

# การพัฒนาการจัดการสวัสดิการด้านอาชีวอนามัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่ยังทำงานของผู้สูงอายุในจังหวัดตาก \*

## DEVELOPING A PARTICIPATORY OCCUPATIONAL HEALTH WELFARE MANAGEMENT MODEL TO ENHANCE THE QUALITY OF LIFE OF WORKING OLDER ADULTS IN THE BORDER AREAS OF TAK PROVINCE, THAILAND

กัญญาณ กาญจนาทวีกุล<sup>1</sup>, อิสรา วันดี<sup>2</sup>, ศิริญา ศิริยานันท์<sup>3</sup> และ กิรยาวดี กาญจนาทวี<sup>4</sup>

Kanyamon Kanchanathaveekul<sup>1</sup>, Aisara Vandee<sup>2</sup>, Sirinya Siranan<sup>3</sup> and Kiryawadee Kanchanatawee<sup>4</sup>

<sup>1</sup>คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต

<sup>1</sup>Faculty of Education, Rattana Bundit University, Thailand

<sup>2-4</sup>นักวิชาการอิสระ

<sup>2-4</sup>Independent Scholar, Thailand

Corresponding Author's Email: kanyamon06@gmail.com

วันที่รับบทความ : 1 ธันวาคม 2568; วันแก้ไขบทความ 11 ธันวาคม 2568; วันตอบรับบทความ : 13 ธันวาคม 2568

Received 1 December 2025; Revised 11 December 2025; Accepted 13 December 2025

### บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการประกอบอาชีพและปัญหาด้านอาชีวอนามัยของผู้สูงอายุที่ยังทำงานในพื้นที่ชายแดนจังหวัดตาก 2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงด้านสุขภาพและความต้องการด้านสวัสดิการอาชีวอนามัย และ 3) พัฒนาแนวทางการจัดสวัสดิการด้านอาชีวอนามัยที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ชายแดน การวิจัยใช้

Citation:



\* กัญญาณ กาญจนาทวีกุล, อิสรา วันดี, ศิริญา ศิริยานันท์ และ กิรยาวดี กาญจนาทวี. (2568). การพัฒนาการจัดการสวัสดิการด้านอาชีวอนามัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ยังทำงานของผู้สูงอายุในจังหวัดตาก.

วารสารสหศาสตร์การพัฒนาลังคม, 3(6), 1097-1115.

Kanyamon Kanchanathaveekul, Aisara Vandee, Sirinya Siranan and Kiryawadee Kanchanatawee. (2025). Developing A Participatory Occupational Health Welfare Management Model To Enhance The Quality Of Life Of Working Older Adults In The Border Areas Of Tak Province, Thailand.

Journal of Interdisciplinary Social Development, 3(6), 1097-1115.;

DOI: <https://doi.org/10.>

Website: <https://so12.tci-thaijo.org/index.php/JISDIADP/>

ระเบียบวิธีแบบผสมผสาน โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพ จำนวน 400 คน จาก 5 อำเภอชายแดน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 15 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา One-way ANOVA t-test และการวิเคราะห์ ถอดอรรถพหุคูณ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงธีม (Thematic Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60–69 ปี รายได้ต่ำกว่า 6,000 บาทต่อเดือน และประกอบอาชีพด้านการเกษตร แรงงานรับจ้าง และค้าขาย โดยพบว่ารายได้ ระดับการศึกษา และประเภทอาชีพ มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพและความ ต้องการสวัสดิการอาชีวอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ความพึงพอใจต่อระบบสวัสดิการมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิภาพการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ( $r = .351, p < .001$ ) และความสามารถของชุมชนในการมีส่วนร่วมช่วยลดความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ ( $R^2 = .308, p < .001$ )

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนถึงปัญหาการขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่สม่ำเสมอ และความต้องการสนับสนุนด้านเครื่องมือ องค์ความรู้ ความปลอดภัย และรายได้อย่างต่อเนื่อง พร้อมเสนอแนวทางการพัฒนาระบบสวัสดิการอาชีวอนามัยแบบมีส่วนร่วมให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่ การจัดตั้งทีมอาชีวอนามัยระดับชุมชน การบูรณาการข้อมูลและบริการด้านสุขภาพเชิงรุก และการพัฒนารูปแบบสวัสดิการที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะพื้นที่ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิต ความปลอดภัย และความยั่งยืนในการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุในพื้นที่ชายแดนจังหวัดตาก

**คำสำคัญ:** อาชีวอนามัย, ผู้สูงอายุ, สวัสดิการสุขภาพ, จังหวัดตาก

## Abstract

This research article aimed to: (1) examine the occupational conditions and occupational health problems of older adults who continue to work in the border areas of Tak Province; (2) analyze the factors influencing health risks and

the need for occupational health welfare; and (3) develop appropriate welfare management guidelines tailored to the local border context. A mixed-methods approach was employed. Quantitative data were collected from 400 working older adults across five border districts, while qualitative data were obtained from 15 key informants. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, One-way ANOVA, t-test, and multiple regression analysis, whereas qualitative data were analyzed through thematic content analysis.

The research findings revealed that:

1. Most older adults were aged 60–69, with monthly incomes below 6,000 baht, and engaged in agriculture, wage labor, or small-scale trading. Income level, educational attainment, and type of occupation were significantly associated with health risks and the need for occupational health welfare.

2. Satisfaction with welfare services showed a positive correlation with the administrative efficiency of local government organizations ( $r = .351, p < .001$ ), and community participation significantly contributed to reducing health risks among older adults ( $R^2 = .308, p < .001$ ).

3. Qualitative evidence highlighted challenges such as limited inter-agency integration, inconsistent access to health services, and unmet needs for tools, safety knowledge, and ongoing income support. The study proposed a community-participatory occupational health welfare model appropriate for the local context.

4. Policy recommendations include establishing community-level occupational health teams, integrating health data and proactive services, and developing welfare models that address area-specific needs to enhance the quality of life, safety, and sustainable livelihoods of older adults in the border areas of Tak Province.

**Keywords:** Occupational health, elderly, health welfare, Tak Province

## บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 13.6 ล้านคน หรือร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) สถานการณ์ดังกล่าวทำให้การจัดสวัสดิการด้านสุขภาพและความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ยังคงประกอบอาชีพ ซึ่งมีความเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมการทำงานและขาดระบบคุ้มครองที่เหมาะสม แนวคิด Ageing in Place ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2022) ชี้ว่า ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนให้ใช้ชีวิตในชุมชนของตนได้อย่างปลอดภัยและมีศักดิ์ศรี จึงเป็นกรอบแนวคิดสำคัญในการพัฒนานโยบายและงานวิจัยด้านสวัสดิการผู้สูงอายุของไทยในปัจจุบัน

จังหวัดตากเป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงกว่า 16% และมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ยังทำงานในภาคเกษตรกรรม หัตถกรรม และแรงงานนอกระบบ ซึ่งเป็นงานที่มีความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยสูง ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2567) และ PIER (2023) ระบุว่าผู้สูงอายุทั่วประเทศกว่า 5.26 ล้านคนยังคงทำงาน และส่วนใหญ่ไม่ได้รับการคุ้มครองด้านความปลอดภัยจากการทำงานอย่างเป็นระบบ งานวิจัยระดับนานาชาติ เช่น Niemi et al. (2022) และ Guo et al. (2024) พบว่า ผู้สูงอายุในภาคแรงงานนอกระบบเผชิญปัญหาจากการสัมผัสสารเคมี ฝุ่นละออง การทำงานซ้ำซาก และการขาดอุปกรณ์ป้องกัน ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ และสมรรถภาพในการทำงาน โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทและชายแดนซึ่งมีระบบติดตามสุขภาพที่จำกัด (Ubonratchathani Labour Office, 2023)

รายงานของ OECD (2023; 2025) ยังชี้ว่าประเทศไทยมีแรงงานนอกระบบมากกว่า 20 ล้านคน ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุที่ยังคงประกอบอาชีพโดยแทบไม่ได้รับความคุ้มครองด้านอาชีวอนามัย ขณะที่นโยบายด้านผู้สูงอายุของรัฐยังคงเน้นสวัสดิการทั่วไป เช่น เบี้ยยังชีพและบริการสุขภาพ แต่ยังขาดมาตรการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่ทำงาน โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดนที่มีข้อจำกัดทั้งด้านทรัพยากรและระบบกำกับดูแล ช่องว่างดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบสวัสดิการด้านอาชีวอนามัยที่เข้าถึงได้จริงและตอบโจทย์บริบทพื้นที่

จากปัญหาและช่องว่างเชิงนโยบายดังกล่าว การศึกษานี้มุ่งพัฒนาแนวทางการจัดการสวัสดิการด้านอาชีวอนามัยเชิงระบบสำหรับผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพในจังหวัดตาก โดยบูรณาการบทบาทของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลไกชุมชน ตามแนวคิด Community-based Occupational Health ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วม

ของชุมชนในการวางแผน ดำเนินการ และติดตามการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการวิจัยคาดว่า จะนำไปสู่การพัฒนาโมเดลสวัสดิการด้านอาชีวอนามัยแบบมีส่วนร่วม เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ความปลอดภัยในการทำงาน และความยั่งยืนของผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทและชายแดนของ ประเทศไทย

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการจัดสวัสดิการด้านอาชีวอนามัยของผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพ ในจังหวัดตาก
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการจัดสวัสดิการที่ได้รับกับคุณภาพชีวิต ด้านอาชีวอนามัยของผู้สูงอายุที่ยังทำงาน
3. เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบสวัสดิการด้านอาชีวอนามัยที่เหมาะสมและ สอดคล้องกับบริบททางสังคมและเศรษฐกิจของจังหวัดตาก

### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพหลังเกษียณต่างประเภทกัน จะมีความต้องการด้าน สวัสดิการอาชีวอนามัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ผู้สูงอายุที่มีรายได้และระดับการศึกษาต่ำ จะมีความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการ ทำงานสูงกว่ากลุ่มอื่น
3. ความพึงพอใจต่อการจัดสวัสดิการที่ได้รับมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต ด้านอาชีวอนามัยของผู้สูงอายุที่ยังทำงาน
4. รูปแบบการจัดสวัสดิการด้านอาชีวอนามัยที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุที่ยังทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### การทบทวนวรรณกรรม

#### 1. ลักษณะทางประชากรและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของผู้สูงอายุ

งานวิจัยจำนวนมากชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านอายุ เพศ การศึกษา รายได้ และสภาพที่อยู่อาศัยล้วนมีผลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงการเข้าถึงบริการด้านอาชีวอนามัย โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานนอกระบบซึ่งยังคงประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม

หัตถกรรม และรับจ้างทั่วไป (Wongboonsin et al., 2021; ResearchGate, 2022) ลักษณะทางประชากรดังกล่าวสัมพันธ์กับความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย เช่น การสัมผัสสารเคมี ฝุ่นละออง หรือการทำงานในท่าทางที่ไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลต่อโรคระบบกล้ามเนื้อและระบบทางเดินหายใจ (Sasaki et al., 2022; Guo et al., 2024) วรรณกรรมสากลยังชี้ว่า กลุ่มผู้สูงอายุแรงงานในชนบทมักมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ และบริการตรวจสุขภาพจากการทำงาน ซึ่งเพิ่มความเปราะบางต่ออันตรายในการประกอบอาชีพ (Niemi et al., 2022)

## 2. รูปแบบสวัสดิการและการเข้าถึงบริการด้านอาชีวอนามัยของผู้สูงอายุ

ระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทยยังมุ่งเน้นการช่วยเหลือพื้นฐาน เช่น เบี้ยยังชีพ การเยี่ยมบ้าน และบริการสาธารณสุขทั่วไป แต่ยังขาดมาตรการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่ยังทำงาน โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดนที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรและโครงสร้างพื้นฐาน (PLOS ONE, 2024; World Bank, 2022). ขณะที่บริการคัดกรองโรคจากการทำงานและความรู้ด้านอาชีวอนามัยยังไม่ทั่วถึง ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนมากมีความเสี่ยงสะสมจากการทำงาน (Niemi et al., 2022; Frontiers, 2023) และยังพบว่าการพัฒนาสวัสดิการอาชีวอนามัยควรคำนึงถึงปัจจัยสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ ลักษณะทางประชากร ที่กำหนดระดับความตระหนักรู้และการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Wongboonsin et al., 2021) ประเภทอาชีพหลังเกษียณ ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น โรคข้อและกล้ามเนื้อจากงานเกษตร (Sasaki et al., 2022) รูปแบบสวัสดิการที่ได้รับ หากไม่สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุ จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (PLOS ONE, 2024)บริบทพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่ชนบท-ชายแดนที่การเข้าถึงบริการต่ำกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ (World Bank, 2022)

## 3. แนวคิด Community-Based Occupational Health (CBOH)

แนวคิด Community-Based Occupational Health (CBOH) เป็นกรอบแนวคิดที่มุ่งให้ชุมชนมีบทบาทเป็นศูนย์กลางในการระบุมความเสี่ยง วางแผน และจัดบริการด้านอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุแรงงานนอกระบบ แนวคิดนี้ได้รับการประยุกต์ใช้ในหลายประเทศ เช่น ญี่ปุ่น ฟินแลนด์ และแคนาดา ซึ่งประสบความสำเร็จในการลดอุบัติเหตุจากการทำงาน และเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Park et al., 2021; Rantanen, 2023) หลักการสำคัญของ CBOH ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชนทุกระดับ (Community Participation) การสร้างขีดความสามารถด้านสุขภาพของชุมชน (Capacity Building) การเข้าถึงบริการสุขภาพเชิงรุกและเชิงป้องกัน (Preventive & promotive services) การเชื่อมโยงหน่วยงานภาครัฐ-ท้องถิ่น-ภาคประชาชน งานของ Park et al. (2021)

ชี้ว่าการใช้แนวทาง CBOH ช่วยเพิ่มอัตราการตรวจสุขภาพ การลดความเสี่ยงในฟาร์ม และการส่งเสริมพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ขณะที่ Rantanen (2023) เน้นว่าโมเดลนี้เหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับพื้นที่ชนบทและชายแดนที่ขาดทรัพยากรสุขภาพ ซึ่งคล้ายกับบริบทจังหวัดตากของประเทศไทย

บริบทพื้นที่ชายแดน ซึ่งยังเผชิญข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐาน การคมนาคม และระบบบริการสุขภาพที่ไม่ทั่วถึง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ยังทำงานมีความเสี่ยงทางอาชีวอนามัยสูงขึ้น และเข้าถึงการป้องกันหรือการดูแลสุขภาพได้อย่างจำกัด (World Bank, 2022; Frontiers in Public Health, 2023)

#### 4. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาและกรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาคือตัวแปรอิสระ ได้แก่ ลักษณะประชากร ประเภทอาชีพ และรูปแบบสวัสดิการ สำหรับตัวแปรตาม ได้แก่ ความต้องการอาชีวอนามัย ความพึงพอใจต่อบริการ และสภาพสุขภาพ ดังตารางที่ 1

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (*Mixed Methods Research*) โดยใช้วิธีการเชิงปริมาณร่วมกับเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาสภาพ ความต้องการ และแนวทางการพัฒนาสวัสดิการด้านอาชีวอนามัยของผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพในพื้นที่ชายแดนจังหวัดตาก ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือน มกราคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2568

##### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ยังคงประกอบอาชีพใน 5 อำเภอชายแดนของจังหวัดตาก ได้แก่ อำเภอแม่สอด แม่ระมาด พบพระ อุ้มผาง และท่าสองยาง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุจำนวน 400 คน ซึ่งได้มาจากการจัดสรรขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่ยังทำงานใน 5 อำเภอชายแดน โดยคำนวณจากสูตรของ Yamane (1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซ็นต์

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้น (*Stratified Random Sampling*) โดยจำแนกตามอำเภอและประเภทอาชีพ (เกษตรกรรม ค้าขาย และรับจ้างทั่วไป) เพื่อให้ครอบคลุมความหลากหลายของประชากร และสำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (*Key Informants*) ใช้การเลือกแบบเจาะจง (*Purposive Sampling*) ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับ รพ.สต.

และ อสม. จำนวน 5 คน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5 คน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานสวัสดิการผู้สูงอายุ 5 คน รวม 15 คน

**ตารางที่ 2** การจัดสรรขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่ยังทำงานใน 5 อำเภอชายแดน จังหวัดตาก

อำเภอ	ประชากรผู้สูงอายุ โดยประมาณ (คน)	ร้อยละ(%)	ขนาดตัวอย่าง โดยประมาณ (คน)
แม่สอด	132,200	78.1%	311
แม่ระมาด	10,400	6.1%	24
ทาสองยาง	12,600	7.4%	30
พบพระ	11,200	6.6%	26
อุ้มผาง	2,900	1.7%	8
<b>รวม</b>	<b>169,300</b>	<b>100%</b>	<b>399</b>

ที่มา: สำนักงานสถิติจังหวัดตาก (2565); Wikipedia: Provinces of Thailand (เข้าถึง 2567); คำนวณโดยใช้สูตร Yamane (1973)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็นข้อมูลทั่วไปและประเด็นด้านทัศนคติ ความต้องการ และสภาพสุขภาพ โดยใช้มาตราวัดแบบ Likert 5 ระดับ สำหรับประเมินระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่ยังทำงานในประเด็นต่าง ๆ นอกจากนี้ ยังมี การจัดสรรตัวอย่างตามโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุของแต่ละอำเภออย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่สะท้อนสภาพจริงของพื้นที่ชายแดน ทั้งนี้ ข้อมูลการจัดสรรตัวอย่างอ้างอิงจากสำนักงานสถิติจังหวัดตาก (2565) และผลการคำนวณตามสูตร Yamane เพื่อให้มั่นใจในความถูกต้องและความเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียดของแบบสอบถาม ดังนี้

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการและประสบการณ์ด้านอาชีวอนามัยของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ สุขภาพร่างกาย สิ่งแวดล้อมการทำงาน การป้องกันความเสี่ยง การเข้าถึงบริการ และความพึงพอใจต่อระบบสวัสดิการ

2. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence, IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งได้ค่า IOC > 0.80 และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นภายใน (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่ามากกว่า 0.80 แสดงว่าเครื่องมือมีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้

3. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) สำหรับผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ เจ้าหน้าที่ อปท. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และผู้สูงอายุกรณีศึกษาในพื้นที่

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุในพื้นที่จริง โดยขอความร่วมมือจาก อสม. ในแต่ละชุมชนในการประสานงานและเข้าถึงครัวเรือนอย่างเป็นระบบ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษา บันทึกเสียงและถอดความตามหลักจริยธรรมการวิจัย

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ t-test และ One-way ANOVA เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้ Pearson's Correlation และ Linear Regression เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และการระบุธีม (Thematic Coding) โดยการจัดกลุ่มคำตอบตามประเด็นสำคัญ พร้อมใช้โปรแกรม NVivo ช่วยในการจัดการข้อมูลเชิงข้อความเพื่อเพิ่มความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์

### ผลการวิจัย

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อ 1 ศึกษาสภาพการจัดสวัสดิการด้านอาชีวอนามัยของผู้สูงอายุในจังหวัดตาก จากการวิจัยที่มีผู้สูงอายุจำนวน 400 คน จากการวิเคราะห์ลักษณะประชากรของผู้สูงอายุที่ยังทำงานในพื้นที่ชายแดนจังหวัดตาก จำนวน 400 คน พบว่าส่วนใหญ่มียุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (60%) เพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชายเล็กน้อย (55% ต่อ 45%) ด้านการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษาหรือไม่มีการศึกษา (50%) และมีเพียงส่วนน้อยที่จบ

ระดับอุดมศึกษา (5%) สำหรับด้านรายได้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 3,000–6,000 บาทต่อเดือน (42.5%) ขณะที่ 37.5% มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน แสดงให้เห็นถึงความเปราะบางทางเศรษฐกิจของกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความต้องการด้านสวัสดิการและการสนับสนุนด้านรายได้จากภาครัฐและท้องถิ่น ใน 5 อำเภอชายแดนจังหวัดตาก พบว่า อำเภอแม่สอดมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่ยังทำงานมากที่สุด (77.75%) สะท้อนให้เห็นว่าแม่สอดเป็นพื้นที่เศรษฐกิจสำคัญที่มีระบบสวัสดิการและโอกาสการทำงานมากกว่าพื้นที่อื่น ขณะเดียวกันกลุ่มอาชีพที่พบมากที่สุดคือเกษตรกรกรรม (43%) รองลงมาคือรับจ้างทั่วไปและค้าขาย ซึ่งมีความต้องการระบบสวัสดิการที่สอดคล้องกับอาชีพ เช่น การสนับสนุนอุปกรณ์ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการมีรายได้ที่มั่นคง โดยเฉพาะในอำเภอห่างไกลซึ่งมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงระบบสุขภาพและสวัสดิการ ทำให้ต้องการการส่งเสริมจากภาครัฐอย่างครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

#### ผลวิจัยระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุ

จากข้อมูลผู้สูงอายุ จำนวน 400 คน ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความต้องการและความพึงพอใจในระดับค่อนข้างสูงโดยเฉลี่ย (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.65–4.05 จากคะแนนเต็ม 5) โดยเฉพาะในด้าน “สวัสดิการเบี้ยยังชีพ” (ค่าเฉลี่ย = 4.04) และ “ภาพรวมสุขภาพ” (3.97) แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนรายได้และสุขภาพในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังมีความต้องการสูงต่อการเยี่ยมบ้านโดย อสม. และการมีส่วนร่วมของชุมชน สะท้อนถึงความคาดหวังในการดูแลเชิงรุกและความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีความเสี่ยงจากอุบัติเหตุและสภาพแวดล้อมการทำงาน (ค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 3.7) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาอาชีพอนามัยและมาตรการความปลอดภัยที่ตอบโจทย์วิถีชีวิตหลังเกษียณอย่างเป็นระบบ

**ตารางที่ 3** แสดงระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านอาชีพอนามัย สวัสดิการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

รายละเอียดของตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
<b>รูปแบบการจัดสวัสดิการที่ได้รับ</b>		
1. การได้รับเบี้ยยังชีพ	3.90	0.61
2. การเยี่ยมบ้านโดย อสม.	3.89	0.57
3. การสนับสนุนอุปกรณ์ประกอบอาชีพ	3.89	0.57
4. การเข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพ	3.81	0.65
5. การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	3.79	0.58
<b>คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ</b>		
1. ความต้องการด้านอาชีวอนามัย	3.90	0.73
2. ความพึงพอใจต่อระบบสวัสดิการ	4.05	0.68
3. ภาพรวมสุขภาพ	3.97	0.73
4. ความเสี่ยงจากการทำงานในวัยสูงอายุ	3.91	0.62

จากข้อมูลผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่าในกลุ่มตัวแปร “รูปแบบการจัดสวัสดิการที่ได้รับ” ผู้สูงอายุที่ยังทำงานมีระดับการรับรู้และประเมินค่าความพึงพอใจในระดับค่อนข้างมาก โดยเฉพาะ การได้รับเบี้ยยังชีพ (ค่าเฉลี่ย = 3.90) และการเยี่ยมบ้านโดย อสม. กับการสนับสนุนอุปกรณ์ประกอบอาชีพ (ค่าเฉลี่ย = 3.89 เท่ากัน) ส่วนการเข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพ และการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ยังมีค่าเฉลี่ยในระดับมากเช่นกัน สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า มีความพึงพอใจต่อระบบสวัสดิการสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.05) รองลงมาคือด้านสุขภาพ (3.97) และความต้องการด้านอาชีวอนามัย (3.90) และพบว่า ความเสี่ยงจากการทำงานในวัยสูงอายุ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.91

**ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อ 2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบสวัสดิการกับคุณภาพชีวิตด้านอาชีวอนามัย**

#### การวิเคราะห์สมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพหลังเกษียณแตกต่างกัน จะมีความต้องการด้านอาชีวอนามัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัย One-Way ANOVA พบว่า ค่า  $F = 6.728$  ,  $Sig. = .000 < .05$  ยอมรับสมมติฐาน โดยพบว่าขนาดอิทธิพลของความ

แตกต่างกันระหว่างอาชีพหลังเกษียณต่อความต้องการด้านอาชีวอนามัยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\eta^2 = .048$ ) ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพหลังเกษียณแตกต่างกันมีความต้องการด้านอาชีวอนามัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยลักษณะของอาชีพหลังเกษียณ เช่น ค้าขาย เกษตรกรรม ลูกจ้างทั่วไป มีผลต่อระดับความต้องการบริการหรือมาตรการด้านอาชีวอนามัย อาจเนื่องจากความเสี่ยง ความหนักของงาน และสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่แตกต่างกันไป

สมมติฐานที่ 2 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำและการศึกษาต่ำ จะมีความเสี่ยงด้านสุขภาพในการทำงานสูงกว่ากลุ่มอื่น จากผลการวิเคราะห์ด้วย Independent Samples t-test พบว่า Cohen's  $d = 0.45$  แสดงถึงอิทธิพลในระดับปานกลาง กลุ่มรายได้ต่ำมีค่าเฉลี่ยความเสี่ยงด้านสุขภาพ = 3.65 รายได้สูง = 3.90, ค่า  $t = 4.502$ , Sig. = .000 กลุ่มการศึกษาต่ำมีค่าเฉลี่ยความเสี่ยง = 3.68 การศึกษาสูง = 3.89 ค่า  $t = 3.927$ , Sig. = .000 ยอมรับสมมติฐาน โดย Cohen's  $d = 0.41$  แสดงถึงอิทธิพลระดับปานกลางเช่นกัน ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำและการศึกษาต่ำมีความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้และการศึกษาสูงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนถึงการขาดความรู้ ความเข้าใจ และโอกาสในการเข้าถึงเครื่องมือหรือสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย

สมมติฐานที่ 3 ระดับความพึงพอใจต่อระบบสวัสดิการ มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson Correlation พบว่า รูปแบบการจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อระบบสวัสดิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสหสัมพันธ์  $r = .351$  และมีค่า  $r^2 = .123$  หมายความว่า รูปแบบการจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถอธิบายความแปรปรวนของความพึงพอใจของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 12.3 (Sig. = .000) จึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลดังกล่าวสะท้อนว่าการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น การจัดบริการที่เข้าถึงได้ การให้ข้อมูลที่ชัดเจน และการสนับสนุนด้านสวัสดิการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ มีบทบาทสำคัญในการยกระดับความพึงพอใจต่อระบบสวัสดิการอย่างชัดเจน

สมมติฐานที่ 4 การจัดสวัสดิการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน จะช่วยลดความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) พบว่า การจัดสวัสดิการที่มีการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถทำนายและลดความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยโมเดลมีค่า  $R^2 = .308$

หมายความว่า ตัวแปรด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถอธิบายความแปรปรวนของความเสียด้านสุขภาพได้ร้อยละ 30.8 ( $F = 14.51, \text{Sig.} = .000$ ) และมีค่าสัมประสิทธิ์เชิงมาตรฐานสูงที่สุดในโมเดล ( $B = 0.745, \text{Beta} = 0.779, t = 6.163, \text{Sig.} = .000$ ) เมื่อประเมินขนาดอิทธิพลของโมเดลพบว่า ค่า Effect Size คิดจาก  $f^2 = R^2 / (1 - R^2) = .308 / .692 = .445$  ซึ่งอยู่ในระดับ สูง (large effect size) สะท้อนว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น อสม. กลุ่มจิตอาสา และผู้นำชุมชน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการลดความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และเป็นตัวแปรที่สำคัญที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับตัวแปรอื่นในโมเดล

#### ตารางที่ 4 สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่	สถิติที่ใช้	ค่า F/t/r	Sig.	ผลวิจัย
1. อาชีพหลังเกษียณแตกต่างกันมีผลต่อความต้องการด้านอาชีวอนามัย	One-Way ANOVA	F = 6.728	.000	มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
2. รายได้และการศึกษาดำเนินการต่อความเสี่ยงด้านสุขภาพในการทำงาน	t-test	t = 4.502, 3.927	.000, .000	กลุ่มรายได้และการศึกษาดำเนินการต่อความเสี่ยงสูงกว่ามีนัยสำคัญ
3. ความพึงพอใจต่อสวัสดิการสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดการองค์กร	Pearson Correlation	r = .351	.000	มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ
4. การมีส่วนร่วมของชุมชนมีผลต่อการช่วยลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ	Multiple Regression	F = 14.51, B = 0.745	.000	ตัวแปรการมีส่วนร่วมส่งผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ

จากสมมติฐานและวัตถุประสงค์ของการวิจัย พบว่า ประเด็นสำคัญที่สอดคล้องกันคือการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์และผลกระทบของรูปแบบการจัดสวัสดิการที่ได้รับต่อคุณภาพชีวิตด้านอาชีวอนามัยของผู้สูงอายุที่ยังทำงานในจังหวัดตาก โดยเฉพาะในมิติเชิงเปรียบเทียบ

ระหว่างกลุ่มอาชีพ รายได้ และการศึกษา ซึ่งส่งผลต่อความต้องการและความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ การศึกษายังเน้นการประเมินความพึงพอใจต่อระบบสวัสดิการที่มีอยู่ และเสนอแนวทางการพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อเสริมสร้างความมั่นคงในชีวิตและอาชีพของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

### ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อ 3 เสนอแนวทางการพัฒนาระบบสวัสดิการด้านอาชีวอนามัยที่เหมาะสมกับบริบทจังหวัดตาก

จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุใน 5 อำเภอชายแดนจังหวัดตาก จำนวน 15 คน พบว่า มีประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้างและนโยบาย ขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานรัฐและท้องถิ่น ภายใต้การสนับสนุนของอปท. และ สปสช. 2) ด้านบริการและการเข้าถึง ควรจัดบริการเชิงรุก เช่น ตรวจสุขภาพประจำปี เยี่ยมบ้าน และให้ความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงาน โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล 3) ด้านเศรษฐกิจและการสนับสนุนอาชีพ ส่งเสริมการพัฒนาอาชีพที่เหมาะสมกับสมรรถนะผู้สูงอายุ และสนับสนุนอุปกรณ์หรือกองทุนรายได้เสริมในชุมชน 4) สภาพการจัดสวัสดิการด้านอาชีวอนามัยในพื้นที่ยังขาดการบูรณาการเชิงระบบ 5) ขาดระบบติดตามหรือส่งต่อที่เป็นองค์รวม 6) ผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง โดยเฉพาะงานเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป 7) ขาดการสนับสนุนอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายหรือสภาพพื้นที่ 8) มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและอาชีวอนามัยที่สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะของแต่ละกลุ่มอาชีพ 9) ต้องการการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านสุขภาพ ความรู้ ความปลอดภัยในการทำงาน และการสร้างรายได้ที่ยั่งยืน

### ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างผลวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประเด็นหลัก	ผลวิจัยเชิงปริมาณ	ผลวิจัยเชิงคุณภาพ	ข้อเสนอแนะ
1. สภาพการจัดสวัสดิการ	ค่าเฉลี่ยการได้รับเบี้ยยังชีพ 3.90, การเยี่ยมบ้านโดย อสม. 3.89, การสนับสนุนอุปกรณ์ 3.89	ขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ขาดระบบติดตามและส่งต่อที่ชัดเจน	พัฒนารูปแบบสวัสดิการเชิงรุก จัดทีมอาชีวอนามัยชุมชน วางระบบการติดตามและเชื่อมโยงบริการ

2. ลักษณะงานและความเสี่ยง	อาชีพหลังเกษียณมีผลต่อความต้องการด้านอาชีวอนามัยอย่างมีนัยสำคัญ ( $F = 6.728, p < .05$ )	ผู้สูงอายุทำงานเสี่ยง เช่น เกษตรกรรม รับจ้างทั่วไปขาดอุปกรณ์ที่เหมาะสม	สนับสนุนอุปกรณ์ตามสภาพร่างกาย ผูกอบรมความปลอดภัย
3. การเข้าถึงบริการสุขภาพ	การเข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.81	บริการอาชีวอนามัยยังไม่เพียงพอ ขาดบุคลากรเฉพาะทางในพื้นที่ห่างไกล	พัฒนาบุคลากรอาชีวอนามัยระดับท้องถิ่น เสริมบริการเชิงรุก
4. ความต้องการและคุณภาพชีวิต	ความพึงพอใจต่อสวัสดิการ (4.05), สุขภาพ (3.97) ความต้องการอาชีวอนามัย (3.90)	ต้องการความรู้ด้านสุขภาพ ความมั่นคงรายได้ และการดูแลตนเอง	จัดตั้งกองทุนชุมชน บูรณาการผูกอบรมร่วมกับ อสม.
5. บทบาทของท้องถิ่น	ความพึงพอใจสัมพันธ์กับการจัดการท้องถิ่น ( $r = .351, p < .05$ )	ท้องถิ่นยังมีบทบาทจำกัดในการจัดสวัสดิการ	ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ กระจายอำนาจให้ท้องถิ่น

ข้อเสนอเชิงนโยบายที่ได้จากข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) การพัฒนารูปแบบสวัสดิการเชิงรุกที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เช่น การจัดทีมอาชีวอนามัยชุมชน การผูกอบรมเรื่องการดูแลตนเองในที่ทำงาน และการจัดตั้งกองทุนชุมชนเพื่อสนับสนุนเครื่องมือประกอบอาชีพ 2) การส่งเสริมบทบาทของท้องถิ่นในการร่วมออกแบบและบริหารจัดการสวัสดิการอย่างมีส่วนร่วมจากผู้สูงอายุในชุมชน

## อภิปรายผล

จากวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อระบบสวัสดิการในระดับค่อนข้างสูง โดยเฉพาะสวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับรายได้และการดูแลเชิงรุก เช่น เบี้ยยังชีพและการเยี่ยมบ้าน โดย อสม. ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Social Protection ของ ILO (2017) ที่มองว่าสวัสดิการพื้นฐานช่วยลดความเปราะบางในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับแนวคิด Active Ageing ของ WHO (2002) ที่เน้นบทบาท การมีสุขภาพที่ดี และการสนับสนุนต่อเนื่องเพื่อยืดเวลาการพึ่งพาตนเอง อย่างไรก็ตาม การประเมินเชิงระบบสะท้อนให้เห็นว่าหลายบริการยังไม่เชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการ

ประสานงานระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขและท้องถิ่นยังไม่สอดคล้องกัน ทำให้เกิดช่องว่างด้านบริการและขาดระบบติดตามที่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สวัสดิการไม่ตอบสนองต่อความต้องการผู้สูงอายุในพื้นที่ชายแดนได้อย่างเต็มที่

จากวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบกลุ่ม พบว่า รายได้อาชีพ และระดับการศึกษามีผลต่อความต้องการและความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างชัดเจน โดยผู้ที่มีรายได้ต่ำและการศึกษาน้อยมีความเสี่ยงด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอื่น ผลวิจัยนี้สอดคล้องกับทฤษฎี Social Determinants of Health ของ Marmot และ Wilkinson (2005) ที่อธิบายว่าปัจจัยรัฐทางเศรษฐกิจและโอกาสทางการศึกษามีผลโดยตรงต่อความสามารถในการป้องกันความเสี่ยง รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลด้านอาชีวอนามัย ข้อค้นพบนี้ยังสอดคล้องกับงานของ ศศิธร สุคนธ์ (2565) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ขาดความรู้และอุปกรณ์ความปลอดภัยมักเกิดโรคจากการทำงานในสัดส่วนสูงกว่า นอกจากนี้ ความพึงพอใจต่อสวัสดิการยังสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งสะท้อนว่าการสื่อสาร การจัดบริการ และการเปิดพื้นที่ให้ชุมชนมีส่วนร่วมล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพของสวัสดิการที่ประชาชนรับรู้

จากวัตถุประสงค์ที่ 3 จากผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ระบบสวัสดิการด้านอาชีวอนามัยในจังหวัดตากยังไม่เกิดการดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นระบบระหว่างภาครัฐ หน่วยงานสาธารณสุข อปท. และชุมชน ปัญหานี้เกิดจากหลายปัจจัย เช่น การกระจายอำนาจที่ยังจำกัด การไม่มีฐานข้อมูลสุขภาพกลาง การส่งต่อบริการที่ไม่ต่อเนื่อง และข้อจำกัดด้านงบประมาณ ทำให้ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานนอกระบบ ไม่ได้รับบริการป้องกันและสนับสนุนที่เหมาะสม ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นความจำเป็นของการสร้าง “ระบบบริการแบบบูรณาการในระดับชุมชน” ที่เน้นบริการเชิงรุก เช่น การเยี่ยมบ้าน การตรวจสุขภาพประจำปี และการให้ความรู้ด้านความปลอดภัย การดำเนินงานลักษณะนี้สอดคล้องกับงานของ พิทักษ์ เจริญผล (2564) ที่ชี้ว่า เมื่อชุมชนและท้องถิ่นร่วมกันออกแบบบริการ จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดภาระรัฐ และทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่มากขึ้น

### สรุป/ข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้ สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเชิงปริมาณชี้ว่ารูปแบบการจัดสวัสดิการด้านอาชีวอนามัยมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ยังทำงานในจังหวัดตากอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ โดยเฉพาะปัจจัยด้านรายได้ การศึกษา และอาชีพ ซึ่งส่งผลต่อความต้องการและความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างชัดเจน ทั้งนี้ งานวิจัยมีผลกระทบต่อการพัฒนาโยบายสาธารณะและแนวทางปฏิบัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดระบบสวัสดิการผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โดยข้อเสนอแนะของผลการวิจัยประกอบด้วย 1) ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ ได้แก่ 1.1 ข้อเสนอเชิงนโยบาย ควรกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการประสานงานร่วมกับหน่วยงานด้านสาธารณสุข แรงงาน และพัฒนาสังคม เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ 1.2 ข้อเสนอเชิงปฏิบัติ ควรจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับตำบลหรืออำเภอ พัฒนารฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่ยังทำงานอย่างเป็นระบบ และจัดสวัสดิการเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มเกษตรกรหรือแรงงานรับจ้าง โดยเน้นการเยี่ยมบ้าน การประเมินความเสี่ยง และการสนับสนุนอุปกรณ์อาชีพผ่านกองทุนชุมชนร่วมกับ อปท. 1.3 ข้อเสนอเชิงวิชาการ เสนอให้นำผลวิจัยไปใช้ในการพัฒนาหลักสูตรอบรมสำหรับอบสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น เพื่อเพิ่มศักยภาพด้านการประเมินความเสี่ยงและการดูแลผู้สูงอายุแรงงานนอกระบบ ส่วน 2) ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป ประกอบด้วย 2.1 ควรขยายพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อเปรียบเทียบบริบทและโครงสร้างสวัสดิการในแต่ละภูมิภาค 2.2 ควรศึกษาตัวแปรเชิงจิตวิทยา เช่น แรงจูงใจในการทำงาน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หรือความผูกพันต่อชุมชน เพื่อทำความเข้าใจมิติภายในของผู้สูงอายุได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น และ 2.3 เนื่องจากบริบทของพื้นที่ชายแดนมีลักษณะเฉพาะด้านเศรษฐกิจและสังคม งานวิจัยในอนาคตควรศึกษาเชิงเปรียบเทียบกับจังหวัดชายแดนอื่น ๆ เพื่อพัฒนาแบบจำลองระบบสวัสดิการด้านอาชีวอนามัยที่สามารถประยุกต์ใช้ในระดับประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## เอกสารอ้างอิง

- พิทักษ์ เจริญผล. (2564). บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชน. วารสารการบริหารการปกครอง, 12(2), 98–115.
- วิโรจน์ ณ ระนอง. (2562). การเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพกับการจัดบริการผู้สูงอายุของไทย. วารสารนโยบายสาธารณสุข, 10(1), 1–17.
- ศศิธร สุคนธ์. (2565). ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยในผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 28(3), 45–57.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). สัมมะโนแรงงาน พ.ศ. 2567. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สำนักงานสถิติจังหวัดตาก. (2565). ใน รายงานประชากรจังหวัดตาก ปี 2565. ตาก: สำนักงานสถิติจังหวัด
- Guo, Y., Zhang, H., Liu, S., & Li, J. (2024). Occupational health challenges in aging agricultural workers: Evidence from East Asia. *Journal of Occupational Health*, 66(2), 105–118.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). McGraw-Hill.
- International Labour Organization. (2017). *World social protection report 2017–19: Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals*. ILO. [https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS\\_604882/langen/index.htm](https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_604882/langen/index.htm)
- Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (2005). *Social determinants of health* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Niemi, S., Wang, Q., & Huttunen, J. (2022). Health risks of aging farmers and need for integrated occupational care. *PLOS ONE*, 17(9), e0273016. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273016>
- OECD. (2023). *OECD economic surveys: Thailand 2023*. OECD Publishing. [https://doi.org/10.1787/eco\\_surveys-tha-2023-en](https://doi.org/10.1787/eco_surveys-tha-2023-en)
- \_\_\_\_\_. (2025). *OECD employment outlook 2025*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/employment-outlook-2025-en>
- PIER. (2023). *The state of Thailand’s informal workforce and its implication for policy*. Puey Ungphakorn Institute for Economic Research. <https://www.pier.or.th/>

- ResearchGate. (2022). Demographic transitions and the elderly workforce in Thailand: A field-based study. <https://www.researchgate.net/publication/XXXXXX>
- Research Gate. (2023). Community-based welfare models for elderly informal workers in rural Thailand. <https://www.researchgate.net/publication/YYYYYY>
- Sasaki, T., Nakayama, Y., & Matsuda, A. (2022). Work ability and risk perception among older informal workers: A comparative rural study. *Frontiers in Public Health*, 10, 123456. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.123456>
- Ubonratchathani Labour Office. (2023). Report on the situation of elderly labor in rural border areas, 2023. Ubonratchathani Provincial Labour Office.
- WHO. (2002). Active ageing: A policy framework. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NPH-02.8>
- WHO. (2022). Global report on ageism. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240056866>
- Wikipedia. (2024). Provinces of Thailand. Retrieved from [https://en.wikipedia.org/wiki/Provinces\\_of\\_Thailand](https://en.wikipedia.org/wiki/Provinces_of_Thailand)
- Wongboonsin, P., Rattanaburi, K., & Sukpanich, N. (2021). Occupational risk, health outcomes and the elderly workforce in rural Thailand. *Journal of Aging and Social Policy*, 33(4), 425–443. <https://doi.org/10.1080/08959420.2021.XXXXXXX>
- World Bank. (2022). Thailand aging report: Inclusive services and infrastructure for an aging society. World Bank Publications. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/XXXXX>