

การพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบ

Development of Occupational Health Services in Health Centers for Informal Workers

บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันท์ พ.บ., วว.(กุมารเวชศาสตร์)* Bunlerd Sakchainanont M.D., Diploma of Pediatrics*

โสภณพรณ จิรนิตติชัย วท.ม.(วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม)** Sopaphan Jiraniratisai M.Sc (Environmental Science)**

*สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

*Bureau of Occupational and Environmental Diseases

**สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี

**Office of Disease Prevention and Control 4 Ratchaburi

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีแรงงานนอกระบบมากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ทำงาน มีปัญหาสุขภาพแวดล้อม และความปลอดภัยในการทำงานโดยไม่มีหลักประกันทางสังคม การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยที่สถานอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบในปีงบประมาณ 2551-2552 โดยคัดเลือกเจ้าหน้าที่สถานอนามัย กลุ่มแรงงานนอกระบบ 12 กลุ่มในพื้นที่ 4 แห่งของอำเภอโพธาราม อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ใช้เทคนิคกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สัมภาษณ์เจาะลึก แคนน่าหมู่บ้าน และตัวแทนกลุ่มอบรมเจ้าหน้าที่สถานอนามัยและผู้ที่เกี่ยวข้องโดยใช้หลักสูตรการจัดบริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐาน 4 วัน ฝึกเดินสำรวจสถานที่ทำงาน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินสุขภาพผู้ทำงาน แบบสำรวจสิ่งคุกคาม และประเมินความเสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบอุปนัย และข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ผลการศึกษา พบว่าเจ้าหน้าที่สถานอนามัยสามารถจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับ และเชิงรุกโดยการตรวจสอบสุขภาพทั่วไป ตรวจคัดกรองโรคจากการทำงานเบื้องต้น เช่นการเจาะเลือดจากปลายนิ้วมือหาระดับเอ็นไซม์โคเลสเตอเรส เป็นต้น ดูแลรักษาให้สุขภาพดี เดินสำรวจสถานที่ทำงานเพื่อประเมินสิ่งคุกคามอันตรายต่อแรงงาน จัดทำข้อมูลสุขภาพทั่วไป การเจ็บป่วย บาดเจ็บ และอุบัติเหตุจากการทำงานในแฟ้มสุขภาพครอบครัว และมีข้อมูลสิ่งคุกคามอันตรายต่อแรงงานที่นำไปใช้ปรับปรุงสภาพแวดล้อม และพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย นอกจากนี้ยังมีการสร้างอาสาสมัครอาชีวอนามัย(อสอช) ทำหน้าที่ให้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยง่าย ๆ และประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่กับกลุ่มอาชีพ ผลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยที่สถานอนามัยที่จะยกระดับเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอนาคต ควรมีการศึกษาการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสาธารณสุขในทุกระดับ และครอบคลุมทุกกลุ่มแรงงาน

Abstract

The informal workers accounted for 60% of working population in Thailand. However, they often worked in substandard conditions and were exposed to various work hazards in workplaces without health insurance offered by employers or social security. The aim of this quality and quantity study was to develop a model of basic occupational health services in health centers for informal workers in 2008-2009. A sampling was carried out to select health care officers working with 12 groups of informal workers in 4 areas of Muang and Potharam districts, Ratchaburi province. The steps involving in model development of basic

occupational health service included participatory action research technique, workshop and training in occupational health services, in-depth interviewing and walk through survey. Data were analyzed using qualitative and quantitative analyses. The results showed that health officers in the study could provide different levels of occupational health services in their health centers. The activities of occupational health services included general health examination and screening for occupational diseases such as finger tip blood screening for pesticide poisoning, primary medical treatment, health education and surveys. In addition, such health services also included collection of health and other relevant information in a family folder, assessment occupational hazards and risk behaviors, provision of proper health education and personal protective equipments. Occupational health volunteers were developed in order to provide occupation health education to the workers and to coordinate between workers and health officers. The results of this study could be used as a guideline for setting basic occupational health services in health centers, in particular those that would be further upgraded to be health promoting hospitals. Furthermore the development of occupation health service provision could be considered by policy makers and relevant agencies to be available at all levels of health services and all worker sectors.

ประเด็นสำคัญ-

การจัดบริการอาชีวอนามัย
แรงงานนอกระบบ

Keyword

Occupational Health Services
Informal Workers

บทนำ

ประเทศไทย กำลังพัฒนาเป็นประเทศอุตสาหกรรม มีการลงทุนทั้งภาครัฐ และเอกชนในอุตสาหกรรมต่าง ๆ ทำให้มีรายได้เข้าประเทศเป็นจำนวนมาก แต่จากภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจของประเทศในปี พ.ศ. 2540 ทำให้สถานประกอบการหลายแห่งเลิกกิจการ หรือกลายเป็นสถานประกอบการขนาดเล็ก หรือขนาดกลาง เกิดการจ้างงานแบบพันธะสัญญา (Contract employment) มีการรับงานไปทำที่บ้าน มีการประกอบอาชีพอิสระที่ไม่มีนายจ้าง ที่เรียกว่า แรงงานนอกระบบ ซึ่งแรงงานเหล่านี้ไม่ได้รับการคุ้มครอง หรือมีหลักประกันทางสังคม จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2549 พบว่ามีประมาณ 22.5 ล้านคนหรือร้อยละ 62.1 ของผู้มีงานทำ แรงงานเหล่านี้มากกว่าครึ่งมีการศึกษาต่ำกว่าระดับชั้นมัธยมศึกษาและทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรม มีปัญหาด้านการทำงาน และสภาพสิ่งแวดล้อมได้แก่การไม่ค่อยเปลี่ยนท่าทาง

ในการทำงาน ปัญหาเรื่องฝุ่น คิวกันและมีแสงสว่างไม่เพียงพอ ร้อยละ 43.2 , 21.9 และ 17.1 ตามลำดับ ส่วนปัญหาด้านความปลอดภัยในการทำงานได้แก่การได้รับสารเคมีเป็นพิษ ทำงานกับเครื่องจักร เครื่องมือที่เป็นอันตราย และได้รับอันตรายต่อระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 60.3, 19.6 และ 8.6 ตามลำดับ⁽¹⁾ สาเหตุที่สำคัญคือ การขาดความรู้ การไม่ตระหนักถึงอันตราย หรือขาดการใช้อุปกรณ์ในการป้องกัน เป็นต้น⁽²⁾

ประเทศไทยมีการพัฒนาการให้บริการอาชีวอนามัยที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง^(3,4) โดยกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม แต่ยังไม่สามารถดูแลครอบคลุมถึงกลุ่มเกษตรกรหรือแรงงานนอกระบบอื่น ๆ เนื่องจากข้อจำกัดของทรัพยากรต่าง ๆ^(5,6,7) ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงพัฒนาการให้บริการอาชีวอนามัย ที่สถานอนามัย ซึ่งเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่เล็กที่สุดและใกล้ชิดชุมชน⁽⁸⁾ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมถึงชุมชนและแรงงานนอกระบบ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณโดยใช้เทคนิคกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(participatory action research) การสัมภาษณ์ การอบรม การประชุมเชิงปฏิบัติการ การฝึกปฏิบัติ และการประชุมกลุ่มย่อย (focus group)

ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยข้อมูล 2 ประเภทคือ

1. ข้อมูลปฐมภูมิ เป็นข้อมูลที่ได้จากการศึกษา กลุ่มแรงงานนอกระบบในชุมชนเบื้องต้น โดยการร่วมพูดคุย สัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้อง สังเกต การตรวจสอบสุขภาพทั่วไป และตรวจวัดความเสี่ยง การตรวจวัดสิ่งแวดล้อม การเข้าร่วมกิจกรรมในการดำเนินงานต่างๆในพื้นที่ และการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม

2. ข้อมูลทุติยภูมิ เป็นข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลไว้แล้วโดยบุคคล กลุ่มคน และสถาบันที่เกี่ยวข้อง เช่น จากสถานอนามัย โรงพยาบาล กลุ่มแรงงาน เช่น เอกสาร รายงานการวิจัย บทความ วารสารสิ่งพิมพ์ต่างๆ เป็นต้น

วิธีการเก็บข้อมูล

1. ค้นคว้าจากเอกสารที่ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น ในหน่วยงานต่างๆ เช่น สถานอนามัย องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาล รวมทั้งจากงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. สัมภาษณ์เชิงลึกแกนนำหมู่บ้าน ตัวแทนกลุ่ม แรงงานนอกระบบ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อทราบประวัติความเป็นมาของกลุ่ม สภาพปัญหา และพฤติกรรม ความเสี่ยงด้านสุขภาพ

3. ประชุมกลุ่มย่อย ประชุมเชิงปฏิบัติการ อบรม และฝึกปฏิบัติ

4. สังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม เป็นการสังเกต โดยผู้วิจัยไม่ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม แต่เป็นผู้สังเกตการณ์เพื่อศึกษาบรรยากาศในการดำเนินงานต่างๆ ทั้งการแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ การยอมรับการดำเนินกิจกรรมต่างๆร่วมกัน

5. ตรวจประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม โดยการเดินสำรวจ(walk through survey) ของอาสาสมัครอาชีวอนามัย เจ้าหน้าที่สถานอนามัยและหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้วิจัย และใช้เครื่องมือตรวจวัดทางด้านอาชีวอนามัย

6. ตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน เช่นการตรวจสมรรถภาพการได้ยิน การทำงานของปอด การมองเห็น และตรวจหาความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรโดยใช้กระดาษทดสอบหาระดับเอนไซม์ โครีนเอสเตอเรสในเลือด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวผู้วิจัยและคณะ ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำงานทางด้านอาชีวอนามัย มานานมากกว่า 5 ปี

2. แบบสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม เป็นเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลในระยะแรกของการทำวิจัย โดยการทำสำรวจพื้นที่ที่ศึกษา สภาพแวดล้อม วิถีชีวิต ข้อมูลสุขภาพ เป็นต้น

3. แบบสัมภาษณ์ ใช้ในการสัมภาษณ์ ได้แก่

3.1 การสำรวจความพร้อมของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยการเก็บข้อมูลตามแบบสำรวจซึ่งมีรายละเอียดด้านการจัดการอาชีวอนามัย และอนามัยสิ่งแวดล้อมใน ชุมชนและในสถานประกอบการ รวมถึงการจัดการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมแบบต่อเนื่อง ทั้งนี้คะแนนของระดับต่างๆ คือ

คะแนน	ระดับ
48 - 60	ดีมาก
40 - 47	ดี
30 - 39	ผ่านเกณฑ์
น้อยกว่า 30	ต้องพัฒนาการให้บริการเพิ่มเติม

3.2 การเก็บข้อมูลสุขภาพ การเจ็บป่วย การเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มแรงงานนอกระบบ โดยใช้แบบฟอร์มการสัมภาษณ์กลุ่มแรงงานนอกระบบในกลุ่มอาชีพต่างๆ

3.3 การประชุมกลุ่มย่อย (focus group) เพื่อให้ได้ข้อมูลความเสี่ยงด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อมในการทำงานของแรงงานนอกระบบแนวทางป้องกันแก้ไข ความเสี่ยงด้านต่าง ๆ

3.4 แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้สำหรับบันทึกรายละเอียดจากการสังเกต การสัมภาษณ์ และการเข้าร่วมกิจกรรม โดยการจัดทำสมุดบันทึก ตลอดกิจกรรมต่าง ๆ

3.5 เครื่องมือด้านอาชีวอนามัยใช้ตรวจประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม การดำเนินการวิจัย

1. สำรวจข้อมูลทั้งด้านปริมาณ และคุณภาพ ของแรงงานนอกระบบ ปัญหาสุขภาพ คุณภาพชีวิต การเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพ ระบบการบริการ อาชีวอนามัย

2. ประชุมชี้แจงโครงการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

3. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ เครือข่าย เรื่องการดำเนินงานอาชีวอนามัยเชิงรับ และ เชิงรุก โดยการอบรมหลักสูตรการจัดบริการอาชีวอนามัย ขึ้นพื้นฐานระยะเวลา 4 วัน และฝึกปฏิบัติเดินสำรวจ (walk through survey) ประเมินความเสี่ยงสิ่งแวดล้อม ในการทำงานในชุมชน

4. สร้างระบบบริการอาชีวอนามัยสำหรับกลุ่ม แรงงานนอกระบบทั้งเชิงรับ และเชิงรุก โดยการ จัดบริการตรวจสุขภาพทั่วไป และตรวจตามการเสี่ยง และการให้คำปรึกษาการดูแลสุขภาพตนเองแก่กลุ่ม แรงงานนอกระบบ และอื่น ๆ

5. ขยายผลการพัฒนาศักยภาพอาชีวอนามัย และการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มอาสาสมัครอาชีว อนามัย (อสอช.) ตามหลักสูตรของสำนักโรคจากการ ประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม 2 วัน

6. ประชุมผู้เกี่ยวข้องใช้เทคนิคกระบวนการ กลุ่มระดมสมอง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบ ต่อสุขภาพ วิเคราะห์ และพัฒนาแนวทางแก้ไขปัญหา

7. ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน ค้นข้อมูล ให้ชุมชน และติดตามผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูล แบบอุปนัย(analytic induction)โดยการตีความสร้าง ข้อสรุปข้อความ จากรูปธรรมหรือปรากฏการณ์ที่พบเห็น ทำการวิเคราะห์หาคำตอบเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลภาคสนาม ทุกครั้ง ตรวจสอบความถูกต้อง และความเชื่อถือของ ข้อมูลได้ จากการสัมภาษณ์ สังเกต แล้วนำมาวิเคราะห์ ความสอดคล้อง สรุปดูความสมบูรณ์ของข้อมูลในการ ตอบคำถาม ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ส่วนข้อมูลเชิง ปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ทางคอมพิวเตอร์

ผลการศึกษา

การจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานบริการสาธารณสุข สำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบในพื้นที่เป้าหมาย มีผลการ ศึกษาดังนี้

การชี้แจงรายละเอียดโครงการฯ กำหนด แผนการดำเนินกิจกรรม เป้าหมายผลลัพธ์ที่ต้องการ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คัดเลือกกลุ่มแรงงาน นอกระบบที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ในพื้นที่ 4 แห่ง ของอำเภอโพธารามและ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี เพื่อดำเนินกิจกรรมต่างๆแต่ละ 3 กลุ่มรวม 12 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มเกษตรกร ปลูกข้าวโพด ทำนา ปลูกผักผลไม้ ถั่ว มะเขือ เพาะเห็ด ผลิตตุ๊กตา เสริมสวย ช่างเหล็กหมู ผลิตภัณฑ์ไม้ รับซื้อของเก่า และรับจ้างทั่วไป

การสำรวจความพร้อมของเจ้าหน้าที่สถานอนามัย ในการจัดบริการอาชีวอนามัย อนามัยสิ่งแวดล้อมใน สถานบริการ และในชุมชนรวมถึงความต่อเนื่องในการ จัดบริการ พบว่าก่อนดำเนินการร้อยละ 50 อยู่ในระดับ ดีและผ่านเกณฑ์ และมีการยกระดับเป็นระดับดี และดีมาก ภายหลังการสร้างการเรียนรู้ และพัฒนา ศักยภาพ ซึ่งมีเจ้าหน้าที่สถานอนามัย เทศบาล องค์การ บริหารส่วนตำบล เข้ารับการอบรมจำนวน 18 คน และอบรมฟื้นฟูความรู้ เพิ่มทักษะการจัดการบริการ

อาชีวอนามัยสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 13 คนเพื่อเป็นทบทวนการจักระบบการให้บริการอาชีวอนามัยเชิงรับ และเพิ่มความครอบคลุมในกลุ่มเจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการทำให้สถานอนามัยมีการจักระบบการอาชีวอนามัยทั้งเชิงรับและเชิงรุกเพิ่มขึ้นจากเดิม 1 แห่ง เป็นทุกแห่ง หลังดำเนินการ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการสำรวจความพร้อมของเจ้าหน้าที่สถานอนามัยในการจักระบบการอาชีวอนามัย

ระดับตามเกณฑ์	จำนวนสถานอนามัย แห่ง (ร้อยละ)	
	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
ดีมาก		1(25.00)
ดี	1(25.00)	1(25.00)
ผ่านเกณฑ์	1(25.00)	-
ต้องพัฒนาการจักระบบเพิ่มเติม	2(50.00)	2(50.00)
รวม	4(100.00)	4(100.00)

2. การสนับสนุนการจักระบบการอาชีวอนามัยเชิงรุกเพื่อสำรวจ และประเมินความเสี่ยงในกลุ่มอาชีพ เป้าหมาย

การจัดประชุมกลุ่มย่อยร่วมกับตัวแทนกลุ่มอาชีพเพื่อพูดคุยในเชิงลึกเกี่ยวกับขั้นตอน พฤติกรรมการทำงาน ความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม และจากการทำงาน วิธีการป้องกันแก้ไขที่ทําอยู่ พบว่าทุกกลุ่มอาชีพมีพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัยและมีสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดความระมัดระวังในการทำงาน พื้นที่ทำงานชื้นแฉะเป็นต้น โดยเฉพาะในกลุ่มผลิตผลิตภัณฑ์ไม้ กลุ่มช่างเหล็ก ส่วนการป้องกันมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตราย ส่วนบุคคลเช่นใช้ผ้าปิดปากและจุก แต่บางส่วนไม่มีความรู้ในปัจจุบันคุกคามที่มีโอกาสเกิดอันตรายจากการทำงาน และบางส่วนไม่สนใจที่จะป้องกันตนเองหรือมีใช้อุปกรณ์ป้องกันที่ไม่ถูกต้อง

การร่วมกับเจ้าหน้าที่ฯ เติ่นสำรวจสภาพแวดล้อมเพื่อประเมินความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เก็บข้อมูลสุขภาพ การเจ็บป่วย การเกิดอุบัติเหตุโดยใช้แบบฟอร์ม การสัมภาษณ์กลุ่มแรงงานนอกระบบพบว่าในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาผลกระทบต่อสุขภาพด้านการยศาสตร์มีมากที่สุดในทุกกลุ่มอาชีพเฉลี่ยร้อยละ 78.41(23.80-100) โดยเฉพาะทุกรายในกลุ่มอาชีพ

ทำนา ช่างเหล็ก และทอผ้า ส่วนการเจ็บป่วย บาดเจ็บจากการทำงานพบเฉลี่ยร้อยละ 41.80 (6.67-90.50) พบมากในกลุ่มทำนาและเพาะเห็ด ร้อยละ 90.50, 70.00 ตามลำดับ การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานพบเฉลี่ยร้อยละ 40.60 พบมากในกลุ่มผลิตผลิตภัณฑ์ไม้และช่างเหล็ก ร้อยละ 78.26, 46.67 ตามลำดับ นอกจากนี้ผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สัมผัสสารเคมีพบมากในกลุ่มทอผ้า และทำนา ร้อยละ 92.90, 82.50 ตามลำดับ ส่วนสภาพการทำงานที่ไม่เหมาะสม เช่นทำงานในที่ชื้นแฉะ พบทุกรายในกลุ่มช่างเหล็ก เพาะเห็ด และร้อยละ 96.50 ในกลุ่มทำนา

3. การสร้างอาสาสมัครอาชีวอนามัยในชุมชน (อสอช.)

จากการประชุมกลุ่มย่อยและร่วมกัน คัดเลือกตัวแทน กลุ่มอาชีพเฉลี่ยกลุ่มละ 10 คนเข้ารับการพัฒนาศักยภาพเป็น อาสาสมัครอาชีวอนามัยในชุมชน(อสอช.) มีทั้งหมด 119 คนในจำนวนนี้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน(อสม.) ด้วย 44 คนหรือร้อยละ 36.94 เพื่อให้อสอช.เป็นแกนนำกลุ่มอาชีพในการเฝ้าระวังติดตาม เพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในชุมชน ตามแบบการติดตามเฝ้าระวัง มีการฝึกประเมินสิ่งแวดล้อมในการทำงานของบ้านตนเอง และบ้าน

ข้างเคียงอย่างน้อย 5 หลังคาเรือนรวมถึงการให้คำแนะนำในการปรับปรุงให้เหมาะสมตามแบบ WISH และ WIND โดยมีเจ้าหน้าที่คอยให้คำแนะนำ พบว่ามี อสอช.6 คนได้รับการพัฒนาจนผ่านเกณฑ์กำหนด ส่วนที่เหลือต้องได้รับการพัฒนาต่อไป

4. การสนับสนุนการให้บริการอาชีวอนามัยเชิงรับ

การให้บริการอาชีวอนามัยเชิงรับ เป็นการพัฒนาการให้บริการที่สถานีนามัยและจัดการข้อมูล การเจ็บป่วยของกลุ่มแรงงานนอกระบบ พบว่ามีกรณีขึ้นทะเบียนกลุ่มอาชีพที่อยู่ในชุมชน ซึ่งเป็นข้อมูลนำเข้าในการจัดระบบ การให้บริการในสถานีนามัย โดยมี อสอช. ร่วมสำรวจประเมินความเสี่ยงในการทำงาน เก็บข้อมูลการตรวจสิ่งแวดล้อม ตรวจสุขภาพทั่วไปและตามความเสี่ยงในแฟ้มสุขภาพครอบครัว(family folder)โดยทำสัญลักษณ์ด้วยรหัส IFW

เจ้าหน้าที่สถานีนามัยซักประวัติ คัดกรองแยกกลุ่มปกติ กลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงในการทำงาน และหากมีการเจ็บป่วยจากการทำงานจะใช้ รหัส WRD มีการบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มแรงงานนอกระบบในช่วงต้นบันทึกด้วยมือ (manual) ต่อมาใช้โปรแกรมที่พัฒนาจากโปรแกรมที่มีใช้อยู่เดิม ประมวลผลสรุปภาพรวมการเจ็บป่วยในแต่ละเดือน ซึ่งส่วนใหญ่เจ็บป่วยเกี่ยวกับระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อมากที่สุด รองลงมา คืออาการแพ้ มีผื่นคันตามร่างกายจากสารเคมี และพิษ นอกจากนี้มีการนำข้อมูลผลการตรวจสุขภาพที่ผิดปกติ มาดำเนินการต่อ เช่น ติดตามผู้ป่วยมาเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติม รักษาเบื้องต้นหรือพิจารณาส่งต่อ

5. การจัดประชุมถอดบทเรียนและคืนข้อมูลให้ชุมชน

มีการประชุมนำเสนอผลการดำเนินงานแก่ผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ผลความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อม และจากการทำงานของกลุ่มอาชีพ ข้อมูลการเจ็บป่วย ผลการตรวจสุขภาพทั่วไป และตามความเสี่ยงมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ บทเรียนที่ได้รับ ปัญหาอุปสรรค นำข้อสรุปไปปรับใช้ในพื้นที่ และมีการนิเทศติดตามเป็นระยะๆ

ในรูปแบบต่างๆเช่นการเยี่ยมเยียน การติดตามงาน การจัดเวทีต่างๆ เป็นต้น

6. สรุปผลที่ได้จากการพัฒนาตามกระบวนการ

การจัดบริการอาชีวอนามัยทำให้ชุมชน และสถานีนามัยมีข้อมูลสุขภาพตามกลุ่มอาชีพ ข้อมูลความเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพนำไปใช้ปรับปรุงสภาพแวดล้อม พฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัยและใช้อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม ทำให้เป็นแหล่งเรียนรู้ และเป็นสถานที่ดูงานของหน่วยงานทั้งในประเทศ และต่างประเทศ

วิจารณ์

จากข้อมูลสุขภาพของกลุ่มแรงงานนอกระบบทั้ง 4 แห่ง 12 กลุ่มอาชีพ พบว่ามี การเจ็บป่วย บาดเจ็บ และอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน รวมทั้งผลกระทบต่อสุขภาพด้านกายภาพ เคมี ชีวภาพ และการยศาสตร์ ตั้งแต่เนิ่นๆ จนถึงทุกรายในทุกกลุ่มอาชีพ ซึ่งขึ้นกับสิ่งแวดล้อม สภาพการทำงานรวมทั้งประสบการณ์ พฤติกรรมสุขภาพของคนทำงาน^(10,11) ซึ่งคล้ายกับแรงงานของประเทศต่างๆทั่วโลก จากการประชุมสมัชชาสุขภาพโลกครั้งที่ 60 องค์การอนามัยโลกได้ให้ประเทศสมาชิกร่วมกันจัดทำแผน ๔ ประเด็น ควบคุมสิ่งคุกคามสุขภาพแรงงานและจัดบริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐานสำหรับแรงงานทุกกลุ่มอาชีพโดยเฉพาะแรงงานนอกระบบ (Global plan of action on workers'health 2008-2017)^(6,7) ซึ่งประเทศไทยกำลังพัฒนาให้การจัดบริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐานในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ สำหรับการพัฒนาระบบการให้บริการอาชีวอนามัยในสถานีนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบ ในการศึกษาครั้งนี้ให้ความสำคัญแก่กลุ่มบุคคล องค์กรเกี่ยวข้องกับแรงงานนอกระบบ 3 กลุ่มคือสถานีนามัยซึ่งมีเจ้าหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชนที่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด รวมถึงสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกลุ่มแรงงานนอกระบบ กรอบการพัฒนาจะเน้นการมีส่วนร่วมเชื่อมโยงบทบาทที่ควรจะมี เริ่มตั้งแต่เจ้าหน้าที่สถานีนามัยได้รับการพัฒนาให้มีความ

พร้อมที่จะให้บริการอาชีวอนามัยทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดยการพัฒนาความรู้ด้านอาชีวอนามัย ฝึกปฏิบัติสำรวจความเสี่ยงในกลุ่มอาชีพ เพื่อเป็นข้อมูลการจัดบริการที่ผสมผสานการคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยง การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การป้องกัน การส่งเสริม และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการเตรียมเจ้าหน้าที่ในเครือข่ายระบบการส่งต่อผู้ป่วย ผลการศึกษานี้ทำให้ได้แนวทางการจัดบริการ มีข้อมูลปัจจัยคุกคามการทำงาน พฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย สามารถให้คำแนะนำ ปรับปรุง เพื่อลดการเจ็บป่วย บาดเจ็บ อุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ปัจจัยความสำเร็จส่วนหนึ่งมาจากสาธารณสุขอำเภอที่มีนโยบายสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยเป็นพี่เลี้ยง และที่ปรึกษา รวบรวมข้อมูลสรุปเป็นภาพรวมของอำเภอ สำหรับโรงพยาบาลนั้นมีส่วนในระบบส่งต่อผู้ป่วยการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง และตรวจสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งจากการจัดการอาชีวอนามัยในสถานอนามัยทำให้มีข้อมูลสุขภาพ และการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในทุกกลุ่มอาชีพอย่างใดก็ได้จากภาระงาน ข้อจำกัดของบุคลากร ทัศนคติความรู้ด้านอาชีวอนามัย การขาดแคลนทรัพยากร และเครื่องมือต่าง ๆ การจัดบริการอาชีวอนามัยจึงต้องเริ่มที่ความพร้อมของแต่ละหน่วยบริการโดยเน้นบูรณาการกับงานอื่นรวมถึงพัฒนากลุ่มแรงงานนอกระบบในชุมชนด้วยการจัดประชุมกลุ่มย่อย สร้างอสม. ให้เป็นแกนนำดูแลกลุ่มอาชีพ ประสานกับเจ้าหน้าที่ รวมทั้งสร้างความเข้าใจกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดเวทีคืนข้อมูลชุมชน ระดมสมองแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาก็การพัฒนาที่ยั่งยืน ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นต้องมีการพัฒนาการรับรู้ในบทบาท การดูแลแรงงานนอกระบบ ประสานให้ มีนโยบาย งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานอาชีวอนามัยในชุมชนโดยใช้เงินกองทุนสุขภาพตำบล

สำหรับการพัฒนาระบบข้อมูล ระบบเฝ้าระวังโรคนั้น การศึกษานี้มีการขึ้นทะเบียนกลุ่มอาชีพประเภท จำนวน ลักษณะการทำงาน และปัจจัยเสี่ยงซึ่งเป็นข้อมูลนำเข้าที่สำคัญในการจัดระบบการให้บริการ

อาชีวอนามัยเชิงรับ ส่วนการเฝ้าระวังสุขภาพ และความเสี่ยงจากการทำงานอาศัย 2 กลไก กลไกแรกใช้อสม. ที่เป็นตัวแทนกลุ่มในการพัฒนาศักยภาพให้ติดตาม เฝ้าระวังสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน แจ้งการเจ็บป่วยโรคจากการทำงาน แก่เจ้าหน้าที่ตามแบบการติดตามเฝ้าระวังอย่างง่ายที่ถูกพัฒนาขึ้น กลไกอีกส่วนหนึ่งมาจากการจัดการอาชีวอนามัยในสถานอนามัยเริ่มตั้งแต่มีการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว แบ่งช่องทางบริการระหว่างผู้ป่วยปกติและกลุ่มแรงงานนอกระบบ พัฒนาการชักประวัติให้วินิจฉัยเบื้องต้นว่า เป็นการเจ็บป่วยเกี่ยวเนื่องกับการทำงานหรือไม่ บันทึกข้อมูลโดยใช้โปรแกรมที่พัฒนาจากโปรแกรมที่มีใช้เดิม ประมวลผลสรุปภาพรวมการเจ็บป่วย แต่ละเดือน นำผลที่ผิดปกติมาดำเนินการต่อเช่นติดตามผู้ป่วยมาเพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม รักษาหรือพิจารณาส่งต่อ ทำให้มีสถานการณ์โรค การบาดเจ็บที่พบบ่อย ซึ่งปัจจุบันนี้ยังไม่มีระบบรายงานการเจ็บป่วยหรือการเกิดอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบในชุมชน ดังนั้นสถานอนามัยควรมีการจัดบริการอาชีวอนามัยให้ครอบคลุมทุกพื้นที่อาจเริ่มในพื้นที่ที่มีกลุ่มแรงงานนอกระบบหนาแน่นก่อนโดยใช้รูปแบบนี้เป็นแนวทาง และมีระบบรายงานการเจ็บป่วย บาดเจ็บ และอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของกลุ่มอาชีพ โดยพัฒนาจากโปรแกรมการประมวลผลที่มีอยู่เดิม เพื่อสุขภาพที่ดีของแรงงานที่อยู่ในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาหลักสูตรให้เหมาะสมต่อการจัดบริการอาชีวอนามัยที่สถานอนามัยยิ่งขึ้น โดยเฉพาะสถานอนามัยที่จะยกระดับเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) โดยให้อยู่ในหลักสูตรการป้องกันควบคุมโรคอย่างง่าย 1 ใน 16 หลักสูตรที่ใช้อบรมบุคลากรของ รพ.สต.
2. ในพื้นที่ที่มีกลุ่มแรงงานนอกระบบหนาแน่นควรมีการสร้าง อสม. โดยอาจพิจารณาคุณสมบัติต่อยอดจาก อสม เป็นอันดับต้น ๆ เพื่อเสริมศักยภาพของ

อสม.และอาจทำให้ อสอช.ที่สร้าง ผ่านเกณฑ์กำหนด มากและง่ายขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต แรงงานนอกระบบ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง เสริมสุขภาพ ที่ให้ทุนสนับสนุนและทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งกลุ่มบุคคล องค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่ร่วมดำเนินการทั้งภาครัฐ เอกชนและชุมชนในพื้นที่ ตำบลบ้านเลือก ตำบลบ้านสิงห์ อำเภอโพธาราม ตำบลคูบัว ตำบลเจดีย์หัก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี และอื่นๆ ที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. รายงานการสำรวจ แรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2552. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ; 2552.
2. Siriruttanapruk S, Anantagunlathi P.Occupational health and situation and research priority in Thailand. Industrial Health 2004; 42: 135-40.
3. Siriruttanapruk S. Improving occupational health of farmers through primary health care units in rural districts in Thailand. Asian-Pacific Newslett on Occup Health and Safy 2007; 14: 62-5.
4. Siriruttanapruk S. Situation of occupational health services in Thailand. Asian-Pacific Newslett on Occup Health and Safy 2009; 16: 28-9.
5. Siriruttanapruk S, Wada K, Kawakami T. Promoting occupational health services for workers in the informal economy through primary care units. ILO Subregional Office for East Asia. Bangkok: ILO; 2009.
6. World Health Organization. Workers'health : global plan of action,sixtieth World Health Assembly. Geneva: WHO; 2007.
7. World Health Organization. Healthy workplaces:a model for action: for employers, workers, policymakers and practitioners. Geneva: WHO; 2010.
8. สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์, ศิริวรรณ จันเจริญ, เพ็ญศรี อนันตกุลนธิ์, นลินี ศรีพวง. รายงานการศึกษาเรื่องโครงการพัฒนาภาคีเครือข่ายทางด้านระบบข้อมูลข่าวสารทางด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข;2551.
9. สำนักพัฒนาวิชาการและนิเทศงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.นาร่อง สอ.2000 แห่ง สู้รพ.ส่งเสริมสุขภาพตำบล เน้นบทบาท "สร้างนำซ่อม" ลดปัญหาคนไข้ล้น.วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2552;21:3-5.
10. สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน. โรคอื่นๆซึ่งพิสูจน์ได้ว่าเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากงาน. ใน: โยธิน เบญจวง,วิลาวัณย์ จิงประเสริฐ, บรรณาธิการ, มาตรฐานการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ฉบับเฉลิมพระเกียรติเนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550. (เอกสารอัดสำเนา)
11. อุดลย์ บัณฑกุล. อาชีวเวชศาสตร์และศูนย์อาชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. ใน:สมชัย บวรกิติ, โยธิน เบญจวง, ปฐมสวรรค์ ปัญญาเลิศ ,บรรณาธิการ, ตำราอาชีว เวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เจ เอส เค การพิมพ์; 2542. น1-14.