

THAI



DENTAL

MAGAZINE

VOLUME 8 ISSUE 35 JULY • SEPTEMBER 2015

ทันตแพทย์รุ่นใหม่
กับการใช้ทุน
ต่างจังหวัด

BIKE FOR MOM

กองประกอบ
โรคศิลป์

HAND HELD
X-RAY

“ทุกสัมผัสคือ ความปลอดภัย”



ชาตรี
by ศรีตรังโกลฟส์
SRI TRANG GLOVES

ผู้ผลิตและจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์
ถุงมือยางจากธรรมชาติ และแบบสังเคราะห์



บริษัท ศรีตรังแอโกรอินดัสทรี จำกัด (มหาชน) อาคารปาร์คเวนเชอร์ อีโคเพล็กซ์ ห้องเลขที่ 1701, 1707-1712
ชั้นที่ 17 เลขที่ 57 ถ.วิภาวดี แขวงจตุรัส เขตปทุมวัน กทม. 10330 โทร. 0-2207-4500 ต่อ 2501-2503
แฟกซ์ 0-2108-2243 Email: sbk_mklocal@sritranggroup.com Website: www.sritranggroup.com

THAI DENTAL MAGAZINE

เจ้าของ

ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย
ในพระบรมราชูปถัมภ์

ที่ปรึกษา

ทพ.อดิเรก ศรีวัฒนาวงษา
ทพ.สุจิต พูลทอง
ศ.ทพ.ดร.ประสิทธิ์ ภาวนันต์
ทพ.ดร.ญาดา ชัยบุตร

บรรณาธิการ

ทพ.แพรว จิตตินันท์

กองบรรณาธิการ

ทพ.ปริญญา อมรเศรษฐชัย
ทพ.อภิญา บุญจำรัส
ทพ.สุธี สุขสุเดช
ทพ.ดวงตา อีสระพานิชกิจ
ทพ.ธิดิมา วิจิตรจรัสรุ่ง
ทพ.กิตติธัช มงคลศิระ
ทพ.เดือน ปัญญาพิยะกุล
ทพ.สมดุลย์ หมั่นเพียรการ
ทพ.อภิสิทธิ์ อารยะเจริญชัย
ทพ.บัญชา เหลืองอร่าม

ติดต่อโฆษณาที่

คุณ ชิตศักดิ์ สุวรรณโมลี 02-539-4748

ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ

71 ลาตพรวัว 95 วังทองหลาง

กรุงเทพฯ 10310

โทร. 02-5394748

แฟกซ์ 02-5141100

e-mail: thaidentalnet@gmail.com

+ Editor's Talk

22-25 กันยายนนี้ ขอเชิญชวนท่านสมาชิกมาเดินกระแทบไหล่เซเลบ กรุทั้งหลายในที่ประชุม FDI BITEC บางนาณะคะ ด้วยค่าประชุมที่แสนจะคุ้มค่า เนื้อหามากมายหลายสาขา คัดสรรมาอย่างดี อุดมด้วยคุณค่าทางวิชาการ ท่านที่ยังลังเลรีรอ ขอเชิญมาลงทะเบียนได้ ความรู้เป็นเรื่องควรลงทุน (และกรณีนี้ไม่มีความเสี่ยงที่จะขาดทุนด้วย ได้กันเต็มๆ) ยังไงมาดูลีลาการนำเสนอของบรรดาวิทยากรทั้งหลายก็คุ้มค่าแล้วคะ เหมือนบอลโลกมาไทย ยิ่งไงก็ต้องไปชมบรรยากาศกันหน่อย

ก่อนประชุม FDI 2015 นี้ เราภูมิใจนำเสนอคอลัมน์ใหม่ "ย้อนทวนหวนคิด" ซึ่งฉบับปฐมฤกษ์บรรจงเขียนโดยอ.ไพศาล กังวลกิจ ที่เล่าเรื่องราวของอ.เชื้อโชติ หังสสุต ผู้เป็น IDOL ของศิษย์และอาจารย์ศิษย์หลายท่าน และเรามีเรื่องราวและแรงบันดาลใจของปฐนียบุคคลที่จะทยอยเสนอให้ท่านๆ ได้ติดตามคะ

นอกจากจะย้อนทวนหวนคิดกันแล้ว เราก็มีคอลัมน์ "เกาะติดสถานการณ์" ที่เราเสนอเรื่องการเซ็น MOU ประวัติศาสตร์ระหว่างสปสข. มหาวิทยาลัย และกระทรวงสาธารณสุข เพื่อร่วมกันดูแลฟันเทียมผู้สูงอายุ และยังนำเสนอเรื่องห้องเรียน Hi tech ที่มหาวิทยาลัยรังสิตที่สนุกสนานน่าสนใจยิ่ง

วิชาการฉบับนี้เป็นที่ภาคภูมิใจ มีทั้งทั่วไป ทันตกรรม มีทั้งผลการศึกษาด้วยคนดีคนเก่งทั้งหลายร่วมแรงร่วมใจส่งเรื่องมา และเรายังได้โอกาสดีที่ผอ.สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลป์เป็นทพ.อาคมผู้ใจดีที่สุด ในสามโลก ทำให้เราได้รายละเอียดเกี่ยวกับกองประกอบโรคศิลป์มาฝากท่านคะ และกองทัพบกก็ร่วมแรงร่วมใจเล่าเรื่องราวการทำงานทันตแพทย์กองทัพบกมาให้

ทีมเราเตรียมเล่มกันตั้งใจ จากใจ จริงใจ ... ขอให้ท่านอย่างมีความสุขนะคะ

บรรณาธิการ
ทพ. แพรว จิตตินันท์



CONTENTS

VOLUME 8 ISSUE 35
JULY - SEPTEMBER 2015

06	นมแม่กับสุขภาพช่องปาก	52	ทันตแพทย์จบใหม่
08	Portabel xray		กับการใช้ทุนต่างดวง
12	Occlusal Concept Development	56	ทหารบกมาแล้ว
16	SDFDS FDI Defense Force	64	โรงเรียนทันตแพทย์แดนมังกร ภาค 2
20	รายละเอียดวิชาการประชุม FDI	68	สมดุล คุณค่า ชีวิต
26	เกาะติดสถานการณ์ - ฟันเทียม	70	Dent Dining
28	ย้อนทวนหวนคิดอาหารว่าง	72	Dent Adirek Plastic Model
30	iTunes U - รังสิต	74	โซเชียลเน็ตเวิร์ค
36	ย้อนทวนหวนคิด	76	คนที่คุณไม่รู้ว่ามีใคร
42	วันเบาๆ กับเจ้าสำนัก	78	Dent away 'เมืองเจ้าพ่อ'



KDL Company Limited
K Dental Lab

www.dentalk.com



Zirkonzahn®

World Class State-of-the-art
Dental CAD | CAM Milling System

3 Zirconia Materials for CAD-CAM Milling

1. High Strength Zirconia

- มีค่าความแข็งแรง (flexural strength) มากกว่า 1400 MPa
- เหมาะสำหรับ substructure for layering technique Cr&Br short & long span bridge ถึง 14 units, implant abutment, post&core
- ปิดบังสีโลหะและdiscolorationได้ดีเมื่อใช้ร่วมกับ opaque cement

- ☒ Layering
- ☒ Monolithic



2. High Translucent Zirconia

- มีค่าความแข็งแรง (flexural strength) มากกว่า 1200 MPa
- เหมาะสำหรับ substructure for layering technique Cr&Br, monolithic Cr&Br หรือใช้ร่วมกัน เช่น บริเวณ Occlusal เป็น Zirconia Monolithic, Labial เป็น Layering (Prettau Design)
- สามารถทำได้ถึง 14 units
- มีค่าความโปร่งแสงมากกว่า High Strength Zirconia
- โดยเฉพาะงาน Monolithic สำหรับ Implant มีข้อดีคือไม่มีการแตกบิ่น, สีเหมือนฟัน, biocompatibility
- ปิดบังสีโลหะและdiscolorationได้ดีพอควร เมื่อใช้ร่วมกับ opaque cement

- ☒ Layering
- ☒ Monolithic



3. Anterior Zirconia **NEW!**

- มีค่าความแข็งแรง (flexural strength) มากกว่า 660 MPa
- เป็นพัฒนาการล่าสุดของ Zirconia มีค่าความโปร่งแสงมากกว่า High Translucent ใกล้เคียงกับ lithium disilicate
- เหมาะสำหรับทำ substructure for layering technique สำหรับฟันหน้า โดยเฉพาะฟันหน้าล่าง
- ไม่สามารถปิดบังสีโลหะและdiscolorationได้
- ใช้ทำงาน Monolithic: Inlay, Onlay, Crown premolar and molar
- สามารถทำ bridge ได้ 3 units

- ☒ Layering
- ☒ Monolithic



Anterior Zirconia

e.max HT



บริษัท เคดีแอล จำกัด
K Dental Lab

357 ซ.ลาดพร้าว 94 ถ.อินทราภรณ์ แขวงพลับพลา เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310

Tel: (66)2-5300315-6, (66)2-9366851-2 Fax: (66)2-9366853

LINE ID: kdl357 Facebook Page: KDL Company Limited



ISO 9001:2008

ISO 13485:2003
EN ISO 13485:2012



พบกันในงาน
FDI 2015 BANGKOK
 Annual World Dental Congress
 22 - 25 September 2015 - Bangkok Thailand

Booth
B135

ORTHOPHOS XG 3D

เอ็กซเรย์ระบบดิจิทัล 3D



INTEGO. PERFORMANCE
 YOU CAN RELY ON.



sirona.
 The Dental Company

Anthogyr
 PRIME MOVER IN IMPLANTOLOGY



ไมโครมอเตอร์สำหรับงานรากเทียม

IMPLANTEO® LED

New implantology and surgery motor
 และงานศัลยกรรมทั่วไปในช่องปาก

สามารถตั้งโปรแกรมได้ 3 โปรแกรม
 โปรแกรมละ 4 ขั้นตอน
 กำหนดค่า Torque และความเร็วได้

IMPLANT
 MADE IN FRANCE

adenta
 GERMANY



- ✓ CNC Brackets
- ✓ German products
- ✓ All ranges of Orthodontics

German manufactured bracket systems...

FLAIR SLT™ more than just self-ligating
CROWN™ bracket system - easy, accurate placement
CROWN MINI™ ultra small - ultra low profile
DISCREET™ brilliant aesthetics - ultra low friction



CNC
 MILLING

NEW
 PRODUCT



เยี่ยมชมผลิตภัณฑ์
 adenta ได้ที่นี่

รับส่วนลด ช่วยสาร
 PROMOTION
 ได้ที่นี่



Bringing German Engineering to Orthodontics



บริษัท ใจโก้ อินเตอร์เทรด จำกัด
 101 ซอยสีหบุรานุกิจ 11 ถนนสีหบุรานุกิจ
 แขวงเนินบุรี เขตเนินบุรี กรุงเทพมหานคร 10510

✉ info@jico.co.th
 🌐 www.jico.co.th

ติดต่อสอบถาม
02 540 7755

นมแม่ กับการพัฒนาการของ ช่องปาก และขากรรไกร

โดย ศ.ทพ.ดร.ประสิทธิ์ ภาสันต์

พวกเราคงไม่มีใครปฏิเสธว่า
การให้ทารกดื่มนมแม่นั้น
มีประโยชน์อย่างมากต่อทั้งตัวทารก
และตัวคุณแม่เอง



World Health Organization ได้ออกเป็นข้อเสนอแนะว่า คุณแม่ทุกคนควรเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนลูกมีอายุอย่างน้อย 6 เดือน และหลังจากนั้นจึงเลี้ยงด้วยนมแม่ร่วมกับอาหารเสริมอื่นๆ จนลูกมีอายุสองปี ส่วนในประเทศไทยเอง ทางสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส. ก็ได้พยายามรณรงค์ให้คุณแม่ทุกคนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือนเช่นกัน โดยการให้ข้อมูลที่แข็งแรงแก่ประชาชนทั่วไป ถึงข้อดีของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่ช่วยส่งเสริมทั้งในส่วนของการพัฒนาการและสุขภาพที่ดีของลูก พร้อมทั้ง การส่งเสริมความรักและความผูกพันระหว่างแม่และลูกอีกด้วย

อย่างไรก็ดี ข้อมูลที่แสดงถึงผลของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแง่ของทางทันตกรรมยังไม่ชัดเจน โดยมีรายงานที่แสดงว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่มีผลต่อพัฒนาการของช่องปาก และรายงานที่แสดงถึงผลในการส่งเสริมพัฒนาการของช่องปากและขากรรไกร ซึ่งเกิดจากความแตกต่างในกระบวนการเก็บข้อมูล แต่ในรายงานที่เพิ่งได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร BMC Oral Health เมื่อต้นปีนี้ (2558) ได้ตอกย้ำถึงอิทธิพลของการดูดนมจากเต้าโดยตรง (breastfeeding) ที่มีต่อพัฒนาการของ normal occlusion ของทารก ซึ่งสนับสนุนถึงความสำคัญของการให้ทารกได้ดูดนมจากเต้าโดยตรง

ประโยชน์ของน้ำนมแม่

หากกล่าวถึงประโยชน์ของนมแม่นั้น อาจจะแบ่งออกเป็นประโยชน์ในแง่ของการดื่มนมแม่ และการประโยชน์ในแง่ของการดูดนมจากเต้านมของคุณแม่ซึ่งจะได้กล่าวถึงในลำดับต่อไป

ในแง่ของการดื่มนมแม่นั้นนอกจากทารกจะได้สารอาหารที่มีประโยชน์แล้ว ยังมีรายงานว่า นมแม่จะมี ฮอโมน และ growth factors หลายชนิด ที่มีประโยชน์ต่อพัฒนาการของทารก โดยสารอาหารตัวหนึ่งที่พบในน้ำนมแม่ คือ docosahexaenoic acid หรือ DHA ซึ่งพบว่าสามารถทำหน้าที่ส่งเสริมการสร้าง myelin sheath หรือเยื่อหุ้มเส้นใยประสาทในทารก เป็นผลให้ทารกมีพัฒนาการของสมองและระบบประสาทที่ดีซึ่งส่งผลต่อการเรียนรู้ที่ดีของทารกด้วย และจากรายงานผลการตรวจสอบระดับ IQ ของเด็กดื่มนมแม่เปรียบเทียบกับเด็กที่ไม่ได้รับนมแม่ที่อายุ 7-8 ปี พบว่า เด็กที่ได้รับนมแม่จะมีระดับของ IQ สูงกว่าโดยเฉลี่ยประมาณ 8.3 จุด นอกจากการ

ส่งเสริมพัฒนาการของสมองแล้ว ยังมีรายงานว่า ทารกที่กินนมแม่จะมีระดับของ progesterone ในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น และหนึ่งในหน้าที่ของ progesterone คือการช่วยกระตุ้นพัฒนาการของระบบการหายใจของทารก

ในแง่ของระบบภูมิคุ้มกัน พบว่า ทารกที่ดื่มนมแม่ จะมีพัฒนาการของระบบภูมิคุ้มกันที่ดีขึ้น มีอัตราการเกิดภูมิแพ้ลดลง มีอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและทางเดินอาหารลดลง และลดอัตราการเกิด Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) ในทารกด้วย

เป็นที่ทราบกันว่า ทารกในช่วงอายุ 2-6 เดือนจะมีภูมิต้านทานต่ำ เนื่องจากภูมิคุ้มกันที่ได้รับจากคุณแม่ตั้งแต่ช่วงที่อยู่ในครรภ์เริ่มลดลง ในขณะที่ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายของตัวทารกเอง ก็ยังพัฒนาได้ไม่สมบูรณ์ ดังนั้น การได้รับนมแม่ ซึ่งมี antibody อยู่ในนั้น จะช่วยให้ลูกมีภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อได้ดีขึ้น จนกว่าตัวทารกจะสามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้เอง เมื่อทารกมีอายุ 6 เดือนขึ้นไป

นอกจากข้อดีที่กล่าวถึงแล้วข้างต้น ในน้ำนมแม่ยังมีเอนไซม์ amylase และ lipase ด้วย ซึ่งทำให้นมแม่ย่อยง่าย ดูดซึมเข้าสู่ร่างกายได้ดี และการดื่มนมแม่ยังไม่ทำให้ทารกท้องผูก มีอาการท้องเสียลดลงรวมทั้ง มีแนวโน้มที่จะเกิดโรคอ้วน และโรคเบาหวานแบบที่ 2 ลดลงด้วย ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับนมผงที่เป็น infant formula ปรากฏว่า นมที่ซื้อมาจากนมผง แม้จะมีการเติมสารอาหารลงไปหลากหลายชนิด แต่ทารกสามารถดูดซึมสารเหล่านั้นได้เพียง 50% และขับถ่ายส่วนที่เหลือออกมา ซึ่งจะเห็นได้จากอุจจาระของทารกที่ดื่มนมผง ที่จะมีปริมาณและความแข็งที่มากกว่า



ค่าความเป็นกรดต่าง (pH) ของนมแม่ยังเหมาะสมสำหรับการเจริญของ probiotic โดยเฉพาะ lactobacillus bifidus ซึ่งจะช่วยลดการเจริญของเชื้อก่อโรคในทารกด้วย

การดูดนมแม่ส่งเสริมพัฒนาการของช่องปาก

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้น นอกจากจะได้ประโยชน์จากน้ำนมแม่แล้ว การที่ทารกได้ดูดนม จากตัวคุณแม่โดยตรงยังส่งผลดีต่อตัวทารกเองในเรื่องของพัฒนาการของกล้ามเนื้อ และ กระดูกขากรรไกรด้วย โดยพบว่าทารกดูดนมจากเต้านม จะช่วยส่งเสริม coordinate ของการดูด การกลืน และการหายใจ ได้ดีกว่าการดูดนมจากขวด รวมทั้งยังส่งผลในการลดอัตราการเกิด ear infection



ลักษณะของเต้านมนั้น เนื่องจากเป็นเนื้อเยื่อที่มีความนิ่มและยืดหยุ่น สามารถปรับเข้ากับลักษณะช่องปากของทารก ต่างกับจุกนมของนมขวดที่มีความแข็ง ทำให้ทารกที่ดูดนมจากจุกนมขวด ต้องปรับรูปปากให้เข้ากับจุกนม ซึ่งจะส่งผลให้รูปแบบของการดูดนมจากเต้านมและจากขวดนม มีกลไกที่แตกต่างกัน

ในการดูดนมจากเต้านมนั้น จะเกิดแรงในลักษณะของ squeezing โดยทารกจะใช้ลิ้นบีบส่วนของ nipple และ areola ในลักษณะของ peristalsis คือบีบไล่จากด้านหน้าไปทางด้านหลัง ในขณะที่การดูดนมจากขวดจะเกิดในลักษณะของ sucking โดยทารกจะต้องใช้ลิ้นกดจุกนมไว้ พร้อมกับกำการบีบตัวของกล้ามเนื้อ buccination เพื่อช่วยให้เกิดภาวะสุญญากาศ หรือ negative pressure ในช่องปาก ซึ่งลักษณะของการดูดแบบนี้ จะทำให้เกิดแรงบีบที่ maxilla มีผลให้ upper dental arch มีการขยายตัวผิดปกติ และนำไปสู่การเกิด posterior cross-bite ของ primary dentition รวมทั้งเพิ่มโอกาสเกิดการสบฟันที่เป็น Class II occlusion ด้วย

การดูดนมจากเต้านมยังช่วยกระตุ้นพัฒนาการของกล้ามเนื้อและกระดูกโดยรอบช่องปากให้สมดุล พร้อมๆ กับการส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์ ทำให้ลดพฤติกรรม non-nutritive sucking habit เช่น การดูดนิ้ว หรือการติดจุกนม ซึ่งพฤติกรรมของ non-nutritive sucking habit จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติของ dental arch ส่วนหน้า ทำให้เกิด anterior open-bite หรือมี overjet หรือ overbite ที่ผิดปกติ รวมทั้งยังส่งผลให้รูปของริมฝีปากผิดปกติ เช่น short lip เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีข้อสันนิษฐานว่า การดูดนมขวดเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิด larger tongue หรือ macroglossia รวมทั้งก่อให้เกิดความผิดปกติของระบบการกลืน เช่น infantile swallowing ด้วย

จากที่กล่าวมาแล้ว คงพอทำให้พวกเราเห็นภาพและตระหนักถึงความสำคัญของทันตแพทย์ ในการให้ความรู้ และช่วยบรรณงค์ส่งเสริมให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพราะการดูดนมจากอกของคุณแม่เอง นอกจากจะให้คุณประโยชน์จากน้ำนมแม่เองแล้ว การดูดนมที่ถูกต้องยังส่งเสริมพัฒนาการของกล้ามเนื้อและกระดูกขากรรไกร รวมทั้งพัฒนาการของอารมณ์ที่ถูกต้องอีกด้วย ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพช่องปาก และสุขภาพจิตที่ดีขึ้น เพื่อเป็นประชาชนที่ดีของประเทศชาติต่อไป **T**

เอกสารอ่านเพิ่มเติม

- Sum et al., Association of breastfeeding and three-dimensional arch relationships in primary dentition BMC Oral Health (2015) 15:101. doi:10.1186/s12903-015-0010-1
- Kobayashi et al., Relationship between breastfeeding duration and prevalence of posterior crossbite in the deciduous dentition. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2010;137:54-8. doi:10.1016/j.ajodo.2007.12.033.
- Melink et al., Posterior crossbite in the deciduous dentition period, its relation with sucking habits, irregular orofacial functions, and otolaryngological findings. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2010;138:32-40.



เจาะลึก Hand-held portable X-ray อะไรยังไง?

โดย อ.ดร.ทญ.กรกมล กรีฑาภิรมย์
ภาควิชารังสีวิทยาช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

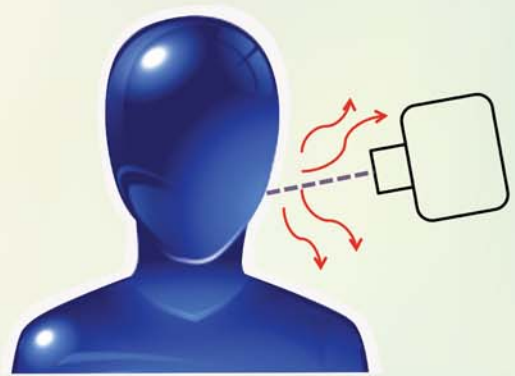
HAND-HELD PORTABLE X-RAY MACHINE : WHY AND HOW

ช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา ผู้เขียนได้รับคำถามเกี่ยวกับเครื่องเอกซเรย์แบบพกพา หรือ Handheld portable x-ray machine บ่อยๆ พบว่ายังมีทันตแพทย์จำนวนมากที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความปลอดภัยของเครื่องเอกซเรย์ประเภทนี้ จึงได้ลองรวบรวมข้อมูลมาเล่าสู่กันฟังค่ะ

เครื่องเอกซเรย์แบบพกพา หรือ Handheld portable x-ray machine ได้ถือกำเนิดขึ้นเมื่อต้นยุค 90 หรือประมาณปีพ.ศ.2533 จุดประสงค์เพื่อใช้ในทางทหาร หรือทางนิติเวชวิทยา เนื่องจากสามารถพกพาไปใช้งานนอกสถานที่ได้ง่าย ไม่ต้องการสถานที่ติดตั้งและไม่มีสายเคเบิ้ล ทำให้เริ่มได้รับความนิยมมากขึ้นจนมีการนำมาใช้ในวงการทันตแพทย์เพื่อใช้ถ่ายภาพรังสีในช่องปาก

รูปทรงของเครื่องเอกซเรย์แบบพกพานั้นโดยมากจะมีลักษณะคล้ายกล้องถ่ายรูป หรือ คล้ายกับเครื่องฉายแสง โดยมีส่วนตัวเครื่องที่มีหน้าปัดดิจิทัล เพื่อแสดงค่าการใช้งาน (kVp, mA และ เวลา) และกระบอกรังสียื่นออกมา ซึ่งในบางรุ่นจะมีทั้งแบบ short cone และ long cone สำหรับการใช้นั้นถึงแม้ในบางยี่ห้อจะมีขาตั้ง หรือตัวยึดเครื่องเอกซเรย์ให้อยู่นิ่งกับที่ขณะถ่าย แต่โดยมากผู้ปฏิบัติงานจะถือเครื่องเอกซเรย์ไว้ในมือคล้ายการถ่ายรูป ทำให้ตัวผู้ปฏิบัติงานอยู่ใกล้แหล่งกำเนิดรังสี มีโอกาสที่จะได้รับรังสีที่รั่วออกมาจากตัวเครื่องและรังสีทุติยภูมิ (secondary radiation)

or scatter radiation) จากผู้ป่วยได้มากกว่าการถ่ายด้วยเครื่องเอกซเรย์ประเภทอื่นที่ผู้ปฏิบัติงานยืนหลังจากกันรังสี (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 รังสีทุติยภูมิ (Secondary / scatter radiation) คือ รังสีที่เกิดการกระเจิงออกนอกลำรังสีปฐมภูมิอันเกิดจากการวิ่งชนอากาศ หรือวัตถุใดๆ แล้วเบนหรือกระเจิงออกนอกแนวลำรังสีเดิม

ในต่างประเทศ โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกา มีความตื่นตัวเรื่อง การป้องกันอันตรายจากรังสีจากเครื่องเอกซเรย์ประเภทนี้เป็นอย่างมาก องค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา (FDA) ได้เข้าควบคุมตรวจสอบเครื่องเอกซเรย์ที่จำหน่ายในประเทศและให้ใบรับรองแก่บริษัทที่ได้มาตรฐาน (FDA-approved machine) ให้คำแนะนำในการเลือกซื้อเครื่องเอกซเรย์รวมทั้งการป้องกันสำหรับ ผู้ทำงานเกี่ยวกับรังสีอีกด้วย สำหรับในยุโรปนั้น เมื่อต้นปี 2015 ทาง European Academy of DentoMaxilloFacial Radiology ก็มีประกาศแนวทางในการใช้เครื่องเอกซเรย์แบบพกพาออกมาแล้ว ส่วนประเทศไทยเอง ถึงแม้จะมีความนิยมในการใช้เครื่องเอกซเรย์ประเภทนี้มากขึ้น แต่กลับยังไม่มีประกาศ หรือ ข้อกำหนดที่ชัดเจน จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ ดังนั้นในบทความนี้ ผู้เขียนจึงขออ้างอิงแนวทางจากทั้งสองแหล่งข้างต้น

จากหลายๆ งานวิจัย มีการรายงานถึงปริมาณรังสีทุติยภูมิจากเครื่องเอกซเรย์แบบพกพา พบว่าผู้ปฏิบัติงานมีสิทธิได้รับรังสีทุติยภูมิ โดยเฉพาะเครื่องเอกซเรย์ที่ไม่ได้มาตรฐานตามข้อกำหนดขององค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา

(non-FDA-approved machine)เช่น เครื่องที่ผลิตจากประเทศจีน หากลองค้นหาข้อมูลในเว็บไซต์ของFDA จะพบรายชื่อของยี่ห้อเครื่องเอกซเรย์ที่พบปริมาณรังสีทุติยภูมิที่เกินมาตรฐาน

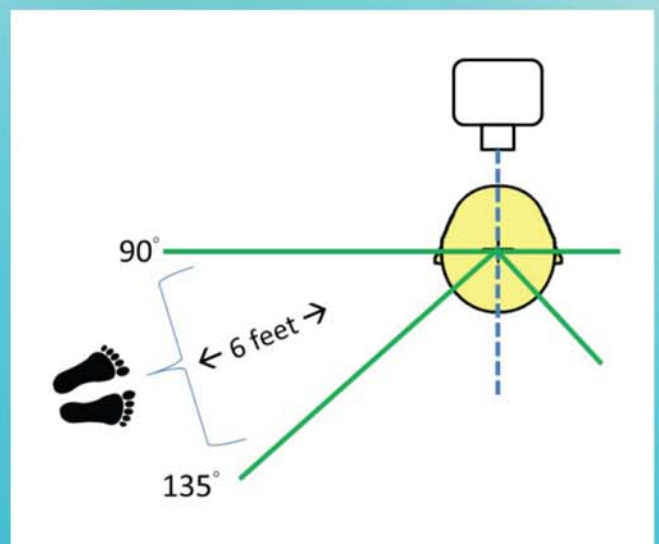
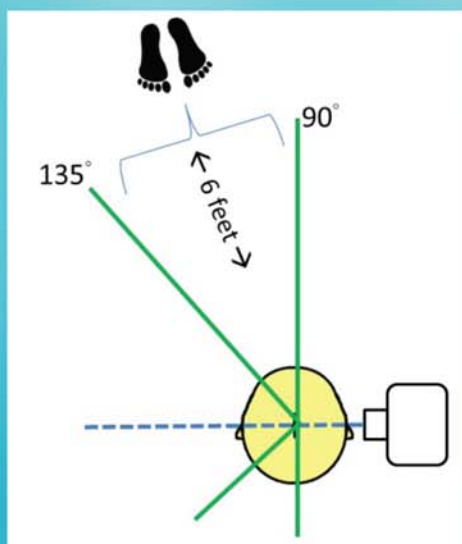
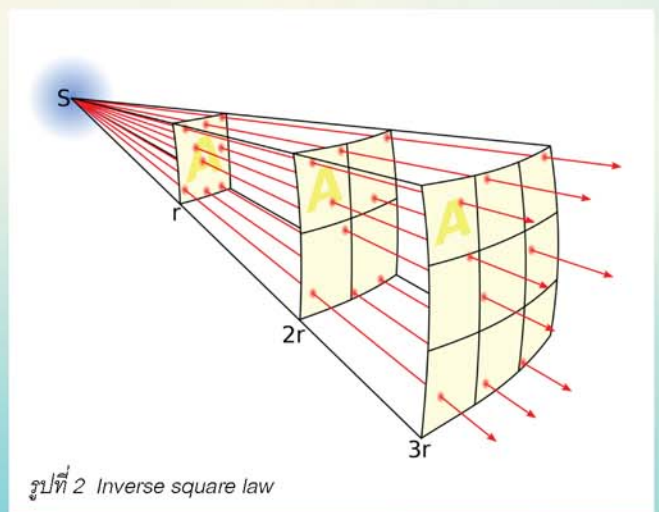
จากข้อกำหนดของ The International Commission on Radiation Protection (ICRP) ปริมาณรังสีที่ผู้ปฏิบัติงานทางรังสีสามารถได้รับ(occupational dose) ในบริเวณทั่วร่างกาย (whole body) และ แขนขา คือไม่เกิน 20 มิลลิซีเวิร์ต (mSv) และ 500 mSv ต่อปี ตามลำดับ แต่จากงานวิจัยของ Mahdian M และคณะ ที่ตีพิมพ์ลงใน The journal of the American Dental Association ในปี 2014 รายงานว่า เครื่องเอกซเรย์แบบพกพาที่ไม่ได้มาตรฐาน FDA มีปริมาณรังสีที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับสูงถึง 40,000 mSv และ 30 mSv ต่อปีที่บริเวณมือและ ทั่วร่างกายตามลำดับ ในขณะที่เครื่องเอกซเรย์แบบพกพาที่ได้มาตรฐานนั้น พบปริมาณรังสีเพียง 0.157 mSv และ 0.043 mSv ต่อปี โดยคิดจากการถ่ายภาพเอกซเรย์ 100 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 50 สัปดาห์ต่อปี

นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านการตั้งค่าการใช้งานที่ไม่ถูกต้องจากการสำรวจพบการตั้งค่า exposure time ที่แตกต่างกันจาก 0.1 วินาทีถึง 9.9 วินาที ซึ่งยิ่งใช้เวลานาน ปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับก็มากขึ้นด้วย อีกทั้งเครื่องเอกซเรย์แบบพกพานั้นได้รับพลังงานจากแบตเตอรี่ซึ่งมีค่าความต่างศักย์ต่ำกว่าไฟบ้าน ทำให้ค่าพลังงานของรังสีที่ปล่อยออกมาต่ำกว่าพลังงานของรังสีที่ได้จากเครื่องเอกซเรย์แบบอื่น ผู้ป่วยจึงเสี่ยงต่ออันตรายที่เกิดจากรังสีเอกซ์พลังงานต่ำ (low energy x-ray) ที่สามารถดูดกลืนเข้าสู่ร่างกายแต่ไม่มีประโยชน์ในการเกิดภาพรังสี ยิ่งหากตั้งค่า kVp ต่ำเกินไปก็มีความเสี่ยงที่ ผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีจะแสบแดงหรือไหม้ได้

จากข้อมูลที่รวบรวมมาจะเห็นว่า ในความสะดวกสบายของเครื่องเอกซเรย์แบบพกพานั้นก็แฝงความน่ากลัวไว้ไม่น้อย ผู้เขียนจึงขอเสนอข้อบ่งชี้ แนวทางในการเลือกซื้อเครื่อง การใช้งาน และข้อควรระวังดังนี้

ข้อบ่งชี้

ในทางทันตกรรม ควรยึดหลัก ALARA หรือ as low as reasonably achievable คือได้ผลลัพธ์ที่ต้องการโดยใช้ปริมาณรังสีให้น้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ดังนั้น การใช้เครื่องเอกซเรย์แบบพกพานั้น ควรใช้ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถใช้เครื่องเอกซเรย์แบบปกติได้ เนื่องจากคุณภาพของภาพรังสีที่ถ่ายจากเครื่องเอกซเรย์แบบพกพานั้นด้อยกว่า และปริมาณรังสีที่ตัวผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยได้รับสูงกว่าปริมาณรังสีจากเครื่องเอกซเรย์แบบปกติ เครื่องเอกซเรย์ประเภทนี้จึงเหมาะกับการออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ ห้องผ่าตัด หรือห้องฉุกเฉินที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้ ซึ่งควรจัดสถานที่ให้เหมาะสม และกั้นบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องออกจากบริเวณนั้น ตามกฎ inverse square law คือยิ่งไกลจากจุดกำเนิดรังสีมากเท่าไร ความเข้มของรังสีจะลดลงเท่านั้น (รูปที่ 2, 3)



รูปที่ 3 ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องควรยืนห่างจากแหล่งกำเนิดรังสีไม่น้อยกว่า 6 ฟุต ในบริเวณ 90-135° ต่อลำรังสี

การเลือกซื้อ

เนื่องจากประเทศไทย ยังไม่มีหลักเกณฑ์แน่ชัด ผู้เขียนจึงขอเสนอให้เลือกซื้อเครื่องที่ผ่านการรับรองของ FDA โดยจะต้องมีฉลากที่มีตรา FDA และ บอกคุณสมบัติ ของเครื่องโดยชัดเจนทั้ง field of view, focal spot, filtration และ voltage (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 ฉลากของผลิตภัณฑ์ต้องระบุคุณสมบัติของเครื่องเอกซเรย์ให้ครบถ้วน

โดย voltage ควรมากกว่า 60 kVp ขึ้นไป filtration ควรจะหนา 1.5 mm Al ขึ้นไปเพื่อกรองรังสีเอกซ์พลังงานต่ำ focal spot นั้น ยังมีขนาดเล็กมาก ภาพรังสีที่ได้ก็จะยังมีความคมชัดมาก และ ควรเลือกกระบอกรังสีแบบ long cone มากกว่า short cone นอกจากนี้ ควรเลือกเครื่องที่มีน้ำหนักเบา มีเสียงเตือนเมื่อเครื่องเอกซเรย์ปล่อยรังสี มี aiming beam ช่วยในการกะทิศทางของรังสี และมี backscatter shield เพื่อป้องกันรังสีทุติยภูมิ (รูปที่ 5, 6)



รูปที่ 5 เครื่องเอกซเรย์แบบพกพา และ Backscatter shield (ภาพจาก <http://handheldportablexray.com/>)



รูปที่ 6 การใช้ Backscatter shield ป้องกันรังสีทุติยภูมิ (ภาพจาก <http://aribex.com/>)

สำหรับ backscatter shield ซึ่งมีความสำคัญในการป้องกันรังสีที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับนั้น จะขอลงรายละเอียดไปอีกคือ จะต้องมีความหนาผ่านศูนย์กลางไม่ต่ำกว่า 15.2 ซม. หนา 0.25 mm lead equivalent สามารถติดตั้งที่ปลายสุดของกระบอกรังสี โดยลึกเข้ามาไม่เกิน 1 ซม.

การใช้งานและข้อควรระวัง

1. ผู้ปฏิบัติงานควรใส่เสื้อตะกั่ว และถุงมือตะกั่วทุกครั้ง (รูปที่ 7) และใส่ backscatter shield ที่เครื่อง



รูปที่ 7 ถุงมือตะกั่ว (ภาพจาก http://www.mediinn.ca/products/attenuated_gloves.html)

2. ขณะถ่ายภาพควรถือเครื่องในระดับกึ่งกลางลำตัว (mid-torso level) (รูปที่ 8) ซึ่งเป็นระดับที่ค่อนข้างปลอดภัยต่ออวัยวะที่ไวต่อรังสี และให้กระบอกรังสีชิดผู้ป่วยมากที่สุดเท่าที่จะทำได้



รูปที่ 8 ขณะถ่ายภาพควรถือเครื่องเอกซเรย์ในระดับกึ่งกลางลำตัว

3. ใช้เวลาในการถ่ายตามที่บริษัทกำหนด แต่ไม่ควรเกิน 1 วินาที เนื่องจากจะเกิด movement artifact ได้ง่าย

4. ควรเลือกใช้ F-speed film หรือ digital receptor เพื่อลดปริมาณรังสีที่ใช้

5. ตรวจสอบให้แบตเตอรี่ของเครื่องเอกซเรย์เต็มอยู่เสมอ และควรชาร์จไฟทุกวัน

6. เก็บเครื่องไว้ในกล่องกันรังสี และอนุญาตให้ใช้งานได้เฉพาะผู้ปฏิบัติงานทางรังสีเท่านั้น

รังสีเอกซ์เปรียบเสมือนดาบสองคมมีทั้งประโยชน์และโทษควรระลึกไว้เสมอว่า การที่เรามองไม่เห็นรังสี ไม่ได้รับอันตรายจากรังสีในทันที ไม่ได้แปลว่าปลอดภัยเสมอไป อันตรายจากรังสีนั้นมีทั้งแบบเห็นผลชัดเจน (deterministic effect) และแบบสะสม (stochastic effect) ซึ่งเพียงปริมาณไม่มากก็อาจส่งผลในระดับเซลล์และพันธุกรรมได้ ดังนั้นก่อนที่จะรับเทคโนโลยีใดๆ มาใช้ ก็ควรที่จะค้นหาข้อมูลให้รอบด้าน ผู้เขียนหวังว่า ข้อมูลที่นำมาแบ่งปันในครั้งนี้จะช่วยในการตัดสินใจซื้อเครื่องเอกซเรย์เครื่องใหม่ได้บ้างนะคะ

เอกสารอ้างอิง

- ภิกขุ สุทธิประภาภรณ์, นวพรรณ พิทักษ์ธำนิทร, ธีรวัฒน์ สุภาวัฒน์พันธ์. เครื่องเอกซเรย์แบบพกพาสำหรับการประยุกต์ใช้ทางทันตกรรม.ว.ทันต.ขอนแก่น, ปีที่15 ฉบับที่ 1 มกราคม- มิถุนายน 2555: 61-4.
- The American Dental Association Council on Scientific Affairs. Dental radiographic examinations: recommendations for patient selection and limiting radiation exposure. Revised 2012:17
- Danforth RA, Herschaft EE, Leonowich JA. Operator exposure to scatter radiation from a portable hand-held dental radiation emitting device (Aribex NOMAD) while making 915 intraoral dental radiographs. J Forensic Sci 2009 Mar;54(2):415-21.
- Gray JE, Bailey ED, Ludlow JB. Dental staff doses with handheld dental intraoral x-ray units. Health Phys 2012 Feb;102(2):137-142.
- Kim EK. Effect of the amount of battery charge on tube voltage in different hand-held dental x-ray systems. Imaging Sci Dent 2012 Mar;42(1):1-4.
- McGiff TJ, Danforth RA, Herschaft EE. Maintaining radiation exposure as low as reasonably achievable (ALARA) for dental personnel operating portable hand-held x-ray equipment. Health Phys 2012 Aug;103(2 suppl 2):179-185.
- Cho JY, Han WJ. The reduction methods of operator's radiation dose for portable dental X-ray machines. Restor Dent Endod 2012 Aug;37(3):160-4.
- Mahdian M, Pakchoian AJ, Dagdeviren D, Alzahrani A, Jalali E, Tadinada A, Lurie A. Using hand-held dental x-ray devices: ensuring safety for patients and operators. J Am Dent Assoc 2014 Nov;145(11):1130-2.
- Berkhout WE, Suomalainen A, Brüllmann D, Jacobs R, Horner K, Stamatakis HC. Justification and good practice in using handheld portable dental X-ray equipment: a position paper prepared by the European Academy of DentoMaxillofacial Radiology (EADMFR). Dentomaxillofac Radiol 2015 Jul;44(6):20140343.
- FDA investigating illegal online sale of handheld dental X-ray units [online] Feb 10, 2012; available from <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm291373.htm>
- Hand-held Dental X-Ray Units: FDA Safety Communication - Unreviewed Products May Not Be Safe or Effective [online] Oct 02, 2012; available from <http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlerts-forHumanMedicalProducts/ucm291539.htm>
- FDA Urges Caution In Choosing X-ray Devices [online] Apr 4, 2012; available from <http://www.veterinarypractice-news.com/April-2012/FDA-Urges-Caution-In-Choosing-X-ray-Devices/>

THE DEVELOPMENT OF THE CONCEPTS OF OCCLUSION

โดย ทย.ดร.ญาดา ชัยบุตร



ในปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับการวินิจฉัยและบูรณะระบบบดเคี้ยวมีหลากหลายความคิดและหลักการในการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาเป็นการบูรณาการความรู้ที่ได้มาจากโรงเรียนทันตแพทย์วารสารวิชาการ การศึกษาต่อเนื่อง การอบรมหลักสูตรหลังปริญญา รวมถึงประสบการณ์ตรงในการรักษาผู้ป่วย โดยทั่วไประบบการบดเคี้ยวประกอบไปด้วยฟัน กล้ามเนื้อใบหน้าที่ช่วยในการบดเคี้ยว และข้อต่อขากรรไกร การทำงานที่สัมพันธ์กันของอวัยวะทั้ง 3 ส่วนมีความสำคัญในการวินิจฉัยและบูรณะระบบบดเคี้ยวให้แก่ผู้ป่วย ในประเทศสหรัฐอเมริกา แนวคิดของการวินิจฉัยและบูรณะระบบบดเคี้ยว สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 แนวคิดหลัก อันได้แก่

Gnathology Concept

เป็นแนวคิดที่มีการพัฒนามายาวนานตั้งแต่ยุค 1950 โดยกลุ่มทันตแพทย์ซึ่งหลักๆ คือ Dr. B.B. McCollum¹, Dr. Harvey Ballard, Dr. Charles Stewart² ที่เชื่อว่า การเคลื่อนที่ของขากรรไกรล่างมีความสัมพันธ์โดยตรงกับกายวิภาคศาสตร์ของฟัน หากต้องทำการบูรณะฟัน การบันทึกทิศทางการเคลื่อนที่ของขากรรไกรล่าง (Pathway of Condylar Movement) จะเป็นตัวกำหนดกายวิภาคศาสตร์ของฟันหลัง ความสูงต่ำของยอดฟัน (Cusp) สำหรับการออกแบบบูรณะฟันหน้าควรออกแบบให้มีความสัมพันธ์กันกับกายวิภาคศาสตร์ของฟันหลัง โดยแนวระนาบของฟันหน้า (Anterior



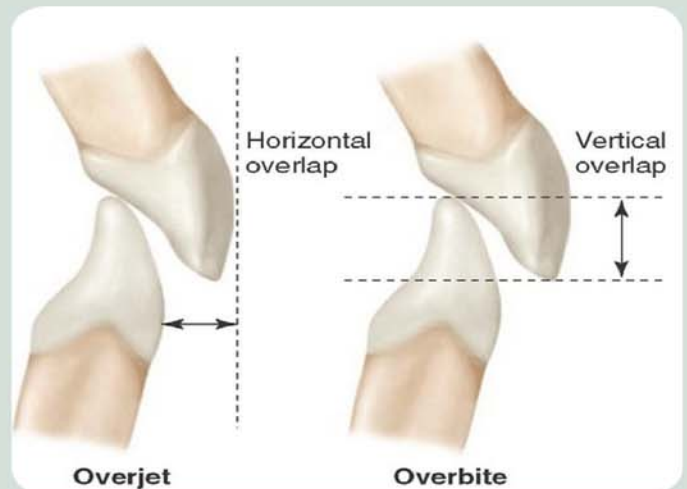
ภาพจำลองการบันทึกการเคลื่อนที่ของขากรรไกรขณะบดเคี้ยว โดยเครื่องมือ Pantographs

Guidance) จะเป็นตัวกำหนดทิศทางขณะที่ฟันแยกจากกัน (Disclude) เมื่อผู้ป่วยเยื้องขากรรไกรล่างไปด้านข้างทั้งซ้ายและขวา Gnatologists มีความเชื่อว่าการปรับเปลี่ยนการสบฟัน สามารถทำได้โดยตรงจากเครื่องมือบันทึกการสบฟัน ซึ่งให้ผลความแม่นยำในการแสดงรูปแบบของการเคลื่อนที่ของขากรรไกรล่างในผู้ป่วย หลักการดังกล่าวเป็นจุดกำเนิดของเครื่องมือ Pantograph รวมถึง Fully-adjustable Articulator³

ปัจจุบันสถาบัน F.A.C.E (Foundation of Advanced Continuing Education) ในมลรัฐแคลิฟอร์เนีย ยังคงดำเนินการสอนตามแนวคิดนี้ อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสนใจว่าแนวคิดนี้มีความแตกต่างจากแนวคิดอื่นๆ ที่มุ่งเน้นการแก้ไขและปรับแต่งระบบการบดเคี้ยวโดยตรงจากเครื่องมือบันทึกการสบฟันเพียงอย่างเดียว

Bioesthetics Concept

เป็นแนวคิดที่พัฒนาโดย Dr. Robert Lee ซึ่งเชื่อว่าการบูรณะระบบการบดเคี้ยวของผู้ป่วยควรเริ่มจากการสร้างแนวระนาบของฟันหน้าก่อน (Anterior Guidance) เนื่องจากกายวิภาคศาสตร์ของฟันหน้า เป็นตัวกำหนดการเคลื่อนที่ของขากรรไกรล่าง^{4,5} ผู้ป่วยควรได้รับการบูรณะฟันหน้าบน (Maxillary Incisor) ให้มีความยาวค่าเฉลี่ยของตัวฟันอยู่ที่ 12 มิลลิเมตร และ ฟันหน้าล่าง (Mandibular Incisor) ให้มีความยาวค่าเฉลี่ยของตัวฟันอยู่ที่ 10 มิลลิเมตร ระยะการสบฟันในแนวตั้ง (Vertical Dimension) โดยวัดจากรอยต่อ Cementoenamel Junction (CEJ) ของฟันบนและฟันล่าง ให้มีระยะห่างค่าเฉลี่ยที่ 18 มิลลิเมตร ระยะการสบฟันลึกในแนวตั้ง (Overbite) ให้มีระยะห่างค่าเฉลี่ยที่ 4 มิลลิเมตร ระยะการสบฟันลึกในแนวราบ (Overjet) สำหรับฟันหน้า (Incisor) ให้มีระยะห่างค่าเฉลี่ยที่ 2 มิลลิเมตร และ สำหรับฟันเขี้ยว (Canine) ให้มีระยะห่างค่าเฉลี่ยที่ 1 มิลลิเมตร แนวคิดนี้เชื่อว่าการมีความสูงชันแนวระนาบของฟันหน้า (Steep Anterior Guidance) จะเป็นตัวกำหนดทิศทางความสูงชันของยอดฟันในฟันหลัง (Steep Posterior Anatomy Cups) และการเพิ่มระยะห่างค่าเฉลี่ยของสบฟันในแนวตั้ง (Increase Vertical Dimension) จะส่งผลช่วยลดแรงบดเคี้ยวที่กระทำต่อกล้ามเนื้อขากรรไกรในขณะที่ขากรรไกรเคลื่อนที่⁶ ปัจจุบันสถาบัน OBI Bioesthetic ในมลรัฐโอเรกอน ยังคงดำเนินการสอนตามแนวคิดนี้

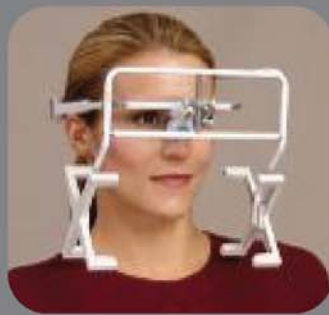


Centric Relation Concept

เป็นแนวคิดที่เป็นที่นิยมและแพร่หลายทั่วโลก มีจุดเริ่มต้นพัฒนามากว่า 40-50 ปี จาก Pankey/Dawson ในมลรัฐฟลอริดา ปัจจุบันทำการสอนโดย 2 สถาบันหลัก คือ The Pankey Institute และ Dawson Academy แนวคิดนี้เชื่อว่าการบูรณะระบบการบดเคี้ยวของผู้ป่วยควรสร้างมาจากความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนและขากรรไกรล่างที่ตำแหน่ง CR (Centric Relation) ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ข้อต่อขากรรไกรสามารถเคลื่อนที่และหมุนในแนวแกนที่คงที่แม้ขณะที่ฟันแยกจากกัน^{7,8} นอกจากนี้โครงสร้างทั้งหมดของการบดเคี้ยวและการสบฟันที่ดีควรบูรณะมาจากการวินิจฉัยที่คำนึงถึงพื้นฐานทางสรีรวิทยาและตำแหน่งของข้อต่อขากรรไกร ความสัมพันธ์ต่อกายวิภาคศาสตร์ของฟันหลัง, กล้ามเนื้อใบหน้า เอ็นข้อต่อขากรรไกร ระยะการสบฟันในแนวตั้ง (Vertical Dimension) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันเชื่อว่า ตำแหน่ง CR สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา ขึ้นอยู่กับการปรับตัวทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยเอง (Physiologic Adaptation) ที่จะปรับเปลี่ยนเพื่อให้เกิดความสมดุลในการบดเคี้ยว ดังนั้นความสัมพันธ์ของตำแหน่ง CR จึงอาจเรียกได้ว่าเป็นตำแหน่ง Adaptive Centric Posture⁹

Neuromuscular Concept

เป็นแนวคิดที่พัฒนามากว่า 25 ปีโดย Dr. Robert Jankelson^{10,11} และ บริษัท Myotronics ที่ตั้งอยู่มลรัฐวอชิงตัน แนวคิดนี้เป็นการผสมผสานพื้นฐานแนวคิด Gnathology รวมกับความสัมพันธ์ของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (Neuromuscular) โดยการใช้เครื่องมือ Myomonitor ซึ่งประกอบด้วย Electromyographic



ภาพเครื่องมือและอุปกรณ์ Myotronics ที่ช่วยประเมินและบันทึกผลการเคลื่อนที่ของขากรรไกรขณะบดเคี้ยว (สนใจรายละเอียดเพิ่มเติมที่ www.dotmyotronics.com)

(EMG) และ Transcutaneous Electrical Nerve Simulation (TENS) เพื่อประเมินและบันทึกตำแหน่งความสมดุลของข้อต่อขากรรไกรล่าง (Physiologic Rest Position of Mandible) เครื่องมือ Myomonitor นี้ช่วยให้สามารถศึกษาวิถีทางชีวภาพของผู้ป่วยได้ตามเวลาจริง การหาตำแหน่ง CR เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นของการบูรณะระบบการบดเคี้ยวจะถูกแทนที่โดยข้อมูลจากเครื่องมือดังกล่าว จากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยส่วนมากที่ได้รับการรักษาด้วยแนวคิดนี้ มักจะได้รับการบูรณะฟันโดยเพิ่มระยะห่างค่าเฉลี่ยการสบฟันในแนวตั้ง (Increase Vertical Dimension) อยู่ที่ระยะ 3-5 มิลลิเมตร ซึ่งส่งผลให้ขากรรไกรล่างสามารถเคลื่อนตัวมาทางด้านหน้าเพิ่มขึ้น 1-2 มิลลิเมตร ปัจจุบันแนวคิดนี้มีสถาบันการสอนอยู่ที่ L.V.I. (Las Vegas Institute) มลรัฐเนวาดา

Functional Occlusion Concept

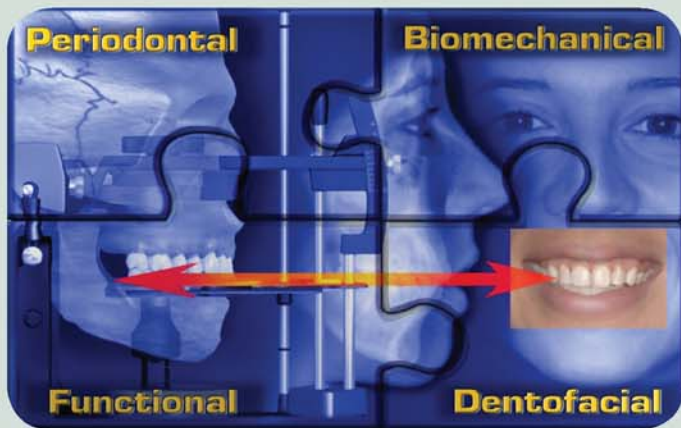
เป็นแนวคิดที่เริ่มแพร่หลายและเติบโตอย่างรวดเร็วในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา แนวคิดนี้พัฒนาโดย Dr. John Kois ซึ่งเน้นเกี่ยวกับชีววิทยาของการทำงานร่วมกันระหว่างสมอง, ระบบประสาทและกล้ามเนื้อบนใบหน้า รวมถึงองค์ประกอบของฟัน อันได้แก่ สภาพความแข็งแรงของผิวฟัน (Enamel Microhardness) ลักษณะข้อต่อขากรรไกร (Joint) คุณภาพของกระดูกขากรรไกร (Quality of Bone) ลักษณะของน้ำลาย (Quality of Saliva) และปริมาณการหลั่งของน้ำลาย รวมถึงปัจจัยอื่นๆทางพันธุกรรม (Hereditary Factors) ทั้งหมดล้วนมีผลกระทบต่อระบบการบดเคี้ยวของผู้ป่วย¹² การวินิจฉัย (Functional Diagnosis) เพื่อการบูรณะระบบการบดเคี้ยวยึดหลักการเคลื่อนตัวของขากรรไกร (Envelope of Function) ซึ่งสามารถจำแนกผู้ป่วยได้เป็นกลุ่มต่างๆ คือ

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่มีความปกติของระบบการบดเคี้ยว (Acceptable Function) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสัมพันธ์ของ

การทำงานของกล้ามเนื้อและการข้อต่อขากรรไกรที่สมดุลปกติ (Harmonious Function of Temporomandibular Joint) มีการสบฟันที่เสถียร สามารถทำการสบฟันเข้าๆได้ทีจุดเดิม (Bilaterally Simultaneous and Equal Intensity) ฟันมีการสึกปกติตามสภาวะธรรมชาติของการใช้งาน (Normal Occlusal Tooth Wear) การบูรณะฟันสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรคงสภาพการเคลื่อนตัวของขากรรไกรไว้ในลักษณะคงเดิมของผู้ป่วย

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบการบดเคี้ยวซึ่งมีสาเหตุมาจากตำแหน่งของฟันหน้าที่จำกัดพื้นที่ในการเคลื่อนที่ของขากรรไกรล่าง (Constricted Chewing Pattern) ในบางครั้งตำแหน่งของฟันหน้าซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของผู้ป่วย (Growth and Development) อาจเป็นตัวขัดขวางการเคลื่อนที่ของขากรรไกรล่าง ลักษณะของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีสัดส่วนปริมาณการสึกของฟันหน้ามากกว่าปริมาณการสึกของฟันหลังอย่างเด่นชัด ในผู้ป่วยบางราย อาจมีอาการปวดหัว ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และข้อต่อขากรรไกร การบูรณะระบบการบดเคี้ยวในผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องใช้การจัดฟันเพื่อช่วยปรับตำแหน่งของฟันหน้า เพิ่มพื้นที่ในการเคลื่อนตัวของขากรรไกรล่าง หรือพิจารณาการบูรณะฟันโดยเพิ่มระยะห่างค่าเฉลี่ยของการสบฟันในแนวตั้ง (Increase Vertical Dimension) ซึ่งก็จะเป็นการเพิ่มพื้นที่ในการเคลื่อนตัวของขากรรไกรล่างเช่นกัน^{13,14}

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบการบดเคี้ยวโดยการสบฟันของฟันหลัง (Dysfunction) ลักษณะของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการเคลื่อนตัวของขากรรไกรล่างในวงกว้างเพื่อหาจุดสบฟันที่สมดุลและเสถียร ผู้ป่วยจะมีจุดสบฟันหลายจุด ในบางกรณีมีสัดส่วนปริมาณการสึกของฟันหลังมากกว่าฟันหน้าอย่างเด่นชัด มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้



รับการบูรณะฟันหลายซี่ การบูรณะการบดเคี้ยวในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องปรับสมดุลด้านบดเคี้ยวให้ผู้ป่วย (Occlusal Equilibration) ซึ่งการปรับสมดุลด้านบดเคี้ยวนี้จะมีผลให้ระยะห่างค่าเฉลี่ยของการสบฟันในแนวตั้งลดลง (Decrease Vertical Dimension) ดังนั้นก่อนทำการรักษาจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพิจารณาระยะค่าเฉลี่ยของการสบฟันในแนวตั้งของฟันหน้าอย่างถี่ถ้วน เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดปัญหาการจำกัดการเคลื่อนที่ของขากรรไกรล่างที่เป็นผลมาจากตำแหน่งของฟันหน้า ดังเช่นผู้ป่วยในกลุ่มที่ 2

กลุ่มที่ 4 ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบการบดเคี้ยวที่มาจากกิจกรรมอื่นๆ (Parafunction) ที่นอกเหนือจากการเคี้ยว (Chewing) การพูด (Speaking) และการกลืน (Swallowing) เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรม เค้นฟัน (Clenching) และ นอนกัดฟัน (Bruxism) ลักษณะของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการสึกของฟันหน้าและฟันหลังอย่างรุนแรงเป็นแนวระนาบเดียวกัน มีอาการเสียวฟัน, ฟันร้าว, ฟันแตก บางรายมีอาการปวดหัวและการแสดงออกเด่นชัดของกล้ามเนื้อใบหน้า อาจมีความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกรร่วมด้วยเนื่องจากสาเหตุของพฤติกรรมดังกล่าวยังไม่สามารถระบุได้แน่ชัด และอาจเป็นผลต่อเนื่องมาจากหลายปัจจัย¹⁵ การบูรณะการบดเคี้ยวสำหรับผู้ป่วยจึงเน้นแนวทางการป้องกันการลุกลามของความผิดปกติ ปัจจุบันแนวคิด Functional Occlusion เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและการวางแผนการ

รักษา มีสถาบันการสอนอยู่ที่ Kois Center เมืองซีแอตเติล มลรัฐวอชิงตัน

โดยสรุปแนวคิดเกี่ยวกับระบบการบดเคี้ยวในวงการทันตแพทย์มีการศึกษาและพัฒนามากกว่าร้อยปี ไม่ว่าแต่ละแนวคิดจะมีความแตกต่างกันอย่างไร ทุกแนวคิดนั้นก็มีจุดประสงค์เดียวกันคือการปรับปรุงสุขภาพระบบการบดเคี้ยวของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นการเก็บข้อมูลที่ละเอียดแม่นยำเที่ยงตรงอย่างมีประสิทธิภาพจากผู้ป่วย จึงมีความสำคัญและเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการวางแผนการรักษา T

References

1. McCollum BB, Stuart CE. A research report, Scientific Press, South Pasadena 1955:12-13, 34, 86-91.
2. Stuart CE. The contributions of gnathology to prosthodontics. J Prosthet Dent 1973;30:607-608.
3. Pokorny PH, Wiens JP, Litvak H. Occlusion for fixed prosthodontics: a historical perspective of the gnathological influence. J Prosthet Dent. 2008;99:299-313.
4. Lee RL. Anterior guidance: In: Lundeen and Gibbs, eds. Advances in Occlusion. Chapter 3. Boston, MA: John Wright 1982.
5. Lee RL. Esthetics and its relationship to function. In: Rufenacht CR. Fundamentals of Esthetics. Chapter 5. Carol Stream, IL: Quintessence 1990.
6. Hunt KH. Bioesthetics: Working with nature to improve function and appearance, J Am Acad Cosm Dent. 1996;3:45-55.
7. Dawson PE. Centric relation. Its effect on occluso-muscle harmony. Dent Clin North Am 1979;23:169-180.
8. Jasinevicius TR, Yellowitz JA, Vaughan GG, Brooks ES, Baughan LW, Cline N. Centric relation definitions taught in 7 dental schools: results of faculty and student surveys. J Prosthodont 2000;9:87-94.
9. Dawson PE. Evaluation, diagnosis, and treatment of occlusal problems (2nd ed.), Mosby, St. Louis 1989: 265-70.
10. Jankelson B, Sparks S, Crane PF, Radke JC. Neural conduction of the MyoMonitor Stimulus: A quantitative analysis. J Prosthet Dent 1975;34:245-253.
11. Jankelson B. Neuromuscular aspects of occlusion. Effects of occlusal position on the physiology and dysfunction of the mandibular musculature. Dent Clin North Am 1979:157-168.
12. Chiche GJ, Fahl N Jr, Kois JC. The changing world of dentistry. Interview by David Porritt. Dent Today 2011;30:126, 130, 132-3.
13. Kois JC, Filder BC. Anterior wear: orthodontic and restorative management. Compend Contin Educ Dent 2009;30:420-2, 424, 426-9.
14. Kois JC, Kois DE, Chaiyabutr Y. Occlusal errors generated at the maxillary incisal edge position related to discrepancies in the arbitrary horizontal axis location and to the thickness of the interocclusal record. J Prosthet Dent 2013;110:414-9.
15. American Academy of Orofacial Pain: Guidelines for Assessment. 2008;22:190-200.

การประชุม ของทันตแพทย์ทหารตำรวจนานาชาติ ประจำปี 2558

Section of Defense Forces Dental Services: SDFDS

โดย พ.ต.หญิง วงศ์วิเศษ วงศ์สมุทร ดิยธระ ทันตแพทย์ กองทันตแพทย์ กรมแพทย์ทหารบก ประธานอนุกรรมการฝ่ายเลขานุการ
คณะกรรมการจัดงานประชุมทันตแพทย์ทหารนานาชาติ ประจำปี 2558



สืบเนื่องจากการที่ประเทศไทยโดยทันตแพทย์
สมาคมแห่งประเทศไทย ได้รับเกียรติจาก
องค์กรทันตแพทย์นานาชาติ Federal Dentaire
Internationale เรียกชื่อย่อว่าองค์กร FDI
มอบหมายให้เป็นเจ้าภาพจัด งานประชุม
วิชาการประจำปี (Annual World Dental
Congress) ในปี 2558 ณ หอประชุม ไบเทค
บางนา ในห้วงเดือน กันยายน 2558 การ
ประชุมวิชาการประจำปีดังกล่าวประกอบไป
ด้วย การประชุมทางวิชาการ การประชุมทาง
ธุรกิจ งานแสดงสินค้าทางทันตกรรม

ในการเป็นเจ้าภาพครั้งนี้ร่วมไปถึงการประชุม

ของทันตแพทย์ทหารตำรวจ (Section of Defense Forces Dental
Services เรียกชื่อย่อว่า SDFDS) ซึ่งจัดต่อเนื่องมาเป็นเวลากว่า
หนึ่งทศวรรษแล้ว โดยในส่วนของการจัดประชุมทันตแพทย์ทหาร
ตำรวจดังกล่าวจะดำเนินงานโดย คณะกรรมการซึ่งเป็นทันตแพทย์
จากเหล่าทัพในประเทศเจ้าภาพ (Local organizing committee
เรียกชื่อย่อว่า LOC) มีแบบแผนการจัดประชุมที่กำหนดแน่นอนตาม
มาตรฐานขององค์กร FDI เพื่อให้การประชุมทันตแพทย์ทหารตำรวจ
นานาชาติประจำปี 2558 เป็นไปด้วยความเรียบร้อยสมศักดิ์ศรีของ
ทันตแพทย์ทหารตำรวจ และเหล่าทัพแห่งประเทศไทย ทันตแพทย์
สมาคมแห่งประเทศไทย ได้เชิญกรมแพทย์ทหารบก กรมแพทย์ทหารเรือ
กรมแพทย์ทหารอากาศ สำนักงานแพทย์สำนักงานสนับสนุนสำนักงาน
ปลัดกระทรวงกลาโหม สำนักงานแพทย์ทหาร กรมยุทธบริการทหาร
กองบัญชาการกองทัพไทยและโรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจ
แห่งชาติ เป็นเจ้าภาพร่วมในการจัดงานประชุม SDFDS



ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาการประชุม FDI มีประเทศเจ้าภาพเรียงตามลำดับคือ บราซิล เม็กซิโก ฮองกง ตุรกี และ อินเดีย ซึ่ง FDI 2010 ที่ ประเทศบราซิลนั้น พ.อ.หญิง จอมขวัญ แสงบัวแก้ว ผู้อำนวยการกองทันตแพทยคนปัจจุบัน ได้เข้าประชุม FDI ร่วมกับทันตแพทย์สมาคมในฐานะประธานคณะกรรมการทันตแพทยทหาร สมพันธ์ทันตแพทย์ภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก (Chairman of Defense Forces Dentistry Commission, Asia Pacific Dental Federation) จึงทราบว่ามีการประชุม SDFDS อยู่ในงานประชุม FDI ด้วย และได้ลงทะเบียนเข้าร่วมงาน เพราะคาดหวังไว้ว่าวันหนึ่งประเทศไทยอาจได้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุม FDI ในอนาคต

FDI 2011 ที่ประเทศเม็กซิโก พ.อ.หญิง จอมขวัญ ได้เดินทางไปร่วมงานประชุม SDFDS อีกครั้ง จนกระทั่งในปี 2557 ประเทศไทย โดยทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย เสนอตัวและได้รับคัดเลือกให้เป็นเจ้าภาพจัดงาน FDI 2015 คณะกรรมการของทันตแพทย์สมาคมเห็นสมควรให้มีการจัดงานในส่วน SDFDS ร่วมด้วยจึงได้ติดต่อประสานพ.อ.หญิง จอมขวัญ และเชิญเข้าร่วมการประชุม FDI 2014 ที่ประเทศอินเดียในฐานะประธานคณะกรรมการดำเนินงานจัดงานประชุมทันตแพทย์ทหารตำรวจนานาชาติประจำปี 2558 (SDFDS 2015) และได้เข้าร่วมงานประชุม SDFDS 2014 เพื่อรับทราบประเทศเจ้าภาพรวมทั้งได้ประชาสัมพันธ์งานที่จะเกิดขึ้นต่อมา





The leader in whitening

Opalescence[®]
tooth whitening systems



ULTRADENT
PRODUCTS, INC.



Nudent: Thailand Exclusive Distributor 02-611-0153-4



Home Bleaching



Whitening On-the-Go



Before



After

NEW ERA IN PULP PROTECTION

TheraCal LC[®]

Resin-Modified Calcium Silicate [RMCS] Liner/Pulp Protectant

HIGH PERFORMANCE CHEMISTRY

EXCELLENT IN PROMOTING REGENERATION PROCESS

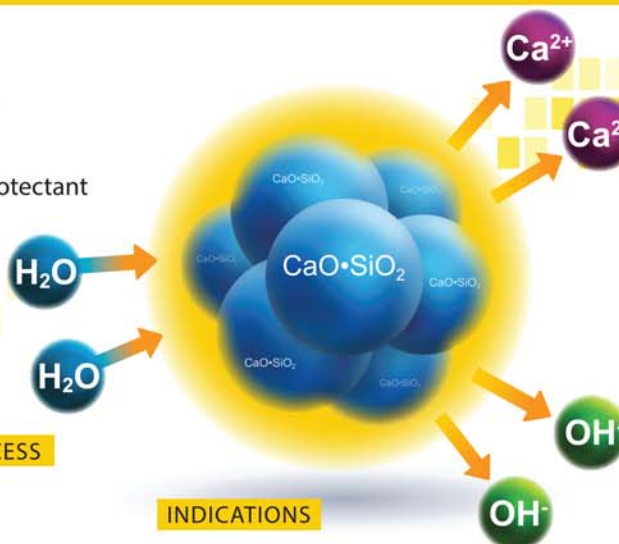
Unique Hydrophilic Matrix

- > allow for water exchange [hydrolyze]
- > Ca^{++} & OH^- release -> early high Alkaline [pH 10-11]
- > stimulates hydroxyapatite formation around the contact area & 2^o dentin bridge formation in pulpal cavity

[J. Dent Res 90, abstract no. 2520, 2011]

SUPERIOR PHYSICAL PROPERTIES

- Tested with higher calcium - releasing ability & lower solubility than either ProRootMTA or Dycal [Int. Endodontic J., Vol.45, June 2012]
- Presented the lowest cytotoxic compared to Vitrebond, UltraBlend Plus [Am J Dent., 2009 June; 22[3]: 137-42.]
- Radiopaque properties



BISCO



INDICATIONS

Healing & Insulation

- Liner -> Insulates the pulp, providing virtually no post-operative sensitivity
- Direct & Indirect pulp capping -> Alkaline pH promotes healing

EASE OF USE/EXCELLENT HANDLING

- Wet or Moist before apply
- Syringe delivery - ease of use
- Film thickness 1-1.7 mm.
- Light curable, flowable-like handling
- Stays where it's placed



Distributor: SCI-DENT CO.,LTD 363/1 Soi Phayanak Ratchathewi Bangkok 10400 Thailand

02-611-0115



FDI 2015 BANGKOK
Annual World Dental Congress
22 - 25 September 2015 - Bangkok Thailand
Dentistry in the 21st Century



Date	Topic	Speaker	Sub topic/Title	Country
Tuesday 22.09 2015	Adhesive dentistry	Marco Ferrari	Impact of new ceramics and digital workflow on dental practice	Italy
	Aesthetic dentistry	Urs Brodbeck	White and pink aesthetics. A concept from the practice - for the practice	Switzerland
	Collaborative practice / interprofessional education	Michael Glick	<u>FDI Dental Practice Committee Forum:</u> Medico-Dental Inter-Relations	USA
		Prathip Phantumvanit		Thailand
		Nermin Yamalik		Turkey
	Digital dentistry / Information technology	Ivo Krejci	Digital dentistry with composite	Switzerland
	Endodontics	Kenneth Hargreaves	Regenerative Endodontics	USA
	Gerodontology	Alexandre Mersel	Oral rehabilitation for the edentate elderly - A bio-ethic Approach	Israel
	MID	Hien Ngo	Preserving vitality of a tooth with a large caries defect	Kuwait
	Orthodontics	Chairat Charoemratrote	Simultaneously anterior tooth aligning and canine distalization using ultra-light force mechanics	Thailand
	Orthodontics	Eric Liou	Non-compliant orthodontic appliances for 3-D control of occlusal plane	Taiwan
	Orthodontics	Peter Ngan	Early Orthodontic/Orthopedic Treatment	USA
	Orthodontics	Young-Guk Park	Innovative 3D Imaging Technology in Orthodontics	South Korea
	Paediatric Dentistry	Apa Juntavee	Paradigm Shift in Paediatric Dental Caries Management	Thailand
	Paediatric Dentistry	Piranit Kantaputra	When Teeth Go Wrong: Teeth and Genetic Syndromes	Thailand
	Paediatric Dentistry	J. Timothy Wright	Different approaches to managing early childhood caries using surgical and non-surgical approaches	USA
	Paediatric Dentistry	J. Timothy Wright	Genetic influence in caries and fluorosis	USA
	Practice management	Alexander Tolmeijer	Meet-the-Expert: Practice management	Netherlands
	Adhesive dentistry	Marco Ferrari	<u>Hot Topic session</u> - Complications with Dental Bonding	Italy
		Nobuo Nakabayashi		Japan
		Timothy Watson		UK
	CAD-CAM	Niwut Juntavee	CAD-CAM in DENTISTRY: Future Perspective	Thailand
	Dental research	Michael Glick	<u>Year in Review</u> - Dental Research	USA
		Kenneth Hargreaves		USA
		J. Timothy Wright		USA

Endodontics	Kenneth Hargreaves	Meet-the-Expert: Endodontics	USA
Implantology	SunJong Kim	<u>Academy of Osseointegration Symposium:</u> Current Complexities in Implant Dentistry	South Korea
	Takashi Sumi		Japan
	Terry Walton		Australia
Implantology	Chatchai Kunavisarut	Dental implant for the 21st Century	Thailand
MID	Jack Dillenberg	The 21st Century Dentist - Innovator, Leader, Clinician and Servant	USA
	Hien Ngo	Minimal Intervention and Minimally Invasive Dentistry	Kuwait
	Suchit Poolthong	Caries Management in the 21st century	Thailand
	Douglas Young	Managing Caries in the 21 Century: Can we speak with one loud voice?	USA
Oral medicine / pain / biology	Vincent Everts	Some new developments in bone biology	Netherlands
Oral medicine / pain / biology	Shohei Kasugai	New direction of regenerative medicine	Japan
Oral medicine / pain / biology	William Maixner	Unraveling Complex Persistent Pain Conditions - A multidisciplinary approach	USA
Periodontics	Sigrun Eick	Antimicrobial killing by light from laser and non laser sources. Laboratory results and clinical data	Switzerland
Periodontics	Thomas Flemmig	Meet-the-Expert: Cost-effective periodontal care	Hong Kong SAR
Practice management	Rhonda Savage	Communication is Everything!	China
Preventive and community dentistry	Hiroshi Ogawa	Strategies for oral disease prevention and health promotion - WHO perspectives	USA
Preventive and community dentistry	Hideo Miyazaki	Symposium on Preventive and Community Dentistry	Switzerland
	Prathip Phantumvanit		Japan
	Waranuch Pitiphat		Thailand
Public Health	Supranee Dalodom	<u>Public Health Committee/Chief Dental Officers' Forum</u> : Control of NCD through oral health: community approach	Thailand
	Fadil Elamin		Sudan
	Hiroshi Ogawa		Switzerland
Restorative materials	Daniel Chan	Longevity of bonding and composite resin restorations	USA
Policies	Li-Jian Jin	FDI Science Committee Forum	Hong Kong SAR
	Kenneth Anusavice		China
	Gottfried Schmalz		USA
	Michael Glick	FDI Policy Statements – Transferring knowledge to enhance clinical practice and oral healthcare	Germany
	David M. Williams		United States
			United Kingdom
	Daniel Meyer		United States
	Morten Rolstad		Norway

Date	Topic	Speaker	Sub topic/Title	Country
Thursday 24.09 2015	Adhesive dentistry	Nobuo Nakabayashi	Microleakage-free restoration to teeth is very important to provide long lasting dental treatment to patients	Japan
	Aesthetic dentistry	Matthias Kern	Esthetic and minimal invasive anterior tooth replacement revisited	Germany
	Aesthetic dentistry	Neeraj Khanna	Functional aesthetics: a marriage of form and function	USA
	Aesthetic dentistry	Atila Sertgöz	Minimally invasive techniques for anterior aesthetics	Turkey
	Anaesthesia / Dental emergency	Stanley F. Malamed	Is the Mandibular Block Passé?	USA
	Anaesthesia / Dental emergency	Stanley F. Malamed	Medical Emergencies in Dental Practice	USA
	Digital dentistry / Information technology	Ibrahim Nasseh	Symposium on Digital dentistry	Lebanon
		Rhonda Savage		USA
	Endodontics	Pairoj Linsuwanont	<u>Hands-on workshop</u> - Microscope and ultrasonic in Endodontics	Thailand
		Anchana Panichuttra		Thailand
		Chootima Ratisoontorn		Thailand
		Norachai Wongkornchaowalit		Thailand
	Endodontics	Timothy Watson	How to make the best tooth preparations	UK
	Oral cancer	Alexander Kerr	Progress and Priorities in Oral Cancer: The Global Oral Cancer Forum	USA
	Paediatric Dentistry	Luis Karakowsky	New trends in pediatric dentistry	Mexico
	Periodontics	Thomas Flemmig	Teeth with periodontitis - Treat or Extract	Hong Kong SAR China
	Periodontics	Shinya Murakami	New treatments to accelerate periodontal tissue regeneration	Japan
	Practice management	William Cheung	Hot Topic session - Practice management	Hong Kong SAR China
		Rhonda Savage		USA
		Alexander Tolmeijer		Netherlands
	Preventive and community dentistry	Sudeshni Naidoo	Bioethical Aspects of Care in Community Oral Health	South Africa
	Prosthodontics	Tony Daher	Meet-the-Expert: How to manage and avoid implant complications in prosthodontics - Practical clinical pearls	USA
	Restorative materials	Olivier Etienne	Vital teeth restorations: when ceramic and adhesive dentistry lead to biomimetics	France

Friday 25.09.2015	Restorative materials	Martin Tyas	Adhesive materials for minimum intervention	Australia
	Restorative materials	Martin Tyas	Minimum intervention in operative dentistry	Australia
	TMD	Marcelo Kreiner	Life-threatening Orofacial Pains and TMD - Early recognition and differential diagnosis	Uruguay
	TMD	Marcelo Kreiner	Meet-the-Expert: TMD	Uruguay
	Aesthetic dentistry	Neeraj Khanna	The aesthetic zone: understanding the boundaries for predictable success	USA
	Aesthetic dentistry	Neeraj Khanna	Putting it all together-implementation, communication with your patients, specialists, and lab technicians	USA
	Aesthetic dentistry	Chalermpol Leevailoj	Hands-on <u>workshop</u> - Anterior esthetic restorations	Thailand
	Aesthetic dentistry	Atilla Sertgöz	Aesthetic Risk Factors for Anterior Implant Restorations	Turkey
	Dental materials	Yiming Li	Biocompatibility of Dental Materials	USA
	Endodontics	Jeeraphat Jantararat	Endodontics: Mission Possible	Thailand
	Implantology	Antoine Berberi	Meet-the-Expert: Implantology	Lebanon
	Implantology	Antoine Berberi	Marginal bone stability around single implants leakage & micro movements - Effects of original V/S compatible components	Lebanon
	Oral medicine / pain / biology	Sarah Cousty	Drug-induced oral complications	France
	Oral surgery	Carlos Marcelo Cerullo	Complications in oral surgery - How to deal with them	Argentina
	Orthodontics	Somchai Manopatanakul	Future Orthodontics: I Got an App for That!	Thailand
	Prosthodontics	Tony Daher	'Thinking Above The Gum'. A Prosthodontist's Perspective.	USA
	Restorative materials	Daniel Chan	Hot Topic session - Direct Restorative materials	USA
		Daniel Meyer		USA
		Georg Meyer		Germany
		Gottfried Schmalz		Germany
	Dentistry quality standards	Timothy Watson	Joint session FDI & ISO/TC106 ISO International Standards for product safety and quality in dentistry	UK
		Kenneth Anusavice		USA
		Pam Clark		Australia
		Philippe Calfon		France
		Claudio Fernandes		Brazil
		Adirek S. Wongsa		Thailand

ย่อโลกไว้ในมือเรา :

THAI DENTAL MAGAZINE



โดย ชะอู่ย

เมื่อคนยุคใหม่มีไลฟ์สไตล์แบบ "ชีวิตติดจอ" กันมากขึ้น ปฏิเสธไม่ได้เลยว่า ทุกวันนี้เรามองจอกันมากกว่า 7.2 ชั่วโมงต่อวัน* ทั้งความรู้และความบันเทิงสามารถหาได้แค่ปลายนิ้ว

ThaiDentalMag Team พยายามพัฒนาช่องทางการเข้าถึง Content ภายในเล่มมาโดยตลอดจากรูปเล่มกระดาษในรูปแบบนิตยสาร Thai Dental Magazine จนมาเป็นเว็บไซต์ www.thaidentalmag.com เพื่อเป็นอีกหนึ่งทางเลือกให้กับผู้อ่าน ที่มีไลฟ์สไตล์แบบคนยุคใหม่ซึ่งเนื้อหา ความรู้ ความบันเทิงอัดแน่นเต็มพิกัดเหมือนกัน ทั้งสองช่องทาง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องราวความรู้ด้านวิชาการ เทคนิคในด้านการแพทย์ล้ำๆ การท่องเที่ยวทั้งในและต่างประเทศ ฯลฯ ซึ่งทุกคอลัมน์ในหนังสือจะส่งต่อไปยังโซเชียลมีเดียน้องใหม่ อย่าง www.facebook.com/ThaiDentalMag เฟสบุ๊คของ Thai Dental Magazine ที่มียอดเข้าชมทะลุหมื่นในหลายคอลัมน์ โดยเฉพาะวิชาการน่ารู้เช่นการหยุดหรือไม่หยุดยาถอนถอนฟัน Update ยาชา Alvogyl คืออะไร ปริมาณกับการแท้งเลเซอร์จะมีท่านสมาชิกให้ความสนใจมาก เป็นที่ชื่นใจค่ะ

เรากำลังจะเปิดตัวคลิปสอนการผสมวัสดุอุดฟัน เพื่ออำนวยความสะดวกให้ท่านสมาชิก เพื่อจะเปิดสอนผู้ช่วยคนใหม่ในคลินิก โดยพัฒนาจากทีม มศว นะคะ และรวมคอลัมน์ย้อนทวนทวนคิดที่เราทำมาเคียงข้างกับคอลัมน์เกาะติดสถานการณ์นะคะ เราจะนำปฐมนิเทศบุคคล คนดีคนเก่ง ผู้สร้างแรงบันดาลใจให้วิชาชีพมาเสนอท่านถึงบ้าน ว่าท่านเหล่านั้นมีแนวคิดและการดำรงตนอย่างไร

เนื้อหาหลากหลาย Update กันบ่อย ผู้อ่านท่านไหนที่ไม่อยากพลาดเรื่องราวน่ารู้ภายในเล่ม ก็มาคลิกไลค์เป็นเพื่อนกันนะคะ T



ประชุมวิชาการประจำปี 2558

ร่วม update ความรู้เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคทางระบบที่พบได้บ่อย... ทีมวิทยากรจากภาควิชา ศัลยศาสตร์ช่องปากฯ และทีมวิทยากรจากหลายสถาบัน จะสรุปสาระสำคัญที่เป็น **clinical point** ปิดท้ายด้วย **Tips & Tricks** ในงานศัลยกรรมช่องปาก... โดยหลังเสร็จสิ้นการประชุม ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถที่จะนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด



OMFS-DENTISTRY @ Kku

Dental Management in Medically Compromised Patient and Common Complications in Minor Oral Surgery

อังคาร 24 พฤศจิกายน 2558

08.00-08.30 ลงทะเบียน

08.30-08.45 พิธีเปิด โดย คณะบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มช.

08.45-09.45 **Update in Hypertension / CVS drugs and case discussion**

ผศ.นพ.ภัทรพงษ์ มกรเวส (ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มช.)

อ.นพ.ทพ.ดร.สุทิน จินาพรธรรม (ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปากฯ มช.)

09.45-10.00 พักรับประทานอาหารว่าง

10.00-10.45 **CVS drugs and case discussion (ต่อ)**

10.45-12.00 **Liver disease, Liver cirrhosis, Hepatitis**

ผศ.พญ.คู่ขวัญ สวัสดิ์พานิชย์

(ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มช.)

อ.นพ.ทพ.ธีรศักดิ์ เจียงประภากร และ อ.นพ.ทพ.นิพนธ์ คล้ายอ่อน

(ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปากฯ มช.)

12.00-13.00 พักรับประทานอาหารกลางวัน

13.00-14.45 **Update in Common Thyroid disease**

Update in Adrenal insufficiency and Steroid usage

ศ.นพ.ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล (ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มช.)

ผศ.ทพ.วรัญญา คงกันคง (ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปากฯ มช.)

14.45-15.00 พักรับประทานอาหารว่าง

15.00-16.00 **Common oral lesion and management**

ผศ.(พิเศษ)ทพญ.พัชรี กัมพลานนท์ (สาขาวิชาทันตแพทยศาสตร์ มทส.)

รศ.ทพญ.ดร.ศจี สัตยุดม (ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปากฯ มช.)

พุธ 25 พฤศจิกายน 2558

08.30-08.45 ลงทะเบียน

08.45-09.45 **Update in Diabetes mellitus**

ทพ.ลีปกร มลิทอง (กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร)

ทพ.ปิยะรัฐ สุตเดมิย์ (กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น)

09.45-10.00 พักรับประทานอาหารว่าง

10.00-11.00 **Update in Chronic kidney disease**

อ.นพ.กิตติวีร์ กฤษณ์ธนาภักย์

(ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มช.)

อ.นพ.ทพ.อมรเทพ มั่งมี (ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปากฯ มช.)

อ.ทพ.เวทิส ศักดิ์เดชยนต์ (ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปากฯ ม.มหิดล)

11.00-12.00 **Update in HIV infection and AIDS**

อ.นพ.อริบดี มีสิงห์ (ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มช.)

ผศ.ทพญ.ภัทรมณ รัตนพันธ์ (ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปากฯ มช.)

12.00-13.00 พักรับประทานอาหารกลางวัน

13.00-14.30 **Osteoradionecrosis (ORN) and Bisphosphonate-related osteonecrosis of jaw bone (BRONJ)**

อ.นพ.ทพ.ดร.บวร คล่องน้อย

(ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปากฯ ม.มหิดล)

14.30-14.45 พักรับประทานอาหารว่าง

14.45-16.30 **Small group for case discussion**

พฤหัสบดี 26 พฤศจิกายน 2558

08.30-09.30 **Update in Bleeding disorder**

อ.ทพ.ธนศักดิ์ เชงสันติสุข (กลุ่มงานทันตกรรม รพศ.ขอนแก่น)

09.30-09.45 พักรับประทานอาหารว่าง

09.45-11.00 **Tips and Tricks in Minor oral surgery**

ผศ.ทพญ.อังคณา คลังทอง, ผศ.สุภาพร คงสมบูรณ์

(ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปากฯ มช.)

ทพ.ชนรรค์ เล็กอุทัย (กลุ่มงานทันตกรรม รพ.น่าน)

11.00-12.00 **Tips and Tricks for X-Ray interpretation**

รศ.ทพญ.ดร.สุวดี โฆษิตบรรณชัย

(ภาควิชาวินิจฉัยโรคช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มช.)

กำหนดการ

24-26 พ.ย.58

ลงทะเบียน/DOWNLOAD ใบสมัคร

Download เอกสารและใบสมัคร

www.dentistry.kku.ac.th

ลงทะเบียนออนไลน์

<http://goo.gl/forms/gOukw8w0KG>

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนก่อน 30 กันยายน 2558

• ทันตแพทย์ทั่วไป 2,500 บาท

• บุคลากรคณะทันตแพทย์ มช. 1,500 บาท

• นศ.หลังปริญญา (ทุกสถาบัน) 1,500 บาท

[หลัง 30 ก.ย. เป็น 3,000/2,000]

บริการอื่นๆ

- บริการสำรองที่พักระหว่างการประชุม
- บริการรถรับจากสนามบินขอนแก่น (ฟรี)
- บริการรถรับ-ส่งจากที่พักมายังที่จัดประชุม ตลอดช่วงการประชุม (ฟรี)
- [ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในใบสมัคร]

ร่วมแรงร่วมใจ ให้บริการฟันเทียม

โดย ทพ. สุปรานี ตาโลดม สำนักทันตสาธารณสุข

โครงการฟันเทียมพระราชทานในปี 2558 นี้ก้าวกระโดดครั้งยิ่งใหญ่ เพราะในที่สุดพี่ใหญ่มหาวิทยาลัยที่พร้อมพรั่งด้วย Knowhow ก็เข้าร่วมลง MOU ให้บริการฟันเทียม งานนี้ไม่ว่า Torus จะใหญ่โตคับอกกับใจ หรือเหวี่ยงจะแบนแคไหน คนใช้น่าจะมีโอกาสได้รับบริการที่ดีที่สุดละค่ะ



โดยในวันวันที่ 8 เมษายน 2558 มีพิธีลงนามความร่วมมือ "โครงการฟันเทียมพระราชทาน ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" ระหว่างกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กับคณะทันตแพทยศาสตร์ทั้ง 9 มหาวิทยาลัย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดเป้าหมายร่วมกันในการใส่ฟันทั้งปากแก่ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ใช้สิทธิบัตรทอง (ผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 83 ใช้สิทธิบัตรทอง) ประมาณ 2,200 รายโดยการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมเป็นเงิน 12,980,000 บาท โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว แต่กติกาเดิมนะค่ะ คือ อายุ 60 ปีขึ้นไป และต้องไม่เคยรับบริการใส่ฟันมาก่อนในช่วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมา



จากภาพจะพบท่านคณบดีครบทุกมหาวิทยาลัย

จากซ้าย 1. นพ. ชูชัย ศรีธานี ประธานกลุ่มภารกิจสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ สปสช. 2. ศาสตราจารย์คลินิก พลเรือตรีหญิงสุชาดา วุฑฒิกนก คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต 3. ผศ. ทพ. ดร. จรินทร์ ปภังกรกิจ รองคณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 4. รศ. ทพ. ดร. ณรงค์ศักดิ์ เหล่าศรีสิน คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 5. รศ. ทพ. ดร. สิทธิชัย จันจันทรวัชร คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 6. ผศ. ทพ. ดร. เลิศฤทธิ์ ศรีนภากร รองคณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 7. นพ. วินัย สวัสดิ์ดิวิร เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 8. ศ. นพ. รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข 9. ดร. นพ. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ อธิบดีกรมอนามัย 10. รศ. ทพ. พาสณศิริ นิสาลักษณ์ คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 11. ผศ. ทพ. ดร. สุจิต พูลทอง คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 12. รศ. ทพ. ดร. ไชยรัตน์ เจริญรัตนโรจน์ คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 13. รศ. ทพ. ดร. ทศพล ปิยะปัทมินทร์ คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 14. ทพ. สุธา เจียรมณีโชติชัย รองอธิบดีกรมอนามัย

ท่านสมาชิกที่มีคนไข้ สนใจจะส่งไปรับการรักษา หรือมีข้อสงสัย เรารวบรวมรายชื่อผู้ประสานแต่ละมหาวิทยาลัยให้แนคะ

รายชื่อผู้ประสานงาน

โครงการฟื้นฟูพระราชนิเวศน์ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ลำดับ	ชื่อ คณะทันตแพทยศาสตร์	ชื่อผู้ประสานงาน	เบอร์ติดต่อ
1	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คุณสุภาวดี หมั่นไวย	0-2218-8705
2	ม.มหิดล	คุณแก้วกัลยาณ์ อธิวิธพันธ์	0-2200-1021
3	ม.ขอนแก่น	คุณกนกวรรณ วงศ์อินอยู่	08-0194-2522
4	ม.เชียงใหม่	คุณธงชัย ปรีชา	08-1952-1379
5	ม.สงขลานครินทร์	1) คุณพัชรีณี ศิริวรรณ 2) คุณเตือนใจ บุญรังษี	08-1542-3423, 07-4287-628 07-4287-620, 07-4429-880
6	ม.นเรศวร	คุณสุภารัตน์ รัตนพงษ์	05-5966-866
7	ม.รังสิต	นางสาวดวงพร ทองเจิม	0-2997-2200-30 ต่อ 4272
8	ม.ศรีนครินทรวิโรฒ	คณะทันตแพทยศาสตร์ ชั้น 7 มศว (สาขาโศก/ประสานมิตร)	0-2649-5000 ต่อ 15100
9	ม.ธรรมศาสตร์	คุณจันทรกานต์ สมเงิน (คลินิกทันตกรรมประดิษฐ์)	0-2986-9213 ต่อ 7110
10	สปสช. ส่วนกลาง (สอบรายละเอียดโครงการ)	นางศศิธร ไชยสิทธิพร	0-2141-4190, 08-4438-4866

ชีวิตอ่อนหวาน : อ่อนหวาน... อาหารว่าง

โดย ทญ. ปิยะดา ประเสริฐสม ผู้จัดการเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน

ในแต่ละวันเราแทบจะหลบ เลี้ยงน้ำตาลไม่พ้น ไม่นับหลายคน ที่เค็มความหวานให้ตัวเองทั้งวัน

นับตั้งแต่ ตื่นเช้า รับประทาน

อาหารเช้า หลายคนบอกว่า กาแฟ
แก้วเดียว พอ แต่กาแฟ แก้วเดียว
ที่ว่ำนั้น คงเป็นกาแฟเย็น หวาน
มัน จากร้านกาแฟเจ้าประจำ หรือ
จากร้านสะดวกซื้อใกล้บ้านหลายคน

อาจจะเพิ่ม ขนมปัง ขนมครก เค้ก ฯลฯ

เป็นอาหารเช้า อาหารเหล่านี้ส่วนประกอบ
หลักที่หลายคนบอกว่าทำให้อ้วนคือ น้ำตาล และเมื่อเริ่มทำงาน
ก็จะมีมื้ออาหารว่าง เข้า บ่าย นอกเหนือจากอาหารหลักเพิ่มมาอีก
และแน่นอนอาหารว่างที่มักเสิร์ฟกัน ก็คือ เครื่องดื่ม ชากาแฟ หรือ
น้ำหวาน น้ำผลไม้ ร่วมกับ ขนมหวาน หรือ เบเกอรี่

เมื่อหลายคนมีวิถีชีวิตและรับประทานอาหารวันละ 5 มื้อเช่นนี้
และเคยชินกับการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลจนเป็นนิสัย
จนกระทั่งดื่ม น้ำเปล่าธรรมดาวันแทบจะไม่มี หากเราสังเกตกัน
สักนิด เราจะเห็นว่า ในช่วงสิบปีที่ผ่านมา เราจะเจอคนอ้วนมากขึ้น
เรื่อยๆ และอาหารการกินทั้งหลายก็มีการดัดแปลงและมีการปรุง
แต่งมาเยอะเสียจนเราไม่สามารถรู้ได้ว่า ได้รับประทานอะไรเข้าไป
บ้างในแต่ละวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คนทำงาน เวลาในแต่ละวันที่
จะสนใจเรื่องต่อเรื่องอาหารการกิน จะมีน้อย หลายคนบอกว่า มี
เวลากินก็ดีแล้ว ขอกินให้อร่อยหน่อย หรือ เขาให้อะไรมาก็กินไม่
ได้สนใจเท่าใด

อาหารว่าง ด้วยชื่อของมันบอกอยู่แล้วว่าเป็นมื้ออาหารที่เรา
รับประทานในช่วงว่าง คือ ช่วงที่ระหว่างมื้ออาหารหลัก โดยทั่วไป
ถ้าเป็นการประชุมเขาเจตนาเพื่อทำให้ผู้ประชุม ได้มีโอกาสขยับตัว
หรือ ได้เครื่องดื่มเพื่อทำให้รู้สึกสดชื่นจากความล้าที่เกิดจากการ
ประชุม จึงอาจเห็นในบางการประชุมเขาจะเขียนว่า เป็นช่วงเวลา
refreshment หากแต่การจัดการประชุมในบางครั้งมีเวลาน้อย การ
พูดคุยกำลังต่อเนื่องเข้มข้น ก็จะทำให้เสิร์ฟอาหารว่างในห้องประชุม
นั้นหมายถึง การที่ผู้เข้าประชุมจะนั่งนิ่งนานเป็นเวลานานอย่างน้อย 3
ชั่วโมง และรับประทาน ขนม ซึ่งบางครั้งเป็นขนมเค้กก้อนโตๆ กับ
พายอีกชิ้น พร้อมดื่มกาแฟ หรือชา ซึ่งส่วนใหญ่จะวางน้ำตาลให้
1 ช้อนและครีมเทียมอีก 1 ช้อน บางที่ประชุมที่ใจดีวางให้อย่างละ
2 ช้อนเลย

คุณเคยอยู่ในสถานการณ์นี้บ้างไหม แล้วคุณใส่
น้ำตาลหมดของ ครีมเทียมหมดของ มา 1 ช้อน ใส่ 1
ช้อน มา 2 ช้อน ใส่ 2 ช้อน หรือเปล่า ค่ะ

บางคน ตอบว่า ใช่เลย เขาวางมาให้แค่ไหน
ก็ใส่แค่นั้น (เพราะเขาคงคิดมาเผื่อเราแล้วว่าเท่า
นี้พอแล้ว จะคิดมากทำไม ใส่ลงไปแล้วดื่มก็อร่อยดี)



บางคน ตอบว่า ไม่หรอก ฉันกิน
กาแฟดำ ไม่ใส่น้ำตาลเลย (ว่าแล้วก็
เทน้ำตาลลงในกาแฟหมดของที่เขาให้มา)

บางคน ตอบว่า ฉันไม่กินหวานนะ
เทน้ำตาลหมดของ หวานไป เหลือไว้ ในช่อง
ทุกที น่าเสียดายเหมือนกัน

ไม่ว่าจะตอบอย่างไร สิ่งที่น่าแปลกใจคือ ไม่เคยมีใครรู้ หรือ
สนใจอยากรู้ว่า น้ำตาลของที่เขาวางให้เรานั้น มันมีน้ำหนักเท่าใด
หรือมันเท่ากับกี่ช้อนกันนะ

การศึกษาของ ออย. ร่วมกับเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน พบ
ว่า คนส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ น้ำตาลของที่ตัวเองใส่ลงไปในแต่ละ
ครั้งหนักเท่าใด ซึ่งในความเป็นจริง คือ น้ำตาลของที่วางมาพร้อม
กับกาแฟหรือชานั้น จะเป็นน้ำตาลของขนาด 6 กรัมและ 8 กรัม ซึ่ง
เท่ากับ 1.5 ช้อนชา และ 2 ช้อนชา ตามลำดับ (น้ำตาล 1 ช้อนชา
= 4 กรัม) ดังนั้น หากเราเพียงเปลี่ยน น้ำตาลของ ให้เป็นขนาด 4
กรัม เราก็จะสามารถลดการกินน้ำตาลลงได้ ถึง 25-50%

ปัญหาที่เกิดขึ้น คือ น้ำตาลของขนาด 4 กรัม นั้นมีจำหน่าย
ในท้องตลาดเพียง 1-2 ยี่ห้อ เท่านั้น ดังนั้น หากมีการเรียกหาจาก
ผู้บริโภค น้ำตาลขนาดนี้จะเพิ่มมากขึ้นอย่างแน่นอน

แต่หากคุณไม่ใช่นักประชุม คุณทำงานอื่นๆแน่นอน นี่ยัง

เป็นโอกาสที่คุณจะกำหนดชีวิตตัวเองให้
อ่อนหวานได้ ด้วยการเตือนตัวเองทุกครั้งว่า
จะเติมน้ำตาล 1 ช้อนชา เท่านั้นในเครื่องดื่ม
ร้อนแต่ละแก้ว (พยายามเลี่ยง/ลด การดื่ม
เครื่องดื่มเย็นนะค่ะ เพราะในเครื่องดื่มเย็น
จะต้องใช้น้ำตาลและครีมเทียมมากกว่า
เครื่องดื่มร้อนเป็นเท่าตัว)

เริ่มต้นชีวิตอ่อนหวานง่ายๆ เพียง
ใส่ใจเครื่องดื่มที่คุณดื่มเป็นประจำทุกวัน

เติมน้ำตาลให้น้อยลง เพียงครึ่งหนึ่งในแต่ละแก้ว ก็สามารถ ลด
การกินน้ำตาลได้อย่างชัดเจนตั้งแต่ 1-2 ช้อนชาทีเดียว แถมด้วย
การเปลี่ยนจากเค้ก หรือ พาย เป็น ขนมไทย ชิ้นเล็กๆ ชัก 2 ชิ้น
ตามด้วยผลไม้ซัก 2-3 ชิ้น แค่นี้ มื้ออาหารว่างของคุณก็จะเป็นมื้อ
อาหารที่ดีต่อสุขภาพ ทำให้คุณสดชื่นขึ้น พร้อมจะทำงานต่อไป
ที่สำคัญจะไม่เพิ่มน้ำหนักส่วนเกินให้คุณ จนคุณอาจจะอ้วนโดย
ไม่รู้ตัว

ได้เวลาอาหารว่างแล้ว แล้วพบกันใหม่ สำหรับชีวิตอ่อน
หวานค่ะ T





โดย ทพ.สมดุลย์ หมั่นเพียรการ และทีม Thai Dental Magazine

มีคนเคยกล่าวว่า การเรียนรักษา
คลองรากฟัน เหมือนศาสตร์มืด
เพราะเป็นการทำงาน
กับสิ่งที่มองไม่เห็น ใช้แต่ความรู้สึก
สัมผัสเพียงอย่างเดียว

การทำให้ 'ว่าที่' ทันตแพทย์สามารถเข้าใจและเข้าถึงศาสตร์
มืดได้ราวกับตาเห็นจึงเป็นความท้าทายอย่างยิ่ง มาตลอดชีวิตการ
สอน ของ ศ. (คลินิก) ทพ.ญ. สายสวาท ทองสุพรรณ

จนถึงวันนี้ ท่านคือผู้พลิกโฉมการเรียนการสอน วิชาวิทยาเอ็น
โคคอนต์ ณ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ไม่ใช่เพียง
สัมผัสได้ด้วยปลายไฟล์ แต่ด้วยปลายนิ้วบนหน้าจอสมาร์ทโฟน



“Teaching is my Passion” เริ่มต้นจาก ‘พลังแห่งความรัก’ ในการสอน

“Teaching is my passion” อาจารย์ผู้อุทิศตนกับการสอน วิชาคลองรากฟันมากกว่า 40 ปี เริ่มต้นบนสนทนาด้วยใบหน้าเปื้อนยิ้ม

“สมัยเริ่มสอนยังเป็นแผ่นใส ต่อมาด้วยสไลด์ในถาด ซึ่งถ้าใครยังทันได้เรียน คงจำได้ถึงการสอนที่ต้องหยุดเป็นระยะๆ เพราะสไลด์ตกร่อง ต่อมาเริ่มใช้ powerpoint กันแพร่หลาย นำเสนอเป็นคลิปวิดีโอได้ อาจารย์ยังอยากได้สื่อการสอนที่ดีกว่านี้..”

ไม่เพียงต้องก้าวตามเทคโนโลยีที่เปลี่ยนไป แต่ยังต้องก้าวให้ทันผู้เรียนในพ.ศ. 2558 อีกด้วย

“นักศึกษาสมัยก่อนถูกสอนให้เข้าฟังเลกเชอร์ท่องหนังสือกองโตเตรียมสอบ แต่เด็กยุคนี้ เขามีความอดทนฟังบรรยายในห้องไม่เกิน 15 นาที แล้วก็เบื่อ หันไปกดๆ เขี่ยๆ ดูโน่นนี่นั่นในมือถือ ขณะที่บางคนแค่เอาเครื่องอัดเสียงมากองบนโต๊ะครูแล้วขอ copy powerpoint ไปอ่านประกอบก็พอแล้ว แต่ตอนนี้ขอหนูนอนก่อน”

“พลังงานที่อาจารย์เตรียมการนำเสนอมาถึงตีหนึ่งตีสอง จะสูญเปล่า ขอตายแพรว !” อาจารย์กล่าวอย่างติดตลก นั่นเองที่ทำให้เราคิดว่า ‘ต้องเปลี่ยน’

Transform the classroom พลิกโฉมการเรียนรู้ อย่างไม่มีที่สิ้นสุด

แทนที่จะปรับผู้เรียนน้อยๆ ให้เข้ากับวิธีการสอนแบบเดิม อาจารย์เลือกที่จะ ‘เข้าถึง’ เด็กยุคดิจิทัล ด้วยการสร้างวิธีการเรียนรู้ใหม่ คือ นำความรู้มาไว้ในมือของเขา

“การจัดการเรียนการสอนในปัจจุบัน จะเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ หรือ Student Centered แม้ผู้เรียนจะมีความแตกต่างกัน แต่ทุกคนสามารถเรียนรู้ได้ โดยอาจใช้รูปแบบ วิธีการ หรือระยะเวลาที่แตกต่างกันไป”

อาจารย์กล่าวต่อว่า “ต้องเข้าใจว่าเด็กยุคนี้ เติบโตมากับทุกสิ่งที่เป็นดิจิทัลจริงๆ มีชีวิตอยู่หน้าจอคอมพิวเตอร์ ใช้สมาร์ทโฟนและแท็บเล็ต เมื่อเขานึกจะค้นคว้าเขาจะนึกถึง google หรือ website ก่อนห้องสมุด มีความรู้อยู่ในอากาศ ในก้อนเมฆ หรือ icloud มากมาย การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สื่อผ่านอุปกรณ์ที่นักศึกษาชอบ จะเปิดโอกาสให้มีการเรียนรู้เกิดขึ้นได้ทุกที่และทุกเวลา”

และด้วยวิสัยทัศน์ “การศึกษาคืออนวัตรกรรม” ของท่านอธิการบดี ดร.อาทิตย์ อุไรรัตน์ ที่มุ่งพัฒนาการใช้เทคโนโลยีในการศึกษา มีการแจก tablet ให้นักศึกษาปี 1 ทุกคนติดต่อกันเป็นปีที่สามแล้ว และท่านคณบดี คณะทันตแพทยศาสตร์ ศ.คลินิก พลเรือตรีหญิง สุชาดา วุฒิกนก ที่เปิดโอกาสให้ใช้เทคโนโลยีในการเรียนการสอนอย่างอิสระ

ทั้งหมดนี้คือ..จุดเริ่มต้นของการเปิดพื้นที่ห้องเรียนมหาวิทยาลัยเอ็นโดดอนต์ ให้กว้างไกลออกไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด

Endodontics Multi-touch book ตำรารักษากคลองรากฟันฉบับดิจิทัล เล่มแรกของเมืองไทย

อาจารย์เริ่มเข้าถึงนักศึกษายุคดิจิทัล ด้วยตำรารักษากคลองรากฟันที่อ่านได้บน iPad

iPad 9:41 AM

iTunes U
รายวิชาวิทยาเอ็นโคคอนต์ ชั้นเรียนนี้ เปิด 24 ชั่วโมง

“เมื่อก่อน อาจารย์ เคยคิดว่า คนใช้แมค คือ พวกที่ทำงานกราฟฟิคดีไซน์ไม่เคยคิดเลยว่าเขาจะมาใช้กับการเรียนเอ็นโคได้

จนได้รู้จักกับ “iTunes University” หรือ iTunes U

iTunes U เป็นคลังข้อมูลด้านการศึกษาของสถาบันการศึกษาต่างๆ ที่มีชื่อเสียงทั่วโลก ด้วยการประสานงานระหว่างผู้อำนวยการศูนย์นวัตกรรมการเรียนรู้ ผศ.ดร. วลัยภรณ์ นาคพันธุ์กับสาขาวิชาวิทยาเอ็นโคคอนต์ และการสนับสนุนจากบริษัท Apple ประเทศไทย จึงเกิด iTunes U รายวิชาวิทยาเอ็นโคคอนต์ 2 ชั้น ในภาคการศึกษาฤดูร้อนปีการศึกษา 2557

iTunes U ช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในรายวิชาทั้งหมดตั้งแต่อาจารย์ทุกท่าน นักศึกษา และผู้บริหาร สามารถเห็นภาพรวมของรายวิชาแผนการสอน เนื้อหาทั้งหมด ในรูปแบบต่างๆ ทั้งเอกสาร รูปภาพ วิดีโอ ลิงค์เว็บ รวมถึง iBook ได้ในที่เดียว ซึ่งช่วยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองก่อนเข้าห้องเรียน และทำให้การเรียนการสอนถูกขับเคลื่อนให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

เมื่อทีมงานตั้งข้อสังเกตว่า ถ้าอย่างนั้นแล้ว นักศึกษาก็ไม่จำเป็นต้องเข้าเรียนในห้องเรียน อาจารย์ได้ให้ความกระจ่างแก่เราว่า

“วิชาเอ็นโคฯ ยังจำเป็นที่จะต้องอาศัยทักษะจากการฝึกปฏิบัติ อยู่ ประสบการณ์ในชั้นเรียนจะถูกปรับเป็นการบรรยายโดยเน้นความรู้ที่เป็น must know เพิ่มการทดสอบสิ่งที่เรียนมาก่อน ชักถามในประเด็นที่ไม่เข้าใจ

ในห้องปฏิบัติการ เราจะมี iTunes U ที่รวบรวมสื่อทุกอย่างที่เกี่ยวข้องแต่ละขั้นตอน เราสามารถอัปเดตได้ตลอดเวลา ไม่เหมือนเอกสารคู่มือแล็บ แบบที่เราคุ้นชิน

ส่วนความรู้ประกอบอื่นๆ เช่น ตำราอ้างอิง วารสารวิชาการ รวมถึงคลิปการบรรยาย หรือคำถามที่มักล้าถามในห้อง ก็สามารถสื่อสารกับครูผู้สอนผ่าน iTunes U ทำให้เราสามารถสร้างการเรียนรู้ร่วมกันได้กว้างไกลขึ้น”

อาจารย์แบ่งปันประสบการณ์ตรงนี้ ให้เราเห็นภาพได้ชัดเจนขึ้นว่า

“บางที่อาจารย์รักษาคอลงรากอยู่ เป็น case ที่น่าสนใจ ก็จะทำเอาสมาร์ตโฟนบันทึกไว้ แล้ว post ลงใน iTunes U นักศึกษาจะได้รับข้อมูลนั้นทันที โดยมี notification แจ้งเตือนขึ้นมาเหมือนเวลาที่เพื่อนส่งไลน์มาหาเรา ทำให้ทั้งครูและศิษย์สามารถสอนและเรียนรู้ร่วมกันได้อย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน”



“นอกเหนือจากนี้ยังสามารถส่งการบ้านแบบเซอร์ไพรส์ให้ทำได้ทันทีด้วย” อาจารย์เล่าต่ออย่างออกรส “หรือถ้าเขาเกิดอารมณ์อยากเรียนก็แค่หยิบสมาร์ตโฟนและแท็บเล็ตขึ้นมา ไม่ต้องหอบเอกสารตำรากองโต หรือเข้าห้องสมุดเหมือนในอดีต”

“อาจจะพูดได้ว่า ชั้นเรียนนี้เป็นเหมือน เซเวนอีเลฟเว่น คือ เปิดให้เรียนรู้ ตลอด 24 ชั่วโมง”

คู่จิ้นต่างวัย หัวใจเดียวกัน

“ใครๆ ที่เห็นผลงาน ก็แอบเฝ้าที่อาจารย์ว่า อายุขนาดนี้ ไม่น่าจะใช้สื่ออะไรที่ไม่ดีรึนได้” พอทีมงานยิ้มรับ อาจารย์ก็เฉลยให้ฟังว่า “อาจารย์มีคู่จิ้น คอยช่วยต่างหาก”

เริ่มแรกการเรียนรู้เทคโนโลยีใหม่ๆ เป็นไปได้ช้า แต่ด้วยใจรักในการสอน ทำให้เกิดความพยายามศึกษาหาความรู้ฝึกฝนอยู่ตลอด

และด้วยจิตอันเป็นกุศลนี้เองที่ทำให้มีผู้ช่วยเหลือหลายฝ่าย คู่จิ้นคนแรก ที่ต้องขอเอ่ยนามด้วยความขอบคุณยิ่ง นั่นคือ ทันตแพทย์ เทพฤทธิ์ วิศวะวาทิน หรือ หมอกร

“ตอนที่เริ่มสร้าง iBook ศูนย์นวัตกรรมการเรียนรู้ได้จัดหานักศึกษาคณะดิจิทัลอาร์ตมาช่วย แต่ด้วยบริบทที่ไม่ตรงกันบวกกับความซับซ้อนและความยากของเนื้อหาวิชาการ ผ่านเกือบครึ่งปีโดยไม่ได้งาน จนเริ่มท้อใจ แต่ในที่สุด หมอกร ซึ่งตอนนั้นยังเป็นนักศึกษาทันตแพทย์ได้ทุ่มเทแรงกายแรงใจอย่างสุดพลังมาร่วมสร้างจนสำเร็จได้

คู่จิ้นอีกคน คือ ทันตแพทย์สมดุลย์ หมั่นเพียรการ ซึ่งเป็นทีมอาจารย์พิเศษที่คณะฯ

เมื่อได้ทำงานร่วมกัน พบว่าอาจารย์สมดุลย์ มีจิตนิสัยตรงกัน และเป็นผู้สามารถใช้โปรแกรมต่างๆ ของ apple สร้างสื่อการสอนในวิชารักษาคอลงรากฟันและการสอน anatomy ของโยคะ ได้เป็นอย่างดีจึงกลายเป็นคู่มือร่วมสร้างสรรค์ปรับรูปแบบการสอนให้มีสีสันมากขึ้น

และที่ขาดไม่ได้ก็คือเมื่อนำ iTunes U มาใช้ ศูนย์นวัตกรรมการเรียนรู้ได้ส่งทีมสนับสนุนมาช่วยเกื้ออาจารย์กันในรายวิชาเลยทีเดียว

ยิ่งได้ทราบว่า ทุกท่านที่เข้ามาช่วยนั้น ต่างก็ภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการทำงานและได้สานเจตนารมณ์ของอาจารย์ให้เป็นจริง ยิ่งทำให้ท่านปลื้มใจ



“การได้ทำงานร่วมกันระหว่างทันตแพทย์ผู้สูงวัยกับทันตแพทย์รุ่นลูกศิษย์ทำให้เกิดการเกื้อหนุนแบ่งปันจนสามารถจัดการเรียนการสอนได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ”

รางวัลที่ยิ่งใหญ่

ด้วยความโดดเด่นในการใช้ apple technology เป็นสื่อการเรียนการสอน ที่ไม่ได้จำกัดอยู่แต่ภายในห้องเรียน ทำให้อาจารย์สายสวาท และ อาจารย์สมดุลย์ ได้รับคัดเลือกให้ได้รับตำแหน่ง นักการศึกษาผู้ทรงเกียรติ ของ Apple หรือ Apple Distinguished Educator (ADE) พร้อมกับนักการศึกษาในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก และทั่วโลก ซึ่งทั้งสองท่านจะได้รับโอกาสเข้าฝึกอบรมร่วมกับ ADE จากประเทศอื่นๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพในการสร้างนวัตกรรมการศึกษาต่อไป

แต่ใครจะรู้ว่ายังมีรางวัลที่ยิ่งใหญ่กว่านั้นรออยู่อีก

ไม่ว่าการเรียนการสอนจะเปลี่ยนไปเช่นไร แผ่นใส เทอร์สไลด์ หรือ iTunes U แต่ด้วยหัวใจที่เปิดรับ และไม่ยอมจำกัดตัวเองให้ติดกับกรอบความคิดเดิมๆ ทำให้อาจารย์สายสวาทและอาจารย์สมดุลย์ได้ผสมผสานเข้ากับการเรียนการสอนทันตแพทย์ได้ผสมผสานเข้ากับเทคโนโลยีอย่างลงตัว

“60 กว่า แล้ว ใจ ..ความสุขกับการยังคง ‘ได้สอน’ เป็นความสุขที่สุดในบั้นปลายชีวิต” อาจารย์กล่าวทิ้งท้าย พร้อมประกายแห่งความสุขที่ฉายชัดผ่าน



แววดตาและน้ำเสียง

“รางวัลที่ยิ่งใหญ่กว่าที่ได้รับ คือ รางวัลแห่งการให้ ..ให้ด้วยความรู้สึกที่อยากจะมีส่วนที่เป็นประโยชน์ฝากไว้กับลูกหลานทันตแพทย์ทุกๆ คน” T

Key Note and Numbers

Numbers ใน Note นี้ คือ Key ที่ทำให้คุณรู้จัก iTunes U และ ADE มากขึ้น

2557 เป็นปีแรก ที่ apple ปลอ่ย iTunes U ให้ใช้ครั้งแรกในประเทศไทย และในเดือนพฤษภาคม ปีเดียวกันนี้เองที่รายวิชาวิทยาเอ็มไอคอนต์ เป็นวิชาแรกของมหาวิทยาลัย ที่นำ iTunes U มาใช้ในการเรียนการสอนจริง เรียกได้ว่า อัปเดตสุดๆ

42 คอร์ส ที่จัดการเรียนการสอนผ่าน iTunes U ของมหาวิทยาลัยรังสิต นับตั้งแต่ปีการศึกษา 2557 จนถึงปัจจุบัน ในจำนวนดังกล่าวมีการใช้ iTunes U สำหรับวิชาวิทยาเอ็มไอคอนต์ ถึง 4 รายวิชา

15,295 เครื่อง คือจำนวน iPad ทั้งหมดที่แจกให้กับนักศึกษาใหม่ ปีที่ 1 ติดต่อกันมาสองปี ตามคำริของ ดร.อาทิตย์ อุไรรัตน์ อธิการบดี เปิดโอกาสให้สามารถสร้างนวัตกรรมการเรียนรู้ ได้อย่างเต็มที่

2000+คน คือ จำนวนของ ADE ที่มีจากทั่วโลก ตลอด 20 ปี ที่มีในโครงการนี้ ซึ่งจะมีการเปิดรับสมัคร ทุก 2 ปี

2 นาที คือความยาวของคลิปวิดีโอ ที่ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็น ADE ทุกคนต้องสร้างสรรค์เพื่อบอกเล่าเรื่องราวการใช้เทคโนโลยีของ Apple ในการเรียนการสอนให้ทีมการศึกษาของ Apple พิจารณา ไม่นับรวมกับการกรอกแบบฟอร์มรวมถึงคำบรรยายผลงานอีกกว่า 3,000 ตัวอักษร

2 สิ่งนี้ อาจทำให้คุณรู้จัก ADE มากขึ้นอีก

ADE application VDO โดย ศ.คลินิก ทพ.ญ. สายสวาท ทองสุพรรณ http://bit.ly/ADE_Saisawat หรือ <https://www.youtube.com/watch?v=8ejerskTS6Q>

ADE application VDO โดย อ.ทพ.สมดุลย์ หมั่นเพียรการ http://bit.ly/ADE_Somdul หรือ <https://youtu.be/Bhwr3vJzYCA>

SonicFill™

Sonic-Activated, Bulk Fill Composite

5mm in 5 seconds.

Finally, a true bulk fill material that is easy & predictable.



The only sonic-activated, single-step bulk fill composite system

SonicFill เป็น Resin Composite ที่ใช้งานง่าย โดยสามารถบูรณะฟันหลังได้ในขั้นตอนเดียวโดยไม่ต้องอุดเป็นชั้นๆ ด้วยลิขสิทธิ์เฉพาะของ **Kerr** ในการใช้คลื่น **Sonic** กระตุ้นให้เนื้อ **Resin Composite** มีลักษณะเหลวไหลแผ่แนบกับ **Cavity** ได้เป็นอย่างดี สามารถเติมเต็ม **Cavity** ได้อย่างง่ายดายให้ถึงความลึกและความรวดเร็ว ลดทั้งขั้นตอนการทำงานและ **Chair times** ลงอย่างมาก นับจากนี้เป็นต้นไป คุณหมอสามารถที่จะอุด **Resin Composite** ในฟันหลังจนจบขั้นตอนการขัดแต่งโดยใช้เวลากันหมด น้อยกว่า 3 นาที

Feature and Benefit

- เป็นระบบ **Bulk Fill** ในขั้นตอนเดียวอย่างแท้จริง
- ไม่ต้องอุดแบบ **Layering Technique**
- ให้ความแนบกับ **Cavity wall** ที่ดีมาก และมีความง่ายในการแต่งรูปร่างที่ดีเยี่ยม
- การหดตัวต่ำ พร้อมกับให้ความแข็งแรงที่สูง



Case Image Courtesy of Dr. Kittipong Booranasophone

KaVo Kerr
Group

ติดต่อพินิจเพื่อบริการโปรโมชั่นพิเศษ หรือที่ บริษัท เอสดีเอส เคอร์ จำกัด
10/29 หมู่ 11 ซ.ลาดพร้าว 28 แขวงจอมพล เขตจตุจักร กทม. 10900
โทร. 02-511-5242 Fax. 02-511-5161

ศาสตราจารย์ เชื้อโชติ หังสสุต

บิดาแห่งวงการศัลยศาสตร์ช่องปาก
และแม็กซิลโลเฟเชียลแห่งประเทศไทย

โดย ผศ.(พิเศษ) ทพ.ไพศาล กังวลกิจ



ถ้าผมจะถามพวกเราชาวทันตแพทย์ว่า มีใครรู้จักอาจารย์เชื้อโชติ หังสสุตบ้าง ท่านที่เพิ่งจบคงไม่รู้จักแน่ แต่ท่านที่จบมาสัก 20 - 30 ปี อย่างผม ส่วนใหญ่จะรู้จักอาจารย์ ในสมัยก่อนใครๆ ที่อยากเรียนศัลย์ มักมาหาอาจารย์ อาจารย์เชื้อโชติ หังสสุต เป็นใคร มีความสำคัญต่อการทันตแพทย์และวงการศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียลอย่างไร ทำคุณประโยชน์อะไรให้กับวิชาชีพและประเทศชาติเป็นสิ่งที่น่ารู้ แต่สำหรับลูกศิษย์ ผมบอกได้เลยว่าอาจารย์เป็น "ครูผู้เป็นแรงบันดาลใจ"

ชีวิตและการทำงานของศาสตราจารย์กิตติคุณ ทันตแพทย์ นายแพทย์เชื้อโชติ หังสสุต หรือที่เราเรียกว่าอาจารย์เชื้อโชติ เป็นเรื่องที่น่าสนใจที่คนรุ่นหลังควรศึกษา ผมจึงถือโอกาสนี้เล่าเรื่องชีวิตและการต่อสู้ของอาจารย์เชื้อโชติ ให้คนรุ่นหลังได้รับทราบกัน

ชีวิตต้องสู้ ไม่เลือกอยู่สุขสบาย

ชีวิตอาจารย์เชื้อโชติ ถ้าจะเลือกอยู่อย่างสุขสบาย ทำได้ไม่ยาก เนื่องจากเกิดในครอบครัวขุนนาง พ่อ คือ หลวงรักษาราชหิรัญ (โชติ หังสสุต) แม่คือนางรักษาราชหิรัญ (จิณ หังสสุต) ปู่ คือ พระยาพิพิธโกศัยสุวรรย์ (เชษฐ หังสสุต) ตำแหน่งอธิบดีกรมการกษาปณสีทการ กระทรวงพระคลังมหาสมบัติ อาจารย์เกิดเมื่อ



วันที่ 3 มิถุนายน 2476 เริ่มเรียนหนังสือที่โรงเรียนราชินี แล้วไปจบชั้นมัธยมที่โรงเรียนสวนกุหลาบ จากนั้นเข้าเรียนทันตแพทย์ รุ่น 13 รุ่นนี้มีคนดังอยู่หลายคน เช่น อาจารย์ท่านผู้หญิงเพ็ชรา เตชะกัมพูช อาจารย์พลโทพิศาล เทพสิทธา อาจารย์สมนึก พูนทรัพย์ (อดีตคณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น) อาจารย์ชีระ ศุขลวรรณ (อดีตคณบดี คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์) หลังจากจบทันตแพทย์ในปี 2500 ถ้าจะเลือกใช้ชีวิตอย่างสบายๆ ก็ทำได้ แต่อาจารย์เลือกไปเรียนแพทย์ต่อ อาจารย์เคยเล่าว่า



“พอจบทันตแพทย์ ผมตั้งใจจะเป็นหมอศัลย์ เลยตัดสินใจ เรียนแพทย์ต่อที่ศิริราช ตอนนั้นประทับใจในตัวอาจารย์หลวงวาท(พ.อ.หลวงวาทวิทยาวัฒน์) ที่อาจารย์จบแพทย์และทันตแพทย์จากอเมริกา แล้วกลับมาสร้างคณะทันตแพทยศาสตร์ในเมืองไทย อาจารย์เป็นคนเก่ง และเห็นว่าคนที่ทำงานด้านศัลยศาสตร์ช่องปากต้องเป็นทันตแพทย์เพราะรู้เรื่องในช่องปากเป็นอย่างดี แต่ต้องมีความรู้ทางการแพทย์เป็นอย่างดีด้วย ตอนไปเรียนแพทย์ ผมมีเพื่อนไปเรียนด้วยอีก 2 คน หลังจบ เพื่อน 2 คนที่ไปด้วยไม่เป็นทันตแพทย์ คนหนึ่งชื่อเสริมทรัพย์ไปเป็นหมอสูติ อีกคนชื่อวโรภาส ไปเป็นหมอเด็ก ส่วนผมกลับมาเป็นอาจารย์ในคณะทันตแพทยศาสตร์”

หลังจากเป็นอาจารย์ได้ระยะหนึ่ง จึงตัดสินใจไปเรียนต่อที่อเมริกา โดยทุนส่วนตัว ด้วยเหตุที่จะไม่รบกวนความช่วยเหลือจากทางบ้าน อาจารย์จึงตัดสินใจทำงานหารายได้และเรียนไปด้วย โดยสมัครไปเป็นอินเทิร์นของแพทย์ ทำงานหาประสบการณ์และพอมีรายได้ขณะเดียวกันก็หาทางสมัครเข้าฝึกอบรมด้านศัลยกรรมช่องปากต่อ

“ผมหาเงินค่าเดินทางไปอเมริกาโดยสมัครเป็นแพทย์ประจำเรือโดยสารที่พาชาวมุสลิมไปแสวงบุญที่นครเมกกะ ประเทศซาอุดีอาระเบีย ต้องรอนแรมอยู่ใน มหาสมุทรอินเดีย หลายวัน โชคดีเจอพายุมรสุมในมหาสมุทรอินเดีย เรือฝ่าพายุจนเสาะกระโดงหัก ตอนนั้นคิดว่าจะไม่รอดแล้ว แต่โชคดีที่กัปตันเรือเก่ง สามารถควบคุมเรือฝ่าพายุเข้าฝั่งได้โดยสวัสดิภาพ จากนั้นก็นั่งเครื่องบินจากซาอุดีอาระเบียไปอเมริกา”

อาจารย์ไปเป็นอินเทิร์นที่โรงพยาบาลเมโธดิสต์ รัฐนิวยอร์ก ระหว่างนั้นหาที่ฝึกอบรมด้านศัลยกรรมช่องปากไม่ได้ จึงสมัคร



ไปเป็นเรสซิเดนททางพยาธิวิทยา ที่โรงพยาบาลควีนส์ ทำอยู่ 6 เดือน จึงได้ที่เรียนด้านศัลยกรรมช่องปาก ที่เพนซิลวาเนีย เรียนอยู่ 10 เดือน จึงย้ายมาเป็นเรสซิเดนท สาขาศัลยกรรมช่องปากที่มหาวิทยาลัยยอลามา และสำเร็จการฝึกอบรมในปี พ.ศ.2512 จึงเดินทางกลับมาเป็นอาจารย์ในคณะทันตแพทยศาสตร์จุฬาฯ และในปีพ.ศ.2514 ได้ผ่านการสอบ Diplomate American Board of Oral and Maxillofacial Surgery เป็นชาวต่างชาติคนแรกที่ยอมรับผ่านได้บอร์ดนี้ ชีวิตการเรียนของอาจารย์จึงสำเร็จด้วยการต่อสู้ที่มุ่งมั่นและความอดทน

บุกเบิกวางรากฐานวิชาชีพ

ด้วยความเชื่อมั่นเสมอมาว่างานด้านศัลยกรรมช่องปากเป็นงานของทันตแพทย์ ผู้ทำงานได้ดีต้องมีพื้นฐานความรู้ในช่องปากเป็นอย่างดี อาจารย์จึงปักหลักอยู่ที่คณะทันตแพทยศาสตร์ ทั้งๆ ที่มีอุปสรรคมากมาย โดยเฉพาะข้อจำกัดเรื่องคนไข้ บุคลากรไม่มีเตียงรับคนไข้ใน ไม่มีห้องผ่าตัดที่พร้อมสำหรับผ่าตัดใหญ่ ไม่มีหมอดมยา ฯลฯ อาจารย์จึงต้องต่อสู้ เพื่อสร้างสิ่งเหล่านี้ขึ้นมา จนประสบความสำเร็จให้เห็นในปัจจุบัน

“ตอนนั้นมีปัญหามาก เพื่อนที่อยู่รามาฯ ขวนให้ไปอยู่โรงพยาบาลรามาฯ เพราะผมได้บอร์ดมาและเป็นแพทย์ด้วย จะทำอะไรได้สะดวกขึ้น แต่ผมไม่ไป เพราะเห็นว่างานนี้เป็นงานของทันตแพทย์ จึงเลือกที่จะอยู่ในคณะต่อ”

อาจารย์ทำโครงการเสนอคณะ วางแผนเป็น 2 ขั้นตอน คือ
1. เปิดอบรมระยะสั้นแก่ทันตแพทย์ผู้สนใจ โดยเฉพาะอย่าง



ยังทันตแพทย์ในต่างจังหวัด เพื่อให้การรักษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน ได้ทำงานร่วมกับแพทย์ได้โดยการเปิดการฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้น 3 เดือน ซึ่งได้เปิดไปหลายรุ่น

2. เปิดฝึกอบรมโดยใช้หลักสูตร 2-3 ปี เพื่อให้ทันตแพทย์มีความรู้ด้านศาสตร์ของปากและวิชาชีพแพทย์พื้นฐาน ฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุบนใบหน้าและกระดูกขากรรไกร จึงเป็นที่มาของโครงการฝึกอบรมทันตแพทย์ประจำบ้านของคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ซึ่งให้การฝึกอบรมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2516

สร้างคน

“คนคือพื้นฐานของวิชาชีพ คุณภาพของคนคือคุณภาพของวิชาชีพ”

อาจารย์พูดให้ลูกศิษย์ฟังเสมอ อาจารย์สร้างคนโดยได้เปิดการฝึกอบรมทันตแพทย์ประจำบ้านขึ้นในคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ใช้หลักสูตร 2 ปี แทนที่จะเปิดหลักสูตรปริญญาโท หรือปริญญาเอก อาจารย์เลือกเปิดการฝึกอบรมทันตแพทย์ประจำบ้าน (Residency training) เนื่องจากเห็นว่าเป็นหลักสูตรที่มีประสิทธิภาพ มีความคล่องตัว สามารถสร้างคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นหลักสูตรที่ต่างประเทศใช้กัน หลักสูตรของอาจารย์จึงไม่ได้รับการรับรองจากมหาวิทยาลัย บางคนจึงเหน็บแนมอาจารย์เสมอว่า เป็นหลักสูตรเถื่อนแต่อาจารย์ไม่สนใจ ใช้ผลงานเป็นตัวตัดสิน สอนเรสซิเดนท์ด้วยความทุ่มเท ให้ความใกล้ชิด และเป็นกันเอง อาจารย์จึงเป็นแบบอย่างของครูที่เสียสละ อดทน ลูกศิษย์ของอาจารย์ได้กระจาย

อยู่ทั่วประเทศ บางแห่งได้เปิดการฝึกอบรมตามรูปแบบที่อาจารย์วางไว้ เช่นที่โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลหาดใหญ่

หมอยกผู้ยากไร้

อาจารย์เป็นหมอที่ดูแลคนไข้ด้วยความเมตตา ไม่เคยเลือกปฏิบัติ คนไข้ทางศัลยกรรมส่วนใหญ่เป็นคนยากจนมาจากต่างจังหวัด อาจารย์ พัทธี กัมพลานนท์ จากหาดใหญ่เคยเล่าว่า

“อาจารย์เป็นตัวอย่างที่ดี คือความเมตตาที่มีต่อผู้ป่วยแดนไกลโดยเฉพาะผู้ป่วยจากภาคอีสาน มักจะเดินทางโดยรถไฟถึงคณะฯ ตั้งแต่เช้าตรู่ เมื่ออาจารย์มาถึงคณะฯ ในตอนเช้า หากพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้ ยังไม่ได้รับการซักประวัติ หรือตรวจจากพวกเรา เราจะถูกอาจารย์เล่านงานเล็กน้อย เพราะหากผู้ป่วยได้รับการตรวจแต่เนิ่นๆ เมื่อฝ่ายเอกซเรย์เปิดทำงานตอน 08.30 น. ผู้ป่วยของเราจะได้รับการเอกซเรย์เป็น

คนแรกๆ หลังจากนั้นผู้ป่วย อาจจะได้รับการรักษาหรือตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ แล้วเดินทางกลับบ้านได้ในบ่ายวันนั้นเลย นอกจากนี้ คนไข้บางคนบางคนไม่มีค่ารถกลับบ้าน อาจารย์ให้เงินส่วนตัวเป็นค่ารถกลับบ้าน หรือเป็นค่าเดินทางเพื่อกลับมาตรวจต่อ

นี่คือภาพที่สะท้อนความเมตตาที่อาจารย์มีต่อคนไข้ เป็นแบบอย่างที่ถูกศิษย์จดจำ

สร้างความก้าวหน้าทางวิชาการ

อาจารย์เชื้อโชติ เป็นผู้มีความวิสัยทัศน์ เห็นความจำเป็นในการติดต่อกับต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศที่มีความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยี ทั้งในยุโรปและสหรัฐอเมริกา อาจารย์ผ่านการฝึกอบรมจากอเมริกา และผ่านการดูงานในยุโรปหลายแห่ง ร่วมกับการเข้าร่วมประชุมวิชาการในต่างประเทศทำให้มีเพื่อนที่เป็นคัลยแพทย์ช่องปากที่มีชื่อเสียงของโลกในหลายประเทศ อาจารย์จึงส่งลูกศิษย์และทันตแพทย์ที่สนใจให้มีโอกาสศึกษาฝึกอบรมในสถาบันที่มีชื่อเสียงในต่างประเทศทั้งในสหรัฐอเมริกา อังกฤษ เยอรมนี และได้กลับมาเป็นกำลังสำคัญในวิชาชีพต่อไป นอกจากนี้ยังได้นำเทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาในประเทศไทย ทำให้การเรียนการสอนและฝึกอบรมมีความทันสมัยอยู่ตลอดเวลา

ก่อตั้งสมาคมคัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล

อาจารย์เชื้อโชติ เป็นผู้ริเริ่มก่อตั้งชมรมคัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียลแห่งประเทศไทยขึ้น ได้จัดประชุมผู้ก่อตั้งในวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2521 ที่โรงพยาบาลคริสเตียนมโนรมย์ จ.ชัยนาท โดยชมรมฯ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความสามัคคี แลกเปลี่ยนความคิดเห็นทางวิชาการและเพื่อพัฒนาความรู้ด้านคัลยศาสตร์ช่องปากเป็นที่ปรึกษาและกระตุ้นให้ทันตแพทย์ทั่วไปที่สนใจมีความตื่นตัวและเรียนรู้มากขึ้น กิจกรรมของชมรมฯ ส่วนใหญ่เป็นการจัดประชุมวิชาการ และจัดศึกษาดูงานยังต่างประเทศ ชมรมฯ มีความเจริญก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง จนในปี พ.ศ. 2534 ได้ยกฐานะเป็นสมาคมคัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียลแห่งประเทศไทย และในปี พ.ศ. 2542 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้สมาคมฯ อยู่ในพระบรมราชูปถัมภ์ นับเป็นพระมหากษัตริย์คุณอย่างหาที่สุติมิได้ที่ทรงมีต่อสมาคมฯ และวิชาชีพ





บิดาแห่งวงการศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียลของประเทศไทย

จากเกียรติประวัติและผลงานที่อาจารย์เชื้อชาติ หังสสูตร ได้อุทิศตนให้กับวิชาชีพและการวางรากฐาน สร้างความเจริญก้าวหน้าให้กับวิชาชีพและงานด้านศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ อาจารย์เชื้อชาติ จึงได้รับการยกย่องให้เป็น “บิดาแห่งวงการศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียลในประเทศไทย” ศาสตราจารย์ Charles A. McCallum อธิการบดีของมหาวิทยาลัยอะลาบามา สหรัฐอเมริกา ได้เขียนไว้ดังนี้

“Since your return to Thailand, you have done much to further your specialty. You have been responsible for establishing an outstanding educational and training program for young Thais to specialize in oral surgery. You have been the leading force in establishing a Thai Society of Oral and Maxillofacial Surgery, and have continued to strive to develop hospital training program for students in oral and maxillofacial surgery. Through your insistence and encouragement, you have made it possible for other Thai students to participate in residency training program in many other countries. I consider you to be the father of oral and maxillofacial surgery in Thailand and responsible for setting substantial and appropriate goals for the specialty in Thailand.”

Charles A. McCallum, DMD., MD.

ทันตแพทย์คือแพทย์ช่องปาก

อาจารย์เชื้อชาติพูดเสมอว่าทันตแพทย์คือแพทย์ช่องปาก เจตนารมณ์ของผู้ก่อตั้งคณะทันตแพทยศาสตร์ คือ อาจารย์หลวงวาจว ซึ่งท่านเป็นทั้งแพทย์และทันตแพทย์ ทันตแพทย์เป็นแพทย์ที่ต้องรับผิดชอบช่องปากและฟัน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของร่างกาย จึงต้องมีบทบาทหรือมีสถานะภาพเช่นเดียวกับแพทย์สาขาอื่นๆ เช่น สูติศาสตร์ แพทย์ ตา หู คอ จมูก อาจารย์เคยให้อวาทินิสิตในวันไหว้ครูไว้ดังนี้

“ท่านทั้งหลายต้องเตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติหน้าที่ทันตแพทย์ช่องปากที่สามารถทำงานได้ดีในระบบโรงพยาบาล ซึ่งหมายความว่ามิใช่แค่รู้ด้านทันตกรรมบูรณะเท่านั้น แต่ยังต้องมีความรู้พื้นฐานด้านแพทยศาสตร์ทั่วไปด้วย และพร้อมที่จะทำงานในระบบของกระทรวงสาธารณสุข คืองานในโรงพยาบาลทั่วไป ท่านทั้งหลายจึงมีหน้าที่ช่วยกันยกฐานะ และทำวิชาชีพของเราให้สูงถึงระดับที่ประชาชนต้องการตามผู้ให้กำเนิดวิชาชีพนี้ตั้งไว้”

สอนจนชีวิตหาไม่

ภายหลังเกษียณอายุราชการ อาจารย์เชื้อชาติ ยังได้ทำหน้าที่เป็นอาจารย์พิเศษที่ปรึกษาให้กระทรวงสาธารณสุข คณะทันตแพทยศาสตร์ สถาบันทันตกรรมและโรงพยาบาลอีกหลายแห่ง เป็นอาจารย์สอนและบรรยายในการประชุมวิชาการต่างๆ แม้ในยามที่เจ็บป่วยก็มิได้ย่อท้อ อาจารย์เชื้อชาติเสียชีวิตเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2544 ด้วยภาวะการหายใจล้มเหลว สิริอายุได้ 68 ปี ด้วยจิตวิญญาณแห่งความเป็นครู อาจารย์ได้อุทิศร่างกายให้กับคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อประโยชน์ในการศึกษาของนักศึกษาแพทย์ คำกล่าวที่เหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับความเป็น “ครู” ที่ยิ่งใหญ่ ลูกศิษย์ได้ประพันธ์บทกลอนขึ้น

ยืน	สอนขณะมี	กำลัง
เดิน	พูดนักเรียนฟัง	จำได้
นั่ง	สอนแม้ใน	ยามป่วย
นอน	เป็นอาจารย์ใหญ่	เมื่อม้วยมรณา

ศาสตราจารย์ กิตติคุณ นายแพทย์ ทันตแพทย์ เชื้อชาติ หังสสูตร ได้ทำหน้าที่ของครูผู้สอน ครูผู้ให้ เป็นหมอนักบุญเบิก เป็นหมอนของผู้ป่วยผู้ยากไร้ อาจารย์ถือเป็นปูชนียบุคคลคนหนึ่งของวิชาชีพ เป็นครูผู้เป็นแรงบันดาลใจของลูกศิษย์ เป็นบุคคลที่สมควรได้รับการยกย่องและจดจำตลอดไป **T**

Resin-based Dental Restorative Material

Sigma

ESTELITE Σ QUICK

QUICK-CURE

ด้วยนวัตกรรมล่าสุด ของเทคโนโลยีระบบเริ่มต้น ที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

" Radical Amplified Photopolymerization technology " (RAP)

ลิขสิทธิ์เฉพาะของ Tokuyama Corp. เป็นผลให้ Estelite Sigma Quick

ลดเวลาในการบ่มตัว และมีความคงตัวที่ดีเยี่ยม ไม่ไวต่อแสงรอบข้าง

ในขณะที่ยังคงความสวยงามที่เหนือกว่า รวมถึงคุณสมบัติทางกายภาพ

ที่เหนือกว่าของ Estelite Σ



Benefits

- เวลาบ่มตัวรวดเร็ว (10 วินาทีเมื่อฉายแสงด้วยเครื่องฉายแสงฮาโลเจน ($\geq 400\text{mW/cm}^2$))
- เวลาในการทำงานยาวนานขึ้น - 90 วินาทีภายใต้แสงรอบข้าง (10,000 lx)
- การขัดแต่งที่ดีเยี่ยม
- ความมันเงาสูงแม้เวลาจะผ่านไปยาวนาน
- คุณสมบัติกลมกลืนได้หลายเฉดสี (Chameleon Effect)
- ทนต่อการสีกร่อนสูง
- แทบไม่ก่อให้เกิดการสีกร่อนของฟันคู่สบ
- การหดตัวต่ำ
- ทึบแสงรังสีสูง
- มีให้เลือกถึง 20 เฉดสี



Indications

- ใช้บูรณะได้ทั้งฟันหน้าและฟันหลัง
- ใช้ทำ Composite veneer
- ปิดช่องฟันห่าง
- ซ่อมแซม Composite / porcelain

Diastema Closure



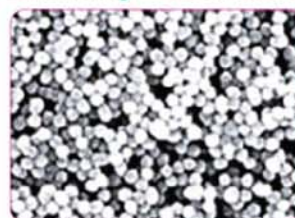
Before



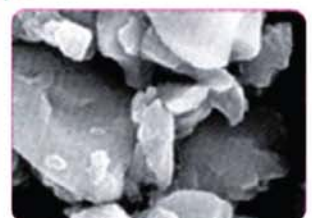
After

Case courtesy of Toshio Kanamura, DDS

SEM Images of Filler Shape



Estelite Σ Quick

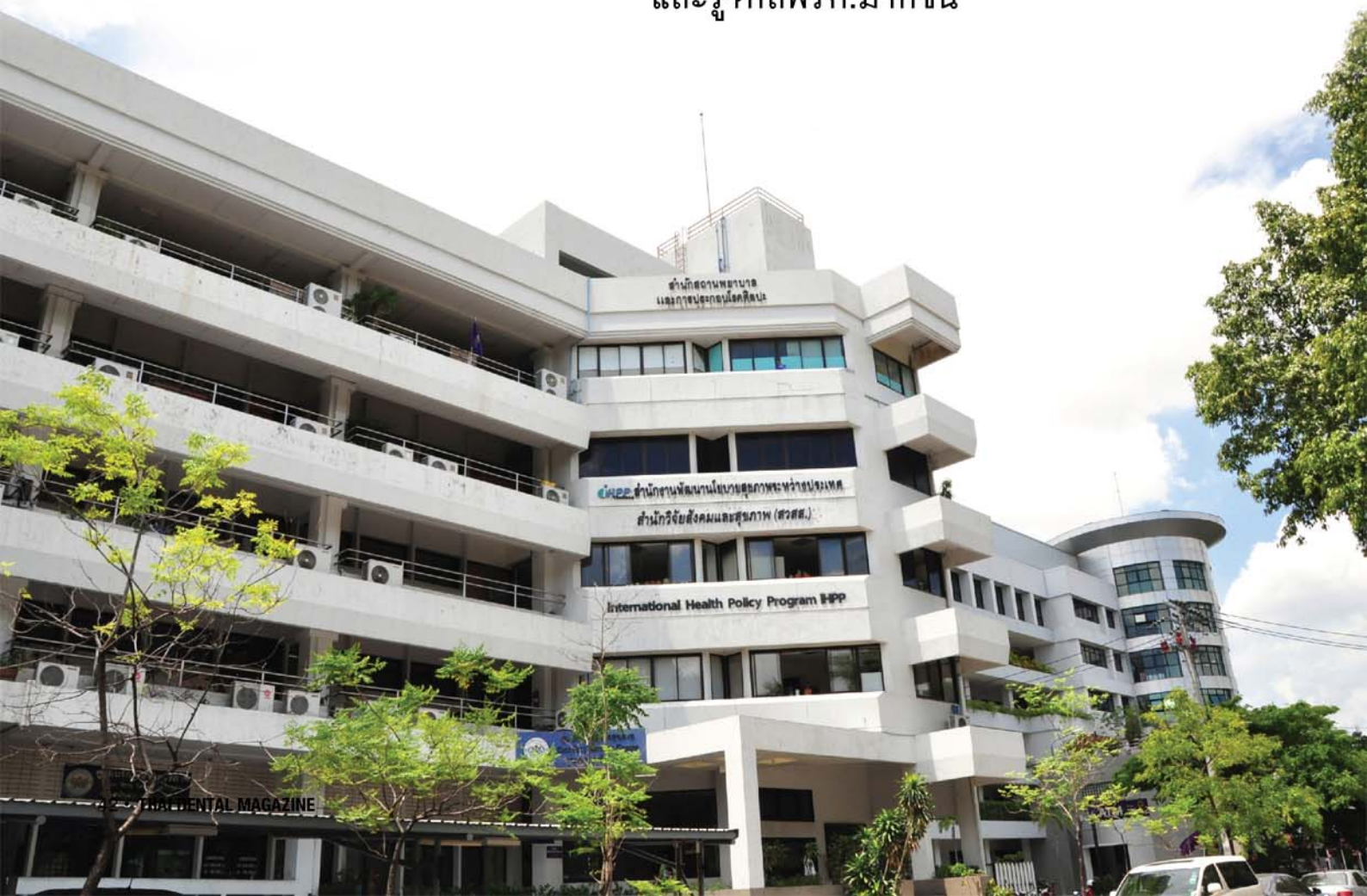


Esthet-X*

วันเบาๆ กับทพ.เจ้าสำนัก กองการประกอบโรคศิลปะ

โดย ญ.แพร จิตตินันท์

กองการประกอบโรคศิลปะ เป็นชื่อเดิม
ของสำนักสถานพยาบาลและ
กองประกอบโรคศิลปะ(สพรศ.)
หน่วยงานราชการที่ทันตแพทย์เจ้าของคลินิก
รู้จักเมื่อเปิดคลินิก และต่อทะเบียนสถาน
พยาบาล เป็นหน่วยงานที่ดูแลกำกับกฎหมาย
สาธารณสุขหลายฉบับ ในปี 2558 นี้
ผู้บริหาร สพรศ.เป็นทันตแพทย์
เราจึงได้โอกาสไปทำความรู้จักท่าน
และรู้จักสพรศ.มากขึ้น





ทพ.อาคม ประดิษฐ์สุวรรณ —"ชายสี"...สำนัก

ทพ. อาคม ประดิษฐ์สุวรรณ ลูกหม้อคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นรุ่นที่ 11 มีเส้นทางการรับราชการที่โดดเด่นและหลากหลาย เริ่มชีวิตราชการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จากนั้นย้ายเข้ามากระทรวงสาธารณสุข โดยท่านรองปลัดฯ นายแพทย์จักรธรรม ธรรมศักดิ์ ให้มาช่วยงานที่มูลนิธิสมเด็จพระยุพราชในตำแหน่งรองผู้อำนวยการสถาบันที่ปรึกษา การพัฒนาระบบบริหารคุณภาพโรงพยาบาล ในปี 2544 หลังจากช่วยงานที่มูลนิธิได้ 2 ปี ได้ย้ายไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีช่วงสั้นๆ และถูกดึงตัวมาช่วยราชการที่สำนักบริหารการสาธารณสุขภูมิภาคในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานวิชาการและข้อมูลข่าวสาร

จากนั้นย้ายมาปฏิบัติราชการที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ในตำแหน่งหัวหน้าศูนย์บริหารความเสี่ยงในระดับกระทรวงสาธารณสุข และระดับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปี 2554 นายแพทย์สมชัย ภิญญพรพานิช ได้ดึงตัวมาช่วยราชการที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพ ผู้อำนวยการสำนักสารนิเทศและประชาสัมพันธ์ ผู้อำนวยการกองแผนงาน รักษาการผู้อำนวยการสำนักบริหาร ก่อนที่จะมาเป็นรักษาการผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะหรือสพรศ.ในปัจจุบัน

หน่วยงานต้นตำรับ...เกิดก่อนสภาวิชาชีพ

คุณหมออาคมเล่าว่า สพรศ. ตั้งขึ้นมาเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค ด้านบริการทางการแพทย์ตาม พรบ.การแพทย์ พ.ศ. 2466 ในช่วงต้นของการพัฒนาการสาธารณสุขในประเทศไทย หรือยุคมหาดไทย (พ.ศ. 2461 – 2485) เพื่อควบคุมการประกอบโรคศิลปะไม่ให้เกิดอันตรายแก่ประชาชนจากผู้ที่ไม่มีความรู้และมิได้ฝึกหัด กฎหมายฉบับนี้บัญญัติให้มีองค์กรควบคุมการประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวกับการแพทย์ขึ้น เรียกว่า "สภาการแพทย์" และการประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวกับการแพทย์ตามกฎหมายฉบับนั้นเรียกว่า "การประกอบโรคศิลปะ" และเปลี่ยนชื่อสภาการแพทย์เป็น "สำนักงานคณะกรรมการการแพทย์" จนกระทั่งผ่านยุควังสุโขทัย (พ.ศ. 2485 – 2493) เข้าสู่ยุควังเทวะเวสม์ (พ.ศ. 2493 – 2537) จึงได้เปลี่ยนชื่อเป็น "กองควบคุมการประกอบโรคศิลปะ" และได้เปลี่ยนชื่อจากเดิมเป็น "กองการประกอบโรคศิลปะ" จนกระทั่งล่วงเลยเข้าสู่ยุคนนทบุรีซึ่งเป็นยุคปัจจุบัน

ในปี 2552 กองการประกอบโรคศิลปะได้รับการยกฐานะเป็นหน่วยงานในระดับสำนัก ในชื่อ "สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ" ซึ่งมีวิสัยทัศน์ "เป็นองค์กรหลัก ควบคุม กำกับ และส่งเสริมคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพในระดับสากล" โดยสำนักมีการจัดระบบเพื่อให้ความมั่นใจกับผู้รับบริการว่าผู้ให้บริการและสถานพยาบาลได้คุณภาพตามกฎหมายบัญญัติ ซึ่งการกำหนดคุณภาพของผู้ให้บริการจะถูกควบคุมกำกับด้วยสภาวิชาชีพของแต่ละวิชาชีพควบคู่ไปกับการทำงานของสพรศ. ส่วนมาตรฐานด้านคุณภาพสถานพยาบาลนั้น มีการกำหนดโดยคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนของแต่ละวิชาชีพ และมีการปรับปรุงใหม่เป็นระยะๆ

สพรศ.ดูแลกฎหมายด้านสาธารณสุขอยู่ทั้งหมด 4 ฉบับได้แก่ 1)พรบ.สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 2)พรบ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 3)พรบ.คุ้มครองเด็กที่เกิดจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 และ 4)ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดสถานที่เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวย มาตรฐานของสถานที่ การบริการ ผู้ให้บริการ หลักเกณฑ์ และวิธีการตรวจสอบเพื่อการรับรองให้เป็นไปตามมาตรฐาน สำหรับสถานที่เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวย ตามพระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ. 2509 พ.ศ. 2551

บทบาทหลักของสพรศ.แบ่งออกเป็น 4 ด้านตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านแรกคือเรื่องการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการทางการแพทย์ หรือที่เรียกว่าใบประกอบโรคศิลปะตาม พรบ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ซึ่งในปัจจุบันครอบคลุมเพิ่มเติมจากเดิม (ที่มีแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัช พยาบาล) ไปอีกหลายวิชาชีพ ได้แก่ 1.รังสีเทคนิค 2.กิจกรรมบำบัด 3.เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก 4.การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย 5.จิตวิทยาคลินิก 6.กายอุปกรณ์ 7.การแพทย์แผนจีน 8.ทัศนมาตรศาสตร์(Optician) 9.ไคโรแพรกติก(Chiropractic) การจะได้รับใบประกอบโรคศิลปะ

ของผู้ประกอบโรคศิลปะแต่ละสาขาจะต้องมีการสอบ และขึ้นทะเบียนที่นี้ และในปัจจุบันมีผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะ 9 สาขาใหม่รวมแปดพันกว่าคนซึ่งต้องควบคุมดูแลให้ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติตามมาตรฐานและจรรยาบรรณของแต่ละวิชาชีพ

ด้านที่สอง นอกจากการขึ้นทะเบียนของผู้ประกอบวิชาชีพแล้ว บทบาทที่สำคัญดูแลและเกี่ยวข้องกับวิชาชีพเรา ได้แก่การขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลเอกชน ทั้งแบบรับไว้ค้างคืน และไม่รับไว้ค้างคืน รวมคลินิกแพทย์ทันตแพทย์ด้วยตาม พรบ.สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนของไทยมีเพิ่มขึ้นตามลำดับ กระจายในหัวเมืองใหญ่ และ เกือบครึ่งอยู่ในกทม.ของเรา ดังรายละเอียดในตาราง*

จังหวัด	โรงพยาบาล						สถานพยาบาล						รวมทั้งหมด			
	ทั่วไป		เฉพาะทาง		รวม		เวชกรรมทั่วไป		เวชกรรมเฉพาะทาง		ผู้ป่วยเรื้อรัง		รวม			
	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง
กทม.	70	12,983	10	514	80	13,497	9	181	1	31	12	157	22	701	102	14,198
ภูมิภาค	179	19,067	4	187	183	19,254	40	725	1	18	3	124	44	867	227	20,121
รวม	249	32,050	14	701	263	32,751	49	906	2	21	15	641	66	1,568	329	34,319

*ข้อมูลจากสพรศ.

ส่วนของคลินิกทันตกรรม**

ที่ตั้ง	ปี					
	2555		2556		2557	
	คลินิกทันตกรรม	คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง	คลินิกทันตกรรม	คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง	คลินิกทันตกรรม	คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง
กทม.	1,283	4	1,283	4	1,366	4
ภูมิภาค	2,134	39	2,351	45	2,518	55
รวม	3,417	43	3,634	49	3,884	59

**ข้อมูลจากสพรศ.

ด้านที่สาม ทำหน้าที่ควบคุม ตรวจสอบ กำกับดูแลการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ และเป็นหน่วยงานที่จัดทำทะเบียนหน่วยงานหรือองค์กรที่ดำเนินงานเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ตาม พรบ.คุ้มครองเด็กที่เกิดจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 ซึ่งเป็นกฎหมายที่ออกมาใหม่

ด้านที่สี่ เป็นหน่วยงานที่ควบคุมกำกับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดสถานที่เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวย มาตรฐานของสถานที่ การบริการผู้ให้บริการหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบเพื่อการรับรองให้เป็นไปตามมาตรฐานสำหรับสถานที่เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวย ตามพระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ. 2509 พ.ศ. 2551 ซึ่งในปัจจุบันมีจำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพดังรายละเอียดในตารางค่ะ***

เขต	สปาเพื่อสุขภาพ	นวดเพื่อสุขภาพ	นวดเพื่อเสริมสวย	รวม
กทม.	137	195	12	344
ภูมิภาค	384	865	16	1,265
รวม	521	1,050	28	1,609

*** ข้อมูลจากสพรศ.

จำนวนสภาระดับสากล ทั้งหมด 33 แห่ง ได้แก่ Platinum 4 แห่ง Gold 16 แห่ง Silver 13 แห่ง

อีกบทบาทหนึ่งของสพรศ.คือการควบคุมกำกับ การตรวจสอบ จับผู้ประกอบการเถื่อนทั้งหลายในประเทศ (ทำแท้งเถื่อน ขายยาปลอม หมอพื้นเถื่อนฯ) ซึ่งเป็นที่ปวดเศียรเวียนเกล้าค่าที่กฎหมายยังระบุโทษไม่หนัก ทำให้มีผู้ทำทลายกฎหมายให้ต้องออกแรงจับกันเสมอๆ โดยทีมสายตรวจของสพรศ.และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดซึ่งทำหน้าที่สาขาของสพรศ.ในแต่ละจังหวัดในกระทรวง มีอัตรากำลังที่อาจไม่เพียงพอทำให้ต้องจัดสรรเวลาเกินเต็มที่ ถึงกระนั้นก็เพียงทำได้ระดับหนึ่งเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตาม คลินิกที่ให้บริการไม่เป็นไปตามมาตรฐานหรือไม่ถูกต้องตามกฎหมายและหมอเถื่อนทั้งหลายทางสพรศ.ได้ทำเป็น black list ไว้ และให้ความสำคัญในการดำเนินการซึ่งมีโทษค่อนข้างรุนแรงด้วย คือ ทั้งจำคุกและปรับ และในอนาคตสพรศ.วางแผนจะ contract out เอกชนร่วมการประเมินคุณภาพสถานพยาบาลอาจรวมถึงคลินิกทันตกรรมเพื่อให้เกิดความทั่วถึง สม่าเสมอ และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

บทบาทที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับวิชาชีพเราได้แก่การขึ้นและต่อทะเบียนคลินิกทันตกรรม ซึ่งมีการปรับเกณฑ์ตามความเห็นของคณะกรรมการเป็นระยะๆ และล่าสุดในปี 2557 มีการปรับเกณฑ์การขึ้นทะเบียนคลินิกทันตกรรมใหม่โดยเพิ่มความเข้มข้นกับการมีเครื่องเอกซเรย์ที่ได้มาตรฐานกรมวิทย์ ด้วยการให้บริการยุคปัจจุบันจำเป็นต้องมีภาพถ่ายรังสีเพื่อยืนยันมาตรฐานงาน (ต่างประเทศถ้าไม่มีเครื่องเอกซเรย์เปิดคลินิกไม่ได้มานานแล้ว)

สำหรับประเด็นที่สมาชิกหลายท่านกังวลเกี่ยวกับแนวทางการตรวจประเมินคลินิกที่เข้มข้นขึ้น ว่าหากจะเปิดคลินิกทันตกรรมในอนาคตนั้น พื้นที่ใช้สอยยังคงใช้ที่ 20 ตารางเมตรอยู่ ส่วนเรื่องของการระบุให้มีทางลาดเพื่อเพิ่มความสะดวกในการขนส่งคนไข้ที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินยังไม่ได้เป็นกฎหมายแต่เป็นเพียงแนวทางในการพัฒนา ขึ้นกับดุลยพินิจในการตรวจของพนักงานเจ้าหน้าที่

ส่วนเรื่องของเครื่องเอกซเรย์นั้นที่ต้องมีในคลินิกนั้นตามกฎหมายกระทรวงที่ระบุว่าคลินิกต้องจัดมีเครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับควบคุมการติดเชื้อในกรณีที่ต้องใช้ เช่น เครื่องมือหรืออุปกรณ์ในการทำความสะดวก หม้อต้ม หม้อนึ่ง หม้อนึ่งความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ ตู้ที่มีขีดสำหรับเก็บเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อแล้ว และมีเครื่องมือที่พร้อมใช้งาน เช่น ภาชนะบรรจุมูลฝอยทั่วไป และภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อเกณฑ์มาตรฐานส่วนคลินิกทันตกรรมนี้มีคณะกรรมการซึ่งเป็นตัวแทนจากสถานพยาบาลเอกชน ตัวแทนสำนักทันตสาธารณสุขมาร่วมกันคิดกำหนดเกณฑ์ รวมทั้งมีตัวแทนจากผู้บริโภคมาด้วย สพรศ.ทำหน้าที่เป็นทีมเลขาและพยายามค่อยๆ ปรับปรุงเกณฑ์เพื่อเพิ่มคุณภาพมาตรฐานการบริการสาธารณสุขไทยให้เข้าเกณฑ์มาตรฐานสากล



เรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นประเด็นที่อยากจะหลีกเลี่ยงด้วยกระแสเปิดเสรีทางการค้าและ Medical hub ในปัจจุบัน สถานพยาบาลโดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนที่รับรักษาชาวต่างประเทศจึงต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐาน JCI หรือที่เรียกเต็มๆ ว่า Joint Commission International ที่สร้างมาตรฐานด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคของต่างชาติว่าสถานพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ได้คุณภาพ ระดับ Gold standard in global health care ซึ่งดูเหมือนจะเข้มข้นกว่าเกณฑ์ที่เราใช้กันภายในประเทศในปัจจุบัน



ผอ. อาคม ฝากว่า "ดีใจมากครับที่ได้มาให้ข้อมูลวิชาชีพในครั้งนี้ นานมากแล้วที่ไม่ค่อยได้พูดคุยกับพี่น้องชาวทันตะเพราะงานที่ทำออกจะไกลสายของทันตแพทย์ไปสักหน่อย ส่วนใหญ่ผมจะพบกับพี่ๆ ในทันตแพทย์สภาครับ งานที่ผมทำในปัจจุบันเป็นเรื่องที่ยู่งกับชาวบ้านเขามากเหมือนกันครับ ช่วงที่ผ่านมาที่มักจะเป็นข่าว เช่น เปลี่ยนไต (คำไตข้ามชาติ) จิตพิลเลอร์แล้วตาบอด ขบวนการค้าเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ (อุ้มบุญ) ค่ารักษาพยาบาลแพง การแพทย์ฉุกเฉิน (ไปไม่ได้ทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์) เป็นต้น"



เมื่อถามถึงความรู้สึกที่ต้องเข้ามาดูแลสพรศ. ท่านผอ.บอกว่า “แรกๆ ของการเป็น ผอ.สพรศ. ก็ตกใจอยู่ครับ เข้าไปวันแรกก็เจอคดีที่เขาฟ้องผมในฐานะ ผอ. เป็น 100 คดี ผ่านมา 2 ปีเริ่มชินกับคดีความแล้ว พี่ๆ น้องๆ ท่านใดมีเรื่องคดีความหรือเรื่องร้องเรียนปรึกษาได้ครับ เพราะที่ส่วนกลางมีนิติกรที่ชำนาญด้านนี้หลายท่านที่ให้ความเห็น คำแนะนำที่ดี และเป็นประโยชน์ หรืออาจโทรมาพูดคุยถามปัญหาและทักทายกันใน email ได้ครับ ที่เบอร์โทร 02 590 1997 ต่อ 801,803 หรือ E-mail : akom_p@hotmail.com”

สุดท้ายก่อนจากกัน ท่านผอ.ฝากมาว่า “งานการให้บริการทันตกรรมของเราถือว่าเป็นเรื่องสำคัญนะครับและเป็นส่วนหนึ่งของ Medical Hub กระทรวงสาธารณสุขมองว่าสามารถสร้างรายได้ให้กับประเทศ อันเนื่องเหตุปัจจัยหลายด้าน เช่น ความเป็นมิตรที่ดีของทันตแพทย์ไทย ราคาที่ไม่สูงนัก แต่ก็มีคำถามที่มักจะได้ยินชาวต่างชาติถามบ่อยๆ คือการให้บริการของเรามีคุณภาพจริงหรือไม่ เช่น การวินิจฉัย วิธีการรักษา ความสะอาด วัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือมีคุณภาพจริงหรือไม่ ซึ่งคุณภาพในความหมายของชาวต่างชาติประกอบด้วย 2 ส่วนครับ คือ มีมาตรฐานในการให้บริการเป็นที่ยอมรับหรือไม่ และมาตรฐานดังกล่าวมีหลักวิชาการรองรับหรือไม่ครับ จากคำถามดังกล่าวจึงเป็นเหตุผลสำคัญที่เราต้องช่วยกันพัฒนาให้การบริการทันตกรรมในประเทศไทยของเรามีระบบประกันคุณภาพ เพื่อสร้างความมั่นใจกับผู้บริหารอันจะก่อให้เกิดการสร้างงานสร้างรายได้ให้กับประเทศชาติได้อย่างมั่นคงช่วยกันนะครับ **T**





Simply Reliable
THAI DENTAL PRODUCTS

PRACTICAL DENTAL UNIT FOR EVERYDAY DENTISTRY

เราให้คุณได้ .. ครบทุกเงื่อนไข

- ⊗ ใช้งานดี ไม่มีจุดจิก
- ⊗ ราคาสมเหตุสมผล
- ⊗ ค่าบำรุงรักษาต่ำ
- ⊗ มีอะไหล่รองรับทุกชิ้น ไม่แพง
- ⊗ ออกแบบและผลิตโดยคนไทย เพื่อคนไทย

Options Accessories

Treatment Tray



Assistant Tray



Foot controller



Stools



AERO-SERIES

New

ยูนิตทันตกรรมที่รู้จักกันดี แพทย์ไทยมานาน



LIGHT-OPTION



ยูนิตทันตกรรมไทย พร้อมรอกสู AEC

ISO 13485

BUREAU VERITAS
Certification



อีกหนึ่งความภาคภูมิใจในระดับมาตรฐานโลก
มั่นใจ "กับดกไทย" ผู้ผลิตยูนิตทันตกรรมรายแรกของไทย



ACCESSORIES



เลือกยูนิตของ "หมอบุญไทย" โปรดสังเกตตรา TDP ก่อนตัดสินใจสั่งซื้อ



บริษัท ทันตภัณฑ์ไทย (ที.ดี.พี.) จำกัด

63 ซอยวชิรธรรมสาธิต 6 ถนนสุขุมวิท 101/1 บางนา กทม. 10260
โทรศัพท์ 0-2747-6168-9, 0-2393-0630 โทรสาร 0-2747-8688

DRESS UP YOUR WORKING DAY!!

DENTISTRY IN style



facebook®



ชอบก็ Like ใช้ก็ Share

ติดตามเสื้อกาวน์ได้ที่
facebook แพนเพจ
อีกช่องทางนะคะ

facebook.com/DentMateCo



Uni-design
for
unisex



Quality
GUARANTEED
DENT-MATE

- เสื้อกาวน์คุณภาพมาตรฐานส่งออก
สำหรับคุณหมอ, พยาบาล
- ได้รับความไว้วางใจจากสถานพยาบาล
ชั้นนำทั้งในและต่างประเทศ
- บริการปักชื่อและ Logo สถานพยาบาล

แพนเสื้อGown

อัญชลี (อัน)
ID : dm.stock2
081-5658427



รับทำเสื้อ
ผลิตเสื้อorder
ออกแบบ



DENTMATE
www.dent-mate.com
0-2472-8111~3

DENTMATECO f

ID : @dentmate

buy dentmate@gmail.com

fdi BANGKOK 2015
Annual World Dental Congress

22-25 september 2015

BITEC booth #162, #182



Denta Vista
Best Gown You Deserve

You're
the Artist
Not only Dentist **SPIDENT**

What Dentists really want ...

CE
0120

NOP Premium Quality at Better Price !!

**Silicone Coating Substantially
Reduces Pain and
Tissue Trauma**

- 27G/S** 27G/Short (0.4 x 21 mm)
- 27G/L** 27G/Long (0.4 x 30 mm)
- 30G/S** 30G/Short (0.3 x 21 mm)
- 30G/L** 30G/Long (0.3 x 25 mm)
- 31G/XS** 31G/Ex.Short (0.26 x 12 mm)



NOP[®]



Sterile Single Use Dental Syringe Needles

Silicone Coating Substantially Reduces Pain and Tissue Trauma
Tri-Bevel Point for Easy Tissue Penetration without Coring
High Tech Steel Tube, Safe, Non-Toxic, Pyrogenic Free
The Round Cutting Edge protection the Gum

fdi  **BANGKOK 2015**
Annual World Dental Congress

22-25 september 2015
BITEC booth #162, #182



DENTMATE
www.dent-mate.com
0-2472-8111~3

DENTMATECO  

ID : @dentmate

buy dentmate@gmail.com 

มองหา...

เครื่องมือ2 คุณภาพดี มีประกัน พ่อน/สด ราคาเบาๆ

contact : คุณอัมพรลี 08-1684-8492 | ID : chalee2513



Make the move to digital...

Pax-400 C

- Used 3 ปี สภาพ 90%
Sensor ใหม่
พร้อม Server รับประกัน 1 ปี



SALE

Multi-function operation



EasyDent

Diagnosis program for patient communication



Acquires high-quality image under any condition.

- AOP (Automatic Optimizing Process) Technology
- Achieves more clear image for critical usage
- Special imaging modes for Inisor, mandibular canal and maxillary molar

Pax-500 UG

- Used 5 ปี สภาพ 80%
พร้อม Server รับประกัน 1 ปี



SALE

DUET- Dual Enhancement Algorithm



Pax-Flex 3D

3 in 1 CT F.O.V. 8x5



SALE

- Used 2 ปี สภาพ 85%
พร้อม Server รับประกัน 1 ปี

3 in 1 System



Flexible Upgrading Solution

Single or Multi FOV size



Stitching program

UD(Ultra High Definition) Panoramic Image (optional)



Auto-Focusing Technology (optional)



Pax-500 ECT 3 in 1 system

Economic CT.

F.O.V. 5x5



- Panoramic
- Cephalometric
- ECT
- Safe and simple
- Only 8 seconds to scan the target.
- Same as CT
- Image reconstruction algorithm like CBCT.
- Accurate and exact
- Panoramic and cross-sectional images together ensure accurate diagnosis and correct treatment.
- Slicing thickness - min 0.2mm.
- Small data size - 35MB.
- CD publishing (option)

- Used 5 ปี สภาพ 80%
พร้อม Server รับประกัน 1 ปี

SALE

Here comes a practical Solution



พบกับข้อเสนอพิเศษสุดแห่งปี...ที่



22-25 september 2015

BITEC booth #162, #182



DENTMATE
www.dent-mate.com
0-2472-8111~3
buy.dentmate@gmail.com

PaX-i 2D•3D

CT FOV 8x8
12x9

fdi BANGKOK 2015
Annual World Dental Congress

22-25 september 2015

BITEC booth #162, #182



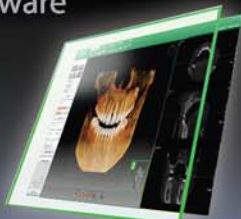
2D	3D
2 Sensors	3 Sensors
Auto focus	Magic Pano
5 years warranty	
0% payment up to 48 months	



Direct Conversion
CMOS detector
high DQE (Detective Quantum Efficiency)

Ez3D-i

Professional Diagnostic Software
Easy to learn, Easy to use



WFS Ez Codi consult software

สำหรับ Pt.consultation
200+ คลิป ครบถ้วนงานทันตกรรม



Metal Crown Treatment Root Canal Treatment



Amalgam Filling vs Resin Filling Animation



Implant Treatment Posterior Teeth

Magic Pano : (option)

MAGIC PAN provides you more superb panoramic image.
It is acquired by reconfiguration of distorted and blurred
Images resulting from Improper positioning.(optional)



Focused image is reorganized throughout the whole dental arch and the image quality can be increased. The image becomes clearer especially in the Incisor and canine region, TMJ areas and root canal.

Auto focus :

- the most precise and high quality panoramic image
- Capability to choose jaw shape and patient size to capture most accurate image



DENTMATE
www.dent-mate.com
0-2472-8111~3



ID: dm.mkt



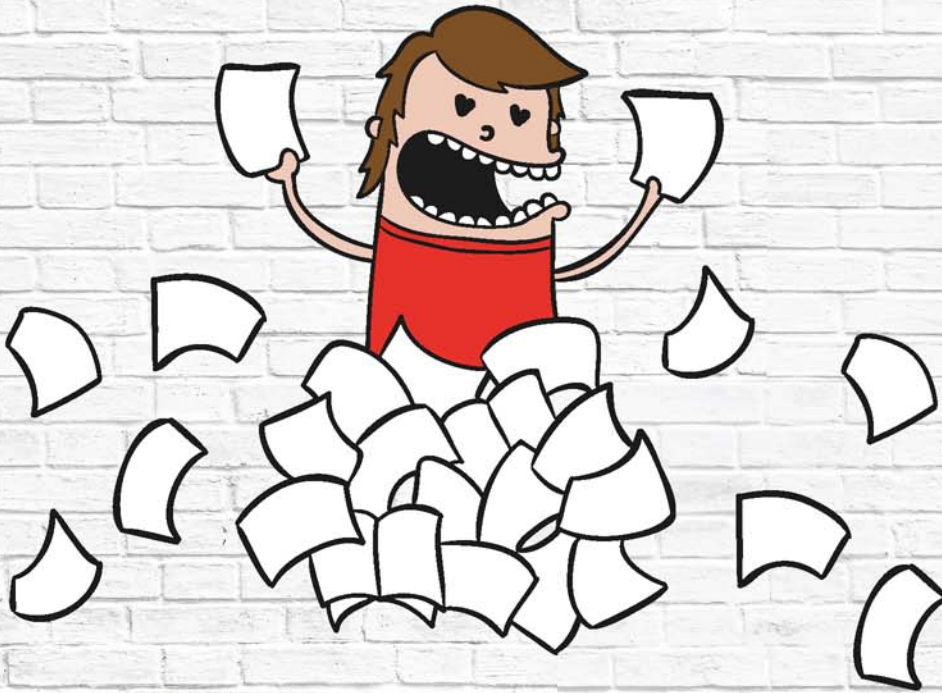
DENTMATECO

www.dent-mate.com

buy.dentmate@gmail.com

ทันตแพทย์จบใหม่ กับการใช้ทุน ในชนบท

โดย ทพ.ดร.วีระศักดิ์ พุทธาศรี
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
ภาพโดย ณัฐนิกร อินทนุพัฒน์, ทญ. สุทธกาญจน์ เต็มคำขวัญ



แว่วเสียง เฮ..คังๆ สลับกับเสียง
โฮ..เบาๆ ลอดผ่านออกมาจากห้อง
จับสลากเป็นระยะ ประหนึ่งเหมือน
การฟังผลตัดสินชีชะตาชีวิต
ที่ผมกำลังพูดถึงนี้ไม่ใช่การจับสลาก
เกณฑ์ทหารนะครับ

แต่มันคือมหกรรมจับสลากเลือกพื้นที่ประจำปีของน้องๆบัณฑิตทันตแพทย์
เรานั่นเอง ผมคงไม่อาจเล่าภาพความประทับใจนี้ได้เหมือนกับที่ตาเห็น
ได้ทั้งหมด หน้าห้องมีกองทัพนายกของพี่ๆ ทันตแพทย์จากจังหวัด
ต่างๆ ที่มาประชาสัมพันธ์โชว์ภาพความอบอุ่นที่ดีต้อนรับ และพร้อม
จัดเต็มโปรโมทพื้นที่ลดแลกแจกแถม (แถมแย่งตัว) ยิ่งกว่าการขายของ
ตามตลาดจตุจักรหรือห้างใหญ่ตอนมีซัมเมอร์เซลซะอีก โดยเฉพาะ
อย่างยิ่งแรงดึงดูดด้วยสารพัดของแถมจากบุรุษบัตรเครดิตที่มีให้เลือก
เยอะจัด น่าจะเป็นที่เดียวที่บัตรเครดิตมาแจก (แถมขอร้อง) ให้ช่วยให้
บัตรเขาน้อยแบบฟรีกันตลอดชีพไปเลย โดยที่ไม่ต้องโชว์สลิปเงินเดือน
แถม..ก็เพราะยังไม่มีใครได้เริ่มทำงานกันสักคนเลยนึ



สิ่งสำคัญที่อยากมาเล่าสู่กันฟังวันนี้ว่าน้องๆ ทันตแพทย์หน้าใหม่กลุ่มนี้เขาคิดยังไงกันบ้างเกี่ยวกับการใช้ทุน การทำงานในโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งการวางแผนอนาคตคร่าวๆ ไว้อย่างไรบ้าง ซึ่งในปี พ.ศ.2558 นี้ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมกันสำรวจความคิดเห็นจากน้องๆ จำนวน 545 คน ผลการประมวลความเห็นเบื้องต้นเอาแบบสรุปง่ายๆ เพื่อชวนคิดนะครับ และไม่ต้องมีค่า p-value มาตีความให้วุ่นวาย ส่วนนักวิชาการที่ต้องการให้อ้างอิงคงต้องรอรงานตีพิมพ์ในวารสารวิชาการอีกครั้งนะครับ

		ทัศนคติต่อชนบทและทำงานชนบท			บทบาทหลักสูตร		ความมั่นใจ ทักษะการ ทำงาน ชนบท
		เชิงบวก	ลบ/ข้อค้อย	Pro-rural	เตรียมความพร้อม ทักษะ	ทำให้อยาก ทำงาน ชนบท	
	รวมทั้งหมด	93%	46%	76%	79%	61%	82%
เพศ	ชาย	91%	53%	74%	74%	60%	84%
	หญิง	94%	44%	76%	81%	62%	80%
สถานที่ตั้งคณะ	มหาวิทยาลัย ในกทม.	92%	45%	76%	80%	58%	80%
	มหาวิทยาลัย ในภูมิภาค	93%	49%	75%	79%	63%	83%
ระบบการรับ เข้าศึกษา	สอบตรงโดย มหาวิทยาลัย	95%	46%	79%	81%	62%	84%
	สอบระดับ ประเทศ	93%	46%	73%	76%	59%	83%
	โควต้าพิเศษ/ แพทย์ชนบท	92%	47%	75%	81%	61%	82%



ทัศนคติและพร้อมสำหรับการไปใช้ชีวิตทำงานในชนบท

น้องๆ ร้อยละ 93 เขามีทัศนคติเชิงบวกต่อการเป็นอยู่และทำงานชนบทหรือชุมชน (วัดจากคนที่มีความเห็นเฉลี่ยมากกว่า 3.0 จาก 5 คะแนนเต็ม ครอบคลุมใน 4 ประเด็น คือเห็นว่าการทำงานในชนบทมีโอกาสให้ใช้ทักษะในหลายๆ ด้าน มีอิสระในการทำงาน สังคมมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และประชาชนในชนบทมีความเป็นกันเองสูง) ทัศนคติแบบนี้ไม่ค่อยต่างกันมากนักหากเปรียบเทียบเพศ (ชาย-หญิง) ที่ตั้งคณะที่จบ (ในกรุงเทพฯ-ส่วนภูมิภาค) รวมทั้งประเภทของการสอบเข้าเรียน (รับตรงโดยมหาวิทยาลัย-สอบระดับประเทศ-โควต้าแพทย์ชนบท)

ขณะเดียวกันน้องๆ ร้อยละ 46 มีทัศนคติเชิงความกังวลหากไปทำงานในชนบทด้วยค่าเฉลี่ยคะแนนของเรื่องโอกาสพบปะกับเพื่อนร่วมวิชาชีพทันตแพทย์น้อย (แบบว่าติดเพื่อน) ต้องโดดเดี่ยวจากเพื่อน/ครอบครัว(สงสัยจะซีเหงา) สิ่งอำนวยความสะดวก/ความบันเทิงน้อย (แม้ว่ารุ่นพี่จะบอกว่ามีร้านสะดวกซื้อในอำเภอกันแล้ว) และโอกาสในการพัฒนาศักยภาพวิชาการน้อย

ถ้าเอาความต่างคะแนนทัศนคติเชิงบวกและความกังวลของการทำงานในชนบทมาพิจารณา คำนวณโดยเอาคะแนน

ค่าทัศนคติเชิงบวกตั้งลบด้วยทัศนคติความกังวล ถ้าบุคคลใดได้ผลลัพธ์มากกว่าศูนย์แล้วในที่นี้เราจะเรียกว่ากลุ่มคนนี้เป็นคนที่มีความโน้มเอียงที่ดีให้กับการทำงานในชนบท (จะเรียกสั้นว่ากลุ่ม pro-rural แล้วกัน) ซึ่งร้อยละ 76 ของน้องทันตแพทย์จัดเป็นพวก pro-rural ซึ่งนับว่ามีไม่น้อยเลย ทั้งนี้ทันตแพทย์หญิง และคนที่ผ่านเข้าเรียนด้วยระบบรับตรง มีร้อยละของคน pro-rural สูงกว่าเล็กน้อยโดยเปรียบเทียบ ...

ข้อมูลเหล่านี้ได้ยืนยันว่าทันตแพทย์เราไม่ว่าจะเป็นเพศใด เรียนจบที่ใด เข้ามหาวิทยาลัยด้วยระบบใด ต่างก็มีทัศนคติที่ดีต่อการไปทำงานในชนบทได้

บทบาทของโรงเรียนในการเตรียมทักษะความพร้อมด้านทันตสาธารณสุข

หนึ่งวันก่อนเลือกพื้นที่จริง ผู้จัดงานเชิญวิทยากรทั้งจากส่วนกลางและพื้นที่มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เสริมกำลังใจ แลกซึ้งชวนจูงใจ (ไม่ใช่หลอกลวง) ว่าการทำงานในชนบทเป็นเรื่องท้าทายนะและไม่ลำบากเหมือนที่คิดเลย (ส่วนว่าใครจะเจอลำบากมากกว่าหรือน้อยกว่าที่คิดนั้น ให้ตามไปถามเป็นรายบุคคลกันเองนะครับ)

แล้วมหาวิทยาลัยหรือโรงเรียนทันตแพทย์ละมีบทบาทกับการเตรียมความพร้อมของบัณฑิตใหม่ในการทำงานในระดับชุมชนมากน้อยแค่ไหน นอกเหนือจากทักษะทางคลินิกและการรักษา





ผู้ป่วยที่ทุกคนต้องมีในการประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ที่ทีมได้เก็บข้อมูลแล้ว เรายังได้เลือกถามความมั่นใจในศักยภาพตนเองในทักษะที่สำคัญพร้อมในการไปทำงานในชนบทที่สำคัญ คือ ทักษะในการทำงานทันตกรรมชุมชน ทักษะการสื่อสาร และการทำงานร่วมกับบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ

ทันตแพทย์รุ่นใหม่มั่นใจในศักยภาพของ คนว่าสามารถไปทำงานในชนบทได้

มีน้องๆ ร้อยละ 82 แสดงความมั่นใจหรือมีคะแนนเฉลี่ยทักษะทั้ง 3 ด้านข้างต้นเกิน 3.0 จากเต็ม 5 คะแนน นอกจากนี้มีน้องๆ ร้อยละ 79 เขาเห็นว่าหลักสูตรทันตแพทยศาสตร์ได้เตรียมความพร้อมที่จะไปแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากในการทำงานระดับโรงพยาบาลชุมชนได้ แถมท้ายอีกร้อยละ 61 ยังระบุว่าหลักสูตรและการเรียนในโรงเรียนได้มีส่วนทำให้ตนเองอยากจะไปทำงานในชนบทอีกด้วย ความเห็นของน้องๆ กลุ่มนี้คงอยากจะทำขอบคุณไปยังครูบาอาจารย์ที่ให้กับฝีมือติดอาวุธทางปัญญาเพื่อให้ก้าวเดินไปทำงานได้อย่างมั่นใจ (นอกเหนือจากให้ฝึกความอดทนและทนอดในตนเองต้องทำแลบและขึ้นคลินิก)

แต่ ... คงจะดีไม่น้อยถ้าได้ปฏิบัติงานใน พื้นที่ใกล้บ้านเกิด

แม้ว่ารุ่นพี่ๆ จะยกทีมจังหวัดมาตีกลองร้องเป่าเชียร์กันแบบจัดเต็มทีหน้าห้องก็ตาม แต่การตัดสินใจเลือกพื้นที่ของน้องๆ เขาให้ความสำคัญกับการได้ทำงานใกล้บ้านเกิดตัวเองมากที่สุด รองลงมาเป็นทางเลือกพื้นที่ที่เหมาะสมในการเก็บเกี่ยวประสบการณ์ทำงาน พื้นที่ที่มีจำนวนเพื่อนๆ แยกน้อย (คงประมาณซีเกิ้ลหอยปิงปองหลายรอบ) มีโอกาสหารายได้จากแหล่งอื่นๆ เพิ่มเติมได้ ความคุ้นเคยกับทันตแพทย์พี่เลี้ยงและมีโอกาสเรียนต่อเฉพาะทาง (คิดเป็นร้อยละ 63, 34, 22, 20, 19 และ 19 เท่ากันตามลำดับ) ... ผมว่าคนได้ทำงานใกล้บ้านเกิดก็โชคดีจะได้มีโอกาสกลับไปพบปะญาติพี่น้องและท้องถิ่นที่คุ้นเคยปรับตัวทำงานได้เร็ว ส่วนคนที่บ่งเอิญหรือตั้งใจจับสลากได้พื้นที่ไกลบ้านเกิดก็มีดีเหมือนกันนะ ในแง่การมีโอกาสเรียนรู้สิ่งใหม่ซึ่งเป็นทางลัดสู่ความคิดความอ่านที่เป็นผู้ใหญ่และเป็นผู้นำด้วยซ้ำไป (มีน่าละ น้องบางคนถึงกับบอกเราว่าปรารถนาอยากทำงานพื้นที่ที่ไหนๆ ก็ได้ แต่ขอให้ไกลบ้านเกิดตัวเองสุดๆ ก็น่าจะด้วยเหตุผลนี้เอง)

จิตใจที่เต็มเปี่ยมพร้อมลุยงานแก้ปัญหา สุขภาพช่องปาก

เป็นที่น่าชื่นใจว่าน้องๆ บัณฑิตทันตแพทย์กลุ่มนี้ยืนยันว่าแม้หากเลือกได้โดยไม่มีสัญญาให้ทุนก็บอกว่ายังสนใจอยากทำงานในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (ร้อยละ 49 และ 27 ตามลำดับ) โดยมีเพียงร้อยละ 9 เท่านั้นที่สนใจอยากทำงานทันตกรรมในภาคเอกชนเลยทันที และเมื่อจับสลากได้พื้นที่แล้วน้องๆ ร้อยละ 64 ได้แสดงเจตจำนงค์ที่จะให้ทุนให้ครบ 3 ปีตามสัญญา และร้อยละ 32 วางแผนจะลาออกก่อนให้ทุนครบ ... นี่ถ้าเราเองมีระบบสนับสนุนที่ดีและเพียงพอ ก็พอจะอุ่นใจได้ว่า จะรั้งทันตแพทย์ไว้ในระบบครบให้ทุนอย่างน้อยถึง 2 ใน 3 เลย

การเพิ่มพูนทักษะในการเป็นทันตแพทย์

น้องๆ จำนวนมาก (ร้อยละ 68) บอกเราว่าได้คิดเกี่ยวกับการวางแผนเรียนต่อเฉพาะทางเหมือนกันซึ่งสาขาเฉพาะทางยอดนิยม 5 อันดับแรกคือ ทันตกรรมประดิษฐ์ ศัลยศาสตร์ช่องปาก ทันตกรรมจัดฟัน วิทยาเอนโดดอนท์ และ ทันตกรรมสำหรับเด็ก คิดเป็นร้อยละ 15, 15, 9, 8 และ 6 ตามลำดับ แต่เนื่องจากน้องๆ กลุ่มนี้ยังไม่มีประสบการณ์จากการทำงานจริง แสดงว่าประสบการณ์และแรงจูงใจตอนสมัยเรียนมีความสำคัญต่อการเลือกสาขาที่จะเรียนต่อ โดย 5 อันดับแรกที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกสาขาที่เรียนมาจาก เป็นความชอบส่วนตัว(แบบว่าใจรักแบบไม่ต้องมีเหตุผลอะ) ประทับใจและอยากเป็นแบบอาจารย์ที่สอนในสาขานั้น เป็นสาขาที่ตลาดต้องการสูง มีรายได้ดี และสาขาที่ได้รับการยอมรับจากสังคมสูง คิดเป็นร้อยละ 60, 36, 18, 17 และ 14 ตามลำดับ นี่เป็นข้อมูลชี้ที่วาทพาทและภาพลักษณ์ของอาจารย์ในโรงเรียนทันตแพทย์ก็สำคัญส่งผลต่ออนาคตและทางเดินชีวิตของลูกศิษย์ได้เนะครับ สิ่งที่ยากชวนคิดต่อเหมือนกันว่าหลังจากที่น้องๆ ไปทำงานให้ทุนแล้วจะมีการตัดสินใจตามนี้หรือไม่ .. นี่ก็หัวข้อวิจัยได้เรื่องหนึ่งเลยนะครับ

ท้ายสุดขอชื่นชมหัวใจน้องๆ ที่มีเจตนาแน่วแน่ในการไปทำงานขอให้ทุนให้ครบในโรงพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะในเขตชนบทที่ยังคงมากด้วยปัญหาสุขภาพช่องปากและความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการทันตกรรม ไปกันเถอะครับ..อย่างน้อยถือว่าเป็นครั้งหนึ่งในชีวิตของเราที่จะได้ไปผจญภัยและทำงานตอบแทนคุณประเทศชาติ ไปกันเถอะครับ..คนในชนบทเขากำลังรอเจอหมอฟันวัยฝันแบบเราส่วนใครที่คิดว่าตนเองจะไม่ไหวก็มีพี่ๆ ทันตแพทย์และพี่ๆ น้องๆ ในทีมสุขภาพคอยเป็นกำลังใจและให้คำปรึกษาได้ทุกอย่างอยู่แล้ว ด้วยความเชื่อมั่น T

ทันตแพทย์ ทหารบก

โดย พ.ต.ท.ญ. กันติญา ฐณัฏฐ์วาทะพุดผิงษ์ กองทันตแพทย์กรมแพทย์ทหารบก สมาชิกหลายท่านอาจไม่ทราบถึงการทำงานของทันตแพทย์ทหารบก นอกจากกองทันตกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ อาจเพราะทันตแพทย์ทหารบกทั่วประเทศมีจำนวนแค่หลักร้อยเท่านั้นค่ะ เพราะโรงพยาบาลกองทัพบกทั่วประเทศมีเพียง 37 โรงแบ่งตามพื้นที่การบังคับบัญชาเป็น 4 กองทัพภาค ดังนี้



★ กองทัพภาคที่ 1 (ทก.1)

รับผิดชอบพื้นที่ภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคตะวันตกมีจำนวน 11 รพ. ได้แก่ 1.รพ.พระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร 2.รพ.อานันทมหิดล จ.ลพบุรี 3.รพ.ค่ายจักรพงษ์ จ.ปราจีนบุรี 4.รพ.โรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า จ.นครนายก 5.รพ.ค่ายสุรสีห์ จ.กาญจนบุรี 6.รพ.ค่ายธนระชาต์ จ.ประจวบคีรีขันธ์ 7.รพ.ค่ายอดิศร จ.สระบุรี 8.รพ.ค่ายภาณุรังษี จ.ราชบุรี 9.รพ.ค่ายนวมินทราชินี จ.ชลบุรี 10.รพ.ค่ายสุรสิงหนาท จ.สระแก้ว และ 11.รพ.ค่ายรามราชนิเวศน์ จ.เพชรบุรี

★ กองทัพภาคที่ 2 (ทก.2)

รับผิดชอบพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งหมด มีจำนวน 10 รพ. ได้แก่ 1.รพ.ค่ายสุรนารี จ.นครราชสีมา 2.รพ.ค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี 3.รพ.ค่ายประจักษ์ศิลปาคม จ.อุดรธานี 4.รพ.ค่ายสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช จ.ร้อยเอ็ด 5.รพ.ค่ายกษัตริย์ศึก จ.สกลนคร 6.รพ.ค่ายวิวัฒน์โยธิน จ.สุรินทร์ 7.รพ.ค่ายศรีพัชรินทร จ.ขอนแก่น 8.รพ.ค่ายสมเด็จพระเจ้าพระยามหาคษัตริย์ศึก จ.บุรีรัมย์ 9.รพ.ค่ายศรีสองรัก จ.เลย และ 10.รพ.ค่ายพระยอดเมืองขวาง จ.นครพนม



★ กองทัพภาคที่ 3 (ทก.3)

รับผิดชอบพื้นที่ภาคเหนือทั้งหมดมีจำนวน 10 รพ. ได้แก่
1.รพ.ค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช จ.พิษณุโลก 2.รพ.ค่าย
สุรศักดิ์มนตรี จ.ลำปาง 3.รพ.ค่ายจิรประวัติ จ.นครสวรรค์ 4.รพ.
ค่ายกาวิละ จ.เชียงใหม่ 5.รพ.ค่ายพิชัยดาบหัก จ.อุตรดิตถ์
6.รพ.ค่ายวชิรปราการ จ.ตาก 7.รพ.ค่ายเม็งรายมหาราช จ.เชียงราย
8.รพ.ค่ายพ่อขุนผาเมือง จ.เพชรบูรณ์ 9.รพ.ค่ายสุริยพงษ์ จ.น่าน
และ 10.รพ.ค่ายขุนเจืองธรรมิกราช จ.พะเยา

★ กองทัพภาคที่ 4 (ทก.4)

รับผิดชอบพื้นที่ภาคใต้ทั้งหมดมีจำนวน 6 รพ. ได้แก่
1.รพ.ค่ายวชิราวุธ อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 2.รพ.ค่ายวิภาวดีรังสิต
จ.สุราษฎร์ธานี 3.รพ.ค่ายเขตอุดมศักดิ์ จ.ชุมพร 4.รพ.ค่ายเสนาณรงค์
จ.สงขลา 5.รพ.ค่ายเทพสตรีศรีสุนทร อ.ทุ่งสง จ.นครศรีธรรมราช
และ 6.รพ.ค่ายอิงคยุทธบริหาร จ.ปัตตานี

★ ถ้าอยากจะเป็นทันตแพทย์ทหารบก ต้องทำอะไรบ้างนะ?

ส่วนใหญ่กองทัพบกจะบรรจุทันตแพทย์ทหารบกโดยการรับ
ทันตแพทย์จัดสรรชุดใช้ทุนจากสถาบันพระบรมราชชนกค่ะ โดย
จะรับสมัครจากนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่ 6 ซึ่งกำลังจะจบการ
ศึกษาในปีนั้นๆ ที่แสดงความจำนงผ่านสถาบันการศึกษาของ
ตนเองว่าต้องการเข้ารับราชการในกระทรวงกลาโหม สังกัดกองทัพ
บก หลังจากนั้นจะมีการคัดเลือกโดยการสอบสัมภาษณ์ค่ะ ซึ่งทาง
คณะกรรมการที่สอบสัมภาษณ์ก็จะพิจารณาคัดเลือกจากหลายๆ
ด้าน ทั้งบุคลิกภาพ ลักษณะทหาร ทักษะคิด ผลการเรียน ความ
ประพฤติและการปฏิบัติตัวในช่วงที่เป็นนักศึกษาทันตแพทย์ เช่น
การเข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆ โดยในปัจจุบันนี้กองทัพบกจะบรรจุ
ทันตแพทย์ปีละประมาณ 6 คน ลงในรพ.กองทัพบกขนาดประมาณ
30-60 เตียงตามกองทัพภาคต่างๆ ทั่วประเทศไทย

★ 1 ใน 6

รพ.ที่จะมีการบรรจุในแต่ละปีนั้นเกือบทุกปีจะมีการบรรจุ
ทันตแพทย์จัดสรรชุดใช้ทุนลงไปปฏิบัติงานที่ รพ.ค่ายอิงคยุทธบริหาร
จ.ปัตตานีด้วย หากน้องๆ ทันตแพทย์จัดสรรชุดใช้ทุนคนใดมีความ
ยินดีที่จะไปปฏิบัติภารกิจในราชการสนามหรือจังหวัดชายแดนใต้
ณ รพ.ค่ายอิงคยุทธบริหาร จ.ปัตตานีก็จะได้รับการพิจารณาเป็น
พิเศษค่ะ ซึ่งในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมานี้น้องๆ ทันตแพทย์จัดสรร
ชุดใช้ทุนสมัครใจลงไปปฏิบัติงาน ณ รพ.ค่ายอิงคยุทธบริหารกัน
ด้วยความเต็มใจ และที่น่าประหลาดใจเป็นอย่างยิ่งคือทุกคนต่าง
เป็นน้องๆ ทันตแพทย์ผู้หญิงด้วยนะค่ะ น้องๆ ทุกคนที่ไปปฏิบัติ
งานล้วนได้รับประสบการณ์ในการทำงานอันทรงคุณค่าและนับเป็น
ความประทับใจที่จะคงอยู่ในความทรงจำ ทุกคนต่างบอกเป็นเสียง
เดียวกันว่า ชายแดนใต้ไม่ได้น่ากลัวและเลวร้ายอย่างที่ทุกคนคิด
และการที่ได้มีโอกาสไปทำงาน ณ ชายแดนใต้สักครั้งหนึ่งในชีวิต
ของการรับราชการเป็นทันตแพทย์ทหารบกนั้นเป็นประสบการณ์
อันล้ำค่าที่หาจากที่ไหนไม่ได้ค่ะ



เมื่อผ่านการสอบสัมภาษณ์ เข้ารับราชการเป็นทันตแพทย์สังกัดกองทัพบกได้แล้ว ไซ่ว่าจะได้รับการประดับยศในทันทีนั้นคะ จะต้องผ่านการบรรจุและแต่งตั้งยศ และต้องเข้ารับการอบรมปฐมนิเทศการเป็นนายทหารใหม่ ซึ่งจะเป็นการอบรมร่วมกับแพทย์ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลกองทัพบกที่บรรจุในปีเดียวกันคะ นอกจากนั้นยังต้องได้รับการฝึกอบรมวินัยทหารด้วยคะ ซึ่งประสบการณ์ด้านนี้หาไม่ได้จากการทำงานที่อื่นคะ

ส่วนการปฏิบัติงานใน รพ.กองทัพบกต่างๆ ก็ไม่ได้มีความแตกต่างจากการทำงานใน รพ.ที่สังกัดอื่นๆ มากนักคะ คือการให้การรักษาทันตกรรมแก่ผู้ป่วยในหอนัทันตกรรม การตรวจสุขภาพช่องปากแก่กำลังพลในหน่วยทหาร การออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ งานโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพต่างๆ และงานด้านการพัฒนาคุณภาพ

ท่านผู้อ่านอ่านมาถึงตรงนี้ก็คงเข้าใจว่างานของทันตแพทย์ทหารบกหมดแต่เพียงเท่านี้ไซ่ใหมคะ หามิได้คะ ภารกิจของเหล่าทันตแพทย์ทหารบกไม่ได้มีแต่เพียงเท่านั้นคะ ยังมีงานอีกหลายๆ ด้านเลยคะที่เป็นความภาคภูมิใจของทันตแพทย์ทหารบก หนึ่งในนั้นคือ การได้มีโอกาสรับใช้ใต้เบื้องพระยุคลบาทพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว โดยการปฏิบัติงานในโครงการทันตกรรมพระราชทาน

อันเป็นหนึ่งในโครงการในพระราชดำริด้านการแพทย์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ที่ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องกว่า 20 ปี โดยทุกครั้งทีพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ เสด็จแปรพระราชฐาน ณ พระตำหนักต่างๆ จะทรงโปรดเกล้าฯ ให้จัดบริการทันตกรรมแก่ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่โดยไม่คิดมูลค่า ปัจจุบัน โครงการทันตกรรมพระราชทานมีสถานที่ปฏิบัติงาน ณ พระราชวังไกลกังวล อ.หัวหิน จ.ประจวบคีรีขันธ์ ในช่วงที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ เสด็จแปรพระราชฐาน ทันตแพทย์และนายสิบทันตกรรมที่ปฏิบัติงานในช่วงนั้น ก็จะมีโอกาสได้เข้าเฝ้าทูลละอองธุลีพระบาทรับเสด็จได้ชื่นชมพระบารมีอย่างใกล้ชิด เป็นความปลื้มปิติและภาคภูมิใจในภารกิจที่ได้ปฏิบัติ ถือเป็นประสบการณ์ที่น้อยคนจะมีโอกาสได้สัมผัส

นอกเหนือจากการเป็นทันตแพทย์ก็คือการเป็นทหาร เส้นทางในการรับราชการจึงมิได้เติบโตเพียงแคการเป็นทันตแพทย์เท่านั้น หากทันตแพทย์ท่านนั้นมีใจรักในการเป็นทหาร ก็สามารถก้าวไปสู่เส้นทางสายทหารอย่างเต็มตัวได้ โดยสามารถสมัครเข้าเรียนและทดสอบในหลักสูตรทางทหารต่างๆ เช่น หลักสูตรสงกำลังทางอากาศ หลักสูตรการรบแบบจู่โจม หลักสูตรหลักประจำโรงเรียนเสนาธิการทหารบก และหลักสูตรหลักประจำวิทยาลัยการทัพบก และที่ผ่านมาก็มีทันตแพทย์เข้าเรียนหลักสูตรดังกล่าว และสามารถเรียนได้สำเร็จ ได้รับเครื่องหมายปี่กรม หัวเสือคาบดาบ เข็มเสนาธิปัตย์ และเข็มเสนยาธิปัตย์มาประดับที่เครื่องแบบเป็นเครื่องยืนยันว่าทันตแพทย์ทหารบกนั้นมีความรู้ความสามารถและเป็นที่ยอมรับทั้งในด้านการเป็นทันตแพทย์ที่ให้การรักษาทันตกรรมแก่ผู้ป่วยและการเป็นผู้นำในทางทหารคะ



นอกจากนี้ยังมีภารกิจพิเศษอื่นๆ ที่ทันตแพทย์ทหารบกได้มีโอกาสเข้าร่วมปฏิบัติงาน โดยบางงานได้มีโอกาสร่วมปฏิบัติงานกับทหารสายแพทย์ต่างชาติที่เข้ามาปฏิบัติภารกิจฝึกร่วมทางทหารในประเทศไทย เช่น การฝึกร่วมผสมคอบร้าโกลด์ การฝึกผสมไทย-มาเลเซีย การฝึกผสมระหว่างกองทัพบกไทย - กองทัพบกสหรัฐอเมริกา รหัส หนุมานการ์เดียน 2015 ฯลฯ และบางงานทันตแพทย์ทหารบกได้มีโอกาสไปปฏิบัติภารกิจราชการสนามยังต่างประเทศ โดยปฏิบัติงานร่วมกับองค์การสหประชาชาติ เช่น การปฏิบัติงานราชการสนามประเทศติมอร์ตะวันออก การปฏิบัติภารกิจรักษาสันติภาพไทย-ดาร์ฟูร์ ฯลฯ ซึ่งภารกิจต่างๆ ที่กล่าวมานี้หากไม่ได้รับราชการทหารก็คงแทบจะไม่มีโอกาสที่จะได้ไป เนื่องจากภารกิจที่จะต้องไปปฏิบัติงานร่วมกับองค์การสหประชาชาตินั้นไม่ได้มีบ่อยครั้งนักคะ นับเป็นความภาคภูมิใจอย่างหนึ่งของการเป็นทันตแพทย์ทหารบกที่ได้มีโอกาสรับใช้ชาติในวิชาชีพทันตแพทย์ที่ได้รู้เรียนมาพร้อมกับภารกิจที่ได้รับราชการทหารอย่างสมภาคภูมิ

ส่วนในงานด้านวิชาการ ทันตแพทย์ทหารบกก็มีโอกาสได้เข้าร่วมการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิชาการในระดับนานาชาติหลายครั้งในช่วงเวลาหลายปีที่ผ่านมาได้แก่การประชุมทันตแพทย์ทหาร (Defence Forces Dentistry Forum, DFDF) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการประชุมวิชาการของทันตแพทย์ภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก (Asia Pacific Dental Congress) การประชุมแพทย์ทหารภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก (Asia Pacific Military Medicine Conference (APMMC)) และการประชุมเวชศาสตร์ทหารนานาชาติ (International Congress of Military Medicine(ICMM))

และในปีพ.ศ.2558 นั้นนับเป็นปีที่ภาคภูมิใจของเหล่าทันตแพทย์ทหารไทยและประเทศไทยอีกครั้ง เนื่องด้วยในวันที่ 19-22 กันยายน พ.ศ.2558 นี้ จะมีการประชุมทันตแพทย์ทหารนานาชาติประจำปี

2558 Federal Dentare Internationale Annual World Dental Congress 2015 (Section of Defense Forces Dental Services) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการประชุมวิชาการประจำปีขององค์กรทันตแพทยนานาชาติ (FDI) และเป็นการประชุมทันตแพทย์ทหารที่ยิ่งใหญ่ที่สุดครอบคลุมประเทศสมาชิกต่างๆ ทุกทวีป โดยส่วนของการจัดการประชุมทันตแพทย์ทหารดังกล่าวจะดำเนินงานโดยคณะกรรมการซึ่งเป็นทันตแพทย์จากเหล่าทัพต่างๆ ในประเทศไทย ในอดีตประเทศไทยยังไม่มีเคยมีโอกาเป็นเจ้าภาพการจัดงานดังกล่าว การที่ทันตแพทย์ทหารบกได้รับเชิญเป็นเจ้าภาพร่วม ถือเป็นการได้รับเกียรติจากองค์กรทันตแพทยนานาชาติและทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยฯ และเป็นโอกาสอันดีของทันตแพทย์ทหารไทยที่มีโอกาสได้จัดการประชุมและเข้าร่วมประชุมในการประชุมระดับโลกในครั้งนี้



แลอดีต มองปัจจุบัน พัฒนาสู่นาคต กองทันตกรรม โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า

โดย พล.ต.สุรเดช วรดิถี, พ.อ.หญิง ดวงปภัตร์ จาตุรงค์กุล,
พ.อ.หญิง นวรัตน์ จิตตินันทน์

กองทันตกรรม รพ.พระมงกุฎเกล้า
หน่วยงานทันตกรรมที่ใหญ่ที่สุด
ของกองทัพบกและมีอายุกว่า 80 ปี
และเป็นจุดเริ่มต้นของวิชาชีพทันตแพทย์
ในประเทศไทย

★ ย้อนอดีต

หากย้อนไปในอดีตนับแต่ปี พ.ศ. 2460 สยามประเทศได้
ส่งทหารไปช่วยรบในสงครามโลกครั้งที่ 1 ในทวีปยุโรป ก่อนเดิน
ทางกลับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2461 คณะหน่วยทหารเสนาธิการ
ของไทยได้เข้ารับการอบรมด้านทันตกรรมและได้นำความ
รู้มาสอนอบรมแก่พยาบาล เพื่อช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยของโร
งพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หลังจากนั้น 11 ปี ในปี พ.ศ. 2472 ได้มี
การจัดตั้งโรงเรียนทันตแพทย์ทหารบกขึ้น เพื่อผลิตทันตแพทย์
ทหารขึ้นมา ต่อมาได้ล้มเลิกไป ในปีพ.ศ. 2475 หลังเปลี่ยนแปลง



การปกครอง ได้มีการปรับปรุงโครงสร้างของกองทัพบกเป็นอย่าง
มากจนพ.ต.หลวงธรรมาภิบาลได้เรียนต่อ พ.อ.พระยาทรงสุรเดช
ขอโยกย้ายไปอยู่ที่ตั้งอยู่ถนนราชวิถี ซึ่งเคยเป็นที่ประทับของสมเด็จพระ
ศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ ในรัชกาลที่ 5 ตั้งเป็นโรงพยาบาล
ทหารบกในสมัยรัชกาลที่ 7 ได้ทรงพระราชทานวังพญาไทและสำนักงาน
ทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ได้อินที่ดิน 63 ไร่ 3 งาน 54 ตารางวา
ให้กระทรวงกลาโหมจัดตั้งกองเสนาธิการที่ 1 และกองเสนาธิการที่ 2
มารวมกันที่พระราชวัง แห่นี้ให้ชื่อใหม่ว่า กองเสนาธิการจังหวัด
ทหารบกกรุงเทพฯ เปิดทำการเมื่อวันที่ 26 พฤศจิกายน 2475

พ.อ.หลวงวาทิตยาวิวัฒน์ ได้ขอจัดตั้งโรงเรียนทันตแพทย์
ในกรมแพทย์ทหารบกและในเวลาต่อมา ท่านได้เป็นคณบดี แผนก
ทันตแพทย์คนแรกของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นับได้ว่าวิชาชีพ
ทันตแพทย์เกิดขึ้นในประเทศไทยด้วยฝีมือของทหารอย่างแท้จริง



ในปี พ.ศ.2488 กองเสนารักษฯ ได้เปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลทหารบก มีการตั้งแผนกทันตกรรมขึ้น โดยมี พ.ต.ภักดี ศรีลัมภ์ เป็นหัวหน้าแผนกคนแรก ในวันที่ 25 พฤศจิกายน 2495 โรงพยาบาลทหารบก ได้เปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

★ ปัจจุบัน

แผนกทันตกรรมของ รพ.ทหารบกได้เติบโตขึ้นเป็นกองทันตกรรม รพ.พระมงกุฎเกล้า รวมเวลากว่า 80 ปีแล้ว ตั้งอยู่ ณ ชั้น 5 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบ พระชนมพรรษาและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้ผ่านเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพ โดย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สำนักงาน ก.พ.ร.) แล้ว

วิสัยทัศน์ “การตรวจรักษาที่มีคุณภาพ รวดเร็ว ประทับใจ และได้มาตรฐานวิชาชีพ”

ให้การบริการระดับตติยภูมิ โดยทันตแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะสาขามีผู้นิเทศทำฟันกว่า 60 ตัว โดยบริการตรวจให้คำแนะนำ และรักษาโรคในบริเวณช่องปากและใบหน้าแก่ทหาร ครอบครัว และประชาชน รวมทั้งให้การฝึกศึกษาแก่นิสิตทันตแพทย์ก่อนและหลังปริญญา มีงานวิจัยทางทันตแพทย์ เพื่อมุ่งสร้างนวัตกรรมและเพิ่มคุณค่าแก่ผู้ใช้บริการ และตอบสนองต่อภารกิจของกองทัพบกอย่างมีประสิทธิภาพ

ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีคุณภาพระดับสากล โดยใช้แนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม (Dental Safety Goals และ Guidelines 2015) ซึ่งกำหนดโดยทันตแพทย์สภา ในการรักษาทางทันตกรรม เช่น ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการวัดความดันโลหิตและชีพจร ในการรับบริการทันตกรรมครั้งแรก และก่อนการทำหัตถการแต่ละครั้ง เข้ารับบริการครั้งแรก มีการซักประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การแพ้ยา ประวัติการกินยาและใช้ยาประจำ โดยให้การตรวจวินิจฉัย ประเมิน วางแผนการรักษา และให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อวางแผนการรักษา ในรายที่มีความซับซ้อนโดยมีการปรึกษาวางแผนร่วมกันโดยทันตแพทย์เฉพาะสาขาที่เกี่ยวข้อง ให้การรักษาทาง





ทันตกรรมภายใต้การควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานรวมทั้งได้จัดทำช่องทางพิเศษเพื่อลดขั้นตอนและระยะเวลาการรอคอยในผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยโรคทางระบบ ที่ต้องการรักษาทางทันตกรรมอย่างเร่งด่วน เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการรักษา-ผ่าตัดทางการแพทย์ต่อไป

ในการจัดบริการทางทันตกรรมแบ่งเป็น 9 แผนก ได้แก่

1. แผนกตรวจพิเศษโรค
2. แผนกปริทันต์
3. แผนกรักษาคลองรากฟัน
4. แผนกทันตกรรมสำหรับเด็ก
5. แผนกทันตกรรมหัตถการ
6. แผนกทันตกรรมจัดฟัน
7. แผนกทันตกรรมประดิษฐ์
8. แผนกศัลยกรรมช่องปากและแมกซิลโลเฟเชียล
9. แผนกเอกซเรย์

นอกจากนี้ยังมีการบริการทางทันตกรรมในการรักษาโรคในช่องปากแบบองค์รวม ได้แก่ คลินิกดูแลรักษาทางทันตกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด

คลินิกประดิษฐ์ใบหน้าและขากรรไกรให้บริการทำลูกตาเทียม เพดานเทียม จมูกเทียม ใบหูเทียมฯ แก่ผู้ป่วยที่สูญเสียอวัยวะนั้นๆ เพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติ โดยมีห้องปฏิบัติการเฉพาะทางในการทำอวัยวะเทียมให้แก่ผู้ป่วยด้วย

คลินิกเวชศาสตร์ช่องปาก (Oral Medicine) ให้การรักษาดูแลผู้ป่วยที่มีรอยโรคในช่องปาก

คลินิกความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกร การนอนกัดฟัน นอนกรน และนอนหยุดหายใจ (Sleep Apnea) ซึ่งเป็นคลินิกรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคข้อต่อขากรรไกรและกล้ามเนื้อบดเคี้ยว และภาวะนอนกัดฟัน นอนกรนและภาวะนอนหลับหยุดหายใจ โดยมีการใช้เครื่องมือทางทันตกรรมช่วยในการรักษาภาวะดังกล่าว

มีการให้บริการรักษาทางทันตกรรมที่ซับซ้อน ร่วมกับการให้ยาสลบทั่วไป (General Anesthesia) ได้แก่ การผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติกระดูกขากรรไกรร่วมกับการจัดฟัน (Orthodontic Surgery)

การผ่าตัดฝังรากฟันเทียม (Implant) และครอบฟันบนรากเทียมเพื่อทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไป

นอกจากนี้ยังมีการรักษาทันตกรรมภายใต้การให้ยาสลบทั่วไปในการรักษาผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบและผู้ป่วยเด็กที่มีความผิดปกติต่างๆ และการให้ยาสลบทั่วไปเพื่อผ่าตัดในช่องปาก



★ วิชาการ

ด้านวิชาการระดับนานาชาติ กองทันตกรรม ได้มีส่วนร่วมในการประชุมวิชาการทันตแพทยทหารนานาชาติ ประจำปี 2558 (Section of Defense Forces Dental Services : SDFDS) โดยจัดทันตแพทย์เข้าร่วมการบรรยายวิชาการในครั้งนี้ด้วยและเราจัดประชุมวิชาการทันตแพทย์กองทัพบกประจำปี เพื่อเพิ่มพูนความรู้ให้แก่ทันตแพทย์สังกัดกองทัพบก และทันตแพทย์ทั่วไปด้วย และสนองนโยบายของยุทธศาสตร์ รพ.พระมงกุฎเกล้าที่เน้นการเพิ่มศักยภาพเพิ่มพูนความรู้ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการจัดประชุมวิชาการร่วมกับงานประชุมวิชาการของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อให้บุคลากรได้เพิ่มพูนความรู้ใหม่ๆ เทคโนโลยีทันสมัยและนำมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยและพัฒนาหน่วยงาน รวมทั้งส่งเสริมให้ทันตแพทย์ทุกท่านได้เข้าร่วมประชุมวิชาการต่าง ๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง

บทบาททันตแพทย์ทหาร นอกจากจะปฏิบัติงานในที่ตั้งแล้ว ทันตแพทย์กองทันตกรรมยังมีการฝึกในการปฏิบัติงานตามนโยบายของกองทัพบกและผู้บังคับบัญชา ได้แก่ การจัดทันตแพทย์ไปปฏิบัติงานที่สำนักงานแพทย์และอนามัย 904 โครงการอภิบาลสงฆ์ รวมทั้งการออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ร่วมกับแพทย์ในการสนับสนุนภารกิจส่งเสริมสุขภาพของสมาคมแม่บ้านทหารบกและสมาคมแม่บ้านทหาร ตำรวจ ฯลฯ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการทางแพทย์และทางทันตกรรมได้ทั่วถึง

★ อนาคต

ตั้งเป้าพัฒนาในการให้บริการทางทันตกรรมที่ซับซ้อนต่อเนื่อง ครบวงจรทุกสาขา นำระบบสารสนเทศมาใช้ให้ครบวงจรส่งเสริมงานวิจัยและเป็นศูนย์รวมขององค์ความรู้ต่างๆ ของทันตแพทย์กองทัพบก **T**

มีการนำเทคโนโลยีทางทันตกรรมที่ทันสมัยมาช่วยเพิ่มความสำเร็จในการรักษาลong term โดยการรักษาลong term ภายใต้อุปกรณ์จุลทรรศน์ (Microscope) รวมทั้งการใช้ Digital X-RAY เพื่อเพิ่มศักยภาพในการรักษาทางทันตกรรม

จากสถิติผู้มารับบริการที่มากขึ้นกว่า 50,000 คนต่อปี กองทันตกรรมได้ขยายการให้บริการโดยเปิดคลินิกทันตกรรมนอกเวลาราชการ ให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วยในการเลือกเข้ารับการรักษา เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรักษาให้แก่ผู้ป่วยในช่วงเวลาราชการ เป็นทางเลือกของผู้ป่วยในการเข้าถึงการบริการ และสนองนโยบายโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่เปิดคลินิกนอกเวลาราชการเพื่อบริการผู้ป่วยได้ทั้งทางแพทย์และทางทันตกรรม

การเรียนการสอน และพัฒนากำลังคน

กองทันตกรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นสถาบันหลักของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของทันตแพทยสภา มีการจัดการเรียนการสอน ฝึกปฏิบัติและมีการเรียนการสอนให้แก่ทันตแพทย์หลักสูตรทันตกรรมระยะ 2 การฝึกปฏิบัติให้แก่ทันตแพทย์หลังปริญญาหลักสูตรวุฒิบัตร สาขาวิทยาเอ็นโดดอนต์ สาขาศัลยกรรมช่องปากรวมทั้งฝึกปฏิบัติงานหลักสูตรนายสิบทันตกรรม

โรงเรียนทันตแพทย์ แดนมังกร ภาค 2

โดย : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์หญิงณัฏฐพร ชัยประกิจ

จากบทความตอนที่แล้วทุกๆ คน
คงได้รู้จักคณะทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยปักกิ่ง และโรงพยาบาล
ช่องปากแห่งมหาวิทยาลัยปักกิ่ง
(Peking University Hospital
of Stomatology)

กันไปบ้างแล้วในภาพรวม ในบทความนี้ผู้เขียนจะเล่าถึง
ประสบการณ์ที่ได้มาศึกษาต่อและการใช้ชีวิตในกรุงปักกิ่ง
ณ สาธารณรัฐประชาชนจีน ในระยะเวลา 1 ปี ซึ่งผู้เขียนได้
มาศึกษาต่อในหลักสูตร Fellowship Programs ทางด้าน
ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียลโดยเน้นงานด้าน
การผ่าตัดเนื้องอก การบูรณะกระดูกขากรรไกรและใบหน้า
ภายหลังการผ่าตัดที่โรงพยาบาลช่องปากแห่งมหาวิทยาลัย
ปักกิ่ง ในหลักสูตรเดียวกันนี้มีนักเรียนจากต่างชาติรวม
ผู้เขียนเป็น 5 คน โดยมาจากประเทศชิลี มาเลเซีย
เนปาล และออสเตรเลีย ซึ่งระหว่างที่เรียนก็มีแพทย์จาก
ต่างชาติแวะมาดูงานกันเรื่อยๆ ไม่ว่าจะเป็นจากประเทศ
สิงคโปร์ เยอรมนี และสหรัฐอเมริกา แต่มาระยะเวลานี้
หลายคนอาจสงสัยว่าทำไมถึงต้องมาเรียนต่อหลักสูตรนี้
กันที่ประเทศจีน ทำไมไม่เป็นสหรัฐอเมริกา หรือเยอรมนี
ดังเช่นอาจารย์สาขาศัลยศาสตร์ช่องปากฯ รุ่นก่อนๆ จาก
การได้ศึกษาข้อมูลในการเรียนด้วยตัวเอง และจากการ
ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนๆ ชาวต่างชาติ ทุก
คนคิดเห็นเหมือนกัน คือ ข้อแรกประเทศจีนยอมรับผู้ที่จบ
ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ไม่จำเป็นต้องจบแพทยศาสตร
บัณฑิตร่วมด้วย ข้อที่สองประเทศจีนมีค่าครองชีพที่ต่ำกว่า
3 ประเทศข้างต้น ข้อที่สามประเทศจีนมีประชากรเยอะมาก
จึงทำให้มีจำนวนผู้ป่วยเยอะและหลากหลายตามไปด้วย



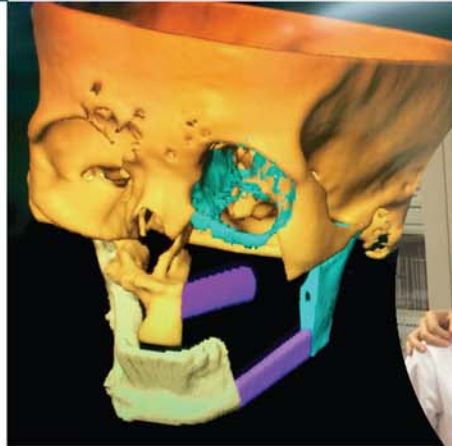
โรงพยาบาลช่องปาก
แห่งมหาวิทยาลัยปักกิ่ง



การใช้คอมพิวเตอร์เข้ามาช่วยในการผ่าตัด

ข้อที่สี่ในสถาบันที่ผู้เขียนได้มาศึกษาต่อนี้ ยินยอมให้ผู้เขียนได้ฝึกทักษะในการผ่าตัด ร่วมกับ Professor ด้วยซึ่งสองข้อสุดท้ายนี้ เป็นสิ่งที่เราทุกคนรู้กันอยู่แล้วว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับแพทย์ผ่าตัดที่ต้องการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มพูนทักษะและประสบการณ์จึงเป็นประเทศที่ผู้เขียนตัดสินใจเลือกที่จะมาศึกษาต่อ และเป็นประเทศที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างมากจากแพทย์ผ่าตัดชาวต่างชาติ นอกจากนั้นประเทศจีนยังมีการใช้และพัฒนาเทคโนโลยีต่างๆ สำหรับช่วยการผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นเช่น การใช้คอมพิวเตอร์ช่วยในการวางแผน และช่วยในระหว่างการผ่าตัด และการประดิษฐ์หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด เป็นต้น โดยมีการทำวิจัยทางด้านคลินิกเพื่อพัฒนาการผ่าตัดและ เทคโนโลยีช่วยผ่าตัด มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยมากมายจนเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในระดับนานาชาติจนได้รับเป็นศูนย์กลางของการศึกษาต่อยอดในด้าน Oral and Maxillofacial Oncology and Reconstructive Surgery ของสมาคมศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียลแห่งนานาชาติ (IAOMS, International Association of Oral and Maxillofacial Surgeons) และ AOCMF international and AOCMF Reference Center-Asia Pacific (AO Craniomaxillofacial Fellowship)

ในหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน หรือหลักสูตรแพทย์เฉพาะทางในด้านศัลยกรรมช่องปากฯ ในประเทศจีนนั้น มีหลักสูตร ระดับปริญญาโทเรียน 3 ปี และระดับปริญญาเอกเรียน 5 ปี สามารถศึกษาต่อได้หลังจากจบทันตแพทยศาสตรบัณฑิตแล้ว แต่การแข่งขันเพื่อให้ได้เรียนต่อในหลักสูตรทั้ง 2 นี้ก็ค่อนข้างสูงมาก โดยหลักสูตรจะครอบคลุมการเรียนทางด้านแพทย์ด้วย และต้องผ่านการสอบทางด้านแพทยศาสตรด้วย ผู้ที่สอบทางด้านแพทยศาสตรผ่านก็จะได้วุฒิแพทยศาสตรบัณฑิตด้วย นอกจากนั้นที่ประเทศจีนนี้หากต้องการเป็นศัลยแพทย์ช่องปากฯ แล้ว จะสามารถสอบแข่งขันเพื่อเข้ามาเรียนในหลักสูตรนี้ได้เลยตั้งแต่การสอบเข้ามหาวิทยาลัย โดยจะเป็นหลักสูตร 8 ปี ซึ่งการเรียนจะแตกต่างจาก 2 หลักสูตรแรก คือตั้งแต่เนื้อหาวิชาที่เรียนในหลักสูตรจะมีการเน้นการเรียนทางด้าน



รูปบรรยากาศในระหว่างการเรียนหลักสูตร fellowship



การสอบผ่าตัดของแพทย์ประจำบ้านก่อนจบหลักสูตร

แพทย์มากขึ้น แต่ก็ยังต้องเรียนเนื้อหาทางด้านทันตแพทย์ในทุกสาขาร่วมด้วย เมื่อจบหลักสูตรจะเป็นวุฒิแพทยศาสตรบัณฑิตเพียงอย่างเดียว ไม่ได้ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต และได้เรียนอย่างต่อเนื่องจนจบหลักสูตร นอกจากนั้นยังมีย่อยอีกที่จะได้รับการทำงานต่อในโรงพยาบาลช่องปากแห่งมหาวิทยาลัยปักกิ่งนี้มากกว่าอีกด้วย ซึ่งถือเป็นหลักสูตรที่ดีมาก เพราะเป็นหลักสูตรที่ค่อนข้างรวบรัดและมีเนื้อหาหลักสูตรเพื่อมุ่งตรงสู่ความเป็นศิษย์แพทย์ช่องปากฯ เลยสำหรับชาวต่างชาติที่สนใจศึกษาในหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านในประเทศจีนนั้น จะต้องสอบผ่านภาษาจีนระดับ 4 จึงจะสามารถสมัครเรียนในหลักสูตรปริญญาโท หรือปริญญาเอกได้

จากประสบการณ์ 1 ปีที่ผู้เขียนได้อยู่ร่วมกับแพทย์ประจำบ้านของที่โรงพยาบาลแห่งนี้ มีความรู้สึกรู้ว่าการเรียนที่ปักกิ่งนั้นค่อนข้างเข้มข้นกว่าในประเทศไทยเราค่อนข้างมาก เนื่องด้วยจำนวนผู้ป่วยที่มีมากและมีความหลากหลายกว่า (เรียกว่าโรคที่ในหนังสือ text books บอกว่าพบได้น้อยมาก ท่านสามารถพบได้เรื่อยๆ ในผู้ป่วยที่ประเทศจีน เช่น Synovial chondromatosis, Osteosarcoma of jaw, Primary malignant melanoma of the oral cavity เป็นต้น) มีการกำหนดจำนวนการผ่าตัดขั้นต่ำที่ค่อนข้างสูง เช่น แพทย์ประจำบ้านจะต้องเป็นผู้ช่วยผ่าตัดอย่างน้อย 150 ราย เป็นผู้ผ่าตัดเองอย่างน้อย 25 รายสำหรับการผ่าตัดใหญ่ (เช่น radial forearm free flap, fibula free flap, neck dissection เป็นต้น) และ 25 ราย สำหรับการผ่าตัดเล็ก (เช่น cleft surgery, cyst curettage, parotidectomy เป็นต้น) แต่แพทย์ทุกคนที่เรียนก็ได้เกินเกณฑ์ขั้นต่ำกันและเกินกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำมากเพราะจำนวนเคสที่มีมากและมีการผ่าตัดกันหลายรายใน 1 วัน โดยเฉลี่ยประมาณ 25 รายต่อวัน แพทย์ประจำบ้านแต่ละคนจะได้เข้าเคสประมาณคนละ 3-4 รายต่อวัน ในขณะที่หลักสูตรของประเทศไทยไม่มีการกำหนดจำนวนการผ่าตัดขั้นต่ำ นอกจากนั้นการสอบเพื่อให้ผ่านในแต่ละปีก็ค่อนข้างเข้มข้น คือมีการสอบตั้งแต่สอบข้อเขียน สอบปากเปล่า

สอบการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด การผ่าตัดในผู้ป่วยและการดูแลหลังการผ่าตัด ถือว่าเป็นสิ่งที่ดี เพราะแสดงถึงว่าการเรียนในระบบนี้ทุกคนที่จบสามารถผ่าตัดได้จริงและมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งแตกต่างกับที่ประเทศไทยที่การสอบเป็นเพียงข้อสอบและการสอบปากเปล่าเพียงเท่านั้น นอกจากนั้นทุกคนที่เรียนจะต้องทำวิจัยทางด้านคลินิกและต้องตีพิมพ์ในวารสารซึ่งเป็นผลดีแก่ประเทศในการพัฒนางานทางด้านการผ่าตัด และช่วยพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ๆ ในการช่วยผ่าตัดอีกด้วย

ถือว่าเป็น 1 ปี ที่คุ้มค่ามากสำหรับผู้เขียนกับการได้มาศึกษาต่อ ณ ที่แห่งนี้ ได้ทั้งความรู้ ทักษะในการผ่าตัด การดูแลผู้ป่วย และได้เห็นระบบต่างๆ ของโรงพยาบาล ได้รู้ถึงระบบการเรียนการสอนของหลักสูตรสัตวศาสตร์ช่องปากฯ ที่มีความพร้อม แต่ในขณะที่ผู้เขียนมาศึกษาต่อนี้ก็เชื่อว่าทุกอย่างจะราบรื่นทั้งหมด ปัญหาหลักที่ถือว่าเป็นอุปสรรคมากในการเรียนนี้ คือ เรื่องภาษา เนื่องจากผู้เขียนไม่มีพื้นฐานทางด้านภาษาจีนมาก่อนเลย แต่หากจะสื่อสารกับแพทย์ที่เรียนด้วยกันหรือกับอาจารย์นั้นสามารถให้ภาษาอังกฤษได้ แต่ก็จะมีปัญหาในการสื่อสารกับผู้ป่วย และการสื่อสารในการใช้ชีวิตประจำวัน ปัญหาหลักจริงๆ ของเรื่องภาษาสำหรับในการเรียนคือ ศัพท์ต่างๆ เช่น ชื่อโรค ชื่อยา ชื่อเครื่องมือผ่าตัด ชื่ออวัยวะและกายวิภาคต่างๆ ไม่มีการใช้ภาษาอังกฤษ โดยมีการเปลี่ยนชื่อและใช้เป็นภาษาจีนทั้งหมด ทำให้มีปัญหามากในช่วงแรกๆ ของการเรียน แต่ก็สามารถท่องจำและสามารถปรับตัวได้ นอกจากปัญหาด้านภาษาแล้วสภาพสังคมของประเทศจีนก็เป็นปัญหาหนึ่งในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยสังคมของประเทศจีนนั้นเป็นสังคมที่มีการแข่งขันกันค่อนข้างสูง มีความเร่งรีบในการดำเนินชีวิตบ้านเมืองค่อนข้างแออัดเต็มไปด้วยตึกสูง มีมลพิษค่อนข้างมาก ประชากรหนาแน่น ทำให้เราต้องพยายามปรับตัวให้สามารถเข้ากับสภาพสังคมให้ได้ด้วย ช่วงเวลาเร่งรีบในการเดินทางไปทำงานรถไฟใต้ดินนั้นจะค่อนข้างแน่นมาก ซึ่งก่อนจะมาเรียนผู้เขียนได้มาสำรวจก่อนแล้ว จึงเลือกหาที่พักที่อยู่ไม่ไกลจากโรงพยาบาล และสามารถเดินหรือใช้รถประจำทางแทนได้ โรงพยาบาลแห่งนี้ตั้งอยู่ค่อนข้างจะเป็นใจกลางของกรุงปักกิ่ง ทำให้ราคาค่าเช่าที่อยู่อาศัยนี้ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับขนาดและลักษณะของห้องพัก อย่างเช่นห้องพักของผู้เขียนมีขนาด 21 ตารางเมตร ค่าเช่าประมาณ 35,000 บาทต่อเดือน และเนื่องจากเป็นเมืองหลวงจึงทำให้มีค่าครองชีพที่ค่อนข้างแพงด้วย

การได้มาเรียนต่อในต่างประเทศนั้นถือว่าเป็นโอกาสและประสบการณ์ที่ดีมากในทุกๆ วิชาชีพ เพราะทำให้เราได้เปิดโลกทัศน์ได้เห็นและได้สัมผัสวิถีชีวิตการที่ก้าวหน้าและทันสมัยต่างๆ ได้เรียนรู้และได้แลกเปลี่ยนความคิดและวัฒนธรรมของนานาประเทศ แม้ในการเรียนและการดำรงชีวิตประจำวันอาจมีอุปสรรคบ้างก็ตาม แต่เมื่อเราสามารถผ่านอุปสรรคเหล่านี้ไปได้ เราก็จะแข็งแกร่งขึ้นและจะสามารถเผชิญกับสิ่งต่างๆ ที่อาจจะผ่านเข้ามาในชีวิตต่อไปได้ดีขึ้นและสามารถนำสิ่งต่างๆ จากประสบการณ์ในระหว่างที่เรียนนั้นมาช่วยในการพัฒนาการศึกษาของทันตแพทย์ประเทศไทยต่อไป

ปั๊มลมรุ่นปราศจากน้ำมัน

OIL LESS AIR COMPRESSORS

Through advanced design and precision engineering, SWAN offers a high performance oilless compressor that meets all your criteria for oil-free air, now and in the future.



DR-115-TD



DR-115-3OL



DT-175-2C

MEDPAC
OILLESS

MEDPAC compressors are uniquely designed to meet high quality compressed air requirement in pharmaceutical, food and drink, medical or dental equipment, electronic productions.

 **SWAN**
AIR COMPRESSORS
Tel. 02-316-2418-20
www.thaiswanair.com

ที่พักเมืองใน วิถีเซน

เพิ่มทศบนแผนทีของการเที่ยวเมืองนอกครั้ง
ล่าสุด ไม่เพียงชี้ทิศพุ่งออกจากค้ำขวานไปยัง
เมืองที่คอกซากุระกำลังผลิบานเท่านั้น แต่เพิ่ม
ทิศของชีวิตกลับชี้ทางให้ผมได้ย้อนกลับมา
ท่องเที่ยวใน ... 'เมือง' ที่สร้างขึ้นจากอนุของ
เซลล์นับล้าน 'ใน' ร่างกายของตนเองอีกครั้ง
โดยมีวีซ่าผ่านทางครึ่งใหม่ ชื่อ.. วิถีเซน

เรื่อง ทพ. สมดุลย์ หมั่นเพียรการ
www.facebook.com/iLoveYogaAnatomy
www.wordpress.com/dhamrongdul





.....

คุณเทรุมิ กัลยาณมิตรในเส้นทางโยคะ ไม่เพียงเปิดโอกาสให้ครูหนู ชมชื่น สัททิวะ และผม ได้กลับมาสอนโยคะ ที่เมืองฮิเมจิ และ เมืองโอซาก้า เท่านั้น เธอยังมอบโอกาสดีๆ ให้เราได้สัมผัสวิถีเซน ณ วัด Engyoji

แม้จะเคยสนใจ ศึกษาตำราและพยายามปรับชีวิตให้เรียบง่ายตามแบบเซนมานานหลายปี แต่นั่นก็เป็นความรู้ แค่มาจากการอ่านเท่านั้น

เมื่อมาถึงถิ่นต้นกำเนิด การเข้าวัดเซน อาจไม่ใช่เรื่องยากนัก แต่ในชีวิตนี้ ไม่เคยคิดและ(ยัง)ไม่คาดว่า จะได้มีโอกาสได้กราบพระเซน รูปจริง เสียงจริง ไม่เพียงเท่านั้น ยังได้ปฏิบัติธรรมกับท่านอีกด้วย

วัด Engyoji ตั้งอยู่บน Hakusan ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของภูเขา Shosha ตามตำนานกล่าวว่า ผู้ใดที่ได้ขึ้นมาบนเขานี้ เท่ากับได้รับการชำระร่างกายและจิตวิญญาณให้บริสุทธิ์

จากเชิงเขา เราต้องนั่งกระเช้าไฟฟ้าไต่ระดับความสูงขึ้นไปช้าๆ ราวกับจอมยุทธ์กำลังลอยตัวเหนือยอดต้นซากุระ ที่ยอดดุ่มๆ กำลังเตรียมผลิดอกอวดโฉมงามสะพรั่งทั้งภูเขาไปอีกไม่กี่วันถัดจากนี้ จนสายสลิงของกระเช้าไฟฟ้าพาเรามาถึงที่หมาย แต่ยังไม่ใช่..จุดหมาย

ระยะทางที่เหลือจากนี้ มีเพียงกำลังจากสายสลิงของกล้ามเนื้อในร่างกายอีก 600 กว่ามัด และความเพียรเท่านั้น ที่จะส่งเราขึ้นไปต่อ ตามเส้นทางที่มีรูปปั้นพระโพธิสัตว์อวโลกิเตศวรปางต่างๆ ยืนสงบนิ่งเป็นระยะ ราวกับหมุดหมายที่ปักลงแทนหลักกิโลเมตรแห่งศรัทธา จนกว่าจะถึงปลายทาง

เมื่อมาถึงจุดหมาย ..โบสถ์ วิหาร และอาคารไม้ทรงโบราณขนาดใหญ่ อายุกว่า 1,000 ปี ซึ่งถูกจัดให้เป็นสมบัติทางวัฒนธรรมที่สำคัญของชาติ (Important Cultural Property) งามเด่นตระหง่านกลางลานกว้าง ตรงหน้า แทนที่จะรู้สึกถึงความน่าเกรงขาม ตรงกันข้ามผมกลับรู้สึกคล้ายกับว่า อาคารใหญ่โตหลังนั้นกำลังค้อมตัวลงมาโค้งทักทายตามธรรมเนียมของเจ้าบ้าน

ความยิ่งใหญ่ที่แท้จริงคือ ความยิ่งเล็กลงของตัวตอนที่อยู่ข้างใน คุณเทรุมิ แนะนำเราให้รู้จักกับพระเซนรูปหนึ่ง ซึ่งท่านนำเราเข้าไปในตัวอุโบสถ (หากเปรียบง่าย ๆ กับวัดไทย) ซึ่งผนังห้องโดยรอบโอบล้อมด้วยความเรียบง่ายของไม้สีธรรมชาติปราศจากภาพวาดหรือการตกแต่งวิจิตรใดๆ ภายในค่อนข้างมืดมีเพียงแสงสว่างจากเทียนเล่มน้อย ขยับเน้นความสงบงามของพระประธานองค์ใหญ่ที่ประดิษฐานตรงหน้า

ครั้งแรกผมนึกแปลกใจว่าทำไมมีเพียงคณะของเรา 6 คนที่ได้เข้ามาในห้องนี้ มาทราบภายหลังว่า คุณเทรุมิ ได้ติดต่อท่านไว้ก่อนแล้วเป็นกรณีพิเศษ โดยมีชิกานาซัง ลูกสาวของเธอ ทำหน้าที่ถ่ายทอดเป็นภาษาอังกฤษ

ท่านสอนวิธีการนั่งสมาธิแบบเซน โดยเริ่มตั้งแต่ทำนั่งให้ลำตัวเป็นฐานมั่นคงต่อการเคลื่อนไหวของลมหายใจ การกำหนดลมหายใจ มีบางส่วนคล้ายๆ กับการฝึกหายใจแบบโยคะ และการฝึกสมาธิแบบพุทธจนผมเผลอคิดในใจ พลันที่เสียงสวด และการเคลื่อนไหวของท่านตามจังหวะสวดรับกับเสียงกรับไม้ ที่กระทบลงบนพื้นกังวานก้อง ปลุกผมให้ตื่นจากความพยายามคิดเทียบเคียงกับประสบการณ์เดิมๆ ที่เคยปฏิบัติ

ผมนึกถึงนิทานเซน เรื่องชาลันถ้วย ซึ่งภายในถ้วยเต็มจนไม่เหลือที่ว่างให้เติมชาสักหยดที่เคยอ่านขึ้นมา จึงรืวางความ(เคย)รู้เดิมๆ ไว้ก่อน เพื่อให้ถ้วยชาในตัวเอง ว่างพอจะรับเติมประสบการณ์เลิศค่าตรงหน้า ให้ค่อยๆ เปี่ยมเต็มขึ้นมาในถ้วย

หากเปรียบเทียบหายใจเข้า คือ การรับ หรือการเติมให้เต็ม การหายใจออก ก็อาจพอเทียบได้กับ การปลดปล่อย

การฝึกกำหนดลมหายใจ โดยให้อัตราส่วนวินาทีของลมหายใจออกยาวกว่าลมหายใจเข้าสองเท่าที่ท่านสอน ทำให้เห็นความงดงามของการปล่อยและวาง ที่นำมาซึ่งความผ่อนคลาย

‘การให้ มักทำให้มีความสุขมากกว่าการรับเสมอ’

ไฮไลต์สุดท้าย ก่อนจบการปฏิบัติท่านใช้แผ่นไม้ กว้างราว 10 เซนติเมตร มาตีลงแผ่นหลังของเรา เพื่อปลุกให้จิตที่อาจยังฟุ้งกระจายให้กลับเข้ามาอยู่กับตัว เสียงแผ่นไม้กระทบหลัง ดังราวกับว่าน่าจะสร้างความเจ็บปวดอยู่ไม่น้อย ตรงกันข้าม ที่กลับไม่รู้สึกละเลยนั้น สำหรับผมมันคือการปลุกความรู้สึกให้ตื่นขึ้นมาอีกครั้ง

ผ่านไปเกือบหนึ่งชั่วโมงจนการปฏิบัติสิ้นสุดลง ผมไม่แน่ใจว่าเหงื่อที่เปียกซึมชุ่มเสื้อ และความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อที่ออกแรงต้านกับแรงโน้มถ่วงของโลกตอนเดินขึ้นมาหายใจไปตั้งแต่เมื่อไร มีเพียงสิ่งหนึ่งที่รับรู้ได้แจ่มชัด ก็คือ เมื่อใจผ่อนคลาย สิ่งทีสะท้อนทางกาย ก็คลายลงเช่นกัน

บางครั้ง ความสุข ก็แสนเรียบง่าย เพียงแค่รับรู้จากลมสัมผัสสดตรงปลายจมูก

.....

ผมไม่รู้สึกลึกซึ้งคิดว่า วัด Engyoji เป็นสถานที่ท่องเที่ยว ไม่ใช่ เพราะเป็นสถานที่ unseen ซึ่งไม่ปรากฏให้เห็นบ่อยนักในหนังสือหรือเว็บไซต์นำเที่ยว

ณ ที่แห่งนี้ ทำให้ผม see ได้เห็นสิ่ง unseen ที่มองไม่เห็นด้วยตาจากภายนอก แต่ seen สัมผัสและรับรู้ได้ถึง ความเรียบง่ายจากการท่องเที่ยวในเมืองใน T





ปั่น - เทียว - กิน

โดย แป้งรำหมูต้น

เพื่อไม่ให้เป็นการตกกระแสนี้ใครๆ ก็ใส่ใจสุขภาพหันมาออกกำลังกาย เล่นน้ำเลยขอพักบรรยากาศการกินแบบหนักหน่วง แล้วเสนอวิธีการรับประทานอาหารแบบที่เราจะได้เผาผลาญแคลอรีไปด้วย เลยถือโอกาสจับจักรยานคู่ใจออกเดินทางบนเส้นทาง BIKE LANE รอบเกาะรัตนโกสินทร์ โดยสามารถขึ้นจักรยานขึ้นรถและไปจอดที่ที่จอดรถของกรุงเทพมหานครบนถนนไกรศรี (แถวบางลำภู) อัตราค่าจอดอยู่ที่ชั่วโมงแรก 20 บาทและชั่วโมงต่อไป 15 บาท นอกจากที่จอดรถเราจะเจอกับตลาดเช้าของบางลำภูที่มีขายของหลายสิ่งไม่ว่าจะเป็นอาหารคาวอาหารหวานหรือ



ของสด(แนะนำว่าอย่ากินอะไรหนักไปเดี๋ยวจะจุบเวลาปั่น) เมื่อได้ที่จอดแล้วเราเริ่มเดินทางโดยจักรยานออกจากถนนสีปสามห้างป็นตรงข้ามถนนราชดำเนินผ่านศาลเจ้าพ่อเสือ แล้วจะพบกับเสาชิงช้าและศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร เสียเวลาถ่ายรูปสักนิดกับเสาชิงช้าในปัจจุบันที่ผ่านการบูรณะและไม่มีพระราชพิธีโล้ชิงช้าดังอดีต ก่อนออกเดินทางต่อบนเส้นทางสีเขียวๆ สำหรับจักรยาน ลักพักจะผ่านกระทรวง

มหาดไทยกระทรวงกลาโหมแล้วบรรจบกับพระบรมมหาราชวังโดยสองข้างทาง
เราก็ตกตะลึงได้ภาพได้ตามความต้องการ ปั่นต่อเลียบกำแพงของพระบรม
มหาราชวังผ่านวัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามหรือวัดโพธิ์ สามารถจอดเพื่อเข้าชม
พระพุทธรูปไสยาสน์หรือตำนานยักษ์วัดโพธิ์ ชมวัดโพธิ์เสร็จก็ออกเดินทางต่อผ่าน
มหาวิทยาลัยศิลปากรจนถึงทุ่งพระสมุณหรือที่เราเรียกกันติดปากว่า"สนามหลวง"
ที่สนามหลวงสำหรับชาวบ้านสามารถปั่นรอบสนามหลวงได้แบบปลอดภัยไม่



ต้องเสี่ยงอันตรายจากรถยนต์บนถนน เพราะหลังจาก
ปรับปรุงครั้งใหม่สนามหลวงดูสะอาดและเรียบร้อยมาก
หลังจากปั่นรอบสนามหลวง (ปั่นมากน้อยตามต้องการ)
พอออกจากสนามหลวงเราปั่นบนเส้นถนนพระอาทิตย์
เราก็ถึงจุดหมายของการกินของเรา ร้านก๋วยเตี๋ยวเนื้อ
นายไสย



ร้านก๋วยเตี๋ยวเนื้อนายไสย ตั้งอยู่บนถนนพระอาทิตย์เยื้องๆ กับสวนสันติ
ชัยปราการ บรรยากาศร้านจะเรียบง่าย กว้างๆ สบายๆ ไม่ได้ตกแต่งอะไรมากนัก
แต่ที่เด็ดอยู่ที่รสชาติของเนื้อตุ๋นที่เจ้าของร้านบอกว่าต้องตุ๋นกันข้ามวันข้ามคืน
กันเลยทีเดียว อร่อยจนชาวต่างชาติในย่านถนนข้าวสารโดยเฉพาะคนเกาหลี
ร่ำลือกันว่า ถ้าไม่ได้มากินร้านก๋วยเตี๋ยวเนื้อนายไสยถือว่ามาไม่ถึงเมืองไทย
นอกจากเนื้อตุ๋นสุดแสนอร่อยแล้วจุดเด่นยังอยู่ที่การเลือกวัตถุดิบมาปรุงโดยไม่
ว่าจะเนื้อสดเนื้อเปื่อยเครื่องในนั้น ล้วนแต่คัดสรรมาอย่างดีชิ้นใหญ่ทานกัน
ได้อย่างเต็มปากเต็มคำ ส่วนน้ำซุปรหอมเครื่องยาจีนและกลมกล่อมเลยทีเดียว

วันและเวลาเปิดปิดทำการ :

เปิดทุกวัน เวลา 08:00-18:00น. หยุดทุกวันพุธที่ 2 และ 4 ของเดือน

เมื่ออิ่มอร่อยกับร้านก๋วยเตี๋ยวเนื้อนายไสยเป็นที่เรียบร้อยแล้วก็ถึงเวลาออกเดิน
ทางต่อ แต่คราวนี้เมื่อท้องอิ่มเราจะปั่นกันหักโหมก็ใช่เรื่อง จึงแวะเดินเล่นกินลม

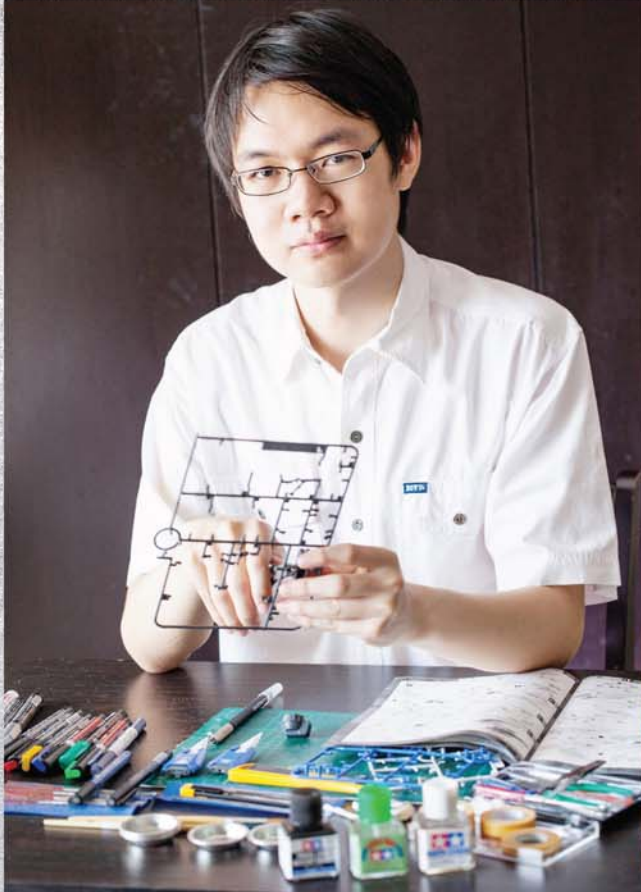


ชมวิวที่สวนสันติชัยปราการ เราสามารถเดินบนทางริมแม่น้ำเจ้าพระยาเห็นวิว
ของสะพานพระปิ่นเกล้าและสะพานพระรามแปด เดินเล่นกินลมชมวิวกันตาม
พอใจเสร็จก็ถึงเวลากลับ ปั่นอีกสักพักก็จะวนมาถึงที่จอดรถกรุงเทพ เก็บจักรยาน
ขึ้นรถแล้วเดินทางกลับบ้านแบบอิ่มท้องและอิ่มตากับวิวของสถานที่ต่างๆ รอบ
เกาะรัตนโกสินทร์ ที่ยังคงสวยและมีเสน่ห์แม้จะผ่านกาลเวลามานานหลายยุคหลาย
สมัยแล้วก็ตาม **T**



พลาสติกโมเดล ROBOT

ฉบับนี้ขอพาท่านสมาชิกมาพบกับ "หมอปอม" อ.ทพ. กฤษสิทธิ์ วารินทร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ธรรมศาสตร์ อ.ปอมมีบุคลิก ออกจะนุ่มนวล ใจเย็น เรียบร้อย อาจารย์ชอบพลาสติก โมเดล สะสมมาตั้งมี passion กับการสะสมหุ่นยนต์มาก เก็บเป็นระบบระเบียบ คุณแม่ (แอบเข้ามา) ว่าตั้งแต่ซื้อโมเดล ให้ตัวแรกสมัยเด็กๆ เธอก็ตกหลุมรักงานอดิเรกชนิดนี้ และ ยังคงแน่วแน่ไม่แปรเปลี่ยนทั้งที่เวลาในชีวิตนักศึกษา และ อาจารย์ทันตแพทย์ก็มีไม่มากนัก



1. ทำไมถึงสนใจประกอบพวกพลาสติกโมเดล

คือ ตั้งแต่เด็กผมชอบของเล่นที่ต้องประกอบ เช่นพวกโมเดล รถ mini 4wd ของ tamiya , Lego หรือพวกโมเดลของเล่นตัวๆ ไปนะครับ ประกอบกับตอนเด็กผมก็เป็นคนชอบดูพวกการ์ตูน ไม่ก็ภาพยนตร์แนวหุ่นยนต์มากด้วย เรื่องที่ชอบตั้งแต่เด็กๆ ก็เช่น กันดั้ม, Zoid, Raijin oh, Evangelion ทำให้เป็นเหตุผลสำคัญที่อยาก ประกอบพลาสติกโมเดลประเภทหุ่นยนต์ครับ และอีกหนึ่งเหตุผลที่ทำให้ผมเล่นประกอบพลาสติกโมเดลคือ ตอนที่เข้ามาเรียนในคณะ ทันตะ ก็ได้ยินคำรำลือจากรุ่นพี่เรื่องการทำแลบที่เป็นงานฝีมือเยอะ ตัวผมเองเป็นคนที่ไม่เก่งเรื่องงานฝีมือมาตั้งแต่เด็ก เลยอยากลองหา งานฝีมืออะไรสักอย่างทำ แล้วก็เลือกงานประกอบพลาสติกโมเดล นี่แหละครับ และพลาสติกโมเดลที่ผมเลือกมาเล่นตั้งแต่ตอนเรียน มหาวิทยาลัยปี 1 คือ โมเดลหุ่นยนต์หลายๆ แบบ ยกตัวอย่างเช่น โมเดลกันดั้ม (Gundam plastic model หรือ Gunpla)

2. สำหรับคุณพลาสติกโมเดลมีเสน่ห์หรือน่าสนใจ ยังไง

ความสนุกของผมคือการได้ประกอบครับ หลายคนอาจบอกว่า "ทำไมไม่ซื้อแบบเป็นตัวๆ มาตั้งโชว์ไปเลย จะเสียเวลาประกอบทำไม?" ผมอยากบอกเลยว่า เสน่ห์ของพลาสติกโมเดลคือการที่เรา



ได้ประกอบโมเดลขึ้นมาด้วยตัวเอง ตั้งแต่เปิดกล่องพลาสติกโมเดลออกมา จะเห็นแผงชิ้นส่วนเต็มไปหมด จะเยอะจะน้อยก็ขึ้นอยู่กับประเภทของโมเดล ยิ่งเป็นรุ่นที่ละเอียดมากก็จะมีชิ้นส่วนให้เราประกอบมากขึ้น ความสนุกของงานโมเดลเริ่มตั้งแต่การที่เราต้องตัดชิ้นส่วนออกจากแผงที่ละชิ้น แล้วค่อยๆ ประกอบชิ้นส่วนทีละชิ้นขึ้นมาให้เป็นส่วนต่างๆ ของโมเดล ส่วนบางส่วนของโมเดลชิ้นหนึ่ง อาจประกอบจากชิ้นส่วนที่ตัดจากแผงนับสิบ สำหรับคนที่เคยประกอบโมเดลจะรู้ครับว่า ทุกครั้งที่เราประกอบออกมาเป็นรูปเป็นร่างขึ้นเรื่อยๆ จะรู้สึกประทับใจ เพลินและสนุกไปกับการประกอบโมเดล

อีกความสนุกหนึ่งของงานพลาสติกโมเดลที่นอกจากการประกอบตามคู่มือทั่วไปแล้ว คือ “การทำให้มากกว่าคู่มือทั่วไป” ซึ่งก็คือ “การทำให้สิ่งานโมเดล” นั่นเองครับ การทำสีโมเดลจะมีขั้นตอนให้เราเล่นเพิ่มอีกเยอะ ตั้งแต่การเตรียมชิ้นส่วนก่อนการพ่นสีที่อาจต้องมีการเก็บงานชิ้นส่วนแต่ละชิ้นให้เรียบร้อยด้วยวิธีการที่เรียกว่า “การอุดขัด” ที่เราจะอุดรอยพลาสติกที่ไม่ต้องการด้วยวัสดุจำพวก Epoxy putty และ Plastic cement แล้วขัดแต่งให้ได้รูปร่างที่ต้องการด้วยตะไบ และกระดาษทราย ก่อนที่จะทำการพ่น

สีๆ แต่ผมบอกเลยว่าถ้าได้ลองแล้วจะรู้ว่ามันมีอะไรมากกว่านั้นมาก ตั้งแต่ฝึกให้เราเป็นคนใจเย็นขึ้น เพราะงานหลายๆ ชิ้นตอนถ้าอยากได้ผลงานที่ดี จะต้องค่อยๆ ทำ ไม่รีบร้อนจนเกินไปฝึกความละเอียดอย่างทีกล่าวนมาแล้วจะครับ ว่างานโมเดลถ้าอยากได้งานที่ดี อาจต้องค่อยๆ ทำ เน้นความละเอียด ค่อยๆ เก็บรายละเอียดชิ้นส่วนแต่ละชิ้นให้ดี ฝึกให้คิดก่อนทำทุกครั้ง ถึงแม้จะไม่ขนาดวางแผนทำสีโมเดล แต่เป็นประกอบตามปกติตามแบบทั่วไป ถ้าไม่คิดก่อนทำหรือดูดีๆ หลายๆ ครั้งอาจเกิดข้อผิดพลาด เช่น ประกอบผิดส่วน จนต้องเสียเวลาแก้งานได้

5. จากที่ประกอบพลาสติกโมเดลเพื่อฝึกฝีมืองานหัตถะ ผลเป็นอย่างไร

จริงๆ ก็ไม่ฟันธงว่าการต่อโมเดลทำให้สเกลทันตะของผมดีขึ้น เพราะจริงๆ สเกลก็คงมาจากหลายปัจจัย แต่สิ่งหนึ่งที่รับรู้ได้ว่าสิ่งที่ผมได้มาใช้ในการงานหัตถะคือ ทำให้ผมใจเย็นกับงานขึ้น โดยเฉพาะเวลาเกิดปัญหาระหว่างการทำงาน ช่วยให้ผมไม่คอยลนแล้วมีสติค่อยๆ คิดแก้ปัญหาได้ดีขึ้น



สีให้ได้โมเดลในแบบที่เราต้องการ และแน่นอนว่าการทำสีโมเดลจะดูวุ่นวายมากกว่าการประกอบแบบทั่วไปอยู่แล้ว แต่มันก็เป็นความสนุกและท้าทายไปอีกแบบของการเล่นโมเดลเลยแหละครับ

3. เรียนรู้วิธีการทำโมเดลมาจากไหน

ผมเรียนรู้เองเป็นหลักครับ ส่วนใหญ่ก็หาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต ดูเทคนิคของโมเดลเลอร์มืออาชีพหลายๆ คน แล้วลองเอามาทำตามบ้างบางส่วน แล้วก็จากหนังสือสอนเรื่องโมเดลทั่วไปด้วยครับ แล้วถ้ามีเรื่องสงสัยส่วนใหญ่ก็ไปสอบถามจากเจ้าของร้านโมเดลเจ้าประจำที่ผมซื้อครับ พี่เจ้าของร้านเป็นโมเดลเลอร์ที่มีมือดีหลายคนเลย (ผมมันก็แค่มือสมัครเล่นละนะครับ 555)

4. ได้อะไรจากการประกอบโมเดลบ้าง

บางคนอาจบอกว่าการประกอบโมเดลหุ่นยนต์เป็นของเล่นของ



6. สุดท้ายนี้มีอะไรจะฝากเพื่อนๆ สมาชิกไหม

“Just be yourself” ทุกงานอดิเรก ถ้าเราทำแล้วมีความสุขและไม่ไปเบียดเบียนใคร.....มันคือสีสันในชีวิตของเราครับ T



โซเชี่ยลเน็ตเวิร์ก เสริมอนาคต ยิ่งรู้จัก ยิ่งไม่รักกัน

โดย ชนมฉิง

เฮ้ออีกแล้ว... โพสต์สเตตัส
แบบนี้หลอกค่าเรา
หรือเปล่าหว่า

เฮ้ย อยู่ๆ มันก็ออกจาก
กรุปไป น้อยใจอะไรพวก
เราหรือเปล่าเนี่ย

เฮ้ย เมื่อวานเพิ่งเล่า
เรื่องนี้ให้มันฟัง ทำไมมัน
เอามาขึ้นสเตตัสวะ!!!

เอ...ส่งไลน์ไปตั้งหลายวันแล้ว
ขึ้นว่าอ่าน แต่ไม่ตอบ
นี่มันหมายความว่ายังไป

นั่นแค่ตัวอย่างความคิดมากฟุ้งซ่านของนักท่องโลกเสมือนทั้งหลาย จริงๆ ท่านคงทราบว่ามีมากกว่านี้มากมายนัก เคยแปลกใจไหม ว่าเราชักมองเพื่อนในโซเชี่ยลเน็ตเวิร์กต่างไปจากเดิม มีหลายงานวิจัยที่บอกว่า เรามีความสุขน้อยลงเมื่อเราเอาตัวเองไปเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่ดูมีชีวิตที่ดีกว่า ภาพเซลฟี่ถ่ายหน้าตัวเองกับเหล่าอาหารน่ากิน สถานที่ท่องเที่ยวสุดเร็ด และรูปหน้าตา ยิ้มแย้มมีความสุขสวยหล่อกว่าตัวจริงนั้น ก็ปั่นแต่งด้วยสาร์ฟัดแอปและฟิลเตอร์ในโทรศัพท์ ทั้งที่ชีวิตจริงส่วนใหญ่ คนเหล่านั้นอาจจะยอมกินมามาไปหลายมื้อ เพื่อลงรูปกินเหล้าในเพชฌัญญ์เสียหนึ่งรูปก็ได้ คุณนึกฉงม ใช่ว่า “ด้านที่ชัดเงา” หมายความว่า มันเป็นภาพที่ผ่านการขัดแต่งคัดสรรมาแล้วอย่างดี ฟังแล้วเจ็บลึกๆ บอกไม่ถูกนะคะ

การขึ้นสเตตัสบ่อยๆ เหมือนแผ่เงาบางๆ อย่าง ก็ทำเอาคนคิดมากมานักต่อนัก คอมเมนต์อะไรไม่ถูกใจ ก็มีสิทธิ์ถูกดองแอนด์ง่าย ๆ แล้วถ้าหากยังต้องเจอหน้ากันอยู่ในชีวิตประจำวันก็คงทำเอามองหน้ากันไม่ติด พาลพาให้เลิกคบเป็นเพื่อนในชีวิตจริงกันไปเลย

คำแนะนำในการมีมารยาทบนโลกไร้สายนี้ก็มักให้เห็นออกบอ่ย ห้ามลงรูปไปไม่ควรลงรูปศพหรือภาพสยดสยอง ไม่ควรใช้คำหยาบคาย พาดพิงใครในลักษณะที่จะถูกฟ้องหมิ่นประมาทและอย่าแชร์มั่ว เพราะมีกฎหมายจัดการกับพวกปั่นข่าวลวงทำให้ผู้คนหลงเชื่อและแตกตื่น ซึ่งถ้าคิดตามจริงมันก็คือมารยาทในสังคมทั่วไปที่กลายจนน่าจะรู้กันอยู่แล้วนี่นา แต่เมื่อไหร่ที่เรื่องร้อนๆ อ่านคอมเมนต์แล้วอาจตกใจช็อกตาค้าง บ้างก็สมน้ำหน้าไล่ให้ไปตายก็มี คำพ่อสอนแม่กันก็เยอะแหม ทำกันไปได้...

คนรุ่นใหม่กลายเป็นนักเสพดราม่า เรื่องใครดีกัน หรือคลิปอะไรที่แปลกแตกต่างก็อาจทำให้คนคนนั้นดังชั่วข้ามคืน เช่น น้องเหนียวไก่ ผู้ที่เป็นต้น อาย่าว่าแต่คนธรรมดาทั่วไปที่อยากอวดว่ามีดีเลย แม้ในคนที่มุ่งหน้าไปยังเส้นทางสีขาว ก็ยังมั่วแต่ถ่ายภาพตนเองกับหลวงปู่ หลวงพ่อกว่าฉันทำบุญวัดนั้น เท่านั้นเท่านั้น นี่ฉันมาเข้ากรรมฐานแล้ววันนะจะ ทุกคนโปรดทราบและอนุโมทนาอาจุเหมือนจะดี แต่ถามหน่อย ที่ทำกันอยู่ มันช่วยลดมานะอัตตา หรือเพิ่มมันกันแน่

ทำดี ดี ไม่จำเป็นต้องอวดดี ก็ได้นะจ๊ะเธอ T

● คนที่คุณไม่รู้ว่ามีใคร

เมื่อหัวใจไม่ยอมแพ้

โดย ทพ.อภิสิทธิ์ อารยะเจริญชัย



2 กุมภาพันธ์ 1987 เมืองอูลัม เยอรมันตะวันตก

เธเรซา บินเดอร์ หญิงสาววัย 20 ปี ให้กำเนิดลูกแฝดชาย พังดูเหมือนจะเป็นเรื่องที่น่ายินดี แต่สำหรับเธอ เรื่องที่น่ายินดีนี้มาพร้อมกับข่าวร้ายที่เธออยากจะทำใจ เมื่อลูกชายของเธอทั้งสองมีศีรษะติดกัน

หลังจากที่ต้องต่อสู้กับความรู้สึกของตัวเอง ในที่สุดเธอก็พร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความเป็นจริง เธออยู่ได้ด้วยความหวังที่ว่าสักวันหนึ่งจะมีผู้มามอบชีวิตใหม่ให้กับแพทริกและเบนจามิน ลูกชายฝาแฝดที่เธอรัก

เธเธซาได้ตามหาแพทย์ทั่วโลกเพื่อที่จะหาผู้ที่จะมาผ่าตัดแยกลูกชายทั้งสอง เธอรู้ดีว่าในการผ่าตัดแฝดสยามที่ศีรษะติดกันนี้ ไม่เคยมีครั้งใดที่สามารถรักษาชีวิตเด็กไว้ได้ทั้งคู่ การผ่าตัดทุกครั้งจะต้องมีการสูญเสียเด็กคนใดคนหนึ่งหรือทั้งสองคนเสมอ มีแพทย์เพียงคนเดียวที่ยินดีผ่าแยกลูกชายของเธอ ในที่สุดเธอก็พาลูกน้อยทั้งสองซึ่งขณะนั้นอายุได้ 7 เดือน ข้ามน้ำข้ามทะเลมาเพื่อรับการรักษาในครั้งนี้

4 กันยายน 1987 โรงพยาบาลจอห์นส ฮอปกินส์ สหรัฐอเมริกา

การผ่าตัดใช้ทีมแพทย์และบุคลากรทั้งหมด 70 ชีวิต ถึงแม้จะ

มีการเตรียมตัวล่วงหน้าและฝึกซ้อมผ่าตัดมาแล้วมากกว่า 5 เดือน แต่ในการผ่าตัดจริงก็ใช้เวลาไปถึง 22 ชั่วโมง ท่ามกลางความลุ้นระทึกของผู้เป็นแม่ว่าจะเกิดปาฏิหาริย์กับครอบครัวเธอหรือไม่

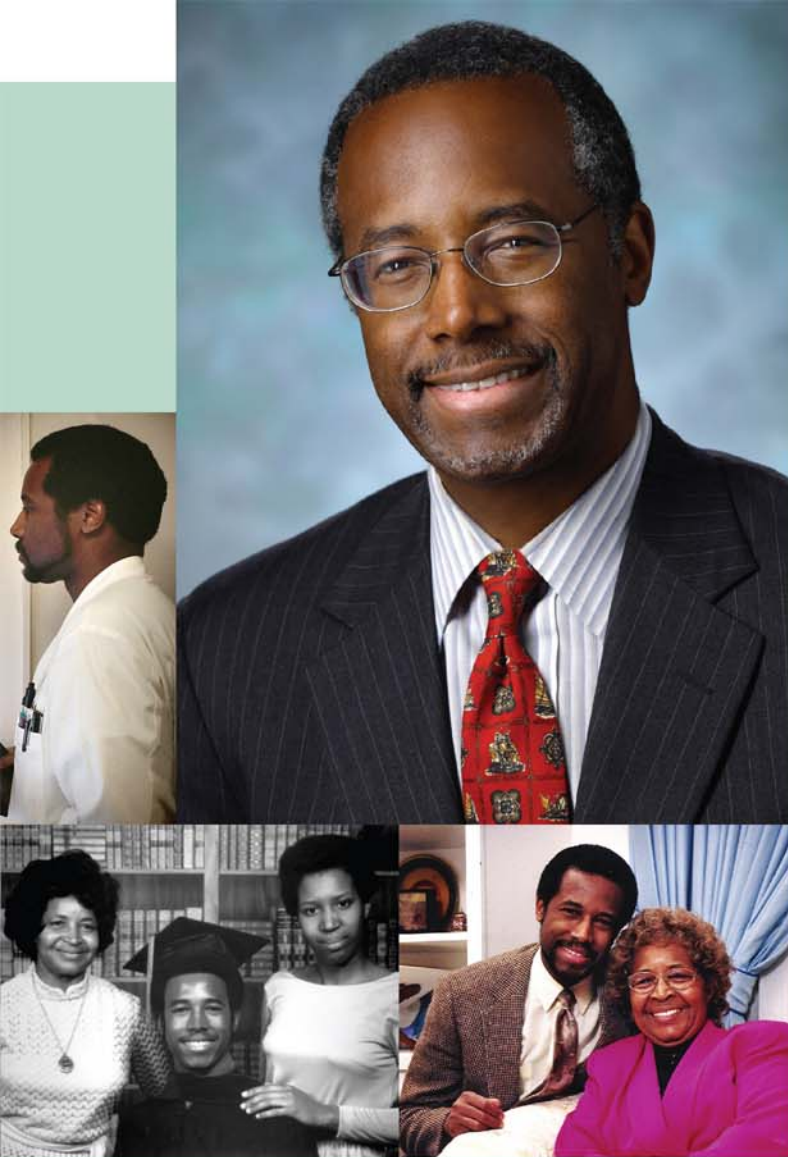
ในที่สุด เวลา 05.15 น.วันรุ่งขึ้น เจ้าหน้าที่คนหนึ่งเดินออกจากห้องผ่าตัด เพื่อบอกกับเธอว่า

“คุณอยากเห็นลูกคนไหนก่อน”

นี่เป็นครั้งแรกของโลกที่การผ่าตัดลักษณะนี้ประสบความสำเร็จ สิ่งที่เหลือเชื่อคือ หัวหน้าที่มีผ่าตัดนี้เป็นหมอนุ่มวัย 36 ปี ประสาทศัลยแพทย์ผิวดำซึ่งเติบโตในสลัมข้างถนนในเมืองดีทรอยต์

นายแพทย์เบนจามิน ซิลมอนคาร์สัน

เกิดเมื่อปี 1951 ที่เมืองดีทรอยต์ รัฐมิชิแกน ในครอบครัวที่ยากจนท่ามกลางปัญหาเรื่องการเหยียดผิวอย่างรุนแรง แม่ของเบนเรียนหนังสือเพียงแค่ประถมสาม เมื่ออยู่ได้เพียง 8 ขวบ ครอบครัวก็ต้องแตกแยกเมื่อพ่อทิ้งครอบครัวไป แม่ต้องแบกภาระเลี้ยงดูเบนและพี่ชายด้วยความยากลำบาก จนป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและต้องเข้ารับการรักษา ถึงแม้จะยากจน แต่สิ่งที่แม่ให้ความสำคัญมากคือเรื่องการศึกษา ด้วยความที่แม่เรียนหนังสือมาน้อย จึงเล็งเห็นว่าการศึกษาเป็นสิ่งเดียวที่จะยกระดับชีวิตของลูกๆ ของเธอได้



ช่วงที่ดำรงตำแหน่ง เขาเป็นคนแรกของโลกที่ทำการผ่าตัดฝาแฝดที่ศีรษะติดกันได้สำเร็จ โดยนำเทคนิคที่ใช้ในการผ่าตัดหัวใจมาใช้ในการผ่าตัดเด็กทั้งสอง และเขาก็ทำสำเร็จอีกหลายครั้ง ล่าสุดในปี 2003 เบนก็ได้ทำงานที่ท้าทายอีกครั้ง ในการผ่าตัดแยกแฝดสาวลาตาน และ ลาลห์ ชาวอิหร่าน ซึ่งมีศีรษะติดกัน ในการผ่าครั้งนี้โอกาสสำเร็จมีน้อยมาก เนื่องจากทั้งคู่อายุ 29 ปีเข้าไปแล้ว และสมองของทั้งสองคนต่างใช้เส้นเลือดใหญ่ร่วมกัน แต่ทั้งสองก็ยืนยันที่จะไม่ขอใช้ชีวิตร่วมกัน การผ่าตัดใช้เวลา 52 ชั่วโมง แม้สุดท้ายการผ่าตัดจะล้มเหลว ทั้งคู่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน แต่เบนก็ได้กล่าวว่าความกล้าหาญของทั้งสองมีคุณประโยชน์อย่างมากต่อการแพทย์

เบนได้รับการยอมรับในวงการแพทย์อย่างมากว่าเป็นประสาทยศัลยแพทย์อันดับต้นๆ ของโลก ในปี 2001 CNN และ TIME ยกย่องเบนให้เป็น 1 ใน 20 บุคคลทรงคุณค่าด้านวิทยาศาสตร์และการแพทย์ เบนยังได้รับเหรียญเชิดชูเกียรติจากประธานาธิบดีบุชในปี 2008 และเรื่องราวของเขายังถูกนำมาสร้างเป็นภาพยนตร์ ในชื่อเรื่อง Gifted hands ในปี 2009 ซึ่งเป็นที่พูดถึงและได้สร้างแรงบันดาลใจให้กับเด็กๆ ทั่วโลก โดยเฉพาะเด็กที่ยากจนและไม่ได้รับการยอมรับในสังคม

ปัจจุบันเบนในวัย 64 ปีได้วางมือจากการเป็นแพทย์แล้ว แต่เขายังมีบทบาทในการเคลื่อนไหวเพื่อสังคมและเขียนนอกจากนี้ เบนยังทำงานด้านการกุศล โดยได้ตั้งกองทุน Carson Scholars Fund ตั้งแต่ปี 1994 เพื่อช่วยเหลือทุนการศึกษาแก่เด็กและล่าสุดมีโครงการ Reading rooms ซึ่งได้ทำการสร้างห้องสมุดสำหรับเด็กไปแล้ว 131 แห่งทั่วประเทศ โดยเบนจัดตั้งโครงการนี้ด้วยความเชื่อว่าการอ่านจะสามารถเปลี่ยนชีวิตของเด็กๆ ได้ เหมือนกับที่เคยเปลี่ยนชีวิตเขามาแล้ว ทุกวันนี้เบนยังได้รับเชิญไปบรรยายระดับชาติหลายครั้ง ซึ่งล้วนแต่สร้างความประทับใจให้ผู้คนอย่างมาก และมีกลุ่มบุคคลสนับสนุนให้เขาลงสมัครรับเลือกตั้งเป็นประธานาธิบดีสหรัฐฯ ในปี 2016 อีกด้วย **T**



ชมภาพยนตร์เรื่อง The gifted hands ได้ทาง

<https://www.youtube.com/watch?v=s33R7JhFO6s>

ชมสารคดีเรื่องราวชีวิตและผลงานของเบนได้ทาง

<https://www.youtube.com/watch?v=7QQBJ2EucZk>

ชมข้อมูลรายละเอียดของ กองทุน Carson Scholars Fund ใน <http://carsonscholars.org>

ผู้สนใจสามารถอ่านเรื่องราวของเบนได้จากหนังสือ "สองมือแห่งศรัทธา ชีวิตแพทย์ผู้สร้างแรงบันดาลใจ" โดย วิชาดา กิตติโกวิท สำนักพิมพ์มูลนิธิหนังสือเพื่อสังคม แปลจากหนังสือ Gifted Hands : The Ben Carson Story ซึ่งเบนเป็นคนเขียนเอง

แม่ตั้งกติกาให้ลูกทั้งสองว่าใน 1 สัปดาห์จะต้องอ่านหนังสือให้ได้สองเล่ม และอนุญาตให้ดูโทรทัศน์ได้ไม่เกิน 3 รายการ นั่นทำให้ชีวิตในวัยเด็กของเบนส่วนใหญ่จะอยู่ที่ห้องสมุด เวลาผ่านไปเด็กชายเบนก็หลงรักการอ่านโดยไม่รู้ตัว จากเด็กที่เคยสอบได้ที่สุดท้ายของชั้นและเป็นที่รังเกียจของเพื่อนและครูเนื่องจากเป็นคนผิวสี เบนก็เริ่มทำคะแนนได้ดีขึ้นจนสอบได้ที่หนึ่งของโรงเรียน เมื่อจบมัธยม เขาก็เข้าเรียนแพทย์ที่มหาวิทยาลัยเยลสมความตั้งใจ

ด้วยฐานะที่ยากจน เบนจึงต้องทำงานพิเศษเพื่อหาเงินเรียน ไม่ว่าจะเป็นผู้ช่วยในห้องปฏิบัติการ งานในโรงงานผลิตรถยนต์ส่งจดหมาย แม้กระทั่งงานเก็บขยะในถนนทางหลวง ซึ่งเขาก็ทำงานที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มความสามารถ "แม้จะเป็นงานชั่วคราว ผมตั้งใจว่าผมจะเป็นคนที่ดีที่สุดที่พวกเขาเคยจ้าง" งานสุดท้ายที่เบนทำคือควบคุมบันจันในโรงงานเหล็ก ซึ่งเป็นงานที่ทำให้เขาค้นพบตัวเอง นั่นคือเบนได้รู้ถึงความสามารถของเขาในการทำงานประสานกันระหว่างตากับมือ และความสามารถในการมองภาพเป็นสามมิติ ด้วยพรสวรรค์ทั้งสองอย่างนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เขาประสบความสำเร็จในการเรียนต่อด้านประสาทศัลยศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยจอห์นส ฮอปกินส์ในเวลาต่อมา

เมื่ออายุ 33 ปี เบนได้รับแต่งตั้งให้เป็นหัวหน้าแผนกประสาทศัลยกรรมเด็กของโรงพยาบาลจอห์นส ฮอปกินส์ นับเป็นหัวหน้าแผนกที่อายุน้อยที่สุดและแพทย์ผิวดำคนแรกที่ได้รับตำแหน่งนี้ใน

เมืองโบโกตา แห่งโคลอมเบีย เขาว่าเป็นเมืองเจ้าพ่อ?

โดย ทพ.วีรศักดิ์ พุทธาศรี

ผมนั่งเครื่องบินจากกรุงเทพฯ มาต่อเครื่อง
ที่ปารีส นั่งๆ นอนๆ จนลืมนวันเวลาไปเลย
กว่าจะมาถึงโบโกตาเมืองหลวงของประเทศ
โคลอมเบีย ณ ทวีปอเมริกาใต้



เท่าที่จินตนาการออกเมื่อเอ่ยชื่อประเทศนี้เราก็น่านึกถึงเจ้าพ่อ
ยาเสพติดและแหล่งค้าโคเคนที่สำคัญของโลกเท่านั้น เวลาท้องถิ่น
ที่นี่ต่างกับไทย 12 ชั่วโมงพอดี ถ้าเราเที่ยงวันเขาก็เที่ยงคืน....หน่วย
เงินที่นี่เรียก “เปโซ” คล้ายกับประเทศละตินอเมริกาหรือประเทศอื่นๆ
ที่ได้อิทธิพลจากสเปน หนึ่งบาทไทยก็ประมาณ 60 เปโซ (เป็นอีก
ประเทศหนึ่งที่เราต้องพกเงินหน่วยนับเป็นแสน และมีโอกาสเป็น
millionaire ได้ด้วย) ค่าครองชีพที่นี่เขาสูงกว่ากรุงเทพฯ เล็กน้อย....
รถยนต์เป็นแบบขับเคลื่อนสี่ล้อ และนับว่าโชคดีมากที่มีโอกาสได้นั่งรถ
แท็กซี่ออกไปนอกตัวเมืองด้วยได้เห็นสภาพทั่วไปถือว่าเขามีความ
เจริญพอสมควร (การจัดระบบจราจรน่าจะดีกว่าเรา) บรรยากาศ
ท้องทุ่งและห้างสรรพสินค้านอกเมืองคล้ายกับการขับรถออกนอก
เมืองแถวแคลิฟอร์เนียของอเมริกาเลยครับ ถนนหนทางดูดีมาก



ชมเมืองจากบนที่สูงจึงนิยมกันหรืออาจใช้เคเบิลคาร์ขึ้นบนยอดเขาได้ด้วยเช่นกัน ส่วนนักท่องเที่ยวที่ขาดไม่ได้คือการไปเดินไต่เต๋ย่าน La Candelaria หรือ Downtown จะได้สัมผัสย่านประวัติศาสตร์ อาคารบ้านเมืองแบบเก่าๆ ศูนย์กลางพิพิธภัณฑ์ หอศิลป์ รวมทั้งโบสถ์และศาลาว่าการเมือง ก็รวมกันอยู่ย่านนี้...คนมาเที่ยวที่นี่ไม่ต้องกลัวหลงเพราะมีป้ายบอกทิศทางชัดเจน..อ้อแต่ขอโทษนะเป็นภาษาสเปนอย่างเดียวครับ

ผมลัดเลาะถ่ายภาพย่าน La Candelaria วันนั้นแสงแดดยังเป็นใจมีเวลาไปเดินต่อมๆ ดูบ้านเมืองเก่าของชาวเมืองหลวงโคลอมเบีย ถือเป็นย่านประวัติศาสตร์เห็นอาคารแบบอารยธรรม



ถ้าจะมียกเว้นก็น่าจะเป็นรถไฟยังมีระดับการพัฒนาคล้ายกับแดนสยามของเราอยู่เลย แถมบังเอิญเห็นรถไฟกำลังวิ่งเลาะเชิงเขามีควันโขมงเหมือนใครกำลังเผาป่าเลยละ....



สองข้างทางนอกจากทุ่งหญ้าเลี้ยงสัตว์แล้ว จะเห็นมีฟาร์มสวนไม้ดอกขนาดใหญ่ตั้งอยู่เป็นระยะ เขาบอกว่าดอกไม้เป็นพืชเศรษฐกิจส่งออกที่สำคัญของประเทศ (จะยกเว้นก็โคเคน 555 เพราะเขาไม่ได้บันทึกตัวเลขการลักลอบส่งออกนั้น)...คนที่นี่เขายังยอมรับว่ามีโคเคนส่งออกจริง และแถมทำรายได้มหาศาลมาพัฒนาประเทศจนถึงระดับนี้เลย...อย่างไรก็ตามเขายังแก้ตัวว่าพวกมาเฟียและเจ้าพ่อแบบที่เราเห็นในหนังฮอลลีวูดนั้นมีจำนวนลดลงด้วยการปราบปรามอย่างหนักจากรัฐและแถมมียุทธศาสตร์ส่งออกพวกเจ้าพ่อเหล่านี้ไปทำมาหากินที่ประเทศอื่นเสีย ซึ่งเขาย้ำว่าประเทศเม็กซิโกจะน่ากลัวกว่าที่นี้เยอะ (สงสัยเพราะมีเจ้าพ่อโคลอมเบียย้ายเข้าไปอยู่เยอะ 555)

เมืองหลวงโบโกตา (Bogota) ตั้งอยู่บนที่ราบสูงด้วยความสูงพอๆ กับยอดดอยอินทนนท์เล็กน้อย ทำให้อากาศเย็นสบายเฉลี่ย 15-20 องศาเอง คนที่นี่เขาไม่รู้จักว่าฤดูหนาวหรือฤดูร้อนเป็นอย่างไรเพราะอากาศมันเย็นๆ แบบนี้ตลอดทั้งปี เขารู้เพียงแต่ว่าถ้าวันไหนมีแดดจัดๆ อุณหภูมิอาจจะสูงกว่า 20 องศาได้บ้าง และถ้าวันไหนฝนตกหนักอากาศก็จะเย็นลง....ส่วนเมืองอื่นๆ ของประเทศที่ไม่ได้อยู่บนที่สูงแบบนี่ ก็มีช่วงที่อากาศร้อนแบบบ้านเราเหมือนกัน เขายังเล่าแบบตลกกว่าถ้าขับรถออกนอกเมืองแล้วรู้สึกอากาศมันร้อนขึ้นแสดงว่าท่านได้ขับรถพ้นเขตเมืองโบโกตาและปริมณฑลเรียบร้อยแล้ว....เนื่องจากเมืองโบโกตาถูกล้อมด้วยภูเขา การขับรถ





สเปนที่เรียกว่า Colonial style จะเป็นอาคารตึกแถวๆ มีระเบียบ หน้าต่างไว้ปลูกดอกไม้ประดับโชว์แขกไปไทยมา (เยี่ยม) ผสมกับ สีสันสุดจี๊ดของความเป็นชาวแคริบเบียน ตามตรอกซอยและ บ้านหลายหลังจะถูกไล่เลาะด้วยสีเจี๊ยวๆ เท่าที่สังเกตนอกจากสีพื้น ขาวแล้วเขาชอบใช้สีเหลือง ส้ม และเขียว...หลายจุดกลายเป็น ผ้าใบผืนใหญ่ให้ศิลปินแสดงฝีมือ เข้าใจว่าเขาตั้งใจทำไม่น่าใช่ ความมีอบอมนของวัยรุ่นบางกลุ่ม ไม่จันอาจจะเป็นภาวจิตคำคม หรือมอดใต้ของกลุ่มอย่างที่เราเห็นในบางประเทศ เช่น “กู...พ่อทุกสถาบัน” หรือ “ทีหมาเป็นยว”(แต่กลิ่นที่โชยมามันเป็นฉี่คนชัดๆ) หรือ “ห้ามทิ้งขยะ”(เขียนไว้ตามข้างมุมตึกที่มีขยะกองโตๆ เป็น แบ็คกราวนด์) เป็นต้น นอกจากหลักฐานของอาคารสิ่งก่อสร้างที่ แสดงการผสมผสานทางอารยธรรมของชาวอินเดียนพื้นเมืองกับ ชาวสเปนแล้ว หน้าตาของผู้คนก็มีความเป็นลูกผสมด้วย แต่มีความคล้ายกระเดียดไปทางหน้าตาแบบคนสเปนมากกว่าคนพื้น เมืองซะอีก แถมยังใช้ภาษาสเปนซะด้วยทำให้แยกชนชาติยาก แต่ก็มีคนสเปนที่มาประชุมด้วยกันเขาไขข้อข้องใจให้ฟังว่าเขาฟังแล้ว แยกออกได้เพราะสำเนียงการพูดจะมีความเหน่อหรือเป็นทองแดง สังเกตได้ มีคนผิวดำแทรกมาบ้างคงเป็นเพราะเขาเคยนำเข้าทาส ผิวดำจากแอฟริกามาทำงานเหมืองและปลูกกาแฟ....แถม...ระหว่าง ที่คุยกันเรื่องชาติพันธุ์คนโคลอมเบีย เขาก็บอกว่า “เฮ้ย ยูก็หน้าตา เหมือนชาวโคลอมเบียนะ...แต่..เหมือนพวกพื้นเมืองเลือดบริสุทธิ์ ที่ไม่มีเลือดสเปนมาปนเปื้อนนะ” (ฮา) ทำให้เรามั่นใจในหน้าตา

ความเป็นอินเตอร์ของตัวเองยิ่งขึ้น เพราะเคยไปมาเลเซียนั้นเขาก็บอกว่าเหมือนคนมาเลย์ (โดนคนเข้าประตูมิวเซียมที่ยะโฮร์บารู ด่าฟรี ว่าเป็นคนมาเลย์ไม่ต้องซื้อตั๋ว) ไปอินโดนีเซียเขาก็คิดว่าเราเป็นพวกมัน (เข้ามิวเซียมไม่ต้องเสียตังค์ ไปสามคนเขาคิดเงินแค่สองคนทุกครั้ง) ไปเนปาลมันบอกว่าเราเป็นคนอินเดีย (ทำไมไม่คิดว่าเป็นคนเนปาลบ้างนะ ทำให้ต้องนั่งเครื่องบินในประเทศเนปาลด้วยราคาต่างชาติ) แต่พอเวลาไปอินเดียพวกเขาก็มักกลับคิดว่าเรามาจากเนปาลซะงั้น

ความขลังของย่านนี้ยืนยันด้วยการมีมหาวิทยาลัยเก่าแก่ตั้งอยู่หลายแห่ง ที่มีโอกาสได้เข้าไปดูข้างในเป็นมหาวิทยาลัยโรซาริโอที่เพิ่งเฉลิมฉลองครบอายุการก่อตั้ง 360 ปี ก่อนที่รัชกาลที่หนึ่งเราจะก่อตั้งกรุงเทพฯ เป็นเมืองหลวงของชาวสยามซะอีก....มาถึงจุดที่เป็นแลนด์มาร์กสำคัญคือ “Plaza Bolivar” ชื่อพลาซ่าแต่ไม่ใช่ห้างสรรพสินค้านะ แต่เป็นจัตุรัสกลางเมืองที่มีสถานที่สำคัญ ตั้งรวมกันอยู่ที่นี่ ไม่ว่าจะเป็นโบสถ์สำคัญประจำเมือง ศาลว่าการเมือง รวมถึงอาคารที่ทำการราชการด้วย ตอนเย็นๆ ชาวเมืองเขาจะมานั่งเล่นเดินเล่น เป็นสนามเล่นของเด็ก และยังเป็นที่ทำมาหากินของฝูงนกพิราบ เท่าที่ดูด้วยตาน่าจะมีจำนวนมากกว่าที่สนามหลวงด้วย (สงสัยคงไม่มีใครแอบวางยานนกพิราบแบบบ้านเราก็คงเป็นได้)



ด้วยการผสมผสานทางวัฒนธรรมทำให้บางมุมของเมืองได้เห็นบรรยากาศที่ทำให้พาลนึกไปถึงละตินอเมริกัณแถบเม็กซิโก มีหนุ่มๆ สวมหมวกโบโดเน้งใจให้ล้าร้องเพลงกันตามร้านอาหารริมทางเดิน....มันช่างตรงกันข้ามกับย่าน Chile Avenue ที่มีตึกสูงเป็นย่านศูนย์กลางทางธุรกิจเพราะเป็นที่ตั้งของเหล่าธนาคารต่างๆ รวมทั้งอาคารตลาดหลักทรัพย์สินที่สำคัญยิ่งมีความเหมือนย่านสีลมของเราตรงที่ริมทางเดินต่างถูกจับจองด้วยพ็อปปี้แค้นค้าแผงลอยจำหน่ายเสื้อผ้า เครื่องประดับ และนาฬิกา(ปลอม) เช่นเดียวกันเลย สิ่งดีที่น่าชื่นชมคือถนนบางเส้นเขาสงวนสิทธิไว้ให้คนเดินเท้าอย่างเดียวนะ โดยไม่มีมอเตอร์ไซด์มาขัดขวางแต่ไล่หลังที่ทางคนเดินด้วย และทุกวันเสาร์จะปิดถนนยาวหลายสิบกิโลเมตรเพื่อเป็นทางจักรยานเพียงอย่างเดียว ให้คนได้ออกกำลังกายและเชื่อมต่อไปให้คนออกไปท่องเที่ยวนอกเมืองด้วยลำแข้งและพลังน้องของตนเอง....ขนส่งสาธารณะขนาดใหญ่คือรถเมย์ด่วนคล้าย BRT บ้านเรา โดยเป็นรถเมย์เชื่อมกัน 3-4 ตู้วิ่งบนทางพิเศษของตนเอง (เท่าที่สังเกต ไม่เห็นมีรถประเภทใดๆ เข้ามาขอเบียดใช้ทางเหมือนบางประเทศ 555)ส่วนรถเมย์ปกติก็มีวิ่งเหมือนกันเป็นรถขนาดเล็กมีสี่ล้อ สีเขียว สีแดง ไม่รู้ว่าเขาใช้สีรถแสดงอะไร บอกราคาค่าโดยสาร หรือแสดงเส้นทางเดินรถ หรือตามแต่ใจเจ้าของรถเมย์ก็ไม่รู้ (นอกเรื่อง...ในประเทศสเปนที่หนึ่งใช้สีรถแสดงแสดงราคาค่าโดยสาร รถปรับอากาศสีส้มและสีฟ้าราคาไม่เท่ากัน รถเมย์ไม่ปรับอากาศสีแดง-สีขาว-มินิบัสเขียวราคาไม่เท่ากัน แถมมีนโยบายการเปลี่ยนสีรถมินิบัสจากสีเขียวเป็นสีส้มเพื่อปรับค่าโดยสารได้ต่างหาก)

การทำมาหากินหรืออาชีพข้างถนนที่อาจไม่ค่อยคุ้นตาคนไทย น่าจะเป็นอาชีพตั้งแผงจัดรองเท้า คนที่นี้เขาคงให้ความสำคัญกับความงามมันของรองเท้าแน่ๆ จึงมีอาชีพนี้ได้ (แต่เคยไปเห็นแบบนี้ในหลายประเทศเหมือนกัน) กิจการนี้คงไม่รุ่งในเมืองไทยหรอกเพราะคนไทยเราให้ความสำคัญกับความใสของใบหน้าด้วยครีมและสาร whitening มากกว่าความใสของรองเท้าแน่ๆ....มีคุณป้าสายเลือดคนพื้นเมืองเต็มร้อยนั่งก้นห่านก้นตาวัยลูกปัดงานฝีมือ รอให้คนเดินผ่านไปมาแวะอุดหนุน....ด้วยสายเลือดชาวแคริบเบียนจะชอบร้องรำทำเพลง มีหนุ่มใหญ่ 3 คน (ดูท่าทางเหมือนถ้าไม่เมาที่สุดไม่ครบ) ขึ้นไปยืนที่ฐานอนุสาวรีย์ร้องเพลงกันเอง เดินกันเอง และสนุกกันเอง....คนโบโกตาทำอะไรจะซื่งหางานน้อยกว่าคนกรุงเทพฯ เรา เพราะถ้าสังเกตให้ดีทุกภาพที่ถ่ายคนเดินผ่านไปผ่านมาในเมืองไม่มีใครเล่นสมาร์ตโฟนกันเลย ร้านขายมือถือก็มีน้อยมากๆ ไม่เหมือนในเมืองกรุงเราจะชินตากับภาพคนไทยไม่ว่าจะนั่งจะเดินต้องใช้นิ้วแหวกจอเข้า-ออก จิ้มๆ chat line หัวเราะอยู่คนเดียวก็มี หรือต้อง check-in เพื่อให้เพื่อนๆ ในกลุ่มเราทราบว่าได้ขึ้นอยู่ตรงนั้นนะ (ซึ่งหมายถึงถึงอายุกระผมด้วยนะ 555)....ยังมีอีกอาชีพหนึ่งที่ยอดนิยมคือการตั้งจุดบริการโทรศัพท์มือถือพร้อมกับแผงขายของอื่นๆ โดยคิดค่าบริการเป็นนาที (เหมือนที่เคยฮิตในไทยเมื่อสิบปีที่แล้ว) ราคาค่าโทรนาทีละ 150 เปโซไม่ถึง 3 บาทถือว่าไม่แพงนัก....บางมุมของเมืองก็เป็นร้านขายของที่ระลึกสำหรับนักท่องเที่ยว แต่เจียบเหงาสุดๆ ไม่รู้ว่าเป็นเพราะจำนวนนักท่องเที่ยวน้อยหรืออาจเป็นเพราะนักท่องเที่ยวไม่สามารถสื่อสารกับคนขายให้รู้เรื่องได้ จึงไม่รู้ว่าจะถามราคาหรือต่อรองราคาเท่าไรได้ ถ้าจะให้ดีรัฐบาลโคลอมเบีย น่าจะส่งแม่ค้ามาเรียนงานกับแม่ค้าไทย เพราะหากแม่ค้าไทยเราไม่สามารถพูดสื่อสารภาษาอังกฤษ ญี่ปุ่นหรือจีนได้ ก็ใช้การกดเครื่องคิดเลขผลัดส่งกันไปส่งกันมาเพื่อต่อรองราคากันได้โดยไม่ต้องเอ่ยวาจา และที่สำคัญแม่ค้าโคลอมเบียควรต้องเรียนรู้ว่าอย่าพยายามพละมออธิบายด้วยภาษาตนเองฝ่ายเดียวทั้งๆ ที่ยังไม่รู้เรื่องด้วยหรอก(อันนี้จากประสบการณ์ตรงเลย 5555)





เท่าที่สังเกตจากอาหารที่โรงแรมและร้านอาหารท้องถิ่นที่เจ้าภาพพาไปเลี้ยง มีข้อสรุปว่าคนที่เขาทานอาหารคล้ายๆ กับพวกตะวันตกทั่วไป อาหารหลักๆ มีมันฝรั่งเย็นพื้น ปลา (เนื่องจากติด 2 มหาสมุทร) เนื้อวัว ไก่ มะพร้าว รสชาติอาหารก็จืดๆ ไม่ค่อยมีรสจัดนัก เขาบอกว่าความต่างของอาหารโคลอมเบียจากประเทศอื่นๆ ใกล้เคียงน่าจะเป็นรสชาติและส่วนประกอบ (ซึ่งแน่นอนว่าเราก็ไม่สามารถแยกได้อยู่ดี...555) พอมีเวลาร่วมหรือเย็นไหนที่ต้องหาซื้ออาหารกินเองส่วนใหญ่ก็ต้องพึ่งฟู้ดเซ็นเตอร์ตามห้างเพราะให้มือชู้ ง่ายสะดวกดี บางครั้งโชคดีหน่อยมีคนสั่งก่อนล่วงหน้า พอเห็นว่าหน้าตาอาหารดูดีเราก็สามารถสวมรอยสั่งด้วยภาษาไปทำนองว่า “น้องๆ..เอาแบบนี้ที่หนึ่งครับ”....รายการซื้ออาหารเขาก็มีบอกตลอดละนะแต่อ่านไม่ออกหรือก็ไม่จั่งคงได้กินแค่ Sandwiches, Espresso, Cappuccino เท่านั้น

มีวันหนึ่งออกมาเดินหาของกินเต็มพลัง ในใจคิดอยู่แล้วว่าคงไม่แคล้วได้กินฟาสต์ฟู้ดเหมือนเดิม แต่พอเดินมาได้ไม่ไกลเห็นคนมุงกัน เลยเข้าไปดูใกล้ๆ ทำให้รู้ว่าเป็นไทย(โคลอมเบีย)มุงกำลังรออาหารที่รถเข็นขาย จึงเข้าไปสวมรอยมุงดูกับเขาด้วย เมื่อเข้าทำจะสั่งกินเป็นอาหารกลางวัน เขาใช้กระทะเล็กๆ วางบนเตาถ่านย่างพอร้อนก็ตักเนยลงไปหนึ่งก้อน จากนั้นนำไข่ไก่ที่ตีแล้วเหมือนตอน

ทำไข่เจียวเทลงไปบนกระทะร้อนๆ นั้น กระทะต่อมาเป็นการวางแฮมลงไปหนึ่งแผ่น สุดท้ายเมื่อไข่สุกแล้วก็กลับให้แฮมลงไปอยู่ด้านล่างกระทะ ขณะเดียวกันก็ย่างแผ่นแป้งบางๆ ไปพร้อมด้วยแปะชีสลงในหนึ่งแผ่นบนแป้งร้อนๆ นั้น ก่อนจะนำไข่ในกระทะที่สุกแล้วไปทับลงไปเป็นอันเสร็จพิธี เขาบรรจุใส่ถุงพอยล์ดูดีเชียวละ ถึงขั้นตอนกินจะใส่ซอสมะเขือเทศเพิ่มไปด้วยก็ไม่ผิดกติกา....ก่อนกัดลงไปต้องระวังนิดเพราะจะเจอความร้อนที่ยังระอุอยู่ด้านในแถมมีชีสที่สร้างความเยิ้มให้เลอะปากเวลากินด้วย ถ้าถามว่ารสชาติเป็นไงสมกับราคา 30 บาทหรือเปล่า? ตอบได้เพียงว่า...ถ้าใครได้มาเที่ยวที่นี่แล้วไม่ได้กินก็คงไม่เป็นไร

เพื่อให้ชีวิตเราง่ายขึ้นผมเลยขอลองไปกินของที่เราน่าจะคุ้นเคยคือวาฟเฟิล เดินไปเจอร้าน Crepes & Waffles ตั้งอยู่ใกล้ๆ ห้างสรรพสินค้ากลางเมือง เพราะใครๆ ที่มาโคลอมเบียเขาบอกว่าต้องมาลองร้านนี้(มีหลายสาขา) ไปถึงก็รีบไปสั่งวาฟเฟิล แบบเอาชั่วคราว ไว้ก่อนเลย...อย่างเคยคนขายเขาก็ยังงงเหมือนเดิม แต่ยังมีหน้าพูดสเปนกลับมาเป็นฉากๆ ทำนองว่าไม่เข้าใจที่เราสั่ง..เราก็แปลกใจเพราะชื่อร้านเอ็งมันกับบอกใต้งๆ อยู่แล้วว่เอ็งต้องขายเครปกับวาฟเฟิล เป็นหลักแน่นอน จึงชี้ไปที่รูปวาฟเฟิล ที่เขาโชว์หราที่ด้านหลัง พี่คนขายจึงถึงบางอ้อเพราะมันไม่ได้ชื่อวาฟเฟิล เขามีชื่อเป็นภาษาสเปนว่า “โกฟร่า(Gofre)” ครับ ส่วนที่สั่งรสช็อกโกแลตด้วยเพราะตอนที่เขากำลังร่ายยาวให้เลือกรสต่างๆ นั้น มาสะดุดหูและฟังออกว่าช็อกโกแลตเพียงอย่างเดียวเลยรีบตอบอย่างมั่นใจว่า “เยส..พลีสสส...” ส่วนกาแฟอย่างที่เคยเล่า ไม่มีปัญหาแน่นอนเพราะมันชื่อ Cafe Latte และ Cappuccino เหมือนกันทั่วโลก...แถมท้ายไอศกรีมที่วางบนวาฟเฟิล คนขายมันคงชี้เก๊ยกถามแล้วเพราะเจรจกกันจนเมื่อยมือ เขาจึงถือวิสาสะตัดสินใจเลือกวานิลลาให้เราเลย 555.....สรุปว่าน่าจะจะได้ลิ้มรสครบสูตรต้องใช้ความพยายามอย่างยิ่ง เพราะรสชาติถือว่าโอเคเลย

โบโกตาหรือโคลอมเบียอาจจะไม่ใช่ประเทศที่เราคุ้นเคยนักที่ได้ยินมาก็ชื่อเสียงพอดำยาเสพติดตามที่เห็นในหนัง และแถมอยู่ไกลเมืองไทยมาก ซึ่งขากลับเครื่องบินออกจากที่นั่นเย็นวันเสาร์ จะถึงสุวรรณภูมิก็เช้าตรู่วันจันทร์เลย(รวมเวลาที่ต่างกัน 12 ชั่วโมงด้วย) หรือจะลองจินตนาการว่า หากเราเจาะอุโมงค์จากเมืองไทยผ่านจุดศูนย์กลางของโลกก็จะมาทะลุแถวโคลอมเบียนี้และครับ(ภาษาอังกฤษเขาใช้คำว่า ‘Antipodes’ หมายถึง the other side of the world โดย The antipodes of Bogota is Jakarta) ท้ายสุด....ถ้าใครเป็นคนชอบท่องเที่ยวต่างประเทศแต่ไม่อยากเจอคนไทยด้วยกันเพราะช้เก๊ยกทักทาย หรือเป็นคนที่ไม่ชอบซื้อปั้งที่คอยแย่งของในร้านกับนักท่องเที่ยวอื่นๆ หรือเป็นคนที่ไม่อยากฟังเสียงจอแจและต้องคอยหลบกล้องดิจิตอลถ่ายภาพของทัวร์จีนและทัวร์เอเชีย(ซึ่งแต่ละคนมักจะมีกล้องของตัวเองอย่างน้อยหนึ่งตัวเสมอ....ขนาดผมกระเหรี่ยงเอเชียเพียงคนเดียวเองยังพกไปตั้งสามแบบเลย 555....ทั้ง Canon DSLR, Kodak compact, Xperia mobile) ที่สำคัญที่สุดหากต้องการสัมผัสและเข้าใจคำว่า ‘Lost in translation’ อย่างลึกซึ้งละก็ต้องที่นี่เลย...โคลอมเบีย...สวัสดิ์ครับ **T**

Dentin, Enamel Replacement with

No Bonding Required.

No Longer, DEGRADATION in bonding layer.

ACTIVA™
BioACTIVE

RESTORATIVE™
BASE/LINER™



TOUGH, DURABLE & ESTHETIC
ACTIVA™ 30-MONTH RECALL



October 7, 2012

ACTIVA BioACTIVE-
RESTORATIVE post-op.

Photos courtesy of
Dr. John Comisi



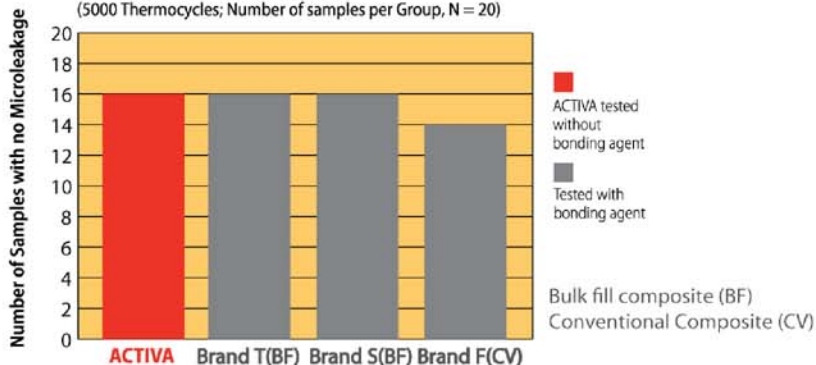
March 23, 2015

30-month recall, shows
great esthetics, no
wear or chipping, no
marginal staining

University testing, shows Seal Ability of Patented bioactive ionic resin, by
vitro microleakage test among bulk fill (BF) composite, a conventional (CV)
composite, and Activa Bioactive (self-adhesive (SAC) restorative material)

Microleakage of 4 Composite Materials:

ACTIVA BioACTIVE-RESTORATIVE:
(5000 Thermocycles; Number of samples per Group, N = 20)



ACTIVA BioACTIVE-RESTORATIVE, when tested in vitro for microleakage
without a bonding agent, compares favorably
with leading composites tested with a bonding agent
(Scotchbond Universal Adhesive, 3M ESPE).

Special Features

- Moisture friendly
- Virtually no bonding agents required
- Ideal for bulk filling up to 4 mm.
- Light cure and self-cure
- Interact to continuous pH change in the Oral environment



Contact Information

Head Office : +66(2)952-4815-18

Training center : +66(2)219-3050

E-mail : info@sdt1988.com

Website : www.sdt1988.com

Facebook : www.facebook.com/SdTantavade1988CoLtd

PULPDENT®

www.activabioactive.com

NEW

LISTERINE[®]

ZERO[™]

- Contains the signature 4 Essential Oils of LISTERINE[®] that proven to kill a broad spectrum of microorganisms and penetrate throughout biofilm effectively.
- Superior efficacy in reducing plaque and gingivitis than the alcohol-free CPC mouthrinse.
- Reduce plaque up to 31.6% and gingivitis 24.0% at 6 months.

