

Symphosium 2.1 :
การวินิจฉัยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของทารกในครรภ์ (fetal echocardiography)
พันโทหญิง อังคณา เก่งสกุล
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
วันที่ 22 พฤศจิกายน 2550

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดพบได้ประมาณ 1 ใน 100 คนของเด็กเกิดมีชีวิต (1 in 100 live births) ซึ่งอุบัติการณ์นี้อาจจะน้อยกว่าความเป็นจริงเนื่องจากโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมักเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ทารกเสียชีวิตตั้งแต่ในครรภ์ หรือตายคลอด โดยที่ทารกที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรมมักจะมีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดร่วมด้วย ในปัจจุบันการวินิจฉัยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของทารกในครรภ์ก่อนคลอดจึงมีความสำคัญ และมีประโยชน์ในการวางแผนการรักษาของทารกหลังคลอด หรือช่วยในการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ในกรณีที่ตรวจพบความผิดปกติที่รุนแรง หรือมีข้อบ่งชี้ นอกจากนี้การตรวจไม่พบความผิดปกติในกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ยังช่วยลดความกังวลของบิดา - มารดา และช่วยให้สูติแพทย์สามารถวางแผนในการคลอดได้

การตรวจหัวใจทารกในครรภ์นั้นควรทำการตรวจในช่วงเวลาที่เหมาะสม ซึ่งโดยทั่วไปแนะนำให้ตรวจเมื่ออายุครรภ์ระหว่าง 18 - 22 สัปดาห์ สำหรับการตรวจหาความผิดปกติของหัวใจเมื่ออายุครรภ์ 16 -18 สัปดาห์ นั้นสามารถทำได้ แต่ต้องตรวจซ้ำอีกครั้งที่อายุครรภ์ 18 - 22 สัปดาห์เพื่อให้มีความผิดพลาดน้อย ดังนั้นการตรวจหาความผิดปกติที่อายุครรภ์น้อยมากจึงเป็นการเสียเวลา และสิ้นเปลือง ในทางตรงกันข้ามการตรวจที่อายุครรภ์มากกว่า 30 สัปดาห์นั้นทำได้ค่อนข้างน้อย โดยข้อบ่งชี้ในการตรวจแบ่งตามความเสี่ยง ได้แก่

1. ความเสี่ยงทางมารดา
2. ความเสี่ยงของทารก

ตารางที่ 1 ข้อบ่งชี้ในการตรวจหัวใจของทารกในครรภ์ (Indication for fetal echocardiogram)

Maternal indication	Fetal indication
<ul style="list-style-type: none"> - Family history of CHD - Metabolic disorders (eg. Diabetes, PKU) - Exposure to teratogens - Exposure to prostaglandin synthetase inhibitors (eg. Ibuprofen, salicylic acid, indomethacin) - Rubella infection - Autoimmune disease (eg. SLE, Sjogren's) - Familial inherited disorders (Ellisvan Creveld, Marfan, Noonan's, etc) - In vitro fertilization 	<ul style="list-style-type: none"> - Abnormal obstetrical ultrasound screen - Extracardiac abnormality - Chromosome abnormality - Arrhythmia - Hydrops - Increased first trimester nuchal translucency - Multiple gestation and suspicion of twin-twin transfusion syndrome

CHD, congenital heart disease; PKU, phenyl ketonuria; SLE, systemic lupus erythematosus

Symphosium 3.1 :
สถานการณ์ปัจจุบันและการเตรียมพร้อมรับมือ ไข้หวัดนก/ไข้หวัดใหญ่ ระบาดใหญ่
โดย ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
วันที่ 23 พฤศจิกายน 2550

ในอดีตมีการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ และไข้หวัดนกทั่วโลกหลายครั้ง (ในช่วง ปี พ.ศ. 2460 - พ.ศ. 2541) ซึ่งมีความรุนแรงและทำให้ประชากรเสียชีวิตทั่วโลกนับหลายสิบล้านคนเริ่ม จากไข้หวัดใหญ่สเปน ซึ่งในส่วนของ รพ.ทางทหาร ก็มีทหารจำนวนมากที่ป่วยและตายลงจากไข้หวัดใหญ่ ซึ่ง Dr. Victor Vaughn กล่าวว่า เหมือนสงครามที่เข่นฆ่าทั้งคนหนุ่มสาวที่แข็งแรง และผู้ใหญ่ที่สุขภาพดี ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่หลวงทางสุขภาพ ซึ่งมีการรณรงค์เชิงป้องกันอย่างกว้างขวาง ในประเทศไทยมีการระบาดใหญ่เช่นเดียวกัน Wilson smith และคณะ แยกเชื้อได้เป็นครั้งแรกจากสัตว์ทะเลชนิดหนึ่งชื่อ Ferret ซึ่งทำให้หลายหน่วยงานต้องเข้ามาร่วมมือกันจัดการเชื้อนี้ โดยเฉพาะองค์การอนามัยโลก และ องค์การสุขภาพสัตว์นานาชาติ เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับ Virus ที่ทำให้เกิดโรค ซึ่งก็พบว่า เป็น Virus สายพันธุ์ "Orthomyxoviridae" เป็น RNA Virus จำแนกได้เป็น 3 Type คือ A, B, C โดย

A : ติดเชื้อในคนและสัตว์หลายชนิด ได้แก่ หมู เป็ด ไก่ ม้า ฯลฯ

B : ติดเชื้อในคน และ

C : ติดเชื้อในคน แต่ระบาดในวงจำกัด

ส่วนไข้หวัดนกนั้นเกิดจากไข้หวัดใหญ่ Type A เท่านั้น ซึ่งจะจำแนกได้อีกหลายชนิดโดยดูจาก H (Haemagglutinin) และ N (Neuraminidase) ที่จับคู่กันของ Virus ซึ่ง H แบ่งได้ตั้งแต่ 1 - 16 ส่วน N แบ่งได้ตั้งแต่ 1-9 การกลายพันธุ์ สามารถกลายได้ง่ายจากการเปลี่ยนแปลงกรดอะมิโนเพียงตำแหน่งเดียว (antigenic drift) หรืออาจเกิดการกลายพันธุ์อย่างมาก ได้ Virus ลูกผสมขึ้น (antigenic shift) โดยเชื้อนี้สามารถตายได้ที่ความร้อน 56°C นาน 3 ชั่วโมง หรือ 60°C นาน 30 นาที PH เป็นกรด และจาก disinfectants หลายตัว คงสมบัติในการติดเชื้อนาน ถ้าอยู่ในเนื้อเยื่อมูลนกและในน้ำ ผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตจาก Pneumonia exacerbation of cardiopulmonary conditions, Chronic diseases โดยเฉพาะผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 90 จะเสียชีวิตจาก Pneumonia และไข้หวัดใหญ่ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ปัจจุบันมียาที่ใช้ในการรักษาได้แก่ Zanamivir และ Oseltamivir

ในส่วนของห้องปฏิบัติการตรวจหาเชื้อก็มีการพัฒนาวิธีการแยกเชื้อและเพาะเชื้อหลายวิธี เพื่อให้ได้ความแม่นยำมากขึ้น ซึ่งก็ยังมีพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

สำหรับการป้องกันนั้น ได้การผลิต Vaccine ในหลายๆ รูปแบบไม่ว่าจะเป็นจากเชื้อที่ตายแล้ว บางส่วนของ Virus หรือส่วนที่ยังมีชีวิตอยู่ ซึ่งควรให้ในกลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และ ผู้ใหญ่ที่มีความผิดปกติทางปอดและหัวใจเรื้อรัง รวมทั้งกลุ่มบุคคลที่สามารถแพร่เชื้อได้สูง ซึ่งก็คือ แพทย์ พยาบาล และบุคคลที่ทำงานในส่วนของผู้ป่วยนอกซึ่งรวมถึง ห้องฉุกเฉิน เป็นต้น

ซึ่งหากมีการระบาดใหญ่ในประเทศไทย คาดว่าหากมีอัตราการป่วยร้อยละ 10 จะมีผู้ป่วย 6,500,000 ราย ตาย 65,000 ราย และขึ้นสูงถึงร้อยละ 40 จะมีผู้ป่วย 26 ล้านคน ตาย 260,000 ราย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมในวงกว้างด้วย

ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขของไทยมีนโยบายในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้หวัดนก โดยเน้นเตรียมพร้อมระดับสูงสุด (Maximum preparedness) โดย

- ป้องกันและลดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และเศรษฐกิจของประเทศ
- แสดงความร่วมมือระดับองค์กร และความร่วมมือระหว่างประเทศ
- สร้างศักยภาพ และความเข้มแข็งของประเทศในการตอบสนองต่อโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติภัยต่างๆ โดยมียุทธศาสตร์หลัก ดังนี้

1. เฝ้าระวังและสอบสวนที่ถึถ้วนน ว่องไว
2. ตรวจชันสูตร (Lab) แม่นยำ
3. ดูแลผู้ป่วย และควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการอย่างเคร่งครัด
4. สุขศึกษา และประชาสัมพันธ์เชิงรุก อย่างรวดเร็วถูกต้อง ชัดเจนให้เกิดความตระหนัก และยุทธศาสตร์เสริม คือ
 1. ประสานรอบด้าน สั่งการชัดเจน
 2. การจัดการความรู้ (KM)
 3. ข้อมูลข่าวสาร (MIS) รวดเร็ว
 4. จัดหาและสนับสนุนทรัพยากรเพียงพอ
 5. ความร่วมมือระหว่างประเทศในด้านต่างๆ

โดยมีกลไกการประสานงานระดับชาติ คือ คณะกรรมการพิจารณาแก้ไขสถานการณ์ไข้หวัดนก (รองนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน) และมีผู้เกี่ยวข้องต่างๆ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะมีภารกิจเฉพาะหน้าคือ ต้องคุมไข้หวัดนกอย่าให้พลาด และไม่ประมาทไข้หวัดใหญ่ และต้องบรรเทาภัยที่มาเยือน

นอกจากนั้น ยังมีมูลนิธิส่งเสริมการศึกษาไข้หวัดใหญ่ ซึ่งก่อตั้งในปี พ.ศ.2547 ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้ข้อมูล และให้ความรู้ใหม่ๆ อย่างต่อเนื่องแก่ประชาชน โดยสามารถเข้าไปใน web site <http://www.ift 2004.org>

ไข้หวัดนกนั้นมีสัญญาณอันตราย จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น คือ

- ช่วง พ.ศ. 2503 - 2543 (40 ปี) มีการระบาดของไข้หวัดใหญ่สัตว์ปีก 28 ครั้ง มีไก่เนื้อ ไก่ไข่ และสัตว์ปีกตายและถูกทำลายไป 23 ล้านตัว

- ช่วง พ.ศ. 2543 - 2548 (6 ปี) มีการระบาดของไข้หวัดใหญ่ สัตว์ปีกมากกว่า 50 ครั้ง และถูกทำลายมากกว่า 250 ล้านตัว และตัวที่อันตรายมากคือ Influenza A H5N1 ซึ่งเป็นไข้หวัดนกที่ติดเชื้อในคนซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งเริ่มในทวีปเอเชียและแพร่ขยายออกนอกทวีปเอเชีย

ในประเทศไทยเองเริ่มตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2546 และเสียชีวิตไปแล้ว 17 คน จากผู้ป่วยทั้งสิ้น 25 คน ซึ่งขั้นตอนสำคัญของการระบาดคือ เมื่อพบเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ในสัตว์ A (Phase I) → คนติดเชื้อ (Phase II) → ติดจากคนสู่คน (Phase III) → และมีผู้ป่วย/ตาย → การระบาดขยายตัวภายในประเทศ (Phase III) → การระบาดแพร่กระจายระหว่างประเทศ (Pandemic) ซึ่งปัจจุบันอยู่ในขั้นที่ 2 คือ คนติดจากสัตว์ อย่างไรก็ตามขณะนี้กำลังขยาย เป็นการติดต่อกันไปสู่อีกคน

ดังนั้นจำเป็นต้องมีความพร้อมในการรับมือหลายด้านได้แก่

ความพร้อมทางเศรษฐกิจและสังคม

1. การฟื้นฟู
 - เกษตรกรผู้เลี้ยงทุกระดับ
 - อุตสาหกรรมข้างเคียง
 - การตลาดภายใน / ภายนอก
2. การจัดระเบียบและพัฒนา
 - เขตการสัตว์เลี้ยง
 - เขตพักการเลี้ยง ความปลอดภัยทางชีวภาพ
 - การแปรรูป
 - การเลี้ยงรายย่อย

3. การจัดองค์ความรู้ในกลุ่มต่างๆ เช่น
 - นักวิจัย
 - เกษตรกร
 - ชาวบ้าน
 - สื่อมวลชน
4. การจัดการกรณีวิกฤต
 - ข้อมูลข่าวสาร

Symposium 3.1 :
**การเตรียมความพร้อมด้านการรักษาพยาบาลโรคไข้หวัดนก/
 ไข้หวัดใหญ่ระบาดใหญ่ : Influenza Vaccine**
นพ.ทวี โชติพิทยสุนนท์
วันที่ 23 พฤศจิกายน 2550

จากการระบาดของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A/H5N1 (ไข้หวัดนก) จากสัตว์ปีกสู่คนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ที่ประเทศเซตปกครอง พิเศษฮ่องกงเป็นต้นมาและเริ่มมีการระบาดที่กว้างขวางมากขึ้นทั้งในสัตว์ปีกและคนของภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ในช่วงปี พ.ศ. 2547 จนกระทั่งถึงปัจจุบันนี้ วงการแพทย์ทั่วโลกต่างวิตกการแพร่กระจาย การผสมกลายพันธุ์ (reassortment) หรือการกลายพันธุ์ (mutation) ของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ชนิด A/H5N1 จนเชื่อสามารถแพร่ระบาดติดต่อจากคนสู่คนได้ง่ายมากขึ้นอันนำไปสู่การระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ (Pandemic Influenza) จากเชื้อสายพันธุ์ใหม่ A/H5N1 ซึ่งมีมนุษย์ทุกคนยังไม่ภูมิคุ้มกันมาก่อนเลย อันอาจก่อความสูญเสียต่อชีวิต เศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็วและรุนแรงยากที่จะคาดการณ์ได้ การระบาดใหญ่ครั้งหนึ่งนี้วงการแพทย์ทั่วโลกพิเคราะห์ดูแล้ว คงจะหลีกเลี่ยงได้ยาก แต่จะเกิดขึ้นเมื่อไร รุนแรงขนาดไหนคงไม่สามารถคาดเดาได้ ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นของชุมชนสังคมของทุกประเทศที่จะต้องมีแผนเตรียมความพร้อมในการรับมือกับโรคไข้หวัดใหญ่ระบาดใหญ่ (Pandemic Preparedness Plan) เพื่อลดผลกระทบต่างๆ ของแต่ละประเทศ ดังนั้นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในแผนเตรียมความพร้อมนี้ สำหรับวงการแพทย์และสาธารณสุขคือ ยุทธศาสตร์ทางการแพทย์

ยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ในแผนเตรียมความพร้อมโรคไข้หวัดใหญ่ระบาดใหญ่ (Pandemic Influenza) มีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1. Pharmaceutical intervention (ด้านเวชภัณฑ์) ซึ่งมีส่วนประกอบสำคัญดังนี้

1.1 Antiviral agents การสำรองยาไว้เพื่อใช้ในการรักษา (treatment) และการป้องกัน (prophylaxis) อย่างเหมาะสมและเพียงพอ

1.2 Pandemic vaccine ซึ่งอาจมีการสำรองวัคซีนไว้ใช้ในอนาคตเมื่อมีการระบาดเกิดขึ้น แต่ยังมีปัญหาอีกมากเกี่ยวกับสายพันธุ์เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่ระบาดใหญ่จริง การผลิต การใช้ ฯลฯ แต่อย่างไรก็ตาม วัคซีนต่อเชื้อไข้หวัดใหญ่ระบาดใหญ่ เป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญยิ่งในการควบคุมการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่

สำหรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ระบาดใหญ่ (Pandemic Influenza) เป็นหัวใจสำคัญในการควบคุมโรคให้สงบลงเร็วขึ้น การจะนำเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่มาผลิตวัคซีนนั้น ต้องมีการระบาดของไข้หวัดใหญ่เกิดขึ้นแล้วเท่านั้น จึงจะนำไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่นั้นมาดำเนินการผลิตเป็นวัคซีนเพื่อควบคุมโรคซึ่งต้องใช้เวลา 4 - 6 เดือนเป็นอย่างน้อย นอกจากนี้ประเทศที่ไม่สามารถผลิตวัคซีนได้เอง อาจต้องรอนานกว่านั้น เนื่องจากกำลังการผลิตทั่วโลกไม่เพียงพอต่อความต้องการในช่วงเวลาคับขันเช่นนั้น ดังนั้นแผนเตรียมความพร้อมก่อนและหลังมีวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ระบาดใหญ่ใช้แล้วจึงมีความจำเป็นต้องเตรียมการล่วงหน้าอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 Others pharmaceutical products เช่น น้ำเกลือ ยาแก้ปวด/แก้ไข้ ยาปฏิชีวนะ ยาแก้ไอ ควรมีการสำรองให้เพียงพอในแต่ละสถานบริการการแพทย์ ฯลฯ

2. Non-Pharmaceutical intervention (ด้านไม่ใช่เวชภัณฑ์) ส่วนนี้ก็มีความสำคัญในการชะลอการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ที่ระบาดอย่างกว้างขวางให้เบาบางลง

2.1 Personal Hygiene and Masking การฝึกฝนปฏิบัติการเสริมสร้างอนามัยส่วนบุคคล เช่น การล้างมือบ่อยๆ การไอ

จามที่ถูกสุขลักษณะเพื่อลดการแพร่เชื้อ การใช้หน้ากากอนามัยในการลดการแพร่เชื้อหรือลดการรับเชื้อ ฯลฯ

2.2 Social distancing การงดร่วมกิจกรรมชุมชนต่างๆ เช่น ปิดโรงเรียน ปิดสถานเลี้ยงเด็ก งดการประชุมที่ไม่จำเป็น งดการประชุม

อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่าการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่คงเกิดขึ้นแน่ในอนาคตอันใกล้ การเตรียมความพร้อมทางการแพทย์ที่เหมาะสมและทันเวลาจะช่วยสามารถลดความสูญเสีย ไม่เฉพาะแต่บุคลากรทางการแพทย์เท่านั้นยังสามารถช่วยเหลือประชาชนทุกหมู่เหล่าที่ร่วมชะตากรรมในโรคระบาดนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วย วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ระบาดใหญ่ถือเป็นมาตรการสำคัญที่สุดในการต่อสู้เพื่อควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ ระบาดใหญ่ ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด แต่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากที่สุดเช่นเดียวกัน

Symposium 3.1 :
บทบาทและหน้าที่ของ Surveillance and Rapid Response Team
โดย พ.อ. ผศ. งาม รังสินธุ์
วันที่ 23 พฤศจิกายน 2550

SRRT (Surveillance and Rapid Response Team) มีวิวัฒนาการจากทีมของคณะเจ้าหน้าที่กรมอนามัย (พ.ศ. 2503) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

1. ทีมระบาดวิทยา ทีมสอบสวนโรค และทีมเฝ้าระวังเชิงรุก
2. ทีมเฉพาะกิจ ควบคุมโรค ทีมควบคุมโรคฉุกเฉิน และทีมควบคุมโรคเคลื่อนที่เร็ว

จากนั้นพัฒนาเป็นทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วในปี พ.ศ. 2547 โดยมีหลักการ “ตัดไฟแต่ต้นลม” ซึ่ง SRRT ต้องมีการแบ่งย่อยไปเป็นระดับ เช่น ส่วนกลาง → เขต → จังหวัด → อำเภอ เพื่อให้สามารถทำงานได้รวดเร็ว และทั่วถึง ซึ่งแต่ละระดับจะมีทีมย่อยๆ ในการทำงาน

องค์ประกอบของทีม จะมีแพทย์ ผู้ที่ทำการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคโดยมีผู้ร่วมทีม ได้แก่ พยาบาล จนท.ฝ่ายชันสูตร ฝ่ายสุขศึกษา เป็นต้น ซึ่งจะต้องจัดให้มีโครงสร้างที่ชัดเจน มีเจ้าหน้าที่เพียงพอ มีความรู้ความชำนาญ มีเทคนิค และมีทรัพยากรอย่างพอเพียง และที่สำคัญ คือต้องสามารถออกปฏิบัติได้ในทันทีที่ได้รับแจ้งการเกิดเหตุการณ์ หรือสงสัยว่าอาจเกิดเหตุการณ์ที่เฝ้าระวังนั้นเกิดขึ้นและต้องเป็นมืออาชีพจริงๆ การปฏิบัติจึงจะบรรลุวัตถุประสงค์ได้ นั่นคือ มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ในเหตุการณ์ที่เป็นเป้าหมายในการเฝ้าระวัง เช่น อาหารเป็นพิษ อหิวาตกโรค ไข้เลือดออก และไข้หวัดนก โดยแต่ละทีมต้องมีการปฏิบัติอย่างน้อย 1 ครั้ง และทุกพื้นที่จะต้องได้รับผลสำเร็จอย่างน้อย 1 ครั้ง และ SRRT หลายทีมร่วมกันแล้วต้อง สามารถปฏิบัติการที่รุนแรงซับซ้อนได้เป็นผลสำเร็จ ที่สำคัญการจะให้ เป็นมืออาชีพก็ต้องมีการพัฒนาบุคลากรทีม SRRT อย่างต่อเนื่องโดย

1. อบรมระบาดวิทยาพื้นฐานและเฝ้าระวังโรค
2. มีการประชุมซักซ้อมรับสถานการณ์
3. อบรมหลักสูตรทีม SRRT
4. ฝึกปฏิบัติเสมือนจริง เพื่อให้เกิดความชำนาญในการปฏิบัติอย่างแท้จริง

Symphosium 3.3 :
Military Psychiatry Update
พันโท อิศรา รักรักษ์กุล
จิตแพทย์ กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
วันที่ 23 พฤศจิกายน 2550

ภารกิจหลักของทหาร คือ การสู้รบเพื่อป้องกันประเทศ ปัจจุบันสถานการณ์โลกเปลี่ยนแปลงไปมาก การทำสงครามก็มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบไปจากเดิม กล่าวคือเปลี่ยนเป็นแบบสงครามไร้พรมแดน ไร้ขอบเขต มากขึ้น เช่น สงครามกองโจร การก่อวินาศกรรม การก่อการร้าย เป็นต้น ดังนั้นผลกระทบทางด้านพฤติกรรมและจิตใจที่เกิดขึ้น ย่อมมีความแตกต่างไปจากเดิมด้วย

ตัวอย่างที่เห็นได้ คือ สถานการณ์การก่อการร้ายใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ยืดเยื้อและยาวนานย่อมมีผลกระทบด้านจิตใจอย่างมาก ดังนั้นการที่จะส่งกำลังพลทหารเข้าไปปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ดังกล่าว ควรมีการเตรียมความพร้อมและการจัดการที่ดีทั้งก่อนปฏิบัติหน้าที่ (Pre-Deployment) ระหว่างปฏิบัติหน้าที่ (Deployment) และหลังปฏิบัติหน้าที่ (Post-Deployment)

ภารกิจหลักของทหารเหล่าแพทย์ คือ การอนุรักษ์กำลังรบ ซึ่งรวมถึงการรักษาขวัญและกำลังใจให้กับกำลังพลทหารด้วย กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้ดำเนินงานด้านจิตเวชศาสตร์ทหารทั้งด้านการรักษาพยาบาล ฝึกอบรม และสร้างเสริมสุขภาพ ให้แก่กำลังพลทหารอย่างต่อเนื่อง และมีโครงการที่จะจัดตั้งศูนย์จิตเวชศาสตร์ทหาร เพื่อรับผิดชอบงานต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น อย่างเป็นระบบและรูปธรรมต่อไปในอนาคต

Symposium 3.4 :
การส่งเสริมสุขภาพกับการทดสอบสมรรถภาพ
พันโทหญิง เลิศลักษณ์ จีระพันธุ์
พันโทหญิง จันทนา กมลศิลป์
พันตรีหญิง ดวงรัตน์ แก้วไวยุทธิ์
วันที่ 23 พฤศจิกายน 2550

ปัจจุบันประเทศไทยให้ความสำคัญและเห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ หลายองค์กร หน่วยงานพยายามที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนได้อย่างเป็นรูปธรรม

กองเวชศาสตร์ฟื้นฟูได้ริเริ่มโครงการส่งเสริมสุขภาพ ตามนโยบายของชาติและของโรงพยาบาลที่ต้องการให้ รพ.พระมงกุฎเกล้า เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโดยที่กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู นั้น ถือได้ว่าเป็นหน่วยงานที่มีทรัพยากรมีศักยภาพสูงทั้งด้านบุคลากร องค์กร ความรู้ สถานที่และอุปกรณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกองเวชศาสตร์ฟื้นฟูมีการทดสอบสมรรถภาพทางกาย (Fitness test) เป็นเครื่องมือชี้วัดซึ่งสามารถทำให้เกิดงานที่จะเป็นรูปธรรมได้ชัดเจน

อย่างไรก็ดีเมื่อวิเคราะห์ผลงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ตามแผนยุทธศาสตร์กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู 254 กลับพบว่าโครงการส่งเสริมสุขภาพในกองเวชศาสตร์ฟื้นฟูกลับไม่ประสบความสำเร็จ มีผู้เข้าร่วมโครงการเพียง 20 นาย จากกำลังพลกว่า 100 นาย และเมื่อโครงการสิ้นสุดลงพบว่ามีกำลังพลเพียง 1 นายเท่านั้นที่สามารถเข้าร่วมอยู่ในโครงการจนจบ

ดังนั้นในแผนยุทธศาสตร์กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู 2550 ซึ่งได้ปรับปรุงและกำหนดให้เน้นด้านส่งเสริมสุขภาพอีกครั้ง โดยมีการดูผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย (Fitness test) ทุก 3 เดือน เป็นตัวชี้วัด โดยเริ่มในผู้บริหารก่อนและได้เริ่มดำเนินการมาส่วนหนึ่งแล้ว รายละเอียดเรื่องความสำเร็จ ความยั่งยืน และจะสามารถที่เป็นแนวทางรูปแบบหนึ่งของการพัฒนา รพ.พระมงกุฎเกล้า เพื่อให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต่อไปในอนาคตได้หรือไม่ จะได้มีการนำเสนอในที่ประชุม

ผู้ให้บริการที่มีความสุข
จึงจะให้ผู้รับบริการมีความสุข

