

Groups of the High-burden Occupational Disease

Abstract

*Orapin Mookdadilok, M.D.**

The objective of this study was to explore characteristics of groups of the high-burden occupational disease and its disease proportion priority and then use that information for decision making on resource allocation in occupational medicine practices. The method comprised of defining needed information of the studied population, developing a studied tool, analyzing data of 298 patients from the diagnosed reports 2017 under the responsibility of Thailand workmen's compensation fund for grouping patients according to their common characters, assessing and concluding a result. In a Thai context, high-burden occupational diseases distributed in the four disease groups: Group 1 the injury, Group 2 the illnesses, Group 3 the biomechanical injuries and chronic cumulative injuries/illnesses, and Group 4 the psychosocial health problems. The highest disease incidence was from the Group 1. The number-one high-burden occupational disease of this studied population was the injury and illness of the musculoskeletal system utilizing 77.4% of total high-cost medical treatment expense. The researcher proposes that there should have a project, to define a standard definition of the occupational hazards those cause the big Four Disease Groups, and to support the disease incidence information collection according to those established groups. Then, the responsible organizations could have had that crucial information for the allocation of physicians and resources and to support the development of knowledge packages for individuals accordingly. All these aims at an effective reducing the incidence of disease.

Keywords: high-burden disease, occupational disease, the burden of disease

**Health promotion center 2 and occupational health center, Bangkok hospital headquarter, Bangkok, Thailand*

กลุ่มโรคเหตุอาชีพที่มีภาระโรคสูง

บทคัดย่อ

*อรพินท์ มูกดาดีลก, พ.บ.**

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ให้ได้ทราบลักษณะของกลุ่มโรคและสัดส่วนของโรคเหตุอาชีพลำดับต้นที่มีภาระโรคสูง เพื่อนำไปใช้จัดสรรทรัพยากรในงานอาชีพเวชกรรม ทำโดยกำหนดลักษณะเฉพาะของข้อมูลที่ควรศึกษา พัฒนาเครื่องมือ วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย 298 คน จากข้อวินิจฉัยในรายงานของกองทุนเงินทดแทน พ.ศ. 2560 เพื่อจัดกลุ่มตามลักษณะร่วม ประมวล และสรุปผล ในบริบทไทย โรคเหตุอาชีพที่มีภาระโรคสูงพบ

ได้ใน 4 กลุ่มโรค คือ กลุ่มการบาดเจ็บ กลุ่มการเจ็บป่วย กลุ่มโรคเหตุปัจจัยเชิงชีวกลศาสตร์ และกลุ่มโรคเหตุปัจจัยเชิงจิตสังคม (ผู้ป่วยกลุ่มการบาดเจ็บมีอุบัติการณ์สูงสุดในสี่กลุ่มโรค) โรคเหตุอาชีพอันดับหนึ่งที่มีภาระโรคสูงในกลุ่มประชากรที่ศึกษาคือ โรคที่เกิดขึ้นกับระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก โดยร้อยละ 77.4 ของค่ารักษาพยาบาลวงเงินสูงทั้งหมดถูกใช้กับโรคในระบบนี้ ผู้วิจัยขอเสนอให้ มีโครงการกำหนดนิยามที่เป็นมาตรฐานของสิ่งคุกคามที่ก่อให้เกิดโรคเหตุอาชีพตามสี่กลุ่มโรสดังกล่าว และส่งเสริมให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ของสี่กลุ่มโรคตามนิยามที่กำหนด แล้วให้หน่วยงานและสถานประกอบการที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลที่ได้ไปจัดสรรกลุ่มแพทย์และกลุ่มทรัพยากร และสนับสนุนงานพัฒนาชุดความรู้สำหรับบุคคล ให้เหมาะสมพอเพียงตามสี่กลุ่มโรค เพื่อลดการเกิดโรคลงให้ได้ผล

คำสำคัญ: โรคเหตุอาชีพ โรคที่มีภาระโรคสูง ภาระโรค

*ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ 2 และศูนย์อาชีวอนามัย โรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสำนักงานใหญ่

บทนำ

กลุ่มคนทำงาน เป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่สุดของประเทศ คือ ร้อยละ 57.2 ของประชากรไทย (ปลาย พ.ศ. 2559 ผู้มีงานทำ 37.7 ล้านคน ประชากรไทย 65.9 ล้านคน)⁽¹⁾ ขณะที่ผลการประเมินภาพรวมระดับประเทศแสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 49.0 ของกลุ่มคนวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี⁽²⁾ ไม่พบข้อมูลสัดส่วนของโรคเหตุอาชีพลำดับต้นที่มีภาระโรคสูง ทั้งที่เป็นข้อมูลที่ใช้เป็นต่อการนำไปจัดสรรทรัพยากรในงานอาชีวเวชกรรม และจำเป็นต่อการนำไปพัฒนาชุดความรู้ที่เกี่ยวข้อง

1. โรคเหตุอาชีพ (occupational disease)

โรคเหตุอาชีพ หรือโรคที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน⁽³⁾ เป็นคำที่พบในรายงานโดยคณะอนุกรรมการการแพทย์ ในคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนเงินทดแทน⁽⁴⁾ เป็นคำเรียกที่มีในกฎหมาย⁽³⁾ โดยคำที่มีใช้ในความหมายเดียวกันคือ โรคจากการทำงาน⁽⁵⁻⁸⁾ โรคและภัยจากการประกอบอาชีพ⁽⁹⁾ เป็นต้น ทั้งนี้ นิยามจากคำว่า occupational disease โดย International Labor Office (ILO) คือ “a disease contracted as a result of an exposed to risk factors arising from work activity”⁽¹⁰⁾ หรือโรคอันเป็นผลมา

จากการสัมผัสต่อปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมการทำงาน ทั้งนี้ ในการศึกษาและทางการแพทย์ คำว่าโรค จะหมายรวมทั้งโรค การเจ็บป่วย และการบาดเจ็บ โดยเชิงวิชาการมักเรียกละกันอิงกลไกหลักที่ก่อให้เกิดโรค เช่น โรคและการบาดเจ็บ⁽¹¹⁾ อุบัติเหตุและโรค⁽¹⁰⁾ หรือโรคและปัญหาสุขภาพ ผู้วิจัยมักเรียกรวมว่า “โรค” เพื่อสะท้อน ภาพรวมของปัญหา ที่มากกว่าอาการหรืออาการแสดง และสะท้อนถึงระดับรูปธรรมจำเพาะของแต่ละโรค (disease entity) ตามควร ในเชิงการสังคมเศรษฐกิจและพลเมือง วัตถุประสงค์หนึ่งที่ต้องระบุว่า เป็นโรคนี้หรือไม่ เนื่องจากมีแต่เพียงลูกจ้างที่จะได้รับเงินทดแทนผ่านกองทุนที่จ่ายโดยผู้ว่าจ้าง สาธารณรัฐเกาหลีจึงมีนิยามที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าคือ Disease due to business⁽¹²⁾ โรคนี้ จึงมีนัยของการถูกว่าจ้างเพื่อทำธุรกิจการงานให้ผู้อื่น

แนวทางปฏิบัติ พ.ศ. 2539 โดยองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labor Organization; ILO code of practice 1996) ได้ให้จำแนกการบันทึกประเด็นอุบัติเหตุและโรคเป็น 4 กลุ่มเหตุอาชีพ คือ (1) อุบัติเหตุ (2) โรค (3) อุบัติเหตุการเดินทาง และ (4) การบังเกิดและเหตุอุบัติเหตุอันตราย ส่วนคำว่าบาดเจ็บที่เป็นผลจากอุบัติเหตุ มีการบันทึก 2 ลักษณะคือ ถึงตายกับ

ไม่ถึงตาย⁽¹⁰⁾ โดยหมวดหมู่การบาดเจ็บที่ถึงตายนั้น สะท้อนผลกระทบและความเสียหายที่รุนแรงที่สุดของโรคที่เกิดขึ้น ขณะที่ที่ไม่ถึงตายนั้น สะท้อนปริมาณที่แท้จริงและค่าใช้จ่ายสะสมที่ส่งผลกระทบต่อคนทำงาน ครอบครัว นายจ้าง และสังคมโดยรวม⁽¹¹⁾ ทั้งนี้ กรณีอุบัติเหตุการเดินทาง หมายถึง อุบัติเหตุบนเส้นการเดินทางปกติระหว่างสถานที่ที่มีงานกับ (1) ที่พัก (2) ที่รับประทานอาหาร และ (3) ที่จ่ายค่าจ้างค่าตอบแทน ของคนทำงาน อันส่งผลให้ตายหรือบาดเจ็บส่วนบุคคลที่สูญเสียเวลาการทำงาน⁽¹⁰⁾ อุบัติเหตุการจราจรที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาทำงานและในช่วงระยะเวลาของการว่าจ้างงาน ถือเป็นอุบัติเหตุการเดินทางเพื่อประกอบอาชีพ จะถูกบันทึกเป็นประเด็นเหตุอาชีพกลุ่มหนึ่ง ขณะที่อุบัติเหตุเหตุอาชีพอื่นเป็นอีกกลุ่ม และโรคเหตุอาชีพเป็นอีกกลุ่ม รวมเป็นกลุ่มข้อมูลของการบาดเจ็บและเจ็บป่วยหรือรวมเรียกว่า โรคเหตุอาชีพ ตามการศึกษานี้

การบันทึกวินิจฉัยด้วยหลักการตามบัญชีรายชื่อโรค ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2553 (list of occupational diseases; revised 2010) ที่เป็นฉบับล่าสุดโดย ILO ให้แสดงรายชื่อโรค 3 แบบ คือ แบบชุดรายการ แบบนิยามทั่วไป และแบบผสม⁽¹³⁾ โดยแบบชุดรายการ มีการแบ่งกลุ่มโรคเหตุอาชีพเป็น 4 กลุ่มหลัก คือ (1) กลุ่มโรคที่เกิดขึ้นจากการสัมผัสกับปัจจัยที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมการทำงาน (เหตุสารเคมี กายภาพ ชีวภาพและการติดเชื้อหรือโรคพยาธิ) (2) กลุ่มโรคตามระบบอวัยวะเป้าหมายที่เกิดโรค (โรกระบบหายใจ ผิวหนัง กล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก จิตประสาทและพฤติกรรม) (3) กลุ่มมะเร็งเหตุอาชีพ (เหตุตามสารก่อมะเร็ง) และ (4) กลุ่มโรคอื่นๆ แม้จะมีชุดรายการดังกล่าวแล้วก็ตาม ในข้อท้ายสุดของทุกรายกลุ่มโรคยังเปิดช่องให้มีการกำหนดโรคอื่นที่ไม่มีระบุในบัญชีรายชื่อได้ แต่จำเป็นต้องมีกระบวนการสืบค้นข้อมูลที่ตีพอเพียงเพื่อบันทึกโรคนั้น ทั้งนี้ หากข้อมูลผู้ป่วยที่บันทึกตามแบบบัญชีระหว่างประเทศในการจำแนก

โรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (International classification of diseases and related health problems) ฉบับ ICD-10 ที่ใช้ในงานเวชกรรมมาบันทึกตามแนวทางของ ILO แล้ว อาจต้องอาศัยวิธีแบบกำหนดนิยามทั่วไป และพิจารณาข้อมูลลูกจ้างแต่ละคน เป็นรายๆ ไป

2. โรคที่มีภาระโรคสูง (high-burden disease)

ดัชนีวัดภาระโรค (Disability-adjusted Life Years; DALYs; ปัญหาที่สูญเสียปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ หรือ การสูญเสียปัญหา) พิจารณาจากการสูญเสียที่เกิดจากการตายก่อนวัยอันควร และจากการพร่องสมรรถภาพ เป็นดัชนีวัดช่องว่างของสุขภาพองค์รวม ใช้ชี้ขนาดปัญหาสุขภาพของประชากรของประเทศ เปรียบเทียบกับระดับโลก ประเมินภาระที่สังคมต้องแบกรับ และวัดประสิทธิภาพในงานลดภาระโรคของประเทศ

การเปรียบเทียบภาระโรคลำดับต้นของประเทศไทยโดยข้อมูลจากสถาบันที่ศึกษาเกี่ยวกับภาระโรคของโลก (global burden of disease; GBD) ค.ศ. 2016 (พ.ศ. 2559) พบว่ากลุ่มโรคที่ประเทศไทยมีภาระโรคสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศเทียบเคียงอื่น อย่างมีนัยสำคัญและสูงเป็นอันดับหนึ่งในบรรดาโรคต่างๆ ของประเทศไทย ในกรณีเปรียบเทียบในระดับโลกดังกล่าว คือ อุบัติเหตุทางถนน ขณะที่ปัญหาการใช้แอลกอฮอล์และยา (อย่างผิดข้อบ่งใช้) เป็นปัจจัยเสี่ยงลำดับต้นที่ส่งผลต่อกลุ่มโรคที่ทำให้เกิดการตายและพร่องสมรรถภาพลำดับสูงสุดของประเทศไทยที่สาเหตุอันดับหนึ่งคืออุบัติเหตุทางถนน⁽¹⁴⁾ ข้อมูลจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 1 ถึง 5 (ปีสำรวจ พ.ศ. 2534, 2540, 2547, 2552, และ 2557) และจากรายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยฉบับแรกถึงรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยฉบับล่าสุด (5 ฉบับ; พ.ศ. 2547, 2552, 2554, 2556, และ 2557) จนถึงปัจจุบัน พ.ศ. 2561 ทุกรายงาน

ให้ผลตรงกันว่า แอลกอฮอล์หรือสุรา เป็นปัญหาลำดับต้นของประชากรไทย การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประเทศที่เป็นสมาชิกองค์การอนามัยโลก พบว่า สัดส่วนค่าภาระโรคจากปัญหาการใช้สุรา พ.ศ. 2552 ของ ประเทศไทย กลุ่มประเทศรายได้สูง กลุ่มรวมประเทศระดับโลก และกลุ่มประเทศรายได้ต่ำ เป็นร้อยละ 15.7, 7.6, 6.8, และ 3.4 ของค่าภาระโรคทั้งหมดในเพศชาย ตามลำดับ⁽¹⁵⁾ โดยชายไทยมีพฤติกรรมดื่มสุราสูงกว่าค่าเฉลี่ยนานาชาติถึง 3 เท่า⁽¹⁶⁾

ข้อมูลภาระโรคของประเทศไทยฉบับล่าสุด พ.ศ. 2557 มีการจัดแบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่มภาระโรค คือ (1) กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (2) กลุ่มการบาดเจ็บ และ (3) กลุ่มโรคติดต่อ/มารดาและทารก/โภชนาการ ที่มีสัดส่วนของกลุ่มอิงตามค่าดัชนีวัดภาระโรคของประเทศ เป็นร้อยละ 71, 15 และ 14 ตามลำดับ⁽¹⁷⁾ ปัจจุบัน แม้ค่า DALYs ที่สูงสุดจะมาจากกลุ่มคนวัยทำงาน แต่ไม่พบข้อมูลสัดส่วนของกลุ่มโรคเหตุอาชีวะในการประเมินค่าภาระโรคของประเทศ

วัตถุประสงค์

เพื่อทราบลักษณะของกลุ่มโรคและสัดส่วนของโรคเหตุอาชีวะลำดับต้นที่มีภาระโรคสูง สำหรับนำข้อมูลกลุ่มโรคที่ได้ ไปจัดสรรกลุ่มแพทย์และกลุ่มทรัพยากร และสนับสนุนงานพัฒนาชุดความรู้ในงานอาชีวเวชกรรม

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงบุกเบิกนี้ ผู้วิจัยทำโดยดำเนินการอย่างเป็นขั้นเป็นตอน 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 “กำหนดเกณฑ์สืบค้นให้ได้ข้อมูลที่มีลักษณะเฉพาะจากกลุ่มประชากร” ทบทวนวรรณกรรมไทยและเทศจากคำค้นที่ครอบคลุมองค์รวมของการสร้างเสริมสุขภาพและความปลอดภัย ในหมวดหมู่มนุษย์และสิ่งแวดล้อม ได้แก่

เหตุปัจจัยเชิงชีวพันธุกรรม พฤติกรรม สังคมเศรษฐกิจ และกายภาพสิ่งแวดล้อม และการแพทย์ กำหนดมุมมองคู่ขนานใน 2 กลุ่มโรค คือ (1) โรคเหตุอาชีวะหรือโรคที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน และ (2) โรคที่มีภาระโรคสูง หรือโรคที่ก่อภาระหนัก โดยเกณฑ์เกี่ยวกับกลุ่มประชากรที่จะศึกษา คือ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ (ก) จะสะท้อนลักษณะของโรคเหตุอาชีวะที่พบบ่อยในงานเวชกรรม และ (ข) จะสามารถทวนสอบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ การเกิดขึ้น และต้นเหตุของโรคในผู้ป่วยรายนั้นได้ จากนั้นสืบค้น พบสำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานหลักประกันสังคม กระทรวงแรงงาน เป็นแหล่งที่มีข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยตรงตามเกณฑ์แห่งเดียว จึงประเมินสถานการณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลรอบโรคและปัญหาสุขภาพของกลุ่มประชากรที่มายังแหล่งข้อมูลดังกล่าว

ขั้นตอนที่ 2 “พัฒนาเครื่องมือจัดจำแนกผู้ป่วยเป็นกลุ่มตามเกณฑ์กลุ่มโรคประเภทต่างๆ” พัฒนาตัวแบบจากข้อคำถามที่เคยนำไปใช้สำรวจกับคนทำงานไทย (ระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเทียบเท่ามัธยมศึกษา) ทั้งหมด 623 คน ในโครงการดูแลสุขภาพแรงงานไทย ในอาเซียน ปี 2559 โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และให้ผลว่าข้อคำถามเป็นที่เข้าใจได้ของกลุ่มคนดังกล่าว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงให้เป็นชุดรายการที่ใช้ประกอบการทวนสอบและสืบค้นย้อนยังต้นเหตุหรือเหตุปัจจัย (สิ่งคุกคาม ภัย หรือปัจจัยเสี่ยง) ที่ก่อให้เกิดโรคเหตุอาชีวะ ทดสอบการนำมาใช้ได้เบื้องต้นกับผู้รับบริการในคลินิกตรวจสุขภาพ แล้วปรับปรุงเพิ่มเติมรายการสิ่งคุกคามจากเดิม 37 เป็น 40 ปัจจัย เพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยที่แรงงานไทยสัมผัสบ่อยในสภาพแวดล้อมการทำงานจริง เช่น พื้นที่บริเวณทำงานเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ/ของหล่นทับ/ตกจากที่สูง/มีเครื่องจักรอันตราย/ไฟช็อต การยกของมีการบิดเอี้ยวตัว มีการสัมผัสสารเคมี มีการสัมผัสสัณฐานโรค/เอตส์/โรคติดเชื้อ มีการสัมผัสเสียงดัง มีความเครียดในงาน/เหล้า/บุหรี่ เป็นต้น รวมทั้งกำหนดเกณฑ์

เฉลี่ยน้ำหนักของปัจจัยร่วม (หากมีปัจจัยก่อโรคตั้งแต่ 2 ปัจจัยขึ้นไปในผู้ป่วยคนเดียวกัน)

ขั้นตอนที่ 3 “นำเครื่องมือที่ได้มาใช้จัดจำแนกผู้ป่วยเพื่อศึกษาลักษณะของกลุ่มโรค” มี 3 ขั้นคือ ขั้นแรก จำแนกผู้ป่วยตามสิ่งคุกคามที่แต่ละคนสัมผัส ขั้นที่สอง พิจารณากลุ่มโรคที่ปรากฏ เช่น อาจเป็น 6-9 กลุ่มประเภท ตามธรรมชาติของข้อมูลจริง และขั้นที่สาม วิเคราะห์เพื่อควมรวมลักษณะร่วมระหว่างกลุ่ม โดยให้จำนวนกลุ่มโรคหลักที่ได้พอเพียงที่จะแยกความแตกต่างของกลไกการก่อโรคหลักได้ เมื่อจัดกลุ่มร่วมกันแล้วง่ายต่อการบริหารจัดการทรัพยากรในงานทางคลินิก ครอบคลุมทุกกรณีของโรคเหตุอาชีพ และค้นหาจุดตัดของกลุ่มโรคทั้งหมด

ขั้นตอนที่ 4 “วิเคราะห์และประมวลผล” วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยกลุ่มที่มีข้อวินิจฉัยสุดท้ายว่าเป็น โรคเหตุอาชีพ คัดแยกผู้ป่วยกลุ่ม โรคที่มีภาระโรคสูง จากผู้ป่วยอื่นๆ โดยเกณฑ์คือ เป็นกลุ่มผู้ที่ได้รับอนุมัติโดยมติของคณะกรรมการการแพทย์ให้มีเพดานวงเงินค่ารักษาพยาบาลสูงเกินวงเงินขั้นพื้นฐานตามกฎหมายกระทรวง คือตั้งแต่ 5 หมื่นถึง 2 ล้านบาทต่อราย (กลุ่มวงเงินสูง) จากนั้นประมวลลักษณะของกลุ่มโรคและสัดส่วนของโรคลำดับต้นแล้วสรุปผล

พิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี (เลขรับนอก 3646-1 ลงวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2561) และการอนุญาตโดยกองทุนเงินทดแทนให้นำรายงานการประชุมคณะกรรมการการแพทย์หน่วยที่ 3 มาศึกษาระยะเวลาวิจัยข้อมูลทั้งหมด 2 เดือน

ผลการศึกษา

“ลักษณะทางประชากร” ข้อมูลของกลุ่มประชากรที่ศึกษานี้ แตกต่างจากข้อมูลของกลุ่มประชากรทั่วไปของประเทศ ดังนี้ (ก) ทั้งกลุ่มเป็นลูกจ้างของสถานประกอบการ ในกลุ่มกิจการภาคอุตสาหกรรมและบริการ และมีที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่จากจังหวัดในภาคเหนือ กลาง ตะวันตก และอีสาน (ยกเว้นภาคใต้) ทั้งหมด 47 จาก 77 จังหวัด (2 ใน 3 ของจังหวัด) ของประเทศไทย (ข) ทั้งกลุ่มเป็นผู้ป่วย ทั้งหมด 298 คน ในทุกช่วงอายุ (ตั้งแต่ 15-69 ปี) โดยผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ยื่นเรื่องมายังกองทุนเงินทดแทน วงรอบปี พ.ศ. 2560 เพื่อขอรับการยืนยันหรือวินิจฉัยว่า เป็นโรคเหตุอาชีพหรือไม่ (ค) ผลการประเมินสัดส่วนของกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมด พบว่า เป็นผู้ป่วยด้วยโรคเหตุอาชีพ (occupational diseases) 266 คน (ร้อยละ 90.2) และผู้ป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (work-related diseases) และโรคอื่นที่ไม่อยู่ในสองกลุ่มข้างต้น 29 คน (ร้อยละ 9.8) โดยเป็นผู้ที่รอข้อมูลการเงินเพิ่มเติม 3 คน (ง) ผู้ป่วยด้วยโรคเหตุอาชีพทุกคน (266 คน) ได้รับการยืนยันข้อวินิจฉัย โดยอิงหลักฐานที่เชื่อถือได้ และเป็นมติที่ผ่านกระบวนการกลั่นกรองของคณะผู้ทรงคุณวุฒิ (ทั้งหมด 13 คน) ที่เป็นคณะกรรมการการแพทย์หน่วยที่ 3 ในคณะกรรมการการแพทย์ และ (จ) ผู้ป่วย 218 คน (ร้อยละ 73.2) เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มค่ารักษาพยาบาลวงเงินสูง

“ลักษณะของกลุ่มโรคที่พบ” ภาพรวมจากโรคและปัญหาสุขภาพที่ปรากฏ พบลักษณะ 3 ข้อดังต่อไปนี้

(1) เบื้องต้น การจัดจำแนกผู้ป่วยตามสิ่งคุกคามที่ก่อให้เกิดโรคจำแนกได้ 6 กลุ่มประเภท (ตาราง 1)

ตาราง 1 สัดส่วนตามกลุ่มประเภทของสิ่งคุกคามหรือปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคในกลุ่มประชากรที่ศึกษานี้

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคเหตุอาชีพ	จำนวนปัจจัย		วงเงินรวม		วงเงินต่อปัจจัย	
	ร้อยละ	อันดับ	ร้อยละ	อันดับ	เทียบกับ	อันดับ
กลุ่มที่ 1 กายภาพ	1.2	5	0.1	5	0.11	4
กลุ่มที่ 2 เคมี	2.7	3	1.9	2	0.68	2
กลุ่มที่ 3 ชีวภาพ	0.9	6	0.4	4	0.41	3
กลุ่มที่ 4 ท่าทางการทำงาน	14.8	2	1.2	3	0.08	5
กลุ่มที่ 5 สภาพไม่ปลอดภัย	78.8	1	96.4	1	1.22	1
กลุ่มที่ 6 ความเครียด	1.5	4	0.0	6	0.01	6
รวม	100.0		100.0		1.00	

ผู้ป่วยกลุ่มที่ 5 ทั้งหมด คือ ผู้ป่วยกลุ่มการบาดเจ็บ (จากการทำงานในสภาพไม่ปลอดภัย) มีสัดส่วนสูงสุด

(2) จากตาราง 1 โดยเกณฑ์ควรรวมตามลักษณะร่วมระหว่างกลุ่ม จึงจัดกลุ่มผู้ป่วยได้ 4 กลุ่มโรค ดังนี้

กลุ่มหนึ่ง “กลุ่มบาดเจ็บ” มีลักษณะของการสัมผัสกับสภาพการทำงานไม่ปลอดภัย หรือประสบอุบัติเหตุ (เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้เตรียมการและส่งผลเชิงถ่ายทอดพลังงานให้อย่างฉับพลันทันที มักก่อบาดเจ็บให้เห็น) ปัญหาของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ง่ายต่อการให้วินิจฉัย การศึกษานี้แสดงลักษณะของกรณีที่ไม่ปรากฏในแหล่งข้อมูลอื่น คือ มีผู้ป่วยด้วยอุบัติเหตุการเดินทางเพื่อประกอบอาชีพ (กรณีผู้ป่วยเช่น พนักงานขายขีบรถยนต์ชนและไฟลุกไหม้ขณะเดินทางขายเครื่องถ่ายเอกสาร เป็นต้น) ในลำดับต้น ร่วมกับผู้ป่วยบาดเจ็บจากการทำงานในสภาพไม่ปลอดภัยอื่น

กลุ่มสอง “กลุ่มเจ็บป่วย” มีลักษณะของการสัมผัสกับสิ่งคุกคามทางกายภาพ สารเคมี หรือชีวภาพ (กรณีผู้ป่วยเช่น โรคลมแดดจากการทำงานกลางแจ้ง กลุ่มอาการระบบประสาทจากตัวทำละลาย การติด

เชื้อราที่กระจุกตาจากฝุ่นใบไม้ เป็นต้น) จะมีระยะเวลาก่อโรคนานกว่ากลุ่มแรก

กลุ่มสาม “กลุ่มโรคเหตุปัจจัยเชิงชีวกลศาสตร์” หรือกลุ่มการบาดเจ็บแบบไม่เกิดบาดแผลและเจ็บป่วยแบบเรื้อรังสะสม หรือเรียกเหตุท่าทางการทำงาน⁽¹⁸⁾ เช่น กลุ่มความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก (musculoskeletal disorders; MSDs) (กรณีผู้ป่วย เช่น ลูกจ้างปวดหลังส่วนล่าง ปวดคอ เป็นต้น) โดยรูปแบบของความเสื่อมถอยเรื้อรังเชิงชีวกลศาสตร์ของกลุ่มสาม จะไม่ใช่ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวสรีรวิทยา ชีวเคมี อายุ หรือการพัฒนาการ แบบกรณีการเจ็บป่วย เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของกลุ่มสอง (ใช้แยกโรคกัน)

กลุ่มสี่ “กลุ่มโรคเหตุปัจจัยเชิงจิตสังคม” เช่น กลุ่มโรคทางจิตใจ จิตประสาท การใช้สาร (สุรา ยา สารเคมี สิ่งเสพติด) อย่างผิดข้อบ่งใช้ โรคเครียดจากการทำงาน เป็นต้น มีข้อมูลของการสัมผัสกับเหตุก่อความเครียด (กรณีผู้ป่วยเช่น คนงานตีมีสุมแล้วตกรถเครนจนกระดูกหัก ผู้จัดการนั่งประชุมกับผู้บริหารแล้วแน่นหน้าอกต่อมาไปรับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ คนงานพิการเดิมจากตกรถที่ขั้ทำงานแล้วต่อมาป่วยตายด้วยโรคตับแข็ง เป็นต้น)

(3) รูปแบบของโรคที่เกิดขึ้นกับระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกถูกพบเป็นอันดับหนึ่ง (จำนวน 233 คน; ร้อยละ 78.2 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ขณะที่เกิดกับอวัยวะระบบอื่น (เช่น ระบบผิวหนัง

ตา หู หรือหลายอวัยวะ) ไม่มีรูปแบบชัดเจน โดยรูปแบบของโรคอันดับหนึ่งที่พบในกลุ่มประชากรที่ศึกษา แสดงดังตาราง 2

ตาราง 2 ลักษณะของกลุ่มโรคที่พบ โดยแสดงผู้ป่วยทั้งหมดที่เป็นกลุ่มประชากรที่ศึกษา และแยกแสดงเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคที่เกิดขึ้นกับระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก (กรณีโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่ง)

กลุ่มโรค	ผู้ป่วยที่เป็น กลุ่มประชากรที่ศึกษา	กลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคที่เกิดขึ้นกับ ระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก	
	คน	คน	ร้อยละ
1. เหตุบาดเจ็บ	236	187	79.2
2. เหตุเจ็บป่วย	13	2	15.4
3. เหตุปัจจัยเชิงชีวกลศาสตร์	42	42	100.0
4. เหตุปัจจัยเชิงจิตสังคม	7	2	28.6
รวม	298	233	78.2

“โรคเหตุอาชีพอันดับหนึ่งที่มีภาระโรคสูงในการศึกษานี้” ในที่นี้หมายถึง โรคเหตุอาชีพที่มีความบ่อยของการเกิดโรคขึ้นสูงสุด ร่วมกับมีค่ารักษาพยาบาลสูงที่สุด พบว่าเป็นโรคที่เกิดขึ้นกับระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก (จำนวนผู้ป่วย 173 คน; ร้อยละ 79.4 ของผู้ป่วยด้วยโรคเหตุอาชีพที่มีภาระโรคสูงทั้งหมด) โดยร้อยละ 77.4 ของ

ค่ารักษาพยาบาลสูงทั้งหมดถูกใช้กับโรคในระบบนี้ (รหัส M code ตาม ICD-10) ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อรายของผู้ป่วยด้วยโรคในระบบนี้ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ จากของผู้ป่วยด้วยโรคเหตุอาชีพที่มีภาระโรคสูงทั้งหมด (ทุกระบบ) รวมกัน (1.8 แสนบาทต่อราย ในทั้งสองกลุ่ม) รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 ผู้ป่วยด้วยโรคเหตุอาชีพที่มีภาระโรคสูง (หรือกลุ่มวงเงินสูง คือ ใช้วงเงินค่ารักษาพยาบาล 5 หมื่นถึง 2 ล้านบาทต่อราย) แสดงข้อมูลเปรียบเทียบระหว่าง กลุ่มโรคเหตุอาชีพที่เกิดขึ้นกับอวัยวะเป้าหมายทุกระบบรวมกัน กับกลุ่มโรคเหตุอาชีพอันดับหนึ่ง คือ โรคที่เกิดขึ้นกับระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก

ผู้ป่วยด้วยโรค เหตุอาชีพกลุ่มวงเงินสูง	โรคที่เกิดขึ้นกับอวัยวะเป้าหมายทุก ระบบรวมกัน			โรคที่เกิดขึ้นกับระบบกล้ามเนื้อ และโครงสร้างกระดูก			
	จำนวน คน	วงเงิน		จำนวน คน	ร้อยละ	บาท	
		วงเงิน	บาท/คน			บาท	บาท/คน
1. บาดเจ็บ	208	39,130,000	188,125	166	79.8	30,430,000	183,313
2. เจ็บป่วย	4	750,000	187,500	1	25.0	300,000	300,000
3. เชิงกลศาสตร์	6	460,000	76,667	6	100.0	460,000	76,667
4. เชิงจิตสังคม	-	-	-	-	0.0	-	-
รวม	218	40,340,000	185,046	173	79.4	31,190,000	180,289

วิจารณ์

1. วิธีของการศึกษานี้ ให้ผลที่แตกต่างจากแหล่งข้อมูลอื่น แม้อาจคาดการณ์กันโดยทั่วไปว่าโรคที่เกิดกับระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกคือ กรณีเหตุอาชีพลำดับต้น ตัวอย่างเช่น รายงาน ค.ศ. 2000 ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการบาดเจ็บเหตุอาชีพเป็นร้อยละ 85 ของปัญหาจากการทำงานทั้งหมด โดยการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูก (โดยเฉพาะการบาดเจ็บของหลังส่วนล่าง) เป็นปัญหาหลัก คาดกันว่าเงินทดแทนจะถูกจ่ายให้โรคนี้อย่างหนึ่งในสามของทั้งหมด⁽¹⁸⁾ หากแสดงตัวอย่างเทียบเคียงกับรายงานข้างต้น ข้อมูลของการศึกษานี้ในบริบทไทย ระบุกลไกหลักที่ก่อให้เกิดโรคได้ด้วย โดยผู้ป่วยกลุ่มการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และกลุ่มการบาดเจ็บและเจ็บป่วยเรื้อรังจากเหตุปัจจัยเชิงชีวกลศาสตร์หรือ MSDs พบรวมกันร้อยละ 93.3 ของผู้ป่วยทั้งหมด (ตาราง 2)

วิธีที่เป็นองค์รวมของการศึกษานี้ คือ การนำเครื่องมือมาจัดจำแนกผู้ป่วย (บุคคล) ทั้งหมด ตาม

กลไกทั้งหมดที่ก่อให้เกิดโรคได้ในผู้ป่วยแต่ละคน (สปีลชนิด/ในหกลุ่มประเภทของสิ่งคุกคาม/ภายใต้สปีลไกหลัก) ได้อย่างเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งกลุ่มประชากร ทำให้ได้สถิติและสัดส่วนของโรคเหตุอาชีพของทั้งกลุ่มประชากรในเขตพื้นที่หนึ่งและสะท้อนถึงต้นเหตุที่ก่อให้เกิดโรคนั้น ต่อระบบอวัยวะที่ศึกษา (เช่น ระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก หรือระบบอื่น) ได้ด้วย อันเป็นผลของการศึกษาจากหลักฐานของการเกิดโรคและภาระที่เกิดขึ้นจริง ยังไม่พบวิธีที่เชื่อมโยงการวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพระดับบุคคลกับระดับประชากรแรงงานแบบการศึกษานี้ที่ใด

2. การศึกษานี้ พบผู้ป่วยในกลุ่มโรคเหตุปัจจัยเชิงจิตสังคมหรือกลุ่มสี่ ได้แก่ ผู้ป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน และโรคอื่น (แต่ไม่มีกรณีโรคที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน) ข้อค้นพบ กรณีก้ำกึ่ง เหล่านี้ในขณะจัดจำแนกกลุ่มโรค ทำให้ผู้วิจัยเสนอ “กลุ่มสี่” เป็นหนึ่งกลุ่มโรค ด้วยเหตุผลคือ (ก) มีกรณีผู้ป่วยจริง 7 คน แจ้งเหตุการณั้สัมผัสกับ

ปัจจัยเสี่ยงเชิงจิตสังคม (เช่น ความเครียดในการทำงาน) จริง (ข) ในงานเวชกรรมปัจจุบันที่มีความเร่งรีบ แม้ปัญหาเชิงจิตสังคม เป็นสิ่งที่ควรได้รับการคำนึงถึงเสมอในผู้ป่วยทุกราย แต่กลุ่มแพทย์และกลุ่มทรัพยากร (บุคลากรและเครื่องมือ) ยังมีการบริหารจัดการแบบแยกกลุ่มโรคทางกาย (ฉุกเฉินเฉียบพลัน เรื้อรัง) จากกลุ่มโรคทางใจ (จิตใจจิตประสาท จิตสังคม) การจำแนกกลุ่มสี่เป็นอีกกลุ่มโรคหนึ่ง จักก่อให้เกิดการคำนึงถึงเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์เชิงสุขภาพขององค์กรได้ดียิ่งขึ้น และ (ค) โรคในกลุ่มสี่นี้มีแนวโน้มความสำคัญ (ภาระโรค) เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากรายงานเกี่ยวกับกลุ่มโรคภัยจากการทำงาน ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558) โดยกลุ่มแพทย์ด้านโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ใน 21 ประเทศ (จำนวนแรงงานเป็น 1 ใน 3 ของแรงงานทั้งโลก) พบว่า โรคภัยที่มีการเพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดด คือ การเจ็บป่วยทางจิตประสาทที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน รวมทั้งความเครียดเชิงจิตสังคม โดยพบปัญหาโรคซึมเศร้าและความผิดปกติทางจิตอื่น ร้อยละ 30-50 ในผู้ป่วยของคลินิกอาชีวเวชศาสตร์ในประเทศเดนมาร์ก⁽¹⁹⁾

3. การจัดทำดัชนีวัดภาระโรคของโลก (global burden of disease; GBD) มีมุมมองว่าการทำงานและสิ่งแวดล้อม คือปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค ประเทศไทยยังไม่ได้มีการนำเหตุปัจจัยก่อให้เกิดโรค (หรือสิ่งคุกคาม) ในการทำงานไปมีสัดส่วนในค่าดัชนีวัดภาระโรค การประมวลและคัดเลือกปัจจัยเสี่ยงในอาชีพและสิ่งแวดล้อมที่ทำกันระดับโลก ใน ค.ศ. 2000 มีปัจจัยที่ถูกคัดเลือกแต่ขณะนั้น ประเทศไทยยังไม่ได้บันทึกข้อมูลนั้นไว้⁽¹⁶⁾ ทั้งนี้มีผลการประเมินว่า เหตุปัจจัยจากการทำงานและสิ่งแวดล้อมทั้งกลุ่มนั้น ส่งผลร้อยละ 24 ต่อค่าดัชนีวัดภาระโรคของโลก⁽²⁰⁾ มีข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ให้มีการคัดเลือกเหตุปัจจัยจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม 6 ปัจจัย

มาเพื่อการบันทึกและศึกษาเปรียบเทียบระยะยาว ได้แก่ ค่ามลพิษของอากาศภายนอก มลพิษของอากาศภายในจากการใช้เชื้อเพลิงเผาไหม้ ตะกั่ว สุขอนามัยของน้ำใช้ สภาพภูมิอากาศ ปัจจัยจากการประกอบอาชีพ (ที่ให้คัดเลือกมาบางตัวเลือก) เช่น การบาดเจ็บ เสียง สารก่อมะเร็ง อนุภาคในอากาศ และความเครียดเชิงการยศาสตร์ (ก่อปัญหาปวดหลังส่วนล่าง)^(20,21) ขณะที่ การศึกษานี้ จำแนกประเด็นการยศาสตร์ เป็น 2 ส่วนที่ประกอบด้วยส่วนของปัจจัยก่อโรคเชิงชีวกลศาสตร์ (กาย) กับเชิงจิตสังคม (จิต) ด้วยเหตุผลดังที่กล่าวไปแล้ว

4. ข้อสังเกตหนึ่งจากการจัดกลุ่มโรคให้กับกรณีผู้ป่วยของการศึกษานี้ พบว่า การจัดกลุ่มการบาดเจ็บตามแบบกลุ่มภาระโรคนั้น ในเชิงอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมอาจบันทึกได้หลายแบบ เช่น กรณีสารเคมีในสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ผู้ทำงานมีความเครียดจากสภาพการทำงาน มีโอกาสก่อปัญหาถ้าได้ทั้ง อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ การเจ็บป่วย โรคเฉียบพลัน หรือโรคเรื้อรัง ทั้งนี้กรณีดัชนีวัดภาระโรคของโลก มีการจัดกลุ่มโดยมีมุมมองว่าปัจจัยเสี่ยงในการประกอบอาชีพเป็นส่วนย่อยส่วนหนึ่งในกลุ่มปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อมแล้วทั้งกลุ่ม (occupational and environmental risk factors) เป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลเชิงก่อให้เกิดโรคได้ในทุกกลุ่มโรคที่มีอยู่เดิม⁽²⁰⁾ โดยเหตุที่สิ่งคุกคามสุขภาพที่พบบ่อยในประเทศไทย มีความแตกต่างจากกลุ่มประเทศพัฒนา กำลังพัฒนา หรืออาเซียนด้วยกันในระดับหนึ่ง จึงเป็นประเด็นที่ควรมีการกำหนดนิยามที่เป็นมาตรฐานของเหตุปัจจัยหรือสิ่งคุกคามที่ก่อให้เกิดโรคเหตุอาชีพเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล (ที่ควรเป็นที่เข้าใจได้ด้วยในระดับเวชกรรมเพราะเป็นด้านหน้าที่บันทึกปัญหาเหล่านี้) รวมทั้งมีเกณฑ์วิธีการในการเจียนำหนักของเหตุปัจจัยร่วมต่างๆ ให้ตรงกัน

5. แม้ภาระโรคในชายไทยวัยทำงานที่เป็นปัญหาอันดับหนึ่งโดยต่อเนื่องมาเกือบสามทศวรรษของประเทศไทยและเป็นอันดับหนึ่งโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศเทียบเคียง จะเป็นผลมาจาก “สุรา” ก็ตาม แต่ไม่มีผู้ป่วยในการศึกษานี้ ที่มีบันทึกว่าเกิดโรคขึ้นด้วยปัจจัยเสี่ยงนี้ที่อยู่ในกลุ่มสี่หรือกลุ่มเชิงจิตสังคม ทั้งนี้ พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 22(1) กำหนดไว้ว่า “นายจ้างไม่ต้องจ่ายเงินทดแทนในการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยของลูกจ้างเพราะเหตุจากลูกจ้างเสพของมีนเมาหรือสิ่งเสพติดอื่นจนไม่สามารถครองสติได้” อีกทั้งการสัมผัสสุรา มักถูกคาดหวังไม่ได้เกิดขึ้นเพื่อประกอบอาชีพ แม้ส่วนใหญ่จะพบการสัมผัสสุราในวิถีชีวิตนอกรางานหรือวงสังสรรค์ของเพื่อนร่วมงานหรือลูกค้าในงาน นอกเหนือจากนี้ ไม่พบว่าจะมีการสืบค้นเพื่อย้อนกลับยังต้นเหตุหรือยังปมรากของสภาพที่ก่อความเครียดล้าสะสม ในสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจจิตสังคมและการทำงาน ของผู้ที่ป่วยด้วยโรคเหตุอาชีพไม่ว่าจะเป็นกลุ่มโรคใดๆ ว่าปัจจัยร่วมนั้นจะเป็นเหตุหลักต้น เหตุแฝง เหตุร่วม หรือเป็นปัจจัยหลัก ที่ก่อให้เกิดโรคเหตุอาชีพ (ซ้ำ) ตามมาได้หรือไม่ โดยเฉพาะหากส่งคนทำงานผู้นั้น กลับเข้าทำงานดังสภาพเดิม

6. สิ่งที่ควรคำนึงในประเด็นภาระโรคที่การศึกษานี้ไม่สามารถแสดงได้ ได้แก่ กรณีการตายที่เป็นภาระโรคสูงที่สุดที่บังเกิดต่อมนุษย์ (การศึกษานี้ทำได้เพียงเน้นหนักที่ผู้ยังคงมีชีวิตอยู่) กรณีการนำเกณฑ์การคาดคะเนตามรูปแบบที่มีใช้กันอยู่มาใช้ (อายุคาดเฉลี่ยที่คาดหวัง/อัตราลดทอน/ค่าถ่วงน้ำหนักอายุหรือความพิการ/ค่าเฉลี่ยปัจจัยร่วมต่างๆ) กรณีที่วัดประเมินผลให้แน่นอนได้ยาก เช่น การคะแนนการสูญเสีย/บาดเจ็บ/ความรุนแรงเฉียบพลันหรือเรื้อรัง/หรือพิการ ทางจิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่ควรมีเกณฑ์ที่เป็นที่ยอมรับได้ของแต่ละสภาพสังคม เป็นต้น แม้จะมีข้อจำกัดดังที่กล่าวไป หลักฐาน

ที่ปรากฏในการศึกษานี้ ก็ชัดเจนการขาดแคลนสถิติที่ต้องเกี่ยวกับโรคเหตุอาชีพที่เป็นปัญหาพื้นฐานของประเทศ โดยจำกัดวงของข้อมูล ณ โรคเหตุอาชีพที่มีภาระโรคสูง ที่สังคมต้องรวมแบกรับก่อนเป็นลำดับต้น

7. ข้อมูลลักษณะของทั้งสี่กลุ่มโรคที่ได้จากการศึกษานี้ ตรงตามกลุ่มแพทย์และกลุ่มทรัพยากรที่มีให้บริการอยู่เดิมแล้วในระบบของสถานพยาบาล เช่น โรคกลุ่มหนึ่งมีกลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน/ศัลยกรรม โรคกลุ่มสองมีกลุ่มแพทย์อายุรกรรมและสหสาขา โรคกลุ่มสามมีกลุ่มแพทย์อโรบิค/เวชศาสตร์ฟื้นฟู และโรคกลุ่มสี่มีกลุ่มจิตแพทย์/นักจิตวิทยาและสังคม จึงง่ายต่อการนำข้อมูลสัดส่วนภาระโรคหรือภาระงานที่ได้ มาจัดสรรทรัพยากรตามลำดับความสำคัญของปัญหาในงานอาชีพเวชกรรม โดยมีกลุ่มแพทย์อาชีพเวชศาสตร์เป็นแกนกลางประสานจัดการ แบบตัดขวาง ตามสี่กลุ่มโรคนี้ อันจะให้ภาพรวมที่เป็นระบบของงานอาชีพเวชกรรมข้ามกลุ่มวิชาชีพ เพื่อทำให้งานให้บริการป้องกันและจัดการสี่กลุ่มโรคเหตุอาชีพที่มีภาระโรคสูงนี้ มีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น

8. มาตรฐานการวินิจฉัยโรคในกลุ่มประชากรที่ศึกษานี้มีความชัดเจนแน่นอน (เป็นกฎหมาย)^(5,6) จึงทำให้ผู้ป่วยในการศึกษานี้ มีลักษณะร่วมหนึ่งที่สำคัญ คือ เป็นกรณีโรคที่พิสูจน์ได้ว่าเกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน และสามารถตรวจทวนสอบได้ถึงสิ่งคุกคามที่อยู่ในสภาพแวดล้อมในการทำงาน ที่เป็นต้นเหตุของ “การเกิด” โรคขึ้นเป็นครั้งแรกของกรณีนั้นหรือครั้งนั้น อันเป็นผลให้ข้อมูลที่ได้ นำไปพัฒนาชุดความรู้ตามกลุ่มโรคที่พบบ่อย เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะการปฏิบัติหน้าที่จำเป็นของบุคคล/คนทำงานกลุ่มเสี่ยงสูง ให้สามารถลดระดับความเสี่ยงหรือเสี่ยงซ้ำต่ออุบัติการณ์ หรือต่อการเกิดโรคเหตุอาชีพ โดยศึกษาจากกรณีตัวอย่างจริง ได้เป็นอย่างดี

สรุป

โรคเหตุอาชีพที่มีภาระโรคสูงพบได้ใน 4 กลุ่มโรค คือ กลุ่มการบาดเจ็บ กลุ่มการเจ็บป่วย กลุ่มโรคเหตุปัจจัยเชิงชีวกลศาสตร์ และกลุ่มโรคเหตุปัจจัยเชิงจิตสังคม (ผู้ป่วยกลุ่มการบาดเจ็บมีอุบัติการณ์สูงสุดในสี่กลุ่มโรค) โรคเหตุอาชีพอันดับหนึ่งที่มีภาระโรคสูงในกลุ่มประชากรที่ศึกษาคือ โรคที่เกิดขึ้นกับระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก โดยร้อยละ 77.4 ของคำรักษาพยาบาลวงเงินสูงทั้งหมดถูกใช้โดยผู้ป่วยด้วยโรคในระบบนี้ ผู้วิจัยขอเสนอให้ มีโครงการกำหนดนิยามที่เป็นมาตรฐานของสิ่งคุกคามที่ก่อให้เกิดโรคเหตุอาชีพตามสี่กลุ่มโรคดังกล่าว และส่งเสริมให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ของสี่กลุ่มโรคตามนิยามที่กำหนดแล้วให้หัวหน้าหน่วยงานด้านอาชีวเวชกรรมและหัวหน้าสถานประกอบการที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลที่ได้ไปจัดสรรกลุ่มแพทย์และกลุ่มทรัพยากรให้เหมาะสมพอเพียง โดยมีกลุ่มแพทย์อาชีวเวชศาสตร์เป็นแกนกลางประสานจัดการแบบตัดขวางตามสี่กลุ่มโรคที่ได้ และสนับสนุนงานพัฒนา

ชุดความรู้สำหรับบุคคลและแรงงาน เพื่อลดการเกิดโรคเหตุอาชีพลงให้ได้ผล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และ คณะอนุกรรมการการแพทย์หน่วยที่ 3 ที่มี รศ. นพ. ศุภชัย รัตนมณีฉัตร เป็นประธาน ในคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนเงินทดแทน ที่อนุญาตให้นำข้อมูลข้อวินิจฉัย จากความรู้ ประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญ ของคณะอนุกรรมการฯ มาศึกษา โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาล ที่พิจารณาโครงการ กลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ที่มี นพ.อดุลย์ บันทุกูล เป็นหัวหน้ากลุ่มศูนย์ฯ ที่ให้ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล และทีมแพทย์พยาบาล และผู้สนับสนุนงานทั้งหลาย ที่ให้นำข้อมูลความรู้ เพื่อกลุ่มประชากรแรงงานของท่าน มาเผยแพร่

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนประชากร จำแนกตามสถานภาพแรงงาน และเพศ พ.ศ. 2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 17 เม.ย. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/02.aspx>
2. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพประชาชนวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ปีงบประมาณ 2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 18 ส.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hed.go.th/linkHed/index/2>
3. ประกาศกระทรวงแรงงานเรื่องกำหนดชนิดของโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน. (2550, 15 สิงหาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 124 ตอนพิเศษ 97 ง. หน้า 9-12.

4. คณะอนุกรรมการการแพทย์หน่วยที่ 3 ที่มี รศ. นพ.ศุภชัย รัตนมณีฉัตร เป็นประธาน ตามคำสั่งกองทุนเงินทดแทนที่ 16/2559 ลงวันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2559. รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการการแพทย์ (ครั้งที่ 1/2560 ถึง 19/2560) ที่เป็นผลจากลูกจ้าง 298 คน เป็นผู้ยื่นเรื่องเพื่อรับการวินิจฉัยประเด็นโรคที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน ในรอบ 1 ปี พ.ศ. 2560; 31 มกราคม, 7 และ 28 กุมภาพันธ์, 7 และ 21 มีนาคม, 4 และ 18 เมษายน, 2 และ 16 พฤษภาคม, 6 และ 20 มิถุนายน, 4 และ 18 กรกฎาคม, 1 และ 15 สิงหาคม, 12 และ 19 กันยายน, และ 3 และ 17 ตุลาคม ห้องประชุมสำนักงานประกันสังคม จังหวัดปทุมธานี. นนทบุรี: กองทุนเงินทดแทน คณะกรรมการการแพทย์; 2560.
5. ประกาศกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เรื่องหลักเกณฑ์การวินิจฉัยและการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วยหรือบาดเจ็บด้วยโรคจากการทำงาน. (2540, 30 พฤษภาคม). ราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป. เล่ม 114 ตอนพิเศษ 39 ง. หน้า 7-8.
6. ประกาศกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เรื่องหลักเกณฑ์การวินิจฉัยและการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วยหรือบาดเจ็บด้วยโรคจากการทำงาน (ฉบับที่ 2). (2541, 24 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป. เล่ม 115 ตอนพิเศษ 31 ง. หน้า 8-9.
7. โยจิน เบญจวัง, วิลาวณีย์ จีงประเสริฐ, บรรณาธิการ. มาตรฐานการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ฉบับเฉลิมพระเกียรติเนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550. นนทบุรี: สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน; 2550.
8. อุดุลย์ บัณเฑาะฏ. การวินิจฉัยโรคจากการทำงานโดยใช้ Nine steps in occupational disease diagnosis. วารสารกรมการแพทย์ 2559;41(2):5-12.
9. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. แนวทางการวินิจฉัยโรคและภัยจากการประกอบอาชีพเบื้องต้นสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.
10. International Labor Organization. Recording and notification of occupational accidents and diseases. Geneva: ILO; 1996.
11. Levy BS, Webman DH, Baron SL, Sokas RK, editors. Occupational and environmental health: recognizing and preventing disease and injury. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
12. Kang S-K, Kim EA. Occupational diseases in Korea. J Korean Med Sci 2010;25(Suppl): S4-12.
13. International Labor Organization. List of occupational diseases (revised 2010). Identification and recognition of occupational diseases: Criteria for incorporating diseases in the ILO list of occupational diseases. Geneva: International Labor Office; 2010 (occupational safety and health series, no. 74).
14. Institute for health metrics and evaluation. Global burden of disease (GBD) and of Thailand. [Internet]. 2016 [cited 2018 January 26]. Available from: <http://www.healthdata.org/thailand>

15. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. การประเมินและเปรียบเทียบภาระโรคและปัจจัยเสี่ยง (Comparative risk assessment: CRA) รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: ศรีเอทีฟกรุ๊ป; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 30 มี.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://bodthai.net>
16. ชูชนะ มกระสาร, บรรณาธิการ. Thailand medical services profile 2011-2014 (การแพทย์ไทย 2554-2557). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
17. มูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี: เดอะกราฟิกส์ดีไซน์; 2560.
18. Chaffin DB, Andersson G.BJ, Martin BJ. Occupational biomechanics. 4th ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2006.
19. Loeppke R, Heron R, Bazas T, Beaumont D, Spanjaard H, Konicki DL, et al. Global trends in occupational medicine: results of the international occupational medicine society collaborative survey. JOEM 2017;59:e13-16.
20. Pruss-Ustun A, Corvalan C. Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease. France: World Health Organization; 2006.
21. Nelson DL, 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.