

ประวัติศาสตร์ของอาชีวเวชศาสตร์

ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทคัดย่อ

อาชีวเวชศาสตร์ เป็นสาขาหนึ่งของเวชศาสตร์ป้องกันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพอนามัยของคนที่ทำงานทุกอาชีพ และผลกระทบของงานที่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ โดยพัฒนามาจากการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีสมัยใหม่ การเกิดองค์ความรู้ใหม่ด้านวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ และความคาดหวังของสังคม ความสัมพันธ์ของสิ่งเหล่านี้ถูกพัฒนาเรื่อยมาจนเป็นศาสตร์ด้านอาชีวเวชศาสตร์ โดยบิดาแห่งอาชีวเวชศาสตร์คือ นายแพทย์เบอร์นาดีโอ รามาซซินี เป็นผู้ที่มีบทบาทกับงานด้านอาชีวเวชศาสตร์ ให้ความสำคัญของการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและพัฒนารูปแบบในการดูแลสุขภาพคนทำงาน สำหรับประเทศไทยนั้น ความสำเร็จเรื่องการทำงานกับสุขภาพเริ่มต้นจากการพัฒนาอุตสาหกรรมจนเกิดโรคจากการประกอบอาชีพ ซึ่งเห็นได้ชัดเจนจากการระบาดของพิษแมงกานีสในโรงงานถ่านไฟฉาย ทำให้เกิดการพัฒนางานด้านอาชีวเวชศาสตร์อย่างจริงจัง ซึ่งดำเนินการในรูปแบบของการพัฒนาหน่วยงานที่รับผิดชอบและพัฒนาบุคลากรควบคู่กันไป

The History of Occupational Medicine

Chatchai Ekpanyaskul✉

Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine,
Srinakharinwirot University

Abstract

Occupational medicine is the branch in preventive medicine which is health service to all workers in all occupations and concerned with the effects of work on health. It was developed from the combination between the alternation of new technology, new knowledge in medical science and expectations of social. The acknowledged father of occupational medicine is Dr. Bernadio Ramazzini. He was dedicate in this field, establishment of the association between working condition and disorder, developed the model to care worker. In Thailand, after industrialization of the country and rising the occupational disease, such as the outbreak of manganese poisoning in battery factory. These event gave the chance to begin the developing occupational medicine in Thailand such as building infrastructure, developing personal skill.

Chatchai Ekpanyaskul✉

Department of Preventive Social Medicine, Faculty of Medicine,
Srinakharinwirot University Bangkok, Thailand

Telephone: 037 395 085 ext 10727

บทนำ

อาชีวเวชศาสตร์ (occupational medicine) เป็นสาขาเวชศาสตร์ป้องกันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้ประกอบอาชีพทุกอาชีพ และผลกระทบของงานที่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทั้งทางด้านกายวิภาค สรีรวิทยา ชีวเคมี และพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในร่างกายที่มีผลจากการทำงาน ไปจนถึงกระทั่งทำให้เกิดโรคหรือการบาดเจ็บจากการประกอบอาชีพ เพื่อที่จะวินิจฉัยสิ่งที่ผิดปกติหรือโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ให้การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟู ทำการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ และดูแลสุขภาพผู้ประกอบอาชีพให้สามารถประกอบอาชีพตามลักษณะงานและปัจจัยแวดล้อมในการทำงาน ตลอดจนดำเนินการต่างๆ เพื่อให้ผู้ประกอบอาชีพที่เจ็บป่วยได้รับการคุ้มครองและได้รับสิทธิประโยชน์ต่างๆตามกฎหมาย ทั้งนี้จำเป็นต้องดำเนินงานร่วมกับสหสาขาทางการแพทย์และ สาขาวิชาการอื่นๆ ด้วย¹

ความเป็นมาของอาชีวเวชศาสตร์ในต่างประเทศ²⁻⁸

ความสำคัญของเรื่องสุขภาพอนามัยของคนงานที่ได้รับผลกระทบจากการประกอบอาชีพจนกระทั่งเกิดความเจ็บป่วยหรือโรคจากการประกอบอาชีพ ดูเหมือนจะเป็นศาสตร์ใหม่สำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุข แต่เมื่อย้อนไปดูถึงประวัติศาสตร์แล้ว กลับพบว่าศาสตร์นี้มีการกล่าวถึงตั้งแต่อดีตกาล เห็นได้จากปิรามิดที่ถูกสร้างโดยทาสทำงานภายใต้การกดขี่แรงงาน

กรรมกรที่ถูกใช้แรงงาน แต่ไม่ได้รับการคุ้มครองป้องกันอันตราย ถูกละเลย ทำให้มีการตายจากการทำงาน ในพวกทาสเป็นจำนวนมาก เนื่องจากแรงงานมีปริมาณมาก และไม่มีคุณค่าทางสังคม ทำให้สิ่งเหล่านี้ไม่ได้รับความสนใจ จนมาถึงยุคพัฒนาอุตสาหกรรม ที่มีการนำเทคโนโลยีต่างๆมาใช้ จนกระทั่งเกิดผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำงานเห็นได้เด่นชัดขึ้น ขณะเดียวกันทางการแพทย์ก็ได้มีการพัฒนาองค์ความรู้ต่างๆขึ้นเพื่อความเข้าใจธรรมชาติของโรค การวินิจฉัยโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรค ประกอบกับมีความคาดหวังทางสังคม เช่น ความมีศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ สิทธิเสรีภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ได้ส่งผลสะท้อนว่าการพัฒนาของเทคโนโลยี วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ และการคาดหวังทางสังคม การพัฒนาจากหลายส่วนเหล่านี้ได้ค่อยๆ หล่อหลอมออกมาเป็นจุดมุ่งหมายการดูแลสุขภาพคนทำงาน และมีการพัฒนาเรื่อยมาจนเป็นศาสตร์ด้านอาชีวเวชศาสตร์โดยประวัติความเป็นมาของอาชีวเวชศาสตร์แบ่งออกมาเป็นยุคต่างๆได้ดังนี้

ยุคก่อนคริสต์ศักราช

ช่วงก่อนคริสต์ศักราชยังมีการกล่าวถึงโรคจากการประกอบอาชีพน้อยมาก ยังเพิกเฉยต่อความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกับการทำงาน ไม่ทราบถึงวิธีการป้องกันโรค อีกทั้งยังมีการเกิดโรคจากการทำงานน้อย เนื่องจากลักษณะงานไม่ว่าจะจะเป็นภาคเกษตรกรรมก็เป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ภาคอุตสาหกรรมยังไม่เจริญ

ใช้อุปกรณ์และเครื่องจักรแบบง่าย ลักษณะการทำงานเป็นแบบคริวเวียน โดยโรคจากการประกอบอาชีพเริ่มกล่าวถึงครั้งแรกตั้งแต่ประมาณ 400 ปีก่อนคริสตศักราช ในกลุ่มอาชีพแพทย์ชาวกรีก ชาวโรมัน และชาวอาหรับ ซึ่งฮิปโปเครติส (Hippocrates) เป็นคนแรกที่กล่าวถึงอาการปวดท้องรุนแรงที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ทำงานเหมืองถลุงแร่โลหะ โดยเชื่อว่าน่าจะมีสาเหตุจากพิษของสารตะกั่ว ต่อมาเมื่อ 200 ปีก่อนคริสตกาล นิแคนเดอร์ (Nicander) ได้สังเกตพบว่าอาการท้องผูก ปวดท้องรุนแรง ซีด เป็นอัมพาต และอาการผิดปกติทางตาในผู้ทำงานมีส่วนเกี่ยวข้องกับตะกั่วที่ร่างกายได้รับเข้าไป

ยุคคริสตศตวรรษที่ 1 - 16

เมื่อเข้ายุคคริสตศักราช การแพทย์สมัยใหม่ก็เริ่มรุ่งเรือง มีการให้ความสนใจตระหนักถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงานมากขึ้น ในช่วงยุคนี้มีแรงขับเคลื่อนเล็กน้อย และได้รับการตระหนักผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำงานมากกว่ายุคอดีตกาล มีการพัฒนาของเทคโนโลยีมากขึ้น เริ่มมีผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยและการตาย โดยเริ่มกระจัดกระจายเป็นส่วนๆ จนกระทั่งเป็นรูปธรรมในช่วงกลางยุคจนถึงปลายยุค โดยยุคนี้ยังมีการพัฒนาไม่มากนัก และยังคงจำกัดเฉพาะนักวิชาการเท่านั้น โดยเริ่มต้นจาก

ช่วงต้นคริสตศตวรรษที่ 1-2 ไพลินัส ซีคันดัสหรือ ไพลินัส (Plinius Secundus; Pliny ค.ศ. 23-27) เป็นนักปราชญ์ชาวโรมันได้กล่าวถึง อันตรายจากการทำงานกับโลหะ เช่นตะกั่ว

สังกะสี เงิน โดยเป็นคนแรกที่ได้กล่าวถึงการป้องกันการพิษตะกั่วในช่วงทาสีเรือและชาวเหมืองแร่โดยการสวมใส่ถุงคลุมหน้าและลำตัวที่ทำจากกระดาษบัสสาวะสัตว์ เพื่อป้องกันการสูดหายใจและรับตะกั่วเข้าสู่ร่างกาย ปีค.ศ. 100 ไดออสคอไรด์ (Dioscoride) มีกล่าวถึงการได้รับตะกั่วเข้าไปทางปากสามารถเกิดอาการปวดท้องอย่างรุนแรง เป็นอัมพาต หรือมีอาการทางสมองได้ ต่อมาปีค.ศ. 200 กาเลน (Galen) แพทย์ชาวกรีกได้เขียนทฤษฎีเกี่ยวกับพยาธิวิทยาจำนวนมาก ซึ่งในจำนวนนั้นได้มีการอธิบายถึงอันตรายที่เกิดจากละอองกรดต่อคนงานที่ทำงานในเหมืองถลุงทองแดงด้วย ในศตวรรษที่ 7 ไบแซนทีน (Byzantine) ได้ศึกษาคนงานวัยกลางคนที่ทำงานกับตะกั่ว พรอท สารหนู และรายงานถึงความเสี่ยงที่จะเกิดโรคและผลกระทบต่อสุขภาพของคนงานที่ทำงานเหมืองแร่และโลหะ หลังจากนั้นการรายงานเกี่ยวกับโรคจากการประกอบอาชีพได้ขาดหายไป

จนกระทั่งปลายยุคก่อนปฏิวัติอุตสาหกรรม เริ่มมีบทความเกี่ยวกับสุขภาพของคนงานที่ทำงานเกี่ยวกับเหมืองแร่และโลหะเพิ่มมากขึ้น เช่น ประมาณค.ศ. 1472 เออิลริช เอลนบอก (Elrich Elenbog) ได้ตีพิมพ์เอกสารวิชาการฉบับแรกเกี่ยวกับโรคจากการประกอบอาชีพและการบาดเจ็บของคนงานในเหมืองทองคำขึ้น นอกจากนี้ยังเขียนเกี่ยวกับไอและควันที่เป็นพิษ รวมทั้งเสนอมาตรการและข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากปรอท ตะกั่ว ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ในคนงานช่างทอง พาราเซลซัส (Paracelsus

ค.ศ.1493-1541) ซึ่งเป็นแพทย์ที่มีประสบการณ์
ในเมืองแร่ได้บรรยายถึงโรคทางเดินหายใจ
จากการประกอบอาชีพในการทำเหมืองแร่ต่างๆ
โดยสังเกตว่าบางคนมีอาการไอ หอบเหนื่อยและ
ผอมลงเรื่อยๆ ซึ่งน่าจะเกิดจากอากาศหรือสาร
ระเหยของสารทาร์ส ที่มีส่วนผสมของปรอท
กำมะถันและเกลือ นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึงพิษ
ปรอทอีกด้วย ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่เริ่มนำความรู้
พิษวิทยา มาเชื่อมโยงกับงานด้านอาชีวเวชศาสตร์
จอร์เจียส อะกรีโคลา (Gorgius Agricola ค.ศ.1494-
1555) แพทย์ประจำเหมืองแร่แห่งหนึ่งได้บรรยาย
ถึงโรคที่เกิดขึ้นกับกรรมกรในเมืองแร่ การ
ทำงานในเมืองแร่ การระบายอากาศในเมือง
ใต้ดิน อุบัติเหตุจากการทำงานในเมือง และ
โรคปอดที่เกิดขึ้น กับกรรมกรเหมืองแร่ที่ทำงาน
เกี่ยวกับฝุ่นละอองว่ามีอาการเหนื่อยง่าย หายใจ
ลำบาก จนกระทั่งเป็นหอบหืด และบางรายเสียชีวิต
นอกจากนี้ยังได้บรรยายถึงการรักษาและ
การป้องกันโรคระบบการหายใจ และคิดค้นวิธี
การระบายอากาศเพื่อช่วยป้องกันโรคปอดอันเกิด
จากการประกอบอาชีพ ทั้งที่ในขณะนั้นไม่มีใคร
ทราบ สาเหตุที่แน่นอน ซึ่งอาจเป็นจากวัณโรค
ซิลิโคสิส แอสเบสโตสิส หรือมะเร็ง

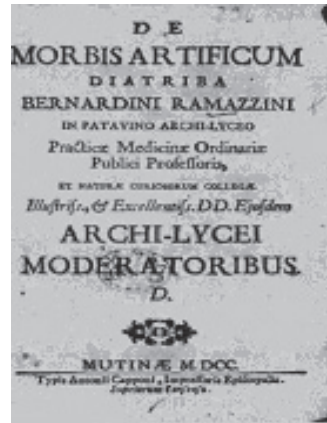
เบอร์นาดีโอ รามาซซินิ (Bernadio
Ramazzini ค.ศ.1633-1714) แพทย์ชาวอิตาลี
ผู้ที่บุกเบิกงานด้านอาชีวเวชศาสตร์อย่างจริงจัง
โดยศึกษาถึงโรคจากการประกอบอาชีพในผู้
ประกอบอาชีพต่างๆ เช่น กรรมกรเหมืองแร่
ช่างปั้นดินเผา ช่างตีเหล็ก ช่างทาสี ไปถึงคนงานทำ

ความสะอาดห้องน้ำ ห้องส้วม และสิ่งสกปรก
อื่นๆ อีกมาก พร้อมกับศึกษาถึงสภาพการ
ทำงานต่างๆ ในหลายอาชีพอย่างเป็นระบบ โดย
เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างโรคของผู้ป่วย
และสภาพการทำงานเข้าด้วยกัน หลังจากค้นคว้า
หลายปีในที่สุดปีค.ศ. 1700 ได้เขียนหนังสือ
“De Morbis Artificum Diatriba” ซึ่งเป็นตำรา
ต้นแบบของอาชีวเวชศาสตร์ จนเป็นที่ยอมรับใน
วิชาชีพว่าเป็น บิดาแห่งวิชาอาชีวเวชศาสตร์
(รูปที่ 1) เขาเป็นคนแรกที่ตระหนักที่จะซักถาม
ประวัติการทำงานของผู้ป่วย และให้คำแนะนำ
ว่าแพทย์ควรจะซักถึงอาชีพผู้ป่วยโดยตั้งคำถาม
ว่า ท่านทำงานอาชีพอะไร มีการเข้าไปสำรวจใน
โรงงานเพื่อหาความสัมพันธ์ของการเกิดโรค
ในคนงาน นอกจากนี้ยังกล่าวถึงการป้องกันด้วย
เช่น การระบายอากาศและอุณหภูมิในที่ทำงาน
การสวมใส่เสื้อผ้าเพื่อป้องกันอันตรายและเรื่อง
ความสะอาดส่วนบุคคล ตลอดจนการพักผ่อนใน
เมื่อมีการทำงานในระยะเวลาอันยาวนาน และ
ต้องมีการเปลี่ยนท่าทางการทำงานหรือบริหาร
ร่างกายอยู่เสมอเมื่อทำงานในท่าทางที่ผิดปกติ
หรือเมื่อยล้า

แม้ว่าจะเป็นผู้ทุ่มเทกับการแก้ไข
ปัญหาในการทำงาน เข้าใจต่อคนทำงานที่ด้อย
โอกาสในสังคมอย่างมาก แต่พบว่าในขณะนั้น
สังคมแพทย์หรือสังคมทั่วไปยังไม่ยอมรับความ
คิดเห็นของเขา ไม่เห็นความสำคัญของการ
ปกป้องคุ้มครองชีวิตและสุขภาพอนามัยของ
ผู้ด้อยโอกาสว่ามีคุณค่าทางเศรษฐกิจที่เพียงพอ



(A)



(B)

รูปที่ 1 (A) เบอร์นาดีโอ รามาซซินิ (Bernadino Ramazzini ค.ศ.1633-1714),

(B) หนังสือ “De Morbis Artificum Diatriba,1700” ที่มา: Franco G, 1999

นอกจากนี้ในยุคนี้เริ่มมีรายงานโรค เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน (work-related disease) และการป้องกัน เช่นปี ค.ศ. 1753 นายแพทย์เจมส์ ลินด์ (James Lind) ได้ค้นพบว่าลูกเรือที่ทำงาน อยู่บนเรือกลางทะเลเกิดโรคเลือดออกไรฟันเป็น จำนวนมาก สามารถป้องกันโรคดังกล่าวได้ด้วย การรับประทานน้ำผลไม้หรือผลไม้ซึ่งมีวิตามินซี มาก ซึ่งต่อมากัปตันเดินเรือชื่อเจมส์ คุกส์ (James Cook) ให้ลูกเรือรับประทานผลไม้มาก ๆ เพื่อ ป้องกันโรคเลือดออกตามไรฟันและต่อมาก็พบว่าสามารถป้องกันโรคเลือดออกตามไรฟันได้จริง

จะเห็นได้ว่าก่อนการปฏิบัติอุตสาหกรรม ได้มีการตระหนักถึงโรคบางชนิดที่มีความ เกี่ยวข้องกับสภาพการทำงานและเทคโนโลยี อย่างไรก็ตามก็ตามความเสี่ยงบางอย่างก็สามารถ

ควบคุมและป้องกันได้แต่บางอย่างก็ถูกเพิกเฉย ทั้งนี้เพราะผลพวงจากสภาพสังคม การเมือง และเศรษฐกิจในขณะนั้น นอกจากนี้ประโยชน์ จากการป้องกันสิ่งเหล่านี้มีจำนวนน้อยครั้งที่ผล สามารถมองเห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

คริสต์ศตวรรษที่ 17-19

อาชีพได้กลายเป็นปัจจัยสำคัญในการ เปลี่ยนแปลง มีการวิจัยทางการแพทย์ที่เชื่อมโยง ระหว่างพิษวิทยา ที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพขึ้นใน อาชีพต่างๆ ประกอบกับช่วงเวลานั้นมีการปฏิบัติ อุตสาหกรรม การปฏิบัติในประเทศฝรั่งเศส จนทำ ให้เกิดสิทธิมนุษยชน ซึ่งรวมถึงสิทธิคนทำงาน ด้วยทำให้ในยุคนี้เริ่มเห็นความสำคัญของความ สัมพันธ์ระหว่างการทำงานกับผลกระทบทาง สุขภาพ มีการประเมิน และการแก้ไข เริ่มมี ข้อบังคับ กฎหมายต่างๆจำนวนมาก ซึ่งยุคนี้ถือเป็นจุดกำเนิดของงานด้านอาชีวเวชศาสตร์อย่าง แท้จริง

หลังปีคริสต์ศตวรรษที่ 17 ที่มีการปฏิวัติด้านอุตสาหกรรมมีการเปลี่ยนแปลงระบบการผลิตเพื่อให้ผลผลิตจำนวนมาก เริ่มมีการนำเครื่องจักรเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ระบบการทำงานในครัวเรือนเริ่มชบเซาเนื่องจากอิทธิพลของนายทุนมีการเพิ่มของโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมากเกิดการเคลื่อนย้ายของแรงงาน ยังมีการใช้แรงงานเด็กและสตรีเพิ่มขึ้น ทำให้แรงงานในยุคนี้ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ โดยอุตสาหกรรมสิ่งทอมีการปฏิวัติมากที่สุดมีการใช้เครื่องจักร และใช้แรงงาน มีการใช้สารเคมีเข้ามาจำนวนมาก คนจำนวนมากมีความสนใจด้านสุขภาพคนงานน้อยมาก เพราะไม่ได้คำนึงถึงว่าคนเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการผลิต ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพตามมา ในปลายศตวรรษที่ 19 โรคจากการประกอบอาชีพปรากฏในหลายประเทศนำไปสู่การตระหนักถึงสภาพการทำงานจนออกเป็นข้อบังคับกฎระเบียบและกฎหมาย เช่นในปีค.ศ. 1775 เพอร์ซิวัลล์ พอตต์ (Percivall Pott) ศัลยแพทย์ชาวอังกฤษได้กล่าวถึงมะเร็งผิวหนังลูกอัณฑะของคนทำความสะอาดปล่องควันซึ่งเกิดจากการสัมผัสกับเขม่าและคราบสกปรกของปล่องควันที่ไปทำความสะอาด ซึ่งเป็นรายงานมะเร็งจากการประกอบอาชีพชนิดแรกของโลกที่มีรายงานเป็นเหตุกระตุ้นให้ประเทศอังกฤษออกกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพในเวลาต่อมา

โดยในช่วงเวลาดังกล่าวในขณะนั้น การระบาดของโรคติดเชื้อยังเป็นปัญหาสุขภาพที่

สำคัญโดยในปีค.ศ.1880 ความเข้าใจทฤษฎีเกี่ยวกับเชื้อโรคมีมากขึ้นและนำไปสู่การป้องกันโรคติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถนำความรู้ที่ค้นพบนี้ไปประยุกต์ใช้ในการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพด้วย

ประเทศแรกที่มีการพัฒนางานด้านอาชีวเวชศาสตร์อย่างจริงจังคือ ประเทศอังกฤษ เนื่องจากมีการพัฒนาเป็นประเทศอุตสาหกรรมประเทศแรกๆ ดังนั้นแพทยศาสตร์สาขาอาชีวเวชศาสตร์ จึงได้ถือกำเนิดในประเทศอังกฤษด้วย เห็นได้ จากชาร์ล เทอเนอร์ แดคคร่า (Charles Turner Thackrah ค.ศ. 1795-1833) แพทย์ชาวอังกฤษได้ นำความรู้ด้านอาชีวเวชศาสตร์เข้ามาในอังกฤษได้ศึกษาโรคจากฝุ่นในโรงงานเหมืองแร่และโลหะได้เขียนตำราเกี่ยวกับอาชีวเวชศาสตร์เล่มแรก เป็นภาษาอังกฤษซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมมากกว่า รามาซซินิ และเป็นผู้พัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิดโรค จำกัดการใช้ตะกั่ว การใช้การระบายอากาศ และการใช้อุปกรณ์ป้องกันตลอดจนแนะนำการเปลี่ยนงาน และออกแบบสถานที่ทำงาน ในปีค.ศ. 1833 มีการแต่งตั้งเซอร์ โทมัส มอริสัน เล็กก์ (Sir Thomas Marison Legge ค.ศ. 1863-1932) เป็นผู้ตรวจโรงงานด้านการแพทย์คนแรกของอังกฤษมีบทบาทมากในการจำแนกโรค จากการประกอบอาชีพและมีการจัดตั้งระบบ ฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพนอกจากนี้ในปีค.ศ. 1878 ประเทศอังกฤษยังมีการตราพระราชบัญญัติโรงงานเป็นฉบับแรก และเป็น ต้นแบบให้ประเทศอื่นๆ ในเวลาต่อมา

ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกา ในปีค.ศ. 1836 ได้มีการออกกฎหมายคุ้มครองแรงงานเด็กเป็นครั้งแรกที่รัฐแมสซาชูเซต ในปีค.ศ. 1869 ได้จัดตั้งสถาบันแรงงานขึ้น และต่อมาได้มีการจัดตั้งหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวกับแรงงานขึ้นทั้งในรัฐบาลกลางและมลรัฐต่างๆ สำหรับงานด้านอาชีวเวชศาสตร์ โดยอลิซแฮมิลตัน (Alice Hamilton ค.ศ. 1869-1970) จัดเป็นผู้ที่มีความสำคัญและบุกเบิกสาขาวิชาอาชีวสุขศาสตร์ (occupational hygiene) และสาขาระบาดวิทยาอาชีพอนามัย (occupational epidemiology) ด้วยในปีค.ศ. 1910 ได้ทำการสำรวจและรายงานผลของพิษตะกั่วในโรงงานต่างๆ เป็นผลให้มีการปรับปรุงสภาพการทำงานและการเฝ้าระวังทางการแพทย์ให้มีมาตรฐานที่ดีขึ้น โดยดำเนินการท่ามกลางความขัดแย้งระหว่างกลุ่มนายจ้างและผู้ร่วมอาชีพว่าผลรายงานนั้นไม่เป็นความจริง นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาค้นคว้าเรื่องโรคเนื่องจากการประกอบอาชีพหลายโรค เช่น โรคซิลิโคสิสในเหมืองแร่ที่อะริโซนา การพิษปรอทที่คาลิฟอร์เนีย พิษคาร์บอนไดออกไซด์ในโรงงานทำไหมเทียม ฯลฯ

ในช่วงเวลาเดียวกันได้มีการดำเนินการป้องกันโรคพิษสารตะกั่วในประเทศฝรั่งเศส เยอรมนี และสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดกฎข้อบังคับในเรื่องการป้องกันอันตรายและการได้รับค่าชดเชยเมื่อได้รับอันตราย (compensation) ซึ่งในส่วนของ การได้รับค่าชดเชยได้ถูกนำมาใช้ครั้งแรกโดยบิสมาร์ค (Bismarck) ที่ประเทศเยอรมันนี้

นอกจากนี้ยังเกิดโรคจากการประกอบอาชีพใหม่ๆ เช่น ก๊าซคลอรีน การทำงานในที่ที่มีความดันบรรยากาศสูงๆ การใช้ฟอสฟอรัสขาว การกระจายของอนุภาคไฟฟ้าที่เกิดจากรังสี จนเกิดวิทยาศาสตร์สาขาใหม่คือพิษวิทยา ช่วยให้เข้าใจการเกิดโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพดียิ่งขึ้น

คริสต์ศตวรรษที่ 20

แม้ว่าหลังจากการปฏิวัติอุตสาหกรรมแล้วเทคโนโลยียังคงมีผลต่อสุขภาพคนงานมากขึ้นเรื่อยๆ กระบวนการผลิตเริ่มมีความซับซ้อน ตัวอย่างเช่น มีการนำเครื่องชุดเจาะมาใช้ในการเจาะเหมืองโดยเฉพาะการเจาะเหมืองทองในแอฟริกาใต้ตั้งแต่ ปีค.ศ.1890 นั้นพบว่า การเจาะเหมืองจะทำให้พบแร่ควอทซ์ (quartz) ในบรรยากาศสูงมาก ซึ่งแร่ควอทซ์นี้เป็นสาเหตุของการเกิดโรคซิลิโคสิส (silicosis) ซึ่งเป็นโรคปอดที่พบมากที่สุด ในกลุ่มนิวมโคนิโอสิส (pneumoconiosis) หลังจากนั้นโดยเฉพาะปี ค.ศ. 1903 เป็นต้นมา สาธารณชนได้ตื่นตัวกับความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาอุตสาหกรรมกับโรคเรื้อรังที่มีมากขึ้น ซึ่งสาเหตุของโรคเรื้อรังนั้นอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อม ดังนั้นจึงได้มีการหาค่ามาตรฐานของฝุ่น ซึ่งต่อมาในช่วงปีค.ศ.1940 ถึง 1950 ก็ได้มีการหาค่ามาตรฐานฝุ่นถ่านหินเพื่อการป้องกันโรคฝุ่นถ่านหินจับปอด (coal worker's pneumoconiosis) สำหรับวิธีการที่ใช้ประเมินโรคนิวมโคนิโอสิสนั้นทำโดยการ ใช้แบบสอบถาม ร่วมกับการวัดสมรรถภาพของปอดโดยวิธี spirom-

etry และการถ่ายภาพรังสีทรวงอก(chest x-ray)

ในยุคนี้งานด้านอาชีวเวชศาสตร์ได้ขยายเติบโตออกไปทั่วโลก เนื่องจากการเติบโตทางเศรษฐกิจทั้งในยุโรป สหรัฐอเมริกา และประเทศอื่นๆ ผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวเวชศาสตร์จากทั่วโลกได้มีการติดต่อสื่อสารกันและได้เริ่มที่จะทบทวนปัญหา ในปี ค.ศ.1906 ได้เกิดคณะกรรมการอาชีวอนามัย ในเมืองมิลานประเทศอิตาลี ซึ่งเป็นความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัยระดับนานาชาติ และกรรมการชุดนี้ได้ปรากฏสู่สาธารณชนคนละแรก และเป็นคณะทำงานที่มีความหมายในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านอาชีวอนามัยระหว่างประเทศ และมีส่วนผลักดันให้เกิดโรงพยาบาลในการดูแลสุขภาพคนทำงานแห่งแรกของโลกคือ Clinica del Lavoro (รูปที่ 2) โดยสร้างในปีค.ศ. 1907 และเสร็จสิ้นในปีค.ศ. 1910 โรงพยาบาลดังกล่าวเป็นโรงเรียนแพทย์ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการทำงานและโรคทั่วไปให้กับนักศึกษา

แพทย์และระดับหลังปริญญา มีบริการตรวจสุขภาพที่แผนกผู้ป่วยนอก มีเตียงผู้ป่วยในรับสำหรับรับผู้ป่วยที่เป็นโรคจากการประกอบอาชีพ มีบริการทางการแพทย์ในโรงงาน เช่นมีแพทย์ประจำในโรงงาน หรือมีการตรวจสุขภาพประจำปี มีห้องปฏิบัติการสำหรับงานด้านสุขศาสตร์อุตสาหกรรม นอกจากนี้ยังมีการทำงานวิจัยที่เกื้อองค์ความรู้ใหม่ต่อวงการอาชีวเวชศาสตร์เป็นจำนวนมาก เช่น การศึกษาพยาธิสภาพของโรคซิลิโคสิส โรคบิสซิโนสิส การดำเนินโรคของเบอริลไอซิส พิษของแคดเมียม พิษของเบนซินเรื้อรัง

ในปี ค.ศ.1919 ได้มีการจัดตั้งองค์การแรงงานระหว่างประเทศ ซึ่งเป็นหน่วยงานสากล ที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ มีการออกอนุสัญญาและข้อแนะนำเกี่ยวกับแรงงานหลายฉบับ เพื่อให้ประเทศสมาชิกเป็นแนวทางในการดำเนินการซึ่งนำไปสู่การชักจูงประเทศต่างๆ ให้มีการป้องกันโรคจากประกอบอาชีพบางโรคในระดับนานาชาติ



รูปที่ 2 Clinica del Lavoro เป็นโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคจากการประกอบอาชีพ ตั้งอยู่ที่เมืองมิลาน ประเทศอิตาลี

ในช่วงศตวรรษที่ 20 เป็นช่วงสำคัญของการเกิดสงครามโลกและในช่วงนี้เองก็เป็นช่วงสำคัญของการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ ในสงครามโลกครั้งที่ 1 (ค.ศ.1914-18) มีการขยายตัวของอุตสาหกรรมผลิตอาวุธ ทำให้มีการนำสารเคมีมาใช้ในสงครามมากมายที่ทำให้เกิดอันตราย โดยสารเคมีที่โดดเด่นจากการพัฒนาคือสารออร์กาโนฟอสเฟต (ยาฆ่าแมลง) ที่มีการใช้มาถึงปัจจุบัน มีโรคระบาดที่เป็นโรคจากอุตสาหกรรม (industrial disease) อาทิ ในประเทศอังกฤษและเยอรมันนี้พบโรคจากสารตัวทำละลาย (solvent) สารเตตระคลอโรอีเทน (tetra chloroethane) ซึ่งใช้ในการซ่อมปีกเครื่องบิน และสารตัวนี้เป็นสาเหตุการตายโดยดับถูกทำลาย นอกจากนั้นการผลิตวัตถุระเบิดและสารไตรไนโตรโทลูอีน (trinitrotoluene, TNT) ที่ใช้ในประทัดอังกฤษและฝรั่งเศสเกือบหยุดชะงักทั้งนี้เพราะทหารที่ผลิตทุบทหารได้รับสารพิษ ดังนั้นจึงได้มีการนำออกกระสุนมาใส่โดยใช้ขบวนการอัตโนมัติมาใช้เพื่อแก้ปัญหา ตลอดจนมีการจัดหาผู้ดูแลสุขภาพมาไว้ในโรงงาน

ในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 (ค.ศ.1939-45) ความเสี่ยงต่างๆ จากการอุตสาหกรรมได้ถูกควบคุมได้ดีกว่าในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 1 หลังสงครามในปีค.ศ. 1930 ได้มีความสนใจครั้งใหญ่กับการได้รับความเจ็บป่วยจากการทำงาน ด้วยนโยบายการป้องกันการเกิดโรค เนื่องจากมีการเกิดโรคจากการพัฒนาเทคโนโลยีมากมาย เช่น โรคระบบประสาทในหมูนงานโรงงานผลิตยางรถยนต์ซึ่งเกิดจากการรับอินโดซัลไฟด์

จากสภาพการทำงานที่ก่อให้เกิดโรคได้เกิดขึ้นมากมายในประเทศต่างๆ เกิดความขัดแย้งของนานาชาติมากขึ้น ได้กลายเป็นที่เห็นได้เด่นชัดในศตวรรษที่ 20 และมีผลอย่างมากในการป้องกันโรคอันเกิดจากการประกอบอาชีพ เนื่องจากความต้องการที่จะลดการระบาดของโรคที่เกิดจากอุตสาหกรรม ค.ศ. 1950 ได้เกิดความเคลื่อนไหวไม่เพียงแต่การป้องกันแต่ยังรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพด้วย เพราะเพียงเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทำให้ความเสี่ยงโดยเฉพาะสารเคมีที่ยังปรากฏอยู่ตลอดเวลา และในช่วงนี้เริ่มมีการปรากฏของโรคที่มีระยะแฝงตัวนาน เช่น มะเร็ง การผ่าเหล่าของสารพันธุกรรม

หลังจากสงครามโลกครั้งที่ 2 ในช่วงค.ศ. 1950 ความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัสกับสารจำเพาะและโรคพบได้ชัดเจนมากขึ้น อาทิเช่น การเกิดพิษ ภาวะติดเชื้อโรคและโรคซิลิโคสิส ความสนใจด้านนี้ได้เพิ่มขึ้นจากเดิมจากการที่มีเพียงการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ แต่หากยังได้มีความสนใจในเรื่องการปรับปรุงสุขภาพของกลุ่มคนงานด้วย อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านอุตสาหกรรมในยุคนี้ได้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วมากทำให้เกิดความเสี่ยงทางสุขภาพชนิดใหม่โดยเฉพาะจากสารเคมี ซึ่งสารเคมีชนิดต่างๆ ได้เกิดขึ้นมากมาย โดยบทบาทของระบาดวิทยาเริ่มเข้ามามีบทบาทสำคัญ เนื่องจากการแสดงออกของโรคจากการทำงานบางโรคไม่จำเพาะ จำเป็นต้องอาศัยความรู้ของระบาดวิทยาเพื่อเปรียบเทียบและพิจารณาปัจจัย

กวนต่างๆ ต่อการเกิดโรค นอกจากนั้นผู้รู้ในสมัยนั้นยังต้องการที่จะหาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณของสารเคมีกับการตอบสนองของร่างกายต่อสารเคมีนั้นๆ ตัวอย่างเช่น ในประเทศสหราชอาณาจักรได้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวเวชศาสตร์ชื่อริชาร์ดชิลลิง (Richard Schilling) ซึ่งท่านเป็นผู้ริเริ่มใช้บทบาทของระบาดวิทยาในการสืบค้นโรคหรือความผิดปกติที่เกิดจากอาชีพ โดยการศึกษาแรกนั้นเกิดขึ้นในช่วงต้นๆ ของปีค.ศ. 1950 โดยท่านเซอร์ ริชาร์ด ดอล (Sir Richard Doll) ได้ทำการศึกษาโรคมะเร็งปอดในผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับก๊าซและโรเบิร์ต เคส (Robert Case) ได้ศึกษาโรคมะเร็งของกระเพาะปัสสาวะในคนงานที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสี และคนงานผลิตยาง หลังจากนั้นในช่วงค.ศ. 1960-1970 เออร์วิง เซลิกอฟ (Irving Selikoff) ได้เป็นผู้ที่ได้ให้ความกระจ่างถึงความสัมพันธ์ระหว่างแอสเบสตอส (asbestos) กับความผิดปกติของร่างกาย ซึ่งต่อมา ในปี ค.ศ. 1973 ระบาดวิทยาโรคจากการประกอบอาชีพได้เป็นที่รู้จักขึ้นจากการทดลองในสัตว์ และจากการพบผู้ป่วยด้วยโรค angiosarcoma ของตับซึ่งมีความสัมพันธ์ของการสัมผัส Vinyl chloride monomer (VCM) ดังนั้นจึงเป็นเหตุจูงใจให้มีสมมุติฐานที่ว่า สารเคมีที่ใช้ในการผลิตพลาสติกอาจเป็นสารก่อมะเร็งได้ (carcinogen) ผลการศึกษาเหล่านี้ได้ ส่งผลกระทบเป็นอย่างมากในการควบคุมและป้องกันโรค ทำให้เกิดอิทธิพลกับการเกิดนโยบายสาธารณะขึ้น เช่น การกำหนดค่ามาตรฐานต่างๆ การห้ามใช้สาร

ตะกั่ว สารก่อมะเร็ง

คริสต์ศตวรรษที่ 21 ในประเทศที่กำลังพัฒนา ยังประสบปัญหาเรื่องผลกระทบต่อสุขภาพตามรอยประเทศที่พัฒนาแล้วขณะเดียวกันประเทศที่พัฒนาแล้ว ที่มีมาตรการการควบคุมและป้องกันโรคที่ดี ทำให้ผลกระทบต่อสุขภาพด้านกายภาพ เคมี และชีวภาพลดน้อยลง ทำให้ประเทศแล้วนี้เริ่มหันมาสนใจผลกระทบต่อสุขภาพจากปัจจัยอื่นๆ ตามกระแสการเกิดโรคที่ไม่ได้มองไปถึงโรคทางกายเท่านั้น แต่ยังมีอาการก้าวไปถึงโรคทางจิตใจ ผลกระทบที่เกิดจากองค์การบริหาร การเกิดโรคที่เกิดจากหลายปัจจัย การประเมินสุขภาพมุ่งเน้นไปที่ระดับโมเลกุล เช่นการเฝ้าระวังโดยดูสารพันธุกรรมที่มีความเสี่ยง ปัญหาจากอุตสาหกรรมเป็นเทคโนโลยีระดับจุลภาค และเกิดผลกระทบจากการใช้สารเคมีใหม่ๆ ที่ไม่เคยมีรายงาน นอกจากนี้ยังมีการเกิดโรคอุบัติใหม่เกิดขึ้นที่ส่งผลต่อคนทำงาน เช่นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนทำงาน

ความเป็นมาของงานอาชีวเวชศาสตร์ในประเทศไทย^{1,9-10}

การพัฒนาหน่วยงานที่รับผิดชอบ

สำหรับประเทศไทยความเป็นมาของอาชีวเวชศาสตร์จะคล้ายกับต่างประเทศคือ การพัฒนาด้านนี้จะเกิดขึ้นภายหลังจากการพัฒนาอุตสาหกรรมและเกิดปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของคนงานขึ้นแล้ว ลักษณะการพัฒนาจะเป็นในรูปการจัดตั้งหน่วยงานต่างๆ ขึ้นมารับผิดชอบ แต่ลักษณะการพัฒนาของประเทศ

ไทย พัฒนาเป็นแบบกระจายกระจาย เห็นได้ว่าในประเทศไทยไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านนี้โดยตรงเหมือนในต่างประเทศหรือไม่มีกฎหมายที่รวมด้านนี้

ช่วงสมัยรัชกาลที่ 5 ชาวต่างชาติเริ่มเข้ามาในประเทศไทย ทำให้เริ่มกิจการภาคอุตสาหกรรมขึ้นโดยโรงงานแรกคือโรงงานสีข้าว ต่อมาเริ่มมีโรงงานต่างๆ ขยายตัวมากขึ้น ทำให้ต้องการกฎหมายควบคุมกิจการเหล่านี้ขึ้นมาเช่น พระราชบัญญัติควบคุมกิจการค้าขายอันกระทบถึงความปลอดภัยหรือความผาสุกแห่งสาธารณชน พ.ศ. 2471 พระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2484 พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2482 แต่ส่วนใหญ่เจ้าของสถานประกอบการมักละเลยในกฎหมายดังกล่าว เห็นได้จากการมีข้อพิพาทบ่อยครั้ง แต่มักจะเป็นปัญหาเรื่องแรงงาน สวัสดิการเป็นส่วนใหญ่ มีการกล่าวถึงเรื่องสุขภาพน้อยมาก ขณะเดียวกันยังขาดบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านนี้ด้วย

พ.ศ. 2507 เกิดโรคพิษแมงกานีสในโรงงานผลิตถ่านไฟฉายแห่งหนึ่งซึ่งมีระดับความรุนแรงต่างๆ จำนวน 41 ราย ทำให้เกิดความตื่นตัวในการดูแลสุขภาพคนงานมากขึ้น พ.ศ. 2509 มีการบรรจุเรื่องอาชีวอนามัยในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2510 มีการจัดตั้งโครงการอาชีวอนามัยเป็นครั้งแรก ในกองช่างสุขาภิบาล กรมอนามัย พ.ศ. 2511 เริ่มมีการตั้งคณะกรรมการประสานงานอาชีวอนามัยแห่งชาติเพื่อทำหน้าที่ประสานงานและร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ เกี่ยว

กับเรื่องอาชีวอนามัย โดยมีผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เป็นผู้แทน

พ.ศ. 2515 กระทรวงสาธารณสุข ยก ระดับโดยจัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านนี้คือกองอาชีวอนามัย ในปีเดียวกันได้มีการจัดตั้งกองทุนเงินทดแทนขึ้น เพื่อให้ความช่วยเหลือทางด้านการรักษาพยาบาลแรงงาน ที่ได้รับบาดเจ็บ หรือโรคจากการทำงาน พ.ศ. 2528 กรมแรงงานได้รับความร่วมมือกับประเทศญี่ปุ่น จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานที่ตำบลบางพูน อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี เพื่อช่วยเหลือคนงานที่พิการจากการทำงานในสถานประกอบการต่างๆ และโอนไปสังกัดสำนักงานประกันสังคมในเวลาต่อมา ในปี พ.ศ.2530 ได้มีการก่อตั้งคลินิกอาชีวเวชศาสตร์ที่โรงพยาบาลราชวิถี สังกัดกรมการแพทย์ ปีพ.ศ. 2534 ก็ได้มีการจัดตั้งกองทุนประกันสังคมขึ้น เพื่อให้ความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล สำหรับผู้ประกันตนที่ได้รับการบาดเจ็บ หรือป่วยด้วยโรคที่ไม่เกี่ยวกับการทำงาน ต่อมาในช่วงประมาณปีพ.ศ. 2535 ซึ่งมีปัญหาการร้องเรียนเกี่ยวกับการให้คำวินิจฉัยของแพทย์ในคลินิกอาชีวเวชศาสตร์มากขึ้นเรื่อยๆ กรมการแพทย์จึงได้ตั้งหน่วยงานส่วนกลางเรียกว่าส่วนอาชีวเวชศาสตร์ สังกัดสำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ เป็นหน่วยงานวิชาการและฝึกอบรมแพทย์อาชีวเวชศาสตร์

ขณะเดียวกันในช่วงปีพ.ศ. 2530-2544 กองโรงพยาบาลภูมิภาคและกองสาธารณสุข

ภูมิภาคสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ก็มีหน่วยงานลักษณะเฉพาะกิจเป็นพี่เลี้ยงให้กับโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในเขตอุตสาหกรรม จนถึงพัฒนาเป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการอาชีวอนามัยระดับกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดทำมาตรฐานบริการอาชีวอนามัยสำหรับสถานพยาบาลทุกระดับ

ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2545 มีการปฏิรูประบบราชการโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข กองอาชีวอนามัย กรมอนามัย เปลี่ยนเป็นสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และโอนย้ายไปอยู่ในสังกัดกรมควบคุมโรค เน้นเรื่องการส่งเสริมและป้องกันโรคจากการทำงานและโรคเหตุสิ่งแวดล้อม โดยกรมอนามัยยังมีกิจกรรมด้านอาชีวเวชศาสตร์บางส่วนหลงเหลืออยู่ภายใต้โครงการสถานที่ทำงานน่าอยู่น่าทำงาน (healthy workplace) ซึ่งเป็นกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพและเวลาต่อมากรมอนามัย ได้แบ่งงานส่งเสริมสุขภาพใหม่ตามอายุประชากร ทำให้เกิดงานส่งเสริมสุขภาพของคนวัยทำงาน ภายใต้โครงการเมืองไทยแข็งแรง (healthy Thailand) กรมการแพทย์ได้ยกภารกิจด้านวิชาการและการฝึกอบรม และคลินิกอาชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถีเดิม ซึ่งมีบทบาทการรักษาผู้ป่วยโรคจากการประกอบอาชีพ มาเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีซึ่งจัดตั้งเป็นศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม เน้นการวินิจฉัยและรักษา พื้นฟูสมรรถภาพโรคจากการประกอบอาชีพ นอกจากนี้สำนักงานปลัด

กระทรวงสาธารณสุขเอง ก็ได้ยุบภารกิจหน่วยงานพี่เลี้ยงด้านบริการอาชีวอนามัย แต่ยังคงงานด้านมาตรฐานบริการอาชีวอนามัยที่เคยทำไว้อยู่ที่สำนักพัฒนาระบบบริการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและคงงานระบาดวิทยาโรคจากการประกอบอาชีพ ไว้ที่กองระบาดวิทยาซึ่งย้ายไปเป็นสำนักระบาดวิทยา สังกัดกรมควบคุมโรค นอกจากนี้ยังกำหนดให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปตามจังหวัดต่างๆ มีกลุ่มงานด้านอาชีวเวชกรรมซึ่งแยกออกมาจากกลุ่มงานด้านเวชกรรมป้องกันอย่างชัดเจนเพื่อดูแลงานด้านอาชีวเวชศาสตร์ และพ.ศ. 2548 กระทรวงสาธารณสุขร่วมมือกับกระทรวงแรงงานมีโครงการพัฒนารูปแบบศูนย์โรคจากการทำงาน ที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โดยมีโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคเป็นเครือข่าย

การพัฒนาบุคลากร

การพัฒนาบุคลากรเป็นปัญหาที่พบในการดูแลสุขภาพคนงานอย่างมากขาดผู้เชี่ยวชาญในด้านนี้จะเห็นได้ว่าแต่ละปีมีการวินิจฉัยโรคจากการประกอบอาชีพน้อย ทำให้ระหว่างการพัฒนาหน่วยงานต่างๆ เพื่อมาดูแลสุขภาพของคนทำงานนั้น ก็มีการพัฒนาด้านบุคลากรเพื่อเพิ่มศักยภาพในองค์ความรู้ดังกล่าวพร้อมกันไป มีการอบรมของหน่วยงานตามกระทรวงต่างๆ และมหาวิทยาลัยซึ่งมักจะเป็นหลักสูตรเกี่ยวกับอาชีวอนามัย แต่หลักสูตรที่เน้นเฉพาะอาชีวเวชศาสตร์มีน้อยมาก พ.ศ. 2535 สำนักงานประกันสังคมร่วมกับกรมการแพทย์ มีการ

จัดอบรมหลักสูตรแพทย์อาชีวเวชศาสตร์รุ่นแรกให้กับแพทย์ ซึ่งเป็นหลักสูตรเดียวที่เปิดสอนให้กับแพทย์ในขณะนั้น โดยปัจจุบันได้กลายเป็นหลักสูตรแพทย์อาชีวเวชศาสตร์หลักสูตร 2 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ ซึ่งเป็นหลักสูตรที่กฎหมายรับรอง แต่เนื่องจากยังขาดแคลนบุคลากรในการดูแลสุขภาพคนทำงาน ทำให้ปีถัดมา กองอาชีวอนามัยในขณะนั้น (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน) เริ่มมีการอบรมพยาบาลอาชีวอนามัยทำงานเพื่อทำงานคู่กับแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ แม้จะมีอบรมไปเป็นระยะเวลาหนึ่ง แต่ยังคงขาดแคลนแพทย์ที่จะมาดูแลสุขภาพคนงานในประเทศไทยอย่างมาก ทำให้ในปีพ.ศ. 2541 ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับการอนุมัติจากแพทยสภาให้เปิดการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์ ซึ่งในปัจจุบันในประเทศไทยมีแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์ที่ได้รับวุฒิบัตรและอนุมัติจำนวน 87 ท่าน (ข้อมูล ณ ปี 2549) ทำให้ในปีพ.ศ. 2551 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒมีการเปิดสอนหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอาชีวเวชศาสตร์ ซึ่งเป็นหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาที่มีการสอนด้านนี้ในประเทศไทยเพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำงานด้านอาชีวเวชศาสตร์ให้กับบุคลากรสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ในระหว่างนี้ได้มีการรวมกลุ่มกันของบุคลากรทางการแพทย์ด้านอาชีวเวชศาสตร์ ในปีพ.ศ.2540 ได้จัดตั้งเป็นองค์กรวิชาชีพ เป็น

ชมรมอาชีวเวชศาสตร์แห่งประเทศไทยซึ่งต่อมาเปลี่ยนเป็นสมาคมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย ซึ่งเป็นหน่วยที่พัฒนางานมาตรฐานและองค์ความรู้สนับสนุนบุคลากรด้านอาชีวเวชศาสตร์ โดยปัจจุบันมีสำนักงานตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

สรุป

ประชากรวัยทำงานเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ ทำให้ในปัจจุบันอาชีวเวชศาสตร์ ซึ่งเป็นศาสตร์ทางการแพทย์ที่กำลังได้รับความสนใจ จัดเป็นสาขาหนึ่งของเวชศาสตร์ป้องกันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพอนามัยของคนทำงานทุกอาชีพ และผลกระทบของงานที่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ โดยศาสตร์นี้ได้รับการพัฒนามาจากการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีสมัยใหม่ การเกิดองค์ความรู้ใหม่ด้านวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ และความคาดหวังของสังคม แม้ว่าศาสตร์ในสาขานี้จะพัฒนาไปอย่างไม่หยุดยั้งเหมือนศาสตร์การแพทย์สาขาอื่นๆ แต่อย่างไรก็ตามสิ่งสำคัญสำหรับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ไม่ควรลืมปรัชญาของนายแพทย์เบอร์นาดีโอ รามาซซินี ในการดูแลประชากรวัยทำงานก็คือ ความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานกับผลกระทบทางสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล.หน่วยที่ 7 หลักการทางอาชีวเวชศาสตร์ ในวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช: เอกสารการสอนชุดวิชา พิษวิทยาและ

- อาชีวเวชศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ.
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. ฉบับ
ปรับปรุงครั้งที่ 1 นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหา
วิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช 2550.
2. Colombi A. A century of occupational health
in Milan(1906-2006): images and writing, Italy:
Mattioli 2006.
 3. Carter T. Diseases of occupations-a short his-
tory of their recognition and prevention. In:
Baxter JP, Adams PH, Aw TC, Cockcroft A,
Harrington JM, eds. Hunter's disease of
occupation. 9th ed. London: Arnold 2000:917-
25.
 4. Blanc P. Occupational and environmental
medicine: the historical perspective. In:
Rosenstock L, Cullen MR, Brodtkin CA and
Redlich CA, eds Textbook of Clinical
Occupational and Environmental Medicine.
2nded. Philadelphia: Elsevier Saunders 2005:17-
27.
 5. McCunney RJ. Occupational Medical service.
In: McCunney RJ (editor)A Practical Poetical
Approach to Occupational and Environmen-
tal Medicine. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott
Williams& Wilkins 2003:1-13.
 6. Phoon WO. Current problems in occupational
and environmental health: overview
Environmental Management and Health
1997:8(5);162-6.
 7. Franco G. Ramazzini and Workes health.
Lancet 1999:354;858-61.
 8. Jeanne, Mager, Stellman, eds. Encyclopaedia
of Occupational Health and Safety. 4th ed.
volume 1. Geneva: International Labour
Office 1998.
 9. จันทนา ผดุงทศ. อาชีวอนามัยในโรงพยาบาล
ชุมชน: อนิจจา...อาชีวอนามัย. วารสารโรง
พยาบาลชุมชน 2548:6(6);39-42.
 10. สมเกียรติ ศิริรัตน์พฤษ และคณะ. รายงาน
การศึกษาเรื่องสถานการณ์อาชีวอนามัย
และสิ่งแวดล้อมในประเทศไทย. นนทบุรี:
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2548.