

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลเปรียบเสมือนสถานประกอบกิจการประเภทหนึ่ง ที่มีกระบวนการทำงานซับซ้อนคล้ายกับมีโรงงานหลายๆ ประเภทรวมอยู่ในที่เดียวกันและมีกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลปฏิบัติงานอยู่หลากหลายสาขาอาชีพ ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ (วรรณา จงจิตรไพศาล, 2547) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2549 มีบุคลากรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ จำนวนทั้งสิ้น 211,891 คน (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2550) ที่ต้องดูแลและให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนทั่วประเทศจำนวน 63,396,000 คน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552) บุคลากรเหล่านี้ต้องทำงานในโรงพยาบาลซึ่งถือว่าเป็นสถานประกอบกิจการที่มีสิ่งคุกคามสุขภาพแฝงอยู่ในกระบวนการทำงานทุกขั้นตอน (Hood & Larmaga, 2007) ทั้งจากสิ่งแวดล้อมการทำงานและสภาพการทำงาน (จิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ, 2548ก) ทำให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของบุคลากร โรงพยาบาล ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้จัดลำดับการทำงานในโรงพยาบาลเป็นงานที่อันตรายมากที่สุดประเภทหนึ่ง (Charney & Fragala, 1999) จากรายงานของสำนักงานแรงงานและสถิติแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา ระบุว่า บุคลากรโรงพยาบาลมีอุบัติการณ์การเกิดโรคและการบาดเจ็บจากกระบวนการทำงานมากกว่าอาชีพภาคเกษตรกรรม ภาคการผลิต ภาคการขนส่ง และภาคการก่อสร้าง ถึง 4.5 เท่า (The United State Bureau of Labor Statistics, 2005) โดยพบว่า สิ่งคุกคามสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ สิ่งคุกคามสุขภาพด้านชีวภาพ ด้านเคมี ด้านการยศาสตร์ ด้านกายภาพและด้านจิตสังคม (Dement et al., 2004; Hood & Larmaga, 2007; National Institute for Occupational Safety and Health [NIOSH], 2005)

สิ่งคุกคามสุขภาพด้านชีวภาพ เช่น การได้รับสัมผัสเลือด และสารคัดหลั่งในร่างกายของผู้ป่วยที่มีเชื้อโรค โดยเฉพาะการได้รับสัมผัสผ่านเนื้อเยื่อหรือบริเวณผิวหนังที่มีแผลเปิดจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้มากที่สุด ร้อยละ 6-30 (O'Malley et al., 2007) จากการศึกษาในบุคลากรโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สนับสนุนงานบริการ แผนกอุบัติเหตุและ

ฉุกเฉิน ประเทศตุรกี จำนวน 124 คน พบว่า มีบุคลากรได้รับบาดเจ็บจากการถูกเข็มฉีดยาที่มด้า
 ในขณะที่ปฏิบัติงาน ร้อยละ 40.6 (Serinken, Karcioğlu, Kutlu, Sener, & Keysan, 2009) และ
 การศึกษาในบุคลากรโรงพยาบาลขนาด 10 และ 30 เตียง พื้นที่เขต 5 จำนวน 1,253 คน พบว่า
 บุคลากรโรงพยาบาลมีการสัมผัสเชื้อโรค ร้อยละ 72.7 และเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อ ร้อยละ 60.8
 (วิเศษ วิสรวงกุล, ประภัสสร ชันธิปริชา, จันทรกาญจน์ แสงรัตนชัย, สุพรรณิ เจริญวงศ์เพ็ชร, และ
 เฉลียว ตามสิทธิ์, 2547) สิ่งคุกคามสุขภาพด้านเคมี เช่น การทำงานที่ต้องสัมผัสกับสารเคมีสำหรับ
 ทำให้ปราศจากเชื้อโรค (sterilizing agents) เช่น กลูตาโรลดีไฮด์ ฟอมาดีไฮด์ และเอทิลีนออกไซด์
 เป็นต้น จากการศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 6,977 ราย พบว่า
 มีอุบัติการณ์ของการก่อกวนก่อนกำหนดในพยาบาลวิชาชีพที่เคยได้รับสัมผัสกับสารทำให้
 ปราศจากเชื้อโรคนานมากกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 11 ราย (Lawson et al., 2009) และจาก
 การศึกษาในเจ้าหน้าที่หน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 25 คน ที่มีการใช้เอทิลีนออกไซด์
 ในการอบฆ่าเชื้อเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ พบว่า มีอาการของโรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ
 31.9 และปวดศีรษะ ร้อยละ 25.0 (เฉลิมรัฐ คำชูชาติ และ อมรรัตน์ ดันติพิพพ์พงศ์, 2550)

สำหรับสิ่งคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์ เช่น การทำงานที่ต้องยก เคลื่อนย้ายผู้ป่วย
 หรือวัสดุ สิ่งของที่มีน้ำหนักมากโดยไม่มีอุปกรณ์หรือเครื่องมือช่วยในการผ่อนแรงและการทำงาน
 ด้วยท่าทางไม่ถูกต้อง มีการศึกษาในบุคลากรโรงพยาบาลประเทศตุรกี จำนวน 1,600 คน พบว่า
 ภายหลังการยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทำให้พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยเกิดอาการปวดหลัง
 ร้อยละ 77.1 และ 53.5 ตามลำดับ (Karahan, Kav, Abbasoglu, & Dogan, 2009) และการศึกษาใน
 บุคลากรโรงพยาบาลปทุมธานี จำนวน 812 คน พบว่า เจ้าหน้าที่รังสีวิทยาและเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน
 งานบริการ เกิดอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ร้อยละ
 33.9 และ 28.0 ตามลำดับ (จิรสุตา ธานีรัตน์ และคณะ, 2549) สิ่งคุกคามสุขภาพด้านกายภาพ เช่น
 การทำงานสัมผัสกับเสียงดัง จากการศึกษาภาวะประสาทรับเสียงเสื่อมของบุคลากรในแผนก
 ชักฟอก-ตัดเย็บและแผนกโภชนาการ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 39 คน พบว่า บุคลากรมีการ
 สัมผัสเสียงดังจากเครื่องซักผ้า เครื่องอบผ้าและการล้างอุปกรณ์ทำอาหาร ซึ่งพบความชุกของภาวะ
 ประสาทรับเสียงเสื่อมในบุคลาการดังกล่าว ร้อยละ 51.3 โดยพบในบุคลากรแผนกซักฟอก-ตัดเย็บ
 ร้อยละ 47.6 และแผนกโภชนาการ ร้อยละ 55.6 (เฉลิมรัฐ คำชูชาติ และ อมรรัตน์ ดันติพิพพ์พงศ์,
 2551) และสิ่งคุกคามสุขภาพด้านจิตสังคม เช่น ความเครียดจากการทำงาน ความรุนแรงในสถานที่
 ทำงาน มีการศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับบุคลากรโรงพยาบาลรัฐของสหราชอาณาจักร
 จำนวน 1,411 คน พบว่า บุคลากรในแผนกการพยาบาลถูกกระทำความรุนแรงในสถานที่ทำงาน
 มากที่สุด ถึงร้อยละ 43.4 ซึ่งพบมากในบุคลากรแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยพบว่าบุคลากรถูก

ผู้ป่วยคุกคามทางวาจา ถูกผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมคุกคาม และถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 75.0, 41.7 และ 30.8 ตามลำดับ (Winstanley, & Whittington, 2004) จากการศึกษาความรุนแรงในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคเหนือ จำนวน 311 คน พบว่า ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาของการปฏิบัติงาน พบบุคลากรทางการแพทย์ ถูกกระทำความรุนแรงทางร่างกายเท่ากับ 3.9 ราย (ต่อประชากร 100 ราย) และถูกกระทำ ความรุนแรงทางจิตใจเท่ากับ 57.6 ราย (ต่อประชากร 100 ราย) (วริศรา คิษบรรจง, 2551)

นอกจากสิ่งคุกคามสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมการทำงานดังกล่าวข้างต้น บุคลากรโรงพยาบาล ยังมีโอกาสสัมผัสกับสิ่งคุกคามสุขภาพจากสภาพการทำงานด้านเวลาการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาล ซึ่งจะต้องปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง มีการแบ่งการทำงานเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงดึก (24.00-8.00 น.) ช่วง บ่าย (16.00-24.00 น.) และช่วงเช้า (8.00-16.00 น.) สภาพการทำงานดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อ การปรับตัวทางสรีรวิทยา การนอนหลับ ตลอดจนส่งผลกระทบต่อวงจรชีวภาพในรอบวัน ทำให้บุคลากร โรงพยาบาลรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียและเมื่อยล้าสะสมเพิ่มขึ้น (Thomas et al., 2006) รวมทั้งทำให้บุคลากร โรงพยาบาลมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้สูงกว่าบุคลากรที่ ปฏิบัติงานเฉพาะในช่วงกลางวันถึง 2 เท่า (Knutsson, 2008) นอกจากนี้บุคลากรโรงพยาบาลที่ ทำงานเกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน เช่น ทำงานทั้งช่วงเช้า-บ่าย ส่งผลให้บุคลากรโรงพยาบาลเกิด ความเครียดจากการทำงานถึงร้อยละ 75 (Collins, 2007)

จะเห็นได้ว่า ในกระบวนการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลมีทั้งสิ่งคุกคามสุขภาพจาก สิ่งแวดล้อมการทำงานและสภาพการทำงาน ส่งผลให้บุคลากรโรงพยาบาลมีความเสี่ยงสูงต่อการ เกิดโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีอย่างยั้งที่ทีมสุขภาพ และหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องทางด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ควรมีการดำเนินงานเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยง จากการการทำงานที่อาจเกิดขึ้นกับบุคลากร โรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรโรงพยาบาลมีสุขภาพที่ดีและมี ความปลอดภัยในการทำงาน (Hood & Larranaga, 2007)

แต่อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันจำนวนพยาบาลอาชีวอนามัยยังมีไม่เพียงพอต่อความต้องการ ทำให้ไม่มีพยาบาลอาชีวอนามัยทำหน้าที่ดูแลสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลโดยตรง ดังนั้นผู้บริหาร โรงพยาบาลจึงมักมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพทั่วไปเป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงานอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลวิชาชีพเหล่านี้ส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตร เฉพาะทางการพยาบาลอาชีวอนามัยหรือสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโททางการพยาบาลอาชีวอนามัย (พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, อรรพรรณ แก้วบุญชู, สุริธร กลัมพากร, วันเพ็ญ แก้วปาน, และ ปรียาภมล ช่าน, 2550; วรรณางจิตรไพศาล, 2547) เห็นได้จากการศึกษาความต้องการพยาบาลอาชีวอนามัยใน ผู้บริหารของโรงพยาบาลระดับจังหวัดและโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 236 แห่ง และกลุ่มโรงงานที่มี

คนทำงานมากกว่า 200 คนขึ้นไป จำนวน 124 แห่ง พบว่า ร้อยละ 51.1 ของโรงพยาบาลและโรงงานไม่มีพยาบาลที่ทำงานหรือสอนวิชาการที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัย และร้อยละ 40.4 ของผู้บริหารในกลุ่มโรงพยาบาลเห็นว่าในหน่วยงานไม่มีความต้องการพยาบาลอาชีวอนามัย โดยให้เหตุผลว่า ยังไม่เห็นบทบาทที่ชัดเจนของพยาบาลอาชีวอนามัย อีกทั้งลักษณะการปฏิบัติงานตามบทบาทพยาบาลอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลมักขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหารเป็นหลัก (นงเยาว์ อุดมวงศ์, ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, และ ธนพรรณ จรรยาศิริ, 2544) ซึ่งต่างจากการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในต่างประเทศที่ต้องอาศัยพยาบาลอาชีวอนามัยที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมที่ได้รับการศึกษาอบรมมาโดยตรง และมีบทบาทในการดำเนินงานดังกล่าวที่หลากหลาย เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้กำหนดบทบาทของพยาบาลอาชีวอนามัย ไว้ 7 บทบาท คือ 1) ผู้ให้บริการทางคลินิก 2) ผู้จัดการรายกรณี 3) ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 4) ผู้จัดการ 5) ผู้ให้การปรึกษา 6) ผู้ให้ความรู้ และ 7) ผู้วิจัย (Rogers, 2003) ส่วนประเทศในแถบยุโรปและเอเชียส่วนใหญ่ยังไม่มีกำหนดบทบาทพยาบาลอาชีวอนามัยไว้โดยตรง แต่ได้ระบุหน้าที่และความรับผิดชอบไว้กว้างๆ โดยสามารถสรุปได้ดังนี้ 1) การบริหารจัดการเกี่ยวกับการให้บริการด้านอาชีวอนามัยแบบครบวงจร 2) การดูแลรักษาพยาบาลคนทำงานที่เจ็บป่วยและได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน 3) การให้บริการด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม เช่น การเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมในการทำงาน การประเมินสุขภาพคนทำงาน และการประเมินปัจจัยอันตรายในสิ่งแวดล้อมการทำงาน 4) การจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพคนทำงาน 5) การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และงานด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม และ 6) การประยุกต์การวิจัยในการจัดการงานด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Arino, 2003; Mellor & St. John, 2007; Naumanen, 2007; Occupational Health Nurses Association of the Philippines [OHNAP], 2008) จะเห็นว่า บทบาทดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการศึกษาอบรมด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยมาโดยตรงและปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลอาชีวอนามัย รวมทั้งทำงานร่วมกับทีมสาขาวิชาชีพอื่นๆ เพื่อให้การดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลประสบความสำเร็จ (McPhaul & Lipscomb, 2005)

ในปี พ.ศ. 2547 สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค (2548) ได้ข้อสรุปในการกำหนดกรอบอัตรากำลังของพยาบาลอาชีวอนามัยสำหรับกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมในโรงพยาบาล คือ ต้องมีพยาบาลอาชีวอนามัยปฏิบัติงานประจำอยู่ในกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมของโรงพยาบาลรัฐทุกระดับทั่วประเทศ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 2 อัตรา โรงพยาบาลทั่วไป 2 อัตรา และโรงพยาบาลชุมชน 1 อัตรา ทำให้หัวหน้ากลุ่มงานอาชีวเวชกรรมได้มอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพทั่วไปเป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล เห็นได้จากการศึกษาของ วรณา จงจิตรไพศาล (2547) ที่พบว่า ผู้ที่รับผิดชอบการดำเนินงานอาชีวอนามัย

และสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (386 แห่ง) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือฝึกอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย ร้อยละ 60.1 และมีพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการศึกษาหรือฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านอาชีวอนามัย ระยะเวลา 2 ถึง 12 สัปดาห์เพียงร้อยละ 37.9 อีกทั้งในปี พ.ศ. 2548 กระทรวงแรงงานได้ออกกฎกระทรวง ที่ว่าด้วยการจัดสวัสดิการในสถานประกอบกิจการ พ.ศ. ๒๕๔๘ (กระทรวงแรงงาน, 2548) โดยระบุว่า สถานที่ทำงานที่มีลูกจ้างทำงานในขณะเดียวกัน ตั้งแต่ 200 คนขึ้นไป ต้องจัดให้มีพยาบาลตั้งแต่ระดับพยาบาลเทคนิคขึ้นไปไว้ประจำอย่างน้อย 1 คนตลอดเวลา และสถานที่ทำงานที่มีลูกจ้างทำงานในขณะเดียวกันตั้งแต่ 1,000 คนขึ้นไป ต้องจัดให้มีพยาบาลตั้งแต่ระดับพยาบาลเทคนิคขึ้นไปไว้ประจำอย่างน้อย 2 คนตลอดเวลา ซึ่งกฎหมายฉบับนี้ไม่ได้ระบุบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลประจำสถานประกอบกิจการดังกล่าว และมีผลบังคับใช้เฉพาะสถานประกอบกิจการเอกชนเท่านั้น ไม่ครอบคลุมโรงพยาบาลของภาครัฐ นอกจากนี้พยาบาลที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมยังขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ไม่มีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบกิจการประเภทต่างๆ รวมทั้งการปฏิบัติงานของพยาบาลในสถานประกอบกิจการมักจะเน้นการให้บริการในเชิงรับ และเน้นเฉพาะบทบาทด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและไม่ครอบคลุมทุกบทบาทของพยาบาลอาชีวอนามัย (พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาถึงบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม เฉพาะบางบทบาทเท่านั้น เช่น การศึกษาของ สว่างพงษ์พิสิษฐ์ (2550) เรื่อง การปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของตนเอง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 159 คน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การปฏิบัติบทบาทการเป็นนักวิจัยต่ำสุด โดยให้เหตุผลว่า เนื่องจากขาดองค์ความรู้ในการทำการวิจัยและการศึกษาบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลอาชีวอนามัย ซึ่งเป็นการศึกษาในพยาบาลอาชีวอนามัยที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบกิจการประเภทอุตสาหกรรม พบว่า พยาบาลอาชีวอนามัย ร้อยละ 48.9 มีการปฏิบัติงานตามบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ธัมรงค์ สุขบัว, สุรินทร์ กลัมพากร, วันเพ็ญ แก้วปาน และอาภาพร เผ่าวัฒนา, 2552) ซึ่งการศึกษาดังกล่าวข้างต้น มิได้ครอบคลุมสถานประกอบกิจการประเภทโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลอาชีวอนามัยจึงมีความสนใจศึกษาบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลรัฐ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาวางแผนทางพัฒนาบทบาทและศักยภาพของพยาบาลอาชีวอนามัยในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้มี

ประสิทธิภาพ เพื่อให้บุคลากร โรงพยาบาลมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในการทำงาน อันจะส่งผลต่อการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลรัฐ

คำถามการวิจัย

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลรัฐ ได้แก่ ผู้ให้บริการทางคลินิก ผู้จัดการรายกรณี ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ ผู้จัดการ ผู้ให้การปรึกษา ผู้ให้ความรู้ ผู้ให้คำปรึกษาและผู้วิจัย อยู่ในระดับใด และเป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลรัฐ ในเขตภาคเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป 9 แห่ง จำนวน 20 คน และโรงพยาบาลชุมชน 81 แห่ง จำนวน 76 คน รวมทั้งสิ้น 90 แห่ง จำนวน 96 คน มีระยะเวลารวบรวมข้อมูล 2 เดือน ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2553

นิยามศัพท์

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี และได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งจากสภาการพยาบาล ซึ่งรับผิดชอบการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล และมีประสบการณ์ในการทำงานด้านอาชีวอนามัยไม่น้อยกว่า 3 เดือน

บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล
 หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลวิชาชีพในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมใน
 โรงพยาบาล เพื่อลดความเสี่ยงของบุคลากรโรงพยาบาลจากสิ่งคุกคามสุขภาพในสิ่งแวดล้อมการทำงาน
 และสภาพการทำงาน ตามบทบาท ดังนี้ 1) ผู้ให้บริการทางคลินิก (clinician) 2) ผู้จัดการรายกรณี
 (case manger) 3) ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion specialist) 4) ผู้จัดการ
 (manager) 5) ผู้ให้การศึกษา (consultant) 6) ผู้ให้ความรู้ (educator) 7) ผู้ให้คำปรึกษา (counselor)
 และ 8) ผู้วิจัย (researcher) ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของ
 โรเจอร์ (Rogers, 2003) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

โรงพยาบาลรัฐ หมายถึง สถานบริการสุขภาพในสังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงาน
 ปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ในเขตภาคเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาล
 ชุมชน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2550)