



วารสาร

# ความปลอดภัยและสุขภาพ

ปีที่ 7 ฉบับที่ 26 กันยายน - ธันวาคม 2557

Journal of Safety and Health

Vol. 7 No. 26 September - December 2014



## พบ...บทความเด่น

- ★ ปัจจัยอันตรายในการทำงานและภาวะสุขภาพของพนักงานผลิตเครื่องปั้นดินเผา
- ★ ภาวะสุขภาพและสภาพการทำงานที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพของแรงงานนอกระบบภาคการเกษตร
- ★ อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล (PPE) : เลือกใช้อย่างไรให้ถูกหลักการยศาสตร์
- ★ อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลเพื่อการควบคุมและป้องกันอีโบลา
- ★ การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของหน่วยงานสุขภาพ
- ★ การสร้างครอบครัวอบอุ่นและป้องกันยาเสพติด
- ★ ปัจจัยที่มีต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ



ISSN 19058160



9 771905 816003

สินค้าแนะนำ Recommended

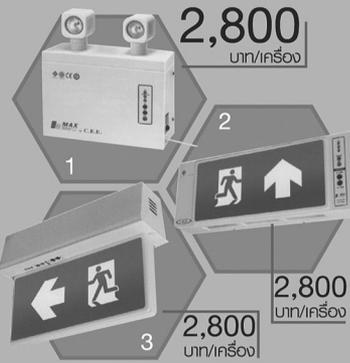
**PURFECT**



เข็มขัดพุงหลัง Purfect  
**500.-/เส้น**  
ชื่อ 10 แกรม 1

เข็มขัดพุงหลัง ช่วยป้องกันหลังท่านในทุกขณะ ไม่ว่าจะการทำงาน ยกของหนัก หรือใช้ชีวิตประจำวัน ช่วยพุงกระดูกสันหลังของท่าน ไม่ให้เกิดอาการเจ็บปวดหลัง จากการใช้วัสดุคุณภาพดี มีแถบยึดต็มแน่นถึง 2 ชั้นเพื่อความกระชับ เราได้ออกแบบตัวเข็มขัด ให้มีความโปร่ง ไม่ร้อนเมื่อสวมใส่ มีขนาดให้เลือกตามสรีระผู้สวมใส่

ปลอดภัยเมื่อไฟดับ



**2,800**  
บาท/เครื่อง

2

**2,800**  
บาท/เครื่อง

**2,800**  
บาท/เครื่อง

1. โคมไฟฉุกเฉิน  
จทำงานส่องกันที่เมื่อไฟดับลงให้แสงสว่าง 1.4 ชั่วโมง  
รุ่นประหยัด MB07  
Battery 12V.7.2Ah.  
Bulbs 2 x 20 Watt (Dichroic Halogen Square)
2. ป้ายส่องไฟรุ่น EXB111-112  
รุ่นหน้าป้ายติดกับตัวกล่อง  
ไฟแสงสว่างที่ป้าย 2 ชั่วโมงเมื่อไฟดับ  
Battery 6V.4.5Ah.  
Bulbs 1 x 10 W.FL
3. ป้ายส่องไฟรุ่น EXB303 SFL/TFL  
รุ่นแผ่นคริสตัลเครื่องเอง  
มีที่ใส่ถ่าน ติดลอย หรือฝังเข้า  
ไฟแสงสว่างที่ป้าย 2 ชั่วโมงเมื่อไฟดับ  
Battery 6V.4.5Ah.  
Bulbs 1 x 10 W.FL



**3M Mop Dressing 3.8L**  
น้ำยาขัดพุง 3M

**375.-/แกลลอน**

- ขจัดพุงได้ทุกพื้นผิว ไม่ทำให้พุงฟุ้งกระจาย
- ราคาประหยัด คุณภาพดี

**3M Multi-Purpose Cleaning Powder**  
ผงซักฟอกอุตสาหกรรม 3M

**665.-/กล่อง (25กก.)**

ใช้ทำความสะอาดพื้นโรงงาน ห้องครัว  
คราบสกปรกติดแน่น พื้นที่มีคราบน้ำมัน ห้องน้ำ



เครื่องพิมพ์ฉลาก *P-touch* brother.  
รุ่น PT-7600 แบบพกพา

**5,990.-/เครื่อง**

- เหมาะสำหรับงาน Engineer งานสายไฟในโรงงาน
- ตัวเครื่องกันกระแทก พกพาสะดวก สั่งพิมพ์ต่อเนื่องได้

หน้ากาก **3M 8210 N95**  
**18.-/ชิ้น**



ป้องกันฝุ่นละออง และเชื้อโรค  
เช่น เชื้อหวัด H1N1 ไซ้หวัดนก

หน้ากาก **3M 8246 R95**  
**58.50.-/ชิ้น**



ป้องกันฝุ่นและกรด  
แก๊สเจือจาง

หน้ากาก **3M 8247 R95**  
**58.50.-/ชิ้น**



ป้องกันฝุ่นและไอระเหยเจือจาง

หน้ากาก **3M 8812**  
**39.-/ชิ้น**



ป้องกันฝุ่นละออง ฝุ่นโลหะ

Virtua Sport 11384  
**90.-/ชิ้น**



11384 เลนส์ใส

Virtua Sport 11386  
**90.-/ชิ้น**



11386 เลนส์ดำ

Virtua Sport 11388  
**90.-/ชิ้น**



11388 เลนส์ Indoor/Outdoor



สเปรย์หอม  
ปรับอากาศ **3M**

**60.-/กระป๋อง**

ราคาสินค้ายังไม่รวม Vat 7%



บริษัท ซีเอสที ซัพพลายส์ จำกัด

55/3 หมู่ 3 ถนนนครินทร์ ตำบลบางขุนทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130

โทร : 0-2422-8422 กด 2 แฟกซ์ : 0-2422-8424

อีเมลล์ : cstgroup@cstsupply.co.th www.cstsupply.co.th



บรรณาธิการบริหาร	รองศาสตราจารย์สราวุธ สุธรรมมาสา	
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	คุณโยธิน ต้นธรรมสกุล	
กองบรรณาธิการ		
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ศาสตราจารย์ ดร. นพ.พรชัย สิทธิศรัณย์กุล รองศาสตราจารย์ ดร.ชวลิต รัตนธรรมสกุล	รองศาสตราจารย์ ดร.วเรศ ศรีสถิตย์
มหาวิทยาลัยมหิดล	ศาสตราจารย์ ดร.พญ.ศิริกุล อิศรานุรักษ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ประยูร ฟองสถิตย์กุล รองศาสตราจารย์ ดร.สุคนธา คงศีล รองศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ ินหนองคาย	รองศาสตราจารย์ ดร.วิทยา อยู่สุข รองศาสตราจารย์ ดร.วันหนิ พันธุ์ประสิทธิ์ รองศาสตราจารย์ นพ.พิทยา จารุพูนผล
มหาวิทยาลัยบูรพา	รองศาสตราจารย์ ดร.กุหลาบ รัตนสังฆธรรม	
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	รองศาสตราจารย์ ดร.นันทวรรณ วิจิตรวาทการ อาจารย์ ดร.ชัยยุทธ ชวลิตินิธิกุล	รองศาสตราจารย์ ดร.สลิทธ เทพตระการพร
สถาบันเทคโนโลยีนานาชาติสิรินธร	รองศาสตราจารย์ ดร.สืบศักดิ์ นันทวานิช	
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ	รองศาสตราจารย์ ดร.ยุทธชัย บันเทิงจิตร	
วิทยาลัยเซินหลุยส์	รองศาสตราจารย์ ดร.พรทิพย์ เกตุรานนท์	
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.พิชญา พรรคทองสุข	รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ คิวะเดชาเทพ รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริณา รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง	รองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สีสกะลิน รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย รองศาสตราจารย์สุดาว เลิศวิสุทธิไพบูลย์ รองศาสตราจารย์ปิติ พูนไชยศรี
กระทรวงอุตสาหกรรม	ดร.ประเสริฐ ตปนียางกูร	ดร.วิฑูรย์ สิมะโชคดี
กระทรวงสาธารณสุข	ดร.เมธี จันท์จากรุณณ์ ดร.พญ.ฉันทนา ผดุงทศ นพ.วิชาญ เกิดวิชัย พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ	ดร.นพ.สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ นพ.ลือชา วนรัตน์
ผู้ทรงคุณวุฒิ	ศาสตราจารย์ ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ รองศาสตราจารย์ ดร.สุทิน อยู่สุข รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์ ดร.ไชยยศ บุญญาภิจ คุณกาญจนา กานต์วิโรจน์	รองศาสตราจารย์ ดร.วิจิตรา จงวิศาล รองศาสตราจารย์ ดร.ชมภูศักดิ์ พูลเกษ ดร.ทวีสุข พันธุ์เพ็ง คุณสุดธิดา กรุงไกรวงศ์

กองบรรณาธิการยินดีที่จะเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลที่มีประโยชน์หรือน่าสนใจต่อสาธารณสุขและขอสงวนสิทธิ์ในการสรุปย่อ ตัดทอนหรือเพิ่มเติมตามความเหมาะสม

ความเห็นและทัศนะในแต่ละเรื่องเป็นของผู้เขียน ซึ่งทางกองบรรณาธิการและสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป

**พิมพ์ที่:** โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ถ.แจ้งวัฒนะ ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120  
โทรศัพท์ 0 2504 7680 - 6 โทรสาร 0 2503 4913 **ปก:** นายกิตติ บุญโพธิ์ทอง  
**รูปเล่ม:** นางสาวธนพรณ เกษมสุข นางสาวมชัต อินทกาญจน์



## ผู้ทรงคุณวุฒิอ่านผลงาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ศาสตราจารย์ ดร. นพ.พรชัย สิทธิศรัณย์กุล รองศาสตราจารย์ ดร.ชวลิต รัตนธรรมสกุล	รองศาสตราจารย์ ดร.ชเรศ ศรีสถิตย์
มหาวิทยาลัยมหิดล	ศาสตราจารย์ ดร.พญ.ศิริกุล อิศรานุรักษ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ประยูร ฟองสถิตย์กุล รองศาสตราจารย์ ดร.สุคนธา คงศีล รองศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ ณ หนองคาย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชราพร เกิดมงคล	รองศาสตราจารย์ ดร.วิทยา อยู่สุข รองศาสตราจารย์ ดร.วันที พันธุ์ประสิทธิ์ รองศาสตราจารย์ นพ.พิทยา จารุพูนผล รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ แก้วปาน อาจารย์ พญ.สุพัตรา ศรีวินิชากร
มหาวิทยาลัยบูรพา	รองศาสตราจารย์ ดร.กุหลาบ รัตนสังขธรรม	รองศาสตราจารย์ ดร.อนามัย เทศกระดึก
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	รองศาสตราจารย์ ดร.นันทวรรณ วิจิตรวาทการ ศาสตราจารย์ ดร.นพ.สุรศักดิ์ บูรณตรีเวทย์ รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญศรี วัฒนละมุล	รองศาสตราจารย์ ดร.สลิสร เทพพระการพร อาจารย์ ดร.ชัยยุทธ ชวลิตนิธิกุล
สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้ารัตนนคร	รองศาสตราจารย์ ดร.สืบศักดิ์ นันทวานิช	
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ	รองศาสตราจารย์ ดร.ยุทธชัย บันเทิงจิต	
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.พิชญา พรรคทองสุข	รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
มหาวิทยาลัยเฉลิมพระเกียรติกาญจนาภิเษก	รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมพล ต้นสกุล	
วิทยาลัยเซินหลุยส์	รองศาสตราจารย์ ดร.พรทิพย์ เกษุรานนท์	
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช	รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ คิวระเดชาเทพ รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริภา รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธิพิทักษ์ผล รองศาสตราจารย์สรารุช สุธรรมมาสา รองศาสตราจารย์ ดร.บุษบา สุธีธร	รองศาสตราจารย์ ดร.พานี สีตะกลิน รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง รองศาสตราจารย์ปิติ พูนไชยศรี รองศาสตราจารย์สุดาว เลิศวิสุทธิไพบูลย์
กระทรวงอุตสาหกรรม	ดร.ประเสริฐ ตปนียางกูร	ดร.วิฑูรย์ ลิเมโซคดี
กระทรวงสาธารณสุข	ดร.เมธี จันทจักรุภรณ์ ดร.พญ.ฉันทนา ผดุงทศ นพ.วิชาญ เกิดวิชัย พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ นพ.อดุลย์ บัณฑิตกุล	ดร.นพ.สมเกียรติ ศิริรัตนเพ็ญ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ นพ.ลีอชา วนรัตน์ รองศาสตราจารย์ พญ.เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม
ผู้ทรงคุณวุฒิ	ศาสตราจารย์ ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ รองศาสตราจารย์ ดร.สุทิน อยู่สุข รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์ ดร.ทวิสุข พันธุ์เพ็ง คุณสุดติดา กรังไกรวงศ์ นพ.วิวัฒน์ เอกบูรณะวัฒน์	รองศาสตราจารย์ ดร.วิจิตรา จงวิศาล รองศาสตราจารย์ ดร.ชมภูศักดิ์ พูลเกษ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพกร จงวิศาล ดร.ไชยยศ บุญญาภิจ คุณกาญจนา กานต์วีโรจน์ นพ.จารุพงษ์ พรหมวิทักษ์

ท่านที่สนใจเป็นผู้ทรงคุณวุฒิอ่านผลงาน กรุณาส่งประวัติของท่าน (ได้แก่วุฒิการศึกษาสูงสุด ผลงานวิชาการ และ Area of Interest) มายังกองบรรณาธิการ



## บทบรรณาธิการ

ในระหว่างที่ผ่านมามีการพูดกันมากเกี่ยวกับการจะออกกฎกระทรวงที่จะให้มีการผลิตเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน ระดับวิชาชีพ ด้วยวิธีการฝึกอบรม ทั้งนี้เมื่อปี 2549 ได้มีการยกเลิกเรื่องการผลิต จป.ระดับดังกล่าวด้วยวิธีนี้ไปแล้ว เรื่องของเรื่องก็คือทางกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจะโดยผู้บริหารระดับใดก็ตามหรือโดยคณะกรรมการร่างกฎกระทรวงว่าด้วยเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานฉบับใหม่ก็ตาม มีความเห็นว่าจำนวน จป.ระดับวิชาชีพมีไม่เพียงพอต่อความต้องการ เนื่องจากร่างกฎกระทรวงฉบับใหม่จะขยายความครอบคลุมการบังคับใช้กฎหมายไปถึงห้างสรรพสินค้า สถานพยาบาล และห้องปฏิบัติการ อย่างไรก็ตามในเรื่องนี้ทางสถาบันอุดมศึกษาที่ผลิตบัณฑิตวิชาเอกอาชีวอนามัยและความปลอดภัยได้นำตัวเลขจำนวนบัณฑิตที่ผลิตไปแล้ว ความสามารถในการผลิต และจำนวน จป.ระดับวิชาชีพที่มีอยู่เดิมมาแสดงให้เห็นว่าจำนวน จป.ระดับวิชาชีพมีเพียงพอต่อความต้องการ

บทบรรณาธิการนี้ไม่ได้ต้องการนำเสนอว่าจำนวน จป. ดังกล่าวจะมีพอหรือไม่พอ เพราะการหาคำตอบไม่น่ายากเพียงนำความต้องการที่มีในขณะนี้ (Demand) มาพิจารณากับความสามารถในการผลิตและจำนวนที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Supply) ก็ทราบคำตอบแล้ว แต่สิ่งที่ต้องการนำเสนอคือผู้เกี่ยวข้องสัมพันธ์ไปแล้วหรือว่าในสถานประกอบการทั้งหมดที่กำลังกล่าวมา ทุกแห่งมี จป.ระดับบริหาร (ผู้บริหารหน่วยงานทุกหน่วยงานและทุกคน) และระดับหัวหน้างาน (ไม่ว่าจะเรียกตำแหน่งหัวหน้างานว่าอะไรก็ตามทุกคน) จป. ทั้งสองระดับนี้มีหน้าที่ด้านความปลอดภัยในการทำงานตามกฎหมาย เช่น จป.ระดับบริหาร มีหน้าที่เสนอนโยบายความปลอดภัยต่อนายจ้าง ส่งเสริม สนับสนุน ควบคุมกำกับงานความปลอดภัย ส่วน จป.ระดับหัวหน้างาน มีหน้าที่ตรวจตราความปลอดภัย สอนงาน ดูแลการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล สบสวนอุบัติเหตุ เป็นต้น จะเห็นได้ว่าเอาเข้าจริงมี จป. ทั้งสองระดับทำหน้าที่ด้านความปลอดภัยที่สำคัญอยู่แล้ว ทำไมหน่วยงานที่บังคับใช้กฎหมายฉบับนี้และคณะกรรมการร่างกฎกระทรวงจึงไม่ใช้ จป. ดังกล่าวให้เป็นประโยชน์ และยังคงให้ จป.ระดับวิชาชีพต้องเป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีเช่นเดียว ก็จะทำให้ จป.ระดับวิชาชีพสามารถทำงานในเชิง staff function ได้อย่างเหมาะสมและสมกับภารกิจยิ่งใหญ่ที่จะดูแล คุ้มครองชีวิตคนทำงานและชุมชนต่าง ๆ

เรื่องนี้คิดไม่ยาก ยกเว้นมีอะไรในใจที่ไม่เปิดเผย เลยทำเรื่องง่ายให้กลายเป็นเรื่องยากไป

รองศาสตราจารย์สรารุท สุธรรมาสา

บรรณาธิการบริหาร

วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ เป็นวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

## สารบัญ

### ● บทความจากงานวิจัย

ปัจจัยอันตรายในการทำงานและภาวะสุขภาพของคนงานผลิตเครื่องปั้นดินเผา.....	6 - 16
ภาวะสุขภาพและสภาพการทำงานที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพของแรงงานนอกระบบภาคการเกษตร จังหวัดพิษณุโลก.....	17 - 26
การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ตามการรับรู้ของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย .....	27 - 38
การพัฒนารูปแบบการสร้างครอบครัวอบอุ่นและป้องกันยาเสพติด ตำบลโคกชะงาย อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร.....	39 - 47
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ.....	48 - 58
ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก ในโรงพยาบาล สมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี .....	59 - 69

### ● การยศาสตร์

อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล (PPE) : เลือกใช้อย่างไรให้ถูกหลักการยศาสตร์.....	70 - 74
--	---------

### ● ทันโลกเทคโนโลยี

อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลเพื่อการควบคุมและป้องกันอีโบล่า.....	75 - 82
---	---------

### ● คำแนะนำการเขียนบทความส่งเผยแพร่ในวารสารความปลอดภัยและสุขภาพ

คำแนะนำการเขียนบทความส่งเผยแพร่ในวารสารความปลอดภัยและสุขภาพ.....	83 - 87
--	---------



# ปัจจัยอันตรายในการทำงานและ ภาวะสุขภาพของคณงานผลิตเครื่องปั้นดินเผา

## Occupational Hazards and Health Status Among Pottery Workers

อาจารย์ ดร.วันเพ็ญ ทรงคำ Ph.D. (Public Health)

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ ดร.ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ Ph.D. (Community Health)

รองศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อาจารย์ ดร.ธานี แก้วธรรมานุกุล Ph.D. (Nursing)

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยอันตรายในการทำงานและภาวะสุขภาพของคณงานผลิตเครื่องปั้นดินเผา กลุ่มตัวอย่างเป็นคณงานผลิตเครื่องปั้นดินเผาในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 307 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือตรวจวัดทางสุขศาสตร์อุตสาหกรรม และแบบสอบถามปัจจัยอันตรายในการทำงานและภาวะสุขภาพของคณงานผลิตเครื่องปั้นดินเผา ที่มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในระดับที่ยอมรับได้ (0.98 และ 0.93 ตามลำดับ) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยอันตรายในการทำงานที่ตรวจวัดโดยใช้เครื่องมือตรวจวัดทางสุขศาสตร์อุตสาหกรรม ได้แก่ ฝุ่น เสียงดัง และความร้อน ไม่มีค่าใดเกินค่ามาตรฐาน มีเพียงความเข้มของแสงสว่าง ณ บริเวณจุดทำงานร้อยละ 67.14 ของจุดตรวจวัดที่ต่ำกว่ามาตรฐาน ในส่วนปัจจัยอันตรายในการทำงานตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีปัจจัยอันตรายในการทำงาน ได้แก่ ฝุ่น (ร้อยละ 91.86) เสียงดัง (ร้อยละ 90.23) ทำางการทำงานซ้ำๆ (ร้อยละ 66.12) และมีการบิดหรือเอี้ยวตัวในขณะที่ทำงาน (ร้อยละ 61.88)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.17 รับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนภาวะสุขภาพจากการทำงาน พบอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อมากที่สุด ประกอบด้วยอาการปวดมือ แขน ไหล่ (ร้อยละ 89.58) ปวดหลัง (ร้อยละ 85.99) ปวดคอ (ร้อยละ 85.34) และปวดขา (ร้อยละ 81.11) ปัญหาสุขภาพของผิวหนังและระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ คัน ผื่นตามผิวหนัง (ร้อยละ 67.85) น้ำมูกไหล ไอ จาม และแสบจมูก (ร้อยละ 67.1) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 14 ได้รับบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา

**คำสำคัญ:** ปัจจัยอันตรายในการทำงาน/ภาวะสุขภาพ/คณงานผลิตเครื่องปั้นดินเผา/อาชีพหามัย

### Abstract

This study aim to investigate occupational hazards and health status among pottery workers. The study sample comprised 307 pottery workers working at Chiang Mai province. Data collection was conducted by using industrial hygiene instruments and a self-report questionnaire which has a very remarkable validity and reliability (0.98 and

0.93, respectively). Data analysis was performed by using descriptive statistics. The result revealed that occupational hazards included level of total dust, respirable dust, noise level, and heat stress measuring by an industrial hygiene instrument did not exceed standard value. It was found that 67.14 percent of illumination at the point of work was lower than that standard value. Regarding self-reported occupation hazards, the study sample perceived that they were exposed to workplace hazards such as dust (91.86%) and heat (90.23%). There was 64.17 percent of the study sample who perceived their general health status at a moderate level. Regarding health status related to work, the most illnesses among the sample were musculoskeletal disorders including hand-arm-shoulder pain (89.58%), back pain (85.99%), neck pain (85.34%), and leg pain (81.11%). Skin and respiratory tract illnesses found among the samples included skinrash (67.85%), and runny nose, coughing, sneezing, and nose irritation (67.1%). Of the study samples, 14 percent had work-related injuries over the past three months.

**Keywords :** Occupational hazard/Health status/Pottery worker/Occupational health

## 1. บทนำ

อุตสาหกรรมเครื่องปั้นดินเผามีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากอดีตที่มุ่งผลิตเพื่อตอบสนองการใช้งานในชีวิตประจำวันและใช้ในพิธีกรรมต่าง ๆ ปัจจุบันกลายเป็นอุตสาหกรรมขนาดใหญ่เน้นการผลิตเพื่อส่งออก สามารถสร้างรายได้เข้าสู่ประเทศเป็นจำนวนมาก (ศูนย์พัฒนาอุตสาหกรรมเซรามิก, 2556) การผลิตเครื่องปั้นดินเผาแม้จะเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระบบการผลิตที่เรียกว่าระบบการผลิตแบบอัตโนมัติ (Automatic system) ใช้เครื่องจักรเป็นหลักแต่ยังคงต้องมีคนงานทำหน้าที่ควบคุมดูแลเครื่องจักรในการผลิต ทำให้คนงานมีโอกาสสัมผัสกับปัจจัยอันตรายจากการทำงานทั้งทางด้านกายภาพ เคมี การยกศาสตร์ ชีวภาพ (Bender, Hadley, Hellerstein, & Hohman, 2011) และจิตสังคม (Melzer & Iguti, 2010) ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

ของคนงาน ดังการศึกษาความเสี่ยงทางด้านสุขภาพในโรงงานเครื่องปั้นดินเผาของประเทศไทยโคพบการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 67.6) โรคระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 58) โรคระบบประสาท (ร้อยละ 35.5) โรคระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 28) และระบบผิวหนัง (ร้อยละ 8.3) (Laraqui, Canbet, Laraqui, Rahhali, Curted, & Verger, 2000) ส่วนข้อมูลในประเทศไทย ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพคนงานโรงงานเซรามิก จังหวัดสระบุรี พบคนงานเคยเจ็บป่วยด้วยโรคในระบบทางเดินหายใจถึงร้อยละ 66.67 (ดำรงค์ ชันชาลี, 2548)

การศึกษาที่ผ่านมาระบุว่าคนงานผลิตเครื่องปั้นดินเผามีโอกาสสัมผัสปัจจัยอันตรายในการทำงานด้านกายภาพหลายประการ อาทิเช่น ความร้อนและเสียงดังในกระบวนการผลิตเครื่องปั้นดินเผา (Bender et al., 2011) ความร้อนในสิ่งแวดล้อมการทำงานส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนงานทำให้เกิดการสูญเสียเหงื่อและเกลือแร่ อ่อนเพลียเป็นลม หมดสติ (พรพิมล กองทิพย์, 2555) ส่วนเสียงดังเกิดจากการใช้เครื่องจักรในขั้นตอนการบดผสมดิน รีดดิน และการปั้นขึ้นรูป (Bovea, Diaz-Albo, Gallardo, Colomer, & Serrano, 2010) ซึ่งอาจส่งผลให้คนงานมีโอกาสเกิดสมรรถภาพการได้ยินผิดปกติ เช่น หูอื้อ ได้ยินเสียงไม่ชัด หรือทำให้เกิดสูญเสียการได้ยินแบบถาวรได้ (สรารุช สุธรรมมาสา, 2547) นอกจากนี้ คนงานเครื่องปั้นดินเผายังมีโอกาสสัมผัสปัจจัยอันตรายด้านเคมี ได้แก่ ฝุ่นชนิดต่าง ๆ โดยเฉพาะฝุ่นซิลิกาที่เกิดจากดินที่ใช้เป็นวัตถุดิบ ก๊าซที่เกิดจากขั้นตอนการเผา และสารเคมีที่ใช้ในการสร้างสีของชิ้นงาน (สุจริต สุนทรธรรม และคณะ, 2545; Bender et al., 2011) การหายใจเอาฝุ่นซิลิกาเข้าไปจะก่อให้เกิดอาการระคายเคืองและทำให้เกิดอาการผิดปกติต่อระบบทางเดินหายใจ เช่น หลอดลมอักเสบ และหอบหืด (Bartel, 2005; Rossol, 2006) ผลการศึกษาปริมาณสารเคมีที่ถูกปล่อยออกมาจากเตาเผาและการได้รับสัมผัสสารเคมีของคนงานเครื่องปั้นดินเผาในประเทศแคนาดา พบว่ามีสารเคมีในบรรยากาศการทำงาน ได้แก่ ไนโตรเจนไดออกไซด์ คาร์บอนมอนอกไซด์ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ และโลหะหนัก (Hirtle, Teschke, Van Netten, & Brauer, 1998) อีกทั้งยังพบว่าน้ำเคลือบและสีที่ใช้ในการตกแต่งผลิตภัณฑ์บางชนิดมีส่วนประกอบของโลหะหนัก เช่น ตะกั่ว แคดเมียม โครเมียม แอนติโมนี แมงกานีส และสังกะสีออกไซด์ การสัมผัสสารเคมีเหล่านี้อาจส่งผล



ต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบโลหิต ระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจ (Venn, 2003) และทำให้เกิดผิวหนังอักเสบ (Rossol, 2006)

งานผลิตเครื่องปั้นดินเผาเป็นงานที่ถือได้ว่าเป็นการผลิตผสมผสานระหว่างงานอุตสาหกรรมและหัตถกรรม โดยเฉพาะการตกแต่งลวดลายชิ้นงานที่ต้องใช้ความปราณีตและความตั้งใจในการทำงานสูง ลักษณะการทำงานดังกล่าวส่งผลต่อแบบแผนการทำงานของคนงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกำหนดท่าทางในการทำงาน ทำให้คนงานมีโอกาสสัมผัสกับปัจจัยอันตรายด้านการยศาสตร์ เช่น การทำงานซ้ำ ๆ การนั่งทำงานเป็นระยะเวลานาน ๆ อย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน และนั่งบนเก้าอี้ที่ไม่มีพนักพิงหลัง การใช้เครื่องมือในการปั้น/ตกแต่งลวดลายที่ไม่เหมาะสม การยกผลิตภัณฑ์ที่ทำสำเร็จในแต่ละขั้นตอนไปยังขั้นตอนต่อไป (Bartel, 2005; Rossol, 2006; Melzer & Iguti, 2010; Bender et al., 2011) มีการศึกษามากมายที่ยืนยันว่าปัจจัยอันตรายด้านการยศาสตร์มีผลต่อการเกิดอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ดังการศึกษาความเสี่ยงด้านสุขภาพในสิ่งแวดล้อมการทำงานเครื่องปั้นดินเผาประเทศโมร็อกโก (Laraqui et al., 2000) พบปัญหาในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อในคนงานสูงสุด (ร้อยละ 67.6) นอกจากนี้ การผลิตเครื่องปั้นดินเผายังทำให้คนงานมีโอกาสสัมผัสปัจจัยอันตรายด้านชีวภาพ ได้แก่ เชื้อราและแบคทีเรียที่ปนเปื้อนดินที่นำมาใช้เป็นส่วนผสมของผลิตภัณฑ์และจากระบบระบายอากาศที่ไม่ดี ซึ่งอาจทำให้เกิดผื่นแพ้บริเวณผิวหนัง หรือหากหายใจเอาเชื้อราและแบคทีเรียในอากาศเข้าไปก็อาจก่อให้เกิดอาการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ (Bender et al., 2011) ผลการศึกษาที่ผ่านมายังระบุว่าคนงานผลิตเครื่องปั้นดินเผา มีโอกาสสัมผัสปัจจัยอันตรายด้านจิตสังคม อาทิเช่น ปริมาณงานที่มากเกินไป การทำงานที่เร่งรีบ การไม่สามารถควบคุมกำกับงานด้วยตนเอง และปัญหาความขัดแย้งระหว่างเพื่อนร่วมงานและหัวหน้างาน (Melzer & Iguti, 2010) ส่งผลให้เกิดภาวะเครียดจากการทำงาน

ผลกระทบจากความเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานที่มีต่อคนงาน นายจ้างและระบบการดูแลสุขภาพนั้น ไม่สามารถคำนวณเป็นตัวเลขหรือจำนวนเงินได้แน่นอน โดยเฉพาะผลกระทบทางด้านจิตสังคมของผู้เจ็บป่วยและคนใกล้ชิด ดังนั้นปัญหาความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บจากการทำงานจึงนับเป็นปัญหาสำคัญด้านอาชีวอนามัยของ

ประเทศไทยที่รอการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังทางสิ่งแวดล้อมโดยการประเมินปัจจัยอันตรายในการทำงานถือเป็นมาตรการหนึ่งที่มีความสำคัญในงานด้านอาชีวอนามัย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปกำหนดแนวทางการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงจากสภาพการทำงานและสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นอันตราย (อดุลย์ บัณฑิตกุล, 2554) ในขณะเดียวกัน การประเมินภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งของการเฝ้าระวังทางสุขภาพ จำเป็นจะต้องจัดกระทำควบคู่กัน เพื่อให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และแนวโน้มความเจ็บป่วยที่อาจเป็นผลจากการสัมผัสปัจจัยอันตรายในการทำงาน

จังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดหนึ่งที่เป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจของภาคเหนือ มีโรงงานเครื่องปั้นดินเผาที่ขึ้นทะเบียนกับกรมโรงงานอุตสาหกรรมทั้งหมด 24 แห่ง มีคนทำงานทั้งหมด 1,157 คน (กรมโรงงานอุตสาหกรรม, 2556) ทั้งนี้ไม่นับรวมถึงช่างปั้นที่รวมกลุ่มกันสร้างผลงานตามอำเภอต่าง ๆ ทำให้มีจำนวนคนทำงานที่เสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากการทำงานผลิตเครื่องปั้นดินเผาเป็นจำนวนมาก ปัจจุบันการศึกษาในคนงานเครื่องปั้นดินเผาของประเทศไทยที่ผ่านมามุ่งเน้นศึกษาเฉพาะภาวะสุขภาพหรือผลกระทบของการทำงานผลิตเครื่องปั้นดินเผาต่อสุขภาพ (วิชนันท์ จุลบุตร, 2546; ดำรงค์ ชันชาติ, 2548) ยังขาดการประเมินปัจจัยอันตรายในการทำงานที่ครอบคลุมในทุก ๆ ปัจจัย ซึ่งถือว่าเป็นกิจกรรมที่จำเป็นในระยะเริ่มต้นของงานด้านอาชีวอนามัย รวมทั้งยังขาดการศึกษาเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับภาวะสุขภาพของคนงาน ด้วยเหตุนี้คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยอันตรายในการทำงานและภาวะสุขภาพของคนงานผลิตเครื่องปั้นดินเผาในจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำผลที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงในการทำงาน เพื่อให้คนงานเครื่องปั้นดินเผาได้รับการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เป็นจริง

## 2. วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ประชากรเป็นคนที่ทำงานในโรงงานผลิตเครื่องปั้นดินเผาในจังหวัดเชียงใหม่ที่ขึ้นทะเบียนกับอุตสาหกรรมจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 24 แห่ง มีคนงานทั้งหมด 1,157 คน กำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครจซ์รีและ

มอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ ทำงานในกระบวนการผลิตเครื่องปั้นดินเผา มีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 3 เดือน อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาในโรงงานผลิตเครื่องปั้นดินเผาขนาดใหญ่ที่ยินยอมให้เข้าศึกษาจำนวน 2 แห่ง มีจำนวนคนงานรวมกันทั้งหมด 415 คน ส่งแบบสอบถามให้กับคนงานทุกคนเนื่องจากถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง พบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 401 คน ส่งคืนแบบสอบถามจำนวน 315 คน (ร้อยละ 78.55) ในจำนวนนี้มีแบบสอบถาม 8 ฉบับขาดความสมบูรณ์ จึงคัดออก เหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 307 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือตรวจวัดทางสุขศาสตร์อุตสาหกรรม ได้แก่ เครื่องมือเก็บตัวอย่างอากาศสำหรับตรวจวัดปริมาณฝุ่น (air sampling devices) แบบติดตามตัว (personal sampling) เพื่อวัดปริมาณฝุ่นรวมและฝุ่นขนาดเล็กที่คนงานสัมผัสตลอดระยะเวลา 8 ชั่วโมงการทำงาน เครื่องวัดระดับความดังของเสียงแบบซาวด์ เลเวล มิเตอร์ (sound level meter) เพื่อตรวจวัดระดับความดังของเสียงในสิ่งแวดล้อมการทำงานที่คนงานผลิตเครื่องปั้นดินเผามีโอกาสสัมผัส เครื่องตรวจวัดระดับความร้อนแบบอ่านค่าได้ทันที (heat stress monitor) เครื่องตรวจวัดระดับความเข้มแสงสว่าง (lux meter) และแบบสอบถามปัจจัยอันตรายในการทำงานและภาวะสุขภาพของคนงานผลิตเครื่องปั้นดินเผาที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.98 และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนของปัจจัยอันตรายในการทำงานและภาวะสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในระดับที่ยอมรับได้ คือ 0.93 ภายหลังจากโครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จึงดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยการตรวจวัดปริมาณฝุ่น ความร้อน และเสียงดัง ในสิ่งแวดล้อมการทำงาน และแสงสว่างเฉพาะจุดในการทำงาน กำหนดจุดที่มีความเสี่ยงโดยการเดินสำรวจ (walk through survey) และแจกแบบสอบถามให้กับคนงานทุกคนที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

### 3. ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 307 คน ร้อยละ 62.54 เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 18-64 ปี (เฉลี่ย 37.02 ปี, S.D. = 9.89) ร้อยละ 70.68 มีสถานภาพสมรสคู่ ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.18) ของกลุ่มตัวอย่าง จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 2,500-16,000 บาท (เฉลี่ย 4,892 บาท, S.D. = 1,752) มีประสบการณ์การทำงานอยู่ระหว่าง 3 เดือน ถึง 31 ปี (เฉลี่ย 6.50 ปี, S.D. = 5.95) โดยมีชั่วโมงการทำงานต่อวันอยู่ระหว่าง 7-9 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.06 ระบุว่าเคยทำงานกับเครื่องมือที่อันตราย และร้อยละ 97.07 ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในขณะทำงาน

ผลการตรวจวัดปัจจัยอันตรายในการทำงานด้วยเครื่องมือตรวจวัดทางสุขศาสตร์อุตสาหกรรมพบว่า ไม่มีค่าใดเกินค่ามาตรฐานที่เสนอแนะโดยสมาคมนักสุขศาสตร์อุตสาหกรรมภาครัฐแห่งสหรัฐอเมริกา (American Conference of the Governmental Industrial Hygienists) (ACGIH, 2014) โดยปริมาณฝุ่นรวม (total dust) ตรวจพบมากที่สุดในช่วงตอนการเคลือบและตกแต่ง ในขณะที่ฝุ่นขนาดเล็ก (respirable dust) ตรวจพบมากที่สุดในช่วงตอนการเตรียมแม่พิมพ์และน้ำยาเคลือบ ส่วนช่วงตอนการตรวจสอบและบรรจุตรวจพบปริมาณฝุ่นทั้งสองขนาดน้อยมากจนไม่สามารถอ่านค่าได้ ส่วนระดับความร้อนในสิ่งแวดล้อมการทำงานพบว่า ช่วงตอนที่ตรวจพบความร้อนสูงสุด ได้แก่ การอบและเผา รองลงมาคือ ช่วงตอนการเคลือบและตกแต่ง ในขณะที่ระดับเสียงในสิ่งแวดล้อมการทำงานพบสูงสุดในช่วงตอนการเคลือบและตกแต่ง รองลงมาได้แก่ ช่วงตอนการเตรียมแม่พิมพ์และน้ำยาเคลือบ (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ปัจจัยอันตรายในการทำงานจำแนกตามขั้นตอนการผลิต

ขั้นตอนการผลิต	ฝุ่นรวม (total dust) (mg/m <sup>3</sup> ) <sup>a</sup>	ฝุ่นขนาดเล็ก (respirable dust) (mg/m <sup>3</sup> ) <sup>a</sup>	ความร้อน (องศาเซลเซียส) <sup>c</sup>	ระดับเสียง (เดซิเบลเอ) <sup>d</sup>
เตรียมดิน	1.500	0.160	27.0-28.2	74.2-81.2
เตรียมแม่พิมพ์/น้ำยาเคลือบ	0.863	0.900	26.1-28.9	64.3-84.7
ขึ้นรูป	2.264	0.210	26.6-27.7	66.5-76.9
อบ/เผา	0.243	N/A	28.7-32.5	70.3-72.6
เคลือบ/ตกแต่ง	7.782	0.196	27.6-30.6	76.9-84.7
ตรวจสอบ/บรรจุ	N/A	N/A	26.4-29.9	68.4-72.1

a ค่ามาตรฐาน total dust หรือ inhalable particles ที่เสนอแนะโดย ACGIH = 10 mg/m<sup>3</sup>

b ค่ามาตรฐาน respirable dust หรือ respirable particles ที่เสนอแนะโดย ACGIH = 3 mg/m<sup>3</sup>

c ค่ามาตรฐานความร้อนคำนวณตามลักษณะงาน ตัวอย่างเช่น ขั้นตอนการอบหรือเผา เนื่องจากคนงานใช้เวลาทำงานในขั้นตอนนี้รวมแล้วประมาณ 30 นาทีต่อวัน ค่าพลังงานที่คำนวณได้ไม่เกิน 200 กิโลแคลอรีต่อชั่วโมง ถือเป็นงานเบาซึ่งไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานกฎกระทรวงฯ ที่กำหนดไว้คือ 34 องศาเซลเซียส

d ระดับเสียงที่อนุญาตให้คนทำงานสัมผัสตลอดระยะเวลา 8 ชั่วโมงการทำงานตามมาตรฐานกฎกระทรวงฯ เท่ากับ 90 เดซิเบลเอ

N/A ปริมาณฝุ่นน้อยมากจนไม่สามารถอ่านค่าได้

ส่วนการตรวจวัดแสงสว่างพบว่า ประมาณสองในสามของจุดตรวจวัด (ร้อยละ 67.14) มีความเข้มแสงสว่างเฉพาะจุดการทำงานที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานตามกฎกระทรวง กำหนดมาตรฐานในการบริหารจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน เกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. 2549 ของกระทรวงแรงงาน

สำหรับปัจจัยอันตรายในการทำงานตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างระบุมีการสัมผัสปัจจัยอันตรายในการทำงานด้านกายภาพ ได้แก่ อากาศร้อน (ร้อยละ 90.23) เสียงดัง (ร้อยละ 64.17) และกลิ่นเหม็นจาก

สารเคมี (ร้อยละ 62.21) สัมผัสปัจจัยอันตรายในการทำงานด้านเคมี ได้แก่ ฝุ่น (ร้อยละ 91.86) และสีหรือน้ำยาเคลือบ (ร้อยละ 46.25) สัมผัสปัจจัยอันตรายในการทำงานด้านชีวภาพ คือ สปอร์เชื้อราจากดิน ร้อยละ 43.65 สัมผัสปัจจัยอันตรายในการทำงานด้านการยศาสตร์ ได้แก่ ท่าทางการทำงานซ้ำ ๆ (ร้อยละ 66.12) บิดหรือเอี้ยวตัวขณะทำงาน (ร้อยละ 61.88) และยกของหนักหรือออกแรงเกินกำลัง (ร้อยละ 43.32) สัมผัสปัจจัยอันตรายในการทำงานด้านจิตสังคม ได้แก่ ไม่สามารถกำหนดงานด้วยตนเอง (ร้อยละ 39.41) ต้องเร่งรีบทำงานแข่งกับเวลา (ร้อยละ 38.76) และปริมาณงานที่ทำมากเกินไป (ร้อยละ 11.73) (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** การสัมผัสปัจจัยอันตรายในการทำงานตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 307)

ปัจจัยอันตรายในการทำงาน	มี	ไม่มี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>ด้านกายภาพ</b>		
เสียงดัง	197 (64.17)	110 (35.83)
แสงสว่างไม่เพียงพอ	78 (25.41)	229 (74.59)
อากาศร้อน	277 (90.23)	30 (9.77)
การระบายอากาศไม่ดี	139 (45.28)	168 (54.72)
กลิ่นเหม็นจากสารเคมี	191 (62.21)	116 (37.79)
<b>ด้านเคมี</b>		
ฝุ่น	282 (91.86)	25 (8.14)
ทินเนอร์/แลคเกอร์	56 (18.24)	251 (81.76)
สี/น้ำยาเคลือบ	142 (46.25)	165 (53.75)
โลหะ/ออกไซด์ของโลหะ	69 (22.48)	238 (77.52)
ก๊าซที่เกิดจากการเผาผลิภัณฑ์	98 (31.92)	209 (68.08)
<b>ด้านชีวภาพ</b>		
สปอร์เชื้อราจากดิน	134 (43.65)	173 (56.35)
<b>ด้านการยศาสตร์</b>		
ท่าทางการทำงานซ้ำ ๆ	203 (66.12)	104 (33.88)
ยกของหนัก/ออกแรงเกินกำลัง	133 (43.32)	174 (56.68)
ทำงานกับเครื่องมือที่อันตราย	52 (16.94)	255 (83.06)
บิดหรือเอี้ยวตัวขณะทำงาน	190 (61.88)	117 (38.12)
<b>ด้านจิตสังคม</b>		
ปริมาณงานที่ทำมากเกินไป	36 (11.73)	271 (88.27)
ต้องเร่งรีบทำงานแข่งกับเวลา	119 (38.76)	188 (61.24)
ไม่สามารถกำหนดงานด้วยตนเอง	121 (39.14)	186 (60.59)
ไม่ได้รับการดูแลจากหัวหน้างาน/เจ้าของ	29 (9.45)	278 (90.55)
ขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน/หัวหน้างาน	15 (4.89)	292 (95.11)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 21.17 มีค่าดัชนีมวลกายเกินกว่าเกณฑ์ปกติ และร้อยละ 6.51 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะอ้วน ร้อยละ 22.48 มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ปวดกล้ามเนื้อ และกระเพาะอาหารอักเสบ นอกจากนี้ยังพบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 22.80 สูบบุหรี่ ร้อยละ 39.42 ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 52.45 ไม่ออกกำลังกาย และร้อยละ 60.91 ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี

ส่วนภาวะสุขภาพทั่วไปตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 64.17 มีภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับ

ปานกลาง อีกร้อยละ 18.57 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของภาวะสุขภาพรายด้านคือ ด้านร่างกายและด้านจิตใจพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.40 และ 73.94 มีภาวะสุขภาพทั้งสองด้านอยู่ในระดับปานกลาง มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 21.17 และ 14.33 เท่านั้นที่มีภาวะสุขภาพทั้งสองด้านอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 3 ระดับภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างใน 1 เดือนที่ผ่านมา (n = 307)

ระดับภาวะสุขภาพ	มี	ไม่มี
<b>ภาวะสุขภาพโดยรวม</b> ( $\bar{X}$ = 66.01, S.D. = 11.53, พิสัย = 33.47-93.33)		
สูง (คะแนน > 77.54)	53	17.26
ปานกลาง (คะแนน 54.88-77.54)	197	64.17
ต่ำ (คะแนน < 54.88)	57	18.57
<b>ด้านร่างกาย</b> ( $\bar{X}$ = 66.54, S.D. = 12.29, พิสัย = 25.00-100.00)		
สูง (คะแนน > 78.83)	65	21.17
ปานกลาง (คะแนน 54.25-78.83)	167	54.40
ต่ำ (คะแนน < 54.25)	75	24.43
<b>ด้านจิตใจ</b> ( $\bar{X}$ = 65.81, S.D. = 13.63, พิสัย = 31.82-92.95)		
สูง (คะแนน > 79.44)	44	14.33
ปานกลาง (คะแนน 52.18-79.44)	227	73.94
ต่ำ (คะแนน < 52.18)	36	11.73

สำหรับภาวะสุขภาพจากการทำงาน หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือการรับรู้อาการหรือความเจ็บป่วยที่อาจเกี่ยวข้องกับการสัมผัสปัจจัยอันตรายในการทำงาน ใน 1 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ประมาณร้อยละ 81-89 ของกลุ่มตัวอย่าง มีอาการปวดมือ ข้อมือ ข้อไหล่ ปวดหลัง ปวดคอ และปวดขา และมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีอาการคัน มีผื่นตามผิวหนัง (ร้อยละ 67.85) มีอาการน้ำมูกไหล ไอ จาม แสบจมูก (ร้อยละ 67.10) และระคายเคืองตา แสบตา (ร้อยละ 62.87) (ตารางที่ 5) ส่วนการบาดเจ็บจากการทำงานของกลุ่มตัวอย่างในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 14 เคยได้รับการบาดเจ็บจากการทำงาน ในกลุ่มนี้ได้รับบาดเจ็บ 1-2 ครั้งต่อปี (ร้อยละ 67.44) และ 1-2 ครั้งต่อเดือน (ร้อยละ 18.60) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.02) ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยไม่ต้องหยุดงาน มีเพียงร้อยละ 2.33 ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับบาดเจ็บเท่านั้น ที่ต้องหยุดงานมากกว่า 3 วันขึ้นไป

#### 4. อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้การสัมผัสปัจจัยอันตรายในการทำงานสูงสุด คือ ฝุ่น (ร้อยละ 91.86) อย่างไรก็ตามผลการตรวจวัดปริมาณฝุ่นในสิ่งแวดล้อมการทำงานด้วยเครื่องมือทางสุขศาสตร์อุตสาหกรรมพบว่า ปริมาณฝุ่นรวม (total dust) อยู่ในช่วงน้อยมากจน

ไม่สามารถอ่านค่าได้ถึง 7.782 มิลลิกรัมต่อลูกบาศก์เมตร อากาศ และฝุ่นขนาดเล็ก (respirable dust) พบน้อยมากจนอ่านค่าไม่ได้ถึง 0.9 มิลลิกรัมต่อลูกบาศก์เมตรอากาศ เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานของฝุ่นรวมและฝุ่นขนาดเล็กที่เสนอแนะโดยสมาคมนักสุขศาสตร์อุตสาหกรรมภาครัฐแห่งสหรัฐอเมริกา (ACGIH, 2014) กำหนดไว้ 10 และ 3 มิลลิกรัมต่อลูกบาศก์เมตรอากาศ ตามลำดับ พบว่าปริมาณฝุ่นที่ตรวจวัดทุกค่าไม่เกินค่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ ผลจากการวิจัยแตกต่างจากการศึกษาของดาร์จ ชันซาลี (2548) ที่พบว่าปริมาณฝุ่นรวมและฝุ่นขนาดเล็กในสิ่งแวดล้อมการทำงานโรงงานเซรามิกจังหวัดสระบุรีเกินค่ามาตรฐานในแผนกผลิตแบบและหล่อแบบ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาค่าสูงสุดที่ตรวจวัดได้ซึ่งพบในขั้นตอนการเคลือบและตกแต่ง (7.782 mg/m<sup>3</sup>) ถือเป็นค่าที่มากกว่าครึ่งหนึ่งของความเข้มข้นสูงสุดของสารมลพิษที่ยอมให้มีในบรรยากาศการทำงาน (Occupational Exposure Limit : OEL) จึงเป็นระดับของฝุ่นที่จำเป็นต้องมีมาตรการใดมาตรการหนึ่งเพื่อดำเนินการแก้ไข (action level) เพื่อลดความเสี่ยงในการสัมผัสฝุ่นของพนักงานผลิตเครื่องปั้นดินเผาในขั้นตอนดังกล่าว

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 90.23 ระบุว่ามีการสัมผัสอากาศร้อนในที่ทำงาน โดยขั้นตอนที่ตรวจพบความร้อนสูงสุด ได้แก่ การอบและเผา คือ 28.7-32.5 องศาเซลเซียส รองลงมาได้แก่ ขั้นตอนการเคลือบและตกแต่ง คือ 27.6-

30.6 องศาเซลเซียส สอดคล้องกับข้อมูลเชิงทฤษฎีที่ระบุว่าการทำงานในขั้นตอนการอบและเผาจะมีความร้อนเกิดขึ้นมากกว่าขั้นตอนอื่น ๆ (Bender et al., 2011) ส่วนขั้นตอนการเคลือบและตกแต่งที่พบว่ามีความร้อนสูงรองจากขั้นตอนการอบและเผา นั้น อาจเนื่องจากลักษณะของการจัดสภาพการทำงานในโรงงานที่ไม่ได้แยกเป็นสัดส่วนชัดเจน อีกทั้งการทำงานเคลือบและตกแต่งยังอยู่ใกล้กับบริเวณอบและเผา ทำให้ได้รับอิทธิพลความร้อนจากขั้นตอนดังกล่าวได้ ส่วนการสัมผัสปัจจัยอันตรายในการทำงานด้านการยศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีท่าทางการทำงานซ้ำ ๆ ร้อยละ 66.12 บิดหรือเอี้ยวตัวขณะทำงาน ร้อยละ 61.88 และยกของหนักหรือออกแรงเกินกำลัง ร้อยละ 43.32 สอดคล้องกับการศึกษาสภาพการทำงานในโรงงานผลิตเครื่องปั้นดินเผาประเทศบราซิลที่พบว่า คนงานผลิตเครื่องปั้นดินเผาทำงานในท่าทางซ้ำ ๆ ร้อยละ 87 ยืนทำงานเป็นระยะเวลานาน ๆ ร้อยละ 84 และยกของหนักเกินกำลัง ร้อยละ 58 (Melzer & Iguti, 2010) ข้อค้นพบในการศึกษานี้ยังคล้ายคลึงกับผลการศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมา ระบุปัจจัยด้านการยศาสตร์ในกระบวนการผลิตเครื่องปั้นดินเผาที่พบบ่อย ได้แก่ การทำงานซ้ำ ๆ การนั่งทำงานเป็นระยะ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน และนั่งบนเก้าอี้ที่ไม่มีพนักพิงหลัง การใช้เครื่องมือในการปั้นหรือตกแต่งรวดเร็วที่ไม่เหมาะสม การยกผลิตภัณฑ์ที่ทำสำเร็จในแต่ละขั้นตอนไปยังขั้นตอนต่อไป (Bartel, 2005; Rossol, 2006)

สำหรับภาวะสุขภาพทั่วไป กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.17 ระบุว่ามีความสุขสบายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพรายด้านทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน (ร้อยละ 54.4 และ 73.94 ตามลำดับ) การศึกษานี้ได้ผลการศึกษาที่คล้ายคลึงกับการศึกษาในคนงานผลิตเครื่องปั้นดินเผาขนาดกลางและขนาดย่อม (ซีหนมล สุขดี และคณะ, 2553) และผู้ประกอบการอาชีพผลิตยางพารา (ยุพภรณ์ จันทรมล และคณะ, 2550) ที่ใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพแบบย่อ ฉบับที่ 2 (SF-36 V2) ของกิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย และคณะ (2005) เป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพ ซึ่งผลที่ได้ไม่สามารถนำไปเปรียบเทียบกับการศึกษาภาวะสุขภาพคนงานผลิตเครื่องปั้นดินเผาอื่นที่มีการใช้เครื่องมือประเมินที่มีความแตกต่างกัน (วิชนันท์ จุลบุตร, 2546; สุจิตรา โยธิน, 2553) อย่างไรก็ตาม การที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางด้วยสัดส่วนที่สูง อาจเกี่ยวเนื่องกับปัจจัยด้านเพศ อายุ และโรคประจำตัว

เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ความแตกต่างด้านสรีรวิทยาระหว่างเพศชายและเพศหญิงก่อให้เกิดโรคและการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน (Edelman & Mandel, 2006) ในการศึกษาครั้งนี้พบสัดส่วนของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 62.54 และ 37.46 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของวิชนันท์ จุลบุตร (2546) ที่ระบุว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในมิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทั่วไปเพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย อาจเนื่องจากเพศหญิงต้องรับผิดชอบงานในบ้านและทำงานนอกบ้านร่วมด้วย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2549) เมื่อเปรียบเทียบการศึกษานี้กับการศึกษาอื่นพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.54) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงของซีหนมล และคณะ (2553) (ร้อยละ 33.9) อาจเป็นผลทำให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ต่ำกว่า นอกจากนี้การศึกษาก่อนหน้านี้จากการทำงานชนิดรุนแรงในคนงานประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า เพศชายมีอัตราการได้รับบาดเจ็บที่มือมากกว่าเพศหญิง (Sorock, Lombardi, Courtney, Cotnam, & Mittleman, 2004) ซึ่งในการศึกษานี้ผลการทดสอบทางสถิติสนับสนุนว่าปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุในช่วง 40-49 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 31.6) อายุที่มากขึ้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดความเสื่อมของอวัยวะร่างกาย (Silverstein & Evanoff, 2006) อีกทั้งร้อยละ 22.48 ของกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล

ภาวะสุขภาพจากการทำงานหรือการเจ็บป่วยที่อาจเกี่ยวเนื่องกับการสัมผัสปัจจัยอันตรายในการทำงานพบมากที่สุด คือ การเจ็บป่วยในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ประเมินร้อยละ 81-89 ของกลุ่มตัวอย่าง มีอาการปวดมือ ข้อมือ ข้อไหล่ ปวดหลัง ปวดคอ และปวดขา และปัญหาสุขภาพของผิวหนังและระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ คัน มีผื่นตามผิวหนัง (ร้อยละ 67.85) น้ำมูกไหล ไอ จาม และเสบจุมูก (ร้อยละ 67.1) รวมทั้งร้อยละ 14 ของกลุ่มตัวอย่างยังเคยบาดเจ็บจากการทำงานในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา อาการเจ็บป่วยในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อดังกล่าวอาจเกี่ยวเนื่องจากลักษณะการทำงาน เช่น การทำงานในท่าทางซ้ำ ๆ การยกและเคลื่อนย้ายของที่มีน้ำหนักมากไม่ถูกวิธี การทำงานในท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม การนั่งหรือยืนทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ



(Levy et al., 2011) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างระบุมีท่าการทำงานซ้ำๆ (ร้อยละ 66.12) มีการบิดหรือเอี้ยวตัวขณะทำงาน (ร้อยละ 61.88) และมีการยกของหนักหรือออกแรงเกินกำลัง (ร้อยละ 43.32) ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนข้อค้นพบในคนงานเครื่องปั้นดินเผาประเทศบราซิลที่พบว่า ร้อยละ 63.5 ของกลุ่มตัวอย่างระบุเคยมีอาการปวดในระบบโครงร่างกล้ามเนื้ออย่างน้อย 1 ตำแหน่งในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา (Melzer & Igut, 2010) เช่นเดียวกับการศึกษาภาวะสุขภาพในมิติด้านร่างกายในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพทำเครื่องปั้นดินเผาจังหวัดลำปางของประเทศไทย พบกลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดบั้นเอว ร้อยละ 67.02 (สุจิตรา โยธิน, 2553) อีกทั้งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายเกินกว่าเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 21.17) และมีภาวะอ้วน (ร้อยละ 6.51) ร่วมด้วยเนื่องจากดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้เกิดแรงกดต่อแนวกระดูกและข้อทำให้เกิดการอักเสบของข้อต่อก่อให้เกิดอาการปวดของโครงร่างและกล้ามเนื้อ (Sethi, Sandhu, & Imbanathan, 2011) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 47.55 ยังขาดการออกกำลังกาย ซึ่งการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะสามารถป้องกันอาการปวดในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อได้ (Heinrich, 2009) ส่วนปัญหาสุขภาพของผิวหนังและระบบทางเดินหายใจที่พบในคนงานเครื่องปั้นดินเผา ได้แก่ คัน มีผื่นตามผิวหนัง (ร้อยละ 67.85) น้ำมูกไหล ไอ จาม และแสบจมูก (ร้อยละ 67.10) อาจเกี่ยวเนื่องกับการสัมผัสปัจจัยอันตรายจากการทำงานหลากหลาย เช่น ฝุ่น และอากาศร้อน ในบริเวณที่ทำงาน ในเชิงทฤษฎีพบว่า การสัมผัสฝุ่นทำให้เกิดอาการระคายเคืองและผื่นคันของผิวหนัง การหายใจเอาฝุ่นเข้าไปจะก่อให้เกิดอาการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ เช่นเดียวกับการสัมผัสอากาศที่ร้อนอบอ้าวในบริเวณที่ทำงาน มีโอกาสทำให้เกิดผื่นเนื่องจากความร้อนได้ (พรพิมล กองทิพย์, 2555) ผลการศึกษาที่สนับสนุนข้อมูลดังกล่าวได้แก่ การศึกษาของสุจิตรา โยธิน (2553) ในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพทำเครื่องปั้นดินเผาจังหวัดลำปางที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการผื่นคันตามอวัยวะต่าง ๆ เช่น มือ แขน ลำตัว ร้อยละ 30.85 และมีอาการเป็นหวัด น้ำมูกไหล ร้อยละ 62.77

## 5. สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาปัจจัยอันตรายในการทำงานและภาวะสุขภาพของคนงานผลิตเครื่องปั้นดินเผา ทำให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ทั้งแบบปรนัย (objective data) จาก

การตรวจวัดด้วยเครื่องมือทางสุขศาสตร์อุตสาหกรรมและแบบอัตนัย (subjective data) ตามการรับรู้ของคนงานสะท้อนถึงลักษณะการทำงานและสภาพการทำงานของคนงานผลิตเครื่องปั้นดินเผาซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของคนงาน ทำให้คนงานมีอาการหรือความเจ็บป่วยเกิดขึ้น โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านการยกศาสตร์ และฝุ่น ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลเพื่อสื่อสารความเสี่ยงให้แก่คนงานผลิตเครื่องปั้นดินเผา โดยเน้นการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัจจัยอันตรายในการทำงานผลิตเครื่องปั้นดินเผา และผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อให้คนงานตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเองในการลดความเสี่ยงและปกป้องตนเองจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงาน รวมทั้งเป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดโปรแกรมตรวจคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยง เช่น สมรรถภาพกาย สมรรถภาพปอด การเฝ้าระวังทางสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อและระบบทางเดินหายใจ

## เอกสารอ้างอิง

- กรมโรงงานอุตสาหกรรม. (2556). *ข้อมูลโรงงาน*. Retrieved January 12, 2014, from <http://userdb.diw.go.th/results1.asp>
- ชื่นกมล สุขดี, ชวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์ และวันเพ็ญ ทรงคำ. (2553). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมปกป้องสุขภาพของคนงานผลิตเครื่องปั้นดินเผาในอุตสาหกรรมขนาดกลางและขนาดย่อม. *วารสารสภาการพยาบาล*. 25(3), 121-139.
- ดำรงค์ ชันชาลี. (2548). การสำรวจสภาวะสุขภาพคนงานโรงงานเซรามิกส์ จังหวัดสระบุรี. *วารสารความคุ้มครอง*. 31(1), 22-28.
- พรพิมล กองทิพย์. (2555). *สุขศาสตร์อุตสาหกรรม*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: เบสท์ กราฟฟิค เพรส.
- ยุพาภรณ์ จันทรพิมล, ชวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์ และวันเพ็ญ ทรงคำ. (2550). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันสุขภาพของผู้ประกอบการอาชีพผลิตยางพารา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 16(3), 39-399.

- วิชรัตน์ จุลบุตร. (2546). *ภาวะสุขภาพของพนักงานในโรงงานเครื่องปั้นดินเผา บ้านชมพู่ ตำบลชมพู่ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. การค้นคว้าแบบอิสระ* สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศูนย์พัฒนาอุตสาหกรรมเซรามิก. (2556). *สถานการณ์อุตสาหกรรมเซรามิกของประเทศไทย*. Retrieved December 1, 2013, from <http://ceramiccenter.dip.go.th/LinkClick.aspx?fileticket=CoPYh6B%2bn0c%3d&tabid=36>
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2549). *รายงานประจำปี 2549*. Retrieved November 19, 2007, from <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/2666>
- สรารุช สุธรรมมาสา. (2547). *การจัดการมลพิษทางเสียงจากอุตสาหกรรม*. กรุงเทพฯ: บริษัท ซี แอนด์ เอส พรินต์ติ้ง จำกัด.
- สุจิต สุนทรธรรม, ชัยยุทธ ชวลิตนธิกุล, สมเกียรติ ศิริรัตนพฤษ์, สรารุช สุธรรมมาสา, สลิทธ เทพตระการพร, สุธิตา กรุงไกรวงศ์ และคณะ. (2545). *คู่มือการดูแลสุขภาพผู้ทำงานและวิธีทำงานมาตรฐานช่างเครื่องเคลือบดินเผา*. กรุงเทพฯ: บริษัท สร้างสื่อ จำกัด.
- สุจิตรา โยธิน. (2553). *ภาวะสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพทำเครื่องปั้นดินเผาบ้านม่อนเขาแก้ว ตำบลพิชัย อำเภอเมืองลำปาง. การค้นคว้าแบบอิสระ* สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อดุลย์ บัณฑิตกุล. (2554). *ตำราอาชีพเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ราชทัณฑ์.
- ACGIH. (2014). TLVs and BEIs. Cincinnati: American Conference of Governmental Industrial Hygienists.
- Bartel, M. (2005). Hazards in Ceramics. Retrieved September 14, 2010, from <http://www.goshen.edu/art/DeptPgs/Hazards.html>
- Bender, J., Hadley, G.J., Hellerstein, P., & Hohman, M.C. (2011). Glass, Ceramics and Related Materials. In T. Parish (Ed.). *Encyclopedia of occupational health and safety (4<sup>th</sup> ed.)*. Geneva: International Labour Ofce. Retrieved September 16, 2013, from <http://www.ilo.org/oshenc/part-xiii/glass-pottery-and-related-materials/item/25-glass-ceramics-and-related-materials>
- Bovea, M.D., Daz-Albo, E., Gallardo, A., Colomer, F.J., & Serrano, J. (2010). Environmental performance of ceramic tiles: Improvement proposals. *Materials & Design*. 31(1), 35-41.
- Edelman, C.L., & Mandle, C.L. (2006). *Health promoting throughout the lifespan (6<sup>th</sup> ed.)*. Philadelphia: Elsevier Mosby.
- Heinrich, C.D. (2009). *The association between physical activity, mental health and quality of life: A population-based study*. Retrieved September 17, 2010, from <http://www.chd.dphe.state.co.us/Resources/pubs/physicalactivity.pdf>
- Hirtle, B., Teschke, K., Van Netten, C., & Brauer, M. (1998). Kiln emissions and potters' exposures. *American Industrial Hygiene Association Journal*. 59(10), 706-714.
- Jirattanaphochai, K., Jung, S., Sumnanont, C., & Saengnipanthkul, S. (2005). Reliability of the medical outcomes study short-form survey version 2.0 (Thai version) for the evaluation of low back pain patients. *J Med Assoc Thai*. 88(10), 135-1361.
- Krejcie, R.W., & Morgan, D.W. (1970). Determining sample size for research activities. *Education and Psychological Measurement*. 30, 607-610.
- Laraqui, C.H., Canbet, A., Laraqui, A., Rahhali, J.P., Curted, C. & Verger, C. (2000). Health risks study in a pottery environment in Morocco. *Sante*. 10(4), 249-254.
- Levy, B.S., Wegman, D.H., Baron, S.L., & Sokas, R.K. (2011). *Occupational and environmental health: Recognizing and preventing disease and injury (6<sup>th</sup> ed.)*. New York: Oxford University Press.
- Melzer, A.C.S. & Iguti, A.M. (2010). Working conditions and musculoskeletal pain among Brazilian pottery workers. *Cad. Saude Publica, Rio de Janeiro*. 26(3), 492-502.



- Rossol, M. (2006). *Ceramics*. Retrieved March 19, 2007, from <http://www.ilo.org/encyclopedia/?doc&nd=857200325&nh=0>
- Sethi, J., Sandhu, J.S., & Imbanathan, V. (2011). *Effect of Body Mass Index on work related musculoskeletal discomfort and occupational stress of computer workers in a developed ergonomic setup*. Retrieved March 19, 2012, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3205015/>
- Silverstein, B. & Evanoff, B. (2006). Musculoskeletal disorders. In Levy BS, Wegman DH, Baron SL & Sokas RK., eds. *Occupational and environmental health: Recognizing and preventing disease and injury* (5<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. pp. 488-516.
- Sorock, G.S., Lombardi, D.A., Courtney, T.K., Cotnam, J.P., & Mittleman, M.A. (2004). Epidemiology of occupational acute traumatic hand injuries: a literature review. *Safety Science*. 38(3), 241-256.
- Venn, A. (2003). *Ceramics Hazards*. Retrieved October 21, 2006, from [http://www.noel-arnold.com.au/uploads/resources/IS13\\_Ceramic\\_Hazards.pdf](http://www.noel-arnold.com.au/uploads/resources/IS13_Ceramic_Hazards.pdf)

# ภาวะสุขภาพและสภาพการทำงานที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพของแรงงานนอกระบบภาคการเกษตร จังหวัดพิษณุโลก

Health Status and Health Risk of Working Conditions among the Agricultural Informal Workers in Phitsanulok Province

ศศพล บุตรมี *M.Sc. (Occupational Health and Safety)*<sup>1</sup>

กานต์พิชชา เกียรติกิจโรจน์ *M.Sc. (Industrial Hygiene and Safety)*<sup>1</sup>

พีรญา อึ้งอุตรภักดิ์ *Ph.D. (Public Health)*<sup>1</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยและบาดเจ็บ และ 2) ศึกษาสภาพการทำงานที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพของแรงงานนอกระบบภาคการเกษตรจังหวัดพิษณุโลก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบสอบถามประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบ กลุ่มตัวอย่างคือแรงงานนอกระบบที่ทำงานอยู่ในภาคการเกษตรจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 325 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบชั้นภูมิ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า แรงงานนอกระบบจังหวัดพิษณุโลกส่วนมีโรคประจำตัวที่ได้รับการรักษาหรือการวินิจฉัยทางการแพทย์ร้อยละ 35.4 เคยได้รับอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บที่ไม่ได้มาจากการทำงานร้อยละ 45.5 เคยได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานร้อยละ 27.30 ความถี่ของการได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานส่วนใหญ่คือ 1-2 ครั้งต่อเดือนสาเหตุของอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความประมาทและการใช้ของมีคม สำหรับสภาพการทำงานที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าในการทำงานมากกว่าครึ่ง ลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพด้านกายภาพมากที่สุดคือการสัมผัสแหล่งความร้อน ในขณะที่ปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างมีการใช้สารเคมีในการทำงาน

คิดเป็นร้อยละ 48.21 และมีการสัมผัสฝุ่นจากการทำงานถึงร้อยละ 64.0 กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสติดเชื้อโรคจากการทำงานคิดเป็นร้อยละ 24.31 สำหรับลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพด้านการยศาสตร์และจิตวิทยาสังคมพบว่า มีการยืนทำงานนาน ๆ มีการออกแรงในการทำงานแบบซ้ำ ๆ และกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากการทำงานเป็นอย่างมาก คิดเป็นร้อยละ 21.8

**คำสำคัญ :** สภาพการทำงาน/สุขภาพ/แรงงานนอกระบบภาคการเกษตร

## Abstract

The objectives of this study were 1) to study health status, illness and injuries 2) to study work condition that lead to health risk in working among the agricultural informal workers in Phitsanulok province. The health risk assessment questionnaire for informal workers was used in this study. Stratified random sampling was employed to obtain the samples of 325 agricultural informal workers from Phitsanulok province. The data were analyzed by descriptive statistics.

<sup>1</sup> คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร



The results show that agricultural informal workers are underlying disease around 35.4% and had non-work accidents around 45.5%. The proportion of work accidents in the previous year at 27.30% and the frequency of work accidents were 1-2 times per month. The major causes of work accidents were indiscretion and use of sharp equipments. For work condition, over 50% of subjects used electrical equipments. A major physical hazard affecting health risk was to expose to high temperature during working period. The subjects used chemical substances around 48.21%. Moreover, the dust exposure was the major chemical hazard during working at 64.0%. The subjects were risky to expose to biological hazards around 24.31%. The majority of ergonomics and psychological hazards were long time standing during working, repetitive force and high stress at 21.8%.

**Keywords :** Working condition/Health/ Agricultural informal workers

## 1. บทนำ

สำนักงานประกันสังคมได้ให้ความหมายของแรงงานนอกระบบไว้ว่า หมายถึงผู้มีการทำงาน มีรายได้ และไม่มีนายจ้าง หรือไม่อยู่ในความคุ้มครองของกฎหมายประกันสังคม โดยจำแนกออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ กลุ่มที่มีการทำงานหรือรับจ้างและมีรายได้ เช่น ผู้รับงานไปทำที่บ้าน ผู้รับจ้างทำของแรงงานรับจ้างตามฤดูกาล (แรงงานภาคเกษตร) แรงงานในกิจการประมง ผู้รับจ้างทำงานบ้าน คนขับรถส่วนตัว กลุ่มที่สองคือกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพอิสระทั่วไป เช่น คนขับรถรับจ้าง ผู้ทำการเกษตรทั้งที่มีที่ดินเป็นของตนเองหรือเช่า ช่างเสริมสวย ช่างตัดผม ช่างซ่อมรองเท้า ช่างซ่อมนาฬิกา เจ้าของร้านขายของชำ รวมถึงผู้ประกอบการอาชีพอิสระระดับวิชาชีพซึ่งมีรายได้สูงด้วย เช่น ทนายความ แพทย์ ทันตแพทย์ (สำนักงานประกันสังคม, 2548)

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ในปี พ.ศ. 2556 ในจำนวนผู้มีงานทำทั้งสิ้น 39.1 ล้านคน เป็นผู้ที่ทำงานที่ไม่ได้รับความคุ้มครองและไม่มีหลักประกันทางสังคมจากการทำงานหรือเรียกว่าแรงงานนอกระบบ

25.1 ล้านคน หรือร้อยละ 64.2 แรงงานนอกระบบทั้งหมดนอกจากนั้นแรงงานนอกระบบทำงานอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุดร้อยละ 40.9 รองลงมา เป็นภาคเหนือร้อยละ 21.4 ภาคกลางร้อยละ 18.8 ภาคใต้ร้อยละ 13.8 และกรุงเทพมหานครมีแรงงานนอกระบบน้อยที่สุดร้อยละ 5.1 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556)

เมื่อพิจารณาถึงประเภทการประกอบกิจกรรมทางเศรษฐกิจพบว่า แรงงานนอกระบบ 15.4 ล้านคน หรือร้อยละ 61.3 ทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรมรองลงมาทำงานอยู่ในภาคการค้าและการบริการร้อยละ 27.4 และภาคการผลิตร้อยละ 11.2 ที่เหลือไม่ทราบกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สำหรับการได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงานของแรงงานนอกระบบในปี 2556 มีจำนวน 4.0 ล้านคน โดยลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บเกิดจากการถูกของมีคมบาดมากที่สุดร้อยละ 66.6 รองลงมาเป็นการพลัดตกหกล้มร้อยละ 17.5 การชนและกระแทกร้อยละ 5.9 ไฟไหม้หรือน้ำร้อนลวก ร้อยละ 3.8 ได้รับสารเคมีเป็นพิษร้อยละ 2.9 อุบัติเหตุจากยานพาหนะร้อยละ 2.5 และไฟฟ้าช็อตร้อยละ 0.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556)

ในจังหวัดพิษณุโลก จำนวนผู้มีงานทำ 488,156 คน เป็นแรงงานในระบบ 156,550 คน (ร้อยละ 32.07) แรงงานนอกระบบ 331,606 คน (ร้อยละ 67.93) แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ทำงานในภาคเกษตรกรรม และการประมงคิดเป็นร้อยละ 55.42 คนงานเคยได้รับบาดเจ็บ/อุบัติเหตุจากการทำงานคิดเป็นร้อยละ 29 โดยสาเหตุของการบาดเจ็บที่เป็นสาเหตุสูงสุด ได้แก่ การได้รับของมีคมบาด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำวิจัยเพื่อสำรวจสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยและประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบภาคเกษตรในจังหวัดพิษณุโลก เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยและบาดเจ็บของแรงงานนอกระบบภาคการเกษตรจังหวัดพิษณุโลก

2.2 เพื่อศึกษาสภาพการทำงานที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพของแรงงานนอกระบบภาคการเกษตรจังหวัดพิษณุโลก

### 3. วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนากลุ่ม

#### 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือแรงงานนอกระบบที่อยู่ในภาคเกษตรกรรม ในจังหวัดพิษณุโลก จำนวนทั้งสิ้น 184,789 คน คำนวณขนาดตัวอย่างได้จากการคำนวณหาขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนโดยทราบขนาดประชากร และกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% มีสูตรการคำนวณดังนี้

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2} p(1-p)}{e^2(N-1) + Z^2_{\alpha/2} p(1-p)}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนแรงงานนอกระบบภาคเกษตรที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพิษณุโลกทั้งหมด 184,789 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556)

Z = สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 1.96 เมื่อกำหนดให้ความเชื่อมั่น 95%

P = สัดส่วนคนงานนอกระบบจังหวัดพิษณุโลกที่เคยได้รับบาดเจ็บ/อุบัติเหตุจากการทำงานเท่ากับ 0.29 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556)

e = ความคลาดเคลื่อนของค่า ประมาณกำหนดที่ 0.05

แทนค่าในสูตรได้ขนาดของตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 315.85 คน เพื่อเป็นการป้องกันการได้ข้อมูลไม่ครบในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดให้เก็บข้อมูลทั้งสิ้น 325 ตัวอย่าง

#### การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างผู้ที่ตอบแบบสอบถาม โดยสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยมีวิธีการสุ่มแบบแยกชั้นตามสัดส่วนของแรงงานในแต่ละอำเภอของ จังหวัดพิษณุโลก 9 อำเภอ ทำให้ได้จำนวนตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละอำเภอ ต่อมาสุ่มตัวอย่างตำบลที่อยู่ในแต่ละอำเภอ สุ่มหมู่บ้านที่อยู่ในตำบล และเลือกตัวอย่างเกษตรกรในหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการสุ่มจากบ้านเลขที่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประมาณขนาดตัวอย่างจำแนกตามอำเภอต่าง ๆ ของจังหวัดพิษณุโลก

อำเภอ	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
เมืองพิษณุโลก	60,906	107
อำเภอนครไทย	18,682	33
อำเภอชาติตระการ	8,759	15
อำเภอบางระกำ	20,438	36
อำเภอบางกระทุ่ม	10,422	18
อำเภอพรหมพิราม	18,941	33
อำเภอวัดโบสถ์	8,131	14
อำเภอวังทอง	25,999	46
อำเภอเนินมะปราง	12,511	23
<b>รวม</b>	<b>184,789</b>	<b>325</b>



### 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบโดยประยุกต์จากแบบประเมินสุขภาพและความเสี่ยงผู้ประกอบการอาชีพกลุ่มแรงงานด้อยโอกาส ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว ส่วนที่ 2 ข้อมูลลักษณะงาน ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเจ็บป่วยและบาดเจ็บในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนที่ 4 การประเมินสภาพการทำงานแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเครื่องจักรและอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัย 2) ลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพทางด้านกายภาพ 3) ลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพทางด้านสารเคมี 4) ลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพทางด้านชีวภาพ และ 5) ลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพทางด้านกายศาสตร์และจิตวิทยาสังคม

### 3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การแจกแจงความถี่ ร้อยละ เพื่อบรรยายข้อมูลเชิงนับ (Categorical Data)

2) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าสูงสุดต่ำสุด เพื่อบรรยายข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous Data)

## 4. การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบและได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการเคารพศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูลและไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย

## 5. ผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ ดังนี้

### 5.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.2 ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 67.4 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 58.8 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 13.5 มัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 10.2

### 5.2 ข้อมูลลักษณะงาน

กลุ่มตัวอย่างมีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยเท่ากับ 7.66 (S.D. = 1.70) ชั่วโมงต่อวัน มีชั่วโมงการทำงานต่อวันสูงสุดเท่ากับ 14 ชั่วโมง ชั่วโมงการทำงานต่ำสุด 2 ชั่วโมงต่อวัน มีจำนวนวันทำงานเฉลี่ย 5.51 (S.D. = 2.36) วันต่อสัปดาห์ มีจำนวนวันทำงานต่อสัปดาห์สูงสุดเท่ากับ 7 วัน ต่ำสุด 1 วันต่อสัปดาห์

### 5.3 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเจ็บป่วยและบาดเจ็บในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวที่ได้รับการรักษาหรือการวินิจฉัยทางการแพทย์ร้อยละ 35.4 เคยได้รับอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บทั่วไปร้อยละ 45.5 กลุ่มที่เคยได้รับบาดเจ็บส่วนใหญ่จะไปรับการรักษาที่สถานีนอนามัยหรือโรงพยาบาลรัฐคิดเป็นร้อยละ 40.4 จะดูแลตนเองโดยการซื้อยาหรือไปพบแพทย์เองคิดเป็นร้อยละ 19.9 สำหรับการได้รับอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บจากการทำงานพบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานคิดเป็นร้อยละ 27.30 กลุ่มที่เคยได้รับบาดเจ็บจากการทำงานส่วนใหญ่จะไปรักษาที่สถานีนอนามัยหรือโรงพยาบาลรัฐคิดและดูแลตนเองซึ่งมีอัตราที่เท่ากันคือร้อยละ 36.9 สำหรับความถี่ของการได้รับอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยจากการทำงานพบว่า ส่วนใหญ่มีความถี่เดือนละ 1-2 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 56.5 สำหรับความรุนแรงของการเจ็บป่วยพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อยโดยไม่ต้องหยุดงานคิดเป็นร้อยละ 87.1 และอยู่ในระดับต้องหยุดงานคิดเป็นร้อยละ 12.9 สำหรับสาเหตุของการบาดเจ็บจากการทำงานพบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากความประมาทคิดเป็นร้อยละ 36.47 รองลงมาคือการใช้ของมีคมคิดเป็นร้อยละ 31.76

### 5.4 การประเมินสภาพการทำงาน

ในการวิจัยนี้ได้มีการประเมินสภาพการทำงานที่เป็นความเสี่ยงต่อการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 5 ด้านดังนี้

#### ด้านเครื่องจักรและอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัย

กลุ่มตัวอย่างมีการใช้เครื่องมือ เครื่องจักรหรืออุปกรณ์ไฟฟ้าในการทำงานคิดเป็นร้อยละ 54.0 มีการบำรุงรักษาเครื่องมืออย่างเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 84.66 เครื่องมือ เครื่องจักรมีความปลอดภัยในการทำงานคิดเป็นร้อยละ 94.32 ในการทำงานมีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน

อันตรายส่วนบุคคลคิดเป็นร้อยละ 75.0 มีการดูแลรักษาอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลคิดเป็นร้อยละ 62.5

#### **ลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพทางด้านกายภาพ**

กลุ่มตัวอย่างทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีแสงสว่างเพียงพอคิดเป็นร้อยละ 97.2 งานที่ทำเป็นงานที่ต้องใช้สายตาต้องการความละเอียดปานกลางคิดเป็นร้อยละ 44.6 ระยะเวลาที่ใช้สายตาทำงานต่อเนื่องเฉลี่ย 3.19 (S.D. = 2.45) ชั่วโมง โดยมีการใช้สายตาต่อเนื่องสูงสุด 20 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดตาหรือเมื่อยล้าตา แสบตาขณะทำงานหรือหลังเลิกงานคิดเป็นร้อยละ 33.8 สำหรับอุณหภูมิของอากาศบริเวณที่ทำงานพบว่าส่วนใหญ่มีความร้อนระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 51.4 รองลงมาคือร้อนมาก คิดเป็นร้อยละ 27.1 และมีการสัมผัสแหล่งความร้อนในขณะปฏิบัติงานร้อยละ 26.46 มีการสัมผัสแหล่งความเย็นร้อยละ 3.69

กลุ่มตัวอย่างมีการสัมผัสเสียงดังในบริเวณที่ทำงานเป็นเสียงที่อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 61.5 สำหรับการงานที่มีแรงสั่นสะเทือนพบว่ากลุ่มตัวอย่างทำงานกับอุปกรณ์เครื่องมือที่มีแรงสั่นสะเทือนต่อกระดูกหรือส่วนต่าง ๆ ของร่างกายคิดเป็นร้อยละ 18.8 ระยะเวลาเฉลี่ยที่สัมผัสเครื่องจักรที่มีแรงสั่นสะเทือนอย่างต่อเนื่องเท่ากับ 3.83 (S.D. = 2.06) ชั่วโมงโดยมีการใช้เครื่องจักรที่มีแรงสั่นสะเทือนต่อเนื่องสูงสุด 8 ชั่วโมงและกลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดหรือชาอวัยวะที่ได้รับความสั่นสะเทือนบ่อย ๆ คิดเป็นร้อยละ 31.7

#### **ลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพทางด้านสารเคมี**

กลุ่มตัวอย่างมีการใช้และสัมผัสสารเคมีในการทำงานคิดเป็นร้อยละ 44.0 ผู้ที่มีการใช้สารเคมีในการทำงานเคยมีอาการแพ้ ผื่นแดง อักเสบคิดเป็นร้อยละ 7.69 กลุ่มตัวอย่างคิดว่าสารเคมีที่ใช้เป็นอันตรายต่อสุขภาพร้อยละ 83.9 ไม่ทราบว่าเป็นอันตรายร้อยละ 11.2 และคิดว่าไม่เป็นอันตรายคิดเป็นร้อยละ 4.9 กลุ่มตัวอย่างไม่มีการปิดฝาภาชนะบรรจุสารเคมีขณะจัดเก็บคิดเป็นร้อยละ 5.59 ไม่มีการเก็บรักษาภาชนะบรรจุสารเคมีไว้เป็นสัดส่วนร้อยละ 16.1 และไม่มีฉลากหรือป้ายเตือนเกี่ยวกับวิธีการเก็บการใช้สารเคมีร้อยละ 9.8

นอกจากนี้พบว่า มีฝุ่นที่เกิดจากการทำงานคิดเป็นร้อยละ 64.0 กลุ่มตัวอย่างคิดว่าฝุ่นที่สัมผัสหรือ

สูดหายใจเข้าไปเป็นอันตรายต่อสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 65.87 ไม่ทราบร้อยละ 19.71 และคิดว่าไม่เป็นอันตรายร้อยละ 14.42 กลุ่มตัวอย่างที่สัมผัสฝุ่นระหว่างทำงานมีอาการแสบหน้าอก หายใจไม่สะดวกคิดเป็นร้อยละ 21.63

#### **ลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพทางด้านชีวภาพ**

จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างพบว่า งานที่ทำมีโอกาสติดเชื้อโรคคิดเป็นร้อยละ 24.31 และในขณะทำงานกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับอันตรายจากสัตว์คิดเป็นร้อยละ 13.23

#### **ลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพทางด้านกายศาสตร์และจิตวิทยาสังคม**

ในขณะที่ทำงานกลุ่มตัวอย่างมีท่าทางการทำงานที่เป็นความเสี่ยงด้านกายศาสตร์ได้แก่ท่าหนึ่งยอง ๆ บนพื้นคิดเป็นร้อยละ 24.0 การนั่งบนม้านั่งเตี้ย ๆ ร้อยละ 20.0 นั่งพับเพียบร้อยละ 3.7 ยืนทำงานร้อยละ 62.5 ก้มหลังร้อยละ 54.77 การบิดเอี้ยวตัวบ่อย ๆ ร้อยละ 32.92 การกางแขนออกนอกลำตัวมากกว่า 60 องศา ขณะทำงานร้อยละ 18.16 และการยกหรือชูมือหรือแขนสูงกว่าระดับไหล่เป็นเวลานาน ๆ ขณะทำงานร้อยละ 25.3 ในการทำงานมีการเคลื่อนไหวอวัยวะหรือส่วนของร่างกายซ้ำ ๆ กันร้อยละ 60.5 มีการจับยกขนาดของวัตถุที่มีน้ำหนักมากกว่า 50 กิโลกรัมขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 8.97 และกลุ่มตัวอย่างคิดว่างานที่ทำอยู่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นอย่างมากคิดเป็นร้อยละ 21.8 ดังตารางที่ 2



## ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย จำนวน ร้อยละ จำแนกตามสภาพการทำงาน

สภาพการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
<b>1) ด้านเครื่องจักรและอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัย</b>		
<b>การใช้เครื่องมือ เครื่องจักร หรืออุปกรณ์ไฟฟ้าในการทำงาน</b>		
<sup>√</sup> ไม่มี	149	46.0
มี	176	54.0
<b>การบำรุงรักษาเครื่องมืออย่างเป็นประจำ</b>		
<sup>√</sup> ไม่มี	27	15.34
มี	149	84.66
<b>ความปลอดภัยของเครื่องจักรในการทำงาน</b>		
ปลอดภัย	166	94.32
<sup>√</sup> ไม่ปลอดภัย	10	5.68
<b>การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล</b>		
<sup>√</sup> ไม่เคย	44	25.0
เคย	132	75.0
<b>การดูแลรักษาอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล</b>		
<sup>√</sup> ไม่เคยดูแลรักษา	66	37.5
ดูแลรักษา	110	62.5
<b>2) ลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพทางด้านกายภาพ</b>		
<b>แสงสว่างในบริเวณที่ทำงาน</b>		
เพียงพอ	316	97.2
<sup>√</sup> ไม่เพียงพอ	9	2.8
<b>การใช้สายตาในการทำงาน</b>		
งานที่ต้องการความละเอียดมาก	58	17.8
งานที่ต้องการความละเอียดปานกลาง	145	44.6
งานปกติไม่ต้องการความละเอียดมาก	122	37.5
<b>ระยะเวลาที่ใช้สายตาทำงานต่อเนื่อง (ชั่วโมง)</b>		
Mean = 3.19, S.D. = 2.45, Max = 20, Min = 1		
<b>การปวดตาหรือเมื่อยล้าตา แสบตาขณะทำงานหรือหลังเลิกงาน</b>		
<sup>√</sup> ไม่มี	215	66.2
มี	110	33.8
<b>อุณหภูมิของอากาศบริเวณที่ทำงาน</b>		
<sup>√</sup> ไม่ร้อน	69	21.5
ร้อนปานกลาง	168	51.7
ร้อนมาก	88	27.1
<b>การสัมผัสแหล่งความร้อนในขณะปฏิบัติงาน</b>		
<sup>√</sup> ไม่มี	239	73.54
มี	86	26.46

ตารางที่ 2 (ต่อ)

สภาพการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
การสัมผัสแหล่งความเย็นในขณะปฏิบัติงาน		
ไม่มี	313	96.31
มี	12	3.69
การสัมผัสเสียงดังในบริเวณที่ทำงาน		
ไม่มีเสียง	100	30.48
เสียงดังปานกลาง (ได้ยินเสียงพูดคุยด้วยเสียงปกติ)	200	61.5
เสียงดังมาก (ต้องตะโกนเสียงให้ดังจึงจะได้ยิน)	25	7.7
ทำงานกับอุปกรณ์เครื่องมือที่มีแรงสั่นสะเทือนต่อกระดูกหรือ		
ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย		
ไม่มี	264	81.2
มี	61	18.8
ระยะเวลาเฉลี่ยที่สัมผัสเครื่องจักรที่มีแรงสั่นสะเทือนอย่างต่อเนื่อง		
Mean = 3.83, S.D. = 2.06, Max = 8, Min = 1		
อาการปวดหรือชาอวัยวะที่ได้รับความสั่นสะเทือนบ่อย ๆ		
ไม่มี	41	68.3
มี	20	31.7
3) ลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพทางด้านสารเคมี		
การใช้และสัมผัสสารเคมีในการทำงาน		
ไม่ใช้	182	56.0
ใช้	143	44.0
การแพ้ ผื่นแดง อักเสบจากการใช้สารเคมีในการทำงาน		
ไม่เคย	132	92.31
เคย	11	7.69
ความคิดเห็นเกี่ยวกับอันตรายของสารเคมีต่อสุขภาพ		
ไม่ทราบ	16	11.2
ไม่เป็นอันตราย	7	4.9
เป็นอันตราย	120	83.9
การปิดฝาภาชนะบรรจุสารเคมีขณะจัดเก็บ		
ไม่ปิด	8	5.59
ปิดมิดชิด	135	94.41
การเก็บรักษาภาชนะบรรจุสารเคมีไว้เป็นสัดส่วน		
ไม่ใช่	23	16.1
ใช่	120	83.9
มีฉลากหรือป้ายเตือนเกี่ยวกับวิธีการเก็บ การใช้ที่ภาชนะบรรจุสารเคมี		
ไม่มี	14	9.8
มี	129	90.2



## ตารางที่ 2 (ต่อ)

สภาพการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
<b>ฝุ่นที่เกิดจากการทำงาน</b>		
<sup>√</sup> ไม่มี	117	36.0
มี	208	64.0
<b>ความคิดเห็นเกี่ยวกับฝุ่นที่สัมผัสหรือสูดหายใจเข้าไปกับอันตรายต่อสุขภาพ</b>		
<sup>√</sup> ไม่ทราบ	41	19.71
<sup>√</sup> ไม่เป็นอันตราย	30	14.42
เป็นอันตราย	137	65.87
<b>การมีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวกระหว่างสัมผัสฝุ่นจากการทำงาน</b>		
<sup>√</sup> ไม่มี	163	78.37
มี	45	21.63
<b>4) ลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพทางด้านชีวภาพงานที่มีโอกาสติดเชื้อโรค</b>		
<sup>√</sup> ไม่มี	246	75.69
มี	79	24.31
<b>การเคยได้รับอันตรายจากสัตว์ในการทำงาน</b>		
<sup>√</sup> ไม่เคย	282	86.77
เคย	43	13.23
<b>5) ลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพทางด้านกายศาสตร์และจิตวิทยาสังคม</b>		
<b>การนั่งยอง ๆ บนพื้นระหว่างทำงาน</b>		
<sup>√</sup> ไม่มี	247	76.0
มี	78	24.0
<b>การนั่งบนม้านั่งเตี้ย ๆ ระหว่างทำงาน</b>		
<sup>√</sup> ไม่มี	260	80.0
มี	65	20.0
<b>การยืนทำงาน</b>		
<sup>√</sup> ไม่มี	122	37.5
มี	203	62.5
<b>การก้มหลังขณะทำงาน</b>		
<sup>√</sup> ไม่มี	147	45.23
มี	178	54.77
<b>มีท่าทางการบิดเอี้ยวตัวขณะทำงาน</b>		
<sup>√</sup> ไม่มี	218	67.07
มี	107	32.93

ตารางที่ 2 (ต่อ)

สภาพการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
การกางแขนออกนอกลำตัวมากกว่า 60 องศาขณะทำงาน		
ไม่มี	266	81.84
มี	59	18.16
การยก หรือชูมือ หรือแขนสูงกว่าระดับไหล่เป็นระยะเวลาานาน ๆ		
ขณะทำงาน		
ไม่มี	242	74.7
มี	83	25.3
การเคลื่อนไหวอวัยวะหรือส่วนของร่างกายซ้ำ ๆ ระหว่างทำงาน		
ไม่มี	128	39.5
มี	197	60.5
ขนาดหรือน้ำหนักของชิ้นงานที่ต้องจับยก		
- น้อยกว่า 10 กิโลกรัม	147	45.21
- 10-19 กิโลกรัม	65	20.0
- 20-29 กิโลกรัม	52	16.0
- 30-39 กิโลกรัม	41	12.61
- 50 กิโลกรัมขึ้นไป	20	6.15
งานที่ทำให้เกิดความเครียดจากการทำงานอย่างมาก		
ไม่ใช่	254	78.2
ใช่	71	21.8

## 6. สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้แรงงานนอกระบบภาคการเกษตรของจังหวัดพิษณุโลก เคยได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานถึงร้อยละ 27.30 ซึ่งถือว่าเป็นอัตราส่วนที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานของแรงงานนอกระบบระดับประเทศคือร้อยละ 15.93 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556) โดยสาเหตุของการบาดเจ็บจากการทำงานส่วนใหญ่เกิดจากความประมาทและการใช้ของมีคมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Einarsdottir M. et al. (2014) ศึกษาสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในประเทศไอซ์แลนด์พบว่า การใช้ของมีคมเป็นสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน สำหรับข้อมูลการประเมินสภาพการทำงานพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากสิ่งคุกคามทางด้านเคมีมากที่สุดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีการใช้และสัมผัสสารเคมีในการทำงาน โดยเฉพาะในการทำงานมีฝุ่นที่เกิดจากการทำงานถึงร้อยละ 64.0 และ

ฝุ่นกลุ่มตัวอย่างสัมผัสหรือหายใจเข้าไปกลุ่มตัวอย่างคิดว่าเป็นสารเคมีอันตรายถึงร้อยละ 65.87 ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของสำนักสถิติแห่งชาติ (2556) พบว่าปัญหาความไม่ปลอดภัยในการทำงานของแรงงานนอกระบบจังหวัดพิษณุโลกได้รับสารเคมีเป็นพิษมากที่สุดและการศึกษาของอุสมาน แวะหะยี และพัทธนันท์ คงทอง (2554) พบว่าแรงงานนอกระบบในชุมชนมุสลิมทำงานในสถานที่ทำงานที่มีฝุ่นละอองถึงร้อยละ 53.0 ลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพทางด้านกายศาสตร์เป็นความเสี่ยงอันดับรองลงมาของกลุ่มตัวอย่างโดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างต้องยืนทำงานถึงร้อยละ 62.5 ซึ่งการยืนทำงานนาน ๆ อาจนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพตามมา เช่น ความรู้สึกไม่สบายเมื่อยลำของขาและเท้า การบวมของขา เส้นเลือดอุดตัน ไปงอ ปวดหลัง ปวดเมื่อยส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย Marshall et al. (2011) พบว่าการยืนทำงานนาน ๆ ส่งผลต่อการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อหลัง Bahk et al. (2012) พบว่าการยืนทำงานนาน ๆ ทำให้



เกิดปัญหาเส้นเลือดอุดตัน Balasubramanian et al. (2009) พบว่าการยืนทำงานนาน ๆ ส่งผลทำให้เกิดการเมื่อยล้าของขาและหลังส่วนล่าง

## 7. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

7.1 แรงงานนอกระบบภาคการเกษตรจังหวัด พิษณุโลกมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานค่อนข้างสูง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน

7.2 แรงงานนอกระบบภาคการเกษตรจังหวัด พิษณุโลกมีการสัมผัสสิ่งคุกคามทางเคมีมากที่สุด โดยเฉพาะการสัมผัสฝุ่นที่เกิดขึ้นจากการทำงาน ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสัมผัสสารเคมีจากการทำงานและการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัย

7.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงทางด้านกายศาสตร์ที่เกิดขึ้นจากการทำงาน โดยเฉพาะเรื่องการทำงานนาน ๆ การทำงานในท่าทางการทำงานแบบซ้ำ ๆ ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ตามมา

7.4 ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการประเมินความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน และประเมินความเสี่ยงจากการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานต่าง ๆ ในเชิงลึกต่อไป เช่น การประเมินการสัมผัสสารเคมีในการทำงาน การเก็บและวิเคราะห์ตัวอย่างอากาศในสถานที่ทำงาน การใช้แบบประเมินความเสี่ยงทางด้านกายศาสตร์ต่าง ๆ เช่น แบบประเมินท่าทางการทำงาน แบบประเมินความเสี่ยงจากการยกของหนัก

## เอกสารอ้างอิง

สมภูมิ แสงกุล. (2553). แรงงานนอกระบบ...เสาหลักเศรษฐกิจไทย. *วารสารประชากรศาสตร์*. 26(1), 60-78.  
สำนักงานประกันสังคม. (2548). ความคุ้มครองทางสังคมของแรงงานนอกระบบ. (เอกสารอัดสำเนา).  
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2556. จาก <http://service.nso.go.th>  
อุสมาน แวหะยี และพัชรนันท์ คงทอง. (2554). ความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบในชุมชนมุสลิม: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลบางปู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)*. 3(5), 59-68.

Bahk, J.W., Kim, H., Jung-Choi, K., Jung, M., & Lee, I. (2012). Relationship between prolonged standing and symptoms of varicose veins and nocturnal leg cramps among women and men. *Ergonomics*. 55(2), 133-139.

Balasubramanian, V., Adalarasu, K., & Regulapati, R. (2009). Comparing dynamic and stationary standing postures in an assembly task. *International Journal of Industrial Ergonomics*. 39(5), 649-654.

Einarsdottir M, Rafnsdottir GL and Einarsdottir J. (2014). Work injuries of 13-17-year-old Icelanders: Causes and consequences. *Laeknabladid*. 100(11), 587-591.

Marshall, P.W.M., Patel, H., & Callaghan, J.P. (2011). Gluteus medius strength, endurance, and co-activation in the development of low back pain during prolonged standing. *Human Movement Science*. 30(1), 63-73.

# การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ตามการรับรู้ ของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย

Being a Learning Organization as Perceived by  
Private Hospitals in Thailand

ประทีป พงษ์สำราญ ภ.บ.

เภสัชกร โรงพยาบาลบางโพ กรุงเทพมหานคร

รองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา เพ็ญศิริินภา ส.ด. (สุขศึกษา)

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร. พานี สีสักกะลิน Dr.PH (Public Health)

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้ต้องการวัดระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ตามการรับรู้ของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยในภาพรวมและรายองค์ประกอบ รวมถึงศึกษาความแตกต่างของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ตามคุณลักษณะของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยมีคะแนนเฉลี่ยการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทั้งโดยรวมและรายองค์ประกอบทั้ง 7 ด้านอยู่ในระดับมาก และเมื่อเปรียบเทียบการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ตามคุณลักษณะของโรงพยาบาลเอกชน พบว่า การเป็นโรงพยาบาลเครือข่าย และการมีผลการประเมินคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 แต่ไม่พบความแตกต่างเมื่อจำแนกตามขนาดโรงพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลเอกชนที่ต้องการพัฒนาการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ควรสร้างเครือข่ายความร่วมมือ และพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามแนวทางที่ สรพ. นำเสนอ

**คำสำคัญ :** องค์กรแห่งการเรียนรู้/โรงพยาบาลเอกชน/การเป็นโรงพยาบาลเครือข่าย

## Abstract

The objectives of this research were to measure the learning organization (LO) in perception of the private hospitals in Thailand in overall and components and to study the differences in LO by the characteristics of the private hospitals in Thailand.

The results showed that the private hospitals in Thailand had the average of overall LO and seven components at a high level. Descending order of average aspect were organizational management, organizational atmosphere, team learning, shared vision, technology application, personal mastery, and mental model. The comparative data analysis of LO that were categorized to the network hospital, the level of evaluation from the Healthcare Accreditation institute (Public Organization) showed a statistically significant difference ( $< 0.05$ ) but no significant difference when these were categorized by size of hospital. For the hospitals that want to develop as a learning organization. It should create a cooperative network and improve the quality based on



suggestion of The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization).

**Keywords :** Learning organization/Private hospitals/Network hospitals

## 1. บทนำ

จากกระแสการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วของโลกในปัจจุบันไม่ว่าจะเป็นเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม เทคโนโลยี และนวัตกรรมต่าง ๆ ได้ส่งผลกระทบต่อการบริหารองค์กรธุรกิจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การเปลี่ยนแปลงนี้เองได้กลายมาเป็นแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้องค์กรต้องมีการปรับตัวเพื่อความอยู่รอด โดยต้องพัฒนาองค์กรของตนเองให้มีความพร้อมต่อการเรียนรู้มากที่สุด และพัฒนาองค์กรให้กลายเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Marquardt, 2011)

การดำเนินกิจการขององค์กรต่าง ๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต มีแนวโน้มให้ความสำคัญกับการเรียนรู้และการพัฒนาตนเองของบุคลากร เพื่อให้ทันต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงภายนอก การขยายขอบเขตความสามารถในการสร้างอนาคตขององค์กรอย่างต่อเนื่องผ่านการเรียนรู้เพิ่มประสิทธิภาพขององค์กร บุคลากร และผลิตภัณฑ์ให้โดดเด่นสามารถสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ส่งผลให้องค์กรเติบโตได้อย่างมั่นคงต่อไปในอนาคต ซึ่งจะช่วยให้องค์กรสามารถคงความได้เปรียบทางธุรกิจเหนือคู่แข่งท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว

องค์กรแห่งการเรียนรู้ หมายถึง องค์กรที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาเพื่อปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป โดยอาศัยการกระตุ้นให้บุคลากรในองค์กรมีการเรียนรู้และพัฒนาความรู้ของตนเองอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้มีการนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในงาน มีการจัดการความรู้ที่เหมาะสม เพื่อให้ประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรและองค์กรสูงสุด โดยมีแนวคิดที่อธิบายลักษณะขององค์กรแห่งการเรียนรู้ที่ถูกกล่าวถึงมากที่สุด คือ แนวคิดวินัย 5 ประการ (The Fifth discipline) ของ Senge (1990) ประกอบด้วย การมีใจใฝ่เรียนรู้ (Personal mastery) การมีกรอบความคิดชัดเจน (Mental model) การมีวิสัยทัศน์ร่วม (Shared vision) การเรียนรู้เป็นทีม (Team learning) และการคิดเชื่อมโยงเป็นระบบ (System thinking) โดยองค์กรต้องสร้างวินัยทั้ง 5 ให้เป็นสิ่งที่บุคลากรในองค์กรยึดถือปฏิบัติ และแนวคิดองค์กร

แห่งการเรียนรู้เชิงระบบของ Marquardt (1996) กล่าวถึงระบบย่อย 5 ประการที่เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ประกอบด้วย ด้านการเรียนรู้ (Learning subsystem) ด้านองค์กร (Organization subsystem) ด้านคน (People subsystem) ด้านความรู้ (Knowledge subsystem) และด้านเทคโนโลยี (Technology subsystem) โดยสองแนวคิดดังกล่าวยังมีอาจอธิบายลักษณะการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยได้ดีนัก เพราะความแตกต่างกันตามบริบทของธุรกิจ วารุณี มีหลาย (2551) จึงได้บูรณาการแนวคิดจากนักวิชาการที่มีชื่อเสียง 11 แนวคิด ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน จากนั้นนำมาสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีองค์ประกอบหลัก หมุนแกนองค์ประกอบแบบบอโรโกนอนอลด้วยวิธีเวรีแมกซ์ เป็นลักษณะขององค์กรแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลเอกชน 7 องค์ประกอบ คือ 1) การบริหารองค์กร (Organization management) ฝ่ายบริหารได้ทำหน้าที่วางแผนกำกับกรดำเนินกิจการขององค์กรโดยการเอื้ออำนวยทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรในโรงพยาบาลเป็นบุคคลที่รอบรู้ และโรงพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มีแผนกลยุทธ์ที่ให้ความสำคัญและส่งเสริมการเรียนรู้ของบุคลากร เช่น การอบรมพัฒนา การจัดโครงสร้างองค์กร การจัดอัตรากำลัง 2) การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (Technology application/information) บุคลากรในโรงพยาบาลมีความรู้และสามารถใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยให้เกิดประโยชน์ต่อการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงมีผู้รับผิดชอบโดยตรงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศทำหน้าที่สนับสนุนให้เกิดการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล ปรับปรุงระบบฐานข้อมูลให้มีความทันสมัย และจัดหาเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้งานอย่างพอเพียง 3) การเป็นบุคคลที่รอบรู้ (Personal mastery) บุคลากรในโรงพยาบาลให้ความสำคัญต่อการเรียนรู้ มีความมุ่งมั่น กระตือรือร้นใฝ่หาความรู้ใหม่ๆ ได้ทันตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง สามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการสร้างสรรค์ผลงานที่มีคุณภาพ มีการขยายขีดความสามารถของตนอย่างต่อเนื่อง 4) การเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม (Team learning) บุคลากรในโรงพยาบาลมีการประสานงานกันในรูปแบบต่าง ๆ อย่างเป็นรูปธรรม มีการแบ่งปันความรู้ อภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้เป็นทีมในระดับองค์กรและระดับหน่วยงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพการทำงานและพัฒนาศักยภาพของทีมงาน 5) การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน (Share

vision) โรงพยาบาลมีวิสัยทัศน์สนับสนุนให้เกิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ บุคลากรในโรงพยาบาลมีส่วนร่วมในการกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมาย และแผนการดำเนินงานของหน่วยงานหรือองค์กร มีการแลกเปลี่ยนวิสัยทัศน์เพื่อการรับรู้ร่วมกัน สามารถเชื่อมโยงเป้าหมายส่วนตนให้สอดคล้องกับเป้าหมายของโรงพยาบาลและมีความเต็มใจที่จะปฏิบัติตามเป้าหมายดังกล่าว 6) การมีแบบแผนความคิดที่เปิดกว้าง (Mental model) บุคลากรในโรงพยาบาลมีมุมมองความคิดที่เปิดกว้าง ไม่ยึดติดกับรูปแบบและกระบวนการทำงาน สามารถปรับเปลี่ยนแนวความคิดให้สอดคล้องตามนโยบายและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้เหมาะสม สามารถเพิ่มพูนความรู้จากการคิดอย่างมีแบบแผน ปรับปรุงกระบวนการทำงานให้ดีขึ้นตามหลัก PDCA และ 7) บรรยากาศองค์กร (Organization atmosphere) โรงพยาบาลมีสภาพแวดล้อมทั้งทางด้านกายภาพ คู่มือการปฏิบัติงานต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ มีการสร้างขวัญกำลังใจสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ มีการเชิดชูบุคลากรที่พัฒนาผลงานของตน สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชาเป็นไปได้อย่างดี แนวคิดของวารุณี มีหลาย (2551) จึงมีความสอดคล้องกับธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยมากกว่าแนวคิดอื่น ๆ

โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยมีการแข่งขันทางธุรกิจที่รุนแรงไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าธุรกิจอื่น การที่จะเป็นผู้นำและอยู่รอดในธุรกิจจำเป็นต้องเน้นที่การพัฒนาคุณภาพการให้บริการให้เป็นเลิศ โรงพยาบาลจำนวนมากยึดแนวทางการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation) ซึ่งเป็นกลไกประเมินเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในของโรงพยาบาล มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และพัฒนาทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เป้าหมายสำคัญของการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล คือ การกระตุ้นให้โรงพยาบาลเกิดแรงจูงใจในการพัฒนา การสร้างความรับผิดชอบต่อสังคม การให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริโภค และการสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ร่วมกัน (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และคณะ, 2541) ซึ่งจะช่วยให้ศักยภาพของโรงพยาบาลเอกชนสูงขึ้น สามารถแข่งขันกับคู่แข่งทางธุรกิจได้ สำหรับกรอบมาตรฐานในการรับรองคุณภาพนั้นมีการประเมินตามโครงสร้างหลัก 4 ตอน ได้แก่ ภาพรวมของการ

บริหารองค์กร ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล กระบวนการในการดูแลผู้ป่วย และผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล โดยมีเกณฑ์ผลการประเมินคุณภาพจำแนกเป็น 3 ระดับ คือ กิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 1 กิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 2 และประกาศนียบัตรรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จากการทบทวนพบว่าจุดมุ่งเน้นสำหรับการพัฒนาคุณภาพคือการพัฒนาบุคลากรในโรงพยาบาลให้สามารถสร้างสรรค์ผลงานที่มีคุณภาพได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้ ปรับปรุงอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นพื้นฐานของการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ในโรงพยาบาลที่ผ่านมามีโรงพยาบาลเอกชนยื่นขอการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลจำนวนมาก โดยผลการประเมินที่ตรวจสอบได้จากทางเว็บไซต์ของ สรพ. พบว่าอยู่ในระดับที่แตกต่างกันไป ข้าพเจ้าจึงสนใจว่าผลการประเมินคุณภาพที่ต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล จะมีความแตกต่างกันในการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือไม่

โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย มีความแตกต่างกันอยู่หลายประการ เพื่อความสะดวกในการกล่าวถึงแนวทางการบริหาร จึงจำแนกประเภทของโรงพยาบาลเอกชนตามเกณฑ์ต่าง ๆ เช่น วิธาน เชิญผล (2555) ใช้เกณฑ์แนวคิดในการบริหารโครงสร้างองค์กร จำแนกเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่ดำเนินการในรูปแบบบริษัทเดี่ยว คือมีการบริหารจัดการภายในแบบเบ็ดเสร็จ โดยไม่อิงนโยบายการบริหารจากที่อื่น และโรงพยาบาลเอกชนเครือข่ายหรือพันธมิตร มีจุดประสงค์ในการสร้างเครือข่ายเพื่อเพิ่มอำนาจในการบริหารต้นทุน การสร้างผลกำไร การแบ่งปันความรู้และข้อมูลสารสนเทศ เพื่อศักยภาพที่สูงขึ้นของโรงพยาบาลในเครือ หากใช้เกณฑ์จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล โดยทั่วไปจะอิงตามระดับความซับซ้อนของการให้บริการประกอบกับจำนวนเตียงผู้ป่วย จดทะเบียน โดยจำนวนเตียงที่มากน้อยแตกต่างกันเองที่สะท้อนถึงความสามารถในการให้บริการและคุณลักษณะด้านต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็จำนวนบุคลากรที่สอดคล้องกับจำนวนเตียง ผังโครงสร้างการบริหารงานของโรงพยาบาลที่มีความซับซ้อนมากขึ้นตามจำนวนเตียงที่เพิ่มขึ้น ความเชี่ยวชาญด้านการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีจำนวนเตียงมาก เป็นต้น แต่ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลเอกชนประเภทใดก็ตามต่างมีแนวคิดหลักการบริหารทั่วไปร่วมกัน ได้แก่ มุ่งเน้นการบริการเป็นเลิศ คุณภาพในการรักษาพยาบาลที่ดี ความสะดวกสบายและ

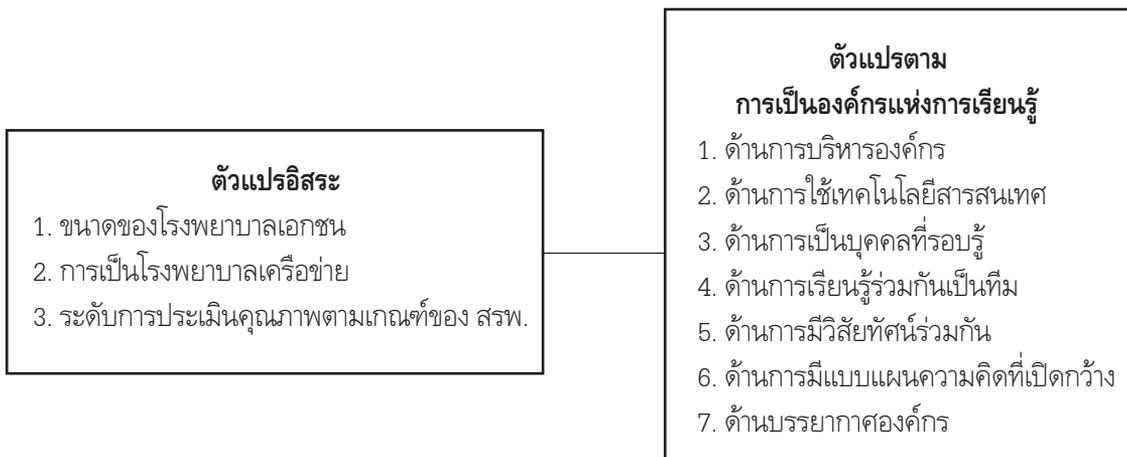


บรรยาภาคในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมตามราคา และมีทำเลที่ตั้งในถิ่นชุมชน ส่วนหลักการบริหารปลีกย่อยอื่นๆ จะแตกต่างกันตามลักษณะที่จำแนกข้างต้น การวิจัยการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลเอกชนในครั้งนี้ จึงสนใจว่า คุณลักษณะของโรงพยาบาลเอกชนที่แตกต่างกัน จะส่งผลต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ได้อย่างไร ผู้วิจัยจึงเลือกคุณลักษณะที่แบ่งแยกได้ชัดเจนสามารถวัดผลได้ และมีจำนวนมากพอสำหรับการคำนวณทางสถิติ ซึ่งคาดว่า เป็นคุณลักษณะที่ส่งผลต่อการเป็นองค์กรแห่งการศึกษานำมาศึกษาเพื่อตอบคำถามดังกล่าว

โรงพยาบาลเอกชนจะเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่เต็มประสิทธิภาพได้นั้น Garvin (2011) ได้อธิบายว่าองค์กรต้องตอบโจทย์ 3M ให้ชัดเจน ได้แก่ ความหมายขององค์กรแห่งการเรียนรู้ (Meaning) การบริหารจัดการองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Management) และการวัดผล (Measurement) ซึ่งพบว่าข้อมูลงานวิจัยย้อนหลังเกี่ยวกับองค์กรแห่งการเรียนรู้ในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนมีอยู่อย่างจำกัด ไม่สามารถตอบโจทย์ 3M ได้ อีกทั้งยังขาดข้อมูลการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลในระดับประเทศ รวมถึงข้อมูลด้านคุณลักษณะของโรงพยาบาลที่ส่งเสริมการเป็นองค์กร

แห่งการเรียนรู้ การจะกำหนดแผนกลยุทธ์การพัฒนาจึงไม่สามารถทำได้ งานวิจัยครั้งนี้จึงมีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านองค์กรแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากจะทำให้ผู้เกี่ยวข้องทราบระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลเอกชนในระดับประเทศ ทราบจุดแข็ง จุดอ่อนของแต่ละองค์ประกอบ อีกทั้งทราบว่าโรงพยาบาลที่มีคุณลักษณะต่างกัน ได้แก่ ขนาด การเป็นโรงพยาบาลเครือข่าย และการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จะมีระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ต่างกันหรือไม่ เพื่อจะได้หาแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่เต็มประสิทธิภาพต่อไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้ คือ เพื่อวัดระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ตามการรับรู้ของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยทั้งในภาพรวมและรายองค์ประกอบ รวมทั้งศึกษาคุณลักษณะของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยด้านขนาดของโรงพยาบาลจำแนกตามจำนวนเตียงจดทะเบียนการเป็นโรงพยาบาลเครือข่าย และระดับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลจาก สรพ. และศึกษาความแตกต่างของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ตามคุณลักษณะของโรงพยาบาลเอกชน โดยมีกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## 2. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ประชากรที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยที่มีเตียงจดทะเบียน ตั้งแต่ 31 เตียงขึ้นไป จำนวน 260 แห่ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 189 แห่ง ได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Sampling) ตามขนาดของโรงพยาบาล ได้แก่ ขนาดเล็ก (31-50 เตียง) ขนาดกลาง (51-100 เตียง) ขนาดใหญ่ (101- 250 เตียง) และขนาดใหญ่พิเศษ (มากกว่า 250 เตียง) แต่ละชั้นสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของกลุ่มประชากร (Proportional Stratified Random Sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งส่งทางไปรษณีย์ให้กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ตอบแบบสอบถามคือผู้รับผิดชอบงานด้านการพัฒนาคุณภาพหรือบุคคลที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเห็นสมควรได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 115 ฉบับ คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 60.8 ซึ่งมีอัตราการตอบกลับค่อนข้างน้อย เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนมักไม่ยินยอมเปิดเผยข้อมูลการบริหารงานในองค์กรของตน แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งคำถามปลายปิด (Close ended) และคำถามปลายเปิด (Open ended) แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และคุณลักษณะของโรงพยาบาลเอกชน ส่วนที่ 2 ระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ซึ่งมีเกณฑ์การให้ห้าหน้า 5 ระดับ เรียงจากน้อยไปมาก และส่วนที่ 3 แบบสอบถามปลายเปิด ให้แสดงข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลเอกชน โดยแบบสอบถามมีค่าความเที่ยงตามรายองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.91- 0.96 และค่าความเที่ยงทั้งฉบับอยู่ที่ 0.98 การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของโรงพยาบาลเอกชนตัวอย่างและผู้ตอบแบบสอบถาม ทำการวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency distribution) และค่าร้อยละ (Percentage) 2) การวิเคราะห์ระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ตามการรับรู้ของโรงพยาบาลเอกชนตัวอย่างด้วยค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) 3) วิเคราะห์ความแตกต่างของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ตามคุณลักษณะของโรงพยาบาลเอกชนตัวอย่างด้วยการทดสอบค่าทีชนิดที่เป็นอิสระ (Independent t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA) สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายปกติ ส่วนข้อมูลที่มีการกระจายไม่ปกติ ใช้การทดสอบ Mann-Whitney U และการทดสอบ Kruskal-Wallis

## 3. ผลการวิจัยและอภิปรายผล

### 3.1 คุณลักษณะของโรงพยาบาลเอกชน

ผู้ทำการวิจัยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะงานของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ตำแหน่งงานและหน่วยงานที่สังกัด รวมถึงคุณลักษณะของโรงพยาบาลเอกชนตัวอย่าง ได้แก่ ขนาดของโรงพยาบาล การเป็นโรงพยาบาลเครือข่าย และผลการตรวจประเมินคุณภาพจาก สรพ. ได้ผลคือ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีตำแหน่งงานในระดับผู้อำนวยการฝ่าย/ผู้จัดการฝ่าย/หัวหน้าฝ่าย (ร้อยละ 52.2) รองลงมาคือ ผู้จัดการแผนก/หัวหน้าแผนก (ร้อยละ 28.7) และผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยละ 13 ตามลำดับ หน่วยงานที่ผู้ตอบแบบสอบถามสังกัด ส่วนใหญ่เป็นศูนย์คุณภาพฯ (ร้อยละ 42.6) รองลงมาคือ สำนักบริหารฯ (ร้อยละ 35) และฝ่ายการแพทย์ (ร้อยละ 14.8) ตามลำดับ โรงพยาบาลเอกชนตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จำนวนเตียง 101-250 เตียง (ร้อยละ 41.7) รองลงมาคือ ขนาดกลาง จำนวนเตียง 51-100 เตียง (ร้อยละ 32.2) ขนาดเล็ก จำนวนเตียง 31-50 เตียง (ร้อยละ 17.4) และขนาดใหญ่พิเศษ จำนวนเตียงมากกว่า 250 เตียงขึ้นไป (ร้อยละ 8.7) ตามลำดับ โรงพยาบาลเอกชนตัวอย่างเป็นและไม่เป็นโรงพยาบาลเครือข่ายใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 48.7 และ 51.3 ตามลำดับ ในแง่มุมการขอตรวจประเมินคุณภาพจาก สรพ. พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่เคยขอรับการตรวจประเมิน (ร้อยละ 73) ซึ่งผลการตรวจประเมินพบว่าได้รับประกาศนียบัตรรับรองคุณภาพสถานพยาบาลและกิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 2 เท่ากัน (ร้อยละ 41.7) รองลงมาคือ กิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 1 (ร้อยละ 16.6)

### 3.2 ระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลเอกชน

การวิจัยครั้งนี้ได้จัดทำแบบสอบถามเพื่อวัดระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลเอกชนตัวอย่าง โดยจำแนกออกเป็น 7 องค์ประกอบ แสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลเอกชนตัวอย่าง

องค์ประกอบขององค์กรแห่งการเรียนรู้	Mean	S.D.	ระดับ
1. ด้านการบริหารองค์กร	3.92	0.72	มาก
2. ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	3.70	0.64	มาก
3. ด้านการเป็นบุคคลที่รอบรู้	3.60	0.67	มาก
4. ด้านการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม	3.76	0.66	มาก
5. ด้านการมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน	3.71	0.63	มาก
6. ด้านการมีแบบแผนความคิดที่เปิดกว้าง	3.57	0.68	มาก
7. ด้านบรรยากาศองค์กร	3.86	0.62	มาก
<b>รวม 7 องค์ประกอบ</b>	<b>3.73</b>	<b>0.56</b>	<b>มาก</b>

พบว่า การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลเอกชนตัวอย่าง 7 องค์ประกอบ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.57-3.92 โดยทุกองค์ประกอบจัดอยู่ในระดับมาก องค์ประกอบที่มีคะแนนสูงสุด 3 ลำดับแรกคือ องค์ประกอบที่ 1 ด้านการบริหารองค์กร (3.92) องค์ประกอบที่ 7 ด้านบรรยากาศองค์กร (3.86) และองค์ประกอบที่ 4 ด้านการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม (3.76) ตามลำดับ ส่วนองค์ประกอบที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือ องค์ประกอบที่ 6 ด้านการมีแบบแผนความคิดที่เปิดกว้าง (3.57) สำหรับคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมของทุกองค์ประกอบคือ 3.73 โดยจัดอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน

โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยมีระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในภาพรวมอยู่ที่ระดับมาก มีความสอดคล้องกับผลวิจัยที่ศึกษาการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในโรงพยาบาลเอกชน 2 เรื่อง ได้แก่ โรงพยาบาลกรุงเทพขนาดใหญ่ (จันทนา วิปุลานุสาสน์, 2549) และโรงพยาบาลพญาไท 2 (สุชาติา เหมพรหมราช, 2551) ซึ่งมีภาพรวมอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน พรสินทร์ กาญจนพัชชี (2551) กล่าวว่า องค์กรแห่งการเรียนรู้ควรมีโครงสร้างที่คล่องตัว มีความสลับซับซ้อนน้อย ไม่มีสายบังคับบัญชามากเกินไป มีโครงสร้างแบบกระจายอำนาจ เอื้อต่อการจัดตั้งทีมงานได้ และที่สำคัญต้องมีโครงสร้างแบบองค์รวม (holistic structure) Pedler Burgoyne และ Boydell (1991) กล่าวว่าลักษณะของบริษัทแห่งการเรียนรู้ (Learning company) ควรมีโครงสร้างองค์กรที่สั้น กระชับและมีการกระจายอำนาจมากขึ้น ด้วยเหตุนี้เอง การที่โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่มี

โครงสร้างการบริหารงานแบบหน่วยกลยุทธ์ธุรกิจ (strategic business unit) และการมีทรัพยากรสนับสนุนที่สามารถพิจารณาได้โดยตรงจากผู้บริหารโรงพยาบาล จึงเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในระดับมาก

### 3.3 ความแตกต่างของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ จำแนกตามคุณลักษณะของโรงพยาบาลเอกชน

การวิจัยนี้มีสมมติฐานการวิจัยคือ โรงพยาบาลเอกชนตัวอย่างที่มีคุณลักษณะต่างกันจะเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้แตกต่างกันเพื่อให้การทดสอบความแตกต่างของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้เป็นไปโดยสะดวก จึงจำแนกสมมติฐานหลักออกเป็น 3 สมมติฐานย่อยตามคุณลักษณะของโรงพยาบาล ได้แก่ ขนาดโรงพยาบาล การเป็นโรงพยาบาลเครือข่าย และผลการตรวจประเมินคุณภาพโรงพยาบาลจากสรพ. ดังนี้

#### 3.3.1 ปัจจัยด้านขนาดโรงพยาบาลเอกชน

เมื่อจัดกลุ่มขนาดโรงพยาบาลเอกชนเป็น 4 ขนาด ได้แก่ โรงพยาบาลขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่ และขนาดใหญ่พิเศษ พบว่าโรงพยาบาลเอกชนที่มีขนาดต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในภาพรวมไม่ต่างกัน แต่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ของคะแนนเฉลี่ย ในรายองค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 2 ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และองค์ประกอบที่ 6 ด้านการมีแบบแผนความคิดที่เปิดกว้าง ระหว่างโรงพยาบาลที่มีขนาดต่างกัน ดังที่แสดงในตารางที่ 2 สำหรับองค์ประกอบที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และตารางที่ 3 ซึ่งข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

สำหรับองค์ประกอบที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้นำมาวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีการ LSD พบว่า โรงพยาบาลเอกชนขนาดกลางมีคะแนนเฉลี่ยด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศน้อยกว่าโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ

0.05 โรงพยาบาลเอกชนขนาดกลางมีคะแนนเฉลี่ยด้านการมีแบบแผนความคิดที่เปิดกว้างน้อยกว่าโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่และขนาดใหญ่พิเศษอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

**ตารางที่ 2** ความแตกต่างของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล

องค์ประกอบ	ที่มาความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
องค์ประกอบที่ 1 ด้านการบริหารองค์กร	ระหว่างกลุ่ม	3	2.24	0.75	1.48	0.225
	ภายในกลุ่ม	111	56.09	0.51		
	รวม	114	58.33			
องค์ประกอบที่ 2 ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	ระหว่างกลุ่ม	3	3.38	1.13	2.89	0.039*
	ภายในกลุ่ม	111	43.35	0.39		
	รวม	114	46.73			
องค์ประกอบที่ 4 ด้านการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม	ระหว่างกลุ่ม	3	2.68	0.89	2.08	0.107
	ภายในกลุ่ม	111	47.55	0.43		
	รวม	114	50.23			
องค์ประกอบที่ 5 ด้านการมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน	ระหว่างกลุ่ม	3	0.53	0.18	0.44	0.726
	ภายในกลุ่ม	111	45.12	0.41		
	รวม	114	45.65			
องค์ประกอบที่ 6 ด้านการมีแบบแผนความคิดที่เปิดกว้าง	ระหว่างกลุ่ม	3	3.81	1.27	2.88	0.039*
	ภายในกลุ่ม	111	48.98	0.44		
	รวม	114	52.79			
องค์ประกอบที่ 7 ด้านบรรยากาศองค์กร	ระหว่างกลุ่ม	3	0.08	0.03	0.07	0.975
	ภายในกลุ่ม	111	43.10	0.39		
	รวม	114	43.18			
<b>รวม 7 องค์ประกอบ</b>	<b>ระหว่างกลุ่ม</b>	<b>3</b>	<b>1.67</b>	<b>0.56</b>	<b>1.79</b>	<b>0.154</b>
	<b>ภายในกลุ่ม</b>	<b>111</b>	<b>34.64</b>	<b>0.31</b>		
	<b>รวม</b>	<b>114</b>	<b>36.31</b>			

\* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

**ตารางที่ 3** ความแตกต่างของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการเป็นบุคคลที่รอบรู้ตามขนาดของโรงพยาบาล

องค์ประกอบ	df	Chi-square	p-value
องค์ประกอบที่ 3 ด้านการเป็นบุคคลที่รอบรู้	3	5.26	0.154



การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในภาพรวมของโรงพยาบาลเอกชนไม่มีความแตกต่างกัน มีผลขัดแย้งกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบว่าเคยมีการศึกษาถึงความแตกต่างของขนาดของโรงพยาบาลต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้มาก่อน แต่มีการศึกษาการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของสถานศึกษาขั้นพื้นฐานโดยจันทร์ฉาย ยมสูงเนิน (2551) พบว่า โรงเรียนที่มีขนาดต่างกันเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ไม่แตกต่างกัน ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้ เหตุที่ผลการวิจัยออกมาไม่สอดคล้องตามสมมติฐาน เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนไม่ว่าจะมีขนาดใดก็ตาม ต่างประกอบไปด้วยแพทย์พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ที่มีขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ชัดเจนภายใต้ พ.ร.บ.วิชาชีพและกฎหมายควบคุมสถานพยาบาลเช่นเดียวกันในทุกโรงพยาบาล ดังนั้นในการปฏิบัติงานขั้นพื้นฐานจึงมีมาตรฐานและอาศัยความเชี่ยวชาญเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ ดร็กเกอร์ (Druckers, 2011) กล่าวว่า วิทยาลัย โรงพยาบาล เป็นองค์กรที่ใช้ความรู้เป็นฐาน ซึ่งมีบุคลากรส่วนใหญ่เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่บริหารผลการปฏิบัติงานด้วยตัวเอง โดยใช้ผลการประเมินและความคิดเห็นที่ได้รับจากเพื่อนร่วมงาน ลูกค้า และผู้บริหารจากสำนักงานใหญ่ ด้วยเหตุผลนี้จึงทำให้องค์กรประเภทนี้ถูกเรียกว่า องค์กรแห่งสารสนเทศและความรู้ (Information-based organization) คือ การปฏิบัติงานที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความรู้ความเชี่ยวชาญ เป็นเหตุให้โรงพยาบาลเอกชนทุกขนาดมีคะแนนเฉลี่ยการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ไม่แตกต่างกัน

### 3.3.2 ปัจจัยด้านการเป็นโรงพยาบาลเครือข่าย

โรงพยาบาลเอกชนตัวอย่างที่เป็นและไม่เป็นโรงพยาบาลเครือข่ายพบว่า มีค่าเฉลี่ยการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 และพบความแตกต่างกันในรายองค์ประกอบคือ องค์ประกอบที่ 1 ด้านการบริหารองค์กร องค์ประกอบที่ 3 ด้านการเป็นบุคคลที่รอบรู้ องค์ประกอบที่ 4 ด้านการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม และองค์ประกอบที่ 6 ด้านการมีแบบแผนความคิดที่เปิดกว้างมีคะแนนเฉลี่ยต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ด้วยเช่นกัน ดังที่แสดงในตารางที่ 4 และ 5

การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในภาพรวมมีความแตกต่างกันสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับแนวคิดของดร็กเกอร์ (Drucker, 2001) ที่กล่าวว่าในปัจจุบันองค์กรต่าง ๆ มีแนวโน้มสร้างเครือข่ายเพื่อเชื่อมโยงข่าวสารให้ไปถึงพนักงานในบริษัท ตลอดจนฝ่ายต่าง ๆ ภายในบริษัทกันมากขึ้น ข่าวสารข้อมูลนั้นช่วยให้พนักงานและแรงงานใช้ความรู้ความสามารถของตนในการทำงานได้อย่างเต็มที่ สามารถปฏิบัติงานของตนได้เป็นอย่างดี กล่าวคือเป็นการแบ่งปันความรู้ซึ่งกันและกันเพื่อความก้าวหน้าขององค์กรนั่นเอง มาร์ควอร์ดท์ (Marquardt, 2011) กล่าวว่า พันธมิตร (Alliance/partnership) จะได้ประโยชน์จากการแบ่งปันสมรรถนะและความรู้ นำไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ สอดคล้องกับแนวคิดของวิเชียร วิทย์อุดม (2554) ที่กล่าวว่า ลักษณะเฉพาะขององค์กรแห่งการเรียนรู้ นั้นจะต้องมีโครงสร้างองค์กรที่มุ่งเน้นการทำงานเป็นทีม และยังสร้างเครือข่ายข้ามขอบเขตขององค์กรทั้งภายในและภายนอกให้มีความมั่นคง ลักษณะเหล่านี้จะเป็นการส่งเสริมให้ใช้ข้อมูลข่าวสารร่วมกัน จึงพบว่าโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นโรงพยาบาลเครือข่ายเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ที่แตกต่างจากการไม่เป็นโรงพยาบาลเครือข่าย

**ตารางที่ 4** ความแตกต่างของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้จำแนกตามการเป็นโรงพยาบาลเครือข่าย

องค์กรแห่งการเรียนรู้	การเป็น รพ. เครือข่าย	Mean	S.D.	t	p-value
องค์ประกอบที่ 1	เป็น	4.10	0.71	2.76	0.006*
ด้านการบริหารองค์กร	ไม่เป็น	3.74	0.69		
องค์ประกอบที่ 2	เป็น	3.81	0.68	1.81	0.075
ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	ไม่เป็น	3.60	0.59		
องค์ประกอบที่ 4	เป็น	3.90	0.67	2.13	0.035*
ด้านการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม	ไม่เป็น	3.64	0.64		
องค์ประกอบที่ 5	เป็น	3.82	0.71	1.73	0.089
ด้านการมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน	ไม่เป็น	3.62	0.54		
องค์ประกอบที่ 6	เป็น	3.70	0.73	2.01	0.047*
การมีแบบแผนความคิดที่เปิดกว้าง	ไม่เป็น	3.44	0.61		
องค์ประกอบที่ 7	เป็น	3.96	0.65	1.69	0.094
ด้านบรรยากาศองค์กร	ไม่เป็น	3.77	0.57		
รวม 7 องค์ประกอบ	เป็น	<b>3.86</b>	<b>0.61</b>	<b>2.48</b>	<b>0.015*</b>
	ไม่เป็น	<b>3.61</b>	<b>0.49</b>		

\* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

**ตารางที่ 5** ความแตกต่างของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการเป็นบุคคลที่รอบรู้ตามการเป็นโรงพยาบาลเครือข่าย

Mann-Whitney U test	การเป็น รพ. เครือข่าย	Mean rank	Sum of rank	Mann-Whitney U	p-value
องค์ประกอบที่ 3	เป็น	64.8	3629.00	1271.00	0.031*
ด้านการเป็นบุคคลที่รอบรู้	ไม่เป็น	51.5	3041.00		

\* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

**3.3.3 ปัจจัยด้านระดับการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลจาก สรพ.** โรงพยาบาลเอกชนตัวอย่างที่มีระดับการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลจาก สรพ. ต่างกันจะมีค่าเฉลี่ยเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 และแตกต่างกันในรายองค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 6 ด้านการมีแบบแผน

ความคิดที่เปิดกว้าง และองค์ประกอบที่ 7 ด้านบรรยากาศองค์กรมีคะแนนเฉลี่ยต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 เช่นเดียวกัน ดังที่แสดงในตารางที่ 6 สำหรับองค์ประกอบที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และตารางที่ 7 ซึ่งข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

**ตารางที่ 6** ความแตกต่างของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้จำแนกตามระดับการประเมินจาก สรพ.

องค์กรแห่งการเรียนรู้	ที่มาความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
องค์ประกอบที่ 1 ด้านการบริหารองค์กร	ระหว่างกลุ่ม	2	2.34	1.17	2.90	0.061
	ภายในกลุ่ม	81	32.61	0.40		
	รวม	83	34.95			
องค์ประกอบที่ 2 ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	ระหว่างกลุ่ม	2	1.65	0.82	2.14	0.125
	ภายในกลุ่ม	81	31.27	0.39		
	รวม	83	32.92			
องค์ประกอบที่ 4 ด้านการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม	ระหว่างกลุ่ม	2	1.47	0.73	2.12	0.126
	ภายในกลุ่ม	81	27.94	0.35		
	รวม	83	29.41			
องค์ประกอบที่ 5 ด้านการมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน	ระหว่างกลุ่ม	2	2.00	1.00	2.62	0.079
	ภายในกลุ่ม	81	30.84	0.38		
	รวม	83	32.84			
องค์ประกอบที่ 6 ด้านการมีแบบแผนความคิดที่เปิดกว้าง	ระหว่างกลุ่ม	2	5.27	2.64	5.99	0.004*
	ภายในกลุ่ม	81	35.69	0.44		
	รวม	83	40.96			
องค์ประกอบที่ 7 ด้านบรรยากาศองค์กร	ระหว่างกลุ่ม	2	2.68	1.34	3.95	0.023*
	ภายในกลุ่ม	81	27.50	0.34		
	รวม	83	30.19			
<b>รวม 7 องค์ประกอบ</b>	<b>ระหว่างกลุ่ม</b>	<b>2</b>	<b>2.31</b>	<b>1.16</b>	<b>4.01</b>	<b>0.022*</b>
	<b>ภายในกลุ่ม</b>	<b>81</b>	<b>23.31</b>	<b>0.29</b>		
	<b>รวม</b>	<b>83</b>	<b>25.62</b>			

\* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

**ตารางที่ 7** ความแตกต่างของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการเป็นบุคคลที่รอบรู้ตามระดับการประเมินจาก สรพ.

องค์ประกอบ	df	Chi-square	p-value
องค์ประกอบที่ 3 ด้านการเป็นบุคคลที่รอบรู้	2	4.46	0.107

การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในภาพรวมมีความแตกต่างกัน เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยอาจเกิดจากวิสัยทัศน์ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ที่ต้องการเห็นประเทศไทยมีบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานเป็นที่ไว้วางใจของสังคม โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มีบทบาทในการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่วัฒนธรรมคุณภาพ (Change Catalyst) เพื่อให้เกิดคุณลักษณะของบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยหนึ่งในนั้นคือ สถานพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ทำให้กระบวนการต่าง ๆ ที่ สรพ. ให้ข้อเสนอแนะเมื่อมาตรวจเยี่ยมมีจุดเน้นที่การเรียนรู้ นอกจากนี้ยังมีแผนยุทธศาสตร์ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ประจำปี 2556-2559 คือ 4 พลังสู่การขับเคลื่อนสู่องค์กรแห่งความเป็นเลิศ โดยหนึ่งในนั้นได้ให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์ความรู้เพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีการตระหนักถึงความสำคัญของความรู้วิชาการด้านคุณภาพ มีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่องและเกิดการบริหารจัดการองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ ทั้งการค้นหา สร้าง สังเคราะห์ รวบรวม รวมถึงมีช่องทางการเผยแพร่และเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถ่ายทอดองค์ความรู้ที่สามารถนำไปพัฒนาได้จริง จนเกิดคุณภาพและความปลอดภัยกับประชาชน ยิ่งส่งผลให้โรงพยาบาลที่ปฏิบัติตามเกณฑ์คุณภาพของ สรพ. มีระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่เพิ่มมากขึ้นไปพร้อมกัน

#### 4. ข้อเสนอแนะ

4.1 องค์กรประกอบที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดที่พบจากการศึกษาโรงพยาบาลเอกชนตัวอย่าง คือ ด้านการมีแบบแผนความคิดที่เปิดกว้างของบุคลากรในองค์กร ควรมีการพัฒนาองค์ประกอบนี้ให้ดีขึ้นโดยการใช้หลักการบริหารการเปลี่ยนแปลงมาปรับให้บุคลากรมีแนวคิดที่เปิดกว้างมากขึ้น ไม่ยึดติดกับกรอบแนวคิดเดิม นอกจากนี้ให้ส่งเสริมกระบวนการ PDCA ให้กับบุคลากรทุกระดับ ซึ่งมีส่วนช่วยในการปรับปรุงกระบวนการคิดได้เป็นอย่างดี

4.2 ขนาดของโรงพยาบาลไม่มีผลต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ดังนั้นโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็กที่มีจำนวนเตียงจดทะเบียนไม่มาก สามารถพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ได้เช่นเดียวกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยไม่ต้องลงทุนอะไรมาก เพียงผู้บริหารเห็นความ

สำคัญในการพัฒนาและสนับสนุนอย่างจริงจัง และลงมือปฏิบัติตามที่นักวิชาการได้เสนอไว้ตามบริบทของโรงพยาบาลจะสามารถนำโรงพยาบาลไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ได้เช่นเดียวกัน

4.3 จากผลการวิจัยพบว่า โรงพยาบาลเครือข่ายเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่ดีกว่าการไม่เป็นโรงพยาบาลเครือข่าย ดังนั้นโรงพยาบาลเอกชนที่มีได้เป็นโรงพยาบาลเครือข่ายอาจมีการจับมือเป็นพันธมิตรกับโรงพยาบาลเอกชนอื่นในรูปแบบต่าง ๆ เช่น อาจจัดตั้งกลุ่มเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนเขตภาคตะวันออกสำหรับจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในเครือข่าย ถ่ายทอดนวัตกรรมซึ่งกันและกัน จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนบุคลากร เป็นต้น เพื่อเสริมสร้างจุดแข็งให้แต่ละโรงพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่ดียิ่งขึ้น

4.4 โรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการประเมินคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) จะเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่ดี ดังนั้นโรงพยาบาลเอกชนที่ต้องการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้แต่ขาดความเชี่ยวชาญในองค์ความรู้ด้านดังกล่าว ไม่ทราบทิศทางและกระบวนการพัฒนาที่เป็นรูปธรรม ในขั้นต้นมีทางเลือกโดยการพัฒนาโรงพยาบาลตามมาตรฐานและแนวทางที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) แนะนำ เนื่องจากเป็นการพัฒนาที่มีเป้าหมายคล้ายคลึงและทับซ้อนกันอยู่ระหว่างการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ ดังที่ปรากฏในงานวิจัย ซึ่งจะพาโรงพยาบาลไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ได้

4.5 ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษาวัดผล การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลเอกชน โดยเก็บข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์แทนการศึกษาตามการรับรู้ของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยอาจอิงวิธีการตามที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลใช้ในการตรวจประเมินหัวข้อการเรียนรู้ เช่น วัดผลจากชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practices : CoPs) เป็นต้น และควรทำการศึกษาเปรียบเทียบการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนในระดับประเทศ

**เอกสารอ้างอิง**

- การ์วิน, ดี. เอ. (2011). *การจัดการความรู้ การสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้*. แปลจากเรื่อง Harvard Business Review On Knowledge Management โดย ญัฐยา ลินตระกูลผล. กรุงเทพมหานคร: เอ็กซ์เปอร์เน็ท.
- จันทนา วิปุลานุสาสน์. (2549). *การรับรู้วัฒนธรรมองค์กรและบรรยากาศองค์กรที่เอื้อต่อการพัฒนาไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพหาดใหญ่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ, มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพมหานคร.
- จันทระฉาย ยมสูงเนิน. (2551). *การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา, มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย, ปทุมธานี.
- ดรักเกอร์, พี. เอฟ. (2011). *การจัดการความรู้ ปฏิบัติการขององค์กรยุคใหม่*. แปลจากเรื่อง Harvard Business Review On Knowledge Management โดย ญัฐยา ลินตระกูลผล. กรุงเทพมหานคร: เอ็กซ์เปอร์เน็ท.
- พรสินทร์ กาญจนพัชชี. (2551). *การศึกษาคือความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในองค์กรภาครัฐและเอกชน*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาร์ควอดท์, เอ็ม. เจ. (2011). *การพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้*. แปลจากเรื่อง Building the Learning Organization: Mastering the 5 Elements for Corporate Learning โดย บดินทร์ วิจารณ์ (พิมพ์ครั้งที่ 8) กรุงเทพมหานคร: เอ็กซ์เปอร์เน็ท.
- วารุณี มีหลาย. (2551). *การวิเคราะห์องค์ประกอบของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร ที่ผ่านการรับรองคุณภาพ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- วิธาน เจริญผล. (2555). *ธุรกิจบริการสุขภาพของไทยจะโตต่อไปอย่างไร*. ค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2555, จาก [http://www.scbeic.com/THA/document/note\\_20120913\\_hospital](http://www.scbeic.com/THA/document/note_20120913_hospital)

- วิเชียร วิทยอุดม. (2554). *การพัฒนาองค์กร*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ธนัชการพิมพ์.
- สุชาติา เหมพรหมราช. (2551). *ความสัมพันธ์ของการพัฒนาตนเอง วัฒนธรรมองค์กร กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพญาไท 2*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ, มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพมหานคร.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และคณะ. (2541). *ขั้นตอนการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ รูปแบบสำหรับบริการสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- Drucker, P.F. (2001). *Management challenges for the 21<sup>st</sup> century*. New York: Harpercollins.
- Marquardt, M.J. (1996). *Building the learning organization: A systems approach to quantum improvement and global success*. New York: McGraw-Hill.
- Senge, P.M. (1990). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. New York: Doubleday.

# การพัฒนาแบบการสร้างครอบครัวอบอุ่น และป้องกันยาเสพติด ตำบลโคกชะงาย อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง

Development of Model to Create Warm-hearted Family and Protect  
from Narcotics, Khok Cha-ngai Sub-district, Mueang District,  
Phatthalung Province

เอนก กลิ่นรส ส.ม. (บริหารสาธารณสุข)

นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งยาว อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการสร้างครอบครัวอบอุ่นและป้องกันยาเสพติดในตำบลโคกชะงาย อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง โดยการใช้รูปแบบกระบวนการ AIC โดยมีประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ปกครองแกนนำชุมชน บุคลากรในท้องถิ่นและเยาวชน จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาครอบครัวอบอุ่นของศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขภาคใต้ นครศรีธรรมราช มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.73 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์ในการเปรียบเทียบค่าระดับคะแนนก่อนและหลังด้วยการทดสอบทีแบบจับคู่

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการ ผู้ปกครองและแกนนำชุมชนมีเจตคติต่อการสร้างครอบครัวอบอุ่นและป้องกันยาเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง จากการพิจารณารายชื่อของแบบสอบถามพบว่าประเด็นที่เป็นปัญหาคือ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันยาเสพติดมีความคิดเห็นว่าเป็นเรื่องที่เสียเวลา และอาจจะทำให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตได้ เมื่อผ่านกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติ พบว่า ผู้ปกครอง

และแกนนำชุมชนมีเจตคติต่อการสร้างครอบครัวอบอุ่นและการป้องกันยาเสพติดอยู่ในระดับมาก จากการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติการสร้างครอบครัวอบอุ่นและการป้องกันยาเสพติดของผู้ปกครองและแกนนำชุมชนพบว่า มีเจตคติก่อนและหลังการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการดังกล่าวได้แผนงานโครงการที่ชุมชนสามารถดำเนินการได้เองจำนวน 2 โครงการ คือ 1) โครงการรวมพลังรณรงค์ต่อต้านยาเสพติด 2) โครงการประชาคมต่อต้านยาเสพติด และโครงการที่ขอสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น จำนวน 3 โครงการ คือ 1) การสนับสนุน ส่งเสริม ร่วมทำกิจกรรมศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น 2) โครงการครอบครัวอบอุ่น 3) โครงการกีฬาต่อต้านยาเสพติด

**คำสำคัญ :** รูปแบบการสร้างครอบครัวอบอุ่น/  
การป้องกันยาเสพติด

## Abstract

The purpose of this research and development was to develop a model to create warm-hearted family and protect the narcotics in Khok Cha-ngai Sub-district, Mueang District, Phatthalung Province. This study was conducted by applying AIC



process-population-based study, consisted of 60 persons; parents, community leaders, local personnel and the youth. The sample was purposively selected. Data was collected by questionnaire developed for studying warm-hearted family of South Regional Training and Public Health Development Center, Nakhon Si Thammarat Province. The Cronbach's Alpha Coefficient of development of participatory process in the protection from narcotics of community leader was 0.73. Descriptive and analytical statistics in comparison of before and after level with paired t-test were used.

The results showed that there were 21 parents, 13 community leaders, 5 personnel and 21 juveniles participated in the study. Before a practical training, the parents and community leaders had attitudes towards warm-hearted family creation and protection from narcotics in moderate level from the consideration of each clause of the questionnaire. It found that the problem issues were namely the participants in the activity of the protection from narcotics had opinions as they wasted time and they might risk their lives). When they passed the practical training, it found that the parents and community leaders had attitudes towards warm-hearted family creation and protection from narcotics in high level. From such practical meeting, a project plan which the community could be self-managed, total 2 projects, namely; 1) The United Campaign against Narcotics Project, 2) Communities against Narcotics Project and projects requested assistance from other agencies, total 3 projects, namely; 1) Supporting, Encouraging and Participating of Teenager's Friend and Mind Center, 2) The Warm-hearted Family Project and 3) The Sports against Narcotics Projects. From the comparison of mean in the attitudes of warm-hearted family for protection of narcotics of the parents and community leaders found that before and after attitudes in the training were significantly

different ( $p$ -value < 0.001).

**Keywords :** Create Warm-hearted Family Model/Narcotics Protection

## 1. บทนำ

สถาบันครอบครัวนับว่าเป็นสถาบันของสังคมที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาในทุก ๆ ด้าน โดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เพราะครอบครัวเป็นหน่วยที่เล็กที่สุดทางสังคมเป็นจุดเริ่มต้นการดำเนินชีวิตของผู้คนในสังคมถ้าสถาบันครอบครัวไม่มีความเข้มแข็งเพียงพอ สังคมไทยก็น่าจะอ่อนแอลงไปด้วย การต่อสู้กับสังคมภายนอกประเทศก็น่าจะมีกำลังที่น้อยลงด้วยเช่นกัน ถึงแม้ว่าการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่ผ่านมาจะถูกระเมินว่า สถานการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคมของไทยมีแนวโน้มดีขึ้นก็ตาม แต่การพัฒนาอย่างต่อเนื่องที่เป็นการสร้างความมั่นคง และเข้มแข็งให้กับสถาบันครอบครัวยังมีความจำเป็นอยู่มากสำหรับสถานการณ์ของสังคมไทยในปัจจุบัน (บังอร เทพเทียน, 2551) สถาบันครอบครัวทำหน้าที่หล่อหลอมบุคลิกภาพของบุคคลให้เป็นที่สังคมต้องการ นำไปสู่การดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ขณะเดียวกัน ยังเป็นแหล่งให้ความช่วยเหลือ ดูแล เยียวยา บำบัด ฟ้นฟู ในยามที่ต้องเผชิญกับปัญหาวิกฤติที่มากกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของสมาชิก และสถาบันครอบครัวยังถือเป็นหน่วยเศรษฐกิจย่อยที่สุดที่มีความสำคัญสูงต่อระบบเศรษฐกิจส่วนรวม ไม่ว่าจะเป็นกระบวนการผลิต การบริโภค และการออม รวมทั้งเป็นรากฐานการสร้างชุมชนและสังคมที่เข้มแข็ง (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2547) ปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว อันเป็นผลพวงมาจากการพัฒนาประเทศที่ให้ความสำคัญกับการสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและเทคโนโลยี จากการพัฒนาพบว่าบุคคลในครอบครัวมีความสุขสบายด้านวัตถุมากขึ้น แต่ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่เคยอบอุ่นกลับลดลงไป ความผูกพันกันในเชิงความรู้สึกและอารมณ์มีน้อยลง สมาชิกครอบครัวมีกิจกรรมร่วมกันน้อยลง (สุรพร เสียนสลาย, 2548)

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ได้ระบุวิสัยทัศน์ คือ “สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ด้วยความเสมอภาค เป็นธรรม และมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง” มีเป้าหมายหลักคือ ความอยู่เย็นเป็นสุขและความสงบสุขของสังคมไทยเพิ่มขึ้น (แผนพัฒนาเศรษฐกิจ

และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 : หน้า 9) การส่งเสริมครอบครัวให้เกิดความอบอุ่น เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนาเพื่อนำเสนอการส่งเสริมให้ประชาชนมีครอบครัวที่อบอุ่น สมาชิกได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ชีวิตและทรัพย์สิน และมีความเกื้อกูลกัน กำหนดให้ครอบครัวอบอุ่นเป็นหนึ่งในพันธกิจของแผน โดยกำหนดไว้ว่าในการพัฒนาคนให้มีคุณภาพพร้อมคุณธรรมและรอบรู้อย่างเท่าทัน มีสุขภาพที่ดี อยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนที่เข้มแข็ง มีความมั่นคงในการดำรงชีวิต เนื่องจากการมีครอบครัวอบอุ่นเป็นปัจจัยปกป้องวัยรุ่นจากการใช้ยาเสพติด (ปกรณ์ มณีปกรณ์, 2553) จึงเป็นเหตุผลที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวได้กำหนดนโยบายในการเร่งรัดการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในประเทศไทย (นิตยา คชภักดี, 2550)

ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติและเป็นนโยบายเร่งด่วนที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไขอย่างจริงจัง ซึ่งยาเสพติดการระบาดเกิดขึ้นในทุกพื้นที่ของประเทศและทวีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โรงเรียน ชุมชน และครอบครัว จากข้อมูลการสำรวจพบว่า มีเยาวชนจำนวนกว่า 6 แสนคน หลงเข้าสู่วังวนของยาบ้า และจากสถิตินักโทษเด็ดขาดของกรมราชทัณฑ์ที่ถูกจำคุกอยู่ตามทัณฑสถานทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2553 มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 137,344 คน ในจำนวนนี้เป็นนักโทษคดียาเสพติดเกินกว่าครึ่งหนึ่งคือประมาณ 87,966 คน คิดเป็นร้อยละ 64.05 และในจำนวนนักโทษเด็ดขาด คดียาเสพติดเหล่านี้มีจำนวนมากถึง 27,499 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 31.26 ของนักโทษคดียาเสพติดที่ต้องโทษในคดีเสพหรือครอบครองและทั้งเสพและครอบครอง ข้อมูลระดับอำเภอเมืองพัทลุงพบว่า มีผู้ติดยาเสพติดจำนวน 294 คน สำหรับตำบลโคกชะงาย อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง มีผู้ติดยาเสพติดจำนวน 17 คน (ศูนย์อำนวยการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดอำเภอเมืองพัทลุง, 2556) ซึ่งเป็นปัญหาที่น่าเป็นห่วงสำหรับเด็กและเยาวชน

จากข้อมูลจะเห็นว่า ยาเสพติดยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชนที่เป็นกลุ่มขนาดใหญ่ และเป็นกลุ่มที่มีคุณค่าอย่างยิ่งต่อการพัฒนาประเทศ นอกจากนี้ยังถือเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดยาเสพติดสูง เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องการเรียนรู้ในสิ่งต่าง ๆ แต่ยังขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่ดีพอ รวมทั้งต้องเผชิญกับการ

เปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ จึงต้องอาศัยความร่วมมือและรวมพลังจากภาครัฐและเอกชน กระตุ้นและปลุกจิตสำนึกของปวงชนในชาติให้มีความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักกว่าการที่จะเอาชนะปัญหา ยาเสพติดมิใช่หน้าที่ของบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือองค์กรใดองค์กรหนึ่ง แต่ทุกคนในชาติจะร่วมแรงร่วมใจกันเป็นพลังของแผ่นดินที่จะต่อสู้และเอาชนะปัญหา ยาเสพติดให้ได้โดยเร็ว โดยมุ่งเน้นการรณรงค์ในกลุ่มเป้าหมายหลัก คือ วัยรุ่นและเยาวชน โดยกลวิธีสร้างกระแสการแสดงผลอย่างถูกต้องโดยไม่ข้องแวะกับยาเสพติด การสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เยาวชนในชุมชน ([www.tobe.pyomoph.go.th documents/start.pdf](http://www.tobe.pyomoph.go.th/documents/start.pdf) : ค้นเมื่อวันที่ 27 เมษายน 2556)

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการสร้างครอบครัวอบอุ่นและการป้องกันยาเสพติดตำบลโคกชะงาย อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ปกครอง แกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่ในท้องถิ่นและเยาวชน เพื่อนำรูปแบบที่ได้มาขยายผลการดำเนินงานและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการสร้างครอบครัวอบอุ่นป้องกันยาเสพติดในพื้นที่ตำบลโคกชะงาย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพลังชุมชน ภาคเครือข่าย ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างครอบครัวอบอุ่นและป้องกันยาเสพติดทำให้ตำบลโคกชะงาย ทุกหมู่บ้านลดการเสพยาเสพติด ปลอดภัยยาเสพติดยั่งยืนตลอดไป

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างครอบครัวอบอุ่นและการป้องกันยาเสพติดในตำบลโคกชะงาย อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง

## 3. รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยการใช้รูปแบบกระบวนการ AIC โดยมีการพิจารณาทั้งหมดที่ศึกษา คือ ผู้ปกครอง แกนนำชุมชน บุคลากรในท้องถิ่นและเยาวชนจำนวน 60 คน คือ ผู้ปกครอง 21 คน เยาวชน 21 คน แกนนำชุมชน 13 คน เจ้าหน้าที่ในท้องถิ่น 5 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาครอบครัวอบอุ่นของศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขภาคใต้ นครศรีธรรมราช โดยวัดเจตคติ และการป้องกันยาเสพติด



จากเรื่องการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วม โดยแบบสอบถาม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแอลฟาเท่ากับ 0.73

#### 4. ขั้นตอนดำเนินการประชุมปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (AIC)

วิธีประชุมปฏิบัติการ การประชุมแบ่งเป็น 6 ขั้นตอน คือ A-1, A-2, I-1, I-2, C-1, C-2 โดยเริ่มประชุมนี้รวมกันก่อน ผู้วิจัยจะชี้แจงหัวข้อประเด็น และวัตถุประสงค์ ของเรื่องที่จะให้ประชุมพิจารณา ให้ซักถามจนเข้าใจเรื่องจึงแยกเข้ากลุ่มเล็ก นั่งละกัน ดังนี้

ขั้นตอน Appreciation-A คือ การทำความเข้าใจกับสถานการณ์จริง และวาดความคาดหวังสถานการณ์ที่ปรารถนา ทำให้ทุกคนยอมรับและชื่นชม แบ่งขั้นตอน A ออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ

A-1 ใช้เวลา 15 นาที เป็นขั้นตอนที่เข้าใจสถานการณ์สภาพที่เป็นจริง (reality) โดยผู้วิจัยแจ้งให้ทุกคนวาดภาพบนกระดาษของตน สะท้อนให้เห็นว่าในปัจจุบันนี้ เรื่องที่จะพิจารณากันมีรูปลักษณะอย่างไร ภาพเป็นลายเส้น หรือระบายสี หรือภาพสัญลักษณ์ (logo) แทนภาพก็ได้ ในกลุ่มเล็ก นำภาพของทุกคนเวียนดูหรือแปะติด แล้วอธิบายความหมายร่วมกันให้เป็นภาพเดียวของกลุ่ม ลงแผ่นใสเสนอต่อที่ประชุมรวม ให้ซักถามปรับปรุงร่วมกัน ขั้นตอนนี้เป็นการเริ่มทบทวน ระบายอารมณ์ ความคิด มีศิลปะ มีสัมพันธภาพกับคนอื่น ไม่เคร่งเครียด

A-2 ใช้เวลา 20 นาที เป็นขั้นตอนของการสร้างวิสัยทัศน์สภาพที่คาดหวังในอนาคต โดยเข้ากลุ่มเล็ก ทุกคนเขียนภาพแสดงให้เห็นว่าในอนาคตภาพเดิมจะเปลี่ยนไป คาดหวังจะให้เป็นอย่างใดที่มีความเป็นไปได้ นำมาแลกเปลี่ยนอธิบาย และรวมกันเป็นภาพเดียวของกลุ่ม แล้วนำเสนอที่ประชุมใหญ่ ซักถามความหมาย แล้วรวมกันเหลือภาพเดียว อาจให้ผู้แทนกลุ่มนำไปรวมและยกวางความหมาย เป็นปณิธาน คำขวัญของโครงการนี้ เป็นมิติที่ทุกคนเข้าใจความเป็นมาและคาดหวัง มีความประสงค์ร่วมกันตั้งแต่ต้น

ขั้นตอน Influence I คือ การค้นคิดเลือกวิธีที่สร้างสรรค์ ที่แต่ละคนช่วยกันกำหนดขึ้น มีการแลกเปลี่ยนวิสัยทัศน์ เพื่อบรรลุความหวังและปรับปรุงให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์มากขึ้น แบ่งขั้นตอน I ออกเป็น 2 ขั้นตอนคือ

I-1 ใช้เวลา 30 นาที เพื่อคิดค้นหาวิธี (Solution design) โดยให้กลุ่มเล็กทุกคนเขียนกิจกรรมที่คิดว่าต้องทำ เพื่อเกิดผลสำเร็จ ให้ได้ภาพรวมของ A-2 เขียนกิจกรรมละ 1 แผ่น ให้มากเท่าที่ตนมีศักยภาพและประสบการณ์ นำมารวมกันเลือกข้อที่เหมือนกันเป็นมิติ 3-5 ข้อ ข้อที่แตกต่างเก็บไว้เขียนลงแผ่นใสหรือแผ่นฟลิก นำเสนอต่อที่ประชุมให้ซักถามและรวมกันคัดไว้ 5-6 เรื่อง และอาจมีข้อย่อยภายในข้อใหญ่ก็ได้ ขั้นตอนนี้ทุกคนได้แสดงผล ประสิทธิภาพ มีส่วนร่วม หากความคิดของตนมีเหตุผลได้รับการยอมรับ จะเกิดความภาคภูมิใจ ถ้าของผู้อื่นดีกว่าก็ยอมรับกัน โดยทำให้ทุกคนรู้สึกว่าการนี้เป็นของทุกคนตั้งแต่ต้น

I-2 ใช้เวลา 30 นาที เพื่อจัดความสำคัญของกิจกรรม (priority) โดยให้กลุ่มเล็กทุกคนเขียนแผ่นละ 1 กิจกรรมที่ได้รับรู้จากการอภิปรายมา เลือกกิจกรรมตามความหนักของตนว่ากิจกรรมใดสำคัญและเป็นไปได้ องค์กรหรือหน่วยงานใดที่น่าจะทำได้ แยกออกเป็น (1) กิจกรรมที่ทำเองได้ (2) กิจกรรมที่ต้องทำร่วมกับคนอื่น (3) กิจกรรมที่ต้องให้คนอื่นทำนำไปแปะ อ่านชี้แจง ร่วมกันคัดลอกไว้ เขียนชื่อกลวิธีหรือกิจกรรมแสดงให้ทุกคนทราบ ผลของ I-2 เก็บไว้เป็นแนวทางหลักของการทำขั้นตอนต่อไปและประกอบการเขียนแผนงาน ขั้นตอนนี้ ทุกคนได้แสดงประสิทธิภาพให้ผู้อื่นเลือกใช้ ประโยชน์กิจกรรม เป็นสิ่งที่ควบคุมความสำเร็จ

ขั้นตอน Control-C คือ การนำวิธีการที่เลือกไว้มา กำหนดแผนฯ และลงมือปฏิบัติตามแผนฯ ที่กำหนดไว้ แบ่งขั้นตอน C ออกเป็น 2 ขั้นตอนคือ

C-1 ใช้เวลา 30 นาที เพื่อวางแผนหาผู้รับผิดชอบ (responsibility) โดยให้กลุ่มเล็กทุกคนเลือกหัวข้อกลวิธีกิจกรรม ที่ได้จาก I-2 เขียนลงแผ่นละ 1 กิจกรรม มากน้อยตามแต่ที่ตนมีบทบาท หน้าที่ ความสามารถที่จะทำได้ หรือทำร่วมกับใคร หรือต้องขอให้ใครทำให้ เขียนชื่อคนทำกิจกรรมด้วย นำไปรวมกันให้เป็นชุดเดียว เขียนแผ่นใส นำเสนอที่ประชุมรวม ให้อภิปรายเรียงฐานซึ่งกันและกัน ขั้นตอนนี้ทุกคนได้วิเคราะห์ตนเอง แสดงพลังความสามารถ และภารกิจที่จะร่วมทำงานในเรื่องใดได้บ้าง

C-2 ใช้เวลา 30 นาที เพื่อจัดทำแผนงาน (Action plan) โดยแบ่งกลุ่มใหม่ให้เข้ากับระดับงานที่รับผิดชอบ เขียนแผนงานให้ครอบคลุมประเด็นหลัก ๆ คือ (1) ชื่อแผนงาน/โครงการ (2) สาเหตุที่ต้องทำแผน (3) วัตถุประสงค์ของการ

ทำแผน (4) กลวิธีทำอย่างไร (5) กิจกรรมที่รองรับเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ (6) บุคคลหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบแต่ละกิจกรรม (7) ระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดการดำเนินงาน (8) การติดตามและการประเมินผล (9) งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ คนที่ต้องการ พร้อมกับแหล่งที่สนับสนุน

โดยจัดประชุมตามรูปแบบ AIC ระหว่างวันที่ 29-30 เมษายน 2556 ประเมินผลโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งเดียว ก่อน-หลังการประชุม ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์ในการเปรียบเทียบค่าระดับคะแนนก่อนและหลังด้วยการทดสอบทีแบบจับคู่

## 5. ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ร้อยละ 76.70 มีอายุเฉลี่ย 46.26 ปี (S.D. = 5.71) โดยมีอายุต่ำสุด 12 ปี อายุสูงสุด 60 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 60.00 สถานภาพสมรส สมรส (คู่) ร้อยละ 43.33 อาชีพการเกษตรกรรม ร้อยละ 35.00 นักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 35.00 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 38.40 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 33.30 สถานภาพในชุมชน เป็นแกนนำชุมชนทั่วไป ผู้ปกครอง สมาชิกสภาเทศบาลตำบลโคกชะงาย กรรมการหมู่บ้าน ผู้นำกลุ่มหรือองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน ร้อยละ 48.30,

35.00, 8.30, 5.00, 3.30 ตามลำดับ การเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน ร้อยละ 55.00 และเคยเข้าร่วมฝึกอบรมการแก้ไขและป้องกันยาเสพติด

เมื่อประเมินระดับเจตคติ การสร้างครอบครัวอบอุ่นและป้องกันยาเสพติดของกลุ่มตัวอย่างก่อนอบรมกระบวนการ AIC ผู้ปกครอง แกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่ในท้องถิ่นและเยาวชน ตำบลโคกชะงาย อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.41, S.D. = 0.32) เมื่อพิจารณารายด้านของการสร้างครอบครัวอบอุ่นพบว่า ทักษะคติด้านสมาชิกในครอบครัวเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน อยู่ระดับมาก (Mean = 3.68, S.D. = 0.44) และเจตคติ/การปฏิบัติด้านสมาชิกในครอบครัวมีโอกาสประกอบศาสนกิจร่วมกันอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง อยู่ระดับปานกลาง (Mean = 3.12, S.D. = 0.91) ส่วนการป้องกันยาเสพติดพบว่า ด้านการสนับสนุนส่งเสริม การเล่นกีฬา ของเยาวชน สามารถป้องกันยาเสพติดได้ อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.30, S.D. = 0.65) ส่วนเจตคติ/การปฏิบัติด้านการเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันยาเสพติดเป็นเรื่องที่เสียเวลา อยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.05, S.D. = 1.06) และเจตคติ/การปฏิบัติด้านประชาชนไม่ควรเข้าร่วมกิจกรรม/โครงการ แก้ไขปัญหา ยาเสพติดในชุมชนเพราะอาจจะทำให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตได้ อยู่ในระดับน้อย (Mean = 1.72, S.D. = 0.98) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงเจตคติ การสร้างครอบครัวอบอุ่นและป้องกันยาเสพติดของผู้ปกครอง แกนนำชุมชน เยาวชน และบุคลากรในท้องถิ่นก่อนอบรมกระบวนการ AIC

เจตคติ	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
ด้านครอบครัวอบอุ่น	3.49	0.35	ปานกลาง
ด้านป้องกันยาเสพติด	3.34	0.28	ปานกลาง
<b>โดยรวม</b>	<b>3.41</b>	<b>0.32</b>	<b>ปานกลาง</b>



ระดับเจตคติ การสร้างครอบครัวอบอุ่นและป้องกันยาเสพติดของกลุ่มตัวอย่างหลังอบรมกระบวนการ AIC ผู้ปกครอง แกนนำชุมชน บุคลากรในท้องถิ่นและเยาวชน ตำบลโคกชะงาย อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.79, S.D. = 0.35) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสร้างครอบครัวอบอุ่น เจตคติด้านสมาชิกในครอบครัวที่ยอมรับของคนในชุมชน อยู่ระดับมาก (Mean = 4.43, S.D. = 0.67) และเจตคติ/การปฏิบัติด้านสมาชิกในครอบครัวมีโอกาสประกอบศาสนกิจร่วมกัน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.70, S.D. = 0.64) ส่วนการป้องกัน

ยาเสพติดพบว่า ด้านการสนับสนุน ส่งเสริมการเล่นกีฬาของเยาวชน สามารถป้องกันยาเสพติดได้ มีคะแนนอยู่ระดับมาก (Mean = 4.48, S.D. = 0.65) ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันยาเสพติดเป็นเรื่องที่เสียเวลา คะแนนอยู่ระดับปานกลาง (Mean = 2.85, S.D. = 0.44) และเจตคติ/การปฏิบัติด้านประชาชนไม่ควรเข้าร่วมกิจกรรม/โครงการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนเพราะอาจทำให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตได้มีคะแนนระดับปานกลาง (Mean = 2.82, S.D. = 0.76) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงเจตคติการสร้างครอบครัวอบอุ่นและป้องกันยาเสพติดของผู้ปกครอง แกนนำชุมชน เยาวชน และบุคลากรในท้องถิ่น หลังการอบรมกระบวนการ AIC

เจตคติ	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
ด้านครอบครัวอบอุ่น	4.11	0.39	มาก
ด้านป้องกันยาเสพติด	3.50	0.32	มาก
<b>โดยรวม</b>	<b>3.79</b>	<b>0.35</b>	<b>มาก</b>

คะแนนเฉลี่ยเจตคติ การสร้างครอบครัวอบอุ่นและป้องกันยาเสพติดของผู้ปกครอง แกนนำชุมชน ตำบลโคก

ชะงาย ก่อนการอบรมและหลังการอบรมภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับสถิติ 0.05 ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** แสดงคะแนนเฉลี่ยเจตคติการสร้างครอบครัวอบอุ่นและป้องกันยาเสพติดของผู้ปกครองแกนนำชุมชน ตำบลโคกชะงาย อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง

ตัวแปร	ก่อนอบรม		หลังอบรม		t	p-value
	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	คะแนนเฉลี่ย	S.D.		
เจตคติต่อการสร้างครอบครัวอบอุ่นและป้องกันยาเสพติด	3.41	0.32	3.79	0.35	5.40	<0.001

สรุปผลการปฏิบัติการใช้กระบวนการพัฒนาและประเมินผลเจตคติต่อการสร้างครอบครัวอบอุ่นและการป้องกันยาเสพติดของผู้ปกครอง แกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่ในท้องถิ่นและเยาวชน ตำบลโคกชะงาย ซึ่งสามารถสรุปผลได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัยตามเทคนิค AIC ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนด้วยกันคือ ขั้นตอนการสร้างซึ่งคุณค่า (Appreciation : A) เป็นขั้นตอนการสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน เพื่อให้ผู้ปกครอง แกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น เยาวชน ได้บอกเล่าถึงสถานการณ์การสร้างครอบครัวอบอุ่นและป้องกันยาเสพติดทั้งในอดีตและปัจจุบัน (A1) และอยากให้เป็นในอนาคต (A2) ผลของการวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์การสร้างครอบครัวอบอุ่นและการป้องกันยาเสพติดของตำบลโคกชะงายที่ผ่านมา ทั้งในอดีตและปัจจุบันพบว่า ประชาชนขาดความร่วมมือในการดำเนินงานเนื่องจากต้องประกอบอาชีพ การป้องกันปัญหาเสพติดประชาชนคิดว่าเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่ตำรวจและเจ้าหน้าที่ของรัฐ ประชาชนขาดความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด และมีความกลัวต่อกลุ่มผู้มีอิทธิพลในการเข้าร่วมป้องกันปัญหาเสพติด ประชาชนไม่ควรเข้าร่วมกิจกรรม/โครงการแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนเพราะอาจจะทำให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตได้ เมื่อเห็นคนในชุมชนติดยาเสพติดไม่ควรเข้าไปยุ่งเกี่ยวเพราะเป็นเสียเวลา การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันยาเสพติดในชุมชนมีน้อยหน่วยงานของรัฐที่มาให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติดมีน้อยและขาดการดำเนินงานในการป้องกันอย่างจริงจัง จากผลของการวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์การครอบครัวอบอุ่นและการป้องกันยาเสพติดในอดีตและปัจจุบัน (A1) ดังกล่าวแกนนำชุมชนจึงได้ร่วมกำหนดการป้องกันยาเสพติดที่ต้องการในอนาคต (A2) คือไม่ต้องการให้ปัญหาเสพติดที่เกิดขึ้นในตำบลโคกชะงายเพิ่มขึ้นอยากให้แต่ละครอบครัวมีความอบอุ่นปลอดภัยจากภัยยาเสพติด ประชาชนควรตระหนักถึงความร้ายแรงของภัยยาเสพติดมีส่วนร่วมในการดูแลป้องกันภัยยาเสพติด ควรมีการประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้านและตำบลอย่างทั่วถึงครอบคลุมทำให้ประชาชนได้รับทราบข่าวสารได้รวดเร็วทั่วถึง และให้หน่วยงานภาครัฐมีความจริงจังในการดำเนินงานป้องกันยาเสพติด ซึ่งได้กำหนดวิสัยทัศน์ในการดำเนินงานป้องกันยาเสพติด คือ “ประชาชนตำบลโคกชะงาย

รวมพลังป้องกันยาเสพติด ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง” สำหรับขั้นปฏิสัมพันธ์หรืออิทธิพลระหว่างกัน (Influence : I) เป็นขั้นที่สมาชิกจะต้องระบุสิ่งที่ต้องทำ เพื่อไปให้ถึงเป้าหมายที่ต้องการ โดยระบุเป็นกิจกรรมหรือโครงการ (I1) และขั้นการแยกประเภทกิจกรรมและจัดลำดับความสำคัญ (I2) ผลของการวิจัยการระบุเป็นกิจกรรมหรือโครงการ (I1) พบว่า แกนนำชุมชนส่วนใหญ่มีความรู้ ความสามารถ และทักษะสามารถกำหนดกิจกรรม/โครงการ ได้จำนวน 2 โครงการ (I2) โดยแบ่งเป็นกิจกรรม/โครงการที่ชุมชนทำตัวเอง จำนวน 2 โครงการ คือ นำมาแยกประเภทกิจกรรมและจัดลำดับความสำคัญ ดังนี้คือ 1) โครงการรวมพลังรณรงค์ต่อต้านยาเสพติด 2) โครงการประชาคมต่อต้านยาเสพติด สำหรับโครงการที่ต้องขอสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นจำนวน 3 กิจกรรม/โครงการ ซึ่งแกนนำชุมชนจัดลำดับความสำคัญ ดังนี้คือ 1) การสนับสนุน ส่งเสริม ร่วมทำกิจกรรมศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น 2) โครงการครอบครัวอบอุ่น 3) โครงการกีฬาต่อต้านยาเสพติด ในส่วนของขั้นควบคุมไปสู่การกระทำ (Control : C) มี 2 ขั้นคือ การแสวงหาผู้รับผิดชอบโครงการ (C1) และการวางแผนกิจกรรม (C2) ผลการวิจัยของการแสวงหาผู้รับผิดชอบโครงการ (C1) ผู้เข้าร่วมประชุมได้แบ่งกิจกรรม/โครงการ 1 โครงการต่อผู้เข้าร่วมประชุม 3 คน ซึ่งแกนนำชุมชนที่รับผิดชอบแต่ละโครงการจะอยู่ในหมู่เดียวกันหลังจากนั้นนำกิจกรรม/โครงการมาร่วมกัน วางแผนกิจกรรม (C2) ตามแบบฟอร์มซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดให้โดยแกนนำชุมชนที่รับผิดชอบแต่ละโครงการ/กิจกรรม เป็นผู้ร่วมกำหนดขึ้น พบว่าแกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในการร่วมคิด วิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางการแก้ไขปัญหา ร่วมกำหนดผู้รับผิดชอบ ส่วนใหญ่แกนนำชุมชนมีความรู้ ความสามารถในการวางแผน มีความตั้งใจในการดำเนินงาน

แผนงาน/โครงการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว 1) โครงการรวมพลังรณรงค์ต่อต้านยาเสพติด 2) โครงการประชาคมต่อต้านยาเสพติด 3) โครงการกีฬาต่อต้านยาเสพติด ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น พ่อแม่ ผู้ปกครอง ชุมชน ครอบครัวเริ่มมีความตระหนักว่า ปัญหาเสพติดเป็นเรื่องใกล้ตัว ฝั่ระวังพฤติกรรมของเยาวชน พร้อมให้ความร่วมมือ มีส่วนร่วมในการคิด วิเคราะห์ในการแก้ปัญหาเสพติดในชุมชน ช่วยกันดูแลเยาวชน พร้อมทั้งมีการดำเนินงานตามโครงการกองทุนแม่ของแผ่นดิน มีมาตรการทางสังคมที่ช่วยเหลือครอบครัวติดยาเสพติด กีดกันผู้ค้ายาเสพติด



## 6. อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยในครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการสร้างครอบครัวอบอุ่นและการป้องกันยาเสพติด ตำบลโคกชะงาย อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยมีประเด็นที่เห็นควรอภิปรายผล ดังนี้

6.1 การพัฒนารูปแบบการสร้างครอบครัวอบอุ่นและการป้องกันยาเสพติด ตำบลโคกชะงาย อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง พบว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชนมีความสำคัญมากที่สุด ดังนั้น หน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน แม้กระทั่งองค์กรในชุมชน และประชาชนทุกคนต้องรวมพลังในการดูแลครอบครัว สังคม ซึ่งสอดคล้องกับศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ และคณะ (2551) ที่ว่าองค์ประกอบของครอบครัวอบอุ่นตามความคิดเห็นของประชาชนจังหวัดลำปาง ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบ เช่น สมาชิกได้รับการยอมรับนับถือจากคนในชุมชน

6.2 เจตคติของกลุ่มผู้ปกครอง แกนนำชุมชนเยาวชน และเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากการทำกิจกรรมการสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน สมาชิกจะต้องระบุสิ่งที่ต้องทำเพื่อไปให้ถึงเป้าหมายที่ต้องการ และรับผิดชอบร่วมกัน ซึ่งเจตคติที่เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับภาณุเดช ณ พัทลุง (2551) ที่ว่าค่าเฉลี่ยของเจตคติต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของแกนนำชุมชนหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6.3 กระบวนการ AIC ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการสร้างขาซึ่งคุณค่า ขั้นตอนปฏิสัมพันธ์หรืออิทธิพลระหว่างกัน ขั้นตอนควบคุมไปสู่การกระทำ โดยขั้นตอนการสร้างขาซึ่งคุณค่า ขั้นตอนปฏิสัมพันธ์หรืออิทธิพลระหว่างกันและขั้นตอนควบคุมไปสู่การกระทำ ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ สอดคล้องกับภาณุเดช ณ พัทลุง (2551)

6.4 การพัฒนารูปแบบการสร้างครอบครัวอบอุ่นและการป้องกันยาเสพติด ตำบลโคกชะงาย อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง พบว่า การสนับสนุน ส่งเสริม การเล่นกีฬาของเยาวชนสามารถป้องกันยาเสพติดได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของภาณุเดช ณ พัทลุง (2551) ที่พบว่า การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของแกนนำชุมชนตำบลหาดทรายรี อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร โครงการกีฬาต่อต้านยาเสพติดเป็นกิจกรรมหนึ่งในการป้องกันยาเสพติดของเยาวชน สำหรับเจตคติด้านประชาชนไม่ควรเข้าร่วมกิจกรรม/โครงการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนเพราะ

อาจจะทำให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตได้ หน่วยงานภาครัฐ องค์กรเอกชน ต้องสนับสนุน ส่งเสริม ความรู้และทัศนคติที่ถูกต้อง สอดคล้องกับงานวิจัยของภาณุเดช ณ พัทลุง (2551) ที่พบว่าประชาชนมีทัศนคติเปลี่ยนแปลงไปหลังผ่านกระบวนการ AIC เช่นเดียวกัน

6.5 การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าผลการศึกษาดังกล่าวอาจจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงได้มากกว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์ที่มีบุคคลภายในครอบครัวที่ประสบกับปัญหาเสพติด

## 7. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการสร้างครอบครัวอบอุ่นและการป้องกันยาเสพติด ตำบลโคกชะงาย อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง ซึ่งผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ ดังนี้

7.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรร่วมขับเคลื่อนนโยบายสร้างครอบครัวอบอุ่นและป้องกันยาเสพติด ซึ่งจะส่งผลต่อเจตคติของผู้ปกครอง แกนนำชุมชน เยาวชน ให้มีทิศทางดีขึ้นอันจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันยาเสพติดเพิ่มขึ้น

7.2 ภายหลังจากเข้าร่วมโครงการเจตคติพบว่าเจตคติต่อการสร้างครอบครัวอบอุ่นและป้องกันยาเสพติดของผู้ปกครอง แกนนำชุมชน เยาวชน และบุคลากรในท้องถิ่นสูงขึ้น ดังนั้นควรจัดทำแนวทางในการพัฒนากระบวนการส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นเพื่อป้องกันยาเสพติด ได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น เริ่มตั้งแต่กระบวนการวางแผน การดำเนินการแก้ปัญหา และการประเมินผลการดำเนินงาน

7.3 จากการทำกิจกรรม AIC พบว่า ระยะเวลาดำเนินการ 2 วัน ทำให้ความต่อเนื่องของโครงการที่ดำเนินการมีน้อย ดังนั้นควรเพิ่มระยะเวลาในการทำกิจกรรม AIC

## 8. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษากระบวนการพัฒนาการทำงานแบบมีส่วนร่วมในรูปแบบต่าง ๆ ในการสร้างครอบครัวอบอุ่น และป้องกันยาเสพติดในชุมชน เช่น การศึกษาการทำประชาคมในการป้องกันยาเสพติด หรือการเสริมสร้างพลังอำนาจในสร้างครอบครัวอบอุ่น การป้องกันยาเสพติดเพื่อเปรียบเทียบ

ผลสัมฤทธิ์การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนที่เกิดขึ้น จะทำให้ได้กระบวนการพัฒนาที่เหมาะสมกับพื้นที่ สอดคล้องกับบริบท ทรัพยากร ขนบธรรมเนียมประเพณี และวิถีชีวิตของแต่ละพื้นที่นั้น ๆ

### เอกสารอ้างอิง

- กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์. (2556). การประเมินครอบครัวอยู่ดี มีสุข. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการอนามัยครอบครัวแห่งชาติ ครั้งที่ 6*. 1-15.
- นิตยา คชภักดี และคณะ. (2550). *การพัฒนาดัชนีความอยู่ดี มีสุขด้านชีวิตครอบครัวสำหรับประเทศไทย*. สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บังอร เทียนเทพ, ปรีนตา ตาสี, ปิยนันทร ตระกูลวงษ์ และสุภัทรา อินทร์ไพบุลย์ (2551). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับครอบครัวเข้มแข็ง. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*. 6(2), 25-38.
- ปกรณ มณีปกรณ. (2553). ปัจจัยปกป้องหรือผลักดันปัญหาเสพติดของวัยรุ่นในเขตจังหวัดชลบุรี. *วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย*. 3(3), 239-272.
- ภาณุเดช ฦ พัทลุง. (2551). การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของแกนนำชุมชนตำบลหาดทรายรี อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, สุราษฎร์ธานี.
- ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ. (2554). *การพัฒนาตัวชี้วัดครอบครัวอบอุ่น สำหรับครอบครัวในจังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ. (2547). สุขภาพจิตครอบครัววารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 22, 1 (มกราคม-มีนาคม): 54-64.
- สุพร เสียนสลาย. (2548). การพัฒนาครอบครัวเพื่อความมั่นคงของสังคมไทย: ค้นเมื่อวันที่ 27 เมษายน 2556 จาก [www.stou.ac.th/Thai/Schools/She/le/](http://www.stou.ac.th/Thai/Schools/She/le/)  
[www.tobe.pyomoph.go.th/documents/start.pdf](http://www.tobe.pyomoph.go.th/documents/start.pdf) : ค้นเมื่อวันที่ 27 เมษายน 2556.



# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ

Factors Related to the Participation in Quality Development and Hospital Accreditation of Health Personnel at Community Hospitals in Bueng Kan Province

สถาพร รัตนวารินทร์ ส.ม. (บริหารโรงพยาบาล)

ทันตแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ

รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริรักษา ส.ด. (สุขศึกษา)

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง ปร.ด. (ประชากรศาสตร์)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ 2) คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจ และการสนับสนุนจากองค์กร 3) ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน และการสนับสนุนจากองค์กรกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และ 4) ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของบุคลากรสาธารณสุข

ประชากรที่ศึกษาคือบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ 396 คน ตัวอย่างจำนวน 196 คนได้จากการสุ่มแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามมีค่าความเที่ยงของ

แบบสอบถาม ระหว่าง 0.85-0.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า 1) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ โดยรวมอยู่ในระดับมาก 2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 30 ปี หรือต่ำกว่า ระยะเวลาปฏิบัติงานไม่เกิน 5 ปี เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทในการทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และมีประสบการณ์เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา ปัจจัยจูงใจในการมีส่วนร่วมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก การสนับสนุนจากองค์กรในการมีส่วนร่วมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรง

พยาบาลของบุคลากรสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง 3) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านวิชาชีพ ปัจจัยจิตใจ และการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 4) ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ บุคลากรน้อยงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ข้อเสนอแนะควรส่งเสริมปัจจัยจิตใจในเรื่องการกระจายความรับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพไปยังบุคลากรอื่น ๆ ส่งเสริมปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กรด้วยการจัดหาวัสดุให้เพียงพอ หรือการประยุกต์ใช้วัสดุทดแทน

**คำสำคัญ :** ปัจจัยจิตใจ/การสนับสนุนจากองค์กร/การมีส่วนร่วม/การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

### Abstract

The objectives of this study were to : (1) study the levels of personnel participation; (2) study personal characteristics, motivation factors and organizational support; (3) examine the relationship between personal characteristics, motivation factors as well as organizational support and personnel participation; and (4) identify problems and suggestions for improvement, all related to quality development and hospital accreditation at community hospitals in Bueng Kan province.

The study was undertaken on a sample of 196 health personnel, selected using the stratified random sampling method from all 396 health personnel of the hospitals. A questionnaire with the reliability value of 0.85 to 0.95 was used for data collection; and data were collected and then analyzed to determine frequency, percentage, arithmetic mean, standard deviation, chi-square and Pearson's product-moment correlation coefficient.

The findings showed that : (1) among the respondents, their overall level of participation in quality development and hospital accreditation was at a high level; (2) most of them were female, aged 30 years or under, having less than 5 years of work experience as registered nurses, and having been

involved in quality development activities and trained in this matter over the past 2 years; their motivation factors related to this matter were at a high level; while the organizational support for such efforts was at a moderate level; (3) their professional and motivation factors as well as organizational support were significantly associated with the participation in quality development and hospital accreditation; and (4) major problems included inadequate personnel, budget and supplies/equipment. It is recommended that assigned the job to other personnel and adequate supplies/equipment or use alternative material should be provided

**Keywords :** Motivation factors/Organizational support/Participation/Quality development/Hospital accreditation

### 1. บทนำ

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลถือเป็นภารกิจที่โรงพยาบาลภาครัฐให้ความสำคัญทั้งในด้านการตอบสนองต่อนโยบายกระทรวงสาธารณสุขตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปี 2555-2559 และแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพโลกและภูมิภาคอาเซียนของประเทศไทยเพื่อก้าวสู่ประชาคมอาเซียนที่บูรณาการและสุขภาพโลกที่เป็นธรรม พ.ศ. 2555-2559 ของกระทรวงสาธารณสุข (2555) เพื่อสร้างความสามารถในการแข่งขันด้านบริการสุขภาพของไทย นอกจากนี้โรงพยาบาลภาครัฐที่ผ่านการรับรองคุณภาพจะได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากรัฐผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2555)

แม้ว่าบริบทโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดบึงกาฬมีความคล้ายคลึงทั้งในการจัดโครงสร้างองค์กรของโรงพยาบาลและรูปแบบของกระบวนการพัฒนาคุณภาพสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA (Hospital accreditation) ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปีของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2551) แต่ผลลัพธ์ของการรับรองคุณภาพแตกต่างกันโดยมีโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ 4 แห่ง ส่วนอีก 3 แห่งอ้างชั้น 2 จึงเป็นที่มาการวิจัยเพื่อค้นหาปัจจัยของที่เกี่ยวข้องกับ



การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาของนินนาท หอมยาดี (2552) พบว่าการส่งเสริมปัจจัยที่ทำให้เกิดความร่วมมือของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพทำให้โรงพยาบาลจันทบุรีศึกษาผ่านการรับรองมาตรฐาน HA และงานวิจัยของ กัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์ (2554) พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจิตใจในการปฏิบัติงาน และการสนับสนุนจากองค์กร มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ 2) คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ วิชาชีพ บทบาทการทำงานพัฒนาคุณภาพ การได้รับการฝึกอบรมด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ปัจจัยจิตใจ และการสนับสนุนจากองค์กร 3) ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยจิตใจในการปฏิบัติงาน และการสนับสนุนจากองค์กรกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และ 4) ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของบุคลากรสาธารณสุข โดยมีสมมติฐานการวิจัยว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลที่คัดสรร ปัจจัยจิตใจ และการสนับสนุนจากองค์กร มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

## 2. วิธีการดำเนินการวิจัย

**2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ประชากรที่ศึกษาเป็นบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีเทคนิค นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข และนักโภชนาการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่งในจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 396 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 196 คน ทำการสุ่มแบบมีระบบ

**2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะจากนั้นนำแบบสอบถามไปหาค่าความเที่ยงในโรงพยาบาลชุมชนที่บริบทใกล้เคียง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

วิจัยอยู่ระหว่าง 0.85-0.95

**2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานเพื่อเป็นศูนย์กลางในการแจกและรับคืนแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยเอกสารและฉันทกก่อนคืนแบบสอบถามไปยังผู้รวบรวม ดำเนินการรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 10 สิงหาคม-10 กันยายน 2556 แจกแบบสอบถามจำนวน 220 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามคืนและผ่านการตรวจสอบจำนวน 196 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 89.09

**2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยการทดสอบไคสแควร์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

## 3. ผลการวิจัย

### 3.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบทบาทในการทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 75.4 และเป็นบทบาทที่มุ่งทางคลินิก คิดเป็นร้อยละ 28.2 กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 86.2 และเคยอบรมในหลักสูตร HA พื้นฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 54.1

### 3.2 ปัจจัยจิตใจ

ผลการศึกษาปัจจัยจิตใจในการมีส่วนร่วมพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ (ตารางที่ 1) โดยมีค่าเฉลี่ยระดับมาก พิจารณารายด้านพบว่า ปัจจัยด้านความสำเร็จในการทำงาน ปัจจัยด้านการยอมรับนับถือ ปัจจัยด้านลักษณะงาน และปัจจัยด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง มีค่าเฉลี่ยระดับมาก ส่วนปัจจัยด้านความรับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของปัจจัยจูงใจในการมีส่วนร่วมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุข โดยรวมและรายด้าน

ปัจจัยจูงใจ	Mean	S.D.	การแปลผล
ด้านความสำเร็จในการทำงาน	3.83	0.61	มาก
ด้านการยอมรับนับถือ	3.52	0.73	มาก
ด้านลักษณะงาน	3.78	0.54	มาก
ด้านความรับผิดชอบ	3.42	0.43	ปานกลาง
ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง	3.80	0.70	มาก
<b>โดยรวม</b>	<b>3.67</b>	<b>0.49</b>	<b>มาก</b>

### 3.3 ระดับการสนับสนุนจากองค์กร

ผลการศึกษาระดับการสนับสนุนจากองค์กรในการมีส่วนร่วมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ

(ตารางที่ 2) มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง พิจารณารายด้าน พบว่าการสนับสนุนจากองค์กรด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านกระบวนการบริหาร มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของการสนับสนุนจากองค์กรในการมีส่วนร่วมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุข โดยรวมและรายด้าน

การสนับสนุนจากองค์กร	Mean	S.D.	การแปลผล
ด้านบุคลากร	3.21	0.83	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	3.08	0.65	ปานกลาง
ด้านวัสดุอุปกรณ์	2.96	0.63	ปานกลาง
ด้านกระบวนการบริหาร	3.32	0.62	ปานกลาง
<b>รวม</b>	<b>3.14</b>	<b>0.57</b>	<b>ปานกลาง</b>

### 3.4 ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ (ตารางที่ 3) โดยรวมมีค่าเฉลี่ยระดับมาก พิจารณารายด้านพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในประเด็นการมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน การวัดวิเคราะห์ และ

การจัดการความรู้ การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย การป้องกันการติดเชื้อ และกระบวนการดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยระดับมาก ส่วนการมีส่วนร่วมในประเด็นการนำองค์กร การบริหารเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ และการทำงานกับชุมชน มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง



**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ โดยรวมและรายด้าน

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุข	Mean	S.D.	การแปลผล
การนำองค์กร	3.29	0.91	ปานกลาง
การบริหารเชิงกลยุทธ์	3.39	0.95	ปานกลาง
การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน	3.58	0.78	มาก
การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้	3.54	0.80	มาก
การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	3.24	0.92	ปานกลาง
การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ	3.66	0.80	มาก
สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย	3.67	0.76	มาก
การป้องกันการติดเชื้อ	3.81	0.72	มาก
การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ	3.49	0.88	ปานกลาง
การทำงานกับชุมชน	3.12	1.02	ปานกลาง
กระบวนการดูแลผู้ป่วย	3.66	0.87	มาก
<b>รวม</b>	<b>3.50</b>	<b>0.66</b>	<b>มาก</b>

**3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล  
ปัจจัยจูงใจ และการสนับสนุนจากองค์กรกับการมีส่วนร่วม  
พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร  
สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ**

ผลการวิเคราะห์พบว่าวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.003) บทบาทในการทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และประสบการณ์ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ

คุณลักษณะส่วนบุคคล	การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรอง				$\chi^2$	df	p-value
	คุณภาพ						
	มากที่สุด- มาก n (%)	ปาน กลาง n (%)	น้อย- น้อยที่สุด n (%)	รวม n (%)			
<b>วิชาชีพ</b>							
พยาบาลวิชาชีพ	71 (51.4)	65 (47.1)	2 (1.4)	138 (100.0)	11.632	2	0.003
วิชาชีพอื่น ๆ (แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการ สาธารณสุข นักรังสีเทคนิค นักโภชนาการ)	19 (33.3)	32 (56.1)	6 (10.5)	57 (100.0)			
<b>บทบาทในการทำงานด้านการ พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล</b>							
ไม่มีบทบาท	22 (41.5)	27 (50.9)	4 (7.5)	53 (100.0)	2.466	2	0.291
มีบทบาท	68 (47.9)	70 (49.3)	4 (2.8)	142 (100.0)			
<b>ประสบการณ์ได้รับการอบรม เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา</b>							
ไม่เคยอบรม	9 (34.6)	16 (61.5)	1 (3.8)	26 (100.0)	1.709	2	0.425
เคยอบรม	81 (47.9)	81 (47.9)	7 (4.1)	169 (100.0)			

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยจิตใจ และการสนับสนุนจากองค์การกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ (ตารางที่ 5) ปัจจัยจิตใจโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร

สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ( $r = 0.720$ ) การสนับสนุนจากองค์การโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ( $r = 0.615$ )



**ตารางที่ 5** สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างปัจจัยจิตใจ และการสนับสนุนจากองค์กรกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ

ปัจจัยจิตใจ การสนับสนุนจากองค์กร	การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของ บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
<b>ปัจจัยจิตใจ</b>			
ด้านความสำเร็จในการทำงาน	0.621	<0.001	สูง
ด้านการยอมรับนับถือ	0.629	<0.001	สูง
ด้านลักษณะงาน	0.445	<0.001	ปานกลาง
ด้านความรับผิดชอบ	0.625	<0.001	สูง
ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง	0.584	<0.001	ปานกลาง
<b>รวม</b>	<b>0.720</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>สูง</b>
<b>การสนับสนุนจากองค์กร</b>			
ด้านบุคลากร	0.635	<0.001	สูง
ด้านงบประมาณ	0.429	<0.001	ปานกลาง
ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.302	<0.001	ต่ำ
ด้านกระบวนการบริหาร	0.653	<0.001	สูง
<b>รวม</b>	<b>0.615</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>สูง</b>

**3.6 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ**

มีการรวบรวมข้อมูลปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ จากแบบสอบถามปลายเปิด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะทั้งหมด 48 ฉบับ จากแบบสอบถาม 196 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 24.48 พบว่า ปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนจากองค์กรซึ่งมีจำนวนผู้ตอบ 20 คนเท่ากันทั้ง 3 ประเด็นได้แก่ อดตรากำลังไม่สมดุลภาระงาน งบประมาณน้อย ขาดสภาพคล่องทางการเงิน และการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 20.10 รองลงมาเป็นปัญหาอุปสรรคในส่วนของปัจจัยจิตใจโดยมีผู้ตอบแบบสอบถาม ประเด็นบุคลากรขาดความตระหนักในงานคุณภาพ ไม่ได้ความร่วมมือ มีแรงต้านบุคลากรมีความเสียสละน้อย จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ

8.1 ส่วนข้อเสนอแนะของการสนับสนุนจากองค์กรมากที่สุด โดยผู้ตอบประเด็นจัดอัตรากำลังเพิ่มจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 20.10 และมีผู้ตอบประเด็นจัดหาวัสดุให้เพียงพอหรือประยุกต์ใช้วัสดุทดแทนจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 8.16

**4. อภิปรายผล**

**4.1 ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล**

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.50) สอดคล้องกับการศึกษาของพิมลพรรณ คุณสิทธิ์ (2549) พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.63) อธิบายได้ว่าบุคลากรสาธารณสุขมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโดยรวมเป็นส่วนมาก

โดยพิจารณาตามโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ ทำให้เห็นว่าบุคลากรสาธารณสุขถือเป็นวิชาชีพที่เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนงานด้านการพัฒนาคุณภาพทั้งที่เป็นภารกิจของทีมนำสูงสุดในการกำหนดทิศทางหรือชี้แนะสนับสนุนทรัพยากรทางการบริหารอย่างเพียงพอเหมาะสม

#### 4.2 คุณลักษณะส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

1) **วิชาชีพ** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 70.4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์ (2554) การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.1 และตรงกับสภาพความเป็นจริงตามบริบทของโรงพยาบาลในประเทศไทยที่มีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพที่สูงกว่าวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อรองรับภารกิจหลักด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ

ผลการวิจัยพบว่า วิชาชีพมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.003$ ) สอดคล้องกับผลการศึกษากัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์ (2554) พบว่า ตำแหน่งหรือวิชาชีพมีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.264$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) อธิบายได้ว่า บุคลากรสาธารณสุขถือเป็นวิชาชีพที่สำคัญและมีความเกี่ยวข้องในภารกิจหรือกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ทั้งในระดับหน่วยงานหรือระดับครอบครัว และกลุ่มวิชาชีพพยาบาลส่วนใหญ่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในระดับมาก-มากที่สุด เนื่องจากเป็นบุคลากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลและมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติงานครอบคลุมเกือบทุกหน่วยงานและเกี่ยวข้องกับในกระบวนการให้บริการเป็นส่วนใหญ่ (เพิ่มพวรรณ คุณสิทธิ์ 2549 : 83)

2) **บทบาทในการทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบทบาทในการทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 75.4 และเป็นทีมนำทางคลินิก คิดเป็นร้อยละ 28.2 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของมุกิตา พัวพิพัฒน์พงษ์ (2552) เรื่องการมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิษณุโลก ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามเกณฑ์คุณภาพการ

บริหารจัดการภาครัฐ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นทีมสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV) คิดเป็นร้อยละ 16.1 ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาจำเพาะในกลุ่มของวิชาชีพสาธารณสุข ซึ่งได้รับมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบทั้งตามโครงสร้างของโรงพยาบาลชุมชนและโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีบทบาทในทีมนำทางคลินิกเป็นส่วนใหญ่

3) **ประสบการณ์การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล** กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 86.2 และเคยอบรมในหลักสูตร HA พื้นฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 54.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิริอร พันธ์โสดา (2547) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรตามโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเลย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรม คิดเป็นร้อยละ 93.3 อธิบายได้ว่าบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ มีโอกาสได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการสนับสนุนจากโครงการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลด้วยระบบที่เลี้ยง (Quality Learning Network : QLN) ร่วมกับการฝึกอบรมที่จัดภายในโรงพยาบาลชุมชน

#### 4.3 ปัจจัยจูงใจกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ผลการศึกษาค่าเฉลี่ยระดับปัจจัยจูงใจในการมีส่วนร่วมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.67) สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์ (2554) พบว่า ปัจจัยจูงใจในการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.77) จากผลการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าบุคลากรสาธารณสุขได้รับการตอบสนองในองค์ประกอบด้านปัจจัยจูงใจในระดับมาก ซึ่งเกิดจากการส่งเสริมบรรยากาศการพัฒนาคุณภาพด้วยการดำเนินกิจกรรมคุณภาพในรูปแบบเครือข่ายการเรียนรู้ (Quality learning network) (Celeste, 2011)



ปัจจัยจูงใจโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกใน ระดับสูงกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.720$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัตนมณฑก เจริญสวัสดิ์ (2552) พบว่า ภาพรวมของปัจจัย จูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการ พัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี ( $r = 0.662$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) อภิปรายได้ว่า ปัจจัยจูงใจเป็น แรงจูงใจภายในที่แสดงออกถึงความต้องการของคนทำงาน เมื่อได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมย่อมทำให้บุคลากร สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ มีความรัก และพึงพอใจในงานที่ทำ ภาคภูมิใจ เกิดความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองและองค์กร จนเกิดแรงจูงใจในการทำงานให้บรรลุ เป้าหมายขององค์กร ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีสองปัจจัย ของเฮิร์ซเบิร์ก (Herzberg's Two-Factor Theory of Motivation) (1993) ที่กล่าวถึงการตอบสนองปัจจัยจูงใจ อย่างเหมาะสมจะทำให้บุคคลรักในงาน และปฏิบัติงานได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

#### 4.4 การสนับสนุนจากองค์กรกับการมีส่วนร่วม ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ระดับการสนับสนุนจากองค์กรในการมีส่วนร่วม พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ โดยมีค่า เฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.14) สอดคล้องกับ การศึกษาของอัปสร วงษ์ศิริ (2552) พบว่า ภาพรวมของ การสนับสนุนจากองค์กรในการจัดการข้อมูลสารสนเทศ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.2) และ การศึกษาของดาวรุ่ง ดอนสมจิตร (2551) พบว่า ภาพรวม การสนับสนุนจากองค์กรในการปฏิบัติงานสร้างสุขภาพของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.31 (S.D. = 0.49) แสดงให้ เห็นว่าบุคลากรสาธารณสุขเพียงบางส่วนรับรู้ว่าการสนับสนุน ทรัพยากรที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพจากองค์กรยังอยู่ ไม่เพียงพอ และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทั้งด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านกระบวนการ บริหารมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง

การสนับสนุนจากองค์กรโดยรวมมีความ สัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับการศึกษาของรติ บุญมาก (2551) พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพการ บริหารจัดการภาครัฐเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพ ชุมชนจังหวัดหนองบัวลำภูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.746$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) อภิปรายได้ว่า การสนับสนุนจาก องค์กรในทรัพยากรทางการบริหารอย่างเพียงพอเหมาะสม ทั้งในด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และ ด้านกระบวนการบริหาร จะทำให้บุคลากรสาธารณสุขในโรง พยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนิน กิจการต่าง ๆ การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลใน ระดับสูงขึ้น จนเกิดผลการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพและนำไปสู่ ความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กรในที่สุด

## 5. ข้อเสนอแนะ

### 5.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1) ปัจจัยจูงใจในการมีส่วนร่วมพัฒนาและ รับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุขในโรง พยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับ มาก เมื่อพิจารณาปัจจัยจูงใจรายข้อพบว่า ระดับการจูงใจน้อย ในประเด็นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไม่มีผลกระทบ ในเรื่องเวลาต่องานประจำที่รับผิดชอบ (ค่าเฉลี่ย 2.49) และ ระดับการจูงใจปานกลางในประเด็นการพัฒนาคุณภาพ เป็นงานที่มีความน่าสนใจ ไม่ยุ่งยาก (ค่าเฉลี่ย 2.86) ควร ส่งเสริมปัจจัยจูงใจโดยการกระจายงานหรือความรับผิดชอบ ในการพัฒนาคุณภาพไปยังบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และ มีออกแบบกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์เพื่อเชื่อมโยงกับกิจกรรม คุณภาพในโรงพยาบาล ลดความเครียดสร้างความสุขจาก ทำงานคุณภาพ (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2546)

2) การสนับสนุนจากองค์กรในการมีส่วน ร่วมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ โดยภาพรวม และรายด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ย ด้านวัสดุอุปกรณ์ต่ำสุด 2.96 ซึ่งผู้บริหารโรงพยาบาลควร ส่งเสริมปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กรด้วยการจัดหา วัสดุให้เพียงพอ หรือการประยุกต์ใช้วัสดุทดแทน

3) ต้องสร้างการมีส่วนร่วมในประเด็นการนำองค์การ การบริหารเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล และบูรณาการทำงานร่วมกันของแต่ละหน่วยงานกับชุมชน

## 5.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในกรอบมาตรฐานอื่น ๆ ได้แก่ PMQA QA LA หรือ Thai dental safety goal เพื่อเป็นการศึกษาการพัฒนาคุณภาพเชิงลึกในบางกลุ่มวิชาชีพของบุคลากรสาธารณสุข

2) ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเด็นเกี่ยวกับบรรยากาศองค์กร ภาวะผู้นำที่เอื้อต่อการพัฒนา

3) ควรมีการประเมินความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ได้แก่ ผู้รับบริการ สปสช. เป็นต้น

## เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2555). หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ.0224.02/60 ลงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2555 เรื่อง "การประชุมคณะรัฐมนตรีสาธารณสุขอาเซียน ครั้งที่ 11 และการประชุมที่เกี่ยวข้อง" ถึงอธิบดีกรมอนามัย. เรียกใช้เมื่อ 30 มีนาคม 2556 จาก [http://www.anamai.moph.go.th/ewt\\_dl\\_link.php?nid=3701](http://www.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=3701)

กัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์. (2554). การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

दारु้ง ดอนสมจิตร. (2551). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสร้างสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

เดชาวุธ นิตยสุทธิ. (2554). การใช้สถิติเพื่อการวิเคราะห์ความล้มพันธ์ของข้อมูล. ในมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ประมวลสาระชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ

หน่วยที่ 14. (หน้า 4-118). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

ธนมณฑชนก เจริญสวัสดิ์. (2552). การพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

นินนาท หมอชาติ. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจังหวัดระยอง. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.

พิมลพรรณ คุณสิทธิ์. (2549). ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.

พิเชษฐ อุดมรัตน์. (2546). คุณภาพคือวิถีชีวิต พัฒนางานพัฒนาคนให้ดี ด้วยวิถีคุณภาพ. สงขลา: หน่วยผลิตตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

มุกิตา พัวพิพัฒน์พงษ์. (2552). การมีส่วนร่วมบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิษณุโลก ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.

รติ บุญมาก. (2551). การศึกษาแรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2551). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ภาษาไทย). นนทบุรี: หนังสือตีพิมพ์.



- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556 การบริหารงบประมาณทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว*. นนทบุรี: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- สำเร็จ จันทรสวรรณ และสุวรรณ บัวทวน. (2547). *สถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์*. ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น
- สิริอร พันธุ์โสตา. (2547). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรตามโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเลย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธาณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อัปสร วงษ์ศิริ. (2552). *การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการจัดการข้อมูลสารสนเทศของเจ้าหน้าที่สาธาณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี*. การศึกษาระดับปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธาณสุข คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- Celeste P.M. Wilderom. (2011). *Toward Positive Work Cultures and Climate*. In Celeste P.M. Wilderom and Mark F.Peterson Neal M.Ashkanasy, *The Handbook of Organization Culture and Climate (2<sup>nd</sup> ed.)*, (pp.74-84). California: United States of America.

# ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการทำงาน ของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก ในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี

Factors Affecting Work Satisfaction of Staff of Clinical Pathology  
Section in Somdet Phrasangkarat 17<sup>th</sup> Hospital, Supanburi Province

วรรณ สุเกษม นักวิชาการสาธารณสุข วท.บ. (เทคนิคการแพทย์)  
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี  
รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวภา ดีอัฐสุวรรณ Dr.PH.(Public Health Education)  
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยด้านประชากรและสังคม (2) ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานอาชีพ (3) การรับรู้ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนในการทำงาน และ (4) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความพึงพอใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี ทำการศึกษาเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกทั้งหมด จำนวน 30 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเองสำหรับเก็บข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานอาชีพ การรับรู้ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนในการทำงาน และความพึงพอใจในการทำงาน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.85 การดำเนินการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี สถิติการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที่แบบกลุ่มเป็นอิสระจากกัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

**ผลการวิจัยพบว่า (1) ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร** พบว่า เจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.3 และเพศหญิง ร้อยละ 46.7 สัดส่วนที่อายุ 31-40 ปี มีสูงสุด ร้อยละ 43.3 อายุเฉลี่ย 34.37 อายุต่ำสุด/ สูงสุด เท่ากับ 21/54 ปี ส่วนใหญ่เป็นโสด ร้อยละ 73.3 และ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 86.7 **(2) ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานอาชีพ** พบว่า เจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ร้อยละ 53.3 สัดส่วนที่ทำงานในหน่วยงานปัจจุบันมานาน 11-15 ปี และนาน 21-25 ปี มีเท่า ๆ กัน เท่ากับร้อยละ 23.3 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานทั้งเวลาราชการปกติและเข้าเวรเช้า-บ่าย-ดึก ร้อยละ 73.3 **(3) การรับรู้ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนในการทำงาน** พบว่า เจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก รับรู้ปัจจัยจูงใจในการทำงานโดยรวม และรับรู้ปัจจัยค้ำจุนในการทำงานโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง **(4) ความพึงพอใจในการทำงาน** พบว่า เจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกมีความพึงพอใจในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง **(5) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความพึงพอใจในการทำงาน** พบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างการรับรู้ปัจจัยค้ำจุนในการทำงาน



โดยรวม และรายด้านสัมพันธภาพในที่ทำงาน และด้านสภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงาน และความพึงพอใจในการทำงานตามช่วงเวลาปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับสูงมากระหว่างการรับรู้ปัจจัยจูงใจในการทำงานโดยรวม การรับรู้ปัจจัยค้ำจุนในการทำงานโดยรวม กับความพึงพอใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะเชิงการบริหารหน่วยงาน คือ จัดตารางการปฏิบัติงานเข้าเวรเข้า-บ่าย-ดึกของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกให้มีความเท่าเทียมกัน และจัดหาวัสดุอุปกรณ์และเครื่องใช้ในการปฏิบัติงานที่มีเทคโนโลยีทันสมัยสำหรับช่วยส่งเสริมการทำงานให้ปลอดภัย รวดเร็ว และมีความถูกต้องแม่นยำมากยิ่งขึ้น

**คำสำคัญ :** ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการทำงาน เจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก

## Abstract

The objectives of this descriptive research were to study : (1) factors on demographic and social characteristics; (2) factors on professional practice; (3) factors on perception of work motivation and support; and (4) relationship between the mentioned factors and work satisfaction among staff of Clinical Pathology Section in Somdech Phra Sangkharat 17<sup>th</sup> Hospital, Suphanburi Province.

The research was conducted from all 30 staffs of Clinical Pathology Section. The instrument used was a self-reported questionnaire for collecting information relating to factors on demographic characteristics, professional practice, perception of work motivation and support, and work satisfaction with total reliability value of 0.85. The research was approved from the Ethical Committee for Human Research of Somdech Phra Sangkharat 17<sup>th</sup> Hospital, Suphanburi Province. The analytical statistics were percentage, mean, standard deviation, independent t-test, and Pearson's Correlation Coefficient at  $p \leq 0.05$ .

The findings of this research were that : (1) factors on demographic characteristics were found that the staffs were male (53.3%) and female (46.7%). They had age between 31-40 years old (43.3%), average age of 34.47 years old, maximum/minimum age of 21/54 years old, single status (73.3%), and bachelor degree (86.7%); (2) factors on professional practice were found that most of the staffs were officials (70.0%) with equal proportion of working time in this Section for 11-15 and 21-25 years (23.3%) and worked at both office hour and shift work of morning, afternoon, and night shifts (73.3%); (3) factors on work perception and support were found that the staffs perceived overall work motivation and support at the moderate level; (4) the staffs had overall work satisfaction at the moderate level. Relationship between the mentioned factors and work satisfaction were found that there was difference between perception on overall work support factors, aspect-based office relationship and office environment with work satisfaction during working time with statistical significance, and there was high positive relationship between perception of overall work motivation factors and overall work support with work satisfaction among the staffs at statistical significance.

Suggestions on office administration were that work schedule of morning, afternoon, and night shift should be equally provided among the staffs. Additionally, the materials, equipments, and work instruments with modern technology should be provided for promoting more safe, rapid, and accurate work.

**Keywords :** Factors affecting work satisfaction /Staff of Clinical Pathology Section

## 1. บทนำ

การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีส่วนส่งเสริมต่อการตรวจวินิจฉัยโรค การทำหัตถการทางการแพทย์ และการสังเคราะห์ของแพทย์ ได้อย่างถูกต้องตรงตามปัญหาทางสุขภาพที่แท้จริงของผู้ป่วยและทันต่อเวลา กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน มีบทบาทหน้าที่ให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างครบทุกกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจ กระบวนการเตรียมสิ่งส่งตรวจ และกระบวนการตรวจวิเคราะห์ โดยใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทั้งนี้เพื่อนำผลการตรวจวิเคราะห์ไปใช้ในการวินิจฉัยโรค ติดตามการรักษา และพยากรณ์โรคของแพทย์ และใช้ในการประเมินสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการทุกคนได้รับผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการด้วยความถูกต้อง รวดเร็ว และได้มาตรฐาน (วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี; กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลศูนย์วชิระภูเก็ต)

ความพึงพอใจในการทำงาน (work satisfaction) เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก เช่นเดียวกับกับคนทำงานทั่วไปซึ่งใช้เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวันและในทุกวันทำงานอยู่ในสถานที่ทำงาน ความพึงพอใจในการทำงาน หมายถึง สภาวะอารมณ์ทางบวกอันเป็นผลมาจากการประเมินการทำงานหรือประสบการณ์การทำงานของบุคคลหรือของคนทำงาน (Locke, 1976 : 1304) หรือหมายถึงสภาวะส่วนบุคคลที่แสดงออกถึงความชอบหรือไม่ชอบงานที่ทำอยู่ด้วยการประเมินโดยทางความรู้สึกหรืออารมณ์หรือโดยทางความเข้าใจและการเรียนรู้ (Brief, 1998 : 85) ความพึงพอใจในการทำงานมีความสำคัญในการทำให้การทำงานเป็นไปอย่างมีความสุข ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานและความยึดมั่นผูกพันกับที่ทำงาน รวมถึงเพิ่มพูนความสุขและความพึงพอใจในชีวิตของคนทำงาน (Colquitt, Lepine and Wesson, 2012)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการทำงานของคนทำงานทั่วไปและของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาองค์การ (Organizational psychology) โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวกับปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนในการจูงใจให้ผู้คนทำงานของเฟรดเดอริก เฮิร์ซเบิร์ก

(Herzberg, Mausner and Snyderman 1959; Herzberg, 1964; Herzberg, 1966) ทฤษฎีการจูงใจและการค้ำจุนหรือเรียกว่าทฤษฎีสองปัจจัยของความพึงพอใจในการทำงานของเฮิร์ซเบิร์ก (Herzberg's motivation-hygiene theory and two-factor theory of job satisfaction) ระบุว่าลักษณะบางอย่างของงานมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการทำงาน เรียกว่าปัจจัยแห่งความพึงพอใจในการทำงาน (Factors of satisfaction) หรือปัจจัยจูงใจในการทำงาน (Motivators) ได้แก่ การประสบผลสำเร็จในงาน การได้รับการยอมรับยกย่อง เนื้อหาของงาน ความรับผิดชอบในงาน ความก้าวหน้าในงานอาชีพ สถานภาพและการเติบโตทางบุคคล ขณะที่ลักษณะอื่น ๆ ของงานนั้นมีความสัมพันธ์กับความไม่พึงพอใจในการทำงาน เรียกว่า ปัจจัยแห่งความไม่พึงพอใจในการทำงาน (Factors of dissatisfaction) แต่เป็นปัจจัยสำคัญในการค้ำจุนให้หน่วยงานหรือองค์การคงสภาพอยู่ได้ จึงเรียกว่า ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors) ได้แก่ นโยบายและการบริหารงานขององค์การ การปฏิบัติของผู้นิเทศหรือหัวหน้างาน ความสัมพันธ์กับผู้นิเทศ หัวหน้างาน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน สภาพการทำงาน ค่าจ้างหรือเงินเดือน สถานภาพและความมั่นคงในงาน

งานวิจัยนี้ศึกษาปัจจัยจูงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก ในส่วนของเนื้อหาเนื้อหาของงาน คือ ด้านลักษณะงาน และด้านปริมาณงาน ศึกษาปัจจัยค้ำจุนในการทำงานของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก ในส่วนของการบริหารจัดการงานของหน่วยงานสัมพันธ์ภาพในที่ทำงาน และสภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงาน และศึกษาความพึงพอใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก อันเป็นผลลัพธ์ของการประเมินความรู้สึกและประสบการณ์ที่มีต่อสภาพการทำงาน

ด้วยความตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกในการส่งเสริมให้การทำงานของแพทย์เป็นไปอย่างถูกต้องตามปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยด้วยความรวดเร็ว ปลอดภัย และมีคุณภาพตามมาตรฐาน และความจำเป็นของการมีความพึงพอใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานฯ รวมถึงความขาดแคลนงานวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก ในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช



องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี โดยมุ่งหวังให้ทราบถึงระดับความพึงพอใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก และองค์ประกอบในปัจจัยจิตใจและปัจจัยค้ำจุนตามทฤษฎีสองปัจจัยของความพึงพอใจในการทำงานของเฮิร์ชเบิร์ก ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานฯ ทั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลข่าวสารสำหรับผู้บริหารของหน่วยงานในการส่งเสริมแนวทางการสร้างความพึงพอใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานฯ

## 2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

2.1 ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร ของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก

2.2 ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานอาชีพ ของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก

2.3 การรับรู้ปัจจัยจิตใจและปัจจัยค้ำจุนในการทำงาน ของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก

2.4 ระดับความพึงพอใจในการทำงาน ของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก และ

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยจิตใจและปัจจัยค้ำจุน กับความพึงพอใจในการทำงาน ของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก

## 3. สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ปัจจัยจิตใจและปัจจัยค้ำจุนในการทำงานมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก

## 4. วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) และแบบสอบถามแบบให้ข้อมูลด้วยตนเอง (Self-administered questionnaire)

**ประชากรและตัวอย่าง** ประชากรที่ศึกษา คือ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกทุกคนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 30 คน ทำการศึกษาทุกหน่วยของประชากร

### เครื่องมือการวิจัย

**ลักษณะของเครื่องมือการวิจัย** เป็นแบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเอง แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

1) แบบสอบถามปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบ และแบบเติมตัวเลขลงในช่องว่าง

2) แบบสอบถามปัจจัยด้านการปฏิบัติงานอาชีพ ประกอบด้วย สถานภาพการทำงาน ระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน และช่วงเวลาปฏิบัติงาน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบ และแบบเติมตัวเลขลงในช่องว่าง

3) แบบสอบถามการรับรู้ปัจจัยจิตใจและปัจจัยค้ำจุนในการทำงาน แบ่งเป็น

ปัจจัยจิตใจในการทำงาน ประกอบด้วย ด้านลักษณะงาน 4 ข้อ และด้านปริมาณงาน 7 ข้อ

ปัจจัยค้ำจุนในการทำงาน ประกอบด้วย ด้านการบริหารจัดการงาน 4 ข้อ ด้านสัมพันธภาพในที่ทำงาน 4 ข้อ และด้านสภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงาน 4 ข้อ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี ให้ดำเนินการวิจัยวิจัยในเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก

2) ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้เจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกโดยตรง และขอให้ส่งคืนแบบสอบถามภายใน 15 วัน นับตั้งแต่ได้รับแบบสอบถาม ซึ่งได้รับแบบสอบถามคืนทุกฉบับ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1) พรรณนาข้อมูลชุดของตัวแปรอิสระ (ปัจจัยด้านลักษณะประชากร ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานอาชีพ การรับรู้ปัจจัยจิตใจและปัจจัยค้ำจุนในการทำงาน) และข้อมูลชุดของตัวแปรตาม (ความพึงพอใจในการทำงาน) ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เป็น ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) หาความสัมพันธ์กันระหว่างการรับรู้ปัจจัยจิตใจและปัจจัยค้ำจุนในการทำงาน กับความพึงพอใจในการทำงาน ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation coefficient; r) ที่ระดับนัยสำคัญ  $p < 0.05$  โดยใช้เกณฑ์การแปลขนาดความสัมพันธ์ของโคเฮิน (Cohen, 1988)

## 5. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

**ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร** แสดงดังตารางที่ 1 พบว่า เจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาบาลวิทยาลัย เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.3 และเพศหญิง

ร้อยละ 46.7 สัดส่วนที่อายุ 31-40 ปี มีสูงสุด ร้อยละ 43.3 อายุเฉลี่ย 34.37 อายุต่ำสุด/สูงสุด เท่ากับ 21/54 ปี ส่วนใหญ่เป็นโสด ร้อยละ 73.3 และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 73.7

**ตารางที่ 1** ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร ของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาบาลวิทยาลัย

ปัจจัยลักษณะทางประชากร	จำนวนทั้งหมด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
		30	100.0
<b>1. เพศ</b>			
ชาย		16	53.3
หญิง		14	46.7
<b>2. อายุ<sup>(1)</sup></b>			
21-30 ปี		9	30.0
31-40 ปี		13	43.3
41 ปีขึ้นไป		8	26.7
<b>3. ระดับการศึกษา</b>			
ต่ำกว่าปริญญาตรี		4	13.3
ปริญญาตรี		26	73.7
<b>4. สถานภาพสมรส</b>			
โสด		8	26.7
สมรส		22	73.3

(1) อายุเฉลี่ย 34.37 ปี (ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 8.814) (อายุต่ำสุด/สูงสุด เท่ากับ 21/54 ปี)

**ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านการปฏิบัติงานอาชีพ** แสดงดังตารางที่ 2 พบว่า เจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาบาลวิทยาลัยส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ร้อยละ 53.3 สัดส่วนที่ทำงานในหน่วยงานปัจจุบันมานาน 11- 15 ปี และนาน

21-25 ปี มีเท่า ๆ กัน เท่ากับร้อยละ 23.3 ไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 20.0 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานทั้งเวลาราชการปกติ และเข้าเวรเข้า-ป่วย-ดึก ร้อยละ 73.3



## ตารางที่ 2 ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานอาชีพ ของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก

ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานอาชีพ	จำนวนทั้งหมด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
		30	100.0
<b>1. สถานภาพการทำงาน</b>			
ข้าราชการ		16	53.3
พนักงานราชการ/ลูกจ้างประจำ		14	46.7
<b>2. ระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน</b>			
ไม่เกิน 5 ปี		6	20.0
6-10 ปี		4	13.3
11-15 ปี		7	23.3
16-20 ปี		4	13.4
21-25 ปี		7	23.3
26 ปีขึ้นไป		2	6.7
<b>3. ช่วงเวลาปฏิบัติงาน</b>			
เวลาราชการปกติ		6	20.0
เข้าเวรเช้า-บ่าย-ดึก		2	6.7
เวลาราชการปกติ และเข้าเวรเช้า-บ่าย-ดึก		22	73.3

ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้ปัจจัยจุดใจและปัจจัยค้ำจุนในการทำงาน โดยรวม ของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก แสดงดังตารางที่ 3 พบว่า

การรับรู้ปัจจัยจุดใจและปัจจัยค้ำจุนในการทำงาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยการรับรู้ปัจจัยจุดใจในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และรายด้านอยู่ในระดับ

ปานกลางทั้งสองด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะงานและด้านปริมาณงาน สำหรับการรับรู้ปัจจัยค้ำจุนในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับรายด้านที่อยู่ในระดับสูงมี 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการงาน และด้านสัมพันธภาพในที่ทำงาน สำหรับรายด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง 1 ด้าน คือ ด้านสภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงาน

## ตารางที่ 3 ระดับการรับรู้ปัจจัยจุดใจและปัจจัยค้ำจุนในการทำงาน ของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก

การรับรู้ปัจจัยจุดใจและปัจจัยค้ำจุนในการทำงาน	$\bar{X}$ (S.D.)	ระดับ
<b>การรับรู้ปัจจัยจุดใจในการทำงานโดยรวม</b>	<b>3.52 (0.373)</b>	<b>ปานกลาง</b>
1. ด้านลักษณะงาน	3.69 (0.413)	ปานกลาง
2. ด้านปริมาณงาน	3.41 (0.412)	ปานกลาง
<b>การรับรู้ปัจจัยค้ำจุนในการทำงานโดยรวม</b>	<b>3.65 (0.470)</b>	<b>ปานกลาง</b>
1. ด้านการบริหารจัดการงาน	3.73 (0.486)	สูง
2. ด้านสัมพันธภาพในที่ทำงาน	3.70 (0.581)	สูง
3. การรับรู้สภาพการทำงานด้านสภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงาน	3.51 (0.459)	ปานกลาง
<b>การรับรู้ปัจจัยจุดใจและปัจจัยค้ำจุนในการทำงานโดยรวม</b>	<b>3.58 (0.335)</b>	<b>ปานกลาง</b>

ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้ปัจจัยจูงใจในการทำงานเป็นรายข้อ ทั้ง 2 ด้าน ของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาบาล วิทยาลัยนิตยภัต แสดงดังตารางที่ 4 พบว่า

**การรับรู้ด้านลักษณะงานเป็นรายข้อที่อยู่ในระดับสูง** ได้แก่ งานที่ได้รับมอบหมายมีความท้าทาย และตนเองมีความรู้ความสามารถที่เหมาะสมเกี่ยวกับงานที่รับผิดชอบอยู่ สำหรับรายข้อที่รับรู้ในระดับปานกลาง ได้แก่ งานที่ทำส่งเสริมให้ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ใหม่ ๆ เพื่อพัฒนางาน และลักษณะงานที่ทำอยู่มีความยุ่งยากและหลากหลาย

**การรับรู้ด้านปริมาณงานเป็นรายข้อที่อยู่ในระดับสูง** ได้แก่ ปริมาณงานในความรับผิดชอบมีความเหมาะสม ปริมาณงานที่ได้รับมอบหมายเหมาะสมกับเวลาที่ต้องปฏิบัติ และสามารถทำงานได้เป็นไปตามเป้าหมาย สำหรับรายข้อที่รับรู้ในระดับปานกลาง ได้แก่ มักทำงานไม่ทันตามเวลาที่กำหนด มักถูกตำหนิเกี่ยวกับงานที่ทำบ่อยครั้ง ต้องทำงานแข่งกับเวลาเสมอ และปริมาณงานที่นอกเหนือจากงานประจำเหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่การงาน

ตารางที่ 4 ระดับการรับรู้ปัจจัยจูงใจในการทำงานด้านต่าง ๆ เป็นรายข้อ ของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาบาลวิทยาลัยนิตยภัต

การรับรู้ปัจจัยจูงใจในการทำงาน	$\bar{X}$ (S.D.)	ระดับ
<b>ด้านที่ 1 ลักษณะงาน</b>	<b>3.69 (0.413)</b>	<b>ปานกลาง</b>
1. งานที่ได้รับมอบหมายมีความท้าทาย	3.90 (0.548)	สูง
2. ความรู้ความสามารถที่เหมาะสมเกี่ยวกับงานที่รับผิดชอบ	3.77 (0.504)	สูง
3. งานที่ทำมีการส่งเสริมให้ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ เพื่อพัฒนางาน	3.53 (0.730)	ปานกลาง
4. ลักษณะงานที่ทำอยู่มีความยุ่งยากและหลากหลาย	3.57 (0.971)	ปานกลาง
<b>ด้านที่ 2 ปริมาณงาน</b>	<b>3.41 (0.412)</b>	<b>ปานกลาง</b>
1. ปริมาณงานในความรับผิดชอบมีความเหมาะสม	4.00 (0.7430)	สูง
2. ปริมาณงานที่ได้รับมอบหมายเหมาะสมกับเวลาที่ต้องปฏิบัติ	3.73 (0.691)	สูง
3. ความสามารถทำงานได้เป็นไปตามเป้าหมาย	4.00 (0.830)	สูง
4. การทำงานไม่ทันตามเวลาที่กำหนด	2.50 (0.938)	ปานกลาง
5. การถูกตำหนิเกี่ยวกับงานที่ท่านทำบ่อยครั้ง	2.70 (1.022)	ปานกลาง
6. การทำงานแข่งกับเวลาเสมอ	3.60 (0.894)	ปานกลาง
7. ปริมาณงานที่นอกเหนือจากงานประจำ เหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่ของท่าน	3.40 (0.621)	ปานกลาง
<b>การรับรู้ปัจจัยจูงใจในการทำงานโดยรวม</b>	<b>3.52 (0.373)</b>	<b>ปานกลาง</b>



**ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้ปัจจัยค้ำจุนในการทำงานเป็นรายข้อ ทั้ง 3 ด้าน** ของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก แสดงดังตารางที่ 5 พบว่า

**การรับรู้ด้านการบริหารจัดการงานเป็นรายข้อที่อยู่ในระดับสูง** ได้แก่ การสั่งการของหน่วยงานมีความรวดเร็วและคล่องตัวทันต่อเหตุการณ์ ทราบหน้าที่และตำแหน่งงานที่ทำอยู่อย่างชัดเจน และสามารถจัดการงานของตนเองได้ดี สำหรับรายข้อที่รับรู้ในระดับปานกลาง คือ จำนวนบุคลากรมีความเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

**การรับรู้ด้านสัมพันธภาพในที่ทำงานเป็นรายข้อที่อยู่ในระดับสูง** ได้แก่ ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานเป็นไปด้วยดี และร่วมมือกันทำงานกับเพื่อนร่วมงานใน

หน่วยงานอย่างเต็มความสามารถ สำหรับรายข้อที่รับรู้ในระดับปานกลาง ได้แก่ ความสัมพันธ์กับหัวหน้างานเป็นไปด้วยดี และรู้สึกถึงความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน เนื่องจากหัวหน้างานมีความเชื่อมั่นในความสามารถของท่าน

**การรับรู้ด้านสภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงานเป็นรายข้อทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง** ได้แก่ บรรยากาศในหน่วยงานทำให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุข วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในการปฏิบัติงาน ทันสมัยเพียงพอ และเหมาะสม มีห้องทำงานที่สะดวก สบาย และเป็นสัดส่วน และขนาดพื้นที่ในการทำงานกว้างขวางสะดวก สำหรับการปฏิบัติงาน

**ตารางที่ 5** ระดับการรับรู้ปัจจัยค้ำจุนในการทำงานด้านต่าง ๆ เป็นรายข้อ ของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก

การรับรู้ปัจจัยค้ำจุนในการทำงาน	$\bar{X}$ (S.D.)	ระดับ
<b>ด้านที่ 1 การบริหารจัดการงาน</b>	<b>3.73 (0.486)</b>	<b>สูง</b>
1. การสั่งการของหน่วยงาน มีความรวดเร็วและคล่องตัวทันต่อเหตุการณ์	3.20 (1.186)	ปานกลาง
2. ทราบหน้าที่และตำแหน่งงานที่ท่านทำอยู่อย่างชัดเจน	4.40 (0.621)	สูง
3. จำนวนบุคลากรมีความเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน	3.50 (0.682)	ปานกลาง
4. สามารถจัดการงานของท่านได้ดี	3.83 (0.531)	สูง
<b>ด้านที่ 2 สัมพันธภาพในที่ทำงาน</b>	<b>3.70 (0.581)</b>	<b>สูง</b>
1. ความสัมพันธ์กับหัวหน้างานมีความเป็นไปด้วยดี	3.20 (0.997)	ปานกลาง
2. ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานเป็นไปด้วยดี	4.07 (0.785)	สูง
3. เพื่อนร่วมงานในหน่วยงานร่วมกันทำงานอย่างเต็มความสามารถ	4.17 (0.834)	สูง
4. มีความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน เนื่องจากว่าหัวหน้างานมีความเชื่อมั่นในความสามารถ	3.37 (0.809)	ปานกลาง
<b>ด้านที่ 3 สภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงาน</b>	<b>3.51 (0.459)</b>	<b>ปานกลาง</b>
1. บรรยากาศในหน่วยงานทำให้ท่านปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุข	3.33 (1.028)	ปานกลาง
2. วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในการปฏิบัติงาน ทันสมัย เพียงพอและเหมาะสม	3.47 (0.681)	ปานกลาง
3. ห้องทำงานที่สะดวก สบาย และเป็นสัดส่วน	3.60 (0.563)	ปานกลาง
4. ขนาดพื้นที่ในการทำงานกว้างขวางสะดวกในการปฏิบัติงาน	3.67 (0.606)	ปานกลาง
<b>การรับรู้ปัจจัยค้ำจุนในการทำงานโดยรวม</b>	<b>3.65 (0.470)</b>	<b>ปานกลาง</b>

**ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจในการทำงานโดยรวม** ของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก แสดงดังตารางที่ 6 พบว่า ความพึงพอใจในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ความพึงพอใจในการทำงานรายด้านที่อยู่ในระดับสูง คือ มีความภาคภูมิใจที่ได้มีส่วนช่วยให้งานในหน่วยงานของตนประสบผลสำเร็จ

ความพึงพอใจในการทำงานรายด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ความพึงพอใจกับลักษณะงานที่ปฏิบัติอยู่ ซึ่งมีความปลอดภัยต่อสุขภาพร่างกาย ความพึงพอใจกับบรรยากาศการทำงานโดยรวมที่เป็นอยู่ และความพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพในที่ทำงาน

**ตารางที่ 6** ระดับความพึงพอใจในการทำงาน ของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก

ความพึงพอใจในการทำงาน	$\bar{X}$ (S.D.)	ระดับ
1. ความพึงพอใจกับลักษณะงานที่ปฏิบัติอยู่ซึ่งมีความปลอดภัยต่อสุขภาพร่างกาย	3.43 (0.898)	ปานกลาง
2. ความภาคภูมิใจที่ได้มีส่วนช่วยให้งานในหน่วยงานของตนประสบผลสำเร็จ	4.13 (0.776)	สูง
3. ความพึงพอใจกับบรรยากาศการทำงานโดยรวมที่เป็นอยู่	3.27 (1.048)	ปานกลาง
4. ความพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพในที่ทำงาน	3.63 (0.890)	ปานกลาง
<b>ความพึงพอใจในการทำงานโดยรวม</b>	<b>3.61 (0.681)</b>	<b>ปานกลาง</b>

**ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนในการทำงาน และความพึงพอใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน** แสดงดังตารางที่ 7 พบว่า

1) ไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างการรับรู้ปัจจัยจูงใจในการทำงานโดยรวม กับการรับรู้ปัจจัยค้ำจุนในการทำงานโดยรวม ของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

2) มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับสูงระหว่างการรับรู้ปัจจัยจูงใจในการทำงานโดยรวม ( $r = 0.702, p < 0.001$ ) กับความพึงพอใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

3) มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับสูงมากระหว่างการรับรู้ปัจจัยค้ำจุนในการทำงาน ( $r = 0.855, p < 0.001$ ) กับความพึงพอใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

4) ข้อค้นพบการวิจัยนี้ยอมรับสมมติฐานการมีความสัมพันธ์กันระหว่างปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงาน กับความพึงพอใจในการทำงาน



**ตารางที่ 7** ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนในการทำงาน และความพึงพอใจในการทำงาน ของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก (30 คน)

คู่ของปัจจัยที่หาความสัมพันธ์	$\bar{X}$ (S.D.)	ระดับ
1. การรับรู้ปัจจัยจูงใจในการทำงานโดยรวม กับการรับรู้ปัจจัยค้ำจุนในการทำงานโดยรวม	3.52 (0.373) 3.65 (0.470)	$r = 0.230, p = 0.220$
2. การรับรู้ปัจจัยจูงใจในการทำงานโดยรวม กับความพึงพอใจในการทำงาน	3.52 (0.373) 3.59 (0.335)	$r = 0.702, p < 0.001^{**}$
3. การรับรู้ปัจจัยค้ำจุนในการทำงานโดยรวม กับความพึงพอใจในการทำงาน	3.65 (0.470) 3.59 (0.335)	$r = 0.855, p < 0.001^{**}$

กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ที่  $p \leq 0.05$

## 6. อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

เจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี มีความพึงพอใจในการทำงานในระดับปานกลางโดยเฉพาะอย่างยิ่งในความปลอดภัยของงานที่ปฏิบัติ บรรยากาศการทำงานโดยรวม และสภาพแวดล้อมทางกายภาพในที่ทำงาน และความพึงพอใจในการทำงานมีความสัมพันธ์ระดับสูงถึงสูงมากกับการรับรู้ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนในการทำงาน ขณะที่เจ้าหน้าที่ฯ รับรู้ปัจจัยจูงใจในการทำงานในระดับปานกลางทั้งด้านลักษณะงานและด้านปริมาณงาน และรับรู้ปัจจัยค้ำจุนในการทำงานในระดับปานกลางโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงาน ในสถานการณ์เช่นนี้เฮิร์ซเบิร์กแนะนำให้หัวหน้าหน่วยงานหรือผู้บริหารองค์กรที่ต้องการให้คนทำงานมีความพึงพอใจในการทำงานในระดับสูง ควรพิจารณาปรับปรุงปัจจัยค้ำจุนในการทำงานเพื่อขจัดสิ่งที่ทำให้คนทำงานเกิดความไม่พึงพอใจในการทำงาน (หรือไม่มีความพึงพอใจในการทำงานในระดับสูง) สำหรับในกรณีของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกนี้ หัวหน้าหน่วยงานหรือผู้บริหารโรงพยาบาลควรดำเนินการปรับปรุงในองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เจ้าหน้าที่รับรู้ในระดับปานกลาง กล่าวคือ ด้านบริหารจัดการ คือ การสั่งการของหน่วยงานให้มีความรวดเร็วและคล่องตัวทันต่อเหตุการณ์ การจัดบุคลากรให้มีจำนวนเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ด้านสัมพันธภาพในที่ทำงาน คือ การปรับปรุงความสัมพันธ์ของหัวหน้างานกับเจ้าหน้าที่ การให้ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ

งานอย่างอิสระของเจ้าหน้าที่ ด้านสภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงาน คือ ปรับปรุงบรรยากาศในหน่วยงานให้มีความเป็นมิตรต่อการจัดหาวัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานให้มีความทันสมัยและคล่องตัว การดูแลปรับปรุงห้องทำงานของเจ้าหน้าที่ให้เป็นสัดส่วน และมีพื้นที่ทำงานได้สะดวกยิ่งขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

- วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลศูนย์วชิระภูเก็ต. บทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก. จาก <http://www.vachiraphuket.go.th/index.php?name=knowledge&file=readknowledge&id=408>
- Best, J.W. (1981). *Research in Education*. Englewood Cliffs, CA: Prentice-Hall, Inc.
- Brief, A. P. (1998). *Attitudes in and around organizations*. Sage: Thousand Oaks, CA.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2<sup>nd</sup> ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Colquitt, J.A., Lepine, J.A. & Wesson, M.I. (2012). *Organizational Behavior: Improving Performance And Commitment in the Workplace*. 3<sup>rd</sup> edition, New York: McGraw-Hill.

- Herzberg, Frederick. (January-February 1964). "The Motivation-Hygiene Concept and Problems of Manpower". *Personnel Administrator* (27): pp. 3-7.
- . (1966). *Work and the Nature of Man*. Cleveland: World Publishing.
- Herzberg, Frederick, Mausner, Bernard, Snyderman, & Barbara B. (1959). *The Motivation to Work*. (2<sup>nd</sup> ed.). New York: John Wiley.
- Locke, E.A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1297-1349). Chicago, IL: Rand McNally.



# อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัย ส่วนบุคคล (PPE) : เลือกใช้อย่างไรให้ถูกหลักการยศาสตร์

รองศาสตราจารย์สุดาว เลิศวิสุทธิไพบูลย์ วท.ม. (สุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย)  
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

**เวลาเลือกซื้อเสื้อผ้าไปฝากใคร ๆ เราคงไม่ได้ซื้อเสื้อผ้าแบบเดียวและขนาดเดียวกันสำหรับคนทุกคน !!!**

อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment) ที่เรียกกันย่อ ๆ ว่า PPE (ภาพที่ 1) นั้นเป็นสิ่งที่สวมใส่บนอวัยวะของร่างกายเช่นกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันหรือลดอันตรายที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน ดังนั้น ในทำนองเดียวกับการเลือกซื้อเสื้อผ้า **ทำไมเราจึงจัดหา PPE เพียงแบบเดียวให้กับผู้ปฏิบัติงานทุกคน ???**



ภาพที่ 1 อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล (PPE)

ที่มา : <http://www.bu.edu/ehs/plans/management-plans/safety-and-health/ppe/>

ในบทความนี้จะนำเสนอปัญหา/อุปสรรคในการใช้ PPE ตลอดจนหลักการด้านการยศาสตร์ที่เป็นประโยชน์สำหรับ จป. และผู้เกี่ยวข้องในการพิจารณาเลือก PPE อย่างเหมาะสม-ทั้งในแง่ความสะดวกสบายในการสวมใส่ ขนาด รูปทรง และคุณสมบัติอื่น ๆ นอกเหนือจากป้องกันอันตรายจากความเสียหายตามลักษณะงาน

## 1. ปัญหา/อุปสรรคในการใช้ PPE

แม้ว่าการลดอันตรายที่แหล่งกำเนิดจะเป็นยอมรับกันในทางวิชาการว่าเป็นมาตรการที่สำคัญที่สุด อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัตินั้น PPE ยังคงเป็นที่ต้องการใช้ในสถานที่ทำงานต่างๆ PPE ถูกนำมาใช้ไม่ว่าจะเป็นเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยตามลักษณะงานหรือการป้องกันอันตรายเพิ่มเติมในหลาย ๆ รูปแบบ ตัวอย่างเช่น อุปกรณ์ปกป้องระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Protective Equipment; RPE) ซึ่งมีรายงานการวิจัยที่ตีพิมพ์ใน Health and Safety International ปี 2010 ระบุว่า มีผู้ปฏิบัติงานถึง 5,500,000 คนที่ต้องสัมผัสกับอันตรายต่อระบบทางเดินหายใจในสถานที่ทำงาน ในจำนวนนี้มีเพียงครึ่งหนึ่งหรือประมาณร้อยละ 50 ที่สวมใส่อุปกรณ์ปกป้องระบบทางเดินหายใจ และคาดว่าในจำนวนผู้ที่ใช้ PPE เหล่านี้ มีร้อยละ 50 เท่านั้นที่สวมใส่อุปกรณ์อย่างถูกต้องและพอดี ตัวเลขดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ามีเพียงร้อยละ 25 ของผู้ที่เสี่ยงภัยที่ได้รับการปกป้องอย่างเพียงพอ และชี้ให้เห็นว่าผู้ปฏิบัติงานจำนวนมากถึงร้อยละ 75 ต้องเผชิญความเสี่ยงอันตรายต่อระบบทางเดินหายใจ

แม้ว่า PPE จะมีคุณสมบัติที่ช่วยคุ้มครองผู้สวมใส่จากอันตรายในสิ่งแวดล้อมการทำงาน แต่ขณะเดียวกันก็อาจมีปัญหากจากการใช้งาน ได้แก่

- เกิดความเค้นจากแรงกดที่กระทำต่อผิวหรืออวัยวะขณะสวมใส่ PPE
- ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง เช่น ทำงานได้ช้าลง หรือไม่ถนัด
- ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย อึดอัด รำคาญขณะสวมใส่

ปัญหาข้างต้นนี้ล้วนเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่ยอมใช้ PPE หรือใช้บ้างถอดบ้าง ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงจากการบาดเจ็บ และโรคจากการทำงาน ตลอดจนสถานการณ์ที่อาจร้ายแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ การออกแบบที่

ดีและการนำหลักการยศาสตร์มาใช้ในการเลือก PPE จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ปฏิบัติงานใช้งาน PPE ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและสวมใส่สบาย

## 2. หลักการยศาสตร์ในการเลือกใช้ PPE

การเลือกใช้ PPE ที่มีประสิทธิภาพในการคุ้มครองความปลอดภัยและสอดคล้องตามหลักการยศาสตร์ มีหลักการและแนวทางดังต่อไปนี้

### 2.1 เหมาะสมกับอันตราย เหมาะสมกับงาน และเหมาะสมกับผู้สวมใส่

หน่วยงาน Health and Safety Executive (HSE) แห่งสหราชอาณาจักรได้ออกแคมเปญในการเลือกใช้ PPE ที่ว่า **“Right for the hazard; right for the task; right for the wearer.”**

จากแคมเปญดังกล่าว การพิจารณาสถานการณ์ ความเสี่ยงของแต่ละงาน เพื่อเลือกประเภทและรูปแบบของ PPE ที่เหมาะสมกับประเภทของอันตรายและระดับของการป้องกันที่จำเป็น จึงเป็นขั้นตอนแรกในการเลือก PPE ตัวอย่างเช่น

- หน้ากากป้องกันฝุ่นละอองจะใช้ไม่ได้ผลในการป้องกันแก๊สพิษหรือไอระเหยของสารเคมี
- การทำงานที่ต้องเสี่ยงกับกระเด็นของเศษโลหะ ควรเลือกใช้กระบังหน้านิรภัยแบบเต็มหน้า เพราะหากใช้เพียงแว่นตาหรือครอบตานิรภัย เศษวัสดุอาจพลาดมาโดนใบหน้าและดวงตา ทำให้เกิดอันตรายได้

นอกจากนั้นปัจจัยที่สำคัญพอๆ กับประสิทธิภาพทางเทคนิคในการป้องกันอันตรายของ PPE คือ จะต้องเหมาะสมสะดวกสบายสำหรับผู้สวมใส่ด้วย ปัจจุบันสหภาพยุโรปได้ตระหนักและนำประเด็นดังกล่าวรวมไว้ในข้อกฎหมาย โดย Council Directive 89/686/EEC มีการกำหนดในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการใช้ PPE ในสถานที่ทำงาน และสหราชอาณาจักรได้ออกบทบัญญัติใน The Personal Equipment at Work Regulations, 1992 ซึ่งระบุข้อกำหนดเกี่ยวกับ PPE ดังนี้

- 1) PPE ต้องเหมาะสมกับความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง
- 2) สอดคล้องตามหลักการยศาสตร์
- 3) เหมาะสมพอดีกับผู้สวมใส่



## 2.2 มีคุณสมบัติในการปกป้องอย่างเพียงพอ แต่ไม่มากเกินไปจนเกินเหตุ

ในการเลือกใช้ PPE ควรคำนึงด้วยว่า “การป้องกันอันตรายอย่างถูกต้องนั้น มิใช่การปกป้องที่มากเกินไปจนเกินเหตุ (over-protecting) ทั้งนี้เพราะ PPE แทบทุกแบบทำให้เกิดภาระ (load) บนร่างกายผู้สวมใส่ในแง่ของการรบกวนหรือทำให้รู้สึกไม่สบาย โดยเฉพาะ PPE ที่มีคุณสมบัติปกป้องในระดับที่สูงขึ้นก็มักมีขนาดใหญ่ มีน้ำหนักมาก ซึ่งจะทำให้เกิดความรำคาญมากยิ่งขึ้น ตัวอย่างเช่น การใช้อุปกรณ์ป้องกันการได้ยินในระดับสูงขึ้นมักจะมีขนาดใหญ่ ครอบหูมีน้ำหนักมากกว่าและมีแรงกดบริเวณด้านข้างศีรษะจากความแน่นของสายรัดศีรษะ เพื่อให้ลดเสียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีการวิจัยบ่งชี้ว่า การที่ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกไม่สบายและไม่ยอมสวมอุปกรณ์ป้องกันการได้ยินมีสาเหตุจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการ คือ 1) น้ำหนักของอุปกรณ์ และ 2) แรงกดบริเวณด้านข้างของศีรษะ นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น รูปทรงที่เทอะทะทำให้เกะกะ และใส่ไม่สบายโดยเฉพาะในบริเวณที่ทำงานที่ร้อนและชื้น ดังนั้น ผู้รับผิดชอบจึงควรเลือก PPE ที่มีคุณสมบัติปกป้องในระดับที่เหมาะสมกับอันตราย ไม่สูงจนเกินไป เช่น ในงานทั่วไป ถ้าต้องการลดเสียงในระดับไม่เกิน 105 เดซิเบล (เอ) อาจเลือกใช้ปลั๊กอุดหู (ear plugs)

และใช้ที่ครอบหู (ear muffs) เมื่อต้องการลดเสียงดังในระดับที่มากกว่าปลั๊กอุดหูอยู่ประมาณ 10-15 เดซิเบล เป็นต้น

กรณีการทำงานที่ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่จำเป็นต้องปกป้องดวงตาอย่างเต็มรูปแบบ (all-round eye protection) อาจใช้แว่นตานิรภัยเพื่อปกป้องดวงตาที่เพียงพอ ไม่จำเป็นต้องใช้กระบังหน้านิรภัยแบบเต็มหน้า เพราะแว่นตานิรภัยมีน้ำหนักเบากว่า ให้ความสะดวกสบาย และผู้ปฏิบัติงานยินดีที่จะสวมใส่เพราะรู้สึกสบายกว่า

หรือในกรณีผู้ปฏิบัติงานทำงานในที่ที่มีฝุ่นละอองฟุ้งกระจาย เช่น ในอุตสาหกรรมสิ่งทอ งานเจียร ชัดสีร่องพื้น งานบรรจุทึบห่อ ฝุ่นยา ผงแป้ง เซรามิก ปูนซีเมนต์ เหมืองแร่ อาจใช้หน้ากาก N95 ดังภาพที่ 2 (ก) สำหรับกรองกันฝุ่นละอองที่มีขนาดเล็กกว่า 1 ไมครอน ด้วยประสิทธิภาพของการกรอง 95% ตามมาตรฐานของ NIOSH ก็เพียงพอโดยไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ปกป้องระบบหายใจแบบตลับกรองอากาศ ดังภาพที่ 2 (ข) ซึ่งแม้จะมีประสิทธิภาพสูงกว่าสามารถป้องกันฝุ่นละออง ฟุ้งของโลหะ แก๊สและไอระเหยของสารทำลายได้ตามคุณสมบัติของตัวกรอง แต่มีข้อเสียคือรูปทรงเทอะทะมีน้ำหนักมากกว่า ผู้สวมใส่จะรู้สึกไม่สบาย ร้อน อึดอัด เหงื่อออก และอาจเป็นแหล่งเพาะเชื้อโรคที่สำคัญ หากไม่ได้ทำความสะอาดอย่างเหมาะสม



(ก)



(ข)

ภาพที่ 2 (ก) หน้ากาก N95 (ข) หน้ากากแบบตลับกรองอากาศ

ที่มา : <http://www.ferret.com.au/c/3m-safety-products/personal-protective-equipment-ppe>

### 2.3 ขนาดและความกระชับพอดี

โดยธรรมชาติ มนุษย์เราย่อมมีขนาดสัดส่วนร่างกายแตกต่างกันไป ขนาดของ PPE ที่เหมาะสมกับผู้สวมใส่เป็นปัจจัยสำคัญที่สร้างความมั่นใจในการป้องกันอันตราย PPE ที่ไม่มีกระชับพอดีจะทำให้ประสิทธิภาพในการป้องกันถูกลดทอนลงไป แม้จะเป็นอุปกรณ์ความปลอดภัยทั่วไป เช่น หมวกนิรภัย และปลั๊กอุดหูก็ควรมีขนาดที่เหมาะสมกับศีรษะของผู้สวมใส่ โดยเฉพาะอุปกรณ์ป้องกันการหายใจ (RPE) นั้นตัวหน้ากากต้องแนบโค้งเข้ากับรูปหน้าได้สนิทไม่มีอากาศรั่วเข้าออกทางด้านข้าง การตรวจสอบความกระชับของอุปกรณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะช่องว่างเพียงเล็กน้อยระหว่างใบหน้ากับหน้ากากก็เพียงพอที่จะทำให้ฝุ่นละอองหรือไอระเหยของสารเคมีสามารถผ่านเข้าไปในช่องว่างนั้น ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้สวมใส่ได้

การเลือก PPE ที่สัมผัสแนบสนิทกับผิวหนัง ผู้สวมใส่จึงต้องมีการทดสอบความกระชับ (Face fit tests) ให้รับกับใบหน้าของผู้ใช้งาน เพื่อประสิทธิภาพในการป้องกันสูงสุด ซึ่งการทดสอบนี้จะมีขั้นตอนแตกต่างกัน แล้วแต่ประเภทของอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ป้องกันการหายใจ และครอบตานิรภัย เป็นต้น

### 2.4 การใช้ PPE หลายชนิดร่วมกัน

งานบางประเภทอาจมีอันตรายหลายอย่างทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมใส่ PPE สองชนิดหรือมากกว่าในเวลา

เดียวกัน ซึ่งอุปกรณ์เหล่านี้อาจจะรบกวนซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดปัญหาทั้งในแง่ความสบายของผู้สวมใส่และความสะดวกในการทำงาน อาทิ การใส่อุปกรณ์ป้องกันการได้ยินแบบครอบหูลดเสียง (ear muffs) ร่วมกับหมวกนิรภัย แม้ว่าจะได้รับการทดสอบจากผู้ผลิตแล้ว แต่ในการใช้งานจริง อุปกรณ์เหล่านี้อาจจะไม่เหมาะสมสำหรับบางคน เช่น มีช่องว่างระหว่างเปลือกหมวกและใบหูซึ่งแคบเกินไปสำหรับครอบหูที่จะสวมใส่พอดีและสะดวกสบาย

กรณีการสวมแว่นตานิรภัยร่วมกับครอบหูลดเสียง ขาแว่นที่เกี่ยวใบหูอาจมีผลให้ที่ครอบหูไม่แนบสนิทกับด้านข้างศีรษะ ทำให้ประสิทธิภาพของครอบหูลดเสียงน้อยลง หรือเกิดแรงกดบริเวณใบหูและด้านข้างของศีรษะ ทำให้ผู้สวมใส่รู้สึกไม่สบายและเกาะกึ่งจะงั้น ฉะนั้น การเลือกรูปแบบของ PPE ที่เหมาะสมจึงอาจช่วยแก้ปัญหานี้ได้ เช่น การใช้ปลั๊กลดเสียงแทนครอบหูลดเสียง หรือใช้แว่นตานิรภัยที่มียางยึดรัดศีรษะแทนขาแว่น เป็นต้น

ปัจจุบัน ผู้ผลิตมีการออกแบบ PPE สำหรับการใช้งานร่วมกันได้สอดคล้องตามหลักกายศาสตร์ เช่น ที่ครอบหูแบบติดหมวกนิรภัย (ภาพที่ 3 ก) หรือการนำหมวกนิรภัยมาประกอบกับหน้ากาก เพื่อป้องกันการกระเด็นของเศษวัสดุและสารเคมีบริเวณดวงตา ใบหน้า และศีรษะได้ในคราวเดียวกัน ทั้งยังมีน้ำหนักเบาและสะดวกในการสวมใส่ยิ่งขึ้น เช่น หน้ากากงานเชื่อมแบบติดหมวกนิรภัย (ภาพที่ 3 ข) เป็นต้น



(ก)



(ข)

ภาพที่ 3 (ก) ที่ครอบหูแบบติดหมวกนิรภัย (ข) หน้ากากงานเชื่อมแบบติดหมวกนิรภัย

ที่มา : <http://www.conexstore.com/> และ <http://img.tarad.com/shop/e/esafety/>



นอกจากนี้ กรณีผู้ใช้มีปัญหาสายตา เช่น สายตาสั้นหรือสายตายาวการสวมแว่นตาซ้อนกัน จะเกะกะสร้างความรำคาญ โรงงานผู้ผลิตส่วนใหญ่จึงมีบริการตัดแว่นสายตาที่เข้ากับลูกค้ำด้วย

สำหรับผู้สนใจในรายละเอียด อาจศึกษาเพิ่มเติมได้จาก BS EN 13921:2007 Personal protective equipment-Ergonomic principles ซึ่งเป็นมาตรฐานที่ให้ข้อเสนอแนะในหลักการทางกายศาสตร์ที่เกี่ยวกับอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล อาทิ

- ขนาดสัดส่วนของร่างกายที่เกี่ยวข้องในการใช้ PPE
- ปฏิสัมพันธ์ด้านชีวกลศาสตร์ระหว่าง PPE กับ ร่างกายมนุษย์
- ปฏิสัมพันธ์ด้านชีวกลศาสตร์ระหว่าง PPE กับ ร่างกายมนุษย์
- ปฏิสัมพันธ์เชิงความร้อนระหว่าง PPE กับ ร่างกายมนุษย์
- ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง PPE กับประสาทสัมผัสของมนุษย์ เช่น การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่นและรส รวมถึงการรับสัมผัสทางผิวหนัง

อย่างไรก็ตาม BS EN 13921 ไม่ครอบคลุมข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับอันตรายที่เฉพาะเจาะจง (specific hazard) ที่ PPE นั้น ๆ ออกแบบมา

ที่กล่าวมานี้ เป็นแนวทางหลัก ๆ สำหรับนายจ้าง และผู้รับผิดชอบในพิจารณาจัดหา ตลอดจนการให้คำแนะนำในการใช้ PPE เพื่อป้องกันอันตรายจากความเสี่ยงได้อย่างถูกต้องและผู้ปฏิบัติงานสวมใส่สบาย ซึ่งจะช่วยให้มีการใช้งาน PPE ด้วยความสมัครใจ ทั้งนี้ในการใช้งานควรศึกษาข้อมูลรายละเอียดและคำแนะนำจากผู้ผลิต ประโยชน์และข้อจำกัดของอุปกรณ์ และนายจ้างควรจัดให้มีการฝึกอบรมวิธีการใช้ PPE รวมถึงวิธีบำรุงรักษาอุปกรณ์ เพื่อให้เกิดประโยชน์ตามความมุ่งหมาย และที่สำคัญคือ พึงตระหนักว่าการสวมใส่ PPE นั้นเป็นมาตรการที่ช่วยคุ้มครองผู้ปฏิบัติงานเพียงชั่วคราว แต่ไม่ได้กำจัดหรือลดต้นเหตุอันตรายที่ยังคงมีอยู่ในการทำงาน ดังนั้นการพิจารณาทางเลือกอื่น ๆ โดยเฉพาะการควบคุมที่แหล่งกำเนิดจึงยังคงมีความจำเป็นด้วย

## เอกสารอ้างอิง

British Standards Institution (BSI). *BS EN 13921:2007 Personal protective equipment-Ergonomic Principles*.

Canadian Centre for Occupational Health and Safety. *Personal Protective Equipment (PPE)*. Retrieved November 12, 2014 from [http://www.ccohs.ca/teach\\_tools/phys\\_hazards/ppe.html](http://www.ccohs.ca/teach_tools/phys_hazards/ppe.html)

Graveling, R. *Ergonomics of PPE - Ensuring Acceptable Above the Neck Protection*. Published: 10<sup>th</sup> July 2010 in Health and Safety International, Retrieved November 2, 2014 from <http://www.ehsnews.com/articles/203/ergonomics>

The ergonomics of personal protective equipment. Retrieved November 13, 2014 from <http://eshcolsafetyconsult.org/?p=articles&id=fc490ca45c00b1249bbe3554a4fdf6fb>

# อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล เพื่อการควบคุมและป้องกันอีโบล่า

รองศาสตราจารย์ ดร.ศรัศกดิ์ สุนทรไชย D.Sc.  
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

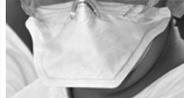
โรคไวรัสอีโบล่า หรือไข้เลือดออกอีโบล่า เป็นโรคของมนุษย์ที่เกิดจากไวรัสอีโบล่า เริ่มมีอาการสองวันถึงสามสัปดาห์หลังสัมผัสไวรัส โดยมีไข้ เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ และปวดศีรษะ จากนั้นมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนและท้องร่วง ร่วมกับการทำหน้าที่ของตับและไตลดลงตามมา บางคนเริ่มมีปัญหาเลือดออก บุคคลรับโรคนี้ครั้งแรกเมื่อสัมผัสกับเลือดหรือสารน้ำในร่างกายจากสัตว์ที่ติดเชื้อเป็นตัวพา และแพร่โรคโดยไม่ได้รับผลกระทบจากไวรัส เมื่อติดเชื้อแล้ว โรคอาจแพร่จากคนสู่คนได้ ผู้ที่รอดชีวิตอาจสามารถส่งผ่านโรคทางน้ำอสุจิได้เป็นเวลาเกือบสองเดือน ในการวินิจฉัย ต้องแยกโรคอื่นที่มีอาการคล้ายกันออกก่อน เช่น มาลาเรีย อหิวาตกโรค และไข้เลือดออกจากไวรัสอื่น ๆ เป็นต้น

การป้องกันรวมถึงการลดการระบาดของโรคจากลิงและหมูที่ติดเชื้อสู่คน ซึ่งอาจทำได้โดยการตรวจสอบหาการติดเชื้อในสัตว์เหล่านี้และฆ่าและจัดการกับซากอย่างเหมาะสม หากพบโรค การปรุงเนื้อสัตว์และสวมเสื้อผ้าป้องกันอย่างเหมาะสมเมื่อจัดการกับเนื้อสัตว์อาจช่วยได้ เช่นเดียวกับสวมเสื้อผ้าป้องกันและล้างมือเมื่ออยู่ใกล้ผู้ที่ป่วยเป็นโรคดังกล่าว ตัวอย่างสารน้ำในร่างกายจากผู้ป่วยควรจัดการด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ

รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola) จากองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า ณ 20 ตุลาคม 2557 ในประเทศที่มีการระบาดในวงกว้าง จำนวน 3 ประเทศ ได้แก่ กินี ไลบีเรีย และเซียร์ราลีโอน รวมทั้งสิ้น 9,191 ราย เสียชีวิต 4,546 ราย และพบในประเทศที่มีผู้ป่วยรายแรกหรือมีการระบาดในพื้นที่จำกัด จำนวน 4 ประเทศ ได้แก่ ไนจีเรีย เซเนกัล สเปน และสหรัฐอเมริกา รวมทั้งสิ้น 25 ราย เสียชีวิต 9 ราย องค์การอนามัยโลก (19 มกราคม 2558) จึงได้กำหนดอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลของการควบคุมและป้องกันอีโบล่าเพื่อให้ทั่วโลกปฏิบัติเหมือนกัน ดังนี้



## อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลของการควบคุมและป้องกันอีโบล่า

ชนิด	ชื่ออุปกรณ์ทั่วไป	ภาพอุปกรณ์	คำอธิบายรายละเอียดขององค์การอนามัยโลก	ขนาด	หน่วยงานรับรองมาตรฐานหรือการทดสอบ
อุปกรณ์ป้องกันดวงตา (Eye Protection)	แว่นตา (Goggles)		ปกคลุมผิวหนังบริเวณใบหน้า กรอบทำด้วยพีวีซีที่ยืดหยุ่นได้เพื่อให้ง่ายต่อการกระชับกรอบใบหน้าทั้งหมดแม้ในภาวะที่มีความดันบรรยากาศสูง ล้อมรอบดวงตาและบริเวณโดยรอบ ใช้ได้กับผู้ที่สวมใส่แว่นตา เลนส์ ทำด้วยพลาสติกใสที่ทนทานต่อฝ้ามืดน้ำ และการขีดข่วน สามารถปรับสายรัดให้แน่นเพื่อให้สะดวกในการทำงาน ระบายอากาศทางอ้อมเพื่อไม่ให้เกิดฝ้ามืดน้ำ อาจใช้ซ้ำได้ หรือใช้แล้วทิ้ง	มีขนาดเดียว	EU standard directive 86/686/EEC, EN 166/2002, ANSI/ISEA Z87.1-2010, หรือเทียบเท่า
	หน้ากากปกคลุมหน้า (Face Shield)		ทำด้วยพลาสติกและสามารถมองเห็นได้ดีทั้งผู้สวมใส่และผู้ป่วย ปรับสายรัดได้เพื่อกระชับรอบศีรษะ และหน้าผาก ทนทานต่อฝ้ามืดน้ำ ครอบคลุมทุกด้านของใบหน้า อาจใช้ซ้ำได้ถ้าทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ซึ่งสามารถทำความสะอาดหรือฆ่าเชื้อได้ หรือใช้แล้วทิ้ง	มีขนาดเดียว	EU standard directive 86/686/EEC, EN 166/2002, ANSI/ISEA Z87.1-2010,
	สเปรย์กำจัดฝ้ามืดน้ำ (Anti-Fog Spray)	*	สเปรย์กำจัดฝ้ามืดน้ำในขวดแก้วขนาด 100 มิลลิลิตร	100 มิลลิลิตร	
อุปกรณ์ป้องกันจมูกและปาก (Nose and Mouth Protection)	ผ้าปิดปาก อุปกรณ์ป้องกันของเหลวในระหว่างการรักษาทางการแพทย์/ ผ่าตัด)	 	ทนทานสูงต่อของเหลว สามารถหายใจได้ดี เห็นใบหน้าทั้งภายในและภายนอกได้ชัดเจน โครงสร้างได้รับการออกแบบที่ไม่แปดปิดปาก อาจเป็นรูปปากเบ็ดหรือรูปถ้วย	ขนาดเล็ก กลาง ใหญ่	S, M, L EN14683 Type IIR performance ASTM F2100 level 2 or level 3 หรือเทียบเท่า ทนทานต่อของเหลวอย่างน้อยความดัน 120 mmHg ตาม ASTM F1862-07, ISO 22609 หรือเทียบเท่า ความสามารถในการหายใจ : MIL-M-36945C, EN14683 annex C หรือเทียบเท่า ประสิทธิภาพในการกรองอากาศ : ASTM F2101, EN14683 annex B หรือเทียบเท่า

\*\*\* = จำเป็น \*\* = เป็นทางเลือก \* = ไม่จำเป็น

ชนิด	ชื่ออุปกรณ์ทั่วไป	ภาพอุปกรณ์	คำอธิบายรายละเอียดขององค์การอนามัยโลก	ขนาด	หน่วยงานรับรองมาตรฐานหรือการทดสอบ
อุปกรณ์ป้องกันจมูกและปาก (Nose and Mouth Protection) (ต่อ)	เครื่องช่วยหายใจ (Respirator)	 <p>***</p>	รูปร่างไม่แพ่ง่าย อาจเป็นรูปปากเปิดหรือรูปถ้วย มีประสิทธิภาพในการกรองอากาศสูง สามารถหายใจได้ดี	มีหลายขนาดตามขนาดชุดทดสอบ (ใช้กับสารละลายออลอยพร้อมหน้ากากปกคลุมหน้า)	NIOSH N95, EN149 FFP2 หรือเทียบเท่า ประสิทธิภาพในการกรองอากาศ : US 42 CFR Part 84 for N95, EN149 clause 7.9.2 หรือเทียบเท่า ความสามารถในการหายใจ : US 42 CFR Part 84 for N95, EN149 clause 7.16, หรือเทียบเท่า
	เครื่องช่วยหายใจในการผ่าตัด N95 (Surgical N95 Respirator)	 <p>**</p>	ทนทานต่อของเหลวสูง รูปร่างไม่แพ่ง่าย อาจเป็นรูปปากเปิด หรือรูปถ้วย มีประสิทธิภาพในการกรองอากาศสูง สามารถหายใจได้ดี ใช้ในระหว่างการรักษาทางการแพทย์ที่เกิดสารละลายออลอยของเหลวในร่างกายเท่านั้น	มีหลายขนาดตามขนาดชุดทดสอบ	"Surgical N95 respirator" ตาม US FDA หรือเทียบเท่า ทนทานต่อของเหลวอย่างน้อยความดัน 80 mmHg ตาม ASTM F1862, ISO 22609 หรือเทียบเท่า

\*\*\* = จำเป็น \*\* = เป็นทางเลือก \* = ไม่จำเป็น



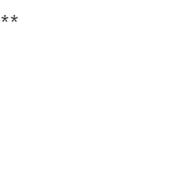
ชนิด	ชื่ออุปกรณ์ทั่วไป	ภาพอุปกรณ์	คำอธิบายรายละเอียดขององค์การอนามัยโลก	ขนาด	หน่วยงานรับรองมาตรฐานหรือการทดสอบ
อุปกรณ์ป้องกันมือ (Hand Protection)	น้ำยาล้างมือที่ใช้แอลกอฮอล์ (Alcohol-Based Hand Rub)	***	ใช้เฉพาะที่ ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานของประสิทธิภาพผลทางจุลชีววิทยา (ASTM or EN Standards) ประกอบด้วยแอลกอฮอล์ 60-85% ขึ้นกับส่วนผสม (เอทานอลหรือไอโซโพรพานอล) อาจเป็นของเหลว เจล หรือโฟม	100 มิลลิลิตร 500 มิลลิลิตร 1 ลิตร	ASTM E2315 ASTM E2755-10 หรือเทียบเท่า
	ถุงมือที่ใช้ตรวจที่ไม่ได้ฆ่าเชื้อ (Gloves, Examination, Non-Sterile)	* 	ถุงมือที่ใช้ตรวจซึ่งไม่ได้ฆ่าเชื้อทำด้วยสารไนไตรล์ (Nitrile) ไม่มีผงแป้ง มีความยาวถึงตรงกลางหน้าแขน หรืออย่างน้อย 280 มิลลิเมตร หรืออาจถึงข้อศอก	ขนาดเล็ก กลาง ใหญ่	EU standard directive 93/42/EEC Class I, EN 455, EU standard directive 89/686/EEC Category III, EN 374, ANSI/ISEA 105-2011, ASTM D6319-10, หรือเทียบเท่า
	ถุงมือผ่าตัดยาวถึงหน้าแขนขนาดใหญ่ (Gloves, Surgical, Length to Forearm Large)	*ยาวกว่าถุงมือตรวจ	ถุงมือที่ใช้ผ่าตัดทำด้วยสารไนไตรล์ (Nitrile) ไม่มีผงแป้ง ใช้แล้วทิ้ง ถุงมือข้างนอก ยาวถึงข้อมือ ความยาวถึงตรงกลางหน้าแขน เพื่อป้องกันข้อมือจากการปนเปื้อนเชื้อโรค ถุงมือนอกด้านในควรอยู่ข้างใต้แขนเสื้อคลุม ขณะที่ถุงมือนอกควรอยู่เหนือแขนเสื้อคลุม	ขนาด 5-8.5	EU standard directive 93/42/EEC Class I, EN 455, ANSI/ISEA 105-2011 ASTM 6319-10 หรือเทียบเท่า
	ถุงมือสำหรับสูติศาสตร์ถึงข้อศอกใหญ่ (Gloves, Obstetric Elbow, Large)	*ยาวกว่าถุงมือผ่าตัด	ถุงมือที่ใช้ในงานนารีเวชทำด้วยสารไนไตรล์ (Nitrile) ไม่มีผงแป้ง ใช้แล้วทิ้ง ถุงมือข้างนอกมีความยาวถึงข้อมืออาจถึงตรงกลางหน้าแขน เพื่อป้องกันข้อมือจากการปนเปื้อนเชื้อโรค ถุงมือนอกด้านในควรอยู่ข้างใต้แขนเสื้อคลุม ขณะที่ถุงมือนอกควรอยู่เหนือแขนเสื้อคลุม	ขนาดเล็ก กลาง ใหญ่	EU standard directive 93/42/EEC Class I, EN 455, ANSI/ISEA 105-2011 ASTM 6319-10 หรือเทียบเท่า
ถุงมืออย่างสำหรับงานหนัก (Gloves, Heavy-Duty, Rubber, Pair)	*** 	ถุงมืออย่างสำหรับงานหนัก ปกคลุมหน้าแขน ทำด้วยผ้าฝ้ายหรือโพลีเอสเตอร์ มีแผ่นยางคลุม ก้นนิ้ว และกรด แขนยาวอย่างน้อย 15 เซนติเมตร	ขนาดกลาง ใหญ่	EU standard directive 89/686/EEC Category III, EN 374 (AS/NZS 2161.10.1.2005) ทนต่อสารเคมี AKL EN 374 (AS/NZS 2161.10.1.2005) สำหรับความเป็นอันตรายทางชีวภาพระดับ 3 EN 388 (AS/NZS 2161.10.3.2005) 3111 สำหรับการเสียดสี ไบมีด ฉีก และเข็มแทง EN 420:2004+A1:2009 หรือเทียบเท่า	

\*\*\* = จำเป็น \*\* = เป็นทางเลือก \* = ไม่จำเป็น

ชนิด	ชื่ออุปกรณ์ทั่วไป	ภาพอุปกรณ์	คำอธิบายรายละเอียดขององค์การอนามัยโลก	ขนาด	หน่วยงานรับรองมาตรฐานหรือการทดสอบ
อุปกรณ์ปกคลุมร่างกาย (Body Wear)	เสื้อ/กางเกง (Scrubs, Tops/Pants)		เสื้อแขนสั้น กางเกงผ้าใช้ซ้ำได้ หรือใช้แล้วทิ้ง สวมใส่ภายใต้เสื้อคลุม	ขนาดเล็ก กลาง ใหญ่	
	เสื้อคลุมที่ทนทานของเหลว ใช้แล้วทิ้ง มีอีลาสติคที่ข้อมือ (Gown, Fluid Resistant, Disposable, with Elastic Wrists)		ใช้แล้วทิ้ง ยาวจากกลางน่องจนถึงเหนือร่องเท้าบุท ลีสว่างหรือดำเพื่อสังเกตการปนเปื้อนได้ง่าย แขนเสื้อปิด	ขนาด M, L, XL	Option 1 : ทนทานต่อของเหลวซึมผ่าน : EN 13795 หรือ AAMI PB70 ระดับ 3 หรือเทียบเท่า Option 2 : ทนทานต่อเชื้อก่อโรคที่ผ่านทางเลือด AAMI PB70 ระดับ 4 หรือเทียบเท่า
	เสื้อคลุมทนทานต่อของเหลว ใช้แล้วทิ้ง มีอีลาสติคที่ข้อมือ ข้อเท้า และคลุมศีรษะ (Coveralls, Fluid Resistant, Disposable, with Elastic Wrists, Ankles and Hood)		ใช้แล้วทิ้ง ลีสว่างหรือดำเพื่อสังเกตการปนเปื้อนได้ง่าย มีสายรัดข้อมือ เคลื่อนไหวได้ง่าย ขนาดต่าง ๆ กัน มีขนาดใหญ่กว่าตัว	ขนาด M, L, XL	Option 1 : ต้านทานต่อเลือดและของเหลวซึมผ่านตามหรือมากกว่า ISO 16603 class 3 หรือความดันบรรยากาศสูง หรือเทียบเท่า Option 2 : ต้านทานเชื้อก่อโรคที่ผ่านทางเลือดตามหรือมากกว่า ISO 16604 class 2 หรือความดันบรรยากาศสูง หรือเทียบเท่า
	ผ้ากันเปื้อนที่ใช้กับงานหนักใช้แล้วทิ้ง (Aprons, Heavy-Duty, Reusable)		ผ้ากันเปื้อนที่ใช้กับงานหนัก ทำด้วยโพลีเอสเตอร์ 100% เคลือบด้วยพีวีซี หรือ พีวีซี 100% หรือยาง 100% หรือวัสดุที่ทนทานต่อของเหลว กันน้ำ รัดคอและส่วนหลัง มีน้ำหนักอย่างน้อย 300 กรัม/ตารางเมตร ขนาด 70-90 เซนติเมตร X 120-150 ตารางเซนติเมตร ใช้แล้วทิ้ง	ขนาดเดียว	เป็นไปตาม EN ISO 13688:2013 หรือเทียบเท่า

\*\*\* = จำเป็น \*\* = เป็นทางเลือก \* = ไม่จำเป็น



ชนิด	ชื่ออุปกรณ์ทั่วไป	ภาพอุปกรณ์	คำอธิบายรายละเอียดขององค์การอนามัยโลก	ขนาด	หน่วยงานรับรองมาตรฐานหรือการทดสอบ
อุปกรณ์ป้องกันเท้า (Foot Wear)	บูทยาง (Boots, Rubber, Pair)	*** 	ไม่ลื่น สันเท้าทำด้วยพีวีซี หรือโพลียูรีเทนกันน้ำ สูงถึงหัวเข่าเพื่อให้สูงกว่าเลื้อยคลมมีขนาดต่าง ๆ กัน เพื่อให้ใส่สบายและหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บที่เท้า ทำด้วยยางพีวีซี นีโอพรีน ไนไตรล์ โพลียูรีเทน สีสว่าง เพื่อสังเกตการปนเปื้อนได้ง่าย	ผู้หญิง : 37 (6US), 38 (7US), 40 (9US) ผู้ชาย : 42 (8US), 44 (10US)	
อุปกรณ์ป้องกันศีรษะ (Head Cover)	ผ้าคลุมศีรษะ (Hood)	*** 	ใช้แล้วทิ้ง เปิดหน้าโดยไม่ใช่พลาสติก ปกคลุมส่วนบนของเลื้อยคลม ปรับให้กระชับใบหน้าได้ ด้านทานของเหลวซึมผ่าน	ขนาดเดียว	
อุปกรณ์ความปลอดภัยและการเผาศพ (Safe and Dignified Burials)	ถุงศพ (Body Bags)	*** 	ถุงใส่ศพเป็นรูปตัวยู มีซิปปิด น้ำไม่ซึมผ่าน บุภายในด้วย LLDPE, LDPE, EVA, PEVA ไม่ใช้ PVC มีความหนาอย่างน้อย 400 ไมครอน ควรรับน้ำหนักได้ 100-125 กิโลกรัม (200-250 ปอนด์) ไม่มีส่วนผสมของคลอไรด์ ซึ่งถ้าเผาจจะเป็นอันตรายต่อสิ่งแวดล้อมและทำลายเตาเผาได้ ถุงศพไม่ทำด้วยสารก่อมะเร็งที่เป็นอันตรายต่อคนงานที่เผาศพเมื่อเผาในเตาเผาศพ ควรใช้คนอย่างน้อย 6 คนในการหามถุงศพ ควรใช้ความร้อนเชื่อมปิดถุงเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความปลอดภัย ป้องกันไม่ให้มีการรั่วไหลของเชื้อโรคนำโดยเล็ดจุดแตกเกิด (Cracking Point) ที่ -25 ถึง -32 องศาเซลเซียส มีอายุการใช้งานอย่างน้อย 10 ปี ถุงและมีอับควรเป็นสีขาว	ผู้ใหญ่ 200 x 120 ตารางเซนติเมตร เด็ก child 150x100 ตารางเซนติเมตร	
	แผ่นดูดซับเพื่อถุงศพ (Absorbent Pad for Body Bags)	* 	บุสารดูดซับภายในถุงศพเพื่อดูดซับของเหลวจากศพในกรณีที่มีใช้เลือดออก อหิวาตกโรค สามารถดูดซับของเหลวได้อย่างน้อย 5 ลิตร		
	เปลพับเก็บได้ (Stretcher, Foldable)	** 	เปลพับเก็บได้ ใช้ซ้ำได้โดยต้องมีการฆ่าเชื้อที่เหมาะสม สามารถหามได้อย่างน้อย 150 กิโลกรัม ขนาด 180x50 ตารางเซนติเมตร (เมื่อพับมีขนาด 90 x 50 ตารางเซนติเมตร) ปรับสายรัดได้	180 x 50 ตารางเซนติเมตร	

\*\*\* = จำเป็น \*\* = เป็นทางเลือก \* = ไม่จำเป็น

ชนิด	ชื่ออุปกรณ์ทั่วไป	ภาพอุปกรณ์	คำอธิบายรายละเอียดขององค์การอนามัยโลก	ขนาด	หน่วยงานรับรองมาตรฐานหรือการทดสอบ
อุปกรณ์กำจัดของเสีย (Waste Management)	กล่องนินภัยที่ปิดป้ายความเป็นอันตรายทางชีวภาพ (Safety Box/Sharps container must be labelled biohazard)	 ***	ภาชนะที่ต้านทานการฉีกขาดเพื่อเก็บและกำจัดกระบองและเข็มฉีดยาที่ใช้แล้ว ภาชนะมีความจุ 5 ลิตร	5 ลิตร	WHO/UNICEF standard E10/IC2 AS 4031:1992 BS 7320:1990 DHHS (NIOSH) Publication No. 97-11 หรือเทียบเท่า WHO/UNICEF standard E10/IC2 AS 4031:1992 BS 7320:1990 DHHS (NIOSH) Publication No. 97-11 หรือเทียบเท่า
	ถุงใช้แล้วทิ้งสำหรับของเสียความปลอดภัยทางชีวภาพที่รวบรวมอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยและของเสียทางคลินิกที่ไม่มีคมคม (Bag, disposable for biohazardous waste (PPE and clinical waste without sharps)	  ***	ถุงกำจัดของเสียความปลอดภัยทางชีวภาพขนาด 30 x 50 ตารางเซนติเมตรที่ติดคำว่า "Bio Hazard" ทำด้วยโพลีโพรพิลีนที่สามารถนำเข้าหม้อน้ำได้อุ่นได้ และใช้กับสารฆ่าเชื้อได้	30 x 50 ตารางเซนติเมตร	

\*\*\* = จำเป็น \*\* = เป็นทางเลือก \* = ไม่จำเป็น



ชนิด	ชื่ออุปกรณ์ ทั่วไป	ภาพอุปกรณ์	คำอธิบายรายละเอียดขององค์การ อนามัยโลก	ขนาด	หน่วยงานรับรองมาตรฐาน หรือการทดสอบ
อุปกรณ์ทำ ความสะอาด (Cleaning)	คลอรีนในรูป ไฮโปคลอไรท์ โพลิมอร์ฟ (Chlorine in HTH (calciumhypochlorite) form, granular))	***	คลอรีนในรูปไฮโปคลอไรท์ผง 65-70% บรรจุตามที่ IATA อนุญาตหรือตาม หน่วยงานขนส่งที่กำหนด	N/A	
	สเปรย์ฆ่าเชื้อ ขนาดเล็กพกพา ได้ (Sprayer, hand, disinfectant, portable, small)	 ***	สเปรย์อัดก๊าซภายใต้ความดันขนาด 1.5 ลิตร	1.5 ลิตร	
	สเปรย์สะพาย หลัง (Sprayer, backpack)	***	สเปรย์สะพายหลังขนาด 12 ลิตรพร้อมฝา ปิดสนิท ทนทานต่อกรด มีคันและวาล์ว ควบคุม สามารถปรับหัวฉีดให้ฉีดเป็นเส้น ตรงหรือวงกลมได้	ขนาด 12 ลิตร	

\*\*\* = จำเป็น \*\* = เป็นทางเลือก \* = ไม่จำเป็น

หากทุกประเทศปฏิบัติตามหลักการใช้อุปกรณ์  
คุ้มครองความปลอดภัยดังกล่าว จะสามารถลดการแพร่  
กระจายเชื้อได้ทั่วโลก และทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลง

### เอกสารอ้างอิง

Draft WHO list of Personal Protective Equipment  
for Infection and Prevention Control with Focus  
on Ebola-CLEANING, WASTE MANAGEMENT  
AND, SAFE AND DIGNIFIED BURIALS Draft  
WHO list of Personal Protective Equipment for  
Infection and Prevention Control with Focus on  
Ebola-CLEANING, WASTE MANAGEMENT  
AND, SAFE AND DIGNIFIED BURIALS

# คำแนะนำการเขียนบทความส่งเผยแพร่ในวารสารความปลอดภัยและสุขภาพ

## รายละเอียดการเขียนบทความ

**1. บทความวิชาการ** เป็นบทความที่รวบรวมหรือเรียบเรียงจากหนังสือ เอกสาร ประสพการณ์ หรือเรื่องแปลหรือแสดงข้อคิดเห็น หรือให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ มีคุณค่าทางวิชาการ เพื่อเผยแพร่ความรู้ในด้านความปลอดภัยและด้านสุขภาพ มีความยาวไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A4 ที่รวมภาพและตารางแล้ว บทความวิชาการควรประกอบไปด้วยชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมทั้งวุฒิการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) และสถานที่ทำงานของผู้เขียน คำนำ เนื้อเรื่อง บทสรุป กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) เอกสารอ้างอิงตามแบบที่วารสารกำหนด และภาคผนวก (ถ้ามี)

**2. บทความวิจัย** มีความยาวประมาณ 7-12 หน้ากระดาษ A4 ที่รวมภาพ ตาราง เอกสารอ้างอิง และภาคผนวกแล้ว เป็นบทความที่ประกอบไปด้วย

**2.1 ชื่อเรื่อง (Title)** ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ควรใช้คำย่อ

**2.2 ชื่อผู้วิจัย (Authors)** ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมทั้งวุฒิการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) และสถานที่ทำงาน กรณีวิทยานิพนธ์ ให้ใส่ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษด้วย พร้อมทั้งตำแหน่งทางวิชาการที่ใช้คำเต็ม และสถานที่ทำงาน

**2.3 บทคัดย่อ (Abstract)** ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความยาวไม่เกิน 250 คำ ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย และข้อเสนอแนะการวิจัย ทั้งนี้ชื่อตำบล อำเภอ จังหวัด หน่วยงานและสถานที่ต่างๆ ในบทคัดย่อภาษาอังกฤษให้ใช้ตัวสะกดที่เป็นภาษาทางการ

**2.4 คำสำคัญ (Keyword)** ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อย่างละไม่เกิน 6 คำที่เหมาะสมสำหรับนำไปใช้สืบค้นในระบบฐานข้อมูลที่คิดว่าผู้ที่สืบค้นบทความนี้ควรใช้ และค้นด้วยเครื่องหมาย “ / ” ระหว่างคำ

**2.5 เนื้อเรื่อง** ประกอบด้วย

**2.5.1 บทนำ (Introduction)** บอกถึงความ เป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย วรรณคดีเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา วัตถุประสงค์ของการวิจัย และสมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) ซึ่งควรเขียนในรูปแบบของความเรียงให้เป็นเนื้อเดียวกัน

**2.5.2 วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methodology)** ประกอบด้วย รูปแบบการวิจัย ประชากร และตัวอย่างการวิจัย เครื่องมือการวิจัย การเก็บข้อมูลหรือการทดลอง และการวิเคราะห์ข้อมูล กรณีที่เป็นการวิจัยในคน ให้ใส่เรื่องการให้คำยินยอมสำหรับงานวิจัยของผู้ถูกวิจัย และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัย หรือคณะกรรมการวิจัยในคนของสถาบันต่างๆ ด้วย



2.5.3 ผลการวิจัย (Results) ให้ครอบคลุม  
วัตถุประสงค์การวิจัย

2.5.4 อภิปรายผล (Discussions)

2.5.5 สรุปและขอเสนอแนะ (Conclusion  
and Recommendations)

**2.6 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)**  
(ถ้ามี) ระบุแหล่งทุนหรือผู้มีส่วนสนับสนุนในการทำวิจัยให้  
ประสบผลสำเร็จ

**2.7 เอกสารอ้างอิง (References)** ตามแบบที่  
ทางวารสารกำหนด

**2.8 ภาคผนวก (ถ้ามี)**

### การพิมพ์บทความ

บทความที่เสนอต้องพิมพ์ลงบนกระดาษขนาด A4  
พิมพ์หน้าเดียว โดยมีรายละเอียดการพิมพ์ ดังนี้

**1. ตัวอักษรที่ใช้** พิมพ์ด้วย Microsoft Word for  
Windows โดยในภาษาไทยใช้ตัวอักษรแบบ “Angsana  
New” และภาษาอังกฤษใช้ตัวอักษรแบบ “Time New  
Roman” โดย

**1.1 ชื่อเรื่อง** อยู่กึ่งกลางหน้าและตัวอักษรใช้  
ตัวเข้ม โดยภาษาไทยใช้ตัวอักษรขนาด 18 และภาษาอังกฤษ  
ใช้ตัวอักษรขนาด 12

**1.2 ชื่อผู้เขียน** อยู่กึ่งกลางหน้าและตัวอักษรใช้  
ตัวปกติ โดยภาษาไทยใช้ตัวอักษรขนาด 16 และภาษาอังกฤษ  
ใช้ตัวอักษรขนาด 10

**1.3 บทคัดย่อ** ตัวอักษรใช้ตัวเอนไม่เข้ม โดย  
ภาษาไทยใช้ตัวอักษรขนาด 16 และภาษาอังกฤษใช้  
ตัวอักษรขนาด 12

**1.4 เนื้อเรื่อง กิตติกรรมประกาศ และภาคผนวก**  
ตัวอักษรใช้ตัวปกติ ส่วนของชื่อหัวข้อและหัวข้อย่อย ใช้  
ตัวเข้ม โดยภาษาไทยใช้ตัวอักษรขนาด 16 และภาษาอังกฤษ  
ใช้ตัวอักษรขนาด 10

**1.5 เอกสารอ้างอิง** ตัวอักษรใช้ตัวปกติและ  
ตัวเอน ตามแบบที่ทางวารสารกำหนด โดยภาษาไทยใช้  
ตัวอักษรขนาด 16 และภาษาอังกฤษใช้ตัวอักษรขนาด 10

**2. การตั้งค่าหน้ากระดาษ** กำหนดขอบบน 3 เซนติเมตร  
ขอบล่าง 2.5 เซนติเมตร ด้านซ้าย 3 เซนติเมตร และด้านขวา  
2.5 เซนติเมตร ส่วนการพิมพ์ย่อหน้า ให้ห่างจากเส้นกั้นขอบ  
กระดาษด้านซ้าย 1.5 เซนติเมตร

**3. การกำหนดเลขหัวข้อ** หัวข้อใหญ่ให้ขีดซ้ายติด  
เส้นกั้นขอบกระดาษ หัวข้อย่อยใช้หัวข้อย่อยหมายเลข เลขข้อ  
ระบบทศนิยม เลขตามด้วยวงเล็บ ตัวอักษร และเครื่องหมาย  
“- ” กำกับหัวข้อ ตามระดับหัวข้อ ดังนี้

- 1. ...
- 1.1 ...
- 1.1.1 ...
- 1) ...
- ก. ... (กรณีภาษาไทย) หรือ
- a. ... (กรณีภาษาอังกฤษ)
- ...

**4. ตารางและภาพประกอบ (Tables and Illustrations)**  
ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพ  
แต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้นๆ เว้นบรรทัดเหนือชื่อตารางและ  
เหนือรูปภาพ 1 บรรทัด และเว้นใต้ตารางและใต้ชื่อภาพ  
1 บรรทัด และจัดเรียงตามลำดับหรือหมายเลขที่อ้างถึงใน  
บทความ คำบรรยายประกอบตารางหรือภาพประกอบ  
ควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำที่มีความคมชัด  
ขนาดโปสต์การ์ด ส่วนภาพเขียนหลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาด  
ที่เหมาะสมและเขียนด้วยหมึกดำกรณีคัดลอกตารางหรือภาพ  
มาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาใต้ตารางและภาพประกอบ  
นั้นๆ ด้วย

## การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ APA (American Psychological Association) ปี 2001 โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 1. การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง ใช้การอ้างอิงแบบนาม-ปี (Author-date in-text citation)

**กรณีอ้างอิงเมื่อสิ้นสุดข้อความที่ต้องการอ้างอิง** ให้ใส่ชื่อผู้แต่งและปีที่พิมพ์ไว้ในวงเล็บต่อท้ายข้อความนั้น ดังนี้  
กรณีผู้เขียนคนเดียว

ภาษาไทย (ชื่อและนามสกุลผู้เขียน, ปี) เช่น (บุญธรรม  
กิจปริดาภิรุทธิ์, 2540)

ภาษาอังกฤษ (นามสกุลผู้เขียน, ปี) เช่น (Clark, 1999)

กรณีผู้เขียนน้อยกว่า 6 คน

ภาษาอังกฤษ ให้ใส่นามสกุลผู้เขียนและคั่นระหว่างผู้เขียนคนก่อน  
สุดท้ายกับคนสุดท้ายด้วยเครื่องหมาย "&" แล้วตามด้วยปีที่พิมพ์  
เช่น (Fisher, King, & Tague, 2001)

ภาษาไทย ให้ใส่ชื่อและนามสกุลทุกคนและคั่นระหว่างผู้เขียน  
คนก่อนสุดท้ายกับคนสุดท้ายด้วยคำว่า "และ" แล้วตามด้วยปีที่  
พิมพ์ เช่น (พรทิพย์ เกษุรานนท์, พาณี สิตกะลิน และวรางคณา  
ผลประเสริฐ, 2549)

กรณีผู้เขียนมากกว่า 6 คน

ภาษาอังกฤษ ให้ใส่นามสกุลผู้เขียนคนที่ 1 แล้วตามด้วย "et al"  
และปีที่พิมพ์ เช่น (Sasat et al., 2002)

ภาษาไทย ให้ใส่ชื่อและนามสกุลคนที่ 1 แล้วตามด้วย "และคณะ"  
และปีที่พิมพ์ เช่น (วรางคณา ผลประเสริฐ และคณะ, 2550)

กรณีแหล่งอ้างอิงมากกว่า 1 แห่ง

ให้คั่นระหว่างแหล่งที่อ้างอิงแต่ละแห่งด้วยเครื่องหมาย " ; " เช่น  
(Clark, 1999; Fisher, King, & Tague, 2001)

กรณีข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์

ภาษาอังกฤษ (นามสกุลผู้เขียน, ปี) เช่น (Bateman, 1990)

ภาษาไทย (ชื่อและนามสกุลผู้เขียน, ปี) เช่น (พาณี สิตกะลิน, 2550)

**กรณีอ้างอิงหลังชื่อผู้แต่งหน้าข้อความ** ให้ใส่ปีที่พิมพ์ไว้ในวงเล็บต่อท้ายชื่อผู้แต่ง แล้วจึงตามด้วยข้อความ  
ที่ต้องการอ้าง เช่น Brown (2006) ข้อความ... หรือ พรทิพย์ เกษุรานนท์ (2549) ข้อความ...

### 2. การอ้างอิงท้ายบทความ ให้เขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ดังนี้

2.1 เรียงลำดับเอกสารภาษาไทยก่อนภาษาอังกฤษ

2.2 เรียงลำดับตามอักษรชื่อผู้เขียน ภาษาไทยใช้ชื่อต้น ส่วนภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลในการเรียงลำดับ

2.3 รูปแบบการเขียนและการใส่เครื่องหมายวรรคตอนให้ถือตามตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

**2.3.1 หนังสือ :** ชื่อผู้เขียน. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ. ชื่อเมือง: ชื่อโรงพิมพ์.

เช่น ภาษาไทย :

สราวุธ สุธรรมมาสา. (2547). การจัดการมลพิษทางเสียงจากอุตสาหกรรม. กรุงเทพมหานคร: ซี แอน เอส พรินติ้ง จำกัด.

ภาษาอังกฤษ :

Smith, C.M., & Maurer, F.A. (2000). *Community health nursing: Theory and practice* (2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia: W.B. Saunder company.

Dougherty, T.M. (1999). Occupational Safety and Health Management. In L.J. DiBerardinis (Ed.), *Handbook of Occupational Safety and Health*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Atkinson, R. (Ed.). (1984). *Alcohol and drug abuse in old age*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

**2.3.2 วารสาร :** ชื่อผู้เขียน. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้า.

เช่น ภาษาไทย :

รุ่งทิพา บุรณะกิจเจริญ. (2548). ที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 20(3), 19-24.

ภาษาอังกฤษ :

Brown, E.J. (1998). Female injecting drug users: Human immuno deficiency virus riskbehavior and intervention needs. *Journal of Professional Nursing*, 14(6), 361-369.Shimizu, T., & Nagata, S. (2006). Relationship between job stress and self-related health among Japanese full-time occupational physicians. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 10(5), 227-232.McDonald, D.D., Thomas, G.J., Livingston, K.E., & Severson, J.S. (2005). Assisting older adults to communicate their postoperative pain. *Clinical Nursing Research*, 14(2), 109-125.Sasat, S. et al. (2002). Self-esteem and student nurses: A cross-cultural study of nursing students in Thailand and UK. *Nursing and Health Sciences*, 4, 9-14.**2.3.3 สิ่งพิมพ์หรือวารสารที่เริ่มนับหนึ่งใหม่ในแต่ละฉบับ :** ให้ใส่รายละเอียด วัน เดือน ปี ตามความจำเป็น และในภาษาไทยให้ใส่คำว่า “หน้า” ก่อนเลขหน้า ส่วนภาษาอังกฤษใช้อักษร “p” สำหรับหน้าเดียว และ “pp” สำหรับหลายหน้า

เช่น

Morganthau, T. (1997). American demographics 2000: The face of the future. *Newsweek*, January 27, pp. 58-60.**2.3.4 วิทยานิพนธ์ :** ชื่อผู้ทำวิทยานิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ระดับวิทยานิพนธ์, ชื่อมหาวิทยาลัย, เมือง.

เช่น ภาษาไทย :

วิไล อำนวยมณี. (2539). การพัฒนาการพยาบาลเป็นทีมในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเชิงราชประชาสรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ :

Wilfley, D.E. (1989). *Interpersonal analysis of bulimia: Normal weight and obese*. Unpublished doctoral dissertation, University of Missouri, Columbia.**2.3.5 โปสเตอร์ (Poster session) :** เช่นRudy, J., & Fulton, C. (1993, June). *Beyond redlining: Editing software that works*. Poster session presented at the annual meeting of the Society for Scholarly Publishing, Washington, DC.**2.3.6 เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ (Proceeding of Meeting and Symposium) :** เช่นCynx, J., Williams, H., & Nottebohm, F. (1992). Hemispheric differences in avian song discrimination. *Proceedings of National Academy of Sciences, USA*, 89, 1372-1375.**2.3.7 ข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ :****Online periodical :** Author, A.A., Author, B.B., & Author, C.C. (year). Title of article.

Title of Periodical, xx, xxxxxx. Retrieved month day, year, from source. เช่น

VandenBos, G., Knapp, S., & Doe, J. (2001). Role of reference element in the selection of resources by psychology undergraduates. *Journal of Bibliographic Research*, 5, 117-123. Retrieved October 13, 2001, from <http://jbr.org/articles.html>**Online document :** Author, A.A. (year). Title of work. Retrieved month day, year, from

source. เช่น

Bateman, A. (1990, June). *Team building: Development a productive team*. Retrieved August 3, 2002, from <http://www.ianr.unl.edu/pubs/Misc/cc352.html>

### การส่งต้นฉบับ

จำนวนต้นฉบับที่ส่ง 3 ชุด พร้อมแผ่นบันทึกข้อมูลที่เป็น CD หรือดิสก์ (Diskette) ที่ชื่อไฟล์จะต้องเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น โดยส่งมาที่**กองบรรณาธิการวารสารความปลอดภัยและสุขภาพ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120**

### เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพบทความ

บทความที่ได้รับการพิมพ์เผยแพร่จะต้องได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชานั้นๆ โดยกองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิในการประเมิน

และภายหลังการประเมิน กองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาผลการประเมิน และอาจให้ผู้เขียนปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และทรงไว้ซึ่งสิทธิ์ในการตัดสินใจตีพิมพ์เผยแพร่บทความในวารสารหรือไม่ก็ได้ โดยทั้งนี้กองบรรณาธิการจะไม่ส่งต้นฉบับคืน

### การกนันทนาการสำหรับผู้เขียน

กองบรรณาธิการจะกนันทนาการวารสารฉบับที่ผลงานของผู้เขียนได้รับการตีพิมพ์ให้ผู้เขียน จำนวน 3 เล่ม กรณีมีผู้ร่วมเขียนหลายคน จะมอบให้แก่ผู้เขียนชื่อแรกเท่านั้น

