

ภาวะสุขภาพและความพร้อมของชุมชนต่อการจัดการ  
อาชีวอนามัยของแรงงานสูงอายุ อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช  
**Health Status and Community Readiness towards  
Occupational Health Management of Aging Labors,  
Thasala District, Nakhon Si Thammarat Province**

ชัญทิชา ฉ้วนกลิน\*, จานงค์ ณะภพ\*\*

\*หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

\*\* ผู้รับผิดชอบบทความ; สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

**Chunticha Chuanklin\*, Chamnong Thanapop\*\***

\*Master of Public Health Program, School of Public Health, Walailak University

\*\* Corresponding Author; School of Public Health, Walailak University

### บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของแรงงานผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และประเมินความพร้อมของชุมชนในการจัดการด้านอาชีวอนามัยของแรงงานสูงอายุ โดยใช้รูปแบบความพร้อมของชุมชน (Community Readiness Model : CRM) ใน 6 มิติ ได้แก่ ด้านความพยายาม ด้านการรับรู้ของความพยายาม ด้านผู้นำ ด้านทัศนคติ ด้านความรู้ และด้านทรัพยากร กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย บุคลากรภาครัฐ นายจ้าง และแรงงานผู้สูงอายุ จำนวน 32, 6 และ 440 คน ตามลำดับ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพของแรงงานผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ร้อยละ 99.1, 96.6 และ 97.1 ตามลำดับ สำหรับภาวะทางสังคมพบว่า แรงงานผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.2 มีความสัมพันธ์ในครอบครัวระดับดี และ ร้อยละ 68.6 ต้องการความช่วยเหลือจากสังคม ด้านความพร้อมของชุมชนต่อการจัดการด้านอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.30 จัดอยู่ในระดับ 2 ปฏิเสธ/ต่อต้าน โดยสมาชิกในชุมชนบางส่วนรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นในชุมชนเพียงเล็กน้อย

ดังนั้นเพื่อให้ชุมชนมีความพร้อมในการพัฒนาด้านอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานสูงอายุ หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบายด้านอาชีวอนามัยที่ชัดเจนและมีการถ่ายทอดแผนการปฏิบัติงานสู่ชุมชน

คำสำคัญ : แรงงานสูงอายุ, ภาวะสุขภาพ, ความพร้อมของชุมชน, การจัดการอาชีวอนามัย

## Abstract

This evaluative research aimed to assess health status of aging labors in 4 aspects which were physical, mental, social, and spiritual health and to evaluate community readiness for occupational health management of aging labors using Community Readiness Model: CRM in 6 dimensions namely community efforts, perceived the community efforts, leadership, attitudes toward the readiness, knowledge about the readiness, and resources related to the community readiness. The study samples were 32 government officers, 6 employers, and 440 aging labors. Data was collected using a structured interviewing questionnaire and was analyzed by descriptive statistics.

Results of the study shown that the health status of aging labors were at a good level of physical (99.1%), mental (96.6%), social (93.2%), and spiritual (97.1%). Although the aging labor samples had a good relationship with their family members, 68.6% of them indicated the need for supports. Regarding the community readiness, it was found that the average score of community readiness for occupational health management was 2.30. This score was categorized in the 2<sup>nd</sup> level or denial/resistance level that only some part of the community members recognized and concerned about little problem in relation to the aging labors that might occurred in the community.

Therefore, in order to make the community be ready to improve the occupational health of the aging labors, the related community government agencies should formulate the community occupational health policies clearly and transfers them in to action.

**Keywords :** Aging labors, Health status, Community readiness, Occupational health management

## บทนำ

ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.4 ของประชากรรวม หรือ 6.5 ล้านคน ซึ่งโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนประชากรสูงอายुर้อยละ 16 ของประชากรรวม หรือ 10.3 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2564 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ซึ่งเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

ส่งผลให้ประชากรวัยแรงงานต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น<sup>1, 2</sup> การก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุทำให้หลายหน่วยงานเห็นความสำคัญและกำหนดนโยบายเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้กำหนดนโยบายเร่งด่วนด้านการเสริมสร้างและขยายระบบการดูแลผู้สูงอายุทางสังคม รวมทั้งการเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุผ่านการมีส่วนร่วมของประชาชน

ชุมชนและท้องถิ่น รวมทั้งการส่งเสริมด้านอาชีพ และการมีงานทำในผู้สูงอายุโดยสนับสนุนเงินทุน เพื่อการประกอบอาชีพและขยายโอกาสผู้สูงอายุที่มี ศักยภาพให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม เป็นต้น<sup>3</sup> การส่งเสริมด้านอาชีพและการมีงานทำ พบว่าแผน แม่บทด้านแรงงาน พ.ศ. 2555-2559 มียุทธศาสตร์ การเพิ่มขีดความสามารถของกำลังแรงงานและ ผู้ประกอบการในการแข่งขันทางเศรษฐกิจ โดย พัฒนาและขับเคลื่อนขีดความสามารถในการแข่งขัน ของแรงงานและผู้ประกอบการด้วยระบบมาตรฐาน ฝีมือโดยส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ แรงงาน ทักษะความรู้ความสามารถของผู้สูงอายุ ให้เข้มแข็ง โดยเน้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทั้งในฐานะ ผู้รับและผู้ให้แก่สังคม รวมถึงยุทธศาสตร์การเสริม สร้างความมั่นคงและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยส่งเสริม การมีงานทำและพัฒนาระบบการแนะแนวอาชีพ ที่สอดคล้องกับตลาดแรงงาน<sup>1</sup>

สถานการณ์การทำงานของผู้สูงอายุปีพ.ศ. 2557 พบว่ามีผู้สูงอายุยังคงทำงานถึงร้อยละ 38.2 ของ ผู้สูงอายุทั้งหมด หรือประมาณ 3.84 ล้านคน โดย เป็นแรงงานในระบ্বর้อยละ 9.75 หรือ 0.38 ล้านคน และเป็นแรงงานนอกระบ্বর้อยละ 90.25 หรือ 3.46 ล้านคน โดยมากกว่าร้อยละ 60 ได้ทำงาน ในภาคเกษตรกรรม รองลงมาเป็นภาคการค้าและ การบริการ และภาคการผลิต การทำงานดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการ ทำงานร้อยละ 18.2 ของผู้สูงอายุที่ทำงานทั้งหมด โดยร้อยละ 63.2 ได้รับบาดเจ็บจากของมีคมบาด/ ทิ่ม/แทง รองลงมาคือ ร้อยละ 23.1 พลัดตกหกล้ม ร้อยละ 4.4 ถูกไฟ/น้ำร้อนลวก และร้อยละ 4.3 การชน/กระแทก เป็นต้น<sup>4</sup>

ในการดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องครอบคลุม ทุกมิติ ทั้งการดูแลสุขภาพ การให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวัน อาหารและโภชนาการ การดูแลผู้สูงอายุตาม

บรรทัดฐานและค่านิยมที่ดีของวัฒนธรรมไทย และการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อ การดำเนินชีวิต ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยหน่วยงานหรือ องค์กรที่มีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบทั้ง ภายในและภายนอกชุมชน ซึ่งประกอบด้วย องค์กร ระดับนโยบาย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาน บริการทางสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มจิตอาสา องค์กรศาสนา สถาบันการศึกษา โรงงานอุตสาหกรรม และกลุ่มองค์กรชุมชนอื่น ๆ<sup>5,6</sup> ดังนั้นสังคมไทย จึงจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมในการจัดระบบ การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมโดยใช้ฐานชุมชน เป็นหลัก รวมไปถึงการส่งเสริมบทบาทครอบครัว และชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุตามสภาพสังคม วัฒนธรรม โดยเน้นการมีส่วนร่วมและการสร้าง ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น โดยมีองค์กรภาครัฐ ทำหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนด้านทรัพยากรในการ ทำงาน เพื่อให้ชุมชนและครอบครัวดูแลช่วยเหลือ ผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี สามารถรองรับปัญหาและ ผลกระทบในอนาคต<sup>7</sup>

การจัดการด้านอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุ เป็นงานหนึ่งที่ต้องเร่งดำเนินการทั้งในรูปแบบ เชิงรับและเชิงรุก<sup>8</sup> เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพ การทำงานของผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานเพื่อเลี้ยงดู ตนเองและครอบครัว ซึ่งโอกาสการเกิดอุบัติเหตุหรือ การบาดเจ็บต่าง ๆ หรือการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ จะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากแรงงานผู้สูงอายุอาจมีโรค ประจำตัวและมีการเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดบริการอาชีว อนามัยสำหรับแรงงานสูงอายุที่เหมาะสม จะช่วย ให้ผู้สูงอายุสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความสุข โดยการดำเนินงานดังกล่าวจำเป็นต้อง อาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในท้องถิ่น ดังนั้น การประเมินภาวะสุขภาพและความพร้อมของชุมชน ต่อการจัดการด้านอาชีวอนามัยของแรงงานผู้สูง อายุจึงมีความจำเป็น เพื่อให้ชุมชนเกิดการรับ

รู้สถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นตามบริบทของชุมชนที่เปลี่ยนแปลงโดยพิจารณาจากวัฒนธรรมชุมชน ทรัพยากร และศักยภาพของชุมชน<sup>10-11</sup> เพื่อนำผลการศึกษามาปรับใช้ในการพัฒนางานอาชีวอนามัยที่มีความสอดคล้องกับชุมชนต่อไป

## วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยประเมินผลความร่วมมือของชุมชนต่อการจัดการด้านอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุระยะก่อนดำเนินงาน โดยใช้รูปแบบความพร้อมของชุมชน (Community Readiness Model: CRM) ประกอบด้วย 6 มิติ ได้แก่ มิติด้านความพยายาม ด้านการรับรู้ของความพยายาม ด้านผู้นำ ด้านทัศนคติ ด้านความรู้ และด้านทรัพยากร<sup>10</sup> และประเมินภาวะสุขภาพของแรงงานสูงอายุตามองค์ประกอบของสุขภาพองค์รวม 4 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณหรือปัญญา<sup>12</sup> โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่ 065/ปี พ.ศ. 2559

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่ที่ศึกษาได้เลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 2 ตำบล ในพื้นที่อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ ตำบลท่าซิ่น (ตำบลต้นแบบผู้สูงอายุระยะยาวระดับจังหวัด พ.ศ. 2555) และตำบลท่าศาลา (พื้นที่พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับพื้นที่ พ.ศ. 2559) ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่

1) บุคลากรภาครัฐจำนวน 32 คน ประกอบด้วย

- ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 1 คน

- บุคลากรด้านสุขภาพ จำนวน 14 คน ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอท่าศาลา นักวิชาการ

สาธารณสุขอำเภอท่าศาลา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานอาชีวเวชกรรม ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) 3 คนต่อพื้นที่

- บุคลากรที่เกี่ยวข้องในระดับท้องถิ่นแต่ละพื้นที่ จำนวน 17 คน ได้แก่ นายกเทศบาล/อบต. ปลัดเทศบาล/อบต. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สมาชิกเทศบาล/อบต. จำนวน 2 คนต่อหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่สำนักงานเกษตรอำเภอ

2) นายจ้าง ผู้จ้างงานแรงงานสูงอายุกลุ่มตัวอย่าง 3 คนต่อพื้นที่ จำนวน 6 คน

3) กลุ่มตัวอย่างแรงงานสูงอายุจำนวน 440 คน โดยใช้สูตรคำนวณของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนไม่เกิน  $\pm 5\%$  ทำการสุ่มตามสัดส่วนของประชากรทั้ง 2 ตำบล และเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตำบลละ 3 หมู่บ้านที่มีประชากรผู้สูงอายุที่ยังทำงานมากเป็น 3 ลำดับแรกสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการจับฉลาก

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามองค์ประกอบของสุขภาพองค์รวม 4 มิติ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของแรงงานสูงอายุเป็นแบบตรวจสอบรายการ จำนวน 13 ข้อ และแบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 มิติ ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (ภาวะสุขภาพและอาการที่ประสบในปัจจุบัน) เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2558<sup>13</sup> 2) ด้านจิตใจ (ด้านความเครียดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา) เป็นคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ (Suanprung Stress Test-20, SPST - 20) พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ<sup>14</sup> 3) ด้านสังคม (ความสัมพันธ์

ในครอบครัว และความต้อการสนับสนุนจากเครือขาย) แบ่งออกเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นคำถามระดับการปฏิบัติ 3 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ตอนที่ 2 ความต้อการสนับสนุนจากเครือขายของแรงงานสูงอายุ เป็นคำถามระดับความต้อการ 6 ระดับ จำนวน 14 ข้อ 4) ด้านจิตวิญญาณ (การเห็นคุณค่าในตัวเองของแรงงานผู้สูงอายุ) เป็นคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 9 ข้อ ของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์<sup>15</sup>

2) แบบสอบถามความพร้อมของชุมชนต้อการจัดการด้านอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุ โดยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ใ้ความรู้เกี่ยวกับงานอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับงานอาชีวอนามัยเบื้องต้น ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพร้อมของชุมชนต้อการจัดการด้านอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ครอบคลุมเนื้อหา 6 มิติ<sup>10</sup> ได้แก่

(1) ด้านความพยายาม: ขอบเขตของนโยบาย โครงการ และกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการด้านอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุ ที่กำหนดขึ้นโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(2) ด้านการรับรู้ของความพยายาม: การรับรู้และการนำนโยบาย โครงการ และกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการด้านอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุไปปฏิบัติของบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(3) ด้านผู้นำ: การสนับสนุนและการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหการจัดการด้านอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุ ของบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(4) ด้านทัศนคติ: มุมมองของบุคลากร

ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้อปัญหาการจัดการด้านอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุ รวมถึงการให้ความสำคัญ และความต้อการในการแก้ไข้ปัญหา

(5) ด้านความรู้: สาเหตุของปัญหาผลกระทบและวิธีการแก้ไข้ปัญหาการจัดการด้านอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุ รวมทั้งวิธีการถ่ายทอดความรู้ให้แก่แรงงานผู้สูงอายุ

(6) ด้านทรัพยากร: ความเหมาะสมและความเพียงพอต่อทรัพยากรที่ใช้สนับสนุนการจัดการด้านอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุ ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ และเทคโนโลยีต่าง ๆ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน โดยมีค่า Index of Item Objective Congruence (IOC) เท่ากับ 0.98

### การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้ 1) ประสานงานกับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลแรงงานสูงอายุตามครัวเรือน 2) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แจ้งวัตถุประสงค์ และลงลายมือชื่อยินยอม พร้อมสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 440 คน ด้วยแบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามรายชื่อที่ได้จากการสุ่มจับฉลาก 3) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้อการจัดการอาชีวอนามัยในแรงงานผู้สูงอายุ และนายจ้าง 4) แจ้งวัตถุประสงค์ และลงลายมือชื่อยินยอมพร้อมสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 38 คน ด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับความพร้อมของชุมชนต้อการจัดการด้านอาชีวอนามัยในแรงงานผู้สูงอายุ 5) นำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความถูกต้อง บันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

## ผลการศึกษา

### 1) ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพของแรงงานผู้สูงอายุ

แรงงานผู้สูงอายุ จำนวน 440 คน พบว่า ร้อยละ 58.6 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.7 นับถือศาสนาพุทธ อายุเฉลี่ย 67.9 ปี ร้อยละ 68.6 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 71.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 43.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 83.9 มีสถานภาพเป็นเจ้าของกิจการ ร้อยละ 54.5 มีรายได้รวมน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 97 มีแหล่งรายได้นอกเหนือจากการทำงานจากการได้รับเบี้ยยังชีพจากราชการ เหตุผลหลักที่กลุ่มตัวอย่างยังคงทำงานอยู่เนื่องจากมีสุขภาพแข็งแรง/ยังมีแรงทำงาน (ร้อยละ 48.6) (ตารางที่ 1)

ด้านภาวะสุขภาพของแรงงานผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 99.1 มีสุขภาพะด้านร่างกายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 96.6 มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 93.2 มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.3 มีภาวะสุขภาพด้านจิตวิญญาณระดับดี สำหรับความต้องการการสนับสนุนจากเครือข่ายของแรงงานผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 31.4 ไม่ต้องการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ร้อยละ 21.8 และ 15.9 ต้องการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นในระดับน้อยที่สุดและน้อย/ปานกลาง ตามลำดับ (ตาราง 2)

สำหรับอาการความเจ็บป่วยที่ประสบอยู่ในปัจจุบัน พบว่า ร้อยละ 58.0 มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ร้อยละ 52.7 สายตามัว ร้อยละ 28.6 นอนไม่หลับ และ ร้อยละ 28.0 ปวดหรือเจ็บข้อต่อของแขน เป็นต้น

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของแรงงานผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (n = 440)

หัวข้อ	จำนวน (ร้อยละ)	หัวข้อ	จำนวน (ร้อยละ)
<b>เพศ</b>		<b>ศาสนา</b>	
- ชาย	182 (41.4)	- พุทธ	355 (80.7)
- หญิง	258 (58.6)	- อิสลาม	85 (19.3)
<b>อายุ (ปี)</b>		<b>ระดับการศึกษา</b>	
- 60 - 64	165 (37.5)	- ไม่ได้เรียนหนังสือ	64 (14.5)
- 65 - 69	133 (30.2)	- ประถมศึกษา	316 (71.8)
- 70 - 74	75 (17.0)	- มัธยมศึกษาตอนต้น	18 (4.1)
- 75 ขึ้นไป	67 (15.2)	- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	22 (5.0)
mean (SD.) เท่ากับ 67.9 (6.7)		- อนุปริญญา/ปวส./ปริญญาตรี	20 (4.5)
<b>สถานภาพ</b>		<b>รายได้รวมต่อเดือน (บาท)</b>	
- โสด	20 (4.5)	- < 5,000	240 (54.5)
- สมรส	302 (68.6)	- 5,000 - 10,000	160 (36.4)
- หม้าย หย่าร้าง แยก	118 (26.8)	- >10,000	40 (9.1)



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของแรงงานผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (n = 440) (ต่อ)

หัวข้อ	จำนวน (ร้อยละ)	หัวข้อ	จำนวน (ร้อยละ)
<b>โรคประจำตัว</b>		<b>แหล่งรายได้นอกเหนือจากการทำงาน</b>	
- ไม่มี	217 (49.3)	(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
- มี (บางคนเป็น > 1 โรค)	223 (50.7)	- เบี้ยยังชีพจากทางราชการ	427 (97.0)
· ความดันโลหิตสูง	170 (38.6)	- บุตร	244 (55.5)
· ภาวะไขมันสูง	91 (20.7)	- ญาติ/พี่น้อง	22 (5.0)
· เบาหวาน	76 (17.3)	- คู่สมรส	20 (4.5)
· อื่น ๆ	13 (3.0)	- เงินบำเหน็จ/บำนาญ	14 (3.2)
<b>อาชีพในปัจจุบัน</b>		<b>สถานภาพการทำงาน</b>	
- เกษตรกรรม	193 (43.9)	- เจ้าของ	369 (83.9)
- ค้าขาย /ธุรกิจส่วนตัว	149 (33.9)	- ลูกจ้างรายเดือน	7 (1.6)
- รับจ้างทั่วไป	79 (18.0)	- ลูกจ้างรายวัน	41 (9.3)
- ประมง	19 (4.3)	- ลูกจ้างชั่วคราว	23 (5.2)
<b>จำนวนวันทำงาน/สัปดาห์</b>		<b>ระยะเวลาการทำงาน (ชั่วโมง/วัน)</b>	
- < 2	25 (5.7)	- < 3	29 (6.6)
- 2 - 4	68 (15.5)	- 3 - 6	229 (52.0)
- 5 - 7	347 (78.9)	- > 6	182 (41.4)
Mean (SD) เท่ากับ 6.2 (1.2)		Mean (SD) เท่ากับ 6.1 (2.8)	
<b>เหตุผลหลักที่ยังทำงาน</b>		<b>อุปกรณ์ช่วยเหลือที่ใช้เป็นประจำ</b>	
สุขภาพแข็งแรง/ยังทำงานได้	214 (48.6)	- ไม่ใช่	275 (62.5)
เลี้ยงตนเอง/ครอบครัว	150 (34.1)	- ใช้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	165 (37.5)
ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์	44 (10.0)	· แวนตา	148 (33.6)
มีหนี้สิน	19 (4.3)	· ไม้เท้า	24 (5.5)
ลดความเบื่อ เหงา	13 (3.0)	· เครื่องช่วยฟัง	4 (0.9)

ตาราง 2 ภาวะสุขภาพและความต้องการการสนับสนุนจากเครือข่ายของแรงงานผู้สูงอายุ (n = 440)

หัวข้อ (คะแนน)	จำนวน (ร้อยละ)	หัวข้อ (คะแนน)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>ด้านร่างกาย (15 คะแนน)</b>		<b>จิตวิญญาณ (45 คะแนน)</b>	
- ดี (>12)	436 (99.1)	- ควรปรับปรุง (≤36)	100 (20.7)
- ควรปรับปรุง (≤12)	4 (0.9)	- ดี (>36)	340 (77.3)
min 0, max 14,		min 25, max 47,	
mean (SD) 3.68 (2.93)		mean (SD) 38.61 (4.82)	
<b>ระดับความเครียด (80 คะแนน)</b>		<b>ความต้องการการสนับสนุนจากเครือข่าย (5 คะแนน)</b>	
- น้อย (0-24)	425 (96.6)	- ไม่มีความต้องการ (0-0.99)	138 (31.4)
- ปานกลาง (25-42)	11 (2.5)	- น้อยที่สุด (1.00-1.79)	92 (21.8)
- สูง (43-62)	4 (0.9)	- น้อย (1.80-2.59)	70 (15.9)
- รุนแรง (>62)	0	- ปานกลาง (2.60-3.39)	70 (15.9)
min 0, max 56,		- มาก (3.40-4.19)	30 (6.8)
mean (SD) 4.94 (7.70)		- มากที่สุด (4.20-5.00)	36 (8.2)
		min 0, max 5,	
		mean (SD) 1.70 (1.34)	
<b>สัมพันธภาพในครอบครัว</b>			
(20 คะแนน)			
- ไม่ดี (≤10)	30 (6.8)		
- ดี (>10)	410 (93.2)		
min 0, max 20,			
mean (SD) 18.17 (3.68)			

## 2) ผลการประเมินความพร้อมต่อการจัดการด้านอาชีวอนามัยในแรงงานผู้สูงอายุของบุคลากรภาครัฐและนายจ้าง

บุคลากรภาครัฐ จำนวน 32 คน ร้อยละ 62.5 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 44 ปี ร้อยละ 81.3 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 12.6 ปี สำหรับนายจ้างภาคเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป จำนวน 6 คน มีอายุเฉลี่ย 47.3 ปี

มิติด้านความพยายาม ขอบเขตของนโยบาย โครงการ และกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับการจัดการด้านอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุ ซึ่งกำหนดโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่าบุคลากรภาครัฐและนายจ้างทุกคน ให้ความเห็นว่าส่วนกลางและส่วนภูมิภาคไม่มีนโยบายที่เอื้อต่อการพัฒนานโยบายระดับท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องต่อการจัดการด้านอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุโดยตรง แต่มีนโยบายการจัดการด้านอาชีวอนามัยในกลุ่มแรงงานในท้องถิ่น



ดังนั้นหน่วยงานจึงไม่มีนโยบาย เป้าหมาย แผนงาน ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์/แผนปฏิบัติงานที่มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของแรงงานสูงอายุไว้อย่างชัดเจน ไม่มีโครงการ/กิจกรรมต่าง ๆ เพื่อป้องกันปัญหา จึงไม่มีผลการปฏิบัติงาน แผนการติดตามกำกับ และประเมินผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

**มิติด้านการรับรู้ของความพยายาม**  
การรู้และการนำนโยบาย โครงการ และกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับการจัดการด้านอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุไปปฏิบัติของบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพบว่าทุกคนให้ความเห็นว่าหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาคไม่มีการสื่อสารนโยบาย เป้าหมาย แผนงาน/ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์/แผนปฏิบัติงาน โครงการ/กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้านอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุ อีกทั้งหน่วยงานในท้องถิ่นไม่ทราบถึงประโยชน์ ผลกระทบที่จะได้รับจากการจัดการด้านอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุ และไม่มีเครือข่าย/ทีมงาน และบุคลากรมาให้ความรู้ด้านการจัดการอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุโดยตรง อย่างไรก็ตามหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาคมีการสื่อสารนโยบาย เป้าหมาย แผนงาน/ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์/แผนปฏิบัติงาน โครงการ/กิจกรรมต่าง ๆ และให้หน่วยงานรับทราบถึงประโยชน์และผลกระทบที่จะได้รับจากการจัดการด้านอาชีวอนามัยเฉพาะในกลุ่มแรงงานท้องถิ่นเท่านั้น

**มิติด้านผู้นำ** การสนับสนุนและการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการจัดการด้านอาชีวอนามัยแรงงานสูงอายุของบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพบว่าทุกคนให้ความเห็นว่า เนื่องจากหน่วยงานไม่มีนโยบาย เป้าหมาย แผนงาน/ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์/แผนปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้านอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุไว้อย่างชัดเจน ดังนั้นผู้บริหาร/หัวหน้างานจึงไม่ได้

กำหนดเป้าหมาย วางแผนการปฏิบัติงาน การสร้างทีมงาน การเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่ทีมงานในการปฏิบัติงาน การอำนวยความสะดวก การสื่อสารกับหน่วยงาน/เครือข่ายภายนอก เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุ

**มิติด้านทัศนคติ** มุมมองของบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อปัญหาการจัดการด้านอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุ รวมถึงความตระหนักและความต้องการในการแก้ไขปัญหา พบว่าบุคลากรภาครัฐ 30 คนและนายจ้างทุกคน ให้ความเห็นที่ตนเองมีความตระหนักต่อปัญหาด้านอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุ และต้องการให้มีการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เนื่องจากผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ ดังนั้นการจัดการด้านอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุจึงมีความจำเป็นเพื่อให้แรงงานสูงอายุมีสภาพดีและได้รับการดูแลแก้ไขปัญหา ด้วยรูปแบบหรือวิธีการเฉพาะสำหรับปัญหานั้น ๆ โดยมีความคิดเห็นว่าหน่วยงานของตนเองสามารถร่วมแก้ไขปัญหาด้านอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุได้ และตนเองมีความยินดีและให้ความร่วมมือเพื่อวางแผนและดำเนินงานอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุ

**มิติด้านความรู้** ความรู้ของบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประเด็นสาเหตุของปัญหาผลกระทบ วิธีการแก้ไขปัญหาและวิธีการถ่ายทอดความรู้ให้แก่แรงงานสูงอายุ พบว่าทุกคนให้ความเห็นว่า หน่วยงานไม่ได้สำรวจและรวบรวมสถิติจำนวนแรงงานสูงอายุ อุบัติเหตุจากการทำงาน และประเภทงานที่ผู้สูงอายุประกอบอาชีพในท้องถิ่น ไม่มีการวิเคราะห์สาเหตุ ผลกระทบ และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงานรวมทั้งไม่มีการค้นหาวิธีการป้องกันอันตราย การจัดทำคู่มือพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานสูงอายุ การฝึกอบรมให้ความรู้ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ

หน่วยงานอื่น รวมทั้งไม่มีการสร้างความตระหนัก และแรงจูงใจในการป้องกันอันตรายจากการทำงานของแรงงานสูงอายุ

**มิติด้านทรัพยากร** ความเหมาะสมและความเพียงพอต่อทรัพยากรที่ใช้ในการสนับสนุนในการจัดการด้านอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุ ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ และเทคโนโลยีต่าง ๆ พบว่าทุกคนให้ความเห็นว่าหน่วยงานมีบุคลากรที่มีทักษะและประสบการณ์ในงานด้านสูงอายุ แต่ไม่มีบุคลากรที่เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัยโดยตรง หากเป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุ ไม่มีเครือข่ายภายนอกและทีมงานภายในชุมชนที่ให้การสนับสนุน ไม่มีระบบทะเบียนแรงงาน และไม่มีการประเมินสนับสนุนจากหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาคในการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุ

ผลการประเมินระดับความพร้อมของชุมชนต่อการจัดการด้านอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุ ทั้ง 6 มิติ พบว่าในกลุ่มบุคลากรภาครัฐ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 ซึ่งเป็นความพร้อมระดับ 2 (Denial / Resistance) เช่นเดียวกับกลุ่มนายจ้าง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.33 (ความพร้อมระดับ 2) หากพิจารณาภาพรวมทั้งสองกลุ่มพบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 2.30 ความพร้อมระดับ 2 เป็นระดับปฏิเสธหรือต่อต้าน ซึ่งหมายถึงสมาชิกในชุมชนบางส่วนมีการรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นในชุมชนเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

## อภิปรายผล

### ภาวะสุขภาพของแรงงานสูงอายุ

แรงงานส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและค้าขาย โดยให้เหตุผลของการทำงานว่ายังมีสุขภาพที่ดีและต้องการรายได้ซึ่งสอดคล้องกับ

ผลการสำรวจผู้สูงอายุทั่วไป เมื่อปี พ.ศ.2558<sup>16</sup> แม้ว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างจะมีโรคประจำตัวอยู่สำหรับภาวะสุขภาพทั้ง 4 ด้าน พบว่ามีภาวะสุขภาพด้านร่างกายอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยกิตติมาพร โลกาวิทย์ (2556)<sup>17</sup> พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพดีและไม่รู้สึกเครียด หรือมีความเครียดระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยโดยพิมพ์สุทธิ บัวแก้ว และคณะ (2559)<sup>18</sup> พบว่าสภาวะด้านจิตใจของผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 80 ไม่เคยมีความรู้สึกในชีวิตไม่มีคุณค่าหมดหวังและไม่มีความสุข รongลงมาไม่เคยรู้สึกเหงา หงุดหงิด วิตกกังวล สำหรับด้านสังคมพบว่าแรงงานสูงอายุมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี มีการปฏิบัติต่อกันในครอบครัวเป็นประจำ และปรึกษาหารือกันเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นหรือร่วมตัดสินใจ ช่วยเหลือและเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชลกร ศิรวรรณะ และคณะ (2556)<sup>19</sup> พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุในเคหะชุมชนดินแดง กรุงเทพมหานคร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีความต้องการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นอยู่ในระดับน้อยที่สุด สำหรับความต้องการช่วยเหลือจากผู้อื่นของแรงงานผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีความต้องการด้านสวัสดิการ ความมั่นคงของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพและทางสังคม ด้านจิตวิญญาณภาพรวมอยู่ในระดับดี และเห็นคุณค่าในตัวเอง มีความภาคภูมิใจในตัวเอง และตนเองมีคุณค่าเท่าเทียมกับผู้อื่น สามารถมีความสุขในการอยู่ร่วมกับคนในชุมชน/สังคม เช่นเดียวกับการศึกษาของพรทิพย์ สุขอดิศัย และคณะ (2557)<sup>20</sup> ประเด็นด้านวิถีชีวิตและแนวทางการมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก

โดยได้ปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้ชีวิตตนเองมีความสุข เพื่อสุขภาพที่ดีและเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในชีวิต และกำหนดเป้าหมายในชีวิตอย่างชัดเจน

### ความพร้อมของชุมชนต่อการจัดการด้านอาชีวอนามัยในแรงงานผู้สูงอายุ

มิติด้านความพยายามและการรับรู้ของความพยายาม พบว่าหน่วยงานในท้องถิ่นไม่มีนโยบายเป้าหมาย แผนงานยุทธศาสตร์ กลยุทธ์/แผนปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของแรงงานผู้สูงอายุ ไม่มีการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใด ๆ เพื่อป้องกันปัญหาอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง แม้ว่าแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559) มีการกำหนดแผนงานการส่งเสริมการใช้สิทธิแรงงานขั้นพื้นฐานในสถานประกอบการโดยเฉพาะด้านสุขอนามัยและความปลอดภัย การไม่เลือกปฏิบัติ ควบคุมการเปิดโอกาสการทำงานสำหรับผู้สูงอายุ สตรี และคนพิการได้ตามศักยภาพมากขึ้นบนหลักสิทธิพื้นฐานและการเพิ่มผลิตภาพด้านแรงงาน<sup>21</sup> นอกจากนี้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ พ.ศ. 2558-2560 ครอบคลุมประเด็นด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ การพัฒนาผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรี การบริการสาธารณะที่เอื้ออำนวยต่อผู้สูงอายุ และองค์กรทุกภาคส่วนมีการประสานและดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล<sup>22</sup> สำหรับในพื้นที่ของแรงงานสูงอายุกลุ่มตัวอย่างอาจไม่ได้ดำเนินงานหรือกิจกรรมด้านอาชีวอนามัยโดยตรง แต่ทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราชได้กำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ

ระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ตามนโยบายระบบสุขภาพอำเภอ และได้ดำเนินงานตามโครงการผู้สูงอายุระยะยาวตั้งแต่ปี 2555 และมีการดำเนินงานตามโครงการเพื่อดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในปี 2559<sup>23</sup> ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพทางกายและจิตใจที่ดี

มิติด้านผู้นำและด้านทัศนคติ เนื่องจากหน่วยงานในท้องถิ่นไม่มีนโยบาย แผนงาน/ยุทธศาสตร์การสร้างทีมหรือเครือข่ายในการดำเนินงานอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุไว้อย่างชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามบุคลากรทั้งในหน่วยงานภาครัฐและนายจ้างมีความตระหนักต่อปัญหา และต้องการให้มีการแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัยของแรงงานสูงอายุในพื้นที่ และมีความยินดีให้ความร่วมมือในการดำเนินงานดังกล่าว ซึ่งตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ได้ระบุไว้ว่า การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม ได้กำหนดให้หน่วยงานรับผิดชอบประกอบด้วย กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และองค์กรปกครองส่วน<sup>24</sup> ซึ่งในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ศึกษา ได้มีการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในท้องถิ่นและบุคลากรในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุขดูแลผู้สูงอายุ และญาติ/บุคคลในครอบครัว ตามแผนงานนโยบายระบบสุขภาพอำเภอและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งเป็นแผนงานหรือโครงการดูแลสุขภาพโดยรวมแต่ไม่ได้เฉพาะเจาะจงด้านอาชีวอนามัย อย่างไรก็ตามการดำเนินงานบางกิจกรรมย่อมส่งผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของแรงงานสูงอายุโดยรวม

มิติด้านความรู้และด้านทรัพยากร พบว่าหน่วยงานในท้องถิ่นไม่มีการสำรวจและรวบรวมสถิติ

หรือจัดทำระบบทะเบียนแรงงานผู้สูงอายุ ประเภทงานที่ผู้สูงอายุประกอบอาชีพ ไม่มีการวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ อันตรายและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงาน รวมทั้งไม่มีแผนงานเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งขาดบุคลากรและงบประมาณต่อการดำเนินงานอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุ แม้ว่ากระทรวงแรงงานได้ประกาศกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุในการประกอบอาชีพและฝึกอาชีพที่เหมาะสม (พ.ศ. 2557) โดยระบุให้จัดหาอาชีพที่เหมาะสมตามควรแก่อัตภาพให้แก่ผู้สูงอายุและสนับสนุนให้ส่วนราชการหน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชนมีส่วนร่วมดำเนินการฝึกอาชีพและประกอบอาชีพที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุ โดยให้ได้รับสิทธิประโยชน์ ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการพัฒนาฝีมือแรงงาน<sup>25</sup> และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ. ศ. 2545 - 2564) ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุ ระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ระบุถึงมาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ<sup>26</sup> ซึ่งการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา พบว่าได้ดำเนินงานตามแผนงานนโยบายระบบสุขภาพอำเภอและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งได้กล่าวไว้ตามข้างต้น ได้แก่ การจัดอบรมทีมงานการดูแลสุขภาพรวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในการดูแลตัวเอง การจัดองค์การ จัดบุคลากร ประสานงานเครือข่าย การมอบหมายงานแก่ทีมบุคลากร การควบคุม และติดตามประเมินผลตามแผนงานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

หากพิจารณาตามระดับความพร้อมของชุมชนต่อการจัดการด้านอาชีวอนามัยในแรงงานผู้สูงอายุ ทั้ง 6 มิติ พบว่าจัดอยู่ระดับที่ 2 เป็นระดับการปฏิเสธ/การต่อต้าน ซึ่งหมายถึงสมาชิกในชุมชนบางส่วนเท่านั้นที่รับรู้และตระหนักถึงปัญหา

ที่เกิดขึ้นในชุมชนเพียงเล็กน้อย เนื่องจากหน่วยงานในท้องถิ่นไม่มีนโยบายหรือแผนงานใด ๆ ต่อการดำเนินงานอาชีวอนามัยในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่แรงงานสูงอายุในระบบในชุมชนชายทะเลฝั่งตะวันออกของประเทศไทย ของฉันทนา จันทวงศ์ และคณะ (2559)<sup>27</sup> พบว่าการจัดบริการอาชีวอนามัยแก่แรงงานสูงอายุในระบบ เป็นการบริการที่ให้กับผู้รับบริการทั่วไป ไม่ได้จัดบริการอาชีวอนามัยให้กลุ่มใดเป็นพิเศษ โดยเฉพาะแรงงานสูงอายุไม่ได้มีกลวิธีหรือโครงการเฉพาะใด ๆ แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ แม้ว่าแรงงานผู้สูงอายุไม่ได้รับบริการด้านอาชีวอนามัยโดยตรง แต่แรงงานสูงอายุยังคงได้รับการดูแลสุขภาพทั่วไปอย่างต่อเนื่องตามนโยบายตำบลต้นแบบผู้สูงอายุระยะยาวระดับจังหวัด และเป็นโครงการนำร่องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับพื้นที่ โดยการดำเนินงานร่วมกันระหว่างครอบครัว ชุมชน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดสรรและวางแผนการพัฒนากำลังคนทั้งด้านสุขภาพ สังคม และรูปแบบการจัดบริการระยะยาวโดยชุมชนมีส่วนร่วม จึงทำให้แรงงานสูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี

อย่างไรก็ตามการจัดการจัดการอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุยังคงมีความจำเป็นต่อการดูแลสุขภาพของแรงงานสูงอายุ เนื่องจากรูปแบบการทำงานส่วนใหญ่เป็นภาคเกษตรกรรม ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารเคมี มีท่าทางการทำงานและพฤติกรรมการทำงานที่ไม่เหมาะสม<sup>28</sup> ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุยังคงทำงานจึงมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บจากการทำงาน ซึ่งอาจส่งผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ เพิ่มขึ้นมากกว่าผู้สูงอายุโดยทั่วไป เนื่องจากแรงงานสูงอายุอาจมีโรคประจำตัวและการเสื่อมถอยของสภาพร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการจัดงานและสภาพแวดล้อมการทำงาน รวมทั้งการจัดบริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐาน จึงมีความ

จำเป็นต่อคุณภาพชีวิตของแรงงานสูงอายุ โดยอาศัย การสนับสนุนและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น

## ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานภาครัฐควรพัฒนารูปแบบการ ถ่ายทอดนโยบายให้แก่หน่วยงานระดับท้องถิ่น เพื่อให้การดำเนินงานและพัฒนางานอาชีวอนามัย ในแรงงานสูงอายุสอดคล้องกับนโยบายของรัฐ และ หน่วยงานระดับท้องถิ่นควรริเริ่มเตรียมความพร้อม การจัดการอาชีวอนามัยในแรงงานสูงอายุ ให้มีความ เชื่อมโยงจากสภาพปัญหาของชุมชน ได้แก่ การรวม รวมข้อมูลการทำงาน สถิติการบาดเจ็บและอุบัติเหตุ จากการ ทำงาน การจัดหาทรัพยากรบุคคล การสร้าง ทีมงานในท้องถิ่น รวมทั้งสร้างความตระหนักความ เข้าใจร่วมกันในทีม ต่อการพัฒนางานอาชีวอนามัย เพื่อรองรับแรงงานสูงอายุในชุมชนต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ผลงานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัย วลัยลักษณ์ (สัญญาเลขที่ 06/2560)

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน. ผลการดำเนินงาน ตามแผนปฏิบัติการแรงงานผู้สูงอายุ ประจำปี งบประมาณ 2556 แผนปฏิบัติการด้านแรงงาน ผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ 2557. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 28 ตุลาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.mol.go.th/images/Plan\\_old\\_2557.pdf](http://www.mol.go.th/images/Plan_old_2557.pdf)
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2558.
3. กระทรวงการพัฒนากำลังคนและความมั่นคง ของมนุษย์. แผนปฏิบัติการกระทรวงการ พัฒนากำลังคนและความมั่นคงของมนุษย์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2559. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 4 เมษายน 2559]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.m-society.go.th>
4. สำนักงานสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานผลเบื้องต้นการสำรวจประชากรใน ประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงาน สถิติแห่งชาติ; 2557.
5. เกรียงศักดิ์ ชื่อเลื่อม, สมชาย วิริภิมย์กุล, ปราณี สุทธิสุนทร, จำรูญ มีชนอน. คุณภาพ ชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย. วารสารควบคุมโรค 2554;37:222-8.
6. สุพัตรา ศรีวิณิชชากร และคณะ. รายงาน การวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยบูรณาการ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์ รวม. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการวิจัย แห่งชาติ; 2556.
7. เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, กุศล สุนทรธาดา, เสาวภา พรสิริพงษ์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, พัต ธนี วินิจจะกุล, วราพร ศรีสุพรรณ และคณะ. การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม. วารสาร วิจัยระบบสาธารณสุข 2557;8:120-31.
8. คีมาลักษณ์ ดีธีสวัสดิ์เวทย์, พิไลลักษณ์ พลพิลา, พิเชษฐ โฉมเฉลา, จรรยาภักษ์ เยทส์, โสภภาพรรณ จิรินรัตศัย, ฟาอีชะ โตะโยะ และ คณะ. การพัฒนาการจัดการอาชีวอนามัยใน หน่วยบริการระดับปฐมภูมิสำหรับแรงงานนอก ระบบ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 6 ขอนแก่น 2556;20:79-92.
9. วิวัฒน์ เอกบูรณะวัฒน์. แรงงานสูงอายุ. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก [www.summacheeva.org/index\\_article\\_elder.htm](http://www.summacheeva.org/index_article_elder.htm)



10. Plested BA, Edwards RW, Jumper-Thurman P. Community Readiness: A handbook for successful change. Fort Collins: Tri-Ethnic Center for Prevention Research; 2006.
11. Stanley LR. Community Readiness for Community Change. 2nd ed. Fort Collins: Tri-Ethnic Center for Prevention Research; 2014.
12. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2559]. เข้าถึงได้จาก [https://www.tmc.or.th/psb\\_doc/psb6.pdf](https://www.tmc.or.th/psb_doc/psb6.pdf)
13. สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. โครงการต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สำนักอนามัย; 2558.
14. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, พิมพ์มาศ ตาปัญญา. รายงานการวิจัยเรื่องการสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก <http://www.themindthailand.com/files/>
15. สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. การจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในระดับตำบลอย่างมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ; 2555.
16. ศูนย์สำรวจความคิดเห็นนิด้าโพล สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ผู้สูงอายุไทยกับการทำงาน. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก <http://www.nidapoll.nida.ac.th>
17. กิตติมาพร โลกาวิทย์. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี 2556;5:194-211.
18. พิมพ์สิทธิ์ บัวแก้ว, รติพร ถึงฝั่ง. การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารสมาคมนักวิจัย 2559;21:94-109.
19. ชลกร ศิรวรรณะ, ทิพย์วัลย์ สุรินยา. การยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในชุมชน กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเคหะชุมชนดินแดง กรุงเทพมหานคร. สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ 2556;39: 80-94.
20. พรทิพย์ สุขอดิศัย, จันทร์ชลี มาพุท, และรุ่งฟ้า กิติญาณสันต์. วิถีชีวิตและแนวทางการมีสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก. วารสารการศึกษาและการพัฒนาสังคม 2557;10:90-102.
21. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบเอ็ด พ.ศ. 2555-2559. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก [http://www.nesdb.go.th/download/article/article\\_20160323112431.pdf](http://www.nesdb.go.th/download/article/article_20160323112431.pdf)
22. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช. แผนยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุจังหวัดนครศรีธรรมราช พ.ศ.2558 - 2560. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 4 มีนาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก <http://www.nakhonsithammarat.m-society.go.th/data.html>
23. พนมวัลณ์ แก้วทีด, ศศิธร ธนะภพ, และยุทธนา สุทธิธนากร. การบริหารโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลท่าซิ่น อ.ท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2559;11: 2-11.

24. ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การกำหนดหน่วยงานผู้มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2556 พ.ศ. 2553. หน้า 9 เล่ม 127 ตอนพิเศษ 151 ง ราชกิจจานุเบกษา 29 ธันวาคม 2553.
25. ประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง ประกาศกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุในการประกอบอาชีพและฝึกอาชีพที่เหมาะสม. หน้า 7 เล่ม 121 ตอนพิเศษ 106 ง ราชกิจจานุเบกษา 27 กันยายน 2547.
26. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ( พ. ศ. 2545 - 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสย์; 2553.
27. ฉันทนา จันทวงศ์, นันทพร ภัทรพุทธ, วรรณภา ลือกิตตินันท์, กัญจนวลัย นนทแก้ว แพร์รี่. อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการประกอบอาชีพ คุณภาพชีวิต และข้อเสนอแนะในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่แรงงานสูงอายุนอกกระบบ: กรณีศึกษาในชุมชนชายทะเลฝั่งตะวันออกของประเทศไทย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี 2559; 32:1-14.
28. เบญจพร ทองมาก. การศึกษาปัญหาอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบภาคเกษตรกรรม กรณีศึกษาชุมชนตำบลหัวทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา 2555;5:25-31.