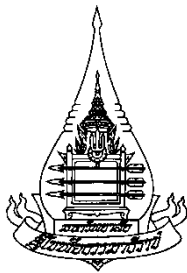


รายงานผลการดำเนินโครงการบริการวิชาการแก่สังคม



โครงการติดตามนักสาธารณสุข: พัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพและ อาชีพอนามัยของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

หัวหน้าโครงการ

รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร ณะภาพ
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ได้รับจัดสรรงบประมาณเงินรายได้
ในการดำเนินโครงการบริการวิชาการแก่สังคม
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

คำนำ

โครงการ "ติดอาวุธนักสาธารณสุข: พัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพและอาชีวอนามัยของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน" จัดทำขึ้นเพื่อมุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพและอาชีวอนามัยให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลให้ระบบการดูแลสุขภาพในชุมชนต้องปรับตัวเพื่อรองรับความต้องการที่หลากหลายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนั้น โครงการนี้จึงได้จัดอบรมแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้มีความรู้ เจตคติ และทักษะในการประเมินปัจจัยคุกคามสุขภาพและความเสี่ยงในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการอบรมจัดขึ้นในรูปแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม Microsoft Teams เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถนำความรู้ที่ได้ไปวางแผนการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไปได้

รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร ณะภพ
หัวหน้าโครงการ
กันยายน 2568

สารบัญ

	หน้า
หลักการและเหตุผล	3
วัตถุประสงค์	5
กลุ่มเป้าหมาย	5
กำหนดการดำเนินโครงการ	5
ผลการดำเนินโครงการฯ / ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดโครงการ	6
สรุปผลการดำเนินโครงการฯและข้อเสนอแนะ	10
ปัญหาและอุปสรรค	11
 ภาคผนวก	 12
ภาคผนวก ก	
ภาคผนวก ข	
ภาคผนวก ค	
ภาคผนวก ง	
ภาคผนวก จ	
ภาคผนวก ฉ	
ภาคผนวก ช	

รายละเอียดโครงการ

หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยนับเป็นสังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว ตั้งแต่ปี 2568 ประเทศไทยถูกจัดว่าเป็น "สังคมสูงวัย" โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (WHO, 2023) จากผลการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุถึง ร้อยละ 20 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2568) การเปลี่ยนแปลงทางประชากรนี้จำเป็นต้องมีระบบการดูแลสุขภาพในชุมชนที่แข็งแกร่ง เพื่อตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นอันเนื่องจากโรคเรื้อรัง ความพิการ หรือข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง หรืออาจเรียกว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (dependency older) เพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพดังกล่าว ประเทศไทยได้นำระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) มาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยบูรณาการการดูแลอย่างเป็นทางการโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ และการดูแลอย่างไม่เป็นทางการโดยสมาชิกในครอบครัวหรืออาสาสมัครในชุมชน (สุริตา แจ่มประจักษ์, 2566) การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยแบ่งออกเป็นรูปแบบการให้บริการหลักสองรูปแบบ 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 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2568) แสดงให้เห็นว่าการมีผู้ดูแลสำหรับผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามกลุ่มวัยที่มากขึ้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอันประกอบด้วยอาสาสมัครในชุมชน หรือผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยมักให้ความช่วยเหลืออย่างครอบคลุมในด้านกิจกรรมประจำวัน การดูแลสุขภาพทางแพทย์ และการสนับสนุนทางอารมณ์ การทำงานเป็นผู้ดูแลอาจก่อให้เกิดภาระทางร่างกาย จิตใจ และอาชีพอย่างมาก อย่างไรก็ตามระบบสนับสนุนผู้ดูแลในประเทศไทยยังไม่มีโครงสร้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับของสภาพการทำงาน ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน การพักผ่อนไม่เพียงพอ การสัมผัสกับอันตราย และความเครียดในการทำงาน การศึกษาของ ศศิธร ธนะภพ และคณะ (2568) แสดงให้เห็นถึงความท้าทายที่สำคัญที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในภาคใต้ของประเทศไทยต้องเผชิญ อันได้แก่ ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน การสัมผัสกับอันตรายจากการทำงาน และภาระในการจัดการกับโรคไม่ติดต่ออันเป็นโรคประจำตัวของผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบเชิงลบต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ดูแลทั้งสุขภาพกายและจิต อย่างไรก็ตามการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและแนวปฏิบัติในการป้องกันอันตรายจากการทำงานเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ดี (Thanapop S., Sangsuwan B., Rasdi I. & Thanapop C., 2025) ซึ่งในระบบการ บริการสุขภาพตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามระบบบริการปกติยังไม่ได้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน รวมทั้งการประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย และการป้องกันอย่างเป็นระบบ ทำให้ความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลที่บ้านยังคงไม่ได้รับการแก้ไขและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด ดังนั้นการที่ผู้ดูแลที่บ้านมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีสภาพการทำงานที่มีสุขภาพลักษณะ ปลอดภัยเหมาะสมกับงาน อาจช่วยลด

ปัญหาดังกล่าวได้ เมื่อผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีจะสามารถมอบคุณภาพของการดูแลที่ดีให้แก่ครอบครัวผู้สูงอายุได้เช่นกัน การบริการวิชาการนี้ใช้ประโยชน์จากผลการศึกษาของ ศศิธร ธนะภพ และคณะ (2568) โดยจะทำการอบรมแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีบทบาทหลักในการร่วมจัดการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ประกอบอาชีพ (แรงงาน) ทั้งในและนอกระบบในพื้นที่ เพื่อให้เข้าใจสภาพปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เสริมสร้างความรู้ เจตคติ และทักษะในการประเมินปัจจัยคุกคามสุขภาพและความเสี่ยงในการทำงาน โดยการประยุกต์แนวคิดเรื่องปัจจัยนำ ปัจจัยส่งเสริม และปัจจัยเอื้อ ของแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED (Green L. & Kreuter W., 2005) โดยการวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ สภาพการทำงาน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อนำไปวางแผนการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งเทียบได้กับแรงงานนอกระบบในชุมชนที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามการเติบโตของสังคมสูงวัย

ดังนั้น การดำเนินโครงการอบรมนี้จึงเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าในการสร้างระบบการดูแลที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพสำหรับสังคมผู้สูงอายุซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นสำหรับตัวผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนโดยรวม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการ

1. มีความรู้ และเจตคติในการเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันอันตรายและการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน
2. สามารถวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ สภาพการทำงาน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้
3. สามารถวางแผนการจัดบริการอาชีวอนามัยปฐมภูมิแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายหลัก : เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน อันประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข หรือ นักสาธารณสุขปฏิบัติการ หรือ นักวิชาการสุขภาพจิต ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มเป้าหมายรอง : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปริมาณกลุ่มเป้าหมาย : 50 คน

พื้นที่กลุ่มเป้าหมาย : ทั่วประเทศไทย

กำหนดการดำเนินโครงการ

จัดอบรมผ่านระบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม Microsoft teams วันที่ 22 สิงหาคม 2568

เวลา	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
08.30-08.50 น.	ลงทะเบียนเข้าในระบบ MS-TEAMS	
08.50-9.00 น.	เปิดการอบรมและชี้แจงวัตถุประสงค์ เปิดการอบรม รศ.ดร.วรางคณา จันทร์คง ประธานกรรมการประจำสาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ ม.สุโขทัยธรรมาธิราช กล่าวรายงานและชี้แจงวัตถุประสงค์ รศ.ดร.ศศิธร ธนะภพ หัวหน้าโครงการ	
9.00-10.00 น.	● สุขภาพ คุณภาพชีวิตและความปลอดภัยในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ● ประสิทธิภาพการดำเนินงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	รศ.ดร.จำนงค์ ธนะภพ
10.00-11.00 น.	● บทบาทนักสาธารณสุขกับงานอาชีวอนามัยปฐมนูมิ ● การประเมินอันตรายจากการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	รศ.ดร.จำนงค์ ธนะภพ
11.00-12.00 น.	● การจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพและอาชีวอนามัยแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	รศ.ดร.จำนงค์ ธนะภพ
12.00-12.30 น.	สรุปความรู้ อภิปรายและประเมินผล	ผู้ร่วมรายการ คณะทำงานโครงการฯ

ผลการดำเนินโครงการฯ / ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดโครงการ

1. จำนวนผู้เข้ารับบริการวิชาการ จำนวน 61 คน เป็นเพศชาย 15 คน (ร้อยละ 24.59) และ เพศหญิง 46 คน (ร้อยละ 75.41) กลุ่มเป้าหมายหลัก จำนวน 48 คน กลุ่มเป้าหมายรอง จำนวน 13 คน
2. ประเมินของอาชีพ หรือบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงาน
บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล 38 คน
อาจารย์จากสถาบันการศึกษา 10 คน
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นักศึกษาและบุคคลทั่วไป 13 คน
3. หน่วยงานของผู้เข้าอบรม
สถาบันการศึกษา 14 แห่ง หน่วยงานบริการของรัฐ จำนวน 28 แห่ง และ หน่วยงานภาคเอกชน 10 แห่ง โดยผู้เข้าร่วมอบรมกระจายตามจังหวัด จำนวน 30 จังหวัด
4. ความรู้ของผู้เข้ารับบริการวิชาการ ก่อนและหลังเข้ารับบริการวิชาการ

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ตอบถูกจำแนกรายประเด็นในการจัดการอาชีวอนามัยของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (n=61)

ความรู้ของผู้เข้าร่วมโครงการ	ตอบถูกจำนวน (คน)	
	ก่อน	หลัง
1.บทบาทของนักสาธารณสุขต่องานอาชีวอนามัยปฐมนูมิ	47	60
2. ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้ดูแลผู้สูงอายุจากการทำงาน	59	60
3. สิ่งคุกคามทางสุขภาพที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับจากการทำงาน	45	58
4. ทักษะเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ	60	61
5. การป้องกันอันตรายและโรคจากการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	50	58
6. ความสามารถในการวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ	55	58
7.สภาพการทำงาน และปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	50	58
8. การดำเนินงานตามตัวชี้วัดอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในระดับปฐมนูมิ	35	56
9. รูปแบบการออกแบบโครงการอาชีวอนามัยเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	40	59
10. การวางแผนจัดบริการอาชีวอนามัยเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	46	58

ภาพรวมความรู้ของผู้เข้าร่วมโครงการ ก่อนอบรมคะแนนเฉลี่ย 5 คะแนน (s.d. 1.75)

ภาพรวมความรู้ของผู้เข้าร่วมโครงการ หลังอบรมคะแนนเฉลี่ย 8 คะแนน (s.d. 1.25)

5. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการวิชาการ

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการวิชาการ (n=61)

ความพึงพอใจต่อการจัดโครงการ	Mean	S.D.	แปลผล (ระดับ)
1. ด้านเนื้อหา			
1.1 เนื้อหาดีสอดคล้องกับความต้องการเรียนรู้	4.66	0.58	มาก
1.2 เนื้อหาที่น่าสนใจและทันสมัย	4.70	0.47	มาก
1.3 เนื้อหาครอบคลุมและเป็นประโยชน์ต่อการนำไปปฏิบัติงาน	4.75	0.44	มาก
1.4 เนื้อหาส่งเสริมความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ	4.70	0.53	มาก
1.5 เนื้อหาส่งเสริมความรู้การป้องกันอันตรายและโรคจากการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	4.75	0.53	มาก
1.6 เนื้อหาเกี่ยวกับความสามารถในการวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ	4.70	0.55	มาก
1.7 เนื้อหาเกี่ยวกับสภาพการทำงาน และปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	4.70	0.55	มาก
1.8 เนื้อหาเกี่ยวกับความสามารถในการวางแผนจัดบริการอาชีวอนามัยเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	4.67	0.54	มาก
2. ด้านวิทยากร			
2.1 วิทยากรมีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องที่บรรยาย	4.69	0.54	มาก
2.2 วิทยากรสามารถถ่ายทอดเนื้อหาได้อย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย	4.67	0.55	มาก
2.3 วิทยากรสามารถตอบคำถามและให้ข้อเสนอแนะได้อย่างเหมาะสม	4.67	0.54	มาก
ความพึงพอใจต่อการจัดโครงการ	Mean	S.D.	แปลผล (ระดับ)

3. การประชาสัมพันธ์โครงการ			
3.1 ข้อมูลการประชาสัมพันธ์โครงการมีความชัดเจน	4.64	0.55	มาก
3.2 การสื่อสารก่อนและระหว่างการอบรมมีความรวดเร็วและครบถ้วน	4.70	0.53	มาก
3.3 ระบบการลงทะเบียนเข้าใช้งานมีความสะดวก	4.74	0.45	มาก
3.4 ระบบออนไลน์ (MS-TEAMS) สามารถใช้งานได้ดี ไม่มีปัญหาด้านเทคนิค	4.67	0.55	มาก
4. ระยะเวลาในการอบรมมีความเหมาะสม	4.67	0.58	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม (คะแนนเต็ม 80 คะแนน)	75.04	6.15	มาก

6. ข้อเสนอแนะของผู้เข้ารับบริการวิชาการ

6.1 ข้อเสนอแนะต่อการอบรมครั้งนี้

- ต้องการอบรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุในเรื่องการดูแลด้านความจำ หกล้ม
- ได้รับความรู้เพิ่มเติมมาก เนื้อหาครอบคลุมดีมาก
- เป็นโครงการที่ดี สามารถนำไปปฏิบัติได้
- มีความเหมาะสมดีแล้ว เนื้อหาชัดเจนมาก
- ดีมากค่ะ อยากให้มีโครงการแบบนี้อีก
- การจัดอบรมครั้งนี้มีประโยชน์กับงานนำไปประยุกต์ใช้ในการทำงานผู้สูงอายุ
- อยากให้เพิ่มเวลาการอบรมให้มากกว่านี้
- ควรจัดช่วงเย็น หรืออาจจะจัดในวันหยุด เนื่องจากหลายคนที่สนใจไม่สะดวกเข้าในวันเวลาปกติ
- วิทยากรทุกท่านมีความรู้และเชี่ยวชาญเป็นอย่างดีอยู่แล้ว
- ได้รับความรู้เพิ่มจากการจัดอบรมฟรีและมีเกียรติบัตรให้ อยากให้จัดอีกเรื่อยๆ
- เนื้อหาเข้าใจง่าย วิทยากรดี
- การดำเนินกิจกรรมกระชับและควบคุมเวลาได้ดี
- ระยะเวลาเหมาะสมค่ะ ได้แนวความคิดมาต่อยอดงานได้ค่ะ
- เป็นรูปแบบการอบรมที่เข้าถึงได้ง่าย แก่ผู้ที่สนใจเพิ่มเติมองค์ความรู้
- อยากให้อาจารย์จัดการอบรมอีกในหลายๆโครงการ และควรจัดอย่างต่อเนื่อง

6.2 ข้อเสนอแนะต่อประเด็นหัวข้อการอบรมครั้งต่อไป

- การปฐมพยาบาลในเหตุการณ์ฉุกเฉิน

- โภชนาการผู้สูงอายุและสุขภาพทั่วไปในผู้สูงอายุ
- ด้านสุขภาพอนามัย ความปลอดภัย
- หลักการการยศาสตร์ หรือ การป้องกันการป่วย office syndrome
- การพัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชน
- การใช้ AI ในการทำงานวิจัยทางด้านสาธารณสุข
- การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพทางอาชีพอนามัย
- การจัดทำข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์
- การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
- การป้องกันโรคและการศึกษาด้าน NCD
- ด้านชีวิตจิตใจเบื้องต้น ชีวิตจิตใจขั้นสูงและระเบียบวิธีวิจัย
- การประเมินสุขภาพและด้านสิ่งแวดล้อมตามกลุ่มวัย
- แนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยปฐมภูมิในงานสาธารณสุข หรือ ในโรงพยาบาล
- ความรู้ด้านกฎหมายและการบริหารความเสี่ยง
- การทำยุทธศาสตร์โรงพยาบาลและการจัดทำโครงการ
- โภชนาการ

7. สรุปค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานโครงการฯ

งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร 3,700 บาท ได้แก่

- ค่าตอบแทนวิทยากรบรรยายเป็นประสบการณ์พิเศษ 1,000 บาท x 1 คน x 3 ชั่วโมง เป็นเงิน 3,000 บาท
- ค่าล่วงเวลาเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน 350 บาท x 2 วัน x 1 คน เป็นเงิน 700 บาท

งบประมาณที่ใช้จริง 3,700 บาท ได้แก่

- ค่าตอบแทนวิทยากรบรรยายเป็นประสบการณ์พิเศษ 1,000 บาท x 1 คน x 3 ชั่วโมง เป็นเงิน 3,000 บาท
- ค่าล่วงเวลาเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน 350 บาท x 2 วัน x 1 คน เป็นเงิน 700 บาท

สรุปผลการดำเนินโครงการฯและข้อเสนอแนะ

สรุปผลโครงการตามวัตถุประสงค์

1. ผู้เข้าร่วมการอบรม มีความรู้ และเจตคติในการเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันอันตรายและการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน โดยมีความรู้และเจตคติเพิ่มขึ้นหลังอบรม
2. ผู้เข้าร่วมการอบรม สามารถวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ สภาพการทำงาน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้ โดยมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังอบรม
3. ผู้เข้าร่วมการอบรมสามารถระบุวิธีวางแผนการจัดบริการอาชีวอนามัยปฐมภูมิแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้ โดยมีความรู้สามารถระบุวิธีการได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นหลังอบรม

ผลการประเมินเชิงปริมาณ

- การบรรลุตามเป้าหมายของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ กำหนดกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 50 คน เข้าร่วมโครงการ 61 คน บรรลุตามเป้าหมายผู้เข้าร่วมอบรม โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการ ครอบคลุม 30 จังหวัด
- มีเอกสารความรู้จัดการอบรม 1 ชุด

ผลการประเมินเชิงคุณภาพ

- ผู้เข้าอบรมมีความพึงพอใจระดับมาก ร้อยละ 93.84
- ผู้เข้าอบรมสามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้ ร้อยละ 95

ข้อเสนอแนะสำหรับการจัดอบรมครั้งต่อไป

1. เนื่องจากผู้เข้าอบรมส่วนใหญ่เป็นบุคลากรสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ควรพิจารณาจัดการอบรม ในวันหยุดราชการ หรือช่วงเย็น เป็นคอร์สสั้นๆ แบบ active learning
2. มีเอกสารขั้นตอนเข้าร่วมการอบรมออนไลน์ด้วย MS-Teams เพิ่มเติมเพื่อความสะดวกในการเข้าอบรม
3. จัดการอบรมต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างความรู้เชิงลึกจากเครือข่ายที่เข้าร่วมอบรมเดิม โดยเพิ่มเติมเนื้อหาให้ครอบคลุมตามความต้องการและการประยุกต์ใช้งานจริง

ปัญหาและอุปสรรค

- ผู้สนใจลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 100 คน แต่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 61 คน เนื่องจากอุปสรรคความไม่คุ้นเคย และไม่สามารถใช้โปรแกรมออนไลน์ได้
- ปัญหาด้านภาระงานและภัยธรรมชาติในช่วงเวลาการอบรม ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมได้

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก :	แบบสรุปรายงานผลการดำเนินโครงการ
ภาคผนวก ข :	บันทึกข้อความและคำสั่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการฯ
ภาคผนวก ค :	เนื้อหาหรือเอกสารประกอบการบรรยาย
ภาคผนวก ง :	ภาพกิจกรรมการดำเนินงานโครงการฯ
ภาคผนวก จ :	ตัวอย่างแบบประเมินโครงการฯ
ภาคผนวก ฉ :	รายชื่อ/ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ของผู้เข้ารับบริการวิชาการโครงการ
ภาคผนวก ช :	คณะทำงานโครงการ

(ภาคผนวก ก.)

แบบฟอร์มสรุปการดำเนินโครงการบริการวิชาการแก่สังคม ของ มสธ.

ชื่อโครงการติดอาวุธนักสาธารณสุข: พัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพและ
อาชีพอนามัยของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ผู้รับผิดชอบโครงการ : รศ.ดร.ศศิธร ณะภพ

1. ความสำคัญของโครงการ

ประเทศไทยนับเป็นสังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว ตั้งแต่ปี 2568 ประเทศไทยถูกจัดว่าเป็น "สังคมสูงวัย" โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (WHO, 2023) จากผล การสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุถึง ร้อยละ 20 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2568) การเปลี่ยนแปลงทางประชากรนี้จำเป็นต้องมีระบบการดูแลสุขภาพในชุมชนที่แข็งแกร่ง เพื่อ ตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเนื่องจากโรคเรื้อรัง ความพิการ หรือข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง หรืออาจเรียกว่าเป็น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (dependency older) เพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพดังกล่าว ประเทศไทย ได้นำระบบ การดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) มาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงโดยบูรณาการการดูแลอย่างเป็นทางการโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ และการดูแลอย่างไม่เป็น ทางการโดยสมาชิกในครอบครัวหรืออาสาสมัครในชุมชน (สุธิดา แจ่มประจักษ์, 2566) การดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยแบ่งออกเป็นรูปแบบการให้บริการหลักสองรูปแบบ ได้แก่ (1) บริการโดย ครอบครัวและชุมชน ซึ่งหน่วยงานด้านสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนอาสาสมัครใน ชุมชนและครอบครัวผ่านการจัดสรรงบประมาณ บริการสังคม และการเผยแพร่ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะการ ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (2) การดูแลในสถานพยาบาลโดยภาครัฐและเอกชน ซึ่งมุ่งเน้นที่บริการดูแลระยะ ยาวที่เป็นมาตรฐานทางวิชาชีพ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนประเทศไทยพึ่งพาการดูแลผู้สูงอายุแบบครอบครัวและ ชุมชนเป็นหลัก โดยใช้ประโยชน์จากทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนนั้น ๆ ในปี 2567 พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล ตามกลุ่มวัย โดยผู้สูงอายุในกลุ่มวัยปลายมีผู้ดูแลมากที่สุด ร้อยละ 32.8 รองลงมาคือ กลุ่มวัยกลางมีผู้ดูแล ร้อยละ 10.1 และกลุ่มวัยต้นมีผู้ดูแลร้อยละ 3.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2568) แสดงให้เห็นว่าการมีผู้ดูแล สำหรับผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามกลุ่มวัยที่มากขึ้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอันประกอบด้วยอาสาสมัครใน ชุมชน หรือผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยมักให้ความช่วยเหลืออย่างครอบคลุมในด้านกิจกรรมประจำวัน การดูแลทางการแพทย์ และการสนับสนุน ทางอารมณ์ การทำงานเป็นผู้ดูแลอาจก่อให้เกิดภาระทางร่างกาย จิตใจ และอาชีพอย่างมาก อย่างไรก็ตาม ระบบสนับสนุนผู้ดูแลในประเทศไทยยังไม่มีโครงสร้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับของสภาพการ

ทำงาน ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน การพักผ่อนไม่เพียงพอ การสัมผัสกับอันตราย และความเครียดในการทำงาน การศึกษาของ ศศิธร ณะภพ และคณะ (2568) แสดงให้เห็นถึงความท้าทายที่สำคัญที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในภาคใต้ของประเทศไทยต้องเผชิญ อันได้แก่ ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน การสัมผัสกับอันตรายจากการทำงาน และภาระในการจัดการกับโรคไม่ติดต่ออันเป็นโรคประจำตัวของผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบเชิงลบต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ดูแลทั้งสุขภาพกายและจิต 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的自我ดูแลตนเอง
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

ภาคผนวก ข



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานการศึกษาต่อเนื่อง ฝ่ายบริการเผยแพร่ทางไกล โทร. 7726

ที่ อว 0602.08(01)/ 1449 วันที่ 8 กรกฎาคม 2568

เรื่อง แจ้งสัญญาโครงการบริการวิชาการแก่สังคม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (รอบ 2)

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร ธนะภพ (สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ)

ตามที่ท่านได้รับจัดสรรงบประมาณโครงการบริการวิชาการแก่สังคม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (รอบ 2) และท่านอธิการบดีได้ลงนามตามแบบสัญญาเงินทุนโครงการบริการวิชาการแก่สังคม งบประมาณเงินรายได้มหาวิทยาลัย เรียบร้อยแล้ว ดังนี้

เลขที่สัญญา	ชื่อโครงการ	ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ (บาท)
41/2568	โครงการติดอาวุธนักสาธารณสุข : พัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพและอาชีวอนามัยของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	รศ.ดร.ศศิธร ธนะภพ	3,700

ในการนี้ สำนักงานการศึกษาต่อเนื่องขอส่งรายละเอียดโครงการและแบบสัญญาเงินทุน (ฉบับจริง) โครงการบริการวิชาการแก่สังคม งบประมาณเงินรายได้มหาวิทยาลัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 และชี้แจงเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ท่านได้ใช้เป็นเอกสารประกอบในการดำเนินงาน ดังนี้

1. เอกสารชี้แจงการยืมเงินที่เกี่ยวข้อง แบบฟอร์มการยืมเงิน รด.บส.4, รด.บส. 6, ตัวอย่างการยืมเงินงวดที่ 1 และตัวอย่างการเบิกจ่ายเงินงวดที่ 2
2. แบบฟอร์ม รด.บส.5 (รูปเล่มรายงานฉบับสมบูรณ์) , แบบฟอร์ม รด.บส.7 (สรุปบทคัดย่อโครงการ) พร้อมจัดทำคลิป VDO การจัดกิจกรรมโครงการ ความยาวไม่เกิน 3 นาที จัดส่งเป็นไฟล์เวิร์ดไปที่อีเมล sspd.stou@gmail.com เพื่อนำข้อมูลโครงการบริการวิชาการแก่สังคมเผยแพร่ขึ้นเว็บไซต์ต่อไป

อนึ่ง ขอให้ท่านดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้ โดยศึกษาหลักเกณฑ์การรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน โครงการบริการวิชาการแก่สังคม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ซึ่งท่านสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มข้อมูล และการเบิกจ่ายงบประมาณเงินรายได้ต่าง ๆ ได้ที่ QR Code ด้านล่าง ทั้งนี้ ในการดำเนินการยืมเงินทดรองจ่ายหรือเบิกจ่ายเงิน สำนักงานการศึกษาต่อเนื่องจะดำเนินการจองงบประมาณในระบบ 3 มิติ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่นายอภิภู อนุการอรณสิน และนางสาวศุภลักษณ์ ชันนาค โทร. 7726

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะขอบคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.ชนกันารถ บุญวัฒน์ะกุล)

ผู้อำนวยการสำนักงานการศึกษาต่อเนื่อง

<https://www.stou.ac.th/link/u0vSF>



สแกน QR Code
โครงการบริการวิชาการแก่สังคม

สัญญารับทุน โครงการบริการวิชาการแก่สังคม งบประมาณเงินรายได้ของมหาวิทยาลัย
โครงการติดอาวุธนักสาธารณสุข: พัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพและอาชีพอนามัยของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ประจำปีงบประมาณ 2568

สัญญาเลขที่41 / 2568

หนังสือสัญญานี้ได้ทำเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2568 ณ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ระหว่าง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พนมพัทธ์ สมิตานนท์ กรรมการสภามหาวิทยาลัย รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้ให้ทุน” ฝ่ายหนึ่ง กับผู้ดำเนินการ โครงการบริการวิชาการแก่สังคมโดย รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร ธนะภพ ตำแหน่ง รองศาสตราจารย์ อายุ 52 ปี เลขประจำตัวประชาชน 3 - 9 0 9 8 - 0 0 1 2 6 - 5 6 - 9

สังกัด สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม อยู่บ้านเลขที่ 110/5 หมู่ 2 ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามหนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามี) ลงวันที่-.....-..... ต่อไปนี้ในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้รับทุน” อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญาดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้ให้ทุนตกลงให้ทุนโครงการบริการวิชาการแก่สังคม ให้แก่ผู้รับทุน ตามระเบียบ ประกาศมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช งบประมาณเงินรายได้ของมหาวิทยาลัย จำนวน 3,700 บาท (สามพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน) เพื่อดำเนินโครงการบริการวิชาการแก่สังคม งบประมาณเงินรายได้ของมหาวิทยาลัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยมีระยะเวลาดำเนินการของโครงการ 3 เดือน นับตั้งแต่วันที่ 2 กรกฎาคม 2568 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2568 ตามรายละเอียดต่อท้ายสัญญานี้ และให้ถือรายละเอียดต่อท้ายสัญญานี้เป็นส่วนหนึ่งของสัญญานี้ด้วย

ข้อ 2 ผู้รับทุนยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ มติ คำสั่ง หลักเกณฑ์ หรือแนวปฏิบัติใด ๆ ของผู้ให้ทุน ซึ่งมีอยู่ ณ วันทำสัญญานี้ และที่จะมีขึ้นในอนาคต โดยให้ถือว่าข้อบังคับ ระเบียบ มติ คำสั่ง หลักเกณฑ์ หรือแนวปฏิบัติดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของข้อตกลงทำสัญญานี้

ข้อ 3 ผู้รับทุนจะดำเนินโครงการตามระยะเวลาที่ได้รับอนุมัติจากผู้ให้ทุน และผู้ให้ทุนสงวนสิทธิ์ที่จะเปลี่ยนแปลงได้ตามที่เห็นสมควร

ข้อ 4 ผู้รับทุนจะต้องส่งรายงานผลการดำเนินงานฉบับสมบูรณ์ของโครงการเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามระยะเวลาที่กำหนดต่อท้ายสัญญานี้ หรือภายในระยะเวลาที่ผู้ให้ทุนกำหนด

ข้อ 5 ในกรณีที่ผู้รับทุนประพฤติผิดสัญญาข้อ 1 หรือข้อ 2 หรือข้อ 3 หรือกรณีที่ผู้ให้ทุนพิจารณาเห็นว่ามีความจำเป็นในทางราชการที่จะให้ผู้รับทุนยกเลิกโครงการ ผู้รับทุนจะต้องยุติโครงการทันที

ความเสียหายใดๆ อันเนื่องมาจากการที่ผู้รับทุนไม่ปฏิบัติตามวรรคก่อน ผู้รับทุนยินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในระยะเวลาที่ผู้ให้ทุนกำหนด เว้นแต่กรณีเกิดจากฝ่ายผู้ให้ทุน

ข้อ 6 ในกรณีที่ผู้รับทุนต้องขอใช้เงินคืนให้แก่ผู้ให้ทุน แต่มิได้ขอใช้เงินภายในระยะเวลาที่ผู้ให้ทุนกำหนด ผู้รับทุนยินยอมให้ผู้ให้ทุนหักเงินเดือนหรือเงินได้อื่น ๆ ที่ได้รับจากทางราชการ เพื่อขอใช้เงินทุนคืนให้แก่ผู้รับทุนตามจำนวนเงินที่ได้รับจากผู้ให้ทุนหรือตามจำนวนเงินที่ผู้ให้ทุนกำหนด

สัญญานี้ทำขึ้น 2 ฉบับ คู่สัญญาทั้ง 2 ฝ่ายได้อ่าน และเข้าใจข้อความในสัญญานี้โดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้องตรงตามความประสงค์ทุกประการ

จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน ผู้ให้ทุนถือไว้ 1 ฉบับโดยเก็บไว้ที่กองคลัง และผู้รับทุนถือไว้ 1 ฉบับ

(ลงนาม) *พ.ณ.ม.* ผู้ให้ทุน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พนมพัทธ์ สมิตานนท์)
กรรมการสภามหาวิทยาลัย
รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

(ลงนาม) *อ.ศ.อ.* ผู้รับทุน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร ธนะภพ)

(ลงนาม) *พ.ณ.ม.* พยาน
(นายชยาพงศ์ เกษจินดา)

(ลงนาม) *อ.จ.ก.ช.* พยาน
(นางสาวนงลักษณ์ ฤทธิคำ)

แบบคำขอโครงการบริการวิชาการแก่สังคม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

(แบบให้เปล่า)

๑. ชื่อ โครงการ (ภาษาไทย) ติดอาวุธนักสาธารณสุข: พัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพและอาชีพนามัยของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
(ภาษาอังกฤษ) Equipping Public Health Professionals: Enhancing Healthcare and Occupational Health Capacity for Elderly Caregivers in the Community
๒. เป้าหมายสอดคล้องกับยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัย
 - ☒ วิชาชีพเชิงบูรณาการที่ตอบสนองต่อการพัฒนาชุมชน สังคมและประเทศชาติให้เข้มแข็ง
 - ☒ วิชาชีพที่บูรณาการกับการเรียนการสอนต่อการพัฒนาชุมชน สังคม
 - ☐ วิชาชีพที่ก่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานจากการได้รับการบริการวิชาการของมหาวิทยาลัย
 - ☒ วิชาชีพที่ส่งเสริมให้เกิดชุมชนสังคมแห่งการเรียนรู้และสังคมฐานความรู้
 - ☐ โครงการสอดคล้องกับการจัดอันดับมหาวิทยาลัยสีเขียวโลก “UI Green Metric World University Ranking”
๓. เป้าหมายสอดคล้องกับการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) (โปรดระบุกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับโครงการที่ดำเนินการ)
 - ☒ เป้าหมายที่ 3 : Good Health and Well-being (สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี)
 - ☒ เป้าหมายที่ 4 : สร้างหลักประกันว่าทุกคนมีการศึกษาที่มีคุณภาพอย่างครอบคลุมและเท่าเทียม และสนับสนุนโอกาสในการเรียนรู้ตลอดชีวิต
 - ☒ เป้าหมายที่ 6 : สร้างหลักประกันว่าจะมีการจัดให้มีน้ำและสุขอนามัยสำหรับทุกคนและมีการบริหารจัดการที่ยั่งยืน
 - ☒ เป้าหมายที่ 10 : Reduces Inequalities (การลดความไม่เสมอภาค)
๔. ผู้รับผิดชอบโครงการ รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร ณะภพ สังกัด สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มสธ.
เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๙-๘๖๖๑๐๙๘ E-mail sasithorn.tha@stou.ac.th
รายนามคณะทำงาน
 ๑. รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรวง
 ๒. รองศาสตราจารย์ ดร.สุดาว เลิศวิสุทธิไพบูลย์
 ๓. รองศาสตราจารย์ ดร.กุลธิดา บรรจงศิริ
 ๔. รองศาสตราจารย์ ดร.กิริสพล กาละดี
 ๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ สุวณิชย์เจริญ
 ๖. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิรดี ศรีโอภาส
 ๗. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา ตันกิจจานนท์
 ๘. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษณีย์ บังคะดานรา
 ๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนัญญา ประดิษฐ์ปรีชา

๑๐. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อติศักดิ์ สุมาลี
๑๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรรพรรณ น้อยวัฒน์
๑๒. อาจารย์สุณัฐชา เผ่าพงษ์ศิลป์
๑๓. อาจารย์ศศิณา จิตรอักษร
๑๔. อาจารย์กชมนนกร จำปาเงิน
๑๕. นางสาวภาภัสกรณ มีเดช

๕. หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยนับเป็นสังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว ตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ ประเทศไทยถูกจัดว่าเป็น "สังคมสูงวัย" โดยมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป คิดเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งหมด (WHO, 2023) จากผลการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุถึง ร้อยละ ๒๐ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๘) การเปลี่ยนแปลงทางประชากรนี้จำเป็นต้องมีระบบการดูแลสุขภาพในชุมชนที่แข็งแกร่ง เพื่อตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นอันเนื่องจากโรคเรื้อรัง ความพิการ หรือข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง หรืออาจเรียกว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (dependency older) เพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพดังกล่าว ประเทศไทยได้นำระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) มาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยบูรณาการการดูแลอย่างเป็นทางการโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ และการดูแลอย่างไม่เป็นทางการโดยสมาชิกในครอบครัวหรืออาสาสมัครในชุมชน (สุริดา แจ่มประจักษ์, ๒๕๖๖) การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยแบ่งออกเป็นรูปแบบการให้บริการหลักสองรูปแบบ ได้แก่ (๑) บริการโดยครอบครัวและชุมชน ซึ่งหน่วยงานด้านสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนอาสาสมัครในชุมชนและครอบครัวผ่านการจัดสรรงบประมาณ บริการสังคม และการเผยแพร่ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (๒) การดูแลในสถานพยาบาลโดยภาครัฐและเอกชน ซึ่งมุ่งเน้นที่บริการดูแลระยะยาวที่เป็นมาตรฐานทางวิชาชีพ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนประเทศไทยพึ่งพาการดูแลผู้สูงอายุแบบครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก โดยใช้ประโยชน์จากทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนนั้น ๆ ในปี ๒๕๖๗ พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลตามกลุ่มวัย โดยผู้สูงอายุในกลุ่มวัยปลายมีผู้ดูแลมากที่สุด ร้อยละ ๓๒.๘ รองลงมาคือ กลุ่มวัยกลางมีผู้ดูแล ร้อยละ ๑๐.๑ และกลุ่มวัยต้นมีผู้ดูแลร้อยละ ๓.๔ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๘) แสดงให้เห็นว่าการมีผู้ดูแลสำหรับผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามกลุ่มวัยที่มากขึ้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอันประกอบด้วยอาสาสมัครในชุมชน หรือผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยมักให้ความช่วยเหลืออย่างครอบคลุมในด้านกิจกรรมประจำวัน การดูแลทางการแพทย์ และการสนับสนุนทางอารมณ์ การทำงานเป็นผู้ดูแลอาจก่อให้เกิดภาระทางร่างกาย จิตใจ และอาชีพอย่างมาก อย่างไรก็ตามระบบสนับสนุนผู้ดูแลในประเทศไทยยังไม่มีโครงสร้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับของสภาพการทำงาน ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน การพักผ่อนไม่เพียงพอ การสัมผัสกับอันตราย และความเครียดในการทำงาน การศึกษาของ ศศิธร ธนะภพ และคณะ (๒๕๖๘) แสดงให้เห็นถึงความท้าทายที่สำคัญที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในภาคใต้ของประเทศไทยต้องเผชิญ อันได้แก่ ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน การสัมผัสกับอันตรายจากการทำงาน และภาระในการจัดการกับโรคไม่ติดต่ออันเป็นโรคประจำตัวของผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบเชิงลบต่อ

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ดูแลทั้งสุขภาพกายและจิต อย่างไรก็ตามการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและแนวปฏิบัติในการป้องกันอันตรายจากการทำงานเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ดี (Thanapop S., Sangsuwan B., Rasdi I. & Thanapop C., 2025) ซึ่งในระบบการบริการสุขภาพตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามระบบบริการปกติยังไม่ได้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน รวมทั้งการประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและการป้องกันอย่างเป็นระบบ ทำให้ความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลที่บ้านยังคงไม่ได้รับการแก้ไขและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด ดังนั้นการที่ผู้ดูแลที่บ้านมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีสภาพการทำงานที่มีสุขลักษณะ ปลอดภัยเหมาะสมกับงาน อาจช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้ เมื่อผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีจะสามารถมอบคุณภาพของการดูแลที่ดีให้แก่ครอบครัวผู้สูงอายุได้เช่นกัน การบริการวิชาการนี้ใช้ประโยชน์จากผลการศึกษาของ ศศิธร ธนะภพ และคณะ (๒๕๖๘) 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

๖. วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการ

๑. มีความรู้ และเจตคติในการเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันอันตรายและการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน
๒. สามารถวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ สภาพการทำงาน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้
๓. สามารถวางแผนการจัดบริการอาชีวอนามัยปฐมภูมิแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้

๗. กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายหลัก : เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน อันประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข หรือ นักสาธารณสุขปฏิบัติการ หรือ นักวิชาการสุขาภิบาล ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มเป้าหมายรอง : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปริมาณกลุ่มเป้าหมาย : ๕๐ คน

พื้นที่กลุ่มเป้าหมาย : ทั่วประเทศไทย

๘. สถานที่ให้บริการวิชาการ.....ระบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม Microsoft team หรือ โปรแกรม Zoom

๙. ระยะเวลาโครงการ เริ่มต้นปี พ.ศ.๒๕๖๗.....สิ้นสุดปี พ.ศ.๒๕๖๘.....(ไม่ควรเกิน ๑ ปี)

๑๐.เป้าหมายผลผลิต และตัวชี้วัด

ผลผลิต / ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ พ.ศ. ..๒๕๖๘....			
		ไตรมาสที่ ๑ (ต.ค.-ธ.ค.)	ไตรมาสที่ ๒ (ม.ค. – มี.ค.)	ไตรมาสที่ ๓ (เม.ย. – มิ.ย.)	ไตรมาสที่ ๔ (ก.ค. – ก.ย.)
ผลผลิตที่ ๑: การจัดฝึกอบรม					
ตัวชี้วัด					
เชิงปริมาณ :					
๑. จำนวนครั้งการอบรม	ครั้ง				๑
๒. จำนวนผู้เข้าร่วมอบรม	คน				๕๐
๓. เอกสารและสื่อการอบรม	ชุด				๑
เชิงคุณภาพ :					
๑. ความพึงพอใจของผู้รับการอบรม	ร้อยละ				๘๕
๒. การนำความรู้ไปใช้ประโยชน์	ร้อยละ				๙๐
เชิงเวลา :					
ระยะเวลาการฝึกอบรม (๑ วัน)	วัน				๑
เชิงต้นทุน :					
ค่าใช้จ่ายในการอบรม	บาท				๓,๗๐๐

๑๑.แผนการดำเนินงาน

ผลผลิต / กิจกรรม	หน่วยนับ	แผนการดำเนินงานกิจกรรม			
		ไตรมาสที่ ๑ (ต.ค.-ธ.ค.)	ไตรมาสที่ ๒ (ม.ค. - มี.ค.)	ไตรมาสที่ ๓ (เม.ย. - มิ.ย.)	ไตรมาสที่ ๔ (ก.ค. - ก.ย.)
ผลผลิตที่ ๑: การฝึกอบรม					
กิจกรรม					
1.จัดทำเอกสารประกอบการฝึกอบรม	ชุด			↔	
2.เตรียมการฝึกอบรม	ครั้ง			↔	
3.ดำเนินการฝึกอบรม	ครั้ง				↔
ผลผลิตที่ 2: รายงานผลการฝึกอบรม					
กิจกรรม					
1.การวิเคราะห์ข้อมูล	ครั้ง				↔
2.การเขียนรายงานการฝึกอบรม	ฉบับ				↔

๑๒. งบประมาณเงินอุดหนุน

หน่วย : บาท

งบรายจ่าย / รายการ	งบประมาณปี พ.ศ. ...๒๕๖๘.....			
	ไตรมาสที่ ๑ (ต.ค.-ธ.ค.)	ไตรมาสที่ ๒ (ม.ค. - มิ.ค.)	ไตรมาสที่ ๓ (เม.ย. - มิ.ย.)	ไตรมาสที่ ๔ (ก.ค. - ก.ย.)
๑. เงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายบุคลากร				
๑.๑ ค่าจ้าง.....				-
๒. เงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายดำเนินงาน				
๒.๑ ค่าตอบแทน				๓,๗๐๐
๑) ค่าตอบแทนวิทยากรบรรยายประสบการณ์เป็นพิเศษ (๑,๐๐๐ บาท x ๑ คน x ๓ ชั่วโมง)				๓,๐๐๐
๒) ค่าล่วงเวลาเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน (๓๕๐ บาท x ๒ วัน x ๑ คน) วันหยุด				๗๐๐
๒.๒ ค่าใช้สอย				-
๒.๓ ค่าวัสดุ				-
๓. เงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายลงทุน				-
๓.๑ รายการครุภัณฑ์				-
๔. เงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายเงินอุดหนุน				-
๔.๑ รายการ				-
๕. เงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายรายจ่ายอื่น				-
๕.๑ รายการ				-
รวม				๓,๗๐๐

หมายเหตุ งบประมาณทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยได้

๑๓.แผนการเบิกจ่ายเงิน

งวดที่	ภาระงานที่ต้องส่ง	จำนวน (บาท)
๑	ดำเนินการฝึกอบรม	๓,๗๐๐
รวมทั้งสิ้น	สามพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน	๓,๗๐๐

๑๔.ผลลัพธ์ / ผลกระทบของการดำเนินโครงการ

ผลลัพธ์: เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รวมทั้งผู้นำสุขภาพชุมชน) มีความรู้ เจตคติและ สามารถวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ สภาพการทำงาน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อนำไปวางแผนการจัดบริการอาชีวอนามัยแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวที่มีชุมชนเป็นฐาน

ผลกระทบ: ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันอันตรายจากการทำงาน ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

๑๕.กรณีโครงการที่มุ่งตอบสนองด้านการเรียนการสอนในชุดวิชา ให้ระบุด้วยว่าเป็นชุดวิชาใด

โครงการนี้ตอบสนองด้านการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ชุดวิชา ดังนี้

ชุดวิชา 52302 การสาธารณสุขชุมชน

ชุดวิชา 52405 การฝึกงานวิชาชีพสาธารณสุขในชุมชน

ชุดวิชา 52408 การสัมมนาเพื่อพัฒนาทักษะสาธารณสุข

ชุดวิชา 52313 สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ

ชุดวิชา 52314 การป้องกันและควบคุมโรคทางสาธารณสุข

๑๖.การรายงานผลการดำเนินงาน และการใช้จ่ายเงิน

รายงานตามแบบฟอร์มและระยะเวลาที่สำนักการศึกษาต่อเนื่องกำหนด

๑๗. โครงการ ติดตามผู้สูงอายุ: พัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพและอาชีวอนามัยของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ครั้งที่ 8/2568 วันที่ 17 เมษายน 2568

*หมายเหตุ แนบกำหนดการฝึกอบรมมาด้วย

ตารางกำหนดการ

“ติดอาวุธนักสาธารณสุข: พัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพและอาชีวอนามัยของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน”

ระบบออนไลน์

(ระยะเวลาดำเนินการครึ่งวัน ดำเนินการเดือนสิงหาคม ๒๕๖๘)

เวลา	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
๐๘.๐๐ - ๐๘.๕๐ น.	ลงทะเบียน	
๐๘.๕๐-๐๙.๐๐ น.	เปิดการอบรมและชี้แจงวัตถุประสงค์	
๙.๐๐.- ๑๐.๐๐ น.	• สุขภาพ คุณภาพชีวิตและความปลอดภัยในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน • ประสบการณ์การดำเนินงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	วิทยากรภายนอก
๑๐.๐๐.- ๑๑.๐๐ น.	• บทบาทนักสาธารณสุขกับงานอาชีวอนามัยปฐมภูมิ • การประเมินอันตรายจากการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	วิทยากรภายนอก
๑๑.๐๐-๑๒.๐๐ น.	• การจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพและอาชีวอนามัยแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	วิทยากรภายนอก
๑๒.๐๐-๑๒.๓๐ น.	สรุปความรู้ อภิปรายและประเมินผล	วิทยากรภายใน ผู้ร่วมรายการ คณะทำงานโครงการฯ



ที่ อว0602.20/ 1292

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

9 กรกฎาคม 2568

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นวิทยากร

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.จันทน์ ชนะภพ

ด้วยสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้กำหนดจัดโครงการบริการวิชาการแก่สังคม เรื่อง "ติดตามผู้สูงอายุในชุมชน: พัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพและอาชีวอนามัยของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน" ในวันศุกร์ที่ 22 สิงหาคม 2568 เวลา 08.30-12.30 น. ผ่านช่องทางออนไลน์ด้วยโปรแกรม Microsoft Teams โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างทักษะด้านการดูแลสุขภาพและอาชีวอนามัยให้แก่บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเน้นการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชน

ในการนี้ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญด้านงานอาชีวอนามัยปฐมภูมิเป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน รองศาสตราจารย์ ดร.จันทน์ ชนะภพ เป็นวิทยากรในการอบรมดังกล่าว ตามกำหนดการในคิวอาร์โค้ดที่แนบมาพร้อมนี้

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทน์คง
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

รายละเอียดโครงการและกำหนดการ

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
โทร.02-504-8029
ผู้ประสาน นางสาวภาภัสกรณ มีเดช

ภาคผนวก ค
เอกสารประกอบการบรรยาย

ประเด็นการแลกเปลี่ยน/เนื้อหา

1. สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย/ สุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล
2. ข้อบังคับสหภาพการสาธารณสุขชุมชน ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพฯ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2566 ด้านอาชีวอนามัย
3. ข้อบังคับด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย กับมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับ sw.สต.
4. แนวทางการประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
5. แนวทางการดำเนินโครงการอาชีวอนามัยสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2

ติดต่อวิทยากรในชุมชน: การดูแลสุขภาพและอาชีวอนามัยของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

รศ.ดร.จำนงค์ ธนะภพ
เลขที่ใบอนุญาต สรช.21140
สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ม.วลัยลักษณ์

1

จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามรายการภาคและจังหวัด ณ เดือนพฤษภาคม 2568

จำนวนผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในสถานประกอบการ ณ 31 พ.ค. 2568									
ที่มา : กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ข้อมูล ณ 31 พ.ค. 2568									
ภาค	จำนวนชาย	จำนวนหญิง	รวม	จำนวนชาย	จำนวนหญิง	รวม	จำนวนชาย	จำนวนหญิง	รวม
1. ภาคใต้	9,521,014	9,462,832	1,712,050	18,09%	752,182	959,877	43.03%	56.07%	65,883,594
2. ภาคเหนือ	11,872,987	11,354,449	2,870,621	24.84%	1,256,005	1,564,616	44.53%	55.47%	64,883,634
3. ภาคตะวันออก	21,583,461	21,526,971	4,374,915	20.32%	1,982,688	2,392,227	45.32%	54.68%	13,826,163
4. ภาคกลาง	22,906,132	22,539,382	4,918,568	21.82%	2,088,645	2,829,923	42.46%	57.54%	21.31%
รวมทั้งหมด...	65,883,594	64,883,634	13,826,163	21.31%	6,079,520	7,746,643	43.97%	56.03%	7,750,268
จังหวัด	จำนวนชาย	จำนวนหญิง	รวม	จำนวนชาย	จำนวนหญิง	รวม	จำนวนชาย	จำนวนหญิง	รวม
1. เชียงใหม่	701,037	698,150	208,619	29.88%	94,708	113,911	45.4%	54.6%	56.06%
2. นนทบุรี	419,835	419,137	122,842	29.31%	53,252	69,590	43.35%	56.65%	4,172,927
3. กรุงเทพฯ	396,033	392,855	113,639	28.93%	50,005	63,634	44%	56%	30.18%
4. สกลนคร	199,084	198,780	56,878	28.61%	23,652	33,226	41.58%	58.42%	1,539,122
5. นครราชสีมา	453,372	450,595	125,746	27.91%	56,988	68,758	45.32%	54.68%	57.70%
รวมทั้งหมด...	313,307	313,423	94,206	37.74%	36,357	47,849	47.5%	52.5%	57.70%

ที่มา: กรมการปกครอง, 2568

4

สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย & สุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

3

(3) ดัชนีการส่งขาย อัตราส่วนที่พึงขาย อัตราส่วนที่พอขาย

พ.ศ.	ดัชนีการสูญเสีย	อัตราส่วนที่ถึงขั้นสูญเสีย	อัตราส่วนเกือบสูญ
2562	101.28	26.48	3.78
2563	105.50	27.28	3.67
2564	112.16	28.46	3.51
2565	119.72	29.68	3.37
2566	127.79	31.02	3.22

ที่มา: สถาบันการพัฒนุ้สงอายุไทย พ.ศ. 2566: กรมกิจการผู้สงอายุ

(2) ข้อมูลคาดการณ์ประชากรวัยเด็ก วัยแรงงาน วัยสูงอายุ ช่วงระยะเวลาทุก 5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2567-2583

พ.ศ.	ประชากรทั้งหมด (คน)	อายุ 0-14 ปี		อายุ 15-59 ปี		อายุ 60 ปีขึ้นไป	
		ประชากร (คน)	ร้อยละ	ประชากร (คน)	ร้อยละ	ประชากร (คน)	ร้อยละ
2567	67,014,526	10,742,715	16.03	42,258,957	63.06	14,012,854	20.91
2572	67,175,923	10,064,987	14.98	40,475,762	60.25	16,635,174	24.76
2578	66,586,786	9,149,160	13.74	38,334,858	57.57	19,102,768	28.69
2583	65,372,337	8,363,327	12.79	36,498,965	55.83	20,510,045	31.37

ที่มา: สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566: กรมกิจการผู้สูงอายุ

[illegible]

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

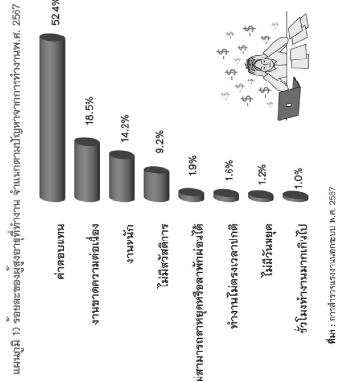
จากข้อมูลในรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566 สามารถสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อส่งเสริมมาตรการของรัฐในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 นโยบายและมาตรการเพื่อเสริมสร้างศักยภาพ กล่าวคือ เตรียมประชากรก่อนสูญเสียไป ความพร้อมเข้าสู่สังคมอายุ ทั้งด้านสุขภาพ ความรู้และทักษะที่จำเป็น มีการรวมกลุ่มที่เข้มแข็ง ใช้ประสบการณ์และภูมิปัญญาเพื่อประโยชน์สังคม

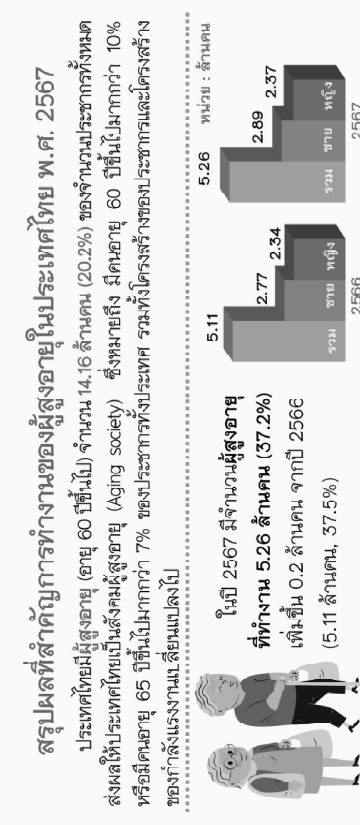
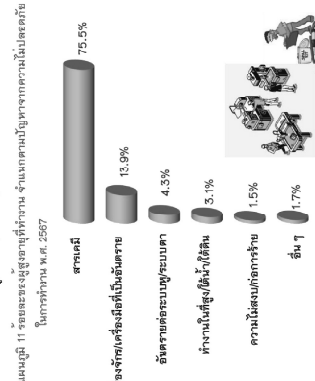
ประเด็นที่ 2 ปัญหาและมาตรการการเชื่อมกับและบรรเทาปัญหา กล่าวคือ ส่งเสริมให้สูงส่งอายุขัย ความเป็นผู้ที่ ดี โรค ลดโรค ลดอุบัติเหตุ มีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนมากขึ้น มีขวัญกำลังใจในการทำงานได้ และเงินออมเพิ่มขึ้น

ประเด็นที่ 3 นโยบายและมาตรการเพื่อสร้างโอกาสและการเติบโตทางเศรษฐกิจ กล่าวคือ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าสู่งานหรือการจ้างงานในภาคที่พวกเขาสนใจและมีคุณภาพ เพิ่มโอกาสในการจ้างงานให้ผู้สูงอายุ ตลอดจนส่งเสริมให้ภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ กลายเป็นธุรกิจสำคัญในการขับเคลื่อนประเทศ

ประเด็นที่ 4 นโยบายและมาตรการด้านการวิจัยและการพัฒนาเพื่อประโยชน์ของสังคม กล่าวคือ สร้างฐานข้อมูล องค์ความรู้ และนวัตกรรมพร้อมเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์และสังคมสูงอายุด้านสุดเขตใดในอนาคต

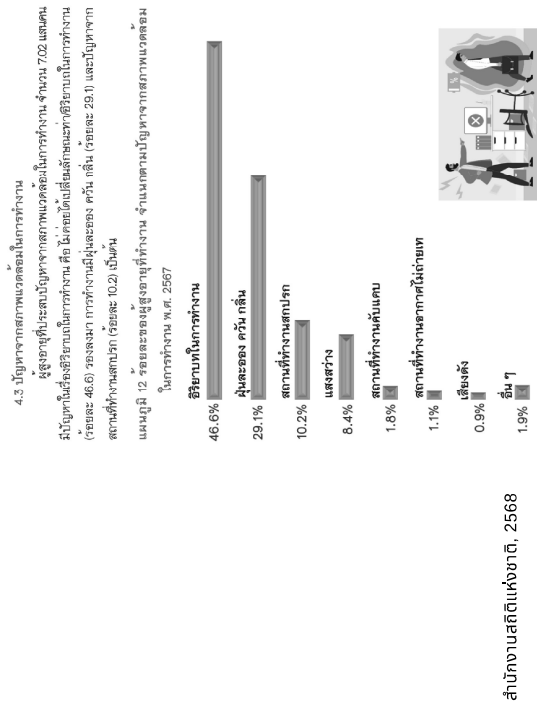


สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2568



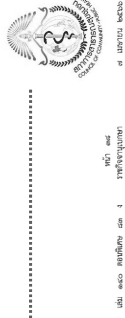
สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2568

แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากงานวิจัย ประเด็น สุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล



วัตถุประสงค์ของข้อบังคับ

- ป้องกันและลดความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยผู้ประกอบอาชีพ
- ฝ่าละอองธุลีดินและควบคุมปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานที่อาจส่งผลต่อสุขภาพ
- ส่งเสริมสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานให้ปลอดภัย
- ควบคุมมาตรฐานการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน



ฉบับที่ ๓๔
เรื่อง สุขภาพ
พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วย
การคุ้มครองสุขภาพของประชาชน
พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๑. ชื่อของกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วย
การคุ้มครองสุขภาพของประชาชน
พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๒. ชื่อของกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วย
การคุ้มครองสุขภาพของประชาชน
พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๓. ชื่อของกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วย
การคุ้มครองสุขภาพของประชาชน
พ.ศ. ๒๕๖๖

สรุปเนื้อหาสำคัญด้านอาชีวอนามัยและ

ความปลอดภัยสำหรับนักสาธารณสุข

ตามข้อบังคับสภาการสาธารณสุขชุมชนว่า
ด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไข
ในการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุข
ชุมชน (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2566

นิยามคำสำคัญในข้อบังคับ

- อาชีวอนามัย
- ความปลอดภัย
- สภาพแวดล้อมในการทำงาน
- การฝ่าละอองธุลีดิน

ข้อกำหนดสำคัญที่ต้องดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยง การเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพในชุมชน (ข้อ 4)

- ดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยโดยตรวจสอบและฝ่าละอองธุลีดินในการทำงาน
- วิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยจากการประกอบอาชีพ
- วางแผนและดำเนินการป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ
- จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยในการทำงาน
- กำกับและฝ่าละอองธุลีดินที่เกิดขึ้นในสถานประกอบการ

ข้อปฏิบัติตามข้อบังคับ

- ผู้ประกอบวิชาชีพต้องได้รับการอบรมและมีใบรับรองจากสภาฯ (ข้อ 8)
- การให้บริการด้านอาชีวอนามัยต้องเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด (ข้อ 9)

18

บทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพต่อหน่วยงานหรือสถานประกอบการหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง (ข้อ 5-6-7)

- ประเมินและตรวจสอบสภาพแวดล้อมในการทำงาน
- ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัยแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- เสนอแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงาน
- กำกับ ติดตาม และปรับปรุงมาตรฐานความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง

17

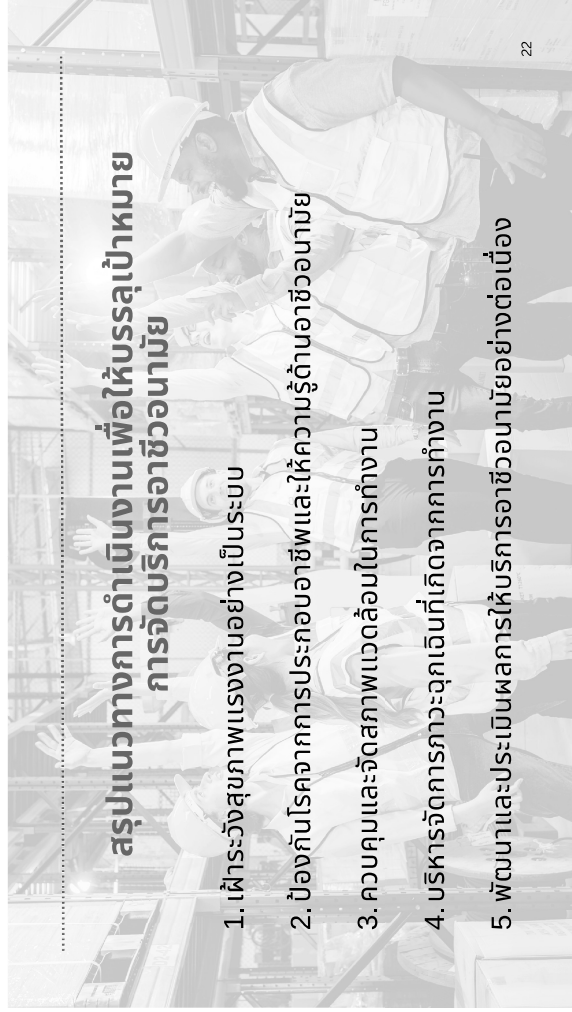
ความเชื่อมโยง

ข้อบังคับด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย (พ.ศ. 2566) กับ มาตรฐานการจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับ สว.สศ.

19

ประเด็น	ข้อบังคับกำหนด	มาตรฐานของ รพ.สศ.
1) การตรวจสอบและเฝ้าระวังสุขภาพแรงงาน	การเฝ้าระวังทางอาชีวอนามัย ผ่านการตรวจสุขภาพ การประเมินความเสี่ยง และการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน	- ต้องจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพแรงงาน และเฝ้าระวังการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับอาชีพ - กำหนดให้มอบบริการตรวจสุขภาพแรงงานตามปัจจัยเสี่ยงในแต่ละอาชีพ
2) การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน	ต้องประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน เช่น การสัมผัสสารเคมี หรือการทำงานในสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย	การประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยในพื้นที่ โดยใช้เครื่องมือคัดกรองและตรวจวัดสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

20



สรุปแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การจัดบริการอาชีวอนามัย

1. เพื่าระวังสุขภาพแรงงานอย่างเป็นระบบ
2. ป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพและให้ความรู้ด้านอาชีวอนามัย
3. ควบคุมและจัดสภาพแวดล้อมในการทำงาน
4. บริหารจัดการภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากการทำงาน
5. พัฒนาและประเป็นผลทำให้บริการอาชีวอนามัยอย่างต่อเนื่อง

ประเด็น	ข้อบังคับกำหนด	มาตรฐานของ รพ.สต.
3) การส่งเสริมและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ	การจัดกิจกรรมด้านอาชีวอนามัยเพื่อป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ	การฝึกอบรมและให้ความรู้แก่แรงงานในชุมชน (โรคจากการประกอบอาชีพ การใช้ PPE และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงาน)
4) การควบคุมและจัดสภาพแวดล้อมในการทำงาน	การตรวจสอบและกำกับดูแลสภาพแวดล้อมในการทำงาน	ระบุให้มีการตรวจสอบสิ่งแวดล้อมในการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อปท. สสจ. สธจ.
5) การเฝ้าระวังและจัดการภาวะฉุกเฉินจากการทำงาน	มีการเฝ้าระวังและรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินที่เกิดจากการทำงาน เช่น สารเคมีรั่วไหล	ระบบรายงานและส่งต่อผู้เกี่ยวข้องอุบัติเหตุจากการทำงาน ไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงขึ้น

ผลประเมินตนเองและผ่านการรับรองมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับ รพ.สต.
https://ohems.ddc.moph.go.th/hos/public/p_chart.php

ระดับผลการประเมิน	ปี 2566 (แห่ง)		ปี 2567 (แห่ง)	
	ประเมินตนเอง (2289 / 9785)	ผ่านการรับรอง	ประเมินตนเอง (2079 / 9785)	ผ่านการรับรอง
ดีเด่น	194	147	257	225
ดีมาก	904	207	826	270
ดี	435	328	462	307
เริ่มพัฒนา	202	375	163	190
ไม่ผ่าน/รอประเมิน	554	1082	368	886
		682		802

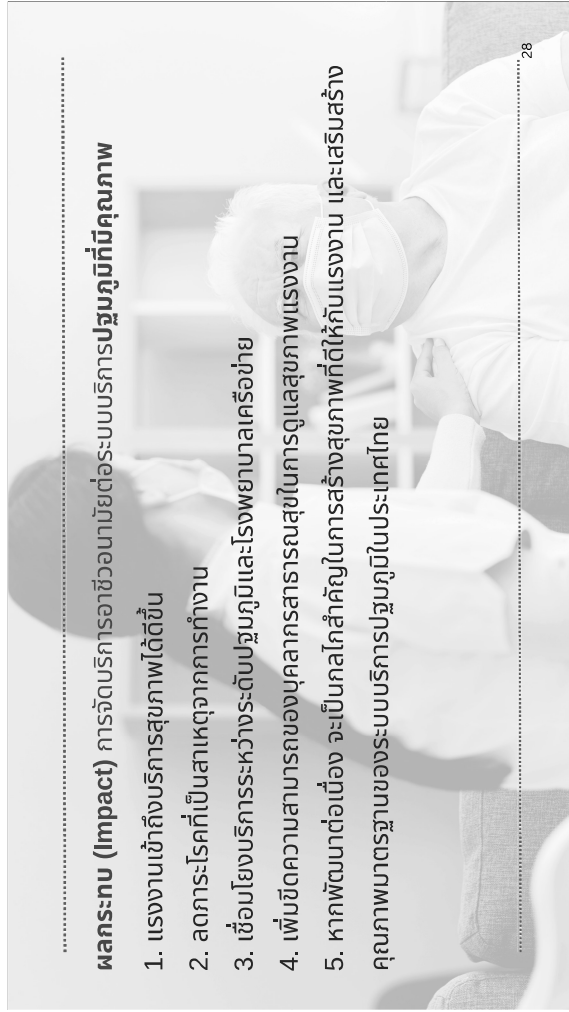


การดำเนินงานของงานอาชีวอนามัยในระบบบริการปฐมภูมิ (sw.สต.) กิจกรรมเชิงรุก vs กิจกรรมเชิงรับ



ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ประเมิน พ.ศ. 2567 จำแนกตามรายด้าน

มาตรฐานฯ จำแนกรายข้อ	
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	37.43%
องค์ประกอบที่ 2 การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลทั่วไป (รพ.สต.)	35.18%
องค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบอาชีพภายนอก และผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	35.89%
องค์ประกอบที่ 4 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษา การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	25.46%
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	19.24%



ผลกระทบ (Impact) การจัดบริการอาชีวอนามัยต่อระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ

1. แรงงานเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีขึ้น
2. ลดภาระโรคที่เป็นสาเหตุจากการทำงาน
3. เชื่อมโยงบริการระหว่างระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลเครือข่าย
4. เพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพแรงงาน
5. หากพัฒนาต่อเนื่อง จะเป็นกลไกสำคัญในการสร้างสุขภาพที่ดีให้กับแรงงาน และเสริมสร้างคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย



ความสำคัญของการจัดบริการอาชีวอนามัยต่อระบบบริการปฐมภูมิ

มีบทบาทสำคัญใน การป้องกัน ควบคุม และส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทำงาน กลุ่มหลักของกำลังแรงงานในประเทศ

โดยสอดคล้องกับ เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ที่เน้นความครอบคลุมของบริการสุขภาพในระดับชุมชน

- ลดอัตราการเกิดโรคจากการทำงานและความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเจ็บป่วยของแรงงาน
- สนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานนอกระบบที่ไม่มีสวัสดิการด้านสุขภาพจากนายจ้าง
- ลดภาระของสถานพยาบาลระดับสูงโดยการให้บริการตรวจคัดกรองและดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ
- ส่งเสริมการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

1. ขาดแคลนงบประมาณและทรัพยากร

รพ.สต. หลายแห่งประสบปัญหาขาดแคลนงบประมาณ เครื่องมือ และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการให้บริการอาชีวอนามัย เช่น ชุดตรวจสารเคมีในเลือด เครื่องวัดคุณภาพสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้เต็มรูปแบบ

แนวทางแก้ไข:

- รัฐ / อปท. ควรสนับสนุนงบประมาณและจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่
- พัฒนาแนวทางการบริหารจัดการงบประมาณที่มีประสิทธิภาพ

30

ปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการอาชีวอนามัยในระบบบริการปฐมภูมิของ รพ.สต.

29

3. ขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัย

บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั่วไปซึ่งจำเป็นเพิ่มพูนความรู้ความชำนาญเฉพาะทางด้านอาชีวอนามัย ส่งผลให้การให้บริการ เช่น การตรวจสุขภาพแรงงาน การประเมินความเสี่ยงในสถานประกอบการ และการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ไม่มีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด

แนวทางแก้ไข:

- จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร รพ.สต. ให้มีความรู้ด้านอาชีวอนามัย
- สนับสนุนการศึกษาต่อหรือการฝึกอบรมระยะสั้นด้านอาชีวอนามัย

32

2. ขาดความชัดเจนของนโยบาย

แม้ว่านโยบายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแรงงานระดับชาติ แต่ยังคงความชัดเจนในการกำหนดแนวทางปฏิบัติในระดับปฐมภูมิ ทำให้แต่ละ รพ.สต. ดำเนินงานในลักษณะที่แตกต่างกัน และไม่มีมาตรฐานกลางในการให้บริการอาชีวอนามัย

แนวทางแก้ไข:

- กำหนดแนวทางปฏิบัติด้านอาชีวอนามัยที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกัน
- พัฒนาข้อกำหนดที่ส่งเสริมให้ รพ.สต. สามารถให้บริการอาชีวอนามัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

31

5. การขาดโครงสร้างอัตรากำลังที่ชัดเจน

ระบบอัตรากำลังบุคลากรใน sw.สต. ยังไม่มีการกำหนดตำแหน่งหรือบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ดูแลด้านอาชีวอนามัย ทำให้เกิดการะงานเกินตัว และขาดการมอบหมายงานที่เหมาะสม

แนวทางแก้ไข:

- กำหนดให้มี **นักสาธารณสุข (ที่มีความรู้ด้านอาชีวอนามัย) ประจำ sw.สต.**
- ส่งเสริมให้ sw.สต. มีบุคลากรที่สามารถดูแลด้านอาชีวอนามัยโดยเฉพาะ

34

4. การประเมินตนเองที่ยังไม่ทั่วถึง

การประเมินตนเองตามมาตรฐานการจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของ sw.สต. ยังไม่ครอบคลุมทุกแห่ง โดยเฉพาะในบางพื้นที่ ส่งผลให้ไม่สามารถติดตามและปรับปรุงคุณภาพการให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง

แนวทางแก้ไข:

- กำหนดให้ sw.สต. ทุกแห่งต้องดำเนินการประเมินคุณภาพบริการอาชีวอนามัยเป็นประจำ
- ใช้ระบบ **Digital Health Monitoring** ในการติดตามและประเมินผล

33

แนวคิดการวิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัย Job Safety Analysis (JSA)

JSA เป็นกระบวนการวิเคราะห์งาน โดยแยกงานออกเป็นขั้นตอนย่อย ๆ และระบุอันตราย (hazards) ที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอน

ขั้นตอนการประเมิน

- 1) เลือกรายงานหรือกิจกรรมหลักของผู้ดูแล (เช่น การอุ้มพุง การทำความสะอาดร่างกาย)
- 2) แยกขั้นตอนการทำงานออกมาเป็นลำดับ
- 3) ระบุอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอน (เช่น ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การบาดเจ็บจากท่าทางไม่เหมาะสม ความเครียดจากการะงาน)
- 4) กำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมความเสี่ยง เช่น การใช้ถุงมือ หน้ากาก การรับทำางการทำงาน การจัดเวลาพัก

36

หลักการประเมินความเสี่ยงทางด้านอาชีวอนามัย



35

หลักการประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

- 1) ระบุอันตราย (Hazard Identification)
งาน/กิจกรรมที่ผู้ดูแลทำ → เช่น อุ่นผู้สูงอายุ, กำแปด, ทำความสะอาดห้องน้ำ
ระบุอันตรายที่เกี่ยวข้อง → ภาวะขาพ, เตะ, ชักขาพ, ภาวะศาสตร์, จัดสิ่งคม
- 2) ประเมินโอกาสเกิด (Likelihood, L) โอกาสที่เหตุการณ์จะเกิดขึ้นจริง
ใช้ระดับ 1-3 หรือ 1-5 ตามคู่มือ (เช่น ต่ำ = น้อยครั้ง, ปานกลาง = บางครั้ง, สูง = เกือบทุกครั้ง)
- 3) ประเมินความรุนแรง (Severity, S) ระดับผลกระทบถ้าเหตุการณ์เกิดขึ้น
เช่น เล็กน้อย = แค่บาดเจ็บเล็กน้อย, ปานกลาง = หยุดงานชั่วคราว, รุนแรง = เสียชีวิต/พิการถาวร
- 4) คำนวณค่าความเสี่ยง (Risk Rating) ใช้สูตร: Risk = L x S
- 5) แปลผลและจัดลำดับความเสี่ยง ใช้ ตาราง Matrix เพื่อแบ่งระดับ ต่ำ-ปานกลาง-สูง-สูงมาก

ตัวอย่างการประเมินความเสี่ยงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
งาน: การอุ่นผู้สูงอายุจากเตียงไปห้องน้ำ

ขั้นตอน	ระบุอันตราย	มาตรการควบคุม
1) เตรียมพื้นที่ 2) ช่วยผู้สูงอายุลุกจากเตียง 3) พยุงเดินไปห้องน้ำ 4) นั่งบนโถส้วม/ทำอึ้นถ่าย	- เสี่ยงกล้านเมื่ออีกเสบจากถ่ายค ไม่ถูกต้อง - เสี่ยงหลลัมกั้ถึงผู้ดูแลและผู้สูงอายุ - เสี่ยงล้มปัสสาวะคดัหลั่ง	- ฝึกทำทางยค/พยุงที่ถูกต้อง - ใช้เข็มขัดพยุง (transfer belt) - ใส่ถุงมือและรองเท้ากันล้น



ตัวอย่างการประเมินจริง (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ)
งาน: การอุ่นผู้สูงอายุจากเตียงไปห้องน้ำ
อันตราย: ปวดหลัง/บาดเจ็บจากท่าคฝด (Ergonomics)

Likelihood (โอกาสเกิด): 3 = สูง (เกิดบ่อย)
Severity (ความรุนแรง): 2 = ปานกลาง (บาดเจ็บต้องพักงาน/รักษา)
Risk = 3 x 2 = 6 = ระดับสูง

มาตรการควบคุม:
ฝึกถ่ายคที่ถูกต้อง, จัดหาอุปกรณ์ช่วยยค (transfer belt/สเถน)

ตาราง Matrix การประเมินความเสี่ยง			
Severity \ Likelihood	1 = ต่ำ	2 = ปานกลาง	3 = สูง
1 = เล็กน้อย (บาดเจ็บเล็กน้อย)	1 = ต่ำ	2 = ต่ำ	3 = ปานกลาง
2 = ปานกลาง (หยุดงาน/ป่วยชั่วคราว)	2 = ต่ำ	4 = ปานกลาง	6 = สูง
3 = รุนแรงมาก (พิการ/เสียชีวิต)	3 = ปานกลาง	6 = สูง	9 = สูงมาก

เกณฑ์แปลผล
1-2 = ความเสี่ยงต่ำ (ยอมรับได้, เฝ้าระวัง)
3-4 = ความเสี่ยงปานกลาง (ต้องควบคุม/เฝ้าระวังใกล้ชิด)
6 = ความเสี่ยงสูง (ต้องแก้ไขโดยเร็ว)
9 = ความเสี่ยงสูงมาก (ต้องหยุดกิจกรรม/แก้ไขทันที)

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย เช่น การทำงานหนัก ความเครียด จากงาน ขาดเวลาการพักผ่อน และความเสี่ยงต่อการสัมผัสปัจจัยด้าน กายภาพ ชีวภาพ และการยศาสตร์ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่าง มีนัยสำคัญ

แนวทางแก้ไขปัญหาด้านอาชีวอนามัย ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



Article

Determinants of Quality of Life in Thai Caregivers of Dependent Older Adults: The Role of Health Promotion and Occupational Risks

Saithorn Thanop ^{1,†}, Bussaradee Sangsawan ², Iritza Kasil ^{3,†} and Chammong Thanop ^{2,4,*}

- ¹ Department of Health Sciences, Sakonchai Thammathira Open University, Nonthaburi 11120, Thailand;
² Master of Public Health Program, School of Public Health, Walailak University, Nakhon Si Thammarat 80160, Thailand; bussaradee.sangsawan@gmail.com
³ Department of Environmental and Occupational Health, Faculty of Medicine and Health Science University, Nakhon Si Thammarat 80160, Thailand
⁴ Research Center of Data Science for Health Science, Walailak University, Nakhon Si Thammarat 80160, Thailand
* Correspondence: chammong@wvu.ac.th or chammong68@gmail.com; Tel.: +66-81-079-6084

แนวทางแก้ไข:

- การฝึกอบรมเทคนิคการยกและเคลื่อนย้ายที่ปลอดภัย: ลดการระลอกกล้ามเนื้อและป้องกันการปวดเมื่อยจากการดูแล
- การจัดหาอุปกรณ์ช่วยดูแล เช่น เตียงปรับระดับ รถเข็น และอุปกรณ์พยุงตัว เพื่อช่วยลดภาระทางกายภาพ
- ให้ความรู้ด้านสุขอนามัยและการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การใช้ถุงมือ หน้ากากอนามัย และมาตรการทำความสะอาด/ฆ่าเชื้อในบ้าน
- จัดให้มีการวางแผนการดูแลแบบหมุนเวียน ระหว่างสมาชิกในครอบครัว หรือชุมชน เพื่อให้ผู้ดูแลมีเวลาพัก

1. การลดความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย

✦ ปัญหาที่พบ:

- การเผชิญกับอันตรายจากการยก เคลื่อนย้าย และพยุงผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- การสัมผัสกับเชื้อโรคและของเสียจากผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง
- ความเครียดจากการทำงานอย่างต่อเนื่อง และการขาดเวลาพักผ่อน

แนวทางแก้ไข:

- โครงการฟื้นฟูสุขภาพผู้ดูแล (Caregiver Wellness Program): จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น โยคะ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด
- สร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยจัดทำระบบติดตามสุขภาพของผู้ดูแล เช่น ตรวจสอบสุขภาพประจำปี
- การสนับสนุนกิจกรรมออกกำลังกายสำหรับผู้ดูแล เช่น การฝึกโยคะ ชีกง หรือ กิจกรรมชุมชนที่ช่วยลดความเครียด

46

2. การเสริมสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแล

❖ ปัญหาที่พบ:

- ผู้ดูแลและเลขาธิการดูแลสุขภาพของตนเอง เนื่องจากภาระหน้าที่ที่หนัก
- อัตราการเกิดโรค NCDs สูงในกลุ่มผู้ดูแล เนื่องจากขาดการออกกำลังกาย และโภชนาการที่ไม่เหมาะสม (อายุเฉลี่ย 47 ปี / NCDs 31%)

45

แนวทางแก้ไข:

- การติดตั้ง "ศูนย์ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุ" (Caregiver Support Centers): ให้บริการที่ปรึกษาทางจิตวิทยา พื้นที่พักผ่อน และการอบรมทักษะการดูแล
- พัฒนาเครือข่ายผู้ดูแล (Caregiver Network) ในชุมชนเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถแบ่งปันการทำงานกันได้
- สนับสนุนอาสาสมัครผู้สูงอายุ (Community-Based Volunteer Program) ให้มีบุคลากรช่วยแบ่งเบาภาระในช่วงเวลาที่ผู้ดูแลหลักต้องพัก

48

3. การพัฒนาระบบสนับสนุนในชุมชน

❖ ปัญหาที่พบ:

- ผู้ดูแลมักต้องรับภาระงานคนเดียว ขาดระบบสนับสนุนจากชุมชน
- ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและเครือข่ายสังคมถูกลดทอนลง เนื่องจากเวลาส่วนใหญ่ถูกใช้ไปกับการดูแล

47

แนวทางแก้ไข:

- พัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยสำหรับผู้ดูแล เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการดูแล
- กำหนดมาตรฐานอาชีวอนามัยสำหรับผู้ดูแลในระดับชุมชน เช่น กำหนดจำนวนชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสม และมาตรการป้องกันความเครียด
- ผลักดันนโยบายช่วยเหลือผู้ดูแล (Caregiver Protection Policy) ให้ผู้ดูแลได้รับสวัสดิการที่จำเป็นเพิ่มขึ้น เช่น การบำบัดแพทย์แผนไทย ภายภาพบำบัด

4. การส่งเสริมมาตรฐานและนโยบายด้านอาชีวอนามัยของผู้ดูแล

❖ ปัญหาที่พบ:

- ขาดมาตรฐานการดูแลด้านอาชีวอนามัยสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในระบบปฐมภูมิ
- ขาดมาตรการสนับสนุนจากภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

แนวทางการดำเนินโครงการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้ PRECEDE-PROCEED Model

ขั้นตอน (Phase)	การวิเคราะห์/แนวทาง	ตัวอย่างกิจกรรม	ตัวชี้วัด (KPI)	การประเมินผล
Phase 1: Social Assessment	ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง-ต่ำเผชิญปัญหาความเครียดและรายได้น้อยเพียงพอ	ประชุมกลุ่มผู้ดูแลและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	จำนวนผู้เข้าร่วม ≥ 20 คน	แบบสอบถามความต้องการ/ปัญหา
Phase 2: Epidemiological Assessment	ปัญหาหลัก: NCDs, ความเครียด, บาดเจ็บจากการยกเคลื่อน	คัดกรองสุขภาพ (BMI, BP, แบบสอบถามความเครียด)	ตรวจสุขภาพ $\geq 80\%$ ของผู้เข้าร่วม	รายงานผลสุขภาพเบื้องต้น
Phase 3: Behavioral & Environmental	พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ขาดอุปกรณ์ช่วยยกเคลื่อน	จัดหา/สาธิตการใช้อุปกรณ์	ผู้ดูแลใช้เครื่องช่วย $\geq 70\%$	การสังเกต/บันทึกพฤติกรรม
Phase 4: Educational & Ecological	- Prediposing: ขาดความรู้ - Enabling: ไม่มีทรัพยากร - Reinforcing: ขาดแรงเสริม	- อบรมเชิงปฏิบัติการ- ตั้งกลุ่มเพื่อช่วยเหลือ	คะแนนความรู้เพิ่ม $\geq 50\%$	แบบทดสอบก่อน-หลังอบรม
Phase 5: Administrative & Policy	ขาดการสนับสนุนเชิงนโยบายและงบประมาณ	ประสาน อปท. จัดสนับสนุน	ได้รับงบ ≥ 1 โครงการ/พื้นที่	รายงานนโยบาย/งบประมาณ

54

535655

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมสำหรับการวิจัยในอนาคต

- ศึกษาประสิทธิภาพของ **มาตรการลดความเสียหายด้านอาชวอนามัยในผู้ดูแล** เช่น การฝึกอบรมและการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ
- ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง **นโยบายภาครัฐกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล** เพื่อกำหนดแนวทางสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม
- พัฒนาโมเดล **การจัดการอาชวอนามัยสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน** ที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในระดับท้องถิ่น

58

สรุป

การแก้ไขปัญหาด้านอาชวอนามัยของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องอาศัยแนวทาง **แบบองค์รวม (Holistic Approach)** จะช่วยให้ **ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดความเสียหายด้านสุขภาพ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ** ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอายุที่ดูแลอยู่

57

บุศราวีติ แสงสุวรรณ (M.P.H., B.P.H.)
bussarawadee.sae@gmail.com

โครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพและ อาชีพอนามัยของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

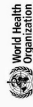
“สุขภาพ คุณภาพชีวิต และความปลอดภัยในการทำงาน
ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน”

Populations are getting older



Percentage aged
60 years or older:
■ 35% or more
■ 10% to <30%
■ <10%

2025



Introduction

- ปี 1990 ทั่วโลกมีประชากรผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 9.2
- ปี 2010 เพิ่มขึ้นร้อยละ 11 และในปี 2019 ที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 13.2
- อีกทั้งปี 2040 สหประชาชาติได้คาดการณ์แนวโน้มเพิ่มขึ้นของ
ผู้สูงอายุเป็นร้อยละ 19 ในอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีประชากรผู้สูงอายุ
เป็นจำนวน 1 ใน 5 ของประชากรโลกทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัย
และพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2563)

ประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากประชากรวัยเด็กลดลง
ส่วนทางกับประชากรสูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่ประชากรวัยแรงงานเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย และในปี
พ.ศ. 2564 ที่ประชากรวัยแรงงาน 100 คนจะต้องแบกรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุสูงถึง 16 คน และอีกทั้ง
จำนวนผู้สูงอายุมากถึง 12.1 ล้านคน ร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมด สะท้อนให้เห็นถึงการก้าวเข้า
สู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2564)

Global Situation of the Elderly, 2025

8.23 billion people

10.3 billion people in the 2080s

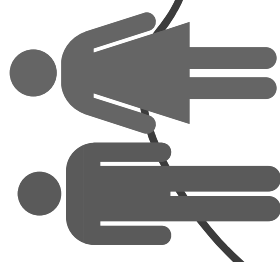
In 2025, the global number of

- aged 65 about 857 million.
- aged 60 about 1.2 billion

Global Elderly Population by Region
Asia: ~30% of the world's elderly population

70.9

76.2



Life expectancy at birth

Introduction (cont.)

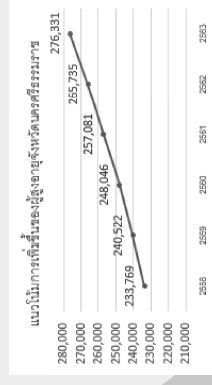
อัตราส่วนเกือหนูน เท่ากับ 3.22 หมายถึง ประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) จำนวน 3.22 คน ที่ต้องให้การเกือหนูน และให้การดูแลผู้สูงอายุ 1 คน



ที่มา: กรมกิจการผู้สูงอายุ (2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย

Introduction (cont.)

- ในปี 2559 – 2563 มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.5, 17.1, 17.5, 17.6 และ 17.6 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563)
- ทำให้เห็นได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยตลอด 5 ปีที่ผ่านมาจำนวนผู้สูงอายุได้เพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งในปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่การเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์”



- ประชากรผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งหมดของจังหวัด นครศรีธรรมราช ในปี 2563 มีจำนวน 276,331 คิดเป็นร้อยละ 17.0 ของประชากรทั้งหมด
- ประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปี 2563 มีจำนวน 7,034 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 3 ของจำนวนผู้สูงอายุในจังหวัด (สำนักสถิติจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2562)

Introduction (cont.)

- Working Conditions

ปัจจัยที่ดูมาจากการทำงาน และสภาพทางสุขภาพจิต เช่น ความรู้สึกเหนื่อยล้าจากการทำงาน และความเหนื่อยล้าในการทำงาน ทั้งนี้ทางองค์กรแรงงานระหว่างประเทศยังได้ติดตามเกี่ยวกับเวลาในการทำงานขององค์กร ความสมดุลของชีวิตต่อการทำงาน และสามารถสนับสนุนให้มีการบริหารเวลาในการทำงานที่เหมาะสมต่อสุขภาพผู้ปฏิบัติงาน

Introduction (cont.)

- Working Conditions

องค์กรแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Office: ILO)

กล่าวว่า สภาพการทำงานเป็นสิ่งสำคัญในการทำงานและการจ้างงาน โดยเกี่ยวข้องตั้งแต่การเริ่มทำงาน (ชั่วโมงการทำงาน ระยะพัก ตารางงาน และค่าตอบแทนที่งาน) รวมถึงสภาพทางกายภาพที่ส่งผลต่อความสะดวกในการปฏิบัติงาน เช่น แสง เสียง อากาศ ปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบ

Introduction (Cont.)

- สิ่งคุกคามจากการทำงาน

เป็นการดูแลสุขภาพของคนที่ทำงานจากการสัมผัสสิ่งคุกคาม ที่สามารถก่อให้เกิดความเจ็บป่วย/โรคจากการทำงาน ไม่ว่าจะมาจากสุขภาพส่วนตัวของผู้ปฏิบัติงาน และสิ่งคุกคามจากการทำงานประกอบไปด้วย

- สิ่งคุกคามทางกายภาพ (Physical Health Hazard) ได้แก่ สถานที่ แสงสว่าง ความปลอดภัยไปรง
- สิ่งคุกคามทางชีวภาพ (Biological Hazard) ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย และการทำหัตถการที่สัมผัสสารคัดหลั่ง
- สิ่งคุกคามทางการยศาสตร์ (Ergonomics Hazard) ได้แก่ การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ การพลิกตะแคงตัว การนั่งและการยืนเป็นเวลานาน
- สิ่งคุกคามทางจิตสังคม (Physical Hazard) ได้แก่ ความเครียด ความกดดัน ความเหนื่อยล้าสะสม

Introduction (cont.)

สภาพการทำงานเป็นความสัมพันธ์ในการทำงาน ประกอบด้วย ชั่วโมงในการทำงาน ระยะพัก ตารางงาน รวมไปถึงค่าตอบแทนจากการทำงาน สภาพร่างกาย และสภาพทางจิตใจของคณงานจากการทำงาน โดยจะต้องเป็นการทำงานที่มีความสมดุลของการทำงานและการดำรงชีวิต (วรวัฒน์ โนนท้าว, 2564)

เนื่องจากสภาพแวดล้อมในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นการดูแลที่บ้าน มีระยะเวลาในการดูแลอาจจะทำงานเต็มเวลาหรือส่วเวลาซึ่งเป็นการกำหนดให้ต้องเผชิญกับสภาพการทำงานที่หนักหน่วง ส่งผลให้ผู้ดูแล ซึ่งเป็นแรงงานนอกระบบมีสภาพการทำงานไม่ได้เป็นไปตามมาตรฐาน รวมไปถึงการดูแลที่ต้องได้รับการสัมผัสสิ่งคุกคามจากการทำงาน ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (ธนารัตน์ อุดมวรรณเขตรัตน์, 2564)

Introduction (cont.)

The Short Form Health Survey-36

เครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพทางอัตนัยที่เป็นที่ยอมรับ และสามารถประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลทั่วไปและนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเรื้อรัง คือ แบบสำรวจภาวะสุขภาพแบบย่อฉบับที่ 2 (SF-36V2) (The Short Form Health Survey-36) ซึ่งถูกสร้างและพัฒนาโดย The Medical Outcome Trust ของประเทศสหรัฐอเมริกา

- Physical Health
 - Physical functioning: PF
 - Role limitations (Phys): RP
 - Bodily pain: BP
 - General health perceptions: GH
- Mental Health
 - Social functioning: SF
 - Vitality / Energy: VT
 - Role limitations (Emotional): RE
 - Mental health : MH

Introduction (cont.)

- Health Conditions

ภาวะสุขภาพ คือ การมีสุขภาพที่ดีได้ไม่ใช้แต่ร่างกายเท่านั้นที่แข็งแรง แต่รวมถึงสภาพจิตใจและการมีความสัมพันธ์ที่ดีทั้งกับครอบครัว นั่นคือ การมีร่างกายที่สมบูรณ์สอดคล้องกับทฤษฎีด้านสุขภาพที่ว่าสุขภาพที่ดีคือการมีความสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment of health status) คือ การประเมินสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ได้ผลซึ่งถึงสถานภาพทางสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

Introduction (cont.)

- Preventive health Behavior

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง เพื่อมุ่งเน้นการป้องกันสุขภาพให้ปราศจากการเจ็บป่วยจากโรค ประกอบด้วย

1. การกระทำเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การจัดการสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยและเชื้อต่อการอาศัย การดูแลสุขภาพ การจัดการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และการควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย
2. การกระทำเพื่อป้องกันกระบวนการเกิดโรค เช่น การใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองจากการทำงานที่มีความเสี่ยง และการตรวจสุขภาพประจำปี

Introduction (Cont.)

- Health Behavior

การปฏิบัติที่เป็นพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลให้มีความแข็งแรง ไม่มีความเจ็บป่วยจากโรค รวมไปถึงการดำรงชีวิตประจำวันอย่างมีความสุขปราศจากความเสี่ยงที่จะส่งผลอันตรายต่อสุขภาพ โดยจะเป็นพฤติกรรมที่สามารถปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ ประกอบด้วยการพักผ่อน การผ่อนคลาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ร่างกาย รวมไปถึงการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการได้รับวิตามินป้องกันโรคที่เหมาะสม

Objective

1. เพื่อพัฒนาศักยภาพการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. เพื่อพัฒนาระยะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
4. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ร่วมของปัจจัยคุณลักษณะประชากร สภาพการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Introduction (cont.)

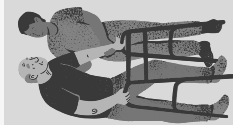
สภาพการทำงานของผู้ดูแล จึงสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ดูแล (นงลักษณ์, 2564) จากการพัฒนาวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ดูแล ที่ผ่านมา พบว่า การดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่ท้าทายที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก ผู้ดูแล จึงมีสุขภาพที่ทรุดโทรมเนื่องจากไม่ได้สนใจในสุขภาพตนเอง มีความเครียดจากการดูแล และความเหนื่อยล้าจากการดูแลเป็นระยะเวลานาน (อนันต์ และคณะ, 2563) จากสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่เพิ่มมากขึ้นก่อให้เกิดความต้องการผู้ดูแลฯ ภายใต้ระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนที่เพิ่มมากขึ้น

สุขภาพของผู้ดูแลที่ต้องปฏิบัติงานภายใต้สภาพการทำงานที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง ประกอบด้วยรูปแบบของการทำงาน การจ้างงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงาน

ดังนั้นความจำเป็นที่จะต้องศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองในด้านการทำงาน สภาพการทำงาน และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เพื่อให้หน่วยงานระดับชุมชนสามารถนำไปใช้ในการดูแลร่วมกับการจัดการบริการการดูแลระยะยาวในชุมชน

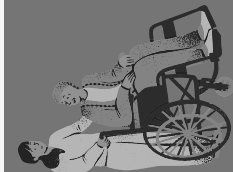
Methodology (cont.)

Type of Caregivers



ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

- บุคคลที่ผ่านการอบรม 70 ชั่วโมง ตามหลักสูตรที่คณะกรรมการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาว สภาสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



อาสาสมัครบริการบ้านท้องถิ่น

- บุคคลที่มีหน้าที่ช่วยเหลือ อพ. ใน การดูแลผู้สูงอายุฯ และบุคคลที่มี ภาวะพึ่งพิง
- ผ่านการอบรม 70 ชั่วโมง ทำงาน ภายใต้งานของบุคลากรวิชาชีพ



ผู้ดูแลหลัก

- ผู้ที่ให้การดูแลหลักในครอบครัว
- เป็นการดูแลที่อยู่ในสถานะพึ่งพา บุคคลในครอบครัว
- ส่วนใหญ่ จะเป็นบุตรสาวที่มี สถานะโสด หรือสมรส

Methodology

• รูปแบบการวิจัย

วิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง
Cross-Sectional Descriptive Study)

กลุ่มตัวอย่าง

สูตรการคำนวณของ Cochran (1953)

- กลุ่มตัวอย่างจำนวน 674 คน
- ป้องกันความคลาดเคลื่อนและข้อมูลโดยเพิ่ม ขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10 % ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 734 คน
- เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างภาคสนามได้ จำนวน 701 คน (อัตราการตอบกลับร้อยละ 95.50)

ประชากร

ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอายุ 18-59 ปี โดยมีรายชื่อที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วน ตำบล และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับมอบหมายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบการดูแลสุขภาพระยะยาว ของจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 9,880 คน ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่

- ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) จำนวน 2,236 คน
- อาสาสมัครบริการบ้านท้องถิ่น จำนวน 340 คน
- ผู้ดูแลหลัก (Informal Care Giver) จำนวน 7,304 คน*

*อ้างอิงจากจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกอำเภอในจังหวัดนครราชสีมา)

Methodology (cont.)

- เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

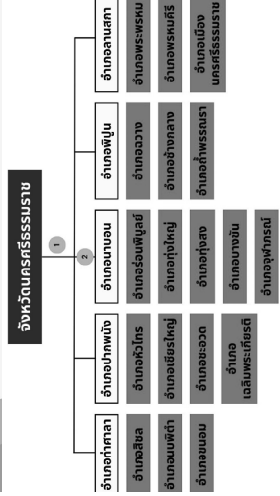
- ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี
- ผู้ที่มีความยินยอมด้วยความสมัครใจในการเข้าร่วมให้ข้อมูล
- ผู้ที่ไม่สามารถทำงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยมีระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

- เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

- ผู้ที่ไม่ประสงค์ให้ข้อมูล หรือถอนตัวระหว่างการเก็บรวมข้อมูล
- ผู้ที่เสียชีวิตระหว่างการเก็บข้อมูล

Methodology (cont.)

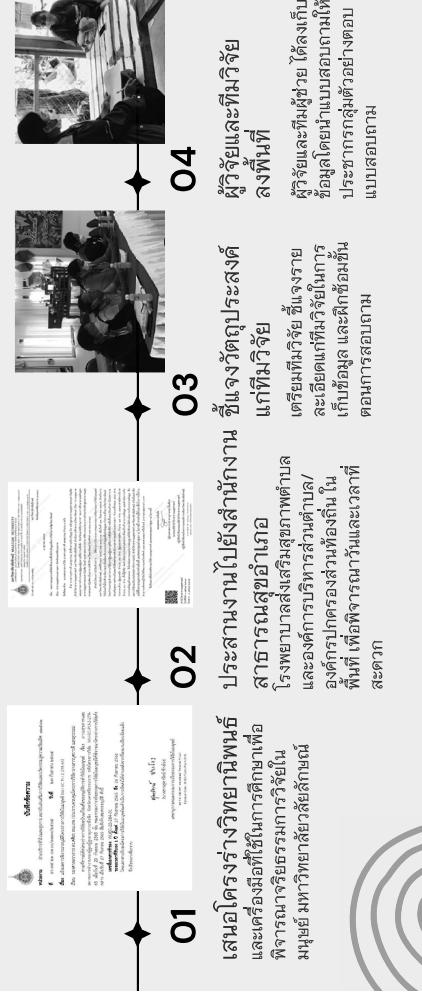
- การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง



ตารางที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม และการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่คืนที่ จำนวนตามเขตพื้นที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา

อำเภอ	ผู้ดูแลหลัก		ผู้ดูแลอาสาสมัคร	
	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
อำเภอท่าศาลา	433	170	280	136
อำเภอสีดา	293	115	120	59
อำเภอแม่ออน	26	11	70	34
อำเภอชุมพวง	106	42	86	42
อำเภอเมือง	189	67	121	59
รวม	1,027	405	537	260

Methodology (cont.)



Methodology (cont.)

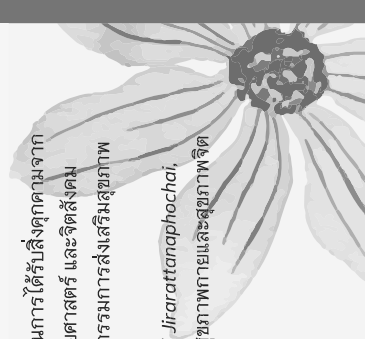
แบบสอบถาม ประยุกต์จากงานวิจัยของ (Xie et al, 2016; วิโรตม เสมอเชื้อ, 2562)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสภาพการทำงาน เป็นการประเมินความถี่ของโอกาสในการได้รับสิ่งคุกคามจาก การทำงาน ประกอบด้วย สิ่งคุกคามทางกายภาพ เคมีชีวภาพ การยศาสตร์ และจิตสังคม

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการทำงาน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามประเมินภาวะสุขภาพตนเอง SF-36 versions 2 (Kitti Jirattanaphochai, 2005; วัชรีย์ เสนอมานกุล และปริญญ์มีเต็ม, 2548) ในการประเมินสุขภาพและสุขภาพจิต ครอบคลุมทั้ง 8 มิติ



Results and Discussion

• ข้อมูลคุณลักษณะประชากร

ด้านคุณลักษณะประชากร ผู้ดูแล ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ต่อมกกลางมีอายุระหว่าง 30 – 40 ปี เป็นเพศหญิง สถานภาพได้ สมรส มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเกี่ยวข้องเป็น บุตร และส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม 94% จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น 30-44 ปี มีอาชีพค้าขายเป็นหลัก และปัจจุบันเป็นเกษตรกร อีกทั้งยัง มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท/เดือน

สอดคล้องกับการศึกษาของจรินทร์ และคณะ (2562); จีราวรรณ และคณะ (2563) กล่าวว่า ผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง เป็นบุตรหลานหรือเครือญาติ ผู้ดูแลเกือบครึ่งอยู่ใน ช่วงวัยทำงานมีสุขภาพแข็งแรง

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละข้อมูลคุณลักษณะประชากรของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครราชสีมา (n=701)

ปัจจัยคุณลักษณะ ประชากร	จำนวน	ร้อยละ	ปัจจัยด้านเพศ	จำนวน	ร้อยละ
• เพศ			• สถานภาพสมรส		
ชาย	150	18.50	ผู้สมรส	499	71.20
หญิง	571	81.50	ไม่ผู้สมรส	202	28.80
• อายุ (ปี)			• สมาชิกในครัวเรือน		
18 - 29	16	2.30	1-2 คน	94	13.40
30 - 44	184	26.20	มากกว่า 2 คนขึ้นไป	607	86.60
45 - 59	501	71.50			
(Mean =47.74, SD =7.97, Max =99, Min =20)			(Mean =4.48, SD =1.54, Max =8, Min =1)		
• ระดับการศึกษา			• รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ประถมศึกษาตอนต้น	62	8.80	≤ 15,000 บาท/เดือน	503	71.80
ต่ำกว่าปริญญาตรี	639	91.20	> 15,001 บาท/เดือน	198	28.20
			(Mean =8,947, SD =6,017.37, Max =30,000, Min =0)		

Methodology (cont.)

การวิเคราะห์ข้อมูล

- วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

วิเคราะห์ปัจจัยคุณลักษณะประชากร สภาพการทำงาน ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำเสนอการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

- วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะประชากร สภาพการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้ สถิติ Multiple linear Regression



Results and Discussion (cont.)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละการได้รับสิ่งคุกคามจากการทำงานผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=701)

สิ่งคุกคามจากการทำงาน	โอกาสการได้รับสิ่งคุกคาม	
	ไม่ได้รับ จำนวน (ร้อยละ)	ได้รับ จำนวน (ร้อยละ)
สิ่งคุกคามด้านกายภาพ		
1. การทำงานในพื้นที่ที่มีแสงสว่างเพียงพอ มองเห็นได้ชัดเจน	566 (80.70)	135 (19.30)
2. การทำงานในห้องพักที่มีความปลอดภัย อากาศถ่ายเท	557 (79.50)	144 (20.50)
3. การทำงานในห้องพักผู้สูงอายุที่สงบ ไม่มีเสียงรบกวน	576 (82.20)	125 (17.80)
4. การทำงานในห้องพักที่เรียบ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย	609 (86.90)	92 (13.10)

• สิ่งคุกคามด้านกายภาพ

พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้รับสิ่งคุกคาม เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานที่เฝ้าต่อการดูแล ไม่ก่อให้เกิดอันตราย

สอดคล้องกับการศึกษาของนันนทวดี (2562) กล่าวว่า การจัดการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมจะช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุในการดูแล และจะช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแล

Results and Discussion (cont.)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละการได้รับสิ่งคุกคามจากการทำงานผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=701) (ต่อ)

สิ่งคุกคามจากการทำงาน	โอกาสการได้รับสิ่งคุกคาม	
	ไม่ได้รับ จำนวน (ร้อยละ)	ได้รับ จำนวน (ร้อยละ)
สิ่งคุกคามด้านการศาสตร์		
8. ดูแลเกี่ยวกับการพลิกตัว เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	155 (22.10)	546 (77.90)
9. การช่วยเหลือเกี่ยวกับการทรงตัว และการเคลื่อนไหว	140 (20.00)	561 (80.00)
10. การยืนหรือนั่งเป็นเวลานานในการดูแล	273 (38.90)	428 (61.10)

• สิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์

พบว่า ส่วนใหญ่การดูแลจำเป็นต้องนั่งหรือยืนเป็นเวลานาน การช่วยเหลือการพลิกตะแคง การทรงตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุชา และจอมพะจง (2565) กล่าวว่าพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยมีความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานและมีการเจ็บปวดกล้ามเนื้อจากการทำงาน

Results and Discussion (cont.)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละข้อมูลสภาพการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=701)

สภาพการทำงานและระยะเวลา	จำนวน	ร้อยละ	สภาพการทำงานและระยะเวลา	จำนวน	ร้อยละ
• จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแล			• จำนวนวันในการดูแลต่อเดือน		
1-5 คน	642	91.60	1-14 วันเดือน	235	33.50
6 คน ขึ้นไป	59	8.40	15 วันขึ้นไปเดือน	466	66.50
• ประสบการณ์ในการดูแล			(Mean =20.88, SD =10.57, Max =30, Min =4)		
1-5 ปี	573	81.70	• การได้รับคำสั่ง COVID-19	698	99.60
6-10 ปี	128	18.30	ได้รับ	3	0.40
(Mean =3.99, SD =2.81, Max=15, Min =1)			ไม่ได้รับ		
• ตำแหน่งในการดูแล			• การตรวจสุขภาพประจำปี		
1-8 ชั่วโมง/วัน	382	54.50	ได้รับ	442	63.10
มากกว่า 8 ชั่วโมง/วัน	319	45.50	ไม่ได้รับ	259	36.90
(Mean =11.86, SD =10.03, Max=24, Min =1)					

Results and Discussion (cont.)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละการได้รับสิ่งคุกคามจากการทำงานผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=701) (ต่อ)

สิ่งคุกคามจากการทำงาน	โอกาสการได้รับสิ่งคุกคาม	
	ไม่ได้รับ จำนวน (ร้อยละ)	ได้รับ จำนวน (ร้อยละ)
สิ่งคุกคามด้านชีวภาพ		
5. ดูแลเกี่ยวกับความสะอาดบาดแผล และการดูแลหลังรับถ่าย	159 (22.70)	542 (77.30)
6. ดูแลเกี่ยวกับการดูแลเฉพาะ	354 (50.50)	347 (49.50)
7. การสัมผัสสารคัดหลั่งจากการดูแล	217 (31.00)	484 (69.00)

• สิ่งคุกคามด้านชีวภาพ

พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงร้อยละ 50 จนถึงเกือบร้อยละ 80 เนื่องจากบทบาทหน้าที่ในการดูแลต้องดูแลด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล และการจัดการสิ่งปฏิกูล

สอดคล้องกับการศึกษาของกิริติ และนิทรา (2561) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากเป็นการดูแลที่ต้องการการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องดูแลด้านสุขลักษณะ และการจัดการขยะมูลฝอยที่ดีขึ้น

Results and Discussion (cont.)

ส่วนใหญ่นิได้รับสิ่งคุกคามจากการทำงานโดยภาพรวม อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 97.90 และอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 2.10 ส่วนใหญ่ได้รับสิ่งคุกคามจากการทำงานในระดับสูง

- ด้านกายภาพ ร้อยละ 99.70
- ด้านการยศาสตร์ ร้อยละ 49.40
- ด้านชีวภาพ ร้อยละ 38.70

ส่วนใหญ่นิได้รับสิ่งคุกคามจากการทำงานในระดับต่ำ

- ด้านจิตสังคม ร้อยละ 90.20
- ด้านชีวภาพ ร้อยละ 61.30
- ด้านการยศาสตร์ ร้อยละ 50.60

ตารางที่ 5 ระดับการได้รับสิ่งคุกคามจากการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครราชสีมา (n=701)

สิ่งคุกคามจากการทำงาน	ระดับการได้รับสิ่งคุกคาม		ค่าเฉลี่ย (SD)
	ระดับต่ำ	ระดับสูง	
สิ่งคุกคามโดยรวม	686 (97.90)	15 (2.10)	102 (0.144)
สิ่งคุกคามทางด้านกายภาพ	2 (0.30)	699 (99.70)	1.00 (0.053)
สิ่งคุกคามทางด้านชีวภาพ	430 (61.30)	271 (38.70)	1.38 (0.487)
สิ่งคุกคามทางการยศาสตร์	355 (50.60)	346 (49.40)	1.49 (0.500)
สิ่งคุกคามทางด้านจิตสังคม	632 (90.20)	69 (9.80)	1.09 (0.298)

• สิ่งคุกคามด้านจิตสังคม

พบว่า การดูแลส่งผลให้เกิดความเครียด และแรงกดดันต่อผู้ดูแลฯ ที่เกิดจากความคาดหวังของครอบครัวที่ต้องการให้ผู้สูงอายุมีอาการที่ดีขึ้น แม้ว่าผู้ดูแลฯจะมีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวมาก ร้อยละ 87.70 ยิ่งทำให้ผู้ดูแลฯ เกิดความกดดันในการดูแลที่มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพรงสุดา และคณะ (2563) กล่าวว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคองมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

Results and Discussion (cont.)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละการได้รับสิ่งคุกคามจากการทำงานผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครราชสีมา (n=701) (ต่อ)

สิ่งคุกคามด้านจิตสังคม	โอกาสการได้รับสิ่งคุกคาม	
	ไม่ได้รับจำนวน (ร้อยละ)	ได้รับจำนวน (ร้อยละ)
11. ความเครียดจากการทำงาน	290 (41.40)	411 (58.60)
12. แรงกดดันในการดูแล จากผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัว	292 (41.70)	409 (58.30)
13. การพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากทำงานดูแล	310 (44.20)	391 (55.80)
14. การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ	615 (87.70)	86 (12.30)
15. การสร้างความเพลิดเพลินในการดูแล	625 (89.20)	76 (10.80)

Results and Discussion (cont.)

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองจากการทำงาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ ร้อยละ 85.00 เนื่องด้วยผู้ดูแลฯ ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานตอนกลาง ซึ่งเป็นวัยที่มีความแข็งแรง ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทำให้จะเลิการดูแลสุขภาพตนเอง

- สอดคล้องกับการศึกษาของ Oliveira et al. (2019) กล่าวว่า การดูแลตนเองของผู้ดูแลฯขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ และความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ดูแลฯส่วนใหญ่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ออกกำลังกาย
- สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฏฐา และคณะ (2561) กล่าวว่า ผู้ดูแลฯไม่ค่อยมีเวลาในการหาเวลาพักผ่อน เนื่องจากพบกับผู้ดูแลฯเป็นงานที่หนัก ใช้เวลาและแรงกายอย่างมาก ทำให้มีเวลาในการดูแลตนเองที่ลดลง

พฤติกรรมการป้องกันตนเองขณะปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการได้รับสิ่งคุกคามผู้ดูแลฯระบุว่า ได้มีการป้องกันตนเองระหว่างปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่นในระดับมาก โดยเฉพาะการป้องกันตนเองจากสิ่งคุกคามด้านชีวภาพ ได้แก่ การสวมถุงมือ การล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย และการป้องกันการสัมผัสสารคัดหลั่งให้เป็นยั้งดี

- สอดคล้องกับการศึกษาของ กรองกาญจน์ และกรแก้ว (2564) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะทำงานของผู้ดูแลฯอยู่ในระดับดี ร้อยละ 86.10 การป้องกันด้านชีวภาพ ร้อยละ 86.90 อยู่ในระดับดี และมีการสวมชุดป้องกันอันตรายเมื่อสัมผัสสิ่งคุกคาม

Results and Discussion (cont.)

ตารางที่ 6 ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองรายด้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครราชสีมา (n=701)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง		
	ต่ำจำนวน (ร้อยละ)	ปานกลางจำนวน (ร้อยละ)	สูงจำนวน (ร้อยละ)
ภาพรวมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	22 (8.10)	68 (25.10)	181 (66.80)
(Mean = 60.26, SD = 9.061, Max = 52, Min = 31)			
ด้านการส่งเสริมสุขภาพตนเองจากการทำงาน	180 (25.70)	423 (60.30)	98 (14.00)
(Mean = 33.34, SD = 5.592, Max = 50, Min = 20)			
ด้านการป้องกันโรคในระหว่างปฏิบัติงาน	76 (10.80)	300 (42.80)	325 (46.40)
(Mean = 26.91, SD = 5.290, Max = 35, Min = 7)			

Results and Discussion (cont.)

ภาวะสุขภาพ: องค์ประกอบด้านจิตใจ

• มิติบทบาทหน้าที่ทางสังคม

มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดถึงร้อยละ 77.51 อยู่ในระดับแย่ แสดงให้เห็นถึงในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาผู้ดูแลมีปัญหาทางด้านความรู้สึกลึกและอารมณ์บ่อยครั้งถึงร้อยละ 36.20 จากการทำงานของผู้ดูแล เป็นงานที่มีความกดดัน และความเครียดจากดูแลต่อเนื่องตลอดเวลา ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล

สอดคล้องกับการศึกษาของ Hui Xie et al. (2016) กล่าวว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังพบว่า ผู้ดูแล มีสุขภาพจิตที่แย่ไป เนื่องจากอายุที่มากขึ้นและการป่วยด้วยโรคประจำตัวของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหาทางจิตใจ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น

ตารางที่ 8 ภาวะสุขภาพในองค์ประกอบด้านจิตใจของผู้ดูแลสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=701)

ภาวะสุขภาพ	ระดับภาวะสุขภาพ			
	แย่ จำนวน (ร้อยละ)	พอใช้ จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)
มิติบทบาทหน้าที่ทางสังคม (Mean = 77.51, SD = 16.70)	75 (10.40)	327 (46.60)	301 (42.90)	
มิติความพึงพอใจ (Mean = 68.21, SD = 18.30)	231 (33.00)	230 (32.80)	240 (34.20)	
มิติข้อจำกัดทางอารมณ์ (Mean = 75.09, SD = 23.57)	231 (30.40)	141 (20.10)	347 (49.50)	
มิติสุขภาพจิต (Mean = 72.14, SD = 17.21)	206 (29.40)	200 (28.50)	295 (42.10)	
ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับ 1 ปีที่แล้ว (Mean = 62.37, SD = 29.50)	314 (44.80)	223 (31.80)	164 (23.40)	

Results and Discussion (cont.)

ภาวะสุขภาพ: องค์ประกอบด้านร่างกาย

• มิติความเจ็บปวดของร่างกาย

มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดถึงร้อยละ 72.97 อยู่ในระดับแย่ แสดงให้เห็นว่าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาผู้ดูแลมีปัญหาตามร่างกายตลอดเวลาสูงถึงร้อยละ 36.50 และส่งผลรบกวนการทำงานบ่อยครั้งถึงร้อยละ 46.10 โดยสืบเนื่องมาจากการได้รับสิ่งคุกคามด้านการดูแลจากการดูแล

สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิทย์ และคณะ (2561) กล่าวว่า คนภาพชีวิตในมิติภาวะสุขภาพทางกายมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด และมิติความมีชีวิตชีวาในด้านองค์ประกอบด้านจิตใจรองลงมา เนื่องจากการดูแลสุขภาพไม่ดีอย่างต่อเนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุ

ตารางที่ 7 ภาวะสุขภาพในองค์ประกอบด้านร่างกายของผู้ดูแลสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=701)

ภาวะสุขภาพ	ระดับภาวะสุขภาพ		
	แย่	พอใช้	ดี
ภาพรวมภาวะสุขภาพ • องค์ประกอบด้านร่างกาย (Mean = 64.54, SD = 20.17)	164 (23.40)	410 (58.50)	127 (18.10)
มิติการทำงานด้านร่างกาย (Mean = 64.54, SD = 20.17)	327 (46.6)	183 (26.10)	191 (27.20)
มิติข้อจำกัดทางกาย (Mean = 71.47, SD = 20.52)	189 (27.00)	245 (35.00)	267 (38.10)
มิติความเจ็บปวดของร่างกาย (Mean = 72.97, SD = 19.98)	196 (28.00)	273 (38.90)	232 (33.10)
มิติสุขภาพทั่วไป (Mean = 66.26, SD = 19.09)	278 (39.70)	199 (28.40)	224 (32.00)

Results and Discussion (cont.)

• ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะประชากร และภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะประชากร และภาวะสุขภาพ

ปัจจัยคุณลักษณะประชากร	ภาวะสุขภาพ		p-value
	ระดับดี	ระดับไม่ดี	
• เพศ			
ชาย	13 (22.80)	44 (77.20)	0.003**
หญิง	114 (17.70)	550 (82.30)	
• อายุ			
18-44 ปี	5 (15.20)	28 (84.80)	0.745
45-59 ปี	112 (18.30)	546 (81.70)	
• ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าประถมศึกษา	112 (17.50)	527 (82.50)	1.693
ประถมศึกษาขึ้นไป	15 (24.20)	47 (75.80)	0.225
• โรคประจำตัว			
มีโรค	28 (12.70)	192 (87.30)	0.015**
ไม่มีโรค	99 (20.60)	382 (79.40)	

*p-value < 0.05, **p-value < 0.01

Results and Discussion (cont.)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ร่วมของปัจจัยคุณลักษณะประชากร สภาพการทำงาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครศรีธรรมราช

- ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะประชากร และภาวะสุขภาพ
- ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และภาวะสุขภาพ
- ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และภาวะสุขภาพ
- ปฏีสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร สภาพการทำงาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และภาวะสุขภาพ

Results and Discussion (cont.)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร สภาพการทำงาน และภาวะสุขภาพ

การวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรทำงานที่ไม่ผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครราชสีมา โดยศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่าง

- ปัจจัยปัจจัยคุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สวัสดิการโรคประจำตัว ประเภทผู้ดูแล บทบาทผู้ดูแล
- สภาพการทำงานที่ได้แก่ สิ่งคุกคามด้านกายภาพ สิ่งคุกคามด้านชีวภาพ สิ่งคุกคามด้านจิตสังคม
- พฤติกรรมกรมการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ ระดับพฤติกรรมกรมการส่งเสริมสุขภาพตามองจากการทำงาน และระดับการป้องกันโรคในระหว่างปฏิบัติงาน

และตัวแปรตาม ได้แก่ ระดับภาวะสุขภาพ โดยวิเคราะห์โมเดลสมการถดถอยโลจิสติกขั้นสุดท้าย

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร สภาพการทำงาน และภาวะสุขภาพ

ปัจจัยคุณลักษณะประชากร	Adj. Odds Ratio	95% CI	p-value
• เพศ (ชาย/หญิง)	1.886	0.069	0.952
• อายุ (18-44 ปี/45-59 ปี)	0.723	0.448	1.168
• สวัสดิการ (ได้รับ/ไม่ได้รับ)	14.36	0.877	2.352
• โรคประจำตัว (มี/ไม่มี)	0.62	0.576	1.023
• ประเภทผู้ดูแล (ผู้ช่วยเลี้ยง/อาสาสมัครบริบาล/บทบาทผู้ช่วยเหลือ)	1.25	0.590	2.650
• บทบาทผู้ช่วยเหลือ (มี/ไม่มี)	1.252	0.429	3.650
	1.201	0.577	2.990
			0.623

Conclusion

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครราชสีมา

- สภาพการทำงานบางส่วนใหญ่ผู้ดูแล ได้รับสิ่งคุกคามในระดับต่ำ จำนวนรายด้านได้แก่

- สิ่งคุกคามจากทำงานด้านกายภาพระดับต่ำ
- สิ่งคุกคามจากการทำงานด้านชีวภาพระดับปานกลาง
- สิ่งคุกคามจากการทำงานด้านการดูแลสุขภาพระดับปานกลางถึงสูง
- สิ่งคุกคามจากการทำงานด้านจิตสังคมระดับต่ำถึงปานกลาง

- การมีพฤติกรรมกรมการดูแลสุขภาพตนเองในรวมอยู่ในระดับสูง ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ

จากการทำงานระดับปานกลาง และการป้องกันโรคในระหว่างปฏิบัติงานระดับสูง

- ภาวะสุขภาพโดยรวมในระดับพอใช้

ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพ ในการป้องกันสิ่งคุกคามจากการทำงาน และส่งเสริมสวัสดิการในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Results and Discussion (cont.)

• ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพการทำงาน และภาวะสุขภาพ

- สิ่งคุกคามจากการทำงานของผู้ดูแลฯ ได้แก่
- สิ่งคุกคามด้านกายภาพ
- สิ่งคุกคามด้านชีวภาพ
- สิ่งคุกคามด้านจิตสังคม

โดยมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครราชสีมา ($p\text{-value} < 0.02$) แต่อย่างไรก็ตามสิ่งคุกคามด้านกายศาสตร์ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพการทำงาน และภาวะสุขภาพ

สิ่งคุกคามจากการทำงาน	ภาวะสุขภาพ	x2	p-value
• ด้านกายภาพ	ระดับดี		
ได้รับ	32 (4.60)	370 (44.20)	
ไม่ได้รับ	95 (13.60)	264 (37.70)	0.000**
• ด้านชีวภาพ	ระดับดี		
ได้รับ	108 (15.40)	519 (74.00)	
ไม่ได้รับ	19 (2.70)	55 (7.80)	0.056
• ด้านกายศาสตร์	ระดับดี		
ได้รับ	116 (16.50)	529 (75.50)	
ไม่ได้รับ	11 (8.70)	45 (7.80)	0.436
• ด้านจิตสังคม	ระดับดี		
ได้รับ	65 (9.30)	479 (68.30)	
ไม่ได้รับ	62 (8.90)	95 (13.60)	0.000**

**p-value < 0.01

Results and Discussion (cont.)

ตารางที่ 11 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร สภาพการทำงาน และภาวะสุขภาพ

ปัจจัย	Adj. Odds Ratio	95% CI	p-value
สิ่งคุกคามทางกายภาพ (ได้รับ/ไม่ได้รับ)	0.526	0.317	0.872
สิ่งคุกคามทางกายภาพ (ได้รับ/ไม่ได้รับ)	1.65	0.839	3.242
สิ่งคุกคามทางกายภาพ (ได้รับ/ไม่ได้รับ)	0.34	0.204	0.566
ระดับพฤติกรรมกรมการส่งเสริมสุขภาพ			0.000**
ปานกลาง	10.33	0.575	18.68
ดี	3.326	1.535	7.202
ระดับพฤติกรรมป้องกันโรค			0.002*
ปานกลาง	1.405	0.611	3.231
ดี	1.249	0.546	2.855

*p-value < 0.05, **p-value < 0.01

Conclusion (cont.)

- ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร สภาพการทำงาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และภาวะสุขภาพ พบว่า
- ผู้ดูแล ที่ได้รับสิ่งคุกคามทางด้านกายภาพจะมีโอกาสมีภาวะสุขภาพในระดับดีเป็น 0.526 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ดูแลที่ไม่ได้รับสิ่งคุกคามทางด้านกายภาพ โอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพระดับดีเป็น 1.9 เท่าของผู้ดูแลที่ได้รับสิ่งคุกคามทางกายภาพ
 - ผู้ดูแล ที่ได้รับสิ่งคุกคามทางด้านจิตสังคม จะมีโอกาสมีภาวะสุขภาพในระดับดีเป็น 0.34 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ดูแลที่ไม่ได้รับสิ่งคุกคามทางด้านจิตสังคม โอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพในระดับดีเป็น 2.941 เท่าของผู้ดูแลที่ได้รับสิ่งคุกคามทางด้านจิตสังคม
 - ผู้ดูแล ที่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองจากการทำงานในระดับดีจะมีโอกาสมีภาวะสุขภาพในระดับดีเป็น 3.256 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ดูแลที่ไม่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองจากการทำงานในระดับน้อย

Conclusion (cont.)

- จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยคุณลักษณะประชากร สภาพการทำงาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และภาวะสุขภาพ พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะประชากรของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว สวัสดิการ บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล และการมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ($p\text{-value} < 0.02$)
- ในส่วนของการการทำงานที่ประกอบด้วย สิ่งคุกคามจากการทำงานของผู้ดูแล ได้แก่ สิ่งคุกคามด้านกายภาพ สิ่งคุกคามด้านชีวภาพ และสิ่งคุกคามด้านจิตสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ($p\text{-value} < 0.02$) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ดูแล ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพตนเองจากการทำงาน และพฤติกรรมการป้องกันโรคในระหว่างปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ($p\text{-value} < 0.02$)

Recommendation (cont.)

- ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งถัดไป
1. การตรวจสอบสุขภาพก่อนทำงาน โดยการจัดทำข้อมูลผู้ดูแล ของประเภทต่าง ๆ โดยภาพรวมในชุมชน
 2. สำรวจเชิงลึกเพื่อปัจจัยคุกคามจากการทำงาน และประเมินความเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่เป็นผลสืบมาจากการได้รับสิ่งคุกคามจากการประกอบอาชีพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 3. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคจากการทำงานเป็นระบบ

Recommendation

- ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือการดูแลระยะยาวในชุมชน โดยเฉพาะระดับตำบลและอำเภอควรมีการจัดการด้านอาชีวอนามัยเพื่อลดสิ่งคุกคามในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากเป็นแรงงานนอกระบบ ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นในชุมชน
1. การตรวจสอบสุขภาพก่อนทำงาน โดยการจัดทำข้อมูลผู้ดูแล ของประเภทต่าง ๆ โดยภาพรวมในชุมชน
 2. สำรวจเชิงลึกเพื่อปัจจัยคุกคามจากการทำงาน และประเมินความเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่เป็นผลสืบมาจากการได้รับสิ่งคุกคามจากการประกอบอาชีพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 3. จัดกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ และการป้องกันโรคจากการทำงานอย่างเป็นระบบ

Reference (cont.)

ธำรัตน์ อุดมระนาบุตร. (2564). สภาพาทรงทางของข้อมูลผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครและเริ่มเทศ. *วารสารศิลปศาสตรและอุตสาหกรรมบริการ*, 4(2). Retrieved from <https://so01.tci-thaijo.org/index.php/LAS/article/view/248655/167906>.

นสลิ้งค์ พงโกะ, ศิริพันธ์ สาสัตย์, วลีสิน วิเศษเทย์ และศาวารณ เศรษฐีธรรม. (2564). การเข้าถึงสังคมด้านสุขภาพสำหรับบริการดูแลสุขภาพระยะยาวที่บ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *J Gerontol Geriatr Med*, 20. Retrieved from https://www.journalogm.org/article_pdf/PA2101.pdf.

นสลิ้งค์ จุปางงาม. (2562). การจัดการอนามัยสังคม: สุขภาวะที่ในสังคมสูงวัย. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 13. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EJUHJSC/article/download/207877/144693/653363>

ระบมการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิจัยระบบสุขภาพ*, 12(3). Retrieved from <http://203.157.71.139/ระบบการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง>.

นสลิ้งค์สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (สมสว.). (2564). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยบูรพา.

นสลิ้งค์ และนสลิ้งค์สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิชาการธรรมพรต*, 22. Retrieved from <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/dhammothos/article/view/255016/174318>

วราวัฒน์ ไนแก้ว. (2564). สุขภาพของงานทางาน. ดอน: การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ. Retrieved from <https://bangoo-hospital.com/5260>.

ลวิทย์ เจริญศักดิ์, กอบพิณ ลิขิตธนุพัทธ์, ชีรศักดิ์ สดตรา, วิรศักดิ์ เมืองไพศาล และวราลักษณ์ ศรีนทีประเสริฐ. (2561). ความผูกพันใจจิตใจในผู้ป่วยสูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63. Retrieved https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/63-1/09_Suwit.pdf

Reference

กรมการพยาบาล บปรุณต์ และกรมแก้ว อธิพงษ์สวัสดิ์. (2564). ปัญหาสุขภาพตามความเชื่อจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 13(2). Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkpho/article/view/255362>

ทิพย์ภา อสุราษฎร์, ศรัลลภ ชะนะพันธ์ และพาริณ แก้วกาญจน์. (2565). ความเครียดและการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 16(1), 1-16. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/HPC9journal/article/view/253495>

กริณี อธิระวิจิตร และนันทิรา อธิระวิจิตร. (2561). ทิศทางการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 15-24. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnot-neo/article/view/164854/119458>

จิรนนท์ ปุริมาพันธ์, สุธรรม นันทมุลอชัย, โชคดี ห่มแสงพาริณ, สุทธิชัย ปิติกุลตั้ง และกรวรรณ ยอดไฉ. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(4).

จิราวรรณ นามพันธ์, มณฑล เอื้ออนันต์ และสุรินทร์ กลิ่นพาร. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(3). Retrieved from <http://ojslib3.buu.bu.ac.th/index.php/nursing/article/view/7025>

ณัฏฐา พนาสุข, สุวิธิตา มั่นคง และยุพาพิน ดิวิพิงาม. (2561). ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุผู้ดูแลผู้พิการ. *วารสารการพยาบาล*, 33(2).

พรจุฑา พงพัฒน์เจริญ, สุปรียา มั่นคง และนุชนาฏ สุทธิ. (2563). ความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารการพยาบาล*, 35. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/228869>

Determinants of Quality of Life in Thai Caregivers of Dependent Older Adults: The Role of Health Promotion and Occupational Risks

Sukhonth Thongpoo^{1,2}, Boonratana Sangmanee³, Jirada Band^{4,5} and Chanying Thongpoo^{6,7,8,9}

¹ Department of Health Sciences, Sakon Nakhon Rajabhat University, Sakon Nakhon 47110, Thailand; ² Department of Health Sciences, Sakon Nakhon Rajabhat University, Sakon Nakhon 47110, Thailand; ³ Department of Health Sciences, Sakon Nakhon Rajabhat University, Sakon Nakhon 47110, Thailand; ⁴ Department of Health Sciences, Sakon Nakhon Rajabhat University, Sakon Nakhon 47110, Thailand; ⁵ Department of Health Sciences, Sakon Nakhon Rajabhat University, Sakon Nakhon 47110, Thailand; ⁶ Department of Health Sciences, Sakon Nakhon Rajabhat University, Sakon Nakhon 47110, Thailand; ⁷ Department of Health Sciences, Sakon Nakhon Rajabhat University, Sakon Nakhon 47110, Thailand; ⁸ Department of Health Sciences, Sakon Nakhon Rajabhat University, Sakon Nakhon 47110, Thailand; ⁹ Department of Health Sciences, Sakon Nakhon Rajabhat University, Sakon Nakhon 47110, Thailand

Abstract: Caring for dependent older adults presents significant health and occupational challenges, particularly in rural Thailand. This study examines predictors of quality of life (QoL) among caregivers of dependent older adults, focusing on health promotion and occupational risks. A cross-sectional study was conducted among 201 caregivers across 25 districts in Sakon Nakhon province, Thailand. Data were collected on demographic characteristics, health status, health promotion practices, and occupational risks. Results showed that caregivers' QoL was significantly influenced by their own health status, health promotion practices, and occupational risks. The study highlights the need for targeted interventions to improve caregivers' QoL, focusing on health promotion and occupational risk management. **Keywords:** quality of life, caregivers, health promotion, occupational health risks, non-communicable diseases

1. Introduction
Caring for dependent older adults is a significant challenge for society, particularly in rural Thailand. The study examines predictors of quality of life (QoL) among caregivers of dependent older adults, focusing on health promotion and occupational risks. The study highlights the need for targeted interventions to improve caregivers' QoL, focusing on health promotion and occupational risk management.

Reference (cont.)

อนันต์ พวงคำ, ดวงสุดา สุวรรณศรี, ธนพร แฉ่งศรี, มนธิดา แสงเรืองเอก และรุ่งอรุณ ไทวันนัง. (2563). ผลกระทบของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ วัชรินทร์*, 35(2), 303-316. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/WJSSBH/article/view/24006>

อุษา เคนโตโก และจอมแสง เพ็ญจิต. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดและกระดูกหักในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 15. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/255508/176352>

Hui Xie, Cheng Cheng, Yisheng Tao, Jie Zhang, Delprino Robert, Jihui Jia & Yonggang Su. (2016). Quality of life in Chinese family caregivers for elderly people with chronic diseases. *Health Qual Life Outcomes*, 14(1), 99. doi:10.1186/s12935-016-0504-9

International Labour Organization. (2022). Working conditions. Retrieved from <https://www.ilo.org/global/topics/working-conditions/long-en/index.htm>

Kitti Jirarattonaphochai, S. J., Chat Sumananant & Sukit Saengnipanthkul. (2005). Reliability of the Medical Outcomes Study Short-Form Survey Version 2.0 (Thai version) for the Evaluation of Low Back Pain Patients. *J Med Assoc Thai*, 88(10), 1555-1561. Retrieved from <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.531.3563&rep=rep1&type=pdf>

Oliveira Deborah, S. L., Orell Martin. (2019). Improving health-promoting self-care in family carers of people with dementia: a review of interventions. *Clin Interv Aging*, 14, 515-523. Retrieved from <https://doi.org/10.2147/CIA.S190610>

Author



Sasithorn Thanapop



Chamnong Thanapop



Bussarawadee Saengsuwan

ภาวะสุขภาพ สภาพการทำงาน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลและผู้ถูกดูแล
ที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครราชสีมา
Health, working conditions and health behaviors of the dependency
older care givers, Nakhon Si Thammarat province

ผู้จัดทำ นางสาวนง บุสสารวดี สารสม
นางสาวนง บุสสารวดี สารสม (นางสาว) Bussarawadee Saengsuwan
นักศึกษาระดับปริญญาตรี ภาควิชาการพยาบาล สาขานิติเวชศาสตร์
คณะพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา 80160
Master of Public Health Program, School of Public Health, Wuthakul University
Thammasak Rajabhat, Nakhon Si Thammarat province, 80160
Corresponding author Email: bussarawadee@gmail.com

บทคัดย่อ

การมีโรคเรื้อรังและภาวะสุขภาพที่เปราะบางของผู้ดูแลและผู้ถูกดูแลที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพของทั้งสองฝ่าย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพ สภาพการทำงาน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลและผู้ถูกดูแลที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดนครราชสีมา โดยใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลและผู้ถูกดูแลที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพที่เปราะบาง สภาพการทำงานที่ไม่เอื้ออำนวย และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีโรคเรื้อรังและมีภาวะสุขภาพที่เปราะบาง ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพและสภาพการทำงานของผู้ดูแลและผู้ถูกดูแลที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดนครราชสีมา

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพ, สภาพการทำงาน, ผู้ดูแลและผู้ถูกดูแลที่มีภาวะพึ่งพิง

การวิจัยได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

“งานวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก วช. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

“งานวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก วช. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

“งานวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก วช. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

NCST 2023
Loei Rajabhat University



สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

การประชุมวิชาการระดับนานาชาติ ด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ครั้งที่ 5 ประจำปี 2566
5 th National Conference in Science, Technology and Innovation 2023

Proceedings

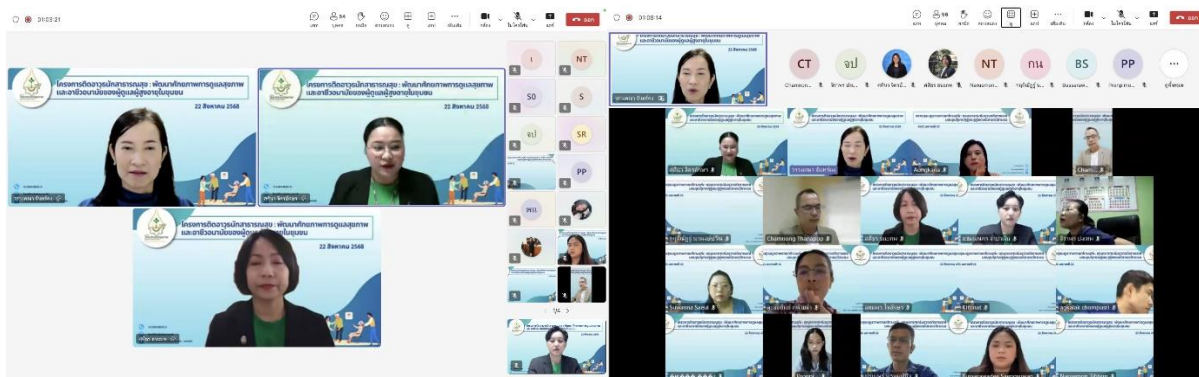
“ภาวะสุขภาพ สภาพการทำงาน และ
พฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครราชสีมา”

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน

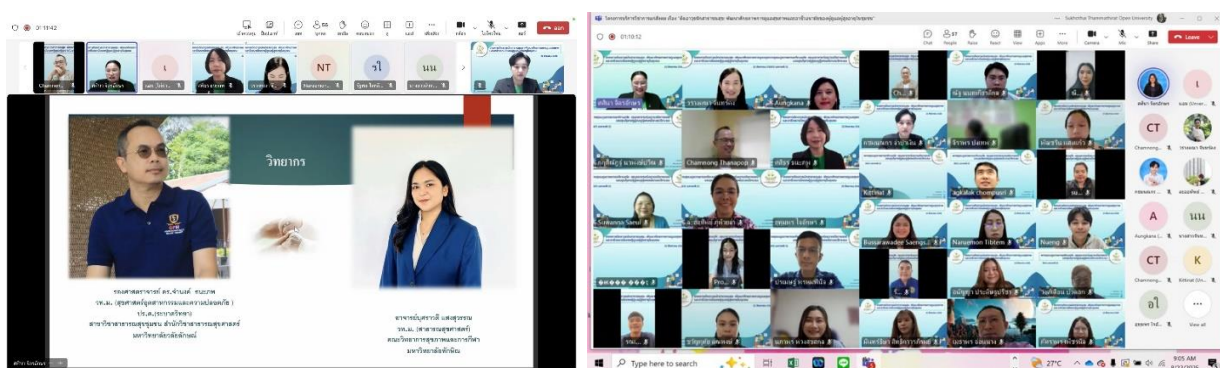
ข้อซักถาม/ ข้อเสนอแนะ

ภาคผนวก ง

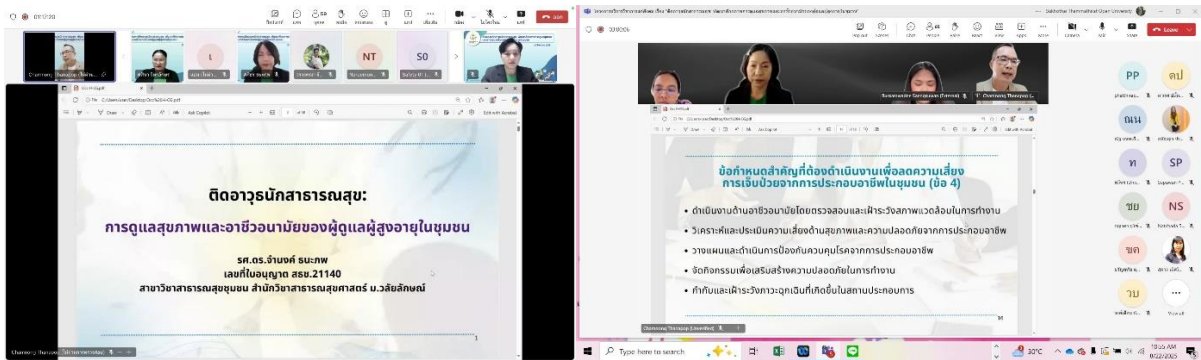
ภาพกิจกรรมการดำเนินงานโครงการฯ



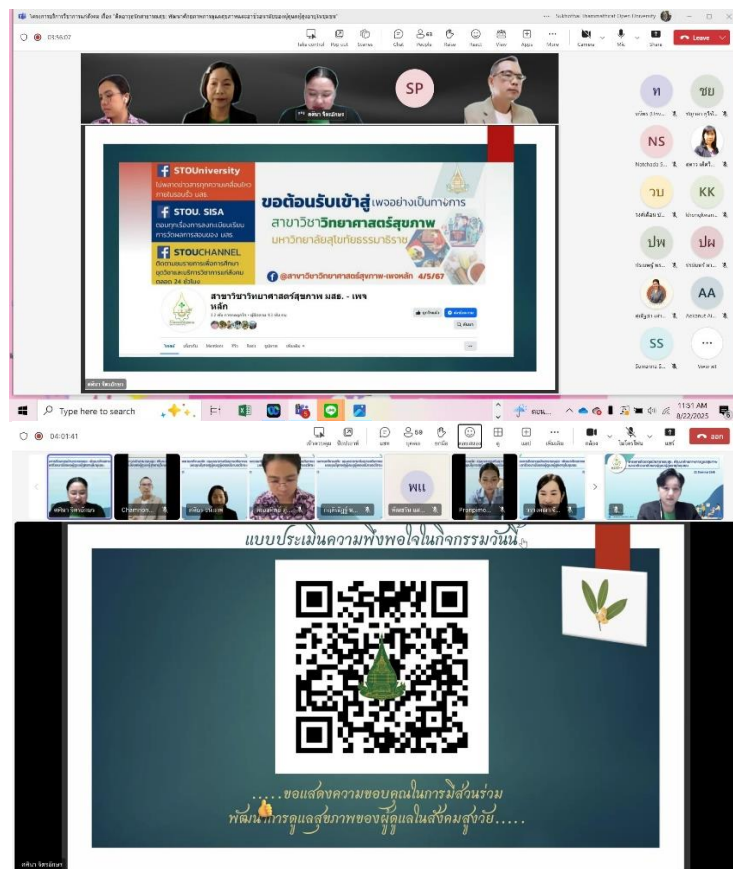
ภาพที่ 1-2
พิธีเปิดการอบรม



ภาพที่ 3-4
แนะนำวิทยากรและถ่ายภาพหมู่



ภาพที่ 5-6
การบรรยายโดยวิทยากรและอภิปรายแลกเปลี่ยน

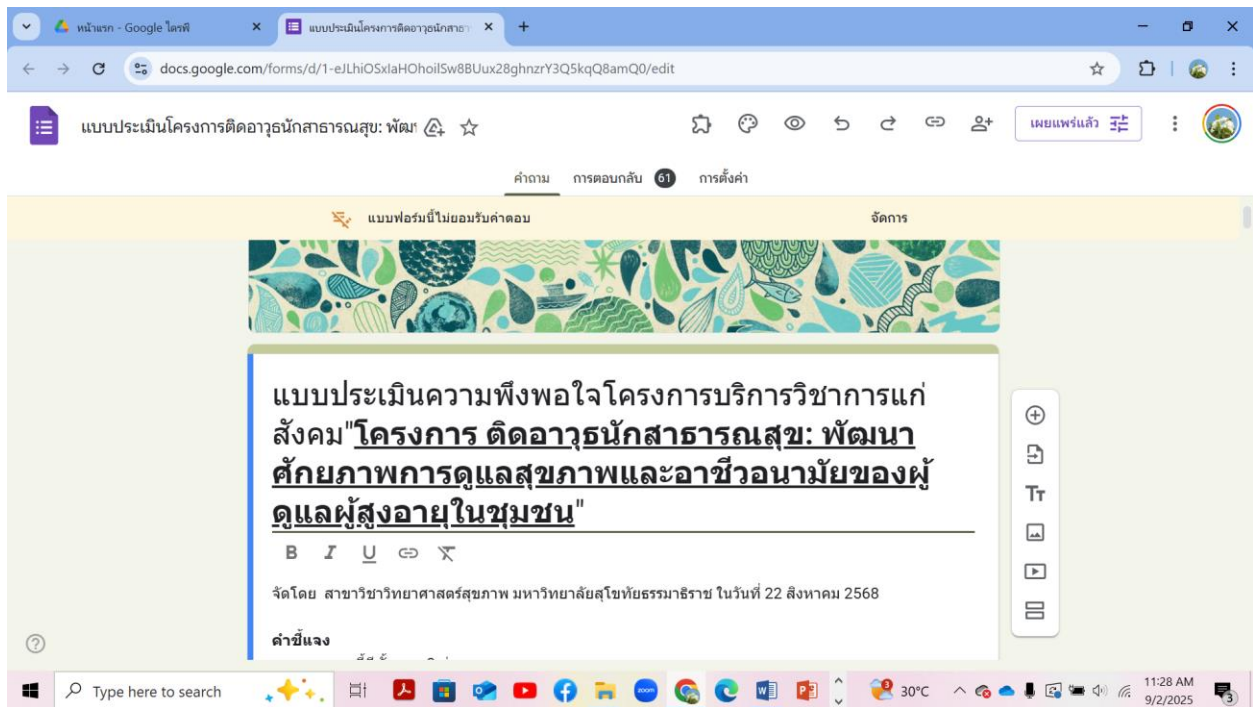


ภาพที่ 7-8
พิธีปิดการอบรม

ภาคผนวก จ

แบบประเมินความพึงพอใจโครงการอบรมออนไลน์ (google form)

โครงการ "ติดตามผู้ศึกษาดูแลสุขภาพและอาชีวอนามัยของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน"
วันที่ 22 สิงหาคม 2564 โครงการบริการวิชาการแก่สังคม สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช



The screenshot shows a Google Form titled "แบบประเมินความพึงพอใจโครงการติดตามผู้ศึกษาดูแลสุขภาพและอาชีวอนามัยของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน". The form is displayed in a web browser window. The title is underlined and bolded. Below the title, there is a text box with the following content: "จัดโดย สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ในวันที่ 22 สิงหาคม 2568". The form is currently empty, and the user is in the "Form Editor" view. The browser address bar shows the URL: "docs.google.com/forms/d/1-eJLhiOSxlaHOhoilSw8BUux28ghnzrY3Q5kqQ8amQ0/edit". The Windows taskbar at the bottom shows the date and time as "11:28 AM 9/2/2025".

แบบประเมินความพึงพอใจโครงการบริการวิชาการแก่สังคม "โครงการ ติดตามผู้ศึกษาดูแลสุขภาพและอาชีวอนามัยของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน"

B I U  

จัดโดย สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ในวันที่ 22 สิงหาคม 2568

คำชี้แจง

ส่วนที่ 1: ข้อมูลผู้เข้ารับการอบรม

1. ประเภทของผู้เข้ารับการอบรม:
 - 1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน (นักวิชาการสาธารณสุข/นักสาธารณสุขปฏิบัติการ/นักวิชาการสุขาภิบาล)
 - 2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 - 3 อาจารย์/นักวิจัย
 - 4 นักศึกษา
2. หน่วยงาน/สังกัด:
3. จังหวัด:

ส่วนที่ 2: ระดับความพึงพอใจ

กรุณาให้คะแนนความพึงพอใจในการจัดอบรม (1 = น้อยที่สุด 2 = น้อย 3 = ปานกลาง 4 = มาก 5 = มากที่สุด)

1. ด้านเนื้อหาความรู้

- 1.1 เนื้อหาดีสอดคล้องกับความต้องการเรียนรู้
- 1.2 เนื้อหามีความน่าสนใจและทันสมัย
- 1.3 เนื้อหามีความครอบคลุมและเป็นประโยชน์ต่อการนำไปปฏิบัติงาน
- 1.4 เนื้อหาส่งเสริมความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ
- 1.5 เนื้อหาส่งเสริมความรู้การป้องกันอันตรายและโรคจากการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- 1.6 เนื้อหาเกี่ยวกับความสามารถในการวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ
- 1.7 เนื้อหาเกี่ยวกับสภาพการทำงาน และปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- 1.8 เนื้อหาเกี่ยวกับความสามารถในการวางแผนจัดบริการ อาชีวอนามัยเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2. ด้านวิทยากร

- 2.1 วิทยากรมีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องที่บรรยาย
- 2.2 วิทยากรสามารถถ่ายทอดเนื้อหาได้อย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย
- 2.3 วิทยากรสามารถตอบคำถามและให้ข้อเสนอแนะได้อย่างเหมาะสม

3. ด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์

- 3.1 ข้อมูลการประชาสัมพันธ์โครงการมีความชัดเจน
- 3.2 การสื่อสารก่อนและระหว่างการอบรมมีความรวดเร็วและครบถ้วน

4. ด้านการจัดการประชุมออนไลน์

- 4.1 ระบบการลงทะเบียนเข้าใช้งานมีความสะดวก
- 4.2 ระบบออนไลน์ (MS-TEAM) สามารถใช้งานได้ดี ไม่มีปัญหาด้านเทคนิค
- 4.3 ระยะเวลาในการอบรมมีความเหมาะสม

ส่วนที่ 3: ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1. ข้อเสนอแนะสำหรับโครงการอบรมนี้
2. ข้อเสนอแนะสำหรับหัวข้อการอบรมในครั้งต่อไป

ภาคผนวก ฉ

รายชื่อ/ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ของผู้เข้ารับบริการวิชาการโครงการ
แบบลงทะเบียนโครงการอบรม

หน้าแรก - Google โดทคอม

docs.google.com/forms/d/1ixHEaXG4gjpmpDsEtGAvLSBFoUyFOy4cY7o8XTMkOE/edit

แบบลงทะเบียนโครงการบริการสังคม "ติดอาวุธนัก

คำถาม การตอบกลับ 104 การตั้งค่า

แบบฟอร์มนี้ไม่ยอมรับคำตอบ

จัดการ

ส่วนที่ 1 จาก 4

แบบลงทะเบียนโครงการบริการสังคม "ติดอาวุธนักสาธารณสุข: พัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพ และอาชีพอนามัยของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน"

B *I* U  

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ขอเชิญท่านเข้าร่วมโครงการบริการวิชาการ สังคม "ติดอาวุธนักสาธารณสุข: พัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพและอาชีพอนามัยของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน" ในวันศุกร์ที่ 22 สิงหาคม 2568 เวลา 8.30 - 12.30 น. รูปแบบ: ออนไลน์ (MS TEAM)

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการ สามารถวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ สภาพการทำงาน และ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้และวางแผนการจัดการชีวิต อนามัยปฐมภูมิแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้

Type here to search

30°C 11:29 AM 9/2/2025

รายชื่อและอีเมลผู้ลงทะเบียนเข้าอบรม

ประทับเวลา	การให้ ความ ยินยอม การใช้ ข้อมูล ส่วนบุคคล	คำนำหน้า นาม	ชื่อ สกุล	อีเมล
7/1/2025 11:35:05	ยินยอม	นางสาว	กรนิภา พุทธสอน	klomjoy@gmail.com
7/1/2025 11:46:31	ยินยอม	นางสาว	ละออทิพย์ ภู่วัยล้ำ	plaorthip@gmail.com
7/1/2025 11:54:04	ยินยอม	นาย	ณัฐวัตร สวงนผิว	Nuttawat811800@gmail.com
7/1/2025 11:54:52	ยินยอม	นางสาว	วิไล เวทโธสง	tookky.lalalab@gmail.com
7/1/2025 11:57:00	ยินยอม	นาย	ทวีพร ใจทับทิม	joe.tawepon2517@gmail.com
7/1/2025 12:00:20	ยินยอม	นางสาว	ขวัญฤดี น้อยสุพรรณ	k.noisupan@gmail.com
7/1/2025 12:04:51	ยินยอม	นางสาว	จินตนา สุขเขียว	Sukkhaiw@hotmail.com
7/1/2025 12:05:09	ยินยอม	นางสาว	มินทร์ธิชา สิทธิถาวรภิรมย์?	muaylexx.123@gmail.com
7/1/2025 12:46:31	ยินยอม	นาย	นพดล จงเจิดศักดิ์	Noppadol.siamu@gmail.com
7/1/2025 13:25:27	ยินยอม	อาจารย์	กชมนนกร จำปาเงิน	kodchamonnakorn.c@gmail.com
7/1/2025 13:39:06	ยินยอม	นางสาว	เจนฤทัย เจริญศรี	janruethai.cha@bkkthon.ac.th
7/1/2025 14:11:26	ยินยอม	นาย	ภัสกร อ่อนแก้ว	Phatsakononkaew@gmail.com
7/1/2025 14:19:22	ยินยอม	นางสาว	กวิสรา สุริยะ	kawusra4141@gmail.com
7/1/2025 14:29:25	ยินยอม	นางสาว	ไชนัน แวบือราเฮง	W.zainab@yala.ac.th
7/1/2025 14:39:32	ยินยอม	นางสาว	กมลลักษณ์ สำราญบุญ	kamonluck81@gmail.com
7/1/2025 14:43:45	ยินยอม	อาจารย์	ศศิณา จิตรอักษร	Cmjitaksorn@gmail.com
7/1/2025 15:04:57	ยินยอม	นางสาว	โชติกา เทียบคำ	Chotika.t@sru.ac.th
7/1/2025 15:47:19	ยินยอม	นาย	สุริยันต์ วงษ์หอม	may.public.health54@gmail.com
7/1/2025 16:09:28	ยินยอม	นางสาว	วชิราภรณ์ เรือนเมา	Tourlak2106@gmail.com
7/1/2025 16:20:32	ยินยอม	นางสาว	อรพินท์ ตูลบุตร	Orapintulabud@gmail.com
7/1/2025 17:05:22	ยินยอม	นางสาว	สุภาวรรณ พลพิชัย	phe.supawan@gmail.com
7/1/2025 19:56:18	ยินยอม	นางสาว	มาธิวี ตรีตั้งตระการ	p50245.45@gmail.com
7/1/2025 20:05:56	ยินยอม	นางสาว	สิริยากร เมืองนิเวช	6450001539@stou.ac.th
7/1/2025 21:13:20	ยินยอม	นาย	รัฐพล ใจหลี	noom_bantor@hotmail.com
7/1/2025 21:24:13	ยินยอม	นางสาว	ขวัญฤทัย คุณหงษ์	khuanruethai_ku@kkumail.com
7/1/2025 21:38:15	ยินยอม	นางสาว	พัฒนาริน แสงแก้ว	p.0983500136@gmail.com
7/1/2025 21:56:27	ยินยอม	นางสาว	ธัญวรัตน์ วงษ์สถิตย์	tanwaratsatit@gmail.com
7/2/2025 9:09:16	ยินยอม	นางสาว	สุวรรณา แซ่ฮ้อย	Fonnyfonny@gmail.com
7/2/2025 9:28:43	ยินยอม	นางสาว	วัชรภรณ์ วงศ์สกุลกาญจน์	Watcharaporn@vru.ac.th

7/2/2025 17:16:58	ยินยอม	นางสาว	นภาพร ห่วงสุขสกุล	napaporn@scphub.ac.th
7/2/2025 19:50:40	ยินยอม	นาย	สมบูรณ์ ใจประการ	s.chaiprakarn@gmail.com
7/2/2025 19:54:30	ยินยอม	นางสาว	ชนกานต์ สกุลแถว	Sakulthaew500@gmail.com
7/2/2025 21:02:28	ยินยอม	นางสาว	พัฒน์นรี เชาว์สุ่ม	patnaree.ch@mail.wu.ac.th
7/3/2025 10:19:01	ยินยอม	นาย	ณัฐ นนทเกียรติกุล	nutnatnud55555@gmail.com
7/3/2025 11:12:58	ยินยอม	นาย	สายนต์ โพธิ์หมุด	Sayanp.183@gmail.com
7/4/2025 9:04:47	ยินยอม	นางสาว	ณิชชา เอี่ยมเมือง	Nitcha23082535@gmail.com
7/4/2025 11:07:01	ยินยอม	นาย	กฤติณภัฏ นวพงษ์ปวิณ	krittinat.nav@bkkthon.ac.th
7/4/2025 11:25:52	ยินยอม	ดร.ภก.	วรัญญู อองคารา	waranyoo.ptmu@gmail.com
7/4/2025 11:54:28	ยินยอม	นางสาว	วงศ์เดือน บัวดอก	wongduen120621@gmail.com
7/5/2025 9:10:17	ยินยอม	ผศ.ดร.	ปารณีย์ วิสุทธิพันธุ์	paranee.vis@bkkthon.ac.th
7/6/2025 11:59:46	ยินยอม	นาย	ฟารอน หัตถประดิษฐ์	faron@scphtrang.ac.th
7/7/2025 14:46:34	ยินยอม	นาง	นฤมล มีแก้ว	Narumol.mk1@gmail.com
7/7/2025 14:56:06	ยินยอม	ว่าที่ร้อยตรี	บัญชา จันไผ่	bancha.jfh@gmail.com
7/7/2025 15:05:17	ยินยอม	นางสาว	สุดารัตน์ คงนาลีก	meesuk1403@gmail.com
7/7/2025 15:24:29	ยินยอม	นาง	ธราทิป ชินพงศ์	taratip.chin@gmail.com
7/7/2025 20:56:14	ยินยอม	นางสาว	กมลทิพย์ มูลนา	bigcubon0066@gmail.com
7/7/2025 21:30:00	ยินยอม	นางสาว	ภัทรพร เกิดทอง	gap17-pattharapon@hotmail.com
7/8/2025 8:54:31	ยินยอม	นางสาว	ประภัสสร พุ่มเอี่ยม	Pomaim22@gmail.com
7/8/2025 8:54:53	ยินยอม	นางสาว	ศศิภา ชูชื่น	sasipa2909@gmail.com
7/8/2025 13:47:17	ยินยอม	นางสาว	กิงกานต์ ทองมีขวัญ	king0844456906@gmail.com
7/8/2025 15:16:31	ยินยอม	นางสาว	อุราภรณ์ อุทัยจอม	pdd3689@gmail.com
7/8/2025 16:14:30	ยินยอม	นางสาว	พรรษา อินทะรัมย์	pansa.in@kkumail.com
7/8/2025 16:17:14	ยินยอม	นางสาว	ชลิตา พรหมหนู	2545nan@gmail.com
7/9/2025 17:02:49	ยินยอม	นางสาว	อารีญา นามเกตุ	icecream27032000@gmail.com
7/14/2025 14:15:39	ยินยอม	น.ส.	เย็นฤดี คำกรธาดา	yenrudee.ko38@gmail.com
7/19/2025 19:18:05	ยินยอม	นางสาว	พรพิมล โพธิ์คำ	pronpimon_333@hotmail.com
7/22/2025 16:08:46	ยินยอม	นาย	ประโยชน์ ช่วยจุลจิตร	prayoch304@gmail.com
7/29/2025 15:37:32	ยินยอม	นาย	กิตติ สุวรรณโน	kittisuwanno@gmail.com
7/31/2025 5:39:39	ยินยอม	นางสาว	ภารดี ขาญปรานีช	Paradee.nok@gmail.com
8/4/2025 12:33:12	ยินยอม	นาย	ฐิตินันท์ ผิวนิล	titidat@gmail.com
8/4/2025 12:58:51	ยินยอม	นาย	ปรามินทร์ ผาแก้ว	kim_proramin@hotmail.com
8/4/2025 13:11:10	ยินยอม	นางสาว	จิราพร ปงเทพ	yamjirapornpinjai@gmail.com
8/4/2025 13:13:43	ยินยอม	นางสาว	โชติกา เทียบคำ	Chotika.t@srru.ac.th
8/4/2025 13:20:09	ยินยอม	นางสาว	ธีรนาฏ ชนะกิจ	teeranad.1998@gmail.com
8/4/2025 13:45:05	ยินยอม	นาย	รณเดช อารุงสายชล	rxarungsaychl@gmail.com
8/4/2025 14:19:04	ยินยอม	นาย	สุริยันต์ วงษ์หอม	may.public.health54@gmail.com
8/4/2025 14:33:29	ยินยอม	นาย	ณัฐ นนทเกียรติกุล	nutnatnud55555@gmail.com
8/4/2025 15:09:06	ยินยอม	นาง	ชญาดา ยูโตะยูตะ	Looksea29@gmail.com

8/4/2025 16:01:01	ยินยอม	นางสาว	อภิญา ชมรัก	Aphinya.namphet@gmail.com
8/4/2025 16:03:21	ยินยอม	นางสาว	จันทนา นันตะคำ	0987fsdh@gmail.com
8/4/2025 19:22:43	ยินยอม	นางสาว	ภัทรพร เพ็ชรนิล	Sai_sugei@hotmail.com
8/5/2025 4:25:34	ยินยอม	นาย	สุรพัศ สุวรรณ	Surapit6788@gmail.com
8/5/2025 8:26:54	ยินยอม	นาย	สมบูรณ์ ใจประการ	s.chaiprakarn@gmail.com
8/5/2025 8:34:46	ยินยอม	นางสาว	นันทิรา วรกาญจน์บุญ	nantira.von@svit.ac.th
8/5/2025 11:19:14	ยินยอม	นางสาว	ละออทิพย์ ภู่วัยล้ำ	n.supros@hotmail.com
8/5/2025 11:37:28	ยินยอม	นาย	นพดล จงเจ็ดศักดิ์	Noppadol.siamu@gmail.com
8/5/2025 11:47:04	ยินยอม	นางสาว	ชนกานต์ สุกุลแถว	sakulthaew500@gmail.com
8/5/2025 12:38:38	ยินยอม	นางสาว	วรารัตน์ หมอยาดี	wararat3804@gmail.com
8/5/2025 13:23:46	ยินยอม	นาย	เมธาพร อ่อนนาง	6550012295@stou.ac.th
8/5/2025 14:50:52	ยินยอม	นางสาว	สุพัตรา ระนบ	Natthaphon03052560@gmail.com
8/5/2025 14:53:21	ยินยอม	นาย	เอกณัฐ เอี่ยมพิภักดิ์	dee_hab@hotmail.com
8/5/2025 14:55:15	ยินยอม	นาย	ทศพร ศิริโชคทรัพย์	thosaporn2514@gmail.com
8/5/2025 14:56:33	ยินยอม	นาง	วรรณีย์ จีระอังกูรสกุล	wannee.jir@bkkthon.ac.th
8/5/2025 14:57:06	ยินยอม	นาย	กิตติณัฐ แก้วมา	KITTINAT.k@gmail.com
8/5/2025 15:10:55	ยินยอม	นาย	วุฒิพงศ์ จินดาประเสริฐ	wuttipong2517pop@gmail.com
8/5/2025 15:18:40	ยินยอม	นางสาว	ณัฐภา สุธิพงษ์	natchada.sut@gmail.com
8/5/2025 15:43:07	ยินยอม	นางสาว	นฤมล ตีบเต็ม	tt.naruemon29@gmail.com
8/5/2025 15:44:48	ยินยอม	นางสาว	อุทุมพร ใจอักษร	autumpon1993@gmail.com
8/5/2025 15:48:45	ยินยอม	นางสาว	สุธีรา ณ เชียงใหม่	exchange_mheaw@hotmail.com
8/5/2025 15:57:29	ยินยอม	นาย	จตุรงค์ ประกายสกุล	jaturong_champ@hotmail.com
8/5/2025 17:07:24	ยินยอม	ว่าที่ร.ต.	ธนกร เขียวรัช	kimjunsu007@gmail.com
8/5/2025 19:37:16	ยินยอม	นางสาว	นงลักษณ์ พวงมาลี	Poo.nonglak21@gmail.com
8/6/2025 15:23:36	ยินยอม	นาย	ทศไนย กวิวังสานนท์	tudsanai047@gmail.com
8/7/2025 9:06:41	ยินยอม	นางสาว	จณิสตา คำหล้า	janjuly1234@gmail.com
8/7/2025 15:22:39	ยินยอม	นาย	สมเกียรติ เพ็งแก้ว	somkiat.pengkaew@gmail.com
8/7/2025 20:49:40	ยินยอม	นาย	ทวีพัฒน์ มุสิกะปาน	taweephath.mu@gmail.com
8/7/2025 21:31:54	ยินยอม	นางสาว	ศิริพร ศิริกัญญาภรณ์	Siriporn.skp@gmail.com
8/8/2025 9:02:42	ยินยอม	นาย	นภาพร ศรีสวัสดิ์	napakorn3635@gmail.com
8/8/2025 14:30:17	ยินยอม	นาย	ปรเมษฐ์ พรหมพินิจ	paramet.pr@gmail.com
8/9/2025 12:13:40	ยินยอม	นางสาว	ประกายเพชร มณีนารถ	Patty813@gmail.com
8/10/2025 22:16:35	ยินยอม	นาย	อนุสรณ์ เป้าสูงเนิน	paotwice@gmail.com
8/11/2025 18:09:57	ยินยอม	นางสาว	พัทธธีรภรณ์ พุ่มชะบา	phatthiraphonp40@gmail.com
8/14/2025 16:47:18	ยินยอม	นาง	วรรณวิษา ตรีสุนย์	6750017169@stou.ac.th

ภาคผนวก ข

คณะทำงานโครงการ

๑. รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรวง
๒. รองศาสตราจารย์ ดร.สุดาว เลิศวิสุทธิไพบูลย์
๓. รองศาสตราจารย์ ดร.กุลธิดา บรรจงศิริ
๔. รองศาสตราจารย์ ดร.กิระพล กาละดี
๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ สุวณิชย์เจริญ
๖. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิรดี ศรีโอภาส
๗. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา ตันกิจจานนท์
๘. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษณีย์ บังคะตานรา
๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนัญญา ประดิษฐ์ปรีชา
๑๐. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อติศักดิ์ สุมาลี
๑๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรวรรณ น้อยวัฒน์
๑๒. อาจารย์สุณัฐชา เผ่าพงษ์ศิลป์
๑๓. อาจารย์ศศิณา จิตรอักษร
๑๔. อาจารย์กชมนธร จำปาเงิน
๑๕. นางสาวภาภัสกรณ มีเดช