

EFFECTS OF QUALITY OF LIFE IMPROVEMENT PROGRAM AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS, PHU SANG SUB-DISTRICT, PHU SANG DISTRICT, PHAYAO PROVINCE

Songkran Somnam¹, Thanakorn Panyasaisophon², Phitsaran Thamrongworakun^{3,*}

Received: June 17, 2023

¹ Phu Sang Health Promoting Hospital, Phayao 56110, Thailand

Received: August 15, 2024

² Faculty of Science and Technology Phranakorn Rajabhat University, Bangkok 10220, Thailand

Accepted: August 20, 2024

³ Faculty of Education, Ramkhamhaeng University, Bangkok 10240, Thailand

Corresponding author; E-mail: phitsaran4@gmail.com *

Citation: Somnam S., Panyasaisophon T., Thamrongworakun P. (2024). Effects of Quality of Life Improvement Program among Village Health Volunteers, Phu Sang Sub-district, Phu Sang District, Phayao Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 39(2), 1-12.



Copyright (c) 2024 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to compare the quality of life of village health volunteers before and after participating in a quality of life development program and between the experimental and control groups. The study involved 199 village health volunteers, with 30 in the experimental group and 30 in the control group, selected through purposive sampling. Data were collected using a quality of life assessment questionnaire. The experimental tool was a quality of life development program, which included activities such as knowledge sharing, group counseling, relationship-building skills training, a local nutrition guide, yoga and Tai Chi exercises, social communication, social adaptation, and follow-up and reminders via the Line application. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. The comparison of mean scores was conducted using the Dependent sample t-test and Independent sample t-test. The findings showed that: I. After the intervention, the experimental group had significantly higher average quality of life scores compared to before the intervention at the 0.05 significance level. II. The experimental group also had significantly higher quality of life scores compared to the control group at the 0.05 significance level. In summary, developing the quality of life for village health volunteers should focus on providing useful skills and experiences through a combination of guidance and activities such as relationship-building, social communication, social adaptation, and regular follow-up and reminders through the Line application.

Keywords: Development; Quality of life; Village health volunteers

ผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลภูซาง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา

รับบทความ: 17 มิถุนายน 2566

แก้ไขล่าสุด: 15 สิงหาคม 2567

ตอบรับตีพิมพ์: 20 สิงหาคม 2567

สงกรานต์ สมนาม¹, ธนกร ปัญญาไสโสภณ², พิศพลลัม อารังค์วรกุล^{3,*}

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภูซาง, พะเยา 56110, ประเทศไทย

² คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร, กรุงเทพฯ 10220, ประเทศไทย

³ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ 10240, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: E-mail: phitsaran4@gmail.com *

อ้างอิง: สงกรานต์ สมนาม, ธนกร ปัญญาไสโสภณ, พิศพลลัม อารังค์วรกุล. (2567). ผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลภูซาง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 39(2), 1-12.



ลิขสิทธิ์ (c) 2024 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังเข้ารับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 199 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดคุณภาพชีวิต เครื่องมือที่ใช้ทดลอง ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้ การปรึกษาแบบกลุ่ม การฝึกทักษะเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพ ธงโภชนาการอาหารพื้นเมือง การบริหารร่างกายด้วยโยคะและรำไทเก๊ก การสื่อสารทางสังคม การปรับตัวทางสังคม การติดตามและกระตุ้นเตือนผ่านแอปพลิเคชัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Dependent sample t-test และ Independent sample t-test ผลการวิจัยพบว่า 1) ภายหลังจากทดลอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินคุณภาพชีวิต สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินคุณภาพชีวิต สูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรได้รับข้อมูลการสร้างเสริมทักษะประสบการณ์ที่มีประโยชน์ต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการให้คำแนะนำและการผสมผสานกิจกรรมทั้งการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสารทางสังคม การปรับตัวทางสังคม การติดตามและกระตุ้นเตือนผ่านแอปพลิเคชัน

คำสำคัญ: การพัฒนา; คุณภาพชีวิต; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทนำ

คุณภาพชีวิตที่ดีถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญและเป็นสิ่งจำเป็นที่บุคคลจะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขในทุก ๆ ด้าน อีกทั้งยังสามารถใช้เป็นเกณฑ์ในการกำหนดมาตรฐานเพื่อยกระดับให้ผู้คนในสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น ตลอดจนใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมพัฒนาทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคมสู่เป้าหมายที่พึงปรารถนา (Provincial Community Development Office of Songkhla, 2019) จากการจัดอันดับดัชนีความก้าวหน้าทางสังคม ปี ค.ศ. 2020 เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของประชากรในแต่ละประเทศทำให้ทราบว่าประชาชนไทยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในอันดับที่ 79 จากทั้งหมด 163 ประเทศ (National Innovation Agency, 2020) และจากการสำรวจคุณภาพชีวิตของคนไทย ปี ค.ศ. 2021 พบกลุ่มคนที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ บุคคลที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี และไม่ได้ออกกำลังกายตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ (Board of directors development on quality of life people, 2021) ในการศึกษาเบื้องต้น (Preliminary study) ด้วยการประเมินคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา จำนวน 274 คน ด้วยเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (Mahatanirankun et al., 2002) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยเฉลี่ยมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับน้อยกว่าด้านอื่น ๆ (Sakchalathorn et al., 2020) จากข้อมูลข้างต้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นหนึ่งในสมาชิกทางสังคมและมีภารกิจในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ควรได้รับการพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิต ที่จะช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดำเนินการสอดส่องดูแล ให้ความรู้ และเฝ้าระวัง เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อโควิด-19 ในชุมชนอย่างใกล้ชิด (Narkvichien, 2020) จากการปฏิบัติหน้าที่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแสดงให้เห็นถึงภารกิจในการเฝ้าระวังปัญหาทางด้านสุขภาพ ตลอดจนดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง (Department of Health Service Support, 2020) การตระหนักถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการสร้างเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความสุขในการทำงานและการดำเนินชีวิตจึงเป็นสิ่งที่ไม่อาจมองข้ามได้ จะช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างครบสมบูรณ์ อีกทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังถือเป็นแบบอย่างในการดูแลรักษาสุขภาพในทุก ๆ ด้าน ให้สมาชิกในชุมชนมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพกายสุขภาพจิตที่ถูกต้อง สามารถสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้อย่างเหมาะสม ตระหนักและเล็งเห็นถึงความสำคัญในการปรับภูมิทัศน์ที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัยและน่าอยู่ชวนมอง อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้คนในชุมชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 หมวด 5 ข้อที่ 34 (The Ministry of Public Health Regulation on Village Health Volunteers, B.E. 2011, 2011) ระบุไว้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเป็นแบบอย่างแก่ผู้อื่นได้

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทเป็นผู้นำในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน ตลอดจนเป็นแบบอย่างในการดูแลรักษาสุขภาพเพื่อให้สมาชิกในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Komnanton & Bodeerat, 2021) ดังนั้นการสร้างเสริมและพัฒนา

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เป็นผู้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความรู้ความเข้าใจ และเห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับการมีองค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์ จึงเป็นสิ่งจำเป็น จะช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าใจในหลักการ ขั้นตอน และสามารถจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับสมาชิกในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Piomrat et al., 2020) ทั้งการส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามช่วงวัย สนับสนุนให้สมาชิกในชุมชนทำกิจกรรมสันทนาการเพื่อสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคมให้มีความแน่นแฟ้น (Kosanphiphat, 2018) ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสมาชิกในชุมชนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลภูซาง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา เพื่อช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและสัมพันธ์ทางสังคมดีขึ้น โดยผลจากการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่อยู่ในวิชาชีพนำโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาและสร้างเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลภูซาง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและ

หลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Panyasaisophon, 2021)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภูซาง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา จำนวน 199 คน (Community Health System, 2022) คำนวณขนาดตัวอย่างในกรณีการวิจัยเชิงทดลองวิธีเทียบขนาดของการแจกแจงประชากรที่มีผลการทดลองขนาดใหญ่ (ES=0.8) มุ่งทดสอบสมมติฐานเพื่อหาข้อสรุปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกำหนดความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (Cohen, 1969) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้คะแนนจากการประเมินคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางลงมา มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 1 ปี มีความยินดีเข้ารับโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิต และสามารถติดต่อสื่อสารผ่านช่องทางออนไลน์ได้ เกณฑ์การคัดออกคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความต้องการขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยเนื่องจากเกิดการเจ็บป่วยกะทันหัน หรือมีเหตุจำเป็นที่ไม่สามารถเข้ารับโปรแกรมฯ ต่อไปได้ โดยมีระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยพัฒนาจากการสนทนากลุ่มแกนนำในชุมชนและตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ได้โปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมและตรงกับความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากนั้นนำโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาจิตวิทยา และสาขาสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จึงได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง 0.66-1.00 โดยมีรายละเอียดการประเมิน ดังนี้ 1) ความเหมาะสมและ

ความถูกต้องของภาษา 2) ความเป็นไปได้ของการดำเนินการ 3) ความถูกต้องตามหลักวิชาการ 4) ความสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของพื้นที่ และ 5) ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์กับเนื้อหากิจกรรม (Srisaard, 2017) ทำให้ได้มาซึ่ง 6 กิจกรรม ประกอบด้วย เกมละลายพฤติกรรม การชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และข้อตกลงเกี่ยวกับการเข้ารับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต การปรึกษากลุ่ม การให้ความรู้ การสาธิต และฝึกทักษะด้านต่าง ๆ โดยสัปดาห์แรกจะประเมินคุณภาพชีวิตก่อนทำการทดลอง จากนั้นดำเนินกิจกรรมแรกในสัปดาห์ที่ 2 เว้นระยะห่าง 2 สัปดาห์เพื่อทำกิจกรรมที่ 3 จนครบทั้ง 6 กิจกรรม แล้วประเมินคุณภาพชีวิตหลังทำการทดลองเสร็จสิ้น มีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ประกอบด้วย เกมละลายพฤติกรรมเพื่อนของฉัน การปรึกษากลุ่มเตรียมความพร้อมด้านเจตคติต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การให้ความรู้ในหัวข้อคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นอย่างไร กิจกรรมสำรวจคุณภาพชีวิต สื่อที่ใช้คือ วิทยากร PowerPoint กรณิศึกษา และแอปพลิเคชันไลน์ ใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 ชงโภชนาการอาหารพื้นเมือง ประกอบด้วย เกมละลายพฤติกรรมเมนูโปรด การปรึกษากลุ่มเตรียมความพร้อมด้านเจตคติต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยรับประทานอาหารที่เหมาะสม ทบทวนกิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ในหัวข้อชงโภชนาการกับเมนูโปรดอาหารพื้นเมือง สาธิตและฝึกทักษะการออกแบบเมนูโปรดอาหารพื้นเมือง สื่อที่ใช้คือ วิทยากร PowerPoint กรณิศึกษา และแอปพลิเคชันไลน์โดยใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 3 บริหารร่างกายด้วยโยคะและรำไทเก๊ก ประกอบด้วยเกมละลายพฤติกรรมร่างกายของฉัน การปรึกษากลุ่มเตรียมความพร้อมด้านเจตคติต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยการบริหารร่างกาย ทบทวนกิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ในหัวข้อหลักและวิธีการบริหารร่างกาย สาธิตและฝึกทักษะการบริหารร่างกายด้วยโยคะและรำไทเก๊ก สื่อที่ใช้คือ วิทยากร PowerPoint กรณิศึกษา และแอปพลิเคชันไลน์โดยใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 4 การสื่อสารทางสังคม ประกอบด้วย เกมละลายพฤติกรรมการสื่อสารตรงใจ การปรึกษากลุ่มเตรียมความพร้อมด้านเจตคติต่อการสื่อสารทางสังคม ทบทวนกิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้ในหัวข้อหลักการและวิธีการสื่อสาร สาธิตและฝึกทักษะการสื่อสาร สื่อที่ใช้คือ วิทยากร PowerPoint วิดีโอทัศน์ กรณิศึกษา และแอปพลิเคชันไลน์ โดยใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 5 การปรับตัวทางสังคม ประกอบด้วย เกมละลายพฤติกรรมฉันทำได้ การปรึกษากลุ่มเพื่อเตรียมความพร้อมด้านเจตคติต่อการปรับตัวทางสังคม ทบทวนกิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในหัวข้อการปรับตัวทางสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงในยุคปัจจุบัน กิจกรรมสนทนากลุ่มสังสรรค์สังคม (กินหอมตอมม่วน) สื่อที่ใช้คือ วิทยากร PowerPoint วิดีโอทัศน์ กรณิศึกษา อาหารสุขภาพพื้นบ้าน และแอปพลิเคชันไลน์ โดยใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 6 ติดตาม สอบถาม ให้ข้อเสนอแนะ และกระตุ้นเตือนการรับประทานอาหาร การบริหารร่างกาย การสื่อสาร และการปรับตัวทางสังคม สื่อที่ใช้คือ การโต้ตอบผ่านแอปพลิเคชันไลน์ การติดตามเยี่ยมบ้าน การสอบถามรายกลุ่ม-รายบุคคล และประเมินผลหลังการทดลอง โดยดำเนินการรวมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ที่พัฒนาโดย (Mahatnirankul et al, 2002) ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะเป็นแบบเติมข้อความและเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และอายุงาน

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย มีข้อคำถาม จำนวน 26 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ และข้อคำถามทางบวก 23 ข้อ มีเกณฑ์การแปลผล คือ ได้คะแนน 26-60 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ได้คะแนน 61-95 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง และได้คะแนน

96-130 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อแยกคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบรายด้าน มีข้อคำถามด้านสุขภาพกาย 7 ข้อ เกณฑ์การแปลผล คือ 7-16 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 17-26 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง 27-35 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ข้อคำถามด้านจิตใจ 6 ข้อ เกณฑ์การแปลผล คือ 6-14 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 15-22 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง 23-30 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ข้อคำถามด้านสัมพันธภาพทางสังคม 3 ข้อ เกณฑ์การแปล คือ 3-7 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 8-11 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง 12-15 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี และข้อคำถามด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ เกณฑ์การแปล คือ 8-18 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 19-29 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง 30-40 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ ไม่นับรวมในแต่ละด้านแต่รวมเป็นคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยแบบวัดคุณภาพชีวิตทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.65

4. จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา เลขที่เอกสารรับรอง 011/2565

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายในกลุ่ม

ทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้วยสถิติ Dependent sample t-test ในกรณีประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

5.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้วยสถิติ Independent sample t-test ในกรณีประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.7 และ 76.7 กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุ 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 36.7 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 83.3 และ 76.7 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.7 และ 53.3 กลุ่มทดลองมีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 56.7 ส่วนกลุ่มควบคุมที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท และมากกว่า 5,000 บาท มีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50.0 นอกจากนี้ กลุ่มทดลองที่มีอายุการทำงานอยู่ระหว่าง 12-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.0 และกลุ่มควบคุมที่มีอายุการทำงานมากกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 (Table 1)

Table 1: Personal information of village health volunteers.

Personal information	Experiment group		Control group	
	n=30	Percentage	n=30	Percentage
Gender				
Male	4	13.3	7	23.3
Female	26	86.7	23	76.7
Age				
30-39	4	13.3	2	6.7
40-49	8	26.7	9	30.0
50-59	15	50.0	8	26.7
60 or more	3	10.0	11	36.7
Marital status				
Single	3	10.0	3	10.0
Married	25	83.3	23	76.7
Divorced/Widowed	2	6.7	4	13.3
Education				
Less than high school	10	33.3	14	46.7
High school diploma or higher	20	66.7	16	53.3
Income				
Less than 5,000 Baht	13	43.3	15	50.0
5,000 Baht or more	17	56.7	15	50.0
Working period				
Less than 5 years	5	16.7	1	3.3
5 - 11 years	4	13.3	7	23.3
12 - 15 years	9	30.0	8	26.7
16 - 20 years	7	23.3	4	13.3
21 years or more	5	16.7	10	33.3

2. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 6.43 คะแนน

ช่วงเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 3.44 ถึง 9.43 เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน หรือจากข้อมูลที่ศึกษาอาจไม่มีเหตุผลเพียงพอที่จะบอกได้ว่าคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง แตกต่างกัน (Table 2)

Table 2: Comparing of quality of life of village health volunteers in the experimental group before and after the experiment. (n=30)

Factors	Test	\bar{X}	SD	Mean Difference	95% Confidence Interval for \bar{X} diff		p-value
					Lower	Upper	
Overall Quality of Life	Pretest	89.77	4.48	6.43	3.44	9.43	< .001*
	Posttest	96.20	7.90				
- Physical domain	Pretest	23.37	2.20	1.90	.88	2.92	< .001*
	Posttest	25.27	2.07				
- Psychological domain	Pretest	22.17	2.42	1.43	.30	2.57	.015*
	Posttest	23.60	2.87				
- Social relationships	Pretest	9.67	1.54	1.43	.76	2.10	< .001*
	Posttest	11.10	1.18				
- Environment	Pretest	28.03	1.94	0.87	-.07	1.80	.068
	Posttest	28.90	2.82				

*Statistical significance at .05

3. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม เท่ากับ 8.17 คะแนน ช่วงเชื่อมั่น

95% อยู่ระหว่าง 3.00 ถึง 13.33 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Table 3)

Table 3: Comparing of the quality of life of village health volunteers after the experiment between the experimental group and the control group.

Factors	group	\bar{X}	SD	Mean Difference	95% Confidence Interval for \bar{X} diff		p-value
					Lower	Upper	
Overall Quality of Life	Experiment group	96.20	7.90	8.17	3.00	13.33	.002*
	Control group	88.03	11.76				

Table 3: (Continued)

Factors	group	\bar{X}	SD	Mean Difference	95% Confidence Interval for \bar{X} diff		p-value
					Lower	Upper	
- Physical domain	Experiment group	25.27	2.07	2.40	0.90	3.89	.002*
	Control group	22.87	3.52				
- Psychological domain	Experiment group	23.60	2.87	1.60	0.19	3.01	.027*
	Control group	22.00	2.59				
- Social relationships	Experiment group	11.10	1.18	1.20	0.49	1.91	< .01*
	Control group	9.90	1.54				
- Environment	Experiment group	28.90	2.82	1.67	0.46	3.28	.044*
	Control group	27.23	3.42				

*Statistical significance at .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการศึกษาแบบกลุ่มที่ช่วยให้มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพและการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม จากการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน อีกทั้งยังได้รับความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและฝึกทักษะการออกแบบเมนูอาหารพื้นเมือง การบริหารร่างกายด้วยโยคะและรำไทเก๊ก รวมถึงการสื่อสาร และการปรับตัวทางสังคม ที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมดูแลสุขภาพ การปฏิสัมพันธ์กับผู้รอบข้าง จากการบูรณาการความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ที่ได้รับ ทำให้ผลคะแนนที่ได้จากการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและด้านสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น และจากการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการ

ทดลอง พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องจากภายหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีการศึกษาแบบกลุ่ม การให้ความรู้ และการฝึกทักษะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยธงโภชนาการอาหารพื้นเมือง การบริหารร่างกายด้วยโยคะและรำไทเก๊ก การสื่อสาร การปรับตัวทางสังคม มีการติดตาม สอบถาม ให้ข้อเสนอแนะ และกระตุ้นเตือนด้วยแอปพลิเคชันไลน์ตลอดเวลาที่ได้รับโปรแกรมฯ ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีเจตคติด้านบวกต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการดูแลสุขภาพร่างกายและสามารถสร้างสัมพันธภาพทางสังคมได้ดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ ทั้งนี้ จากการเปรียบเทียบผลการประเมินคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง และเปรียบเทียบหลังการทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ เนื่องจากความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพกายกับสุขภาพจิต เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้นก็ส่งผลให้มีสุขภาพจิตดีขึ้นด้วยเช่นกัน ที่สอดคล้องกับ [The War Related Illness & Injury Study Center \(2014\)](#) ได้ระบุว่า ร่างกายของบุคคลจะตอบสนองต่อความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่ส่งผลต่อพฤติกรรม เรียกได้ว่าเป็นความเชื่อมโยงระหว่างร่างกายกับจิตใจ ดังนั้นเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพร่างกายที่เหมาะสมก็ส่งผลต่อการมีอารมณ์และความรู้สึกในทิศทางที่สุขสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นด้วย

นอกจากนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโครงการวิจัยและได้รับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตยังเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาตนเองเพื่อเป็นแบบอย่างให้กับสมาชิกในชุมชนด้านการดูแลรักษาสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และการดูแลสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับ [Department of Health Service Support \(2013\)](#) ที่ระบุว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทหน้าที่เป็นแกนนำในการพัฒนาคุณภาพชีวิตสมาชิกในชุมชน ด้วยความรับผิดชอบและภารกิจในแต่ละวันจะสามารถนำความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพมาปรับใช้ในชีวิตและหน้าที่การงานได้มากขึ้น จากการศึกษาของ [Yodthaharn & Pobkeeree \(2020\)](#) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข จึงควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารสุขภาพ และให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้อยู่ในระดับสูงและการศึกษาของ [Tapdume & Chamnanphuttiophon \(2021\)](#) เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามหลักพุทธธรรมของประชาชนในชุมชนท้องถื่นอำเภอยะใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ยังพบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนด้านสุขภาพกายและด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ที่มีสาเหตุเนื่องจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภค

อาหาร และการไม่ได้รับคำแนะนำการสร้างเสริมทักษะหรือประสบการณ์ที่มีประโยชน์ต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจะเห็นได้ว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิตด้านต่าง ๆ ของบุคคล นอกจากนี้ [Kongpolprom & Choosakul \(2019\)](#) ได้ศึกษานำร่องโปรแกรมการพัฒนาสมรรถภาพทางกายเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้วยการกำกับตนเองสำหรับนักศึกษาสถาบันพลศึกษา ยังพบว่า คณะกรรมการทดสอบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ที่อธิบายได้ว่าโปรแกรมการพัฒนาสมรรถภาพทางกายเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตได้จริง จากการศึกษาของ [Suwannarat & Panyasai \(2019\)](#) เรื่องประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุยังพบอีกว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตรายด้าน ทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุสูงขึ้นไปในการวัดแต่ละครั้ง เนื่องจากรูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความสอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของผู้คนในชุมชน ส่วนการศึกษาของ [Yusoff \(2020\)](#) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนพบว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนมีความเชื่อมโยงที่ซับซ้อนระหว่างความต้องการของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตจำเป็นที่บุคคลจะต้องได้รับข้อมูลจากการให้คำแนะนำและการผสมผสานกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิต ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในครั้งนี้ ที่มีการให้ความรู้ ฝึกทักษะ และให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่างกายด้านอาหาร การออกกำลังกาย ตลอดจนการสื่อสาร และการปรับตัว ที่ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายกับด้านสัมพันธภาพทางสังคมสูงขึ้น

สรุปผล

จากผลการวิจัยทำให้ได้โปรแกรมที่สามารถนำไปใช้พัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ การให้ความรู้ การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม การฝึกทักษะ การสร้างสัมพันธ์ภาพ งบประมาณอาหารพื้นเมือง บริหารร่างกาย ด้วยโยคะและรำไทเก๊ก การสื่อสารทางสังคม การปรับตัวทางสังคม และการติดตาม สอบถาม ให้ข้อเสนอแนะผ่านแอปพลิเคชัน การติดตามเยี่ยมบ้าน การสอบถามรายกลุ่ม-รายบุคคล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 ผลการวิจัยทำให้ได้โปรแกรมที่สามารถนำไปใช้พัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ การให้ความรู้ การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม การฝึกทักษะ การสร้างสัมพันธ์ภาพ งบประมาณอาหารพื้นเมือง บริหารร่างกาย ด้วยโยคะและรำไทเก๊ก การสื่อสารทางสังคม การปรับตัวทางสังคม และการติดตาม สอบถาม ให้ข้อเสนอแนะผ่านแอปพลิเคชัน การติดตามเยี่ยมบ้าน การสอบถามรายกลุ่ม-รายบุคคล

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อนำข้อมูลมายืนยันผลการวิจัยให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอาศัยอยู่ตำบลเดียวกัน ควรทำความเข้าใจและสร้างข้อตกลงเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิต

References

Board of directors development on quality of life people. (2021). *Report on the quality of life of Thai people, according to basic needs for the year 2021*. Bangkok: BES Press.

Cohen, J. (1969). *Statistical power analysis for the behavioral science*. New York: Academic Press.

Community Health System. (2022). *Report on Village health volunteer*. <https://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/OSMRP000S9.php>

Department of Health Service Support. (2013). *Manual for village health volunteers, community health organizers*. <http://www.nongkwang.go.th/site/attachments/article/98/11.pdf>

Department of Health Service Support. (2020). *The department of health service support assigns village health volunteers to screen and restore the mental health of people affected by COVID-19*. https://hss.moph.go.th/show_topic.php?id=3537

Komnanton T. & Bodeerat C. (2021). Performance of village health volunteers in Song District, Phrae Province. *Journal of Modern Learning Development*, 6(3), 237-249.

Kongpolprom R. & Choosakul C. (2019). A preliminary of health-related physical fitness and quality of life development program by using self-regulation of physical education institute student. *Journal of Education Naresuan University*, 21(4), 271-285.

Kosanphiphat, S. (2018). *The development of quality of life for the north rural people by using local organization based*. Chiang Mai: Chiang Mai Rajabhat University.

Mahatanirankun S. et al. (2002). *World Health Organization Quality of Life Indicators, Thai version*. Nonthaburi: Department of Mental Health.

- National Innovation Agency. (2020). *What is the ranking of Thai people's quality of life on the world*. <https://www.nia.or.th/SPI2020>.
- Panyasaisophon, T. (2021). *Research methodology for health promotion management*. Nakhon Ratchasima: Lertsilp Sasan Holding.
- Piromrat P. et al. (2020). A model for improving the quality of life of people in Phrae Province. *Journal of MCU Peace Studies*, 8(4), 1493-1505.
- Provincial Community Development Office of Songkhla. (2019). *Report of quality of life development on people Songkhla Province 2019*. Wonder Idea Technology Co., Ltd. <https://pubhtml5.com/ztuk/wnto/>
- Sakchalathorn K. et al. (2020). Quality of life development model of village health volunteers in Phanomsarakham District, Chachoengsao Province. *Saint Johns Journal*, 23(32), 331-350.
- Srisaard, B. (2017). *Preliminary research* (10th ed.). Bangkok: Suwiriyan.
- Suwanarat J. & Panyasai K. (2019). Effectiveness model of participation health promotion for quality of life among the elderly. *The Public Health Journal of Burapha University*, 4(2), 52-62.
- Tapdume K. & Chamnanphuttiophon S. (2021). Life quality development according to buddha dhammaprinciples of people in Thonglumgeak community, Chanyai District, Nakohon Sithammarat Provinc. *Journal of Buddhistic Sociology*, 7(2), 130-143.
- The Ministry of Public Health Regulation on Village Health Volunteers, B.E. 2554. (2011, 10 March). *Royal Gazette*. Volume 128, Special Part 33 Ng.
- The War Related Illness & Injury Study Center. (2014). *Mind body connection: Strategies to reduce physical and mental tension*. <https://www.warrelatedillness.va.gov/education/factsheets/mind-body-connection.pdf>
- Yodthaharn S. & Pobkeeree V. (2020). *Quality of work life in operational performance of Bangkok health volunteers*. In Arlai, P. (Eds.), *King's Philosophy and Research for Life Balance in Disruptive Technology Era. The 12th NPRU National Academic Conference*. (pp. 2223-2233). Nakhon Pathom: Nakhon Pathom Rajabhat University.
- Yusoff M. M. (2020). *Improving the quality of life for sustainable development*. *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science*, 561(2020), 012020. <https://doi:10.1088/1755-1315/561/1/012020>