

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. อาชีวอนามัย
2. การบริการอาชีวอนามัย
3. งานอาชีวอนามัยในประเทศไทย
4. วัฒนาการงานอาชีวอนามัยของกระทรวงสาธารณสุข
5. งานบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล
  - โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป
  - โรงพยาบาลชุมชน
  - โรงพยาบาลเอกชน
6. บทบาทของโรงพยาบาลกับโครงการประกันสังคม
7. การพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขในเขตอุตสาหกรรม
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. อาชีวอนามัย (Occupational Health)

##### ความหมาย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization,WHO) ร่วมกับ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization,ILO ) ได้ประชุมร่วมกัน และให้ความหมายของอาชีวอนามัยว่า หมายถึง การป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการดำรงไว้และเสริมสร้างสมรรถภาพในการทำงานของผู้ประกอบอาชีพ รวมถึงการดูแลความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมการทำงานทั้งหมด<sup>(10)</sup>

ชินโอสถ หักบำเรอ (พ.ศ.2527)<sup>(11)</sup> ได้ให้ความหมายของ "อาชีวอนามัย" ว่าหมายถึง การดูแลสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของผู้ประกอบอาชีพการงาน

ชัยยุทธ ขวลิตนิธิกุล ( พ.ศ. 2534)<sup>(12)</sup> อาชีวอนามัย หมายถึง ศาสตร์และศิลป์ที่เกี่ยวกับการป้องกัน ส่งเสริมคุ้มครองและดำรงไว้ซึ่งสภาวะอนามัยที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และการมีความเป็นอยู่ในสังคมที่ดีของผู้ประกอบอาชีพทุกอาชีพ

### วัตถุประสงค์ของงานอาชีวอนามัย

ปี ค.ศ.1950 ได้มีการประชุมร่วมกันระหว่าง WHO / ILO และให้แนวทางว่า งานอาชีวอนามัย ควรมีจุดมุ่งหมายเพื่อ<sup>(13-14)</sup>

1. การส่งเสริมและรักษาไว้เพื่อให้ผู้ประกอบอาชีพทุกอาชีพมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ ที่สมบูรณ์ที่สุด ตลอดจนความเป็นอยู่ในสังคมที่ดี
2. การป้องกันมิให้ผู้ประกอบอาชีพมีสุขภาพอนามัยเสื่อมโทรมหรือผิดปกติจากสาเหตุอันเนื่องมาจากสภาพการทำงาน
3. การปกป้องคุ้มครองคนงานไม่ให้เกิดเสี่ยงต่อการทำงานที่มีผลเสียต่อสุขภาพ
4. การจัดคนทำงานให้ทำงานในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับความสามารถทางร่างกายและจิตใจ
5. การปรับสภาพงานให้เหมาะสมกับคน และปรับคนให้เหมาะสมกับสภาพการทำงาน

ต่อมาปี ค.ศ.1995 WHO / ILO ได้มีการขยายวัตถุประสงค์ของงานอาชีวอนามัย ออกไปจากปี ค.ศ. 1950 ดังนี้<sup>(10,14)</sup>

1. เพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและความสามารถในการทำงานของคนงาน
2. เพื่อปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานและลักษณะงานให้เกิดความปลอดภัย และเป็นผลดีต่อสุขภาพของคนทำงาน
3. เพื่อการพัฒนาองค์การ ( Work organizations) และวัฒนธรรมในการทำงาน ( Work culture) ในทิศทางที่จะสนับสนุนสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน อันจะช่วยส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศในทางสังคมที่ดีขึ้น เกิดความราบรื่นในงานที่ทำและนำไปสู่การเพิ่มผลผลิตในสถานประกอบการ ซึ่งแนวคิดในเรื่องวัฒนธรรมในการทำงานนี้จะสะท้อนถึงการปฏิบัติในเรื่องระบบการจัดการ นโยบายด้านบุคลากร หลักของการมีส่วนร่วม นโยบายการฝึกอบรม และการจัดการด้านคุณภาพในสถานประกอบการ

## 2. การบริการอาชีวอนามัย (Occupational Health Services)

### ความหมาย

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO ) ได้ให้นิยาม บริการอาชีวอนามัย ไว้ใน ILO Convention 161(ค.ศ.1985)ว่า หมายถึง "บริการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและการให้คำแนะนำแก่นายจ้าง คนงาน ตัวแทนนายจ้างและตัวแทนคนงานในสถานประกอบการ เพื่อการจัดตั้งและคงไว้ซึ่ง สภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ อันนำไปสู่การมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี รวมทั้งการปรับปรุงแก้ไขสภาพงานให้เหมาะสมกับความสามารถทางร่างกายและจิตใจของคนงาน" บริการดังกล่าวอาจจัดทำโดยผู้มีวิชาชีพด้านอาชีวอนามัย ( occupational health professionals) ซึ่งจะเป็นคนเดียวหรือจะเป็นส่วนหนึ่งของแผนกบริการโดยเฉพาะ ซึ่งอยู่ในสถานประกอบการเอง หรือ จากหน่วยบริการข้างนอกเข้าไปทำในสถานประกอบการก็ได้<sup>(10,13-14)</sup>

วิทยา อยู่สุข (พ.ศ.2542)<sup>(15)</sup> ได้ให้นิยามไว้ว่า การบริการอาชีวอนามัย หมายถึง งานอาชีวอนามัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และธำรงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และ สังคมของผู้ประกอบอาชีพ รวมทั้งการควบคุมป้องกัน โรคภัย ไข้เจ็บ อันเกิดจากคนต้องสัมผัสกับสิ่งที่ เป็นพิษภัยจากการปฏิบัติงาน เช่น สภาพของสิ่งแวดล้อมที่ผิดปกติ ความร้อนสูง แสงสว่างน้อยไป เสียงดัง ก๊าซพิษ เป็นต้น วัตถุประสงค์ของการมีบริการด้านอาชีวอนามัยก็เพื่อจะให้ผู้ประกอบอาชีพทั้งหมดมีสุขภาพอนามัยที่ดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและอุบัติเหตุจากการทำงาน มีความพอใจในฐานะการ ทำงานที่มั่นคง สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะมีผลต่อเนื่องไปคือผลผลิตจะเพิ่มขึ้น ทำให้ เศรษฐกิจของส่วนตัวและส่วนรวมอันได้แก่ประเทศชาติดีขึ้นตามมา

สมเกียรติ ศิริรัตนพฤษ (พ.ศ.2543)<sup>(16)</sup> ได้ให้นิยามไว้ว่า การบริการอาชีวอนามัย เป็นการให้บริการทางด้านสาธารณสุขแก่กลุ่มผู้ประกอบอาชีพ วัตถุประสงค์ของการให้บริการครอบคลุมการให้บริการทางด้านสุขภาพทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการป้องกันโรคที่เกิดจากการ ทำงานและการส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมของการให้บริการประกอบด้วย การตรวจและประเมินสุขภาพ การเฝ้าคุมทางด้านสิ่งแวดล้อม การให้สุขศึกษา การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการดูแลทางด้านความปลอดภัยในสถานประกอบการ

## ขอบเขตและกิจกรรมของบริการอาชีวอนามัย

ใน ILO Convention 161(ค.ศ.1985) ได้กล่าวถึงกิจกรรมการให้บริการอาชีวอนามัยว่าควรครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้<sup>(10)</sup>

1. ระบุและประเมินปัจจัยความเสี่ยงในสถานที่ทำงานที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
2. ใ้าระวังปัจจัยในสิ่งแวดล้อมการทำงาน และการปฏิบัติงานที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพคนงาน รวมทั้งด้านสุขภาพจิต ร้านค้า บ้านพัก และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่นายจ้างเป็นผู้จัดทำให้
3. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผน การจัดองค์กร การออกแบบสถานที่ทำงาน การเลือก การบำรุงรักษา และดูแลเครื่องมือ เครื่องจักร และสารต่างๆ ที่ใช้ในการทำงาน
4. มีส่วนร่วมในการพัฒนาโครงการต่างๆ เพื่อปรับปรุงการทำงาน รวมทั้งการทดสอบและการประเมินเครื่องมือด้านสุขภาพชนิดใหม่
5. ให้คำแนะนำด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และเออร์โกโนมิกส์ รวมทั้งในด้านอุปกรณ์ป้องกันอันตรายทั้งที่ใช้ร่วมกันและใช้เฉพาะบุคคล
6. ใ้าระวังสุขภาพของคนงานที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน
7. ส่งเสริมการปรับสภาพงานให้เหมาะกับคนงาน
8. ให้ความช่วยเหลือด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน
9. การร่วมมือช่วยเหลือในเรื่องการค้นหาข้อมูล การฝึกอบรม และการให้ความรู้ด้านอาชีวอนามัย สุขภาพอนามัยและเออร์โกโนมิกส์
10. การจัดการด้านปฐมพยาบาลและการรักษาในกรณีฉุกเฉิน
11. การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์อุบัติเหตุและโรคจากการทำงาน

นอกจากนี้ ILO ยังได้กล่าวถึงข้อกำหนดเบื้องต้นที่ควรนึกถึงในการให้บริการอาชีวอนามัย ไว้ดังนี้

1. บุคลากรที่ให้บริการอาชีวอนามัยควรมีคุณภาพ
2. ผู้ให้บริการอาชีวอนามัยต้องไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในผลประโยชน์ที่จะได้
3. ควรเก็บข้อมูลเป็นความลับ
4. คนงานควรจะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมของการให้บริการ และผลการประเมินด้านสุขภาพ
5. คนงานและตัวแทนของคนงานควรมีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบรวมถึงการจัดการให้บริการอาชีวอนามัย

ชินโอสถ หักบำเรอ ( พ.ศ.2527 )<sup>(11)</sup> ได้กล่าวถึง การดูแลสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของผู้ประกอบอาชีพนั้น จะต้องประกอบไปด้วยกระบวนการดำเนินงานทางสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวงจรธรรมชาติของความเจ็บป่วย 6 ประการ คือ

1. การควบคุมสิ่งแวดล้อมและตัวเหตุโรค
  - 1.1 การเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมการทำงาน
  - 1.2 การควบคุมสิ่งคุกคามสุขภาพอนามัย
2. การส่งเสริมสุขภาพอนามัย
  - 2.1 การตรวจร่างกาย
  - 2.2 การศึกษาทางอาชีพอนามัย
3. การคุ้มกันเฉพาะโดยการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล
4. การวินิจฉัยโรคแต่แรกเริ่มแล้วรีบให้การรักษา
  - 4.1 การเฝ้าระวังสุขภาพอนามัย
  - 4.2 การปฐมพยาบาลและการรักษาพยาบาลความเจ็บป่วยเล็กน้อย
5. การกำจัดความพิการ
6. การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้พิการ

Mikheev M.I. (ค.ศ.1996) <sup>( 13 )</sup> ได้กล่าวถึงหน้าที่ 10 ประการของการบริการอาชีพอนามัย ไว้ดังนี้

1. การเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
2. การให้คำแนะนำเบื้องต้นในการควบคุมและป้องกันอันตรายจากการทำงาน
3. การเฝ้าระวังสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ
4. การติดตามภาวะสุขภาพของกลุ่มที่เสี่ยงต่ออันตราย
5. การปรับงานและสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้เหมาะสมกับสภาพคนงาน
6. การจัดหน่วยงานสำหรับการปฐมพยาบาลและการมีแผนเพื่อรองรับเหตุฉุกเฉิน
7. การให้ศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ
8. การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของคนงาน
9. การบริการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับโรคจากการประกอบอาชีพ
10. การบริการด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป

Rantanen J. and Fedotov IA. (ค.ศ.1998) <sup>(14)</sup> ได้กล่าวถึง หน้าที่และกิจกรรมของ บริการอาชีวอนามัย โดยยึดตาม ILO convention No.161 ประกอบกับ Recommendation No.171 ไว้ ดังนี้

1. การให้ข้อมูลเบื้องต้นแก่สถานประกอบการ

ในกรณีนี้ที่สถานประกอบการแห่งนั้นไม่เคยมีการจัดบริการอาชีวอนามัยมาก่อนนักอาชีวอนามัย ควรมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ความปลอดภัยและสุขภาพอนามัยของคนงานในสถานประกอบการ สิ่งคุกคามการบาดเจ็บและโรคที่พบ วิธีการทำงาน การได้รับสารเคมี การลาหยุดงาน รวมถึงแผน การเปลี่ยนแปลงกระบวนการผลิต การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ และสารเคมีชนิดใหม่ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กรใหม่

2. การเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมการทำงาน

3. การให้ข้อมูลแก่นายจ้าง/ผู้บริหารโรงงานและคนงานเกี่ยวกับสิ่งคุกคามต่อสุขภาพการทำงาน

4. การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ

5. การเฝ้าระวังสุขภาพคนทำงานทั้งเชิงรุก และเชิงรับ ซึ่งได้แก่

- การตรวจสุขภาพก่อนการจ้างงาน
- การตรวจสุขภาพเป็นระยะ
- การตรวจสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงานหลังการเจ็บป่วย
- การตรวจสุขภาพทั่วไป
- การตรวจสุขภาพก่อนออกจากงาน

5. การป้องกันและการตรวจวัดเพื่อควบคุมความเสี่ยงต่อสุขภาพ

6. การให้คำแนะนำต่างๆแก่ผู้บริหารโรงงานนายจ้าง คนงานและคณะกรรมการความปลอดภัย

7. การปฐมพยาบาลและการเตรียมพร้อมสำหรับเหตุฉุกเฉิน

8. การให้บริการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพคนงาน การป้องกันและการรักษาทั่วไป

9. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน

10. การปรับงานให้เหมาะสมกับคนงาน

11. การคุ้มครองกลุ่มผู้อ่อนแอ เสี่ยงต่อการเกิดโรค

12. การให้ข้อมูล การศึกษา และฝึกอบรมเกี่ยวกับสุขภาพ ความปลอดภัยในการทำงาน

13. กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

14. การจัดข้อมูล การบันทึกและการเก็บรักษาข้อมูล

15. การศึกษาวิจัย

The American College of Occupational and Environmental Medicine (อ้างถึงใน Robert J McConney ; ค.ศ.1998) <sup>( 17 )</sup> ได้เสนอแนวทางและองค์ประกอบที่สำคัญของบริการ อาชีวอนามัยไว้ดังนี้ (ตาราง 2.1 และตาราง 2.2)

ตาราง 2.1 โปรแกรมการดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. การประเมินสุขภาพคนงาน
  - a. ก่อนเข้าทำงาน
  - b. การเฝ้าระวังทางการแพทย์
  - c. หลังการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ
2. การวินิจฉัยและให้การรักษาผู้ที่บาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน รวมถึงการฟื้นฟูสภาพ
3. การให้การรักษาฉุกเฉินในผู้ที่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่ไม่ได้เกิดเนื่องจากการประกอบอาชีพ
4. การให้ความรู้แก่ลูกจ้างในงานที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย
5. การสนับสนุนการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล
6. การประเมิน ตรวจสอบและลดอันตรายในสถานที่ทำงาน
7. การประเมินทางพิษวิทยา รวมถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับสารเคมีซึ่งไม่มีการทดสอบทางพิษวิทยาอย่างเพียงพอ
8. การประเมินทางสถิติสุขภาพ และทางระบาดวิทยา
9. การเก็บรักษานันทิกทางการแพทย์
10. การแปลผลทางการแพทย์และมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกฎระเบียบด้านสุขภาพและความปลอดภัยของรัฐ
11. การประเมินทางอาชีวอนามัย หรือสิ่งแวดล้อมเป็นประจำ
12. การเตรียมรับอุบัติเหตุในการวางแผนของสถานประกอบการและชุมชน
13. การให้ความช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาหรือแอลกอฮอล์ หรือผู้มีปัญหาทางอารมณ์

ที่มา : ดัดแปลงจากขอบเขตและการปฏิบัติงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม รายงานของ The Occupational and Environmental Medicine Practice Committee of the American College of Occupational and Environmental Medicine. J. Occup. Med.1992; 34:436.

ตาราง 2.2 การเลือกองค์ประกอบของอาชีพอนามัยและสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย

1. การรักษาเพื่อบรรเทาโรคที่ไม่เนื่องมาจากงาน
2. การให้การรักษาซ้ำๆ ในโรคที่ไม่เนื่องมาจากงาน ควรมีการวางข้อกำหนดและเฝ้าคุมโดยแพทย์
3. การช่วยเหลือและควบคุมการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการขาดงาน
4. การช่วยเหลือและประเมินสุขภาพแต่ละบุคคล
5. การให้ภูมิคุ้มกันโรคจากการติดเชื้อที่ไม่ใช่จากการทำงาน
6. การให้ความรู้ และคำปรึกษาด้านสุขภาพ
7. การบริหารในการหยุดจ้างงานหรือออกจากงาน
8. การมีส่วนร่วมในการวางแผน และประเมินผลประโยชน์ด้านสุขภาพของคนงาน
9. การวิจัยหรือการมีส่วนร่วมในการวิจัยอย่างเป็นระบบ

ที่มา : ดัดแปลงจากขอบเขตและการปฏิบัติงานอาชีพอนามัยและสิ่งแวดล้อม รายงานของ The Occupational and Environmental Medicine Practice Committee of the American College of Occupational and Environmental Medicine. J. Occup. Med. 1992; 34:436.

สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์ (พ.ศ.2543)<sup>(16)</sup> ได้กล่าวถึงกิจกรรมหลักของการให้บริการทางด้านอาชีพอนามัย มีดังนี้ คือ

1. การดูแลและประเมินสถานะทางสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ
  - 1.1 การประเมินสุขภาพก่อนเข้าทำงาน
  - 1.2 การประเมินและดูแลสุขภาพขณะทำงาน
  - 1.3 การประเมินสุขภาพและฟื้นฟูสภาพหลังจากหยุดพักจากการเจ็บป่วย
  - 1.4 การให้วัคซีนและภูมิคุ้มกันโรค
2. การเฝ้าคุมทางด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
3. ความปลอดภัยในการทำงาน
4. การให้สุขศึกษา
5. การปฐมพยาบาลเบื้องต้น
6. การรักษาพยาบาล
7. การฟื้นฟูและดูแลคนงานที่ทุพพลภาพ
8. การให้คำปรึกษา
9. การให้คำปรึกษาในด้านอื่นๆ ได้แก่



- 9.1 การให้คำแนะนำเกี่ยวข้องกับการร้องขอเงินทดแทนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงาน
- 9.2 การให้คำปรึกษาในการวางแผนการป้องกันอุบัติเหตุในสถานประกอบการ
- 9.3 การให้คำแนะนำในเรื่องเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม
- 9.4 การให้คำแนะนำในเรื่องสุขาภิบาลอาหาร
10. การเก็บบันทึกข้อมูลทางสุขภาพ
  - 10.1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพของคนงานและเจ้าหน้าที่ทุกคน
  - 10.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรค
  - 10.3 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยด้วยโรคจากการทำงาน
  - 10.4 ข้อมูลอุบัติเหตุจากการทำงาน
  - 10.5 รายงานการเจ็บป่วยของคนงาน
  - 10.6 รายงานกิจกรรมและการประเมินผลกิจกรรมของหน่วยงาน
11. งานด้านอื่นๆ เช่น การประสานงานและติดต่อกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

#### ขั้นตอนในการพัฒนาบริการอาชีวอนามัย<sup>(14)</sup>

การเริ่มจัดตั้งบริการอาชีวอนามัยมี 3 กลยุทธ์ เพื่อจะทำการพัฒนาต่อไป คือ

- การขยายขอบเขตกิจกรรมให้ครอบคลุมสถานประกอบการและคนงานให้มากขึ้น
- การขยายเนื้อหาหลักบริการอาชีวอนามัย ให้บริการเน้นเฉพาะเนื้อหาหลักอย่างเดียว
- ขยายขั้นตอนทั้ง 2 ข้อที่กล่าวมาแล้วให้ครอบคลุม

ในปี ค.ศ. 1989 WHO/ European Consultation on Occupational Health Services (WHO 1989b) ได้มีการเสนอว่าบริการอาชีวอนามัยขั้นต่ำที่สุด ที่ควรจะมีประกอบด้วยกิจกรรมหลักดังต่อไปนี้

- การประเมินสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้ประกอบอาชีพ
- การปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโดยตรงต่อสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
- กิจกรรมการป้องกันโดยตรงต่อคนงาน
- การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การวินิจฉัยโรคจากการประกอบอาชีพและการฟื้นฟูสภาพเพื่อกลับ

เข้าทำงาน

- การติดตามและประเมินทางสถิติของอุบัติเหตุและโรคจากการทำงาน

ในทางปฏิบัติ มีสถานประกอบการจำนวนมากทั่วโลกที่ไม่สามารถจัดบริการเหล่านี้ให้คนงานได้ ดังนั้น ขั้นตอนแรกจึงควรมีการจัดตั้งบริการอาชีวอนามัยสำหรับกิจกรรมหลักที่กล่าวมาแล้วที่จำเป็นที่สุดก่อน

### ทีมบริการอาชีวอนามัย <sup>(11,16,18)</sup>

ทีมบริการอาชีวอนามัย เป็นกลุ่มบุคคลที่ทำงานในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุม ป้องกันโรคและงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้ประกอบอาชีพ นอกจากงานบริการดังกล่าว บุคลากรเหล่านี้ยังมีหน้าที่ในการให้สุศึกษาและการทำวิจัยเพื่อการแก้ไขปัญหาที่พบจากการทำงาน ซึ่งบุคคลดังกล่าวประกอบด้วย

1. แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ (Occupational Physician) เป็นแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านอาชีวเวชศาสตร์ โดยมีหน้าที่หลักในการดูแลรักษาผู้ป่วยและเฝ้าระวังโรคที่เกิดเนื่องจากการทำงาน นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ในการรับปรึกษาปัญหา และการบริหารจัดการเกี่ยวกับองค์ประกอบที่จะกระทบต่อสุขภาพอนามัยของผู้ประกอบอาชีพพร้อมกับบุคลากรทีมอาชีวอนามัยอื่นๆ

2. พยาบาลอาชีวอนามัย (Occupational Health Nurse) เป็นพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยมีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เกิดจากการทำงานอีกทั้งปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลทั่วไป นอกจากนี้ยังเป็นผู้ประสานงานและติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์และลูกจ้าง เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพอนามัยรวมทั้งการให้สุศึกษาแก่ลูกจ้างอีกด้วย

3. นักอาชีวสุขศาสตร์ (Occupational Hygienist) มักเป็นบุคคลที่มีพื้นความรู้ด้านวิศวกรรมหรือวิทยาศาสตร์พื้นฐาน แต่บางกรณีนักอาชีวสุขศาสตร์ก็เป็นบุคคลที่มีพื้นความรู้ทางการแพทย์ การพยาบาล และสรีรวิทยา บทบาทจะเกี่ยวข้องกับการตระหนักถึงปัญหาว่ามีสิ่งใดที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีการประเมินถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งหามาตรการในการควบคุม แก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมในการทำงาน กล่าวได้ว่าเป็นบทบาทที่เน้นหนักในด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

4. บุคลากรอื่นๆ ในทีมบริการอาชีวอนามัยที่อาจมีได้ คือ นักการยศาสตร์ (Ergonomist) นักอาชีวนำบัด (Occupational Therapist) นักจิตวิทยา (Psychologist) นักพิษวิทยา (Toxicologist) นักระบาดวิทยา (Epidemiologists) และเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย (Safety Officer) ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะมีความเชี่ยวชาญในแต่ละด้านที่เกี่ยวข้องกับโรคจากการทำงาน

### รูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัย <sup>(14, 16)</sup>

การจัดรูปแบบองค์กรในการให้บริการทางด้านอาชีวอนามัย มีหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือขนาด ประเภท กิจกรรม และโครงสร้างองค์กรของสถานประกอบการ ความสะดวกของผู้รับบริการ โครงสร้างการให้บริการทางด้านสาธารณสุข และภาวะเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละประเทศ Rantanen และคณะ (อ้างในสมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์) ได้อธิบายและสรุปรูปแบบของการจัดองค์กรในการให้บริการทางด้านอาชีวอนามัยไว้ดังนี้

### 1. รูปแบบของอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ (Big industry model)

การให้บริการนี้ดำเนินการและจัดการโดยสถานประกอบการเอง ทีมงานและบุคลากรที่ทำงานให้บริการจะเป็นลูกจ้างของสถานประกอบการ ซึ่งนอกจากจะให้บริการด้านอาชีวอนามัยแล้วยังให้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ ทั้งแก่พนักงานและครอบครัว ข้อดีของการให้บริการแบบนี้คือ ช่วยให้บุคลากรทางด้านอาชีวอนามัย สามารถให้บริการและเก็บข้อมูลเกี่ยวกับคนงานและสถานประกอบการได้อย่างสมบูรณ์ครอบคลุม สามารถที่จะมีส่วนร่วมในการดำเนินการควบคุมและแก้ไขปัญหาด้านอาชีวอนามัยได้อย่างเต็มที่ จุดอ่อน คือ นายจ้างอาจจะขึ้นำในการให้บริการมากเกินไป และอาจขาดการประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขอื่นๆ ได้

### 2. รูปแบบการให้บริการแบบกลุ่ม (Group or inter- enterprise model)

สถานประกอบการขนาดกลางและขนาดเล็กที่อยู่ในบริเวณใกล้เคียงกันรวมตัวกันเพื่อให้บริการอาชีวอนามัยร่วมกันซึ่งทำให้โรงงานขนาดเล็กที่ไม่สามารถมีบริการเป็นของตนเองได้รับการบริการจากองค์กรที่มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะและมีอุปกรณ์ที่มีคุณภาพอย่างครบถ้วน การดำเนินการในลักษณะนี้เป็นที่นิยมในประเทศแถบยุโรป เช่น สวีเดน นอร์เวย์ ฟินแลนด์ เดนมาร์ก และเนเธอร์แลนด์ เป็นต้น

### 3. การให้บริการตามกลุ่มอุตสาหกรรม (Industry-oriented model)

กลุ่มอุตสาหกรรมประเภทเดียวกันรวมตัวกัน จัดให้มีบริการอาชีวอนามัยเฉพาะสำหรับอุตสาหกรรมกลุ่มนั้นๆ ข้อดีของการให้บริการแบบนี้คือ ผู้ให้บริการมีความชำนาญเฉพาะทาง และทำให้เกิดการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมในการแก้ไขปัญหาเฉพาะของอุตสาหกรรมนั้นๆ ประเทศที่นิยมการบริการในลักษณะนี้ เช่น สวีเดน เนเธอร์แลนด์ และฝรั่งเศส อุตสาหกรรมที่นิยมใช้บริการแบบนี้ คือ อุตสาหกรรมก่อสร้าง

### 4. รูปแบบการให้บริการโดยสถานบริการสาธารณสุขจากภาคเอกชน (Private health center model)

การให้บริการเกิดจากตัวแทนธุรกิจ การให้บริการภาคเอกชนเป็นผู้จัดดำเนินการขึ้น และเสนอขายบริการให้แก่สถานประกอบการ การบริหารจัดการจะเป็นการดำเนินงานโดยภาคธุรกิจที่จัดตั้งเอง โดยไม่มีการมีส่วนร่วมของตัวแทนจากสถานประกอบการ ข้อเสียคือ หน่วยให้บริการอาจมุ่งเน้นเรื่องผลประโยชน์ในการทำกำไรมากเกินไปจนไม่ดูแลในเรื่องกิจกรรมหรือคุณภาพของการให้บริการ

### 5. รูปแบบการให้บริการแบบผสมผสานกับการให้บริการเวชกรรมชุมชน (Community health center model)

เป็นการให้บริการโดยหน่วยงานของรัฐบาลซึ่งเป็นการให้บริการขั้นพื้นฐานเหมือนการให้บริการทางสุขภาพอื่นๆ แก่ชุมชน เช่น อนามัยโรงเรียน อนามัยแม่และเด็ก จุดอ่อน คือ ผู้ให้บริการไม่มีความชำนาญเฉพาะทาง บริการที่จัดจึงเป็นการให้บริการด้านสุขภาพทั่วไป

### 6. รูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัยระดับชาติ (National health service model)

การให้บริการแบบนี้เป็นการให้บริการภายในสถานประกอบการโดยตรง แต่บุคลากรและการบริหารจัดการดำเนินการโดยภาครัฐทั้งหมด ประเทศที่ดำเนินการแบบนี้ ได้แก่ บัลแกเรีย ฮังการี โปแลนด์และรัสเซีย เป็นต้น รูปแบบการดำเนินการแบบนี้จะมุ่งเน้นที่สถานประกอบการขนาดใหญ่

7. การให้บริการอาชีวอนามัยจากกองทุนเงินทดแทน หรือเงินจากการประกันสังคม (Social security institution model) ในระบบนี้ทางสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้ดำเนินการจัดการและให้เงินทุนสนับสนุนในการให้บริการ ประเทศที่ดำเนินการแบบนี้ ได้แก่ ตุรกี อิสราเอล

Se-Hoon Lee (ค.ศ.1998) <sup>(19)</sup> ได้เขียนถึง การให้บริการอาชีวอนามัยในเกาหลีส่วนใหญ่จะเป็นในรูปแบบการจ้างให้สถาบันบริการอาชีวอนามัยสำหรับกลุ่มสถานประกอบการ (Group occupational health service institutions) มาจัดบริการให้ สถาบันเหล่านี้ส่วนมากประกอบด้วยแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ 1-2 คน พยาบาล 2 คน และนักอาชีวเวชศาสตร์ 2 คน ให้การดูแลสถานประกอบการ 100 แห่ง หรือคนงานประมาณ 10,000 คน โดยคิดค่าบริการ 1.50 เหรียญสหรัฐต่อคนงาน 1 คน และให้บริการรายเดือนตามตารางการให้บริการ ในปี ค.ศ.1996 มีสถาบันบริการอาชีวอนามัยสำหรับกลุ่มสถานประกอบการ 66 แห่ง ให้บริการอาชีวอนามัยแก่สถานประกอบการ 9,465 แห่ง และคนงาน 944,000 คน สถาบันเหล่านี้ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากโรงเรียนแพทย์ การให้บริการประกอบด้วย การให้สุขศึกษาและคำปรึกษาด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพประจำปีและให้คำอธิบาย การให้คำแนะนำการจัดการคนงานที่ป่วยและเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการทำงาน การตรวจวัดสภาพแวดล้อมการทำงาน การตรวจสอบระบบระบายอากาศ การจัดระบบการทำงาน แนะนำการควบคุมด้านวิศวกรรม การจัดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และกิจกรรมด้านอาชีวอนามัยอื่นๆ สถาบันเหล่านี้จะมีการตรวจเยี่ยมสถานประกอบการแต่ละแห่งไม่ต่ำกว่า 12 ครั้งต่อปี ( 2 ครั้งโดยแพทย์ 4 ครั้งโดยนักอาชีวเวชศาสตร์ และ 6 ครั้งโดยพยาบาล) สถาบันเหล่านี้ได้รับการตรวจสอบประกันคุณภาพการจัดการบริการประจำปีโดย The Korean Association of Specific Diagnosis โดยครอบคลุมการตรวจองค์กร การบริหารจัดการสถานที่ อุปกรณ์ บุคลากร และขั้นตอนการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ส่วนการประกันคุณภาพการตรวจสอบ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน (environmental monitoring) จะทำการตรวจสอบ 2 ครั้งต่อปีโดย The Korean Industrial Safety Cooperation (KISCO) การประกันคุณภาพด้านการตรวจทางชีวภาพ (biological monitoring) จะทำการตรวจสอบ 2 ครั้งต่อปีโดย The Korean Industrial Health Association

### 3. งานอาชีวอนามัยในประเทศไทย <sup>(11,15)</sup>

ประเทศไทยมีการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 ในปีพ.ศ. 2504 จนถึงปัจจุบัน จากการพัฒนาดังกล่าวส่งผลให้เขตอุตสาหกรรมขยายตัวมากขึ้น โรงงานอุตสาหกรรมเกิดขึ้นมากมาย เกิดปัญหามลพิษจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของคนงานขึ้น ซึ่งเห็นได้จากการเกิด

เหตุการณ์แพ้พิษแมงกานีสในโรงงานถ่านไฟฉายแห่งหนึ่งในปี พ.ศ. 2507 ทำให้มีผู้แพ้พิษแมงกานีสในระดับความรุนแรงต่างๆ กันถึง 41 ราย

ต่อมาในปี พ.ศ. 2509 สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้เริ่มบรรจุโครงการอาชีวอนามัยเข้าไปในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2510-2514)

พ.ศ.2510 กระทรวงสาธารณสุข มีการจัดตั้งโครงการอาชีวอนามัยขึ้น

พ.ศ.2511 คณะรัฐมนตรีได้มีมติให้ตั้งคณะกรรมการประสานงานอาชีวอนามัยแห่งชาติขึ้นเพื่อให้เกิดการประสานงานกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงเกษตร และทบวงมหาวิทยาลัย เป็นต้น

พ.ศ.2512 กระทรวงอุตสาหกรรมได้ออกพระราชบัญญัติโรงงานขึ้น

พ.ศ.2515 กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้จัดตั้งกองอาชีวอนามัยขึ้น สังกัดกรมส่งเสริมสาธารณสุข ปัจจุบันคือ กรมอนามัย และในปีเดียวกัน ได้มีการออกประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515 เพื่อเป็นกฎหมายคุ้มครองสุขภาพอนามัยของลูกจ้าง

พ.ศ.2517 กรมแรงงาน กระทรวงมหาดไทย ได้จัดตั้งฝ่ายความปลอดภัยในการทำงาน โดยสังกัดกองคุ้มครองแรงงานขึ้น ซึ่งต่อมาได้ยกฐานะเป็นกองมาตรฐานแรงงาน

นับตั้งแต่ พ.ศ.2519 เป็นต้นมา โดยอาศัยอำนาจตามประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103 กระทรวงมหาดไทย ได้ประกาศกำหนดสวัสดิการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยสำหรับลูกจ้างอีกหลายเรื่อง

พ.ศ.2525 รัฐบาลได้ตระหนักถึงความรุนแรงของอุบัติเหตุที่คุกคามชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนคนไทยในปัจจุบันและมีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ จึงได้มีมาตรการป้องกันอุบัติเหตุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 5 โดยจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแห่งชาติ (กปอ.) ขึ้นในสำนักนายกรัฐมนตรี โดยมี ฯพณฯ นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีผู้บริหารในระดับสูงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นกรรมการ

พ.ศ.2526 กรมแรงงาน กระทรวงมหาดไทย ได้รับความช่วยเหลือและร่วมมือจากองค์การแรงงานระหว่างประเทศในการจัดตั้งสถาบันความปลอดภัยในการทำงานขึ้น

พ.ศ.2528 กระทรวงมหาดไทยได้ออกประกาศกระทรวงมหาดไทย เรื่องความปลอดภัยในการทำงานของลูกจ้างหลายฉบับที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ที่สำคัญคือการบังคับให้โรงงานที่มีคนงานเกิน 100 คนต้องมีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยประจำ ทำงานเต็มเวลาในโรงงาน

พ.ศ.2533 มีการจัดตั้งสำนักงานประกันสังคมขึ้นตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ขึ้นกับกระทรวงมหาดไทย และต่อมาสำนักงานประกันสังคมได้ออนไปสังกัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

พ.ศ.2536 มีการจัดตั้งกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม มีการโอนหน่วยงานจากกระทรวงมหาดไทยมาสังกัดหลายกรมกอง

พ.ศ.2537 ได้มีการออกพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาใช้แทนประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเงินทดแทนต่างๆ

พ.ศ.2540 ได้มีการออกพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงานมาบังคับใช้แทนประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 มีผลบังคับใช้เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ.2541

พ.ศ.2542 กระทรวงอุตสาหกรรมโดยสำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม ได้มีการกำหนดอนุกรมมาตรฐานด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยขึ้น คือ มอก.18000 หรือเปรียบเทียบกับอนุกรมมาตรฐานสากล คือ ISO 18000 ประเทศไทยนับเป็นประเทศแรกที่มีการประกาศใช้อนุกรมมาตรฐานนี้<sup>(15)</sup>

#### 4. วิวัฒนาการงานอาชีวอนามัยของกระทรวงสาธารณสุข<sup>(20-21)</sup>

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยมีการดำเนินงานอาชีวอนามัยมาตั้งแต่ พ.ศ.2510 คือได้จัดดำเนินการแก้ไข ควบคุม ป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการประกอบอาชีพ โดยเริ่มดำเนินการในโรงงานอุตสาหกรรมในจังหวัดที่มีการพัฒนาอุตสาหกรรมก่อนด้วยการสืบค้นปัญหาอาชีวอนามัย ได้แก่ การสำรวจสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ ตรวจสอบสุขภาพคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมประเภทต่างๆ ในกรุงเทพฯ และจังหวัดใกล้เคียง ตลอดจนการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาวิธีการแก้ปัญหาโรคและการบาดเจ็บจากการประกอบอาชีพที่เหมาะสม

ในช่วงระยะแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 และ ฉบับที่ 6 ที่ผ่านมามีปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มผู้ปฏิบัติงานทำหรือผู้ประกอบอาชีพมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเขตเมืองหลักที่มีการพัฒนาอุตสาหกรรม

กรมอนามัย จึงมีนโยบายกระจายงานอาชีวอนามัยออกสู่ส่วนภูมิภาค ด้วยการผสมผสานงานอาชีวอนามัยเข้าในระบบการดำเนินงานสาธารณสุขของส่วนภูมิภาค ตั้งแต่แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 เป็นต้นมา โดยการให้หน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาครับผิดชอบดำเนินงานอาชีวอนามัยได้ในระดับหนึ่งตามศักยภาพที่มีอยู่ และให้หน่วยงานส่วนกลาง คือ กองอาชีวอนามัยส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานอาชีวอนามัยของจังหวัดผ่านศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อมเขตที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ ซึ่งขณะนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยของจังหวัด คือ ฝ่ายสุขภาพิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัจจุบันได้เปลี่ยนชื่อเป็นกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 เป็นต้นมา กรมอนามัยมีนโยบายขยายความครอบคลุมและการพัฒนาคุณภาพของการดำเนินงานอาชีวอนามัยให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ด้วยการเน้นการพัฒนากระบวนการเฝ้าคุมโรคและสิ่งแวดล้อมที่มีลำดับความสำคัญสูง โดยการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ การวิจัยเพื่อพัฒนา รวมทั้งการจัดตั้งหน่วยงานอาชีวเวชกรรมให้ครบทุก

โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทั่วประเทศ และพัฒนาประสิทธิภาพของการจัดบริการอาชีวอนามัย ส่วนภูมิภาค โดยเน้นในพื้นที่เขตอุตสาหกรรมหนาแน่นก่อน<sup>(20)</sup>

ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 แผนงานรองอาชีวอนามัยได้กำหนดให้งาน พัฒนาอาชีวอนามัยและอาชีวเวชกรรมเป็นงานสำคัญส่วนหนึ่งในงานอาชีวอนามัยจึงได้กำหนดนโยบาย เร่งรัดพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐให้สามารถจัดบริการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้ประกอบ อาชีพ และประชาชนในพื้นที่ต่างๆ อย่างทั่วถึง นับตั้งแต่โรงพยาบาลเฉพาะทางต่างๆ ในสังกัดกรมวิชา การส่วนกลาง และระดับเขต โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนใน ระดับอำเภอ สถานีอนามัยในระดับตำบล และงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับหมู่บ้าน

ภายใต้แผนงานอาชีวอนามัย เพื่อพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐ ได้กำหนด กิจกรรมสำคัญและเป้าหมายในการดำเนินงานดังนี้ คือ

1. กำหนดให้มีงานอาชีวเวชกรรมในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปทั่วประเทศ ซึ่งได้ เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่แผนฯ 6 จนถึงปัจจุบัน โดยการประสานความร่วมมือระหว่างกรมการแพทย์ สำนักปลัดกระทรวง และก.พ. ในขณะนี้ ในกรอบอัตรากำลัง 3 ปี รอบที่ 3 ก.พ. ได้จัดให้มีงาน อาชีวเวชกรรมขึ้นมาในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ในจังหวัดที่กำหนดให้เป็นเขตพื้นที่อุตสาหกรรมจำนวน 30 จังหวัดก่อน ได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง สมุทรปราการ สระบุรี สุพรรณบุรี ระยอง ชลบุรี ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี นครปฐม ราชบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี นครราชสีมา ขอนแก่น อุบลราชธานี ตาก กำแพงเพชร นครสวรรค์ พิษณุโลก ลำปาง เชียงใหม่ สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช กระบี่ ภูเก็ต และสงขลา และได้เร่งขยายผลให้ดำเนินการครบทุกจังหวัดในกรอบอัตรา กำลัง 5 ปี รอบที่ 4 และแยกงานอาชีวเวชกรรมออกมาจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม เป็นกลุ่มงาน อาชีวเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม

2. พัฒนาบุคลากรแพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุขต่างๆ ให้มีความรู้ความสามารถ ในการดำเนินงาน โดยการอบรมแพทย์ให้มีความรู้ทางแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ จัดอบรมพยาบาลให้มีความรู้ด้านพยาบาลอาชีวอนามัย จัดอบรมเจ้าหน้าที่ชั้นสูงตร เพื่อการพัฒนาศักยภาพในการตรวจ วิเคราะห์ตัวอย่างอาชีวอนามัย จัดอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีความรู้ในการดำเนินงานอาชีวอนามัย ให้ครอบคลุมทุกจังหวัด และจัดการอบรมต่อเนื่องในทุกสายงานเพื่อให้เป็นทีมงานที่พัฒนาการบริการ อาชีวอนามัยและอาชีวเวชกรรมในพื้นที่รับผิดชอบทั้งในส่วนของภาครัฐและเอกชน

3. การจัดตั้งงบประมาณในการดำเนินงาน และจัดซื้อวัสดุครุภัณฑ์ ซึ่งกองอาชีวอนามัยได้ให้ การสนับสนุนครุภัณฑ์วิทยาศาสตร์และการแพทย์ ในปีงบประมาณ 2536-2539 ให้แก่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 40 แห่ง ใน 35 จังหวัด และขยายผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2540 ให้ แก่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่เหลือให้ครบทุกแห่ง

ในการสนับสนุนครุภัณฑ์ ดังกล่าว กองอาชีวอนามัยได้ให้การสนับสนุนครุภัณฑ์ฯ ที่ใช้ ในการดำเนินงานทั้งทางด้านสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม และห้องปฏิบัติการดังต่อไปนี้

1. เครื่องตรวจสมรรถภาพปอด
2. เครื่องตรวจสมรรถภาพการได้ยิน
3. เครื่องตรวจสมรรถภาพการมองเห็น
4. ชุดเครื่องมือสำหรับทดสอบสมรรถภาพทางกาย
5. เครื่องวัดปริมาณธาตุ โดยการดูดกลืนแสงของอะตอม
6. เครื่องแยกและหาปริมาณสารโดยใช้แก๊สเป็นตัวพา
7. เครื่องแยกและหาปริมาณสารโดยใช้ของเหลวเป็นตัวพา
8. ชุดวัดระดับความดันและวิเคราะห์ความถี่เสียง
9. เครื่องวัดแสง
10. ชุดวัดความร้อน
11. เครื่องวัดปริมาณออกซิเจน
12. เครื่องไมโครคอมพิวเตอร์ พร้อมเครื่องพิมพ์<sup>(21)</sup>

#### 5. งานบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล

Jeyaratnam J , Chia KS (ค.ศ.1998) (อ้างใน David Koh และHin-Peng Lee)<sup>(22)</sup>

ว่า บทบาทของบริการอาชีวอนามัยในสถานบริการสาธารณสุขควรประกอบด้วยงานพื้นฐานดังนี้

- การให้บริการในเรื่องการป้องกันสุขภาพ การให้สุศึกษา และโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน รวมถึงการประเมินผลของกิจกรรมเหล่านั้น
- การตรวจร่างกายก่อนเข้าทำงาน และระหว่างการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสสิ่งที่เป็นอันตราย การวิเคราะห์และแปลผลการเฝ้าระวัง
- การให้การรักษาเบื้องต้นและการฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการประสานงานในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น
- การบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลทางสุขภาพ และการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการขาดงาน
- การให้คำแนะนำในงานอาชีวอนามัยแก่นายจ้างและลูกจ้าง

ปรากรม วุฒิพงษ์ (พ.ศ.2541)<sup>(23)</sup> ได้กล่าวว่า การจัดบริการอาชีวเวชกรรมเป็นการใช้ความรู้ทางการแพทย์เพื่อการดูแลสุขภาพอนามัย ของผู้ประกอบการทุกหมู่เหล่า โดยต้องเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค รวมทั้งการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังเพื่อการตรวจสอบและวินิจฉัยโรค หรือปัญหาสุขภาพได้ตั้งแต่แรกเริ่ม



## 5.1 โรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาลทั่วไป

### โรงพยาบาลศูนย์ <sup>(24 - 25)</sup>

คือสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดขนาดใหญ่และเป็น ศูนย์กลางการให้บริการรักษาพยาบาลในระดับเขต เป็นโรงพยาบาลขนาด 500 เตียงขึ้นไป มีอาณาเขต ความรับผิดชอบครอบคลุม 7 - 8 จังหวัด ให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยในทุกสาขาและบางอนุสาขาใน ระดับ Tertiary Medical Care โดยใช้เทคนิคบริการทางการแพทย์ในระดับสูง และทำหน้าที่เป็นศูนย์ กลางทางการศึกษา การวิจัยทางการแพทย์ร่วมกับมหาวิทยาลัยต่างๆ สนับสนุนและนิเทศงานให้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ในจังหวัดพื้นที่รับผิดชอบทาง วิชาการด้านการรักษาพยาบาลและอื่นๆ รวมทั้งสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน

### โรงพยาบาลทั่วไป <sup>(24-25)</sup>

คือสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำชุมชนระดับจังหวัดและอำเภอ ขนาดใหญ่ที่มีความเจริญสูง เป็นโรงพยาบาลขนาด 150 เตียงขึ้นไป แต่ไม่เกิน 500 เตียง มีบทบาทใน การให้บริการรักษาพยาบาลได้ครบทุกโรคในระดับ Secondary Medical Care และ Tertiary Medical Care ในบางสาขา นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงของโรงพยาบาลชุมชน และเป็นแม่ข่ายในการรับ- ส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการระดับรองลงไป โดยแบ่งขนาดของโรงพยาบาลทั่วไป ออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

- (1) กลุ่ม 1 เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก มีจำนวนเตียงไม่เกิน 300 เตียง มีผู้มารับบริการ น้อย กำหนดบทบาทเป็นแหล่งรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน หรือสถานบริการ ระดับรองลงไป บทบาทการให้บริการรักษาพยาบาลได้ระดับ Secondary Medical Care ในสาขาสำคัญที่เปิดบริการ
- (2) กลุ่ม 2 เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ มีจำนวนเตียง 300 เตียงขึ้นไป มีผู้ป่วยในเฉลี่ยไม่ น้อยกว่าวันละ 240 ราย กำหนดบทบาทเป็นแม่ข่ายระดับรองลงไป สามารถให้บริการรักษา พยาบาลในระดับ Tertiary Medical Care ได้ในบางสาขา โดยเปิดดำเนินการครบทุกสาขา และเป็นสถาบันสมทบในการสอนหรือฝึกอบรมนักศึกษาแพทย์และพยาบาล

## งานบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป

เป็นการให้บริการทางอาชีวเวชกรรมในระดับจังหวัด มีการดำเนินการโดยฝ่ายอาชีวเวชกรรมของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ขณะนี้การให้บริการได้ครอบคลุมทุกจังหวัดแล้ว(แต่คุณภาพของการให้บริการอาจจะไม่เท่ากัน) <sup>(16)</sup>

กิจกรรมสำคัญสำหรับงานอาชีวเวชกรรมในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป มีดังนี้<sup>(26)</sup>

### 1. งานบริการในสถานบริการ

- ตรวจวินิจฉัยโรคจากการทำงานและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษา
- การเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพ
  - รวบรวมรายงานโรคจากการประกอบอาชีพ/อุบัติเหตุจากการทำงาน
  - สอบสวนโรค
- ตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน
- อบรมความรู้ทางวิชาการแก่บุคลากรในหน่วยงาน/ประชาชนทั่วไป
- เป็นที่ปรึกษาทางวิชาการแก่หน่วยงานในภาครัฐและเอกชน
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารงานอาชีวเวชกรรม

### 2. งานบริการนอกสถานบริการ

- จัดบริการสาธารณสุขในกลุ่มผู้ใช้แรงงานในภาคอุตสาหกรรมและภาคเกษตรกรรม ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ
- จัดบริการด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ
- สอบสวนโรคและควบคุมป้องกันโรคจากการทำงาน

### 3. งานสาธารณสุขมูลฐาน

- สนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและความปลอดภัยในการทำงานดังนี้
  - สนับสนุนการจัดตั้งองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุข
  - สนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการความปลอดภัยและเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย
- ฝึกอบรมความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน
- นิเทศติดตาม
- ยกย่องรางวัลตัวอย่างตามเกณฑ์

### 4. งานประสานงาน

- ประสานกับหน่วยงานในโรงพยาบาล เช่น งานประกันสังคม งานชันสูตร อื่นๆ เป็นต้น

- ประสานกับหน่วยงานอื่นนอกโรงพยาบาล เช่น สำนักงานประกันสังคมจังหวัด แรงงานจังหวัด ศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน เป็นต้น
5. งานค้นคว้าวิจัยและเผยแพร่ความรู้ด้านวิชาการในงานอาชีพเวชกรรม
  6. งานฝึกอบรมทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน แก่
    - พยาบาลประจำโรงงาน
    - เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย
    - แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดำเนินการให้บริการแก่สถานประกอบการต่างๆ

## 5.2 โรงพยาบาลชุมชน<sup>(24)</sup>

หมายถึง สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐ ที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้รักษาภายในตั้งแต่ 10 – 120 เตียง (ไม่เกิน 150 เตียง) ประจำชุมชนระดับอำเภอ เป็นศูนย์บริการและวิชาการทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การปรับปรุงสุขภาพิบาลและสิ่งแวดล้อมชุมชน และการฟื้นฟูสภาพในระดับอำเภอมิหน้าที่เสมือนหนึ่งเป็นสถานเือนามัยประจำตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลหรือในเขตพื้นที่บริเวณที่ตั้งโรงพยาบาล ซึ่งครอบคลุมประชากรประมาณหนึ่งแสนคนเป็นหน่วยงานที่ขึ้นตรงต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

### งานบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลชุมชน

เป็นการให้บริการอาชีวอนามัยระดับอำเภอ ได้เริ่มมีการพัฒนาการให้บริการอาชีวอนามัยแล้ว โดยเริ่มในบางจังหวัดที่มีโรงงานอุตสาหกรรมหนาแน่นก่อน ซึ่งส่วนใหญ่ดำเนินการโดยฝ่ายสุขภาพิบาลและป้องกันโรค แต่บางแห่งอาจมีการแยกหน่วยงานเพื่อดูแลรับผิดชอบเฉพาะงานบริการอาชีวอนามัยอย่างเดียว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลที่อยู่ในเขตที่มีอุตสาหกรรมหนาแน่น

กิจกรรมสำคัญสำหรับงานบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลชุมชน มีดังนี้<sup>(26)</sup>

1. งานพยาบาลอาชีวอนามัย
  - ให้บริการตรวจพิเศษทางอาชีวอนามัย
  - ให้การตรวจคัดกรองโรคจากการทำงานและอุบัติเหตุจากการทำงาน
  - สนับสนุนการสอบสวนโรคจากการทำงานและจากสิ่งแวดล้อม
  - ศึกษาค้นคว้าและวิจัยทางด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม
  - มีส่วนร่วมในกระบวนการเฝ้าระวังโรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน

- ร่วมทำแผนฉุกเฉินเพื่อรองรับอุบัติเหตุจากสารเคมีและวัตถุอันตราย รวมทั้งจัดให้มีการซ้อมแผนและปรับปรุงแผนให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ
- เฝ้าระวังสิ่งแวดล้อม สภาพแวดล้อมในการทำงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล รวมทั้งสภาวะสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล
- ให้อาชีพศึกษาศึกษารายบุคคลแก่ผู้รับบริการ

## 2. งานคลินิกอาชีพเวชกรรม

- ให้บริการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานและประจำปีแก่ผู้ประกอบการอาชีพ
- ให้การตรวจวินิจฉัยโรคจากการทำงานและเกี่ยวเนื่องจากการทำงาน
- ดำเนินกิจกรรมการเฝ้าคุมทางอาชีวอนามัยในส่วนของงานเฝ้าระวังทางการแพทย์ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลให้งานสารสนเทศและอาชีวศึกษาและโรคที่เฝ้าระวังด้านอาชีวอนามัย แล้วประสานงานกับฝ่ายสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเพื่อรายงานโรคต่อไป
- จัดระบบบริการสาธารณสุขเพื่อรองรับอุบัติเหตุโดยศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับแผนของจังหวัด ข้อมูลสารเคมี
- บริการประสานงานด้านฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย / ผู้บาดเจ็บจากการทำงานโดยประสานงานกับศูนย์ฟื้นฟู

## 3. งานอาชีวเวชศาสตร์

- ให้บริการตรวจสุขภาพและสภาวะแวดล้อมในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ปีละ 1 ครั้ง โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
- สํารวจสถานประกอบการขนาดเล็กที่มีปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพอนามัยในพื้นที่รับผิดชอบปีละ 1 ครั้ง
- ให้บริการตรวจสุขภาพและสภาวะแวดล้อมในโรงงานอุตสาหกรรมนอกเขตรับผิดชอบตามที่ได้รับคำร้องขอ
- ให้คำปรึกษาและแนะนำในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานให้เหมาะสมบริการและดำเนินการตรวจสุขภาพประจำปีนอกสถานที่
- รับผิดชอบงาน 5ส. ของคลินิก

## 4. งานสารสนเทศและอาชีวศึกษา

- เผยแพร่ความรู้ด้านอาชีวอนามัยแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย(รายกลุ่ม/รายบุคคล) ได้แก่
  - ผู้ประกอบการอาชีพ
  - เจ้าของสถานประกอบการ
  - อาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงาน
  - ผู้รับบริการทั้งในและนอกโรงพยาบาล
  - ประชาชนทั่วไป

- ให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการอาชีพในสถานประกอบการในเขตรับผิดชอบตามปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง/โรง
- ร่วมดำเนินการสำรวจสภาพแวดล้อมในการทำงานในสถานประกอบการในเขตรับผิดชอบปีละ 1 ครั้ง/โรง เพื่อนำปัจจัยเสี่ยงที่พบมาเป็นข้อมูลในการเตรียมการให้ความรู้แก่ผู้ใช้แรงงานในสถานประกอบการนั้นๆ
- ดำเนินการอบรมพนักงานในสถานประกอบการนอกเขตรับผิดชอบ เรื่อง “ การปฐมพยาบาล” ตามที่ร้องขอ
- จัดทำสื่อในการเผยแพร่ความรู้ด้านอาชีวอนามัย ได้แก่ บอร์ด แผ่นพับ โปสเตอร์ เอกสารเผยแพร่ความรู้ต่างๆ
- จัดเก็บและปรับข้อมูลสารเคมีในโรงงานให้เป็นปัจจุบัน โดยจัดเก็บลงในโปรแกรม CAMEO
- ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในด้านสารสนเทศและอาชีวศึกษาทั้งในและนอกโรงพยาบาลเพื่อดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ
- ดำเนินกิจกรรมอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

### 5.3 โรงพยาบาลเอกชน<sup>(27)</sup>

โรงพยาบาลเอกชน หมายถึง สถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ที่จัดตั้งและดำเนินการโดยเอกชน โดยทั่วไปอาจแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ตามลักษณะของการเป็นเจ้าของ คือ

- (1) โรงพยาบาลเอกชนมุ่งผลกำไรหรือโรงพยาบาลเอกชนประเภทธุรกิจ คือ โรงพยาบาลที่เปิดรับรักษาโรคทุกชนิด หรือเฉพาะโรค โดยมีแพทย์ผู้ชำนาญประจำอยู่หรือมาทำงานเป็นบางเวลา (Part-time) การลงทุนใช้เงินจากเอกชนทั้งสิ้น ส่วนมากมักดำเนินการในรูปแบบของบริษัทจำกัด หรือห้างหุ้นส่วนจำกัด โดยอาจมีลักษณะของผู้ถือหุ้นและจัดเป็นธุรกิจการให้บริการรักษาพยาบาลเพื่อผลกำไร โรงพยาบาลพวกนี้จะต้องเสียภาษีการค้าและภาษีเงินได้
- (2) โรงพยาบาลเอกชนกึ่งการกุศล คือ โรงพยาบาลที่เกิดขึ้นโดยได้รับการสนับสนุนเบื้องต้นทางการเงินจากมูลนิธิทั้งในและนอกประเทศ ลักษณะการจัดบริการส่วนหนึ่งจะมีเพียงสำหรับคนไข้สามัญ(อนาถา) ซึ่งให้บริการรักษาพยาบาลในราคาต่ำ หรือให้บริการฟรีในบางกรณี อีกส่วนหนึ่งจะเป็นเพียงสำหรับคนไข้พิเศษ ซึ่งเก็บค่าบริการสูงกว่าเตียงสามัญ ราบได้จากคนไข้พิเศษจะนำไปจุนเจือให้โรงพยาบาลสามารถดำเนินการไปได้ และโรงพยาบาลประเภทนี้ไม่ต้องเสียภาษีให้รัฐ

### การบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลเอกชน

ได้เริ่มมีการให้บริการอาชีวอนามัยกันบ้างแล้วในบางพื้นที่ที่มีอุตสาหกรรมหนาแน่น การให้บริการจะมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละแห่ง โดยมากจะเป็นการให้บริการควบคู่ไปกับงานประกันสังคม(รักษาผู้ป่วยจากโรคอื่นๆ ที่มีได้เกี่ยวกับการทำงาน) และให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีแก่สถานประกอบการ<sup>(28)</sup> การให้บริการมีแนวโน้มที่จะมีเพิ่มขึ้น เนื่องจากในมาตรา 107 ในพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541<sup>(29)</sup> กำหนดให้นายจ้างต้องจัดให้มีการตรวจสุขภาพลูกจ้าง และส่งผลการตรวจดังกล่าวแก่พนักงานตรวจแรงงาน มาตรานี้น่าจะมีส่วนช่วยขยายตลาดให้แก่โรงพยาบาลเอกชน แต่ทั้งนี้ย่อมขึ้นกับนโยบายของผู้บริหารเพราะการดำเนินงานจำเป็นต้องลงทุนด้านทรัพยากรทั้งอุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากรค่อนข้างสูง ทำให้การขยายตัวสำหรับการให้บริการด้านนี้เป็นไปค่อนข้างช้า

### อุปสรรคและปัญหาการให้บริการอาชีวอนามัย พบว่า<sup>(16,30-31)</sup>

1. ยังไม่มีนโยบายระดับชาติและระดับกระทรวง(สาธารณสุข) ที่เอื้อต่อการให้บริการอาชีวอนามัย
2. ขาดการประสานงานที่ดี และการทำงานเป็นทีมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานอาชีวอนามัย
3. ข้อมูลข่าวสาร และการเชื่อมโยงระบบสารสนเทศ ยังไม่มีการจัดการที่ชัดเจนและเป็นระบบ ไม่มีการวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ร่วมกันระหว่างหน่วยงาน
4. ขาดเครือข่ายทางด้านวิชาการเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ในกลุ่มผู้ให้บริการอาชีวอนามัย
5. ผู้ปฏิบัติงานขาดองค์ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน
6. ขาดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดร่วมกัน
7. ด้านโครงสร้างของงานและความก้าวหน้าในตำแหน่ง ยังไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ ขาดโครงสร้างที่เป็นทางการในงานอาชีวอนามัย รวมทั้งการกำหนดอัตราตำแหน่ง ทุนเพื่อการศึกษาเฉพาะทาง โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน
8. ผู้ให้บริการมุ่งบริการภาคอุตสาหกรรมการผลิตเป็นหลักโดยเฉพาะอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ ในขณะที่กลุ่มอุตสาหกรรมขนาดเล็ก อุตสาหกรรมบริการ กลุ่มเกษตรกร และแรงงานนอกระบบยังไม่มีบริการอาชีวอนามัยเท่าที่ควร
9. นายและลูกจ้างยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับงานด้านอาชีวอนามัยเท่าที่ควร

10. การเปิดคลินิกโรคจากการทำงาน ประสบปัญหาไม่มีผู้ให้บริการ เนื่องจากผู้ประกอบอาชีพและนายจ้างไม่ทราบว่าลูกจ้างเป็นโรคจากการทำงาน ลูกจ้างไม่มีโอกาสมารับการตรวจรักษาหรือแพทย์ไม่ได้ตระหนักว่าเป็นโรคจากการทำงาน

#### 6. บทบาทของโรงพยาบาลกับโครงการประกันสังคม<sup>(32-33)</sup>

นับตั้งแต่พระราชบัญญัติประกันสังคม พุทธศักราช 2533 ได้ประกาศใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ.2533 เป็นต้นมา การประกันตนตามพระราชบัญญัตินี้ได้ขยายตัวอย่างรวดเร็วจากการดำเนินการตามกฎหมายที่บังคับให้สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ต้องเข้าร่วมการประกันตนให้แก่ลูกจ้าง จนปัจจุบันได้มีการขยายความครอบคลุมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป (เริ่ม 1 เมษายน พ.ศ.2545) การขยายตัวอย่างรวดเร็วของการประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคมนี้ หมายถึงการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้ประกันตน จำนวนสถานประกอบการหรือนายจ้าง จำนวนสถานบริการทางการแพทย์ กองทุนประกันสังคม และค่าใช้จ่ายทั้งในด้านการบริการ และการให้บริการของผู้ประกันตนตามสิทธิประโยชน์ที่ได้มีการกำหนดไว้

วัตถุประสงค์หลักของการประกันตน คือ การให้ผู้ประกันตนได้รับประโยชน์สูงสุดและเป็นไปได้มากที่สุดด้านการแพทย์ภายในวงเงินที่จำกัด เมื่อผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยโรคที่ไม่ใช่เนื่องมาจากการทำงานโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้ประกันตน โดยที่ผู้ประกันตนจะต้องจ่ายร้อยละ 1.5 ของอัตราค่าจ้างของตนเข้ากองทุนประกันสังคม และนายจ้างและรัฐบาลต้องสมทบอีกฝ่ายละ 1.5 ของอัตราค่าจ้างของลูกจ้าง

สิทธิประโยชน์ทดแทนที่ผู้ประกันตนพึงได้รับ มีดังต่อไปนี้<sup>(32)</sup>

1. ประโยชน์ทดแทนในกรณีตาย
2. ประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ
3. ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องมาจากการทำงาน
4. ประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร
5. ประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ
6. ประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร
7. ประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงาน

เมื่อพิจารณาประโยชน์ทดแทนที่ผู้ประกันตนได้รับใน 7 ประเภท มีอยู่ 2 ประเภท ที่เกี่ยวกับการจัดบริการทางการแพทย์ คือ การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องมาจากการทำงาน และคลอดบุตร สำหรับการให้บริการทางการแพทย์ซึ่งสำนักงานประกันสังคมไม่มีโรงพยาบาลของตนเอง จึงใช้สถานบริการของภาครัฐและเอกชนที่มีอยู่แล้วมาเข้าร่วมโครงการ ทั้งนี้สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าตอบแทนแก่โรงพยาบาลในโครงการประกันสังคมเป็นวิธีเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) หมายถึง

การที่กองทุนประกันสังคมจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลเป็นรายปี ในอัตราเหมาจ่ายปัจจุบัน 1,100 บาท / ผู้ประกันตน 1 คน / ปี ( เริ่ม 1 กันยายน พ.ศ.2543 )<sup>(34)</sup> โดยที่โรงพยาบาลจะรับผิดชอบในการดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตนที่ได้ลงทะเบียนไว้จนถึงที่สุดสำหรับโรค

สำหรับปัญหาในระยะแรก คือ การที่ผู้ประกันตนทุกคนไม่ได้ใช้บริการทางการแพทย์ โอกาสที่สถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน จะมีรายได้เพิ่มขึ้นจากการที่ลูกจ้างเลือกสถานพยาบาลเป็นสถานบริการคู่สัญญาจึงมีอยู่ และจะมีมากขึ้นหากนายจ้าง/ลูกจ้างเลือกสถานพยาบาลเป็นสถานบริการคู่สัญญาหลัก ยังมีผู้ประกันตนเลือกมากเท่าใดโอกาสที่จะทำรายได้จากส่วนนี้จะมีมากขึ้นเท่านั้น ถ้าสถานบริการได้ให้บริการทางการแพทย์อย่างเต็มที่โอกาสที่สถานพยาบาลนั้นจะมีรายได้หรือกำไรจากการรับผู้ประกันตนก็มีน้อยกว่าสถานบริการที่ให้บริการน้อยกว่า

ปัญหาที่ติดตามมา คือ การแข่งขันให้การบริการทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น การแข่งขันที่เกิดขึ้นช่วยให้ต่างฝ่ายต่างแก้ไขข้อบกพร่องของตน ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ประกันตน แต่ก็สร้างปัญหา คือเงินเหมาจ่ายต่อหัวผู้ประกันตนเริ่มจะไม่เพียงพอ เพราะการแข่งขันปรับปรุงให้บริการและสัดส่วนผู้ประกันตนที่ใช้บริการสูงขึ้น นอกจากนั้น ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ เช่น ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ และพัสดุตลอดจนเงินเดือนของบุคลากรที่เกี่ยวข้องก็สูงขึ้น แม้ว่าจะได้มีการปรับเพิ่มเงินเหมาจ่ายต่อหัว จากเดิม 700 บาทต่อผู้ประกันตน 1 คน ต่อปี เป็น 800 บาทต่อผู้ประกันตน 1 คน ต่อปี แต่ก็ยังไม่พอเพียง บางสถานพยาบาลเกิดการขาดทุนจากการให้บริการแก่ผู้ประกันตนจนต้องออกจากโครงการ ซึ่งนับเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องแก้ไข<sup>(33)</sup> ซึ่งก็ได้มีการปรับเพิ่มเงินเหมาจ่ายต่อหัวเรื่อยมาจาก 700 บาท เป็น 800→900→1,000 บาท จนในปัจจุบันอัตราเหมาจ่ายอยู่ที่ 1,100 บาทต่อผู้ประกันตน 1 คน ต่อปี

สำหรับปัญหาที่สำคัญของผู้ประกันตน คือ ผู้ประกันตนโดยทั่วไปไม่อยู่ในฐานะที่จะบอกได้ว่าบริการใดดีหรือไม่ดียกเว้นแต่จะตัดสินใจจากความประทับใจในการเสนอบริการมากกว่าตัวบริการทางการแพทย์เอง<sup>(33)</sup> การมีบริการอาชีวอนามัย นับเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ประกันตน น่าจะใช้เป็นตัวเลือกหนึ่งในการตัดสินใจเลือกสถานพยาบาล เพราะถ้าสถานพยาบาลใดมีบริการด้านนี้ก็น่าที่จะหมายถึงว่ามีบุคลากรที่มีความรู้ด้านอาชีวอนามัย/อาชีวเวชศาสตร์ คอยให้คำปรึกษา แนะนำดูแลผู้ประกันตน ทำให้การวินิจฉัยแยกแยะโรคบางอย่างที่ไม่แน่ใจว่าเกิดจากการปฏิบัติงานหรือไม่ได้อย่างถูกต้องมากยิ่งขึ้น ทราบถึงสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรคนั้นๆ และเป็นกาให้บริการที่มีเหตุผลแก่ผู้ประกันตน อีกทั้งมาตรา 107 ในพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541<sup>(28)</sup> กำหนดให้นายจ้างต้องจัดให้มีการตรวจสุขภาพลูกจ้าง และส่งผลการตรวจดังกล่าวแก่พนักงานตรวจแรงงาน มาตรานี้น่าจะมีส่วนช่วยให้เกิดการขยายตลาดสำหรับโรงพยาบาลที่จัดบริการทางด้านนี้ เพราะเท่ากับเป็นการขยายความครอบคลุมของบริการที่หลากหลาย แต่นั่นย่อมหมายถึงการมีค่าใช้จ่ายในการลงทุนที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งงานบริการอาชีวอนามัยยังเป็นที่รู้จักและเข้าใจกันค่อนข้างน้อยสำหรับนายจ้าง/ลูกจ้าง หรือแม้แต่บุคลากรสาธารณสุขเอง จึงอาจทำให้การมีบริการด้านนี้ขยายตัวได้ค่อนข้างช้า และอาจเป็นทางเลือกที่ผู้ประกันตนมองข้ามความสำคัญไป



## 7. การพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขในเขตอุตสาหกรรม<sup>(35)</sup>

เขตพื้นที่อุตสาหกรรมมีปัญหาด้านสาธารณสุขซึ่งค่อนข้างแตกต่างจากพื้นที่ส่วนอื่นๆ ของประเทศ ทั้งนี้ตั้งแต่ปัญหาความแออัดของประชากร สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่มีโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมาก ลักษณะการบริการสาธารณสุขที่ไม่มีระบบที่แน่นอนชัดเจน ทรัพยากรทางด้านบริการสาธารณสุขเอกชนที่กำลังเติบโตอย่างรวดเร็ว รวมทั้งงบประมาณที่สามารถสนับสนุนการพัฒนาสาธารณสุขได้จากกองทุนประกันสังคม ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่เหล่านี้ จะต้องมึลักษณะที่พิจารณาแยกให้แตกต่างจากพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ

แนวคิดที่สำคัญในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขคือ การที่จะพัฒนาอย่างไรให้สามารถครอบคลุมประชาชนทุกคนและเอื้อต่อการปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางด้านกายภาพและสังคมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

ประเด็นที่สำคัญในแนวคิดของการพัฒนา ได้แก่ การสร้างระบบบริการสาธารณสุขที่มีลักษณะครอบคลุม (Coverage) มีบูรณาการ(Integration) มีความต่อเนื่องในการให้บริการ (Continuous) และคำนึงถึงสภาพทางด้านจิตใจ วัฒนธรรม เศรษฐกิจและสังคม (Comprehensive) ในส่วนของการพัฒนาระบบบริการให้เอื้อต่อการแก้ไขปัญหาสภาพแวดล้อมทางด้านกายภาพและสังคม จะต้องมีการคำนึงถึงการประสานงานระหว่างสาขาต่างๆ (Intersectoral collaboration) รวมทั้งการมีส่วนร่วมของประชาชน (Community participation) เป็นสำคัญ

ข้อเสนอทิศทางการพัฒนานั้นจะต้องวางบนพื้นฐานเงื่อนไข 4 ประการ ได้แก่

1. การกระจายอำนาจจากส่วนกลาง (Decentralisation)
2. การวางระบบผสมผสานการบริการ(Integrated Health System)
3. การประสานงานภาครัฐและเอกชน (Private – public mix)
4. การให้ความสำคัญกับคนยากจนเป็นลำดับแรก (Priority to the poor)

## 8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### ในประเทศไทย

Pongpanich C., et al. (ค.ศ.1995)<sup>(36)</sup> ได้ศึกษาสถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยในพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออกของประเทศไทย โดยทำการเก็บข้อมูลใน 5 จังหวัด คือ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด และฉะเชิงเทรา โดยสุ่มตัวอย่างโรงงาน 31 โรงงาน จากโรงงานทั้งสิ้น 3,506 โรง ทำการสำรวจสภาพแวดล้อมการทำงาน ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป จำนวนคนงาน และสถานบริการด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า มีสถานบริการภาครัฐ 377 แห่ง ภาคเอกชน 679 แห่ง โรงงานส่วนใหญ่มีปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย เช่น ความสะอาดและเป็นระเบียบของโรงงาน การเก็บวัตถุพิษ/

เคมีภัณฑ์ นอกจากนี้ยังพบปัญหาอันตรายจากสิ่งแวดล้อมการทำงาน พบว่า ร้อยละ 75 มีระดับความร้อนสูงกว่าค่ามาตรฐาน (TLV<sub>s</sub>) ร้อยละ 19 มีระดับเสียงสูงกว่าค่ามาตรฐาน (TLV<sub>s</sub>) ร้อยละ 17 มีระดับแสงต่ำกว่าค่ามาตรฐาน (TLV<sub>s</sub>) และยังพบว่าปริมาณซิลิกาและฝุ่นรำคาญมีค่าสูงเกิน TLV<sub>s</sub> ส่วนการสำรวจทัศนคติของคนงานพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้และตระหนักในการป้องกันสิ่งแวดล้อมการทำงานและอุบัติเหตุในการทำงานอยู่ในระดับดี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ (พ.ศ.2540)<sup>(37)</sup> ได้ศึกษาเชิงคุณภาพในรูปของการวิจัยและพัฒนา เพื่อหารูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดสมุทรปราการ เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่มแบบเจาะจงในกลุ่มคนงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสัมภาษณ์ระดับลึกในกลุ่มผู้ประกอบการ และนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์และสร้างข้อสรุปมา กำหนดเป็นรูปแบบกิจกรรมบริการ ซึ่งทั้ง 3 ฝ่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และนำรูปแบบที่ได้ไปทดลองปฏิบัติใน 6 โรงงานๆละ 1 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า มีผู้มารับบริการ 370 คน กิจกรรมบริการที่คนงานเลือกคล้ายกัน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการให้สุขศึกษาในเรื่องต่างๆ และได้ทำการประเมินความพอใจของคนงาน ด้วยการสัมภาษณ์หลังรับบริการ 143 คน ผลการสัมภาษณ์สรุปว่า คนงานมีความพอใจต่อการจัดบริการนี้เพราะสะดวกไม่เสียเวลาทำงาน และได้รับการดูแลสุขภาพและได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่วนความต้องการอื่นๆ คือต้องการให้มีการบริการที่ต่อเนื่องและมีการตรวจสุขภาพ เช่น ตรวจเลือด เอ็กซเรย์ปอด ซึ่งมีอยู่ในการตรวจสุขภาพประจำปีของโรงงานแล้ว

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และประมวล พูลสังข์ (พ.ศ.2541)<sup>(38)</sup> ได้ศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาความปลอดภัยในการทำงานของคนงานในสถานประกอบการจังหวัดสุโขทัย โดยทำการศึกษาในโรงงานอุตสาหกรรม 30 แห่ง ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่เหมาะสมได้แก่ การตรวจสุขภาพแวดล้อมในการทำงาน ตรวจความเสี่ยงจากเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์และเฝ้าระวังสุขภาพคนงาน แก้ไขปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานร่วมกัน ระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับเจ้าของสถานประกอบการ ตัวแทนคนงานและคนงานทั่วไป

พรชัย สิทธิศรัณย์กุล และคณะ (พ.ศ.2540)<sup>(39)</sup> ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ถึงการปฏิบัติงานด้านอาชีวอนามัย ความรู้ และความต้องการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยของบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 32 คน จากกระทรวงสาธารณสุข กองทัพเรือ และสภาอากาศไทยที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออก และเข้ารับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านอาชีวอนามัยในเดือนเมษายน พ.ศ. 2540 ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้ารับการอบรมมีอายุเฉลี่ย 35.2 ปี 3 ใน 4 เป็นแพทย์ และ 1 ใน 3 ของแพทย์มีวุฒิปริญญาตรีหรืออนุปริญญาใดสาขาหนึ่งอยู่แล้ว ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่ง

บริหารในหน่วยงาน ไม่เคยรับการอบรมด้านอาชีวอนามัยมาก่อนและปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ไม่มีแผนงาน/บุคลากรด้านอาชีวอนามัยโดยเฉพาะ สำหรับหัวข้อความรู้เกี่ยวกับอาชีวอนามัย / อาชีวเวชศาสตร์ ทั้ง 33 หัวข้อ ส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบสอบถามจะไม่มีความรู้ หรือมีความรู้แต่ไม่พอเพียง และเกือบทั้งหมดต้องการการฝึกอบรมเพิ่มเติมในทุกหัวข้อ

นิรันดร์ จันทรตระกูล (พ.ศ.2541)<sup>(9)</sup> ได้วิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาปัญหาและผลกระทบด้านสุขภาพจากการพัฒนาอุตสาหกรรม ผลการศึกษาพบว่า ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาสาธารณสุขที่เกิดจากการพัฒนาอุตสาหกรรม โดยไม่มีบุคลากรและการจัดการป้องกันแก้ไขปัญหาคือ ติพอ มาตรการป้องกันแก้ไขหลายประการที่ควรเร่งดำเนินการประกอบด้วย การแก้ไขกฎหมายเพื่อควบคุมมลพิษ การจัดทำระเบียบเพื่อบริหารทรัพยากรสำหรับงานอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อรับผิดชอบทางด้านวิชาการและบริการในด้านนี้

ศิริลักษณ์ สิมะพรชัย (พ.ศ.2541)<sup>(40)</sup> ได้ทำการศึกษากิจการบริหารเพื่อการพัฒนางานอาชีวเวชกรรมของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า บทบาทการดำเนินงานห้าอันดับแรกของงานอาชีวเวชกรรมเป็นการดำเนินการเชิงรับ คือ การตรวจร่างกายทั่วไป การให้อาชีวสุขศึกษา การรักษาผู้ป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพ การใช้เครื่องมือตรวจคัดกรองทางสุขภาพ และการเดินสำรวจภายในสถานประกอบการ(รพ.) รองลงมา คือการดำเนินการเชิงรุก คือ การเฝ้าระวังทางชีวภาพและการเฝ้าคุมทางสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ ซึ่งการดำเนินงานเชิงรับจะเป็นการดำเนินการเอง ขณะที่การดำเนินงานเชิงรุกจะประสานการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ส่วนการให้คำแนะนำวิชาการส่วนใหญ่มักเกี่ยวกับกิจกรรมการเฝ้าระวังโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช

วันที พันธุ์ประสิทธิ์และคณะ (พ.ศ.2542)<sup>(41)</sup> ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหารูปแบบโครงสร้างการบริหารจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานสำหรับประเทศไทย จากการศึกษาพบว่า ปัญหาในการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของภาครัฐ คือ มีความซ้ำซ้อนในบทบาทและภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานทำให้ขาดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร นอกจากนี้ยังขาดการส่งเสริมและการพัฒนาการจัดการ(สำหรับนายจ้าง) และการขยายตัวสำหรับการให้บริการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยโดยภาคเอกชนเป็นไปค่อนข้างช้า ซึ่งอาจเนื่องมาจากการดำเนินการจำเป็นต้องลงทุนด้านทรัพยากร คือทั้งอุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากรค่อนข้างสูง แต่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลน้อย

มาลินี วงศ์พานิช และคณะ (พ.ศ.2542)<sup>(42)</sup> ได้ศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อสร้างฉากทัศน์ของบริการอาชีวอนามัยของประเทศไทยในภาคอุตสาหกรรม ในปี พ.ศ. 2563 จากการศึกษาพบว่าบริการอาชีวอนามัยที่พึงประสงค์นั้น มิได้เน้นเฉพาะการป้องกันปัญหา การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงสูง การมีความครอบคลุมของบริการเพียงพอ และผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่านั้น แต่มุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพในองค์กรวมของผู้ใช้แรงงาน ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ใช้แรงงานในที่สุด มีการบริการหลายรูปแบบ เป็นทางเลือกให้กลุ่มผู้รับบริการในบริบทที่หลากหลาย ทั้งนี้จะต้องมีการปฏิรูประบบบริการอาชีวอนามัยที่เป็นอยู่ให้มีเอกภาพในการบริหารจัดการ และดำเนินการให้บริการแบบมีส่วนร่วม โดยมีการถ่ายโอนบทบาทการให้บริการจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชนซึ่งเป็นองค์กรอิสระ ภาครัฐทำหน้าที่ในการควบคุมกำกับ มีการพัฒนาประสิทธิภาพในด้านการบริหารนโยบายและแผน ตลอดจนการประสานและกำกับติดตามทั้งระดับประเทศและระดับปฏิบัติ ขณะเดียวกันก็มีการเพิ่มประสิทธิภาพและความครอบคลุมของระบบบริการอาชีวอนามัย โดยการปรับบทบาทภาครัฐให้เป็นผู้กำกับติดตามภาคเอกชน ซึ่งเป็นผู้ให้บริการผ่านเครือข่ายบริการที่ครอบคลุมผู้ใช้แรงงานทั่วประเทศ

สุรศักดิ์ นูรณตรีเวทย์ (พ.ศ. 2543)<sup>( 28 )</sup> ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ถึงระบบบริการอาชีวอนามัยในประเทศไทย โดยเป็นการวิจัยเอกสาร ระยะเวลาการศึกษา 2 เดือน ( พฤศจิกายน-ธันวาคม 2542 ) ผลการศึกษา พบว่า ระบบบริการอาชีวอนามัยในประเทศไทยยังไม่มีชัดเจนและครอบคลุมนัก ขาดกฎหมายเฉพาะสำหรับงานอาชีวอนามัย มีเพียงบางมาตราในกฎหมายคุ้มครองแรงงานซึ่งกำหนดเกี่ยวกับด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านนโยบายมีอยู่ในหน่วยงานในสังกัด 3 กระทรวงหลัก คือ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม กระทรวงอุตสาหกรรม และกระทรวงสาธารณสุข การดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานมีความซ้ำซ้อนและขาดการประสานงาน ด้านบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการนั้นไม่มีกฎหมายรองรับชัดเจน ทำให้การจัดบริการเป็นเพียงการจัดหาบริการทางการแพทย์รักษาพยาบาลการเจ็บป่วยเบื้องต้นเท่านั้น ด้านบริการอาชีวอนามัยในสถานพยาบาลก็ไม่มีรูปแบบที่ครบองค์รวม และยังขาดแคลน บุคลากรที่มีความรู้ด้านอาชีวอนามัย

### ในต่างประเทศ

Draaisma D,et al. (ค.ศ.1993)<sup>(43)</sup> ได้ศึกษาคุณภาพและประสิทธิภาพของบริการอาชีวอนามัยในประเทศเนเธอร์แลนด์ ประเมินโดยผู้ให้บริการ ในการถกเถียงหาข้อสรุปของบริการอาชีวอนามัยในประเทศเนเธอร์แลนด์นั้น พบว่าองค์กรที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ไม่พอใจในสถานการณ์ปัจจุบัน จึงมีการศึกษาองค์กรสมาชิก 51 องค์กร ชั้นตอนแรก: ศึกษาในมุมมองของทีมอาชีวอนามัย

ขั้นตอนที่ 2: เป็นการศึกษามุมมองของลูกค้าซึ่งจะมีการวางแผนกันในภายหลัง ซึ่งเป็นไปไม่ได้ในทางปฏิบัติที่จะใช้วิธีวัดประสิทธิภาพโดยตรง เช่น ผลได้ในเชิงสุขภาพ จึงใช้การสัมภาษณ์เป็นวิธีการที่จะเข้าไปถึงทีมงานอาสาสมัคร การสัมภาษณ์เน้นความเพียงพอในกิจกรรมของทีมโดยพิจารณาในแง่ปัญหาสาธารณสุขและความเสี่ยงต่อสุขภาพขององค์กรลูกค้า และการปฏิสัมพันธ์กับลูกค้าเพื่อให้บรรลุถึงประสิทธิภาพของงาน แม้ว่าวิธีการประเมินโดยตนเองนี้มีข้อจำกัด แต่ผลที่ได้แสดงถึงข้อดีแย้งในเรื่องคุณภาพบริการอาสาสมัครในเนเธอร์แลนด์ได้ ทีมบริการอาสาสมัครต้องการให้มีการเพิ่มความสามารถมากขึ้นในด้านการป้องกันและมีการทุ่มเทที่มากขึ้นของบริการเหล่านี้ เพื่อส่งเสริมคุณภาพในเรื่องบริการให้มากขึ้นและมีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย และเป็นที่น่าเชื่อว่าด้วยเหตุผลนี้ทีมจะแข่งขันกันสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับลูกค้าด้วย

Dandekar SM. และ Warrack B. (ค.ศ.1995) <sup>(44)</sup> ได้ทำการศึกษาการจัดบริการด้านอาสาสมัครและความปลอดภัยแก่สถานประกอบการขนาดเล็กในประเทศแคนาดา พบว่า สถานประกอบการธุรกิจขนาดเล็กที่ตั้งอยู่ในระยะทางที่ไม่ห่างไกลจากศูนย์กลางของเมืองนั้น จะได้รับการบริการจากองค์กรสุขภาพและความปลอดภัยของจังหวัดได้ดี ส่วนสถานประกอบการขนาดเล็กที่อยู่ในท้องถิ่นและชนบทที่ห่างไกลมากกว่า 200 ไมล์ จากเขตชายแดนด้านอเมริกานั้น ได้รับการบริการด้านอาสาสมัครและความปลอดภัยแตกต่างจากพวกในเมือง ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บริการอาสาสมัครและความปลอดภัยไปถึงน้อย ได้แก่ ระยะทาง ค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจ สภาพของอากาศหนาว และขนาดของสถานประกอบการ ซึ่งความตระหนักในเรื่องนี้ถูกยกขึ้นมาโดยสถานประกอบการขนาดเล็กจำนวนมากที่อยู่ในเขตท้องถิ่นที่ห่างไกลซึ่งไม่ได้ประโยชน์เพียงพอ จากการบริหารของกรมแรงงานจังหวัด

Mizoue T, et al. (ค.ศ.1996) <sup>(45)</sup> ได้ศึกษากิจกรรมขององค์กรอาสาสมัครในญี่ปุ่นของศูนย์บริการอาสาสมัคร Nishinohon ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์กรขนาดใหญ่ที่ให้บริการอาสาสมัคร โดยศึกษาเฉพาะบริการที่ให้สำหรับสถานประกอบการขนาดเล็กและขนาดกลาง บนพื้นฐานของผลประโยชน์เฉพาะสำหรับสถานประกอบการขนาดเล็กและขนาดกลางซึ่งขาดทั้งทรัพยากรบุคคล และ/หรือสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่จะทำให้อบรมข้อกำหนดทางกฎหมาย อาชีวอนามัย ผลการศึกษาพบว่าการบริการหลักประกอบด้วย: (1) การจัดบริการทางการแพทย์ที่หลากหลายสำหรับคนงานที่แตกต่างกัน (2) การตรวจวัดสิ่งแวดล้อมในการทำงาน (3) การจัดแพทย์และพยาบาลอาสาสมัครที่มีความเข้าใจในบริการอาสาสมัคร ระหว่างการบริการเหล่านี้กฎหมายบังคับให้ต้องตรวจสุขภาพและตรวจวัดสิ่งแวดล้อมการทำงาน ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีสำหรับสถานประกอบการขนาดเล็ก ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการให้บริการอาสาสมัครโดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครพบว่ามีประสิทธิผลน้อย ในอนาคตการให้บริการเหล่านี้จะดีขึ้นเนื่องจากการพัฒนาระบบเครือข่ายที่สนับสนุนบริการอาสาสมัครในสถานประกอบการขนาดเล็ก

Harrison J, et al. (ค.ศ.1999) <sup>(46)</sup> ได้ศึกษาการจัดการอาชีวอนามัยโดย NHS Trusts ใน Northern และ Yorkshire ของประเทศอังกฤษ แบบสอบถามที่ใช้ถูกออกแบบบนมาตรฐานบริการอาชีวอนามัย NHS แห่งชาติ เพื่อรวบรวมข้อมูลจากงาน 8 กลุ่มของกิจกรรมอาชีวอนามัย ได้แก่ สุขภาพและความปลอดภัย การประเมินสุขภาพก่อนเข้าทำงาน การควบคุมการติดเชื้อ การเฝ้าระวังทางสุขภาพ การขาดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยจนต้องออกจากงาน การส่งเสริมสุขภาพและการเก็บบันทึก ผลการศึกษาพบว่า การจัดการอาชีวอนามัยมีความแตกต่างกัน การประเมินอันตรายในสถานที่ทำงาน การป้องกันการติดเชื้อ HIV ในคนงานจากการเจาะเลือดและการประเมินคนงานที่ตั้งครรภ์จะถูกนำมาพิจารณาต่อไป การเตรียมความสามารถและประสิทธิผลของบริการอาชีวอนามัยจะช่วยให้เรื่องการจัดการด้านการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย และในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของพนักงาน ซึ่งจะมีส่วนช่วยในเรื่องสุขภาพและความปลอดภัยของพนักงาน

Hughes A, et al. (ค.ศ.2001) <sup>(47)</sup> ได้ศึกษาการจัดการและเจ้าหน้าที่ของบริการอาชีวอนามัยของสถาบันบริการสุขภาพแห่งชาติ(National Health Service:NHS)ในประเทศอังกฤษและเวลส์ โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ 2 ชุด สำหรับผู้รับบริการและผู้ให้บริการของ NHSในประเทศอังกฤษและเวลส์ ผลการศึกษาพบว่า 99.6% มีความไว้วางใจในบริการ และองค์กรนายจ้าง มีความต้องการรับบริการบางสิ่งบางอย่างจากบริการอาชีวอนามัยสำหรับลูกจ้างของเขาซึ่งการชี้แนะให้ตระหนักอย่างกว้างๆถือว่ามีความจำเป็น แต่ดูเหมือนว่าไม่มีบริการที่ถูกจัดไว้สำหรับเจ้าหน้าที่ของ NHS เช่น แพทย์ทั่วไป ทันตแพทย์ และเจ้าหน้าที่อื่นๆ การบริการอาชีวอนามัยนี้มีช่วงความหลากหลายในเรื่องคุณภาพมาก ซึ่งได้เสนอแนะให้มีการจัดบริการที่หลากหลายและแตกต่างกันตามระดับของสถานบริการทางการแพทย์ และต้องเข้มงวดกับสถานบริการอื่น ที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ NHS มีเพียง 1 ใน 3 (ประเมินสูงสุด) ถึง 1ใน4 (ประเมินต่ำสุด)ของเจ้าหน้าที่ NHS ที่เข้าถึงแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวอนามัย แสดงให้เห็นว่า มีความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยของเจ้าหน้าที่ NHS ทั้งๆที่มีแนวทางในการดำเนินงาน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่มีหลักฐานพอที่จะบอกได้ว่าทำไมการจัดการบริการอาชีวอนามัยจึงมีความแตกต่างกันมากในแต่ละสถาบัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย