

การจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีวอนามัยอย่างยั่งยืนในโรงงานอุตสาหกรรม กรณีศึกษาโรงงานในจังหวัดสมุทรสาคร

ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล ค.ศ.*
เบ็ญจา เตากล้า PhD **
เนตรรัชนี ตั้งภาคภูมิ พย.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ด้านสภาพแวดล้อม และด้านระบบบริการสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีวอนามัยของพนักงาน 2) พัฒนารูปแบบการจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในโรงงานและ 3) ประเมินความยั่งยืนของรูปแบบดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างได้แก่พนักงาน 250 คนจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย หัวหน้างาน รองหัวหน้างาน และผู้แทนพนักงาน 30 คนจากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ผู้บริหารโรงงาน กลุ่มแกนนำและผู้แทนพนักงาน 10 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม แบบทดสอบและแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน สถิติทดสอบ t-test (one group pre-posttest) และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านระบบสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีวอนามัยของพนักงานที่ $r = .362$ ($p < .01$), $r = .383$ ($p < .01$) และ $r = .313$ ($p < .01$) ตามลำดับ รูปแบบการจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในโรงงานประกอบด้วย การจัดการด้านบริบทและสภาพแวดล้อม ได้แก่ การกำหนดนโยบาย การตั้งเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงและวิธีการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ การจัดการด้านปัจจัยนำเข้าได้แก่ การสร้างแรงสนับสนุนของผู้บริหารรูปแบบการมีส่วนร่วมของพนักงาน และชุดกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ การจัดการด้านกระบวนการได้แก่ การสร้างการมีส่วนร่วม ค้นหาแนวทางการแก้ปัญหา การพัฒนาศักยภาพแกนนำ การจัดการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนการจัดการด้านผลผลิตได้แก่ การประเมินความพึงพอใจของพนักงานต่อกิจกรรมสุขภาพ การแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วม และบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการ ปัจจัยสู่ความยั่งยืนได้แก่ การมีส่วนร่วม บทบาทผู้บริหารและการเป็นต้นแบบของแกนนำ

คำสำคัญ: การจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัย อาชีวอนามัย

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต

** คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต

Sustainable Management of Health, Safety, and Occupational Health in an Industrial Factory: A Case Study of a Factory in SamutSakorn Province

Sresuda Wongwiseskul PhD

Benja Taoklam PhD

Netrachanee Tangpharkphoom MSN

Abstract

This research aimed 1) to explore relationship between personal factor, environmental factor, health service, and health behaviors, safety, occupational health of the workers; 2) to develop the Model of Health, Safety, and Occupational Health Management; and 3) to assess the sustainability of the Model. Sample groups consisted of 1) 250 workers by simple random sampling; 2) 30 department heads, head-assistants and workers by purposive sampling; and 3) 10 managers, workforce leaders and workers by purposive sampling. Data were collected by questionnaires, pre-posttest, and interviewing form. The findings were analyzed by frequency, percent, mean, standard deviation, Pearson Product Moment Correlation Coefficient, t-test (one group pre-posttest), and content analysis.

The results revealed that personal, environmental, and health service factor were related to health, safety, and occupational health behaviors, with respective values of $r = .362, (p < .01)$, $r = .383, (p < .01)$, and $r = .313, (p < .01)$. Model of health, safety, and occupational health management in an industrial factory consisted of context and environment management, input management, process management, and output management. The context and environment management included establishing health policy, goal setting for risk factors reduction, and policy deployment. Input management comprised motivation from executives, patterns of workers' participation, and sets of activity in response to health needs of the workers. Process management included workshops to enhance workers' participation, problem-solving, leadership capacity, and launching activities. Output management focused on assessment of workers' satisfaction on health activities, participatory problem solving, and health service regarding workers' needs. Factors leading to sustainability were workers' participation, executive role, and role model of workforce leaders.

Keywords: Management of Health, Safety, Occupational Health

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรงงานผลิตและส่งออกอุปกรณ์ خودروต่อท่อ
ประปาชนิดเหล็กหล่อ มีกระบวนการผลิตเริ่มจากการ
หลอมวัตถุดิบคือเศษเหล็ก การทำแบบ การตัดชิ้นงาน

การตั้งชิ้นงาน การชุบชิ้นงาน การทำเกลียว และการ
ตรวจคุณภาพของชิ้นงาน ซึ่งจากลักษณะงานการผลิต
โรงงานประเภทนี้จัดอยู่ในกลุ่มโรงงานอุตสาหกรรมที่
มีการผลิตเหล็กและโลหะที่ไม่ใช่เหล็กหรือเหล็กกล้า

ซึ่งเป็นแหล่งก่อให้เกิดมลพิษทางอากาศอย่างมาก (สำนักจัดการคุณภาพอากาศและเสียง, 2556) เนื่องจากแต่ละขั้นตอนของการผลิตพนักงานจะต้องสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมของสถานที่ทำงานที่คุกคามต่อสุขภาพ ได้แก่ ความร้อน เสียง ฝุ่นและสารเคมีจากโลหะหนักจำพวก สังกะสี เหล็ก น้ำมันโซล่า น้ายากันสนิม และกรดไฮโดรคลอริก รวมทั้งมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน สอดคล้องกับสถิติการเจ็บป่วยของพนักงานโรงงาน แห่งหนึ่งในปี พ.ศ. 2549 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2550 พบว่าพนักงานเจ็บป่วยในระบบทางเดินหายใจ มากที่สุด (ร้อยละ 19.31) รองลงมา ระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก (ร้อยละ 15.66) ระบบผิวหนังและภูมิแพ้ (ร้อยละ 11.48) และอุบัติเหตุในขณะปฏิบัติงาน (ร้อยละ 4.41) (บีสไฟฟ์พีดีตติ้งอินดัสตรี จำกัด, 2551) หากพิจารณาถึงผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของแรงงาน ในสถานประกอบการ ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย โอกาสในการเกิดความเจ็บป่วยและผลกระทบต่อสุขภาพของพนักงานจำนวนมากพบว่าโรงงานประเภทนี้จัดอยู่ในสถานประกอบการที่มีความเสี่ยงสูง (นริศโรจน์วิศาลทรัพย์, 2556)

ปัญหาสุขภาพของแรงงานมีความสำคัญ ต่อผลประกอบการเป็นอย่างมากเนื่องจากเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งการใช้จ่ายเพื่อการรักษา การสูญเสียโอกาสในการเพิ่มผลผลิต ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพเหล่านี้สามารถป้องกันการเกิด หรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพได้ โดยเฉพาะปัญหาที่เกิดจากการทำงานซึ่งถือเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการแก้ไขและป้องกันต่อไป วิธีการแก้ไขและป้องกันที่สำคัญคือการพัฒนาระบบบริการอาชีวอนามัย การให้บริการสุขภาพแก่กลุ่มเสี่ยง การพัฒนาทางด้านกฎหมายและการบังคับใช้และการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชากรวัยแรงงาน (สมเกียรติศิริรัตนพลภักย์ และคณะ, 2543) ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัยใน

โรงงาน จะต้องประกอบด้วยการพัฒนาปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล การพัฒนาด้านสภาพแวดล้อม ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพความปลอดภัยและอาชีวอนามัยของพนักงาน โดยผู้ที่มีบทบาทสำคัญสำหรับการพัฒนาคือผู้บริหาร ควรสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมเพื่อให้พนักงานและลูกจ้างได้มีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดการตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพเพื่อกระตุ้นให้แนวคิดและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นกิจนิสัย และการพัฒนาศักยภาพแกนนำในหมู่พนักงานเพื่อให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนรูปแบบการจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัยภายในองค์กรอย่างต่อเนื่องอย่างยั่งยืน เป็นระบบทั้งด้วยระบบของโรงงานเองและการใช้กลยุทธ์ของการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามศักยภาพที่เหมาะสมและภายใต้บริบทของโรงงาน

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ กับ พฤติกรรมสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีวอนามัยของพนักงาน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในโรงงาน
3. เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบการจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในโรงงาน

กรอบแนวคิด



วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ประกอบด้วยขั้นตอนและการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีวอนามัยของพนักงานรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดยหัวหน้างานในแต่ละแผนกเป็นผู้แจกและรวบรวมกลับคืนได้ครบทุกฉบับ

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพนักงานระดับหัวหน้างาน รองหัวหน้างาน และผู้แทนพนักงานจากทุกแผนกของโรงพยาบาล จำนวน 30 คน การวิจัยขั้นตอน

นี้ ประกอบด้วย

2.1 กิจกรรมสร้างกลุ่มแกนนำเพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล ดำเนินการในรูปแบบของการสัมมนาเชิงปฏิบัติการและการประชุมเชิงปฏิบัติการ ใช้เทคนิคการประชุมเชิงปฏิบัติการ เอไอซี (Appreciation-Influenced - Control, A.I.C.) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมย่อยต่อไปนี้

2.1.1 ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาร่วมกันความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีวอนามัยของพนักงานเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนสภาพความเป็นจริงของโรงพยาบาลและความคาดหวังด้านสุขภาพในอนาคต

2.1.2 ผู้วิจัยดำเนินการประชุมระดมสมองเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา เลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหาและจัดทำแผนปฏิบัติการ

2.1.3 กลุ่มตัวอย่างนำแผนปฏิบัติการไปใช้ในโรงงาน เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้กลุ่มแกนนำประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและเสนอต่อที่ประชุมผู้บริหารระดับสูงของโรงงาน

ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากรายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ รายงานการจัดกิจกรรมสร้างกลุ่มแกนนำ และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

2.2 พัฒนาศักยภาพกลุ่มแกนนำโดยการอบรมเชิงปฏิบัติการให้กลุ่มแกนนำมีความรู้และความสามารถในการประเมินสุขภาพ 6 เรื่อง คือ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic Life Support) การปฐมพยาบาล การประกอบอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายเพื่อคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจเพื่อคลายเครียด และเทคนิคการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งหัวข้อดังกล่าวได้มาจากการสอบถามความต้องการของกลุ่มแกนนำผู้เข้าอบรมประกอบด้วยกลุ่มแกนนำจำนวน 30 คน วิทยากรประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการจากกระทรวงสาธารณสุข อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิตและนักวิทยาศาสตร์การกีฬาจากสโมสรกีฬาภาคเอกชน รูปแบบการอบรมเป็นการแบ่งกลุ่ม 6 ฐาน วิทยากรสาธิตและผู้เข้าอบรมสาธิตย้อนกลับ การอบรมใช้เวลา 1 วัน จัดที่ห้องเอนกประสงค์ของโรงงาน ในกิจกรรมนี้ได้มีการรวบรวมข้อมูลจากแบบทดสอบความรู้ก่อน-หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ กำหนดเกณฑ์คะแนนที่สอบผ่าน คือ มากกว่าร้อยละ 60

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความยั่งยืนของรูปแบบการจัดการสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัย

โดยการประเมินรูปแบบซีบีพี (CIPP Model) ของ Stufflebeam, Madaus, และ Kellaghan (2000) ดำเนินการหลังสิ้นสุดขั้นตอนที่ 2 แล้ว 8 เดือน (เนื่องจากสิ้นสุดระยะเวลาการวิจัย) โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ผู้วิจัยเสนอร่างรูปแบบการจัดการสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีวอนามัยเรียงลำดับตามองค์ประกอบการประเมินรูปแบบซีบีพี (CIPP Model) กล่าวคือ 1) การจัดการด้านบริบทและสภาพแวดล้อม ประกอบด้วย การกำหนดนโยบายด้านสุขภาพความปลอดภัยและอาชีวอนามัย การตั้งเป้าหมาย การลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัย และวิธีการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ 2) การจัดการด้านปัจจัยนำเข้าประกอบด้วย การสร้างแรงสนับสนุนของผู้บริหารรูปแบบการมีส่วนร่วมของพนักงาน และชุดกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ 3) การจัดการด้านกระบวนการประกอบด้วย การจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและค้นหาแนวทางการแก้ปัญหา การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำ และการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 4) การจัดการด้านผลผลิต ได้แก่ การประเมินความพึงพอใจของพนักงานต่อกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วม การบริการสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัยที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ จากนั้นประเมินความยั่งยืนของรูปแบบฯ ด้วยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับ ความพึงพอใจของพนักงานต่อกิจกรรมต่างๆ และสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่อย่างต่อเนื่องของกิจกรรมตามรูปแบบการจัดการสุขภาพ ความปลอดภัย อาชีวอนามัย และแผนปฏิบัติการ ใช้เวลาสัมภาษณ์คนละ 15 นาที

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ พนักงานทั้งในส่วนสำนักงานและสายการผลิตของโรงงานผลิตอุปกรณ์ข้อต่อท่อประปาชนิดเหล็กหล่อ แห่งหนึ่ง

จำนวน 500 คน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 3 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ กับ พฤติกรรมสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีวอนามัย ประกอบด้วยพนักงานทุกแผนกของโรงงาน ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มาจากตารางกำหนดขนาดตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ของยามาเน (Yamane, 1973) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 222 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 250 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลสมบูรณ์ครบถ้วนมากขึ้น จากนั้นจึงสุ่มตัวอย่างแบบง่ายแต่ละแผนกโดยใช้สัดส่วน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง: จำนวนประชากร เท่ากับ 1:2 จนครบทุกแผนก

2. กลุ่มตัวอย่างสำหรับการพัฒนารูปแบบการจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัย ในโรงงานได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นพนักงานระดับหัวหน้างาน รองหัวหน้างาน และผู้แทนพนักงานของทุกแผนกในโรงงาน ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการและสามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้ โดยตลอด ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน

3. กลุ่มตัวอย่างสำหรับการประเมินความยั่งยืนของรูปแบบการจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในโรงงานได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้บริหารโรงงาน กลุ่มแกนนำที่เข้าร่วมกิจกรรม และตัวแทนพนักงานที่สมัครใจให้ข้อมูล จำนวน 10 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์และได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โดยการให้ข้อมูลผู้วิจัย อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการถอนตัวจากโครงการ การปฏิเสธให้ข้อมูล การรักษาความลับของข้อมูล และการนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ แรงสนับสนุน และการได้รับบริการด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัย คำตอบเป็นมาตราวัด 5 ระดับ (rating scale) จำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 75 คะแนน ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีวอนามัย เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตน 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีวอนามัย อาหารและโภชนาการ กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสานสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ลักษณะข้อความเป็นคำถามปลายปิด คำตอบเป็นมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) จำนวน 18 ข้อ คะแนนเต็ม 90 คะแนน

การแปลผลคะแนนแบบสอบถามของทั้ง 2 ส่วน ได้จากการนำค่าเฉลี่ยของคะแนนปัจจัยแต่ละด้าน และคะแนนพฤติกรรมมาคำนวณด้วยหลักการแปลงเชิงเส้น (Linear Transformation) ให้มีคะแนนเต็มเท่ากับ 5 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 5 ระดับคือ น้อยที่สุด ถึง มากที่สุด แบบสอบถามนี้ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงโดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในพนักงานที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

คำนวณด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับ 0.876

2. แบบทดสอบความรู้ก่อน-หลังการอบรม เป็นแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic Life Support) การปฐมพยาบาล การประกอบอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายเพื่อคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจเพื่อคลายเครียด และเทคนิคการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ลักษณะข้อความเป็นคำถามปลายปิด คำตอบเป็นชนิด 4 ตัวเลือก (Multiple choices) โดยมีคำตอบถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว การแปลผลคะแนนข้อสอบ ถ้าตอบถูกต้อง 1 คะแนน และตอบผิด ได้ 0 คะแนน การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงโดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในพนักงานที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณด้วยสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับ 0.878

3. แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้างมีข้อความคำถามเกี่ยวกับความเหมาะสมขององค์ประกอบต่างๆ ที่ระบุในร่างรูปแบบ การจัดการสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีพอนามัย ความพึงพอใจในการนำรูปแบบไปใช้จริง รวมทั้งปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของการนำรูปแบบการจัดการสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีพอนามัยไปใช้ ทำให้กิจกรรมตามแผนปฏิบัติการยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่อง แบบสัมภาษณ์ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินผล 5 ท่านและผู้วิจัยได้มีการปรับแก้ข้อความตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่และร้อยละ

2. ข้อมูลจากแบบสอบถาม ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์

ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

3. คะแนนความรู้ ก่อนและหลังการอบรม วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติ t-test (one group pre-posttest)

4. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

1.1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 67.20) อายุอยู่ในช่วงวัยทำงาน คือ อายุระหว่าง 31 - 40 ปี (ร้อยละ 42.80) การศึกษาสูงสุด คือ ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 42.40) และใช้สิทธิการรักษาพยาบาลในระบบประกันสังคม (ร้อยละ 96.80) ซึ่งเป็นสิทธิตามที่กฎหมายกำหนด

1.2 ความต้องการด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.20) ไม่มีโรคประจำตัว เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะขอยาจากห้องพยาบาลซึ่งโรงงานมีพยาบาลวิชาชีพประจำ (ร้อยละ 35.20) เป็นที่สังเกตว่าถึงแม้จะมีสิทธิรักษาพยาบาลแต่พนักงานส่วนใหญ่จะดูแลตนเองเบื้องต้นมากกว่าไปตรวจรักษาในสถานพยาบาลตามสิทธิบริการที่ต้องการจากห้องพยาบาล ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.60) ต้องการบริการทุกประเภทที่ห้องพยาบาลจัดให้บริการสุขภาพที่ต้องการจากโรงงานส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.40) ต้องการตรวจสุขภาพประจำปี รองลงมาคือต้องการความรู้ด้านสุขภาพ (ร้อยละ 20.40) กิจกรรมกลุ่มกับเพื่อนร่วมงาน (ร้อยละ 7.60) กิจกรรมพิเศษ เช่น จัดงานตามวันสำคัญต่างๆ จัดงานประเพณี (ร้อยละ 7.60) และสถานที่ออกกำลังกาย (ร้อยละ 4.00) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างระบุเพิ่มเติมว่าต้องการเล่นกิจกรรมกีฬาและต้องการวิทยากรแนะนำ

ความรู้ด้านสุขภาพ

2. ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีวอนามัยของพนักงาน ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยภายในของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์การควบคุมตนเองในการใช้อุปกรณ์ป้องกันและการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นปัจจัยภายนอก ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ในกิจวัตรประจำวัน และการปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างของสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน อยู่ในระดับปานกลาง

($M = 2.87, SD = .468$ และ $M = 2.61, SD = .580$ ตามลำดับ) ในขณะที่ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพจากโรงงานและการได้รับหลักประกันสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($M = 3.96, SD = .306$) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพพบว่า พฤติกรรมที่พนักงานมีการปฏิบัติ สัปดาห์ละ 4 – 6 วัน ได้แก่ พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารและโภชนาการ การจัดการความเครียด และ การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ($M = 3.87, SD = .485$) อยู่ในระดับมาก ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของพนักงาน (N=250)

ตัวแปรที่ศึกษา	M	SD	ระดับ	r
ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล	2.87	.468	ปานกลาง	.362**
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	2.61	.580	ปานกลาง	.383**
ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ	3.96	.306	มาก	.313**
พฤติกรรมสุขภาพ	3.87	.485	มาก	

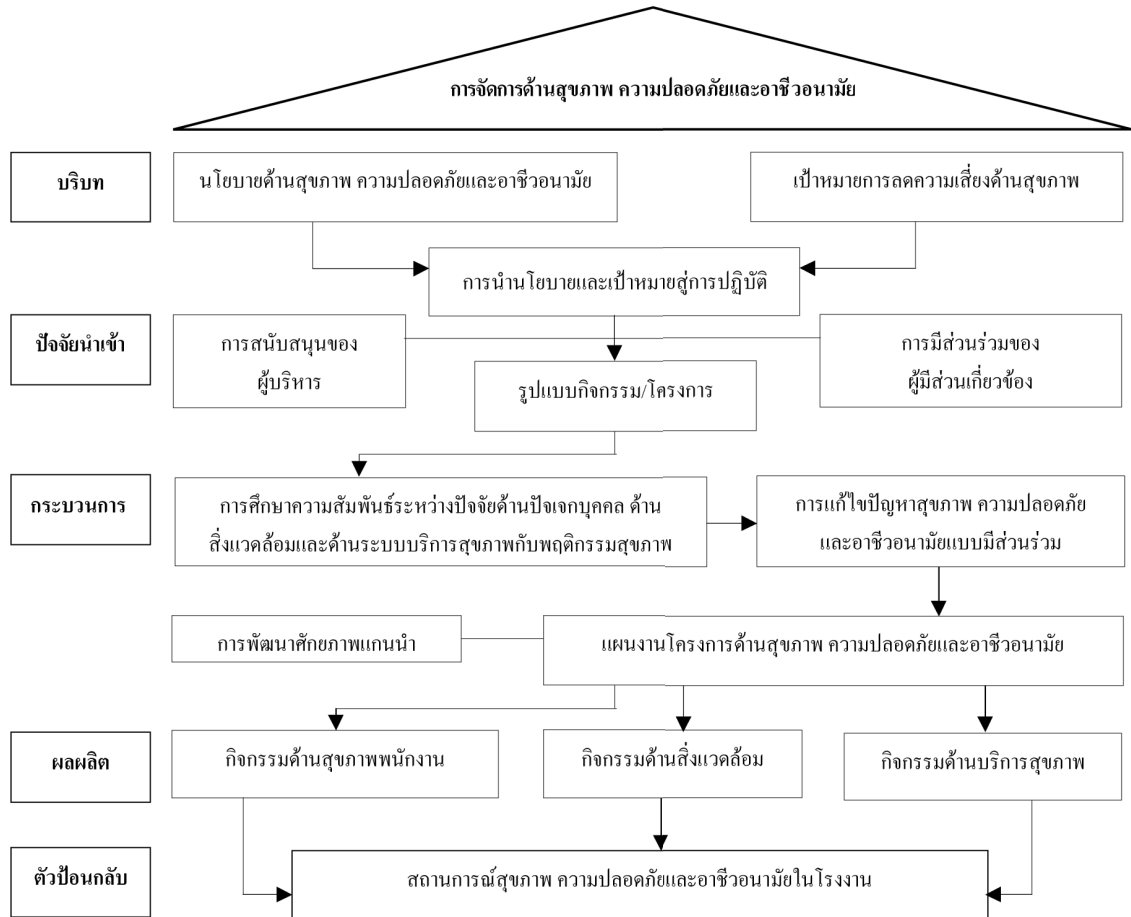
** $p < .01$

2.2 พัฒนารูปแบบการจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัย

การพัฒนารูปแบบการจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัยดำเนินการโดยใช้หลักการมีส่วนร่วมของพนักงานและใช้เทคนิคการประชุม

เชิงปฏิบัติการ เอ ไอ ซี (Appreciation Induce Control) ผลของการประชุมเชิงปฏิบัติการดังกล่าว ทำให้เกิดการตั้งกลุ่ม “คณะกรรมการเพื่อสุขภาพในองค์กร” ซึ่งมีระบบการจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัย ดังแผนภาพข้างล่างนี้

แผนภาพ รูปแบบการจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัย



รูปแบบการจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในมุมมองเชิงระบบในส่วนของบริบทประกอบด้วย นโยบายด้านสุขภาพ ความปลอดภัย อาชีวอนามัยและเป้าหมายการลดความเสี่ยงด้านสุขภาพที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ ภายใต้ปัจจัยนำเข้า คือ การสนับสนุนของผู้บริหารและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งในการวิจัยนี้คือ หัวหน้างานส่วนการผลิตและส่วนสำนักงาน ในกระบวนการของรูปแบบนี้ เริ่มต้นจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านระบบบริการสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้การจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัย มีฐานคิดจากสาเหตุที่แท้จริงของพฤติกรรมสุขภาพพนักงาน จากนั้นเป็นการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ความปลอดภัยและ

อาชีวอนามัยแบบมีส่วนร่วม ผลที่ตามมาคือ แผนงานโครงการด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัย ทั้งนี้ ก่อนที่คณะกรรมการเพื่อสุขภาพในองค์กร ซึ่งเป็นกลุ่มแกนนำได้รับการพัฒนาศักยภาพ เพื่อให้มีทักษะในการดูแลตนเองและพนักงานอื่นๆในโรงงาน โดยให้การอบรมเชิงปฏิบัติการในเรื่องที่กลุ่มให้ความสำคัญได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic Life Support) การปฐมพยาบาล อาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายเพื่อคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจเพื่อคลายเครียดและเทคนิคการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ผลการอบรมพบว่าผู้เข้าอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในภาพรวมและรายหัวข้อ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้เข้ารับการอบรม ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ

หัวข้อการอบรมเชิงปฏิบัติการ	ก่อนการอบรม (N = 30)		หลังการอบรม (N = 30)		t
	M	SD	M	SD	
1. การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic Life Support)	2.40	1.610	4.36	.718	5.557*
2. การปฐมพยาบาล	2.70	.915	3.60	.123	4.267*
3. อาหารเพื่อสุขภาพ	4.46	1.455	6.20	1.808	4.521*
4. การออกกำลังกายเพื่อคลายกล้ามเนื้อ	3.30	.876	3.83	.530	2.804*
5. การฝึกหายใจเพื่อคลายเครียด	2.70	.915	3.36	.889	2.612*
6. เทคนิคการให้ความรู้ด้านสุขภาพ	2.70	.987	3.60	1.101	3.525*
ภาพรวม	18.26	4.176	24.96	2.797	7.057*

* $p < .05$

ศักยภาพของแกนนำในเรื่องดังกล่าวจะนำไปใช้ประกอบการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีวอนามัยในโรงงาน เช่น กิจกรรมด้านสุขภาพ พนักงาน ได้แก่ กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมรณรงค์การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล กิจกรรมรณรงค์การล้างมือ ฯลฯ กิจกรรมด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การปลูกต้นไม้เพื่อร่มเงาและเพิ่มพื้นที่สีเขียว กิจกรรม 5 ส. การรณรงค์ความสะอาดของร้านอาหาร กิจกรรมด้านบริการสุขภาพ ได้แก่ การจัดให้มีบริการตรวจสุขภาพประจำปีแก่พนักงานทุกคน การจัดบอร์ดให้ความรู้ด้านสุขภาพในบริเวณข้างทางที่พนักงานทุกคนเดินผ่าน การแจกแผ่นพับเกี่ยวกับโรคติดต่อตามฤดูกาล เป็นต้น

2.3 การประเมินความยั่งยืนของรูปแบบการจัดการสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีวอนามัย ความยั่งยืนของรูปแบบการจัดการสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีวอนามัยวิเคราะห์ตามแนวคิดการประเมินรูปแบบชิปปี้ (CIPP Model) และดำเนินการภายหลังจากการนำรูปแบบไปใช้แล้วเป็นเวลา 9 เดือน(ตามขอบเขตระยะเวลาการวิจัย)

รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผู้บริหารโรงงาน คณะกรรมการเพื่อสุขภาพในองค์กรซึ่งเป็นกลุ่มแกนนำและผู้แทนพนักงาน เกี่ยวกับความเหมาะสมและความพึงพอใจในการนำรูปแบบ การจัดการสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีวอนามัยไปใช้จริง รวมทั้งปัจจัยที่ส่งผล ความต่อเนื่องของกิจกรรมเพื่อสุขภาพในโรงงาน ซึ่งสะท้อนความยั่งยืนของรูปแบบดังกล่าว ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.33 เห็นว่ารูปแบบการจัดการสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัยมีความเหมาะสมกับสภาพจริงของโรงงาน และพนักงานแต่ละแผนกมีความพึงพอใจในกิจกรรมที่ระบุไว้ในกระบวนการของรูปแบบตัวอย่างเช่น กลุ่มตัวอย่างที่เป็นแกนนำกล่าวว่า "...การที่ได้มีส่วนร่วมคิดค้นปัญหาในโรงงานทำให้เข้าใจมากขึ้นในเวลาที่ จะคิดรูปแบบกิจกรรม..." และ กล่าวถึงการอบรมเชิงปฏิบัติการว่า "...เมื่ออบรมไปแล้ว รู้สึกมั่นใจมากขึ้นเมื่อจะพูดเรื่องสุขภาพกับพนักงานในแผนก..." สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้แทนพนักงานกล่าวว่า "...เมื่อผู้จัดการกับหัวหน้างานเห็นว่าสุขภาพพนักงานสำคัญ ทำให้ รู้สึกอยากทำตามคำแนะนำ รู้สึกว่าโรงงานน่าอยู่

ทำงานแล้วสบายใจขึ้น...” เป็นต้น สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องของการจัดกิจกรรมตามรูปแบบนั้น กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้ให้ความเห็นตามลำดับดังนี้

- 1) การมีส่วนร่วมของพนักงานในการพัฒนาโรงงานทั้งในส่วนที่เป็นงานประจำและกิจกรรมพิเศษ
- 2) ผู้บริหารให้ความสำคัญกับความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิต และภาวะสุขภาพของพนักงาน ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพผลผลิต
- 3) บทบาทของคณะกรรมการเพื่อสุขภาพในองค์กรที่เป็นต้นแบบพฤติกรรมเพื่อสุขภาพและเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัจจัยบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีวอนามัยของพนักงาน

ปัจจัยบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยภายในของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และการควบคุมตนเองในการใช้อุปกรณ์ป้องกันและการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของพนักงาน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อติญาณ์ ศรีเกษตริณ และคณะ (2547) พบว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การศึกษาของ นันทริกา เลิศเขวงกุล (2549) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุชายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกระดูก และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกระดูกในกลุ่มตัวอย่างได้ รวมทั้งการศึกษาของ ศรีสุดาวาศีพิเศษกุลและเนตรรรชนี ตั้งภาคภูมิ (2552) พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้คุณค่าแห่งตนหรือความสามารถแห่งตน และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนาย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ซึ่ง เพนเดอร์ เมอดอกซ์ และ พาร์สันกล่าวถึงปัจจัยด้านการรับรู้คุณค่าในตนเองว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ที่สำคัญคือ ความเชื่อในศักยภาพหรือคุณค่าแห่งตน ที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002, 2006)

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ในกิจวัตรประจำวัน และการปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างของสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของพนักงาน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจริวัตร คมพยัคฆ์ และคณะ (2545) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือ ปัจจัยด้านความรู้ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาของ ดวงพร สุตสุนทร(2546) พบว่าปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารคือ การได้รับข่าวสาร และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การศึกษาของ อติญาณ์ ศรีเกษตริณ และคณะ (2547) พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การศึกษาของ กนกวรรณ สุวรรณสาร (2547) พบว่าปัจจัยการรับรู้ประโยชน์และอิทธิพลระหว่างบุคคลในการออกกำลังกายสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้และการศึกษาของ อนัน โคนสันเทียะ (2548) พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ การได้รับคำแนะนำและสนับสนุนจากบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยด้านระบบสุขภาพได้แก่การเข้าถึงบริการสุขภาพจากโรงงานและการได้รับหลักประกันสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของพนักงาน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อนัน โคนสันเทียะ (2548) พบว่าการมีและเข้าถึง

สถานที่ที่เื้อต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างและการศึกษาของ เอ็ดด, ฮอร์เนอร์ และ เฟอร์ลาดี (EaD, Horner,&Fouladi, 2009) พบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพคือ นโยบายส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนและการมีพยาบาลประจำโรงเรียน

สรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ ความปลอดภัย และ อาชีวอนามัยของพนักงานมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม และ ปัจจัยด้านระบบสุขภาพ

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัย

การจัดกิจกรรมเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและการสร้างกลุ่มแกนนำเพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในโรงงาน สอดคล้องกับ พรทิพย์ คำพอ (2544 อ้างถึงใน วรรณชนก จันทชุม, 2549) กล่าวว่าปัจจัยด้านบุคคลเป็นแรงผลักดันหรือแรงจูงใจที่ทำให้เกิดความรู้สึกร่วมคิด ร่วมทำที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมขององค์กร และสร้างการมีส่วนร่วม ทำให้เกิดความรู้สึกการเป็นเจ้าของ มีจุดมุ่งหวังเดียวกัน และมีผลประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งจะเป็แรงผลักดันให้เกิดความมุ่งมั่น ทุ่มเทกับการพัฒนาในองค์กรได้ (ประพนธ์ ปิยะรัตน์, 2534 อ้างถึงใน วรรณชนก จันทชุม, 2549)การวิเคราะห์และระบุปัญหา/ความต้องการ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา/ความต้องการ และกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหาของพนักงานสามารถนำมาใช้เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม (นรินทร์ชัย พัฒนพงศา, 2547) และพบว่าการพัฒนาชุมชนหรือองค์กรแบบมีส่วนร่วมสามารถช่วยแก้ไขปัญหาของชุมชนหรือองค์กรได้ผลสำเร็จเป็นอย่างดี ดังที่พบในการศึกษาของ สมบูรณ์ตันยะ ประมวล ตันยะ และ ทองสุข วันแสน (2536) และ วรรณชนก จันทชุม (2549) ดังนั้น คณะกรรมการ

เพื่อสุขภาพในองค์กรจึงมีบทบาทในการขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาพในโรงงานอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาศักยภาพกลุ่มแกนนำ โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการสอดคล้องกับการศึกษาของเยาวดี สุวรรณนาคะ (2543) พบว่า โครงการฝึกอบรมช่วยเพิ่มความสามารถในการทำงานร่วมกัน มีการพัฒนาทักษะการฟัง การพูดการวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกัน การนำทรัพยากรมาใช้และเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง ประชาชนในหมู่บ้านมีความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพของครอบครัวและชุมชน และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชนเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ วัลลภา ชัยนิตติกุล (2546) พบว่าผู้นำชุมชนมีความรู้ทัศนคติ และการรับรู้บทบาทในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในระดับสูงขึ้นกว่าก่อนการฝึกอบรม และสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม สรุปได้ว่าการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการเพื่อสุขภาพในองค์กร เป็นการเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพพนักงานในโรงงานด้วยกลุ่มแกนนำสุขภาพของโรงงานเอง

3. การประเมินความยั่งยืนของรูปแบบการจัดการสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีวอนามัย

รูปแบบของการจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในโรงงานที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ พิจิตเพ็งสุวรรณ (2552) และ วิสรุต ชันธิกุล (2553) ในประเด็นของบทบาทผู้นำ การมีส่วนร่วมของพนักงาน ปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของการนำรูปแบบการจัดการสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีวอนามัยไปใช้ ทำให้กิจกรรมตามแผนปฏิบัติการยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่องมีดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมของพนักงานในการพัฒนาโรงงานทั้งในส่วนที่เป็นงานประจำและ กิจกรรมพิเศษ 2) ผู้บริหารให้ความสำคัญกับความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิต และภาวะสุขภาพของพนักงานซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพผลผลิต 3)บทบาทของคณะกรรมการ

เพื่อสุขภาพในองค์กรที่เป็นต้นแบบพฤติกรรมเพื่อสุขภาพและเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ นอกจากนี้ มนัสสุนทรศุทรวีต (2549) อธิบายว่า รูปแบบที่ค้นพบและดำเนินการโดยประชาชนเอง เป็นกระบวนการในการจัดการเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีของประชาชนตามสภาพบริบท สำหรับความยั่งยืนในการพัฒนาเกิดจากกลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในโรงงาน ปัจจัยที่ทำให้เกิดการรวมตัว คือ การที่พนักงานเห็นความสำคัญของการเข้าร่วมกิจกรรม สภาพปัญหาทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อม การเห็นความสำคัญของสุขภาพกับผลผลิต กล่าวได้ว่ารูปแบบการจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในโรงงานมีลักษณะการดำเนินการและมีปัจจัยความยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วันเพ็ญ ตระกูลแก้ว (2549) พบว่ากลวิธีและปัจจัยที่ทำให้การสร้างเสริมสุขภาพเกิดความยั่งยืนคือกลไกการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพภายในชุมชน ความร่วมมือของชุมชนในการร่วมคิด ร่วมทำโดยมีปัจจัยที่ทำให้เกิดการรวมตัว คือ ปัจจัยภายในชุมชนได้แก่จิตสำนึกของบุคคล ความเป็นเครือญาติ สภาพปัญหาทางสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนเงินโยบายจากภาครัฐ ของหน่วยงาน องค์กรต่างๆทั้งนอกและในพื้นที่ กระแสของการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และการพัฒนาสังคม รวมทั้งความสามารถของผู้นำในการสร้างพลังชุมชนและการสร้างเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ความต่อเนื่องในการดำเนินงานตามบทบาทของคณะกรรมการเพื่อสุขภาพในองค์กรมีความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรด้วยประการหนึ่ง ดังนั้น คณะผู้บริหารโรงงานควรสนับสนุนให้บทบาทของคณะกรรมการเพื่อสุขภาพในองค์กรชัดเจนและเป็นรูปธรรม

2. ควรสร้างเครือข่ายของคณะกรรมการเพื่อสุขภาพในองค์กรให้กว้างขึ้นเพื่อการขยายผลให้องค์กรมีการขับเคลื่อนพลังในการสร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน ซึ่งโรงงานมีความพร้อมในการดำเนินการเห็นได้จาก การรวมกลุ่มสร้างสรรค์ของคณะกรรมการ เพื่อสุขภาพในองค์กรและกลุ่มดังกล่าวจะเป็นพลังสำคัญที่ผลักดันให้เกิดการพัฒนาอย่างชัดเจนและจริงจัง

เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ สุวรรณสาร. (2547). *การรับรู้ประโยชน์และอิทธิพลระหว่างบุคคลในการออกกำลังกายต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการ “ขยับร่างกาย สายอาชีพ” จังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

จริยาวัตร คมพัยค์ณ์, ชฎาภา ประเสริฐทรง, ทวีศักดิ์ กสิผล, นภาพร แก้วนิมิตชัย, วิชชุดา กิจจรธรรม และ รัตนา สำราญใจ. (2545). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว ในชุมชนแขวงคลองมหานาค เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร*. บทความวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. เข้าถึงเมื่อ 29 มิถุนายน 2550, จาก http://www.academic.hcu.ac.th/forum/board_posts.asp?FID=27&UID=

ดวงพร สุตสุนทร. (2546). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต, คณะวิทยาศาสตร์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- นรินทร์ชัย พัฒนพงศา.(2547). *การมีส่วนร่วม หลักการ พื้นฐาน เทคนิค และกรณีตัวอย่าง*. เชียงใหม่: สิริลักษณ์.
- นันทริกา เลิศเขวงกุล. (2549). *การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กระจกของ ผู้สูงอายุชาย*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาล ศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นริศ โรจน์วิศาลทรัพย์. (2556). *การประเมินความเสี่ยง และความปลอดภัยในโรงงาน*. กรุงเทพฯ: สำนัก พัฒนาศักยภาพนักวิทยาศาสตร์ห้องปฏิบัติการ.
- ปีสไฟฟ์พีตตั้งอินคัสตรี จำกัด. (2551). *รายงานสุขภาพ ประจำปี*. เอกสารอัดสำเนา.
- พิชิต เฟื่องสุวรรณ. (2552). *การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ในสถาบันอาชีวศึกษา*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตร์ ศึกษาศาสตร์ ศึกษาศาสตร์บัณฑิต, มหาวิทยาลัย เทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- มนัส สุนทรศุทรวัด. (2549). *รูปแบบการจัดการระบบ สุขภาพภาคประชาชนโดยความร่วมมือของ ชุมชนบ้านตำหนักธรรม ตำบลตำหนักธรรม อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่*. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการวิจัยและ พัฒนาท้องถิ่น, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์.
- เยาวดี สุวรรณนาคะ. (2543). *ผลของกระบวนการ ศึกษาเพื่อสร้างพลังที่มีต่อการพัฒนาแกนนำ สุขภาพประจำครอบครัว*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตร์ ศึกษาศาสตร์ บัณฑิต, คณะครุศาสตร์, จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- วันเพ็ญ ตระกูลแก้ว. (2549). *ความยั่งยืนในการส่งเสริม สุขภาพของชุมชนบ้านถ้ำตอง อำเภอเมือง น่าน*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วัลลภา ชัยนิติกุล. (2546). *การพัฒนาศักยภาพผู้นำ ชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาหยาเสพติด ในเขตเทศบาลเมืองชัยภูมิ*. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช.
- วรรณชนก จันทชุม. (2549). *การพัฒนากลวิธีในการ ป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนโดยใช้ กระบวนการมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาโรงเรียน ขยายโอกาส ในจังหวัดกาฬสินธุ์*. ปริญญาโท วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สถาบันวิจัยพฤติกรรม ศาสตร์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วิสรุต ชันธิกุล.(2553). *สัมฤทธิ์ผลการทำงานแบบ กลุ่มและการมีส่วนร่วมในการบริหารงาน อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในพื้นที่ ทำอากาศยานไทย*. ดุษฎีนิพนธ์ปรัชญาดุษฎี บัณฑิต(บริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ศรีสุดาว วงศ์วิเศษกุล และ เนตรรัชนี ตั้งภาคภูมิ. (2552). *รายงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรมหาวิทยาลัย ราชภัฏสวนดุสิต*. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- สมเกียรติ ศิริรัตนพุกภัย, สิริลักษณ์ สิมะพรชัย, อรสา โฉมวิริยะ, สมานพุดระกูร และ ทิชาพงษ์ หาญ สรกานนท์. (2543). *สถานะสุขภาพและคุณภาพ ชีวิตของประชากรวัยแรงงานไทย*. สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข.
- สมบุญรัตน์ ดันยะ ประมวล ดันยะและทองสุข วันแสน. (2536). *สรุปผลการดำเนินโครงการวิจัยเชิง ปฏิบัติการเรื่องการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพ สตรีในการมีส่วนร่วมตัดสินใจในงานพัฒนา หมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. (มปท.)
- สำนักจัดการคุณภาพอากาศและเสียง. (2554). *แนวทางการควบคุมมลพิษ*. เข้าถึงเมื่อ 29 มิถุนายน 2554, จาก http://infofile.pcd.go.th/air/air_ferrous.pdf ?CFID=13434536&CFTOKEN=61623296)

- อดิฉาณ์ ศรีเกษตริณ, เพ็ญศรี ทองเพชร, สมหมาย
คชนา, อัจริยา วัชรวิวัฒน์, จรัสพงษ์ สุขกรี,
งานนิตยร์รัตนานุกูลและสมศักดิ์ชอบตรง.(2547).
*ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริม
สุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ
ประชาชนภายใต้การสร้างเสริมหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า.โครงการวิจัยทุนสนับสนุน
จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
และ สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริม
สุขภาพ (สสส).*
- อนัน โคนสันเทียะ. (2548). *พฤติกรรมการสร้างเสริม
สุขภาพของประชาชนวัยทำงานอำเภอ
ด่านขุนทดจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, คณะ
สาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- EdD, L. R., Horner S. D., &Fouladi, R. T. (2009).
*Factors associated with health behaviors
in middle childhood.* Retrieved March
31,2009 from [http://www.sciencedirect.
com/science?_ob=ArticleListURL&
method=list&_ArticleListID=1136306586&
sort=r&view=c&_acct=C000050221&_ver-
sion=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=c
d3f829ebafe62cb04cd91f92aa1c034](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleListURL&_method=list&_ArticleListID=1136306586&_sort=r&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=c3f829ebafe62cb04cd91f92aa1c034).
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A.
(2002). *Health promotion in nursing practice.*
(4th Ed.). Upper saddle river: Pearson education.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A.
(2006). *Health promotion in nursing practice.*
Upper saddle river: Pearson education.
- Stufflebeam, D. L., Madaus, G.F. and Kellaghan, T.
(Eds.). (2000). *The CIPP model for evaluation
in Evaluation model.* Boston: Kluwer academic
publishers.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory
Analysis.* New York: Harper and Row.