

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา เรื่องการประเมินผลโครงการการตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลนครพิงค์ มีแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องที่ใช้เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาดังนี้

2.1 แนวคิดการดูแลสุขภาพบุคลากรในโรงพยาบาล

การดูแลสุขภาพบุคลากรในโรงพยาบาล หมายถึง การที่โรงพยาบาลมีการดำเนินงานในการดูแลสุขภาพของบุคลากร ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพก่อนรับเข้าปฏิบัติงานและการตรวจสุขภาพประจำปี การให้ความรู้แก่บุคลากรในการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การดูแลรักษาเมื่อบุคลากรเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงาน การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคลากร และการประสานงานระหว่างแผนกที่เกี่ยวข้อง (CDC, 1998 อ้างใน พวงผกา คำดี, 2545 หน้า 6)

การตรวจสุขภาพประจำปี

การทำงานของอวัยวะระบบต่าง ๆ ของคนเปรียบเสมือนการทำงานของเครื่องจักรหรือรถยนต์ ที่ต้องได้รับการตรวจสภาพการใช้งานอย่างสม่ำเสมอว่ามีส่วนใดชำรุดเสียหายหรือไม่ เพื่อทำการบำรุงรักษาให้อยู่ในสภาพที่ดีที่สุดและมีอายุการใช้งานที่ยาวนาน ในแต่ละปีเราควรจัดเวลาให้ตัวเองในการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อตรวจการทำงานของอวัยวะระบบต่าง ๆ ของร่างกายอย่างละเอียด การตรวจสุขภาพจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคบางโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน เป็นต้น และยังช่วยให้ทราบถึงรอยโรค ก่อนที่จะลุกลามร้ายแรง จนยากจะเยียวยา หรือสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพจึงประกอบไปด้วย

1. Primary Prevention : การค้นหาปัจจัยเสี่ยง ป้องกันก่อนเกิดโรค หมายถึง การส่งเสริมสุขภาพโดยทั่วไป รวมถึงการปกป้องและต่อต้านการเกิดเฉพาะโรค ได้แก่การให้สุขศึกษา การรับประทานอาหารเหมาะสมตามวัย การพัฒนาบุคลิกภาพ การทำงาน การพักผ่อน และนันทนาการที่เหมาะสม การได้รับการปรึกษากับการแต่งงาน และเรื่องเพศ การคัดกรองพันธุกรรม

2. Secondary Prevention : การค้นหาโรคระยะต้น ป้องกันลุกลาม หมายถึงการได้รับการวินิจฉัยในระยะแรกของโรค และได้รับการรักษาทันที่ ความรุนแรงของโรคที่เป็น มีระยะเวลาสั้น สามารถกลับสู่สภาวะของการมีสุขภาพดีได้อย่างรวดเร็ว

3. Tertiary Prevention : การป้องกันไม่ให้โรคก่อปัญหาซ้ำ เป็นระดับที่ไม่เพียงแต่หยุดการดำเนินของโรคเท่านั้น แต่จะต้องป้องกันความเสื่อมสมรรถภาพอย่างสมบูรณ์ จุดประสงค์คือให้กลับสู่สังคมได้อย่างมีคุณค่า

เนื่องจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล อาจไม่ทราบว่าตนเองได้รับเชื้อ หรือมีการติดเชื้อระหว่างการทำงาน เนื่องจากไม่มีอาการและการแสดงอาการของโรค การได้ข้อมูลสุขภาพของบุคลากรแต่ละคน จะทำให้สามารถจัดบุคลากรให้เหมาะสมกับงานที่บุคลากรนั้นจะต้องปฏิบัติได้ ทำให้บุคลากรเกิดความระมัดระวังและใช้หลักการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้ออย่างเคร่งครัด อันจะเป็นประโยชน์ต่อตัวบุคลากรโดยตรง

โรงพยาบาลควรมีการกำหนดนโยบายการตรวจสุขภาพประจำปีให้ชัดเจน เช่น การตรวจหาการติดเชื้อวัณโรคโดยการทดสอบทูเบอร์คูลินทางผิวหนังในบุคลากรทุกคนของโรงพยาบาล เนื่องจากบุคลากรอาจได้รับการติดเชื้อติดต่อทางระบบหายใจ เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคปอดเมื่อไอหรือจามแรง ๆ เชื้อวัณโรคจะปนเปื้อนมากับละอองเสมหะ ล่องลอยอยู่ในอากาศ เมื่อมีผู้สูดหายใจเอาละอองเสมหะเหล่านี้เข้าสู่ร่างกาย เชื้อวัณโรคที่ปนเปื้อนมากับละอองเสมหะขนาดเล็ก 1-3 ไมโครเมตร จะเข้าสู่หลอดลมส่วนปลายจนไปถึงถุงลมเล็ก ๆ ในเนื้อปอด เชื้อวัณโรคจะเจริญเติบโตและแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว จนทำให้เกิดเป็นแผลในเนื้อปอด และป่วยเป็นวัณโรค โดยทั่วไปผู้ที่ได้รับเชื้อวัณโรคครั้งแรก ส่วนใหญ่จะมีภูมิคุ้มกันมากพอที่จะทำให้เชื้อโรคถูกทำลาย หรืออาจจะมีเชื้อโรคเหลืออยู่เพียงเล็กน้อย และอยู่อย่างสงบนิ่งในเนื้อปอด โดยไม่ทำให้ผู้นั้นป่วยเป็นวัณโรค แต่ถ้าเมื่อใดก็ตามที่ร่างกายอ่อนแอลง หรือผู้ที่มีภูมิคุ้มกันน้อยก็จะเกิดอาการของโรคได้ (แนวทาง การวินิจฉัยและรักษาวัณโรค, 2543)

การตรวจสุขภาพบุคลากรที่สำคัญ ต้องมีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การสัมผัสเชื้อ การได้รับการรักษาเบื้องต้นภายหลังการสัมผัสเชื้อ การบันทึกข้อมูลพื้นฐานที่มีประสิทธิภาพ โดยที่การเก็บบันทึกข้อมูลสุขภาพของบุคลากรจะสามารถช่วยรับประกันให้แก่โรงพยาบาล ในการวางมาตรการที่ชัดเจนและเหมาะสมในการบริการการดูแลสุขภาพบุคลากร ทั้งนี้ในการบันทึกข้อมูลสุขภาพของบุคลากรแต่ละคนต้องเก็บเป็นความลับไม่นำมาเปิดเผยทั้งในและนอกหน่วยงาน โดยที่บุคลากรนั้นไม่อนุญาต ยกเว้นใช้ประกอบในทางกฎหมาย การบันทึกข้อมูลสุขภาพของบุคลากรควรจะรวมถึงการได้รับอุบัติเหตุร้ายแรงจากการปฏิบัติงาน การเจ็บป่วยที่เกิดจากการปฏิบัติงาน การได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติงานที่มีผลให้สูญเสียระดับ

ความรู้สึกรู้ตัว การลาพักงานจากการเจ็บป่วย และต้องมีการบันทึกการเกิดโรคติดเชื้อจากการปฏิบัติงานและมีผลทำให้เกิดการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย แนะนำว่า ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคลากรเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ การเจ็บป่วย การรักษา และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ควรมีการจัดเก็บไว้อย่างต่อเนื่องเป็นระบบ เพื่อสะดวกในการตรวจสอบ และติดตามให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

โดยทั่วไปโปรแกรมการตรวจสุขภาพประจำปี จะประกอบด้วย

1. ตรวจร่างกายโดยแพทย์ (Physical Examination)
2. เอกซเรย์ปอดและหัวใจ (Chest X-ray)
3. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)
4. ตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนบน (ถุงน้ำดี, ตับ, ตับอ่อน, ม้าม, ไต)
(Ultrasound of Upper Abdomen)
5. ตรวจความสมบูรณ์ของเลือด (CBC)
6. ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)
7. ตรวจหาปริมาณไขมันในเลือด (Cholesterol , Triglyceride, HDL, LDL)
8. ตรวจการทำงานของไต (BUN, Creatinine)
9. ตรวจการทำงานของตับ (SGOT, SGPT, Alkaline Phosphatase)
10. ตรวจหากรดยูริก (Uric Acid)
11. ตรวจหาพยาธิและเลือดในอุจจาระ (Stool Exam , Occult Blood)
12. ตรวจปัสสาวะ (UA)

การตรวจสุขภาพมีความสำคัญในการตรวจหาและหาทางป้องกันโรคต่าง ๆ ที่อาจตรวจหาได้พบในระยะแรก และสามารถป้องกันได้ก่อนจะเกิดภาวะแทรกซ้อน การตรวจสุขภาพที่ดีจะต้องไวพอที่จะหาความผิดปกติพบ จึงจะถือว่ามิประโยชน์ แต่ขณะเดียวกันก็ต้องคำนึงถึงความจำเป็น การตรวจที่ไม่จำเป็นในประชากรกลุ่มหนึ่งหรือวัยหนึ่ง อาจจำเป็นในกลุ่มอีกกลุ่มเช่น ในเด็ก เราไม่จำเป็นต้องตรวจมะเร็งทั้งหลาย แต่ในผู้ใหญ่ การตรวจมะเร็งเต้านม ปากมดลูก หรือผิวหนังเป็นสิ่งจำเป็น

มีคำแนะนำจากแนวทางการตรวจสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่ไทย โดยราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ตีพิมพ์ลงใน วารสารภาควิชาอายุรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เรื่อง แนวทางการตรวจรักษาทางคลินิก (การตรวจสุขภาพ, 2545)

1. การซักประวัติตรวจร่างกายทั่ว ๆ ไป เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณมวลกาย วัดรอบเอว ทำตั้งแต่มาครั้งแรก หรือตั้งแต่อายุ 19 ปี ทำทุก 1-3 ปี แล้วแต่ความเสี่ยง ตั้งแต่อายุ 50 ปี

ตรวจทุกปีแพทย์จะให้คำแนะนำในเรื่องโรคอ้วน ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ความดัน เส้นเลือดแข็ง การแนะนำการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการงดบุหรี่

2. การซักประวัติเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันโรค ประวัติสภาวะแวดล้อม การกินอาหารสุกดิบ การอยู่ในแหล่งระบาดของโรค เพศสัมพันธ์ ยาเสพติด และการใช้ยา ทำตั้งแต่อายุ 19 ปี ทุก 1-3 ปี แล้วแต่ความเสี่ยง แพทย์จะให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค พยาธิ

3. การตรวจคัดกรองสำหรับมะเร็ง โดยทั่วไป แนะนำให้ตรวจตั้งแต่อายุ 40-50 ปี ขึ้นไป ตามความเสี่ยง ความเสี่ยงที่สำคัญก็เช่น ประวัติในครอบครัวเป็นมะเร็ง การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า และการมีเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (สำหรับมะเร็งตับ) การรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ (มะเร็งทางเดินน้ำดี)

ในสุภาพสตรี ตรวจมะเร็งเต้านมโดยวิธีการตรวจเอง ให้แพทย์คลำ หรือทำเอกซเรย์เต้านมตั้งแต่อายุ 40 ปี ช่วงอายุก่อนจากนี้อาจตรวจทุก 3 ปี แล้วแต่ความเสี่ยง ตรวจมะเร็งปากมดลูก แนะนำให้ทำได้ทุกวัยเฉพาะผู้มีประวัติเพศสัมพันธ์ โดยการตรวจภายใน และป้ายปากมดลูกไปตรวจ (Pap Smear) ตั้งแต่อายุ 35 ปีขึ้นไป (บางที่แนะนำให้ตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป และมีความเสี่ยงเช่นมีบุตรหลายคน หรืออาชีพที่ต้องมีเพศสัมพันธ์บ่อย หรือเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์บ่อย) ทำทุกปี ติดกัน 3 ปี ถ้าปกติ หลังจากนั้นทุก 3 ปี หลังจากอายุ 50-65 ปี ทำทุกปี

ในสุภาพบุรุษตรวจมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยการตรวจทางทวารหนัก มักทำในผู้สูงอายุ หรืออายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป หรือมีความเสี่ยงเช่น การมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก การกินอาหารที่มีไขมันสัตว์มาก การผ่าตัดทำหมันชาย หรือบางเชื้อชาติเช่น คนผิวสีนิโกร ยกเว้นชาวเอเชีย เป็นต้น การตรวจเลือดหาสารชนิดหนึ่งที่เรียกว่า PSA มักทำในกรณีคนไข้เสี่ยงสูง อายุมากกว่า 65 ปี หรือมีอาการสงสัยเช่นปัสสาวะขัด หรือเอาไว้มิตตามผลการรักษามะเร็งต่อมลูกหมาก จะตรวจทุกปี

ตรวจมะเร็งปอดโดยการตรวจร่างกายและเอกซเรย์ปอด มักไม่ได้ทำเป็นประจำสำหรับบุคคลทั่วไป แต่ในกรณีที่มีความเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ประวัติครอบครัว หรืออยู่ในสถานที่ที่มีมลภาวะบางอย่างอยู่มาก โดยการเอกซเรย์ปอดทุก 1-3 ปี

ในทั้งสองเพศมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการตรวจเม็ดเลือดในอุจจาระ และการตรวจร่างกาย มักทำในผู้มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ถ้าอยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่น มีญาติสายตรงเป็น แนะนำให้ตรวจตั้งแต่อายุ 20 ปี ทุก 3 ปี และอาจส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่ทุก 10 ปี มะเร็งผิวหนังและช่องปาก มักตรวจตั้งแต่อายุ 50 ปีขึ้นไป

4. การตรวจอื่น ๆ เช่น วัดความดันโลหิต ตรวจเมื่อมาพบแพทย์ทุกครั้ง ตรวจน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar) ตรวจทุก 3-5 ปี หรือทุก 1-3 ปี ถ้ามีความเสี่ยง เช่น อ้วน

ประวัติครอบครัวสายตรงเป็นเบาหวาน มีความดันโลหิตสูง หรือมีโรคไขมัน เกาต์ ตรวจไขมันในเลือด โคลเลสเตอรอล และ ไตรกลีเซอไรด์ (Cholesterol , Triglyceride) : ตรวจทุก 3-5 ปี หรือทุก 1-3 ปี ถ้ามีความเสี่ยงเช่น มีเบาหวาน อ้วน ความดันโลหิตสูง ญาติสายตรงเป็นโรคไขมัน เส้นเลือดหัวใจตีบ หรือเป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ ประวัติการรับประทานไขมัน กินคืออยู่ที่ ตรวจหัวใจและคลื่นหัวใจ ในขณะที่พัก ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น อ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ และมีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือด อัมพาต อัมพฤกษ์

5. การตรวจคัดกรองภาวะติดเชื้อต่าง ๆ การตรวจไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ตรวจเป็นระยะตามความเสี่ยง เช่น มีประวัติสำล่อน เคยได้รับเลือด อยู่ในแหล่งระบาดของโรค หรือเป็นการตรวจครั้งแรกที่มาพบแพทย์ และไม่มีประวัติตัวเหลืองตาเหลือง หรือไม่เคยได้วัคซีนมาก่อน หรือในหญิงตั้งครรภ์

ตรวจภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสเอดส์ (Anti HIV) ตรวจเป็นระยะตามความเสี่ยง เช่น มีประวัติสำล่อนเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน เคยได้รับเลือด หรือบุคคลที่ทำงานมีโอกาสสัมผัสเชื้อสูง เช่น บุคลากรทางการแพทย์

วัณโรค ตรวจโดยการเอกซเรย์ปอด ตรวจเป็นระยะ 1-3 ปี ตามความเสี่ยง เช่น มีประวัติบุคคลในครอบครัวที่สัมผัสกันอย่างใกล้ชิด เช่นนอนในห้องเดียวกัน เป็นบุคลากรทางการแพทย์ หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

6. การตรวจตา ตรวจหู ตรวจตา วัดความดันตา สายตา ตั้งแต่อายุ 20 ปี แล้วแต่ความเสี่ยง ทุก 3 ปี หลังจากอายุ 40 ปี ตรวจทุกสองปี และตรวจทุกปีตั้งแต่อายุ 65 ปีขึ้นไป ตรวจหู และการได้ยิน ตามความเสี่ยง เช่น ทำงานในที่เสียงดัง อาจต้องตรวจทุกปี หรืออายุมากกว่า 50 ปี ควรตรวจทุกปี

7. การตรวจอื่น ๆ ในประชากรกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ เช่น รับประทานปลาดิบ ภาคอีสาน ตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ เคยได้รับรังสีหรือผ่าตัดต่อมธัยรอยด์ตรวจการทำงานต่อมธัยรอยด์ ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพและความปลอดภัยของผู้อื่น เช่น ขับรถสิบล้อตรวจหาสารเสพติด โรคตับอักเสบ เรือรังตรวจหาสารมะเร็งตับ, อัลตราซาวด์ ประวัติครอบครัวโลหิตจางตรวจชนิดของฮีโมโกลบิน สตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุน เช่น น้ำหนักตัวน้อย ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ระยะเวลาตรวจ วัดความหนาแน่นของกระดูก

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

องค์ประกอบหลักของการดูแลสุขภาพของคนเรา แบ่งออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ คือ การให้บริการของสถานพยาบาล และการที่ประชาชนดูแลตนเองหรือพึ่งตนเอง

การดูแลสุขภาพของตนเองหรือการพึ่งตนเองในด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 2 ส่วนย่อย คือ การดูแลสุขภาพอนามัยทั่ว ๆ ไปในขณะที่ไม่เจ็บป่วย ได้แก่ การกิน การทำงาน การพักผ่อน กับอีกส่วนหนึ่งคือ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งหมายถึงการดูแลตนเองได้ เมื่อเมื่อมีอาการเจ็บป่วยโดยไม่พึ่งพาบริการ

อย่างไรก็ตามเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางแก้ไขก็คือ การพึ่งพาสถานบริการซึ่งในระบบแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ ในทางปฏิบัติ โครงสร้างของบริการทั้ง 3 ระดับนี้มักจะคาบเกี่ยวซ้อนกันอยู่ ประกอบกับการใช้บริการก็มักขึ้นกับทัศนคติและความต้องการของผู้ใช้บริการ ทำให้ในทางปฏิบัติทั้ง 3 ระดับนี้ไม่แยกจากกัน อย่างไรก็ตามแม้ว่าในทางปฏิบัติระดับบริการทั้ง 3 ประเภทนี้จะแยกจากกันไม่ได้ แต่จำเป็นต้องยอมรับว่าบริการบางส่วน เช่น บริการระดับตติยภูมิ ควรที่จะแยกออกมาเนื่องจากการลงทุนที่สูงที่สุด ส่วนความพยายามที่จะลดปริมาณงานในบริการบางระดับ โดยเฉพาะทุติยภูมิ ซึ่งมักจะต้องเข้าไปมีส่วนร่วมรับผิดชอบงานของบริการในระดับปฐมภูมิเสมอ ๆ เพราะสามารถแก้ไขได้ด้วยการเพิ่มประสิทธิภาพของบริการปฐมภูมิ

สิ่งสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข คือ การสร้างดุลยภาพระหว่างองค์ประกอบสองส่วนนี้ตามแผนการดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย นับว่าเป็นปัญหาสำคัญยิ่งของระบบ เพราะปัจจุบันกรอบของการให้บริการสาธารณสุขได้ถูกขยายใหญ่ขึ้น อาจจะได้ตั้งใจและไม่ตั้งใจ ทั้งนี้พิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยจากสถานพยาบาลของรัฐที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และจำนวนสถานพยาบาลเอกชนหรือคลินิกที่ผุดขึ้นในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ บริการด้านการแพทย์และการรักษาพยาบาลได้ขยายเติบโตขึ้นจนทำให้นับวันประชาชนไทยก็ยิ่งขาดแนวคิดและวิธีการพึ่งตนเองในด้านสุขภาพมากขึ้นเรื่อย ๆ นั่นคือ แม้เพียงอาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่สามารถดูแล และรักษาอาการด้วยตนเองได้ แต่ประชาชนจำนวนมากก็ยังเลือกที่จะไปพบแพทย์ซึ่งหลายครั้งทำให้ต้องสูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายครวละมาก ๆ

สถานการณ์ดังกล่าว เป็นปัญหาที่รัฐ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขตระหนักและยอมรับเพื่อพิจารณาหาทางแก้ไข เพราะเมื่อวิเคราะห์ให้ละเอียด พบว่าการขยายการให้บริการสาธารณสุขไม่ใช่วิธีแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง เนื่องจากไม่มีความยั่งยืนและไม่สามารถตอบสนองซึ่งความต้องการของประชาชนได้ทั้งหมด เหตุผลหลักก็คือ ทรัพยากรที่จะต้องใช้ในการให้บริการ

ไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรบุคคลหรือทรัพยากรธรรมชาติของทุกประเทศในโลกนี้ ย่อมมีปริมาณจำกัด และแม้จะมีการขยายกรอบการให้บริการสาธารณสุขให้มีขนาดใหญ่มากขึ้นได้จริง ๆ แต่คุณภาพของบริการนั้นย่อมมีจุดเสื่อมลงในวาระหนึ่ง ตัวอย่างเช่น จำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคอีสานเมื่อปี 2536 มีคนไข้ในอกทั้งหมด 220,000 คน ต่อแพทย์ 87 คน แต่พอปี 2539 พบว่าในขณะที่แพทย์ลดจำนวนลงไปเหลือ 80 คน จำนวนคนไข้กลับเพิ่มสูงขึ้นถึง 350,000 คน ซึ่งแน่นอนว่าการเพิ่มของจำนวนคนไข้ในระยะเวลาต่อมาย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการให้บริการที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากมีจำนวนคนไข้มากเกินไปกว่าแพทย์จะดูแลได้ทั่วถึง

แนวทางในการแก้ไขปัญหาจึงน่าจะเป็นการเปลี่ยนคุณภาพของการรับผิดชอบ โดยลดกรอบของการที่รัฐให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนที่มีขนาดเล็กลง แล้วเสริมกรอบของการที่ประชาชนรู้จักพึ่งตนเองในด้านสุขภาพให้มีขนาดใหญ่ขึ้น ด้วยการทำให้ประชาชนมีความรู้เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง แต่ทั้งนี้ต้องมีความพอเหมาะที่สมดุลกับความรู้ความสามารถของประชาชนในชุมชนนั้น ๆ หรือเหมาะกับประชาชนแต่ละคน (อ้างใน อารีย์ ใจคำปัน, 2547: 28-30)

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โดยทั่วไป ถ้าประชาชนไม่รู้จักดูแลสุขภาพตัวเอง ไม่รู้จักดัดแปลงหรือบำรุงรักษาสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัยต่อการดำรงชีวิตประจำวันแล้ว จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยขึ้นได้ง่าย เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ เกิดขึ้นแล้วเจ้าตัวไม่มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เนื่องมาจาก การเจ็บป่วย บุคคลเหล่านี้ก็อาจจะไม่รู้สึกลงถึงความบั่นทอนของโรคที่มีต่อร่างกายในระยะเริ่มแรก ถ้าการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้า ๆ ร่างกายจะลดความว่องไวลง ผู้เป็นโรคจะรู้สึกเหนื่อยง่าย เมื่อทำงานหรือปฏิบัติกิจกรรมซึ่งเป็นกิจวัตรประจำวัน ปวดเมื่อยร่างกายเมื่อทำงานไปได้ระยะหนึ่ง สุขภาพอ่อนแอลงไปเรื่อย หย่อนสมรรถภาพในการประกอบอาชีพ ร่างกายมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคติดเชื้อ เพราะมีความต้านทานต่อโรคต่ำ เมื่อประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศอยู่ในสภาพเช่นนี้ ย่อมจะทำให้เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศได้ ทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งจะกระทบกระเทือนถึงความมั่นคงของชาติต่อไปด้วย ดังนั้นนอกจากประชากรทุกเพศ ทุกวัย ทุกระดับฐานะ ควรจะารู้จักและทำนุบำรุงสุขภาพของตนเอง โดยได้รับการแนะนำ การสอน และการช่วยเหลือจากรัฐโดยตรง หรือจากองค์กรของเอกชนที่มีเจตนารมณ์ร่วมมือกับรัฐในด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย และป้องกันโรคให้แก่ประชาชนแล้ว ประชาชนทั่ว ๆ ไปที่อยู่ในเขตเมืองและชนบท ควรจะได้มีความรู้ในการสำรวจสุขภาพของตนเองเป็นประจำ ทราบถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นแก่ร่างกายและจิตใจ เช่น ความผิดปกติในการเคลื่อนไหวร่างกายหรืออวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งในร่างกาย ความผิดปกติในหน้าที่

การทำงานภายในร่างกาย เปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์ เช่น หวาดกลัว กังวล ขุ่นเคี้ยว หงุดหงิด เป็นต้น ก็จะทำให้เขาเหล่านั้น เกิดความสำนึกที่ต้องการจะแก้ไขความผิดปกติเหล่านั้น โดยความรู้ และประสบการณ์ที่เขา มีอยู่ หรือชวนขวยที่จะขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน เพื่อนบ้าน ผู้ประกอบอาชีพทางการบำบัดรักษา หรือจากสถานบริการสาธารณสุขซึ่งตั้งอยู่ในท้องถิ่นนั้น ๆ เพื่อช่วยขจัดความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือการเจ็บป่วยขั้นรุนแรง บางประการก็ตาม

ดังนั้น ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลก็คือ ประชาชนควรจะมีควมไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ อารมณ์ตนเอง และผู้ที่อยู่ใกล้ชิด มีความรู้พื้นฐานพอสมควรในการแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง มีทัศนคติที่จะช่วยเหลือเพื่อนบ้านซึ่งกันและกัน รู้จักใช้ บริการแพทย์และการสาธารณสุขของภาครัฐและเอกชน ให้เป็นประโยชน์ตามความเหมาะสมมากที่สุด อย่างไรก็ดี ตามกฎบัตรสหประชาชาติได้บ่งไว้ว่า ประชาชนทุกคนควรมีสหิทธิเท่าเทียมกัน ในการได้รับบริการอย่างทั่วถึง โดยรัฐจะต้องเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบเรื่องนี้อย่างจริงจัง สำหรับรัฐบาลไทย ได้ตระหนักถึงสิทธิมนุษยชนในด้านนี้อยู่แล้ว จึงได้กำหนดให้สร้างโรงพยาบาลชุมชนขึ้นให้ครบทุกอำเภอ และสร้างสถานีอนามัยให้ครบทุกตำบลภายในปี 2529 เพื่ออำนวยความสะดวกให้ประชาชนทุกท้องถิ่นสามารถใช้บริการได้ทั่วถึงไม่ว่าประชาชนจะอยู่ในท้องถิ่นชนบทที่ห่างไกล อย่างไรก็ดีตามที่จะมีบริการให้พร้อมในท้องถิ่นนั้น ๆ นอกจากรัฐได้ดำริที่จะตั้งสถานบริการในทุกท้องถิ่นแล้ว รัฐยังได้กำหนดนโยบายและแผนในการนำบริการรักษาพยาบาลเคลื่อนที่ไปให้บริการในชุมชนอีกด้วย ซึ่งนโยบายและแผนการรักษาพยาบาลเคลื่อนที่นี้ได้มีมานานแล้ว โดยได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น ๆ ของรัฐ เช่น หน่วยงานทางทหาร ตำรวจ ฝ่ายการปกครอง หน่วยแพทย์อาสาของโรงพยาบาล หรือสถานบริการของเอกชนต่าง ๆ รวมทั้งมูลนิธิต่าง ๆ และสำคัญที่สุดได้แก่มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอสว.) ซึ่งได้ทำการรณรงค์ในเรื่องนี้อย่างจริงจัง และได้ผลเป็นอย่างดี

ในอดีตที่ผ่านมา บริการรักษาผู้ป่วยหรือการบำบัดโรคให้แก่ประชาชน จะอยู่ใน ความรับผิดชอบของแพทย์แผนปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่เขตเมือง หรือท้องถิ่นที่มีชุมชนหนาแน่น ส่วนประชาชนที่อยู่ในชนบทห่างไกล หรือในถิ่นทุรกันดารที่เกิดการเจ็บป่วย มักจะได้รับ การช่วยเหลือไปตามมีตามเกิดเท่าที่จะหาผู้ช่วยเหลือได้ เช่น หมอเถื่อน หมอไสยศาสตร์ แพทย์แผนโบราณ เป็นต้น หรืออย่างดีที่สุดก็คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ซึ่งไม่มีความรู้ ด้านการบำบัดโรคโดยตรง เป็นเหตุให้ประชาชนที่เกิดการเจ็บป่วยไม่ได้รับการบำบัดและการดูแล ที่ถูกต้อง คือ แทนที่จะหายจากโรคกลับมีอาการทรุดหนักขึ้น และถึงแก่ความตายโดยไม่บังควร หรือถ้าไม่ตายก็อาจมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ร่างกายทุพพลภาพหรือไม่แข็งแรงกลายเป็น

ประชาชนกลุ่มอ่อนแอ ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วยและการตายต่อไป ดังนั้นในระยะเวลาต่อมา รัฐบาลได้ทำการสำรวจและได้ทำการศึกษาอัตราการเกิดโรคและความเป็นโรคที่จะป้องกันได้ และเป็นโรคที่รักษาได้ไม่ยาก โดยใช้เวชภัณฑ์ที่สามารถหาไว้หรือเก็บไว้ในครัวเรือน ซึ่งคนทั่วไปเรียกว่า ยาสามัญประจำบ้าน หรือยาตำราหลวง เป็นยาที่มีผลข้างเคียงน้อยมากหรือไม่มีเลย ก็เป็นการเพียงพอ ในการบำบัดอาการเจ็บป่วยบางชนิด เช่นการปวดหัว ตัวร้อน ท้องเสีย เป็นหัตถกรรมคาเป็นต้น จากเหตุผลดังกล่าวรัฐบาลเห็นควรที่จะได้ให้ความรู้พื้นฐานแก่ประชาชนในการแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน โดยได้กำหนดนโยบายและแผนการเลือกอาสาสมัครประจำหมู่บ้านมาให้ความรู้ในการรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ เพื่อสามารถช่วยชาวบ้านในหมู่บ้านและในละแวกเดียวกันได้ สามารถวิเคราะห์การเจ็บป่วยได้ว่ามีความรุนแรงขนาดใด เมื่อเกินความสามารถตนเองแล้วควรจะจัดการช่วยเหลืออย่างไรต่อไป นอกจากนี้นโยบายสาธารณสุขยังมีนโยบายให้เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์สาธารณสุขอื่น ๆ ที่ไม่ใช่แพทย์ เช่น พยาบาล พนักงานอนามัย ผดุงครรภ์ หรือผู้ช่วยพยาบาลได้รับการอบรมวิธีการบำบัดรักษาโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น เพื่อไปช่วยให้บริการในระดับอำเภอ และตำบลต่อไป เพราะเจ้าหน้าที่ที่เป็นแพทย์จะใช้เวลาอยู่เฉพาะในระดับอำเภอเท่านั้นและมีปริมาณน้อย ยังไม่เพียงพอที่จะทำการบำบัดรักษาได้ทั่วถึง อย่างไรก็ตามก็ตีถ้าพิจารณาตามกฎหมาย หรือพระราชบัญญัติประกอบโรคศิลปะ ผู้ที่ไม่ใช่แพทย์จะไม่มีสิทธิ์ในการบำบัดและรักษาโรค ดังนั้น เพื่อให้มีผลคุ้มครองทางกฎหมายแก่เจ้าหน้าที่ ซึ่งไม่ใช่แพทย์ที่ได้รับมอบหมายให้ทำการรักษาพยาบาลได้ โดยไม่เป็นการกระทำผิดกฎหมาย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 5 พ.ศ. 2518 “ว่าด้วยบุคคลซึ่งทางราชการ เทศบาล สุขาภิบาล หรือ สภากาชาดไทย มอบหมายให้ไปประกอบโรคศิลปะในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแล้ว” ซึ่งในระเบียบดังกล่าว ได้กำหนดขอบเขตหน้าที่ ลักษณะของงานและการบำบัดรักษาของเจ้าหน้าที่ซึ่งไม่ใช่แพทย์ไว้ชัดเจน

นโยบายที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลซึ่งรัฐกำหนดไว้นั้น ได้จัดบริการให้ตามระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยและอัตราการเจ็บป่วยของประชาชน จากระดับหมู่บ้านจนถึงระดับจังหวัดและจัดบริการในสถานที่หรือสถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับสำนักงานสาธารณสุขตำบล โรงพยาบาลชุมชน (ระดับอำเภอ) โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับจังหวัด) โรงพยาบาลศูนย์ (ระดับเขต) และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งมีบริการที่เชี่ยวชาญทุกแขนงเทียบกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เช่น ศิริราชพยาบาล รามาธิบดี สภากาชาดไทย เป็นต้น

ส่วนการจัดบริการตามระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย และอัตราการเจ็บป่วยของประชาชนนั้น เหตุผลเนื่องมาจากผลการสำรวจทางสถิติ พบว่า โรคซึ่งเกิดแก่ประชาชนเป็นจำนวนมาก ร้อยละ 50 – 60 นั้นเป็นโรคซึ่งไม่ร้ายแรง ชาวบ้านเคยช่วยตัวเองและช่วยกันมาอยู่แล้วตั้งแต่สมัย

ปู่ย่า ตายาย ซึ่งปัจจุบันนี้ถือว่าเป็นระดับการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ส่วนการเจ็บป่วยถดถอยไปอีกประมาณร้อยละ 15 – 20 ควรได้รับการบำบัดจากแพทย์ หรือพยาบาลระดับอำเภอ (Secondary Health Care) และการเจ็บป่วยที่เหลืออีกร้อยละ 5 – 10 จะเป็นการเจ็บป่วยขั้นรุนแรง หรือซับซ้อนที่ต้องการผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ชำนาญการในด้านการรักษาพยาบาลเฉพาะสาขา เป็นผู้ให้การบำบัดรักษา

การจัดระดับบริการรักษาและบำบัดรักษาโรคดังกล่าว จะเป็นการช่วยให้รัฐสามารถกำหนดแผนในการดำเนินการให้ชัดเจน ในด้านการเตรียมอัตรากำลังให้เหมาะสมทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ การจัดหาและจัดเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ ให้พร้อมและเพียงพอตลอดจนเราจะสามารถวางแผนทางในการจัดระบบงานในสถาบันแต่ละระดับให้เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้บริการครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึง สามารถให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ และประการสำคัญที่สุดคือประชากรที่เจ็บป่วย จะได้รับการบริการอย่างถูกต้อง เหมาะสมทันที่ และปลอดภัย (อ้างใน อารีย์ ใจคำปัน, 2547: 23- 25)

ชูชีพ เบียดนอก และคณะ (2549: 7-9) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับเรื่อง “การพัฒนาอาชีพอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานของสถานประกอบการจังหวัดปทุมธานี” ในหัวข้อ สถานภาพด้านอาชีพอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานของสถานประกอบการ จังหวัดปทุมธานี ได้ศึกษาแยกเป็น 4 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 นโยบายและการจัดการด้านความปลอดภัยฯ หมวดที่ 2 การบริหารและคุ้มครองความปลอดภัยฯ หมวดที่ 3 การบริหารและคุ้มครองสุขภาพอนามัย หมวดที่ 4 การจัดการดูแลสภาพแวดล้อมในการทำงาน

ในหมวดที่ 3 การบริหารและคุ้มครองสุขภาพอนามัย ได้กำหนดเกณฑ์ชี้วัดจำนวน 43 เกณฑ์ไว้ดังนี้

1. มีการตรวจสุขภาพทั่วไปแรกรับลูกจ้างเข้าทำงาน
2. มีการตรวจสุขภาพลูกจ้างแรกรับเข้าทำงาน โดยเน้นการป้องกันโรคเนื่องจากการทำงาน
3. มีการตรวจสุขภาพทั่วไปประจำปีให้ลูกจ้าง
4. มีการตรวจสุขภาพประจำปีให้แก่ลูกจ้าง โดยเน้นการป้องกันโรคเนื่องจากการทำงาน
5. มีการแจ้งผลการตรวจสุขภาพให้ลูกจ้างรับทราบ
6. มีสมุดสุขภาพประจำตัวของลูกจ้าง หรือการเก็บประวัติสุขภาพของลูกจ้าง
7. มีการประเมินผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการทำงานเพื่อเฝ้าระวังโรคเนื่องจากการทำงาน
8. มีมาตรการป้องกันการเกิดโรคระบาด หรือ โรคติดต่อให้กับลูกจ้าง

9. มีหลักสูตรหรือแผนการอบรมหรือให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและโรคเนื่องจากการทำงานให้แก่ลูกจ้าง และลูกจ้างที่เปลี่ยนงาน
10. ลูกจ้างไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย หรือโรคเนื่องจากการทำงาน
11. นายจ้างหรือผู้บริหารทุกคนได้รับการอบรมให้มีความรู้ด้านสุขภาพอนามัยและโรคเนื่องจากการทำงาน
12. มีห้องพยาบาล และอุปกรณ์ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น
13. มีแพทย์ พยาบาล หรือผู้รับผิดชอบที่ผ่านการอบรม ในการปฐมพยาบาล และการช่วยชีวิต
14. มียานพาหนะฉุกเฉินพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตพื้นฐานไว้ประจำสถานประกอบการสำหรับนำส่งลูกจ้างที่เจ็บป่วย
15. มีการดูแลฟื้นฟูสุขภาพลูกจ้างหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคเนื่องจากการทำงานและตรวจความพร้อมของสุขภาพลูกจ้างก่อนกลับเข้ามาทำงานที่เหมาะสม
16. มีที่ชำระล้างสารเคมีอันตราย เช่น ฝักบัว ที่ล้างตา ไว้ใช้ในกรณีฉุกเฉิน ในบริเวณที่ลูกจ้างทำงานเกี่ยวกับสารเคมีอันตราย
17. มีการจัดอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ ที่จำเป็นแก่การปฐมพยาบาล ลูกจ้างที่ได้รับอันตรายจากสารเคมีอันตราย
18. มีการจัดชุดทำงานและห้องอาบน้ำให้แก่ลูกจ้างที่ทำงานเกี่ยวกับสารเคมีอันตรายเพื่อเปลี่ยนก่อนหรือหลังการปฏิบัติงาน
19. มีห้องน้ำ ห้องส้วม สำหรับลูกจ้าง โดยแบ่งแยก ชาย- หญิง
20. มีการจัดน้ำดื่มที่สะอาด ที่ล้างมือ ล้างหน้าที่ถูกสุขลักษณะเพื่อให้ลูกจ้างได้ใช้ก่อนการรับประทานอาหารหรือดื่มเครื่องดื่ม
21. มีการจัดที่รับประทานอาหารและที่พักระหว่างปฏิบัติงานสำหรับลูกจ้างอย่างถูกสุขลักษณะ
22. มีการประกันชีวิตและประกันสุขภาพอื่น ๆ นอกเหนือจากการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทนและกองทุนประกันสังคม
23. มีการเผยแพร่ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยหรือโรคอันเนื่องจากการทำงานโดยหน่วยงานแพทย์หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
24. มีคู่มือ เอกสาร มาตรฐานเกี่ยวกับโรคเนื่องจากการทำงาน และการป้องกันที่เกี่ยวข้องกับลูกจ้างโดยตรง

25. มีการจัดนิทรรศการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย
26. มีการจัดทำบอร์ดเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย
27. มีสวัสดิการ มีการจัดกิจกรรม หรือจัดอุปกรณ์เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัย
28. มีกฎระเบียบหรือมาตรการที่กล่าวถึงสุขภาพอนามัยและครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงที่จะมีผลต่อสุขภาพอนามัยของลูกจ้าง และมีการควบคุมให้ปฏิบัติ
29. ลูกจ้างทุกคนได้ทราบกฎระเบียบหรือมาตรการที่กล่าวถึงสุขภาพอนามัยโดยการอบรม หรือจัดทำคู่มือแจกจ่ายให้แก่ลูกจ้างไว้ประจำตัวตามลักษณะหน้าที่รับผิดชอบ หรือโดยวิธีการอื่นที่เหมาะสม
30. มีมาตรฐานหรือกฎระเบียบเกี่ยวกับการยก การเคลื่อนย้าย และการขนส่งวัสดุหรือสิ่งของด้วยแรงคน
31. มีผู้รับผิดชอบและทำการควบคุมในการยก การเคลื่อนย้าย และการขนส่งวัสดุหรือสิ่งของด้วยแรงคน
32. มีการออกแบบหรือปรับปรุงสถานที่ทำงาน พื้นที่ทำงาน หรือลักษณะการทำงานให้เหมาะสมกับลูกจ้าง
33. มีมาตรการหรือมีการควบคุมเกี่ยวกับการทำงานล่วงเวลา และ หรือทำงานหลายผลัดติดต่อกัน เพื่อสุขภาพของลูกจ้าง
34. มีมาตรการหรือมีการควบคุมในการจำกัดเวลาการทำงานที่อาจก่อให้เกิดความเครียดและความเมื่อยล้าต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ
35. มีการสอบสวนหาสาเหตุของการเจ็บป่วยหรือ โรคเนื่องจากการทำงานที่เกิดต่อลูกจ้าง
36. มีการปรับปรุงแก้ไขตามผลการสอบสวนหาสาเหตุตามข้อ 35
37. มีการเสนอแนะด้านสุขภาพอนามัย จากลูกจ้างระดับต่าง ๆ
38. มีการปรับปรุงแก้ไขและพิจารณาดำเนินการตามข้อเสนอนั้น ตามข้อ 37
39. มีการดำเนินงานตามโครงการ แผนงาน หรือกิจกรรมร่วม ในการดูแลด้านสุขภาพอนามัยของบุคคลภายนอก หรือบุคคลอื่น และมีการประเมินผลหรือปรับปรุงแก้ไขให้มีประสิทธิภาพ
40. มีการหมุนเวียนสับเปลี่ยนหน้าที่ลูกจ้าง เพื่อสุขภาพหรือเพื่อป้องกันโรคเนื่องจากการทำงาน
41. มีการจัดเก็บข้อมูลและสถิติการเจ็บป่วย หรือการเกิดโรคเนื่องจากการทำงาน
42. มีการจำแนกข้อมูลการเจ็บป่วย หรือโรคเนื่องจากการทำงาน และแสดงแนวโน้มของการเจ็บป่วยและ/ หรือโรคเนื่องจากการทำงาน

43. มีการรายงานหรือแสดงข้อมูลและสถิติตามข้อ 41 และข้อ 42 ต่อลูกจ้าง หัวหน้างาน และผู้บริหารหรือนายจ้างเพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานด้านสุขภาพอนามัยของลูกจ้าง

2.4 แนวคิดทฤษฎีการประเมินโครงการ

2.4.1 แนวคิดการประเมินโครงการ

ประเมินผล คือ การตัดสินคุณค่าของสิ่งที่ถูกวัด โดยการเทียบกับเกณฑ์ จุดเน้นของการประเมินอยู่ที่ความยุติธรรม และความเหมาะสมของเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินใจ ที่มีความโปร่งใส และเปิดเผย การประเมินผลที่ดีต้องอยู่บนฐานของข้อมูลที่มีความตรงและเชื่อถือได้ ซึ่งได้มาจากกระบวนการวัดผลที่มีคุณภาพ ซึ่งสามารถให้ผลการวัดที่ถูกต้องสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2545: 7) การประเมินผลโครงการ ตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า Project Evaluation หมายถึง การประเมินค่าหรือประเมินผลที่ผู้จัดทำโครงการ มุ่งหวังว่าเมื่อจัดทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามหลักเกณฑ์หรือขั้นตอนต่าง ๆ ที่กำหนดไว้แล้ว จะบรรลุวัตถุประสงค์บางประการหรือหลายประการที่ตั้งไว้ กิจกรรมอย่างเดียวกัน หากมีหลักเกณฑ์หรือขั้นตอน หรือกระบวนการที่ดำเนินการแตกต่างกันจะได้ผลลัพธ์ไม่เหมือนกัน (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2541: 1) การประเมินโครงการมีลักษณะที่สำคัญ คือ มีการจัดเก็บข้อมูลที่ใช้ในการดำเนินงานตามโครงการในทุกรูปแบบ และทุกขั้นตอน มีการเก็บรวบรวมข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ มีการใช้ข้อมูลนั้นเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการ และสารสนเทศที่ได้จากข้อมูลสามารถนำมาใช้ในการปรับปรุง แก้ไขการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ (สุวิมล ตรีภานันท์, 2547: 2)

นอกจากนี้นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการประเมินผลไว้มากมายซึ่งพอจะนำมากล่าวไว้ดังนี้

เยาวดี รวงษ์กุล วิบูลย์ศรี (2544: 9-14) ได้ให้ความหมายของการประเมินไว้ ดังนี้

1. การประเมิน หมายถึง การวัด ในช่วง ค.ศ. 1900 – 1930 นักประเมินผลทางด้าน การศึกษานิยามการประเมินว่าเป็นการวัดผล เน้นความเป็นปรนัย ความถูกต้องที่เป็นจริงอยู่แล้ว ความเที่ยงตรงของการวัด มาตรฐานของเครื่องมือที่ใช้วัด การวิเคราะห์เชิงปริมาณจากคะแนนที่วัดได้ การค้นหาเกณฑ์มาตรฐานเพื่อนำมาใช้เปรียบเทียบกับผลการดำเนินโครงการสำหรับการตัดสินและ การวินิจฉัยคุณค่า

2. การประเมิน เป็นการวิจัย กล่าวคือ การประเมินเป็นการประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัย ทางสังคมเป็นวิทยาศาสตร์ประยุกต์ เพื่อนำผลการวิจัยมาตัดสินและพัฒนาโครงการด้านการวางแผน และการติดตามประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งการศึกษาถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการ

นานโยบาย แผนงาน โครงการไปปฏิบัติ มีการประเมิน มีการออกแบบวิจัย สร้างเครื่องมือ เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์และเชิงตรรกวิทยาอย่างเป็นระบบ เพื่อมุ่งตอบคำถามว่าโครงการนั้นบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่และมีความสำเร็จระดับใด ผลการศึกษาจะนำไปใช้ในการตัดสินใจและเป็นทางเลือกในการปฏิบัติ

3. การประเมิน เป็นการตรวจสอบและการติดตามผลงานที่ได้ประเมินแล้ว กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ โครงการใดที่ได้ผ่านการประเมินแล้ว ก็จะทำการประเมินอีกครั้งเพื่อดูว่าเป็นไปตามมาตรฐานหรือไม่ โดยมีกระบวนการและเทคนิควิธีสำหรับอ้างอิงผลการประเมินอย่างมีระบบ

Alkin, M.C. (อ้างใน เยาวดี ราชัยกุล วิบูลย์ศรี, 2544: 45-46) ได้นิยาม “การประเมิน” ไว้ว่า คือ กระบวนการของการคัดเลือก ประมวลข้อมูลและการจัดระบบสารสนเทศที่มีประโยชน์ เพื่อนำเสนอต่อผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ หรือเพื่อกำหนดทางเลือกในการทำกิจกรรมหรือโครงการใด ๆ Alkin ได้แบ่งการประเมินออกเป็น 5 ส่วนคือ

1. การประเมินเพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ของ โครงการ การประเมินส่วนนี้ เป็นการประเมินที่เกิดขึ้นก่อนที่จะทำกิจกรรมหรือโครงการใด ๆ เป็นการประเมินเพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการ หรือเพื่อกำหนดเป้าหมายโครงการให้สอดคล้องกับภาวะความต้องการที่เป็นอยู่

2. การประเมินเพื่อการวางแผนโครงการ การประเมินส่วนนี้ เป็นการประเมินเพื่อหาวิธีที่เหมาะสมในการที่จะวางแผนให้การดำเนินงานในโครงการนั้น ๆ ได้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

3. การประเมินขณะกำลังดำเนินโครงการ การประเมินส่วนนี้ จะเน้นถึงการพิจารณาขั้นตอนการทำงานว่าเป็นไปตามแผนงานที่วางไว้หรือไม่ หรือได้ดำเนินการไปตามขั้นตอนที่ควรจะเป็นเพียงใด

4. การประเมินเพื่อการพัฒนางาน การประเมินส่วนนี้ เป็นการประเมินเพื่อค้นหารูปแบบแนวทาง หรือข้อเสนอแนะใด ในการที่จะทำให้งานที่กำลังดำเนินการอยู่นั้นมีประสิทธิภาพมากที่สุด

5. การประเมินเพื่อรับรองผลงาน และเพื่อการหยุด ขยาย หรือปรับเปลี่ยนโครงการ การประเมินส่วนนี้เป็นการประเมินภายหลังการดำเนินงานตามโครงการ มีจุดมุ่งหมายเพื่อตรวจสอบ

ผลที่ได้กับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ รวมทั้งการประเมินผล ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้กับโครงการต่อไป และเพื่อให้ข้อเสนอแนะในการที่จะหยุด เลิก ขยาย หรือปรับเปลี่ยนโครงการในช่วงระยะเวลาต่อไปด้วย

Gross (อ้างในนำชัย ทนุผล, 2538: 90) กล่าวถึง การประเมินผลว่า เป็นการ เปรียบเทียบระหว่างวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้กับผลที่ปรากฏออกมาจากการปฏิบัติตามแผน โดยมีเกณฑ์ สำหรับการตัดสินใจ นอกจากนี้ นำชัย ทนุผล (2538: 90) ยังได้กล่าว ถึงการประเมินผลไว้อีกว่า เปรียบเสมือนกระจกที่ส่องให้ผู้ปฏิบัติงาน ได้สามารถมองเห็นข้อดี-ข้อเสียที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในทุก ๆ ขั้นตอน

การประเมินผลเข้ามามีบทบาทสำคัญในการตรวจสอบว่ากิจกรรมที่กำลังดำเนินการอยู่หรือดำเนินการไปแล้วนั้น มีผลความก้าวหน้าเป็นอย่างไร มีปัญหาเพียงใด จะบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการดำเนินงานมากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ยังให้ข้อมูลเพื่อช่วยในด้านการตัดสินใจแก้ไขปัญหา อุปสรรคหรือตัดสินใจว่าจะดำเนินงานต่อไปอีกหรือไม่ แต่สิ่งสำคัญที่ต้องระมัดระวังมากในการประเมินผล นั่นคือ วัตถุประสงค์ของการประเมิน ควรจะต้องสอดคล้องหรือตั้งอยู่บนพื้นฐานของวัตถุประสงค์โครงการ ใช้เครื่องมือในการประเมินผลที่เชื่อถือได้และมีประสิทธิภาพ รวมถึงการวิเคราะห์ที่ดีความข้อมูลต้องทำอย่างตรงไปตรงมา ปราศจากอคติ

2.4.2 การกำหนดวัตถุประสงค์ในการประเมินโครงการ

Edward A. Suchman (อ้างถึงใน อนันต์ เกตุวงศ์, 2543: 327-328) กล่าวว่าขั้นตอนในการกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินผล มี 6 ข้อ คือ

1. กำหนดกรอบแนวคิด หรือสาระสำคัญของวัตถุประสงค์ของการประเมิน โดยตอบคำถาม 3 ข้อ คือ

- (1) เนื้อหาสาระที่สำคัญของของวัตถุประสงค์ของแผนมีอะไรบ้าง
- (2) วัตถุประสงค์สำคัญของแผน ต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของคนหรือไม่
- (3) เพื่อหาสาระของวัตถุประสงค์ของแผน มีความเกี่ยวข้องกับการทำให้เกิดความรู้เห็น รู้ตัว ความสนใจ และหรือการกระทำบ้างหรือไม่

เมื่อตอบคำถามทั้งสามข้อแล้ว ผู้ประเมินย่อมสามารถกำหนดกรอบแนวคิดในเรื่องวัตถุประสงค์ของการประเมินผลได้ คือสามารถกำหนดสาระสำคัญของงานประเมินผลได้ว่า ประเมินประเด็นสำคัญ ๆ อะไรบ้าง

2. กำหนดกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจน โดยการพิจารณาจากเป้าหมายของแผน และตั้งคำถามว่า แผนหรือโครงการนั้นใช้กับใครหรือคนกลุ่มใด มีการเปลี่ยนแปลงคนเหล่านั้นอย่างไรบ้าง

3. เพื่อทราบถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ อันเกิดจากการปฏิบัติตามแผน โดยมีระยะเวลาเป็นตัวแสดงคำถาม จึงเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้น เกิดขึ้นเมื่อใด เช่น เกิดขึ้นทันทีเมื่อมีการปฏิบัติตามแผนหรือค่อย ๆ เกิดขึ้นต่อกับไปเรื่อย ๆ เป็นระยะสั้นหรือระยะยาว เกิดขึ้นทันทีทั้งหมดหรือค่อย ๆ เกิดขึ้นในระยะแรก และเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะหลัง ๆ ใกล้เคียงสิ้นสุดจนถึงสิ้นสุดการปฏิบัติการตามแผน เป็นต้น

4. วัตถุประสงค์ของแผนที่กำหนดไว้ มีประเด็นเรื่องเดียวหรือมีหลายเรื่องความมุ่งหมายของแผนต้องมีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างเรื่องเดียวหรือหลายเรื่องการเปลี่ยนแปลงนั้นจะต่างกันหรือเหมือนกัน ถ้าเปลี่ยนแปลงกลุ่มเป้าหมาย ประเด็นเหล่านี้ผู้ประเมินควรจะรู้ เพื่อจะได้จัดเตรียมการประเมินผลได้อย่างเหมาะสม

5. ผู้ประเมินควรรู้ถึงขนาดและขอบเขตของผลงานที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานตามแผนว่ามีความกว้างขวางหรือแคบเพียงใด มีการกำหนดมาตรฐานไว้ในแผน เพื่อใช้ทำการเปรียบเทียบวัดได้หรือไม่

6. วัตถุประสงค์ของแผน จะบรรลุสำเร็จได้อย่างไร มีวิธีการปฏิบัติเพื่อทำให้บรรลุวัตถุประสงค์อะไรบ้าง ใครเป็นผู้ปฏิบัติ อาศัยอำนาจและการประสานงานกันอย่างไร

ในการกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมิน ผู้ประเมินควรจะต้องศึกษาและทำความเข้าใจในแผนหรือโครงการอย่างละเอียด เพื่อเป็นการช่วยให้สามารถกำหนดวิธีการและแหล่งของการเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างครบถ้วน เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และเสนอแนะให้สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ การทำความเข้าใจกับแผนงานหรือโครงการ ควรจะพิจารณาลักษณะของตัวแปรดังต่อไปนี้

1. ตัวแปรอิสระหรือตัวแปรต้น ส่วนใหญ่จะเป็นตัวแปรที่เกี่ยวกับทรัพยากร เช่น ความมุ่งหมาย วิธีการทำงาน การบริหารงาน ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ เจ้าของโครงการ เป็นต้น บางโครงการผู้เกี่ยวข้องกับโครงการ มีบทบาทสำคัญมากที่จะทำให้โครงการบรรลุผลสำเร็จ เช่น โครงการพัฒนาชุมชน ดังนั้นลักษณะต่าง ๆ ของประชาชนในชุมชนนั้น ย่อมเป็นตัวแปรอิสระที่สำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา เป็นต้น

2. ตัวแปรตามหรือตัวแปรที่เป็นผล ตัวแปรอิสระดังที่กล่าวมาในข้อแรกเป็นสาเหตุให้เกิดตัวแปรตามอันได้แก่ ผลงานหรือผลผลิตของโครงการ ซึ่งอาจเป็นลักษณะของสินค้า สิ่งของ บริการ หรือผลการเปลี่ยนแปลงบางอย่าง ทั้งในรูปของรูปธรรมและนามธรรมทั้งหลาย เช่น การเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ หรือการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของมนุษย์

3. ตัวแปรแทรก เป็นตัวแปรที่สามารถทำให้ตัวแปรตามดังกล่าวเปลี่ยนแปลงไปจากลักษณะที่ได้คาดหมายไว้ในแผนหรือโครงการ หรือทำให้ผลของแผนเปลี่ยนแปลงไปจากที่คาดไว้ ตัวแปรแทรก 2 ประเภทนี้ คือ

3.1 ตัวแปรการปฏิบัติงานของแผน (Program – Operation Variable) เป็นตัวแปรที่เกี่ยวกับการทำงานหรือทำหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานตามแผน

3.2 ตัวแปรเชื่อมต่อ (Bridging Variable) ได้แก่ ตัวแปรที่ทำหน้าที่ในการเชื่อมโยงระหว่างทรัพยากรที่ใช้กับผลงานที่คาดว่าจะได้รับ หรือเป็นการเชื่อมโยงระหว่างเหตุการณ์หนึ่งกับผลที่คาดว่าจะได้

2.4.3 รูปแบบการประเมิน

Stufbeam (อ้างในเขาวดี ราชชยกุล วิบูลย์ศรี, 2544: 58-62) ได้แบ่งการประเมินเป็น 4 ด้าน คือ

1. การประเมินบริบทหรือสภาพแวดล้อม (Context Evaluation : C) เป็นการประเมินก่อนที่จะลงมือดำเนินการ โครงการใด ๆ มีจุดมุ่งหมายเพื่อกำหนดหลักการและเหตุผล เพื่อพิจารณาความจำเป็นที่จะต้องจัดทำโครงการ การชี้ประเด็นปัญหา ตลอดจนการพิจารณาความเหมาะสมของเป้าหมายของโครงการ

2. การประเมินตัวป้อนเข้า (Input Evaluation : I) เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาถึงความเหมาะสม ความเพียงพอของทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินโครงการ ตลอดจนเทคโนโลยีและแผนของการดำเนินงาน

3. การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation : P) เป็นการประเมินเพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการ เพื่อทำการแก้ไขให้สอดคล้องกับข้อบกพร่องนั้น ๆ หาข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่จะสั่งการเพื่อการพัฒนางานต่าง ๆ บันทึกภาวะของเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นไว้เป็นหลักฐาน

4. การประเมินผลผลิตที่เกิดขึ้น (Product Evaluation : P) เป็นการประเมินเพื่อ เปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้น จากการทำโครงการกับเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ของโครงการที่กำหนดไว้ แต่ดำเนินการทั้งการพิจารณาในประเด็นการขยาย หรือปรับเปลี่ยนโครงการ

การประเมินตามโมเดลของสตัฟเฟิลบีมนั้น สามารถสรุปการประเมินเป็น 3 ขั้นตอน คือ

1. กำหนด หรือระบุและบ่งชี้ข้อมูลที่ต้องการ
2. จัดเก็บรวบรวมข้อมูล
3. วิเคราะห์และจัดสารสนเทศ เพื่อนำเสนอฝ่ายบริหาร

สิ่งที่ควบคู่กับการประเมินทั้ง 4 ประเภทข้างต้น ได้แก่

1. การตัดสินใจเพื่อการวางแผน เป็นการตัดสินใจที่อาศัยการประเมินสถานะแวดล้อม มีบทบาทสำคัญคือ การกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการ ให้สอดคล้องกับแผนในการดำเนินงาน

2. การตัดสินใจเพื่อกำหนดโครงสร้างของโครงการ เป็นการตัดสินใจที่อาศัยการประเมินตัวป้อน มีบทบาทสำคัญคือ การกำหนดโครงสร้างของแผนงาน และขั้นตอนการทำงานต่าง ๆ ของโครงการ

3. การตัดสินใจเพื่อนำโครงการไปปฏิบัติ เป็นการอาศัยการประเมินกระบวนการ มีบทบาทสำคัญ คือ ควบคุมการทำงานให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด และเพื่อปรับปรุงแก้ไขแนวทางการทำงานให้ได้ผลดีที่สุด

4. การตัดสินใจเพื่อการทบทวนโครงการ เป็นการตัดสินใจที่อาศัยผลจากการประเมินที่เกิดขึ้น มีบทบาทหลักคือ การตัดสินใจเกี่ยวกับการยุติ ล้มเลิกหรือขยายโครงการในช่วงเวลาต่อไป

Kirkpatrick (อ้างในสำนักมาตรฐานการศึกษา สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ, 2545: 91-92) ได้นำเสนอรูปแบบของการประเมินโครงการฝึกอบรมว่า “การฝึกอบรมเป็นการให้ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในการฝึกอบรมควรจะได้มีการประเมินผลการฝึกอบรม เพื่อที่จะให้ทราบว่าจัดการฝึกอบรมตามขั้นตอนที่กำหนดไว้มีประสิทธิภาพเพียงใด” และได้กำหนดแนวทางของการประเมินโครงการฝึกอบรม จำแนกเป็น 4 ลักษณะดังนี้

1. ปฏิบัติการตอบสนอง (Reaction Evaluation) เป็นการประเมินเพื่อตรวจสอบความรู้สึกรหรือความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการประเมิน
2. ประเมินการเรียนรู้ (Learning Evaluation) เป็นการประเมินเพื่อตรวจสอบความรู้และทักษะที่เกิดขึ้น จากการเข้าร่วมโครงการ โดยใช้แบบทดสอบเป็นเครื่องมือในการประเมิน
3. ประเมินพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง (Behavior Evaluation) เป็นการประเมินเพื่อตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน ว่าเป็นในทิศทางที่พึงประสงค์หรือไม่ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ข้อมูลเพื่อนร่วมงานหรือผู้บังคับบัญชา เป็นต้น
4. ประเมินผลลัพธ์ (Results Evaluation) เป็นการประเมินเพื่อตรวจสอบว่าผลจากการอบรมก่อให้เกิดการพัฒนาทั้งต่อตนเองและต่อหน่วยงานของตนเองอย่างไร โดยใช้แบบสอบถาม หรือการสัมภาษณ์ เป็นต้น

Cronbach (อ้างในเยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี, 2544: 32-34)

كرونบาค ได้เสนอแนวทางการประเมิน 4 แนวทาง คือ

1. ศึกษากระบวนการ (Process Studies) ได้แก่ การศึกษาภาวะการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชั้นเรียน สามารถจะนำมาเป็นข้อมูลที่ใช้ เพื่อการพัฒนาหรือปรับปรุงรายวิชา
2. การวัดศักยภาพผู้เรียน (Proficiency Measurement) คرونบาค ได้ให้ความสำคัญต่อคะแนนรายข้อมากกว่าคะแนนจากแบบทดสอบทั้งฉบับ โดยคะแนนจากแต่ละข้อสามารถใช้ให้เห็นถึงสิ่งที่ผู้เรียน ได้เรียนรู้แล้ว และสิ่งที่ควรพัฒนาต่อไป
3. การวัดทัศนคติ (Attitude Measurement) การวัดทัศนคติเป็นผลที่เกิดจากการจัดการเรียนการสอนส่วนหนึ่งซึ่งมีความสำคัญ การวัดทัศนคติทำได้หลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การตอบแบบสอบถามและอื่น ๆ
4. การติดตามผล (Follow – up Studies) เป็นการติดตามผลการทำงาน

Hammond (อ้างในเยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี, 2544 : 47-52)

ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการประเมินโปรแกรมการศึกษา โดยเน้นหนักทางด้านโครงการนวัตกรรมในระดับท้องถิ่น ซึ่งมีลักษณะเป็นโมเดล 3 มิติ ดังนี้

1. มิติด้านพฤติกรรมการเรียนรู้ แบ่งออกได้เป็น 3 ส่วนย่อย คือ พุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย

2. มิติด้านการจัดการเรียนการสอน แบ่งรายละเอียดได้ดังนี้

2.1 การจัดระบบ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนย่อย คือ การจัดระบบเวลา และการจัดกลุ่มนักเรียน

2.2 เนื้อหา หมายถึง องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน

2.3 วิธีการ หมายถึง กระบวนการที่ก่อให้เกิดหรือนำไปสู่การจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสม

2.4 สิ่งอำนวยความสะดวก หมายถึง วัสดุ อุปกรณ์ และครุภัณฑ์ที่อำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ

2.5 ค่าใช้จ่าย หมายถึง รายจ่ายในการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ และครุภัณฑ์ ที่จำเป็นต้องใช้รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการจัดโปรแกรมการศึกษา

3. มิติด้านสถาบัน แบ่งออกได้ 6 ด้านคือ

3.1 ตัวนักเรียน

3.2 ครู

3.3 ผู้บริหาร

3.4 ผู้เชี่ยวชาญ

3.5 ครอบครัว

3.6 ชุมชนแวดล้อม

2.4.4 ประเภทของการประเมิน

Orville F. Poland (อ้างในอนันต์ เกตุวงศ์, 2543 : 333) ได้จำแนกประเภทของการประเมินไว้ 3 แบบ คือ

1. การประเมินประสิทธิผล (Effectiveness Evaluation) เป็นการประเมินความสำเร็จที่แท้จริงของแผนหรือโครงการว่า เมื่อสิ้นสุดการดำเนินการตามแผนแล้ว ได้ผลงานหรือผลผลิตออกมาทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพตรงตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และผลที่คาดว่าจะได้รับเพียงใด

2. การประเมินประสิทธิภาพ (Efficiency Evaluation) เป็นการประเมินถึงทรัพยากรที่ใช้ไปว่าทำให้บังเกิดผลมากน้อยเพียงใด ซึ่งมักจะใช้วิธีการวิเคราะห์ต้นทุนและประโยชน์ (Cost Benefit Analysis) หรือการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล (Cost Effectiveness Analysis) มาทำการพิจารณาประเมิน เพื่อจะรู้ว่าค่าใช้จ่ายที่แท้จริงหรือใช้ไปจริงของแผนเป็นเท่าใด โดยมีวิธีการประเมิน 2 แบบ คือ

2.1 การควบคุมประเมินผล (Program Monitoring) เป็นการประเมินผลตามเป้าหมาย และนโยบายว่ามีการปฏิบัติที่สอดคล้องกับระเบียบ กฎเกณฑ์ และมาตรฐานที่กำหนดไว้เพียงใด

2.2 การประเมินความแตกต่าง (Discrepancy Evaluation) เป็นการประเมินถึงความสำเร็จของแผนเปรียบเทียบกับมาตรฐานว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่เพียงใด

3. การประเมินโดยอาศัยแนวคิดจากหลายๆ แหล่ง (Elicit Evaluation) เป็นการประเมินผลหลายๆ ลักษณะ หรือหลายๆ อย่างไปด้วยกัน เช่น การประเมินในเรื่องการใช้ทรัพยากรการประเมินถึงกระบวนการปฏิบัติงานและการประเมินผลงานของแผน

Edward A. Suchman (อ้างใน อนันต์ เกตุวงศ์, 2543: 329-330) ได้จำแนกการประเมินผลไว้เป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

1. การประเมินความพยายาม (Effort) เป็นการประเมินความพยายาม ที่จะทำกิจกรรมว่าจะทำอะไร ทำอย่างไร และใช้ทรัพยากรและพลังงานมากน้อยเพียงใด ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ

2. การประเมินการปฏิบัติงาน (Performance) เป็นการประเมินผลของความพยายาม กระทำการต่าง ๆ ว่าทำเสร็จแล้วได้ผลมากน้อยอย่างไร

3. การประเมินความเพียงพอของการปฏิบัติงาน (Adequacy of Performance) เป็นการวัดความมากน้อยของการปฏิบัติว่ามีประสิทธิผลพอเพียงกับการกำหนดไว้ตามต้องการเพียงใด มีความครอบคลุมและเพียงพอสำหรับผู้รับบริการหรือไม่

4. การประเมินประสิทธิภาพ (Efficiency) เป็นการวัดค่าใช้จ่ายหรือทรัพยากร เพื่อเปรียบเทียบกับผลงาน โดยทั่วไปจะวัดออกมาในลักษณะของค่าใช้จ่ายต่อหน่วยการผลิต

5. การประเมินกระบวนการ (Process) เป็นการประเมินค้นหาสาเหตุ ว่าทำไมจึงทำงานได้ดีหรือล้มเหลว ซึ่งจะต้องประเมินหรือวิเคราะห์กระบวนการปฏิบัติงาน ตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดกระบวนการ ถ้าเป็นการประเมินโครงการลักษณะนี้ ก็จะต้องวิเคราะห์วิธีการปฏิบัติงานตามแผน ตั้งแต่เริ่มโครงการไปจนถึงสิ้นสุดโครงการ ว่ามีการใช้วิธีการเพื่อปฏิบัติงานถูกต้องหรือไม่ เป็นวิธีการที่เหมาะสมเพียงใดและใช้ได้ผลมากน้อยอย่างไร

2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ

Morse Nancy (อ้างใน ฉัสนันท์ ชนะสาร , 2547 : 17) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจว่า หมายถึง สิ่งใดก็ตามที่สามารถลดความตึงเครียดของมนุษย์ให้น้อยลง และความตึงเครียดนี้เป็นผลมาจากความต้องการของมนุษย์ เมื่อมนุษย์มีความต้องการมากก็จะเกิดปฏิกิริยาเรียกร้อง เมื่อความต้องการได้รับการตอบสนอง ความตึงเครียดก็จะลดน้อยลงหรือหมดไป ทำให้เกิดความพึงพอใจ

Millet. (อ้างใน ฉัสนันท์ ชนะสาร, 2547: 16) ให้ข้อสรุปจากการศึกษาว่า ผู้รับบริการจะตัดสินใจว่าเขาพึงพอใจบริการนั้นหรือไม่ โดยพิจารณาจาก

1. การบริการอย่างเท่าเทียม (Equitable Service) คือ การบริการที่มีความยุติธรรม เสมอภาค และเสมอหน้า ไม่ว่าผู้ป่วยนั้นจะเป็นใคร
2. การให้บริการรวดเร็วทันต่อเวลา (Timely Service) คือ การให้บริการตามลักษณะความจำเป็นรีบด่วน และความต้องการของผู้ป่วย
3. การให้บริการอย่างเพียงพอ (Ample Service) คือ ความเพียงพอในด้านสถานที่ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ
4. การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous Service) จนกว่าผู้ป่วยจะหายขาด
5. การให้บริการที่มีความก้าวหน้า (Progressive Service) คือ การพัฒนางานบริการทางด้านปริมาณและคุณภาพให้มีความเจริญก้าวหน้าไปเรื่อย ๆ

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2541: 47-48)

ได้กล่าวถึงเครื่องมือในการติดตาม วัดและค้นหาความต้องการของลูกค้า โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างความพึงพอใจให้กับลูกค้า องค์กรที่ยึดแนวปรัชญาหรือแนวความคิดทางการตลาด (Marketing Concept) ที่มุ่งมั่นความพึงพอใจให้กับลูกค้ามีปัจจัยที่ต้องคำนึงถึง ดังนี้

1. วิธีการสร้างความพึงพอใจจะทำโดยการลดต้นทุนของลูกค้า (ลดราคา) หรือการเพิ่มบริการหรือจุดเด่นของการบริการ
2. กิจการจะต้องสามารถสร้างกำไรโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น มีการวิจัยหรือพัฒนาการให้บริการ
3. ในกิจการของโรงพยาบาลซึ่งประกอบไปด้วยบุคลากรทางด้านต่าง ๆ เช่น แพทย์พยาบาล และพนักงาน การเพิ่มความพึงพอใจให้กับลูกค้าที่มาใช้บริการจะมีผลกระทบต่อความพึงพอใจของคนเหล่านั้นด้วย

วิธีติดตามและวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ สามารถทำได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

1. ระบบการติเตียนและข้อเสนอแนะ (Complaint and Suggestion Systems) เป็นการหาข้อมูลทัศนคติของลูกค้าเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และการทำงานของโรงพยาบาล ปัญหาเกี่ยวกับการให้บริการและการทำงาน รวมทั้งข้อเสนอแนะต่าง ๆ
2. การสำรวจความพึงพอใจของลูกค้า (Customer Satisfaction Surveys) เครื่องมือที่ใช้มากคือการวิจัยตลาด วิธีนี้ต้องเตรียมแบบสอบถามเพื่อค้นหาความพึงพอใจของลูกค้าโดยทั่วไป ลูกค้าจะไม่สนใจเลือกวิธีแรก ลูกค้าส่วนใหญ่จะเปลี่ยนไปซื้อจากผู้ขายรายอื่นแทน การเสนอแนะหรือติชม เป็นผลให้กิจการต้องสูญเสียลูกค้า (Rating Customer Satisfaction) ที่มีต่อผลิตภัณฑ์หรือการให้บริการ โดยอยู่ในรูปของการให้คะแนน เช่น ไม่พอใจอย่างยิ่ง ไม่พอใจ ไม่แน่ใจ พอใจ พอใจอย่างยิ่ง การถามว่าลูกค้าได้รับความพอใจในบริการหรือไม่ อย่างไร การถามให้ลูกค้าระบุปัญหาจากการบริการและข้อเสนอแนะประเด็นต่าง ๆ ที่จะแก้ไขปัญหานั้นเรียกว่า การวิเคราะห์ปัญหาลูกค้า (Problem Analysis) การถามลูกค้าเพื่อให้คะแนนคุณสมบัติต่าง ๆ และการทำงานของผลิตภัณฑ์ (Product Performance Rating) วิธีนี้จะช่วยให้ทราบถึงจุดอ่อน จุดแข็งของผลิตภัณฑ์ การสำรวจความตั้งใจในการซื้อซ้ำของลูกค้า (Repurchase Intention)
3. การเลือกซื้อโดยกลุ่มที่เป็นเป้าหมาย (Ghost Shopping) วิธีนี้จะเชิญบุคคลที่คาดว่าจะเป็นผู้ซื้อที่มีศักยภาพ ให้วิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนในการซื้อสินค้าของกิจการและคู่แข่ง รวมทั้งระบุปัญหาเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ
4. การวิเคราะห์ถึงลูกค้าที่สูญเสียไป (Lost Customer Analysis) ในกรณีนี้จะวิเคราะห์หรือสัมภาษณ์ลูกค้าเดิมที่เปลี่ยนไปใช้ตราสินค้าอื่น รวมทั้งอาจศึกษาถึงอัตราการสูญเสียลูกค้า

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.6.1 การดูแลสุขภาพบุคลากร โรงพยาบาลพัทลุง (2549)

โรงพยาบาลพัทลุงได้จัดให้มีการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพัทลุงประจำปี 2549 พบว่า เจ้าหน้าที่ทั้งหมดจำนวน 887 คน เข้ารับการตรวจสุขภาพจำนวน 878 คน คิดเป็นร้อยละ 99 โดยจากข้อมูลทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุน้อยกว่า 35 ปี สถานภาพสมรส และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 82.3 สำหรับกลุ่มที่มีโรคประจำตัวนั้นพบว่า ส่วนใหญ่เป็น โรคภูมิแพ้ คิดเป็นร้อยละ 41.4 รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูง, ชาลิ้นซีเมีย (พาหะ) ภาวะอาหาร และ เบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 13.6 6.2 4.2 และ 3.7 ตามลำดับ

ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเกิดอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยจากการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 74.1 สำหรับกลุ่มที่เกิดอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยจากการทำงานนั้นพบว่า 3 อันดับแรก คือ ปวดบริเวณมือ ไหล่ เอว หลัง แขน ขา เท้า คิดเป็นร้อยละ 18.6 รองลงมาคือ เข็มตำและของมีคมบาด คิดเป็นร้อยละ 5.0 และ 0.3 ตามลำดับ

ผลการตรวจร่างกายโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อหาค่าดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 63.7 น้ำหนักเกินและอ้วน คิดเป็นร้อยละ 22.2 และ 4.4 ตามลำดับ สำหรับการตรวจสัญญาณชีพ พบว่าค่าความดันโลหิตส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 92 เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่ค่าความดันโลหิตผิดปกติ ทั้ง 3 ระดับ และได้ติดตามการรักษา จำนวน 18 คน พบเป็นความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 1 คน ได้รับการรักษา โดยการให้ยาควบคุมความดันโลหิต

ผลการตรวจเลือดแต่ละชนิดพบว่า ส่วนใหญ่มีหมู่เลือด O รองลงมาคือ B, A และ AB คิดเป็นร้อยละ 41.3 25.7 23.7 และ 6.5 ตามลำดับ และมีค่า Rh ส่วนใหญ่เป็น Positive คิดเป็นร้อยละ 96.7 Hematocrit พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 74.4 รองลงมาคือ ซีดเล็กน้อย และซีดต้องหาสาเหตุ คิดเป็นร้อยละ 22.7 และ 1.7 ตามลำดับ สำหรับค่า MCV พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 82.9 ผิดปกติร้อยละ 15.9 เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่มีค่า Hct และ MCV ผิดปกตินั้นพบว่า จากการติดตามการรักษา จำนวน 53 คน พบเป็น Iron Deficiency Anemia จำนวน 6 คน รายใหม่ Thalassemia HbE จำนวน 1 คน Mild Anemia จำนวน 1 คน Anemia จำนวน 1 คน ได้รับการรักษาโดยการให้ยาบำรุงเลือด และ Hct อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 1 คน

การตรวจสารเคมีในเลือดพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ยกเว้นการตรวจระดับไขมันในเลือด (Cholesterol) ส่วนใหญ่ผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 54.4 จากการติดตามการรักษา จำนวน 44 คน พบว่าได้รับการรักษาโดยการให้ยาลดระดับไขมันในเลือด จำนวน 6 คน และควบคุมโดย Diet Control จำนวน 13 คน สำหรับในกลุ่มที่มีผล น้ำตาลในเลือด (FBS) ผิดปกติ ทั้งชนิดกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่เข้าเกณฑ์เบาหวาน ได้ติดตามการรักษา จำนวน 25 คน พบเป็นเบาหวานรายใหม่ จำนวน 3 คน โดยให้ควบคุมด้วย Diet control และตรวจเลือดซ้ำเป็นระยะ ๆ และในกลุ่มที่มี SGOT SGPT ผิดปกติ ได้ติดตามการรักษา จำนวน 11 คน พบว่า SGOT SGPT ลดลงในระดับปกติ จำนวน 7 คน

การตรวจเอกซเรย์ทรวงอก พบผิดปกติร้อยละ 6.0 โดยมี 1 คน ที่พบความผิดปกติชนิด Atelectasis RVL c soft tissue shadow Rt neck เมื่อติดตามการรักษา พบเป็น TB ขณะนี้กำลังรับการรักษา ส่วนผลการเพาะเชื้ออุจจาระ จะทำการตรวจเฉพาะในเจ้าหน้าที่ฝ่ายโภชนาการ จำนวนทั้งหมด 23 คน โดยผลการเพาะเชื้อไม่พบเชื้อก่อโรค

สรุปผลการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพัทลุงประจำปี 2549 ทั้งหมดจำนวน 887 คน ปรากฏว่าเจ้าหน้าที่ที่มีภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 204 คน คิดเป็นร้อยละ 23 ผิดปกติ จำนวน 674 คน คิดเป็นร้อยละ 76 โดยช่วงอายุมากกว่า 54 ปี พบว่ามีผลการตรวจผิดปกติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91.3 โรคหรือปัจจัยเสี่ยงที่พบสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) ไขมันในเลือดสูง 2) น้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน 3) น้ำตาลในเลือดสูง 4) คลื่นหัวใจผิดปกติ 5) ความดันโลหิตสูง สำหรับความต้องการให้โรงพยาบาลจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 5 อันดับแรก ได้แก่ กิจกรรมอะไรก็ได้ ตามแต่จะจัดให้ ชมรมกีฬาประเภทต่าง ๆ แอโรบิก โยคะ และฟิตเนส

2.6.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

ไกรสร วิวัฒน์พัฒนากุล และคณะ (2543) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับโครงการส่งเสริมสุขภาพ ประชากรวัยทำงาน โดยใช้กลยุทธ์การประชาสัมพันธ์เชิงรุก ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2541 ถึงเดือนกันยายน 2542 เป็นการตรวจสุขภาพที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 ขอนแก่น และตรวจสุขภาพสัญจร รวมจำนวนผู้รับบริการตรวจทั้งสิ้น 702 คน

ผลการตรวจสุขภาพของผู้มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีพบว่า มีจำนวนผิดปกติดังนี้ ดัชนีมวลกาย ผอม 59 คน อ้วน 156 คน ความดันโลหิตสูง 90 คน สัตว์ส่วน เหว/สะโพกเกิน 34 คน สมรรถภาพทางกายไม่ผ่านเกณฑ์ ความจุก่อนอด 96 คน ความอ่อนตัว 170 คน แรงบีบมือ 128 คน โลหิตจาง 112 คน น้ำตาลในเลือดสูง 31 คน ไขมันคอเลสเตอรอลสูง 56 คน ไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง 66 คน ไขมัน HDL ต่ำ 53 คน ไขมัน LDL สูง 68 คน กรดยูริกสูง 82 คน การทำงานของไตผิดปกติ 6 คน การทำงานของตับผิดปกติ 56 คน การตรวจปัสสาวะผิดปกติ 9 คน การตรวจอุจจาระผิดปกติ 30 คน และเอ็กซเรย์ปอดผิดปกติ 20 คน

การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นการตรวจให้กลุ่มคนที่ปกติ และเป็นการตรวจคัดกรองโรค ทำให้รู้สถานะสุขภาพของตนเองเพื่อการช่วยเหลือและดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี และป้องกันไม่ให้เกิดโรคที่รุนแรงต่อไป ดังนั้น กิจกรรมต่อมาคือ การแจ้งผลการตรวจสุขภาพเป็นรายบุคคล โดยรับฟังผลพร้อมคำแนะนำจากโรงพยาบาลและแพทย์ รวมทั้งรายงานผลไว้ในสมุดบันทึกสุขภาพ เพื่อการเปรียบเทียบผลของสุขภาพอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมสุดท้ายคือ การแจ้งข้อมูลสถานะสุขภาพของแต่ละหน่วยงานพร้อมคำแนะนำ ทำให้หน่วยงานทราบปัญหาสุขภาพ ซึ่งอาจนำไปประเมินและกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น โครงการออกกำลังกายในหน่วยงาน การควบคุมโภชนาการ เป็นต้น

ซูชีพ เบียดนอก และคณะ (2549) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาอาชีพอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานของสถานประกอบการจังหวัดปทุมธานี ในหัวข้อ สถานภาพด้านอาชีพอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานของสถานประกอบการ จังหวัดปทุมธานี ได้ศึกษาแยกเป็น 4 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 นโยบายและการจัดการด้านความปลอดภัยฯ หมวดที่ 2 การบริหารและคุ้มครองความปลอดภัยฯ หมวดที่ 3 การบริหารและคุ้มครองสุขภาพอนามัย หมวดที่ 4 การจัดการดูแลสภาพแวดล้อมในการทำงาน

ผลการวิจัยสถานภาพด้านอาชีพอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานของสถานประกอบการจังหวัดปทุมธานี หมวดที่ 3 การบริหารและคุ้มครองสุขภาพอนามัย ตามเกณฑ์ชี้วัด 43 เกณฑ์ พบว่า มีเกณฑ์ที่สถานประกอบการได้รับคะแนนร้อยละเฉลี่ย เต็มร้อยละ 100 จำนวน 1 เกณฑ์ คือ เกณฑ์ที่ 19 จากจำนวนเกณฑ์ทั้งหมด 43 เกณฑ์ ในขณะที่มีเกณฑ์ที่ได้รับคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์อื่น ๆ 3 เกณฑ์ คือ เกณฑ์ที่ 13, 16 และ 29 โดยมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 55.5 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

เกณฑ์ที่ 19 มีห้องน้ำ ห้องส้วม สำหรับลูกจ้างโดยแบ่งแยก ชาย-หญิง เครื่องชี้วัดตามเกณฑ์ซึ่งสถานประกอบการจัดห้องน้ำ ห้องส้วมแยกชาย-หญิง โดยมีจำนวนเพียงพอ เพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์และเครื่องชี้วัด สถานประกอบการควรจัดทำแผนผังแสดงจุดที่ติดตั้งรูปภาพแสดงแต่ละจุด โดยจัดทำเอกสารแผนผังแสดงจุดที่ติดตั้งรูปภาพห้องน้ำ ผลการตรวจความสะอาดของห้องน้ำ บันทึกลงแสดงความเพียงพอของห้องน้ำ (เปรียบเทียบจำนวนพนักงานกับจำนวนห้องน้ำตามอัตราที่กฎหมายกำหนด)

เกณฑ์ที่ 13 มีแพทย์ พยาบาล หรือผู้รับผิดชอบที่ผ่านการอบรมในการปฐมพยาบาล และการช่วยชีวิต เครื่องชี้วัดตามเกณฑ์ซึ่งสถานประกอบการมีแพทย์และพยาบาลให้การตรวจสุขภาพ การรักษา การช่วยเหลือเมื่อมีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยประจำสถานประกอบการ หรือมีการใช้บริการจากหน่วยงานในเครือหรือหน่วยงานใกล้เคียง หรือจากหน่วยรักษาพยาบาลภายนอก และมีประสิทธิภาพ โดยสามารถเดินทางมาช่วยเหลือ เพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์และเครื่องชี้วัด สถานประกอบการควรจ้างแพทย์/พยาบาล หรือฝึกอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นให้กับพนักงานที่รับผิดชอบ โดยจัดทำเอกสารสำเนาสัญญาการจ้างแพทย์/พยาบาลหรือประวัติการฝึกอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นของพนักงานที่ดูแลห้องพยาบาล หรือสำเนาสัญญาการให้บริการของสถานพยาบาลใกล้เคียง

เกณฑ์ที่ 16 มีที่ชำระล้างสารเคมีอันตราย เช่น ฝักบัว ที่ล้างตาไว้ในกรณีฉุกเฉิน ในบริเวณที่ลูกจ้างทำงานเกี่ยวกับสารเคมีอันตราย เครื่องชี้วัดตามเกณฑ์ซึ่งสถานประกอบการมีการจัดที่ชำระล้างสารเคมีอันตรายกรณีฉุกเฉินอย่างเพียงพอ ครอบคลุม และมีความเหมาะสม เพื่อให้เป็นไปตาม

เกณฑ์และเครื่องชี้วัด สถานประกอบการควรจัดหาอุปกรณ์ และจัดทำแผนผังแสดงจุดที่ติดตั้งรูปภาพ แสดงแต่ละจุด โดยจัดทำเอกสารแผนผังแสดงจุดที่ติดตั้ง รูปภาพแสดงแต่ละจุด

เกณฑ์ที่ 29 ลูกจ้างทุกคนได้รับทราบกฎระเบียบหรือมาตรการที่กล่าวถึงสุขภาพอนามัย โดยการอบรม หรือจัดทำคู่มือแจกจ่ายให้แก่ลูกจ้างไว้ประจำตัวตามลักษณะหน้าที่รับผิดชอบ หรือโดยวิธีการอื่นที่เหมาะสม เครื่องชี้วัดตามเกณฑ์ซึ่งสถานประกอบการลูกจ้างรับทราบกฎระเบียบ หรือมาตรการที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยการอบรม หรือได้รับเป็นคู่มือไว้ประจำตัว หรือโดยวิธีการอื่นที่เหมาะสม ครบถ้วน เพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์และเครื่องชี้วัด สถานประกอบการควรจัดฝึกอบรมให้กับพนักงาน และเก็บบันทึกประวัติการฝึกอบรม หรือแจกคู่มือฯ ให้พนักงานได้ศึกษา โดยจัดทำเอกสารบันทึกประวัติการฝึกอบรม หรือแจกคู่มือฯ ให้พนักงานได้ศึกษา

ยุพา ชัยเพชร (2542) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการตรวจสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรทาง การแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยโน้มนำ ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยความจำเป็นทางสุขภาพกับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีพฤติกรรม การตรวจสุขภาพประจำปีร้อยละ 53.4 และตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ อายุ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปี และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ

2.6.3 การประเมินโครงการ

นารีรัตน์ เลกะกุล (2543) ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินผลโครงการพัฒนาและรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า โดยภาพรวมระดับความรู้ ความเข้าใจของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ฯ ทุกสายงานเกี่ยวกับ HA อยู่ในระดับดีถึงดีมาก แต่ผลของทัศนคติที่มีต่อโครงการ HA ส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับที่ไม่เห็นด้วยกับกระบวนการดำเนินการ HA ของคณะฯ โดยปัจจัยด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ HA โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความรู้ ความเข้าใจดีกว่า สำหรับปัจจัยด้านเพศและลักษณะของสายงานต่าง ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กันกับความรู้ความเข้าใจใน HA ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติต่อโครงการ HA พบว่า ลักษณะงานมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโครงการฯ ซึ่งพบว่าลักษณะงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วย มีทัศนคติที่ดีต่อโครงการน้อยกว่าสายงานอื่น

ศศิธร เทียงวงษ์ (2542) ได้ศึกษาเรื่อง การบริหาร โครงการบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2542 พบว่า แผนปฏิบัติการของโครงการขาดความชัดเจน ไม่ได้วางแผนในการติดตามประเมินผลโครงการ ทรัพยากรที่ใช้ในการปฏิบัติงานโครงการไม่ค่อยเพียงพอ การจัดสรรงบประมาณมีความล่าช้า ระเบียบปฏิบัติมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างบ่อย แสดงถึงการขาดประสิทธิภาพของการบริหารจัดการโครงการ

นงลักษณ์ ประเทืองไพศรี (2542) ได้ศึกษาเรื่อง กระบวนการบริหารโครงการพัฒนาบริการด้านหน้าของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกำแพงเพชร ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานตามโครงการพัฒนาบริการด้านหน้า บรรลุวัตถุประสงค์ ร้อยละ 25 ผู้รับบริการของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกำแพงเพชร มีระดับความพึงพอใจ ปานกลาง ร้อยละ 65.6 กระบวนการบริหารด้านการวางแผนมี 2 ใน 8 โรงพยาบาลที่มีการวางแผนเป็นลายลักษณ์อักษรและดำเนินงานที่ต่อเนื่อง ด้านการจัดองค์การ พบว่า ทั้ง 8 โรงพยาบาลมีการจัดโครงสร้างการบริหารที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร ด้านบริหารบุคคลพบว่า ส่วนใหญ่มีอัตรากำลังบุคคลน้อยกว่าที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ด้านอำนาจการ ด้านการควบคุมกำกับ ขาดการดำเนินงาน ขาดการประเมินผลงานที่ต่อเนื่อง

2.6.4 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

วิโรจน์ โล่ห์สุนทร (2542) ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินความพึงพอใจและผลการตรวจสุขภาพของผู้มารับการตรวจสุขภาพที่คลินิกเวชศาสตร์ป้องกัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการสำรวจความพึงพอใจ ต่อบริการการตรวจสุขภาพ พบว่าได้รับบริการตามที่ ต้องการร้อยละ 82.9 คิดว่าจะแนะนำเพื่อนมาตรวจร้อยละ 92.7 พึงพอใจต่อการพูดจาและอัธยาศัยของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 63.2 พึงพอใจระยะเวลาที่รอพบแพทย์เพียงร้อยละ 17.5 พึงพอใจต่อคำอธิบายของแพทย์เกี่ยวกับผลการตรวจร้อยละ 83.1 พึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพร้อยละ 60.6

ณัฐนันท์ ธนะสาร (2547) ได้ศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านการให้บริการ โรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมากต่อการบริการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านการให้บริการ โดยรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความเสมอภาค ด้านประสิทธิภาพ และด้านทางเลือกในการรับบริการ ส่วนด้านปัญหาอุปสรรคของผู้รับบริการมีความรู้สึกว่าได้รับความไม่เป็นธรรมจากการจัดลำดับการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ใช้เวลาในการตรวจสอบนาน สถานที่คับแคบ ที่นั่งรอตรวจไม่เพียงพอ ห้องน้ำชำระและไม่สะอาด เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการพูดไม่เพราะ รวมถึงการได้รับยาไม่ครบตามวันนัด

ชาติชาย ชินวัตร (2545) ได้ศึกษาเรื่อง ทักษะของผู้รับบริการต่อคุณภาพการบริการทางแพทย์ของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ พบว่าผู้รับบริการมีทักษะไปในทางที่ดีต่อคุณภาพการให้บริการทางแพทย์ของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ และมีความเชื่อถือในบุคลากรทางแพทย์ในเรื่องชื่อเสียงและความรับผิดชอบของโรงพยาบาลในระดับดี ในด้านความคาดหวังที่จะได้รับการได้รับการรักษาที่ดีและหายขาดได้ ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ ในส่วนของความพึงพอใจนั้นผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ในด้านการให้บริการ ด้านบุคลากร ด้านสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ และด้านค่าใช้จ่าย ส่วนปัญหาอุปสรรคพบว่า ผู้รับบริการระบุว่ามีปัญหาด้านสถานที่ด้านการให้บริการและด้านบุคคลบ้างเล็กน้อย

เจน วีระพงษ์ (2542) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานีนอนามัย ในจังหวัดนครสวรรค์ โดยศึกษาถึงปัจจัยการเข้าถึงบริการ ได้แก่ สวัสดิการในการรักษาพยาบาล ความสะดวกในการเดินทาง และความสะดวกในเรื่องเวลา ปัจจัย ความพึงพอใจในบริการ ได้แก่ ความสามารถของเจ้าหน้าที่ ข้อมูลที่ได้จากการใช้บริการ ราคาค่าบริการ คุณภาพบริการ ความเป็นกันเองของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ การรับรู้ ประสิทธิภาพของเวชภัณฑ์และยา และการรับรู้ ความพอเพียงของเวชภัณฑ์และยา และปัจจัยสนับสนุนบริการ ได้แก่ ที่ตั้ง เครื่องมือทันสมัย ลักษณะของอาคาร ความสะอาด และการทราบ ถึงบริการ ตัวแปรตามคือการใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานีนอนามัย ได้แก่ การใช้บริการซ้ำ และการไม่ใช้บริการซ้ำ

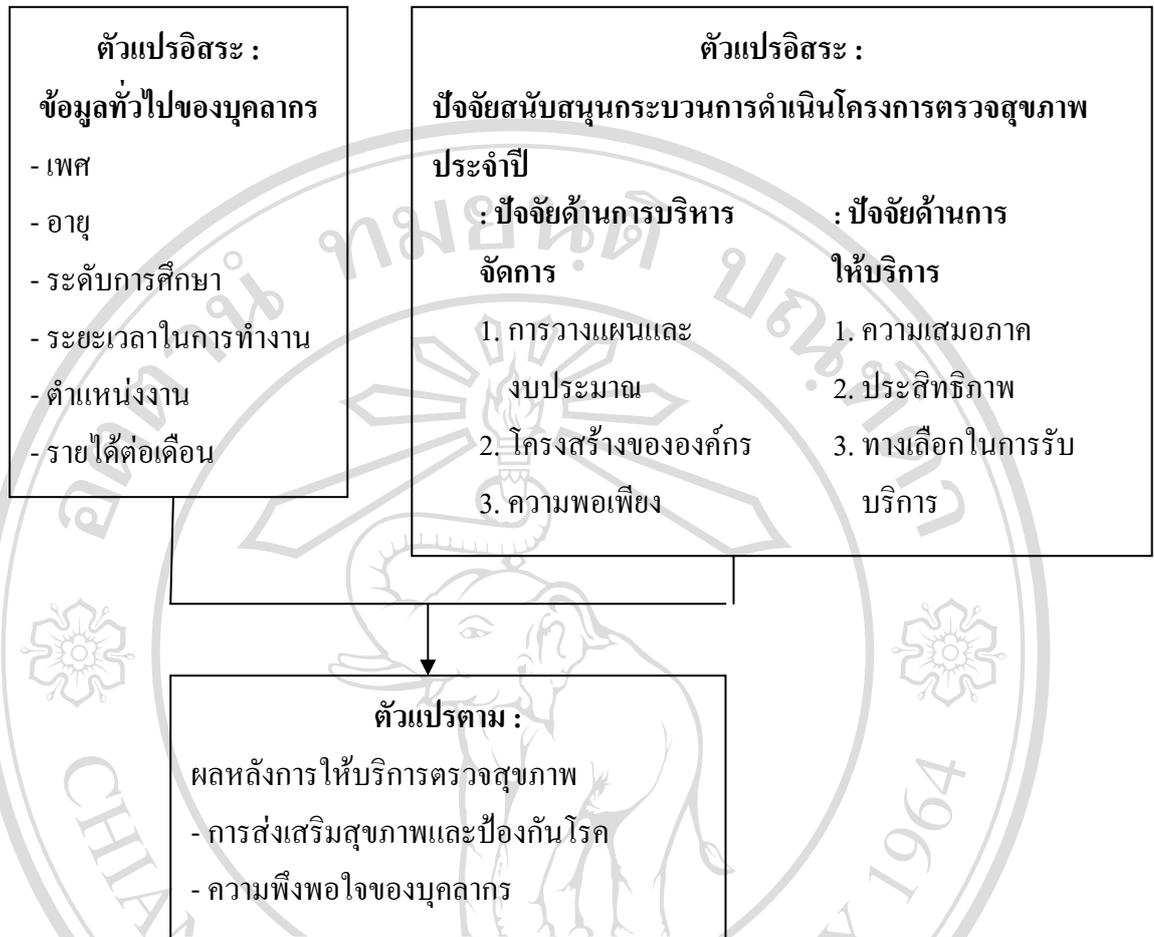
ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่เคยใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานีนอนามัย ในจังหวัดนครสวรรค์ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.4 จะมาใช้บริการซ้ำอีก ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้าง ผู้ใช้บริการส่วนมากมาใช้บริการด้วยการเจ็บป่วยเล็กน้อย ระดับรายได้ของผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน และเป็นผู้มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ และพบว่า ผู้ใช้บริการมีความสะดวกในการใช้บริการเป็นส่วนใหญ่

ในด้านปัจจัยความพึงพอใจในบริการ ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจด้านความเป็นกันเองของเจ้าหน้าที่มากที่สุด รองลงมาคือราคาค่าบริการ ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจประสิทธิภาพและความพอเพียงของเวชภัณฑ์ และยาน้อยที่สุด ส่วนปัจจัยสนับสนุนบริการพบว่า ความเหมาะสมของที่ตั้ง สถานีนอนามัย เครื่องมือทันสมัย และลักษณะของอาคาร ตามลำดับ

2.7 กรอบแนวคิดในการศึกษาและตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรที่นำมาใช้ในการศึกษาเรื่อง การประเมินโครงการตรวจสอบสุขภาพประจำปี ในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ มีดังนี้

1. ตัวแปรอิสระที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการทำงาน ตำแหน่งงาน และรายได้ต่อเดือน
2. ตัวแปรอิสระที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนกระบวนการดำเนินโครงการตรวจสอบสุขภาพประจำปี ได้แก่
 - 2.1 ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ การวางแผนและงบประมาณ โครงสร้างของโครงการฯ ความพอเพียง การประสานงาน การรายงาน
 - 2.2 ปัจจัยด้านการให้บริการ ได้แก่ ความเสมอภาค ประสิทธิภาพ และทางเลือกในการรับบริการ
3. ตัวแปรตามที่เกี่ยวข้องกับผลหลังการให้บริการตรวจสอบสุขภาพ
 - 3.1 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 - 3.2 ความพึงพอใจของบุคลากร



รูป 2.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

2.8 นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

ปัจจัยด้านการให้บริการ หมายถึง องค์ประกอบเกื้อหนุนในการรับบริการของบุคลากร ผู้รับบริการตรวจสอบคุณภาพ ในโครงการตรวจสอบคุณภาพประจำปี โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย

1. ความเสมอภาค (Equity) หมายถึง การกระจายภาระด้านค่าใช้จ่ายในลักษณะที่เป็นธรรม และการเข้าถึงบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐานเพียงพออย่างเสมอกัน ประกอบด้วย

1.1 การบริการอย่างเท่าเทียม (Equitable Service) คือ การบริการที่มีความยุติธรรม เสมอภาคและเสมอหน้า ไม่ว่าผู้ป่วยนั้นจะเป็นใคร

1.2 การประสานงานของการบริการ (Co-ordination) หมายถึง

1.2.1 ผู้ป่วยได้รับบริการทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย

1.2.2 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ

1.2.3 แพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา

2. ประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง ระบบที่ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดค้ำค่าที่สุด โดยใช้ระบบการบริหารที่เคร่งครัด และเป็นบริการที่สร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้วยต้นทุนต่ำ ประกอบด้วย

2.1 ความสะดวกที่ให้บริการ (Convenience) หมายถึง

2.1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ

2.1.2 การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ

2.1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ

2.2 การให้บริการรวดเร็วทันต่อเวลา (Timely Service) คือ การให้บริการตามลักษณะความจำเป็นรีบด่วนและความต้องการของผู้ป่วย

2.3 คุณภาพบริการ (Quality of Care) คือ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทักษะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล

2.4 การให้บริการอย่างเพียงพอ (Ample Service) คือ ความเพียงพอในด้านสถานที่ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ

3. ทางเลือกในการรับบริการ (Choice) - ประชาชนควรมีสหสิทธิ์เลือกใช้บริการที่หลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่าง ๆ รวมถึงสถานบริการของภาคเอกชน สามารถเข้าถึงง่ายและเลือกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในที่นี้หมายถึงข้อมูลที่ได้รับจากการให้บริการ (Medical Information) ดังนี้

3.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย

3.2 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษา เช่น การปฏิบัติตนของผู้ป่วย การใช้ยา การให้คำปรึกษาเพื่อส่งต่อ

ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หมายถึง องค์ประกอบในการดำเนินงาน โครงการตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย

1. การบริหารจัดการ หมายถึง การจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ได้อย่างเหมาะสม พอเพียง และมีความเสมอภาค

2. การวางแผนและงบประมาณ หมายถึง การมีส่วนร่วมในการวางแผนโครงการ ดำเนินงานโครงการ และแนวทางที่กำหนดไว้มีความชัดเจน สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ และการวางแผนการใช้เงินงบประมาณที่ได้รับ

3. โครงสร้างขององค์กร หมายถึง รูปแบบและองค์ประกอบของโครงสร้างการดำเนินงานโครงการ ได้แก่ ลักษณะงาน การจัดองค์กร การแบ่งความรับผิดชอบและการจัดระบบงาน

4. ความพอเพียง หมายถึง ความเหมาะสมของจำนวนบุคลากร และจำนวนอุปกรณ์ทางการแพทย์

5. การประสานงาน หมายถึง การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ประสานการทำงานอย่างเป็นระบบ และมีการยอมรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

6. การรายงาน หมายถึง การจัดเก็บบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการจัดทำรายงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน

ความพึงพอใจของบุคลากร หมายถึง ความรู้สึกของผู้รับบริการในเชิงบวกที่มีต่อการดำเนินงานตามโครงการตรวจสุขภาพประจำปี เช่น ความเสมอภาค ประสิทธิภาพ และทางเลือกในการรับบริการ

ผู้รับบริการ หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนครพิงค์ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทุกแผนก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved