

C17 : การพยาบาลอาชีวอนามัยผู้ป่วยวัณโรคต่อมना้ำเหลือง ในบุคลากรโรงพยาบาลอำนาจเจริญ

นางสุภัทรา ศุภโกศล

โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

การดูแลบุคลากรที่เจ็บป่วยจากการทำงานมีความจำเป็น เพราะบุคลากรคือหัวใจสำคัญในการพัฒนาระบบบริการด้านสาธารณสุขปัจจุบัน วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย มีแนวโน้มการติดเชื้อในบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งโรงพยาบาลอำนาจเจริญ พบอัตราป่วยด้วยวัณโรคต่อมना้ำเหลืองในบุคลากรโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น บทความนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนากรณีศึกษา ๒ ราย โดยศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ อากาและอาการแสดง การดูแลตนเอง การกลับเข้าทำงาน เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคจากการทำงาน โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานในโรงพยาบาล ของกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม การบริหารจัดการความเสี่ยง การดูแลเพื่อการกลับเข้าทำงานของบุคลากรวัณโรคต่อมना้ำเหลือง และสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคจากการทำงานและการบริหารจัดการ ศึกษาการดูแลบุคลากรเพื่อการกลับเข้าทำงาน และเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพบุคลากร กรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคจากการทำงาน ได้แก่ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม (Working Environment) ด้านชีวภาพ จากการสัมผัสผู้ผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคจากการให้บริการทางการแพทย์ ระบบระบายอากาศในจุดบริการที่ไม่เหมาะสม ปัจจัยด้านลักษณะงาน ได้แก่ มีการทำงานที่เสี่ยงต่อการสัมผัสผู้ผู้ป่วยวัณโรค การทำงานเป็นกะ เวรเช้า บ่าย ดึก ปัจจัยด้านตัวบุคคล ได้แก่ สถานะสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ด้านการบริหารจัดการความเสี่ยง ได้รับการประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน การเดินสำรวจหน่วยงาน (Walk Through survey) เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงด้านสภาพแวดล้อม ได้รับการสอบสวนโรค ได้รับการดำเนินการส่งขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ตามแนวทางการคุ้มครองด้านสิทธิประโยชน์ การประเมินบุคลากรก่อนกลับเข้าทำงาน การปรับเปลี่ยนลักษณะงานให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ จากการศึกษาจึงได้มีการจัดทำแนวทางดูแลบุคลากรที่เจ็บป่วยจากการทำงานและการประเมินเพื่อการกลับเข้าทำงานอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ : วัณโรคต่อมना้ำเหลือง การพยาบาลอาชีวอนามัย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรค วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง จากการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก ปี 2559 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ 119,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 10,000 ราย และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา RR/MDR-TB 4,700 ราย สำนักวัณโรครายงานผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยปี 2559 พบว่ามีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) 70,114 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 6,794 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 11 ของผู้ที่ได้รับการตรวจเชื้อเอชไอวี วัณโรคดื้อยาหลายขนาน 955 ราย และวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก 13 ราย โดยมีผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.9(๒) วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* จัดอยู่ในกลุ่ม *Mycobacterium tuberculosis complex* วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80) ซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย วัณโรคนอกปอดอาจพบได้ในอวัยวะอื่นๆ ได้แก่ เยื่อหุ้มปอด ต่อม้ำเหลือง กระดูกสันหลัง ข้อต่อ ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบประสาท เป็นต้น วัณโรคนอกปอด (extrapulmonary TB) พบได้ประมาณร้อยละ 20 แต่ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยสัดส่วนของวัณโรคนอกปอดมักจะพบมากขึ้น อวัยวะที่พบบ่อย ได้แก่ ต่อม้ำเหลือง (พบมากที่สุด) กระดูก (มักพบที่กระดูกสันหลัง) เยื่อหุ้มปอด ระบบทางเดินปัสสาวะ ลำไส้ เยื่อหุ้มสมอง เยื่อหุ้มหัวใจ ผิวหนัง (๒)

บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามสุขภาพในระหว่างการทำงานที่มีความแตกต่างจากงานอื่น โดยเฉพาะสิ่งคุกคามทางชีวภาพ คือ โรคติดต่อต่าง ๆ เช่น วัณโรคซึ่งเป็นโรคที่มีความสำคัญทั้งในระดับประเทศและระดับโลก เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น และพบปัญหาเชื้อดื้อยา ปัญหาการเกิดวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขนั้น มีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค สูงกว่าประชาชนทั่วไปถึง 3 เท่า ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการปฏิบัติงานของ บุคลากร การแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาลอาจมีสาเหตุมาจากการวินิจฉัยล่าช้า การรักษาล่าช้า การแยกผู้ป่วยไม่ได้มาตรฐาน การใช้เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่ไม่เหมาะสมในระหว่างการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงต่อการสูดหายใจเอาเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกาย โรงพยาบาลอำนาจเจริญพบอุบัติการณ์บุคลากรป่วยด้วยวัณโรค ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๓ จำนวน ๑๑ ราย วัณโรคปอด ๖ ราย วัณโรคต่อม้ำเหลือง ๕ ราย บุคลากรทางการแพทย์เป็นทรัพยากรที่สำคัญยิ่ง ดังนั้นการดูแลเมื่อเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุจากการทำงานจึงต้องมีการจัดระบบการดูแลให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านการรักษา การฟื้นฟูสภาพเพื่อการกลับมาทำงาน รวมทั้งการดูแลด้านสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย ซึ่งงานการพยาบาลอาชีวอนามัยใช้ เป็นกฎระเบียบพิเศษ และมีความสำคัญต่องานหลักของงานการพยาบาลอาชีวอนามัยและหน่วยบริการ ได้แก่ พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ.2554 (มาตรฐานพยาบาลอาชีวอนามัย กองการพยาบาล) ซึ่งต้องดูแลสุขภาพบุคลากรในหน่วยงาน

ผู้ศึกษาจึงอยากศึกษาการพยาบาลด้านอาชีวอนามัยในการดูแลบุคลากรที่เจ็บป่วยจากการทำงาน โดยศึกษารายวัณโรคต่อม้ำเหลืองที่มีความซับซ้อน ยิ่งยากในการดูแล ต้องใช้กระบวนการพยาบาลอาชีวอนามัยในการประเมินความเสี่ยง การบริหารจัดการความเสี่ยง การดูแลก่อนกลับเข้าทำงาน การดูแลชุดสิทธิประโยชน์ที่มีความครอบคลุมการดูแลต่อเนื่องจากการรักษาทางกาย เพื่อการดูแลบุคลากรด้านอาชีวอนามัยอย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคจากการทำงาน และการบริหารจัดการ
๒. เพื่อศึกษาการดูแลเพื่อการกลับเข้าทำงานของบุคลากรที่ป่วยด้วยโรคจากการทำงาน
๓. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพบุคลากรกรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน

วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนากรณีศึกษา ๒ ราย โดยศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ อาการและอาการแสดง การดูแลตนเอง การกลับเข้าทำงาน เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคจากการทำงาน โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานในโรงพยาบาล ของกองโรคจากการ ประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม การบริหารจัดการความเสี่ยง การดูแลเพื่อการกลับเข้าทำงานของบุคลากรวัย โรคต่อม้ำน้ำเหลือง และสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ตารางข้อมูลทั่วไปเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	24	46
สถานภาพ	คู่	หย่า
ระดับการศึกษา	ปวช	ปริญญาโท
อาชีพ	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	พยาบาล
ระยะเวลาการทำงาน	4 ปี	26 ปี
หน่วยงาน	หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก	คลินิกอายุรกรรม
ภูมิลำเนา	อำเภอเสนางคนิคม	อำเภอเมืองอำนาจเจริญ
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	คลำพบก้อนที่คอข้างขวา คอบวมโต มีไข้ร่วมด้วยเป็นก่อนมา โรงพยาบาล 10 วัน	คลำพบก้อนที่คอข้างขวาคอไม่บวมโต เป็นก่อนมา โรงพยาบาล 3 สัปดาห์
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	คลำพบก้อนที่คอข้างขวา คอบวมโต ปวด กลืนแล้วมีอาการเจ็บ มีไข้ร่วมด้วยน้ำหนักลด 3 กิโลกรัม เป็นก่อนมา โรงพยาบาล 10 วัน	คลำพบก้อนที่คอข้างขวาคอไม่บวมโต ไม่มีไข้ เป็นก่อนมา โรงพยาบาล 3 สัปดาห์
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธอาการเจ็บป่วยในอดีต	ประวัติภูมิแพ้

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยครอบครัว	มารดาเป็นเบาหวาน	มารดา โรคหัวใจ บิดา นิ้วในถุงน้ำดี
ประวัติการผ่าตัด	- 21 กรกฎาคม 2560 ได้รับการ ผ่าตัดไส้ติ่ง (ในขณะที่ตั้งครรภ์ 5 เดือน) ต่อมา ผ่าตัดคลอดในปีเดียวกันที่ โรงพยาบาลอำนาจเจริญ - 1 ธันวาคม 2560 ได้รับการ ผ่าตัดคลอดที่ โรงพยาบาล อำนาจเจริญ - 4 เมษายน 2562 ได้รับการ ผ่าตัดก้อนที่คอข้างขวาที่ รพ.สรรพ สิทธิประสงค์ - 4 กุมภาพันธ์ 2563 ได้รับการ ผ่าตัดก้อนที่คอข้างซ้ายที่ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	- ผ่าตัดคลอดบุตร ในปี 2543 และปี 2547 - ผ่าตัดมดลูกในปี 2550
ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ	ปฏิเสธการได้รับอุบัติเหตุ	ปฏิเสธการได้รับอุบัติเหตุ
ประวัติการแพ้ยา/อาหารทะเล	ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหารทะเล	ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหารทะเล
พฤติกรรมสูบบุหรี่/ดื่มสุรา	เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	ปฏิเสธพฤติกรรมสูบบุหรี่/ดื่ม สุรา
ประวัติการออกกำลังกาย	ออกกำลังกาย 3 ครั้ง/สัปดาห์	ออกกำลังกายบ้างเป็นบางครั้ง ความถี่ น้อยกว่า 1ครั้ง/สัปดาห์
การวินิจฉัย	Tuberculous cervical lymphadenitis (TCL)	Tuberculous cervical lymphadenitis (TCL)

จากการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษา 2 ราย จากประวัติและข้อมูลทั่วไปพบว่ากรณีศึกษา รายที่ 1 อาชีพและลักษณะงานเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกระยะเวลารวม 4 ปี ส่วน กรณีศึกษารายที่ 2 อาชีพ พยาบาลในคลินิกอายุรกรรม มาเป็นเวลา 24 ปี ลักษณะงานการทำงานคือซัก ประวัติคัดกรองโรคผู้ป่วยที่คลินิกอายุรกรรมซึ่งเป็นคลินิกโรคเรื้อรังทางด้านอายุรกรรมซึ่งบางที่จะมาผู้ป่วย คลินิกโรคเรื้อรัง ส่วนอาการสำคัญและอาการปัจจุบันที่มาโรงพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 1 มาด้วยอาการ คลำ พบก้อนที่คอข้างขวา คอวมโต ปวด กลืนแล้วมีอาการเจ็บ มีใช้ร่วมด้วยน้ำหนักลด 3 กิโลกรัม เป็นก่อนมา

โรงพยาบาล 10 วัน ส่วนกรณีศึกษาครั้งที่ 2 มาด้วยอาการคล้ายพบก้อนที่คอข้างขวาคอไม่บวมโต ไม่มีไข้ เป็นก่อนมา โรงพยาบาล 3 สัปดาห์ ซึ่งมีประวัติ โรคภูมิแพ้เป็นโรคประจำตัว และมีพฤติกรรมสุขภาพด้วยออกกำลังกายน้อย

ตารางที่ 2 ตารางพยาธิสภาพการเกิดโรคและการเปรียบเทียบกรณีศึกษา

พยาธิสภาพการเกิดโรค	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>วัณโรคต่อม้ำเหลือง</p> <p>จัดเป็นวัณโรคที่เกิดนอกปอด (extrapulmonary tuberculosis) ที่พบบ่อยที่สุดและต่อม้ำเหลืองที่คอบริเวณคอข้างขวาขนาดตำแหน่งที่พบวัณโรคนอกปอดบ่อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนของต่อม้ำเหลืองที่คอ จะมีประมาณ 300 ต่อม (หรือคิดเป็นร้อยละ 30)² จากจำนวนต่อม้ำเหลืองทั่วร่างกายประมาณ 1,000 ต่อม</p> <p>เชื้อ mycobacteria ที่เป็นสาเหตุของต่อม้ำเหลืองที่คออีกเสบมี 2 ชนิด ได้แก่เชื้อวัณโรค tuberculous mycobacteria (TM) และเชื้อชนิด Nontuberculous mycobacteria (NTM) ซึ่งแต่เดิมมีชื่อเรียกหลายอย่าง เช่น atypical anonymous other mycobacteria วัณโรคต่อม้ำเหลืองที่คอ ที่เกิดจากเชื้อวัณโรค เรียกว่า โรค tuberculous cervical lymphadenitis (TCL) หรือ scrofula ส่วนวัณโรคต่อม้ำเหลืองที่คอที่เกิดจากเชื้อ NTM เรียกว่าโรค nontuberculous cervical lymphadenitis (NCL) TCL หรือ scrofula มีรายงานมานานมากกว่า 3,000 ปี scrofula มาจากคำละติน หมายถึง glandular swelling Hippocrates เคยเขียนบรรยายเกี่ยวกับ scrofulous tumor ไว้ด้วย แต่ NCL มีรายงานเป็นครั้งแรกโดย Prissick และ Masson ในปี พ.ศ. 2493 หลังจากนั้น ก็มีรายงานถึงโรค MCL ที่เกิดจากเชื้อ NTM มากขึ้นเรื่อยๆ การจำแนกประเภทของผู้ป่วย สามารถจำแนกประเภทได้ดังนี้</p> <p>(1) จำแนกตามผลการตรวจทางแบคทีเรีย</p> <p>1) ผู้ป่วยที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรค (bacteriologically confirmed TB case: B+) หมายถึงผู้ป่วยวัณโรคที่มีสิ่งส่งตรวจ (specimen) ผลเป็นบวก โดยวิธี smear microscopy หรือ culture หรือวิธีการอื่นๆที่ WHO รับรอง เช่น Xpert MTB/RIF, line probe assay, TB-LAMP เป็นต้น</p>	<p>วัณโรคต่อม้ำเหลือง</p> <p>- พบในต่อม้ำเหลืองบริเวณคอข้างขวาขนาด 1 เซนติเมตร</p> <p>- กรณีศึกษาเป็นที่ 1 เป็นวัณโรคนอกปอด (extrapulmonary tuberculosis : EPT) ที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคที่อวัยวะต่อม้ำเหลืองบริเวณคอข้างขวา</p>	<p>วัณโรคต่อม้ำเหลือง</p> <p>- พบในต่อม้ำเหลืองบริเวณคอข้างขวาขนาด 1 เซนติเมตร ก้อนมีขนาด 2.8 x 2 x 0.6 เซนติเมตร</p> <p>- กรณีศึกษาเป็นที่ 2 เป็นวัณโรคนอกปอด (extrapulmonary tuberculosis: EPT) ที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคที่อวัยวะต่อม้ำเหลืองบริเวณคอข้างซ้าย</p>

พยาธิสภาพการเกิดโรค	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>2) ผู้ป่วยที่มีผลตรวจไม่พบเชื้อวัณโรค (clinically diagnosed TB case: B-) หมายถึงผู้ป่วยวัณโรคที่มีสิ่งส่งตรวจผลเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการเอกซเรย์หรือผลการตรวจชิ้นเนื้อ (histology) ผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับอาการแสดงทางคลินิก และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรคหมายเหตุ : ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเป็นลบ (B-) แม้ว่าจะเริ่มรักษาไปแล้ว ต่อมาทราบผลเพาะเลี้ยงเชื้อเป็น MTBC (M. tuberculosis complex) ให้จัดประเภทใหม่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจเป็นบวก (B+)</p>	<p>แพทย์วินิจฉัย Tuberculous cervical lymphadenitis (TCL)</p>	<p>แพทย์วินิจฉัย Tuberculous cervical lymphadenitis (TCL) - กรณีศึกษาเป็นที่ 2 เป็นวัณโรคนอกปอด (extrapulmonary tuberculosis: EPT) ที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคที่อวัยวะต่อม้ำเหลือง บริเวณคอข้างซ้าย</p>
<p>(2) จำแนกตามอวัยวะที่เป็นวัณโรค</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) วัณโรคปอด (pulmonary tuberculosis: PTB) คือผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคในเนื้อปอดหรือที่แขนงหลอดลม (endobronchial) โดยมีผลตรวจเสมหะเป็นบวกหรือลบก็ได้ Miliary TB จัดเป็นวัณโรคปอดเนื่องจากพยาธิสภาพอยู่ในปอด 2) วัณโรคนอกปอด (extrapulmonary tuberculosis: EPTB) คือ ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคที่อวัยวะอื่นๆที่ไม่ใช่เนื้อปอด เช่น เยื่อหุ้มปอด ต่อมน้ำเหลือง เยื่อหุ้มสมอง ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ผิวหนัง กระดูกและข้อ เป็นต้น โดยมีผลตรวจสิ่งส่งตรวจเป็นบวกหรือลบก็ได้ 		<p>แพทย์วินิจฉัย Tuberculous cervical lymphadenitis (TCL)</p>
<p>อาการและอาการแสดง (symptoms and signs)</p>		
<p>โรค TCL ปกติจะมีการดำเนินของโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป อายุของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15 – 40 ปี ทั้งจากรายงานของต่างประเทศ และของไทยซึ่งแตกต่างจากโรค NCL ที่มักจะพบในผู้ป่วยเด็กเป็นส่วนใหญ่ ตำแหน่งของก้อนที่พบในโรค TCL จะพบที่ตำแหน่ง posterior triangle มากกว่า anterior triangle พบว่าเกิดที่ตำแหน่ง supraclavicular ได้บ่อย อาจเป็นพร้อมกันหลายๆ ต่อมและเป็น 2 ข้างของคอได้บ่อยๆ ส่วนใน NCL ตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดจะเป็นที่ submandibular รองลงมาได้แก่ตำแหน่ง intraparotid และ anterior cervical มักพบเป็นเพียงก้อนเดียวหรือข้างเดียว</p> <p>อาการนำมาด้วยเรื่องก้อนที่คอพบมากที่สุดบางคน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - คลำพบก้อนที่คอข้างขวา - คอบวมโต ปวดกลืนแล้วมี - อาการเจ็บ - มีไข้ - น้ำหนักลด 3 กิโลกรัม 	<ul style="list-style-type: none"> - คลำพบก้อน - คอไม่บวม ไม่มีไข้

พยาธิสภาพการเกิดโรค	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>มีอาการเหมือนเป็นฝีที่คอ หรือมีหนองแตกออกมามีลักษณะเหมือนเนยแข็ง ซึ่งต่อมากจะกลายเป็นแผลเรื้อรัง ผู้ป่วยบางรายจะมีอาการของวัณโรคปอดร่วมด้วย เช่น ไข้ ไอ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด</p>		
<p>Jones และ Campbell (1992) ได้แบ่งวัณโรคต่อมน้ำเหลืองเป็น 5 ระยะ ดังนี้</p>	<p>การแบ่งระยะของวัณโรค Jones และ Campbell</p>	<p>Jones และ Campbell (1992) ได้แบ่งวัณโรคต่อมน้ำเหลืองเป็น 5 ระยะ ดังนี้</p>
<p>ระยะที่ 1 ต่อมน้ำเหลืองโตค่อนข้างแข็ง อยู่กระจายไม่ติดแน่น ไม่เจ็บ อาจมีการกดเจ็บ เล็กน้อย ถ้าตัดไปตรวจทางพยาธิวิทยา อาจจะเป็น non – specific reactive hyperplasia</p>	<p>(1992) ได้แบ่งวัณโรคต่อมน้ำเหลืองเป็น 5 ระยะ ดังนี้ - กรณีศึกษานี้อยู่ใน ระยะที่ 2 ต่อมน้ำเหลืองโตขึ้น นิ่มขึ้น ก้อนมีขนาด 1 เซนติเมตร ผล Lymph node, right Cervical biopsy</p>	<p>กรณีศึกษานี้อยู่ใน ระยะที่ 2 ต่อมน้ำเหลืองโตขึ้น นิ่มขึ้น ก้อนมีขนาด 2.8x2x0.6 เซนติเมตร ผล Lymph node, right Cervical biopsy</p>
<p>ระยะที่ 2 ต่อมน้ำเหลืองโตขึ้น นิ่มขึ้น แต่เริ่มติดแน่นกับเนื้อเยื่อรอบๆ เนื่องจากมีการอักเสบ ถ้าตัดไปตรวจจะเป็น caseous granuloma</p>	<p>:caseous granuloma</p>	<p>:caseous granuloma</p>
<p>ระยะที่ 3 เริ่มกลายเป็นฝี มีหัวตรงกลาง โดยเฉพาะในก้อนขนาดโต</p>		
<p>ระยะที่ 4 ฝีใหญ่ขึ้น เกิดเป็นท่อนองกินลึกเข้าไปในผิวหนังถึง deep fascia (collar – stud abscess) ผิวหนังจะเป็นสีน้ำตาล หรือม่วงปกคลุมต่อมที่อ่อนนุ่ม</p>		
<p>ระยะที่ 5 ฝีแตกเป็นรูหนอง มีน้ำเหลืองไหลออกมา</p>		
<p>การวินิจฉัย</p>	<p>การวินิจฉัย</p>	<p>การวินิจฉัย</p>
<p>การนำเชื้อจากต่อมน้ำเหลืองมาตรวจ สามารถทำได้ 2 ทาง คือ การทำ open biopsy (OB) และการทำ fine needle aspiration biopsy (FNAB) FNAB ได้มีรายงานถึงผลสำเร็จอย่างมาก</p>	<p>1. Open biopsy 2. การตรวจทางห้องทดลอง 3. CT scan</p>	<p>1. Open biopsy 2. การตรวจทางห้องทดลอง 3. CT scan</p>
<p>ในระยะประมาณ 10 ปีมานี้ พบว่าจะได้ผลประมาณร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับการทำ OB ผลที่ได้จากการทำ FNAB ที่จะสนับสนุนโรค TCL ได้แก่ พบผลทางพยาธิเป็น granulomatous inflammation with or without caseating necrosis เป็นส่วนใหญ่ที่เหลืออาจพบเป็น facellular necrosis หรือ necrosis with neutrophil</p>		
<p>ส่วนการย้อมหาเชื้อ acid – fast bacilli ให้ผลบวกประมาณร้อยละ 10 – 75 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV สำหรับการเพาะเชื้อซึ่งจำเป็นมากในการแยกโรคระหว่าง TCL กับ NCL จะให้ผลบวกประมาณร้อยละ 20 – 80</p>		

ในรายที่ FNAB ไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้ จำเป็นต้องทำ OB เพื่อส่งตรวจ smear หาเชื้อ AFB การเพาะเชื้อและหาความไวของเชื้อต่อยา รวมทั้งส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ซึ่งมักพบว่าเป็น caseating or caseous granuloma มากกว่าร้อยละ 90 ที่เหลืออ่านเป็น granuloma และ hyperplasia การทำ OB ควรเลือกก้อนใหญ่และควรพยายามตัดออกหมด (excisional biopsy) เพราะก้อนเล็ก ผลพยาธิวิทยาอาจเป็นแค่ hyperplasia การนำเชื้อจากต่อมน้ำเหลืองมาตรวจ สามารถทำได้ 2 ทาง คือ การทำ open biopsy (OB) และการทำ fine needle aspiration biopsy (FNAB) FNAB ได้มีรายงานถึงผลสำเร็จอย่างมาก

ในระยะประมาณ 10 ปีมานี้ พบว่าจะได้ผลประมาณร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับการทำ OB ผลที่ได้จากการทำ FNAB ที่จะสนับสนุนโรค TCL ได้แก่ พบผลทางพยาธิเป็น granulomatous inflammation with or without caseating necrosis เป็นส่วนใหญ่ที่เหลืออาจพบเป็น facellular necrosis หรือ necrosis with neutrophil

ส่วนการย้อมหาเชื้อ acid – fast bacilli ให้ผลบวกประมาณร้อยละ 10 – 75 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV สำหรับการเพาะเชื้อซึ่งจำเป็นมากในการแยกโรคระหว่าง TCL กับ NCL จะให้ผลบวกประมาณร้อยละ 20 – 80

ในรายที่ FNAB ไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้ จำเป็นต้องทำ OB เพื่อส่งตรวจ smear หาเชื้อ AFB การเพาะเชื้อและหาความไวของเชื้อต่อยา รวมทั้งส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ซึ่งมักพบว่าเป็น caseating or caseous granuloma มากกว่าร้อยละ 90 ที่เหลืออ่านเป็น granuloma และ hyperplasia การทำ OB ควรเลือกก้อนใหญ่และควรพยายามตัดออกหมด (excisional biopsy) เพราะก้อนเล็ก ผลพยาธิวิทยาอาจเป็นแค่ hyperplasia

การตรวจทางห้องทดลอง

- การย้อมเชื้อมักใช้วิธี Ziehl – Neelsen การเพาะเชื้อมักจะเพาะบน Lowenstein – Jensen slants ซึ่งจะต้องกินเวลา 4 – 8 สัปดาห์ แต่ปัจจุบันมีวิธีใหม่ๆ ที่จะทำให้ได้ผลเร็วขึ้น เช่น BACTEC H 60 system จะทราบ

พยาธิสภาพการเกิดโรค	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>ผลการติดเชื้อใน 7 – 14 วัน วิธี polymerase chain reaction โดยการใช้ M tuberculosis – specific primer วิธี enzyme – linked immunosorbent assay (ELISA) เป็นการหา specific IgG antibody ต่อ selected mycobacterial antigens นอกจากนี้บางแห่งยังใช้วิธี chromatography ในการหา specific cell wall components ของเชื้อ mycobacteria</p>		
<p>CT scan</p>		
<p>การทำ CT scan บริเวณคอ จะพบว่าต่อมน้ำเหลืองจะมีลักษณะ multiloculated or conglomerate low – density nodel mass with rims of enhancement</p>	<p>ทำ CT Scan</p>	
<p>การรักษา</p>	<p>การรักษา</p>	<p>การรักษา</p>
<p>แนวทางในการรักษาวัณโรคต่อมน้ำเหลืองที่คอ (mycobacterial cervical lymphadenitis MCL) ควรเริ่มด้วยการทำ FNAB เพื่อให้ได้ผลการวินิจฉัยที่จะสนับสนุนว่าน่าจะเป็นโรค MCL ก่อน จึงเริ่มให้ยารักษาวัณโรคไปเลย พร้อมๆ กับรอผลการเพาะเชื้อ เพื่อดูว่าเป็นชนิด TM หรือ NTM รวมทั้งรอผลความไวของเชื้อต่อยารักษาด้วยการให้ยาในผู้ป่วย MCL หรือ TCL มีอยู่ด้วยกันหลายสูตร เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 IRZ/4 RH พบว่าได้ผลดี ร้อยละ 97 – 99 - 2 IRZE/4 RH บางรายอาจให้นานกว่า 6 เดือน ถ้าภาวะแทรกซ้อนยังไม่หาย - 2 IRZE/6 RH or RHE (ให้ E ในกรณีที่ไม่ได้ผลความไวของเชื้อต่อยา) ร่วมกับการฉีด streptomycin เพิ่มเติมถ้าผู้ป่วยไม่ดีขึ้น พบว่าหายดีเกือบทุกราย - 6 IRE/6-12 HE ร่วมกับการฉีด streptomycin 1 gm วันละครั้ง นาน 2 สัปดาห์ ต่อจากนั้นฉีดสัปดาห์ละ 2 – 3 เข็ม นานจนครบ 3 เดือน พบว่าได้ผลดี ร้อยละ 100 จากการติดตามนาน 3 ปี 	<p>กรณีศึกษานี้ได้รับการวินิจฉัยรักษาโดยการให้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาที่ได้รับ 2 IRZE/4 RH รวมแล้ว กรณีศึกษานี้ ได้รับยาเป็นรวมระยะเวลาการรับยาทั้งสิ้น 9 เดือน (เริ่ม Start ยา วันที่ 19 เมษายน 2562) 	<p>กรณีศึกษานี้ได้รับการรักษาโดยการให้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - 21 ตุลาคม 2562 เริ่ม Start ยาสูตร IRZE - 5 พฤศจิกายน 2560 ได้รับยาสูตร ISE - 9 กุมภาพันธ์ 2561 ได้รับยาสูตร ILKR - 21 มีนาคม 2561 ได้รับยาสูตร ILR รวมระยะเวลาการรับยาทั้งสิ้น 18 เดือน
<p>หมายเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> R หมายถึง Rifampicin หมายถึง INH Z หมายถึง Pyrazinamide E หมายถึง Ethambutol ส่วนเลขที่กำกับอยู่ หมายถึง จำนวนระยะเวลาเป็นเดือน 		

จากการศึกษาเปรียบเทียบพยาธิสภาพการเกิดโรค ของกรณีศึกษา 2 รายพบว่า เป็น Case ที่แพทย์วินิจฉัย วัณโรคคอปกอด ชนิด Tuberculous cervical lymphadenitis (TCL) ซึ่งได้รับการ การวินิจฉัย โดยการทำให้ยา Biopsy ,CT Scan , ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการ Lymph node, right Cervical biopsy :caseous granuloma พบว่า เหมือนกันทั้ง 2 รายกรณี ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของพยาธิสภาพของการเกิดโรค ส่วนการรักษาของกรณีศึกษามีความแตกต่างกัน กรณีศึกษารายที่ 1 พบว่าแพทย์ให้การรักษา การรักษา โดยการให้ยา และยาที่ได้รับ 2 RHZE/4 RH โดยเริ่มได้รับยา วันที่ 19 เมษายน 2562 รวมระยะเวลาการรับยา ทั้งหมด 9 เดือน กรณีศึกษารายที่ 2 เริ่มได้รับยา 2 - 21 ต.ค.62 และมีการเปลี่ยนสูตรยาทั้งหมด 3 ครั้ง เนื่องจากการแพ้ยาโดยครั้งแรกได้รับยาสูตร RHZE เป็นเวลา 15 วัน เกิดอาการผื่นคันแพ้ยา แพทย์ทำการ เปลี่ยนยามาเป็นสูตร ISE รับยาได้ 2 เดือน แพทย์เปลี่ยนยาเป็นสูตร ILK เป็นเวลา 1 เดือน และ สูตร ILR ตามลำดับ รวมระยะเวลาการรับยา 18 เดือน

ตารางที่ 3 การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลอาชีวอนามัยและการเปรียบเทียบกรณีศึกษา

เพื่อเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพบุคลากรที่เจ็บป่วยจากการทำงาน ให้มีความต่อเนื่องกับการดูแลรักษาด้วยยา จึงนำกระบวนการพยาบาลอาชีวอนามัยมาวิเคราะห์และจัดการให้บุคลากรได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมในมิติการเฝ้าระวัง ป้องกันส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพเพื่อการกลับเข้าทำงาน (Return to work Assesment) โดยใช้กรอบแนวคิดการพยาบาลอาชีวอนามัย

กระบวนการพยาบาลอาชีวอนามัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>๑. การประเมินสุขภาพพนักงานและการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพและสิ่งคุกคามต่อสุขภาพในการทำงาน (Worker health / hazard assessment and surveillance) ประเมินกรอบแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลอาชีวอนามัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ คือ ปัจจัยด้านผู้ปฏิบัติงาน (Worker) ด้านงาน (Working Condition) และด้านสิ่งแวดล้อม (Working Environment)</p> <p>ปัจจัยส่วนบุคคลผู้ปฏิบัติงาน (worker) จากการสัมภาษณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - อายุ ๒๔ ปี - ไม่มีโรคประจำตัว - พฤติกรรม การป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การใช้ PPE ปฏิบัติงานโดยไม่ใช้ Mask เป็นส่วนใหญ่ 	<ul style="list-style-type: none"> - อายุ ๒๔ ปี - ไม่มีโรคประจำตัว - พฤติกรรม การป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การใช้ PPE ปฏิบัติงานโดยไม่ใช้ Mask เป็นส่วนใหญ่ 	<ul style="list-style-type: none"> - อายุ ๔๖ ปี - มีโรคประจำตัวภูมิแพ้ - พฤติกรรม การป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การใช้ PPE ปฏิบัติงานโดยไม่ใช้ Mask เป็นส่วนใหญ่
<p>ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Working Environment) ประกอบด้วย ด้านกายภาพเคมี ชีวภาพ การยศาสตร์ จิตสังคมประเมินโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานในโรงพยาบาล ของกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และการเดินสำรวจหน่วยงาน (Walk Through Survey)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - พบความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องมากที่สุดคือด้านชีวภาพจากการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคที่มา Admit - ระบบระบายอากาศในหอผู้ป่วย Flow ดี 	<ul style="list-style-type: none"> - พบความเสี่ยงด้านชีวภาพจากการซักรั้วผู้ป่วยคลินิกอายุรกรรมที่มีผู้ป่วยเรื้อรังวันละ ๑๕๐ - ๒๕๐ ราย รวมทั้งรับผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ได้มาตามนัด - พบสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยง จุดให้บริการมีระบบระบายอากาศไม่ดี

กระบวนการพยาบาลอาชีวอนามัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ลักษณะงาน (Working Condition)	<ul style="list-style-type: none"> - ทำงานเป็นกะ เข้า บ่าย ดึก - ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่ง ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ๔ ปี - ลักษณะงาน เป็น ผู้ช่วยเหลือคนไข้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงวัณโรคโดยตรง 	<ul style="list-style-type: none"> - ทำงานเวรเช้า - ประสบการณ์การทำงาน ๒๐ ปีทำงานที่คลินิกอายุรกรรม ๔ ปี ก่อนมาที่คลินิกอายุรกรรมปฏิบัติงานที่จุดคัดกรองผู้ป่วยนอกทั่วไป ๒ ปี ประชาสัมพันธ์ ๕ ปี งานสุขภาพจิต ๗ ปี - ลักษณะงาน ซักประวัติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีโอกาสสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคที่มาไม่ตรงนัดบ่อยครั้ง
๒. การบริหารจัดการความเสี่ยงจากการทำงาน		
ด้านผู้ปฏิบัติงาน (worker)	<ul style="list-style-type: none"> - สร้างกระบวนการมีส่วนร่วม ให้เกิดความตระหนักถึงอันตรายที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทำงานและสภาพแวดล้อม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน การตรวจสุขภาพประจำปีการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง / การตรวจสุขภาพเมื่อเปลี่ยนลักษณะงาน - ให้ความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในโรงพยาบาล - พัฒนาพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล - พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตนเองให้แข็งแรง 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล - การตรวจสุขภาพประจำปี / การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง / การตรวจสุขภาพเมื่อเปลี่ยนลักษณะงาน - พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตนเองให้แข็งแรงป้องกันความเสี่ยงจากโรครุมแพ้มั
ด้านสิ่งแวดล้อม (Working Environment)	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบการซักประวัติและคัดกรองผู้ป่วยที่รับไว้นอนในหอผู้ป่วย - การ Walk Through 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ - จัดให้มีจุดบริการ

กระบวนการพยาบาลอาชีวอนามัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>Survey หน่วยงานทุกปี</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินความเสี่ยงจากการทำงานโดยใช้แบบฟอร์มจากกองโรคจากการประกอบอาชีพและวางแผนจัดการความเสี่ยง อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง 	<ul style="list-style-type: none"> - ปรับระบบบรรยายอากาศในคลินิกอายุรกรรม ให้มีการถ่ายเทดีขึ้น - พัฒนาระบบการทำความสะอาด/การบำรุงรักษาเครื่องปรับอากาศในคลินิกอายุรกรรม - การ Walk Through Survey หน่วยงานทุกปี - การประเมินความเสี่ยงจากการทำงานโดยใช้แบบฟอร์มจากกองโรคจากการประกอบอาชีพและวางแผนจัดการความเสี่ยง อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
ลักษณะงาน (Working Condition)	<ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลมีนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลสุขภาพบุคลากร/นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ/ความปลอดภัยจากการทำงาน - จัดทำระบบการประเมินการกลับเข้าทำงานของบุคลากรทุกรายที่เจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงาน - จัดทำแนวทางการดูแลบุคลากรป่วย เช่น แนวทางการปรับลักษณะงานสำหรับบุคลากรที่ทำงานเป็นกะ ในช่วงที่รับยาวันโรคจะทำให้มีอาการเหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียนการทำงานเป็นกะมีผลต่อการดูแลสุขภาพและสุขภาพจิต 	<ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลมีนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลสุขภาพบุคลากร/นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ/ความปลอดภัยจากการทำงาน - จัดทำระบบการประเมินการกลับเข้าทำงานของบุคลากรทุกรายที่เจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงาน - จัดทำแนวทางการดูแลบุคลากรป่วย เช่น แนวทางการปรับลักษณะงานแม้จะทำงานเวรเช้าแต่อยู่ในจุดที่ให้บริการผู้ป่วยจำนวนมาก เสี่ยงต่อสัมผัสเชื้อซ้ำ พิจารณาปรับงานก่อน จนกว่าจะรับยาครบหรือหยุดอาการแพ้ยา
การประเมินก่อนกลับเข้าทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> - เมื่อครบการป่วยได้รับการประเมินการกลับเข้าทำงานจากแพทย์อาชีว 	<ul style="list-style-type: none"> - เมื่อครบการป่วยได้รับการประเมินการกลับเข้าทำงานจากแพทย์อาชีว

กระบวนการพยาบาลอาชีวอนามัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	เวชศาสตร์ผลการประเมิน กลับไปทำงานที่เดิม	เวชศาสตร์ผลการประเมิน กลับไปทำงานที่เดิมแบบมี ข้อจำกัด - ได้รับการปรับงานไปอยู่ คลินิก ระบบ ทางเดิน ปัสสาวะที่มีโอกาสการ สัมผัสเชื้อน้อยลง จำนวน ผู้ป่วยในการให้บริการ น้อยลง
การขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการ สาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการ ให้บริการสาธารณสุข	- ดำเนินการขอให้เรียบร้อย - ดำเนินการขอเพิ่มเติมใน ส่วนของสิทธิประโยชน์ จากประกันสังคมเพิ่มเติม	- ดำเนินการขอให้เรียบร้อย

สรุปและอภิปรายผล

การดูแลบุคลากรที่ป่วยด้วยโรคไวรัสโคโรนาที่เนื่องมาจากกรณีศึกษา ๒ กรณีพบว่า มีปัจจัยเสี่ยงที่เหมือนกันคือปัจจัยสภาพแวดล้อม (Working Environment) พบด้านชีวภาพ คือบุคลากรมีโอกาสสัมผัสผู้ป่วยไวรัสโคโรนาได้จากการให้บริการทางการแพทย์ โดยคลินิกอายุรกรรมมีโอกาสมากกว่าจากปริมาณการรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังวันละ ๑๕๐-๒๕๐ ราย/วัน ปัจจัยด้านบุคคล (Worker) เป็นบุคลากรทางการแพทย์ เพศหญิง มีครอบครัวแล้ว พฤติกรรมการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ไม่ได้ใส่ Mask ในการปฏิบัติงานปัจจัยที่มีความแตกต่าง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (Worker) รายที่ ๑ อายุงานน้อยกว่า มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกตั้งแต่จบการศึกษา องค์กรความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อน้อยกว่า ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนรายที่ ๒ มีอายุมากกว่า อายุงานสูงกว่า ประสบการณ์การทำงานคลินิกอายุรกรรม ๔ ปีก่อนมาที่คลินิกอายุรกรรมปฏิบัติงานที่จุดคัดกรองผู้ป่วยนอกทั่วไป ๒ ปี ประชาสัมพันธ์ ๕ ปี งานสุขภาพจิต ๗ ปี มีองค์ความรู้มากกว่า ปัจจัยด้านลักษณะงาน (Working condition) รายที่ ๑ ปฏิบัติงานเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ ในหอผู้ป่วยที่รับการสัมผัสเชื้อไวรัสโคโรนาค่อนข้างน้อย แต่มีการทำงานเป็นกะ เวรเช้า บ่าย ดึก รายที่ ๒ มีโอกาสสัมผัสผู้ป่วยมากกว่า การทำงานเป็นเวรเช้า ปัจจัยสภาพแวดล้อม (Working Environment) พบว่ารายที่ ๑ ระบบการระบายอากาศของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกระบายได้ดี งานผู้ป่วยนอกอายุรกรรมมีการระบายอากาศไม่ดี ช่วงเช้าผู้ป่วยแออัดมาก ไม่มีหน้าต่างระบายอากาศ

ด้านการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานตามบทบาทพยาบาลอาชีวอนามัย ได้ดำเนินการประเมินความเสี่ยงตามกรอบแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคจากการทำงาน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านลักษณะงาน มีการดำเนินการทั้ง ๒ ราย เหมือนกันคือ เรื่องการเน้นการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในการปฏิบัติงาน สร้างกระบวนการมีส่วนร่วม ให้เกิดความตระหนัก ถึงอันตรายที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทำงานและสภาพแวดล้อม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน การตรวจสุขภาพประจำปีการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง / การตรวจสุขภาพเมื่อเปลี่ยนลักษณะงานการสอบสวนโรค การประเมินการกลับเข้าทำงาน การขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข สิ่งที่แตกต่างกันคือ รายที่ ๑ เพิ่มการให้องค์ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อ เพิ่มการดูแลเรื่องสิทธิประโยชน์ประกันสังคม การประเมินการกลับเข้าทำงาน บุคลากรในงานผู้ป่วยนอก

อายุรกรรมพบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา มีอาการแพ้ยารุนแรง ได้รับการประเมินจากแพทย์ให้ทำงาน โดยมีข้อจำกัด และได้รับการปรับเปลี่ยนงานโดยย้ายไปอยู่งานผู้ป่วยนอกที่ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อน้อยจากปัจจัยเสี่ยงจากตัวบุคลากรเองที่มีโรคประจำตัวคือภูมิแพ้ ส่วนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยได้รับการประเมินให้ทำงานที่เดิม เนื่องจากในหอผู้ป่วยมีความเสี่ยงจากปัจจัยทางชีวภาพและการรับผู้ป่วยน้อยกว่า

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพบุคลากรโดยการใช้กระบวนการพยาบาลอาชีวอนามัยดูแลให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน ทั้งในส่วนของบุคลากร (worker) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม(Working Environment) ลักษณะงาน (Working Condition)
2. พัฒนาระบบการติดตามบุคลากรที่เจ็บป่วยจากการทำงานให้ได้รับการประเมินจากแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ และติดตามดูแลแบบองค์รวมจากพยาบาลอาชีวอนามัยทุกราย
3. พัฒนาระบบการจัดการการดูแลบุคลากรก่อนกลับเข้าทำงาน เพื่อความพร้อมของบุคลากรก่อนกลับเข้าทำงาน
4. พัฒนาระบบการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง
5. พัฒน่องค์ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อ และการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายที่เหมาะสม