

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross - sectional Descriptive Study) เพื่อศึกษาบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในพื้นที่สาธารณสุข เขต 3 ในเดือนเมษายน พ.ศ.2544 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2545 โดยใช้แบบสอบถามส่งทางไปรษณีย์ให้อำนาจการโรงพยาบาลหรือผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้รับผิดชอบงานบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนทุกแห่งในพื้นที่สาธารณสุข เขต 3 จำนวน 95 แห่ง เป็นผู้ตอบ และสัมภาษณ์เจาะลึกแบบกึ่งมีโครงสร้างผู้อำนวยการหรือผู้บริหารโรงพยาบาลที่มีบริการอาชีวอนามัย จำนวน 6 คน และผู้อำนวยการหรือผู้บริหารโรงพยาบาลที่ไม่มีบริการอาชีวอนามัย จำนวน 3 คนเป็นผู้ให้ข้อมูล นำข้อมูลมาวิเคราะห์ผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows สรุปได้ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลจากแบบสอบถาม

โรงพยาบาลที่ตอบกลับแบบสอบถามทั้งหมด 78 แห่ง คิดเป็นอัตราตอบกลับรวมร้อยละ 82.1 โดยโรงพยาบาลที่ตอบกลับและไม่ตอบกลับแบบสอบถาม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ระหว่างประเภทและสังกัดของหน่วยงาน โดยโรงพยาบาลรัฐมีอัตราตอบกลับมากกว่าโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนมากที่สุด

1. ข้อมูลทั่วไป

เนื่องจากมีโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่ตอบกลับแบบสอบถามแต่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนจึงตัดออก เพราะอยู่นอกขอบเขตการวิจัยครั้งนี้ ดังนั้นตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาและตอบกลับแบบสอบถาม จึงมีโรงพยาบาลเพียง 77 แห่ง เท่านั้น

1.1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 77 แห่งนี้ พบว่าเป็นโรงพยาบาลที่มีบริการอาชีวอนามัยจำนวน 63 แห่ง (ร้อยละ 81.8) และเป็นโรงพยาบาลที่ไม่มีบริการอาชีวอนามัยจำนวน 14 แห่ง (ร้อยละ 18.2) โดยโรงพยาบาลที่มีบริการอาชีวอนามัยส่วนใหญ่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 56 แห่ง และโรงพยาบาลที่ไม่มีบริการอาชีวอนามัยอยู่ในสังกัดเอกชนมากที่สุด จำนวน 9 แห่ง

โรงพยาบาลภาครัฐที่มีบริการอาชีวอนามัยและตอบกลับแบบสอบถาม จำนวน 59 แห่ง จาก 63 แห่ง มีที่ตั้งกระจายตัวอยู่ในทุกจังหวัดของพื้นที่สาธารณสุข เขต 3 โดยตั้งอยู่ในเขตจังหวัดชลบุรีมากที่สุด จำนวน 14 แห่ง (ร้อยละ 22.2) ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลขนาดต่ำกว่า 60 เตียง จำนวน 32 แห่ง (ร้อยละ 50.8) และไม่มีผู้ประกันสังคมกับโรงพยาบาลในปีปัจจุบัน จำนวน 47 แห่ง (ร้อยละ 74.6)

ส่วนโรงพยาบาลเอกชนที่มีบริการอาชีวอนามัยและตอบกลับแบบสอบถาม จำนวน 4 แห่ง จาก 63 แห่ง ตั้งอยู่ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ทั้ง 4 แห่ง ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลขนาด 60-149 เตียง และ ขนาด 150-499 เตียง จำนวนอย่างละ 2 แห่งเท่ากัน และไม่มีผู้ประกันสังคมกับโรงพยาบาลในปีปัจจุบัน จำนวน 2 แห่ง

1.2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับผิดชอบบริการอาชีวอนามัย

ผู้รับผิดชอบบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.1) มีอายุเฉลี่ย 37 ปี มีตำแหน่งนักวิชาการ (ร้อยละ 49.2) ระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 69.8) ระยะเวลาที่รับผิดชอบงานบริการอาชีวอนามัยมีค่ามัธยฐาน 4 ปี ไม่เคยจบการศึกษาในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัย (ร้อยละ 58.7) และไม่เคยเข้ารับการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยเลย (ร้อยละ 42.9)

1.3 ข้อมูลของหน่วยบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล

หน่วยบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีระยะเวลาการจัดบริการอาชีวอนามัยอยู่ระหว่าง 1 – 5 ปี (ร้อยละ 46) มีจำนวนสถานประกอบการที่ให้บริการในรอบปีที่ผ่านมาอยู่ระหว่าง 1 – 10 แห่ง (ร้อยละ 44.4) ไม่มีการให้บริการคลินิกอาชีวเวชศาสตร์ (ร้อยละ 82.5) และไม่มีการแยกหน่วยงานด้านอาชีวอนามัยออกเป็นอิสระ (ร้อยละ 93.7)

ระยะทางที่โรงพยาบาลออกไปให้บริการแก่สถานประกอบการส่วนใหญ่ มีระยะทางไกลที่สุดเฉลี่ย 4 กิโลเมตร เป็นสถานประกอบการขนาดกลาง (51 – 200 คน) (ร้อยละ 31.7) และมีคนงานมารับบริการ 1-50 คน (ร้อยละ 30.2) ส่วนระยะทางไกลสุดที่โรงพยาบาลออกไปให้บริการแก่สถานประกอบการ มีระยะทางไกลที่สุดเฉลี่ย 24.3 กิโลเมตร เป็นสถานประกอบการขนาดกลางเช่นกัน (ร้อยละ 31.7) และมีคนงานมารับบริการ 100 คนขึ้นไป (ร้อยละ 28.6)

โรงพยาบาลส่วนใหญ่ให้บริการโดยไม่ได้เน้นกลุ่มเป้าหมายและให้บริการโดยเน้นกลุ่มเป้าหมายในระดับใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 50.8 และ 49.2 ตามลำดับ โดยกลุ่มเป้าหมายที่เน้นให้บริการสูงสุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเอง ร้อยละ 74.2

ทีมงานด้านอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ประกอบด้วยพยาบาล (ร้อยละ 57.1) คุณสมบัติของทีมงานส่วนใหญ่ประกอบด้วยนักวิชาการที่มีความรู้ด้านอาชีวอนามัย และพยาบาล ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้นพยาบาลอาชีวอนามัย ร้อยละ 44.4 และ 36.5 ตามลำดับ โดยมากกว่า ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลที่ให้บริการอาชีวอนามัยไม่มีแพทย์หรือพยาบาล หรือนักวิชาการที่มีความรู้ด้านอาชีวอนามัยเลย

เครื่องมือตรวจคัดกรองด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่มี เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ เครื่องตรวจสมรรถภาพการได้ยิน เครื่องตรวจสมรรถภาพปอด และเครื่องตรวจสมรรถภาพการมองเห็น เครื่องตรวจสมรรถภาพร่างกายและรถเอกซเรย์เคลื่อนที่ ร้อยละ 44.4 , 41.3 , 31.7, 23.8 และ 12.7 ตามลำดับ ส่วนเครื่องมือที่มีการใช้งานสม่ำเสมอ เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ เครื่องตรวจสมรรถภาพปอด เครื่องตรวจสมรรถภาพการได้ยิน เครื่องตรวจสมรรถภาพร่างกาย เครื่องตรวจสมรรถภาพการมองเห็น และรถเอกซเรย์เคลื่อนที่ ร้อยละ 19.0 , 19.0, 14.3, 12.7 และ 4.8 ตามลำดับ ทั้งนี้มีโรงพยาบาลรัฐ 2 แห่ง ไม่มีรถเอกซเรย์เคลื่อนที่ แต่ได้ยืมหรือเช่ารถเอกซเรย์เคลื่อนที่จากโรงพยาบาลอื่นในการให้บริการอาชีวอนามัยและมีการใช้งานสม่ำเสมอ

เครื่องมือตรวจวัดและเก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อม ที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ เครื่องวัดเสียง เครื่องวัดแสง เครื่องวัดความร้อน และเครื่องเก็บตัวอย่างอากาศ ร้อยละ 39.7, 39.7, 36.5 และ 15.8 ตามลำดับ ส่วนเครื่องมือที่มีการใช้งานสม่ำเสมอ เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ เครื่องวัดแสง เครื่องวัดเสียง เครื่องวัดความร้อนและเครื่องเก็บตัวอย่างอากาศ ร้อยละ 28.6 , 23.8, 20.6 และ 7.9 ตามลำดับ

2. ข้อมูลบริการอาชีวอนามัย

2.1 ด้านการบริหารจัดการ

ในภาพรวม โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.21) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.89 อยู่ในระดับต่ำ (<2.5) การบริหารจัดการที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง ได้แก่ 1) ผู้บริหารสนับสนุนงานด้านอาชีวอนามัย 2) การนำแผนสู่การปฏิบัติและสามารถปรับแผนปฏิบัติการได้ตามความเหมาะสม และ 3) การกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติและวิธีการปฏิบัติชัดเจน (คะแนนเฉลี่ย 2.44, 2.13 และ 2.10 ตามลำดับ) ส่วนการบริหารจัดการที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ ได้แก่ 1) การประสานงานช่วยเหลือด้านบุคลากรระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน 2) การประสานงานช่วยเหลือด้านเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ ระหว่าง

โรงพยาบาลรัฐและเอกชน และ 3)การจัดตั้งคณะกรรมการด้านอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล และมีการประชุมคณะกรรมการอย่างสม่ำเสมอ (คะแนนเฉลี่ย 1.52, 1.57 และ 1.59 ตามลำดับ)

การบริหารจัดการที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่มีกรปฏิบัติ ได้แก่ 1) การประสานงานช่วยเหลือด้านเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ ระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน 2) การประสานงานช่วยเหลือด้านบุคลากรระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน 3) การจัดตั้งคณะกรรมการด้านอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลและมีการประชุมคณะกรรมการอย่างสม่ำเสมอ และ 4) การสอบเทียบมาตรฐานเครื่องมือตรวจพิเศษ (calibration) สม่ำเสมอ (ร้อยละ 68.3, 66.7, 60.3 และ 57.1 ตามลำดับ)

2.2 ด้านการบริการ

ในภาพรวมโรงพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.74) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.18 อยู่ในระดับต่ำ (<2.5) การบริการที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล เช่น ตรวจสอบสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง เป็นต้น 2) การจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล เช่น 5ส. การออกกำลังกาย เป็นต้น และ 3) การฝึกซ้อมแผนรับมืออุบัติเหตุ/อุบัติภัยภายในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (คะแนนเฉลี่ย 3.11, 3.10 และ 2.65 ตามลำดับ) ส่วนการบริการที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ ได้แก่ 1) Burn Unit 2) มีห้องล้างตัวสำหรับคนงานที่ปนเปื้อนสารเคมี และ 3) คลินิกอาชีวเวชศาสตร์ (คะแนนเฉลี่ย 1.29, 1.32 และ 1.35 ตามลำดับ)

การบริการที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่มีกรให้บริการ ได้แก่ 1) Burn Unit 2) มีห้องล้างตัวสำหรับคนงานที่ปนเปื้อนสารเคมี 3) คลินิกอาชีวเวชศาสตร์ และ 4) การเก็บตัวอย่างสารเคมีเพื่อการส่งตรวจ (ร้อยละ 85.7, 82.5, 81.8 และ 66.7 ตามลำดับ)

2.3 ด้านวิชาการและสารสนเทศ

ในภาพรวมโรงพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.26) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.78 อยู่ในระดับต่ำ (<2.5) ด้านวิชาการและสารสนเทศ ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง ได้แก่ 1) การจัดหาเอกสาร ตำรา หรือมีแหล่งค้นคว้าหาความรู้ที่เกี่ยวกับอาชีวอนามัยในหน่วยงาน 2) การบันทึกและเก็บข้อมูลทางสุขภาพอย่างมีระบบ เช่น ข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรค/อุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพ และ 3) ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี (คะแนนเฉลี่ย 2.06, 1.98 และ 1.89 ตามลำดับ) ส่วนด้านวิชาการและสารสนเทศที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ ได้แก่ 1) การวิจัยหรือมีส่วนร่วมในการวิจัยด้านอาชีวอนามัย หรืออาชีวเวชศาสตร์ 2) การจัดทำฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานอาชีวอนามัยอย่างมีระบบ เช่น ข้อมูลสารเคมีอันตราย เป็นต้น และ 3) การฝึกอบรมให้ความรู้ด้านอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อมให้แก่บุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน (คะแนนเฉลี่ย 1.44, 1.60 และ 1.65 ตามลำดับ)

ด้านวิชาการและสารสนเทศที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่มีปฏิบัติ ได้แก่

- 1) การวิจัยหรือ มีส่วนร่วมในการวิจัยด้านอาชีวอนามัย หรืออาชีวเวชศาสตร์
- 2) การจัดทำฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานอาชีวอนามัยอย่างมีระบบ เช่น ข้อมูลสารเคมีอันตราย เป็นต้น
- 3) การฝึกอบรมให้ความรู้ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมให้แก่บุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และ
- 4) การผลิตและใช้สื่ออุปกรณ์ เผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารด้านอาชีวอนามัยที่เหมาะสม (ร้อยละ 68.3, 58.7, 54.0 และ 50.8 ตามลำดับ)

2.4 การจัดการบริการอาชีวอนามัยในความคิดเห็นของผู้รับผิดชอบบริการอาชีวอนามัย

ในภาพรวมของการจัดการบริการอาชีวอนามัยในความคิดเห็นของผู้รับผิดชอบบริการอาชีวอนามัยส่วนใหญ่(ร้อยละ 63.3) ให้คะแนน 2 (มีการปฏิบัติบ้าง แต่ไม่เป็นระบบ) และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.07 อยู่ในระดับต่ำ(<2.5) และไม่พบว่ามีโรงพยาบาลใด ให้คะแนนเท่ากับ 5 คือ มีอย่างครบถ้วน เป็นระบบและมีการพัฒนาอยู่ในขั้นดีเลิศ สามารถใช้เป็นตัวอย่างได้

3. เปรียบเทียบบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

3.1 ด้านการบริหารจัดการ

ในภาพรวมพบว่าโรงพยาบาลรัฐและเอกชนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายกิจกรรมพบว่า กิจกรรมที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.01$) คือ 1) การสอบเทียบมาตรฐานเครื่องมือตรวจพิเศษ (calibration) สม่่าเสมอ 2) การสร้างเครือข่ายในการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนปัญหาระหว่างเจ้าหน้าที่ด้วยกัน และกิจกรรมที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยอันดับที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ 1) ผู้บริหารสนับสนุนงานด้านอาชีวอนามัย 2) มีการตั้งคณะกรรมการด้านอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลและมีการประชุมคณะกรรมการอย่างสม่ำเสมอ 3) มีงบประมาณที่สนับสนุนเพียงพอ 4) การประสานงานช่วยเหลือด้านบุคลากรระหว่างโรงพยาบาลประเภทเดียวกัน 5) การประสานงานช่วยเหลือด้านเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ระหว่างโรงพยาบาลประเภทเดียวกัน 6) การประสานงานช่วยเหลือด้านเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

3.2 ด้านการบริการ

ในภาพรวมพบว่าโรงพยาบาลรัฐและเอกชนมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายกิจกรรมพบว่า กิจกรรมที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.01$) คือ 1) คลินิกอาชีวเวชศาสตร์ 2) Burn Unit 3) บริการตรวจสุขภาพผู้ประกอบอาชีพ เช่น ก่อนเข้าทำงาน ระหว่างทำงาน เป็นต้น 4) บริการตรวจคัดกรองโดยใช้เครื่องมือทาง

อาชีพเวชศาสตร์ เช่น ตรวจสมรรถภาพปอด เป็นต้น 5) บริการให้ความเห็นแพทย์ต่อการบาดเจ็บ และสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วย และกิจกรรมที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยอันดับที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ 1) มีห้องล้างตัวสำหรับคนงานที่ปนเปื้อนสารเคมี 2) การนำผลการตรวจร่างกายมาประเมินภาวะสุขภาพและเฝ้าระวังสุขภาพ 3) รับการส่งต่อผู้ป่วยทางด้านอาชีพเวชศาสตร์จากสถานประกอบการ 4) บริการเก็บสารเคมีเพื่อการส่งตรวจ

3.3 ด้านวิชาการและสารสนเทศ

ในภาพรวมพบว่าโรงพยาบาลรัฐและเอกชนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายกิจกรรมพบว่า กิจกรรมที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.01$) คือ 1) ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี 2) การฝึกอบรมให้ความรู้ด้านอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อมให้แก่บุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และกิจกรรมที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยอันดับที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ 1) การอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับทีมงานอย่างสม่ำเสมอ 2) การฝึกอบรมให้ความรู้ด้านอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อมให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล 3) การวิจัยหรือมีส่วนร่วมในการวิจัยด้าน อาชีวอนามัยหรืออาชีพเวชศาสตร์ 4) การจัดทำฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานอาชีวอนามัยอย่างมีระบบ เช่น ข้อมูลสารเคมีอันตราย(MSDS) 5) การบันทึกและเก็บข้อมูลทางสุขภาพอย่างมีระบบ เช่น ข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรค/อุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพ

3.4 ภาพรวมของบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลรวมทุกด้าน (ด้านบริหารจัดการ, ด้านบริการ, ด้านวิชาการและสารสนเทศ และความคิดเห็นในภาพรวม)

พบว่าบริการอาชีวอนามัยระหว่างโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยความแตกต่างทั้งหมดที่มีนัยสำคัญทางสถิตินี้ โรงพยาบาลเอกชนมีคะแนนค่าเฉลี่ยอันดับที่สูงกว่าโรงพยาบาลรัฐ

3.5 ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาล

พบว่าเมื่อนำคะแนนค่าเฉลี่ยอันดับที่ของบริการอาชีวอนามัยระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชนมาเปรียบเทียบกันตามขนาดของโรงพยาบาล พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.026$) โดยโรงพยาบาลเอกชนมีคะแนนค่าเฉลี่ยอันดับที่ของบริการอาชีวอนามัยสูงกว่าโรงพยาบาลรัฐ แต่เมื่อมาแยกพิจารณาตามขนาดโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลขนาดต่ำกว่า 150 เตียง กับตั้งแต่ 150 เตียงขึ้นไป ไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดว่ามีผลต่อบริการอาชีวอนามัยที่แตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนหรือไม่ เนื่องจากเมื่อมีการแบ่งแยกย่อยลงไปทำให้จำนวน n ของโรงพยาบาลเอกชนเหลือเพียง 2 แห่ง เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติ ค่าที่ได้จึงมี power น้อยมาก และไม่

เห็นนัยสำคัญของความแตกต่าง และเมื่อนำขนาดของโรงพยาบาลไปทดสอบความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยโรงพยาบาลเอกชนมีคะแนนค่าเฉลี่ยอันดับที่สูงกว่าโรงพยาบาลรัฐ

4. ปัจจัยที่มีผลต่อบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล

4.1 ตามลักษณะของหน่วยงาน

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยอันดับที่บริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลตามลักษณะของหน่วยงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนี้

4.1.1 ด้านการบริหารจัดการ พบว่า

ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนค่าเฉลี่ยอันดับที่ในด้านการบริหารจัดการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ประเภทของหน่วยงาน ขนาดของโรงพยาบาล จำนวนสถานประกอบการที่ให้บริการในรอบปีที่ผ่านมา การมีบริการคลินิกอาชีวเวชศาสตร์ และการแยกหน่วยงานด้านอาชีวอนามัยออกเป็นอิสระ

4.1.2 ด้านการบริการ พบว่า

ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนค่าเฉลี่ยอันดับที่ในด้านการบริการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ จำนวนสถานประกอบการที่ให้บริการในรอบปีที่ผ่านมา การมีบริการคลินิกอาชีวเวชศาสตร์ และการแยกหน่วยงานด้านอาชีวอนามัยออกเป็นอิสระ

4.1.3 ด้านวิชาการและสารสนเทศ พบว่า

ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนค่าเฉลี่ยอันดับที่ในด้านวิชาการและสารสนเทศ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ประเภทของหน่วยงาน จำนวนผู้ประกันสังคมในปีปัจจุบัน จำนวนสถานประกอบการที่ให้บริการในรอบปีที่ผ่านมา การมีบริการคลินิกอาชีวเวชศาสตร์ และการแยกหน่วยงานด้านอาชีวอนามัยออกเป็นอิสระ

4.1.4 เมื่อพิจารณาภาพรวมบริการอาชีวอนามัย พบว่า

ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนค่าเฉลี่ยอันดับที่โดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตามประเภทหน่วยงาน จำนวนสถานประกอบการที่ให้บริการในรอบปีที่ผ่านมา การมีบริการคลินิกอาชีวเวชศาสตร์ และการแยกหน่วยงานด้านอาชีวอนามัยออกเป็นอิสระ

4.2 ตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับผิดชอบบริการอาชีวอนามัย

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยอันดับที่บริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับผิดชอบบริการอาชีวอนามัย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนค่าเฉลี่ยอันดับที่ในด้านการบริหารจัดการ ด้านการบริการ ด้านวิชาการและสารสนเทศ และภาพรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ การฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัย

5. ปัญหาและข้อเสนอแนะ

5.1 กิจกรรมการบริการอาชีวอนามัยที่เห็นผลงาน/ผลลัพธ์เด่นชัด 3 อันดับแรก ได้แก่

- 1) การเฝ้าระวังสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ร้อยละ 56.52
- 2) การบริการตรวจสุขภาพผู้ประกอบการอาชีพ ร้อยละ 43.48
- 3) การสำรวจสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ร้อยละ 39.13

5.2 ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การจัดบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลประสบความสำเร็จ 3 อันดับแรก ได้แก่

- 1) ผู้บริหารสนับสนุน มีนโยบายชัดเจน ร้อยละ 62.50
- 2) ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ ความสามารถ มีทีมงานที่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 59.38
- 3) มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่ประสาน ร้อยละ 43.75

5.3 ปัญหา/อุปสรรคในการจัดบริการอาชีวอนามัย ได้แก่

- 1) งบประมาณ เครื่องมือ/วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ร้อยละ 63.16
- 2) นโยบายไม่ชัดเจน ร้อยละ 52.63
- 3) ขาดทีมงาน ทีมงานกระจายกระจาย ร้อยละ 47.37
- 4) ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้ ไม่มีความชำนาญในการใช้เครื่องมือ ร้อยละ 36.84

5.4 ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่องานบริการอาชีวอนามัยในพื้นที่สาธารณสุข เขต 3 พบว่า

- 1) ต้องการให้มีการพัฒนาระบบเครือข่าย การให้ข้อมูลข่าวสารอย่างมีระบบและต่อเนื่อง รวมทั้งการประสานงานระหว่างหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 80
- 2) ควรมีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านอาชีวอนามัยอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะ เรื่อง สารเคมี ร้อยละ 60
- 3) ควรมีนโยบาย เป้าหมายในการดำเนินงานที่ชัดเจน ร้อยละ 40

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

1. ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการหรือผู้บริหารโรงพยาบาลที่มีบริการอาชีวอนามัยในพื้นที่สาธารณสุข เขต 3

1.1 ปัจจัยหรือเหตุจูงใจ ที่ทำให้โรงพยาบาลส่วนใหญ่จัดบริการอาชีวอนามัย เนื่องจากอยู่ในแหล่งอุตสาหกรรม

1.2 ปัจจัยสำคัญที่ทำให้บริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลประสบความสำเร็จ คือ ผู้บริหารมีนโยบายสนับสนุน และทีมงานมีประสิทธิภาพ

1.3. ผู้บริหารโรงพยาบาลส่วนใหญ่ (4 ใน 6 แห่ง) คิดว่าการจัดบริการอาชีวอนามัยมีผลให้จำนวนผู้ประกันสังคมที่เลือกโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

โดยโรงพยาบาลรัฐ ให้เหตุผลดังนี้ 1) ทำให้ผู้ประกันตนเกิดความไว้วางใจมาใช้บริการเพิ่มขึ้น 2) เป็นการประชาสัมพันธ์โรงพยาบาล เพื่อนำปัญหาในเรื่องบริการต่างๆ มาปรับปรุงบริการของโรงพยาบาล มีผลให้คนงานหรือคนอื่น ๆ มาใช้บริการที่โรงพยาบาลมากขึ้น รวมทั้งจำนวนผู้ประกันสังคมที่เพิ่มขึ้นด้วย

โรงพยาบาลเอกชนให้เหตุผลว่า เพราะมีบริการที่ต้องการเนื่องจากอยู่ในเขตอุตสาหกรรม นำที่จะมีโรคหรือผู้ประสบปัญหาอาชีวอนามัยมาใช้บริการ

ส่วนโรงพยาบาลที่คิดว่าการจัดบริการอาชีวอนามัยไม่มีผลอะไรต่อจำนวนผู้ประกันสังคม เนื่องจาก 1) จำนวนผู้ประกันสังคมในเขตพื้นที่รับผิดชอบน้อย 2) โรงพยาบาลไม่ได้ตั้งเป้างานอาชีวอนามัยเพื่อหาผู้ประกันตน อีกทั้งการประกันสังคมก็ไม่ตรงกับยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลที่จะเติบโตในเรื่องรายได้

1.4 โรงพยาบาลทุกแห่งตอบตรงกันว่าการลงทุนด้านบริการอาชีวอนามัยคุ้ม เพราะสามารถทำรายได้ให้แก่โรงพยาบาล โรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้นจากจำนวนผู้ประกันสังคมที่เพิ่มขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ และยังเป็น การประชาสัมพันธ์โรงพยาบาล เป็นผลดีทั้งโรงพยาบาล โรงงาน และตัวคนงานเอง

1.5 โรงพยาบาลส่วนใหญ่(5 ใน 6 แห่ง) มีการทำการตลาดกับโรงงานหรือสถานประกอบการอยู่แล้ว โดยให้บริการต่างๆ กันดังนี้ คือ 1)ให้บริการตรวจสุขภาพเชิงรุกที่โรงงาน 2)ให้บริการสำรวจสิ่งแวดล้อมในการทำงาน 3) ให้คำปรึกษา แนะนำด้านอาชีวอนามัยต่างๆ และ 4) การให้สุขศึกษา ความรู้แก่บุคคลที่มาตรวจร่างกายทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม

โดยวิธีการตลาดที่ใช้กัน ได้แก่ 1) ทำแผ่นพับแนะนำบริการอาชีวอนามัยต่างๆ ที่โรงพยาบาลให้บริการ 2) ใช้วิธีการประชาสัมพันธ์เชิงรุกระยะแรก โดยให้แพทย์เข้าไปแนะนำ พร้อมเสนอบริการอาชีวอนามัยไปด้วย

1.6 ในการบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลมีจุดแข็งในเรื่องดังนี้ 1)ผู้บริหารสนับสนุน 2)ทีมงานดี มีประสิทธิภาพ 3)เจ้าหน้าที่ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลให้ความร่วมมือดี 4) การมีห้องปฏิบัติการ(ด้านอาชีวอนามัย)ที่มีคุณภาพ และ 5)การมีแพทย์เฉพาะทางหลายสาขา มีการปรึกษาหารือในการรักษาโรคร่วมกัน

มีจุดอ่อนในเรื่องดังนี้ 1)มีแพทย์อาชีวเวชศาสตร์และบุคลากรในทีมงานน้อย 2)งบประมาณไม่เพียงพอ 3)ขาดรถเอกซเรย์เคลื่อนที่ 4)ขาดแคลนแพทย์ที่จะออกไปตรวจข้างนอก 5) เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องไม่อยากปฏิบัติเนื่องจากการเพิ่มภาระจากงานประจำ 6) มีการเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่บ่อย ทำให้ต้องดูแล แนะนำ แนวคิดเรื่องอาชีวอนามัยต่างๆ กันใหม่อยู่เสมอ

1.7 ปัญหา และอุปสรรคสำคัญในการบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลที่สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ 1) การมีแพทย์อาชีวเวชศาสตร์น้อย 2) แพทย์ไม่ค่อยยอมออกพื้นที่ 3)ขาดแคลนแพทย์ที่จะออกไปตรวจข้างนอก 4)ขาดรถเอกซเรย์เคลื่อนที่ 5)ไม่สามารถตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของงานอาชีวอนามัยได้เนื่องจากงานห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลในระบบมาก 6)ขาดความต่อเนื่องในการตรวจสอบคุณภาพ(งานอาชีวอนามัยภายในโรงพยาบาล) เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ ส่วนอุปสรรคที่ไม่สามารถแก้ไขได้ คือ การวินิจฉัยโรคทางอาชีวอนามัยทำได้ค่อนข้างยาก และไม่ชัดเจน

1.8 ในอนาคตโรงพยาบาลรัฐ ทุกแห่งมีความคิดที่จะขยายหรือพัฒนาบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล โดยมีความคิดเห็นต่างๆ กันดังนี้

1) จะพัฒนา ให้เป็นศูนย์พิษวิทยา และศูนย์อาชีวเวชกรรมของภาคตะวันออก
2) การบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลต้องพัฒนารูปแบบ ความพร้อมของทีมงาน ส่วนการพัฒนาบริการอาชีวอนามัยในชุมชน ต้องพัฒนาทีมผู้บริหารชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วม และพัฒนาไปในแนวทางเดียวกัน

3) พัฒนาการขยายบริการอาชีวอนามัยไปสู่กลุ่มข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ ธนาคาร โดยมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ส่วนในชุมชนจะเลือกเป็นกลุ่ม ที่ไปให้บริการ เช่น กลุ่ม 1 ผลิตภัณฑ์ 1 หมู่บ้าน หรือกลุ่มเสี่ยงต่างๆ

ส่วนโรงพยาบาลเอกชน มีความเห็นในเรื่องการพัฒนาบริการอาชีวอนามัย ดังนี้

- 1) ควรมีการพัฒนาความพร้อมของทีมงาน เพื่อการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) การพัฒนาต้องขึ้นกับความต้องการของลูกค้า

1.9 โรงพยาบาลมองบริการอาชีวอนามัยในพื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออกในอนาคต ไว้ดังนี้ พื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออก มีนิคมอุตสาหกรรมหลากหลาย มีการอบรมความรู้เรื่องความปลอดภัยต่างๆ อย่างกว้างขวาง แต่ก็ยังมีอุบัติเหตุ/อุบัติภัยให้เห็นกันอยู่ ดังนั้นการเตรียมการรับมืออุบัติเหตุ/อุบัติภัยที่จะเกิดขึ้นก็ต้องมีการเชื่อมโยงระบบข้อมูลข่าวสารให้ทันสมัยอยู่เสมอ แพทย์ต้องมีความรู้เรื่องสารเคมีบ้าง ในเรื่องการให้บริการพบว่า สิ่งที่ทางโรงงานต้องการสูงกว่าที่ทางโรงพยาบาลจะ support ให้ได้ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ซึ่งการลงทุนในเรื่องนี้อาจไม่คุ้มในเรื่องรายได้ ดังนั้นในเรื่องนี้ควรต้องมีการประสาน และใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน

1.10 ข้อเสนอแนะ ที่ต้องการให้กระทรวงสาธารณสุขช่วยเหลือ ได้แก่

- 1) ควรจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้น
- 2) ควรมีโปรแกรม จัดอบรมสัญจรให้ความรู้ในด้านอาชีวอนามัย และควรมีการส่งข่าวให้หน่วยงานเอกชนรับทราบ และเข้าร่วมรับฟังด้วย
- 3) ควรพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนให้มีศักยภาพเท่าเทียมกัน สามารถดูแลชุมชนของตนเองได้ เพราะโรงพยาบาลชุมชนเป็นกลุ่มที่ใกล้ชิดเป้าหมายมากที่สุด มีอยู่ทุกอำเภอ
- 4) ควรมีการประชาสัมพันธ์ เรื่องอาชีวอนามัยโดยใช้สื่อต่างๆ ที่มีศักยภาพ สามารถรับรู้ได้ทั่วถึง กว้างขวาง เช่น โทรทัศน์

1.11 ข้อเสนอแนะที่ต้องการให้สถาบันการศึกษาแพทย์ พยาบาล ช่วยเหลือ ได้แก่

- 1) การเรียน การสอนในสถาบันการศึกษาควรเน้นในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันให้มากกว่านี้
- 2) ควรมีโปรแกรมสัญจร จัดอบรมให้ความรู้ทางวิชาการในด้านอาชีวอนามัย และควรมีการส่งข่าวให้หน่วยงานเอกชนรับทราบ และเข้าร่วมรับฟังด้วย
- 3) ควรจะผลิตแพทย์ที่เป็นนักวิจัย (วิเคราะห) และควรเป็นหลักให้ผู้สนใจเข้าไปศึกษาร่วมกันคิดรูปแบบ หรือการตรวจวัดเพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง และแพทย์ควรเข้าไปมีส่วนร่วมในงานวิจัยให้มากขึ้น

2. ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการหรือผู้บริหารโรงพยาบาลที่ไม่มีบริการ อาชีวอนามัยในพื้นที่สาธารณสุข เขต 3

2.1 เหตุผลและอุปสรรคสำคัญที่ทำให้โรงพยาบาลไม่จัดบริการอาชีวอนามัย เนื่องจากบุคลากรมีจำกัดทั้งแพทย์ และพยาบาล อีกทั้งไม่มีแพทย์หรือบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านนี้

2.2 โรงพยาบาลทุกแห่งไม่เคยมีปัญหาการให้บริการทางการแพทย์กับลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน เนื่องจากจะให้การรักษาไปตามอาการ

2.3 ในอนาคต ผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐมีความคิดที่จะจัดบริการอาชีวอนามัย โดยให้เหตุผลว่าต้องมีบุคลากรเพิ่มขึ้นก่อน ส่วนโรงพยาบาลเอกชน 1 ใน 2 แห่งมีความคิดที่จะจัดให้มีบริการด้านนี้ โดยให้เหตุผลว่าเพราะอยู่ในเขตอุตสาหกรรม และมีโรงงานจำนวนมากอยู่ใกล้เคียงโรงพยาบาล ส่วนโรงพยาบาลเอกชนอีก 1 แห่ง ไม่คิดให้มีบริการด้านนี้ เพราะเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก และที่ผ่านมาไม่เคยมีปัญหาในการรักษาพยาบาลลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน

2.4 ในกรณีที่คิดจะจัดบริการอาชีวอนามัย คิดว่าปัจจัยสำคัญสำหรับการจัดบริการด้านนี้ คือ แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ และจำนวนบุคลากรแพทย์และพยาบาล

2.5 ในกรณีที่คิดจะจัดบริการอาชีวอนามัยในอนาคต ต้องการความช่วยเหลือ คือ ให้กระทรวงสาธารณสุข หรือกระทรวงแรงงานจัดการ อบรมแพทย์อาชีวอนามัยระยะสั้น เช่น 2-3 สัปดาห์ และควรจะมีการส่งข่าวให้โรงพยาบาลเอกชนทราบด้วย

อภิปรายผลการวิจัย

โรงพยาบาลตอบกลับแบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 78 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 95 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 82.1 ซึ่งถือว่าค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลที่ตอบกลับและไม่ตอบกลับแบบสอบถาม พบว่า ประเภทและสังกัดของโรงพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยโรงพยาบาลรัฐมีการตอบกลับแบบสอบถามร้อยละ 90.3 มากกว่าโรงพยาบาลเอกชนที่มีการตอบกลับเพียงร้อยละ 50.5 และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนมากที่สุด คือ 56 แห่ง และมีอัตราตอบกลับสูงถึงร้อยละ 91.8 อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการกระจายอยู่ทั่วไปในทุกจังหวัด ทุกอำเภอ กระทรวงมีนโยบายในการดำเนินงานอาชีวอนามัย และบุคลากรสาธารณสุขมีความตื่นตัวในเรื่องบริการอาชีวอนามัยเพิ่มขึ้น อาจเนื่องจากข่าวคราว อุบัติเหตุ/อุบัติเหตุที่เริ่มพบเห็นกันบ่อยมากขึ้น บริการอาชีวอนามัยจึงได้รับความสนใจมากขึ้น ทำให้มีการตอบกลับแบบสอบถามสูง ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนมีการตอบกลับต่ำ อาจเป็นเพราะไม่มีการจัดบริการอาชีวอนามัย หรือมีการจัดบริการอาชีวอนามัยแต่ไม่ได้รับความสนใจ การผู้บริหารเท่าที่ควร จึงทำให้ไม่ตอบกลับแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป

โรงพยาบาลที่ตอบกลับแบบสอบถาม พบว่า เป็นโรงพยาบาลที่มีบริการอาชีวอนามัย ร้อยละ 81.8 โดยเป็นโรงพยาบาลรัฐร้อยละ 92.2 มากกว่าโรงพยาบาลเอกชน ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่มีบริการอาชีวอนามัยเป็นโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 69.2 มากกว่าโรงพยาบาลรัฐ เนื่องจากโรงพยาบาลรัฐที่ศึกษาส่วนใหญ่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีนโยบายกระจายงานอาชีวอนามัยออกสู่ส่วนภูมิภาคตั้งแต่แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 เป็นต้นมา⁽²⁰⁾ อีกทั้งพื้นที่บริเวณนี้ยังเป็นแหล่งอุตสาหกรรมหลักของประเทศ ประกอบกับมีข่าวเกี่ยวกับอุบัติเหตุ/อุบัติภัยในบริเวณนี้ให้พบเห็นกันมากขึ้น จึงทำให้งานบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลรัฐในพื้นที่นี้ได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนมีจุดมุ่งหมายเพื่อมุ่งผลกำไร⁽²⁷⁾ การจะมีบริการอาชีวอนามัย จำเป็นต้องลงทุนด้านทรัพยากรทั้งอุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากร จากการสัมภาษณ์พบว่าบุคลากรแพทย์และพยาบาลมีจำกัด โดยเฉพาะไม่มีแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ทางด้านนี้เลยซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการบริการอาชีวอนามัย อีกทั้งผู้บริหารไม่สนใจหรือไม่เห็นโอกาสทางธุรกิจจากบริการด้านนี้ จึงทำให้การขยายตัวของบริการด้านนี้ยังน้อยอยู่ แต่ในอนาคตคาดว่าโรงพยาบาลเอกชนมีแนวโน้มที่จะจัดบริการอาชีวอนามัยเพิ่มขึ้น เนื่องจากในมาตรา 107 ในพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541⁽²⁹⁾ กำหนดให้นายจ้างต้องจัดให้มีการตรวจสุขภาพลูกจ้าง และส่งผลการตรวจดังกล่าวแก่พนักงานตรวจแรงงาน มาตรานี้น่าจะมีส่วนช่วยขยายตลาดให้แก่โรงพยาบาลเอกชน โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในเขตอุตสาหกรรมหนาแน่น

โรงพยาบาลภาครัฐที่มีบริการอาชีวอนามัย ตั้งอยู่ในจังหวัดชลบุรีมากที่สุด จำนวน 14 แห่ง ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลขนาดต่ำกว่า 60 เตียง(ร้อยละ 50.8) และไม่มีผู้ประกันสังคมกับโรงพยาบาลในปัจจุบัน(ร้อยละ 74.6) เนื่องจากชลบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งที่อยู่ในโครงการพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก เป็นแหล่งเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมที่สำคัญมีความต้องการบริการทางการแพทย์จำนวนมาก จึงทำให้จังหวัดชลบุรีมีโรงพยาบาลเกิดขึ้นจำนวนมากทั้งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม ทบวงมหาวิทยาลัย และสภาวิชาชีพไทย ส่วนโรงพยาบาลรัฐที่ใช้ศึกษาส่วนใหญ่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นโรงพยาบาลชุมชน (มีจำนวนเตียงไม่เกิน 150 เตียง) ซึ่ง พ.ร.บ.ประกันสังคม ระบุว่าโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก(Main contractor) เป็นศูนย์กลางเครือข่าย โดยมีโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง/โรงพยาบาลสาขา ในเขตจังหวัดนั้นๆ เป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาระดับต้น (Sub contractor)⁽³³⁾ ดังนั้นโรงพยาบาลชุมชนจึงไม่มีผู้ประกันสังคมเป็นของตนเอง แต่ผู้ประกันตนสามารถมาใช้บริการทางการแพทย์จากโรงพยาบาลเหล่านี้ได้ในระบบเครือข่าย ส่วนโรงพยาบาลเอกชนที่มีบริการอาชีวอนามัย จำนวน 2 ใน 4 แห่ง (ร้อยละ 50) ไม่มีผู้ประกันสังคมกับโรงพยาบาลในปัจจุบัน จากการสัมภาษณ์พบว่า การที่โรงพยาบาลมีบริการอาชีวอนามัยไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อหาผู้ประกันสังคมมาเลือกโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น และการประกันสังคมก็ไม่ตรงกับยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลที่จะเติบโตในเรื่องรายได้ อาจ

หมายความว่าโรงพยาบาลเกิดการขาดทุนจากการให้บริการแก่ผู้ประกันสังคม⁽³³⁾ บริการที่ขาดทุนนั้น ไม่ได้รวมถึงบริการอาชีวอนามัย (การตรวจสุขภาพคนงานก่อน/ขณะ/หลังทำงานเพราะโรงงานเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายไม่เกี่ยวข้องกับรายได้จากประกันสังคม ถ้ามีการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานก็เบิกจ่ายจากกองทุนเงินทดแทน)

ผู้รับผิดชอบบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการ ร้อยละ 49.2 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของศิริลักษณ์ สิมะพรชัย(พ.ศ.2541)⁽⁴⁰⁾ ที่ศึกษาการบริหารเพื่อพัฒนางานอาชีวเวชกรรมของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป พบผู้รับผิดชอบงานอาชีวเวชกรรมส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 60 เนื่องจากโรงพยาบาลที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลชุมชนมากกว่าโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์) งานอาชีวอนามัยเป็นงานหนึ่งที่อยู่ในฝ่ายสุขภาพิบาลและป้องกันโรคมิตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเป็นหัวหน้าฝ่าย ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีทางสาธารณสุขศาสตร์ ซึ่งผู้มีหน้าที่รับผิดชอบบริการอาชีวอนามัยควรจะ ต้องมีความรู้ในด้านอาชีวอนามัยระดับหนึ่ง จากข้อมูลพบว่าผู้รับผิดชอบบริการอาชีวอนามัยส่วนใหญ่ไม่เคยจบการศึกษาในหลักสูตรด้านอาชีวอนามัยร้อยละ 58.7 และไม่เคยเข้ารับการศึกษอบรมด้านอาชีวอนามัยเลยร้อยละ 42.9 ซึ่งการศึกษาต่อเนื่อง หรือการอบรมความรู้เพิ่มเติม รวมทั้งการศึกษาดูงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัยนับว่าเป็นสิ่งจำเป็น ดังนั้นจึงควรมีการสนับสนุนในเรื่องต่างๆ เหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

หน่วยบริการอาชีวอนามัยส่วนใหญ่ มีระยะเวลาการจัดบริการอยู่ระหว่าง 1-5 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการเกิดเหตุการณ์ประชาชนชุมชนมาตาศพุดได้รับกลิ่นสารเคมีจากโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งเป็นปัญหาต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 และกรณีกลิ่นเหม็นและน้ำเสียจากกลุ่มโรงงานที่ฟิไอซึ่งเคยถูกดำเนินคดีโดยกรมเจ้าท่าในปี พ.ศ.2540 ข้อหาปล่อยน้ำทิ้งเกินมาตรฐานกำหนด⁽⁵⁵⁾ ทำให้งานด้านอาชีวอนามัยได้รับความสนใจกันอย่างจริงจัง แต่จากข้อมูลที่ได้พบว่าจำนวนสถานประกอบการที่ให้บริการในรอบปีที่ผ่านมาอยู่ระหว่าง 1-10 แห่ง(ร้อยละ 44.4) เฉลี่ย 9.32 แห่ง และมีจำนวนสถานประกอบการที่ให้บริการในรอบปีที่ผ่านมาสูงสุด 64 แห่ง แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลมีการให้บริการอาชีวอนามัยได้น้อยมาก เมื่อเทียบกับจำนวนสถานประกอบการที่มีในพื้นที่สาธารณสุข เขต 3 ที่มีจำนวนสถานประกอบการ 7,718 แห่ง⁽⁶⁾ อีกทั้งโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีขีดความสามารถในการให้บริการที่แตกต่างกันมาก ซึ่งมีสาเหตุได้ต่างๆ กัน เช่น อาจเป็นจากฝ่ายสถานประกอบการเองไม่เห็นความสำคัญ และกฎหมายไม่มีการตรวจสอบควบคุมอย่างจริงจัง หรือจากฝ่ายโรงพยาบาลเอง ความสามารถทางการตลาด ความพร้อมของทีมงาน และทรัพยากรต่างๆ เป็นต้น ในขณะที่ Se-Hoon Lee (ค.ศ.1989)⁽¹⁹⁾ ได้กล่าวถึงบริการอาชีวอนามัยในประเทศเกาหลีว่า สถาบันบริการอาชีวอนามัยสำหรับกลุ่มสถานประกอบการ ให้การดูแลสถานประกอบการ 100 แห่ง หรือคนงานประมาณ 10,000 คน โดยในปี พ.ศ.2539 มีสถาบันบริการอาชีวอนามัยสำหรับกลุ่มสถานประกอบการ 66 แห่ง ให้บริการ

อาชีพอนามัยแก่สถานประกอบการ 9,465 แห่ง และคนงาน 944,000 คน โดยจะมีการสำรวจสถานประกอบการแต่ละแห่งไม่ต่ำกว่า 12 ครั้งต่อปี ในขณะที่ของประเทศไทยจะมีการสำรวจสถานประกอบการแต่ละแห่งอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ซึ่งเมื่อเทียบกันแล้วจะเห็นว่าประเทศไทยยังมีความถี่ในการสำรวจสถานประกอบการแต่ละแห่งน้อยมากเมื่อเทียบกับของต่างประเทศ

ระยะทางที่โรงพยาบาลออกไปให้บริการแก่สถานประกอบการส่วนใหญ่มีระยะทางไม่เกิน 10 กิโลเมตร โดยมีระยะทางใกล้สุดเฉลี่ย 4 กิโลเมตร และระยะทางไกลสุดเฉลี่ย 24.3 กิโลเมตร ซึ่งมีระยะทาง(ระหว่างใกล้สุดและไกลสุดเฉลี่ย) ห่างไกลกันไม่มากนัก ประมาณ 20 กิโลเมตร สถานประกอบการที่ออกไปให้บริการส่วนใหญ่เป็นสถานประกอบการขนาดกลาง(51-200 คน) แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่(สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จะมีการให้บริการอาชีวอนามัยกับโรงงานที่ตั้งอยู่ในพื้นที่โดยรอบมีระยะทางใกล้โรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นโรงงานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล(ในเขต) ในขณะที่โรงงานนอกเขตอาจไม่ได้รับบริการอาชีวอนามัยเลย หรือได้รับบริการอาชีวอนามัยที่แตกต่างกัน (โรงงานนอกเขตจะอยู่ในความรับผิดชอบของสถานีอนามัย หรือบางแห่งอาจตกลงดูแลร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและสถานีอนามัย) ซึ่งสอดคล้องกับ Dandekar SM. และ Warrack B.(1995)⁽⁴⁴⁾ ได้ศึกษาการจัดบริการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยแก่สถานประกอบการขนาดเล็กในประเทศแคนาดา พบว่าปัจจัยที่ทำให้บริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยไปถึงน้อย ได้แก่ ระยะทาง ค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจ และขนาดของสถานประกอบการ

โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีบริการคลินิกอาชีพเวชศาสตร์ ร้อยละ 82.5 อาจเนื่องจากความไม่พร้อมในด้านทรัพยากรต่างๆ โดยเฉพาะแพทย์อาชีพเวชศาสตร์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจากการประกอบอาชีพและโรคอื่นๆ⁽⁵⁶⁻⁵⁷⁾ จากข้อมูลพบว่า มีแพทย์อาชีพเวชศาสตร์เพียงร้อยละ 34.9 และมีพยาบาลอาชีวอนามัย ร้อยละ 39.7 จากการสัมภาษณ์ยังพบอีกว่า คลินิกอาชีพเวชศาสตร์ไม่ใช่แหล่งที่จะทำรายได้ให้กับโรงพยาบาล เพราะมีผู้ใช้บริการในแต่ละเดือนน้อย เนื่องจากคนทั่วไปมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานอาชีวอนามัยยังน้อยอยู่ ซึ่งส่วนนี้อาจทำให้ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญของการมีคลินิกอาชีพเวชศาสตร์ได้

โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีการแยกหน่วยงานด้านอาชีวอนามัยออกเป็นอิสระ ร้อยละ 93.7 อาจเนื่องจากผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญของงาน อีกทั้งอาจยังยึดติดกับกรอบโครงสร้าง ไม่มีการยืดหยุ่น นโยบายด้านนี้จากส่วนกลางก็ยังไม่มีความชัดเจน ทำให้บทบาทการดำเนินงานในระดับปฏิบัติไม่ชัดเจน เป็นการฝากงานประจำผ่านฝ่ายต่างๆ ทำกันไปตามที่ตั้ง ไม่ได้ทำตามปัญหาที่เกิดขึ้น ในขณะที่การปฏิรูประบบราชการในส่วนของบริการสุขภาพ จะต้องมีการผ่อนคลายการใช้ระเบียบ ไม่ยึดติดอยู่กับระเบียบกลางระเบียบเดียว ที่ทำให้ขาดความคล่องตัว โดยมีเป้าหมายให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการ หรือปัญหาของชุมชน⁽⁵⁸⁾ ดังนั้น ผู้บริหารจึงควรมีการปรับแนวคิด การบริหารจัดการต่างๆ ให้

เหมาะสมตามบริบทแวดล้อม โดยคำนึงถึงสภาพปัญหา บริบทแวดล้อม และความต้องการของชุมชนในท้องถิ่น

งานอาชีวอนามัยหรืออาชีวเวชศาสตร์ ต้องรู้เขารู้เรา รู้ว่าลูกค้าอยู่ตรงไหน กลุ่มเป้าหมายต่างๆ อยู่ตรงไหน นำมาคัดเลือกดูแล การคัดเลือกก็เหมือนการใช้ตะแกรงร่อนจะได้พื้นที่เสี่ยงมากปานกลาง น้อย จากนั้นจึงคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการ⁽⁵⁸⁾ แต่จากข้อมูลที่ได้พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการ ร้อยละ 50.8 แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมาย หรือยังไม่เข้าใจแนวคิดงานอาชีวอนามัย หรือไม่เข้าใจวิธีการคัดเลือกกลุ่มเสี่ยง (ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนอาจมีวิธีการเลือกกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างออกไป) ส่วนกลุ่มเป้าหมายที่เน้นให้บริการสูงสุด คือ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล(ร้อยละ 74.2) รองลงมาคือสถานประกอบการขนาดกลางและขนาดเล็ก(ร้อยละ 54.8 และ 41.9 ตามลำดับ) นั้น อาจเนื่องจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเป็นกลุ่มเป้าหมายที่คุ้นเคยและใกล้ชิดมากที่สุดที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้เช่นกัน และจากกระแสของHospital Accreditation (HA) กำลังมาแรง จึงทำให้มีการให้บริการอาชีวอนามัยแก่เจ้าหน้าที่ภายใต้แนวทางการพัฒนาสู่โรงพยาบาลคุณภาพขึ้น⁽⁵⁹⁾ สิ่งหนึ่งที่มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญจนภิเชกได้ระบุไว้ใน การเข้าสู่ความเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ คือ การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัยในโรงพยาบาล ดังจะเห็นได้จากข้อกำหนด GEN 6(สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่) โดยเฉพาะข้อ GEN 6.3 (สภาพทั่วไปของหน่วยงานมีความปลอดภัย ปราศจากความเสี่ยงทางกายภาพ) และ ENV 4(การจัดการด้านความปลอดภัย) โดยเฉพาะข้อ ENV 4.4(มีบริการอาชีวอนามัยให้เจ้าหน้าที่)^(59 - 60)

การจัดบริการอาชีวเวชกรรม เป็นการใช้ความรู้ทางการแพทย์เพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้ประกอบอาชีพทุกหมู่เหล่า⁽²³⁾ การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้สามารถดำเนินงานอาชีวอนามัยได้อย่างถูกต้อง สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีนับเป็นสิ่งสำคัญ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดหลักสูตรอบรมระยะสั้นให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2536 แต่ก็ยังไม่เพียงพอกับความต้องการ จากข้อมูลพบว่าที่มีบริการอาชีวอนามัยมีแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ (แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ กับแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้นแพทย์อาชีวเวชศาสตร์) เพียงร้อยละ 34.9 ในขณะที่มีพยาบาลอาชีวอนามัย(พยาบาลที่จบปริญญาโทหรือเอกด้านอาชีวอนามัย กับพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้นพยาบาลอาชีวอนามัย)ร้อยละ 39.7 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของศิริลักษณ์ สิมะพรชัย(พ.ศ.2541)⁽⁴⁰⁾ ที่พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานอาชีวเวชกรรม ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 95 ผ่านการอบรมพยาบาลอาชีวอนามัย อาจเนื่องจากการพัฒนาบุคลากรในระยะแรก กองอาชีวอนามัยจะอบรมเฉพาะเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทั้งที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นแนวหน้าที่จะต้องรับมือกับปัญหาแต่เจ้าหน้าที่กลับไม่มีความรู้ โรคและอาการจากการทำงานต่างๆ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ให้การรักษาไปตามอาการ ในขณะที่งานอาชีวอนามัยต้องไม่ปล่อยให้ป่วยแล้วมารักษา มีการโยกการเกิดโรคผ่านสิ่งแวดล้อมที่เป็น

ตัวก่อเหตุ และหาทางป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยซึ่งปัจจุบันเราขาดแพทย์ที่จะมาโยงโรคนั้นว่าเกิดจากอะไร อยู่ในที่ทำงานหรือไม่⁽⁵⁸⁾ และน่าสังเกตว่ามากกว่าร้อยละ 50 มีการจัดบริการอาชีวอนามัยโดยไม่มีบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านนี้เลย อาจหมายความว่า การจัดบริการอาชีวอนามัยที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ทำนั้น อาจหมายถึงแค่การรักษา หรือการตรวจสุขภาพประจำปีเท่านั้น ไม่ใช่การบริการอาชีวอนามัยอย่างเต็มรูปแบบ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาที่มุ่งงานให้มีความรู้ความเข้าใจในงานอาชีวอนามัยอย่างแท้จริง และทั่วถึง เพื่อการให้บริการอย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ที่ใช้สำหรับการจัดบริการอาชีวเวชกรรม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างจำนวนร้อยละของโรงพยาบาลที่มีวัตถุประสงค์สำหรับจัดบริการอาชีวอนามัย กับร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการใช้งานสม่ำเสมอและการใช้งานเป็นครั้งคราว พบว่าส่วนใหญ่สัดส่วนของการมีอุปกรณ์สูงกว่าการใช้งาน ยกเว้นรถเอกซเรย์เคลื่อนที่ ที่พบว่ามิโรงพยาบาลภาครัฐ 2 แห่ง ไม่มีรถเอกซเรย์เคลื่อนที่ แต่ได้ยืมหรือเช่ารถเอกซเรย์เคลื่อนที่จากโรงพยาบาลอื่นในการให้บริการอาชีวอนามัยและมีการใช้งานสม่ำเสมอ แสดงว่าวัตถุประสงค์ที่มีอยู่แม้จะไม่ครบในทุกโรงพยาบาลแต่ก็สามารถให้บริการอาชีวอนามัยได้อย่างพอเพียง ส่วนเครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้แต่โรงพยาบาลไม่มีก็สามารถประสานขอความร่วมมือกันระหว่างรัฐกับรัฐ หรือรัฐกับเอกชน ซึ่งในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ กระทรวงสาธารณสุขมีงบประมาณลดลง ส่งผลให้กระทรวงมีนโยบายสุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำ (Good Health at Low Cost) สถานบริการต่างๆ ต้องมีการปรับตัวอย่างมาก ในขณะที่งานเพิ่มขึ้นแต่งบประมาณที่ได้กลับน้อยลง⁽⁶¹⁾ ดังนั้นต้องมีการจัดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุดได้ประโยชน์ทุกฝ่ายทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยการสร้างพันธมิตรด้านบริการ ประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับเอกชน เช่น การใช้เทคโนโลยี/เครื่องมือราคาแพงร่วมกัน เป็นต้น

บริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลในพื้นที่สาธารณสุขเขต 3

จากการประเมินตนเองของผู้รับผิดชอบบริการอาชีวอนามัย ในการจัดบริการอาชีวอนามัยในด้านการบริหารจัดการ การบริการ วิชาการและสารสนเทศ พบว่า ในภาพรวมทุกด้านโรงพยาบาลส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 60 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ โดยด้านบริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด(2.18) ด้านวิชาการและสารสนเทศมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด(1.78) แสดงว่าการจัดบริการอาชีวอนามัยทั้ง 3 ด้าน ยังมีช่องว่างที่จะต้องมีการพัฒนากันอีกมาก โดยเฉพาะด้านวิชาการและสารสนเทศ เมื่อมาพิจารณาการจัดบริการอาชีวอนามัยรายด้าน สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ด้านบริหารจัดการ

ปัจจัยด้านผู้บริหาร เป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงานต่างๆ ให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมที่มองเห็นชัดเจน มีผลในทางปฏิบัติ ซึ่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับผู้บริหารสนับสนุนงานด้านอาชีวอนามัยมากที่สุด(คะแนนเฉลี่ย 2.44) โดยโรงพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 54.0 ผู้บริหารมีการสนับสนุนงานด้านอาชีวอนามัยบ้าง แต่ไม่เป็นระบบ เป็นลักษณะการปฏิบัติในเชิงตอบสนองต่อปัญหาเท่านั้น ทำให้การกำหนดนโยบาย และแผนงานด้านอาชีวอนามัย การนำแผนสู่การปฏิบัติ การกำหนดขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติงานต่างๆ ไม่ชัดเจน มีผลต่องบประมาณที่จะสนับสนุน ทำให้ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน เนื่องจากไม่มีแผนงานที่แน่นอนชัดเจน ทำในเชิงตอบสนองต่อปัญหาเช่นกัน หรือไม่ก็ทำตามสิ่งที่สั่งจากหน่วยงานระดับเหนือขึ้นไป อีกทั้งนโยบายด้านอาชีวอนามัยของกระทรวงก็ยังไม่ชัดเจน ผู้บริหารและบุคลากรไม่เห็นว่าเป็นปัญหาสุขภาพจากการประกอบอาชีพเป็นปัญหาสำคัญของท้องถิ่น⁽⁶²⁾ ทำให้สุขภาพของผู้ประกอบอาชีพต่างๆ ไม่ได้ได้รับความสนใจดูแลเท่าที่ควร ซึ่งเหตุผลหนึ่ง ที่มีการพูดถึงกันมาก ทั่วไปทุกพื้นที่ ก็คือ ข้อจำกัดในด้านทรัพยากรต่างๆ ทั้งงบประมาณ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์ ในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจเช่นนี้ การจัดการทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด ควรมีการประสานความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงาน ซึ่งการประสานงานระหว่างหน่วยงาน มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่มุ่งให้บริการแบบผสมผสานทุกระดับครอบคลุมทั้งชุมชน⁽⁶³⁻⁶⁴⁾ แต่จากการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีการประสานงานช่วยเหลือระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในด้านเครื่องมือวัสดุ อุปกรณ์(ร้อยละ 68.3) และด้านบุคลากร (ร้อยละ 66.7) ไม่มีการสร้างเครือข่ายในการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนปัญหาระหว่างเจ้าหน้าที่ด้วยกัน(ร้อยละ 46.0) อาจเนื่องจากว่าในระบบราชการมีระบบการประสานงานกันภายในกระทรวงเดียวกัน ทั้งในแนวตั้งและแนวนอน ดังนั้นเมื่อมีการขาดแคลนทรัพยากรต่างๆ ทั้งด้านวิชาการ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์(ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนมักจะมีพร้อมกว่าโดยเฉพาะวัสดุอุปกรณ์) ก็จะมีการขอความช่วยเหลือกันภายในกระทรวงเดียวกันก่อนจนเคยชิน มีขั้นตอนต่างๆ มากมาย ใช้เวลานาน จนบางครั้งกว่าความช่วยเหลือนั้นจะมาถึงก็อาจหมดความจำเป็นไปแล้ว ทำให้งานบางอย่างล่าช้า หรือเสียหายได้ ดังนั้นผู้บริหารหรือบุคลากรสาธารณสุข จึงควรมีการปรับแนวคิด รูปแบบการบริหารจัดการต่างๆ ที่พร้อมจะยืดหยุ่น เอื้ออำนวยให้งานหรือกิจกรรมต่างๆ ดำเนินไปด้วยดี มีการสร้างพันธมิตร ประสานงานกันภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน ให้มีความคุ้นเคย ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ด้านการบริการ

WHO⁽⁶⁵⁾ (อ้างถึงใน อุดลย์ บัณฑกุล) ได้เสนอยุทธวิธีที่สำคัญที่สุดสำหรับการพัฒนางานอาชีวเวชศาสตร์ คือ ใช้หลัก Primary Health Care (PHC) โดยโรงพยาบาลมีการเฝ้าระวังสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด(3.11) รองลงมา คือการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพภายในโรงพยาบาล การฝึกซ้อมแผนรับมืออุบัติเหตุ/อุบัติเหตุภายในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยพบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการปฏิบัติครบถ้วน และเป็นระบบดี แสดงถึงการ

ปฏิบัติบนพื้นฐานกระบวนการที่เป็นระบบ มีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น (ร้อยละ 38.1, 38.1 และ 33.3 ตามลำดับ) ส่วนการสำรวจสภาพแวดล้อมในการทำงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และการให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการปฏิบัติบ้าง แต่ไม่เป็นระบบ (ร้อยละ 46.0 และ 39.7) ในขณะที่ การให้บริการบุคคลภายนอก ได้แก่ Burn Unit, ห้องล้างตัวสำหรับคนงานที่เปื้อนสารเคมี, คลินิกอาชีวเวชศาสตร์, บริการเก็บสารเคมีเพื่อการส่งตรวจ, บริการตรวจวัดด้านสิ่งแวดล้อม และบริการตรวจคัดกรองโดยใช้เครื่องมือทางอาชีวเวชศาสตร์ พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีการปฏิบัติในกิจกรรมดังกล่าว (ร้อยละ 85.7, 82.5, 81.8, 66.7, 46.0 และ 42.9 ตามลำดับ) จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่เน้นบริการที่จัดสำหรับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล สอดคล้องกับเป้าหมายที่เน้นให้บริการสูงสุดคือ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลร้อยละ 74.2 อีกทั้งมีนโยบายสนับสนุนจากกระทรวง เป็นการเตรียมความพร้อมในด้านสุขภาพกายและจิต เพื่อการให้บริการแก่บุคคลภายนอก และยังเป็นการพัฒนาระบบบริการเพื่อมุ่งสู่โรงพยาบาลคุณภาพ จึงทำให้การบริการส่วนใหญ่เน้นสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ในขณะที่การให้บริการแก่หน่วยงานภายนอก ต้องมีความพร้อมทั้งบุคลากร (ในแง่ปริมาณและคุณภาพ) เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ (Burn Unit) สถานที่ (คลินิกอาชีวเวชศาสตร์, ห้องล้างตัว) อีกทั้งต้องมีบริการทั้งเชิงรุก (ออกไปนอกสถานที่ สำรวจโรงงาน) และเชิงรับ จึงทำให้โรงพยาบาลส่วนใหญ่จัดกิจกรรมสำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น หรือที่มีกิจกรรมสำหรับหน่วยงานภายนอกก็มักเป็นกิจกรรมที่ต้องทำตามหน้าที่ที่หน่วยงานเหนือขึ้นไปเป็นผู้กำหนดให้ทำ หรือมีการพูดถึงข้อจำกัดในด้านทรัพยากรต่างๆ ที่เป็นเหตุให้ไม่สามารถจัดกิจกรรมต่างๆ สำหรับหน่วยงานภายนอกได้ ดังนั้น ในสถานการณ์เช่นนี้ การบริหารจัดการที่ดีโดยเริ่มจากการประเมินความเสี่ยงอย่างถูกต้องทำให้ทราบว่ามีความจำเป็นแค่ไหนที่จะต้องลดความเสี่ยงนั้นๆ จากนั้นหาวิธีที่ดีที่สุด ทุกฝ่ายได้ประโยชน์ โดยเลือกจัดบริการที่เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า⁽⁶⁶⁾ ก็สามารถช่วยให้คนงานมีชีวิตที่ยืนยาว ลดการเจ็บป่วย ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดการพัฒนาในทุกด้าน ในขณะที่หัวข้อ การประเมินสภาพแวดล้อมในการทำงานเพื่อการเฝ้าระวัง โรงพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 42.9 มีการปฏิบัติแต่ไม่เป็นระบบและโรงพยาบาลร้อยละ 22.2 ไม่มีการปฏิบัติในหัวข้อดังกล่าว อาจอธิบายได้ว่ากิจกรรมที่โรงพยาบาลเหล่านี้ทำ (ยกเว้นโรงพยาบาลเอกชนที่อาจมีเป้าหมายการให้บริการที่ต่างจากโรงพยาบาลรัฐ) มักเป็นไปตามหน้าที่ ไม่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาอาชีวอนามัยที่เกิดขึ้น จึงทำให้การดำเนินงานอาชีวอนามัยไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ดังนั้น จึงควรมีการเพิ่มศักยภาพของบุคลากร ให้มีความรู้ความเข้าใจในงานอาชีวอนามัยอย่างถ่องแท้ ทำให้มองเห็นภาพรวมที่จะนำไปสู่การบริหารจัดการได้อย่างถูกต้องทิศทาง สามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านวิชาการและสารสนเทศ

โรงพยาบาลมีการจัดหาเอกสาร ตำรา หรือมีแหล่งค้นคว้าหาความรู้ที่เกี่ยวกับอาชีวอนามัยภายในหน่วยงานมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (2.06) โดยพบว่ามีโรงพยาบาลร้อยละ 25.4 ไม่มีการจัดการในเรื่องนี้ ในขณะที่การวิจัย หรือมีส่วนร่วมในการวิจัยด้านอาชีวอนามัยหรืออาชีวเวชศาสตร์มี

คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (1.44) โดยพบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 68.3 ไม่มีการวิจัยหรือส่วนร่วมในการวิจัยทางด้านนี้ อาจเนื่องจากการจัดหาเอกสาร ตำราสำหรับค้นคว้าหาความรู้ภายในหน่วยงานสามารถดูแลจัดการได้ง่ายกว่า ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ได้มีการใช้ประโยชน์ร่วมกัน ประเด็นสำคัญอยู่ที่ว่า ได้มีการใช้งาน ในแหล่งค้นคว้าเหล่านั้นอย่างคุ้มค่าหรือไม่ ในขณะที่การศึกษาค้นคว้าเป็นเรื่องที่ซับซ้อนยุ่งยากมากกว่า ต้องมีงบประมาณสนับสนุน อีกทั้งผู้ทำการศึกษาค้นคว้าต้องมีความรู้ในระเบียบวิธี/เรื่องที่จะทำการวิจัย และเมื่อวิจัยมาแล้วได้นำผลวิจัยมาทำประโยชน์ หรือพัฒนาอะไรได้บ้าง จึงทำให้ผู้บริหาร/หน่วยงานไม่ให้ความสนใจเท่าที่ควร ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานด้านนี้ต้องมีความรู้ และทักษะที่ดีเพื่อสามารถดำเนินงานได้อย่างมีคุณภาพ⁽⁶⁷⁾ การฝึกอบรมนับเป็นวิธีหนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุข ใช้ในการพัฒนาบุคลากรทางด้านอาชีวอนามัย อาชีวเวชศาสตร์ และสายงานอื่นที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาค้นคว้าในหัวข้อการฝึกอบรมให้ความรู้ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมให้แก่บุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะและมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี การอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะของทีมงานอย่างสม่ำเสมอ นั้น ไม่มีการปฏิบัติในหัวข้อดังกล่าวถึงร้อยละ 54.0, 49.2 และ 42.8 ตามลำดับ สามารถอธิบายได้ว่า การอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องนั้นยังไม่มีครอบคลุมในผู้ปฏิบัติงานด้านนี้เพียงพอ

โกเมธ นาควรรณกิจ (พ.ศ. 2540)⁽⁶⁸⁾ ศึกษาพบว่า ระบบข้อมูลข่าวสารที่ดีจะสามารถสนับสนุน/พัฒนาระบบบริการ และใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการ ตัดสินใจ วางแผน และประเมินผลได้ถูกต้อง จากข้อมูลพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการบันทึกและเก็บข้อมูลทางสุขภาพอย่างไม่เป็นระบบ (ร้อยละ 50.8) ไม่มีการจัดทำฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทำงานอาชีวอนามัย เช่น ข้อมูลสารเคมีอันตราย ฯลฯ (ร้อยละ 58.7) อาจเป็นไปได้ว่าผู้ให้บริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลเหล่านี้ อาจไม่รู้ หรือไม่เห็นความสำคัญของการทำฐานข้อมูลเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสนับสนุนระบบบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการรวบรวมและรายงานข้อมูลเป็นจำนวนมาก แต่พบว่า ข้อมูลที่ได้มีความซ้ำซ้อน คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่สามารถใช้แก้ปัญหา⁽⁶⁸⁾ หรือใช้สนับสนุนระบบบริการในชุมชนได้ โดยพบว่าโรงพยาบาลไม่มีการนำข้อมูลต่างๆ มาวิเคราะห์ เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาอาชีวอนามัยในพื้นที่ร้อยละ 34.9 ไม่มีระบบข้อมูลสมบูรณ์ ถูกต้องเป็นปัจจุบันและไม่สามารถนำมาใช้แก้ปัญหาอาชีวอนามัยได้ทันทั่วทั้งที่ ร้อยละ 34.9 สามารถอธิบายได้ว่า โรงพยาบาลมีการรวบรวมข้อมูล(บวกเลข)ต่างๆ อิงอยู่กับความต้องการของส่วนกลาง ทำให้ไม่มีอิสระในการคิด ทั้งยังมีความรู้สึกว่าการเก็บข้อมูลเพื่อการส่งต่อ มากกว่าเพื่อการตัดสินใจใช้ประโยชน์ ข้อมูลเป็นการเฝ้าระวังแบบตั้งรับ เน้นข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้จึงไม่สามารถนำมาใช้แก้ปัญหาในชุมชนได้ ดังนั้น การเก็บรวบรวมข้อมูลข่าวสารจึงควรเก็บเท่าที่จำเป็น พยายามเน้นถึงสาเหตุของปัญหา เน้นข้อมูลเชิงคุณภาพมากขึ้น ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมากขึ้น⁽⁶⁹⁾ มีการจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ ถูกต้อง ทันเวลา ตรงกับความต้องการ สามารถใช้ประโยชน์เพื่อการบริหารและแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้

เปรียบเทียบบริการอาชีวอนามัยระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

ในภาพรวมทุกด้านพบว่าการจัดบริการอาชีวอนามัยระหว่างโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิตินี้ โรงพยาบาลเอกชนมีคะแนนค่าเฉลี่ยอันดับที่สูงกว่าโรงพยาบาลรัฐในทุกด้าน อาจเนื่องจากแบบสอบถามนี้เป็นการประเมินตนเอง โรงพยาบาลเอกชนอาจมีการให้คะแนนตนเองสูงกว่าเป็นจริงได้ หรือโรงพยาบาลเอกชนที่มีบริการอาชีวอนามัย อาจมีความพร้อมในบริการอาชีวอนามัยด้านต่างๆ มากกว่าโรงพยาบาลรัฐ ซึ่งยังไม่มีข้อมูลที่สนับสนุนได้แน่ชัด

และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยอันดับที่ของบริการอาชีวอนามัยตามขนาดของโรงพยาบาล (ต่ำกว่า 150 เตียง กับตั้งแต่ 150 ขึ้นไป) และจำนวนผู้ประกันสังคมในปัจจุบัน (มีกับไม่มีผู้ประกันสังคม) ระหว่างโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยโรงพยาบาลเอกชนมีคะแนนค่าเฉลี่ยอันดับที่สูงกว่าโรงพยาบาลรัฐสามารถอธิบายได้ว่า การจัดบริการด้านนี้จริงๆ แล้วขึ้นอยู่กับวิสัยทัศน์ของผู้บริหารหรือเจ้าของโรงพยาบาลขนาดเล็กหรือโรงพยาบาลชุมชน แสดงว่าต้องมีความคุ้มค่าในการลงทุน (ไม่เกี่ยวกับขนาดโรงพยาบาล) และโรงพยาบาลเอกชนเห็นว่ามีคุณค่าที่ลงทุน (อาจเนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่จะมีฐานลูกค้ามาก พร้อมทั้งจะรองรับการให้บริการด้านต่างๆ อยู่แล้ว หรืออาจมองเห็นช่องทางการตลาดสำหรับธุรกิจบริการอาชีวอนามัย) ดังนั้นรัฐบาลควรที่จะลงทุนทางด้านนี้ให้มากกว่านี้หรือสนับสนุนให้เอกชนลงทุนทางด้านนี้ โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อความเสมอภาคในสังคม ให้คนจนหรือคนด้อยโอกาสทางสังคม เช่น แรงงานนอกระบบ แรงงานต่างด้าว หรือแม้แต่กลุ่มเกษตรกร ได้ใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย สอดคล้องกับปัญหาอาชีวอนามัยที่เกิดขึ้น โดยมีรายได้เข้าโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นเป็นเป้าหมายรอง

เมื่อมาพิจารณาการจัดบริการอาชีวอนามัยรายด้าน พบว่าด้านบริหารจัดการ และด้านวิชาการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในขณะที่ด้านการบริการมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน แต่มีข้อที่น่าสังเกตว่ากิจกรรมต่างๆ ในด้านบริการที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติพบว่า โรงพยาบาลเอกชนจะเน้นการบริการอาชีวอนามัยสำหรับหน่วยงาน/บุคคลภายนอกมากกว่าโรงพยาบาลรัฐ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล หรือให้บริการตรวจสุขภาพ (เช่น คลินิกอาชีวเวชศาสตร์ Burn Unit มีห้องล้างตัวสำหรับคนไข้ที่เป็นสารเคมี บริการตรวจสุขภาพ บริการตรวจคัดกรองโดยใช้เครื่องมือทางอาชีวเวชศาสตร์ บริการให้ความเห็นแพทย์ต่อการบาดเจ็บและสูญเสียสมรรถภาพผู้ป่วย การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยด้านอาชีวเวชศาสตร์) มากกว่ากิจกรรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค (เช่น บริการให้คำปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจากการประกอบอาชีพ บริการสำรวจปัจจัยเสี่ยง (walk through survey) สภาพแวดล้อมในการทำงาน การประเมินสภาพแวดล้อมในการทำงานเพื่อการเฝ้า

ระวัง ให้คำแนะนำและร่วมดำเนินการแก้ไขปรับปรุงเพื่อลดหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยง มีทีมดำเนินการสอบสวนโรค/บาดเจ็บจากการประกอบอาชีพ การฝึกซ้อมรับอุบัติเหตุ/อุบัติเหตุภายในหน่วยงาน หรือร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น) อาจเนื่องจากการให้บริการแก่บุคคล/หน่วยงานภายนอก ได้ผลตอบแทนที่มองเห็นได้เป็นตัวเงินชัดเจนมากกว่าการให้บริการแก่บุคลากรภายในโรงพยาบาล และด้านรักษาพยาบาลประชาชนเห็นคุณค่าเพราะเมื่อเจ็บป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาล บริการด้านนี้จึงมีผลตอบแทนที่ดีในแง่การลงทุน สอดคล้องกับสุมนา ตั้งคณะสิงห์และคณะ (พ.ศ.2526) ⁽⁷⁰⁾ ที่เห็นว่าโรงพยาบาลเอกชนจะเน้นบริการด้านรักษาพยาบาลมากที่สุดเพียงด้านเดียว คงปล่อยให้หน้าที่ในการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐ ภายใต้ภาวะเศรษฐกิจยุคปัจจุบัน การบริหารจัดการโรงพยาบาลจำเป็นต้องมีการปรับตัวให้ทันกับความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะกลุ่มคนวัยทำงาน ที่เป็นตลาดสำคัญของธุรกิจโรงพยาบาลโดยเฉพาะในเมืองใหญ่ และแหล่งอุตสาหกรรม การมีบริการอาชีวอนามัยเป็นการเพิ่มความหลากหลายให้ลูกค้ามีโอกาสในการตัดสินใจเลือก ประกอบกับเริ่มมีกฎหมายบังคับสำหรับการตรวจสุขภาพลูกจ้าง⁽²⁹⁾ ทำให้ผู้บริหารของโรงพยาบาลเอกชน (และโรงพยาบาลรัฐบางส่วนที่ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์) เล็งเห็นความสำคัญของบริการอาชีวอนามัยมากขึ้น เพราะเป็นบริการที่จะส่งผลให้โรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้น โดยผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนเหล่านี้จะมีนโยบายต่างๆ สนับสนุน ทั้งงบประมาณ และบุคลากรเพื่อสามารถให้บริการอาชีวอนามัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังมีการนำกลยุทธ์ทางการตลาด(สร้างภาพ) มาใช้เพื่อรักษาชื่อเสียง และความน่าเชื่อถือของโรงพยาบาล ในกลุ่มลูกค้า อีกทั้งเป็นการส่งเสริมและกระจายกลุ่มลูกค้าให้กว้างขวางขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้โรงพยาบาลเกิดความแตกต่างกันและประชาชนหันมาใช้บริการมากขึ้น ⁽⁷¹⁾ เช่น มีบริการที่ดี มีศูนย์บริการเคลื่อนที่ เครื่องมือการแพทย์ที่ทันสมัยและการมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น ⁽⁷¹⁻⁷²⁾ ในขณะที่โรงพยาบาลรัฐส่วนใหญ่ มีการจัดบริการอาชีวอนามัยเนื่องมาจากนโยบายของหน่วยเหนือขึ้นไป ทั้งที่ผู้บริหารอาจยังไม่เห็นความสำคัญ หรือไม่เห็นว่าโรค/การบาดเจ็บจากการประกอบอาชีพเป็นปัญหาสำคัญของชุมชน หรือยังไม่เข้าใจในเนื้อหาของงานด้านนี้ดีพอ จึงทำให้การบริหารจัดการ การบริการ และวิชาการทำไปตามที่สั่ง ทำกันไปตามหน้าที่ เพื่อจะได้มีรายงานส่งส่วนกลาง จึงทำให้เกิดความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน อีกทั้งกระแสการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกำลังมาแรง โรงพยาบาลส่วนใหญ่ต้องมีการแข่งขันเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนต้องแข่งขันทั้งกับโรงพยาบาลรัฐ(ที่มีงบประมาณสนับสนุน) และกับโรงพยาบาลเอกชนด้วยกันเอง จึงทำให้โรงพยาบาลเอกชนต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการ และระบบที่สนับสนุนการบริการ เช่น การบริหารจัดการ วิชาการและสารสนเทศ กันอย่างจริงจัง มากกว่าโรงพยาบาลรัฐ

หรืออาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าโรงพยาบาลรัฐและเอกชนมีความแตกต่างกันในด้านจุดมุ่งหมายขององค์กร ⁽⁷³⁾ จึงทำให้บริการอาชีวอนามัยในภาพรวมด้านการบริหารจัดการ ด้านวิชาการและสารสนเทศ รวมทั้งรายละเอียดของการดำเนินงานในกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละด้านเหล่านี้ มีความแตกต่าง

กันอย่างชัดเจน ($p < 0.05$) ในขณะที่กระแสการพัฒนาคูณภาพโรงพยาบาลกำลังมาแรง ทำให้โรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน มีการเน้นพัฒนาในเรื่องคุณภาพบริการ จึงอาจทำให้การบริการอาชีวอนามัยในภาพรวมด้านบริการไม่เห็นความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ($p > 0.05$) แต่ในรายละเอียดของการดำเนินงานในกิจกรรมต่างๆ ด้านบริการ ก็ยังพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในบางกิจกรรม ซึ่งอาจเนื่องมาจากมีเป้าหมายการให้บริการที่แตกต่างกัน โดยโรงพยาบาลเอกชนจะเน้นภาพพจน์ในเชิงธุรกิจเป็นหลัก ในขณะที่โรงพยาบาลรัฐไม่เน้นเชิงธุรกิจ

ปัจจัยที่ทำให้การบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลในพื้นที่สาธารณสุขเขต 3 แตกต่างกัน

ปัจจัยด้านสถานประกอบการ

ปัจจัยด้านสถานประกอบการที่มีผลต่อการบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ประเภทหน่วยงาน จำนวนสถานประกอบการที่ให้บริการในรอบปีที่ผ่านมา การมีบริการคลินิกอาชีวเวชศาสตร์ และการแยกหน่วยงานด้านอาชีวอนามัยออกเป็นอิสระ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ประเภทหน่วยงาน ภายใต้ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ โรงพยาบาลเอกชนในยุคปัจจุบันจะต้องบริหารงาน ที่ต้องเน้นคุณภาพและความอยู่รอด โดยเฉพาะการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการมีบริการที่หลากหลาย เพื่อการยอมรับและพึงพอใจผู้ให้บริการมากที่สุด⁽⁶¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของสุมนา ตั้งคณะสิงห์ และคณะ (พ.ศ. 2526)⁽⁷⁰⁾ ที่พบว่า โรงพยาบาลเอกชนที่ทำการศึกษารทุกแห่งล้วนมีวัตถุประสงค์ที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วยอย่างดีที่สุด การให้บริการที่ดีเป็นผลมาจากธุรกิจเอกชนที่ฝ่ายบริหารสามารถจะควบคุมการทำงานของบุคลากรให้เป็นไปตามความพอใจของผู้ให้บริการ ในขณะที่โรงพยาบาลรัฐ มักติดกับระบบราชการ มีวัฒนธรรมที่ให้ประโยชน์ต่อผู้ทำงานในโรงพยาบาลเป็นหลักมากกว่าประโยชน์ของคนไข้ เช่น การกำหนดชั่วโมงการทำงานของผู้ป่วยนอกเฉพาะช่วงเช้า ตลอดจนกฎระเบียบหลายประการไม่ได้สอดคล้องกับปัญหาและความจำเป็นของผู้ใช้บริการ เป็นต้น โรงพยาบาลรัฐไม่ให้ความสนใจกับความต้องการของคนไข้เท่าที่ควร ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้จึงอาจต่ำกว่าโรงพยาบาลเอกชน สอดคล้องกับ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (พ.ศ. 2528)⁽⁷⁴⁾ ที่สรุปว่าคุณภาพของบริการรักษาพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ บทบาทตลอดจนพฤติกรรมของผู้ให้และผู้รับบริการได้รับอิทธิพลและกำหนดรูปแบบจากองค์การของการจัดบริการรักษาพยาบาล

จำนวนสถานประกอบการที่ให้บริการในรอบปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลที่ให้บริการอาชีวอนามัยแก่สถานประกอบการที่มากขึ้น แสดงถึงการได้รับความเชื่อถือไว้วางใจจากผู้ให้บริการ ความสามารถในการให้บริการ ต้องมีการปรับปรุงและพัฒนาคูณภาพเพื่อรักษาตลาดลูกค้าเก่า สร้าง

ตลาดใหม่ ผู้ให้บริการมีประสบการณ์เชี่ยวชาญในงานมากขึ้น มีระบบการบริหารจัดการที่ดี ส่งผลต่อการปรับปรุงพัฒนาบริการอาสาสมัครที่มีประสิทธิภาพ

การมีบริการคลินิกอาสาสมัคร เป็นการเพิ่มความหลากหลายของบริการให้ลูกค้า มีโอกาสในการตัดสินใจเลือกมากขึ้น ทำให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจ มีความหวัง และมีความเชื่อมั่นมากขึ้นในสถานพยาบาลและบุคลากรผู้ให้บริการ⁽⁶¹⁾

การแยกหน่วยงานด้านอาสาสมัครออกเป็นอิสระ ทำให้ง่ายในการบริหารจัดการ มีทีมงานที่มีความรู้ ดูแลรับผิดชอบงานเฉพาะ สะดวกในการติดต่อประสานงานต่างๆ ส่งผลให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน

ปัจจัยด้านผู้รับผิดชอบบริการอาสาสมัครของโรงพยาบาล

ปัจจัยด้านผู้รับผิดชอบบริการอาสาสมัครของโรงพยาบาลที่มีผลต่อบริการอาสาสมัครของโรงพยาบาลโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องด้านอาสาสมัคร เนื่องจากการฝึกอบรมทำให้ผู้รับผิดชอบงาน มีความรู้ ความเข้าใจในงานมากขึ้น มีความกระตือรือร้น และความตระหนักถึงความรับผิดชอบต่องานมากขึ้น จึงทำให้สามารถจัดบริการอาสาสมัครได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ การอยู่ในแหล่งอุตสาหกรรมเป็นเหตุจูงใจที่ทำให้โรงพยาบาลจัดบริการอาสาสมัคร และปัจจัยสำคัญที่ทำให้บริการอาสาสมัครประสบความสำเร็จ คือ การที่ผู้บริหารมีนโยบายสนับสนุน กับทีมงานที่มีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความคึกในการลงทุนจัดบริการด้านนี้ และมีการใช้กลยุทธ์ทางการตลาดเข้ามาช่วย (ไม่เฉพาะแต่โรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น) เพื่อการแข่งขันทางธุรกิจ และขยายความครอบคลุมในกลุ่มผู้ใช้บริการ แต่ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงมาตรฐานการให้บริการ คุณภาพ และประสิทธิภาพของงานด้วย ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่มีบริการอาสาสมัครส่วนใหญ่มีแนวโน้มว่าจะมีการให้บริการอาสาสมัครในอนาคต แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทีมงานโดยเฉพาะแพทย์อาสาสมัคร และบุคลากรที่มีความรู้ด้านนี้สำคัญ

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ในส่วนของโรงพยาบาลเอกชน ไม่ค่อยได้รับความร่วมมือในการตอบกลับแบบสอบถามเท่าที่ควร
2. เนื่องจากจำนวนโรงพยาบาลเอกชนที่มีบริการอาชีวอนามัยกับโรงพยาบาลรัฐที่มีบริการอาชีวอนามัยมีจำนวนแตกต่างกันมาก (n รวมของโรงพยาบาลเอกชน=4 ; n รวมของโรงพยาบาลรัฐ= 63) และเมื่อนำมาเปรียบเทียบในรายละเอียดแยกย่อย เช่น ขนาดของโรงพยาบาล และจำนวนผู้ประกันสังคม เป็นต้น ทำให้จำนวนของโรงพยาบาลเอกชนยิ่งน้อยลงไปอีก ($n=2$) ดังนั้นจึงไม่สามารถสรุปได้แน่ชัด ในเรื่องขนาดของโรงพยาบาล และจำนวนผู้ประกันสังคม ต่อบริการอาชีวอนามัยที่แตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน เนื่องจากข้อจำกัดดังกล่าวมา
3. เนื่องจากในส่วนของโรงพยาบาลรัฐมักเกิดปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรซ้ำซาก (บุคลากร, งบประมาณ และวัสดุครุภัณฑ์) ในงานอาชีวอนามัย .จึงอาจทำให้มีการตอบแบบสอบถามไปในเชิงลบมากกว่า ทั้งๆ ที่ข้อความส่วนใหญ่เป็นเชิงบวก ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนมักตอบแบบสอบถามไปในเชิงบวก ซึ่งอาจทำให้เกิดอคติจากการตอบแบบสอบถามของผู้รับผิดชอบบริการอาชีวอนามัยได้
4. เนื่องจากการวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะ การบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่ได้ทำการศึกษาบริการอาชีวอนามัยที่สถานบริการ หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่อาจมีการให้บริการอาชีวอนามัยด้วย เช่น หน่วยงานภาครัฐอื่น(เช่น กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม) บริษัทเอกชนที่รับตรวจสุขภาพหรือตรวจสิ่งแวดล้อมให้กับโรงงาน และห้องปฏิบัติการเอกชนที่รับตรวจสุขภาพโดยมีการจ้างแพทย์ part time มาช่วยตรวจสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งในปัจจุบันถ้าพูดถึงบริการอาชีวอนามัยที่หมายถึง การตรวจสุขภาพเท่านั้น มักมีหน่วยงานเหล่านี้มาให้บริการด้วยนอกเหนือจากโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ที่นำผลงานวิจัยไปใช้พึงตระหนักถึงบริการอาชีวอนามัยในส่วนดังกล่าวด้วย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรพัฒนาบุคลากรในระบบบริการอาชีวอนามัยที่เป็นสหวิชาชีพทั้งในภาครัฐและเอกชน ให้มีคุณภาพและเพียงพอ
2. การจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มเป้าหมายของบริการอาชีวอนามัย โรงพยาบาลรัฐควรให้ความสำคัญกับกลุ่มด้อยโอกาสที่ใช้กฎหมายบังคับไม่ได้ผล เช่น แรงงานนอกระบบ คนงานรับเหมา อุตสาหกรรมในครัวเรือน เป็นต้น

3. ควรมีการพัฒนาาระบบสารสนเทศ ของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนให้มีการเก็บข้อมูลเป็นระบบเดียวกัน และมีการประสานข้อมูลในระบบเครือข่าย เพื่อสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนด้านทรัพยากร การบริหารจัดการและการบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่

ข้อเสนอแนะสำหรับโรงพยาบาล

1. ควรมีการพัฒนาวิชาการของบุคลากรในระบบบริการอาชีวอนามัยให้มีความรู้ความเข้าใจในงานด้านอาชีวอนามัยอย่างต่อแท้ เพื่อให้สามารถมองเห็นภาพรวมของงาน ที่นำไปสู่การบริหารจัดการ และการให้บริการอย่างถูกทิศทางและมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการพัฒนาาระบบข้อมูลข่าวสารให้สามารถใช้สนับสนุนระบบบริการในท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ในภาวะที่ทรัพยากรมีอยู่อย่างจำกัด งบประมาณถูกลดลง โรงพยาบาลควรมีการสร้างพันธมิตรด้านบริการ ประสานความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและเอกชน เช่น การใช้เทคโนโลยี/เครื่องมือราคาแพงร่วมกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุดทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

4. ในกรณีที่งานอาชีวอนามัยไม่ได้รับความสำคัญในลำดับต้นๆ ควรเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานโดยผู้ปฏิบัติงานต้องสร้างความสำเร็จของงานอาชีวอนามัยขึ้นมา เพื่อให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญของงาน และจัดลำดับความสำคัญของงานอาชีวอนามัยไว้ในลำดับต้นๆ

5. ในภาวะปัจจุบันที่กระแส 30 บาทรักษาทุกโรคกำลังมาแรง ในฐานะโรงพยาบาลควรมีการให้บริการอาชีวอนามัยภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสามารถแบ่งกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้บริการอาชีวอนามัยได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

- กลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) เช่น กลุ่มเกษตรกร กลุ่มอุตสาหกรรมในครัวเรือน 1 ตำบล 1 ผลิตภัณฑ์ กลุ่มประมงหรือกลุ่มอื่นๆ เป็นต้น ซึ่งใน UC จะมีการให้การดูแลสุขภาพขั้นมูลฐาน โดยควรเน้นกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวในเรื่องโรค/ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากการทำงาน

- กลุ่มเสี่ยงที่ไม่อยู่ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(Non-Universal Coverage) เช่น กลุ่มที่อยู่ในโครงการประกันสังคม กลุ่มข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ เป็นต้น โรงพยาบาลควรมีการสนับสนุน

การให้บริการอาชีวอนามัยโดยการใช้กลยุทธ์ทางการตลาดเข้ามาผนวกกับระบบบริการที่มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในเขตอื่นๆ ทั่วประเทศ เพื่อประเมินบริการอาชีวอนามัยในภาพรวมของประเทศ และยังสามารถเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชนได้ชัดเจนยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลในการดำเนินงานอาชีวอนามัยอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ควรมีการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการมีบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลกับตลาด(ปริมาณโรงงาน, กลุ่มเสี่ยง เป็นต้น)
4. ควรมีการศึกษาเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการอาชีวอนามัย
5. ควรมีการสำรวจระบบบริการอาชีวอนามัยของโรงงาน รวมถึงช่องทางการได้รับบริการอาชีวอนามัยจากหน่วยงานอื่นๆ ที่นอกเหนือจากโรงพยาบาล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย