreness (3 months) *		
Tired of left calf	210	61.95
Tired of right calf	204	60.18
Tired of right leg	162	47.00

* = responded more than one

Table 4 shows that majority of subjects were lightly healthy (47.20 %). The subjects had history illness include allergy (3.90%) and back pain (2.40%) . Fifty percentages of the subjects get treatment at hospital when an illness was occurred. More than half of the subjects (61.95 %) feel tired of left calf in the past 3 month.

Part II Quality of working life**Table 5** Number and percentage of RNs classified by level of QWL (n = 339)

QWL	Number	Percentage
Good	27	8.00
Moderate	311	91.70
Poor	1	0.30

Table 5 shows that most of the subjects had the QWL at moderate level (91.70%) .

Table 6 Mean and standard deviation of the quality of working life among RNs (n = 339)

QWL	\bar{X}	S.D.	Level
Work safety	3.42	0.21	Moderate
Work justification	2.57	0.43	Moderate
Work motivation	3.18	0.44	Moderate
Opportunity for advancement	2.89	0.44	Moderate
Total	3.19	0.22	Moderate

Table 6 shows that the total mean score was 3.19 with standard deviation was 0.22 .

The highest mean score was on the sub scale of work safety , whereas the lowest mean score was on the subscale of work justification. The QWL in all sub-scale were at moderate level.

Table 7 Number and percentage of RN_s classified by the level of QWL (n= 339)

QWL	high N(%)	moderate N(%)	fair N(%)	low N(%)
Work safety	34.51	27.43	25.37	12.69
Work justification	4.72	52.50	38.06	4.72
Work motivation	24.48	69.32	5.60	0.60
Opportunity for advancement	15.93	61.06	21.53	1.48
Total	20.35	53.14	25.37	6.32

Table 7 shows that most of the subjects had total QWL at moderate level .The sub scales of work justification, work motivation and opportunity for advancement were also found frequently at moderate level. Whereas, the sub scale of work safety was found at a high level (34.51%).

Part III Health status**Table 8** Number and percentage of RNs classified by level of health status (n = 339)

Health status	Number	Percentage
Total		
Good	48	14.16
Moderate	243	71.68
Poor	48	14.16
$\bar{X} = 180.95$ S.D = 10.30		
Physical health status		
Good	40	11.80
Moderate	251	74.00
Poor	48	14.20
$\bar{X} = 91.46$ S.D = 5.83		
Mental health status		
Good	58	17.10
Moderate	234	69.00
Poor	47	13.90
$\bar{X} = 89.49$ S.D = 6.34		

Table 8 shows that subjects mostly had health status at a moderate level both in physical and mental health status .

Part IV Relationship between personal factors and QWL .

Table 9 The association between personal factors and health status. (n = 339)

Personal factors	χ^2	p-value
Marital status	176.10	.568
Overtime work	31.57	.935
Additional education	30.36	.953
Curriculum	80.65	.749
Method of study	30.36	.953
period of study	83.87	.662
Shift work	193.71	.001

Table 9 shows that there is statistically significant association between shift work and health status. (p-value = .001)

Table 10 Correlation coefficients between personal factors and QWL and health status

Variables	r	p-value
Age	.185	.001
Income	.082	.134
Work experience	.196	.000
QWL	.335	.000

Table 10 shows relationship between personal factors and QWL and health status using Pearson's product moment correlation. The analyses shows that age, work experience and QWL are positively related to health status at the 0.01 level of statistical significance ($r = .185, .196$ and $.335$, respectively). The straight line is shown in Figure 2.

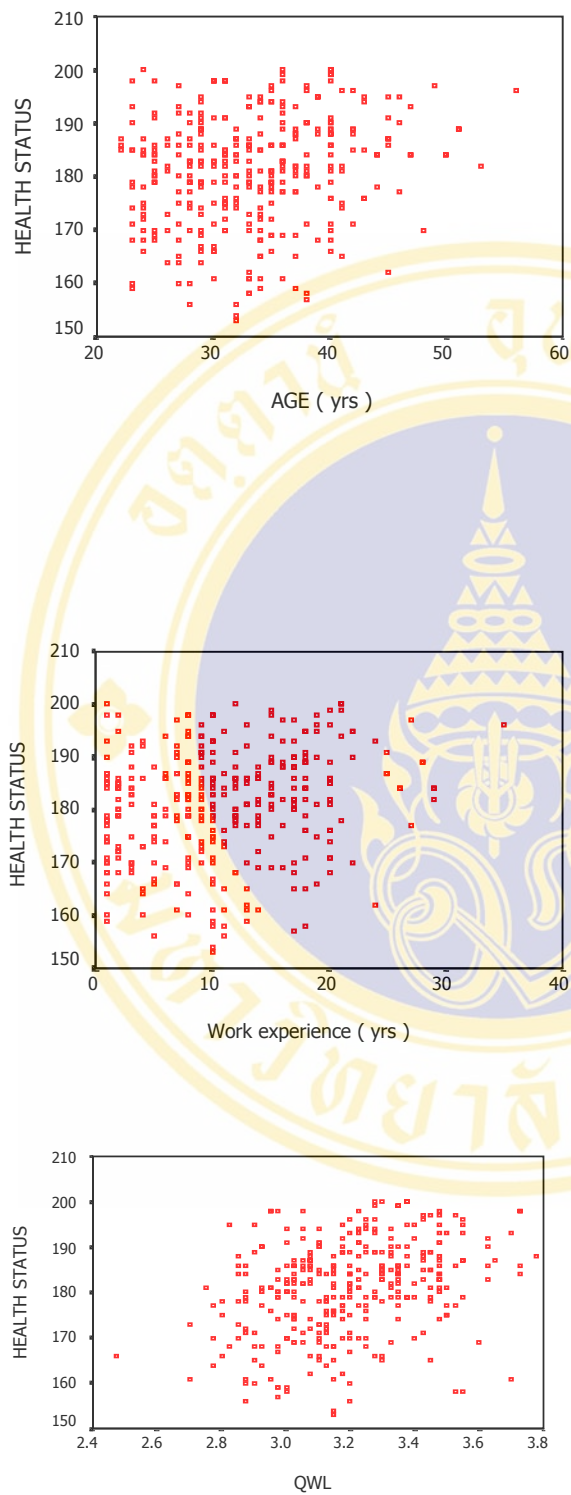


Figure 2. Regression line for age and health status, work experience and health status, and QWL and health status

Table 11 Relationships between QWL and health status

Health status	r	P-value
Physical health	.218	.000**
Mental health	.316	.000**

Table 11 shows relationship between QWL and health status using Person' product moment correlation .The analyses show that QWL are positively related to both physical and mental health at the 0.01 level of statistical significance (r = .218 and .316) .

Table 12 The correlation matrix between independent variables and health status

Variable	X1	X2	X3	X4	Y
X1	1.000	-.281**	-.256**	-.115*	-.109*
X2		1.000	.953**	0.098	.185**
X3			1.000	.125*	.196**
X4				1.000	.335**
Y					1.000

*= Significance at 0.05

** = Significance at 0.01

X1 = shift work

X3 = work experience

X2 = age

X4 = QWL

Y = health status

Table12: shows correlation matrix among independent variables which had association with health status. The results found that age and work experience may cause the problem of multicollinearity, which was when the independent variables had high correlation among one another. When it was examined, a variable existed here should be used in choosing work experience in order to further analyze the regressive equation.

Part V The predictors of health status

All of the variables had statically significance with bivariate analysis.

The analysis of health status predictor is as following steps .

1. Dummy table for qualitative variables shown in Table 13.

Table 13 Quantitative variables and qualitative variables classified by measurement scale and dummy variable.

Variables	measurement scale	dummy variables				
Independent variables						
1. Personal factors						
Work experience	Ratio scale					
Quality of working life	Interval scale					
Size of hospital	Nonimal scale					
(Size of hospital 30, 120,500)		B1	B2			
Size of hospital 30		1	0			
Size of hospital 120		0	1			
Size of hospital 500		0	0			
Shift work	Nonimal scale	x1	x2	x3	x4	x5
Rotating shift		1	0	0	0	0
Fixed shift		0	1	0	0	0
Block shift		0	0	1	0	0
Cyclical shift		0	0	0	1	0
Team shift		0	0	0	0	1
Uncertain shift		0	0	0	0	0
Dependent variables						
Health status	Interval scale					

2.The variable selection method is as follow:

Method 1 All explanatory variables were entered equation.

The method was to compel all variables into the equation to select those that were significant.

1. To compel all variables in equation:

Model summary

Model	R	R ²	Adj. R ²	Std. Error of Estimate
1.	.380	.144	.126	9.6220

ANOVA

Model	Sum of Square	df	MS	F	Sig.
1. Regression	5170.119	7	738.588	7.978	.000
Residual	30645.126	331	92.583		
Total	35815.245	338			

Coefficients.

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1.Constant	131.401	7.685		17.076	.000
Work experience	.231	.082	.151	2.803	.005
QWL	14.803	2.413	.317	6.135	.000
Size of hospital 30	-.240	1.329	-.012	-.180	.857
Size of hospital 120	-2.071	1.534	-.087	-1.350	.178
Rotating shift	.580	1.166	.028	.496	.620
Fixed shift	.114	2.497	.002	.046	.964
Informal shift	4.543	7.029	.034	.646	.518

1. Selected the significant variables in step 1

Model Summary

Model	R	R ²	Adj. R ²	Std. Error of Estimate
1.	.369	.136	.131	9.5973

ANOVA

Model	Sum of Square	df	MS	F	Sig.
1. Regression	4866.673	2	2433.337	26.418	.000
Residual	30948.572	336	92.109		
Total	35815.245	338			

Coefficients

Step	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1.Constant	131.326	7.586		17.311	.000
Work experience	.238	.078	.156	3.054	.002
QWL	14.719	2.389	.315	6.161	.000

The final variables selected, as predictor in the equation was QWL , Work experience
The equation formula used with QWL , Work experience could predict health status at 13.60 % as follows:

$$\hat{Y} (\text{Health status}) = 131.036 + .238 (\text{Work experience}) + 14.719 (\text{QWL})$$

The QWL had the effect on health status rather than the variable work experience since the beta value was more than the sample size, with more appropriateness since $R^2 = .136$, which was close to R_a^2 , which was .131

The dependent variable, which was the health status, had not much of the sta.err value, which was approximately 9.6 points, when compared with the average, which was equivalent to 180 points.

Method 2 Forward Selection Method

Step 1. Selecting the variables with highest significance from simple correlation method.

Step 2. Selecting independent variables with highest significance form partial correlation or partial F and the moment control variables in step 1.

Step 3. Retesting Step 2 until significant variable were left

Model	R	R ²	Model Adj. R ²	Std. Error of Estimate
1.	.335	.112	.109	9.7152
2.	.369	.136	.131	9.5973

ANOVA						
Model	SS	df	MS	F	Sig.	
1. Regression	4007.612	1	4007.612	42.460	.000	
Residual	31807.633	337	94.385			
Total	35815.245	338				
2. Regression	4866.673	2	2433.337	26.418	.000	
Residual	30948.572	336	92.109			
Total	35815.245	338				

Coefficients

Model	Unstandardized Coefficient		Standardized coefficient	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1. Constant	131.035	7.679		17.065	.000
QWL	15.634	2.399	.335	6.516	.000
2. Constant	131.326	7.586		17.311	.000
QWL	14.719	2.389	.315	6.161	.000
Work experience	.238	.078	.156	3.054	.002

Step 1. Select the QWL with highest significance to formula

$$\hat{Y} (\text{health status}) = 131.035 + 15.634 (\text{QWL})$$

Step 2. Selecting the work experience variable, which had highest significance to the formula when controlling QWL and the formula was able to predict at health status 13.60 % as follows

$$\hat{Y} (\text{health status}) = 131.326 + 14.719 (\text{QWL}) + .238 (\text{work experience})$$

Method 3 Backward Selection Method

The method started with the equation with all variable included. After that, Partial correlation or Partial F of each variable was considered. Any variable with no significance would be detected. The process went on until only significant variables were left in equation.

Model Summary					
Model	R	R ²	Adj. R ²	Std. Error	of Estimate
1.	.380	.144	.126	9.6220	
2.	.380	.144	.129	9.6076	
3.	.380	.144	.131	9.5936	
4.	.379	.144	.133	9.5825	
5.	.378	.143	.135	9.5729	
6.	.369	.136	.131	9.5973	
ANOVA					
Model	SS	df	MS	F	Sig.
1. Regression	5170.119	7	738.588	7.972	.000
Residual	30645.126	331	92.583		
Total	35815.245	338			
2. Regression	5169.926	6	861.654	9.335	.000
Residual	30645.319	332	92.305		
Total	35815.245	338			

ANOVA

Model	SS	df	MS	F	Sig.
3.Regression	5166.551	3	1705.133	18.607	.000
Residual	30648.694	335	91.641		
Total	35815.245	338			
4.Regression	5146.082	2	2433.337	26.418	.000
Residual	30669.243	336	92.109		
Total	35815.245	338			
5.Regression	5115.400	3	1705.137	18.607	.000
Residual	30699.844	335	91.641		
Total	35815.245	338			
6.Regression	4866.673	2	2433.337	26.418	.000
Residual	30948.572	336	92.109		
Total	35815.245	338			

Coefficients

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1.Constant	131.401	7.695		17.076	.000
Work experience	.231	.082	.151	2.803	.005
QWL	14.803	2.413	.317	6.135	.000
Size of hospital 30	-.240	1.329	-.012	-.180	.857
Size of hospital 120	-2.071	1.534	-.087	-1.350	.178
Rotating shift	.580	1.168	.028	.496	.620
Fixed shift	.114	2.497	.002	.046	.954
Uncertain shift	4.543	7.029	.034	.646	.518
2.Constant	131.412	7.680		17.111	.000
Work experience	.231	.082	.151	2.816	.005
QWL	14.806	2.408	.317	6.148	.000
Size of hospital 30	-.250	.307	-.012	-.191	.848
Size of hospital 120	-2.087	1.491	-.087	-1.399	.163
Rotating shift	.566	1.127	.027	.502	.616
Uncertain shift	4.528	7.010	.034	.646	.519

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
3.Constant	131.210	7.596		17.273	.006
Work experience	.231	.086	.151	2.819	.005
QWL	14.826	2.403	.317	6.171	.000
Size of hospital 120	-1.924	1.221	-.080	-1.575	.116
Rotating shift	.519	1.099	.025	.473	.637
Uncertain shift	4.419	6.977	.033	.633	.527
4.Constant	131.099	7.584		17.287	.000
Work experience	.241	.079	.158	3.036	.003
QWL	14.924	2.391	.318	6.242	.000
Size of hospital 120	-1.960	1.217	-.082	-1.611	.108
Uncertain shift	3.988	6.909	.030	.577	.564
5. Constant	131.315	7.567		17.354	.000
Work experience	.249	.078	.163	3.184	.002
QWL	14.840	2.384	.318	6.224	.000
Size of hospital 120	-2.000	1.214	-.084	-1.647	.100
6.Constant	131.326	7.586		17.311	.000
Work experience	.238	.078	.156	3.054	.002
QWL	14.719	2.389	.315	6.161	.000

The excluded variables in Step 2 was fixed shift, in Step 3 was size of hospital 30 , in Step 4 was rotating shift , in Step 5 was informal shift , and Step 6 was size of hospital 120 .Finally , all variable left were significant . The equation formula was able to predict health status at (13.60 %) as follows:

$$\hat{Y} (\text{health status}) = 131.326 + .238 (\text{Work experience}) + 14.719 (\text{QWL})$$

Method 4 Stepwise Selection Method

The procedure was used to selected the highest significant variable into the equation formula first until there was no variables which not significant.

Model Summary				
Model	R	R ²	Adj. R ²	Std. Error of Estimate
1.	.335	.112	.109	9.7152
2.	.369	.136	.131	9.5973

ANOVA						
Model	SS	df	MS	F	Sig.	
1. Regression	4007.612	1	4007.612	42.460	.000	
Residual	31807.633	337	94.385			
Total	35815.245	338				
2. Regression	4866.673	2	2433.337	26.418	.000	
Residual	30948.572	336	92.109			
Total	35815.245	338				

Coefficients

Step	Unstandardized Coefficient		Standardized coefficient	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1. Constant	131.035	7.679		17.065	.000
QWL	15.634	2.399	.335	6.516	.000
2. Constant	131.326	7.586		17.311	.000
QWL	14.719	2.389	.315	6.161	.000
Work experience	.238	.078	.156	3.054	.002

Step 1. Select the QWL with highest significance into the

formula as follows: \hat{y} (health status) = 131.035+15.634 (QWL)

Step 2. Select the work experience, which had the highest significance into

the formula when controlling QWL .The formula was able to

predict health status at 13.60 % as follow:

: \hat{y} (health status) = 131.326+14.719(QWL)+ .238 (work experience)

3.The method to specify the equation the equation formula was based on the following criterias , as shown in Table 14.

1. The F-test of the model was significant.
2. R^2 was highest.
3. t- test of each variable in the selected model was significant.
4. The standard error of estimate was lowest.

Table 14 The equation formula in each method to select the suitable prediction

Method/Prediction	F-test	R ²	Std Error of Estimate
1.All explanatory variables method	Sig.	.136	9.5973
$\hat{y} (H) = 131.326+14.719(QWL)+.238(TIME)$			
2.Forward selection method	Sig.	.136	9.5973
$\hat{y} (H) = 131.326+14.719(QWL)+.238(TIME)$			
3.Backward selection method	Sig.	.136	9.5973
$\hat{y} (H) = 131.326+14.719(QWL)+.238(TIME)$			
4.Stepwise selection method	Sig.	.136	9.5973
$\hat{y} (H) = 131.326+14.719(QWL)+.238(TIME)$			

The meaning of variables in equation formula were, H = Health status

QWL = Quality of work life, TIME = Work experience.

The methods of equation formula included in all explanatory variable method, forward selection method, backward selection method, and stepwise selection method .

Finally, researcher selected the Stepwise selection method to use in this present research because R² was highest and standard error of estimate was lowest.

Table 15 Stepwise Multiple Regression Analysis of personal factors , QWL and health status

Variables	B	Beta	S.E	t	P-value
1. QWL	14.719	.315	2.389	6.161	.002
2. Work experience	.238	.156	.078	3.054	.002
R = .369	R ² =.136		R ² _{adj} =.131	SEE = 9.5973	

QWL and work experience could explain health status at 13.60% .The QWL was the most important independent variables which influence health status followed by work experience (Beta = .315 , .156 , respectively)

The dependent variable, health status, had not much std. err., which was approximately 6.9 points, when compared with the average, which was equivalent to 180 points.

The equation explaining the variance in health status of RN_S is as follows.

1. The equation with B (regression coefficient)

$$\hat{Y} (H) = 131.326 + 14.719 (QWL) + .238 (TIME)$$

Interpreting the equation is as follows:

If QWL increased one unit, health status will increase for 14.719 unit, controlling work experience . Or if work experience increased one unit, the health status will increase for 0.238 unit, controlling QWL.

2. The equation formula:

$$\hat{Y} (H) = 131.362 + 14.719 (QWL) + .238 (TIME)$$

We can apply the equation to predict health status of RN_S working in Rayong province when QWL and work experience of RN_S are known. For example, if RN_S had QWL mean at 3.19 and had work experience average at 6 years , then health status of RN_S could be predicted as follows:

$$\hat{Y} (H) = 131.362 + 14.719 (QWL) + .238 (TIME)$$

$$\hat{Y} (H) = 131.362 + 14.719 (3.19) + .238(6) = 179.744$$

Or if RN_S had the same QWL mean at 3.19 but changing work experience average to 11 years , the health status will be changed as follows :

$$\hat{Y} (H) = 131.362 + .368 (QWL) + .238 (TIME)$$

$$\hat{Y} (H) = 131.362 + 14.719 (3.19) + .238(11) = 180.934$$

The 95% confidence interval is follows:

$$\begin{aligned}
 &= \hat{Y} (H) \pm t s \{ \hat{Y} (H) \text{ new } \} \\
 t &= t (1-\alpha/2 , n-2) \\
 &= t (0.0975, 339-2) \\
 &= 1.96
 \end{aligned}$$

The variance of health status among the sample group:

$$\begin{aligned}
 s^2 \{ \hat{Y} (H) \text{ new } \} &= \text{MSE} + s^2 \hat{Y} (H) \\
 s^2 \hat{Y} (H) &= 106.09 \\
 \text{MSE} &= 92.109 \\
 s^2 \{ \hat{Y} (H) \text{ new } \} &= 92.109 + 106.09 = 198.199 \\
 s &= \sqrt{198.199} = 14.078
 \end{aligned}$$

The 95% CI confidence interval of health status among sample group is as follow :

$$\begin{aligned}
 \text{Health status} &= 180.934 \pm 1.96 (14.078) \\
 &= 208.527 \leq (H.) \leq 153.341
 \end{aligned}$$

CHAPTER V

DISCUSSION

The research aimed at studying about quality of working life (QWL) consisted of safety, justice, motivate, and opportunity for advancement and the health status of register nurses (RNs) in the hospital. Research results were discussed in accordance with the following objectives.

The purpose of the study

Research objective 1. In order to study the levels of QWL and the health status of RNs

1. Quality of working life (QWL)

Among 339 RNs, it was found that most of them had moderate level of QWL, with a mean of 3.19. The RNs feel happy in working when there was sufficient physical, mental, social and economic responses to live happily in the society; even though the RNs was a burden. During working time stress could be stimulated through high risks of infection, loss, fear and anxiety. The religious beliefs taught us to be satisfied with the things that we have, and in fact that every RNs would receive appropriate welfare, nursing expense and attending conferences/training or / seminars for developing latest knowledge and capability, adequate QWL. This is consistency with the research results of Dejchitkorn, D., (2001,20) and, Klinfund, J., (2001:50).

When QWL of the RNs was examined, it was found that the safety of working in the moderate level, with a mean of 3.42. Really hospital work sometimes risky, but through the universal precaution technique the prevention of disease transmission can be prevented, improving the good ventilation system in the hospital area the nurses can feel that they were working in a safe environment, which related to the study of Dejchitkorn, D., (2001,20), who found that the QWL in the safe workplace was in a moderate level.

As for the work justice the score was 2.57 with the lowest average, in the moderate level when compared to the others. It was consisting with the study of

Klinfung, J., (2001,116) on the QWL for income and rewards, who found that it was in the moderate level, with the lowest average score. It was mentioned that the RN_s might think that the health care for others an important job the patients at least. The nurses themselves turned into stressful from day to day working life since the lifestyle were not changed according to the work style, when compared to other professions but less allowance received, causing dissatisfaction of the work.

Considering on work motivation, it was found to be in the moderate level, with the mean score equivalent to 3.18. The RN_s was accepted by society and colleagues but the work type was still routine type more or less sometimes contributes, in participation of developing health plans. Most of the nurses perceived this as the task of the supervisor in the workplace, most of the time not to courage to others for express their opinions and new innovation ideas. Most of them were willing to do only what they think only but not work for innovation, For this we need enthusiasm and motivation.

In this study, the average opportunity for advancement was at the moderate level, with an average score of 2.89. It could be stated that the nursing personnel had the appropriate level of living and work satisfaction for self - development. Workplace organized conference, academic seminars and encouraged RN_s to participate both inside and outside of the work unit , which related to the study of Klinfung, J., (2001: 50), who found that the RN_s had the appropriate way of life and work satisfaction in the chance for seminars or active conferences in order to improve the working ability. However, 21.53 percent of the sample (Table 8), described that the QWL in this area was still in an acceptable level since the RN_s in the hospitals supported for further education or academic training.

2.Health status.

Among 339 participants in the sample group, it was found that 71.68 percent of the nurse had the moderate level of health status. The RN_s were followed by using the scientific concept and art of nursing in evaluation of health, problem diagnosis, planning, practice and evaluation for individuals, families, and communities. (Nursing and Child-Birth Profession Act, 197). Therefore, the RN_s had to be the staff in the health in regards to health care and health status. Weakness (Table 20) and sleeping disorders (Table 21). were the most health problems in the study. Shifting work one of

the main cause of the problems that had the effect on the various body systems, especially the sleeping disorders. According to the study by, Marziale and Rozestraen (1995:10) who studied about the expression of mental weakness of the nurses in the hospitals by using the working shift schedule, found that working in shifts had affected the nurses mentally and physically. Furthermore, Scott (2000:1057) found the workers in Japanese factories who worked in shifts, it was found that there were health problems in sleeping and abnormality in the working of the heart.

Research objective 2.

In order to study the correlation between personal factors, QWL and the health status.

Age: From the study, it was found that age was related to the health status. (P-value = .001) It could be stated that as the nurses less old, the health status would get better. When an individual got older, the seniority would also be higher, she could evaluate the situations better and choose the methods in a very good way for her responsibility about illness and treatment compared to lower age and seniority.

Marital status: According to the study, it was found that the marital status of the register nurses had no relation to the health status, since the RN_s who were single, married, divorced, or widowed. The main cause may be nursing profession, there was no difference in the knowledge of health care. Even though the marital status may be different but the work types were similar, which related to the study by Surayothee na Kachaseema, P., (1994:95) who found that the marital status of the RN_s working on central / general hospitals under the care of the Ministry of Public Health had no related to work boredom.

Work experience: From the result, it was found that the work experience had a significant relation to the health status of the RN_s (P-value = .000). According to the hypothesis, experience would lead to the work skills and positive attitude. The work period would help the individual learn and understand more about the problems, which related to the study of Pakod, A., (1994:89). He stated that those who have high experience would know an individual risky situations and; provide opportunity for the risky health behaviors in the workplace.

Income: From the analysis. It was found that income had no relation to the health status since most of the RN_s had sufficient income. The nurse were able to do the extra work anytime when they need money; therefore, there was no problem in

the income that would affect their health. The income of the nurses in each level was indifferent, Seenui, P., (2002:78) who stated that income had no relation to the work boredom, thus was not related to the health status as well.

Overtime work: it was found that overtime working had no relation to the health status of the RNs, which contradicted with the hypothesis since overtime work was from the willingness of oneself to work in order to get paid for the extra work, which was the response to one's own needs, Edwin B Fippo mentioned that when an individual was responded according to their needs, the level of stress would decrease, causing satisfaction, happiness, encouragement and the love for working. Therefore; overtime work had no effect on the health status had no related to the health status of the working life of nurse.

Additional education: From the study, it was found that additional education had no related to the health status. In other words, the RNs educations have no impact on health status for day to day life and sometimes no impact for advanced knowledge.

Shift work : The shift work had a relation to the health status of RNs (P-value = .001), which related to the results of Salazar (1991:45) who found that shifts work was mentally hazardous. Another study by Copper (1988:25) who mentioned that working in shifts and having uncertain work schedules had the effects on the mental condition of the workers.

QWL: The QWL had a significant relation to the health status, (P – value = .000). Good QWL would cause the RNs to feel happy in working, when sufficient physical, mental, social and economic responses were provided, Klifung, J., (2001:116) who found that the high level of QWL would have every good health in general or in the normal level of RNs of the Ministry of Defense. According to the study by Klinhom. P., (2000:106), it was found that the QWL had a related to the mental health of the working staff in Thai Cement Concrete Factory. Another study by Bunker, T., (1999:111), mentioned that good QWL positively affected the health of individuals.

Research objective 3. In order to study the predictive power of personal factors and the QWL toward the health status of RN_S.

The results found that the variables were related to the health status and used in the equation to predict the health status from the work experience and QWL, in which the prediction was found to be 13.60 percent mentioned in, as follow: (Table 14-15).

Work experience had the ability, when combined with the QWL, to predict the health status to be 13.60 percent, indicating that the nurses with little work experience were more risky to boredom since there were the lack of work experience, skills, sufficient working ability, appropriate work approach when dealing with unexpected reality or without any adaptation to the actual condition, causing the feeling of disappointment, discouragement and work boredom, frustration, depression, weakness, insomnia, migraine, and food boredom. Therefore, the nurses with increased work experience had the tendency to have better emotional control, adaptation and encounter with stress in the work environment than the nurses with less work experience. This was similar to the study by Praake, W., (2001:80) who found that work experience had the ability to predict the level of work boredom in 55.40 percent of the nurses who worked in the community hospitals zone 6.

QWL had the ability, when combined with the work experience, to predict the health status to be 13.60 percent, indicating that the QWL of the RN_S that combined work and personal life together. The nurses who has a positive attitude towards the activities, has responded to the personal needs and dealing with various situation in their life. Sometimes it mentally affected the nurses by causing them to be anxious and confused. As for the physical effects, it caused boredom, physical weakness, and discouragement for the nurses, causing decline in the quality of the nursing work, which was similar to the study by Klinhom, P., (2000:109-110) who found that the QWL had the ability to predict the mental health status of the working staff in the Thai Cement Concrete Factory to be 38.4 percent. There is another study by Dejirkorn, A., (2001:20) also found that the QWL in the perception on work success had the ability to predict the boredom of RN_S in hospitals under the Ministry of Defense to be 16.04 percent.

CHAPTER VI

CONCLUSION

Summary of the study

This was a descriptive type of cross sectional study. The purposes were to study personal factors, quality of working life (QWL) and to determine the predicted power of health status among the register nurse (RNs) in Rayong province hospital.

The study were chosen 339 nurses from Wargchan hospital, Plyakdang hospital, Bankgi hospital, Mabtaput hospital, Banchang hospital, Klang hospital, and Rayong hospital .The subjects were chosen by using the Stratified random sampling technique. The data were collected from May –July 2002.

This result of conclusion research.

Part 1 information of person factor.

The majority of the nurses (79.94%) were 25-40 years where $\bar{X} = 33.33$ years and S.D. = 6.47, lived with family (54.00%). They had experience to work in duration of 11-20 years, had an average income of duration 10,000-15,000 baht per month (46.60 %), thought that their incomes was an enough but is not same was (36.60 %)

The most of group sampling in working, who didn't work in overtime work (53.10%), shift work mainly had rotating shift (56.90%), a staff which was suitable (99.41%).

The most of group sampling in additional education didn't study, (90.86%), if they study would be (64.54 %) in nursing learning, who were allowed (100 %) to study in work time (83.87 %).

From the analysis most (47.20 %) were a little in illness (47.20%), while only (10.62%) had health problems of (3.96%) allergic and (2.40%) back pain, and were sicked and go to hospital (91.84%) .The feeling tired of left calf (61.95%) in a period of 3 months.

Part 2 QWL were at a moderate level, both the total and specific aspect, with $\bar{X} = 3.19$ and S.D. = 0.22. Moreover 3.42% of subject had very high confidence, (20.35%) had high and (6.32%) had low confidence .The highest work was safety with $\bar{X} = 3.42$, S.D.= 0.21 but to be the worst in the work justification $\bar{X} = 2.57$ and S.D. 0.43.

Part 3 The health status were at a moderate level, both the total and specific aspect, with $\bar{X}=4.41$ and S.D.= 0.30, the physical health status was at a moderate level $\bar{X}=4.56$, S.D.= 0.30 and metal health status was at moderate level =4.26 and, S.D.= 0.30.

Part 4 The experience of work and QWL, were able to predict the health status of factor of RN_S 13.60 % which was statistically significant (p = 0.05). The mean score can be utilized in the construction of the following formula:

$$\hat{Y} (H)= 131.362 + .368 (QWL)+.238 (TIME)$$

The research results show that the RN_S had moderate health status and, moderate QWL..

QWL can be used to predict health status

The dependent variable, which was the health status, had not much of the sta.err value, which were approximately 9.6 points, when compared with the average, which was equivalent to 180 points.

Limitation of the study

The results of the study were not generalizable to other groups of population different from the sample group. Because there were not enough information of RN_S, at private hospital. This is one of the limitation of the study

Suggestions

1. In the working place of nursing practice, nurses had to promote the health status in order to maintain the appropriate health status.

2. In the nursing management, the nursing administrators of the hospitals had to be awaked and search for methods in promotion and support of the four components of QWL, especially in the rewards area, since it was found to have the different mean than the other areas in order for the nurses to have the better level of QWL. The stimulation for better health status was required in the examination and determination of work plans in order to promote the better work plans in health care for the professional nurses and other health personnel. The individuals who practiced nursing could use the research results as the guideline in solution for health problems and increase work efficiency, For see the better results representativeness sample were needed for further studies .

3. In the education area, the nurses could use the results in the plans for improvement of contents that emphasized health promotion in the nurses course in order to use as the guideline for knowledge development that covered the issues of health status.

Implication for future studies

1. There should be the study on the comparison between the difference in the health status of the health team in the health status and QWL.

2. There should be a qualitative study in order to explain about the motives, life QWL and the health status of RNs.

3. There should be a qualitative study through observation of the behaviors of RNs in order to obtain more accurate information.

BIBLIOGRAPHY

- Abebe, Y;& Fantahun,M.(1990) .Shift work and sleep disorder among textile mill workers in Bahir Dar,northwest Ethiopia.East-Afr-Med-J.76(7),407-410.
- Adrian, M.,Layne, N.,& Moreau, J.(1994).Can life expectancies be used to determine if health promotion work.American Journal of Health Promotion .8(6),449-461.
- Arnold, H.J.,& Feldman ,D.C .(1986).Organizational behavior.New York: McGraw Hill Book.
- Brown, W., & Moberg ,D.(1990) .Organizational theory and management : A macro approach New York :Wiley&Son .
- Booyen, S.W. (1993).Dimensions of nursing management . Kenwyn : Juta &Coltd.
- Campbell, Roald F ,et al . (1971) .Interduction to Educational Administration.Boston . Bacon, Inc.
- Casio, W.F.(1989) . Managing human resource. New York: McGraw-Hill Book .
- Chiriboza, D. A. (1983). Stress and coping among hospice nurses : Test of an analytic model .Nursing Research .32(9-10):294-298.
- Connor, J.,& Whitlock ,G.;Norton,R.;Jockson ,R. (2001) .The role of driver sleepiness in car crashes : a Systematic review of epidemiological studies. Accid -anal – Prev .33(1),31-41.
- Cookfair, Joan M .(1991). Occupation Health Nursing. Nursing Process and Practice in The Community. St Louis: Mosby .
- Czeisler, A., & Klerman ,B.(1999).Circadian and sleep -dependent regulation of hormone release In Humans.Recent-Prog -Horm-Res,130-132.
- Davis, K .(1981). Human Behavior at work : Organization Behavior.New York: McGraw-Hill Book Company .
- Debmotte,Y., & Takezawa , S.(1984).Quality of working life in International Perspective.International Labour office : Geneva.

- Deborah, A. (1981) different focus on the job . Nursing Focus 2 ,154-155.
- Deloughery, L.(1991).Issues and Trends in Nurseing .St Louis :Mosby.
- Douglas, K.,& Meleis ,A.(1997). Auxiliary nurses in Mexico : impact of
Muliple roles on their health .Health Care For Woman International .18(4) :
355-367.
- Ernest, D.(1986).Management:theory and Praticce .New York : Mc Graw Hill Book
Company .
- Fitzpatrick, M .,& While ,E.(1999). Shift work and its impact upon nurse performance
:Current knowledge and research issues.J-Adv-Nurs.29(1),18-27.
- Fukuda, H.,&Takahashi ,M. (1999)Shift work -related problems in 16- h night shift
nurse. Ind-Health.37(2),219-227.
- Gordon, P.,& Clearly,D.(1986).The prevalence and health impact of shift work.Am J
Pubic Health.76,1225-1228.
- Guest, E.,&Tarrytion, G.(1982).Quality of work lift at general motion plant . The
innovative organization:Productivity programs in action .New York :
Pergamon Press.
- Hare, J.,& Pratt,C.(1988). Predictors of Burnout in Professional and Paraprofessional
Nurses working in Hospitals and Nursing Homes International
.Journal of Nursing Studies.25,105-155..
- Inoue, Y.,&Hiroe ,Y. (2000).Sleep problems in Japanese industrial workers.Psychiatry
Clin-Neurosci .4(3),294-2945.
- Kast , E.,& Rosenzweig ,E.(1985). Organization and mangement : A systems and
contingency Approach .4 thed.New York : McGraw –Hill.
- Katzell, A. (1980)Work attitude motivation and performance . Professional
Psychology 11 (7) ,411
- Knutsson, A.(1989). Shift work and coronary heart disease .Scaned .J Soe Med .
44,1-36.
- Lethrer, N. (1982).Participate productivity and quality of work life .London :prentice –
Hall.
- Lusk , L.,& Ronis,L .(1999).Test of Health –Promoting Model as a causal model of
workers’ use of hearing protection. Nurs Res.43(3):151-157.

- Maslach, A.(1970).Motivation and personality .New York :Harper and Raw Publishers Inc.
- Maslach, A.,& Jackson, E.(1984).Burnout in Organizational Settings .Applied Social Psychology Annual 5 ,133-153.
- Morris, S .(1995) .Live experiences, values,and behavior of effective nurse faculty. Journal of Professional Nursing .11(9-10) : 290-298.
- Mueller, C.,&McCloskey ,C.(1990).Nurses job satisfaction:A proposed measure. Nurs Res.9,113-117.
- Murata, K.,&Yano,E.(1999) .Impact of shift work on cardiovascular functions in a 10 year follow Up study. Scand -J-Work-Environ-Health.25(3) ;272-277.
- Nichols, N.(1971).Job satisfaction and nurses ' intentions to remain with or to live an organization. Nursing Research 20;218-228.
- Nicholson, A.,&Robert,M.(1972). Job satisfaction and turnover among liberal arts collegeProfessors . Personnel Journal 21;840-845.
- Orem, E.(1984) .Nursing concepts of practice . 4 th ed.St.Louis : Masby year book.
- Pender, J.,& Walker,N. (1990).Predicting Health- Promoting Lifestyle in the workplace .Nurs Res ,39(6):326-332.
- Plunkett, R.,&Attner ,F.(1994).Introduction to management . 5 th . ed .California Wadsworth.
- Roedel , R.,&Nystroms ,P.(1988) Nursing job and satisfaction. Nursing job and satisfaction.Nursing Management . 19; 34-38.
- Rusell, A .(1992). Strategies for Improving Quality , Productivity , and Quality of work life . Human Resource Management ,517-520.
- Skipper, K.,& Coffey, C.(1990).Nurses and shiftwork : effects on physical health and mental depression . Journal of Advanced Nursing . 15(7):835-842.
- Smith , L.,& Mitry , W. (1983).Nurses' quality of working lift . Nursing Management 1;14-18.
- Steers , M.,&Porter ,W.(1991).Motivation and work behavior. New York : McGraw-Hill.
- Sulzbach, M.(1996).Risk taking by health care worker . Clinical Nurse Specialist. 10,30-37.
- Susan , L.(2001).Nurses as Working Woman.73(3):675-682.

- Szilagy , D.,& Wallace ,J.(1980). Organizationl behavior and performance . 2 nd ed. California : Goodyear.
- Tsai , S.(1993).Chinese nurse stress in Taiwan , Republic of China .Issues in Mental Health Nursing .14(3):273-285.
- Vecchio, P.(1995). Organizational behavior (3rd.ed.) Fort Warth ,Harcourt Brace.College.
- Walton, E. (1997)Improving the quality of work life .Harvard Business Review.32:113-123
- Webster, N.(1966). Webster ‘ s Third New International Dictionary .Springfield: M. A. Grand C. Merriam Co.
- Werther, B.,&Davis , K. (1982).Personal management and human resource . Tokyo: McGraw - Hill.
- Yamashita, M.(1995).Job satisfaction is Japanese nurses.J Advanced Nurse.22,158-164
- กนกพร แจ่มสมบูรณ์ . ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อค่าของงานการรับรู้ต่อรูปแบบการบริหาร กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล.วิทยานิพนธ์พยาบาลมหาบัณฑิต . สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ขอนแก่น,2539.
- กุลยา ดินดีพลาธิวะและสงศรี กิตติรัศมีตระกูล. วิชาชีพการพยาบาลในยุคเศรษฐกิจถดถอย. สารสภากาพยาบาล ,2541
- กองพยาบาล,สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข . เอกสารเกี่ยวกับขอบเขตและหน้าที่ฝิดชอบของพยาบาล, 2535 .
- กองงานวิทยาลัยพยาบาล, สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.เอกสารเกี่ยวกับ ขอบเขตและหน้าที่รับฝิดชอบของพยาบาล . 2525.
- คมคาย พระเอก . ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลที่ ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนสาธารณสุขเขต 6.ปริญญาการศึกษา มหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัย มหาสารคาม, 2544.
- จิราภรณ์ แพร่ด่วน. ความเครียดและความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ .ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิตวิชาเอกสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2543.
- จันทร์จิรา ภูทองเกษ .สถานะสุขภาพของคนไทย .นันทบุรีการพิมพ์, 2537.

- จุฑามาศ จันทร . ลักษณะทางประชากร ลักษณะการทำงาน ความเครียด การกำกับ ตนเองและความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เขตกรุงเทพมหานคร .วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
- จุฑาวดี กลิ่นเฟื่อง . ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงาน และบรรยากาศขององค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต.สาขาการบริหารพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- จรินทร์ ชานีรัตน์ .อนามัยบุคคล .พิมพ์ครั้งที่1,กรุงเทพฯ: โอ เอส .พริ้นติ้งอาส์ , 2529.
- จิรประภา ภาวิไล. การศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพพฤติกรรมดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ .วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชา พยาบาลสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- ชลลดา ไชยกุลวัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเขตอ.เมือง จังหวัด สุรินทร์ .วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชา พยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
- ชาญชัย อาจินสมาจาร.พฤติกรรมองค์กร .กรุงเทพฯ:ศูนย์หนังสือกรุงเทพ, 2535.
- ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์ . รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาภาวะสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
- ดรุณศรี สิริยศจารง.คุณภาพชีวิตการทำงานกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศูนย์.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.
- เดชรัต สุขกำเนิด . การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เพื่อการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ: แนวคิด แนวทาง และแนวปฏิบัติ.กระบวนทัศน์และมิติทางสุขภาพ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.นนทบุรี, 2545.
- ทองพูล สังก้าว . การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการครู ในโรงเรียนมัธยมศึกษา ขนาดเล็กกับขนาดใหญ่ สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2540.

- ทองสุกข์ บุญเกิด .ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้างาน กับการปรับตัวภายหลังถูกทำร้ายของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์.วิทยาลัยมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์, 2542.
- นลินี พงษ์ชวาล. ปัจจัยการบริหารที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลขอนแก่น วิทยานิพนธ์ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2543.
- นวลอนงค์ ศรีธีรัตน์ .ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของ พยาบาล . วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชา พยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- นพรัตน์ ผลาพิบูลย์.การศึกษาความต้องการการศึกษาต่อในสาขาเฉพาะทาง การพยาบาลระดับโทในการพยาบาล:โรงพยาบาลศิริราช .
- นุชระพี สุทธิกุล. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) , สาขาวิชา พยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร.ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคัดสรรกับผลของการปฏิบัติ งานยามวิกาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร .วิทยานิพนธ์พยาบาลมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษามหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์, 2529.
- เบญจมาศ หล่อสุวรรณกุล. ปัจจัยคัดสรร ลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและการรับรู้ เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่าย ในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพฯ .วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) ,สาขาวิชา พยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.
- ปภาจิต บุตรสุวรรณ .ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในการทำงานกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีธัญญา .ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2544.
- ประพันธ์ เพิ่มคลองหอม .ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ ปริญญาการศึกษา มหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทร โธม, 2540.

- ประพิมพ์พรรณ สุวรรณภูฏ. การศึกษาความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลนพรัตน์ ราชธานี .ปริญญาโทศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2533.
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์.จิตวิทยาอุตสาหกรรม.พิมพ์ครั้งที่1, กรุงเทพฯ: สหมิตรออฟเซต, 2535.
- ผาณิต สกุลวัฒนะ. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) ,สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
- ผจญ เฉลิมสาร .คุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานระดับกลาง ศึกษาเฉพาะกรณี โรงงานในนิคมอุตสาหกรรมเวลโกรว์จังหวัดฉะเชิงเทรา.ภาคินิพนธ์ ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต คณะพัฒนาสังคม บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2540
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ .วิทยาการพยาบาลในทศวรรษแห่งการเปลี่ยนแปลงในเอกสารการ ประชุม พยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 8 . กรุงเทพฯ:สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2530
- พยอม วงศ์สารศรี. การบริหารงานบุคคล. พิมพ์ครั้งที่ 4, กรุงเทพฯ:พรานนกการพิมพ์, 2534.
- พรทิพย์ เกตุรานนท์ .ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ เขต กรุงเทพมหานคร .วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- พรทิพย์ สุระโยชิ ณ ราชสีมา .อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมในการทำงาน และแรง สนับสนุนทางสังคม ที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาล ศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข .วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- พรรณทิพย์ เพชรรัชตะชาติ . ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับพฤติกรรมด้าน ความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลของอาจารย์ สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยในประเทศไทย วิทยานิพนธ์ปริญญาโทวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
- พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ ,ชูเกียรติ วิวัฒน์วงศ์เกษม และวสันต์ศิลปสุวรรณ วิธีวิจัยในงานสาธารณสุข .พิมพ์ครั้งที่2,กรุงเทพฯ:วิบูลย์การปก., 2538.
- พีระ ศรีกรรณจิตร .ความเครียดและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของครูโรงเรียนมัธยมศึกษา: ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเขตการศึกษาส่วนกลางและเขตการศึกษา 5 เขตกรุงเทพมหานคร . วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสถิติ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

- พีรยา พงศ์สังกาจ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ .วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย เชียงใหม่, 2540.
- ฟาริดา อิมบาอิม .นิเทศวิชาชีพและจริยศาสตร์สำหรับพยาบาล . พิมพ์ครั้งที่2 .กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญ การพิมพ์ , 2541.
- มยุรา กาญจนางกูร .บทบาทพยาบาลวิชาชีพ .เอกสารการสอนชุดวิชามโนคติและกระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 1- 7 . กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด นำกิจการพิมพ์ ,2527 .
- ประเสริฐ กลั่นหอม. คุณภาพชีวิตในการทำงานที่มีผลสุขภาพจิตของพนักงานระดับปฏิบัติงานในโรงงานคอนกรีตผสมเสร็จ เครื่องยนต์ไทย. ปรินญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาอุตสาหกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2543.
- รัตนา มากก้อน .สุขภาพจิตของพนักงานที่ทำงานกะและพนักงานที่ทำงานประจำในโรงงานอุตสาหกรรม. ปรินญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2544.
- ลดาวลัย ผาสุข . ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทางสุขภาพ การสนับสนุนจากหน่วยงานกับแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร . ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2535.
- วนลดา ทองใบ .ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคนงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปรินญามหาบัณฑิต(สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล,2540.
- วรวิทย์ ชัยพรเจริญศรี .คุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดสระบุรี . ปรินญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2541.
- วไลพร ภิญโญ.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัย : กรณีศึกษาพนักงานโรงงานผลิตอุปกรณ์ไฟฟ้าแห่งชาติแห่งหนึ่ง ในจังหวัด สมุทรปราการ. ปรินญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2541.

- วิมนต์ วันชนะนพร .ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการปฏิบัติงานกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. ปรินญาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาการ บริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2541.
- วิสุทธิ อุตมะ .คุณภาพชีวิตการทำงานที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรในสำนักงานศึกษาธิการอำเภอ ในเขตการศึกษา 6. ปรินญาศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยสาขาการ บริหารการ ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2538.
- วิไล พัรรักษา.ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน กับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. ปรินญาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย สาขาการ บริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2541.
- วิไลพร มณีพันธ์ .ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อมในการทำงานกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ปรินญาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
- วีรวรรณ เกิดทอง .การศึกษาสุขภาพองค์การของกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปรินญาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาวิชาการ บริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- วรุณวรรณ ผาโคตร.พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัย เกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ปรินญามหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
- ศศิพร ดัชชานานุสรณ์ .ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลลักษณะส่วนบุคคล แบบแผนการดำเนินชีวิตกับภาวะสุขภาพของแรงงานต่างชาติในจังหวัดสมุทรสาคร:กรณีศึกษาใน โรงพยาบาลสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ปรินญามหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชา พยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
- ศิริกุล จันทุม .ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับคุณภาพชีวิตการทำงานพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย .ปรินญาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสาขาวิชาการ บริหารการพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

- สมจิตรา เหง้าเกษ .ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- สมหวัง โอชารส.คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานแพทย์ใหญ่ กรมตำรวจ.วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2544.
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ.เอกสารประเด็นคำถามสำหรับเวทีการร่างพระราชบัญญัติปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.นนทบุรี,2545.
- สิริลักษณ์ ดันชัยสวัสดิ์.ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล,2535.
- สุพจน์ แก้วจรัสฉายแสง .ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดลพบุรี .วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- สุขุมมालย์ ศาลาโรจน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ .ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิตสาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2541.
- สุวารี โสธรพิทักษ์กุล.ผลของสภาพแวดล้อมในการทำงานต่อสุขภาพจิต ของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ .วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีการบริหารสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์, 2534.
- สมหวัง พิริยานุวัฒน์และคณะ .คุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการพลเรือน.รายงานการวิจัยศูนย์ปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาการศึกษาเพื่อสังคมคณะครุศาสตร์ :จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
- อรภัชชา เดชจิตกร.ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายและคุณภาพชีวิตการทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม .ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์,2544.

อนันต์ แก้วกำเนิด .คุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่วิเคราะห์งบประมาณ สำนักงานงบประมาณ
สำนักนายกรัฐมนตรี. ปรินญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (รัฐศาสตร์) มหาวิทยาลัย
เกษตรศาสตร์ , 2543.

อุทัย เลหาวิเชียร .ทฤษฎีองค์การในบริหารและการพัฒนาองค์การ .นนทบุรี:มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมมาธิราช , 2530.

อภิรยา พานทอง .ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน .
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการ พยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2540.

อุบล เครือภักดิ์ .ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลประจำการ
ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. ปรินญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (การวัดและประเมินผล
การศึกษา) มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2544.



APPENDIX A
LIST OF EXPERTS

APPENDIX A

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

- 1.) ผ.ศ.วิชัย เอกพลากร (อาจารย์แพทย์หน่วยเวชศาสตร์ชุมชน โรงพยาบาลรามารับดี)
- 2.) ร.ศ.(พิเศษ) สุรชาติ ฅ หนองคาย (นักกฎหมาย ภาควิชาบริหารสาธารณสุข)
- 3.) ดร. สลิษฐ์ เทพตระการ (นักวิชาการ 8 กองอาชีวอนามัย กระทรวงสาธารณสุข)
- 4.) อ. เทียนชัย บุรพชน (นักวิชาการส่งเสริมพัฒนา 8 สาธารณสุข จังหวัด ระยอง)
- 5.) คุณ สมใจ ยี่มวิไล (พยาบาลวิชาชีพ8 สำนักงานพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข)



APPENDIX B

แบบสอบถาม

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงาน กับภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดระยอง

จุดมุ่งหมายสำคัญของแบบสอบถามฉบับนี้เพื่อสำรวจและประเมินการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความให้เข้าใจ

แบบสอบถามชุดนี้มี 3 ส่วน ประกอบด้วย

ขอให้ท่านอ่านคำถามทุกข้อให้เข้าใจและตอบคำถามทุกข้อด้วยตัวท่านเองตามความเป็นจริงมากที่สุด คำตอบของท่านทุกข้อจะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านในด้านการให้โทษในหน้าที่การงานของท่านแต่อย่างใด

คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามฉบับนี้จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ เพราะการวิเคราะห์และการนำเสนอผลการวิจัยจะกระทำในลักษณะภาพรวม

ความคิดเห็นของท่านในทุกเรื่องมีคุณค่าต่อการวิจัยครั้งนี้ในการนำไปใช้ปรับปรุงคุณภาพชีวิตการทำงานของท่านและระบบงานในอนาคต .

หากท่านไม่เต็มใจตอบแบบสอบถามแม้ว่าท่านจะกรอกแบบสอบถามไปแล้วก็ตามท่านสามารถปฏิเสธการตอบแบบสอบถามต่อได้และสามารถออกจากวิจัยได้ทันที

ผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมือของท่าน

วิภาพร พาศิยานุกูล

นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ ซึ่งตรงกับลักษณะตามความเป็นจริงของท่าน

1. ปัจจุบัน ท่านอายุ.....ปี
2. ปัจจุบันท่านทำงานอยู่ที่ไหน โปรดระบุโรงพยาบาล.....
3. ประเภทหอผู้ป่วย
 - 1.() ผู้ป่วยนอก
 - 2.() ห้องฉุกเฉิน
 - 3.() ห้องผ่าตัด
 - 4.() ศัลยกรรม
 - 5.() อายุรกรรม
 - 6.() สูติรีเวชกรรม
 - 7.() กุมารเวชกรรม
 - 8.() หอผู้ป่วยหนัก
 - 9.() อื่น
4. ท่านมีสภาพสมรสอย่างไร
 - 1.() คู่
 - 2.() โสด
 - 3.() หย่า
 - 4.() แยก
 - 5.() หม้าย
 - 6.() อื่นๆระบุ
- 5.ระยะเวลาปฏิบัติงานปี (ตั้งแต่จบ/ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนี้)
- 6.รายได้ทั้งหมดต่อเดือน.....บาท
- 7.เงินเดือนของท่านในปัจจุบัน
 - 1.() เพียงพอ เหลือเก็บ
 - 2.() เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ
 - 3.() ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน
 - 4.() ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน
- 8.ท่านได้ปฏิบัติงานล่วงเวลาที่อื่นหรือไม่
 - 1.() ทำ ระยะเวลา.....ชั่วโมงต่อสัปดาห์
 - 2.() ไม่ทำ

9.ประวัติสุขภาพใน 1 ปี ที่ผ่านมา

1. () แข็งแรงดี
2. () เจ็บป่วยเล็กน้อยๆ
3. () มีโรคประจำตัว โปรรระบุ.....

		ความถี่
การรักษา	() 1. ซึ้อยารับประทานเอง	() เป็นประจำ () บางครั้ง
	() 2. รักษาที่คลินิก	() เป็นประจำ () บางครั้ง
	() 3. รักษาที่โรงพยาบาล	() เป็นประจำ () บางครั้ง
	() 4. อื่นๆระบุ.....	() เป็นประจำ () บางครั้ง

10. ปัจจุบันท่านกำลังศึกษาต่อหรือไม่....

1. () ไม่ได้ศึกษาต่อ
2. () ศึกษาต่อ

11. ถ้าศึกษาต่อหลักสูตรที่กำลังศึกษาต่อ คือ

1. () พยาบาล
2. () อื่นๆ ระบุ

12. วิธีการศึกษาโดย

1. () ลาศึกษา
2. () ไม่ลาศึกษา

13. ในกรณีที่ไม่วลาศึกษาใช้เวลาเรียนอย่างไร

1. () เรียนในเวลาราชการ
2. () เรียนนอกเวลาราชการ

14. หลักสูตรที่กำลังศึกษามีที่หน่วยกิจ.....

15. รูปแบบการหมุนเวียนปฏิบัติงาน

- | | |
|----------------------------|-------------------|
| 1.() แบบหมุนเวียน | 6.() ไม่มีรูปแบบ |
| 2.() แบบจัดเป็นรอบ | |
| 3.() ปฏิบัติงานแบบคงที่ | |
| 4.() ปฏิบัติงานแบบบล็อก | |
| 5.() ปฏิบัติงานแบบเป็นทีม | |

16. การจัดอัตรากำลังคนเหมาะสมหรือไม่.....

- 1.() เหมาะสม
2. () ไม่เหมาะสม

ส่วนที่ 2

โปรดทำเครื่องหมาย✓ ในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านที่สุด

1. ความปลอดภัยในการทำงาน

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
1. ปริมาณงานไม่มากเกินไปจนล้าลึงที่มีอยู่				
2. ลักษณะงานต้องใช้ความรู้ความสามารถ เฉพาะทางทำแทนกันไม่ได้				
3. ลักษณะงานไม่เกินความรู้ความสามารถ ของท่าน				
4. งานเหมาะสมกับความรู้ความสามารถ				
5. งานไม่ซ้ำซากน่าเบื่อหน่าย				
6. ท่านรู้สึกภูมิใจในงานที่ตนเองปฏิบัติ				
7. ถ้ามีโอกาสจะไม่เปลี่ยนงานใหม่ทันที				
8. สภาพการทำงานในปัจจุบันมีความ ปลอดภัยดี				
9. สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพเช่นความร้อน แสง เสียงดัง รบกวนในที่ทำงานไม่ส่งผล ต่อชีวิตและสุขภาพของท่าน				
10. สิ่งแวดล้อมด้านชีวภาพเช่นเชื้อโรค แมลง สัตว์นำโรคในที่ทำงานไม่ส่งผลต่อ ชีวิตและสุขภาพของท่าน				
11. สิ่งแวดล้อมสารเคมี เช่น น้ำยาในที่ ทำงานไม่ส่งผลต่อชีวิตและสุขภาพของ ท่าน				

1. ความปลอดภัยในการทำงาน(ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
12.สิ่งแวดล้อมด้านจิตสังคมเช่นปฏิสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานในที่ทำงานไม่ส่งผลต่อชีวิตและสุขภาพของท่าน				
13.ท่านและ/หรือผู้ร่วมงานมีการปฏิบัติงานไม่ผิดพลาดในที่ทำงาน				
14.ท่านและ/หรือผู้ร่วมงานไม่ได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานในหน่วยงานปฏิบัติประจำ				
15.ท่านรู้สึกว่าการพยาบาลที่ท่านปฏิบัติอยู่เป็นประจำเป็นงานที่ไม่ใช้แรงงานมาก				
16.การปฏิบัติงานของท่านซึ่งปฏิบัติอยู่เป็นประจำไม่ได้มาตรฐาน				
17.ท่านและ/หรือผู้ร่วมงานร่วมกันหาแนวทางปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ตนเองและผู้ป่วย				
18.มีการวางแผนและเครื่องหมายการป้องกันอุบัติเหตุขณะทำงานในที่ทำงาน				
19.มีการวางแผนและจัดระบบการเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากการทำงานอย่างสม่ำเสมอ				
20.เมื่อมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นได้มีการสอบสวนอุบัติเหตุจากการทำงาน				
21.หน่วยงานของท่านมีการรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน				

2. ความยุติธรรมในการทำงาน

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
ท่านคิดว่าได้รับความยุติธรรมในการทำงานของท่านในระดับใดในประเด็นต่อไปนี้				
1. ค่าจ้างตอบแทน				
2. สวัสดิการ				
3. สิทธิพิเศษ				
4. การพิจารณาความดีความชอบ				
5. รางวัลพิเศษ				

3. แรงจูงใจในการทำงาน

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
ท่านคิดว่าการทำงานเป็นอย่างไรในประเด็นต่อไปนี้				
1. ได้รับการยอมรับนับถือจากเพื่อนร่วมงาน				
2. การมีโอกาสร่วมคิดในการทำงาน				
3. ความพึงพอใจในการทำงานโดยตรง				
4. การมีส่วนร่วมในกิจการพิเศษของหน่วยงาน				

4. การมีโอกาสพัฒนาตนเองและผลงานเป็นอย่างไรในประเด็นต่อไปนี้

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
ท่านคิดว่า การมีโอกาสพัฒนาตนเองและผลงานเป็นอย่างไรในประเด็นต่อไปนี้				
1. การได้รับโอกาสทำงานใหม่ๆ ที่ท้าทาย				
2. การได้รับการฝึกฝนทักษะเพิ่มเติม				
3. โอกาสศึกษาต่อเนื่องเพิ่มเติม				
4. การเตรียมความพร้อมเพื่อปฏิบัติงานที่แตกต่างไปจากเดิม				
5. การสร้างทีมงานของตนเอง				
6. การได้รับคำปรึกษาที่ดีในการทำงานจากเพื่อนร่วมงาน				
7. การได้รับคำแนะนำในการทำงานจากเพื่อนร่วมงาน				
8. ความช่วยเหลือในการทำงานจากเพื่อนร่วมงาน				
9. โอกาสนำเสนอผลงานและความคิดใหม่ๆ				
10. ผู้ร่วมงานให้ความร่วมมือกับท่านในการพัฒนางานที่ทำ				

ส่วนที่ 3

คำชี้แจง แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพกาย โปรดเขียนเครื่องหมาย✓ ลงในช่องว่างหลัง ข้อความที่ตรงกับการเปลี่ยนแปลงทางด้าน ร่างกาย ที่เกิดกับท่านในระยะเวลา 3 เดือน	เกณฑ์การให้คะแนน 5. หมายถึงไม่มีอาการ 4. หมายถึงมีอาการ 1-2 ครั้ง/เดือน 3. หมายถึงมีอาการ 3-4 ครั้ง/เดือน 2. หมายถึงมีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง/ เดือน 1. หมายถึงมีอาการเป็นประจำทุกวัน				
ข้อความ	1	2	3	4	5
1.ปวดหลัง					
2.นอนไม่หลับ					
3.เหนื่อยง่าย					
4.เบื่ออาหาร					
5.ตาพร่ามัว					
6.ปวดท้อง					
7.ชักหรือมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ					
8.คลื่นไส้ หรือ อาเจียน					
9.เวียนศีรษะ					
10.หน้ามือเป็นลม					
11.ท้องผูก					
12.มือสั่นจนทำให้เขียนหนังสือหรือทำงาน ที่ละเอียดลำบาก					
13.ท้องเสีย					
14.ใจสั่น					
15.ตัวร้อน ครั่นเนื้อครั่นตัว					
16.อ่อนเพลีย					
17.ปวดเมื่อยตามร่างกาย					

คำชี้แจง แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพกาย โปรดเขียนเครื่องหมาย✓ ลงในช่องว่างหลัง ข้อความที่ตรงกับกรเปลี่ยนแปลงทางด้าน ร่างกาย ที่เกิดกับท่านในระยะเวลา 3 เดือน (ต่อ)	เกณฑ์การให้คะแนน 5.หมายถึงไม่มีอาการ 4.หมายถึงมีอาการ 1-2ครั้ง/เดือน 3.หมายถึงมีอาการ3-4ครั้ง/เดือน 2.หมายถึงมีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ5ครั้ง/ เดือน 1.หมายถึงมีอาการเป็นประจำทุกวัน				
ข้อความ	1	2	3	4	5
18.เจ็บแน่นหน้าอก					
19.เลือดกำเดาไหล					
20.เป็นหวัด					

คำชี้แจง แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพจิต โปรดเขียนเครื่องหมาย✓ ลงในช่องว่างหลัง ข้อความที่ตรงกับกรเปลี่ยนแปลงทางด้าน ร่างกาย ที่เกิดกับท่านในระยะเวลา 3 เดือน	เกณฑ์การให้คะแนน 5.หมายถึงไม่มีอาการ 4.หมายถึงมีอาการ 1-2ครั้ง/เดือน 3.หมายถึงมีอาการ3-4ครั้ง/เดือน 2.หมายถึงมีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ5ครั้ง/ เดือน 1.หมายถึงเป็นประจำทุกวัน				
ข้อความ	1	2	3	4	5
1.ท่านรู้สึกว่าคุณเองเป็นคนที่ยึดมั่นง่าย					
2.ท่านรู้สึกว่าคุณเองเป็นคนที่ไม่สนใจสิ่งใดสิ่ง หนึ่งได้ไม่นาน					
3.เวลาทำงานถ้ามีใครมาส่งเสียงข้างๆท่านจะ ทำงานต่อไปไม่ได้					
4.ท่านมีเรื่องกวนใจ					
5.ท่านรู้สึกว่าลำบากใจ					
6.ถ้ามีคนขัดใจ หรือข่มขู่เพียงเล็กน้อยท่านจะ โกรธทันที					

คำชี้แจง แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพจิต โปรดเขียนเครื่องหมาย✓ ลงในช่องว่างหลัง ข้อความที่ตรงกับกรเปลี่ยนแปลงทางด้าน ร่างกาย ที่เกิดกับท่านในระยะเวลา 3 เดือน (ต่อ)	เกณฑ์การให้คะแนน 5.หมายถึงไม่มีอาการ 4.หมายถึงมีอาการ 1-2ครั้ง/เดือน 3.หมายถึงมีอาการ3-4ครั้ง/เดือน 2.หมายถึงมีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ5ครั้ง/ เดือน 1.หมายถึงเป็นประจำทุกวัน				
ข้อความ	1	2	3	4	5
7.ท่านรู้สึกว่เพื่อนๆหรือผู้ร่วมงานไม่ชอบ ท่าน					
8.เมื่อมีการประชุม หรือสัมมนาระหว่างผู้ ร่วมงานท่านอยากแสดงความคิดเห็นแต่ ไม่กล้าเสนอความคิด					
9.ท่านมักจะรู้สึกกลัวโดยไม่ทราบสาเหตุ					
10.ท่านบังคับตนเองไม่ได้					
11.ท่านรู้สึกว่าตนเองตกใจง่ายเมื่อเผชิญกับ เหตุการณ์ต่างๆ					
12.เมื่อทำอะไรสำเร็จมีความภูมิใจท่านรู้สึกดี ใจเมื่อทำอะไรไม่สำเร็จท่านจะรู้สึกเสียใจ ทันที					
13.ท่านไม่เข้าไปทำความรู้จักกับคนที่ไม่เคย รู้จักมาก่อน					
14.ท่านไม่ชอบพูดเล่น					
15.ท่านรู้สึกตนเองทำงานผิดพลาด					
16.ท่านรู้สึกหวาดกลัวว่าผู้บังคับบัญชาอาจ จะตำหนิหรือลงโทษ					
17.ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไม่ดี					

<p>คำชี้แจง แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพจิต โปรดเขียนเครื่องหมาย✓ ลงในช่องว่างหลัง ข้อความที่ตรงกับการเปลี่ยนแปลงทางด้าน ร่างกาย ที่เกิดกับท่านในระยะเวลา 3 เดือน (ต่อ)</p>	<p>เกณฑ์การให้คะแนน 5.หมายถึงไม่มีอาการ 4.หมายถึงมีอาการ 1-2ครั้ง/เดือน 3.หมายถึงมีอาการ3-4ครั้ง/เดือน 2.หมายถึงมีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ5ครั้ง/ เดือน 1.หมายถึงเป็นประจำทุกวัน</p>				
<p>ข้อความ</p>	1	2	3	4	5
<p>18.เมื่อเข้านอนตอนกลางคืนท่านมักนอนไม่ หลับ หรือหลับได้น้อยโดยหลับได้</p>					
<p>19.ท่านรู้สึกว่าผู้ร่วมงานไม่มีใครอยากจะ ร่วมงานกับท่าน</p>					
<p>20.ท่านรู้สึกอึดอัดอยากจะตะ โทนออกไป ดั่งๆ</p>					



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพด้าน
ความปลอดภัยในการทำงานจำแนกรายข้อ (n=339)

ความปลอดภัยในการทำงาน	\bar{X}	SD	ระดับ
1.ปริมาณงานไม่มากเกินไปจนล้าลึงที่มีอยู่	3.43	0.50	ปานกลาง
2.ลักษณะงานต้องใช้ความรู้เฉพาะทางทำแทนกันไม่ได้	3.45	0.50	ปานกลาง
3.ลักษณะงานไม่เกินความรู้ความสามารถของท่าน	3.66	0.47	ดี
4.งานเหมาะสมความรู้ความสามารถของท่าน	3.78	0.41	ดี
5.งานไม่ซ้ำซากน่าเบื่อหน่าย	3.51	0.50	ปานกลาง
6.ท่านรู้สึกภูมิใจในงานที่ตนเองปฏิบัติ	3.42	0.49	ดี
7.ถ้ามีโอกาสจะไม่เปลี่ยนงานใหม่ทันที	3.45	0.50	ดี
8.สภาพการทำงานในปัจจุบันมีความปลอดภัยดี	3.49	0.50	ปานกลาง
9.สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพเช่นความร้อน แสง เสียงดังรบกวนในที่ทำงานไม่ส่งผลต่อชีวิตและสุขภาพของท่าน	3.26	0.44	ปานกลาง
10.สิ่งแวดล้อมด้านชีวภาพเช่นเชื้อโรค แมลง สัตว์นำโรคในที่ทำงานไม่ส่งผลต่อชีวิตและสุขภาพของท่าน	3.33	0.47	ปานกลาง
11.สิ่งแวดล้อมสารเคมีเช่นน้ำยาในที่ทำงานไม่ส่งผลต่อชีวิตและสุขภาพของท่าน	3.35	0.48	ปานกลาง
12.สิ่งแวดล้อมด้านจิตสังคมเช่นปฏิบัติสัมพันธ์กับ ผู้ร่วมงานในที่ทำงานไม่ส่งผลต่อชีวิตและสุขภาพของท่าน	3.21	0.41	ปานกลาง
13.ท่าน/ผู้ร่วมงานมีการปฏิบัติงานไม่ผิดพลาดในที่ทำงาน	3.32	0.47	ปานกลาง
14.ท่าน/ผู้ร่วมงานไม่ได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานในหน่วยงาน	3.37	0.48	ปานกลาง

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ
ด้านความปลอดภัยในการทำงานจำแนกรายข้อ (n=339) (ต่อ)

ความปลอดภัยในการทำงาน	\bar{X}	SD	ระดับ
15.ท่านรู้สึกว่าการพยาบาลที่ท่านปฏิบัติอยู่เป็นประจำ เป็นงานที่ไม่ใช้แรงงานมาก	3.39	0.49	ปานกลาง
16.การปฏิบัติงานของท่านซึ่งปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ได้มาตรฐาน	3.43	0.50	ปานกลาง
17.ท่าน/ผู้ร่วมงานร่วมกันหาแนวทางปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ตนเองและผู้ป่วย	3.69	0.46	ดี
18.มีการวางแผนและเครื่องหมายการป้องกัน อุบัติเหตุขณะทำงานในที่ทำงาน	3.58	0.49	ดี
19.มีการวางแผนและจัดระบบการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ จากการทำงานอย่างสม่ำเสมอ	3.62	0.49	ดี
20.เมื่ออุบัติเหตุเกิดขึ้นได้มีการสอบสวนอุบัติเหตุ จากการทำงาน	3.67	0.47	ดี
21.หน่วยงานของท่านมีการรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุ จากการทำงาน	3.57	0.50	ดี

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพด้านยุทธธรรมในการทำงานจำแนกเป็นรายข้อ (n=339)

ความยุทธธรรม	\bar{X}	SD	ระดับ
ค่าจ้างตอบแทน	2.73	0.59	ปานกลาง
สวัสดิการ	2.77	0.59	ปานกลาง
สิทธิพิเศษ	2.62	0.62	ปานกลาง
การพิจารณาความดีความชอบ	2.56	0.66	ปานกลาง
รางวัลพิเศษ	2.19	0.66	พอใช้

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพด้านแรงจูงใจในการทำงานจำแนกเป็นรายข้อ

แรงจูงใจในการทำงาน	\bar{X}	SD	ระดับ
ได้รับการยอมรับนับถือจากเพื่อนร่วมงาน	3.16	0.5	ปานกลาง
การมีโอกาสร่วมคิดในการทำงาน	3.22	0.53	ปานกลาง
ความพึงพอใจในการทำงานโดยตรง	3.18	0.54	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมในกิจการพิเศษของหน่วยงาน	3.17	0.55	ปานกลาง

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพด้านมี โอกาสพัฒนาตนเองและผลงานในการทำงานจำแนกเป็นรายข้อ (n=339)

แรงจูงใจในการทำงาน	\bar{X}	SD	ระดับ
การได้รับโอกาสทำงานใหม่ๆที่ท้าทาย	2.84	0.65	ปานกลาง
การได้รับการฝึกฝนทักษะเพิ่มเติม	2.84	0.64	ปานกลาง
โอกาสศึกษาต่อเนื่องเพิ่มเติม	2.58	0.70	ปานกลาง
การเตรียมความพร้อมเพื่อปฏิบัติงานที่แตกต่างไปจากเดิม	2.73	0.64	ปานกลาง
การสร้างทีมงานของตนเอง	2.78	0.66	ปานกลาง
การได้รับคำปรึกษาที่ดีในการทำงานจากเพื่อนร่วมงาน	3.11	0.55	ปานกลาง
ความช่วยเหลือในการทำงานจากเพื่อนร่วมงาน	3.21	0.56	ปานกลาง
โอกาสนำเสนอผลงานและความคิดใหม่ๆ	2.91	0.62	ปานกลาง
ผู้ร่วมงานให้ความร่วมมือกับท่านในการพัฒนางานที่ทำ	3.06	0.61	ปานกลาง

ตารางที่ 5 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามภาวะสุขภาพทางกาย

คำชี้แจง แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพกาย โปรดเขียนเครื่องหมาย✓ ลงในช่องว่าง หลังข้อความที่ตรงกับการเปลี่ยนแปลงทาง ด้านร่างกาย ที่เกิดกับท่านในระยะเวลา 3 เดือน	เกณฑ์การให้คะแนน5.หมายถึงไม่มีอาการ 4.หมายถึงมีอาการ 1-2ครั้ง/เดือน 3.หมายถึงมีอาการ3-4ครั้ง/เดือน 2.หมายถึงมีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ5ครั้ง/ เดือน 1.หมายถึงเป็นประจำทุกวัน				
	ข้อความ	1	2	3	4
1.ปวดหลัง	0	1.8	15.9	64.0	18.3
2.นอนไม่หลับ	0.6	3.7	10.0	33.9	50.7
3.เหนื่อยง่าย	0	1.8	6.5	31.6	60.2
4.เบื่ออาหาร	0	0.6	2.7	22.4	74.3
5.ตาพร่ามัว	0.3	0.3	3.2	14.2	82.0
6.ปวดท้อง	0.3	0.9	8.3	42.2	98.4
7.ชักหรือมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ	0	0	0.3	1.8	97.9
8.คลื่นไส้ หรือ อาเจียน	0.3	0.9	1.5	17.4	79.9
9.เวียนศีรษะ	0.3	1.5	8.8	37.8	51.6
10.หน้ามือเป็นลม	0.3	1.2	1.2	10.9	87.6
11.ท้องผูก	0	1.5	4.1	26.6	68.5
12.มือสั่นจนทำให้เขียนหนังสือหรือ ทำงานที่ละเอียดลำบาก	0	0	0.9	6.5	92.6
13.ท้องเสีย	0	0	1.5	18.6	79.9
14.ใจสั่น	0	0.3	2.6	12.1	87.0
15.ตัวร้อน ครั่นเนื้อครั่นตัว	0	0.3	2.7	41.0	56.0
16.อ่อนเพลีย	0.9	2.4	13.3	59.3	24.2
17.ปวดเมื่อยตามร่างกาย	0	5.6	16.8	33.7	23.9
18.เจ็บแน่นหน้าอก	0	0	0.3	8.0	91.7

ตารางที่ 5 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามภาวะสุขภาพทางกาย (ต่อ)

คำชี้แจง แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพกาย โปรดเขียนเครื่องหมาย✓ ลงในช่องว่าง หลังข้อความที่ตรงกับการเปลี่ยนแปลงทาง ด้านร่างกาย ที่เกิดกับท่านในระยะเวลา 3 เดือน	เกณฑ์การให้คะแนน5.หมายถึงไม่มีอาการ 4.หมายถึงมีอาการ 1-2ครั้ง/เดือน 3.หมายถึงมีอาการ3-4ครั้ง/เดือน 2.หมายถึงมีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ5ครั้ง/ เดือน 1.หมายถึงเป็นประจำทุกวัน				
ข้อความ	1	2	3	4	5
19.เลือดกำเดาไหล	0	0	0	0	100
20.เป็นหวัด	0	0.9	3.8	50.1	45.1

ตารางที่ 6 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามภาวะสุขภาพทางจิต

คำชี้แจง แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพจิต โปรดเขียนเครื่องหมาย✓ ลงในช่องว่างหลัง ข้อความที่ตรงกับการเปลี่ยนแปลงทางด้าน ร่างกาย ที่เกิดกับท่านในระยะเวลา 3 เดือน	เกณฑ์การให้คะแนน 5.หมายถึงไม่มีอาการ 4.หมายถึงมีอาการ 1-2ครั้ง/เดือน 3.หมายถึงมีอาการ3-4ครั้ง/เดือน 2.หมายถึงมีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ5ครั้ง/ เดือน 1.หมายถึงเป็นประจำทุกวัน				
ข้อความ	1	2	3	4	5
1.ท่านรู้สึกว่าคุณเองเป็นคนที่ตื่นตื้นง่าย	0.3	0.9	7.4	55.5	36.0
2.ท่านรู้สึกว่าคุณเองเป็นคนที่สนใจสิ่งใดสิ่ง หนึ่งได้ไม่นาน	0.3	1.8	8.3	48.7	41.0
3.เวลาทำงานถ้ามีใครมาส่งเสียงข้างๆท่านจะ ทำงานต่อไปไม่ได้	0.2	0.9	7.4	42.5	49.1

ตารางที่ 6 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามภาวะสุขภาพทางจิต (ต่อ)

คำชี้แจง แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพจิต โปรดเขียนเครื่องหมาย✓ ลงในช่องว่างหลัง ข้อความที่ตรงกับการเปลี่ยนแปลงทางด้าน ร่างกาย ที่เกิดกับท่านในระยะเวลา 3 เดือน (ต่อ)	เกณฑ์การให้คะแนน 5.หมายถึงไม่มีอาการ 4.หมายถึงมีอาการ 1-2ครั้ง/เดือน 3.หมายถึงมีอาการ3-4ครั้ง/เดือน 2.หมายถึงมีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ5ครั้ง/ เดือน 1.หมายถึงเป็นประจำทุกวัน				
ข้อความ	1	2	3	4	5
4.ท่านมีเรื่องกวนใจ	0.2	2.1	9.1	49.6	39.1
5.ท่านรู้สึกว้าปากใจ	0.2	2.1	9.1	49.6	39.1
6.ถ้ามีคนขัดใจ หรือขี้ขลาดเล็กน้อยท่านจะ โกรธทันที	0.3	1.5	5.9	48.1	44.2
7.ท่านรู้สึกว่าเพื่อนๆหรือผู้ร่วมงานไม่ชอบ ท่าน	0	0	0	0.6	41.0
8.เมื่อมีการประชุม หรือสัมมนาระหว่างผู้ ร่วมงานท่านอยากแสดงความคิดเห็นแต่ ไม่กล้าเสนอความคิด	0	0.6	35.0	39.2	56.6
9.ท่านมักจะรู้สึกกลัวโดยไม่ทราบสาเหตุ	0	0	1.5	20.6	77.9
10.ท่านบังคับตนเองไม่ได้	0	0.3	0.3	14.7	84.7
11.ท่านรู้สึกว่าตนเองตกใจง่ายเมื่อเผชิญกับ เหตุการณ์ต่างๆ	0	0	4.4	36.3	59.3
12.เมื่อทำอะไรสำเร็จมีความภูมิใจท่านรู้สึกดี ใจเมื่อทำอะไรไม่สำเร็จท่านจะรู้สึกเสียใจ ทันที	0.2	4.7	1.5	57.2	22.8

ตารางที่ 6 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามภาวะสุขภาพทางจิต (ต่อ)

คำชี้แจง แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพจิต โปรดเขียนเครื่องหมาย✓ ลงในช่องว่างหลัง ข้อความที่ตรงกับการเปลี่ยนแปลงทางด้าน ร่างกาย ที่เกิดกับท่านในระยะเวลา 3 เดือน	เกณฑ์การให้คะแนน 5. หมายถึง ไม่มีอาการ 4. หมายถึง มีอาการ 1-2 ครั้ง/เดือน 3. หมายถึง มีอาการ 3-4 ครั้ง/เดือน 2. หมายถึง มีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง/ เดือน 1. หมายถึง เป็นประจำทุกวัน				
ข้อความ	1	2	3	4	5
13. ท่านไม่เข้าไปทำความรู้จักกับคนที่ไม่เคย รู้จักมาก่อน	0.3	2.1	5.6	37.2	39.9
14. ท่านไม่ชอบพูดเล่น	0.2	0.3	2.9	3.3	63.5
15. ท่านรู้สึกตนเองทำงานผิดพลาด	0	0	3.2	54	42.8
16. ท่านรู้สึกหวาดกลัวว่าผู้บังคับบัญชาอาจ จะตำหนิหรือลงโทษ	0.2	1.8	3.2	44.5	50.3
17. ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไม่ดี	0.3	0.6	0.6	23.0	75.8
18. เมื่อเข้านอนตอนกลางคืนท่านมักนอนไม่ หลับ หรือหลับได้น้อยโดยหลับได้	0.9	2.4	47.0	36.9	55.2
19. ท่านรู้สึกว่าผู้ร่วมงานไม่มีใครอยากจะ ร่วมงานกับท่าน	0.3	0	0	14.1	85.6
20. ท่านรู้สึกอึดอัดอยากจะตะโกนออกไปดัง	0	0.3	0.3	21.8	75.2

BIOGRAPHY

NAME	Miss Vipaporn Phachiyankul
DATE OF BIRTH	1 November 1970
PLACE OF BIRTH	Bangkok, Thailand
INSTITUTIONS ATTENDED	Mahidol University, 1994: Bachelor of Nursing Science (Nursing and Midwifery) Mahidol University, 2003: Master of Science(Public Health) Major in Public Health Nursing
POSITION & OFFICE	270 Ramathibodi Hospital, Bangkok , Thailand Position : Nurse Tel . (02) 2011031