

อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการประกอบอาชีพ คุณภาพชีวิต และ  
ข้อเสนอแนะในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่แรงงานสูงอายุ  
นอกระบบ: กรณีศึกษาในชุมชนชายทะเลฝั่งตะวันออกของประเทศไทย

AN OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY IN WORKING, A QUALITY OF LIFE  
AND A PROPOSAL OF HEALTH SERVICES IN PRIMARY CARE FOR SELF-EMPLOYED  
AGING WORKERS: A CASE STUDY IN SEASHORE COMMUNITY,  
EAST COAST OF THAILAND:

ฉันทนา จันทวงศ์ สด. (Chantana Chantawong, Dr.PH.)<sup>1</sup>

นันทพร ภัทรพุทธ ปร.ด. (Nantaporn Phatrabuddha, Ph.D.)<sup>2</sup>

วรรณภา ลือกิตินันท์ วท.ด. (Wannapa Luekitinan, Ph.D.)<sup>3</sup>

กัญจนวลัย นนทแก้ว แพร่รี, ปร.ด. (Kanvalai Nontakaew Ferry, Ph.D.)<sup>3</sup>

#### บทคัดย่อ

แรงงานสูงอายุเป็นกลุ่มที่เสี่ยงสูงต่อการเกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานเมื่อเปรียบเทียบกับแรงงานกลุ่มอื่น วิธีการวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) อาชีวอนามัย ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของแรงงานสูงอายุนอกระบบ และ 2) ศึกษาข้อเสนอแนะในการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิให้แก่แรงงานสูงอายุในชุมชนชายทะเลฝั่งตะวันออกของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างมี 3 กลุ่มตามประเภทของการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) การใช้แบบสัมภาษณ์แรงงานสูงอายุ อายุ 50 ปีขึ้นไป อาชีพค้าขายแถบชายทะเลบางแสนและอ่างศิลาจำนวน 200 คน การเก็บข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่มแรงงานสูงอายุจำนวน 28 คน 2) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารสถานบริการระดับปฐมภูมิ จำนวน 3 คน และ 3) การสนทนากลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพแรงงานสูงอายุ จำนวน 44 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า 1) แรงงานสูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85) อายุเฉลี่ย 59.77 ปี มีการสัมผัสความร้อนหรือทำงานกลางแจ้ง (ร้อยละ 72) บาดเจ็บจากการถูกอาหารทะเลที่มือ มีดบาด (ร้อยละ 44.5 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 29 มีปัญหาปวดหลัง เอว ขา หัวเข่า จากการยืนนาน นั่งนาน เมื่อเจ็บป่วยรับการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน ร้อยละ 52 และไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (ร้อยละ 19) มีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 84) 2) ข้อเสนอแนะแนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานบริการระดับปฐมภูมิ จากผลการสนทนากลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพแรงงานสูงอายุ ได้เสนอแนะ รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก เชิงรับ ทิมทำงาน และกลไกการทำงาน

<sup>1</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Email : chantana@buu.ac.th

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Email : nantapor@buu.ac.th

<sup>3</sup> อาจารย์ คณะการจัดการและการท่องเที่ยว มหาวิทยาลัยบูรพา

ผลการวิจัยสามารถเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้แก่กระทรวงสาธารณสุขในการจัดบริการอาชีวอนามัย โดยควรมีหลักสูตรอบรม จัดอบรมความรู้ทักษะให้เจ้าหน้าที่ ควรเพิ่มงบประมาณสำหรับบริการอาชีวอนามัย รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยนั้นหน่วยงาน สคร รพศ.เจ้าหน้าที่สุขภาพของเทศบาลร่วมกับเจ้าหน้าที่ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ร่วมกันบริหารจัดการการให้บริการ การจัดตั้งเครือข่ายในการทำงานดูแลแรงงาน อายุ ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ กับ อสม. ของพื้นที่ชายทะเล ในการให้บริการเชิงรุกและเชิงรับให้แก่แรงงาน อาชีวอาชีพค้าขายชายทะเล

**คำสำคัญ:** อาชีวอนามัยและความปลอดภัย, คุณภาพชีวิต, แรงงานสูงอายุ, การจัดการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

### Abstract

Aging workers are at higher risk of illness and injury from working than other groups. This mixed method research aimed to investigate occupational health, safety, and quality of life of aging workers in the seashore community and make suggestions for occupational health service in primary care unit. The research was conducted into 3 parts. The first part interviewed 200 self-employed aging workers aged over 50 years old at Bangsaen and Ang-Sila beach, then focus group discussion with 28 workers. The second part, in-depth interview was used to interview 3 directors of primary care unit. The third part, focus group discussion was arranged in 44 municipal officers who were providing care for the aging workers. The descriptive statistics such as percentage, mean, and standard deviation were used to analyze quantitative data and content analysis was used to analyze qualitative data.

The results found that 85 % of aging workers were females with 59.77 years of age average; 72 % of the workers had exposed to heats sources, 44.5 % was injured by pricking and cutting, and 29% had hypertension. Most workers had pain at back, waist, leg, and knee from too long standing or sitting at work. About 52% of the aging workers sought treatment from tertiary and secondary health care services and 19% seeking treatment from the primary care unit. Mostly, quality of life of the aging workers was at moderate level (84%). The municipal officers and directors of primary care unit proposed the occupational health service's model for health promoting hospital for the self-employed aging workers, including outreach services and on- site services, team building, and working process guidelines.

The findings could be used for guiding the policy for the Ministry of Public Health to provide occupational health services in the primary care unit by arranging more training courses for health personnel and granting more budget for occupational health services. The model for occupational health service in primary care unit should be evolved between occupational health officers from disease prevention and control office,

occupational health working group of tertiary hospital, nurses from municipality office, directors of health promoting hospital, and village health volunteers to provide the outreach and on-site services.

**Keywords:** occupational health and safety, quality of life, self-employed aging worker, primary care service

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะด้านกำลังแรงงานจะมีแรงงานสูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในกำลังแรงงานเพิ่มขึ้น และถือว่าเป็นแรงผลักดันที่สำคัญในการขับเคลื่อนการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2553 พบว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่ทำงาน จำนวน 3.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 38.8 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ส่วนใหญ่ทำงานในฐานะแรงงานนอกระบบถึงร้อยละ 90.3 ของผู้สูงอายุที่มีงานทำทั้งหมด ซึ่งเป็นผู้ทำงานที่ไม่ได้รับสวัสดิการด้านสิทธิคุ้มครองสุขภาพตามกฎหมายแรงงาน ไม่มีระบบประกันสังคมแต่ยังคงได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร (ไตรมาสที่ 1) พ.ศ. 2552 พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60 ถึง 69 ปี) ยังคงทำงานต่อในสัดส่วนที่สูงพอสมควร (ร้อยละ 52) พอเข้าสู่ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) อัตราการมีส่วนร่วมในการทำงานลดลง แต่ก็ยังทำงานกันอยู่ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554)

ในบริบทของการทำงาน บุคคลที่ทำงานมักมีโอกาสนสัมผัสกับปัจจัยคุกคามสุขภาพจากสภาพแวดล้อมการทำงานและสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน (วิทยา อยู่สุข, 2549; Driscoll & Fingerhut, 2008) ซึ่งปัจจัยคุกคามสุขภาพจากสภาพแวดล้อมการทำงานประกอบด้วย ปัจจัยด้านกายภาพ

ด้านเคมี ด้านชีวภาพ ด้านการยศาสตร์และด้านจิตสังคม ส่วนสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ การทำงานกับอุปกรณ์ของมีคม รวมทั้งสภาพพื้นที่การทำงานที่ไม่สะอาดและไม่เป็นระเบียบ (สมาคมส่งเสริมความปลอดภัยและอนามัยในการทำงาน, 2547; Occupational Safety and Health Administration [OSHA], 1999; Rogers, 2003) การสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพในการทำงานจึงอาจส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานหรืออีกนัยหนึ่งคือการเบี่ยงเบนทางสุขภาพของคนทำงาน (ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, ธาณี แก้วธรรมานุกุล, วันเพ็ญ ทรงคำ และญาติ ทิพย์เจริญทรัพย์, 2553; พรพิมล กองทิพย์, 2545; วิทยา อยู่สุข, 2549; อนามัย เทศกะทีก, 2551; Rogers, 2003) รวมทั้งคุณภาพชีวิตด้วย โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานสูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเบี่ยงเบนทางสุขภาพจากการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานดังกล่าว (Frazer & Sargeant, 2010) ประกอบกับโดยธรรมชาติแรงงานสูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย เช่น การลดลงของกำลังกล้ามเนื้อสูงสุด การควบคุมท่าทาง และความสมดุลร่างกาย การนอนหลับ การควบคุมอุณหภูมิร่างกายสายตาและการได้ยิน (วิวัฒน์ เอกบูรณะวัฒน์, 2553) รวมทั้งความเสี่ยงจากโรคเรื้อรังทำให้แรงงานสูงอายุที่ทำงานเป็นกลุ่มที่เสี่ยงสูงต่อการเกิดการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานเมื่อเปรียบเทียบกับแรงงานกลุ่มอื่น (Vahidi, Nekoui, & Sadeghi, 2008)

การสำรวจการทำงานของผู้สูงอายุ ที่มีอายุ

60 ปีขึ้นไป (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556) พบว่า ผู้สูงอายุยังคงทำงานร้อยละ 39.4 ของผู้สูงอายุทั้งหมด อาชีพของผู้สูงอายุที่ทำงาน ทำอาชีพด้านค้าขายร้อยละ 14.5 การได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน ร้อยละ 15.6 ส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บจากของมีคมบาด/ ติ่ม/แทง มากที่สุด ร้อยละ 66.3 รองลงมาเป็นการ พลัดตกหกล้ม ร้อยละ 20.2 ปัญหาจากการทำงานคือ ทำงานหนัก ร้อยละ 30.7 ปัญหาความไม่ปลอดภัยในการทำงาน คือ ได้รับสารเคมีเป็นพิษ ร้อยละ 68.4 ปัญหาในการทำงานของผู้สูงอายุที่เป็นแรงงานนอกระบบ ได้แก่ มีปัญหาเรื่องอิริยาบถในการทำงาน คือ ไม่ค่อยได้เปลี่ยนลักษณะท่าทาง/อิริยาบถในการทำงาน มากที่สุด ร้อยละ 70.7 รองลงมาทำงานในที่ที่มีฝุ่น คว้น กลิ่น ร้อยละ 8.9 นอกจากนี้ปัญหาของผู้สูงอายุที่เป็นแรงงานนอกระบบ คือ ไม่สามารถเข้าถึงบริการต่าง ๆ ตามที่กฎหมายกำหนด เช่น บริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และฉัตรสมน พดุมิภิญโญ (2552) ศึกษาการทำงานของผู้สูงอายุไทย พบว่ากระบวนการทำงานของผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ ความมั่นคงทางการเงินและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ศูนย์เฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคมจังหวัดเพชรบุรี (2555) สสำรวจข้อมูลความเสี่ยงของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรีด้านการมีงานทำและมีรายได้ปี 2555 พบว่า การทำงานของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขคือได้ทำงานที่ตนเองชอบและมีรายได้ของตนเอง ส่วนเหตุผลที่ผู้สูงอายุไม่มีความสุขคือปัญหาเรื่องเศรษฐกิจและถูกทอดทิ้ง ไม่มีคนเลี้ยงดู ดังนั้นการทำงานของผู้สูงอายุจึงเป็นวิธีการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจเพื่อให้มีรายได้เป็นค่าใช้จ่ายด้านอาหารและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ซึ่งมีผลทางอ้อมต่อความมั่นคงด้านสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องดูแลสุขภาพ ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้แก่แรงงานสูงอายุที่ประกอบอาชีพเกี่ยวข้องกับบริการท่องเที่ยว ซึ่งจะมี

แรงงานสูงอายุประกอบอาชีพนี้มากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากการเจริญเติบโตด้านการท่องเที่ยวมากขึ้นทุกวัน

จังหวัดชลบุรี เป็นเมืองชายฝั่งทะเลตะวันออก มีชายหาดที่นักท่องเที่ยวนิยมมาพักผ่อนหย่อนใจ บริเวณชายหาดบางแสนและอ่างศิลาถิ่นมาก และแรงงานสูงอายุเป็นกลุ่มที่ทำอาชีพค้าขายอาหารที่ริมหาดจำนวนไม่น้อย ซึ่งเกณฑ์กำหนด “แรงงานสูงอายุ” (ageing worker) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2003) ได้ให้ความหมายแรงงานสูงอายุว่าหมายถึงแรงงานที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป เพราะเป็นวัยที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายโดยเฉพาะศักยภาพและความสามารถในการทำงานของแรงงานสูงอายุ (Ilmarinen, 2006) ในการวิจัยครั้งนี้ จึงมุ่งเน้นศึกษาในแรงงานสูงอายุที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป เนื่องจากอาชีพค้าขายอาหารชายทะเลเป็นงานที่ค่อนข้างหนักต้องทำงานในทุกชั้นตอนของการปรุงอาหารขายและอยู่ค้าขายเองตลอดทั้งวัน

การบริการอาชีวอนามัยของสถานบริการระดับปฐมภูมิ เป็นการให้การดูแลสุขภาพผู้ประกอบอาชีพให้สามารถทำงานได้อย่างปลอดภัยปราศจากอันตราย ภายใต้งานและสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ซึ่งให้บริการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ประกอบด้วย การบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก เช่น การประเมินและปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน การให้อาชีพสุขศึกษา เป็นต้น และการบริการอาชีวอนามัยเชิงรับที่เน้นการตรวจคัดกรองตามความเสี่ยงของงาน การปฐมพยาบาลเบื้องต้น อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ จำนวนบุคลากรที่ทำงานด้านนี้โดยตรง การจัดระบบบริการสุขภาพให้กับแรงงานนอกระบบ การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จนทำให้ขาดการผลักดันเชิงนโยบาย และการจัดสรรงบประมาณ (อรพิน วิมลภูษิต, 2556) จากเหตุผล

ความจำเป็นดังกล่าว รวมทั้งยังมีการศึกษาเรื่องนี้ไม่มากนัก การศึกษาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย สภาพการทำงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน สุขภาพ และคุณภาพชีวิตของแรงงานสูงอายุในชุมชนชายทะเลจึงมีความจำเป็น เพื่อนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายและแนวทางการจัดบริการสุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยแรงงานสูงอายุในชุมชนชายทะเล โดยเฉพาะในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีสถานที่ตั้งอยู่ใกล้ชิดที่ทำงานของแรงงานสูงอายุ และผู้สูงอายุมาใช้ บริการรักษาสุขภาพเป็นประจำ จึงควรจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมตามความเสี่ยงของงานอย่างถูกต้องตามหลักอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ซึ่งจะส่งผลให้แรงงานสูงอายุสามารถประกอบอาชีพเพื่อสร้างรายได้ในการเลี้ยงดูตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างมั่นคงยั่งยืน เพื่อเป็นการดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุให้เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่ทรงคุณค่าและมีศักยภาพในสังคม

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาชีวอนามัย ความปลอดภัย สภาพการทำงาน สภาพแวดล้อมการทำงาน สุขภาพ และคุณภาพชีวิตของแรงงานสูงอายุ
2. ศึกษาข้อเสนอแนะแนวทางการดูแลสุขภาพ อาชีวอนามัย และความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุในชุมชนชายทะเลฝั่งตะวันออกของประเทศไทย

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดปัจจัยสามทางระบอดวิทยาในงานอาชีวอนามัยหมายถึง ปัจจัยหลักทางระบอดวิทยา 3 ประการที่มีอิทธิพลเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจากการทำงาน (CDC, 2013) ประกอบด้วย

1. คนทำงานหรือผู้ประกอบการอาชีพ (Workers) แต่ละคนย่อมแตกต่างกันด้านคุณสมบัติพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ประสบการณ์การทำงาน สุขภาพ

ความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงาน การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงาน และความต้องการการสนับสนุน เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงาน ซึ่งทำให้มีความสามารถในการทำงานที่แตกต่างกัน มีโอกาสเกิดโรคหรือการบาดเจ็บจากการทำงานที่แตกต่างกัน

2. สภาพการทำงาน (Working condition) ได้แก่ ระบบงาน กระบวนการทำงาน ลักษณะการทำงาน ตำแหน่งหน้าที่การงาน ชั่วโมงการทำงาน การพักระหว่างเวลางาน การทำงานเป็นผลัด ปริมาณงาน รวมทั้งสวัสดิการพื้นฐาน

3. สภาพแวดล้อมในการทำงาน (Environment condition) ประกอบด้วยทั้งด้านกายภาพ (ความร้อน แสง เสียง ความสั่นสะเทือน) เคมี (สารเคมีทุกชนิดที่ใช้ในการทำงาน) ชีวภาพ (เชื้อโรค สัตว์และแมลงนำโรค) การยศาสตร์ (ท่าทางการทำงาน ฯลฯ) และสังคมจิตวิทยา (การทำงานหนักเกินไป สัมพันธภาพ) ที่ส่งผลต่อสุขภาพผู้ประกอบการอาชีพ

ในภาวะสมดุลระหว่างปัจจัยทั้งสาม ทำให้ไม่มีโรคเกิดขึ้น ในภาวะผิดปกติจะเกิดความไม่สมดุลของปัจจัยทั้งสาม ทำให้เกิดโรคจากการทำงานหรือการบาดเจ็บได้ แต่ถ้าภาวะสมดุลจะส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการศึกษานี้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ขององค์การอนามัยโลก ที่ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ และการดำเนินชีวิตของบุคคลในสังคม ซึ่งเป็นการประสานการรับรู้ ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน (WHO, 1994) โดยประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (physical) ด้านจิตใจ (psychological) ด้านสัมพันธภาพกับสังคม (social relationship) ด้านสิ่งแวดล้อม (environmental)

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มี 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) แรงงานสูงอายุนอกระบบที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ประกอบอาชีพค้าขายริมทาง ชายทะเลบางแสนและอ่างศิลา ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรไม่ทราบจำนวนประชากร (Roscoe, 1975) เนื่องจากแรงงานสูงอายุมาจากพื้นที่ต่างๆ ไม่ได้อาศัยอยู่ในตำบลแสนสุขและอ่างศิลาเท่านั้น คำนวณได้จำนวน 192 คน ผู้วิจัยกำหนดเพิ่มเป็น 200 คน กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ได้รับการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม 2) ผู้บริหารของสถานบริการระดับปฐมภูมิ ประชากรมีจำนวน 3 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน ถูกเลือกแบบเจาะจง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้อำนวยการ รพ.สต. หรือเป็นหัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลแสนสุขและเทศบาลอ่างศิลาทำงานที่สถานบริการแห่งนั้น ไม่ต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งให้ความร่วมมือในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการบาดเจ็บ และการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ นอกระบบ 3) บุคคลที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพแรงงานสูงอายุ ประกอบด้วยพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุขของสถานบริการระดับปฐมภูมิ พยาบาลจากกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของเทศบาล ประธาน อสม. ประธานชมรมผู้สูงอายุและตัวแทนแรงงานสูงอายุ จำนวน 44 คน ซึ่งถูกเลือกแบบเจาะจง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นบุคคลที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ หรือทำงานที่สถานบริการในระดับปฐมภูมิ ไม่ต่ำกว่า 5 ปี และให้ความร่วมมือในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ได้รับการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิแก่แรงงานสูงอายุนอกระบบ

เครื่องมือในการวิจัยมี 2 ชุด ได้แก่ 1. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบสัมภาษณ์

ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงาน ส่วนที่ 3 ความต้องการการสนับสนุนเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงาน ส่วนที่ 4 สภาพการทำงาน สุขภาพ ความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงาน ส่วนที่ 5 แบบสำรวจปัญหาด้านการยศาสตร์ และส่วนที่ 6 คุณภาพชีวิต ส่วนที่ 1-5 เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบ ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (2553). ส่วนที่ 6 เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (สุวัฒน์ มหัตถินรัตนทร์กุล และคณะ, 2540)

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวทางการสนทนากลุ่ม

### 2.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก มี 2 ส่วน คือ

2.1.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารสถานบริการระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการบาดเจ็บของแรงงานผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขายริมชายหาด 2) การจัดบริการอาชีวอนามัยของ รพ.สต. ที่ดำเนินการในปัจจุบัน

2.1.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มแรงงานสูงอายุ โดยสัมภาษณ์เกี่ยวกับบริการสุขภาพอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่ต้องการในระดับปฐมภูมิ

2.2 แนวทางการสนทนากลุ่ม (focus group) ผู้ดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย ผู้บริหารสถานบริการระดับปฐมภูมิ ผู้บริหารและพยาบาลที่รับผิดชอบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ประธาน อสม. ประธานชมรมผู้สูงอายุของทั้ง 2 เทศบาล โดยถามเกี่ยวกับการจัดบริการอาชีวอนามัยในระดับปฐมภูมิที่ดำเนินการในปัจจุบัน และ

ข้อเสนอแนะต่อการจัดบริการอาชีวอนามัยในระดับปฐมภูมิสำหรับแรงงานสูงอายุที่มีอาชีพค้าขายชายทะเลในอนาคต

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ซึ่งแบบสัมภาษณ์ ส่วนที่ 2-5 มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับแรงงานสูงอายุที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปที่มีอาชีพค้าขายที่ชายทะเลตำบลบางพระ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน พบว่าเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตมีความความเที่ยงเท่ากับ 0.76

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ ๓๖/๒๕๕๘) ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย การเชิญให้เข้าร่วมการวิจัย การขออนุญาตเข้าร่วมวิจัยโดยเต็มใจ และได้รับการบอกกล่าว (informed consent) รวมถึงได้รับแจ้งสิทธิในการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ

### วิธีดำเนินการเก็บข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนมิถุนายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้  
1) ประสานงานหน่วยงาน องค์กร และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพแรงงานสูงอายุ เพื่อขอทำการสัมภาษณ์แรงงานสูงอายุที่ทำอาชีพค้าขายริมหาดชายทะเลบางแสนและอ่างศิลา และขอความร่วมมือในการสนทนากลุ่ม 2) สัมภาษณ์แรงงานสูงอายุที่ประกอบอาชีพค้าขายริมหาดจากผู้ที่มาขอใบอนุญาตและชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการที่กองสาธารณสุขและ

สิ่งแวดล้อมของเทศบาลและค้นหาจากรายชื่อสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ รวมทั้งทีมผู้วิจัยเดินสำรวจเอง 3) ทำการสัมภาษณ์ แรงงานสูงอายุโดยใช้แบบสัมภาษณ์ 4) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารของสถานบริการระดับปฐมภูมิ สนทนากลุ่มแรงงานสูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ 5) นำผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มแรงงานสูงอายุ มานำเสนอกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพแรงงานสูงอายุ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

### ผลการวิจัย

#### 1. ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

1.1 ข้อมูลทั่วไป แรงงานสูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85) อายุเฉลี่ย 59.77 ปี อายุต่ำสุด 50 ปี สูงสุด 78 ปี สถานภาพแต่งงานและอยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 63.5) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาที่ 1-4 (ร้อยละ 68.0) มีภาวะอ้วนถึงอ้วนมาก (ร้อยละ 59.5)

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน แรงงานสูงอายุส่วนใหญ่มีอาชีพหลัก ขายอาหารปรุงสำเร็จ (ร้อยละ 49.0) อาหารทะเลสด ร้อยละ 36.5 โดยประกอบอาชีพมานาน 1-10 ปี (ร้อยละ 38.0) เป็นเจ้าของกิจการ (ร้อยละ 90.5) ทำงานทุกวัน (ร้อยละ 77.5) ทำงาน 9-12 ชั่วโมง (ร้อยละ 45)

1.3 สิ่งแวดล้อมการทำงานและสภาพการทำงานที่ก่อให้เกิดอาการผิดปกติ พบว่ามีการทำงานที่ต้องสัมผัสความร้อนหรือทำงานกลางแจ้ง (ร้อยละ 72.0) รองลงมา คือการทำงานต้องยกของหนักหรือทำงานในท่าทางที่ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อย

ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย (ร้อยละ 63.5) ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ (ร้อยละ 55.0 และ 63.5 ตามลำดับ) การทำงานที่ต้องสัมผัสความร้อนทำให้มีอาการผิวหนัง เหนียว เหงื่อออกมาก (ร้อยละ 22.0) มีผื่นแดง คันบริเวณผิวหนัง (ร้อยละ 4.5) การทำงานต้องยกของหนักหรือทำงานในท่าทางที่ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆ ของร่างกายทำให้ปวดเมื่อยเล็กน้อยพอทนได้ (ร้อยละ 41.5) มีอาการปวดเมื่อยมาก ต้องรับประทานยา (ร้อยละ 5.5)

การทำงานในบริเวณที่มีแสงสว่างจ้ามากเกินไป (ร้อยละ 59.5) โดยมีอาการแสบตา น้ำตาไหล ตาแดง ปวดตา (ร้อยละ 30.0) มีอาการเมื่อยตา ล้าตา (ร้อยละ 7.5) การทำงานในบริเวณที่ทำงานมีฝุ่นละออง ควันหรือกลิ่นจากการปรุงอาหาร (ร้อยละ 56.5) ทำให้มีอาการผื่นคันที่ผิวหนัง (ร้อยละ 7.5) ระคายเคืองทางเดินหายใจและหายใจลำบากแน่นหน้าอก (ร้อยละ 7.5)

#### 1.4 สุขภาพ

1.4.1 แรงงานสูงอายุส่วนใหญ่นอนหลับพักผ่อนวันละ 8 ชั่วโมง (ร้อยละ 34) รองลงมา คือนอนหลับพักผ่อนวันละ 7 ชั่วโมง (ร้อยละ 24.5) มีการงีบหลับช่วงกลางวัน (ร้อยละ 51) ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 89.5) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 94.0) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 57.5) เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 29.0) เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ไปรับการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน (ร้อยละ 52.0) รองลงมา ซ้ำยามารับประทาน (ร้อยละ 34) ไปรับบริการที่คลินิก (ร้อยละ 23) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (ร้อยละ 19) แรงงานสูงอายุไม่ได้รับการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงจากการประกอบอาชีพ ได้รับการตรวจสุขภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภค ได้แก่ การตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิและเชื้อหัยฟอยด์ การตรวจเลือดเพื่อหาไวรัสตับอักเสบบี การเอกซเรย์ปอดเพื่อคัดกรองวัณโรค ได้รับการตรวจน้อยมาก (ร้อยละ 1.0)

1.4.2 ปัญหาด้านการยศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่ออวัยวะร่างกายของผู้ประกอบอาชีพท่าทางในการทำงาน ส่วนใหญ่นั่งทำงานอย่างเดียว (ร้อยละ 33.5) และนั่งและยืน (ร้อยละ 18.5) ยืน (ร้อยละ 17.5) นั่ง ยืน และเดิน (ร้อยละ 13.0) โดยการยืนทำงานติดต่อกันนาน 30 นาที (ร้อยละ 68.0) ส่งผลกระทบต่อหัวเข่า ขา และเท้า (ร้อยละ 21.5) ส่งผลกระทบต่อหลัง (ร้อยละ 14.0) การนั่งทำงานติดต่อกันนาน 30 นาที (ร้อยละ 75) ส่งผลกระทบต่อหลังและเอว (ร้อยละ 12.0) หลัง (ร้อยละ 14.0) การทำงานในท่าก้มตัวหรือเอี้ยว (ร้อยละ 43.5) ส่งผลกระทบต่อหลังและเอว (ร้อยละ 18.5) การทำงานในท่า นั่งยอง (ร้อยละ 12.5) ส่งผลกระทบต่อขาและหัวเข่า (ร้อยละ 6.0) การยกของจากพื้นขึ้นวาง หรือยกของลงวางที่พื้น ช่วงระหว่างพื้นถึงเอวและสูงเหนือบ่า (ร้อยละ 47) ส่งผลกระทบต่อหลังและเอว (ร้อยละ 17) ไหล่ แขน เข่า (ร้อยละ 6)

1.4.3 ความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงาน แรงงานสูงอายุบาดเจ็บจากการถูกอาหารทะเลที่มือ มีบาดแผล ไฟลวก (ร้อยละ 44.5) การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล แรงงานสูงอายุมีความเห็นว่า จำเป็นที่ต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน (ร้อยละ 52.5) โดยอุปกรณ์ที่แรงงานสูงอายุเห็นว่า จำเป็นต้องสวมใส่ คือ ผ้ากันเปื้อน (ร้อยละ 24.5) แวนกันแดด (ร้อยละ 3)

1.5 คุณภาพชีวิต แรงงานสูงอายุส่วนมากมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ร้อยละ 84 ส่วนคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายด้านสัมพันธภาพทางสังคมด้านสิ่งแวดล้อม ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 78.5, 48.5 และ 99.5 ตามลำดับ) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจส่วนมากมีคุณภาพชีวิตในระดับดี (ร้อยละ 52.5)

## 2. ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

โรค/การบาดเจ็บ ที่แรงงานสูงอายุมารับบริการ ที่ รพ.สต. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร รพ.สต. พบว่าโรคและการบาดเจ็บที่มาใช้บริการบ่อย ได้แก่ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ แผลในกระเพาะอาหาร ท้องอืดแน่นท้อง เพราะรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา โรคปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เพราะนั่งนาน ยืนนาน โรคผิวหนัง คันจากแพ้น้ำทะเล แพ้จากการสัมผัสอาหารทะเลสด ผื่นคันตามตัวจากเหงื่อออกมาก เส้นเลือดขอดจากยืนนาน อุบัติเหตุที่พบ ได้แก่ ถูกปลาแทง ปูกัด น้ำร้อนลวก บาดแผลจากรถมอเตอร์ไซด์ล้ม รถชน มีดบาด ตะปูตำ

การบริการอาชีวอนามัยที่แรงงานสูงอายุต้องการ การสนทนากลุ่มกับแรงงานสูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่รู้จักบริการอาชีวอนามัยและไม่รู้ว่าตนเองมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างไรและไม่รู้ว่าจะไปใช้บริการได้ที่ใด รายละเอียดที่เกี่ยวข้องมีดังนี้ 1) การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงาน แรงงานสูงอายุให้ข้อมูลว่าอาชีพที่แรงงานสูงอายุชายทะเลทำอยู่มีโอกาสทำให้สัมผัสปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคและอุบัติเหตุ ดังนี้ ถูกควั่นจากท่อไอเสียรถยนต์ ในปริมาณมากเพราะค้าขายริมถนนทุกวัน ถูกแสงแดดแรง ฝุ่น ทำให้ระคายเคืองลูกตา ถูกอุปกรณ์แกะหอย ทิ่มแทงตะปูตำ แก้วบาดเท้า มีดบาด เล็บเปิด กลัวว่าจะถูกรถวิ่งมาชน เดินแล้วสะดุดล้ม รถจักรยานยนต์ล้ม ยืนนาน และยกของหนัก 2) โรคที่พบมาก ได้แก่ ปวดขา ปวดเข่าจากเข่าเสื่อม ชาอ่อนแรง ปวดหลังส่วนบน ปวดหลังส่วนล่าง ชาและแขนมีอาการชา นิ้วล็อค โรคกระเพาะอาหารอักเสบจากรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา โรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบจากการกลั้นปัสสาวะ เส้นเลือดขอดที่ขา จากยืนนาน มือเปื่อย เท้าเปื่อย เล็บเป็นเชื้อรา เล็บแตก จากการขายอาหารทะเลสด แกะหอย แสบตา เคืองตา เพราะลมแรง โรคผิวหนัง คันจากแพ้น้ำทะเล แพ้จากการสัมผัสอาหาร

ทะเลสด แต่ไม่เคยเป็นโรคลมแดด 3) การบริการสุขภาพเชิงรับที่ต้องการ ได้แก่ การกำหนดวันให้บริการแก่แรงงานสูงอายุ เช่น เดือนละ 1-2 วัน โดยกำหนดวันที่แรงงานสูงอายุส่วนใหญ่สะดวก และลดขั้นตอนและเวลาในการมารับบริการ กิจกรรมที่ต้องการ ได้แก่ ตรวจสุขภาพประจำปี ตรวจตา (ต้อกระจก ต้อเนื้อ) ตรวจสมรรถภาพทางกาย ตรวจกระดูกกล้ามเนื้อ และบริการนวดแผนไทย 4) การบริการสุขภาพเชิงรุกที่ต้องการ ได้แก่ การตรวจความเข้มข้นของฝุ่นละอองบริเวณร้านค้า การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การอบรมเรื่องลดความเมื่อยล้า ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงาน การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

2.3 การจัดบริการอาชีวอนามัยแก่แรงงานสูงอายุ นอกกระบบที่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดำเนินการในปัจจุบันและข้อเสนอแนะสำหรับอนาคต การสนทนากลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพแรงงานสูงอายุ พบว่า

2.3.1 การจัดบริการอาชีวอนามัยแก่แรงงานสูงอายุ นอกกระบบในปัจจุบัน เป็นบริการที่ให้กับผู้รับบริการทั่วไป ไม่ได้จัดการบริการอาชีวอนามัยให้กลุ่มใดเป็นพิเศษ โดยเฉพาะแรงงานสูงอายุไม่ได้มีกลวิธีหรือโครงการเฉพาะใด ๆ

2.3.2 ข้อเสนอแนะต่อการจัดบริการสุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยแก่แรงงานสูงอายุ นอกกระบบในอนาคต มีองค์ประกอบ ดังนี้

1) รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับ เนื่องจากลักษณะอาชีพส่งผลต่อสุขภาพไม่มาก ยังไม่รุนแรง จึงควรทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ จัดทำการทำงานที่เหมาะสม การยกเคลื่อนย้ายของที่ถูกต้อง การป้องกันเส้นเลือดขอดที่ขา จัดกิจกรรมคัดกรองโรค และควรให้เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. และอสม. ได้รับการอบรมความรู้เฉพาะทางด้านอาชีวอนามัย ก่อนให้ทำงานด้านนี้

บริการสุขภาพที่ควรจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ ตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของงาน เช่น กลุ่มที่เสี่ยงต่อสมรรถภาพทางกาย ควรจัดเฉพาะกลุ่มนี้เดือนละ 1-2 ครั้ง โดยกำหนดวันที่แรงงานสูงอายุสะดวก

2) รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก ควรดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล แพทย์ รวมทั้ง อสม. ที่มีอาชีพค้าขายที่ชายทะเล ช่วงเวลาที่จัดบริการสุขภาพ ควรจัดวันจันทร์ถึงพฤหัสบดี ยกเว้นวันศุกร์ เสาร์ อาทิตย์ สถานที่ให้บริการ ควรที่ชายหาดบางแสนและอ่างศิลา จัดกิจกรรมให้แรงงานสูงอายุแบบตัวต่อตัว จัดรูปแบบการให้ความรู้ผ่านลูกหลาน เพื่อนบ้าน ผู้ค้าในร้านค้า ใกล้เคียง จูงใจแรงงานสูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรม ควรมีการพัฒนาหรือสร้างผู้นำที่ไม่เป็นทางการเพื่อนำการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ควรให้ความรู้และอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยแก่แรงงานสูงอายุ ในที่ประชุมชมรมผู้สูงอายุและ อสม. และให้บริการพร้อมกับงานประจำที่ทำอยู่แล้ว โดยควรมุ่งเน้นกิจกรรมที่ช่วยแก้ปัญหสุขภาพที่สำคัญ ดังนี้

- ปัญหาการไม่ได้รับการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของงาน ควรทำไปพร้อมกับกิจกรรมการคัดกรองโรคในชุมชน ซึ่งเป็นบริการเชิงรุกนอกสถานที่แบบตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงเพื่อคัดกรอง ฝ้าระวีงโรค ควรให้ อสม. สอบถามปีละ 1 ครั้ง และเก็บไว้ในแฟ้มครอบครัว (family folder) ตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของงาน เช่น สมรรถภาพทางกาย บริการนวดแผนไทย จัดเฉพาะกลุ่มนี้เดือนละ 1-2 ครั้ง โดยกำหนดวันให้บริการที่แรงงานสูงอายุสะดวก

- ปัญหาปวดเมื่อยกล้ามเนื้อกระดูก การนั่ง ยืน เดิน ยก เคลื่อนย้ายของตามหลักการยศาสตร์ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ จัดการออกกำลังกายร่วมกัน และเชิญชวนออกกำลังกาย และเปิดเพลงออกกำลังกายผ่านเสียงตามสาย

- ให้ความรู้ โรคและปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ โรคผิวหนัง ผื่นคัน การสัมผัส ความร้อนและฝุ่น การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเพื่อป้องกันการสัมผัสแสงแดดจ้า อบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การทกล้ม ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก มีดบาด ทิ่มตำ โดยอบรม อสม. ประจำศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ให้มีทักษะเพิ่มขึ้น และอบรม อสม. ที่เป็นแรงงานสูงอายุ และสร้างแกนนำปฐมพยาบาลที่ชายหาด

3) ทีมทำงาน ผู้ประสานงาน ผู้นำในการทำกิจกรรมอาชีวอนามัยและความปลอดภัย โดยตั้งคณะทำงานและบูรณาการการทำงานร่วมกับเทศบาล และทำแผนงานประจำปีร่วมกัน เพื่อให้เทศบาลทำงานตามแผนที่คิดร่วมกันกับ สคร. และ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลชลบุรี เป็นหัวหน้ากลุ่มทำงาน กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และ รพ.สต. ทำหน้าที่ประสานงาน ให้ข้อมูลทะเบียนผู้ประกอบการในพื้นที่ ร่วมกิจกรรม รวมทั้งทำงานร่วมกับ อสม. และแกนนำของแรงงานสูงอายุที่มีอาชีพค้าขายริมทะเล

4) กลไกการทำงาน ควรเริ่มจากสำนักงานป้องกันและควบคุมโรค (สคร) ที่ 3 จังหวัดชลบุรี. และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลชลบุรี สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการดูแลสุขภาพนอกระบบให้เข้าใจขอบเขตงานและบทบาทความรับผิดชอบ ฝึกทักษะ จัดงบประมาณสนับสนุน จัดเจ้าหน้าที่มาให้การสนับสนุนด้านวิชาการอย่างสม่ำเสมอ

### อภิปรายผลการวิจัย

แรงงานอายุที่ค้าขายริมทะเล มีปัจจัยด้านคนทำงานคือ ภาวะอ้วน มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 57.5) เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 29.0) มีภาวะอ้วนถึงอ้วนมาก (ร้อยละ 59.5) สอดคล้องกับงานวิจัย

ของปัจฉิมา บัวยอม และคณะ (2553) พบว่ามีโรคประจำตัว ร้อยละ 43.2 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 44.8 มีภาวะโภชนาการน้ำหนักเกิน ร้อยละ 49.7 และอ้วน ร้อยละ 8.4 ปัญหาการยศาสตร์ที่สภาพการทำงานที่สัมผัสกับสิ่งคุกคามทางสุขภาพจากลักษณะงานที่ต้องยืนนาน นั่งนาน ทำางการทำงานไม่ถูกหลักการยศาสตร์ ทำงานซ้ำ ๆ เช่น แกะหอยนางรม ทำให้เกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก ได้แก่ ปวดเมื่อยหลัง เอว ขาไหล่ แขน มือ นิ้วล็อค ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของปัจฉิมา บัวยอมและคณะ (2553) พบว่า แรงงานสูงอายุ ร้อยละ 22.9 ต้องยกเคลื่อนย้ายวัสดุ โดยการยกขึ้น ยกลง ผลักดึง ลากอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ ร้อยละ 28.8 ต้องบิดเอี้ยวตัวหรือโค้งขณะยืน ทำงาน ร้อยละ 32.9 และนั่งหรือยืนทำงานโดยไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำ ร้อยละ 36.6 อธิบายได้ว่าอายุที่มากขึ้นทำให้ความยืดหยุ่นของกระดูกจะน้อยลง กระดูกจะมีความเปราะบางขึ้น ความหนาแน่นของมวลกระดูกจะลดลง กำลังของกระดูกในการทนต่อแรงลดลง ข้อต่อจะเริ่มมีการตึงตัว (stiff) และเซลล์กล้ามเนื้อ (fiber) จะถูกแทนที่ด้วยเส้นใยกล้ามเนื้อชนิดที่ไม่ได้ทำหน้าที่หดตัว ความแข็งแรงยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อจึงลดลง (จิราพรวรแสน, 2550) ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อลดลงก่อให้เกิดกลุ่มอาการระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ หรือเพิ่มความรุนแรงของกลุ่มอาการดังกล่าวมากขึ้น

แรงงานสูงอายุที่ค้าขายริมทะเล มีสภาพการทำงานและสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยที่ต้องสัมผัสความร้อนหรือทำงานกลางแจ้ง (ร้อยละ 72.0) เนื่องจากเป็นงานกลางแจ้ง สอดคล้องกับงานวิจัยของอัมรินทร์ คงทวีเลิศ ที่พบว่า แรงงานนอกระบบทำงานกลางแจ้งและสภาพอากาศที่ร้อน ร้อยละ 71.5 ความปลอดภัยในการทำงานพบว่า ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ถูกบาดเจ็บมาจากแก้วแตก ตะปู เปลือกหอย ในชายหาด รวมทั้ง ถูกอุปกรณ์แกะหอยที่มแทง มีบาดเจ็บ ซึ่งโดยมากเป็นเพียงอุบัติเหตุเล็กน้อยไม่ต้องหยุดงาน นอกจากนี้ยังได้รับมลพิษจากท่อไอเสียรถยนต์ ฝุ่นละอองจากลมทะเลพัดพา จึงควรได้รับการอบรมให้ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลให้ถูกต้อง นอกจากนี้ยังเป็นโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ มือเปื่อย เท้าเปื่อย เล็บเป็นเชื้อราจากการที่มือเปียกชื้น ควรได้รับการอบรมและให้ความรู้ให้ปฏิบัติตนให้ถูกต้องต่อไป

แรงงานสูงอายุส่วนมากมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับกลาง (ร้อยละ 84) รองลงมาคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ 16) อธิบายได้ว่าการทำงานของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขคือได้ทำงานที่ตนเองชอบและมีรายได้ของตนเอง ดังนั้นการทำงานของผู้สูงอายุจึงเป็นวิธีการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจเพื่อให้มีรายได้เป็นค่าใช้จ่ายด้านอาหารและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ซึ่งมีผลทางอ้อมต่อความมั่นคงด้านสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุรวมทั้งศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ (ฉัตรสมนพฤตมิถุน, 2552)

ผลการสนทนากลุ่มทั้งกับกลุ่มแรงงานสูงอายุและกลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ได้ผลเป็นรูปธรรม ดังนี้รูปแบบการให้บริการ ทีมทำงาน กลไกการทำงาน เนื่องจากใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่แกนนำ (ประธานชมรมผู้สูงอายุ ประธาน อสม.) และสมาชิกที่ร่วมสนทนา เห็นความสำคัญและเป็นงานที่ต้องการพัฒนาให้ดีขึ้นเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยว ซึ่งเป็นนโยบายของเทศบาล เมื่อมีการดำเนินการวิจัยในเรื่องนี้จึงได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะแนวทางการดูแลสุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุในชุมชนชายทะเล โดยสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ปัญหาของผู้สูงอายุที่ค้าขายชายทะเลที่มีปัญหาสุขภาพจากการสัมผัสสิ่งคุกคามทางสุขภาพจากการทำงานทั้งจากสิ่งแวดล้อมการทำงานและสภาพการทำงานที่ไม่ถูกหลัก

อาชีวอนามัย รวมทั้ง ไม่สามารถเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยจากสถานบริการของรัฐในทุกระดับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในระดับปฐมภูมิ ทั้ง ๆ ที่สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมได้ตั้งเป้าหมายให้ รพ.สต.มีการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยให้แก่กลุ่มแรงงานในชุมชน ตั้งแต่ปี 2556 เป็นต้นมา โดยส่งเสริมให้หน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้แก่แรงงานในชุมชน โดยจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับและเชิงรุก แต่ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า รพ.สต. ยังไม่ได้จัดบริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยภัย จากการทำงานที่เจ้าหน้าที่ไม่ได้รับการเตรียมความรู้ ทักษะ และไม่ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ สอดคล้องกับผลการวิจัยของนัก ดัชนีจุดพลและยุติ วิทย์พันธ์ (2556) ที่พบว่า ความพร้อมด้านการให้บริการอาชีวอนามัยอยู่ในระดับต่ำ เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครราชสีมา ไม่เคยได้รับการอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยถึงร้อยละ 72.6 นอกจากนี้มีข้อเสนอแนะให้มีการกำหนดคุณสมบัติของบุคลากรที่จะให้บริการอาชีวอนามัยให้ผ่านการอบรมเบื้องต้นด้านอาชีวอนามัย (วรรณมา จงจิตรไพศาล, 2547) การจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิให้ประสบความสำเร็จมีองค์ประกอบที่สำคัญหลายประการ เช่น ส่วนกลางมีการกำหนดแผนระดับชาติ และมีคู่มือการดำเนินงานที่ชัดเจน ส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรมีความพร้อมด้านทีมงานและพัฒนาระบบบริการอาชีวอนามัยที่สามารถทำได้จริง (Sirirattanapruek & Anantagunlathi, 2004; Sirirattanapruek et al 2006; Sirirattanapruek, 2009)

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าสุขภาพระดับปฐมภูมิยังไม่มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและความพร้อมของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการอยู่ในระดับต่ำ ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยด้วยไม่ทราบว่ามีการบริการอาชีวอนามัยใน รพ.สต. จึงควรมีนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขกำหนดงานอาชีวอนามัยเป็นตัวชี้วัดที่ชัดเจน ควรมีหลักสูตรอบรมเจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านอาชีวอนามัยจัดอบรมความรู้ ทักษะ ให้เจ้าหน้าที่ ควรเพิ่มงบประมาณสำหรับบริการอาชีวอนามัย เจ้าหน้าที่สุขภาพของเทศบาลร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ร่วมกันบริหารจัดการการให้บริการ การจัดตั้งเครือข่ายในการทำงานดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ กับ อสม. ของพื้นที่ชายหาดทะเลภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ให้บริการเชิงรุกและเชิงรับให้แก่ผู้สูงอายุอาชีพค้าขายชายทะเล

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย

ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) โดยให้หน่วยงานที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย ของสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคของจังหวัดร่วมกับกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมของโรงพยาบาล และพยาบาล นักวิชาการของกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของเทศบาล เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพค้าขายที่เกี่ยวข้องกับบริการการท่องเที่ยวชายทะเล ได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุที่ประกอบอาชีพค้าขาย และในกลุ่มวัยผู้ใหญ่

## เอกสารอ้างอิง

- จิราพร วรแสน (2550). *การยศาสตร์ (ERGONOMICS)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ฉัตรสมน พฤทธิภิญโญ. (2552). *การทำงานของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, ธาณี แก้วธรรมานุกุล, วันเพ็ญ ทรงคำ และญาดา ทิพย์เจริญทรัพย์. (2553). การชั่งปัจจัยคุกคามสุขภาพภาวะสุขภาพการบาดเจ็บและเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน: การวิเคราะห์สถานการณ์ในอุตสาหกรรมขนาดกลางและขนาดย่อม. *วารสารพยาบาลสาร*, 37(1), 1-14.
- นภัค ดวงจุมพล. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 37(3), 83-93.
- ปัจฉิมา บัวยอม หทัยทิพย์ จุทอง สุวิษ ธรรมปาโล ลิเลียน วิวัฒน์ และวันเพ็ญ แก้วปาน. (2553) การประเมินสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของแรงงานสูงอายุในภาคใต้. *วารสารควบคุมโรค*, 36(2), 81-89.
- พรพิมล กองทิพย์. (2543). *สุขศาสตร์อุตสาหกรรมตระหนักประเมินควบคุม*. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- ระวีพรรณ มงคล. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานสูงอายุ (45-60 ปี) ในจังหวัดลำพูน. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 7(3), 282-293.
- วิทยา อยู่สุข. (2549). *อาชีวอนามัยความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- วิวัฒน์ เอกบูรณะวัฒน์. (2553). *แรงงานสูงอายุ (Elderly Worker)*. กรุงเทพฯ: ศูนย์อาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี.
- วรรณ จงจิตรไพศาล (2547). การดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย พ.ศ.2547. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม สาขาอาชีวเวชศาสตร์, ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันตินรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะจรัสกุล. *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง, 2540.
- สมาคมส่งเสริมความปลอดภัย
- สำนักงานศูนย์เฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคมจังหวัดเพชรบุรี. (2555). *ความเสี่ยงของผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบุรีด้านการมีงานทำและมีรายได้ปี 2555*. เพชรบุรี: สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบุรี.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). *สรุปผลที่สำคัญการทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). *ผู้สูงอายุสุขภาพดี เมื่อมีงานทำ*. ค้นพบข้อมูลเมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2555 เข้าถึงได้จาก [http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/citizen/news/news\\_age.jsp](http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/citizen/news/news_age.jsp).

- อนามัย เทศกะทีก. (2551). *อาชีพอนามัยและความปลอดภัย*. กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พรินติ้งเฮาส์.
- อรพิน วิมลภูษิต. (2556). ใส่ใจ”อาชีพอนามัยในระบบสุขภาพปฐมภูมิ” วันที่ค้นพบข้อมูล 7 พฤษภาคม 2556 เข้าถึงได้จาก <https://www.thaihealth.or.th>
- อัมรินทร์ คงทิวเลิศ และดุสิต สุจิรารัตน์. (2558). ความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานนอกระบบ. *พุทธชินราชเวชสาร*, 32(2), 162-170.
- Driscoll, T. & Fingerhut, M. (2008). Occupational death/injury rates. In K. Heggenhougen & Quah, S. (Eds.). *International Encyclopedia of Public Health*, 4, 627-638.
- Frazer, A. & Sargeant, M. (2010). *Older workers as vulnerable workers in the new world of work*. Retrieved June 29, 2010, from [www.adapt.it](http://www.adapt.it).
- Ilimarinen, J. (2006). *Ageing and the quality of work life In the European Union*. Helsinki Finland: Finnish Institute of Occupational Health (FIOH).
- Manothum, A., Rukijkanpanich, J., Thawesaenskulthai, D., Thampitakkul, B., Chaikittiporn, C. & Arporn, S. (2009). A participatory model for improving occupational health and safety: Improving informal sector working conditions in Thailand. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 15(3), 305-314.
- Niles, NJ. (2013). Understanding the Epidemiologic Triangle through Infectious Disease. Retrieved from [http://www.cdc.gov/nceh/ehs/ephli/core\\_ess.htm](http://www.cdc.gov/nceh/ehs/ephli/core_ess.htm).
- Rogers, B. (2003). Assessing the organization. In *Occupational and environmental health nursing* (2<sup>ed</sup>., pp. 283-294). Philadelphia: W.B. Saunders
- Roscoe, J.T. (1975). *Fundamental Research Statistics for Behavioral Sciences*. New York: Holt Rinehart and Winston Inc.
- Sirirattanapruk. (2009). *The model development of basic occupational health service (BOHS) in primary care unit in Thailand*. Nonthaburi: Bureau of occupational and environmental disease. Department of disease control, Ministry of public health.
- Sirirattanapruk. (2006). *A study of occupational and environmental service model development for primary care unit (PCUs)*. Nonthaburi: Bureau of occupational and environmental disease. Department of disease control, Ministry of public health.
- Sirirattanapruerk., S., & Anantakulnathi P. (2004). Occupational health and safety situation and research priority in Thailand. *Industrial Health Journal*. 42(2), 135-140.
- Vahidi, R., Nekoui, M., & Sadeghi, V. (2008). Awareness of aging workers about health effects of lifestyle. *Research Journal of Biological Sciences*, 2(1), 35-38.
- World Health Organization. (2003). *Health of the elderly in South-East Asia: A profile*. New Delhi: Regional office for South- East Asia.