

รายงานการวิจัย

เรื่อง

การพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

สำหรับแรงงานนอกระบบ

Basic Occupational Health Service Development
in Primary Health Care Units

โดย

ศิมาลักษณ์	ดิถีสวัสดิ์เวทย์
พิไลลักษณ์	พลพิลา
พิเชษฐ	โนมเฉลา
จรรยารักษ์	เยทส์
โสภาพรรณ	จิรนิติศัย
ฟาอีชะ	โตะโยะ
นุชนารถ	นาคขำ

พ.ศ 2556

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: แรงงานนอกระบบมักประสบปัญหาการทำงานในสภาพแวดล้อมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ อีกทั้งยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม ในระดับท้องถิ่นมีหน่วยบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะระดับปฐมภูมิ (PCUs) ที่แรงงานนอกระบบสามารถเข้าถึงและได้รับบริการง่ายที่สุด ดังนั้นควรมีรูปแบบการจัดบริการฯให้กับกลุ่มแรงงาน

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนารูปแบบและกลไกการจัดบริการสุขภาพด้านอาชีวอนามัยในระดับปฐมภูมิ เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูล และการจัดการข้อมูลด้านอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ และเพื่อพัฒนากลไกและรูปแบบการสร้างเครือข่ายการพัฒนาระบบการจัดบริการอาชีวอนามัยระดับจังหวัด

วิธีดำเนินการ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2552-เมษายน 2555 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก จังหวัดตัวแทนในภาคเหนือ อีสาน กลาง และใต้ รวม 20 แห่ง กิจกรรมสำคัญคือ การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ สนับสนุนให้มีการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกและเชิงรับ จัดระบบการเฝ้าระวังโรค การนิเทศติดตาม เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบรายงานโรคจากการทำงาน แบบประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น วัดผลการศึกษาจาก กลไกและรูปแบบการดำเนินงาน ผลการประเมินความเสี่ยง การคัดกรองความเสี่ยงจากการทำงาน และการได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา: พบว่า PCUs 19 แห่งจาก 20 แห่ง มีรูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกโดย วินิจฉัยและคัดกรองโรค จากข้อมูลการคัดกรองโรค มีผู้ป่วยโรคจากการทำงาน ระหว่าง ธันวาคม 2552-มีนาคม 2555 จำนวน 3,353 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 19.6 ต่อ 1,000 และในการจัดบริการเชิงรุก มี 15 PCUs มีการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานในกลุ่มแรงงานนอกระบบ จำนวน 2,821 คน พบว่า ความเสี่ยงจากสุขภาพที่สำคัญคือ ท่าทางการทำงานและการยกของหนัก สัมผัสความร้อน สัมผัสฝุ่นและสารเคมี ด้านการจัดการป้องกันและควบคุมความเสี่ยง พบว่า 14 แห่ง มีการจัดการและควบคุมความเสี่ยง และ PCUs จำนวน 14 แห่งได้รับงบประมาณการจัดการจากกองทุนสุขภาพตำบล สำหรับกลไกการดำเนินการได้รับการสนับสนุนด้านนโยบายและการจัดการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ด้านวิชาการจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต และโรงพยาบาลระดับจังหวัด การมีส่วนร่วมได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ด้านการบริหารจัดการฐานข้อมูลมีหน่วยบริการ ใช้ฐานข้อมูลที่มีอยู่แล้วจำนวน 14 แห่ง เพื่อคัดกรองและเฝ้าระวังโรคจากการทำงาน และจำนวน 5 แห่งที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัฒนาโปรแกรมสำเร็จรูปขึ้นมาใช้เป็นการเฉพาะ สำหรับการพัฒนาเครือข่ายระดับจังหวัด พบว่า 2 จังหวัด ที่มีการพัฒนาเครือข่ายระดับจังหวัด

สรุปผลและข้อเสนอแนะ: การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยใน PCUs มีกิจกรรมสำคัญได้แก่การจัดบริการเชิงรุกและเชิงรับ และกลไกหลัก คือ การสนับสนุนด้านนโยบายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ด้านวิชาการจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตและโรงพยาบาลระดับจังหวัด และความร่วมมือดำเนินงานจากอปท. ดังนั้นการจัดบริการควรได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานดังกล่าวทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องและต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การจัดบริการอาชีวอนามัย แรงงานนอกระบบ หน่วยบริการปฐมภูมิ

Abstract

Background: Informal workers are known that faced with unsuitable work environment and exposed to numerous of hazards. As results, Accessibility to appropriated health services is difficulty. At the local level, there are health care units, especially Primary Health Care Units (PCUs). The informal workers may access and receive the easiest service. Therefore, appropriate health services by Primary Health Care Units (PCUs), the closet providers, should be taken into consideration. **Objectives:** To develop the model of Basic Occupational Health Service (BOHS) in PCUs, to manage occupational database in primary Health care units, and to establish provincial network. **Materials and Methods:** This action research was conducted from November 2009 to April 2012. Twenty PCUs were selected from 4 regions of Thailand. The main activities consisted of training, implementing BOHS by primary health care staff, set up surveillance system, supervision /monitoring and evaluation. BOHS was defined as passive and active health care service. Data was collected using risk assessment checklist and screening diagnosis report form and analyzed by using percentage mean and standard deviation. The outcomes of the study are Model of BOHS, operating mechanism, risk assessment and work-related illness report. **Results:** A total of 20 PCUs, 19 PCUs could provide BOHS with two main activities, passive and active health care service. During November 2009–March 2012, data from screening diagnosis showed that 3,353 patients were work-related illness of 19.6 per 1,000 populations. The first three important health hazards among 2,821 informal workers worked in unsuitable posture, exposed to heat and dust or chemical from 15 PCUs were revealed. There were 14 PCUs, providing risk management programs and coordinating with local Authorities for budget supporting. The operating mechanism consist of health provincial policy support, technical support and participation system. According to occupational database management we found 14 PCUs used existing database for occupational screening and surveillance and 5 PCUs used new database which provided by Public Health Provincial office. The study revealed 2 provincial networks were established. **Conclusions:** These findings indicated that BOHS model could be provided in PCUs. The main activities were passive and active health care service. The operating mechanism consist of policy technical and participatory support. Policy of provincial health office, surveillance system development and supervision are important to be taken into account. The one of key success factor is coordination with other networks in particularly local Authority.

Keywords: Occupational health service, informal worker, Primary Health Care Units

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี จากความร่วมมือของทีมงานและเครือข่าย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 4 จังหวัด คือ ลำพูน ขอนแก่น สุพรรณบุรี และสงขลา และเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสาธารณสุขปทุมภูมิ (ปัจจุบันคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) จาก 20 แห่ง รวมทั้งการสนับสนุนจากผู้บริหารหน่วยงานได้แก่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี 6 ขอนแก่น 10 เชียงใหม่ และ 12 สงขลา ขอขอบคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

บทคัดย่อ	ก
Abstract	ค
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ณ
บทที่ 1 ความเป็นมา	1
วัตถุประสงค์	5
ขอบเขต	5
กรอบการดำเนินงาน	6
นิยามศัพท์	6
พื้นที่เป้าหมาย	7
ผลที่ได้รับ	7
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	8
ความหมายและสถานการณ์แรงงานนอกระบบ	8
แนวคิดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	10
รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัย	11
การจัดการปัญหาแรงงานนอกระบบของต่างประเทศ	14
การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัยสำหรับดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบ ในประเทศไทย	18

สารบัญ (ต่อ)

รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	22
กรอบคิดงานวิจัย	25
บทที่ 3 วิธีการศึกษา	26
รูปแบบการศึกษา	26
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	26
กิจกรรมแทรกแซง	26
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (Instruments)	31
การเก็บรวบรวมข้อมูล	32
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	32
การวัดผลการศึกษา	32
บทที่ 4 ผลการศึกษา	33
ข้อมูลทั่วไป	34
รูปแบบและกลไกการจัดบริการอาชีวอนามัย	35
ผลการจัดบริการอาชีวอนามัย	36
กลไกการดำเนินงาน	48
การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและคัดกรองโรคจากการทำงานในกลุ่ม แรงงานนอกระบบ	52
การพัฒนาเครือข่ายอาชีวอนามัยระดับจังหวัด	58
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	60
รูปแบบและการพัฒนากลไกในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ	60

การพัฒนาฐานข้อมูล และการจัดการข้อมูลด้านอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ	61
พัฒนากลไกและรูปแบบการสร้างเครือข่ายการพัฒนาระบบการจัดบริการอาชีวอนามัย ระดับจังหวัด	62
เอกสารอ้างอิง	64
ภาคผนวก	67
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	68
ภาคผนวก ข รายละเอียดการพัฒนาระบบฐานข้อมูล	79
ภาคผนวก ค คำสั่งคณะทำงานที่เป็นกลไกการขับเคลื่อนงานอาชีวอนามัยระดับ จังหวัด	89
ภาคผนวก ง ภาพกิจกรรม	97

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 กลุ่มอาชีพในพื้นที่ดำเนินการ ๒๐ แห่ง	33
ตารางที่ 2 แสดงกิจกรรม และบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการอาชีพวนามัย	35
ตารางที่ 3 ข้อมูลการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานเบื้องต้นในกลุ่มแรงงานนอกระบบ (n = 2821)	38
ตารางที่ 4 ผลการดำเนินการจัดกิจกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงจากการทำงานในพื้นที่	41
ตารางที่ 5 สรุปการจัดบริการเชิงรุกที่ดำเนินการโดย รพสต.	43
ตารางที่ 6 การบันทึกข้อมูลรายงาน / ลงแฟ้มประวัติครอบครัว และโปรแกรมสำเร็จรูป	45
ตารางที่ 7 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะทางระบาดวิทยาของกลุ่มแรงงานนอกระบบที่มาใช้บริการเชิงรับที่หน่วยบริการปฐมภูมิและได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเจ็บป่วยจากการทำงาน (n=3353)	48
ตารางที่ 8 แสดงรายละเอียดแผนงานและงบประมาณปี 2554-2555 จากอปท.เพื่องานป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพในกลุ่มแรงงานนอกระบบ	48
ตารางที่ 9 ข้อมูลจำนวนแรงงานนอกระบบที่ได้รับการคัดกรองการเจ็บป่วยจากการทำงาน ที่มาใช้บริการแยกตามจังหวัดและสถานบริการ	52
ตารางที่ 10 ข้อมูลผู้ป่วยแรงงานนอกระบบที่ได้รับการคัดกรองการเจ็บป่วยจากการทำงานแบ่งตามปีที่มาใช้บริการ	55
ตารางที่ 11 สรุปการพัฒนาเครือข่ายระดับจังหวัด อำเภอ และการตั้งคณะทำงานของจังหวัดสุพรรณบุรี ลำพูน และขอนแก่น	59

สารบัญรูปภาพ

ภาพที่ 1 กรอบคิดในการวิจัย	25
ภาพที่ 2 ผังการให้บริการอาสาสมัครในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิสำหรับ แรงงานนอกระบบ	29
ภาพที่ 3 กรอบคิดในการดำเนินงานการพัฒนาเครือข่ายระดับจังหวัด	30
ภาพที่ 4 รูปแบบและกลไกการพัฒนาการจัดบริการอาสาสมัครในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ	51
ภาพที่ 5 ผังการตัดคัดกรองด้วยวาจาจากการเจ็บป่วยจากการทำงานของแรงงานนอก ระบบใน หน่วยบริการปฐมภูมิ	57

บทที่ 1

ความเป็นมา

สถานการณ์ปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของแรงงาน มีความแตกต่างกันออกไปตามรูปแบบของการจ้างงานและนโยบายที่เกี่ยวข้อง เช่น แรงงานในระบบมักมีปัญหา กิจการจ้างงานภาคอุตสาหกรรมที่เป็นสถานประกอบการขนาดกลางและขนาดเล็กยังไม่เห็นความสำคัญต่อการปฏิบัติตามกฎหมายความปลอดภัยในการทำงาน และลูกจ้างขาดความตระหนักถึงการป้องกัน ขาดความรู้ และการเข้าถึงข้อมูลความรู้ในเรื่องดังกล่าว ส่วนแรงงานนอกระบบ ปัญหาสำคัญ คือ การทำงานในสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพร่างกาย ขาดความรู้ ความเข้าใจ และยังไม่ให้ความสำคัญกับปัญหาด้านความปลอดภัยในการทำงาน⁽¹⁾ อย่างไรก็ตามปัญหาร่วมของแรงงานทั้ง 2 กลุ่มเมื่อเจ็บป่วยจากการทำงานแล้ว คือ การไม่สามารถเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยหรือการบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย นอกจากนั้นแล้วยังพบว่าไม่มีนโยบายที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและการเข้าถึงการรักษาของแรงงานแต่ละกลุ่ม

ผลสำรวจภาวะสุขภาพ โดยกรมควบคุมโรค⁽²⁾ จากการคัดกรองในกลุ่มแรงงานภาคเกษตรกรรม ในปี 2554-2556 พบปัญหาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในเลือดอยู่ในระดับที่มีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัยในเลือดโดยปี 2554 =32.47 ปี 2555 =30.94 ปี 2556 =30.57 ส่วนผู้ที่ทำงานในภาคอุตสาหกรรม พบว่า 10% ของแรงงานทั้งหมด หรือเกือบ 4 ล้านคน ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มากที่สุดคือโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และสอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กรมวิชาการเกษตร ปี พ.ศ. 2554 ประเทศไทยมีปริมาณการนำเข้าสารกำจัดแมลงเท่ากับ 34,672,000 กิโลกรัม ปริมาณนำเข้าสารกำจัดวัชพืชเท่ากับ 112,176,000 กิโลกรัม ปริมาณนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทุกชนิดเท่ากับ 164,383,000 กิโลกรัม จากการคำนวณค่าเฉลี่ยพบว่าคนไทย 64.1 ล้านคน มีความเสี่ยงต่อการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากกว่า 2.6 กิโลกรัมต่อคนต่อปี ถึงแม้ว่าประเทศไทยได้มีกฎหมายควบคุมการใช้สารเคมีโดยการงดการนำเข้า/ขึ้นทะเบียนสารเคมีบางประเภทแล้ว แต่ยังคงเหลือตกค้างและใช้งานภายในประเทศอยู่เป็นจำนวนมาก และสารกำจัดศัตรูพืชหลายชนิดที่มีพิษร้ายแรงต่อสิ่งมีชีวิต เช่น คาร์โบฟูราน เมโทมิล ไดโครโตฟอส อีพีเอ็น ซึ่งสหภาพยุโรป สหรัฐอเมริกา และหลายประเทศในเอเชีย เช่น อินเดีย ลาว กัมพูชา เมียนมาร์ อินโดนีเซีย ได้ยกเลิกการใช้หรือไม่รับขึ้นทะเบียน เนื่องจากมีข้อมูลความปลอดภัยที่ไม่เพียงพอ แต่ประเทศไทยยังคงมีการนำเข้าอยู่ และปริมาณการนำเข้าในแต่ละปีมีแนวโน้มสูงขึ้น⁽³⁾ และจากข้อมูลผลตรวจคัดกรองจากจังหวัดที่มีระบบและรายงานการคัดกรองโรคอันเนื่องมาจากการทำงาน สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ระหว่างปี พ.ศ. 2540-2555 พบว่าสัดส่วนผู้มีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัยสูงขึ้นจากเดิมร้อยละ 15.96 เป็น ร้อยละ 30.10

สถานการณ์การจัดบริการอาชีวอนามัยในกลุ่มอาชีพที่สัมผัสสารเคมี พบว่า ระบบการคัดกรอง/ การประเมินภาระโรคของพิษสารกำจัดศัตรูพืชทำได้ยากและอาจน้อยกว่าความเป็นจริง สาเหตุหนึ่งเนื่องจากการรายงานผู้ป่วยที่ต่ำกว่าความเป็นจริง ผู้ป่วยอาการเรื้อรังบางรายไม่ทราบว่าผู้ป่วยนั้นมีสาเหตุมาจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช จากฐานข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2554 มีผู้ป่วยในที่ป่วยด้วยโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชตามรหัสโรคกลุ่ม T600 รวมจำนวน 2,584 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 5.42 ต่อประชากร UC แสนคน และ พบผู้ป่วยจาการหัส ICD10 กลุ่ม T6.00 – T6.09 จำนวน 7,395 คน คิดเป็นอัตราป่วย 15.52 ต่อประชากร UC แสนคน และเมื่อพิจารณาจากข้อมูลเฝ้าระวังโรคของสำนักกระบาดวิทยา ปี พ.ศ. 2554 พบ ผู้ป่วยด้วยโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชจำนวน 2,046 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 3.20 ต่อแสนประชากร ซึ่งแสดงให้เห็น ทราบว่า การรายงานเฝ้าระวังโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืชอัตราป่วยยังต่ำกว่าความเป็นจริง

แรงงานนอกระบบที่ทำงานในชุมชน เมื่อเจ็บป่วยหรือไม่สบายไม่ว่าจะเป็นจากการทำงานหรือเจ็บป่วยทั่วไป ถ้า ได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุเล็กน้อย จะไม่ทำอะไรเลยร้อยละ 72.2 นอกจากนั้นจะไปซื้อยาจากร้านขายยาและนำไปรักษาที่บ้าน ร้อยละ 22.8 ในเบื้องต้นจะซื้อยากินเอง ที่เหลือ (ร้อยละ 5) ไปสถานพยาบาล⁽¹⁾ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2554) ในกรณีที่แรงงานนอกระบบที่ได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุมาก ต้องไปรับการรักษาพยาบาลต่อในสถานพยาบาล โดยแรงงานนอกระบบที่ใช้สวัสดิการในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 53.4 ในกรณีที่แรงงานนอกระบบที่ได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุมาก ต้องไปรับการรักษาพยาบาลต่อในสถานพยาบาล โดยแรงงานนอกระบบที่ใช้สวัสดิการในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 53.4⁽¹⁾ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2554)) จากการที่กลุ่มแรงงานส่วนใหญ่ไปใช้บริการด้านสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพโดยเฉพาะหน่วยงานของรัฐ โดยเฉพาะแรงงานนอกระบบจะไปใช้บริการสุขภาพจากหน่วยบริการที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุดคือรพสต. ในขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานยังมีองค์ความรู้และทักษะในการจัดบริการอาชีวอนามัยไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการอบรมและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยในส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิแล้วแต่ยังไม่สามารถกระจายไปในหลายพื้นที่ได้ อีกทั้งการอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ในรพสต.เอง ก็ยังไม่ได้มีการแลกเปลี่ยนและขยายองค์ความรู้ต่อไปกับเจ้าหน้าที่คนอื่นๆในรพสต.เดียวกัน ดังนั้นการดำเนินงานไม่ว่าจะเป็นเชิงรุกหรือเชิงรับ โดยเฉพาะเชิงรับด้านการคัดกรองโรคจึงอยู่ในวงจำกัดรวมทั้งกลไกการและขบวนการดำเนินงานยังไม่ชัดเจน นอกจากนี้แล้วในขบวนการดำเนินงานในเชิงรุกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบลต้องมีการประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น

ตลอดจนการให้ข้อมูลด้านความเสี่ยงและสุขภาพเพื่อใช้ในการประกอบการจัดทำแผนกองทุนสุขภาพ
ต่อไป

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานที่ผ่านมาอยู่ในขั้นการพัฒนาแบบเพื่อให้ได้กรอบหรือแนว
ทางการจัดบริการเชิงรับและเชิงรุกที่เหมาะสมสอดคล้องกับแรงงานในแต่ละบริบท และถึงแม้ว่าจะมี
นโยบายในระดับกระทรวงในบางเรื่อง แต่กลไกการนำนโยบายมาปฏิบัติ ยังมีข้อจำกัดอยู่มาก ดังปรากฏ
ในสรุปผลการดำเนินงานระยะที่พบว่า การให้บริการอาชีวอนามัยเชิงรับยังมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนา
ให้เกิดรูปธรรมการดำเนินงานต่อโดยเฉพาะการพัฒนากลไก ในระดับปฏิบัติ คือการพัฒนาเครือข่าย
บุคลากรระบบการประสานงานและการเชื่อมต่อกับระบบการจัดบริการ อาชีวอนามัยภายใต้โครงสร้าง
ของระบบหลักประกันสุขภาพและกระทรวงสาธารณสุขในระดับจังหวัด ซึ่งเป็นหน่วยที่อยู่ติดหรือใกล้ชิด
กับพื้นที่หรือกลุ่มประชากรเป้าหมายมากที่สุด องค์ประกอบของกลไกที่เชื่อมโยงกันในระดับจังหวัดคือ
ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) หรือสถานอนามัยและเครือข่ายของหน่วยบริการ คือ โรงพยาบาลชุมชนและ
โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์

ในขณะเดียวกันเนื่องจากระบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการยังไม่สามารถพัฒนา
กลไกการดำเนินการที่เป็นระบบและชัดเจน ระบบข้อมูลที่ถูกนำมาอ้างอิงเพื่อให้นำเสนอข้อมูลสถานการณ์
หรือเป็นข้อมูลประกอบในการจัดทำแผนงานโครงการในการวางแผนแก้ไขปัญหามักจะได้มาจากแหล่ง ๆ
อื่น ๆ เช่น ระบบรายงาน 506/2 รายงานจากกองทุนเงินทดแทน และข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงาน
สถิติแห่งชาติ แต่ข้อมูลเหล่านี้จะยังต่ำกว่าความเป็นจริงด้วยข้อจำกัดและวัตถุประสงค์ของการจัดทำ
รายงานเช่น ระบบรายงาน 506/2 นั้นใช้ในเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาล
ทั่วไป ยังขาดการเฝ้าระวังในระดับพื้นที่ สำหรับข้อมูลการเจ็บป่วยจากกองทุนเงินทดแทนก็นับรวม
เฉพาะแรงงานในระบบหรือแม้แต่ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติก็เป็นการตรวจสอบสภาพปัญหาทั่วไปของ
แรงงาน

ในขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานยังมีองค์ความรู้และทักษะในการจัดบริการอาชีวอนามัย
ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการอบรมและพัฒนาแบบการดำเนินงาน
จัดบริการอาชีวอนามัยในส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิแล้วแต่ยังไม่สามารถกระจายไปในหลายพื้นที่ได้
อีกทั้งการอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ในรพสต.เอง ก็ยังไม่ได้มีการแลกเปลี่ยนและขยายองค์ความรู้ต่อไปกับ
เจ้าหน้าที่คนอื่น ๆ ในรพสต.เดียวกัน ดังนั้นการดำเนินงานไม่ว่าจะเป็นเชิงรุกหรือเชิงรับ โดยเฉพาะเชิงรับ
ด้านการคัดกรองโรคจึงอยู่ในวงจำกัดรวมทั้งกลไกการและขบวนการดำเนินงานยังไม่ชัดเจน นอกจากนี้
แล้วในขบวนการดำเนินงานในเชิงรุกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบลต้องมีการประสานงานกับองค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นตลอดจนการให้ข้อมูลด้านความเสี่ยงและสุขภาพ เพื่อใช้ในการประกอบการจัดทำแผนกองทุนสุขภาพตำบลต่อไป

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานที่ผ่านมายังอยู่ในขั้นการพัฒนารูปแบบเพื่อให้ได้กรอบหรือแนวทางการจัดบริการเชิงรับและเชิงรุกที่เหมาะสมสอดคล้องกับแรงงานในแต่ละบริบท และถึงแม้ว่าจะมีนโยบายในระดับกระทรวงในบางเรื่อง แต่กลไกการนำนโยบายมาปฏิบัติ ยังมีข้อจำกัดอยู่มาก ดังปรากฏในสรุปผลการดำเนินงานระยะที่พบว่า การให้บริการอาชีวอนามัยเชิงรับยังมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาให้เกิดรูปธรรมการดำเนินงานต่อโดยเฉพาะการพัฒนากลไก ในระดับปฏิบัติ คือการพัฒนาเครือข่ายบุคลากรระบบการประสานงานและการเชื่อมต่อกับระบบการจัดบริการ อาชีวอนามัยภายใต้โครงสร้างของระบบหลักประกันสุขภาพและกระทรวงสาธารณสุขในระดับจังหวัด ซึ่งเป็นหน่วยที่อยู่ติดหรือใกล้ชิดกับพื้นที่หรือกลุ่มประชากรเป้าหมายมากที่สุด องค์ประกอบของกลไกที่เชื่อมโยงกันในระดับจังหวัดคือ ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) หรือสถานอนามัยและเครือข่ายของหน่วยบริการ คือ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์

ในขณะเดียวกันเนื่องจากระบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการยังไม่สามารถพัฒนากลไกการดำเนินการที่เป็นระบบและชัดเจน ระบบข้อมูลที่ถูกนำมาอ้างอิงเพื่อให้นำเสนอข้อมูลสถานการณ์หรือเป็นข้อมูลประกอบในการจัดทำแผนงานโครงการในการวางแผนแก้ไขปัญหามักจะได้มาจากแหล่ง ๆ อื่น ๆ เช่น ระบบรายงาน 506/2 รายงานจากกองทุนเงินทดแทน และข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ แต่ข้อมูลเหล่านี้จะยังต่ำกว่าความเป็นจริงด้วยข้อจำกัดและวัตถุประสงค์ของการจัดทำรายงานเช่น ระบบรายงาน 506/2 นั้นใช้ในเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ยังขาดการเฝ้าระวังในระดับพื้นที่ สำหรับข้อมูลการเจ็บป่วยจากกองทุนเงินทดแทนก็นับรวมเฉพาะแรงงานในระบบหรือแม้แต่ว่าข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติก็เป็นการสำรวจสภาพปัญหาทั่วไปของแรงงาน

หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิซึ่งถือเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่แรงงานนอกระบบมักไปใช้บริการเป็นด่านแรกก็ยังไม่มียุทธศาสตร์การคัดกรองและรวบรวมรายงานที่จะสามารถบ่งบอกถึงสถานการณ์และระบบการเฝ้าระวังที่เหมาะสม ถึงแม้ว่าที่ผ่านมาจะมีหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหลายแห่งมีการคัดกรองโรคดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มแรงงานนอกระบบที่มารับบริการโดยการลงรายงานด้วยมือหรือการคีย์ข้อมูลในคอมพิวเตอร์ในรูปแบบฟอร์มบันทึกการเจ็บป่วย บาดเจ็บและอุบัติเหตุจากการทำงานหรือที่เรียกว่า สอ.1 มาบ้างแล้วก็ตามแต่ก็ยังไม่ได้สะดวกเท่าที่ควรแถมยังเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับเจ้าหน้าที่ในการลงข้อมูลเพิ่มอีกด้วย อีกทั้งเวลาที่จะทำการประมวลผลเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการ

ดำเนินงานต่าง ๆ ก็ยังไม่สะดวก รวดเร็วตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาระบบข้อมูลการเฝ้าระวังโรคจากการทำงานในกลุ่มแรงงานนอกระบบให้เอื้อต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทั้งนี้การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังดังกล่าวจะต้องพัฒนาทั้งสองส่วนควบคู่กันไปนั่นก็คือด้าน Software เพื่อใช้เชื่อมโยงในการดึงข้อมูลจากโปรแกรมฐานข้อมูลสุขภาพต่างๆในพื้นที่และทั้งส่วนที่เป็นผู้ใช้ระบบนั่นก็คือตัวเจ้าหน้าที่ในพื้นที่เองที่จะต้องมีความเข้าใจในกระบวนการการคัดกรอง ชักประวัติการทำงานของผู้ป่วย ระบบการไหลเวียนของข้อมูลตลอดจนการดึงเอาข้อมูลออกมาจากระบบเพื่อนำไปวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลสถานการณ์คืนให้กับชุมชนในเวทีต่างๆในพื้นที่เพื่อให้ผู้นำท้องถิ่นและประชาชนได้รับทราบถึงสถานการณ์ของปัญหาและจะได้ประเมินผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นและร่วมกันเสนอแนวคิด แผนงานโครงการเพื่อเสนอพิจารณาของงบประมาณของกองทุนสุขภาพตำบลจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาต่อไป

ถึงแม้ว่าที่ผ่านมาจะมีการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หลายแห่งในทั่วประเทศ⁽⁴⁾ แต่ก็ยังเป็นไปในเฉพาะบางพื้นที่ที่น่าร่งเท่านั้น ซึ่งก็ยังไม่สามารถขยายให้ครอบคลุมทุกหน่วยสถานบริการเนื่องจากยังไม่ได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายที่ชัดเจน อีกทั้งยังขาดกลไกการสนับสนุนงานในระดับจังหวัด และแม้แต่ในระดับจังหวัดเองก็ยังมีผู้รับผิดชอบงานด้านอาชีวอนามัยเพียงคนเดียวและยังต้องมีภาระงานด้านอื่นที่ต้องรับผิดชอบ ดังนั้นดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยในกลุ่มแรงงานนอกระบบจึง ยังไม่ได้ถูกผลักดันในเชิงกลไกให้เอื้อต่อการทำงานเชิงนโยบายและขยายผลไปสู่พื้นที่อื่น ๆ นอกจากพื้นที่นำร่องได้ ดังนั้นการพัฒนาเชิงกลไกการผลักดันงานจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทั้งนี้เพื่อให้เอื้อต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ทำให้สามารถดูและสุขภาพของประกรวัยแรงงานได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบและกลไกการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้ครอบคลุมมิติอาชีวอนามัยที่แรงงานสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มุ่งการส่งเสริม ป้องกันความเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพ ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

2. เพื่อพัฒนาฐานข้อมูล และการจัดการข้อมูลด้านอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ

3. พัฒนากลไกและรูปแบบการสร้างเครือข่ายการพัฒนาระบบการจัดบริการอาชีวอนามัยระดับจังหวัด

3. ขอบเขต ทำการศึกษาในปี 2553-2555 ในกลุ่มแรงงานนอกระบบตามนิยามของกระทรวงแรงงานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล 20 แห่ง ใน 4 ภาค (พื้นที่รับผิดชอบของสำนักงาน

ป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี 7 ขอนแก่น 10 เชียงใหม่ 12 สงขลา) โดยมีกรอบในการดำเนินงาน ดังนี้

กรอบการดำเนินงาน

1 การจัดบริการอาชีวอนามัยจะประกอบไปด้วย การให้บริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ การดำเนินงานที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) พัฒนาหลักสูตรสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และการเสริมศักยภาพของทีมงานในหน่วยบริการเป้าหมาย (ทั้ง PCU และ CUP) ให้สามารถดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยได้ทั้งเชิงรุกและเชิงรับขั้นพื้นฐานได้แก่ การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพจากการทำงาน การเฝ้าระวังทางสุขภาพ การวินิจฉัยโรคจากการทำงานเบื้องต้น 2) พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารทางด้านอาชีวอนามัย สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข 3) พัฒนาเครือข่ายสนับสนุนการดำเนินงานอาชีวอนามัยในท้องถิ่น/พื้นที่เป้าหมาย 3) พัฒนาศักยภาพของแกนนำของกลุ่มแรงงานนอกระบบเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน ที่เรียกว่า อาสาสมัครอาชีวอนามัยในชุมชน (ออสอช.) 4) ศึกษาและพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารทางด้านอาชีวอนามัย สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ และ 5) ดำเนินการผลักดันเชิงนโยบายในระดับชาติ จนได้มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการดำเนินงานในระดับชาติทั้งในระดับกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

2 การพัฒนาระบบข้อมูลมีกรอบคิดที่สำคัญคือ การพัฒนาระบบการคัดกรองโรคจากการทำงาน การชักประวัติการ การสร้างระบบการรายงานและเฝ้าระวังโรค 2.การให้รหัส ICD 10และการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปที่เชื่อมกับระบบปกติของหน่วยงานโดยที่ไม่เพิ่มภาระงาน

3 การพัฒนาเครือข่ายระดับจังหวัดใช้การจัดตั้งคณะทำงานโดยให้ผู้ที่รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องจากทั้งในระดับสสจ. ระดับอำเภอ และรพสต.เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน รวมทั้งให้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน การจัดทำแผนของเครือข่ายในการผลักดันระดับนโยบาย รวมทั้งการผลักดันตัวชี้วัดระดับจังหวัด

4 จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนและสะท้อนข้อมูลการดำเนินงานโดยเฉพาะการพัฒนาระบบข้อมูล และพัฒนาภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด

4. นิยามศัพท์

4.1 แรงงานนอกระบบหมายถึง หมายถึง “ผู้มีงานทำที่ไม่ได้รับความคุ้มครองและไม่มีหลักประกันทางสังคมจาก การทำงาน” โดยนิยาม “ผู้มีงานทำ” ว่าหมายถึง ผู้มีงานทำที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และนิยาม “ไม่ได้รับ ความคุ้มครองและไม่มีหลักประกันทางสังคมจากการทำงาน” ว่าหมายถึง ไม่ได้การ คุ้มครองตามกฎหมาย ประกันสังคม และพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541⁽⁵⁾

4.2 การจัดบริการอาชีวอนามัย การจัดบริการอาชีวอนามัย หมายถึง การจัด กิจกรรมเพื่อ ดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบ มีสองกิจกรรมหลัก 1.กิจกรรมเชิงรุก ประกอบด้วย การจัดทำข้อมูลกลุ่ม

อาชีพ การประเมินความเสี่ยงจากการทำงานอย่างง่าย การจัดการและควบคุมความเสี่ยงจากการทำงาน การสร้างเครือข่ายระดับพื้นที่ 2. กิจกรรมเชิงรับ ประกอบด้วย การให้บริการ ณ ที่ตั้ง การชักประวัติคัดกรองโรคจากการทำงาน การเฝ้าระวัง และรายงานโรค การให้การรักษายาบาลเบื้องต้น

4.3 การประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน หมายถึง กิจกรรมที่ใช้เพื่อสำรวจสภาพการทำงานของกลุ่มแรงงาน รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการทำงาน ในที่นี้จะใช้แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (แบบ นบ.01 และ นบ. 01 ก)

4.4 การคัดกรองโรคจากการทำงาน หมายถึง กิจกรรมการชักประวัติการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่รพสต. ประวัติการทำงาน และสาเหตุการเจ็บป่วยที่เกิดจากงาน รวมทั้งตรวจสุขภาพเบื้องต้น

4.5 รูปแบบและกลไกการจัดบริการอาชีวอนามัย หมายถึง วิธีการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบ และกระบวนการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการ ทั้งนี้กำหนดไว้สามด้านคือ ด้านการพัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้ ด้านการสนับสนุนนโยบายและการจัดการ และด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5. พื้นที่เป้าหมาย

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นแบบการจัดบริการด้านอาชีวอนามัยควบคู่กับการจัดบริการด้านสุขภาพอื่นๆ จำนวน 20 แห่ง
2. เครือข่ายบุคลากรด้านอาชีวอนามัยที่มีศักยภาพและมีบทบาทในการเป็นกลไกการผลักดันการพัฒนาระบบบริการด้านอาชีวอนามัยในระดับจังหวัด จำนวน 2 เครือข่าย
3. ระบบการเฝ้าระวังและคัดกรองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมสำหรับแรงงานนอกระบบในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 2 ระบบ

6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ได้รูปแบบและกลไกการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้ครอบคลุมมิติอาชีวอนามัยที่แรงงานสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มุ่งการส่งเสริม ป้องกันความเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพ ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

กรอบการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย การพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิสำหรับแรงงานนอกระบบ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความหมายและสถานการณ์ของแรงงานนอกระบบ
2. แนวคิดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
3. รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัย
4. การจัดการปัญหาแรงงานนอกระบบของต่างประเทศ
5. การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัยสำหรับดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบในประเทศไทย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความหมายและสถานการณ์แรงงานนอกระบบ

มีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ให้นิยามของแรงงานนอกระบบ เช่น องค์การแรงงานระหว่างประเทศและ UNDP 1972 ได้ให้คำนิยามแรงงานนอกระบบว่า “เป็นกลุ่มที่ไม่มีโครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน ที่เกิดขึ้นในชุมชนเมืองอันเนื่องมาจากการที่ไม่สามารถเข้าสู่ในระบบได้” (to the non-structured sector that has emerged in the urban centres as a result of the incapacity of the modern sector to absorb new entrants) โดยส่วนใหญ่คนกลุ่มนี้จะทำงานรวมเป็นกลุ่มกันไม่เกิน 2-10 คน ,เป็นสมาชิกในครอบครัว มงานที่ทำมีความหลากหลายเช่น การค้าปลีก ขนส่ง งานซ่อมและบำรุงรักษา ก่อสร้าง งานผู้รับใช้ในบ้าน เป็นต้น และคนกลุ่มนี้มักจะเข้าและออกจากงานง่ายและเร็วกว่าแรงงานในระบบและเป็นแรงงานที่ไม่มีทักษะ ไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการทำงาน ^{(6) (7)}

ขณะที่ประเทศไทย กระทรวงแรงงานได้ให้คำนิยาม “ แรงงานนอกระบบ” หมายถึง “ผู้มีงานทำที่ไม่ได้รับความคุ้มครองและไม่มีหลักประกันทางสังคมจาก การทำงาน” โดยนิยาม “ผู้มีงานทำ” ว่าหมายถึง ผู้มีงานทำที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และนิยาม “ไม่ได้รับ ความคุ้มครองและไม่มีหลักประกันทางสังคมจากการทำงาน” ว่าหมายถึง ไม่ได้การคุ้มครองตามกฎหมาย ประกันสังคม และพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541⁽⁵⁾ ขณะที่สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ให้นิยามดังนี้ แรงงานนอกระบบ หมายถึง ผู้มีงานทำที่ไม่ได้รับความคุ้มครอง และไม่มีหลักประกันทางสังคมจากการทำงานเช่นเดียวกับแรงงานในระบบ ⁽¹⁾ โดยรวมแล้วแรงงานนอกระบบจึงหมายถึงกลุ่มอาชีพ กลุ่มเกษตรกร ผู้รับงานไปทำที่บ้าน กลุ่มหาบเร่แผงลอย กลุ่มทำงานในอุตสาหกรรมครัวเรือน ร้านตัดผมเสริมสวย เป็นต้น

จำนวนแรงงานนอกระบบในประเทศไทย

จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2554 พบว่า มีจำนวนผู้มีงานทำทั้งสิ้น 39.3 ล้านคน โดยเป็นผู้ทำงานที่ไม่ได้ ได้รับความคุ้มครองและไม่มีหลักประกันทางสังคมจาก การทำงานหรือ เรียกว่าแรงงานนอกระบบ 24.6 ล้านคน หรือร้อยละ 62.6 และที่เหลือเป็นผู้ทำงานใน ระบบหรือแรงงาน ในระบบ 14.7 ล้านคน หรือร้อยละ 37.4 สำหรับแรงงานนอกระบบเมื่อพิจารณาตามเพศ พบว่า มีจำนวน ไม่แตกต่างกันมาก คือเพศ ชาย 13.2 ล้านคน หรือร้อยละ 53.8 และเพศหญิง 11.4 ล้านคน หรือร้อยละ 46.2 ของแรงงานนอกระบบทั้งหมด นอกจากนั้น แรงงานนอกระบบทำงานอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มากที่สุดร้อยละ 41.5 รองลงมาเป็นภาคเหนือร้อยละ 21.4 ภาคกลาง ร้อยละ 18.7 ภาคใต้ ร้อยละ 13.3 และกรุงเทพมหานครมีแรงงานนอกระบบน้อยที่สุด ร้อยละ 5.1⁽¹⁾

สถานการณ์ปัญหาของแรงงานนอกระบบ

สภาพปัญหาแรงงาน นอกระบบที่สำคัญคือ ⁽⁸⁾

1. แรงงานนอกระบบยังไม่เป็นที่รับรู้ของสังคม (Invisible) เนื่องจากสังคมไทย ขาดระบบข้อมูล ของแรงงานนอกระบบ ทำให้แรงงานเหล่านี้เข้าข่าย “ไม่มีตัวตน” ส่งผลให้ แรงงานเหล่านี้มีเงื่อนไขการจ้าง งานที่ไม่เป็นธรรม มีรายได้ไม่แน่นอน ขาดการคุ้มครอง ทั้งทางด้านแรงงานและหลักประกันทางสังคม ต้อง เผชิญความเสี่ยงในทางเศรษฐกิจและสังคม ที่รุนแรงและบ่อยครั้งกว่าแรงงานในระบบ ในขณะที่มี ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง น้อยที่สุด

2. ไม่ได้รับการคุ้มครองจากกฎหมายคุ้มครองแรงงาน เนื่องจากกฎหมาย สำคัญ ๆ ด้านแรงงาน คือ กฎหมายคุ้มครองแรงงาน กฎหมายเงินทดแทน กฎหมายประกันสังคม กฎหมายความปลอดภัยใน สถานประกอบการ กฎหมายแรงงานสัมพันธ์และกฎหมายฉบับอื่นๆ ที่มีอยู่ล้วนแต่ครอบคลุมเฉพาะ แรงงานในระบบ แรงงานนอกระบบจึงไม่ได้รับการคุ้มครอง จากกฎหมายเหล่านี้แม้ในปี 2547 กระทรวง แรงงานจะได้ออกกฎกระทรวงว่าด้วย การคุ้มครองแรงงานในงานรับไปทำที่บ้าน แต่ก็ยังไม่ได้ให้ความ คุ้มครองในหลักการที่สำคัญ อื่นหลายประการ โดยเฉพาะค่าตอบแทนที่เป็นธรรม สำคัญที่ กฎกระทรวงให้การคุ้มครอง ก็คือเรื่องสุขภาพความปลอดภัย แต่ก็ยังคงมีปัญหาในเรื่องกลไก มาตรการ การปฏิบัติและการ บังคับใช้กฎหมายอยู่มาก

3. ค่าตอบแทนไม่เป็นธรรมและรายได้ไม่แน่นอน แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ ไม่ได้รับค่าแรงขั้น ต่ำ และมีรายได้ไม่แน่นอน แม้จะทำงานในลักษณะและมีคุณค่าเดียวกัน กับที่ผลิตอยู่ในโรงงานก็ตาม เนื่อง เพราะแรงงานเหล่านี้ไม่ได้รับการคุ้มครองจากกฎหมาย คุ้มครองแรงงาน และขาดการรวมกลุ่มเพื่อต่อรอง ค่าแรงของตน

4. งานไม่ต่อเนื่อง ไม่สม่ำเสมอ ขึ้นอยู่กับภาวะการขาย การตลาดของ สินค้า หรือสถานการณ์ของ สังคม ทำให้ไม่มีความมั่นคงในการทำงาน ไม่สามารถวางแผน การผลิตและแผนการทำงานได้

5. เข้าไม่ถึงประกันสังคม เนื่องจาก พ.ร.บ.ประกันสังคมฉบับปัจจุบันยกเว้น การคุ้มครองแรงงานนอกระบบ ทำให้ผู้ทำการผลิตหลักประกันที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ที่ผู้ใช้แรงงานในระบบได้รับ ไม่ว่าจะเป็น กรณีการเจ็บป่วย ทูพพลภาพ ตาย คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน

6. เข้าไม่ถึงทรัพยากรและการสนับสนุนจากรัฐ จึงเป็นเหตุให้ขาดโอกาสใน การพัฒนาทักษะฝีมือ การใช้กองทุนหมุนเวียน รวมทั้งการได้รับบริการด้านสาธารณสุข ที่เหมาะสม

7. ไม่มีองค์กร ไม่มีตัวแทน ไม่มีอำนาจต่อรอง ลักษณะการทำงานของแรงงาน นอกระบบ มักจะกระจัดกระจายอยู่ทั่วไปจึงขาดการรวมกลุ่ม หรือแม้จะมีการรวมกลุ่มก็เป็น กลุ่มขนาดเล็ก ประกอบกับการไม่เข้าใจในเรื่องสิทธิของตนเองในฐานะแรงงาน จึงไม่มีอำนาจ ในการต่อรองทั้งกับนายจ้าง หรือหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง 8. มีปัญหาสุขภาพและสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจ เรื่องอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน รวมทั้งมีความเสี่ยงจาก สภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย จึงทำให้แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ต้องเผชิญ กับปัญหาด้านสุขภาพ และความเสี่ยงจากอุบัติเหตุในการทำงาน

ผลจากการสำรวจแรงงานนอกระบบต่อปัญหา ต่าง ๆ จากการทำงานเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา พบว่า ปัญหาด้านการทำงานที่แรงงานนอกระบบต้องการให้ภาครัฐช่วยเหลือมากที่สุด คือ ปัญหาการได้รับค่าตอบแทนน้อย ร้อยละ 45.6 รองลงมาเป็น ทำงานหนักร้อยละ 22.1 และงานที่ไม่ได้รับการจ้างอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 19.3 ที่เหลือเป็นอื่น ๆ เช่น ไม่มีสวัสดิการ ไม่มีวันหยุด ทำงานไม่ตรงเวลาปกติ ชั่วโมงทำงานมาก เกินไปและลาพักผ่อนไม่ได้สำหรับปัญหาด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ที่แรงงานนอกระบบประสบมากที่สุด คือ อิริยาบถใน การทำงาน (ไม่ค่อยได้เปลี่ยนลักษณะท่าทางในการ ทำงาน) ร้อยละ 44.2 มีฝุ่น คว้น กลิ่น ร้อยละ 17.8 และมีแสงสว่างไม่เพียงพอ ร้อยละ 17.0 ปัญหาด้านความไม่ปลอดภัยในการทำงาน ส่วน ใหญ่ ได้รับสารเคมีเป็นพิษ ร้อยละ 65.0 เครื่องจักร เครื่องมือ ที่เป็นอันตราย ร้อยละ 21.8 และการได้รับ อันตรายต่อระบบหู/ระบบตา ร้อยละ 6.1 นอกจากนี้ยังพบ ปัญหาด้านการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ จากการทำงาน พบว่า ในปี 2554 มีจำนวน 3.7 ล้านคน โดยลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุและ บาดเจ็บเกิดจากการถูกของมีคมบาดมากที่สุด ร้อยละ 67.3 รองลงมาเป็น การพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 12.3 การชนและกระแทก ร้อยละ 8.7 ไฟไหม้หรือ น้ำร้อนลวก ร้อยละ 4.8 ได้รับสารเคมี ร้อยละ 3.0 อุบัติเหตุจาก ยานพาหนะ ร้อยละ 2.9 และไฟฟ้าช็อต ร้อยละ 0.6 หากพิจารณาแรงงานนอกระบบที่ได้รับบาดเจ็บ หรืออุบัติเหตุในปี 2554 พบว่า มีจำนวนเฉลี่ยวันละ 10,003 คน ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปี 2553 (เฉลี่ยวันละ 9,637 คน) ซึ่งเป็นตัวเลขที่ค่อนข้างสูง ดังนั้น สถานประกอบการควรเข้ามาดูแลและสร้างความปลอดภัยจากการทำงานให้แก่แรงงานนอกระบบมากขึ้น

(1)

2.แนวคิดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การจัดบริการสุขภาพ หมายถึง การให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านสุขภาพ การจัดการและแก้ปัญหาด้านสุขภาพ ให้กับประชาชนเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยคำว่า

สุขภาพตามคำนิยามของ WHO หมายถึงสภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งกาย ใจ และสังคม ทั้งนี้ไม่ได้หมายถึงเฉพาะการที่ไม่ป่วยเป็นโรคเท่านั้น

ระดับของการให้บริการสุขภาพแบ่งออกได้ 4 ระดับตามชนิดและจำนวนของการให้บริการ : การให้บริการระดับปฐมภูมิ (Primary health care) เป็นการให้บริการแก่ประชาชน โดยเน้นที่ชุมชนและครอบครัว หลักการของการให้บริการขั้นนี้จะเน้นที่ผู้ให้บริการผ่านอาสาสมัคร (the Health Volunteers (HV)) ที่ผ่านการอบรมและสามารถให้คำแนะนำประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวเป็นเบื้องต้นได้ ทั้งนี้โดยปกติ อาสาสมัครสาธารณสุขมักจะรับผิดชอบครอบครัว 5-10 ครอบครัว งานสาธารณสุขมูลฐานมักจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและ บูรณาการรวมทั้งมองสุขภาพเป็นแบบองค์รวม ทั้งนี้ผู้จัดบริการมักจะเป็นบุคคลากรด้านสาธารณสุขที่อยู่ในระดับชุมชน ⁽⁹⁾

3. รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัย

3.1 รูปแบบของบริการอาชีวอนามัย (Models of occupational health service) ⁽¹⁰⁾

การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงาน มีหลายรูปแบบ แต่ที่ผ่านมาจะเน้นที่การจัดสำหรับแรงงานในสถานประกอบการ ซึ่งทั้งหมดมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีคนทำงานมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ทำงานในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ปราศจากโรคและอุบัติเหตุจากงาน ทำงานอย่างมีความสุข ทำให้ได้ผลผลิตที่ดี และ เนื่องจากสถานประกอบการมีหลายขนาด และหลายประเภท จึงมีรูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยต่างกัน มีทั้งการมีหน่วยบริการอาชีวเวชกรรมภายในสถานประกอบการเอง ซึ่งทำหน้าที่ด้านอาชีวอนามัยทั้งหมดหรือเป็นเพียงแค่หน่วยพยาบาลภายในสถานประกอบการซึ่งทำหน้าที่เพียงแค่การให้บริการพื้นฐานเช่นการรักษาโรคพื้นฐานเท่านั้น

3.1.1 รูปแบบการจัดจัดบริการอาชีวอนามัยแบบภายในสถานประกอบการ (In-plant (in-company) model)

สถานประกอบการหรือองค์กรขนาดใหญ่จะมีจัดหน่วยบริการอาชีวเวชกรรมภายในเองซึ่งให้บริการอาชีวอนามัยครบถ้วนรวมทั้งการทําวินิจฉัย นอกจากนี้ยังให้บริการอื่นนอกเหนือจากเรื่องอาชีวอนามัยแก่คนงานและครอบครัวอีกด้วย หน่วยบริการอาชีวเวชกรรมนี้จะมีเจ้าหน้าที่จากหลายวิชาชีพซึ่งไม่ใช่เพียงแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ (occupational physician) และพยาบาลอาชีวอนามัย (occupational health nurse) แต่จะมีนักอาชีวสุขศาสตร์ (occupational hygienist) นักการยศาสตร์(ergonomist) นักพิษวิทยา (toxicologist) นักอาชีพบำบัด (occupational therapist) พนักงานห้องปฏิบัติการ (laboratory technician) และเอ็กซเรย์ (x-ray technician) และอาจมีนักกายภาพบำบัด (physiotherapist) นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการด้านสุขศึกษา ผู้ให้คำปรึกษา (counselor) และนักจิตวิทยาอุตสาหกรรม สำหรับบริการด้านอาชีวเวชศาสตร์(occupational hygiene service) และด้านความปลอดภัย(safety service) อาจดำเนินงานโดย

หน่วยงานบริการอาชีวเวชกรรมนี้ หรือเป็นหน่วยงานแยกต่างหากแต่มีการติดต่อร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดได้ ในสถานประกอบการอาจมีหน่วยงานภายในโรงงานที่มีพยาบาลอาชีวอนามัยหนึ่งคนหรือมากกว่า และมี แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ที่มาเป็นเวลาซึ่งมาประจำครั้งละสองถึงสามชั่วโมงตามกฎหมายกระทรวงว่าด้วยการ จัดบริการในสถานประกอบกิจการ พ.ศ. 2538 โดยแพทย์จะเข้าไปหน่วยงานสองถึงสามครั้งต่อสัปดาห์ หรือเป็นแพทย์ที่อยู่เวรรับปรึกษา ซึ่งจะเข้ามาในหน่วยงานก็ต่อเมื่อมีการเรียกด่วน และจะเขียนคำสั่งการรักษา (standing orders) ไว้ โดยมอบอำนาจให้พยาบาลทำการรักษาแทนในขอบเขตที่พยาบาลสามารถทำได้ จะเห็นว่าวิธีนี้จะเน้นเรื่องการรักษาโรคเป็นหลัก และถ้าแพทย์ที่มาเป็นครั้งคราวไม่ใช่แพทย์อาชีวเวช ศาสตร์จะทำให้ไม่เกิดความสัมพันธ์ระหว่างบริการอาชีวอนามัยและสถานประกอบการได้

เนื่องจากมีสาเหตุหลายอย่างทำให้บุคลากรด้านอาชีวอนามัยถูกแยกจากสถานประกอบการ จึงไม่ทราบถึง สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ดังนั้นบทบาทหน้าที่ของบริการอาชีวอนามัยจึงเหลือแค่การให้การปฐมพยาบาล และการรักษาการบาดเจ็บและโรคจากการทำงาน รวมทั้งการตรวจร่างกายเท่านั้น แพทย์ที่มาเป็นเวลาและ อยู่เวรรับปรึกษาจึง ไม่มีความรู้เกี่ยวกับรายละเอียดของงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน หรือไม่มีการติดต่อกับฝ่ายบุคคล และคณะกรรมการความปลอดภัย ทำให้ไม่มีส่วนในการจัดทำหรือให้คำแนะนำในการทำ มาตรการการป้องกันสิ่งคุกคามภายในสถานประกอบการได้

3.1.2 รูปแบบกลุ่มหรือการร่วมมือกันระหว่างสถานประกอบการ (Group or inter-enterprise model)

เกิดขึ้นโดยความร่วมมือระหว่างสถานประกอบการในการจัดทำหน่วยบริการอาชีวเวชกรรมซึ่ง ตั้งอยู่ภายนอกสถานประกอบการ และให้บริการอาชีวอนามัยแก่สถานประกอบการเหล่านี้ ซึ่งทำให้สถาน ประกอบการขนาดเล็กมีโอกาสที่จะได้รับการจัดบริการอาชีวอนามัยที่สมบูรณ์ ข้อเสียของการให้บริการอา ชีวอนามัยชนิดนี้เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบของการจัดหน่วยบริการภายในสถานประกอบการได้แก่ ระยะทางระหว่างสถานประกอบการและหน่วยบริการอาชีวเวชกรรมซึ่งเป็นเรื่องสำคัญเนื่องจากเมื่อมีกรณี อุบัติเหตุหรือมีอุบัติเหตุร้ายแรง จะทำให้ไม่สามารถมาทันเวลาได้ นอกจากนี้ยังมีเวลาที่คนงานต้องเสียไปใน การเดินทางมาที่หน่วยบริการในเวลาทำงานปัญหาอื่นคือเมื่อสถานประกอบการที่ร่วมทุนด้วยเกิดหมดเงิน ทำให้ไม่มีเงินพอที่จะจ้างหน่วยบริการอาชีวเวชกรรมนี้ และเกิดการเลิกจ้างหน่วยบริการนี้ไป

3.1.3 รูปแบบการให้บริการตามประเภทอุตสาหกรรม (Industry-oriented (branch-specific) model)

รูปแบบนี้เกิดจากการที่สถานประกอบการประเภทเดียวกันเช่น งานก่อสร้าง อิเลคทรอนิกส์ อาหาร ว่าจ้างหน่วยบริการอาชีวเวชกรรมเพื่อให้บริการกลุ่มเฉพาะของตน รูปแบบนี้ได้เปรียบรูปแบบกลุ่มหรือ การร่วมมือกันระหว่างสถานประกอบการ ตรงที่ว่าสถานประกอบการที่จ้างบริการอาชีวอนามัยตาม รูปแบบการให้บริการตามประเภทอุตสาหกรรม เป็นอุตสาหกรรมประเภทเดียวกัน ทำให้หน่วยบริการอา ชีวเวชกรรมนั้นมีความเชี่ยวชาญและสามารถค้นหาปัญหาได้ง่าย

3.1.4 รูปแบบคลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล (Hospital outpatient clinics)

บางโรงพยาบาลจะมีคลินิกอาชีวเวชศาสตร์หรือคลินิกอาชีวเวชศาสตร์หรือคลินิกอาชีวเวชกรรมในการดำเนินงานอาชีวอนามัย เกี่ยวกับโรคจากการทำงาน หรือ การส่งเสริมสุขภาพพนักงาน ซึ่งต้องอาศัยการประชาสัมพันธ์ หรือ การส่งต่อจากแพทย์ภายในโรงพยาบาล หรือ จากตัวคนทำงานเอง ตามปกติคลินิกผู้ป่วยนอกและห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลจะให้บริการต่อคนงานที่บาดเจ็บหรือป่วยอยู่แล้ว ซึ่งจะมีข้อเสียเปรียบที่สำคัญคือการขาดความคุ้นเคยกับโรคจากการทำงาน ในกรณีเช่นนี้ คลินิกอาชีวเวชศาสตร์หรือคลินิกอาชีวเวชศาสตร์หรือคลินิกอาชีวเวชกรรมสามารถเตรียมการสำหรับโรงพยาบาลใกล้เคียงเพื่อให้บริการเกี่ยวกับโรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน โดยปิดช่องว่างนี้ ให้ความร่วมมือกันดูแล และให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเกี่ยวกับชนิดของโรคที่ผู้ป่วยเป็นจากการทำงาน ซึ่งอาจมีการส่งต่อไปที่โรงพยาบาล ที่สำคัญคือขณะนี้ภายในโรงพยาบาลเองได้มีการจัดตั้งคลินิกอาชีวกรรมและจัดทำบริการอาชีวอนามัยโดยมีแพทย์อาชีวเวชศาสตร์และพยาบาลอาชีวอนามัยประจำ รวมทั้งมีการนำปัญหาที่พบมาทำเป็นงานวิจัยเพื่อแก้ไขต่อไปด้วย

3.1.5 รูปแบบศูนย์บริการสุขภาพเอกชน (Private health centers)

รูปแบบศูนย์บริการสุขภาพเอกชนเป็นหน่วยที่ดำเนินงานโดยกลุ่มของแพทย์ (อาจดำเนินงานโดยมีผู้ลงทุนและจ้างแพทย์ก็ได้) เพื่อให้บริการแบบผู้ป่วยนอกหรือเป็นส่วนหนึ่งของศูนย์บริการสุขภาพของโรงพยาบาล ศูนย์ขนาดใหญ่ส่วนมากจะมีแพทย์หลายสาขาและบุคลากรทางการแพทย์หลายประเภท โดยมีบริการอาชีวเวชศาสตร์และฟื้นฟูสุขภาพรวมอยู่ด้วย ศูนย์ขนาดเล็กอาจมีแค่บริการทางการแพทย์เท่านั้น เช่นเดียวกับการให้บริการในรูปแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลซึ่งจะมีปัญหาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการทำให้การเข้าถึงนายจ้างและคนงาน ไม่ค่อยดีนักและไม่สามารถสร้างมาตรการในการป้องกันได้ โดยในบางประเทศรูปแบบศูนย์บริการสุขภาพเอกชนนี้ ถูกวิจารณ์ว่าทำงานด้านการรักษาทางคลินิกมากเกินไป ซึ่งจะพบในศูนย์บริการทางการแพทย์ขนาดเล็กซึ่งให้บริการโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมากกว่าที่ให้บริการโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่มีประสบการณ์ด้านอาชีวอนามัย

3.1.6 รูปแบบหน่วยบริการสุขภาพพื้นฐาน (Primary health care units)

หน่วยบริการสุขภาพพื้นฐานเป็นการจัดบริการโดยชุมชนได้แก่สถานีนามัย หน่วยบริการพื้นฐาน (Primary care unit – PCU) หรือ โรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งให้บริการทั้งด้านการป้องกันและการดูแลสุขภาพพื้นฐาน รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่องค์การอนามัยโลกสนับสนุนอย่างเต็มที่เพื่อให้บริการแก่สถานประกอบการขนาดเล็ก โดยเฉพาะที่อยู่ในภาคเกษตรกรรม แรงงานนอกระบบ และการจ้างงานตนเอง เนื่องจากแพทย์และพยาบาลขาดความเชี่ยวชาญหรือขาดประสบการณ์ในเรื่องอาชีวเวชศาสตร์หรืออาชีวอนามัยดังนั้นความสำเร็จของรูปแบบนี้จึงขึ้นกับการฝึกอบรมเรื่องอาชีวเวชศาสตร์หรืออาชีวอนามัยให้บุคลากรเหล่านี้ ข้อได้เปรียบของรูปแบบนี้คือความครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ ในชุมชนที่ชาวบ้านรับงาน

มาที่บ้านหรือมีกิจการในบ้าน ข้อดีคือการที่เน้นบริการให้การดูแลสุขภาพทั่วไปและการรักษาเหตุฉุกเฉิน ซึ่งการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมในการทำงานและการทำมาตรการป้องกันในสถานที่ทำงานนั้นมีขีดจำกัด เนื่องจากการขาดบุคลากร และไม่ได้ทำหน้าที่ด้านบริการอาชีวอนามัยเพียงอย่างเดียว ในประเทศฟินแลนด์ หน่วยให้บริการสุขภาพพื้นฐานเหล่านี้ได้ทำการว่าจ้างผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัยมาช่วยทำบริการอาชีวอนามัยต่างหาก ซึ่งได้ผลดียิ่ง

3.1.7 รูปแบบประกันสังคม (Social security model)

เป็นการให้บริการอาชีวอนามัยในระดับประเทศ โดยการใช้ประกันสังคมทำให้นายจ้าง และคนงานเกิดความตระหนักและรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพด้วยตนเอง สำหรับรูปแบบกองทุนเงินทดแทนนั้นทำให้นายจ้างต้องรับผิดชอบเรื่องเงินค่าทดแทนสำหรับอุบัติเหตุและโรคจากการทำงานให้แก่คนงานของตน อย่างไรก็ตามรูปแบบประกันสังคมส่วนใหญ่โดยเฉพาะของประเทศไทยยังเน้นรูปแบบการรักษาโรค ทั้งจากการทำงานและโรคทั่วไป แต่เนื่องจากค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สูงขึ้น ทั้งจากผู้ใช้ในการประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน จึงมีการควบคุมค่าใช้จ่าย โดยเน้นเรื่องการป้องกันโรคและอุบัติเหตุทั่วไป และโรคจากการทำงานมากขึ้น

การเลือกรูปแบบในการทำบริการอาชีวอนามัย

การตัดสินใจเบื้องต้นว่าจะให้บริการอาชีวอนามัยหรือไม่ขึ้นกับกฎหมาย การตกลงกับสหภาพแรงงาน หรือคนงาน และความสนใจของนายจ้างต่อสุขภาพและความปลอดภัยของคนงานของเขา ขณะที่ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติเนื่องจากเห็นความสำคัญด้วยตนเอง แต่ก็มีบางส่วนมีการปฏิบัติเพราะถูกบังคับเนื่องจากต้องการลดค่าใช้จ่ายในการให้ทดแทนคนงานที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากงาน ความต้องการลดการขาดงานและการพิการของคนงาน ลดการลาออกก่อนเวลาโดยเหตุผลทางสุขภาพ ฯลฯ สำหรับรูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัยบางครั้งถูกกำกับโดยกฎหมายหรือระเบียบซึ่งใช้ในโรงงานบางประเภท ส่วนใหญ่ในการเลือกรูปแบบขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างเช่นขนาดและลักษณะของแรงงาน ชนิดของงานและสิ่งคุกคามในที่ทำงาน ที่ตั้งของที่ทำงาน ชนิดและคุณภาพของบริการสุขภาพที่มีในชุมชน และที่สำคัญที่สุดนายจ้างหรือผู้บริหารจะต้องเห็นความสำคัญของบริการอาชีวอนามัยและให้การสนับสนุนด้านเงินทุน บางครั้งอาจเริ่มด้วยหน่วยงานขนาดเล็กภายในก่อนและมีการขยายงานเมื่อเห็นผลงาน และได้รับการยอมรับจากคนงาน ปัจจุบันมีการวิจัยที่เปรียบเทียบผลดีหรือผลเสียของรูปแบบต่างๆของการให้บริการอาชีวอนามัยไม่มากนัก

4. การจัดการปัญหาแรงงานนอกระบบของต่างประเทศ

การจัดบริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐาน (Basic Occupational Health Services (BOHS)) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อ ให้บริการด้านอาชีวอนามัยให้กับแรงงานทุกคน ที่รวมทั้งเศรษฐกิจในและนอกระบบ การจ้างงาน หรือการจ้างงานทุกประเภท ภายใต้หลักการการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานของประชาชน

การจัดบริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ขั้นเริ่มต้น ขั้นจัดบริการพื้นฐาน ขั้นจัดบริการตามมาตรฐานสากล และขั้นการจัดบริการแบบครอบคลุมและเบ็ดเสร็จ ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾

การจัดการปัญหาแรงงานนอกระบบของต่างประเทศ⁽¹³⁾ ประเทศต่างๆ ทั่วโลกได้มีความพยายามในการจัดการแรงงานนอกระบบโดยมี แนวคิดในการจัดการอย่างหลากหลายรูปแบบ โดยบรรดาประเทศในยุโรป เช่น ประเทศ ไอซ์แลนด์นอร์เวย์สวีเดน ฟินแลนด์และเดนมาร์ก เป็นต้น ได้ถือเอา “ระบบรัฐสวัสดิการ เป็นระบบสร้างหลักประกันสิทธิพื้นฐานในการดำเนินชีวิตของประชากรอย่างแพร่หลายมากที่สุด โดยแต่ละประเทศมีการจัดการที่แตกต่างกัน โดยมีการจำแนกรูปแบบรัฐสวัสดิการที่ดำเนินการใน ยุโรปได้ 4 รูปแบบ ได้แก่

1. รูปแบบรัฐสวัสดิการแบบนอร์ดิก (the Nordic Model) หรือบางที ก็เรียกว่า Scandinavian Model หรือ Social Democratic Model หรือ Institutional Model ซึ่งประโยชน์ทดแทนทางสังคมที่ให้กับประชาชนทุกคนในประเทศเหมือนกันหมดและ ทั่วถึงทุกคน

2. รูปแบบรัฐสวัสดิการแบบเบเวอร์ริดจ์ (the Beveridge Model) ซึ่งเป็น ชื่อของผู้ริเริ่มการประกันสังคมในอังกฤษ รูปแบบนี้ให้ประโยชน์ทดแทนทางสังคม เฉพาะแก่ ผู้ที่มีความต้องการจำเป็นที่ลำบากมากเท่านั้น ไม่ได้ให้ทุกคนเท่ากันหมดอย่างรูปแบบแรก รูปแบบนี้บางทีก็เรียกว่า the Anglo-Saxon Model หรือ the Liberal Model หรือ the Residual Welfare Model

3. รูปแบบรัฐสวัสดิการแบบบิสมาร์ก (the Bismarck Model) ซึ่งเป็นชื่อของ นายกรัฐมนตรีเยอรมัน (German Chancellor) ที่เริ่มให้มีกฎหมายการประกันสังคม ฉบับแรกๆ รูปแบบนี้ประโยชน์ทดแทนทางสังคมให้เฉพาะผู้ที่เข้าสู่ในตลาดแรงงาน รูปแบบนี้บางที เรียกว่า the Central European Model หรือ the Conservative Model หรือ Achievement Oriented Model

4. รูปแบบรัฐสวัสดิการแบบการให้การอุดหนุน (the Subsidiarity Model) ซึ่งบางทีเรียกว่า the Southern European Model หรือ the Catholic Model เป็นรูปแบบ สวัสดิการที่ถือว่า ความรับผิดชอบทางสังคมต้องอยู่ที่ครอบครัว หรืออยู่ในหน่วยที่ใกล้ชิดกับ ครอบครัวให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ แต่ในบางประเทศใช้ “ระบบการประกันสังคม” ในการเข้าไปดูแลและให้ความ ค้ำครองแรงงานนอกระบบ เช่น ประเทศโปรตุเกส ประเทศอังกฤษ สาธารณรัฐเกาหลีและ ฟิลิปปินส์ เป็นต้น โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. การประกันสังคมของประเทศโปรตุเกส ระบบประกันสังคมของประเทศ โปรตุเกส มีลักษณะเป็นโครงข่ายความคุ้มครองทางสังคม (Social Safety Net) ซึ่งจะรองรับและ ให้ความคุ้มครองแก่ พลเมืองของประเทศ ผู้ที่พำนักในประเทศและผู้ที่ไม่ได้รับความคุ้มครอง จากโครงการใด ๆ เลย และพลเมืองของ

ประเทศยุโรปที่เข้ามาทำงานในประเทศโปรตุเกส โดยมี ทั้งระบบที่เป็นการเรียกเก็บเงินสมทบ และแบบไม่เรียกเก็บเงินสมทบ

2. การประกันสังคมของประเทศอังกฤษ ประเทศอังกฤษเป็นประเทศที่มี ความเป็นเอกภาพของระบบประกันสังคมและการสังคมสงเคราะห์ในการสร้างความมั่นคงทาง สังคมที่รัฐต้องรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของประชาชน ดังนั้นการดูแลสุขภาพของประชาชน ทุกคนเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยลดค่าใช้จ่ายของกองทุนในระยะยาว และด้วยระบบที่เป็นเอกภาพ ดังกล่าว รัฐจึงไม่จำเป็นต้องจัดโครงสร้างองค์กรให้ยุ่งยาก เพียงกระจายงานเก็บเงินสมทบและ จ่ายประโยชน์ทดแทนออกจากกัน ในรูปของ Agency ซึ่งเป็นหน่วยงานตัวแทนซึ่งมีความ คล่องตัวและเป็นอิสระในการบริการงานระดับหนึ่ง เพื่อให้เกิดการพัฒนาบริการแก่ประชาชนให้ รวดเร็วเป็นหลัก แนวทางการประกันสังคมของประเทศไทย (Social Security Program Throughout the world . 1999 : 372) ประเทศไทยจะให้ความคุ้มครองกับประชากรทุกคนโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ สร้างความมั่นคงพื้นฐานในการดำรงชีวิตของประชาชน เป็นการจ่ายเงินรายได้ที่ขาดหายไป ในกรณีที่ไม้อาจทำงานหาเลี้ยงครอบครัวได้รวมถึงช่วงที่ว่างงานหรือเมื่อต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเจ็บป่วยและทุพพลภาพ รวมถึงการให้ความคุ้มครองในเรื่องบำนาญชราภาพ เจ็บป่วย พิกัดว่างงาน เป็นหม้าย สงเคราะห์บุตร หรือมีรายได้ต่ำมาก ประโยชน์ทดแทนบางประเภทขึ้นอยู่กับ การจ่ายเงินสมทบของผู้ประกอบอาชีพ อิสระให้แก่กองทุน โดยรัฐบาลจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนอีกส่วนหนึ่ง มีการให้ความคุ้มครองกรณี ชราภาพ ทุพพลภาพ และตาย มีการบริหารงาน โดยกรรมการประกันสังคมที่เป็นตัวแทนจ่าย ผลประโยชน์ตอบแทน ดำเนินการจ่ายเงินช่วยเหลือเลี้ยงชีพ ผลประโยชน์ตอบแทนและตรวจสอบเงินรายได้ที่จะจ่ายให้ผ่านทางเครือข่ายส่วนกลางและสำนักงานจังหวัด ผู้แทนเก็บเงิน บำรุงภายในประเทศทำหน้าที่เก็บเงิน การคุ้มครองกรณีเจ็บป่วยและคลอดบุตร มีการบริหารองค์กรโดยกรรมการ ประกันสังคมดำเนินการเกี่ยวกับผลประโยชน์ตอบแทนที่เป็นเงินสด โดยผ่านทางสำนักงานจังหวัด และสำนักงานท้องถิ่น กรมสุขภาพดำเนินการให้บริการทางการแพทย์ผ่านหน่วยงานบริการ สุขภาพแห่งชาติหน่วยงานบริการสุขภาพประกอบด้วย 14 องค์การสุขภาพระดับภาคและมี องค์การสุขภาพระดับท้องถิ่นจำนวนมาก การคุ้มครองกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงาน มีการบริหารงานโดยกรรมการประกันสังคมที่เป็นตัวแทนจ่ายผลประโยชน์ตอบแทน ดำเนินการจ่าย ช่วยเหลือเลี้ยงชีพและตรวจสอบเงินรายได้ที่จะจ่ายให้ผ่านเครือข่ายส่วนกลางและสำนักงาน จังหวัด การคุ้มครองกรณีว่างงาน หน่วยงานดำเนินงานเก็บประวัติของเงินสมทบที่ส่ง เข้ากองทุนและหน่วยเงินตัวแทนในการจ่ายผลประโยชน์จะเป็นผู้รับผิดชอบในการจ่าย ผลประโยชน์ตอบแทน การสงเคราะห์ครอบครัว กรรมการประกันสังคมเป็นผู้ดำเนินการเกี่ยวกับ ศูนย์กลางเงินที่จะจ่ายให้โดยผ่านหน่วยงานตัวแทน 16 โดยสรุป

การประกันสังคมในประเทอังกฤษจะมีความเป็นเอกภาพในระบบ ประกันสังคม โดยอาศัยระบบข้อมูล เป็นส่วนสำคัญ การเก็บเงินสมทบและจ่ายประโยชน์ทดแทน สำหรับแรงงานนอกระบบจะแยกออกจากกัน ในรูปแบบของ Agency หรือเป็นหน่วยงานตัวแทนซึ่ง มีความคล่องตัวและเป็นอิสระในการบริหารงาน ระดับหนึ่งเพื่อให้เกิดการพัฒนาบริการได้รวดเร็ว

3. การประกันสังคมของสาธารณรัฐเกาหลีสาธารณรัฐเกาหลีเป็นประเทศที่ จัดบริการสาธารณะ ด้านประกันสังคมที่มีการจัดองค์กรเป็นรัฐวิสาหกิจ หรือบริษัทที่รัฐเป็นเจ้าของโดยการจัดองค์กรใน ลักษณะนี้เป็นสิ่งที่ทำให้เห็นได้ชัดว่ามีการเตรียมการในเรื่องของการ ดูแลกองทุนให้เกิดความคล่องตัวใน การบริหารเงินจำนวนมากและให้ความสำคัญของความ คล่องตัวของการลงทุนในอนาคต (Social Security Program Throughout the world,. 1999 : 206) แนวทางการจ่ายเงินประกันสังคมในสาธารณรัฐ เกาหลีจะเป็นการบริหารงาน แบบ NPC (National Pension Corporation) เป็นหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ ที่มี ลักษณะของ บริษัทที่รัฐเป็นเจ้าของ ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม โดยมี หน้าที่ รับผิดชอบในการจัดเก็บเงินสมทบจากบุคคลทั่วไป ที่ประกอบอาชีพอิสระ นายจ้าง ลูกจ้าง เพื่อให้ ความคุ้มครองในกรณีต่าง ๆ ตามกฎหมายประกันสังคม โดยจะบังคับใช้กับสถาน ประกอบการที่มีลูกจ้าง ตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป และแบบสมัครใจสำหรับผู้ประกอบอาชีพอิสระ รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขและ สวัสดิการสังคมจะเป็นผู้กำหนดนโยบาย การลงทุน NPC จะเป็นผู้ดูแลและบริหารเงินกองทุนด้วยตนเอง ซึ่งมีหน่วยงาน Fund Operation Research Center ทำหน้าที่วางแผนและวิจัยสถานการณ์ของกองทุนเพื่อให้ กองทุนมีเสถียรภาพ สำหรับการเพิ่มอัตราเงินสมทบจะเชิญผู้เชี่ยวชาญทุกด้านเพื่อเป็นหลักประกันว่า กองทุนมี เสถียรภาพ ไม่สร้างความเดือดร้อนให้สมาชิก สาธารณรัฐเกาหลีมีการคุ้มครองแรงงานนอก ระบบกรณีชราภาพ ทูพพลภาพ และกรณีตาย โดยรัฐได้จัดทำระบบประกันสังคมในลักษณะของโครงการ บำนาญแห่งชาติที่มีการ บริหารองค์กรโดยบริษัทเงินสำรองเลี้ยงชีพแห่งชาติภายใต้การควบคุมดูแลของ กระทรวง สาธารณสุขและกิจการสังคม กรณีเจ็บป่วยและคลอดบุตร อยู่ในความควบคุมดูแลของกระทรวง สาธารณสุขและกิจการสังคม สหพันธ์การประกันทางการแพทย์แห่งชาติ

4. การประกันสังคมในประเทศฟิลิปปินส์ ระบบประกันสังคมของประเทศ ฟิลิปปินส์ให้ความ คุ้มครองครอบคลุมประชากรของประเทศ โดยมีกฎหมายให้เข้าร่วมโครงการ ลักษณะบังคับโดยกำหนดให้ ลูกจ้างที่ทำงานกับภาคเอกชน ทั้งลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวและ ผู้ประกอบอาชีพอิสระที่มีอายุ 18 – 60 ปีจะต้องเข้าร่วมโครงการ โดยการให้ความคุ้มครอง ครอบคลุมประโยชน์ทดแทนในด้านต่าง ๆ ดังนี้การ ประกันชราภาพ ทูพพลภาพ ตาย การ ประกันสุขภาพ กรณีเจ็บป่วยนอกงานและคลอดบุตร 17 แนว ทางการประกันสังคมของประเทศฟิลิปปินส์จะเป็นในลักษณะบังคับ โดยจะ มีเจ้าหน้าที่ผู้ทำหน้าที่เป็น

ผู้ตรวจของ Social Security System เพราะมีสมาชิกเป็นจำนวนมาก ที่ไม่จ่ายเงินสมทบ หรือจ่ายน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนด ในส่วนของประโยชน์ทดแทนจะมี ความสัมพันธ์กับการจ่ายเบี้ยประกันหรือเงินสมทบ (ILO.Social Protection. 2001) การประกันสังคมของประเทศฟิลิปปินส์แม้จะมีกฎหมายกำหนดให้ความคุ้มครองครอบคลุมประชากรอย่างกว้างขวาง แต่ในทางปฏิบัติแล้ว ระบบประกันสังคมของ ประเทศฟิลิปปินส์ยังให้ความคุ้มครองไม่ทั่วถึง เนื่องจากขาดความเข้มงวดในการบังคับให้ต้องเข้า เป็นสมาชิก ตามที่มีกฎหมายกำหนดไว้ในส่วนของสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการก็มักไม่ค่อยปฏิบัติ ตามระเบียบ และรัฐเองก็ไม่เข้มงวดกับการบังคับให้ต้องเข้าร่วมโครงการตามที่มีกฎหมายกำหนด ไว้แต่จะเน้นด้านการให้การศึกษาแก่ประชาชนเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ และมองเห็นประโยชน์ ในการเข้าเป็นสมาชิกของโครงการประกัน สังคมมากกว่า ดังนั้นเกษตรกรและ ผู้ประกอบอาชีพอิสระต่าง ๆ ได้รับการคุ้มครองจากระบบประกันสังคมจึงยังมีค่อนข้างน้อย

5 .การพัฒนากระบวนการสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัยสำหรับดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบในประเทศไทย

การพัฒนากระบวนการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบ ได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2547 ซึ่งมีหน่วยงานที่เรีตดำเนินการคือสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โดยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)⁽¹⁴⁾ ส่วนหนึ่ง และอีกส่วนหนึ่งโดยการสนับสนุนขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO)⁽¹⁵⁾ และนอกจากนี้สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ ได้พัฒนาระบบการจัดบริการสุขภาพแรงงานนอกระบบในกลุ่มเฉพาะคือกลุ่มเกษตรกรโดยพัฒนาในรูปแบบชื่อของคลินิกเกษตรกร⁽¹⁶⁾

2547 เน้นดำเนินการในสถานบริการที่ใกล้ชิดกับชุมชนที่สุด คือรพสต. (สถานีอนามัย) และกิจกรรมจะเน้นกิจกรรมที่ดูแลในระดับปฐมภูมิ หรือ Primary Health Care กิจกรรมหลักคือ การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง การหาแนวทางป้องกันและให้คำแนะนำ เป็นการดูแลแบบองค์รวม โดยผ่านกลยุทธการเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้กลุ่มเป้าหมายแรงงานนอกระบบคือ กลุ่มคนทำงานที่บ้าน บทเรียนที่ได้รับคือ องค์ความรู้ของผู้ปฏิบัติงานที่ยังไม่เพียงพอในการที่จะดูแลสุขภาพคนทำงานที่บ้านซึ่งมีอยู่หลากหลายอาชีพในพื้นที่ของตน เป้าหมายในการเลือกพื้นที่เน้นที่กลุ่มคนทำงานที่บ้านเป็นหลักไม่ได้เน้นที่การเลือกหน่วยบริการสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งการเลือกพื้นที่โดยไม่ได้คำนึงถึงความพร้อมของหน่วยบริการหรือตัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ทำให้การดำเนินงานไม่ราบรื่นเท่าที่ควรเวลาที่คนทำงานที่บ้านพร้อมแต่เจ้าหน้าที่ไม่พร้อมทำให้ในทางปฏิบัติไม่สามารถดำเนินการให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ได้ครอบคลุมและได้เลือกพื้นที่เพิ่มเติม โดยเน้นเป้าหมายที่หน่วยบริการหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีศักยภาพดำเนินในพื้นที่ ชอบทำงานเชิงรุก สามารถบูรณาการงานนี้ไปกับงานปกติที่ทำอยู่ได้ และเป็นหน่วยบริการที่เป็นต้นแบบด้านการให้บริการสาธารณสุขในประเด็นใดประเด็นหนึ่งอยู่แล้ว แต่ยังคงไว้ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเดิมที่เน้นกลุ่มคนทำงานที่บ้าน กำหนดให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นศูนย์กลาง เน้นการ

พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้เข้าใจงานอาชีวอนามัย โดยไปเยี่ยมที่ สถานือนามัยชวนคุยทำความเข้าใจ เบื้องต้นจัดอบรมพาไปศึกษาดูงานและให้งบประมาณในการดำเนินงานแบบอิสระ ทั้งนี้ได้สรุปผลการดำเนินงานและข้อเสนอแนะว่าเจ้าหน้าที่สถานือนามัยต้องทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนกลุ่มเป้าหมาย⁽¹⁴⁾ ในปีต่อ ๆ มาจึงมีการพัฒนามาเรื่อย ๆ โดยกิจกรรมการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับแรงงานนอกระบบจะเน้นให้สถานือนามัยเป็นหน่วยให้บริการหลักโดยจะบูรณาการเข้ากับงาน สาธารณสุขมูลฐาน ที่ประกอบด้วย การบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย ลักษณะการทำงาน รายงานการเจ็บป่วย จากการทำงานในแฟ้มประวัติ การระบุสิ่งคุกคามสุขภาพ และใช้แบบฟอร์มวิเคราะห์ความเสี่ยงจากการ ทำงาน การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ส่วนกิจกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยง คือการ ส่งเสริมสุขภาพด้านอาชีวอนามัยโดยการมีส่วนร่วมของปรังงานและชุมชน โดยสรุปบุคคลากรหน่วย บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิมียุทธศาสตร์ภาพในการจัดบริการอาชีวอนามัยตามกิจกรรมดังกล่าวได้แต่ทั้งนี้ ต้องมีการพัฒนาศักยภาพบุคคลากร⁽¹⁶⁾

จากรายงานผลโครงการการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับแรงงานนอกระบบ ของ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค⁽¹⁶⁾ ได้เข้ามาดำเนินงานต่อ เน้นการจัดบริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐาน (Basic Occupational Health Service: BOHS) โดยการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับแรงงานนอกระบบทุกกลุ่มอาชีพ กำหนดไว้ว่าให้มีการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานือนามัยให้แก่ แรงงานนอกระบบในพื้นที่และการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในชุมชนให้แก่ผู้ประกอบการในชุมชน อย่างน้อย 1 กลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็น 1 กลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงสูง กรอบในการจัดบริการ ถูกนำเสนอโดย ใช้คำว่า การจัดบริการอาชีวอนามัย “ขั้นพื้นฐาน” ซึ่งเป็นการจัดบริการอาชีวอนามัยที่มีลักษณะสำคัญ 5 ลักษณะ ได้แก่ (1) มุ่งเน้นที่การป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน (2) ดูแลสุขภาพเป็นแบบองค์รวม (3) ผสมผสานไปกับการจัดบริการสุขภาพที่มีอยู่ในระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (4) อาศัย การมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการอาชีพและชุมชน และ (5) ใช้แนวทางและมาตรการในการป้องกันและควบคุม ปัญหาที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของท้องถิ่น

การพัฒนาระบบข้อมูลเป็นอีกส่วนหนึ่งที่แผนพัฒนาของ สสส.พัฒนาขึ้นเพื่อรองรับ ระบบบริการอาชีวอนามัย ต่อมามีการพัฒนาเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย ผ่าน แบบสำรวจข้อมูลด้านอาชีวอนามัยที่พัฒนาขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลให้เหมาะกับแต่ละพื้นที่ และพัฒนา โปรแกรม และ/หรือ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านอาชีวอนามัยขึ้นมาใหม่ อย่างไรก็ตามโปรแกรมดังกล่าวไม่สามารถเชื่อมต่อกับโปรแกรมเดิมที่มีอยู่ในขณะนั้นได้ ทั้งนี้การพัฒนาโปรแกรมในขณะนั้นสำหรับ จัดเก็บข้อมูลของแรงงานนอกระบบภาคการเกษตร ภาคเหนือ สำหรับการจัดเก็บข้อมูลแรงงานนอกระบบ ภาคการผลิต ซึ่งเป็นการพัฒนาโปรแกรมสำเร็จรูปขึ้นมาใหม่ที่แยกออกจากระบบโปรแกรมปกติของหน่วย บริการ โดยการบันทึกข้อมูลตามแบบ สอ. 1 เป็นหลักซึ่งข้อมูลตามแบบ สอ. 1 สามารถส่งออกเป็นแบบ รายงาน 506/2 ได้เช่นกัน และมีการเชื่อมต่อกับระบบโปรแกรม JHCIS ทั้งนี้ข้อมูลที่จัดเก็บมีความ ละเอียดและครอบคลุมมาก ทำให้ผู้ให้บริการในสถานบริการจัดกลุ่มโรคได้ 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) โรคที่

เกี่ยวข้องกับระบบกล้ามเนื้อ 2) โรคที่เกี่ยวข้องทางผิวหนัง 3) โรคที่เกิดจากการทำงาน และ 4) โรคอื่นๆ เนื่องจากเป็นโรคที่สามารถพบได้บ่อย อีกทั้งผู้ให้บริการยังสามารถให้บริการได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพาแพทย์ จึงนำโรคเหล่านี้ไปบรรจุไว้ในกระบวนการเชื่อมต่อ โดยการเพิ่มสาเหตุที่ทำให้เจ็บป่วยเข้าไปในระบบโปรแกรม JHCIS และสามารถช่วยในคัดกรองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมได้ ผู้ร่วมดำเนินงานได้วิเคราะห์จุดอ่อนพบว่าควรพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้รู้จักกับแรงงานนอกระบบและงานอาชีวอนามัย รวมถึงความปลอดภัยในการทำงานการพัฒนานั้นพัฒนาโดยผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่และพัฒนาต่อยอดจากฐานข้อมูลของโปรแกรมที่มีใช้อยู่เดิมในระบบการให้บริการอยู่แล้ว ทำให้การใช้งานไม่ยุ่งยากนักและทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่รู้สึกว่าเป็นภาระที่เพิ่มขึ้น ส่วนภาคผลิตมีความแตกต่างออกไป เนื่องจากมีแนวคิดว่าจะอย่างไรจึงจะมีข้อมูลระดับพื้นที่ในภาพกว้างทั้งหมดของผู้ใช้แรงงานที่บ้าน ทั้งที่ยังไม่เจ็บป่วยและเจ็บป่วยแล้ว เพื่อเป็นข้อมูลในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพการพัฒนาจึงเป็นการสร้างโปรแกรมใหม่โดยผู้เชี่ยวชาญในภาคบริการนั้นมีเพียงการพัฒนาเชิงแบบฟอร์มไม่ได้พัฒนาระบบข้อมูลทั้งระบบ แต่ก็พยายามสร้างแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมหลาย ๆ ด้านโดยรวมระบบที่พัฒนาขึ้นอย่างไรก็ตามยังไม่สมบูรณ์ ต้องมีการพัฒนาต่อ รวมถึงควรคำนึงถึงการใช้ประโยชน์จากข้อมูลให้เต็มที่ ทั้งอาจจะต้องการใช้ข้อมูลร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้ใช้แรงงานที่บ้าน

การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับในคลินิกสุขภาพเกษตรกร ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

1. เมื่อเกษตรกรมารับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพด้วยอาการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บหรือต้องการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองโรคเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรลงทะเบียนการเข้ารับบริการ เพื่อประโยชน์ในการคัดแยกการเจ็บป่วย โดยอาจจัดทำสมุดทะเบียนแยกต่างหาก หรือใช้ตารางงบบังลงในใบ OPD ระบุอาชีพและลักษณะงานให้ชัดเจน เพื่อใช้ประกอบการตรวจและวินิจฉัยโรค

2. ชักประวัติการเจ็บป่วยและลักษณะการทำงาน ด้วยชุดคำถามคือ

- ท่านทำงานอะไร? ทำอย่างไร? (โดยระบุถึงลักษณะของการทำงานของผู้ป่วย)
- ระยะเวลาที่ทำงานในอาชีพนี้
- อาการเจ็บป่วยของท่านครั้งนี้เป็นผลจากการทำงานหรือไม่
- ในที่ทำงานของท่าน เคยมีเพื่อนร่วมงานเจ็บป่วย หรือมีอาการเดียวกันนี้หรือไม่
- ในขณะที่ทำงานท่านมีหรือเคยมีการสัมผัสสิ่งทีอาจเกิดอันตรายต่อสุขภาพ เช่น สารเคมี เสี่ยงดัง หรือฝุ่นหรือไม่ หรือสิ่งก่อโรคอื่นๆหรือไม่
- กิจกรรมที่ท่านทำก่อนเกิดอาการ/ป่วย

3. การประเมินความเสี่ยงในการทำงานและการคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยง

หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถให้บริการตรวจสุขภาพทั่วไปได้ เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต เป็นต้น ร่วมกับการประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกร จากการสัมผัสสารเคมี

กำจัดศัตรูพืช (แบบ นบก.1-56) ส่วนการคัดกรองสุขภาพโดยการเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับเอ็นไซม์โคลรีน เอสเตอเรสในซีรัม โดยใช้กระดาษทดสอบโคลรีนเอสเตอเรส (Cholinesterase reactive paper) นั้น จะ ดำเนินการต่อเมื่อ

กรณีที่ 1 เกษตรกรมีผลการประเมินความเสี่ยงในการทำงานตามแบบ นบก.1-56 อยู่ในระดับ ความเสี่ยงค่อนข้างสูงไปจนถึงสูงมาก และมีการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืช กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์ บาเมตจากการผสม/ฉีดพ่นภายในระยะเวลา 7 วัน ไม่เกิน 14 วัน

กรณีที่ 2 เกษตรกรต้องการตรวจซ้ำภายหลังผลการตรวจครั้งแรกมีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย เมื่อได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว หยุดสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืช

ทั้งนี้หากเกษตรกรมีอาการปวดกล้ามเนื้อ หรือมีอาการเข้าได้กับโรคทางโครงสร้างกระดูกและ กล้ามเนื้อให้สัมภาษณ์ด้วยแบบประเมินความเสี่ยงอาการผิดปกติของระบบ โครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ รวมถึงการคัดกรองทางด้านโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต

4. การวินิจฉัยโรคจากการประกอบอาชีพ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการส่งต่อ

โรคหรือการบาดเจ็บจากการประกอบอาชีพที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถให้การวินิจฉัยโรคเบื้องต้นได้ ได้แก่ กลุ่มอาการผื่นผิวหนังจากการสัมผัสสารเคมี ฝุ่น ความร้อน อาการทางระบบทางเดินหายใจจากการสัมผัสฝุ่น พุ่ม สารระเหย สารเคมีที่ใช้ในการทำงาน อาการปวด เมื่อยร่างกาย ปวดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆจากการทำงานเนื่องจากท่าทางการทำงานซ้ำๆ หรือท่าทางการ ทำงานไม่ถูกต้อง อุบัติเหตุหรือบาดเจ็บจากการทำงาน เป็นต้น ส่วนโรคจากการประกอบอาชีพที่ จำเป็นต้องใช้ผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษโดยใช้เครื่องมือเฉพาะในการ วินิจฉัยโรค รวมทั้งการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อน ควรส่งผู้มารับบริการต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน หรือส่ง ต่อไปยังโรงพยาบาลจังหวัดเพื่อตรวจยืนยันวินิจฉัยโรคและให้การรักษาพยาบาลต่อไป

5. การบันทึกและรายงานโรค

การบันทึกรายงานโรคและการบาดเจ็บจากการประกอบอาชีพที่เกษตรกรได้รับการวินิจฉัยโรคลง ในระบบการจัดเก็บของหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น จัดเก็บลงในระบบการรายงานของหน่วยบริการที่ใช้อยู่ เช่น JHCIS หรือ HOSxP_PCU หรือโปรแกรมอื่นๆ ของหน่วยบริการ โดยระบุสาเหตุการเกิดโรคและการ บาดเจ็บด้วย และใช้รหัส ICD-10 เพื่อสะดวกในการนำรายงานข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน ป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพหรือจัดกิจกรรมลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อไป

6. การจัดเก็บข้อมูลเกษตรกรในแฟ้มครอบครัว

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวบรวมข้อมูลผลการประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกร ข้อมูลการเจ็บป่วยจากการทำงานที่ได้จากการซักประวัติ ข้อมูลการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงตาม

ลักษณะการทำงาน ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคและการบาดเจ็บจากการประกอบอาชีพ จัดเก็บลงในแฟ้มครอบครัวของเกษตรกรที่มีไว้ในหน่วยบริการทุกครั้งเพื่อสะดวกต่อการนำข้อมูลไปการเยี่ยมบ้านหรือติดตามผลการรักษาพยาบาล หรือให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวระหว่างเจ็บป่วย โดยลงรหัสสถิติไว้ที่สันแฟ้มครอบครัวเพื่อแสดงให้เห็นทราบว่าสมาชิกในแฟ้มครอบครัวมีสมาชิกวัยทำงานประกอบอาชีพ

เกษตรกร ข้อมูลด้านอาชีพอนามัยที่ควรมีในแฟ้มครอบครัวประกอบด้วย

- อาชีพ ลักษณะการทำงาน อายุงาน อาชีพเสริม
- ผลการประเมินความเสี่ยงในการทำงาน ผลการตรวจสุขภาพทั่วไป
- ผลการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง ผลการประเมินความเสี่ยงในการทำงาน
- ประวัติการเจ็บป่วย การบาดเจ็บจากการประกอบอาชีพ

7. การให้สุศึกษาหรือคำแนะนำก่อนกลับบ้าน

การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการทำงานตามลักษณะการทำงานของผู้มารับบริการ การให้คำแนะนำการลดพฤติกรรมเสี่ยงในการทำงานและการดำรงชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น เรื่องการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในขณะทำงาน การใช้และการจัดเก็บสารเคมีให้ปลอดภัย หรือการตรวจสอบเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการทำงานก่อนและหลังการทำงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงานกับเครื่องมือ/เครื่องจักรการล้างมือทุกครั้งเมื่อทำงานเสร็จ หรือการออกกำลังกายเพื่อยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนทำงานหรือหลังจากเลิกงาน เป็นต้น

8. มีการรายงานผลการดำเนินงาน โดยการส่งรายงานตามแบบรายงานฯ (OCC-นบ 01) ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในต้นเดือนสิงหาคมปีละครั้ง

ผลการจัดบริการอาชีวอนามัยในชุมชนในประเทศไทยพบว่าในปี 2557 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) และ/หรือ PCU ของโรงพยาบาลชุมชน มีการจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนในรูปของคลินิกสุขภาพเกษตรกรในปี 2557 อยู่ที่ร้อยละ 18.99 ของรพสต./PCU ทั้งประเทศ⁽²⁾

รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แรงงานนอกระบบและปัญหาด้านต่าง ๆ

จากการที่กฎหมายไม่ได้ครอบคลุมแรงงานนอกระบบ และยังขาดกลไกในการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพจากการทำงานดังนั้นแรงงานนอกระบบจึงมักมีปัญหาทั้งการเผชิญปัญหาเรื่องการทำงานที่ไม่ปลอดภัย รวมทั้งอยู่ใน สิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัย ซึ่งทำให้เกิดการเจ็บป่วยจากการทำงานเช่น ในประเทศ

เมกซิโกพบ 12 % ของแรงงานนอกระบบที่เป็นเด็กที่ประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน ⁽¹⁹⁾ และนอกจากจะพบปัญหาเรื่องการทำงานที่ไม่ปลอดภัยแล้ว ยังพบว่า ยังไม่มีระบบการลงทะเบียนจำนวนแรงงานนอกระบบที่แน่ชัด มีแรงงานนอกระบบจำนวนไม่มากนักที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและได้รับการคุ้มครองและมีสวัสดิการ รวมทั้งไม่มีข้อมูล อุบัติเหตุและการเจ็บป่วยจากการทำงาน . ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากปัญหาจำนวนผู้ตรวจสอบด้านแรงงานยังมีจำนวนไม่เพียงพอโดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา ⁽²⁰⁾

การเข้าถึงและการจัดบริการอาชีวอนามัย

การพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับแรงงานนอกระบบโดยศึกษาในภาคเกษตรและแรงงานภาคการผลิต พบว่าปัจจัยนำเข้าคือโครงการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับแรงงานนอกระบบประกอบด้วย การพัฒนาบุคลากร รวมทั้งการสร้างทีมงาน การมีงบประมาณ การบริหารจัดการ ความรู้ด้านอาชีวอนามัย ผลที่ได้รับจากการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับ คือการรักษาพยาบาลการบาดเจ็บและเจ็บป่วย และการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก คือการสำรวจ ประเมิน วิเคราะห์ และจัดการกับความเสี่ยงที่อาจจะก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยจากการทำงานของแรงงานนอกระบบได้ ⁽²¹⁾ และในปี 2009 สมเกียรติและคณะ ได้ทำการพัฒนาหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเพื่อให้สามารถให้จัดบริการอาชีวอนามัยได้ โดยการศึกษาในพื้นที่นำร่อง โดยรวมการบริการด้านอาชีวอนามัยเข้ากับการบริการสุขภาพพื้นฐาน มีการวิเคราะห์สถานการณ์ เก็บข้อมูล อบรมเจ้าหน้าที่ ใน PCU และดำเนินการให้บริการใน PCU เพื่อเป็นต้นแบบ จากนั้นจึงทำการประเมินผล พบว่าเจ้าหน้าที่ใน PCU นั้นมีความสามารถที่จะให้การบริการด้านอาชีวอนามัยได้ สิ่งต่อมาที่ต้องทำคือการกำหนดนโยบายระดับชาติ และตั้งงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน ⁽¹⁵⁾

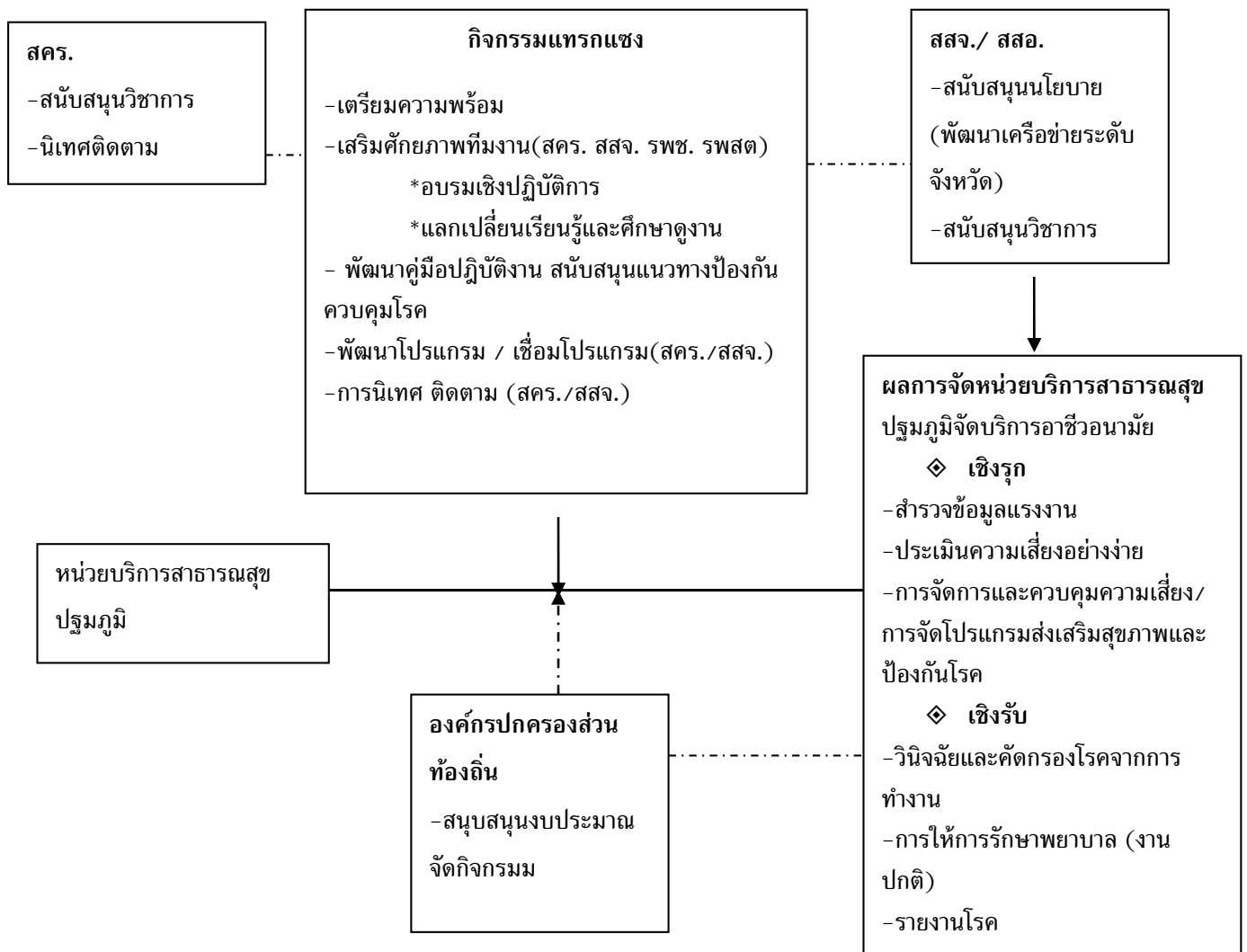
เช่นเดียวกับ กลุ่มแรงงานนอกระบบที่รับงานไปทำที่บ้านมีความเสี่ยงและสภาพการทำงานที่เสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ จึงควรมีการจัดบริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่เหมาะสม มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและสวัสดิการด้านสังคม ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีส่วนร่วมรับผิดชอบ และผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบในพื้นที่รับผิดชอบ จัดให้การบริการอาชีวอนามัยเป็นงานปกติของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และบูรณาการกับการปฐมพยาบาล และป้องกันโรคและอุบัติเหตุจากงาน ณ สถานประกอบการ ⁽²²⁾ อย่างไรก็ตามภายใต้ข้อจำกัดของหน่วยบริการปฐมภูมิ การที่จะสามารถให้บริการอาชีวอนามัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรพัฒนาปัจจัยในด้านการบริหารจัดการดำเนินงานอาชีวอนามัยก่อน ตามด้วยการจัดการด้านข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหา และพัฒนาปัจจัยด้านทีมงาน เครือข่ายการดำเนินงานอาชีวอนามัย ⁽²³⁾⁽²⁴⁾ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าปัญหา

การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ จำนวนบุคลากรที่ทำงานด้านนี้โดยตรง การจัดบริการสุขภาพให้กับแรงงานนอกระบบ การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จนทำให้ขาดการผลักดันเชิงนโยบายและการการจัดสรรงบประมาณ ⁽²⁵⁾

สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยในต่างประเทศก็ยังพบปัญหาอยู่เช่นกัน จากแรงงานทั่วโลกมีเพียงร้อยละ 15 ของแรงงานเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงการบริการด้านอาชีวอนามัยพื้นฐานในประเทศอิหร่าน บริการอาชีวอนามัยนั้นถูกรวมอยู่กับบริการสุขภาพพื้นฐานที่มีอยู่เดิมโดยการอบรมเจ้าหน้าที่และเชื่อมต่อการรักษากับสถานบริการสุขภาพของชุมชน คำแนะนำสำหรับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของนโยบายด้านการบริการอาชีวอนามัยคือการเพิ่มความรู้ให้กับประชาชนและเนื่องจากประชาชนในพื้นที่ห่างไกลนั้นไม่สามารถเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพได้การร่วมมือการทำงานกับสถานบริการของเอกชนจึงเป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน ⁽²⁶⁾ โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา ในประเทศอินเดียพบว่าคนที่ประชาชนจะสามารถเข้าถึงบริการได้นั้นต้องเริ่มมาจากการร่วมมือที่ดีจากกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงแรงงานของประเทศ เนื่องจากหลักการของการบริการด้านอาชีวอนามัยนั้นต้องรวมเอาการบริการอาชีวอนามัยเข้ากับการบริการสุขภาพทั่วไป แต่ในขณะนี้ในประเทศอินเดียนั้นยังไม่มีหน่วยงานใดที่เป็นผู้ดูแลเรื่องของอาชีวอนามัยอย่างใกล้ชิด ซึ่งในขณะนี้ประเทศอินเดียต้องเผชิญหน้ากับปัญหาถึงสองเรื่องคือ การรวมบริการอาชีวอนามัยเข้ากับการบริการสุขภาพทั่วไปและการถ่ายทอดเรื่องอาชีวอนามัยจากโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ จากข้างต้นนี้จึงทำให้เห็นว่าสิ่งที่ต้องพัฒนาในประเทศอินเดียคือพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และการกระจายข่าวสารเกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่เหมาะสม ⁽²⁷⁾ ขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วเช่นไต้หวันหลังจากมีการจัดตั้งเครือข่ายการบริการด้านโรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน (Network of Occupational Diseases and Injuries Service (NODIS)) พบว่าเครือข่ายและระบบการรายงานใหม่นั้นประสบความสำเร็จในการให้บริการด้านอาชีวอนามัยที่เพิ่มมากขึ้น และลดการรายงานที่ต่ำกว่าความเป็นจริง (reducing under-reporting) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากระบบใหม่นี้รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณในการรายงานผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ⁽²⁸⁾

กรอบคิดในการวิจัย

ภาพที่ 1 แสดงกรอบคิดของรูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสาธารณสุข



บทที่ 3

วิธีการศึกษา

3.1 รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) : ดำเนินการในระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2552-เมษายน 2555

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยเก็บข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัยจากสำนักงานสาธารณสุขระดับจังหวัด 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำพูน จังหวัดขอนแก่น จังหวัดสงขลา และจังหวัดเชียงใหม่

ระดับตำบล หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUs) จากจังหวัดตัวแทนในภาคเหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ กลาง และใต้ ได้แก่ จังหวัดลำพูน จังหวัดขอนแก่น จังหวัดสงขลา และจังหวัดสุพรรณบุรี โดยเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และเครือข่ายการจัดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (PCU / CUP) (ปัจจุบันคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ในพื้นที่โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงานชุมชนโดยใช้ฐานท้องถิ่นใน 4 จังหวัดละ 5 แห่ง รวม 20 PCU

3.3 เกณฑ์การคัดเลือก

คัดแบบเจาะจง จำนวน 20 แห่ง โดยมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ

- 1 หน่วยบริการที่สนใจเข้าร่วมโครงการ
 - 2 เป็นพื้นที่ที่เคยจัดบริการอาชีวอนามัยมาบ้างถึงจะไม่ครบทุกกิจกรรม
- สำหรับเกณฑ์การเลือกกลุ่มอาชีพเป้าหมายของพื้นที่

- ☐ เป็นกลุ่มแรงงานที่มีจำนวนมากในชุมชน
- ☐ มีความเสี่ยงจากการประกอบอาชีพ

3.4 กิจกรรมแทรกแซงเพื่อให้เกิดรูปแบบการจัดการบริการอาชีวอนามัยมีดังนี้ (Intervention Program)

3.4.1 การเตรียมความพร้อม เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการจัดการบริการอาชีวอนามัย โดยการประชุมปรึกษาหารือผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วย ผู้แทนจากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพ คณะผู้วิจัย ผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้แทนจาก หน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถจัดการบริการอาชีวอนามัยได้ มีการวิเคราะห์หลักสูตรการอบรมและพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่โดยการทบทวนจากหลักสูตรการอบรมของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมโดยปรับเนื้อหาให้เหมาะสมทั้งนี้ได้เปิดรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้ที่เกี่ยวข้องคือตัวแทนจาก สสจ. PCU (ในขณะนั้น) รวมทั้งวิเคราะห์จุดเด่น และ จุดที่ควรปรับปรุงของหลักสูตร รวมทั้งการใช้แบบสำรวจให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่เป้าหมายร่วมเสนอแนะข้อคิดเห็นและออกแบบกระบวนการเรียนรู้สำหรับเจ้าหน้าที่

3.4.2 อบรมให้ความรู้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการทำงาน โดยปรับปรุงหลักสูตรการอบรม ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม มาปรับให้เหมาะกับบริบท เช่นจำนวนวันอบรมเหลือ 2-3 วัน เนื้อหาสำคัญหลักสูตรประกอบด้วย

🚦 เนื้อหลัก

- 🚦 สถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
- 🚦 การประเมินความเสี่ยง
- 🚦 การควบคุมและประเมินความเสี่ยง
- 🚦 การจัดการบริการอาชีวอนามัย (ความสำคัญและความจำเป็น)
- 🚦 กระบวนการทางสังคมที่เชื่อมโยงกับอาชีวอนามัย

🚦 เนื้อหารอง

- 🚦 ระบบข้อมูลข่าวสาร
- 🚦 กฎหมายแรงงาน
- 🚦 การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน
- 🚦 หลักความปลอดภัย
- 🚦 สารเคมี

🚦 เนื้อหาหลักสูตรที่เสนอแนะเพิ่มเติมประเด็นที่ต่างจากหลักสูตรที่ร่าง คือ

- 🚦 การสนับสนุนการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบของ อปท.
- 🚦 การวางแผนดำเนินงานบูรณาการในพื้นที่ระหว่าง อปท. และ รพ.สต.

ทั้งนี้ สคร.ทั้ง 4 แห่ง ได้ปรับเนื้อหาการอบรมให้บริบทของตนเองดังนี้

สคร. 4, 10	สคร. 6 ,12
๑. ประเมินก่อนการอบรม ๒. บรรยายตามหัวข้อ ๓. ศึกษาดูงาน ๔. มอบหมายงาน ๕. ดูงาน 3 ฐาน	1. ดูงานตามฐาน 3 ฐาน - การประเมินอันตรายจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม - การควบคุมและการจัดการความเสี่ยงจากการทำงาน -การจัดการบริการอาชีวอนามัยเชิงรับ 2. จัดทำราย และนำเสนอในหัวข้อ -สิ่งที่ทำงานแล้วเป็นผลดีและเอาเป็นแบบอย่าง -สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ -จะปรับปรุงส่วนนี้อย่างไร 3. ตั้งคำถามจากกลุ่ม /วิทยากรให้ความรู้เพิ่มเติม 4. ประกวดให้รางวัลนำเสนอ 5. บรรยายเรื่อง

สคร. 4, 10	สคร. 6 ,12
	-โรคและภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม : สถานการณ์ปัญหาและการตรวจคัดกรองโรค 6. ประเมินผลอบรม

กลุ่มเป้าหมายและจำนวนผู้เข้าอบรม จำนวนคนเข้าร่วม จาก สสจ. สสอ. รพช. รพ.สต. อปท. ทั้ง 4 พื้นที่ จำนวน 105 คน

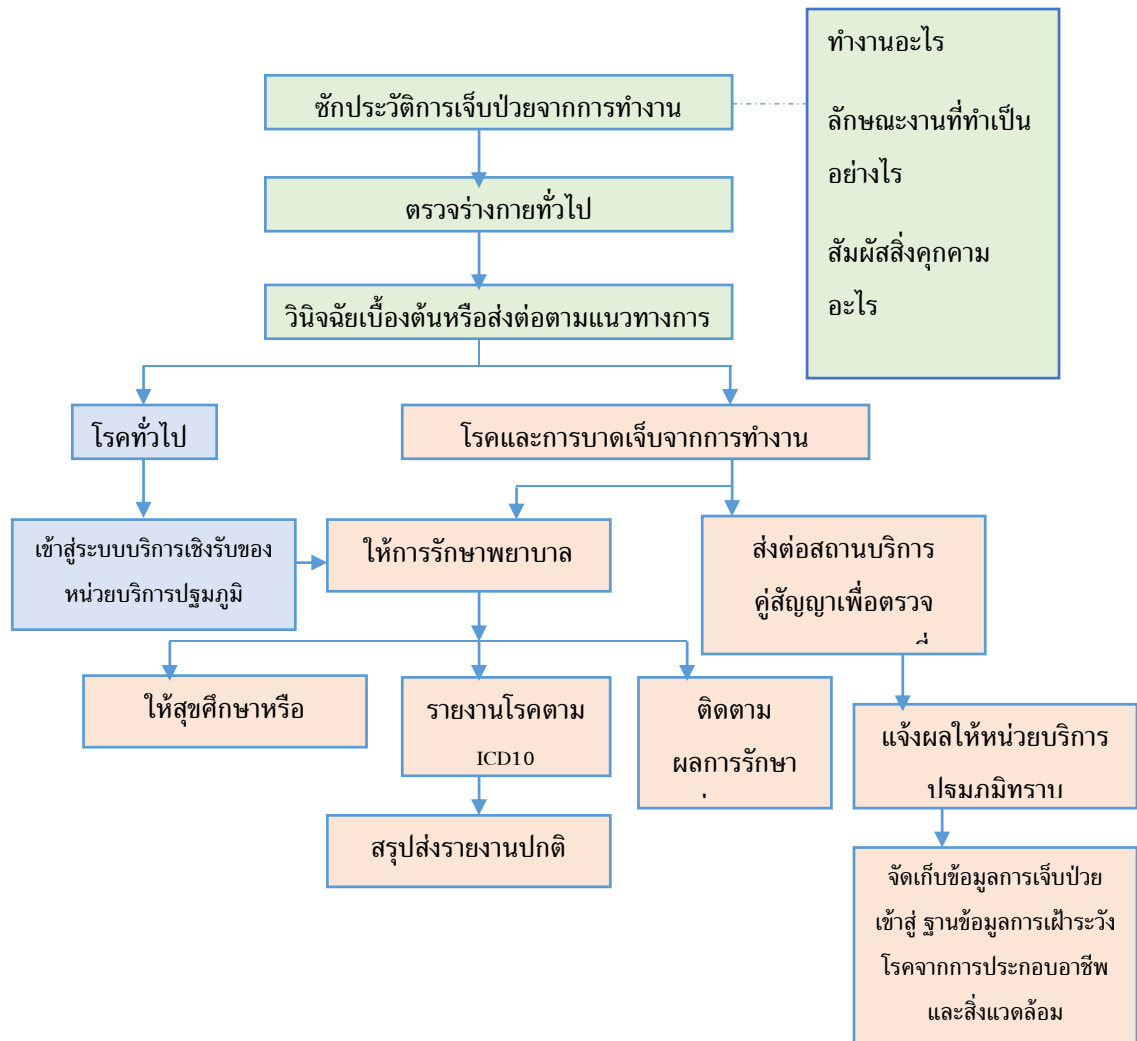
3.4.3 พัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่การจัดทำคู่มือเพื่อปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ถูกปรับปรุงขึ้นจากตำราและคู่มือหลายเล่ม โดยยึดเล่มหลักคือ เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตรการ จัดบริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานอนามัย โดยได้ตัดเนื้อหาที่เห็นยังไม่จำเป็นออกและเพิ่มเนื้อหาบางส่วนเข้าไป (ทั้งนี้ข้อมูลในการพิจารณาได้จากการประชุม พูดคุยกับผู้เกี่ยวข้องในช่วงเตรียมความพร้อม)

3.4.4 สนับสนุนแนวทางและแนวปฏิบัติในการคัดกรองโรคจากการทำงานของแรงงานนอก ระบบโดยมี เครื่องมือในการคัดกรองและรายงานโรคในการจัดบริการเชิงรับในรพสต.เครื่องมือที่สำคัญในการทำงานเพื่อตรวจคัดกรองและรายงานโรคคือ

3.4.4.1 .แบบผังการจัดบริการ เครื่องมือนี้สร้างขึ้นมาเพื่อทำความเข้าใจขั้นตอนในการคัดกรองโรคของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในรพสต.ตลอดจนทำให้สามารถคัดกรองโรค โดยการใช้คำถามสำคัญถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยและบาดเจ็บจากการทำงาน

3.4.4.2 แนวคำถามในการซักประวัติ เนื่องจากการซักประวัติเป็นขั้นตอนสำคัญของการคัดกรองโรคจากการทำงานดังนั้นแนวคำถามสำคัญที่ใช้ในการซักประวัติคือ

- ✕ ทำงานอะไร
- ✕ ลักษณะงานที่ทำเป็นอย่างไร
- ✕ การสัมผัสสิ่งคุกคามหรือปัจจัยที่เสี่ยง
- ✕ ทำงานนานเท่าใด ชั่วโมงการทำงาน
- ✕ ทำงานเสริมอื่นหรือไม่
- ✕ ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลหรือไม่
- ✕ อาการเมื่อไม่ได้ทำงานดีขึ้นไหม
- ✕ มีคนอื่นที่ทำงานแบบเดียวกันเป็นไหม

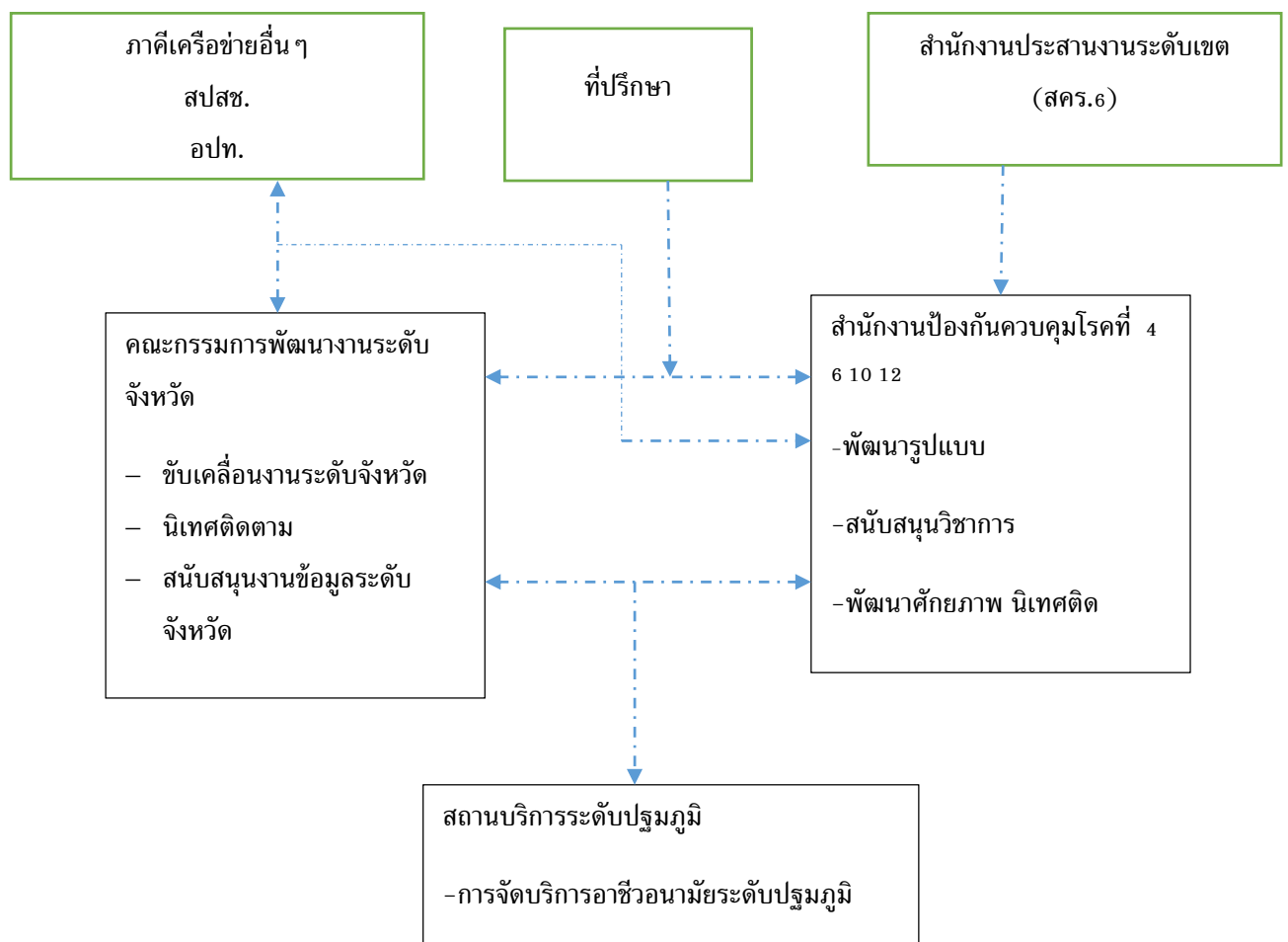


ภาพที่ 2 ผังการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิสำหรับแรงงานนอกระบบ

3.4.4.3 พัฒนาโปรแกรมสำเร็จรูป (สุปรรณบุรี) และการเขียนโปรแกรมเชื่อมโยง (ขอนแก่น เชียงใหม่) ตูรายละเอียดในภาคผนวก ข

3.5.การพัฒนาเครือข่ายระดับจังหวัด โดยมีกรอบคิดในการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายจังหวัดดังนี้

3.5.1 กรอบคิดในการดำเนินงานการพัฒนาเครือข่ายระดับจังหวัด



ภาพที่ 3 กรอบคิดในการดำเนินงานการพัฒนาเครือข่ายระดับจังหวัด

3.5.2 ดำเนินการโดยการสร้างทีมเครือข่ายระดับจังหวัดในพื้นที่ พื้นที่เป้าหมาย: จ. ขอนแก่น จ. พรรณบุรี และเครือข่ายอำเภอเมือง จ. ลำพูน (ยกเว้นจังหวัดสงขลาไม่ร่วมดำเนินการ) กลุ่มเป้าหมาย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประกอบด้วย

- จังหวัดขอนแก่นผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค ระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพ.ช. รพ.สต.
- จังหวัดสุพรรณ งานควบคุมโรค งานเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพ.ช. รพ.สต.
- อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน กลุ่มอาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพ.สต.

3.5.3 ขั้นตอน/กระบวนการดำเนินงาน (ภาคผนวก ค)

3.6 นิเทศติดตาม และให้คำปรึกษา โดยการนิเทศแบ่งออกเป็นกรณีโดยผู้ที่เกี่ยวข้องคือ สสจ. สคร. และสคร.นิเทศร่วมกับสสจ. จากการดำเนินงานที่ผ่านมาจะเป็นการนิเทศร่วมกันระหว่าง สสจ.และสคร. ส่วนบางจังหวัดที่ สสจ.ไม่ได้เข้าร่วมดำเนินการตั้งแต่แรก(สงขลา) ก็จะเป็นการนิเทศงานร่วมกันระหว่างสคร. และสสจ. ทั้งนี้ วิธีการนิเทศงานมีทั้ง ประชุมติดตามงาน ติดตามทาง email/ โทรศัพท์ ออกตรวจเยี่ยมพื้นที่ ทั้งนี้การนิเทศติดตามแต่ละแบบก็มีข้อดีและข้อเสียแตกต่างกันออกไป

๔ ประเด็นหลักของการนิเทศติดตามงาน

จังหวัด	การจัดบริการ	ข้อมูล
ขอนแก่น/ สุพรรณ/ ลำพูน/ สงขลา	● ความเข้าใจในโครงการฯ / แผนการดำเนินงาน ● Flow Chat ● ทบทวนความเข้าใจการจัดบริการเชิงรับ ● การประสานงาน กับ อปท. ● การสรุปผลการดำเนินงาน	● เครื่องมือการรายงานผลจัดบริการ ● ความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล ● ปัญหาอุปสรรคของการทำข้อมูล
สคร. นำผลการจากการนิเทศติดตามงาน มาจัดทำแผนสนับสนุน รพ.สต. (ปรับแผนการทำงาน)		

3.7 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (Instruments)

1.1 แบบสำรวจความปลอดภัย (Job safety Analysis) เทคนิค JSA เป็นเทคนิคประเมินอันตรายอันตรายที่เหมาะสมสำหรับใช้วิเคราะห์ในแต่ละขั้นตอนการทำงานว่าคนขณะทำงานจะสัมผัสสิ่งอันตรายใดบ้าง ที่อาจจะทำให้คนบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยโดยตรง แล้วกำหนดมาตรการควบคุมป้องกันเพื่อนำไปจัดทำเป็นวิธีปฏิบัติงานที่ปลอดภัยต่อไป เครื่องมือนี้มีจุดเด่นคือใช้ง่าย และมีหัวข้อให้หาวิธีการและแนวทางแก้ไขได้ด้วย

1.2 แบบวัดพฤติกรรมของแรงงานนอกระบบ (นบ.01) เป็นแบบสำรวจรายบุคคลจำนวน 3-4 หน้า ที่พัฒนาขึ้นมาโดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำหรับประเมินความเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพของแรงงานนอกระบบ โดยจัดระดับความเสี่ยงของการทำงานไว้

ให้ด้วยข้อเด่นคือใช้ง่ายในประเด็นของพฤติกรรม แต่การจัดระดับความเสี่ยงอาจจะต้องให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการเอง

1.3 เครื่องมือในการคัดกรองและรายงานโรคโดยเป็นแผนผัง แบบผังการจัดบริการเชิงรับในรพสต.เครื่องมือที่สำคัญในการทำงานเพื่อตรวจคัดกรองและรายงานโรค เครื่องมือนี้สร้างขึ้นมาเพื่อทำความเข้าใจขั้นตอนในการคัดกรองโรคของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในรพสต.ตลอดจนทำให้สามารถคัดกรองโรคโดยใช้คำถามสำคัญถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยและบาดเจ็บจากการทำงาน

3.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวมข้อมูลโดยคณะผู้วิจัยจากการสัมภาษณ์ การสำรวจ จากรายงาน

3.9 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. วัตถุประสงค์ข้อ 1 พัฒนารูปแบบและกลไกการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ .ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วัตถุประสงค์ข้อ 2 การจัดการข้อมูลด้านอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วัตถุประสงค์ข้อ 3 พัฒนากลไกและรูปแบบการสร้างเครือข่ายการพัฒนาระบบการจัดบริการอาชีวอนามัย ระดับจังหวัด ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.10 การวัดผลการศึกษา (outcome of study)

1. วัตถุประสงค์ข้อ 1 พัฒนารูปแบบและกลไกการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ วัดจากการจัดให้มีบริการอาชีวอนามัยทั้งเชิงรับเชิงรุก และการผลักดันการดำเนินงานผ่านองค์กรส่วนท้องถิ่นโดยมีแผนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับแรงงานนอกระบบ กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับพื้นที่: กองทุนสุขภาพท้องถิ่น จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการส่งเสริมป้องกันโรคที่เกิดจากการทำงานแก่แรงงานในชุมชน

2. วัตถุประสงค์ข้อ 2 การจัดการข้อมูลด้านอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ วัดจากการมีการสำรวจข้อมูลกลุ่มอาชีพ การประเมินความเสี่ยง และผลลัพธ์จากการคัดกรองความเสี่ยงจากการทำงานในกลุ่มแรงงานนอกระบบ

3. วัตถุประสงค์ข้อ 3 พัฒนากลไกและรูปแบบการสร้างเครือข่ายการพัฒนาระบบการจัดบริการอาชีวอนามัยระดับจังหวัด ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

บทที่ 4

ผลการศึกษา

4.1 ข้อมูลทั่วไป

รพสต.ที่ดำเนินการทั้งหมดมี 20 แห่ง อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น (ปัจจุบันคือสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น) จำนวน 6 แห่ง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี (ปัจจุบันคือสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี) จำนวน 5 แห่ง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ (ปัจจุบันคือสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่) จำนวน 5 แห่ง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา จำนวน 4 แห่ง ทั้งนี้ในแต่ละพื้นที่จะมีกลุ่มอาชีพหลัก (กลุ่มอาชีพที่มีจำนวนผู้ประกอบการอาชีพมาก 3-4 อันดับแรก) ที่เป็นแรงงานนอกระบบแตกต่างกันออกไป แต่โดยส่วนใหญ่คือทำนา ตามด้วยเกษตรกรรม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กลุ่มอาชีพในพื้นที่ดำเนินการ 20 แห่ง

พื้นที่ดำเนินการ	กลุ่มอาชีพ
ขอนแก่น	
✕ รพสต.โนนทอง ต.โนนทอง อ.หนองเรือ	ทำรางน้ำ สวนยางพารา ปลูกมะเขือเทศ/-
✕ รพสต.โนนทัน ต.โนนทัน อ.หนองเรือ	ทำนา รับจ้างทั่วไป ทำสวนผัก ทำผลิตภัณฑ์จากผ้า
✕ รพสต.ยางคำ ต.ยางคำ	ทำนา จักสาน
✕ รพช.น้ำพอง อ.น้ำพอง	ทำนา ปลูกอ้อย ทอเสื่อ
✕ รพสต.ทรายมูล ต.ทรายมูล อ.น้ำพอง	ทำนา ปลูกมะเขือเทศ ทอเสื่อ
✕ รพสต.บ้านหว้า ต.ทรายมูล อ.น้ำพอง	ทำนา
สุพรรณบุรี	

พื้นที่ดำเนินการ	กลุ่มอาชีพ
✕ รพสต.บางใหญ่ อ.บางปลาม้า	กลุ่มผลิตไม้กวาดจากไยมะพร้าว
✕ รพสต.บ้านแหลม	เกษตรกรรม
✕ รพสต.ไร่รถ	ทำงานในโรงงานศาลพระภูมิ
✕ รพสต.วัดดาว อ.บางปลาม้า	ทำนา
✕ รพสต.หนองสาหร่าย อ.ศรีประจันต์	กลุ่มเกษตรกรทำนาที่พ่นยา และผสมยาด้วยตนเอง และผู้รับจ้างพ่นยา
ลำพูน	
✕ รพสต.ประตูป่า ต.ประตูป่า อ.เมือง	ทำสวนลำไย
✕ รพสต.มะเขือแจ้ ต.มะเขือแจ้ อ.เมือง	ทำนา ช่างไม้ ช่างช่างกระจก/อลูมิเนียม /เย็บผ้า /-
✕ รพสต.บ้านกลาง ต.บ้านกลาง อ.เมือง	ทำนา ช่างไม้ ช่างเฟอร์นิเจอร์
✕ รพสต.ต้นธง ต.ต้นธง อ.เมือง	
✕ รพสต.สันมะนะ ต.สันมะนะ อ.เมือง	
✕ รพสต.เหมืองง่า ต.เหมืองง่า อ.เมือง	ทำนา ทำสวนลำไย จักสาน
สงขลา	
✕ รพสต.วังบวบ ตำบลฉาง อำเภอนาทวี	ทำสวน/-
✕ รพสต.จะโหนด ตำบลจะโหนด อำเภोजะนะ	ทำสวนยาง/-

พื้นที่ดำเนินการ	กลุ่มอาชีพ
✕ รพสต.ม่วงงาม ตำบลม่วงงาม อำเภอสิงหนคร	ประมง/-
✕ รพสต. ควนรู ตำบลควนรู อำเภอรัตภูมิ	ทำสวนยาง ทำสวน/-

4.2 รูปแบบและกลไกการให้บริการอาชีวอนามัย

4.2.1 รูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิมีหน่วยงานและกิจกรรมสำคัญดังนี้

4.2.1.1 กิจกรรมสำคัญ: กิจกรรมสำคัญที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการเพื่อให้เกิดการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการ คือกระบวนการพัฒนาศักยภาพ การสนับสนุนทางวิชาการ การขับเคลื่อนผลักดันเชิงนโยบาย และการนิเทศติดตาม นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนการดำเนินงาน จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผลการดำเนินงานดังรายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงกิจกรรม และบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้บริการอาชีวอนามัย

กิจกรรม	สคร. (แห่ง)	สสจ. (แห่ง)	หน่วยบริการปฐมภูมิ(แห่ง)				อปท.(แห่ง)			
			ลำพูน	ขอนแก่น	สุพรรณบุรี	สงขลา	ลำพูน	ขอนแก่น	สุพรรณบุรี	สงขลา
1.พัฒนาศักยภาพ หน่วยบริการ	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.สนับสนุนสื่อ เอกสาร คู่มือด้านวิชาการ	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-

กิจกรรม	สคร. (แห่ง)	สสจ. (แห่ง)	หน่วยบริการปฐมภูมิ(แห่ง)				อปท.(แห่ง)			
			ลำพูน	ขอนแก่น	สุพรรณบุรี	สงขลา	ลำพูน	ขอนแก่น	สุพรรณบุรี	สงขลา
3.การขับเคลื่อนและ ผลักดันนโยบายระดับ จังหวัด	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-
4.การจัดบริการอาชีว อนามัย										
4.1 การจัดกิจกรรมอา ชีวอนามัยเชิงรุก	-	-	5	5	5	-	5	5	5	-
4.2การจัดกิจกรรมอาชี วอนามัยเชิงรับ	-	-	5	5	5	4	-	-	-	-
5. การดำเนินกิจกรรม ตามโครงการส่งเสริม สุขภาพฯ	-	-	5	5	5	0	5	5	5	0
6.ติดตามและ ประเมินผล	4	3								

4.2.1.2 ผลการจัดบริการอาชีวอนามัย

1.) การจัดบริการเชิงรุกกิจกรรมสำคัญในการจัดบริการเชิงรุกคือ

- สำรวจข้อมูลกลุ่มอาชีพในพื้นที่เพื่อให้ทราบข้อมูลจำนวน ประเภทของ
แรงงานนอกระบบที่มีทั้งหมดในพื้นที่ในการสำรวจข้อมูลกลุ่มอาชีพบางพื้นที่ก็
ประสานขอข้อมูลจากอปท.เนื่องจากข้อมูลส่วนนี้ อปท.มีฐานข้อมูลอยู่แล้ว
- ประเมินความเสี่ยงอย่างง่ายครั้งนี้ใช้เครื่องมืออยู่สองชนิดคือแบบนบ.01
และแบบวิเคราะห์ความปลอดภัยในการทำงาน(Job safety Analysis-JSA)
- การจัดการและควบคุมความเสี่ยง

1 การประเมินความเสี่ยงและการสำรวจพฤติกรรม

การประเมินความเสี่ยงและการสำรวจพฤติกรรมของกลุ่มแรงงานนอกระบบโดยใช้แบบ.01 มีการสำรวจพฤติกรรมทั่วไปของกลุ่มแรงงานนอกระบบ จำนวน 2,821 คน จาก 4 จังหวัด จำนวน 19 รพสต. ผลการประเมินความเสี่ยงโดยแบบ นบ01 ในประเด็นการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ การมีโรคประจำตัว เป็นต้น ผลการประเมินความเสี่ยงเบื้องต้นจากกลุ่มตัวอย่างเพศชายใกล้เคียงกับเพศหญิง(ร้อยละ 53.2 และ 46.8 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ทำอาชีพ เกษตรกรรม/ทำไร่ และทำสวน/สวนยาง (ร้อยละ 41.4 และ 39.7) ด้านสภาพแวดล้อมและความเสี่ยงจากการทำงานพบว่า ร้อยละ 42.1 เคยประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน ด้านสภาพปัญหาการทำงานที่มีความเสี่ยง 5 อันดับแรกคือทำางการทำงานที่ไม่เหมาะสม โดยอาการที่พบคือการปวดเมื่อยแต่พอทนได้ และปวดเมื่อยจนต้องรับประทานยา ทำงานในสถานที่ที่มีความร้อน ทำให้ เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายและกระหายน้ำ และร้อยละ 14.7 มีอาการเป็นผื่นแดง และคนตามผิวหนัง แดงจ้ำ ทำงานในที่ที่มีฝุ่นละออง ผลกระทบสุขภาพเนื่องจากฝุ่นพบว่าร้อยละ 31.2 มีอาการระคายเคืองทางเดินหายใจและ ร้อยละ 28.9 มีอาการคันคันที่ผิวหนัง ทำงานที่เสี่ยงต่อแมงสัตัว กัดต่อย และการสัมผัสกับสารเคมี (ร้อยละ 63.0, 62.3 47.5 , 46.9 และ 43.5 ตามลำดับ) ดังรายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานเบื้องต้นในกลุ่มแรงงานนอกระบบ (n =2821)

ลำดับ	ข้อมูลความเสี่ยง	ขอนแก่น(n=1350)		สุพรรณบุรี(n=66)		ลำพูน(n=567)		สงขลา (n=838)		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลทั่วไป											
1	เพศ			ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล						
	ชาย	705	52.22			337	59.44	424	50.60	1466	53.21
	หญิง	645	47.78			230	40.56	414	49.40	1289	46.79
		1350	100.00			567	100.00	838	100.00	2755	100.00
2	อาชีพ										
	ประมง	0	0	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	0	0	81	9.74	81	2.77
	ค้าปลีก	26	1.98			12	3.60	82	9.86	120	4.11
	ทำนา/ เกษตรกรรม/ไร่	801	60.87			146	43.84	60	7.21	1209	41.36
	ทำสวน/ทำสวน										
	ยาง	365	27.74			119	35.74	435	52.28	1159	39.65
	กรรมกร/รับจ้าง	108	8.21			0	0.00	39	4.69	147	5.03
	เฟอร์นิเจอร์/ช่าง										
	ไม้	0	0.00			28	8.41	0	0.00	28	0.96
	อื่นๆ	16	1.22			28	8.41	135	16.23	179	6.12

ลำดับ	ข้อมูลความเสี่ยง	ขอนแก่น(n=1350)		สุพรรณบุรี(n=66)		ลำพูน(n=567)		สงขลา (n=838)		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	รวม	1316	100.00			333	100.00	832	100.00	2923	100.00
3	ได้รับอุบัติเหตุ/ การบาดเจ็บจาก การทำงาน	715	52.96	16	24.24	135	23.81	322	38.42	1188	42.11
	สภาพแวดล้อมใน การทำงาน										
4	สัมผัสแหล่งความ ร้อน/ทำงาน กลางแจ้ง	1008	74.67	22	33.33	292	51.50	434	51.79	1756	62.25
5	สัมผัสเสียงดังมาก	565	41.85	43	65.15	38	6.70	156	18.62	802	28.43
7	ใช้หรือสัมผัส สารเคมี	1001	74.15	15	22.73	27	4.76	185	22.08	1228	43.53
8	สัมผัสฝุ่นละออง	966	71.56	20	30.30	44	7.76	309	36.87	1339	47.47
9	บริเวณที่ทำงาน สภาพชื้นแฉะ มีน้ำ ขัง	714	52.89	26	39.39	9	1.59	179	21.36	928	32.90

ลำดับ	ข้อมูลความเสี่ยง	ขอนแก่น(n=1350)		สุพรรณบุรี(n=66)		ลำพูน(n=567)		สงขลา (n=838)		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
10	ถูกแมลง สัตว์กัด ต้อยในขณะทำงาน	827	61.26	36	54.55	99	17.46	362	43.20	1324	46.93
12	ทำงานที่ต้องยก ของหนักหรือ ท่าทางการทำงานที่ ไม่เหมาะสม	1050	77.78	19	28.79	174	30.69	533	63.60	1776	62.96

2. การควบคุมและจัดการความเสี่ยง

และเมื่อแรงงานนอกระบบพบความเสี่ยงจากการทำงาน บุคคลากรจะแนะนำให้มีการจัดการ และควบคุมความเสี่ยง โดยใช้หลักการตามที่ได้รับการอบรมมาคือ การควบคุมที่ต้นเหตุ การควบคุมที่ ทางผ่าน และการควบคุมที่ตัวบุคคลดังข้อมูลตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการดำเนินการจัดกิจกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงจากการทำงานในพื้นที่

พื้นที่ดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย/กิจกรรมป้องกันและควบคุม ความเสี่ยงที่ดำเนินงานในพื้นที่
ขอนแก่น	
✕ รพสต.โนนทอง ต.โนนทอง อ. หนองเรือ	ทำรางน้ำ สวนยางพารา ปลุกมะเขือเทศ/-
✕ รพสต.โนนทัน(บ้านเปือยเดิม) ต. โนนทัน อ.หนองเรือ	ทำนา รับจ้างทั่วไป ทำสวนผัก ทำผลิตภัณฑ์จาก ผ้า /อบรมโครงการส่งเสริมสุขภาพวัยแรงงาน
✕ รพสต.ยางคำ ต.ยางคำ	ทำนา จักสาน/อบรมให้ความรู้เรื่องการป้องกัน ตนเองจากการใช้สารเคมี
✕ รพช.น้ำพอง อ.น้ำพอง	ทำนา ปลุกอ้อย ทอเสื่อ/โครงการส่งเสริมสุขภาพ แรงงานนอกระบบในเขตเทศบาลตำบลน้ำพอง/ กิจกรรมให้ความรู้และตรวจเลือดเกษตรกร/โครงการ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ
✕ รพสต.ทรายมูล ต.ทรายมูล อ.น้ำ พอง	ทำนา ปลุกมะเขือเทศ ทอเสื่อ/อบรมให้ความรู้ เรื่องการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมี
✕ รพสต.บ้านหว้า ต.ทรายมูล อ.น้ำ พอง	ทำนา/อบรมให้ความรู้เรื่องการป้องกันตนเองจาก การใช้สารเคมี
สุพรรณบุรี	

พื้นที่ดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย/กิจกรรมป้องกันและควบคุม ความเสี่ยงที่ดำเนินงานในพื้นที่
✕ รพสต.บางใหญ่ อ.บางปลาม้า	กลุ่มผลิตไม้กวาดจากไยมะพร้าว /อบรมให้ความรู้ ในเรื่องการรู้จักสารเคมี อันตรายของสารเคมี การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการปฐมพยาบาลเมื่อได้รับสารเคมี
✕ รพสต.บ้านแหลม	เกษตรกร/สนับสนุนการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลแก่กลุ่มเกษตรกร และนอกจากกลุ่มเกษตรกรที่มีความเสี่ยง
✕ รพสต.ไร่รถ	ทำงานในโรงงานศาลพระภูมิ/ตรวจสอบสภาพวัยแรงงาน
✕ รพสต.วัดดาว อ.บางปลาม้า	ทำนา/โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเกษตรกร
✕ รพสต.หนองสาหร่าย อ.ศรีประจันต์	กลุ่มเกษตรกรทำนาที่พ่นยา และผสมยาด้วยตนเอง และผู้รับจ้างพ่นยา /อบรมให้ความรู้กลุ่มเกษตรกรที่ผลการเจาะเลือด ตรวจคัดกรองหาระดับสารเคมีในเลือดพบว่าไม่ปลอดภัย
ลำพูน	
✕ รพสต.ประตูป่า ต.ประตูป่า อ.เมือง	ทำสวนลำไย /จัดอบรมด้านอาชีพวนามัยแก่แรงงานนอกระบบ
✕ รพสต.มะเขือแจ้ ต.มะเขือแจ้ อ.เมือง	ทำนา ช่างไม้ ช่างช่างกระจก/อูมิเนียม /เย็บผ้า /-
✕ รพสต.บ้านกลาง ต.บ้านกลาง อ.เมือง	ทำนา ช่างไม้ ช่างเฟอร์นิเจอร์/จัดอบรมด้านอาชีพวนามัยแก่แรงงานนอกระบบ
✕ รพสต.ต้นธง ต.ต้นธง อ.เมือง	

พื้นที่ดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย/กิจกรรมป้องกันและควบคุม ความเสี่ยงที่ดำเนินงานในพื้นที่
------------------	--

× รพสต.สันมะนะ ต.สันมะนะ อ.
เมือง

× รพสต.เหมืองง่า ต.เหมืองง่า อ.
เมือง

ทำนา ทำสวนลำไย จักสาน/โครงการดูแลตนเอง
เพื่อป้องกันโรคจากการทำงานในกลุ่มแรงงานนอก
ระบบ

สงขลา	
-------	--

× รพสต.วังบวบ ตำบลฉาง อ.นาทวี

ทำสวน/-

× รพสต.จะโหนด ตำบลจะโหนด อ.
จะนะ

ทำสวนยาง/-

× รพสต.ม่วงงาม ตำบลม่วงงาม อ.
สิงหนคร

ประมง/-

× รพสต. ควนรู ตำบลควนรู อ.รัต
ภูมิ

ทำสวนยาง ทำสวน/-

นอกจากนี้ หน่วยบริการสาธารณสุขจะมีการจัดกิจกรรมเชิงรุกแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับการเลือก
กลุ่มแรงงานนอกระบบในพื้นที่ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 สรุปการจัดบริการเชิงรุกที่ดำเนินการโดย รพสต.

จังหวัด	ดำเนินการ โดย รพ.สต.	ร่วมกับ อปท.
สุพรรณบุรี	- สำรวจความเสี่ยง นบ . 01 วิเคราะห์ - วิเคราะห์ เลือกรับจ้างฉีดยา - ประเมินพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยความ เสี่ยงจากสารเคมี - คัดกรอง เจาะเลือด Focus Group	- อบรม อสอช. / ประชุมกลุ่มเพื่อจัด สวัสดิการ - การจัดทำโครงการ เพื่อเสนอขอของบ กองทุนสุขภาพตำบล - ได้รับจัดสรรงบประมาณจาก อปท.

จังหวัด	ดำเนินการ โดย รพ.สต.	ร่วมกับ อปท.
	- จัดการความเสี่ยง โดยการให้ความรู้ - มีการติดตามเยี่ยมเฉพาะกลุ่มเสี่ยง	
ขอนแก่น	- ประเมินความเสี่ยง โดย JSA หรือ นบ. 01 - กิจกรรม อบรมให้ความรู้ (ยางคำ) / ทรายมูล กับ ประชุมระดมเพื่อจัดทำแผนจัดการความเสี่ยง - กิจกรรมจัดการความเสี่ยง โดยการใช้ ปู่ ชีวภาพ (บ้านเปือย)	- บูรณาการแผนการดำเนินงานร่วมระหว่าง อปท. และ รพ.สต. - การวิเคราะห์ปัญหาแรงงานร่วมกัน 3 ฝ่าย และจัดทำแผนงานโครงการ เพื่อเสนอขอใช้งบกองทุนสุขภาพตำบล - ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล - กิจกรรม อบรมให้ความรู้ - กิจกรรมจัดการความเสี่ยง โดยการใช้ ปู่ ชีวภาพ (โนนทัน น้ำพอง)
ลำพูน	- ประเมินความเสี่ยง นบ. 01 - กิจกรรม อบรมให้ความรู้ - กิจกรรมจัดการความเสี่ยง	- สนับสนุนทางด้านวิชาการ อบรม อส. อช. - ร่วมจัดทำแผนขอสนับสนุนกองทุนสุขภาพตำบล - ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล
สงขลา	- ประเมินความเสี่ยง นบ. 01 - กิจกรรมคืนข้อมูลสถานการณ์เจ็บป่วยจากการทำงานและความเสี่ยงจากการทำงานนอกระบบ - กิจกรรมจัดการความเสี่ยง	มีการประสานงาน/เสนอโครงการฯ เพื่อขอรับการสนับสนุน แต่เนื่องจาก อปท. ขอทำเอง หรืองบน้อย เลยไม่เห็นผลลัพธ์

2.) การจัดบริการเชิงรับ

การจัดบริการเชิงรับโดยการคัดกรองและการรายงานการเจ็บป่วยจากการทำงานในกระบวนการจัดบริการเชิงรับเน้นการคัดกรองและการรายงานโรคจากการทำงานจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่ PCUs โดยเจ้าหน้าที่จะเป็นผู้ให้ซักประวัติการทำงาน และลักษณะงานที่เป็นสาเหตุให้มาใช้บริการที่ PCU การ

รักษาพยาบาลเบื้องต้นและรายงานโรค ทั้งนี้เจ้าหน้าที่จะต้องมีการลงผลการคัดกรองโรคเบื้องต้นโดยใช้รหัส ICD10ร่วม เป็น Y96 Y97 ในระบบฐานข้อมูลของ PCU เอง

การคัดกรองโรค เนื่องจากที่รพสต.เป็นปราการด่านหน้าในการให้บริการกับคนไข้ที่มาที่รพสต.ถ้าหากมีการคัดกรองอย่างถูกต้องและมีการซักประวัติการทำงานอย่างละเอียดในที่นี้ได้คัดเลือกกลุ่มอาการเจ็บป่วยจากการทำงาน 3 อาการคือ บาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากงาน 2. ผื่นแพ้หรืออาการแพ้จากสารเคมีหรือสิ่งอื่น ๆ อันเนื่องมาจากการทำงาน 3. อาการปวดเมื่อย ระบบโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้ออันเนื่องมาจากการทำงาน โดยมีเหตุผลหลักที่สำคัญคือ ที่เจ้าหน้าที่ในรพสต.สามารถคัดกรองเบื้องต้นจากการซักประวัติสาเหตุและการทำงาน และเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในกลุ่มแรงงาน

รายงานโรค หลังจากมีการวินิจฉัยและคัดกรองโรคแล้ว เพื่อให้มีข้อมูลที่บ่งบอกสถานการณ์ของโรคได้ จึงได้จัดทำให้มีการรายงานโรคลงระบบ ในระยะแรกๆ (ปลายปี 2553-กลางปี 2554) ที่ยังไม่มีโปรแกรมสำเร็จรูปมาใช้ แต่ละพื้นที่รายงานการเจ็บป่วยโดยใช้แบบฟอร์ม สอ.1 แต่ปัญหาที่พบคือเป็นการเพิ่มภาระงานให้เจ้าหน้าที่ตอนหลังจึงได้พัฒนาโปรแกรมสำเร็จรูปขึ้นมาเพื่อช่วยประหยัดเวลา แรงงานและไม่เพิ่มภาระงานให้เจ้าหน้าที่ รวมทั้งไม่ไปรบกวนระบบฐานข้อมูลปกติของหน่วยบริการนั้น ทั้งนี้โปรแกรมนี้ต้องไม่ใช่โปรแกรมที่สร้างขึ้นมาจากต่างหากเพราะไม่ตอบโจทย์การเพิ่มภาระงานหากต้องมาลงหรือคีย์ข้อมูลใหม่ ดังนั้นบทสรุปของการเขียนโปรแกรมสำเร็จรูปคือใช้วิธีการดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลเดิมและการใช้ รหัส ICD10 เป็นตัวเชื่อมและดึงข้อมูล แต่ปัญหาที่สำคัญคือการออกแบบโปรแกรมของแต่ละพื้นที่จะแตกต่างกันไปเนื่องจากแต่ละจังหวัดใช้โปรแกรมฐานข้อมูลที่ต่างกันบ้าง เหมือนกันบ้าง ดังนั้นแต่ละพื้นที่ต้องออกแบบโปรแกรมตนเองเพื่อดึงข้อมูลออกมาโดยสรุปแต่ละพื้นที่มีการใช้โปรแกรมเชื่อมและดึงข้อมูลจากฐานดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การบันทึกข้อมูลรายงาน /ลงแฟ้มประวัติครอบครัว และโปรแกรมสำเร็จรูป

สุพรรณบุรี	ขอนแก่น	ลำพูน	สงขลา
โปรแกรม E health ออกแบบเพิ่มเติมใน E Health	JHCIS ใช้วิธี Link ตามเงื่อนไข Y96Y97	JHCIS ใช้วิธี Link ตามเงื่อนไข Y96Y97	JHCIS ใช้วิธี Link ตาม เงื่อนไข Y96Y97
ประมวลผล ตามแบบ สอ.1	ออกรายงาน สอ.1 ในช่วงแรกหลังจากนั้น ให้ออกรายงานเป็น 506/2	รายงาน สอ. 1	รายงาน สอ. 1

สุพรรณบุรี	ขอนแก่น	ลำพูน	สงขลา
มีการบันทึกด้วยมือ ตาม แบบ สอ.1	มีการบันทึกด้วยมือ ตามแบบ สอ.1	มีการบันทึกด้วยมือ ตามแบบ สอ.1	ภาคผนวก
มีคู่มือการใช้โปรแกรม	มีคู่มือการใช้โปรแกรม	มีคู่มือการใช้โปรแกรม	

ผลการคัดกรองโรคจากการเก็บข้อมูลในปีงบประมาณ 2553-2555 ของพื้นที่ 4 จังหวัด ข้อมูลผู้มารับบริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.90 เพศชาย ร้อยละ 42.1 อายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 27.70 รองลงมาอยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 24.20 ราย อายุน้อยที่สุด 12 ปี และอายุมากที่สุด 98 ปี ด้านอาชีพส่วนใหญ่เป็นอาชีพเกษตรกรรม เช่น ทำนา/ทำไร่ ปลูกพืช เลี้ยงสัตว์ คิดเป็นร้อยละ 53.90 รองลงมาคือ กลุ่มอาชีพรับจ้างต่างๆ เช่น รับจ้างทั่วไป รับจ้างตัดอ้อย ทำงานในโรงงาน รับจ้างก่อสร้าง ขับรถ คิดเป็น ร้อยละ 35.60 ด้านการเจ็บป่วย การบาดเจ็บและอุบัติเหตุจากการทำงานส่วนใหญ่ผู้มารับบริการมารับการรักษาและใช้บริการด้วยกลุ่มอาการของโรคกล้ามเนื้อ กระดูก และโครงสร้าง เช่น อาการปวดบวม ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออักเสบ ข้อและเอ็นอักเสบ ปวดตามข้อ ปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย รายละเอียดดังตารางที่ 7 ในปี 2555 แรงงานนอกระบบมีอัตราป่วย 19.6 ต่อประชากร 1000 คน โดยอัตราป่วยด้วยกลุ่มโครงสร้างกล้ามเนื้อและกระดูกสูงสุด (อัตราป่วย 12.2 ต่อประชากร 1000 คน) รองลงมาคือการบาดเจ็บจากการทำงาน (อัตราป่วย 3.0 ต่อประชากร 1000 คน) และ การแพ้พิษ ฝุ่นคั้นจากการทำงาน (อัตราป่วย 0.7 ต่อ ประชากร 1000 คน) (ข้อมูลไม่ได้แสดงในตาราง)

ตารางที่ 7 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะทางระบาดวิทยาของกลุ่มแรงงานนอกระบบที่มาใช้บริการเชิงรับที่หน่วยบริการปฐมภูมิและได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเจ็บป่วยจากการทำงาน (n=3,353)

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	1410	42.1
หญิง	1943	57.9
2. อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 15 ปี	12	0.4
15-19 ปี	61	1.8
20-29 ปี	286	8.6
30-39 ปี	547	16.4
40-49 ปี	924	27.7
50-59 ปี	807	24.2
มากกว่า 60 ปี	695	20.9
3. อาชีพ		
เกษตรกรรม/ปศุสัตว์/ปลูกพืช/ทำไร่/ทำสวน	1417	53.9
รับจ้าง/ก่อสร้าง/ขับรถ/คนงานโรงงาน	935	35.6
ค้าขาย	100	3.8
ช่างต่างๆ/ช่างเฟอร์นิเจอร์/ทำรงน้ำ/เย็บผ้า/ทอเสื้อจก สาน	91	3.5
อื่นๆทหารข้าราชการนักเรียนแม่บ้าน	85	3.2
4. การเจ็บป่วย		
โรคกล้ามเนื้อ กระดูกและโครงสร้าง	2089	62.3
การบาดเจ็บและอุบัติเหตุ	651	19.4
ภูมิแพ้ อาการแพ้ ผื่นคัน	463	13.8
สาเหตุอื่นๆ	150	4.5

4.2.2 กลไกการดำเนินงาน

ในการสร้างกลไกการดำเนินงานเพื่อให้เกิดกระบวนการจัดการจัดการบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิมีดังนี้

4.2.2.1 การพัฒนาองค์ความรู้และวิชาการ: PCUs 20 แห่งได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการจากหน่วยงานคือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต จำนวน 14 แห่ง และ อีก 5 แห่งได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ของโรงพยาบาลทั่วไป กิจกรรมในการสนับสนุนทางวิชาการคือ การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผลิตคู่มือ เครื่องมือ ในการดำเนินงาน ประเมินผลการดำเนินงาน

4.2.2.2 การสนับสนุนด้านนโยบายและการจัดการ: มี PCUs จำนวน 10 แห่งจาก 2 จังหวัดที่ได้รับการสนับสนุนระดับจังหวัด โดยกำหนดเป็นนโยบาย ตัวชี้วัดระดับจังหวัด ที่กำหนดโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ PCUs จำนวน 5 แห่งที่กำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับอำเภอ ที่ส่งผลให้มีขบวนการการนิเทศติดตาม ให้คำปรึกษาแนะนำและการพัฒนาระบบข้อมูลระดับจังหวัด เพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันโรค ส่วนอีก 4 แห่งยังไม่พบกลไกการขับเคลื่อนเชิงนโยบายในทั้งระดับอำเภอ และจังหวัด และนอกจากนี้ พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยงานควบคุมโรคจาก 2 จังหวัดจะเป็นผู้สนับสนุนขบวนการจัดการเช่น การประสานงาน การจัดทำแผนงานการอำนวยความสะดวกอื่นๆ ฯลฯ ให้กับ PCUs ในพื้นที่ตัวอย่าง ส่วนอีก PCUs อีก 5 แห่งได้รับการสนับสนุนด้านการจัดการจากกลุ่มอาชีวเวชกรรมของโรงพยาบาลทั่วไป

4.2.2.3 การสร้างการมีส่วนร่วม: กลไกการมีส่วนร่วมวัดจากการประสานแผน ร่วมกันจัดทำแผน และการได้รับบสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อจัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานนอกระบบ พบว่า มี 14 PCUs จากทั้งหมด 20 PCUs สามารถขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากอปท.ในปี 2554-255 รวม17 โครงการ งบประมาณทั้งสิ้นจำนวน 465,000 บาท ดังรายละเอียดตารางที่ 8 ตารางที่ 8 แสดงรายละเอียดแผนงานและงบประมาณปี 2554-2555 จากอปท.เพื่องานป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพในกลุ่มแรงงานนอกระบบ

จังหวัด/รพ.สต./อปท.	เรื่องที่สนับสนุน	จำนวนงบประมาณ
จังหวัดขอนแก่น		
1. ลำน้ำพอง	ได้บรรจุเรื่องการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบไว้ในเทศบัญญัติท้องถิ่น 3 ปี	150,000

จังหวัด/รพ.สต./อปท.	เรื่องที่สนับสนุน	จำนวนงบประมาณ
2. ทราชมูล	อบรมให้ความรู้เรื่องการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมี	5,000
3. โนนทัน	โครงการฝึกปลอดสารพิษและเฝ้าระวังโรคจากสารกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร	20,000
4 ยางคำ		20,000
จังหวัดสุพรรณบุรี		
1. บ้านแหลม	สนับสนุนการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	15,000 บาท
2. หนองสาหร่าย	โครงการ เกษตรกรปลอดโรค ผู้บริโภคปลอดภัย สมุนไพรล้างพิษ ภัยจิตผ่องใส	50,000 บาท
3. บางใหญ่	โครงการอบรมให้ความรู้ ในเรื่องการรู้จักสารเคมี อันตรายของสารเคมี การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลและการปฐมพยาบาลเมื่อได้รับสารเคมี	15,000 บาท
4. ไรรอด	โครงการตรวจสุขภาพวัยแรงงาน	60,000 บาท
5 วัดดาว	โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเกษตรกรเพื่อเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสารเคมี	30,000 บาท
จังหวัดลำพูน		
1. บ้านกลาง	โครงการเจาะหาสารเคมีในเลือด ของเกษตรกร /ร้านเสริมสวย/ร้านเฟอร์นิเจอร์	60,000 บาท
2. ดันธง	โครงการรณรงค์ค้นหาผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชภาคเกษตรกรรม	50,000 บาท
3. เหมืองง่า	โครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ (การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์)	10,000 บาท
4. ประดู่ป่า	โครงการส่งเสริมและพัฒนานโยบายสาธารณะด้านอาชีวอนามัยและสวัสดิการแรงงานในชุมชน	30,000 บาท
	โครงการหมู่บ้านต้นแบบด้านการจัดการสุขภาพ	90,000 บาท
5. มะเขือแจ้	โครงการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ (อาชีวอนามัย)	10,000 บาท
รวมงบประมาณ		465,000 บาท

โดยสรุปกลไกสำคัญของการดำเนินงาน การจัดการอาชีวอนามัย สำหรับ รพ.สต. มี 2 แบบ คือ เชิงรุกและเชิงรับเชิงรุก ประกอบด้วย ประเมินความเสี่ยง/การจัดความเสี่ยง/การสร้างเครือข่ายระดับพื้นที่เชิงรับ ประกอบด้วย การซักประวัติ คัดกรองโรค/เฝ้าระวัง และรายงานโรค (ต้องมีระบบข้อมูลที่ย่าง และสะดวก ไม่

เพิ่มภาระงาน)/เข้าสู่ระบบการจัดบริการปกติ(ตามกรอบคิดรูปแบบการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในรพ.สต.)

การสนับสนุนที่จำเป็น 1) วิชาการ ศูนย์เขตมีบทบาทสำคัญต่อการทำงานด้านอาชีวอนามัย เช่น การพัฒนาศักยภาพ การพัฒนาคู่มือ เครื่องมือ / การบริหารจัดการ หน่วยงานจังหวัดเป็นแกนหลักในการสนับสนุนนโยบาย หมายถึง กลุ่มงานโรคจากการประกอบอาชีพฯ และงานระบาดวิทยา การจัดข้อมูล ต้องทำภายใต้กรอบคิดที่ไม่เพิ่มภาระงาน และการนำไปใช้ประโยชน์ โดยบูรณาการกับระบบที่มีอยู่ เครือข่ายระดับพื้นที่ (ตำบล) จนท. รพ.สต. ต้องเข้าใจงาน และสามารถแนะนำให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ได้ สรุปเป็นแผนภาพได้ดังนี้

ภาพที่ 4รูปแบบและกลไกการพัฒนาการจัดการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ

การสนับสนุนด้านวิชาการ-ศูนย์วิชาการเขต

- ✕ การเตรียมความพร้อม
- ✕ การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่
 - พัฒนาหลักสูตร
 - จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน
 - การนิเทศและติดตาม
 -

การสนับสนุนด้านนโยบาย/บริหารจัดการ-เครือข่ายระดับจังหวัด

- ผลักดันนโยบาย/ตัวชี้วัด
- แผนระดับจังหวัด
- การนิเทศและติดตาม

หน่วยบริการปฐมภูมิ

การจัดการบริการเชิงรุก

กรอบคิด คัดกรองโรคที่สามารถวินิจฉัยเบื้องต้นใน 3กลุ่มอาการโดยรพสต..

การประเมินความเสี่ยง

JSA/นบ.01

การจัดการบริการเชิงรับ

การซักประวัติและคัดกรอง

การเฝ้าระวังและรายงานโรค

โปรแกรมเชื่อมและดึงข้อมูล

อปท.- กองทุนสุขภาพตำบล

อาสาสมัครอาชีวอนามัย

การบริหารจัดการ

ทีมงาน/คณะทำงาน

การบริหารจัดการ

การรักษาพยาบาลเบื้องต้น

กรอบคิด

- ไม่เพิ่มภาระงาน
- ไม่สร้างโปรแกรมใหม่
- บูรณาการกับระบบที่มีอยู่

4.3 การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและคัดกรองโรคจากการทำงานในกลุ่มแรงงานนอกระบบ

ที่ผ่านมา ยังไม่ได้มีการจัดระบบข้อมูล การจัดเก็บและการรายงานปัญหาการเจ็บป่วยจากการทำงานในระดับรพสต. รวมทั้งในกลุ่มอาชีพที่เป็นแรงงานนอกระบบทั้ง ๆ ที่มีข้อมูลชัดเจนว่าส่วนใหญ่แรงงานนอกระบบใช้บริการที่ รพสต. ส่วนในกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการเฝ้าระวังโรคจากการทำงาน โดยใช้ระบบรายงาน 506/2 แต่ระบบนี้ยังใช้เฉพาะในโรงพยาบาล ยังไม่ได้มีการนำมาใช้ในระดับรพสต. เนื่องจากยุ่งยากและซับซ้อนเกินไป จากการดำเนินงานของโครงการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในช่วงต้น ๆ ของระยะที่ใช้การลงรายงานด้วยมือทำให้ไม่สะดวกและเพิ่มภาระงาน และในช่วงปลายปี 2554-2555 มีการพัฒนาโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อช่วยในการวิเคราะห์และดึงระบบรายงาน แต่ปัญหาที่พบคือ โปรแกรมสำเร็จรูปในแต่ละพื้นที่มีหลากหลายและมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย การใช้โปรแกรมใดโปรแกรมหนึ่งอาจจะไม่เหมาะสม ดังนั้น การพัฒนาระบบข้อมูลต้อง สอดคล้องกับ โปรแกรมสำเร็จรูปของพื้นที่ การลงข้อมูลต้องง่าย ไม่เพิ่มภาระ ไม่ใช่โปรแกรมที่สร้างขึ้นใหม่เฉพาะ ควรปรับที่มีอยู่ให้สามารถใช้ได้ จากแนวคิดดังกล่าวที่มรับผิตชอบโครงการจึงได้มีการจัดทำโครงการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและคัดกรองโรคจากการทำงานในกลุ่มแรงงานนอกระบบ ภายใต้โครงการพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผลการรายงานการเจ็บป่วย บาดเจ็บและอุบัติเหตุจากการทำงานของผู้ที่มารับบริการในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2554-2555 เป็นดังตารางที่ 8

รายงานการเจ็บป่วย การบาดเจ็บและอุบัติเหตุจากการทำงานของผู้ที่มารับบริการในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลในปีงบประมาณ 2554-2555 ของพื้นที่ 4 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น จังหวัดสงขลา จังหวัดลำพูน และจังหวัดสุพรรณบุรี จากการรวบรวมรายงานมีข้อมูลผู้มารับบริการที่พบสาเหตุการเจ็บป่วย การบาดเจ็บและอุบัติเหตุจากการทำงานส่วนใหญ่ในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 33.40 (จำนวน 1120 ราย) รองลงมาเป็นรายงานผู้มารับบริการจาก จังหวัดขอนแก่น คิดเป็นร้อยละ 30.90 (จำนวน 1035 ราย) จังหวัดสงขลา คิดเป็นร้อยละ 26.80 (จำนวน 897 ราย) และจังหวัดลำพูน ร้อยละ 9.00 (จำนวน 301 ราย) ส่วนรายละเอียดข้อมูลการมารับบริการแยกสถานบริการ รายละเอียดดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ข้อมูลจำนวนแรงงานนอกระบบที่ได้รับการคัดกรองการเจ็บป่วยจากการทำงาน ที่มาใช้บริการแยกตามจังหวัดและสถานบริการ (n=3353)

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. จังหวัด		
จังหวัดขอนแก่น	1035	30.9
จังหวัดสงขลา	897	26.8
จังหวัดลำพูน	301	9.0
จังหวัดสุพรรณบุรี	1120	33.4
2. สถานบริการ		
รพ.น้ำพองจังหวัดขอนแก่น	364	10.9
รพ.สต.ควนรูจังหวัดสงขลา	291	8.7
รพ.สต.จานองจังหวัดสงขลา	108	3.2
รพ.สต.ต้นธงจังหวัดลำพูน	18	.5
รพ.สต.ทรายมูลจังหวัดขอนแก่น	417	12.4
รพ.สต.โนนทองจังหวัดขอนแก่น	104	3.1
รพ.สต.โนนทันจังหวัดขอนแก่น	74	2.2
รพ.สต.บางใหญ่จังหวัดสุพรรณบุรี	70	2.1
รพ.สต.บ้านกลางจังหวัดลำพูน	40	1.2
รพ.สต.บ้านแหลมจังหวัดสุพรรณบุรี	126	3.8
รพ.สต.ประดู่ป่าจังหวัดลำพูน	46	1.4
รพ.สต.มะเขือแจ้ จังหวัดลำพูน	90	2.7
รพ.สต.เมืองงามจังหวัดสงขลา	312	9.3

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
รพ.สต.ยาคำจังหวัดขอนแก่น	76	2.3
รพ.สต.ไรรงจังหวัดสุพรรณบุรี	403	12.0
รพ.สต.วังบวบจังหวัดสงขลา	186	5.5
รพ.สต.วัดดาวจังหวัดสุพรรณบุรี	322	9.6
รพ.สต.หนองสาหร่าย จังหวัดสุพรรณบุรี	199	5.9
รพ.สต.เหมืองง่าจังหวัดลำพูน	107	3.2

การรวบรวมรายงานส่วนใหญ่เป็นข้อมูลผู้มารับบริการในปี พ.ศ. 2554 คิดเป็นร้อยละ 74.40 (จำนวน 2442 ราย) รองลงมาเป็นข้อมูลในปี พ.ศ. 2555 คิดเป็นร้อยละ 19.10 (จำนวน 627 ราย) และ พ.ศ. 2553 คิดเป็นร้อยละ 6.50 (จำนวน 212 ราย) และพบว่าการมารับบริการส่วนใหญ่เป็นช่วงเดือนมกราคม คิดเป็นร้อยละ 13.70 (จำนวน 450 ราย) รองมาเป็นเดือนกุมภาพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 10.90 (จำนวน 357 ราย) เดือนธันวาคม คิดเป็นร้อยละ 10.70 (จำนวน 352 ราย) เดือนมีนาคม คิดเป็นร้อยละ 10.60 (จำนวน 348 ราย) และเดือนพฤศจิกายน คิดเป็นร้อยละ 10.40 (จำนวน 341 ราย) ตามลำดับรายละเอียดดังตารางที่ 10

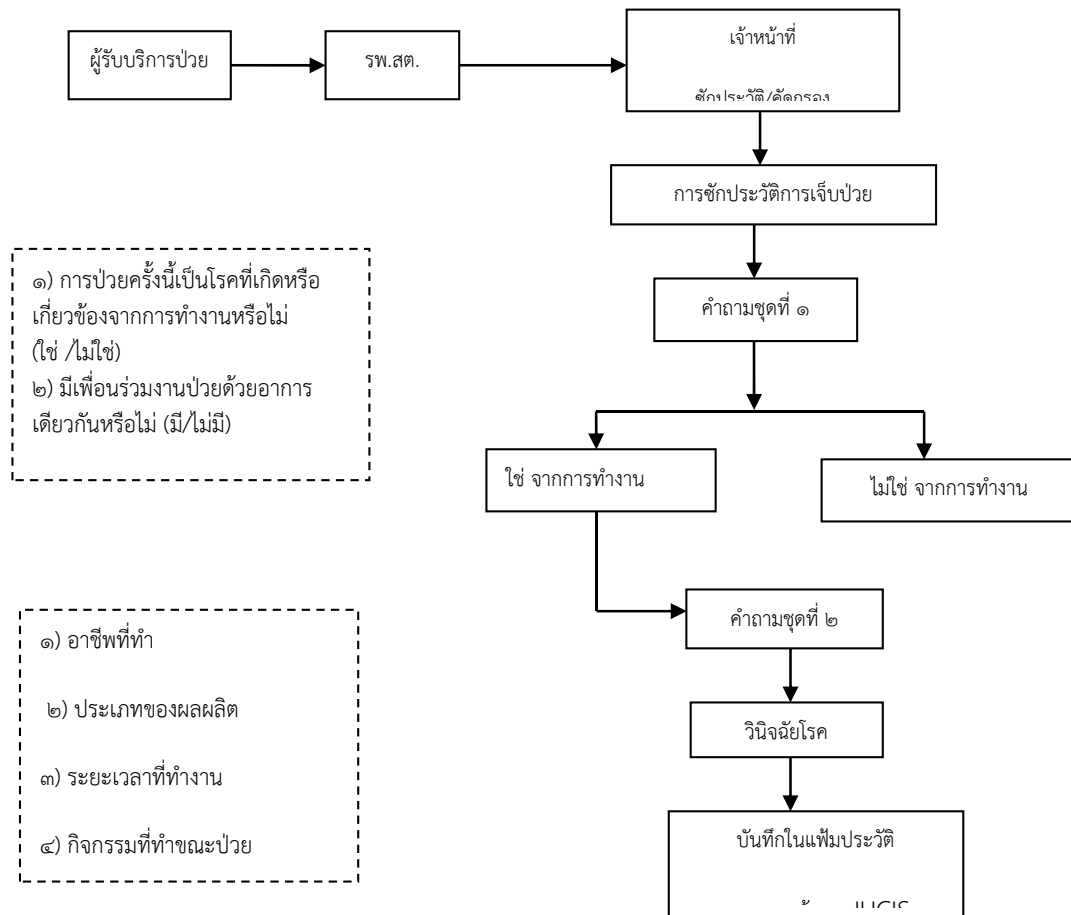
ตารางที่ 10 ข้อมูลผู้ป่วยแรงงานนอกระบบที่ได้รับการคัดกรองการเจ็บป่วยจากการทำงานแบ่งตามปีที่มาใช้บริการ (n=3353)

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. ปี พ.ศ.		
2552	2	0.1
2553	212	6.5
2554	2442	74.4
2555	627	19.1
2. เดือนที่มารับบริการ		
มกราคม	450	13.7
กุมภาพันธ์	357	10.9
มีนาคม	348	10.6
เมษายน	208	6.3
พฤษภาคม	187	5.7
มิถุนายน	207	6.3

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
กรกฎาคม	165	5.0
สิงหาคม	135	4.1
กันยายน	249	7.6
ตุลาคม	284	8.7
พฤศจิกายน	341	10.4
ธันวาคม	352	10.5

โดยสรุปผังการคัดกรองด้วยวาจาการเจ็บป่วยจากการทำงานของแรงงานนอกระบบใน หน่วยบริการปฐมภูมิ เมื่อคนไข้มารับบริการเป็นดังนี้

ภาพที่ 5 ผังการคัดคัดกรองด้วยวาจาจากการเจ็บป่วยจากการทำงานของแรงงานนอกระบบใน หน่วยบริการปฐมภูมิ



4.4 การพัฒนาเครือข่ายอาชีวอนามัยระดับจังหวัด

จากขบวนการพัฒนาโลกเพื่อสนับสนุน ผลักดันนโยบาย นิเทศติดตามการทำงานอาชีวอนามัยระดับพื้นที่ ในรูปของคณะทำงานน่าจะเป็นแนวทางที่จะช่วยสนับสนุนให้มีการขับเคลื่อนงานในระดับจังหวัด โดยผลการพัฒนากรรมการระดับจังหวัด พบว่าจังหวัดขอนแก่นและสุพรรณบุรีมีการดำเนินงานในรูปของกรรมการระดับจังหวัด จังหวัดลำพูนทำงานในรูปของคณะกรรมการอำเภอ ส่วนจังหวัดสงขลาไม่ได้มีการขับเคลื่อนในเรื่องนี้ สำหรับขอนแก่นมีตัวชี้วัดอาชีวอนามัยระดับจังหวัดในปี 2555 จำนวน 2 ตัว คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการจัดบริการดูแลสุขภาพเชิงรุกให้เกษตรกรได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด และแรงงานนอกระบบได้รับการจัดบริการดูแลสุขภาพจากโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รายละเอียดตามภาคผนวก) ส่วนจังหวัดอื่นๆยังไม่พบผลลัพธ์ของการดำเนินงานในเชิงนโยบายระดับจังหวัดและอำเภอ ดังรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 11 สรุปการพัฒนาเครือข่ายระดับจังหวัด อำเภอ และการตั้งคณะทำงานของจังหวัดสุพรรณบุรี ลำพูน และขอนแก่น

ประเด็น	จังหวัดขอนแก่น	จังหวัดลำพูน	จังหวัดสุพรรณ
คณะอำนวยการ	20 คน ประกอบด้วย นพ.สสจ./ ผอ.รพ. /สสอ./หัวหน้า กลุ่มอาชีวอนามัย	คณะทำงานพัฒนาการ จัดบริการอาชีวอนามัยใน หน่วยบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิ อ.เมือง จ. ลำพูน คณะกรรมการที่ปรึกษา จำนวน 23 คน ประกอบด้วย ผอ. รพ. ลำพูน เป็นประธาน เลขา หัวหน้ากลุ่มอาชีพเวช กรรม	
หน้าที่	ให้นโยบายสั่งการอำนวยการ ความสะดวก สนับสนุนการดำเนินงาน และแก้ไขปัญหาที่อาจจะ เกิดขึ้นที่ไม่บรรลุนิติ วัตถุประสงค์	กำหนดนโยบาย เป้าหมาย ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน และแนวทางการ ดำเนินงาน ควบคุมกำกับ และเป็นที่ปรึกษาของ คณะทำงาน ติดตามผล	

ประเด็น	จังหวัดขอนแก่น	จังหวัดลำพูน	จังหวัดสุพรรณ
คณะดำเนินงาน	จำนวน 19 คน ประกอบด้วย หัวหน้างาน ควบคุมโรค เป็นประธาน ผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย เลขานุการ	ผลักดันงานอาชีวอนามัย ในเชิงนโยบาย คณะทำงานจำนวน 24 คน ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่ม งานอาชีวเวชกรรม รพ. ลำพูน ประธาน เจ้าหน้าที่กลุ่มงานอาชีว อนามัย เป็นเลขา คณะทำงาน	ประกอบด้วยงานควบคุม โรค ผู้ดูแลระบบIT
บทบาทหน้าที่	จัดทำแผนปฏิบัติการและ ดำเนินการตามแผน ประสานงานนิเทศติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน ในพื้นที่รับผิดชอบ พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ในการดำเนินงาน แรงงาน นอกระบบ	วิเคราะห์ สถานการณ์ จัดทำแผนปฏิบัติการ ประสาน นิเทศติดตาม สนับสนุน พัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่ ขอรับการ สนับสนุนงบ ผลักดันการ พัฒนาระบบข้อมูลโรคจาก การประกอบอาชีพและ สิ่งแวดล้อม	อบรมการคัดกรองโรค การใช้โปรแกรมสำเร็จรูป นิเทศติดตาม

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

โครงการ การพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิสำหรับแรงงานนอกระบบมีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบและกลไกการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้ครอบคลุมมิติอาชีวอนามัยที่แรงงานสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มุ่งการส่งเสริม ป้องกันความเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพ ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เพื่อพัฒนาฐานข้อมูล และการจัดการข้อมูลด้านอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ และ พัฒนากลไกและรูปแบบการสร้างเครือข่ายการพัฒนาระบบการจัดบริการอาชีวอนามัยระดับจังหวัด สรุปผลการศึกษาเป็นดังนี้

1 รูปแบบและการพัฒนากลไกในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

คือการจัดกิจกรรมอาชีวอนามัยทั้งเชิงรุกและเชิงรับ กิจกรรมเชิงรุกประกอบด้วย การสำรวจทะเบียนกลุ่มแรงงานนอกระบบ การประเมินความเสี่ยงอย่างง่าย การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผลการประเมินความเสี่ยงอย่างง่ายโดยจากกลุ่มแรงงานนอกระบบพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มแรงงานมีความเสี่ยงจากการทำงานโดยการทำงานในท่าทางที่ไม่เหมาะสมและยกของหนัก ทำงานในสภาพอากาศร้อน และการสัมผัสกับสารเคมี ส่วนกิจกรรมเชิงรับประกอบด้วย การคัดกรองและวินิจฉัยโรคจากการทำงานเบื้องต้น การให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การจัดทำสถานการณ์สุขภาพแรงงานนอกระบบ การคัดกรองและวินิจฉัยการเจ็บป่วยจากการทำงานเบื้องต้นพบว่าแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูก รองลงมาคือการประสบอุบัติเหตุ และบาดเจ็บจากงาน และ การแพ้พิษฝุ่นคั้นจากสารเคมี ส่วนกลไกการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยในPCUs ที่สำคัญประกอบด้วย 1) ด้านการสนับสนุนด้านวิชาได้แก่ การพัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ รพสต. โดยหน่วยงานด้านวิชาการได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต หรือ กลุ่มอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลทั่วไป ทั้งนี้หน่วยวิชาการอื่นที่สามารถเป็นแหล่งความรู้ให้กับ เจ้าหน้าที่PCUs ได้อีกคือสถาบันวิชาการ รวมทั้งรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ และองค์ความรู้ ความสามารถทำได้หลากหลายรูปแบบเช่นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเรียนรู้จากการทดลองทำ 2) ด้านการสนับสนุนด้านนโยบาย และการจัดการ รวมทั้งการติดตามนิเทศงาน โดยหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญคือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดระดับจังหวัด หรืออย่างน้อยในระดับอำเภอ 3) การสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งนี้กิจกรรมสำคัญที่จะสร้างการมีส่วนร่วมคือ การคืนข้อมูล การประสานแผน และร่วมกันจัดทำแผนงาน จะเห็นว่ารูปแบบและกลไก การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบนั้นมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการจัดบริการโดยเฉพาะระดับจังหวัด⁽⁹⁾⁽¹⁵⁾ แต่หน่วยงานระดับอำเภอเช่น โรงพยาบาลชุมชน หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอยังไม่ได้มีบทบาทมากนัก

ข้อเสนอแนะ

- 1 สนับสนุนให้หน่วยงานระดับอำเภอ เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน ดังกล่าว เข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชนเองมีบทบาทในการสนับสนุนงานของหน่วยบริการปฐมภูมิด้านอื่น ๆ อยู่แล้ว ขณะเดียวกันสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นหน่วยงานบังคับบัญชาควรจะเข้ามามีบทบาทในการควบคุม กำกับการดำเนินงาน
- 2 ถึงแม้จะพบว่ารูปแบบการดำเนินงานของPCUs จะมีรูปแบบที่ชัดเจนและเจ้าหน้าที่PCUsมีศักยภาพที่จะดำเนินการได้ แต่ยังต้องการการสนับสนุนด้านนโยบายจากระดับจังหวัดรวมทั้งการนิเทศงานอย่างต่อเนื่อง

2 การพัฒนาฐานข้อมูล และการจัดการข้อมูลด้านอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ

จากการพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อให้มีการคัดกรองโรคและการเจ็บป่วยจากการทำงานในกลุ่มแรงงานนอกระบบโดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ PCUs นั้น โดยส่วนใหญ่จะมีการพัฒนาโดยใช้ฐานข้อมูลเดิมที่มีอยู่ และพัฒนาโปรแกรมเชื่อมกับฐานข้อมูลเดิมของหน่วยบริการที่มีอยู่แล้ว (ส่วนใหญ่คือ JHCIS และ Hos XP) เพียงแต่ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการซักประวัติการเจ็บป่วยจากการทำงาน โดยคำถามหลักๆ คือ “ป่วยเป็นอะไร อาชีพอะไร ลักษณะงานที่ทำ ไปทำอะไรมา สาเหตุเกิดจากงานหรือไม่ มีใครเป็นเหมือนกันหรือไม่” ถ้าหากมีการเจ็บป่วยเนื่องจากงาน ผู้ที่คีย์ข้อมูลจะต้องใส่รหัส Y 96 หรือ Y97 หากเกิดจากงาน หรือเกิดจากปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ส่วนเรื่องการเจ็บป่วยและกลุ่มอาการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะคัดกรองเบื้องต้นคือ การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงาน การแพ้สารเคมี สารกำจัดศัตรูพืชจากการทำงาน อุบัติเหตุจากการทำงาน ข้อมูลการเจ็บป่วยที่รวบรวมได้ยังไม่ใช่วงรอบปีของการเก็บรวบรวมโดยเฉพาะในปี 2552, 2553 ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้น และ 2555เป็นช่วงของการสรุปโครงการถ้าอยากให้เกิดสถานการณ์ในภาพรวมที่แท้จริง ควรดำเนินเพิ่มเติมในพื้นที่อื่นๆ รวมทั้งดำเนินการอย่างต่อเนื่องในปี 2555 เป็นต้นไป ระบบข้อมูลงานอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งนี้มีกรอบแนวคิดหลักที่สำคัญ คือต้องเป็นกิจกรรมที่ไม่เพิ่มภาระงานใน รพ.สต รวมทั้ง การคัดกรองโรคเข้าสู่ระบบรายงาน ควรจะเป็นโรคหรือกลุ่มอาการที่สามารถวินิจฉัยและคัดกรองเบื้องต้นได้ด้วย รพ.สต.เอง ทั้งนี้เจ้าหน้าที่จะต้องมีความเข้าใจในเรื่อง หลักการและแนวคิดและความรู้พื้นฐานในงานอาชีวอนามัย รวมทั้งการให้รหัส ICD 10 เบื้องต้น ส่วนการพัฒนาโปรแกรมสำเร็จรูป เนื่องจากโปรแกรมปกติของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสม ควรจะเป็นโปรแกรมที่เชื่อมหรือดึงข้อมูลจาก

โปรแกรมปกติของพื้นที่นั้นๆ ทั้งนี้ โปรแกรมดังกล่าวต้องไม่รบกวนระบบการทำงานของโปรแกรมปกติ เช่นบางพื้นที่ เกรงว่าโปรแกรมจะไปรบกวนระบบ จึงขอถอนตัวไม่ร่วมโครงการ

ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบฐานข้อมูล

ต่อผู้ใช้โปรแกรม

ผู้ใช้งานควรมีความรู้พื้นฐานเรื่องการคัดกรอง และการวินิจฉัยโรคจากการทำงานเบื้องต้น รวมทั้งการให้รหัส ICD 10

ต่อผู้ดูแลระบบฐานข้อมูลและโปรแกรม

1. ผู้ดูแลระบบควรมีโอกาสพูดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ใช้งานเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและรับฟังข้อแนะนำเพื่อนำมาปรับปรุงโปรแกรมให้ง่ายต่อการใช้งานและเกิดประโยชน์สูงสุด
2. โปรแกรมควรถูกพัฒนาโดยผู้ดูแลระบบและผู้รับผิดชอบในพื้นที่ ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจความต้องการและระบบงานของตนเองและสามารถแก้ไขปรับปรุงได้ด้วยตนเอง
3. โปรแกรมที่ถูกพัฒนาขึ้น ควรเป็นโปรแกรมที่เชื่อม/ดึงข้อมูลจากโปรแกรมระบบที่มีอยู่ในระบบปกติมากกว่าที่จะพัฒนาโปรแกรมขึ้นมาใหม่

ต่อผู้บริหาร

สนับสนุนให้มีการนำแนวคิดการพัฒนาโปรแกรมเชื่อมและดึงข้อมูลไปใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจในการวางแผนแก้ปัญหาด้านอาชีวอนามัยในกลุ่มแรงงานนอกระบบระดับจังหวัดและประเทศ

3. พัฒนากลไกและรูปแบบการสร้างเครือข่ายการพัฒนาระบบการจัดบริการอาชีวอนามัยระดับจังหวัด

การพัฒนากลไกเพื่อสนับสนุน ผลักดันนโยบาย นิเทศติดตามการทำงานอาชีวอนามัยระดับจังหวัด จังหวัดขอนแก่น สุพรรณบุรี ดำเนินงานในรูปของคณะทำงาน ที่องค์ประกอบของเครือข่ายทั้งหมด ดำเนินการในรูปของคณะกรรมการที่มาจากส่วนต่างๆของหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข เช่น ผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด งานระบาดวิทยา ผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และหน่วยบริการ จังหวัดลำพูนทำงานในรูปของคณะกรรมการอำเภอ สำหรับขอนแก่นมีตัวชี้วัดอาชีวอนามัยระดับจังหวัดในปี 2555 จำนวน 2 ตัว คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการจัดบริการดูแลสุขภาพเชิงรุกให้เกษตรกรได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด และแรงงานนอกระบบได้รับการจัดบริการดูแลสุขภาพจากโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนจังหวัดอื่น ๆ ยังไม่พบผลลัพธ์ของการดำเนินงานในเชิงนโยบายระดับจังหวัดและอำเภอ

ข้อเสนอแนะ

- 1 การดำเนินงานในรูปแบบของเครือข่ายระดับจังหวัดและพื้นที่ ควรมีการการพบปะกันและวางแผนการดำเนินงานร่วมกันเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องกัน
- 2 ควรเพิ่มและขยายการสร้างเครือข่ายในรูปของคณะกรรมการที่อยู่นอกกระทรวงสาธารณสุขเช่น สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน สำนักงานแรงงานจังหวัด หรือแม้แต่สำนักงานเกษตรจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานของทุกภาคส่วนได้มีการบูรณาการ และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหามากยิ่งขึ้น การจัดบริการอาชีวอนามัยควรเริ่มจากการทำงานจากเชิงรับก่อน จึงจะค่อยต่อเนื่องเรื่องจัดบริการเชิงรุก
3. การสร้างเครือข่ายเพื่อที่จะเชื่อมโยงไปยังจังหวัดอื่นๆ สิ่งสำคัญควรมองไปที่เป้าหมาย ต้องมีความเห็นในการบรรลุเป้าหมายด้วยกัน นอกจากนี้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้อาจไม่ใช่แค่การจัดเวทีเท่านั้น อาจรวมถึงช่องทางในการพูดคุยกัน เช่น Social Network และอาจเริ่มดำเนินการจากกลุ่มเล็กๆ ขึ้นมาก่อน เพราะหากเป็นกลุ่มใหญ่อาจจะยากในการดำเนินงาน

เอกสารอ้างอิง

บทที่ 1

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศ; การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2554 (Informal Employment Surveys 2011), 90 หน้า, 2554
2. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2557). รายงานประจำปี 2557, อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 20 มกราคม 2558].เข้าถึงได้จาก <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents?g=4&s=1&page=3>
3. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค, ผลกระทบต่อสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช , [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 12 เมษายน 2556].เข้าถึงได้จาก <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/106>
4. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค, นโยบาย มาตรการของกระทรวงสาธารณสุข และโครงการของกรมควบคุมโรคในการดูแลในการดูแลสุขภาพกลุ่มเกษตรกร , [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 12 เมษายน 2556].เข้าถึงได้จาก <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/106>
5. สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน, แผนยุทธศาสตร์การบริหารจัดการแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2555-2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 12 เมษายน 2556].เข้าถึงได้จาก http://www.mol.go.th/sites/default/files/downloads/other/PlanStrategy_Labour55-59Minister.pdf

บทที่ ๒

6. Suresh Munbodh ;**Mobile Unit for the Informal Sector**, [Internet]. 2010 [Date of access Jan 4,2010,available at www.unevoc.unesco.org/.../MAR-Munbodh-Informal.doc ,
7. **Informal sector** , [Internet]. 2010 [Date of access Jan 4,2010 , available at http://www.ilo.org/public/english/region/asro/bangkok/feature/inf_sect.htm
8. มูลนิธิพัฒนาแรงงานและอาชีพ , แรงงานนอกระบบ, [อินเทอร์เน็ต]. 2548 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 10 มกราคม 2556].เข้าถึงได้จาก <http://homenetthailand.org/informal-worker/>
9. อุดุลย์ บัณทุกุล, บริการอาชีวอนามัย. [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 10 มกราคม 2556].เข้าถึงได้จาก <https://www.gotoknow.org/posts/247814>
10. Jorma Rantanen , **Basic occupational health services—their structure; content and objectives**, Scandinavian Journal of Work Environmental & Health, Supplement 2005;no 1:5–15
- 11.Jorma Rantanen, **Newconcept in occupational health services –BOHS**, [Internet]. 2010 [Date of access Jan 4,2014 , available at

http://www.who.int/occupational_health/publications/bohsbooklet.pdf,

12. นนทกานต์ จันทร์อ่อน, การบริหารจัดการแรงงานนอกระบบแห่งประเทศไทย, [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 10 มีนาคม 2556].เข้าถึงได้จาก
http://library.senate.go.th/document/Ext5360/5360123_0002.PDF
- 13.ปิยะนารถ จาติเกตุ. (บรรณาธิการ). (2556). ถอดบทเรียน: แก่ปี ก้าวไป เรียนรู้ไปกับการพัฒนาการจ้ดระบบบริการสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบในประเทศไทย. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.].
14. Somkiat Siriruttanaruk et al, Integrating Occupational Health Services into Public Health Systems: A Model Developed with Thailand's Primary Care Units,2006
15. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข: เอกสารประกอบการอบรมการจัดบริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีนอานามัย, 2552
16. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2558). คู่มือการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข : คลินิกสุขภาพเกษตรกร (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2558) . พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
17. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2553). แนวทางการวินิจฉัยโรคและภัยจากการประกอบอาชีพเบื้องต้นสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข . พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
18. Sherry L. Baron, *Injuries in Child Laborers in the Informal Sector in Mexico City*, Mexico, 1997 'Public Health Rep. 2005 Nov-Dec; 120(6): 598-601
- 19 W. D. Salter,INTERNATIONAL OSH PROGRAMME ON THE INFORMAL SECTOR, [Internet]. 2010 [Date of access Jan 4,2010 , available at
www.ilo.org/public/english/region/asro/mdtmanila/.../osh.doc .
- .
- 18 .Rafiei M, Ezzatian R, Farshad A, Sokooti M, Tabibi R, Colosio C. Occupational Health

- Services Integrated in Primary Health Care in Iran. *Ann Glob Heal*. 2015;81(4):561–7.
19. Constitution T, Basic T, Health O, Bohs T, Commission I, Ata A, et al. Basic occupational health services. 2009;13(1):1–2.
 20. Somkiat Siriruttanaruk, Koji Wada, Tsuoshi Kawakami. Promoting occupational health services for workers in the informal economy through primary health care unit. ILO Asia-Pacific Working Paper series, September 2009.
 - 21 Chu PC, Fuh HR, Luo JC, Du CL, Chuang HY, Guo HR, et al. The impact of occupational health service network and reporting system in Taiwan. *Int J Occup Environ Health*. 2013;19(4):352–62.

ตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัย

- 2.โครงการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับแรงงานนอกระบบ ภายใต้แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงานนอกระบบ; การพัฒนาหลักสูตรการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข: 110 หน้า: 2552
3. S.Somkiat, W. Koji, K. Tsuyoshi: ILO Sub region office for East; Promoting Occupational health Services for worker in the information economy through primary health care unit Bangkok; ILO, 2009
- 4.สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข: เอกสารประกอบการอบรมการจัดบริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีนามัย, 2552
- 5.สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข: แนวทางการดำเนินงานประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบ, 2552
6. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข: คู่มือการใช้แบบประเมินทางการดำเนินงานประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบ, 2551

7. สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี: อาชีวอนามัยและความปลอดภัยพื้นฐาน: หน่วยที่10 การจัดบริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม; available at

http://www.sut.ac.th/im/618241-BASIC_OCC/headleson10.htm, Date of access 20 August 2012

8. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข: แนวทางปฏิบัติการให้บริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับสถานบริการสุขภาพโรงพยาบาลศูนย์ □/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์ □สุขภาพชุมชนและสถานีนอามัย; 2549; available at http://www.envocc.org/downloads/forum_occold/HandBook/HealthCareHandbook.pdf

Date of access 20 August 2012

9.อรพิน วิมลภูษิต, สมาคมวิถีทางเลือกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน: การพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน: อาชีวอนามัยอีกมิติหนึ่งของความมั่นคงในอาชีพและรายได้; available at

http://sadathailand.org/index.php?option=com_content&view=article&id=26:2011-05-01-11-50-06&catid=11:plan1&Itemid=35 , Date of access 20 August 2012

10.วิวัฒน์ เอกบูรณวัฒน์, มุลนิธิสืมาอชีวะ, แรกเริ่มเรียนรู้ อาชีวเวชศาสตร์, 86 หน้า, 2554

ตอนที่ 2 การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร

1. วิวัฒน์ เอกบูรณวัฒน์, มุลนิธิสืมาอชีวะ , คู่มือการลงรหัส ICD-10 โรคจากการประกอบอาชีพ ,60 หน้า,2554

2. บรรณาธิการ โยธิน เบญจวง, วิลาวัลย์ จึงประเสริฐ; มาตรฐานการวินิจฉัยโรคจากการทำงานฉบับเฉลิมพระเกียรติเนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา; 442 หน้า,2550

3. จรัส โชคสุวรรณกิจ,ศูนย์อาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม รพ.นพรัตนราชธานี,สมาคมโรคจากการประกอบอาชีพแห่งประเทศไทย, การให้รหัส ICD 10 ในงานอาชีวอนามัย; available at http://www.anamai.moph.go.th/occmed/indexarticle_icd10.htm Date of access 20 August 2012

August 2012

4. สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน,แนวทางและเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจากการทำงาน,2547,148 หน้า

5. Surveillance at NIOSH, available at <http://www.cdc.gov/niosh/topics/surveillance/>

(Accessed 21 August 2012)

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล..... □□□□ □□□

แบบประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. วัน-เดือนที่ประเมิน.....ปี พ.ศ.....□□□□
2. ชื่อ- สกุล ผู้สอบถาม.....
3. สถานะผู้รับการประเมินความเสี่ยงฯ ☐ 1.เป็นผู้มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข
☐ 2.ไม่เป็นผู้มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข

ชื่อ - สกุล ผู้รับประเมิน (นาย ,นาง,นางสาว).....

4. หมายเลขบัตรประชาชน □ □□□ □ □□□□□ □□ □
5. อายุ□□
6. เพศ..... ☐ 1.ชาย ☐ 2.หญิง
7. ที่อยู่ปัจจุบัน.....จังหวัด..... □□
8. อาชีพหลัก □□□
9. ลักษณะงานของอาชีพหลัก □□□□□
10. อาชีพเสริม..... □□□

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความเสี่ยง

11. ในที่ทำงานหรืออาชีพหลักที่ท่านทำอยู่ มีสิ่งใดที่อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยต่อตัวท่านหรือผู้ร่วมงานหรือไม่

- ☐ 1. มี ระบุ(ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก) ☐ ฝุ่น ☐ สารเคมี ☐ เสียงดัง ☐ ความร้อน
- ☐ แสงสว่าง มาก/น้อยเกินไป ☐ ปวดเมื่อยจากการทำงาน ☐ เชื้อโรค
- ☐ อื่นๆ
- ☐ 2. ไม่แน่ใจ ☐ 3ไม่ทราบ/ไม่มี

12. ขณะที่ท่านทำงาน ท่านคิดหรือไม่ว่าอาจเกิดการบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย ต่อตัวท่านเองหรือผู้ร่วมงาน

- ☐ 1. คิดทุกครั้ง ☐ 2. ส่วนใหญ่คิด ☐ 3. คิดเป็นบางครั้ง/ไม่ได้คิด

13. ขณะที่ท่านทำงาน ท่านมีการเตรียมตัวหรือจัดสภาพการทำงานให้เหมาะสมเพื่อการป้องกันอันตรายหรือไม่

- ☐ 1. ได้เตรียมการทุกครั้ง ☐ 2. ส่วนใหญ่เตรียมการ ☐ 3. เตรียมนาน ๆ ครั้ง / ไม่ได้เตรียมการ

14. ปัจจุบันนี้ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือไม่

- ☐ 1. ไม่ดื่ม ☐ 2. ดื่มเป็นบางครั้ง/ดื่มนาน ๆ ครั้ง ☐ 3. ดื่มเป็นประจำ/ดื่มจนติดเป็นนิสัย

15. ปัจจุบันนี้ท่านสูบบุหรี่/ยาเส้น หรือไม่

- ☐ 1. ไม่สูบ ☐ 2. สูบเป็นบางครั้ง/สูบนาน ๆ ครั้ง ☐ 3. สูบเป็นประจำ

16. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

- | | | | |
|---------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| โรคความดันโลหิตสูง | ☐ 1. ไม่มี | ☐ 2 ไม่ทราบ | ☐ 3. มี |
| โรคหัวใจ | ☐ 1. ไม่มี | ☐ 2 ไม่ทราบ | ☐ 3. มี |
| โรคเบาหวาน | ☐ 1. ไม่มี | ☐ 2 ไม่ทราบ | ☐ 3. มี |
| ภูมิแพ้ / โรคหอบหืด | ☐ 1. ไม่มี | ☐ 2 ไม่ทราบ | ☐ 3. มี |

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความต้องการการสนับสนุน

17. ท่านต้องการการสนับสนุนอะไรบ้าง เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงาน

- ☐ 1. ต้องการ

1. ความรู้ ให้ระบุรายละเอียดดังข้างล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

- ☐ อันตรายจากการทำงาน ☐ หลักความปลอดภัยในการทำงาน
- ☐ การใช้สารเคมีให้ปลอดภัย ☐ การป้องกันควบคุมโรคและภัยจากการทำงาน
- ☐ อื่น ๆ.....

2. อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

- ☐ แวนตาป้องกัน..... ☐ อุปกรณ์ป้องกันการหายใจ
☐ ถุงมือป้องกัน..... ☐ อุปกรณ์ป้องกันการได้ยิน
☐ รองเท้าป้องกัน..... ☐ อื่น ๆระบุ.....

3. การตรวจสอบสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

- ☐ การตรวจสอบสุขภาพประจำปี ☐ การตรวจสอบสุขภาพตามความเสี่ยง
☐ ตรวจสอบสุขภาพอื่นๆ ระบุ

4. อื่นๆ

☐ 2. ไม่ต้องการ

การแปลผล

1.พิจารณาเฉพาะคำถามในส่วนที่ 2 เท่านั้น โดยแต่ละคำตอบจะมีคะแนนกำกับไว้ตามตารางคะแนนความเสี่ยง

ตารางคะแนนความเสี่ยง

คำถามส่วนที่ 2 ข้อมูลความเสี่ยง	ตอบข้อ 1	ตอบข้อ 2	ตอบข้อ 3	คะแนน ที่ได้
11. ในที่ทำงานหรืออาชีพหลัก ที่ท่านทำอยู่ มีสิ่งใดที่อาจ ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ หรือ เจ็บป่วยต่อตัวท่านหรือ ผู้ร่วมงานหรือไม่	ทราบ/มี = 1	ไม่แน่ใจ = 2	ไม่ทราบ/ไม่มี = 2	
12. ขณะที่ท่านทำงาน ท่านคิด หรือไม่ว่าอาจเกิดการบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย ต่อตัวท่านเองหรือ ผู้ร่วมงาน	คิดทุกครั้ง = 1	ส่วนใหญ่คิด = 1	คิดบางครั้ง/ไม่ได้ คิด = 2	
13. ขณะที่ท่านทำงาน ท่านมี การเตรียมตัวหรือจัดสภาพการ ทำงานให้เหมาะสมเพื่อการ	เตรียมการ ทุกครั้ง = 1	ส่วนใหญ่เตรียม = 1	นาน ๆ ครั้ง/ไม่ได้ เตรียม = 2	

ป้องกันอันตรายหรือไม่				
14. ปัจจุบันนี้ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือไม่	ไม่ดื่ม = 1	ดื่มบางครั้ง/นานๆ ครั้ง = 2	ดื่มประจำ/ดื่มจนติดเป็นนิสัย = 2	
15. ปัจจุบันนี้ท่านสูบบุหรี่/ยาเส้น หรือไม่	ไม่สูบ = 1	สูบบางครั้ง/นานๆ ครั้ง = 2	สูบประจำ = 2	
16. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ หรือไม่ (ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวาน ภูมิแพ้ /หอบหืด)	ไม่มี = 1 (ตอบไม่มีในทุกข้อ)	ไม่ทราบ = 2 (ตอบไม่ทราบในโรคใดก็ตาม)	มี = 2 (ตอบมีในโรคใดก็ตาม)	
รวมคะแนนข้อ 11 ถึงข้อ 16				

2. นำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อไปใส่ไว้ในช่อง “คะแนนที่ได้” ท้ายแต่ละข้อของตารางคะแนนความเสี่ยง

3. รวมคะแนนทุกข้อ (ข้อ11 ถึง ข้อ16) และใส่ไว้ในช่องสุดท้ายของตารางคะแนนความเสี่ยง

4. นำค่าคะแนนที่ได้ไปเปรียบเทียบเป็นระดับความเสี่ยงตามตารางระดับความเสี่ยง

ตารางระดับความเสี่ยง

คะแนนรวม	ระดับความเสี่ยง
6 - 7	ต่ำ
8 - 9	ปานกลาง
10 - 12	สูง

สรุปผลการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบเบื้องต้นของ

(นาย ,นาง,นางสาว).....

มีระดับความเสี่ยง ☐ 1. ต่ำ ☐ 2.ปานกลาง ☐ 3. สูง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพการเจ็บป่วยจากการทำงาน

1. ท่านเคยมีอุบัติเหตุจากการทำงานหรือไม่

() ไม่เคยมี () เคย มีอุบัติเหตุเล็กน้อยโดยไม่ต้องหยุดงาน ระบุ.....

() เคยมีอุบัติเหตุ ถึงขั้นต้องหยุดงาน ระบุ.....

() เคยมีอุบัติเหตุความรุนแรงถึงพิการ

ระบุรายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ.....

2. ท่านใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสมขณะทำงานหรือไม่

() ไม่ใช่ () ใช่ ได้แก่....(ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ)

() แวนตา () ถุงมือ () รองเท้า () ที่ปิดปาก-จมูก

() ที่อุดหู/ครอบหู () อื่นๆ ระบุ.....

สภาพการทำงาน	มี	ไม่มี	เคยมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สบายจากการทำงานหรือไม่
1. มีการสัมผัสแหล่งความร้อนหรือทำงานกลางแจ้งหรือไม่			☐ ไม่มีอาการ ☐ มีอาการผิวหนัง หนื่อย เหงื่อออกมาก ☐ มีผื่นคัน แดงบริเวณผิวหนังเป็นตะคริวบ่อย ☐ อื่นๆระบุ.....
2. บริเวณที่ท่านทำงานมีเสียงดังมากหรือไม่ (ยืนห่างกัน 3 ฟุตแล้วพูดคุยไม่ค่อยได้ยิน)			☐ ไม่มีอาการ ☐ รู้สึกรำคาญ หงุดหงิด ☐ รู้สึกเจ็บหู หูอื้อบ่อยๆ
3. มีการใช้และสัมผัสสารเคมีในการทำงานหรือไม่			☐ ไม่มีอาการ ☐ ผื่น บริเวณผิวหนัง ☐ คลื่นไส้อาเจียน ☐ ระคายเคือง ตา จมูก ☐ วิงเวียนศีรษะ
4. ท่านมีอาการจากการสัมผัสฝุ่นหรือไม่			☐ ไม่มีอาการ ☐ มีอาการผื่นคันที่ผิวหนัง ☐ มีการระคายเคืองทางเดินหายใจ ☐ หายใจไม่ออก แน่นหน้าอก
5. ท่านมีปัญหาสายตาเกี่ยวกับการทำงานหรือไม่			☐ ไม่มีอาการ ☐ มีอาการเมื่อยล้า ดวงตา ☐ มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากใช้สายตามาก
6. ท่านเคยถูกสัตว์หรือแมลงกัดต่อย ในขณะทำงานหรือไม่			☐ ไม่มีอาการ ☐ มีอาการเล็กน้อยไม่ต้องหยุดงาน ☐ มีอาการมากถึงขั้นต้องหยุดงาน
7. ท่านทำงานในสภาพชื้นและมีน้ำขังตลอดเวลาหรือไม่			☐ ไม่มีอาการ

			() คั่นตามฉิวหนัง หรือทำมือเปื้อนเป็นแผล
8. ในการทำงานท่านต้องยกของหนักหรือทำงานในท่าทางที่ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อย ตามส่วนต่างๆ ของร่างกายหรือไม่			() ไม่มีอาการ () มีอาการปวดเมื่อยพอทนได้ () มีอาการปวดเมื่อย ต้องกินยารักษา

3. สภาพการทำงานที่คิดว่าอาจจะทำให้ไม่สบายหรือเจ็บป่วยในรอบปีที่ผ่านมา โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องมีหรือไม่มี และในช่อง () สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ



ตัวอย่างการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานโดยใช้ JSA (ตัวอย่างกลุ่มอาชีพทอเสื่อ)

ขั้นตอน	อันตรายต่อสุขภาพ	แนวทางการแก้ไข
1. จัดหาวัตถุดิบ - ตัด กก, ฝ่อ, ไหล, เป, ฐป - เดินทางโดยรถยนต์	- แขนงานาน ๆ เกิดผื่นคัน - อุบัติเหตุ (การเดินทาง) - เชื้อโรคที่อยู่ในน้ำ - อุบัติเหตุจากของมีคมบาด - การแบกของหนัก ปวดหลัง	- สวมเสื้อผ้าแขนยาว ขาวยาว ถุงมือ ถุงเท้า - เพิ่มความระมัดระวัง - แบ่งวัตถุดิบให้มีขนาดเล็กลง
2. เตรียมวัตถุดิบ - ผ่ากลาง, สอยเป 2-4 เส้น/ต้น - ตากแดด - ย้อมสี - มัดเตรียม (รอกทอ)	- มีดบาด, เปบาด - ความร้อนจากไฟ - สารเคมีจากสีย้อม - อุบัติเหตุ น้ำร้อนลวก	- ใส่ถุงมือ - เพิ่มความระมัดระวัง - อุปกรณ์คลุมหน้า
3. การทอ - โรงทอเสื่อ - ฟืม, ด้ายทอ, ตะปู, ไซ - ไม้สอด - ขึ้นโครงพร้อมทอ - ชิงฟาง - สอด - ทอ - ตัดแต่งเสื่อ (ริมหัว) โดยมีด, กรรไกร - ตาก และเก็บ	- อุบัติเหตุไม้สอดตำนิ้ว - อุบัติเหตุตกโครงทอเสื่อ - ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (ขา, ไหล่, เอว, คอ) - แพ้สารเคมีจากสีย้อม - อุบัติเหตุจากของมีคม	- ใส่ถุงมือ - เพิ่มความระมัดระวัง - พัฒนาอุปกรณ์ - พักเป็นระยะ - ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ - สลับหน้าที่ (สอด-ทอ)
4. จำหน่าย - พ่อค้าคนกลางรับซื้อถึงบ้าน	- เครียด (ราคาต้นทุนสูง รายได้ต่ำ)	- อยากให้มีการประกันราคา - จัดให้มีกลุ่มนายทุนในพื้นที่เพื่อประกันราคาผลผลิต ราคากลางเป็นราคารมาตรฐาน (35 บาท) - พัฒนาผลิตภัณฑ์ให้มีคุณภาพของได้

ขั้นตอน	อันตรายต่อสุขภาพ	แนวทางการแก้ไข
		ราคาเพิ่มขึ้น - รวมกลุ่มซื้อวัตถุดิบเพื่อประหยัดราคา

ภาคผนวก ข

รายละเอียดการพัฒนาระบบฐานข้อมูล

การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและคัดกรองโรคจากการทำงานในกลุ่มแรงงานนอกระบบ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาฐานข้อมูล และการจัดการข้อมูล ให้สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมป้องกัน รักษา และส่งต่อ

วิธีดำเนินการ: พื้นที่เป้าหมาย ดำเนินการในรพสต. 20 แห่งภายใต้โครงการพัฒนาระบบบริการอาชีวอนามัยสำหรับ
กลุ่มแรงงานนอกระบบในหน่วยบริการปฐมภูมิ

เครื่องมือที่ใช้เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลโรคและการบาดเจ็บ

- แบบคัดกรองโรคจากการทำงาน
- Family folder
- แบบบันทึกการเจ็บป่วย
- โปรแกรมประมวลผลข้อมูลในระบบปกติเช่น JHCIS e-Health Hos XP
- โปรแกรมเชื่อมระบบข้อมูลในระบบปกติ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ชักประวัติและคัดกรองโรคจากการทำงาน ใน 3 กลุ่มอาการ

บันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยรายบุคคลโดยเชื่อมโยงกับระบบปกติที่มารับบริการในสามกลุ่มอาการสำคัญ

ประกอบด้วย ปัญหากล้ามเนื้อและกระดูก การบาดเจ็บจากงาน อาการแพ้และผื่นคันจากสารเคมีหรือสิ่งอื่นใดที่เนื่องจากการทำงาน

- แนวคิดและหลักการแนวคิดในการทำโปรแกรมระบบข้อมูลเชิงรับ (passive surveillance) โดยได้ทบทวนหลักการวินิจฉัยโรค (ICD10) ตามคู่มือฯ ของสำนักโรคติดต่อวิทยา ทบทวนระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพฯ ของ รพ.นพรัตนราชธานี กรุงเทพฯ ทบทวนบทบาท ของเจ้าหน้าที่ระดับ รพสต. ในการวินิจฉัยโรคร่วมโดยเน้นการคัดกรองผู้ป่วยก่อนให้การรักษา (เน้นการชักประวัติและการให้รหัสโรคร่วมในการวินิจฉัย) มีระบบการตรวจสอบความถูกต้องของการวินิจฉัยของเจ้าหน้าที่ รพสต. จากเพิ่มผู้ป่วยก่อนการส่งข้อมูลไปยังระดับอำเภอ
- การคัดกรองผู้ป่วยใช้ตารางเป็นไกด์ไลน์ในการชักประวัติซึ่งข้อความจะประกอบด้วย อาชีพที่ทำ ลักษณะงานที่ทำ ผลผลิต ระยะเวลาที่ทำงาน กิจกรรมที่ทำขณะป่วย ทำางการทำงาน เป็นต้น

1. การลงรหัสและการให้รหัสโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

- หลักการให้รหัส ICD 10 สำหรับงานอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมดังนี้
 - การวินิจฉัยโรคจากการประกอบอาชีพ - มีสาเหตุจากปัจจัยภายนอก การสัมผัสกับสิ่งคุกคามที่สำคัญคือปัจจัยทางกายภาพ เคมีและชีวภาพ กลไกการเกิดโรคอาจเป็น เนียบพลัน หรือเรื้อรัง

- O หลักการวินิจฉัย ประกอบด้วยการวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยการสัมผัส
- O วิธีการให้รหัสโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
 - มีรหัส ICD10 หลายรหัสที่บ่งบอกข้อมูลการสัมผัสอยู่ในชื่อด้วย เช่น J61 Asbestosis
 - มีรหัสการบาดเจ็บจากการทำงาน เช่น X13.62 การบาดเจ็บจากถูกไอร้อนขณะทำงานรับจ้างในโรงงาน รหัสตำแหน่งที่ 4 บอกลักษณะที่ ตำแหน่งที่ 5 กิจกรรม
- O สรุปรหัสโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
 1. ICD 10 รหัส เฉพาะที่ระบุเฉพาะโรค
 2. ICD 10 + รหัส Y96 หรือ Y97
 3. ICD 10 + External Code หลักที่ 5
 - หลักที่ 5 เป็นเลข 2 เกิดขึ้นขณะทำงานเพื่อรายได้
 - หลักที่ 5 เป็นเลข 3 เกิดขึ้นขณะทำงานประเภทอื่นๆ

2. รวบรวม วิเคราะห์ และประมวลผล

3. ผลของการจัดระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พบว่าสถานบริการระดับ อำเภอ ระดับจังหวัด มีฐานข้อมูล และมีการเชื่อมโยงข้อมูล มีการบริหารจัดการโดยการรวบรวม เรียบเรียง วิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอข้อมูล ทำให้เห็นสภาพปัญหาของภาวการณ์เจ็บป่วยของ กลุ่มแรงงานนอกระบบ และนำไปสู่การวางแผนแก้ปัญหาสุขภาพของแรงงาน

รายละเอียดของขบวนการพัฒนาโปรแกรมสำเร็จรูป

	สงขลา	สุพรรณบุรี	ขอนแก่น	ลำพูน
หลักการและแนวคิด	ดึงข้อมูลจาก JHCIS มาใส่รายงาน สอ.1 อัตโนมัติ (รอข้อมูลจากอ้อ) รวบรวมส่งสคร. โดยที่รพสต.ไม่ได้ประมวลเอง	พัฒนาโปรแกรมเพิ่มเติมลงในโปรแกรมระบบปกติของสสจ.	ดึงข้อมูลจากJHCIS ตามแบบฟอร์ม ของสอ. รง.506/2 ออกรายงานได้สองแบบทั้ง รายงาน506/2 และสอ.1 และประมวลผลได้ โดยได้รับงบสนับสนุนเพิ่มเติมจากสปสช.	ดึงข้อมูลจาก JHCISตามแบบฟอร์ม ของสอ. 1 ออก รายงานตามแบบสอ.1 และประมวลผลได้
	1. รพสต. ร่วมกับสคร.ศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมJHCIS ที่ใช้ในการรายงานโรคในระบบปกติของรพสต. มาใช้รายงานโรคจากการทำงานซึ่งพบว่าสามารถใช้โปรแกรม JHCIS ในการบันทึกโรคจากการทำงาน เพียงแต่เพิ่มรหัสคัดกรองโรคจากการทำงานที่ต้องการคัดกรองเข้าไปในหัวข้อรหัสคัดกรองโรคเฉพาะ และต้องเพิ่มลักษณะงานอาชีพให้ละเอียด เพราะในโปรแกรมJHCISจะระบุ	1.มีการศึกษาระบบโปรแกรมปกติของพื้นที่ 2.ประสานและพูดคุยกับผู้รับผิดชอบโปรแกรมหรือแนวคิดและความเป็นไปได้ ชวนให้มาร่วมทำและพัฒนาโปรแกรม	1.ประสานและพูดคุยกับผู้รับผิดชอบงานIT แต่ไม่มีความก้าวหน้าด้วยปัจจัยการทำงานภายใน	มีขบวนการพัฒนาโปรแกรมโดยงานระบาดวิทยา รพ.นครพิงค์ และ รพ.ลำพูน

สงขลา		สุพรรณบุรี	ขอนแก่น	ลำพูน
เพียงกลุ่มอาชีพกว้าง ๆ เท่านั้น				
			2.จึงได้ประสานงานระบดให้เข้ามาร่วมโครงการ ครั้งแรกงานระบดนำโปรแกรม 506/2 มาใช้ในรพสต. จึงจัดให้มีการอบรมพื้นที่เป้าหมาย 15 แห่งแต่มีปัญหาเนื่องจากซับซ้อนเกินไป	2.อบรมการใช้โปรแกรมแกเจ้าหน้าที่รพสต. 15 แห่ง
			3.ผู้ประสานงานจึงประสานรพ.ลำพูนเพื่อทดลองนำโปรแกรมของลำพูนมาใช้ พร้อมกับเชิญผู้พัฒนาโปรแกรมและงานระบดของสสจ.ลำพูนมาอบรมให้โดยใช้งบของสคร 6	3. ทดลองใช้
	2.รพสต. ร่วมกับสคร.พัฒนาโปรแกรมรายงานโรคจากการทำงานโดยโปรแกรมนี้จะทำหน้าที่ดึงข้อมูลที่ต้องการจากโปรแกรม	3.จัดอบรมจนท.รพสต.ทำแห่งใน สองอำเภอคือ ดอนเจดีย์ และบางปลาม้า รวมถึงให้ความรู้เบื้องต้น	4.มีการทดลองและปรับปรุงโปรแกรม 2-3 รอบ 5.นิเทศติดตามผล	4. นิเทศติดตามผล

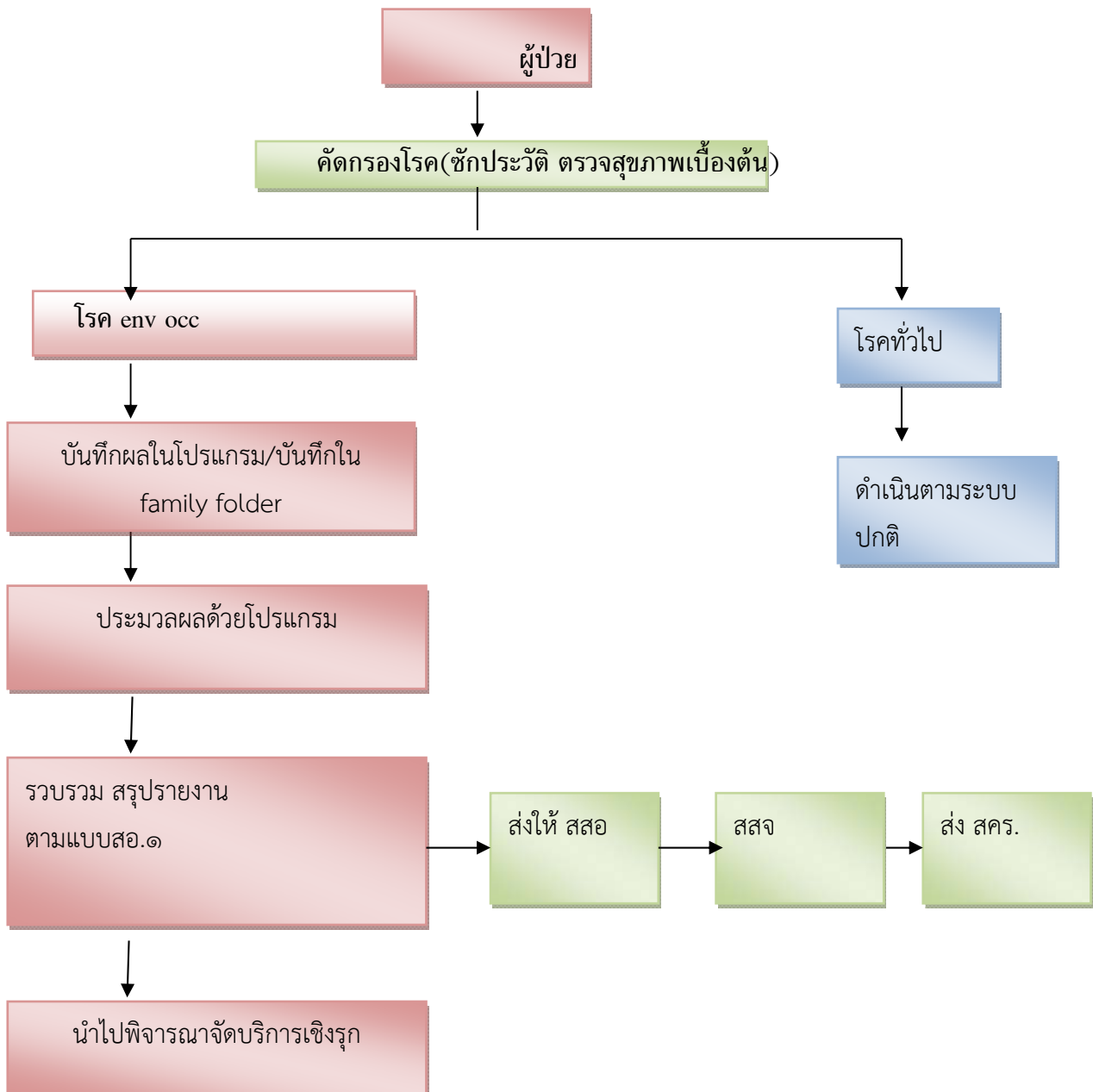
สงขลา	สุพรรณบุรี	ขอนแก่น	ลำพูน
JHCIS ที่เจ้าหน้าที่ รพสต. ได้บันทึกข้อมูลไว้ออกมาเป็นรูปแบบรายงานที่ต้องการ	เรื่องโรคจากการทำงาน	6.สสจ.ขอนแก่นโดยงานระบาดได้รับบจากสปสช.จึงพัฒนาโปรแกรมเชื่อมโยงโดยใช้แนวคิดของลำพูน แต่สร้างทีมงานในพื้นที่โดย โปรแกรมเมอร์ในระดับอำเภอ และ ผู้ให้รหัส ICD10 ของจังหวัดมาร่วมพัฒนาและขยายผลเต็มพื้นที่	
3..จัดประชุมชี้แจงการใช้โปรแกรมวิธีการการทำงาน และขั้นตอนการรายงาน ให้กับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบของรพสต.นำร่องทั้ง 4 แห่ง	4.ติดตั้งและทดลองใช้ 5.นิเทศติดตาม	7.นิเทศติดตามผล	5. ปรับปรุงโปรแกรมร่วมกับผู้ใช้ 6. นิเทศ
4. สคร.นิเทศติดตาม รพสต.นำร่อง 4 แห่งเพื่อรับทราบปัญหาและให้ข้อเสนอแนะในการทำงาน			

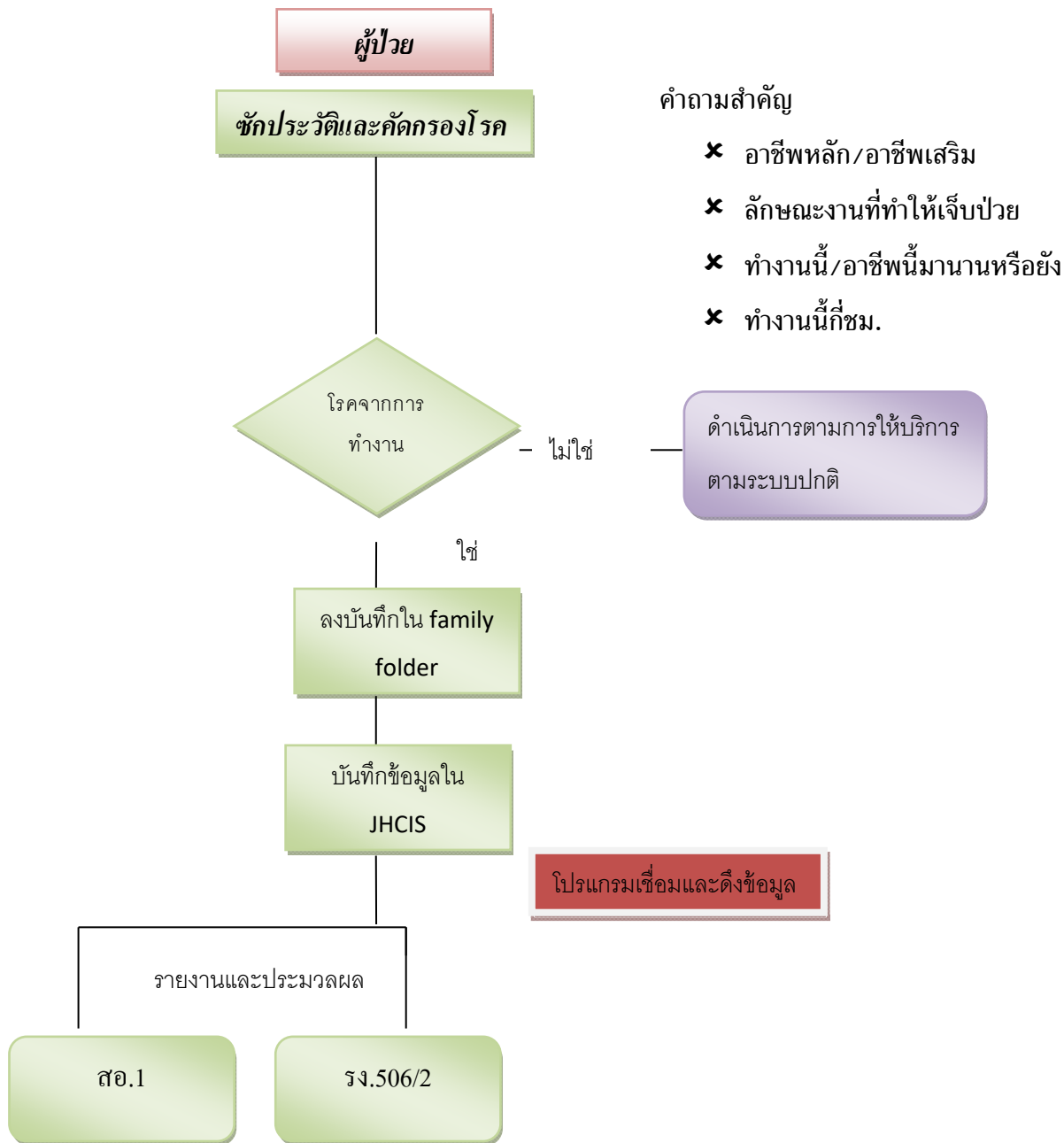
3. ผลการดำเนินงาน

3.1 คู่มือได้คู่มือและแนวปฏิบัติการใช้โปรแกรม จำนวน 2 ฉบับ และโปรแกรมสำเร็จรูป 2 โปรแกรม

3.2 พังการไหลเวียนข้อมูล

จังหวัดสุพรรณบุรี

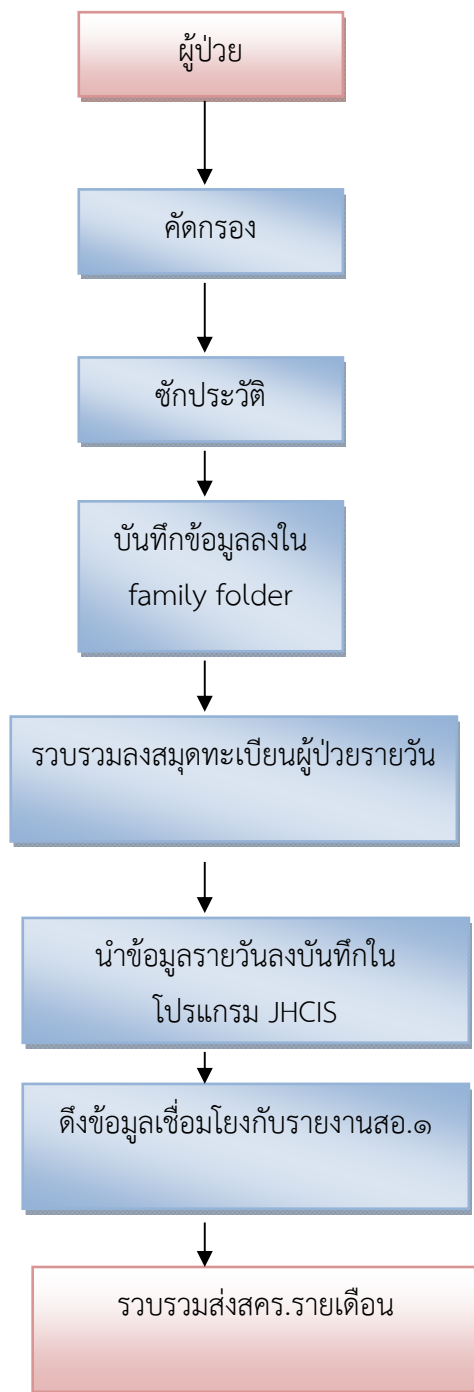




ลํ้าพูน(ตัวอย่างจากรพสต.สันมะนะ)



สงขลา



ภาคผนวก ค

คำสั่งคณะทำงานที่เป็นกลไกการขับเคลื่อนงานอาชีวอนามัยระดับจังหวัด

1.คำสั่งคณะกรรมการพัฒนาการดำเนินงานพัฒนาอาชีพอนามัยของแรงงานนอกระบบ จังหวัดขอนแก่น



คำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ที่ ๑๙๖/๒๕๕๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาการดำเนินงานอาชีพอนามัยของแรงงานนอกระบบ

ตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น ได้ดำเนินการจัดบริการด้านอาชีพอนามัย ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิ มีระบบการเฝ้าระวังโรคจากภาวะประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และพัฒนาเครือข่ายการทำงานพัฒนาสุขภาพและจัดบริการในกลุ่มแรงงานนอกระบบ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการ ดังนี้

๑ คณะกรรมการอำนวยการ ประกอบด้วย

- | | |
|---|---------------------|
| ๑ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น | ประธานกรรมการ |
| ๒ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น | รองประธานกรรมการ |
| ๓ นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น | รองประธานกรรมการ |
| ๔ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธรจังหวัดขอนแก่น | กรรมการ |
| ๕ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ | กรรมการ |
| ๖ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง | กรรมการ |
| ๗ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพล | กรรมการ |
| ๘ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองเรือ | กรรมการ |
| ๙ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไผ่ | กรรมการ |
| ๑๐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระยืน | กรรมการ |
| ๑๑ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านฝาง | กรรมการ |
| ๑๒ สาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น | กรรมการ |
| ๑๓ สาธารณสุขอำเภอชุมแพ | กรรมการ |
| ๑๔ สาธารณสุขอำเภอน้ำพอง | กรรมการ |
| ๑๕ สาธารณสุขอำเภอพล | กรรมการ |
| ๑๖ สาธารณสุขอำเภอหนองเรือ | กรรมการ |
| ๑๗ สาธารณสุขอำเภอบ้านไผ่ | กรรมการ |
| ๑๘ สาธารณสุขอำเภอพระยืน | กรรมการ |
| ๑๙ สาธารณสุขอำเภอบ้านฝาง | กรรมการ |
| ๒๐ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น | กรรมการและเลขานุการ |

มีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

ให้นโยบาย สั่งการ อำนาจความสะดวก สนับสนุนการดำเนินงาน และแก้ปัญหาที่อาจจะทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์

๒ คณะกรรมการดำเนินการ ประกอบด้วย

๑ นายอดิศักดิ์ คงวัฒนานนท์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	ประธานกรรมการ
๒ นายแพทย์ปิติ จันทรเมฆา	โรงพยาบาลขอนแก่น	รองประธานกรรมการ
๓ นายสำรวย แสงดารา	โรงพยาบาลพระยืน	รองประธานกรรมการ
๔ นายสรวิศ ม่วงมิตร	โรงพยาบาลชุมแพ	กรรมการ
๕ นางจันทร์เพ็ญ บุญหล้า	โรงพยาบาลบ้านไผ่	กรรมการ
๖ นางภาวิณี อักษรพิมพ์	โรงพยาบาลสิรินธรจังหวัดขอนแก่น	กรรมการ
๗ นางดวงฤดี โชติกลาง	โรงพยาบาลน้ำพอง	กรรมการ
๘ นายสมพงษ์ แสนทอง	โรงพยาบาลพล	กรรมการ
๙ นางกาญจนา พจนา	โรงพยาบาลบ้านฝาง	กรรมการ
๑๐ นายพิศิษฐ์ โกจารย์ศรี	โรงพยาบาลหนองเรือ	กรรมการ
๑๑ นายสุวิศิษฐ์ ช่างทอง	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น	กรรมการ
๑๒ นายสราวุธ ปะบัวบาน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองเรือ	กรรมการ
๑๓ นายภุชงค์ ผิวอ่อน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านฝาง	กรรมการ
๑๔ นายจรรยา พาที	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำพอง	กรรมการ
๑๕ นายอริ เชื้อสวະดี	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพล	กรรมการ
๑๖ นายไมตรี ทัพชัย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านไผ่	กรรมการ
๑๗ นายจำเนียร มูลเทพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	กรรมการและเลขานุการ
๑๘ นางสาววดี อัญมมงคล	โรงพยาบาลขอนแก่น	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๙ นางสาวทองปัทม์ ดอนประจำ	โรงพยาบาลหนองเรือ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

๑ จัดทำแผนปฏิบัติการ และดำเนินการตามแผนฯ

๒ ประสานงาน นิเทศติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน ในพื้นที่รับผิดชอบ

๓ พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ในกลุ่ม

แรงงานนอกระบบ

๔ อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๓

(นายคิมหันต์ ขงรัตนกิจ)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

(นายวิฑิต สดุษฎีชัยกุล)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (สภามหาวิทยาลัย)

4 ต.ค. 2553



(สำเนา)คำสั่งคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) อำเภอเมืองลำพูน

ที่ 1 / 2555

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

.....

เพื่อพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในพื้นที่อำเภอเมืองลำพูน มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ อำเภอเมืองลำพูน จึงแต่งตั้งผู้มีรายนามท้ายนี้เป็นคณะทำงานพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดังนี้.

1. คณะกรรมการที่ปรึกษา

1. นายวิรัช พันธุ์พานิช	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน	ประธาน
2. นางวิทยาภรณ์ ศรีภิรมย์	หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ	กรรมการ
3. นายบุญฤทธิ์ ใจกลาง	สาธารณสุขอำเภอเมืองลำพูน	กรรมการ
4. ผอ.รพ.สต.ประตูป่า	รพ.สต.ประตูป่า	กรรมการ
5. ผอ.รพ.สต.มะเขือแจ้	รพ.สต.มะเขือแจ้	กรรมการ
6. ผอ.รพ.สต.บ้านกลาง	รพ.สต.บ้านกลาง	กรรมการ
7. ผอ.รพ.สต.ตันธง	รพ.สต.ตันธง	กรรมการ
8. ผอ.รพ.สต.สันมะนะ	รพ.สต.สันมะนะ	กรรมการ
9. ผอ.รพ.สต.เหมืองง่า	รพ.สต.เหมืองง่า	กรรมการ
10. ผอ.รพ.สต.อุโมงค์	รพ.สต.อุโมงค์	กรรมการ
11. ผอ.รพ.สต.ริมปิง	รพ.สต.ริมปิง	กรรมการ
12. ผอ.รพ.สต.บ้านแป้น	รพ.สต.บ้านแป้น	กรรมการ
13. ผอ.รพ.สต.เหมืองจี้	รพ.สต.เหมืองจี้	กรรมการ
14. ผอ.รพ.สต.ป่าห้า	รพ.สต.ป่าห้า	กรรมการ
15. ผอ.รพ.สต.ป่าสัก	รพ.สต.ป่าสัก	กรรมการ
16. ผอ.รพ.สต.หนองหล่ม	รพ.สต.หนองหล่ม	กรรมการ

17. ผอ.รพ.สต.บ้านม้า	รพ.สต.บ้านม้า	กรรมการ
18. ผอ.รพ.สต.หนองหนาม	รพ.สต.หนองหนาม	กรรมการ
19. ผอ.รพ.สต.หนองช้างคื่น	รพ.สต.หนองช้างคื่น	กรรมการ
20. ผอ.รพ.สต.เวียงยอง	รพ.สต.เวียงยอง	กรรมการ
21. นายโกคิน ศักรินทร์กุล	โรงพยาบาลลำพูน	เลขานุการ
22. นางสาวณรัตน์ บุญฉลุย	โรงพยาบาลลำพูน	ผู้ช่วยเลขานุการ
23. นายวิเชียร ปิงชัย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองลำพูน	ผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะกรรมการที่ปรึกษา มีหน้าที่ ดังนี้.-

1. กำหนด นโยบาย เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และแนวทางการดำเนินงาน
2. ควบคุม กำกับ สนับสนุนและเป็นที่ปรึกษาการดำเนินงานของคณะทำงาน
3. ติดตามผลการดำเนินงานของคณะทำงาน
4. ผลักดันงานอาชีพอนามัยเชิงนโยบายในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับอำเภอและจังหวัด
5. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชา

2. คณะทำงานพัฒนาการจัดบริการอาชีพอนามัยในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1. นายโกคิน ศักรินทร์กุล	โรงพยาบาลลำพูน	ประธาน
2. นายวิเชียร ปิงชัย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองลำพูน	รองประธาน
3. นายพงษ์วี ปัญญาวิระวงศ์	โรงพยาบาลลำพูน	กรรมการ
4. น.ส.วัชรินทร์ วังธิยอง	โรงพยาบาลลำพูน	กรรมการ
5. นายศุภกฤษณ์ เสวะกะ	รพ.สต.ประตูป่า	กรรมการ
6. นางเกสร ปาละมีแจ้	รพ.สต.มะเขือแจ้	กรรมการ
7. นายพงศกร ศรีสมยา	รพ.สต.บ้านกลาง	กรรมการ
8. น.ส.บุญแก่่ง จำปี	รพ.สต.ต้นธง	กรรมการ
9. นายพรเทพ ปินตาศรี	รพ.สต.สันมะนะ	กรรมการ
10. นางจรรยา ธัญน้อม	รพ.สต.เหมืองง่า	กรรมการ
11. นางทิวาภรณ์ อ้วนวรรณ	รพ.สต.อุโมงค์	กรรมการ
12. นางศรีัญญา ปะมะสอน	รพ.สต.ริมปิง	กรรมการ
13. นางรำพรรณ นาคจู	รพ.สต.บ้านแป้น	กรรมการ

14. น.ส.วราภรณ์ ใจสุยะ	รพ.สต.เหมืองจี้	กรรมการ
15. นายประสงค์ อุ่นนันทาค	รพ.สต.ป่าห้าว	กรรมการ
16. นายจิรกิตติ พุ่มเจริญ	รพ.สต.ป่าสัก	กรรมการ
17. นางรัตนา ใจยา	รพ.สต.หนองหล่ม	กรรมการ
18. น.ส.บุญมา ปัญญาพฤษ	รพ.สต.บ้านม้า	กรรมการ
19. นายณฤพนธ์ เลื่อมใจหาญ	รพ.สต.หนองหนาม	กรรมการ
20. น.ส.ปิยวรรณ เกษมศรี	รพ.สต.หนองช้างคื่น	กรรมการ
21. นางศรีพรรณ อุตศรี	รพ.สต.เวียงยอง	กรรมการ
22. นางสรายุรัตน์ บุญลอยโรงพยาบาลลำพูน		เลขานุการ
23. น.ส.พวิณี ใจบาน	โรงพยาบาลลำพูน	ผู้ช่วยเลขานุการ
24. นางนุชนิรัตน์ บุญมา	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำพูน	ผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะทำงาน มีหน้าที่ ดังนี้.-

1. วิเคราะห์สถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมในระดับพื้นที่
2. จัดทำแผนปฏิบัติการของคณะทำงานพัฒนาเครือข่ายระดับอำเภอ
3. ประสานงาน นิเทศติดตาม สนับสนุนการทำงานของหน่วยงานในระดับพื้นที่
4. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในเรื่องการป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
5. ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งต่าง ๆ เช่น สปสช. สสส.
6. ผลักดันการพัฒนาระบบข้อมูลโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมที่สามารถเชื่อมโยงในระดับจังหวัด
7. ปฏิบัติงานอื่นๆตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชา

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่

พฤษภาคม พ.ศ. 2554

(นายวิรัช พันธพานิช)

ประธานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ อำเภอลำพูน

เอกสารประกอบการประชุม...ระเบียบวาระที่...4.2.4

สรุปตัวชี้วัดการนิเทศ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2554

ลำดับ ยุทธ	ประเด็นยุทธศาสตร์	แหล่งที่มาของตัวชี้วัด				The Must	The Best
		ตรวจราชการ ปี54	ประเมินCUP ปี53	กลุ่มงาน	รวม		
1	การพัฒนาคุณภาพระบบบริการและการส่งต่อผู้ป่วย	6	2	8	16	8	8
2	พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค และภัยสุขภาพ	6	-	2	8	6	2
3	การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข	1	-	4	5	2	3
4	การสร้างสุขภาพ	4	3	10	17	6	11
5	การพัฒนาองค์กร	4	-	3	7	4	3
	รวม	21	5	27	53	26	27

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค และภัยสุขภาพ

รหัสเดิม	รหัสใหม่	KPI	The Must	The Best	แหล่งที่มาของตัวชี้วัด	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
0101	0201	อำเภอมีผลการดำเนินงานโครงการรณรงค์นำพระราชนิพนธ์ในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนฯ ในระดับดีมากถึงดีเยี่ยม	✓		ตรวจราชการฯ ปี2554	ควบคุมโรค
0104	0202	ร้อยละ 10 ของ รพ.สต.มีการจัดบริการดูแลสุขภาพเชิงรุกให้เกษตรกรได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	✓		ตรวจราชการฯ ปี2554	ควบคุมโรค
	0203	การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHER) - ร้อยละของหน่วยงานในระบบหลักประกันสุขภาพ (CUP) ที่มีแผนการเตรียมความพร้อม ด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ (ร้อยละ80)	✓		ตรวจราชการฯ ปี2554	ควบคุมโรค
0301	0204	ร้อยละสตรีกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก และได้รับการรักษาเมื่อมีผลผิดปกติ 0204 (1) ร้อยละ 40 ของสตรีที่มีอายุ 30 - 60 ปี ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก 0204 (2) ร้อยละ 90 ของสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาและส่งต่อ	✓		ตรวจราชการฯ ปี2554	ควบคุมโรค
0302	0205	อัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค (TB Treatment Success rate) (ร้อยละ87)	✓		ตรวจราชการฯ ปี2554	ควบคุมโรค
0303	0206	ร้อยละ 50 ของอำเภอที่เป็น "อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน" ตามคุณลักษณะที่กำหนด	✓		ตรวจราชการฯ ปี2554	ควบคุมโรค

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค และภัยสุขภาพ (ต่อ)

รหัสเดิม	รหัสใหม่	KPI	The Must	The Best	แหล่งที่มาของตัวชี้วัด	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
	0207	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหารของเครือข่ายระดับ CUP		✓	กรม/กอง/กลุ่มงาน	ควบคุมโรค
23	0208	การเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพของแรงงานนอกระบบ		✓	กรม/กอง/กลุ่มงาน	ควบคุมโรค
		รวม 8 ตัวชี้วัด	6	2		

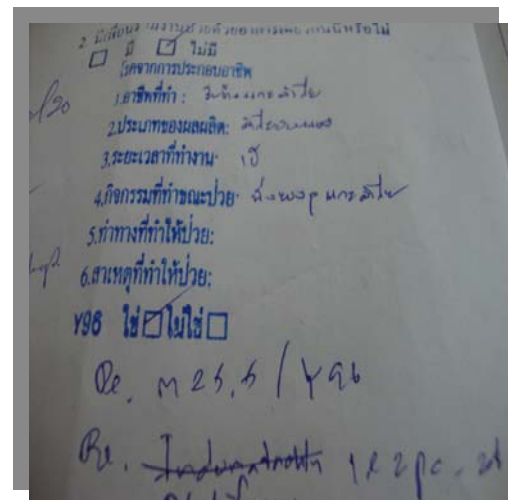
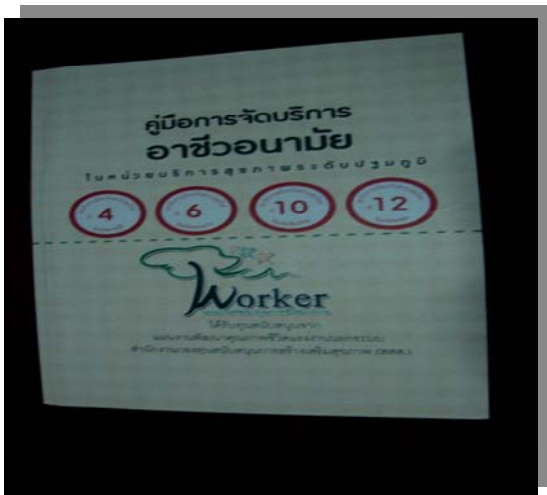
ภาคผนวก ง

ภาพกิจกรรม

ภาพที่ 1 การเตรียมความพร้อมโดยพัฒนา กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพและ ทบทวนเครื่องมือในการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับหน่วยบริการ



ภาพที่ .2-3 การประชุมเตรียมความพร้อมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง



ภาพที่ 4 คู่มือการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (ฉบับปรับปรุงและใช้ในปัจจุบัน)

ภาพที่ 5 หน่วยบริการปฐมภูมิทำตารางขึ้นมาเพื่อกำหนดแนวคำถาม



ภาพที่ 6-8 การนิเทศและติดตามงาน

การพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สำหรับแรงงานนอกระบบ

Basic Occupational Health Service Development in Primary Health Care Units

ศิมลักษ์ณ์ ดิธีสวัสดิ์เวช วท.ม. (ชีวสถิติ)*

พิไลลักษณ์ พลพิลา วท.ม. (วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม)*

พิเชษฐ โฉมเฉลา วท.บ. (วิทยาศาสตร์สุขภาพ)*

จรรยาวัชร์ เยทส์ พย.บ.*

โสภพรรณ จิรนิตติชัย วท.ม. (วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม)**

ฟาอีซะ โต๊ะโยะ วท.ม. (วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม)***

นุชนารถ นาคชำ ศศ.ม.****

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น

**สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี

***สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา

****แผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

Simalak Dithisawatwet M.Sc. (Biostatistics)*

Pilailak Polpila M.Sc. (Environmental Science)*

Pichet Chomchaloa B.Sc. (Sanitation Science)*

Janyaruck Yates B. N.S.*

Sophapan Jiraniratisai M.Sc. (Environmental Science)**

Fa-e-za Toyoh M.Sc. (Environmental Science)***

Nuchanart Nakkam M.A****

*The Office of Disease Prevention and control 6 Khon Kaen

**The Office of Disease Prevention and control 4 Ratchaburi

***The Office of Disease Prevention and control 12 Songkhla

****Labor Quality of life Plan, Thai Health Promotion Foundation

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: แรงงานนอกระบบมักประสบปัญหาการทำงานในสภาพแวดล้อมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ อีกทั้งยังเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม หน่วยบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะระดับปฐมภูมิ (PCUs) ดังนั้นควรมีรูปแบบการจัดบริการฯ ให้กับกลุ่มแรงงาน

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนารูปแบบและกลไกการจัดบริการสุขภาพด้านอาชีวอนามัยในระดับปฐมภูมิ

วิธีดำเนินการ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2552-เมษายน 2555 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากจังหวัดตัวแทนในภาคเหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ กลาง และใต้ รวม 20 แห่ง กิจกรรมสำคัญคือการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ สนับสนุนให้มีการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกและเชิงรับ จัดระบบการเฝ้าระวังโรค การนิเทศติดตาม เครื่องมือที่ใช้คือแบบรายงานโรคจากการทำงาน แบบประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น วัดผลการศึกษาจากกลไกและรูปแบบการดำเนินงาน ผลการประเมินความเสี่ยง การคัดกรองความเสี่ยงจากการทำงาน และการได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา: พบว่า PCUs 19 จาก 20 แห่ง มีรูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับโดยวินิจฉัยและคัดกรองโรค จากข้อมูลการคัดกรองโรคมีผู้ป่วยโรคจากการทำงาน ระหว่างธันวาคม 2552- มีนาคม 2555 จำนวน 3,353 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 19.6 ต่อ 1,000 และในการจัดบริการเชิงรุก 15 PCUs มีการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานในกลุ่มแรงงานนอกระบบ จำนวน 2,821 คน พบว่าความเสี่ยงจากสุขภาพที่สำคัญคือ ท่าทางการทำงาน และการยกของหนัก สัมผัสความร้อน สัมผัสฝุ่นและสารเคมี ด้านการจัดการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงพบว่า

14 แห่ง มีการจัดการและควบคุมความเสี่ยง และ PCUs จำนวน 14 แห่งได้รับงบประมาณการจัดการจากกองทุนสุขภาพตำบล สำหรับกลไกการดำเนินการได้รับการสนับสนุนด้านนโยบายและการจัดการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ด้านวิชาการจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต และโรงพยาบาลระดับจังหวัด การมีส่วนร่วมได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.)

สรุปผลและข้อเสนอแนะ: การพัฒนารูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (PCUs) มีกิจกรรมสำคัญได้แก่ การจัดการบริการเชิงรุกและเชิงรับ และกลไกหลักคือ การสนับสนุนด้านนโยบายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ด้านวิชาการจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต และโรงพยาบาลระดับจังหวัด และความร่วมมือจาก อปท. ดังนั้นการให้บริการควรได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานดังกล่าวทั้งนี้เพื่อให้เกิดความสอดคล้องและต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การจัดการบริการอาชีวอนามัย แรงงานนอกระบบ หน่วยบริการปฐมภูมิ

Abstract

Background: Informal workers are known that faced with unsuitable work environment and exposed to numerous of hazards. As results, Accessibility to appropriated health services is difficulty. Therefore, appropriate health services by Primary Health Care Units (PCUs), the closet providers, should be taken into consideration.

Objective: To develop the model of Basic Occupational Health Service (BOHS) in PCUs

Materials and Methods: This action research was conducted from November 2009 to April 2012. Twenty PCUs were selected from 4 regions of Thailand. The main activities consisted of training, implementing BOHS by primary health care staff, set up surveillance system, supervision /monitoring and evaluation. BOHS was defined as passive and active health care service. Data was collected using risk assessment checklist and screening diagnosis report form and analyzed by using percentage mean and standard deviation. The outcomes of the study are Model of BOHS, operating mechanism, risk assessment and work-related illness report.

Results: A total of 20 PCUs, 19 PCUs could provide BOHS with two main activities, passive and active health care service. During November 2009– March 2012, data from screening diagnosis showed that 3,353 patients were work-related illness of 19.6 per 1,000 populations. The first three important health hazards among 2,821 informal workers worked in unsuitable posture, exposed to heat and dust or chemical from 15 PCUs were revealed. There were 14 PCUs, providing risk management programs and coordinating with local Authorities for budget supporting. The operating mechanism consist of health provincial policy support, technical support and participation system.

Conclusions: These findings indicated that BOHS model could be provided in PCUs. The main activities were passive and active health care service. The operating mechanism consist of policy technical and participatory support. Policy of provincial health office, surveillance system development and supervision are important to be taken into account. The one of key success factor is coordination with other networks in particularly local Authority.

Keywords: Occupational health service, informal worker, Primary Health Care Units

บทนำ

แรงงานนอกระบบถือว่าเป็นแรงงานกลุ่มใหญ่ของแรงงานทั้งหมด องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประมาณการว่าในประเทศกำลังพัฒนามีแรงงานนอกระบบอยู่ระหว่างร้อยละ 60-80 ของแรงงานทั้งหมด จากวิกฤติเศรษฐกิจทั่วโลกทำให้ประเทศต่าง ๆ โดยเฉพาะแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ส่งผลทำให้มีแรงงานนอกระบบเพิ่มมากขึ้น เช่น ในประเทศนิการากัวมีแรงงานนอกระบบชายถึงร้อยละ 55 และเป็นกำลังแรงงานหญิงร้อยละ 76 ของแรงงานในเขตเมือง ขณะที่ร้อยละ 70 จาก 100 ล้านของกำลังแรงงานในอินโดนีเซียเป็นแรงงานนอกระบบ ขณะที่ประเทศไทยมีแรงงานทั้งสิ้น 39.6 ล้านคน เป็นแรงงานนอกระบบ 24.8 ล้านคน (ร้อยละ 62.7 ของแรงงานทั้งหมด) ปัญหาของแรงงานนอกระบบที่คล้ายกันคือการขาดหลักประกันทางสังคม ทำงานในสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงและไม่ปลอดภัย ยังไม่สามารถเข้าถึงระบบและกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ⁽¹⁻⁴⁾

ปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานนอกระบบที่สำคัญคือ การทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพร่างกาย ขาดความรู้ ความเข้าใจ และยังไม่ให้ความสำคัญกับปัญหาด้านความปลอดภัยในการทำงาน⁽⁵⁾ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยหรือไม่สบาย บาดเจ็บหรืออุบัติเหตุเล็กน้อย ไม่ทำอะไรเลยร้อยละ 72.2 ซื้อยาจากร้านขายยาและไปรักษาที่บ้าน ร้อยละ 22.8 ที่เหลือ (ร้อยละ 5) ไปสถานพยาบาล⁽⁵⁾ ในกรณีที่แรงงานนอกระบบที่ได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุมาก ต้องไปรับการรักษาพยาบาลต่อในสถานพยาบาล สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 53.4 และมักไปใช้บริการที่หน่วยบริการที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุดคือหน่วยบริการปฐมภูมิ (ปัจจุบันคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) แต่แรงงานเหล่านี้ไม่สามารถเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยหรือการบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย การจัดการบริการอาชีวอนามัย (Occupational Health Services: OHS) เป็นการจัดการบริการอาชีว

อนามัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสุขภาพคนทำงานโดยใช้แนวคิดของการจัดการบริการตามหลักสากล โดยมี 4 ขั้นตอนคือ การให้บริการขั้นเริ่มต้น ขั้นตอนการพื้นฐาน ขั้นตอนการให้บริการตามมาตรฐานสากล และขั้นการให้บริการครอบคลุมในทุกมิติ⁽⁶⁻⁷⁾ การเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยถือว่าเป็นปัญหาหลักของวัยแรงงาน จากข้อมูลพบว่าแรงงานสามารถเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยได้ร้อยละ 10-15 ของแรงงานทั่วโลก ในประเทศอุตสาหกรรมจะพบว่าอัตราการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยอยู่ระหว่างร้อยละ 15- 90 ส่วนประเทศกำลังพัฒนาอยู่ระหว่างร้อยละ 2-20⁽⁸⁻⁹⁾ สำหรับการจัดการบริการอาชีวอนามัยในประเทศไทยหน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐเองจะมีรูปแบบและการดำเนินงานในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในระดับ PCUs ยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน และยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนและสอดคล้องกับสภาพปัญหาและการเข้าถึงการรักษาของแรงงานโดยเฉพาะแรงงานนอกระบบ⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานที่ผ่านมาอยู่ในขั้นการพัฒนารูปแบบเพื่อให้ได้กรอบหรือแนวทางการจัดการบริการเชิงรับและเชิงรุกที่เหมาะสมสอดคล้องกับแรงงานในแต่ละบริบท แต่กลไกการนำมาปฏิบัติ ยังมีข้อจำกัดอยู่มาก การให้บริการอาชีวอนามัยเชิงรับยังมีความจำเป็นต้องการพัฒนาให้เกิดรูปธรรมการดำเนินงานต่อโดยเฉพาะการพัฒนากรอบในระดับปฏิบัติคือ การพัฒนาเครือข่ายบุคลากร ระบบการคัดกรองและการเฝ้าระวังโรค ระบบการประสานงานและการเชื่อมต่อกับระบบการจัดบริการ องค์ประกอบของกลไกที่เชื่อมโยงกันในระดับจังหวัดคือ ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) หรือสถานอนามัยและเครือข่ายของหน่วยบริการ คือ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์

นิยามศัพท์

แรงงานนอกระบบ หมายถึง ผู้มีงานทำที่ไม่ได้รับความคุ้มครอง และไม่มีหลักประกันทางสังคมจากการทำงาน⁽⁴⁾

การจัดการบริการอาชีวอนามัย หมายถึง การจัดการกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบ มีสองกิจ

กรมหลัก 1.กิจกรรมเชิงรุก ประกอบด้วย การจัดทำ ข้อมูลกลุ่มอาชีพ การประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน อย่างง่าย การจัดการและควบคุมความเสี่ยงจากการทำงาน การสร้างเครือข่ายระดับพื้นที่ 2. กิจกรรมเชิงรับ ประกอบด้วย การให้บริการ ณ ที่ตั้ง การชักประวัติ คัดกรองโรคจากการทำงาน การเฝ้าระวัง และรายงาน โรค การให้การรักษายาบาลเบื้องต้น

การประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน หมายถึง กิจกรรมที่ใช้เพื่อสำรวจสภาพการทำงานของกลุ่ม แรงงาน รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการทำงาน ในที่นี้จะใช้แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยสำนัก โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (แบบ นบ. 01 และ นบ. 01 ก)

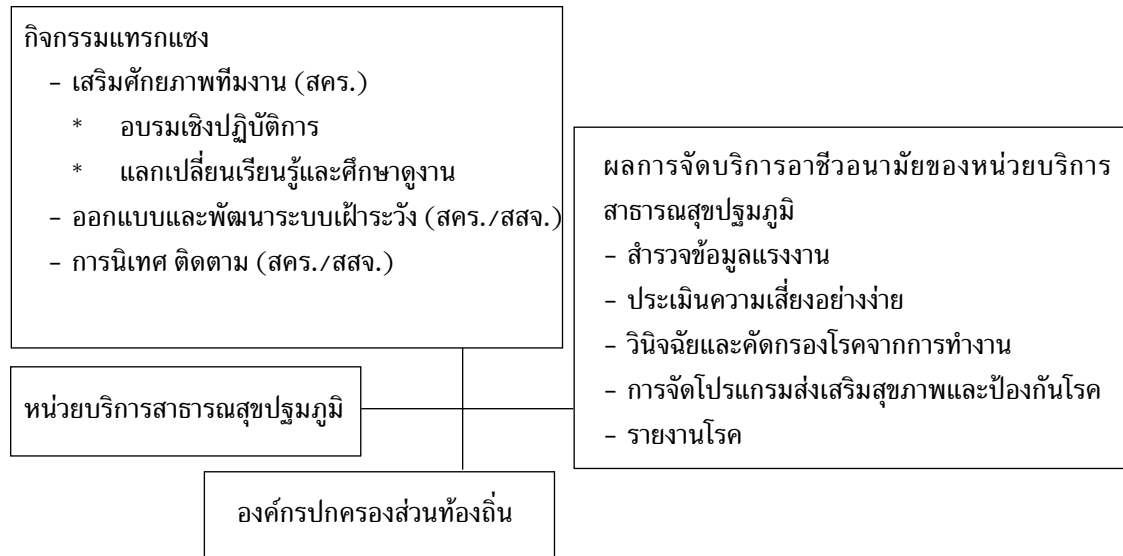
การคัดกรองโรคจากการทำงาน หมายถึง กิจกรรมการชักประวัติการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ ที่รพสต. ประวัติการทำงาน และสาเหตุการเจ็บป่วยที่เกิดจากงาน รวมทั้งตรวจสุขภาพเบื้องต้น

รูปแบบและกลไกการบริหารอาชีวอนามัย หมายถึงวิธีการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพ แรงงานนอกระบบ และกระบวนการส่งเสริมและ สนับสนุนให้เกิดการจัดบริการ ทั้งนี้กำหนดไว้สามด้าน คือ ด้านการพัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้ ด้านการ สนับสนุนนโยบายและการจัดการ และด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนารูปแบบและกลไก การจัดการบริการสุขภาพด้านอาชีวอนามัยในระดับปฐมภูมิ

วิธีการดำเนินงาน: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ครั้งนี้ ดำเนินการในระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2552-เมษายน 2555 โดยคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างจากหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUs) จากจังหวัด ตัวแทนในภาคเหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ กลาง และ ใต้ ได้แก่ จังหวัดลำพูน จังหวัดขอนแก่น จังหวัดสงขลา และจังหวัดสุพรรณบุรี รวม 20 แห่ง เกณฑ์ในการคัดเลือกคือ หน่วยบริการที่สนใจเข้าร่วมโครงการ กิจกรรม สำคัญคือ การสนับสนุนให้มีจัดการอาชีวอนามัย ประกอบด้วย การให้บริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ การดำเนินงานที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) การเสริมศักยภาพ ของทีมงานในหน่วยบริการเป้าหมาย (ทั้ง PCUs และ CUP) 2) พัฒนาระบบข้อมูลและระบบเฝ้าระวังทาง อาชีวอนามัย 3) พัฒนาเครือข่ายระดับจังหวัดสนับสนุน การดำเนินงานอาชีวอนามัยในพื้นที่เป้าหมาย 4) การ นิเทศติดตาม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (Instruments) ประกอบด้วยแบบรายงานโรคจากการทำงาน แบบประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น (job safety analysis) และแบบวัดพฤติกรรมของแรงงานนอกระบบ (นบ.01) วัดผลการศึกษา (outcome of study) จากกลไก และรูปแบบการดำเนินการจัดการบริการอาชีวอนามัย ผลการ ประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน การคัดกรองความ เสี่ยงจากการทำงาน และการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

กรอบแนวคิดในการดำเนินงาน



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดของรูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสาธารณสุข

ผลการศึกษา

รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิมีหน่วยงานและกิจกรรมสำคัญดังนี้

1.1 กิจกรรมสำคัญ: กิจกรรมสำคัญที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการเพื่อให้เกิดการจัดบริการ

อาชีวอนามัยในหน่วยบริการ คือกระบวนการพัฒนาศักยภาพ การสนับสนุนทางวิชาการ การขับเคลื่อนผลักดันเชิงนโยบาย และการนิเทศติดตาม นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนการดำเนินงาน จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผลการดำเนินงานดังรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กิจกรรม และบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการอาชีวอนามัย

กิจกรรม	สคร. (แห่ง)	สสจ. (แห่ง)	หน่วยบริการปฐมภูมิ (แห่ง)				อปท. (แห่ง)			
			ลำพูน	ขอนแก่น	สุพรรณบุรี	สงขลา	ลำพูน	ขอนแก่น	สุพรรณบุรี	สงขลา
1. พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการ	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. สนับสนุนสื่อ เอกสาร คู่มือ ด้านวิชาการ	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. การขับเคลื่อนและผลักดัน นโยบายระดับจังหวัด	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-
4. การจัดบริการอาชีวอนามัย										
4.1 การจัดกิจกรรมอาชีวอนามัย เชิงรุก	-	-	5	5	5	-	5	5	5	-
4.2 การจัดกิจกรรมอาชีวอนามัย เชิงรับ	-	-	5	5	5	4	-	-	-	-
5. การดำเนินกิจกรรมตาม โครงการส่งเสริมสุขภาพฯ	-	-	5	5	5	0	5	5	5	0
6. ติดตามและประเมินผล	4	3								

1.2 ผลการจัดบริการอาชีวอนามัย

1.2.1 การจัดบริการเชิงรุก

ผลการประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน การประเมินความเสี่ยงและสำรวจพฤติกรรมของกลุ่มแรงงานนอกระบบโดยใช้แบบรายงาน นบ. 01 มีการสำรวจพฤติกรรมทั่วไปของกลุ่มแรงงานนอกระบบจำนวน 2,821 คน จาก 4 จังหวัด จำนวน 19 รพ.สต. ผลการประเมินความเสี่ยงโดยแบบ นบ. 01 ในประเด็นการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ การมีโรคประจำตัว เป็นต้น ผลการประเมินความเสี่ยงเบื้องต้นจากกลุ่มตัวอย่างเพศชายใกล้เคียงกับเพศหญิง (ร้อยละ 53.2 และ 46.8) ส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกรรม/ทำไร่ และทำสวน/สวนยาง (ร้อยละ 41.4 และ 39.7) ด้านสภาพแวดล้อมและความเสี่ยงจากการทำงานพบว่า ร้อยละ 42.1 เคยประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน ด้านสภาพปัญหาการทำงานที่มีความเสี่ยง 5 อันดับแรกคือ ทำางการทำงานที่ไม่เหมาะสม ทำงานในสถานที่ที่มีความร้อน แดดจ้า ทำงานในที่มืดฝุ่นละออง ทำงานที่เสี่ยงต่อแมลงสัตว์กัดต่อย และการสัมผัสกับสารเคมี (ร้อยละ 63.0, 62.3, 47.5, 46.9 และ 43.5 ตามลำดับ) ดังรายละเอียดตามตารางที่ 2

1.2.2 การจัดบริการเชิงรับ

การคัดกรองและการรายงานการเจ็บป่วยจากการทำงานในกระบวนการจัดบริการเชิงรับเน้นการคัดกรองและการรายงานโรคจากการทำงานจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่ PCUs โดยเจ้าหน้าที่จะเป็นผู้ซักประวัติการทำงาน และลักษณะงานที่เป็นสาเหตุให้มารับบริการที่ PCU การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและรายงานโรค ทั้งนี้เจ้าหน้าที่จะต้องมีการลงผลการคัดกรองโรคเบื้องต้นโดยใช้รหัส ICD10 ร่วม เป็น Y96 Y97 ในระบบฐานข้อมูลของ PCU เอง ผลการคัดกรองโรคจากการเก็บข้อมูลในปีงบประมาณ 2552-2555 ของพื้นที่ 4 จังหวัด ข้อมูลผู้มารับบริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.90 เพศชายร้อยละ 42.1 อายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 27.70 รองลงมาอยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 24.20 อายุุน้อยที่สุด 12 ปี มากที่สุด 98 ปี ด้านอาชีพส่วนใหญ่เป็นอาชีพเกษตรกรรม เช่น

ทำนา/ทำไร่ ปลูกพืช เลี้ยงสัตว์ คิดเป็นร้อยละ 53.90 รองลงมาคือ กลุ่มอาชีพรับจ้างต่างๆ เช่น รับจ้างทั่วไป รับจ้างตัดอ้อย ทำงานในโรงงาน รับจ้างก่อสร้าง ขับรถ คิดเป็นร้อยละ 35.60 ด้านการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และอุบัติเหตุจากการทำงานส่วนใหญ่มารับการรักษาและใช้บริการด้วยกลุ่มอาการของโรคกล้ามเนื้อ กระดูก และโครงสร้าง เช่น อาการปวดบวม ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออักเสบ ข้อและเอ็นอักเสบ ปวดตามข้อ ปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย รายละเอียดดังตารางที่ 3 ในปี 2555 แรงงานนอกระบบมีอัตราป่วย 19.6 ต่อประชากร 1,000 คน โดยอัตราป่วยด้วยกลุ่มโครงสร้างกล้ามเนื้อและกระดูกสูงสุด (อัตราป่วย 12.2 ต่อประชากร 1,000 คน) รองลงมาคือ การบาดเจ็บจากการทำงาน (อัตราป่วย 3.0 ต่อประชากร 1,000 คน) และการแพ้พิษ ฝุ่นคั้นจากการทำงาน (อัตราป่วย 0.7 ต่อ ประชากร 1,000 คน) (ข้อมูลไม่ได้แสดงในตาราง)

2. กลไกการดำเนินงาน

ในการสร้างกลไกการดำเนินงานเพื่อให้เกิดกระบวนการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิมีดังนี้

2.1 การพัฒนาองค์ความรู้และวิชาการ:

PCUs 20 แห่งได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการจากหน่วยงานคือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต จำนวน 14 แห่ง และ อีก 5 แห่งได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมของโรงพยาบาลทั่วไป กิจกรรมในการสนับสนุนทางวิชาการคือ การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ผลิตคู่มือ เครื่องมือ ในการดำเนินงาน ประเมินผลการดำเนินงาน

2.2 การสนับสนุนด้านนโยบายและการจัดการ : มี PCUs จำนวน 10 แห่งจาก 2 จังหวัด ที่ได้รับการสนับสนุนระดับจังหวัด โดยการกำหนดเป็นนโยบายตัวชี้วัดระดับจังหวัด ที่กำหนดโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ PCUs จำนวน 5 แห่งที่กำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับอำเภอ ที่ส่งผลให้มีกระบวนการนิเทศติดตามให้คำปรึกษาแนะนำ และการพัฒนาระบบข้อมูลระดับจังหวัด เพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันโรค ส่วนอีก 4 แห่งยังไม่พบกลไกการขับเคลื่อนเชิงนโยบายในทั้งระดับ

อำเภอ และจังหวัด และนอกจากนี้พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยงานควบคุมโรคจาก 2 จังหวัดจะเป็นผู้สนับสนุนกระบวนการจัดการเช่น การประสานงาน การจัดทำแผนงาน การอำนวยความสะดวกอื่นๆ ให้ความรู้ให้กับ PCUs ในพื้นที่ตัวอย่าง ส่วน PCUs อีก 5 แห่งจะได้รับการสนับสนุนด้านการจัดการจากกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมของโรงพยาบาลทั่วไป

2.3 การสร้างการมีส่วนร่วม: กลไกการมีส่วนร่วมวัดจากการประสานแผน ร่วมกันจัดทำแผน และการได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อจัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานนอกระบบ พบว่า 14 PCUs จากทั้งหมด 20 PCUs สามารถขอรับการสนับสนุนงบประมาณจาก อปท. ในปี 2554-2555 รวม 17 โครงการ งบประมาณทั้งสิ้นจำนวน 465,000 บาท ดังรายละเอียดตารางที่ 4

ตารางที่ 2 ข้อมูลการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานเบื้องต้นในกลุ่มแรงงานนอกระบบ (n =2821)

ลำดับ	ข้อมูลความเสี่ยง	ขอนแก่น (n=1350)		สุพรรณบุรี (n=66)		ลำพูน (n=567)		สงขลา (n=838)		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลทั่วไป											
1	เพศ			ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล						
	ชาย	705	52.22			337	59.44	424	50.60	1466	53.21
	หญิง	645	47.78			230	40.56	414	49.40	1289	46.79
		1,350	100.00			567	100.00	838	100.00	2755	100.00
2	อาชีพ										
	ประมง	0	0	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	0	0	81	9.74	81	2.77
	ค้าปลีก	26	1.98			12	3.60	82	9.86	120	4.11
	ทำนา/	801	60.87			146	43.84	60	7.21	1209	41.36
	เกษตรกรรม/ไร่										
	ทำสวน/ทำสวน	365	27.74			119	35.74	435	52.28	1159	39.65
	ยาง										
	กรรมกร/รับจ้าง	108	8.21			0	0.00	39	4.69	147	5.03
	เฟอร์นิเจอร์/	0	0.00			28	8.41	0	0.00	28	0.96
	ช่างไม้										
อื่นๆ	16	1.22			28	8.41	135	16.23	179	6.12	
	รวม	1,316	100.00			333	100.00	832	100.00	2923	100.00

ตารางที่ 2 ข้อมูลการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานเบื้องต้นในกลุ่มแรงงานนอกระบบ (n =2821) (ต่อ)

ลำดับ	ข้อมูลความเสี่ยง	ขอนแก่น (n=1350)		สุพรรณบุรี (n=66)		ลำพูน (n=567)		สงขลา (n=838)		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3	ได้รับอุบัติเหตุ/ การบาดเจ็บจาก การทำงาน สภาพแวดล้อมใน การทำงาน	715	52.96	16	24.24	135	23.81	322	38.42	1188	42.11
4	สัมผัสแหล่งความ ร้อน/ทำงานกลาง แจ้ง	1,008	74.67	22	33.33	292	51.50	434	51.79	1756	62.25
5	สัมผัสเสียงดังมาก	565	41.85	43	65.15	38	6.70	156	18.62	802	28.43
7	ใช้หรือสัมผัสสาร เคมี	1,001	74.15	15	22.73	27	4.76	185	22.08	1228	43.53
8	สัมผัสฝุ่นละออง	966	71.56	20	30.30	44	7.76	309	36.87	1339	47.47
9	บริเวณที่ทำงาน สภาพชื้นแฉะ มีน้ำขัง	714	52.89	26	39.39	9	1.59	179	21.36	928	32.90
10	ถูกแมลง สัตว์กัด ต่อยในขณะทำงาน	827	61.26	36	54.55	99	17.46	362	43.20	1324	46.93
12	ทำงานที่ต้องยก ของหนักหรือ ท่าทางการทำงาน ที่ไม่เหมาะสม	1,050	77.78	19	28.79	174	30.69	533	63.60	1776	62.96

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะทางระบาดวิทยาของกลุ่มแรงงานนอกระบบที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ และได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเจ็บป่วยจากการทำงาน (n=3353)

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	1,410	42.1
หญิง	1,943	57.9
2. อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 15 ปี	12	0.4
15-19 ปี	61	1.8
20-29 ปี	286	8.6
30-39 ปี	547	16.4
40-49 ปี	924	27.7
50-59 ปี	807	24.2
มากกว่า 60 ปี	695	20.9
3. อาชีพ		
เกษตรกรรม/ปศุสัตว์/ปลูกพืช/ทำไร่/ทำสวน	1,417	53.9
รับจ้าง/ก่อสร้าง/ขับรถ/คนงานโรงงาน	935	35.6
ค้าขาย	100	3.8
ช่างต่าง ๆ/ช่างเฟอร์นิเจอร์/ทำรงน้ำ/เย็บผ้า/ทอเสื่อจักสาน	91	3.5
อื่น ๆ ทหาร ข้าราชการ นักเรียน แม่บ้าน	85	3.2
4. การเจ็บป่วย		
โรคกล้ามเนื้อ กระดูกและโครงสร้าง	2,089	62.3
การบาดเจ็บและอุบัติเหตุ	651	19.4
ภูมิแพ้ อาการแพ้ ผื่นคัน	463	13.8
สาเหตุอื่น ๆ	150	4.5

ตารางที่ 4 รายละเอียดแผนงานและงบประมาณปี 2554-2555 จาก อปท. เพื่องานป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพในกลุ่มแรงงานนอกระบบ

จังหวัด/รพ.สต./อปท.	เรื่องที่สนับสนุน	จำนวนงบประมาณ (บาท)
จังหวัดขอนแก่น		
1. ลำน้ำพอง	ได้บรรจุเรื่องการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบไว้ในเทศบัญญัติท้องถิ่น 3 ปี	150,000
2. ทราชมูล	อบรมให้ความรู้เรื่องการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมี	5,000
3. โนนทัน	โครงการฝึกปลอดสารพิษและเฝ้าระวังโรคจากสารกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร	20,000
4. ยางคำ		20,000
จังหวัดสุพรรณบุรี		
1. บ้านแหลม	สนับสนุนการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	15,000 บาท
2. หนองสาหร่าย	โครงการ เกษตรกรปลอดโรค ผู้บริโภคปลอดภัย สมุนไพรล้างพิษ กายจิตผ่องใส	50,000 บาท
3. บางใหญ่	โครงการอบรมให้ความรู้ ในเรื่องการรู้จักสารเคมี อันตรายของสารเคมี การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการปฐมพยาบาลเมื่อได้รับสารเคมี	15,000 บาท
4. ไร้รถ	โครงการตรวจสอบสุขภาพวัยแรงงาน	60,000 บาท
5. วัดดาว	โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเกษตรกรเพื่อเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสารเคมี	30,000 บาท
จังหวัดลำพูน		
1. บ้านกลาง	โครงการเจาะหาสารเคมีในเลือดของเกษตรกร/ร้านเสริมสวย/ร้านเฟอร์นิเจอร์	60,000 บาท
2. ต้นธง	โครงการรณรงค์ค้นหาผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชภาคเกษตรกรรม	50,000 บาท
3. เหมืองง่า	โครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ (การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์)	10,000 บาท
4. ประตูป่า	โครงการส่งเสริมและพัฒนานโยบายสาธารณะด้านอาชีวอนามัยและสวัสดิการแรงงานในชุมชน	30,000 บาท
	โครงการหมู่บ้านต้นแบบด้านการจัดการสุขภาพ	90,000 บาท
5. มะเขือแจ้	โครงการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ (อาชีวอนามัย)	10,000 บาท
รวมงบประมาณ		465,000 บาท

สรุปผล วิจัย และข้อเสนอแนะ:

รูปแบบการจัดการบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิคือ การจัดกิจกรรมอาชีวอนามัยทั้งเชิงรุกและเชิงรับ กิจกรรมเชิงรุกประกอบด้วย การสำรวจทะเบียนกลุ่มแรงงานนอกระบบ การประเมินความเสี่ยงอย่างง่าย การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผลการประเมินความเสี่ยงอย่างง่ายโดยกลุ่มแรงงานนอกระบบพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มแรงงานมีความเสี่ยงจากการทำงานโดยการทำงานในท่าทางที่ไม่เหมาะสม และยกของหนัก ทำงานในสภาพอากาศร้อน และการสัมผัสกับสารเคมี ส่วนกิจกรรมเชิงรับประกอบด้วย การคัดกรองและวินิจฉัยโรคจากการทำงานเบื้องต้น การให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การจัดทำสถานการณ์สุขภาพแรงงานนอกระบบ การคัดกรองและวินิจฉัยการเจ็บป่วยจากการทำงานเบื้องต้นพบว่าแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูก รองลงมาคือ การประสบอุบัติเหตุ และบาดเจ็บจากการทำงาน และการแพ้พิษฝุ่นคั้นจากสารเคมี ส่วนกลไกการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยใน PCUs ที่สำคัญประกอบด้วย 1) ด้านการสนับสนุนด้านวิชาการ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. โดยหน่วยงานด้านวิชาการ ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต หรือกลุ่มอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลทั่วไป ทั้งนี้หน่วยวิชาการอื่นที่สามารถเป็นแหล่งความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ PCUs ได้อีกคือ สถาบันวิชาการ รวมทั้งรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ และองค์ความรู้ความสามารถทำได้หลากหลายรูปแบบเช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเรียนรู้จากการทดลองทำ 2) ด้านการสนับสนุนด้านนโยบายและการจัดการรวมทั้งการติดตามนิเทศงาน โดยหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดระดับจังหวัด หรืออย่างน้อยในระดับอำเภอ 3) การสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งนี้กิจกรรมสำคัญที่จะสร้างการมีส่วนร่วมคือ การค้นหาข้อมูล การประสานแผน และร่วมกันจัดทำแผนงาน จะเห็นว่รูปแบบและกลไก การจัดการบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบนั้นมีหลายหน่วยงานที่

เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการจัดบริการ โดยเฉพาะระดับจังหวัด⁽¹⁰⁾ แต่หน่วยงานระดับอำเภอ เช่น โรงพยาบาลชุมชน หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ยังไม่ได้มีบทบาทมากนัก จึงควรที่จะสนับสนุนให้หน่วยงานดังกล่าวเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานทั้งนี้โรงพยาบาลชุมชนเองมีบทบาทในการสนับสนุนงานของหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่แล้ว ขณะเดียวกันสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นหน่วยงานบังคับบัญชาควรจะมาเข้ามามีบทบาทในการควบคุม กำกับกับการดำเนินงาน

นอกจากนี้แล้วถึงแม้จะพบว่ารูปแบบการดำเนินงานของ PCUs จะมีรูปแบบที่ชัดเจนและเจ้าหน้าที่ PCUs มีศักยภาพที่จะดำเนินการได้ แต่ยังต้องการการสนับสนุนด้านนโยบายจากระดับจังหวัด รวมทั้งการนิเทศงานอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษครั้งนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากแผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา ที่สนับสนุนการดำเนินงานตลอดโครงการ ขอขอบคุณ ดร.พญ. ฉันทนา ผดุงทศ จากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ที่กรุณาให้คำปรึกษาทางวิชาการและการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย คุณอรพิน วิมลภูษิต ที่ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงาน คุณอนงค์ศิลป์ ด้านไพบูลย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ ให้คำปรึกษาและร่วมดำเนินการในเขตพื้นที่จังหวัดลำพูน คุณจำเนียร มูลเทพ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ คุณพัชรวดี พิรุณสุนทร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น คุณพวงเพ็ญ อ่อนสืบุตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ที่ช่วยสนับสนุนด้าน

การนิเทศงาน การผลักดันนโยบายระดับจังหวัดของพื้นที่จังหวัดขอนแก่น และสำพุน รวมทั้งคณะเจ้าหน้าที่จากหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั้ง 20 แห่ง ที่ร่วมการพัฒนาระบบบริการอาชีวอนามัย

เอกสารอ้างอิง

1. Soekotjo Joedatmodjo. National Occupational Safety and Health Council, Indonesia; Occupational Safety and Health in the informal sector: Seeking Better Solutions in Indonesia. [Internet]. [Cited 2010 Jan 4]. Available from <http://www.aposho.org/conference/img/ksiv-1.doc>.
2. Noe R, Rocha J, Clavel- Arcas C, Aleman C, Gonzales ME, Mock C. Occupational injuries identified by an emergency department based injury surveillance system in Nicaragua. *Inj Prev* 2004;10(4):227-32.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2554. [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 มกราคม 2556]. เข้าถึงได้จาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/workerOutRep55.pdf>.
4. Santana VS, Loomis D. Informal Jobs and Non-fatal Occupational Injuries. *Ann Occup Hyg* 2004; 48(2):147-57.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2553. [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 มกราคม 2556]. เข้าถึงได้จาก <http://envocc.dpc7.net/sites/default/files/workerOutRep54.pdf>
6. Rantanen J. Basic occupational health services - their structure; content and objectives. *Scand J Work Environ Health* 2005;(suppl1):S5-15.
7. Rantanen J. New concept in occupational health services -BOHS. [Internet]. 2010 [Cited 2010 Jan 5]. Available from http://www.who.int/occupational_health/publications/bohsbooklet.pdf.
8. Eijkemans G. Occupational health services as a part of primary health care. [Internet]. n.d.[Cited 2010 January 12]. Available from <http://www.ifwea.org/resources/PDF/ResourceLibrary/OccupationalHealthAndSafety/2004OHSasPartofPrimaryHealthCare.pdf>.
9. Salter WD. International Program on the informal sector. [Internet]. 1998 [Cited 2010 Jan 5]. Available from www.ilo.org/public/english/region/asro/mdtmanila/.../osh.doc.
10. Somkiat Siriruttanaruk, Koji Wada, Tsuoshi Kawakami. Promoting occupational health services for workers in the informal economy through primary health care unit. ILO Asia-Pacific Working Paper series, September 2009.