

## การดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลตามเกณฑ์การพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาลของโรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทย พ.ศ.2547

วรรณภา จงจิตรไพศาล\* , อุดลย์ บัณฑิตกุล\* และ พรชัย สิทธิศรีณย์กุล\*\*

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข\*

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย\*\*

### บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลของโรงพยาบาลภาครัฐทั่วประเทศ โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงพฤศจิกายน 2547 จากการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ถึงผู้รับผิดชอบการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล จำนวน 515 แห่ง จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามขนาดโรงพยาบาลมีอัตราการตอบกลับร้อยละ 81.4 พบว่าโรงพยาบาลทุกแห่งมีการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่วนใหญ่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ มีขนาดน้อยกว่า 120 เตียง และเข้าร่วมการรับรองมาตรฐานหรือคุณภาพ ไม่มีการแยกหน่วยงานอาชีวอนามัยออกเป็นอิสระ ทีมงานด้านอาชีวอนามัยประกอบด้วยพยาบาลหรือนักวิชาการ โดยมากกว่าร้อยละ 50 ไม่มีความรู้และไม่มีเครื่องมือด้านอาชีวอนามัย ข้อมูลการจัดบริการ อาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล จากการประเมินใน 5 ระดับ พบว่าภาพรวมการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ โดยพบคะแนนระดับความพร้อมในการจัดบริการอาชีวอนามัยทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการจัดองค์กร ด้านบุคลากร ด้านนโยบายและด้านทรัพยากรมากกว่าร้อยละ 60 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ โดยด้านการจัดองค์กรมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (2.27) ขณะที่ด้านบุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (1.93) นอกจากนี้ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) คือ 1) ปัจจัยด้านหน่วยงาน ได้แก่ ระดับบริการโรงพยาบาล ขนาดโรงพยาบาล การจัดทำมาตรฐานหรือคุณภาพ การแยกหน่วยงานอาชีวอนามัย การมีเครื่องมืออาชีวอนามัย 2) ปัจจัยด้านทีมงาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การศึกษาหรือการอบรมด้านอาชีวอนามัย การรับผิดชอบงาน 3) ปัจจัยระดับความพร้อมในการจัดบริการอาชีวอนามัย ได้แก่ ด้านองค์กร ด้านบุคลากร ด้านนโยบายและด้านทรัพยากร รวมทั้งพบว่า ปัจจัยที่ประสบผลสำเร็จในการดำเนินงานอาชีวอนามัย คือ ผู้บริหารกำหนดนโยบายและมีความ

ร่วมมือจากบุคลากรโรงพยาบาล สำหรับปัญหาในการดำเนินงานที่สำคัญ คือ ขาดทีมงานที่มีความรู้ ในการรับผิดชอบงานอย่างชัดเจน โดยโรงพยาบาลส่วนใหญ่เสนอแนะว่าควรมีการจัดองค์กร โครงสร้าง ทีมงานและคณะกรรมการในการดำเนินงาน กำหนดนโยบายและและมีการจัดหลักสูตรการอบรมให้ ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงาน โดยสรุปการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลของ โรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทยยังอยู่ในระดับต่ำ มีโอกาสในการพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการ พัฒนาข้อกำหนดการดำเนินงานอาชีวอนามัยในการจัดทำมาตรฐานหรือคุณภาพโรงพยาบาลให้เกิด ความชัดเจน ซึ่งจะส่งผลให้โรงพยาบาลเกิดการพัฒนาคุณภาพได้อย่างยั่งยืน

**คำสำคัญ :** การดำเนินงานอาชีวอนามัย, บุคลากรทางการแพทย์, การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

## Occupational health practice for healthcare workers compared to hospital accreditation criteria in Thai governmental hospital, 2004

Wunna Chongchitpaisan<sup>\*✉</sup>, Adul Bandhukul<sup>\*</sup>, Pornchai Sithisarankul<sup>\*\*</sup>

Occupational and Environmental Medicine Center, Nopparat Rajathanee Hospital,

Department of Medical Service, Ministry of Public Health.<sup>\*</sup>

Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine,

Chulalongkorn University.<sup>\*\*</sup>

---

### ABSTRACT

The purpose of this descriptive study was to explore the occupational health (OH) practice for healthcare workers (HCW) in Thai Governmental Hospitals. From August to November 2004, questionnaires were mailed directly to the responsible person of OH practice in 515 hospitals stratify sampled by number of beds. The response rate was 81.4% (n=419). T-test, ANOVA and Correlation were used for statistical analyses. The result of this study revealed that all participating hospitals provided OH service for HCW. Most hospitals were attached to the Ministry of Public Health, provided primary service, had less than 120 beds, and participated in quality improvement activities. Almost all hospitals appointed a committee in which OH personnel were included as core component but OH unit was not independent. Most of OH staffs were female nurses with mean age of 38 years old. More than half of OH staffs did not have OH qualification and proper equipment. The OH practices were assessed by 5 rating scales and found in general that the OH practice for HCW was quite low. The readiness of providing OH service comprised of 4 aspects: organization, personnel, policy and resource. For each aspect, approximately 60% of the hospitals were rated as low. "Organization" was rated highest (2.27) while "Personnel" scored lowest (1.93). Comparing between quality accredited and not -accredited hospitals, the readiness OH service differed significantly across all 4 aspects. Factors significantly associated with OH practice for HCW were as followed: "Organization factors" (health service level, number of beds, quality improvement activity, independent OH unit, proper equipment), "personnel factors" (gender, age, education level, duration of work in OH, studying or training in OH, working full time), and " the readiness of providing OH service factors" (organization, personnel, policy, resource). While some

hospitals pointed out that under-qualified OH staffs and lacked of independently responsible staffs could potentially impeded OH service. Expert interviews suggested a multidisciplinary committee with qualified OH staffs. Occupational health element related accreditation criteria should be developed to attract top manager's attention, and set as a guideline for OH practice. In conclusion, this study revealed that OH practice for HCW in Thai Governmental Hospitals had low score. However, it could be improved through hospital accreditation criteria activity by development of specific criteria for OH service, particularly these for HCW to sustain quality improvement activities in hospitals.

**KEY WORD:** Occupational health practice, healthcare workers, hospital accreditation

Wunna Chongchitpaisan ✉

Occupational and Environmental Medicine Center, Nopparat Rajathanee Hospital

679 Ram-intra Road, Khan Na Yao

Bangkok 10230, Thailand.

Telephone; 0-2517-4270-9 ext 1659

## บทนำ

โรงพยาบาลเปรียบเสมือนสถานประกอบการแห่งหนึ่งซึ่งมีกระบวนการทำงานที่มีความสลับซับซ้อนเปรียบเสมือนมีโรงงานหลายๆ ประเภทรวมอยู่ที่เดียวกัน ได้แก่ งานดูแลผู้ป่วย งานซักฟอก งานซ่อมบำรุง การกำจัดขยะและของเสียต่างๆ เป็นต้น มีลักษณะการทำงานที่เฉพาะ ได้แก่ ต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยทุกวัน มีการสัมผัสใกล้ชิดกับโรค สารคัดหลั่งและเลือดจากตัวผู้ป่วย สารเคมีที่ใช้ในการทำ ความสะอาด น้ำยาฆ่าเชื้อยาที่ใช้ในการรักษา โครงสร้างทางกายภาพที่มีปัญหาด้านการระบายอากาศ แสงสว่างที่ไม่เหมาะสม เสียงดังในหน่วยงานที่ต้องใช้เครื่องจักร รวมทั้งปัญหาจากการยกตัวผู้ป่วยในท่าทางที่ไม่ถูกต้องและการทำงานเป็นกะ เป็นต้น จึงเป็นงานที่มีกระบวนการและขั้นตอนการทำงานหลายอย่างมี โอกาสสัมผัสสิ่งคุกคามทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ ท่าทางการทำงานและจิตสังคมมีผลกระทบต่อความปลอดภัยและสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาล<sup>1-3</sup> ซึ่งงานด้านการบริการสุขภาพ ประกอบด้วยบุคลากรหลายสาขาวิชาชีพที่มีจำนวนมาก ในปี ค.ศ. 1988 ประเทศสหรัฐอเมริกา มีบุคลากรโรงพยาบาลทุกวิชาชีพประมาณ 4.5 ล้านคน<sup>4</sup> ส่วนประเทศไทย ในปี พ.ศ.2543 มีบุคลากรโรงพยาบาลทุกวิชาชีพจำนวนทั้งสิ้น 126,893 คน<sup>5</sup> ซึ่งถือว่าเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่จะประสบกับปัญหาความเสียหายจากการทำงานในโรงพยาบาลในปี ค.ศ.2001 ประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานการบาดเจ็บและโรคจากการทำงานจำนวน 293,600 ครั้ง ในบุคลากรโรงพยาบาลซึ่งสูงสุดที่สุดเป็นอันดับสองรองจากกลุ่มอาชีพ

ร้านอาหารและเครื่องดื่ม นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าบุคลากรโรงพยาบาลพบอุบัติการณ์ในการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันสูงเป็น 1.5 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่น

สำหรับในประเทศไทยไม่มีการเก็บข้อมูลการบาดเจ็บและโรคจากการทำงานในบุคลากรโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบโดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐซึ่งกฎหมายได้ยกเว้นให้ไม่จำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยและคณะกรรมการสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลโดยไม่สามารถเรียกจ่ายเงินค่าทดแทนได้ กรณีเจ็บป่วยจากการทำงานจึงทำให้ข้อมูลที่บ่งบอกถึงปัญหาด้านความปลอดภัยและสุขภาพของบุคลากรไม่ได้รับความสำคัญ

โรงพยาบาลมีการจัดทำมาตรฐานการรับรองคุณภาพคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่จัดทำขึ้นโดยเฉพาะเพื่อรับรองมาตรฐานในโรงพยาบาลซึ่งมีข้อกำหนดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลร่วมอยู่ด้วย ดังนั้น การจัดบริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล จึงเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและทำให้บุคลากรโรงพยาบาลสามารถทำงานได้อย่างปลอดภัย มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการทำงานอย่างมีคุณภาพ อีกทั้งการมีระบบการบริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยสำหรับบุคลากรที่ดีจะเป็นตัวอย่างแก่กลุ่มบุคลากรอาชีพอื่น<sup>7</sup> ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์กรในด้านระบบการให้บริการของโรงพยาบาล การ

เข้ารับการรับรองคุณภาพผลต่อการดำเนินงาน อาชีวอนามัยและความปลอดภัยสำหรับบุคลากร โรงพยาบาลรวมทั้งศึกษาปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อเป็นข้อมูลในการผลักดันให้เกิดการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากร โรงพยาบาลอย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการปรับปรุง แก้ไข พัฒนารูปแบบการดำเนินงานอาชีวอนามัยให้เหมาะสมกับ โรงพยาบาลในประเทศไทย

### ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรเป้าหมายเป็นโรงพยาบาลภาครัฐทุกขนาดและทุกสังกัดทั่วประเทศ ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามขนาดโรงพยาบาลได้ ประชากรกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับผิดชอบงานบริการอาชีวอนามัยหรือผู้รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาล จำนวน 515 แห่งให้ตอบแบบสอบถามทางไปรษณีย์ด้วยตนเอง โดยถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล ข้อมูลหน่วยบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล รวมทั้งประเมินระดับความพร้อมของการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล ทั้งหมด 65 ข้อ จำแนกเป็น 5 ด้าน โดยแต่ละด้านจะเทียบกับข้อกำหนดในการจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาล HA ฉบับปี ภาณูจนาภิเษก<sup>8,9</sup>คือ

1. ด้านการจัดองค์กรและการบริหารจัดการโดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานใน GEN 1, GEN 2
2. ด้านบุคลากรและการพัฒนาเทียบกับมาตรฐานโรงพยาบาลใน GEN 3, GEN 4

3. ด้านนโยบายและการจัดทำคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานเทียบกับมาตรฐานใน GEN 5

4. ทรัพยากรและการประสานงานเทียบกับมาตรฐานใน GEN 6, GEN 7, GEN 8

5. ด้านการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล ประกอบด้วย ด้านบริการอาชีวอนามัย ด้านการกำจัดของเสียและด้านการป้องกันอัคคีภัย เทียบกับมาตรฐานใน GEN 9, LED, HUM<sub>2</sub>, HUM<sub>5</sub>, ENV<sub>1</sub>, ENV<sub>2</sub>, ENV<sub>3</sub>, ENV<sub>4,4</sub>, IC

การประเมินกำหนดเป็น 5 ระดับ จากน้อยไปมาก ดังนี้

- 1 = ไม่มีการปฏิบัติ
- 2 = มีการปฏิบัติ แต่ไม่เป็นระบบ
- 3 = มีรูปแบบการปฏิบัติที่เป็นระบบ
- 4 = มีรูปแบบการปฏิบัติที่เป็นระบบ และมีการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ
- 5 = มีรูปแบบการปฏิบัติที่เป็นระบบ และมีผลการปฏิบัติขั้นดีเลิศ สามารถใช้เป็นตัวอย่างไม่ดี ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มคะแนนระดับความพร้อมเป็น 3 กลุ่ม คือ คะแนน 1-2 อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 3 อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 4-5 อยู่ในระดับสูง และจัดกลุ่มคะแนนเฉลี่ยระดับความพร้อมเป็น 3 กลุ่ม เช่นกัน คือ คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 2.5 อยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.5-3.5 อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.5 อยู่ในระดับสูง<sup>10</sup>ซึ่งแบบสอบถามได้ตรวจสอบความถูกต้อง แม่นยำของเนื้อหาและรายละเอียดของข้อความและความเหมาะสมของเนื้อหาในข้อคำถามทุกข้อโดยผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัย

จำนวน 5 ท่านและหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบัก (Cronbach's coefficient alpha) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อยู่ในช่วง 0.8692– 0.9759 และนำข้อมูลทั้งหมดทำการวิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows หาความสัมพันธ์ของปัจจัยกับการดำเนินงานอาชีวอนามัยโดยใช้สถิติ t-test, ANOVA และ Correlation ซึ่งการศึกษานี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม

### ผลการศึกษา

ได้รับแบบสอบถามกลับมา จำนวน 419 ฉบับ มีอัตราการตอบกลับรวมคิดเป็นร้อยละ 81.4 โดยพบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่เข้าร่วมการรับรองมาตรฐานหรือคุณภาพแต่ไม่ผ่านการรับรองคิดเป็นร้อยละ 78.3 และโรงพยาบาลส่วนใหญ่ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานหรือคุณภาพเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมิขนาดมากกว่า 500 เตียง สังกัด

กระทรวงศึกษาธิการและองค์การอิสระหรืออื่นๆ นอกจากนี้โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีการแยกหน่วยงานด้านอาชีวอนามัย คิดเป็นร้อยละ 87.4 และไม่มีเครื่องมือหรืออุปกรณ์ด้าน อาชีวอนามัย คิดเป็นร้อยละ 52.7 ดังตารางที่ 1 ผู้รับผิดชอบการดำเนินงานอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 69.2 อายุเฉลี่ย 38 ปี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเทคนิคคิดเป็นร้อยละ 62.1 ระดับการศึกษาปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 77.3 ปฏิบัติงานในแผนกเวชปฏิบัติหรือแผนกสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 37.9 ระยะเวลาที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยเฉลี่ย 4 ปี ทีมงานด้านอาชีวอนามัยส่วนใหญ่มีการรับผิดชอบงานเป็นบางเวลาร่วมกับงานอื่น คิดเป็นร้อยละ 78.5 และที่สำคัญคือผู้รับผิดชอบงานด้านอาชีวอนามัย ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ด้านอาชีวอนามัย คิดเป็นร้อยละ 56.8 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละของโรงพยาบาล จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับบริการของโรงพยาบาล		
ปฐมภูมิ	184	43.9
ทุติยภูมิ	181	43.2
ตติยภูมิ	54	12.9
สังกัดหน่วยงาน		
กระทรวงสาธารณสุข	386	92.1
กระทรวงศึกษาธิการ	8	1.9
องค์กรอิสระและอื่น ๆ	25	6.0
การแยกหน่วยงานเป็นอิสระ		
ไม่แยกหน่วยงาน	366	87.4
แยกหน่วยงาน	53	12.6
ขนาดโรงพยาบาล		
< 120 เตียง	316	75.4
จำนวน 121 –500 เตียง	70	16.7
500 เตียง	33	7.9
การจัดทำมาตรฐาน/คุณภาพ		
ผ่านการรับรองมาตรฐาน/คุณภาพ	91	21.7
ไม่ผ่านการรับรองมาตรฐาน/คุณภาพการมี	328	78.3
เครื่องมือด้านอาชีวอนามัย		
มีเครื่องมือ	184	45.4
ไม่มีเครื่องมือ	221	55.6



## ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละของโรงพยาบาล จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	129	30.8
หญิง	290	69.2
<b>ตำแหน่ง</b>		
แพทย์	36	8.6
พยาบาลวิชาชีพ/ พยาบาลเทคนิค	252	60.1
นักวิชาการ/อื่น ๆ	131	31.3
<b>อายุ (ปี)*</b>		
< หรือเท่ากับ 29		
30-39	42	10
40-49	200	47.7
>50	162	38.7
	15	3.6
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	11	2.6
ปริญญาตรี	324	77.3
สูงกว่าปริญญาตรี	84	20.1
<b>แผนกที่ปฏิบัติงาน</b>		
เวชปฏิบัติ/สาขาภิบาล	159	37.9
เวชกรรมสังคม/อาชีพเวชกรรม	78	18.6
ฝ่ายการพยาบาล/ศูนย์ควบคุมติดเชื้อ	128	30.5
ศูนย์พัฒนาคุณภาพและอื่น ๆ	54	12.9
<b>ระยะเวลาที่รับผิดชอบงานอาชีพอนามัย**</b>		
1-5 ปี	322	76.8
6-10 ปี	85	20.3
>10 ปี	12	2.9

\* อายุ : Minimum = 18 ปี, Maximum = 57 ปี, Mean = 37.79 ปี, SD = 6.497 ปี

\*\*ระยะเวลาในการดำเนินงาน : Minimum=1 ปี, Maximum = 20 ปี, Mean = 3.8 ปี, SD = 3.246 ปี

ข้อมูลบริการอาชีวอนามัย พบว่าการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลส่วนใหญ่จำนวน 193 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 46.1 มีการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล อยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย <2.5) และจากข้อมูลตามตารางที่ 3 พบว่าคะแนน

เฉลี่ยระดับความพร้อมของการดำเนินงานอาชีวอนามัยรายด้านส่วนใหญ่มากกว่า 270 แห่ง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย <2.5) ยกเว้นด้านการกำจัดของเสียและการป้องกันอัคคีภัยส่วนใหญ่มากกว่า 150 แห่ง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.5-3.5)

**ตารางที่ 3 แสดงจำนวนโรงพยาบาลและคะแนนเฉลี่ยตามระดับความพร้อมของบริการอาชีวอนามัยรายด้าน**

ข้อมูลบริการอาชีวอนามัยรายด้าน	ระดับคะแนน(จำนวน)					คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X} \pm SD$ )
	1	2	3	4	5	
ด้านการจัดองค์กรและการบริหารจัดการ	103	167	90	50	9	2.27
ด้านบุคลากรและการพัฒนา	153	170	72	20	4	1.93
ด้านนโยบายและแนวทางการปฏิบัติ	123	163	93	34	6	2.13
ด้านทรัพยากรและการประสานงาน	114	168	92	40	5	2.17
ด้านการดำเนินงานอาชีวอนามัย						
- ด้านบริการอาชีวอนามัย	95	141	111	59	13	2.41
- ด้านการกำจัดของเสีย	15	86	168	118	34	3.16
- ด้านการป้องกันอัคคีภัย	25	78	157	122	37	3.16

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของบริการอาชีวอนามัยตามการจัดทำมาตรฐานหรือคุณภาพของโรงพยาบาลรายกิจกรรมในแต่ละด้าน ตาม

ตารางที่ 4 พบว่าโรงพยาบาลที่ผ่านและไม่ผ่านการรับรองมาตรฐานหรือคุณภาพ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

**ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความพร้อมของการดำเนินงานอาชีวอนามัยรายกิจกรรมตามการจัดทำมาตรฐานหรือคุณภาพโรงพยาบาล**

ข้อมูลบริการอาชีวอนามัยรายด้าน	โรงพยาบาลทั้งหมด	การจัดทำมาตรฐานหรือคุณภาพ		p-value
	(n=419)	ผ่าน (n=91)	ไม่ผ่าน (n=328)	
ด้านการจัดองค์กรและการบริหารจัดการ	2.27	2.65	2.17	<0.001
ด้านบุคลากรและการพัฒนา	1.93	2.28	1.83	<0.001
ด้านนโยบายและแนวทางการปฏิบัติ	2.13	2.50	2.03	<0.001
ด้านทรัพยากรและการประสานงาน	2.17	2.56	2.06	<0.001
ด้านการดำเนินงานอาชีวอนามัย	2.71	3.12	2.59	<0.001

**ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากร  
โรงพยาบาล**

ปัจจัย	คะแนนเฉลี่ย	SD	p-value	ปัจจัย	คะแนนเฉลี่ย	SD	p-value
ระดับบริการของ โรงพยาบาล <sup>1</sup>				ขนาดโรงพยาบาล <sup>1</sup>			
ปฐมภูมิ	2.50	0.65	<0.01	<120 เตียง	2.60	0.72	<0.01
ทุติยภูมิ	2.80	0.78		จำนวน 121-500 เตียง	3.00	0.73	
ตติยภูมิ	3.15	0.76		<150 เตียง	3.28	0.80	
การจัดทำมาตรฐาน คุณภาพ <sup>2</sup>				การแยกหน่วยงาน อาชีวอนามัย <sup>2</sup>			
ผ่านมาตรฐาน	3.12	0.83	<0.01	แยกหน่วยงาน	3.07	0.92	<0.01
ไม่ผ่านมาตรฐาน	2.60	0.69		ไม่แยกหน่วยงาน	2.66	0.72	
การมีเครื่องมือด้าน อาชีวอนามัย <sup>2</sup>				ความรับผิดชอบในการ ดำเนินงาน <sup>2</sup>			
มี	2.98	0.79	<0.01	เต็มเวลา	3.09	0.84	<0.01
ไม่มี	2.52	0.68		บางเวลา	2.60	2.69	
เพศ <sup>2</sup>				ระดับการศึกษา <sup>2</sup>			
ชาย	2.59	0.79	<0.01	ต่ำกว่าปริญญาตรี	2.18	0.52	<0.01
หญิง	2.76	0.73		ปริญญาตรี	2.65	0.72	
จบการศึกษา/อบรม อาชีวอนามัย <sup>2</sup>				สูงกว่าปริญญาตรี	3.02	0.84	
ใช่	2.90	0.79	<0.01				
ไม่ใช่	2.56	0.70					
อายุ <sup>3</sup>	r=0.138 (n=419)		0.01	ระยะเวลาที่รับผิดชอบ งาน <sup>3</sup>	r=0.124 (n=419)		0.01
ด้านองค์กรและการ บริหารจัดการ <sup>4</sup>	r=0.777 (n=419)		<0.01	ด้านบุคลากรและการ พัฒนา <sup>4</sup>	r=0.732 (n=419)		<0.01
ด้านนโยบายและแนว ทางการปฏิบัติ <sup>4</sup>	r=0.755 (n=419)		<0.01	ด้านทรัพยากรและการ ประสานงาน <sup>4</sup>	r=0.797 (n=419)		<0.01

<sup>1</sup>ANOVA<sup>2</sup>t-test<sup>3</sup>Spearman's rho<sup>4</sup>Pearson Correlation

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนเฉลี่ยของการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ตามตารางที่ 5 คือ 1) ปัจจัยลักษณะหน่วยงาน คือ ด้านระดับบริการ ขนาดโรงพยาบาลการจัดทำมาตรฐานของโรงพยาบาล การแยกหน่วยงานด้าน

อาชีพอนามัย การมีเครื่องมือด้านอาชีพอนามัย  
2) ปัจจัยส่วนบุคคลและคุณสมบัติของทีมงาน คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษาระยะเวลาที่รับผิดชอบงานอาชีพอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล ความรับผิดชอบในการดำเนินงานและการศึกษาหรืออบรมด้านอาชีพอนามัย 3) ปัจจัยระดับความพร้อมในการจัดบริการอาชีพอนามัย คือ ด้านองค์กรและการบริหารจัดการ ด้านบุคลากรและการพัฒนา ด้านนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ด้านทรัพยากรและการประสานงาน

### วิจารณ์

โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการดำเนินงานอาชีพอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลโดยไม่มีหน่วยงานและทีมงานที่รับผิดชอบเฉพาะโดยการศึกษาของ ฉันทนา ผดุงทศและคณะ<sup>11</sup>พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีการจัดตั้งองค์กรและผู้รับผิดชอบงานอย่างชัดเจนแต่สามารถมีกิจกรรมด้านอาชีพอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลตามข้อกำหนดมาตรฐาน HA สำหรับในต่างประเทศมีเกณฑ์การประเมินหน่วยงานอาชีพอนามัยตามการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของ The Accreditation Association for Ambulatory Health Care:AAHC<sup>12</sup>โดยมีข้อกำหนดว่าถ้าโรงพยาบาลไม่มีการจัดหน่วยงานในการดำเนินงานอาชีพอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลโดยเฉพาะ ต้องสามารถแสดงให้เห็นว่าผู้ที่รับผิดชอบในการดำเนินงานได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาลทั้งด้านทรัพยากรและความรู้ในการบริหารจัดการอย่างเพียงพอ

ดังนั้นการประเมินการดำเนินงานอาชีพอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลในด้านการดำเนินงานอาชีพอนามัยพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 46.1 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานอาชีพอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล พบว่าปัจจัยลักษณะหน่วยงานอาชีพอนามัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดทำมาตรฐานหรือคุณภาพของโรงพยาบาลมีส่วนเกี่ยวข้องกับระดับความพร้อมในการดำเนินงานอาชีพอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐานหรือคุณภาพจะต้องมีการพัฒนาระดับความพร้อมในการจัดบริการอาชีพอนามัยตามข้อกำหนดการจัดทำมาตรฐานหรือคุณภาพซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเศรษฐไชย ชื่นสายชล<sup>13</sup>และวิทยาภรณ์ ศรีภิรมย์และคณะ<sup>14</sup>โดยเสนอแนะว่าการดำเนินงานอาชีพอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลต้องให้ความสำคัญในระบบการบริหารจัดการมีนโยบายกำหนดหน้าที่รับผิดชอบ มีการทำแผนงานอย่างชัดเจนจะทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ ดังนั้น จึงเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาความพร้อมในด้านการจัดองค์กรและการบริหารจัดการ ด้านบุคลากรและการพัฒนาด้านนโยบายและแนวทางการปฏิบัติด้านทรัพยากรและการประสานงาน จะทำให้การดำเนินงานสามารถพัฒนาให้เป็นระบบที่ชัดเจนรวมทั้งเป็นการพัฒนาความพร้อม เพื่อก้าวสู่การพัฒนามาตรฐานการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลฉบับใหม่ ซึ่งมีการพัฒนามาตรฐานให้โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบที่ชัดเจน

## สรุป

จากการศึกษาการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทย พบว่าการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลยังอยู่ในระดับต่ำ มีโอกาสในการพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาข้อกำหนดการดำเนินงานอาชีวอนามัย ในการจัดทำมาตรฐานของโรงพยาบาลให้ชัดเจน ซึ่งจะเกิดการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ ควบคู่กันไปด้วย ควบคู่กันให้บุคลากรโรงพยาบาลทำงานได้อย่างมีความสุข ส่งผลให้โรงพยาบาลเกิดการพัฒนาคูณภาพได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

## เอกสารอ้างอิง

1. อุดุลย์ บัณฑุกุล. ความปลอดภัยของบุคลากรโรงพยาบาลในคู่มืออาชีวเวชศาสตร์ 2000. กรุงเทพฯ: สำนักเทคโนโลยี; 2544:132-55.
2. Copp ee GH. Occupational health services:an ILO perspective. Asian-Pacific Newsletter on Occupational Health and Safety.1996;3:4-7.
3. OSHA. Guidelines for Employee Health Services in Health Care Facilities 2002.
4. Occupational injury and Illness among Hospital Worker. NIOSH Guideline for Protecting The Safety and Health of Health Care Worker 1997. [cited 2004 May 20] Available from: URL [http : // www. cdc. Gov / niosh / hcwold. html](http://www.cdc.gov/niosh/hcwold.html).
5. ข้อมูลรายงานทรัพยากรสาธารณสุข (ข้อมูล การสำรวจ) สถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข 2543. [cited 2004 May 20] Available from = <http://www.moph.go.th>.
6. Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor December 2001. [Cited 2004 May 5] Available from URL = [http : // www. osha. gov](http://www.osha.gov).
7. Robert JM. Medical Center Occupational Health and Safety. Philadelphia: Wolters Kluwer, 1999.
8. สถาบันพัฒนาคุณภาพและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA:ส่วนที่ 3 ข้อมูลระดับหน่วยงาน. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ:ดีไซร์, 2543.
9. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณาบูรณาการ ภาพรวมระดับโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543.
10. วัลลภา ศรีสุภาพ. การศึกษาการบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในเขตพื้นที่สาธารณสุขเขต 3. รายงานการวิจัย. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกัน

- คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
11. ฉันทนา ผดุงทศ , คณิงนิจ นิชานนท์, ภัทรินทร์ คณะมี, นุชนารถ นาคขำ, กำจัดรามกุล. การดูแลสุขภาพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลภายใต้การพัฒนาคูณภาพโรงพยาบาล. รายงานการวิจัย. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2547.
  12. Dennis S, Jack R. Accreditation of Occupational Health Clinical Center. In: Robert MJ. A Practical Approach of Occupational and Environment Medical. 2<sup>nd</sup> eds. Boston: Little Brown, 1990:156.
  13. เศรษฐไชย ชื่นสายชล. การศึกษาการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลนวมินทร์ กรุงเทพฯ, 2545.
  14. วิทยาภรณ์ ศรีภิรมย์, หทัยชนก ศรีบุรี, ศรีสมร การอน. รูปแบบการดำเนินงานอาชีวอนามัยในการพัฒนาคูณภาพโรงพยาบาลลำพูน.วารสารวิชาการสาธารณสุข 2545;11:360-70.