

## บทที่ 5

### สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องบทบาทหน้าที่และความคาดหวังของแพทย์ประจำสถานประกอบการขนาดใหญ่ ต่องานบริการอาชีวอนามัยในประเทศไทย ระหว่าง 15 กันยายน 2540 ถึง 31 ตุลาคม 2541 โดยใช้แบบสอบถามส่งทางไปรษณีย์ให้แพทย์ประจำสถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 1,000 คน ทั่วประเทศ (294 แห่ง) แห่งละ 1 คน เป็นผู้ตอบ และสัมภาษณ์เจาะลึกแบบกึ่งมีโครงสร้าง โดยมีแพทย์ประจำสถานประกอบการเป็นผู้ให้ข้อมูล 10 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ สามารถสรุปผลการศึกษาดังนี้

#### สรุปผลการศึกษา

##### 1. ข้อมูลจากแบบสอบถาม

อัตราการตอบกลับร้อยละ 59.8 ทั้งนี้แพทย์ที่ตอบกลับและไม่ตอบกลับแบบสอบถาม ไม่มีความแตกต่างกันในด้านลักษณะพื้นฐานของสถานประกอบการที่แพทย์ปฏิบัติงานอยู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ )

##### 1.1 ลักษณะด้านแพทย์ประจำสถานประกอบการ

1.1.1 ลักษณะทั่วไป แพทย์ประจำสถานประกอบการส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 84) มีอายุเฉลี่ย 46.7 ปี มีแพทย์ที่เกษียณอายุแล้วร้อยละ 20.6 แพทย์ประจำสถานประกอบการที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางสาขาอาชีพเวชศาสตร์หรือเวชศาสตร์ป้องกันเพียงร้อยละ 7.6

1.1.2 ลักษณะเกี่ยวกับอาชีวอนามัยหรืออาชีพเวชศาสตร์และการปฏิบัติงานในสถานประกอบการ ส่วนใหญ่แพทย์ได้รับการว่าจ้างในลักษณะ Part-time สูงถึงร้อยละ 85.5 รายได้ที่รับจากการปฏิบัติงานในสถานประกอบการส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,000-20,000 บาทต่อเดือน ประสบการณ์การทำงานในสถานประกอบการที่ทำงานอยู่เฉลี่ย 8.5 ปี โดยที่ทำงานเฉลี่ย 10.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ แต่ส่วนใหญ่ไม่ถึง 10 ชั่วโมง แพทย์ประจำสถานประกอบการส่วนมากไม่มีประสบการณ์การทำงานจากสถานประกอบการแห่งอื่น (ร้อยละ 49.6) กลุ่มที่เคยมีประสบการณ์ส่วนมากไม่เกิน 10 ปี ส่วนประสบการณ์การดูงานด้านอาชีวอนามัยหรืออาชีพเวชศาสตร์จากต่างประเทศพบว่ามีเพียงร้อยละ 12.2 เท่านั้น แพทย์ประจำสถานประกอบการที่เคยได้รับการอบรมด้านอาชีวอนามัยหรืออาชีพเวชศาสตร์มีเพียงร้อยละ 25.2 ในด้านการมีส่วนร่วมในการบริหารงานของสถานประกอบการ พบว่า แพทย์ที่มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายอาชีวอนามัยมีน้อยกว่าที่ไม่มีส่วนร่วม แต่สัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ 27.5 : 38.9 การเป็นกรรมการในคณะกรรมการความปลอดภัยร้อยละ 16.8 เท่านั้น ด้านการมีส่วนร่วมในองค์กรวิชาชีพ พบว่า แพทย์ประจำสถานประกอบการเป็นสมาชิกองค์กรด้านอาชีวอนามัยหรืออาชีพเวชศาสตร์น้อยมาก

เพียงร้อยละ 5.3 ยิ่งไปกว่านั้น ยังมีแพทย์เกินครึ่ง (ร้อยละ 66.4) ที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการโดยไม่ทราบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับอาชีวอนามัยหรืออาชีวเวชศาสตร์

### 1.2 ด้านสถานประกอบการ

สถานประกอบการขนาดใหญ่ที่ทำการศึกษาล้วนใหญ่ไม่มีบริษัทแม่ (ร้อยละ 63.4) เป็นอุตสาหกรรมผลิตสินค้ามากกว่างานบริการ 78.6 : 21.4 ลักษณะการว่าจ้างแพทย์มาปฏิบัติงานมีลักษณะ Full-time หรือ Part-time หรือทั้ง Full-time และ Part-time แต่ส่วนใหญ่จะเป็น Part-time เพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 85.5) โดยสถานประกอบการกำหนด Job Description สำหรับแพทย์ไว้ (ร้อยละ 52.7) และมีนโยบายอาชีวอนามัย ร้อยละ 66.4 แต่สายงานการบริหารสำหรับแพทย์ส่วนใหญ่แพทย์ยังขึ้นตรงต่อฝ่ายบุคคล (ร้อยละ 54.2) พบว่ามีเพียงร้อยละ 6.1 เท่านั้นที่ขึ้นตรงต่อฝ่ายสุขอนามัยหรือความปลอดภัย นอกจากนี้ ยังพบว่าในสถานประกอบการที่มีการว่าจ้างแพทย์นั้น บุคลากรที่อาชีวอนามัยที่มีมักเป็นเพียงแพทย์และพยาบาลเท่านั้น (ร้อยละ 55.7) ทั้งนี้ มีสถานประกอบการเพียงร้อยละ 43.5 ที่มีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยปฏิบัติงานอยู่

### 1.3 บทบาทหน้าที่ของแพทย์ประจำสถานประกอบการ

1.3.1 การส่งเสริมสุขภาพ พบว่าบทบาทหน้าที่ด้านการส่งเสริมสุขภาพที่แพทย์ประจำสถานประกอบการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอมากที่สุด คือ การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพระหว่างทำงาน (ร้อยละ 72.5) ในขณะที่การให้คำปรึกษาก่อนออกจากงานนั้น ส่วนมากไม่ได้ปฏิบัติกัน (ร้อยละ 53.4) นอกจากนี้ การร่วมจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพก็เป็นบทบาทหน้าที่ที่แพทย์ประจำสถานประกอบการส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติเช่นกัน (ร้อยละ 55)

1.3.2 การป้องกันโรค บทบาทหน้าที่ด้านการป้องกันโรคในสถานประกอบการส่วนใหญ่มีส่วนการปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ โกล่เคียงกัน เว้นแต่การตรวจสุขภาพก่อนออกจากงานหรือเกษียณ ซึ่งมีแพทย์ประจำสถานประกอบการที่ปฏิบัติสม่ำเสมออย่างน้อยที่สุด (ร้อยละ 3.8) นอกจากนี้ การสำรวจหรือตรวจเยี่ยมสถานประกอบการ พบว่ามีแพทย์ปฏิบัติสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 9.9 เท่านั้น

1.3.3 การวินิจฉัยและรักษาโรค บทบาทหน้าที่ด้านการวินิจฉัยและรักษาโรคนั้น แพทย์ประจำสถานประกอบการส่วนใหญ่ปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอทุกกิจกรรม (มากกว่าร้อยละ 70)

1.3.4 การฟื้นฟูสภาพร่างกาย บทบาทหน้าที่ด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่แพทย์ประจำสถานประกอบการมากกว่าครึ่งได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ คือ การติดตามผลหลังการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 64.1) กิจกรรมอื่นนอกจากนี้ แพทย์ประจำสถานประกอบการยังปฏิบัติสม่ำเสมอได้ค่อนข้างน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 40)

1.3.5 บทบาทหน้าที่ด้านอื่นๆ บทบาทหน้าที่ด้านอื่นนอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้ว แพทย์ประจำสถานประกอบการปฏิบัติกัน นอกจากการเก็บข้อมูลด้านสุขภาพเป็นความลับ การบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย การรายงานผลการเกิดโรคหรือประสพอันตราย และการดำเนินการสอบสวนสาเหตุของการเกิด

โรคหรือประสบนอันตรายที่ปฏิบัติสม่ำเสมอแล้ว แพทย์ประจำสถานประกอบการดำเนินการวิจัย ร่วมในการกำหนดนโยบายของอาชีวอนามัย วิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ และเสนอแนะข้อคิดเห็นด้านการป้องกันโรคอย่างสม่ำเสมอค่อนข้างน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 34) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การวิเคราะห์ข้อมูล การใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผน มีการปฏิบัติสม่ำเสมออย่างมาก (น้อยกว่าร้อยละ 10)

#### 1.4 ความคาดหวังในบทบาทหน้าที่แพทย์ประจำสถานประกอบการ

1.4.1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ แพทย์ประจำสถานประกอบการส่วนใหญ่มีความคาดหวังให้ มีบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพทุกกิจกรรม (มากกว่าร้อยละ 94)

1.4.2 ด้านการป้องกันโรค แพทย์ประจำสถานประกอบการส่วนใหญ่มีความคาดหวังให้มีบทบาทด้านการป้องกันโรค แต่กิจกรรมที่คาดหวังต่ำสุดคือการตรวจสุขภาพก่อนออกจากงาน (ร้อยละ 81.7)

1.4.3 ด้านการวินิจฉัยและรักษาโรค แพทย์ประจำสถานประกอบการมากกว่าร้อยละ 99 คาดหวังในบทบาทด้านนี้

1.4.4 ด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกาย บทบาทด้านนี้ได้รับการคาดหวังจากแพทย์ประจำสถานประกอบการมากกว่าร้อยละ 92

1.4.5 บทบาทหน้าที่ด้านอื่นๆ ความคาดหวังในบทบาทหน้าที่นอกเหนือจาก การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยและรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย มีมากกว่าร้อยละ 87 แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าความคาดหวังในด้านเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลที่กระทบต่อสุขภาพในสถานประกอบการต่ำกว่ากิจกรรมอื่น (ร้อยละ 87.0-87.7)

1.4.6 ลักษณะของแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านอาชีวอนามัย ความคาดหวังในการให้แพทย์ประจำสถานประกอบการเป็นกรรมการในคณะกรรมการความปลอดภัย ให้ทราบและมีส่วนปฏิบัติตามกฎหมายอาชีวอนามัยหรืออาชีวเวชศาสตร์ มีการศึกษาต่อเพิ่มเติม เป็นสมาชิกองค์กรวิชาชีพอาชีวเวชศาสตร์ มีมากกว่าร้อยละ 92

#### 1.5 ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทหน้าที่และความคาดหวังของแพทย์ประจำสถานประกอบการ

1.5.1 ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทหน้าที่ของแพทย์ประจำสถานประกอบการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ อายุ ลักษณะการถูกจ้าง รายได้จากสถานประกอบการ ระยะเวลาปฏิบัติงานในสถานประกอบการ จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ในสถานประกอบการ การได้รับการอบรมด้านอาชีวอนามัยหรืออาชีวเวชศาสตร์ การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายอาชีวอนามัย การเป็นกรรมการในคณะกรรมการความปลอดภัย การดูงานต่างประเทศด้านอาชีวอนามัยหรืออาชีวเวชศาสตร์ การทราบกฎหมายเกี่ยวกับอาชีวอนามัยหรืออาชีวเวชศาสตร์ ลักษณะการว่าจ้างแพทย์ของสถานประกอบการ การมี Job Description สำหรับแพทย์

1.5.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความคาดหวังในบทบาทหน้าที่ของแพทย์ประจำสถานประกอบการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ ลักษณะการถูกจ้าง การทราบกฎหมายเกี่ยวกับอาชีวอนามัย

หรืออาชีพเวชศาสตร์ ประเภทของสถานประกอบการ ลักษณะการว่าจ้างแพทย์ของสถานประกอบการ ( $p < 0.05$ )

1.5.3 บทบาทหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในทิศทางแปรผันตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.048$ ) แต่ความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ( $r_s = 0.173$ )

## 2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

2.1 การมี Job Description สำหรับแพทย์และนโยบายอาชีพอนามัย เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้ครอบคลุมงานอาชีพอนามัย

2.2 ความสำคัญของกฎหมายที่เกี่ยวกับอาชีพอนามัยและความปลอดภัย เพื่อให้แพทย์ปฏิบัติได้ถูกต้องตามกฎหมาย แต่ทั้งนี้ กฎหมายควรบัญญัติไว้อย่างชัดเจนและมีการบังคับใช้ที่เข้มงวด

2.3 ระบบประกันสุขภาพ ระบบประกันสังคม และระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลมีผลให้เกิดความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลสุขภาพของลูกจ้างและความผิดพลาดในการตรวจวินิจฉัยโรค

2.4 บัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติงานของแพทย์ประจำสถานประกอบการ คือ แพทย์ไม่มีอำนาจในการปรับเปลี่ยนงานของลูกจ้าง การดำเนินงานเข้าไม่ถึงลูกจ้างที่สัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงสูง ลูกจ้างขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคหรืออันตรายจากการทำงาน งบประมาณและเวลาการปฏิบัติงานมีจำกัด เวลาทำงานของลูกจ้างที่นำใช้สำหรับการฝึกอบรม ผู้บริหารไม่เห็นด้วยกับโครงการต่างๆ สภาพงานของลูกจ้างที่มีการแข่งขันสูง ระบบสายงานการบริหารที่แยกส่วนการรักษาโรคกับการป้องกันอันตรายจากการทำงานในสถานประกอบการ

2.5 บทบาทหน้าที่ที่แพทย์ประจำสถานประกอบการที่ควรปฏิบัติเพิ่มเติม ได้แก่ การมีส่วนร่วม และการบริหารงานอาชีพอนามัย การสำรวจสถานประกอบการ การพิจารณาข้อมูลสุขภาพลูกจ้างรายบุคคล การวิจัยและการให้สุขศึกษาแก่ลูกจ้าง

2.6 บทบาทของสถาบันการศึกษาแพทย์ในการพัฒนางานอาชีพเวชศาสตร์ คือ ควรมีการจัดการเรียนการสอนในด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย อาชีพเวชศาสตร์ ที่ทันสมัย เพิ่มการผลิตแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีพเวชศาสตร์ เป็นศูนย์กลางประสานงานระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้อง และมีการจัดหลักสูตรระยะสั้นด้านอาชีพเวชศาสตร์

2.7 การมีกฎหมายบังคับบทบาทหน้าที่ขั้นต่ำของแพทย์ประจำสถานประกอบการนั้นมีความเหมาะสม แต่กฎหมายต้องมีความชัดเจน ปฏิบัติได้ โดยแยกตามลักษณะสถานประกอบการ และมีการบังคับใช้ที่เข้มงวด

## อภิปรายผลการศึกษา

อัตราการตอบกลับของแบบสอบถามร้อยละ 59.8 เป็นอัตราที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยโดยวิธีส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ของต่างประเทศที่ผ่านมา คือ Takahashi K, et al ซึ่งสำรวจสถานการณ์เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ในญี่ปุ่น อัตราตอบกลับ ร้อยละ 59.4<sup>(60)</sup> Williams N, et al ศึกษาเปรียบเทียบความต้องการในงานอาชีวอนามัยของผู้บริหารสถานประกอบการ ตัวแทนลูกจ้าง และแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ โดยกลุ่มแพทย์อาชีวเวชศาสตร์มีอัตราตอบกลับ ร้อยละ 61<sup>(66)</sup> Holness D, et al ได้รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ในแคนาดา อัตราตอบกลับ ร้อยละ 56<sup>(69)</sup>

เมื่อพิจารณาถึงข้อมูลพื้นฐานของสถานประกอบการ พบว่า สัดส่วนในแต่ละลักษณะ ได้แก่ ประเภทสถานประกอบการ (ผลิตสินค้า : งานบริการ) ที่ตั้งสถานประกอบการ (ภาคเหนือ : ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : ภาคกลาง : ภาคใต้) และลักษณะการว่าจ้างแพทย์ของสถานประกอบการ (Full-time : Part-time : ทั้ง Part-time และ Full-time) ของแพทย์ที่ตอบกลับหรือไม่ตอบกลับแบบสอบถามมีความใกล้เคียงกัน อัตราการตอบกลับในแต่ละลักษณะดังกล่าวเกือบทั้งหมดไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 และจากการทดสอบความเป็นเอกพันธ์พบว่า แพทย์กลุ่มที่ตอบกลับและไม่ตอบกลับแบบสอบถาม มีลักษณะพื้นฐานด้านสถานประกอบการที่ปฏิบัติงานอยู่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ ) แสดงให้เห็นว่า ข้อมูลนี้ น่าจะเป็นตัวแทนของประชากรได้ดีพอสมควร

ในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 1,000 คน ซึ่งไม่มีแพทย์ประจำสถานประกอบการ แต่ใช้โรงพยาบาลคู่สัญญาเป็นสถานที่จัดบริการอาชีวอนามัยนั้น ทำให้ไม่สามารถให้บริการครอบคลุมงานอาชีวอนามัยได้ เนื่องจากส่วนหนึ่งของงานอาชีวอนามัยและเป็นส่วนที่สำคัญนั้น เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับสถานประกอบการโดยตรง สถานการณ์เช่นนี้ แสดงถึง ความหละหลวมของกฎหมายซึ่งไม่อาจควบคุมให้ เป็นไปตามบทบัญญัติได้ หรือไม่มีบทลงโทษที่จริงจัง อย่างไรก็ตาม ยังมีสถานประกอบการประเภทโรงพยาบาลซึ่งพบว่าในจำนวนโรงพยาบาลที่มีลูกจ้างมากกว่า 1,000 คน ทั้งหมด 5 แห่ง มีการตอบกลับของแบบสอบถาม 4 แห่ง โรงพยาบาลที่ไม่ตอบกลับนั้น อาจไม่มีส่วนงานที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย หรือผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญหรือไม่เข้าใจหลักการของงานอาชีวอนามัย จึงคิดว่าในโรงพยาบาลมีบุคลากรทางการแพทย์อยู่เป็นส่วนใหญ่ ไม่น่าต้องจัดบริการอาชีวอนามัยอีก ซึ่งสิ่งคุกคามสุขภาพหรือ บังคับเสี่ยงจากการทำงานในโรงพยาบาลจะเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ และอุบัติเหตุจากของมีคม โดยทำให้เกิดการติดเชื้อแก่ลูกจ้างหรือบุคลากรทางการแพทย์ เช่น Hepatitis B, Hepatitis C, HIV. เป็นต้น<sup>(77,78)</sup>

แพทย์ประจำสถานประกอบการ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และอายุเฉลี่ย 46.9 ปี ใกล้เคียงกับลักษณะแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ในแคนาดา<sup>(69)</sup> การผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์หรือ เวชศาสตร์ป้องกันมีสัดส่วนที่น้อยมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Isah EC, et al ที่ไนจีเรีย<sup>(68)</sup> แต่จากการศึกษาของ Holness D, et al ที่แคนาดา มีแพทย์ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์

ร้อยละ 60 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มแพทย์ที่ Holness D. ศึกษาเป็นแพทย์ที่เป็นสมาชิกของ Occupational and Environmental Medical Association of Canada โดยที่มีจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการร้อยละ 58 นอกนั้นเป็นแพทย์อาชีพเวชศาสตร์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอื่นๆ บังคับที่ทำให้มีการฝึกอบรมเฉพาะทางสาขาอาชีพเวชศาสตร์ในไทยมีน้อย อาจเนื่องจากการขาดความตระหนักและการยอมรับในปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงาน สารพิษ และสิ่งแวดล้อมของภาคผู้ก่อผลกระทบและภาครัฐที่รับผิดชอบบางส่วน<sup>(79)</sup> เพราะการลงทุนด้านความปลอดภัยในการทำงานให้แก่ลูกจ้างนั้นเป็นการลงทุนที่ไม่ได้ผลตอบแทนเป็นตัวเงินกลับมาให้เห็นโดยตรง<sup>(79)</sup> ด้านแพทย์มักมีความลำบากใจและขัดแย้ง (Conflict) ในการวินิจฉัยว่าลูกจ้างเป็นโรคจากการทำงาน ที่เรียกว่า Ethical Dilemmas ของแพทย์ระหว่างสุขภาพของลูกจ้าง (Worker Health) และเป้าหมายของสถานประกอบการ (Corporate Goals)<sup>(80)</sup> แพทย์บางท่านอาจมีเจตคติที่ไม่ดีต่องานอาชีวอนามัย<sup>(79)</sup> อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในสิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยในการทำงาน<sup>(81)</sup> นอกจากบังคับด้านสถานประกอบการและบุคลากรทางการแพทย์แล้ว ประชาชนเองซึ่งหมายรวมถึงลูกจ้างในสถานประกอบการยังขาดทัศนคติที่ดีในด้านความปลอดภัย มีการใช้สารพิษโดยขาดความระมัดระวัง<sup>(79)</sup> ประเด็นนี้ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะลูกจ้างในประเทศไทยเท่านั้น แม้แต่ในประเทศอังกฤษ มีการสำรวจความใส่ใจเกี่ยวกับโรคจากการทำงานพบว่า ส่วนใหญ่เข้าใจว่ามีเพียงความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูก ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าเท่านั้น โรคจากการทำงานอื่นยังถูกละเลยไป<sup>(82)</sup> จึงทำให้อาชีพเวชศาสตร์เป็นหลักสูตรเฉพาะทางที่มีแพทย์ให้ความสนใจจะศึกษาต่อน้อย และสถาบันการศึกษาส่วนใหญ่ยังไม่พร้อมจะจัดอบรม

จากการสัมภาษณ์พบว่าแพทย์ที่ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่อยากให้สถาบันการศึกษาแพทย์เพิ่มหลักสูตรด้านอาชีวเวชศาสตร์ ทั้งในด้านการป้องกันโรค และวินิจฉัยรักษาโรคไปพร้อมกัน

การว่าจ้างแพทย์ปฏิบัติงานในสถานประกอบการส่วนใหญ่เป็น Part-time สอดคล้องกับการศึกษาในเดนมาร์ก นิวยอร์ค<sup>(67,83)</sup> โดยเฉพาะการศึกษาในประเทศไทยของ Teraoka T. และ Chavalitnitikul C. เมื่อ พ.ศ.2533 พบว่าเป็นแพทย์ Part-time ร้อยละ 66.67<sup>(62)</sup> แต่จากการสำรวจแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ที่เป็นสมาชิกของ Occupational and Environmental Medical Association of Canada พบว่าแพทย์ Full-time มีมากกว่า Part-time (55 : 45)<sup>(68)</sup> อาจเนื่องจากขอบเขตงานด้านอาชีวเวชศาสตร์ในแคนาดาไม่ได้ถูกจำกัดเพียงในสถานประกอบการ ยังมีงานในคลินิก ภาครัฐ สถานศึกษา และอื่นๆ อีกทั้งการตระหนักในงานด้านนี้ของแพทย์ในแคนาดาสูงกว่าแพทย์ไทย จะเห็นได้จากองค์กรด้านอาชีวเวชศาสตร์ในแคนาดามีค่อนข้างมาก<sup>(68)</sup> จึงทำให้การว่าจ้างเป็นลักษณะ Full-time มากกว่า ในด้านเวลาการปฏิบัติงานของแพทย์เฉลี่ย 10.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.9) จะปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาในเดนมาร์ก<sup>(67)</sup> แพทย์ประจำสถานประกอบการที่เคยได้รับการอบรมด้านอาชีวอนามัยหรืออาชีวเวชศาสตร์มีค่อนข้างน้อย สอดคล้องกับการศึกษาในไนจีเรียซึ่งพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยเพียงร้อยละ

4.2<sup>(68)</sup> ทั้งนี้เหตุผลที่การอบรมด้านนี้น้อยน่าจะคล้ายกับการที่แพทย์ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางสาขา อาชีวเวชศาสตร์น้อยเช่นกัน โดยเฉพาะปัจจัยด้านผู้บริหารสถานประกอบการที่ไม่เห็นความสำคัญหรือไม่ เข้าใจขอบเขตของการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ จะเห็นได้จากผลการศึกษาคั้งนี้ที่พบว่า มีสถานประกอบการขนาดใหญ่ (ลูกจ้างมากกว่า 1,000 คน) ที่ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานอยู่ในสถานประกอบการร้อยละ 25.4 (75 จาก 294 แห่ง) มากขึ้นกว่าการสำรวจเมื่อปี พ.ศ.2533 ที่พบว่ามีสถานประกอบการขนาดใหญ่ที่ไม่มีแพทย์อยู่ร้อยละ 12.7<sup>(62)</sup> สถานประกอบการส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า เมื่อมีปัญหาสุขภาพของลูกจ้าง จะให้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลคู่สัญญา หรือโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียงกับสถานประกอบการ ซึ่งนั่นหมายถึงการรอให้เกิดปัญหาขึ้นแล้วจึงดำเนินการแก้ไข จากหลักการและขอบเขตของการจัดบริการอาชีวอนามัยไม่ได้มีเพียงการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดเจ็บป่วยเท่านั้น การป้องกันโรคเป็นสิ่งที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่ากัน และดูเหมือนจะเป็นมาตรการที่มีแนวโน้มเป็นประโยชน์และลดต้นทุนการผลิตได้มากกว่า<sup>(34,84)</sup>

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าสถานประกอบการที่มีการว่าจ้างแพทย์ จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้บริหารส่วนหนึ่งกำหนดบทบาทหน้าที่แพทย์เพียงการรักษาโรคเท่านั้น ซึ่งส่วนใหญ่การดูแลรักษามีเพียงโรคทั่วไปที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (โดยเฉพาะแพทย์ Part-time)

การมีส่วนร่วมของแพทย์ประจำสถานประกอบการกับฝ่ายบริหารสถานประกอบการในงานอาชีวอนามัยรูปแบบต่างๆ นั้นมีค่อนข้างน้อย ไม่ว่าจะเป็นการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านอาชีวอนามัย หรือการเป็นกรรมการในคณะกรรมการความปลอดภัย ซึ่งอาจเป็นผลสืบเนื่องจากการขาดความตระหนักในความสำคัญของทุกฝ่าย คือ ผู้บริหารสถานประกอบการ แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และลูกจ้าง โดยเฉพาะที่บริหารสถานประกอบการที่เป็นผู้กำหนดนโยบายของหน่วยงาน ในบรรดาภาคีต่างๆ เหล่านี้ ผู้บริหารสถานประกอบการดูเหมือนเป็นภาคีที่สำคัญ (ซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมกำหนดนโยบายของสถานประกอบการ) ในการกำหนดทิศทางงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ทั้งนี้ การที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมของแพทย์ต่องานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยจึงขึ้นอยู่กับผู้บริหารและนโยบายของสถานประกอบการด้วย

ในปัจจุบันถึงแม้จะมีปัญหาการฟ้องร้องเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการทำงานมากขึ้น จะเห็นได้จากสถิติในสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 9 ถึง 45 ของรายงานเกี่ยวกับผู้ประกอบอาชีพ เป็นรายงานการฟ้องร้องเพื่อเรียกเงินทดแทนในกรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน<sup>(85)</sup> สำหรับประเทศไทยนั้น จากสถิติจากศาลแรงงานกลาง พบว่าคดีฟ้องร้องที่เกี่ยวข้องกับโรคและการประสบอันตรายจากการทำงาน ถึงแม้ว่าจะลดลงจากปี พ.ศ.2538 ซึ่งมี 34 ราย เหลือ 26 และ 13 ราย ในปี พ.ศ.2539 และ 2540 ตามลำดับ แต่ก็ยังมีปรากฏให้เห็นอยู่<sup>(86,87)</sup> ถึงอย่างนั้นก็ตาม ยังพบว่ามีแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการขนาดใหญ่ในประเทศไทยจำนวนไม่น้อยที่ไม่ทราบกฎหมายเกี่ยวกับอาชีวอนามัยหรืออาชีวเวชศาสตร์ (ร้อยละ 66.4) ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายนั้น ในต่างประเทศโดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้วเป็นเรื่อง

สำคัญสำหรับแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ ถึงขนาดต้องมีการเสนอแนวทางปฏิบัติงานและการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาทางกฎหมายตามมาในภายหลัง<sup>(88)</sup> เช่น ACOEM Code of Ethics (โดย The American College of Occupational and Environmental Medicine)<sup>(89)</sup> หรือ Code of Conducts ของ The American Medical Association และ The International Commission of Occupational Health<sup>(90)</sup> เป็นต้น นอกจากนี้ McCunney R.J. ได้กล่าวถึงแนวโน้มของบทบาทแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ในอนาคตว่า ให้ความสำคัญถึงเรื่องการทำงานและสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ การฟ้องร้องซึ่งมีเพิ่มมากขึ้น และกฎหมาย<sup>(91)</sup>

จากการสัมภาษณ์ แพทย์ประจำสถานประกอบการมีความคิดเห็นเกี่ยวกับกฎหมายด้านอาชีวอนามัยของประเทศไทยว่า ยังขาดความชัดเจน ข้อกำหนดที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ หรือปฏิบัติได้ยาก ขาดความเฉพาะเจาะจง และไม่มีความเข้มงวดในการบังคับใช้ ดังนั้น ในการพัฒนาบริการอาชีวอนามัย จึงควรคำนึงถึงประเด็นนี้ด้วย โดยที่หากมีการปฏิรูปกฎหมายใหม่ น่าจะมีแพทย์และบุคลากรทีมอาชีวอนามัยจากสถานประกอบการที่มีสิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยแตกต่างกันหรือผู้ที่มีประสบการณ์ด้านนี้ เข้าร่วมเป็นกรรมการพิจารณา ถ้าหากจะมีการบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ขั้นต่ำของแพทย์ประจำสถานประกอบการ ต้องมีความชัดเจน เป็นไปได้ มีความเฉพาะเจาะจงตามชนิดสถานประกอบการ และมีบังคับใช้อย่างจริงจัง ซึ่งแพทย์ประจำสถานประกอบการส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นสิ่งที่น่าจะทำให้เกิดขึ้น

ถึงแม้การว่าจ้างแพทย์ของสถานประกอบการส่วนใหญ่จะเป็น Part-time แต่ร้อยละ 4.6 มีการว่าจ้างทั้ง Part-time และ Full-time แตกต่างจากการสำรวจที่ผ่านมาในปี พ.ศ.2533 ในประเทศไทย ที่ไม่พบการว่าจ้างทั้ง 2 ชนิดในสถานประกอบการเดียวกัน<sup>(92)</sup> ทั้งนี้อาจเนื่องจาก สถานประกอบการที่ว่าจ้างแบบ Full-time เดิมนั้น แพทย์ต้องมีบทบาทหน้าที่ในด้านการบริหาร และบทบาทหน้าที่ที่นอกเหนือจากด้านการวินิจฉัยและรักษาโรคมามากขึ้น ทำให้ไม่สามารถดูแลงานในส่วนของการวินิจฉัยและรักษาโรคได้ จึงมีการว่าจ้างแพทย์ Part-time เพิ่มเติม หรือสถานประกอบการมีขนาดใหญ่ขึ้น มีจำนวนลูกจ้างเพิ่มมากขึ้นตามการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรม

สถานประกอบการเพียงร้อยละ 52.7 ที่มี Job Description สำหรับแพทย์ และเพียงร้อยละ 66.4 มีนโยบายด้านอาชีวอนามัย แสดงให้เห็นว่า ผู้บริหารสถานประกอบการยังไม่เห็นความสำคัญของงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยเท่าที่ควร ทั้งที่ในพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ.2541 ได้กำหนดให้สถานประกอบการมีนโยบาย แผนงาน หรือมาตรการความปลอดภัย อาชีวอนามัย<sup>(35)</sup> สถานประกอบการที่มีฝ่ายหรือหน่วยสุขอนามัยหรือความปลอดภัย ย่อมแสดงถึงความตระหนักหรือเห็นความสำคัญของงานด้านการดูแลสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของลูกจ้างขึ้นมาระดับหนึ่ง ดังนั้น งานอาชีวอนามัยก็ควรเป็นความรับผิดชอบของฝ่ายนี้ แต่พบว่ามีเพียงร้อยละ 6.1 เท่านั้น

จากการสัมภาษณ์ พบว่า มีแพทย์บางส่วนคิดว่านโยบายอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และ Job Description สำหรับแพทย์เป็นสิ่งที่สร้างความยุ่งยากให้แก่แพทย์ในการปฏิบัติ ซึ่งในส่วนนี้คิด



ว่าการปฏิบัติงานของแพทย์มีเพียงด้านการรักษาเท่านั้น แต่มีแพทย์อีกส่วนหนึ่งซึ่งเห็นว่า แพทย์ควรมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายอาชีพอนามัย และ Job Description ร่วมกับฝ่ายบริหารสถานประกอบการ เพื่อเสนอแนะสิ่งที่เป็นประโยชน์ แพทย์ในส่วนนี้จะเห็นความสำคัญของงานด้านการป้องกัน มากกว่าการรักษาโรคเพียงอย่างเดียว ซึ่งถือเป็นแนวคิดที่เป็นจุดเริ่มของการพัฒนางานอาชีพเวชศาสตร์ของประเทศไทย ปัญหาที่พบจากจากสัมภาษณ์เกี่ยวกับนโยบายอาชีพอนามัย อีกปัญหาหนึ่งคือ การแยกส่วนงานการรักษา และการป้องกันอันตรายจากการทำงานในสถานประกอบการออกจากกัน ทำให้ข้อมูลสุขภาพบางส่วนขาดหายไป ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญของการดำเนินงานอาชีพอนามัยและความปลอดภัยให้มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลก่อให้เกิดผลกระทบดังกล่าวด้วยเช่นกัน จะเห็นได้ว่า แม้ว่าประเทศไทยมีมาตรการทางกฎหมายบังคับให้สถานประกอบการมีนโยบายอาชีพอนามัยและความปลอดภัยก็ตาม แต่ถ้าโครงสร้างสายงานการบริหารที่ไม่สอดคล้องกับการดำเนินงานบริการอาชีพอนามัยและความปลอดภัยแล้ว ก็ยากที่จะประสบความสำเร็จได้ ปัญหานี้เป็นสิ่งที่ผู้บริหารสถานประกอบการต้องตระหนักถึงและควรมีการพิจารณาปรับเปลี่ยนให้มีความเหมาะสมต่อไป ในอเมริกาก็ประสบปัญหาเกี่ยวกับระบบโครงสร้างการบริหารงานของสถานประกอบการเช่นกัน จากการศึกษาโดยการวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่กับการวิจัยเชิงปริมาณของ Crump CE, et al พบว่า ลูกจ้างระดับล่างมีโอกาเข้าถึงบริการอาชีพอนามัย โดยเฉพาะการมอบหมายงานให้เหมาะสมกับสุขภาพได้น้อยกว่าลูกจ้างระดับสูง<sup>(82)</sup>

อีกประเด็นหนึ่งที่แสดงถึงผู้บริหารสถานประกอบการที่เห็นความสำคัญของงานอาชีพอนามัยน้อย คือ ในขณะที่พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ.2541 กำหนดให้สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 100 คนขึ้นไป จัดให้มีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานอย่างน้อยแห่งละ 1 คน<sup>(35)</sup> จากการศึกษาพบว่ามีสถานประกอบการร้อยละ 43.5 เท่านั้นที่มีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานปฏิบัติงานอยู่ แต่ทั้งนี้ แพทย์ประจำสถานประกอบการที่ไม่ทราบกฎหมายซึ่งมีอยู่ถึงร้อยละ 66.4 อาจไม่รู้จักและไม่ทราบว่าในสถานประกอบการมีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานปฏิบัติงานอยู่ อีกเหตุผลหนึ่งซึ่งพบจากการสัมภาษณ์คือ การที่ระบบสายงานการบริหารที่แยกส่วนการรักษาและการป้องกันอันตรายจากการทำงานออกจากกันนั้น แพทย์อาจไม่ทราบระบบการดำเนินงานของส่วนการป้องกันอันตรายจากการทำงาน จึงไม่ทราบว่า มีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานปฏิบัติงานอยู่

บทบาทหน้าที่แพทย์ประจำสถานประกอบการ ในด้านการส่งเสริมสุขภาพทั่วไป เช่น การให้คำปรึกษา ให้สุขศึกษา นั้น แพทย์ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติกันอย่างสม่ำเสมอ แต่ถ้าหากเป็นโครงการที่จัดขึ้นเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่งเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพแล้ว ส่วนใหญ่จะไม่ได้ปฏิบัติ ซึ่งจากการสำรวจความต้องการในงานอาชีพอนามัยของ Williams N, et al พบว่า แพทย์อาชีพเวชศาสตร์มีความเห็นว่า การให้คำแนะนำด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานเป็นงานที่มีความสำคัญที่สุด<sup>(86)</sup> ส่วนการจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการมีความสำคัญเป็นอันดับ 10 จาก 13 กิจกรรม<sup>(86)</sup>

บทบาทในการตรวจสอบสุขภาพลูกจ้างนั้น หากเป็นการตรวจสอบสุขภาพก่อนเข้าทำงาน ระหว่างการทำงาน แพทย์จำนวนไม่น้อยที่มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ แต่ถ้าเป็นการตรวจสอบสุขภาพก่อนออกจากงาน รวมถึงการให้คำปรึกษาก่อนออกจากงาน พบว่า ปฏิบัติสม่ำเสมออย่างมาก จากการสัมภาษณ์ แพทย์มีเหตุผลที่ไม่เห็นความสำคัญของการตรวจสอบสุขภาพก่อนออกจากงาน คือ เห็นว่ามีการตรวจสอบสุขภาพประจำปีอยู่แล้ว ซึ่งการตรวจสอบสุขภาพประจำปีครั้งสุดท้ายก่อนออกจากงานถือเป็นการตรวจสอบสุขภาพก่อนออกจากงานได้ แพทย์ประจำสถานประกอบการมีการให้สุขศึกษาด้านอันตรายจากสิ่งคุกคามสุขภาพอย่างสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 35.9 ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ที่แพทย์ควรมีการปฏิบัติให้มากขึ้น เนื่องจากมีงานวิจัยที่แสดงถึงความน่าเชื่อถือของแพทย์ในการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม<sup>(83)</sup> ในอเมริกาและยุโรปหลายประเทศนั้น มีกฎหมายบังคับให้แพทย์อาชีวเวชศาสตร์มีหน้าที่ในการให้สุขศึกษาด้านอันตรายจากสิ่งคุกคามสุขภาพและดำเนินมาตรการลดปัจจัยเสี่ยงในทุกๆ วิถี<sup>(84)</sup>

บทบาทด้านการป้องกันโรคที่แพทย์ประจำสถานประกอบการจำนวนน้อยมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ คือ การสำรวจหรือตรวจเยี่ยมสถานประกอบการ (ร้อยละ 9.9) ใกล้เคียงกับการศึกษาในไนจีเรียซึ่งศึกษาถึงการตรวจเยี่ยมสถานประกอบการโดยบุคลากรทางการแพทย์ พบว่ามีการปฏิบัติร้อยละ 15.6<sup>(85)</sup> การสำรวจสถานประกอบการเป็นวิธีการที่สำคัญของการเฝ้าระวังโรคจากการทำงาน<sup>(85)</sup> เพื่อได้ทราบปัจจัยเสี่ยงและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ทารูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันโรคต่อไป<sup>(86)</sup> สำหรับบทบาทหน้าที่นี้ จากการสัมภาษณ์ พบว่า แพทย์ประจำสถานประกอบการส่วนหนึ่งมีความต้องการให้มีการปฏิบัติ แต่ด้วยนโยบายของสถานประกอบการไม่ได้กำหนดให้แพทย์มีส่วนร่วมด้านนี้

แพทย์ประจำสถานประกอบการขนาดใหญ่ในประเทศไทย ร้อยละ 65.7 ไม่มีการพิจารณาความเหมาะสมระหว่างสุขภาพกับงาน ซึ่งเรียกได้ว่าเป็นงานที่มีความสำคัญมากสำหรับอาชีวเวชศาสตร์ เนื่องจากเป็นบทบาทหน้าที่ที่มีเป้าหมายหลัก คือ ให้อุบัติการณ์ที่สอดคล้องต่อสุขภาพตน มีความปลอดภัยและเผชิญความเสี่ยงน้อยที่สุด<sup>(87)</sup> ต่างจากในอิสราเอล การพิจารณาความเหมาะสมระหว่างสุขภาพกับงานเป็นบทบาทที่แพทย์อาชีวเวชศาสตร์มีการปฏิบัติในระดับสูงสุด<sup>(70)</sup> อย่างไรก็ตาม ในภาพรวมของบทบาทหน้าที่ด้านการป้องกันโรค ยังมีแพทย์ประจำสถานประกอบการที่ปฏิบัติสม่ำเสมอค่อนข้างต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 36) ซึ่งรูปแบบการพัฒนางานอาชีวเวชศาสตร์ในศตวรรษที่ 21 นั้น บทบาทที่มีความสำคัญที่ต้องการการส่งเสริมคือ การป้องกันโรค<sup>(34)</sup> Grzesik J. ได้ชี้ประเด็นว่า ความแตกต่างของอาชีวเวชศาสตร์และอายุรกรรมอื่นๆ คือ บทบาทการป้องกันโรคนั้นเอง<sup>(45)</sup>

บทบาทหน้าที่แพทย์ประจำสถานประกอบการในด้านการวินิจฉัยและรักษาโรคนั้น แพทย์ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ แต่ในประเทศญี่ปุ่น การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าบทบาทของแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ที่สำคัญ คือ การตรวจร่างกายทั้งหมด ไม่เพียงเพื่อการรักษาโรคนั้น<sup>(60)</sup>

ในด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกาย พบว่า การตรวจสอบสุขภาพก่อนเข้าทำงานภายหลังการเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 19.9 การพิจารณาปรับเปลี่ยนงาน ยังมี

น้อยเช่นกัน คือปฏิบัติสม่ำเสมอร้อยละ 32.1 สาเหตุที่การปฏิบัติสม่ำเสมอในบทบาทนี้น้อยอาจเนื่องจากบทบาทนี้อาจจะก้าวล่วงงานของผู้บริหารสถานประกอบการมากเกินไป ในขอบเขตบทบาทของแพทย์น่าจะเป็นการให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนงาน ซึ่งจากการสัมภาษณ์ พบว่า เนื่องจากแพทย์บางส่วนไม่มีอำนาจในการพิจารณาปรับเปลี่ยนงานของลูกจ้างให้เหมาะสม ที่เป็นไปได้คือ เสนอแนะให้ หัวหน้างานที่ลูกจ้างสังกัดอยู่เท่านั้น

ส่วนบทบาทหน้าที่ด้านอื่น นอกเหนือจากการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยและรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพร่างกายแล้ว บทบาทหน้าที่ที่แพทย์ประจำสถานประกอบการปฏิบัติสม่ำเสมอต่ำที่สุดจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบจากการทำงานและการวางแผนป้องกันโรค รวมถึงการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายอาชีวอนามัยฯ ซึ่งบทบาทเหล่านี้มีลักษณะเป็นงานเชิงบริหาร ในอนาคตมีแนวโน้มว่าการพัฒนางานด้านอาชีวเวชศาสตร์นั้น บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในงานบริหารจัดการเป็นสิ่งที่แพทย์ถูกคาดหวังให้ปฏิบัติมากขึ้นและทวีความสำคัญยิ่งขึ้น<sup>(88)</sup> Guidotti TL et al ได้กล่าวถึงคุณค่าของงานอาชีวเวชศาสตร์ว่า น่าจะเป็นการระบุปัจจัยเสี่ยงในสถานประกอบการและมีส่วนในการแก้ไขปัญหานั้น<sup>(89)</sup> Fluckiger A. กล่าวถึงบทบาทหน้าที่แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ว่า ต้องมีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อเสนอแนวทางในการป้องกันโรคได้<sup>(100)</sup> McDonagh TJ. กล่าวถึงบทบาทด้านการบริหารของแพทย์ประจำสถานประกอบการว่า เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากที่สุดในการจัดฝึกอบรมแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ เพื่อการเป็นผู้นำทีมอาชีวอนามัยต่อไป<sup>(21)</sup> จากการสัมภาษณ์แพทย์ประจำสถานประกอบการ พบว่า แพทย์ Full-time ที่มีบทบาทด้านการบริหารค่อนข้างมากจะมีทักษะต่องานอาชีวอนามัยที่ครอบคลุมการป้องกันโรคด้วย ดังนั้น การที่จะเพิ่มบทบาทด้านบริหารให้แพทย์นั้นอาจต้องปรับเปลี่ยนนโยบายอาชีวอนามัยและลักษณะการว่าจ้างแพทย์ประจำสถานประกอบการ

ในเรื่องการมีส่วนร่วมหรือการดำเนินการวิจัยด้านอาชีวอนามัยหรืออาชีวเวชศาสตร์ของแพทย์ประจำสถานประกอบการนั้นยังมีค่อนข้างน้อย จึงเป็นบทบาทหน้าที่ที่ต้องการการพัฒนาอีกมาก เนื่องจากการพัฒนาบริการทางการแพทย์ในสาขานี้ (อาชีวอนามัยและอาชีวเวชศาสตร์) ยังต้องการการศึกษาค้นคว้าและวิจัยอีกจำนวนมาก<sup>(82)</sup> และเป็นบทบาทหน้าที่ของแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ที่สำคัญที่สุดจากการสำรวจความคิดเห็นของผู้ที่เข้ารับการอบรมเฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์ในประเทศอังกฤษ<sup>(101)</sup>

บทบาทหน้าที่ของแพทย์ประจำสถานประกอบการที่ยังมุ่งเน้นด้านการรักษาโรคมมากกว่าการป้องกันโรคและงานด้านอื่นๆ ที่สำคัญ จากการสัมภาษณ์ พบว่า ส่วนสำคัญมาจากนโยบายของสถานประกอบการและขอบเขตของ Job Description ที่กำหนดให้แพทย์ปฏิบัติ โดยที่แพทย์ไม่มีส่วนร่วมในการกำหนด ผู้บริหารที่ไม่ตระหนักในความสำคัญของงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย แต่ก็มีแพทย์บางส่วนที่ยังตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ว่ายังไม่ดีพอ และปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงานของแพทย์ ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ อีกทั้งลูกจ้างเองก็ไม่เห็นความสำคัญของปัญหา จึงทำให้แพทย์เลิกล้มความตั้งใจที่จะต่อสู้เพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพของลูกจ้างและสภาพแวดล้อมที่ดีของ

สถานประกอบการและชุมชนแวดล้อม ถ้าหากแพทย์สามารถปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ได้ครอบคลุมย่อมสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดสิ่งคุกคามสุขภาพในสถานประกอบการให้เกิดแก่ลูกจ้างน้อยที่สุด<sup>(102)</sup>

ในส่วนของความคาดหวังในบทบาทหน้าที่แพทย์ประจำสถานประกอบการต้องงานบริการอาชีวอนามัยนั้น แพทย์ประจำสถานประกอบการส่วนใหญ่คาดหวังให้มีการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ทุกกิจกรรม อย่างไรก็ตาม การถามความคาดหวังบทบาทแพทย์ในอนาคตที่ใช้คำถามปลายปิดนั้น ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนหนึ่งก็จะตอบในลักษณะควรปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่มากกว่าจะมีการพิจารณาว่าแต่ละบทบาทมีความสำคัญและจำเป็นต่อการปฏิบัติเพียงไร มีความเป็นไปได้สำหรับการปฏิบัติในสถานประกอบการในประเทศไทยอย่างไร ถึงแม้ว่าบทบาทที่ใช้เป็นข้อความถามว่าควรปฏิบัติหรือไม่นั้นได้รวบรวมมาจากบทบาทหน้าที่ของแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ของต่างประเทศที่ได้มีบุคคลหรือองค์กรวิชาชีพเสนอแนะไว้ ดังนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้ น่าจะได้ทราบถึงความคาดหวังบทบาทหน้าที่แพทย์ประจำสถานประกอบการในเชิงทฤษฎีเท่านั้น

เป็นที่น่าสังเกตว่าบทบาทเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบจากการทำงานและการใช้ข้อมูลเพื่อวางแผนป้องกันโรค เป็นบทบาทที่แพทย์เห็นว่าควรปฏิบัติต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับบทบาทอื่น (ร้อยละ 87.0-87.8) ประเด็นนี้อาจเนื่องมาจากแพทย์ประจำสถานประกอบการส่วนหนึ่งมีความรู้ด้านปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพลูกจ้างไม่เพียงพอ สาเหตุจากการไม่เคยผ่านการอบรมด้านอาชีวเวชศาสตร์ จึงไม่คิดว่าบทบาทเหล่านี้จะมีความสำคัญ ประกอบกับนโยบายของสถานประกอบการที่กำหนดให้การว่าจ้างแพทย์ เป็น Part-time และชั่วโมงการทำงานที่ส่วนใหญ่จะน้อยกว่า 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงานด้านบริหารดังกล่าว ซึ่งจากการสัมภาษณ์ พบว่า ในทางปฏิบัติเป็นเช่นนั้นจริง แต่แนวทางการพัฒนางานอาชีวเวชศาสตร์ยุคใหม่ที่ OSHA (The Occupational Safety and Health Administration) และ NIOSH (The National Institute for Occupational Safety and Health) ร่วมกันวิเคราะห์และประยุกต์ขึ้น จะเน้นบทบาทการเป็นหัวหน้าหน่วยงานด้านสุขภาพอนามัยหรือฝ่ายสุขอนามัยของสถานประกอบการ (Chief Health Officer)<sup>(103)</sup> ซึ่งย่อมหลีกเลี่ยงไม่พ้นงานด้านการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการวางแผนในการบริหารงาน มีงานวิจัยของ Muto T. et al พบว่าการใช้สถิติและข้อมูลการตรวจทางกายภาพเพื่อการวางแผน เป็นกลยุทธ์ที่พบบ่อยที่สุดในการบริหารงานอาชีวอนามัยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น<sup>(104)</sup>

นอกจากนี้ ลักษณะของแพทย์ประจำสถานประกอบการที่ถูกคาดหวังมากอีกกลุ่มหนึ่ง คือ การเป็นกรรมการในคณะกรรมการความปลอดภัย การทราบและมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การศึกษาต่อเพิ่มเติม และการเป็นสมาชิกองค์กรวิชาชีพด้านอาชีวเวชศาสตร์ จากสภาพปัจจุบันแพทย์ประจำสถานประกอบการที่เป็นกรรมการในคณะกรรมการความปลอดภัย ทราบกฎหมายเกี่ยวกับอาชีวอนามัย หรือเป็นสมาชิกองค์กรวิชาชีพด้านอาชีวเวชศาสตร์ มีต่ำกว่าร้อยละ 40

ถึงแม้ว่าบทบาทหน้าที่ของแพทย์ประจำสถานประกอบการจะมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในทิศทางแปรผันตามกัน แต่ความสัมพันธ์อยู่ในระดับที่ต่ำ แสดงว่า ไม่ว่าแพทย์ประจำสถานประกอบการในปัจจุบันมีบทบาทหน้าที่ที่มากน้อยเพียงใด ก็มีความคาดหวังว่าในอนาคตเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของแพทย์ใกล้เคียงกัน ประกอบกับการทดสอบความสัมพันธ์เป็น Nonparametric Correlation (Spearman's Rank) ซึ่งเป็นไปตามความเหมาะสมในการวิเคราะห์ข้อมูล การใช้สถิติ Nonparametric นั้น นอกจากกำลังของการทดสอบความสัมพันธ์  $(1-\beta)$  ต่ำกว่า Parametric Correlation (Pearson Product-moment Correlation) แล้ว เนื่องจาก Spearman's Rank Correlation เป็นการใช้อันดับที่ของข้อมูลในการคำนวณค่า  $r_s$  จึงมีความไวของความสัมพันธ์ต่ำกว่าค่า  $r$  ที่คำนวณจาก Pearson Product-moment Correlation ถ้าลักษณะข้อมูลมีความเหมาะสมแก่การใช้ Parametric Correlation<sup>(105)</sup>

การปฏิบัติในบทบาทหน้าที่แพทย์ประจำสถานประกอบการไม่ครบถ้วนสมบูรณ์หรือแพทย์ประจำสถานประกอบการยังไม่ตระหนักในบทบาทหน้าที่เท่าที่ควร เหตุผลส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากสิ่งที่แพทย์ได้เรียนรู้จากหลักสูตรแพทย์ ไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง โดยเฉพาะการสร้างคุณสมบัติการเป็นผู้นำบริหารงานอาชีพอนามัยให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งเป็นเรื่องเร่งด่วนและเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของการควบคุมป้องกันโรคในสถานประกอบการ<sup>(106)</sup> มีการศึกษาของ Behrens J. et al พบว่า บทบาทหน้าที่แพทย์ด้านการป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อมของสถานประกอบการเป็นสิ่งที่การเรียนรู้จากหลักสูตรแพทย์มีไม่เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงานให้เป็นที่ยอมรับได้<sup>(65)</sup>

จากการสัมภาษณ์ พบว่า แพทย์ประจำสถานประกอบการ คาดหวังให้สถาบันการศึกษาแพทย์ มีบทบาทในการเพิ่มหลักสูตรการเรียนการสอนด้านอาชีพเวชศาสตร์ การจัดสัมมนา หรือการฝึกอบรมระยะสั้นด้านนี้

ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทหน้าที่ของแพทย์ประจำสถานประกอบการด้านแพทย์ ได้แก่ อายุ ลักษณะการถูกจ้าง รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ชั่วโมงการทำงาน การผ่านการอบรมด้านอาชีพอนามัยหรืออาชีพเวชศาสตร์ การเป็นคณะกรรมการความปลอดภัย การดูงานต่างประเทศ การทราบกฎหมายอาชีพอนามัย ซึ่งมีการศึกษาในอดีตที่มีความสอดคล้องและขัดแย้งกันดังนี้คือ

1. Takahashi K. et al พบว่า แพทย์อาชีพเวชศาสตร์ที่มีอายุ 30-34 ปี และมีประสบการณ์ 2-5 ปี จะมีความสามารถในการทำงานต่ำกว่ากลุ่มอื่น<sup>(60)</sup> ความขัดแย้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาของ Takahashi K. et al เป็นการศึกษาในกลุ่มแพทย์ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสาขาอาชีพเวชศาสตร์แล้ว ช่วงอายุ 30-34 ปี อาจเป็นช่วงที่เพิ่งเริ่มทำงาน ส่วนในด้านประสบการณ์การทำงานมีความสอดคล้องกัน

2. สอดคล้องกับการศึกษาของ Koda S. et al ที่พบว่า แพทย์ประจำสถานประกอบการที่ได้รับค่าธรรมเนียมแพทย์จะมีบทบาทหน้าที่ด้านการให้สุขศึกษาแก่ลูกจ้าง การให้คำแนะนำแก่ผู้บริหาร และมีความสม่ำเสมอในการให้บริการอาชีพอนามัยมากกว่าแพทย์ประจำสถานประกอบการที่ไม่ได้รับค่าธรรมเนียมแพทย์<sup>(71)</sup>

3. Tabenkin H, et al ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านการควบคุมป้องกันโรคของแพทย์ในอิสราเอล พบว่าการผ่านการอบรมเฉพาะทาง, แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว, แพทย์พิเศษหญิง, แพทย์ที่มีความสามารถในการรักษาโรคได้กว้างขวาง, แพทย์ที่มีการศึกษาเพิ่มเติมมากกว่า 21 ชั่วโมงต่อเดือน และแพทย์ที่มีอายุ 30-45 ปี มีการปฏิบัติกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมากกว่า<sup>(107)</sup> การศึกษาครั้งนี้มีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ Tabenkin H, et al ในเรื่องการผ่านการอบรมเฉพาะทางมีผลต่อการทำงานด้านการควบคุมป้องกันโรค ซึ่งอาชีพเวชศาสตร์ก็จัดเป็นวิชาที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคในสถานประกอบการ

ในด้านสถานประกอบการ ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทหน้าที่ของแพทย์ประจำสถานประกอบการ ได้แก่ ลักษณะการว่าจ้างแพทย์ และการมี Job Description สำหรับแพทย์ ในประเด็นนี้มีการศึกษาที่ใกล้เคียงกันคือ Tabenkin H, et al ได้ศึกษาปัจจัยด้านสถานประกอบการที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการควบคุมป้องกันโรคของแพทย์ในอิสราเอล พบว่า การมีที่ทำงาน (พยาบาล) มีผลให้แพทย์ปฏิบัติงานด้านควบคุมป้องกันโรคมากกว่า<sup>(107)</sup> เหตุผลที่ที่มาอาชีวอนามัยจากการศึกษาครั้งนี้ไม่มีผลต่อบทบาทหน้าที่ของแพทย์ประจำสถานประกอบการ อาจเนื่องจากปัจจัยด้านอื่น ได้แก่ นโยบายอาชีวอนามัยของสถานประกอบการ ลักษณะการว่าจ้างแพทย์ ซึ่งมีผลต่อเวลาการทำงานของแพทย์ จากการสัมภาษณ์จะพบว่า ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคต่อการทำงานของแพทย์ให้ครอบคลุมบริการอาชีวอนามัย

ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความคาดหวังในบทบาทหน้าที่แพทย์ประจำสถานประกอบการมีเพียงลักษณะการถูกว่าจ้าง การทราบกฎหมายอาชีวอนามัย ประเภทสถานประกอบการ และลักษณะการว่าจ้างแพทย์ของสถานประกอบการเท่านั้น ในประเด็นนี้ น่าจะมีเหตุผลว่า แพทย์ที่ว่าจ้างแบบ Full-time, แพทย์ที่มีความรู้ในหลักการต่างๆ ของงานอาชีวอนามัยดี น่าจะมีความคาดหวังในบทบาทหน้าที่แพทย์ประจำสถานประกอบการครอบคลุมมากกว่า

### ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย

เนื่องจากงานบริการอาชีวอนามัยยังเป็นที่รู้จักและเข้าใจกันค่อนข้างน้อยในประเทศไทย อีกทั้งการศึกษาวิจัยในด้านนี้ยังมีน้อยเช่นกัน ในการวิจัยครั้งนี้จึงมีปัญหาและอุปสรรค คือ

1. รายชื่อและที่ตั้งสถานประกอบการที่กองวิชาการและแผนงาน กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เก็บรวบรวมไว้ไม่มีการคัดรายชื่อสถานประกอบการที่ปิดกิจการไปแล้วออก และมีรายชื่อที่ซ้ำซ้อนกันมากซึ่งบันทึกเป็นชื่อไทยและชื่ออังกฤษ แต่เป็นสถานประกอบการเดียวกัน อีกทั้งที่ตั้งและโทรศัพท์ของสถานประกอบการบางแห่งก็ไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้วิจัยต้องนำรายชื่อและหมายเลขโทรศัพท์มาตรวจสอบความถูกต้องก่อนเก็บข้อมูล

2. ในการประสานงานเพื่อติดต่อขอความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องนั้น หาผู้ที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยหรือผู้บริหารที่จะประสานงานกับแพทย์ประจำสถานประกอบการได้ยาก เนื่องจากความไม่

เข้าใจในงานบริการอาชีวอนามัยของพนักงานประชาสัมพันธ์ประจำสถานประกอบการและผู้บริหารในสถานประกอบการบางแห่ง

3. ในการติดต่อขอความร่วมมือจากแพทย์ประจำสถานประกอบการนั้น แพทย์มักมีเวลาทำงานในสถานประกอบการน้อยและอยู่เพียงช่วงสั้นๆ จึงมีโอกาสได้ติดต่อกับแพทย์โดยตรงยาก หากเป็นแพทย์ Part-time

4. ไม่ได้รับความร่วมมือในการติดต่อประสานงานในสถานประกอบการบางแห่ง เนื่องจากผู้ที่ติดต่อด้วยเกรงว่าข้อมูลที่ตนให้จะมีผลทางกฎหมายต่อสถานประกอบการของตน

5. ในการทวงถามแบบสอบถามเมื่อไม่ได้รับการตอบกลับโดยทางโทรศัพท์นั้น เมื่อติดต่อไปพบว่า ไม่ทราบว่าใครเป็นผู้รับแบบสอบถาม และไม่ทราบว่าฝ่ายใดของสถานประกอบการเป็นผู้รับผิดชอบ

6. ในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัยนั้น เกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ทำให้สถานประกอบการเลิกกิจการและลดจำนวนลูกจ้างลงหลายแห่ง บางแห่งก็ทราบจากจดหมายที่ถูกส่งคืน แต่บางแห่งก็ไม่สามารถตรวจสอบว่าในกลุ่มที่ไม่ได้รับการตอบกลับนั้น มีสถานประกอบการใดบ้างที่ลดจำนวนลูกจ้างหรือเลิกกิจการ

7. ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ เนื่องจากมีบางข้อที่แพทย์ไม่ตอบ เช่น รายได้ อายุ การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านอาชีวอนามัย การมี Job Description สำหรับแพทย์

## ข้อเสนอแนะ

การศึกษาทบทวนหน้าที่และความคาดหวังของแพทย์ประจำสถานประกอบการต่องานบริการอาชีวอนามัยครั้งนี้ ทำให้ทราบสถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาของงานด้านนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาที่มีอยู่ดังนี้

### 1. ด้านแพทย์

1.1 แพทย์ที่ปฏิบัติในสถานประกอบการไม่ว่าประเภทใด ควรได้มีการศึกษาสภาพแวดล้อมและสิ่งคุกคามสุขภาพที่สถานประกอบการนั้นมีอยู่ และศึกษาหาความรู้ในเรื่องนั้นๆ หรือหาโอกาสเข้าร่วมการอบรมที่จัดโดยสถาบันการศึกษาหรือสถาบันที่เกี่ยวข้อง เพื่อได้เฝ้าระวังโรคจากการทำงานที่อาจเกิดขึ้นกับลูกจ้าง

1.2 แพทย์ควรได้เน้นบทบาทหน้าที่ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และควบคุมป้องกันโรคมากกว่าการรักษาโรคเพียงอย่างเดียว โดยให้สุขศึกษาแก่ลูกจ้างที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการทำงานหรือโรคจากการทำงาน

1.3 แพทย์ควรได้ศึกษาประเด็นด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำงานและสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อสามารถเสนอแนะสาระที่เป็นประโยชน์ต่อสถานประกอบการ และชักจูงให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญของงานบริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในสถานประกอบการ

1.4 บทบาทหน้าที่ที่สำคัญอีกด้านหนึ่งที่แพทย์ประจำสถานประกอบการควรให้ความสนใจ คือ การมีส่วนร่วมหรือการดำเนินการวิจัย หรือวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพของลูกจ้าง รวมถึงการติดตาม เฝ้าระวังโรคจากการทำงาน และประสานงานกับบุคลากรอื่นในกรมการบริหารเพื่อการป้องกัน แก้ไข ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมของการทำงาน และปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับลูกจ้าง

## 2. ด้านสถานประกอบการ

2.1 ผู้บริหารสถานประกอบการควรเห็นความสำคัญของงานบริการอาชีวอนามัย มีการกำหนดนโยบายอาชีวอนามัย และมีการดำเนินงานที่ต่อเนื่องและครอบคลุม

2.2 ควรว่าจ้างแพทย์ประจำสถานประกอบการเป็น Full-time เพื่อประสิทธิภาพของงานอาชีวอนามัย ทั้งต่อสถานประกอบการและลูกจ้าง

2.3 จัดอบรมให้ความรู้แก่ลูกจ้างเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง และการสร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดี รวมถึงให้ความร่วมมือกับผู้บริหารและบุคลากรที่มอาชีวอนามัยในการดำเนินงานอาชีวอนามัย

## 3. ด้านหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

3.1 สถาบันการศึกษาแพทย์ ควรมีหลักสูตรการเรียนการสอนในด้านอาชีวเวชศาสตร์หรืออาชีวอนามัยเบื้องต้นสำหรับนิสิต นักศึกษาแพทย์ เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของอาชีวอนามัย และสามารถปฏิบัติงานในสถานประกอบการได้ครอบคลุม

3.2 ควรมีการจัดฝึกอบรม สัมมนา โดยสถาบันการศึกษา หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับอาชีวอนามัยหรืออาชีวเวชศาสตร์ เพิ่มขึ้น โดยประชาสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ที่ปฏิบัติงานและผู้บริหารในสถานประกอบการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มาก

3.3 สถาบันการศึกษา หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับอาชีวอนามัยหรืออาชีวเวชศาสตร์ ควรกระตุ้นหรือเสนอแนะให้มีการออกกฎหมายหรือข้อบังคับเกี่ยวกับการดำเนินงานอาชีวอนามัยให้มีความชัดเจน และเฉพาะเจาะจงในแต่ละลักษณะของสถานประกอบการ และที่สำคัญควรมีบทบังคับใช้ที่เข้มงวดและจริงจัง

ทั้งนี้ ในการพัฒนางานบริการอาชีวอนามัยนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายๆ ฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นผู้บริหารสถานประกอบการ บุคลากรที่มอาชีวอนามัย ลูกจ้าง และองค์กรหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง การที่ทุกฝ่ายมีความตระหนักในความสำคัญของงานนี้ จึงเป็นแนวทางและจุดเริ่มต้นในการดำเนินงานอาชีวอนามัยให้มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยเพื่อสร้างแบบแผนของบทบาทหน้าที่แพทย์ประจำสถานประกอบการที่เหมาะสมกับสถานประกอบการแต่ละประเภทในประเทศไทย



2. ศึกษาความคาดหวังบทบาทหน้าที่ของแพทย์ประจำสถานประกอบการต่องานบริการอาชีวอนามัยที่สอดคล้องกับสภาพสถานประกอบการในประเทศไทย
3. ศึกษารูปแบบการประเมินประสิทธิภาพของงานบริการอาชีวอนามัยในประเทศไทย
4. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของงานบริการอาชีวอนามัยในประเทศไทย
5. ศึกษาต้นทุนประสิทธิผลของการจัดบริการอาชีวอนามัยของสถานประกอบการในประเทศไทย
6. ศึกษาบทบาทหน้าที่และส่วนร่วมในงานบริการอาชีวอนามัยของบุคลากรที่มอาชีวอนามัยในประเทศไทย