

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rationale)

บริการอาชีวอนามัย เป็นงานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสาขาหนึ่ง ที่มีประชากรวัยแรงงานหรือผู้ประกอบการอาชีพเป็นกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งประชากรกลุ่มนี้ นอกจากจะประสบปัญหาสุขภาพต่างๆ เช่นเดียวกับคนทั่วไปแล้ว ยังประสบกับปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากการประกอบอาชีพ ได้แก่ โรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน ปัญหาอาชีวอนามัยเหล่านี้มักเป็นปัญหาที่ควบคู่ไปกับการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว โดยในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 งานอาชีวอนามัยอยู่ในแผนงานรองอาชีวอนามัย (ภายใต้โครงสร้างของแผนงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย) จึงกำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการอาชีวอนามัยให้สามารถจัดบริการ ดูแลสุขภาพอนามัยของผู้ประกอบอาชีพและประชาชนต่างๆ อย่างทั่วถึงครอบคลุมและมีรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ<sup>(1)</sup> ซึ่งกลวิธีในการดำเนินการให้ประสบความสำเร็จในทางปฏิบัติได้นั้น ต้องมีการประสานงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และส่วนราชการอื่นๆ ผลักดันให้มีการพัฒนางานอาชีวอนามัยขึ้นในสถานบริการทางการแพทย์ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยการจัดให้มีระบบส่งต่อ การฝึกอบรม และการนิเทศทางวิชาการ เพื่อรองรับระบบกองทุนเงินทดแทน ระบบประกันสังคม และการประกันสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต<sup>(2)</sup>

ปลายแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 รัฐมีนโยบายในการกระจายการพัฒนาทางเศรษฐกิจไปสู่ส่วนภูมิภาค รวมทั้งปรับโครงสร้างอุตสาหกรรมของประเทศให้เข้าสู่โฉมหน้าอุตสาหกรรมใหม่ โดยใช้ทรัพยากรภายในประเทศ แรงงาน และตลาดภายในประเทศเป็นหลัก ทำให้เกิดโครงการพัฒนาพื้นที่บริเวณชายฝั่งทะเลตะวันออก ทั้งนี้ได้กำหนดพื้นที่ดำเนินการไว้ 3 จังหวัด ได้แก่ ระยอง ชลบุรี และฉะเชิงเทรา โดยภาคเอกชนจะเป็นผู้นำในด้านการพัฒนาอุตสาหกรรม ส่วนรัฐบาลจะเป็นผู้พัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และบริการด้านสังคมที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนการลงทุนของภาคเอกชนในพื้นที่ เช่น การพัฒนาฝีมือแรงงาน การศึกษา และการสาธารณสุข โดยการพัฒนาระยะที่ 1 (พ.ศ.2524 - พ.ศ.2537) ได้เสร็จสิ้นแล้ว และขณะนี้อยู่ในการพัฒนาในระยะที่ 2 (พ.ศ.2538-พ.ศ.2548)<sup>(3)</sup>

จากผลการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ และอุตสาหกรรมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้พื้นที่บริเวณนี้กลายเป็นศูนย์รวมความเจริญทางเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมหลักที่สำคัญของประเทศและภูมิภาค ได้แก่ อุตสาหกรรมปิโตรเคมี อุตสาหกรรมกลั่นน้ำมัน อุตสาหกรรมยานยนต์และชิ้นส่วน เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีโอกาสการลงทุนในอุตสาหกรรมต่อเนื่อง และภาคบริการต่างๆ อีกมากมาย ได้แก่ ร้านอาหาร โรงแรม การเงิน การธนาคาร ห้างสรรพสินค้า การก่อสร้างและอื่นๆ ทำให้ประชาชนในภูมิภาคต่างๆ หลั่งไหลเข้ามาหางานทำ และอยู่อาศัยจำนวนมาก ก่อรูปกับโรงงานอุตสาหกรรมหลากหลายประเภทที่เกิดขึ้นมากมาย ขาดระบบการกำกับดูแลให้โรงงานอุตสาหกรรมได้มีการปฏิบัติตามกฎระเบียบต่างๆ อย่างเคร่งครัด ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม อันเกิดจากมลพิษ และของเสียจากอุตสาหกรรมประเภทต่างๆ ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้ใช้แรงงานอันเนื่องจากการประกอบอาชีพ ตลอดจนปัญหาสังคมอื่นๆ เช่น ความเครียดทางจิตใจจากการย้ายถิ่น พฤติกรรมเสี่ยงจากการพึ่งพาสเปกตัม สุรา และบุหรี่ เป็นต้น<sup>(4-5)</sup> จากสถิติงานประกันสังคม ในปี 2542 พื้นที่สาธารณสุขเขต 3 ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ปราจีนบุรีและ สระแก้ว มีจำนวนสถานประกอบการรวม 7,718 แห่ง จำนวนลูกจ้าง(เฉพาะในข่ายกองทุน) 585,603 คน มีลูกจ้างที่ประสบอันตรายและเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำนวน 18,923 คน (ร้อยละ 3.23) หรือลูกจ้างประสบอันตราย 32 คน ต่อคนงาน 1,000 คน (ซึ่งใกล้เคียงกับตัวเลขในภาพรวมของประเทศ คือมีลูกจ้างที่ประสบอันตรายและเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ร้อยละ 3.41 หรือลูกจ้างประสบอันตราย 34 คน ต่อคนงาน 1,000 คน ) และเมื่อนำมาจำแนกตามความร้ายแรง พบว่า มีตาย 63 คน (ร้อยละ 0.33 ) สูญเสียอวัยวะบางส่วน 391 คน (ร้อยละ 2.07) หยุดงานเกิน 3 วัน 5,632 คน (ร้อยละ 29.76) หยุดงานไม่เกิน 3 วัน จำนวน 12,837 คน (ร้อยละ 67.84)<sup>(6)</sup> จะเห็นว่าการประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานมีอัตราค่อนข้างสูง ในขณะที่ประเทศไทยได้มีการตั้งเป้าหมายไว้ว่าจะลดอัตราการประสบอันตรายและเจ็บป่วยจากการทำงานถึงขั้นหยุดงานให้เหลือไม่เกิน 26 คนต่อลูกจ้าง 1,000 ราย ภายในปี 2544 <sup>(7)</sup>

สำหรับปัญหาโรคจากการประกอบอาชีพ จากรายงานการเฝ้าระวังโรค (รง.506) ของกองระบาดวิทยาพบว่าในปี พ.ศ.2542 พื้นที่สาธารณสุขเขต 3 มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพ 243 ราย ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากพิษสารกำจัดแมลงและวัชพืช 192 คน (ร้อยละ 79 ) ที่เหลือเป็นพิษจากแก๊สและไอระเหย 21 ราย (ร้อยละ 8.64) สารปิโตรเลียมและผลิตภัณฑ์น้ำมัน 20 ราย (ร้อยละ 8.23) พิษจากแมงกานีส ปรอท และสารหนู 4 ราย (ร้อยละ 1.65) โรค Pneumoconiosis 3 ราย (ร้อยละ 1.23) และพิษตะกั่ว 3 ราย(ร้อยละ 1.23)<sup>(8)</sup> จากรายงานข้างต้นจะช่วยสะท้อนภาพปัญหาโรคจากการประกอบอาชีพได้อย่างคร่าวๆ แต่อย่างไรก็ตามยังมีผู้ใช้แรงงานอีกมากที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคแต่ยังไม่แสดงอาการ เนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพเหล่านี้มีระยะฟักตัวนานและการตรวจวินิจฉัยในระยะแรกค่อนข้างยาก ทำให้การรายงานอาจมีจำนวนน้อยกว่าความเป็นจริง

จากสถานการณ์ทางอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยในพื้นที่สาธารณสุขเขต 3 พบว่ากำลังมีปัญหาค่อนข้างมาก ดังที่ปรากฏตามหน้าหนังสือพิมพ์ เช่น กรณีกลิ่นเหม็นและมลพิษทางอากาศจากโรงงานในนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด จังหวัดระยอง กรณีไฟไหม้โรงกลั่นน้ำมันไทยออยล์ จังหวัดชลบุรี เป็นต้น ซึ่งจากประเด็นเหล่านี้พอจะบอกให้ทราบถึงสภาวะสุขภาพอนามัยของผู้ประกอบอาชีพและประชาชนในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี ประกอบกับบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านนี้ไม่เพียงพอ อัตราป่วยและตายจากอุบัติเหตุในกลุ่มคนงานสูงจนน่าเป็นห่วง การควบคุมกำกับทางด้านอาชีวอนามัยอยู่ในระดับต่ำมาก โครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ไม่สามารถรองรับปัญหาสาธารณสุขอันเกิดจากการพัฒนาอุตสาหกรรมได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เมื่อเทียบกับคำแนะนำที่ได้จากการวิจัยของต่างประเทศแล้วจำเป็นต้องมีการแก้ไขปรับปรุงอีกมาก<sup>(9)</sup>

เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับงานบริการอาชีวอนามัยในประเทศไทยที่ผ่านมา มักทำการศึกษาเกี่ยวกับการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ขณะที่การบริการอาชีวอนามัยที่สอดคล้องและสนองตอบต่อปัญหาของหน่วยงานเหล่านี้มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการให้การดูแลและป้องกันปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้ประกอบอาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านการบริหารจัดการ การบริการ วิชาการและสารสนเทศ ที่มีผลต่อการจัดบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในพื้นที่สาธารณสุขเขต 3 รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการอาชีวอนามัยดังกล่าว คาดว่าผลการศึกษาวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการกำหนดรูปแบบการจัดบริการเพื่อปรับปรุง แก้ไขและพัฒนาบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ประกอบอาชีพต่างๆ อย่างทั่วถึง

#### คำถามการวิจัย (Research Questions)

1. การจัดบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในพื้นที่สาธารณสุขเขต 3 เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่ทำให้การจัดบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในพื้นที่สาธารณสุขเขต 3 แตกต่างกัน

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

### 1. วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

เพื่อศึกษาการจับบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในพื้นที่  
สาธารณสุขเขต 3

### 2. วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objective)

1) เพื่อศึกษาสภาพการจับบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน  
ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 3 เฉพาะสถานพยาบาลที่เป็นเวชกรรมชั้นหนึ่ง ประเภทรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเท่านั้น

2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำให้การจับบริการอาชีวอนามัยในพื้นที่สาธารณสุข  
เขต 3 ของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนแตกต่างกัน

3) เพื่อศึกษาถึงปัญหา และอุปสรรคของการจับบริการอาชีวอนามัยของ  
โรงพยาบาลรัฐและเอกชน ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 3

4) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการจับบริการอาชีวอนามัยของ  
โรงพยาบาลรัฐและเอกชนในพื้นที่สาธารณสุขเขต 3

## สมมุติฐานของการวิจัย (Hypothesis)

1. ประเภท และขนาดของโรงพยาบาลที่แตกต่างกันมีผลให้การจับบริการ  
อาชีวอนามัยแตกต่างกัน

2. ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่รับผิดชอบงานของผู้รับผิดชอบงานด้าน  
อาชีวอนามัยที่แตกต่างกันมีผลให้การจับบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลแตกต่างกัน

## ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

1. การวิจัยนี้ศึกษาครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชนเฉพาะที่เป็นสถาน  
พยาบาลเวชกรรมชั้นหนึ่ง ประเภทรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเท่านั้น

2. ในช่วงตลอดระยะเวลาการศึกษา โรงพยาบาลรัฐและเอกชนไม่มีการเปลี่ยนแปลง  
ผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย ไม่มีการเปลี่ยนแปลงการจับบริการอาชีวอนามัย

3. ระดับความพร้อมของงานบริการอาชีวอนามัย (1-5) ซึ่งเป็น ordinal scale จะพิจารณาตัวแปรว่ามีอันตรภาคแต่ละชั้นเท่ากัน (equal interval) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเป็น interval scale ต่อไป

4. การจัดบริการอาชีวอนามัยในแต่ละข้อคำถาม ในแต่ละด้าน กำหนดให้มีน้ำหนัก (weight) เท่ากัน

#### ข้อจำกัดของการวิจัย (Limitation)

เนื่องจากมีข้อจำกัด ในเรื่องระยะเวลา และค่าใช้จ่าย ดังนั้นจึงทำการศึกษาการจัดบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนเฉพาะพื้นที่สาธารณสุขเขต 3 เท่านั้น

#### ปัญหาทางจริยธรรม (Ethical Considerations)

ไม่มี เนื่องจากไม่ได้ใช้วิธีการศึกษาหรือสิ่งทดลองใดๆ ในกลุ่มที่ทำการศึกษา

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefit and Application)

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการวางแผนงานด้านอาชีวอนามัย ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 3
2. เป็นข้อเสนอแนะสำหรับกองอาชีวอนามัย หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการพิจารณาวางแผน ปรับเปลี่ยน ให้การสนับสนุนและพัฒนารูปแบบบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในพื้นที่สาธารณสุขเขต 3 และอาจขยายผลไปยังพื้นที่เขตอื่นทั่วประเทศ

#### ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา (Variables)

##### ตัวแปรอิสระ (Independent variables)

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับผิดชอบงานบริการอาชีวอนามัย เช่น อายุ เพศ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่รับผิดชอบงานบริการอาชีวอนามัย การศึกษาและฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับงานอาชีวอนามัย

2. ปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ประเภท/ขนาดของโรงพยาบาล ระยะทางระหว่างโรงพยาบาลกับสถานประกอบการที่โรงพยาบาลไปให้บริการใกล้สุด/ไกลสุด ขนาดของสถานประกอบการ(จำนวนคนงาน)ที่โรงพยาบาลไปให้บริการอาชีวอนามัยที่ใกล้สุด/ไกลสุด จำนวนสถานประกอบการที่โรงพยาบาลให้บริการในปีที่ผ่านมา จำนวนผู้ประกันตนในประกันสังคม การแยก/ไม่แยกหน่วยบริการอาชีวอนามัยออกเป็นอิสระ ทีมงานและวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย

#### ตัวแปรตาม (Dependent variables)

การจัดบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในพื้นที่สาธารณสุขเขต 3 ตามความเป็นจริงในปัจจุบัน โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ด้านการบริการ และด้านวิชาการและสารสนเทศ

#### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย (Operational Definitions)

1. โรงพยาบาลรัฐและเอกชน หมายถึง สถานพยาบาลเวชกรรมชั้นหนึ่งประเภทรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเท่านั้น ทั้งที่เป็นรัฐและเอกชนทุกแห่งในพื้นที่สาธารณสุขเขต 3

2. บริการอาชีวอนามัย หมายถึง บริการต่างๆ ที่โรงพยาบาลจัดไว้สำหรับการส่งเสริมป้องกัน รักษา และคุ้มครองดูแลสุขภาพอนามัยของผู้ประกอบอาชีพ รวมถึงการเฝ้าระวังทางสิ่งแวดล้อมและทางสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานและสิ่งแวดล้อมในการทำงานโดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ด้านการบริการ ด้านวิชาการและสารสนเทศ

3. ผู้รับผิดชอบงานบริการอาชีวอนามัย หมายถึง แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ หรือบุคลากรอื่นๆ ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ดูแล รับผิดชอบบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล

4. ทีมงานอาชีวอนามัย หมายถึง เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ทำงานในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรคและงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้ประกอบอาชีพ

5. ด้านการบริหารจัดการ ประกอบด้วย

การบริหารจัดการ หมายถึง การกำหนดนโยบาย แผนงาน เป้าหมาย ทิศทางในงานบริการอาชีวอนามัย

การจัดการทรัพยากรและการประสานงาน หมายถึง การจัดการทรัพยากรและการประสานงาน ทั้งด้านบุคลากร เครื่องมือ วัสดุ/อุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้สำหรับบริการอาชีวอนามัย รวมถึงการสร้างเครือข่ายในการให้บริการอาชีวอนามัยร่วมกัน

6. ด้านการบริการ ประกอบด้วย

การจัดบริการอาชีวอนามัยและการส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง งานหรือกิจกรรมต่างๆที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ประกอบการอาชีพทุกสาขาอาชีพ รวมถึงการเฝ้าระวังทางสิ่งแวดล้อมและทางสุขภาพของผู้ประกอบการอาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และระบบการส่งต่อ

7. ด้านวิชาการและสารสนเทศ ประกอบด้วย

การพัฒนานวัตกรรม หมายถึง การฝึกอบรม ให้ความรู้ การศึกษา/วิจัย ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานอาชีวอนามัย

ระบบข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การสำรวจ จัดเก็บ วิเคราะห์ข้อมูล นำมาใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาอาชีวอนามัยร่วมกัน

8. พื้นที่สาธารณสุข เขต 3 หมายถึง พื้นที่ประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ ระยอง ชลบุรี ฉะเชิงเทรา จันทบุรี ปราจีนบุรี ตราดและสระแก้ว



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

### แผนภูมิ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

