

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัย ของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

ภูเบศ ดั่งสงกา*
กรรณิการ์ สุวรรณ
กฤติญา อ่วมแจง
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 การออกแบบรูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัย การสังเกตผลการปฏิบัติ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมในระยการวางแผนมีจำนวนทั้งหมด 12 ราย เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้างานคัดกรองสุขภาพ หัวหน้างานให้คำปรึกษา และคณะกรรมการอาชีวอนามัย จำนวน 9 ราย ดำเนินการรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 นำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก เป็นการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม โดยองค์ประกอบของคณะกรรมการประกอบด้วย แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ พยาบาลอาชีวอนามัย และบุคลากรที่ผ่านการอบรมด้านความปลอดภัย กิจกรรมการดำเนินงานมี 2 ส่วนหลัก คือ การดำเนินการดำเนินนโยบาย และการจัดบริการ โดยการจัดบริการมีทั้งเชิงรุกและเชิงรับ และมีคลินิกอาชีวอนามัยรองรับบริการ สำหรับผลการประเมินรูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ที่พัฒนาขึ้น พบว่า รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยดังกล่าว ทำให้เกิดผลลัพธ์ผ่านตามเกณฑ์และมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากร การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุก การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ และการดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม 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 ชั่วโมงต่อวัน ทำทางการทำงาน และมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน มีปัญหาการทำงานไม่ต่อเนื่อง ส่งผลค่าตอบแทน ให้เกิดความเครียด ครอบครัว และนายจ้าง ซึ่งปัญหาการเจ็บป่วยทั้งแรงงานในระบบและนอกระบบ ไม่สามารถเข้าถึงการจัดบริการอาชีวอนามัย การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและภัยสุขภาพจากการทำงาน การจัดบริการอาชีวอนามัยส่วนใหญ่จะดำเนินการในสถานประกอบการขนาดใหญ่ ส่วนสถานประกอบการขนาดกลางและขนาดเล็กยังไม่เห็นความสำคัญต่อการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ เพื่อให้พนักงานเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยเป็นสิทธิพื้นฐานและเป็นบทบาทหน้าที่ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 ตามอนุสัญญาแรงงานระหว่างประเทศ (ILO)⁽³⁾ แรงงานควรได้รับการจัดบริการอาชีวอนามัย

ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก เป็นศูนย์วิชาการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และโรงพยาบาลเปิดให้บริการผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นสถานประกอบการหนึ่งที่มีกระบวนการทำงานซับซ้อน 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 รองลงมาด้านการยศาสตร์เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 26.66 และด้านชีวภาพ ร้อยละ 20 และการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงปี 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 และยังมีการบาดเจ็บ จากการทำงานที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องที่ต้องได้รับการแก้ไข ยังขาดการนำข้อมูลมาทบทวนสาเหตุ และสภาพปัญหา การครอบคลุมความเสี่ยง ทุกด้าน และทุกหน่วยงานมาวิเคราะห์ วางแผน และแก้ไขปัญหาคือเป็นระบบตามมาตรฐาน การให้บริการอาชีวอนามัยที่กฎหมายกำหนด

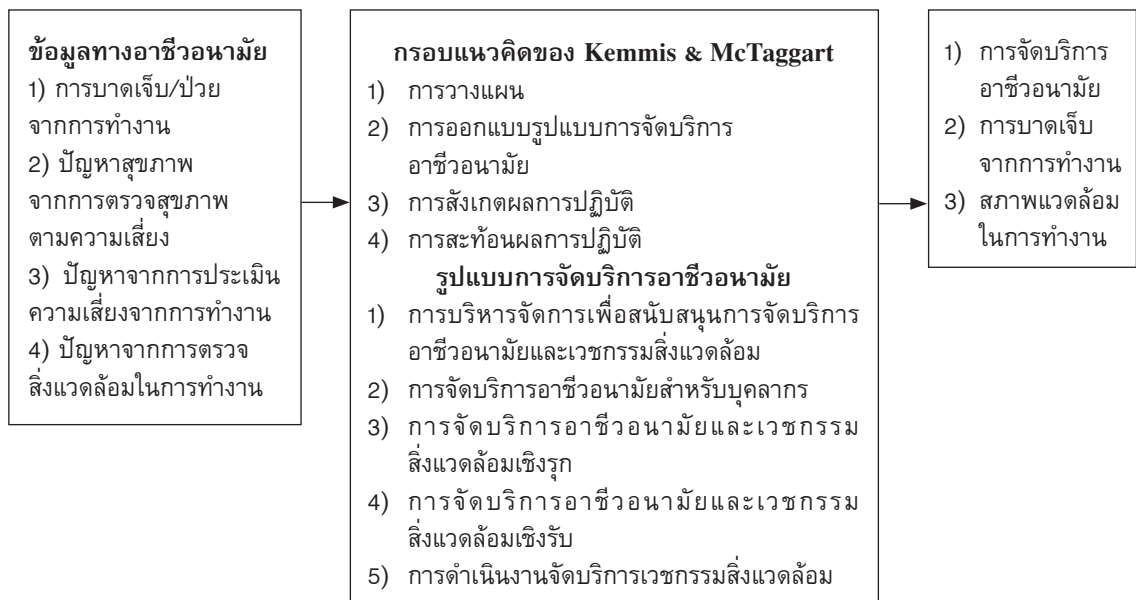
ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการ จัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก และประเมินผลรูปแบบการให้บริการ อาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ที่พัฒนาขึ้น โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าผลที่ได้ การพัฒนารูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัย ของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ตามบริบท คือ “รูปแบบใหม่” จะทำให้การให้บริการด้าน อาชีวอนามัยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ บุคลากรมีการป้องกันปัจจัยอันตรายและคุกคาม

ทางสุขภาพ ป้องกันการบาดเจ็บและป่วยด้วยโรค จากการทำงาน มุ่งให้บุคลากรมีสุขภาพดี ทำงาน ในสิ่งแวดล้อมสถานที่ปลอดภัย โดยเน้นการ มีส่วนร่วม และใช้แนวทางมาตรการป้องกัน และควบคุมปัญหาที่เหมาะสม และสอดคล้องกับ บริบทของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก จะได้ กำหนดเป็นมาตรการหรือแนวทางในการปฏิบัติ งานดังกล่าว เพื่อให้เกิดความยั่งยืน และนำ รูปแบบไปขยายผลในหน่วยงาน และสถาน ประกอบการอื่นต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการ อาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก
2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการให้บริการ อาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 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 ด้านอค์ภัยและภัยพิบัติ 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. เกณฑ์และมาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน เป็นลักษณะคำถามประเมินการจัดบริการอาชีวอนามัย โดยผลการประเมินให้พิจารณาตามแนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์การให้คะแนน (0 คะแนน ไม่มีคุณลักษณะดังกล่าวหรือไม่ได้ดำเนินการในประเด็นที่ระบุไว้ในเกณฑ์หรือมีการดำเนินงานที่น้อยกว่าความคาดหวังที่กำหนด, 1 คะแนน เริ่มต้นดำเนินการ โดยมีแผนหรือมีคุณลักษณะดังกล่าวอยู่บ้างในบางเรื่อง บางด้าน แต่ไม่ครบถ้วนทั้งหมดตามเกณฑ์ที่ระบุ, 2 คะแนน มีการดำเนินการหรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในระดับเฉลี่ยเกือบครบถ้วน

ตามเกณฑ์ที่ระบุ โดยมีการทำงานในลักษณะ
 เครื่องมือการทำงานมากขึ้น, 3 คะแนน มีการ
 ดำเนินการหรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในประเด็น
 มาตรฐานดังกล่าวอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ มีความ
 โดดเด่น เริ่มมีการประเมินผล และนำผลการ
 ประเมินมาปรับปรุง) องค์ประกอบมาตรฐานมี
 5 องค์ประกอบ องค์ประกอบที่ 1 การบริหาร
 จัดการเพื่อสนับสนุนการจั้ดบริการอาชีวอนามัย
 และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม มี 8 ข้อ (คะแนนเต็ม 24)
 องค์ประกอบที่ 2 การจั้ดบริการอาชีวอนามัย
 สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล มี 10 ข้อ (คะแนน
 เต็ม 30) องค์ประกอบที่ 3 การจั้ดบริการ
 อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่
 ผู้ประกอบอาชีพภายนอก มี 9 ข้อ (คะแนนเต็ม 27)
 องค์ประกอบที่ 4 การจั้ดบริการอาชีวอนามัย
 และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน
 การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจาก
 การทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ
 มี 10 ข้อ (คะแนนเต็ม 30) องค์ประกอบที่ 5
 การดำเนินงานจั้ดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
 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
 เครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ ได้แก่ เครื่องตรวจ
 สมรรถภาพการมองเห็น เครื่องตรวจสมรรถภาพ
 การได้ยิน เครื่องตรวจสมรรถภาพปอด เครื่องมือ
 ได้รับการบำรุงรักษา และสอบเทียบความเที่ยงตรง
 จากหน่วยงานภายนอก วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567

4. เครื่องมือตรวจสิ่งแวดล้อมสำนักงาน
 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 ข้อมูลการตรวจประเมินวิศวะ
 ความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม ข้อมูลการได้รับ
 วัคซีนของบุคลากรวิเคราะห์โดยใช้ค่าร้อยละ
 ค่าเฉลี่ย และข้อมูลรูปแบบใหม่การจั้ดบริการ
 อาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก
 วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และใช้
 สถิติพรรณนา

การศึกษาเมื่อได้รูปแบบการจั้ดบริการ
 อาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก
 “รูปแบบใหม่” นำรูปแบบไปใช้เพื่อประเมิน
 รูปแบบการจั้ดบริการ มีประเมินความเสี่ยง
 ขั้นตอนการทำงานโดยบุคลากรระดมสมองของ
 แต่ละหน่วยงาน 22 หน่วยงาน Walk Through

Survey และการสัมภาษณ์ของผู้วิจัย การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงด้วยเครื่องมืออาชีววิทยาศาสตร์ ตรวจสอบสิ่งแวดล้อมสถานงานด้วยเครื่องมือสุขศาสตร์อุตสาหกรรม นำข้อมูลมาวินิจฉัยปัญหาอาชีวอนามัย จัดเรียงระดับความรุนแรงของปัญหา และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพบุคลากร ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมสถานงาน มีการประเมินติดตามผลพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร และสิ่งแวดล้อมสถานงาน

● การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เลขที่ COA No. 14/2024 วันที่ 25 มีนาคม 2024

■ ผลการศึกษา

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

บริการอาชีวอนามัย โดยหัวหน้างานคณะกรรมการอาชีวอนามัย เพื่อนร่วมในการให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือน และชื่นชมในการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย

ระยะที่ 2 ออกแบบรูปแบบการจัดการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก รูปแบบการจัดการบริการอาชีวอนามัย ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ

องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดการบริการอาชีวอนามัย พบว่าผู้บริหารมีนโยบาย 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 การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงด้วยเครื่องมืออาชีววิทยาศาสตร์ 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 ด้านอค์คีภัย 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. การตรวจสิ่งแวดล้อมสถานีนงานจากการเดินสำรวจ Walk Through Survey การสัมภาษณ์ จำนวน 22 หน่วยงาน และตรวจสิ่งแวดล้อมสถานีนงานเครื่องมือสุขศาสตร์อุตสาหกรรม 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 การจัดบริการอาชีว-

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

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

- ปัญหาที่ 2 บุคลากรมีอาการผิดปกติของระบบโครงร่างกล้ามเนื้อที่อาจเกี่ยวเนื่องจากการทำงานสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพด้าน

การยศาสตร์ให้ความรู้ความผิดปกติของโครงร่าง และกล้ามเนื้อ ปรับโต๊ะเก้าอี้ ท่าทางการนั่ง ให้เหมาะสม ยืดเหยียดกล้ามเนื้อด้วยมณีเวช ทุก 2 ชั่วโมง จากการสังเกตและสัมภาษณ์ บุคลากรมีอาการปวดของโครงร่างและกล้ามเนื้อ น้อยลง

- ปัญหาที่ 3 บุคลากรมีสมรรถภาพ การมองเห็นลดลงเนื่องจากการทำงานใน สิ่งแวดล้อมที่แสงสว่างไม่เพียงพอ ให้ความรู้ อันตรายจากแสงสว่างสถานงานไม่เพียงพอ กรณีมีผ้า màn ให้เปิดผ้า màn ช่วย ปรับโต๊ะทำงาน ให้ตรงหลอดไฟ เช็ดทำความสะอาดหลอดไฟ/ เปลี่ยนหลอดไฟ เพิ่มรางหลอดไฟ วัดแสงสว่างซ้ำ ผ่านมาตรฐานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.70 เป็น ร้อยละ 90.65 กรณีที่ผิดปกติที่ต้องใส่แว่น แพทย์แนะนำให้ตัดแว่นสายตา ร้อยละ 35.71

องค์ประกอบที่ 4 การจัดการบริการอาชีว- อนามัยเชิงรับของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก พบว่า “จัดตั้งคลินิกอาชีวอนามัย” มีการจัดทำ แนวทางการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัย มีการ สอบสวนการบาดเจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงาน ตรวจ วินิจฉัย รักษา ติดตามดูแล มีการตรวจ สุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน return to work มีการส่งต่อในกรณีที่ต้องมีการตรวจวินิจฉัย เพิ่มเติม ข้อมูลการบาดเจ็บจากการทำงาน IFR = 8.57 ครั้งต่อล้านชั่วโมง การตรวจสุขภาพก่อน เข้าทำงาน ขณะทำงาน และก่อนการเกษียณ จากการทำงาน

องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัด บริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม พบว่า มีการสำรวจ จัดทำรายงานสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่อาจ ก่อผลกระทบต่อสุขภาพ จัดทำแผนฉุกเฉิน ตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินการป้องกันระงับอัคคีภัย น้ำท่วม และสารเคมีรั่วไหล และซ้อมแผนร่วมกับเครือข่าย

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

ระยะที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติ (Observing) การนำรูปแบบการจัดการบริการอาชีว- อนามัย “รูปแบบใหม่” ไปใช้สังเกตการณ์ พบว่า การจัดการบริการอาชีวอนามัยผู้บริหารมีนโยบาย สนับสนุน มีแผนและดำเนินตามแผน มีการให้ ความรู้ด้านอาชีวอนามัยบุคลากร การมีส่วนร่วม และสามารถประเมินความเสี่ยง เผื่อระวัง จัดการ ความเสี่ยงได้ มีการดำเนินการโดยคณะกรรมการ อาชีวอนามัย ที่ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่มีความรู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัย มีการตรวจ สุขภาพตามความเสี่ยงด้วยเครื่องมืออาชีว- สุขศาสตร์ ตรวจสภาพแวดล้อมสถานงานด้วย เครื่องมือสุขศาสตร์อุตสาหกรรม มีการตอบโต้ เสนอแนะการดำเนินงาน นำผลที่ได้มาวินิจฉัย ปัญหาอาชีวอนามัย เรียงระดับความสำคัญของ ปัญหา จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและปรับปรุง สิ่งแวดล้อมสถานงาน จัดทำเป็นระเบียบปฏิบัติ งาน การติดตาม ประเมินผล โดยหัวหน้างาน แต่ละงาน และคณะกรรมการอาชีวอนามัย การสังเกต ให้ข้อเสนอแนะ แก้ไข เตือน ชื่นชม ให้กำลังใจ สรุปรายงานเสนอผู้บริหาร

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) พบว่า รูปแบบการจัดการบริการ อาชีวอนามัย “รูปแบบใหม่” เป็นรูปแบบ การจัดการบริการอาชีวอนามัยที่ครบวงจรสอดคล้อง กับกฎหมาย และมาตรฐานการจัดการบริการ อาชีวอนามัย ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ด้านการจัดบริการ อาชีวอนามัย ด้านการจัดบริการเชิงรุก ด้านการ จัดบริการเชิงรับ และด้านการจัดการ บริการอาชีวเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (การจัดการ

ตารางที่ 1 ผลการประเมินการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ก่อน-หลังการพัฒนาารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 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

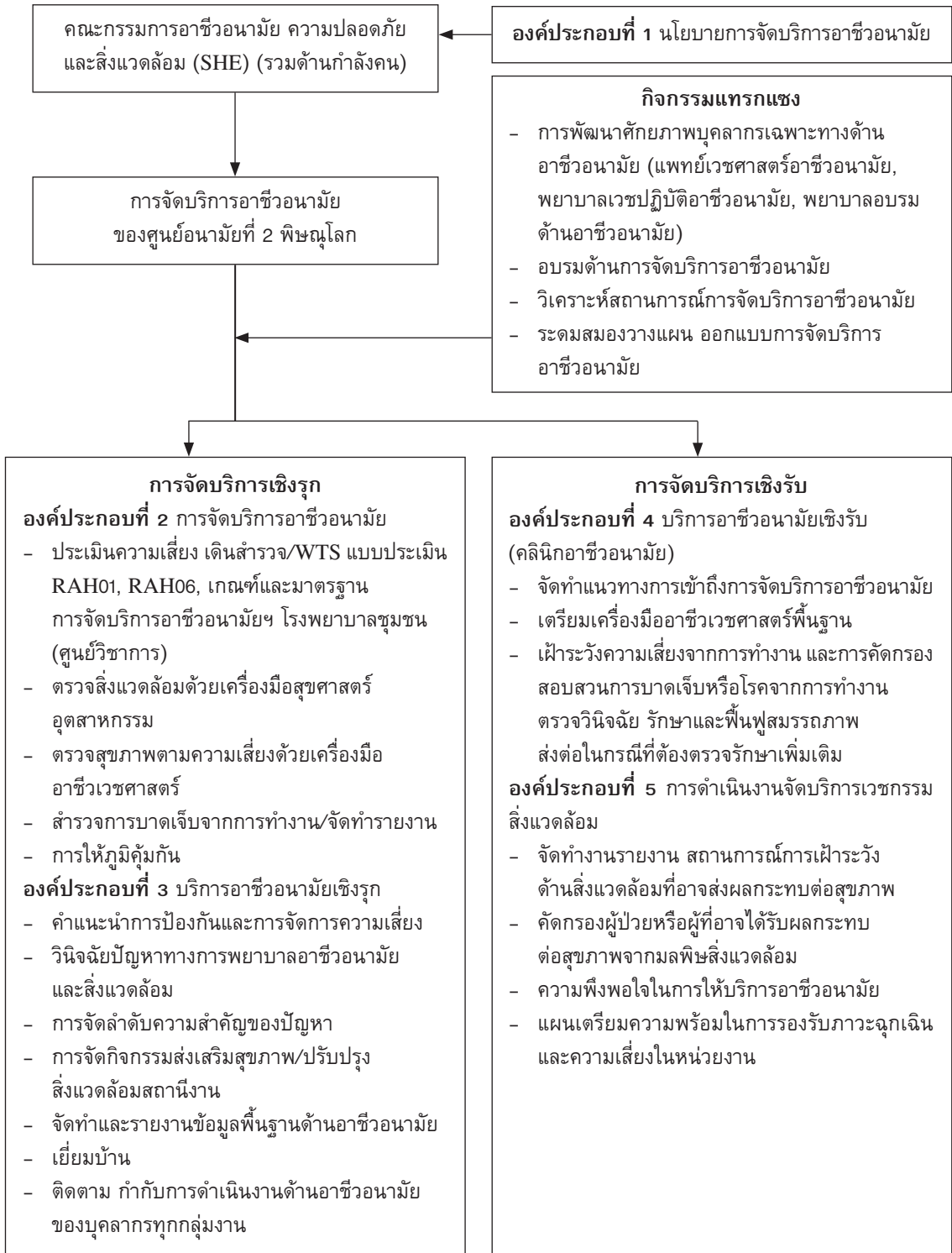
■ อภิปรายผล

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-

สรุปรูปแบบการจัดการจัดบริการอาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก “รูปแบบใหม่”



อนามัยกับบุคลากร ให้สามารถประเมินความเสี่ยง สามารถป้องกันและจัดการความเสี่ยงได้ โดยมี การสำรวจ ประเมินความเสี่ยงร่วมกับเจ้าหน้าที่ อาชีวอนามัย และมีการประเมินสิ่งแวดล้อมด้วย เครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์อุตสาหกรรมและ ตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงด้วยเครื่องมือ อาชีวเวชศาสตร์ มีการจัดการความเสี่ยงและ ประเมินผลเปรียบเทียบผลก่อนและหลัง การดำเนินการจนได้คู่มือแนวทางการจัดการบริการ อาชีวอนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จรรยารัตน์ ดวงใจ⁽⁷⁾ การพัฒนาการจัดการบริการ อาชีวอนามัยโรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ พบว่า 1. รูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นใหม่ ประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยง โดยมี คำสั่งแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย หน่วยงาน ที่ผ่านการอบรมและสามารถประเมินความเสี่ยง หน่วยงานของตนเองได้ 73 คน ร้อยละ 100 2) มีกำหนดการเยี่ยมสำรวจหน่วยงาน ตรวจสอบ สิ่งแวดล้อม (Walk through survey) โดยใช้ เครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์ควบคู่กับการตรวจ สุขภาพตามความเสี่ยง เพื่อวิเคราะห์และจัดการ ความเสี่ยง 3) เข้าร่วมรับการประเมินจาก หน่วยงานภายนอกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการ ออกแบบระบบการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย (Third Party Audit) 2. ผลการดำเนินงาน เปรียบเทียบก่อน กับ หลัง การนำรูปแบบใหม่ ที่พัฒนาขึ้น มาดำเนินการคุณภาพงานเพิ่มขึ้น จากเดิมไม่สามารถระบุได้ถึงอันตรายที่อาจ เกิดจากการทำงานประเมินความเสี่ยงโรคจากการทำงานเป็นระยะ พร้อมทั้งสามารถป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำได้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้ผ่านการทดลองใช้ จริงแล้ว 2 ปี ประกอบด้วย หลักการ มีโครงสร้าง ที่ชัดเจนมีการจัดทำเป็นวิธีปฏิบัติ คู่มือและ

Work Instructions ที่ใช้ Customers เป็น ศูนย์กลาง การพัฒนาจัดการบริการอาชีวอนามัย โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ และสอดคล้อง กับงานวิจัยของ สุภาพร วชิรเมธารัตน์ และรัตพงษ์ สอนสุภาพ⁽⁸⁾ การศึกษารูปแบบการประเมินความ เสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงจากการทำงาน ของบุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า การวิจัย ใช้กรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart มาประยุกต์ใช้ การศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 การกำหนดรูปแบบการลงสำรวจหน่วยงาน และกำหนดรูปแบบการจัดการความเสี่ยงจาก การทำงาน ระยะที่ 2 การนำรูปแบบที่กำหนดไป ทดลองปฏิบัติและสังเกตผลการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้น รวมถึงการสะท้อนผลการปฏิบัติและ ปรับปรุงแผน ผลการศึกษาสรุปได้ว่า การจัดการ ความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพสัมพันธ์กับรูปแบบ การประเมินความเสี่ยงที่จะต้องให้เจ้าหน้าที่ความ ปลอดภัยและบุคลากรในหน่วยงานมีส่วนร่วม สามารถค้นหาและระบุความเสี่ยงได้ครอบคลุม จะต้องมีความรู้ด้านการประเมินความเสี่ยง และความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ที่เกี่ยวข้อง ควรมีส่วนร่วมในการจัดการ ความเสี่ยงนับตั้งแต่การวิเคราะห์ ทางเลือก กำหนดข้อตกลง วิธีปฏิบัติ กฎระเบียบ จึงจะ เกิดการยอมรับการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น นำสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน รวมถึงผู้บริหารให้การ สนับสนุน

■ สรุป

การศึกษารูปแบบการบริหารอาชีว- อนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก “รูปแบบใหม่” เป็นการบริหารอาชีวอนามัย ครบวงจร ผ่านเกณฑ์ 5 องค์ประกอบ ร้อยละ 100 “ระดับดีเด่น” ตามเกณฑ์และแนวทางการตรวจ

ประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล ชุมชน (ศูนย์วิชาการ) ผู้บริหารมีนโยบาย สนับสนุน จัดบริการอาชีวอนามัยรูปแบบคณะกรรมการ โดยบุคลากรที่มีความรู้เชี่ยวชาญ ด้านอาชีวอนามัย บุคลากรมีส่วนร่วม มีการใช้ เครื่องมือสุขศาสตร์อุตสาหกรรมและเครื่องมือ อาชีวเวชศาสตร์ ในการตรวจสิ่งแวดล้อมและ ตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง วินิจฉัยปัญหาอาชีว- อนามัย จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปรับปรุง สิ่งแวดล้อมสถานงาน กรณีมีการบาดเจ็บหรือ ป่วยมีคลินิกอาชีวอนามัยให้บริการ บุคลากร เข้าถึงการจัดบริการอาชีวอนามัยที่ควรได้รับ ตามสิทธิพื้นฐานตามที่กฎหมายกำหนด ส่งผลให้ บุคลากรไม่บาดเจ็บและป่วยด้วยโรคจากการ ทำงาน ปฏิบัติงานในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย อย่างไรก็ตาม จากการศึกษากิจการบริการ อาชีวอนามัย เป็นการศึกษาแบบเร่งรัดในช่วง ระยะเวลาหนึ่ง ควรศึกษาการจัดบริการอาชีว- อนามัยเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องทุกปี เนื่องจาก มีการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

■ ข้อเสนอแนะ

สามารถนำรูปแบบการจัดบริการอาชีว- อนามัยของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ไปขยาย ผลสู่พื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 โดยการบูรณาการ

ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง ขยายผลไปในโรงพยาบาลรัฐ เอกชน และสถาน ประกอบการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค จากการ ทำงาน และการศึกษาครั้งต่อไป ควรมี การประเมินผลการศึกษาเป็นระยะๆ เพื่อติดตาม ดูความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพและการ จัดการความเสี่ยงจากการทำงานในการจัดบริการ อาชีวอนามัยที่ยังเป็นปัญหา อุปสรรค อยู่ให้ ครอบคลุมทุกปัจจัยอันตรายและคุณภาพ สุขภาพ ทุกด้าน และควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และทบทวนศึกษาปัจจัยอันตรายและคุณภาพ ทางสุขภาพใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น

■ กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้เพราะผู้วิจัยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก ดร.จตุพร วิศิษฏ์โชติ อังกูร ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย แพทย์หญิงปราวดี สิงขรัตน์ แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ ที่ได้ช่วยให้คำ ปรีกษา แนะนำในการจัดทำ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ เป็นอย่างสูง ขอขอบคุณ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัยครั้งนี้ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 2 กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ การสนับสนุนตรวจสิ่งแวดล้อมสถานงานด้วย 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. สถานการณ์การประสพอันตรายหรือเจ็บป่วย เนื่องจากการทำงานปี 2561-2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ohswa.or.th/attachments/view/?attach_id=359766

3. วีระพร ศุทธาภรณ์. การจัดการอาชีวอนามัย. ใน: วันเพ็ญ ทรงคำ, บรรณาธิการ. การพยาบาลอาชีวอนามัย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. 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 จันทร์ประสิทธิ์. การสร้างเสริมสุขภาพและลดภาวะเสี่ยงจากการทำงานกลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า: การวิจัยแบบมีส่วนร่วม. วารสารพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2562;46(4):3-7
6. กรมควบคุมโรค ศูนย์พัฒนาวิชาการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จังหวัดสมุทรปราการ. คู่มือการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของหน่วยบริการสาธารณสุข 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 วชิรเมธาวัชต์, รัตพงษ์ สอนสุภาพ. ศึกษาแบบการประเมินความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ด [อินเทอร์เน็ต]. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 11 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://rsucon.rsu.ac.th/files/proceedings/nation2016/G4-23.pdf>

HEALTH