

## กรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยกลับเข้าทำงาน: รายงานผู้ป่วย 3 ราย Case Study of Return to Work Management: A Series of 3 Patients

จุฑารัตน์ จิโน\*, วิวัฒน์ เอกบูรณะวัฒน์\*\*

\*ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\*ศูนย์อาชีวเวชศาสตร์โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีราชา จ.ชลบุรี

**Chutarat Chino\*, WiwatEkburanawat\*\***

\*Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

\*\*Occupational Medicine Center, Samitivej Sriracha Hospital, Chonburi, Thailand

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของกระบวนการดูแลและจัดการกับผู้ป่วยที่ประสบปัญหาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยรุนแรงให้สามารถกลับเข้าทำงานและประกอบอาชีพได้อย่างปลอดภัย โดยทำการศึกษาผู้ป่วย 3 ราย รายแรกเป็นชายไทยวัย 41 ปีซึ่งทำงานในโรงงานผลิตสารเคมีและมีอาการป่วยคือตาข้างซ้ายมองเห็นลดลงได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ว่าเป็นโรคปลายเส้นประสาทตาข้างซ้ายขาดเลือดไปเลี้ยง (Non-arteric anterior ischemic optic neuropathy; NAION) รายที่สองเป็นหญิงไทยวัย 28 ปี อาชีพเป็นพนักงานตรวจสอบคุณภาพการผลิตในโรงงาน ต่อเติมชิ้นส่วนรถยนต์ประสบปัญหาการเดินเซและสูญเสียการได้ยินเนื่องจากผลที่ตามมาจากป่วยเป็นโรคเยื่อหุ้มสมองและสมองอักเสบ (Meningoencephalitis) และรายที่สามเป็นหญิงไทยวัย 22 ปีทำงานในโรงงานผลิตยางมีหน้าที่นำชิ้นงานเข้าและออกจากเครื่องจักร ประสบอุบัติเหตุปลายนิ้วกลางของมือข้างซ้ายถูกตัดขาดระหว่างการทำงาน วิธีการศึกษาคือการนำข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยซึ่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลมาวิเคราะห์ตามหลักการการดูแลผู้ป่วยกลับเข้าทำงาน (Return to work) อันได้แก่ การพิจารณาเรื่องความเสี่ยง (Risk) ความสามารถสูงสุด (Capacity) และความทน (Tolerance) ตามหลักการที่ American Medical Association (AMA) ได้กำหนดองค์ความรู้พื้นฐานไว้ทั้งนี้ผู้ป่วยทั้ง 3 รายได้รับการดูแลรักษาและมีโอกาสกลับเข้าทำงานได้อย่างปลอดภัย ซึ่งการดำเนินงานตามกระบวนการนี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งฝ่ายนายจ้างฝ่ายแพทย์ที่ทำการดูแลรักษาฝ่ายประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน ฝ่ายอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของสถานประกอบการ ฝ่ายบุคคลของสถานประกอบการรวมถึงตัวผู้ป่วยเองด้วย

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยกลับเข้าทำงาน อาชีพความเสี่ยง ความสามารถสูงสุด ความทน

## Abstract

The purpose of this case series study is to demonstrate the process of return to work management which is one of the occupational health process that physicians and all stakeholders must consider in order to help patients with serious injuries or illnesses getting back to their works safely. This study shows three patients with different health conditions. The first case was a 41 year-old Thai man who worked in a chemical factory whose left eye could not see and was diagnosed as “non-arteric anterior ischemic optic retinopathy; NAION” from an ophthalmologist. The second case was a 28 year-old Thai woman who worked as a quality control officer and had gait ataxia and hearing loss problems from the sequelae of meningoencephalitis disease. The last case was a 22 year-old Thai woman whose distal part of the left middle finger was cut while working at a machine. The medical records of the three patients were reviewed according to the return to work management principle of American Medical Association (AMA) recommendations. As the result of the return to work management process, these three patients received appropriate care and could return to their works safely. The performance of return to work management was dependent on multidisciplinary participations including; employers, physicians, social security and labor compensation authorities, occupational health and safety officers, human resource officers, and the patients themselves.

**Keywords:** Return to work management, Occupation, Risk, Capacity, Tolerance

## บทนำ

มนุษย์ต่างต้องทำงานเพื่อให้มีรายได้อุปโภคบริโภคของตนเองและครอบครัวซึ่งถือว่าเป็นหน้าที่หลักของทุกคน การบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายต่างๆ มีผลต่อประสิทธิภาพของงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อยู่ในระบบของการจ้างงานซึ่งต้องหยุดพักงานระหว่างการบาดเจ็บที่อาจเป็นสาเหตุในการถูกเลิกจ้าง ดังนั้น รายงานผลการดูแลรักษาและประเมินสภาพทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยจึงเป็นข้อมูลสำคัญทางการแพทย์ที่จะใช้ประกอบในการพิจารณา เพื่อการดูแลผู้ป่วยเพื่อกลับเข้าทำงาน (Return to work management) ซึ่งผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายควรให้ความสำคัญ

การดูแลผู้ป่วยกลับเข้าทำงาน (Return to work management) เป็นการดำเนินการหนึ่งในกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม (Holistic approach) ที่แพทย์ควรให้ความสนใจ เนื่องจากการสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยอย่างรุนแรง สามารถกลับเข้าทำงานได้อีกครั้งหนึ่งนั้น เป็นการช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีรายได้อุปโภคบริโภคของตนเองและครอบครัว ไม่เป็นภาระแก่สังคมในระยะยาว<sup>1</sup>

การดูแลผู้ป่วยกลับเข้าทำงานเป็นกิจกรรมที่ต้องได้รับความร่วมมือของทั้งสามฝ่าย ได้แก่ นายจ้างที่ควรให้โอกาสผู้ป่วยที่บาดเจ็บหรือเจ็บ

ป่วยอย่างรุนแรง ได้กลับเข้ามาทำงานในสถานประกอบการของตนโดยพิจารณาจากงานเดิมและศักยภาพของผู้ป่วย ฝ่ายแพทย์ผู้ทำการรักษาซึ่งจะต้องประเมินอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยเปรียบเทียบกับลักษณะงานที่จะต้องทำ รวมถึงพยายามช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยให้พร้อมที่จะทำงานนั้นได้ ฝ่ายประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนซึ่งจะต้องพิจารณาลิขสิทธิ์ในการได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายรวมถึงเงินชดเชยที่พึงได้ให้แก่ผู้ป่วย ในขณะที่เดียวกันฝ่ายอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ร่วมกับฝ่ายบุคคลของสถานประกอบการมีหน้าที่ให้ข้อมูลแก่นายจ้างและผู้ป่วยซึ่งเป็นลูกจ้างเพื่อให้เกิดความเข้าใจและการช่วยเหลือผู้ป่วยตามสิทธิส่วนตัวผู้ป่วยเองควรให้ความร่วมมือในการรักษาสุขภาพฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจให้หายจากอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยโดยเร็วเพื่อสามารถกลับเข้าทำงานได้ โดยเป้าหมายในกระบวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อกลับเข้าทำงานนั้นเป็นตั้งแต่การกลับเข้าทำงานเดิม หรือทำหน้าที่ใหม่ในสถานประกอบการเดิม หรือเปลี่ยนไปทำอาชีพใหม่ไม่ว่าจะในลักษณะลูกจ้างสถานประกอบการหรืออาชีพอิสระก็ตาม<sup>1, 2</sup> และมีรายงานการศึกษา<sup>3</sup> ในปีค.ศ. 2011 พบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนงานเรียกร้องค่าชดเชยที่ยาวนานและตามมาด้วยปัญหาความล่าช้าของการกลับเข้าทำงานภายหลังการได้รับบาดเจ็บ ได้แก่ ปัญหาในการเข้าถึงการรักษา ปัญหาในการติดต่อสื่อสารข้อมูลและการความเข้าใจในด้านองค์ความรู้ทางการแพทย์เกี่ยวกับการป่วยของตนเอง และปัญหาเรื่องอำนาจในการตัดสินใจให้ผู้ป่วยกลับเข้าทำงานจากสาเหตุข้างต้นจึงทำให้เห็นว่าในการกลับเข้าทำงานของคนงานที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเพื่อลดปัญหาดังกล่าว

หลักการทางการแพทย์ในการพิจารณาผู้ป่วยกลับเข้าทำงานนั้น มีการกำหนดองค์ความรู้พื้นฐานไว้โดย American Medical Association (AMA)<sup>4</sup>

ซึ่งแนะนำให้แพทย์พิจารณาเปรียบเทียบลักษณะรายละเอียดของงาน (Work demands) กับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย (Physical and mental supplies) ภายใต้กฎหมายของประเทศและข้อกำหนดของสถานประกอบการแต่ละแห่ง (Laws and regulations) การช่วยเหลืออาจทำได้โดยการปรับลักษณะงานให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป หรือพยายามฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยให้ดีขึ้นเพียงพอที่จะทำงานที่พิจารณาได้ โดยในการพิจารณาเปรียบเทียบนั้น แพทย์จะต้องพิจารณาใน 3 ประเด็นไปตามลำดับ ได้แก่ ความเสี่ยง (Risk) ความสามารถสูงสุด (Capacity) และความทน (Tolerance)<sup>1, 2, 4</sup> ความเสี่ยง (Risk) เป็นประเด็นสำคัญที่สุดซึ่งต้องพิจารณาเป็นอันดับแรก คือการวิเคราะห์ว่าเมื่อให้ผู้ป่วยกลับไปทำงานแล้วจะก่อให้เกิดผลอันตรายแก่ชีวิตและสุขภาพของตัวผู้ป่วยเอง หรือเพื่อนร่วมงาน หรือบุคคลอื่นหรือไม่ เช่น คนเป็นโรคลมชักที่ยังควบคุมอาการไม่ได้ มีอาชีพขับรถสาธารณะอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุในการจราจรระหว่างปฏิบัติงานได้ทุกเมื่อหากโรคลมชักกำเริบ ในประเด็นความเสี่ยงนั้น หากเป็นความเสี่ยงต่อชีวิตหรือสุขภาพของผู้ร่วมงานหรือบุคคลอื่น AMA<sup>4</sup> แนะนำให้แพทย์ผู้ประเมินจะต้องระมัดระวังเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษ<sup>2</sup> ต่อมาคือประเด็น ความสามารถสูงสุด (Capacity) เป็นการพิจารณาสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยในการทำกิจกรรม (Functions) ด้านต่างๆว่ามีความสามารถสูงสุดเพียงพอที่จะปฏิบัติงานได้หรือไม่ เช่น หากพนักงานรับโทรศัพท์ประสบอุบัติเหตุทางสมองจนทำให้พูดไม่ชัดนั้น แม้ร่างกายอื่น จะปกติแต่บุคคลนี้ก็จะมีขีดจำกัดในการทำงานคือการติดต่อสื่อสารเหตุการณ์เช่นนี้ถือว่าพนักงานคนนี้อาจขาดความสามารถสูงสุด สำหรับงานรับโทรศัพท์ประเด็นสุดท้ายคือการพิจารณาเรื่อง ความทน (Tolerance) ซึ่งเป็นการประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยว่ามีความทนทานต่อการทำงานนั้นๆหรือไม่ อาทิเช่น กรณีที่พนักงาน

มีโรคประจำตัวเป็นโรคซึมเศร้า หากกระทบกระทั่ง หรือมีปัญหากับผู้ร่วมงานจนเป็นเหตุทำให้หยุดงานหรือลาออกเพราะสภาวะทางอารมณ์ เนื่องจากมีความทนไม่เพียงพอต่อการทำงาน เมื่อเทียบกับคนปกติที่ไม่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ซึ่งสามารถทนต่อภาวะที่มีการขัดแย้งระหว่างการทำงานได้หากพิจารณาความเหมาะสมทั้ง 3 ประเด็นเมื่อเทียบกับลักษณะงานแล้วพบว่า การกลับไปเข้าทำงานนั้น จะไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสวัสดิภาพความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ร่วมงาน รวมถึงผู้ป่วย ซึ่งจะกลับไปปฏิบัติงานนั้นต้องมีศักยภาพในการทำงานได้อย่างเต็มความสามารถสูงสุดและมีความทนเพียงพอที่จะทำงานที่ได้รับมอบหมายอย่างสมบูรณ์ จึงจะถือว่าผู้ป่วยสามารถทำงานที่พิจารณานั้นได้ อย่างเป็นการสมควร

การศึกษาในต่างประเทศได้สรุปแนวทางในการดำเนินงานเพื่อกลับเข้าทำงานไว้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การติดต่อกับพนักงานที่ได้รับการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยตั้งแต่เนิ่น ๆ (Early contact) การวางแผนสำหรับการกลับเข้าทำงานของผู้ปฏิบัติงาน (Planning for the worker's return) การทำให้โปรแกรมการกลับเข้าทำงานของผู้ปฏิบัติงานสัมฤทธิ์ผล (Implementing a successful return to work program) และการสร้างสถานประกอบการที่เอื้อต่อการกลับเข้าทำงานของผู้ปฏิบัติงาน (Creating a return to work program-friendly workplace) สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับสัดส่วนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมาทำงานภายหลังการสูญเสียอวัยวะหรือสมรรถภาพของร่างกายส่วนบนที่เกิดจากอุบัติเหตุจากการทำงาน<sup>6</sup> ทั้งนี้ในการศึกษาที่ผ่านมายังไม่ปรากฏการระบุถึงการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้าทำงานภายหลังการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยของคนทำงานอย่างชัดเจนนั้นในบทความนี้จึงต้องการที่จะสะท้อนให้เห็นกระบวนการดำเนินการเพื่อรับผู้ป่วยกลับเข้าทำงาน เพื่อให้ผู้อ่านได้เห็นภาพการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย

ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรมโดยผ่านกรณีตัวอย่างทั้งสาม โดยเฉพาะหน้าที่ของแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างไรก็ตามยังไม่เคยมีการเผยแพร่ตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามหลักการพื้นฐานที่แนะนำโดยสมาคมแพทย์แห่งประเทศไทยนี้มาก่อน

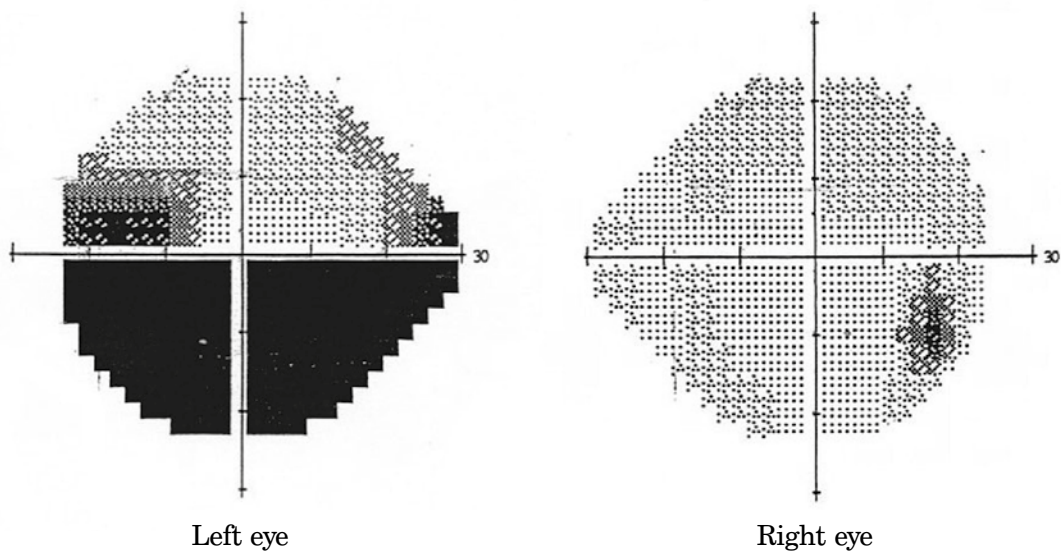
กรณีศึกษาในครั้งนี้เป็นการเผยแพร่รายงานผู้ป่วยจำนวน 3 ราย ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยในลักษณะต่าง ๆ กันและได้รับการดูแลตามหลักการพื้นฐานดังกล่าวจนสามารถกลับไปทำงานได้ดังต่อไปนี้

## รายงานผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 41 ปี อาชีพพนักงานโรงงานผลิตสารเคมีแผนกผลิตโพลียูรีเทนทำหน้าที่ควบคุมเครื่องจักรโดยสั่งการควบคุมจากคอมพิวเตอร์ ดูปริมาณสารเคมีถึงผสม บางครั้งต้องขับรถยก (Forklift) เพื่อขนย้ายถังบรรจุสารเคมีมาเติมในกระบวนการผลิต อีกส่วนคืองานช่างซึ่งต้องซ่อมแซมเปลี่ยนชิ้นส่วน และทำความสะอาดเครื่องจักรตามระยะเวลาการบำรุงรักษาในแผนกมีเพื่อนร่วมงานอีก 2 คน งานที่ไม่ต้องทำงานในลักษณะต่าง ๆ เช่น การเชื่อมโลหะ การมองชิ้นส่วนขนาดเล็ก ทำงานในที่อับอากาศ ไม่ต้องขับรถชนิดอื่นยกเว้นรถยก และไม่ต้องทำงานบนที่สูง ผู้ป่วยมาทำงานและกลับบ้านโดยขับขีรถจักรยานยนต์ ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 4 ปี รักษาโดยกินยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอสูบบุหรี่ประมาณวันละ 3 มวนมาตั้งแต่วัยรุ่น วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2556 ขณะอยู่บ้านผู้ป่วยรู้สึกว่ามีตาข้างซ้ายมองเห็นภาพลดลง จึงไปโรงพยาบาลได้รับการตรวจวินิจฉัยจากจักษุแพทย์พบว่าเป็นโรคปลายเส้นประสาทตาข้างซ้ายขาดเลือดไปเลี้ยง (Non-arteric anterior ischemic optic neuropathy; NAION) ร่วมกับมีภาวะซีดโดยไม่ทราบสาเหตุ ในวันที่เกิดอาการมีระดับฮีโมโกลบิน 6 กรัมต่อเดซิลิตรและระดับ

ความเข้มข้นเลือดร้อยละ 18.6 ตรวจจอประสาทตา ข้างขวาปกติ ส่วนจอประสาทตาข้างซ้ายพบการบวม ของปลายเส้นประสาทตาและจุดอักเสบในส่วนรอบ นอก ตรวจความชัดเจนในการมองภาพ (Visual acuity) พบว่าตาขวามองภาพได้ชัดเจนเป็นปกติ (6/6 เมตร) ตาซ้ายมองเห็นไม่ชัดเจนอย่างมาก (6/60 เมตร) ตรวจลานสายตา (Visual field) พบว่าลานสายตาข้างขวาปกติ ส่วนลานสายตาข้างซ้าย

ครึ่งล่างสูญเสียไป ผลการตรวจลานสายตาตั้งใน ภาพที่ 1 หลังจากได้รับการรักษาภาวะโลหิตจาง และควบคุมความดันโลหิตแล้ว เมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือน ตรวจพบว่าตาขวามองเห็นปกติ (6/6 เมตร) และตาซ้ายมองเห็นได้ชัดเจนขึ้น (6/12 เมตร) ในขณะที่ การสูญเสียครึ่งล่างของลานสายตาข้างซ้ายไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น



ภาพที่ 1 ผลตรวจลานสายตาด้วยเครื่องตรวจลานสายตาคอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยรายที่ 1 พบลักษณะ การสูญเสียครึ่งล่างของลานสายตาข้างซ้าย

ผู้ป่วยหยุดงานเพื่อรักษาตัวเป็นเวลา 1 เดือน หลังจากอาการของโรคคั่งที่แล้วก่อนจะกลับเข้า ทำงานทางโรงงานได้ส่งผู้ป่วยมารับการประเมิน เพื่อกลับเข้าทำงานกับแพทย์อาชีวเวชศาสตร์พบ ปัญหาคือผู้ป่วยสูญเสียครึ่งล่างของลานสายตาข้าง ซ้าย (Horizontal hemianopia of left eye) ในขณะที่ลานสายตาข้างขวายังปกติ และความชัดเจน ในการมองภาพของตาทั้ง 2 ข้างยังอยู่ในเกณฑ์ดี การพยากรณ์โรคพบว่าในระยะยาวมีโอกาสน้อย ที่ลานสายตาจะกลับมาดีขึ้นจนเป็นปกติเช่นเดิม

เมื่อพิจารณาในประเด็นความเสี่ยง พบว่างานที่มีความเสี่ยงคือ งานขับรถยกเพื่อขนย้ายถังสารเคมี ในโรงงานซึ่งอาจก่อความเสี่ยงต่อตัวผู้ป่วยและเพื่อน ร่วมงาน เนื่องจากการสูญเสียลานสายตาบางส่วนไป ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพไม่สมบูรณ์ในขณะที่ขับรถ และนำมาซึ่งอุบัติเหตุ เช่นเดียวกับกับการขับซัลด จักรยานยนต์ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน เมื่อแพทย์ได้ทำการประเมินและหารือร่วมกับผู้ป่วย และนายจ้างแล้ว จึงสรุปร่วมกันคือให้ผู้ป่วยสามารถ กลับมาทำงานตำแหน่งเดิมได้ทุกงาน ยกเว้นการขับ



รยชกนย้ายถึงสารเคมี และแก้ปัญหาโดยให้เพื่อนร่วมงานในแผนกมาทำหน้าที่นี้แทน ผู้ป่วยเปลี่ยนมาใช้รถโดยสารประจำทางในการเดินทางมาทำงานและกลับบ้านในที่สุดผู้ป่วยรายนี้สามารถกลับมาทำงานในตำแหน่งหน้าที่เดิมอย่างปลอดภัยและได้รับค่าตอบแทนเท่าเดิม

## รายงานผู้ป่วยรายที่ 2

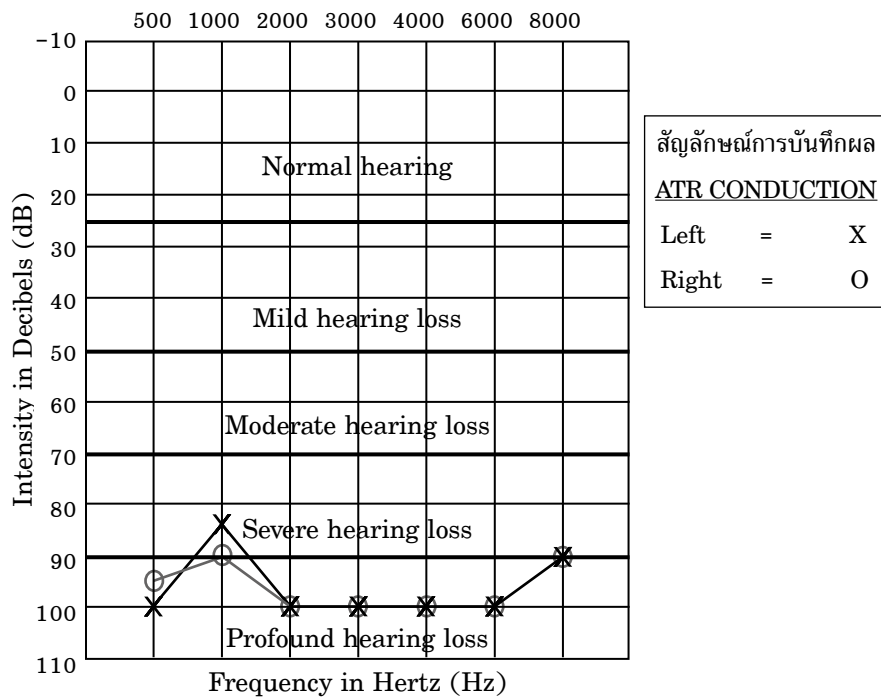
ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 28 ปี อาชีพเป็นพนักงานตรวจสอบคุณภาพการผลิตในโรงงานต่อเติมชิ้นส่วนรถยนต์โดยรับรถจากโรงงานผู้ผลิตมาประกอบชิ้นส่วนต่อเติม เช่น ไฟสปอร์ตไลท์ กันชนกระงกมองข้าง หรือยกตัวรถให้สูงขึ้นตามคำสั่งของลูกค้าลักษณะงานของผู้ป่วยคือตรวจสอบความเรียบร้อยของแผนกประกอบ โดยช่วงเช้าประชุมวางแผนในสำนักงาน ช่วงบ่ายต้องเดินเข้าไปในฝ่ายการผลิตเพื่อตรวจสอบคุณภาพของชิ้นงานทั้งนี้ผู้ป่วยเดินทางมาทำงานและกลับบ้านด้วยรถบัสสวัสดิการของโรงงานทุกวัน

เดิมผู้ป่วยแข็งแรงดีไม่มีโรคประจำตัวใด ๆ กระทั่งวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2554 ผู้ป่วยมีไข้สูงและปวดศีรษะรุนแรง ซึมลง ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล จากนั้นผู้ป่วยมีการชัก หมดสติ ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อายุรแพทย์ผู้ดูแลให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเยื่อหุ้มสมองและสมองอักเสบ (Meningoencephalitis) ผลตรวจเพาะเชื้อไม่พบขึ้นเชื้อจากน้ำไขสันหลัง แต่พบขึ้นเชื้อแบคทีเรียชนิดสเตรปโตคอคคัส (*Streptococcus* spp.) จากเลือดซึ่งสันนิษฐานว่าเป็นเชื้อก่อโรคครั้งนี้ ภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์ของสมอง พบสมองบวมไม่มีก้อนหรือจุดเลือดออกในสมอง แต่พบรอยคล้ายการอักเสบของโพรงไซนัสใกล้สมอง (Sphenoid sinus) ซึ่งอาจเป็นเหตุติดเชื้อในสมองผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะจนครบเวลาที่กำหนดรวมเวลารักษาในโรงพยาบาลประมาณ 1 เดือน แพทย์จึงอนุญาตให้กลับไปพักรักษาตัวที่บ้านต่อได้

แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางสมองจากการติดเชื้อจึงต้องมาทำกายภาพบำบัดเป็นระยะในอีก 2 เดือนต่อมาหลังจากออกโรงพยาบาล

หลังจากหยุดงานไป 3 เดือน นายจ้างของผู้ป่วยต้องการให้ตรวจพิจารณาว่าผู้ป่วยจะสามารถกลับมาทำงานได้หรือไม่ เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลของโรงงานจึงพาผู้ป่วยมาพบกับแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ แพทย์พบว่า ผู้ป่วยมีอาการคงค้างคือภาวะเดินเซ (Ataxia) เล็กน้อย ยังสามารถเดินได้เองโดยไม่ล้ม แต่เดินได้ช้าลง ไม่มีอาการสั่นของมือและขา นอกจากนี้ยังมีการลดลงของการได้ยินของหูทั้งสองข้างอย่างรุนแรง (Severe bilateral sensorineural hearing loss) ตรวจสมรรถภาพการได้ยินแบบการนำเสียงทางอากาศ (Air conduction) ได้ผลดังในภาพที่ 2 คือผู้ป่วยมีการสูญเสียการได้ยินอย่างรุนแรงของหูทั้งสองข้าง ทั้งนี้ยังสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ แต่ต้องตะโกนเสียงดังจึงจะได้ยินและผู้ป่วยพูดโต้ตอบกับผู้อื่นได้ช้าลง การประเมินระดับความรู้สึกการรับรู้ต่อเวลา สถานที่ และบุคคล ความจำทั้งระยะสั้นและระยะยาว สมมติ การคิดคำนวณ การทำตามคำสั่ง ยังเป็นปกติ แต่ยังมีข้อจำกัดทำให้ต้องใช้เวลามากในการสื่อสารกับบุคคลอื่น

แพทย์อาชีวเวชศาสตร์เห็นว่ามีโอกาสเพิ่มความสามารถสูงสุดในเรื่องการได้ยินของผู้ป่วย จึงได้ส่งผู้ป่วยปรึกษาโสต ศอ นาสิกแพทย์เพื่อทำการทดลองใส่เครื่องช่วยฟัง (Hearing aids) เนื่องจากโรงงานแห่งนี้มีข้อกำหนดว่าหากพนักงานหยุดงานเกิน 3 เดือน ต้องพิจารณาจ้างออก เช่นในผู้ป่วยรายนี้ อย่างไรก็ตามแพทย์เห็นว่าผู้ป่วยยังมีโอกาสกลับไปทำงานได้จึงปรึกษากับเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลของทางโรงงาน และสื่อสารกับนายจ้างให้เลื่อนการพิจารณาจ้างออกไปเพื่อรอการใส่เครื่องช่วยฟัง ผู้ป่วยได้รับการใส่เครื่องช่วยฟังสำเร็จในอีก 2 สัปดาห์ถัดมา สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ดีขึ้นอย่างชัดเจน ฟังเสียงพูดของผู้อื่นในระดับปกติได้ และพูดโต้ตอบผู้อื่นได้เร็วขึ้น แพทย์อาชีว



ภาพที่ 2 กราฟผลตรวจสมรรถภาพการได้ยินของผู้ป่วยรายที่ 2 พบว่าหูทั้ง 2 ข้างมีการได้ยินลดลงอย่างรุนแรงในทุกช่วงความถี่เสียงที่ทำการตรวจ

เวชศาสตร์จึงได้ประเมินการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วย ดังนี้ ในประเด็นความเสี่ยงเห็นว่ลักษณะการทำงานของผู้ป่วย ไม่น่าจะทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และชีวิตของตัวผู้ป่วยเองหรือผู้ร่วมงานทั้งในสำนักงานหรืองานตรวจคุณภาพชิ้นงาน ประเด็นความสามารถสูงสุด พบว่าผู้ป่วยยังมีความสามารถสูงสุดไม่เพียงพอที่จะทำงานเดิมได้ แม้ว่าจะสามารถใช้เครื่องช่วยฟังจนสามารถสื่อสารได้ดีขึ้นแล้วแต่การเข้าตรวจคุณภาพในฝ่ายการผลิตซึ่งมีเสียงดังนั้นทำให้รบกวนการทำงานของเครื่องช่วยฟังได้ อีกทั้งอาการเดินเซมีการพยากรณ์โรคที่อาจคงเดิมหรือดีขึ้นได้แต่ต้องใช้ระยะเวลานาน ทำให้ปัจจุบันผู้ป่วยเดินได้ช้าเกิดข้อจำกัดของการเดินเข้าไปตรวจสอบคุณภาพในพื้นที่การผลิต ทำให้ไม่สามารถทำงานทันตามกำหนดเวลาได้ จึงเป็นข้อจำกัดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานในตำแหน่งเดิม ด้วยเหตุนี้แพทย์อาชีวเวชศาสตร์จึงได้ทำการปรึกษากับเจ้าหน้าที่

ฝ่ายบุคคลของโรงงานเพื่อหาตำแหน่งใหม่ที่มีความเหมาะสมเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลของโรงงานได้ทำการปรึกษากับนายจ้างและหัวหน้างานในแต่ละแผนกในที่สุดทางโรงงานได้ยกเลิกการเลิกจ้างงานของผู้ป่วยและเปลี่ยนตำแหน่งให้เป็นเจ้าหน้าที่ธุรการ ซึ่งเป็นงานที่ไม่ต้องเดินเข้าไปในส่วนการผลิต และมีค่าตอบแทนใกล้เคียงกับงานเดิม ในการตรวจติดตามอีก 1 เดือนต่อมา พบว่าผู้ป่วยสามารถทำงานในหน้าที่ใหม่ได้โดยไม่มีปัญหา ทั้งนี้แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ได้ออกใบรับรองแพทย์เพื่อรับรองความพิการทางการได้ยินให้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปขอบัตรประจำตัวคนพิการและได้รับสิทธิช่วยเหลือตามกฎหมาย อีกทั้งทางโรงงานยังได้ประโยชน์จากการช่วยสนับสนุนการจ้างงานคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 อีกด้วย

### รายงานผู้ป่วยรายที่ 3

ผู้หญิงไทยโสด อายุ 22 ปี ทำงานในโรงงานผลิตยางรถยนต์แห่งหนึ่งแผนกขึ้นรูปยาง (Building) มีหน้าที่คือการนำชิ้นงานเข้าและออกจากเครื่องจักร แล้วควบคุมเครื่องจักรด้วยการกดปุ่ม 5 มีนาคม พ.ศ. 2555 ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุปลายนิ้วกลางของมือซ้ายถูกเครื่องจักรหนีบขณะทำงาน โดยที่นิ้วมือและส่วนอื่น ๆ ของร่างกายไม่ได้รับบาดเจ็บ ผลการตรวจร่างกายและถ่ายภาพรังสีพบว่าปลายกระดูก

นิ้วกลางซ้ายหักและเนื้อเยื่อโดยรอบเสียหายดังในภาพที่ 3 ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากศัลยแพทย์โรคกระดูกโดยการตัดแต่งเส้นปลายกระดูกและเย็บปิดแผลต่อมา 1 เดือนแผลปิดสนิทดี แม้ว่าความยาวของนิ้วกลางมือซ้ายจะลดลงประมาณครึ่งเซนติเมตร แต่ประเมินแล้วพบว่า การทำหน้าที่ของมือซ้าย การงอของข้อนิ้ว การรับความรู้สึก การหยิบจับสิ่งของ โดยรวมยังทำหน้าที่ได้เป็นปกติ



ภาพที่ 3 ภาพถ่ายรังสีมือข้างซ้ายของผู้ป่วยรายที่ 3 พบปลายกระดูกนิ้วกลางซ้ายหัก (ลูกศรชี้) และเนื้อเยื่อโดยรอบเสียหาย

ศัลยแพทย์โรคกระดูกได้ส่งตัวผู้ป่วยมาประเมินเพื่อกลับเข้าทำงานกับแพทย์อาชีวเวชศาสตร์วิเคราะห์ได้ดังนี้ ประเด็นความเสี่ยงพบว่าการที่ปลายนิ้วกลางข้างซ้ายของผู้ป่วยที่ขาดไปไม่น่าจะก่อให้เกิดความเสี่ยงอันตรายต่อทุกฝ่ายเมื่อกลับเข้าทำงาน ประเด็นความสามารถสูงสุด พบว่างานที่ผู้ป่วยทำเป็นงานหยาบไม่ต้องอาศัยความประณีตมาก เช่น หยิบชิ้นงานขนาดใหญ่ กดปุ่มควบคุมเครื่องจักร ทั้งผู้ป่วยยังถนัดมือขวาทำให้ไม่มีปัญหาในการเขียน

จึงถือว่ามีความสามารถสูงสุดเพียงพอที่จะทำงานเดิมได้ ประเด็นสุดท้ายคือความทนของจิตใจต่อการทำงานรายนี้ปัญหาพบว่าผู้ป่วยกลัวอุบัติเหตุจากการทำงานกับเครื่องจักรที่เกิดขึ้นจึงไม่ต้องการกลับไปทำงานเดิม แม้ว่าฝ่ายอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของโรงงานจะได้พยายามสอบสวนและทำการแก้ไขสาเหตุแล้ว และนายจ้างยินดีรับผู้ป่วยกลับเข้าทำงานตำแหน่งเดิมพร้อมทั้งจ่ายเงินชดเชยในช่วงที่หยุดงานให้อีกทั้งยังเสนอทางเลือกให้



ผู้ป่วยเปลี่ยนไปทำงานในตำแหน่งอื่นของโรงงาน แต่ผู้ป่วยยังคงยืนยันไม่ต้องการทำงานในโรงงาน เดิมแพทย์อาชีวเวชศาสตร์จึงได้ประเมินการสูญเสีย สมรรถภาพทางกายและจิตแก่ผู้ป่วยเพื่อขอรับเงิน ค่าชดเชยจากกองทุนเงินทดแทนตามสิทธิอันพึงได้รับ<sup>10</sup> พร้อมทั้งแนะนำสิทธิการเข้าฝึกอบรมอาชีพที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานของสำนักงานประกันสังคม ให้เป็นอีกทางเลือกหนึ่ง<sup>๑</sup> ท้ายที่สุดผู้ป่วยตัดสินใจไม่ กลับไปทำงานเดิม และเลือกที่จะประกอบอาชีพอิสระ คือขายกล้วยที่ภูมิลำเนา แพทย์เห็นว่างานใหม่ ของผู้ป่วยนั้นไม่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเพิ่มเติมจึงสนับสนุน ให้เปลี่ยนอาชีพได้

## วิจารณ์

รายงานการดูแลผู้ป่วยเพื่อกลับเข้าทำงาน ทั้ง 3 รายข้างต้นนี้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับ บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยรุนแรงนั้นหากได้รับการใส่ใจ ดูแลจากแพทย์ มีโอกาสที่จะกลับเข้าทำงานได้อย่าง ปลอดภัย ภายในระยะเวลาที่เหมาะสมหลังจาก การหายจากโรคและได้รับการฟื้นฟูสอดคล้องกับ กฎระเบียบของโรงงานและกฎหมาย การดูแลผู้ป่วย กลับเข้าทำงานจะสำเร็จได้ นอกจากต้องอาศัยแพทย์ อาชีวเวชศาสตร์ ซึ่งมีหน้าที่ในการประเมินสภาวะ สุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับ ลักษณะงานตามหลักวิชาการแล้ว ยังต้องอาศัยความ ร่วมมือจากบุคคลที่เกี่ยวข้องอีกหลายฝ่าย อันได้แก่ นายจ้างแพทย์ผู้ทำการรักษา หน่วยงานประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน เจ้าหน้าที่ฝ่ายอาชีวอนามัย และความปลอดภัย เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคล รวมถึงนัก กายภาพบำบัด ครูฝึกอาชีพ นักทำอวัยวะเทียม และ วิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย ที่สำคัญที่สุดคือตัว ผู้ป่วยเองจะต้องให้ความร่วมมือในการดูแลฟื้นฟู สุขภาพร่างกายและจิตใจของตน เพื่อให้สามารถกลับ เข้าทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ รายงานการศึกษาหลายฉบับ<sup>11, 12</sup> ที่มีผลการศึกษา

ว่าการกลับเข้าทำงานของลูกจ้างนั้นจำเป็นต้องอาศัย การใกล้ชิดและความร่วมมือของทุกหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการกลับเข้า ทำงาน(Return to work program) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาผลจากการวิเคราะห์เส้นโค้งความอยู่ รอดของการกลับทำงาน(Survival curve of return to work)<sup>13</sup> พบว่า ในสถานประกอบการที่จัดทำ โครงการกลับเข้าทำงานให้กับพนักงาน มีคนงานที่ได้ รับบาดเจ็บและไม่ได้กลับเข้าทำงานภายใน 180 วัน ร้อยละ 15 ซึ่งมีอัตราส่วนที่น้อยกว่าในสถานประกอบการที่ไม่มีโครงการกลับเข้าทำงานคือร้อยละ 20 ใน ฐานะแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ซึ่งมีส่วนร่วมในการดูแล และประเมินผู้ป่วยเพื่อกลับเข้าทำงานในประเด็น ของความเสี่ยง ความสามารถสูงสุดและความทน ตามลำดับแล้ว หากผู้ป่วยไม่มีประเด็นปัญหาทั้ง สามย่อมสามารถกลับเข้าทำงานได้ หากติดขัดใน ประเด็นใดผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับเวลาในการฟื้นฟู สมรรถภาพทางร่างกายหรือจิตใจเพื่อเข้ารับการ ประเมินซ้ำก่อนการกลับเข้าทำงาน

ในกรณีของผู้ป่วยรายแรกและรายที่สอง จะเห็นว่าการดำเนินการได้รับความร่วมมือจาก ทางสถานประกอบการเป็นอย่างดีในการให้โอกาส ผู้ป่วยกลับเข้าทำงาน โดยมีเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคล เป็นผู้ประสานงานและขับเคลื่อนในการดำเนินการ ช่วยเหลือ ฝ่ายแพทย์อาชีวเวชศาสตร์เป็นผู้ประเมิน สภาวะสุขภาพเปรียบเทียบกับงานที่จะกลับไปทำตาม หลักวิชาการทางการแพทย์ พร้อมทั้งคาดการณ์โรค และหาทางฟื้นฟูความสามารถสูงสุดของร่างกาย และจิตใจผู้ป่วยให้ในกรณีที่ทำได้ ผู้ป่วยรายแรกเป็น ตัวอย่างผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องความเสี่ยงเนื่องจากการกลับเข้าไปทำงานบางอย่างอาจก่อให้เกิดอันตราย ต่อตัวเองและเพื่อนร่วมงานได้ แม้จะกลับไปทำงาน หน้าที่เดิม แต่ต้องมีข้อจำกัดในบางงาน ส่วนราย ที่ 2 เป็นตัวอย่างของผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องความ สามารถสูงสุดเนื่องจากมีความเจ็บป่วยที่เกิดผลต่อ สภาวะร่างกายอย่างรุนแรงจนทำให้ไม่สามารถปฏิบัติ

หน้าที่เดิมได้จึงเปลี่ยนตำแหน่งงานใหม่ อย่างไรก็ตามในที่นี่ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากทุกฝ่าย ทำให้ได้รับโอกาสกลับเข้าทำงานในบริษัทเดิม

ผู้ป่วยรายที่ 3 เป็นตัวอย่างของปัญหาด้านความทนของจิตใจซึ่งไม่สามารถกลับไปทำงานเดิมได้ แม้การประเมินสภาวะร่างกายพบว่าความรุนแรงของการบาดเจ็บไม่มาก ไม่น่าจะเป็นข้อจำกัดในการกลับไปทำงานเดิม อีกทั้งข้อมูลงานวิจัยในอดีตยังบ่งชี้ว่าผู้ป่วยที่ความรุนแรงของการบาดเจ็บเล็กน้อยมักจะมีโอกาสกลับเข้าทำงานได้สูง<sup>6</sup> แต่เนื่องจากผู้ป่วยกลัวอุบัติเหตุจากการทำงานที่เกิดขึ้นทำให้ไม่เอียงกลับไปทำงานเดิม อย่างไรก็ตามผู้ป่วยรายนี้ก็ยังคงได้รับการติดตามดูแลจนสิ้นสุดกระบวนการ คือ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถหาอาชีพใหม่ที่ต้องการทำได้ในที่สุด

## สรุป

การดูแลผู้ป่วยกลับเข้าทำงาน เป็นกิจกรรมที่แพทย์ที่ทำงานด้านอาชีวเวชศาสตร์พึงกระทำและควรใช้แนวทางพิจารณาประเมินสภาวะร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับลักษณะงานที่จะกลับไปทำโดยพิจารณาใน 3 ประเด็นคือความเสี่ยง ความสามารถสูงสุดและความทนของจิตใจไปตามลำดับ ทั้งนี้กระบวนการการดูแลผู้ป่วยเพื่อกลับเข้าทำงานนั้นโดยต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย ได้แก่ นายจ้าง ฝ่ายแพทย์ที่ทำการดูแลรักษา ฝ่ายประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน ฝ่ายอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของสถานประกอบการ ฝ่ายบุคคลของสถานประกอบการรวมถึงตัวผู้ป่วยเอง จากกรณีศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่ากระบวนการดังกล่าวได้รับความร่วมมือและการประสานงานที่ดีของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องย่อมสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้กลับเข้าทำงานได้ในที่สุดทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีรายได้เลี้ยงชีพ และไม่เป็นภาระของสังคมในอนาคต

## เอกสารอ้างอิง

1. วิวัฒน์ เอกบูรณะวัฒน์. การดูแลผู้ป่วยกลับเข้าทำงาน. ชลบุรี: มูลนิธิสมาอาชีวะ; 2554.
2. อุดุสย์ บัณฑุกุล. การประเมินผู้ป่วยเพื่อกลับเข้าทำงานหลังการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
3. Kosny A, MacEachen E, Ferrier S, Chambers L. The role of health care providers in long term and complicated workers' compensation claims. J Occup Rehabil 2011; 21(4): 582-90.
4. Talmage JB, Melhorn JM, Hyman MH. AMA Guides to the evaluation of work ability and return to work. 2<sup>nd</sup> ed. the United States of America: American Medical Association; 2011.
5. Institute for work and health. Ontario society of occupational therapists and the college of occupational therapists of Ontario. Working together: Successful strategies for return to work Institute for work and health [Internet]. 2008. Available from: [http://www.iwh.on.ca/system/files/documents/working\\_together\\_2008.pdf](http://www.iwh.on.ca/system/files/documents/working_together_2008.pdf). (Cited 2014, Sep 23).
6. ทิพัฒน์ พูลทรัพย์, พรชัย สิทธิศรีรัมย์กุล, วิโรจน์ เจริญจรัสรังษี. สัตว์สวนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการกลับมาทำงานภายหลังการสูญเสียอวัยวะหรือสมรรถภาพของระยางค์ส่วนบนที่เกิดจากอุบัติเหตุเนื่องจากการทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 2554; 20(2): 265-71.
7. Sugiyama M, Sakakibara R, Tsunoyama K, Takahashi O, Kishi M, Ogawa E, et

- al. Cerebellar ataxia and overactive bladder after encephalitis affecting the cerebellum. *Case Rep Neurol* 2009; (1): 24-8.
8. ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ พ.ศ. 2552, ราชกิจจานุเสกษา เล่มที่ 126, ตอนพิเศษ 77 ง. (ลงวันที่ 29 พฤษภาคม 2552).
  9. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550, ราชกิจจานุเสกษา เล่มที่ 124, ตอนที่ 61 ก. (ลงวันที่ 27 กันยายน 2550).
  10. พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537, ราชกิจจานุเสกษา เล่มที่ 111, ตอนที่ 28 ก. (ลงวันที่ 30 มิถุนายน 2537).
  11. Provider and injury management services group of work cover New South Wales. Guidelines for workplace return to work programs. 8<sup>th</sup> rev. ed. New South Wales: Work Cover NSW; 2010.
  12. McKenzie D. The impact of mediation on workplace relationship conflict and return to work outcomes: a snapshot review. Melbourne: Institute for safety compensation and recovery Research; 2012 May. Report number: 22-014.
  13. Institute for work and health. Survival Analysis. At work. [Internet]. 2012 Available from: <http://www.iwh.on.ca/at-work/69>. (Cited 2014, Sep 1).