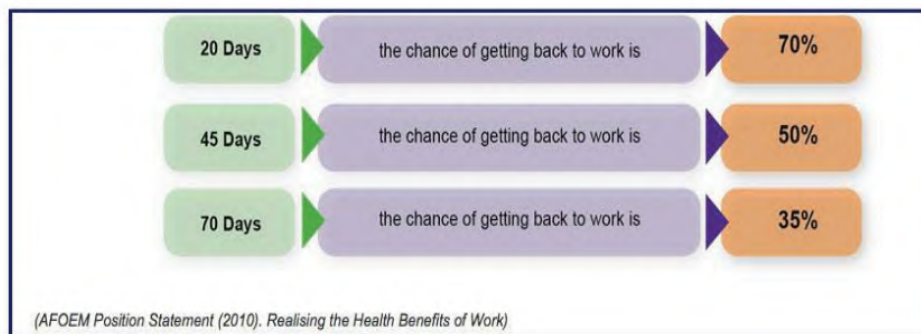


การประเมินเพื่อการกลับเข้าทำงานสำหรับผู้ป่วยโรคปวดหลังเฉียบพลัน ตามแนวทางเวชศาสตร์

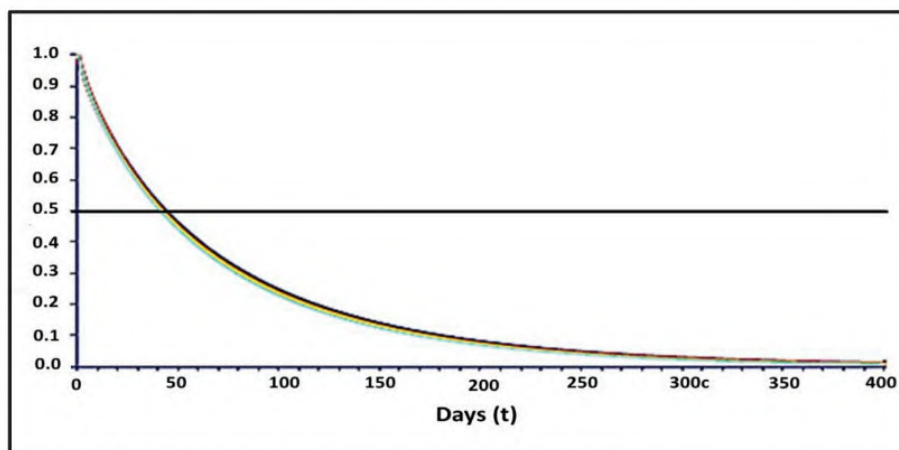
นพ.อดุลย์ บัณฑุลา* นพ.กิตติพงษ์ พนมยงค์* พญ.อรพรรณ ชัยมณี* นพ.เปรมยศ เปี่ยมนิธิกุล* วรณา จงจิตรไพศาล*
อัญชลี สงวนรักษา* ศุภิภรณ์ คงสี* ธิดา โอบาต* อินจว หลักเมือง*

สมาคมแพทย์ของประเทศแคนาดา สมาคมแพทย์อาชีพเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมอเมริกา และสถาบันแพทย์ออร์โธปิดิกส์อเมริกัน (Canadian Medical Association, American College of Occupational and Environmental Medicine และ American Academy of Orthopaedic Surgeons)^{1,2} ได้ร่วมกันให้ข้อแนะนำในการปฏิบัติที่สำคัญว่า “แพทย์ควรจรรักษาพยาบาลหรือฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปทำงานให้เร็วที่สุด เนื่องจากการหยุดจากหน้าที่การทำงานที่ทำอยู่ทุกวัน รวมถึงการที่จะต้องออกจากสถานที่ทำงานเป็นสิ่งที่ทำให้สุขภาพกาย สุขภาพจิต และความรู้สึกอยู่ดีกินดี ของผู้ป่วยแย่ลงเรื่อยๆ”



ภาพที่ 7.1 โอกาสในการกลับเข้าทำงานเมื่อเทียบกับวันที่ลาหยุดงาน³

ดังนั้น “แพทย์ควรให้ผู้ป่วยกลับไปมีกิจกรรมและกลับไปทำงานในที่ทำงานให้เร็วที่สุดหลังจากได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย”⁴ “การกลับเข้าทำงานโดยเร็วจะทำให้คนงานที่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยนั้นสามารถทำงานได้ดีขึ้น กลับไปทำหน้าที่เดิมตามปกติและช่วยทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น รวมทั้งจะเป็นผลประโยชน์อย่างมหาศาลทั้งทางด้านกายภาพและจิตใจแก่ผู้ป่วยเอง”^{5,6} นอกจากนี้สมาคมแพทย์ของอเมริกายังให้คำแนะนำให้แพทย์ทั่วประเทศให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยให้กลับไปทำงานโดยเร็วที่สุดตามสภาพความแข็งแรงและความปลอดภัยของร่างกายโดยการประเมินของแพทย์^{7,8}



ภาพที่ 7.2 จำนวนวันที่หยุดเทียบกับสัดส่วนของผู้ป่วยที่สามารถกลับเข้าทำงานได้
(แกน X แสดงถึงจำนวนวันที่หยุดงาน แกน Y แสดงถึงสัดส่วนที่สามารถกลับเข้าทำงานได้)⁹

* โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี



จากภาพที่ 7.1 และภาพที่ 7.2 โดย The Australian Faculty of Occupational & Environmental Medicine: AFOE จะเห็นว่าโอกาสที่จะกลับเข้าทำงานเดิมมีเพียงร้อยละ 50 ถ้าหยุดงานเกิน 45 วัน

สมาคมแพทยอาชีวเวชศาสตร์ออสเตรเลียได้รายงานเกี่ยวกับการหายของแรงงานที่บาดเจ็บ พบว่า ในคนงานที่บาดเจ็บและได้รับเงินชดเชย จะมีการหายช้ากว่าคนที่บาดเจ็บอย่างเดียวกันแต่ไม่ได้รับเงินชดเชย ซึ่งในคนที่ได้รับเงินชดเชย จำเป็นจะต้องหยุดงาน มีการสรุปว่าน่าจะมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหาย และการหยุดงานก็เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้สุขภาพไม่ดีหรือการหายช้าลง¹⁰ มีการทบทวนงานวิจัยทางระบาดวิทยาว่า 46 ชิ้น พบว่า การไม่มีงานทำให้ความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับสุขภาพที่ไม่ดี⁷ โดยเฉพาะในคนงานที่ตกงานเพราะถูกให้ออกจะมีการเจ็บป่วยมากขึ้น โรคเรื้อรังที่เป็นอยู่รักษายากขึ้น มีอัตราการกลับเข้าโรงพยาบาลมากขึ้น เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า การไม่มีงานทำถือเป็นพยาธิสภาพซึ่งเพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและตาย รวมทั้งยังลดสมรรถภาพทางกายและจิต โดยสิ่งที่เน้นมากเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดจากการหยุดงานนาน คือ สุขภาพจิต¹¹ และโรคหัวใจและหลอดเลือด มีการศึกษาใหญ่ๆ สามชิ้นจากประเทศแถบสแกนดิเนเวีย พบว่า อัตราตายของคนที่ไม่มีการทำงานมี relative risk of mortality เท่ากับ 1.98 ในผู้หญิง และ 1.43 ในผู้ชาย จากการติดตามเพศหญิง 9,500 คน และเพศชาย 11,132 คน โดยควบคุมปัจจัยทางด้านสังคม พฤติกรรม งาน และภาวะสุขภาพอื่นๆ⁴ การศึกษาผลเกี่ยวกับการหยุดงานหรือลาออกก่อนเวลา โดยใช้ข้อมูลประชากรชาวสวีเดนซึ่งเกิดระหว่างปี 1926-1936 ซึ่งมาประเมินในปี 1986-1996 พบว่า คนที่ยังทำงานต่อมีอัตราตายต่ำที่สุด พวกที่ลาออกเนื่องจากปัญหาสุขภาพหรือบาดเจ็บมีอัตราตายสูงสุด ในคนที่มีความดีซึ่งลาออกก่อนเกษียณมีอัตราตายอยู่กึ่งกลางระหว่างสองกลุ่มแรก ซึ่งตรงกับผลการศึกษาที่พบว่า การว่างงานมีผลเสียต่อสุขภาพ¹² นอกจากนี้ยังมีการศึกษาโดยการติดตามชาวสวีเดน 30,000 คน ติดตาม 10-17 ปี และสรุปว่าการไม่มีงานทำจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 50⁶ พอจะสรุปจากหลักฐานต่างๆ เหล่านี้ได้ว่าการไม่มีงานทำเป็นสิ่งที่คุกคามต่อผู้ป่วยทางกายภาพ จิตใจ และสังคม ดังนั้นแพทย์จึงควรทำให้ผู้ป่วยกลับไปทำงานโดยเร็วที่สุด

โรคปวดหลังในคนวัยทำงาน

อาการปวดหลังในคนวัยทำงานยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและสูญเสียผลผลิตในที่ทำงาน นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นจำนวนมาก ทั้งในด้านค่ารักษาพยาบาล ภาระที่ต้องมีคนดูแลและอื่นๆ ซึ่งตัวอย่างของความสูญเสีย financial burden จากการรายงานของประเทศสหรัฐอเมริกาเฉพาะค่ารักษาพยาบาลในปี 1998 มีมูลค่าสูงถึง 9 หมื่นล้านเหรียญสหรัฐ อย่างไรก็ตามการดำเนินการตั้งแต่เริ่มต้นโดยใช้หลักการยศาสตร์แก่ผู้ร่วมในการดูแลการกลับคืนสู่การทำงาน (RTW) เป็นสิ่งที่ได้โดยเฉพาะโรคปวดหลัง ในการลดความพิการและสูญเสียสมรรถภาพ เนื้อหาในบทนี้จะเน้นหลักการและองค์ความรู้เบื้องต้นสำหรับแพทยอาชีวเวชศาสตร์ในการดูแลประเมินผู้ป่วยกลับเข้าทำงานจากอาการปวดหลังส่วนล่างที่ไม่จำเพาะเจาะจง (nonspecific low back pain) โดยส่งเสริมแนวความคิดการดำเนินการให้ผู้ป่วยกลับเข้าทำงานอย่างรวดเร็ว (early return to work) และป้องกันการสูญเสียความสามารถในเรื่องการทำงานระยะยาว (prolonged disability prevention)

ระบาดวิทยา (Epidemiology)

อาการของโรคกล้ามเนื้อและกระดูกจัดเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยที่สุดของคนทำงาน จากสถิติของสถาบันอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า มีประชากรโลกมากกว่า 1 ล้านคน กำลังมีปัญหาด้านกล้ามเนื้อและกระดูก ในประเทศไทยจากรายงานของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ในปี 2546-2552 พบว่า ประชากรไทยมีอาการของโรคกล้ามเนื้อและกระดูกเฉลี่ยปีละ 1,898 คน หรือเป็นอุบัติการณ์เท่ากับ 3.16 ต่อ 100,000 ประชากร และยังเป็นโรคจากการทำงานที่พบเป็นอันดับหนึ่งด้วย

ข้อมูลผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้มาจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากสถานพยาบาลว่าเจ็บป่วยด้วยโรคตามรหัส ICD-10TM เป็น M00-M99 (โรคของระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน) และ G56.0 (กลุ่มอาการเส้นประสาทมีเดียนถูกกดทับที่ช่องกระดูกข้อมือ (carpal tunnel syndrome) ที่มีการลงทะเบียน Y96 (ภาวะที่เกี่ยวกับการทำงาน) ร่วมด้วย โดยข้อมูลดังกล่าวไม่รวมพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร ในปี 2558 พบว่า ผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อเฉพาะรายที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำงาน (Y96) จำนวน 72,486 คน คิดเป็นอัตราป่วยต่อ 100,000 ประชากร เท่ากับ 121.93 กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 15-59 ปี จำนวน 53,135 คน คิดเป็นร้อยละ 73.30 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 18,858 คน คิดเป็นร้อยละ 26.02 กลุ่มอาชีพที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ กลุ่มอาชีพเกษตรกรผู้ปลูกพืชผักและพืชไร่ จำนวน 33,615 คน คิดเป็นร้อยละ 46.37 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอาชีพรับจ้างทั่วไป



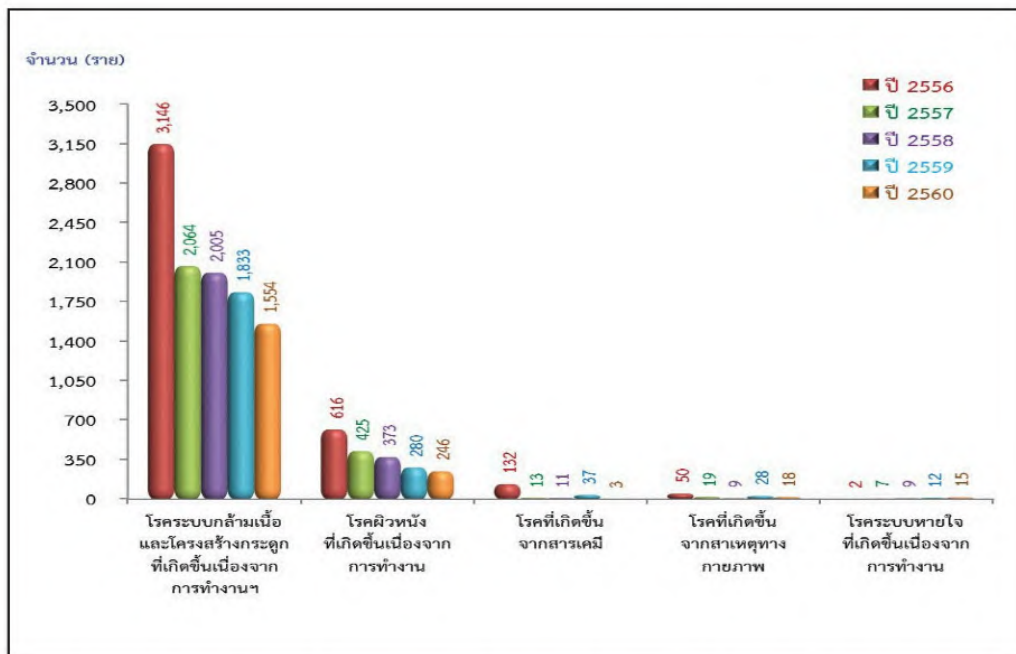
จำนวน 7,771 คน และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านการปลูกพืช ร่วมกับการเลี้ยงสัตว์เพื่อการดำรงชีพ จำนวน 5,962 คน คิดเป็นร้อยละ 10.72 และ 8.23 ตามลำดับ^{13,14}

เครื่องชี้วัดภาระโรค (Burden of Disease)

ปัจจุบันเครื่องชี้วัดภาระโรค (burden of disease) ในการเปรียบเทียบระบบการดูแลสุขภาพโดยในกลุ่มโรคจากการทำงาน มีการจัดทำเปรียบเทียบความเสี่ยงในอาชีพและการสัมผัสกับโรคจากการทำงานที่เกิด โดย WHO ใช้รูปแบบ comparative risk assessment methodology ซึ่งใช้ข้อมูล relative risk วัดสัดส่วนของประชากรที่สัมผัสกับความเสี่ยงเพื่อประมาณ attributable fractions การตายและความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยทั้งประเทศ (Disability Adjusted Life Years : DALYs) ในปี 2000 พบปัจจัยเสี่ยงจากงานที่เลือกมาร้อยละ 37 เป็นสาเหตุของโรคปอดหลังทั่วโลก ร้อยละ 16 เป็นสาเหตุของโรคหืดทั่วโลก ร้อยละ 13 เป็นสาเหตุของโรคถุงลมโป่งพองทั่วโลก ร้อยละ 11 เป็นสาเหตุของโรคหอบหืดทั่วโลก ร้อยละ 8 เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บทั่วโลก ร้อยละ 9 เป็นสาเหตุของการเป็นโรคมะเร็งปอดทั่วโลก ร้อยละ 2 โดยจำนวนการเป็นโรคที่เกิดจากการทำงานนี้ทำให้มีการสูญเสียชีวิต 850,000 รายทั่วโลก และมีการสูญเสียชีวิตที่มีความสุขรวม 24 ล้านปี¹⁵

สำหรับการประเมินว่าร้อยละ 37 ของอาการปอดหลังทั่วโลกเกิดจากปัจจัยเสี่ยงในการทำงาน¹⁶ (attributable to occupational risk factors) โดยสัดส่วนจะแตกต่างกันไปตามแต่ละประเทศ ร้อยละ 21-41 ความแตกต่างในแต่ละภูมิภาคเกิดจากความร่วมมือของคนงานในการรายงาน และสัดส่วนของอาชีพโดยเฉพาะชาวนาในแต่ละประเทศ attributable risk fraction จะสูงในผู้ชาย จากการที่ผู้ชายต้องทำงานออกแรงยกของหนัก หรือทำงานที่มีความสั่นสะเทือนต่อร่างกายมาก โรคปอดหลังไม่ได้ทำให้เกิดการตายก่อนวัยอันควร แต่ทำให้เกิดความพิการอัมพาตและมีผลต่อสังคมและเศรษฐกิจตามมามาก คาดว่าทำให้เกิด 818,000 DALYs loss ทุกปี

ในประเทศไทยมีงานวิจัยด้านนี้น้อย และการค้นสถิติไม่มีการแยกโรคปอดหลังจากการทำงานชัดเจน รายละเอียดดังภาพที่ 7.3 แสดงสถิติจากกองทุนเงินทดแทน¹⁷ ซึ่งแสดงถึงโรคของกระดูกและกล้ามเนื้อ



ภาพที่ 7.3 โรคที่เกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานเนื่องจากการทำงาน สูงสุด 5 อันดับแรกปี 2556-2560



อย่างไรก็ตามมีงานวิจัย พบกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก¹⁸ (Musculoskeletal Disorder: MSD) โดยเฉพาะโรคปวดหลังเป็นปัญหาสุขภาพที่พบสูงเป็นลำดับต้นๆ ของปัญหาสุขภาพในผู้ประกอบอาชีพ โดยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลย้อนหลังในปี 2557 จากโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป มีการคำนวณการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) โดยปรับค่าจำนวนผู้ป่วยด้วยสัดส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้มารับบริการ ณ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผลการศึกษา พบว่า มีโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 34 แห่ง ใน 29 จังหวัด โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.65) ไม่ได้ลงรหัสสาเหตุภายนอกที่บ่งภาวะปวดหลังที่เกี่ยวข้องจากการทำงาน พบโรคปวดหลังทุกชนิด (ICD-10 M40-M54.9) 52 ราย ต่อผู้ประกอบอาชีพ 1,000 คน (ประมาณร้อยละ 5.00 ของผู้ประกอบอาชีพ) และสัดส่วนของโรคปวดหลังส่วนล่าง (ICD-10 M54.5) ต่อโรคปวดหลังทุกชนิดเท่ากับร้อยละ 33.29 อัตราอุบัติการณ์โรคปวดหลังทุกชนิดสูงสุดพบในกลุ่มอาชีพรับจ้างทั่วไป ช่าง ลูกจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม พนักงานเอกชน รองลงมา คือ กลุ่มทำงานภาคเกษตรกรรม และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ช่วงอายุที่พบมาก คือ 45-54 ปี รองลงมาช่วงอายุ 55-64 ปี สำหรับ DALYs ของโรคปวดหลัง ในจังหวัดที่ศึกษาทั้งหมดเพศชายมีค่า 1,111.64 DALYs และเพศหญิงมีค่า 1,682.60 DALYs เมื่อเทียบต่อแสนผู้ประกอบอาชีพ พบมีค่า 13.41 DALYs และ 24.13 DALYs ในเพศชายและเพศหญิงตามลำดับ

นอกจากนี้พบว่าอุบัติเหตุดังกล่าวจากการทำงานยังมีอุบัติการณ์มากกว่าโรคจากการทำงานและมียังเงินรักษาพยาบาลเป็นอันดับต้นๆ จากการศึกษาเกี่ยวกับโรคและอุบัติเหตุดังกล่าวจากการทำงานและ burden of disease ซึ่งเป็นการวิจัยจากกลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายมากกว่า 50,000 บาท ที่ส่งเข้าให้คณะกรรมการแพทย์กองทุนเงินทดแทนพิจารณา พบว่า กลุ่มบาดเจ็บจากอุบัติเหตุด้วยเหตุอาชีพ มีวงเงินการรักษาพยาบาลเฉลี่ยสูงสุดโดยพบอุบัติเหตุดังกล่าวจากการเดินทางบ้อยที่สุดมีอุบัติการณ์ร้อยละ 11.4 และใช้เงินค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 20.3 โดยอุบัติเหตุไฟช็อต หรือมีแผลไฟไหม้ลวกผิวหนังร่วมด้วย แม้พบไม่บ่อยแต่มีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อรายสูงสุด คือ 350,000 บาท อย่างไรก็ตามอุบัติเหตุดังกล่าวจากการทำงานจะมีค่ารักษาโดยตรงไม่มาก แต่ค่าใช้จ่ายที่มองไม่เห็นจะมีสูงกว่า โดยจากการศึกษาผู้ที่ต้องเบิกจ่ายสูงกว่า 50,000 บาท พบว่า มีโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่ใช้จ่ายสูงเป็นอันดับที่ 6 โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 73,636 บาทต่อราย ทั้งนี้ยังมีอีกเป็นจำนวนมากซึ่งไม่ได้นำมาคิด ซึ่งไม่ผ่านมาระบบที่ทำวิจัยนี้เนื่องจากค่าใช้จ่ายไม่เกิน 50,000 บาท^{19,20}

กิจกรรมเพื่อการแก้ไขปัญหาและความคุ้มค่าของกิจกรรม (Cost Effectiveness and Interventions)

การจัดการผู้ป่วยโรคปวดหลังจากการทำงานมีวิธีการหลายอย่าง เช่น การออกแบบกระบวนการงานใหม่เพื่อป้องกันการเกิดโรค การให้ความรู้แก่คนทำงานเพื่อป้องกันโรค การออกกำลังกายเพื่อให้กล้ามเนื้อและกระดูกแข็งแรง การตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองอาการของกล้ามเนื้อและกระดูก การค้นหาโรคตั้งแต่เริ่มต้น การจัดการเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย และการทำการกลับเข้าทำงานในผู้ป่วย เมื่อเกิดโรคขึ้น ซึ่งมีค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ดังนี้

1. ค่าใช้จ่ายที่เห็นได้ชัด (direct cost) คือ

- 1.1 ค่ารักษา โดยการให้ยาหรือให้นอนโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังต้องเสียค่าตรวจพิเศษ เช่น MRI เป็นต้น
- 1.2 ค่าฟื้นฟู เมื่อต้องทำกายภาพบำบัด
- 1.3 รายได้ของผู้ป่วยที่ต้องลดลง

2. ค่าใช้จ่ายที่มองไม่เห็น (indirect cost) คือ

2.1 ราคาของการหยุดงาน โดยนายจ้างต้องจ่ายค่าจ้างเต็มเวลา หรือเป็นเงินร้อยละ 70 ของค่าจ้าง โดยลูกจ้างไม่ได้ทำงานให้เกิดประโยชน์

2.2 ค่าใช้จ่ายสำหรับคนที่ต้องมาทำงานแทน

2.3 ค่าเสียโอกาส เมื่อมีการพัฒนาหรือการให้ความรู้แก่แผนกที่ผู้ป่วยทำงานอยู่

จะเห็นว่าการหยุดงานจากการปวดหลังจะมีค่าใช้จ่ายทั้งที่มองเห็นได้และที่แอบแฝงอยู่ มีการศึกษา พบว่า การป้องกันด้วยวิธีการต่างๆ จะคุ้มค่ากว่ารอให้เป็นแล้วรักษา²¹ อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยมาหาด้วยอาการปวดหลังการทำ return to work จะคุ้มค่าที่สุด โดยไม่ต้องใช้เครื่องมือใดๆ มากกว่าการปฏิบัติงานตามปกติ และจะทำให้ผู้ป่วยกลับไปทำงานได้เร็วขึ้น เกิดคุณค่ากับตัวผู้ป่วยและเจ้าของสถานประกอบการมากขึ้น



คุณภาพการบริการ (Quality of Care)

เดิมการดูแลรักษาผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังอยู่แล้ว การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปวดหลังหลังจากการทำงานยิ่งยากกว่า^{21,22} โดยปัจจัยที่ทำให้ปวดหลังไม่ได้ถูกสำรวจ ทำให้ผู้ป่วยโรคปวดหลังกลับมาเป็นซ้ำอีก เกิดจากแพทย์ไม่ทราบเรื่องหรือความหมายของสิ่งแวดล้อมในการทำงาน กระบวนการทำงาน ซึ่งต้องซักประวัติอย่างละเอียด สิ่งเหล่านี้ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคปวดหลังไม่ดีพอ

การทำ return to work ในผู้ป่วยโรคปวดหลังหลังจากการทำงานจะทำให้ผู้ป่วยกลับไปทำงานได้เร็วขึ้น และไม่กลับมาป่วยอีก ถ้ามีการจัดการกระบวนการทำงานที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการมาหาด้วย

ระบบการทำ return to work ในผู้ป่วยโรคปวดหลัง

อาการปวดหลัง หมายถึง อาการปวดที่เกิดขึ้นในบริเวณหลังตั้งแต่ระดับคอลงไปจนถึงก้นกบ โดยส่วนใหญ่มักเกิดอาการปวดหลังขึ้นในบริเวณหลังส่วนล่างครอบคลุมพื้นที่ตั้งแต่บั้นเอวจนถึงก้นกบ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างส่วนใหญ่มีกาการทุเลาลงใน 4-6 สัปดาห์ ประมาณเปอร์เซ็นต์จะฟื้นตัวดีขึ้นร้อยละ 80-90 ภายในสามเดือน โดยไม่คำนึงถึงรูปแบบการรักษา อย่างไรก็ตาม พบว่า ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่กลายเป็นโรคปวดหลังเรื้อรัง นอกจากนี้ยังมีผลงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าหลังจากอาการปวดหลังส่วนล่างดีขึ้นมีร้อยละ 20-44 ของผู้ป่วยมีากการกำเริบภายในหนึ่งปีและถึงร้อยละ 85 มีการกลับเป็นซ้ำในตลอดช่วงชีวิตของพวกเขา อาจส่งผลกระทบต่อการสูญเสียความสามารถในการทำงาน อีกทั้งไม่สามารถกลับเข้าทำงานเดิมได้ ต้องปรับเปลี่ยนงานหรือแม้ต้องออกจากงานเดิม ซึ่งมีหลักฐานสนับสนุนในประเด็นนี้ แบบ strong evidence ว่าถ้าคนงานที่ขาดการทำงานไปเป็นเวลา 4-12 สัปดาห์ เขาเหล่านั้นจะมีโอกาสได้ถึงร้อยละ 40 ที่จะขาดงานเนื่องจากอาการปวดหลังอีกในปีต่อมาและเป็นเรื่องที่แทบเป็นไปไม่ได้เลยที่คนงานที่ขาดงานไปถึงสองปีจะกลับมาทำงานอีกครั้ง การดูแลรักษาโรคปวดหลังจากการทำงานมีแนวทาง ดังนี้

1. การรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางด้วยยา การผ่าตัดและการทำกายภาพบำบัด
2. ปรีกษาแพทย์อาชีวเวชศาสตร์เพื่อทำการประเมิน^{23,24}

หลังจากที่ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างได้รับการรักษา หรือระหว่างการรักษากรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง จะมีการส่งต่อมาพบแพทย์อาชีวเวชศาสตร์เพื่อประเมินความพร้อมก่อนกลับเข้าทำงาน ซึ่งมีคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพการทำงานตามนิยามเดิมของ International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) ขององค์การอนามัยโลก ที่ควรทำความเข้าใจ คือ การสูญเสียความสามารถ (disability) การสูญเสียสมรรถภาพ (impairment) และภาวะความมีมด้อย (handicap) นอกจากนี้ International Classification of Functioning, Disability and Health (ICIDH) ฉบับปี 2001 ขององค์การอนามัยโลก²⁵ ที่ได้รับการยอมรับและถูกนำมาใช้อ้างอิงอย่างกว้างขวางจนถึงปัจจุบัน ยังได้กำหนดคำว่าการทำงานที่ หรือ functioning เพิ่มขึ้นมาซึ่งพอสรุปเพื่อความเข้าใจที่ง่ายขึ้นได้ กล่าวคือ

2.1 การสูญเสียสมรรถภาพ (impairment) เป็นการพิจารณาเฉพาะผลเสียที่เกิดขึ้นกับร่างกายของผู้ป่วยโดยตรง เช่น กระดูกหลังคดมาก การสูญเสียดวงตา หรือภาวะเส้นประสาทที่แขนถูกตัดทำให้กระดูกข้อมือไม่ได้ เป็นต้น

2.2 การสูญเสียความสามารถ (disability) นิยามเดิมของ International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) เป็นการพิจารณาเฉพาะผลการสูญเสียสมรรถภาพ ของคนคนนั้นเทียบกับงานที่เขาทำ อาจเกิดขึ้นเป็นการชั่วคราวหรือถาวรก็ได้ เช่น หลังผ่าตัดหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทอาจมีภาวะการสูญเสียความสามารถ ต่อการยกของหนักชั่วคราวเนื่องจากแผลยังไม่หายดี เมื่อแผลหายดีแล้วภาวะ disability ต่อการทำงานยกของหนักนั้นก็หายไป หรืออาจยังมีอาการปวดหลังเหลือที่เป็นข้อจำกัดในการยกของหนักต่อไป นิยามใหม่ปัจจุบันของคำว่า disability ตาม International Classification of Functioning, Disability and Health (ICIDH) ฉบับปี 2001 ได้มีการขยายให้กว้างขึ้นคือ มองครอบคลุมสิ่งแวดล้อมรอบตัวของผู้ป่วยหรือคนทำงานผู้นั้นทั้งหมด

2.3 ภาวะความเสียเปรียบ (handicap) เป็นการพิจารณาเฉพาะผลการสูญเสียสมรรถภาพ ของคนคนนั้นต่อสังคมรอบตัวทำให้เกิดความเสียเปรียบ และด้วยโอกาสในทางสังคม เช่น ปวดหลังเรื้อรังทำให้ต้องออกจากงานหรือขาดโอกาสในการทำงานที่ดีๆ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม International Classification of Functioning, Disability and Health (ICIDH) ฉบับปีล่าสุดขององค์การอนามัยโลกยกเลิกการใช้คำว่า handicap ไปเนื่องจากครอบคลุมความหมายเดิมของคำว่า handicap ไปแล้วในนิยามใหม่ของคำว่า disability

2.4 การทำหน้าที่ (functioning) เป็นการพิจารณาการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด ทั้งการทำหน้าที่ของระบบอวัยวะหรือส่วนต่างๆ ของร่างกาย (body function) การทำหน้าที่ของกรทำกิจกรรมต่างๆ (activity) หรือการดำเนินการบางอย่างให้สำเร็จและการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของสังคม (participation)



7-6 การประเมินเพื่อการกลับเข้าทำงานสำหรับผู้ป่วยโรคปวดหลังเฉียบพลันตามแนวทางเวชศาสตร์

การเข้าใจในความหมายของคำว่า functioning และ disability ตามนิยามของ International Classification of Functioning, Disability and Health (ICDH) นี้ จะมีส่วนสำคัญในการใช้ประเมินผู้ป่วยเพื่อกลับเข้าทำงานโดยแพทย์ในลำดับต่อไป

3. แพทย์อาชีวเวชศาสตร์จะมีการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง เพื่อทำการประเมินระยะเวลาที่เหมาะสมในการกลับเข้าทำงานโดยพิจารณาในด้านความเสี่ยง (risk) ความสามารถสูงสุด (capacity) และความทน (tolerance) ตามลำดับดังนี้

3.1 ความเสี่ยง (risk) โดยพิจารณาว่าอาการปวดหลังที่รักษาดีแล้วและไม่มีข้อจำกัด ถ้าให้คนงานกลับไปทำงานจะเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นได้หรือไม่ ถ้ามี risk สูง ยอมรับไม่ได้ แพทย์ควรแนะนำ ดัดเว้นการทำงาน (work restriction) คือ แพทย์ไม่อนุญาตให้ไปทำงานที่ต้องปฏิบัติ

3.2 ความสามารถสูงสุด (capacity) เป็นลำดับต่อมาในการพิจารณา เป็นการเปรียบเทียบความสามารถกับ work demand ของงานที่ทำ ซึ่งการมี capacity เพียงพอ แสดงว่าสามารถกลับไปทำงานในตำแหน่งหน้าที่เดิมได้ แต่ถ้าความสามารถน้อยกว่า work demand จะเสี่ยงต่อผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงาน และอาจทำให้เกิดความเสียหายในงาน

3.3 ข้อจำกัดในการทำงาน (work limitation) ต้องทำการวิเคราะห์งานและปรับลด work demand ของงานเดิม หรือเปลี่ยนหน้าที่การทำงานที่ไม่มีข้อจำกัดในการทำงาน

3.4 ความทนของผู้ป่วย (tolerance) หรือสภาวะด้านสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการประเมินและมีความสำคัญที่ผู้ป่วยมีการประเมินว่ามี capacity เพียงพอต่อ work demand แต่ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการจัดการต่อเนื่องเพื่อให้กลับเข้าทำงานได้

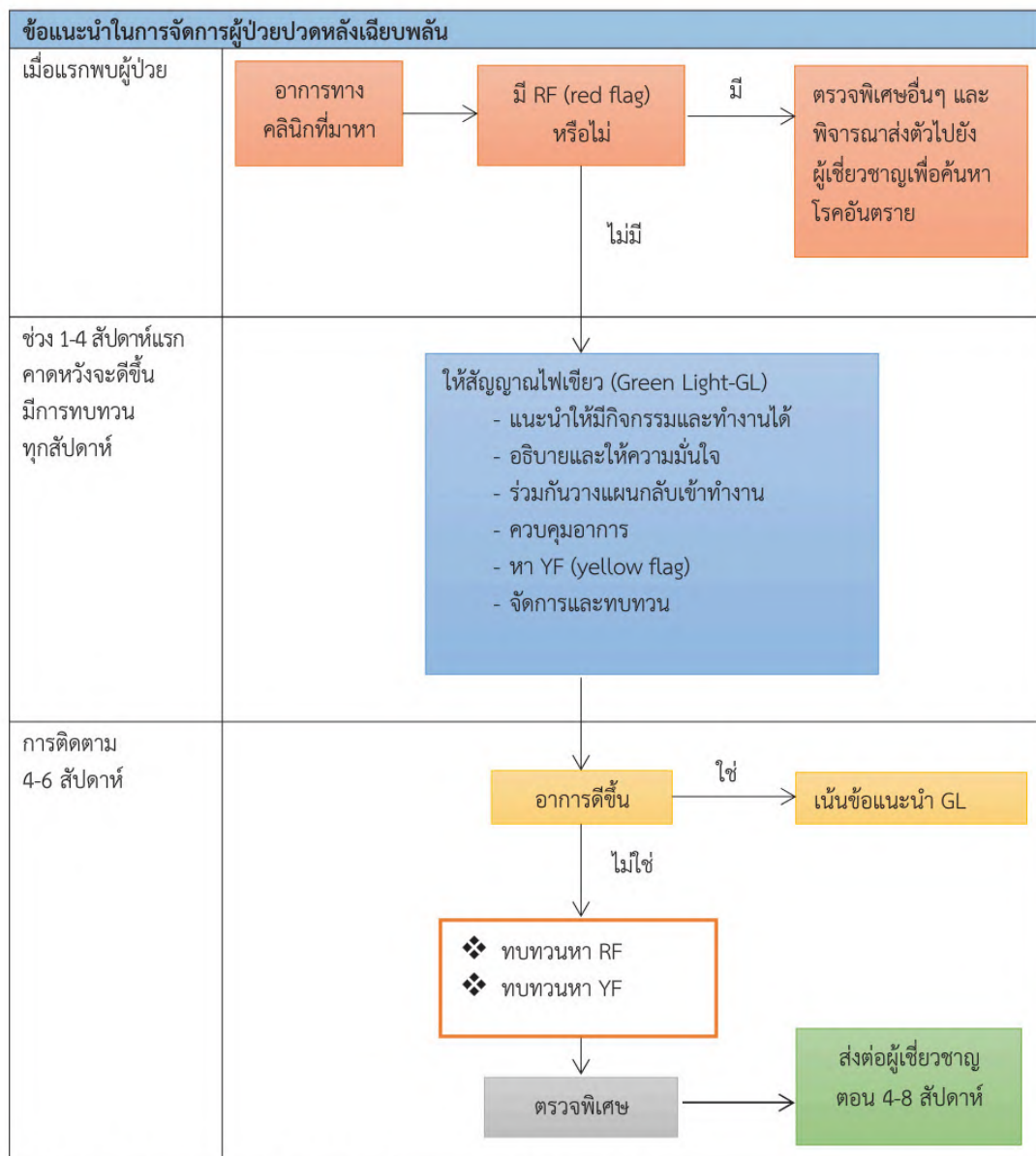
ปัญหาสำคัญสำหรับแพทย์ผู้ประเมินผู้ป่วยมีอาการปวดหลังส่วนล่าง คือ ระยะเวลาที่เหมาะสมในการกลับเข้าทำงานจากการหยุดงาน ซึ่งขึ้นกับลักษณะการบาดเจ็บและลักษณะงาน รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น สภาพจิตใจ บุคลิกภาพ ภาระหนี้สิน ความเจ็บป่วยร่วม ที่ส่งผลต่อระยะเวลาการกลับเข้าทำงานที่แตกต่างกัน การกำหนด “ระยะเวลาที่เหมาะสม” จึงเป็นการใช้หลักการทางสถิติมากำหนดเป็นแนวทาง^{22,26} รายละเอียดตามตารางที่ 7.1

ตารางที่ 7.1 ระยะเวลาที่เหมาะสมในการกลับเข้าทำงานจากการหยุดงานของผู้ป่วยมีอาการปวดหลังส่วนล่าง

DIAGNOSIS	DURATION (DAYS)
Lumbago	7
Sciatica	8
Backache, unspecified	10
Spondylosis of unspecified site	12
Other unspecified back disorders	14
Degeneration of lumbar intervertebral disk	19
Lumbosacral neuritis or radiculitis	20
Intervertebral disk disorders	33
Displacement of lumbar intervertebral disk without myelopathy	44

การจัดการผู้ป่วยเพื่อกลับเข้าทำงานเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเน้นให้ผู้ป่วยกลุ่มวัยทำงานสามารถกลับเข้าทำงานได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย เพื่อคงความสามารถในการทำงานและไม่กระทบต่อคุณภาพของผลผลิต ซึ่งกลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมจะมีการจัดทำแนวทางการกลับเข้าทำงานในกลุ่มโรคจากการทำงานที่สำคัญต่อไป เพื่อดูแลกลุ่มวัยทำงานที่ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค รายละเอียดตามภาพที่ 7.4



ภาพที่ 7.4 การทำการกลับเข้าทำงานในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเฉียบพลัน^{27,28}

สัญญาณไฟแดง (red flag) หมายถึง มีอาการหรืออาการแสดงของโรคร้ายแรงที่ต้องการการรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทาง อาการของ red flag ได้แก่

- การตรวจพบ cauda equina syndrome
- อาการปวดเลวลงอย่างรุนแรง โดยเฉพาะเวลากลางคืนขณะเอนตัวนอน
- มีอุบัติเหตุอย่างรุนแรง
- น้ำหนักตัวลด มีประวัติโรคมะเร็ง มีไข้
- ผู้ป่วยอายุมากกว่า 50 ปี
- การมีอุบัติเหตุที่รุนแรง
- การใช้ยาเข้าเส้น
- การใช้สเตียรอยด์



- ผู้ป่วยที่เข้าหรือแอลกอฮอล์
- เป็นผู้ป่วยที่มีโรคเกี่ยวกับภูมิคุ้มกัน
- มีอาการขาอ่อนแรง ปัสสาวะลำบาก
- มีอาการปวดขณะอยู่เฉยๆ
- อาการทางระบบประสาทลดลงเรื่อยๆ

สัญญาณไฟเขียว (green light) หมายถึง ไม่มี RF โดยยึดหลักว่าจะให้ผู้ป่วยหยุดพักให้อยู่เฉยๆ น้อยที่สุด และให้กลับเข้ามาทำงานเลย โดยเริ่มจากงานเบาๆ ก่อน

- การให้คำแนะนำผู้ป่วยไม่ต้องหยุดการเคลื่อนไหวและมีกิจกรรมเหมือนปกติ
- อธิบายและให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยมากกว่าพยายามให้การวินิจฉัย
- ควบคุมอาการปวดด้วยยาแก้ปวดธรรมดาหรือการบีบนิ้ว จัดกระดูกถ้าจำเป็น
- ส่งเสริมให้ทำงานเหมือนเดิม หรือให้กลับไปทำงานโดยเร็ว และอาจจะต้องปรับงานถ้าจำเป็น
- ให้การจัดการอย่างต่อเนื่องและทบทวนผลสม่ำเสมอ

สัญญาณไฟเหลือง (yellow flag) หมายถึง เมื่อรักษาไปแล้วระยะหนึ่งอาการไม่ดีขึ้นหรือค้นหาโรคที่ร้ายแรงแล้ว ไม่พบแต่รักษาแล้วไม่ดีขึ้น อาจมีปัญหาด้านจิตใจ (psychosocial barrier)²⁹ ตัวอย่าง YF ได้แก่

- ความเชื่อว่าอาการปวดและกิจกรรมจะทำให้เกิดอันตราย
- พฤติกรรมอยากเจ็บป่วย (sickness behaviors) คืออยากพักผ่อนนานๆ
- มีสภาวะทางอารมณ์เป็นลบหรือต่ำ มีการปลีกตัวจากสังคม
- การรักษาไม่เป็นไปตามแนวทางที่ดีที่สุด
- มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลมและการชดเชย
- มีประวัติปวดหลัง พักงาน การเคลมอื่นๆ
- มีปัญหาในที่ทำงาน ไม่พอใจในงาน
- งานหนัก ไม่มีเวลาสังคม
- ครอบครัวปกป้องมากเกินไป หรือขาดการสนับสนุน

จำนวนแพทย์ที่ทำงานด้านเวชศาสตร์ในประเทศไทย แพทย์ที่ทำงานด้านเวชศาสตร์ในประเทศไทย

มี 4 ประเภท

1. แพทย์ที่จบการฝึกอบรมและสอบเป็นวุฒิบัตรเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ป้องกันแขนงเวชศาสตร์
2. แพทย์ที่สอบอนุมัติบัตรเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ป้องกันแขนงเวชศาสตร์
3. แพทย์ที่จบการอบรมความรู้พื้นฐานด้านเวชศาสตร์ 2 เดือน
4. แพทย์ที่ไม่จบการฝึกอบรมด้านใด และมาทำงานด้านเวชศาสตร์

การฝึกอบรมแพทย์เพื่อทำงานด้านเวชศาสตร์ในประเทศไทย มีดังนี้

1. การฝึกอบรมความรู้เบื้องต้นด้านเวชศาสตร์ 2 เดือน การฝึกอบรมนี้เป็นความร่วมมือระหว่าง สมาคมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย ร่วมกับกรมการแพทย์ ในการสร้างและพัฒนาหลักสูตร โดยมีสถานที่ฝึกอบรมหลัก คือ

- 1.1 โรงพยาบาลพรตราชธานี กรมการแพทย์ ปัจจุบันมีการฝึกอบรมไปทั้งหมด 29 รุ่น โดยเป็นหลักสูตร ที่ผลิตแพทย์ 2 เดือนนี้มากที่สุด แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ที่จะสอบอนุมัติบัตรจะต้องผ่านการอบรมที่โรงพยาบาลพรตราชธานี
- 1.2 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
- 1.3 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดหาดใหญ่ โดยจัดอบรมเป็นแบบ telemedicine
- 1.4 โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่

โดยแพทย์ที่จบออกมาจะสามารถตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการ ตรวจสุขภาพของลูกจ้างและสิ่งผลการตรวจแก่พนักงานตรวจแรงงาน ปี 2547



2. การฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ป้องกันแขนงอาชีวเวชศาสตร์

หลักสูตรแพทย์ประจำบ้านด้านอาชีวเวชศาสตร์ เป็นหลักสูตรเพื่อพัฒนาแพทย์ให้เป็นผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ป้องกันแขนงอาชีวเวชศาสตร์ ซึ่งได้รับการรับรองจากแพทยสภา³⁰ โดยอนุมัติให้จัดตั้งเมื่อปี 2539 และมีการสอบอนุมัติบัตรครั้งแรกเมื่อปี 2541 และมีการเปิดฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านครั้งแรกในปี 2542 โดยโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เริ่มมีการอบรมแพทย์ประจำบ้าน ในปี 2549 และจบรุ่นแรกเมื่อปี 2552 ซึ่งอยู่ในการกำกับของคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบเพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญ และอยู่ภายใต้สมาคมเวชศาสตร์ป้องกัน ปัจจุบันมีสถานที่ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน (resident) จำนวน 7 แห่งดังนี้

1. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง (4 ตำแหน่ง)
 2. โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี (4 ตำแหน่ง)
 3. คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ร่วมกับโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และโรงพยาบาลอุดรธานี (6 ตำแหน่ง)
 4. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (2 ตำแหน่ง)
 5. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (2 ตำแหน่ง)
 6. โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา (2 ตำแหน่ง)
 7. โรงพยาบาลชลบุรี (1 ตำแหน่ง)
- รวม ปี 2561 สามารถฝึกอบรมได้ปีละ 21 ตำแหน่ง

ตารางที่ 7.2 จำนวนแพทย์ตามประเภทต่อประชากรวัยทำงาน 100,000 คน ตามเขตสุขภาพ³¹

เขตสุขภาพ	แพทย์ วว.	แพทย์ อว.	ระยะสั้น 2 เดือน	ประชากรวัยทำงาน	รวมแพทย์ board	ถ้ามีแพทย์ 1 คน ต่อประชากรวัยทำงาน 100,000 คน ต้องมีแพทย์	สถานการณ์แพทย์ 1 คน ต่อประชากรวัยทำงาน 100,000 คน ตามความเป็นจริง	จำนวนประชากรต่อแพทย์ 1 คน
1	1	7	67	3,678,046	8	36.8	0.22	459,756
2	2	1	25	2,247,340	3	22.5	0.13	749,113
3	0	0	12	1,715,718	0	17.2	0.00	na
4	10	11	97	3,552,131	21	35.5	0.59	169,149
5	5	4	58	3,380,915	9	33.8	0.27	375,657
6	23	17	225	4,155,228	40	41.6	0.96	103,881
7	1	2	29	3,421,012	3	34.2	0.09	1,140,337
8	2	1	20	3,952,851	3	39.5	0.08	1,317,617
9	5	2	41	4,442,127	7	44.4	0.16	634,590
10	0	0	14	2,838,345	0	28.4	0.00	na
11	1	0	43	3,620,398	1	36.2	0.03	3,620,398
12	2	3	51	2,338,422	5	23.4	0.21	467,684
13	23	43	432	3,649,542	66	36.9	1.79	55,978
รวม	75	91	1,114	43,037,075	166	430.37	4.53	

จากข้อมูลตารางที่ 7.2 เห็นว่าจำนวนแพทย์ยังมีน้อยมาก มีแพทย์จบวุฒิบัตร 75 คน จบอนุมัติบัตรจำนวน 91 คน และจบการอบรมระยะสั้น 2 เดือน จำนวน 1,114 คน ในเขตสุขภาพบางเขตไม่มีแพทย์จบวุฒิบัตร หรืออนุมัติบัตรเลย เช่น เขตสุขภาพที่ 3 และเขตสุขภาพที่ 10 เมื่อเทียบแพทย์อนุมัติบัตรและวุฒิบัตรต่อประชากรวัยทำงาน 100,000 คน พบว่า มีแพทย์น้อยที่สุดคิดเป็น 0.00 และมากที่สุด 1.79 ซึ่งมีในเขตสุขภาพที่ 13 ทั้งนี้ ทุกเขตสุขภาพมีอัตราแพทย์ไม่ถึง 1 ต่อ 100,000 ประชากรวัยทำงาน เมื่อดูรายจังหวัด พบว่า

- จังหวัดที่ไม่มีแพทย์ที่ทำงานด้านอาชีวเวชศาสตร์กลุ่มใดๆ เลย มี 8 จังหวัด คือ จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดสุโขทัย จังหวัดนครนายก จังหวัดนครพนม จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดพังงา จังหวัดนราธิวาส และจังหวัดสตูล
- จังหวัดที่ไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวเวชศาสตร์ มี 49 จังหวัด คือ จังหวัดพะเยา จังหวัดแพร่ จังหวัดน่าน จังหวัดเพชรบูรณ์ จังหวัดสุโขทัย จังหวัดอุดรธานี จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดชัยนาท จังหวัดพิจิตร จังหวัด



อุทัยธานี จังหวัดลพบุรี จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดนครนายก จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดเพชรบุรี จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดจันทบุรี จังหวัดตราด จังหวัดสระแก้ว จังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดสกลนคร จังหวัดนครพนม จังหวัดหนองคาย จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดเลย จังหวัดบึงกาฬ จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดสุรินทร์ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดมุกดาหาร จังหวัดยโสธร จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดกระบี่ จังหวัดชุมพร จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดพังงา จังหวัดระนอง จังหวัดตรัง จังหวัดนราธิวาส จังหวัดปัตตานี จังหวัดพัทลุง จังหวัดยะลา และจังหวัดสตูล

ดังนั้น จะเห็นว่าแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ยังขาดอีกมาก ซึ่งถ้าให้ 1 จังหวัดมีแพทย์ 1 คน ก็ยังขาดอีกอย่างน้อย 49 คน และถ้าดูตามตารางที่ 7.2 ด้านบนจะเห็นว่ายังขาดอีกจำนวนมาก

สมาคมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทยซึ่งเปรียบเสมือนราชวิทยาลัยด้านอาชีวเวชศาสตร์ ได้จัดทำ competencies ของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (วุฒิบัตรและอนุมัติบัตร) และแพทย์ที่จบการอบรมพื้นฐานด้านอาชีวเวชศาสตร์ 2 เดือน³² ดังต่อไปนี้

1. ศักยภาพของแพทย์เฉพาะทางอาชีวเวชศาสตร์วุฒิบัตรและอนุมัติบัตรรับรองโดยแพทยสภา

1.1 medical emergency in workplace

1.1.1 วางแผน ออกแบบ และบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่อาจเกิดในที่ทำงาน ได้แก่ การจำแนกความรุนแรงของการบาดเจ็บและเจ็บป่วย (injury and illness classification) การออกแบบระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ภายในสถานประกอบการและชุมชน การใช้ข้อมูลทางด้านภูมิประเทศ ลมฟ้าอากาศ สิ่งคุกคามต่อสุขภาพ ทรัพยากรทางการแพทย์มาประกอบการวางแผนและประเมินความเสี่ยงที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพ ตลอดจนการให้คำแนะนำการจัดห้องปฐมพยาบาล ตลอดจนอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพที่จำเป็น

1.2 exposure assessment

1.2.1 มีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความปลอดภัย สุขาสูตรอุตสาหกรรม (industrial hygiene) อ่านและแปลผลการตรวจวัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้วยสุขาสูตรอุตสาหกรรม ตลอดจนการใช้เครื่องมืออื่นๆ ในการประเมินการสัมผัส เช่น ข้อมูลทางระบาดวิทยา (Job Exposure Matrix: JEM)

1.2.2 มีความเข้าใจด้านการควบคุมความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และสามารถสื่อสารให้เกิดการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้ปลอดภัย โดยสามารถทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่นๆ ที่เป็นวิชาชีพด้านความปลอดภัยในการทำงาน สุขาสูตรอุตสาหกรรม พยาบาล เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคล เป็นต้น

1.3 health and medical surveillance

1.3.1 วางแผน ออกแบบ และบริหารจัดการโครงการด้านสุขภาพอาชีวอนามัยภายในสถานประกอบการ สถานพยาบาลภาครัฐ ภาคเอกชน และภายในชุมชนรอบสถานประกอบการ การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพการทำงาน และจากสิ่งแวดล้อม

1.3.2 สามารถประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health Risk Assessment: HRA) โดยสามารถเลือกใช้รูปแบบการประเมิน HRA ได้อย่างเหมาะสมกับสิ่งคุกคามเนื่องจากมีหลายวิธี

1.3.3 ออกแบบและสามารถให้การประเมินความพร้อมทางสุขภาพของพนักงานได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

1.3.4 กำหนดเกณฑ์การเฝ้าระวังทางการแพทย์ (medical surveillance) ที่ถูกต้องและเหมาะสมกับภาวะสิ่งคุกคามต่อสุขภาพในที่ทำงาน ทั้งนี้ต้องสามารถเลือกใช้แนวทาง การเฝ้าระวังทางการแพทย์ (medical surveillance) ของต่างประเทศที่มีแนวทางกำหนดเป็นมาตรฐาน เช่น OSHA (US), HSE (UK), Australia, Singapore เป็นต้น

1.3.5 สามารถกำหนดมาตรฐาน ตรวจสอบและรับรองคุณภาพการให้บริการตรวจสุขภาพทางอาชีวอนามัย (การบริการอาชีวอนามัย) และบริการด้านสุขภาพอาชีวอนามัยอื่นๆ อย่างมืออาชีพ (professional)

1.3.6 รับรองผลการวิเคราะห์การแปลผลแบบเทียบข้อมูลพื้นฐานรายการกลุ่มทุกประเภท (NIOSH, OSHA, OSHA age correction, etc.)

1.3.7 รับรองผลการปรับเลือกข้อมูลพื้นฐานการตรวจสมรรถภาพการได้ยินตามมาตรฐานสากล

1.3.8 รับรองผลตรวจสุขภาพรายบุคคลและรายการกลุ่ม



1.3.9 วิเคราะห์และวิจัยผลตรวจสุขภาพ ข้อมูลทางสุขภาพอาชีวอนามัยและผลการตรวจวัดสภาพแวดล้อมการทำงานโดยอาศัย สถิติทางการแพทย์ ระบาดวิทยา พิษวิทยา อาชีวเวชศาสตร์ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม และหลักการด้านสุขภาพอาชีวอนามัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันสาเหตุของความผิดปกติทางสุขภาพนำไปสู่การป้องกัน

1.4 fitness for duty and return to work

1.4.1 กำหนดเกณฑ์การประเมินความสมบูรณ์พร้อมในการทำงานสำหรับแต่ละลักษณะการทำงาน

1.4.2 รับรองผลการประเมินความสมบูรณ์พร้อมในการทำงาน และการประเมินการสูญเสียอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน

1.4.3 รับรองผลการประเมินการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยหรือพนักงาน

1.5 diagnosis (work-related and occupational)

1.5.1 รับรองผลการสอบสวนโรคจากการทำงานและการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

1.5.2 วินิจฉัยโรคจากการทำงานด้วยหลักการวินิจฉัยที่เป็นสากล และอาศัยข้อมูลทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการสนับสนุนการวินิจฉัย

1.5.3 มีทักษะในการใช้เครื่องมือในการวินิจฉัยโรคเหตุอาชีพได้ในระดับดีถึงดีมาก เช่น questionnaire, spirometry, serial peak flow, skin prick test, patch tests, audiometry และการเลือก BEIs เป็นต้น

1.6 others

1.6.1 ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพอาชีวอนามัยด้วยข้อมูลวิชาการทางการแพทย์ที่เป็นปัจจุบัน ทั้งข้อมูลภายในประเทศและข้อมูลจากต่างประเทศ เป็นไปตามหลักจริยธรรมด้านอาชีวอนามัยและสอดคล้องกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

1.6.2 วิทยาการอบรมความรู้ด้านสุขภาพอาชีวอนามัย

1.6.3 สามารถอธิบายกลไกการเกิดพิษจากสารเคมีในสถานที่ทำงาน โดยอาศัยหลักการทางพิษวิทยา และให้คำแนะนำการวางระบบเฝ้าระวังสุขภาพ

1.6.4 มีความรู้เบื้องต้นและสามารถให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของพนักงาน เช่น ระบบระบายอากาศ บ่อบำบัดน้ำเสีย ระบบไฟฟ้า การตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการทำงาน การจัดทำแผนที่สถานการณ์ทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

1.6.5 กำกับดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์อบรมความรู้เบื้องต้นด้านอาชีวเวชศาสตร์ (สามารถใช้ประกอบการยื่นสอบอนุมัติบัตร)

1.6.6 ลักษณะงานทางอาชีวอนามัยที่กำหนดให้แพทย์อบรมความรู้เบื้องต้นด้านอาชีวเวชศาสตร์สามารถปฏิบัติได้

1.6.7 ปฏิบัติงานร่วมกับ ฝ่ายบุคคล เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย พยาบาลอาชีวอนามัย แพทย์อบรมความรู้เบื้องต้นด้านอาชีวเวชศาสตร์ แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ สถานประกอบการ หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน

1.6.8 ภาระงานอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพอาชีวอนามัย

1.6.9 มีคุณธรรมจริยธรรมในวิชาชีพ

2. ศักยภาพของแพทย์อบรมความรู้เบื้องต้นด้านอาชีวเวชศาสตร์ หลักสูตรที่ได้รับการรับรองโดย อพส.

2.1 แพทย์อบรมความรู้เบื้องต้นด้านอาชีวเวชศาสตร์สามารถทำได้ด้วยตนเอง

2.1.1 medical emergency in workplace

- ดูแลรักษาเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่เกิดภาวะฉุกเฉินภายในสถานประกอบการก่อนดำเนินการส่งต่อแพทย์เฉพาะทางประจำสถานพยาบาลในพื้นที่ เช่น อุบัติภัยสารเคมี ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เป็นต้น

2.1.2 health and medical surveillance

- ตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน
- ตรวจสุขภาพประจำปี
- ตรวจสุขภาพทั่วไป
- การสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ
- ให้ความเห็นเบื้องต้นเกี่ยวกับ สุขภาพของพนักงานเข้าทำงานในที่อับอากาศ



- ใช้เครื่องมือในการตรวจและแปลผลสุขภาพตามความเสี่ยงได้ด้วยตนเอง เช่น ตรวจสมรรถภาพการไต่ยืน ตรวจสมรรถภาพการมองเห็น ตรวจสมรรถภาพปอด เป็นต้น

- แปลผลการตรวจสมรรถภาพการไต่ยืน ทั้งแบบมีข้อมูลพื้นฐาน (ที่ปรับเลือกโดยแพทย์อาชีวเวชศาสตร์) และไม่มีข้อมูลพื้นฐาน

- เข้าใจมิติในเรื่อง การสร้างสุขในองค์กร (happy workplace) และนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม

2.1.3 diagnosis (work-relate and occupational)

- วินิจฉัยโรคจากการทำงานที่พบได้บ่อย

- คัดกรองพนักงานหรือผู้ป่วยที่สงสัยโรคจากการทำงานเพื่อส่งพบแพทย์อาชีวเวชศาสตร์วินิจฉัย

- วิทยาการอบรมความรู้เบื้องต้นด้านสุขภาพอาชีวอนามัย เช่น โรคจากการทำงานที่พบได้บ่อย

และการป้องกัน

- ตระหนัก ประเมิน ควบคุมสิ่งคุกคาม ฝ้าระวังและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ

และสิ่งแวดล้อม

2.1.4 others

- ปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ ฝ่ายบุคคล เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย พยาบาลอาชีวอนามัย แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ สถานประกอบการ หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน โดยตระหนักถึงขอบเขตงานที่ทำได้ด้วยตนเอง

- มีคุณธรรมจริยธรรมในวิชาชีพ

2.2 แพทย์อบรมความรู้เบื้องต้นด้านอาชีวเวชศาสตร์สามารถทำได้ในลักษณะเป็นทีมภายใต้การกำกับดูแลการปฏิบัติงานโดยมีแพทย์อาชีวเวชศาสตร์เป็นหัวหน้าทีม

2.2.1 กำหนดรายการ ตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง ตรวจสุขภาพเพื่อประเมินความพร้อมในการทำงาน

2.2.2 สอบสวนโรคจากการทำงาน

2.2.3 ประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ

2.2.4 ประเมินการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วย หรือ พนักงาน

2.2.5 เขียนเอกสารงานวิจัยประกอบการยื่นสอบอนุมัติบัตร

3. หลักสูตรพยาบาลที่ทำงานด้านอาชีวอนามัย มีดังนี้

3.1 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย

โดยกลุ่มเป้าหมายเป็นพยาบาลในโรงพยาบาลที่ดำเนินงานอาชีวเวชกรรมและพยาบาลในสถานประกอบการขนาดใหญ่ ซึ่งมีแหล่งในการฝึกอบรมเพียง 2 แห่ง ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โดยมีมหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีนั้นต้องการจัดทำหลักสูตรเพื่อพัฒนาบุคลากรพยาบาลในการดำเนินงานคลินิกโรคจากการทำงาน โดยหลักสูตรจะมีเนื้อหาในด้านอาชีวอนามัย พิษวิทยา โรคจากการทำงาน การบริหารจัดการโครงการ และมีการฝึกปฏิบัติในการซักประวัติ คัดกรองอาชีพในห้องตรวจโรคเฉพาะ และศูนย์โรคจากการทำงาน การจัดการรายกรณีรวมทั้งการฝึกปฏิบัติในสถานประกอบการที่ครอบคลุมการค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ และการจัดมาตรการในการส่งเสริมป้องกันโรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน

3.2 หลักสูตรความรู้พื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับพยาบาล 60 ชั่วโมง

โดยเป็นหลักสูตรพื้นฐานสำหรับพยาบาลที่มีการดำเนินงานในสถานประกอบการที่เป็นบางเวลา และมีเวลาในการเข้าอบรมในระยะสั้น ซึ่งต่อไปจะทำการพัฒนาให้เป็นหลักสูตรสำหรับพยาบาลที่ทำงานในหน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ในชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เพื่อสามารถดูแลประชาชนในพื้นที่ที่มีผลกระทบสุขภาพจากการทำงาน และมีการพัฒนาหลักสูตรอบรมสำหรับพยาบาลโรงงานเพื่อจัดเนื้อหาให้สอดคล้องกับการทำงานต่อไป

3.3 หลักสูตรอบรมเฉพาะทางตรวจสมรรถภาพปอด สมรรถภาพการไต่ยืน และสมรรถภาพการมองเห็น

หลักสูตรอบรมความรู้โรคปอดจากการทำงาน โรคหูและโรคตาจากการทำงาน เป็นหลักสูตรที่พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ในการใช้เครื่องมือตรวจด้านอาชีวเวชศาสตร์ได้อย่างถูกต้องและมีมาตรฐาน



ระบบข้อมูลและการติดตาม

สามารถค้นหาข้อมูลเรื่องการปวดหลังจากการทำงานได้จาก

1. คลังข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้รหัส ICD 10 ของโรคปวดหลัง และตามด้วยรหัส การเจ็บป่วยจากสาเหตุภายนอก คือ Y96 ที่ระบุว่าจากการทำงาน รหัส ICD 10 ของโรคปวดหลังที่นำจะเกิดจากการทำงาน มีรหัสโรค (M50-M54) โรคแบบอื่นของหลัง ดังนี้³³

- 1.1 (M50) ความผิดปกติของหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนคอ
- 1.2 (M51) ความผิดปกติแบบอื่นของหมอนรองกระดูกสันหลัง
 - 1.2.1 (M51.0) ความผิดปกติของหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวและส่วนอื่นกับโรคไขสันหลัง
 - 1.2.2 (M51.1) ความผิดปกติของหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวและส่วนอื่นกับโรคกระดูกประสาท
 - 1.2.3 (M51.2) การเลื่อนแบบอื่นที่ระบุรายละเอียดของหมอนรองกระดูกสันหลัง
 - 1.2.4 (M51.3) การเสื่อมแบบอื่นที่ระบุรายละเอียดของหมอนรองกระดูกสันหลัง
 - 1.2.5 (M51.4) ปุ่มขโมร์ล
 - 1.2.6 (M51.8) ความผิดปกติแบบอื่นที่ระบุรายละเอียดของหมอนรองกระดูกสันหลัง
 - 1.2.7 (M51.9) ความผิดปกติของหมอนรองกระดูกสันหลัง ไม่ระบุรายละเอียด
- 1.3 (M53) โรคอื่นของหลัง มิได้จำแนกไว้ที่ใด
 - 1.3.1 (M53.0) กลุ่มอาการคอกับกะโหลก
 - 1.3.2 (M53.1) กลุ่มอาการคอกับแขน
 - 1.3.3 (M53.2) สันหลังไม่เสถียร
 - 1.3.4 (M53.3) ความผิดปกติของบริเวณใต้กระเบนเหน็บกับก้นกบ มิได้จำแนกไว้ที่ใด
 - 1.3.5 ปวดก้นกบ
 - 1.3.6 (M53.8) โรคอื่นที่ระบุรายละเอียดของหลัง
 - 1.3.7 (M53.9) โรคของหลัง ไม่ระบุรายละเอียด
- 1.4 (M54) ปวดหลัง
 - 1.4.1 (M54.0) เนื้อเยื่อไขมันใต้หนังอกเสบที่มีผลต่อบริเวณคอและหลัง
 - 1.4.2 (M54.1) โรคกระดูกประสาท
 - 1.4.3 (M54.2) ปวดคอ
 - 1.4.4 (M54.3) ปวดตามประสาทไขแอดิก
 - 1.4.5 (M54.4) ปวดเอวร่วมกับปวดตามประสาทไขแอดิก
 - 1.4.6 (M54.5) ปวดหลังส่วนล่าง
 - 1.4.7 (M54.6) ปวดในกระดูกสันหลังส่วนอก
 - 1.4.8 (M54.8) ปวดหลังแบบอื่น
 - 1.4.9 (M54.9) ปวดหลัง ไม่ระบุรายละเอียด

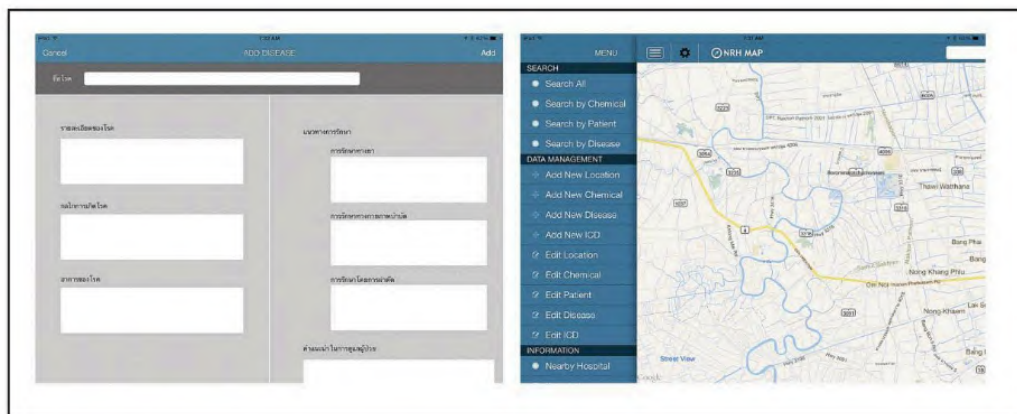
ซึ่งจากรหัสโรคจะระบุได้ว่าเป็นโรคปวดหลัง (ส่วนมากจะใช้ M54.5 และ M54.9 ถ้าไม่ทราบสาเหตุโรคจริง) และถ้าจะระบุว่าเป็นโรคที่เกิดจากการทำงานจะต้องใส่รหัสรองกำกับ คือ เกิดจากสาเหตุภายนอก ในรหัส Y96 ตามมา³⁴ ดังนั้น สามารถเข้าไปค้นหาโรคได้ในคลังข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

2. การค้นหาข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อของกองทุนเงินทดแทน ซึ่งมีข้อด้อย คือ เป็นฐานข้อมูลของหน่วยงานเพียง 11 ล้านคนที่ลงทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคม แต่เป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้เพราะนำมาใช้เบิกเงินชดเชย อย่างไรก็ตามการรายงานในภาพรวม ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นโรคปวดหลัง³⁵

3. จาก รง 506/2 ซึ่งเป็นรายงานการเฝ้าระวังโรคของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเฝ้าระวังโรคเท่านั้น ไม่ได้หมายถึงว่าเป็นโรคจริง สถิติจึงมีมากกว่าอุบัติการณ์โรคที่มีมาก³⁶

สำหรับการเก็บข้อมูลโรคขึ้นกับความตระหนักว่าโรคปวดหลังนั้นเกิดจากการทำงานหรือไม่ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ได้พัฒนาเครื่องมือในการเก็บข้อมูลโรคจากการทำงานขึ้น เรียกว่า NRH map โดยข้อมูลที่เก็บสามารถนำมาสัมพันธ์กับแหล่งเกิดโรคได้ โดยการใช้ NRH map ซึ่งสามารถ download ได้ฟรี จาก App store หรือ Google นอกจากนี้ยังสามารถขอมาที่กลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีได้ ดังภาพที่ 7.5





ภาพที่ 7.5 application NRH map บน ipad

ที่มา: ศูนย์อาชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลนครธนราชธานี

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษา วิจัย และจัดการความรู้

1. โรคปวดหลังแบบเฉียบพลัน

การจัดการกลับเข้าทำงานเป็นเรื่องสำคัญในการจัดการเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในคนวัยทำงาน เนื่องจากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การกลับเข้าทำงานถือเป็นเรื่องสำคัญเพราะจะเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ความปลอดภัยของเพื่อนร่วมงาน และความปลอดภัยของธุรกิจ แต่คนทำงานจะต้องกลับเข้าทำงานโดยเร็วที่สุดดังเหตุผลในข้างต้น โรคปวดหลังมีหลายระดับ ส่วนใหญ่ผลของโรคปวดหลังเฉียบพลัน คือ การปวด ดังนั้น outcome จึงเป็น ปวดมาก ปวดปานกลาง ปวดน้อย และยังเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว คือ ยืดหรืออ่ส่วนหลังได้มากน้อยต่างกันแค่ไหน นอกจากอาการของผู้ป่วยแล้วยังเกี่ยวข้องกับการทำงานของผู้ป่วยว่าจะมีแรงกดลงที่ส่วนหลังของผู้ป่วยมากหรือน้อยเพียงใด งานไหนที่ทำแล้วผู้ป่วยได้รับแรงที่หลังน้อย ซึ่งมีผลต่อการหายทั้งสิ้น ดังนั้น การทำแนวทางการจัดการเพื่อกลับเข้าทำงานจึงใช้ในรูปแบบภาพรวม และสามารถนำไปพิจารณาเป็นกรณีผู้ป่วยที่พบเป็นรายๆ ไป การวิจัยหรือการจัดการความรู้เพิ่มเติม³⁷ คือ

1.1 ต่อยอดหรือทดสอบการทำการกลับเข้าทำงานในผู้ป่วยปวดหลังเฉียบพลัน ว่ามีข้อเพิ่มเติมหรือเสนอแนะให้ดียิ่งขึ้นต่อไปได้อย่างไร โดยทำในรูปแบบงานวิจัยหรือการจัดการความรู้โดยนำไปใช้ในเขตสุขภาพต่างๆ

1.2 การวิจัยหรือจัดการความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังเฉียบพลันเฉพาะ การใช้ยาแก้ปวดหรือไม่จำเป็นต้องใช้ยาโรคปวดหลังเฉียบพลันชนิดต่างๆ กับการทำงานประเภทต่างๆ กันออกไป เพื่อให้ได้การกลับเข้าทำงานในโรคปวดหลังเฉพาะอย่าง เช่น อาการปวดหลังแบบปานกลาง กับการทำงานก่อสร้าง เป็นต้น

1.3 ในบทความนี้ยังขาดเรื่องสำคัญ คือ ข้อมูล ปัจจุบันข้อมูลที่เก็บจากแหล่งเชื่อถือได้ คือ กองทุนเงินทดแทน เป็นข้อมูลรวม คือ อาการปวดกล้ามเนื้อและกระดูกทั่วไป ไม่ได้แยกประเภทการปวดหลัง นอกจากนี้ยังขาดข้อมูลเรื่อง burden ของโรคปวดหลังเฉียบพลัน ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุดในคนวัยทำงาน และมีค่าใช้จ่ายที่มองเห็นและมองไม่เห็นสูง นอกจากนี้ยังไม่มีข้อมูลของผู้ป่วยโรคปวดหลังที่กลายเป็นโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยที่ออกจากงานเพราะปวดหลัง ดังนั้น ควรมีการเก็บข้อมูลเรื่องนี้อย่างจริงจัง และควรมีการศึกษาเรื่อง burden of disease ของโรคปวดหลังให้ชัดเจน

1.4 สำหรับ cost for retirement หรือ cost for sickness absent ในโรคปวดหลังยังไม่มีมีการคำนวณในประเทศไทย ซึ่งถ้ามีค่าใช้จ่ายในการเป็นโรค การหยุดงานและการรักษา ควรสนับสนุนให้มีการทำ return to work ในโรคปวดหลังชัดเจน^{12,38,39}



2. ปริมาณแพทย์อาชีวเวชศาสตร์

บทความนี้เป็นเรื่องปริมาณแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ทั้งแพทย์ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญได้รับการอบรม 3 ปี และแพทย์ที่สอบอนุมัติบัตรรวมถึงแพทย์ที่จบการอบรมพื้นฐาน 2 เดือน ด้านอาชีวเวชศาสตร์ การกระจายตัวของแพทย์ทั้งสองประเภททั่วประเทศไทย เป็นการประมาณการจำนวนแพทย์ที่ควรจะมี และศักยภาพของแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ ทั้งสองประเภท อย่างไรก็ตามการศึกษาค้นคว้าถึงจำนวนแพทย์ที่ควรจะมี^{40,41} โดยใช้หลักการ FTE มาประมาณ⁴² ควรจะมีการศึกษาต่อว่าจำเป็นต้องอบรมแพทย์ ปัสสาวะก็คนจึงเพียงพอต่อความต้องการของประเทศ และต้องตัดแพทย์ที่ไม่ปฏิบัติงานหรือแพทย์ที่เกษียณแล้วด้วย นอกจากนี้ควรมีการศึกษาถึงความจำเป็นที่จะต้องมีแพทย์อาชีวเวชศาสตร์เป็นที่ปรึกษา หรือดำเนินงานใดๆ ในสถานประกอบการด้วย เพื่อประกอบเป็นข้อมูลให้ทำกฎหมายของกระทรวงแรงงานในเรื่องความจำเป็นต้องมีแพทย์อาชีวเวชศาสตร์เป็นที่ปรึกษา และเนื่องจากมีแพทย์ที่ผ่านการอบรม 2 เดือน เป็นจำนวนกว่า 1,000 คน จึงควรมีการศึกษาถึงการนำแพทย์เหล่านี้มาใช้งานในขณะที่มีความขาดแคลนแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ด้วย



7-16 การประเมินเพื่อการกลับเข้าทำงานสำหรับผู้ป่วยโรคปวดหลังเฉียบพลันตามแนวทางเวชศาสตร์

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. American Academy of Orthopedic Surgeons. AAOS Position Statement: Early Return to Work Programs. [Internet]. [cited 2018 Mar 10]. Available from: https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-education-and-research-center-for-occupational-safety-and-health/2012cdc_slides/Cloeren_AAOS%20position%20paper%20RTW.pdf.
2. Canadian Medical Association. CMA Policy: The Physician's Role in Helping Patients Return to Work after an Illness or Injury. [Internet]. [Update 2013; cited 2018 Apr 30]. Available from: <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Polycypdf/PD13-05.pdf>.
3. The Australasian Faculty of Occupational & Environmental Medicine. Realising the health benefits of work-An evidence. [Internet] 2015 [cited 2018 Apr 30]. Available from: <https://www.racp.edu.au/docs/default-source/advocacy-library/pa-health-benefits-of-work-evidence-update.pdf?sfvrsn=4>.
4. Nylen L, Voss M, Floderus B. Mortality among women and men relative to unemployment, part time work, overtime work, and extra work: a study based on data from the Swedish twin registry. *Occup Environ Med*. 2001; 58:52-7.
5. Jueisic M, Bean M, Harbaugh J, et al. American College of Occupational and Environmental Medicine. ACOEM Consensus Opinion Statement: The Personal Physician's Role in Helping Patients with Medical Condition Stay at Work or Return to Work. [Internet]. [cited 2018 Mar 11]. Available from: http://www.acoem.org/uploadedFiles/Public_Affairs/Policies_And_Position_Statements/Guidelines/Position_Statements/The_Personal_Physician_s_Role_in_Helping_Patients.21.pdf.
6. Gerdtham UG, Johannesson M. A note on the effect of unemployment on mortality. *J Health Econ* 2003; 22:505-18.
7. Jin RL, Shah CP, Svoboda TJ. The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *CMAJ* 1995; 153:529-40.
8. Workplace Safety & Insurance Board Ontario. A Physician's Guide to Return to Work/Function. [Internet]. [cited 2018 Nov 12]. Available from: <http://www.onlta.on.ca/library/repository/mon/4000/10306797.pdf>.
9. Helping People Return to Work Using Evidence for Better Outcomes. [Internet]. [cited 2018 Nov 21]. Available from <https://www.racp.edu.au/docs/default-source/resources/afoem-helping-people-return-to-work-using-evidence-for-better-outcomes.pdf>.
10. The Royal Australasian College of Physicians. Compensable Injuries and Health Outcomes. [Internet]. [cited 2018 May 15]. Available from: <https://www.racp.edu.au/docs/default-source/advocacy-library/compensable-injuries-and-health-outcomes.pdf>.
11. Shortt SE. Is unemployment pathogenic? A review of current concepts with lessons for policy planners. *Int J Health Serv* 1996; 26:569-89.
12. Quaade T, Engholm G, Johansen AM, Moller H. Mortality in relation to early retirement in Denmark: a population-based study. *Scand J Public Health* 2002; 30:216-22.
13. รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี พ.ศ. 2558 (อินเทอร์เน็ต). [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/situation/01_envocc_situation_58.pdf.
14. สถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (2546-2552) ระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมเชิงรับ. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
15. Nelson DI, Concha-Barrientos M, Driscoll T, Steenland K, Fingerhut M, Punnett L, et al. The global burden of selected occupational diseases and injury risks: Methodology and summary. *Am J Ind Med* 2005; 48:400-18.
16. Punnett L, Pruss-Utun A, Nelson DI, Fingerhut MA, Leigh J, Tak S, et al. Estimating the global burden of low back pain attributable to combined occupational exposures. *Am J Ind Med* 2005; 48:459-69.



17. สถานการณ์การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ปี 2556-2560 . สำนักงานประกันสังคม [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2561]3. เข้าถึงได้จาก https://www.sso.go.th/vpr/assets/upload/files_storage/sso_th/fe4bf98524ca20cd6768e7ded43dabb4d.pdf
18. อรพันธ์ อันติมานนท์, โกวิท บัญมิพงศ์, อธิรัตน์ สายแปง, กมลชนก สุขอนันต์, อารีพิศ พรหมรัตน์, พีรวิทย์ จุลเรือง, และคณะ. การโรคปวดหลังในผู้ประกอบอาชีพ. วารสารควบคุมโรค 2559; 42; 2:119-29.
19. อรพันธ์ มุกดาดีลัก. กลุ่มโรคเหตุอาชีพที่มีภาระโรคสูง. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2561; 8:108-20.
20. อรพันธ์ มุกดาดีลัก, อุดลย์ บัณฑกุล. สืบสาเหตุลำดับต้นของโรคที่เกิดจากงานที่ก่อภาระหนัก.วารสารวิชาการสาธารณสุข. รอตีพิมพ์
21. Waddell G, Burton AK. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review. Occup Med (Lond) 2001; 51:124-35.
22. Staal JB, Hlobil H, van Tulder MW, Waddell G, Burton AK, Koes BW, et al. Occupational Health guidelines for the management of low back pain: an international comparison. Occup Environ Med 2003; 60: 618-26.
23. Cocchiarella L, Andersson G, eds. Guides to the Evaluation of Permanent Impairment. 5th ed. Chicago Ill: AMA Press; 2001.
24. Jurisic M, Bean M, Harbaugh J, Cloeren M, Hardy S, Liu H, et al. ACOEM Position Statement. The Personal Physician's Role in Helping Patients with Medical Conditions Stay at Work or Return to Work. J Occup Environ Med 2017; 59: e125-31.
25. WHO. International Classification of Functioning Disability and Health. [Internet]. [cited 2018 Jun 20]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf?sequence=1>
26. Work-Loss Data Institute. Official Disability Guidelines. 12th ed. Encinitas, Calif: Work-Loss Data Institute; 2007. P.990-1023.
27. New Zealand Guidelines Group. New Zealand Acute Low Back Pain Guide. [Internet].ปีที่พิมพ์ [cited 2018 Mar 10]. Available from: <https://www.healthnavigator.org.nz/media/1006/nz-acute-low-back-pain-guide-acc.pdf>.
28. Nguyen TH, Randolph DC. Nonspecific Low Back Pain and Return to Work: University of Cincinnati College of Medicine, Milford, Ohio Am Fam Physician. 2007; 76:1497-502.
29. Soklaridis S, Ammendolia C, Cassidy D. Looking upstream to understand low back pain and return to work: Psychosocial factors as the product of system issues. Soc Sci Med2010; 71:1557-66.
30. หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงอาชีวเวชศาสตร์ สมาคมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย (ภายใต้สมาคมเวชศาสตร์ป้องกัน) ฉบับ พ.ศ. 2561
31. ข้อมูลจากกลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
32. Competencies ของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวเวชศาสตร์และแพทย์ที่ผ่านการอบรมความรู้พื้นฐานด้านอาชีวเวชศาสตร์
33. โรคของระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน. วิกีพีเดีย สารานุกรมเสรี [อินเทอร์เน็ต]2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: [https://th.wikipedia.org/wiki/ICD-10_บทที่_13:_โรคของระบบกล้ามเนื้อโครงร่าง_และเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน#\(M40-M54\)_โรคของหลัง](https://th.wikipedia.org/wiki/ICD-10_บทที่_13:_โรคของระบบกล้ามเนื้อโครงร่าง_และเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน#(M40-M54)_โรคของหลัง)
34. กลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม.แนวทางการนำ ICD-10 มาใช้ในงานอาชีวเวชศาสตร์ และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิชย์; 2559.
35. สำนักงานประกันสังคม. สถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน [อินเทอร์เน็ต]2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: https://www.sso.go.th/vpr/main/privilege/ข้อมูลสถิติกองทุนเงินทดแทน_sub_category_list-label_1_169_743.
36. บัตรรายงานผู้ป่วย- สำนักโรคบาติวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: www.boe.moph.go.th/getFile.php?fid=102.
37. Wynne – Jones G, Cowen J, Jordan JL, Uthman O, Main CJ, Glozier N, et al .Absence from work and return to work in people with back pain: a systematic review and meta-analysis. Occup Environ Med 2014; 71:448-56.
38. Pai S, Sundaram LJ. Low back pain: an economic assessment in the United States. Orthop Clin North Am 2004;35:1-5.



39. Luo X, Pietrobon R, Sun SX, Liu GG, Hey L. Estimates and patterns of direct health care expenditures among individuals with back pain in the United States. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2004;29:79-86.
40. อดุลย์ บัณจุกุล, อรพินท์ มุกดาดีลัก. ข้อเสนอกรอบโมเดลคาดการณ์ความต้องการแพทย์ผู้มีสมรรถนะทางอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมสำหรับประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2560;26:602-9.
41. อดุลย์ บัณจุกุล, อรพินท์ มุกดาดีลัก. จำนวนที่เหมาะสมของแพทย์ผู้มีสมรรถนะอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม: กรณีศึกษาโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2560;26:418-25.
42. Faculty of Occupational Medicine. The future need for specialist occupational physicians in the UK. A report by the faculty of occupational medicine [Internet]. 2011 [cited 2018 Nov 20]. Available from: <http://www.fom.ac.uk/wp-content/uploads/FOM-Recruitment-of-specialist-OPs-in-UK-August-2011.pdf>



ภาคผนวก

แบบรายงาน รง 506/ 2

บัตรรายงานผู้ป่วย โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม แบบ รง. 506/2 รายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โทร. 0-2590-1724, 0-2590-1776		
เลขที่ สจ..... เลขที่ สอ/รพ.....		
1. โรคปอดและทางหายใจ ☐ 1.1 โรคปอดจากฝุ่น ☐ 1.1.1 โรคฝุ่นหิน(Silicosis) ☐ 1.1.2 โรคใยหิน(Asbestosis) ☐ 1.1.3 โรคปอดฝุ่นฝ้าย(Byssinosis) ☐ 1.1.4 อื่นๆ(ระบุ)..... ☐ 1.2 โรคหืดเหตุอาชีพ(Occupational asthma) ☐ 1.3 โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) ☐ 1.4 อื่นๆ(ระบุ).....	4. โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ☐ 4.1 โรคปวดหลังเหตุอาชีพ (Occupational back pain) ☐ 4.2 อื่นๆ(ระบุ)..... 5. โรคพิษจากสัตว์ ☐ 5.1 โรคพิษงู(Snake envenomation) (ระบุ)..... ☐ 5.2 โรคพิษแมลงและสัตว์อื่น ๆ (ระบุ).....	9. โรคพิษจากก๊าซ ☐ 9.1 โรคพิษกำมะถันไดออกไซด์ (Sulphur dioxide poisoning) ☐ 9.2 โรคพิษไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen dioxide poisoning) ☐ 9.3 โรคพิษคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbonmonoxide poisoning) ☐ 9.4 โรคพิษแอมโมเนีย(Ammonia poisoning) ☐ 9.5 อื่นๆ(ระบุ).....
2. โรคเหตุสภาวะทางกายภาพ ☐ 2.1 โรคการได้ยินเสื่อมเหตุเสียงดัง (Noise induced hearing loss) ☐ 2.2 โรคเหตุลดความกดอากาศ (Decompression sickness) ☐ 2.3 ภาวะก๊าซอุดตันหลอดเลือดแดง (Arterial gas embolism) ☐ 2.4 การเจ็บป่วยเหตุความร้อน(Heat stress) ☐ 2.5 อื่นๆ(ระบุ).....	6. โรคพิษจากพืช ☐ 6.1 โรคพิษเห็ด(Mushroom poisoning) ☐ 6.2 โรคพิษพืชอื่นๆ(ระบุ)..... 7. โรคพิษโลหะหนัก ☐ 7.1 โรคพิษตะกั่ว(Lead poisoning) ☐ 7.1.1 ระดับตะกั่วในเลือด สูงกว่าปกติ ระบุ มคก./ดล. ☐ 7.2 โรคพิษสารหนู(Arsenic poisoning) ☐ 7.3 โรคพิษแคดเมียม(Cadmium poisoning) ☐ 7.4 โรคพิษปรอท(Mercury poisoning) ☐ 7.5 อื่นๆ(ระบุ).....	10. โรคพิษจากสารเคมีการเกษตรและสารเคมีอื่น ๆ ☐ 10.1 โรคพิษจากสารกำจัดแมลง ☐ 10.1.1 โรคพิษออร์กาโนฟอสเฟต (Organophosphate poisoning) ☐ 10.1.2 โรคพิษคาร์บาเมต(Carbamate poisoning) ☐ 10.1.3 โรคพิษไพรีทรอยด์(Pyrethroid poisoning) ☐ 10.1.4 อื่นๆ(ระบุ)..... ☐ 10.2 โรคพิษสารกำจัดหนูและสัตว์ทะเล ☐ 10.2.1 โรคพิษสังกะสีฟอสไฟด์ (Zinc phosphide poisoning) ☐ 10.2.2 อื่นๆ(ระบุ)..... ☐ 10.3 โรคพิษสารกำจัดวัชพืช ☐ 10.3.1 โรคพิษพาราควอต(Paraquat poisoning) ☐ 10.3.2 โรคพิษกลัยโฟเสต(Glyphosate poisoning) ☐ 10.3.3 อื่นๆ(ระบุ)..... ☐ 10.4 โรคพิษสารเคมีอื่นๆ(ระบุ).....
3. โรคผิวหนัง ☐ 3.1 โรคผิวหนังอักเสบจากการสัมผัส (Contact dermatitis) ☐ 3.1.1 ผิวหนังอักเสบเหตุสารระคาย (Irritant contact dermatitis) ☐ 3.1.2 ผิวหนังอักเสบเหตุภูมิแพ้ (Allergic contact dermatitis) ☐ 3.2 อื่นๆ(ระบุ).....	8. โรคพิษเหตุสารระเหยและสารทำลาย ☐ 8.1 โรคพิษเบนซีน(Benzene poisoning) ☐ 8.2 โรคพิษโทลูอีน(Toluene poisoning) ☐ 8.3 โรคพิษสไตรีน(Styrene poisoning) ☐ 8.4 โรคพิษไตรคลอโรเอทิลีน (Trichloroethylene poisoning) ☐ 8.5 อื่นๆ(ระบุ).....	11. โรคจากการประกอบอาชีพหรือจากสิ่งแวดล้อมอื่นๆ (ระบุ).....
ชื่อผู้ป่วย..... HN. □□□□□□ เลขที่บัตรประชาชน □□□□□□□□□□□□		
เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง	อายุ.....ปี.....เดือน	ประเภทผู้ป่วย ☐ 1. ผู้ป่วยนอก ☐ 2. ผู้ป่วยใน
อาชีพ.....ลักษณะงาน.....สถานที่ทำงาน/ประเภทโรงงาน..... ที่ตั้งที่ทำงาน เลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....		
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....		
สถานที่ส่งสัยว่าจะเป็นแหล่งก่อมลพิษหรือทำให้เจ็บป่วย ☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี ระบุ.....		
วันที่เข้ารับการรักษา...../...../.....สถานที่รักษา.....อำเภอ.....จังหวัด.....		
สภาพผู้ป่วย ☐ 1. เสียชีวิต ☐ 2. กำลังรักษา ☐ 3. อื่นๆ..... ปัจจัยที่คาดว่าจะเป็นสาเหตุการป่วย ☐ 1. จากการประกอบอาชีพ ☐ 2. จากสิ่งแวดล้อม		
ชื่อผู้รายงาน.....สถานที่ทำงาน.....วันที่บันทึกรายงาน...../...../.....		
หมายเหตุ:- โปรดทำเครื่องหมาย X ในช่อง ☐ หน้าที่ข้อความที่ต้องการ และกรอกรายละเอียดในช่องว่างให้ชัดเจน		

ภาพที่ 7.6 แบบรายงาน รง 506/2

ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข



