

การประเมินภาวะสุขภาพ และการจัดการกลุ่มผู้ทำงานสัมผัสอาหารในผู้เข้ารับบริการ ในคลินิกอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลพังงา

ฤทัยรัตน์ แก้วกุล พ.บ.,ว.ว. เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงอาชีวเวชศาสตร์

กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลพังงา

Corresponding author, Email: Ruethairat.k@kkumail.com

(วันรับบทความ : 16 มีนาคม 2569, วันแก้ไขบทความ : 21 พฤษภาคม 2569, วันตอบรับบทความ : 4 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้สัมผัสอาหารมีบทบาทสำคัญต่อความปลอดภัยด้านอาหารและสุขภาพของผู้บริโภค เนื่องจากการปฏิบัติงานที่ขาดสุขอนามัยหรือมีภาวะเจ็บป่วยอาจนำไปสู่การปนเปื้อนและการแพร่กระจายเชื้อโรคผ่านอาหารได้ การประเมินความพร้อมในการทำงานของผู้สัมผัสอาหารจึงมีความสำคัญในการคัดกรองภาวะสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของอาหาร เพื่อป้องกันโรคติดต่อจากอาหาร และเป็นไปตามมาตรฐานสาธารณสุขในการประกอบกิจการอาหาร

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาหาสัดส่วนผู้ที่มีความพร้อมทางสุขภาพในการทำงานสัมผัสอาหาร และลักษณะทางสุขภาพที่ส่งผลให้ไม่สามารถทำงานสัมผัสอาหารได้ หรือทำงานได้อย่างจำกัด จากข้อมูลในคลินิกอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลพังงา

วัสดุและวิธีการศึกษา: การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากผู้ทำงานสัมผัสอาหารที่เข้ารับการตรวจสุขภาพที่คลินิกอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลพังงา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 30 มิถุนายน 2568 จำนวน 738 คน

ผลการศึกษา: ผลการศึกษา: ผู้รับการตรวจส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.69 อายุมัธยฐาน 31 ปี ผลการซักประวัติและตรวจร่างกายพบความผิดปกติร้อยละ 2.57 โดยพบแผลบริเวณมือร้อยละ 1.22 ถ่ายเหลวร้อยละ 0.68 และอาการทางระบบทางเดินหายใจร้อยละ 0.68 ผลตรวจ chest X-ray ปกติร้อยละ 98.78, rectal swab culture พบ asymptomatic *Salmonella* spp. ร้อยละ 5.01 และตรวจพบ hepatitis A IgM antibody reactive ร้อยละ 0.14 การประเมินความพร้อมในการทำงาน พบว่า สามารถทำงานสัมผัสอาหารได้ (fit to work) ร้อยละ 92.28 ผู้สัมผัสอาหารที่สามารถเข้าพื้นที่ทำงานเกี่ยวข้องกับอาหารได้แต่ห้ามทำงานสัมผัสอาหารหรือสัมผัสอุปกรณ์ที่ใช้ในการผลิตภาชนะบรรจุ (work restriction) ร้อยละ 2.57 และให้ออกจากพื้นที่ทำงานเกี่ยวข้องกับอาหารชั่วคราว (work exclusion) ร้อยละ 5.15

สรุป: การประเมินความพร้อมก่อนเข้าทำงานของผู้สัมผัสอาหารมีความสำคัญต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้บริโภค แม้ในผู้ที่ไม่มีอาการ และช่วยให้ดำเนินงานสอดคล้องกับมาตรฐานด้านสาธารณสุข ทั้งนี้การตรวจบางประการ เช่น ไวรัสตับอักเสบบี อาจมีความคุ้มค่าน้อยเนื่องจากอัตราการพบเชื้อต่ำ แต่อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมอนามัยส่วนบุคคลและการรายงานอาการป่วยยังคงมีความสำคัญต่อการป้องกันโรคจากอาหาร

คำสำคัญ: ความพร้อมในการทำงาน ความปลอดภัยของอาหาร เชื้อก่อโรคในอาหาร ผู้สัมผัสอาหาร

Medical Assessment and Management of Food Handling Workers: A Study at The Occupational Medicine Clinic, Pang Nga Province

Ruethairat Kaewkul

Occupational health unit Pang Nga Hospital .

Abstract

Background: Food handlers play a critical role in food safety and consumer health, as poor hygiene practices or underlying illnesses may lead to food contamination and transmission of infectious diseases through food. Therefore, fitness for work assessment among food handlers is essential for screening health conditions and risk factors that may affect food safety, in order to prevent foodborne diseases and ensure compliance with public health standards in food service operations.

Objectives: To determine the proportion of individuals who were medically fit for food handling work and to identify health conditions associated with unfitness or fit with restriction for food handling duties, using data obtained from the Occupational Medicine Clinic, Phang Nga Hospital.

Materials and Method: This retrospective descriptive study from secondary data; 738 food handlers who underwent health examinations at the Occupational Medicine Clinic, Phang Nga Hospital, during January 1 and June 30, 2025.

Results: Most participants were female 55.69%; with a median age of 31 years. History taking and physical examination revealed abnormalities in 2.57%, including hand lesions in 1.22%, diarrhea in 0.68%, and respiratory symptoms in 0.68%. Chest X-ray findings were normal in 98.78%. Rectal swab culture identified asymptomatic *Salmonella* spp. in 5.01%, while hepatitis A IgM antibody reactivity was detected in 0.14%. Assessment of work fitness showed that 92.28% were fit to work in food-handling duties. Meanwhile, 2.57% were work restriction, and 5.15% were temporarily work exclusion.

Conclusion: Fitness to work assessment among food handlers is essential for preventing the transmission of infectious diseases to consumers, including from asymptomatic carriers, and for ensuring compliance with public health standards. Although certain investigations, such as hepatitis A testing, may have limited cost-effectiveness due to the low prevalence of infection, the promotion of personal hygiene and symptom reporting remains crucial for the prevention of foodborne diseases.

Keyword: Fitness for work, Food borne pathogen, Food handler, Food safety

บทนำ

อาหารเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ปัจจุบันอาหารส่วนใหญ่ผ่านกระบวนการผลิตในระบบอุตสาหกรรมที่มีหลายขั้นตอนตั้งแต่ภาคการเกษตร การแปรรูป ไปจนถึงการจำหน่าย ทำให้คุณภาพและความปลอดภัยของอาหารขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยตลอดห่วงโซ่อาหาร หากอาหารมีการปนเปื้อนเชื้อก่อโรคจากอาหาร โดยเฉพาะเชื้อที่แพร่ผ่านทางอาหาร เช่น ใช้ไทพอยด์หรือไข่รากสาดน้อย โรคไวรัสตับอักเสบเอ อหิวาตกโรค อาจทำให้ผู้บริโภคเกิดโรคจากการบริโภคอาหารได้ ตั้งแต่อาการท้องร่วง คลื่นไส้ อาเจียน ตัวเหลือง ตาเหลือง อ่อนเพลีย ปัสสาวะมีสีเข้มขึ้น และอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้^(1, 2) ดังนั้น เพื่อให้ได้รับการผลิตอย่างเหมาะสมถูกต้องตามหลักอนามัย มีความปลอดภัยในการบริโภค และไม่เป็นแหล่งแพร่เชื้อโรค จึงมีการกำหนดกฎหมายและมาตรฐานด้านความปลอดภัยอาหารหลายฉบับ เช่น กฎหมายสุลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561⁽³⁾ และมาตรฐานสากล เช่น Good Hygiene Practice (GHP)⁽⁴⁾ และ Hazard Analysis and Critical Control Point (HACCP)⁽⁵⁾ ซึ่งให้ความสำคัญกับลักษณะของผู้สัมผัสอาหาร ทั้งด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล ความรู้ในการจัดการอาหาร และภาวะสุขภาพที่ต้องไม่เป็นโรคหรือเป็นพาหะของเชื้อที่สามารถปนเปื้อนอาหารได้ ดังนั้นจึงมีการตรวจคัดกรองสุขภาพก่อนเข้าทำงานและตรวจประจำปีเพื่อเป็นการตรวจคัดกรองประเมินภาวะทางสุขภาพพนักงาน คลินิกอา

ชีวเวชกรรมมีหน้าที่ให้บริการตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหารเพื่อประเมินความพร้อมในการทำงาน จึงมีส่วนในการคัดกรองการติดเชื้อและออกความเห็นทางการแพทย์ว่ามีความพร้อมในการทำงานหรือไม่ การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากผลการตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารที่มารับบริการที่คลินิกอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลพังงา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 30 มิถุนายน 2568 จำนวน 738 คน เพื่อค้นหาสภาวะสุขภาพของคนทำงานสัมผัสอาหาร ทั้งจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนบริหารจัดการมาตรการการตรวจภาวะสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาหาสัดส่วนผู้ที่มีความพร้อมทางสุขภาพในการทำงานสัมผัสอาหาร จากข้อมูลในคลินิกอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลพังงา
2. ศึกษาลักษณะทางสุขภาพที่ส่งผลให้ไม่สามารถทำงานสัมผัสอาหารได้ หรือทำงานได้อย่างจำกัด

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาชนิดพรรณนาแบบย้อนหลังจากข้อมูลทุติยภูมิ โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนในผู้ที่มาใช้บริการโปรแกรมตรวจสุขภาพคนทำงานสัมผัสอาหารของกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลพังงา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 30 มิถุนายน 2568

ประชากร

เกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria) คือ ผู้ที่เข้ามาใช้บริการตรวจสุขภาพคนทำงานสัมผัสอาหารที่มีข้อมูลครบถ้วน ประกอบด้วย แบบสอบถามประวัติ ผลการตรวจร่างกาย ผลตรวจทางผลปฏิบัติการ และสรุปผลการปฏิบัติงาน เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือผู้ที่มีข้อมูลเฉพาะเป็นไม่สมบูรณ์ ได้แก่ ผู้ที่มีข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามประวัติอาการที่เกี่ยวข้องกับการแพร่เชื้อผ่านอาหาร ข้อมูลผลการตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่ครบอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งเมื่อพิจารณาการคัดเลือกแล้วพบประชากรที่มีข้อมูลสมบูรณ์ทั้งหมดจำนวน 738 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

การศึกษาใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ 1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ 2. แบบสอบถามประวัติอาการที่เกี่ยวข้องกับการแพร่เชื้อผ่านอาหาร และข้อมูลผลการตรวจร่างกาย ได้แก่ อาการตัวเหลือง ตาเหลือง ถ่ายเหลว แผลบริเวณมือ และอาการทางระบบทางเดินหายใจ 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ stool examination, rectal swab culture, hepatitis A virus IgM antibody, chest X-ray 4. ผลการประเมินความพร้อมใน

การทำงาน ได้แก่ สามารถทำงานสัมผัสอาหารได้ (fit to work), สามารถเข้าพื้นที่ทำงานเกี่ยวข้องกับอาหารได้แต่ห้ามทำงานสัมผัสอาหารหรือสัมผัสอุปกรณ์ที่ใช้ในการผลิตภาชนะบรรจุ (fit with restriction), แยกออกจากพื้นที่เกี่ยวข้องกับอาหาร (work exclusion)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม SPSS (IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 28.0. Armonk, NY: IBM Corp) นำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และพิสัยควอไทล์

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลพังงา เลขที่ REC NO.039/2568 และเก็บบันทึกข้อมูลลงตารางบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์โดยปกปิดข้อมูลส่วนตัว และแทนหมายเลขโรงพยาบาลด้วยลำดับหมายเลข ลักษณะของข้อมูลและผลการวิจัยที่ได้ถูกนำเสนอในภาพรวมไม่สามารถชี้เฉพาะเจาะจงถึงตัวบุคคลได้

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=738)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	411	55.69
ชาย	327	44.31
อายุ (ปี) ค่ามัธยฐาน = 31 พิสัยควอไทล์ 25 ถึง 39		
≤ 20	50	6.78
21-35	434	58.81
36-50	205	27.78
51-65	47	6.37
> 65	2	0.27

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 411 คน (ร้อยละ 55.69) อายุระหว่าง

21-35 ปี ค่ามัธยฐานเท่ากับ 31 ปี ค่าพิสัยควอไทล์ 25 ถึง 39 ปี

ตารางที่ 2 ผลการซักประวัติและตรวจร่างกาย

ผลการซักประวัติและตรวจร่างกาย	จำนวน (n=738)	ร้อยละ
ปกติ	719	97.43
อาการที่ผิดปกติ	19	2.57
แผลบริเวณมือ (ไม่มีลักษณะของการติดเชื้อ)	9	1.22
ถ่ายเหลว	5	0.68
มีอาการทางระบบทางเดินหายใจ	5	0.68

ตารางที่ 2 ผลการซักประวัติและตรวจร่างกายพบอาการผิดปกติ 19 คน (ร้อยละ 2.57) ได้แก่ พบแผลบริเวณมือ แต่ไม่มีลักษณะของการติดเชื้อมาก

ที่สุด 9 คน (ร้อยละ 1.22) รองลงมาคือถ่ายเหลว และมีอาการทางระบบทางเดินหายใจจำนวน 5 คน (ร้อยละ 0.68)

ตารางที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	จำนวน (n=738)	ร้อยละ
Chest X-ray		
ปกติ	729	98.78
Pulmonary infiltration	9	1.22
Stool examination		
Normal	738	100
Rectal swab culture		
ไม่พบเชื้อ	701	94.99
พบเชื้อ	37	5.01
<i>Salmonella</i> group B, C	18 [1, 17]	2.44 [0.14, 2.30]
<i>Salmonella</i> group D, E, F	19 [2, 15, 2]	2.57 [0.27, 2.03, 0.27]
Hepatitis A IgM antibody		
Non-reactive	737	99.96
Reactive	1	0.14

ตารางที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ผลตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก (chest X-ray) พบ pulmonary infiltration จำนวน 9 คน (ร้อยละ 1.22) rectal swab culture พบเชื้อจำนวน

37 คน (ร้อยละ 5.01) ทั้งหมดเป็นเชื้อ *Salmonella* spp. ผลการตรวจ hepatitis A IgM antibody พบว่า reactive จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.14)

ตารางที่ 4 ผลการประเมินความพร้อมในการทำงาน

ผลการประเมินความพร้อมทางสุขภาพในการทำงาน	จำนวน (n=738)	ร้อยละ
สามารถทำงานสัมผัสอาหารได้ (Fit to work)	681	92.28
ไม่พบภาวะทางสุขภาพที่ผิดปกติ	672	91.06
แผลบริเวณมือ (ไม่มีลักษณะของการติดเชื้อ)	9	1.22

ผลการประเมินความพร้อมทางสุขภาพในการทำงาน	จำนวน (n=738)	ร้อยละ
สามารถเข้าพื้นที่ทำงานเกี่ยวข้องกับอาหารได้แต่ห้ามทำงานสัมผัสอาหารหรือสัมผัสอุปกรณ์ที่ใช้ในการผลิตอาหารบรรจุ (Work restriction)	19	2.57
A symptomatic <i>Salmonella</i> group D, E, F	19 [2, 15, 2]	2.57 [0.27, 2.03, 0.27]
แยกออกจากพื้นที่เกี่ยวข้องกับอาหาร (Work exclusion)	38	5.15
A symptomatic <i>Salmonella</i> group B, C	18 [1, 17]	2.44 [0.14, 2.30]
Pulmonary infiltration	9	1.22
ถ่ายเหลว	5	0.68
มีอาการทางระบบทางเดินหายใจ	5	0.68
Hepatitis A IgM antibody reactive	1	0.14

ตารางที่ 4 พบว่าส่วนใหญ่สามารถทำงานสัมผัสอาหารได้ (fit to work) จำนวน 681 คน (ร้อยละ 92.28) แบ่งเป็น ผู้ที่ไม่พบภาวะผิดปกติทางสุขภาพมากที่สุดจำนวน 672 คน (ร้อยละ 91.06) และพบแผลบริเวณมือแต่ไม่มีลักษณะของการติดเชื้อจำนวน 9 คน (ร้อยละ 1.22) ผู้สัมผัสอาหารที่สามารถเข้าพื้นที่ทำงานเกี่ยวข้องกับอาหารได้แต่ห้ามทำงานสัมผัสอาหารหรือสัมผัสอุปกรณ์ที่ใช้ในการผลิตอาหารบรรจุ (work restriction) จำนวน 19 คน (ร้อยละ 2.57) เป็น asymptomatic *Salmonella* group D, E, F ผู้สัมผัสอาหารที่ให้แยกออกจากพื้นที่เกี่ยวข้องกับอาหาร (work exclusion) พบจำนวน 38 คน (ร้อยละ 5.15) เป็น asymptomatic *Salmonella* group B, C จำนวน 18 คน (ร้อยละ 2.44) และสาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ ภาพถ่ายเอกซเรย์ทรวงอกเข้าได้กับวัณโรคปอด อาการถ่ายเหลว อาการทางระบบหายใจ และตรวจพบ hepatitis A IgM antibody reactive

วิจารณ์

การตรวจสุขภาพผู้ทำงานสัมผัสอาหารเป็นส่วนหนึ่งของความปลอดภัยของอาหาร มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาและคัดกรองโรคติดเชื้อที่มีอาหารและน้ำเป็นสื่อพาหะ ซึ่งอาจทำให้ผู้ทำงานสัมผัสอาหารเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคทำให้เกิดการปนเปื้อนโรคไปสู่ผู้บริโภคได้ เพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภคจึงมีการกำหนดรูปแบบการตรวจสุขภาพผู้ทำงานสัมผัสอาหารทั้งในร้านค้าอาหารทั่วไปและโรงงานอุตสาหกรรมผลิตและแปรรูปอาหารขึ้น

ในการศึกษานี้พบผู้ที่สามารถทำงานสัมผัสอาหารได้ (fit to work) 681 คน (ร้อยละ 92.28) พบว่ามีแผลบริเวณมือ แต่ไม่มีลักษณะของการติดเชื้อ 9 คน (ร้อยละ 1.22) ซึ่งตามแนวทางปฏิบัติผู้สัมผัสอาหารของประเทศออสเตรเลียแนะนำให้ปิดบาดแผลด้วยอุปกรณ์ปิดแผลชนิดกันน้ำ มีสีชัดเจนและสวมถุงมือสำหรับสัมผัสอาหารชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้งอีกชั้นหนึ่ง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนสู่อาหาร⁽⁶⁾

พบผู้ที่สามารถเข้าพื้นที่ทำงานเกี่ยวข้องกับอาหาร ได้แก่ห้ามทำงานสัมผัสอาหารหรือสัมผัสอุปกรณ์ที่ใช้ในการผลิตภาชนะบรรจุ (work restriction) 19 คน (ร้อยละ 2.57) กลุ่มนี้ตรวจพบการติดเชื้อ *Salmonella* group กลุ่ม D, E, F ซึ่งเป็นสาเหตุของโรค non-typhoidal salmonellosis มีโอกาสแพร่เชื้อค่อนข้างต่ำเพียงร้อยละ 0.2 - 0.6 ⁽⁷⁾ และผู้ติดเชื้อทั้งหมดไม่มีอาการถ่ายเหลว จึงยังสามารถทำงานสัมผัสอาหารได้แต่ห้ามทำงานสัมผัสอาหารหรือสัมผัสอุปกรณ์ที่ใช้ในการผลิตภาชนะบรรจุ แต่อย่างไรก็ตามควรเน้นย้ำการรักษาสุขอนามัย โดยเฉพาะการล้างมืออย่างเคร่งครัด ^(8, 9) สำหรับผู้ที่ต้องแยกออกจากพื้นที่เกี่ยวข้องกับอาหาร (work exclusion) 38 คน (ร้อยละ 5.15) ในจำนวนนี้ตรวจพบติดเชื้อ *Salmonella* group B, C 18 คน (ร้อยละ 2.44) ซึ่งเป็นเชื้อก่อให้เกิดโรค typhoidal salmonellosis โดยมีอัตราการพบน้อยกว่าการศึกษาในจังหวัดนครราชสีมาและประเทศเอธิโอเปียที่พบร้อยละ 4.4 ⁽¹⁰⁾ และร้อยละ 5.5 ⁽¹¹⁾ ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากลักษณะของภูมิประเทศที่แตกต่างกัน เชื้อกลุ่มนี้มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อได้สูงถึงร้อยละ 2- 5 และอาจก่อให้เกิดภาวะพาหะเรื้อรัง (chronic carrier) เนื่องจากเชื้อสามารถอาศัยในทางเดินน้ำดี อีกทั้งยังมีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ⁽¹²⁾ จึงได้รับการประเมินเป็นแยกออกจากพื้นที่เกี่ยวข้องกับอาหาร (work exclusion) ตามแนวทางปฏิบัติของ US FDA food code ^(12, 13) และคู่มือการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ตามบทบัญญัติของกฎกระทรวงสาธารณสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 ⁽¹⁴⁾ ในด้านการรักษาผู้ติดเชื้อ *Salmonella* spp. ทั้ง 37 คนได้รับยาปฏิชีวนะกลุ่ม quinolone เป็นระยะเวลา

10 วัน และภายหลังการรักษาได้มีการตรวจยืนยันซ้ำด้วยวิธี rectal swab culture ซ้ำ 1 ครั้ง ซึ่งไม่พบเชื้อทั้งหมด จึงสามารถกลับเข้าทำงานได้ตามปกติ (fit to work) ดังนั้นการตรวจ rectal swab จึงมีความจำเป็น และมีความคุ้มค่าในการลดการแพร่เชื้อสู่ผู้บริโภคได้ สาเหตุรองลงมาของผู้ที่ต้องแยกออกจากพื้นที่เกี่ยวข้องกับอาหาร คือพบ chest X-ray ที่เข้าได้กับวัณโรคปอดทั้ง 9 คน (ร้อยละ 1.22) ให้หยุดงานสัมผัสอาหารเนื่องจากอาจมีความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อสู่เพื่อนร่วมงาน ได้ส่งปรึกษาแพทย์อายุรแพทย์เพื่อตรวจและวินิจฉัยเพิ่มเติม และนัดตรวจเสมหะซ้ำ 2 สัปดาห์ หลังพบอายุรแพทย์พบว่าไม่พบเชื้อวัณโรคทั้งหมด จึงสามารถกลับเข้าทำงานได้ และในรายที่มีอาการถ่ายเหลว และมีอาการทางระบบหายใจ ได้รับคำแนะนำให้อาการหายครบ 48 ชั่วโมงจึงกลับเข้าทำงาน ตามแนวทางปฏิบัติของประเทศไอร์แลนด์ ⁽¹¹⁾ และในรายที่ตรวจพบ hepatitis A reactive จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.14) ผู้ติดเชื้อดังกล่าวไม่มีอาการทางคลินิก ได้แก่ อาการตัวเหลือง ตาเหลือง ใช้ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หรืออ่อนเพลีย ^(15, 16) ทั้งนี้ โดยทั่วไปผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสามารถแพร่เชื้อทางอุจจาระได้ตั้งแต่อ่อนระยะแสดงอาการ 1 สัปดาห์ และสามารถแพร่เชื้อทางอุจจาระได้ประมาณ 2 สัปดาห์ ⁽¹⁷⁾ และยังสามารถแพร่เชื้อได้ก่อนตรวจพบ hepatitis A IgM reactive ⁽¹⁸⁾ ดังนั้นแนวทางปฏิบัติของประเทศไอร์แลนด์จึงแนะนำให้แยกออกจากพื้นที่เกี่ยวข้องกับอาหารเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์หากไม่มีอาการผิดปกติ และหากมีอาการผิดปกติให้งดทำงานสัมผัสอาหาร 1 สัปดาห์หลังจากวันแรกที่มีอาการ ⁽⁷⁾ hepatitis A IgM antibody อาจให้ผลบวก (reactive) ได้นานถึง 6 เดือนหลังการติดเชื้อ ^(11, 15, 19) เนื่องจาก

ผู้เข้ารับการประเมินรายนี้ไม่มีอาการผิดปกติทางคลินิก จึงให้แยกออกจากพื้นที่เกี่ยวข้องกับอาหาร (work exclusion) เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ และนัดมาประเมินซ้ำจึงสามารถกลับเข้าทำงานได้ ดังนั้นจึงสะท้อนให้เห็นว่าการตรวจพบ hepatitis A IgM antibody เพียงอย่างเดียว อาจไม่สามารถบ่งชี้ถึงภาวะการติดเชื้อหรือสถานะสุขภาพในปัจจุบันได้อย่างชัดเจน จำเป็นต้องพิจารณาร่วมกับอาการทางคลินิกด้วย

สรุป

การศึกษานี้ทำการทบทวนการตรวจประเมินความพร้อมในการทำงานผู้สัมผัสอาหารของคลินิกอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลพังงาในช่วงเดือนมกราคมถึงมิถุนายน 2568 พบว่าการตรวจ rectal swab culture พบเชื้อร้อยละ 5.01 เป็นเชื้อ *Salmonella* spp. ทั้งหมดซึ่งเป็นเชื้อที่สามารถแพร่ผ่านทางอาหารได้ ทำให้อาจมีความเหมาะสมในการตรวจคัดกรอง ซึ่งการบริหารจัดการจะขึ้นกับชนิดของเชื้อว่าเป็นกลุ่ม non-typhoidal salmonellosis หรือ typhoidal salmonellosis และหากพบการติดเชื้อกลุ่ม typhoidal salmonellosis ต้องออกจากที่ทำงาน ควรได้รับการรักษา ตรวจอุจจาระซ้ำ แล้วประเมินกลับเข้าทำงาน และอาจพิจารณาความคุ้มค่าในการตรวจ hepatitis A IgM antibody ในผู้ที่ไม่มีอาการผิดปกติ เนื่องจากอัตราการพบเชื้อต่ำ รวม

ไปถึงไม่สะท้อนสถานะทางสุขภาพที่เป็นปัจจุบัน และเนื่องจากเชื้อสามารถแพร่กระจายได้ก่อนมีอาการ แต่อย่างไรก็ดีการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลโดยเฉพาะการล้างมืออย่างถูกวิธี และการส่งเสริมให้เกิดการรายงานอาการทางสุขภาพ ณ ปัจจุบัน ยังคงเป็นมาตรการหลักในการลดการปนเปื้อนเชื้อโรคจากการสัมผัสอาหาร

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. การตรวจประเมินความพร้อมก่อนเข้าทำงานเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากช่วยลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ประกอบอาหารสู่ผู้บริโภค โดยเชื้อก่อโรคบางชนิดสามารถแพร่เชื้อได้แม้ผู้ติดเชื้อจะไม่มีอาการ นอกจากนี้ยังเป็นการดำเนินการให้สอดคล้องกับข้อกำหนดทางกฎหมายและมาตรฐานของแต่ละประเทศ
2. ควรพิจารณาความคุ้มค่าของการตรวจไวรัสตับอักเสบบี เนื่องจากผลการตรวจไม่ได้สะท้อนภาวะสุขภาพปัจจุบันโดยตรง อีกทั้งพบอัตราการติดเชื้อในระดับต่ำมาก จึงอาจไม่มีความคุ้มค่าต่อการนำมาใช้ในการตรวจคัดกรองตามปกติ
3. ผู้ที่เข้ารับการประเมินและไม่ผ่านเกณฑ์ความพร้อมในการทำงานครั้งแรก ส่วนใหญ่สามารถกลับเข้ารับการประเมินซ้ำได้ภายหลังได้รับการรักษาหรือแก้ไขภาวะที่เป็นสาเหตุ จึงสะท้อนให้เห็นว่าการประเมินดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงานและการคุ้มครองผู้บริโภคมากกว่าการตัดสินใจในการทำงานอย่างถาวร

เอกสารอ้างอิง

1. Codex Alimentarius International Standard. About Codex Alimentarius [online]; Rome: Codex Alimentarius International Standard; 2568. [cited 2025 May 20] Available from: <https://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/about-codex/en/>

2. Bintsis T. Foodborne pathogens. AIMS Microbiol. 2017 Jun 29;3(3):529-563. doi: 10.3934/microbiol.2017.3.529. PMID: 31294175; PMCID: PMC6604998.
3. กฎกระทรวง สุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา 20 มิ.ย.; 2561; 135 (ตอนที่ 42 ก): 19-25.
4. Global Inspired Laboratory. มาตรฐาน GHP คืออะไร [online]. Bangkok: Global Inspired Laboratory; 2564 [cited 2025 June 3]. Available from: <https://www.gil.co.th/content/22824/%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B8%90%E0%B8%B2%E0%B8%99-ghp-%E0%B8%84%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%AD%E0%B8%B0%E0%B9%84%E0%B8%A3>
5. Food Network Solution. HACCP/ Hazard Analysis Critical Control Point [online]. Bangkok: Food Network Solution; 2568 [cited 2025 June 3]. Available from: <https://www.foodnetworksolution.com/wiki/word/000356/haccp-hazard-analysis-critical-control-point>
6. Accredited short courses. How to safely cover cuts and wounds when preparing food. [online]. 2568 [cited 2026 May 5]. Available from: <https://accreditedshortcourses.com.au/how-to-safely-cover-cuts-and-wounds-when-preparing-food/>
7. Mandell GL, Douglas RG, Bennett JE, Dolin R, editors. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 6th ed. New York: Elsevier/Churchill Livingstone;2005.
8. National disease surveillance center. Preventing foodborne disease: a focus on the infected food handler/ National disease surveillance center [online]. 2548 [cited 2025 May 25]. Available from: <https://www.hpsc.ie/a-z/gastroenteric/foodborneillness/publications/File,871,en.pdf>.
9. Food Standards Agency .Food handlers :fitness to work .Regulatory guidance and best practice advice for food business operators]online .[2019]cited 2026 Jan 23 .[Available from :<https://www.food.gov.uk/business-guidance/fitness-to-work>.

10. กนต์ธร จันทรกุล. การประเมินความพร้อมในการทำงานผู้สัมผัสอาหาร: การศึกษาในผู้ทำงานพื้นที่สัมผัสอาหาร จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา. 2565: 28(2); 43-52.
11. National disease surveillance center. Preventing foodborne disease: a focus on the infected food handler/ National disease surveillance center [online]. 2004 [cited 2025 May 25]. Available from: <https://www.hpsc.ie/a-z/gastroenteric/foodborneillness/publications/File,871,en.pdf>.
12. United States. Food and Drug Administration Food code: 2022 recommendations of the United States Public Health Service, Food and Drug Administration. College Park, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Food and Drug Administration; 2022.
13. Akkachotikul R, Panarat P, Phongam P. Return to Work Assessment and Management of Hospital Food Handlers with Positive Stool Culture for Salmonella. J Royal Thai Army Nurses [internet]. 2023 Dec. 10 [cited 2026 Mar. 15];24(3):46-5. available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/264118>
14. เอกชัย ชัยเดช. คู่มือการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารสถานที่จำหน่ายอาหาร ตามพระราชบัญญัติ “กฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย; 2562.
15. Gholizadeh O, Akbarzadeh S, Ghazanfari Hashemi M, Gholami M, Amini P, Yekanipour Z, Tabatabaie R, Yasamineh S, Hosseini P, Poortahmasebi V. Hepatitis A: Viral Structure, Classification, Life Cycle, Clinical Symptoms, Diagnosis Error, and Vaccination. Can J Infect Dis Med Microbiol. 2023 Jan 4;2023:4263309.
16. Center of disease control and prevention. Symptoms of Hepatitis A [online]. 2024 [cited March 2026 15]. Available from: <https://www.cdc.gov/hepatitis-a/signs-symptoms/index.html>
17. Center of disease control and prevention. Clinical screening and diagnosis for hepatitis A. [online]. 2024 [cited 2026 May 7]. Available from: <https://www.cdc.gov/hepatitis-a/hcp/diagnosis-testing/index.html>

18. Agrawal, Ashish & Singh, Sanjeev & Kolhapure, Shafi & Hoet, Bernard & Arankalle, Vidya & Mitra, Monjori. (2019). Increasing Burden of Hepatitis A in Adolescents and Adults and the Need for Long-Term Protection: A Review from the Indian Subcontinent. *Infectious Diseases and Therapy*. 8. 10.1007/s40121-019-00270-9.
19. OKC country Health department. Hepatitis A in a food handler Fact sheet. [online]. 2019 [cited 2026 March 10]. Available from: https://occhd.org/wp-content/uploads/2022/10/Hepatitis_A_in_Foodhandlers.pdf