

บทวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมา

FACTORS RELATED TO OCCUPATIONAL HEALTH SERVICES OF PRIMARY CARE UNITS IN
THE NAKHON RATCHASIMA PROVINCE

นักค ด้วงจุมพล*

ยุวดี วิทย์พันธ์**

บทคัดย่อ

จังหวัดนครราชสีมามีอัตราการประสบน้ันตรายจากงานสูงกว่าอัตราเฉลี่ยของประเทศ จึงควรจัดให้บริการอาชีวอนามัยที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมา ตามรูปแบบการจัดโปรแกรมและบริการอาชีวอนามัยของโรเจอร์ ประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า (ได้แก่ ความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่ ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือและเงินสนับสนุน และนโยบายและเป้าหมาย) ปัจจัยด้านกระบวนการดำเนินงาน (ได้แก่ การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย การฝึกอบรม ศึกษาฐาน การศึกษาต่อเนื่องและการวิจัยของเจ้าหน้าที่ และทีมงาน เครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย) และการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่จัดส่งทางไปรษณีย์ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบักเท่ากับ 0.88 - 0.94 กลุ่มตัวอย่างเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 264 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำเข้า และปัจจัยด้านกระบวนการดำเนินงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) โดยปัจจัยย่อยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา และ ทีมงาน เครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย ($r_s = 0.670, 0.630$ และ 0.625 ตามลำดับ) ปัจจัยย่อยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกต่ำสุด คือ ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ ($r_s = 0.425$)

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าภายใต้ข้อจำกัดของหน่วยบริการปฐมภูมิ การที่จะสามารถให้บริการอาชีวอนามัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรพัฒนาปัจจัยในด้านการบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัยก่อน ตามด้วยการจัดการด้านข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา และพัฒนาปัจจัยด้านทีมงาน เครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชากรวัยแรงงานในจังหวัดนครราชสีมา

คำสำคัญ: การให้บริการอาชีวอนามัย/ หน่วยบริการปฐมภูมิ/ รูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัย

ผู้รับผิดชอบหลัก: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ยุวดี วิทย์พันธ์ สำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาชีวเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ/สำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ABSTRACT

The Nakhon Ratchasima province has a higher rate of injury at work than the national average. This should have occupational health services (OHSs) suitable to the primary health care units assigned to it in order to alleviate this problem. The purpose of this cross-sectional research was to study factors related to the OHSs of primary care units in Nakhon Ratchasima province. Rogers' model of occupational health programs and services was applied in order to give a conceptual framework to this study, including the input factors (i.e., knowledge and skills of personnel; adequacy of staff; basic data and problem situations; materials, tools, manuals and funding; as well as policy and goals), the throughput factors (i.e., the management of OHSs; training, field visits, continuing education and research of personnel, as well as team work and networks), and the OHSs of primary care units. Mailed questionnaires were used to collect data and had a Cronbach's alpha coefficient of 0.88 - 0.94. The samples of this study were 264 primary care units from the Nakhon Ratchasima province. Descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient and Spearman rank correlation coefficient were used to analyze data.

The results showed that input and throughput factors held statistically significant positive relationships with OHSs (p -value $< .01$). The first three minor factors that had the highest positive relationships with OHSs were the management of OHSs; basic data and problem situations; as well as team work and networks ($r_s = 0.670, 0.630$ and 0.625 respectively), whereas the adequacy of staff held lowest positive relationships ($r_s = 0.425$).

This study suggested that in order to deliver effective OHSs under the limitation of OHSs system in primary care units, they should develop management systems first, followed by putting the basic information and problem situations to action, as well as building the occupational health network teams. This would bring the highest benefit to all sectors of workers in Nakhon Ratchasima province.

Keywords: Occupational health services / Primary care units / Model of occupational health service

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรจำนวน 65.34 ล้านคน เป็นผู้ที่อยู่ในวัยทำงานทั้งสิ้น 50.54 ล้านคน (ร้อยละ 77.35) จำนวน 36.35 ล้านคนเป็นผู้มีงานทำ โดย 13.84 ล้านคน เป็นแรงงานในระบบ และ 23.28 ล้านคน เป็นแรงงานนอกระบบ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ซึ่งแรงงานทั้งสองกลุ่มนี้ต่างก็ต้อง

สัมผัสความเสี่ยงจากการทำงานอันก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและบาดเจ็บจากการทำงาน (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2551)

สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม รายงานการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานของแรงงานในระบบของประเทศ พบว่า ปี 2551 การประสบอันตรายหรือ

เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน นับทุกกรณีรวม 176,502 ราย ตาย 613 ราย ทุพพลภาพ 15 ราย สูญเสียอวัยวะบางส่วน 3,096 ราย หยุดงานเกิน 3 วัน 45,719 ราย (นับกรณีร้ายแรง 49,443 ราย) หยุดงานไม่เกิน 3 วัน 127,059 ราย อัตราการประสบอันตราย ต่อลูกจ้าง 1000 ราย (อัตราสะสม มกราคม-ธันวาคม) นับทุกกรณี 18.99 และนับกรณีร้ายแรง 5.32 (กองทุนเงินทดแทน, 2551)

จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีการกระจายตัวของประชากรของประเทศมากเป็นอันดับสอง มีอัตราอัตราการประสบอันตราย ต่อลูกจ้าง 1000 ราย (อัตราสะสม มกราคม-ธันวาคม) นับทุกกรณี 20.95 และนับกรณีร้ายแรง 4.21 (กองทุนเงินทดแทน, 2551) ซึ่งสูงกว่าอัตราการประสบอันตราย ต่อลูกจ้าง 1000 รายทั้งประเทศ ยังพบประเด็นปัญหาซึ่งต้องเฝ้าระวังโรคชิลิโคซิส ในผู้ประกอบการอาชีพแกะสลักหินทราย ในตำบลลาดบัวขาว อำเภอสีคิ้ว โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคนี้ไปแล้ว และอาชีพนี้เป็นกลุ่มแรงงานนอกระบบที่มีผู้ประกอบการอาชีพเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากรายได้ตอบแทนที่ค่อนข้างสูง (รังสิมา บำเพ็ญบุญ, 2551ข) การที่จะดูแลแรงงานทั้งในและนอกระบบได้ครอบคลุม จำเป็นต้องมีการให้บริการอาชีวอนามัยที่เหมาะสม

การให้บริการอาชีวอนามัยมีหลายรูปแบบรูปแบบหนึ่งซึ่งอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่เดิม ได้แก่การผสมผสานการบริการอาชีวอนามัยพื้นฐานเข้าไปในกิจกรรมการให้บริการด้านสุขภาพที่ดำเนินการอยู่แล้วในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งถือเป็นหน่วยบริการด้านสุขภาพด่านแรก ที่ตั้งอยู่ครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่ ในประเทศ (Eijkemans, 2004)

การจัดระบบการบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิให้ประสบความสำเร็จ มีองค์ประกอบที่สำคัญหลายประเด็น ตัวอย่างเช่น ส่วนกลางควรมีการกำหนดแผนระดับชาติและมีคู่มือ

การดำเนินงานที่ชัดเจน ส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิควรมีความพร้อมของทีมงานและพัฒนาระบบบริการอาชีวอนามัยที่สามารถทำได้จริง (Siriruttanapruk & Anantagulnathi, 2004; Siriruttanapruk et al., 2006; Siriruttanapruk, 2009)

โมเดลของโรเจอร์ (Rogers, 2003) สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการให้บริการอาชีวอนามัย โดยใช้อธิบายปัจจัยด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้ ทักษะของเจ้าหน้าที่ (สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์, 2543; วัลภา ศรีสุภาพ, 2544; วรณา จงจิตรไพศาล, 2547; สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์, 2552; Wittayapun, 2004) ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ (สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์, 2543; วัลภา ศรีสุภาพ, 2544; วรณา จงจิตรไพศาล, 2547; Siriruttanapruk et al., 2004; Wittayapun, 2004) ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา (วัลภา ศรีสุภาพ, 2544; วรณา จงจิตรไพศาล, 2547; จรัส สิงห์แก้ว, อนงค์ศิลป์ ด้านไพบูลย์, วิทยากรณ์ ศรีภิรมย์ และพลายแก้ว สันตจิตโต, 2550; รังสิมา บำเพ็ญบุญ, 2551ก; Wittayapun, 2004; Siriruttanapruk et al., 2009) อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือและเงินสนับสนุน (วัลภา ศรีสุภาพ, 2544; วรณา จงจิตรไพศาล, 2547; จรัส สิงห์แก้ว และคณะ, 2550; รังสิมา บำเพ็ญบุญ, 2004) นโยบายและเป้าหมายอาชีวอนามัย (Wittayapun, 2004; Siriruttanapruk et al., 2004; Siriruttanapruk et al., 2006) และปัจจัยด้านกระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย (วัลภา ศรีสุภาพ, 2544; วรณา จงจิตรไพศาล, 2547; Siriruttanapruk et al., 2004; Wittayapun, 2004) การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่องและการวิจัยของเจ้าหน้าที่ (วัลภา ศรีสุภาพ, 2544; วรณา จงจิตรไพศาล, 2547; Siriruttanapruk et al., 2004; Wittayapun, 2004) ทีมงาน เครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย (สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์, 2543; วัลภา ศรีสุภาพ, 2544; จรัส

สิงห์แก้ว และคณะ, 2550; Wittayapun, 2004; Siriruttanapruk et al., 2006) ที่ส่งผลต่อ ๗ ารให้บริการอาชีวอนามัยทั้งเชิงรับและเชิงรุก

จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีการให้บริการสาธารณสุขที่หลากหลาย ในเขตอำเภอเมืองมีโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเป็นโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งมีหน่วยงานอาชีวเวชกรรมให้บริการอาชีวอนามัยในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิร่วมกับหน่วยเวชกรรมสังคมซึ่งให้การดูแลหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง ส่วนในอำเภออื่นๆ มีโรงพยาบาลชุมชนให้การดูแลหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกับหน่วยงานท้องถิ่น (สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ, 2540) โดยในส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมินั้น ได้มีแนวทางปฏิบัติการให้บริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับสถานบริการสุขภาพระดับศูนย์สุขภาพชุมชน และสถานอนามัย ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2553) แต่ยังไม่เคยมีการประเมินว่าสามารถนำมาประยุกต์ใช้จริงในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดนครราชสีมาได้หรือไม่ ประกอบกับที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของระบบบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

งานวิจัยนี้จึงมุ่งไปที่การประเมินสถานการณ์ระบบการให้บริการอาชีวอนามัยของหน่วยงานปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการจัดทำรูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาได้อย่างเหมาะสม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้เห็นถึงปัญหาหรืออุปสรรคในการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยงานปฐมภูมิ และพิจารณาปรับเปลี่ยนให้การสนับสนุนเพื่อให้เกิดการพัฒนาการให้บริการอาชีวอนามัยใน

หน่วยงานปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาได้อย่างมีประสิทธิภาพและครบถ้วน

วัตถุประสงค์การวิจัย

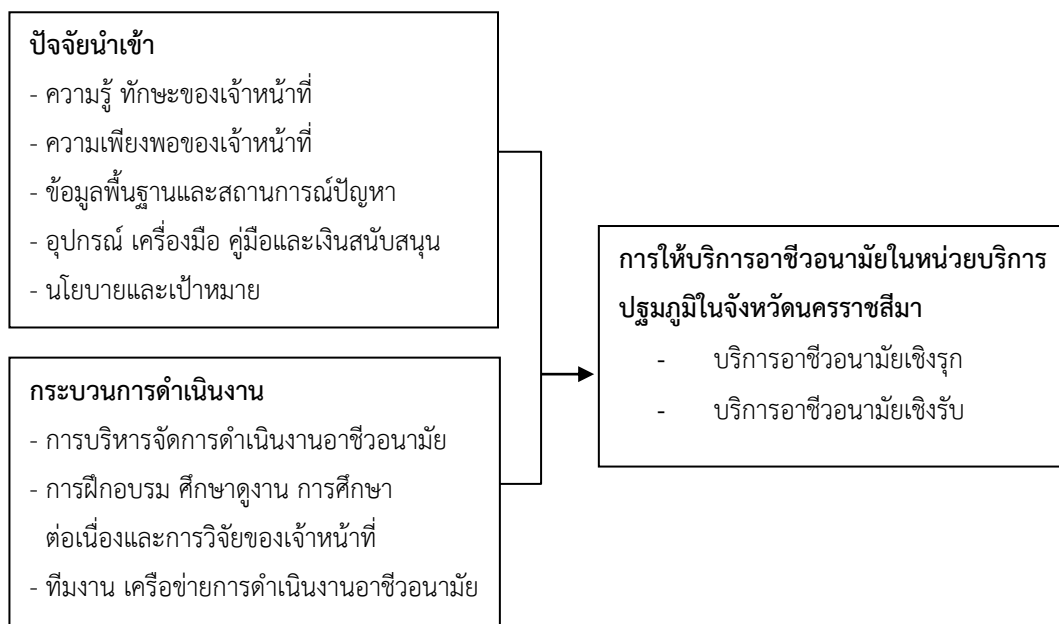
1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำเข้า ได้แก่ “ความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่” “ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่” “ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา” “อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือและเงินสนับสนุน” และ “นโยบายและเป้าหมาย” กับ การให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านกระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ “การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย” “การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่องและการวิจัยของเจ้าหน้าที่” และ “ทีมงาน เครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย” กับ การให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ “ความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่” “ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่” “ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา” “อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือและเงินสนับสนุน” และ “นโยบายและเป้าหมาย” มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

2. ปัจจัยด้านกระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ “การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย” “การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่องและการวิจัยของเจ้าหน้าที่” และ “ทีมงาน เครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย” มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ประชากรที่ศึกษาเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง ในจังหวัดนครราชสีมา จาก 32 อำเภอ 287 ตำบล จำนวนทั้งสิ้น 369 แห่ง เก็บข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน พ.ศ. 2554 ผู้ให้ข้อมูล เป็นบุคลากรผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิ แห่งละ 1 ราย ได้กลุ่มตัวอย่างหน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 264 แห่ง

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยเป็นแบบสอบถามที่จัดส่งทางไปรษณีย์ (Mailed questionnaires) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของ ยุวดี วิทย์พันธ์ (Wittayapun, 2004) ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลของหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ จำนวนของบุคลากรต่อประชากร การมีโรงงาน/สถานประกอบการในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และข้อมูลของบุคลากรผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน การศึกษา/อบรมเกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของบุคลากรผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับระบบการให้บริการอาชีวอนามัยในศูนย์สุขภาพชุมชน มีลักษณะข้อคำถาม แบบมาตราส่วนการประเมินค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ จำนวน 4 ตัวเลือก ได้แก่ จริง/ใช่/มี, เป็นจริงมาก, เป็นจริงน้อย และไม่จริง/ไม่ใช่/ไม่มี กำหนดให้ค่าคะแนน 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 87 ข้อ จัดแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1. ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่ ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือและเงินสนับสนุน นโยบายและเป้าหมาย จำนวน 39 ข้อ

2. กระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัยฯ การฝึกอบรม ศึกษา ดูงาน การศึกษาต่อเนื่องและการวิจัยของเจ้าหน้าที่ และทีมงาน เครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย จำนวน 25 ข้อ

3. การให้บริการอาชีวอนามัย ได้แก่ การให้บริการอาชีวอนามัยเชิงรุก และการให้บริการอาชีวอนามัยเชิงรับ จำนวน 23 ข้อ

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัย จำนวน 3 ท่าน และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 แห่ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ของแบบสอบถามในส่วนของปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และการให้บริการอาชีวอนามัยเท่ากับ 0.94, 0.88 และ 0.90 ตามลำดับ

งานวิจัยนี้พิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยตามประกาศเฮลซิงกิ โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายได้รับการอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเชิญให้เข้าร่วมการวิจัย การยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยเต็มใจและได้รับการบอกกล่าว (informed consent) รวมถึงได้รับแจ้งสิทธิในการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์และนำเสนอผลการศึกษาค้นคว้าข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติบรรยาย ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ตามความเหมาะสม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

จากการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ จำนวนทั้งหมด 369 แห่ง ได้รับแบบสอบถามกลับมา จำนวน 264 แห่ง (ร้อยละ 71.5) ผลการศึกษาด้านข้อมูลทั่วไปพบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนของบุคลากรต่อประชากรในเขตรับผิดชอบ อยู่ในเกณฑ์ 1:1,250 (ร้อยละ 68.9) ส่วนใหญ่ไม่มีโรงงาน/สถานประกอบการในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (ร้อยละ 65.7) บุคลากรผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย ในหน่วยบริการปฐมภูมิมีระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 79) มีอายุการทำงานในช่วง 1 ถึง 10 ปี (ร้อยละ 70.8) ปฏิบัติงานในตำแหน่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 70.8) และไม่เคยศึกษาหรืออบรมเกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัย (ร้อยละ 72.6)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในแต่ละด้านกับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

จากตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยนำเข้า และปัจจัยด้านกระบวนการดำเนินงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) โดยปัจจัยย่อยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย, ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา และ ทีมงาน เครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย ($r_s = 0.670, 0.630$ และ 0.625 ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยย่อยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกต่ำสุด คือ ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ ($r_s = 0.425$)

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับการให้บริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิใน
จังหวัดนครราชสีมา

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าทางสถิติ	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
ปัจจัยนำเข้า	0.764	< 0.001 ^a
ข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา	0.630	< 0.001 ^b
อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือและเงินสนับสนุน	0.613	< 0.001 ^b
นโยบายและเป้าหมาย	0.603	< 0.001 ^b
ความรู้ และทักษะของเจ้าหน้าที่	0.574	< 0.001 ^b
ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่	0.425	< 0.001 ^b
กระบวนการดำเนินงาน	0.705	< 0.001 ^a
การบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย	0.670	< 0.001 ^b
ทีมงาน เครื่องมือช่วยการดำเนินงานอาชีวอนามัย	0.625	< 0.001 ^b
การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่องและการวิจัยของ เจ้าหน้าที่	0.555	< 0.001 ^b

หมายเหตุ ^a ทดสอบด้วย Pearson's product moment correlation coefficient

^b ทดสอบด้วย Spearman rank correlation coefficient

อภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไป

ในการศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมาส่วนใหญ่มีจำนวนของบุคลากรต่อประชากรในเขตรับผิดชอบอยู่ในเกณฑ์ 1 : 1,250 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานด้านอัตรากำลังที่สามารถให้บริการด้านสุขภาพแบบผสมผสานครบ 4 ด้าน ทั้งให้บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบมีการดูแลสุขภาพให้มีสุขภาพดี ติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่จำเป็นการฟื้นฟูสภาพ สร้างเสริมสุขภาพในชุมชน รวมถึงต้องมีการบริการด้านการรักษาพื้นฐานและส่งเสริมป้องกันทางด้านทันตกรรมด้วย ทำให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิมีงานในความรับผิดชอบกว้างและหลากหลาย (สำเร็จ แหยงกระโทก, 2544; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2548) ด้านโรงงาน/สถานประกอบการในเขตพื้นที่

รับผิดชอบ พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรงงาน/สถานประกอบการในเขตพื้นที่รับผิดชอบ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าประชากรที่ทำงานในประเทศไทยส่วนใหญ่ทำการเกษตรหรือประกอบอาชีพอิสระ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551; สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2551; Siriruttanaprak, 2009) บุคลากร ผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ไม่เคยศึกษาหรืออบรมเกี่ยวกับ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่บุคลากรยังขาดความรู้ด้านอาชีวอนามัยและควรมีการกำหนดคุณสมบัติของบุคลากรที่จะให้บริการอาชีวอนามัยให้ผ่านการอบรมเบื้องต้นเกี่ยวกับอาชีว-อนามัย (สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์, 2543; วัลภา ศรีสุภาพ, 2544; วรณา จงจิตรไพศาล, 2547)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในแต่ละด้านกับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำเข้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) กล่าวคือเมื่อหน่วยบริการปฐมภูมิมีความพร้อมของปัจจัยนำเข้ามากขึ้น ก็จะมีการให้บริการอาชีวอนามัยมากขึ้นด้วย ผลการศึกษาให้ข้อยืนยันโมเดลของโรเจอร์ (Roger, 2003) ที่ว่าปัจจัยนำเข้า ตัวอย่างเช่น ปัจจัยด้านบุคคล, ปัจจัยด้านข้อมูล นโยบายและเป้าหมาย มีความจำเป็นสำหรับการให้บริการอาชีวอนามัย

เมื่อพิจารณารายละเอียดในปัจจัยย่อย พบว่า ความรู้ และทักษะของเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของหน้านี้ของยุวดี วิทย์พันธ์ (Wittayapun, 2004) ซึ่งพบว่าความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่มีผลต่อการให้บริการอาชีวอนามัย โดยบุคลากรควรมีความรู้ ความสามารถในการให้บริการอาชีวอนามัยอย่างเป็นระบบครอบคลุมทุกด้านสุขภาพ และสอดคล้องการศึกษาของวรรณ าจจิตรไพศาล (2547) ซึ่งพบว่า ความรู้ความเชี่ยวชาญ และทักษะของบุคลากร ก็จะส่งผลต่อการให้บริการอาชีวอนามัย โดยจะเป็นตัวสนับสนุนการให้บริการ อาชีวอนามัยได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหน้านี้ของ วลภา ศรีสุภาพ (2544) โดยการขาดแคลนบุคลากรด้าน อาชีวอนามัย ทำให้การให้บริการอาชีวอนามัยไม่เต็มที่ และมีผลต่อความครอบคลุมของการให้บริการ

ข้อมูลพื้นฐาน และสถานการณ์ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหน้านี้ของ จรัส สิงห์แก้ว และคณะ (2550) ในการจัดรูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัย ควรมีข้อมูลในพื้นที่ที่เพียงพอ เพื่อจะกำหนดรูปแบบงานให้ชัดเจน

อุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือ และเงินสนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของหน้านี้ของยุวดี วิทย์พันธ์ (Wittayapun, 2004) พบว่าเงินสนับสนุน งบประมาณ อุปกรณ์ เครื่องมือ และคู่มือ มีผลต่อการให้บริการอาชีวอนามัย และการศึกษาของสมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์ และคณะ (Siriruttanapruk et al., 2006) ซึ่งพบว่าควรมีการจัดทำคู่มือการดำเนินงานที่ระบบบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิชัดเจนสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ

นโยบาย และเป้าหมายอาชีวอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของหน้านี้ของสมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์ และคณะ (Siriruttanapruk et al., 2004; Siriruttanapruk et al., 2006) ซึ่งพบว่าควรจะมีการกำหนดนโยบายและเป้าหมายที่ชัดเจนด้านอาชีวอนามัย และการศึกษาก่อนหน้านี้ของวลภา ศรีสุภาพ (2544) ซึ่งพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้บริการอาชีวอนามัย ประสบความสำเร็จ คือ ผู้บริหารมีนโยบายสนับสนุน

จากผลการวิจัยพบว่า กระบวนการดำเนินงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) กล่าวคือเมื่อหน่วยบริการปฐมภูมิมีความพร้อมของปัจจัยในด้านต่างๆ มากขึ้น ก็จะมีการให้บริการอาชีวอนามัยมาก

ขึ้นด้วย ผลการศึกษาสอดคล้องตามโมเดลของโรเจอร์ที่ว่าปัจจัยด้านกระบวนการมีหลายตัวแปร ขึ้นอยู่กับวิเคราะห์ระบบ และวัตถุประสงค์ รวมถึงบริบทและความต้องการของบริบทนั้นๆ ในการจัดให้บริการอาชีวอนามัยที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่

เมื่อพิจารณารายละเอียดในปัจจัยย่อย พบว่าการบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ของวิทยากรณ์ ศรีภิรมย์ และคณะ (2545) ซึ่งต้องให้ความสำคัญในระบบบริหารจัดการ กำหนดหน้าที่รับผิดชอบ และมีแผนงานที่ชัดเจน

ฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่อง และการวิจัยของเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ของสมเกียรติศิริรัตนพฤกษ์ และคณะ (Siriruttanapruk et al., 2006) ซึ่งระบุว่าการฝึกอบรม การพัฒนาบุคลากรเป็นสิ่งจำเป็น

ทีมงานเครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ของ วไลยา ศรีสุภาพ (2544) ซึ่งพบว่าทีมงานมีความจำเป็นในการให้บริการอาชีวอนามัย ต้องมีความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาข้อเสนอแนะว่าภายใต้ข้อจำกัดของหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรแก้ไขปัจจัยในด้านการบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัย ตัวอย่างเช่น การประชุมชี้แจงจัดการดำเนินงานให้บริการอาชีวอนามัย ให้มีการบันทึกอาชีพ การ

ประเมินภาวะเสี่ยงจากการทำงาน ไว้ในแฟ้มประวัติครอบครัว การลงทะเบียนแยกโรคสำหรับผู้ประกอบอาชีพการประชุมชี้แจงให้มีรายงานโรคจากการทำงาน และการบาดเจ็บจากการทำงาน การปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา ได้แก่ ข้อมูลจำนวนประชากรวัยแรงงาน การประกอบอาชีพของประชากร ข้อมูลสถานประกอบการ กลุ่มเกษตรกร กลุ่มอาชีพในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ข้อมูลสรุปสถานการณ์/รายงานสถิติการให้บริการอาชีวอนามัย ข้อมูลสรุปสถานการณ์ความผิดปกติจากการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น การตรวจเยี่ยม สํารวจการทำงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ข้อมูลการเกิดสภาพอุบัติเหตุในสถานประกอบการ ข้อมูลสรุปโครงการในการให้บริการอาชีวอนามัย และแก้ไขปัจจัยด้านทีมงาน เครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย ควรจัดให้มีการติดต่อ/ชี้แจง/ขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ มีการรวมกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องจัดตั้งและมีคำสั่งแต่งตั้งเป็นเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการดำเนินงานอาชีวอนามัย ประชุมเครือข่าย/ทีมงาน/คณะกรรมการดำเนินงานเป็นประจำและมีรายงานการประชุม รวมถึงการสนับสนุนช่วยเหลือ ในการดำเนินงานให้บริการอาชีวอนามัยจากหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จะได้ประโยชน์สูงสุดต่อการให้บริการอาชีวอนามัยในแต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- กองทุนเงินทดแทน. (2551). *สถิติโรคจากการทำงาน*. สำนักงานประกันสังคม, นนทบุรี: กองทุนเงินทดแทน, กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.
- จรัส สิงห์แก้ว, อนงค์ศิลป์ ด่านไพบูลย์, วิทยากรณ์ ศรีภิรมย์ และ พลายแก้ว สันตจิตโต. (2550). ระบบเฝ้าระวังสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของโรงงานในเขตนิคม อุตสาหกรรม จังหวัดลำพูน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 27 (3), 246-254.

- รังสิมา บำเพ็ญบุญ. (2551ก). *บริการอาชีวอนามัยใน รูปแบบงานสาธารณสุขมูลฐาน: กรณีศึกษา สถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา*. นครราชสีมา: กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.
- รังสิมา บำเพ็ญบุญ. (2551ข). *รายงานผลการ ดำเนินงานโครงการพัฒนาศักยภาพคลินิก อาชีวเวชกรรม*. นครราชสีมา: กลุ่มงานอาชีว- เวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.
- วรรณ จงจิตรไพศาล. (2547). *การดำเนินงาน อาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล ตามเกณฑ์มาตรฐานการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล ของโรงพยาบาลภาครัฐ ใน ประเทศไทย พ.ศ. 2547*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาอาชีวเวช ศาสตร์, ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลภา ศรีสุภาพ. (2544). *การบริการอาชีวอนามัยของ โรงพยาบาลรัฐและเอกชนในพื้นที่สาธารณสุข เขต 3*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาอาชีว- เวชศาสตร์, ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและ สังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- วิทยากรณ์ ศรีภิรมย์ และคณะ. (2545). *รูปแบบการ ดำเนินงานอาชีวอนามัยในการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลลำพูน*. *วารสารวิชาการ สาธารณสุข*, 3 (11), 360-370.
- สำนักงานจังหวัดนครราชสีมา. (2551). *บรรยายสรุป จังหวัดนครราชสีมา*. Retrieved September 8, 2011, from [http://www.nakhonratchasima.go.th/ service/nakhonratchasima.pdf](http://www.nakhonratchasima.go.th/service/nakhonratchasima.pdf)
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *รายการสถิติ ประชากรและสังคม*. กรุงเทพฯ: กระทรวง เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2548). *ระบบการ ให้บริการสุขภาพ*. นนทบุรี: กระทรวง สาธารณสุข.
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2551). *ข้อมูลความเสี่ยงของแรงงานนอก ระบบ*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2553). *แนวทางปฏิบัติการให้บริการ อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม สำหรับสถาน บริการสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/ศูนย์ สุขภาพชุมชนและสถานือนามัย*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำเร็จ แหียงกระโทก. (2544). *การวิจัยและ พัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น การปฏิรูประบบ บริการสาธารณสุข และการประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า*. กรุงเทพฯ: สมบูรณ์การพิมพ์.
- สุรศักดิ์ บุณตริเวทย์. (2543). *ระบบบริการ อาชีว- อนามัยในประเทศไทย: การวิจัยเอกสาร*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 9 (4), 566-572.
- สุรศักดิ์ บุณตริเวทย์. (2552). *การศึกษานโยบาย และการดำเนินการด้านอาชีวอนามัยในสถาน ประกอบการในประเทศไทย*. *ธรรมศาสตร์- เวชสาร*, 8 (4), 459-469.
- สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ. (2540). *อาชีวเวชศาสตร์ใน โรงพยาบาลศูนย์ จะเริ่มต้นอย่างไร*. *เวชสาร โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา*, 21 (3), 16-24.
- Eijkemans, G. (2004). Occupational health services as a part of primary health care. *Asian – Pacific Newsletter on Occupational Health and Safety*, 11 (3), 48-50.

- Rantanen, J. (2005). Basic occupational health services. African Newsletter on
- Rogers, B. (2003). Occupational and environmental health nursing: Concept and practice. USA. W.B. Saunders Company.
- Siriruttanapruk, S. (2009). The model development of basic occupational health service (BOHS) in primary care units in Thailand. Nonthaburi: Bureau of Occupational and Environmental Diseases. Department of Disease Control, Ministry of Public Health.
- Siriruttanapruk, S. et al. (2006). A study of occupational and environmental health services model development for Thai primary care units (PCUs). Nonthaburi: Bureau of Occupational and Environmental Diseases. Department of Disease Control, Ministry of Public Health.
- Siriruttanapruk, S., & Anantagulnathi P. (2004). Occupational health and safety situation and research priority in Thailand. *Industrial Health journal*, 42 (2), 135-140.
- Wittayapun, Y. (2004). A causal model of occupational health services delivery in Thai primary care units. Doctoral dissertation, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.