

รายงานการวิจัย

เรื่อง

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ
: กรณีศึกษาจังหวัดสุพรรณบุรี

*The Development of Occupational Health Services
in Primary Care Unit : a case study of Suphanburi*

โดย

น.ส.โสภาพรรณ จิรนิติคัย

นายธีรเนตร พานิชเจริญ

นางทิพวรรณ ไพหก

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้มีส่วนร่วมการปฏิบัติการทุกท่าน กล่าวคือ ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสาหร่าย ตำบลไรรอด อำเภอดอนเจดีย์ ตำบลบางใหญ่ ตำบลวัดดาว ตำบลบ้านแหลม อำเภอบางปลาม้า รวมถึงเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลของตำบลดังที่กล่าวมาที่ร่วมให้ข้อมูลและร่วมดำเนินงาน อีกทั้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและ โรงพยาบาลของอำเภอดอนเจดีย์ อำเภอบางปลาม้า งานควบคุมโรคติดต่อทั่วไป งานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร) งานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ งานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และต้องขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ที่ให้การสนับสนุน และให้คำปรึกษา และที่สำคัญคือ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณ

คณะผู้วิจัย

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ การดำเนินการพัฒนาประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ 1)การวิเคราะห์ความต้องการการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง การจัดทำหลักสูตร พัฒนาคู่มือและเครื่องมือทางวิชาการ พัฒนาโปรแกรมระบบงาน โรคจากการประกอบอาชีพ 2) การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัย 3) การนำรูปแบบมาดำเนินการฯ 4)นิเทศ ติดตามผล สรุปบทเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิจากอำเภอตัวแทนของจังหวัดสุพรรณบุรีรวม 5 แห่ง เครื่องมือประกอบด้วยหลักสูตรการอบรม โปรแกรมประมวลผลข้อมูลและโปรแกรมเชื่อมระบบข้อมูล เครื่องมือในการวัดผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 5 แห่ง มีรูปแบบการจัดอาชีวอนามัยเป็นสองส่วนคือส่วนที่ 1 การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับประกอบด้วยการซักประวัติ การคัดกรองโรคที่เกี่ยวข้องกับงาน การวินิจฉัยโรค 3 กลุ่มอาการสำคัญและรายงานโรคโดยการเชื่อมข้อมูลจากฐาน 43 แฟ้ม และส่วนที่ 2 การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก ประกอบด้วยการสำรวจกลุ่มอาชีพ การประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพจากการทำงานของกลุ่มแรงงาน ซึ่งจากการศึกษาพบข้อมูลที่สามารถนำมาวางแผนการพัฒนาและแก้ปัญหา สถานการณ์ความเสี่ยงของกลุ่มแรงงานนอกระบบ เช่น กลุ่มเกษตรกร พบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงในการไม่สวมใส่รองเท้าบูตหรือรองเท้าที่ปิดมิดชิดขณะทำงานกับสารเคมีร้อยละ 25.60 ไม่สวมถุงมือยางป้องกันอันตรายจากสารเคมีร้อยละ 23.64 แรงงานกลุ่มอื่นๆ พบว่ามีข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการของโรคกระดูกและกล้ามเนื้อมากที่สุดถึงร้อยละ 75.64 ความเสี่ยงในการได้รับของมีคมที่มแทงร้อยละ 63.69 และการทำงานที่ต้องยกของหนักหรือท่าทางการทำงานที่ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆของร่างกายร้อยละ 58.21 ดังนั้นเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิควรจะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดบริการด้านอาชีวอนามัยทั้งเชิงรุกและเชิงรับ รวมถึงได้รับการสนับสนุนการนิเทศ ติดตามงานจากระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ

Abstract

The purpose of this research was to development the model of occupational health services in primary care. The development process composed 4 steps as follow :Needs development situation analysis, occupational health services model developing, implementation of occupational health services in primary care and result evaluation . Five PCUs were selected from two district of the Suphanburi. It conducted between October, 2010 - December, 2012. Research tools were occupational health service course, program information processing systems ,programs to link data in a normal system., Outcomes were model of the Occupational Health Services of the PCUs, a risk assessment , illnesses of workers ,programs to link data in a normal system, outcomes of the Occupational Health Services model

The results showed that occupational health service model for all PCUs consisted of The First , Activities of Passive health care service was include history screening, diagnosis, disease symptoms and report three diseases and The second ,activities of Active occupational health services was include Survey of Occupation, Risk Assessment ,Management Risk Awareness. By assessment found that the 25.60 percentage was not wearing boots. or closed shoes while working with chemicals, and did not wear rubber gloves to protect from chemical 23.64 percent. For the others , 63.69 percent had been a sharp thrust into a job that requires heavy lifting or body functions, causing pain. ,and accident and trauma of the work of 63.69,58.21 percent respectively .The illness of workers with the syndrome, musculoskeletal were most 75.64 percent. Besides to primary care unit can provide occupational health service they should received supporting the activities for occupational health service, to strengthen the team and CUP, PCUs ,to develop information systems, develop network, implementation and supervision of occupational health at the provincial level.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	จ-ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1-5
บทที่ 2 เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	16-22
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการศึกษา	23-25
บทที่ 4 ผลการศึกษา	26-55
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ	56-65
เอกสารอ้างอิง	66-67
ภาคผนวก	68-88

๒

สารบัญภาพ

แผนภาพที่	หน้า
1. แนวทางการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชน ในปีที่ 1	19
2. แนวทางการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชน ในปีที่ 2 และ 3	20
3. ขั้นตอนการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับ	37
4. ขั้นตอนการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก	41

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. เนื้อหาหลักและเนื้อหารองของหลักสูตรที่มีการพัฒนา	27
2. ผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายการจัดบริการอาชีวอนามัย ระดับจังหวัด	33-34
3. จำนวนผู้ป่วยกลุ่มแรงงานนอกระบบใน 3 กลุ่มอาการแยกตามพื้นที่เป้าหมาย	38
4. จำนวนผู้เจ็บป่วยกลุ่มแรงงานนอกระบบใน 3 กลุ่มอาการของพื้นที่เป้าหมาย แยกตามอายุ	38
5. จำนวนผู้เจ็บป่วยกลุ่มแรงงานนอกระบบใน 3 กลุ่มอาการของพื้นที่เป้าหมาย แยกตามเพศ	39
6. จำนวนผู้ป่วยกลุ่มแรงงานนอกระบบใน 3 กลุ่มอาการของพื้นที่เป้าหมาย แยกตามอาชีพ	39
7. จำนวนผู้เจ็บป่วยใน 3 กลุ่มอาการของพื้นที่เป้าหมายแยกตามช่วงเวลา	40
8. ลักษณะการดำเนินกิจกรรมการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ	42
9. ผลการสำรวจกลุ่มแรงงานนอกระบบในพื้นที่รับผิดชอบและกลุ่มแรงงาน นอกระบบที่เลือกเป็นเป้าหมายจัดกิจกรรมประเมินความเสี่ยง	43
10. ร้อยละข้อมูลความเสี่ยงด้านต่างของ ต.ไร่รถและ ต.วัดดาว	44-46
11. ผลการสำรวจพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ปลอดภัยของพื้นที่ ในความรับผิดชอบของ หน่วยบริการปฐมภูมิตำบลหนองสาหร่ายและบ้านแหลม	47
12. ผลการประเมินความเสี่ยง จากการวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน ความเสี่ยงที่พบ ผลกระทบต่อสุขภาพและข้อเสนอแนะในการแก้ไข ของ ต.หนองสาหร่าย ต.บ้านแหลม ต.วัดดาว	48-49
13. ผลการประเมินความเสี่ยง จากการวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน ความเสี่ยงที่พบ ผลกระทบต่อสุขภาพและข้อเสนอแนะในการแก้ไข ของ ต.ไร่รถ	49-50

- | | |
|---|--------------|
| <p>14. ผลการประเมินความเสี่ยง จากการวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน ความเสี่ยงที่พบ
ผลกระทบต่อสุขภาพและข้อเสนอแนะในการแก้ไข ของ ต.บางใหญ่</p> | <p>51</p> |
| <p>15. ข้อมูลการได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล
ของหน่วยบริการกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการพัฒนาระบบบริการอาชีวอนามัยในพื้นที่</p> | <p>53</p> |
| <p>16. ตารางการอบรมเชิงปฏิบัติการ/ศึกษาดูงานการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่
ในการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี
ระหว่างวันที่ 10-14 มกราคม 2554 ณ . ห้องประชุม HUT สคร.10 จังหวัดเชียงใหม่
และ PCU หนองหาร อ.สันทราย จ.เชียงใหม่</p> | <p>68-69</p> |

๗
สารบัญญภาพ

แผนภาพที่	หน้า
แผนภาพที่ 1	18
แผนภาพที่ 2	20
แผนภาพที่ 3	37
แผนภาพที่ 4	41

บทที่ 1

บทนำ

1. หลักการและเหตุผล

แรงงานนอกระบบเป็นแรงงานกลุ่มใหญ่ซึ่งมีถึง 2 ใน 3 ของกำลังแรงงานทั้งหมด ข้อมูลผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2554 พบว่า จำนวนผู้มีงานทำทั้งสิ้น 39.3 ล้านคนเป็นแรงงานนอกระบบถึง 24.6 ล้านคน หรือ ร้อยละ 62.6 ของจำนวนผู้มีงานทำทั้งหมด และกลุ่มแรงงานนอกระบบมากกว่าครึ่งหนึ่งทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรมและประมง โดยมีจำนวนถึง 13.46 ล้านคน รองลงมาทำงานในภาคการค้าและบริการ⁽¹⁾ ทั้งนี้พบว่าบทบาทในการสร้างผลผลิตของกลุ่มแรงงานนอกระบบใกล้เคียงกับกำลังแรงงานที่อยู่ในระบบ ซึ่ง TDRI ได้ประมาณการขนาดรายได้ของแรงงานนอกระบบว่ามีมูลค่าประมาณ 2.33 ล้านบาท หรือเกือบครึ่งหนึ่งของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศในปี 2551 จากผลการสำรวจดังกล่าวระบุว่ากลุ่มแรงงานนอกระบบต้องประสบกับปัญหาหลายด้านที่สำคัญคือ ด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน ทั้งนี้โรคที่แรงงานนอกระบบต้องประสบบ่อยครั้ง คือ โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ การเสื่อมของสายตา อาการแพ้ทางผิวหนัง หูตึง โรคกระเพาะอาหาร การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ คือ คอ หลัง ไหล่ แขนและขา รวมทั้งโรคเครียด อันมีสาเหตุจาก 2 ประการหลัก คือ (1) ปัญหาอันเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมการทำงาน โดยความเสี่ยงสูงสุดที่แรงงานนอกระบบประสบมากที่สุดคือ ท่าทางการทำงาน ถึงร้อยละ 39.5 ปัญหาอันเนื่องมาจาก ฝุ่น ควัน และกลิ่น ร้อยละ 25. (2) ปัญหาอันเนื่องมาจากความปลอดภัย พบว่ามีสาเหตุหลักจาก การได้รับหรือสัมผัสสารเคมีร้อยละ 62.7 อุบัติเหตุจากเครื่องจักร เครื่องมือที่เป็นอันตรายร้อยละ 17.2 ทั้งนี้การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยหรือไม่สบาย กรณีบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุเล็กน้อย ร้อยละ 72.2 ไม่ทำอะไรเลย ร้อยละ 22.8 ซื้อมาจากร้านขายยาและไปรักษาที่บ้าน ที่เหลือ(ร้อยละ 5) ไปสถานพยาบาล กรณีที่แรงงานนอกระบบที่ได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุมาก ต้องไปรับการรักษาพยาบาลต่อในสถานพยาบาล ร้อยละ 53.4 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทองและมักไปใช้บริการที่หน่วยบริการที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุดคือ หน่วยบริการปฐมภูมิ⁽¹⁾ แรงงานเหล่านี้ไม่สามารถเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยหรือการบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย การจัดบริการอาชีวอนามัย (Occupational Health Services: OHS) ที่มุ่งหวังให้เกิดการดูแลสุขภาพคนทำงานโดยใช้แนวคิดของการจัดบริการตามหลักสากล โดยมี 4 ขั้นตอนคือ การให้บริการขั้นเริ่มต้น ขั้นบริการพื้นฐาน ขั้นการให้บริการตามมาตรฐานสากลและขั้นการให้บริการครอบคลุมในทุกมิติ^(2,3) ทั้งนี้เมื่อทบทวนผลการดำเนินงานการจัดบริการอาชีวอนามัยในกลุ่มแรงงานนอกระบบที่ผ่านมา^(4,5) พบปัญหาประเด็นหลักที่สำคัญคือ การเข้าถึงการจัดบริการด้านอาชีวอนามัย สิทธิการเข้าถึงได้ในปัจจุบันของแรงงานนอกระบบยังไม่เหมาะสม/สอดคล้องกับความเป็นแรงงานนอกระบบ และยังไม่ครอบคลุมสิทธิที่มีอยู่ที่ต้องจัดหาให้ ทั้งนี้แม้

ได้มีการพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยต่อเนื่องตั้งแต่ปลายปีงบประมาณ 2547 โดยการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) แต่การจัดบริการอาชีวอนามัยที่ดำเนินการในปัจจุบัน ยังขาดการผลักดันนโยบาย ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มแรงงานนอกระบบทุกกลุ่มอาชีพ ผนวกกับหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ยังขาดทักษะ การพัฒนาให้มีศักยภาพในการจัดบริการอาชีวอนามัยและให้มีแนวคิดเรื่องการจัดบริการอาชีวอนามัยพื้นฐาน การพัฒนาระบบข้อมูลที่ไม่เป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง ไม่สามารถแสดงสถานการณ์ของโรคให้เห็นได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิมีความใกล้ชิด และเข้าใจสภาพการทำงานของแรงงานนอกระบบเป็นอย่างดี แต่ยังคงขาดการเก็บ การบันทึกข้อมูลสุขภาพ การประเมินปัญหาการเจ็บป่วยและการเกิดอุบัติเหตุ และโรคจากการทำงาน และไม่นำสู่รากของปัญหาคือสาเหตุของการเจ็บป่วยจากการทำงาน เป็นเพราะไม่มีการบริหารจัดการเชิงระบบ และระบบสารสนเทศของหน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีข้อมูลที่จำเป็นทุกประเภท⁽⁶⁾ แม้ว่าอาจมีการรายงานบ้าง แต่ข้อมูลการรายงานโรคอาจไม่เป็นไปตามความเป็นจริง โดยคาดว่าน่าจะมีจำนวนผู้ที่เกิดโรคจากการประกอบอาชีพและการได้รับการบาดเจ็บจากการประกอบอาชีพมากกว่ารายงานโรคที่ได้รับในระบบรายงานโรค ทั้งนี้ปัจจุบันมีการระบบรายงานโรคจากการประกอบอาชีพ ซึ่งได้รับการพัฒนาโดยสำนักกระบวนวิทย์ขึ้นเฉพาะเป็นแบบ รง 506/2 ซึ่งกำหนดให้มีการรายงานให้ครบทุกจังหวัดแล้ว แต่การใช้งานจริงแทบไม่มีการส่งรายงานโรคจากการประกอบอาชีพเข้ามาในระบบ หรือถ้ามีก็จะได้รับจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปซึ่งมีจำนวนไม่มากนัก รายงานนี้จะไม่ได้รับจากหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับ โรงพยาบาลชุมชน(รพช.)หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพสต.) สาเหตุหนึ่งเป็นเพราะหน่วยบริการสาธารณสุขดังกล่าวมีความคิดว่า ไม่สามารถวินิจฉัยโรคจากการประกอบอาชีพได้ แต่ในความเป็นจริงยังมีโรคจากการประกอบอาชีพบางส่วน ที่หน่วยบริการสาธารณสุขในระดับ รพช. และ รพ.สต. สามารถให้การวินิจฉัยโรคเบื้องต้นได้ เช่น โรคผิวหนัง โรคปวดกล้ามเนื้อและกระดูก และการบาดเจ็บจากการทำงาน เป็นต้น และยังเป็นปัญหาเรื่องโปรแกรมในพื้นที่ที่มีความหลากหลายและมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย การใช้โปรแกรมใดโปรแกรมหนึ่งอาจจะไม่เหมาะสม อีกทั้งปัญหาการขาดการพัฒนาเครือข่ายเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของการทำงานในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปต.) เพื่อให้มีข้อมูลพื้นฐานและความเข้าใจในเรื่องปัญหา ความต้องการของแรงงานนอกระบบ ให้มีการนำข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจในการกำหนดนโยบาย หรือออกเทศบัญญัติหรือข้อบัญญัติตำบลเพื่อดูแลสุขภาพกลุ่มดังกล่าว และสนับสนุนให้เกิดการจัดการปัญหาการจัดการอาชีวอนามัยเชิงระบบ อย่างไรก็ตามแม้ว่าปัจจุบันจะได้มีการพัฒนาเพื่อให้เกิดการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบ แต่ยังเป็นในรูปแบบเฉพาะกลุ่มตามบริบทของพื้นที่ เช่น กลุ่มรับงานไปทำที่บ้าน ฯลฯ ยังขาดรูปแบบที่สามารถส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการนำไปจัดบริการอาชีวอนามัยเพื่อดูแลสุขภาพกลุ่มแรงงานนอกระบบอย่างทั่วถึง ครอบคลุมทุกกลุ่มอาชีพ รวมถึงขาดความชัดเจนของเครือข่ายที่ร่วมทำงาน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยนำร่องในพื้นที่ใน อำเภอดอนเจดีย์ และ อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรีซึ่งเป็นจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ที่มีจำนวนแรงงานนอกระบบอยู่จำนวนมากที่สุด โดยเฉพาะแรงงานนอกระบบกลุ่มเกษตรกรกรรม และมักพบการเจ็บป่วยในกลุ่มแรงงานนอกระบบ เช่น ผู้รับจ้างพันสารเคมี ผู้รับจ้างขนผลิตผลทางการเกษตร ผู้รับจ้างทำงานในโรงงานผลิตศาลพระภูมิ ฯลฯ ด้วยอาการทางผิวหนัง จากการสัมผัสสารเคมี อาการปวดเมื่อยจากการขนย้ายผลิตผล เป็นต้น เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยให้ครอบคลุมกลุ่มแรงงานนอกระบบ รวมถึงให้มีการพัฒนาโปรแกรมให้เอื้อต่อการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลนำสู่การจัดระบบเฝ้าระวังโรคในกลุ่มแรงงานนอกระบบ พัฒนาให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการมีศักยภาพสามารถพัฒนาระบบการจัดบริการด้านโรคจากการประกอบอาชีพและมีเครือข่ายการทำงานเพื่อเป็นกลไกสนับสนุนการทำงานอาชีวอนามัย เพื่อผลลัพธ์การดูแลสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานนอกระบบให้สอดคล้องกับมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยเบื้องต้น

2.วัตถุประสงค์

-เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

3.ขอบเขตของการวิจัย

ทำการศึกษาใน อ.ดอนเจดีย์ และ อ.บางปลาม้า จ.สุพรรณบุรี ระหว่างเดือนตุลาคม2553 – เดือนธันวาคม 2555

4.นิยามศัพท์

แรงงานนอกระบบ หมายถึง ผู้มีงานทำที่ไม่ได้รับความคุ้มครอง และไม่มีหลักประกันทางสังคมจากการทำงาน

การจัดบริการอาชีวอนามัย หมายถึง การจัดกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบ มี 2 กิจกรรมหลัก คือ

1.กิจกรรมเชิงรุก ประกอบด้วย การจัดทำข้อมูลกลุ่มอาชีพ การประเมินความเสี่ยงจากการทำงานอย่างง่าย การจัดการและควบคุมความเสี่ยงจากการทำงาน

2. กิจกรรมเชิงรับ เป็นการให้บริการ ณ ที่ตั้ง กิจกรรมประกอบด้วย การซักประวัติ คัดกรองโรคจากการทำงาน การเฝ้าระวัง และรายงานโรค การให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น

การประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน หมายถึง กิจกรรมที่ใช้เพื่อสำรวจสภาพการทำงานของกลุ่มแรงงาน รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการทำงาน ในที่นี้จะใช้แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม คือ แบบประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบ(แบบ นบ.01 และ แบบ นบก. 01)

การคัดกรองโรคจากการทำงาน หมายถึง กิจกรรมการซักประวัติการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่รพศ. ประวัติการทำงาน และสาเหตุการเจ็บป่วยที่เกิดจากงาน รวมทั้งตรวจสอบภาพเบื้องต้น

รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัย หมายถึง วิธีการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบ

5. พื้นที่เป้าหมาย

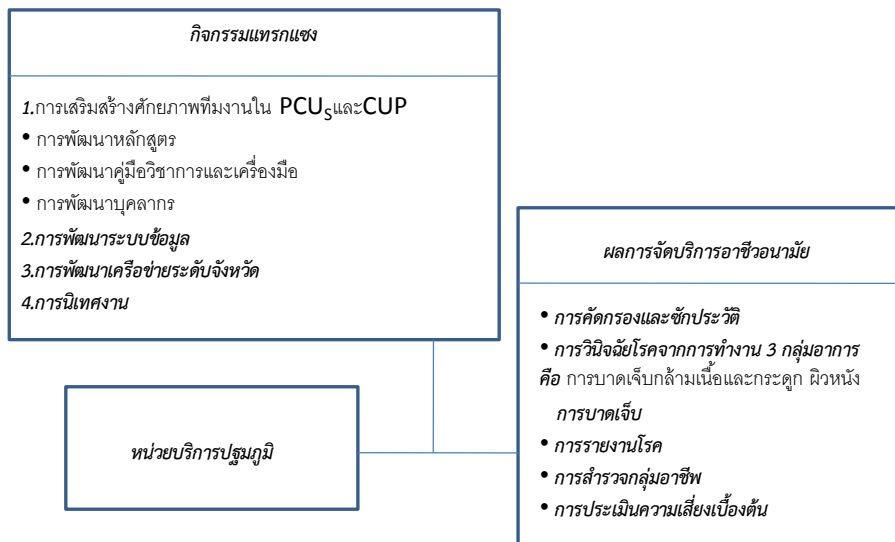
- หน่วยบริการปฐมภูมิตำบลหนองสาหร่าย ต.หนองสาหร่าย อ.คอนเจดีย์ จ.สุพรรณบุรี
- หน่วยบริการปฐมภูมิตำบลไร่รอด ต.ไร่รอด อ.คอนเจดีย์ จ.สุพรรณบุรี
- หน่วยบริการปฐมภูมิตำบลบางใหญ่ ต.บางใหญ่ อ.บางปลาม้า จ.สุพรรณบุรี
- หน่วยบริการปฐมภูมิตำบลบ้านแหลม ต.บ้านแหลม อ.บางปลาม้า จ.สุพรรณบุรี
- หน่วยบริการปฐมภูมิตำบลวัดดาว ต.วัดดาว อ.บางปลาม้า จ.สุพรรณบุรี

6.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ได้รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ
- หน่วยบริการปฐมภูมิมีระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการเฝ้าระวังและคัดกรองโรคจากการทำงาน

ในกลุ่มแรงงานนอกระบบ

7.กรอบแนวคิด



บทที่ 2

เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ: กรณีศึกษาจังหวัดสุพรรณบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความหมายและปัญหาของแรงงานนอกระบบ
2. แนวคิดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
3. รูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัย (Models of occupational health service)
4. การจัดการปัญหาแรงงานนอกระบบของต่างประเทศ
5. การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัยสำหรับดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบในประเทศไทย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความหมายและปัญหาของแรงงานนอกระบบ

1.1. ความหมายของแรงงานนอกระบบ

แรงงานนอกระบบ (Informal Workers) คือ ผู้ใช้แรงงานที่ทำงาน โดยไม่มีสัญญาการจ้างงานที่เป็นทางการ หรือไม่มีนายจ้างตามความหมายของกฎหมายแรงงาน ไม่ได้ทำงานอยู่ในสถานประกอบการของนายจ้าง ไม่มีค่าจ้างหรือค่าตอบแทนที่แน่นอน หรือเป็นผู้ประกอบอาชีพอิสระ หรือเป็นผู้ที่ทำงานชั่วคราว แรงงานนอกระบบจึงเป็นแรงงานที่ไม่ได้อยู่ในกรอบความคุ้มครองของกฎหมายคุ้มครองแรงงาน กฎหมายประกันสังคม ทำให้ไม่มีหลักประกันความมั่นคงใด ๆ ในการทำงาน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องงานที่มั่นคง ค่าตอบแทนแรงงานที่เป็นธรรม สุขภาพความปลอดภัยในการทำงาน และความมั่นคงในการดำรงชีวิตเมื่อเข้าสู่วัยชรา สำหรับความหมายของแรงงานนอกระบบมีผู้ให้นิยามความหมายไว้หลายนัย กล่าวคือ

แรงงานนอกระบบ หมายถึง ผู้มีงานทำที่ไม่ได้รับความคุ้มครอง และไม่มีหลักประกันทางสังคมจากการทำงานเช่นเดียวกับแรงงานในระบบ⁽⁷⁾

แรงงานนอกระบบ หมายถึง ผู้ทำงานซึ่งตกลงทำงานให้ผู้จ้างทำงาน โดยได้รับค่าตอบแทนในการทำงานไม่ว่าจะเรียกชื่ออย่างไร และไม่อยู่ภายใต้การคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน⁽⁸⁾

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ หรือ ILO ได้ให้นิยาม แรงงานนอกระบบไว้ว่า แรงงานที่อยู่นอกการจ้างงานในภาคเศรษฐกิจที่ไม่เป็นทางการ (INFORMAL SECTOR) ซึ่งมีกิจการขนาดเล็ก ตั้งได้ง่าย ในลักษณะครัวเรือน เน้นใช้แรงงานเป็นหลัก

“แรงงานนอกระบบ” หมายถึง แรงงานที่ทำงานอิสระ หรือเป็นแรงงานที่ไม่ได้รับการคุ้มครองในระบบการประกันสังคม ได้แก่

- คนงานที่ทำงานไม่เต็มเวลา (Part-Time Worker)
- คนงานที่รับงานไปทำที่บ้าน (Home-Base Worker)
- คนงานที่ทำงานแบบเหมาช่วง (Sub-Contract Worker)
- คนงานที่ทำงานระยะสั้น (Short-Time Worker)

เมื่อพิจารณาแล้ว อาจสรุปได้ว่าหลักหรือองค์ประกอบของแรงงานนอกระบบ ควรมีการพิจารณา ดังนี้

1. เป็นผู้รับจ้าง
2. รับค่าตอบแทนในการทำงานไม่ว่าจะเรียกชื่ออย่างไร
3. ไม่อยู่ภายใต้การคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยคุ้มครองแรงงาน

ได้มีการจำแนกแรงงานนอกระบบโดยแบ่งได้ตามลักษณะการทำงานได้เป็น 3 ประเภท⁽⁹⁾คือ

1. แรงงานนอกระบบภาคการเกษตร เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน ประมงและเลี้ยงสัตว์ เป็นต้น
2. แรงงานนอกระบบภาคการผลิตเช่น ผู้รับงานมาทำที่บ้านผู้ประกอบการในครัวเรือน เป็นต้น

3. แรงงานนอกระบบภาคบริการ เช่น หาบเร่ แผงลอย พ่อค้า แม่ค้าตลาดนัด เป็นต้น

บางแหล่งข้อมูลได้จำแนกกลุ่มแรงงานนอกระบบ ประกอบด้วย กลุ่มเกษตรกรพันธะสัญญา กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพอิสระ เช่น ขับรถรับจ้าง หาบเร่ แผงลอย บริการอิสระ และร้านขายของชำ กลุ่มแรงงานในสถานบริการ เช่น สถานบันเทิง เสริมสวยและตัดผม เป็นต้น และเมื่อพิจารณาถึงประเภทการประกอบกิจกรรมทางเศรษฐกิจ พบว่าแรงงานนอกระบบมากกว่าครึ่งหนึ่งทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรมโดยมีจำนวนถึง 15.5 ล้านคน หรือร้อยละ 62.5 รองลงมาทำงานอยู่ในภาคการค้าและการบริการ ร้อยละ 28.3 และภาคการผลิตร้อยละ 9.2

1.2 ปัญหาของแรงงานนอกระบบ

จากข้อมูลสรุปผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2555⁽¹⁾ ได้จำแนกปัญหาของแรงงานนอกระบบโดยเรียงตามลำดับของปัญหาที่พบมากที่สุดถึงระดับต่ำสุด ดังนี้

1. งานหนัก
2. งานขาดความต่อเนื่อง
3. ทำงานไม่ตรงเวลาปกติ
4. ไม่มีสวัสดิการ
5. ไม่มีวันหยุด
6. ชั่วโมงทำงานมากเกินไป
7. ลาพักผ่อนไม่ได้

ปัญหาหลักของกลุ่มแรงงานนอกระบบ คือ คุณภาพชีวิตและสุขภาพของแรงงานนอกระบบ ประกอบด้วย 2 เรื่องสำคัญคือ 1) ความปลอดภัย อาชีวอนามัยและ สภาพแวดล้อมในการทำงาน และ 2) สวัสดิการแรงงานนอกระบบ ซึ่งสาเหตุหลัก คือ การเข้าไม่ถึงสิทธิบริการ กับสิทธิบริการที่สามารถเข้าถึงได้ในปัจจุบันยังไม่เหมาะสม/สอดคล้องกับความเป็นแรงงานนอกระบบ เนื่องจากการมีตัวตนที่ไม่ชัดเจนในสถานะความเป็นแรงงาน เนื่องจากไม่มีนโยบายและกฎหมายที่เหมาะสมกับบริบทแรงงานนอกระบบ แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่จึงต้องไปใช้บริการรักษาพยาบาลตามสิทธิในโครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ “บัตรทอง” ในขณะที่สิทธิตามบัตรทองยังมีข้อจำกัดในเรื่องการบริการด้านสุขภาพในฐานะคนทำงานที่มีความเสี่ยงจากการทำงาน หรือความเสี่ยงในด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน (Occupational Safety and Health : OSH) สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุม⁽¹⁰⁾ ได้ประเมินความเสี่ยง อาชีพของแรงงานนอกระบบที่ต้องประสบกับปัญหาดังกล่าว ส่วนใหญ่อยู่ในอาชีพเกษตรกรรม ทำนา ทำสวน ทำไร่ ประมง เลี้ยงสัตว์ รวมถึงเกษตรกรพันธะสัญญา ต่อมาคือ อาชีพรับจ้าง/รับงานมาทำที่บ้าน ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มแรงงานในชุมชนเป็นสำคัญ และอาชีพค้าขาย ตามลำดับ พบว่า เกษตรกรเป็นกลุ่มแรงงานนอกระบบกลุ่มใหญ่ที่สุด ซึ่งต้องทำงานท่ามกลางสารเคมีกำจัดศัตรูพืชแต่ แรงงานยังขาดความรู้ และใช้สารกำจัดศัตรูพืชอย่างผิดวิธี ก่อให้เกิดอันตรายต่อทั้งตัวผู้ใช้และสิ่งแวดล้อมอื่น รวมทั้งระบบนิเวศน์ และ ผู้บริโภคผลิตผลด้วย สำหรับแรงงานในกลุ่มรับจ้าง/รับงานมาทำที่บ้าน พบว่าแรงงานส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และไม่ให้ความสำคัญกับปัญหาด้านความปลอดภัยในการทำงาน ทั้งในเรื่องของสภาพแวดล้อมในการทำงาน และปัจจัยเสี่ยงที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพร่างกาย ทั้งนี้โรคที่แรงงานนอกระบบต้องประสบบ่อยครั้ง คือ โรคที่เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ การเสื่อมของสายตา อาการแพ้ทางผิวหนัง หูตึง โรคกระเพาะอาหาร การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ส่วนต่าง ๆ คือ คอ หลัง ไหล่ แขนและขา รวมทั้งโรคเครียด ซึ่งสาเหตุของปัญหาสุขภาพเหล่านี้มาจาก

- สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เหมาะสม อันเนื่องมาจากการดัดแปลงบ้านที่อยู่อาศัยให้เป็นที่ทำงาน โดยขาดความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักที่เพียงพอในเรื่องสุขภาพความปลอดภัยในการทำงาน

- เครื่องมือ เครื่องจักรและอุปกรณ์การทำงานที่มีสภาพไม่สมบูรณ์ ชำรุด บกพร่อง จึงก่อให้เกิด อุบัติเหตุจากการใช้งานได้ง่าย ในขณะที่นายจ้างของแรงงานนอกระบบก็มิได้ให้ข้อมูล ความรู้ และจัดเตรียม วัสดุอุปกรณ์ป้องกันอันตรายที่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับการทำงานของแรงงานนอกระบบ

- ท่าทางการทำงานที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ผู้ทำงานประสบปัญหาเกี่ยวกับการปวดเมื่อย

- ความเสี่ยงในการสัมผัสกับสารพิษและสารเคมีอันตราย ที่มีอยู่ในวัตถุดิบ อุปกรณ์การทำงาน รวมทั้งอยู่ในขั้นตอนการผลิต

- สภาพการทำงานที่ไม่มีมาตรฐาน เนื่องจากงานไม่ต่อเนื่อง และได้รับค่าตอบแทนต่ำ แรงงานนอกระบบจึงมักทำงานต่อเนื่องยาวนาน ไม่มีการจัดเวลาพักผ่อนที่เหมาะสม เนื่องจากปัญหาความไม่ปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานของแรงงานนอกระบบยังไม่เป็นที่รับรู้และเข้าใจของสังคมและรัฐ ส่งผลให้กลุ่มแรงงานนอกระบบไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายหลักในการให้บริการสุขภาพ ทำให้หน่วยงานรัฐระดับกำหนดนโยบายการบริการด้านสุขภาพ อันได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังไม่ได้ให้ความสำคัญ ไม่มีนโยบาย และแผนงานเฉพาะในการให้บริการสุขภาพแก่แรงงานนอกระบบ นอกจากการได้รับการบริการทั่วไปในฐานะที่เป็นประชาชน หน่วยบริการปฐมภูมิ สถานีอนามัย และ PCU ที่มีความใกล้ชิด และเข้าใจสภาพการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบเป็นอย่างดี ขาดระบบการเก็บ การบันทึกข้อมูลสุขภาพ การประเมินปัญหาการเจ็บป่วยและการเกิด อุบัติเหตุ และโรคจากการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบ ทั้งนี้เนื่องจากไม่มีการบริหารจัดการเชิงระบบ และการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้ทักษะ และมีภาระงานมาก นอกจากนี้สภาพการทำงานที่ไม่มีความมั่นคงในการประกอบอาชีพ มีรายได้ต่ำและขาดการคุ้มครองแรงงาน การต้องดิ้นรนทำงานเพื่อความอยู่รอดของตนเองและครอบครัว ขาดความตระหนักในเรื่อง สิทธิ ขาดการรวมกลุ่มองค์กรที่เข้มแข็ง ทำให้บทบาทการมีส่วนร่วมของแรงงานนอกระบบต่อการผลักดันให้เกิดนโยบายในระดับต่างๆ จึงยังมีน้อยอยู่

2.แนวคิดระบบบริการสุขภาพระบบปฐมภูมิ(Primary care)

2.1 ระบบบริการปฐมภูมิ : กลไกหลักในการพัฒนาระบบสาธารณสุข

ระบบบริการปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด เป็นกลไกและยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ เพื่อสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนอย่างต่อเนื่องช่วยทำให้ระบบบริการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ด้วยค่าใช้จ่ายไม่สูงเกินไป ข้อมูลเชิงประจักษ์ของต่างประเทศบ่งชี้ว่า ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิเอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น และสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพแก่ประชาชน และยังพบว่าความเข้มแข็งของระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพของประชาชนในประเทศ และระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ มีบทบาทสำคัญในการทำให้สุขภาพและการ

เข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนดีขึ้น โดยเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ยากไร้และด้อยโอกาสในสังคม สำหรับประเทศไทยมีงานวิจัยหลายชิ้น ระบุว่าหน่วยบริการปฐมภูมิมีบทบาทหลักในการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน ส่วนประชาชนที่เข้าถึงบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (สถานีนอามัย) มากที่สุดคือ ประชากรกลุ่มที่มีรายได้น้อยและผู้ที่อยู่อาศัยในเขตชนบท⁽¹¹⁾

2.2 ขอบเขตบริการของระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ

ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในอุดมคติ ให้ความสำคัญกับสุขภาพในมิติที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขปฐมภูมิให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างถ้วนหน้า และมองระบบบริการปฐมภูมิเป็นศูนย์กลางของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศในการนำไปสู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ เป็นบริการที่จัดให้แก่ชุมชนในภาพรวม ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยมีการปรับให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน มีการกระจายอำนาจแก่ท้องถิ่นและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการจัดการ รวมถึงมีการทำงานเป็นทีมของบุคลากรด้านวิชาชีพที่เชื่อมประสานกับองค์กรต่างๆและชุมชน ในการพัฒนาชุมชนและสังคมซึ่งจะเอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน

2.3 การพัฒนาที่ผ่านมาและปัญหาอุปสรรค

ประเทศไทยได้พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเป็นระยะเวลากว่า 30 ปี และในปี 2545 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบดังกล่าว โดยมีการกำหนดมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และมีการพัฒนาในลักษณะหลากหลายรูปแบบมากขึ้น นอกจากหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ยังมีสถานบริการสังกัดกระทรวงอื่นๆ และสถานบริการภาคเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น แต่ก็ยังมีปัญหาในการดำเนินการ เนื่องจากข้อจำกัดด้านกำลังคนและศักยภาพของบุคลากร ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาในการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยาวนานอย่างเพียงพอ จากประสบการณ์ต่างประเทศรวมถึงปฏิญญาขององค์การอนามัยโลก แสดงให้เห็นว่าหน่วยบริการปฐมภูมิเดี่ยวๆ จะเติบโตเข้มแข็งได้ยาก จึงเสนอให้พัฒนาเป็นลักษณะแบบเครือข่าย (District Health system) เพื่อให้เกิดเครือข่ายบริการ ในการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ในประเทศไทยเราก็ดำเนินการในลักษณะเดียวกัน โดยให้โรงพยาบาลเป็นแม่ข่ายของโรงพยาบาลคู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) โดยให้มีคณะกรรมการบริหารเครือข่าย ที่มีตัวแทนจากทั้งฝ่ายโรงพยาบาลแม่ข่าย และตัวแทนของสถานีนอามัยลูกข่าย ทั้งนี้จากการติดตามประเมินการบริหารจัดการเครือข่ายใน 12 จังหวัด พบว่า

- ร้อยละ 90 ของสถานีนอามัยในเขตอำเภอเมืองมีพยาบาลวิชาชีพประจำ ในขณะที่สถานีนอามัยในอำเภอรอบนอกร้อยละ 70 ที่มีพยาบาลวิชาชีพประจำ แต่ส่วนใหญ่ยังคงมีจำนวนบุคลากรสาธารณสุขต่ำกว่าเกณฑ์ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คนต่อประชากร 1,250 คน)ทั้งในเขตเมืองและอำเภอรอบนอก

-การสนับสนุนของแม่ข่าย มีหลากหลายรูปแบบทั้งที่เป็นและไม่เป็นตัวเงิน โดยแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชน สนับสนุนลูกข่ายในระดับสูงกว่าแม่ข่ายโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทสำคัญในการกำหนดงบประมาณพื้นฐานที่แม่ข่ายต้องจัดสรรแก่ลูกข่าย อย่างไรก็ตามก็ระดับการสนับสนุนดูเหมือนไม่สัมพันธ์กับระดับประสิทธิภาพของการจัดบริการ

-ครึ่งหนึ่งของสถานีนามัยสามารถระดมทุนจากแหล่งอื่นมาใช้ในการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชน เช่น อบต. กองทุนตำบล หรือแหล่งอื่น อย่างไรก็ตามก็ยังมีเพียงครึ่งหนึ่งของสถานีนามัยในพื้นที่ที่มีกองทุนตำบลสามารถระดมทุนจากกองทุนดังกล่าวมาใช้ในการพัฒนางานสาธารณสุข

-กลไกการอภิบาลเครือข่ายยังทำงานไม่สมบูรณ์ ขาดความสมดุลในเชิงอำนาจ เนื่องจากสาธารณสุขอำเภอขาดแคลนงบประมาณและต้องพึ่งพิงเงินของโรงพยาบาล

2.4 ความท้าทายในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

แม้ขณะนี้รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข จะมีนโยบายยกระดับสถานีนามัยโดยการพัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แต่ก็ยังคงขาดความชัดเจนในระดับปฏิบัติต่อสิ่งที่กำลังจะดำเนินการ และแม้หน่วยบริการปฐมภูมิและสถานีนามัยจะได้รับการสนับสนุนจากแม่ข่ายในระดับที่สูงกว่าในอดีต แต่ไม่ชัดเจนว่าเพียงพอสำหรับการพัฒนาหน่วยบริการให้มีคุณภาพ และทำงานได้เต็มที่หรือไม่ นอกจากนี้กลไกการอภิบาลเครือข่ายบริการปฐมภูมิจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาให้เข้มแข็ง และทำงานได้อย่างมีธรรมาภิบาล รวมทั้งการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชนในการพัฒนายังมีจำกัด นอกจากนี้ศักยภาพของบุคลากรและหน่วยบริการในการรองรับสภาพปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไปก็ยังเป็นสิ่งท้าทายในการพัฒนาระบบต่อไป

3. รูปแบบของบริการอาชีวอนามัย (Models of occupational health service)

3.1 การจัดบริการอาชีวอนามัย (Occupational Health Services: OHS)

หมายถึง บริการที่จัดให้กับแรงงานในชุมชน ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสุขภาพคนทำงาน โดยใช้แนวคิดของการจัดบริการตามหลักสากล โดยมี 4 ขั้นตอน คือ

- การให้บริการขั้นเริ่มต้น
- ขั้นบริการพื้นฐาน
- ขั้นการให้บริการตามมาตรฐานสากล
- ขั้นการให้บริการครอบคลุมในทุกมิติ

การจัดบริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐาน หมายถึง การบริการที่จัดให้กับแรงงานในชุมชน ที่เน้นการป้องกัน การควบคุมโรคและ การเฝ้าระวังสุขภาพ โดยมีการประเมินความเสี่ยงในการทำงานอย่างง่ายจากแบบสอบถาม การคัดกรองสุขภาพ การวินิจฉัยโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพเบื้องต้น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อ การฟื้นฟูสุขภาพให้แก่ผู้ประกอบอาชีพจากการบาดเจ็บ หรือ ป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพ⁽¹²⁾

กิจกรรมหลักของการจัดบริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐาน ควรเป็นดังต่อไปนี้

1. การเตรียมแผนการให้บริการ
 2. การระบุและประเมินปัญหาปัจจัยความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพของพนักงาน
 3. การเฝ้าระวังปัจจัยในสิ่งแวดล้อมในการทำงานและการปฏิบัติงานที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพคนทำงานรวมทั้งการสุขภาพจิต ร้านค้า บ้านพัก และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่นายจ้างจัดทำให้
 4. การเฝ้าระวังสุขภาพคนงานที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน
 5. จัดระบบข้อมูล ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ เพื่อการควบคุมความเสี่ยง
 6. ป้องกันอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ
 7. วินิจฉัยและรักษาโรคจากการประกอบอาชีพและโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการประกอบอาชีพ
- พร้อมบันทึกข้อมูล
8. จัดเตรียมชุดปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการเตรียมรับภาวะฉุกเฉิน
 9. ให้บริการสุขภาพทั่วไปและการฟื้นฟูสุขภาพ
 10. ประเมินผลการให้บริการและผลกระทบที่เกิดขึ้น
 11. ปรับปรุงแผนเพื่อพัฒนาการให้บริการ

3.2 รูปแบบของบริการอาชีวอนามัย (Models of occupational health service)

บริการอาชีวอนามัย ได้แก่ การค้นหาสิ่งคุกคาม การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง การเฝ้าระวัง การจัดการที่ห้องพยาบาล การจัดการเหตุฉุกเฉิน และการสร้างเสริมสุขภาพ

รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการมีหลายรูปแบบ ซึ่งทั้งหมดมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีคนทำงานมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ทำงานในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ปราศจากโรคและอุบัติเหตุจากงาน ทำงานอย่างมีความสุข ทำให้ได้ผลผลิตที่ดี

เนื่องจากสถานประกอบการมีหลายขนาด และหลายประเภท จึงมีรูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยต่างกัน มีทั้งการมีหน่วยบริการอาชีวเวชกรรมภายในสถานประกอบการเอง ซึ่งทำหน้าที่ด้านอาชีวอนามัยทั้งหมดหรือเป็นเพียงแค่หน่วยพยาบาลภายในสถานประกอบการซึ่งทำหน้าที่เพียงแค่การให้บริการพื้นฐาน เช่น การรักษาโรคพื้นฐานเท่านั้น ทั้งนี้รูปแบบที่มีอยู่มีดังนี้⁽¹³⁾

3.2.1. 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) และเอกซเรย์ (x-ray technician) และอาจมีนักกายภาพบำบัด (physiotherapist) นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการด้านสุขศึกษา ผู้ให้คำปรึกษา (counselor) และนักจิตวิทยาอุตสาหกรรมสำหรับบริการด้านอาชีวสุขศาสตร์(occupational hygiene service) และด้านความปลอดภัย(safety service) อาจดำเนินงานโดยหน่วยงานบริการอาชีวเวชกรรมนี้หรือเป็นหน่วยงานแยกต่างหาก แต่มีการติดต่อร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดได้ในสถานประกอบการ อาจมีหน่วยงานภายในโรงงานที่มีพยาบาลอาชีวอนามัยหนึ่งคนหรือมากกว่า และมีแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ที่มาเป็นเวลาซึ่งมาประจำครั้งละสองถึงสามชั่วโมง ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดบริการในสถานประกอบการ พ.ศ. 2538 โดยแพทย์จะเข้าไปหน่วยงานสองถึงสามครั้งต่อสัปดาห์ หรือเป็นแพทย์ที่อยู่เวรรับปรึกษา ซึ่งจะเข้ามาในหน่วยงานก็ต่อเมื่อมีการเรียกด่วนและจะเขียนคำสั่งการรักษา (standing orders) ไว้ โดยมอบอำนาจให้พยาบาลทำการรักษาแทนในขอบเขตที่พยาบาลสามารถทำได้ จะเห็นว่าวิธีนี้จะเน้นเรื่องการรักษาโรคเป็นหลัก และถ้าแพทย์ที่มาเป็นครั้งคราวไม่ใช่แพทย์อาชีวเวชศาสตร์จะทำให้ไม่เกิดความสัมพันธ์ระหว่างบริการอาชีวอนามัยและสถานประกอบการได้

เนื่องจากมีสาเหตุหลายอย่างทำให้นักการด้านอาชีวอนามัยถูกแยกจากสถานประกอบการ จึงไม่ทราบถึงสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ดังนั้นบทบาทหน้าที่ของบริการอาชีวอนามัยจึงเหลือแค่การให้การปฐมพยาบาลและการรักษาการบาดเจ็บและโรคจากการทำงาน รวมทั้งการตรวจร่างกายเท่านั้น แพทย์ที่มาเป็นเวลาและอยู่เวรรับปรึกษาจึง ไม่มีความรู้เกี่ยวกับรายละเอียดของงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน หรือไม่มีการติดต่อกับฝ่ายบุคคล และคณะกรรมการความปลอดภัย ทำให้ไม่มีส่วนในการจัดทำหรือให้คำแนะนำในการทำมาตรการการป้องกันสิ่งคุกคามภายในสถานประกอบการได้

3.2.2.รูปแบบกลุ่มหรือการร่วมมือกันระหว่างสถานประกอบการ (Group or inter-enterprise model)

เกิดขึ้นโดยความร่วมมือระหว่างสถานประกอบการ ในการจัดทำหน่วยบริการอาชีวเวชกรรมซึ่งตั้งอยู่นอกสถานประกอบการและให้บริการอาชีวอนามัยแก่สถานประกอบการเหล่านี้ ซึ่งทำให้สถานประกอบการขนาดเล็กมีโอกาสที่จะได้รับการจัดบริการอาชีวอนามัยที่สมบูรณ์ ข้อเสียของการให้บริการอาชีวอนามัยชนิดนี้เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบของการจัดหน่วยบริการภายในสถานประกอบการได้แก่ ระยะทางระหว่างสถานประกอบการและหน่วยบริการอาชีวเวชกรรมซึ่งเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากเมื่อมีกรณีฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุร้ายแรง จะทำให้ไม่สามารถมาทันเวลาได้ นอกจากนี้ยังมีเวลาที่คนงานต้องเสียไปในการเดินทางมาที่หน่วยบริการในเวลาทำงาน ปัญหาอื่นคือเมื่อสถานประกอบการที่ร่วมทุนด้วยเกิดหมดเงิน ทำให้ไม่มีเงินพอที่จะจ้างหน่วยบริการอาชีวเวชกรรมนี้ และเกิดการเลิกจ้างหน่วยบริการนี้ไป

3.3.3. รูปแบบการให้บริการตามประเภทอุตสาหกรรม (Industry-oriented (branch-specific) model)

รูปแบบนี้เกิดจากการที่สถานประกอบการประเภทเดียวกัน เช่น งานก่อสร้าง อิเล็กทรอนิกส์ อาหาร เป็นต้น ว่าจ้างหน่วยบริการอาชีพเวชกรรมเพื่อให้บริการกลุ่มเฉพาะของตน รูปแบบนี้ได้เปรียบรูปแบบกลุ่มหรือการร่วมมือกันระหว่างสถานประกอบการ ตรงที่ว่าสถานประกอบการที่ว่าจ้างบริการอาชีวนามัยตามรูปแบบการให้บริการตามประเภทอุตสาหกรรม เป็นอุตสาหกรรมประเภทเดียวกัน ทำให้หน่วยบริการอาชีพเวชกรรมนั้นมีความเชี่ยวชาญและสามารถค้นหาปัญหาได้ง่าย

3.2.4. รูปแบบคลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล (Hospital outpatient clinics)

บางโรงพยาบาลจะมีคลินิกอาชีพเวชศาสตร์หรือคลินิกอาชีพเวชกรรมในการดำเนินงานอาชีวนามัยเกี่ยวกับโรคจากการทำงานหรือการส่งเสริมสุขภาพพนักงาน ซึ่งต้องอาศัยการประชาสัมพันธ์หรือ การส่งต่อจากแพทย์ภายในโรงพยาบาล หรือจากตัวคนทำงานเอง ตามปกติคลินิกผู้ป่วยนอกและห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลจะให้บริการต่อคนงานที่บาดเจ็บหรือป่วยอยู่แล้ว ซึ่งจะมีข้อเสียเปรียบที่สำคัญคือการขาดความคุ้นเคยกับโรคจากการการทำงาน ในกรณีเช่นนี้ คลินิกอาชีพเวชศาสตร์หรือคลินิกอาชีพเวชกรรมสามารถเตรียมการสำหรับโรงพยาบาลใกล้เคียงเพื่อให้บริการเกี่ยวกับโรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน โดยปิดช่องว่างนี้ ให้ความร่วมมือกันดูแลและให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเกี่ยวกับชนิดของโรคที่ผู้ป่วยเป็นจากการทำงาน ซึ่งอาจมีการส่งต่อไปที่โรงพยาบาล ที่สำคัญคือ ขณะนี้ภายในโรงพยาบาลเอง ได้มีการจัดตั้งคลินิกอาชีพเวชกรรมและจัดทำบริการอาชีวนามัย โดยมีแพทย์อาชีพเวชศาสตร์และพยาบาลอาชีวนามัยประจำ รวมทั้งมีการนำปัญหาที่พบมาทำเป็นงานวิจัยเพื่อแก้ไขต่อไปด้วย

3.2.5. รูปแบบศูนย์บริการสุขภาพเอกชน (Private health centers)

รูปแบบศูนย์บริการสุขภาพเอกชนเป็นหน่วยที่ดำเนินงานโดยกลุ่มของแพทย์ (อาจดำเนินงานโดยมีผู้ลงทุนและจ้างแพทย์ก็ได้) เพื่อให้บริการแบบผู้ป่วยนอกหรือเป็นส่วนหนึ่งของศูนย์บริการสุขภาพของโรงพยาบาล ศูนย์ขนาดใหญ่ส่วนมากจะมีแพทย์หลายสาขาและบุคลากรทางการแพทย์หลายประเภท โดยมีบริการอาชีพเวชศาสตร์และฟื้นฟูสุขภาพรวมอยู่ด้วย ศูนย์ขนาดเล็กอาจมีแค่บริการทางการแพทย์เท่านั้น เช่นเดียวกับการให้บริการในรูปแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ซึ่งจะมีปัญหาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทำให้การเข้าถึงนายจ้างและคนงานไม่ค่อยดีนักและไม่สามารถสร้างมาตรการในการป้องกันได้ โดยในบางประเทศรูปแบบศูนย์บริการสุขภาพเอกชนนี้ ถูกวิจารณ์ว่าทำงานด้านการรักษาทางคลินิกมากเกินไป ซึ่งจะพบในศูนย์บริการทางการแพทย์ขนาดเล็กซึ่งให้บริการโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมากกว่าที่ให้บริการโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่มีประสบการณ์ด้านอาชีวนามัย

3.2.6. รูปแบบหน่วยบริการสุขภาพพื้นฐาน (Primary health care units)

หน่วยบริการสุขภาพพื้นฐานเป็นการจัดบริการโดยชุมชนได้แก่ สถานีนามัย หน่วยบริการพื้นฐาน (Primary care unit - PCU) หรือ โรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งให้บริการทั้งด้านการป้องกันและการดูแล

สุขภาพพื้นฐาน รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่องค์กรอนามัยโลกสนับสนุนอย่างเต็มที่เพื่อให้บริการแก่สถานประกอบการขนาดเล็ก โดยเฉพาะที่อยู่ในภาคเกษตรกรรม แรงงานนอกระบบและการจ้างงานตนเอง เนื่องจากแพทย์และพยาบาลขาดความเชี่ยวชาญหรือขาดประสบการณ์ในเรื่องอาชีวเวชศาสตร์หรืออาชีวอนามัย ดังนั้นความสำเร็จของรูปแบบนี้จึงขึ้นกับการฝึกอบรมเรื่องอาชีวเวชศาสตร์หรืออาชีวอนามัยให้บุคลากรเหล่านี้ ข้อได้เปรียบของรูปแบบนี้คือความครอบคลุมทั่วทั้งประเทศในชุมชนที่ชาวบ้านรับงานมาทำที่บ้านหรือมีกิจการในบ้าน ข้อด้อยคือ การที่เน้นบริการให้การรักษาสุขภาพทั่วไปและการรักษาเหตุฉุกเฉิน ซึ่งการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมในการทำงานและการทำมาตรการป้องกันในสถานที่ทำงานนั้นมีขีดจำกัด เนื่องจากการขาดบุคลากร และไม่ได้ทำหน้าที่ด้านบริการอาชีวอนามัยเพียงอย่างเดียว ในประเทศฟินแลนด์ หน่วยให้บริการสุขภาพพื้นฐานเหล่านี้ได้ทำการว่าจ้างผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัยมาช่วยทำบริการอาชีวอนามัยต่างหาก ซึ่งได้ผลดียิ่ง

3.2.7.รูปแบบประกันสังคม (Social security model)

เป็นการให้บริการอาชีวอนามัยในระดับประเทศ โดยการใช้ประกันสังคมทำให้นายจ้างและคนงานเกิดความตระหนักและรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพด้วยตนเอง สำหรับรูปแบบกองทุนเงินทดแทนนั้นทำให้นายจ้างต้องรับผิดชอบเรื่องเงินค่าทดแทนสำหรับอุบัติเหตุและโรคจากการทำงานให้แก่คนงานของตน อย่างไรก็ตามรูปแบบประกันสังคมส่วนใหญ่โดยเฉพาะของประเทศไทยยังเน้นรูปแบบการรักษาโรค ทั้งจากการทำงานและโรคทั่วไป แต่เนื่องจากค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สูงขึ้นทั้งจากผู้ใช้งานด้านประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน จึงมีการควบคุมค่าใช้จ่ายโดยเน้น เรื่องการป้องกันโรคและอุบัติเหตุทั่วไปและโรคจากการทำงานมากขึ้น

3.3 การเลือกรูปแบบในการจัดบริการอาชีวอนามัย

การตัดสินใจเบื้องต้นว่าจะให้บริการอาชีวอนามัยหรือไม่ขึ้นกับกฎหมาย การตกลงกับสหภาพแรงงาน หรือคนงาน และความสนใจของนายจ้างต่อสุขภาพและความปลอดภัยของคนงานของเขา ขณะที่ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติเนื่องจากเห็นความสำคัญด้วยตนเอง แต่ก็มีบางส่วนมีการปฏิบัติเพราะถูกบังคับ เนื่องจากต้องการลดค่าใช้จ่ายในการให้ทดแทนคนงานที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากงาน ความต้องการลดการขาดงานและการพิการของคนงาน ลดการลาออกก่อนเวลาโดยเหตุผลทางสุขภาพ ฯลฯ สำหรับรูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัยบางครั้งถูกกำกับโดยกฎหมายหรือระเบียบซึ่งใช้ในโรงงานบางประเภท ส่วนใหญ่ในการเลือกรูปแบบขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างเช่น ขนาดและลักษณะของแรงงาน ชนิดของงานและสิ่งคุกคามในที่ทำงาน ที่ตั้งของโรงงาน ชนิดและคุณภาพของบริการสุขภาพที่มีในชุมชน และที่สำคัญที่สุดนายจ้างหรือผู้บริหารจะต้องเห็นความสำคัญของบริการอาชีวอนามัยและให้การสนับสนุนด้านเงินทุน บางครั้งอาจเริ่มด้วยหน่วยงานขนาดเล็กภายในก่อนและมีการขยายงานเมื่อเห็นผลงาน และได้รับการยอมรับจากคนงาน อย่างไรก็ตามในปัจจุบันการวิจัยที่เปรียบเทียบผลดีหรือผลเสียของรูปแบบต่างๆของการให้บริการอาชีวอนามัยยังมีไม่มากนัก

4. การจัดการปัญหาแรงงานนอกระบบของต่างประเทศ

จากการรวบรวมข้อมูลของการจัดการแรงงานนอกระบบของประเทศไทยต่าง ๆ ทั่วโลก ได้มีความพยายามในการจัดการแรงงานนอกระบบโดยมีแนวคิดในการจัดการอย่างหลากหลายรูปแบบ โดยบรรดาประเทศในยุโรป เช่น ประเทศไอซ์แลนด์ นอร์เวย์ สวีเดน ฟินแลนด์ และเดนมาร์ก เป็นต้น ได้ถือเอา “ระบบรัฐสวัสดิการเป็นระบบสร้างหลักประกันสิทธิพื้นฐานในการดำเนินชีวิตของประชากรอย่างแพร่หลายมากที่สุด โดยแต่ละประเทศมีการจัดการที่แตกต่างกัน โดยมีการจำแนกรูปแบบรัฐสวัสดิการที่ดำเนินการในยุโรปได้ 4 รูปแบบ⁽¹⁴⁾ได้แก่

4.1. รูปแบบรัฐสวัสดิการแบบนอร์ดิก (the Nordic Model) หรือบางทีก็เรียกว่า Scandinavian Model หรือ Social Democratic Model หรือ Institutional Model ซึ่งประโยชน์ทดแทนทางสังคมที่ให้กับประชาชนทุกคนในประเทศเหมือนกันหมดและทั่วถึงทุกคน

4.2. รูปแบบรัฐสวัสดิการแบบเบเวริดจ์ (the Beveridge Model) ซึ่งเป็นชื่อของผู้ริเริ่มการประกันสังคมในอังกฤษ รูปแบบนี้ให้ประโยชน์ทดแทนทางสังคม เฉพาะแก่ผู้ที่มีความต้องการจำเป็นที่ลำบากเท่านั้น ไม่ได้ให้ทุกคนเท่ากันหมดอย่างรูปแบบแรก รูปแบบนี้บางทีก็เรียกว่า the Anglo-Saxson Model หรือ the Liberal Model หรือ the Residual Welfare Model

4.3. รูปแบบรัฐสวัสดิการแบบบิสมาร์ก (the Bismarck Model) ซึ่งเป็นชื่อของนายกรัฐมนตรีเยอรมัน (German Chancellor) ที่เริ่มให้มีกฎหมายการประกันสังคม ฉบับแรกๆ รูปแบบนี้ประโยชน์ทดแทนทางสังคมให้เฉพาะผู้ที่เข้าสู่ในตลาดแรงงาน รูปแบบนี้บางทีก็เรียกว่า the Central European Model หรือ the Conservative Model หรือ Achievement Oriented Model

4.4. รูปแบบรัฐสวัสดิการแบบการให้การอุดหนุน (the Subsidiarity Model) ซึ่งบางทีเรียกว่า the Southern European Model หรือ the Catholic Model เป็นรูปแบบสวัสดิการที่ถือว่า ความรับผิดชอบทางสังคมต้องอยู่ที่ครอบครัว หรืออยู่ในหน่วยที่ใกล้ชิดกับครอบครัวให้มากที่สุดเท่าที่จะกระทำได้แต่ในบางประเทศใช้ “ระบบการประกันสังคม” ในการเข้าไปดูแลและให้ความคุ้มครองแรงงานนอกระบบ เช่น ประเทศโปรตุเกส ประเทศอังกฤษ สาธารณรัฐเกาหลี และฟิลิปปินส์ เป็นต้น โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1.1. การประกันสังคมของประเทศโปรตุเกส

ระบบประกันสังคมของประเทศโปรตุเกส มีลักษณะเป็นโครงข่ายความคุ้มครองทางสังคม (Social Safety Net) ซึ่งจะรองรับและให้ความคุ้มครองแก่ พลเมืองของประเทศ ผู้ที่พำนักในประเทศและผู้ที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจากโครงการใดๆเลย และพลเมืองของประเทศยุโรปที่เข้ามาทำงานในประเทศโปรตุเกส โดยมีทั้งระบบที่เป็นการเรียกเก็บเงินสมทบ และแบบไม่เรียกเก็บเงินสมทบ

4.1.2. การประกันสังคมของประเทศอังกฤษ

โดยสรุปการประกันสังคมในประเทศอังกฤษจะมีความเป็นเอกภาพในระบบประกันสังคม โดยอาศัยระบบข้อมูลเป็นส่วนสำคัญ การเก็บเงินสมทบและจ่ายประโยชน์ทดแทนสำหรับแรงงานนอกระบบจะแยกออกจากกันในรูปแบบของ Agency หรือเป็นหน่วยงานตัวแทนซึ่งมีความคล่องตัวและเป็นอิสระในการบริหารงานระดับหนึ่งเพื่อให้เกิดการพัฒนาบริการได้รวดเร็ว

4.1.3. การประกันสังคมของสาธารณรัฐเกาหลี

สาธารณรัฐเกาหลีเป็นประเทศที่จัดบริการสาธารณะด้านประกันสังคม โดยเป็นการบริหารงานแบบ NPC (National Pension Corporation) เป็นหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ ที่มีลักษณะของบริษัทที่รัฐเป็นเจ้าของ ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม โดยมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดเก็บเงินสมทบจากบุคคลทั่วไป ที่ประกอบอาชีพอิสระ นายจ้าง ลูกจ้างเพื่อให้ความคุ้มครองในกรณีต่าง ๆ ตามกฎหมายประกันสังคม โดยจะบังคับใช้กับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป และแบบสมัครใจสำหรับผู้ประกอบอาชีพอิสระรัฐบาล โดยกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมจะเป็นผู้กำหนดนโยบาย การลงทุน NPC จะเป็นผู้ดูแลและบริหารเงินกองทุนด้วยตนเอง ซึ่งมีหน่วยงาน Fund Operation Research Center ทำหน้าที่วางแผนและวิจัยสถานการณ์ของกองทุนเพื่อให้กองทุนมีเสถียรภาพ มีการคุ้มครองแรงงานนอกระบบกรณีชราภาพ ทูพพลภาพและกรณีตาย โดยรัฐได้จัดทำระบบประกันสังคมในลักษณะของโครงการบำนาญแห่งชาติ ที่มีการบริหารองค์กรโดยบริษัทเงินสำรองเลี้ยงชีพแห่งชาติ ภายใต้การควบคุมดูแลของกระทรวงสาธารณสุขและกิจการสังคม กรณีเจ็บป่วยและคลอดบุตร อยู่ในความควบคุมดูแลของกระทรวงสาธารณสุขและกิจการสังคม สหพันธ์การประกันทางการแพทย์แห่งชาติ

4.1.4. การประกันสังคมในประเทศฟิลิปปินส์

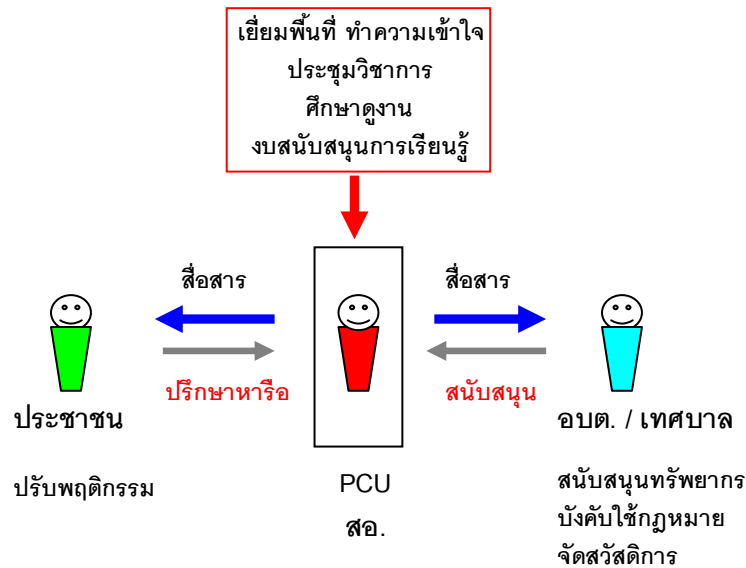
ระบบประกันสังคมของประเทศฟิลิปปินส์ให้ความคุ้มครองครอบคลุมประชากรของประเทศ โดยมีกฎหมายให้เข้าร่วม โครงการลักษณะบังคับ โดยกำหนดให้ลูกจ้างที่ทำงานกับภาคเอกชน ทั้งลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวและผู้ประกอบอาชีพอิสระที่มีอายุ 18-60 ปี จะต้องเข้าร่วมโครงการ โดยการให้ความคุ้มครองครอบคลุมประโยชน์ทดแทนในด้านต่าง ๆ ดังนี้ การประกันชราภาพ ทูพพลภาพ ตาย การประกันสุขภาพ กรณีเจ็บป่วยนอกงานและคลอดบุตร แนวทางการประกันสังคมของประเทศฟิลิปปินส์ จะเป็นในลักษณะบังคับ โดยจะมีเจ้าหน้าที่ทำหน้าที่เป็นผู้ตรวจของ Social Security System เพราะมีสมาชิกเป็นจำนวนมากที่ไม่จ่ายเงินสมทบ หรือจ่ายน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนด ในส่วนของประโยชน์ทดแทนจะมีความสัมพันธ์กับการจ่ายเบี้ยประกันหรือเงินสมทบ (ILO.Social Protection. 2001) การประกันสังคมของประเทศฟิลิปปินส์ แม้จะมีกฎหมายกำหนดให้ความคุ้มครองครอบคลุมประชากรอย่างกว้างขวาง แต่ในทางปฏิบัติแล้ว ระบบประกันสังคมของประเทศฟิลิปปินส์ยังให้ความคุ้มครองไม่ทั่วถึง เนื่องจากขาดความเข้มงวดในการบังคับให้ต้องเข้าเป็นสมาชิกตามที่กฎหมายกำหนดไว้ ในส่วนของสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการก็มักไม่ค่อยปฏิบัติตามระเบียบ และรัฐเองก็ไม่เข้มงวดกับการบังคับให้ต้องเข้าร่วม โครงการตามที่

มีกฎหมายกำหนดไว้ แต่จะเน้นด้านการให้การศึกษาแก่ประชาชนเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ และมองเห็นประโยชน์ในการเข้าเป็นสมาชิกของโครงการประกันสังคมมากกว่า ดังนั้นเกษตรกรและผู้ประกอบอาชีพอิสระต่าง ๆ ได้รับการคุ้มครองจากระบบประกันสังคมจึงยังมีค่อนข้างน้อย

5. การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัยสำหรับดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบในประเทศไทย

ข้อมูลผลการทบทวนการพัฒนาการจัดระบบบริการสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบในประเทศไทยมีการดำเนินการโดยการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส.^(15,16) สรุปได้ดังนี้

-เริ่มมีการดำเนินการตั้งแต่ปลายปี 2547 เน้นดำเนินการในสถานบริการที่ใกล้ชิดกับชุมชนที่สุด คือระดับปฐมภูมิ หรือ Primary Health Care กิจกรรมหลักคือ การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง การหาแนวทางป้องกันและให้คำแนะนำ เป็นการดูแลแบบองค์รวม โดยผ่านกลยุทธ์การเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้กลุ่มเป้าหมายแรงงานนอกระบบคือ กลุ่มคนทำงานที่บ้าน บทเรียนที่ได้รับคือ องค์ความรู้ของผู้ปฏิบัติงานที่ยังไม่เพียงพอในการที่จะดูแลสุขภาพคนทำงานที่บ้านซึ่งมีอยู่หลากหลายอาชีพในพื้นที่ของตน เป้าหมายในการเลือกพื้นที่เน้นที่กลุ่มคนทำงานที่บ้านเป็นหลักไม่ได้เน้นที่การเลือกหน่วยบริการสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งการเลือกพื้นที่โดยไม่ได้คำนึงถึงความพร้อมของหน่วยบริการหรือตัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ทำให้การดำเนินงานไม่ราบรื่นเท่าที่ควรการที่คนทำงานที่บ้านพร้อมแต่เจ้าหน้าที่ไม่พร้อมทำให้ในทางปฏิบัติไม่สามารถดำเนินการให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ได้ครอบคลุมและได้เลือกพื้นที่เพิ่มเติม โดยเน้นเป้าหมายที่หน่วยบริการหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีศักยภาพดำเนินในพื้นที่ ชอบทำงานเชิงรุก สามารถบูรณาการงานนี้ไปกับงานปกติที่ทำอยู่ได้ และเป็นหน่วยบริการที่เป็นต้นแบบด้านการให้บริการสาธารณสุขในประเด็นใดประเด็นหนึ่งอยู่แล้ว แต่ยังคงไว้ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเดิมที่เน้นกลุ่มคนทำงานที่บ้าน กำหนดให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นศูนย์กลาง เน้นการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้เข้าใจงานอาชีวอนามัย โดยไปเยี่ยมที่ สถานีอนามัยชวนคุยทำความเข้าใจเบื้องต้นจัดอบรมพาไปศึกษาดูงานและให้งบประมาณในการดำเนินงานแบบอิสระ ทั้งนี้ได้สรุปผลการดำเนินงานและข้อเสนอแนะว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยต้องทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนกลุ่มเป้าหมายดังปรากฏในแผนภาพที่ 1

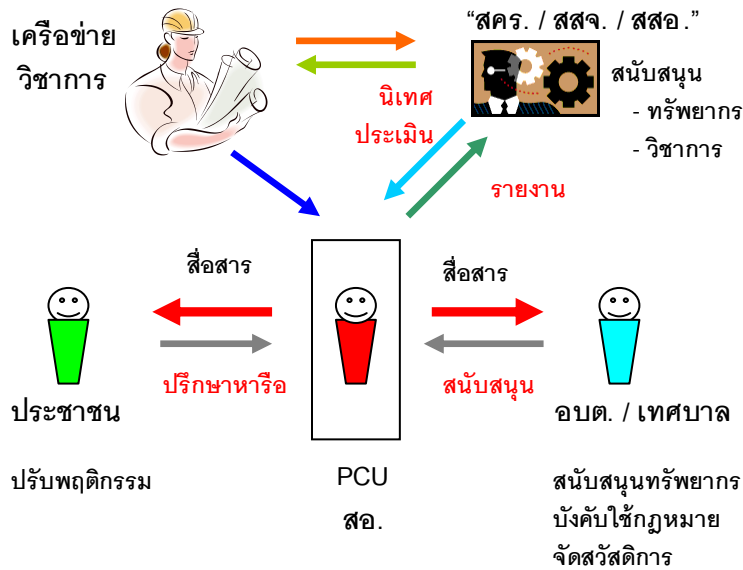


การพัฒนาศักยภาพในปีที่ 1 (มีค 2547 – กพ 2548)

แผนภาพที่ 1 แนวทางการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชน ในปีที่ 1

-ปีต่อมา จากการที่บทบาทของเครือข่ายวิชาการ เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ เครือข่ายวิชาการ เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร รวมถึงสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตต่างๆ เนื่องจากไม่ได้ทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน เพียงแต่ระบุว่าควรเป็นที่เล็ง จึงมีการปรับบทบาทของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ให้มีหน้าที่ในการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และการนิเทศงาน สนับสนุนเครื่องมือเฉพาะทางต่าง ๆ เช่น เครื่องมือวัดแสง ตรวจสมรรถภาพปอด เครือข่ายนักวิชาการสนับสนุนเรื่องความเชี่ยวชาญ เรื่อง เครื่องมือ เทคนิค การจัดการบริการอาชีวอนามัย หรือการสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ ทำให้การดำเนินงานเกิดความร่วมมือกันมากขึ้นดังแผนภาพที่ 2 การดำเนินงานเริ่มด้วย การสื่อสารเพื่อเชิญชวนหัวหน้าสถานีอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชนเข้าร่วมงาน และชี้แจงรายละเอียด หาแนวทางในการพัฒนาผู้ปฏิบัติงาน ในขั้นนี้ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อเสริมศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน และการหาเครื่องมือที่เหมาะสมเพื่อให้ดำเนินการได้ การจัดการอบรมเพิ่มความรู้ โดยจัดเป็นหลักสูตรที่เหมาะสม ซึ่งเน้นทั้งเรื่องแนวคิดการป้องกันการเจ็บป่วยโดยใช้การเยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตลักษณะการทำงานและสภาพแวดล้อมที่สัมพันธ์กับการทำงานนั้นๆ และแนวคิดการให้บริการด้านอาชีวอนามัยที่คำนึงถึงการประเมินและจัดการความเสี่ยงเป็นสำคัญ ในปีเดียวกันสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ได้ดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการระดับ

ปฐมภูมิขึ้นตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญจาก WHO และ ILO ที่ต้องการให้มี Basic Occupational Health Service (BOHS) เกิดขึ้นในสถานีนามัย จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่สถานีนามัยขึ้น หาเครื่องมือที่เหมาะสมเพื่อให้ดำเนินการได้ ได้แก่ การจัดทำคู่มือเพื่อการดำเนินงาน แบบประเมินความเสี่ยงหลายๆ แบบที่มีอยู่แล้วและใช้กันในระดับสากลตามหลักของงานอาชีวอนามัย อันได้แก่ WISH WISE WIND JSA และ Body mapping



การพัฒนาศักยภาพในปีที่ 2 (มีค 2548 – กพ 2549)

แผนภาพที่ 2 แนวทางการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สถานีนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชน ในปีที่ 2 และ 3

ปี 49 ทีมงานได้ประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในภาพรวมแล้ว พบว่า “ศักยภาพ” ของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชนในการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบ ขึ้นกับ “ต้นทุน” ประสบการณ์และความรู้เดิมของเจ้าหน้าที่เป็นสำคัญ ในการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานนั้น องค์ความรู้เกี่ยวกับงานอาชีวอนามัยเป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ต้องการในเบื้องต้น ซึ่งเกี่ยวเนื่องทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคที่อาจจะเกิดจากการทำงาน การให้การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ การซักประวัติ รวมถึงการศึกษาและวิเคราะห์สภาพแวดล้อมการทำงานก็เป็นอีกส่วนหนึ่งที่เป็นองค์ประกอบสำคัญ โดยพื้นฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้น มีองค์ความรู้ไม่มากนักในงานด้านอาชีวอนามัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวินิจฉัยโรคซึ่งมีลักษณะที่เฉพาะเจาะจงอยู่มาก การขาดองค์ความรู้ที่ชัดเจนทำให้เจ้าหน้าที่ไม่กล้าที่จะวินิจฉัยและลงบันทึกประวัติการเจ็บป่วย เมื่อประเมินเนื้อหาหลักสูตรในการพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดบริการนั้นมีความคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ มีการปูพื้นฐานทั่วไปเกี่ยวกับงานอาชีวอนามัย การใช้

เครื่องมือต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การสำรวจสภาพการทำงานเพื่อช่วยในการในการวินิจฉัยโรค ทั้งยังมีการปฏิบัติการเพื่อเพิ่มทักษะอีกด้วย หลักสูตรที่ใช้มาจากกรณีวิเคราะห์ความต้องการของเจ้าหน้าที่โดยวิทยากรเป็นหลัก ยกเว้นในภาคผลิตที่เครือข่ายนักวิชาการของภาคกลาง นำโดยทีมนักวิชาการของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร จังหวัดสุพรรณบุรีที่มีความพยายามพัฒนาหลักสูตรสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งได้แก่ การทำงานแบบมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายตั้งแต่เริ่มพัฒนาหลักสูตร โดยเริ่มต้นที่การสำรวจความต้องการทางด้านวิชาการอาชีวอนามัย นำเสนอผลการสำรวจต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อเติมเต็มในส่วนที่น่าจะขาด จากนั้นจึงจัดทำเป็นหลักสูตร ทดลองใช้และปรับปรุง ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้ มีนักวิชาการการศึกษาเข้าร่วมทุกขั้นตอน จนได้หลักสูตรที่เหมาะสมกับพื้นที่

-จากรายงานผลโครงการการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับแรงงานนอกระบบ ของ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค⁽¹⁵⁾ ได้เข้ามาดำเนินงานต่อ เน้นการจัดบริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐาน (Basic Occupational Health Service: BOHS) โดยการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับแรงงานนอกระบบทุกกลุ่มอาชีพ กำหนดไว้ว่าให้มีการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานอนามัยให้แก่แรงงานนอกระบบในพื้นที่และการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในชุมชนให้แก่ผู้ประกอบการในชุมชนอย่างน้อย 1 กลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็น 1 กลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงสูง กรอบในการจัดบริการ ถูกนำเสนอโดยใช้คำว่า การจัดบริการอาชีวอนามัย “ขั้นพื้นฐาน” ซึ่งเป็นการจัดบริการอาชีวอนามัยที่มีลักษณะสำคัญ 5 ลักษณะ ได้แก่ (1) มุ่งเน้นที่การป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน (2) ดูแลสุขภาพเป็นแบบองค์รวม (3) ผสมผสาน ไปด้วยการจัดบริการสุขภาพที่มีอยู่ในระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (4) อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการและชุมชน และ (5) ใช้แนวทางและมาตรการในการป้องกันและควบคุมปัญหาที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของท้องถิ่น

การพัฒนาระบบข้อมูลเป็นอีกส่วนหนึ่งที่แผนพัฒนาของ สสส. พัฒนาขึ้นเพื่อรองรับระบบบริการอาชีวอนามัย ต่อมามีการพัฒนาเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย ผ่านแบบสำรวจข้อมูลด้านอาชีวอนามัยที่พัฒนาขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลให้เหมาะกับแต่ละพื้นที่ และพัฒนาโปรแกรมและ/หรือ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านอาชีวอนามัยขึ้นมาใหม่ อย่างไรก็ตามโปรแกรมดังกล่าวไม่สามารถเชื่อมต่อกับโปรแกรมเดิมที่มีอยู่ในขณะนั้นได้ ทั้งนี้การพัฒนาโปรแกรมในขณะนั้นสำหรับจัดเก็บข้อมูลของแรงงานนอกระบบภาคการเกษตร ภาคเหนือ สำหรับการจัดเก็บข้อมูลแรงงานนอกระบบ ภาคการผลิต 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 เนื่องจากเป็นโรคที่สามารถพบ

ได้บ่อย อีกทั้งผู้ให้บริการยังสามารถให้บริการได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพาแพทย์ จึงนำโรคเหล่านี้ไปบรรจุไว้ในกระบวนการเชื่อมต่อ โดยการเพิ่มสาเหตุที่ทำให้เจ็บป่วยเข้าไปในระบบโปรแกรม JHCIS และสามารถช่วยในคัดกรองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมได้ ผู้ร่วมดำเนินงานได้วิเคราะห์จุดอ่อนพบว่าควรพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้รู้จักกับแรงงานนอกระบบและงานอาชีวอนามัย รวมถึงความปลอดภัยในการทำงานการพัฒนานั้นพัฒนาโดยผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่และพัฒนาต่อยอดจากฐานข้อมูลของโปรแกรมที่มีใช้อยู่เดิมในระบบการให้บริการอยู่แล้ว ทำให้การใช้งานไม่ยุ่งยากนักและทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่รู้สึกรู้สีกว่าเป็นภาระที่เพิ่มขึ้น ส่วนภาคผลิตมีความแตกต่างออกไป เนื่องจากมีแนวคิดว่าทำอะไรจึงจะมีข้อมูลระดับพื้นที่ในภาพกว้างทั้งหมดของผู้ใช้แรงงานที่บ้าน ทั้งที่ยังไม่เจ็บป่วยและเจ็บป่วยแล้ว เพื่อเป็นข้อมูลในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพการพัฒนาจึงเป็นการสร้างโปรแกรมใหม่โดยผู้เชี่ยวชาญในภาคบริการนั้นมีเพียงการพัฒนาเชิงแบบฟอร์มไม่ได้พัฒนาระบบข้อมูลทั้งระบบ แต่ก็พยายามสร้างแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมหลายๆ ด้าน โดยรวมระบบที่พัฒนาขึ้นอย่างไรก็ตามยังไม่สมบูรณ์ ต้องมีการพัฒนาต่อ รวมถึงควรคำนึงถึงการเชื่อมโยงจากข้อมูลให้เต็มที ที่อาจจะต้องการใช้ข้อมูลร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้ใช้แรงงานที่บ้าน

6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บุญเลิศและคณะ⁽¹⁷⁾ศึกษาการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบ ในกลุ่มตัวอย่างหน่วยบริการปฐมภูมิ อ.เมืองและ อ.โพธาราม จ.ราชบุรี พบว่าเจ้าหน้าที่สถานอนามัยสามารถจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับและเชิงรุก โดยการตรวจสอบสุขภาพทั่วไป ตรวจคัดกรองโรคจากการทำงานเบื้องต้น ดูแลรักษา ให้สุขศึกษา เดินสำรวจสถานที่ทำงาน เพื่อประเมินสิ่งคุกคามอันตรายต่อแรงงาน จัดทำข้อมูลสุขภาพทั่วไปการบาดเจ็บและอุบัติเหตุจากการทำงาน ในแฟ้มสุขภาพครอบครัว และมีข้อมูลสิ่งคุกคามอันตรายต่อแรงงานละพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย อีกทั้งสร้างอาสาสมัครอาชีวอนามัย(อสอช.)ทำหน้าที่ให้สุขศึกษาด้านอาชีวอนามัยอย่างง่าย ๆ และประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่กับกลุ่มอาชีพ

วรรณกรและคณะ⁽⁶⁾ศึกษาความต้องการระบบสารสนเทศสุขภาพแรงงานนอกระบบในพื้นที่ของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่า ปัญหาในการใช้ข้อมูลของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่ ด้านความครบถ้วนและครอบคลุมของข้อมูล ด้านความซ้ำซ้อนของข้อมูล ด้านปริมาณข้อมูลและรายงานข้อมูล และด้านปริมาณงานและทรัพยากรบุคคล ในหน่วยบริการสุขภาพ ความต้องการใช้ข้อมูลมีสาเหตุเนื่องจากระบบสารสนเทศของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไม่มีข้อมูลที่จำเป็นทุกประเภท

นภัก⁽¹⁸⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมา ศึกษารูปแบบการจัดโปรแกรมและบริการอาชีวอนามัยของโรเจอร์ พบว่า ปัจจัยนำเข้า(ความรู้ ทักษะของเจ้าหน้าที่ ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา

อุปกรณ์ เครื่องมือ วัสดุและเงินสนับสนุน นโยบายและเป้าหมาย) และปัจจัยด้านกระบวนการดำเนินงาน (การบริหารจัดการ การดำเนินงานอาชีวอนามัย การฝึกอบรม การศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่องและการวิจัย ของเจ้าหน้าที่และทีมงาน เครื่องมือการดำเนินงานอาชีวอนามัย) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) โดยปัจจัยย่อยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การบริหารจัดการ ดำเนินงานอาชีวอนามัย ข้อมูลพื้นฐาน และสถานการณ์การปัญหาและทีมงาน เครื่องมือการดำเนินงานอาชีวอนามัย

สุวัฒนา และคณะ⁽¹⁹⁾ ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย โดย 4 ปัจจัย ประกอบด้วย ประสิทธิภาพ ความรู้ คุณลักษณะเฉพาะบุคคล และทักษะในการบริการอาชีวอนามัย สามารถอธิบายรูปแบบของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทยได้ดี โดยทักษะในการบริการอาชีวอนามัยมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคุณลักษณะเฉพาะบุคคล ความรู้และประสิทธิภาพทำงานอาชีวอนามัยมีอิทธิพลโดยอ้อมทางบวกต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลผ่านทักษะในการบริการอาชีวอนามัย

Somkiat et al⁽²⁰⁾ ศึกษาเพื่อทบทวนการจัดบริการอาชีวอนามัยของ PCUs และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยแก่แรงงานนอกระบบในประเทศไทย อย่างยั่งยืน ว่า เจ้าหน้าที่ของ PCUs ควรออกเยี่ยมบ้านและสถานที่ทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบอย่างน้อยเดือนละครั้งและควรประเมินความเสี่ยง ให้คำแนะนำในการปรับปรุงสถานที่ทำงาน พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคจากการทำงาน ให้ความรู้แก่ผู้ทำงานและนายจ้าง ในการดูแลและป้องกันอันตรายจากการทำงาน รวมถึงความรู้ในการใช้และจัดหาอุปกรณ์ป้องกันอันตรายอย่างเหมาะสม

Kessarawan et al⁽²¹⁾ ศึกษาเพื่อพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบในประเทศไทย โดยสร้างความร่วมมือในทีมผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และแรงงานนอกระบบ พบการเปลี่ยนแปลงของทีมงานระดับชุมชนซึ่งได้พัฒนาเครือข่าย โดยให้มีการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน โดยการดูแล กำกับ ของเจ้าหน้าที่พยาบาลของหน่วยบริการฯ

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ : กรณีศึกษาจังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยใช้เทคนิคกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทำการศึกษาระหว่างเดือน ต.ค.53 – ธ.ค. 55 มีระเบียบวิธีการศึกษาดังนี้

1.ประชากรตัวอย่าง/กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิจากอำเภอตัวแทนในจังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ อ.ดอนเจดีย์ จำนวน 2 แห่ง อ.บางปลาม้า จำนวน 3 แห่ง รวม 5 แห่ง การคัดเลือกพื้นที่เป้าหมายพิจารณาประเด็นพื้นที่ตามข้อมูลดังนี้คือ มีทุนเดิม เช่น ความรู้ความเข้าใจงานอาชีวอนามัย และเคยมีการปฏิบัติงานเรื่องดังกล่าวมาก่อน เป็นต้น สภาพพื้นที่มีปัญหาด้านอาชีวอนามัย เช่น มีกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงในการทำงาน มีข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มอาชีพในพื้นที่ เป็นต้น

2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.หลักสูตรและเนื้อหาการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นหลักสูตรการอบรมระยะเวลา 3 วัน เนื้อหาการอบรมประกอบด้วยหัวข้อ สถานการณ์การโรคจากการประกอบอาชีพ การจัดการอาชีวอนามัยเชิงรับและเชิงรุก การประเมินอันตรายและความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม การป้องกันควบคุมและจัดการความเสี่ยงจากการทำงาน การสนับสนุนการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และการศึกษาดูงานพร้อมมอบหมายงานสรุปสิ่งที่ได้จากการศึกษาดูงาน

2.โปรแกรมการเชื่อมต่อกับฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (โปรแกรม e-Health)

3.เครื่องมือในการวัดผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

3.1 การจัดการบริการเชิงรุก วัดการมีกิจกรรมการประเมินความเสี่ยงโดยใช้ แบบประเมินความเสี่ยง แบบบันทึกสุขภาพและความเสี่ยง (นบ.01) แบบบันทึกสุขภาพและความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร(นบก.01) แบบวิเคราะห์ความปลอดภัยของกลุ่มอาชีพ(JSA :Job Safety Analysis).

3.2 การจัดการบริการเชิงรับ วัดการมีกิจกรรมคัดกรองโรคจากการทำงานที่สำคัญ 3 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มโรคผิวหนัง กลุ่มโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ กลุ่มการบาดเจ็บและอุบัติเหตุจากการทำงาน แบบรายงานโรค เช่น แบบฟอร์มบันทึกการเจ็บป่วย บาดเจ็บและอุบัติเหตุจากการทำงานของผู้ทำงานที่มารับ

บริการในรพสต.(สอ.1)โปรแกรมประมวลผลข้อมูลในระบบปกติ โปรแกรมเชื่อมระบบข้อมูลในระบบปกติ

3.ขั้นตอนการดำเนินงาน

การดำเนินงาน ประกอบด้วย

1.การวิเคราะห์ความต้องการการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง การจัดทำหลักสูตร พัฒนาคู่มือและเครื่องมือทางวิชาการ พัฒนาโปรแกรมระบบงาน ไรคจากการประกอบอาชีพ

2.พัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัย โดยจัดกิจกรรมสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัย คือ การพัฒนาศักยภาพของทีมงานในหน่วยบริการ พัฒนาระบบข้อมูลฯ พัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัยระดับจังหวัด

3.การนำรูปแบบที่ได้พัฒนามาดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยของกลุ่มตัวอย่าง

4. นิเทศ ติดตามผล การจัดบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิ สรุปรบทเรียน

4.การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วัดผลการศึกษาจาก รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัย ผลการประเมินความเสี่ยง ข้อมูลการเจ็บป่วยจากการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบ

.....

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ: กรณีศึกษาจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในหน่วยบริการปฐมภูมิกลุ่มตัวอย่างจากอำเภอตัวแทนในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวนรวม 5 แห่ง สามารถสรุปผลการศึกษาตามขั้นตอนการดำเนินงานได้ดังนี้

1. วิเคราะห์ความต้องการพัฒนาการจัดบริการด้านอาชีวอนามัยของเจ้าหน้าที่ในกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยได้ทบทวนการพัฒนาการจัดระบบบริการสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบในประเทศไทยมีการดำเนินการ โดยการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส. (จากรายงานการสรุปบทเรียนการพัฒนา ระบบบริการให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพแรงงานนอกระบบ โดย ปิยะนารถ จาติเกตุ และนุชนารถ นาคขำ: 24 พ.ค. 2550) จากผลการรวบรวมข้อมูลบทเรียน จุดเด่น ข้อพึงระวัง ข้อเสนอแนะต่างๆ จากการทบทวนการพัฒนาการจัดระบบบริการสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบในประเทศไทย คณะผู้วิจัยได้เชิญตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เคยได้ดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยและกลุ่มตัวอย่างเข้ามามีส่วนร่วม มาพูดคุย ร่วมให้ข้อคิดเห็นและวิเคราะห์ความต้องการในการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัย และสำรวจความต้องการทางด้านวิชาการอาชีวอนามัย ประเด็น เริ่มตั้งแต่เกณฑ์ในการเลือกพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงานและกลุ่มอาชีพ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงคู่มือวิชาการ/สื่อ โดยวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน ข้อเสนอแนะ และปัจจัยต่อความสำเร็จ และพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ประกอบการทำงาน ประเด็นการพัฒนาคู่มือวิชาการ เครื่องมือ ตลอดจนหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพกลุ่มตัวอย่างด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและโปรแกรมระบบงาน โรคจากการประกอบอาชีพ รายละเอียดเป็นดังนี้

1.1 การพัฒนาหลักสูตร

โดยกระบวนการพัฒนาหลักสูตร ใช้หลักสูตรเดิมของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม นำมากำหนดเป็นเนื้อหาหลัก และเนื้อหารอง มีหัวข้อของเนื้อหาประกอบด้วย 10 หัวข้อวิชาได้แก่ สถานการณ์ปัญหาและแนวความคิดการจัดบริการอาชีวอนามัย โรคจากการประกอบอาชีพและการเฝ้าระวัง หลักความปลอดภัยในการทำงาน กฎหมายที่เกี่ยวข้องในงานอาชีวอนามัย การประเมินความเสี่ยงจากสิ่งคุกคามที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำงาน ปัญหาอาชีวอนามัย และการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้

ประกอบอาชีพในชุมชน ฝึกปฏิบัติการประเมินความเสี่ยงจากสิ่งคุกคามที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำงาน การดูแลสุขภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย การบริหารจัดการข้อมูลด้านอาชีวอนามัย เพื่อการเฝ้าระวังทางสุขภาพ การบริหารจัดการงานบริการอาชีวอนามัยสู่ชุมชน นำมาปรับเอาหัวข้อเนื้อหาที่คิดว่าไม่จำเป็นออก โดยเชิญผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น สสจ. รพ.สต. เข้าร่วมให้ความคิดเห็น จากนั้นนำหลักสูตร (ร่าง) ไปให้กลุ่มเป้าหมายแสดงความคิดเห็น และส่งผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัยพิจารณาความเหมาะสม แล้วจึงได้นำความคิดเห็นมาปรับหลักสูตรอีกครั้งหนึ่งก่อนการพัฒนา ทั้งนี้หัวข้อเนื้อหาประกอบด้วยเนื้อหาหลัก และเนื้อหารอง โดยมีเนื้อหาดังตารางที่ 1 องค์ประกอบอื่นๆของหลักสูตรคือ จำนวนวันในการจัดอบรม กำหนดว่าจำนวนวันที่เหมาะสมอยู่ที่ 2-3 วัน วิธีการอบรม(เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง) ได้กำหนดให้มีโจทย์สำหรับผู้เข้าอบรมในการดำเนินการซึ่งอาจเป็น ชุดวิชา กำหนดบทบาทสมมติ สนทนากลุ่ม การศึกษาคูงาน การมอบหมายงานประเด็นท้าทาย กรณีตัวอย่างใกล้เคียง และกำหนดวิทยากรในการอบรม ให้มีการจัดหาผู้มีความรู้ ความสามารถ สร้างความเข้าใจในการพึงระหว่งการบรรยาย

ตารางที่ 1 เนื้อหาหลักและเนื้อหารองของหลักสูตรที่มีการพัฒนา

เนื้อหาหลัก	เนื้อหารอง
1.สถานการณ์การโรคจากการประกอบอาชีพ	1ระบบข้อมูลข่าวสาร
2.การประเมินความเสี่ยง	2.กฎหมายแรงงาน
3.การควบคุมและประเมินความเสี่ยง	3.การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน
4.การจัดบริการอาชีวอนามัย	4.หลักความปลอดภัย
5.กระบวนการทางสังคมที่เชื่อมโยงกับงานอาชีวอนามัย	5.สารเคมี

-สำรวจความต้องการพัฒนาองค์ความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ตามหัวข้อเนื้อหาหลัก และเนื้อหารอง ผลการสำรวจความต้องการการพัฒนาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหัวข้อความรู้พื้นฐานด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยที่กลุ่มเป้าหมายต้องการได้รับการพัฒนามากกว่าร้อยละ 50 คือ โรคและภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สถานการณ์ปัญหาและการตรวจคัดกรองโรค การประเมินอันตรายและความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม การป้องกันควบคุมและจัดการความเสี่ยงจากการทำงาน การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ สำหรับหัวข้ออื่นๆ กลุ่มเป้าหมาย มีความสนใจแต่ไม่ได้ในอยู่ระดับเร่งด่วนที่ต้องการการพัฒนาในช่วงการเริ่มต้นการดำเนินการ ซึ่งสามารถขอรับการพัฒนาเพิ่มเติมเป็นเรื่อยๆไปในภายหลังได้

-กำหนดหลักสูตรการให้ความรู้ โดยพิจารณาจากผลการสำรวจนำมากำหนดในรูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการและศึกษาดูงานดังตารางอบรมในภาคผนวก ก โดยรูปแบบการให้ความรู้ ประกอบด้วย การบรรยายหัวข้อการอบรมซึ่งสอดคล้องกับประเด็นผลสำรวจความต้องการพัฒนาของกลุ่มตัวอย่าง ศึกษาดูงานสถานประกอบการ จำนวน 2 แห่ง คือ สถานประกอบการแกะสลักไม้ และตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูปและศึกษาดูงานที่หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ต.หนองหาร อ.สันทราย จ.เชียงใหม่ โดยแบ่งกลุ่มผู้เข้าอบรมเป็น 3 กลุ่ม ดูงานฐาน 3 ฐาน พร้อมมอบหมายงานกลุ่มสรุปประเด็น สิ่งที่ได้เรียนรู้ จุดอ่อน สิ่งที่จะนำไปพัฒนางานด้านอาชีวอนามัยในพื้นที่ตนเอง กำหนดกลุ่มละฐาน ดังนี้

- การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ
 - การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ
 - การประเมินอันตรายและความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการประกอบอาชีพและการป้องกันควบคุมความเสี่ยงและจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในกลุ่มแรงงานในชุมชน
- พร้อมสรุปผลการศึกษาดูงานนำเสนอในการอบรม

- ประเมินระดับความคาดหวังต่อการได้รับการพัฒนาองค์ความรู้

หัวข้อที่เป็นความคาดหวังมากที่สุดคือ การประเมินอันตรายและความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม การป้องกัน ควบคุมและจัดการความเสี่ยงจากการทำงาน

1.2 การพัฒนากลุ่มมือวิชาการ/เครื่องมือ

คณะผู้วิจัย ได้นำกลุ่มที่ผ่านการพัฒนาร่วมกับ ผู้รับผิดชอบงานโรคจากการประกอบอาชีพของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 10 และ 12 นำมาใช้ในการปฏิบัติงานครั้งนี้ ทั้งนี้การพัฒนาเอกสารคู่มือและเครื่องมือ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของพื้นที่ ได้จัดทำให้มีเนื้อหาที่สอดคล้องกับหลักสูตร โดยได้นำเอาหลักสูตรมาดูก่อนว่าสอนอะไรบ้าง/หลังจากนั้นก็ไป ทบทวน เนื้อหาวิชาการมาใส่ในประเด็นของหลักสูตร พร้อมกับเครื่องมือ ทั้งนี้เนื้อหาของคู่มือประกอบด้วย หัวข้อบริบททางสังคมกับสุขภาพ การประเมินความเสี่ยง โรคจากการประกอบอาชีพ และการจัดบริการอาชีวอนามัย ส่วนเครื่องมือ รวบรวมเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินความเสี่ยงอย่างง่ายที่มีการใช้อยู่ เน้นเครื่องมือ เนื้อหากระชับ เข้าใจง่าย เช่น แบบ นบ.01 เป็นแบบประเมินสภาพแวดล้อมในการทำงาน พฤติกรรมสุขภาพ และการเจ็บป่วยทั้งนอกรงานและในงาน แบบ นบก.01 เป็นแบบประเมินสภาพแวดล้อมในการทำงาน พฤติกรรมสุขภาพ เน้นการใช้สารเคมีในกลุ่มเกษตรกรและการเจ็บป่วยทั้งนอกรงานและในงาน ที่ถูกพัฒนาโดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและแบบ JSA เป็นแบบที่ประยุกต์มาจาก Japanese Standard association ซึ่งเป็นการวิเคราะห์งานอย่างมี

ระบบในอุตสาหกรรม เป็นกระบวนการวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน และอันตรายที่เกิดจากการทำงานในแต่ละขั้นตอน รวมทั้งเสนอแนวทางในการป้องกันอันตราย และสร้างแบบคัดกรองโรค 3 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มโรคผิวหนัง ได้แก่ โรคผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสและอื่นๆ กลุ่มโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ได้แก่ โรคปวดหลังเหตุอาชีพและอื่น ๆ กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพหรือจากสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ได้แก่ อุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการทำงาน ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถวินิจฉัยได้

1.3 พัฒนาโปรแกรมระบบรายงานโรคจากการประกอบอาชีพ

คณะผู้วิจัยร่วมกับผู้รับผิดชอบงานสารสนเทศของจังหวัดสุพรรณบุรี ได้ร่วมทบทวนระบบการรายงานโรคและศึกษาโปรแกรมที่เกี่ยวข้องและที่ใช้ในปัจจุบันของหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อเป็นฐานในการพัฒนาปรับปรุงให้มีการรายงานโรคจากการประกอบอาชีพในระบบรายงานปกติที่มีอยู่ ออกแบบและพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้สามารถลงข้อมูลการเจ็บป่วย ประมวลผลและรายงานข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงานหรือโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน ได้มีการปรับปรุงโปรแกรม HOS XP ที่ใช้ในหน่วยบริการสาธารณสุขของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี โดยเพิ่มให้มีโปรแกรมระบบงานโรคจากการประกอบอาชีพขึ้น เช่น เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงาน จะต้องระบุสาเหตุการเจ็บป่วย ฯลฯ โดยมีแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการฐานข้อมูลของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในระบบเฝ้าระวังเชิงรับ เพื่อลดการใช้โปรแกรมหลายๆโปรแกรม โปรแกรมดังกล่าวจะใช้ข้อมูลพื้นฐานเดียวกัน คือประชากรในเขตรับผิดชอบ สามารถใช้ข้อมูลร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ง่ายในการบันทึกข้อมูล เพราะมีความต่อเนื่องจากการลงข้อมูลปกติ จึงพัฒนาต่อยอดโปรแกรมเดิมจากระบบของบริษัทบางกอกเมดิคอลซอฟต์แวร์ จำกัด ซึ่งเป็นบริษัทที่รับผิดชอบการพัฒนาโปรแกรม HOS XP ของจังหวัดสุพรรณบุรี ทั้งนี้ได้ทบทวนหลักการวินิจฉัยโรค (ICD10) ตามคู่มือ ของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค และ Y96 โรคจากการประกอบอาชีพ Y 97 โรคจากสิ่งแวดล้อม กำหนดให้หน่วยบริการสาธารณสุข เป้าหมายมีการรายงานโรค 3 กลุ่มอาการของโรคสำคัญและพบบ่อยในพื้นที่ ซึ่งอ้างอิงตามแบบ รง. 506/2 คือ กลุ่มโรคผิวหนัง โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ และอุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพ และได้จัดทำคู่มือ/แนวปฏิบัติการใช้โปรแกรม ดังเอกสารในภาคผนวก ข

1.4 เตรียมความพร้อมของพื้นที่ศึกษา

คณะผู้วิจัยได้จัดประชุมชี้แจง วัตถุประสงค์ และเป้าหมายของโครงการ รายละเอียดของการดำเนินการ โครงการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อสร้าง

ความเข้าใจต่อโครงการ พร้อมหารือในที่ประชุมเพื่อร่วมระดมสมองและเสนอความคิดเห็นประเด็น การกำหนดวัตถุประสงค์ย่อย ผลลัพธ์ที่อยากเห็นเมื่อสิ้นสุดการดำเนินการโครงการ ดัชนีชี้วัดความสำเร็จระดับกิจกรรม กิจกรรมที่สนับสนุน กลุ่มอาชีพเป้าหมาย ช่วงเวลาดำเนินงาน และผู้รับผิดชอบหลัก/ผู้รับผิดชอบรอง

ขั้นตอนที่ 2. พัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ

สำหรับรูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยที่ได้พัฒนาขึ้น มีกิจกรรมประกอบด้วย การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกและการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับ รายละเอียดเป็นดังนี้

-การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับ ประกอบด้วยกิจกรรม ชักประวัติ คัดกรองโรค วินิจฉัยโรคเบื้องต้น 3 กลุ่มอาการสำคัญคือ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ กลุ่มโรคผิวหนัง อุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพ และรายงานโรค

-การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก กิจกรรมประกอบด้วย การสำรวจกลุ่มอาชีพ ประเมินความเสี่ยงในการทำงาน การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ทั้งนี้กระบวนการสำคัญก่อนที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะสามารถจัดบริการดังกล่าวได้มีกิจกรรมแทรกแซงที่สำคัญคือ การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และเครือข่าย พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและคัดกรองโรคจากการทำงานในกลุ่มแรงงานนอกระบบ การพัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัยระดับจังหวัด การนิเทศ ติดตามผล โดยมีกลไกการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการ 3 ด้าน คือ ด้านการพัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้ ด้านการสนับสนุนนโยบายและการจัดการ และด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการร่วมกับกลุ่มตัวอย่างดังนี้

2.1 พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และเครือข่าย

-พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และเครือข่ายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย

คณะผู้วิจัย ได้จัดให้มีการพัฒนาเพื่อเสริมศักยภาพของทีมงานของกลุ่มตัวอย่างซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิของตำบลและอำเภอเป้าหมาย รวมถึงเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชนที่ดูแลหน่วยบริการดังกล่าว รวมถึงผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อทั่วไป งานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร)งานสุศึกษาและประชาสัมพันธ์ งานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้งนี้ได้ดำเนินการจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพกลุ่มตัวอย่างตามหลักสูตรจำนวน 3 วัน มีกลุ่มเป้าหมายที่เข้าอบรมรวม 30 คน โดยมีหัวข้อการบรรยาย สอดคล้องตามประเด็นหลักสูตรที่ได้พัฒนา (ภาคผนวกที่ ก) โดยมีเพิ่มเติมในหัวข้อ การวางแผนการดำเนินงานแบบบูรณาการในพื้นที่ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/สอ./รพ.สต. พร้อมศึกษาดูงานในพื้นที่ ตามฐาน 3 ฐาน ดังนี้ ฐานแรกคือการ

ประเมินความเสี่ยงในกลุ่มอาชีพ สถานประกอบการที่ศึกษาดูงาน คือ กลุ่มเย็บผ้าสำเร็จรูปและแกะสลักไม้ จุดเด่น มีกระบวนการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพนักงานที่ชัดเจน เป็นศูนย์การเรียนรู้ของชุมชน และยังเปิดโอกาสให้ผู้พิการได้เข้ามาทำงาน จัดงานให้เหมาะสมกับความสามารถของคนทำงานแต่ละคน มีการนำระบบงานอาชีพอนามัยมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของคนทำงาน เช่น การตรวจสุขภาพคนงานทุกปี X-ray ปอด จัดเตรียมอุปกรณ์ปฐมพยาบาล สิ่งที่จะนำไปพัฒนางานด้านอาชีพอนามัยในพื้นที่ นำจุดเด่นไปเป็นแบบในการจัดทำแผนการจัดสถานที่ทำงานให้เอื้อต่อการทำงาน ลดอุบัติเหตุ และการปรับพฤติกรรมการทำงานให้ปลอดภัยสามารถทำงานได้โดยไม่ป่วย และนำจุดอ่อนไปศึกษาหาแนวทางที่เหมาะสม และให้ผู้ทำงานมีส่วนร่วมแก้ไขพัฒนาให้เข้ากับปัญหาของงาน ฐานที่สองคือ การจัดบริการอาชีพอนามัยเชิงรุกของ PCU ตำบลหนองหาร จัดให้มีหน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบ รวมถึงการจัดโครงสร้างที่ชัดเจน ดำเนินการตามหลักงานอาชีพอนามัย สร้างเครือข่ายในการดำเนินงานอาชีพอนามัย สนับสนุนการดำเนินงานอาชีพอนามัยจัดบริการเชิงรุก ฐานที่สามคือการจัดบริการอาชีพอนามัยเชิงรุกของ PCU ตำบลหนองหาร สิ่งที่จะนำไปพัฒนางานด้านอาชีพอนามัยในพื้นที่ ต้องพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ เพื่อให้มีมุมมอง ในกรอบของงานอาชีพอนามัย มีความตระหนักงานอาชีพอนามัยให้มากยิ่งขึ้น ต้องมีการปรับปรุงฐานข้อมูลร่วมกัน ต้องเชื่อมโยงเครือข่าย และสร้างทีมงานในการดำเนินงาน

ทั้งนี้ได้ดำเนินการประเมินความรู้ ความเข้าใจ ของกลุ่มประชากรเป้าหมาย ก่อนและหลังการอบรม รวมถึงความพึงพอใจ สรุปผลการดำเนินงานตามประเด็นเป็นดังนี้ คือ หัวข้อที่มีระดับความรู้เปลี่ยนแปลงมากขึ้นคือ การจัดบริการอาชีพอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการอบรม กลุ่มประชากรเป้าหมายที่เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่ามีเหมาะสมระดับมาก เป็นจำนวนมากที่สุด โดยมีความเหมาะสมทุกด้าน ทั้งด้านเนื้อหาวิชาการ ทั้งความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ สอดคล้องกับความต้องการของผู้เข้าอบรม ความชัดเจนและเวลาที่ใช้ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ วิทยากรที่ให้ความรู้สามารถสื่อสาร มีประสบการณ์ตรงที่พร้อมจะแลกเปลี่ยน รวมถึงด้านเอกสารและด้านการอำนวยความสะดวก โดยภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับ ดี และดีมาก และยังมีความคิดเห็นเพิ่มเติมคือ การอบรมในครั้งนี้ทำให้สามารถเข้าใจเนื้อหาการดำเนินงานได้มากขึ้น ได้รับความรู้ และประสบการณ์จากการได้ศึกษาดูงานจากสถานที่จริง และควรมีการอบรมให้ความรู้เช่นนี้ เพื่อเป็นการทบทวนและได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสนอแนะว่า ควรเพิ่มเวลาในการอบรม ดูงานให้มากขึ้น

-พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ด้านการใช้โปรแกรมโรคจากการทำงานที่พัฒนาขึ้น

เมื่อพัฒนาโปรแกรมเสร็จแล้ว ได้จัดการประชุมชี้แจงกลุ่มตัวอย่างและผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในพื้นที่ อ.ดอนเจดีย์ และ อ.บางปลาม้า ฯ ผู้เข้ารับการอบรมรวม 35 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล และหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอบางปลาม้า และอำเภอคอนเจดีย์ และเจ้าหน้าที่จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อเป็นการทบทวนเพิ่มความรู้ในการวินิจฉัยโรคจากการประกอบอาชีพ และให้ความรู้ในการใช้งานโปรแกรมฯ โดยเน้นในส่วนที่พัฒนาปรับปรุงขึ้นในการดำเนินงานอาชีวอนามัยเชิงรับ

2.2. พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและคัดกรองโรคจากการทำงานในกลุ่มแรงงานนอกระบบ

เพื่อจัดให้มีการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อรองรับระบบรายงานโรค/กลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานในการจัดบริการอาชีวอนามัยให้เกิดการเฝ้าระวังโรคจากการทำงานในกลุ่มแรงงานนอกระบบ โดยกิจกรรมที่ดำเนินการคือ ให้นำโปรแกรมที่ได้มีการพัฒนาแล้ว มาติดตั้งในหน่วยบริการฯที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและทดลองใช้ กำหนดให้หน่วยบริการสาธารณสุข เป้าหมายมีการรายงานโรค 3 กลุ่มอาการของโรคสำคัญและพบบ่อยในพื้นที่ ซึ่งอ้างอิงตามแบบ รง. 506/2 คือ กลุ่มโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ กลุ่มโรคผิวหนัง และกลุ่มอุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพ พร้อมมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างมีการจัดเก็บข้อมูลการมารับบริการของแรงงานนอกระบบ บันทึกข้อมูล รวบรวม วิเคราะห์ ประมวลผลและรายงาน โดยเชื่อมโยงข้อมูลให้ระดับอำเภอและจังหวัด

2.3. พัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัยระดับจังหวัดและสร้างกลไกการดำเนินงาน

2.3.1 พัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัยระดับจังหวัด

เพื่อเป็นการสนับสนุนให้เกิดกระบวนการจัดบริการอาชีวอนามัย ได้มีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัยระดับจังหวัด โดยมุ่งหวังให้มีหน้าที่เพื่อพัฒนากลไกสนับสนุน ผลักดันนโยบาย นิเทศติดตามการทำงานอาชีวอนามัยระดับพื้นที่ ให้เกิดหน่วย/คณะทำงานเพื่อรับผิดชอบงานระดับจังหวัดและอำเภอ โดยได้มีการดำเนินงานดังนี้

- **สร้างเครือข่ายอาชีวอนามัยระดับจังหวัด** เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนตัวผู้ปฏิบัติงานในภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีผลต่อความต่อเนื่องของงาน จึงใช้รูปแบบการจัดตั้งคณะทำงานในระดับพื้นที่ผ่านการพัฒนาความร่วมมือจากภาคีอื่นในพื้นที่ โดยผ่านการสร้างความเข้าใจกับระดับผู้บริหารในฐานะผู้บังคับบัญชา ได้มีการสร้างเครือข่ายอาชีวอนามัยระดับจังหวัดเริ่มจาก การสร้างทีมงาน จัดทำในรูปแบบคณะทำงาน การคัดเลือกคณะทำงานพิจารณาจากเจ้าหน้าที่ที่มีบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องรวมถึงเจ้าหน้าที่ของพื้นที่เป้าหมาย โดยได้จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาอาชีวฯระดับจังหวัด กำหนดโครงสร้างคณะทำงาน โดยผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน ทำหน้าที่ประธาน หัวหน้างานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมทำหน้าที่เป็นเลขานุการ และคณะกรรมการประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร

(รพศ) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคอนเจดีย์และบางปลาหมี่ สาธารณสุขอำเภอทั้งสองอำเภอ และหัวหน้างานควบคุมโรคติดต่อทั่วไป งานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ งานสุขศึกษาประชาสัมพันธ์ ผู้อำนวยการหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกำหนดบทบาท ให้มีหน้าที่จัดทำแผนพัฒนางานอาชีวอนามัยในแรงงานนอกระบบ จัดทำสถานการณ์แรงงานอาชีวอนามัยระดับจังหวัด ผลักดันงานอาชีวอนามัยระดับจังหวัด เช่น กำหนดตัวชี้วัดระดับจังหวัด และประสาน นิเทศ ติดตาม ตามเอกสาร ขั้นตอนการทำงาน ชั้นแรก สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี ได้ประสานงาน และชี้แจงเป้าหมายที่คาดหวังต่อคณะกรรมการ และให้คณะกรรมการจัดทำแผน ตัวชี้วัดระดับจังหวัด คำสั่งคณะกรรมการ และแผนการดำเนินงาน ชั้นที่ 2 จัดประชุมคณะกรรมการเพื่อชี้แจงรายละเอียด โครงการ ผลลัพธ์ บทบาท และร่วมวางแผนการดำเนินงาน ได้วางแผนการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่และแผนการกำกับติดตาม ชั้นที่ 3 นิเทศติดตามตามแผนที่วางไว้ ทั้งนี้รูปแบบการนิเทศงาน ใช้รูปแบบการประชุมร่วมกันเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกันเพื่อเรียนรู้และผลักดันให้เป็นนโยบาย ทั้งระดับจังหวัดและท้องถิ่น รายละเอียดเป็นดังตารางที่ 2 นอกจากนี้ได้มีการสร้างเครือข่ายในส่วนของหน่วยงานระดับพื้นที่ คือ องค์การบริหารส่วนตำบล และแรงงานในพื้นที่ ในการร่วมดำเนินกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพแรงงาน อย่างไรก็ตาม แม้มีการกำหนดโครงสร้าง บทบาทหน้าที่และขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจนของทีมงาน แต่ยังคงพบว่ายังขาดการมีส่วนร่วมการดำเนินงานจากระดับบริหาร คงมีเฉพาะระดับปฏิบัติการเท่านั้น

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายการจัดบริการอาชีวอนามัยระดับจังหวัด

ประเด็น	การดำเนินงาน
1.การคัดเลือก	พิจารณาตามบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และพื้นที่เป้าหมายการจัดบริการอาชีวอนามัย
2.โครงสร้างคณะกรรมการ	ประธาน : ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน(ผชชว.) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เลขา : ผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม
3.การสร้างทีม	จัดเวทีหารือสร้างความเข้าใจร่วมกัน
4.ขั้นตอนการทำงาน	ชั้นที่ 1 สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 4 จังหวัดราชบุรี ประสานงาน กล่าวถึงเป้าหมายที่คาดหวังต่อคณะกรรมการและให้ คณะกรรมการจัดทำแผน ซึ่งสิ่งที่คาดหวัง คือ ตัวชี้วัดระดับจังหวัด

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายการจัดบริการอาชีวอนามัยระดับจังหวัด(ต่อ)

ประเด็น	การดำเนินงาน
	คำสั่งคณะทำงาน และแผนการดำเนินงาน ขั้นที่ 2 จัดประชุมคณะทำงานเพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการ ผลลัพธ์ บทบาท และร่วมวางแผนการดำเนินกิจกรรมเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน ขั้นที่ 3 นิเทศติดตามตามแผนที่วางไว้
5.การนิเทศติดตาม	การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ติดตามทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ การนิเทศในพื้นที่

-ผลักดันงานป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพในแรงงานนอกระบบเป็นตัวชี้วัด

ระดับจังหวัด

มีกระบวนการผลักดันงานป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพในแรงงานนอกระบบ เป็นตัวชี้วัดระดับจังหวัดในโครงการหมู่บ้านสุขภาพดีวิถีไทย แต่ไม่สามารถผลักดันงานป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพกลุ่มแรงงานนอกระบบเป็นตัวชี้วัดระดับจังหวัดและระดับท้องถิ่นได้

-มีระบบการเชื่อมเครือข่ายข้อมูลระหว่าง หน่วยบริการปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุข

อำเภอ และโรงพยาบาลชุมชน และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ทีมงานคณะทำงานเครือข่ายจังหวัด ได้ประชุมพูดคุยเพื่อสรุปกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อการประมวลผลข้อมูลด้านโรคจากการประกอบอาชีพ ทำให้เกิดการพัฒนาโปรแกรมฯและให้ความรู้แก่ผู้ใช้งาน หน่วยบริการปฐมภูมิมีการกรอกข้อมูลผลการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับ มีผลให้มีการเชื่อมเครือข่ายข้อมูลระหว่าง หน่วยบริการปฐมภูมิเป้าหมายในพื้นที่ทั้ง 2 อำเภอ กับเครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและ โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอของตนและเชื่อมต่อกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และยังมีผลให้หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ โรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 2 อำเภอ รวมถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สามารถดึงข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้ อย่างไรก็ตามก็ตีพบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกแห่งและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ต่อการสรุปรูปสถานการณ์เพื่อจัดทำแผนงาน/โครงการ นอกจากนี้ได้ขยายเครือข่ายการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ จากจำนวน 5 แห่ง ที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย ให้มีการจัดบริการอาชีวอนามัยในทุกหน่วยบริการ

ปฐมภูมิ ของ 2 อำเภอ คือ อำเภอบางปลาม้า 17 แห่ง และอำเภอคอนเจดีย์ 9 แห่ง แต่ในที่สุดมีเฉพาะ
เครือข่ายของ อ.คอนเจดีย์ ที่ยังร่วมดำเนินการต่อ

2.3.2 สนับสนุนกลไกดำเนินงาน

การสร้างกลไกการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดกระบวนการจัดบริการอา-
ชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิดังนี้

- การสนับสนุนองค์ความรู้และวิชาการ

หน่วยบริการปฐมภูมิกลุ่มตัวอย่างทุกแห่งได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการจากหน่วยงาน
คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต 4 จังหวัดราชบุรี ซึ่งกิจกรรมในการสนับสนุนทางวิชาการคือ การ
พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ผลิตคู่มือการจัดการบริการอาชีวอนามัย เครื่องมือ ในการดำเนินงาน การประเมินผล
การดำเนินงาน และให้คำปรึกษาแนะนำในการจัดการความเสี่ยง และการตรวจสอบคุณภาพตามความเสี่ยง

- การสนับสนุนด้านนโยบายและการจัดการ

ทั้งนี้ไม่เห็นความชัดเจนสำหรับการสนับสนุนด้านนโยบายจากหน่วยงานทั้งระดับจังหวัด
และอำเภอ พบเพียงการทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนกระบวนการจัดการทั้งการประสานงาน การจัดทำ
แผนงาน การนิเทศงาน การอำนวยความสะดวก และการพัฒนาระบบข้อมูลระดับจังหวัดและอำเภอ เพื่อการ
เฝ้าระวังและป้องกันโรค จากผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเท่านั้น

- การสร้างการมีส่วนร่วม

กลไกการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกระดับ มีการร่วมจัดทำแผน ร่วมดำเนินกิจกรรม
โดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการปฐมภูมิได้มีการเชิญเข้าร่วมในกิจกรรมที่ดำเนินการ
ทุกครั้ง รวมถึงการจัดสรรงบประมาณสุขภาพตำบลจะมีตัวแทนของหน่วยบริการปฐมภูมิเข้าร่วมการพิจารณา
กลั่นกรองโครงการฯ ด้วย ทั้งนี้พบว่าโดยภาพรวม เครือข่ายที่เข้ามามีส่วนร่วม คือ สำนักงานป้องกันควบคุม
โรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ โรงพยาบาลชุมชนในบางพื้นที่ รวมถึง
หน่วยบริการปฐมภูมิ แรงงานชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างไรก็ตามการเข้ามามีส่วน
ร่วมของแต่ละภาคส่วนมีความแตกต่างกันไป โดยบทบาทการเข้ามามีส่วนร่วมของแต่ละหน่วยงานเป็นดังนี้

-สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี : พัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการสาธารณสุข สนับสนุน
วิชาการ ประกอบด้วย หลักสูตร คู่มือ วิชาการ และเป็นที่ปรึกษา

-สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด : เป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนการจัดการบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการฯและเป็น
หน่วยงานหลักในการสนับสนุนการจัดการ

-สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ : เป็นวิทยากร

-โรงพยาบาลชุมชน : เป็นวิทยากร

-หน่วยบริการปฐมภูมิ : จัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกและอาชีวอนามัยเชิงรับ จัดเวทีคืนข้อมูลให้ชุมชน

-แรงงานชุมชน : ร่วมสำรวจความเสี่ยงในการทำงาน

-องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : สนับสนุนทรัพยากร การอบรมแกนนำในชุมชนในบางพื้นที่

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบที่ได้พัฒนามาดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยของกลุ่มตัวอย่าง

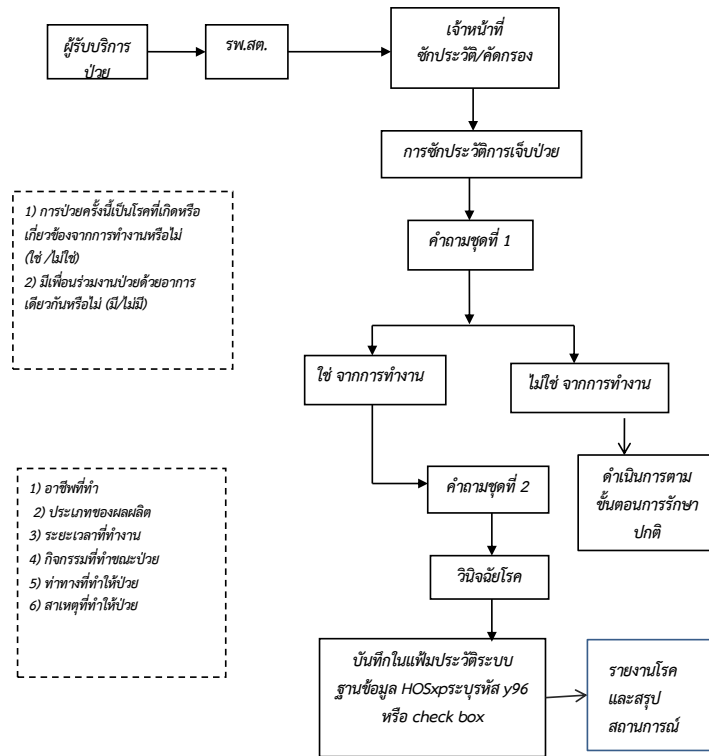
มีการจัดบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่างแยกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับของหน่วยบริการปฐมภูมิ

กลุ่มตัวอย่างมีการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับในหน่วยบริการฯ ดังนี้

-เจ้าหน้าที่ในกลุ่มตัวอย่างคัดกรองโรคโดยบูรณาการกับงานปกติ วิธีการคัดกรองโรคเริ่มจากการซักประวัติการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ ตรวจสอบสภาพร่างกายเบื้องต้น เช่น วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก ฯลฯ สอบถามพฤติกรรมของผู้มารับบริการแต่ละคน ทั้งด้านการงานและการปฏิบัติตน โดยมีหัวข้อคำถามสำคัญ ประกอบด้วย อาชีพหลัก/อาชีพเสริม ลักษณะงานที่ทำ ช่วงเวลาที่ทำ ระยะเวลาที่ทำ กิจกรรมและท่าทางการทำงานที่ทำให้เจ็บป่วย มีเพื่อนร่วมงานเป็นบ้างหรือไม่ โดยเจ้าหน้าที่ ในกลุ่มตัวอย่างได้นำ แบบฟอร์มการคัดกรองโรคตามกลุ่มอาการ 3 กลุ่มอาการ ตามเอกสารใน ภาคผนวก ค นำไปบูรณาการในการปฏิบัติงานปกติเพื่อคัดกรองโรคในหน่วยบริการฯ สำหรับการบันทึกข้อมูล การประมวลผลและรายงานโรค หลังจากขั้นตอนการคัดกรองโรคเจ้าหน้าที่ได้นำข้อมูลผลจากการซักประวัติ บันทึกลงใน Family Folder และพิจารณาจากข้อมูลว่าผู้มารับบริการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงาน/ เกี่ยวเนื่องกับการทำงานหรือไม่ หากไม่ใช่ ก็ปฏิบัติตามแผนผังการปฏิบัติของโรคทั่วไป แต่หากพบว่าเป็นโรคจากการทำงาน/เกี่ยวเนื่องกับการทำงาน จะให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น พร้อมให้สุขศึกษาและให้คำปรึกษา พร้อมนำข้อมูลผลการตรวจรักษานบันทึกผลใน โปรแกรม E – HEALTH โดยระบุรหัส y96 หรือ check box และปรับปรุงข้อมูลด้วยโปรแกรมให้สมบูรณ์อีกครั้งภายหลัง ตามประเด็นการ check box หรือ พิจารณาความสอดคล้องกับรหัสโรคจากการทำงาน(ICD 10 ที่มีอยู่ 166 โรค) พร้อมประมวลผลและจัดทำรายงานโรคจากการทำงานเป็นรายบุคคล และหากไม่สามารถให้การรักษาได้ก็จะพิจารณาส่งต่อไปยังรพ.ที่สามารถให้การรักษาได้ ทั้งนี้ การบันทึกลงในโปรแกรม สามารถเชื่อมโยงถึงระดับ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สามารถเรียกข้อมูลได้โดยตรงและรวบรวมข้อมูลตามแบบรายงานที่มีการใ้ชื่อของหน่วยบริการนั้นๆ ส่งให้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี. ขณะที่

กลุ่มตัวอย่างจะนำข้อมูลดังกล่าวมาประมวล สรุปผลเพื่อพิจารณาจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกแก่ผู้มารับบริการและกลุ่มอาชีพต่อไป ตามแผนภาพที่ 3



แผนภาพที่ 3 ขั้นตอนการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับ

-ผลของการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับ ทำให้มีข้อมูลการรายงานการเจ็บป่วยโรค/ เกี่ยวเนื่องจากการประกอบอาชีพ ใน 3 กลุ่มอาการสำคัญคือ โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน โรคผิวหนังจากการทำงาน การบาดเจ็บและอุบัติเหตุจากการทำงาน ที่ได้จากการจัดเก็บข้อมูลผู้มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิตัวอย่าง ระหว่างเดือน มกราคม 2554 – ธันวาคม 2555 โดยแยกข้อมูลเป็น ดังนี้

- อัตราการเจ็บป่วยแยกรายพื้นที่เป้าหมาย
- อัตราการเจ็บป่วยแยกรายเดือน
- อัตราการเจ็บป่วยแยกอายุ เพศ

จากตารางที่ 3-7 พบการเจ็บป่วยของกลุ่มแรงงานนอกระบบจำนวน 973 ราย ในพื้นที่เป้าหมายด้วยกลุ่มอาการของโรคกระดูกและกล้ามเนื้อมากที่สุดร้อยละ 75.64 ในพื้นที่ของ รพสต. ไร่จรด มากที่สุด ร้อยละ 34.63 รองลงมา คือ รพสต. วัดดาว ร้อยละ 28.06 ค่าเฉลี่ยต่อกลุ่มตัวอย่าง 194.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 96.4605 เมื่อพิจารณาแยกตามอายุและเพศ พบในกลุ่มอายุ 40 – 49 ปี ถึงร้อยละ 29.70 ในเพศหญิงร้อยละ 64.03 กลุ่มอาชีพที่พบการเจ็บป่วยมากที่สุดคือทำนาร้อยละ 38.33 รองลงมาคือกลุ่มเกษตรกรรวมทั้งไปร้อยละ 26.82 ค่าเฉลี่ยต่อกลุ่มอาชีพ 118.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 137.1809 ช่วงเดือนที่มีการเจ็บป่วยมากที่สุดคือเดือนมีนาคมร้อยละ 13.19 ค่าเฉลี่ยต่อเดือน 60.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 25.9371

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยกลุ่มแรงงานนอกระบบใน 3 กลุ่มอาการแยกตามพื้นที่เป้าหมาย

ลำดับ ที่	พื้นที่เป้าหมาย (รพสต.)	กลุ่มอาการ(คน/ร้อยละ)			
		โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ	โรคผิวหนัง	บาดเจ็บและอุบัติเหตุ	รวม
1	หนองสาหร่าย	144	35	6	185(19.01)
2	ไร่จรด	190	78	69	337(34.63)
3	วัดดาว	261	7	5	273(28.06)
4	บางใหญ่	38	17	-	55(5.65)
5	บ้านแหลม	104	18	1	123(12.64)
	รวม	736(75.64)	155(15.93)	81(8.32)	973
	ค่าเฉลี่ย(SD)	194.60(96.460)			

ตารางที่ 4 จำนวนผู้เจ็บป่วยกลุ่มแรงงานนอกระบบใน 3 กลุ่มอาการของพื้นที่เป้าหมายแยกตามอายุ

ลำดับ ที่	อายุ(ปี)	กลุ่มอาการ(คน/ร้อยละ)			
		โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ	โรคผิวหนัง	บาดเจ็บและอุบัติเหตุ	รวม
1	< และเท่ากับ 15	0	0	0	0
2	15 -19	5	3	1	9(0.92)
3	20 – 29	51	14	7	72(7.40)
4	30 -39	111	24	10	145(14.90)
5	40 -49	228	47	14	289(29.70)
6	50 -59	202	36	27	265(27.23)
7	เท่ากับ/> 60	140	31	22	193(19.83)
	รวม	737	155	81	973

ตารางที่ 5 จำนวนผู้เจ็บป่วยกลุ่มแรงงานนอกระบบใน 3 กลุ่มอาการของพื้นที่เป้าหมายแยกตามเพศ

ลำดับที่	เพศ	กลุ่มอาการ(คน/ร้อยละ)			
		โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ	โรคผิวหนัง	บาดเจ็บและอุบัติเหตุ	รวม
1	ชาย	264	51	35	350(35.97)
2	หญิง	473	104	46	623(64.03)
	รวม	737	155	81	973

ตารางที่ 6 จำนวนผู้ป่วยกลุ่มแรงงานนอกระบบใน 3 กลุ่มอาการของพื้นที่เป้าหมายแยกตามอาชีพ

ลำดับที่	อาชีพ	กลุ่มอาการ(คน/ร้อยละ)			
		กระดูกและกล้ามเนื้อ	ผิวหนัง	บาดเจ็บและอุบัติเหตุ	รวม
1	รับจ้างภาคเกษตร	196	45	12	234(26.00)
2	ทำนา	338(479)	27(93)	8(62)	373(38.33)
3	ค้าขาย	12	2	0	14(1.44)
4	เกษตรกร	141	66	54	261(26.82)
5	ทำปูน	15	6	3	24(2.47)
6	รับจ้างทั่วไปก่อสร้าง	19	4	1	24(2.47)
7	โรงงานทำอาหาร	3	4	0	7(0.72)
8	อื่นๆ(เย็บผ้าโหล ปอกแก้ว ฯลฯ)	10	1	3	14(1.43)
	รวม	737	155	81	973
	ค่าเฉลี่ย(SD)	118.87(137.1809)			

ตารางที่ 7 จำนวนผู้เจ็บป่วยใน 3 กลุ่มอาการของพื้นที่เป้าหมายแยกตามช่วงเวลา

ลำดับ ที่	เดือน	กลุ่มอาการ(คน/ร้อยละ)			
		กระดูกและ กล้ามเนื้อ	ผิวหนัง	บาดเจ็บและ อุบัติเหตุ	รวม
1	มค.54	20	4	16	40(4.36)
2	กพ.54	47	3	10	60(6.54)
3	มีค.54	86	32	13	131(13.46)
4	เมย.54	52	10	9	71(7.73)
5	พค.54	52	14	5	72(7.84)
6	มิย.54	53	18	3	74(8.06)
7	กค.54	42	10	3	55(5.99)
8	สค.54	41	13	8	62(6.75)
9	กย.54	52	15	4	71(7.73)
10	ตค.54	52	16	4	72(7.39)
11	พย.54	66	5	4	75(8.17)
12	ธค.54	66	7	2	75(8.17)
13	มค.55	39	4	0	43(4.68)
14	กพ.55	19	2	0	21(2.29)
15	มีค.55	27	1	0	28(2.88)
16	เมย.55	23	1	0	24(2.47)
	รวม	699	155	81	973
	ค่าเฉลี่ย(SD)	60.87(25.9371)			

3.2 การจัดการบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก

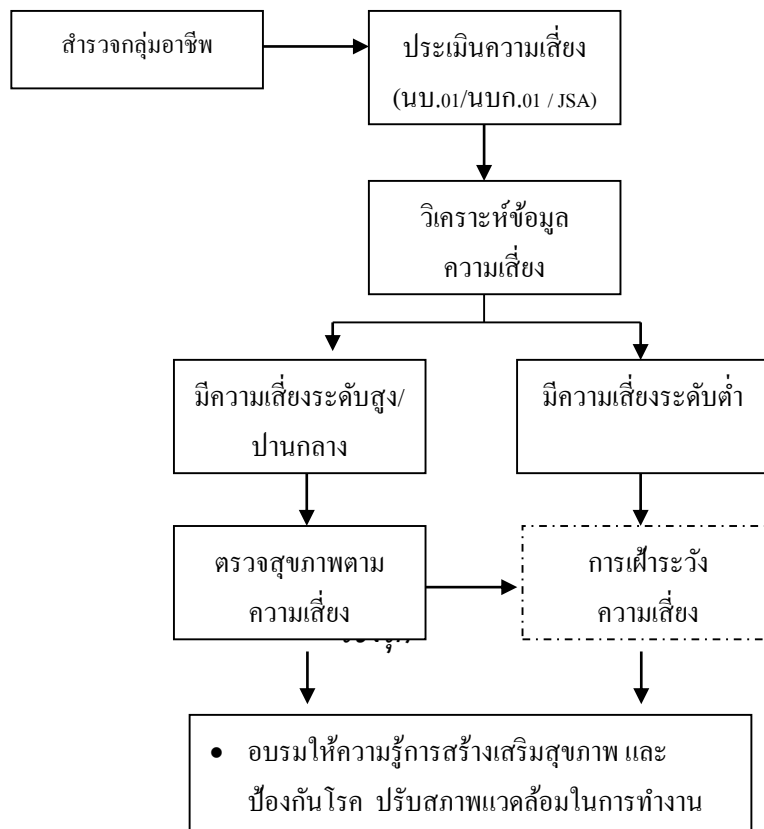
กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างทุกพื้นที่ที่มีการดำเนินการคือ

-สำรวจกลุ่มแรงงานนอกระบบในพื้นที่รับผิดชอบ

-ประเมินความเสี่ยงอย่างง่าย/วิเคราะห์ขั้นตอนการทำงานและอันตรายในแต่ละขั้นตอน

กรณี มีระดับความเสี่ยงสูง/ปานกลาง ดำเนินการตรวจคัดกรองความเสี่ยง/ตรวจสอบสุขภาพตามความเสี่ยง หากความเสี่ยงระดับต่ำ ดำเนินการเฝ้าระวังความเสี่ยง

-จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่กลุ่มเป้าหมาย และติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง ดังแผนภาพที่ 4 ซึ่งพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิตำบลไร่รอด มีการอบรม อาสาสมัครอาชีวอนามัย(อสอช.)และมีกิจกรรมเปิดเวทีรับฟังปัญหาอุปสรรค และความต้องการด้านสวัสดิการของกลุ่มแรงงานนอกระบบ และหน่วยบริการปฐมภูมิตำบลหนองสาหร่ายมีการกำหนดข้อกำหนดร่วมกันและได้ร่วมกันจัดทำข้อสรุปและข้อตกลงในการปฏิบัติของกลุ่มลักษณะการดำเนินกิจกรรมมีทั้งที่เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นผู้ดำเนินการหลักและที่ดำเนินการร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลดังตารางที่ 8 ซึ่งรายละเอียดเป็นดังนี้



แผนภาพที่ 4 ขั้นตอนการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก

-42-

ตารางที่ 8 ลักษณะการดำเนินกิจกรรมการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ดำเนินการ โดย รพ.สต.	ดำเนินการร่วมกับ อปท.
-สำรวจกลุ่มแรงงานนอกระบบในพื้นที่รับผิดชอบ -ประเมินความเสี่ยงอย่างง่าย/วิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน -จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ กลุ่มเป้าหมายต่างๆ และมีการติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง	<ul style="list-style-type: none"> ● อบรบ อาสาสมัครอาชีวอนามัย ● ประชุมกลุ่มเพื่อจัดสวัสดิการ ● การจัดทำโครงการ เพื่อเสนอของบกองทุน สุขภาพตำบล

ผลการดำเนินงานแต่ละกิจกรรมเป็นดังนี้

-สำรวจกลุ่มแรงงานนอกระบบในพื้นที่รับผิดชอบ

กลุ่มตัวอย่างทุกพื้นที่ มีการสำรวจกลุ่มอาชีพในชุมชนที่รับผิดชอบ ส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา รองลงมาคือ รับจ้างพ่นสารเคมี อาชีพอื่นๆ เช่น โรงงานทำศาลพระภูมิ ฯลฯ และได้เลือกกลุ่มแรงงานนอกระบบเพื่อเป็นเป้าหมายจัดกิจกรรมวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงานและอันตรายที่จะเกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอน ผลการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ของพื้นที่ ต.หนองสาหร่าย ต.วัดดาว และ ต.บ้านแหลม เป็นกลุ่มรับจ้างฉีดพ่นสารเคมี ส่วน ต.ไร่รอด เป็นกลุ่มผลิตศาลพระภูมิ และ ต.บางใหญ่ เป็นกลุ่มผลิตไม้กวาด ซึ่งสรุปได้ ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ผลการสำรวจกลุ่มแรงงานนอกระบบในพื้นที่รับผิดชอบและกลุ่มแรงงานนอกระบบที่เลือกเป็นเป้าหมายจัดกิจกรรมวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงานฯ

พื้นที่		กลุ่มอาชีพ	กลุ่มอาชีพเป้าหมายที่จัดกิจกรรมเชิงรุก
อ.ดอนเจดีย์	ต.หนองสาหร่าย	อาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ ปลุกผัก และเลี้ยงสัตว์ กลุ่มรับจ้างทั่วไป กลุ่มอาชีพรับจ้างพ่นสารเคมีทางการเกษตร	กลุ่มแรงงานนอกระบบที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีทางการเกษตร
	ต.ไร่จรด	ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ รับจ้างทั่วไป กลุ่มโรงงานหล่อเสาปูน กลุ่มโรงงานทำศาลพระภูมิ	กลุ่มแรงงานนอกระบบที่ทำงานในโรงงานผลิตศาลพระภูมิ
อ.บางปลาม้า	ต.บางใหญ่	กลุ่มรับจ้างทั่วไป กลุ่มอาชีพทำไม้กวาด การทำนา การรับจ้าง ค้าขาย และหัตถกรรม	กลุ่มผู้ทำงานผลิตไม้กวาด ไยมะพร้าว
	ต.บ้านแหลม	มีอาชีพทำนา รับจ้าง และเลี้ยงสัตว์	กลุ่มแรงงานนอกระบบที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีทางการเกษตร
	ต.วัดดาว	มีอาชีพ ทำนา รับจ้าง ทำสวน ค้าขาย ปศุสัตว์ และอุตสาหกรรม	กลุ่มแรงงานนอกระบบที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีทางการเกษตร

-ผลของการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก ทำให้มีข้อมูลผลการประเมินความเสี่ยงในพื้นที่ ต.วัดดาว ต.ไร่รถ และ ต.บางใหญ่ มีการใช้แบบ นบ.01 ในการวิเคราะห์ความเสี่ยง รวม 657 คน พบว่า แรงงานส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา ร้อยละ 72 มีอายุอยู่ในช่วง 30-44 ปี ร้อยละ 43.28 รองลงมาคือ อายุ 45-60 ปี ร้อยละ 16.93 พบมีความเสี่ยงระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 49.33 และมีความเสี่ยงระดับสูงถึงร้อยละ 4 เป็นกลุ่มอาชีพผลิตศาลพระภูมิ สำหรับความเสี่ยงที่เกิดจากการประกอบอาชีพสามอันดับแรกได้แก่ ได้รับ ของมีคมทิ่มแทง มีการทำงานที่ต้องยกของหนักหรือท่าทางการทำงานที่ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามส่วน

-44-

ต่างๆของร่างกาย และ ได้รับอุบัติเหตุและบาดเจ็บจากการทำงาน ร้อยละ 63.69 ,58.21และ 44.78 ตามลำดับ ส่วนสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง คือ บริเวณที่ทำงานมีแสงสว่างมากหรือน้อยเกินไป ร้อยละ 55.22 บริเวณที่ทำงานมีเสียงดังมาก ร้อยละ 53.73 นอกจากนี้พบว่าแรงงานนอกระบบ คืมเหล็กและ สูบบุหรีในขณะทำงาน ถึงร้อยละ 98.51 , 77.61 ตามลำดับ ตามตารางที่ 10 สำหรับพื้นที่ ต.หนองสาหร่ายและ ต.บ้านแหลม มีการใช้แบบสำรวจ นบค.01 สำรวจพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สารเคมีในกลุ่ม อาชีพเกษตรกร จำนวน 461 คน พบว่า มีพฤติกรรมการใช้สารเคมีที่ไม่ปลอดภัย คือ ไม่สวมใส่รองเท้านิวด หรือรองเท้านิวดที่ปิดมิดชิดขณะทำงานกับสารเคมี และไม่สวมถุงมือยางป้องกันอันตรายจากสารเคมี รับประทานอาหาร/ดื่มน้ำในบริเวณที่ทำงานร้อยละ 25.60 , 23.64 และ 22.12 ตามลำดับ รวมถึงร้อยละ 21.90 ใช้ถังบรรจุสารเคมีที่รั่วซึมในการฉีดพ่น รายละเอียดเป็นดังตารางที่ 11

ตารางที่ 10 ร้อยละข้อมูลความเสี่ยงด้านต่างๆของ ต.ไร่รถ ต.วัดดาวและ ต.บางใหญ่

ลำดับที่	สรุปรายชื่อความเสี่ยงด้านต่างๆ	จำนวน	ร้อยละ
1	ผู้ที่คืมเหล็ก/เบียร์/เครื่องคืมแอลกอฮอล์ขณะทำงาน	647	98.51
2	ผู้ที่สูบบุหรี	519	79.10
3	ผู้ที่สูบบุหรี/ยาเส้นขณะทำงาน	509	77.61
4	ผู้ที่คืมเหล็ก/เบียร์/เครื่องคืมแอลกอฮอล์	451	68.66
5	ของมีคมทิ่มแทง บาด	418	63.69
6	ถูกแมลงสัตว์กัดต่อยในขณะทำงาน	382	58.21

7	มีการทำงานที่ต้องยกของหนักหรือท่าทางการทำงานที่ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆของร่างกาย	382	58.21
8	ผู้ที่ไม่รู้วิธีอันตรายในสถานที่ทำงาน	362	55.22
9	บริเวณที่ทำงานมีแสงสว่างมากหรือน้อยเกินไป	362	55.22
10	บริเวณที่ทำงานมีเสียงดังมาก	353	53.73

-45-

ลำดับที่	สรุปรายชื่อความเสี่ยงด้านต่างๆ	จำนวน	ร้อยละ
11	บริเวณที่ทำงานสกปรก	349	53.22
12	บริเวณที่ทำงานมีสภาพชื้นแฉะ มีน้ำขัง	313	47.76
13	ผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุ/การบาดเจ็บจากการทำงาน	294	44.78
14	มีการสัมผัสแหล่งความร้อนหรือทำงานกลางแจ้ง	186	28.36
15	ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ/การเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน	284	43.28
16	พลัดตกหกล้ม	196	29.85
17	อุบัติเหตุจากยานพาหนะที่ใช้ในการทำงาน/ประกอบอาชีพ	156	23.88
18	ผู้ที่ไม่ได้ตรวจสอบอุปกรณ์/เครื่องมือ/เครื่องจักรให้พร้อมสำหรับทำงาน	127	19.40
19	บริเวณที่ทำงานมีฝุ่นละออง	142	21.64
20	มีการใช้หรือสัมผัสสารเคมีในการทำงาน	117	17.91
21	อุบัติเหตุจากเครื่องยนต์เครื่องจักร	117	17.91
22	ถูกชน กระแทกโดยวัตถุทั้งในแนวตั้ง แนวนอน	107	16.42
23	สารเคมี	107	16.42

24	ผู้ที่ไม่ได้จัดสถานีทำงานให้สะอาด ปลอดภัย จัดวางอุปกรณ์ให้เป็นระเบียบ	88	13.43
25	ผู้ที่รับประทานอาหาร/ดื่มน้ำในบริเวณที่ทำงาน	78	11.94
26	ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพจากโรคความดันโลหิตสูง	78	11.94
27	ตกจากที่สูง	78	11.94

-46-

28	ผู้ที่ไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในขณะที่ทำงาน	68	10.45
29	ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพจากโรคเบาหวาน	68	10.45
30	ไฟฟ้าช็อต/ไฟฟ้าดูด	39	5.97
31	ไฟไหม้/น้ำร้อนลวก	39	5.97
32	ผู้ที่ไม่ทราบวามานที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ป้องกัน	29	4.48
33	ผู้ที่ไม่ตระหนักถึงอันตรายในการทำงาน	19	2.99
34	ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพจากโรคหอบหืด/ภูมิแพ้	19	2.99
35	ผู้ที่ไม่ล้างมือ/ทำความสะอาดร่างกายหลังเลิกทำงานทันที	9	1.49

ตารางที่ 11 ผลการสำรวจพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ปลอดภัยของพื้นที่ในความรับผิดชอบของ หน่วยบริการปฐมภูมิ ต.หนองสาหร่ายและต.บ้านแหลม

ลำดับที่	ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
1	ใช้ถังบรรจุสารเคมีที่รั่วซึมในการฉีดพ่น	101	21.90
2	สูบบุหรี่/หาเส้นทำงานท่าน	96	20.82
3	รับประทานอาหาร/ดื่มน้ำในบริเวณที่ทำงาน	102	22.12
4	ไม่มีการอ่านฉลากที่ภาชนะบรรจุก่อนการใช้ สารเคมีขวดใหม่	46	9.98
5	ไม่สวมถุงมือยางป้องกันสารเคมี	109	23.64
6	ไม่สวมใส่รองเท้าบูตหรือรองเท้าที่ปิดมิดชิดกันสารเคมี	118	25.60
7	เมื่อเสื้อผ้าเปียกชุ่มสารเคมี ไม่มีการอาบน้ำหรือล้างผิวหนังที่สัมผัสสารเคมีทันทีทุกครั้ง	71	15.40
8	ไม่ล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ	39	8.45

9	หลังเลิกการฉีดพ่นไม่เปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อนสารเคมีทันที	8	1.73
10	ไม่อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายหลังเลิกงานทันที	9	1.95

นอกจากนั้นแต่ละพื้นที่ได้จัดประชุมกลุ่มย่อย(focus group)ในกลุ่มเป้าหมายที่คัดเลือก เพื่อวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน โดยใช้เครื่องมือ JSA ผลการวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน ความเสี่ยงที่พบ ผลกระทบต่อสุขภาพและข้อเสนอแนะในการแก้ไข เป็นดังตารางที่ 12-14

-48-

ตารางที่ 12 ผลการประเมินความเสี่ยง จากการวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน ความเสี่ยงที่พบ ผลกระทบต่อสุขภาพและข้อเสนอแนะในการแก้ไข ของ ต.หนองสาหร่าย ต.บ้านแหลม ต.วัดดาว

ขั้นตอนที่	ขั้นตอนการทำงาน	ความเสี่ยงที่พบ	ผลกระทบต่อสุขภาพ	ข้อเสนอในการแก้ไข
1	การผสมสารเคมี	-ผู้ผสมสารเคมีไม่ได้สูงมืออย่างระหว่งการผสมสารเคมีทางการเกษตร -ผู้ผสม ผสมสารเคมีทางการเกษตรมากกว่าปริมาณที่ฉลากกำหนด หรือ เจ้าของนาผสมใส่ขวดมาให้เสร็จ	ให้เกิดผื่นแพ้บริเวณมือ และสารเคมีถูกดูดซึมเข้าชั้นผิวหนัง	ใส่ถุงมือยาง รองเท้า/กางเกงแบบยางที่มีจำหน่ายในชุมชน และใส่เสื้อ กางเกงขายาว
2	การฉีดพ่นสารเคมี	-ผู้ฉีดพ่นใช้วิธีฉีดสวนไป-กลับ และใช้น้ำกากป้องกันสารเคมีที่ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร -การยกของหนัก หรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ถูกวิธี	-การได้รับสารเคมีทางการเกษตรทางการหายใจ -การบาดเจ็บของระบบกล้ามเนื้อและ	-เวลาทำการฉีดพ่นสารเคมีไม่ควรเดินสวนแบบไป-กลับ ควรจัดแบบอยู่เหนือลมและใส่หน้ากากป้องกันสารพิษ ซึ่งได้รับจาก สคร.เขต๔ หรือทาง รพ.สต.หนองสาหร่ายร่วมกับ อบต.หนองสาหร่ายดำเนินการจัดหาหน้ากากป้องกันสารเคมีไว้ให้บริการ -ไม่ควรใส่น้ำยาฉีดพ่นมากเกินไป หรือช่วงขณะยกเครื่องฉีดพ่น ควร

		<p>-ปัญหาเครื่องยนต์มีเสียงดัง</p> <p>-ปัญหาการถูกวัตถุมีคมบาดเช่น หอย เศษแก้ว</p>	<p>โครงร่าง</p>	<p>จัดทำทางการทำงานให้ถูกต้อง รวมทั้งจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่ช่วยให้การทำงานง่ายขึ้นเช่น การวางเครื่องฉีดพ่นควรรออยู่สูงระดับเอว เพื่อให้ช่วงการยกไม่ต้องดึงรั้งมาก</p> <p>-ใช้สำลีดูดขณะปฏิบัติงานหรือรพ.สต.หนองสาหร่ายควรมีการจัดบริการตรวจการได้ยินของเกษตรกรในพื้นที่</p> <p>-ใส่ถุงมือยาง รองเท้า/กางเกงแบบยางที่มีจำหน่ายในชุมชน และใส่เสื้อ กางเกงขายาว</p>
--	--	--	-----------------	--

-49-

ตารางที่ 12 ผลการประเมินความเสี่ยง จากการวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน ความเสี่ยงที่พบ ผลกระทบต่อสุขภาพและข้อเสนอแนะในการแก้ไข ของ ต.หนองสาหร่าย ต.บ้านแหลม ต.วัดดาว (ต่อ)

ขั้นตอนที่	ขั้นตอนการทำงาน	ความเสี่ยงที่พบ	ผลกระทบต่อสุขภาพ	ข้อเสนอในการแก้ไข
3	การล้างอุปกรณ์เครื่องฉีดพ่น	ขณะล้างไม่ได้ถุงมือยาง	การสัมผัสสารเคมีทางการเกษตรทางผิวหนัง	ใส่ถุงมือยาง รองเท้า/กางเกงแบบยางที่มีจำหน่ายในชุมชน และใส่เสื้อ กางเกงขายาว

ตารางที่ 13 ผลการประเมินความเสี่ยง จากการวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน ความเสี่ยงที่พบ ผลกระทบต่อสุขภาพและข้อเสนอแนะในการแก้ไข ของ ต.ไร่รถ

ขั้นตอนที่	ขั้นตอนการทำงาน	กิจกรรม	ความเสี่ยงที่พบ	ข้อเสนอเพื่อการการแก้ไข
1	หล่อแบบ	<p>1.ใช้น้ำมันเครื่อง ผสมน้ำมัน โซล่าทาที่ตัวแบบ</p> <p>2.ปูนซีเมนต์ผสมน้ำเพื่อเทใส่แบบ</p>	<p>-ฝุ่นผงปูน การสัมผัสผงปูนทำให้เกิดอาการแพ้ผื่นคัน</p> <p>-กลิ่นเหม็นของน้ำมันโซล่าที่ใช้ผสมน้ำมันเครื่องเพื่อทาที่ตัวแบบ</p>	<p>-ใส่หน้ากากป้องกันสารพิษ</p> <p>-ปัญหาการแพ้พิษจากปูนใช้ภาชนะตักปูนออกจากถุงทีละน้อย เพื่อลดปริมาณผงปูนจากการเทออกจากถุง ใส่เสื้อแขนยาวสอง</p>

				ชั้นเพื่อลดการสัมผัส ปูน ใส่น้ำกากป้องกัน ฝุ่น ใส่อุปกรณ์ป้องกัน การสัมผัสโดยตรง และ หลีกเลี่ยงโดยการเดิน ออกไปที่โล่งแจ้งเพื่อ หลีกเลี่ยงฝุ่นละออง
2	แกะแบบ	1.รอนปูนแห้งแล้ว ทำการแกะ แบบออกจากแม่พิมพ์ ใช้ ปูนซีเมนต์ขาวผสมน้ำอุดรอยร้าว หรือรอยที่เป็นรูรอนเริ่มแห้ง 2.ขัดให้ผิวเรียบสวยงาม	-ฝุ่นละอองจากการ ขัด	-ใส่น้ำกากป้องกัน สารพิษ

-50-

ตารางที่ 13 ผลการประเมินความเสี่ยง จากการวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน ความเสี่ยงที่พบ ผลกระทบต่อ
สุขภาพและข้อเสนอแนะในการแก้ไข ของ ศ. ไร่จรด(ต่อ)

ขั้นตอนที่	ขั้นตอน การทำงาน	กิจกรรม	ความเสี่ยงที่พบ	ข้อเสนอเพื่อการการ แก้ไข
3	ประกอบ แบบ	1.นำแบบที่ได้มาประกอบเข้ากัน เพื่อให้เป็นศาลพระภูมิ โดยใช้ กาว ลาเท็กซ์ ผสมปูนและน้ำ เป็นตัวเชื่อมให้ตัวแบบยึดติดกัน	-กลิ่นของกาว	-ใส่น้ำกากป้องกัน สารพิษ
4	พ่นทาสี	1.ใช้แปรงปิดเอาฝุ่นต่างๆที่ติด อยู่ออกให้หมด /ใช้เครื่องเป่า 2.พ่นสี หรือทาสีการพ่นกระจาย ของฝุ่น	-การฟุ้งกระจาย ของฝุ่น -กลิ่นจากทินเนอร์ และน้ำมันผสมสี -เสียงดังจากเครื่อง พ่นสี (กรณีใช้ เครื่อง พ่นสี)	-ใส่น้ำกากป้องกัน สารพิษ -ใช้ตำลึงอุดหูขณะ ปฏิบัติงานใกล้เครื่อง พ่นสี
5	ส่งงาน / ขนย้าย	1.ยกศาลพระภูมิเพื่อส่งงาน หรือ ยกเคลื่อนย้ายเพื่อปฏิบัติงาน	-อุบัติเหตุจากการ ขนย้าย -ปวดเมื่อย	-ให้คนงานใส่รองเท้า หัวเหล็กเพื่อป้องกัน การกระแทก

			กล้ำเนื้อ ปัญหา การปวดหลังจาก ท่าทางการยกที่ไม่ ถูกต้อง	-เปลี่ยนท่าทางการ ทำงานบ่อยๆเพื่อลด อาการเมื่อยล้า และจัด ท่าทางการทำงานให้ ถูกต้อง รวมทั้งจัดหา วัสดุอุปกรณ์ที่ช่วยให้ การทำงานง่ายขึ้นเช่น การใช้โต๊ะรองขณะ ทาสีเพื่อไม่ต้องก้มมาก เกินไป
--	--	--	--	--

-51-

ตารางที่ 14 ผลการประเมินความเสี่ยง จากการวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน ความเสี่ยงที่พบ ผลกระทบ
สุขภาพและข้อเสนอแนะในการแก้ไข ของ ต.บางใหญ่

ขั้นตอนที่	ขั้นตอนการ ทำงาน	กิจกรรม	ความเสี่ยงที่พบ	ข้อเสนอเพื่อแก้ไข
1	เตรียมไม้กวาด	-นำไม้หนามแดงตากไว้ใน ร่มประมาณ 2-3 วัน ให้แห้ง หมด แล้วนำมาฉนวนไฟให้ไม้ อ่อน คัดให้ได้รูปทรงที่ ต้องการ แล้วนำไปใส่ไว้ใน ในสื่อกัดไม้ เก็บไว้ในร่ม ทิ้งไว้ประมาณ 30-40 วัน เพื่อให้ไม้แข็ง เมื่อแห้งดีแล้ว จึงเอาออกมาแต่งรูปทรงด้วย เครื่องมือ คือ บุ้ง กบทะวาย (กบเหล็ก) กล้วยกระดาษ ทราย	-ฝุ่นไม้	-ใส่หน้ากากป้องกันฝุ่น ไม้ -หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการพัฒนา ฝีมือและแรงงาน ควร ดำเนินการและส่งเสริม ให้มีการให้ความรู้ เกี่ยวกับการทำงาน การจัดเก็บเครื่องมือ และอุปกรณ์ เพื่อลด อันตรายจากการทำงาน ของแรงงานนอกระบบ

2	ประกอบ	-เอาหาวมายซักผ้า 4 เส้น หรือ 6 เส้น อยู่ที่หาวต้นเล็ก หรือต้นใหญ่ซักเรียงตามรูของเรียดที่ต้องการ เพื่อพ่นใยมะพร้าว เข้ากับด้ามไม้ ก้างปลา และถักสั้นกะบายเสร็จแล้วทาด้วยน้ำมัน วา นิชที่ด้าม และหาวที่พ่น	-อุบัติเหตุจากของมีคม -กลิ้งน้ำมันเคลือบเงา (น้ำมันวานิช) -ทำทางการทำงานที่ต้องนั่งทำงาน และ ต้องมีการดึงเชือกเพื่อให้แน่น	-ระมัดระวังในการใช้ของมีคม -ใช้น้ำกากเพื่อป้องกันไอระเหยของสารเคมี -ทำทางการทำงานที่เหมาะสม การออกกำลังกายเพื่อป้องกันการเมื่อยล้า
---	--------	---	--	--

-ตรวจคัดกรองความเสี่ยง /ตรวจสอบสภาพตามความเสี่ยง

หน่วยบริการปฐมภูมิตำบลหนองสาหร่าย ตำบลวัดดาว ตำบลบ้านแหลม ตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในเกษตรกร ในกลุ่มแรงงานนอกระบบที่เลือกเป็นกลุ่มเป้าหมายวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน และตรวจคัดกรองความเสี่ยงจำนวนรวม 409 คน โดยการเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจหาระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสจากซีรัมของเลือด กับกระดาษตรวจคัดกรอง การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับปกติ ปลอดภัย เสี่ยง และไม่ปลอดภัย ผลการตรวจของเกษตรกรของหน่วยบริการปฐมภูมิตำบลหนองสาหร่ายมีระดับที่เสี่ยงและระดับที่ไม่ปลอดภัยสูงที่สุดร้อยละ 69.77 รองลงมาคือ 29.03และ29.41 ตามลำดับ ทั้งนี้กลุ่มอาชีพที่พบส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาชีพรับจ้างฉีดพ่นสารเคมี ส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิตำบลไร่รอดและตำบลบางใหญ่ มีการตรวจสมรรถภาพปอดโดยเครื่องสไปโรมิเตอร์ พร้อมบันทึกและแปลผลในกลุ่มแรงงานนอกระบบที่เลือกเป็นเป้าหมายวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน และตรวจคัดกรอง รวม 56 คน พบว่าในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิตำบลไร่รอด มีผลผิดปกติ ร้อยละ 16.67 และหน่วยบริการปฐมภูมิตำบลบางใหญ่ ร้อยละ 7.69

- ให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย

ทุกพื้นที่ที่มีการดำเนินการให้ความรู้แก่กลุ่มแรงงานนอกระบบที่เป็นเป้าหมายวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน โดยความร่วมมือของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี หน่วยบริการปฐมภูมิ กลุ่มแรงงานนอกระบบที่เป็นเป้าหมาย และองค์การบริหารส่วนตำบล ในรูปแบบการจัดกิจกรรมประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) ให้ความรู้ร่วมวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงในการทำงาน โดย จัดลำดับขั้นตอนการดำเนินงานและวิเคราะห์ความเสี่ยงในแต่ละ

ขั้นตอน และผลกระทบต่อสุขภาพ และหาวิธีการร่วมกันในการป้องกันตนเองและใช้สารเคมีทางการเกษตร ที่ถูกต้อง พร้อมเสนอแนะแนวทางแก้ไข และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในกลุ่มที่มีผลการตรวจคัดกรอง(ตรวจเลือด)อยู่ในระดับปกติ

-ติดตามตรวจเยี่ยมและให้ข้อเสนอแนะ

มีการติดตามตรวจเยี่ยมกลุ่มเกษตรกรที่มีผลการตรวจเลือดหาระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสอยู่ในระดับไม่ปลอดภัยและอยู่ในระดับเสี่ยงสำหรับพื้นที่ตำบลหนองสาหร่ายและตำบลวัดดาว

-จัดตั้งอาสาสมัครอาชีวอนามัย (อสอช.)

หน่วยบริการปฐมภูมิตำบลไร่รอดได้ร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คัดเลือก อสม/ตัวแทนกลุ่มอาชีพในชุมชน พร้อมจัดอบรมให้ความรู้เพื่อทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครอาชีวอนามัยในชุมชน(อสอช) เพื่อให้มีความรู้และสามารถนำไปถ่ายทอดให้กับเพื่อนร่วมอาชีพเดียวกันได้ และให้เป็นแบบอย่างในการป้องกันโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ อย่งไรก็ตาม อสอช. ยังไม่มีบทบาทที่ชัดเจนในการเฝ้าระวังสุขภาพแรงงานนอกระบบ

-53-

-อื่นๆ นอกจากนี้มีการกำหนดข้อตกลงในการปฏิบัติของกลุ่มร่วมกัน เช่น กลุ่มอาชีพรับจ้างพ่นสารเคมีทางการเกษตร ควรใส่รองเท้าบู๊ตทุกครั้งเวลาปฏิบัติงาน ฯลฯ และเปิดเวทีรับฟังปัญหาอุปสรรค และความต้องการด้านสวัสดิการของกลุ่มแรงงานนอกระบบ โดยตัวแทนจากกลุ่มต่างๆ ได้เสนอความต้องการต่างๆคือ การตรวจสุขภาพกลุ่มผู้ใช้แรงงานปีละ 1 ครั้ง การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ในเรื่องการประกอบอาชีพที่องค์การบริหารส่วนตำบล จัดทำคู่มือชุดความรู้ในเรื่องอันตรายต่อสุขภาพที่เป็นสาเหตุจากการประกอบอาชีพของกลุ่มต่างๆ ฯลฯ

ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้นำเสนอข้อมูลกลุ่มแรงงานนอกระบบในพื้นที่ และข้อมูลสถานการณ์ความเสี่ยงของกลุ่มอาชีพดังกล่าวนำเสนอแก่ผู้เกี่ยวข้องในชุมชน อาทิ องค์การบริหารส่วนตำบล, กลุ่มแรงงาน อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น เพื่อจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับแรงงานนอกระบบและได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเพื่อการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบ ในระหว่างปี 54-55 จำนวน 5 โครงการ เป็นเงินจำนวน 1,700,000 บาท ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ข้อมูลการได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลของ รพสต.

เป้าหมายเพื่อดำเนินการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในพื้นที่

หน่วยบริการสาธารณสุข	งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน(บาท)	กิจกรรมที่ดำเนินงาน
รพสต.หนองสาหร่าย	50,000	โครงการ เกษตรกรปลอดโรค ผู้บริโภครปลอดภัย สมุนไพรล้างพิษ

		กายจิตฟ่องใส
รพสต.บ้านแหลม	15,000	สนับสนุนการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล
รพสต.บางใหญ่	15,000	โครงการอบรมให้ความรู้ในเรื่องการรู้จักสารเคมี อันตรายของสารเคมี การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลและการปฐมพยาบาลเมื่อได้รับสารเคมี
รพสต.วัดดาว	30,000	โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเกษตรกรเพื่อเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสารเคมี
รพสต.ไร่รอด	60,000	โครงการตรวจสุขภาพวัยแรงงาน

-54-

3 สรุปบทเรียน

มีการนิเทศติดตามงานเป็นระยะระหว่างดำเนินการ โดยหน่วยงานที่ร่วมดำเนินงานประกอบด้วยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยเน้น 2 ประเด็นหลัก คือ ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับและเชิงรุกเน้นประเด็น ความเข้าใจในโครงการฯ /แผนการดำเนินงาน Flow Chat ทบทวนความเข้าใจการจัดบริการเชิงรับ การประสานงาน กับ อปท. การสรุปผลการดำเนินงาน และด้านระบบข้อมูล ประเด็น เครื่องมือการรายงานผลจัดบริการอาชีวอนามัยการลงรายงานระบบข้อมูล ความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล ปัญหาอุปสรรคของการทำข้อมูล วิธีการนิเทศติดตามมีทั้ง ประชุมติดตามงาน ติดตามทาง Email/โทรศัพท์ และการออกตรวจเยี่ยมพื้นที่ ประเด็นนิเทศนอกจากติดตามกิจกรรมที่ดำเนินการแล้ว ยังให้ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขปัญหา และประสานขอความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอก เช่น หากคนสนับสนุนแก้ไขปัญหาเรื่องโปรแกรม หรือการตรวจวัดสิ่งแวดล้อมและการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง เช่น ตรวจสมรรถภาพปอด เป็นต้น นอกจากนี้ได้มีการจัดประชุมร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและเครือข่ายร่วมดำเนินงาน ซึ่งผลเป็นดังนี้

- ระบบข้อมูล

จากการ นิเทศ ติดตามผล พบว่ายังมีบาง รพสต.ที่ยังไม่ได้ติดตั้งและใช้งาน โปรแกรมรายงานโรคจากการทำงานด้วย BMS : eCare ยังคงใช้การรายงานแบบ manual ตามแบบ สอ.1 เนื่องจากขั้นตอนการติดตั้งที่มีหลายขั้นตอน และต้องมีความชำนาญการใช้โปรแกรม BMS : eCare บางหน่วยงานไม่กล้าติดตั้งเองเพราะกลัวว่าหากการติดตั้งผิดพลาดจะทำให้ฐานข้อมูลที่ใช้อยู่เสียหายได้ ดังนั้น

ผู้พัฒนาโปรแกรมได้ดำเนินการปรับปรุงโปรแกรมเพิ่มเติม โดยปรับปรุงเมนู “ปัจจัยที่คาดว่าจะเกิดเป็นสาเหตุการป่วย” ให้สามารถเลือกคำตอบตามตัวเลือกหรือสามารถพิมพ์ข้อความเองก็ได้ และปิดเมนูวันที่ในส่วนการรายงานโรคจากการทำงาน เนื่องจากมีการใส่ข้อมูลไว้แล้ว ป้องกันความสับสน พร้อมนำโปรแกรมชุดระบบรายงานโรคจากการประกอบอาชีพที่พัฒนาขึ้นนี้ ให้ทางบริษัท บางกอกเมดิคอลซอฟต์แวร์ จำกัด (HOSxP PCU) ดำเนินการปรับปรุงเวอร์ชัน สำหรับใช้ในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อให้หน่วยงานพื้นที่เป้าหมาย ดำเนินการติดตั้งและใช้งานอย่างสะดวกและมั่นใจมากขึ้น

-การจัดบริการอาชีวอนามัย

หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งสามารถจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับและเชิงรุกโดยได้รับการสนับสนุนและเสริมศักยภาพ รวมถึงร่วมดำเนินการจากเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง อาทิ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม งานสารสนเทศ งานระบาดวิทยาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แม้ว่าหน่วยบริการปฐมภูมิจะได้สะท้อนความคิดเห็นต่อประเด็นรูปแบบความรู้ที่ได้รับที่อาจ

-55-

แตกต่างจากกิจกรรมในพื้นที่ที่ตนปฏิบัติงานแต่ก็ค่อยๆเรียนรู้และประยุกต์มาใช้ได้ในที่สุด นอกจากนี้หน่วยบริการปฐมภูมิได้มีการบริหารจัดการและการสื่อสารภายใน รพสต.เพื่อวัตถุประสงค์ของการสร้างความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับ เจ้าหน้าที่ในกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการอบรมทุกแห่ง ได้มีการถ่ายทอดความรู้ ชี้แจงทำความเข้าใจในกลุ่มเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการฯ เรื่องการตรวจคัดกรองวินิจฉัยโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน รวมถึงการบันทึกและรายงานผล มีการติดตามผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค โดยใช้รูปแบบการจัดประชุมพูดคุยถึงการดำเนินงานและปัญหาที่พบ เฉลี่ยประมาณ 1 ครั้งต่อเดือน จึงช่วยให้ทุกแห่งสามารถตรวจคัดกรองการเจ็บป่วยใน 3 กลุ่มอาการสำคัญและบันทึกรายงานผลได้ อย่างไรก็ตามหน่วยบริการฯยังมีความต้องการทั้งจากหน่วยงานในพื้นที่และหน่วยงานที่สนับสนุนทางวิชาการในประเด็นต่างๆ เพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและครอบคลุมความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น คือ แหล่งจัดซื้ออุปกรณ์ PPE คู่มืออันตรายต่อสุขภาพ รายอาชีพ การบริการและแหล่งบริการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง/ตรวจสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

.....

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ

1.สรุปผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจากอำเภอตัวแทนในจังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ อ.ดอนเจดีย์ จำนวน 2 แห่ง อ.บางปลาม้า จำนวน 3 แห่ง รวม 5 แห่ง ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคม 2553 – ถึงเดือนธันวาคม 2555 สรุปผลการศึกษาตามขั้นตอนการดำเนินงานได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ความต้องการพัฒนาการจัดบริการด้านอาชีวอนามัยของเจ้าหน้าที่ในกลุ่มตัวอย่าง

มีการทบทวน กระบวนการดำเนินงานการจัดบริการอาชีวอนามัยเพื่อดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบของประเทศไทยที่ผ่านมา รวมถึงวิเคราะห์ จุดแข็ง จุดอ่อน ประเด็นเรียนรู้ และวิเคราะห์ความต้องการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยของเจ้าหน้าที่ในกลุ่มตัวอย่าง นำมา ประมวล จัดพัฒนาหลักสูตร คู่มือวิชาการ เครื่องมือ และ โปรแกรมระบบรายงาน โรคจากการประกอบอาชีพ เพื่อเตรียมการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ รายละเอียดเป็นดังนี้

1.1พัฒนาหลักสูตร

การดำเนินการพัฒนาหลักสูตรของคณะผู้วิจัยได้เน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างซึ่งอยู่ในฐานะของผู้เข้าอบรมและมีกระบวนการเรียนรู้ เริ่มต้นด้วยการนำหลักสูตรเดิมของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม มาปรับเนื้อหาที่คาดว่าจะไม่จำเป็นออก โดยเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามาให้ความเห็น จากนั้นนำหลักสูตร (ร่าง) ให้กลุ่มเป้าหมายแสดงความคิดเห็น และส่งผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัยพิจารณาความเหมาะสม แล้วจึงได้นำความคิดเห็นมาปรับหลักสูตรอีกครั้งหนึ่งก่อนการพัฒนา ประเด็นสำคัญของหลักสูตร ประกอบด้วย จำนวนวันในการจัดอบรม ที่กำหนดว่าเหมาะสมอยู่ที่ 2-3 วัน วิธีการ(เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง)ได้กำหนดให้มีโจทย์สำหรับผู้เข้าอบรมในการดำเนินการซึ่งอาจเป็น ชุดวิชา กำหนดบทบาทสมมติ สนทนากลุ่ม การศึกษาดูงาน การมอบหมายงานประเด็นท้าทาย กรณีตัวอย่างใกล้ตัว วิทยากร จัดหาผู้มีความรู้ ความสามารถ มีประสบการณ์การทำงานในพื้นที่/กลุ่มอาชีพ สร้างความเข้าใจในการฟัง หัวข้อการอบรมมีเนื้อหาหลักและเนื้อหารอง พร้อมสำรวจความต้องการพัฒนาองค์ความรู้ของกลุ่ม

ประชากรเป้าหมายตามหัวข้อที่กำหนดตามกรอบหลักสูตร (ร่าง) ซึ่งพบว่าหัวข้อซึ่งเป็นความต้องการของประชากรเป้าหมายคือ โรคและภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สถานการณ์ปัญหาและการตรวจคัดกรองโรค การประเมินอันตรายและความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม การป้องกัน ควบคุมและจัดการความเสี่ยงจากการทำงาน การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบ ในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ นำมาสู่การกำหนดตารางและรูปแบบการให้ความรู้ในรูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการและศึกษาดูงาน และมอบหมายงานสรุปประเด็น สิ่งที่ได้เรียนรู้ จุดอ่อน สิ่งที่จะนำไปพัฒนางานด้านอาชีวอนามัยในพื้นที่ตนเอง พร้อมประเมินระดับความคาดหวังต่อการได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ ซึ่งเป็นหัวข้อการประเมินอันตรายและความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม การป้องกัน ควบคุมและจัดการความเสี่ยงจากการทำงาน

1.2 พัฒนากลุ่มมือวิชาการ/เครื่องมือ

คณะผู้วิจัยได้นำกลุ่มมือวิชาการที่ผ่านการพัฒนาร่วมกับ ผู้รับผิดชอบงาน โรคจากการประกอบอาชีพของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6, 10 และ 12 นำมาใช้ในการปฏิบัติงานครั้งนี้ ทั้งนี้การพัฒนาเอกสารกลุ่มมือวิชาการและเครื่องมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของพื้นที่ ได้จัดทำให้มีเนื้อหาที่สอดคล้องกับหลักสูตร ส่วนของเครื่องมือ ได้รวบรวมเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินความเสี่ยงอย่างง่ายที่มีการใช้ อยู่ เน้นเครื่องมือ เนื้อหากระชับ เข้าใจง่าย เช่น แบบ นบ.01 ซึ่งเป็นแบบประเมินสภาพแวดล้อมในการทำงาน พฤติกรรมสุขภาพ และการเจ็บป่วยทั้งนอกรงานและในงาน และแบบ JSA ซึ่งเป็นแบบวิเคราะห์ ขั้นตอนการทำงาน และอันตรายที่เกิดจากการทำงาน พร้อมสร้างแบบคัดกรองโรค 3 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มโรคผิวหนัง ได้แก่ โรคผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสและอื่นๆ กลุ่มโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ได้แก่ โรคปวดหลังเหตุอาชีพและอื่น ๆ กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพหรือจากสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ได้แก่ อุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการทำงาน ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถวินิจฉัยได้ ให้หน่วยบริการปฐมภูมิได้ใช้ในการจัดบริการฯ พร้อมพัฒนาแบบรายงาน(สอ1) เพื่อการรายงานควบคุมไปด้วย

1.3 พัฒนาโปรแกรมระบบรายงานโรคจากการประกอบอาชีพ

คณะผู้วิจัยร่วมกับผู้รับผิดชอบงานสารสนเทศของจังหวัดสุพรรณบุรี ได้ร่วมทบทวนระบบการรายงานโรคและศึกษาโปรแกรมที่เกี่ยวข้อง และที่ใช้ในปัจจุบันของหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี และได้ออกแบบและพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้สามารถลงข้อมูลการเจ็บป่วย ประมวลผลและรายงานข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงานหรือโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน โดยปรับปรุง

โปรแกรม HOS XP ที่ใช้ในหน่วยบริการสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เพิ่มให้มีโปรแกรมระบบงานโรคจากการประกอบอาชีพขึ้น เช่น เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงาน จะต้องระบุสาเหตุการเจ็บป่วย ฯลฯ และได้จัดทำคู่มือ/แนวปฏิบัติการใช้โปรแกรมขึ้นเพื่อเป็นแนวทางการทำงาน

1.4 เตรียมความพร้อมของพื้นที่ศึกษา

คณะผู้วิจัยได้จัดประชุมชี้แจง วัตถุประสงค์ และเป้าหมายของโครงการ รายละเอียดของการดำเนินการ โครงการพัฒนาการจั้ดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อสร้างความเข้าใจต่อโครงการ พร้อมหารือในที่ประชุมเพื่อร่วมระดมสมองและเสนอความคิดเห็นประเด็น การกำหนดวัตถุประสงค์ย่อย ผลลัพธ์ที่อยากเห็นเมื่อสิ้นสุดการดำเนินการโครงการ ดัชนีชี้วัดความสำเร็จ

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการจั้ดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ

สำหรับรูปแบบการจั้ดบริการอาชีวอนามัยที่ได้พัฒนาขึ้น มีกิจกรรมสำคัญคือ การสนับสนุนให้มีการจั้ดบริการอาชีวอนามัย ประกอบด้วย การจั้ดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกและการจั้ดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับ

-การจั้ดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับ ประกอบด้วยกิจกรรม ชักประวัติ คัดกรองโรค วินิจฉัยโรคเบื้องต้น 3 กลุ่มอาการสำคัญคือ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ กลุ่มโรคผิวหนัง อุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพ และรายงานโรค

-การจั้ดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก กิจกรรมประกอบด้วย การสำรวจกลุ่มอาชีพ การประเมินความเสี่ยงในการทำงาน การจั้ดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ทั้งนี้กระบวนการสำคัญก่อนที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะสามารถจั้ดบริการดังกล่าวได้มีกิจกรรมแทรกแซงที่สำคัญคือ

2.1 พัฒนาศักยภาพกลุ่มตัวอย่าง

2.1.1 พัฒนาศักยภาพกลุ่มตัวอย่างด้านการจั้ดบริการอาชีวอนามัย

ได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากรตามหลักสูตรการอบรม และประเมินความรู้ ความเข้าใจ ของกลุ่มประชากรเป้าหมาย ก่อนและหลังการอบรม รวมถึงความพึงพอใจ หัวข้อที่มีระดับความรู้เปลี่ยนแปลงมากขึ้นคือ การจั้ดบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

2.1.2 พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ด้านการใช้โปรแกรมโรคจากการทำงานที่พัฒนาขึ้น

มีการให้ความรู้กับผู้ใช้งานภายหลังโปรแกรมพัฒนาแล้วเสร็จ ในรูปแบบการจัดประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ของกลุ่มเป้าหมายและผู้เกี่ยวข้อง ให้มีความเข้าใจระบบคัดกรองโรคจากการประกอบอาชีพ การวินิจฉัย 3 กลุ่มอาการที่พบบ่อยโดยใช้แบบคัดกรองที่พัฒนาขึ้น การจัดบริการอาชีวอนามัยเบื้องต้น รวมถึงการใช้งานโปรแกรมโรคจากการประกอบอาชีพที่พัฒนาขึ้น

2.2. พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและคัดกรองโรคจากการทำงานในกลุ่มแรงงาน

นอกระบบ

คณะผู้วิจัยได้จัดให้มีการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อรองรับระบบรายงานโรค/กลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานในการจัดบริการอาชีวอนามัยให้เกิดการเฝ้าระวังโรคจากการทำงานในกลุ่มแรงงานนอกระบบ โดยกิจกรรมสำคัญประกอบด้วย การติดตั้งโปรแกรมระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพที่พัฒนาขึ้นและทดลองใช้ พร้อมกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างมีการรายงานโรค 3 กลุ่มอาการของโรคสำคัญและพบบ่อยในพื้นที่ คือ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ กลุ่มโรคผิวหนัง และอุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพ พร้อมมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างมีการจัดเก็บข้อมูลการมารับบริการของแรงงานนอกระบบ บันทึกข้อมูลรวบรวม วิเคราะห์ ประมวลผลและรายงาน โดยเชื่อมโยงข้อมูลให้ระดับอำเภอและจังหวัด

2.3. พัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัยระดับจังหวัด

วัตถุประสงค์ของการพัฒนาเครือข่ายระบบการจัดบริการอาชีวอนามัยระดับจังหวัด มุ่งเน้นเพื่อเป็นกลไกสนับสนุน ผลักดันนโยบาย นิเทศติดตามการทำงานอาชีวอนามัยระดับพื้นที่ ให้เกิดหน่วย/คณะทำงานเพื่อรับผิดชอบงานระดับจังหวัดและอำเภอ โดยคณะผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างได้มีการดำเนินงานดังนี้ คือ การคัดเลือกคณะทำงาน กำหนดโครงสร้างคณะทำงาน สร้างทีมงาน โดยได้จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาอาชีวฯระดับจังหวัด พร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ ขั้นตอนการทำงาน และนิเทศงาน ผลการศึกษาจากการนิเทศติดตาม แม้ได้มีการกำหนดโครงสร้างคณะทำงานและบทบาทหน้าที่ แต่ยังไม่พบการทำหน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับอย่างน้อยอยู่ อีกทั้งไม่สามารถ ผลักดันงานป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพในแรงงานนอกระบบ เป็นตัวชี้วัดระดับจังหวัดได้ อย่างไรก็ดี มีระบบการเชื่อมเครือข่ายข้อมูลระหว่าง หน่วยบริการปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชน และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้สามารถดึงข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้ อันเป็นผลจากการพัฒนาโปรแกรมเพื่อการประมวลผลข้อมูลด้านโรคจากการประกอบอาชีพพร้อม ให้ความรู้แก่ผู้ใช้งาน ผนวกกับหน่วยบริการปฐมภูมิ

การกรอกข้อมูลผลการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับดังที่กล่าวมา อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในส่วนของระดับอำเภอ ทั้งในส่วนของ รพช.และ สสอ.

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบที่ได้พัฒนามาดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยของกลุ่มตัวอย่าง

3.1 การจัดบริการอาชีวอนามัย

หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งมีการจัดบริการอาชีวอนามัยเพื่อดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบในหน่วยบริการแยกเป็น 2 ส่วนดังนี้คือ การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับประกอบด้วยกิจกรรม การคัดกรองโรค ชักประวัติการเจ็บป่วย โดยบูรณาการกับงานปกติ และซักถามประเด็นการป่วยครั้งนี้ เป็นโรคที่เกิดหรือเกี่ยวข้องจากการทำงานหรือไม่ มีเพื่อนร่วมงานป่วยด้วยอาการเดียวกันหรือไม่ หากการเจ็บป่วยมีโอกาสเป็นโรคจากการทำงาน/เกี่ยวเนื่องกับการทำงาน ซักถามต่อยุ่ อาชีพที่ทำ ประเภทของผลผลิต ระยะเวลาที่ และกิจกรรมที่ทำขณะป่วย และวินิจฉัยโรค และให้การรักษาดตามอาการหรือส่งต่อ พร้อมบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติ ประมวลผลและรายงานโรค ทั้งนี้พบว่าทุกแห่งมีการดำเนินงานและส่งรายงานข้อมูลผ่านโปรแกรมที่พัฒนาให้เชื่อมโยงถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้และ ส่วนที่ 2 คือ การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก ประกอบด้วยกิจกรรม การสำรวจกลุ่มแรงงานนอกระบบในพื้นที่รับผิดชอบ ประเมินความเสี่ยงอย่างง่าย/วิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน โดยใช้ แบบ นบ.01/นบก.01 / JSA นำผลการประเมินความเสี่ยง มาเป็นข้อมูลในการพิจารณาตรวจสอบสุขภาพตามความเสี่ยงแก่กลุ่มแรงงานนอกระบบที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และอบรมให้ความรู้ สร้างเสริมสุขภาพแก่แรงงานนอกระบบ มีการติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง โดยที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นผู้ดำเนินการหลัก นอกจากนี้หน่วยบริการปฐมภูมิตำบลไรรัด ยังจัดทำโครงการเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลมีการอบรม อาสาสมัครอาชีวอนามัย (อสอช.)และมีกิจกรรมเปิดเวทีรับฟังปัญหาอุปสรรค และความต้องการด้านสวัสดิการของกลุ่มแรงงานนอกระบบ และหน่วยบริการปฐมภูมิตำบลหนองสาหร่าย ได้กำหนดข้อกำหนดร่วมกัน รวมถึงได้ร่วมกันจัดทำข้อสรุปและข้อตกลงในการปฏิบัติของกลุ่ม ซึ่งมีการดำเนินการร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล

- ผลของการจัดบริการอาชีวอนามัย ทำให้มีข้อมูลการรายงานการเจ็บป่วยโรค/เกี่ยวเนื่องจากการประกอบอาชีพ ใน 3 กลุ่มอาการสำคัญคือ โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน โรคผิวหนังจากการทำงาน การบาดเจ็บและอุบัติเหตุจากการทำงาน ของกลุ่มแรงงานนอกระบบ จำนวน 973 ราย ระหว่างเดือน มกราคม 2554 – ธันวาคม 2555 พบ กลุ่มอาการของโรคกระดูกและกล้ามเนื้อมากที่สุดร้อยละ 75.64 พบในพื้นที่ของ รพสต.ไรรัด มากที่สุด ร้อยละ 34.63 เมื่อพิจารณาแยกตาม อายุและเพศ พบว่า เป็นในกลุ่มอายุ 40 – 49 ปี และ 50 -59 ปี มากที่สุด กลุ่มอาชีพที่พบการเจ็บป่วยมากที่สุดคือ ทำนา ร้อยละ 38.33 รองลงมาคือ กลุ่มเกษตรกรรวมทั่วไป ร้อยละ 26.82 และผู้รับจ้างภาคเกษตรร้อยละ26.00 นอกจากนี้มีข้อมูลจากผลการประเมินความเสี่ยงโดยใช้แบบ นบ.01 ในหน่วยบริการปฐมภูมิตำบลไรรัด ตำบลวัดดาวและ

ตำบลบางใหญ่ ในกลุ่มแรงงานทั่วไปจำนวน 657 คน พบว่าส่วนใหญ่มีความเสี่ยงระดับปานกลางร้อยละ 49.33 ความเสี่ยงระดับสูง เป็นกลุ่มผลิตศาลพระภูมिर้อยละ 4 ประเด็นความเสี่ยงจากการทำงาน สามอันดับแรกคือ ได้รับของมีคมทิ่มแทง มีการทำงานที่ต้องยกของหนักหรือท่าทางการทำงานที่ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆของร่างกาย และได้รับอุบัติเหตุและบาดเจ็บจากการทำงาน ร้อยละ 63.69 , 58.21 และ 44.78 ตามลำดับ ส่วนในหน่วยบริการปฐมภูมิตำบลหนองสาหร่ายและตำบลบ้านแหลมมีการใช้แบบสำรวจแบบ.01 สำรวจพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สารเคมีในกลุ่มเกษตรกร จำนวน 461 คน พบว่า มีพฤติกรรมการใช้สารเคมีที่ไม่ปลอดภัยคือ ไม่สวมใส่รองเท้าน้ำหรือรองเท้าน้ำที่ปิดมิดชิดขณะทำงานกับสารเคมี และไม่สวมถุงมืออย่างป้องกันอันตรายจากสารเคมีและรับประทานอาหาร/ดื่มน้ำในบริเวณที่ทำงาน ร้อยละ 25.60 , 23.64 และ 22.12 ตามลำดับ และร้อยละ 21.90 ใช้ถังบรรจุสารเคมีที่รั่วซึมในการฉีดพ่น ทั้งนี้แต่ละพื้นที่ได้มีการประชุม Focus Group เพื่อวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน ความเสี่ยงและอันตรายที่พบ ผลกระทบต่อสุขภาพ และร่วมหาข้อเสนอในการแก้ไขอย่างง่ายโดยใช้แบบ JSA

ขั้นตอนที่ 4 การสรุปบทเรียน

มีการดำเนินการนิเทศติดตามงานโดยเน้น 2 ประเด็นหลัก คือ ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย และด้านระบบข้อมูล ทั้งนี้วิธีการนิเทศติดตามมีทั้ง การประชุมติดตามงาน ติดตามทาง Email/โทรศัพท์ และการออกตรวจเยี่ยมพื้นที่ โดยหน่วยงานที่ดำเนินงานมีทั้ง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี ดำเนินงานเพียงลำพัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการเอง และร่วมกันดำเนินงาน ผลเป็นดังนี้

-ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับและเชิงรุก ประเด็น ขั้นตอนการจัดบริการ ๑ ทบทวนความเข้าใจการจัดบริการเชิงรับ การประสานงาน กับ องค์กรบริหารส่วนตำบล การสรุปผลการดำเนินงาน พบว่าเจ้าหน้าที่ในกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการอบรมทุกแห่ง ได้มีการถ่ายทอดความรู้ ซึ่งแจ้งทำความเข้าใจในกลุ่มเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการฯ เรื่องการตรวจคัดกรองวินิจฉัยโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน รวมถึงการบันทึกและรายงานผล มีการติดตามผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค โดยใช้รูปแบบการจัดประชุมพูดคุยถึงการดำเนินงานและปัญหาที่พบ เฉลี่ยประมาณ 1 ครั้งต่อเดือน จึงช่วยให้ทุกแห่งสามารถตรวจคัดกรองการเจ็บป่วยใน 3 กลุ่มอาการสำคัญและบันทึกรายงานผลได้ อย่างไรก็ตามหน่วยบริการฯยังมีความต้องการทั้งจากหน่วยงานในพื้นที่และหน่วยงานที่สนับสนุนทางวิชาการในประเด็นต่างๆเพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและครอบคลุมความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

-ด้านระบบข้อมูล เครื่องมือการรายงานผลจัดบริการอาชีวอนามัย การลงรายงานระบบข้อมูล ความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล ปัญหาอุปสรรคของการทำข้อมูล พบว่ายังมีบาง รพสต.ที่ยังไม่ได้ติดตั้งและใช้งาน โปรแกรมรายงาน โรคจากการทำงาน ผู้พัฒนาโปรแกรมได้ดำเนินการปรับปรุงโปรแกรมเพิ่มเติม โดยปรับปรุงเมนู “ปัจจัยที่คาดว่าจะเป็สาเหตุการป่วย” ให้สามารถเลือกคำตอบตามตัวเลือกหรือสามารถพิมพ์ข้อความเองก็ได้ และปิดเมนูวันที่ในส่วนการรายงาน โรคจากการทำงาน เนื่องจากมีการใส่ข้อมูลไว้แล้ว ป้องกันความสับสน พร้อมนำโปรแกรมชุดระบบรายงาน โรคจากการทำงานประกอบอาชีพที่พัฒนาขึ้นนี้ ให้ทางบริษัท บางกอกเมดิคอลซอฟต์แวร์ จำกัด (HOSxP PCU) ดำเนินการปรับปรุงเวอร์ชัน สำหรับใช้ในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อให้หน่วยงานพื้นที่เป้าหมาย ดำเนินการติดตั้งและใช้งานอย่างสะดวกและมั่นใจมากขึ้น

2.อภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้เกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบที่ชัดเจนและหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถดำเนินการได้ ซึ่งประกอบด้วย การดูแลในหน่วยบริการที่เรียกว่า การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับ ประกอบด้วย กิจกรรม การคัดกรอง ชักประวัติและวินิจฉัยโรค บันทึกข้อมูลและรายงานโรค ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้ได้เริ่มให้มีการดำเนินการในกลุ่มอาการที่พบบ่อยในกลุ่มแรงงานนอกระบบและเจ้าหน้าที่ที่สามารถวินิจฉัยได้ คือ โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน โรคผิวหนังจากการทำงาน การบาดเจ็บและอุบัติเหตุจากการทำงาน และการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก ประกอบด้วย กิจกรรม สํารวจกลุ่มอาชีพในพื้นที่ ประเมินความเสี่ยงอย่างง่าย และวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงานและอันตรายในแต่ละขั้นตอน กรณี มีระดับความเสี่ยงสูง/ปานกลาง ดำเนินการตรวจคัดกรองความเสี่ยง/ตรวจสอบสุขภาพตามความเสี่ยง หากความเสี่ยงระดับต่ำ ดำเนินการเฝ้าระวังความเสี่ยง และจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่กลุ่มเป้าหมาย และติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง ซึ่งรูปแบบคล้ายคลึงกับผลการศึกษากการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบ ในกลุ่มตัวอย่างหน่วยบริการปฐมภูมิ อ.เมืองและ อ.โพธาราม จ.ราชบุรี⁽⁷⁾ ซึ่งช่วยให้หน่วยบริการามีข้อมูลความเสี่ยง ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มแรงงานนอกระบบในความรับผิดชอบ เพื่อใช้ในการวางแผน เฝ้าระวังเหตุการณ์เพื่อกำหนดมาตรการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและควบคุมโรคจากการทำงานในกลุ่มแรงงานนอกระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ก่อนที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะสามารถจัดบริการอาชีวอนามัยทั้งเชิงรุกและเชิงรับได้นั้น จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนในกิจกรรมที่สำคัญคือ การเสริมศักยภาพทีมงาน ด้านความรู้ของทีมงาน ที่สำคัญคือหลักสูตรที่ใช้ในการพัฒนา ควร

พิจารณาตั้งแต่ หัวข้อความรู้ เนื้อหา รูปแบบและวิธีการที่นำมาจัดอบรมโดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง สร้าง การมีส่วนร่วม และเกิดกระบวนการเรียนรู้ระหว่างอบรม เน้นการจัดให้สอดคล้องกับความต้องการของ กลุ่มเป้าหมาย แต่ยังคงอยู่ในกรอบการจัดบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการสาธารณสุขชั้นพื้นฐาน ซึ่งมี หัวข้อที่เป็นเนื้อหาหลัก คือ โรคและภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สถานการณ์ปัญหาและการ ตรวจคัดกรองโรค การประเมินอันตรายและความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม การป้องกันควบคุมและจัดการความเสี่ยงจากการทำงาน การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เป็นต้น ซึ่งการพัฒนาทีมงานในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ยังได้ เพิ่มเติมหัวข้อการวางแผนการดำเนินงานแบบบูรณาการในพื้นที่ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/สอ./รพ.สต. ซึ่งเป็นเนื้อหาที่แตกต่างจากหลักสูตร แต่เป็นประโยชน์ต่อการทำงาน วิธีการอบรมได้ผนวกเรื่อง การศึกษาดูงานซึ่งทำให้เห็นตัวอย่างจริงที่สามารถปฏิบัติได้ในพื้นที่ อย่งไรก็ตามการจัดสถานที่ดูงานควร จัดให้สอดคล้องหรือใกล้เคียงกับสภาพปัญหาของพื้นที่ เพื่อสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้จริง อีกทั้งการมีการ กำหนดโจทย์โดยมอบหมายงาน ยังช่วยให้ผู้รับการพัฒนารู้ประมวลสาระที่ได้รับและได้แลกเปลี่ยนกับ บุคลากรอื่นๆ อย่งไรก็ตามการพัฒนาศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องทุกระดับควรดำเนินงานอย่างค่อยเป็นค่อยไป และต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น การสนับสนุนด้าน วิชาการทั้งเรื่องคู่มือวิชาการ เครื่องมือ รวมถึงการให้คำปรึกษา จัดทำคู่มือการจัดบริการอาชีวอนามัย ได้ จัดทำให้มีหัวข้อและเนื้อหาที่สอดคล้องกับหลักสูตรเพื่อใช้ประกอบในการทำงาน ส่วนเครื่องมือได้เลือก เครื่องมือที่มีอยู่เดิม ที่มีความกระชับ เข้าใจง่าย เช่น แบบ นบ.01,แบบ นบก.01,แบบ JSA นำมาใช้ และ สร้างเครื่องมือเพิ่มคือ แบบคัดกรอง 3 กลุ่มอาการที่พบการเจ็บป่วยในกลุ่มแรงงานนอกระบบบ่อยครั้ง อีกทั้งเจ้าหน้าที่ระดับปฐมภูมิสามารถวินิจฉัยได้ คือ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ กลุ่มโรคผิวหนัง และอุบัติเหตุ จากการประกอบอาชีพ และควรได้รับการพัฒนาด้านระบบข้อมูล ทั้งเรื่องการออกแบบระบบรายงานโรค จากการประกอบอาชีพ สร้างโปรแกรมรองรับการรายงาน พัฒนาผู้ใช้งาน เพื่อให้มีระบบเฝ้าระวัง โรคจาก การทำงานเพื่อพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยแก่แรงงานนอกระบบในประเทศไทย⁽⁸⁾ ซึ่งยังเป็น จุดอ่อนของการจัดบริการอาชีวอนามัยของกลุ่มแรงงานนอกระบบ สำหรับเรื่องดังกล่าว เจ้าหน้าที่จะต้องมี ความเข้าใจในเรื่อง หลักการและแนวคิดและความรู้พื้นฐานในงานอาชีวอนามัย รวมทั้งการให้รหัส ICD 10 เบื้องต้น สำหรับโปรแกรมที่มีการพัฒนาและนำมาใช้งานของจังหวัดสุพรรณบุรี มีข้อดีคือ เป็นโปรแกรมที่ พัฒนาใช้ร่วมกับโรงพยาบาลได้ จึงทำให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาส่งต่อผู้ป่วยได้ ที่สำคัญควรจะเป็น โปรแกรมที่เชื่อมโยงหรือดึงข้อมูลจากโปรแกรมปกติของพื้นที่นั้นๆมากกว่าที่จะพัฒนาโปรแกรมใหม่และ

โปรแกรมดังกล่าวต้องไม่รบกวนระบบการทำงานของโปรแกรมเดิมและควรเป็นโปรแกรมที่มีการใช้กันอยู่แล้วในหน่วยบริการสาธารณสุข ทำให้ได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้จำเป็นต้องมีการพัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัยในทุกระดับของจังหวัด ซึ่งเครือข่ายเป็นปัจจัยของกระบวนการดำเนินงานด้านบวกที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ⁽⁹⁾ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีการดึงเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมโดยให้เข้ามามีบทบาททั้งผลักดันนโยบายและร่วมจัดการ เน้นการดำเนินงานตามบทบาทของแต่ละหน่วยงาน ทั้งหน่วยงานในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข เช่น ระดับโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ให้เข้ามาทำหน้าที่บทบาทเป็นพี่เลี้ยง สนับสนุนวิชาการและกำกับการดำเนินงาน ฯลฯ และนอกกระทรวง เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล ที่มีบทบาทในการสนับสนุนทรัพยากรผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ฯลฯ ที่สำคัญคือตัวแรงงานเองต้องเข้ามามีส่วนร่วมและได้รับการพัฒนาให้มีความเข้มแข็ง เมื่อพิจารณาเชิงคุณภาพยังพบจุดอ่อนในการบริหารจัดการส่วนการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกประเด็น การจัดการความเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างทุกแห่งยังดำเนินการได้เพียงการการจัดกิจกรรมให้ความรู้ แม้มีการร่วมคิดจากเจ้าหน้าที่ ร่วมดำเนินการกับกลุ่มแรงงานนอกระบบ แต่แนวทางแก้ไขส่วนใหญ่ยังนิยมใช้การป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ยังไม่เน้นการแก้ปัญหาที่จุด/ต้นตอของสาเหตุ น่าจะมาจากข้อจำกัดเรื่องความรู้ เชิงวิชาการของเจ้าหน้าที่ ซึ่งควรได้รับการสนับสนุนเชิงวิชาการจากโรงพยาบาลชุมชน /โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ฯ โดยจำเป็นต้องอาศัยการนิเทศ ติดตามผล ซึ่งช่วยให้ทราบข้อมูลความต้องการ ปัญหาในการดำเนินงานของหน่วยปฏิบัติงานในพื้นที่ซึ่งหน่วยงานที่มีบทบาทในการทำหน้าที่ควบคุม กำกับงานควรต้องมีการติดตามอย่างสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของแรงงานนอกระบบให้เพิ่มมากขึ้น

3. ข้อเสนอแนะ

ระดับพื้นที่

-รูปแบบการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัย ของหน่วยบริการฯควรแบ่งตามระดับศักยภาพของหน่วยบริการฯ /ระดับความเสี่ยงของแรงงานนอกระบบ เพื่อการพัฒนาต่อยอด และจัดกิจกรรมให้เหมาะสม โดยเน้นพัฒนาให้มีขีดความสามารถครบทั้งด้านการป้องกัน รักษาโรคจากการทำงาน และส่งเสริมสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบ

-ควรเน้นการใช้ประโยชน์ข้อมูลจากการจัดเก็บ รวบรวมและวิเคราะห์ ประมวลผล ของระบบงานโรคจากการประกอบอาชีพเพื่อกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคเพื่อดูแลกลุ่มแรงงานนอกระบบ ทั้งโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆในชุมชน และใช้ข้อมูลเพื่อผลักดันเชิงนโยบาย

-ควรรกำหนดการพัฒนาข้อมูลระบบงานโรคจากการประกอบอาชีพเป็นนโยบายของทุกจังหวัด โดยให้ทุกหน่วยบริการสาธารณสุขมีการดำเนินการ โดยเริ่มจากการจัดทำตามศักยภาพการวินิจฉัยโรคของตน

ระดับนโยบาย

-สนับสนุนให้มีการนำแนวคิดการพัฒนาโปรแกรมเชื่อมและดึงข้อมูลไปใช้ในพื้นที่อื่นๆ ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจในการวางแผนแก้ปัญหาด้านอาชีวอนามัยในกลุ่มแรงงานนอกระบบระดับจังหวัดและประเทศ

-เพิ่มเนื้อหาสาระด้านอาชีวอนามัยในหลักสูตร พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เข้มข้นขึ้น

.....

เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.สรุปผลการสำรวจแรงงานนอกระบบ ; 2555
- 2.Rantanen J. Basic occupational health services their structure; content and objectives. Scand J Work Environ Health 2005;(suppl1):S5–15.
- 3.Rantanen J. New concept in occupational health services –BOHS. [Internet]. 2010 [Cited 2010 Jan 5]. Available from http://www.who.int/occupational_health/publications/bohsbooklet.pdf.
- 4.กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน.รายงานผลการศึกษาสภาพการทำงานและการทำงานของลูกจ้างในงานที่รับไปทำที่บ้านและงานเกษตรกรรมร่วมกับสำนักวิจัยกฎหมายและแรงงาน. บริษัทเอ็กเซลแล้นท์บิสเนต เมนเนจเม้นต์ กระทรวงแรงงาน; 2549
- 5.ศูนย์วิชาการ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).แรงงานนอกระบบกับสุขภาพที่ถูกละเลย.Factsheets.6 หน้า ;2010
6. วรณกร ลิขิตปัญญาโชติ, ดุษฎี आयुวัฒน์ , ชลภัสส์ วงษ์ประเสริฐ .ความต้องการระบบสารสนเทศสุขภาพแรงงานนอกระบบในระดับพื้นที่ ของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. วารสารวิชาการคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์.2555;8:65-82
- 7.สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม . การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2555. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. [อินเทอร์เน็ต] .2555[เข้าถึงเมื่อวันที่ 23 กันยายน 2558];เข้าถึงได้จาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/workerOutRep 55.pdf>
8. กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, โครงการศึกษาวิจัยเพื่อขยายการคุ้มครองแรงงานให้แก่แรงงานนอกระบบ .หน้า 1.
- 9.สถาบันทรัพยากรมนุษย์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,การศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของแรงงาน นอกระบบ ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ขับขีมือเตออร์ไซค์รับจ้าง และผู้ค้าขายตลาดนัด ในเขตกรุงเทพมหานคร.2551.
10. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุม โรค.รายงานผล โครงการการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับแรงงานนอกระบบ.2553

- 11.สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.ระบบบริการปฐมภูมิ(Primary care);2552
 ธันวาคม 11.
- 12.สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2549. เอกสาร
ประกอบการอบรม หลักสูตรการจัดบริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับเจ้าหน้าที่ในศูนย์
สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- 13.อดุลย์ บัณฑิตกุล .บริการอาชีวอนามัย. ไม่ระบุปี [เข้าถึงวันที่1 สิงหาคม 58];
เข้าถึงได้จาก <https://www.gotoknow.org/posts/247814>
- 14.นนทกานต์ จันทร์อ่อน ;สำนักวิชาการ สำนักงานงานเลขธิการวุฒิสภา.การบริหารจัดการแรงงานนอก
ระบบของประเทศไทย.2556;3:1-21
- 15.ปิยะนารถ จาคีเกตุ ,นุชนารถ นาคขำ: รายงานการสรุปบทเรียนการพัฒนากระบวนการให้เอื้อต่อการ
สร้างเสริมสุขภาพแรงงานนอกระบบ;2550 พฤษภาคม 24.
- 16.ปิยะนารถ จาคีเกตุ และคณะ .ถอดบทเรียน “เก้าปี ก้าวไป เรียนรู้ไป กับพัฒนาการการจัดระบบบริการ
สาธารณสุข ด้านอาชีวอนามัย สำหรับแรงงานนอกระบบในประเทศไทย.2556.
- 17.บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันท์ โสภภาพรรณ จิรนิรัตติย์.การพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานีอนามัย
สำหรับแรงงานนอกระบบ.วารสารกรมควบคุมโรค.2554;37:1-8
- 18..นภัค ด้วงชุมพล,ยุวดี วิทย์พันธ์.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยของหน่วย
บริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา.วารสารพยาบาลสาธารณสุข.2556;27:83-93
- 19.สุวัฒนา เกิดม่วง สุรินทร กลัมพากร.แบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัย ของ
พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข .
[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 58];เข้าถึงได้ [https://www.tci-
thaijo.org/index.php/tnaph/article/viewFile/36218/30048](https://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/viewFile/36218/30048)
- 20.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
- 21.Kessara Nilvarangkil Sara Arphorn John F Smith Teerasak Phajar Nusaraporn
Kessomboon Kesorn Thaewngiew. Dwveloping primary care occupational health
services for informal workers in Thailand.SAGEjournals.2016.published online before
print March 17,2015.

ภาคผนวก ก

แบบคัดกรองการบาดเจ็บและอุบัติเหตุจากการทำงาน

สถานบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ส่วนที่ 1 สำหรับสัมภาษณ์ผู้รับบริการ

HN.....

1. ข้อมูลทั่วไป วันที่.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อท่าน.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

อาชีพ.....ลักษณะงาน.....

หน้าที่.....ทำนาน.....ปี งานเสริม.....

2. ข้อมูลการบาดเจ็บและอุบัติเหตุจากการทำงาน

2.1 ลักษณะการบาดเจ็บ และตำแหน่งที่เป็น

เป็นแผลฟกช้ำ ตำแหน่งที่เป็น ระบุ..... เป็นมานาน.....

เป็นแผลฉีกขาด ตำแหน่งที่เป็น ระบุ..... เป็นมานาน.....

อื่นๆ ระบุ..... เป็นมานาน.....

2.2 ท่านคิดว่า การบาดเจ็บและอุบัติเหตุนี้เกิดจากการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่ ไม่แน่ใจ

2.3 อะไรที่ท่านคิดว่าอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บและอุบัติเหตุนี้ ความประมาท เครื่องมืออุปกรณ์

ชำรุด การพักผ่อนไม่เพียงพอ งานเร่งรีบ อื่นๆ ระบุ.....

2.4 ท่านมีอุปกรณ์ป้องกันตัวขณะทำงานหรือไม่ (เช่น ถุงมือ รองเท้ายาง) ไม่มี มี ระบุ.....

2.5 ท่านใช้อุปกรณ์ป้องกัน เช่น ถุงมือ รองเท้ายาง ขณะทำงานบ่อยเพียงใด ใช้บางครั้ง ใช้ทุกครั้ง

ผู้บันทึก.....

ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่ (สรุปจากOPD Card และให้ความเห็น)

1. สรุปว่าเป็นโรคอะไร (ใส่รหัส ICD หรืออื่นๆ ด้วย).....
2. ความเห็นเบื้องต้นของการวินิจฉัย: เป็นโรคจากการทำงานหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ อาจจะใช่ ข้อมูลไม่เพียงพอ
.....
3. การดำเนินการต่อ ไม่มี
ติดตามผู้ป่วยเพื่อ.....
ตรวจสอบสถานที่ทำงานเพื่อ
.....
อื่น ๆ.....
4. ประเมินการค่าใช้จ่าย ในการรักษา คิดเป็นเงิน.....บาท
การสอบสวน และ เฝ้าระวังป้องกันคิดเป็นเงิน.....บาท
5. การส่งต่อผู้ป่วย ส่งต่อ รพ..... ไม่ได้ส่งต่อ
5. ข้อเสนอแนะ
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อผู้ปฏิบัติงาน..... วันที่.....

แบบคัดกรองโรคผิวหนังจากการทำงาน

สถานบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ส่วนที่ 1 สำหรับสัมภาษณ์ผู้รับบริการ

HN.....

1. ข้อมูลทั่วไป วันที่.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อท่าน.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

อาชีพ.....ลักษณะงาน.....

หน้าที่.....ทำนาน.....ปี งานเสริม.....

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย

2.1 ลักษณะผื่น และตำแหน่งที่เป็น

เป็นผื่นแดง คัน มีตุ่มน้ำใส บวม มีขอบชัดเจน ตำแหน่งที่เป็น ระบุ.....เป็นมานาน.....

ผิวหนังแห้ง หนา แตกเป็นร่อง เป็นๆ หายๆ ตำแหน่งที่เป็น ระบุ.....เป็นมานาน.....

อื่น ๆ ระบุ.....เป็นมานาน.....

2.2 ท่านคิดว่า ผื่นนี้เกิดจากการทำงานนี้หรือไม่ ไม่ใช่ ใช่ ไม่แน่ใจ

2.3 อะไรที่ท่านคิดว่าอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการนี้ สัมผัสน้ำนานๆ ชื้น และ ความร้อน

สารเคมี ระบุ.....อื่นๆ ระบุ.....

2.4 ท่านมีอุปกรณ์ป้องกันตัวขณะทำงานหรือไม่ (เช่น ถุงมือ รองเท้ายาง) ไม่มี มี ระบุ.....

.....

2.5 ท่านใช้อุปกรณ์ป้องกัน เช่น ถุงมือ รองเท้ายาง ขณะทำงานบ่อยเพียงใด ใช้บางครั้ง ใช้ทุกครั้ง

2.6 วันที่ไปทำงานกับวันที่หยุดงานมีอาการต่างกันหรือไม่ อย่างไร

ไม่ต่างกัน วันหยุดงาน อาการดีขึ้น วันหยุดงาน อาการแย่ลง ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

2.7 เพื่อนร่วมงานที่มีอาการปวดคล้ายท่านหรือไม่ ไม่มี มี จำนวน.....คน ไม่ทราบ

ผู้บันทึก.....

ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่ (สรุปจากOPD Card และให้ความเห็น)

1. สรุปว่าเป็นโรคอะไร (ใส่รหัส ICD หรืออื่นๆ ด้วย).....
2. ความเห็นเบื้องต้นของการวินิจฉัย: เป็นโรคจากการทำงานหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ อาจจะใช่ ข้อมูลไม่เพียงพอ
3. การดำเนินการต่อ ไม่มี ติดตามผู้ป่วยเพื่อ.....
ตรวจสอบสถานที่ทำงานเพื่อ.....
อื่นๆ.....
4. ประเมินการค่าใช้จ่าย ในการรักษา คิดเป็นเงินบาท
การสอบสวน และ เฝ้าระวังป้องกันคิดเป็นเงินบาท
5. การส่งต่อผู้ป่วย ส่งต่อ รพ..... ไม่ได้ส่งต่อ
6. ข้อเสนอแนะ
.....
.....

ลงชื่อผู้ปฏิบัติงาน.....วันที่.....

แบบคัดกรองโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน

สถานบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ส่วนที่ 1 สำหรับสัมภาษณ์ผู้รับบริการ

HN.....

1. ข้อมูลทั่วไป วันที่.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อท่าน.....

อาชีพ..... ลักษณะงาน.....

หน้าที่..... ทำนาน.....ปี งานเสริม.....

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย

2.1 โปรดกาเครื่องหมาย หน้าส่วนของร่างกายที่ท่านปวดหรือชา

คอ หัวไหล่ แขน ข้อศอก ข้อมือ มือ นิ้วมือ

สะบัก หลังส่วนบน หลังล่าง สะโพก ต้นขา เข่า น่อง ข้อเท้า เท้า

2.2 ท่านมีอาการมานานเท่าใด เคยรักษามาก่อนหรือไม่ ไม่เคย เคยรักษา โดยวิธี

.....

2.3 ท่านคิดว่าอาการปวด เกิดจากการทำงานที่สถานประกอบการนี้หรือไม่ ใช่ ระบุ.....

ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ

2.4 ทำทางการทำงานแบบใด ที่เป็นสาเหตุของอาการปวดในปัจจุบัน

ทำงานท่าทางซ้ำๆ ระบุ..... การใช้แรงมือในการบีบ คั้น ยึด ดึง การนั่ง/ยืนทำงานนานเกิน 3 ชม.

การยกแขนสูงเป็นเวลานาน หรือวันละหลายครั้ง (ระบุจำนวน.....ครั้ง/วัน)

การยกของหนัก คือ.....ครั้งละ.....กก. ระยะทางครั้งละ.....เมตร วันละ.....ครั้ง การก้ม/บิด

เอี้ยวตัวครั้ง/วัน

การเข็น/ลากของหนัก คือ.....ครั้งละ.....กก. ระยะทางครั้งละ.....เมตร วันละ.....ครั้ง

2.5 ช่วงที่ไปทำงานกับช่วงที่หยุดงานมีอาการต่างกันหรือไม่ อย่างไร

ไม่ต่างกัน วันหยุดงาน อาการดีขึ้น วันหยุดงาน อาการแย่ลง ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

2.6 เพื่อนร่วมงานที่มีอาการปวดคล้ายท่านหรือไม่ ไม่มี มี จำนวน.....คน ไม่ทราบ

ผู้บันทึก.....

ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่ (สรุปจากOPD Card และให้ความเห็น)

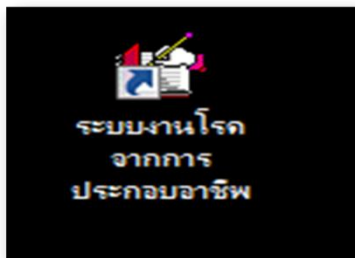
1. สรุปว่าเป็นโรคอะไร (ใส่รหัส ICD หรืออื่นๆ ด้วย).....
2. ความเห็นเบื้องต้นของการวินิจฉัย: เป็นโรคจากการทำงานหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ อาจจะใช่ ข้อมูลไม่เพียงพอ
3. การดำเนินการต่อ ไม่มี ติดตามผู้ป่วยเพื่อ.....
ตรวจสอบสถานที่ทำงานเพื่อ.....
อื่นๆ.....
4. ประมาณการค่าใช้จ่าย ในการรักษา คิดเป็นเงินบาท
การสอบสวน และ เฝ้าระวังป้องกันคิดเป็นเงินบาท
5. การส่งต่อผู้ป่วย ส่งต่อ รพ..... ไม่ได้ส่งต่อ
6. ข้อเสนอแนะ.....
.....
.....
.....

ผู้ปฏิบัติงาน.....วันที่.....

1. การเปิดและใช้งานโปรแกรมระบบงานโรคจากการประกอบอาชีพ

1. ดับเบิลคลิกไอคอนระบบงานโรคจากการประกอบอาชีพเพื่อเปิดโปรแกรม

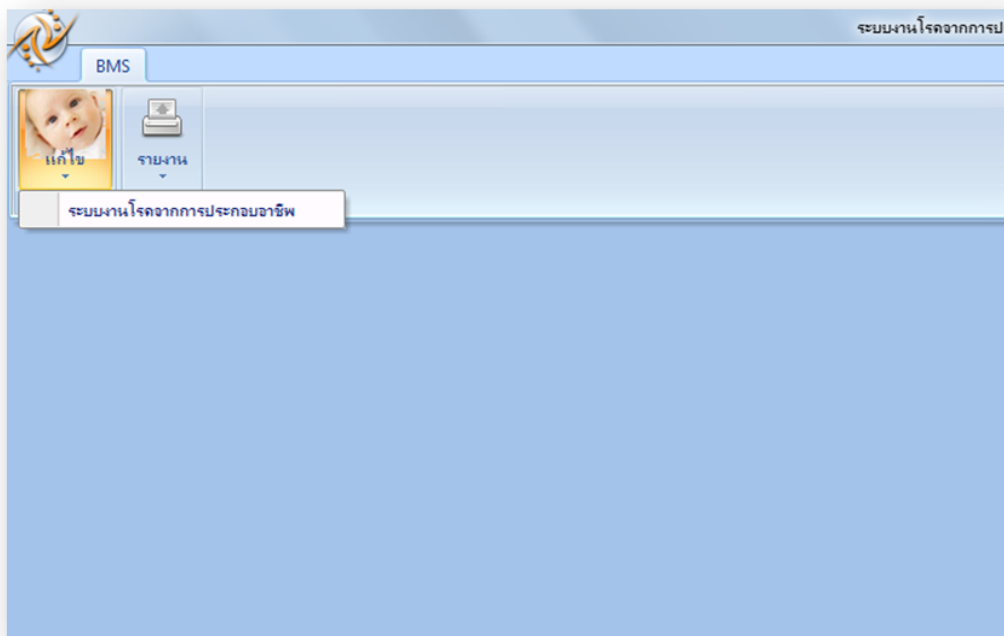
หลังจากที่เครื่องคอมพิวเตอร์ถูกถ่ายโอนหน่วยบริการสาธารณสุข ได้ทำการอัปเดตโปรแกรมระบบงานโรคจากการประกอบอาชีพ ตามที่แม่ข่ายในระบบจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้แนะนำไว้ที่หน้าจอ pop up แล้ว จะปรากฏเมนูสำหรับเปิดโปรแกรมระบบงานโรคจากการประกอบอาชีพขึ้นที่หน้าจอ



2. หลังจากนั้นโปรแกรมจะแสดงหน้า Login ให้ใส่ Username และ password ลงในช่อง
(ชุดเดียวกับที่ใช้ในโปรแกรม Hosxp Bmsecare หรือ HosxpPCU)

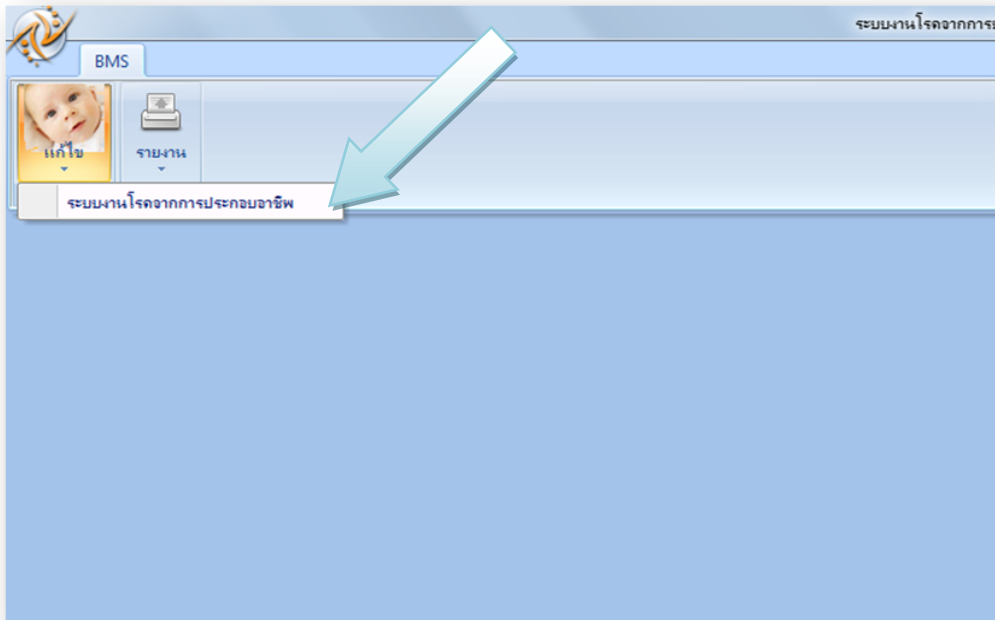


เมื่อเข้าสู่โปรแกรมระบบงานโรคจากการประกอบอาชีพเสร็จเรียบร้อยแล้ว หน้าต่างเป็นแบบนี้



3. คลิ๊กที่เมนู แก้วไข → ระบบงานโรคจากการประกอบอาชีพ

เมนูนี้เป็นการคัดแยกผู้ป่วยโรคจากการประกอบอาชีพ และผู้ป่วยด้วยสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่โรคจากการประกอบอาชีพออก เนื่องจากมีการปรับปรุงโปรแกรม Hosxp ของจังหวัดสุพรรณบุรี โดยเมื่อมีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพตามที่สำนักโรคจากการประกอบอาชีพได้กำหนดไว้ หรือมีการระบุโดยหน่วยบริการว่าเป็นโรคจากการประกอบอาชีพ หรือมีการวินิจฉัยโรคเพิ่มว่า y 96 ก็จะทำให้ระบบรายงานโรค Hosxp มีการจัดผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมาแสดงอยู่ในระบบงานโรคจากการประกอบอาชีพ แต่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต้องมาตรวจสอบความถูกต้องก่อน โดยการคัดเลือก ตรวจสอบ ปรับปรุงข้อมูลก่อนที่จะนำส่งเป็นรายงานสู่ระดับจังหวัดต่อไป



4. หลังจากนั้นจะมีหน้าต่างใหม่เกิดขึ้นมา โดยค่าเริ่มต้น จะอยู่ที่แท็บรายชื่อผู้ป่วย และวันที่จะเป็นวันที่วันนี้ หากมีผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจากการประกอบอาชีพ ตามที่กล่าวในข้อ 3. จะมีรายชื่อปรากฏ ต้องทำการคัดเลือก และปรับปรุงเพิ่มเติมข้อมูล ต่อไป โดยเริ่มจาก การค้นหาผู้ป่วยก่อน

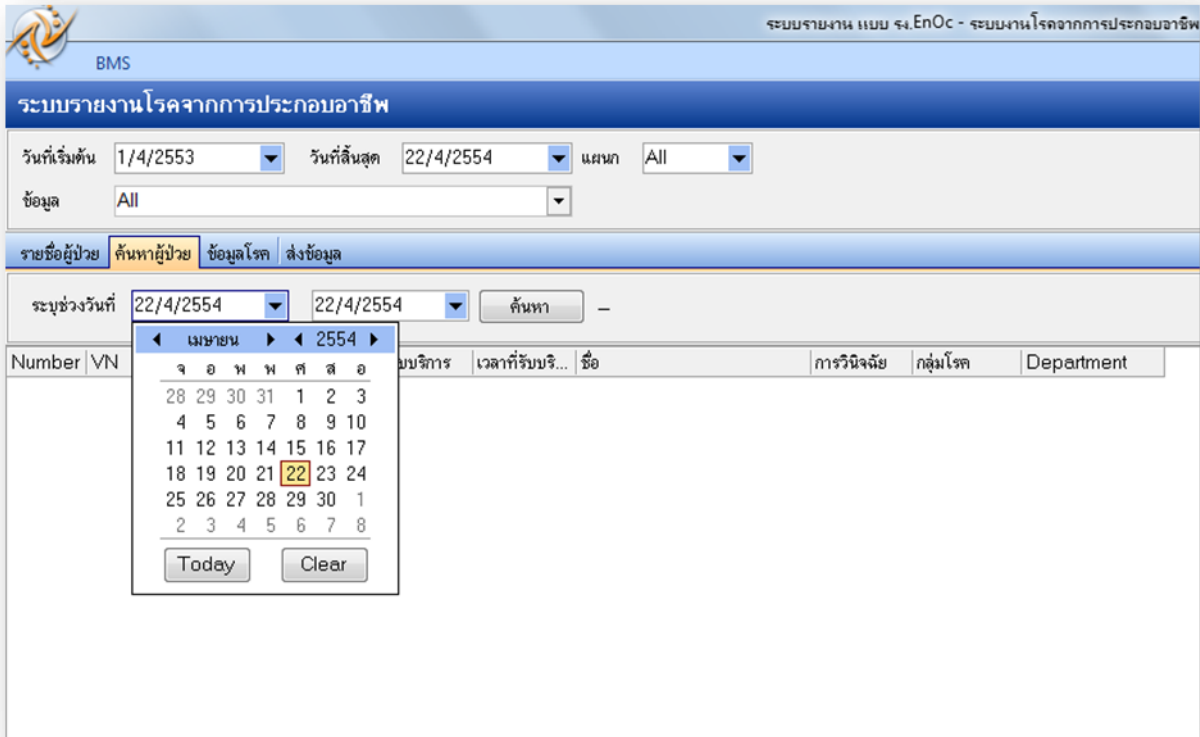
The screenshot shows the BMS system interface. At the top, there is a logo and the text "BMS" and "ระบบรายงานโรคจากการประกอบอาชีพ". Below this, there are search filters: "วันที่เริ่มต้น" (Start Date) set to 22/4/2554, "วันที่สิ้นสุด" (End Date) set to 22/4/2554, and "แผนก" (Department) set to All. There is also a "ข้อมูล" (Information) dropdown menu. Below the filters, there are four tabs: "รายชื่อผู้ป่วย" (Patient List), "ค้นหาผู้ป่วย" (Search Patient), "ข้อมูลโรค" (Disease Information), and "ส่งข้อมูล" (Send Information). The "ค้นหาผู้ป่วย" tab is selected. Below the tabs, there is a table header with columns: "ที่" (No.), "EnOc_วันที่รับบริการ" (EnOc_ Service Date), "hn" (Patient ID), "vn" (Patient ID), "เลข ปชช." (Social Security No.), and "ชื่อ" (Name).

การค้นหาผู้ป่วย

1) เลือกแท็บค้นหาผู้ป่วย

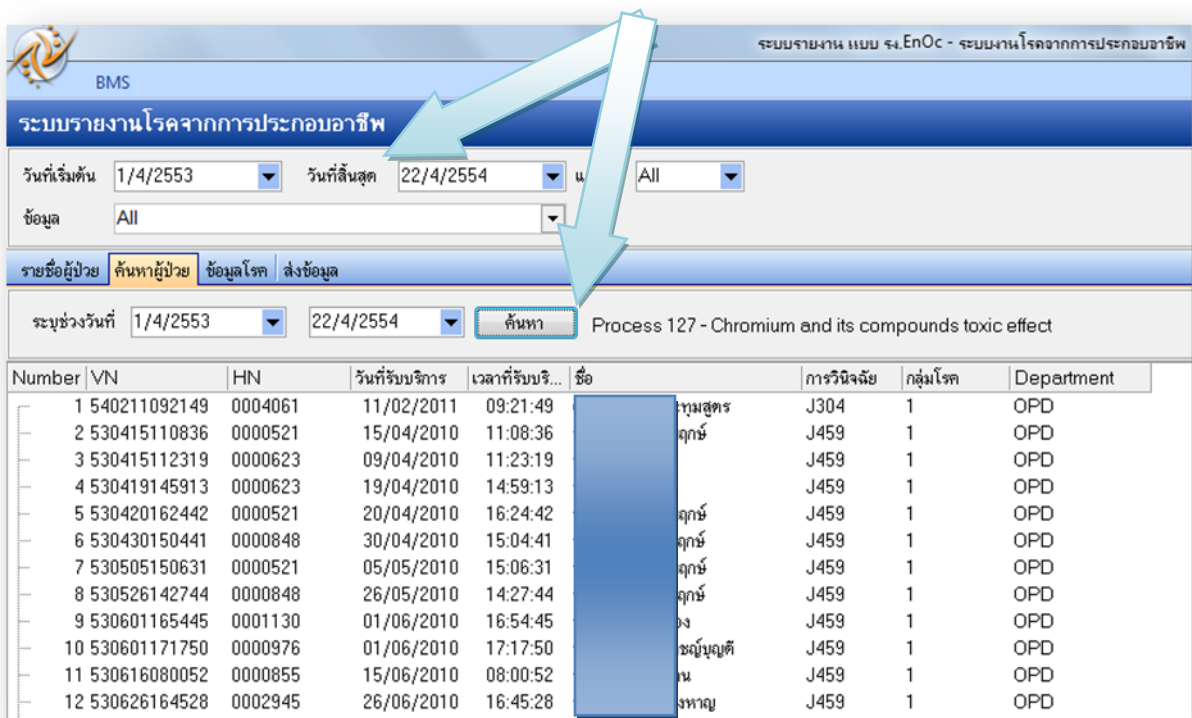
This screenshot is similar to the one above, but with a blue arrow pointing to the "ค้นหาผู้ป่วย" (Search Patient) tab. The search filters are: "วันที่เริ่มต้น" (Start Date) set to 1/4/2553, "วันที่สิ้นสุด" (End Date) set to 22/4/2554, and "แผนก" (Department) set to All. The "ข้อมูล" (Information) dropdown menu is set to All. Below the tabs, there are two date dropdown menus, both set to 22/4/2554, and a "ค้นหา" (Search) button. Below the search area, there is a table header with columns: "Number", "VN", "HN", "วันที่รับบริการ" (Service Date), "เวลาที่รับบริ..." (Time of Service), "ชื่อ" (Name), "การวินิจฉัย" (Diagnosis), "กลุ่มโรค" (Disease Group), and "Department".

2) เลือกช่วงวันที่ที่ต้องการค้นหา เพื่อทำการปรับปรุงข้อมูลระบบรายงาน



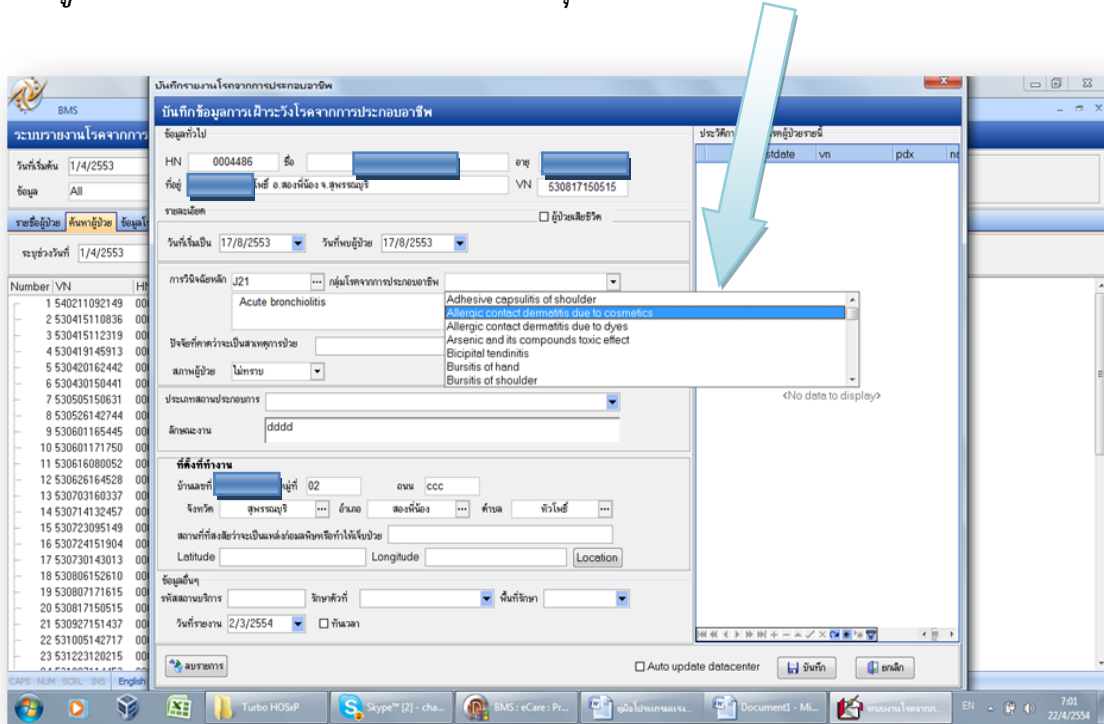
3) คลิกที่ปุ่มค้นหา หลังจากนั้นระบบจะทำการค้นหารายชื่อผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับโรคจากการประกอบอาชีพ และผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัย y 96

ผู้บันทึกสามารถดับเบิลคลิกที่ชื่อผู้ป่วย เพื่อยืนยัน บันทึกข้อมูลให้สมบูรณ์ และคัดผู้ป่วยที่ไม่เกี่ยวข้องออกจากระบบได้

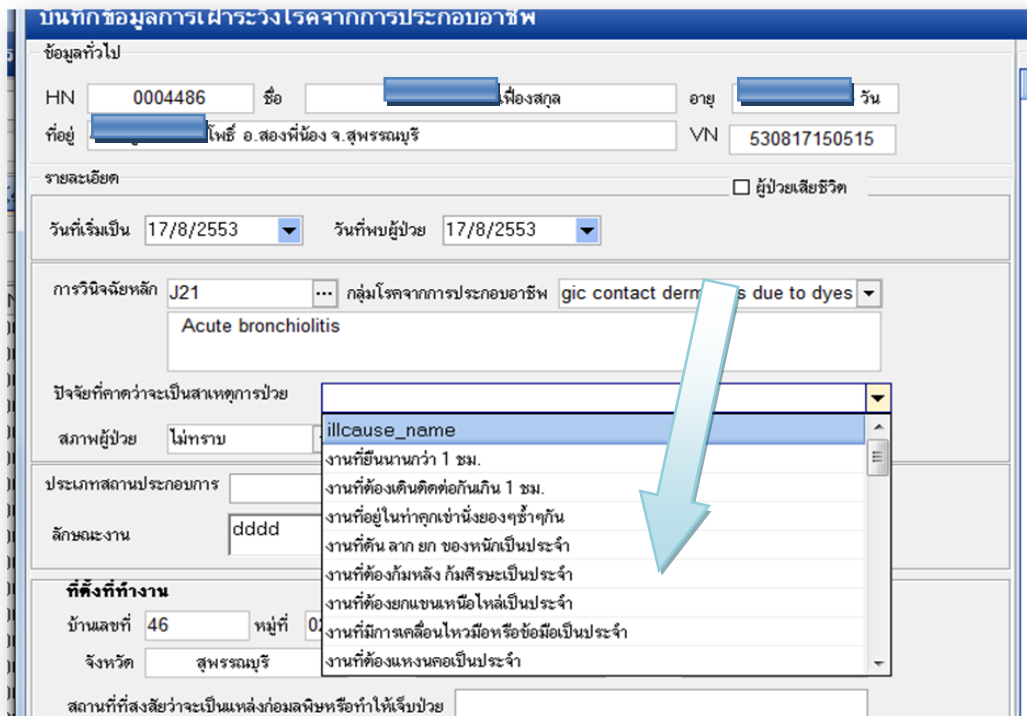


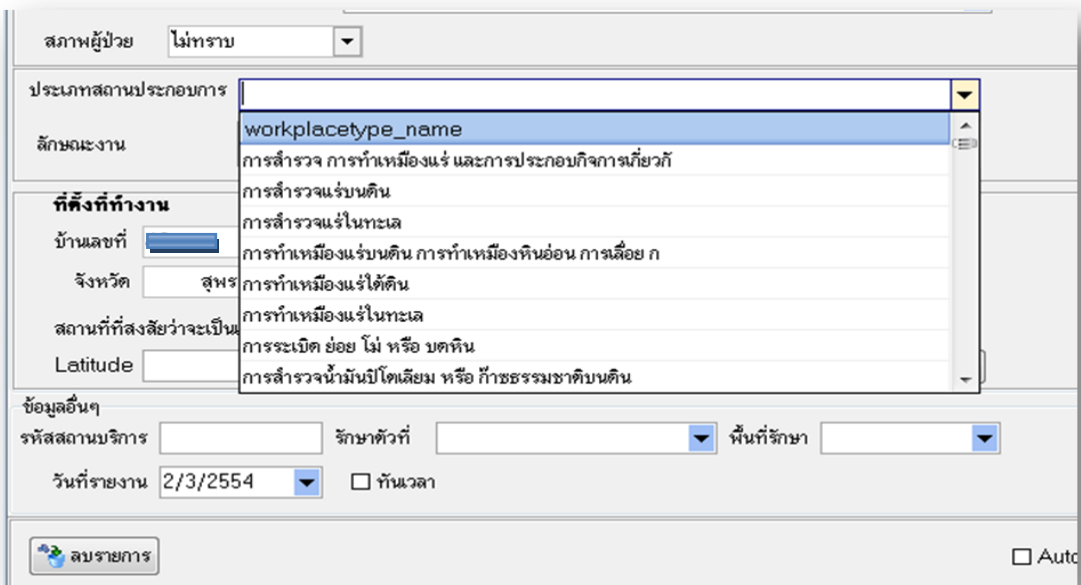
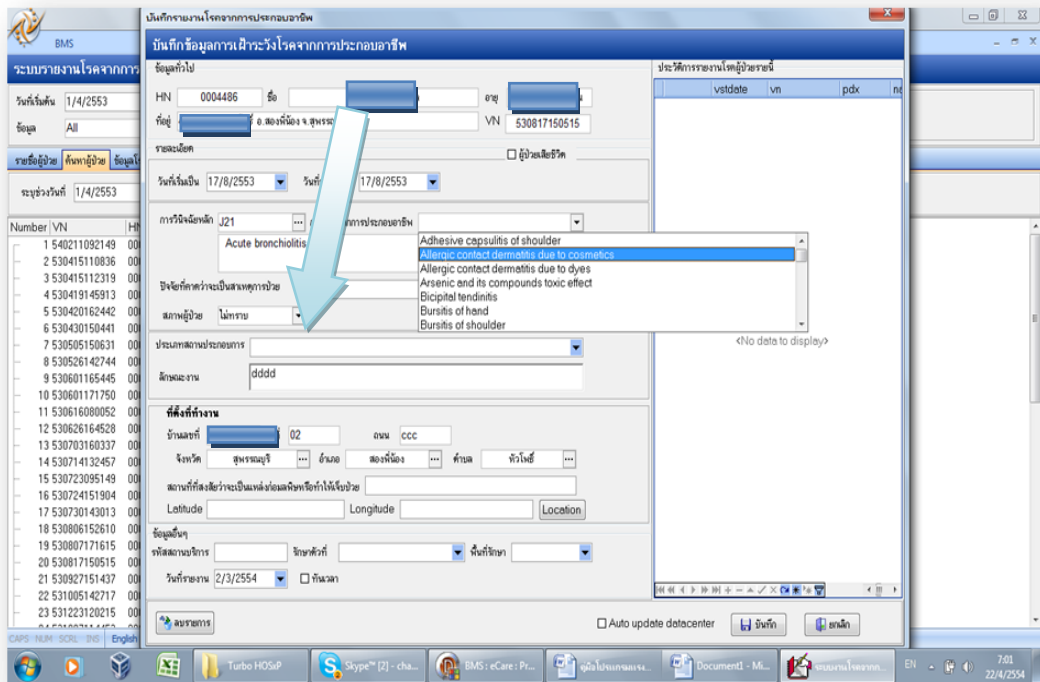
การปรับปรุงข้อมูล

1) เมื่อดับเบิลคลิกที่ชื่อผู้ป่วยจากการค้นหา มีหน้าต่างใหม่เกิดขึ้นมาให้ทำการปรับปรุง บันทึกข้อมูลให้สมบูรณ์ โดย เลือกรการวินิจฉัยโรคหลัก และกลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพ



2) เลือกปัจจัยที่คาดว่าจะป็นสาเหตุการป่วย สภาพผู้ป่วย ประเภทสถานประกอบการ ลักษณะงาน เพื่อเพิ่มความสะดวกผู้บันทึก จึงสามารถพิมพ์ได้โดยตรง หรือเลือกตามรายการได้





ปัจจัยที่คาดว่า เป็นสาเหตุการป่วย

สภาพผู้ป่วย **ไม่ทราบ**

ประเภทสถานประกอบการ หาย

ลักษณะงาน ยังรักษาอยู่

ไม่ทราบ

สภาพผู้ป่วย **ไม่ทราบ**

ประเภทสถานประกอบการ **กาชเลี้ยงสัตว์**

ลักษณะงาน **dddd**

ที่ตั้งที่ทำงาน

บ้านเลขที่ หมู่ที่ **02** ถนน **ccc**

จังหวัด **สุพรรณบุรี** อำเภอ **สองพี่น้อง** ตำบล **หัวโพธิ์**

สถานที่ที่สงสัยว่าจะเป็นแหล่งกักตุนหรือทำให้เจ็บป่วย

Latitude Longitude Location

ข้อมูลอื่นๆ

รหัสสถานบริการ รักษาตัวที่ พื้นที่รักษา

วันที่รายงาน **2/3/2554** ทันเวลา

Auto update

3) ใส่รายละเอียดอื่นๆที่สมบูรณ์ แล้วคลิกที่ปุ่มบันทึก

ที่ตั้งที่ทำงาน
บ้านเลขที่ [] หมู่ที่ 02 ถนน CCC
จังหวัด สุพรรณบุรี อำเภอ สองพี่น้อง ตำบล หัวโพธิ์
สถานที่ที่สงสัยว่าเป็นแหล่งก่อมลพิษหรือทำให้เจ็บป่วย
Latitude Longitude Location
ข้อมูลอื่นๆ
รหัสสถานบริการ รักษาตัวที่ พื้นที่รักษา
วันที่รายงาน 2/3/2554 ทั้งหมด
ลบรายการ Auto update datacenter บันทึก ยกเลิก

5. ข้อมูลที่ปรับปรุง และบันทึกแล้วจะมาแสดงในรายชื่อผู้ป่วย

BMS ระบบรายงานโรคจากการประกอบอาชีพ
วันที่เริ่มต้น 1/4/2553 วันที่สิ้นสุด 22/4/2554 แชน All
ข้อมูล All

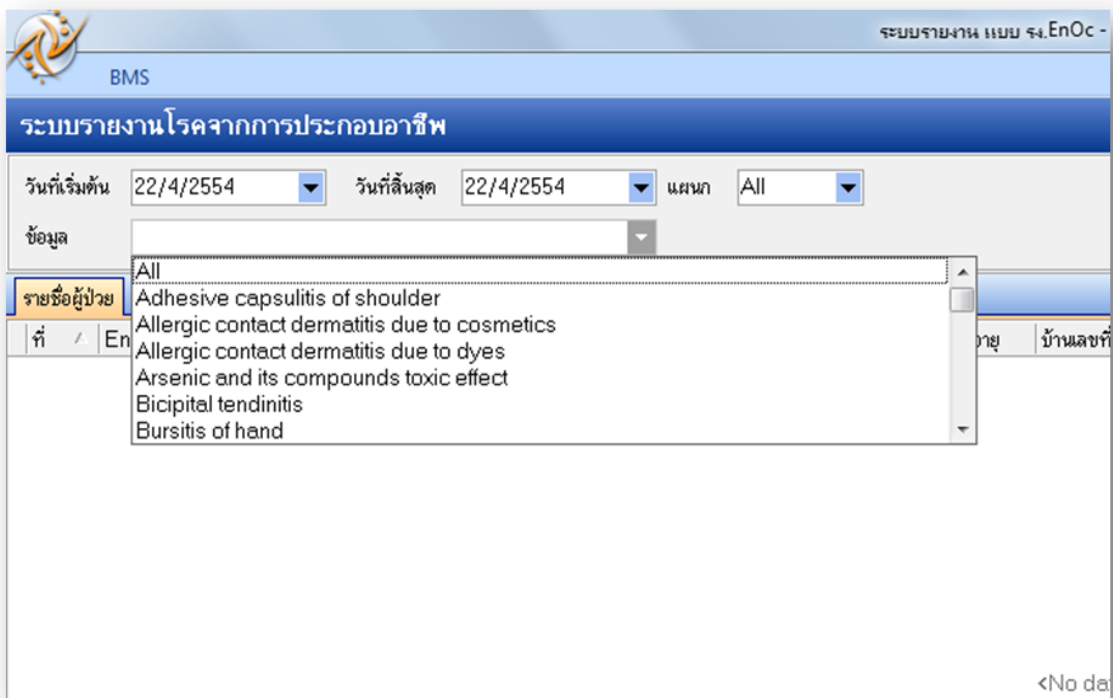
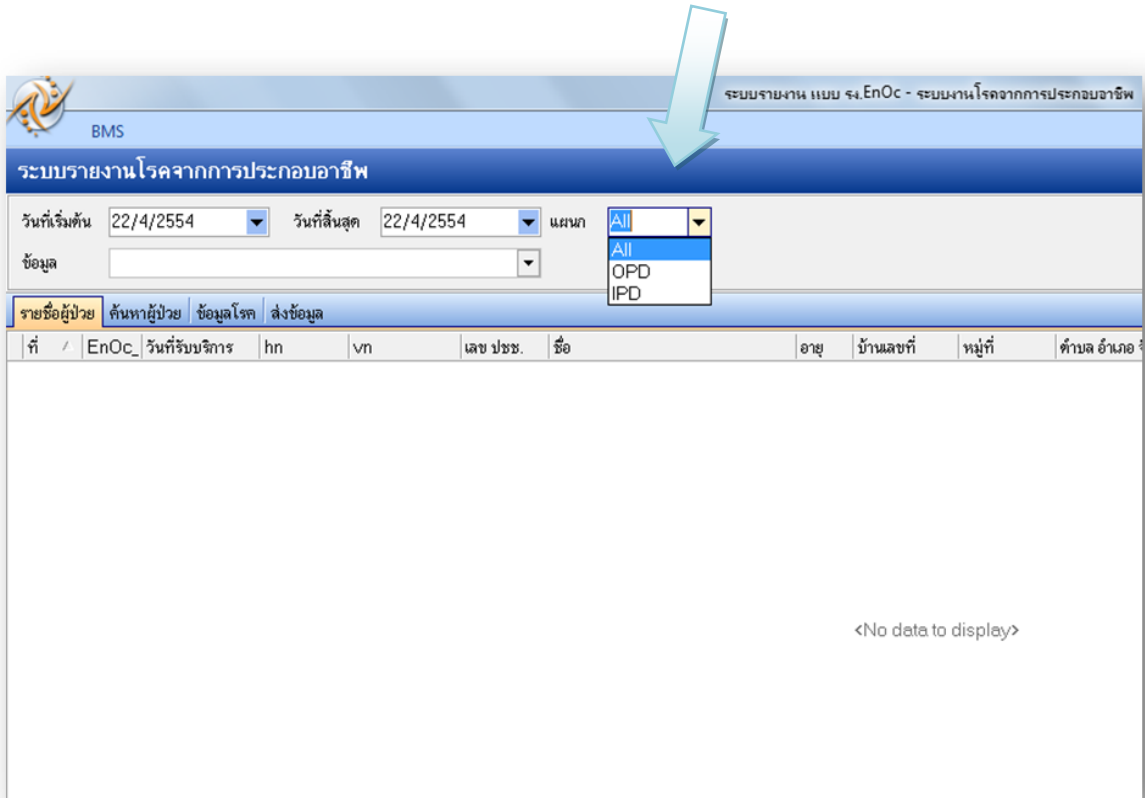
ที่	EnOc	วันที่รับบริการ	hn	vn	เลข ปชช.	ชื่อ	อายุ	บ้านเลขที่	หมู่ที่	ตำบล	อำเภอ	จังหวัด	กลุ่มโรคจากอาชีพ	codeE	การวินิจฉัย	ชื่อโรค	ผู้วินิจฉัย	dept	สถาน	ประเภท	สาเหตุ	วันที่
2	10	8/2550	0000796	50081013520	3				10	ค.หัวโพธิ์	สองพี่น้อง	สุท.	โรคจากอาชีพ	1.1.5	J620	Pneumc	adm	OPD	ddd	การ	งาน	
3	17	1/2554	0000595	54011716322	5				08	ค.หัวโพธิ์	สองพี่น้อง	สุท.	Adhesive caps	4.8	M549	Dorsalc	adm	OPD	ddd	การ	งาน	
4	8	2/2554	0001521	54020809095	3				02	ค.หัวโพธิ์	สองพี่น้อง	สุท.	Adhesive caps	4.8	J304	Allergic	adm	OPD	ddd	การ	งาน	
5	17	8/2553	0004486	53081715051	11				02	ค.หัวโพธิ์	สองพี่น้อง	สุท.	Allergic contact	3.2.13	J21	Acute b	adm	OPD	ddd	การ	งาน	

6. การเลือกดูข้อมูลตามวันที่ได้ตามต้องการ

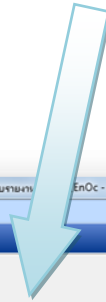
BMS ระบบรายงานโรคจากการประกอบอาชีพ
วันที่เริ่มต้น 22/4/2554 วันที่สิ้นสุด 22/4/2554 แชน All
ข้อมูล
รายชื่อผู้ป่วย
ที่ / EnOc เลข ปชช. ชื่อ อายุ บ้านเลขที่

28 29 30 31 1 2 3
4 5 6 7 8 9 10
11 12 13 14 15 16 17
18 19 20 21 22 23 24
25 26 27 28 29 30 1
2 3 4 5 6 7 8
Today Clear

7. การกรองรายชื่อผู้รับบริการ ได้โดยจำแนกได้ตามแผนก และกลุ่มโรค



ผลที่ได้จะเป็นดังนี้



ระบบรายงานโรคจากการประกอบอาชีพ

วันที่เริ่มต้น: 1/4/2553 วันที่สิ้นสุด: 22/4/2554 สถานะ: All

ข้อมูล: All

รายชื่อย่อย	วันที่รับบริการ	ข้อมูลโรค	ส่งข้อมูล	เลข ประ.	ชื่อ	อายุ	บ้านเลขที่	หมู่ที่	ตำบล	อำเภอ	จังหวัด	กลุ่มโรคจากการประ	codeE	การวินิจฉัย	ชื่อโรค	ผู้บันทึก	dept	สถานะ	ประเภท	วันที่รับ
	2/10/8/2550	0000796	50081013520	22307002	EnOc			10	ค.จิวโร	อ.สองพี่น้อง	จ.สุพรรณบุรี	โรคพิษสุนัขบ้า	1.1.5	J620	Pneumonia	adm	OPD	ddd	การฉีดวัคซีน	
	3/17/1/2554	0000595	54011716322		ค.จิวโร			08	ค.จิวโร	อ.สองพี่น้อง	จ.สุพรรณบุรี	Adhesive caps	4.8	M549	Dorsalgia	adm	OPD	ddd	การฉีดวัคซีน	
	4/8/2/2554	0001521	54020809095		ค.จิวโร			02	ค.จิวโร	อ.สองพี่น้อง	จ.สุพรรณบุรี	Adhesive caps	4.8	J304	Allergic contact dermatitis	adm	OPD	ddd	การฉีดวัคซีน	
	5/17/8/2553	0004486	53081715051		ค.จิวโร			02	ค.จิวโร	อ.สองพี่น้อง	จ.สุพรรณบุรี	Allergic contact dermatitis	3.2.13	J21	Acute bacterial conjunctivitis	adm	OPD	ddd	การฉีดวัคซีน	

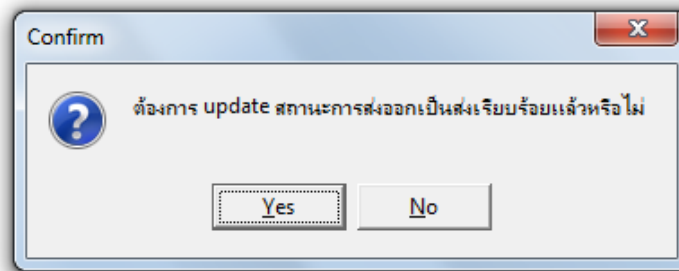
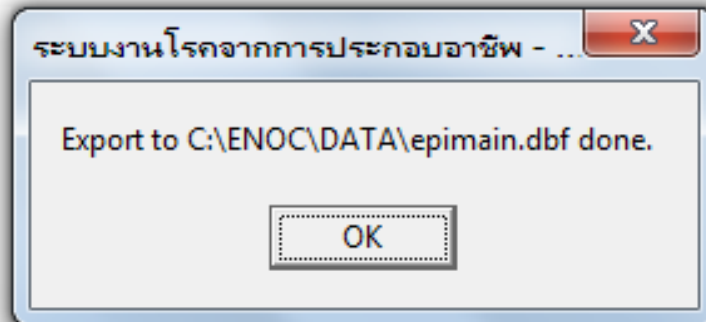
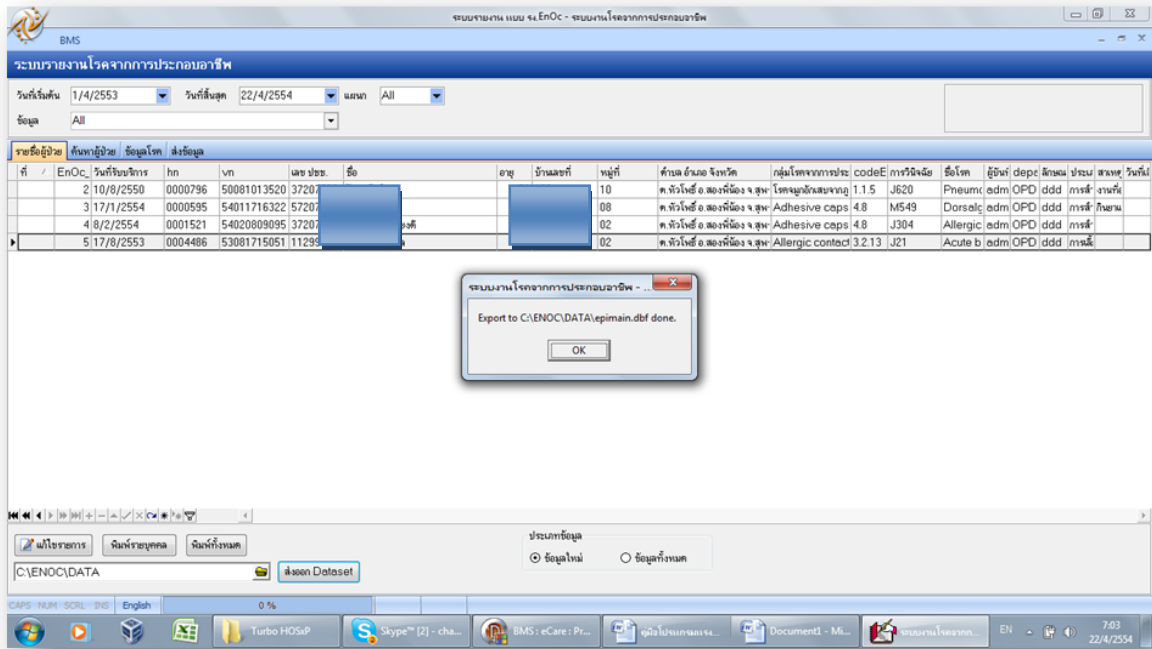
ปุ่ม: แก้ไขรายการ, พิมพ์รายงาน, พิมพ์ทั้งหมด

สถานะข้อมูล: ข้อมูลใหม่ ข้อมูลทั้งหมด

สถานะ: C:\ENOC\DATA

Taskbar: CAPS, NUM, SRL, ENG, English, 0%, Turbo HOSaP, Skype, BMS: eCare: Pr..., 7:02 22/4/2554

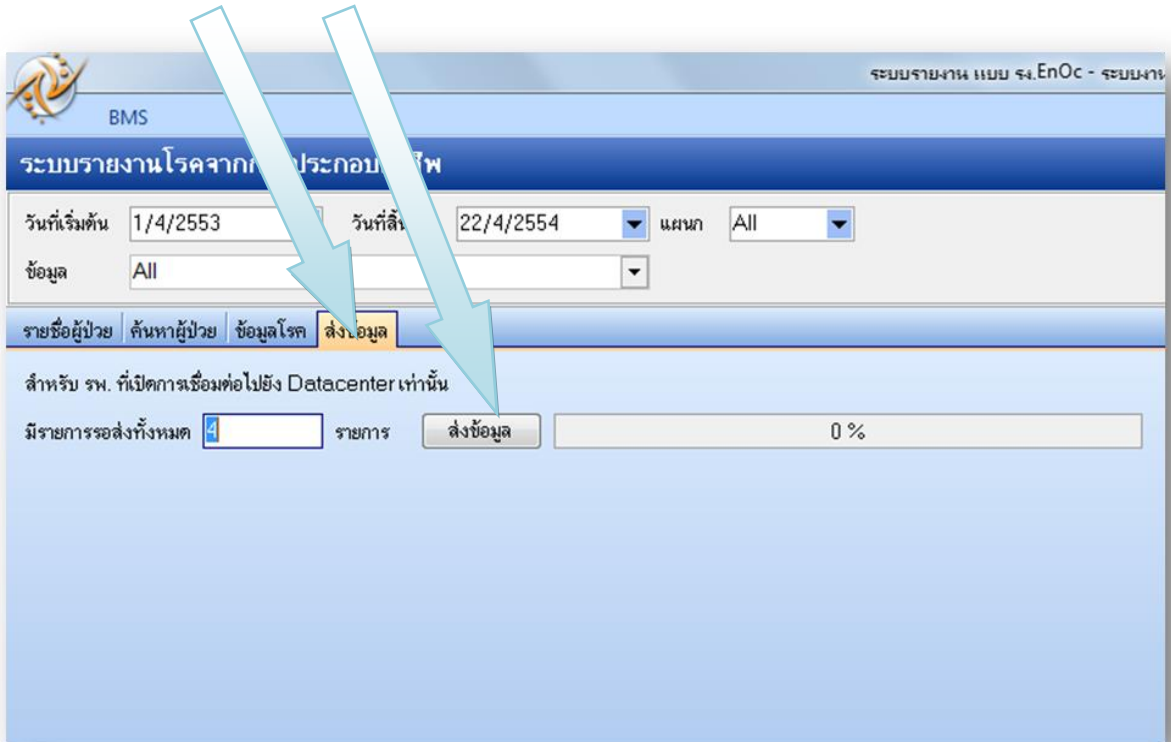
เมื่อส่งออกเสร็จแล้วระบบจะแสดงดังรูป



3)การส่งผ่าน Datacenter

เลือกแท็บส่งข้อมูล

คลิกที่ปุ่มส่งข้อมูล



4. ปัญหาอุปสรรค/ข้อค้นพบ

1) การจัดทำระบบรายงานโรคจากการประกอบอาชีพ แม้ได้เลือกพื้นที่เป้าหมายเดียวกับ โครงการพัฒนาการจัดบริการด้านอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่มีการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรอย่างเป็นระบบทั้งเชิงรุกและเชิงรับแล้ว การรายงานโรคจากการประกอบอาชีพ ก็ยัง พบปัญหาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการมีความเข้าใจไม่เท่ากันในหน่วยงาน บางแห่งคนที่ให้การ รักษาพยาบาลไม่เคยรับทราบการดำเนินงานอาชีวอนามัยเชิงรับ จึงไม่ได้ดำเนินการระบุงสาเหตุการ เจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพ

2) โปรแกรมระบบงานโรคจากการประกอบอาชีพมีข้อบกพร่องและซับซ้อน หลายหน่วยงาน ไม่สามารถติดตั้งโปรแกรมส่วนที่พัฒนาขึ้นใหม่ได้ด้วยตนเอง และกลัวว่าโปรแกรมนี้จะไปทำให้ ฐานข้อมูลเดิมได้รับความเสียหายได้ โดยในช่วงแรกของการพัฒนาโปรแกรม การติดตั้งโปรแกรมมี หลายขั้นตอน ซึ่งได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว แต่อาจเป็นเหตุให้หน่วยบริการที่ไม่ได้ติดตั้งโปรแกรมตั้งแต่แรก ขาดความต่อเนื่องในการใช้โปรแกรมไป จากการติดตามการใช้งานจะได้รับข้อเสนอแนะว่าควรลด ข้อมูลบางข้อมูลที่อาจไม่สำคัญ เพื่อให้ง่ายต่อการจัดทำรายงานโรค แต่ยังสามารถทราบสถานการณ์ได้ ตามที่ต้องการ

3) พื้นที่เริ่มใช้โปรแกรมต้องมีความพร้อมมากกว่านี้ ถึงแม้ว่าการใช้โปรแกรมระบบงานโรคจาก การประกอบอาชีพนี้ได้กำหนดพื้นที่ดำเนินการเดียวกับ โครงการพัฒนาการจัดบริการด้านอาชีวอนามัยใน หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งจะเป็นผลดีในเรื่องของศักยภาพและความรู้ของบุคลากร เรื่องโรค จากการประกอบอาชีพ แต่ก็พบปัญหาเรื่องภาระงานว่าบุคลากรที่รับผิดชอบงานต้องดำเนินการเรื่องอื่น ๆ มากยิ่งขึ้นด้วย อาจทำให้การให้ความสนใจในรายละเอียดของการใช้งานโปรแกรมน้อยลง จนมองว่าเป็น โปรแกรมที่ใช้อยากไป

4) อย่างไรก็ตาม การพัฒนาโปรแกรม โดยเน้นย้ำการพัฒนาโปรแกรมที่มีการใช้กันอยู่แล้วในหน่วย บริการสาธารณสุข ทำให้ได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ อีกทั้งเจ้าหน้าที่ที่มีความคุ้นเคยมากกว่า

5. ข้อเสนอแนะ

1) โปรแกรมระบบงานโรคจากการประกอบอาชีพควรพัฒนาให้เสร็จสมบูรณ์ก่อน พร้อมอาจต้องมึ การทดลองใช้จริงในพื้นที่อื่นๆของจังหวัดสุพรรณบุรีก่อนนำมาใช้ในพื้นที่เป้าหมายของโครงการ และ ปรับปรุงเพื่อให้ลดความยุ่งยาก โดยลดข้อมูลบางข้อมูลที่มีความสำคัญน้อยแต่หาข้อมูลยากมาก

2) ควรกำหนดการพัฒนาข้อมูลระบบงานโรคจากการประกอบอาชีพ เป็นนโยบายจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้ทุกสถานบริการสาธารณสุขจัดทำตามศักยภาพการวินิจฉัยโรคของตน และในการพัฒนางานอาชีวอนามัย ก่อนที่จะพัฒนางานอาชีวอนามัยเชิงรุกควรที่จะพัฒนาระบบงานอาชี วอนามัยเชิงรับ เพื่อจะได้ทราบสถานการณ์ในพื้นที่ก่อน

3) การใช้โปรแกรมระบบงานโรคจากการประกอบอาชีพหลังจากที่เริ่มมีการใช้งานในพื้นที่แล้ว ควรต้องมีการติดตามการใช้งาน เพื่อพัฒนาระบบต่อไป

4) ควรเน้นการนำข้อมูลที่ได้จากการจัดเก็บ รวบรวมและวิเคราะห์ ประมวลผล ไปใช้ประโยชน์ในการเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการเฝ้าระวัง จัดกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพกลุ่มแรงงาน ทั้งโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆในชุมชน

รหัสอาชีพ

code	describe	OCCUPAT	Codepat
000	ไม่มีอาชีพ	11	36
006	นักการเมือง	10	11
101	สถาปนิก	10	12
102	วิศวกร	10	12
103	นักสำรวจ	10	12
104	ช่างเทคนิควิศวกรรม	10	12
105	นักวิทยาศาสตร์	10	12
106	แพทย์	10	13
107	ศัลยแพทย์	10	13
108	ทันตแพทย์	10	13
109	สัตวแพทย์	10	13
110	อาจารย์มหาวิทยาลัย	9	14
111	ครู	9	14
112	พยาบาล	10	13
113	เภสัชกร	10	13
114	ผู้ปฏิบัติงานทางเทคนิคการแพทย์	10	13
115	พนักงานที่ทำงานช่วยเหลือด้านการแพทย์	10	13
116	ผู้พิพากษา	2	16
117	อัยการ	2	16
118	ประติมากร	10	22
119	จิตรกร	10	22
120	ช่างศิลป์	10	22
121	ช่างภาพ	10	22
122	นักประพันธ์	10	22
123	นักข่าว	10	22
124	นักหนังสือพิมพ์	10	22

125	นักแสดง	10	22
126	นางแบบ	10	22
127	นักร้อง	10	22
code	describe	OCCUPAT	Codepat
128	นักดนตรี	10	22
129	นักสังคมสงเคราะห์	10	17
130	นักสังคมวิทยา	10	17
131	นักสถิติ	10	12
132	นักเศรษฐศาสตร์	10	12
133	ผู้สอนศาสนา	10	18
134	อนุศาสนาจารย์	10	18
135	นักบัญชี	10	12
136	ผู้ปฏิบัติงานที่ใช้วิชาการอื่นๆ	10	12
137	ทนายความ	10	16
138	หมอดู	10	36
201	รับราชการ	2	
202	ทหารบก	7	16
203	ทหารเรือ	7	16
204	ทหารอากาศ	7	16
205	ทหาร, ตำรวจ	7	16
206	ข้าราชการการเมือง	10	11
207	ผู้ปฏิบัติงานหน่วยงานของรัฐอื่นๆ	2	11
208	ข้าราชการบำนาญ	10	11
209	ลูกจ้างชั่วคราว	10	36
210	ลูกจ้างประจำ	10	36
211	กำนัน	2	16
212	สารวัตรกำนัน	2	16
213	ผู้ใหญ่บ้าน	2	16
214	ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	2	16
215	แพทย์ประจำตำบล	10	36
216	นักการ-ภารโรง	10	36

301	ผู้บริหารรัฐวิสาหกิจ	10	11
302	รัฐวิสาหกิจ	10	11
303	ผู้ปฏิบัติงานหน่วยงานรัฐวิสาหกิจอื่น ๆ	10	11
code	describe	OCCUPAT	Codepat
401	เจ้าของกิจการ	4	15
402	พนักงานหน่วยงานเอกชน	3	20
403	รับจ้าง	3	20
404	กรรมกร	3	20
405	ผู้ปฏิบัติงานหน่วยงานเอกชนอื่น ๆ	3	20
406	เสมียน	3	20
501	กสิกรรม	1	23
502	เกษตรกรรม	1	23
503	ทำนา	1	23
504	ทำสวน	1	23
505	ทำไร่	1	23
506	ทำฟาร์ม	1	23
507	ประมง	8	23
508	ล่าสัตว์	1	23
509	เลี้ยงสัตว์	12	23
601	ค้าส่ง	4	15
602	ค้าปลีก	4	15
603	หาบเร่	4	15
604	ตัวแทนจำหน่าย	10	15
605	ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการค้าอื่น ๆ	4	15
606	ค้าขาย	4	15
701	นายหน้า	10	15
702	พนักงานขาย	3	15
703	พนักงานโฆษณา	3	20
704	พนักงานประชาสัมพันธ์	3	20
705	พนักงานเสิร์ฟ	3	21
706	พนักงานโรงแรม	3	21

707	พนักงานประจำสถานบริการ	3	21
708	พนักงานขับรถเมล์	3	35
709	คนขับรถรับจ้าง	3	35
code	describe	OCCUPAT	Codepat
710	คนขับรถที่ใช้สัตว์ลากเทียม	3	35
711	คนขับเรือ	3	35
712	คนปรุงอาหาร	3	21
713	คนเลี้ยงเด็ก	3	21
714	คนรับใช้	3	21
715	คนทำความสะอาด	3	21
716	คนซักกรีด	3	21
717	ช่างตัดผม	3	21
718	ช่างเสริมสวย	3	21
719	หญิงบริการ	10	36
720	ผู้รักษาความปลอดภัย	3	16
801	ช่างตัดเย็บเสื้อผ้า	3	28
802	ช่างเย็บหนัง	3	28
803	ช่างซ่อมเครื่องไฟฟ้า	3	34
804	ช่างซ่อมวิทยุโทรทัศน์	3	34
805	ช่างซ่อมเครื่องยนต์	3	34
806	ช่างอิเล็กทรอนิกส์	3	34
807	ช่างเคาะฟันสิริรถยนต์	3	34
808	ช่างซ่อมนาฬิกา	3	36
809	ช่างทอง	3	36
810	ช่างเพชรพลอย	3	36
811	ช่างเหล็ก	3	26
812	ช่างโลหะ	3	26
813	ช่างเชื่อมโลหะ	3	26
814	ช่างหลอมโลหะ	3	26
815	ช่างชุบโลหะ	3	26
816	ช่างไม้	3	24

817	ช่างเฟอร์นิเจอร์	3	24
818	ช่างปูน	3	24
819	ช่างทาสี	3	24
code	describe	OCCUPAT	Codepat
820	ช่างพิมพ์	3	33
821	ช่างทอ ปั่น จักสาน	3	28
822	ช่างถ่ายรูป	3	22
823	ช่างล้างอัดรูป	3	22
824	ผู้ปฏิบัติงานด้านช่างอื่น ๆ	3	36
825	ช่างเย็บตุ๊กตา		28
826	ช่างรับจ้าง(แม่เหล็กเครื่อง)		
827	ช่างทำศาลพระภูมิ		
828	บริการดูดน้ำมัน		
829	ผลิตปลาหวาน		
900	นักเรียน นักศึกษา แม่บ้าน (ไม่ได้ทำงาน	5	
901	นักบวช	13	18
902	ในความปกครอง	11	

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุการป่วย

code_risk	risk_type
A01	งานที่ยืนนานกว่า 1 ชม.
A02	งานที่ต้องเดินติดต่อกันเกิน 1 ชม.
A03	งานที่อยู่ในท่าคุกเข่านั่งยองๆซ้ำๆกัน
A04	งานที่คั้น ลาก ยก ของหนักเป็นประจำ
A05	งานที่ต้องก้มหลัง ก้มศีรษะเป็นประจำ
A06	งานที่ต้องยกแขนเหนือ ไหล่เป็นประจำ
A07	งานที่มีการเคลื่อนไหวมือหรือข้อมือเป็นประจำ
A08	งานที่ต้องแหงนคอเป็นประจำ
G01	การดื่มสุรา / สัปดาห์
G02	ทำงานที่มีเสียงดัง
G03	ทำงานกลางแดดทั้งวัน
G04	ทำงานในที่อากาศอบอ้าว
G05	ทำงานในที่ที่มีฝุ่นละออง
G06	ทำงานในที่ที่มีสารเคมีฟุ้งกระจาย
G07	ทำงานในที่ที่มีน้ำขัง
G08	ทำงานในที่ที่มีการใช้สารเคมี
G09	ทำงานในที่ที่อาจมีงู / สัตว์มีพิษ
G10	ทำงานที่สัมผัสความร้อน
G11	ทำงานที่ติดเชื้อง่าย
G12	ทำงานกับของมีคม
G13	ทำงานในที่สูง
G14	ทำงานกับเครื่องจักรกล / ไฟฟ้า
G15	ทำงานกับสัตว์ร้าย
G16	ทำงานในที่เปียกชื้น
G17	ทำงานในที่ที่มีเปลือกหอยบาดมีดแทงได้
P01	ไม่สวมเสื้อ กางเกง แขนขาวยาวที่มีดขีด

P02	ไม่สวมถุงมือ
P03	ไม่สวมเครื่องคลุมหัว
P04	ไม่สวมเครื่องปิดหน้า
code_risk	risk_type
P05	ไม่สวมรองเท้าบูท
P06	ผสมสารเคมีด้วยมือ
P07	ฉีดพ่นในเวลาลมแรง หรือ เปลี่ยนทิศทางบ่อย / ไม่ยืนอยู่เหนือลม
P08	สูบบุหรี่ระหว่างพ่นสารเคมี
P09	ใช้ปากเปิดภาชนะบรรจุสารเคมี
P10	สวมเครื่องประดับระหว่างพ่นสารเคมี
P11	ดื่มน้ำ และรับประทานอาหารระหว่างพ่นสารเคมี
P12	กินยาแก้แพ้ก่อนพ่นสารเคมี
P13	ไม่ล้างมือ และอาบน้ำ สระผมทันทีหลังเสร็จจากการพ่นสารเคมี
P14	เมื่อมีอาการผิดปกติ รักษาตนเอง ไม่ไปพบแพทย์ทันที
P15	ไม่สวมผ้าขี้ผึ้งกันเปื้อน
P16	ใช้ปากเป่าหัวฉีดเมื่ออุดตัน
P17	เอาภาชนะที่ใส่สารเคมีมาใส่ภาชนะอาหาร และน้ำดื่ม
P18	ไม่แยกซักเสื้อผ้าที่เปื้อนสารเคมีแยกออกจากเสื้อผ้าปกติ

ประเภทสถานประกอบการ

InCode	Inds_Name
01	การสำรวจ การทำเหมืองแร่ และการประกอบกิจการเกี่ยวกับ แร่ กรวด หิน ดิน ททราย
0101	การสำรวจแร่บนดิน
0102	การสำรวจแร่ในทะเล
0103	การทำเหมืองแร่บนดิน การทำเหมืองหินอ่อน การเลื่อย การตัด การขัดหินอ่อน
0104	การทำเหมืองแร่ใต้ดิน
0105	การทำเหมืองแร่ในทะเล
0106	การระเบิด ข่อย โม่ หรือ บดหิน
0107	การสำรวจน้ำมันปิโตรเลียม หรือ ก๊าซธรรมชาติบนดิน
0108	การสำรวจน้ำมันปิโตรเลียม หรือ ก๊าซธรรมชาติในทะเล
0109	การขุดเจาะน้ำมันปิโตรเลียม หรือ ก๊าซธรรมชาติบนดิน
0110	การขุดเจาะน้ำมันปิโตรเลียม หรือ ก๊าซธรรมชาติในทะเล
0111	การขุดดิน กรวด การคูดทราย
0112	การทำเหมืองแร่
0113	การผลิตเกลือดิบ
0114	การประกอบกิจการที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับการประกอบกิจการในหมวดนี้ แต่มิได้จัดประเภทไว้ในที่อื่น
02	การผลิตอาหาร เครื่องดื่ม และยาสูบ
0201	การฆ่าสัตว์สี่เท้า
0202	การฆ่าสัตว์ปีก และสัตว์เลื้อยคลาน
0203	การผลิตผงชูรส
0204	การผลิตอาหารกระป๋อง หรือขวด
0205	การปผลิตน้ำแข็ง
0206	การผลิตน้ำตาล หรือการทำน้ำตาลให้บริสุทธิ์
0207	การทำเกลือให้บริสุทธิ์
0208	การอบเมล็ดพืช
0209	การสีข้าว หรือแปรรูปเมล็ดพืชอื่น ๆ
0210	การทำแป้งจากมันสำปะหลัง และพืชอื่น ๆ

InCode	InCode	Inds_Name
0211		การผลิตอาหารสัตว์
0212		การผลิตน้ำมันพืช
0213		การผลิตอาหารจากแป้ง
0214		การผลิตอาหารจากเนื้อสัตว์
0215		กิจการห้องเย็น
0216		การผลิตน้ำดื่ม เบียร์ สุรา และเครื่องดื่มอื่น ๆ
0217		การบ่ม การอบใบยาสูบ ใบหญ้า
0218		การผลิตยาสูบ
0219		การผลิตอาหารและเครื่องดื่ม ซึ่งมีได้จัดประเภทไว้ในหมวดนี้
03		การผลิตสิ่งทอสิ่งถัก เครื่องแต่งกาย เครื่องประดับ ผลิตภัณฑ์จากหนังสัตว์
0301		การหีบฝ้าย ปั่นนุ่น
0302		การผลิตเส้นไหม
0303		การปั่น การทอ การฟอก การย้อม การพิมพ์ การแต่งสำเร็จ เส้นใยหรือผ้าโดยใช้เครื่องจักร
0304		การปั่น การทอ การฟอก การย้อม การพิมพ์ การแต่งสำเร็จ เส้นใยหรือผ้าโดยไม่ใช้เครื่องจักร
0305		การอัดปอ อัดใยมะพร้าว
0306		การผลิตกระสอบ
0307		การผลิตพรม สิ่งถักทอปูลาด โดยใช้เครื่องจักร
0308		การผลิตพรม สิ่งถักทอปูลาด โดยไม่ใช้เครื่องจักร
0309		การผลิตตาข่าย แห อวน เชือก
0310		การผลิตสิ่งถักทอ การผลิตผลิตภัณฑ์จากเส้นใย ซึ่งมีได้จัดประเภทไว้ในที่อื่น
0311		การผลิตสำลี ไม้พันสำลี ฝ้ายกocz
0312		การผลิตเครื่องแต่งกายสำเร็จรูปจากผ้า
0313		การทำดอกไม้ประดิษฐ์
0314		การฟอกหนังสัตว์ การแต่งสำเร็จหนังสัตว์ การตกแต่งขนสัตว์
0315		การผลิตผลิตภัณฑ์จากหนังสัตว์ และหนังเทียม
0316		การผลิตรองเท้า
04		การทำป่าไม้ การแปรรูปไม้ การผลิตผลิตภัณฑ์จากไม้
0401		การทำป่าไม้ การเลื่อยไม้ การแปรรูปไม้

InCode	Inds_Name
0402	การไผ่ การอบ การอบน้ำยาไม้
0403	การผลิตไม้บาง (วีเนียร์) ไม้อัด การผลิตชิ้นไม้ แผ่นไม้ เพื่อใช้ปูพื้นหรือเพื่อการตกแต่ง
0404	การผลิตเครื่องเรือน เครื่องตกแต่ง
0405	การผลิตผลิตภัณฑ์จากหวาย ไม้ไผ่ กก อ้อ ฟาง และพืชอื่น ๆ
0406	การเผาถ่าน
0407	การผลิตเครื่องใช้ และผลิตภัณฑ์จากไม้ที่ไม่ได้จัดประเภทไว้ในที่อื่น
05	การผลิตกระดาษ ผลิตภัณฑ์การกระดาษ และการพิมพ์ต่างๆ
0501	การผลิตเยื่อกระดาษ หรือกระดาษ
0502	การผลิตผลิตภัณฑ์จากกระดาษ
0503	การผลิตกระดาษทราย
0504	การประกอบกิจการหนังสือพิมพ์รายวัน
0505	การประกอบกิจการหนังสือพิมพ์อื่น ๆ
0506	การพิมพ์
06	การผลิตเคมีภัณฑ์ ผลิตภัณฑ์เคมี น้ำมันปิโตรเลียม ก๊าซ ยาง พลาสติก
0601	การผลิตเคมีภัณฑ์
0602	การผลิตสี หมึก สารขัดเงา น้ำมันชักเงา หรือผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่คล้ายคลึงกัน
0603	การผลิต การบรรจุยา
0604	การผลิตวัตถุระเบิด กระสุนปืน
0605	การผลิตดอกไม้เพลิง ประทัด พลุ แก๊ป
0606	การผลิตไม้ขีดไฟ
0607	การผลิตสบู่ แชมพู ยาสีฟัน เทียน น้ำหอม เครื่องสำอาง ผงซักฟอก ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ทำความสะอาด
0608	ผลิตภัณฑ์เคมี ซึ่งมีได้จัดประเภทไว้ในที่อื่น
0609	การผลิตถาว
0610	การกลั่นน้ำมันปิโตรเลียม การแยกก๊าซธรรมชาติ
0611	การผลิตจารบี น้ำมันหล่อลื่น ยางมะตอย หรือผลิตภัณฑ์อื่นที่คล้ายคลึงกันจากปิโตรเลียม
0612	การผลิต การบรรจุก๊าซ (ยกเว้น ก๊าซไฮโดรคาร์บอน)
0613	การบรรจุก๊าซไฮโดรคาร์บอน

InCode	Inds_Name
0805	การกลึงโลหะ
09	การผลิตผลิตภัณฑ์จากโลหะ การผลิตเครื่องจักร และอุปกรณ์
0901	การผลิต การซ่อม เครื่องเรือน เครื่องใช้สำนักงาน หรือเครื่องติดตั้งที่ทำด้วยโลหะ หรือโลหะเป็นส่วนใหญ่
0902	การผลิตประตู หน้าต่าง ที่ทำด้วยโลหะ หรือโลหะเป็นส่วนใหญ่
0903	การผลิตส่วนประกอบด้วยโลหะ เพื่อใช้ในการก่อสร้าง
0904	การผลิตท่อ เครื่องประกอบท่อ
0905	การผลิต การซ่อม หม้อน้ำ และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกัน
0906	การผลิตผลิตภัณฑ์จากลวด หรือผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกัน
0907	การผลิตสายเคเบิล สายไฟฟ้า สายโทรทัศน์
0908	การเคลือบ ชุบ อบ ขัด หรือแต่งสำเร็จโลหะ
0909	การผลิตเครื่องจักร เครื่องยนต์ เครื่องกำเนิดไฟฟ้า หม้อแปลง รวมทั้งส่วนประกอบและ
0910	การผลิต การประกอบ การซ่อม เครื่องมือ เครื่องใช้ทางการแพทย์ และทางการถ่ายภาพ ซึ่งมิได้จัดประเภทไว้ในที่อื่น
0911	การผลิต การประกอบ เครื่องปรับอากาศ
0912	การผลิต การประกอบ เครื่องใช้ไฟฟ้าในบ้านเรือน
0913	การผลิต การประกอบวิทยุ โทรทัศน์ ชิ้นส่วน หรืออุปกรณ์สำหรับใช้กับเครื่องวิทยุ โทรทัศน์
0914	การผลิต การประกอบนาฬิกา อุปกรณ์ และชิ้นส่วนนาฬิกา
0915	การผลิต การประกอบ การซ่อม เครื่องมือ เครื่องใช้ที่ใช้ไฟฟ้าต่าง ๆ อุปกรณ์ไฟฟ้า ซึ่งมิได้จัดประเภทไว้ในที่อื่น
0916	การผลิตแบตเตอรี่แห้ง
0917	การผลิตแบตเตอรี่น้ำ
0918	การผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ที่ทำด้วยโลหะ ผลิตภัณฑ์จากโลหะ ซึ่งมิได้จัดประเภทไว้ในที่อื่น
0919	การผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ที่ทำด้วยโลหะ ผลิตภัณฑ์จากโลหะ ซึ่งมิได้จัดประเภทไว้ในที่อื่น
10	การผลิต การประกอบ การซ่อม ยานพาหนะ และอุปกรณ์
1001	การต่อ การซ่อม การรื้อเรือ ที่ทำด้วยโลหะ หรือโลหะเป็นส่วนใหญ่
1002	การต่อ การซ่อมเรือประเภทอื่น
1003	การผลิต การซ่อมรถจักร รถพ่วง อุปกรณ์รถไฟ

InCode	Inds_Name
1004	การผลิต การประกอบรถยนต์ รถแทรกเตอร์ ดั้วดึง และโครงหลังการรถยนต์
1005	การผลิต การประกอบจักรยาน จักรยานยนต์ทุกประเภท
1006	การผลิตรถชนิดลากจูงด้วยแรงสัตว์ และรถเข็น
1007	การผลิต การประกอบรถใช้งานเกษตรกรรม
1008	การผลิตชิ้นส่วน หรืออุปกรณ์ของยานพาหนะ
1009	การซ่อมรถยนต์ รถแทรกเตอร์ และยานพาหนะอื่น ๆ
1010	การซ่อม และบำรุงรักษาอากาศยาน
1011	สถานีโทรทัศน์
11	อุตสาหกรรมการผลิตอื่น ๆ
1101	การผลิต การเจียรไน การซ่อม เครื่องประดับที่ทำด้วยเพชร พลอย ไข่มุก โลหะ และหินมีค่า
1102	การผลิตเครื่องประดับอื่น ๆ
1103	การผลิตเครื่องเงิน เครื่องถม เครื่องสัมฤทธิ์ และการผลิตอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกัน
1104	การผลิตเครื่องดนตรี เครื่องกีฬา และอุปกรณ์
1105	การผลิตเครื่องเขียน และอุปกรณ์
1106	การผลิตแว่นตา
1107	การผลิตที่นอน และหมอน
1108	การผลิตเบาะรถยนต์ หรือเบาะอื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน
1109	การผลิตผลิตภัณฑ์เบ็ดเตล็ด ซึ่งมีได้จัดประเภทไว้ในที่อื่น
12	สาธารณูปโภค
1201	การติดตั้งไฟฟ้าสายหลัก
1202	การติดตั้งประปาสายหลัก
1203	การติดตั้งโทรศัพท์สายหลัก
13	การก่อสร้าง การติดตั้งเครื่องจักร การขุด หรือเจาะบ่อน้ำ
1301	การก่อสร้าง
1302	การรื้ออาคาร สิ่งปลูกสร้าง
1303	การติดตั้งเครื่องจักร อุปกรณ์โรงงาน
1304	การปูพื้น การทาสีอาคาร
1305	การขุด หรือเจาะบ่อน้ำ

InCode	Inds_Name
14	การขนส่ง การคมนาคม คลังสินค้า
1401	การขนส่งทางรถไฟ
1402	การขนส่งสินค้าทางรถยนต์ รวมทั้งการขนถ่าย
1403	การขนส่งสินค้าทางน้ำ ภายในประเทศและทะเลชายฝั่ง
1404	การขนส่งสินค้าทางทะเลหลวง
1405	การขนส่งทางอากาศ
1406	การขนถ่ายสินค้าทางน้ำ
1407	การขนส่งผู้โดยสารทางรถยนต์
1408	การขนส่งผู้โดยสารทางน้ำ ภายในประเทศและทะเลชายฝั่ง
1409	การขนส่งผู้โดยสารทางทะเลหลวง
1410	กิจการท่าเรือ
1411	การบำรุงรักษา และการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสะพานเทียบเรือ
1412	สำนักงานตัวแทนสายการบิน สายการบินเดินเรือ
1413	การบรรจุหีบห่อ นายหน้าขนส่ง การตรวจสอบสินค้า
1414	สำนักงานจัดการเดินทาง
1415	สำนักงานบริการนำเที่ยว
1416	สำนักงานบริการให้เช่ายานพาหนะ โดยไม่มีพนักงานขับ
1417	สำนักงานบริการให้เช่ายานพาหนะ โดยมีพนักงานขับ
1418	กิจการคลังสินค้า การรับฝาก
15	การค้า
1501	การค้าผลิตภัณฑ์ทางการเกษตร
1502	การค้าสัตว์มีชีวิต
1503	การค้าแร่ และเคมีภัณฑ์
1504	การค้าน้ำมันเชื้อเพลิง ก๊าซเชื้อเพลิง และวัสดุไวไฟอื่น ๆ ที่มีลักษณะเป็นเชื้อเพลิง
1505	การค้าวัสดุก่อสร้าง
1506	การค้าเครื่องเรือน เครื่องจักรกล เครื่องไฟฟ้า ยานพาหนะ รวมทั้งอุปกรณ์
1507	ร้านสรรพสินค้า ร้านสินค้าเบ็ดเตล็ด
1508	การค้าที่ได้จัดประเภทไว้ในที่อื่น

InCode	Inds_Name
16	ประเภทกิจการอื่น ๆ
1601	สถาบันการเดิน สถาบันการประกันภัย สถาบันการศึกษา สถาบันการวิจัย การบริการทาง
1602	โรงพยาบาล สถานพยาบาล และบริการเกี่ยวกับสุขภาพ
1603	สถานสอนขับรถยนต์
1604	บริการวิศวกรรม เทคนิค และสถาปัตยกรรม
1605	บริการโฆษณา การตกแต่งสถานที่ และงานพาณิชย์ศิลป์
1606	การให้เช่าตัวแทน นายหน้า ซื้อขายอสังหาริมทรัพย์ รวมทั้งการจัดสรรบ้าน และที่ดิน
1607	บริการให้เช่า ซ่อม เครื่องจักร เครื่องจักรกล เครื่องยนต์ และอุปกรณ์ (ยกเว้นเครื่องใช้
1608	บริการให้เช่า ซ่อม เครื่องใช้ เครื่องจักรสำนักงาน และเครื่องจักรลงบัญชี
1609	สถานีวิจัย บริการให้เช่า จำหน่าย หรือฉายภาพยนตร์ การบันทึกเทปภาพยนตร์ การบันทึกเทป
1610	บริการบันเทิง กีฬา สโมสร สวนพฤกษชาติ พิพิธภัณฑ์สถาน สถานแสดงสินค้าและ
1611	สถานีโทรทัศน์
1612	การสร้างภาพยนตร์ เทปโทรทัศน์
1613	บริการเดินสายไฟฟ้า
1614	บริการติดตั้งประปา
1615	บริการ ชัก อบ ริด
1616	บริการรักษาความปลอดภัย หรือ สำนักงานนักสืบ
1617	บริการสุขภาพ การทำความสะอาด การบำรุงรักษา สถานที่ หรือบริการอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกัน
1618	บริการบำรุงรักษาอนามัย ออบ อบ นวด
1619	การถ่ายภาพ การล้างฟิล์ม และการอัดภาพ (ยกเว้น เพื่อการสร้างภาพยนตร์)
1620	บริการตัดเสื้อ เสริมสวย รวมถึง โรงเรียนสอน
1621	การเลี้ยงสัตว์
1622	สวนสัตว์
1623	ภัตตาคาร ร้านอาหาร โรงแรม
1624	งานอาชีพ หรือ บริการที่มีได้จัดประเภทไว้ในที่อื่น

ปัจจัยเสี่ยงกับการทำงาน

code_risk	Risk
G01	การดื่มสุรา / สับดาห์
G02	ทำงานที่มีเสียงดัง
G03	ทำงานกลางแดดทั้งวัน
G04	ทำงานในที่อากาศอบอ้าว
G05	ทำงานในที่ที่มีฝุ่นละออง
G06	ทำงานในที่ที่มีสารเคมีฟุ้งกระจาย
G07	ทำงานในที่ที่มีน้ำขัง
G08	ทำงานในที่ที่มีการใช้สารเคมี
G09	ทำงานในที่ที่อาจมีงู / สัตว์มีพิษ
G10	ทำงานที่สั่นสะเทือน
G11	ทำงานที่ติดเชื้อง่าย
G12	ทำงานกับของมีคม
G13	ทำงานในที่สูง
G14	ทำงานกับเครื่องจักรกล / ไฟฟ้า
G15	ทำงานกับสัตว์ร้าย
G16	ทำงานในที่เปียกชื้น

แบบ รง 506/2 สำนักวิชาพยาบาลวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บัตรรายงานผู้ป่วย โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม แบบ รง. 506/2 รายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา สำนักวิชาพยาบาลวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โทร. 0-2300-1714, 0-2300-1776		เลขที่ สสง..... เลขที่ สอ/รพ.....
1. โรคปอดและทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> 1.1 โรคปอดอักเสบ <input type="checkbox"/> 1.1.1 โรคหัด (Diphtheria) <input type="checkbox"/> 1.1.2 โรคไอซิม (Asbestosis) <input type="checkbox"/> 1.1.3 โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) <input type="checkbox"/> 1.1.4 อื่น ๆ (ระบุ)..... <input type="checkbox"/> 1.2 โรคหืดเรื้อรัง (Occupational asthma) <input type="checkbox"/> 1.3 โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) <input type="checkbox"/> 1.4 อื่น ๆ (ระบุ)..... 2. โรคหูและตา <input type="checkbox"/> 2.1 โรคการได้ยินเสื่อมเหตุเสียงดัง (Noise induced hearing loss) <input type="checkbox"/> 2.2 โรคหูหนวกจากพิษสารหนู (Arsenic poisoning) <input type="checkbox"/> 2.3 การอุดตันของหลอดเลือดแดง (Arterial gas embolism) <input type="checkbox"/> 2.4 การเจ็บปวดเหตุความเครียด (Heat stress) <input type="checkbox"/> 2.5 อื่น ๆ (ระบุ)..... 3. โรคผิวหนัง <input type="checkbox"/> 3.1 โรคผิวหนังอักเสบจากการสัมผัส (Contact dermatitis) <input type="checkbox"/> 3.1.1 ผิวหนังอักเสบเหตุสารระคาย (Irritant contact dermatitis) <input type="checkbox"/> 3.1.2 ผิวหนังอักเสบเหตุภูมิแพ้ (Allergic contact dermatitis) <input type="checkbox"/> 3.2 อื่น ๆ (ระบุ).....	4. โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> 4.1 โรคปวดหลังเรื้อรัง (Occupational back pain) <input type="checkbox"/> 4.2 อื่น ๆ (ระบุ)..... 5. โรคพิษงู <input type="checkbox"/> 5.1 โรคพิษงู (Snake envenomation) (ระบุ)..... <input type="checkbox"/> 5.2 โรคพิษงูและสัตว์อื่น ๆ (ระบุ)..... 6. โรคพิษจากสัตว์ <input type="checkbox"/> 6.1 โรคพิษเห็บ (Meningitis) <input type="checkbox"/> 6.2 โรคพิษพิษอื่น ๆ (ระบุ)..... 7. โรคพิษโลหะหนัก <input type="checkbox"/> 7.1 โรคพิษตะกั่ว (Lead poisoning) <input type="checkbox"/> 7.1.1 ระดับตะกั่วในเลือด สูงกว่าปกติ (ระบุ).....มก./ดล. <input type="checkbox"/> 7.2 โรคพิษสารหนู (Arsenic poisoning) <input type="checkbox"/> 7.3 โรคพิษแคดเมียม (Cadmium poisoning) <input type="checkbox"/> 7.4 โรคพิษปรอท (Mercury poisoning) <input type="checkbox"/> 7.5 อื่น ๆ (ระบุ)..... 8. โรคพิษสารระเหยและสารทำลาย <input type="checkbox"/> 8.1 โรคพิษเบนซีน (Benzene poisoning) <input type="checkbox"/> 8.2 โรคพิษโทลูอีน (Toluene poisoning) <input type="checkbox"/> 8.3 โรคพิษไซโตริล (Cyanide poisoning) <input type="checkbox"/> 8.4 โรคพิษไตรคลอโรเอทิลีน (Trichloroethylene poisoning) <input type="checkbox"/> 8.5 อื่น ๆ (ระบุ).....	9. โรคพิษจากก๊าซ <input type="checkbox"/> 9.1 โรคพิษก๊าซพิษไดออกไซด์ (Sulphur dioxide poisoning) <input type="checkbox"/> 9.2 โรคพิษไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen dioxide poisoning) <input type="checkbox"/> 9.3 โรคพิษคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbonmonoxide poisoning) <input type="checkbox"/> 9.4 โรคพิษแอมโมเนีย (Ammonia poisoning) <input type="checkbox"/> 9.5 อื่น ๆ (ระบุ)..... 10. โรคพิษจากสารเคมีอันตรายและสารเคมีอื่น ๆ <input type="checkbox"/> 10.1 โรคพิษจากสารกำจัดแมลง <input type="checkbox"/> 10.1.1 โรคพิษออร์กาโนฟอสเฟต (Organophosphate poisoning) <input type="checkbox"/> 10.1.2 โรคพิษคาร์บอเนต (Carbonate poisoning) <input type="checkbox"/> 10.1.3 โรคพิษไพริทรัธ (Pyrethroid poisoning) <input type="checkbox"/> 10.1.4 อื่น ๆ (ระบุ)..... <input type="checkbox"/> 10.2 โรคพิษสารกำจัดวัชพืชและสัตว์แพะ <input type="checkbox"/> 10.2.1 โรคพิษซีลีเนียม (Selenium poisoning) <input type="checkbox"/> 10.2.2 อื่น ๆ (ระบุ)..... <input type="checkbox"/> 10.3 โรคพิษสารกำจัดวัชพืช <input type="checkbox"/> 10.3.1 โรคพิษพาราควอต (Paraquat poisoning) <input type="checkbox"/> 10.3.2 โรคพิษกลีโฟเสต (Glyphosate poisoning) <input type="checkbox"/> 10.3.3 อื่น ๆ (ระบุ)..... <input type="checkbox"/> 10.4 โรคพิษสารเคมีอื่น ๆ (ระบุ)..... <input type="checkbox"/> 11. โรคจากสารประกอบอาชีพหรือจากสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ (ระบุ).....
ชื่อผู้ป่วย..... HN. □□□□□□ เลขที่บัตรประชาชน □□□□□□□□□□□□□□□□		
เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง	อายุ.....ปี.....เดือน	ระยะเวลาผู้ป่วย <input type="checkbox"/> 1. ผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> 2. ผู้ป่วยใน
อาชีพ..... ลักษณะงาน..... สถานที่ทำงาน/ประเภทโรงงาน..... ที่ตั้งที่ทำงาน เลขที่..... ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....		
ชื่อผู้ปฏิบัติงาน เลขที่..... ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....		
สถานที่ส่งตรวจจะเป็นแพทย์หรือพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อื่น <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี (ระบุ).....		
วันที่เข้ารับการรักษา...../...../..... สถานที่รักษา..... อำเภอ..... จังหวัด.....		
สถานผู้ป่วย <input type="checkbox"/> 1. เชื้อชีวิต <input type="checkbox"/> 2. สำรับรักษา <input type="checkbox"/> 3. อื่น ๆ.....		บัญชีที่คาดว่าจะเป็นสาเหตุการป่วย <input type="checkbox"/> 1. จากสารประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> 2. จากสิ่งแวดล้อม
ชื่อผู้รายงาน..... สถานที่ทำงาน..... วันที่บันทึกรายงาน...../...../.....		

หมายเหตุ:- โปรดทำเครื่องหมาย X ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ และกรอกลงละเอียดในช่องว่างให้ชัดเจน

ภาคผนวก ก

ตารางที่ 16 ตารางการอบรมเชิงปฏิบัติการ/ศึกษาดูงาน การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ในการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี
ระหว่างวันที่ 10-14 มกราคม 2554 ณ . ห้องประชุม HUT สคร.10 จังหวัดเชียงใหม่ และ PCU หนองหาร อ.สันทราย จ.เชียงใหม่

วันที่ 11 มกราคม 2554	9.00-12.00 น.		13.00-16.30 น.
<p>สถานที่ PCU หนองหาร และ กลุ่มแรงงาน 2 กลุ่ม พื้นที่ อ.สันทราย จ. เชียงใหม่</p>	<p>สถานที่ PCU หนองหาร อ.สันทราย จ.เชียงใหม่</p> <p>☺ ประเมินความรู้ก่อนเรียน หมอหัดล่า PCU หนองหาร รพ.สันทราย</p> <p>☺ ชวนเรียนรู้เรื่องการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับและเชิงรุก(หมอหัดล่า)</p> <p>☺ การสนับสนุนการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (ผู้แทนอบต.หนองหาร/เทศบาลเมืองแม่โจ้)</p> <p>☺ การประเมินความเสี่ยงโดยวิธีการวิเคราะห์งาน(JSA) (คุณพรทิพย์ คิริแก้ว รพ.สัน ทราย)</p> <p>☺การศึกษาดูงาน มอบหมายงาน/ ดูงานตามฐาน3 ฐานคือ PCU หนองหาร/ 1.การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ 2.การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ 3. การประเมินอันตรายและความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการประกอบอาชีพและการ ป้องกันควบคุมความเสี่ยงและจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในกลุ่มแรงงานในชุมชน (ผู้แทน PCUหนองหาร/รพ.สันทราย)</p>	<p>พักรับประทานอาหารกลางวัน</p>	<p>สถานที่ สคร.10 เชียงใหม่ ห้องประชุม (HUT งานแมลง)</p> <p>ประชุมกลุ่มย่อยเพื่อสรุปผลการศึกษาดูงาน จัดทำรายงาน พร้อม ภาพประกอบ 2 ชั่วโมง (สถานที่ห้องประชุมHUT)</p> <p>นำเสนอประเด็น</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ การจัดบริการเชิงรับ ▪ การจัดบริการเชิงรุก ▪ การประเมินความเสี่ยง/การจัดการความเสี่ยง (มีภาพประกอบ) <p>โดยแต่ละประเด็นนำเสนอใน 4 หัวข้อ คือการดำเนินงานที่มีอยู่/ จุดเด่นที่พบ/ ส่วนขาดที่ยังต้องพัฒนา/การนำไปพัฒนางาน รพ สต.PCUของผู้ศึกษาดูงาน นำเสนอกลุ่มละ 30นาที วิทยากรเพิ่มเติมความรู้30นาที</p> <p>วิทยากร อนงค์ศิลป์ ด่านไพบุลย์ ชาญณรงค์ ชัยสุวรรณ และ พิษณุดา ทาจิณะ งาน โรคจากการประกอบอาชีพฯ สคร.10 (ผู้แทน PCUหนองหาร/อบต.หนองหาร/ทม.แม่โจ้)</p>

ตารางที่ 16 ตารางการอบรมเชิงปฏิบัติการ/ศึกษาดูงาน การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ในการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี
ระหว่างวันที่ 10-14 มกราคม 2554 ณ . ห้องประชุม HUT สคร.10 จังหวัดเชียงใหม่ และ PCU หนองหาร อ.สันทราย จ.เชียงใหม่ (ต่อ)

วันที่ 12 มกราคม 2554	9.00-12.00 น.			13.00-16.30 น.
สถานที่ สคร.10 จ.เชียงใหม่ (HUT)	โรคจากการทำงานและการวินิจฉัย/การลง รหัสICD10 วิทยากร นพ.จรัส สิงห์แก้ว ผอ.รพ.สารภี จ.เชียงใหม่	การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับ/เชิงรุก วิทยากร นพ.จรัส สิงห์แก้ว ผอ.รพ.สารภี จ.เชียงใหม่	พักรับประทานอาหารกลางวัน	1.การวางแผนการดำเนินงานแบบบูรณาการในพื้นที่ ระหว่าง อปท. สอ./รพสต. วิทยากร อนงค์ศิลป์ ด่านไพบูลย์ สคร.10และคณะ 2.ประเมินผลหลังอบรม
วันที่ 13 มกราคม 2554	ศึกษาดูงานในพื้นที่			สรุปผลการศึกษาดูงานและอภิปรายผล