

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัย ของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

ภูเบศ ดำรงสงกา*

กรรณิการ์ สุวรรณ

กฤติญา อ่วมแจ้ง

ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

วันรับ 5 กรกฎาคม 2567, วันแก้ไข 29 สิงหาคม 2567, วันตอบรับ 16 ตุลาคม 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก และประเมินผลรูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ที่ได้พัฒนาขึ้น ใช้กรอบแนวคิดของ Kemmis & McTaggart มี 4 ระยะ ประกอบด้วย การวางแผน การออกแบบรูปแบบ การจัดบริการอาชีวอนามัย การสังเกตผลการปฏิบัติ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมในระย การวางแผนมีจำนวนทั้งหมด 12 ราย เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้างานคัดกรองสุขภาพ หัวหน้างานให้คำปรึกษา และคณะกรรมการอาชีวอนามัย จำนวน 9 ราย ดำเนินการ รวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 นำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และใช้สถิติ เชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก เป็นการ ดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม โดยองค์ประกอบของคณะกรรมการ ประกอบด้วย แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ พยาบาลอาชีวอนามัย และบุคลากรที่ผ่านการอบรมด้านความปลอดภัย กิจกรรมการดำเนินงานมี 2 ส่วนหลัก คือ การดำเนินการด้านนโยบาย และการจัดบริการ โดยการจัดบริการมีทั้งเชิงรุกและเชิงรับ และมีคลินิกอาชีวอนามัยรองรับบริการ สำหรับผลการประเมินรูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัย ของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ที่พัฒนาขึ้น พบว่า รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยดังกล่าว ทำให้เกิดผลลัพธ์ ผ่านตามเกณฑ์และมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากร การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุก การจัดบริการ อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ และการดำเนินงานจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดยร้อยละ 100 ของทุกองค์ประกอบผ่านเกณฑ์ในระดับดีเด่น

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัย ศูนย์อนามัย ผลลัพธ์การจัดบริการอาชีวอนามัย

Development of the Occupational Health Service Model at the Regional Health Promotion Center 2 Phitsanulok

Phubet Doungsongka*

Kunnika Suwan

Kittiya Oumjang

Regional Health Promotion Center 2 Phitsanulok

Received 5 July 2024, Revised 29 August 2024, Accepted 16 October 2024.

Abstract

This action research aims to develop an occupational health service model at the Regional Health Promotion Center 2 Phitsanulok and evaluate the effectiveness of the developed model. The development of the occupational health service model follows the conceptual framework of Kemmis & McTaggart, consisting of four stages: planning, designing the occupational health service model, observing the implementation outcomes, and reflecting on the practice. The sample group involved in the planning stage comprised 12 participants, selected through purposive sampling based on inclusion criteria, including the hospital director, heads of the health screening and counseling units, and 9 members of the occupational health committee. Data collection was conducted between January and May 2024, and the data were analyzed using content analysis and descriptive statistics. The results showed that the occupational health service model at the Regional Health Promotion Center 2 Phitsanulok, operates under the Occupational Health, Safety, and Environment Committee. The committee consists of occupational medicine physicians, occupational health nurses, and personnel trained in safety. The operational activities are divided into two main parts: policy implementation and service provision. The services are both proactive and reactive, supported by an occupational health clinic. The evaluation of the developed occupational health service model at the Regional Health Promotion Center 2 Phitsanulok, indicated that the model met the criteria and standards for occupational health and environmental medicine services for community hospitals across five components: management support for occupational health and environmental medicine services, occupational health services for personnel, proactive occupational health and environmental medicine services, reactive occupational health and environmental medicine services, and environmental medicine service implementation. All components achieved 100% compliance, rated at an excellent level.

Keywords: Occupational health service model, Health promotion center, Occupational health service outcomes

■ บทนำ

ประเทศไทยมีจำนวนประชากร 66.09 ล้านคน เป็นวัยแรงงาน 40.1 ล้านคน ร้อยละ 47.7 เป็นแรงงานในระบบ 19.1 ล้านคน ร้อยละ 47.7 ล้านคน เป็นแรงงานนอกระบบ 21.6 ล้านคน

ร้อยละ 52.31⁽¹⁾ จากสถิติโรคจากการทำงาน การบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก ปี 2561-2565 คือ 1) โรคระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้าง 4,760 ราย ร้อยละ 1.13 ต่อปี 2) สาเหตุทางชีวภาพ 1,290 ราย ร้อยละ 0.31 ต่อปี

3) โรคผิวหนังจากสารเคมี 477 ราย ร้อยละ 0.11 ต่อปี 4) โรคผิวหนัง 157 ราย ร้อยละ 0.04 ต่อปี และ 5) โรคระบบหายใจ 27 ราย⁽²⁾ การบาดเจ็บและป่วยจากการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงอันตรายทางสุขภาพ และสภาพแวดล้อมสถานที่ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ แสงสว่างไม่เพียงพอ เสียงดัง ความร้อน ทำทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม ทำทางการทำงานแบบซ้ำๆ ได้แก่ มีการก้มเงยศีรษะขณะทำงาน การใช้มือแขนและขาทำงานซ้ำๆ อยู่ตลอดเวลา การทำงานนานกว่า 2 ชั่วโมงต่อวันทำทางการทำงาน และมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน มีปัญหาการทำงานไม่ต่อเนื่อง ส่งผลค่าตอบแทน ให้เกิดความเครียด ครอบครัว และนายจ้าง ซึ่งปัญหาการเจ็บป่วยทั้งแรงงานในระบบและนอกระบบ ไม่สามารถเข้าถึงการจัดบริการอาชีวอนามัย การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและภัยสุขภาพจากการทำงาน การจัดบริการอาชีวอนามัยส่วนใหญ่จะดำเนินการในสถานประกอบการขนาดใหญ่ ส่วนสถานประกอบการขนาดกลางและขนาดเล็กยังไม่เห็นความสำคัญต่อการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ เพื่อให้พนักงานเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยเป็นสิทธิพื้นฐานและเป็นบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 ตามอนุสัญญาแรงงานระหว่างประเทศ (ILO)⁽³⁾ แรงงานควรได้รับการจัดบริการอาชีวอนามัย

ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก เป็นศูนย์วิชาการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และโรงพยาบาลเปิดให้บริการผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นสถานประกอบการหนึ่ง มีกระบวนการทำงานซับซ้อน มีหลายกลุ่มงาน

มีกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์หลากหลายวิชาชีพ ทำให้มีการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงอันตรายและคุกคามทางสุขภาพทำให้การบาดเจ็บและป่วยโรคจากการทำงาน ปี 2564 จำนวน 3 ราย บาดเจ็บจากเครื่องตัดหญ้าบาดเท้า กิ่งไม้กระเด็นเข้าตา และสว่านไฟฟ้าบาดมือ ปี 2565 จำนวน 1 ราย บาดเจ็บจากมือโดนสารเคมีน้ำยาทำความสะอาดพื้น และ ปี 2566 จำนวน 2 ราย ได้รับบาดเจ็บตัดหญ้าหินกระเด็นเข้าตา และด้ามไม้ถูพื้นบาดมือ จากบุคลากรทั้งหมด 139 ราย นอกจากนี้ยังมีระยะเวลาการทำงานเกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้มีการบาดเจ็บจากการทำงานอย่างต่อเนื่อง การดำเนินงานด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยที่ผ่านมา มีการดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการแต่ขาดบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทางด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย มีการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานปี 2565 จำนวน 15 หน่วยงาน ความเสี่ยงอยู่ระดับปานกลาง พบมากที่สุด ด้านกายภาพ ร้อยละ 26.66 รองลงมาด้านชีวภาพ ร้อยละ 20 และด้านการยศาสตร์ ร้อยละ 13.33 ปี 2566 จำนวน 15 หน่วยงาน ความเสี่ยงด้านกายภาพระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 33.33 รองลงมาด้านการยศาสตร์ เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 26.66 และด้านชีวภาพ ร้อยละ 20 และการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง ปี 2564-2566 การตรวจสมรรถภาพการมองเห็น จำนวน 23 ราย พบสมรรถภาพการมองเห็นผิดปกติ ร้อยละ 34.78, 23.08, 38.46 ตามลำดับ การตรวจสมรรถภาพการได้ยิน ปี 2564-2566 จำนวน 21 ราย ผลตรวจต้องเฝ้าระวัง ร้อยละ 0.00, 61.53, 47.83 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลความเสี่ยงระดับปานกลางที่สูงขึ้นจากการประเมินความเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมการทำงาน และการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงที่พบความ

ผิดปกติและต้องเฝ้าระวัง และยังมีการบาดเจ็บจากการทำงานที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องที่ต้องได้รับการแก้ไข ยังขาดการนำข้อมูลมาทบทวนสาเหตุและสภาพปัญหา การครอบคลุมความเสี่ยงทุกด้าน และทุกหน่วยงานมาวิเคราะห์ วางแผน และแก้ไขปัญหาที่เป็นระบบตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยที่กฎหมายกำหนด

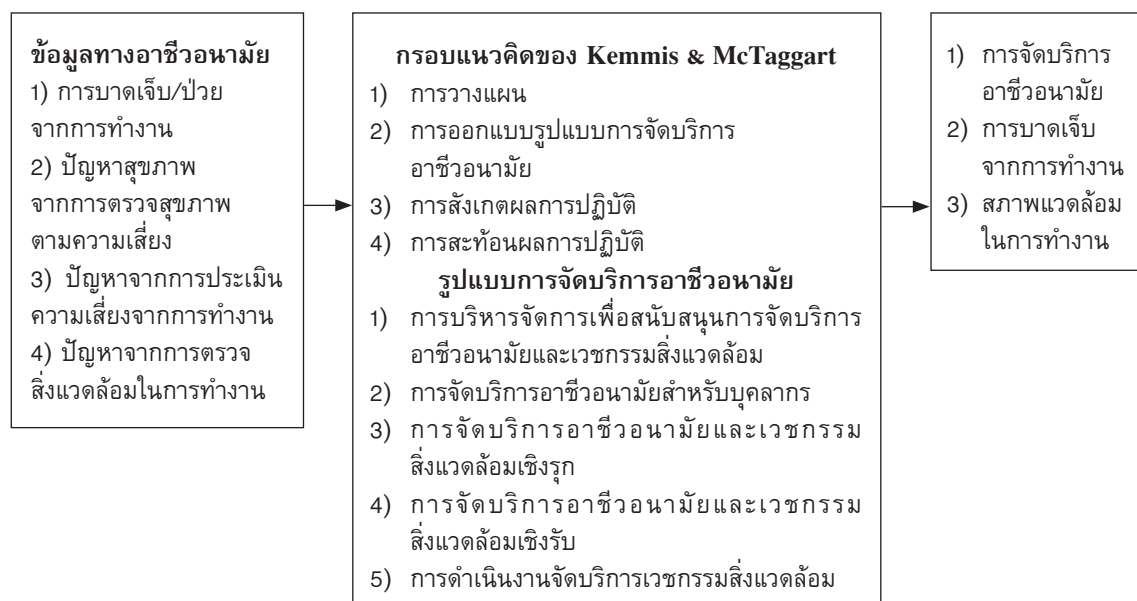
ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก และประเมินผลรูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ที่พัฒนาขึ้น โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าผลที่ได้การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ตามบริบท คือ “รูปแบบใหม่” จะทำให้การจัดบริการด้านอาชีวอนามัยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้บุคลากรมีการป้องกันปัจจัยอันตรายและคุกคาม

ทางสุขภาพ ป้องกันการบาดเจ็บและป่วยด้วยโรคจากการทำงาน มุ่งให้บุคลากรมีสุขภาพดี ทำงานในสิ่งแวดล้อมสถานที่ปลอดภัย โดยเน้นการมีส่วนร่วม และใช้แนวทางมาตรการป้องกันและควบคุมปัญหาที่เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก จะได้กำหนดเป็นมาตรการหรือแนวทางในการปฏิบัติงานดังกล่าว เพื่อให้เกิดความยั่งยืน และนำรูปแบบไปขยายผลในหน่วยงาน และสถานประกอบการต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก
2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

■ กรอบแนวคิดการวิจัย



■ วิธีการศึกษา

● **รูปแบบการวิจัย** การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research) ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของ Kemmis & McTaggart⁽⁴⁾ ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวางแผนการปฏิบัติการ (Planning) การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการดำเนินงาน อาชีวอนามัย รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา นโยบาย จุดอ่อน ศึกษาทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎี ประชุมทีมที่เกี่ยวข้องร่วมวางแผนการจัดบริการอาชีวอนามัย ระยะที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน (Action) พัฒนารูปแบบการจัดการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ระยะที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติ (Observing) นำรูปแบบการดำเนินงาน (Working Model) ที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ และระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการดำเนินงานมารวบรวม วิเคราะห์ และสรุปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประชุมถอดบทเรียนกับทีมงาน

● **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย จำนวน 12 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้างานคัดกรองสุขภาพ หัวหน้างานให้คำปรึกษา และคณะกรรมการอาชีวอนามัย จำนวน 9 คน ประกอบด้วย แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย 1 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมอาชีวอนามัย 60 ชั่วโมง 1 คน และจากหน่วยงานต่างๆ 6 คน ระยะเวลาดำเนินการ 5 เดือน ระหว่างวันที่ 5 มกราคม 2567 – 31 พฤษภาคม 2567 สถานที่ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

● เครื่องมือที่ใช้ศึกษา

1. แบบประเมิน RAH01, RAH06 เป็นลักษณะคำถามแบบเติมคำในช่องว่าง 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การประเมินความเสี่ยงขั้นตอนการทำงาน 8 ด้าน ด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ ด้านเคมี ด้านการยศาสตร์ ด้านอุบัติเหตุ/สภาพการทำงานไม่ปลอดภัย ด้านอค์ตักยและภัยพิบัติ ด้านจิตวิทยาสังคมและคุณภาพอากาศ 3) การจัดระดับความเสี่ยงได้นำวิธีการของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มาใช้เป็นแนวทาง (ค่าระดับความเสี่ยง = คะแนน โอกาสการเกิดอันตราย X ระดับความรุนแรง เกณฑ์คะแนนที่ได้เท่ากับ คะแนนเท่ากับ 1-3 คะแนน หมายถึง ยอมรับได้ (ระดับ 0) คะแนนเท่ากับ 4-9 หมายถึง ระดับความเสี่ยงต่ำ (ระดับ 1) คะแนนเท่ากับ 10-16 คะแนน หมายถึง ระดับความเสี่ยงปานกลาง (ระดับ 2) คะแนน 17-20 คะแนน หมายถึง ระดับความเสี่ยงสูง (ระดับ 3) คะแนนเท่ากับ 21-25 หมายถึง ระดับความเสี่ยงสูงมาก (ระดับ 4)) RAH06 เป็นการนำข้อมูลการประเมินความเสี่ยง RAH01 มาสรุป

2. เกณฑ์และมาตรฐานการบริหารการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน เป็นลักษณะคำถามประเมินการบริหารการอาชีวอนามัย โดยผลการประเมินให้พิจารณาตามแนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์การให้คะแนน (0 คะแนน ไม่มีคุณลักษณะดังกล่าวหรือไม่ได้ดำเนินการในประเด็นที่ระบุไว้ในเกณฑ์หรือมีการดำเนินงานที่น้อยกว่าความคาดหวังที่กำหนด, 1 คะแนน เริ่มต้นดำเนินการ โดยมีแผนหรือมีคุณลักษณะดังกล่าวอยู่บ้างในบางเรื่อง บางด้าน แต่ไม่ครบถ้วนทั้งหมดตามเกณฑ์ที่ระบุ, 2 คะแนน มีการดำเนินการหรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในระดับเฉลี่ยเกือบครบถ้วน

ตามเกณฑ์ที่ระบุ โดยมีการทำงานในลักษณะ
เครื่องช่วยการทำงานมากขึ้น, 3 คะแนน มีการ
ดำเนินการหรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในประเด็น
มาตรฐานดังกล่าวอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ มีความ
โดดเด่น เริ่มมีการประเมินผล และนำผลการ
ประเมินมาปรับปรุง) องค์ประกอบมาตรฐานมี
5 องค์ประกอบ องค์ประกอบที่ 1 การบริหาร
จัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัย
และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม มี 8 ข้อ (คะแนนเต็ม 24)
องค์ประกอบที่ 2 การจัดบริการอาชีวอนามัย
สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล มี 10 ข้อ (คะแนน
เต็ม 30) องค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการ
อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่
ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก มี 9 ข้อ (คะแนนเต็ม 27)
องค์ประกอบที่ 4 การจัดบริการอาชีวอนามัย
และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน
การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจาก
การทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ
มี 10 ข้อ (คะแนนเต็ม 30) องค์ประกอบที่ 5
การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
มี 5 ข้อ (คะแนนเต็ม 15) ระดับผลการประเมิน
ระดับเริ่มต้นพัฒนา ต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1, 2
ระดับดี ต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-3, 5 (โดย
องค์ประกอบที่ 5 ต้องผ่านอย่างน้อย ร้อยละ 50)
ระดับดีมาก ต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-3, 5
(โดยองค์ประกอบที่ 5 อย่างน้อย ร้อยละ 60)
ระดับดีเด่น ต้องผ่านทุกองค์ประกอบ 1-5 (โดย
องค์ประกอบที่ 5 อย่างน้อย ร้อยละ 70 ขึ้นไป)

3. เครื่องมือตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง
เครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์ ได้แก่ เครื่องตรวจ
สมรรถภาพการมองเห็น เครื่องตรวจสมรรถภาพ
การได้ยิน เครื่องตรวจสมรรถภาพปอด เครื่องมือ
ได้รับการบำรุงรักษา และสอบเทียบความเที่ยงตรง
จากหน่วยงานภายนอก วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567

4. เครื่องมือตรวจสอบสิ่งแวดล้อมสำนักงาน
ด้วยเครื่องมือสุขศาสตร์อุตสาหกรรม ได้แก่
เครื่องวัดความเข้มของแสงสว่าง (Heavy Duty
Datalogging Light Meter with PC Interface
model HD 450) เครื่องวัดอุณหภูมิ (Thermal
Environmental Monitor) เครื่องมือตรวจวัด
ระดับความดัง (Sound level meter) เครื่อง
ตรวจวัดปริมาณฝุ่นในอากาศ เครื่องตรวจวัด
คาร์บอนไดออกไซด์ เครื่องมือได้รับการบำรุง
รักษาและทดสอบความเที่ยงตรงจากหน่วยงาน
ภายนอก วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2567

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้
ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหาความตรงของ
เนื้อหา (Validity) ดำเนินการโดยนำแบบสอบถาม
ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณา
ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ได้แก่
ผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัย 1 ท่าน ผู้บริหาร
ระดับผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือเทียบเท่า
1 ท่าน แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ 1 ท่าน

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูล
ทั่วไปของประชากร ข้อมูลแบบประเมินความเสี่ยง
จากการทำงาน ข้อมูลการตรวจประเมินวิ
เคราะห์ความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม ข้อมูลการได้รับ
วัคซีนของบุคลากรวิเคราะห์โดยใช้ค่าร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และข้อมูลรูปแบบใหม่การจัดบริการ
อาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก
วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และใช้
สถิติพรรณนา

การศึกษาเมื่อได้รูปแบบการจัดบริการ
อาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก
“รูปแบบใหม่” นำรูปแบบไปใช้เพื่อประเมิน
รูปแบบการจัดบริการ มีประเมินความเสี่ยง
ขั้นตอนการทำงานโดยบุคลากรระดมสมองของ
แต่ละหน่วยงาน 22 หน่วยงาน Walk Through

Survey และการสัมภาษณ์ของผู้วิจัย การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงด้วยเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ ตรวจสิ่งแวดล้อมสถานงานด้วยเครื่องมือสุขศาสตร์อุตสาหกรรม นำข้อมูลมาวินิจฉัยปัญหาอาชีวอนามัย จัดเรียงระดับความรุนแรงของปัญหา และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพบุคลากร ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมสถานงาน มีการประเมินติดตามผลพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร และสิ่งแวดล้อมสถานงาน

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษาที่ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เลขที่ COA No. 14/2024 วันที่ 25 มีนาคม 2024

■ ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) พบว่า 1) มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการจัดการบริการอาชีวอนามัย ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล บุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทางด้านอาชีวอนามัย แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ (Occupational Medicine) 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย 4 เดือน 1 คน และพยาบาลอบรมอาชีวอนามัย 60 ชั่วโมง 1 คน และคณะกรรมการอาชีวอนามัยตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ 2) มีการรวบรวมข้อมูล ทบทวน วิเคราะห์ปัญหาการจัดการและการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัย กำหนดวัตถุประสงค์ กิจกรรมวางแผน กำหนดผู้รับผิดชอบและออกแบบรูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัยที่ชัดเจน 3) มีการพัฒนาความรู้ ทักษะด้านอาชีวอนามัยของบุคลากรมีข้อตกลงร่วมกัน และการมีส่วนร่วมในการจัดการบริการอาชีวอนามัย 4) มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการควบคุม กำกับ ติดตามการจัด

บริการอาชีวอนามัย โดยหัวหน้างานคณะกรรมการอาชีวอนามัย เพื่อนร่วมในการให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือน และชื่นชมในการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย

ระยะที่ 2 ออกแบบรูปแบบการจัดการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก รูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัย ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ

องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดการบริการอาชีวอนามัย พบว่า ผู้บริหารมีนโยบาย แผนงานเป็นลายลักษณ์อักษร ลงนามโดยผู้บริหาร สื่อสารให้บุคลากรรับทราบ และถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

องค์ประกอบที่ 2 การจัดการบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก พบว่า มี 2 ด้าน ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพคนทำงาน ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก มีบุคลากรทั้งหมด จำนวน 139 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.38 และเพศชาย ร้อยละ 26.62 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-45 ปี มากที่สุด ร้อยละ 23.74 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 51.08 และประเภทข้าราชการมากที่สุด ร้อยละ 61.15

1.1 การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงด้วยเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ กลุ่มเสี่ยง (n=25) พบว่า การตรวจสมรรถภาพการได้ยิน ระดับการได้ยินปกติ ร้อยละ 56 ระดับการได้ยินลดลง ร้อยละ 44 การตรวจสมรรถภาพมองเห็น (n=28) การมองเห็นเหมาะสม ร้อยละ 64.29 การตรวจสมรรถภาพปอด ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 และตรวจสารเสพติดแอมเฟตามีนในปัสสาวะของพนักงานขับรถ (n=7) ไม่พบสารเสพติดแอมเฟตามีน ร้อยละ 100

1.2 การประเมินความเสี่ยงสุขภาพ

ขั้นตอนการทำงาน 8 ด้าน (ด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ ด้านเคมี ด้านการยศาสตร์ ด้านอุบัติเหตุ หรือสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ด้านอึดึกภัย และภัยพิบัติ ด้านจิตวิทยาสังคม และด้านคุณภาพอากาศ) จำนวน 22 หน่วยงาน พบว่า ความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลางพบมากที่สุด ด้านกายภาพ ร้อยละ 18.18 รองลงมาด้านชีวภาพและด้านการยศาสตร์เท่ากัน ร้อยละ 9.09 และด้านเคมี ร้อยละ 4.55

1.3 การได้รับวัคซีนพิจารณาตามความเสี่ยง 6 ชนิด ได้แก่ Hepatitis B, Varicella Vaccine, Measles Mumps and Rubellavaccine, diphtheria-tetanus toxoid, Influenza virus, Covid-19 จำนวนบุคลากรเจาะภูมิและได้รับวัคซีนพิจารณาตามความเสี่ยงลักษณะงาน จากปี 2566 มีการให้ภูมิคุ้มกันเพียง 2 ชนิด คือ Influenza virus ให้บุคลากรในโรงพยาบาล ร้อยละ 100, Covid-19 ให้บุคลากรทั้งหมด ร้อยละ 100 ประจำปี 2567 จะมีการดำเนินการให้ภูมิคุ้มกันจาก 2 ชนิด ให้ครบ 6 ชนิด ร้อยละ 100 ในปี 2567

2. การตรวจสิ่งแวดล้อมสถานงานจากการเดินสำรวจ Walk Through Survey การสัมภาษณ์ จำนวน 22 หน่วยงาน และตรวจสิ่งแวดล้อมสถานงานเครื่องมือสุขศาสตร์อุตสาหกรรม พบว่า ผลการตรวจระดับความเข้มของแสง 107 จุด ผ่านมาตรฐาน ร้อยละ 75.70 หลังการปรับปรุงระดับความเข้มของแสงสว่างผ่านมาตรฐานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 90.65 ตรวจวัดระดับความเข้มของเสียง 7 จุด ไม่ผ่านมาตรฐาน ร้อยละ 85.71 ตรวจวัดระดับความร้อน 5 จุด ผ่านมาตรฐาน ร้อยละ 80 ตรวจระดับฝุ่นละออง 33 จุด ผ่านมาตรฐาน ร้อยละ 93.94

องค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการอาชีพ-

อนามัยเชิงรุกของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลกพบว่า การสำรวจประเมินความเสี่ยงจากการทำงานและให้ข้อเสนอแนะในการจัดการความเสี่ยงและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมสถานงานบุคลากรสามารถจัดการความเสี่ยงได้ ผลการประเมินความเสี่ยงจากสิ่งคุกคามทางสุขภาพ 8 ด้าน ใน 22 หน่วยงาน พบว่า ความเสี่ยงอยู่ระดับปานกลางพบมากที่สุด ด้านกายภาพ ร้อยละ 18.18 รองลงมาด้านชีวภาพและด้านการยศาสตร์เท่ากัน ร้อยละ 9.09 และด้านเคมี ร้อยละ 4.55 และมีการนำความเสี่ยงระดับปานกลาง และผลการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงมาวินิจฉัยปัญหาหาข้ออนามัย เรียงลำดับขนาดของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา ความยากง่าย และความสนใจของบุคลากรและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ติดตามพฤติกรรมสุขภาพ โดยหัวหน้างานทุกวันเป็นเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์ เพื่อให้เกิดความตระหนักและพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง ตามแนวคิดทฤษฎีทางพยาบาลด้านอาชีวอนามัยของโอดอนเนลล์ (O'Donnell' Workplace Health Promotion Program)⁽⁵⁾ ได้แก่

- ปัญหาที่ 1 บุคลากรมีสมรรถภาพการได้ยินลดลงที่อาจเกี่ยวเนื่องจากการทำงานสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านระดับความเข้มของเสียงดังเกินมาตรฐาน จัดกิจกรรมให้ความรู้อันตรายของเสียงดัง สาธิตการใส่ Earplug ให้สาธิตย้อนกลับ แจก Earplug จากการสังเกตและสัมภาษณ์ของหัวหน้างานและผู้วิจัย บุคลากรกลุ่มเสียงมีการใส่ Earplug และอุปกรณ์ป้องกันขณะปฏิบัติงานทุกครั้ง

- ปัญหาที่ 2 บุคลากรมีอาการผิดปกติของระบบโครงร่างกล้ามเนื้อที่อาจเกี่ยวเนื่องจากการทำงานสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพด้าน

การยศาสตร์ให้ความรู้ความผิดปกติของโครงร่าง และกล้ามเนื้อ ปรับโต๊ะเก้าอี้ ทำทางเดินให้เหมาะสม ยึดเหยียดกล้ามเนื้อด้วยมณีเวชทุก 2 ชั่วโมง จากการสังเกตและสัมภาษณ์บุคลากรมีอาการปวดของโครงร่างและกล้ามเนื้อน้อยลง

- ปัญหาที่ 3 บุคลากรมีสมรรถภาพการมองเห็นลดลงเนื่องจากการทำงานในสิ่งแวดล้อมที่แสงสว่างไม่เพียงพอ ให้ความรู้อันตรายจากแสงสว่างสถานีนงานไม่เพียงพอกรณีมีผ้ามาไม่ให้เปิดผ้ามาช่วย ปรับโต๊ะทำงานให้ตรงหลอดไฟ เช็ดทำความสะอาดหลอดไฟ/เปลี่ยนหลอดไฟ เพิ่มรางหลอดไฟ วัดแสงสว่างซ้ำผ่านมาตรฐานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.70 เป็นร้อยละ 90.65 กรณีที่ผิดปกติที่ต้องใส่แว่นแพทย์แนะนำให้ตัดแว่นสายตา ร้อยละ 35.71

องค์ประกอบที่ 4 การจัดการบริการอาชีวอนามัยเชิงรับของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลกพบว่า “จัดตั้งคลินิกอาชีวอนามัย” มีการจัดทำแนวทางการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัย มีการสอบสวนการบาดเจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงาน ตรวจ วินิจฉัย รักษา ติดตามดูแล มีการตรวจสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน return to work มีการส่งต่อในกรณีที่ต้องมีการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ข้อมูลการบาดเจ็บจากการทำงาน IFR = 8.57 ครั้งต่อล้านชั่วโมง การตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน ขณะทำงาน และก่อนการเกษียณจากการทำงาน

องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม พบว่า มีการสำรวจจัดทำรายงานสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่อาจก่อผลกระทบต่อสุขภาพ จัดทำแผนฉุกเฉิน ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินการป้องกันระดับอัคคีภัย น้ำท่วม และสารเคมีรั่วไหล และซ้อมแผนร่วมกับเครือข่าย

ปีละ 1 ครั้ง ประเมินความพึงพอใจในการให้บริการอาชีวอนามัย เพิ่มขึ้นจาก ปี 2566 จากร้อยละ 88.40 เป็นดีมาก ร้อยละ 97.68 ในปี 2567

ระยะที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติ (Observing) การนำรูปแบบการบริหารการอาชีวอนามัย “รูปแบบใหม่” ไปใช้สังเกตการณ์ พบว่าการจัดการบริการอาชีวอนามัยผู้บริหารมีนโยบายสนับสนุน มีแผนและดำเนินการตามแผน มีการให้ความรู้ด้านอาชีวอนามัยบุคลากร การมีส่วนร่วม และสามารถประเมินความเสี่ยง เฝ้าระวัง จัดการความเสี่ยงได้ มีการดำเนินการโดยคณะกรรมการอาชีวอนามัย ที่ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความรู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัย มีการตรวจสอบสภาพตามความเสี่ยงด้วยเครื่องมืออาชีว-สุขศาสตร์ ตรวจสอบสภาพแวดล้อมสถานีนงานด้วยเครื่องมือสุขศาสตร์อุตสาหกรรม มีการตอบโต้เสนอแนะการดำเนินงาน นำผลที่ได้มาวินิจฉัยปัญหา จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมสถานีนงาน จัดทำเป็นระเบียบปฏิบัติงาน การติดตาม ประเมินผล โดยหัวหน้างานแต่ละงาน และคณะกรรมการอาชีวอนามัย การสังเกต ให้ข้อเสนอแนะ แก้ไข เตือน ชื่นชม ให้กำลังใจ สรุปรายงานเสนอผู้บริหาร

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) พบว่า รูปแบบการบริหารการอาชีวอนามัย “รูปแบบใหม่” เป็นรูปแบบการบริหารการอาชีวอนามัยที่ครบวงจรสอดคล้องกับกฎหมาย และมาตรฐานการบริหารการอาชีวอนามัย ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย ด้านการจัดบริการเชิงรุก ด้านการจัดบริการเชิงรับ และด้านการจัดการอาชีวเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (การจัดการ

ตารางที่ 1 ผลการประเมินการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

องค์ประกอบ	ร้อยละคะแนน ที่ได้ก่อนพัฒนา รูปแบบ	ระดับที่ได้	ร้อยละคะแนน ที่ได้หลังพัฒนา รูปแบบ	ระดับที่ได้
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัย	62.50	เริ่มต้นพัฒนา	100	ดีเด่น
องค์ประกอบที่ 2 การจัดบริการอาชีว- อนามัยสำหรับบุคลากร	73.33	เริ่มต้นพัฒนา	100	ดีเด่น
องค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการอาชีว- อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุก	53.33	ดี	88.88	ดีเด่น
องค์ประกอบที่ 4 การจัดบริการอาชีว- อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ	30	ไม่ผ่าน	90	ดีเด่น
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงาน จัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	40	ไม่ผ่าน	100	ดีเด่น

ภาวะฉุกเฉิน)

ผลการประเมินการจัดบริการอาชีว-
อนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก
ผ่าน “ระดับดีเด่น” ทั้งหมด 5 องค์ประกอบ
ดังตารางที่ 1

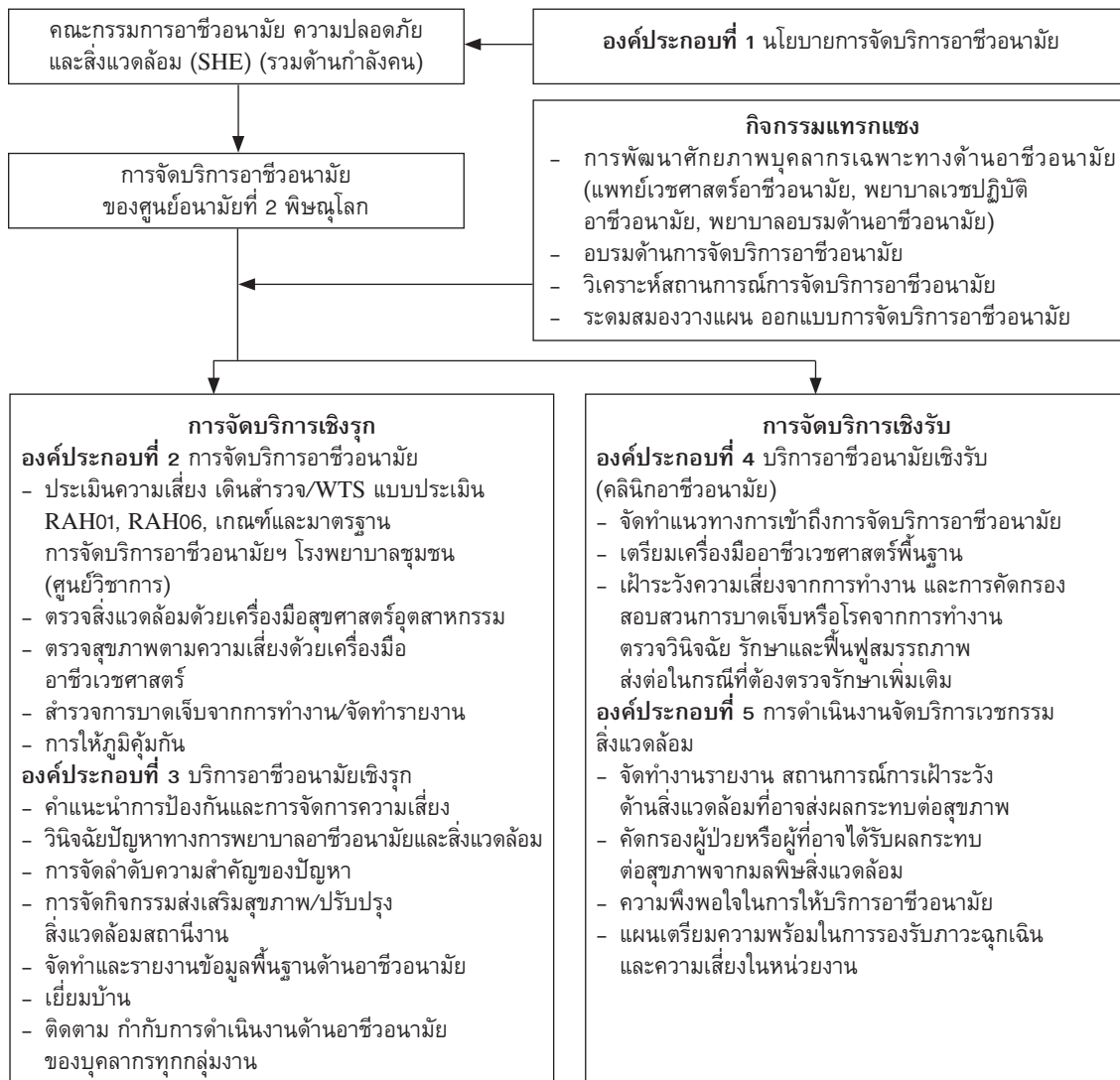
■ อภิปรายผล

ผลของการศึกษารูปแบบการจัดบริการ
อาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก
ได้ “รูปแบบใหม่” ที่เหมาะสมกับบริบทเป็นการ
จัดบริการครบวงจร ผ่านเกณฑ์ 5 องค์ประกอบ
ร้อยละ 100 “ระดับดีเด่น” สอดคล้องกับเกณฑ์
และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐาน
คู่มือการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการ
อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของหน่วย
บริการสาธารณสุขปี 2562 การจัดบริการอาชีว-
อนามัยของโรงพยาบาลชุมชน (ศูนย์วิชาการ)
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽⁶⁾ ซึ่งการ
จัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2
พิษณุโลก ด้านการบริหารจัดการอาชีวอนามัย
ผู้บริหารมีนโยบาย สนับสนุน และให้ความสำคัญ

การจัดบริการอาชีวอนามัย มีการดำเนินการ
รูปแบบคณะกรรมการ บุคลากรที่มีความรู้เฉพาะ
ทางด้านอาชีวอนามัย (แพทย์อาชีวเวชศาสตร์
(Occupational Medicine) พยาบาลเวชปฏิบัติ
อาชีวอนามัย พยาบาลที่ผ่านการอบรมด้าน
อาชีวอนามัย 60 ชั่วโมง และบุคลากรที่ผ่านการ
อบรมด้านความปลอดภัย) มีการอบรมให้ความรู้
ด้านอาชีวอนามัยบุคลากร และความปลอดภัยให้
สามารถประเมินความเสี่ยงร่วมกับคณะกรรมการ
อาชีวอนามัย สามารถประเมินความเสี่ยงและ
สามารถป้องกันและจัดการความเสี่ยงได้ไม่ให้เกิด
ซ้ำได้ มีการให้บริการอาชีวอนามัยเชิงรับและเชิงรุก
บุคลากรสามารถเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยตาม
สิทธิพื้นฐานที่ควรได้รับตามกฎหมาย

การจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์
อนามัยที่ 2 พิษณุโลก มีการดำเนินการรูปแบบ
คณะกรรมการ มีการอบรมให้ความรู้ด้านอาชีว-
อนามัยกับบุคลากรให้สามารถประเมินความเสี่ยง
สามารถป้องกันและจัดการความเสี่ยงได้ โดยมิ
การสำรวจ ประเมินความเสี่ยงร่วมกับเจ้าหน้าที่
อาชีวอนามัย และมีการประเมินสิ่งแวดล้อมด้วย

สรุปรูปแบบการบริหารอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก “รูปแบบใหม่”



เครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์อุตสาหกรรมและตรวจสอบสุขภาพตามความเสี่ยงด้วยเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์ มีการจัดการความเสี่ยงและประเมินผลเปรียบเทียบกับผลก่อนและหลังการดำเนินการจนได้คู่มือแนวทางการบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจรรยารัตน์ ดวงใจ⁽⁷⁾ การพัฒนาการบริหารอาชีวอนามัยโรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

พบว่า 1. รูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นใหม่ประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยง โดยมีคำสั่งแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย หน่วยงานที่ผ่านการอบรมและสามารถประเมินความเสี่ยงหน้างานของตนเองได้ 73 คน ร้อยละ 100 2) มีกำหนดการเยี่ยมสำรวจหน่วยงาน ตรวจสอบสิ่งแวดล้อม (Walk through survey) โดยใช้เครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์ควบคู่กับการตรวจสอบสุขภาพตามความเสี่ยง เพื่อวิเคราะห์และจัดการ

ความเสี่ยง 3) เข้าร่วมรับการประเมินจากหน่วยงานภายนอกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการออกแบบระบบการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย (Third Party Audit) 2. ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบก่อน กับ หลัง การนำรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น มาดำเนินการคุณภาพงานเพิ่มขึ้นจากเดิมไม่สามารถระบุได้ถึงอันตรายที่อาจเกิดจากการทำงานประเมินความเสี่ยงโรคจากการทำงานเป็นระยะ พร้อมทั้งสามารถป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำได้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้ผ่านการทดลองใช้จริงแล้ว 2 ปี ประกอบด้วย หลักการ มีโครงสร้างที่ชัดเจนมีการจัดทำเป็นวิธีปฏิบัติ คู่มือและ Work Instructions ที่ใช้ Customers เป็นศูนย์กลาง การพัฒนาจัดบริการอาชีวอนามัยโรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาพร วชิรเมธารัตน์ และรัตพงษ์ สอนสุภาพ⁽⁸⁾ การศึกษารูปแบบการประเมินความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า การวิจัยใช้กรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart มาประยุกต์ใช้ การศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 การกำหนดรูปแบบการลงสำรวจหน่วยงาน และกำหนดรูปแบบการจัดการความเสี่ยงจากการทำงาน ระยะที่ 2 การนำรูปแบบที่กำหนดไปทดลองปฏิบัติและสังเกตผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมถึงการสะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงแผน ผลการศึกษาสรุปได้ว่า การจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพสัมพันธ์กับรูปแบบการประเมินความเสี่ยงที่จะต้องให้เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยและบุคลากรในหน่วยงานมีส่วนร่วมสามารถค้นหาและระบุความเสี่ยงได้ครอบคลุมจะต้องมีความรู้ด้านการประเมินความเสี่ยงและความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่เกี่ยวข้อง ควรมีส่วนร่วมในการจัดการ

ความเสี่ยงนับตั้งแต่การวิเคราะห์ ทางเลือกกำหนดข้อตกลง วิธีปฏิบัติ กฎระเบียบ จึงจะเกิดการยอมรับการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น นำสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน รวมถึงผู้บริหารให้การสนับสนุน

■ สรุป

การศึกษารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก “รูปแบบใหม่” เป็นการจัดบริการอาชีวอนามัยครบวงจร ผ่านเกณฑ์ 5 องค์ประกอบ ร้อยละ 100 “ระดับดีเด่น” ตามเกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน (ศูนย์วิชาการ) ผู้บริหารมีนโยบายสนับสนุน จัดบริการอาชีวอนามัยรูปแบบคณะกรรมการ โดยบุคลากรที่มีความรู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัย บุคลากรมีส่วนร่วม มีการใช้เครื่องมือสุขศาสตร์อุตสาหกรรมและเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์ ในการตรวจสิ่งแวดล้อมและตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง วินิจฉัยปัญหาอาชีวอนามัย จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปรับปรุงสิ่งแวดล้อมสถานงาน กรณีมีการบาดเจ็บหรือป่วยมีคลินิกอาชีวอนามัยให้บริการ บุคลากรเข้าถึงการจัดบริการอาชีวอนามัยที่ควรได้รับตามสิทธิพื้นฐานตามที่กฎหมายกำหนด ส่งผลให้บุคลากรไม่บาดเจ็บและป่วยด้วยโรคจากการทำงาน ปฏิบัติงานในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยอย่างปลอดภัย จากการศึกษาการจัดบริการอาชีวอนามัย เป็นการศึกษาแบบเร่งรัดในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ควรศึกษาการจัดบริการอาชีวอนามัยเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องทุกปี เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

■ ข้อเสนอนี้:

สามารถนำรูปแบบการบริหารการอาชีว-
อนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ไปขยาย
ผลสู่พื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 โดยการบูรณาการ
ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง
ขยายผลไปในโรงพยาบาลรัฐ เอกชน และสถาน
ประกอบการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
จากการทำงาน และการศึกษาครั้งต่อไป ควรมี
การประเมินผลการศึกษาเป็นระยะๆ เพื่อติดตาม
ดูความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพและการ
จัดการความเสี่ยงจากการทำงานในการจัดบริการ
อาชีวอนามัยที่ยังเป็นปัญหา อุปสรรค อยู่ให้
ครอบคลุมทุกปัจจัยอันตรายและคุกคามสุขภาพ
ทุกด้าน และควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง
และทบทวนศึกษาปัจจัยอันตรายและคุกคาม

ทางสุขภาพใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น

■ กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้เพราะผู้วิจัยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก ดร.จตุพร วิศิษฐ์โชติ
อังกูร ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย แพทย์หญิงปารวดี
สิงขรัตน์ แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ ที่ได้ช่วยให้คำ
ปรึกษา แนะนำในการจัดทำ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ
เป็นอย่างสูง ขอขอบคุณ ศูนย์อนามัยที่ 2
พิษณุโลก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัยครั้งนี้
ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 2 กรมสนับสนุน
บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้
การสนับสนุนตรวจสอบสิ่งแวดล้อมสถานทำงานด้วย
เครื่องมือสุขศาสตร์อุตสาหกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 11 มกราคม 2567].
เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาแรงงาน/Informal_work_force/2565/summary_65.pdf
2. กระทรวงแรงงาน สำนักงานประกันสังคม สำนักงานกองทุนเงินทดแทน. สถานการณ์การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
เนื่องจากการทำงานปี 2561-2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก:
https://www.ohswa.or.th/attachments/view/?attach_id=359766
3. วีระพร สุทธาภรณ์. การจัดการอาชีวอนามัย. ใน: วันเพ็ญ ทรงคำ, บรรณาธิการ. การพยาบาลอาชีวอนามัย: แนวคิด
และการประยุกต์ใช้. เชียงใหม่ : เอ็น.พี.ที.ปริ้นติ้ง; 2563 หน้า 395-6, 401-5.
4. วีระยุทธ์ ชาดะกาญจน์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี 2558;2(1):29-48.
5. ชวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์. การสร้างเสริมสุขภาพและลดภาวะเสี่ยงจากการทำงานกลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า:
การวิจัยแบบมีส่วนร่วม. วารสารพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2562;46(4):3-7
6. กรมควบคุมโรค ศูนย์พัฒนาวิชาการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จังหวัดสมุทรปราการ. คู่มือการดำเนินงาน
ตามมาตรฐานการจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของหน่วยบริการสาธารณสุข ปี 2562
[อินเทอร์เน็ต]. สมุทรปราการ: กรมควบคุมโรค; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1381920230206095331.pdf>
7. จรรย์รัตน์ ดวงใจ. การพัฒนาการจัดการอาชีวอนามัยโรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ [อินเทอร์เน็ต]. สุรินทร์:
โรงพยาบาลปราสาท; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://prasathsp.com/index.php?r=research/views&id&id=94>
8. สุภาพร วชิรเมธารัตน์, รัตพงษ์ สอนสุภาพ. ศึกษาแบบการประเมินความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงจาก
การทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ด [อินเทอร์เน็ต]. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2559 [เข้าถึงเมื่อ
11 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://rsucon.rsu.ac.th/files/proceedings/nation2016/G4-23.pdf>