



**โครงการติดอาวณักรสารณสุข: พัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพและ
อาชีวนามัยของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน**

ลักรณูณลลที่:41/2568

หวัหน้าโครงการ : รศ.ดร.ศศิธร ณะภ

1. ความลักรณูณของโครงการ

ประเทศไทยนับเป็นลักรณูณสูงวัยอย่างรวดเร็ว ตั้งแต่ปี 2568 ประเทศไทยถูกรจัดว่าเป็น "ลักรณูณสูงวัย" โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นลักรณูณส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรลักรณูณทั้งหมด (WHO, 2023) จากการสำรวจโยสำนักรณูณสถิติแห่งชาติ ประเทศไทยมีลักรณูณส่วนผู้สูงอายุถึง ร้อยละ 20 (สำนักรณูณสถิติแห่งชาติ, 2568) การเปลี่ยนแปลงทางประชากรนี้จำเป็นต้งมีระบบการดูแลสุขภาพในชุมชนที่แข็งแรง เพื่อตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้งพึ่งพาผู้อื่นอันเนื่องมาจากโรคเรื้อรัง ความพิการ หรือข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง หรืออาจเรียกว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (dependency older) เพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพดั่งกล่าว ประเทศไทยได้นำระบบ การดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) มาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยบูรณาการการดูแลอย่างเป็นทางการโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ และการดูแลอย่างไม่เป็นทางการโดยสมาชิกในครอบครัวหรืออาสาสมัครในชุมชน (สุธิตา แจ้ประจักษ์, 2566) การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยแบ่งออกเป็นรูปแบบการให้บริการลักรณูณสองรูปแบบ ได้แก่ (1) บริการโดยครอบครัวและชุมชน ซึ่งหน่วยงานด้านสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนอาสาสมัครในชุมชนและครอบครัวผ่านการจัดสรรงบประมาณ บริการสังคม และการเผยแพร่ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (2) การดูแลในสถานพยาบาลโดยภาครัฐและเอกชน ซึ่งมุ่งเน้นที่บริการดูแลระยะยาวที่เป็นมาตรฐานทางวิชาชีพ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนประเทศไทยพึ่งพาการดูแลผู้สูงอายุแบบครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก โดยใช้ประโยชน์จากทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนนั้น ๆ ในปี 2567 พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลตามกลุ่มวัย โดยผู้สูงอายุในกลุ่มวัยปลายมีผู้ดูแลมากที่สุด ร้อยละ 32.8 รองลงมาคือ กลุ่มวัยกลางมีผู้ดูแลร้อยละ 10.1 และกลุ่มวัยต้นมีผู้ดูแลร้อยละ 3.4 (สำนักรณูณสถิติแห่งชาติ, 2568) แสดงให้เห็นว่าการมีผู้ดูแลสำหรับผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามกลุ่มวัยที่มากขึ้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอันประกอบด้วยอาสาสมัครในชุมชน หรือผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนผู้สูงอายุที่ต้งพึ่งพาผู้อื่นโดยมักให้ความช่วยเหลืออย่างครอบคลุมในด้านกิจกรรมประจำวัน การดูแลทางการแพทย์ และการสนับสนุนทางอารมณ์ การทำงานเป็นผู้ดูแลอาจก่อให้เกิดภาระทางร่างกาย จิตใจ และอาชีพอย่างมาก อย่างไรก็ตามระบบสนับสนุนผู้ดูแลในประเทศไทยยังไม่มีโครงสร้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับของสภาพการ

ทำงาน ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน การพักผ่อนไม่เพียงพอ การสัมผัสกับอันตราย และความเครียดในการทำงาน การศึกษาของ ศศิธร ณะภพ และคณะ (2568) แสดงให้เห็นถึงความท้าทายที่สำคัญที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในภาคใต้ของประเทศไทยต้องเผชิญ อันได้แก่ ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน การสัมผัสกับอันตรายจากการทำงาน และภาระในการจัดการกับโรคไม่ติดต่ออันเป็นโรคประจำตัวของผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ดูแลทั้งสุขภาพกายและจิต อย่างไรก็ตามการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและแนวปฏิบัติในการป้องกันอันตรายจากการทำงานเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ดี (Thanapop S., Sangsuwan B., Rasdi I. & Thanapop C., 2025) ซึ่งในระบบการ บริการสุขภาพตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามระบบบริการปกติยังไม่ได้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน รวมทั้งการประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและการป้องกันอย่างเป็นระบบ ทำให้ความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลที่บ้านยังคงไม่ได้รับการแก้ไขและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด ดังนั้นการที่ผู้ดูแลที่บ้านมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีสภาพการทำงานที่มีสุขลักษณะ ปลอดภัยเหมาะสมกับงาน อาจช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้ เมื่อผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีจะสามารถมอบคุณภาพของการดูแลที่ดีให้แก่ครอบครัวผู้สูงอายุได้เช่นกัน การบริการวิชาการนี้ใช้ประโยชน์จากผลการศึกษาของ ศศิธร ณะภพ และคณะ (2568) โดยจะทำการอบรมแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีบทบาทหลักในการร่วมจัดการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ประกอบอาชีพ (แรงงาน) ทั้งในและนอกระบบในพื้นที่ เพื่อให้เข้าใจสภาพปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เสริมสร้างความรู้ เจตคติ และทักษะในการประเมินปัจจัยคุกคามสุขภาพและความเสี่ยงในการทำงาน โดยการประยุกต์แนวคิดเรื่องปัจจัยนำ ปัจจัยส่งเสริม และปัจจัยเอื้อ ของแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED (Green L. & Kreuter W., 2005) โดยการวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ สภาพการทำงาน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อนำไปวางแผนการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งเทียบได้กับแรงงานนอกระบบในชุมชนที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามการเติบโตของสังคมสูงวัย

ดังนั้น การดำเนินโครงการอบรมนี้จึงเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าในการสร้างระบบการดูแลที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพสำหรับสังคมผู้สูงอายุซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นสำหรับตัวผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนโดยรวม

2. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการ

2.1 มีความรู้ และเจตคติในการเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันอันตรายและการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน

2.2 สามารถวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ สภาพการทำงาน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้

2.3 สามารถวางแผนการจัดบริการอาชีวอนามัยปฐมภูมิแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้

3. กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายหลัก : เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน อันประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข หรือ นักสาธารณสุขปฏิบัติการ หรือ นักวิชาการสุขาภิบาล ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มเป้าหมายรอง : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปริมาณกลุ่มเป้าหมาย : 50 คน

4. ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน

4.1 วางแผนการดำเนินโครงการร่วมกับคณะทำงาน

4.2 ประสานงานวิทยากรผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ตรงตามวัตถุประสงค์ ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการอบรม

4.3 จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์โครงการผ่านช่องทางสื่อสารหลักเพจสาขาวิชา เฟสบุค และช่องทางสื่อสารรอง กลุ่มไลน์ศิษย์เก่าและผู้ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรม

4.4 ดำเนินการจัดทำช่องทางลงทะเบียนและประสานส่งข้อมูลต่าง ๆ ในการจัดอบรมแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ พร้อมทั้งจัดทำไลน์กลุ่ม

4.5 จัดการอบรมตามกำหนดการและ ประเมินความรู้ ความพึงพอใจต่อกระบวนการอบรม พร้อมทั้งจัดส่งเกียรติบัตรอิเล็กทรอนิกส์แก่ผู้เข้าอบรม

5. ผลการดำเนินงาน

5.1 สาระเนื้อหาวิชาการ/ความรู้(โดยสังเขป)

การอบรมอธิบายแนวทางและปัญหาในการดูแลสุขภาพและอาชีวอนามัยของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของประเทศไทย โดยเริ่มต้นด้วยการนำเสนอสถานการณ์ผู้สูงอายุและประเด็นด้านสุขภาพของผู้ดูแลในปัจจุบัน ข้อบังคับและมาตรฐานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน รวมถึงวิธีการประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยของผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหาที่พบ เช่น การลดความเสี่ยง การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การพัฒนาระบบสนับสนุนในชุมชน และการส่งเสริมมาตรฐานและนโยบายที่เกี่ยวข้อง และการเสนอกลยุทธ์และแนวทางการดำเนินโครงการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นแนวคิดแบบองค์รวมที่อาศัยชุมชนเป็นฐานและได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีกลยุทธ์เชิงรุก และ เชิงรับ ที่ผสมผสานกันอย่างลงตัว

กลยุทธ์เชิงรุก มุ่งเน้นการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ และการสร้างความเข้มแข็งก่อนที่จะเกิดปัญหาขึ้น ส่วน กลยุทธ์เชิงรับ มุ่งเน้นการติดตาม ประเมินผล และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว เพื่อปรับปรุงการดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้แก่

1. การลดความเสี่ยงและสภาพการทำงาน
2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเอง
3. ด้านการพัฒนาาระบบสนับสนุนในชุมชนและนโยบาย

กลยุทธ์เชิงรับเน้นการติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงการดำเนินงาน เพื่อให้มั่นใจว่าการดูแลมี ประสิทธิภาพและตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ได้แก่ 1) การประเมินผลกระทบ เพื่อวัดผลในระยะสั้น เช่น คะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น หรือระดับความเครียดที่ลดลง 2) การประเมินผลลัพธ์ระยะยาวเพื่อติดตาม คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (HR-QOL) ที่ดีขึ้น การลดลงของการบาดเจ็บจากการทำงาน และการลดลงของ โรคไม่ติดต่อ และ 3) การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต (HR-QOL / SF-36V2) เพื่อติดตามผลผู้ดูแลทุก 6-12 เดือน วัดผลพฤติกรรมสุขภาพ (เช่น การพักผ่อน การออกกำลังกาย ระดับ ความเครียด) และสร้างฐานข้อมูลผู้ดูแลในแต่ละตำบล เพื่อใช้ในการวางแผนระยะยาว

โดยรวมแล้ว การนำกลยุทธ์ทั้งเชิงรุกและเชิงรับมาใช้ร่วมกัน จะช่วยให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลด ความเสี่ยงด้านสุขภาพ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุที่ดูแล

5.2 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	รวมทั้งสิ้น	
		เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินการ
ผลผลิต (Output)			
1. เจริญปริมาณ : จำนวนผู้เข้ารับบริการ	คน	50	61
2. เจริญคุณภาพ : ร้อยละความพึงพอใจของผู้เข้ารับบริการในกระบวนการ ให้บริการ	ร้อยละ	86	93.40
3. เจริญเวลา : ร้อยละของโครงการ/กิจกรรมที่แล้วเสร็จตามระยะเวลาที่ กำหนด	ร้อยละ	90	100
4. เจริญต้นทุน : ต้นทุน/ค่าใช้จ่ายของการให้บริการวิชาการแก่สังคมตาม งบประมาณ	บาท	3,700	3,700
ผลลัพธ์ (Outcome)			
1. เจริญปริมาณ : ร้อยละของผู้เข้ารับบริการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์	ร้อยละ	84	95
2. เจริญคุณภาพ : ร้อยละความพึงพอใจของผู้เข้ารับบริการโครงการวิชาการ แก่สังคม	ร้อยละ	86	93.85

6. ผู้รับบริการ/หน่วยงาน ได้รับความรู้/ประโยชน์ ดังนี้

- 6.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน พยาบาลวิชาชีพ สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปประยุกต์ใช้ในการทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน
- 6.2 โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำแนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยปฐมภูมิไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในชุมชนได้

7. สรุปโดยภาพรวม และความคิดเห็นของผู้รับบริการ

โครงการอบรมนี้ผู้เข้าอบรมได้รับความรู้เพิ่มเติมมาก เนื้อหาหลักครอบคลุมหลักการทำงานอาชีวอนามัยในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิภาครัฐ ซึ่งเป็นหน้าที่หลักของงานสาธารณสุขชุมชน โดยมุ่งเน้นหลักการประเมินสิ่งคุกคามสุขภาพของการทำงานในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเป็นแรงงานนอกระบบ เพื่อให้ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนเกิดประสิทธิภาพและยั่งยืน ผู้เข้าอบรมสะท้อนว่าเนื้อหาการจัดอบรมสามารถนำไปปฏิบัติได้ในการปฏิบัติงานจริง และต้องการให้มีการอบรมในเนื้อหาเชิงลึกและต่อเนื่องตามแนวปฏิบัติของหน่วยงานต่อไป