สถานการณ์ระบบการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

ปริญญานิพนธ์

ของ

นภัค ด้วงจุมพล

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวเวชศาสตร์

มิถุนายน 2555

สถานการณ์ระบบการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

ปริญญานิพนธ์

ของ

นภัค ด้วงจุมพล

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวเวชศาสตร์

มิถุนายน 2555

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สถานการณ์ระบบการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

บทคัดย่อ

ของ

นภัค ด้วงจุมพล

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวเวชศาสตร์

มิถุนายน 2555

นภัค ด้วงจุมพล. (2555). *สถานการณ์ระบบการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา*. ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (อาชีวเวชศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี วิทยพันธ์, ดร.แพทย์หญิงฉันทนา ผดุงทศ.

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสานวิธีทำการศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด369 แห่ง จาก 32 อำเภอ 287 ตำบล ในจังหวัดนครราชสีมา ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน พ.ศ. 2554 โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังผู้รับผิดชอบงานบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีอัตราตอบกลับของแบบสอบถาม ร้อยละ 71.5 นำคะแนนที่ได้มาแบ่งระดับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็น ระดับต่ำและระดับสูง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูล โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ส่วนที่ 2 ใช้การสัมภาษณ์เจาะลึกผู้รับผิดชอบงานบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิ 6 แห่ง นำเสนอด้วยข้อมูลเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาส่วนใหญ่มีความพร้อมด้านการให้บริการอาชีวอนามัยอยู่ในระดับต่ำ ความพร้อมด้านปัจจัยนำเข้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ความรู้ ทัศนคติ ทักษะ, ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่, การบริหารจัดการ, ความพร้อมด้านข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา, อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือ เงินสนับสนุน และนโยบายเป้าหมาย) ความพร้อมด้านกระบวนการดำเนินงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย, การฝึกอบรมศึกษาดูงานการวิจัย และทีมงานเครือข่าย) และพบว่าทั้งปัจจัยนำเข้า และกระบวนการดำเนินงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัด โดยเมื่อแยกปัจจัยย่อย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุด ได้แก่ การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย รองลงมาได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา ทีมงาน เครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือและเงินสนับสนุน นโยบายและเป้าหมาย ความรู้ และทักษะของเจ้าหน้าที่ การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่อง การวิจัยของเจ้าหน้าที่ และความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ ตามลำดับ จากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่าควรมีการวางแผนการบริหารจัดการอาชีวอนามัย ทำให้ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาในพื้นที่ที่ควรได้รับการแก้ไขก่อน ควรมีการผลักดันนโยบายจากหน่วยงานส่วนกลางหรือจากหน่วยงานระดับจังหวัด ให้การดำเนินงานอาชีวอนามัยเป็นพันธะกิจที่ต้องทำและมีตัวชี้วัดที่ชัดเจน

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาส่วนใหญ่มีความพร้อมด้านการให้บริการอาชีวอนามัยอยู่ในระดับต่ำ มีโอกาสในการพัฒนา ดังนั้นภายใต้ข้อจำกัดของหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดนครราชสีมา ควรแก้ไขปัจจัยในด้านการบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัยก่อน ตามด้วยข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา และแก้ไขปัจจัยด้านทีมงาน เครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย จะได้ประโยชน์สูงสุดต่อการให้บริการอาชีวอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา

THE SITUATION OF OCCUPATIONAL HEALTH SERVICE IN PRIMARY CARE UNITS IN NAKHON RATCHASIMA PROVINCE

AN ABSTRACT

BY

NAPAK DUANGJUMPHOL

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the

Master of Science Degree in Occupational Medicine

at Srinakharinwirot University

June 2012

Napak Duangjumphol (2012). The situation of occupational health service in primary care units in Nakhon Ratchasima province. Master thesis, M.Sc. (Occupational Medicine). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee:Dr. Yuwadee Wittayapun, Dr. Chantana Padungtod.

This research is the study of mixed methods, studied in 369 primary care units, 32 amphurs, 287 tambons in Nakhon Ratchasima province from Febuary to April 2011 by dividing the study into 2 parts; the first part used a questionnaire were mails directly to the responsible person of occupational health service in primary care units. There were 71.50 percent in answering the questionnaires, brought the marks to divide the levels in giving the occupational health service in the primary care units into low and high levels. Pearson's product moment correlation coefficient and Spearman rank correlation coefficient were used for statistical analyses. The second part used In-depth interviews were presented in text.

The result showed that the occupational health service of primary care units in Nakhon Ratchasima province were mostly in low level. The input factors were mostly in low level (knowledge, attitude, skills, adequacy of staff, management service, basic data, problem situation, materials, tools, manual, bounty and policy). The throughput factors were mostly in low level (the management of occupational health service, training, study, research and network team). And the result showed that both inputs and throughputs has the positive effect to occupational health service in primary care units in Nakhon Ratchasima province. By separating the minor factors, the factors that had the highest positive effect are organizing system of occupational health service, basic information and statistical report about occupational health, collaborative network building, operational resources, occupational health unit goals, knowledge and skill about occupational health service, training and research of public health personnel and adequate personnel; in order. From interviewing the responsible persons for the occupational health service that should plan the occupational health service management, let the people in those areas to participate in fixing the problems in those area that should solve first, and it should be driven the policy from the central organization or the province organization, make the occupational health service operation been the mission and clear indicators.

In conclusion, this study revealed that the occupational health service of primary care units in Nakhon Ratchasima province were mostly in low level, it could be improved. So, under the limitations on primary care units in Nakhon Ratchasima province should organizing, record, register and report systems of occupational health service first, followed by the basic information and the situated problems and solving the factors on the occupational health network teams that have the highest benefit from giving the occupational health service in Nakhon Ratchasima province.

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

สถานการณ์ระบบการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

ของ

นภัค ด้วงจุมพล

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวเวชศาสตร์

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

วันที่ ....6.....เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2555

คณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์

.....ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี วิทยพันธ์)

.....กรรมการ

(ดร.แพทย์หญิงฉันทนา ผดุงทศ)

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

.....ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำปั่น)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี วิทยพันธ์)

.....กรรมการ

(ดร.แพทย์หญิงฉันทนา ผดุงทศ)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความอนุเคราะห์อย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี วิทยพันธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ตลอดจนช่วยตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของปริญญานิพนธ์ ด้วยความเอาใจใส่มาโดยตลอด จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำปั่น ที่ให้ความกรุณาเป็นประธานกรรมการสอบป้องกันปริญญานิพนธ์ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงปริญญานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณคณาจารย์ประจำภาควิชา ที่ได้ประสาทวิชาความรู้พื้นฐานในการทำวิจัย

ขอขอบพระคุณ ดร.แพทย์หญิงฉันทนา ผดุงทศ ที่ได้กรุณาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ร่วมให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ จนทำให้งานวิจัยบรรลุเป้าหมาย

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล ที่ช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องของปริญญานิพนธ์และสละเวลามาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ ผู้รับผิดชอบงานบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมา 6 แห่ง ที่เสียสละเวลาในการให้สัมภาษณ์เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตปริญญาโทที่เป็นที่ปรึกษาตลอดการวิจัย ช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจในการทำวิจัยในครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อดำรง ด้วงจุมพล คุณแม่สมจิต ด้วงจุมพล และคุณป้าสมนึก พินิจชัย ที่ให้โอกาสผู้วิจัยได้เพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ในการศึกษา รวมทั้งขอระลึกถึงพระคุณครูอาจารย์ทุกท่านที่ได้ให้การอบรมสั่งสอนผู้วิจัยทั้งทางตรงและทางอ้อมตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันไว้ตลอดไป

นภัค ด้วงจุมพล

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	**บทนำ**	1
	ความสำคัญของปัญหา	1
	ปัญหาการวิจัย	3
	วัตถุประสงค์การวิจัย	3
	สมมติฐานการวิจัย	4
	ขอบเขตการวิจัย	5
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	8
	กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
2	**แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**	9
	สถานการณ์ประชากรวัยทำงานและโรคจากการประกอบอาชีพ	9
	ระบบการให้บริการด้านสุขภาพและการให้บริการอาชีวอนามัย	12
	ระบบการให้บริการด้านสุขภาพ	12
	มาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ	13
	อาชีวอนามัย	19
	ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดนครราชสีมาและระบบบริการสุขภาพ	30
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	35
3	**วิธีดำเนินการวิจัย**	48
	รูปแบบการวิจัย	48
	ระเบียบวิธีวิจัย	48
	เครื่องมือในการวัด	49
	การรวบรวมข้อมูล	52
	การวิเคราะห์ข้อมูล	53
	ประเด็นพิจารณาทางจริยธรรม	54

สารบัญ

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	55
ส่วนที่ 1 การตอบกลับของข้อมูล	55
ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการปฐมภูมิ	55
ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย	57
ส่วนที่ 4 สถานการณ์ระบบการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา	59
ส่วนที่ 5 ข้อมูลการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ	67
5 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	72
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการวิจัย	72
อภิปรายผล	72
ข้อจำกัดในการวิจัย	82
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	83
ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมา	83
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	85
บรรณานุกรม	86
ภาคผนวก	92
ภาคผนวก ก	93
ภาคผนวก ข	110
ประวัติย่อผู้วิจัย	112

บัญชีตาราง

ตาราง **หน้า**

1 แสดงค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในแต่ละด้าน 41

2 จำนวน และร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามข้อมูลทั่วไป 56

3 จำนวน และร้อยละของบุคลากรผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยจำแนกตามปัจจัย ส่วนบุคคล 58

4 ข้อมูลปัจจัยนำเข้าในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา 58

5 ข้อมูลกระบวนการดำเนินงานในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา 63

6 ข้อมูลการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา 65

7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในแต่ละด้านกับการให้บริการอาชีวอนามัย ในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา 67

บัญชีภาพประกอบ

ตาราง **หน้า**

1 แบบจำลองภาพรวมของการบริการอาชีวอนามัยพื้นฐาน 24

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rationale)

ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนประชากรรวม 65.34 ล้านคน เป็นผู้ที่อยู่ในวัยทำงานทั้งสิ้น 50.54 ล้านคน (ร้อยละ 77.35) จำนวน 36.35 ล้านคนเป็นผู้มีงานทำ โดย 13.84 ล้านคน เป็นแรงงานในระบบ และ 23.28 ล้านคน เป็นแรงงานนอกระบบที่ไม่มีนายจ้างมารับผิดชอบดูแล กลุ่มคนเหล่านี้เผชิญกับความอันตราย ในการทำงานไม่น้อยกว่ากลุ่มแรงงานในระบบ ซึ่งแรงงานทั้งสองกลุ่มนี้ต่างก็ต้องสัมผัสความเสี่ยงจากการทำงานอันก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและบาดเจ็บจากการทำงาน[1,2]

สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม รายงานการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานของแรงงานในระบบของประเทศ พบว่า ปี 2549 แรงงานในระบบประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานนับทุกกรณีรวม 204,257 ราย ตาย 808 ราย ทุพพลภาพ 21 ราย สูญเสียอวัยวะบางส่วน 3,413 ราย หยุดงานเกิน 3 วัน 51,901 ราย (นับกรณีร้ายแรง 56,143 ราย) หยุดงานไม่เกิน 3 วัน 148,114 ราย อัตราการประสบอันตราย ต่อลูกจ้าง1000ราย (อัตราสะสม ม.ค.-ธ.ค.) นับทุกกรณี 23.92 และนับกรณีร้ายแรง 6.58[4] ปี 2550 การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน นับทุกกรณีรวม 198,652 ราย ตาย 741 ราย ทุพพลภาพ 16 ราย สูญเสียอวัยวะบางส่วน 3,259 ราย หยุดงานเกิน 3 วัน 50,525 ราย (นับกรณีร้ายแรง 54,541 ราย) หยุดงานไม่เกิน 3 วัน 144,111 ราย อัตราการประสบอันตราย ต่อลูกจ้าง1000ราย (อัตราสะสม ม.ค.-ธ.ค.) นับทุกกรณี 22.62 และนับกรณีร้ายแรง 6.21[5] ปี 2551 การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน นับทุกกรณีรวม 176,502 ราย ตาย 613 ราย ทุพพลภาพ 15 ราย สูญเสียอวัยวะบางส่วน 3,096 ราย หยุดงานเกิน 3 วัน 45,719 ราย (นับกรณีร้ายแรง 49,443 ราย) หยุดงานไม่เกิน 3 วัน 127,059 ราย อัตราการประสบอันตราย ต่อลูกจ้าง1000ราย (อัตราสะสม ม.ค.-ธ.ค.) นับทุกกรณี 18.99 และนับกรณีร้ายแรง 5.32[6] จะเห็นว่าอัตราการประสบอันตรายมีแนวโน้มลดลงเหมือนประเทศอื่น[7] อย่างไรก็ตามข้อมูลดังกล่าวครอบคลุมเฉพาะแรงงานในระบบที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนเท่านั้น ในขณะที่แรงงานนอกระบบยังไม่มีข้อมูลการดูแลด้านสุขภาพที่ชัดเจนเป็นระบบ

การป้องกันและเฝ้าระวังความเสี่ยงอันตรายในการทำงานที่อาจจะเกิดขึ้นให้ครอบคลุมทั้งแรงงานในระบบและนอกระบบ เพื่อให้แรงงานสามารถปฏิบัติงานได้อย่างปลอดโรคและปลอดภัยนั้น จำเป็นที่หน่วยงานสาธารณสุขต้องมีบริการอาชีวอนามัยที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในพื้นที่[10-13]

แบบจำลองการให้บริการอาชีวอนามัยมีหลากหลาย รูปแบบหนึ่งที่เหมาะกับการจัดให้บริการครอบคลุมไปถึงกลุ่มแรงงานนอกระบบด้วย คือการผสมผสานการบริการอาชีวอนามัยพื้นฐานเข้าไปในกิจกรรมการให้บริการด้านสุขภาพที่ดำเนินการอยู่แล้วในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งถือเป็นหน่วยบริการด้านสุขภาพด่านแรก ที่ตั้งอยู่ครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่ในประเทศ[21] ทั้งนี้ดังกล่าวข้างต้นว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรที่ทำงานในประเทศไทยเป็นแรงงานนอกระบบ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมหรืออาชีพอิสระ มีลักษณะการทำงาน สถานที่ทำงานงานไม่แน่นอน กระจายไปหลายพื้นที่ และมีงบประมาณน้อยทำให้ขาดโอกาสในในการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัย รูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐานที่พึงประสงค์จึงควรนำไปรวมในบริการที่มีอยู่ในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การจัดระบบการบริการอาชีวอนามัย ในหน่วยบริการปฐมภูมิให้ประสบความสำเร็จ มีองค์ประกอบที่สำคัญหลายประเด็น ตัวอย่างเช่น ส่วนกลางควรมีการกำหนดแผนระดับชาติ และมีคู่มือการดำเนินงานที่ชัดเจน ส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิควรมีความพร้อมของทีมงานและพัฒนาระบบบริการอาชีวอนามัยที่สามารถทำได้จริง[39-41] โมเดลของโรเจอร์[26] สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการให้บริการอาชีวอนามัย โดยใช้อธิบายปัจจัยด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ ของเจ้าหน้าที่[24,42,52,54,55] ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่[9,39,42,52,54,55] ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา[40,51-55] อุปกรณ์เครื่องมือ คู่มือและเงินสนับสนุน[9,39,51-55] นโยบายและเป้าหมายอาชีวอนามัย[24,39,40,55] และปัจจัยด้านกระบวน การดำเนินงาน ได้แก่ การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย[50-52,54,55] การฝึกอบรมศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่องและการวิจัยของเจ้าหน้าที่[24,39,52,54,55] ทีมงาน เครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย[40,51,53,55] ผลต่อการให้บริการอาชีวอนามัยทั้งเชิงรับและเชิงรุก

แนวคิดในการจัดให้มีบริการอาชีวอนามัย และความปลอดภัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในประเทศไทยเริ่มขึ้นเมื่อปี 2547 ในหน่วยบริการปฐมภูมิใน 4 จังหวัด ได้แก่ สถานีอนามัยท้ายบ้าน สถานีอนามัยเทพารักษ์ จังหวัดสมุทรปราการ, สถานีอนามัยบางหญ้าแพรก สถานีอนามัยบ้านคำพระ จังหวัดสมุทรสาคร, สถานีอนามัยบ้านแม่ลาว สถานีอนามัยแม่ปืม จังหวัดพะเยา และสถานีอนามัยป่าซาง จังหวัดลำพูน มีรายงานการศึกษา พบว่า นโยบาย ความรู้ การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหาของพื้นที่ ส่งผลต่อการให้บริการอาชีวอนามัย และผลการวิจัยบ่งชี้ว่าการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิควรได้รับการขยายให้ครอบคลุมทั่วประเทศ[40,41] จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัด ซึ่งมีรูปแบบการให้บริการสาธารณสุขที่มีความหลากหลาย[27-29] โดยมีโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งมีหน่วยงานอาชีวเวชกรรมให้บริการอาชีวอนามัย ในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งได้มีการดำเนินการการให้บริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยตั้งแต่ปี 2540 ในลักษณะการดำเนินงานเชิงรุกตรวจสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ และตรวจสุขภาพคนงานตามความเสี่ยง การดำเนินงานเชิงรับ วินิจฉัยโรคจากการทำงาน และตรวจ

สุขภาพก่อนบรรจุเข้าทำงาน ยังพบปัญหาขาดแพทย์ที่ดูแลรับผิดชอบงานอาชีวอนามัยโดยตรง และยังต้องพัฒนาเครือข่ายอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ, โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิ ในจังหวัดนครราชสีมายังพบประเด็นปัญหาซึ่งต้องเฝ้าระวังโรคซิลิโคซิส ในผู้ประกอบอาชีพแกะสลักหินทราย ในตำบลลาดบัวขาว อำเภอสีคิ้ว โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคนี้ไปแล้ว และอาชีพนี้เป็นกลุ่มแรงงานนอกระบบที่มีผู้ประกอบอาชีพเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากรายได้ตอบแทนที่ค่อนข้างสูง โดยในส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมินั้น ได้มีแนวทางปฏิบัติการให้บริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับสถานบริการสุขภาพระดับศูนย์สุขภาพชุมชน และสถานีอนามัย ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม แต่ยังไม่เคยมีการประเมินผล ว่าสามารถนำมาประยุกต์ใช้จริงในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดนครราชสีมาได้หรือไม่ ประกอบกับที่ผ่านมา ยังไม่เคยไม่มีการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของระบบบริการอาชีวอนามัย ในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา งานวิจัยนี้จึงมุ่งไปที่การประเมินสถานการณ์ระบบการให้บริการอาชีวอนามัย ของหน่วยงานปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ ในการจัดทำรูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัย ในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาได้อย่างเหมาะสม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้เห็นถึงปัญหาหรืออุปสรรคในการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยงานปฐมภูมิ และพิจารณาปรับเปลี่ยนให้การสนับสนุน เพื่อให้เกิดการพัฒนาการให้บริการอาชีวอนามัย ในหน่วยงานปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา ได้อย่างมีประสิทธิภาพและครบถ้วน

คำถามการวิจัย (Research Questions)

1. สถานการณ์ระบบการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาเป็นอย่างไร

2. ปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย (Objectives)

วัตถุประสงค์หลัก (General Objectives)

เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objectives)

1. เพื่อศึกษาปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ของเจ้าหน้าที่, ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่, ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา, อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือและเงินสนับสนุน, นโยบายและ

เป้าหมายอาชีวอนามัย และกระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย, การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่องและการวิจัยของเจ้าหน้าที่, ทีมงาน เครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ของปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ของเจ้าหน้าที่, ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่, ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา, อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือและเงินสนับสนุน, นโยบายและเป้าหมายอาชีวอนามัย กับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ของกระบวนการดำเนินงานได้แก่ การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย, การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่องและการวิจัยของเจ้าหน้าที่, ทีมงาน เครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย กับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

4. เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึกด้านการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมาและรูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัยที่เหมาะสมกับหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานของการวิจัย (Hypothesis)

1. ปัจจัยนำเข้ามีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัย ในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

1.1 ความรู้ และทักษะของเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

1.2 ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

1.3 ข้อมูลพื้นฐาน และสถานการณ์ปัญหา มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

1.4 อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือ และเงินสนับสนุน มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

1.5 นโยบาย และเป้าหมายอาชีวอนามัย มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

1.6 กระบวนการดำเนินงานมีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัย ในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

2.1 การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

2.2 การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่อง และการวิจัยของเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

2.3 ทีมงานเครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษา ในผู้รับผิดชอบงานบริการอาชีวอนามัย ในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดนครราชสีมา กรณีไม่มีผู้รับผิดชอบ ให้หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นผู้ตอบแบบสอบถามแทน ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดนครราชสีมา 1 ปีขึ้นไป ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน พ.ศ. 2554 โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุ ของการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ และแบบสัมภาษณ์ สำหรับผู้รับผิดชอบงานบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิ กรณีไม่มีผู้รับผิดชอบให้หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นรับการสัมภาษณ์แทน

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

1.การศึกษาวิจัยเรื่องนี้การเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม จากหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมาเฉพาะของรัฐผู้ที่ให้ข้อมูลได้แก่ผู้รับผิดชอบงานบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิ

2.หน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วมการวิจัย คือหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และมีการให้บริการด้านสาธารณสุข ยกเว้นศูนย์บริการสุขภาพที่เป็นศูนย์ควบคุมโรคและสถานพยาบาลทัณฑสถาน

ข้อจำกัด ปัญหา และอุปสรรคของงานวิจัยและวิธีการแก้ไข (Limitation and Solution)

งานวิจัยนี้จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้รับผิดชอบงานบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งอาจไม่ได้รับความร่วมมืออย่างเต็มที่เนื่องจากแต่ละท่านต่างมีภารกิจงานประจำ

แก้ไขโดยมีการขอความร่วมมือและอธิบายวัตถุประสงค์กับสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยบริการปฐมภูมิก่อนที่จะมีการศึกษา และมีการโทรศัพท์ติดตามหน่วยงานที่ไม่ส่งแบบสอบถามกลับภายใน 30 วัน

คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการวิจัย (Operational definitions)

1.หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการสุขภาพ เช่น สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งให้บริการเป็นด่านแรก ที่มุ่งเน้นให้เกิดบริการที่มีการผสมผสานต่อเนื่อง และบูรณาการในการดูแลผู้รับบริการ รายบุคคล ครอบครัวและชุมชน ที่มีการให้บริการด้านสาธารณสุขระดับปฐมภูมิจริง

2. การให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการดูแลสุขภาพผู้ประกอบอาชีพ ให้สามารถทำงานได้อย่างปลอดโรคและปลอดภัย ภายใต้สภาพการทำงาน และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ซึ่งให้บริการโดยศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัย ประกอบด้วยการให้บริการอาชีวอนามัยเชิงรุก เน้นดำเนินการส่งเสริมป้องกันโรค และการให้บริการเชิงรับ เน้นด้านการตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาลผู้ป่วย การจัดทำระบบบันทึกข้อมูล และรวบรวมรายงานที่สำคัญ การเฝ้าระวังโรค การติดตามและฟื้นฟูผู้ป่วย

3. ผู้รับผิดชอบงานบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง เจ้าหน้าที่คนใดก็ตามที่เป็นผู้รับผิดชอบงานบริการอาชีวอนามัยโดยตรง หรือเป็นผู้รับคำสั่ง จากหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในการปฏิบัติงาน (เป็นตัวแทนของผู้ปฏิบัติงานจริง)

4. ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย

4.1 ความรู้ ทักษะของเจ้าหน้าที่ หมายถึง มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้บริการอาชีวอนามัย มีทักษะ ประสบการณ์ ความสามารถในการให้บริการอาชีวอนามัย ความสามารถในการประเมินผลงานด้านอาชีวอนามัย สามารถรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล เขียนแผนงาน โครงการด้านอาชีวอนามัยได้

4.2 ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ หมายถึง มีจำนวนเจ้าหน้าที่เท่ากับ หรือมากกว่าตามที่อัตรากำลังกำหนด มีทีมสหสาขาเพียงพอ มีความหลากหลายตรง หรือมากกว่าที่กำหนดไว้ในกรอบอัตรากำลัง โดยหน่วยบริการปฐมภูมิ 1 แห่ง รับผิดชอบประชากร 10,000 คน ต้องมีบุคลากรให้บริการ 8 คน นั่นคือ สัดส่วน เจ้าหน้าที่ : ประชากรที่รับผิดชอบ = 1: 1,250

4.3 ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา หมายถึง มีข้อมูล สรุปสถานการณ์ ความผิดปกติทางสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ จากการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น การตรวจเยี่ยม สำรวจสภาพการทำงาน สิ่งแวดล้อมการทำงาน ข้อมูลการเกิดอุบัติภัย ระบุกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมายหลัก ของผู้ประกอบอาชีพ/โรงงาน สถานประกอบการ/หน่วยงาน/องค์กร ในการดำเนินงานให้บริการอาชีวอนามัย มีข้อมูลสรุปแผน/โครงการ ในการให้บริการอาชีวอนามัย ที่ได้ดำเนินการไปแล้ว สรุปผลการ

ประเมินความพึงพอใจเกี่ยวกับการให้บริการอาชีวอนามัย ข้อมูลทางสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม สถานการณ์ปัญหา ที่ได้จากการสำรวจชุมชนและข้อมูลการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน

4.4 อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือและเงินสนับสนุน หมายถึง แบบฟอร์ม สำรวจสภาพการทำงาน และสิ่งแวดล้อมการทำงาน ตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น เพื่อค้นหาความผิดปกติทางสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ อุปกรณ์/เครื่องมือ/ระบบ เพื่อการบันทึกประวัติการทำงาน หรือ การสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยจากสิ่งแวดล้อมการทำงาน เช่น มีการเพิ่มเติมช่องบันทึกข้อมูล ไว้ในประวัติครอบครัว (Family Folder) หรือมีตรายางที่ได้จัดทำขึ้น เพื่อการบันทึกอุปกรณ์/เครื่องมือ/ระบบสำหรับลงทะเบียนแยกโรค/การบาดเจ็บจากการทำงานของผู้ประกอบอาชีพ อาชีพ เช่น มีสมุดทะเบียนแยกเฉพาะสำหรับผู้ประกอบอาชีพ ออกจากทะเบียนผู้ป่วยทั่วไป

4.5 นโยบายและเป้าหมาย หมายถึง การกำหนดเป้าหมาย/ตัวชี้วัด ในการให้บริการอาชีวอนามัย แผนงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมทั้งระยะสั้น และระยะยาว การเขียน เป้าหมาย (Goals) ของการให้บริการอาชีวอนามัย ไว้เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน เช่น เขียนไว้ในแผนระยะยาว/แผน 3 -5 ปี ของหน่วยงาน

5. กระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วย

5.1 การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย หมายถึง มีการประชุม/ชี้แจง/จัดการ ให้มีการบันทึกอาชีพ การประเมินภาวะเสี่ยงจากการทำงาน ไว้ในแฟ้มประวัติครอบครัว (Family Folder) หรือ ประวัติการให้บริการ ให้มีการลงทะเบียนแยกโรคสำหรับผู้ประกอบอาชีพ และให้มีการรายงานโรค/การบาดเจ็บจากการทำงาน

5.2 การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่องและการวิจัยของเจ้าหน้าที่ หมายถึง มีการพิจารณา ถึงความจำเป็นในการเข้ารับการอบรม เข้าร่วมประชุมวิชาการ การนำเสนองานวิจัย หรือศึกษาดูงาน ด้านอาชีวอนามัย ของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน มีการจัดส่งเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเข้ารับการอบรม เข้าร่วมประชุมวิชาการ ร่วมนำเสนองานวิจัย ไปศึกษาดูงาน หรือให้การสนับสนุนในการศึกษาต่อด้านอาชีวอนามัย และมีการสนับสนุนส่งเสริมเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ในการทำงานวิจัยด้านอาชีวอนามัย

5.3 ทีมงาน เครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย หมายถึง มีการติดต่อ/ชี้แจง/ขอความร่วมมือ กับผู้รับบริการ และกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการอาชีวอนามัย มีการรวมกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง จัดตั้งเป็นเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการดำเนินงานอาชีวอนามัย มีคำสั่งแต่งตั้งเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการดำเนินงานอาชีวอนามัย มีการกำหนด วันที่ เวลา ในการประชุมปรึกษาระหว่างเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการดำเนินงานอาชีวอนามัย มีการประชุมเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการดำเนินงานเป็นประจำ เช่น ทุกเดือน หรือ ทุกสามเดือน มีรายงานการประชุม

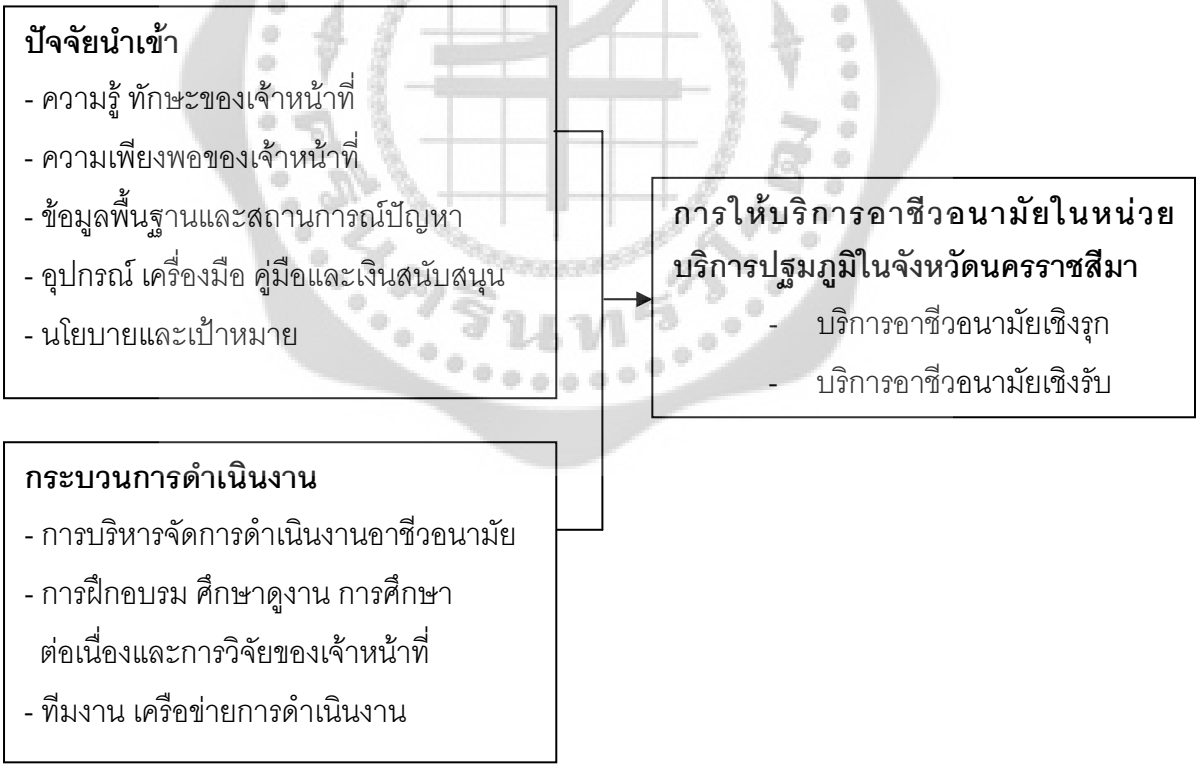
ระหว่างเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการดำเนินงานอาชีวอนามัย และได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือด้านทักษะ องค์ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษา แนวทางในการดำเนินงาน ด้านแผนงาน/โครงการ ด้านกำลังคน ด้านเงินทุน และแบบฟอร์มตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น

ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefits and Application)

1.เป็นข้อมูลในการจัดทำรูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาได้อย่างเหมาะสม

2.เป็นข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เห็นถึงปัญหาหรืออุปสรรค ในการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยงานปฐมภูมิ และพิจารณาปรับเปลี่ยน ให้การสนับสนุน เพื่อให้เกิดการพัฒนาการให้บริการอาชีวอนามัย ในหน่วยงานปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาได้อย่างมีประสิทธิภาพและครบถ้วน

กรอบแนวคิดการศึกษาวิจัย (Conceptual Framework)



บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารทั้งทางทฤษฎี แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. สถานการณ์ประชากรวัยทำงานและโรคจากการประกอบอาชีพ
2. ระบบการให้บริการด้านสุขภาพและการให้บริการอาชีวอนามัย
   2.1 ระบบการให้บริการด้านสุขภาพ
   2.2 มาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ
   2.3 อาชีวอนามัย
3. ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดนครราชสีมาและระบบบริการสุขภาพ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์ประชากรวัยทำงานและโรคจากการประกอบอาชีพ

1. ประชากรวัยทำงาน

ปี 2553 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรรวม 65.9 ล้านคน เป็นผู้ที่อยู่ในวัยทำงานทั้งสิ้น 53.1 ล้านคน (ร้อยละ 80.58) จำนวน 39.3 ล้านคนเป็นผู้มีงานทำ ซึ่งสามารถจำแนกประเภทของกลุ่มแรงงาน ดังนี้ 14.7 ล้านคน เป็นแรงงานในระบบ และ 24.9 ล้านคน เป็นแรงงานนอกระบบ[1,2]

2. การกระจายตัวของประชากรในระดับจังหวัด[3]

จังหวัดที่มีประชากรสูงที่สุด 10 อันดับแรก กรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดที่มีประชากรสูงที่สุดคือ 6,320,174 คน รองลงมาคือ จังหวัดนครราชสีมา ขอนแก่น อุบลราชธานี นครศรีธรรมราช บุรีรัมย์ เชียงใหม่ อุดรธานี ศรีสะเกษ และสุรินทร์ ตามลำดับ นอกจากกรุงเทพมหานคร แล้วจังหวัดส่วนใหญ่เป็นจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยกเว้นจังหวัดเชียงใหม่ ในภาคเหนือ และจังหวัดนครศรีธรรมราช ในภาคใต้

3. การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ข้อมูลจากสำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม ปี 2549 การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานปี 2549 (ม.ค.-ธ.ค.)[4]

ทั้งประเทศ นับทุกกรณีรวม 204,257 ราย ตาย 808 ราย ทุพพลภาพ 21 ราย สูญเสียอวัยวะบางส่วน 3,413 ราย หยุดงานเกิน 3 วัน 51,901 ราย (นับกรณีร้ายแรง 56,143 ราย) หยุดงานไม่

เกิน 3 วัน 148,114 ราย อัตราการประสบอันตราย ต่อลูกจ้าง1000 ราย (อัตราสะสม ม.ค.-ธ.ค.) นับทุกกรณี 23.92 และนับกรณีร้ายแรง 6.58

จังหวัดนครราชสีมา นับทุกกรณีรวม 4,799 ราย ตาย 31 ราย ไม่มีทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะบางส่วน 46 ราย หยุดงานเกิน 3 วัน 829 ราย (นับกรณีร้ายแรง 906 ราย)หยุดงานไม่เกิน 3 วัน 3,893 ราย อัตราการประสบอันตราย ต่อลูกจ้าง1000ราย (อัตราสะสม ม.ค.-ธ.ค.) นับทุกกรณี 24.27 และนับกรณีร้ายแรง 4.58 ข้อมูลจากสำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม ปี 2550 การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานปี 2550 (ม.ค.-ธ.ค.)[5]

ทั้งประเทศ นับทุกกรณีรวม 198,652 ราย ตาย 741 ราย ทุพพลภาพ 16 ราย สูญเสียอวัยวะบางส่วน 3,259 ราย หยุดงานเกิน 3 วัน 50,525 ราย (นับกรณีร้ายแรง 54,541 ราย) หยุดงานไม่เกิน 3 วัน 144,111 ราย อัตราการประสบอันตราย ต่อลูกจ้าง1000ราย (อัตราสะสม ม.ค.-ธ.ค.) นับทุกกรณี 22.62 และนับกรณีร้ายแรง 6.21

จังหวัดนครราชสีมา นับทุกกรณีรวม 4,194 ราย ตาย 24 ราย ไม่มีทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะบางส่วน 53 ราย หยุดงานเกิน 3 วัน 773 ราย (นับกรณีร้ายแรง 850 ราย)หยุดงานไม่เกิน 3 วัน 3,344 ราย อัตราการประสบอันตราย ต่อลูกจ้าง1000ราย (อัตราสะสม ม.ค.-ธ.ค.) นับทุกกรณี 20.47 และนับกรณีร้ายแรง 4.15 ข้อมูลจากสำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม ปี 2551 การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานปี 2551 (ม.ค.-ธ.ค.)[6]

ทั้งประเทศ นับทุกกรณีรวม 176,502 ราย ตาย 613 ราย ทุพพลภาพ 15 ราย สูญเสียอวัยวะบางส่วน 3,096 ราย หยุดงานเกิน 3 วัน 45,719 ราย (นับกรณีร้ายแรง 49,443 ราย) หยุดงานไม่เกิน 3 วัน 127,059 ราย อัตราการประสบอันตราย ต่อลูกจ้าง1000 ราย (อัตราสะสม ม.ค.-ธ.ค.) นับทุกกรณี 18.99 และนับกรณีร้ายแรง 5.32

จังหวัดนครราชสีมา นับทุกกรณีรวม 3,820 ราย ตาย 12 ราย ไม่มีทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะบางส่วน 34 ราย หยุดงานเกิน 3 วัน 721 ราย (นับกรณีร้ายแรง 767 ราย)หยุดงานไม่เกิน 3 วัน 3,053 ราย อัตราการประสบอันตราย ต่อลูกจ้าง1000 ราย (อัตราสะสม ม.ค.-ธ.ค.) นับทุกกรณี 20.95 และนับกรณีร้ายแรง 4.21

รายงานโรคจากการประกอบอาชีพของประเทศจาก พบผู้ป่วย3,535 ราย แบ่งเป็น โรคจากสารตะกั่ว 68 ราย โรคเหตุทางกายภาพ 2 ราย หูเสื่อมจากเสียง 36 ราย โรคจากฝุ่น 17 ราย โรคติดเชื้อจากการทำงาน 5 ราย โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ 3,407 ราย

จากข้อมูลจะเห็นว่าแนวโน้มการประสบอันตรายและเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานมีแนวโน้มลดลง ซึ่งไปในทิศทางเดียวกันกับต่างประเทศ จากการรายงานของประเทศแคนาดา อัตราการประสบอันตราย ต่อลูกจ้าง 1000 ราย เป็น 20.1, 18.9 และ 18.0 ในปี 2006, 2007 และ 2008 ตามลำดับ[7]

อย่างไรก็ตามต้องตระหนักว่าข้อมูลที่ได้จากระบบการรายงานโรคจากการประกอบอาชีพน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริง จากปัจจัยหลายอย่างด้วยกัน การรายงานสถิติ การคัดกรอง การวินิจฉัยโรคจากการทำงาน โดยสถิติโรคจากการทำงาน ของกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน เป็นสถิติโรคของผู้ประกันตนที่อยู่ในข่ายความคุ้มครองของกองทุนเงินทดแทน ซึ่งเจ็บป่วยจากการทำงาน แล้วใช้สิทธิเบิกค่ารักษาและเงินทดแทนจากกองทุน การจัดเก็บข้อมูลจำแนกชนิดโรคเป็น 32 กลุ่ม ตามประกาศกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม โดยเป็นการเก็บข้อมูลสถิติโรคจากใบรายงานที่ผู้ประกันตนหรือนายจ้างเขียน (กท.16) และแพทย์ผู้รักษาเขียน (กท.16/1) เพื่อยื่นเรื่องเบิกเงินกับกองทุนเงินทดแทน และผ่านขั้นตอนพิจารณาข้อมูล โดยเจ้าพนักงานวินิจฉัยและคณะอนุกรรมการการแพทย์ในการวินิจฉัยว่าเกิดจากการทำงานหรือไม่ และจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะเศรษฐกิจของประเทศไทยนับแต่ปี พ.ศ. 2540 ที่เกิดการจ้างงานแบบพันธะสัญญามากขึ้น (Contract Employment)มีการทำงานที่บ้าน การรับจ้างเหมาทำงาน รวมกับทางรัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนโครงการวิสาหกิจชุมชน (โครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์) ทำให้จำนวนของผู้ที่ประกอบอาชีพอิสระที่ไม่มีนายจ้างมารับผิดชอบดูแล ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทนมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจึงไม่มีข้อมูลส่วนนี้

ดังนั้นการจัดการอาชีวอนามัย ควรมีความครอบคลุม ทั้งกลุ่มแรงงานในภาคอุตสาหกรรม, กลุ่มแรงงานนอกระบบและภาคเกษตรกรรม ที่เผชิญกับความเสี่ยงในการทำงาน ไม่น้อยกว่ากลุ่มที่ทำงานในภาคอุตสาหกรรมเช่นกัน

ระบบการให้บริการด้านสุขภาพและการให้บริการอาชีวอนามัย

1. ระบบการให้บริการด้านสุขภาพ[8]

ระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ระบบบริการต่างๆที่จัดขึ้นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และปัญหาที่คุกคามสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นแบบผสมผสานหรือเฉพาะด้าน หรือเฉพาะเรื่อง แบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือระบบบริการระดับปฐมภูมิ ระบบบริการระดับทุติยภูมิ และระบบบริการระดับตติยภูมิ

1.1 ระบบบริการระดับปฐมภูมิ หมายถึงระบบบริการที่มีลักษณะดังต่อไปนี้ มีผู้ให้บริการเป็นทีมสุขภาพ โดยมีแพทย์ร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพอื่นๆ ทั้งนี้แพทย์ผู้ให้บริการอาจเป็นแพทย์ทั่วไป แพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เฉพาะทางในบางสาขา เช่น อายุรแพทย์ กุมารแพทย์ สูตินรีแพทย์ เป็นต้น การให้บริการเป็นแบบผสมผสานองค์รวม และต่อเนื่อง ทั้งบริการเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพ บริการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพ บริการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ สนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว มีระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน และที่ชุมชนด้วย และเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิอย่างเป็นระบบ มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ มีประชากรที่เป็นเป้าหมายในการให้บริการ (catchment population) หมายถึงประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานบริการหนึ่งๆ

สถานบริการที่จัดบริการระดับปฐมภูมิ

- ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร
- ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล หรือของชุมชน
- สถานีอนามัยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลชุมชน
- หน่วยบริการที่จัดขึ้นเป็นพิเศษในโรงเรียนแพทย์ ซึ่งมีการสร้างเครือข่ายกับสถานบริการอื่นๆ ในเขตใกล้เคียง เช่น โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
- ศูนย์บริการสุขภาพ และไม่รับผู้ป่วยนอกที่ไม่ได้อยู่ในเขตที่รับผิดชอบในการให้บริการ (catchment area) หรือในเครือข่าย
- คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนที่มีการเปิดรับสมาชิก

1.2 ระบบบริการระดับทุติยภูมิ หมายถึง ระบบบริการสาธารณสุข ที่จัดบริการทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนทั้งในเชิงวิทยาการและเทคโนโลยี มากกว่าบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ต้องอาศัยความรู้ เทคโนโลยี และบุคลากรเฉพาะด้าน มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ระดับตติยภูมิ และระบบบริการอื่นๆเพื่อส่งต่อความรับผิดชอบระหว่างกันและกันเป็นอย่างดี

1.3 ระบบบริการระดับตติยภูมิ หมายถึง ระบบบริการสาธารณสุข ที่จัดบริการทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนมากเป็นพิเศษทั้งในเชิงวิทยาการและเทคโนโลยี ต้องอาศัยองค์ความรู้ เทคโนโลยีและบุคลากรเป็นพิเศษที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระบบบริการอื่นๆเพื่อส่งต่อความรับผิดชอบระหว่างกันและกันเป็นอย่างดี

2. มาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ[9]

ความหมายการบริการปฐมภูมิ

การบริการปฐมภูมิ มีการแปลความหมายและใช้ชื่อเรียกที่แตกต่างกัน ได้แก่

1. สถานบริการด่านแรก (First Line Care) หรือสถานบริการด่านหน้า (Front Line Care)

2. สถานบริการปฐมภูมิ หรือสถานบริการระดับต้น (Primary Care หรือ Primary Medical Care)

3. สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว หรือเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Practice)

4. สถานบริการครอบครัว (Family Service)

5. หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit)

ทั้ง 5 ชื่อนี้มีความหมายตรงกับสถานบริการที่มีอยู่แล้วในประเทศไทย ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์แพทย์ชุมชน หน่วยบริการเวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาลศูนย์ สาธารณสุขเทศบาล ฯลฯ เพียงแต่ว่าสถานบริการเหล่านี้อาจยังจัดไม่ครบถ้วนตามปรัชญา/ แนวคิดและมาตรฐานการดำเนินงาน

การบริการปฐมภูมิ (Primary Care) หมายถึง การบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด โดยดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างใกล้ชิด โดยดูแลตั้งแต่ก่อนป่วย ไปจนถึงการดูแลเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งต่อไป

หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) หมายถึง การจัดพื้นที่ในอาคาร (หรือจัดตั้งอาคารแยกต่างหากก็ได้ และมีองค์ประกอบ บุคคล วัสดุ สิ่งของ และระบบการทำงาน เพื่อจัดที่ในอาคาร (หรือจัดตั้งอาคารแยกต่างหากก็ได้) และมีองค์ประกอบ บุคคล วัสดุ สิ่งของ และระบบทำงานเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ โดยมีสัดส่วน และองค์ประกอบเพื่อจัดบริการที่ชัดเจน ถูกต้องตามความหมายของบริการปฐมภูมิ (Primary Care)

นิยามศัพท์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ Primary Care Unit (PCU)

1. Contracting Unit for Primary Care (CUP) **หมายถึง** สถานบริการที่เป็นจุดทำสัญญาเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ (Primary Care) หรือเรียกว่า Main Contractor ก็ได้ ในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจะต้องมีผู้ซื้อบริการ(Purchaser) มาทำสัญญาซื้อบริการกับผู้ให้บริการ (Provider) ซึ่งผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ต้องจัดบริการเป็นการบริการปฐมภูมิ (Primary Care) แต่เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิบางแห่ง เช่น สถานีอนามัยยังไม่มีคุณสมบัติครบถ้วนที่จะทำสัญญา ได้ผู้ซื้อบริการจึงต้องไปทำสัญญากับจุดที่ทำสัญญาแทนได้ เช่นโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้น โรงพยาบาลชุมชน จึงเป็น CUP แทน สถานีอนามัย ดังนั้นจึงเรียกโรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก หรือ Main Contractor ส่วนสถานีอนามัยเป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามมาตรฐานที่กำหนดจึงเรียกสถานีอนามัยว่าหน่วยบริการปฐมภูมิรองหรือSub – Contractor หรือ Primary Care Unit ก็ได้

2. **หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ** (Contracting unit for Secondary care, CUS) **หมายถึง** หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยในเป็นหลัก ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนต่าง ๆ ที่สนใจสมัครเข้าร่วมเครือข่ายบริการทุติยภูมิสถานพยาบาลที่ให้บริการระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

3. **หน่วยคู่สัญญาของบริการระบบตติยภูมิ** (Contracting unit for Tertiary Care, CUT) **หมายถึง** หน่วยงานที่ให้บริการที่เป็นบริการเฉพาะทาง ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง หน่วยให้บริการระดับนี้อาจเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทางต่าง ๆ สถานพยาบาลแต่ละแห่งอาจเป็นหน่วยสัญญาของบริการมากกว่าหนึ่งระดับได้ หากสามารถจัดบริการได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของบริการในแต่ละระดับนั้น

4. Primary Health Care (PHC) การสาธารณสุขมูลฐาน มีความหมายเชื่อมโยงกับคำว่าบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้ขึ้นกับการพิจารณาถึงความหมายของคำว่า PHC ในลักษณะใด แต่ในประเทศไทยมีแนวโน้มในเชิงความหมายของการดำเนินการและกิจกรรมในหมู่บ้านและชุมชน ซึ่งหมายถึง การดำเนินงานสาธารณสุขของประชาชน โดยประชาชน เพื่อประชาชน โดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้กระตุ้นให้คำปรึกษาแนะนำ

5. Primary Medical Care (PMC) เป็นการจัดบริการของหน่วยงานรัฐที่ให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เป็นบริการด่านแรก ซึ่งการดำเนินการอาจใช้ปรัชญาของสาธารณสุขมูลฐาน หรือเทคนิคบริการที่เจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้บริการก็ได้ ดังนั้น Primary Care จึงเป็นตัวเชื่อมกลางระหว่าง Primary Medical Care และ Primary Health Care

PC = PMC + PHC

6. General Practice หรือ Family Practice เป็นศาสตร์ของการบริการหรือเป็นองค์ความรู้ทางวิชาการที่นำมาใช้ในสถานบริการปฐมภูมิ เพื่อเชื่อมต่อกับการบริการที่นำไปสู่ครอบครัวและชุมชน

มาตรฐาน PCU

เนื่องจาก PCU เป็นรูปธรรมของ Primary Care เพราะการพูดถึงบริการปฐมภูมินั้น จะมีสภาพบริการที่มีอยู่แล้ว ได้แก่ สถานีอนามัย (สอ.) ศูนย์แพทย์ชุมชน (ศพช.) ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล ฯลฯ แต่การแสดงลักษณะเป็น PCU ที่สมบูรณ์แบบนั้นยังไม่ครบถ้วน ดังนั้นเพื่อง่ายต่อความเข้าใจ จึงแสดงมาตรฐาน PCU ออกเป็น 3 ลักษณะ หรือ 3 ลำดับ หรือ 3 ขั้นตอน เพื่อจะแสดงให้เห็นลำดับขั้นของการพัฒนา PCU จากขั้นที่ 1 ไปถึงขั้นที่ 3 ซึ่งเป็นจุดอุดมคติสูงสุด เป็นการแสดงจากขั้นง่ายไปยากดังต่อไปนี้

2.1 มาตรฐานทางโครงสร้างหรือกายภาพ เป็นขั้นตอนของการเตรียม PCU ซึ่งต้องเป็นโครงสร้างหรือสิ่งที่มองเห็นชัดเจน ซึ่งจะต้องมีการเตรียมการให้พร้อม ก่อนที่จะดำเนินการขั้นต่อไปดังนี้

1) ด้านที่ตั้งและประชากร

มีประชาชากรรับผิดชอบไม่เกิน 10,000 คนต่อ 1 PCU สถานที่ตั้งของ PCU จะต้องอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบประชากร ถ้าอยู่นอกพื้นที่รับผิดชอบ ประชากร จะต้องไม่ไกลเกินกว่าการเดินทาง 30 นาที โดยรถยนต์

2) ด้านบุคลากร

1 PCU มีประชากรรับผิดชอบ 10,000 คน จะต้องมีบุคลากรให้บริการ 8 คน นั่นคือ สัดส่วนเจ้าหน้าที่ : ประชากรที่รับผิดชอบ = 1 : 1,250 บุคลากรทั้ง 8 คน ต้องประกอบไปด้วย แพทย์ 1 คน นั่นคือ แพทย์ 1 คน รับผิดชอบประชากร 10,000 คน (ในอนาคตแพทย์ควรประจำทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ) แต่ในปัจจุบันนี้ยังไม่มีแพทย์ประจำทุก PCU ให้ใช้พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือพยาบาลวิชาชีพที่มีความความสามารถเหมาะสม ทดแทนไปก่อน โดยอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ที่เป็น PCU หรือ Main contractor เพื่อให้คำปรึกษาหรือมีแพทย์เคลื่อนที่มาดูแลเป็นระยะๆ

ทันตแพทย์ 1 คน รับผิดชอบประชากร ได้ 20,000 คน คือ ทันตแพทย์ 1 คนดูแล 2 CPU ในขณะที่ยังไม่มีทันตแพทย์ ให้ทันตาภิบาลดูแล โดยอยู่ภายใต้การดูแลของทันตแพทย์ ถ้า PCU ไม่มีทันตแพทย์หรือทันตาภิบาล ให้ใช้ทันตแพทย์จาก PCU หรือ Main contractor เป็นผู้ดูแลจัดหน่วยเคลื่อนที่มาเป็นระยะ พยาบาลวิชาชีพ ใน 1 PCU มีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน (พยาบาลวิชาชีพ :ประชากร = 1 : 5,000) ซึ่งในอนาคตต่อไป ควรพัฒนาให้เป็นสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ : ประชากร = 1 : 900

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ที่มีคุณสมบัติสามารถให้บริการปฐมภูมิได้อย่างต่อเนื่องอีก 4 คน บุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้อง Lab เจ้าหน้าที่การเงิน/การบัญชี ฯลฯจะต้องเข้ามาช่วยเสริมและสนับสนุนเป็นครั้งคราว เช่น เภสัชกรมาช่วยสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง การเงินช่วยสัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง ซึ่งเจ้าหน้าที่เหล่านี้อยู่ใน PUC ซึ่งช่วยหลาย PCU เจ้าหน้าที่ 8 คนที่ปฏิบัติงานประจำเป็นเป็นทีมเดิมไม่น้อยกว่า 75 % ของเวลาปฏิบัติงานทั้งหมด ระยะเวลาปฏิบัติงานของบุคลากรในการบริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เช่น 10ชั่วโมงต่อวันในวันธรรมดา 3 ชั่วโมงต่อวันในวันหยุด บุคคลเหล่านี้ควรจัดกระบวนการอบรมทั้งในเชิงความรู้ ทักษะ การปฏิบัติงาน (skill) และทัศนคติ (Attitude) ในเรื่องเกี่ยวกับเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) เพื่อจะสามารถปฏิบัติงานได้ตามหลักปรัชญาสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ถ้ายังมีคนไม่ครบก็ให้จัดอบรมให้บุคลากรที่มีอยู่ก่อนหรือจัดสาขาวิชาชีพอื่นทดแทนไปก่อน การจัดอบรมควรจัดให้เป็นแบบจัดอบรมควบคู่กับการทำงานให้อยู่ในสถานที่ปฏิบัติงานในชุมชน

3) ด้านวัสดุ/อุปกรณ์และเครื่องมือ เมื่อมีสถานที่และเตรียมบุคลากรแล้ว ควรจัดวัสดุ/อุปกรณ์ เพื่อจัดบริการประชาชนและดำเนินงานเวชศาสตร์ครอบครัวที่สมบูรณ์แบบ ซึ่งเป็นด้านกายภาพที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจนดังต่อไปนี้

3.1) ครุภัณฑ์สำนักงาน เช่น โต๊ะ เก้าอี้ ตู้ ฯลฯ ควรจัดหาให้ครบ และจัดให้สะดวกสะอาดปลอดภัย มีพื้นที่บริการเพียงพอ

3.2) มีอุปกรณ์/วัสดุ/เครื่องมือ เพื่อการรักษา ป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพ ได้อย่างครบถ้วนพอเพียงและมีระบบการทำความสะอาดที่ถูกต้อง เช่น Stethoscope วัสดุตรวจการตั้งครรภ์ อุปกรณ์วัดสายตา ยา เวชภัณฑ์มิใช่ยา อุปกรณ์การตรวจชันสูตรพื้นฐาน ฯลฯ

3.3) ครุภัณฑ์/ยานพาหนะ และอุปกรณ์สื่อสารเพื่อติดต่อกับ CUP และใช้ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งการออกปฏิบัติงานในชุมชน เช่น รถยนต์ รถมอเตอร์ไซค์ วิทยุสื่อสาร โทรศัพท์ โทรสาร ฯลฯ อนึ่ง รถยนต์เพื่อใช้ในการส่งต่อ ถ้ายังไม่สามารถจัดไว้ที่ PCU อาจมีรวมกันไว้ที่ PCU เมื่อ PCU ใดจะใช้ก็ประสานงานเข้ามา

4) การเตรียมข้อมูลเพื่อใช้ในการดำเนินงาน

เนื่องจาก PCU ต้องใช้ระบบข้อมูล เพื่อให้เกิดการบริการที่เป็นองค์รวมและต่อเนื่อง เพื่อดูแลประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ดังนั้นการส่งเสริมระบบข้อมูลเพื่อการบริการและสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน จึงต้องแสดงให้เห็นทางกายภาพด้วย เช่น การเตรียมแบบสำรวจ การเตรียมแบบประเมินสุขภาพระดับบุคคลครอบครัว ชุมชน การเตรียมข้อมูลรายครอบครัว เพื่อติดตามผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง การเตรียมคอมพิวเตอร์ การจัดอบรม และการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบในการให้ความร่วมมือเพื่อประสานงานการเก็บข้อมูล ฯลฯ

2.2 มาตรฐานกระบวนการ หรือการจัดการ หรือการปฏิบัติกิจกรรม

หรือ Process ดำเนินงาน เมื่อมีมาตรฐานโครงสร้าง แล้วน่าจะมีกระบวนการทำงาน หรือปฏิบัติการเพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวในการจัดบริการของ PCU มีดังนี้

1) การจัดให้มีการบริการผสมผสานครบทั้ง 4 เรื่อง คือดังนี้

- ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล โดยให้บริการรักษาโรคทั่วไป โรคเรื้อรังโดยผสมผสานกับการให้ความรู้กับผู้รับบริการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่จำเป็น

- การให้บริการสร้างสุขภาพ PCU จะต้องส่งเสริมให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบมีการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่ให้เจ็บไข้ได้ป่วย ซึ่งจังหวัดนครราชสีมา ได้มีตัวชี้วัดการสร้างสุขภาพไว้แล้วทั้งในสถานบริการ และในชุมชน เพื่อสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน

- การบริการเชิงรุก PCU จะต้องทำงานผสมผสานการทำงานสร้างสุขภาพและซ่อมสุขภาพในชุมชน เช่น ติดตามเยี่ยมบ้าน ครอบครัว ในรายที่จำเป็นการฟื้นฟูสภาพพื้นฐานที่เกี่ยวข้องรวมทั้งสร้างสุขภาพในชุมชน

- การบริการด้านทันตกรรม PCU ต้องมีการบริการด้านการรักษาพื้นฐานและส่งเสริมป้องกันทางด้านทันตกรรมด้วย กรณี PCU ไม่มีบริการภายใน PCU ของตนเอง จะต้องติดต่อกับ PCU อื่น เพื่อให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบของตนเองไปใช้บริการที่ PCU อื่น ๆ

2) การจัดบริการประชาชนที่มารับบริการที่ PCU ควรจัดบริการให้เกิดความสะดวกรวดเร็วอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม โดยประชาชนควรได้รับบริการภายใน 1 ชั่วโมง เมื่อมาถึงสถานบริการและมีระบบเชื่อมต่อในการรับการรับส่งต่อผู้รับบริการให้สะดวกรวดเร็ว ทำให้ประชาชนอยากมาใช้บริการที่ PCU

3) มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างสมบูรณ์แบบ และนำข้อมูลมาใช้ในการทำงาน โดยการดูแลบุคคลและครอบครัว เช่น เจ้าหน้าที่ทุกควรจัดทำแฟ้มข้อมูลครอบครัว เพื่อเป็นข้อมูลในการให้บริการแบบองค์รวม และควรจัดระบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และการลงบันทึกเพื่อการดูแลผู้รับบริการต่อเนื่อง ระบบการลงบันทึก เพื่อติดตามผู้รับบริการ รวมถึงข้อมูลอื่น ๆ ที่จัดเก็บเพื่อการพัฒนา

แก้ปัญหา ทั้งในระดับ บุคคล ครอบครัว และชุมชน ฯลฯ และข้อมูลดังกล่าวควรนำมาวิเคราะห์หาปัญหาในพื้นที่ของตนเองอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อเนื่อง

4) มีการจัดระบบส่งต่อ ทั้งการส่งและรับกลับเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นสถานีอนามัยเพิ่มขึ้นและมีการติดตามแลกเปลี่ยน Case ที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาวิชาการอย่างต่อเนื่อง

5) มีการจัดระบบการนิเทศ ควบคุม กำกับ และฝึกอบรม เพื่อพัฒนางานวิชาการพื้นฐานเพื่อการจัดบริการโดยมีตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน เช่น มาตรฐานการฝากครรภ์, คู่มือแนวทางการตรวจรักษาขั้นต้น มาตรฐานการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น และควรมีเครื่องมือกระตุ้นและกำกับการทำงาน

6) มีการแก้ไขปัญหา/อุปสรรค โดยการรวมกลุ่มช่วยเหลือกันระหว่าง CUP และ PCU รวมทั้ง ระหว่าง PCU กับ PCU อย่างต่อเนื่อง

2.3 มาตรฐานของผลลัพธ์ หรือผลการดำเนินงาน

เมื่อ PCU ได้มีการดำเนินงานตามข้อ 1(โครงสร้าง) ข้อ 2 (กิจกรรม) จะเกิดผลลัพธ์ที่เป็น Out –put Out – Come Impact ดังต่อไปนี้

1) ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เช่น หญิงตั้งครรภ์ เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ฯลฯ ได้รับบริการครอบคลุมตามเกณฑ์มาตรฐาน (Coverage) หรือตัวชี้วัดที่ควรจะเป็น

2) ประชาชนในความรับผิดชอบป่วยด้วยโรคติดต่อ ต้องมีการรายงานอย่างครบถ้วนทันเวลา และโรคติดต่อเรื้อรังที่อยู่ในชุมชนจะถูกค้นพบได้เร็วขึ้น

3) ประชาชนและบุคลากรใน PCU จะมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

4) ประชาชนเจ็บไข้ได้ป่วยแล้วน่าจะมาใช้บริการที่ PCU มากขึ้นเรื่อย ๆ

5) เมื่อเปิดโอกาสให้เลือกลงทะเบียน ประชาชนน่าจะเลือกลงทะเบียนที่ PCU ของตนเอง

6) เมื่อสอบถามความพึงพอใจ น่าจะพึงพอใจใน PCU ของตนเองและประชาชนยอมรับบุคลากรให้เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพประจำครอบครัว

7)ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพตนเอง และมีความร่วมมือประสานงานกับบุคลากรใน PCU อย่างดียิ่ง

8) ประชาชนมีสถานะสุขภาพดีขึ้น ไม่ป่วยและตายด้วยโรคที่ป้องกันได้

9) ถ้าการดำเนินงาน PCU ของทุกจุดดำเนินการได้อย่างดี ประชาชนในเขตรับผิดชอบของ PCU ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน ในปัจจุบันลดจำนวนน้อยลงหรืออาจจะไม่มีเลย

คงมีเฉพาะผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจาก PCU หรือผู้ป่วยเฉพาะโรคที่ต้องการพบแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น ซึ่งระบบนี้เป็นระบบสากลในอุดมคติ

2.4 การจัดลำดับ PCU

เมื่อกำหนดมาตรฐาน PCU เป็น 3 ขั้นตอน หรือ 3 ลำดับ ดังนั้น สถานบริการที่มีอยู่แล้วในประเทศไทย ได้แก่สถานีอนามัย ศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล สามารถพัฒนาเพื่อปรับรูปแบบเป็น PCU โดยจัดอยู่ในลำดับชั้นของการพัฒนาเป็น 3 ลำดับ ตามมาตรฐานดังกล่าวในปี 2544 สามารถแบ่งประเภท ลำดับของ PCU เป็น 3 ลำดับ คือ

PCU ขั้น 1 ได้แก่ PCU ที่เพิ่มเริ่มพัฒนาเรื่องโครงสร้าง และมีการพัฒนาเรื่องกระบวนการทำงานบางเรื่อง

PCU ขั้น 2 ได้แก่ PCU ที่พัฒนาโครงสร้าง และได้ดำเนินกิจกรรมตามการพัฒนากระบวนการ แต่ผลลัพธ์ที่ออกมามีบ้างเล็กน้อย

PCU ขั้น 3 ได้แก่ PCU ที่พัฒนาโครงสร้าง มีการดำเนินกิจกรรมตามมาตรฐาน และผลลัพธ์ออกมาแล้ว

หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการที่จัดตั้งขึ้นเพื่อดูแลประชาชนอย่างเป็นองค์รวม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และปัญหาที่คุกคามสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นแบบผสมผสาน โดยทำงานแบบสหวิชาชีพ โดยมีบุคลากรและเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์จำกัด อาจต้องมีการให้ความช่วยเหลือทั้งด้านบุลากรและเครื่องมือกันระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ มีเป้าหมายการให้บริการเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ปลอดโรคและปลอดภัย ได้รับความสะดวกรวดเร็ว ในการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม ควรมีการจัดเก็บข้อมูลอย่างครบถ้วนสมบูรณ์และนำมาวิเคราะห์วางแผนต่อได้ ควรมีการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย และควรมีการฝึกอบรม พัฒนางานด้านวิชาการเพื่อมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ชัดเจน

3. อาชีวอนามัย

ความหมาย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ร่วมกับองค์การแรงงานระหว่างประเทศ(International Labor Organization : ILO)[10] ได้ประชุมร่วมกันและให้ความหมายของอาชีวอนามัย หมายถึง การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการธำรงไว้และส่งเสริมสมรรถภาพในการทำงานของผู้ประกอบอาชีพ รวมถึงการดูแลความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมการทำงานทั้งมวล

The American Medical Association (AMA 1961) ได้ให้ความหมายอาชีวอนามัยว่า เป็นการใช้หลักการทางด้านอาชีวเวชศาสตร์ โดยการประเมิน ธำรงรักษาฟื้นฟูสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพร่วมกับการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ เพื่อให้ผู้ประกอบอาชีพสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

อาชีวอนามัย[11] **หมายถึง** งานที่เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้ประกอบอาชีพทั้งมวล โดยใช้หลักการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการธำรงไว้ซึ่งสภาพร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์ของผู้ประกอบอาชีพทุกอาชีพ โดยมีแนวคิดว่าเมื่อคนทำงานมีสุขภาพที่ดี งานที่ทำก็จะได้ผลผลิตออกมาดี แต่ถ้างานที่ทำไม่ดี ไม่ว่าจะเป็นเนื้องาน วัตถุดิบหรือวิธีการ ก็จะทำให้สุขภาพของคนงานไม่ดีด้วย นั่นคืองานเป็นปฏิภาคโดยตรงกับสุขภาพ

การปฏิบัติงานอาชีวอนามัย (Occupational Health Practice)

การปฏิบัติงานอาชีวอนามัย หมายถึง กิจกรรมที่ทำโดยบุคลากรหลายสาขาอาชีพ ซึ่งทำงานอยู่ในระบบงานอาชีวอนามัยประสานงานกันเป็นอย่างดี ทั้งในด้านการบริหาร การจัดองค์กร การปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงงานอาชีวอนามัยอย่างมีระบบเพื่อเกิดผลตามจุดมุ่งหมายวัตถุประสงค์ของงานอาชีวอนามัย[(11)]

การดำเนินงานอาชีวอนามัยเป็นการให้บริการสุขภาพโดยเน้นกลุ่มเป้าหมายผู้ประกอบอาชีพทุกอาชีพ ซึ่ง WHO และ ILO (1995) ได้กำหนดจุดมุ่งหมายของงานอาชีวอนามัย ดังนี้

1. ส่งเสริมและธำรงรักษาไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ดีของคนงานในทุกอาชีพทั้งทางกาย ทางจิตและทางสังคม

2. ป้องกันสุขภาพคนงาน จากสิ่งคุกคามในสภาพงานที่ทำอยู่

3. ปกป้องคุ้มครองคนงานจากความเสี่ยงหรือปัจจัยที่ทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม หรือผิดปกติจากสาเหตุอันเนื่องมาจากการทำงาน

4. บรรลุถึงการดูแลผู้ปฏิบัติงานในงานที่มีสิ่งแวดล้อมและสภาพงานที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับความสามารถทางกาย ทางจิตและทางสังคมของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อเพิ่มผลผลิตและเศรษฐกิจของผู้ปฏิบัติงานและสถานประกอบการ

5. ปรับสภาพงานให้เหมาะสมกับคนและปรับคนให้เข้าได้กับงาน

ต่อมาในปี ค.ศ. 1995 WHO และ ILO ได้มีการขยายวัตถุประสงค์ของงานอาชีวอนามัยออกไป ดังนี้

1. ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและความสามารถในการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน

2. ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานและลักษณะงานให้เกิดความปลอดภัย และเป็นผลดีต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน

3. เพื่อพัฒนาองค์กร(Work organizations)และวัฒนธรรมในการทำงาน(Work culture) ในทิศทางที่จะสนับสนุนสุขภาพ และความปลอดภัยในการทำงานอันจะช่วยส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศทางสังคมที่ดีขึ้น เกิดความราบรื่นในการทำงานและนำไปสู่การเพิ่มผลผลิต โดยแนวคิดของวัฒนธรรมในการทำงานนี้ประกอบด้วยระบบการจัดการ นโยบาย บุคลากร โดยการมีส่วนร่วม การฝึกอบรมและการจัดการด้านคุณภาพ

ในประเทศไทย สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้กำหนดวัตถุประสงค์การดำเนินงานอาชีวอนามัยดังนี้[12,13]

1. ปกป้องสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานจากสิ่งคุกคามต่อสุขภาพในที่ทำงาน
2. ปรับปรุงและแก้ไข สภาพงานและสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน
3. ส่งเสริมสุขภาพของพนักงานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและความเป็นอยู่
4. ลดการเกิดผลกระทบจากสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ อุบัติเหตุและโรคจากการทำงาน
5. จัดบริการอาชีวอนามัยที่เหมาะสมโดยเน้นแบบองค์รวมและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

หลักการในการดำเนินงานอาชีวอนามัย ประกอบด้วย 3 ด้าน[14-16]

1. การตระหนัก (Recognition) ตระหนักว่าในการทำงานนั้นจะมีสิ่งคุกคามที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยของคนทำงาน ซึ่งอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมในที่ทำงานทั้งด้านกายภาพ ด้านเคมี ด้านชีวภาพและด้านวิธีการทำงาน

2. การประเมิน (Evaluation) การประเมินถึงอันตรายอันอาจจะเกิดจากสิ่งแวดล้อมนั้นว่ามีขนาดอันตรายเพียงใดและเกินกว่ามาตรฐานหรือไม่

3. การควบคุม (Control) การควบคุมอันตรายของสิ่งแวดล้อมและสภาพในการทำงานนั้นๆ

ทีมงานในการดำเนินงานอาชีวอนามัยประกอบด้วยผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์จากหลายวิชาชีพดังนี้[12,17,18]

1. แพทย์อาชีวเวชศาสตร์(Occupational Physicians) และพยาบาลอาชีวอนามัย (Occupational Health Nurse) โดยมีบทบาทในการดูแลด้านสุขภาพทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู ผู้ที่บาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการทำงาน

2. นักอาชีวสุขศาสตร์ (Occupational Hygienists) มีบทบาทในการสืบค้น ประเมินและควบคุมสิ่งคุกคามในที่ทำงาน ปรับสภาพการทำงานให้เหมาะกับผู้ปฏิบัติงาน

3. วิศวกรความปลอดภัย (Safety engineer) มีบทบาทในการจัดสภาพแวดล้อมในที่ทำงานให้ปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุ

4. นักพิษวิทยา (Toxicologists) มีบทบาทศึกษาแนะนำเกี่ยวกับพิษวิทยาของสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ

5. นักจิตวิทยา (Occupational psychologists) มีบทบาทให้คำปรึกษา แนะนำด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ปฏิบัติงาน

6. นักกายภาพบำบัด (Occupational Physiotherapists) มีบทบาทในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและฟื้นฟูความสามารถในการทำงานของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน

7. นักจุลชีววิทยา (Microbiologists) มีบทบาทศึกษาวิเคราะห์จุลชีพในที่ทำงาน

8. นักเคมี (Chemists) มีบทบาทศึกษาวิเคราะห์สารเคมีในที่ทำงาน

9. นักชีวสถิติ (Biostatisticians) มีบทบาทศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลสถิติทั่วไปในที่ทำงาน

10. นักสุขศึกษา (Health Education Specialists) มีบทบาทในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานของผู้ปฏิบัติงานให้ถูกต้อง

กิจกรรมหลักสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย[13,17-20]

1. ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นทางสถานประกอบการ
2. เฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ
3. แจ้งผลการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อม
4. การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยการทำ Health Risk Assessment

4.1 การค้นหาสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ (Hazard identification)

4.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณของสิ่งคุกคามต่อสุขภาพกับ ผลกระทบที่เกิดขึ้น (Dose- response relationship)

4.3 การประเมินการรับสัมผัส(Exposure assessment)

4.4 การสรุปและประเมินความเสี่ยง (Risk characterization)และควรแจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารได้ทราบ เพื่อหาทางดำเนินการแก้ไขต่อไป

5. การเฝ้าระวังสุขภาพ

5.1 การตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน

5.2 การตรวจสุขภาพระหว่างการปฏิบัติงาน

5.3 การตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานหลังการเจ็บป่วย

5.4 การตรวจสุขภาพก่อนออกจากงาน

6. มีการจัดทำแนวทางหรือมาตรการการป้องกันและควบคุมสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ
   6.1 การควบคุมที่แหล่งกำเนิด
   6.2 การควบคุมที่ทางผ่าน
   6.3 การควบคุมที่ตัวผู้ปฏิบัติงาน
7. การจัดการปฐมพยาบาลและแผนรองรับอุบัติเหตุฉุกเฉิน
8. การจัดบริการสุขภาพ
9. การฟื้นฟูสภาพ
10. การปรับงานให้เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงาน
11. การคุ้มครองกลุ่มเสี่ยง
12. การฝึกอบรมและการให้ข้อมูล
13. การสร้างเสริมสุขภาพ
14. ระบบการจัดเก็บข้อมูล
15. การวิจัย

การจัดบริการอาชีวอนามัย ถือเป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินการทางด้านอาชีวอนามัย ซึ่งมีรูปแบบหลากหลายทั้งการจัดบริการโดยหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ หรือเอกชน และการจัดบริการโดยสถานประกอบการเอง

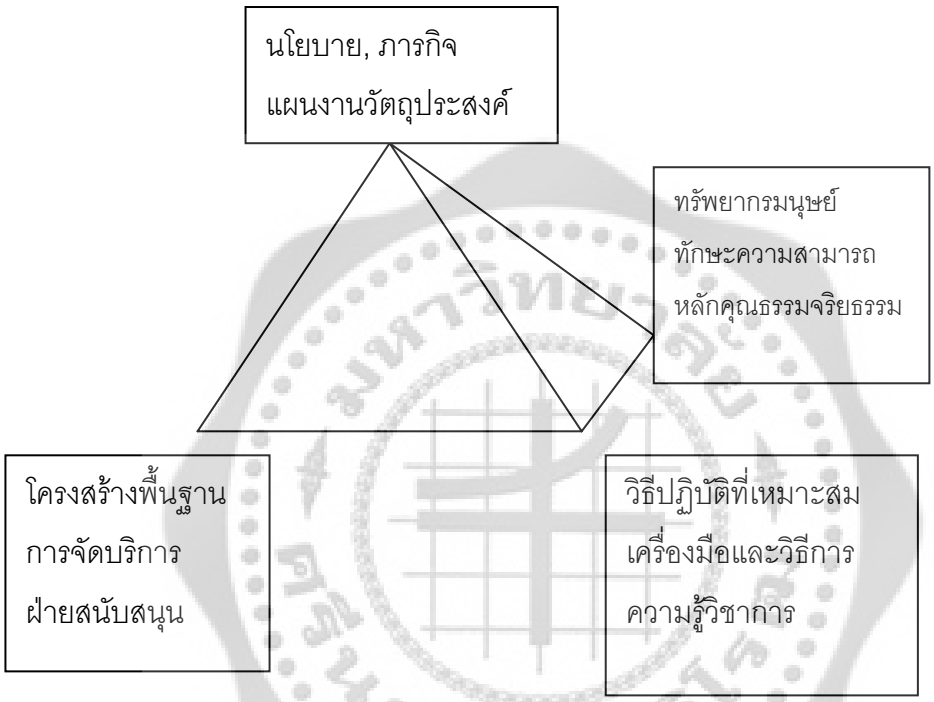
รูปแบบของกิจกรรมประกอบด้วย การให้บริการเชิงรุกและเชิงรับ[14]

การให้บริการอาชีวอนามัยเชิงรุก จะเป็นการจัดรูปแบบบริการ ที่เน้นดำเนินการส่งเสริม และป้องกันโรค ซึ่งจะมีกิจกรรมหลัก คือ การสำรวจสถานประกอบการ และสภาพการทำงานเบื้องต้น การจัดทำฐานข้อมูล การจัดเก็บข้อมูล การให้บริการตรวจคัดกรองทางสุขภาพตามความเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

การให้บริการเชิงรับ จะเป็นการจัดรูปแบบบริการ ที่เน้นด้านการตรวจวินิจฉัย และรักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งจะมีกิจกรรมหลัก คือ การให้บริการในสถานพยาบาล การจัดทำระบบบันทึกข้อมูลและรวบรวมรายงานที่สำคัญ การเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพ การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคจากการประกอบอาชีพ และเสนอแนะการฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการติดตามปรับปรุงสภาพการทำงาน

4. การให้บริการอาชีวอนามัย

แบบจำลองภาพรวม ของการบริการอาชีวอนามัยพื้นฐาน[21] (Paradigm of Basic Occupational Health Services) ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ส่วน ได้แก่ นโยบาย, โครงสร้างพื้นฐาน, รูปแบบการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม และการจัดการทรัพยากรมนุษย์, การอบรมผู้เชี่ยวชาญ, ทักษะ, ความสามารถและหลักคุณธรรมจริยธรรมของเจ้าหน้าที่ ซึ่งแสดงใน ภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 แบบจำลองภาพรวมของการบริการอาชีวอนามัยพื้นฐาน

ขั้นตอนการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของการให้บริการอาชีวอนามัย

Rantanen (2005a) เสนอให้ทุกประเทศวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการอาชีวอนามัยโดยใช้ขั้นตอนการพัฒนาโครางสร้างพื้นฐานดังนี้[21]

Stage I: Starting Level ระดับเริ่มต้น

การให้บริการจัดเพื่อคนทำงานและสถานประกอบการ ซึ่งถูกเสนอโดยผู้ให้บริการอาชีวอนามัย, ผู้ที่อบรมอาชีวอนามัยระยะสั้น, ผู้ที่ทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือประชาชนที่ให้ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องนี้ ถ้าเป็นไปได้ผู้จัดให้มีการบริการควรเป็นพยาบาลหรือพนักงานความปลอดภัย เนื้อหาสำคัญของการให้บริการควรเน้นเรื่องสิ่งคุกคามที่มีผลต่อสุขภาพ การป้องกันและควบคุมสิ่งคุกคามนั้น

Stage II: Basic Occupational Health Services ระบบบริการอาชีวอนามัยพื้นฐาน

การบริการอาชีวอนามัยพื้นฐานเกี่ยวข้อง กับสถานประกอบการและชุมชน แบบจำลองระบบการบริการมีหลากหลาย ขึ้นกับบริบทแวดล้อมและความต้องการ ผู้ให้บริการอาจเป็นแพทย์หรือพยาบาลที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับอาชีวอนามัย อาจทำงานเต็มเวลาหรือทำงานนอกเวลาก็ขึ้นกับความต้องการและบริบทในแต่ละแห่ง

Stage III: International Standard Service ระบบบริการระดับมาตรฐานในแต่ละประเทศอย่างน้อยควรมีระดับบริการเหมาะสมตาม ILO Convention No. 161 (การจัดบริการที่เน้นการป้องกันเป็นส่วนใหญ่ มีการให้คำแนะนำผู้ที่เกี่ยวข้อง นายจ้าง ลูกจ้าง ตัวแทน ปรับสภาพการทำงานให้เหมาะสม จัดคนให้เข้ากับงาน ทำให้คนทำงานอย่างปลอดภัยและมีความสุข) โครงสร้างพื้นฐานการบริการอาจแตกต่างกัน การให้บริการควรประกอบด้วย การป้องกันสร้างเสริมและการรักษาที่เหมาะสม การบริการควรจัดโดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัย และทีมงานซึ่งเป็นสหสาขาวิชาชีพร่วมด้วย
Stage IV: Comprehensive Occupational Health Services (COHS) ระบบบริการอาชีวอนามัยอย่างครอบคลุม

ระบบบริการอาชีวอนามัยอย่างครอบคลุม พบในบริษัทขนาดใหญ่ ในประเทศอุตสาหกรรม หรือการบริการ ที่จัดโดยศูนย์อาชีวอนามัยขนาดใหญ่ ซึ่งมีทีมงานเป็นสหสาขาวิชาชีพ เช่นแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ พยาบาลอาชีวอนามัย นักอาชีวสุขศาสตร์ นักการยศาสตร์และวิศวกรความปลอดภัย ซึ่งการให้การบริการก็จะครอบคลุมทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับอาชีวอนามัย

แบบจำลองการให้บริการอาชีวอนามัย[21,22] มีหลากหลายรูปแบบ ก่อนหน้านี้มีรายงาน 7 รูปแบบ ดังนี้

1. รูปแบบผสมผสานการบริการอาชีวอนามัยพื้นฐาน เข้าไปในกิจกรรมการให้บริการในหน่วยงานปฐมภูมิ

2. สถานประกอบขนาดใหญ่จัดบริการอาชีวอนามัยเอง

3. กองทุนประกันสังคมเป็นผู้จัดการให้บริการ

4. การรวมกลุ่มให้บริการโดยสถานประกอบการขนาดเล็กและขนาดกลางซึ่งยึดหลักไม่แสวงหากำไร

5. สถานพยาบาลเอกชนได้จัดบริการอาชีวอนามัยเป็นส่วนหนึ่งในการให้บริการทางสุขภาพ

6. แพทย์เป็นที่ปรึกษาอาชีวอนามัย

7. คลินิกผู้ป่วยนอกในพื้นที่เป็นผู้จัดบริการอาชีวอนามัยในหลายประเทศ

การใช้รูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัยเพียงแค่รูปแบบเดียวไม่เพียงพอที่จะดูแลสถานประกอบการและคนทำงานทั้งหมดได้อย่างครอบคลุม ดังนั้นการที่จะใช้รูปแบบใดนั้น ต้องดูสถานการณ์จริงในพื้นที่แล้วปรับให้เหมาะสมกับบริบท

จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีผลต่อรูปแบบการให้ให้บริการอาชีวอนามัย โดย Westerholm[23] ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการให้บริการอาชีวอนามัยในศตวรรษที่ 21 โดยภาระกิจและงานการให้บริการอาชีวอนามัยจากการศึกษาบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป พบว่าปัจจุบันสหภาพยุโรปมีแนวโน้มมีการร่วมมือกันในรูปแบบแนวความคิดและงานบริการอาชีวอนามัย ซึ่งสิ่งที่จำเป็นคือ การบริหารจัดการโดยต้องมีวัตถุประสงค์ มีหลักเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพ มีประสิทธิภาพการทำงาน และต้องคำนึงถึงจริยธรรม โดยเฉพาะจริยธรรมวิชาชีพ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีแนวทางสำหรับการให้บริการอาชีวอนามัยที่มีคุณภาพ รวมถึงผู้เชี่ยวชาญที่จะให้ความช่วยเหลือในการพัฒนางาน การที่จะสามารถแก้ปัญหาและอุปสรรคในการทำงานให้มีคุณภาพ

สุรศักดิ์ บูรณตรีเวทย์[24] ศึกษานโยบายและการดำเนินการด้านอาชีวอนามัยในสถานประกอบการในประเทศไทย วิธีการดำเนินการวิจัย: เป็นการวิจัยเอกสาร (documentary research) เชิงพรรณนา (descriptive study) ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีพระราชบัญญัติเฉพาะสำหรับอาชีวอนามัย แต่มีกฎหมายภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน และพระราชบัญญัติโรงงาน หน่วยงานภาครัฐที่บังคับใช้กฎหมายปรากฏว่ามีหน่วยงานจำนวนมากและกระจายอยู่ใน 3 กระทรวงหลัก คือ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงแรงงาน และกระทรวงสาธารณสุข ทำให้การทำงานประสานกันเป็นไปได้ยาก สำหรับการบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบกฎหมายมี ความครอบคลุมบริการอาชีวอนามัยตามอนุสัญญาองค์การแรงงานระหว่างประเทศ ครั้งที่ 161 เรื่องบริการอาชีวอนามัย ปี พ.ศ. 2528 แต่สถานประกอบการบางแห่งยังไม่ได้ดำเนินการครบถ้วนตามกฎหมาย และขาดการระบุคุณสมบัติของพยาบาลและแพทย์ให้ต้องมีความรู้ด้านอาชีวอนามัยข้อเสนอแนะ:ควรมีกฎหมายหลักด้านอาชีวอนามัยโดยตรงปรับโครงสร้างหน่วยงานภาครัฐที่บังคับใช้กฎหมายด้านชีวอนามัยให้มีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในระดับประเทศเพียง 1-2 หน่วยงานเพื่อทำหน้าที่ติดตามกำกับให้สถานประกอบการดำเนินการบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการตามที่กฎหมายบังคับ และควรมีการกำหนดคุณสมบัติของพยาบาลและแพทย์ที่จะให้บริการในสถานประกอบการให้ผ่านการอบรมเบื้องต้นเกี่ยวกับอาชีวอนามัย

5. บทบาทหน้าที่และแนวทางการปฏิบัติการให้บริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม

สำหรับสถานบริการสุขภาพระดับ ศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัย[25]

บทบาทด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม

1. งานบริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมชุมชน

1.1 มีการสำรวจข้อมูลทางด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน ข้อมูลการประกอบอาชีพในชุมชน ข้อมูลความเสี่ยงจากการทำงาน สภาพการทำงานเบื้องต้น

1.2 มีการประเมินสภาวะสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานของผู้ประกอบอาชีพในชุมชน

1.3 มีการจัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคลทางด้านอาชีพ ลักษณะการทำงาน อันตรายหรือปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมการทำงานที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพลงในแฟ้มครอบครัวหรือFamily Folder

1.4 จัดกิจกรรมบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพและโรคอื่นๆหรือโรคประจำถิ่นให้กับกลุ่มผู้ทำงานแต่ละประเภท เช่น กลุ่มอาชีพเกษตรกรรม, กลุ่มวิสาหกิจชุมชน โดยมีชุมชน กลุ่มผู้ทำงาน และองค์กรท้องถิ่นมีส่วนร่วม

1.5 ให้คำแนะนำหรือมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปรับปรุงหรือแก้ไขสภาพการทำงานให้ปลอดภัย

1.6 ให้บริการอาชีวสุขศึกษาแก่ผู้ทำงานในชุมชน

1.7 ให้การเฝ้าระวังสุขภาพตามความเสี่ยงของงานในกลุ่มเกษตรกรรม กลุ่มวิสาหกิจชุมชน และร่วมดำเนินการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพที่สำคัญร่วมกับ CUP และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.8 ร่วมเป็นทีมเพื่อสนับสนุนการสอบสวนโรคและภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมร่วมกับ CUP และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

1.9 ร่วมเป็นทีมในการให้บริการรับอุบัติภัยจากสถานประกอบการกับหน่วยงาน

2. การให้บริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข

2.1 ให้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงของงานเบื้องต้น เช่นการตรวจคัดกรองสารเคมีทางการเกษตร เป็นต้น

2.2 ให้การวินิจฉัยโรคจาการประกอบอาชีพ และบาดเจ็บจาการทำงานอย่างง่ายได้

2.3 ให้การรักษาพยาบาลโรคจาการประกอบอาชีพ และบาดเจ็บจากงานเบื้องต้นได้

2.4 ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น

2.5 มีการจัดทำและรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

2.6 ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และสิทธิตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการทำงานแก่กลุ่มผู้ประกอบอาชีพได้

2.7 มีระบบการส่งต่อเพื่อการรักษา และวินิจฉัยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมให้กับ CUP

3. การให้บริการต่อเนื่อง

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคจากการประกอบอาชีพ หรือเยี่ยมสถานที่ทำงานเพื่อให้บริการคำแนะนำแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ หรือผู้พิการจากการทำงาน หรือการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการติดตามปรับปรุงสภาพการทำงาน

4. การดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย

4.1 มีการสำรวจ ประเมินสภาพการทำงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน

4.2 มีแผนการปรับปรุง แก้ไข สภาพแวดล้อมในการทำงาน และดำเนินการปรับปรุง

4.3 มีแผนการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามปัจจัยเสี่ยง

4.4 จัดให้มีข้อมูลด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและบริการอาชีวอนามัยแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการและรวบรวมข้อมูล

บทบาทด้านการบริหารจัดการ

1.จัดทำแผนงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมทั้งระยะสั้น ระยะกลางระดับตำบล ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ข้อมูลทางสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่ได้จากการสำรวจชุมชนและข้อมูลการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน และให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและนโยบายของพื้นที่

2.การประสานความร่วมมือ และสร้างเครือข่ายในการดำเนินงานบริการอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม ทั้งภายในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน

บทบาทด้านวิชาการ

1. ให้บริการฝึกอบรมและบริการด้านสุขศึกษา ประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัย ให้แก่ อสม. อบต. และกลุ่มผู้ทำงานแต่ละอาชีพ ในชุมชนในรูปแบบต่างๆ

2. ให้คำปรึกษาด้านวิชาการให้กับเครือข่ายและกลุ่มเป้าหมาย

3. ร่วมศึกษาวิจัยและพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพควบคุมป้องกันโรคเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่

โมเดลของโรเจอร์[26] ถูกนำมาประยุกต์ใช้กับหน่วยอาชีวอนามัย โดยใช้อธิบายความสัมพันธ์ของระบบโดยรวม ซึ่งแบ่งได้เป็นส่วนๆ ดังนี้

สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง (Environment) ประชากร และสุขภาพสะท้อนให้เห็น ถึงแนวโน้มของการดูแลพนักงานโดยรวมเป็นอย่างไร กฎหมาย พระราชบัญญัติ นโยบายก็จะส่งผลต่อการปฏิบัติของสถานประกอบการ และอาชีวอนามัยทั้งทางตรงและทางอ้อม ภาวะทางเศรษฐกิจ และเทคโนโลยีเศรษฐกิจที่มีอิทธิพลต่อธุรกิจ อัตราการจ้างงานและรูปแบบที่มีผลกระทบทางอ้อม อาชีวอนามัยและความก้าวหน้าของเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงาน ส่งผลต่อความปลอดภัยในการทำงาน สำหรับระบบการตรวจสอบมีประสิทธิภาพมากขึ้นและการวิเคราะห์ของการเจ็บป่วยเกี่ยวกับงานและแนวโน้มการบาดเจ็บ การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้นและความปลอดภัยในการทำงานก็จะส่งผลต่ออาชีวอนามัย, จำนวนคนงานที่เจ็บป่วยและบาดเจ็บจากการทำงาน

ปัจจัยนำเข้าหรือสิ่งที่ป้อนเข้า (Input) ความมุ่งมั่นของผู้บริหารที่จะให้มีรูปแบบการดูแลสุขภาพในการทำงาน ในเรื่องการจัดการเกี่ยวกับการทำงานและสุขภาพ, กำลังใจ, ความเป็นอยู่ ,วัฒนธรรม, ทัศนคติและค่านิยมของคนงาน, ความเชื่อเกี่ยวกับการทำงาน, การรับรู้ของคนงาน, จำนวนและการกระจายตัวของคนงาน, ภาวะสุขภาพของคนงาน พฤติกรรมการทำงานในเรื่องประเภทของงาน, สภาพการทำงาน, กระบวนการทำงานที่เกี่ยวข้องอันตรายในกระบวนการผลิต และผลิตภัณฑ์ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์, ทีมสหสาขาเพียงพอและการศึกษาที่เหมาะสม มีความรู้ ทักษะ ความสามารถและการทำงานเป็นทีม มีทรัพยากรในการดำเนินงาน รวมทั้งงบประมาณที่เพียงพอการอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ และการทำงานขององค์กรก็จะส่งผลต่อการบริการอาชีวอนามัย รวมถึงนโยบายและเป้าหมายในการดำเนินงานอาชีวอนามัย

วิธีการหรือกระบวนการดำเนินงาน (Throughputs) ซึ่งแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความต้องการวิเคราะห์ระบบ และวัตถุประสงค์ การพัฒนาและทำให้เกิดนโยบายและการบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัยโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้เชี่ยวชาญต้องได้รับการฝึกอบรม มีทักษะ การเตรียมตัวเพียงพอที่จะค้นหาและจัดการปัญหาด้านอาชีวอนามัย และพัฒนางานบริการให้เข้าถึงความต้องการของคนงาน มีทีมงานและเครือข่ายในการดำเนินงาน ในเข้าถึงคนงาน ซึ่งหมายถึงเจ้าหน้าที่ควรได้รับการฝึกอบรม การศึกษาดูงานหรือการศึกษาต่อเนื่อง และการวิจัยของเจ้าหน้าที่ ก็เป็นส่วนที่จำเป็นในกระบวนการดำเนินงาน

ผลลัพธ์ที่ได้ออกมา (Intervention) ควรจะแสดงให้เห็นวัตถุประสงค์และสามารถวัดและแสดงให้เห็นได้ ผลลัพธ์อาจเกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยและบาดเจ็บจากการทำงาน เช่น การลดลงของจำนวนคนงานที่เจ็บป่วยและบาดเจ็บจากการทำงาน สุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานเพิ่มขึ้น เช่น ความเสี่ยงในการทำงานลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น การขาดงานลดลง ผลสะท้อนกลับ (Feedback) และการประเมินผลต้องแสดงให้เห็นความต้องการของคนงาน เป้าหมายของสถานประกอบการ และหน่วยบริการอาชีวอนามัย สิ่งสำคัญคือ การบรรลุเป้าหมาย การรับรองคุณภาพ งบประมาณ แนวทางในการดูแลสุขภาพ การสำรวจความพึงพอใจ และความคุ้มทุนคุ้มค่า

การบริการอาชีวอนามัยพื้นฐาน ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ส่วน ได้แก่ นโยบาย, โครงสร้างพื้นฐาน, รูปแบบการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม และ การจัดการทรัพยากรมนุษย์, การอบรมผู้เชี่ยวชาญ, ทักษะ, ความสามารถและหลักคุณธรรมจริยธรรมของเจ้าหน้าที่ แบบจำลองการให้บริการอาชีวอนามัยมีหลากหลาย ในหลายประเทศ การใช้รูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัยเพียงแค่รูปแบบเดียวไม่เพียงพอที่จะดูแลสถานประกอบการและคนทำงานทั้งหมดได้อย่างครอบคลุม ดังนั้นการที่จะใช้รูปแบบใดนั้น ต้องดูสถานการณ์จริงในพื้นที่แล้วปรับให้เหมาะสมกับบริบท โดยมีรูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัยรูปแบบหนึ่ง คือรูปแบบการผสมผสานการบริการอาชีวอนามัยพื้นฐาน เข้าไปในกิจกรรมการให้บริการในหน่วยงานปฐมภูมิ ซึ่งมีสถานที่บุคลากร และเครื่องมือเบื้องต้นอยู่แล้ว ทำให้ใช้งบประมาณน้อยและสนับสนุนงานของหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งต้องการดูแลประชาชนอย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม

โมเดลของโรเจอร์ สามารถนำมาให้อธิบายการให้บริการอาชีวอนามัยได้โดยอธิบายว่า ปัจจัยนำเข้ามีความจำเป็นสำหรับการให้บริการอาชีวอนามัย ประกอบด้วยหลายปัจจัย (เช่น ปัจจัยด้านบุคคล, ปัจจัยด้านข้อมูล นโยบายและเป้าหมายเป็นต้น) ปัจจัยด้านกระบวนการมีหลายตัวแปร ขึ้นอยู่กับบริบทและความต้องการของบริบทนั้นๆ ทำให้เกิดการบริการอาชีวอนามัยที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่

ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดนครราชสีมาและระบบบริการสุขภาพ

1. ข้อมูลทั่วไป

จังหวัดนครราชสีมา[27]

ภาวะเศรษฐกิจอุตสาหกรรมของจังหวัด มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ ภาคเกษตรกรรม ภาคอุตสาหกรรม ภาคพาณิชยกรรม และภาคบริการ โดยภาคอุตสาหกรรมมีบทบาทและเป็นตัวสำคัญในการชี้นำภาวะเศรษฐกิจของจังหวัด อุตสาหกรรมที่สำคัญของจังหวัด ได้แก่ อุตสาหกรรม

เกษตร อุตสาหกรรมขนส่ง อุตสาหกรรม อุตสาหกรรมอโลหะ อุตสาหกรรมอาหาร ปี 2552 จังหวัดนครราชสีมา มีโรงงานทั้งสิ้น 2,191 โรง แยกเป็นจำพวก 2 จำนวน 628 โรง และจำพวก 3 จำนวน 1,563 โรง มีเงินลงทุนทั้งสิ้น จำนวน 113,183.40 ล้านบาท คนงาน 121,951 คน กระจายอยู่ทั่วไปในทุกอำเภอ โดยอำเภอที่มีโรงงานมากที่สุดคือ อำเภอเมืองนครราชสีมา ปากช่อง สีคิ้ว สูงเนิน และปักธงชัย คิดเป็นร้อยละ 32.82 ,14.51 , 7.67 , 5.07 และ 4.56 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับปี 2551 มีโรงงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.68

ปัญหาการเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงาน นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่นับวันจะทวีความสำคัญมากขึ้นเรื่อย ๆ ข้อมูลจากกองทุนเงินทดแทนปี 2551[(4)] จังหวัดนครราชสีมา จำนวนประสบอันตรายสะสม (ม.ค. - ธ.ค.) นับทุกกรณี 3,820 ราย และนับกรณีร้ายแรง 767 ราย อัตราการประสบอันตราย ต่อลูกจ้าง 1000 ราย (อัตราสะสม ม.ค.-ธ.ค.) นับทุกกรณี 20.95 และนับกรณีร้ายแรง 4.21 ซึ่งสูงกว่าอัตราการประสบอันตราย ต่อลูกจ้าง 1000 รายทั้งประเทศ จากข้อมูลที่ได้คาดว่าการรายงานโรคจากการประกอบอาชีพน่าจะต่ำกว่า ความเป็นจริง จากปัจจัยหลายอย่างด้วยกันการรายงานสถิติ การคัดกรอง การวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ซึ่งต้องมีผู้ป่วยยืนยันว่าป่วย และเป็นโรคจากการทำงานจริงๆ มีการวินิจฉัยยืนยันจากแพทย์ชัดเจน จึงจะรายงานเข้ามาในฐานข้อมูลได้ และแรงงานส่วนหนึ่งเป็นแรงงานนอกระบบ ซึ่งไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน จึงไม่มีข้อมูลส่วนนี้

จังหวัดนครราชสีมาแบ่งเป็น 32 อำเภอ 287 ตำบล 3,743 หมู่บ้าน ประกอบด้วย

1. อำเภอเมืองนครราชสีมา
2. อำเภอขามสะแกแสง
3. อำเภอคง
4. อำเภอครบุรี
5. อำเภอจักราช
6. อำเภอชุมพวง
7. อำเภอโชคชัย
8. อำเภอด่านขุนทด
9. อำเภอขามทะเลสอ
10. อำเภอโนนไทย
11. อำเภอโนนสูง
17. อำเภอสีคิ้ว
18. อำเภอสูงเนิน
19. อำเภอห้วยแถลง
20. อำเภอเสิงสาง
21. อำเภอบ้านเหลื่อม
22.อำเภอหนองบุญมาก
23. อำเภอแก้งสนามนาง
24. อำเภอโนนแดง
25. อำเภอวังน้ำเขียว
26. อำเภอเฉลิมพระเกียรติ
27. กิ่งอำเภอเทพารักษ์

12. อำเภอบัวใหญ่
13. อำเภอประทาย
14. อำเภอปักธงชัย
15. อำเภอปากช่อง
16. อำเภอพิมาย
28. อำเภอเมืองยาง
29. กิ่งอำเภอลำทะเมนชัย
30. กิ่งอำเภอพระทองคำ
31. กิ่งอำเภอบัวลาย
32. กิ่งอำเภอสีดา

มีโรงพยาบาลภาครัฐสังกัดสาธารณสุข 30 แห่ง เป็นระดับโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 1105 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 27 แห่ง จำนวน 1,440 เตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 1 แห่ง และโรงพยาบาลจิตเวช 1 แห่ง สังกัดกลาโหม 2 แห่ง จำนวน 430 เตียง และเอกชน 10 แห่ง จำนวน 809 เตียง ศูนย์สุขภาพชุมชน 376 แห่ง แบ่งเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนทั่วไป 369 แห่ง ศูนย์สุขภาพที่เป็นศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง 1 แห่ง และ สถานพยาบาลทัณฑสถาน 7 แห่ง

จังหวัดนครราชสีมามีการสร้างดุลยภาพด้านสุขภาพของประชาชน คือส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนสร้างสุขภาพให้พึ่งตนเองมากที่สุด และสร้างหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ให้มีจำนวนและคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานให้มากที่สุด โดยลดกรอบของการที่รัฐให้บริการสาธารณสุขและประชาชนให้มีขนาดเล็กลง และส่งเสริมกรอบการที่ประชาชนสร้างสุขภาพ และพึ่งตนเองให้ขยายใหญ่ขึ้น โดยจังหวัดนครราชสีมา มีสถานบริการปฐมภูมิ ได้แก่สถานีอนามัย ศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล หน่วย PCU ของโรงพยาบาล

2. งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

อาชีวเวชศาสตร์ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาในระยะแรก[28] สามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ

การดำเนินงานเชิงรุก โดยการออกไปตรวจสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ ตรวจสุขภาพคนงานระหว่างทำงาน โดยพิจารณาตรวจตามความเสี่ยง ทั้งนี้เพื่อให้สามารถค้นพบโรคในระยะเริ่มแรก นอกจากนี้ยังมีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขโรงงาน เพื่อให้สามารถถ่ายทอดความรู้ด้านอาชีวอนามัย ให้มีการเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากการทำงาน และมีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อม มีการทำวิจัยและพัฒนาระบบการให้บริการอาชีวเวชกรรมในสถานประกอบการ โดยขณะนั้นดำเนินการโดยงานอาชีวเวชกรรม กลุ่มงานเวชกรรมสังคม การดำเนินการเชิงรุกต่อไปคงต้องเน้นการประสานงานระหว่างหน่วยงานมากขึ้น เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อมเขต สำนักงาน

ประกันสังคมจังหวัด สวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด ศูนย์ความปลอดภัยในการทำงานเป็นต้น โดยควรมีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารอาชีวอนามัยระดับจังหวัด

การดำเนินงานเชิงรับ ในปี พ.ศ. 2538-2539 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมายังไม่มีแพทย์ที่มารับผิดชอบ ด้านอาชีวอนามัยโดยตรง ในปี พ.ศ. 2540 ทางโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาได้สนับสนุน ให้แพทย์ไปอบรมอาชีวเวชศาสตร์จากกรมการแพทย์ และได้รับมอบหมายให้เป็นที่ปรึกษาของงานอาชีวเวชกรรม โรคจากการประกอบอาชีพมีการดำเนินของโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป ส่วนใหญ่ป่วยแล้วรักษาไม่หาย การวินิจฉัยโรคเกี่ยวข้องกับกฎหมาย เพื่อสิทธิประโยชน์ต่อผู้ป่วย และเพื่อให้แพทย์ที่เกี่ยวข้อง สามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นถ้าจะพัฒนางานอาชีวเวชศาสตร์ในโรงพยาบาล ควรจะเริ่มต้นที่ประเด็นการพัฒนาฐานข้อมูลของบันทึกทางการแพทย์ (medical record) เน้นการตรวจสุขภาพก่อนบรรจุเข้าทำงาน (preplacement examination) ซึ่งการตรวจดังกล่าวไม่ใช่การตรวจสุขภาพทั่วไป เพื่อขอใบรับรองแพทย์ไปสมัครงาน แต่เป็นการตรวจที่กระทำหลังจากสถานประกอบการ พิจารณารับคนงานไว้แล้ว และต้องการตรวจเพิ่มเติมว่าคนงานมีความเหมาะสม ที่จะทำงานตามลักษณะงานที่ได้รับมอบหมายหรือไม่ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทั้งต่อคนงาน คือถ้าพบว่ามีความผิดปกติ ก็ควรจะหลีกเลี่ยงงานที่มีความเสี่ยงไปทำงานแผนกอื่น ส่วนนายจ้างก็ได้ประโยชน์ คือสามารถจัดคนให้เหมาะสมกับสภาพงาน และไม่รับคนที่ป่วยมาจากที่อื่นเข้าทำงานในแผนกที่เสี่ยง ซึ่งช่วยลดปัญหาด้านกฎหมายในการพิจารณาว่าเกิดจากที่ทำงานแห่งนี้หรือไม่

โรงพยาบาลมหาราชได้รับชุดเครื่องมือ สำหรับการตรวจด้านอาชีวเวชกรรม และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากกองอาชีวอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และได้พัฒนาบุคลากรผู้รับผิดชอบให้มีความรู้ในการปฏิบัติงาน ต่อมาได้พัฒนาเป็นกลุ่มงานอาชีวอนามัยและมีการจัดตั้งคลินิกโรคจากการทำงานขึ้น

กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา[29] จัดตั้งขึ้นในปีพ.ศ. 2547 ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ดูแลงานอาชีวเวชกรรมทั้งใน และนอกโรงพยาบาล จัดตั้งคลินิกอาชีวเวชกรรม เพื่อให้บริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ สร้างเครือข่ายร่วมกับสถานประกอบการ และโรงพยาบาลชุมชน และวางแผนการดำเนินการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตรับผิดชอบ มีการจัดบริการอาชีวอนามัยแล้วดังนี้

2.1 งานคลินิกบริการ (ผู้รับบริการ ปีละประมาณ 800 คน เจ้าหน้าที่ภายใน รพ. ประมาณ 2 ใน3 ของผู้มารับบริการที่คลินิกทั้งหมด) มีหน้าที่ในการจัดทำแผนงาน และงานบริหาร

จัดการคลินิกบริการ ซึ่งต้องรับผิดชอบในการดูแลอัตรากำลัง และวัสดุอุปกรณ์ หรือเครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้ในการตรวจวินิจฉัย รักษา

2.2 งานค้นหาผู้ป่วยและสนับสนุนการวินิจฉัยโรคจากการทำงานซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนในการซักประวัติ การรับผู้ป่วยจากหน่วยงานปฐมภูมิ การส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์เฉพาะทาง การประมวลผลเพื่อการวินิจฉัย การจัดการประชุมวิชาการ การค้นหาและจัดเตรียมข้อมูลในด้านสิ่งแวดล้อม สุขภาพ และข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

2.3 งานส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพคนทำงาน ขณะนี้ทางกลุ่มงานได้มีการจัดงานสาธารณสุขมูลฐาน ในสถานประกอบการ โดยการนำข้อมูลการเจ็บป่วยมาวิเคราะห์จัดการนิเทศให้ความรู้กับแล้วหน้าที่ความปลอดภัย และคนงานโดยเน้นให้เกิดการสร้ากระบวนการเรียนรู้ ส่วนงานเฝ้าระวังโรคจากการทำงาน ได้ทำในกลุ่มผู้ป่วยซิลิโคซิส และแอสเบสโตซิส เป็นหลัก โดยในปี 2550 มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยซิลิโคซิส เป็นผู้ประกอบอาชีพแกะสลักหินทราย ในตำบลลาดบัวขาว อำเภอสีคิ้ว พบผู้ที่ประกอบอาชีพนี้ ซึ่งผลภาพถ่ายรังสีปอดที่เข้าข่ายซิลิโคซิส ประมาณ17 ราย โดยอาชีพนี้เป็นกลุ่มแรงงานนอกระบบ ที่มีผู้ประกอบอาชีพเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากรายได้ตอบแทนที่ค่อนข้างสูง และมีผู้ที่ต้องเฝ้าระวังแอสเบสโตซิส ในโรงงานกระเบื้อง ประมาณ7ราย เนื่องจากเข้ารับการคัดกรองจากประวัติและการเอกซเรย์ปอด โดยมีขั้นตอนดังนี้ จัดการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำรายงานและวางแผนในการติดตามผู้ป่วย

2.4 งานเครือข่าย มีการสร้างเครือข่ายในการทำงานร่วมกัน ทั้งระดับจังหวัดละระดับอำเภอ มีการจัดกิจกรรมให้ในเครือข่ายได้มาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทำงานร่วมกัน เช่นการจัดประชุมวิชาการ การจัดนิทรรศการ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้วิชาการ การตรวจประเมินและการสำรวจสถานประกอบการ

2.5 งานออกหน่วยบริการ เช่นการจัดหน่วยออกตรวจสุขภาพ หรือการจัดนิทรรศการให้ความรู้

กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยมีส่วนร่วมกับหน่วยงานเวชกรรมสังคม ในการดูแลสุขภาพประชาชน ในเขตอำเภอเมืองในรูปแบบCUPเมืองย่า ส่วนอำเภออื่นๆ กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม มีการจัดบริการอาชีวอนามัย และสร้างเครือข่ายในการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนในแต่ละอำเภอ ซึ่งถือว่ามีความสำคัญต่อการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นอย่างมาก

จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ ที่มีการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง มีการกระจายตัวของประชากรเป็นอันดับสองของประเทศ อัตราการประสบอันตรายต่อลูกจ้าง 1000 ราย สูงกว่าอัตราการประสบอันตรายต่อลูกจ้าง 1000 รายของประเทศ นอกจากนี้ยังมีแรงงานนอกระบบ ซึ่งยังไม่มีการเก็บข้อมูลมาวิเคราะห์ เนื่องจากการรายงานมีเฉพาะกลุ่มผู้ประกันตนซึ่งขึ้นทะเบียนแล้วรับการรักษาตามสิทธิของประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนเท่านั้น

นอกจากนั้นยังเป็นจังหวัดที่มีรูปแบบการให้บริการสาธารณสุขหลากหลาย มีโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โดยมีกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมดูแลงานอาชีวอนามัย และมีการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยแล้ว แต่ยังมีปัญหาขาดแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ และปัญหาด้านการวินิจฉัย รักษา การเก็บข้อมูลพื้นฐาน นอกจากนั้นยังมีกลุ่มงานเวชกรรมสังคมดูแลหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเมืองร่วมกับโรงพยาบาลอื่นๆที่อยู่ใกล้เคียง ในส่วนของอำเภออื่นๆ มีโรงพยาบาลชุมชนดูแลหน่วยบริการปฐมภูมิในแต่ละพื้นที่ ดังนั้นจึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจ ว่าการดูแลประชาชนวัยทำงานให้ครอบคลุมและปลอดโรคปลอดภัยควรมีรูปแบบอย่างไร

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระบบการให้บริการอาชีวอนามัย

Jorma Rantanen และLehtinen Suvi[30] ได้ศึกษาการให้บริการอาชีวอนามัยพื้นฐานในแอฟริกาตะวันออก ประกอบด้วย เคนยา แทนซาเนีย อูกันดา บุรุนดีและรวันดา ด้วยการสนับสนุนทางการเงินจากฟินแลนด์ องค์การอนามัยโลกและองค์การแรงงานระหว่างประเทศ มีการพัฒนาหลักสูตรอาชีวอนามัยและความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีการวางแผนระดับภูมิภาค ในโครงการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มีวัตถุประสงค์เพื่อวางรากฐานในกลุ่มแอฟริกาตะวันออก โครงการนี้จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านโครงสร้างพื้นฐานในประเทศ และเพื่อการสร้างงานวิจัยร่วมกันและกิจกรรมการฝึกอบรมรวม ทั้งการปรับปรุงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างประเทศ มีการทดลองโครงการนำร่องใน 3 ประเทศ ดำเนินการสำรวจ การให้บริการอาชีวอนามัย ในแต่ละประเทศ เตรียมความพร้อมของการให้บริการอาชีวอนามัย นโยบายอาชีวอนามัย และ กำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ จัดโครงการนำร่องในแต่ละประเทศ ได้ข้อสรุปดังนี้ รูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัยใน 3 ประเทศใหญ่มีการพัฒนามากกว่าอีก 2 ประเทศ มีนโยบายด้านอาชีวอนามัยในแต่ละประเทศ กฎหมายและหน่วยงานภาครัฐได้รับการพัฒนาค่อนข้างดี แต่การดำเนินการตามกฎหมาย และความคุ้มครองทางกฎหมายยังไม่ชัดเจน การให้บริการอาชีวอนามัยยังอยู่ในระดับต่ำ การส่งเสริมป้องกันอยู่ระหว่างการพัฒนา มีอุปสรรคด้านการเงิน, การ

ลงทุนด้านอาชีวอนามัยจากนายจ้าง, การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และยังไม่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องร่วมกันของภาคแรงงานละสาธารณสุขในการให้บริการสนับสนุนด้านอาชีวอนามัย

Rasanen และคณะ[31] ได้ศึกษาเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์กับลูกจ้างที่มีอาการเจ็บป่วยในประเทศฟินแลนด์ งานวิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ลูกจ้างทางโทรศัพท์ปี 1991 จำนวน 1,856 คนอายุ 25-64 ปี โดยสัมภาษณ์เกี่ยวกับโอกาสที่จะพบแพทย์ในช่วง 6 เดือน เกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ให้สัมภาษณ์ 90% ของทั้งหมดเข้าใช้บริการจากหน่วยบริการอาชีวอนามัยสำหรับปัญหาด้านสุขภาพ การใช้บริการจากหน่วยบริการด้านอาชีวอนามัย สะท้อนให้เห็นโมเดล รูปแบบของการให้บริการอาชีวอนามัย การศึกษาแสดงให้เห็นว่า พนักงานฟินแลนด์ มีการใช้บริการจากหน่วยบริการอาชีวอนามัยมาก ในประเทศฟินแลนด์การวางแผนโครงสร้างรูปแบบ การดูแลทางด้านสาธารณสุข มาจากพื้นฐานจากความต้องการของประชาชน จึงมีผลทำให้การให้บริการอาชีวอนามัย ในประเทศฟินแลนด์ได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างมาก

Kaukinen[32] ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับประโยชน์ที่นายจ้างได้รับ จากอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่ดีในประเทศฟินแลนด์ ในฟินแลนด์บริการอาชีวอนามัย เป็นข้อกำหนดตามกฎหมาย และถือเป็นความรับผิดชอบของนายจ้าง เป็นผลให้นายจ้างมีหน้าที่ในการจัดบริการสุขภาพ และมีผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัยที่เชี่ยวชาญ แพทย์, พยาบาล, นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักการยศาสตร์และนักสุขศาสตร์สาธารณสุข ดูแลอย่างเพียงพอ มีเตรียมการสำหรับการรักษาพยาบาลของพนักงานในหน่วยบริการอาชีวอนามัย โดยการให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และติดตามผลการรักษา เป็นกฎความปลอดภัยในอุตสาหกรรม ซึ่งจะบังคับให้นายจ้างตามคำสั่งของสหภาพยุโรป ระบบประกันสังคมฟินแลนด์ ถือว่าประชาชนจะได้รับเงินสำหรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายของการไร้ความสามารถในการทำงาน และประกันสังคมจะคืนเงิน 50% ของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับบริการอาชีวอนามัยให้กับนายจ้าง ที่ผ่านมาตามกฎหมายนายจ้างจะได้เงินคืน 60% ของค่าใช้จ่ายในการสำรวจสถานที่ทำงาน ที่ทำโดยผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัย นอกจากนี้สถิติการขาดงานของฟินแลนด์ค่อนข้างสูง ซึ่งจะทำให้เกิดการสูญเสียในการผลิต ซึ่งจากการคำนวณถือเป็นค่าใช้จ่ายหนึ่งในสามของค่าใช้จ่ายโดยรวม การป้องกันโรค และรักษาโรคตั้งแต่ในระยะแรก สามารถลดระยะเวลาของการลาป่วย นอกจากนั้นในประเทศฟินแลนด์นายจ้างต้องจ่ายค่าใช้จ่ายบำเหน็จบำนาญ นี่คือเหตุผลที่เกษียณอายุก่อนหมายถึงค่าใช้จ่ายที่สำคัญสำหรับนายจ้าง ดังนั้นนายจ้างฟินแลนด์ต้องการบริการอาชีวอนามัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเท่าที่เป็นไปได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในการป้องกันการเจ็บป่วย อาชีวอนามัยที่ดียังมีส่วนต่อการประชาสัมพันธ์ นายจ้างที่ดูแลลูกจ้างเป็นอย่างดีจะถูกยกย่อง ช่วยเพิ่ม

ความเชื่อมั่นกับแรงงานและลูกค้า โดยสรุป อาชีวอนามัย ทำให้ความสามารถในการทำงานของลูกจ้างเพิ่มขึ้น จากการเกิดอุบัติเหตุการทำงาน และโรคจากการทำงานน้อยที่สุด และรับการรักษาอาการเจ็บป่วยได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ก็จะนำไปสู่อัตราที่ลดลงของการลางาน และจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กรโดยรวม

Hanna Hakulinen และคณะ[33] ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับระบบจัดการสาธารณะรูปแบบใหม่ว่าจะสามารถดัดแปลงเข้ากับระบบการให้บริการอาชีวอนามัยของประเทศฟินแลนด์อย่างไร โดยมีการขอความเห็นจากตัวแทนของเทศบาลเมือง และบุคลากรทางด้านอาชีวอนามัย อธิบายและเปรียบเทียบระบบการให้บริการอาชีวอนามัย กับระบบจัดการสาธารณะรูปแบบใหม่ พบว่ามีข้อจำกัดเนื่องจากระบบจัดการสาธารณะรูปแบบใหม่ ซึ่งถูกนำมาศึกษาครั้งนี้เป็นเฉพาะกรอบด้านทฤษฎี จึงมีข้อกำหนดว่าการที่จะเริ่มใช้ระบบจัดการสาธารณะรูปแบบใหม่ต้องมีข้อมูลที่เพียงพอ และต้องผ่านการวิเคราะห์พัฒนา ตัวแทนของเทศบาลเมือง มีความเห็นว่าน่าจะนำระบบจัดการสาธารณรูปแบบใหม่มาใช้ได้ โดยประการแรกต้องมีการแบ่งให้ชัดเจนถึงหน้าที่ของงานอาชีวอนามัย กับงานดูแลสุขภาพอื่นๆ ประการที่สองต้องมีผู้เชี่ยวชาญมาจักการระบบทั้งระบบการให้บริการอาชีวอนามัย และระบบจัดการสาธารณสุขรูปแบบใหม่ ประการที่สามต้องมีการปรับรูปแบบองค์กรอาชีวอนามัย โดยกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรให้ชัดเจน ประการที่สี่ความแตกต่างของบุคลากรอาชีวอนามัยกับบุคลากรตามกรอบของระบบสาธารณะรูปแบบใหม่ เป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลง ประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณา ได้แก่นโยบาย ความรู้ความสามารถ แนวโน้มของการพัฒนางานอาชีวอนามัย ประการที่ห้าคือการศึกษาครั้งนี้ควรมีการทดสอบและพัฒนาระบบสาธารณะรูปแบบใหม่กับงานอาชีวอนามัย ไปยังระดับภาคและระดับประเทศ ซึ่งประเทศอื่นๆจะได้ประโยชน์ในการพัฒนาด้านอาชีวอนามัยโดยอาศัยข้อมูลนี้

Lie[34] ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางและการพัฒนาการให้บริการอาชีวอนามัยในประเทศนอร์เวย์ โดยการให้บริการอาชีวอนามัยในนอร์เวย์ ครอบคลุมประมาณ 1.2 ล้านคนคิดเป็น 60% ของคนทำงานทั้งหมด โดยมีการจ้างพยาบาล, แพทย์, นักกายภาพบำบัด, วิศวกรความปลอดภัย, นักจิตวิทยาและอื่น ๆ ต้นทุนเฉลี่ยของการให้บริการอาชีวอนามัยอยู่ที่150 ยูโรต่อคน ค่าใช้จ่ายทั้งหมด 180 ล้านยูโรต่อปี ในปี 1998 มีการประเมินการให้บริการอาชีวอนามัย พบว่าแม้ว่า 80% ของผู้ประกอบการมีความพึงพอใจกับการได้รับบริการ แต่ทางด้านการให้บริการอาชีวอนามัยก็ยังจะพัฒนาคุณภาพให้ดีขึ้น โดยปี 2000 ได้มีแนวทางปฏิบัติแห่งชาติ ซึ่งได้รับการพัฒนาจากความร่วมมือกันของสมาคมอาชีวอนามัย ผู้ทรงคุณวุฒิและ National Institute for Occupational Health (NIOH)

แนวทางเหล่านี้ได้รับการประเมิน และได้รับการยอมรับอย่างดี จากการให้บริการอาชีวอนามัยของนอร์เวย์ แต่งตั้งกระทรวงแรงงาน คณะที่ปรึกษาของผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับการให้บริการอาชีวอนามัย ตรวจสอบข้อบังคับ กฎหมาย แหล่งข้อมูลสุขภาพ การปรับปรุงการให้บริการอาชีวอนามัย วางแผนร่วมกับ The International Labour Organization (ILO) สร้างการให้บริการอาชีวอนามัยสำหรับทุกคนภายใน 10 ปี สร้างงานอาชีวอนามัยในสถานประกอบการขนาดเล็ก และขยายงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลเพื่อเป็นตัวช่วยเหลือและสนับสนุนการให้บริการอาชีวอนามัยที่สำคัญ

Bedrikow[35] และคณะ ได้วิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการอาชีวอนามัยในประเทศบราซิล จากการศึกษาพบว่าอาชีวอนามัย และความปลอดภัยเป็นเรื่องใหม่ของประเทศ แต่มีการพยายามพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยอาชีวเวชศาสตร์ถูกบรรจุลงในหลักสูตรทางการแพทย์ และมีการศึกษาของแพทย์เฉพาะทางอาชีวเวชศาสตร์ มีหลักสูตรสำหรับวิศวกรความปลอดภัย และบุคลากรทางการพยาบาล มีการจดทะเบียนอย่างเป็นทางการ ในปี 1995 กระทรวงแรงงานเรียกร้องให้มีการควบคุมทางการแพทย์ของอาชีวอนามัยสำหรับทุกคน และมีการป้องกันอันตรายต่อสิ่งแวดล้อม แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวเวชศาสตร์ได้รับการว่าจ้างโดยองค์กร สำหรับดูแลสุขภาพของคนงาน และมีการทำงานร่วมกันในท้องถิ่น และหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อยู่ในพื้นที่ที่มีประชากรมาก และได้รับการยอมรับในสหภาพแรงงาน ซึ่งมีผลต่อการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน มีการร่วมมือกันของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงานและประกันสังคม กระทรวงแรงงานออกกฎหมายสุขอนามัย ความปลอดภัยและอาชีวเวชศาสตร์ ดำเนินการตรวจสอบและทำงานโครงการวิจัย กระทรวงสาธารณสุขให้การดูแลทางการแพทย์สำหรับคนงานที่ได้รับบาดเจ็บ หรือผลกระทบจากโรคจากการทำงาน และยังมีการเฝ้าระวังโรคจากการทำงาน ประกันสังคมให้การฟื้นฟูและการชดเชย สำหรับคนงานที่ลงทะเบียนจัดให้มีการลงทะเบียนและการรายงานการบาดเจ็บจากการประกอบอาชีพและโรค

Laraqui[36] ได้วิเคราะห์สถานการณ์ของอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในโมร็อกโกในปี 1999 ซึ่งมีกำหมายคุ้มครองแรงงานแต่ไม่ได้ดำเนินการและไม่ได้ปรับปรุง การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความล้มเหลวในทุกระดับ ทางการแพทย์พบว่า การบริการทางอาชีวอนามัยครอบคลุมเพียง 7% ของประชากรที่ทำงาน มากกว่า 9 ใน 10 ไม่ได้รับประโยชน์จากการคุ้มครองการรักษาพยาบาลใด ๆ แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ไม่เพียงพอ รวมถึงการขาดแคลนพยาบาล วิศวกรความปลอดภัย และนักการยศาสตร์ทำให้หลายส่วนไม่ได้รับการดูแลด้านอาชีวอนามัยเช่น สถานประกอบการขนาดเล็ก แรงงานนอกระบบยังไม่มีการศึกษาอย่างจริงจังเกี่ยวกับอันตรายจากการประกอบอาชีพ และการปรับโครงสร้างของความ

ปลอดภัยและอาชีวอนามัยเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อการขยายด้านความปลอดภัยอาชีวและบริการสุขภาพให้กับประชากรทุกคน

Fanxiao Jian[37] ได้รายงานเกี่ยวกับบริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐานในประเทศจีน ได้เริ่มการศึกษานำร่องในการให้บริการอาชีวอนามัยพื้นฐานใน 19 มณฑลของ 10 จังหวัด วัตถุประสงค์เพื่อ สำรวจการบริการอาชีวอนามัยในระดับที่แตกต่างกัน พัฒนาระบบในการจัดสรรทรัพยากร การปรับปรุงความร่วมมือหลายภาคและมีส่วนร่วมของคนงาน ขยายขอบเขตของการประกันการบาดเจ็บเกี่ยวกับงาน ขยาย เครือข่ายบริการโปรแกรมบูรณาการบริการอาชีวอนามัยในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขต และระดับชุมชนและเพื่อให้การฝึกอบรมที่เกี่ยวข้อง การดำเนินการก่อให้เกิดผลในเชิงบวกในหลายด้าน อย่างไรก็ตามยังคงมีความต้องการเพื่อเน้นป้องกัน และเฝ้าระวังการเกิดการเจ็บป่วยจากการทำงาน และการตรวจสอบสภาพแวดล้อม ส่งเสริมการรับรู้ของประชาชน ประสานความเข้มแข็ง และความร่วมมือระหว่างสหภาพแรงงานและสหภาพการค้า การระดมเงินทุนเพื่อจะให้เกิดการบริการอาชีวอนามัยพื้นฐานกับทุกระดับ

Toshiaki Higashi[38] ได้ทำการศึกษารูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัยในอนาคตของประเทศญี่ปุ่น โดยความร่วมมือกันของกระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการสังคม เพื่อประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันอันตรายในที่ทำงาน สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพและศักยภาพของแรงงาน การกลับเข้าทำงานและการประกอบอาชีพของคนพิการ โดยพบว่าสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากเนื่องจากการพัฒนาทางเทคโนโลยี ในขณะเดียวกันอัตราการเกิดต่ำและอายุประชากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แรงงานประสบปัญหาความวิตกกังวล และความเครียดที่เกี่ยวข้องกับงาน และสภาพแวดล้อมการทำงาน และอัตราการฆ่าตัวตายสูงมากขึ้น ทำให้มีรูปแบบบริการอาชีวอนามัยเพื่อให้คำปรึกษา และมีรูปแบบการให้บริการอื่นๆเพื่อให้ตรงกับความต้องการของคนงาน โดยมีการจัดสรรเวลาที่คนงานจะได้รับการให้บริการอาชีวอนามัยและการดูแลจากแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ และมีกฎหมายขยายครอบคลุมไปยังธุรกิจที่มีจำนวนคนงานตั้งแต่ 30 คน ผู้ให้บริการอาชีวอนามัยควรได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอก แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ทำหน้าที่ให้การสนับสนุน เป็นที่ปรึกษาด้านอาชีวอนามัย มีการพัฒนาสถาบันของความปลอดภัยและอาชีวอนามัย การสนับสนุนการจัดกิจกรรมโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและทำงานเป็นสหวิชาชีพ รวมทั้งการเพิ่มเงินอุดหนุน สถานประกอบการต้องมีการส่งรายงานเกี่ยวกับมาตรการการประเมินความเสี่ยง และการแก้ไขสถานประกอบการ จัดทำรายงานผลการตรวจสุขภาพ และมีการประกันค่าชดเชยแรงงาน ในระดับประเทศมีการประสานงาน

และกำหนด มาตรฐานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญแพทย์อาชีวเวชศาสตร์, พยาบาล, นักวิชาการสาธารณสุข และนักการยศาสตร์

สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์ และคณะ[39] วิเคราะห์สถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในประเทศไทยในปี 2547 มีอย่างน้อย 3 หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบทางด้านอาชีวอนามัย ได้แก่ กระทรวงแรงงานกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอุตสาหกรรม ซึ่งทำงานร่วมกัน มีการพัฒนาโครงการและกิจกรรมการป้องกันและควบคุมปัญหา ปัญหาสำคัญคือการขาดบุคลากรและทรัพยากรอื่น ๆ การวิจัยก็เป็นสิ่งจำเป็นและกำลังได้รับการพัฒนา กรอบของการวิจัยจำเป็นต้องมุ่งเน้นไปที่การวิจัยและพัฒนาเช่นการปรับปรุงอาชีวอนามัยและการจัดการความปลอดภัยในทุกระดับ การตั้งค่าในการพัฒนา, แนวทางมาตรฐานสำหรับการดูแลสุขภาพ, การประเมินด้านสิ่งแวดล้อมและการดำเนินการตามมาตรการการควบคุมที่เหมาะสมในสถานที่ทำงาน ในที่สุดการปรับปรุงระบบการวิจัยในประเทศเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่อาชีวอนามัยในอนาคตอันใกล้

สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์ และคณะ[40] ได้จัดทำโครงการนำร่องในการจัดบริการอาชีวอนามัยพื้นฐาน (Basic occupational health service : BOHS) ในแรงงานนอกระบบผ่าน หน่วยบริการปฐมภูมิใน 4 จังหวัด ได้แก่ สถานีอนามัยท้ายบ้าน สถานีอนามัยเทพารักษ์ จังหวัดสมุทรปราการ, สถานีอนามัยบางหญ้าแพรก สถานีอนามัยบ้านคำพระ จังหวัดสมุทรสาคร, สถานีอนามัยบ้านแม่ลาว สถานีอนามัยแม่ปืม จังหวัดพะเยา และสถานีอนามัยป่าซาง จังหวัดลำพูน พบว่ามีการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ การเดินสำรวจสถานประกอบการ การประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังส่วนใหญ่เป็นเรื่องโรคเรื้อรัง การสร้างเสริมสุขภาพ และการให้อุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัยส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิมีความรับผิดชอบหลากหลาย รวมทั้งการป้องกัน การสร้างเสริมสุขภาพ และการรักษา บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ บางคนกังวลเกี่ยวกับภาระเพิ่มเติมของการให้บริการอาชีวอนามัย แต่ก็มีจำนวนหนึ่งที่คิดว่าไม่ได้เป็นการเพิ่มงาน แต่เป็นลักษณะงานประจำที่ควรทำอยู่แล้ว บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับการให้บริการอาชีวอนามัยพื้นฐานเพียงพอ แต่ต้องการประสบการณ์การฝึกอบรมและการฝึกปฏิบัติในด้านต่างๆ เช่น การประเมินความเสี่ยง จากการศึกษาคณะผู้วิจัยมีข้อเสนอในการจัดระบบบริการอาชีวอนามัย ดังนี้

ข้อแนะนำในการจัดการระยะสั้น

ระดับส่วนกลางและส่วนจังหวัด ควรมีการจัดทำคู่มือการดำเนินงานที่ชัดเจนสำหรับระบบบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ และควรเพิ่มงบประมาณสำหรับการบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรมีการประเมินอาชีวอนามัย บันทึกลงในแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ แนะนำให้เจ้าหน้าที่ เน้นการพัฒนาระบบบริการอาชีวอนามัยที่สามารถทำได้จริงและใช้งบประมาณน้อย

ข้อแนะนำในการจัดการระยะยาว

ระดับส่วนกลางและส่วนจังหวัด กำหนดแผนระดับชาติ สนับสนุนความร่วมมือระดับกระทรวง ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในแต่ละพื้นที่ เช่น มหาวิทยาลัย หรือ สถาบันวิจัยสุขภาพ และขยายการทดแทนการบาดเจ็บจากงานให้กับคนงานทุกคน

ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ ฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมระบบบริการอาชีวอนามัยพื้นฐาน

สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์[41] ได้รายงานการพัฒนารูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัยพื้นฐาน โดยได้ทำการศึกษานำร่องในการพัฒนารูปแบบพัฒนาการให้บริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐาน ใน 17 หน่วยบริการปฐมภูมิ ใน 8 จังหวัดในระหว่างปี 2004-2007 การศึกษาพบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดมีความสามารถ ที่จะให้บริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐาน กลุ่มเป้าหมายคือเกษตรกรส่วนใหญ่ กิจกรรมการดำเนินการให้ความรู้ด้านอาชีวอนามัย(100%) การปฐมพยาบาลและการรักษาฉุกเฉิน (77%), การสำรวจสภาพแวดล้อมการทำงานในพื้นที่เกษตร(38%) และการตรวจคัดกรองสุขภาพสำหรับการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืช (79%) แม้ว่าส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิจะมีความรู้ในการให้บริการอาชีวอนามัยกับเกษตรกร โดยเฉพาะอย่างยิ่งพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช แต่ยังต้องการเรียนรู้และทำความเข้าใจสุขภาพด้านอื่น ๆ ของเกษตรกรในการทำงานเช่นบาดเจ็บ, ความผิดปกติของกล้ามเนื้อกระดูก ฯลฯ นอกจากนี้หน่วยบริการปฐมภูมิ เจ้าหน้าที่ควรมีความสามารถในการให้บริการอาชีวอนามัยอย่างเป็นระบบครอบคลุมทุกด้านสุขภาพ รวมถึงการป้องกันสุขภาพการสร้างเสริมสุขภาพ รักษาโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการบูรณาการในด้านการบริการการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวทางการให้บริการอาชีวอนามัย ในโครงการการฝึกอบรมสำหรับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ยังเป็นปัจจัยที่สำคัญ สำหรับความสำเร็จของโครงการ หน่วยบริการปฐมภูมินำร่องที่เจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมจะเริ่มให้บริการอาชีวอนามัย จัดบริการผู้ป่วยนอกและบริการอาชีวอนามัยในชุมชน การปรับปรุงระบบคัดกรอง และระบบการรายงานโรค

กิจกรรมการดำเนินการในชุมชนประกอบด้วย การสำรวจสถานที่ทำงาน การวิเคราะห์ข้อมูล การวางแผนในการตรวจสุขภาพและการสื่อสารกับคนงาน หลังจากการดำเนินโครงการบางส่วน พบว่าโครงการนำร่อง สามารถเพิ่มการตระหนักถึงความสำคัญของอาชีวอนามัยในเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เจ้าหน้าที่ในระดับจังหวัดและระดับท้องถิ่น นอกจากนี้ยังพบว่าการบริการอาชีวอนามัยสามารถนำไปรวมในระบบบริการสุขภาพทั่วไปในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ โครงการยังมีผลต่อความเชื่อของคนงานและทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพและการทำงานของพวกเขา

สุรศักดิ์ บูรณตรีเวทย์[42] ศึกษาระบบบริการอาชีวอนามัยในประเทศไทย ปี 2543 พบว่าการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ยังไม่มีมาตรฐานกำหนดชัดเจนขึ้นกับนโยบายของผู้บริหาร ในสถานพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ จะเป็นการให้บริการควบคู่ไปกับงานประกันสังคม นอกจากนั้นแพทย์และบุคลากรในสถานพยาบาลยังขาดความรู้ด้านอาชีวอนามัย ปัจจัยที่มีผลต่อระบบการให้บริการอาชีวอนามัย

Palmgren **และคณะ**[41] กล่าวถึงการศึกษาเรื่องสุขภาพและการสื่อสารในการบริการอาชีวอนามัย จากการศึกษาแบบสอบถามการดำเนินการอาชีวอนามัยในฟินแลนด์ปี 2005 เน้นกิจกรรมด้านการศึกษาดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา ลูกจ้างและสหภาพแรงงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติในการให้ความรู้ในกลุ่มของผู้เชี่ยวชาญที่มีระยะเวลาประสบการณ์ในการทำงานต่างกัน โดยลูกจ้างแต่ละคนเป็นหลักในการให้การความรู้และการสื่อสาร การให้ความรู้กับกลุ่มคนงานหรือสหภาพแรงงานโดยตรงทำได้น้อย อย่างไรก็ตามปัญหาหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ทำงานไม่ได้ขึ้นกับลูกจ้าง แต่เกี่ยวข้องกับองค์กรต่างๆที่มีอำนาจในการตัดสินใจ นอกจากนี้บุคลากรอาชีวอนามัย ก็มีส่วนช่วยทำให้เกิดสังคมในของการเรียนรู้ และทำงานที่เหมาะสมมากขึ้นกับกลุ่มคนทำงานและชุมชน

Baranski[44] ได้ทำการศึกษาตัวชี้วัดที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพ, สิ่งแวดล้อม และการจัดการสังคมในสถานประกอบการ พบว่า ในการจัดการด้านอาชีวอนามัย, การดำเนินชีวิต, สิ่งแวดล้อมและสังคมที่ระบุไว้ในการดูแลสุขภาพ นโยบายและทักษะความสามารถในการทำงาน เป็นตัวสนับสนุนการดำเนินงานในเรื่องสุขภาพ, สังคม และสิ่งแวดล้อมของการทำงานระดับองค์กรและท้องถิ่น ซึ่งบทบาทของหน่วยงานท้องถิ่นคือการสร้างเครือข่ายและประสานงานกับสถานประกอบการ

Pransky และคณะ[45] ได้ทำการศึกษาการประเมินผลกระทบ และประสิทธิผลของการให้บริการอาชีวอนามัย ในการสร้างเครือข่าย การรักษาโรคการและดูแลผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพคนงาน วัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลกระทบต่อคุณภาพของการดูแลรักษา, ค่าใช้จ่าย, ผลการดำเนินงานและคุณภาพของการให้บริการ พบว่าการพัฒนาให้บริการอาชีวอนามัยควรมีความชัดเจนถูกต้อง เชื่อถือได้ มีคุณภาพและประสิทธิภาพ เนื่องเป็นการจัดกิจกรรมที่มีค่าใช้จ่ายสูง ตัววัดผลงานควรชัดเจน เพื่อแสดงให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นความสำคัญว่าการให้บริการอาชีวอนามัยแตกต่างจากการดูแลสุขภาพประชาชนทั่วไป การให้บริการควรมีข้อมูลที่สามารถรวบรวมและวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามบริบท โดยการให้บริการอาชีวอนามัยควรคำนึงถึงกฎหมาย การรักษาความลับของผู้ป่วย และการวิจัยก็เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องได้รับการพัฒนา

Rossi และคณะ[46] ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานของพยาบาลอาชีวอนามัย พบว่าสังคม, เศรษฐกิจ, ชีวิตการทำงานในชีวิตและรูปแบบทำงานมีผลกระทบต่อการให้บริการอาชีวอนามัยระดับโลก และการทำงานของพยาบาลอาชีวอนามัย ในช่วง 5-10 ปีข้างหน้า การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะนำความท้าทายใหม่ ๆ ทั้งบริการด้านอาชีวอนามัยและตัวแทนของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการให้การบริการอาชีวอนามัย การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ต้องการวิธีการการทำงานรูปแบบใหม่, ขั้นตอนการทำงาน, การตรวจสอบประสิทธิภาพ และการประเมินผลของผลกระทบแบบใหม่วิธีการใหม่ การพัฒนาเหล่านี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านการศึกษาของพยาบาลอาชีวอนามัย

Naumanen และ Liesivuori[47] ได้ทำการศึกษาการแบ่งเวลาการทำงานของบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัยเกี่ยวกับการจัดสรรเวลางานหลักในงานอาชีวอนามัย พบว่า 50% ของเวลาทำงานทั้งหมดผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัยใช้ในการดูแลลูกจ้าง ส่วนชั่วโมงการทำงานที่เหลืออยู่ถูกใช้ร่วมกันระหว่างการสำรวจสถานที่ทำงาน, การทำงานร่วมกับเครือข่ายและงานในสาขาการดูแลสุขภาพอื่น ๆ โดยเฉพาะในศูนย์ดูแลสุขภาพ การจัดสรรเวลาการทำงานแตกต่างกันอย่างมากในแต่ละสาขาอาชีพโดยพยาบาลมักจะทำงานอาชีวอนามัยเต็มเวลา ส่วนแพทย์, นักกายภาพบำบัดและนักจิตวิทยา มักจะทำงานนอกเวลาหรือทำงานไม่กี่ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เนื่องจากการให้บริการเป็นการยากที่จะทำได้ พยาบาลอาชีวเวชศาสตร์ที่ทำงานในศูนย์ดูแลสุขภาพชุมชนมีเวลาในการเข้าสำรวจสถานที่ทำงานมากกว่าพยาบาลอื่นๆ การดูแลสุขภาพคนงานจะถูกดูแลมากขึ้นโดยแพทย์, นักกายภาพบำบัดและนักจิตวิทยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยบริการภาคเอกชนและหน่วยบริการสุขภาพของสถานประกอบการนั้นๆ โดยสรุปแล้วระยะเวลาหรือการจัดสรรการทำงานของบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัยสามารถจะถูกกำหนดโดยนายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการ

Griffith **และ** Strasser[48] ได้กล่าวถึงการให้บริการอาชีวอนามัย และการบริการปฐมภูมิที่ประสบความสำเร็จในสหรัฐ โดยสถานประกอบการขนาดใหญ่ มีความเชื่อว่าการส่งเสริมสุขภาพพนักงานและป้องกันโรค รวมทั้งการคัดกรองวินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรก และรักษาอาการเจ็บป่วยที่ไม่ซับซ้อน ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของตนสามารถลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงต้นทุนประสิทธิผลของการให้บริการอาชีวอนามัยและการบริการปฐมภูมิ โดยการวิเคราะห์ต้นทุนจากการเรียกร้องค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงของบริการดูแลสุขภาพ และค่าใช้จ่ายที่คาดการณ์ว่าบริการด้านสุขภาพที่มาให้บริการถึงสถานที่ ความคิดริเริ่มโครงการนำร่อง รวมการให้บริการอาชีวอนามัยและการให้บริการปฐมภูมิ ในสถานที่ซึ่งอยู่ใกล้สถานประกอบการ และมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพ, แพทย์ระดับปฐมภูมิ, พยาบาล, นักกายภาพบำบัดและผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพอื่น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลตอบแทนการลงทุนในเชิงบวกมากขึ้น และตัวชี้วัดได้ผลรับเกินเกณฑ์ที่ตั้งไว้

Saksvik[49] ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการระบบงานอาชีวอนามัย และความปลอดภัยเปรียบเทียบระหว่างประเทศนอร์เวย์และออสเตรเลีย พบว่าทั้งสองประเทศ มีการพัฒนานโยบายและการดำเนินการทางอาชีวอนามัยในระดับรัฐบาลและในระดับพื้นที่ สิ่งสำคัญคือกรอบของกฎหมายและนโยบาย มีการพัฒนาทั้งระดับประเทศและท้องถิ่น มีสมาคมอุตสาหกรรม การพัฒนาชีวิตในการทำงานที่ส่งผลกระทบต่อการจัดการระบบงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย วัตถุประสงค์ที่สำคัญของการจัดการระบบงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยทั้งในประเทศนอร์เวย์และออสเตรเลียคือการส่งเสริมและตรวจสอบในส่วนของนายจ้าง โดยนายจ้างจะรับผิดชอบในการประเมินสภาพการทำงาน รูปแบบและขั้นตอนการทำงาน, ประเมินความเสี่ยงในการทำงาน และควบคุมความเสี่ยง ต้องมีระบบการบริหารจัดการที่เหมาะสมและต้องมีการบำรุงรักษาเครื่องมือสม่ำเสมอ

วิทยาภรณ์ ศรีภิรมย์ และคณะ[50] ศึกษารูปแบบการดำเนินงานอาชีวอนามัย ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลลำพูนในปี 2545 พบว่า การดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลต้องให้ความสำคัญในระบบบริหารจัดการ มีนโยบาย กำหนดหน้าที่รับผิดชอบ มีแผนงาน รวมทั้งแนวคิดตามหลักหารพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล การบริหารความปลอดภัยสมัยใหม่การส่งเสริมสุขภาพเข้าด้วยกัน

จรัส สิงห์แก้ว และคณะ[51] ศึกษาระบบเฝ้าระวังสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในโรงงานอุตสาหกรรมนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ จังหวัดลำพูน การศึกษาพบว่า โรงงานทุกขนาดมีความเสี่ยงในด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมคล้ายคลึงกัน มีการเฝ้าระวังด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมแต่ไม่สอดคล้องกับความเสี่ยงและไม่ครบถ้วน ระบบข้อมูลขาดประสิทธิภาพในการจัดเก็บและการวิเคราะห์ ขาดการนำข้อมูลไปใช้วางแผนป้องกันโรคที่เกิดจากการทำงาน การเชื่อมประสานข้อมูลด้านการเฝ้าระวังในส่วนขององค์กรที่เกี่ยวข้องไม่เหมาะสม ขาดประสิทธิภาพ กลุ่มผู้บริหารทุกระดับมีความพร้อมที่จะสนับสนุนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ข้อเสนอแนะของคณะผู้ศึกษา ว่าควรการออกแบบระบบเฝ้าระวังด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในโรงงานให้สอดคล้องกับความเสี่ยงในการทำงาน โดยการมีส่วนร่วมของโรงงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้จะต้องมีการพัฒนาระบบการประสานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพด้วย

วรรณา จงจิตรไพศาล[52] ทำการศึกษาการดำเนินงานอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีรูปแบบการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานอาชีวอนามัยร่วมกับหน่วยงานผู้รับผิดชอบ ไม่มีการแยกหน่วยงานอาชีวอนามัยออกเป็นอิสระ ทีมงานด้านอาชีวอนามัย ประกอบด้วยพยาบาลหรือนักวิชาการ โดยมากกว่าร้อยละ 50 ไม่มีความรู้และไม่มีเครื่องมือด้านอาชีวอนามัย ด้านข้อมูลการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล ซึ่งมีการประเมินเป็น 5 ระดับ พบว่า ในภาพรวมการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล อยู่ในระดับต่ำและพบว่า ระดับความพร้อมในการจัดบริการอาชีวอนามัยทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการจัดองค์กร ด้านบุคลากร ด้านนโยบายและด้านทรัพยากร มากกว่าร้อยละ 60 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ใน ระดับต่ำ โดยด้านการจัดองค์กรมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (2.27) ขณะที่ด้านบุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (1.93) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ 1. ปัจจัยด้านหน่วยงาน ได้แก่ระดับบริการโรงพยาบาล ขนาดโรงพยาบาล การจัดทำมาตรฐานหรือคุณภาพ การแยกหน่วยงานอาชีวอนามัย การมีเครื่องมืออาชีวอนามัย 2. ปัจจัยด้านทีมงาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย การศึกษาหรือการอบรมด้านอาชีวอนามัย การรับผิดชอบงาน 3. ปัจจัยระดับความพร้อมในการจัดบริการอาชีวอนามัย ได้แก่ ด้านการจัดองค์กร ด้านบุคลากร ด้านนโยบาย ด้านทรัพยากร

รังสิมา บำเพ็ญบุญ[53] ศึกษารูปแบบงานบริการอาชีวอนามัยตามหลักการสาธารณสุขมูลฐานในสถานประกอบการ เป็นการวิจัยประเมินผลตามแบบจำลอง ซิปป์ (CIPP Model) ใน 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการทำงาน และด้านผลผลิต โดยด้านบริบท การ

ดำเนินงานมีความสอดคล้องกับนโยบาย ค่านิยม วัฒนธรรมของสถานประกอบการ ปัจจัยนำเข้า พบว่าผู้บริหารให้การสนับสนุนกิจกรรมและงบประมาณในการดำเนินงาน ด้านกระบวนการ อาสาสมัครสาธารณสุขโรงงานยังไม่มีการดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขขาดการนิเทศติดตามตามระยะเวลาที่กำหนด และไม่สอดคล้องกับความต้องการของสถานประกอบการ ด้านผลผลิต พนักงานมีความรู้เรื่องความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง ในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคจากการทำงาน, พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน, สภาพร่างกายมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน, พฤติกรรมการทำงานที่ถูกต้องขณะปฏิบัติงาน, พฤติกรรมที่ถูกต้องหลังเลิกงาน

วัลภา ศรีสุภาพ[54] ได้ศึกษาเรื่องการบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลรัฐ และเอกชน ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 3 โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล / ผู้รับผิดชอบบริการอาชีวอนามัย ของโรงพยาบาลทุกแห่ง ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 3 จำนวน 95 แห่ง และสัมภาษณ์เจาะลึกผู้บริหารโรงพยาบาล 9 แห่ง ผลจากแบบสอบถามพบว่า โรงพยาบาลที่มีบริการอาชีวอนามัย 63 แห่ง (81.8%) ส่วนใหญ่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในจังหวัดชลบุรี เป็นโรงพยาบาลขนาดต่ำว่า 60 เตียง ในภาพรวมการจัดบริการอาชีวอนามัย ด้านบริหาร ด้านบริการ และด้านวิชาการ และสารสนเทศ โรงพยาบาลส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 60 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ โดยด้านบริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (2.18) และด้านวิชาการมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (1.78) เมื่อเปรียบเทียบบริการอาชีวอนามัย ระหว่างโรงพยาบาลรัฐ และเอกชน ในภาพรวม พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ผลการสัมภาษณ์เจาะลึก พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้บริการอาชีวอนามัย ประสบความสำเร็จ คือ ผู้บริหารมีนโยบายสนับสนุน และทีมงานมีประสิทธิภาพ ปัญหาสำคัญที่พบคือ ขาดแคลนแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 3 ยังอยู่ในระดับต่ำ ยังต้องการการพัฒนาอีกมาก โดยเฉพาะด้านวิชาการ และสารสนเทศ

ยุวดี วิทยพันธ์[55] ได้ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของไทย ระยะแรกศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนช่วยสนับสนุนการจัดให้มีบริการอาชีวอนามัยในหน่วยงานปฐมภูมิ และสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการให้บริการอาชีวอนามัย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาแบบสรุป ระยะที่สองเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่จัดส่งทางไปรษณีย์ กับกลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผลการวิจัยปรากฏว่ามีการจัดโครงการนำร่องเพื่อพัฒนาการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยงานปฐมภูมิ จำนวน 89 แห่ง ใน 18 จังหวัดทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี 2546 มี

องค์ประกอบที่สำคัญในการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยงานปฐมภูมิ จำนวน 24 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบของปัจจัยนำเข้า, 6 องค์ประกอบของปัจจัยด้านกระบวนการ, 4 องค์ประกอบของการให้บริการอาชีวอนามัย, 3 องค์ประกอบของปัจจัยด้านผลลัพธ์ และ 3 องค์ประกอบของข้อมูลย้อนหลัง แบบจำลองเชิงสาเหตุของการให้บริการอาชีวอนามัยที่พัฒนาจากโมเดลของโรเจอร์สามารถอธิบายรูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยงานปฐมภูมิของไทยได้ดี ผลการวิจัยบ่งชี้ว่าการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิควรได้รับการขยายให้ครอบคลุมทั่วประเทศ แบบจำลองเชิงสาเหตุของการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของไทยสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบริการอาชีวอนามัยได้ ทั้งนี้การปรับปรุงพัฒนาควรเริ่มที่ปัจจัยนำเข้า และปัจจัยด้านกระบวนการก่อนเป็นอันดับแรก

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารพบว่าการให้บริการอาชีวอนามัยที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน ประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ด้านความรู้ของบุคลากรอาชีวอนามัย ทักษะในการคัดกรองทางสุขภาพ, การวินิจฉัย และการรักษาโรคของบุคลากรอาชีวอนามัย ความสามารถในการประเมินการให้บริการ อาชีวอนามัย ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ ข้อมูลพื้นฐานทางด้านอาชีวอนามัย ข้อมูลรายงานทางสถิติ ทุน, อุปกรณ์และงบประมาณ นโยบายและเป้าหมายอาชีวอนามัย โดยจัดออกมาเป็นปัจจัย 5 ด้านด้วยกัน คือความรู้ ทัศนคติ ของเจ้าหน้าที่[24,42,52,54,55] ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่[9,39,42,52,54,55] ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา[40, 51- 55] อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือและเงินสนับสนุน[9,39,51-55] นโยบายและเป้าหมายอาชีวอนามัย[24,39,40,55] ปัจจัยด้านกระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ การประชุมชี้แจง จัดการการดำเนินงาน ให้บริการอาชีวอนามัยการฝึกอบรม ศึกษางาน การศึกษาต่อเนื่อง และการวิจัยการติดต่อ ชี้แจง ขอความร่วมมือกับผู้รับบริการการติดต่อ ชี้แจง ขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องการสร้างเครือข่ายการทำงานการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากภายนอก โดยจัดออกมาเป็นปัจจัย 3 ด้านได้แก่ การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย[50-52,54,55] การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่องและการวิจัยของเจ้าหน้าที่[24,39,52,54,55] ทีมงาน เครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย[40,51,53,55] ผลต่อการให้บริการอาชีวอนามัยทั้งเชิงรับและเชิงรุก

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research design)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสานวิธี (Mixed methods)

ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology)

การวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 Quantitative method

1. ประชากร (Population)

ประชากรที่ศึกษา เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในจังหวัดนครราชสีมา ปีพ.ศ. 2555 จาก 32 อำเภอ 287 ตำบล จำนวนทั้งหมด 369 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 264 แห่ง ที่เข้าร่วมการวิจัยระหว่างเก็บข้อมูล ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม พ.ศ. 2554

(การวิจัยนี้เป็นการวิจัยซึ่งจะนำมาใช้เชิงนโยบายจึงทำการศึกษากับหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมาทั้งหมด)

2. การสังเกตและการวัด (Observation and Measurement)

ตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (X variables)

ปัจจัยที่อาจมีผลต่อการให้อาชีวอนามัยในหน่วยงานปฐมภูมิ ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย
   - ความรู้ ทักษะ ของเจ้าหน้าที่ (X_1)
   - ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ (X_2)
   - ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา(X_3)
   - อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือและเงินสนับสนุน (X_4)
   - นโยบายและเป้าหมายอาชีวอนามัย (X_5)

2. กระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วย
   - การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย(X_6)
   - การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่องและการวิจัยของเจ้าหน้าที่ (X_7)

- ทีมงาน เครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย(X_8)

ตัวแปรตาม(Y variables)

การให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมา

- บริการอาชีวอนามัยเชิงรุก
- บริการอาชีวอนามัยเชิงรับ

ขั้นตอนที่ 2 Qualitative method

เลือกหน่วยบริการปฐมภูมิแบบเฉพาะเจาะจง 6 แห่ง โดยเลือกจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้คะแนนจากแบบสอบถามสูงสุด 3 แห่ง และได้คะแนนจากแบบสอบถามต่ำสุด 3 แห่ง

เครื่องมือในการวัด

ขั้นตอนที่ 1 Quantitative method

1.แบบสอบถาม (Mailed Questionnaires) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของ ยุวดี วิทยพันธ์[22]

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ข้อมูลหน่วยบริการอาชีวอนามัย เป็นคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ประวัติการศึกษา การศึกษาอบรมด้านอาชีวอนามัยและประวัติการทำงานของผู้รับผิดชอบงานบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเป็นคำถามเกี่ยวกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ตั้ง จำนวนเจ้าหน้าที่ จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ โรงงาน/สถานประกอบการในเขตพื้นที่รับผิดชอบ การริเริ่มการให้บริการอาชีวอนามัย โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับรูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัยในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน (รพ.สต.)

โดยมีลักษณะข้อคำถาม แบบมาตราส่วนการประเมินค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ จำนวน 4 ตัวเลือก กำหนดให้ค่าคะแนน ดังนี้

จริง/ใช่/มี	=	4 คะแนน
เป็นจริงมาก	=	3 คะแนน
เป็นจริงน้อย	=	2 คะแนน
ไม่จริง/ไม่ใช่/ไม่มี	=	1 คะแนน

มีข้อคำถามทั้งสิ้น จำนวน 87 ข้อ จัดแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1. ปัจจัยนำเข้า จำนวน 39 ข้อ คะแนนเต็ม156 คะแนน แบ่งเป็น องค์ประกอบย่อย 4 ด้าน ดังนี้

- ความรู้ ทักษะ ของเจ้าหน้าที่ จำนวน 14 ข้อ มีคะแนนเต็ม 56 คะแนน
- ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ จำนวน 4 ข้อ 16 คะแนน
- ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา จำนวน 11 ข้อคำถาม 44 คะแนน
- อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือและเงินสนับสนุน จำนวน 4 ข้อคำถาม 16 คะแนน
- นโยบายและเป้าหมายอาชีวอนามัย จำนวน 6 ข้อคำถาม 24 คะแนน

2. กระบวนการดำเนินงาน จำนวน 25 ข้อ คะแนนเต็ม 100 คะแนน แบ่งเป็น

- การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย จำนวน 3 ข้อคำถาม 12 คะแนน
- การฝึกอบรมศึกษาดูงานการศึกษาต่อเนื่องและการวิจัยของเจ้าหน้าที่ จำนวน 3 ข้อคำถาม 12 คะแนน
- ทีมงาน เครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย จำนวน 19 ข้อคำถาม 76 คะแนน

3. การให้บริการอาชีวอนามัย จำนวน 23 ข้อ คะแนนเต็ม 92 คะแนน แบ่งเป็น

- บริการอาชีวอนามัยเชิงรุก จำนวน 9 ข้อคำถาม 36 คะแนน
- บริการอาชีวอนามัยเชิงรับ จำนวน 14 ข้อคำถาม 56 คะแนน

นำผลรวมของคะแนนมาคำนวณ แบ่งระดับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็น 2 ระดับ โดยระดับต่ำ คือกลุ่มที่มีคะแนนในองค์ประกอบหลัก/องค์ประกอบย่อยนั้นต่ำกว่าร้อยละ 70 ของคะแนนทั้งหมด ส่วนระดับสูง คือกลุ่มที่มีคะแนนในองค์ประกอบหลัก/องค์ประกอบย่อยนั้นสูงกว่าร้อยละ 70 ของคะแนนทั้งหมด

การใช้คะแนนร้อยละ 70 ของคะแนนทั้งหมด เป็นตัวแบ่งระดับ นำมาจากการประเมินการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการทุกระดับของระบบสาธารณสุขจากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และงานวิจัยของยุวดี วิทยพันธ์[55] ซึ่งหน่วยให้บริการซึ่งได้คะแนนอยู่ในระดับต่ำจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาในด้านนั้นๆ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ/ข้อสงสัยเพิ่มเติม

โดยมีลักษณะข้อคำถามแบบปลายเปิด ให้เติมคำในช่องว่าง จำนวน 3 ข้อ

ซึ่งแบบสอบถามได้ตรวจสอบความถูกต้อง แม่นยำของเนื้อหาและรายละเอียดของข้อความและความเหมาะสมของเนื้อหาในข้อคำถามทุกข้อโดยผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัยจำนวน 3 ท่าน และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบัค (Cronbach's coefficient alpha) โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ไปยังบริการปฐมภูมิในจังหวัดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 แห่ง พบว่าแบบสอบถามในแต่ละด้านขององค์ประกอบหลัก มีค่าความเชื่อมั่นสูง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 1 แสดงค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในแต่ละด้าน

แบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา
ปัจจัยนำเข้า	0.9435
กระบวนการดำเนินงาน	0.8868
การให้บริการอาชีวอนามัย	0.9005

ขั้นตอนที่ 2 Qualitative method

2. แบบสัมภาษณ์ สำหรับผู้รับผิดชอบงานบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้แบบสัมภาษณ์เจาะลึกกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structure In-depth Interview) ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมร่างแนวทางของคำถามไว้ล่วงหน้า ซึ่งประเด็นในการสัมภาษณ์ ได้แก่ ความสำคัญในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ ปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ การจัดการปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยหลังจากดำเนินการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 สำเร็จ จะพิจารณาเลือกประเด็นที่น่าสนใจมาปรับปรุงร่างแบบสัมภาษณ์ให้สมบูรณ์

การรวบรวมข้อมูล (Data collection)

1. ผู้วิจัยขอการรับพิจารณาทางจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ไปยังสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาและหน่วยงานอาชีวเวชศาสตร์โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อขอความร่วมมือและข้อมูลเบื้องต้นของหน่วยบริการปฐมภูมิ

3. ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยทำหนังสือขอความร่วมมือจาก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมา โดยจัดส่งไปพร้อมกับแบบสอบถาม

4. ทำการส่งส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ไปยังบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมา ทั้งหมด 369 แห่ง กำหนดให้ผู้รับผิดชอบงานบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม กรณีไม่มีผู้รับผิดชอบให้หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นผู้ตอบแบบสอบถามแทน และติดตามหน่วยงานที่ไม่ได้ส่งแบบสอบถามกลับภายใน 30 วัน ด้วยวิธีการโทรศัพท์ติดตามไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิให้ส่งแบบสอบถามกลับ และส่งแบบสอบถามเพิ่มเติมบางส่วนในกรณีเกิดความผิดพลาดระหว่างการจัดส่งทางไปรษณีย์ผ่านสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาและสาธารณสุขอำเภอ

สัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับผิดชอบงานบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิ 6 แห่ง ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและไม่มีโครงสร้างในการสังเกตการปฏิบัติงานจริงในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Unstructured non-participant observation) โดยเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 6 แห่งแบ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้คะแนนสูงสุด 3 แห่งและ คะแนนต่ำสุด 3 แห่ง

5. บันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามในเบื้องต้น เพื่อนำประเด็นที่น่าสนใจมาพิจารณาทบทวนกำหนดเป็นหัวข้อในการสัมภาษณ์

6. สัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับผิดชอบงานบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิ 6 แห่ง ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและไม่มีโครงสร้างในการสังเกตการปฏิบัติงานจริงในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Unstructured non-participant observation) โดยเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 6 แห่งแบ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้คะแนนสูงสุด 3 แห่งและ คะแนนต่ำสุด 3 แห่ง

7.รวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง วิเคราะห์ข้อมูล และทำการสรุปผล

8.นำผลการศึกษาจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบการให้บริการและการดำเนินงานอาชีวอนามัยที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานปฐมภูมิจังหวัดนครราชสีมา

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

ขั้นตอนที่ 1 Quantitative method

รวบรวมแบบสอบถามทั้งหมด ตรวจสอบความถูกต้องก่อนบันทึกลงระบบคอมพิวเตอร์ จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ตามลักษณะของข้อมูล

1. **สถิติเชิงพรรณนา** (Descriptive Statistics)

บรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการอาชีวอนามัย จำนวนเจ้าหน้าที่ จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ โรงงาน/สถานประกอบการในเขตพื้นที่รับผิดชอบ การริเริ่มการให้บริการอาชีวอนามัย และข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ ประวัติการศึกษา การศึกษาอบรมด้านอาชีวอนามัยและประวัติการทำงานของผู้รับผิดชอบงานบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยวิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุดค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามลักษณะของข้อมูล

2. **สถิติเชิงอนุมาน** (Inferential Statistics)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลที่มีระดับการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ ของเจ้าหน้าที่ ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือและเงินสนับสนุน นโยบายและเป้าหมายอาชีวอนามัย ปัจจัยด้านกระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วย การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่องและการวิจัยของเจ้าหน้าที่ ทีมงาน เครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย กับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมา โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ในข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) ในข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ(ตรวจสอบแบบrankingแล้ว ได้ผลแบบเดียวกับการใช้SPSSค่ะ)

ขั้นตอนที่ 2 Qualitative method

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะนำเสนอด้วยข้อความเชิงพรรณนาที่เหมาะสม และวิเคราะห์หาระบบการให้บริการและการดำเนินการอาชีวอนามัยที่เหมาะสมในแต่ละบริบท

ประเด็นพิจารณาทางจริยธรรม (Ethical Considerations)

การศึกษานี้มีการส่งพิจารณาทางจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒก่อนทำการวิจัย ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม เนื่องจากรูปแบบงานวิจัยเป็นการศึกษาสถานการณ์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นวิธีที่ไม่มีอันตรายต่อร่างกายและข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ใช้เฉพาะในงานวิจัยเท่านั้น การนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ นามสกุลของบุคคลนั้น

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาการดำเนินงานอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครราชสีมา โดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์และส่งแบบสอบถามผ่านทางสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาถึงผู้รับผิดชอบการดำเนินงานอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมถึงการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน อาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 6 แห่ง เกี่ยวกับแนวคิดการดำเนินงานอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 6 ส่วนดังนี้

1. การตอบกลับของข้อมูล
2. ข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการปฐมภูมิ
3. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย
4. ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการให้บริการอาชีวอนามัย
5. ข้อมูลการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ 1 การตอบกลับของข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 369 แห่ง แต่ได้รับการตอบกลับมาจำนวนน้อย ผู้วิจัยได้ทำการโทรศัพท์ติดตามพบว่า หน่วยบริการดังกล่าวไม่ได้รับแบบสอบถามหรือตัวหน่วยบริการปฐมภูมิมีการย้ายสถานที่ทำการ ผู้วิจัยจึงทำการส่งแบบสอบถามเพิ่มเติมผ่านทางสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้รับแบบสอบถามกลับ ทั้งหมด 264 แห่ง คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 71.5 โดยมีการตอบกลับจากทุกอำเภอ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการปฐมภูมิ

จากการตอบสอบถามกลับ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมามีจำนวนบุคลากรด้านสุขภาพและสาธารณสุข ตั้งแต่ 1 ถึง 12 คน โดยส่วนใหญ่มีจำนวนบุคลากร 4 ถึง 6 คน คิดเป็นร้อยละ 51.1 รองลงมามีจำนวนบุคลากร 1 ถึง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 37.9 และพบว่ามีจำนวนของบุคลากรตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ร้อยละ 2.3 จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบมีตั้งแต่ 1,096 ถึง 44,210 คน ส่วนใหญ่ประชากรในเขตรับผิดชอบมีจำนวนน้อยกว่า 5,000 คน คิดเป็นร้อยละ 36 รองลงมาคือมีประชากรในเขตรับผิดชอบจำนวน 5,000 ถึง 9,999 คน คิดเป็นร้อยละ 34.5 มีจำนวน

ของบุคลากรต่อประชากรในเขตรับผิดชอบ อยู่ในเกณฑ์ 1 : 1,250 ร้อยละ 68.9 ส่วนใหญ่ไม่มีโรงงาน/สถานประกอบการในเขตพื้นที่รับผิดชอบ คิดเป็นร้อยละ 65.7

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการปฐมภูมิ		จำนวน	ร้อยละ
จำนวนบุคลากรด้านสุขภาพและสาธารณสุข (คน)	1-3	100	37.9
	4-6	135	51.1
	7-9	23	8.7
	>10	6	2.3
	Min=1 , Max=12 , Mean=4 , SD=2		
จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ (คน)	<5,000	95	36
	5,000-9,999	91	34.5
	≥10,000	78	29.5
	Min=1,096 , Max=44,210 , Mean=6,679		
	SD=4,622		
จำนวนบุคลากรต่อจำนวนประชากรในเขตที่รับผิดชอบ	ไม่เกิน 1: 1,250	151	68.9
	เกิน 1: 1,250	68	31.1
โรงงาน/สถานประกอบการในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	ไม่มี	167	65.7
	มี	87	34.3

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย

บุคลากรผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นเพศชายและเพศหญิง ร้อยละ 50 เท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 21 ถึง 58 ปี อายุเฉลี่ย 39 ปี โดยช่วงอายุที่มากที่สุดคือช่วงอายุ 40 ถึง 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.3 รองลงมาคือช่วงอายุ 30 ถึง 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.5 มีระดับการศึกษาตั้งแต่ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา, ปริญญาตรี และปริญญาโท โดยส่วนใหญ่ของบุคลากรผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยมีระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 79.5 มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิแห่งปัจจุบันตั้งแต่ 1 ถึง 30 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 8 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุการทำงานอยู่ในช่วง 1 ถึง 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.8 รองลงมาคือมีอายุการทำงานอยู่ในช่วง 11 ถึง 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 23 โดยส่วนใหญ่ทำงานในตำแหน่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 70.8 รองลงมาคือพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 23. และส่วนใหญ่ไม่เคยศึกษาหรืออบรมเกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 72.6

ตาราง 3 จำนวน และร้อยละของบุคลากรผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	125	50
	หญิง	125	50
อายุ(ปี)	20-29	51	19.4
	30-39	67	25.5
	40-49	114	43.3
	50-59	31	11.8
	Min=21 , Max=59 , Mean=39 , SD=9		
ระดับการศึกษา	ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	34	13.1
	ปริญญาตรี	206	79.5
	ปริญญาโท	19	7.3
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)	1-10	172	70.8
	11-20	56	23.0
	21-30	15	6.2
	Min=1 , Max=30 , Mean=8 , SD=7		
ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน	พยาบาล	60	23.1
	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	184	70.8
	แพทย์	16	6.2
การศึกษา/อบรมอาชีวอนามัย	ไม่เคย	188	72.6
	เคย	71	27.4

ส่วนที่ 4 สถานการณ์ระบบการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

สถานการณ์ระบบการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา ด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และการให้บริการอาชีวอนามัย จากแบบสอบถามที่ประเมินโดยกลุ่มตัวอย่างพิจารณาสภาพความเป็นจริงที่ปรากฏในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน มีเกณฑ์พิจารณาสถานการณ์แต่ละข้อคำถาม ตามแบบมาตราส่วนการประเมินค่า (Rating scale) ดังนี้

จริง/ใช่/มี	=	4 คะแนน
เป็นจริงมาก	=	3 คะแนน
เป็นจริงน้อย	=	2 คะแนน
ไม่จริง/ไม่ใช่/ไม่มี	=	1 คะแนน

ปัจจัยนำเข้า

จากตาราง 3 ปัจจัยนำเข้ามีคะแนนเต็มเท่ากับ 156 คะแนน หน่วยบริการปฐมภูมิกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านปัจจัยนำเข้าอยู่ในช่วง 36 – 153 คะแนน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.4) มีความพร้อมด้านปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับต่ำ โดยมีความรู้ ทักษะของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 54.2 ซึ่งพบว่ามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้บริการอาชีวอนามัยเท่าๆกันคืออยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 49.2 ระดับสูง ร้อยละ 50.8 มีทักษะประสบการณ์ความสามารถในการให้บริการอาชีวอนามัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.8 ความสามารถในการประเมินผลงานด้านอาชีวอนามัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 61.7 ส่วนใหญ่มีความเพียงพอของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 81.4 ซึ่งมีจำนวนเจ้าหน้าที่ต่อกรอบอัตรากำลังส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 78.0 มีความหลากหลายประเภทของเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 74.2 ส่วนใหญ่ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 82.2 ซึ่งมีข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.2 มีข้อมูลสรุปสถานการณ์/รายงานสถิติการให้บริการอาชีวอนามัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 87.1 อุปกรณ์เครื่องมือ คู่มือและเงินสนับสนุนอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 89.8 ส่วนใหญ่มีนโยบายและเป้าหมายอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 95.8 ซึ่งทราบว่ามีเป้าหมาย/ตัวชี้วัดการดำเนินงานอาชีวอนามัยในระดับต่างๆส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 72.0 มีการเขียน เป้าหมาย (Goals) ของการให้บริการอาชีวอนามัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 78.4

ตาราง 4 ข้อมูลปัจจัยนำเข้าในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

ตัวแปร	คะแนนทั้งหมด	ช่วงคะแนน	ค่าเฉลี่ย	ค่าแปรปรวน	ระดับต่ำ		ระดับสูง	
					จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ปัจจัยนำเข้า	156	36-153	92.2	19.9	215	81.4	49	18.6
1.1 ความรู้ความสามารถและทักษะ	56	6-56	38.1	7.9	143	54.2	121	45.8
1.1.1ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการให้บริการ...	16	4-16	11.1	2.5	130	49.2	134	50.8
1.1.2 มีทักษะประสบการณ์ความสามารถในการให้บริการ…	28	7-28	19.7	4.4	114	43.2	150	56.8
1.1.3ความสามารถในการประเมินผลงาน...	12	3-12	7.6	2.0	163	61.7	101	38.3
1.2. ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่	16	4-16	8.9	2.6	215	81.4	49	18.6
1.2.1 จำนวนเจ้าหน้าที่ ต่อกรอบอัตรากำลัง...	8	2-8	4.4	1.4	206	78.0	58	22.0
1.2.2 ความหลากหลายประเภทของเจ้าหน้าที่...	8	2-8	4.5	1.4	196	74.2	68	25.8
1.3 ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา	44	8-44	24.3	6.7	217	82.2	47	17.8
1.3.1 ข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย...	12	3-12	8.4	2.3	113	42.8	151	57.2

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	คะแนนทั้งหมด	ช่วงคะแนน	ค่าเฉลี่ย	ค่าแปรปรวน	ระดับต่ำ		ระดับสูง	
					จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.3.2 ข้อมูล สรุปสถานการณ์/รายงานสถิติการให้บริการ...	32	8-32	16.0	5.4	230	87.1	34	12.9
1.4 อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือ และเงินสนับสนุน	16	4-16	7.9	2.8	237	89.8	27	10.2
1.5 นโยบาย เป้าหมาย การดำเนินงานอาชีวอนามัย	24	5-24	13.0	4.5	253	95.8	11	4.2
1.5.1 ทราบว่ามีเป้าหมาย/ตัวชี้วัดการดำเนินงานอาชีวอนามัยในระดับต่างๆ...	20	5-20	11.1	3.8	190	72.0	74	28.0
1.5.2 มีการเขียนเป้าหมาย (Goals) ของการให้บริการอาชีวอนามัย...	4	1-4	1.9	0.8	207	78.4	57	21.6

กระบวนการดำเนินงาน

จากตาราง 4 กระบวนการดำเนินงานมีคะแนนเต็มเท่ากับ 100 คะแนน หน่วยบริการ ปฐมภูมิกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านกระบวนการดำเนินงานอยู่ในช่วง 19 – 99 คะแนน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.9) มีความพร้อมด้านกระบวนการดำเนินงานอยู่ในระดับต่ำ โดยส่วนใหญ่มีการบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 80.3 ส่วนใหญ่มีการฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่องและการวิจัยของเจ้าหน้าที่ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 86.4 ซึ่งมีการพิจารณาถึงความจำเป็นในการเข้ารับการอบรม วิจัย หรือศึกษาดูงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 80.3 มีการจัดส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมศึกษาดูงานหรือศึกษาต่อด้านอาชีวอนามัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 81.1 มีการสนับสนุนส่งเสริมเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานในการทำงานวิจัยด้านอาชีวอนามัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 80.7 ทีมงานและเครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 93.6 ซึ่งมีการ

ติดต่อ/ชี้แจง/ขอความร่วมมือ กับเจ้าหน้าที่อื่นๆ มีการรวมกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 90.5 จัดตั้งเป็นเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการดำเนินงานอาชีวอนามัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 83.7 มีคำสั่งแต่งตั้งเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการดำเนินงานอาชีวอนามัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 83.3 มีการประชุมเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการดำเนินงานเป็นประจำ เช่น ทุกเดือน หรือ ทุกสามเดือนส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 86.4 มีรายงานการประชุม ระหว่างเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการดำเนินงานอาชีวอนามัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 89.8 ได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ ในการดำเนินงานให้บริการ อาชีวอนามัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 90.9

การให้บริการอาชีวอนามัย

จากตาราง 4 การให้บริการอาชีวอนามัยมีคะแนนเต็มเท่ากับ 92 คะแนน หน่วยบริการปฐมภูมิกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านการให้บริการอาชีวอนามัยอยู่ในช่วง 23 – 92 คะแนน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.3) มีการให้บริการอาชีวอนามัยอยู่ในระดับต่ำ โดยมีการให้บริการ อาชีวอนามัยเชิงรุกในชุมชนเกี่ยวกับการดูแลสภาพการทำงานและสิ่งแวดล้อมการทำงานอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 85.2 การให้บริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในชุมชน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 65.2 การให้บริการอาชีวอนามัยเชิงรับในชุมชน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 66.7 และการรายงานโรคจากการทำงาน/การบาดเจ็บจากการทำงานอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 78.0

ตาราง 5 ข้อมูลกระบวนการดำเนินงานในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

ตัวแปร	คะแนนทั้งหมด	ช่วงคะแนน	ค่าเฉลี่ย	ค่าแปรปรวน	ระดับต่ำ		ระดับสูง	
					จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2.กระบวนการดำเนินงาน	100	19-99	45.5	15.0	248	93.9	16	6.1
2.1 การบริหารจัดการดำเนินงาน	12	3-12	6.1	2.2	212	80.3	52	19.7
2.2 การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน และการวิจัย	12	3-12	5.8	2.2	228	86.4	36	13.6
2.3 ทีมงาน เครือข่าย การดำเนินงานอาชีวอนามัย	76	13-75	33.7	11.7	247	93.6	17	6.4
2.3.1 มีการติดต่อ/ชี้แจง/ขอความร่วมมือ กับเจ้าหน้าที่อื่นๆ …	28	7-28	13.3	4.6	239	90.5	25	9.5
2.3.2 มีการรวมกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง จัดตั้งเป็นเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการ...	4	1-4	1.7	0.8	221	83.7	43	16.3
2.3.3 มีคำสั่งแต่งตั้งเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการ…	4	1-4	1.8	0.8	220	83.3	44	16.7

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	คะแนนทั้งหมด	ช่วงคะแนน	ค่าเฉลี่ย	ค่าแปรปรวน	ระดับต่ำ		ระดับสูง	
					จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2.3.4 มีการกำหนดวันที่ เวลา ในการประชุมปรึกษาระหว่างเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการ…	4	1-4	1.7	0.7	228	86.4	36	13.6
2.3.5 มีการประชุมเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการดำเนินงานเป็นประจำ…	4	1-4	1.7	0.7	235	89.0	29	11.0
2.3.6 มีรายงานการประชุม ระหว่างเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการ…	4	1-4	1.7	0.7	237	89.8	27	10.2
2.3.7 ได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือในการดำเนินงาน…	28	7-27	12.2	4.4	240	90.9	24	9.1

ตาราง 6 ข้อมูลการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

ตัวแปร	คะแนนทั้งหมด	ช่วงคะแนน	ค่าเฉลี่ย	ค่าแปรปรวน	ระดับต่ำ		ระดับสูง	
					จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. การให้บริการอาชีวอนามัย	92	23-92	51.47	14.7	212	80.3	52	19.7
3.1 บริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในชุมชนเกี่ยวกับการดูแลสภาพการทำงาน/และสิ่งแวดล้อมการทำงาน…	24	6-24	11.8	4.1	225	85.2	39	14.8
3.2 บริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในชุมชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ…	12	3-12	7.0	2.5	172	65.2	92	34.8
3.3 บริการอาชีวอนามัยเชิงรับในชุมชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ…	40	10-40	24.2	7.3	176	66.7	88	33.3
3.4 การรายงานโรคจากการทำงาน/การบาดเจ็บจากการทำงาน…	16	4-16	8.6	3.3	206	78.0	58	22.0

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในแต่ละด้านกับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

จากตาราง 6 พบว่าปัจจัยนำเข้า ทั้งด้านความรู้ และทักษะของเจ้าหน้าที่, ข้อมูลพื้นฐาน และสถานการณ์ปัญหา, อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือ และเงินสนับสนุน, นโยบาย และเป้าหมาย อาชีวอนามัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา อยู่ในระดับสูงปานกลาง ($r = 0.574 – 0.630$) โดยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนความเพียงพอของเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บริการ อาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาอยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.425$) โดยปัจจัยนำเข้าที่มีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุดได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา รองลงมาได้แก่ อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือและเงินสนับสนุน, นโยบายและเป้าหมาย, ความรู้ ทักษะของเจ้าหน้าที่ และความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ ตามลำดับ

ปัจจัยด้านกระบวนการดำเนินงาน ทั้งการบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย, การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่อง และการวิจัยของเจ้าหน้าที่, ทีมงานเครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาอยู่ในระดับสูงปานกลาง ($r = 0.555 – 0.670$) โดยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกระบวนการดำเนินงานที่มีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุดได้แก่ การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย รองลงมาได้แก่ ทีมงาน เครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย และการฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่อง และการวิจัยของเจ้าหน้าที่ ตามลำดับ

ตาราง 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในแต่ละด้านกับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

ปัจจัยที่มีผลกับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา	ค่าทางสถิติ	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
ปัจจัยนำเข้า	0.764	< 0.001[a]
ความรู้ ทักษะของเจ้าหน้าที่	0.574	< 0.001[b]
ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่	0.425	< 0.001[b]
ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา	0.630	< 0.001[b]
อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือและเงินสนับสนุน	0.613	< 0.001[b]
นโยบายและเป้าหมาย	0.603	< 0.001[b]
กระบวนการดำเนินงาน	0.705	< 0.001[a]
การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย	0.670	< 0.001[b]
การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่องและการวิจัยของเจ้าหน้าที่	0.555	< 0.001[b]
ทีมงาน เครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย	0.625	< 0.001[b]

หมายเหตุ [a] ทดสอบด้วย Pearson's product moment correlation coefficient

[b] ทดสอบด้วย Spearman rank correlation coefficient

ส่วนที่ 5 ข้อมูลการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 6 คน เป็นเพศชาย 4 คน เพศหญิง 2 คน อายุอยู่ในช่วง 44 ถึง 47 ปี มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 5 ถึง 19 ปี และทั้งหมดเป็นหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่ (4 คน) ไม่เคยรับการศึกษา/อบรม ที่เกี่ยวข้องกับงานอาชีวอนามัย และ 2 คนได้รับการอบรมหลักสูตร 1 ถึง 2 วัน เรื่องงานอาชีวอนามัย จัดโดยสาธารณสุขจังหวัด โดยสรุปข้อมูลได้ดังนี้

1. แนวคิดการดำเนินงานอาชีวอนามัยในพื้นที่

ผู้ถูกสัมภาษณ์ 2 คน มีความเห็นว่าไม่มีประเด็นเกี่ยวกับอาชีวอนามัยในพื้นที่

ผู้ถูกสัมภาษณ์ 2 คน มีความเห็นว่าประเด็นอาชีวอนามัยเป็นเรื่องเกี่ยวกับเกษตรกรรม การใช้สารเคมียากำจัดศัตรูพืชในพื้นที่ เคยมีโครงการก่อนหน้านี้ ทำการตรวจเลือดเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง เพื่อหาสารเคมียากำจัดศัตรูพืชที่อาจตกค้างในร่างกาย แต่เป็นโครงการที่ไม่ได้ทำต่อเนื่อง

ผู้ถูกสัมภาษณ์ 1 คน มีความเห็นว่าไม่มีสถานประกอบการในพื้นที่รับผิดชอบ แต่มีพนักงานที่เจ็บป่วยจากการทำงานในสถานประกอบการในพื้นที่ข้างเคียง ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่นี้ ปัญหาส่วนใหญ่ที่มารับการรักษาเป็นการเจ็บป่วยในกลุ่มโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ 1 คน มีความเห็นว่ามีธุรกิจในครัวเรือนเกี่ยวกับการแปรรูปหินทราย และเกษตรกรรมในพื้นที่ แต่ยังไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติสงสัยว่าเกี่ยวกับการทำงาน ขณะนี้ได้ดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันฝุ่นละออง

2. องค์ความรู้ด้านอาชีวอนามัย ความจำเป็นของการจัดหน่วยบริการและรูปแบบการดำเนินการอาชีวอนามัย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ทุกคนมีความเห็นเหมือนกันว่า อาชีวอนามัย คือ การดูแลผู้ประกอบอาชีพให้มีความปลอดภัยในการทำงาน และมีสุขภาพที่ดี

ผู้ถูกสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ (4 คน) มีความเห็นว่ามีความจำเป็นที่ต้องดำเนินงานอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิเนื่องจากการดูแลคนในชุมชน ให้เป็นองค์รวมก็ต้องทำให้มีสุขภาพที่ดี และไม่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากงานด้วย งานอาชีวอนามัยก็ถือเป็นงานส่วนหนึ่งที่ต้องทำ โดยควรมีนโยบายจากส่วนกลางกำหนดงานอาชีวอนามัยเป็นตัวชี้วัดที่ชัดเจน และมีงบประมาณสนับสนุน เนื่องจากก็มีภาระในส่วนอื่นค่อนข้างมากการจัดการงานอาชีวอนามัย และขณะนี้ใช้เงินของหน่วยบริการปฐมภูมิเอง บางส่วนใช้เงินโครงการจาก CUP ในการดำเนินงานโครงการที่เกี่ยวกับงานอาชีวอนามัย อีก

ผู้ถูกสัมภาษณ์ 2 คน มีความเห็นเพิ่มเติมว่ามีความจำเป็นในการดำเนินงานอาชีวอนามัยค่อนข้างน้อย เนื่องจากจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับภาระงานที่ต้องทำ และประเด็นเกี่ยวกับอาชีวอนามัยในพื้นที่ของตนเองก็ไม่ชัดเจน แต่ถ้าเป็นนโยบายจากส่วนกลาง และมีตัวชี้วัดที่ชัดเจนก็ต้องปฏิบัติ

3. ปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ทุกคนมีความเห็นเหมือนกันว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในหน่วยบริการปฐมภูมิคือ นโยบายเป็นสิ่งสำคัญ ควรมีการผลักดันนโยบายจากหน่วยงานส่วนกลาง มีการจัดทำคู่มือการดำเนินงานที่ชัดเจนสำหรับระบบบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ และควรเพิ่มงบประมาณสำหรับการบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ 1 คน มีความเห็นเพิ่มเติมว่า ปัจจัยเกี่ยวกับบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิเองก็ เป็นปัจจัยสำคัญ ถ้าบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิตระหนักเห็นความสำคัญ ก็สามารถดำเนินงานอาชีวอนามัย พร้อมทั้งพยายามพัฒนางานเอง สิ่งสำคัญคือต้องตระหนักและเห็นความสำคัญของงานอาชีวอนามัยก่อน

ผู้ถูกสัมภาษณ์ 1 คน มีความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า ปัจจัยเกี่ยวกับความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยเป็นปัจจัยสำคัญ เนื่องจากบุคลากรยังขาดความรู้ ทำให้ไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างเต็มที่

4. บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบปัจจุบันจะทำให้จัดการปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

อาชีวอนามัย และความปลอดภัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้อย่างไรบ้าง

ผู้ถูกสัมภาษณ์ 2 คน มีความเห็นว่าเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิต้องมองเห็นประเด็นปัญหาแล้วให้การตระหนักก่อน จะช่วยจัดการปัญหาด้านนโยบาย งบประมาณ เงินสนับสนุนและอุปกรณ์ได้บางส่วน โดยทำให้ประชาชนในพื้นที่เห็นปัญหาแล้วผลักดันให้เกิดโครงการในพื้นที่

ผู้ถูกสัมภาษณ์ 2 คน กล่าวว่าขณะนี้ในตำแหน่งหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิกำลังดำเนินการขออัตรากำลังเพิ่ม เพื่อลดภาระงานและช่วยในเรื่องความเพียงพอของเจ้าหน้าที่

ผู้ถูกสัมภาษณ์ 1 คน มีความเห็นว่าด้านความรู้ด้านอาชีวอนามัยที่ยังเป็นอุปสรรคอาจใช้วิธีหาความรู้เพิ่มเติมจาก internet ได้ รวมถึงหนังสือที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ก็สามารถหาเพิ่มเติมเองได้

ผู้ถูกสัมภาษณ์ทุกคน ยังไม่มีแผนในการเข้ารับการอบรม หรือส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในอนาคต แต่ให้ความเห็นว่าถ้ามีการจัดอบรมก็สนใจเข้าร่วมการอบรม และพร้อมจะพิจารณาสนับสนุนเจ้าหน้าที่ท่านอื่นเข้าร่วมการศึกษาอบรมศึกษาต่อ รวมถึงเข้าร่วมการวิจัยด้วย (ที่ผ่านมาเคยมีการจัดอบรมเกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัยจากสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอ)

5. การผลักดันให้เกิดการดำเนินงานอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมา ได้ อย่างครอบคลุมและทั่วถึงควรทำอย่างไร

ผู้ถูกสัมภาษณ์ทุกคนมีความเห็นเหมือนกันว่า ควรมีการผลักดันนโยบายจากหน่วยงานส่วนกลางหรือจากหน่วยงานระดับจังหวัด ให้การดำเนินงานอาชีวอนามัยเป็นพันธะกิจที่ต้องทำและมีตัวชี้วัดที่ชัดเจน มีการจัดทำคู่มือการดำเนินงานที่ชัดเจนสำหรับระบบบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีงบประมาณเพื่อดำเนินการด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะ และจัดสรรบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิให้เพียงพอก็จะสามารถดำเนินงานอาชีวอนามัยได้ครอบคลุมมากขึ้น

ผู้ถูกสัมภาษณ์ 1 คนมีความเห็นเพิ่มเติมว่า ควรมีการพัฒนาบุคลากร การจัดอบรมให้ความรู้บุคลากรด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้บุคลากรเกิดการตระหนักแล้วสามารถดำเนินการอาชีวอนามัยได้อย่างต่อเนื่อง

ผู้ถูกสัมภาษณ์ 1 คนมีความเห็นเพิ่มเติมว่า หากประชาชนมีความรู้ ตื่นตัวเห็นความสำคัญและเห็นปัญหาในพื้นที่ของตนเอง ก็ทำให้เกิดการดำเนินการอย่างชัดเจนและรวดเร็ว มีงบประมาณจากหน่วยงานท้องถิ่น มีแผนงานโครงการออกมา ขณะนี้หน่วยบริการปฐมภูมิขนาดเล็กงบประมาณส่วนหนึ่งมาจากหน่วยงานท้องถิ่น หากประชาชนในพื้นที่ เห็นว่าเรื่องอื่นมีความสำคัญมากกว่างาน อาชีวอนามัยและความปลอดภัย ก็จะทำให้ต้องดำเนินงานเรื่องอื่นก่อนตามความสำคัญของปัญหา

ผู้ถูกสัมภาษณ์ 1 คนมีความเห็นเพิ่มเติมว่า หากในพื้นที่มีสถานประกอบการ ควรได้รับความร่วมมือจากกระทรวงแรงงานด้วย เพื่อให้สามารถดำเนินงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในสถานประกอบการได้อย่างสะดวก และผู้บริหารของสถานประกอบการเห็นความสำคัญ

1. บทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาในการดำเนินงานอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ทุกคนมีความเห็นเหมือนกันว่า โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ควรมีส่วนช่วยในการสนับสนุนด้านความรู้เกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัย จัดการอบรม เป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงานอาชีวอนามัย และเป็นที่ปรึกษาในกรณีเกิดมีปัญหาและข้อสงสัยเกี่ยวกับการดำเนินงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย สารเคมี ผลต่อสุขภาพ โรคจากการทำงาน และการป้องกัน

ผู้ถูกสัมภาษณ์ 1 คนมีความเห็นเพิ่มเติมว่า โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ควรมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยจากการทำงานที่ชัดเจน ในแง่สิทธิการรักษา โรคที่ควรส่งต่อโรคที่สามารถดูแลที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้พร้อมแนวทางการดูแล เฝ้าระวังผู้ป่วยในเบื้องต้น

ผู้ถูกสัมภาษณ์ 1 คนมีความเห็นเพิ่มเติมว่า โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ควรสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการตรวจทางอาชีวอนามัย เครื่องมือและห้องปฏิบัติการที่ช่วยรองรับการตรวจระดับสารเคมียากำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง

ผู้ถูกสัมภาษณ์ 1 คนมีความเห็นเพิ่มเติมว่า โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ควรมีส่วนช่วยในการเดินสำรวจในสถานประกอบการ ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถดำเนินงานในส่วนนี้ได้ อาจเป็นในรูปแบบการเข้าไปเดินสำรวจร่วมกันระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ผู้ถูกสัมภาษณ์ 1 คนมีความเห็นเพิ่มเติมว่า โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ควรมีส่วนช่วยในการเป็นวิทยากร อบรมให้ความรู้ประชาชนในชุมชนเพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

7. รูปแบบการดำเนินงานอาชีวอนามัยที่เหมาะสมกับหน่วยบริการปฐมภูมิควรเป็นอย่างไร

ผู้ถูกสัมภาษณ์ทุกคนมีความเห็นเหมือนกันว่า มีหลากหลายรูปแบบขึ้นกับบริบทในแต่ละแห่ง ควรเน้นให้บุคลากรและประชาชนในพื้นที่ตระหนักและเห็นความสำคัญของอาชีวอนามัยและความปลอดภัย นโยบายของส่วนกลางและจังหวัดก็ควรกำหนดขอบเขตงานและวิธีดำเนินงานอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ชัดเจน โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือสนับสนุนด้านความรู้ อุปกรณ์เครื่องมือด้านอาชีวอนามัยและการจัดอบรมพัฒนาบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ 2 คนมีความเห็นเพิ่มเติมว่า ถ้าทางส่วนกลางหรือทางจังหวัดมีโครงการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นลักษณะโครงการนำร่อง เน้นการพัฒนาระบบบริการอาชีวอนามัยที่สามารถทำได้จริง และใช้งบประมาณน้อย

ผู้ถูกสัมภาษณ์ 1 คนมีความเห็นเพิ่มเติมว่า ควรให้พื้นที่เป็นคนกำหนดปัญหาทางด้านอาชีวอนามัยที่ควรแก้ไขก่อน แล้วกำหนดรูปแบบออกมาเป็นโครงการเฉพาะเพื่อแก้ปัญหานั้น ส่วนการดำเนินงานอาชีวอนามัยอย่างเป็นระบบก็ควรมีคู่มือการดำเนินงานอาชีวอนามัยจากส่วนกลาง

บทที่ 5
อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการวิจัย

ความมุ่งหมายของการวิจัยครั้งนี้เพื่อประเมินสถานการณ์การให้บริการอาชีวอนามัยของหน่วยงานปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา และวิเคราะห์ว่าปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานของงานวิจัยเบื้องต้นเชื่อว่า ปัจจัยนำเข้า (ความรู้ และทักษะของเจ้าหน้าที่, ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่, ข้อมูลพื้นฐาน และสถานการณ์ปัญหา, อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือ และเงินสนับสนุน, นโยบาย และเป้าหมายอาชีวอนามัย) และกระบวนการดำเนินงาน (การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย, การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่อง และการวิจัยของเจ้าหน้าที่, ทีมงานเครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย) มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสานวิธี (Mixed methods) การวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 Quantitative method โดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์และส่งแบบสอบถามผ่านทางสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาถึงผู้รับผิดชอบการดำเนินงานอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

ขั้นตอนที่ 2 Qualitative method เลือกหน่วยบริการปฐมภูมิแบบเฉพาะเจาะจง 6 แห่ง เกี่ยวกับแนวคิดการดำเนินงานอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ

อภิปรายผล

ขั้นตอนที่ 1 Quantitative method

ข้อมูลทั่วไป

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีอัตราตอบกลับของแบบสอบถามได้รับแบบสอบถามกลับ ทั้งหมด 264 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 369 แห่ง โดยมีการตอบกลับจากทุกอำเภอ คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 71.5 ซึ่งถือว่าค่อนข้างสูง และเป็นตัวแทนภาพรวมของจังหวัดนครราชสีมาได้ จากข้อมูลทั่วไปพบว่ามีจำนวนของบุคลากรต่อประชากรในเขตรับผิดชอบ (บุคลากร : ประชากรที่รับผิดชอบ = 1 : 1,250) อยู่ในเกณฑ์ร้อยละ 68.9 ซึ่งถือว่าส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานด้านอัตรากำลัง โดยต้องมีการจัดให้มีการบริการผสมผสานครบทั้ง 4 ด้าน ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมให้ประชาชน

ในเขตรับผิดชอบมีการดูแลสุขภาพให้มีสุขภาพดี ติดตามเยี่ยมบ้าน ในรายที่จำเป็นการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งสร้างสุขภาพในชุมชน ต้องมีการบริการด้านการรักษาพื้นฐานและส่งเสริมป้องกันทางด้านทันตกรรมด้วย ทำให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิมีงานในความรับผิดชอบกว้างและหลากหลาย [8,9] และสำหรับประเทศไทยการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนยังไม่มีมาตรฐานกำหนดชัดเจน[40] ทำให้ การให้บริการอาชีวอนามัยส่วนใหญ่มีระดับต่ำ ส่วนใหญ่ไม่มีโรงงาน/สถานประกอบการในเขตพื้นที่รับผิดชอบ คิดเป็นร้อยละ 65.7 ซึ่งตรงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ซึ่งพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรที่ทำงานในประเทศไทยทำการเกษตรหรือประกอบอาชีพอิสระ [1,2,41] บุคลากรผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่ไม่เคยศึกษาหรืออบรมเกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 72.6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่บุคลากรยังขาดความรู้ด้านอาชีวอนามัยและควรมีการกำหนดคุณสมบัติของบุคลากรที่จะให้บริการอาชีวอนามัยให้ผ่านการอบรมเบื้องต้นเกี่ยวกับอาชีวอนามัย[24, 52, 54]

สถานการณ์ระบบการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ปัจจัยนำเข้า

ความพร้อมด้านปัจจัยนำเข้าของหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ โดยมีความรู้ทักษะของเจ้าหน้าที่ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำซึ่งสอดคล้องการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่ายังขาดความรู้ขาดทักษะ ควรมีการพัฒนาด้านวิชาการ และจัดการอบรมด้านอาชีวอนามัยให้กับบุคลากร[24, 42,44,52,54,55] โดยพบว่าเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้บริการอาชีวอนามัยเท่าๆกัน มีทักษะประสบการณ์ความสามารถในการให้บริการอาชีวอนามัย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงอยู่แล้ว แต่มีความสามารถในการประเมินผลงานด้านอาชีวอนามัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำจะเห็นได้ว่าเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิประมาณครึ่งหนึ่งที่ยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานอาชีวอนามัยในระดับต่ำ ยังไม่ทราบขอบเขตการให้บริการอาชีวอนามัย จุดมุ่งหมายของการให้บริการและยังไม่เข้าใจสิ่งคุกคามและความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ และอุบัติภัยหรือโรคที่อาจเกิดจากสิ่งคุกคามในสภาพการทำงาน สิ่งแวดล้อมการทำงาน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการอาชีวอนามัย ควรจะมีการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาชีวอนามัย และส่งเสริมบุคลากรให้มีความสามารถในการประเมินผลงานการให้บริการอาชีวอนามัย ให้บุคลากรสามารถรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ประเมินผลงานการให้บริการ สามารถประเมินแนวทางสำหรับปรับปรุงและพัฒนางานให้บริการ สามารถเขียนแผนงาน โครงการด้านอาชีวอนามัย แต่พบว่าส่วนใหญ่มีทักษะในการคัดกรองสุขภาพ ตรวจวินิจฉัยและสามารถให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่คนงานที่เจ็บป่วยได้ ซึ่งเป็นทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่แล้ว ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่

อยู่ในระดับต่ำ โดยมีจำนวนเจ้าหน้าที่ต่อกรอบอัตรากำลังส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ มีความหลากหลายประเภทของเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ไม่เหมาะสมกับภาระงาน[39,42,52,54,55] การบริการจัดการ และการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบให้บุคลากรอย่างชัดเจนจึงมีความสำคัญ[50] ความพร้อมด้านข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหาส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ โดยมีข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย จำนวนประชากรวัยแรงงาน การประกอบอาชีพของประชากร ข้อมูลสถานประกอบการ กลุ่มเกษตรกร กลุ่มอาชีพในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง แต่ข้อมูลสรุปสถานการณ์/รายงานสถิติการให้บริการอาชีวอนามัย ข้อมูลสรุปสถานการณ์ความผิดปกติจากการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น การตรวจเยี่ยม สำรวจการทำงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ข้อมูลการเกิดสภาพอุบัติภัยในสถานประกอบการ ข้อมูลสรุปโครงการในการให้บริการอาชีวอนามัย เช่น โครงการส่งเสริมสุขภาพ โครงการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ โดยพบว่ายังไม่มีข้อมูลพื้นฐาน หรือมีข้อมูลพื้นฐานแต่ไม่ได้นำมาให้ประโยชน์และไม่มีการเก็บสถิติ[40,51-,55] อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือและเงินสนับสนุนส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ขาดแบบฟอร์มในการสำรวจสภาพการทำงานและสิ่งแวดล้อมการทำงาน การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ขาดอุปกรณ์ เครื่องมือการบันทึกประวัติการทำงาน การสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยจากสิ่งแวดล้อมการทำงาน การลงทะเบียนแยกโรคหรือการบาดเจ็บจากการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาซึ่งพบว่ามีความพร้อมด้านงบประมาณต่ำหรือเจ้าของสถานประกอบการไม่เห็นความสำคัญไม่มีการสนับสนุนด้านงบประมาณ รวมไปถึงความไม่พร้อมด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ และยังไม่มีคู่มือการปฏิบัติงานที่เหมาะสมและง่ายต่อการปฏิบัติออกมา[39,51-55] นโยบายและเป้าหมายส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ โดยรับทราบว่ามีเป้าหมาย/ตัวชี้วัดการดำเนินงานอาชีวอนามัยในระดับต่างๆ ทั้งจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หน่วยบริการคู่สัญญาหลัก หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิและจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ และมีการเขียน เป้าหมายของการให้บริการอาชีวอนามัยไว้เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน เช่นเขียนไว้ในแผนระยะยาว/แผน 3-5 ปีของหน่วยงาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ โดยปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีพระราชบัญญัติเฉพาะสำหรับอาชีวอนามัย แต่มีกฎหมายภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน และพระราชบัญญัติโรงงาน เป็นลักษณะการจัดโครงการร่วมกันระหว่างกระทรวงแรงงานกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอุตสาหกรรม แต่ยังไม่มีนโยบายให้พื้นที่ปฏิบัติตามหน้าที่ความรับผิดชอบ ทำให้มีปัญหาในการกำหนดตัวชี้วัดในระดับสาธารณสุขอำเภอ หน่วยบริการคู่สัญญา รวมถึงในหน่วยบริการปฐมภูมิ และส่งผลต่อการเขียนเป้าหมายและแผนระยะยาวในการให้บริการอาชีวอนามัย ซึ่งควรมีการกำหนดแผนระดับชาติ สนับสนุนความร่วมมือระดับกระทรวง ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในแต่ละพื้นที่ต่อไปในอนาคต[24,39,40,44,55]

กระบวนการดำเนินงาน

ความพร้อมด้านกระบวนการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ โดยมีความพร้อมด้านการบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ขาดการประชุมชี้แจงจัดการดำเนินงานให้บริการอาชีวอนามัย ให้มีการบันทึกอาชีพ การประเมินภาวะเสี่ยงจากการทำงาน ไว้ในแฟ้มประวัติครอบครัว การลงทะเบียนแยกโรคสำหรับผู้ประกอบอาชีพ การประชุมชี้แจงให้มีรายงานโรคจากการทำงานและการบาดเจ็บจากการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่ายังขาดการบริหารจัดการวางแผน โดยต้องให้ความสำคัญในระบบบริหารจัดการ กำหนดหน้าที่รับผิดชอบ มีแผนงาน และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง[50-52,54,55] การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่อง และการวิจัยของเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งมีการพิจารณาถึงความจำเป็นในการเข้ารับการอบรม วิจัย หรือศึกษาดูงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ มีการจัดส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมศึกษาดูงานหรือศึกษาต่อด้านอาชีวอนามัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ มีการสนับสนุนส่งเสริมเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานในการทำงานวิจัยด้านอาชีวอนามัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ซึ่งพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีการฝึกอบรมและศึกษาต่อด้านอาชีวอนามัยต่ำ และประเทศไทยยังไม่มีการกำหนดคุณสมบัติของบุคลากรด้านอาชีวอนามัย ว่าควรมีความรู้ ทักษะ และผ่านการอบรมหลักสูตรทางด้านอาชีวอนามัย[24,39,52,54,55] ความพร้อมด้านทีมงานและเครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำโดยยังขาดการประสานงานกันระหว่างหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องกัน ทำให้การดำเนินงานอาชีวอนามัยยังเข้าไม่ถึงเป้าหมาย และไม่สอดคล้องกับความต้องการในพื้นที่[40,51,53,55] ซึ่งมีการติดต่อ/ชี้แจง/ขอความร่วมมือ กับเจ้าหน้าที่อื่นๆ มีการรวมกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ จัดตั้งเป็นเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการดำเนินงานอาชีวอนามัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ มีคำสั่งแต่งตั้งเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการดำเนินงานอาชีวอนามัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ มีการประชุมเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการดำเนินงานเป็นประจำ เช่น ทุกเดือน หรือ ทุกสามเดือนส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ รายงานการประชุม ระหว่างเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการดำเนินงานอาชีวอนามัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ ในการดำเนินงานให้บริการอาชีวอนามัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ

การให้บริการอาชีวอนามัย

หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีความพร้อมด้านการให้บริการอาชีวอนามัยอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ว่า สถานพยาบาลในประเทศไทย มีความพร้อมด้านการให้บริการอาชีวอนามัยอยู่ในระดับต่ำ[39,40,52,54,55] โดยมีการให้บริการอาชีวอนามัยเชิงรุก เกี่ยวกับการดูแลสภาพ

การทำงานและสิ่งแวดล้อมการทำงาน และดูแลสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ การให้บริการอาชีวอนามัยเชิงรับเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ และการรายงานโรคจากการทำงาน/การบาดเจ็บจากการทำงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของแอฟริกาตะวันออก บราซิล โมร็อกโก และจีน ซึ่งเป็นประเทศที่มีการพัฒนาทั้งเศรษฐกิจและสังคม อาชีวอนามัยเป็นเรื่องใหม่ที่กำลังได้รับการพัฒนา ส่วนใหญ่มีนโยบายและมีกฎหมายกำหนด แต่ขาดการบังคับใช้อย่างเข้มงวด และขาดแคลนบุคลากร ยังต้องพัฒนาด้านงานวิจัย การรายงานการบาดเจ็บและการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม การดูแลพนักงานที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยหรือได้รับผลกระทบจากการทำงาน และยังต้องมีการเฝ้าระวังโรคจากการทำงาน รวมถึงระบบประกันสังคมในการดูแล ฟื้นฟูและการชดเชยพนักงานที่ได้รับผลกระทบ[30,35-37] ส่วนในประเทศที่มีความพร้อมในการให้บริการอาชีวอนามัยระดับสูง จะมีกฎหมายกำหนดชัดเจน มีผลให้นายจ้างต้องปฏิบัติตาม และมีส่วนจัดการให้เกิดการให้บริการอาชีวอนามัยกับพนักงานเกิดขึ้น โดยนายจ้างจะได้รับสิทธิประโยชน์ตอบแทน ในการดูแลงานด้านอาชีวอนามัย ทำให้การให้บริการอาชีวอนามัยครอบคลุมพนักงานเกือบทั้งหมดของประเทศ อย่างไรก็ตามประเทศเหล่านี้ก็ยังพัฒนาระบบการให้บริการอาชีวอนามัยเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศและเกิดประโยชน์สูงสุดกับพนักงานและนายจ้าง[31,32,34,38]

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในแต่ละด้านกับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานของงานวิจัยเบื้องต้นเชื่อว่า ปัจจัยนำเข้า (ความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่, ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่, ข้อมูลพื้นฐาน และสถานการณ์ปัญหา, อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือ และเงินสนับสนุน, นโยบาย และเป้าหมายอาชีวอนามัย) และกระบวนการดำเนินงาน (การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย, การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่อง และการวิจัยของเจ้าหน้าที่, ทีมงานเครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย) มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

ปัจจัยนำเข้า ทั้งด้านความรู้ และทักษะของเจ้าหน้าที่, ข้อมูลพื้นฐาน และสถานการณ์ปัญหา, อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือ และเงินสนับสนุน, นโยบาย และเป้าหมายอาชีวอนามัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาอยู่ในระดับสูงปานกลาง ($r = 0.574 – 0.630$) โดยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งยกเว้นความเพียงพอของเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาอยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.425$) หมายถึงหน่วยบริการปฐมภูมิที่มี

ความพร้อมด้านปัจจัยนำเข้าสูงกว่าจะมีการให้บริการอาชีวอนามัยที่สูงกว่า โดยปัจจัยนำเข้าที่มีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุดได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา รองลงมาได้แก่ อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือและเงินสนับสนุน, นโยบายและเป้าหมาย, ความรู้ ทักษะของเจ้าหน้าที่ และความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ ตามลำดับ

โมเดลของโรเจอร์ สามารถนำมาให้อธิบายการให้บริการอาชีวอนามัยได้โดยอธิบายว่า ปัจจัยนำเข้ามีความจำเป็นสำหรับการให้บริการอาชีวอนามัย ประกอบด้วยหลายปัจจัย (เช่น ปัจจัยด้านบุคคล, ปัจจัยด้านข้อมูล นโยบายและเป้าหมายเป็นต้น)

ความรู้ และทักษะของเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ซึ่งพบว่าความรู้ และทักษะของเจ้าหน้าที่มีผลต่อการให้บริการอาชีวอนามัย โดยบุคลากรควรมีความรู้ความสามารถในการให้บริการอาชีวอนามัยอย่างเป็นระบบครอบคลุมทุกด้านสุขภาพ รวมถึงการป้องกันสุขภาพการสร้างเสริมสุขภาพ รักษาโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการบูรณาการในด้านการบริการการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป โดยควรมีทักษะในการคัดกรองทางสุขภาพ, การวินิจฉัย และการรักษาโรคของบุคลากรอาชีวอนามัย มีความสามารถในการประเมินการให้บริการอาชีวอนามัย ความรู้ความเชี่ยวชาญและทักษะของบุคลากรก็จะส่งผลต่อการให้บริการอาชีวอนามัย โดยจะเป็นตัวสนับสนุนการให้บริการอาชีวอนามัยได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ[24,42- 44,52,54,55]

ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ โดยการขาดแคลนบุคลากรด้านอาชีวอนามัย ทำให้การให้บริการอาชีวอนามัยไม่เต็มที่ และมีผลต่อความครอบคลุมของการให้บริการ การให้บริการอาชีวอนามัยที่เหมาะสม ควรมีการดูแลร่วมกันในกลุ่มสหวิชาชีพ สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรมีรูปแบบการขอรับคำปรึกษา และระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสม[30,32,34-36,39,42, 52,54,55]

ข้อมูลพื้นฐาน และสถานการณ์ปัญหามีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ในการจัดรูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัย ควรมีข้อมูลในพื้นที่ที่เพียงพอ เพื่อจะกำหนดรูปแบบงานให้ชัดเจน มีการนำข้อมูลมาจัดเก็บและวิเคราะห์ เพื่อนำไปใช้วางแผนได้ตรงกับบริบทของพื้นที่อย่างแท้จริง[3,39- 41, 51,52,54,55]

อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือ และเงินสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับการให้บริการ อาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่าเงินสนับสนุน งบประมาณ อุปกรณ์ เครื่องมือ และคู่มือ มีผลต่อการ

ให้บริการอาชีวอนามัย ควรมีการลงทุนด้านอาชีวอนามัย แบ่งเงินงบประมาณบางส่วนเพื่อจัดทำโครงการเกี่ยวกับอาชีวอนามัย อุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ควรมีการจัดทำคู่มือการดำเนินงานทีระบบบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิชัดเจนสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ[30,32,38,39, 51- 55]

นโยบาย และเป้าหมายอาชีวอนามัยมีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ซึ่งแต่ละประเทศจะมีการกำหนดนโยบายและเป้าหมายที่ชัดเจนด้านอาชีวอนามัย ในส่วนของประเทศไทยมีกฎหมายภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน ซึ่งยังไม่มีการบังคับใช้อย่างจริงจังในสถานประกอบการทุกระดับ รวมถึงแรงงานนอกระบบ นอกจากนี้การดูแลด้านอาชีวอนามัยยังแยกกระจายอยู่ในแต่ละหน่วยงาน ใน 3 กระทรวง ได้แก่ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงแรงงาน และกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ทำงานประสานกันได้ยาก ควรมีการกำหนดแผนระดับชาติ สนับสนุนความร่วมมือระดับกระทรวง ความร่วมมือของหน่วยงานในแต่ละพื้นที่ ในระดับพื้นที่นโยบายของแต่ละพื้นที่ และนโยบายของนายจ้างในสถานประกอบการก็มีผลต่อการให้บริการอาชีวอนามัย โดยถ้าเป็นนโยบายของพื้นที่ หรือเป็นความต้องการของนายจ้างงานอาชีวอนามัยก็มีโอกาสประสบความสำเร็จและยั่งยืน [24,30,32,39,40,48,49,51-55]

กระบวนการดำเนินงาน ทั้งด้านการบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย, การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่อง และการวิจัยของเจ้าหน้าที่, ทีมงานเครือข่ายการดำเนินงาน อาชีวอนามัย มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาอยู่ในระดับสูงปานกลาง ($r = 0.555 - 0.670$) โดยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) หมายถึงหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความพร้อมด้านกระบวนการดำเนินงานสูงกว่าจะมีการให้บริการอาชีวอนามัยที่สูงกว่า โดยกระบวนการดำเนินงานที่มีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุดได้แก่ การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย รองลงมาได้แก่ ทีมงาน เครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย, การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่อง และการวิจัยของเจ้าหน้าที่ ตามลำดับ

โมเดลของโรเจอร์ พบว่าปัจจัยด้านกระบวนการมีหลายตัวแปร ขึ้นอยู่กับวิเคราะห์ระบบ และวัตถุประสงค์ รวมถึงบริบทและความต้องการของบริบทนั้นๆ ทำให้เกิดการบริการอาชีวอนามัยที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่

การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัยมีความสัมพันธ์กับการให้บริการ อาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ซึ่งต้องมีการประชุมชี้แจง จัดการการดำเนินงานให้บริการอาชีวอนามัย ติดต่อ ชี้แจง ขอ

ความร่วมมือกับผู้รับบริการ กับเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง และต้องมีการบริหารจัดการดำเนินงานดัดแปลงให้เข้ากับระบบที่เป็นอยู่ มีการปรับรูปแบบโครงสร้าง องค์กรเพื่อรองรับงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยเพื่อขยายการบริการทางสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนทุกคน (33,34,36,37,47,50,51,52,54,55)

ฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่อง และการวิจัยของเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ซึ่งระบุว่าการฝึกอบรม การพัฒนาบุคลากร การมีหลักสูตรสำหรับสหวิชาชีพ การวิจัยเป็นสิ่งจำเป็น ควรมีการกำหนดคุณสมบัติให้บุคลากรผ่านการอบรมเบื้องต้นเกี่ยวกับอาชีวอนามัย(24,39,52,54,55)

ทีมงานเครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย มีความสัมพันธ์กับการให้บริการ อาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ซึ่งพบว่าทีมงานมีความจำเป็นในการให้บริการอาชีวอนามัย ต้องมีความร่วมมือในระดับหน่วยงาน ระดับองค์กร ทีมงานอาชีวอนามัยควรได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอกและควรมีเครือข่ายการดำเนินงานในสถานประกอบการ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงงานอาชีวอนามัยอย่างมีระบบเพื่อเกิดผลตามจุดมุ่งหมาย (38,40,51,53,55)

จากผลการวิจัยพบว่า ทั้งปัจจัยนำ และกระบวนการดำเนินงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา หมายถึงหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความพร้อมของปัจจัยในด้านต่างๆสูงกว่าจะมีการให้บริการอาชีวอนามัยที่สูงกว่า โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุดได้แก่ การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย รองลงมาได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา, ทีมงาน เครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย, อุปกรณ์เครื่องมือ คู่มือและเงินสนับสนุน, นโยบายและเป้าหมาย, ความรู้ และทักษะของเจ้าหน้าที่, การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่อง และการวิจัยของเจ้าหน้าที่, ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ตามลำดับ ดังนั้นภายใต้ข้อจำกัดของหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดนครราชสีมา ควรแก้ไขปัจจัยในด้านการบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย ทั้งทางด้านการประชุมชี้แจงจัดการดำเนินงานให้บริการอาชีวอนามัย ให้มีการบันทึกอาชีพ การประเมินภาวะเสี่ยงจากการทำงาน ไว้ในแฟ้มประวัติครอบครัว การลงทะเบียนแยกโรคสำหรับผู้ประกอบอาชีพ การประชุมชี้แจงให้มีรายงานโรคจากการทำงานและการบาดเจ็บจากการทำงาน ตามด้วยข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา ได้แก่ข้อมูลจำนวนประชากรวัยแรงงาน การประกอบอาชีพของประชากร ข้อมูลสถานประกอบการ กลุ่มเกษตรกร กลุ่มอาชีพในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ข้อมูลสรุปสถานการณ์/รายงานสถิติการให้บริการอาชีวอนามัย ข้อมูลสรุปสถานการณ์ความผิดปกติจากการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น การตรวจเยี่ยม สำรวจการทำงาน

สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ข้อมูลการเกิดสภาพอุบัติภัยในสถานประกอบการ ข้อมูลสรุปโครงการในการให้บริการอาชีวอนามัย และแก้ไขปัจจัยด้านทีมงาน เครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย ควรจัดให้มีการติดต่อ/ชี้แจง/ขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ มีการรวมกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง จัดตั้งและมีคำสั่งแต่งตั้งเป็นเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการดำเนินงานอาชีวอนามัย ประชุมเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการดำเนินงานเป็นประจำและมีรายงานการประชุม รวมถึงการสนับสนุน ช่วยเหลือ ในการดำเนินงานให้บริการอาชีวอนามัยจากหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จะได้ประโยชน์สูงสุดต่อการให้บริการอาชีวอนามัยในแต่ละพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 Qualitative method

การให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมา

จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ และมีการกระจายตัวของประชากรเป็นอันดับสองของประเทศ ประกอบด้วย 32 อำเภอ 287 ตำบล 3,743 หมู่บ้าน มีหน่วยบริการปฐมภูมิ 376 แห่ง แบ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วไป 369 แห่ง ศูนย์สุขภาพที่เป็นศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง 1 แห่ง และสถานพยาบาลทัณฑสถาน 7 แห่ง[27] โดยเป็นจังหวัดซึ่งมีรูปแบบการให้บริการสาธารณสุขที่มีความหลากหลาย[27-29] มีโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเป็นโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งมีหน่วยงานอาชีวเวชกรรมให้บริการอาชีวอนามัยในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ มีหน่วยงานอาชีวเวชกรรมดูแลงานอาชีวอนามัย และมีหน่วยงานเวชกรรมสังคมดูแลหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ พบว่าส่วนใหญ่ประเด็นอาชีวอนามัยในพื้นที่เป็นลักษณะเกษตรกรรมและธุรกิจในครัวเรือน ส่วนที่มีสถานประกอบการค่อนข้างน้อย[2,41] ซึ่งตรงกับข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถาม บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถดำเนินการให้บริการอาชีวอนามัยได้เต็มที่ ส่วนหนึ่งเห็นว่าไม่มีประเด็นปัญหาอาชีวอนามัยในพื้นที่ บางส่วนมองเห็นความสำคัญของงานอาชีวอนามัย แต่เนื่องจากจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับภาระงานที่ต้องทำ[8,9] ซึ่งตรงกับข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถาม ควรมีนโยบายจากส่วนกลางกำหนดงานอาชีวอนามัยเป็นตัวชี้วัดที่ชัดเจน ซึ่งหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องพยายามวัดภาระงาน เทียบกำลังคนกับกรอบโครงสร้างที่กำหนดและพยายามดำเนินการขอกำลังคนตามที่ควรจะเป็น บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความเข้าใจว่างานอาชีวอนามัยคืออะไร แต่ยังขาดความมั่นใจในการวินิจฉัยโรคจากประกอบอาชีพ และการให้คำแนะนำกับประชาชน ขาดความสามารถในการประเมินผลงานการให้บริการอาชีวอนามัย ไม่สามารถรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ประเมินผลงานการให้บริการ ประเมินแนวทางสำหรับปรับปรุงและพัฒนางานให้บริการ ขาดทักษะในการเขียนแผนงานโครงการด้านอาชีวอนามัยความรู้ที่ได้รับจากฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่อง และการวิจัยของเจ้าหน้าที่มีค่อนข้างน้อย ซึ่งตรงกับข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถาม ขาดการ

ดำเนินงานอาชีวอนามัยอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย ทั้งทางด้านการประชุมชี้แจงจัดการดำเนินงานให้บริการอาชีวอนามัย ให้มีการบันทึกอาชีพ การประเมินภาวะเสี่ยงจากการทำงาน ไว้ในแฟ้มประวัติครอบครัว การลงทะเบียนแยกโรคสำหรับผู้ประกอบอาชีพ การประชุมชี้แจงให้มีรายงานโรคจากการทำงานและการบาดเจ็บจากการทำงาน ควรมีการฝึกอบรมอาชีวอนามัยพื้นฐานสำหรับบุคลากรที่ทำงานด้านอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ อาจจัดโดยโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ สาธารณสุขจังหวัดหรือสาธารณสุขอำเภอ[24,40,42] ในปัจจุบันการจัดการอบรมมักจะมุ่งเน้นไปในการในความรู้อาชีวอนามัยในกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน ทำให้บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่เคยได้รับการศึกษาหรือการอบรมที่เกี่ยวข้องกับงานอาชีวอนามัย ซึ่งความรู้ด้าน อาชีวอนามัยและความปลอดภัยเป็นปัจจัยสำคัญ สิ่งสำคัญคือต้องตระหนักและเห็นความสำคัญของงานอาชีวอนามัยก่อน เนื่องจากบุคลากรยังขาดความรู้ ทำให้ไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างเต็มที่ บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิต้องมองเห็นประเด็นปัญหา แล้วพยายามให้ความรู้ความเข้าใจกับ ประชาชนในพื้นที่[37,41] จะช่วยจัดการปัญหาด้านนโยบาย งบประมาณ เงินสนับสนุน และอุปกรณ์ได้บางส่วน การดำเนินงาน อาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นเรื่องจำเป็น

รูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัยที่เหมาะสมกับหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมา

พบว่ารูปแบบการดำเนินงานอาชีวอนามัยที่เหมาะสมกับหน่วยบริการปฐมภูมิมีหลากหลายรูปแบบขึ้นกับบริบทในแต่ละแห่ง โดยควรจะมีการสำรวจข้อมูลพื้นฐานประชากรของแต่ละพื้นที่ ข้อมูลการประกอบอาชีพในชุมชน ประชากรในพื้นที่ประกอบอาชีพใดเป็นส่วนใหญ่ เช่น ในพื้นที่ที่มีการประกอบอาชีพแกะสลักหินทราย บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดฝุ่นหินทราย ซิลิโคซิส รวมถึงวิธีการป้องกัน การเฝ้าระวัง การวินิจฉัยโรคและการดูแลรักษาผู้ป่วย ควรเน้นให้บุคลากรและประชาชนในพื้นที่ตระหนักและเห็นความสำคัญของอาชีวอนามัยและความปลอดภัย[40,41] ในพื้นที่ที่มีโรงงานอุตสาหกรรมควรมีการควรมีการสำรวจข้อมูลทางด้านสิ่งแวดล้อม ข้อมูลความเสี่ยงจากการทำงาน สภาพการทำงานเบื้องต้น โดยอาจต้องอาศัยความร่วมมือจากโรงพยาบาลศูนย์ในการติดต่อประสานงานกับสถานประกอบการและทำให้โรงงานเห็นความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการดำเนินงานอาชีวอนามัย[31,32,53] ในพื้นที่ที่งานอาชีวอนามัยยังไม่ชัดเจน ควรมีการวางแผนการบริหารจัดการอาชีวอนามัย ทำให้ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาในพื้นที่ที่ควรได้รับการแก้ไขก่อน ควรมีการผลักดันนโยบายจากหน่วยงานส่วนกลางหรือจากหน่วยงานระดับจังหวัด ให้การดำเนินงานอาชีวอนามัยเป็นพันธะกิจที่ต้องทำและมีตัวชี้วัดที่ชัดเจน มี

การจัดทำคู่มือการดำเนินงานที่ชัดเจนสำหรับระบบบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีงบประมาณเพื่อดำเนินการด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะ และจัดสรรบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิให้เพียงพอก็จะสามารถดำเนินงานอาชีวอนามัยได้ครอบคลุมมากขึ้น[32,34,38,41,48] ควรได้รับความร่วมมือจากกระทรวงแรงงานด้วย เพื่อให้สามารถดำเนินงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในสถานประกอบการได้อย่างสะดวก และผู้บริหารของสถานประกอบการเห็นความสำคัญ[48,49,51,53]

โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ควรมีส่วนช่วยในการสนับสนุนด้านความรู้ เกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัย จัดการอบรม เป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงานอาชีวอนามัย และเป็นที่ปรึกษาในกรณีเกิดมีปัญหา และข้อสงสัยเกี่ยวกับการดำเนินงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย สารเคมี ผลต่อสุขภาพ โรคจากการทำงาน และการป้องกัน สนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการตรวจทางอาชีวอนามัย มีส่วนช่วยในการเป็นวิทยากร อบรมให้ความรู้ประชาชนในชุมชนเพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของอาชีวอนามัยและความปลอดภัย[29] ควรมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยจากการทำงานที่ชัดเจน ในแง่สิทธิการรักษา โรคที่ควรส่งต่อ โรคที่สามารถดูแลที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้พร้อมแนวทางการดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยในเบื้องต้น[41] ควรมีส่วนช่วยในการเดินสำรวจในสถานประกอบการ ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถดำเนินงานในส่วนนี้ได้ อาจเป็นในรูปแบบการเข้าไปเดินสำรวจร่วมกันระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา[48, 51,53]

อาจมีรูปแบบลักษณะโครงการนำร่อง เน้นการพัฒนาระบบบริการอาชีวอนามัยที่สามารถทำได้จริง และใช้งบประมาณน้อย[30, 37, 41]

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. เนื่องจากการดำเนินงานอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีผู้รับผิดชอบชัดเจนในบางหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือมีการปรับเปลี่ยนตำแหน่งย้ายงาน ทำให้ไม่มีการตอบแบบสอบถามกลับหรือใช้เวลานานในการตอบแบบสอบถามกลับ

2. การส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ มีความผิดพลาดเรื่องที่ตั้งของหน่วยบริการปฐมภูมิเนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนสถานที่ทำงาน ทำให้ไม่ได้รับแบบสอบถาม

3. เครื่องมือที่ใช้มีข้อคำถามมาก ทำให้ผู้ตอบใช้เวลานาน มีผลต่อการตอบกลับของแบบสอบถาม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1. ควรมีการกำหนดแผนระดับชาติ เพื่อกำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจนสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการกำหนดขอบเขตงาน หน้าที่ความรับผิดชอบ และตัวชี้วัด

2. ควรมีการสนับสนุนความร่วมมือระดับกระทรวง ระหว่างกระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอุตสาหกรรม

3. ควรมีการสนับสนุนความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในแต่ละพื้นที่ เช่น มหาวิทยาลัย หรือสถาบันวิจัยสุขภาพ และโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลชุมชน

4. โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลศูนย์ ควรมีส่วนช่วยในการสนับสนุนด้านความรู้เกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัย จัดการอบรม เป็นวิทยากร หรือเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงานอาชีวอนามัย

5. ควรเพิ่มงบประมาณสำหรับการบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ

6. ควรมีการจัดทำคู่มือการดำเนินงานที่ชัดเจนสำหรับระบบบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ

7. ควรมีการพัฒนาระบบสารสนเทศ โดยให้มีระบบการรายงานข้อมูล และระบบการเก็บข้อมูลที่ไม่ซ้ำซ้อน และสามารถดึงข้อมูลมาวิเคราะห์ได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว

8. ควรมีหลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับสหสาขาวิชาชีพ บุคลากรที่ทำงานด้านอาชีวอนามัย

ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมา

1. ควรมีการบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย ทั้งทางด้านการประชุมชี้แจงจัดการดำเนินงานให้บริการอาชีวอนามัย ให้มีการบันทึกอาชีพ การประเมินภาวะเสี่ยงจากการทำงาน ไว้ในแฟ้มประวัติครอบครัว การลงทะเบียนแยกโรคสำหรับผู้ประกอบอาชีพ การประชุมชี้แจงให้มีรายงานโรคจากการทำงานและการบาดเจ็บจากการทำงาน

2. ควรมีการสำรวจ จัดเก็บข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา ได้แก่ข้อมูลจำนวนประชากรวัยแรงงาน การประกอบอาชีพของประชากร ข้อมูลสถานประกอบการ กลุ่มเกษตรกร กลุ่มอาชีพในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ข้อมูลสรุปสถานการณ์/รายงานสถิติการให้บริการอาชีวอนามัย ข้อมูลสรุปสถานการณ์ความผิดปกติจากการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น การตรวจเยี่ยม สำรวจการทำงานสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ข้อมูลการเกิดสภาพอุบัติภัยในสถานประกอบการ ข้อมูลสรุปโครงการในการให้บริการอาชีวอนามัย

3. ควรมีทีมงานและเครือข่ายในการดำเนินงานอาชีวอนามัย ควรจัดให้มีการติดต่อ/ชี้แจง/ขอความร่วมมือกับผู้รับบริการ เช่น เกษตรกร ผู้แทนกลุ่มอาชีพ และผู้นำชุมชน ติดต่อ/ชี้แจง/ขอความ

ร่วมมือกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ เช่นสำนักงานเทศบาล สำนักงานประกันสังคมจังหวัด สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด อุตสาหกรรมจังหวัด มีการรวมกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง จัดตั้งและมีคำสั่ง แต่งตั้งเป็นเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการ ดำเนินงานอาชีวอนามัย ประชุมเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการดำเนินงานเป็นประจำและมีรายงานการประชุม รวมถึงการสนับสนุน ช่วยเหลือ ในการดำเนินงานให้บริการอาชีวอนามัยจากหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

4. ในด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือ และเงินสนับสนุน ได้แก่แบบฟอร์ม สำรวจสภาพการทำงาน และสิ่งแวดล้อมการทำงาน ตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น เพื่อค้นหาความผิดปกติทางสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ อุปกรณ์/เครื่องมือ/ระบบ เพื่อการบันทึกประวัติการทำงาน หรือ การสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยจากสิ่งแวดล้อมอุปกรณ์/เครื่องมือ/ระบบ สำหรับลงทะเบียนแยกโรค/การบาดเจ็บจากการทำงานของผู้ประกอบอาชีพ บางส่วนสามารถขอสนับสนุนได้จากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ อย่างไรก็ตามหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถสร้างความตระหนักให้ประชาชนในชุมชนเป็นความสำคัญของอาชีวอนามัยและความปลอดภัยซึ่งจะทำให้หน่วยงานระดับท้องถิ่น จัดทำโครงการเฉพาะเพื่อแก้ปัญหาอาชีวอนามัยในพื้นที่ของตนเองได้

5. ควรมีการกำหนดเป้าหมาย/ตัวชี้วัด ในการให้บริการอาชีวอนามัย แผนงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมทั้งระยะสั้น และระยะยาว การเขียน เป้าหมาย (Goals) ของการให้บริการอาชีวอนามัย ไว้เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน เช่น เขียนไว้ในแผนระยะยาว/แผน 3 -5 ปี ของหน่วยงาน

6. ควรมีการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้บริการอาชีวอนามัย เนื่องจากบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิประมาณครึ่งหนึ่ง ยังไม่ทราบขอบเขตการให้บริการอาชีวอนามัย จุดมุ่งหมายของการให้บริการและ ยังไม่เข้าใจสิ่งคุกคามและความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุและอุบัติภัยหรือโรคที่อาจเกิดจากสิ่งคุกคามในสภาพการทำงาน สิ่งแวดล้อมการทำงาน ควรส่งเสริมบุคลากรให้มีความสามารถในการประเมินผลงานการให้บริการอาชีวอนามัย ให้บุคลากรสามารถรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ประเมินผลงานการให้บริการ สามารถประเมินแนวทางสำหรับปรับปรุงและพัฒนางานให้บริการสามารถเขียนแผนงาน โครงการด้านอาชีวอนามัย แต่พบว่าส่วนใหญ่มีทักษะในการคัดกรองสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยโรคทั่วไป และสามารถให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่คนงานที่เจ็บป่วยได้ ซึ่งเป็นทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่แล้ว ควรเพิ่มความรู้ในการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน การดูแลและส่งตัวผู้ป่วย ให้บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความมั่นใจมากขึ้น

7. ควรมีการพิจารณาถึงความจำเป็นในการเข้ารับการอบรม วิจัย หรือศึกษาดูงานที่เกี่ยวข้องกับอาชีวอนามัย ควรมีการจัดส่งเจ้าหน้าที่ เข้ารับการอบรมศึกษาดูงาน หรือศึกษาต่อด้านอาชีวอนามัย และมีการสนับสนุนส่งเสริมเจ้าหน้าที่ ในหน่วยงานในการทำงานวิจัยด้านอาชีวอนามัย

ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งต้องอาศัยการสนับสนุนจัดการอบรมให้บุคลากรระดับหน่วยบริการปฐมภูมิจากหน่วยงานส่วนกลาง เช่น สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขจังหวัด และสาธารณสุขอำเภอ

8. ควรมีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบให้บุคลากรอย่างชัดเจน พิจารณากำหนดกรอบอัตรากำลังตามภาระงานที่แท้จริง เพื่อที่จะสามารถเพิ่มจำนวนบุคลากร หรือขอบุคลากรสนับสนุนจากหน่วยบริการใกล้เคียงตามภาระงานที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่ประสิทธิภาพการทำงาน และสามารถพัฒนางานอาชีวอนามัยได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิตามแนวทางการปฏิบัติการให้บริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมจากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

2. ศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ

3. ศึกษาโครงการนำร่องการจัดบริการอาชีวอนามัยพื้นฐาน (Basic occupational health service : BOHS) ในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม (References)

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร. รายการสถิติประชากรและสังคม. 2553.
2. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลความเสี่ยงของแรงงานนอกระบบปี 2551.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร. สำมะโนประชากรและเคหะ. 2543.
4. กองทุนเงินทดแทน. สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, กระทรวง. สถิติโรคจากการทำงาน. 2549.
5. กองทุนเงินทดแทน. สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, กระทรวง. สถิติโรคจากการทำงาน. 2550.
6. กองทุนเงินทดแทน. สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, กระทรวง. สถิตโรคจากการทำงาน. 2551.
7. Statistics Canada. Association of Workers' Compensation Boards of Canada. Labour force survey estimates. Ottawa; 2011.
8. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบการให้บริการสุขภาพ. 2548
9. สำเริง แหยงกระโทก. การวิจัยและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข และการประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สมบูรณ์การพิมพ์; 2544.
10. Coop'ee GH. Occupational health service: an ILO perspective. Asian – Pacific Newsletter on Occupational Health and Safety; 1996.
11. อดุลย์ บัณฑุกุล. อาชีวอนามัยและความปลอดภัย. คู่มืออาชีวเวชศาสตร์ 2000. กรุงเทพฯ: สำนักเทคโนโลยี; 2544.
12. สาธารณสุข, กระทรวง. กรมอนามัย. กองอาชีวอนามัย. เอกสารในการประชุม ร่างแนวทางการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล; 2544.
13. อดุลย์ บัณฑุกุล. คู่มือ การบริการอาชีวอนามัย ในสถานประกอบการ. ศูนย์อาชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี; 2544.

14. วิทยา อยู่สุข. อาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์; 2542.

15. Hasselhorn HM. Occupational Health for Health Care Worker. Elsevier Science BV; 1999.

16.วันทนี พันธุประสิทธิ์. การศึกษา เพื่อหารูปแบบโครงสร้างการบริหารจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ในการทำงาน. รายงานการวิจัย. สำนักงานกองทุนเงินทดแทน กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม; 2543.

17. สุรศักดิ์ บูรณตรีเวทย์. ตำราอาชีวเวชศาสตร์เบื้องต้น. กรุงเทพฯ: บุ๊คเน็ท; 2547.

18. วิลาวัณย์ จึงประเสริฐ. คู่มือ การวินิจฉัยและการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพ เล่ม 1. กรุงเทพฯ: 2538.

19. Lie, A. et al. Good Practice in Occupational Health Services: A Contribution to Workplace Health. World Health Organization. 2002;

20. WorkCover New South Wales. Occupational Health and Safety Model for Self Insurers. Self Insurer OHS Model WorkCover NSW. July: 2005;

21. Rantanen, J. Basic Occupational Health Services. African Newsletter on Occupational Health and Safely. 2005;

22. Eijkemans, G. Occupational health services as a part of primary health care. . Asian – Pacific Newsletter on Occupational Health and Safety; 2004.

23. Westerholm, P. Challenges facing occupational health services in the 21st century. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health. 1999;

24. สุรศักดิ์ บูรณตรีเวทย์. การศึกษานโยบายและการดำเนินการด้านอาชีวอนามัยในสถานประกอบการในประเทศไทย. ธรรมศาสตร์เวชสาร. 2552;

25. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติ การให้บริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม สำหรับสถานบริการสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลชุมชน / ศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัย. 2553.

26. Rogers, B. Occupational and environmental health nursing : Concept and practice. USA: 2003.

27. สำนักงานจังหวัดนครราชสีมา. บรรยายสรุปจังหวัดนครราชสีมา. 2551.

28. สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ. อาชีวเวชศาสตร์ในโรงพยาบาลศูนย์ จะเริ่มต้นอย่างไร. เวชสาร โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ปีที่ 21 ฉบับที่3 กันยายน-ธันวาคม; 2540.

29. รังสิมา บำเพ็ญบุญ. รายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาศักยภาพคลินิกอาชีวเวชกรรม. กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2551.

30. Rantanen, J. Basic Occupational Health Services in East Africa. International Commission on Occupational Health, Past President and Suvi Lehtinen, Finnish Institute of Occupational Health. 2009;

31. Rasanen, K. et al. Role of the occupational health services as a part of illness-related primary care in Finland. Occupational Medicine. Oxford journals. 1993;

32. Kaukinen, K. How employers benefit from good occupational health and safety in Finland. GOHNET Newsletter. ILO reports. 2009;

33. Hakulinen, H. How is the New Public Management applied in the occupational health care system? - decision-makers' and OH personnel's views in Finland. Finnish Institute of Occupational Health, 2011;

34. Lie, A. Trends and development of occupational health services in Norway. The International Journal of Occupational and Environmental Health. 2002;

35. Bedrikow, B. et al. Occupational health in Brazil.The International journal of Occupational And Environment Health. 1997;

36. Laraqui, CH. et al. Occupational health and safety in Morocco: present and future. Med Lav. 1999;

37. Fanxiao, J. Basic occupational health services in China. GOHNET Newsletter. ILO reports. 2009;

38. Toshiaki, H. Study on a Model for Future Occupational Health: Proposal for an Occupational Health Service Model in Japan. Industrial Health. 2006;

39. Siriruttanapruk, S. et al. Occupational health and safety situation and research priority in Thailand. Industrial Health journal. 2004;

40. Siriruttanapruk, S. et al. A study of occupational and environmental health services model development for Thai primary care units (PCUs). Bureau of Occupational and Environmental Diseases. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. 2006;

41. Siriruttanapruk, S. The model development of basic occupational health service (BOHS) in primary care units in Thailand. Bureau of Occupational and Environmental Diseases. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. 2009;

42. สุรศักดิ์ บูรณตรีเวทย์. ระบบบริการอาชีวอนามัยในประเทศไทย. การวิจัยเอกสาร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2543;

43. Palmgren, H. Health education and communication in Occupational Health Services in Finland. Archives of Industrial Hygiene and Toxicology. 2008;

44. Baranski, B. Policy requirements and performance indicators for good practice in workplace health: public health perspectives. The International journal of Occupational and Environment Health. 2002;

45. Pransky, G. Performance and quality measurement in occupational health services: current status and agenda for further research. American journal of Industrial Medicine. 2001;

46. Rossi, K. Factors affecting the work of an occupational health nurse. Occupational Medicine.Oxford journals. 2007;

47. Naumanen, P. Work activity analysis of Finnish occupational health professionals. Occupational Medicine. Oxford journals. 2007;

48. Griffith, K. Integrating primary care with occupational health services: a success story.The American Association of Occupational Health Nurses journal. 2010;

49. Saksvik, P. Regulating Systematic Occupational Health and Safety Management Comparing the Norwegian and Australian Experience. INDUSTRIAL RELATIONS-QUEBEC. 2003;

50. วิทยาภรณ์ ศรีภิรมย์. และคณะ. รูปแบบการดำเนินงานอาชีวอนามัยในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลลำพูน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 2545;

51. จรัส สิงห์แก้ว. และคณะ. ระบบเฝ้าระวังสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของโรงงานในเขตนิคมอุตสาหกรรม จังหวัดลำพูน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550;

52. วรรณา จงจิตรไพศาล. การดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล ตามเกณฑ์มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลภาครัฐ ในประเทศไทย พ.ศ. 2547 [วิทยานิพนธ์ สาขาอาชีวเวชศาสตร์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.

53. รังสิมา บำเพ็ญบุญ บริการอาชีวอนามัยในรูปแบบงานสาธารณสุขมูลฐาน กรณีศึกษา : สถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมากลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2551

54. วัลภา ศรีสุภาพ. การบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในพื้นที่สาธารณสุข เขต3 [วิทยานิพนธ์ สาขาอาชีวเวชศาสตร์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.

55. Wittayapun, Y. A causal model of occupational health services delivery in Thai primary care units [Faculty of pubic health]. Mahidol university; 2004.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
แบบสอบถาม
สถานการณ์ระบบการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของจังหวัดนครราชสีมา

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามวิจัย

เรื่อง สถานการณ์ระบบการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

<u>คำชี้แจง</u>

1. **<u>แบบสอบถามชุดนี้ มีทั้งสิ้น 14 หน้า จำนวน 39 ข้อคำถาม จัดแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้</u>**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 องค์ประกอบของการให้บริการอาชีวอนามัยในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย/รพ.สต. เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ จำนวน 4 ตัวเลือก จัดแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ เกี่ยวกับ

1) ปัจจัยนำเข้า
2) กระบวนการดำเนินงาน
3) การให้บริการอาชีวอนามัย

ส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ/ข้อสงสัยเพิ่มเติม เป็นคำถามแบบให้เติมคำในช่องว่าง

2. **<u>คุณสมบัติของผู้ที่ตอบแบบสอบถาม</u>** เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบทั้ง 3 ข้อต่อไปนี้ คือ

2.1 เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัย/รพ.สต. (เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข/พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเทคนิค/นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน หรือตำแหน่งอื่นๆ)

2.2 ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย/รพ.สต. ที่ทำงานอยู่ในปัจจุบัน มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี และ

2.3 เป็นผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย หรืองานอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับงานอาชีวอนามัย

3. **<u>นิยามศัพท์ที่ใช้ในแบบสอบถาม</u>**

การให้บริการอาชีวอนามัยในศูนย์สุขภาพชุมชน	หมายถึง	การให้บริการดูแลสุขภาพทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรคและฟื้นฟูสุขภาพ แก่ผู้ประกอบอาชีพ ให้สามารถทำงานได้อย่างปลอดโรคและปลอดภัย ภายใต้สภาพการทำงาน และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ที่ให้บริการโดยศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน (รพ.สต.)
ผู้ประกอบอาชีพ คนทำงานหรือลูกจ้าง	หมายถึง	ประชากรวัยแรงงาน อายุ 15-59 ปี ที่ประกอบอาชีพ หรือมีงานทำ ทุกอาชีพ เช่น ผู้ที่รับงานมาทำงานที่บ้าน ทำธุรกิจส่วนตัว เกษตรกร ลูกจ้างภาคอุตสาหกรรม โรงงาน สถานประกอบการ ภาคบริการ วิสาหกิจชุมชน และลูกจ้างหรือข้อราชการในหน่วยงานของรัฐ
สิ่งแวดล้อมการทำงาน	หมายถึง	สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เคมี ชีวภาพ จิตวิทยาสังคม และความปลอดภัย
สภาพการทำงาน	หมายถึง	ระบบการทำงานที่จัดขึ้น เช่น การใช้เครื่องจักรในกระบวนการทำงาน/กระบวนการผลิต การยืน/นั่งประกอบชิ้นส่วน ชั่วโมงการทำงานต่อวัน การทำงานเป็นกะกลางวัน กลางคืน สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานเพื่อนร่วมงาน หรือการสนับสนุนช่วยเหลือกัน
สิ่งคุกคามสุขภาพอนามัย	หมายถึง	สิ่งแวดล้อมการทำงานที่มีศักยภาพเชิงอันตรายต่อผู้ประกอบอาชีพ เช่น เสียงดัง สารเคมีอันตราย เชื้อโรคติดต่อ ท่าทางหรือสภาพการทำงานที่ไม่

		เหมาะสม พื้นการทำงานที่ลื่น
สถานที่ทำงาน	หมายถึง	สถานที่ที่ผู้ประกอบอาชีพทำงาน ไม่ว่าจะเป็น บ้าน อาคารสำนักงาน ร้านค้า ที่ทำการ ไร่ นา โรงนา เหมือง สถานที่ก่อสร้าง โรงงาน หรือสถานประกอบการ
โรคทั่วไป	หมายถึง	โรคที่พบได้ทั่วไปในบุคคลทุกกลุ่มอาชีพ เช่น โรคความโลหิตสูง
โรคและการบาดเจ็บจากการประกอบอาชีพ/การทำงาน	หมายถึง	โรคหรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับผู้ประกอบอาชีพ/คนทำงาน โดยมีสาเหตุโดยตรงจาก การทำงาน ซึ่งอาจเกิดขึ้นขณะทำงานหรืออาจเกิดจากทำงานเป็นเวลานาน เช่น โรคประสาทหูเสื่อมจากเสียงดัง โรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช การบาดเจ็บจากการทำงาน

<u>ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป</u>

<u>คำชี้แจง</u> โปรดกรอกข้อมูลลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน/เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน/หน่วยงานของท่านมากที่สุด

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

3. ประวัติการศึกษาของท่านในระดับอุดมศึกษา

ระดับการศึกษา	ชื่อวุฒิ	สาขา/วิชาเอก	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา			
ปริญญาตรี			
ปริญญาโท			
อื่นๆ.....			

4. **สถานที่ทำงานของท่านในปัจจุบัน**

1. ศูนย์สุขภาพชุมชน (โปรดระบุชื่อ).....
2. สถานีอนามัย (โปรดระบุชื่อ).....
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (โปรดระบุชื่อ).....

ตั้งอยู่ที่ เลขที่.....**ถนน**.....**ตำบล**.....

อำเภอ.....**จังหวัดนครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์**.....

5. **จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ประจำในหน่วยงาน มีทั้งหมด(โปรดระบุ)**.....**คน ประกอบด้วย**

1. เจ้าหน้าที่บริการงานสาธารณสุข จำนวน.....คน
2. เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน จำนวน.....คน
3. พยาบาลเทคนิค จำนวน.....คน

4. พยาบาลวิชาชีพ จำนวน.....คน

5. นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน.....คน

6. แพทย์ จำนวน.....คน

7. อื่นๆ (ระบุ)

6.1 ตำแหน่ง..... จำนวน.....คน

6.2 ตำแหน่ง..... จำนวน.....คน

6. จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ มีจำนวน.....คน แบ่งเป็นหมู่บ้าน จำนวน.....หมู่บ้าน

7. มีโรงงาน/สถานประกอบการในเขตพื้นที่รับผิดชอบ หรือไม่

1. ไม่มี 2. มี จำนวน.....แห่ง

8. ท่านทำงาน <u>ที่นี่</u> มานาน.....ปี.....เดือน

ท่านมีประสบการณ์ทำงาน<u>ในศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัย หรือรพ.สต.ที่อื่นๆ อีกหรือไม่</u>

1. ไม่มี 2. มี ท่านมีประสบการณ์ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัย หรือรพ.สต. ที่อื่นๆ อีก จำนวน.....แห่ง

รวมประสบการณ์ทำงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัย หรือรพ.สต. ที่อื่นๆ อีก .....ปี

9. ตำแหน่งในการปฏิบัติงานของท่านในปัจจุบัน

1. พยาบาล (โปรดระบุ).....
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (โปรดระบุ).....
3. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

10. การให้บริการอาชีวอนามัย ในหน่วยงานของท่าน เป็นการริเริ่มโดย

1. หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย/รพ.สต.
2. เจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย/รพ.สต.
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
5. หน่วยบริการคู่สัญญาหลัก (CUP)
6. เป็นส่วนหนึ่งของโครงการนำร่อง/การศึกษาวิจัย ของหน่วยงานภายนอก
7. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
8. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

11. ท่านเคยเข้ารับการศึกษา/อบรม ที่เกี่ยวข้องกับงานอาชีวอนามัยหรือไม่

1. ไม่เคย
2. เคย **(โปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง)**

ชื่อหลักสูตร/เรื่อง	จำนวนวัน	พ.ศ.	สถาบัน/หน่วยงานผู้จัด

ส่วนที่ 2 รูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัยในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย/รพ.สต.

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างด้านหลังข้อความ ให้ตรงกับตัวเลือก

จริง/ใช่/มี, เป็นจริงค่อนข้างมาก, เป็นจริงค่อนข้างน้อย, หรือ ไม่จริง/ไม่ใช่/ไม่มี

ตามที่ท่านพิจารณาแล้วเห็นว่า ตรงกับ**สภาพ**ความเป็นจริงที่ปรากฏในศูนย์**สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย ในช่วง** 3 ปีที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน **โดยมีเกณฑ์พิจารณาดังนี้**

จริง/ใช่/มี	**หมายถึง** กิจกรรมที่ปรากฏในข้อความ **ตรงกับสภาพความเป็นจริง** ในศูนย์**สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย/รพ.สต.มากที่สุด หรือ มากกว่า** 75%
เป็นจริงค่อนข้างมาก	**หมายถึง** กิจกรรมที่ปรากฏในข้อความตรงกับ**สภาพความเป็นจริง** ในศูนย์**สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย/รพ.สต.** 51 – 75%
เป็นจริงค่อนข้างน้อย	**หมายถึง** กิจกรรมที่ปรากฏในข้อความตรงกับ**สภาพความเป็นจริง** ในศูนย์**สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย/รพ.สต.** 26 – 50%
ไม่จริง/ไม่ใช่/ไม่มี	**หมายถึง** กิจกรรมที่ปรากฏในข้อความ ตรงกับ**สภาพความเป็นจริง** ในศูนย์**สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย/รพ.สต.น้อยที่สุด หรือ น้อยกว่า** 25%

ลำดับที่	รายการ	ทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง ในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย/รพ.สต.ช่วง 3 ปีที่ผ่านมา – ปัจจุบัน			
		จริง/ใช่/มี	เป็นจริงค่อนข้างมาก	เป็นจริงค่อนข้างน้อย	ไม่จริง/ไม่ใช่/ไม่มี
หมวดที่ 1 ปัจจัยนำเข้า					
1.1	**ความรู้ ความสามารถ และทักษะด้านอาชีวอนามัย ของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน**				
1.	**ท่านหรือเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการให้บริการอาชีวอนามัย ทั้งนี้สามารถ**				
	• บอกได้ถึง ขอบเขตของการให้บริการอาชีวอนามัย				
	• บอกได้ถึง จุดมุ่งหมายของการให้บริการอาชีวอนามัย				
	• บอกได้ถึง สิ่งคุกคามสุขภาพอนามัย ในสภาพการทำงาน และสิ่งแวดล้อมการทำงาน				
	• บอกได้ถึง ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ/อุบัติภัยหรือมีโรคที่อาจจะเกิดขึ้นกับสุขภาพคนทำงาน จากสิ่งคุกคามสุขภาพอนามัย ในสภาพการทำงาน สิ่งแวดล้อมการทำงาน				
2.	**ท่านหรือเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีทักษะประสบการณ์ หรือมีความสามารถในการให้บริการอาชีวอนามัย ทั้งนี้**				
	• สามารถ ตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น แก่ผู้ประกอบอาชีพ เพื่อค้นหาความผิดปกติทางสุขภาพ โดย - สามารถตรวจคัดกรองความผิดปกติเกี่ยวกับโรคทั่วไป				

ลำดับที่	รายการ	ทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง ในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย/รพ.สต. ช่วง 3 ปีที่ผ่านมา – ปัจจุบัน			
		จริง/ใช่/มี	เป็นจริงค่อนข้างมาก	เป็นจริงค่อนข้างน้อย	ไม่จริง/ไม่ใช่/ไม่มี
	- สามารถตรวจคัดกรองความผิดปกติเกี่ยวกับการบาดเจ็บจากการทำงาน				
	- สามารถตรวจคัดกรองความผิดปกติเกี่ยวกับ โรคจากการทำงาน				
	• ตรวจวินิจฉัยโรคเบื้องต้น ในการให้บริการแก่ผู้ประกอบอาชีพ โดย - สามารถตรวจวินิจฉัย โรคทั่วไป				
	- สามารถตรวจวินิจฉัย การบาดเจ็บจากการทำงาน				
	- สามารถตรวจวินิจฉัย โรคจากการทำงาน				
	• สามารถให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ประกอบอาชีพที่ เจ็บป่วยได้				
3.	**ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการประเมินผลงานการให้บริการอาชีวอนามัย**				
	• สามารถ รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ ประเมินผลงานการให้บริการอาชีวอนามัย				
	• สามารถประเมินแนวทางที่เป็นไปได้ สำหรับการปรับปรุงและ พัฒนางานให้บริการอาชีวอนามัย				
	• สามารถ เขียนแผนงาน/โครงการด้านอาชีวอนามัย เช่น โครงการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ประกอบอาชีพ โครงการปรับปรุงสภาพการ ทำงาน				
1.2	**ความเพียงพอ ของเจ้าหน้าที่ในการบริการอาชีวอนามัย**				
4.	**จำนวนเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย**				
	• มีจำนวนเท่ากับหรือมากกว่าที่กำหนดไว้ในกรอบอัตรากำลัง				
	• จำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีอยู่ มีส่วนช่วยสนับสนุน/ผลักดันให้การ ดำเนินงานอาชีวอนามัย มีความเป็นไปได้มากยิ่งขึ้น				
		ทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับ			

ลำดับที่	รายการ	สภาพความเป็นจริง ในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย/รพ.สต. ช่วง 3 ปีที่ผ่านมา – ปัจจุบัน			
		จริง/ใช่/มี	เป็นจริงค่อนข้างมาก	เป็นจริงค่อนข้างน้อย	ไม่จริง/ไม่ใช่/ไม่มี
5.	**ประเภทของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เช่น นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ**				
	• มีตรง หรือมีความหลากหลายมากกว่า ที่กำหนดไว้ในกรอบ อัตรากำลัง				
	• ประเภทของเจ้าหน้าที่ที่เป็นอยู่ มีส่วนช่วยสนับสนุน/ผลักดันให้การดำเนินงานอาชีวอนามัย เป็นไปได้มากยิ่งขึ้น				
1.3	**ข้อมูลพื้นฐาน และสถานการณ์ปัญหาด้านอาชีวอนามัย**				
6.	**มีข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย**				
	• มีข้อมูล จำนวนประชากรวัยแรงงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบ				
	• มีข้อมูล การประกอบอาชีพ ของประชากรวัยแรงงานในเขตพื้นที่ รับผิดชอบ				
	• มีข้อมูล จำนวนโรงงาน สถานประกอบการ กลุ่มเกษตรกร กลุ่ม อาชีพ หน่วยงาน/องค์กรต่างๆในชุมชน				
7.	**มีข้อมูล สรุปสถานการณ์/รายงานสถิติการให้บริการอาชีวอนามัย**				
	• มีข้อมูล สรุปสถานการณ์ ความผิดปกติทางสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพจากการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น				
	• มีข้อมูล สรุปสถานการณ์ การตรวจเยี่ยม สำรวจสภาพการทำงานสิ่งแวดล้อมการทำงาน ของโรงงาน สถานประกอบการ กลุ่ม เกษตรกร กลุ่มอาชีพ หน่วยงาน/องค์กรต่างๆในชุมชน				
	• มีข้อมูล สรุปสถานการณ์ การเกิดอุบัติภัย ในหน่วยโรงงาน สถาน ประกอบการกลุ่มอาชีพ หน่วยงาน/องค์กรต่างๆในชุมชน ที่ เกิดขึ้น/ที่ได้รับการตรวจพบ				

ลำดับที่	รายการ	ทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง ในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย/รพ.สต. ช่วง 3 ปีที่ผ่านมา – ปัจจุบัน			
		จริง/ใช่/มี	เป็นจริงค่อนข้างมาก	เป็นจริงค่อนข้างน้อย	ไม่จริง/ไม่ใช่/ไม่มี
	• มีข้อมูล ระบุกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมายหลัก ของผู้ประกอบอาชีพ/โรงงานสถานประกอบการ/หน่วยงาน/องค์กร ในการดำเนินงาน ให้บริการอาชีวอนามัย				
	• มีข้อมูลสรุปแผน/โครงการ ในการให้บริการอาชีวอนามัยที่ได้เนินการไปแล้ว เช่นโครงการส่งเสริมสุขภาพ โครงการปรับปรุง สิ่งแวดล้อมในการทำงาน				
	• มีข้อมูล สรุปผลการประเมินความพึงพอใจเกี่ยวกับการให้บริการอาชีวอนามัย ของผู้ประกอบอาชีพ สถานประกอบการ หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง				
	• มีแผนภูมิ นำเสนอข้อมูลที่สำคัญ ๆ ในการให้บริการอาชีวอนามัย				
	• ข้อมูลต่างๆด้านอาชีวอนามัย ส่วนใหญ่มีการปรับเปลี่ยนให้ ทันสมัยหรือเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ				
1.4	**อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือ และเงินสนับสนุนการดำเนินงานอาชีวอนามัย**				
8.	**มีแบบฟอร์ม/อุปกรณ์/เครื่องมือ/ระบบ สำหรับการดำเนินงานบริการอาชีวอนามัย ทั้งนี้**				
	• มีแบบฟอร์ม สำรวจสภาพการทำงาน และสิ่งแวดล้อมการทำงาน				
	• มีแบบฟอร์ม ตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น เพื่อค้นหาความผิดปกติทางสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ				

ลำดับที่	รายการ	ทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง ในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย/รพ.สต. ช่วง 3 ปีที่ผ่านมา – ปัจจุบัน			
		จริง/ใช่/มี	เป็นจริงค่อนข้างมาก	เป็นจริงค่อนข้างน้อย	ไม่จริง/ไม่ใช่/ไม่มี
	• มีอุปกรณ์/เครื่องมือ/ระบบ เพื่อการบันทึกประวัติการทำงาน หรือ การสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยจากสิ่งแวดล้อมการทำงาน เช่น มีการเพิ่มเติมช่องบันทึกข้อมูลไว้ในประวัติครอบครัว (Family Folder) หรือมีตรายางที่ได้จัดทำขึ้น เพื่อการบันทึกฯ				
	• มีอุปกรณ์/เครื่องมือ/ระบบ สำหรับลงทะเบียนแยกโรค/การ บาดเจ็บจากการทำงานของผู้ประกอบอาชีพ เช่น มีสมุดทะเบียน แยกเฉพาะสำหรับผู้ประกอบอาชีพ ออกจากทะเบียนผู้ป่วยทั่วไป				
1.5	**นโยบาย และเป้าหมาย การดำเนินงานอาชีวอนามัย**				
9.	**ท่านหรือเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน**				
	• ทราบว่ามีการกำหนดเป้าหมาย/ตัวชี้วัดในการให้บริการอาชีวอนา มัย โดย สำนักงานสาธารณสุขกิ่งอำเภอ/อำเภอ				
	• ทราบว่ามีการกำหนดเป้าหมาย/ตัวชี้วัดในการให้บริการอาชีวอนามัย โดย หน่วยบริการคู่สัญญาหลัก				
	• ทราบว่ามีการกำหนดเป้าหมาย/ตัวชี้วัดในการให้บริการอาชีวอนามัย โดย หน่วยงานอื่นๆ ที่สนับสนุนการจัดให้มีบริการอาชีวอนามัย				

ลำดับที่	รายการ	ทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง ในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย/รพ.สต. ช่วง 3 ปีที่ผ่านมา – ปัจจุบัน			
		จริง/ใช่/มี	เป็นจริงค่อนข้างมาก	เป็นจริงค่อนข้างน้อย	ไม่จริง/ไม่ใช่/ไม่มี
	• ทราบว่ามีการกำหนดเป้าหมาย/ตัวชี้วัดในการให้บริการอาชีวอนามัย โดย หัวหน้า ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย				
	• ทราบว่ามีการกำหนดเป้าหมาย/ตัวชี้วัดในการให้บริการอาชีวอนามัย โดย เจ้าหน้าที่(ที่ไม่ใช่หัวหน้าฯ) ใน ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานี อนามัย				
10.	**มีการเขียน เป้าหมาย (Goals) ของการให้บริการอาชีวอนามัย** ไว้เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน เช่น เขียนไว้ในแผนระยะยาว/แผน 3 -5 ปี ของหน่วยงาน				
หมวดที่ 2 กระบวนการดำเนินงานให้บริการอาชีวอนามัย					
2.1	**การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย**				
11.	**มีการประชุม/ชี้แจง/จัดการดำเนินงานให้บริการอาชีวอนามัย**				
	• มีการประชุม/ชี้แจง/จัดการ ให้มีการบันทึกอาชีพ การประเมินภาวะเสี่ยงจากการทำงานไว้ในแฟ้มประวัติครอบครัว (Family Folder) หรือ ประวัติการให้บริการ หรืออื่นๆ				
	• มีการประชุม/ชี้แจง/จัดการ ให้มีการลงทะเบียนแยกโรคสำหรับผู้ ประกอบอาชีพ				
	• มีการประชุม/ชี้แจง/จัดการ ให้มีการรายงานโรค/การบาดเจ็บจาก การทำงาน				
2.2 การฝึกอบรม ศึกษางาน การศึกษาต่อเนื่อง และการวิจัย ของ เจ้าหน้าที่					
12.	มีการพิจารณา ถึงความจำเป็นในการเข้ารับการอบรม เข้าร่วมประชุมวิชาการ การนำเสนองานวิจัย หรือศึกษาดูงานด้านอาชีวอนามัย ของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน				
		ทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง ในศูนย์สุขภาพ			

ลำดับที่	รายการ	ชุมชน/สถานีอนามัย/รพ.สต. ช่วง 3 ปีที่ผ่านมา – ปัจจุบัน			
		จริง/ใช่/มี	เป็นจริงค่อนข้างมาก	เป็นจริงค่อนข้างน้อย	ไม่จริง/ไม่ใช่/ไม่มี
13.	มีการจัดส่งเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเข้ารับการอบรม เข้าร่วมประชุมวิชาการ ร่วมนำเสนองานวิจัย ไปศึกษาดูงาน หรือให้การสนับสนุนในการศึกษาต่อด้านอาชีวอนามัย				
14.	มีการสนับสนุนส่งเสริมเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ในการทำงานวิจัยด้านอาชีวอนามัย				
2.3	**ทีมงาน เครือข่าย การดำเนินงานอาชีวอนามัย**				
15.	**มีการติดต่อ/ชี้แจง/ขอความร่วมมือ กับผู้รับบริการ**				
	• มีการติดต่อ/ชี้แจงกับ เกษตรกร				
	• มีการติดต่อ/ชี้แจงกับ ผู้แทนกลุ่มอาชีพต่างๆในชุมชน				
	• มีการติดต่อ/ชี้แจงกับ ผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน				
	มีการติดต่อ/ชี้แจง/ขอความร่วมมือ กับเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการอาชีวอนามัย				
	• มีการติดต่อ/ชี้แจงกับ ผู้แทน สำนักงานเทศบาล				
	• มีการติดต่อ/ชี้แจงกับ ผู้แทน สำนักงานประกันสังคมจังหวัด				
	• มีการติดต่อ/ชี้แจงกับ ผู้แทน สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด				
	• มีการติดต่อ/ชี้แจงกับ ผู้แทน อุตสาหกรรมจังหวัด				
	การสร้างเครือข่ายการทำงาน				
16.	มีการรวมกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง จัดตั้งเป็นเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการดำเนินงานอาชีวอนามัย				
17.	มีคำสั่งแต่งตั้งเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการดำเนินงานอาชีวอนามัย				
18.	มีการกำหนด วันที่ เวลา ในการประชุมปรึกษาระหว่างเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการดำเนินงนอาชีวอนามัย				
19.	มีการประชุมเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการดำเนินงานเป็นประจำ เช่น ทุกเดือน หรือ ทุกสามเดือน				
20.	มีรายงานการประชุม ระหว่างเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการดำเนินงานอาชีวอนามัย				

ลำดับที่	รายการ	ทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง ในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย/รพ.สต. ช่วง 3 ปีที่ผ่านมา – ปัจจุบัน			
		จริง/ใช่/มี	เป็นจริงค่อนข้างมาก	เป็นจริงค่อนข้างน้อย	ไม่จริง/ไม่ใช่/ไม่มี
21.	• ได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือด้านทักษะ องค์ความรู้ คำแนะนำคำปรึกษา แนวทาง ในการดำเนินงานให้บริการอาชีวอนามัย				
	• ได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือด้าน แผนงาน/โครงการด้าน อาชีวอนามัย - ที่เสนอ โดย ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัยเอง				
	- ที่เสนอ โดย ทุกภาคส่วน หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย				
	- ที่เสนอ โดยองค์กรภายนอก ให้มีการดำเนินการ				
	• ได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือด้าน กำลังคนหรือเจ้าหน้าที่ในการ ดำเนินงาน				
	• ได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือด้านเงินทุนสนับสนุนการดำเนินงาน				
	• ได้รับการสนับสนุน แบบฟอร์มตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น				
หมวดที่ 3 การให้บริการอาชีวอนามัย					
3.1	**บริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในชุมชน**				
22.	**บริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในชุมชน เกี่ยวกับการดูแลสภาพการทำงาน/และสิ่งแวดล้อมการทำงาน**				
	• มีการสำรวจ ประเมิน และวิเคราะห์ สภาพการทำงาน สิ่งแวดล้อมการทำงาน ของสถานที่ทำงาน สถานประกอบการ ที่ ทำการกลุ่มเกษตรกร กลุ่มอาชีพ หน่วยงาน/องค์กรต่างๆ ในชุมชน				
	• มีการบันทึก ผลการสำรวจ ประเมิน และการวิเคราะห์สภาพการ ทำงาน สิ่งแวดล้อมการทำงาน ถึงศักยภาพเชิงอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของคนทำงาน หรือการเกิดอุบัติเหตุ อุบัติภัย				

ลำดับที่	รายการ	ทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง ในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย/รพ.สต. ช่วง 3 ปีที่ผ่านมา - ปัจจุบัน			
		จริง/ใช่/มี	เป็นจริงค่อนข้างมาก	เป็นจริงค่อนข้างน้อย	ไม่จริง/ไม่ใช่/ไม่มี
	• มีการแจ้งผลสำรวจ ประเมิน และวิเคราะห์สภาพการทำงาน สิ่งแวดล้อมการทำงาน แก่ผู้ประกอบอาชีพ เจ้าของกิจการ นายจ้าง ตัวแทนนายจ้าง หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง				
	• มีการให้คำแนะนำ กลวิธีดำเนินการเพื่อป้องกัน ลด หรือกำจัด สภาพการทำงานหรือสิ่งแวดล้อมการทำงานที่มีศักยภาพเชิง อันตราย ต่อสุขภาพ แก่ผู้ประกอบอาชีพ เจ้าของกิจการ นายจ้าง ตัวแทนนายจ้าง หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง				
	• ร่วมเป็นทีมทำงาน ในการดำเนินการปรับปรุง แก้ไข เพื่อป้องกัน ลด หรือกำจัดสภาพการทำงาน หรือสิ่งแวดล้อมการทำงานที่มีศักยภาพเชิงอันตราย ต่อสุขภาพ แก่ผู้ประกอบอาชีพ เจ้าของ กิจการ นายจ้าง ตัวแทนนายจ้าง หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง				
	• มีการติดตามเยี่ยม ผลการดำเนินการปรับปรุง แก้ไข เพื่อป้องกัน ลด หรือกำจัดสภาพการทำงาน หรือสิ่งแวดล้อมการทำงานที่มี ศักยภาพเชิงอันตราย ต่อสุขภาพ				
23.	**บริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในชุมชน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ**				
	•มีการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น เพื่อค้นหาความผิดปกติทาง สุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ				
	•มีการซักประวัติการทำงาน การสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพ และ ตระหนักถึงว่า ความผิดปกติทางสุขภาพ อาจจะมีความสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องโดยตรงจากงาน/สิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยในการทำงานรวมถึงว่าการทำงานอาจจะทำให้โรค/การเจ็บป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้น				

ลำดับที่	รายการ	ทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง ในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย/รพ.สต. ช่วง 3 ปีที่ผ่านมา - ปัจจุบัน			
		จริง/ใช่/มี	เป็นจริงค่อนข้างมาก	เป็นจริงค่อนข้างน้อย	ไม่จริง/ไม่ใช่/ไม่มี
	•มีการบันทึก ผลการซักประวัติการทำงาน ผลการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น เพื่อค้นหาความผิดปกติทางสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ เช่น บันทึกไว้ในแฟ้มประวัติครอบครัว (Family Folder)				
3.2	**บริการอาชีวอนามัยเชิงรับ ในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย**				
24.	**บริการอาชีวอนามัยเชิงรับในชุมชน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ**				
	•มีการซักประวัติการทำงาน การสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพ และตระหนักถึงว่า ความผิดปกติทางสุขภาพ อาจจะมีความสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องโดยตรงจากงาน/สิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยในการทำงาน รวมถึงว่าการทำงานอาจจะทำให้โรค/การเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น				
	•มีการบันทึก ผลการซักประวัติการทำงาน เช่น บันทึกไว้ในแฟ้ม ประวัติการให้บริการ				
	•เคยมีการวินิจฉัย ว่าการป่วยเป็น “โรคจากการทำงาน เช่น แพ้พิษสารเคมีในการกำจัดศัตรูพืช ผื่นคันจากการสัมผัสสารเคมี” ในการให้บริการแก่ผู้ประกอบอาชีพ				
	•เคยมีการวินิจฉัย การบาดเจ็บว่า เป็น “การบาดเจ็บจากการ ทำงาน” ในการให้บริการแก่ผู้ประกอบอาชีพ				
	•มีการบันทึก ผลการ วินิจฉัย “โรคจากการทำงาน” และ “การบาดเจ็บจากการทำงาน” เช่น บันทึกไว้ในแฟ้มประวัติการให้บริการ และ/หรือ สมุดทะเบียนผู้ป่วย				
	•ให้การรักษา โรค/บาดเจ็บแก่ผู้ประกอบอาชีพ				
	•มีการส่งต่อผู้ประกอบอาชีพไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า ด้วยเหตุผลสำคัญคือ พบข้อสงสัยว่าจะเป็นโรคจากการทำงาน				

ลำดับที่	รายการ	ทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง ในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย/รพ.สต. ช่วง 3 ปีที่ผ่านมา - ปัจจุบัน			
		จริง/ใช่/มี	เป็นจริงค่อนข้างมาก	เป็นจริงค่อนข้างน้อย	ไม่จริง/ไม่ใช่/ไม่มี
	•มีการแจ้งผลการตรวจรักษา แก่ผู้ประกอบอาชีพ				
	•มีการให้คำแนะนำแก่ผู้ประกอบอาชีพ เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สภาพการทำงาน และสิ่งแวดล้อมการทำงาน เช่น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันหรือลดการสัมผัส สิ่งคุกคามสุขภาพอนามัย				
	•มีการส่งต่อกับทีมงาน/เจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย ถึงรายชื่อผู้ประกอบอาชีพ ผู้มารับบริการที่ต้องได้รับการตรวจเยี่ยมเพื่อติดตามผลการรักษา และ/หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในชุมชน				
25.	**มีการรายงานโรคจากการทำงาน/การบาดเจ็บจากการทำงาน**				
	•มีการรายงานโรคจากการทำงาน/การบาดเจ็บจากการทำงาน ด้วย รายงาน 506/2				
	•มีการรายงานโรคจากการทำงาน/การบาดเจ็บจากการทำงาน ด้วยรายงาน ปัญหาอาชีวอนามัยเฉพาะที่พบได้บ่อยหรือเป็นปัญหาในพื้นที่				
	•มีการรายงานโรคจากการทำงาน/การบาดเจ็บจากการทำงาน ด้วย ระบบ ICD - 10				
	•มีการรายงานโรคจากการทำงาน/การบาดเจ็บจากการทำงาน เป็น ประจำทุกเดือน				

<u>ส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ/ข้อสงสัยเพิ่มเติม</u>

เกี่ยวกับการให้บริการอาชีวอนามัยในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย/รพ.สต.

1. ด้านปัจจัยนำเข้า (เช่น เจ้าหน้าที่ วัสดุ อุปกรณ์ ข้อมูลพื้นฐาน หรืออื่นๆ)

.....

.....

.....

2. ด้านกระบวนการดำเนินงาน (การบริหารจัดการ การสร้างทีมงาน หรืออื่นๆ)

.....

.....

.....

3. ด้านการให้บริการอาชีวอนามัย (เชิงรับ เชิงรุก หรืออื่นๆ)

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้

แบบสัมภาษณ์ ตอนที่ *2*

สำหรับ ผู้รับผิดชอบงานบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิ

1. ท่านคิดว่าในพื้นที่ของท่านมีประเด็นเกี่ยวกับอาชีวอนามัยหรือไม่ อย่างไร
2. ท่านคิดว่าการดำเนินงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คืออะไร มีความจำเป็นที่ต้องดำเนินงานในหน่วยงานปฐมภูมิหรือไม่และควรมีการดำเนินงานอย่างไร
3. ท่านคิดว่าปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในหน่วยบริการปฐมภูมิคืออะไร
4. ท่านคิดว่างานที่ท่านรับผิดชอบจะสามารถจัดการปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและ ความปลอดภัยในหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างไรบ้าง
5. ท่านคิดว่าการผลักดันให้เกิดการดำเนินงานอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมา ได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึงควรทำอย่างไร
6. ท่านคิดว่าโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมามีส่วนช่วยในการดำเนินงานอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างไร
7. ท่านคิดว่ารูปแบบการดำเนินงานอาชีวอนามัยที่เหมาะสมกับหน่วยบริการปฐมภูมิของท่านควรเป็นอย่างไร

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (แบบสอบถาม)

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (แบบสอบถาม)

1.นายแพทย์อดุลย์ บัณฑุกุล	ผู้อำนวยการศูนย์อาชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
2.ดร.แพทย์หญิงฉันทนา ผดุงทศ	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
3.คุณจันทร์ทิพย์ อินทวงศ์	กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลระยอง

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	แพทย์หญิงนภัค ด้วงจุมพล
วันเดือนปีเกิด	วันที่ 17 สิงหาคม 2524
สถานที่เกิด	จังหวัดนครราชสีมา
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	นายแพทย์ชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2539	มัธยมศึกษาตอนต้น จาก โรงเรียนสุรนารีวิทยา
พ.ศ. 2542	มัธยมศึกษาตอนปลาย จาก โรงเรียนสุรนารีวิทยา
พ.ศ.2548	แพทยศาสตร์บัณฑิต จาก สถาบันพระบรมราชชนก มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554	หลักสูตรแพทย์ประจำบ้านสาขาอาชีวเวชศาสตร์ จาก โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์
พ.ศ. 2555	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวเวชศาสตร์ จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ