



แบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัย ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย

สุวัฒนา เกิดม่วง*

สุรินทร์ กลัมพากร**

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย โดยแบบจำลองสมมติฐานเชิงสาเหตุในการศึกษานี้ใช้แนวคิดสมรรถนะของ Spencer กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย จำนวน 940 คน (อัตราการตอบกลับร้อยละ 72.1) การเก็บข้อมูลใช้การส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างด้วยโปรแกรม AMOS

ผลการศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย โดย 4 ปัจจัย ประกอบด้วย ประสบการณ์ ความรู้ คุณลักษณะเฉพาะบุคคล และทักษะในการบริการอาชีวอนามัย สามารถอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยได้ร้อยละ 56 แบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยที่พัฒนาจากแนวคิดสมรรถนะของ Spencer สามารถอธิบายรูปแบบของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทยได้ดี ($\chi^2 = 0.71$, $df=1$, $p = 0.40$, $CFI = 1.00$, $GFI=1.00$, $RMSEA = 0.00$) โดยทักษะในการบริการอาชีวอนามัย มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.56$, $p < .001$) ส่วนคุณลักษณะเฉพาะบุคคล ความรู้และประสบการณ์การทำงานอาชีวอนามัยมีอิทธิพลโดยอ้อมทางบวกต่อสมรรถนะการบริการ อาชีวอนามัยของพยาบาลผ่านทักษะในการบริการอาชีวอนามัย ($\beta = 0.44$, $p < .001$; $\beta = 0.07$, $p < .001$; $\beta = 0.05$, $p < .05$) ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าทักษะในการบริการอาชีวอนามัยเป็นปัจจัยสื่อกลางระหว่างสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยและปัจจัยทำนายอื่น

ผลการวิจัยบ่งชี้ว่าแบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัย สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ทั้งนี้ การปรับปรุงพัฒนาควรเริ่มจากทักษะในการบริการอาชีวอนามัยก่อนเป็นอันดับแรก

คำสำคัญ : แบบจำลองเชิงสาเหตุ, สมรรถนะ, พยาบาล, การบริการอาชีวอนามัย, หน่วยบริการปฐมภูมิ, แนวคิดสมรรถนะของ Spencer

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



A Causal Model of Occupational Health Service Competencies Among Thai Primary Care Unit Nurses

Suwattana Kerdmuang*

Surintorn Kalampakorn**

Abstract

A cross-sectional study was designed to examine a causal model of Occupational Health Service Competencies (OHSC) of nurses working in primary care units (PCU). A hypothesized causal model based on Spencer's competency concept was used. Multistage random sampling was employed to obtain 940 nurses working at PCU nationwide (returned rate: 72.1%). Data were collected from the mailed questionnaires and analyzed using descriptive statistics and structural equation modeling in the Analysis of Moment Structures program (AMOS).

The findings revealed that four components of OHSC of nurses working in PCU, including OHS experiences, OHS knowledge, OHS traits, and OHS skills explained 56% of variance in the subject's OHSC. A causal model based on Spencer's competency concept explained OHSC of nurses working in Thai PCU well ($\chi^2 = 0.71$, $df=1$, $p = 0.40$, CFI = 1.00, GFI=1.00, RMSEA =0.00). The OHS skills had a total direct positive effect on OHSC of nurses working in PCU ($\beta = 0.56$, $p < 0.001$). The OHS traits, OHS knowledge, and OHS experiences were found to have an indirect positive effect on the OHSC of nurses working in PCU via OHS skill ($\beta = 0.44$, $p < .001$; $\beta = 0.07$, $p < .001$; $\beta = 0.05$, $p < 0.05$, respectively). Moreover, the OHS skills were found to be a mediator between OHSC and other predictors.

The research findings indicate that a causal model of OHSC of nurses working in Thai PCU could be used as a guideline in improving and developing OHSC. The interventions should start at OHS skills.

Keywords: Causal model, Competency, Nurse, Occupational health service, Primary care Unit, Spencer's competency concept

* Registered Nurse, Professional level / Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi

** Associate Professor / Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University



ความเป็นมาและความสำคัญ

ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมดจำนวน 65 ล้านคน พบว่าเป็นประชากรที่อยู่ในวัยแรงงานถึง 38.7 ล้านคน (ร้อยละ 59.5) ซึ่งแบ่งออกเป็นแรงงานในระบบจำนวน 14.4 ล้านคน (ร้อยละ 37.7) และแรงงานนอกระบบ 24.3 ล้านคน (ร้อยละ 62.3)¹ ปัจจุบันจำนวนของแรงงานทั้งในระบบและนอกระบบกำลังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และแรงงานเหล่านี้ถือเป็นประชากรที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทย² แต่พบว่าประชากรวัยแรงงานกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีโอกาสที่จะได้รับผลกระทบหรือเผชิญความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในการทำงาน โรคที่เกิดจากการทำงาน (Occupational Diseases) และโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (Work-related diseases)²⁻³ ดังนั้นการป้องกันและควบคุมโรคที่เกี่ยวข้องกับงาน จึงถือเป็นบทบาทหนึ่งของการบริการอาชีวอนามัย

การบริการอาชีวอนามัยของประเทศไทยกำลังอยู่ในขั้นการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากวิกฤตทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในปี 2540 วิกฤตดังกล่าวส่งผลให้เกิดความถดถอยทางเศรษฐกิจและอัตราการจ้างงานที่ลดลง ทำให้มีธุรกิจขนาดเล็กเพิ่มมากขึ้น แต่ในปัจจุบันพบว่าการบริการอาชีวอนามัยเฉพาะแรงงานในระบบที่ทำงานในสถานประกอบการขนาดใหญ่เท่านั้น จึงส่งผลให้ขาดการบริการอาชีวอนามัยแก่แรงงานในสถานประกอบการขนาดเล็กจนถึงขนาดกลาง (small and medium enterprises scale : SMEs) เกษตรกร แรงงานที่รับงานไปทำที่บ้าน ซึ่งเป็นแรงงานนอกระบบที่เป็นกลุ่มแรงงานที่มีขนาดใหญ่ที่สุดด้วย ด้วยเหตุนี้ จึงควรมีการให้บริการอาชีวอนามัยแก่แรงงานกลุ่มดังกล่าวตามความเสี่ยงของงานด้วยดังเช่นที่แรงงานในระบบได้รับ³⁻⁴

ด้วยเหตุนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Units) จึงเป็นหน่วยงานที่เหมาะสมต่อการบริการอาชีวอนามัยและการดูแลสุขภาพของแรงงานกลุ่มนี้ แต่พบว่าการดำเนินงานบริการ อาชีวอนามัยดังกล่าวยังไม่เป็นรูปธรรมเนื่องจากส่วนใหญ่พบว่า ขาดบุคลากรที่มีความรู้ และสมรรถนะในด้านนี้^{1,3,4} และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าพยาบาลวิชาชีพถือเป็น

บุคคลสำคัญในการให้บริการดูแลด้านสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งจะเห็นได้ชัดเจนจากจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลปฏิบัติงาน จำนวนถึง 9,444 แห่ง จากหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด 9,537 แห่ง⁵ ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้ที่เหมาะสมในการให้บริการอาชีวอนามัยแก่แรงงานในชุมชน ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงเป็นเหตุผลให้พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ควรมีสมรรถนะในการบริการอาชีวอนามัยให้แก่แรงงานในชุมชนไม่ว่าจะเป็น แรงงานในสถานประกอบการขนาดเล็กจนถึงขนาดกลาง เกษตรกร แรงงานที่รับงานไปทำที่บ้านและแรงงานนอกระบบ

ปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลจะมุ่งเน้นไปที่สมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือสถาบันการศึกษาเป็นส่วนใหญ่⁵⁻⁶ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาและประเมินเฉพาะสมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการเท่านั้น ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเป็นการประเมินสมรรถนะที่เหมาะสมกับบริบทการทำงานของพยาบาลอาชีวอนามัยมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ⁷⁻⁸ มีงานวิจัยที่ได้ทำการศึกษาสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ศึกษาในภาพรวมเท่านั้น⁵ ผลการศึกษาพบว่าบทบาทด้านการดูแลประชากรกลุ่มแรงงานเป็นบทบาทย่อย^{2,5}

นอกจากนี้ พบว่า การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่สมรรถนะด้านทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานเท่านั้น แต่สำหรับสมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนหรือในพื้นที่ชนบทนั้น กลับต้องการพยาบาลที่มีทั้งความรู้ ทักษะและคุณลักษณะเฉพาะของบุคคล ซึ่งรวมถึง ค่านิยม ทัศนคติและประสบการณ์การทำงานในการปฏิบัติงานนอกเหนือจากทักษะที่มีเพียงด้านเดียว ซึ่งปัจจัยทั้งหลายนี้จะส่งผลโดยตรงต่อการเกิดสมรรถนะเพราะทำให้บุคคลมีความมุ่งมั่นสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ^{5,9} ดังนั้นสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาสมรรถนะที่ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะเฉพาะ



ของบุคคล ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดสมรรถนะของ Spencer⁹ ในการศึกษาครั้งนี้แนวคิดดังกล่าวจึงถูกนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิด ทฤษฎีของการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบช่องว่างในการวิจัยที่ผ่านมา คือ ยังไม่มีการศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปฐมภูมิไทย และจากการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าสมรรถนะในการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นการศึกษา บทบาทและสมรรถนะในการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลอาชีวอนามัยที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ หรือในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศึกษาในลักษณะหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับบทบาทหรือสมรรถนะในการปฏิบัติงานเท่านั้น ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาตัวแปรสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย โดยแนวคิดสมรรถนะของ Spencer⁹ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ ทักษะและคุณลักษณะเฉพาะของบุคคล มาทำการศึกษา โดยทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุ (Causal Model) ในรูปแบบของความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัย ของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย และเป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลให้มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการบริการอาชีวอนามัย รวมทั้งใช้ในการพัฒนามาตรฐานการบริการอาชีวอนามัยสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทยต่อไป ซึ่งจะส่งผลต่อการจัดบริการอาชีวอนามัยที่เหมาะสมแก่แรงงานในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของแบบจำลองสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ใช้กรอบความคิดสมรรถนะของ Spencer⁹ ตามแนวความคิดนี้ สมรรถนะคือ ความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะเฉพาะของบุคคล

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 9,444 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cochran¹⁰ ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 622 คน และควรเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 50 ในกรณีที่ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์เพื่อป้องกันการสูญหาย และการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์¹⁰ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้รวมทั้งสิ้น 940 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling technique) ซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและมีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี และจะไม่ย้ายออกภายใน 6 เดือน และ 2) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยรวบรวมจากการศึกษาองค์ประกอบของสมรรถนะการบริการ อาชีวอนามัยตามกรอบความคิดสมรรถนะของ Spencer⁹ และแนวคิดการบริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐาน¹¹ เพื่อนำมาสร้างแบบสอบถามในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ และค้นหาแบบจำลองสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย โดยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบเติมคำและมีตัวเลือกให้เลือกตอบ 2) แบบสอบถามความรู้การบริการ อาชีวอนามัย 3) แบบสอบถามคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลด้านการ



บริการอาชีวอนามัย 4) แบบสอบถามทักษะการบริการอาชีวอนามัย และ 5) แบบสอบถามสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัย ซึ่งลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ซึ่งแบบสอบถามทั้ง 5 ส่วนได้ให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) และความสอดคล้องตลอดจนความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นอกจากนั้นนำแบบสอบถามดังกล่าวไปทดสอบความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) กับพยาบาลที่ปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ พบว่า ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) มีค่าระหว่าง .95 ถึง .97 และ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าระหว่าง .96 ถึง .98

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิด้านจริยธรรมของผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยติดต่อขออนุมัติหนังสือจากวิทยาลัยฯ ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทั้ง 76 จังหวัด เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล โดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย จำนวน 940 คน โดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-administered questionnaire)

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) และข้อมูลสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยที่ประเมินโดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ถูกนำมาทดสอบแบบจำลองเชิง

สาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ด้วยวิธีสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) โดยวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติ Analysis of Moment Structures (AMOS)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากแบบสอบถามจำนวน 940 ฉบับ ที่ส่งไปยังพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ถูกส่งกลับมาจำนวน 684 ฉบับ (72.2%) และพบว่ามี 678 ฉบับ (72.1%) ที่สามารถใช้ทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทยได้

1. ข้อมูลทั่วไป

จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.2 เพศชาย ร้อยละ 6.8 โดยมีช่วงอายุระหว่าง 22 ถึง 58 ปี ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 39.0 ± 7.3 ปี ($\bar{X} = 39.0$, $SD = 7.3$) ด้านสถานภาพ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 67.7 รองลงมา คือ สถานภาพโสด ร้อยละ 23.5 และโดยส่วนใหญ่พบว่าจบการศึกษาระดับปริญญาตรีทางพยาบาล หรือเทียบเท่า ถึงร้อยละ 92.5 และมีเพียงร้อยละ 7.5 ของกลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาในระดับปริญญาโททางพยาบาล ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 71.7

ประสบการณ์ในการทำงาน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 1 ถึง 37 ปี โดยมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 15.9 ± 7.8 ปี ($\bar{X} = 15.9$, $SD = 7.8$) และในส่วนของประสบการณ์การทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย พบว่า มีประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย อยู่ระหว่าง 1 ถึง 36 ปี โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 11.8 ± 7.7 ปี ($\bar{X} = 11.8$, $SD = 7.7$) และเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ให้ข้อมูล (ร้อยละ 45.4) มีประสบการณ์ในการทำงานด้านอาชีวอนามัย โดยมีประสบการณ์ในการให้บริการอาชีวอนามัยระหว่าง 1 ถึง 28 ปี เฉลี่ย 2.2 ± 1.0 ปี ($\bar{X} = 2.2$, $SD = 1.0$)



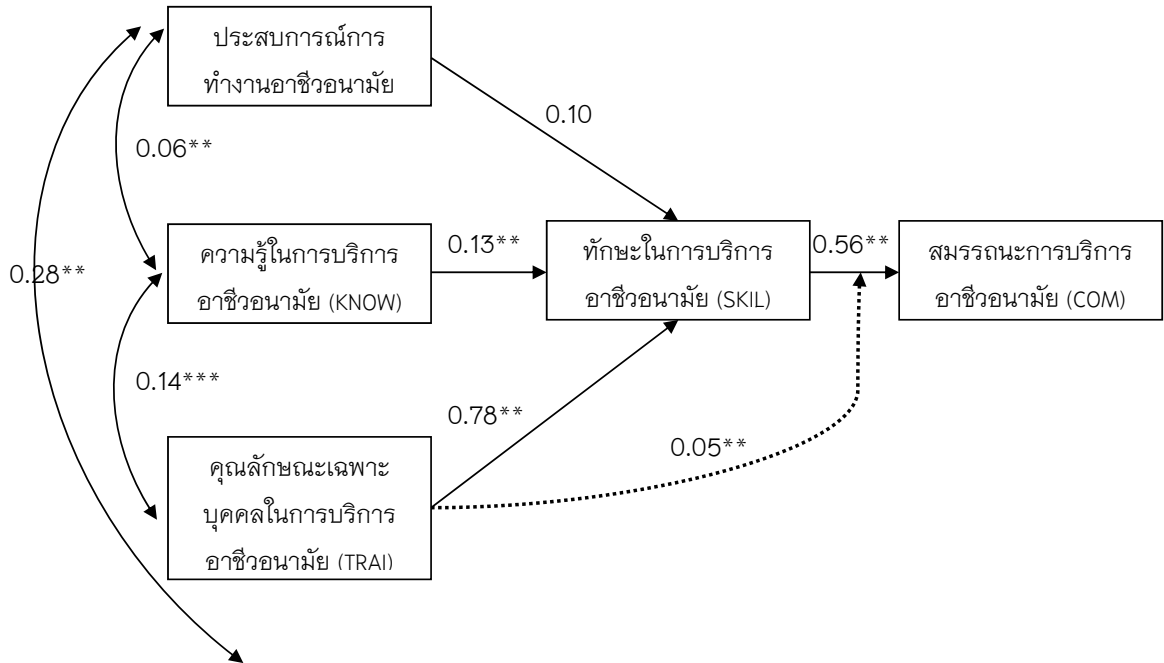
สำหรับการฝึกอบรมวิชาการหรือฝึกปฏิบัติการให้บริการอาชีวอนามัย พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.0) ไม่ได้รับการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการอาชีวอนามัย อย่างไรก็ตาม มีเพียง 99 คน (ร้อยละ 14.6) ที่ได้เข้าร่วมการฝึกอบรมดังกล่าว โดยพบว่า ผู้ที่ได้เข้าร่วมการฝึกอบรมการให้บริการอาชีวอนามัยส่วนใหญ่ ได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตร อาชีวอนามัยระยะสั้น คิดเป็นร้อยละ 9.0 และมีเพียงร้อยละ 1.9 ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการอบรมในหลักสูตร เฉพาะทางพยาบาลอาชีวอนามัย(หลักสูตร 4 เดือน) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

2. ทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย

ผลการทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย พบว่า แบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ดี ผลการทดสอบค่าสถิติไค-สแควร์ (χ^2) มีค่าเท่ากับ 0.71 องศาอิสระ (df) เท่ากับ 1 โดยมีค่าความน่าจะเป็น (p-value) เท่ากับ 0.40 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (GFI) เท่ากับ 1.00 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.99 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ 1.00 ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SRMR) เท่ากับ 0.0058 ค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (RMSEA) เท่ากับ 0.00 และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ของตัวแปรตาม ได้แก่ ทักษะในการบริการอาชีวอนามัย (SKIL) และ สมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย (COM) มีค่าเท่ากับ 0.51 และ 0.56 ตามลำดับ แสดงว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดในแบบจำลองสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรทักษะในการบริการอาชีวอนามัย (SKIL) และ สมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย (COM) ได้ร้อยละ 51 และ 56 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาเส้นทางอิทธิพลที่ส่งผลต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย (COM) พบว่า ตัวแปรที่ส่งผลสูงสุด คือ ทักษะในการบริการอาชีวอนามัย (SKIL) มีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย (COM) ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.56 รองลงมาคือ ทักษะในการบริการอาชีวอนามัย (SKIL) ร่วมกับคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลในการบริการอาชีวอนามัย (TRAJ) มีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย (COM) ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.05 ทั้งนี้คุณลักษณะเฉพาะของบุคคลในการบริการอาชีวอนามัย (TRAJ) ความรู้ในการบริการอาชีวอนามัย (KNOW) และประสบการณ์การทำงานอาชีวอนามัย (EXP) มีอิทธิพลทางตรงต่อทักษะในการบริการอาชีวอนามัย (SKIL) โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.78, 0.13 และ 0.10 ตามลำดับ

ประสบการณ์การทำงานอาชีวอนามัย (EXP) มีอิทธิพลทางอ้อมต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย (COM) ผ่านทางทักษะในการบริการอาชีวอนามัย (SKIL) ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.05 ความรู้ในการบริการอาชีวอนามัย (KNOW) มีอิทธิพลทางอ้อมต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย (COM) ผ่านทางตัวแปรทักษะในการบริการอาชีวอนามัย (SKIL) ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.07 และคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลในการบริการอาชีวอนามัย (TRAJ) มีอิทธิพลทางอ้อมต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย (COM) ผ่านทางทักษะในการบริการอาชีวอนามัย (SKIL) ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.44 ดังรายละเอียดตามแผนภาพที่ 1 และตารางที่ 2



แผนภาพที่ 1 แบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย
(n=678)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	632	93.2
ชาย	46	6.8
อายุ (ปี)		
20-30	78	11.5
31-40	326	48.1
41-50	241	35.5
51-60	31	4.6
ไม่ระบุ	2	0.3
Min= 22 Max = 58 Mean = 39.0 SD = 7.3		
สถานภาพสมรส		
สมรส (คู่)	459	67.7
โสด	159	23.5
หม้าย/หย่า/แยก	60	8.8
ระดับการศึกษาสูงสุดทางการพยาบาล		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	627	92.5
ปริญญาโท	51	7.5
ตำแหน่งปัจจุบัน		
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	108	16.0
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	486	71.7
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	47	6.9
พยาบาลวิชาชีพ (อัตราจ้าง/ลูกจ้างเงินบำรุง)	36	5.3
ไม่ระบุ	1	0.1
ประสบการณ์การทำงาน(ปี)		
1-10	175	25.8
11-20	307	45.3
> 20	185	27.3
ไม่ระบุ	11	1.6
Min= 1 Max = 37 Mean = 15.9 SD = 7.8		



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย (n=678)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน(ปี)		
1-10	538	79.4
11-20	117	17.3
21-30	17	2.5
ไม่ระบุ	6	0.8
Min= 1 Max = 29 Mean = 7.4 SD = 5.1		
ประสบการณ์การทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย (ปี)		
1-10	337	49.7
11-20	253	37.3
> 20	84	12.4
ไม่ระบุ	4	0.6
Min= 1 Max = 36 Mean = 11.8 SD = 7.7		
การฝึกอบรมวิชาการ หรือฝึกปฏิบัติการให้บริการอาชีวอนามัย		
ไม่ระบุ	3	0.4
ไม่เคย	576	85.0
เคย**	99	14.6
- พยาบาลอาชีวอนามัยระยะสั้น 60 ชั่วโมง	37	5.5
- เฉพาะทางพยาบาลอาชีวอนามัย หลักสูตร 4 เดือน	13	1.9
- หลักสูตรอื่นๆ	61	9.0
ประสบการณ์การทำงานด้านอาชีวอนามัย		
ไม่มี	370	54.4
มี	308	45.4
- 1-10 ปี	223	72.4
- 6-10 ปี	75	24.4
- >10 ปี	10	3.2
Min= 1 Max = 28 Mean = 2.2 SD = 1.0		

** เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ



ตารางที่ 2 ค่าอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวมของแบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย

ตัวแปรสาเหตุ	ตัวแปรผล					
	SKIL			COM		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE
- ประสบการณ์การทำงานอาชีวอนามัย (EXP)	0.10* (0.05)	-	0.10* (0.05)	-	0.05* (0.03)	0.05* (0.03)
- ความรู้ในการบริการอาชีวอนามัย (KNOW)	0.13*** (0.03)	-	0.13*** (0.03)	-	0.07*** (0.02)	0.07*** (0.02)
- คุณลักษณะเฉพาะของบุคคลในการบริการอาชีวอนามัย (TRAI)	0.78*** (0.04)	-	0.78*** (0.04)	-	0.44*** (0.05)	0.44*** (0.05)
- ทักษะในการบริการอาชีวอนามัย (SKIL)				0.56*** (0.06)	-	0.56*** (0.06)
- ทักษะในการบริการอาชีวอนามัย*คุณลักษณะเฉพาะของบุคคลในการบริการอาชีวอนามัย (SKIL*TRAI)				0.05*** (0.00)		0.05*** (0.00)
ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (r ²)	0.51			0.56		

ค่าสถิติ $\chi^2 = 0.71$, $df=1$, $p = 0.40$, $RMSEA = 0.00$, $RMR = 0.027$, $SRMR = 0.0058$, $NEI = 1.00$, $NNFI = 1.00$, $CFI = 1.00$, $IFI = 1.00$, $GFI = 1.00$, $AGFI = 0.99$ * $p < .05$

** $P < .01$ *** $P < .001$



อภิปรายผลการวิจัย

ผลการทดสอบแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย พบว่า แบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าทักษะในการบริการอาชีวอนามัยและปฏิสัมพันธ์ระหว่างทักษะในการบริการอาชีวอนามัยกับคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลในการบริการอาชีวอนามัยมีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ในขณะที่คุณลักษณะเฉพาะของบุคคลในการบริการอาชีวอนามัย ความรู้ในการบริการอาชีวอนามัย และประสบการณ์การทำงานอาชีวอนามัยมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทยผ่านทางทักษะในการบริการอาชีวอนามัย ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดสมรรถนะของ Spencer⁹ ที่ใช้เป็นการกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยแนวคิดดังกล่าวอธิบายว่า “สมรรถนะ” เป็นสิ่งที่มีอยู่ในตัวบุคคลซึ่งถือเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล เพื่อให้บรรลุถึงความต้องการของงานภายใต้ปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ คุณลักษณะเฉพาะของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย แรงจูงใจ ค่านิยม ทศนคติรวมทั้งประสบการณ์การทำงาน ซึ่งปัจจัยทั้งหลายนี้ ส่งผลโดยตรงต่อการเกิดสมรรถนะ เพราะทำให้บุคคลมีความมุ่งมั่นสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ นอกจากนี้คุณลักษณะเฉพาะของบุคคลยังมีความสัมพันธ์กับทักษะในการบริการอาชีวอนามัย ส่งผลต่อการเกิดสมรรถนะด้วย เนื่องจาก Spencer⁹ ระบุว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นองค์ประกอบของสมรรถนะที่อยู่ลึกกลงไปหรือซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล (Hidden competency) ได้แก่ ทศนคติ ค่านิยม และภาพลักษณ์ของตนเองในการที่จะผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือทักษะได้อย่างเด่นชัด (Visible competency)

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. ทักษะในการบริการอาชีวอนามัย มีอิทธิพล

ทางตรงเชิงบวกต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย แสดงว่าพยาบาลมีความสามารถในการทำงานด้วยความคล่องแคล่ว ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งทักษะในการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ประกอบด้วย การให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย การให้บริการอาชีวอนามัยในชุมชน การให้บริการอาชีวอนามัยอย่างต่อเนื่อง การจัดการข้อมูลอาชีวอนามัย การประสานความร่วมมือ การสื่อสารอาชีวอนามัย และการวิจัยและการนำผลการวิจัยไปใช้ เมื่อพยาบาลมีความสามารถในการทักษะดังกล่าว ก็จะแสดงผ่านทางพฤติกรรมการปฏิบัติงานและส่งผลให้เกิดสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัย ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดสมรรถนะของ Spencer⁹ นอกจากนี้ พบว่าผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยหลายชิ้นว่าหากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทยขาดทักษะดังกล่าวจะส่งผลต่อความสามารถหรือสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยแก่ประชากรวัยแรงงาน^{4,7,8,12,13}

2. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างทักษะกับคุณลักษณะเฉพาะบุคคลในการบริการอาชีวอนามัยมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย แสดงว่าเมื่อพยาบาลมีคุณลักษณะเฉพาะของบุคคล ซึ่งประกอบด้วยแรงจูงใจ ค่านิยม ทศนคติในการจัดบริการอาชีวอนามัยและมีทักษะในการบริการอาชีวอนามัยด้วย ก็จะมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสามารถหรือสมรรถนะในการบริการอาชีวอนามัย เนื่องจากคุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นองค์ประกอบของสมรรถนะที่อยู่ลึกกลงไปหรือซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล (Hidden competency) ในการที่จะผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือทักษะได้อย่างเด่นชัด (Visible competency) มากขึ้น เช่น หากพยาบาลที่แสดงออกถึงความกระตือรือร้น ความสนใจในงานอาชีวอนามัยก็จะมีความกระตือรือร้นในการแสดงความสามารถหรือสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยสูงกว่าพยาบาลที่ขาดความ



สนใจในงาน^{13,14} ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับสมรรถนะพยาบาล อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม^{7,15}

3. ประสิทธิภาพการทำงานอาชีวอนามัยมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ผ่านทางตัวแปรทักษะในการบริการอาชีวอนามัย แสดงว่าการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพการทำงานอาชีวอนามัยจะทำให้เกิดทักษะการบริการอาชีวอนามัย แล้วจึงทำให้เกิดสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัย แต่ประสิทธิภาพการทำงานเพียงอย่างเดียวไม่ได้มีผลโดยตรงต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดสมรรถนะของ Spencer⁹ ที่กล่าวว่าสมรรถนะเกิดจากการสั่งสมประสิทธิภาพการทำงานในเรื่องนั้นๆ ของแต่ละบุคคล หากบุคคลใดที่มีประสิทธิภาพการทำงานเป็นระยะเวลานานก็จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมการทำงานที่โดดเด่นและเชี่ยวชาญ นอกจากนี้ พบว่าผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ Non-tapet และคณะ¹⁵ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการทำงานและสมรรถนะของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าหากพยาบาลที่มีประสิทธิภาพการทำงาน ซึ่งหมายรวมถึงการได้รับการอบรม ระยะเวลาการทำงานจะสามารถเพิ่มศักยภาพในการจัดบริการอาชีวอนามัยได้¹³

4. ความรู้ในการบริการอาชีวอนามัยมีอิทธิพลทางอ้อมทางเชิงบวกต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ผ่านทางตัวแปรทักษะในการบริการอาชีวอนามัย แสดงว่า พยาบาลมีข้อมูลที่มีอยู่ในตัวของบุคคลประกอบด้วย หลักการด้านการบริการอาชีวอนามัย การบูรณาการงานอาชีวอนามัยร่วมกับงานอนามัยชุมชน การศึกษาเบื้องต้นสำหรับการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพ การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพและกฎหมาย เมื่อพยาบาลมีความรู้ดังกล่าวก็จะแสดงผ่านทางพฤติกรรมการทำงานและส่งผลให้เกิดสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัย ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดสมรรถนะของ

Spencer⁹ นอกจากนั้น พบว่าผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ Elma และคณะ¹² และ Rogers¹³ ที่พบว่าการศึกษาความรู้ด้านอาชีวอนามัยของของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทยนั้น ทำให้เป็นอุปสรรคในการประเมินปัญหาด้านอาชีวอนามัยและให้คำแนะนำในเรื่องอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานในชุมชน

5. คุณลักษณะเฉพาะบุคคลในการบริการอาชีวอนามัยมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ผ่านทางตัวแปรทักษะในการบริการอาชีวอนามัย นอกจากนี้ยังพบว่าตัวแปรคุณลักษณะเฉพาะบุคคลในการบริการอาชีวอนามัยมีอิทธิพลทางตรงต่อตัวแปรทักษะในการบริการอาชีวอนามัยโดยมีขนาดอิทธิพลสูงถึง 0.78 ทั้งนี้คุณลักษณะเฉพาะบุคคลในการบริการอาชีวอนามัย ซึ่งประกอบด้วยแรงจูงใจ ค่านิยม ทักษะคิดรวมทั้งประสิทธิภาพการทำงาน ซึ่งปัจจัยทั้งหลายนี้ ส่งผลโดยตรงต่อการเกิดสมรรถนะเพราะทำให้บุคคลมีความมุ่งมั่นสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ นอกจากนี้คุณลักษณะเฉพาะของบุคคลยังมีความสัมพันธ์กับทักษะในการบริการอาชีวอนามัย ส่งผลต่อการเกิดสมรรถนะด้วย เนื่องจาก Spencer⁹ ระบุว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นองค์ประกอบของสมรรถนะที่อยู่ลึกลงไปหรือซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล (Hidden competency) ได้แก่ ทักษะคิด ค่านิยม และภาพลักษณ์ของตนเองในการที่จะผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือทักษะได้อย่างเด่นชัด (Visible competency) นอกจากนั้น พบว่าผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ Rogers¹³ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์ประสิทธิภาพการได้รับการอบรมและสมรรถนะของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าหากพยาบาลที่ได้รับการอบรม โดยเฉพาะการได้รับการอบรมเฉพาะทาง อาชีวอนามัย จะสามารถเพิ่มศักยภาพหรือสมรรถนะในการจัดบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทยได้¹³



ทั้งนี้สมรรถนะในการจัดบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ประกอบด้วยความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะส่วนบุคคลที่ซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล ซึ่งสามารถผลักดันให้ปัจเจกบุคคลนั้นสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดีหรือตามเกณฑ์ที่กำหนดในงานที่บุคคลนั้นรับผิดชอบ ซึ่งพบว่าผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดสมรรถนะของ Spencer⁹ ที่ว่าสมรรถนะแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) สมรรถนะที่สังเกตได้หรือเห็นได้ (Visible competency) ได้แก่ ความรู้และทักษะซึ่งเป็นสมรรถนะที่มีโอกาสพัฒนาได้ง่าย ในการศึกษาครั้งนี้ สมรรถนะที่สังเกตได้หรือเห็นได้ คือ ความรู้และทักษะในการบริการอาชีวอนามัย และ 2) สมรรถนะที่อยู่ลึกลงไปหรือซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล (Hidden competency) นับเป็นสมรรถนะที่ยากต่อการวัดและพัฒนา ได้แก่ แรงจูงใจ ทศนคติ และประสิทธิภาพการทำงาน สำหรับการศึกษาครั้งนี้ สมรรถนะที่อยู่ลึกลงไปหรือซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล คือ คุณลักษณะส่วนบุคคลในการบริการอาชีวอนามัยที่ครอบคลุมถึงแรงจูงใจ ทศนคติ และประสิทธิภาพการทำงานอาชีวอนามัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กระทรวงสาธารณสุข หรือองค์การวิชาชีพพยาบาล เช่น สภาการพยาบาล ควรเร่งผลักดันให้งานอาชีวอนามัยเป็นนโยบายหรือเป็นตัวชี้วัดในการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิไทยเพราะจะทำให้ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย เกิดความกระตือรือร้น ใฝ่หาความรู้ในด้านนี้เพิ่มขึ้น
2. พยาบาลอาชีวอนามัยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ ควรเป็นผู้ให้คำแนะนำ คำปรึกษาและเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงานบริการอาชีวอนามัยแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย รวมทั้งแบ่งปันทรัพยากร (sharing resources) แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ได้แก่ งบประมาณ, กำลังคน / บุคลากร, อุปกรณ์, และ โปรแกรมหรือวิธีการในการส่งเสริมและป้องกันปัญหา ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม

3. องค์การวิชาชีพพยาบาลและสถาบันการศึกษาพยาบาลควรเพิ่มเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับ อาชีวอนามัยในหลักสูตรปริญญาตรีและหลังปริญญาตรี เช่น หลักสูตรการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป

4. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดอบรมเกี่ยวกับอาชีวอนามัยแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทยและควรมีการจัดอบรมต่อยอดและเพิ่มพูนความรู้ในระดับที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องด้วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ทักษะการบริการอาชีวอนามัยกับคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาในลักษณะของการประยุกต์ใช้ตัวแปรดังกล่าวเพื่อการพัฒนาสมรรถนะในการบริการอาชีวอนามัย เช่น การวิจัยเชิงทดลอง หรืองานวิจัยเชิงพัฒนาตามแนวคิดสมรรถนะของ Spencer เพื่อพัฒนาสมรรถนะดังกล่าวของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย

2. การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาแบบจำลองสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย สำหรับการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการออกแบบโปรแกรมในการพัฒนาศักยภาพสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัย โดยเฉพาะองค์ประกอบสมรรถนะด้านความรู้และทักษะการบริการอาชีวอนามัย

3. การศึกษาครั้งนี้ ทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะในการบริการอาชีวอนามัยโดยให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทยประเมินด้วยตนเอง (self-assessment) สำหรับการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการประเมินสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยโดยผู้ร่วมงานหรือผู้รับบริการ เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะในการบริการอาชีวอนามัย ผลลัพธ์การบริการอาชีวอนามัยและคุณภาพของการให้บริการ



4. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัย สำหรับการศึกษารั้งต่อไปควรศึกษากับกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น พยาบาลอาชีวอนามัยเพื่อเป็นการยืนยันความถูกต้องของแบบจำลอง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. Siriruttanapruk S, Anantagunlathi P. Occupational health and safety situation and research priority in Thailand. *Ind Health*. 2004; 42(2): 135–140.
2. Kalampakorn S. Nurses' roles in provision of health care services for home-based workers. *Faculty of nursing, Burapa University Journal*. 2002; 10(3): 42–51.
3. Kalampakorn S. Occupational health nursing in Thailand: Insight into international occupational health. *AAOHN*. 2003; 51(2): 79–83.
4. Wittayapun Y, Lagampan S, Kalampakorn S, Rogers B, Vorapongsathorn T. Application of the occupational health services model in Thai primary care units. *AAOHN*. 2008; 56 (5): 197–205.
5. Thailand Nursing and Midwifery Council. Nurse and the health service system at primary care unit. *Health System Research Institute (HSRI)*: Bangkok, 2009.
6. Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison-Wesley Publishing Company, 2001.
7. American Association of Occupational Health Nurses. Competencies in Occupational and Environmental Health Nursing. *AAOHN*. 2007; 55(11): 442–447.
8. Jantian P, Rashainbunyawat K, Tantawutho V, Khemtong P. A development of professional competency standard of occupational health nurses in the industrial enterprises. *Ministry of Public Health: Nonthaburi*, 2008.
9. Spencer LM, Spencer SM. Competence at work: Models for superior performance. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1993.
10. Cochran WG. Sampling techniques. (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons, 1977.
11. Rantanen J. Basic occupational health services. *African Newsletter on Occupational Health and Safety*. 2005; 15: 34–37.
12. Elma J, et al. The perceptions of occupational health in primary care. [cited 2011 August, 25]; Available from: <http://occmed.oxfordjournals.org/cgi/reprint/kqi123v1>
13. Rogers B. Occupational and environmental health nursing: Concept and practice. (2nd ed.). Philadelphia: Saunders, 2003.
14. Childre F. Nurse managed occupational health services: A primary care model in practice. *AAOHN*. 1997; 45(10): 486–490.
15. Nontapet O, Isaramalai S, Petpichatchain, Brooks CW. Conceptual structure of primary care competency for Thai primary care unit (PCU) nurses. *Thai J Nurs Res*. 2008; 12 (3): 195–209.