

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลรัฐ เขตภาคเหนือ ทำการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอาชีวเวชกรรมของโรงพยาบาลทั่วไป 9 แห่ง จำนวน 20 คน และพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชน 81 แห่ง จำนวน 76 คน รวมทั้งสิ้น 90 แห่ง จำนวน 96 คน ในเขตภาคเหนือ ตั้งแต่เดือน สิงหาคม ถึง เดือน กันยายน พ.ศ. 2553 การวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอโดยการบรรยายประกอบตาราง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลรัฐ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาทั้งสิ้น จำนวน 96 คน โดยข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งงาน และระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม แสดงในตารางที่ 4-1 ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาอบรมด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ประสิทธิภาพการอบรมด้านการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมและความต้องการศึกษาอบรมด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม แสดงในตารางที่ 4-2

ตารางที่ 4-1
จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n= 96)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	13.54
หญิง	83	86.46
อายุ		
น้อยกว่า 25 ปี	2	2.08
25-30 ปี	6	6.25
31-35 ปี	20	20.83
36-40 ปี	27	28.13
41-45 ปี	20	20.83
46-50 ปี	17	17.71
มากกว่า 50 ปีขึ้นไป	4	4.17
พิสัย = 23 – 60 ปี		
$\bar{X}$ (S.D) = 40.33 ปี (7.22)		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรีทางการพยาบาลหรือเทียบเท่า	58	60.42
ปริญญาโท	38	39.58
การพยาบาลอาชีวอนามัย	8	21.05
สาขาอื่นๆ ^a	30	78.95
ตำแหน่งงาน		
พยาบาลวิชาชีพ	96	100.00

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม		
ไม่ระบุ	4	4.17
มากกว่าเท่ากับ 3 เดือน	8	8.33
1-5 ปี	60	62.50
6-10 ปี	15	15.63
11-15 ปี	5	5.21
16-20 ปี	3	3.13
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	1	1.04
พิสัย = 3 เดือน – 20 ปี 3 เดือน		
$\bar{X}$ (S.D) = 4.71 ปี (4.24)		

^a = อื่นๆ ได้แก่ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม การบริหารการพยาบาล การบริหารสาธารณสุข การบริหารการศึกษา การพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ การพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลสูติศาสตร์ จิตวิทยาการให้คำปรึกษา และพัฒนาสังคมเทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดการ

จากตารางที่ 4-1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.46 เป็นเพศชายเพียงร้อยละ 13.54 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.33 ปี (S.D = 7.22) โดยช่วงอายุ 36-40 ปี มีมากที่สุด คือ ร้อยละ 28.13 รองลงมาได้แก่ ช่วงอายุ 31-35 ปี และ 41-45 ปี ในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 20.83 และช่วงอายุ 46-50 ปี มีร้อยละ 17.71 กลุ่มตัวอย่าง สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีทางการพยาบาล หรือเทียบเท่า ร้อยละ 60.42 และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 39.58 โดยสำเร็จการศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลอาชีวอนามัย เพียงร้อยละ 21.05 ที่เหลือเกือบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.95) สำเร็จการศึกษาในสาขาอื่นๆ ได้แก่ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม การบริหารการพยาบาล บริหารการศึกษา การพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ การพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลสูติศาสตร์ จิตวิทยาการให้คำปรึกษา พัฒนาสังคมเทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดการ และบริหารสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลรัฐ เป็นระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 4.71 ปี (S.D = 4.24) โดยกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาปฏิบัติงานด้านดังกล่าว 1-5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 62.50 รองลงมา คือ ระยะเวลา 6-10 ปี ร้อยละ 15.63

ตารางที่ 4-2
จำนวน และร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาอบรมด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม
ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 96)

ข้อมูล		จำนวน	ร้อยละ
การศึกษาอบรมหลักสูตรด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม			
ไม่ระบุ		1	1.04
ไม่เคย		48	50.00
เคย ^๑		47	48.96
	หลักสูตร 60 ชั่วโมง	14	29.78
	หลักสูตร 1 เดือน	1	2.13
	หลักสูตร 3 เดือน	2	4.26
	หลักสูตร 4 เดือน	19	40.43
	หลักสูตรปริญญาตรี	3	6.38
	หลักสูตรปริญญาโท	8	17.02
ประสบการณ์การอบรมด้านการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม			
ไม่เคย		39	40.62
เคย ^๑		57	59.96
	การพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม	12	21.05
	การประเมินความเสี่ยงในการทำงาน	13	22.80
	การใช้เครื่องมือทางด้านอาชีวเวชศาสตร์	8	14.04
	การดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับพยาบาล	7	12.28
	งานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล	5	8.77
	การเฝ้าระวังการเกิดโรคพิษตะกั่วและซิลิโคสิส	2	3.51
	การพยาบาลอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ	2	3.51
	หัวข้ออื่นๆ ^๑	8	14.04



ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ความต้องการศึกษาอบรมด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม		
ไม่ระบุ	2	2.08
ไม่ต้องการ	13	13.54
ต้องการ	81	84.38
หลักสูตร 60 ชั่วโมง	8	9.88
หลักสูตร 4 เดือน	33	40.74
หลักสูตรปริญญาตรี	12	14.81
หลักสูตรปริญญาโท	21	25.93
หลักสูตรปริญญาเอก	7	8.64

^a = ตอบได้มากกว่า 1 หลักสูตร

^b = หัวข้ออื่นๆ ได้แก่ การช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤติ การประเมินสถานที่ทำงาน การพัฒนาโครงการวิจัย เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในโรงพยาบาล แรงงานนอกระบบ การขยายเครือข่ายโรงพยาบาล การดูแลผู้บาดเจ็บจากการทำงาน การทดสอบการได้ยิน การมองเห็น และการทำงานของปอด การบำรุงรักษาเครื่องมือ และการฝึกประเมินผลการตรวจสมรรถภาพร่างกาย

จากตารางที่ 4-2 การศึกษาอบรมหลักสูตรด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง จะเห็นว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่เคยและไม่เคยได้รับการศึกษาอบรมหลักสูตรด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 48.96 และร้อยละ 50.00 ตามลำดับ โดยในกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับการศึกษาอบรม ร้อยละ 40.43 เคยได้รับการศึกษาอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลอาชีวอนามัย 4 เดือน และร้อยละ 29.78 เคยได้รับการศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลอาชีวอนามัย 60 ชั่วโมง สำหรับประสบการณ์การอบรมด้านการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 22.80 เคยได้รับการอบรมในหัวข้อการประเมินความเสี่ยงในการทำงาน ร้อยละ 21.05 หัวข้อการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 14.04 หัวข้อการใช้เครื่องมือทางด้านชีวเวชศาสตร์ และ ร้อยละ 12.28 หัวข้อการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับพยาบาล ส่วนความต้องการศึกษาอบรมด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.38 มีความต้องการศึกษาอบรมในด้านดังกล่าวโดยกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.74 มีความต้องการศึกษาอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลอาชีวอนามัย 4 เดือน รองลงมา คือ หลักสูตรปริญญาโทสาขาการพยาบาลอาชีวอนามัย ร้อยละ 25.93 และหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (4 ปี) ร้อยละ 14.81

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง

จากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา 96 คน ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 90 แห่ง โดยข้อมูลเกี่ยวกับโรงพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ระดับโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ขนาดของโรงพยาบาล และการมีคณะกรรมการอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 4-3

ตารางที่ 4-3
จำนวนและร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับ โรงพยาบาล (n =90)

ข้อมูล	แห่ง	ร้อยละ
ระดับโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน		
โรงพยาบาลทั่วไป	9	10.00
โรงพยาบาลชุมชน	81	90.00
ขนาดของโรงพยาบาล		
น้อยกว่า 50 เตียง	56	62.22
51-400 เตียง	28	31.11
มากกว่า 400 เตียงขึ้นไป	6	6.98
พิสัย = 10 – 500 เตียง		
$\bar{X}$ (S.D) = 74.09 เตียง (94.30)		
คณะกรรมการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล		
โรงพยาบาลทั่วไป		
ไม่มี	0	0
มี	9	100.00
โรงพยาบาลชุมชน		
ไม่มี	38	46.91
มี	43	53.09

จากตารางที่ 4-3 แสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานเป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 90.00 และโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 10.00 โดยมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 62.22) เป็นโรงพยาบาลขนาดน้อยกว่า 50 เตียง นอกจากนี้โรงพยาบาลทั่วไปทุกโรงพยาบาลมีคณะกรรมการ อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีคณะกรรมการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ร้อยละ 53.09

ส่วนที่ 2 บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลรัฐ

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย บทบาท 1) ผู้ให้บริการทางคลินิก (clinician) 2) ผู้จัดการรายกรณี (case manger) 3) ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion specialist) 4) ผู้จัดการ (manager) 5) ผู้ให้การปรึกษา (consultant) 6) ผู้ให้ความรู้ (educator) 7) ผู้ให้คำปรึกษา (counsellor) และ 8) ผู้วิจัย (researcher) ดังแสดงในตารางที่ 4-4 ถึง 4-12

ตารางที่ 4-4

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยรวมของบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลรัฐของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 96$)

บทบาท	รวม		
	$\bar{X}$	S.D	ระดับการปฏิบัติ
1) ผู้ให้บริการทางคลินิก (clinician)	3.08	.52	มาก
2) ผู้จัดการรายกรณี (case manger)	2.57	.81	มาก
3) ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion specialist)	3.06	.74	มาก
4) ผู้จัดการ (manager)	3.03	.69	มาก
5) ผู้ให้การปรึกษา (consultant)	2.75	.74	มาก
6) ผู้ให้ความรู้ (educator)	2.57	.67	มาก
7) ผู้ให้คำปรึกษา (counsellor)	2.81	.74	มาก
8) ผู้วิจัย (researcher)	1.98	.86	น้อย

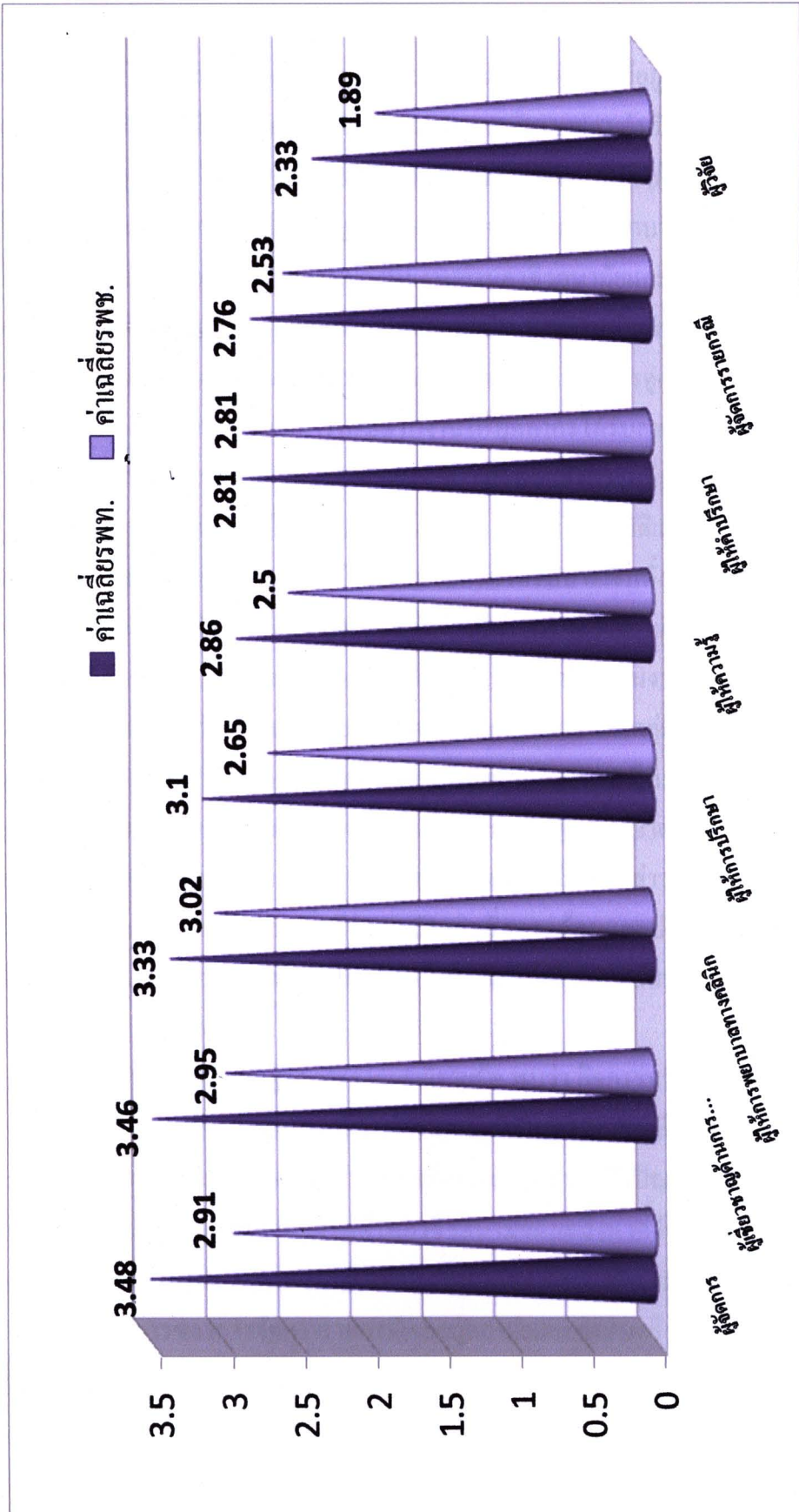
จากตารางที่ 4-4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบทบาทการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลทุกบทบาทได้ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.75$) ยกเว้นบทบาทผู้วิจัยที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.98$) เมื่อพิจารณาจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับและไม่ได้รับการศึกษาอบรมทางด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติบทบาทผู้ให้บริการทางคลินิก ผู้จัดการรายกรณี ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ ผู้จัดการ ผู้ให้การปรึกษา ผู้ให้ความรู้ ผู้ให้คำปรึกษา และผู้วิจัย อยู่ในระดับที่ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ ข1)

ตารางที่ 4-5

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยรวมของบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการดำเนินงานอาชีวอนามัย
และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลรัฐ ทั้งโรงพยาบาลทั่วไปและ โรงพยาบาลชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง
(n = 96)

บทบาท	โรงพยาบาลทั่วไป (n= 20)			โรงพยาบาลชุมชน (n= 76)		
	$\bar{X}$	S.D	ระดับ การปฏิบัติ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ การปฏิบัติ
1) ผู้ให้บริการทางคลินิก (clinician)	3.33	.32	มากที่สุด	3.02	.55	มาก
2) ผู้จัดการรายกรณี (case manger)	2.76	.88	มาก	2.53	.79	มาก
3) ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริม สุขภาพ (health promotion specialist)	3.46	.54	มากที่สุด	2.95	.75	มาก
4) ผู้จัดการ (manager)	3.48	.50	มากที่สุด	2.91	.69	มาก
5) ผู้ให้การปรึกษา (consultant)	3.10	.72	มาก	2.65	.73	มาก
6) ผู้ให้ความรู้ (educator)	2.86	.54	มาก	2.50	.68	มาก
7) ผู้ให้คำปรึกษา (counsellor)	2.81	.69	มาก	2.81	.75	มาก
8) ผู้วิจัย (researcher)	2.33	.97	น้อย	1.89	.81	น้อย

จากตารางที่ 4-5 เมื่อพิจารณาการปฏิบัติบทบาทในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและ
สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลรัฐ ของกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแต่ละระดับ พบว่า บทบาทที่กลุ่ม
ตัวอย่างในโรงพยาบาลทั่วไปปฏิบัติได้ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.33-3.48) ได้แก่ ผู้ให้การพยาบาล
ทางคลินิก ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ และผู้จัดการ ส่วนบทบาทที่ปฏิบัติในระดับมาก
($\bar{X}$ = 2.76-3.10) ได้แก่ ผู้จัดการรายกรณี ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้ความรู้ และบทบาทที่มีการปฏิบัติอยู่
ในระดับน้อย คือ ผู้วิจัย ($\bar{X}$ = 2.33) ซึ่งจะต่างจากโรงพยาบาลชุมชน ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติทุกบทบาท
ได้ในระดับมาก ยกเว้นบทบาทผู้วิจัยที่ปฏิบัติได้ในระดับน้อยเช่นเดียวกัน สามารถสรุปได้ดังภาพที่ 1
แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของแต่ละบทบาท จะเห็นว่า ระดับโรงพยาบาลทั่วไปมี
ค่าเฉลี่ยของระดับการปฏิบัติสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนในทุกบทบาท ยกเว้น บทบาทผู้ให้คำปรึกษา
ที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน



ภาพที่ 1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลรัฐของกลุ่มตัวอย่าง (n = 96)

เมื่อพิจารณาบทบาทผู้ให้การพยาบาลทางคลินิกรายข้อ พบว่า กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติได้ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.59-3.63$) ได้แก่ วิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วยและบาดเจ็บของบุคลากร ประสานให้บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ และรักษาข้อมูลสุขภาพของบุคลากรไว้เป็นความลับ บทบาทที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.21-3.25$) ได้แก่ ชักประวัติสุขภาพทั่วไปของบุคลากร ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมให้เป็นตัวอย่างที่ดีและเป็นที่ยอมรับของทีมงานด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม และปฏิบัติได้ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.83-2.45$) ได้แก่ ให้การดูแลและประสานงานกับนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติงานด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ให้การปฐมพยาบาลและการดูแลรักษาพยาบาลแก่สมาชิกในครอบครัวของบุคลากร และจัดการประสานงานให้บุคลากรได้รับค่าชดเชยกรณีเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บจากการทำงานตามกฎหมาย (ตารางที่ ข2) สำหรับกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติในบทบาทผู้ให้การพยาบาลทางคลินิกได้ในระดับน้อย น้อยที่สุด และไม่ได้ปฏิบัติเลย ได้แก่ 1) ให้การปฐมพยาบาลแก่บุคลากรและสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องจากการทำงาน กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลเพิ่มเติมว่า เป็นงานในความรับผิดชอบของหน่วยงานอื่น เช่น เป็นหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน 2) ประสานงานให้บุคลากรได้รับค่าชดเชยกรณีเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บจากการทำงานตามกฎหมาย โดยกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลเพิ่มเติมว่า กลุ่มงานการพยาบาลเป็นผู้จัดการเรื่องค่าชดเชย โดยจะทำเฉพาะกรณีที่มีการเรียกร้องเกิดขึ้น 3) จัดให้บุคลากรได้รับการอบรมเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น โดยกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่า แต่ละหน่วยงานในโรงพยาบาลต้องรับผิดชอบเรื่องดังกล่าวเอง 4) ให้การดูแลนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติงานด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมและประสานงานกับนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติงาน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลคล้ายกันคือ ไม่ได้เป็นสถานฝึกงานให้กับนักศึกษา และไม่มีนักศึกษาฝึกปฏิบัติงานด้านนี้

สำหรับบทบาทผู้จัดการรายกรณีรายข้อ พบว่า กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติได้ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.90-3.07$) ได้แก่ จัดทำแนวปฏิบัติในการช่วยเหลือดูแลบุคลากรที่เจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน ประสานงานเพื่อส่งต่อบุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนไปรับการรักษาต่อ และให้การปรึกษาทีมงานด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในกรณีที่ต้องให้การดูแลบุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพ และปฏิบัติได้ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.39-2.45$) ได้แก่ ประเมินความจำเป็นและความต้องการของการจัดการรายกรณีของบุคลากรและครอบครัวที่เจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์และรายละเอียดกิจกรรมของแผนการจัดการรายกรณี และดำเนินกิจกรรมการจัดการรายกรณีให้บรรลุตามเป้าหมาย (ตารางที่ ข3) สำหรับกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติในบทบาทผู้จัดการรายกรณีในระดับน้อย น้อยที่สุด และไม่ได้ปฏิบัติเลย ได้แก่ 1) ในหัวข้อ

การประเมินความจำเป็นและความต้องการของการจัดการรายกรณีของบุคลากรและครอบครัวที่เจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน กลุ่มตัวอย่างได้ให้เหตุผลเพิ่มเติมว่า บุคลากรสามารถดูแลตนเองได้ในกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย รวมทั้งโรงพยาบาลได้จัดทำแนวทางดังกล่าวไว้แล้ว โดยมีเจ้าหน้าที่อื่นๆ คู่มือร่วมด้วย 2) การดำเนินกิจกรรมการจัดการรายกรณีให้บรรลุตามเป้าหมาย กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่า ทำงานร่วมกับทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และฝ่ายบุคลากรของโรงพยาบาล 3) การอำนวยความสะดวกแก่บุคลากรในการเรียกร้องค่าชดเชยด้านสุขภาพและสวัสดิการการรักษาตามสิทธิของการประกันสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่า เป็นหน้าที่ของหน่วยงานประกันสุขภาพ และ 4) การติดตามและวิเคราะห์ความคุ้มค่าในการดำเนินการจัดการรายกรณี กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่า เนื่องจากมีภาระงานมากจึงไม่มีเวลาในการวิเคราะห์งานและยังไม่มีความรู้ในเรื่องดังกล่าวเพียงพอ

เมื่อพิจารณา บทบาทผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพรายข้อ พบว่า กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติได้ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=3.27-3.50$) ได้แก่ ประสานความร่วมมือในการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของบุคลากร ช่วยเหลือสนับสนุนบุคลากรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ วางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ปฏิบัติได้ในระดับมาก ได้แก่ ($\bar{X}=3.15-3.18$) จัดทำบันทึกรายงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมรวมทั้งการป้องกันโรคเป็นระยะ พร้อมทั้งสรุปผลการดำเนินงานแก่ทีมงานด้านอาชีวอนามัยและบุคลากร ประเมินความต้องการในการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของบุคลากร และให้การพยาบาลในระดับทุติยภูมิ (คัดกรองโรค) และปฏิบัติได้ในระดับน้อย มีเพียงหัวข้อเดียวคือ วิเคราะห์แนวโน้มค่าใช้จ่ายในการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการป้องกันโรค ($\bar{X}=2.49$) (ตารางที่ ข3) สำหรับกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติในบทบาทผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพในระดับน้อย น้อยที่สุด และไม่ได้ปฏิบัติเลย คือ วิเคราะห์แนวโน้มค่าใช้จ่ายในการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมรวมทั้งการป้องกันโรค กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่า ด้านงบประมาณการดำเนินงานเป็นหน้าที่ของประธานคณะกรรมการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจ

เมื่อพิจารณา บทบาทผู้จัดการรายข้อ พบว่า กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด มีเพียงกิจกรรมเดียว คือ กำหนดรูปแบบการดำเนินงานและการประเมินผลการจัดบริการด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}=3.32$) สำหรับกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ในระดับมาก ($\bar{X}=3.20-3.24$) ได้แก่ ปฏิบัติการพยาบาลตามหลักวิชาการ และกระบวนการพยาบาลภายใต้ขอบเขตของกฎหมายและขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลอาชีวอนามัย มีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้ทีมงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมมีการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ และร่วมกำหนดแนว

ทางการปฏิบัติงานในการจัดบริการด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (ตารางที่ ข4) สำหรับกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติในบทบาทผู้จัดการในระดับน้อย น้อยที่สุด และไม่ได้ปฏิบัติเลย ได้แก่ 1) กำหนดคุณสมบัติและหน้าที่ของพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมรวมทั้งมีส่วนร่วมในการคัดเลือกพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม เข้ามาเป็นทีมงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม โดยกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลเพิ่มเติมว่า คุณสมบัติและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่ถูกกำหนดโดยผู้บริหารเป็นหลัก จึงมีโอกาสน้อยในการร่วมตัดสินใจ สำหรับในโรงพยาบาลชุมชน มีเหตุผลเพิ่มเติมว่า พยาบาลวิชาชีพไม่ได้ให้ความสนใจในการดำเนินงานอาชีวอนามัยมากนัก อาจเนื่องจากส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลชุมชน จะเป็นหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินงาน เพราะยังไม่มีโครงสร้างของพยาบาลอาชีวอนามัยที่ชัดเจน และ 2) จัดทำแผนการศึกษา/อบรมเพิ่มเติม เพื่อพัฒนาศักยภาพทีมงานในการปฏิบัติงานด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม โดยให้เหตุผลเพิ่มเติมว่า ในบางโรงพยาบาลมีแผนการศึกษาแต่งบประมาณไม่พอเพียง จึงต้องงดการฝึกอบรมเพิ่มเติม อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพเองยังต้องปฏิบัติงานหลายด้าน ทำให้มีเวลาในการปฏิบัติงานด้านนี้ลดลง

เมื่อพิจารณาบทบาทผู้ให้การปรึกษารายข้อ พบว่า กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติได้ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.68-2.99$) ได้แก่ ร่วมจัดประชุมพิเศษแก่พยาบาลใหม่ที่เข้ามาทำงานด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม เป็นที่ปรึกษาด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมให้กับผู้บริหารของโรงพยาบาลในการป้องกันแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพแก่บุคลากร และร่วมงานกับทีมงานสุขภาพอื่นๆ ในการจัดการกับปัญหาด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดการสถานการณ์สารเคมีรั่วไหลในโรงพยาบาล และปฏิบัติได้ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.80-2.29$) ได้แก่ มีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำในการจัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม สำหรับสถาบันการศึกษา และให้คำแนะนำเกี่ยวกับกฎหมายและพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลแก่บุคลากร (ตารางที่ ข6) สำหรับกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติในบทบาทผู้ให้การปรึกษาในระดับน้อย น้อยที่สุด และไม่ได้ปฏิบัติเลย ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำในการจัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับสถาบันการศึกษา โดยให้เหตุผลเพิ่มเติมว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลอาชีวอนามัยมาก่อน จึงไม่สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวได้อย่างชัดเจนเท่าที่ควร และ 2) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับกฎหมายและพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลแก่บุคลากร โรงพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลเพิ่มเติมว่า พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยยังขาดความรู้ในเรื่องกฎหมายด้านดังกล่าว จึงไม่มีความมั่นใจในการให้คำแนะนำแก่บุคลากรท่านอื่นๆ

เมื่อพิจารณาบทบาทผู้ให้ความรู้รายข้อ พบว่า กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่าง มีการปฏิบัติได้ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.14-3.16$) ได้แก่ พัฒนาตนเองเพื่อเป็นต้นแบบพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมแก่ทีมงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ให้ข้อมูลข่าวสารด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลแก่บุคลากร และปฏิบัติงานเพื่อดำรงไว้ซึ่งสมรรถนะของความเป็นวิชาชีพด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย โดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ ปฏิบัติได้ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.28-2.31$) ได้แก่ มีส่วนร่วมในการปฐมนิเทศแก่บุคลากรใหม่ในด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อมในหัวข้อต่อไปนี้ สิทธิประโยชน์ตามกฎหมายหลักประกันตน กฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ความผาสุก (well being) และการทำงานอย่างมีสุขภาวะ (healthy working) และปฏิบัติได้ในระดับน้อยที่สุด มีกิจกรรมเดียว คือ เป็นครูพี่เลี้ยงให้กับนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติงานด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 1.69$) (ตารางที่ ข7) สำหรับกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติในบทบาทผู้ให้ความรู้ในระดับน้อย น้อยที่สุด และไม่ได้ปฏิบัติเลย ได้แก่ 1) ใช้ความรู้และประสบการณ์ เพื่อวางแผนและประสานงานในการจัดโปรแกรมการศึกษาด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมแก่นักศึกษาพยาบาล และ 2) เป็นครูพี่เลี้ยงให้กับนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติงานด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลเพิ่มเติมว่า เนื่องจากไม่ได้เป็นสถานฝึกงานให้กับนักศึกษา และไม่มีนักศึกษาฝึกปฏิบัติงานด้านนี้ ในบางโรงพยาบาลเคยให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมนิเทศงานแก่นักศึกษาแต่มีโอกาสน้อยมาก 3) การจัดประชุมสัมมนาวิชาการด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมแก่บุคลากรในโรงพยาบาลและบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลเพิ่มเติมว่า ยังไม่มีนโยบายเกี่ยวกับเรื่องนี้ จึงไม่ได้มีการจัดประชุมวิชาการดังกล่าว

เมื่อพิจารณาบทบาทผู้ให้คำปรึกษารายข้อ พบว่า กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.27-3.35$) ได้แก่ ให้ความเคารพและเข้าใจถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้รับคำปรึกษา และรักษาข้อมูลความลับของผู้รับคำปรึกษา ปฏิบัติได้ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.86-2.93$) ได้แก่ ร่วมสร้างระบบการให้คำปรึกษาทางสุขภาพแก่บุคลากรที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและเหมาะสม ให้คำปรึกษาแก่บุคลากรในการป้องกันการติดเชื้อหลังสัมผัสในกลุ่มบุคลากรที่มีโอกาสเสี่ยงจากอุบัติเหตุ การสัมผัสเชื้อโรค (เอชไอวี ไวรัสตับอักเสบ บี ฯลฯ) การถูกกระแทกรุนแรง และการได้รับสัมผัสสารเคมี จากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และมีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคลากร และปฏิบัติได้ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.29-2.35$) ได้แก่ ให้คำปรึกษาแก่บุคลากรที่มีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน รวมถึงปัญหาครอบครัวที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานตามหลักการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา และจัดหน่วยบริการ/คลินิกให้คำปรึกษาแก่บุคลากร โดยประสานกับจิตแพทย์หรือทีมงาน



ที่เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษา (ตารางที่ ข8) สำหรับกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติในบทบาทผู้ให้คำปรึกษาในระดับน้อย น้อยที่สุด และไม่ได้ปฏิบัติเลย ได้แก่ 1) จัดหน่วยบริการ/คลินิกให้คำปรึกษาแก่บุคลากรโดยประสานกับจิตแพทย์หรือทีมงานที่เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลเพิ่มเติมว่า ส่วนใหญ่เป็นบทบาทของกลุ่มงานจิตเวชเป็นผู้รับผิดชอบ ทำให้พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอาชีวเวชกรรมได้ปฏิบัติตามบทบาทดังกล่าวน้อยลง 2) ให้คำปรึกษาแก่บุคลากรที่มีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน รวมถึงปัญหาครอบครัวที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานตามหลักการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลเพิ่มเติมว่า โรงพยาบาลได้จัดให้มีหน่วยงานให้คำปรึกษาเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตโดยตรง

เมื่อพิจารณาบทบาทผู้วิจัยรายชื่อ พบว่า กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติได้ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.11-2.26$) ได้แก่ ส่งเสริม สนับสนุน และประสานความร่วมมือกับพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมคนอื่นๆ ในการพัฒนางานวิจัยด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม มีส่วนร่วมในการพัฒนาและดำเนินงานวิจัยด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ใช้แหล่งประโยชน์ด้านการวิจัยและการนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงาน และไม่ได้ปฏิบัติตามบทบาทดังกล่าว คือ ไม่ได้ทำการวิจัยและพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลทางคลินิกที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของบุคลากร ($\bar{X} = 1.64$) (ตารางที่ ข9) สำหรับกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติในบทบาทผู้วิจัยในระดับน้อย น้อยที่สุด และไม่ได้ปฏิบัติเลย ได้แก่ 1) ทำการวิจัยและพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลทางคลินิกที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของบุคลากร 2) วิเคราะห์และแปลผลข้อมูล จากการศึกษาวิจัยด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม และ 3) เผยแพร่ข้อค้นพบจากการวิจัยแก่บุคลากรสุขภาพอื่นๆ เช่น การนำเสนอ การตีพิมพ์ในวารสารการวิจัย เป็นต้น และการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม โดยกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลเพิ่มเติมว่า ขังขาดความรู้และประสบการณ์ในการทำวิจัย

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลรัฐ เขตภาคเหนือ ผลจากการวิจัย พบว่า มีพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติงานในหน่วยงานอาชีวเวชกรรมของโรงพยาบาลทั่วไป 9 แห่ง จำนวน 20 คน และพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชน 81 แห่ง จำนวน 76 คน รวมทั้งสิ้น 90 แห่ง จำนวน 96 คน โดยโรงพยาบาลทั่วไปทุกโรงพยาบาลมีการจัดตั้งคณะกรรมการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ส่วนโรงพยาบาลชุมชนมีการจัดตั้งคณะกรรมการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ร้อยละ 53.09 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณา จงจิตรไพศาล (2547) ที่พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล โดยการจัดตั้งคณะกรรมการในการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานอาชีวเวชกรรม หน่วยงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และฝ่ายการพยาบาล เช่น เกี่ยวกับการดำเนินงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลของต่างประเทศ อุษาพร ชวลิตนิธิกุล ได้กล่าวว่า ระบบการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลในประเทศญี่ปุ่น มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลอาชีวอนามัยเป็นผู้ประสานงานหลักในการประเมิน บริหารจัดการความเสี่ยงและสุขภาพจากการทำงานอย่างเป็นระบบ (ฉันทนา ผดุงทศ, คณิงนิจ นิษานนท์, ภัทรินทร์ ณะมี, นุชนารถ นาคจำ, และ กำจัด รามกุล, 2547)

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลรัฐโดยรวม พบว่า บทบาทที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติได้ในระดับมาก ได้แก่ 1) ผู้ให้บริการทางคลินิก (clinician), 2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion specialist), 3) ผู้จัดการ (manager), 4) ผู้ให้คำปรึกษา (counsellor), 5) เป็นที่ปรึกษา (consultant), 6) ผู้จัดการรายกรณี (case manger) และ 7) ผู้ให้ความรู้ (educator) ส่วนบทบาทที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ในระดับน้อย คือ บทบาทผู้วิจัย (researcher) สอดคล้องกับการศึกษาของ นางเยาว์ อุดมวงศ์ และคณะ (2544) ที่พบว่า บทบาทของพยาบาลอาชีวอนามัยที่ทำงานในสถานบริการสุขภาพที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ บทบาทผู้บริหารงานอาชีวอนามัย และบทบาทผู้จัดบริการและประสานงานด้านอาชีวอนามัย ส่วนบทบาทที่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง คือ บทบาทผู้วิจัยและวิชาการด้านอาชีวอนามัย การที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ปฏิบัติบทบาทผู้วิจัยในระดับน้อย อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 ยังไม่เคยได้รับการอบรมหรือศึกษาด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย และร้อยละ 48.96 เคยได้รับการอบรมหรือศึกษาดังกล่าว โดยร้อยละ 40.43 เคยได้รับการศึกษาหลักสูตรเฉพาะทางการ

พยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม 4 เดือน และร้อยละ 29.78 เคยได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลอาชีวอนามัย 60 ชั่วโมง สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา ผดุงทศ และคณะ (2547) และวรรณ จงจิตรไพศาล (2547) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่ผ่านการศึกษาหรือการอบรมด้านอาชีวอนามัย ร้อยละ 64.7 และ ร้อยละ 59.6 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งไม่เคยได้รับการอบรมหรือศึกษาด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยทำให้กลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดต่อการปฏิบัติบทบาทด้านการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของคณะกรรมการพยาบาลอาชีวอนามัยแห่งสหรัฐอเมริกา (ABOHN) (Bergel et al., 1997) ที่พบว่า พยาบาลอาชีวอนามัยที่มีการศึกษาในระดับประกาศนียบัตร และระดับปริญญาตรีทางการพยาบาลอาชีวอนามัย ใช้เวลาในการปฏิบัติงานใน 4 บทบาทหลักแตกต่างกัน คือ บทบาทผู้ให้การพยาบาลทางคลินิกซึ่งใช้เวลาในการปฏิบัติงานมากที่สุด (ร้อยละ 37.5 และร้อยละ 31.5) รองลงมา คือ บทบาทผู้บริหาร (ร้อยละ 24.1 และร้อยละ 27.1) บทบาทผู้ให้ความรู้ (ร้อยละ 16.1 และร้อยละ 16.6) และบทบาทผู้ให้คำปรึกษา (ร้อยละ 11.8 และร้อยละ 14.6) โดยพยาบาลอาชีวอนามัยที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมีการใช้เวลาในการปฏิบัติสามบทบาทหลังมากกว่าพยาบาลอาชีวอนามัยที่มีการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรทางการพยาบาลอาชีวอนามัย (Bergel et al., 1997) และการศึกษาของซาลาซาร์ และคณะ (Salazar et al., 2002) ได้ศึกษาบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลอาชีวอนามัยที่เป็นสมาชิกของคณะกรรมการพยาบาลอาชีวอนามัยแห่งสหรัฐอเมริกา (ABOHN) ผลการศึกษาพบว่า บทบาทที่พยาบาลอาชีวอนามัยได้ปฏิบัติ ได้แก่ บทบาทผู้ให้บริการทางคลินิก (clinician) (ร้อยละ 30.5) ผู้จัดการ (manager) (ร้อยละ 12.3) ผู้ให้ความรู้ (educator) (ร้อยละ 11.7) พยาบาลเวชปฏิบัติ (nurse practitioner) (ร้อยละ 9.7) ผู้ประสานงานบริการอาชีวอนามัย (occupational health service coordinator) (ร้อยละ 8.7) และผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion specialist) (ร้อยละ 7.8) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับศึกษาของ มาเซียล และคณะ (Marziale et al., 2010) ที่ทำการศึกษารoles and functions of occupational health nurses in Brazil ที่ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลและศูนย์การแพทย์ จำนวน 154 คน พบว่า บทบาทที่พยาบาลอาชีวอนามัยได้ปฏิบัติส่วนใหญ่ ได้แก่ บทบาทผู้ให้บริการทางคลินิก (clinician) ผู้จัดการ (manager) ผู้ให้ความรู้ (educator) ผู้ประสานงานบริการอาชีวอนามัย (occupational health service coordinator) และผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion specialist)

สำหรับการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลรัฐ ในแต่ละบทบาทของการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบทบาทต่อไปนี้ในระดับมาก ได้แก่ บทบาทผู้ให้การพยาบาลทางคลินิก ($\bar{X} = 3.08$, S.D. = 0.52)

บทบาทผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ ($\bar{X} = 3.06$, S.D. = 0.74) บทบาทผู้จัดการ ($\bar{X} = 3.03$, S.D. = 0.69) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา ($\bar{X} = 2.81$, S.D. = 0.74) บทบาทผู้ให้การปรึกษา ($\bar{X} = 2.75$, S.D. = 0.74) บทบาทผู้ให้ความรู้ ($\bar{X} = 2.57$, S.D. = 0.67) และบทบาทผู้จัดการรายกรณี ($\bar{X} = 2.57$, S.D. = 0.81) ตามลำดับ ยกเว้น บทบาทผู้วิจัย ($\bar{X} = 1.98$, S.D. = 0.86) ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติในระดับน้อย

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติบทบาทในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลรัฐของกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแต่ละระดับ พบว่า บทบาทที่กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลทั่วไปปฏิบัติในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.33 - 3.48$) ได้แก่ ผู้ให้การพยาบาลทางคลินิก ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ และผู้จัดการ ส่วนบทบาทที่ปฏิบัติในระดับมาก ($\bar{X} = 2.76 - 3.10$) ได้แก่ ผู้จัดการรายกรณี ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้ความรู้ และบทบาทที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย คือ ผู้วิจัย ($\bar{X} = 2.33$) ซึ่งจะต่างจากโรงพยาบาลชุมชน ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติทุกบทบาทในระดับมาก ($\bar{X} = 2.81 - 3.02$) ยกเว้นบทบาทผู้วิจัยที่ปฏิบัติได้ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.89$) เช่นเดียวกัน (ดูในภาพที่ 1) แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของแต่ละบทบาท จะเห็นว่า ระดับโรงพยาบาลทั่วไปมีค่าเฉลี่ยของระดับการปฏิบัติสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนในทุกบทบาท ยกเว้นบทบาทผู้ให้คำปรึกษาที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน

จะเห็นได้ว่า ผลการศึกษารั้วนี้ มีความแตกต่างจากผลการศึกษาของ นางเยาว์ อุดมวงศ์ และคณะ (2544) ที่พบว่า พยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลรัฐ ได้ปฏิบัติงานในบทบาทของพยาบาลอาชีวอนามัยเพียง 3 บทบาท คือ บทบาทผู้บริหารงานอาชีวอนามัย บทบาทผู้จัดบริการและประสานงานด้านอาชีวอนามัย และบทบาทผู้วิจัยและวิชาการด้านอาชีวอนามัย โดยกิจกรรมการปฏิบัติงานตามบทบาทผู้บริหารงานอาชีวอนามัย ที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ จัดดำเนินการประเมินผลการให้บริการด้านอาชีวอนามัย (ร้อยละ 42.9) และกิจกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุด คือ ไม่ได้บริหารจัดการด้านงบประมาณเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริการด้านอาชีวอนามัย (ร้อยละ 43) สำหรับบทบาทผู้จัดบริการและประสานงานด้านอาชีวอนามัย กิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือ ปฏิบัติตามโครงการสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงานของผู้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 40.9) กิจกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุด คือ ไม่ได้จัดทำประวัติของพนักงาน และบทบาทผู้วิจัยและวิชาการด้านอาชีวอนามัย (ร้อยละ 55.1) กิจกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุด คือ ไม่ได้พัฒนาหลักสูตรหรือโครงการที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัย (ร้อยละ 55.5)

แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษารั้วนี้ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พยาบาลอาชีวอนามัยมีการปฏิบัติหลายบทบาท ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของนาโอโกะ ซาโตะ (Sato, 1997) ที่พบว่า กิจกรรมที่พยาบาลอาชีวอนามัยได้ปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นบทบาทการให้การดูแลและการรักษา

การบริหารจัดการหน่วยบริการและการให้ความร่วมมือกับวิชาชีพอื่นๆ ในการให้บริการสุขภาพแก่
 คนทำงาน เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ อิชิฮาระ โยชิมีน และคณะ (Ishihara et al., 2004) ที่พบว่า
 กลุ่มตัวอย่างมากกว่า 1 ใน 5 ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลและศูนย์การแพทย์ ได้ปฏิบัติบทบาท
 ผู้ให้การรักษายาบาลโดยตรงมากที่สุดถึงร้อยละ 62 รองลงมา คือ บทบาทผู้จัดการรายกรณี ผู้ให้
 คำปรึกษา ผู้ให้ความรู้ และผู้จัดการ ร้อยละ 57, 53, 50 และ 42 ตามลำดับ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ
 สเตสเซอร์ และคณะ (Strasser et al, 2006) พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 19.9 เป็นพยาบาลอาชีวอนามัย
 ที่ปฏิบัติงานอยู่โรงพยาบาลและมีการปฏิบัติบทบาทผู้ให้การพยาบาลทางคลินิกมากที่สุด ร้อยละ
 32.93 รองลงมา คือ บทบาทผู้จัดการ ผู้จัดการรายกรณี ผู้ให้ความรู้ และผู้ให้คำปรึกษา ร้อยละ
 29.61, 19.35, 14.11 และ 8.54 ตามลำดับ และเช่นเดียวกันกับการศึกษาของ ซาลาซาร์ และคณะ
 (Salazar et al., 2002) ที่พบว่า บทบาทที่พยาบาลอาชีวอนามัยในประเทศสหรัฐอเมริกา ปฏิบัติส่วนใหญ่
 ได้แก่ บทบาทผู้ให้บริการทางคลินิก (clinician) (ร้อยละ 30.7) ผู้จัดการ (manager) (ร้อยละ 23.0)
 และผู้ประสานงานบริการอาชีวอนามัย (occupational health service coordinator) (ร้อยละ 18.0)
 ตามลำดับ ซึ่งต่างจากผลการศึกษาในพยาบาลอาชีวอนามัยประเทศบราซิล (Marziale, Hong, Morris
 & Rocha, 2010) ที่พบว่า บทบาทที่พยาบาลอาชีวอนามัยปฏิบัติส่วนใหญ่ ได้แก่ บทบาทผู้จัดการ
 (manager) (ร้อยละ 33.05) ผู้ให้การปรึกษา (consultant) (ร้อยละ 27.12) ผู้ให้ความรู้ (educator)
 (ร้อยละ 26.01) และผู้ให้บริการทางคลินิก (clinician) (ร้อยละ 24.27) ตามลำดับ

จากที่กล่าวมาข้างต้น ชี้ให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลอาชีวอนามัยมีการ
 ปฏิบัติงานในหลายบทบาท ได้แก่ บทบาทผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ ผู้จัดการ ผู้ให้การ
 ปรึกษา ผู้ให้ความรู้ ผู้ให้คำปรึกษา และผู้จัดการรายกรณี รวมถึงบทบาทผู้วิจัย ซึ่งมีการปฏิบัติเพื่อ
 การดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลรัฐได้มากขึ้น แต่ยังมีหลายกิจกรรมใน
 แต่ละบทบาทที่พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลอาชีวอนามัยยังขาดโอกาสในการปฏิบัติทั้งนี้อาจ
 เนื่องจากหลายปัจจัย สำหรับในประเทศไทยอาจเนื่องจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
 ซึ่งมีแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.
 2550 – 2554) ในการกระตุ้นให้โรงพยาบาลมีการพัฒนางานด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม เพื่อ
 ส่งเสริมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาล (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม
 แห่งชาติ, 2549) รวมทั้งที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ตระหนักถึงความสำคัญที่ต้องมีพยาบาลอาชีวอนามัย
 ในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล เห็นได้จากการที่สภาการพยาบาลแห่ง
 ประเทศไทย และสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ได้วางแนวทาง
 กำหนดให้มีพยาบาลอาชีวอนามัยปฏิบัติงานในหน่วยบริการอาชีวอนามัย เช่น ฝ่ายเวชกรรมสังคม
 หน่วยบริการคลินิกอาชีพเวชกรรม และในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาล

ชุมชน (พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, 2548) ส่งผลให้การปฏิบัติบทบาทที่เคยมุ่งเฉพาะบทบาทผู้ให้การรักษาและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเป็นหลัก (นงเยาว์ อุดมวงศ์ และคณะ, 2544; Rogers, 1994) ต้องปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มบทบาทการทำงานมากขึ้นเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของความต้องการด้านเศรษฐกิจและสังคม มีบทบาทที่มีอิสระในการตัดสินใจมากยิ่งขึ้น เพื่อวางแผนและดำเนินการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งมีทักษะในการสืบสวนสอบสวน โรค และอันตรายต่างๆที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการทำงานของบุคลากร โรงพยาบาล ตลอดจนต้องมีภาวะการเป็นผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพ สามารถประสานงานในการใช้ประโยชน์จากเครือข่ายทางสุขภาพที่มีอยู่ (พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, 2549) ซึ่งลักษณะงานของพยาบาลอาชีวอนามัยมักจะเน้นการจัดบริการเชิงป้องกันเป็นหลัก สอดคล้องกับหลักการด้านสาธารณสุข ที่กล่าวว่า การป้องกันเป็นรากฐานของการปฏิบัติการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม อีกทั้งต้องอาศัยพยาบาลอาชีวอนามัยที่มีความรู้ ทักษะ และความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Driksen, 2006) ตลอดจนทักษะในการดำเนินการป้องกัน ควบคุมปัจจัยคุกคามในสภาพแวดล้อมการทำงานในโรงพยาบาล (McPhaul & Lipscomb, 2005) และการสร้างเสริมสุขภาพ และลดภาวะเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากร เพื่อป้องกันไม่ให้บุคลากร โรงพยาบาลเกิดความเจ็บป่วยและบาดเจ็บจากการทำงาน (Rogers, 2003)

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ แม้ว่าพยาบาลวิชาชีพจะมีการปฏิบัติบทบาทพยาบาลอาชีวอนามัยในการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นแต่ก็ยังขาดกฎหมายที่กำหนด คุณสมบัติ ลักษณะของพยาบาล และบทบาทหน้าที่ของพยาบาลอาชีวอนามัยไว้อย่างชัดเจนว่า พยาบาลที่จะทำหน้าที่เป็นพยาบาลอาชีวอนามัยในสถานประกอบกิจการทั้งประเภทโรงงานอุตสาหกรรม และประเภทสถานบริการ เช่น โรงพยาบาล ต้องมีคุณสมบัติพิเศษเพิ่มจากการพยาบาลระดับวิชาชีพทั่วไปอย่างไร อีกทั้งบทบาทการดำเนินงานของพยาบาลอาชีวอนามัยตามที่กฎหมายได้ระบุขอบเขตอำนาจหน้าที่ไว้สำหรับประเทศไทย ยังไม่ทันสมัยต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคม การเมือง (วราศรี สัตลพฤกษ์ และคณะ, 2545; สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์, 2543) ซึ่งเห็นได้จากผลการศึกษาของ นงเยาว์ อุดมวงศ์ และคณะ (2544) ที่พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐ ถึงร้อยละ 40 ต้องปฏิบัติงานด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมร่วมกับการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลทั่วไป ส่งผลให้การดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยไม่มีความต่อเนื่องและผลงานที่ออกมาอาจไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

นอกจากนี้จากผลการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้ในระดับมาก ถึงมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกิจกรรมในบางบทบาทเป็นกิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพทั่วไปได้

ปฏิบัติอยู่เป็นประจำร่วมกับการพยาบาลทั่วไป เช่น บทบาทผู้ให้การพยาบาลทางคลินิก ได้แก่ 1) การประสานงานและสื่อสารกับทีมสุขภาพอื่นๆ 2) การปฏิบัติงานตามจรรยาบรรณและมาตรฐานวิชาชีพ กฎหมายแรงงาน นโยบาย กฎระเบียบ ข้อบังคับ การให้ความเคารพและเข้าใจถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้รับคำปรึกษา และ 3) การรักษาข้อมูลความลับของผู้รับคำปรึกษา เป็นต้น

อย่างไรก็ตามการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยพยาบาลอาชีวอนามัย ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมที่ได้รับการศึกษาอบรมมาโดยตรง (McPhaul & Lipscomb, 2005) ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษครั้งนี้ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 60.42) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีทางการพยาบาลหรือเทียบเท่าเท่านั้น มีกลุ่มตัวอย่างที่สำเร็จการศึกษาลัทธิศูตริปริญญาโทสาขาการพยาบาลอาชีวอนามัย เพียงร้อยละ 21.05 เท่านั้น โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับการศึกษาในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลอาชีวอนามัย เพียงร้อยละ 48.96 โดยในจำนวนนี้มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.43 เคยได้รับการศึกษาลัทธิศูตริเฉพาะทางการพยาบาลอาชีวอนามัย 4 เดือน และร้อยละ 29.78 เคยได้รับการศึกษาลัทธิศูตริการพยาบาลอาชีวอนามัย 60 ชั่วโมง ซึ่งจะเห็นได้ว่า จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการศึกษาอบรมทางการพยาบาลอาชีวอนามัยนั้นยังมีจำนวนน้อย แม้ที่ผ่านมา การศึกษาด้านพยาบาลอาชีวอนามัยในประเทศไทย มีการสอนวิชาด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยในหลักสูตรการพยาบาลสาธารณสุข และมีการบรรจุเนื้อหาด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย ในหลักสูตรการพยาบาลพื้นฐานหรือการพยาบาลทั่วไปเพียง 3-6 ชั่วโมงในวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน แต่ความรู้ดังกล่าวยังไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบกิจการของพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนี้ แม้ว่า มหาวิทยาลัยบางแห่ง เช่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เปิดสอนหลักสูตรการพยาบาลอาชีวอนามัยระดับปริญญาโท (2 ปี) และการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลอาชีวอนามัยหลักสูตร 4 เดือน แต่จำนวนพยาบาลอาชีวอนามัยที่ผลิตได้ในหลักสูตรดังกล่าว ยังมีจำนวนไม่เพียงพอ (วรรณา จงจิตรไพศาล, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ (Silpasuwan et al., 2006) ที่พบว่า พยาบาลอาชีวอนามัยในสถานประกอบกิจการหลายแห่งยังปฏิบัติงานไม่สอดคล้อง และไม่ครบถ้วนตามมาตรฐานเชิงโครงสร้างของการพยาบาลอาชีวอนามัยในสถานประกอบกิจการที่กำหนดโดยสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย ในส่วนของมาตรฐานที่เกี่ยวกับพยาบาลที่รับผิดชอบในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมของหน่วยงาน จะต้องมีความรู้และมีความสามารถเหมาะสม และมีจำนวนเพียงพอในการปฏิบัติงานให้บริการ

สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านอาชีวอนามัยและไม่ได้รับการศึกษาอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย อาจทำให้ไม่เข้าใจถึงองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคลากรรวมทั้งการเจ็บป่วยและบาดเจ็บจากการทำงาน อีกทั้งเอกสารตำราวิชาการที่เกี่ยวข้อง

ทางด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่เป็นคำภาษาอังกฤษ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีทางการพยาบาลหรือเทียบเท่า ส่งผลให้การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วย ปัญหาทางด้านอาชีวอนามัย และการทำงานวิจัย อยู่ในระดับน้อย ถึงน้อยที่สุด นอกจากนี้ผู้สนใจศึกษาด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยยังมีน้อย เนื่องจากเป็นสาขาวิชาใหม่ จึงทำให้เกิดการขาดแคลนบุคลากรพยาบาลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะทำงานในสถานประกอบการ (สุรศักดิ์ บุรมตรีเวช, 2543) อีกทั้งยังขาดโอกาสก้าวหน้าในวิชาชีพและการศึกษาอบรมเพิ่มเติม ทำให้พยาบาลวิชาชีพไม่สนใจที่จะทำงานในด้านนี้ ในขณะที่เดียวกันพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในสถานประกอบการที่ยังไม่เคยได้รับการศึกษาอบรมเฉพาะทางการพยาบาลอาชีวอนามัย อาจไม่ทราบบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของตนเอง จึงมักจะถูกละเลยจากนายจ้างหรือฝ่ายบริหารของสถานประกอบการให้ทำงานในบทบาทที่ไม่ใช่งานของพยาบาลอาชีวอนามัย นอกจากนี้ นายจ้างและฝ่ายบริหารอาจไม่เข้าใจเกี่ยวกับบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาลอาชีวอนามัย ทำให้เกิดปัญหาในที่ทำงานและเกิดความขัดแย้งในบทบาท รวมทั้งการขาดตัวแทนของพยาบาลอาชีวอนามัยในระดับที่จะให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้บริหาร โรงพยาบาลและรัฐบาลเกี่ยวกับนโยบายทางการพยาบาลอาชีวอนามัย ซึ่งโดยทั่วไปมักจะมีแพทย์เป็นประธานในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ทำให้ไม่ทราบความต้องการบุคลากรด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยและไม่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานเท่าที่ควร (สุรินทร์ กลัมพากร, 2547)

อย่างไรก็ตาม ผู้บริหารและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการส่วนใหญ่ มีความต้องการให้พยาบาลที่ทำงานในสถานประกอบการได้รับการอบรมเพิ่มเติม จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการศึกษาอบรมด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย ถึงร้อยละ 84.38 โดยกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.74 มีความต้องการศึกษาอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลอาชีวอนามัย 4 เดือน รองลงมา หลักสูตรปริญญาโทสาขาการพยาบาลอาชีวอนามัย ร้อยละ 25.93 หลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (4 ปี) ร้อยละ 14.81 และหลักสูตรการพยาบาลอาชีวอนามัย (60 ชั่วโมง) ร้อยละ 9.88 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของประภา ลิ้มประสูตร และคณะ (2536) เรื่อง ลักษณะการใช้บุคลากรทางการพยาบาลในสถานประกอบการทั้งภาครัฐและเอกชน พบว่าผู้บริหารถึงร้อยละ 88.1 ที่ต้องการให้พยาบาลอาชีวอนามัยได้รับการอบรมเพิ่มเติม และพยาบาลอาชีวอนามัยที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ ร้อยละ 71.6 ต้องการอบรมเพิ่มเติมเช่นเดียวกัน โดยหัวข้อที่ต้องการอบรมเพิ่มเติมมากที่สุด ได้แก่ บทบาทของพยาบาลอาชีวอนามัย (ร้อยละ 23) รองลงมา ได้แก่ ความปลอดภัยในการทำงาน (ร้อยละ 14.2) และ คล้ายกับการศึกษาของ นางเยาว์ อุดมวงศ์ และคณะ (2544) ที่พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.7) มีความคิดเห็นว่ามี ความจำเป็นที่หน่วยงานต้องมีพยาบาลที่ผ่านการอบรมทางการพยาบาลอาชีวอนามัย



ในหน่วยงานและพยาบาล ร้อยละ 65.1 มีความต้องการศึกษา/อบรมเพิ่มเติม และ ร้อยละ 52.3 มีความต้องการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลอาชีวอนามัย 4 เดือน ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยกลุ่มที่เห็นว่าจำเป็น ให้เหตุผลว่า จะได้มีความรู้เกี่ยวกับบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลอาชีวอนามัยว่ามีอะไรบ้าง เพื่อนำความรู้มาประยุกต์ในการปฏิบัติงานด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น จากผลการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าผู้บริหารมีแนวโน้มในการสนับสนุนบทบาทของพยาบาลอาชีวอนามัยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมากขึ้น โดยต้องการให้พยาบาลอาชีวอนามัยได้รับการศึกษา/อบรมเพิ่มเติมทั้งด้านการปฏิบัติงานและความก้าวหน้าในงาน

สำหรับบทบาทผู้วิจัยในการศึกษาค้นคว้า พบว่า พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติได้ในระดับน้อยทั้งในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน คล้ายกับการศึกษาทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศบราซิล ที่พบว่า เป็นบทบาทที่อยู่ในลำดับสุดท้ายที่พยาบาลได้ปฏิบัติ (Marziale et al., 2010; Salazar et al., 2002) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาค้นคว้านี้ ให้เหตุผลเพิ่มเติมดังนี้ 1) ไม่มีการวิจัยในหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่ จึงไม่มีการสนับสนุนด้านวิจัยแก่พยาบาลวิชาชีพ และ 2) พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ยังขาดองค์ความรู้และประสบการณ์การทำวิจัย ประกอบกับภาระความรับผิดชอบในหน่วยงานที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำมีจำนวนมากจึงไม่มีโอกาสในการทำวิจัย นอกจากนี้ถ้าพิจารณาบทบาทผู้วิจัยในเชิงทฤษฎี โรเจอร์ (Rogers, 2003) ได้ระบุไว้ว่า บทบาทผู้วิจัยทางการพยาบาลอาชีวอนามัยจะต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญและต้องสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโท หรือปริญญาเอก สาขาการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม แต่พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจบการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี ซึ่งมีประสบการณ์หรือความสามารถในการทำวิจัยน้อย จึงส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติบทบาทการเป็นผู้วิจัยน้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีทางการพยาบาลหรือเทียบเท่าถึง ร้อยละ 60.42 มีการศึกษาในระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลอาชีวอนามัย เพียงร้อยละ 21.05 เท่านั้น อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพมีระยะเวลาหรือประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านนี้น้อยเพียง 1-5 ปี แตกต่างจากในประเทศสหรัฐอเมริกา และบราซิล ที่พบว่า พยาบาลที่รับผิดชอบงานด้านอาชีวอนามัยส่วนใหญ่จบการศึกษาด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยมาโดยตรง และมีประสบการณ์ทำงานนานกว่า คือ 11 -13 ปี (Marziale et al., 2010) นอกจากนี้ผลการศึกษาค้นคว้านี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ สว่างล พงษ์พิสิษฐ์ (2550) เรื่อง การปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของตนเองที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวและศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 159 คน

รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลจากการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การปฏิบัติบทบาทการเป็นนักวิจัยต่ำสุด เนื่องจากขาดองค์ความรู้ในการทำการวิจัย

จะเห็นได้ว่า บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย ประกอบด้วย บทบาท 8 บทบาท คือ บทบาทผู้ให้การพยาบาลทางคลินิก บทบาทผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ บทบาทผู้จัดการ บทบาทผู้ให้คำปรึกษา บทบาทผู้ให้การศึกษา บทบาทผู้ให้ความรู้ บทบาทผู้จัดการรายกรณี และบทบาทผู้วิจัย โดยในแต่ละบทบาทมีการปฏิบัติในระดับมาก ยกเว้นบทบาทผู้วิจัย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญในการที่จะต้องพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล โดยเฉพาะบทบาทผู้วิจัย โดยควรมีการจัดอบรม หรือร่วมมือกับโรงพยาบาลในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดอบรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมและพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย รวมถึงการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสำหรับพยาบาลวิชาชีพต่อไป