



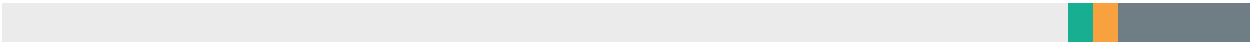
การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน

The Model Development of Occupational Health Service
in Community Hospitals

โดย

ศิมาลักษณ์	ดิถีสวัสดิ์เวทย์
จรรยารักษ์	เยทส์
เกรียงศักดิ์	หาญสิทธิพร
สายสวาท	คนหาญ
ดวงฤดี	โชติกลาง
ธนภัทร	ศรีชุม
พิไลลักษณ์	พลพิลา ๑
พิเชษฐ	โฉมเฉลา
ทรงทรัพย์	พิมพ์ชายน้อย

พ.ศ 2559



บทคัดย่อ

ความสำคัญ: การจัดการบริการอาชีวอนามัยถือว่าเป็นกลยุทธ์สำคัญในการที่จะทำให้วัยแรงงานเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐาน และถือว่าเป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้คนทำงานเข้าถึงบริการที่จำเป็นและครอบคลุมแต่อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มวัยแรงงานสามารถเข้าถึงการจัดการบริการอาชีวอนามัยได้ไม่มากนักรวมทั้งวัยแรงงานในประเทศไทย ที่ผ่านมามีรูปแบบการจัดการบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสาธารณสุขเพื่อดูแลสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานทั้งระดับจังหวัดและระดับตำบล แต่รูปแบบการจัดการฯในระดับอำเภอยังไม่ชัดเจน

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน

วิธีการ/ขั้นตอน: การศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ครั้งนี้ ดำเนินการในหน่วยบริการระดับอำเภอ 3 แห่ง คือ ทำการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน 2556-พฤศจิกายน 2557 กิจกรรมสำคัญประกอบด้วย การวิเคราะห์บริบทงานและโครงสร้างการดำเนินงาน ประชุมระดมสมอง พัฒนาบุคลากร จัดตั้งคณะทำงาน ออกแบบจัดการบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกและเชิงรับในโรงพยาบาล จัดระบบการเฝ้าระวังและรายงานโรค เครื่องมือที่ใช้คือแบบรายงานโรคจากการทำงาน แบบประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น วัตถุประสงค์จากการศึกษาจาก รูปแบบการดำเนินงาน ผลการประเมินความเสี่ยง ผลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ผลการคัดกรองรายงานโรคและจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และการทำงานร่วมกับเครือข่าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา: พบว่าทั้ง 3 โรงพยาบาล มีการจัดการบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลในรูปแบบของกรรมการโดยมีกลุ่มการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดการบริการเชิงรับ และร่วมกับกลุ่มเวชปฏิบัติ ครอบคลุมการจัดการบริการเชิงรุก กิจกรรมการจัดการบริการฯ ประกอบด้วย 1.สำรวจข้อมูลกลุ่มอาชีพ 2.การตรวจสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการ 3. การตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมี ป้องกันกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร 4. การจัดทำรายงานและจัดทำระบบการคัดกรองสุขภาพในโรงพยาบาล พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมจำนวน 770 ราย ดำเนินการทำงานร่วมกับเครือข่ายพบว่าทั้ง 3 แห่งทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอกที่สำคัญคือ รพท. รพสต.ในเขตรับผิดชอบ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งนี้ได้จัดทำแผนร่วมกัน และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการตรวจคัดกรองสุขภาพเกษตรกร และกิจกรรมแก้ไขปัญหา **สรุปผลและข้อเสนอแนะ :** การพัฒนารูปแบบการจัดการบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน ดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการโดยมีกลุ่มการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดการบริการเชิงรับ และร่วมกับกลุ่มเวชปฏิบัติครอบคลุมในการจัดการบริการเชิงรุก มีกิจกรรมที่สำคัญคือการจัดการบริการเชิงรุกและเชิงรับ มีการ

ทำงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่คือรพท. รพสต. อปท. และสถานประกอบการ ทั้งนี้กิจกรรมดังกล่าวควรได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานระดับจังหวัดในเชิงของนโยบาย การนิเทศติดตาม และการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันโรคทั้งนี้เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพของประชากรวัยทำงานที่ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับความต้องการอย่างแท้จริง

คำสำคัญ: การจัดบริการอาชีวอนามัย แรงงานนอกระบบ โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

Introduction: Occupational Health Service (OHS) has been known as important strategy to address the basic living conditions of workers health and it also a key method to help workers can access adequate and essential service .Unfortunately, there are a few percent of workers can access this facility include Thai workers. Presently, Thailand can provide OHS in provincial and sub–district hospital level but the pattern of service in community hospital level still unclear. This study aims to develop an Occupational Health Services model in community hospitals. **Methods:** This action research was conducted in three community hospitals in northeastern of Thailand during June, 2013–November, 2014. Core activities consist of context and structure analysis, brain storming, training in occupational health, team set up, planned for OHS and set up surveillance system. Disease report form, risk assessment form were tool of study. Model of OHS, disease report, and risk assessment report were outcome of this study .Data were analyzed by descriptive statistics. **Results:** The study showed these models provided OHS by nursing section and family and community medicine section. The core activities were job survey, health checking and health risk checking among workers, pesticide exposure screening among agriculturist, reporting and setup surveillance system and coordinating with sub–district hospital and local authority organization. There were 701 workers were reported as work related or injuries from work. According to network coordination, most of them coordinated with local authority organizations and sub–district hospitals. **Discussion:** These experiences indicated that OHS models could provide in community hospitals. The activities addressed by nursing section and community and family medicine section. The OHS in district level help workers to access the necessary services, these prevent them from working hazards in particular. However these programs need strongly policy support from provincial health office, as well as information systems development for workers’ health surveillance.

Keywords: Occupational Health Services, Community Hospital

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัย การพัฒนารูปแบบการการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน ฉบับนี้ได้รับความร่วมมือด้วยดีจากทีมวิจัยในพื้นที่ ทั้งนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งที่อำนวยความสะดวกและสนับสนุนการดำเนินงาน ขอขอบคุณบุคคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องจากทั้ง 3 แห่ง ขอขอบคุณผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ ขอนแก่น (ปัจจุบันคือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น) พญ. ศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ที่สนับสนุนการดำเนินงาน ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๗ ขอนแก่น (สปสช.เขต 7 ขอนแก่น) นพ.พิเชษฐ ลีละพันธ์เมธา และ ที่สนับสนุนงบประมาณ นส. วนิตา วิระกุล ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๗ ขอนแก่น ที่ให้คำปรึกษาในการดำเนินงาน ขอขอบคุณ พญ.ฉันทนา ผดุงทศ นพ.เชียวชาญ ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ที่ให้คำปรึกษาด้านวิชาการ รวมทั้งขอขอบคุณจากเครือข่ายและกัลยาณมิตรในพื้นที่ดำเนินงานคือ กลุ่มผู้นำแรงงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้หวังว่าผลงานวิจัยส่วนนี้จะมีส่วนขับเคลื่อนงานอาชีวอนามัยในกลุ่มแรงงานให้ได้รับบริการที่ดีต่อไป

คณะผู้วิจัย

2559

สารบัญ

บทคัดย่อ	ก
Abstract	ค
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ซ
สารบัญรูปภาพ	ณ
บทที่ 1 ความเป็นมา	1
วัตถุประสงค์	2
ขอบเขตการดำเนินงาน	2
นิยามศัพท์เฉพาะ	3
พื้นที่เป้าหมาย	3
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	4
ความหมาย	4
สภาพปัญหาสุขภาพของแรงงานในประเทศไทย	6
รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัย	9
การจัดบริการอาชีวอนามัยของต่างประเทศ	12
การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัยสำหรับดูแลสุขภาพแรงงาน ในประเทศไทย	16
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	21
กรอบคิดในการวิจัย	24
บทที่ 3 วิธีการศึกษา	25
รูปแบบการวิจัย	25
ขอบเขตงานวิจัย	25
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	25
เครื่องมือในงานวิจัย	25
การเก็บรวบรวมข้อมูล	26
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	26
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ	26
กิจกรรมแทรกแซง	26

สารบัญ (ต่อ)

การวัดผลการศึกษา (Outcome of Study)	27
บทที่ 4 ผลการศึกษา	28
ข้อมูลทั่วไป	28
รูปแบบและกลไกการจัดบริการอาชีวอนามัย	28
รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัย	29
การจัดบริการเชิงรับ	30
การจัดบริการเชิงรุก	36
ระบบข้อมูล	41
สรุปรูปแบบและกลไกการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน	43
ผลการจัดบริการเชิงรุกและเชิงรับ	47
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	49
ข้อจำกัดของงานวิจัย	51
ข้อเสนอแนะ	51
เอกสารอ้างอิง	52
ภาคผนวก	56
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	57
ภาคผนวก ข วาระการอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร ของโรงพยาบาล	62
ภาคผนวก ค (ตัวอย่าง)คณะทำงาน	64
ภาคผนวก ง ภาพประกอบ	72

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล	28
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานเชิงรับในกิจกรรมที่สำคัญก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการจัดบริการ	34
ตารางที่ 3 แสดงการจัดบริการอาชีวอนามัย (การจัดกิจกรรมเชิงรุก) ของโรงพยาบาลต่างๆ	37
ตารางที่ 4 รายละเอียดของระบบรายงานข้อมูล	41
ตารางที่ 5 รูปแบบการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลแยกรายอำเภอ	42
ตารางที่ 6 ข้อมูลการสำรวจกลุ่มอาชีพของแรงงานนอกระบบในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล	46
ตารางที่ 7 ข้อมูลการตรวจคัดกรองสารเคมีในเลือดกลุ่มเกษตรกรด้วยกระดาษทดสอบเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส	48
ตารางที่ 8 ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพจากการคัดกรองปี 2556-2557	48

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1	กลุ่มแรงงานนอกระบบแยกตามเพศ	43
แผนภูมิที่ 2	ข้อมูลกลุ่มอาชีพแรงงานนอกระบบ	44
แผนภูมิที่ 3	ข้อมูลการตรวจคัดกรองสารเคมีในเลือดกลุ่มเกษตรกร	45
แผนภูมิที่ 4	เปรียบเทียบร้อยละของรายงานข้อมูลผู้มารับบริการแยกรายโรงพยาบาล	52
แผนภูมิที่ 5	เปรียบเทียบร้อยละของรายงานข้อมูลผู้มารับบริการแยกรายปี	52
แผนภูมิที่ 6	เปรียบเทียบร้อยละของรายงานข้อมูลผู้มารับบริการแยกรายเดือน	53
แผนภูมิที่ 7	เปรียบเทียบร้อยละของผู้มารับบริการแยกตามเพศ	54
แผนภูมิที่ 8	เปรียบเทียบร้อยละของผู้มารับบริการแยกตามช่วงอายุ	55
แผนภูมิที่ 9	เปรียบเทียบร้อยละของผู้มารับบริการแยกตามกลุ่มอาชีพ	56
แผนภูมิที่ 10	เปรียบเทียบร้อยละของผู้มารับบริการแยกตามการเจ็บป่วยและการวินิจฉัยโรค	58
แผนภูมิที่ 11	เปรียบเทียบร้อยละของผู้มารับบริการแยกรหัสสาเหตุการเจ็บป่วยและการวินิจฉัยโรค	58

สารบัญรูปรภาพ

ภาพที่ 1-2	ภาพบัตรคำที่แนบกับ OPD card กรณีโรคจากประกอบชีพ และ สิ่งแวดล้อม	73
ภาพที่ 3-4	การอบรมพัฒนาศักยภาพทีมในการจัดบริการอาชีวอนามัย โรงพยาบาลห้วยผึ้ง	73
ภาพที่ 5	แบบฟอร์มการซักประวัติโรคจากการทำงาน โรงพยาบาลน้ำพอง	74
ภาพที่ 6	บัตร และตารางคำถามในการซักประวัติ ของโรงพยาบาลเขียงยืน	74

บทที่ 1

บทนำ

1. ความสำคัญของปัญหา

ในประเทศไทยมีกำลังแรงงานทั่วประเทศจำนวน 39.1 ล้านคน เป็นแรงงานนอกระบบ 25.1 ล้านคน (ร้อยละ 64.2) แรงงานในระบบ 14.0 ล้านคน สำหรับปัญหาด้านสุขภาพและความปลอดภัยของแรงงานนอกระบบ คือ อริยาบทในการทำงานไม่เหมาะสม (ร้อยละ 49.1) การทำงานในสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพร่างกายคือมีฝุ่น คิววัน กลิ่นและแสงสว่างไม่เพียงพอ (ร้อยละ 25.1 และร้อยละ 16.8 ตามลำดับ) ได้รับสารเคมีเป็นพิษร้อยละ 68.0⁽¹⁾ ส่วนปัญหาแรงงานในระบบ คือการประสบอันตรายและอุบัติเหตุจากการทำงานอยู่ที่ 12.57 ต่อ 1000 ราย ลักษณะการเกิดและประสบอันตรายเกิดจาก 4 อันดับแรกคือ วัตถุหรือสิ่งของตัด/บาด/ทิ่มแทง วัตถุหรือสิ่งของพังทลาย/หล่นทับ วัตถุหรือสิ่งของกระแทก/ชน วัตถุหรือสิ่งของหรือสารเคมีกระเด็น เข้าตา⁽²⁾ อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่สวดคล้องกับสภาพปัญหาและการเข้าถึงการรักษาของแรงงานแต่ละกลุ่ม

สถานการณ์ปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของแรงงาน มีความแตกต่างกันออกไปตามรูปแบบของการจ้างงานและนโยบายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้ในการทำงาน ตลอดจนการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศ รวมทั้ง ปัญหาของแรงงานในระบบที่พบคือ กิจการจ้างงานภาคอุตสาหกรรมที่เป็นสถานประกอบการขนาดกลางและขนาดเล็กยังไม่เห็นความสำคัญต่อการปฏิบัติตามกฎหมายความปลอดภัยในการทำงาน และลูกจ้างขาดความตระหนักถึงการป้องกัน ขาดความรู้ และการเข้าถึงข้อมูลความรู้ในเรื่องดังกล่าว และความต้องการในการจัดบริการอาชีวอนามัยเหล่านี้ล้วนเป็นประเด็นท้าทายสำหรับหลาย ๆ ประเทศในการจัดบริการอาชีวอนามัย ขณะเดียวกันข้อมูลการครอบคลุมการจัดบริการอาชีวอนามัยในประเทศต่าง ๆ โดยเฉลี่ยแล้วมีอยู่เพียง 10-15 % เท่านั้น⁽³⁾

การจัดบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการสาธารณสุขในประเทศไทย มีรูปแบบและแนวทางการดำเนินงานในหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับระดับของหน่วยบริการ เช่น ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปมีการจัดบริการผ่านกลุ่มอาชีพเวชกรรมของโรงพยาบาล โดยส่วนใหญ่ดำเนินการในรูปแบบของคลินิกโรคจากการทำงานทั้งนี้กิจกรรมที่ดำเนินงาน มีโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ชัดเจน ได้แก่ งานคลินิกอาชีพเวชกรรม งานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพวัยทำงาน งานอาชีพป้องกันและควบคุมโรค งานพิษวิทยา และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม งานอาชีวอนามัยความปลอดภัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม งานตรวจสุขภาพ ทั้งนี้การให้บริการอาจจะแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่⁽⁴⁻⁵⁾ ขณะที่การจัดบริการอาชีว

วอนามัยในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลส่วนใหญ่ประชากรกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มแรงงานนอกระบบจะมีรูปแบบการจัดบริการในรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามแนวคิดของ Primary Health Care service หรือการจัดบริการในรูปแบบคลินิกเกษตร ทั้งนี้ในปี 2557 ในเขต 7 และระดับประเทศ พบว่ามีการจัดบริการร้อยละ 21.00 และ 18.99 ตามลำดับ⁽⁶⁾ โดยจะผสมผสานกับงานส่งเสริมสุขภาพและงานป้องกันโรคอื่น ๆ โดยบุคคลากรสาธารณสุขที่อยู่ในรพสต. (โดยเฉลี่ยมีแห่งละ 5-7 คน) กิจกรรมที่ดำเนินการจะมีทั้งกิจกรรมเชิงรุก คือการสำรวจกลุ่มอาชีพ การประเมินความเสี่ยง การตรวจคัดกรองสุขภาพ การให้ความรู้ ขณะที่การจัดบริการเชิงรับคือการตรวจสุขภาพ การให้การรักษายา และการรายงานการเจ็บป่วย⁽⁷⁻⁸⁾

ในขณะที่ในระดับโรงพยาบาลชุมชนเองซึ่งมีพื้นที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพกลุ่มแรงงานทั้งในระบบและกลุ่มแรงงานนอกระบบ แต่ยังคงพบว่ารูปแบบการจัดบริการยังไม่ชัดเจน ทั้งอาจจะจากตัวยังไม่มีโครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน รวมทั้งมีกลุ่มงานและผู้เกี่ยวข้องหลายกลุ่มฝ่าย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะหน่วยงานสนับสนุนวิชาการแก่หน่วยบริการในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในระดับโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของกลุ่มวัยแรงงาน อันจะส่งผลให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดในการป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ

2 วัตถุประสงค์

2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อพัฒนารูปแบบจัดบริการอาชีวอนามัย ของโรงพยาบาลชุมชน

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. รูปแบบและกลไกการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการของโรงพยาบาลชุมชน
2. เพื่อศึกษากิจกรรมและผลการจัดบริการเชิงรุกและเชิงรับ

3 ขอบเขตการดำเนินงาน

1. การจัดบริการอาชีวอนามัยจะประกอบไปด้วย การให้บริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ การดำเนินงานที่สำคัญ ประกอบด้วย พัฒนาศักยภาพทีม บุคลากรในหน่วยบริการ ให้สามารถดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยได้ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพจากการทำงาน การเฝ้าระวังทางสุขภาพ การวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน

2. การพัฒนาระบบข้อมูลมีกรอบคิดที่สำคัญคือ การพัฒนาระบบการคัดกรองโรคจากการทำงาน การซักประวัติ การสร้างระบบการรายงานและเฝ้าระวังโรค การให้รหัส ICD 10 และพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารทางด้านอาชีวอนามัย สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข

4 นิยามศัพท์เฉพาะ

รูปแบบการจัดบริการ หมายถึงวิธีการในการดำเนินงานเพื่อให้มีการจัดบริการอาชีวอนามัย รวม ประเด็น คน เงิน สิ่งของ เช่น การจัดกำลังคน การมอบหมายผู้รับผิดชอบ การจัดสรรงบประมาณ การบริหารจัดการแผนงานโครงการ การวางแผนทางการดำเนินงาน เป็นต้น

การจัดบริการอาชีวอนามัย หมายถึง การจัดการเพื่อดูแลสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานทั้งนี้แบ่ง ออกเป็นสองประเภทคือการจัดการบริการเชิงรุก ได้แก่ การสำรวจข้อมูลเบื้องต้น การประเมินความ เสี่ยงอย่างง่าย การให้คำแนะนำ การจัดการความเสี่ยง การควบคุมความเสี่ยง การสอบสวนโรค เป็นต้น การจัดการบริการเชิงรับ การคัดกรองโรค การให้การรักษายาบาล ฟันฟูการคำปรึกษา การ เฝ้าระวังโรค การรายงานโรค เป็นต้น

5. พื้นที่เป้าหมาย

5.1 โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 3 แห่ง ในพื้นที่จังหวัด (ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์) ที่ สนใจเข้าร่วมกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มแรงงาน

5.2 บุคลากรสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัยจากสำนักงานสาธารณสุขระดับจังหวัด 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดกาฬสินธุ์

2. บุคลากรผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลทดลองจำนวน 3 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น, โรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด, โรงพยาบาลเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม และ โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ได้รูปแบบและกลไกการจัดบริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน ให้ครอบคลุมมิติอาชีวอนามัย ที่แรงงานสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มุ่งการส่งเสริม ป้องกันความเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพ ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

กรอบการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย การศึกษาการพัฒนา รูปแบบการการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความหมาย
2. สภาพปัญหาสุขภาพของแรงงานในประเทศไทย
3. รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัย
4. การจัดบริการอาชีวอนามัยของต่างประเทศ
5. การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัยสำหรับดูแลสุขภาพแรงงานในประเทศไทย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความหมาย

กลุ่มวัยแรงงานถือว่าเป็นกำลังสำคัญในการสร้างรายได้พัฒนาประเทศโดยประชากรกลุ่มวัยแรงงานปกติจะแบ่งออกเป็นหลัก ๆ 2 กลุ่มคือ

แรงงานในระบบ หมายถึง ผู้มีงานทำที่ได้รับความคุ้มครอง หรือหลักประกันทางสังคม จากการทำงาน ได้แก่ 1. ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ของ ราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค และ ราชการส่วนท้องถิ่น 2. ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ 3. ครูใหญ่หรือครูโรงเรียนเอกชน ตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน 4. ลูกจ้างของรัฐบาลต่างประเทศ หรือองค์การระหว่างประเทศ 5. ลูกจ้างที่ได้รับความคุ้มครองตาม กฎหมายแรงงาน 6. ผู้มีงานทำที่ประกันตนตาม พรบ. ประกันสังคม มาตรา 33, 39 และ 40

แรงงานนอกระบบ หมายถึง ผู้มีงานทำที่ ไม่ได้รับความคุ้มครอง หรือไม่มีหลักประกันทาง สังคม จากการทำงานเช่นเดียวกับแรงงานในระบบ มีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ให้นิยามของแรงงานนอกระบบ เช่น องค์การแรงงานระหว่างประเทศและ UNDP 1972 ได้ให้นิยามแรงงานนอกระบบว่า “เป็นกลุ่มที่ไม่มีโครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน ที่เกิดขึ้นในชุมชนเมืองอันเนื่องมาจากการที่ไม่สามารถเข้าสู่ในระบบได้” (to the non-structured sector that has emerged in the urban centres as a result of the incapacity of the modern sector to absorb new entrants) โดยส่วนใหญ่คนกลุ่มนี้จะทำงานรวมเป็นกลุ่มกันไม่เกิน 2-10 คน ,เป็นสมาชิกในครอบครัว มงานที่ทำงานมีความหลากหลายเช่น การค้าปลีกขนส่ง งานซ่อมและบำรุงรักษา ก่อสร้าง งานผู้รับใช้ในบ้าน เป็นต้น และคนกลุ่มนี้มักจะเข้าและออกจาก

จากงานง่ายและเร็วกว่าแรงงานในระบบและเป็นแรงงานที่ไม่มีทักษะ ไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการทำงาน^{(9) (10)}

ขณะที่ประเทศไทย กระทรวงแรงงานได้ให้คำนิยาม “แรงงานนอกระบบ” หมายถึง “ผู้มีงานทำที่ไม่ได้รับความคุ้มครองและไม่มีหลักประกันทางสังคมจากการทำงาน” โดยนิยาม “ผู้มีงานทำ” ว่าหมายถึง ผู้มีงานทำที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และนิยาม “ไม่ได้รับ ความคุ้มครองและไม่มีหลักประกันทางสังคมจากการทำงาน” ว่าหมายถึง ไม่ได้การคุ้มครองตามกฎหมาย ประกันสังคม และพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541⁽⁵⁾ ขณะที่สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ให้นิยามดังนี้ แรงงานนอกระบบ หมายถึง ผู้มีงานทำที่ไม่ได้รับความคุ้มครอง และไม่มีหลักประกันทางสังคมจากการทำงานเช่นเดียวกับแรงงานในระบบ⁽¹⁾ โดยรวมแล้ว แรงงานนอกระบบจึงหมายถึงกลุ่มอาชีพ กลุ่มเกษตรกร ผู้รับงานไปทำที่บ้าน กลุ่มหาบเร่แผงลอย กลุ่มทำงานในอุตสาหกรรมครัวเรือน ร้านตัดผมเสริมสวย เป็นต้น

ตามอนุสัญญาที่ 161 ขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ พ.ศ. 2528 (The 1985 ILO Occupational Health Services Convention No.161) ได้นิยาม “บริการอาชีวอนามัย” (occupational health services) ว่าเป็น “บริการที่เน้นการป้องกันโรค โดยเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างนายจ้าง ลูกจ้างและตัวแทนของทั้งสองฝ่าย ในการที่จะทำให้สภาพแวดล้อมในการทำงานมีความปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพ อันจะส่งผลให้ลูกจ้างสามารถทำงานได้อย่างมีสุขภาพดีทั้งทางกายและจิตใจ รวมทั้งมีการปรับงานให้เข้ากับสมรรถภาพและสมรรถนะในการทำงานทั้งทางกายและจิตใจของลูกจ้างอีกด้วย” ดังนั้น การจัดบริการอาชีวอนามัยจึงประกอบไปด้วยการปรับสภาพแวดล้อมการทำงาน การปรับลักษณะหรือสภาพการทำงาน และการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน เพื่อให้ลูกจ้างเกิดความปลอดภัย สุขภาพดี และมีสุขภาพะที่ดี โดยการจัดบริการนี้อาจจัดโดยบุคลากรด้านอาชีวอนามัยที่เป็นหน่วยงานภายในสถานประกอบการ หรือภายนอกสถานประกอบการ⁽¹¹⁾

อนึ่ง สำหรับประสบการณ์ของประเทศไทยนั้น หน่วยบริการภาครัฐสังกัดต่างๆและหน่วยบริการเอกชนได้ให้บริการรักษาพยาบาลลูกจ้าง โดยเป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาของกองทุนเงินทดแทนและ/หรือกองทุนประกันสังคม มาตั้งแต่พ.ศ.2517 และปีพ.ศ.2533 ตามลำดับ นอกจากการรักษาพยาบาลแล้ว หน่วยบริการหลายแห่งได้จัดบริการตรวจสุขภาพลูกจ้างตามที่กำหนดในมาตรา 107 พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน (พ.ศ.2541) ตั้งแต่ปี 2541 เป็นต้นมา ซึ่งการตรวจสุขภาพนี้เป็นกิจกรรมที่สำคัญของการป้องกันโรคจากการทำงาน เนื่องจากกฎหมายกำหนดให้มีการตรวจสุขภาพเมื่อเริ่มทำงานภายในเวลา 30 วัน ทำให้มีข้อมูลสุขภาพพื้นฐานสำหรับการดูแลสุขภาพในระยะยาว และกำหนดให้ตรวจสุขภาพเป็นระยะๆหลังจากเริ่มงาน ได้แก่ ตรวจประจำปี ตรวจเมื่อย้ายงาน ตรวจเมื่อเลิกทำงาน และตรวจก่อนเกษียณ ทำให้มีข้อมูลสุขภาพสำหรับการเฝ้าระวังโรคจากการทำงานอย่างต่อเนื่อง

2. สถานการณ์ปัญหาของแรงงานในประเทศไทย

ผลการสำรวจในประเทศไทยปี 2559 พบว่า ในจำนวนผู้มี งานทำทั้งสิ้น 38.3 ล้านคน เป็นผู้ทำงานที่ไม่ได้รับ ความคุ้มครอง หรือไม่มีหลักประกันทางสังคมจาก การทำงาน เรียกว่าแรงงานนอกระบบ 21.3 ล้านคน หรือร้อยละ 55.6 และที่เหลือเป็นแรงงานในระบบ 17.0 ล้านคน หรือร้อยละ 44.4 สำหรับแรงงาน นอกระบบเมื่อพิจารณาตามเพศ พบว่า เพศชาย มีจำนวนมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย คือ เพศชาย 11.7 ล้านคน หรือร้อยละ 54.9 และเพศหญิง 9.6 ล้านคน หรือร้อยละ 45.1 ของแรงงานนอกระบบทั้งหมด นอก จาก นั้น แรงงานนอกระบบที่ ำงานอยู่ ใน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุดร้อยละ 35.5 รองลงมาเป็นภาคกลางร้อยละ 22.6 ภาคเหนือร้อยละ 21.0 ภาคใต้ร้อยละ 13.9 และ กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 7.0 ตามลำดับ ⁽¹⁾

สถานการณ์แรงงาน ปี 2560 พบว่าประชากรวัยทำงานทุก ๆ 100 คน เป็นกำลังแรงงานรวม 68 - 69 คน จำแนกเป็นผู้มีงานทำ 66 - 67 คน และเป็นผู้ว่างงาน 1 - 2 คน ในจำนวนผู้มีงานทำเป็นแรงงานในระบบประกันสังคม (ผู้ประกันตน มาตรา 33) 19 - 20 คน ทั้งนี้มีผู้ทำงานไม่เต็มเวลา (Part-time Worker) คือ ทำงานต่ำกว่า 35 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ (ส่วนใหญ่เป็นงานภาคบริการ) 16 - 17 คน และเป็นผู้ทำงานต่ำระดับด้านเวลาทำงาน (Timerelated underemployment) คือ มีชั่วโมงการทำงานน้อยกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์และต้องการทำงาน 0 - 1 คน ส่วนที่เหลือที่ไม่อยู่ในกำลังแรงงานอีก 31 - 32 คน ซึ่งเป็นผู้ทำงานบ้าน เรียนหนังสือ เด็ก คนชรา และคน ที่ไม่สามารถทำงานได้และอื่น ๆ อีกทั้งในจำนวนผู้มีงานทำทุก 100 คน เป็นแรงงานต่างด้าว 8 - 9 คน ⁽¹²⁾

2 สภาพปัญหาสุขภาพของแรงงานในประเทศไทยจะขอแบ่งออกเป็นสองกลุ่มดังนี้

2.1 แรงงานในระบบ

สภาพแวดล้อมและสภาพการทำงานที่มีความปลอดภัย มีอัตราการไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ความปลอดภัยในการทำงาน อยู่ที่ร้อยละ 8.19 เพิ่มขึ้นจากปีที่แล้วซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 6.44 ซึ่งสถานประกอบการที่มีอัตรา การไม่ปฏิบัติตามกฎหมายความปลอดภัยในการทำงาน สูงที่สุด 5 อันดับแรก คือ (1) สถานประกอบการ ขนาด 500 - 999 คน (2) ขนาด 1,000 คนขึ้นไป (3) ขนาด 100 - 299 คน (4) ขนาด 50 - 99 คน และ (5) ขนาด 300 - 499 คน ตามลำดับ อุตสาหกรรมที่มีอัตราการไม่ปฏิบัติตามกฎหมายความปลอดภัย ในการทำงานสูงสุด 5 อันดับ คือ (1) ด้านสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ (2) การผลิต (3) การก่อสร้าง (4) การขนส่ง สถานที่เก็บสินค้าและการคมนาคม และ (5) การศึกษาตามลำดับ ส่วนอัตราการประสบอันตรายและเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานต่อลูกจ้าง 1,000 ราย อยู่ที่ 7.96 ลดลง จากปีที่ผ่าน มาที่ร้อยละ 8.51 อัตราการประสบอันตรายและเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานกรณีหยุดงานไม่เกิน 3 วันต่อ

ลูกจ้าง 1,000 ราย อยู่ที่ 5.41 ลดลงจากปีที่ผ่านมาที่ร้อยละ 5.78 และอัตราการประสบอันตรายและเจ็บป่วยต่อเนื่องจากการทำงานกรณีร้ายแรงต่อลูกจ้าง 1,000 ราย (ประกอบด้วย กรณีหยุดงานเกิน 3 วัน สูญเสียอวัยวะบางส่วน ทุพพลภาพ และตาย) อยู่ที่ร้อยละ 2.55 ลดลงจากปีที่ผ่านมาที่ร้อยละ 2.74 ⁽¹²⁾

และจากการสำรวจสภาวะสุขภาพทั่วไปของกลุ่มแรงงานในปี 2552 พบว่า โรค/อาการที่แรงงานป่วยหรือไม่สบายสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 32.5) ปวดหลัง/ปวดกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 20.7) และความเครียด/นอนไม่หลับ/ปวดหัว (ร้อยละ 18.9) ขณะที่โรค/อาการลำดับรองลงมาของชายและ หญิงแตกต่างกัน คือแรงงานชายจะมีโรค/อาการปวดหลัง/ปวดกล้ามเนื้อ ขณะที่ แรงงานหญิงเจ็บป่วยด้วย โรค/อาการความเครียด/นอนไม่หลับ/ปวดหัว ส่วนใหญ่แรงงานในเกือบทุกภาคป่วยหรือไม่สบายด้วย โรคระบบทางเดินหายใจ ยกเว้นภาคกลางที่แรงงานป่วยด้วยโรค/อาการเครียด/นอนไม่หลับ/ปวดหัว เกือบครึ่งของแรงงานในกรุงเทพมหานครป่วยด้วยโรค ระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 45.9) รองลงมาคือภาคภาคเหนือ (ร้อยละ 39.0) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 30.6) และต่ำสุดคือภาคใต้ (ร้อยละ 30.1) ด้านการบาดเจ็บ แรงงานไทยมีการบาดเจ็บเนื่องจากอุบัติเหตุหรือถูกทำร้ายร่างกายเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 2.3) กว่า 1 ใน 4 ของการบาดเจ็บเนื่องมาจากอุบัติเหตุจากยานพาหนะโดยเฉพาะจากรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 27.1) รองลงมาจากการเล่นตกหล่น (ร้อยละ 20.0) ด้าน โรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว กว่า 1 ใน 10 ของแรงงานมีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว (ร้อยละ 11.4) ซึ่งแรงงานหญิงมีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัวสูงกว่าชายค่อนข้างมาก (ร้อยละ 14.2 และร้อยละ 9.0 ตามลำดับ) ⁽¹³⁾

และข้อมูลจากสำนักงานกองทุนเงินทดแทน พบว่า อัตราการประสบ อันตรายต่อลูกจ้าง 1,000 ราย ในปี 2559 แบ่งเป็น 2 กรณี ได้แก่ 1) กรณีร้ายแรง พบว่าอัตราการประสบอันตราย ต่อลูกจ้าง 1,000 ราย เท่ากับ 3.04 ลดลงจากปี 2558 ร้อยละ 4.70 และ 2) รวมทุกกรณีความรุนแรง พบว่า อัตราการประสบอันตรายต่อลูกจ้าง 1,000 ราย เท่ากับ 9.47 ลดลงจากปี 2558 ร้อยละ 7.61 (รายละเอียดตามแผนภูมิแสดงอัตราประสบอันตรายต่อลูกจ้าง 1,000 ราย ปี 2555-2559) ⁽¹⁴⁾

2.2 แรงงานนอกระบบ ⁽¹⁵⁾

1. แรงงานนอกระบบยังไม่เป็นที่รับรู้ของสังคม (Invisible) เนื่องจากสังคมไทย ขาดระบบข้อมูลของแรงงานนอกระบบ ทำให้แรงงานเหล่านี้เข้าข่าย “ไม่มีตัวตน” ส่งผลให้ แรงงานเหล่านี้มีเงื่อนไขการทำงานที่ไม่เป็นธรรม มีรายได้ไม่แน่นอน ขาดการคุ้มครอง ทั้งทางด้านแรงงานและหลักประกันทางสังคม ต้องเผชิญความเสี่ยงในทางเศรษฐกิจและสังคม ที่รุนแรงและบ่อยครั้งกว่าแรงงานในระบบ ในขณะที่มีความสามารถในการจัดการความเสี่ยง น้อยที่สุด

2. ไม่ได้รับการคุ้มครองจากกฎหมายคุ้มครองแรงงาน เนื่องจากกฎหมาย สำคัญ ๆ ด้านแรงงาน คือ กฎหมายคุ้มครองแรงงาน กฎหมายเงินทดแทน กฎหมายประกันสังคม กฎหมายความปลอดภัยในสถานประกอบการ กฎหมายแรงงานสัมพันธ์และกฎหมายฉบับอื่น ๆ ที่มีอยู่ล้วนแต่ครอบคลุมเฉพาะแรงงานในระบบ แรงงานนอกระบบจึงไม่ได้รับการคุ้มครอง จากกฎหมายเหล่านี้แม้ในปี 2547 กระทรวงแรงงานได้ออกกฎกระทรวงว่าด้วย การคุ้มครองแรงงานในงานรับไปทำที่บ้าน แต่ก็ยังไม่ให้ความ

คุ้มครองในหลักการที่สำคัญ อีกหลายประการ โดยเฉพาะค่าตอบแทนที่เป็นธรรม สำคัญที่กฎกระทรวงให้การคุ้มครอง ก็คือเรื่องสุขภาพความปลอดภัย แต่ก็ยังคงมีปัญหาในเรื่องกลไก มาตรการ การปฏิบัติและการ บังคับใช้กฎหมายอยู่มาก

3. ค่าตอบแทนไม่เป็นธรรมและรายได้ไม่แน่นอน แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ ไม่ได้รับค่าแรงขั้นต่ำ และมีรายได้ไม่แน่นอน แม้จะทำงานในลักษณะและมีคุณค่าเดียวกัน กับที่ผลิตอยู่ในโรงงานก็ตาม เนื่องเพราะแรงงานเหล่านี้ไม่ได้รับการคุ้มครองจากกฎหมาย คุ้มครองแรงงาน และขาดการรวมกลุ่มเพื่อต่อรอง ค่าแรงของตน

4. งานไม่ต่อเนื่อง ไม่สม่ำเสมอ ขึ้นอยู่กับภาวะการขาย การตลาดของ สินค้า หรือสถานการณ์ของสังคม ทำให้ไม่มีความมั่นคงในการทำงาน ไม่สามารถวางแผน การผลิตและแผนการทำงานได้

5. เข้าไม่ถึงประกันสังคม เนื่องจาก พ.ร.บ.ประกันสังคมฉบับปัจจุบันยกเว้น การคุ้มครองแรงงานนอกระบบ ทำให้ผู้ทำการผลิตขาดหลักประกันที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ที่ผู้ใช้แรงงานในระบบได้รับ ไม่ว่าจะ เป็น กรณีการเจ็บป่วย ทูพพลภาพ ตาย คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน

6. เข้าไม่ถึงทรัพยากรและการสนับสนุนจากรัฐ จึงเป็นเหตุให้ขาดโอกาสใน การพัฒนาทักษะฝีมือ การใช้กองทุนหมุนเวียน รวมทั้งการได้รับบริการด้านสาธารณสุข ที่เหมาะสม

7. ไม่มีองค์กร ไม่มีตัวแทน ไม่มีอำนาจต่อรอง ลักษณะการทำงานของแรงงาน นอกระบบ มักจะกระจัดกระจายอยู่ทั่วไปจึงขาดการรวมกลุ่ม หรือแม้จะมีการรวมกลุ่มก็เป็น กลุ่มขนาดเล็ก ประกอบกับการไม่เข้าใจในเรื่องสิทธิของตนเองในฐานะแรงงาน จึงไม่มีอำนาจ ในการต่อรองทั้งกับนายจ้าง หรือหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง 8. มีปัญหาสุขภาพและสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจ เรื่องอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน รวมทั้งมีความเสี่ยงจาก สภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย จึงทำให้แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ต้องเผชิญ กับปัญหาด้านสุขภาพ และความเสี่ยงจากอุบัติเหตุในการทำงาน

ผลจากการสำรวจแรงงานนอกระบบต่อปัญหา ต่าง ๆ จากการทำงานเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา พบว่า ปัญหาของแรงงานนอกระบบ จากผลการสำรวจแรงงานนอกระบบต่อปัญหา ต่าง ๆ จากการทำงานเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ใช้ เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา พบว่า ปัญหาจาก การทำงานที่แรงงานนอกระบบต้องการให้ภาครัฐ ช่วยเหลือมากที่สุด คือ ปัญหาการเกี่ยวกับค่าตอบแทน ร้อยละ 52.8 รองลงมาเป็นการทำงานหนักร้อยละ 17.1 และงานที่ไม่ได้รับการจ้างอย่างต่อเนือง ร้อยละ 16.6 ที่เหลือเป็นอื่น ๆ เช่น ไม่มีสวัสดิการ ไม่มี วันหยุด ทำงานไม่ตรงเวลาปกติ ชั่วโมงทำงานมาก เกินไป และลาพักผ่อนไม่ได้ เป็นต้น สำหรับปัญหาจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน ที่แรงงานนอกระบบประสบมากที่สุด คือ อิริยาบถใน การทำงาน (ไม่ค่อยได้เปลี่ยนลักษณะท่าทางในการ ทำงาน) ร้อยละ 46.8 มีฝุ่น คิวิน กลิ่นร้อยละ 23.8 และมีแสงสว่างไม่เพียงพอร้อยละ 13.9 ปัญหาจากความไม่ปลอดภัยในการทำงาน ส่วนใหญ่ ได้รับสารเคมีเป็นพิษร้อยละ 60.6 เครื่องจักร เครื่องมือ ที่เป็นอันตรายร้อยละ 22.1 และได้รับ อันตรายต่อระบบหู / ระบบตาร้อยละ 4.6 นอกจากนี้พบว่า แรงงานนอก

ระบบ ได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน สำหรับการได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงานของแรงงานนอกระบบในปี 2559 มีจำนวน 3.3 ล้านคน โดยลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุหรือ บาดเจ็บเกิดจากการถูกของมีคมบาดมากที่สุดร้อยละ 65.0 รองลงมาเป็น พลัดตกหกล้มร้อยละ 17.9 การชนและกระแทกโดยวัสดุร้อยละ 6.2 ไฟไหม้หรือน้ำร้อนลวก ร้อยละ 6.1 อุบัติเหตุจากยานพาหนะร้อยละ 2.5 ได้รับสารเคมีเป็นพิษร้อยละ 1.7 และไฟฟ้าช็อต ร้อยละ 0.4 ⁽¹⁾

3. รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัย

3.1 รูปแบบของบริการอาชีวอนามัย (Models of occupational health service) ⁽¹⁶⁾

การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงาน มีหลายรูปแบบ แต่ที่ผ่านมานี้จะเน้นที่การจัดสำหรับแรงงานในสถานประกอบการ ซึ่งทั้งหมดมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีคนทำงานมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจทำงานในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ปราศจากโรคและอุบัติเหตุจากงาน ทำงานอย่างมีความสุข ทำให้ได้ผลผลิตที่ดี และ เนื่องจากสถานประกอบการมีหลายขนาด และหลายประเภท จึงมีรูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยต่างกัน มีทั้งการมีหน่วยบริการอาชีวเวชกรรมภายในสถานประกอบการเอง ซึ่งทำหน้าที่ด้านอาชีวอนามัยทั้งหมดหรือเป็นเพียงแคหน่วยพยาบาลภายในสถานประกอบการซึ่งทำหน้าที่เพียงแค่การให้บริการพื้นฐานเช่นการรักษาโรคพื้นฐานเท่านั้น

3.1.1 รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยแบบภายในสถานประกอบการ (In-plant (in-company) model)

สถานประกอบการหรือองค์กรขนาดใหญ่จะมีจัดหน่วยบริการอาชีวเวชกรรมภายในเองซึ่งให้บริการอาชีวอนามัยครบถ้วนรวมทั้งการทำวิจัย นอกจากนี้ยังให้บริการอื่นนอกเหนือจากเรื่องอาชีวอนามัยแก่คนงานและครอบครัวอีกด้วย หน่วยบริการอาชีวเวชกรรมนี้จะมีเจ้าหน้าที่จากหลายวิชาชีพซึ่งไม่ใช่เพียงแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ (occupational physician) และพยาบาลอาชีวอนามัย (occupational health nurse) แต่จะมีนักอาชีวสุขศาสตร์ (occupational hygienist) นักการยศาสตร์(ergonomist) นักพิษวิทยา (toxicologist) นักอาชีพบำบัด (occupational therapist) พนักงานห้องปฏิบัติการ (laboratory technician) และเอ็กซเรย์ (x-ray technician) และอาจมีนักกายภาพบำบัด (physiotherapist) นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการด้านสุขศึกษา ผู้ให้คำปรึกษา (counselor) และนักจิตวิทยาอุตสาหกรรม สำหรับบริการด้านอาชีวสุขศาสตร์(occupational hygiene service) และด้านความปลอดภัย(safety service) อาจดำเนินงานโดยหน่วยงานบริการอาชีวเวชกรรมนี้ หรือเป็นหน่วยงานแยกต่างหากแต่มีการติดต่อร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดได้ในสถานประกอบการอาจมีหน่วยงานภายในโรงงานที่มีพยาบาลอาชีวอนามัยหนึ่งคนหรือมากกว่า และมีแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ที่มาเป็นเวลาซึ่งมาประจำครั้งละสองถึงสามชั่วโมงตามกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดบริการในสถานประกอบการ พ.ศ. 2538 โดยแพทย์จะเข้าไปหน่วยงานสองถึงสามครั้งต่อสัปดาห์หรือเป็นแพทย์ที่อยู่เวรรับปรึกษา ซึ่งจะเข้ามาในหน่วยงานก็ต่อเมื่อมีการเรียกตัว และจะเขียนคำสั่งการรักษา (standing orders) ไว้ โดยมอบอำนาจให้พยาบาลทำการรักษาแทนในขอบเขตที่พยาบาลสามารถทำ

ได้ จะเห็นว่าวิธีนี้จะเน้นเรื่องการรักษาโรคเป็นหลัก และถ้าแพทย์ที่มาเป็นครั้งคราวไม่ใช่แพทย์อาชีพเวชศาสตร์จะทำให้ไม่เกิดความสัมพันธ์ระหว่างบริการอาชีวอนามัยและสถานประกอบการได้

เนื่องจากมีสาเหตุหลายอย่างทำให้บุคลากรด้านอาชีวอนามัยถูกแยกจากสถานประกอบการ จึงไม่ทราบถึงสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ดังนั้นบทบาทหน้าที่ของบริการอาชีวอนามัยจึงเหลือแค่การให้การปฐมพยาบาล และการรักษาการบาดเจ็บและโรคจากการทำงาน รวมทั้งการตรวจร่างกายเท่านั้น แพทย์ที่มาเป็นเวลาและอยู่เวรรับปรึกษาจึง ไม่มีความรู้เกี่ยวกับรายละเอียดของงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน หรือไม่มีการติดต่อกับฝ่ายบุคคล และคณะกรรมการความปลอดภัย ทำให้ไม่มีส่วนในการจัดทำหรือให้คำแนะนำในการทำมาตรการการป้องกันสิ่งคุกคามภายในสถานประกอบการได้

3.1.2 รูปแบบกลุ่มหรือการร่วมมือกันระหว่างสถานประกอบการ (Group or inter-enterprise model)

เกิดขึ้นโดยความร่วมมือระหว่างสถานประกอบการในการจัดทำหน่วยบริการอาชีวเวชกรรมซึ่งตั้งอยู่นอกสถานประกอบการ และให้บริการอาชีวอนามัยแก่สถานประกอบการเหล่านี้ ซึ่งทำให้สถานประกอบการขนาดเล็กมีโอกาสที่จะได้รับการจัดบริการอาชีวอนามัยที่สมบูรณ์ ข้อเสียของการให้บริการอาชีวอนามัยชนิดนี้เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบของการจัดหน่วยบริการภายในสถานประกอบการได้แก่ ระยะทางระหว่างสถานประกอบการและหน่วยบริการอาชีวเวชกรรมซึ่งเป็นเรื่องสำคัญเนื่องจากเมื่อมีกรณีฉุกเฉินหรือมีอุบัติเหตุร้ายแรง จะทำให้ไม่สามารถมาทันเวลาได้ นอกจากนี้ยังมีเวลาที่คนงานต้องเสียไปในการเดินทางมาที่หน่วยบริการในเวลาทำงานปัญหาอื่นคือเมื่อสถานประกอบการที่ร่วมทุนด้วยเกิดหมดเงิน ทำให้ไม่มีเงินพอที่จะจ้างหน่วยบริการอาชีวเวชกรรมนี้ และเกิดการเลิกจ้างหน่วยบริการนี้ไป

3.1.3 รูปแบบการให้บริการตามประเภทอุตสาหกรรม (Industry-oriented (branch-specific) model)

รูปแบบนี้เกิดจากการที่สถานประกอบการประเภทเดียวกันเช่น งานก่อสร้าง อิเล็กทรอนิกส์ อาหารว่าจ้างหน่วยบริการอาชีวเวชกรรมเพื่อให้บริการกลุ่มเฉพาะของตน รูปแบบนี้ได้เปรียบรูปแบบกลุ่มหรือการร่วมมือกันระหว่างสถานประกอบการ ตรงที่ว่าสถานประกอบการที่ว่าจ้างบริการอาชีวอนามัยตามรูปแบบการให้บริการตามประเภทอุตสาหกรรม เป็นอุตสาหกรรมประเภทเดียวกัน ทำให้หน่วยบริการอาชีวเวชกรรมนั้นมีความเชี่ยวชาญและสามารถค้นหาปัญหาได้ง่าย

3.1.4 รูปแบบคลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล (Hospital outpatient clinics)

บางโรงพยาบาลจะมีคลินิกอาชีวเวชศาสตร์หรือคลินิกอาชีวเวชศาสตร์หรือคลินิกอาชีวเวชกรรมในการดำเนินงานอาชีวอนามัย เกี่ยวกับโรคจากการทำงาน หรือ อการส่งเสริมสุขภาพพนักงาน ซึ่งต้องอาศัยการประชาสัมพันธ์ หรือ การส่งต่อจากแพทย์ภายในโรงพยาบาล หรือ จากตัวคนทำงานเอง ตามปกติคลินิกผู้ป่วยนอกและห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลจะให้บริการต่อคนงานที่บาดเจ็บหรือป่วยอยู่แล้ว ซึ่งจะมี

ข้อเสียเปรียบที่สำคัญคือการขาดความคุ้นเคยกับโรคจากการการทำงาน ในกรณีเช่นนี้ คลินิกอาชีพเวชศาสตร์หรือคลินิกอาชีพเวชศาสตร์หรือคลินิกอาชีพเวชกรรมสามารถเตรียมการสำหรับโรงพยาบาลใกล้เคียงเพื่อให้บริการเกี่ยวกับโรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน โดยปิดช่องว่างนี้ ให้ความร่วมมือกันดูแล และให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเกี่ยวกับชนิดของโรคที่ผู้ป่วยเป็นมาจากการการทำงาน ซึ่งอาจมีการส่งต่อไปที่โรงพยาบาล ที่สำคัญคือขณะนี้ภายในโรงพยาบาลเองได้มีการจัดตั้งคลินิกอาชีพเวชกรรมและจัดทำบริการอาชีวอนามัยโดยมีแพทย์อาชีพเวชศาสตร์และพยาบาลอาชีวอนามัยประจำ รวมทั้งมีการนำปัญหาที่พบมาทำเป็นงานวิจัยเพื่อแก้ไขต่อไปด้วย

3.1.5 รูปแบบศูนย์บริการสุขภาพเอกชน (Private health centers)

รูปแบบศูนย์บริการสุขภาพเอกชนเป็นหน่วยที่ดำเนินงานโดยกลุ่มของแพทย์ (อาจดำเนินงานโดยมีผู้ลงทุนและจ้างแพทย์ก็ได้) เพื่อให้บริการแบบผู้ป่วยนอกหรือเป็นส่วนหนึ่งของศูนย์บริการสุขภาพของโรงพยาบาล ศูนย์ขนาดใหญ่ส่วนมากจะมีแพทย์หลายสาขาและบุคลากรทางการแพทย์หลายประเภท โดยมีบริการอาชีพเวชศาสตร์และฟื้นฟูสุขภาพรวมอยู่ด้วย ศูนย์ขนาดเล็กอาจมีแค่บริการทางการแพทย์เท่านั้น เช่นเดียวกับการให้บริการในรูปแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลซึ่งจะมีปัญหาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการทำให้การเข้าถึงนายจ้างและคนงาน ไม่ค่อยดีนักและไม่สามารถสร้างมาตรการในการป้องกันได้ โดยในบางประเทศรูปแบบศูนย์บริการสุขภาพเอกชนนี้ ถูกวิจารณ์ว่าทำงานด้านการรักษาทางคลินิกมากเกินไป ซึ่งจะพบในศูนย์บริการทางการแพทย์ขนาดเล็กซึ่งให้บริการโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมากกว่าที่ให้บริการโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่มีประสบการณ์ด้านอาชีวอนามัย

3.1.6 รูปแบบหน่วยบริการสุขภาพพื้นฐาน (Primary health care units)

หน่วยบริการสุขภาพพื้นฐานเป็นการจัดบริการโดยชุมชนได้แก่สถานอนามัย หน่วยบริการพื้นฐาน (Primary care unit - PCU) หรือ โรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งให้บริการทั้งด้านการป้องกันและการดูแลสุขภาพพื้นฐาน รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่องค์การอนามัยโลกสนับสนุนอย่างเต็มที่เพื่อให้บริการแก่สถานประกอบการขนาดเล็ก โดยเฉพาะที่อยู่ในภาคเกษตรกรรม แรงงานนอกระบบ และการจ้างงานตนเอง เนื่องจากแพทย์และพยาบาลขาดความเชี่ยวชาญหรือขาดประสบการณ์ในเรื่องอาชีพเวชศาสตร์หรืออาชีวอนามัยดังนั้นความสำเร็จของรูปแบบนี้จึงขึ้นกับการฝึกอบรมเรื่องอาชีพเวชศาสตร์หรืออาชีวอนามัยให้บุคลากรเหล่านี้ ข้อได้เปรียบของรูปแบบนี้คือความครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ ในชุมชนที่ชาวบ้านรับงานมาทำที่บ้านหรือมีกิจการในบ้าน ข้อดีคือการที่เน้นบริการให้การดูแลสุขภาพทั่วไปและการรักษาเหตุฉุกเฉิน ซึ่งการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมในการทำงานและการทำมาตรการป้องกันในสถานที่ทำงานนั้นมีขีดจำกัด เนื่องจากการขาดบุคลากร และไม่ได้ทำหน้าที่ด้านบริการอาชีวอนามัยเพียงอย่างเดียว ในประเทศฟินแลนด์ หน่วยให้บริการสุขภาพพื้นฐานเหล่านี้ได้ทำการว่าจ้างผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัยมาช่วยทำบริการอาชีวอนามัยต่างหาก ซึ่งได้ผลดียิ่ง

3.1.7 รูปแบบประกันสังคม (Social security model)

เป็นการให้บริการอาชีวอนามัยในระดับประเทศ โดยการใช้ประกันสังคมทำให้นายจ้าง และคนงานเกิดความตระหนักและรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพด้วยตนเอง สำหรับรูปแบบกองทุนเงินทดแทนนั้นทำให้นายจ้างต้องรับผิดชอบเรื่องเงินค่าทดแทนสำหรับอุบัติเหตุและโรคจากการทำงานให้แก่คนงานของตน อย่างไรก็ตามรูปแบบประกันสังคมส่วนใหญ่โดยเฉพาะของประเทศไทยยังเน้นรูปแบบการรักษาโรค ทั้งจากการทำงานและโรคทั่วไป แต่เนื่องจากค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สูงขึ้น ทั้งจากผู้ใช้ในการประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน จึงมีการควบคุมค่าใช้จ่าย โดยเน้นเรื่องการป้องกันโรคและอุบัติเหตุทั่วไป และโรคจากการทำงานมากขึ้น

การเลือกรูปแบบในการให้บริการอาชีวอนามัย

การตัดสินใจเบื้องต้นว่าจะให้บริการอาชีวอนามัยหรือไม่ขึ้นกับกฎหมาย การตกลงกับสหภาพแรงงาน หรือคนงาน และความสนใจของนายจ้างต่อสุขภาพและความปลอดภัยของคนงานของเขา ขณะที่ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติเนื่องจากเห็นความสำคัญด้วยตนเอง แต่ก็มีบางส่วนมีการปฏิบัติเพราะถูกบังคับเนื่องจากต้องการลดค่าใช้จ่ายในการให้ทดแทนคนงานที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากงาน ความต้องการลดการขาดงานและการพิการของคนงาน ลดการลาออกก่อนเวลาโดยเหตุผลทางสุขภาพ ฯลฯ สำหรับรูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัยบางครั้งถูกกำกับโดยกฎหมายหรือระเบียบซึ่งใช้ในโรงงานบางประเภท ส่วนใหญ่ในการเลือกรูปแบบขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างเช่นขนาดและลักษณะของแรงงาน ชนิดของงานและสิ่งคุกคามในที่ทำงาน ที่ตั้งของที่ทำงาน ชนิดและคุณภาพของบริการสุขภาพที่มีในชุมชน และที่สำคัญที่สุดนายจ้างหรือผู้บริหารจะต้องเห็นความสำคัญของบริการอาชีวอนามัยและให้การสนับสนุนด้านเงินทุน บางครั้งอาจเริ่มด้วยหน่วยงานขนาดเล็กภายในก่อนและมีการขยายงานเมื่อเห็นผลงาน และได้รับการยอมรับจากคนงาน ปัจจุบันมีการวิจัยที่เปรียบเทียบผลดีหรือผลเสียของรูปแบบต่างๆของการให้บริการอาชีวอนามัยไม่มากนัก

4. การจัดการปัญหาแรงงานนอกระบบของต่างประเทศ

การจัดบริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐาน (Basic Occupational Health Services (BOHS)) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้บริการด้านอาชีวอนามัยให้กับแรงงานทุกคน ที่รวมทั้งเศรษฐกิจในและนอกระบบ การจ้างงาน หรือการจ้างงานทุกประเภท ภายใต้หลักการการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานของประชาชน การจัดบริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ขั้นเริ่มต้น ขั้นจัดบริการพื้นฐาน ขั้นจัดบริการตามมาตรฐานสากล และขั้นการจัดบริการแบบครอบคลุมและเบ็ดเสร็จ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

การจัดการปัญหาแรงงานนอกระบบของต่างประเทศ⁽¹⁹⁾ ประเทศต่างๆ ทั่วโลกได้มีความพยายามในการจัดการแรงงานนอกระบบโดยมี แนวคิดในการจัดการอย่างหลากหลายรูปแบบ โดยบรรดาประเทศในยุโรป เช่น ประเทศ ไชล์แลนด์นอร์เวย์สวีเดน ฟินแลนด์และเดนมาร์ก เป็นต้น ได้ถือเอา

“ระบบรัฐสวัสดิการ เป็นระบบสร้างหลักประกันสิทธิพื้นฐานในการดำเนินชีวิตของประชากรอย่างแพร่หลายมากที่สุด โดยแต่ละประเทศมีการจัดการที่แตกต่างกัน โดยมีการจำแนกรูปแบบรัฐสวัสดิการที่ดำเนินการใน ยุโรปได้ 4 รูปแบบ ได้แก่

1. รูปแบบรัฐสวัสดิการแบบนอร์ดิก (the Nordic Model) หรือบางที ก็เรียกว่า Scandinavian Model หรือ Social Democratic Model หรือ Institutional Model ซึ่งประโยชน์ทดแทนทางสังคมที่ให้กับประชาชนทุกคนในประเทศเหมือนกันหมดและ ทั่วถึงทุกคน

2. รูปแบบรัฐสวัสดิการแบบเบเวริดจ์ (the Beveridge Model) ซึ่งเป็น ชื่อของผู้ริเริ่มการประกันสังคมในอังกฤษ รูปแบบนี้ให้ประโยชน์ทดแทนทางสังคม เฉพาะแก่ ผู้ที่มีความต้องการจำเป็นที่ลำบากมากเท่านั้น ไม่ได้ให้ทุกคนเท่ากันหมดอย่างรูปแบบแรก รูปแบบนี้บางทีก็เรียกว่า the Anglo-Saxon Model หรือ the Liberal Model หรือ the Residual Welfare Model

3. รูปแบบรัฐสวัสดิการแบบบิสมาร์ก (the Bismarck Model) ซึ่งเป็นชื่อของ นายกรัฐมนตรีเยอรมัน (German Chancellor) ที่เริ่มให้มีกฎหมายการประกันสังคม ฉบับ แรกๆ รูปแบบนี้ประโยชน์ทดแทนทางสังคมให้เฉพาะผู้ที่เข้าสู่ในตลาดแรงงาน รูปแบบนี้บางที เรียกว่า the Central European Model หรือ the Conservative Model หรือ Achievement Oriented Model

4. รูปแบบรัฐสวัสดิการแบบการให้การอุดหนุน (the Subsidiarity Model) ซึ่งบางทีเรียกว่า the Southern European Model หรือ the Catholic Model เป็นรูปแบบ สวัสดิการที่ถือว่า ความรับผิดชอบทางสังคมต้องอยู่ที่ครอบครัว หรืออยู่ในหน่วยที่ใกล้ชิดกับ ครอบครัวให้มากที่สุดเท่าที่จะกระทำได้ แต่ในบางประเทศใช้ “ระบบการประกันสังคม” ในการเข้าไปดูแลและให้ความ ค้ำครองแรงงานนอกระบบ เช่น ประเทศโปรตุเกส ประเทศอังกฤษ สาธารณรัฐเกาหลีและ ฟิลิปปินส์ เป็นต้น โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. การประกันสังคมของประเทศโปรตุเกส ระบบประกันสังคมของประเทศ โปรตุเกส มีลักษณะเป็นโครงข่ายความคุ้มครองทางสังคม (Social Safety Net) ซึ่งจะรองรับและ ให้ความคุ้มครองแก่ พลเมืองของประเทศ ผู้ที่พำนักในประเทศและผู้ที่ไม่ได้รับความคุ้มครอง จากโครงการใด ๆ เลย และพลเมืองของประเทศยุโรปที่เข้ามาทำงานในประเทศโปรตุเกส โดยมี ทั้งระบบที่เป็นการเรียกเก็บเงินสมทบ และแบบไม่เรียกเก็บเงินสมทบ

2. การประกันสังคมของประเทศอังกฤษ ประเทศอังกฤษเป็นประเทศที่มี ความเป็นเอกภาพของระบบประกันสังคมและการสังคมสงเคราะห์ในการสร้างความมั่นคงทาง สังคมที่รัฐต้องรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของประชาชน ดังนั้นการดูแลสุขภาพของประชาชน ทุกคนเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยลดค่าใช้จ่ายของ

กองทุนในระยะยาว และด้วยระบบที่เป็นเอกภาพ ดังกล่าว รัฐจึงไม่จำเป็นต้องจัดโครงสร้างองค์กรให้ยุ่งยาก เพียงกระจายงานเก็บเงินสมทบและ จ่ายประโยชน์ทดแทนออกจากกัน ในรูปของ Agency ซึ่งเป็นหน่วยงานตัวแทนซึ่งมีความ คล่องตัวและเป็นอิสระในการบริการงานระดับหนึ่ง เพื่อให้เกิดการพัฒนาบริการแก่ประชาชนให้ รวดเร็วเป็นหลัก แนวทางการประกันสังคมของประเทศอังกฤษ (Social Security Program Throughout the world . 1999 : 372) ประเทศอังกฤษจะให้ความคุ้มครองกับประชากรทุกคนโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ สร้างความมั่นคงพื้นฐานในการดำรงชีวิตของประชาชน เป็นการจ่ายเงินรายได้ที่ขาดหายไป ในกรณีที่ไม่มีงานหาเลี้ยงครอบครัวได้รวมถึงช่วงที่ว่างงานหรือเมื่อต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเจ็บป่วยและทุพพลภาพ รวมถึงการให้ความคุ้มครองในเรื่องบำนาญชราภาพ เจ็บป่วย พิกัดว่างงาน เป็นหม้าย สงเคราะห์บุตร หรือมีรายได้ต่ำมาก ประโยชน์ทดแทนบางประเภทขึ้นอยู่กับจ่ายเงินสมทบของผู้ประกอบอาชีพ อิสระให้แก่กองทุน โดยรัฐบาลจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนอีกส่วนหนึ่ง มีการให้ความคุ้มครองกรณี ชราภาพ ทุพพลภาพ และตาย มีการบริหารงาน โดยกรรมการประกันสังคมที่เป็นตัวแทนจ่าย ผลประโยชน์ตอบแทน ดำเนินการจ่ายเงินช่วยเหลือเลี้ยงชีพ ผลประโยชน์ตอบแทนและตรวจสอบเงินรายได้ที่จะจ่ายให้ผ่านทางเครือข่ายส่วนกลางและสำนักงานจังหวัด ผู้แทนเก็บเงิน บำรุงภายในประเทศทำหน้าที่เก็บเงิน การคุ้มครองกรณีเจ็บป่วยและคลอดบุตร มีการบริหารองค์กรโดยกรรมการ ประกันสังคมดำเนินการเกี่ยวกับผลประโยชน์ตอบแทนที่เป็นเงินสด โดยผ่านทางสำนักงานจังหวัด และสำนักงานท้องถิ่น กรมสุขภาพดำเนินการให้บริการทางการแพทย์ผ่านหน่วยงานบริการ สุขภาพแห่งชาติหน่วยงานบริการสุขภาพประกอบด้วย 14 องค์กรสุขภาพระดับภาคและมี องค์กรสุขภาพระดับท้องถิ่นจำนวนมาก การคุ้มครองกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันเนื่องมาการทำงาน มีการบริหารงานโดยกรรมการประกันสังคมที่เป็นตัวแทนจ่ายผลประโยชน์ตอบแทน ดำเนินการจ่าย ช่วยเหลือเลี้ยงชีพและตรวจสอบเงินรายได้ที่จะจ่ายให้ผ่านเครือข่ายส่วนกลางและสำนักงาน จังหวัด การคุ้มครองกรณีว่างงาน หน่วยงานดำเนินงานเก็บประวัติของเงินสมทบที่ส่ง เข้ากองทุนและหน่วยเงินตัวแทนในการจ่าย ผลประโยชน์จะเป็นผู้รับผิดชอบในการจ่าย ผลประโยชน์ตอบแทน การสงเคราะห์ครอบครัว กรรมการประกันสังคมเป็นผู้ดำเนินการเกี่ยวกับ ศูนย์กลางเงินที่จะจ่ายให้โดยผ่านหน่วยงานตัวแทน 16 โดยสรุป การประกันสังคมในประเทศอังกฤษจะมีความเป็นเอกภาพในระบบ ประกันสังคม โดยอาศัยระบบข้อมูลเป็นส่วนสำคัญ การเก็บเงินสมทบและจ่ายประโยชน์ทดแทน สำหรับแรงงานนอกระบบจะแยกออกจากกัน ในรูปแบบของ Agency หรือเป็นหน่วยงานตัวแทนซึ่ง มีความคล่องตัวและเป็นอิสระในการบริการงานระดับหนึ่งเพื่อให้เกิดการพัฒนาบริการได้รวดเร็ว

3. การประกันสังคมของสาธารณรัฐเกาหลีสาธารณรัฐเกาหลีเป็นประเทศที่ จัดบริการสาธารณะ ด้านประกันสังคมที่มีการจัดองค์กรเป็นรัฐวิสาหกิจ หรือบริษัทที่รัฐเป็นเจ้าของโดยการจัดองค์กรใน ลักษณะนี้เป็นสิ่งที่ทำให้เห็นได้ชัดว่ามีการเตรียมการในเรื่องของการ ดูแลกองทุนให้เกิดความคล่องตัวใน การบริหารเงินจำนวนมากและให้ความสำคัญของความ คล่องตัวของกองทุนในอนาคต (Social Security Program Throughout the world,. 1999 : 206) แนวทางการจ่ายเงินประกันสังคมในสาธารณรัฐ เกาหลีจะเป็นการบริหารงาน แบบ NPC (National Pension Corporation) เป็นหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ ที่มี ลักษณะของ บริษัทที่รัฐเป็นเจ้าของ ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม โดยมี หน้าที่ รับผิดชอบในการจัดเก็บเงินสมทบจากบุคคลทั่วไป ที่ประกอบอาชีพอิสระ นายจ้าง ลูกจ้าง เพื่อให้ ความคุ้มครองในกรณีต่าง ๆ ตามกฎหมายประกันสังคม โดยจะบังคับใช้กับสถาน ประกอบการที่มีลูกจ้าง ตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป และแบบสมัครใจสำหรับผู้ประกอบอาชีพอิสระ รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขและ สวัสดิการสังคมจะเป็นผู้กำหนดนโยบาย การลงทุน NPC จะเป็นผู้ดูแลและบริหารเงินกองทุนด้วยตนเอง ซึ่งมีหน่วยงาน Fund Operation Research Center ทำหน้าที่วางแผนและวิจัยสถานการณ์ของกองทุนเพื่อให้ กองทุนมีเสถียรภาพ สำหรับการเพิ่มอัตราเงินสมทบจะเชิญผู้เชี่ยวชาญทุกด้านเพื่อเป็นหลักประกันว่า กองทุนมี เสถียรภาพ ไม่สร้างความเดือดร้อนให้สมาชิก สาธารณรัฐเกาหลีมีการคุ้มครองแรงงานนอก ระบบกรณีชราภาพ ทูพพลภาพ และกรณีตาย โดยรัฐได้จัดทำระบบประกันสังคมในลักษณะของโครงการ บำนาญแห่งชาติที่มีการ บริหารองค์กรโดยบริษัทเงินสำรองเลี้ยงชีพแห่งชาติภายใต้การควบคุมดูแลของ กระทรวง สาธารณสุขและกิจกรรมสังคม กรณีเจ็บป่วยและคลอดบุตร อยู่ในความควบคุมดูแลของกระทรวง สาธารณสุขและกิจกรรมสังคม สหพันธ์การประกันทางการแพทย์แห่งชาติ

4. การประกันสังคมในประเทศฟิลิปปินส์ ระบบประกันสังคมของประเทศ ฟิลิปปินส์ให้ความ คุ้มครองครอบคลุมประชากรของประเทศ โดยมีกฎหมายให้เข้าร่วมโครงการ ลักษณะบังคับโดยกำหนดให้ ลูกจ้างที่ทำงานกับภาคเอกชน ทั้งลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวและ ผู้ประกอบอาชีพอิสระที่มีอายุ 18 - 60 ปีจะต้องเข้าร่วมโครงการ โดยการให้ความคุ้มครอง ครอบคลุมประโยชน์ทดแทนในด้านต่าง ๆ ดังนี้การ ประกันชราภาพ ทูพพลภาพ ตาย การ ประกันสุขภาพ กรณีเจ็บป่วยนอกรางานและคลอดบุตร 17 แนว ทางการประกันสังคมของประเทศฟิลิปปินส์จะเป็นในลักษณะบังคับ โดยจะ มีเจ้าหน้าที่ผู้ทำหน้าที่เป็น ผู้ตรวจของ Social Security System เพราะมีสมาชิกเป็นจำนวนมาก ที่ไม่จ่ายเงินสมทบ หรือจ่ายน้อยกว่าที่ กฎหมายกำหนด ในส่วนของประโยชน์ทดแทนจะมี ความสัมพันธ์กับการจ่ายเบี้ยประกันหรือเงินสมทบ (ILO.Social Protection. 2001) การประกันสังคมของประเทศฟิลิปปินส์แม้จะมีกฎหมายกำหนดให้ความ คุ้มครองครอบคลุมประชากรอย่างกว้างขวาง แต่ในทางปฏิบัติแล้ว ระบบประกันสังคมของ ประเทศ

ฟิลิปปินส์ยังให้ความคุ้มครองไม่ทั่วถึง เนื่องจากขาดความเข้มงวดในการบังคับให้ต้องเข้า เป็นสมาชิก ตามที่มีกฎหมายกำหนดไว้ในส่วนของสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการก็มักไม่ค่อยปฏิบัติ ตามระเบียบ และรัฐ เองก็ไม่เข้มงวดกับการบังคับให้ต้องเข้าร่วมโครงการตามที่มีกฎหมายกำหนด ไว้แต่จะเน้นด้านการให้ การศึกษาแก่ประชาชนเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ และมองเห็นประโยชน์ ในการเข้าเป็นสมาชิกของ โครงการประกัน สังคมมากกว่า ดังนั้นเกษตรกรและ ผู้ประกอบอาชีพอิสระต่าง ๆ ได้รับการคุ้มครองจาก ระบบประกันสังคมจึงยังมีค่อนข้างน้อย

5 .การพัฒนาบบบริการสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัยสำหรับดูแลสุขภาพแรงงาน

ในประเทศไทย

สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานในระบบ ได้ดำเนินงานมาตั้งแต่ปี 2515 ที่มี การจัดตั้งกองอาชีวอนามัย แต่ดำเนินงานในรูปของโครงการที่ลงไปดำเนินงานในสถานประกอบการที่มีความ เสี่ยง เช่น โครงการป้องกันควบคุมโรคชิลีโคสิส โครงการป้องกันหูดื้อจากเสียงดัง และดำเนินการพัฒนา มาเรื่อย ในปี 2548 กระทรวงแรงงานและกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำข้อตกลงความร่วมมือการจัดตั้ง “โครงการศูนย์โรคจากการทำงาน” โดยมีผู้ร่วมลงนาม 4 ท่าน คือ ปลัดกระทรวงแรงงาน เลขาธิการ สำนักงานประกันสังคม อธิบดีกรมการแพทย์ และอธิบดีกรมควบคุมโรค เพื่อ 1) จัดให้มีระบบการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากสุขภาพจากการประกอบอาชีพ รวมทั้งการสร้างระบบป้องกันและส่งเสริม สุขภาพ 2) พัฒนามาตรฐาน แนวทางการวินิจฉัย การรักษา มีช่องทางการเข้าถึงการวินิจฉัย รักษาและ ดูแลหลังจากการเกิดโรคและอุบัติเหตุอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นแนวทางการวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐาน สามารถนำไปใช้ได้ทั่วประเทศอย่างมีคุณภาพ 3) พัฒนารูปแบบของระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ ผลกระทบทางสุขภาพจากการประกอบอาชีพทั้งทางกายและจิต ⁽²⁰⁾ หลังจากนั้น สำนักงานประกันสังคม โดยคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน ได้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548 จนถึงปัจจุบัน ทำให้เกิด “คลินิกโรคจากการทำงาน” ซึ่งให้บริการทั้งด้านการ สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค วินิจฉัย รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ ในโรงพยาบาลนพรัตนราช ธานี โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (รพศ./รพท) จำนวน 61 แห่ง และโรงพยาบาลสังกัด มหาวิทยาลัย 7 แห่ง รวมทั้ง โรงพยาบาลขอนแก่น ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ มหาสารคาม และโรงพยาบาลศรี นครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นด้วย นอกจากการสนับสนุนกิจกรรมของ “คลินิกโรคจากการทำงาน” ของสำนักงานกองทุนเงินทดแทนดังกล่าวแล้ว ในปีงบประมาณ 2554 สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดสรรงบประมาณ เพื่อการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่ม ประกันสังคมและข้าราชการให้แก่หน่วยบริการใน 12 จังหวัด และขยายเป็นทุกจังหวัดในปีงบประมาณ 2555 โดยผู้ให้บริการหลัก คือ รพศ./รพท. ที่มีคลินิกโรคจากการทำงานดังกล่าวมาแล้ว โรงพยาบาล

เอกชน และโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งที่มีศักยภาพในการให้บริการ และในปีงบประมาณ 2555 สปสช. ได้จัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานนอกระบบให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในจังหวัดลำพูนและขอนแก่นอีกด้วย ผลการดำเนินงานของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดังกล่าว ทำให้มีหน่วยบริการอาชีวอนามัยกระจายทั่วประเทศ ทั้งระดับตติยภูมิ ทติยภูมิ และปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม การประเมินผลการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มประกันสังคมของ สปสช. ในปีงบประมาณ 2554 พบว่า หน่วยบริการมีความหลากหลายค่อนข้างมาก ทำให้บริการอาชีวอนามัยในภาพรวมยังไม่เป็นรูปแบบหรือมาตรฐานเดียวกัน ขาดประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งก่อความไม่มั่นใจในกลุ่มผู้รับบริการ

การพัฒนาาระบบบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบ ได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2547 ซึ่งมีมีหน่วยงานที่ริเริ่มดำเนินการคือสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โดยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)⁽²¹⁾ ส่วนหนึ่ง และอีกส่วนหนึ่งโดยการสนับสนุนขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO)⁽²²⁾ และนอกจากนี้สำนักโรคจากการประกอบอาชีพได้พัฒนากระบวนการจัดบริการสุขภาพแรงงานนอกระบบในกลุ่มเฉพาะคือกลุ่มเกษตรกรโดยพัฒนาในรูปแบบชื่อของคลินิกเกษตรกร⁽²³⁾

ปี 2547 เน้นดำเนินการในสถานบริการที่ใกล้ชิดกับชุมชนที่สุด คือรพสต. (สถานีอนามัย) และกิจกรรมจะเน้นกิจกรรมที่ดูแลในระดับปฐมภูมิ หรือ Primary Health Care กิจกรรมหลักคือ การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง การหาแนวทางป้องกันและให้คำแนะนำ เป็นการดูแลแบบองค์รวม โดยผ่านกลยุทธิ์การเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้กลุ่มเป้าหมายแรงงานนอกระบบคือ กลุ่มคนทำงานที่บ้าน บทเรียนที่ได้รับคือ องค์กรความรู้ของผู้ปฏิบัติงานที่ยังไม่เพียงพอในการที่จะดูแลสุขภาพคนทำงานที่บ้านซึ่งมีอยู่หลากหลายอาชีพในพื้นที่ของตน เป้าหมายในการเลือกพื้นที่เน้นที่กลุ่มคนทำงานที่บ้านเป็นหลักไม่ได้เน้นที่การเลือกหน่วยบริการสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งการเลือกพื้นที่โดยไม่ได้คำนึงถึงความพร้อมของหน่วยบริการหรือตัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ทำให้การดำเนินงานไม่ราบรื่นเท่าที่ควรเวลาที่คนทำงานที่บ้านพร้อมแต่เจ้าหน้าที่ไม่พร้อมทำให้ในทางปฏิบัติไม่สามารถดำเนินการให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ได้ครอบคลุมและได้เลือกพื้นที่เพิ่มเติม โดยเน้นเป้าหมายที่หน่วยบริการหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีศักยภาพดำเนินในพื้นที่ ชอบทำงานเชิงรุก สามารถบูรณาการงานนี้ไปกับงานปกติที่ทำอยู่ได้ และเป็นหน่วยบริการที่เป็นต้นแบบด้านการให้บริการสาธารณสุขในประเด็นใดประเด็นหนึ่งอยู่แล้ว แต่ยังคงไว้ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเดิมที่เน้นกลุ่มคนทำงานที่บ้าน กำหนดให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นศูนย์กลาง เน้นการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้เข้าใจงานอาชีวอนามัย โดยไปเยี่ยมที่ สถานีอนามัยชวนคุยทำความเข้าใจเบื้องต้นจัดอบรมพาไปศึกษาดูงานและให้งบประมาณในการดำเนินงานแบบอิสระ ทั้งนี้ได้สรุปผลการดำเนินงานและข้อเสนอแนะว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยต้องทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนกลุ่มเป้าหมาย⁽²¹⁾ ในปีต่อ ๆ มาจึงมีการพัฒนามาเรื่อยๆ โดยกิจกรรมการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบจะเน้นให้สถานีอนามัยเป็นหน่วยให้บริการหลักโดยจะบูรณาการเข้ากับงาน

สาธารณสุขมูลฐาน ที่ประกอบด้วย การบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย ลักษณะการทำงาน รายงานการเจ็บป่วย จากการทำงานในแฟ้มประวัติ การระบุสิ่งคุกคามสุขภาพ และใช้แบบฟอร์มวิเคราะห์ความเสี่ยงจากการทำงาน การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ส่วนกิจกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยง คือการส่งเสริมสุขภาพด้านอาชีวอนามัยโดยการมีส่วนร่วมของปรองงานและชุมชน โดยสรุปบุคลากรหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิมีสักยภาพในการจัดบริการอาชีวอนามัยตามกิจกรรมดังกล่าวได้แต่ทั้งนี้ ต้องมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร⁽²³⁾

จากรายงานผลโครงการการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับแรงงานนอกระบบ ของ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค⁽²³⁾ ได้เข้ามาดำเนินงานต่อ เน้นการจัดบริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐาน (Basic Occupational Health Service: BOHS) โดยการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับแรงงานนอกระบบทุกกลุ่มอาชีพ กำหนดไว้ว่าให้มีการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานอนามัยให้แก่แรงงานนอกระบบในพื้นที่และการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในชุมชนให้แก่ผู้ประกอบการอาชีพในชุมชน อย่างน้อย 1 กลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็น 1 กลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงสูง กรอบในการจัดบริการ ถูกนำเสนอโดยใช้คำว่า การจัดบริการอาชีวอนามัย “ขั้นพื้นฐาน” ซึ่งเป็นการจัดบริการอาชีวอนามัยที่มีลักษณะสำคัญ 5 ลักษณะ ได้แก่ (1) มุ่งเน้นที่การป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน (2) ดูแลสุขภาพเป็นแบบองค์รวม (3) ผสมผสานไปกับการจัดบริการสุขภาพที่มีอยู่ในระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (4) อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการอาชีพและชุมชน และ (5) ใช้แนวทางและมาตรการในการป้องกันและควบคุมปัญหาที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของท้องถิ่น

การพัฒนาระบบข้อมูลเป็นอีกส่วนหนึ่งที่แผนพัฒนาของ สสส. พัฒนาขึ้นเพื่อรองรับระบบบริการอาชีวอนามัย ต่อมามีการพัฒนาเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย ผ่านแบบสำรวจข้อมูลด้านอาชีวอนามัยที่พัฒนาขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลให้เหมาะกับแต่ละพื้นที่ และพัฒนาโปรแกรม และ/หรือ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านอาชีวอนามัยขึ้นมาใหม่ อย่างไรก็ตามโปรแกรมดังกล่าวไม่สามารถเชื่อมต่อกับโปรแกรมเดิมที่มีอยู่ในขณะนั้นได้ ทั้งนี้การพัฒนาโปรแกรมในขณะนั้นสำหรับจัดเก็บข้อมูลของแรงงานนอกระบบภาคการเกษตร ภาคเหนือ สำหรับการจัดเก็บข้อมูลแรงงานนอกระบบภาคการผลิต ซึ่งเป็นการพัฒนาโปรแกรมสำเร็จรูปขึ้นมาใหม่ที่แยกออกจากระบบโปรแกรมปกติของหน่วยบริการ โดยการบันทึกข้อมูลตามแบบ สอ. 1 เป็นหลักซึ่งข้อมูลตามแบบ สอ. 1 สามารถส่งออกเป็นแบบรายงาน 506/2 ได้เช่นกัน และมีการเชื่อมต่อกับระบบโปรแกรม JHCIS ทั้งนี้ข้อมูลที่จัดเก็บมีความละเอียดและครอบคลุมมาก ทำให้ผู้ให้บริการในสถานบริการจัดกลุ่มโรคได้ 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบกล้ามเนื้อ 2) โรคที่เกี่ยวข้องทางผิวหนัง 3) โรคที่เกิดจากการทำงาน และ 4) โรคอื่นๆ เนื่องจากเป็นโรคที่สามารถพบได้บ่อย อีกทั้งผู้ให้บริการยังสามารถให้บริการได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพาแพทย์ จึงนำโรคเหล่านี้ไปบรรจุไว้ในกระบวนการเชื่อมต่อ โดยการเพิ่มสาเหตุที่ทำให้เจ็บป่วยเข้าไปในระบบโปรแกรม JHCIS และสามารถช่วยในคัดกรองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมได้ ผู้ร่วมดำเนินงานได้วิเคราะห์จุดอ่อนพบว่าควรพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้รู้จักกับ

แรงงานนอกระบบและงานอาชีวอนามัย รวมถึงความปลอดภัยในการทำงานการพัฒนานั้นพัฒนาโดยผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่และพัฒนาต่อยอดจากฐานข้อมูลของโปรแกรมที่มีใช้อยู่เดิมในระบบการให้บริการอยู่แล้ว ทำให้การใช้งานไม่ยุ่งยากนักและทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่รู้สึกว่าเป็นภาระที่เพิ่มขึ้น ส่วนภาคผลิิตมีความแตกต่างออกไป เนื่องจากมีแนวคิดว่าจะทำอะไรจึงจะมีข้อมูลระดับพื้นที่ในภาพกว้างทั้งหมดของผู้ใช้แรงงานที่บ้าน ทั้งที่ยังไม่เจ็บป่วยและเจ็บป่วยแล้ว เพื่อเป็นข้อมูลในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพการพัฒนาจึงเป็นการสร้างโปรแกรมใหม่โดยผู้เชี่ยวชาญในภาคบริการนั้นมีเพียงการพัฒนาเชิงแบบฟอร์มไม่ได้พัฒนาระบบข้อมูลทั้งระบบ แต่ก็พยายามสร้างแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมหลาย ๆ ด้านโดยรวมระบบที่พัฒนาขึ้นอย่างไรก็ตามยังไม่สมบูรณ์ ต้องมีการพัฒนาต่อ รวมถึงควรคำนึงถึงการใช้ประโยชน์จากข้อมูลให้เต็มที่ ทั้งอาจจะต้องการใช้ข้อมูลร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้ใช้แรงงานที่บ้าน

การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับในคลินิกสุขภาพเกษตรกร ⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾

1. เมื่อเกษตรกรมารับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพด้วยอาการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บหรือต้องการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองโรคเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรลงทะเบียนการเข้ารับบริการ เพื่อประโยชน์ในการคัดแยกการเจ็บป่วย โดยอาจจัดทำสมุดทะเบียนแยกต่างหาก หรือใช้ตราข้อมัดมลงใบ OPD ระบุอาชีพและลักษณะงานให้ชัดเจน เพื่อใช้ประกอบการตรวจและวินิจฉัยโรค

2. ซักประวัติการเจ็บป่วยและลักษณะการทำงาน ด้วยชุดคำถามคือ

- ท่านทำงานอะไร? ทำอย่างไร? (โดยระบุถึงลักษณะของการทำงานของผู้ป่วย)
- ระยะเวลาที่ทำงานในอาชีพนี้
- อาการเจ็บป่วยของท่านครั้งนี้เป็นผลจากการทำงานหรือไม่
- ในที่ทำงานของท่าน เคยมีเพื่อนร่วมงานเจ็บป่วย หรือมีอาการเดียวกันนี้หรือไม่
- ในขณะที่ทำงานท่านมีหรือเคยมีการสัมผัสสิ่งที้อาจเกิดอันตรายต่อสุขภาพ เช่น สารเคมี เสี่ยงดัง หรือฝุ่นหรือไม่ หรือสิ่งก่อโรคอื่น ๆ หรือไม่
- กิจกรรมที่ท่านทำก่อนเกิดอาการ/ป่วย

3. การประเมินความเสี่ยงในการทำงานและการคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยง

หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถให้บริการตรวจสุขภาพทั่วไปได้ เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต เป็นต้น ร่วมกับการประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกร จากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (แบบ นบก.1-56) ส่วนการคัดกรองสุขภาพโดยการเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับเอ็นไซม์โคลอรีนเอสเตอเรสในซีรัม โดยใช้กระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส (Cholinesterase reactive paper) นั้น จะดำเนินการต่อเมื่อ

กรณีที่ 1 เกษตรกรมีผลการประเมินความเสี่ยงในการทำงานตามแบบ นบค.1-56 อยู่ในระดับความเสี่ยงค่อนข้างสูงไปจนถึงสูงมาก และมีการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืช กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตจากการผสม/ฉีดพ่นภายในระยะเวลา 7 วัน ไม่เกิน 14 วัน

กรณีที่ 2 เกษตรกรต้องการตรวจซ้ำภายหลังผลการตรวจครั้งแรกมีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย เมื่อได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว หยุดสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืช

ทั้งนี้หากเกษตรกรมีอาการปวดกล้ามเนื้อ หรือมีอาการเข้าได้กับโรคทางโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อให้สัมภาษณ์ด้วยแบบประเมินความเสี่ยงอาการผิดปกติของระบบ โครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ รวมถึงการคัดกรองทางด้านโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต

4. การวินิจฉัยโรคจากการประกอบอาชีพ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการส่งต่อ

โรคหรือการบาดเจ็บจากการประกอบอาชีพที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถให้การวินิจฉัยโรคเบื้องต้นได้ ได้แก่ กลุ่มอาการผื่นผิวหนังจากการสัมผัสสารเคมี ฝุ่น ความร้อน อาการทางระบบทางเดินหายใจจากการสัมผัสฝุ่น ฟูม สารระเหย สารเคมีที่ใช้ในการทำงาน อาการปวดเมื่อยร่างกาย ปวดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆจากการทำงานเนื่องจากท่าทางการทำงานซ้ำๆ หรือท่าทางการทำงานไม่ถูกต้อง อุบัติเหตุหรือบาดเจ็บจากการทำงาน เป็นต้น ส่วนโรคจากการประกอบอาชีพที่จำเป็นต้องใช้ผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษโดยการใช้เครื่องมือเฉพาะในการวินิจฉัยโรค รวมทั้งการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อน ควรส่งผู้มารับบริการต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน หรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจังหวัดเพื่อตรวจยืนยันวินิจฉัยโรคและให้การักษาพยาบาลต่อไป

5. การบันทึกและรายงานโรค

การบันทึกรายงานโรคและการบาดเจ็บจากการประกอบอาชีพที่เกษตรกรได้รับการวินิจฉัยโรคลงในระบบการจัดเก็บของหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น จัดเก็บลงในระบบการรายงานของหน่วยบริการที่ใช้อยู่ เช่น JHCIS หรือ HOSxP_PCU หรือโปรแกรมอื่นๆ ของหน่วยบริการ โดยระบุสาเหตุการเกิดโรคและการบาดเจ็บด้วย และใช้รหัส ICD-10 เพื่อสะดวกในการนำรายงานข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน ป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพหรือจัดกิจกรรมลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อไป

6. การจัดเก็บข้อมูลเกษตรกรในแฟ้มครอบครัว

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวบรวมข้อมูลผลการประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกร ข้อมูลการเจ็บป่วยจากการทำงานที่ได้จากการซักประวัติ ข้อมูลการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงตามลักษณะการทำงาน ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคและการบาดเจ็บจากการประกอบอาชีพ จัดเก็บลงในแฟ้มครอบครัวของเกษตรกรที่มีไว้ในหน่วยบริการทุกครั้งเพื่อสะดวกต่อการนำข้อมูลไปการเยี่ยมบ้านหรือติดตามผลการรักษาพยาบาล หรือให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวระหว่างเจ็บป่วย โดยลงรหัสสัติดไว้ที่สัน

แฟ้มครอบครัวเพื่อแสดงให้เห็นทราบว่าสมาชิกในแฟ้มครอบครัวมีสมาชิกวัยทำงานประกอบอาชีพ

เกษตรกรรม ข้อมูลด้านอาชีพอนามัยที่ควรมีในแฟ้มครอบครัวประกอบด้วย

- อาชีพ ลักษณะการทำงาน อายุงาน อาชีพเสริม
- ผลการประเมินความเสี่ยงในการทำงาน ผลการตรวจสุขภาพทั่วไป
- ผลการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง ผลการประเมินความเสี่ยงในการทำงาน
- ประวัติการเจ็บป่วย การบาดเจ็บจากการประกอบอาชีพ

7. การให้สุศึกษาหรือคำแนะนำก่อนกลับบ้าน

การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการทำงานตามลักษณะการทำงานของผู้มารับบริการ การให้คำแนะนำการลดพฤติกรรมเสี่ยงในการทำงานและการดำรงชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น เรื่องการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในขณะทำงาน การใช้และการจัดเก็บสารเคมีให้ปลอดภัย หรือการตรวจสอบเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการทำงานก่อนและหลังการทำงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงานกับเครื่องมือ/เครื่องจักรการล้างมือทุกครั้งเมื่อทำงานเสร็จ หรือการออกกำลังกายเพื่อยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนทำงานหรือหลังจากเลิกงาน เป็นต้น

8. มีการรายงานผลการดำเนินงาน โดยการส่งรายงานตามแบบรายงานฯ (OCC-นบ 01) ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในต้นเดือนสิงหาคมปีละครั้ง

ผลการจัดบริการอาชีวอนามัยในชุมชนในประเทศไทยพบว่าในปี 2557 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) และ/หรือ PCU ของโรงพยาบาลชุมชน มีการจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนในรูปของคลินิกสุขภาพเกษตรกรในปี 2557 อยู่ที่ร้อยละ 18.99 ของรพสต./PCU ทั้งประเทศ⁽²⁶⁾

รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แรงงานและปัญหาด้านต่าง ๆ

จากการที่กฎหมายไม่ได้ครอบคลุมแรงงานนอกระบบ และยังขาดกลไกในการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพจากการทำงานดังนั้นแรงงานนอกระบบถึงแม้มีปัญหาทั้งการเผชิญปัญหาเรื่องการทำงานที่ไม่ปลอดภัย รวมทั้งอยู่ใน สิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัย ซึ่งทำให้เกิดการเจ็บป่วยจากการทำงานเช่น ในประเทศเม็กซิโกพบ 12 % ของแรงงานนอกระบบที่เป็นเด็กที่ประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน⁽²⁷⁾ และนอกจากจะพบปัญหาเรื่องการทำงานที่ไม่ปลอดภัยแล้ว ยังพบว่า ยังไม่มีระบบการลงทะเบียนจำนวนแรงงานนอกระบบที่แน่ชัด มีแรงงานนอกระบบจำนวนไม่มากนักที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและได้รับการคุ้มครองและมี

สวัสดิการ รวมทั้งไม่มีข้อมูล อุบัติเหตุและการเจ็บป่วยจากการทำงาน . ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากปัญหาจำนวนผู้ตรวจสอบด้านแรงงานยังมีจำนวนไม่เพียงพอโดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา ⁽²⁸⁾

การเข้าถึงและการจัดบริการอาชีวอนามัย

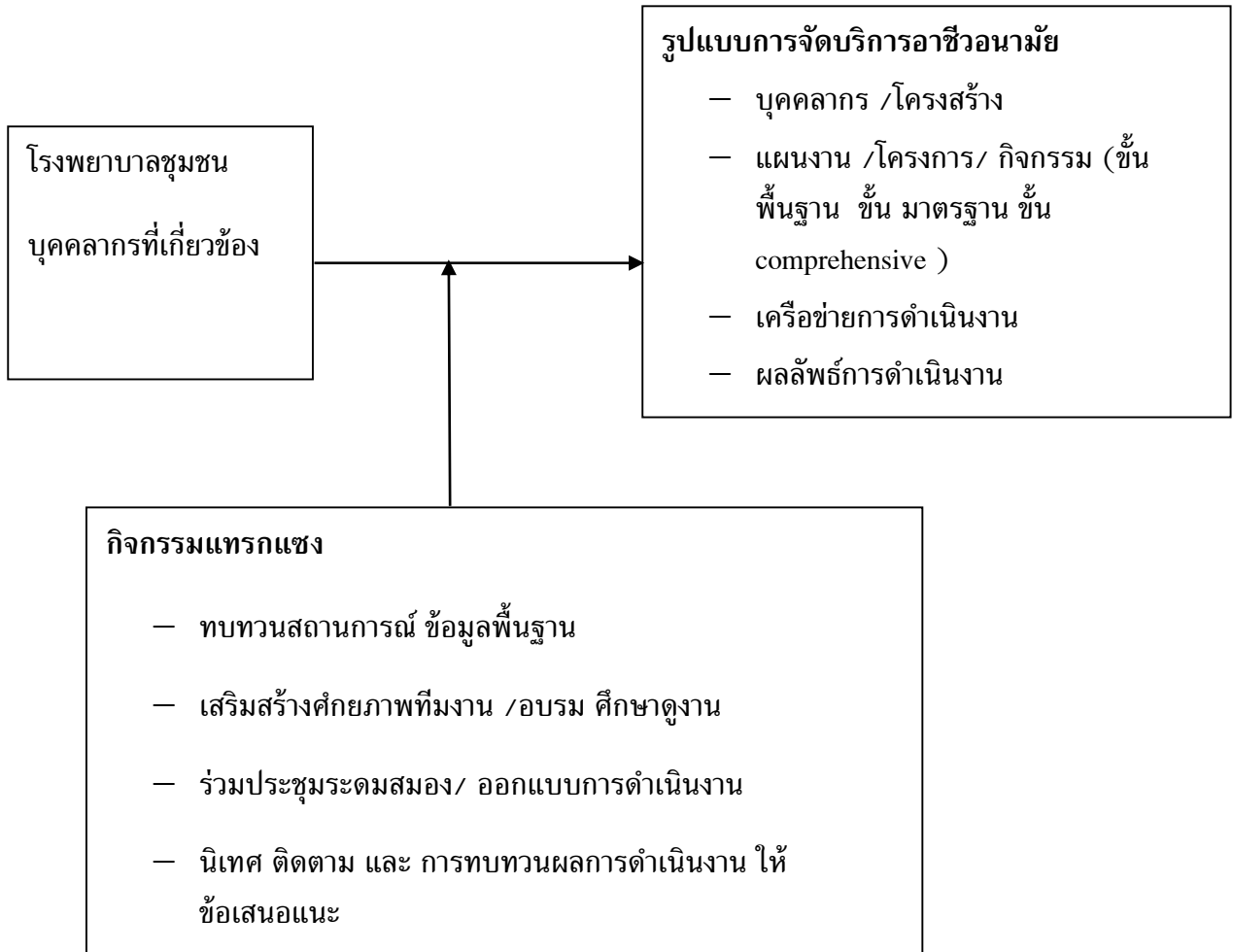
การพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับแรงงานนอกระบบโดยศึกษาในภาคเกษตรและแรงงานภาคการผลิต พบว่าปัจจัยนำเข้าคือโครงการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับแรงงานนอกระบบประกอบด้วย การพัฒนาบุคลากร รวมทั้งการสร้างทีมงาน การมีงบประมาณ การบริการจัดการ ความรู้ด้านอาชีวอนามัย ผลที่ได้รับจากการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับ คือการรักษาพยาบาลการบาดเจ็บและเจ็บป่วย และการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก คือการสำรวจ ประเมิน วิเคราะห์ และจัดการกับความเสี่ยงที่อาจจะก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยจากการทำงานของแรงงานนอกระบบได้ ⁽²⁹⁾ และในปี 2009 สมเกียรติและคณะ ได้ทำการพัฒนาหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเพื่อให้สามารถให้จัดบริการอาชีวอนามัยได้ โดยการศึกษาในพื้นที่นาร่อง โดยรวมการบริการด้านอาชีวอนามัยเข้ากับการบริการสุขภาพพื้นฐาน มีการวิเคราะห์สถานการณ์ เก็บข้อมูล อบรมเจ้าหน้าที่ ใน PCU และดำเนินการให้บริการใน PCU เพื่อเป็นต้นแบบ จากนั้นจึงทำการประเมินผล พบว่าเจ้าหน้าที่ใน PCU นั้นมีความสามารถที่จะให้การบริการด้านอาชีวอนามัยได้ สิ่งต่อมาที่ต้องทำคือการกำหนดนโยบายระดับชาติ และตั้งงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน ⁽²²⁾ และพบว่าหน้าที่ที่เจ้าหน้าที่ที่จะจัดบริการอาชีวอนามัยต้องมี ทักษะในการบริการอาชีวอนามัย ความรู้ ประสบการณ์การทำงานอาชีวอนามัยร่วมด้วย ⁽³⁰⁾ การบริหารจัดการด้านอาชีวอนามัย ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา และทีมงานเครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย ⁽³¹⁾

เช่นเดียวกับ กลุ่มแรงงานนอกระบบที่รับงานไปทำที่บ้านมีความเสี่ยงและสภาพการทำงานที่เสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ จึงควรมีการจัดบริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่เหมาะสม มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและสวัสดิการด้านสังคม ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีส่วนร่วมรับผิดชอบ และผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบในพื้นที่รับผิดชอบ จัดให้การบริการอาชีวอนามัยเป็นงานปกติของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และบูรณาการกับการปฐมพยาบาล และป้องกันโรคและอุบัติเหตุจากงาน ณ สถานประกอบการ ⁽³²⁾ อย่างไรก็ตามภายใต้ข้อจำกัดของหน่วยบริการปฐมภูมิ การที่จะสามารถให้บริการอาชีวอนามัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรพัฒนาปัจจัยในด้านการบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัยก่อน ตามด้วยการจัดการด้านข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา และพัฒนาปัจจัยด้านทีมงาน เครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย ⁽³¹⁾⁽³³⁾ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าปัญหา

การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ จำนวนบุคลากรที่ทำงานด้านนี้โดยตรง การจัดบริการสุขภาพให้กับแรงงานนอกระบบ การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จนทำให้ขาดการผลักดันเชิงนโยบายและการการจัดสรรงบประมาณ⁽³⁴⁾

สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยในต่างประเทศก็ยังมีปัญหาอยู่เช่นกัน จากแรงงานทั่วโลกมีเพียงร้อยละ 15 ของแรงงานเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงการบริการด้านอาชีวอนามัยพื้นฐานในประเทศอิหร่าน บริการอาชีวอนามัยนั้นถูกรวมอยู่กับบริการสุขภาพพื้นฐานที่มีอยู่เดิมโดยการอบรมเจ้าหน้าที่และเชื่อมต่อการรักษากับสถานบริการสุขภาพของชุมชน คำแนะนำสำหรับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของนโยบายด้านการบริการอาชีวอนามัยคือการเพิ่มความรู้ให้กับประชาชนและเนื่องจากประชาชนในพื้นที่ห่างไกลนั้นไม่สามารถเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพได้การร่วมมือการทำงานกับสถานบริการของเอกชนจึงเป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน⁽³⁵⁾ โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา ในประเทศอินเดียพบว่าการศึกษาที่ประชาชนจะสามารถเข้าถึงบริการได้ดีนั้นต้องเริ่มมาจากการร่วมมือที่ดีจากกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงแรงงานของประเทศ เนื่องจากหลักการของการบริการด้านอาชีวอนามัยนั้นต้องรวมเอาการบริการอาชีวอนามัยเข้ากับการบริการสุขภาพทั่วไป แต่ในขณะนี้ในประเทศอินเดียนั้นยังไม่มีหน่วยงานใดที่เป็นผู้ดูแลเรื่องของอาชีวอนามัยอย่างใกล้ชิด ซึ่งในขณะนี้ประเทศอินเดียต้องเผชิญหน้ากับปัญหาถึงสองเรื่องคือ การรวมบริการอาชีวอนามัยเข้ากับการบริการสุขภาพทั่วไปและการถ่ายทอดเรื่องอาชีวอนามัยจากโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ จากข้างต้นนี้จึงทำให้เห็นว่าสิ่งที่ต้องพัฒนาในประเทศอินเดียคือพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และการกระจายข่าวสารเกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่เหมาะสม⁽³⁶⁾ ขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วเช่นไต้หวันหลังจากมีการจัดตั้งเครือข่ายการบริการด้านโรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน (Network of Occupational Diseases and Injuries Service (NODIS)) พบว่าเครือข่ายและระบบการรายงานใหม่นั้นประสบความสำเร็จในการให้บริการด้านอาชีวอนามัยที่เพิ่มมากขึ้น และลดการรายงานที่ต่ำกว่าความเป็นจริง (reducing under-reporting) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากระบบใหม่นี้รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณในการรายงานผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต⁽³⁷⁾

กรอบคิดในการวิจัย



แผนภูมิที่ ๑ กรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน

บทที่ 3

วิธีการศึกษา

3.1 รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการศึกษาระหว่าง มิถุนายน 2556-พฤศจิกายน 2557

3.2 ขอบเขตงานวิจัย

ดำเนินงานกิจกรรมด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับกลุ่มแรงงาน ของโรงพยาบาลชุมชน

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ศึกษากลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างใน 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 setting โรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง คือ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ทำการคัดเลือกตัวอย่างโดยเจาะจง โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอาชีวอนามัย และสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับกลุ่มแรงงาน ของโรงพยาบาลชุมชน มีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ส่วนที่ 2 บุคคลากรที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย นักวิชาการ พยาบาล แพทย์ จากกลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน กลุ่มการพยาบาล (แผนก OPD ER) งานระบาด งานเวชสถิติ จำนวน 15-25 คนแตกต่างกันไปตามขนาดของโรงพยาบาล

หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีกลุ่มแรงงานในระบบและนอกระบบในพื้นที่รับผิดชอบ
2. มีผู้รับผิดชอบงาน
3. ยินดีเข้าร่วมโครงการ

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

3.3.1. แบบและแนวทางในการคัดกรองโรค

เครื่องมือในการคัดกรองและรายงานโรค ในการจัดบริการเชิงรับในโรงพยาบาลเครื่องมือที่สำคัญในการทำงานเพื่อตรวจคัดกรองและรายงานโรคคือ แบบผังการจัดบริการ เครื่องมือนี้สร้างขึ้นมาเพื่อทำความเข้าใจขั้นตอนในการคัดกรองโรคของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ตลอดจนทำให้สามารถคัดกรองโรคโดยการซักถามสำคัญถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยและบาดเจ็บจากการทำงาน โดยในแต่ละโรงพยาบาลจะมี Flow ของระบบการตรวจคัดกรองที่ แตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล โดยโจทย์ที่เป็นเป้าหมายของการดำเนินงานคือ ให้เกิดระบบการจัดบริการอาชีวอนามัยทั้งเชิงรุก เชิงรับ โดยไม่เป็นการเพิ่มภาระงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ฉะนั้นการตั้งคำถามในการซักประวัติจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ได้ข้อมูลของการบาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม โดยมีแนวคำถามในการซักประวัติ ที่สำคัญ คือ

× ทำงานอะไร

- ✘ ลักษณะงานที่ทำเป็นอย่างไร
- ✘ การสัมผัสสิ่งคุกคามหรือปัจจัยที่เสี่ยง
- ✘ ทำงานนานเท่าใด ชั่วโมงการทำงาน
- ✘ ทำงานเสริมอื่นหรือไม่
- ✘ ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลหรือไม่
- ✘ อาการเมื่อไม่ได้ทำงานดีขึ้นไหม
- ✘ มีคนอื่นที่ทำงานแบบเดียวกันเป็นไหม

3.3.2. แบบสำรวจข้อมูลแบบ แบบสำรวจสถานที่ทำงาน (walk through survey) คือ การเก็บข้อมูลการสัมผัสสิ่งคุกคามของคนทำงานในสถานที่จริงซึ่งจะทำให้เข้าใจเหตุการณ์ได้มากกว่าจากการบอกเล่า รายละเอียดของรายงานการสำรวจสถานที่ทำงาน ประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้ 1. ชื่อเรื่อง 2. ชื่อสถานประกอบการ 3. ที่ตั้ง 4. วันที่ทำการสำรวจ 5. ชื่อผู้สำรวจ 6. วัตถุประสงค์ของการสำรวจ 7. เครื่องมือ/อุปกรณ์ที่ใช้ 8. วิธีดำเนินการ 9. ผลการสำรวจ 10. สรุปผล 11. วิจารณ์ผล และข้อเสนอแนะ 12. แผนที่แสดงจุดเก็บตัวอย่าง 13. เอกสารอ้างอิง

3.3.3 การประเมินความเสี่ยงสำหรับแบบประเมินความเสี่ยง ใช้แบบ - แบบสำรวจความปลอดภัย (Job safety Analysis) เทคนิค JSA เป็นเทคนิคประเมินอันตรายอันตรายที่เหมาะสมสำหรับใช้วิเคราะห์ในแต่ละขั้นตอนการทำงานว่าคนขณะทำงานจะสัมผัสสิ่งอันตรายใดบ้าง ที่อาจจะทำให้คนบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยโดยตรง แล้วกำหนดมาตรการควบคุมป้องกันเพื่อนำไปจัดทำเป็นวิธีปฏิบัติงานที่ปลอดภัยต่อไป เครื่องมือนี้มีจุดเด่นคือใช้ง่าย และมีหัวข้อให้หาวิธีการและแนวทางแก้ไขไว้ด้วย

โดยเครื่องมือนี้ประยุกต์มาจากเครื่องมือและแนวทางในการคัดกรองโรคและการสำรวจข้อมูลและประเมินความเสี่ยงที่พัฒนาโดย สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมโดยข้อมูลโดยนักวิจัยและนักวิจัยในพื้นที่ทำการเก็บข้อมูลจากรายงาน การคัดกรองโรค และแบบเก็บรายละเอียด

3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบเครื่องมือเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และทำการทดลองเก็บข้อมูลแล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปเก็บจริง

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (ข้อมูล รูปแบบโครงสร้างการทำงาน) และสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ข้อมูลทั่วไป พื้นฐานจำนวนแรงงาน ข้อมูลการเจ็บป่วย)

3.7 รายละเอียดกิจกรรมแทรกแซง การดำเนินการพัฒนาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ

เป็นการประชุมชี้แจง และทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการวิจัย และแนวคิดในการทำงาน ต่อผู้บริหาร ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พร้อมรับฟังข้อเสนอแนะ

ขั้นดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ เป็นการศึกษาข้อมูลและบริบทของโรงพยาบาลเช่น ประชากร พื้นที่รับผิดชอบ โครงสร้างและการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ รวมทั้ง การดำเนินงานในปัจจุบัน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างกิจกรรมแทรกแซงที่ประกอบด้วย พัฒนาศักยภาพ / อบรมการจัดบริการอาชีวอนามัย วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพ ประชุมระดมเพื่อวางแผนและออกแบบรูปแบบการดำเนินงาน

ในการพัฒนาศักยภาพจะเป็นการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยการพัฒนาศักยภาพแบ่งเป็นสองช่วงคือ

1. การอบรมให้ความรู้ แก่ผู้รับผิดชอบงาน ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้จัดอบรมโดยประยุกต์เนื้อหาจากหลักสูตรการอบรมบุคลากรด้านสาธารณสุขในการจัดบริการอาชีวอนามัยของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมกรมควบคุมโรค⁽²³⁾

2. การชี้แจง อบรมและทำความเข้าใจแก่ผู้เกี่ยวข้อง ทั้งผู้บริหาร และคณะทำงาน โดยผู้วิจัยจะลงพื้นที่เพื่อไปอบรมให้ความรู้ระยะสั้น (1 วัน)

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบและสร้างรูปแบบการดำเนินงาน วางแผน วางระบบเฝ้าระวัง การจัดการที่จะพิจารณาจาก โครงสร้างการทำงาน ภาระกิจและบทบาทหน้าที่ กลไกและระบบงบประมาณ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานโดยดูจากผลการดำเนินงานของคณะทำงานที่ประกอบด้วย ผลการจัดบริการเชิงรุก (การสำรวจข้อมูลกลุ่มอาชีพ การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) การจัดการเชิงรับ (การคัดกรอง และการรายงานโรค)

ขั้นสรุปและประเมินผล

เป็นขั้นตอนการสรุปผลและคืนข้อมูลให้กับผู้เกี่ยวข้อง

3.8 การวัดผลการศึกษา (Outcome of Study)

1. วัดดูประสงค์ทั่วไป พัฒนารูปแบบและกลไกการจัดบริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน วัดจากการจัดให้มีบริการอาชีวอนามัยทั้งเชิงรับเชิงรุก และการมีกลไกการดำเนินงาน เช่น ผู้รับผิดชอบ มีแผนงานโครงการ มีแนวทางการดำเนินงาน โครงสร้างคณะทำงาน เป็นต้น

2. วัดดูประสงค์เฉพาะ วัดผลการจัดบริการอาชีวอนามัยจากกิจกรรมเชิงรับเชิงรุก (การสำรวจข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มแรงงาน การประเมินความเสี่ยง การจัดการและควบคุมความเสี่ยง) กิจกรรมเชิงรับ (การคัดกรอง การวินิจฉัยโรคหรือการเจ็บ การรายงานโรคหรือการเจ็บป่วยจากการทำงาน ฯลฯ)

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน มีผลการศึกษาแบ่งเป็นดังนี้

- 1 ข้อมูลทั่วไป
2. รูปแบบและกลไกการจัดบริการอาชีวอนามัย
3. ผลการจัดบริการเชิงรุกและเชิงรับ

1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

รายละเอียด	โรงพยาบาลน้ำพอง	โรงพยาบาลเขียงยืน	โรงพยาบาลห้วยผึ้ง
จำนวนเตียง	126 เตียง	60 เตียง	30 เตียง
บุคลากร	241 คน	153 คน	114 คน
ประชากร	120,403 คน	86,943 คน	31,725 คน
อาชีพของประชากร	เกษตร (ข้าวนาปี ข้าวนาปรัง ปลูกอ้อย ปลูกมันสำปะหลังและปลูกพืชผัก)	ทำนา ค้าขาย และรับจ้าง	เกษตรกรรม ได้แก่ การทำนา ทำไร่ (อ้อย มันสำปะหลัง) และพืชผักสวนครัว (ข้าวโพด พริก ถั่วลิสง)
จำนวนโรงงานอุตสาหกรรม	9 แห่ง	5 แห่ง	4 แห่ง

2. รูปแบบและกลไกการดำเนินงาน

2.1 สถานการณ์การดำเนินงานอาชีวอนามัยก่อนการพัฒนารูปแบบ

จากการทบทวนสถานการณ์การดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งไม่ได้มีการจัดบริการอาชีวอนามัยที่เป็นรูปธรรม โดยส่วนใหญ่ จะทำเป็นกิจกรรมการคัดกรองความเสี่ยง ของเกษตรกร และการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล และกลุ่มที่รับผิดชอบหลัก คือกลุ่มสุขภาพและป้องกันโรค หรือกลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน (รายละเอียดตามตาราง 5)

2.2 กิจกรรมแทรกแซง ประกอบด้วย

ขั้นเตรียมการ

เป็นการประชุมชี้แจง และทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการวิจัย และแนวคิดในการทำงานต่อผู้บริหาร ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พร้อมรับฟังข้อเสนอแนะ

ขั้นดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ เป็นการศึกษาข้อมูลและบริบทของโรงพยาบาลเช่น ประชากรพื้นที่รับผิดชอบ โครงสร้างและการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ รวมทั้ง การดำเนินงานในปัจจุบัน เป็นต้น
 ขั้นตอนที่ 2 การสร้างกิจกรรมแทรกแซงที่ประกอบด้วย พัฒนาศักยภาพ / อบรมการจัดบริการอาชีวอนามัย วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพ ประชุมระดมเพื่อวางแผนและออกแบบรูปแบบการดำเนินงาน

ในการพัฒนาศักยภาพจะเป็นการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยการพัฒนาศักยภาพแบ่งเป็นสองช่วงคือ

1. การอบรมให้ความรู้ แก่ผู้รับผิดชอบงาน ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้จัดอบรมโดยประยุกต์เนื้อหาจากหลักสูตรการอบรมบุคคลากรด้านสาธารณสุขในการจัดบริการอาชีวอนามัยของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมกรมควบคุมโรค⁽²³⁾
2. การชี้แจง อบรมและทำความเข้าใจแก่ผู้เกี่ยวข้อง ทั้งผู้บริหาร และคณะทำงาน โดยผู้วิจัยจะลงพื้นที่เพื่อไปอบรมให้ความรู้ระยะสั้น (1 วัน) โดยการจัดประชุมและชี้แจงพร้อมให้ ความสำเร็จผู้เกี่ยวข้องคือคณะทำงานรวม 15-25 คน ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาล (ประกอบด้วย แพทย์ (บางโรงพยาบาล) กลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัว กลุ่มการพยาบาลนอก OPD ER ศูนย์สุขภาพชุมชน) เนื้อหาการอบรมประกอบด้วย สถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน การประเมินความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยง การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกและเชิงรับ การคัดกรองและการรายงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ด้วยรหัส ICD10 (รายละเอียดตามตาราง 5)

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบและสร้างรูปแบบการดำเนินงาน วางแผน วางระบบเฝ้าระวัง การจัดการที่จะพิจารณาจาก โครงสร้างการทำงาน ภาระกิจและบทบาทหน้าที่ กลไกและระบบงบประมาณ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานโดยดูจากผลการดำเนินงานของคณะทำงานที่ประกอบด้วย ผลการจัดบริการเชิงรุก (การสำรวจข้อมูลกลุ่มอาชีพ การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค)การจัดบริการเชิงรับ (การคัดกรอง และการรายงานโรค)

ขั้นสรุปและประเมินผล

2.3 รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัย

จากข้อมูลทั้งสามโรงพยาบาลยังไม่มีกลุ่มอาชีวอนามัยโดยตรง แต่จะมีกลุ่มงานที่รับผิดชอบคือกลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน (โรงพยาบาลช และ ค) ขณะที่โรงพยาบาล ก มีกลุ่มที่รับผิดชอบคือฝ่าย

สุขภาพและป้องกันโรค แต่เนื่องจากกิจกรรมการจัดบริการอาชีวอนามัยจะเกี่ยวข้องกับกลุ่มอื่น ๆ ด้วยทั้ง 3 โรงพยาบาล ดำเนินงานในรูปของคณะทำงาน ซึ่งแต่ละแห่งมีองค์ประกอบของกรรมการแตกต่างกันออกไป

2.3.1 ผู้รับผิดชอบ คณะทำงาน คณะทำงานมีองค์ประกอบสำคัญคือ องค์กรแพทย์ (กรรมการ อำนวยการ) กลุ่มการพยาบาลมีหน้าที่หลักในการจัดบริการเชิงรับเช่น ชักประวัติ การคัดกรองโรค กลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน มีหน้าที่ในการจัดกิจกรรมเชิงรุก เช่น การสำรวจข้อมูล การประเมินความเสี่ยง การอบรมให้ความรู้แก่แรงงานเป็นต้น งานเวชสถิติ มีหน้าที่ในการให้รหัสโรค และตรวจสอบความถูกต้องการให้รหัสโรค งานIT มีหน้าที่ในการดูแลโปรแกรมและการประมวลผลข้อมูลในระบบปกติ เช่น JHCIS ,Hos XP, KP stat (ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลแต่ละแห่ง) ดังตารางที่ 5

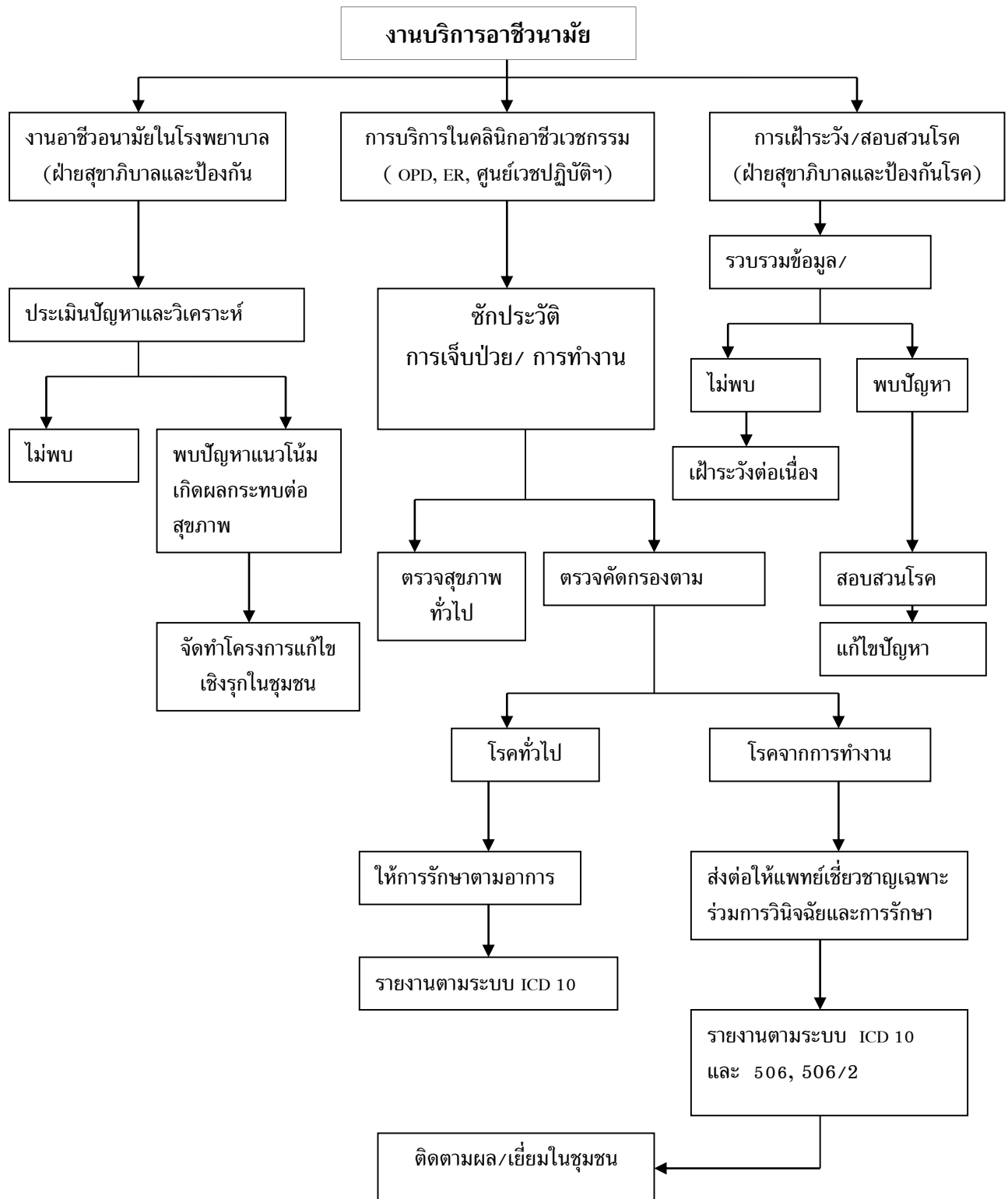
2.3.2 การจัดบริการเชิงรับ

โรงพยาบาลทั้งสามแห่ง มีกิจกรรมที่สำคัญคือ การคัดกรองโรคโดยการชักประวัติการทำงานเพื่อให้ทราบถึงสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยมาจากงานหรือไม่ อย่างไร การรักษาพยาบาลและพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อรายงานโรคดังตาราง 5 โดยโรงพยาบาลแต่ละแห่งจะมีขั้นตอนการคัดกรองโรคจากการทำงานที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลดังนี้

โรงพยาบาลน้ำพอง

ซึ่งในระยะ เริ่มต้นโรงพยาบาลได้มีการจัดทำตารางเพื่อประทับบน OPD card ให้เห็นชัดเจนในกรณีที่ผู้รับบริการมาด้วยประวัติที่สัมพันธ์กับการทำงาน และในปีงบประมาณ 2556-2557 มีการพัฒนาปรับปรุงให้สะดวกต่อการทำงานโดยใช้แผ่นคัดกรองแทรกในกรณีที่ชักประวัติได้ว่าผู้รับบริการเจ็บป่วยมาด้วยสาเหตุจากงานและสิ่งแวดล้อม

แผนภูมิที่ 1 การจัดการบริการอาชีวอนามัยเชิงรับโรงพยาบาลน้ำพอง

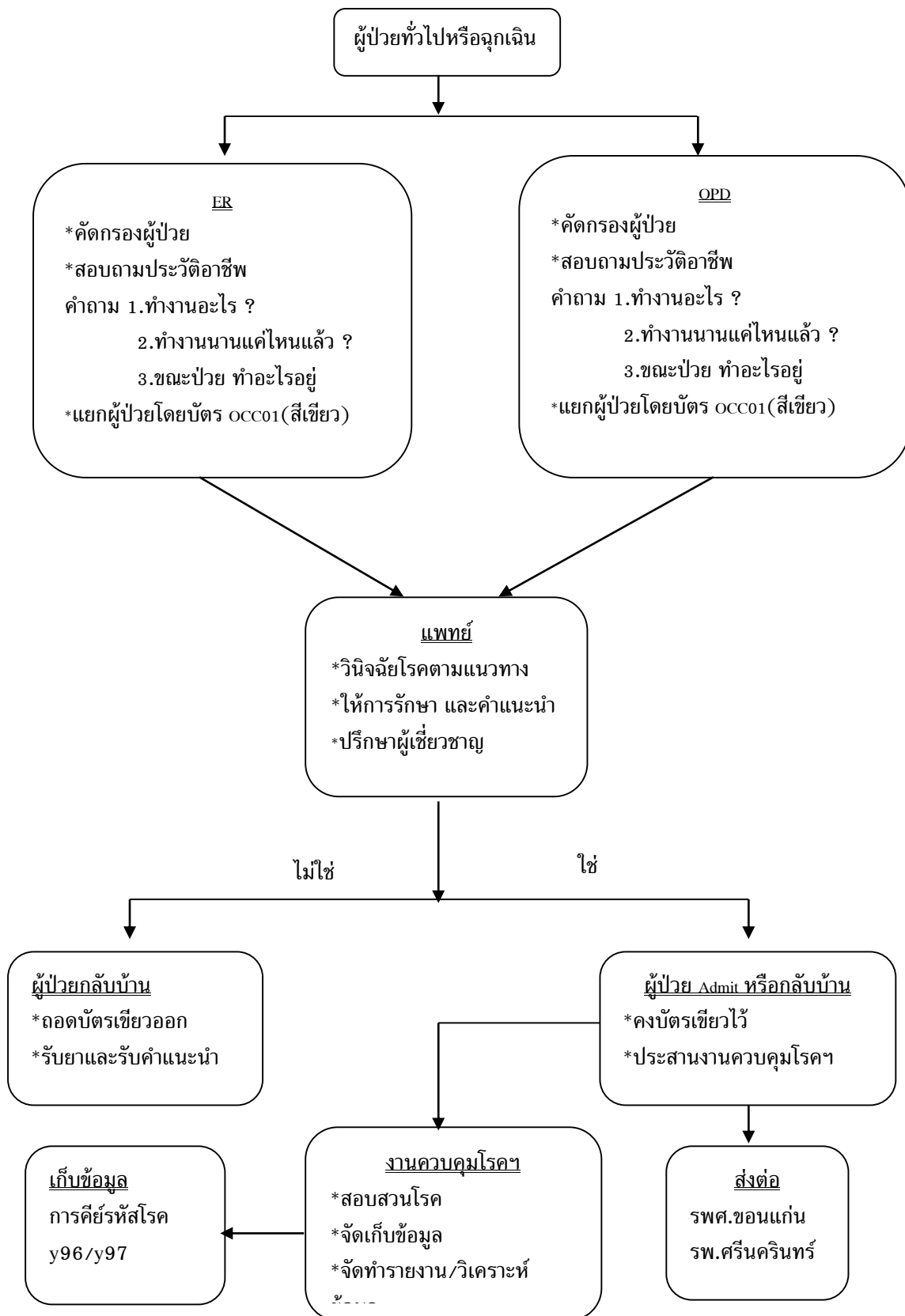


โรงพยาบาลน้ำพอง มีระบบการคัดกรองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จากที่ไม่เคยมีมาก่อน ถึงแม้ว่า ข้อมูลคัดกรองที่ได้จะยังไม่ต่อเนื่องบ้างในระยะแรก แต่ในระยะต่อมา พบว่า มีข้อมูลไหลเวียนโดยผ่านการคัดกรองจากแผนกต่างๆที่เกี่ยวข้องมากขึ้น จากแนวทางที่กำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

โรงพยาบาลเขียงยืน

โรงพยาบาลเขียงยืน คณะกรรมการร่วมกันจัดทำแนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัย เพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดบริการและสื่อสารให้คนในองค์กรรับทราบ รายละเอียดดังแผนผังที่ 4 ทั้งนี้ในกระบวนการวินิจฉัย ภายหลังที่ซักประวัติได้ว่าผู้รับบริการมีประวัติการเจ็บป่วยนั้นสัมพันธ์กับการทำงานจะมีการใช้ตารางประทับใน OPD card ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับ ประเด็นการซักประวัติ และ ใช้บัตรขนาดเล็กสีชมพูหนีบกับ OPD card เพื่อเป็นสัญลักษณ์ให้เห็นชัดเจน ให้แพทย์ พยาบาลไม่ลืมที่จะซักประวัติ บันทึกและตรวจวินิจฉัยโรคจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม

แผนภูมิที่ 2 แนวทางการให้บริการสุขภาพด้านอาชีวอนามัยเครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่ - ชื่นชม



โรงพยาบาลห้วยผึ้ง

ด้วยบริบทของโรงพยาบาล 30 เตียง บุคลากรส่วนใหญ่คือ พยาบาล ฉะนั้น การดูแลผู้รับบริการ ที่เป็นแรงงานทั้งในและนอกระบบ จึงบูรณาการร่วมกับการให้บริการเช่นเดียวกับผู้รับบริการอื่นๆ ไม่ได้แยกการให้บริการตามรายสิทธิการรักษา : แรงงานนอกและในระบบ ที่มารับบริการ จะได้รับการคัดกรองเบื้องต้น ถ้าสงสัยว่า อาการเจ็บป่วย เกิดจากการประกอบอาชีพ หรือสิ่งแวดล้อม จะติดบัตรคำ Y96 และ Y97 แนบกับ OPD card ซึ่งบัตรคำโรคจากการทำงานจะเป็นสีชมพู ส่วนบัตรคำโรคจากสิ่งแวดล้อมจะเป็นสีเหลือง ดังภาพที่ 3 - 4 เพื่อให้แพทย์พิจารณาการให้รหัส external cause การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว จะเป็นบริการที่เกิดขึ้นเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับในรายที่เรื้อรัง จะส่งข้อมูลการดูแลไปยัง งาน Home Health Care

ผลการดำเนินงาน ในส่วนของโรงพยาบาล และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีโครงสร้างคณะกรรมการที่ชัดเจน ด้านบุคลากรทางสาธารณสุขผ่านการอบรม เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับการให้รหัสโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ และสามารถลงบันทึกรหัสโรค ICD-10/ICD-9 ในโปรแกรม HosXp ได้ (100%) สามารถให้สุขศึกษาการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับการประกอบอาชีพ เมื่อ Audit เวชระเบียนย้อนหลังพบว่า การลงบันทึกรหัส Y96 และ Y97 มีมากขึ้น ร้อยละ 100 เมื่อเทียบกับก่อนเริ่มพัฒนาระบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลและรหัสโรคนี้น่าจะมีผลมาจากการประกอบอาชีพ

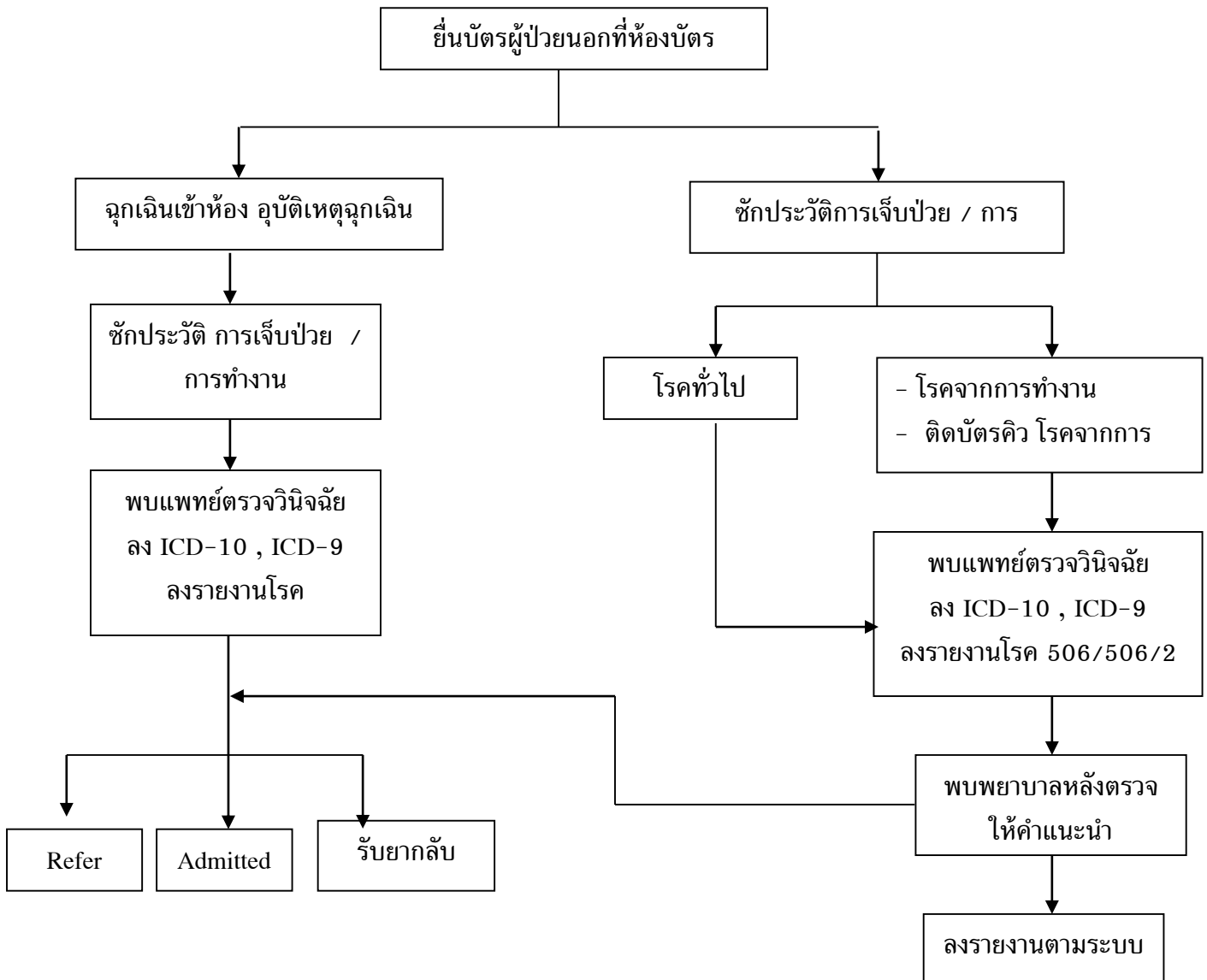
ด้านผู้รับบริการ กลุ่มป่วย ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานรายโรค เช่น กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด มีระบบเตือนให้มารับการตรวจอย่างต่อเนื่องที่ รพ.สต. หรือ รพ. (การเตือนนัด โดย อสม. ผู้นำชุมชน และโทรศัพท์มือถือ) ทำให้กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นแรงงานในระบบ และนอกระบบ ไม่ขาดนัด (loss Follow Up) ผลสำรวจความพึงพอใจ มีค่าคะแนน ที่ร้อยละ 84

การดำเนินงานเชิงรับของโรงพยาบาลห้วยผึ้ง กลุ่มการพยาบาล เป็นผู้รับผิดชอบหลัก โดยประสานความร่วมมือกับงานกายภาพบำบัด งานแพทย์แผนไทย มืองค์กรแพทย์ ดูแลด้านการรักษาโรค โดยภายหลังการดำเนินงานพบว่า มีระบบการคัดกรองที่ชัดเจน ทำให้มีข้อมูลการเจ็บป่วยที่เกิดจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งข้อมูลนี้ถูกนำไปใช้ในการวางแผน เพื่อป้องกันโรค สร้างเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต่อไป สรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมที่สำคัญได้ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานเชิงรับในกิจกรรมที่สำคัญก่อนและหลังการพัฒนาระบบการจัดบริการ

ก่อนพัฒนาระบบ	หลังการพัฒนา
1. ชักประวัติการเจ็บป่วย วัด V/S	1. ชักประวัติการเจ็บป่วย วัด V/S แนบบัตรคำระบุว่า Y96 หรือ Y97
2. พบแพทย์ รับการตรวจ วินิจฉัยให้รหัสโรค ไม่ได้ระบุ external cause Y96หรือ Y97	2. พบแพทย์ รับการตรวจ และวินิจฉัย ให้รหัส โรค และระบุ external cause Y96 หรือ Y97
3. หลังตรวจ : ให้สุขศึกษา ส่งรับยาจำหน่ายกลับบ้าน	3. หลังตรวจ : ให้สุขศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ตามลักษณะของอาชีพ มีแผ่นพับ โปสเตอร์ ประกอบ ส่งพบ นักกายภาพบำบัด เพื่อสอน การปฏิบัติตัว ส่งพบ แพทย์แผนไทย เพื่อรับ massage therapy และส่งรับยา จำหน่ายกลับบ้าน

แผนภูมิที่ 3 แนวทางปฏิบัติให้บริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลห้วยผึ้ง



2.3.3 การจัดการบริการเชิงรุก ได้แก่ ประเมินความเสี่ยงจากการทำงานในสถานประกอบการ ตรวจสอบคัดกรอง ภาวะสุขภาพทั่วไป จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกิจกรรมสัปดาห์ความปลอดภัย อบรมให้ความรู้โรคจากการทำงาน สํารวจกลุ่มอาชีพ พร้อมทั้งจัดทำฐานข้อมูล ตรวจสอบคัดกรองระดับสารเคมีในเลือดกลุ่มเกษตรกร เป็นต้น การดำเนินงานเชิงรุกในโรงพยาบาลต่างดำเนินการดังนี้ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงการจัดบริการอาชีวอนามัย (การจัดกิจกรรมเชิงรุก) ของโรงพยาบาลต่างๆ

โรงพยาบาล	แรงงานนอกระบบ	แรงงานในระบบ
<p>โรงพยาบาลน้ำพอง</p>	<p>แรงงานนอกระบบได้แก่กลุ่มเกษตรกร (ปลูกข้าวนาปี นาปรัง, ปลูกอ้อย และปลูกมันสำปะหลัง) ประมาณ 70 % กลุ่มอาชีพทอเสื่อ กลุ่มรับจ้างทั่วไป (กรรมกร, รับงานมาทำที่บ้าน) มีกิจกรรมดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - สำรวจกลุ่มอาชีพที่มีในชุมชน (ตำบลน้ำพอง) พร้อมทั้งจัดทำฐานข้อมูล (ส่วนตำบลอื่น จัดทำโดย รพ.สต.แต่ละพื้นที่รับผิดชอบ) - ประเมินความเสี่ยง ในกลุ่มอาชีพสำคัญในชุมชน อย่างน้อย 3 กลุ่มอาชีพ วิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและหาแนวทางแก้ปัญหาพร้อมกัน ทั้ง อปท., รพ., อสอช., ผู้นำชุมชน และแกนนำแรงงานชุมชน - โครงการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มแรงงานนอกระบบ ที่สำคัญ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล จัดมาต่อเนื่องเป็นปีที่ 3 และมีโครงการต่อยอดเพื่อพัฒนางานในเชิงคุณภาพ ให้เกิดผลลัพธ์เชิงประจักษ์อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน <p>ผลลัพธ์การดำเนินงานเชิงรุก โดยสรุป คือ แรงงานในพื้นที่แบ่งเป็นแรงงานประกันสังคมและแรงงานนอกระบบ (แรงงานในชุมชน) มีจำนวน 82,910 คน หรือร้อยละ 68 ของจำนวนประชากรทั้งอำเภอ</p>	<p>แรงงานในระบบ (กลุ่มแรงงานที่มีบัตรประกันสังคมในเขตพื้นที่อำเภอเมืองน้ำพอง) ตามกลุ่มโรงงานอุตสาหกรรมที่สำคัญ มีการประสานการดำเนินงานร่วมกับ คณะกรรมการ A-Team ในการดำเนินกิจกรรมเชิงรุก ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การออกตรวจสุขภาพแก่กลุ่มผู้ประกันตน ในโรงงานอุตสาหกรรมที่เข้าร่วมโครงการ 10 แห่ง - กิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคจากการประกอบอาชีพ หรือที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพ โรคติดต่อสำคัญในพื้นที่ หลักการดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไป การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร - ประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน ในโรงงานอุตสาหกรรม 4 แห่ง พร้อมการวิเคราะห์ปัญหา สรุปข้อมูล และเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาให้กับผู้ประกันตน โดยเน้นการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงาน การปรับปรุงระบบการทำงาน และการสวมใส่เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน - จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มที่พบปัญหา เช่น การแก้ปัญหาปวดศีรษะไมเกรนเนื่องจากการเพ่งสายตาขณะทำงาน สอนการบริหารดวงตา การนวดกดจุด เพื่อบรรเทาอาการปวด การหยุดพักระหว่างปฏิบัติงานต่อเนื่อง

โรงพยาบาล	แรงงานนอกระบบ	แรงงานในระบบ
	<p>ความเสี่ยงจากการทำงานในพื้นที่ของกลุ่มแรงงานนอกคือระบบเน้นที่กลุ่มเกษตร ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ความเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช รองลงมาคือ การบาดเจ็บกล้ามเนื้อจากการทำงาน ซึ่ง ข้อมูลการใช้สารเคมี ได้จากการตรวจเลือดคัดกรอง และซักประวัติการทำโครงการเชิงรุกในชุมชน ส่วนการบาดเจ็บกล้ามเนื้อ ได้ข้อมูลจากการคัดกรองเชิงรับ ที่โรงพยาบาล</p>	<p>(ดำเนินการในบริษัทพานาโซนิค แมนูแฟคเจอร์ริง) และกิจกรรมลดอ้วน ลดพุง ยืดเหยียด ผ่อนคลายกล้ามเนื้อขณะปฏิบัติงาน (ดำเนินการในบริษัท มอนเดลีช ประเทศไทย จำกัด)</p> <p>ความเสี่ยงจากการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบคือ ปัญหาที่พบคืออุบัติเหตุ หรือการบาดเจ็บที่พบขณะปฏิบัติงาน เช่น การหกล้ม กระแทก ได้รับอันตรายจากการใช้เครื่องมือ เครื่องจักรในงาน เป็นต้น ส่วนปัญหาที่เกิดจากการทำงานด้านอื่น ยังไม่พบเนื่องจากโรงพยาบาล ยังไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวอนามัย ที่จะสามารถวินิจฉัย หรือตรวจเพิ่มเติมด้านอาชีวอนามัยได้</p>
โรงพยาบาลเชียงใหม่	<p>แรงงานนอกระบบ ประกอบด้วย อาชีพในชุมชน กลุ่มเกษตรกร กลุ่มอุตสาหกรรมขนาดเล็ก โรงงานอิฐ โรงงานขนมจีน เป็นต้น โดยจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ ให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.เข้าพื้นที่ให้ความรู้ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและการป้องกันตัวจากการทำงาน การส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันจากโรคและภัยสุขภาพ ส่วนการดำเนินงานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลเชียงใหม่เองไม่ได้ดำเนินการในกลุ่มแรงงานนอกระบบซึ่งดำเนินการโดย รพ.สต.</p>	<p>แรงงานในระบบ ประกอบด้วยสถานประกอบการ อุตสาหกรรม ได้แก่ โรงงานผลิตภัณฑ์ซีเมนต์ จำนวน 3 แห่ง โรงพิมพ์ จำนวน 1 แห่ง โรงงานผลิตเสื้อผ้าสำเร็จรูป จำนวน 1 แห่ง ทั้งนี้ได้ดำเนินการเชิงรุกที่ โรงงานผลิตเสื้อผ้าสำเร็จรูป 1 แห่ง โดยจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพ ผลการตรวจสุขภาพตรวจสุขภาพทั้งสิ้น 120 คน ผลการตรวจทั่วไป 120 คน มีผลสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง 120 คน ผลการเอ็กซเรย์ปอด 50 คน มีผลปอดปกติ อาการที่เกิดจากการประกอบอาชีพ/สิ่งแวดล้อม 120 คน มีอาการร้อยละ 31 ซึ่งเป็นข้อมูลจากแบบคัดกรองโรคในเชิง</p>

โรงพยาบาล	แรงงานนอกระบบ	แรงงานในระบบ
		<p>รูก ดังตัวอย่างในภาพที่ 15 นอกจากนี้ยังจัดกิจกรรมการให้ความรู้กลุ่มเป้าหมาย 120 คน กลวิธีคือการแจกเอกสาร แผ่นพับ และการจัดกิจกรรมระหว่างพักเพื่อให้ความรู้และการให้ความรู้กลุ่มวัยแรงงานทั่วไป 600 ราย กลวิธีคือการใช้เสียงตามสายและเอกสารแผ่นพับ ในประเด็น - ความรู้ในการปฏิบัติตัวในการป้องกันสิ่งคุกคามจากสิ่งแวดล้อมและการทำงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ฝึกการหาความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมจากการทำงาน - โรคติดต่อ ได้แก่ โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น - โรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคเบาหวานความดัน โรคอ้วน เป็นต้น
โรงพยาบาลห้วยผึ้ง	<p>- กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพ ปลูกยางพารา ปลูกผัก จักรสาน ทอเสื่อ และทอผ้า/เย็บผ้า มีจำนวนแรงงานกลุ่มนี้ 1,242 ราย โดยกลุ่มที่มีจำนวนมากคือ เกษตรกรรม (ปลูกยางพาราและปลูกผัก) คิดเป็นร้อยละ 88.81 และเมื่อเทียบกับแรงงานนอกระบบกลุ่มอื่น พบว่า กลุ่มนี้มีการใช้สารเคมีเพื่อทำการเกษตร มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารเคมี และหลังอบรมให้ความรู้โดยนำแนวคิดเกษตรอินทรีย์มาใช้ในการเกษตรกรรม เมื่อดำเนินการตรวจสอบสารเคมีฆ่าแมลงในกระแสเลือด พบว่า จำนวนเกษตรกรปลอดภัยจากการสะสมของสารเคมีในกระแสเลือด เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 จำนวนเกษตรกรกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดสารเคมีสะสมใน</p>	<p>- มีการตรวจสุขภาพ และจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ : ดำเนินการที่ โรงแปงมันกาฬสินธุ์ โรงแปงมันสมเด็จ และโรงพยาบาลห้วยผึ้ง พบว่า แรงงานในระบบ มีปัญหาสุขภาพคือ ส่วนใหญ่ มีค่า BMI > 25 Kg/m²ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือด นอกจากนั้นยังมีความเสี่ยงจากการทำงาน เช่น การได้ยินมีผู้ได้รับการตรวจ 52 คน ผิดปกติ 37 คน คิดเป็นร้อยละ 71.15 ได้รับการรักษาโดยส่งพบแพทย์เฉพาะทาง บริษัทสนับสนุน อุปกรณ์ (ear plug) สวมใส่ขณะปฏิบัติงาน และ</p>

โรงพยาบาล	แรงงานนอกระบบ	แรงงานในระบบ
	<p>กระแสเลือดลดลง ร้อยละ 4.6 ส่วนแรงงานนอกระบบกลุ่มที่ เหลือ มักจะมารับการรักษาด้วยอาการปวดกล้ามเนื้อหลัง ร้อยละ 97.84 และมีอาการของ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ 3 ราย เป็น ผู้หญิงประกอบอาชีพทอผ้า : พุทธกรรมกลั่นปัสสาวะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การให้ความรู้แก่แรงงานนอกระบบ กลุ่มอาชีพจักรสาน ทอ เสื่อ และทอผ้า/เย็บผ้า บูรณาการร่วมกับกิจกรรมอบรมให้ ความรู้ แก่แรงงานในระบบ จัดที่โรงพยาบาลห้วยผึ้ง โดยผู้เข้า อบรมเป็นตัวแทนจากกลุ่มอาชีพเหล่านี้ แยกตามรายตำบล 	<p>เน้นย้ำให้พนักงานสวมใส่อย่างเป็นประจำ รวมทั้งการ ปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติงาน</p>

2.3.4 ระบบข้อมูล

ในปัจจุบันยังไม่ได้มีการจัดระบบข้อมูล การจัดเก็บและการรายงานปัญหาการเจ็บป่วยจากการทำงานที่มีรูปแบบที่ชัดเจน โดยในกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการเฝ้าระวังโรคจากการทำงานโดยใช้ระบบรายงาน 506/2 แต่ระบบนี้ยังใช้เฉพาะในโรงพยาบาลบางแห่ง หรือในบางจังหวัด ซึ่งการรายงานขึ้นอยู่กับความตระหนักและความสนใจของผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ จากการดำเนินงานของโครงการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล ได้ตั้งเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ให้กับโรงพยาบาลว่า ให้โรงพยาบาลพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัย ในส่วนของระบบข้อมูลนั้น การพัฒนาระบบข้อมูลต้อง สอดคล้องกับโปรแกรมสำเร็จรูปของพื้นที่ การลงข้อมูลต้องง่าย ไม่เพิ่มภาระ ไม่ใช่โปรแกรมที่สร้างขึ้นใหม่เฉพาะ ควรปรับที่มีอยู่ให้สามารถใช้ได้ สรุปรูปแบบการดำเนินงานด้านระบบข้อมูลการคัดกรองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมได้ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลโรคและการบาดเจ็บ

- แบบคัดกรองโรคจากการทำงาน แบบบันทึกการเจ็บป่วย
- โปรแกรมประมวลผลข้อมูลในระบบปกติ เช่น JHCIS ,Hos XP, KP stat
- โปรแกรมเชื่อมระบบข้อมูลในระบบปกติ เช่น Env-occ Khonkaen (RP5062)

ขั้นตอนการจัดเก็บและบันทึกข้อมูล

2. ชักประวัติและคัดกรองโรคจากการทำงาน บันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยรายบุคคลโดยเชื่อมโยงกับระบบปกติที่มารับบริการ
3. การลงรหัสและการให้รหัสโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม หลักการให้รหัส ICD 10 สำหรับงานอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 4 รายละเอียดของระบบรายงานข้อมูล

	โรงพยาบาลน้ำพอง	โรงพยาบาลเชียงใหม่	โรงพยาบาลห้วยผึ้ง
การคัดกรองวินิจฉัย	คัดกรองที่ OPD ER และ ศูนย์เวชปฏิบัติฯ โดยใช้แบบคัดกรองแทรก	คัดกรองที่ OPD ER โดยใช้ตรา ยางประทับคำถามและแนบบัตร คำสีชมพู	คัดกรองที่ OPD ER โดยใช้ป้ายบัตรคำแนะนำ สีชมพูโรคจากการทำงาน, สีเหลืองโรคจากสิ่งแวดล้อม
โปรแกรม	โปรแกรมเฉพาะของโรงพยาบาล	HOS Xp	HOS Xp
การลงบันทึก รายงาน	รายงานตามระบบ ICD 10 และลงรหัส Y96,Y97 แผนก ER ลงโปรแกรม ISWIN	รายงานตามระบบ ICD 10 และลงรหัส Y96,Y97	รายงานตามระบบ ICD 10 และลงรหัส Y96,Y97

	โรงพยาบาลน้ำพอง	โรงพยาบาลเขียงยืน	โรงพยาบาลห้วยผึ้ง
การวิเคราะห์และส่งออกข้อมูล	นำเข้าข้อมูล 21 แฟ้ม โดยใช้โปรแกรม ENV OCC khonkaen (RP 5062)	ดึงรายงานจาก Hos XP ส่งออกเป็นไฟล์ Excel วิเคราะห์และรายงานต่อ	ดึงรายงานจาก Hos XP ส่งออกเป็นไฟล์ Excel วิเคราะห์และรายงานต่อ

2.4 สรุปรูปแบบและกลไกการให้บริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน

รูปแบบ พบว่าโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งไม่มีโครงสร้างการทำงานที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยโดยตรงแต่จะแบ่งตามภารกิจเช่น หากเป็นการทำงานเชิงรุกในกลุ่มแรงงานนอกระบบหรือการทำงานเชิงรุกในสถานประกอบการ จะเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของ กลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน หากเป็นการตรวจสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการตามสิทธิประกันสังคม จะเป็นกลุ่มการพยาบาล เป็นต้น หลังจากรูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัย จะแบ่งเป็นกิจกรรมเชิงรับ เช่น การจัดการเชิงรับ การตรวจคัดกรองสุขภาพ การตรวจสุขภาพ การวินิจฉัยโรค การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและรายงานโรค ฯลฯ และการจัดกิจกรรมเชิงรุกเช่น การสำรวจข้อมูล การประเมินความเสี่ยง การอบรมให้ความรู้ การเยี่ยมบ้าน ฯลฯ

ตารางที่ 5 รูปแบบการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลแยกรายอำเภอ

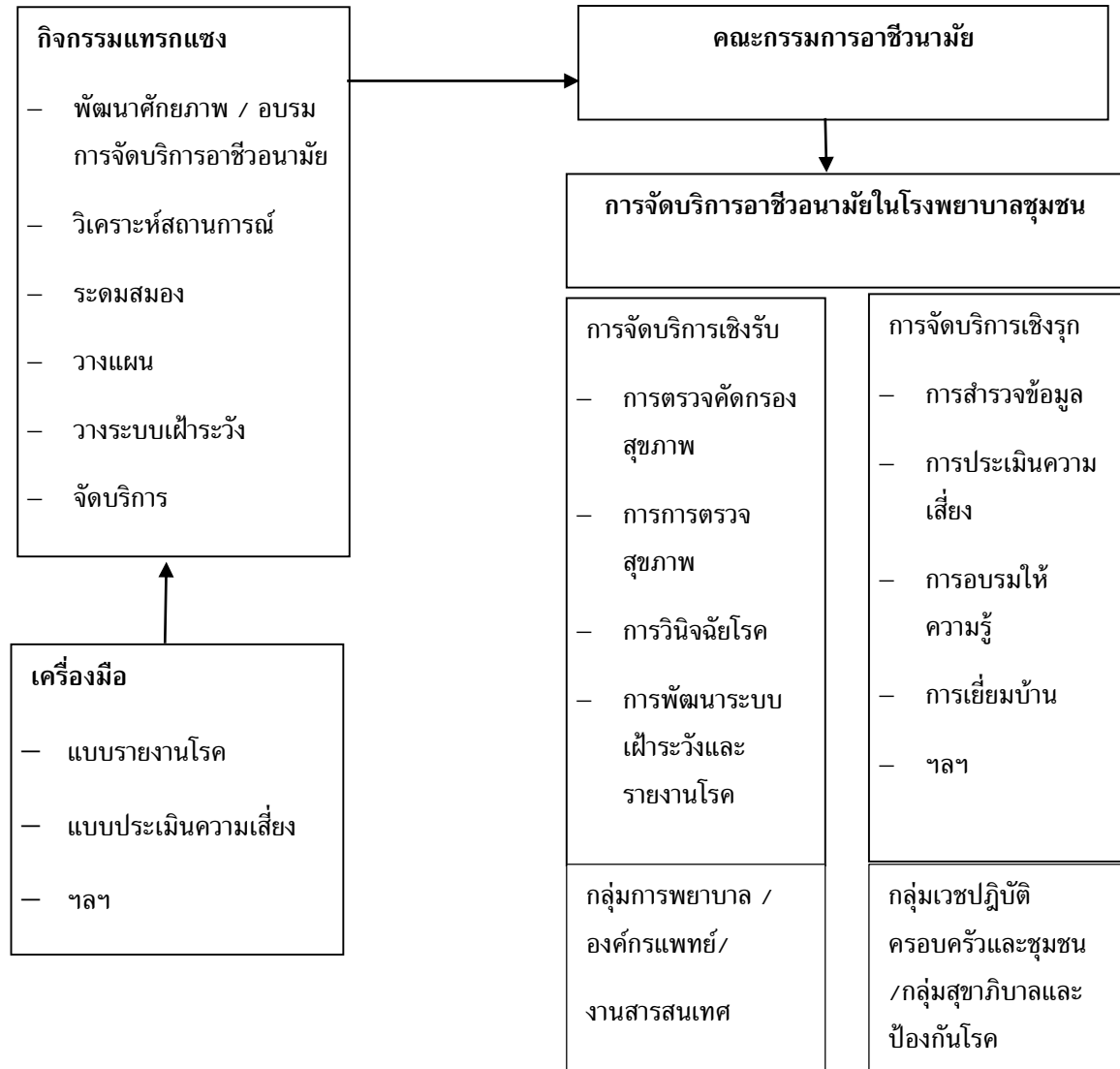
รายละเอียด	โรงพยาบาลน้ำพอง	โรงพยาบาลเขียงยืน	โรงพยาบาลห้วยผึ้ง
1. ข้อมูลการดำเนินงานก่อนพัฒนารูปแบบ			
กลุ่มที่รับผิดชอบหลัก	สุขาภิบาลและป้องกันโรค	เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน	เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน
การจัดบริการอาชีวเวชกรรมก่อนดำเนินงานโครงการ	เฝ้าระวังรง.506/2 / เจาะเลือดเกษตรกร	ยังไม่มี	ยังไม่มี
2 กิจกรรมแทรกแซงใน 3 โรงพยาบาล			
	<ul style="list-style-type: none"> — พัฒนาศักยภาพ / อบรมการจัดบริการอาชีวอนามัย — วิเคราะห์สถานการณ์ — ระดมสมอง — วางแผน 		

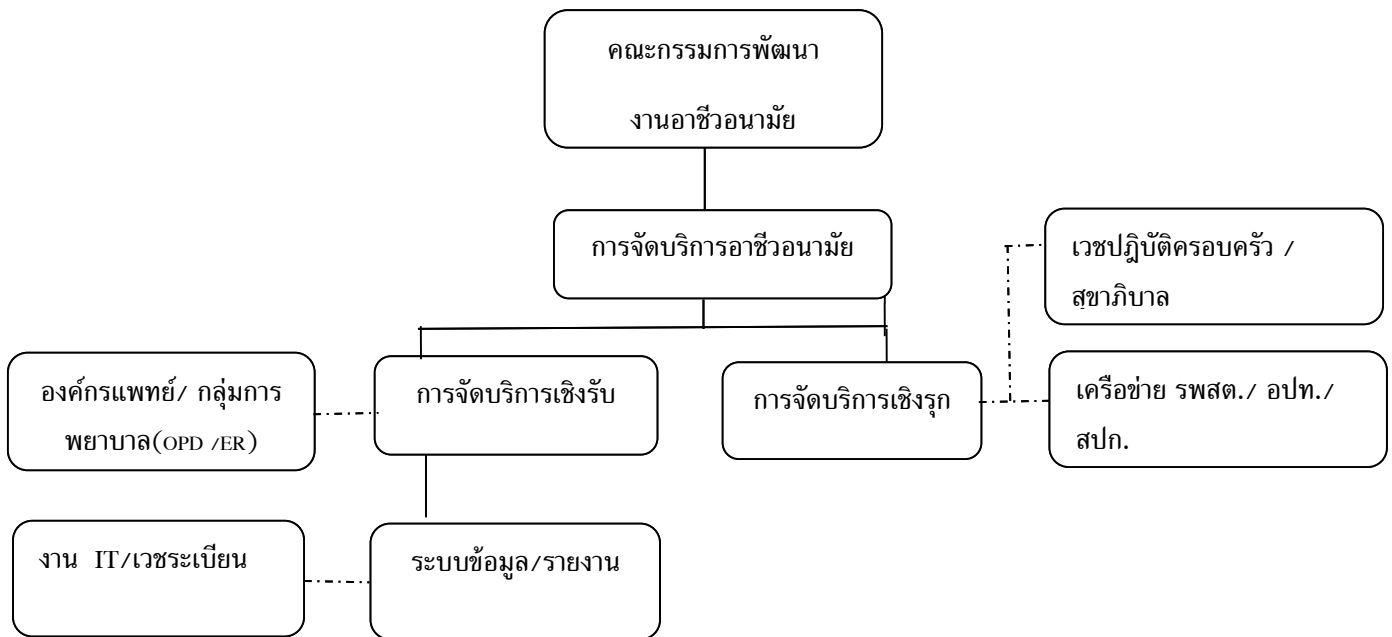
รายละเอียด	โรงพยาบาลน้ำพอง	โรงพยาบาลเขียงยืน	โรงพยาบาลห้วยผึ้ง
	<ul style="list-style-type: none"> — วางระบบเผื่อสำรอง — จัดบริการ <p>(รายละเอียดตามข้อ 2.2)</p>		
3 การจัดการบริการอาชีวอนามัยหลังดำเนินโครงการ			
องค์ประกอบคณะทำงาน	องค์กรแพทย์ กลุ่มการพยาบาล (OPD /ER) กลุ่มสุขาภิบาลและป้องกันโรค งานเวชสถิติ งาน IT	องค์กรแพทย์ กลุ่มการพยาบาล (OPD /ER) เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน งานเวชสถิติ งาน IT	องค์กรแพทย์ กลุ่มการพยาบาล (OPD /ER) เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน งานเวชสถิติ งาน IT
— การจัดการบริการเชิงรับ	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแนวทาง ระบบการตรวจวินิจฉัยและการตรวจคัดกรอง โรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม ทั้งในและนอกเวลาราชการ - ติดตามระบบการลงข้อมูลจากแผนกที่เกี่ยวข้อง เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์สภาพลักษณะปัญหา 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแนวทางการให้บริการผู้ป่วยด้วยโรคจากสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ - การพัฒนาระบบข้อมูล และพัฒนาระบบสารสนเทศเช่น ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มแรงงานฐานข้อมูลจำนวนและประเภทของแรงงานและสถานประกอบการ - ระบบข้อมูลของโรงพยาบาล การเชื่อมโยงข้อมูล 	<ul style="list-style-type: none"> - คัดกรองเบื้องต้น ถ้าสงสัยว่า อาการเจ็บป่วย เกิดจากการประกอบอาชีพ หรือสิ่งแวดล้อม โดยติดบัตรคำ Y96 และ Y97 แนบกับOPD card เพื่อให้แพทย์พิจารณาการให้รหัส external cause- - ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว - ลงบันทึกรหัสโรค ICD-10/ICD-9 ในโปรแกรม HosXp ได้ - - การดูแลรักษาตามมาตรฐานรายโรค
— การจัดการบริการเชิงรุก	แรงงานในระบบ	แรงงานในระบบ	แรงงานในระบบ
	1.ประเมินความเสี่ยงจากการทำงานในสถานประกอบการ 4 แห่ง	1 ประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย โดยใช้แบบสำรวจ ในสถานประกอบการ 1 แห่ง	1 ประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย โดยใช้แบบสำรวจในสถานประกอบการ 2 แห่ง

รายละเอียด	โรงพยาบาลน้ำพอง	โรงพยาบาลเขียงยืน	โรงพยาบาลห้วยผึ้ง
	2.ตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพทั่วไป แก่สถานประกอบการ 10 แห่ง 3. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกิจกรรม สัปดาห์ความปลอดภัย 4.อบรมให้ความรู้โรคจากการทำงาน	2 ตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพทั่วไป 3 กิจกรรมให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ	2 ตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพทั่วไป 3 ตรวจคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน 4 จัดอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5 ให้สูขศึกษาในการส่งเสริมป้องกันโรค
	แรงงานนอกระบบ	แรงงานนอกระบบ	แรงงานนอกระบบ
	1 สำรวจกลุ่มอาชีพ พร้อมทั้งจัดทำฐานข้อมูล 2 ประเมินความเสี่ยงในกลุ่มอาชีพสำคัญด้วยนบ 01 จำนวน 3 กลุ่ม 3 จัดกิจกรรมให้ความรู้และการจัดการความเสี่ยง 4 ตรวจคัดกรองระดับสารเคมีในเลือดกลุ่มเกษตรกร	การดำเนินงานในกลุ่มแรงงานนอกระบบ ดำเนินการโดย รพสต.	1 สำรวจกลุ่มอาชีพ ขึ้นทะเบียนกลุ่มเกษตรกร 2 ประเมินความเสี่ยงโดย JSA 3 จัดกิจกรรมให้ความรู้ 4 ตรวจคัดกรองระดับสารเคมีในเลือดกลุ่มเกษตรกร

โดยขบวนการและขั้นตอนการจัดบริการอาชีวอนามัยหลังจากมีกิจกรรมแทรกแซงแล้วสามารถสรุปได้เป็นแผนภูมิ 5 และกลไกที่สำคัญคือ คณะกรรมการอาชีวอนามัยที่มาจากกลุ่มต่างๆ เช่น องค์กรแพทย์ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน กลุ่มสุขภาพและป้องกันโรค งานระบบสารสนเทศ เป็นต้น ตามแผนภูมิที่ 6

แผนภูมิที่ 4 รูปแบบการจัดการบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล





แผนภูมิที่ 5 โครงสร้างและกลไก การดำเนินงานและกิจกรรมการจัดการบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล ชุมชน

2.5 ผลจากการจัดการบริการอาชีวอนามัย (บางกิจกรรม)

2.5.1 การสำรวจข้อมูลพื้นฐานกลุ่มแรงงานนอกระบบ

จากการดำเนินงานจัดการบริการอาชีวอนามัยใน รพช. พบว่าผลการดำเนินงานประกอบด้วย การสำรวจข้อมูลพื้นฐานกลุ่มอาชีพ การเฝ้าระวังและคัดกรองโรคในกลุ่มเกษตรกร และการเฝ้าระวังและคัดกรอง (เชิงรับ) และรายงานโรคจากการทำงาน (ตารางที่ 6 -8)

ตารางที่ 6 ข้อมูลการสำรวจกลุ่มอาชีพของแรงงานนอกระบบในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล

ลำดับ	กลุ่มอาชีพ	โรงพยาบาล น้ำพอง	โรงพยาบาลเชียง ยืน	โรงพยาบาล ห้วยผึ้ง	รวม	ร้อยละ
	กลุ่มปลูก					
1	ยางพารา	-	-	686	686	19.48
2	กลุ่มทอเสื่อ	6	-	21	50	1.42
3	กลุ่มปลูกผัก	-	-	417	510	14.48
4	กลุ่มจักรสาน	5	-	20	56	1.59
5	กลุ่มทอผ้า	-	-	98	616	17.49

ลำดับ	กลุ่มอาชีพ	โรงพยาบาล	โรงพยาบาลเชียงใหม่	โรงพยาบาล	รวม	ร้อยละ
		น้ำพอง	ยี่น	ห้วยผึ้ง		
6	ทำไร่ทำนา	494	-	-	612	17.38
7	รับจ้าง	93	-	-	106	3.01
8	ค้าขาย	26	-	-	76	2.16
	เลี้ยงสัตว์	2	-	-	94	2.67
10	ก่อสร้าง น้ำดื่ม อาหาร	-	-	-	125	3.55
11	ขนม ดอกไม้ ประดิษฐ์	-	-	-	253	7.18
12	ดอกไม้จันทน์	-	-	-	78	2.21
13	ไม้กวาด	-	-	-	87	2.47
14	สบู่ เกษตร	-	-	-	30	0.85
15	อินทรี	-	-	-	30	0.85
16	ร้อยมาลัย	-	-	-	29	0.82
17	อื่นๆ	6	-	-	84	2.39
	รวม	632	ยังไม่มีข้อมูล	1242	3522	

ผลการตรวจคัดกรองเกษตรกร จำนวน 4141 คน พบว่าส่วนใหญ่มีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัยร้อยละ 35.36 ตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ข้อมูลการตรวจคัดกรองสารเคมีในเลือดกลุ่มเกษตรกรด้วยกระดาษทดสอบเอนไซม์โคลินเอสเตอเรส

โรงพยาบาล	ปกติ	ปลอดภัย	เสี่ยง	ไม่ปลอดภัย	รวม	หมายเหตุ
น้ำพอง	25	130	179	83	417	
ห้วยผึ้ง	47	89	148	35	319	
เชียงใหม่	571	522	224	88	1405	ข้อมูลจาก รพสต
รวม	643	741	551	206	2141	
ร้อยละ	30.03	34.61	25.74	9.62	100	

การเฝ้าระวังและการคัดกรองโรคจากการทำงาน โดยโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งมีระบบการคัดกรองโรคจากการทำงานโดยการซักประวัติและคัดกรองทั้งนี้แต่ละโรงพยาบาลจะมีแนวทางที่คัดกรองที่คล้ายคลึงกัน และพบว่าปี 2556-2557 ผลการคัดกรองการเจ็บป่วยจากการทำงาน เป็นดังรายละเอียดตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพจากการคัดกรองปี 2556-2557

การวินิจฉัย	โรงพยาบาลน้ำ พอง	โรงพยาบาล เชียงใหม่	โรงพยาบาล ห้วยผึ้ง	รวม	ร้อยละ
โรคกระดูกและ กล้ามเนื้อ	39	97	58	194	25.19
โรคปอดและทาง หายใจ	0	12	2	14	1.82
โรคผิวหนัง ผื่นแพ้	0	10	3	13	1.69
โรคพิษจากพืช, สัตว์	27	0	0	27	3.51
สุนัขกัด	280	0	0	280	36.36
โรคพิษจากสารเคมี					
การเกษตรกรรมและ สารเคมี	0	0	0	0	0.00
โรคเหตุสภาวะทาง กายภาพ, จาก สิ่งแวดล้อม	60	0	0	60	7.79
อุบัติเหตุ/บาดเจ็บ	30	20	19	69	8.96
ระบบไหลเวียนโลหิต		1	8	9	1.17
อื่นๆ	63	16	25	104	13.51
รวม	499	156	115	770	100.00

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษารูปแบบการบริการจัดการบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบจัดการบริการอาชีวอนามัย และสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับกลุ่มแรงงาน ของโรงพยาบาลชุมชน และศึกษากิจกรรมการจัดการบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการของโรงพยาบาลชุมชน ดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง ของจังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ มีกิจกรรมแทรกแซงที่สำคัญคือ 1. ประชุมชี้แจง และทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการวิจัย และแนวคิดในการทำงานต่อผู้บริหาร ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พร้อมรับฟังข้อเสนอแนะ 2. ประเมินสถานการณ์ เป็นการศึกษาข้อมูลและบริบทของโรงพยาบาลเช่น ประชากร พื้นที่รับผิดชอบ โครงสร้างและการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ รวมทั้ง การดำเนินงานในปัจจุบัน เป็นต้น 3. สร้างกิจกรรมแทรกแซงที่ประกอบด้วย พัฒนาศักยภาพ / อบรมการจัดการบริการอาชีวอนามัย วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพ ประชุมระดมเพื่อวางแผนและออกแบบรูปแบบการดำเนินงาน 4. ออกแบบและสร้างรูปแบบการดำเนินงาน วางแผน วางระบบเฝ้าระวัง การจัดการที่จะพิจารณาจาก โครงสร้างการทำงาน ภาระกิจและบทบาทหน้าที่ กลไกและระบบงบประมาณ 5. ประเมินผลการดำเนินงานโดยดูจากผลการดำเนินงานของคณะทำงานที่ประกอบด้วย ผลการจัดการเชิงรุก (การสำรวจข้อมูลกลุ่มอาชีพ การจัดการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) การจัดการเชิงรับ (การคัดกรอง และการรายงานโรค) 6. สรุปผลและคืนข้อมูลให้กับผู้เกี่ยวข้อง ทำการศึกษาในช่วงเวลา มิถุนายน 2556-พฤศจิกายน 2557

5.1 รูปแบบและกลไกการจัดการบริการอาชีวอนามัย

ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ ด้านการจัดการบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 3 แห่ง ยังไม่มีกลุ่มงานและผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ที่ผ่านมามีกลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน และหรือกลุ่มงานสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมจัดทำโครงการ (1โรงพยาบาล)บ้าง (บางปี) เป็นโครงการคัดกรองความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร เป็นต้น หลังจากมีการจัดกิจกรรมแทรกแซงที่โรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งมีการจัดทำโครงสร้างและกลไกในการดำเนินงานในรูปของคณะทำงาน ที่อาจจะเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานเช่น องค์กรแพทย์ กลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน กลุ่มการพยาบาล (งาน ER OPD และผู้ป่วยใน) งานเวชสถิติ และงาน IT มีกลุ่มเวชปฏิบัติชุมชนฯ และหรือกลุ่มงานสุขภิบาลป้องกันโรคเป็นเลขานุการ ทั้งนี้จะแตกต่างกันไปตามบริบทของโรงพยาบาล

5.2 กิจกรรมการจัดการบริการฯ จะประกอบด้วยกิจกรรมเชิงรุก ซึ่งได้แก่ การจัดทำข้อมูลชุมชนและกลุ่มอาชีพ การประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน การจัดกิจกรรมเพื่อควบคุมความเสี่ยงจากการทำงาน (รวมทั้งการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคจากการทำงาน) และเชิงรับ (การคัดกรองและวินิจฉัยโรคจากการทำงาน) การรายงานโรคจากการทำงาน การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของ

พนักงานในสถานประกอบการ (โรงพยาบาลห้วยฝุ่ง) และการเฝ้าระวังโรคจากการทำงาน การพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังโรคจากการทำงาน การให้คำปรึกษาแนะนำ ทั้งนี้องค์กรแพทย์ กลุ่มการพยาบาล เวชสถิติ และ IT จะมีบทบาทภารกิจหลักในกิจกรรมเชิงรับ ส่วนกิจกรรมเชิงรุกจะเป็นบทบาทหน้าที่หลักของกลุ่มเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน และ/หรือ กลุ่มสุขาภิบาลและป้องกันโรค ด้านผลการดำเนินงานในช่วงเวลาที่ศึกษาพบว่า โรงพยาบาล 2 แห่ง มีการสำรวจกลุ่มอาชีพ และวัยแรงงานในพื้นที่พบว่ากลุ่มแรงงานในพื้นที่รับผิดชอบส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบ มีอาชีพเกษตรกรรม(ปลูกข้าว ผัก ยางพารา) (ร้อยละ51.33) มีการคัดกรองความเสี่ยงจากการทำงานของเกษตรกร 2141 คน พบมีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย ร้อยละ 35.36 โรงงานอุตสาหกรรมใน 4-9 แห่ง โรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง มีการคัดกรองคนไข้ที่เจ็บป่วยจากการทำงานได้ จำนวน 770 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรค พิษสุนัขกัด (ร้อยละ 36.36) ระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 25.19 โรคอื่นๆ 13.51 อุบัติเหตุจากการทำงานร้อยละ 8.96 ตามลำดับ

การบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชนนั้นนับว่ามีความจำเป็นสำหรับหน่วยบริการ สาธารณสุขทั้งนี้เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มวัยแรงงานซึ่งทั้งแรงงานนอกระบบ และแรงงานในระบบเข้าถึงบริการ อย่างทั่วถึง ถึงแม้จะมีรูปแบบการจัดบริการหลากหลาย⁽¹⁶⁾⁽²²⁾ แต่ในเบื้องต้นหน่วยงานภาครัฐพึงจะ จัดบริการให้กับกลุ่มประชากรวัยแรงงานในพื้นที่รับผิดชอบ โดยเฉพาะในพื้นที่ระดับโรงพยาบาลชุมชน ที่มีภารกิจทั้งการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบ และแรงงานในระบบ ถึงแม้ว่าในระดับโรงพยาบาล ชุมชนจะยังไม่มีหน่วยที่รับผิดชอบครบวงจรชัดเจน แต่ควรจะต้องดำเนินงานในรูปของคณะทำงาน เนื่องจากเกี่ยวข้องกับหลายกลุ่มฝ่าย แต่ทั้งนี้แม้ว่ารูปแบบและกลไกจะสามารถทำได้ในรูปของ คณะกรรมการ แต่กลุ่มงานควรจะมีกลุ่มที่ทำหน้าที่ฝ่ายเลขานุการที่ต้องรับผิดชอบเป็นภารกิจหลัก ที่ คอยสนับสนุนและผลักดันการทำงาน ซึ่งอาจจะเป็นกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน หรือกลุ่มสุขาภิ บาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตามการที่จะจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชนนั้นต้องมี ขบวนการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคคลากรที่เกี่ยวข้องถือเป็นกิจกรรมหลักที่สำคัญที่ต้องดำเนินงานก่อนซึ่ง การพัฒนาองค์ความรู้ของเจ้าหน้าที่สามารถทำได้ทั้งการส่งบุคคลากรเข้าร่วมอบรม หรือจัดประชุมทำ ความเข้าใจแบบสั้นโดยอาจจะใช้เวลา 1 วัน ในที่นี้โรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งได้มีการจัดประชุมชี้แจงให้กับ บุคคลากรที่เกี่ยวข้อง(คณะทำงาน) โดยเนื้อหาประกอบด้วยสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของแรงงาน การ จัดบริการอาชีวอนามัย การประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน การคัดกรองและวินิจฉัยโรคจากการทำงาน การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ส่วนในประเด็นการจัดบริการนั้นในเบื้องต้นคณะทำงานต้องมีข้อมูล พื้นฐานที่จำเป็นของพื้นที่นั้น ๆ เช่น จำนวนประชากร กลุ่มอาชีพ จำนวนโรงงานอุตสาหกรรมในพื้นที่เพื่อให้ สามารถจัดบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ในด้านการจัดบริการเชิงรับโดยเฉพาะ การคัดกรองและวินิจฉัยโรคจากการทำงานโดยการซักประวัติการทำงานในแต่ละโรงพยาบาลจะมีแนวทาง และขั้นตอนที่แตกต่างกันไปเช่น ทุกแห่งใช้พยาบาลที่แผนก OPD ในการซักประวัติ ส่วนการลงรหัส วินิจฉัยจะแตกต่างกันไปบางแห่งให้แพทย์ บางแห่งเป็นพยาบาลจากกลุ่มเวชสถิติ เป็นต้น ทั้งนี้กิจกรรม การจัดบริการสามารถดำเนินการทั้งกิจกรรมเชิงรุกและเชิงรับดังกล่าวสามารถประยุกต์ใช้ตามบริบทของ

พื้นที่ได้ทั้งรูปแบบการจัดกิจกรรมการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ และการจัดบริการคลินิกโรคจากการทำงานในกลุ่มแรงงานในระบบ⁽⁸⁾⁽²³⁾

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 3 แห่ง ที่สนใจเข้าร่วมโครงการในช่วงเวลา 1.5 ปี ยังไม่ได้มีการประเมิน และติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

สำหรับโรงพยาบาล :1 เนื่องจากการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชนยังไม่ได้มีโครงสร้างหรือผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจนจึงควรดำเนินงานในรูปคณะทำงาน / กรรมการที่มีบุคลากรที่เกี่ยวข้องจากกลุ่ม/ฝ่ายต่างๆ เช่น กลุ่มเวชปฏิบัติ กลุ่มการพยาบาล องค์กรแพทย์ ทั้งนี้ควรมีการกำหนดบทบาทและภาระกิจหน้าที่ของแต่ละส่วนให้ชัดเจนและควรมอบหมายให้กลุ่มที่เกี่ยวข้องมากที่สุดคือกลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน หรือกลุ่มสุขภาพและป้องกันโรคเป็นฝ่ายเลขานุการ

2. เนื่องจากการจัดบริการเป็นรูปแบบของคณะทำงาน ดังนั้นควรมีการทบทวนและประเมินผลการดำเนินงานทั้งต่อประเด็นการประสานงานระหว่างกลุ่มฝ่าย หรือการแบ่งบทบาทภาระให้ชัดเจนยิ่งขึ้น รวมทั้งการจัดบริการ และต่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการควบคู่กันไป

สำหรับหน่วยงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง: เนื่องจากการจัดบริการอาชีวอนามัยเป็นการจัดบริการนำร่องในโรงพยาบาลชุมชนที่ยังไม่ได้ดำเนินการในทุกโรงพยาบาล ควรจะต้องมีพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการดำเนินงานสำหรับโรงพยาบาลชุมชนเพื่อเป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป :ประเมินผลการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชนที่มีการจัดบริการเพื่อปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้เหมาะสมและสอดคล้องมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2559 , สำนักงานสถิติแห่งชาติ 255๓ , [ออนไลน์]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 25 มกราคม 2560]. เข้าถึงได้จาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/workerOutReport59.pdf>
2. รายงานประจำปี 2556 กองทุนเงินทดแทน, สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม :2556 [ออนไลน์]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 2 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก , https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/e13af7d808ea7941adda331a452014d.pdf
3. Rantanen J. New concept in occupational health services –BOHS. [Internet]. 2010 [Cited 2018 Jan 5]. Available from http://www.who.int/occupational_health/publications/bohsbooklet.pdf.
4. โครงสร้างหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข , [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 2 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.pngo.moph.go.th/pngo/phocadownload/ITA/aaaaa1.pdf>
5. แนวทางดำเนินงานพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของหน่วยบริการสาธารณสุข,สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค , [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 20 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก : http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/samutprakarn/1.Samrong_implement_year61.pdf
6. รายงานประจำปี 2557,สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค, 2557 , [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 2 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก, <http://www.mediafire.com/file/ik959otz03y79uz/en2557.pdf>
- 7 Somkiat Siriruttanaruk, Koji Wada, Tsuoshi Kawakami. Promoting occupational health services for workers in the informal economy through primary health care unit. ILO Asia-Pacific Working Paper series, September 2009
8. ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์ พิไลลักษณ์ พลพิลา พิเชษฐ โฉมเฉลา จรรย์รักษ์ เยทส์ โสภภาพรณ จิรนิติศัย และคณะ , การพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิสำหรับแรงงานนอกระบบ, วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 เมษายน- กันยายน 2556 หน้า 79-92
9. Suresh Munbodh ;**Mobile Unit for the Informal Sector**, [Internet]. 2010 [Date of access Jan 4,2010,available at www.unevoc.unesco.org/.../MAR-Munbodh-Informal.doc ,
10. **Informal sector** , [Internet]. 2010 [Date of access Jan 4,2010 , available at http://www.ilo.org/public/english/region/asro/bangkok/feature/inf_sect.htm
11. อนุสัญญาองค์การแรงงานระหว่างประเทศ ฉบับที่ 187 : 2560 [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึง

- เมื่อ วันที่ 1 มกราคม 2560]. เข้าถึงได้จาก ,
<http://www.oshthai.org/attachments/article/243/243-1.pdf>
- 12.กระทรวงแรงงาน, สถานการณ์ และการเตือนภัยด้านแรงงาน ปี 2560 (มกราคม – ธันวาคม 2560) [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึง 4 มกราคม 2561 Jan 4,2018 , เข้าถึงได้จาก
http://www.mol.go.th/sites/default/files/full_2560.pdf
13. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ภาวะสุขภาพแรงงานไทย [ออนไลน์]. 2553 [เข้าถึง 4 มกราคม
 กรกฎาคม 2559 , เข้าถึงได้จาก
<http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/pubsfiles/LaborHealthy.pdf>
- 14 สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค, 2560 .รายงานสถานการณ์การ
 ดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพภาคอุตสาหกรรม ปี
 2560 ,2560
- 15 . มูลนิธิพัฒนาแรงงานและอาชีพ , แรงงานนอกระบบ, [อินเทอร์เน็ต]. 2548 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 10
 มกราคม 2556].เข้าถึงได้จาก <http://homenetthailand.org/informal-worker/>
16. อุดุลย์ บัณฑิตกุล, บริการอาชีวอนามัย. [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 10 มกราคม
 2556].เข้าถึงได้จาก <https://www.gotoknow.org/posts/247814>
17. Jorma Rantanen , **Basic occupational health services—their structure; content and
 objectives**, Scandinavian Journal of Work Environmental & Health, Supplement
 2005;no 1:5–15
- 18.Jorma Rantanen, **Newconcept in occupational health services –BOHS**, [Internet]. 2010 [Date of
 access Jan 4,2014 , available at
http://www.who.int/occupational_health/publications/bohsbooklet.pdf,
- 19 **นันทกานต์ จันทร์อ่อน, การบริหารจัดการแรงงานนอกระบบแห่งประเทศไทย**, [อินเทอร์เน็ต].
 2554 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 10 มีนาคม 2556].เข้าถึงได้จาก
http://library.senate.go.th/document/Ext5360/5360123_0002.PDF
20. สำนักงานประกันสังคม, คลินิกโรคจากการทำงาน, 2560 [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 1
 มกราคม 2560]. เข้าถึงได้จาก ,
<http://www.sso.go.th/hospital/category.jsp?lang=th&cat=978>
- 21.ปิยะนารถ จาติเกตุ. (บรรณาธิการ). (2556). **ถอดบทเรียน: แก้วปี ก้าวไป เรียนรู้ไปกับการ
 พัฒนาการจัดระบบบริการสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบใน
 ประเทศไทย**. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.].
22. Somkiat Siriruttanaruk, Koji Wada, Tsuoshi Kawakami. Promoting occupational health
 services for workers in the informal economy through primary health care unit. ILO Asia-
 Pacific Working Paper series, September 2009.

23. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข: เอกสารประกอบการอบรมการจัดบริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน/ สถานีอนามัย, 2552
24. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2558). คู่มือการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข : คลินิกสุขภาพเกษตรกร (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2558) . พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
25. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2553). แนวทางการวินิจฉัยโรคและภัยจากการประกอบอาชีพเบื้องต้นสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข . พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
26. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2557). รายงานประจำปี 2557, อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 20 มกราคม 2558].เข้าถึงได้จาก <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents?g=4&s=1&page=3>
27. Sherry L. Baron, *Injuries in Child Laborers in the Informal Sector in Mexico City*, Mexico, 1997 'Public Health Rep. 2005 Nov–Dec; 120(6): 598–601
28. W. D. Salter,INTERNATIONAL OSH PROGRAMME ON THE INFORMAL SECTOR, [Internet]. 2010 [Date of access Jan 4,2010 , available at www.ilo.org/public/english/region/asro/mdtmanila/.../osh.doc .
29. นุชนารถ นาคขำ. (2550). ถอดบทเรียนการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับแรงงานนอกระบบ. รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ โครงการสหวิทยาการระดับบัณฑิตศึกษา สาขาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
30. สุวัฒนา เกิดม่วง และสุรินทร์ กลัมพากร. (2558). แบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 25(1), 40–53.
31. นภัค ดั่งจุมพล และยุวดี วิทย์พันธ์ (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 37(3), 83–93.
32. นิสากร กรุงไกรเพชร. 2551. แนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยสำหรับแรงงานนอกระบบ : กลุ่มผู้รับงานไปทำที่บ้าน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 16(2), 2–11
33. เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร, สรา อภรณ์, นุศราพร เกษสมบุรณ์, John F Smith, เกษร แถวโนนจิว และ

ธีรศักดิ์ พาจันท์. (2555). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ สำหรับแรงงานนอกระบบ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

34. อรพิน วิมลภูษิต. (2556). ใส่ใจ”อาชีวอนามัยในระบบสุขภาพปฐมภูมิ” [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 10 มิถุนายน 2556]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaihealth.or.th>
35. Rafiei M, Ezzatian R, Farshad A, Sokooti M, Tabibi R, Colosio C. Occupational Health Services Integrated in Primary Health Care in Iran. *Ann Glob Heal*. 2015;81(4):561–7
36. Constitution T, Basic T, Health O, Bohs T, Commission I, Ata A, et al. Basic occupational health services. 2009;13(1):1–2. 2554 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 20 มีนาคม 2557]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaihealth.or.th>
37. Chu PC, Fuh HR, Luo JC, Du CL, Chuang HY, Guo HR, et al. The impact of occupational health service network and reporting system in Taiwan. *Int J Occup Environ Health*. 2013;19(4):352–62.





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ตัวอย่างการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานโดยใช้กระบวนการกลุ่ม

กลุ่มทอเสื่อ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

ขั้นตอน	อันตรายต่อสุขภาพ	แนวทางการแก้ไข
1. จัดหาวัตถุดิบ (4 ชั่วโมง) <ul style="list-style-type: none"> - ตัด กก, ฝ่อ, ไหล, เป, ฐูป - เดินทางโดยรถยนต์ 	<ul style="list-style-type: none"> - แชน้ำนาน ๆ เกิดผื่นคัน - อุบัติเหตุ (การเดินทาง) - เชื้อโรคที่อยู่ในน้ำ - อุบัติเหตุจากของมีคม - การแบกของหนัก ปวดหลัง 	<ul style="list-style-type: none"> - สวมเสื้อผ้าแขนยาว ขายาว ถุงมือ ถุงเท้า - เพิ่มความระมัดระวัง - แบ่งวัตถุดิบให้มีขนาดเล็กลง
2. เตรียมวัตถุดิบ <ul style="list-style-type: none"> - ผ่ากลาง, สอยเป 2-4 เส้น/ต้น - ตากแดด ประมาณ 3 แดด - มัดเป็นกำเล็กๆ  	<ul style="list-style-type: none"> - มีดบาด, เปบาด - ความร้อนจากไฟ 	<ul style="list-style-type: none"> - ใส่ถุงมือ - เพิ่มความระมัดระวัง - อุปกรณ์คลุมหน้า
3. ย้อมสี (1 ชอง/3-4 กำ)  	<ul style="list-style-type: none"> - สารเคมีจากสีย้อม - อุบัติเหตุน้ำร้อนลวก 	<ul style="list-style-type: none"> - ใส่ถุงมือป้องกัน
4. กางฟืม (ขึ้นโครง)	<ul style="list-style-type: none"> - กัมมาน 	<ul style="list-style-type: none"> - เปลี่ยนท่าทางการทำงาน

ขั้นตอน	อันตรายต่อสุขภาพ	แนวทางการแก้ไข
<p>ประมาณ 15 นาที</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - ทำงานท่าเดิมซ้ำๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ
<p>5. การทอ (1 ชั่วโมง)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ใช้ไม้สอด-ทอ 	<ul style="list-style-type: none"> - อุบัติเหตุไม้สอดตำนิ้ว - อุบัติเหตุตกโครงทอเลื่อน - ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (ขา, ไหล่, เอว, คอ) - แพ้สารเคมีจากสีย้อม - อุบัติเหตุจากของมีคม 	<ul style="list-style-type: none"> - ใส่ถุงมือ - เพิ่มความระมัดระวัง - พัฒนาอุปกรณ์ - พักเป็นระยะ - ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ - สลับหน้าที่ (สอด-ทอ)
<p>6. ตัดริม (ตกแต่งให้สวยงาม)</p> <p>นำไปตากแดด เตรียมขาย</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - อุบัติเหตุจากของมีคม 	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มความระมัดระวัง
<p>7. จำหน่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> - พ่อค้าคนกลางรับซื้อถึงบ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> - เครียด (ราคาต้นทุนสูง รายได้ต่ำ) 	<ul style="list-style-type: none"> - อยากให้มีการประกันราคา - จัดให้มีกลุ่มนายทุนในพื้นที่เพื่อประกันราคาผลผลิต ราคาเป็นราคามาตรฐาน(35 บ.) - พัฒนาผลิตภัณฑ์ให้มีคุณภาพของได้ราคาเพิ่มขึ้น - รวมกลุ่มซื้อวัตถุดิบเพื่อประหยัดราคา

ตารางที่ การจัดลำดับความเสี่ยงจากการทำงาน (กลุ่มทอเสื้อ)

ความเสี่ยง	โอกาสที่จะเกิด ความเสี่ยง	ผลกระทบ	ระดับคะแนน	การแปรผล
อุบัติเหตุจากการทำงาน (มีดบาด, น้ำร้อนลวก ฯลฯ)	2	2	4	ความเสี่ยงปาน กลาง
การสัมผัสสารเคมี	3	4	12	ความเสี่ยงปาน กลาง
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	5	3	15	ความเสี่ยงสูง

ภาคผนวก ข

วาระการอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร ของโรงพยาบาล

วาระการประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับสถานบริการ
สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๕๖

ณ ห้องประชุมฝั่งหลวง โรงพยาบาลห้วยผึ้ง อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๕๖.

เวลา 08.30 น - 09.00 น

พิธีเปิดการอบรม

เวลา 09.00 น - 10.30 น.

บรรยายเรื่อง โรคจากการทำงาน และการคัดกรอง สำหรับสถานบริการ
สาธารณสุข

วิทยากร โดย.....

เวลา 10.45 น-12.00 น.

บรรยายเรื่อง สิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน และการประเมินความเสี่ยงต่อ
สุขภาพจากการทำงาน

วิทยากร โดย.....

เวลา 12.00 น. 13.00 น.

พักรับประทานอาหารกลางวัน

เวลา 13.00 น-15.00 น.

อภิปราย การบริหารจัดการข้อมูลข่าวสารและระบบรายงานโรคจากการ
ประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมเพื่อการเฝ้าระวังทางสุขภาพของแรงงาน
ฝึกปฏิบัติการประเมินความเสี่ยงจากสิ่งคุกคามที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

วิทยากร โดย.....

วิทยากร โดย.....

เวลา 15.00 น- 16.00 น.

พัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มแรงงาน สำหรับหน่วย
บริการสาธารณสุขระดับอำเภอ

วิทยากร โดย.....

เวลา 16.00 - 16.30 น.

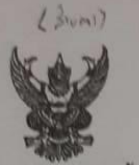
อภิปรายปัญหาทั่วไป

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่างเวลา 10.30 - 10.45 น. และ 14.30 - 14.45 น.

ภาคผนวก ค

(ตัวอย่าง)คณะทำงาน

คำสั่งคณะกรรมการโรงพยาบาลห้วยผึ้ง



คำสั่งอำเภอห้วยผึ้ง

ที่ ๗ / ๒๕๕๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการโครงการพัฒนาการสร้างความเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานสำหรับสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ โรงพยาบาลห้วยผึ้ง

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการโครงการพัฒนาการสร้างความเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานสำหรับสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ โรงพยาบาลห้วยผึ้ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้มีสิทธิประกันสังคม ทั้งแรงงานในระบบและแรงงานนอกระบบ สามารถเข้าถึงบริการสร้างความเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้มากขึ้น

เพื่อให้การดำเนินงาน ตามโครงการพัฒนาการสร้างความเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานสำหรับสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุตามวัตถุประสงค์ ตามที่กำหนดไว้ โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการให้ทำหน้าที่ดังต่อไปนี้

๑. คณะกรรมการอำนวยการ ประกอบด้วย

๑.๑ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยผึ้ง	ประธานกรรมการ
๑.๒ สาธารณสุขอำเภอห้วยผึ้ง	รองประธานกรรมการ
๑.๓ นางประวัน เข้มพล (อปท.)	กรรมการ
๑.๔ ผู้จัดการโรงงานแปงมันกาฬสินธุ์	กรรมการ
๑.๕ ผู้จัดการโรงงานแปงมันสมเด็จ	กรรมการ
๑.๖ นายพิมพ์ พรสงวน (SME)	กรรมการ
๑.๗ นางศิริรัตน์ คนชื้อ	กรรมการและเลขานุการ

โดยมีหน้าที่ ดังนี้

๑. กำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินการ ตามโครงการพัฒนาการสร้างความเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานสำหรับสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ โรงพยาบาลห้วยผึ้ง
๒. ส่งเสริมสนับสนุน และให้คำปรึกษาในการดำเนินงาน
๓. ควบคุมกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน ของคณะทำงานโครงการพัฒนาการสร้างความเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานสำหรับสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ โรงพยาบาลห้วยผึ้ง
๔. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานชุดต่างๆ เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้ตามวัตถุประสงค์

- ๒ -

๕. เสนอผลงานโครงการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานสำหรับสถานบริการ
สาธารณสุขระดับอำเภอ โรงพยาบาลห้วยผึ้ง แก่ทีมประเมินจากหน่วยงานภายนอก

๒. คณะกรรมการดำเนินงาน ประกอบด้วย

๑. แพทย์หญิงจุฑามาศ ปัทม	ประธานกรรมการ
๒. นางสาวสวาท คนหาญ	รองประธานกรรมการ
๓. เกษิขรน้อยนา เยื้องกลาง	กรรมการ
๔. นายศิริชัย เยื้องกลาง	กรรมการ
๕. นางสาวพิกุล ชื่นวัฒนา	กรรมการ
๖. นางอรทัย ฤทธิโรจน์	กรรมการ
๗. นางรื่นฤดี พงษ์โพธิ์ชัย	กรรมการ
๘. นายพรยศ ดอกคู่	กรรมการ
๙. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไค้ปูน	กรรมการ
๑๐. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำบง	กรรมการ
๑๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าสีแก้ว	กรรมการ
๑๒. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงอุดม	กรรมการ
๑๓. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองอีบุตร	กรรมการ
๑๔. เจ้าหน้าที่ประจำโรงงานแปงมันกาฬสินธุ์	กรรมการ
๑๕. เจ้าหน้าที่ประจำโรงงานแปงมันสมเด็จ	กรรมการ
๑๖. นายอรุณ บุญหล้า	กรรมการ
๑๗. นางสินีนาด สีห์ลิ้ง	กรรมการ
๑๘. นางมณเฑียร โมลาขาว	กรรมการและเลขานุการ
๑๙. นางจิราภรณ์ พรหมวงษ์ชัย	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยมีหน้าที่ ดังนี้

๑. จัดทำแผนปฏิบัติการโครงการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานสำหรับสถานบริการ
สาธารณสุขระดับอำเภอ โรงพยาบาลห้วยผึ้ง
๒. จัดทำ CPG แนวทางการดำเนินงาน
๓. จัดทำแบบสำรวจข้อมูล ในพื้นที่
๔. จัดทำโครงการออกตรวจสุขภาพ
๕. จัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามกลุ่มเสี่ยง

...../๖. จัดทำโครงการศึกษาชุมชน

- ๓ -

๖. จัดทำโครงการศึกษาดูงาน โรงพยาบาลหนองเรือ จ.ขอนแก่น
๗. จัดทำอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ และผู้ดูแลระบบข้อมูล
๘. สํารวจและจัดทำฐานข้อมูล กลุ่มแรงงานในพื้นที่ และรายงาน ๕๐๖/๒
๙. รวบรวมและติดตามผลการปฏิบัติงาน สรุปผลต่อคณะกรรมการอำนวยการ ทุก ๒ เดือน
๑๐. และปฏิบัติงานอื่นๆตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนกว่าจะมีคำสั่งเปลี่ยนแปลง

สั่ง ณ วันที่ ๑๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๖



(นายไพฑูรย์ อุไรจีน)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยผึ้ง

คำสั่งคณะกรรมการโรงพยาบาลน้ำพอง



คำสั่งโรงพยาบาลน้ำพอง

ที่ ๖๗/๒๕๕๖

เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาการดำเนินงานอาชีวอนามัย
โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

ตามที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ได้จัดทำโครงการนำร่องการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงานในชุมชน กลุ่มแรงงานนอกระบบ รวมถึงงานอาชีวอนามัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกอบอาชีพสิทธิประกันสังคมในภาคอุตสาหกรรม หรือผู้ประกอบการกลุ่มสิทธิข้าราชการครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัดขอนแก่น เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร สำหรับการดูแลสุขภาพแรงงานทั้งในและนอกระบบ โดยการจัดทำฐานข้อมูลความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการทำงาน ส่งเสริมการจัดบริการอาชีวอนามัย และการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงาน รวมทั้งมีการบันทึกข้อมูลการรับบริการอย่างเป็นระบบ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ดังกล่าว โรงพยาบาลน้ำพอง จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาการดำเนินงานอาชีวอนามัย โรงพยาบาลน้ำพอง ดังนี้

๑. ที่ปรึกษา

๑) นายแพทย์วิชัย	อัครภาคย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง
๒) นายแพทย์โรตม	ใจสนุก	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
๓) นายแพทย์คงฤทธิ์	ศรียา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
๔) นางสาวนจิตต์	นุดาดี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ
๕) นางสาวทิพธิญา	เสียงสอน	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
๖) นางสาวรีรัตน์	ดาวเรือง	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
๗) นางรุ่งอรุณ	จันทร์	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
๘) นางสุพัทรา	จตุเทน	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
๙) นางสาวกนิษฐา	ธนูศิลป์	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

๒. คณะทำงานพัฒนาการดำเนินงานอาชีวอนามัย

๑) นางดวงฤดี โชติกลาง	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	ประธานคณะกรรมการ
๒) นางนิสา แผงฤทธิ์	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๓) นางปารณา มูลศรี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๔) น.ส. สมทรง สนชู	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๕) นางฐิติมา แสนโชติ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๖) น.ส. กุลกันยา มาไชยะ	พยาบาลวิชาชีพ	กรรมการ
๗) น.ส. วิภาวรรณ ศรีปัดถา	พยาบาลวิชาชีพ	กรรมการ
๘) น.ส. นิภาวรรณ ชลพอง	พยาบาลวิชาชีพ	กรรมการ
๙) นางกัญจรมณี สินพิทักษ์เขต	นักกายภาพบำบัด	กรรมการ


๑๐) นายสมัคร สอนภิรมย์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	กรรมการ
๑๑) นายณัฐวุฒิ จันทะแสง	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	กรรมการ
๑๒) นายวุฒิชัย ราชสีห์	จพ.สาธารณสุข ชำนาญงาน	กรรมการ
๑๓) นางภัทรภร ไชยหัต	จพง.สาธารณสุข ปฏิบัติงาน	กรรมการ
๑๔) น.ส. สารีกา ทองสมบัติ	เจ้าพนักงานสถิติ ปฏิบัติงาน	กรรมการ
๑๕) ว่าที่ร้อยตรีศิริชัย จันทุม	นักวิชาการสาธารณสุข	กรรมการและเลขานุการ
๑๖) น.ส. รัตนากร ยิงลำ	นักวิชาการสาธารณสุข	กรรมการและเลขานุการ

มีหน้าที่ดังนี้

๑. ประชุม และวางแผนการดำเนินงานอาชีวอนามัย และการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล น้ำพอง
๒. ประชุม และวางแผนพัฒนาการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ครอบคลุมกลุ่มแรงงานในชุมชน กลุ่มข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม
๓. จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการอาชีวอนามัย ในโรงพยาบาล
๔. จัดทำระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมจากการให้บริการอาชีวอนามัย วิเคราะห์ข้อมูล และนำมาใช้ในการวางแผนจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย ต่อไป
๕. รวบรวมผลการดำเนินการเพื่อรายงานต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามความเหมาะสมต่อไป

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๖



(นายวิชัย อัครภาคย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง

คำสั่งคณะกรรมการโรงพยาบาลเชียงใหม่



คำสั่งเครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่-ชั้นชม

ที่ ๑๕ / ๒๕๕๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการผู้ดำเนินงานการให้บริการอาชีวอนามัยเชิงรุกและเชิงรับ

ด้วยโรงพยาบาลเชียงใหม่เป็นสถานพยาบาลของจังหวัดมหาสารคามกลุ่มเป้าหมายของพื้นที่ตรวจราชการที่ ๑๒ ในการพัฒนาระบบการให้บริการด้านอาชีวอนามัยร่วมกับอีก ๓ จังหวัดคือ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ สืบเนื่องจากการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มวัยแรงงานซึ่งเป็นวัยที่สำคัญ แต่เนื่องด้วยระยะเวลาการดำรงชีวิตเป็นไปอย่างเร่งรีบมักไม่ใส่ใจสุขภาพ ประกอบด้วยการให้บริการคลินิกด้านอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลเชียงใหม่และสถานพยาบาลเครือข่ายยังไม่ชัดเจนและเป็นระบบ

ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อยจึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพกลุ่มวัยแรงงานด้านอาชีวอนามัยทั้งเชิงรับและเชิงรุก ดังนี้

คณะกรรมการ

๑. นายสมชาย ไซติ ปิยวัชรเวลา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงใหม่	ประธาน
๒. นายเกรียงศักดิ์ หาญสิทธิพร	นายแพทย์ ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๓. นายศักดิ์สิทธิ์ ศรีทุมขันธุ์	นายแพทย์ ชำนาญการ	กรรมการ/เลขาฯ
๔. นายธนภัทร ศรีชุม	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	กรรมการ/ผู้ช่วยเลขาฯ

หน้าที่

๑. อำนวยการ สั่งการ ควบคุมและกำกับการทำงานให้ลุล่วง
๒. สนับสนุนและให้คำปรึกษาแก่คณะกรรมการดำเนินงาน งบประมาณสนับสนุน เพื่อใช้จ่ายในการดำเนินงาน
๓. ติดตาม นิเทศงาน และประเมินผลความก้าวหน้าในการทำงานอย่างต่อเนื่อง

คณะกรรมการดำเนินงานด้านเชิงรับ

๑. นายศักดิ์สิทธิ์ ศรีทุมขันธุ์	นายแพทย์ ชำนาญการ	ประธาน
๒. นางนุชนาฏ หาญสิทธิพร	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	รองประธาน
๓. นางระเบียบ หีบแก้ว	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๔. นางยุพิน หิรัญพต	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๕. นางสาววิภา โรจนรัตน์นางกูร	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๖. นายสมพร อุดมตะคุ	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	กรรมการ
๗. พ.จ.ท. วัฒนพงษ์ อุทรส	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๘. น.ส. พัชรภรณ์ แสนคำ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๙. นางกรรณา ตะนะสอน	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์ ชำนาญงาน	กรรมการ
๑๐. นางพิมพ์พิไล ไชยพรม	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
๑๑. น.ส. ศรีรัตน์ ระหา	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	กรรมการ
๑๒. น.ส. เสาวลักษณ์ พูลศิริ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ/เลขาฯ
๑๓. น.ส. นิษฐพร บัวเมื่อน	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ/ผู้ช่วยเลขาฯ

หน้าที่

๑. ดำเนินการวางแผนการบริหารจัดการให้บริการทางการแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพเชียงใหม่-เชียงใหม่
๒. ให้ความรู้และชี้แจงแก่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และทางการพยาบาลตลอดจนผู้เกี่ยวข้องให้รับทราบแนวทางการให้บริการทางด้านคลินิกอาชื่อนามัย
๓. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานบริการระดับตำบลเพื่อรับผู้ป่วยและการควบคุมโรคให้สงบอย่างเร่งด่วน

คณะกรรมการดำเนินงานด้านเชิงรุก

๑. นายสากล	ธรรมทินโน	นักวิชาการสาธารณสุข	ชำนาญการ	ประธาน
๒. นายบัญชา	ดวงทิพย์จันทร์	นักวิชาการสาธารณสุข	ชำนาญการ	รองประธาน
๓. น.ส.ศรัณรัตน์	ระหา	นักวิชาการสาธารณสุข	ชำนาญการ	กรรมการ
๔. นายภูธร	สารสวัสดิ์	นักวิชาการสาธารณสุข	ชำนาญการ	กรรมการ
๕. น.ส.เพลินพิศ	ขวัญโพธิ์	นักวิชาการสาธารณสุข	ชำนาญการ	กรรมการ
๖. น.ส.ปทุมเกสร	จะละคร	นักวิชาการสาธารณสุข	ชำนาญการ	กรรมการ
๗. นายสมพร	อุดมตะคุ	นักวิชาการสาธารณสุข	ชำนาญการ	กรรมการ
๘. นายวิวัฒนา	อาจชมภู	นักวิชาการสาธารณสุข	ชำนาญการ	กรรมการ
๙. นางดวงใจ	นันทะภา	นักวิชาการสาธารณสุข	ชำนาญการ	กรรมการ
๑๐. นายวงษ์กลาง	กุดวงษา	นักวิชาการสาธารณสุข	ชำนาญการ	กรรมการ
๑๑. นางขวัญเรือน	จันทร์เปล่ง	นักวิชาการสาธารณสุข	ชำนาญการ	กรรมการ
๑๒. นายธนภัทร	ศรีชุม	นักวิชาการสาธารณสุข	ปฏิบัติการ	กรรมการ/เลขาฯ
๑๓. น.ส.กุสุมาพร	ไชยปัตตา	นักวิชาการสาธารณสุข	ปฏิบัติการ	กรรมการ/ผู้ช่วยฯ

หน้าที่

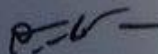
๑. วางแผนการดำเนินงานด้านอาชื่อนามัยเชิงรุก เพื่อสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยแรงงาน
๒. ดำเนินงานเพื่อให้เป็นไปตามแผนงานที่วางไว้ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงาน

จึงขอให้ผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งได้ปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มกำลังความสามารถเพื่อให้การดำเนินงานสำเร็จลุล่วงด้วยดี และมีประสิทธิผลต่อประชาชนสูงสุด

ทั้งนี้ ให้ถือปฏิบัติตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

16 ส.ค. 2556

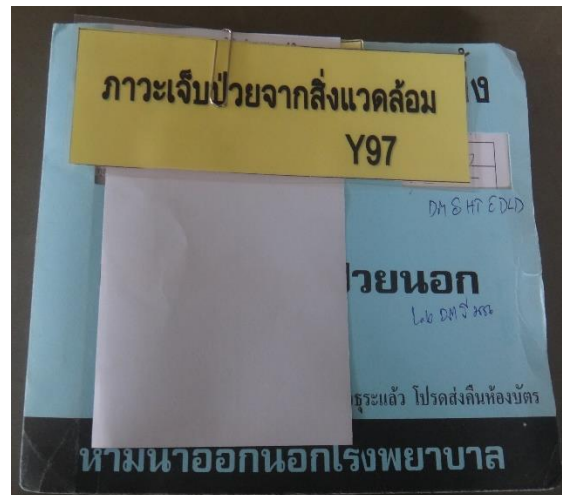
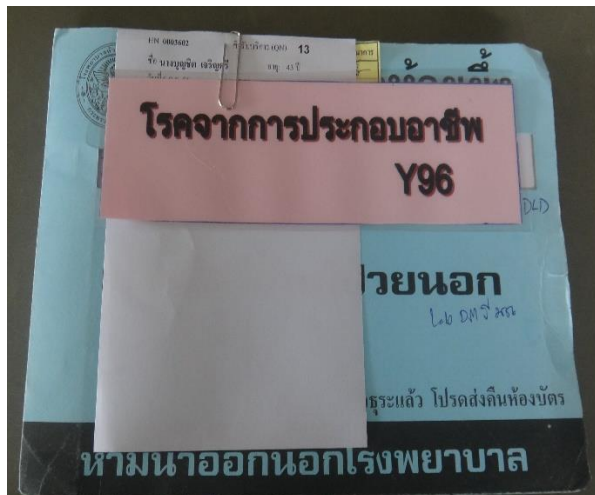
สั่ง ณ วันที่.....



(นายสมชายโชติ ปิยวัชรเวลา)
ประธานเครือข่ายสุขภาพเชียงใหม่-เชียงใหม่

ภาคผนวก ง

ภาพประกอบ



ภาพที่ 1-2 ภาพบัตรคำที่แนบกับ OPD card กรณีโรคจากประกอบชีพ และ สิ่งแวดล้อม



ภาพที่ 3-4 การอบรมพัฒนาศักยภาพทีมในการจัดบริการอาชีวอนามัย โรงพยาบาลหัวฝาง

แบบฟอร์มการซักประวัติโรคจากการทำงาน	๔. ชื่อสถานประกอบการ _____
โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น	ประเภทกิจการ _____
ชื่อ-สกุล _____ อายุ _____ ปี เพศ _____	
อาชีพ _____ วันที่ _____	แผนกที่ทำงาน _____
1. การเจ็บป่วยเริ่มมีอาการทำงานหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ	อายุการทำงาน _____ ปี _____ เดือน
2. มีเดือนหรือเวลาเจ็บป่วยเมื่อไหร่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ลักษณะงานที่ทำ _____
3. หยุดงานแล้วอาการดีขึ้นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> ไม่ดีขึ้น <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ	5. ประวัติการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล <input type="checkbox"/> ไม่ใช้
	<input type="checkbox"/> ใช่-ระบุ _____
ลงชื่อผู้ให้ข้อมูล _____	ผู้รับภาพ _____
เบอร์โทร _____	***รายงานฝ่ายสุขภาพและป้องกันโรค

ภาพที่ 5 แบบฟอร์มการซักประวัติโรคจากการทำงาน โรงพยาบาลน้ำพอง



ภาพที่ 6 บัตร และตารางคำถามในการซักประวัติ ของโรงพยาบาลเชียงใหม่

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัย ในโรงพยาบาลชุมชน

Model development of occupational health service in community hospitals

คิมลักษ์ณ์ ดิธิสวัสดิ์เวทย์ ปร.ด. (สาธารณสุขศาสตร์) *	Simalak Dithisawatwet Ph.D. (Public Health) *
จรรยาธิษัณธ์ เยทส์ พย.บ.*	Janyaruck Yates B.N.S.*
เกรียงศักดิ์ หาญสิทธิพร พ.บ. **	Kriengsak Hansittiporn M.D. **
สายสวาท คนหาญ พย.บ. ***	Saisawat Khonhan B.N.S. ***
ดวงฤดี โชติกลาง วท.ม. (วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม)****	Duangruedee Choteklang M.Sc. (Environmental Science)****
ธนภัทร ศรีชุม ส.บ.****	Thanapat Srichoom B.P.H****
พิไลลักษณ์ พลพิลา วท.ม. (วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม)*	Pilailak Polpila M.Sc. (Environmental Science)*
พิเชษฐ โฉมเฉลา วท.บ. (วิทยาศาสตร์สุขาภิบาล)*	Pichet Chomchaloa B.Sc. (Sanitation Science)*
ทรงทรัพย์ พิมพ์ชายน้อย ส.ม. (อนามัยสิ่งแวดล้อม)*	Songsab Pimchainoi M.P.H. (Environmental Health) *
*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น	*The Office of Disease Prevention and Control 6 Khon Kaen
**โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม	**Chaingyuen Hospital, Mahasarakam
***โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์	***Huaipung Hospital, Kalasin
****โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น	****Nampong Hospital, Khon Kaen

บทคัดย่อ

ความสำคัญ: การจัดบริการอาชีวอนามัยถือว่าเป็นกลยุทธ์สำคัญในการที่จะทำให้วัยแรงงานเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐาน และถือว่าเป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้คนทำงานเข้าถึงบริการที่จำเป็นและครอบคลุม แต่อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มวัยแรงงานสามารถเข้าถึงการจัดบริการอาชีวอนามัยได้ไม่มากนักรวมทั้งวัยแรงงานในประเทศไทยที่ผ่านมา มีรูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสาธารณสุขเพื่อดูแลสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานทั้งระดับจังหวัดและระดับตำบล แต่รูปแบบการจัดบริการฯในระดับอำเภอยังไม่ชัดเจน

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน

วิธีการ/ขั้นตอน: การศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ครั้งนี้ ดำเนินการในหน่วยบริการระดับอำเภอ 3 แห่ง คือ ศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน 2556-พฤศจิกายน 2557 กิจกรรมสำคัญประกอบด้วย การวิเคราะห์บริบทงานและโครงสร้างการดำเนินงาน ประชุมระดมสมอง พัฒนาศูญลักษณ์ จัดตั้งคณะทำงาน ออกแบบจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกและเชิงรับในโรงพยาบาล จัดระบบการเฝ้าระวังและรายงานโรค เครื่องมือที่ใช้คือแบบรายงานโรคจากการทำงาน แบบประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น วัดผลการศึกษาจากรูปแบบการดำเนินงาน ผลการประเมินความเสี่ยง ผลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ผลการคัดกรองรายงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และการทำงานร่วมกับเครือข่าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา: พบว่าทั้ง 3 โรงพยาบาล มีการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลในรูปแบบของกรรมการ โดยมีกลุ่มการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดบริการเชิงรับ และร่วมกับกลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวในการจัดบริการเชิงรุก กิจกรรมการจัดบริการฯ ประกอบด้วย 1. สำรวจข้อมูลกลุ่มอาชีพ 2. การตรวจสอบสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการ 3. ตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร 4. การจัดทำรายงานและจัดทำระบบการคัดกรองสุขภาพในโรงพยาบาล พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมจำนวน 770 ราย ด้านการทำงานร่วมกับเครือข่ายพบว่าทั้ง 3 แห่งทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอกที่สำคัญคือ รพท. รพสต. ในเขตรับผิดชอบ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้จัดทำแผนร่วมกัน และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการตรวจคัดกรองสุขภาพเกษตรกร และกิจกรรมแก้ไขปัญหา

สรุปผลและข้อเสนอแนะ: การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน ดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการ โดยมีกลุ่มการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดบริการเชิงรับ และร่วมกับกลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวในการจัดบริการเชิงรุก มีกิจกรรมที่สำคัญคือการจัดบริการเชิงรุกและเชิงรับ มีการทำงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่คือ รพท. รพสต. อปท. และสถานประกอบการ ทั้งนี้กิจกรรมดังกล่าวควรได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานระดับจังหวัดในเชิงนโยบาย การนิเทศติดตาม และการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันโรค ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพของประชากรวัยทำงานที่ต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการอย่างแท้จริง

คำสำคัญ: การจัดบริการอาชีวอนามัย แรงงานนอกระบบ โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

Introduction: Occupational Health Service (OHS) has been known as important strategy to address the basic living conditions of workers health and it also a key method to help workers can access adequate and essential service. Unfortunately, there are a few percent of workers can access this facility include Thai workers. Presently, Thailand can provide OHS in provincial and sub-district hospital level but the pattern of service in community hospital level still unclear. This study aims to develop an Occupational Health Services model in community hospitals.

Methods: This action research was conducted in three community hospitals in northeastern of Thailand during June, 2013–November, 2014. Core activities consist of context and structure analysis, brain storming, training in occupational health, team set up, planned for OHS and set up surveillance system. Disease report form, risk assessment form were tool of study. Model of OHS, disease report, and risk assessment report were outcome of this study. Data were analyzed by descriptive statistics.

Results: The study showed these models provided OHS by nursing section and family and community medicine section. The core activities were job survey, health checking and health risk checking among workers, pesticide exposure screening among agriculturist, reporting and setup surveillance system and coordinating with sub-district hospital and local authority organization. There were 770 workers were reported as work related or injuries from work. According to network coordination, most of them coordinated with local authority organizations and sub-district hospitals.

Discussion: These experiences indicated that OHS models could provide in community hospitals. The activities addressed by nursing section and community and family medicine section. The OHS in district

level help workers to access the necessary services, these prevent them from working hazards in particular. However these programs need strongly policy support from provincial health office, as well as information systems development for workers' health surveillance.

Keywords: Occupational Health Services, community hospital

บทนำ

ในประเทศไทยมีกำลังแรงงานทั่วประเทศจำนวน 39.1 ล้านคน เป็นแรงงานนอกระบบ 25.1 ล้านคน (ร้อยละ 64.2) แรงงานในระบบ 14.0 ล้านคน สำหรับปัญหาด้านสุขภาพและความปลอดภัยของแรงงานนอกระบบ คืออริยาบทในการทำงานไม่เหมาะสม (ร้อยละ 49.1) การทำงานในสภาพแวดล้อมที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพร่างกายคือมีฝุ่น คิวบิก กลิ่นและแสงสว่างไม่เพียงพอ (ร้อยละ 25.1 และ 16.8) ได้รับสารเคมีเป็นพิษร้อยละ 68.0⁽¹⁾ ส่วนปัญหาแรงงานในระบบ คือการประสบอันตรายและอุบัติเหตุจากการทำงานอยู่ที่ 12.57 ต่อ 1,000 ราย ลักษณะการเกิดและประสบอันตรายเกิดจาก 4 อันดับแรกคือ วัตถุหรือสิ่งของตัด/บาด/ทิ่มแทง วัตถุหรือสิ่งของพังทลาย/หล่นทับ วัตถุหรือสิ่งของกระแทก/ชน วัตถุหรือสิ่งของหรือสารเคมีกระเด็นเข้าตา⁽²⁾ อย่างไรก็ตามปัญหาาร่วมของแรงงานทั้ง 2 กลุ่มเมื่อเจ็บป่วยจากการทำงานแล้ว คือ การไม่สามารถเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยหรือการบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย นอกจากนี้แล้วยังไม่พบว่ามีนโยบายที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและการเข้าถึงการรักษาของแรงงานแต่ละกลุ่ม

สถานการณ์ปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของแรงงาน มีความแตกต่างกันออกไปตามรูปแบบของการจ้างงานและนโยบายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้ในการทำงาน ตลอดจนการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศ รวมถึง ปัญหาของแรงงานในระบบที่พบคือ กิจการจ้างงานภาคอุตสาหกรรมที่เป็นสถานประกอบการขนาดกลางและขนาดเล็กยังไม่เห็นความสำคัญต่อการปฏิบัติตามกฎหมายความปลอดภัยในการทำงาน และลูกจ้างขาดความตระหนักในการป้องกัน ขาดความรู้ และการเข้า

ไม่ถึงข้อมูลความรู้ในเรื่องดังกล่าว และความต้องการในการจัดบริการอาชีวอนามัย เหล่านี้ล้วนเป็นประเด็นท้าทายสำหรับหลายๆประเทศในการจัดบริการอาชีวอนามัย ขณะเดียวกันข้อมูลการครอบคลุมการจัดบริการอาชีวอนามัยในประเทศต่างๆโดยเฉลี่ยแล้วมีอยู่เพียง 10-15% เท่านั้น⁽³⁾

การจัดบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการสาธารณสุขในประเทศไทย มีรูปแบบและแนวทางการดำเนินงานในหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับระดับของหน่วยบริการ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปมีการจัดบริการผ่านกลุ่มอาชีพเวชกรรมของโรงพยาบาลโดยส่วนใหญ่ดำเนินการในรูปของคลินิกโรคจากการทำงานทั้งนี้กิจกรรมที่ดำเนินงาน มีโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ชัดเจน ได้แก่ งานคลินิกอาชีพเวชกรรม งานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพวัยทำงาน งานอาชีวป้องกันและควบคุมโรค งานพิษวิทยา และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม งานอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม งานตรวจสุขภาพ ทั้งนี้การให้บริการอาจจะแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่⁽⁴⁻⁵⁾ ขณะที่การจัดบริการอาชีวอนามัยในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ประชากรกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มแรงงานนอกระบบจะมีรูปแบบการจัดบริการในรูปของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามแนวคิดของ Primary Health Care service หรือการจัดบริการในรูปแบบคลินิกเกษตร ทั้งนี้ในปี 2557 ในเขต 7 และระดับประเทศ พบว่ามีการจัดบริการร้อยละ 21.0 และ 18.99⁽⁶⁾ โดยจะผสมผสานกับงานส่งเสริมสุขภาพและงานป้องกันโรคอื่น ๆ โดยบุคลากรสาธารณสุขที่อยู่ในรพสต. (โดยเฉลี่ยมีแห่งละ 5-7 คน) กิจกรรมที่ดำเนินการจะมีทั้งกิจกรรมเชิงรุก คือการสำรวจกลุ่มอาชีพ การประเมินความเสี่ยง การตรวจคัดกรองสุขภาพ การให้ความรู้ ขณะที่การจัดบริการเชิงรับคือการตรวจสุขภาพ การให้การรักษาพยาบาลและการรายงานการเจ็บป่วย⁽⁷⁻⁸⁾

ในขณะที่ในระดับโรงพยาบาลชุมชนเองซึ่งมีพื้นที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพกลุ่มแรงงานทั้งในระบบและกลุ่มแรงงานนอกระบบ แต่ยังคงพบว่ามีรูปแบบการจัดบริการยังไม่ชัดเจน ทั้งอาจจะยังไม่มีโครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน รวมทั้งมีกลุ่มงานและผู้เกี่ยวข้องหลายกลุ่มฝ่าย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะหน่วยงานสนับสนุนวิชาการแก่หน่วยบริการในพื้นที่ ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในระดับโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของกลุ่มวัยแรงงาน อันจะส่งผลให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดในการป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

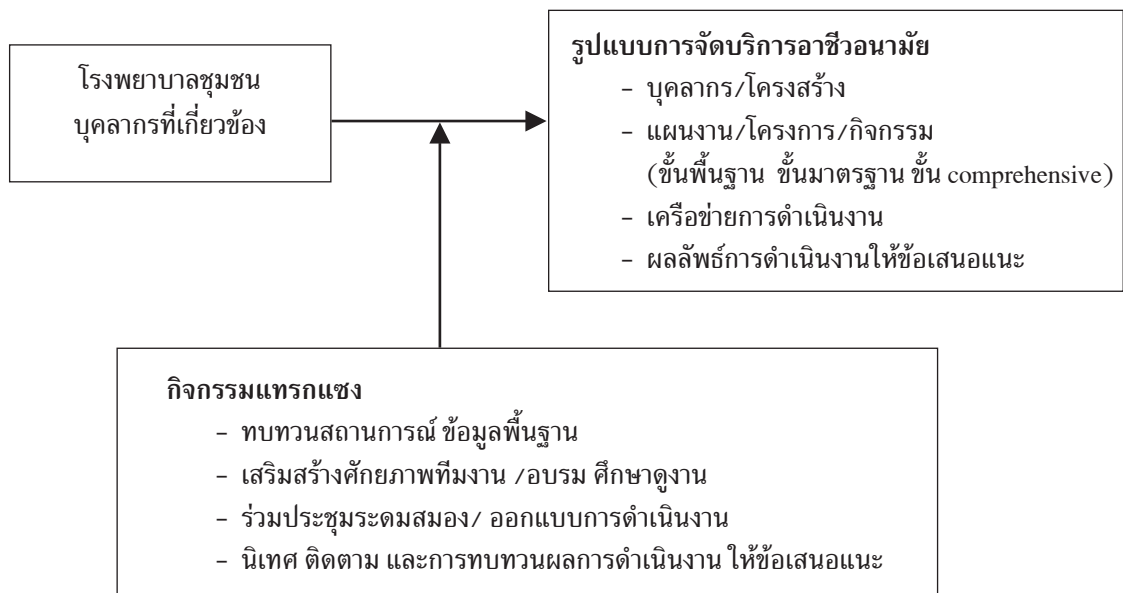
เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัย และสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับกลุ่มแรงงานของโรงพยาบาลชุมชน

นิยามศัพท์เฉพาะ

รูปแบบการจัดบริการ หมายถึงวิธีการในการดำเนินงานเพื่อให้มีการจัดบริการอาชีวอนามัย รวมประเด็น คน เงิน สิ่งของ เช่น การจัดกำลังคน การมอบหมายผู้รับผิดชอบ การจัดสรรงบประมาณ การบริหารจัดการแผนงาน โครงการ การวางแผนทางการดำเนินงาน เป็นต้น

การจัดบริการอาชีวอนามัย หมายถึง การจัดบริการเพื่อดูแลสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานทั้งนี้แบ่งออกเป็นสองประเภทคือการจัดบริการเชิงรุก ได้แก่ การสำรวจข้อมูลเบื้องต้น การประเมินความเสี่ยงอย่างง่ายการให้คำแนะนำ การจัดการความเสี่ยง การควบคุมความเสี่ยง การสอบสวนโรค เป็นต้น การจัดบริการเชิงรับ การคัดกรองโรค การรักษาพยาบาล การเฝ้าระวังโรค การรายงานโรค เป็นต้น

กรอบแนวคิด



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน

วิธีการดำเนินงาน

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีกิจกรรม ดังนี้

- ประชุมชี้แจงเพื่อทำความเข้าใจแก่ผู้เกี่ยวข้อง
- พัฒนาศักยภาพและให้องค์ความรู้แก่คณะทำงานของแต่ละพื้นที่
- คณะทำงานทั้ง 3 แห่ง ร่วมประชุม ระดมสมองวางแผน เพื่อกำหนดรูปแบบการดำเนินงาน
- ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการ
- ดำเนินการตามแผน
- คณะทำงาน ประเมินผล สรุปบทเรียนการดำเนินงาน (จัดทำ AAR)
- นิเทศ ติดตาม และให้ข้อเสนอแนะ

ขอบเขตงานวิจัย

ดำเนินงานในปี 2556-2557 ในกิจกรรมด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคสำหรับกลุ่มแรงงานของโรงพยาบาลชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ศึกษากลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างใน 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 setting โรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง คือ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ทำการคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอาชีวอนามัย และสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับกลุ่มแรงงาน ของโรงพยาบาลชุมชน โดยมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย นักวิชาการพยาบาล แพทย์จากกลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน กลุ่มการพยาบาล (แผนก OPD ER) งานระบาด งานเวชสถิติ จำนวน 15-25 คนแตกต่างกันไปตามขนาดของโรงพยาบาล

หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นโรงพยาบาลชุมชน
2. มีผู้รับผิดชอบงาน
3. ยินดีเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบสำรวจและแนวทางในการคัดกรองโรค
2. แบบสำรวจข้อมูลและการประเมินความเสี่ยง โดยเครื่องมือนี้ประยุกต์มาจากเครื่องมือ และแนวทางในการคัดกรองโรคและการสำรวจข้อมูลประเมินความเสี่ยงที่พัฒนาโดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค เก็บรวบรวมข้อมูลโดยนักวิจัยในพื้นที่ โดยทำการเก็บข้อมูลจากรายงานการคัดกรองโรค และแบบเก็บรายละเอียดการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบเครื่องมือเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และทำการทดลองเก็บข้อมูลแล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปเก็บจริง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (ข้อมูล รูปแบบ โครงสร้างการทำงาน) และสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ข้อมูลทั่วไป พื้นฐานจำนวนแรงงาน ข้อมูลการเจ็บป่วย)

การดำเนินการพัฒนาแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ เป็นการศึกษาข้อมูลและบริบทของโรงพยาบาล เช่น ประชากร พื้นที่รับผิดชอบ โครงสร้างและการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ รวมทั้งการดำเนินงานในปัจจุบัน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างกิจกรรมแทรกแซงที่ประกอบด้วยพัฒนาศักยภาพ / อบรมการจัดบริการอาชีวอนามัย วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพ ประชุมระดมเพื่อวางแผนและออกแบบรูปแบบการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบและสร้างรูปแบบการดำเนินงาน วางแผน วางระบบเฝ้าระวัง การจัดการบริการที่จะพิจารณาจากโครงสร้างการทำงาน การกิจและบทบาทหน้าที่ กลไกและระบบงบประมาณ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานโดยดูจากผลการดำเนินงานของคณะทำงานที่ประกอบด้วยผลการจัดบริการเชิงรุก (การสำรวจข้อมูลกลุ่มอาชีพ การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) การจัดการบริการเชิงรับ (การคัดกรอง และการรายงานโรค)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

รายละเอียด	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข	โรงพยาบาล ค
จำนวนเตียง	126 เตียง	60 เตียง	30 เตียง
บุคลากร	241 คน	153 คน	114 คน
ประชากร	120,403 คน	86,943 คน	31,725 คน
อาชีพของประชากร	เกษตร (ข้าวนาปี ข้าวนาปรัง) ปลูกอ้อย ปลูกมันสำปะหลัง และปลูกพืชผัก)	ทำนา ค้าขาย และรับจ้าง	เกษตรกรรม ได้แก่ การทำนา ทำไร่ (อ้อย มันสำปะหลัง) และพืชผักสวนครัว (ข้าวโพด พริก ถั่วลิสง)
จำนวนโรงงานอุตสาหกรรม	9 แห่ง	5 แห่ง	4 แห่ง

2. รูปแบบการดำเนินงาน

สถานการณ์การดำเนินงานอาชีวอนามัยก่อนการพัฒนา รูปแบบ

จากการทบทวนสถานการณ์การดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ไม่ได้มีการจัดบริการอาชีวอนามัยที่เป็นรูปธรรม โดยส่วนใหญ่จะทำการเป็นกิจกรรมการคัดกรองความเสี่ยงของเกษตรกร และการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล และกลุ่มที่รับผิดชอบคือกลุ่มสุขภาพและป้องกันโรค หรือกลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน (รายละเอียดตามตาราง 2)

กิจกรรมแทรกแซง

กิจกรรมแทรกแซง ประกอบด้วย

- การพัฒนาศักยภาพ และการเตรียมทีมบุคลากรคณะทำงาน โดยการจัดประชุมและชี้แจงพร้อมให้ความรู้ผู้เกี่ยวข้องคือคณะทำงานรวม 15-25 คน ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาล (ประกอบด้วย แพทย์ (บางโรงพยาบาล) กลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัว กลุ่มการพยาบาลแผนก OPD ER ศูนย์สุขภาพชุมชน) เนื้อหาการอบรมประกอบด้วยสถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สิ่งคุกคามสุขภาพ จากการทำงาน การประเมินความเสี่ยง

และการจัดการความเสี่ยง การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก และเชิงรับ การคัดกรองและการรายงานโรคจาก การประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ด้วยรหัส ICD10 (รายละเอียดตามตาราง 2)

- การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโรคจาก การประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่
- การออกแบบการทำงาน โดยเริ่มจากการวิเคราะห์บริบท และโครงสร้างการทำงานของการออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานซึ่งทั้งสามโรงพยาบาล วางโครงสร้างการทำงานด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยในรูปของคณะทำงาน

การจัดการบริการหลังการพัฒนา รูปแบบ

- การจัดบริการอาชีวอนามัยและวางระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โดยการจัดกิจกรรมดังนี้
- กิจกรรมเชิงรับ จัดทำแนวทางระบบการตรวจวินิจฉัยและการตรวจคัดกรองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม วางระบบการลงข้อมูลจากแผนกที่เกี่ยวข้อง การคัดกรองโรคโดยการซักประวัติการทำงาน การพัฒนาระบบข้อมูลและการจัดทำรายงาน เป็นต้น (รายละเอียดตามตารางที่ 2)

- กิจกรรมเชิงรุก ได้แก่ ประเมินความเสี่ยงจากการทำงานในสถานประกอบการ ตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพทั่วไป จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกิจกรรมสัปดาห์ความปลอดภัย อบรมให้ความรู้โรคจากการทำงาน สํารวจกลุ่มอาชีพ พร้อมทั้งจัดทำฐานข้อมูล ตรวจคัดกรองระดับสารเคมีในเลือดกลุ่มเกษตรกร เป็นต้น (รายละเอียดตามตารางที่ 2)

จากข้อมูลทั้งสามโรงพยาบาลยังไม่มีกลุ่มอาชีวอนามัยโดยตรง แต่จะมีกลุ่มงานที่รับผิดชอบคือกลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน (โรงพยาบาล ข และ ค) ขณะที่โรงพยาบาล ก มีกลุ่มที่รับผิดชอบคือฝ่ายสุขภาพและป้องกันโรค แต่เนื่องจากกิจกรรมการจัดบริการอาชีวอนามัยจะเกี่ยวข้องกับกลุ่มอื่น ๆ ด้วยทั้ง 3 โรงพยาบาล ดำเนินงานในรูปของคณะทำงาน ซึ่งแต่ละแห่งมีองค์ประกอบของกรรมการแตกต่างกันออกไปดังนี้

ตารางที่ 2 รูปแบบการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลแยกรายอำเภอ

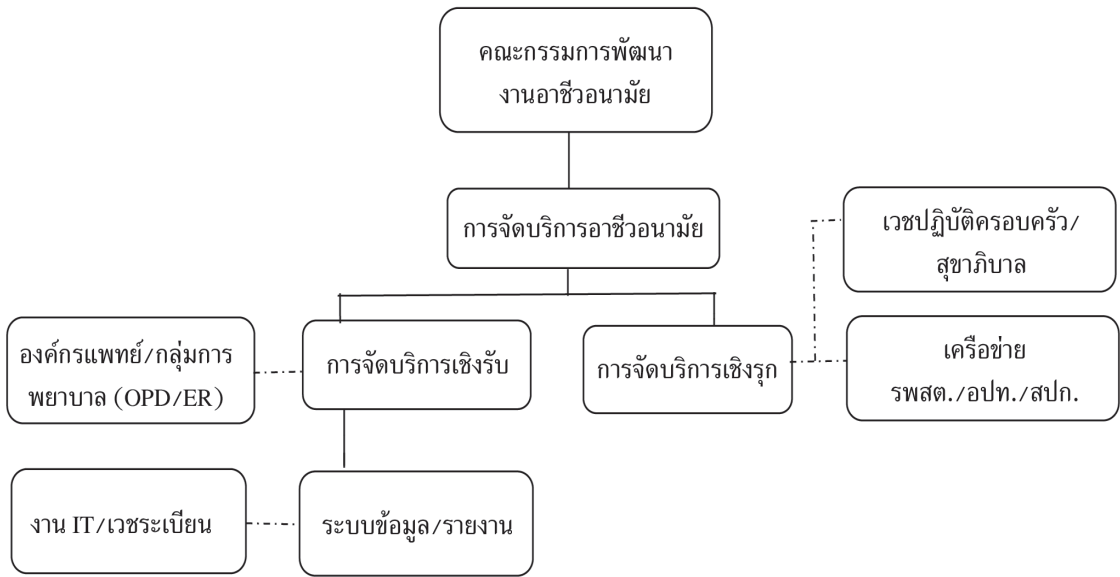
รายละเอียด	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข	โรงพยาบาล ค
1. ข้อมูลการดำเนินงานก่อนพัฒนารูปแบบ			
กลุ่มที่รับผิดชอบหลัก	สุขภาพและป้องกันโรค	เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน	เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน
การจัดบริการอาชีว- เวชกรรมก่อนดำเนินงานโครงการ	เผ่าระวัง รง.506/2 เจาะเลือด เกษตรกร	ยังไม่มี	ยังไม่มี
2. กิจกรรมแทรกแซงใน 3 โรงพยาบาล			
	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาศักยภาพ/อบรมการจัดบริการอาชีวอนามัย - วิเคราะห์สถานการณ์ - ระดมสมอง - วางแผน - วางระบบเผ่าระวัง - จัดบริการ 		
3. การจัดบริการอาชีวอนามัยหลังดำเนินโครงการ			
องค์ประกอบ คณะทำงาน	องค์กรแพทย์ กลุ่มการพยาบาล (OPD /ER) กลุ่มสุขภาพและ ป้องกันโรค งานเวชสถิติ งาน IT	องค์กรแพทย์ กลุ่มการ พยาบาล (OPD /ER) เวชปฏิบัติครอบครัวและ ชุมชน งานเวชสถิติ งาน IT	องค์กรแพทย์ กลุ่มการพยาบาล (OPD /ER) เวชปฏิบัติ ครอบครัวและชุมชน งานเวช สถิติ งาน IT
การจัดบริการเชิงรับ	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแนวทาง ระบบการตรวจวินิจฉัยและการตรวจคัดกรองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ทั้งในและนอกเวลาราชการ - ติดตามระบบการลงข้อมูลจากแผนกที่เกี่ยวข้อง เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์สภาพ ลักษณะปัญหา 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแนวทางการให้บริการผู้ป่วยด้วยโรคจากสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ - การพัฒนาระบบข้อมูล และพัฒนาระบบสารสนเทศ เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มแรงงาน ฐานข้อมูลจำนวนและประเภทของแรงงานและสถานประกอบการ - ระบบข้อมูลของโรงพยาบาล การเชื่อมโยงข้อมูล 	<ul style="list-style-type: none"> - คัดกรองเบื้องต้น ถ้าสงสัยว่าอาการเจ็บป่วย เกิดจากการประกอบอาชีพ หรือสิ่งแวดล้อม โดยติดบัตรค่า Y96 และ Y97 แนบกับ OPD card เพื่อให้แพทย์พิจารณาการให้รหัส external cause-- - ลงบันทึกรหัสโรค ICD-10/ ICD-9 ในโปรแกรม HosXp ได้ - การดูแลรักษาตามมาตรฐานรายโรค

ตารางที่ 2 รูปแบบการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลแยกรายอำเภอ (ต่อ)

รายละเอียด	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข	โรงพยาบาล ค
การจัดบริการเชิงรุก	แรงงานในระบบ 1. ประเมินความเสี่ยงจากการทำงานในสถานประกอบการ 4 แห่ง 2. ตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพทั่วไป แก่สถานประกอบการ 10 แห่ง 3. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกิจกรรมสัปดาห์ความปลอดภัย 4. อบรมให้ความรู้โรคจากการทำงาน	แรงงานในระบบ 1. ประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย โดยใช้แบบสำรวจในสถานประกอบการ 1 แห่ง 2. ตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพทั่วไป 3. กิจกรรมให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ	แรงงานในระบบ 1. ประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย โดยใช้แบบสำรวจในสถานประกอบการ 2 แห่ง 2. ตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพทั่วไป 3. ตรวจคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน 4. จัดอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5. ให้สุศึกษาในการส่งเสริมป้องกันโรค
	แรงงานนอกระบบ 1. สำรวจกลุ่มอาชีพ พร้อมทั้งจัดทำฐานข้อมูล 2. ประเมินความเสี่ยงในกลุ่มอาชีพสำคัญด้วย นบ. 01 จำนวน 3 กลุ่ม 3. จัดกิจกรรมให้ความรู้และการจัดการความเสี่ยง 4. ตรวจคัดกรองระดับสารเคมีในเลือดกลุ่มเกษตรกร	แรงงานนอกระบบ การดำเนินงานในกลุ่มแรงงานนอกระบบดำเนินการโดย รพสต.	แรงงานนอกระบบ 1. สำรวจกลุ่มอาชีพ ขึ้นทะเบียนกลุ่มเกษตรกร 2. ประเมินความเสี่ยงโดย JSA 3. จัดกิจกรรมให้ความรู้ 4. ตรวจคัดกรองระดับสารเคมีในเลือดกลุ่มเกษตรกร

2.1 คณะทำงาน มีองค์ประกอบสำคัญคือ องค์กรแพทย์ (กรรมการอำนวยการ) กลุ่มการพยาบาลมีหน้าที่หลักในการจัดบริการเชิงรับ เช่น ชักประวัติ การคัดกรองโรค กลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน มีหน้าที่ในการจัดกิจกรรมเชิงรุก เช่น การสำรวจข้อมูล การประเมินความเสี่ยง การอบรมให้ความรู้แก่แรงงานเป็นต้น งาน

เวชสถิติ มีหน้าที่ในการให้รหัสโรค และตรวจสอบความถูกต้องการให้รหัสโรค งาน IT มีหน้าที่ในการดูแลโปรแกรมและการประมวลผลข้อมูลในระบบปกติ เช่น JHCIS, Hos XP, KP stat (ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลแต่ละแห่ง) ดังตารางที่ 2 และแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 โครงสร้างการดำเนินงานและกิจกรรมการบริหารงานอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลชุมชน

2.2 การจัดการเชิงรุก

โรงพยาบาลทั้งสามแห่งมีการจัดกิจกรรมเชิงรุก สำหรับแรงงานในระบบ ประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง และให้ความรู้แก่พนักงานในสถานประกอบการในพื้นที่ ส่วนกิจกรรมในแรงงานนอกระบบ ที่สำคัญคือการสำรวจกลุ่มอาชีพ การประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน การให้ความรู้ การตรวจคัดกรองระดับสารเคมีในเลือด ขณะที่บางแห่งให้เครือข่าย รพสต.ในพื้นที่ อปท. ร่วมดำเนินงาน ดังตาราง 2

2.3 การจัดการเชิงรับ

โรงพยาบาลทั้งสามแห่ง มีกิจกรรมที่สำคัญคือ การคัดกรองโรคโดยการซักประวัติการทำงานเพื่อให้ทราบถึงสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยมาจากการทำงานหรือไม่อย่างไร การรักษาพยาบาลและพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อรายงานโรคดังตาราง 2

2.4 ระบบข้อมูล

ในปัจจุบันยังไม่ได้มีการจัดระบบข้อมูล การจัดเก็บ และการรายงานปัญหาการเจ็บป่วยจากการทำงานที่มี

รูปแบบที่ชัดเจน โดยกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการเฝ้าระวังโรคจากการทำงานโดยใช้ระบบรายงาน 506/2 แต่ระบบนี้ยังใช้เฉพาะในโรงพยาบาลบางแห่งหรือในบางจังหวัด ซึ่งการรายงานขึ้นอยู่กับความตระหนักและความสนใจของผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ จากการดำเนินงานของโครงการพัฒนาการจัดการบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล ได้ตั้งเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ให้กับโรงพยาบาลพัฒนารูปแบบการจัดการบริการอาชีวอนามัย ในส่วนของระบบข้อมูลนั้น การพัฒนาระบบข้อมูลต้องสอดคล้องกับโปรแกรมสำเร็จรูปของพื้นที่ การลงข้อมูลต้องง่าย ไม่เพิ่มภาระ ไม่ใช่โปรแกรมที่สร้างขึ้นใหม่เฉพาะ ควรปรับปรุงให้สามารถใช้งานได้ สรุปรูปแบบการดำเนินงานด้านระบบข้อมูลการคัดกรองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมได้ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลโรคและการบาดเจ็บ

- แบบคัดกรองโรคจากการทำงาน แบบบันทึกการเจ็บป่วย

- โปรแกรมประมวลผลข้อมูลในระบบปกติ เช่น JHCIS, Hos XP, KP stat
- โปรแกรมเชื่อมระบบข้อมูลในระบบปกติ เช่น Env-occ Khonkaen (RP5062)

2. การลงรหัสและการให้รหัสโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม หลักการให้รหัส ICD 10 สำหรับงานอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม

ขั้นตอนการจับเก็บและบันทึกข้อมูล

1. ชักประวัติและคัดกรองโรคจากการทำงาน บันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยรายบุคคลโดยเชื่อมโยงกับระบบปกติที่มารับบริการ

ผลลัพธ์จากการจัดบริการ

จากการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยใน รพช. พบว่าผลลัพธ์ในการดำเนินงานประกอบด้วย การสำรวจข้อมูลกลุ่มอาชีพในพื้นที่ การเฝ้าระวังและคัดกรอง และรายงานโรคจากการทำงาน (ตารางที่ 4 และ 5)

ตารางที่ 3 รายละเอียดของระบบรายงานข้อมูล

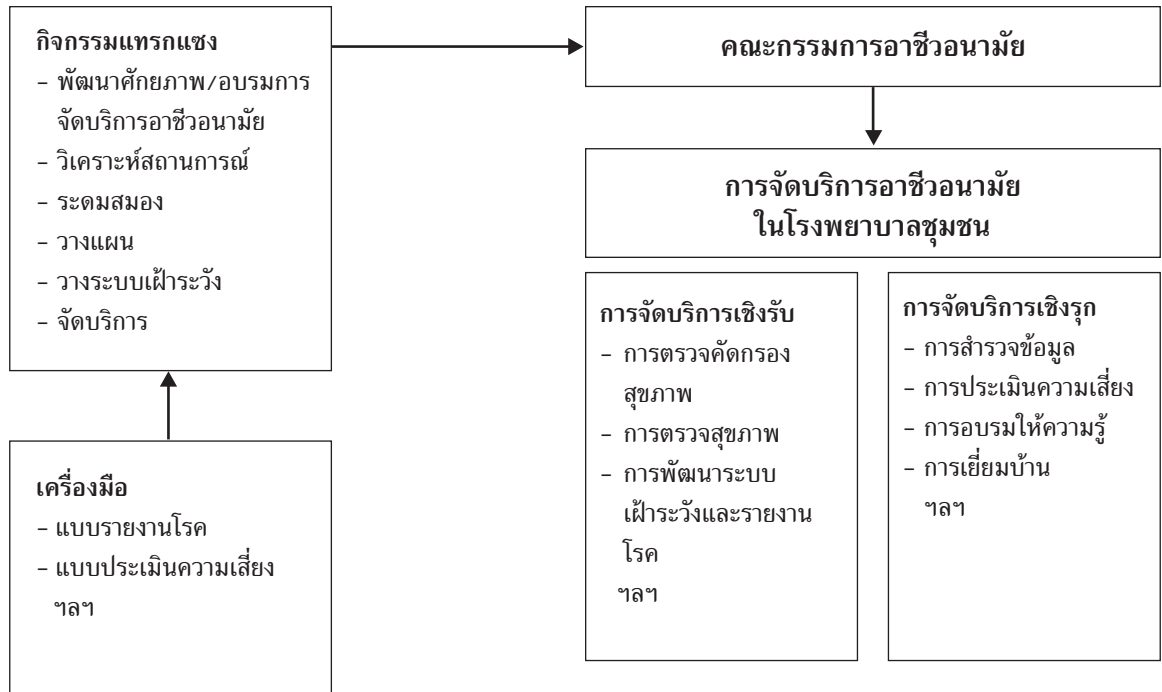
	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข	โรงพยาบาล ค
การคัดกรองวินิจฉัย	คัดกรองที่ OPD ER และศูนย์เวชปฏิบัติ โดยใช้แบบคัดกรองแทรก	คัดกรองที่ OPD ER โดยใช้ ตรา양ประทับคำถามและแนบบัตรคำสัมภาษณ์	คัดกรองที่ OPD ER โดยใช้ป้ายบัตร คำแนบ สัมภาษณ์โรคจากการทำงาน, สี่เหลี่ยมโรคจากสิ่งแวดล้อม
โปรแกรม	โปรแกรมเฉพาะของโรงพยาบาล	HOS Xp	HOS Xp
การลงบันทึก รายงาน	รายงานตามระบบ ICD 10 และลงรหัส Y96,Y97 แผนก ER ลงโปรแกรม ISWIN	รายงานตามระบบ ICD 10 และลงรหัส Y96,Y97	รายงานตามระบบ ICD 10 และลงรหัส Y96,Y97
การวิเคราะห์และส่งต่อข้อมูล	นำเข้าข้อมูล 21 แฟ้ม โดยใช้โปรแกรม ENV OCC khonkaen (RP 5062)	ดึงรายงานจาก Hos XP ส่งออกเป็นไฟล์ Excel วิเคราะห์และรายงาน	ดึงรายงานจาก Hos XP ส่งออกเป็นไฟล์ Excel วิเคราะห์และรายงาน

ตารางที่ 4 ข้อมูลกลุ่มอาชีพของแรงงานนอกระบบในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล

ลำดับ	กลุ่มอาชีพ	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข	โรงพยาบาล ค	รวม	ร้อยละ
1.	กลุ่มปลูกยางพารา	-	-	686	686	19.48
2.	กลุ่มทอเสื่อ	6	-	21	50	1.42
3.	กลุ่มปลูกผัก	-	-	417	510	14.48
4.	กลุ่มจักสาน	5	-	20	56	1.59
5.	กลุ่มทอผ้า	-	-	98	616	17.49
6.	ทำไร่ทำนา	494	-	-	612	17.38
7.	รับจ้าง	93	-	-	106	3.01
8.	ค้าขาย	26	-	-	76	2.16
9.	เลี้ยงสัตว์	2	-	-	94	2.67
10.	ก่อสร้าง	-	-	-	125	3.55
11.	น้ำดื่ม อาหาร ขนม	-	-	-	253	7.18
12.	ดอกไม้ประดิษฐ์ ดอกไม้จันทน์	-	-	-	78	2.21
13.	ไม้กวาด	-	-	-	87	2.47
14.	สบู่	-	-	-	30	0.85
15.	เกษตรอินทรีย์	-	-	-	30	0.85
16.	ร้อยมาลัย	-	-	-	29	0.82
17.	อื่นๆ	6	-	-	84	2.39
	รวม	632	ยังไม่มีข้อมูล	1,242	3,522	

ตารางที่ 5 ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพจากการคัดกรองปี 2556-2557

การวินิจฉัย	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข	โรงพยาบาล ค	รวม	ร้อยละ
โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ	39	97	58	194	25.19
โรคปอดและทางเดินหายใจ	0	12	2	14	1.82
โรคผิวหนัง ผื่นแพ้	0	10	3	13	1.69
โรคพิษจากพืช, สัตว์	27	0	0	27	3.51
สุนัขกัด	280	0	0	280	36.36
โรคพิษจากสารเคมีทางการเกษตร					
กรดและสารเคมี	0	0	0	0	0.00
โรคเหตุสภาวะทาง					
กายภาพ, จากสิ่งแวดล้อม	60	0	0	60	7.79
อุบัติเหตุ/บาดเจ็บ	30	20	19	69	8.96
ระบบไหลเวียนโลหิต		1	8	9	1.17
อื่นๆ	63	16	25	104	13.51
รวม	499	156	115	770	100



แผนภูมิที่ 3 สรุปรูปแบบการบริหารการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล

สรุปและอภิปรายผล

การบริหารการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน ยังไม่มีกลุ่มงานและผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน แต่สามารถดำเนินการได้ในรูปแบบของคณะทำงานที่อาจจะเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน เช่น องค์กรแพทย์ กลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน กลุ่มการพยาบาล (งาน ER OPD และผู้ป่วยใน) งานเวชสถิติ และงาน IT ทั้งนี้จะแตกต่างกันไปตามบริบทของโรงพยาบาล โดยกิจกรรมการบริหารการประกอบด้วยกิจกรรมเชิงรุกและเชิงรับ ทั้งนี้องค์กรแพทย์ กลุ่มการพยาบาล เวชสถิติ และ IT จะมีบทบาทภารกิจหลักในกิจกรรมเชิงรับ ส่วนกิจกรรมเชิงรุกจะเป็นบทบาทหน้าที่หลักของกลุ่มเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน และกลุ่มสุขภาพิบาลและป้องกันโรค (โรงพยาบาล ก) อย่างไรก็ตามการที่จะจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชนนั้นต้องมีกระบวนการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องถือเป็นกิจกรรมหลักที่สำคัญที่ต้องดำเนินงานก่อนซึ่งการพัฒนาองค์ความรู้ของเจ้าหน้าที่สามารถทำได้ทั้งการส่งบุคลากรเข้าร่วม

อบรม หรือจัดประชุมทำความเข้าใจแบบสั้นโดยอาจจะใช้เวลา 1 วัน ในที่นี้โรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งได้มีการจัดประชุมชี้แจงให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (คณะทำงาน) โดยเนื้อหาประกอบด้วยสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของแรงงาน การจัดการอาชีวอนามัย การประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน การคัดกรองและวินิจฉัยโรคจากการทำงาน การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ส่วนในประเด็นการบริการนั้นในเบื้องต้นคณะทำงานต้องมีข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นของพื้นที่นั้น ๆ เช่น จำนวนประชากร กลุ่มอาชีพ จำนวนโรงงานอุตสาหกรรมในพื้นที่ เพื่อให้สามารถจัดบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ด้านการบริการเชิงรับโดยเฉพาะการคัดกรองและวินิจฉัยโรคจากการทำงานโดยการซักประวัติการทำงานในแต่ละโรงพยาบาลจะมีแนวทางและขั้นตอนที่แตกต่างกันไป เช่น ทุกแห่งใช้พยาบาลที่แผนก OPD ในการซักประวัติ ส่วนการลงรหัสวินิจฉัยจะแตกต่างกันไปบางแห่งให้แพทย์ บางแห่งเป็นพยาบาลจากกลุ่มเวชสถิติ เป็นต้น

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 3 แห่งที่สนใจเข้าร่วมโครงการในระยะเวลา 1.5 ปี ยังไม่ได้มีการประเมิน และติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

สำหรับโรงพยาบาล:

1. เนื่องจากการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชนยังไม่ได้มีโครงสร้างหรือผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจนควรดำเนินงานในรูปคณะทำงาน/กรรมการที่มีบุคลากรที่เกี่ยวข้องจากกลุ่ม/ฝ่ายต่างๆ เช่น กลุ่มเวชปฏิบัติ กลุ่มการพยาบาล องค์กรแพทย์ ทั้งนี้ควรมีการกำหนดบทบาทและภารกิจหน้าที่ของแต่ละส่วนให้ชัดเจน

2. เนื่องจากการจัดบริการเป็นรูปแบบของคณะทำงาน ดังนั้นควรมีการทบทวนและประเมินผลการดำเนินงานทั้งต่อประเด็นการประสานงานระหว่างกลุ่มฝ่ายหรือการแบ่งบทบาทภาระให้ชัดเจนยิ่งขึ้น รวมทั้งการจัดบริการ และต่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการควบคู่กันไป

สำหรับหน่วยงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง: เนื่องจากการจัดบริการอาชีวอนามัยเป็นการจัดบริการนำร่องในโรงพยาบาลชุมชนที่ยังไม่ได้ดำเนินการในทุกโรงพยาบาล ควรจะต้องพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการดำเนินงานสำหรับโรงพยาบาลชุมชนเพื่อเป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ

ข้อเสนอแนะสำหรับกรวิจัยครั้งต่อไป: ประเมินผลการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชนที่มีการจัดบริการเพื่อปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานให้เหมาะสมและสอดคล้องมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะทำงานจากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งที่ร่วมให้ข้อมูลและดำเนินงานตลอดจนให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงาน

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ที่สนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะการดำเนินงาน ขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น ที่สนับสนุนงบประมาณ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามที่ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2556. [ออนไลน์]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาแรงงาน/แรงงานนอกระบบ/แรงงานนอกระบบ_2556/
2. สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม. รายงานประจำปี 2556. [ออนไลน์]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/e13af7d808ea7941adda331a452014d.pdf
3. Rantanen J. New concept in occupational health services –BOHS. [Internet]. 2010 [Cited 2018 Jan 5]. Available from http://www.who.int/occupational_health/publications/bohsbooklet.pdf.
4. โครงสร้างหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.pngo.moph.go.th/pngo/phocadownload/ITA/aaaaaa1.pdf>
5. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. แนวทางดำเนินงานพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของหน่วยบริการสาธารณสุข. [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก : http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/samutprakarn/1.Samrong_implement_year61.pdf

6. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2557. [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก, <http://www.mediafire.com/file/ik959otz03y-79uz/en2557.pdf>
7. Somkiat Siriruttanaruk, Koji Wada, Tsuoshi Kawakami. Promoting occupational health services for workers in the informal economy through primary health care unit. ILO Asia-Pacific Working Paper series, September; 2009.
8. คีมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์, พิไลลักษณ์ พลพิลา, พิเชษฐ โฉมเฉลา, จรรยารักษ์ เยทส์, โสภภาพรรณ จิรนิติศัย. การพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สำหรับแรงงานนอกระบบ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น 2556;20(2): 79-92.