

สถานการณ์และแนวทางการจัดการอาชีวอนามัยและ ความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุในระบบในชุมชน จังหวัดอุดรธานี

ศรัณยู เรือนจันทร์ ประ.ด.

กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์ Ph.D

ชนากร ธนวัฒน์ ประ.ด.

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

วันที่รับบทความ(Received), 18 สิงหาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ (Revised), 19 กันยายน 2566

วันที่ตอบรับบทความ(Accepted), 28 กันยายน 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุในระบบในจังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือแรงงานสูงอายุในระบบ จำนวน 350 คน และกลุ่มแกนนำสุขภาพภาคประชาชน จำนวน 60 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของผู้สูงอายุในเขตเมืองและกึ่งเมือง คือ การปวดเมื่อยจากการทำงานในเขตชนบท คือ ความร้อนหรือการถูกแสงแดด 2) ความต้องการการสนับสนุนด้านความรู้ของผู้สูงอายุในเขตเมืองคือ การป้องกันควบคุมโรคจากการทำงาน ในเขตกึ่งเมืองคือ ความปลอดภัยในการทำงาน และในเขตชนบทคือ การใช้สารเคมีให้ปลอดภัย 3) ปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุเขตเมืองคือ การสัมผัสความร้อนหรือทำงานกลางแจ้ง ในเขตกึ่งเมืองและเขตชนบทคือ การทำงานที่ต้องยกของหนัก ปัญหาด้านการยศาสตร์ของแรงงานสูงอายุในระบบ ทั้งใน 3 พื้นที่คือ ปัญหาจากการนั่ง การพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย (1) การสร้างความเข้าใจสถานการณ์ (2) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และวางแผนดำเนินการ (3) การพัฒนาความรู้ และ (4) การสะท้อนความคิดให้แรงงานสูงอายุในระบบนำไปปฏิบัติ

คำสำคัญ : อาชีวอนามัยและความปลอดภัย, แรงงานสูงอายุในระบบ

Situation and Management Approach of Occupational Health and Safety among the Self-Employed Elderly Workers in the Community, Uttaradit Province

Saranyoo Ruanjan Ph.D

Kittiwan Junrith Ph.D

Thanakorn Thanawat Ph.D

Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Uttaradit Rajabhat University

Abstract

This analytical research aimed to analyze the situation and management approach of occupational health and safety among Self-Employed Elderly Workers in Uttaradit Province. The sample consisted of 350 self-employed elderly workers and 60 public health leaders. The tools used are the questionnaires and focus group discussion. Data analysis were frequency, percentage, and content analysis. The results revealed that: 1) perceived health risks from working: It was found that causes of injury or illness among the elderly in both urban and semi-urban areas was aches and pains from working, while the elderly in rural areas was heat or excessive exposure to sunlight. 2) the need for support with knowledge: It was found that the elderly in urban areas need support about disease prevention and control and occupational hazards. Meanwhile, the elderly in semi-urban areas need support about safety principles at work. The elderly people in rural areas need support about the safe use of chemicals. 3) health problems and illnesses from work: Health problems found in elderly people in urban areas were exposure to heat or working outdoors, while the elderly in semi-urban and rural areas were lifting heavy objects. For the ergonomic problems of self-employed elderly workers in urban, Semi-urban, and rural areas was problems from sitting while working. Development of guidelines for community participation including (1) understanding of the situation (2) prioritizing problems and planning to implement (3) knowledge management and (4) reflecting ideas to self-employed elderly workers for implementation.

Keywords: occupational health and safety, self-employed elderly workers

บทนำ

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ไม่ได้มีผลเพียงแก่โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปเท่านั้น แต่ยังมีผลถึงการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมด้วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบท ที่พบว่า ปี 2564 อยู่ในสภาพยากจนในมีสัดส่วนคนจนหลายมิติถึงร้อยละ 18.1¹ เป็นเหตุผลให้ผู้สูงอายุบางส่วนยังต้องทำงานหาเลี้ยงชีพอยู่ ซึ่งจากการสำรวจความต้องการทำงานของผู้สูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2564 พบว่า ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) กว่าครึ่งหนึ่งยังคงต้องการทำงาน เนื่องจากต้องการหารายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัว รองลงมาคือยังมีสุขภาพแข็งแรงและสามารถทำงานได้อยู่² แต่การทำงานของแรงงานสูงอายุเสี่ยงต่อปัจจัยคุกคามทางสุขภาพในหลายด้านด้วยกัน อาทิ ด้านสิ่งคุกคามจากสารเคมี ที่พบว่า แรงงานสูงอายุที่เป็นแรงงานนอกระบบ ส่วนใหญ่มีปัญหาการได้รับสารเคมีเป็นพิษถึงร้อยละ 70 สิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ มีแรงงานสูงอายุที่มีปัญหาอริยาบถหรือไม่ค่อยได้เปลี่ยนท่าระหว่างทำงาน มากกว่าร้อยละ 50 ด้านสิ่งคุกคามทางกายภาพ พบว่า แรงงานสูงอายุนอกระบบต้องทำงานในสถานที่ที่มีฝุ่นละออง ควัน กลิ่น ร้อยละ 18.4 ทำงานในที่แสงสว่างไม่เพียงพอร้อยละ 14.3 และสถานที่ทำงานสกปรกร้อยละ 9.2 นอกจากนี้ ผู้สูงอายุบางส่วน (ร้อยละ 13.0) ยังต้องทำงานกับเครื่องจักร เครื่องมือที่เป็นอันตรายด้วย ด้านสิ่งคุกคามทางชีวภาพ พบว่า แรงงานสูงอายุสัมผัสแหล่งพาหะนำโรค ร้อยละ 4.7 และสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งร้อยละ 1.5 อีกทั้งยังมีสิ่งคุกคามด้านจิตใจ ซึ่งพบว่าแรงงานสูงอายุมีความเครียดเป็นประจำถึง ร้อยละ 11.4 และบางส่วนมีโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ซึ่งลักษณะงานอาจส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของโรคได้³ นอกจากนี้ ยังพบว่าแรงงานสูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น สูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 5.8 ดื่มสุราทุกวัน ร้อยละ 3.3 พักผ่อนไม่เพียงพอโดยนอนน้อยกว่า 6 ชั่วโมง ต่อวัน ร้อยละ 23.2 มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ โดยพบแรงงานสูงอายุนอกระบบที่ทำงานในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 58.0 ไม่ออกกำลังกาย โดยให้เหตุผลว่าเสียเวลาและทำให้ขาดรายได้⁴ ด้านพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยจากการทำงาน พบว่าแรงงานสูงอายुर้อยละ 73.3 มีท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมซึ่งเป็นความเสี่ยงที่จะทำให้เกิด อาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณคอ/ไหล่/แขนและปวดหลัง/เอว⁵

จังหวัดอุดรดิตถ์ มีประชากรสูงอายุถึงร้อยละ 17.94 และส่วนใหญ่ยังต้องทำงาน⁶ แต่พบว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานมีปัญหาภาวะสุขภาพทางกาย ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาการไม่มีรายได้เพียงพอ และปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว มีความต้องการได้รับการยอมรับจากสังคม การมีสถานที่ในการทำกิจกรรมและได้รับการดูแลจากชุมชน รวมถึงต้องการด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน⁷ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ในจำนวนนี้มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค โดยป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง⁸ โดยเฉพาะเขตกิ่งเมืองในพื้นที่ตำบลกู่ตะเภา อำเภอมือเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีภาระต้องประกอบอาชีพเพื่อการดำรงชีวิต คิดเป็นร้อยละ 88.70 โดยส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ⁹

จากสถานการณ์ข้างต้น ทำให้ต้องเตรียมพร้อมเพื่อรองรับกับปัญหาของผู้สูงอายุ โดยพัฒนาและจัดการในด้านต่างๆ ที่เอื้อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรง สามารถดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ซึ่งการดำเนินงานนั้นต้องมุ่งเน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ และมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมทั้งให้ความสำคัญในระดับชุมชนที่ต้องมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการในลักษณะเป็นอาสาสมัครเครือข่ายการทำงาน ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงานในกลุ่มแรงงานสูงอายุในระบบ มีแนวคิดหนึ่งที่มีความจำเป็นในพัฒนาศักยภาพของคนให้สามารถดำเนินงานในชุมชนได้ คือการใช้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพและความปลอดภัย¹⁰ ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์อาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุในระบบในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้แรงงานสูงอายุเข้ามามีส่วนร่วม และหารูปแบบการพัฒนาแรงงานสูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์อาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุในระบบในชุมชน
2. เพื่อเสนอแนวทางการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุในระบบในชุมชน

วิธีการ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical Research) เป็นงานวิจัยที่เริ่มต้นจากชุมชน สนับสนุนให้ชาวบ้านหรือตัวแทนในชุมชนเป็นคนสร้างองค์ความรู้ใหม่ให้กับตนเองและชุมชน โดยการศึกษาเรียนรู้หาข้อมูล การศึกษาวิเคราะห์ถึงปัญหา รวมทั้งการแก้ไขปัญหาที่กำลังประสบอยู่ โดยการร่วมกันวางแผน และกำหนดการดำเนินงานตามแผนหรือโครงการ พร้อมทั้งการปฏิบัติตามแผน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องตรงตามความต้องการ และมีนักวิจัยภายนอก ทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวยให้กระบวนการวิจัยบังเกิดผลที่สอดคล้องกับเป้าหมาย¹¹ มีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์อาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุในระบบในชุมชน โดยศึกษาสถานการณ์และปัญหาสุขภาพจากการทำงานของแรงงานสูงอายุในระบบ การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงาน ปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองของแรงงานสูงอายุในระบบ ความต้องการในการแก้ไขปัญหา ทรัพยากรและแหล่งสนับสนุน และนโยบาย/โครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

ระยะที่ 2 ศึกษาแนวทางการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุในระบบในชุมชน โดยศึกษาความต้องการในการแก้ไขปัญหา ทรัพยากรและแหล่งสนับสนุน และนโยบาย/โครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยในครั้งนี้ กำหนดประชากรประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ได้แก่ กลุ่มแรงงานสูงอายุในระบบในตำบลที่มีศักยภาพการดำเนินงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยอยู่ในระดับเริ่มต้น จำนวน 2,121 คน ในชุมชนเขตเมือง 1 ตำบล (ตำบลท่าอิฐ จำนวน 910 คน) ชุมชนเขตกึ่งเมือง 1 ตำบล (ตำบลท่าเสา จำนวน 924 คน) และชุมชนเขตชนบท 1 ตำบล (ตำบลชัยภูมิพล จำนวน 287 คน) กลุ่มที่ 2 ได้แก่ แกนนำสุขภาพภาคประชาชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) แกนนำผู้สูงอายุ ประธานกลุ่มแม่บ้าน และสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ส.อบต. และ สท.) ในชุมชนเขตเมือง 1 ตำบล ชุมชนเขตกึ่งเมือง 1 ตำบล และชุมชนเขตชนบท 1 ตำบล ที่ ตำบลละ 20 คน รวมทั้งหมด 60 คน

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 จากจำนวนประชากร 2,121 คน ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างจากตารางเครซีมอร์แกน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 327 คน แบ่งตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ได้จำนวนดังนี้ ในชุมชนเขตเมือง ตำบลท่าอิฐ จำนวน 140 คน เพื่อป้องกันข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงกำหนดตัวอย่าง 150 คน ชุมชนเขตกึ่งเมือง ตำบลท่าเสา จำนวน 142 คน เพื่อป้องกันข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงกำหนดตัวอย่าง 150 คน ชุมชนเขตชนบท ตำบลชัยภูมิพล จำนวน 45 คน เพื่อป้องกันข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงกำหนดตัวอย่าง 50 คน รวมกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ 1 จำนวนทั้งสิ้น 350 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 ได้แก่ แกนนำสุขภาพภาคประชาชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) แกนนำผู้สูงอายุ ประธานกลุ่มแม่บ้าน และสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ส.อบต. และ สท.) ในชุมชนเขตเมือง 1 ตำบล ชุมชนเขตกึ่งเมือง 1 ตำบล และชุมชนเขตชนบท 1 ตำบล ที่ ตำบลละ 20 คน รวมทั้งหมด 60 คน

เกณฑ์การคัดเข้า อาสาสมัครกลุ่มที่ 1 แรงงานสูงอายุในระบบ เป็นผู้ที่มีอายุ 60 -70 ปี สามารถอ่านออกเขียนภาษาไทยได้ และไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน เป็นบุคคลที่ชุมชนยอมรับ ไม่มีแผนย้ายออกจากหมู่บ้านภายใน 1 ปี มีความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนอาสาสมัครกลุ่มที่ 2 กลุ่มแกนนำสุขภาพภาคประชาชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) แกนนำผู้สูงอายุ ประธานกลุ่มแม่บ้าน และสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ส.อบต. และ สท.) ที่มีคุณสมบัติคือ ต้องมีอายุ 20 ปี ไม่มีแผนย้ายออกจากหมู่บ้านภายใน 1 ปี มีความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

เกณฑ์การคัดออก 1. อาสาสมัครขอลอนตัวออกจากการศึกษา 2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามเวลาที่กำหนด

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้นำโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินงาน เลขที่ COA No.071/2022 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิทุกขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์มีโครงสร้าง (structured interview) เกี่ยวกับสถานการณ์และปัญหาสุขภาพจากการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงาน ส่วนที่ 3 ความต้องการการสนับสนุนเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงาน ส่วนที่ 4 สภาพการทำงาน สุขภาพ ความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงาน และส่วนที่ 5 แบบสำรวจปัญหาด้านการยศาสตร์ ในรอบปีที่ผ่านมา ที่คัดแปลงมาจากแบบประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบ ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โดยเครื่องมือส่วนที่ 2-5 มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90

2. แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม (semi-structured interview) แนวคำถามเกี่ยวกับข้อมูล ความต้องการในการแก้ไขปัญหา ทรัพยากรและแหล่งสนับสนุน นโยบาย/โครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ และปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองของแรงงานสูงอายุนอกระบบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยการหาค่า IOC (Item Objective Congruence Index) เลือกเฉพาะที่ได้ค่า IOC มากกว่า 0.5 มาเป็นข้อคำถามและปรับปรุงแก้ไขข้อความตามที่คุณผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรจริงในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ จำนวน 30 คนทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยพิจารณาจากค่า Cronbach's Alpha จะต้องไม่ต่ำกว่า 0.7 ปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์อีกครั้ง และนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ ได้ค่าเท่ากับ 0.89

สำหรับแบบสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยร่างข้อคำถามในการสัมภาษณ์โดยนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมตรงประเด็น ตรวจสอบความถูกต้อง หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) แล้วนำไปปรับปรุงให้สมบูรณ์จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ที่มีความสมบูรณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์สถานการณ์อาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุนอกระบบในชุมชน จังหวัดอุดรดิตถ์ ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ
2. พัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุนอกระบบในชุมชน จังหวัดอุดรดิตถ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์เกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุนอกระบบ

1.1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน

ข้อมูลทั่วไป	ชุมชนเขตเมือง (n=150)		ชุมชนเขตกึ่งเมือง (n=150)		ชุมชนเขตชนบท (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	50	33.30	49	32.70	24	48.00
หญิง	100	66.70	101	67.30	26	52.00
อายุ						
60-64 ปี	75	50.00	64	42.60	24	48.00
65-69 ปี	50	39.33	74	49.40	23	46.00
ตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป	16	10.66	12	8.00	3	6.00
อายุเฉลี่ย (max-min), SD.	64.94 (77-60), 3.43		64.90 (77-60), 3.03		64.40 (70-60), 2.96	
BMI						
น้อยกว่า 18.5 ผอม	6	4.00	4	2.70	1	2.00
18.5-22.9 ปกติ	44	29.33	47	31.30	19	38.00
23.0-24.9 น้ำหนักเกิน	29	19.33	41	27.30	10	20.00
25.0-29.9 อ้วน	47	31.33	40	26.70	14	28.00
มากกว่าหรือเท่ากับ 30 อ้วนมาก	24	16.00	18	12.00	6	12.00

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ชุมชนเขตเมือง (n=150)		ชุมชนเขตกึ่งเมือง (n=150)		ชุมชนเขตชนบท (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพหลัก						
ค้าขาย	32	21.33	42	28.00	8	16.00
รับจ้าง	54	36.00	54	36.00	8	16.00
เกษตรกร	6	4.00	41	4.00	29	58.00
ธุรกิจส่วนตัว	58	38.67	13	8.67	5	10.00
เวลาทำงาน						
วันละ 1-5 ชั่วโมง	50	33.33	27	22.88	18	36.00
วันละ 6-10 ชั่วโมง	98	65.33	83	70.34	31	62.00
วันละ 11-15 ชั่วโมง	2	1.33	8	6.77	1	2.00
การดื่มแอลกอฮอล์						
ไม่ดื่ม	118	78.70	109	72.70	34	68.00
ดื่มเป็นบางครั้ง/ดื่มนานๆครั้ง	30	20.00	36	24.00	14	28.00
ดื่มประจำ	2	1.33	5	3.30	2	4.00
การสูบบุหรี่						
ไม่สูบ	135	90.00	135	90.00	41	82.00
สูบเป็นบางครั้ง/สูบนานๆครั้ง	8	5.30	8	5.30	4	8.00
สูบประจำ	7	4.70	7	4.70	5	10.00
การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย*	(n=162)		(n=187)		(n=50)	
ปล่อยให้หายเอง	10	6.17	3	1.60	3	5.00
ซื้อยามารับประทาน	63	38.89	83	44.39	28	46.67
รักษาแพทย์แผนปัจจุบัน	89	54.94	94	50.27	29	48.33
รักษาแพทย์ทางเลือก	-	-	7	3.74	-	-

จากตารางที่ 1 ผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนเขตเมือง เขตกึ่งเมือง และเขตชนบท ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.70, 67.30 และ 52.00 ตามลำดับ) โดยในชุมชนเขตเมืองผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 64.94 ปี เขตกึ่งเมืองมีอายุเฉลี่ย 64.90 ปี และ เขตชนบทมีอายุเฉลี่ย 64.40 ปี ดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุในเขตเมือง และเขตชนบท ส่วนใหญ่อยู่ในภาวะอ้วน (ร้อยละ 31.33, และ 28.00 ตามลำดับ) ในขณะที่ในเขตกึ่งเมืองมีดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะปกติ (ร้อยละ 31.30) อาชีพหลักของผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนเขตเมืองเป็นธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 38.67) เขตกึ่งเมืองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 36.00) และในเขตชนบทประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.00) โดยสถานะตามอาชีพหลักของผู้สูงอายุทั้ง 3 พื้นที่ส่วนใหญ่เป็น เจ้าของกิจการหรือจ้างตนเอง เวลาทำงานของผู้สูงอายุทั้ง 3 พื้นที่ ส่วนใหญ่ ทำงานวันละ 6-10 ชั่วโมง ผู้สูงอายุทั้ง 3 พื้นที่ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่ แต่พบว่า ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีร้อยละของการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ประจํามากกว่าในเขตเมืองและกึ่งชนบท ผู้สูงอายุในเขตเมือง และกึ่งเมือง ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว สำหรับในเขตชนบทพบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเพียงร้อยละ 50 การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุทั้ง 3 พื้นที่จะรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน

1.2 การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานสูงอายุในระบบ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานสูงอายุในระบบ

การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ จากการทำงาน	ชุมชนเขตเมือง		ชุมชนเขตกึ่งเมือง		ชุมชนเขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สิ่งที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย						
ไม่มี/ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	54	56.00	35	23.33	12	24.00
มี	96	64.00	115	76.67	38	76.00
ชนิดสิ่งที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย *	(n=173)		(n=225)		(n=84)	
ความร้อน/การถูกแสงแดดมากเกินไป	30	17.34	36	16.00	24	28.57
ฝุ่น	41	23.70	56	24.89	16	19.05
สารเคมี	6	3.47	23	10.22	20	23.81
เสียงดัง	16	9.25	5	2.22	3	3.57
ปวดเมื่อยจากการทำงาน	67	38.73	90	40.00	17	20.24
เชื้อโรค	11	6.36	13	5.78	4	4.76

ตารางที่ 2 การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานสูงอายุในระบบ(ต่อ)

การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการ ทำงาน	ชุมชนเขตเมือง		ชุมชนเขตกึ่งเมือง		ชุมชนเขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความจำเป็นในการสวมใส่อุปกรณ์ ป้องกันขณะทำงาน						
จำเป็น	83	55.3	127	84.70	38	76.00
ไม่จำเป็น/ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	67	44.7	23	15.30	12	24.00
อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ *	(n=204)		(n=382)		(n=119)	
ผ้ากันเปื้อน	31	15.20	46	12.04	3	2.52
หมวกคลุมผม	16	7.84	38	9.95	3	2.52
หมวกกันแดด	18	8.82	67	17.54	26	21.86
ปลอกแขน	12	5.88	28	7.33	5	4.20
แว่นกันแดด/แว่นกันสารเคมี	10	4.90	16	4.19	5	4.20
ร่ม	4	1.96	12	3.14	9	7.56
ถุงมือ	29	14.22	58	15.18	30	25.21
รองเท้าหุ้มส้น	19	9.31	21	5.50	10	8.40
หน้ากากอนามัย	65	31.86	95	24.87	28	23.53
คาดเข็มขัดนิรภัย	-	-	1	0.26	-	-

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 2 ผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองและเขตชนบทจะมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง โดย ผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตกึ่งเมือง จะรับรู้สิ่งที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยจากการทำงานจากการปวดเมื่อยจากการทำงานมากที่สุด ในขณะที่ผู้สูงอายุในเขตชนบทจะรับรู้สิ่งที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยจากการทำงานจากความร้อนหรือการถูกแสงแดดมากเกินไป ผู้สูงอายุในเขตกึ่งเมืองรับรู้ถึงความจำเป็นในการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันขณะทำงานมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท โดยทั้ง 3 พื้นที่เห็นว่าอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการทำงานได้แก่หน้ากากอนามัย

1.3 ความต้องการการสนับสนุนเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานสูงอายุในระบบ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความต้องการการสนับสนุนเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานสูงอายุในระบบ

ความต้องการการสนับสนุนเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงาน	ชุมชนเขตเมือง		ชุมชนเขตกึ่งเมือง		ชุมชนเขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความต้องการการสนับสนุน						
ไม่ต้องการ	108	72.00	58	38.67	29	58.00
ต้องการ	42	28.00	92	61.33	21	42.00
การสนับสนุนด้านความรู้*	(n=49)		(n=106)		(n=31)	
อันตรายจากการทำงาน	7	14.29	16	15.09	8	25.81
หลักความปลอดภัยในการทำงาน	18	36.73	43	40.57	9	29.03
การใช้สารเคมีให้ปลอดภัย	5	10.20	16	15.09	10	32.26
การป้องกันควบคุมโรคและภัยจากการทำงาน	19	38.78	31	29.25	4	12.90
การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล *	(n=79)		(n=168)		(n=36)	
แว่นป้องกันแดด	17	21.52	22	13.10	3	8.33
อุปกรณ์ป้องกันการหายใจ	18	22.78	29	17.26	15	41.67
ถุงมือป้องกัน	18	22.78	59	35.12	11	30.55
อุปกรณ์ป้องกันการไต่ขึ้น	4	5.06	1	0.60	-	-
รองเท้าป้องกัน	20	25.32	49	29.17	6	6.67
หมวกกอนามัย	2	2.53	8	4.76	-	-
หมวกคลุมผม					1	2.78
การตรวจสุขภาพประจำปี *	(n=79)		(n=155)		(n=39)	
ต้องการตรวจสุขภาพประจำปี	41	51.90	87	56.13	27	69.23
ต้องการตรวจเฉพาะโรค	38	48.10	68	43.87	12	30.77

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 3 ผู้สูงอายุในเขตกิ่งเมือง มีความต้องการการสนับสนุนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการทำงานมากที่สุด รองลงมาคือผู้สูงอายุในเขตชนบทและ ในเขตเมืองตามลำดับ โดย ผู้สูงอายุในเขตเมืองต้องการการสนับสนุนด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคและภัยจากการทำงาน ในขณะที่ผู้สูงอายุในเขตกิ่งเมืองต้องการการสนับสนุนความรู้ในเรื่องหลักความปลอดภัยในการทำงาน และผู้สูงอายุในเขตชนบทส่วนใหญ่ต้องการการสนับสนุนด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีให้ปลอดภัย สำหรับการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลพบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองต้องการการสนับสนุนเรื่องของการทำป้องกัน ผู้สูงอายุในเขตกิ่งเมืองต้องการการสนับสนุนถุงมือป้องกัน และ ผู้สูงอายุในเขตชนบทต้องการการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการหายใจ และส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุทั้ง 3 พื้นที่ต้องการการตรวจสุขภาพประจำปี

1.4 สภาพการทำงาน สุขภาพ ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 สภาพการทำงาน สุขภาพ ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงานของ

แรงงานสูงอายุนอกระบบ

สภาพการทำงาน ปัญหาสุขภาพ ความเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน	ชุมชนเขตเมือง		ชุมชนเขตกิ่งเมือง		ชุมชนเขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาสุขภาพใน 1 ปีที่ผ่านมา						
มี	19	12.70	31	20.67	11	22.00
ไม่มี/ไม่แน่ใจ	131	87.30	119	80.33	39	78.00
ปัญหาสุขภาพที่พบ	(n=19)		(n=31)		(n=11)	
อุบัติเหตุจากการโดนของแข็งกระแทก	1	5.26	2	6.45	2	18.18
ปวดเข่า/ปวดเมื่อย/ปวดหลัง	4	21.05	4	12.90	-	-
อุบัติเหตุจากของมีคม เช่น มีด/หนามตำ	9	47.37	17	54.84	7	63.64
อุบัติเหตุจากการลื่นล้ม	5	26.32	1	3.23	-	-
อุบัติเหตุจากรถ	-	-	3	9.68	-	-
อุบัติเหตุจากไฟลวก น้ำร้อนลวก	--	--	4	12.90	2	18.18

ตารางที่ 4 สภาพการทำงาน สุขภาพ ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงานของ
แรงงานสูงอายุในระบบ (ต่อ)

สภาพการทำงาน ปัญหาสุขภาพ ความ เจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน	ชุมชนเขตเมือง		ชุมชนเขตกึ่งเมือง		ชุมชนเขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสัมผัสความร้อนหรือทำงาน กลางแจ้ง						
ไม่มี	112	74.70	70	46.70	26	52.00
มี	38	25.30	80	53.30	24	48.00
การแสดงอาการเมื่อสัมผัสความร้อน*	(n=40)		(n=89)		(n=24)	
ไม่มีอาการ	24	60.0	28	31.50	15	62.50
มีอาการหิวน้ำ เหนื่อย เหงื่อออกมาก	9	22.50	40	44.90	8	33.33
มีผื่นแดง คันบริเวณผิวหนัง	5	12.50	7	7.90	1	4.17
เป็นตะคริวบ่อย	2	5.00	14	15.70	-	-
ที่ทำงานมีแสงสว่างมาก/ไม่เพียงพอ						
ไม่มี	123	82.00	92	61.30	43	86.001
มี	27	18.00	58	38.70	7	4.00
การแสดงอาการเมื่อที่ทำงานมีแสง สว่าง*	(n= 29)		(n= 60)		(n=7)	
ไม่มีอาการ	17	58.62	28	46.70	7	100.00
มีอาการเมื่อยล้าดวงตา	3	10.34	17	28.30	-	-
แสบตา น้ำตาไหล ตาแดง ปวดตา	8	27.59	11	18.30	-	-
ปวดศีรษะ	1	3.45	4	6.70	-	-
ที่ทำงานมีฝุ่น/ควัน/กลิ่น						
ไม่มี	121	80.70	71	47.30	28	56.00
มี	29	19.30	79	52.70	22	44.00

ตารางที่ 4 สภาพการทำงาน สุขภาพ ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงานของ
แรงงานสูงอายุในระบบ (ต่อ)

สภาพการทำงาน ปัญหาสุขภาพ ความ เจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน	ชุมชนเขตเมือง		ชุมชนเขตกึ่งเมือง		ชุมชนเขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การแสดงอาการเมื่อสัมผัสฝุ่น/ควัน/ กลิ่น*	(n=31)		(n= 81)		(n=22)	
ไม่มีอาการ	22	70.97	40	49.39	18	81.82
มีอาการคันคันที่ผิวหนัง	2	6.45	14	17.28	-	-
ระคายเคืองทางเดินหายใจ	7	22.58	24	29.63	4	18.18
หายใจลำบาก แน่นหน้าอก	-	-	3	3.70	-	-
สัมผัสสารเคมีในขั้นตอนการทำงาน						
ไม่มี	142	94.70	113	75.33	34	68.00
มี	8	5.30	37	24.67	16	32.00
การแสดงอาการเมื่อสัมผัสสารเคมี	(n=8)		(n=66)		(n=16)	
ไม่มีอาการ	6	75.00	29	43.93	15	93.75
มีผื่นคัน ระคายตา วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน	2	25.00	37	56.04	1	6.25
ทำงานที่ต้องยกของหนัก						
ไม่มี	116	77.30	49	32.67	26	52.00
มี	34	22.70	101	67.33	24	48.00
การแสดงอาการเมื่อยของหนักขณะ ทำงาน*	(n=43)		(n=104)		(n=25)	
ไม่มีอาการ	3	6.98	5	4.80	2	8.00
ปวดเมื่อยเล็กน้อยพอทนได้	34	79.07	62	59.62	18	72.00
ปวดเมื่อยมากต้องรับประทานยา	6	13.95	37	35.58	5	20.00

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 4 ปัญหาสุขภาพใน 1 ปีที่ผ่านมาพบมากที่สุดและผู้สูงอายุในเขตกึ่งเมือง (ร้อยละ 20.67) โดยผู้สูงอายุทั้ง 3 พื้นที่จะพบปัญหาสุขภาพจาก อุบัติเหตุจากของมีคม เช่นมีด หรือหนามตำมากที่สุด โดยพบมากในผู้สูงอายุในชุมชนเขตชนบท สภาพการทำงานผู้สูงอายุในชุมชนเขตกึ่งเมืองพบการ

สัมผัสความร้อนหรือทำงานกลางแจ้งมากกว่าในเขตเมืองและเขตชนบท โดยส่วนใหญ่มักมีอาการหิวน้ำ เหนื่อย เหงื่อออกมาก เช่นเดียวกับ การทำงานในที่แสงสว่างมากหรือไม่เพียงพอ และ ที่ทำงานที่มีฝุ่น/ควัน หรือกลิ่น แต่พบว่าผู้สูงอายุในเขตชนบทมีการสัมผัสสารเคมีในขั้นตอนการทำงานมากกว่าในพื้นที่เขตเมือง และเขตกึ่งเมือง สำหรับการทำงานที่ต้องแบกของหนักส่วนใหญ่จะพบปัญหาสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในเขต กึ่งเมือง มากกว่าในเขตเมืองและเขตชนบท ซึ่งผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่มจะมีอาการส่วนใหญ่คือปวดเมื่อยเล็กน้อย พอทนได้

1.5 ปัญหาทางด้านการยศาสตร์ของแรงงานสูงอายุในระบบ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ปัญหาทางด้านการยศาสตร์ของแรงงานสูงอายุในระบบ

ปัญหาทางด้านการยศาสตร์*	ชุมชนเขตเมือง (n=261)		ชุมชนเขตกึ่งเมือง (n=308)		ชุมชนเขตชนบท (n=70)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
นั่ง	102	39.08	90	29.22	29	41.43
ยืน	84	32.18	86	27.92	17	24.29
เดิน	48	18.39	89	28.90	23	32.86
ปีนป่าย	10	3.83	12	3.90	-	-
เดินยกของ	17	6.51	31	10.06	1	1.43

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 5 ปัญหาด้านการยศาสตร์ของแรงงานสูงอายุในระบบ ในชุมชนเขตเมือง ชุมชนเขตกึ่งเมือง และชุมชนเขตชนบท จะเป็นปัญหาจากการนั่ง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.08, 29.22, และ 41.43 ตามลำดับ

2. แนวทางการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุในระบบในชุมชน

ผลการวิเคราะห์แนวทางเกี่ยวกับการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุในระบบ ในชุมชน ทำให้พื้นที่ที่มีความเข้าใจถึงสภาพปัญหาตนเองและหาแนวทางแก้ไขปัญหาเกิดความตระหนัก พบ ได้ดังนี้

2.1 แนวทางการแก้ไขปัญหาระยะยาว โดยจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีอย่างถูกต้องและ ปลอดภัย การจัดหาและใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การแต่งกายที่ถูกต้องขณะทำงาน

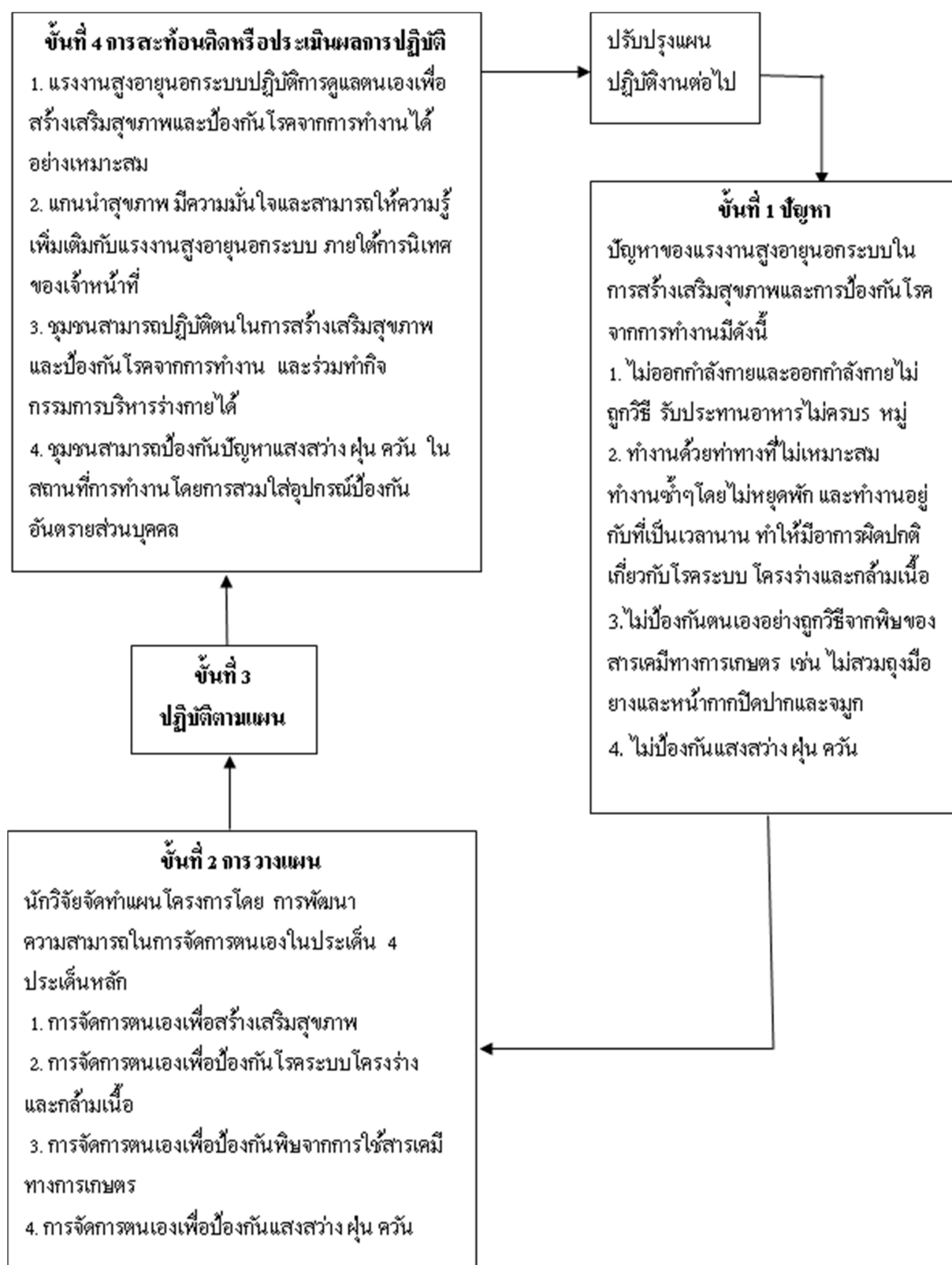
2.2 แนวทางการแก้ไขปัญหาระยะสั้น โดยการออกกำลังกายและใช้ท่าทางที่ถูกต้องเหมาะสมในการ ทำงาน การจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกายในหมู่บ้าน การใช้สมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและ กระดูก การนวด การประคบ

2.3 แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคจากการทำงาน โดยใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมในการ ทำงาน สร้างความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยในการทำงาน อบรมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การ

ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆที่หลากหลายของพื้นที่ ได้แก่ ช่องทางไลน์กลุ่มหมู่บ้าน หอกระจายข่าว ชมรมผู้สูงอายุ หรือการประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน

2.4 แนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้ดูแล โดยการจัดหาและใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การอบรมให้ความรู้เพื่อป้องกันอันตรายจากแสงสว่าง ผู้ดูแล

จากการมีส่วนร่วมของชุมชนดังกล่าว ทำให้ได้แนวทางการในการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุในระบบในชุมชนเกิดขึ้น ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุในระบบในชุมชน

วิจารณ์

สถานการณ์อาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุในระบบในชุมชน ทั้งพื้นที่เขตเมือง เขตกึ่งเมือง และเขตชนบท โดยมีปัญหาสุขภาพจากการทำงานส่วนใหญ่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ การบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพ อากาศร้อน เกิดภาวะลมแดด ขาดการป้องกันที่เหมาะสม อาการปวดเมื่อยตามร่างกาย จากการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉันทนา จันทวงศ์ และคณะ¹² นอกจากนี้ แรงงานสูงอายุทั้ง 3 พื้นที่เกือบครึ่งยังพบเกี่ยวกับการซื้อยากินเอง ขาดการตรวจสุขภาพประจำปี ประกอบกับแรงงานสูงอายุสูงอายุในระบบมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่เหมาะสม หรือได้รับผลกระทบจากครอบครัว เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พักผ่อนไม่เพียงพอ ยังเป็นปัจจัยเสริมที่ไม่พึงประสงค์ต่อภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำงานของแรงงานสูงอายุในระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของเกษราวัลณ์ นิลวรารุง และคณะ¹³ ส่วนการสัมผัสสารเคมีในขั้นตอนการทำงาน และทำงานในสถานที่ที่มีฝุ่นละออง ค่อนข้างพบมากในพื้นที่เขตกึ่งเมือง และพื้นที่เขตชนบท โดยพบได้น้อยในพื้นที่เขตเมือง ดังนั้น การวิเคราะห์ปัญหาจึงจำเป็นต้องใช้วิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในการค้นหาปัญหา และสาเหตุเพื่อให้สามารถจัดการและดูแลตนเองได้ และสร้างเป็นกรอบแนวทางในการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของชุมชน ใน 3 พื้นที่ ที่มุ่งเน้น 1) การจัดการตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ 2) การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ สำหรับการจัดการตนเองเพื่อป้องกันพิษจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร มุ่งเน้นในพื้นที่เขตกึ่งเมืองและพื้นที่เขตชนบท และการจัดการตนเองเพื่อป้องกันแสงสว่าง ฝุ่น คิวบิก มุ่งเน้นในพื้นที่เขตเมือง จะช่วยให้ชุมชนร่วมมือกันสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงาน เนื่องจากร่วมตระหนักและเห็นความสำคัญตั้งแต่เริ่มเข้ามาร่วมวางแผนแก้ปัญหาและร่วมตัดสินใจในการวางแผนดำเนินการเพื่อจัดการกับปัญหาและลงมือปฏิบัติ¹⁴ โดยมุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของชุมชน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ที่เกิดจากการทำงานได้อย่างเหมาะสมและลดการเจ็บป่วยจากการทำงานที่เกิดขึ้น การศึกษานี้จะนำไปสู่การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มแรงงานสูงอายุในระบบได้ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมา มุ่งเน้นให้แรงงานนอกระบบมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคจากการทำงาน^{15, 16} ทั้งนี้ สิ่งที่สำคัญประการหนึ่ง การดำเนินงานที่จะทำให้แรงงานสูงอายุในระบบ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ จะต้องทำความเข้าใจวัฒนธรรมและบริบทของชุมชนและการสร้างความเข้าใจในปัญหาและสาเหตุร่วมกันกับกลุ่มแกนนำและกลุ่มเป้าหมายที่จะแก้ไขปัญหาในชุมชน เคารพและรับฟังข้อคิดเห็น ตลอดจนการตัดสินใจร่วมกันในการดำเนินการแก้ปัญหา ประเมินผล รวมทั้งสะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง¹⁷

สรุป

สถานการณ์อาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุเอนกอบระบบมีความเสี่ยงจากปัจจัยคุกคามทางสุขภาพ ด้านสิ่งคุกคามทางกายภาพ ด้านสิ่งคุกคามจากสารเคมี ด้านสิ่งคุกคามทางการยศาสตร์ และการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพ ดังนั้น แนวทางการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุเอนกอบระบบในชุมชนทั้งพื้นที่ชุมชนเขตเมือง เขตกึ่งเมือง เขตชนบท จึงต้องดำเนินการออกแบบเนื้อหาที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการ วัฒนธรรม และบริบทของพื้นที่ จะทำให้พื้นที่ที่มีความเข้าใจถึงสภาพปัญหาตนเองและหาแนวทางแก้ไขปัญหา ซึ่งจะทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้เกิดขึ้น ตาม 4 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างความเข้าใจสถานการณ์เพื่อหาปัญหาและสาเหตุอย่างมีส่วนร่วม 2) จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และวางแผนดำเนินการ 3) การกำหนดผู้ร่วมดำเนินการพัฒนา 4) การออกแบบสะท้อนความคิดให้แก่แรงงานสูงอายุเอนกอบระบบนำไปปฏิบัติใช้เพื่อจัดการตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

จากการศึกษาสถานการณ์อาชีวอนามัยและความปลอดภัย พบปัญหาสุขภาพจากการทำงานส่วนใหญ่ทั้ง 3 พื้นที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ การบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพ อากาศร้อน เกิดภาวะลมแดด ขาดการป้องกันที่เหมาะสม อาการปวดเมื่อยตามร่างกาย จากการทำงาน การซื้อยากินเอง ขาดการตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนที่พบเพียง 2 พื้นที่ในเขตกึ่งเมือง และเขตชนบท คือ การสัมผัสสารเคมีในขั้นตอนการทำงานและทำงานในสถานที่ที่มีฝุ่นละออง คว้น ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการสาธารณสุข หน่วยงานด้านการส่งเสริมการเกษตร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ต้องดำเนินงานตามแนวทางการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุเอนกอบระบบ ตามบริบทปัญหาของพื้นที่เขตเมือง เขตกึ่งเมือง และเขตชนบท เพื่อให้เกิดการออกแบบการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจากการทำงานของแรงงานสูงอายุเอนกอบระบบที่มีรูปแบบที่ชัดเจน โดยทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการ วัฒนธรรม และบริบทของพื้นที่ ทำให้พื้นที่ที่มีความเข้าใจถึงสภาพปัญหาตนเองและหาแนวทางแก้ไขปัญหา สิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุเอนกอบระบบที่เหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ควรนำข้อมูลที่ได้ ไปจัดทำแผนในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและพัฒนาความสามารถในการทำงานของแรงงานสูงอายุเอนกอบระบบ โดยเน้นผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ เช่น ผู้นำชุมชน แรงงานสูงอายุ อสม. เป็นต้น เพื่อให้ชุมชนเกิดกระบวนการเรียนรู้การดูแลสุขภาพแรงงานสูงอายุเอนกอบระบบได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่และสมาชิกเทศบาลเมืองอุดรดิตถ์ เทศบาลตำบลท่าเสา องค์การบริหารส่วนตำบลชัยภูมิพล บุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง อุดรดิตถ์ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่อนดินแดง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุ้ม แกนนานอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน แกนนานชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน และกลุ่มแรงงานสูงอายุในระบบในชุมชนของตำบลท่าอิฐ ตำบลท่าเสา และตำบลชัยภูมิพล ที่ได้ให้ข้อมูลและร่วมกระบวนการวิจัยอันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานวิจัย รวมทั้งคณาจารย์และเจ้าหน้าที่หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ทุกท่าน ที่เข้าร่วมจัดกิจกรรมการพัฒนาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานความยากจนหลายมิติของประเทศไทย ปี 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2564.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญการทำงานของผู้อยู่สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. 2565.
3. วันเพ็ญ แก้วปาน และสุรินทร์ กลัมพากร. ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานสูงอายุ(อายุ 45-60 ปี). ม.ป.ท: ม.ป.พ. 2552.
4. ณัฏฐ์สินี สุขสมัย ขวัญใจ อำนาจสัตย์สือ พัทธพร เกดมงคล วันเพ็ญ แก้วปาน และนิตยา วัจนะภูมิ. ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2555; 26(3): 80-93.
5. เสาวลักษณ์ แก้วมณี ขวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และธานี แก้วธรรมานุกุล. ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการ ทำงานและภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงของแรงงานสูงอายุในอุตสาหกรรมอาหารทะเลบรรจุกระป๋อง. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2554. 6(2); 90-99.
6. สำนักงานสถิติจังหวัดอุดรดิตถ์. การสำรวจความต้องการการพัฒนาขีดความสามารถของประชากร พ.ศ. 2556 – 2558. อุดรดิตถ์: ม.ป.พ. 2558.
7. กรกฤษ ลิ้มสมมุติ. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอตรอน จังหวัด อุดรดิตถ์. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2558. 5(2); 153-161.
8. กนกวรรณ สิทธิวิรัชธรรม และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2558. 38(4); 11-21.

9. ศรีณยู เรือนจันทร์, เพ็ญใจกร กันแจ่ม และ ธนากร ธนวัฒน์. การพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองจากการทำงานของแรงงานสูงอายุในระบบในพื้นที่ตำบลทุ่งตะเกียบ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2562. 12(2); 600-610.
10. Hoffmeister H, Mensink G B M. Social change theory: applications to community health. In: Bracht N (ed). Health promotion at the community level. Newbury Park: Sage Publications. 1990.
11. ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ. กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข. 2548.
12. ฉันทนา จันทวงศ์ และคณะ. รูปแบบการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยในการประกอบอาชีพของแรงงานสูงอายุในระบบในชุมชนชายทะเลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต. มหาวิทยาลัยบูรพา. 2559.
13. เกษราวัลณ์ นิลวรังกูร และคณะ. การพัฒนาองค์ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงานของแรงงานสูงวัยในระบบ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). 2560.
14. Reason, P., & Bradbury, H. The Sage handbook of action research: Participative inquiry and practice. (2 nd.). Los Angeles: Sage Publications, 2008.
15. Nilvarangkul, K., Srithongchai, M., Saensom,D., Smith, J. F., Supornpan, S. & Tumnong, C. Evaluation of action research for strengthening personal health care among village women weavers in North East Thailand. Public Health Nursing. 2013. 30 (3); 213-220.
16. เกษราวัลณ์ นิลวรังกูร, วิจิตรา เสนา, เกศินี สราญฤทธิชัย, John, F. Smith, ชีรศักดิ์ พาจันท์และสันสนีย์ สีต่างคา. การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของชุมชนในการดูแลสุขภาพเกษตรกรสวนยางพาราภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560.
17. Moule, P., & Goodman, M. Nursing research: An introduction. (2nded.) London: Sage Publications. 2014.