

สัมภาษณ์พิเศษ

แสงสว่างที่ปลายอุโมงค์
ของการแก้ปัญหาโรคอัลไซเมอร์

SCOOP

อัลไซเมอร์: ต้นทุนที่รัฐควรช่วยแบกรับ?

โรคอัลไซเมอร์ Alzheimer's disease: AD

บ้านอยู่ทางไหนครับคุณตา

อ้อเหรอ...

‘...บางทีก็ว่าจะอาบน้ำ สระผมให้ได้
ต้องล่อหลอกว่าเดี๋ยวแม่มานะ
ต้องอาบน้ำแต่งตัว เดียวจะไปข้างนอก
จึงจะสำเร็จ แล้วเวลาล่อหลอก
ให้ทำอะไรก็ต้องบูดดิ้ง ...’

(แพทย์หญิงสิรินทร ฉันทศิริกาญจน)



ดร.ชญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวส
ที่ปรึกษานักวิจัยและนักวิจัยอาวุโส
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ข้อความที่ยกมาข้างต้นอาจทำให้ผู้อ่านหลายท่านเข้าใจว่า ผู้เขียนกำลังกล่าวถึงพฤติกรรมของเด็กเล็กๆ คนหนึ่ง แต่ในความเป็นจริง บุคคลตามคำบอกเล่าเป็นชายชราที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม โรคที่นับวันจะมีผู้ป่วยและผู้ได้รับผลกระทบเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว โรคนี้ไม่เพียงแต่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความทรงจำ และการรับรู้ในความเป็นตัวตนของตนเองและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จนไม่สามารถที่จะทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ยังทำให้ญาติพี่น้องหรือบุตรหลานที่ให้การดูแลได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจตามไปด้วย

ในปี 2550-2551 นักวิจัยของ HITAP ได้ประเมินต้นทุน-อรรถประโยชน์ของการใช้ยาขับยั้งเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ซึ่งเป็นหนึ่งในโรคสมองเสื่อม แล้วพบว่า การบำบัดรักษาโรคดังกล่าวมีต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งการสูญเสียรายได้ของผู้ดูแลในแต่ละปีคิดเป็นมูลค่ามหาศาล ไม่อาจแบกรับโดยครัวเรือนที่มีรายได้น้อย หน่วยงานภาครัฐจึงควรกำหนดมาตรการที่ชัดเจนทั้งในด้านการป้องกันการคัดกรองและตรวจวินิจฉัย การรักษาเพื่อยืดระยะเวลาการเป็นโรคในระดับรุนแรง ตลอดจนให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ค่าชดเชยการเสียโอกาส หรือแม้กระทั่งกำลังใจ

กรณีโรคสมองเสื่อมนี้เป็นเพียงตัวอย่างหนึ่งของปัญหาสุขภาพที่ต้องการการแก้ไขแบบองค์รวม โดยจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพ โครงการหลักประกันสุขภาพ สวัสดิการสังคม รวมไปถึงผู้เชี่ยวชาญและองค์กรพัฒนาเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร

ในขณะเดียวกัน โรคที่เกิดกับผู้สูงอายุซึ่งกำลังจะส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้างเช่นนี้ยังเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับนักวิจัยที่ต้องแสวงหาวิธีการและตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายที่เกี่ยวข้องในมุมมองด้านเศรษฐศาสตร์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถสร้างผลผลิตให้แก่สังคมได้อีกต่อไป การให้การบำบัดรักษาโรคสมองเสื่อมเป็นการลงทุนที่ไม่อาจคาดหวังว่าจะได้ผลตอบแทนเป็นตัวเงินกลับคืนมา แต่สำหรับสังคมไทยที่ยังยึดมั่นในความกตัญญูต่องานที่เป็นคุณธรรมหลัก การประเมินที่มุ่งให้เกิด ‘ความคุ้มค่า’ ในการใช้ทรัพยากรแต่เพียงอย่างเดียวจะขัดกับความรู้สึกของคนเป็นจำนวนมาก เนื่องจากนโยบายที่กำหนดขึ้นบนพื้นฐานของงานวิจัยเหล่านี้ย่อมจะละเลย ‘คุณค่า’ ของบุคคลที่ได้สร้างประโยชน์ทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมให้กับครอบครัวและประเทศชาติมาตลอดระยะเวลาอันยาวนาน

ในโลกของวัตถุนิยม เรามักจะพบเห็นความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์กับความเคารพในคุณค่าของความเป็นมนุษย์เดินไปบนเส้นทางคู่ขนาน ไม่บ่อยครั้งนักที่การกำหนดนโยบายสาธารณะจะรวมเอาส่วนผสมทั้งสองเข้าไว้ด้วยกันในสัดส่วนที่ลงตัว HITAP

ความจำสั้น แต่มีความหมาย ต้นทุนจิตใจ ที่ไม่อาจประเมินค่า

หลายๆ ปีที่ได้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ทำให้ดิฉันได้เรียนรู้แล้วซาบซึ้งกับหลายสิ่งหลายอย่างที่ได้ประสบ และอยากบอกต่อ ซึ่งใน “อนุภาพแห่งความรัก” ที่บุคคลหนึ่งคน หรือหลายคนมอบให้กับคนบางคน เราซาบซึ้งกับความรักของพ่อแม่ที่มีต่อสายโลหิตของตน ในทางกลับกันความรักจากลูกบางคนรอบครัก็อาจจะจรรีไ้ว้เช่นกัน

หลายๆ ปีก่อน ดิฉันพบกับคุณลุงทอง ซึ่งลูกพามาให้ตรวจ เพราะคุณลุงรุ่มววยมาก เริ่มผิปกติมากก่อนแต่ไม่มีใครเอะใจ จนป่วยเข้าโรงพยาบาล คุณลุงต่อต้านทุกอย่าง ไม่ยอมอยู่โรงพยาบาล ไม่ยอมเปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดโรงพยาบาล ดึงทุกอย่างออกจากตัวหมด บางคนบอกว่าผู้สูงอายุก็ดื้ออย่างนี้แหละ แต่ดิฉันยืนยันว่าไม่ใช่ผู้สูงอายุทุกคนจะเป็นอย่างนี้ หลายคนแฝงฤทธิ์กับครอบครัว แต่พอจะพูดกันรู้เรื่องกับหมอและพยาบาล แต่คุณลุงทองไม่สนใจใครทั้งนั้น

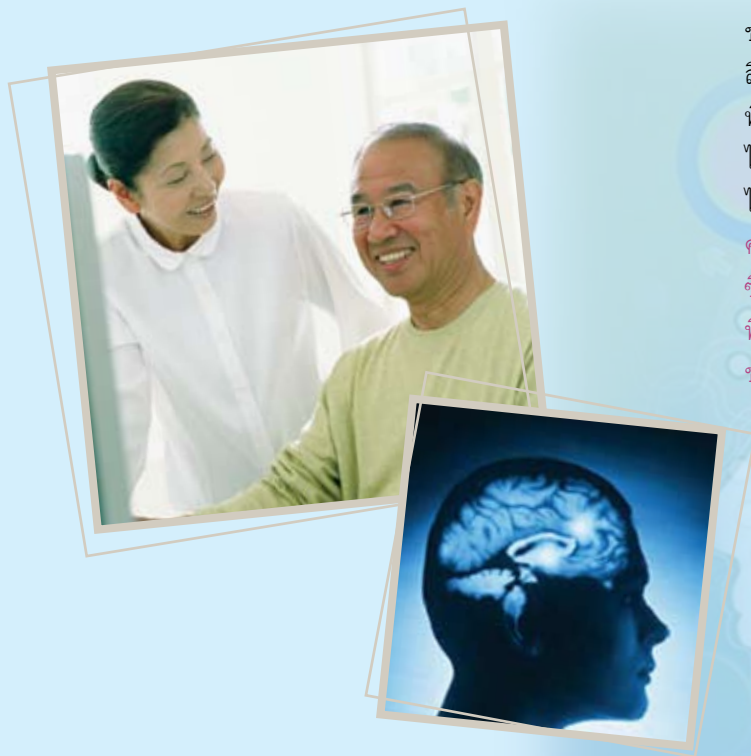
เมื่อกลับบ้าน ความผิปกติก็ชัดเจนขึ้น คุณลุงทองทำอะไรแปลกๆ อยู่ที่ศาลาท่าน้ำทั้งวัน คอยเขียนสวะที่ลอยมาติดทำน้ำ ไม่ยอมอาบน้ำ พอเตือนก็มีเหตุผลสารพัดอย่าง ยังเข้าอยู่ข้างละ อากาศเย็นบ้างละ มีดแล้วเดียวไม่สบายบ้างละ แต่พอเพลอๆ คุณลุงถอดเสื้อ ถอดกางเกงอยู่ในชุดวันเกิด โดดลงไปแช่น้ำในคลอง แล้วรีบวิ่งขึ้นมาใส่เสื้อผ้า เหมือนเด็กแอบผู้ใหญ่มาโดนน้ำเล่น บางทีกว่าจะอาบน้ำ สระผมให้ได้ ต้องล่อหลอกว่าเดียวแม่มานะต้องอาบน้ำแต่งตัว เดียวจะไปข้างนอกจึงจะสำเร็จ แล้วเวลาล่อหลอกให้ทำอะไรก็ต้องพูดดึ่ง ถ้าพูดเสียงดัง เออะอะ หรือมีอารมณ์ละก็ คุณลุงจะอาละวาดเสียเลย

มีอยู่วันหนึ่งตื่นเข้ามากระวีกระวาดแต่งตัว ซึ่งผิปกติมากถามได้ความว่า มีหมายเรียกมาเมื่อคืนให้ไปเกณฑ์ทหาร หาเข็มขัด รุ่มววยไปทั้งบ้าน บอกว่าอายุ 70 กว่าแล้วนะ เขาไม่เรียกเกณฑ์

ทหารแล้วก็ไม่ฟัง จะไปให้ได้ กลางคืนนอนถั่วตีนมากกลางดึกเป็นได้เรื่อง พยายามเก็บที่นอนและของมีค่า เช่น พัดลมตั้งโต๊ะ ยัดเข้าไปใต้เตียง (เตียงของคุณลุงเป็นเตียงไม้คลุมลงไปถึงพื้น และจะมีแผ่นกระดานวางพาดคานกลายเป็นพื้นเตียง) ท่านก็จะรื้อกระดานออก 1-2 แผ่น แล้วพยายามเอาสมบัติทั้งหลายใส่ลงไป ลูกได้ยินเสียงกุกกักก็ลุกมาดู แล้วต้องช่วยกันลากเอาสมบัติทั้งหลายออกมา เอาที่นอนออกมาปูให้ใหม่ และล่อหลอกให้นอนต่อ บางทีก็สำเร็จ บางทีก็ไม่สำเร็จ บางทีแทบจะไม่ได้นอนกันเลยทีเดียว การตื่นมากลางดึกถ้าไม่เก็บสมบัติลงไปใต้เตียง ก็อาจจะเก็บข้าวของและจะ “กลับบ้าน” ทั้งที่บ้านนี้อยู่มาตั้งแต่ลูกยังเล็กๆ จนลูกๆ โตแยกครอบครัวไปหลายคนแล้ว อาการอยากกลับบ้านนี้รุนแรงมาก ถ้าล็อกประตูไว้ก็อาจจะปีนออกทางหน้าต่าง ถ้าล็อกประตูหน้าบ้านก็จะปีนรั้วบ้านเข้าบ้านคนอื่น แล้วเดินออกทางประตูหน้าบ้านของเพื่อนบ้านหน้าตาเฉย

ลูกสาวที่เป็นผู้ดูแลหลักก็ไม่ค่อยสบาย เป็นโรคที่เรียกว่า “เอสแอลอี” (SLE-โรคพุ่มพวง) ซึ่งโรคนี้เกิดจากการที่ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันขึ้นมากต่อต้านระบบต่างๆ ของร่างกาย เป็นโรคไม่หายขาด อาจมีระยะที่โรคสงบและระยะที่โรคกำเริบขึ้น โดยเฉพาะช่วงที่ร่างกายอ่อนแอและเครียด ลูกคนอื่นๆ มีงานประจำ และหลายคนแยกครอบครัวออกไป ลูกสาวคนนี้อยู่บ้านเพราะป่วย จึงได้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเต็มตัว

ในช่วงแรกพ่อลูกไม่เข้าใจกัน พ่อก็โกรธลูกเพราะรู้ว่าลูก
 ซัดใจไปทุกอย่าง ส่วนลูกสาวก็น้อยใจว่าพ่อไม่เข้าใจเลย เขาก็ป่วย
 แต่พ่อทำอะไรเหมือนแกล้ง ยิ่งตอนพ่อไม่สบายด้วยโรคทางกาย
 เช่น มีไข้ เป็นหวัด อาการทางสมองจะเลวลง จนไม่สามารถ
 กินอาหารเองได้ ไม่สามารถบอกเรื่องราวการขับถ่ายได้ และอาจ
 จะทำเลอะเทอะ เวลาบอกให้ไปห้องน้ำก็ต่อต้าน แต่พอบอกว่าจะ
 ถ่ายยังเดินไปไม่ถึงห้องน้ำก็ราดเสียแล้ว บางทีก็แอบถ่ายไว้ตาม
 ข้างตู้ มุมห้อง ลูกสาวตามัวมากเพราะเอสแอลอีขึ้นสมองทำให้
 ประสาทตาเสื่อมไป พ่อได้กลิ่นก็ต้องตามหาและทำความสะอาด
 ทำไปก็ร้องไห้ไป บางทีเช็ดแล้วเช็ดอีกเพราะไม่แน่ใจว่าสะอาดไหม
 บางทีเช็ดแล้ว ซัดแล้วไม่แน่ใจ ก็ต้องก้มลงไปดม



ลูกสาวคนนี้ยังโชคดีมากๆ เพราะพี่น้องในครอบครัวนี้ยังติดตาม
 ตามได้ และช่วยกันทั้งร่างกาย แรงใจ และทุนทรัพย์ เพื่อช่วยกัน
 ดูแลพ่อ วันหนึ่งคุณลุงทองและลูกๆ ก็มาพบอาจารย์ตามคำ
 แนะนำของผู้หวังดี สิ่งที่อาจารย์ประทับใจ และจดจำครอบครัวนี้
 มาตลอดเวลาหลายๆ ปีก็คือ ลูกพามาตรวจ ถามคำถามต่างๆ
 เกี่ยวกับพ่อ และตั้งใจฟังคำตอบและคำแนะนำอย่างดี ที่ต้องเน้นย้ำ
 อย่างมากคือ การฟัง ทำความเข้าใจ และเอาไปปรับใช้กับการดูแล
 คุณลุงทอง ทำให้ชีวิตต่อๆ มาดีขึ้น ทั้งคุณลุงทอง ลูกสาว และ
 ครอบครัว

สิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม คือ การฟัง
 และนำคำแนะนำเอาไปปรับใช้กับผู้ป่วยในความดูแลของเรา ร่วม
 กับความร่วมมือร่วมใจ ความเอื้ออาทรที่พี่น้องมีต่อกัน ช่วยกันคิด
 ช่วยกันลงแรง ผลัดกันดูแล และไม่กลัวที่จะลองและปรับเปลี่ยน
 สิ่งที่เคยทำอยู่ หวังเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น หลายครอบครัวหวัง
 ฟังแพทย์ที่จะสั่งยา แล้วทำให้ปัญหาทุกอย่างหายไป ซึ่งเป็นไป
 ไม่ได้เลยสำหรับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม แพทย์และยาจะพอช่วย
 ได้บ้างในบางปัญหา แต่คำตอบสุดท้ายที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ดูแล
 ความช่วยเหลือของครอบครัว และการปรับเปลี่ยนตามคำแนะนำ
 ซึ่งอาจจะมาจากแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ และที่สำคัญ
 ที่สุด คำแนะนำดีๆ เด็ดๆ ซึ่งเก็บรวบรวมมาจากประสบการณ์ตรง
 ของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมคนอื่นๆ **KTAP**

ด้วยมองเห็นประโยชน์อย่างสำคัญของคำแนะนำ และความเอื้ออาทรซึ่งกันและกันของผู้ป่วยสมองเสื่อม ทางสมาคม
 ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จัดกิจกรรม “กลุ่มสัมพันธผู้ดูแล” ให้กับญาติผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อพบกัน “ปรับทุกข์ ผูกมิตร
 เรียนรู้ ดูแล” ทุกวันอาทิตย์สัปดาห์ที่ 4 ของเดือน ม.ค./ก.พ./เม.ย./พ.ค./ก.ค./ส.ค./ต.ค./พ.ย. เวลา 9.00-12.00 น.
 ที่ห้องเรียนหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช ชั้น 3 อาคารศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี กิจกรรมนี้
 เป็นบริการ “ฟรี” ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทุกคน ไม่ได้จำกัดเฉพาะผู้ป่วยที่มารักษา
 ที่โรงพยาบาลรามาธิบดีเท่านั้น

สนใจเข้าร่วมกลุ่ม ติดต่อที่เบอร์ 08 6990 4207 ในวันและเวลาราชการ ยินดีต้อนรับทุกท่านเพื่อชีวิตที่ดีกว่า
 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมและครอบครัว

ด้วยความปรารถนาดีอย่างยิ่ง

อัลไซเมอร์: ต้นทุนที่รัฐควรช่วยแบกรับ?



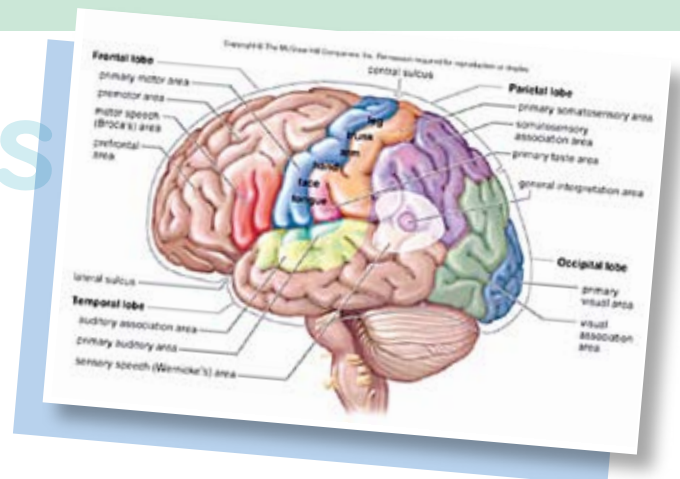
ความก้าวหน้าของวิทยาการทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้มนุษย์มีชีวิตยืนยาวขึ้น สถิติจำนวนผู้สูงอายุในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทยแสดงถึงแนวโน้มการเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างชัดเจน จากรายงานสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ระบุว่า “ปัจจุบันโครงสร้างประชากรของประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงจากเดิม โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในปี พ.ศ.2550 สูงถึงประมาณร้อยละ 10.7 ซึ่งนับว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว”

Alzheimer's

สิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในภาวะเช่นนี้ก็คือ การเตรียมพร้อมเพื่อการป้องกันบำบัดรักษาโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ซึ่งจะตามมาพร้อมๆ กับอายุที่ยืนยาวขึ้น โดยหน้าที่ดังกล่าวนอกจากจะตกอยู่กับรัฐบาลแล้ว ลูกหลานที่มีหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุก็ควรเตรียมพร้อมไว้ด้วยเช่นกัน

หนึ่งในโรคที่ผู้สูงอายุเป็นกันมากในอันดับต้นๆ ก็คือสมองเสื่อม ซึ่งเป็นโรคที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับอายุที่มากขึ้น โครงการศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บในประชากรไทย พ.ศ.2545 พบว่าโรคสมองเสื่อมเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย พิการ และการเสียชีวิตของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นอันดับ 5 ในเพศหญิง และอันดับ 9 ในเพศชาย ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้ว โรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 4 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี

นอกจากนี้ ผลการสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2542-2544 โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) ในผู้สูงอายุ 4 ภาค 23 จังหวัด จำนวน 37,157 คน โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 11.4 โดยพบอัตราการเกิดโรคในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ประมาณร้อยละ 8.8 และอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 41.4 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย คือร้อยละ 13.9 ในขณะที่ผู้สูงอายุเพศชายมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8



ในขณะที่การศึกษาภาวะสมองเสื่อมในประเทศแถบเอเชียแปซิฟิก ปี พ.ศ.2549 พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมประมาณ 229,000 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 450,000 คน และมีจำนวนมากกว่า 1 ล้านคนในปี พ.ศ.2593

ทั้งนี้โรคที่จัดอยู่ในกลุ่มโรคสมองเสื่อมที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุคือโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease: AD) โดยพบเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยในกลุ่มโรคสมองเสื่อมทั้งหมด รองลงมาคือโรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (Vascular dementia)

ปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคอัลไซเมอร์แบ่งเป็น การรักษาโดยไม่ใช้ยา และการรักษาโดยใช้ยา การรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ กิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม การจัดการกับปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นต้น ส่วนการรักษาโดยใช้ยาจะแบ่งยาเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ประเภทแรกเป็นยาลดการทำลายสารสื่อประสาท หรือ ยายับยั้งเอนไซม์โคลีนเอสเทอเรส (cholinesterase inhibitors, ChEIs) ซึ่งใช้รักษาโรคอัลไซเมอร์และภาวะสมองเสื่อม

ที่อยู่ในระยะรุนแรงน้อยถึงปานกลาง ผลของยาจะช่วยทำให้ผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตนเอง หรือทำกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งช่วยลดภาระต่อผู้ดูแล ส่วนยาประเภทที่สอง เป็นยาที่มีฤทธิ์ต่อต้านการหลั่งสารในสมองชนิด glutamate ซึ่งผลของยาจะช่วยลดสิ่งรบกวนการรับรู้ของสมอง ซึ่งใช้ในผู้ป่วยระยะรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก

เนื่องจากโรคสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายในการรักษาจึงทำได้เพียงประคับประคองให้กระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยเสื่อมลงช้าที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งหมายถึงการยืดเวลา que ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเองได้ออกไปให้ยาวขึ้น ช่วยลดภาระของผู้ดูแลและทำให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวได้นานขึ้นโดยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ปานกลาง แต่หากเป็นผู้ป่วยในระดับรุนแรงหรือเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลอยู่ตลอดเวลา จะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นสูงถึง 40,000 บาทต่อเดือนเลยทีเดียว จะเห็นได้ว่าผลกระทบที่เกิดจากโรคอัลไซเมอร์นั้นไม่ได้อยู่แค่ที่ผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อผู้ดูแลที่ต้องเสียโอกาสในการทำงานสร้างรายได้ให้กับครอบครัวด้วย

นอกจากนี้ยังพบปัญหาสำคัญอีกประเด็นหนึ่งคือ ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องและชัดเจนจากแพทย์ เนื่องจากต้องอาศัยแพทย์เฉพาะทาง เช่น อายุรแพทย์ แพทย์ที่ดูแลผู้สูงอายุ และจิตแพทย์ ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวไม่สามารถแยกออกว่าผู้ป่วยมีอาการของสมองเสื่อมหรือเป็นเพียงภาวะของผู้สูงอายุที่มักจะมีความจำไม่ดี ดังนั้นผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์ใน



การวิเคราะห์ต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ “การประเมินต้นทุน-อรรถประโยชน์ของการใช้ยาบัยยังเอนไซม์โคลีนเอสเทอเรสในผู้ป่วยอัลไซเมอร์” ที่ดำเนินการโดย HITAP พบว่า ต้นทุนส่วนใหญ่ของการรักษาโรคอัลไซเมอร์เกิดจากค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลที่เป็นญาติและค่าจ้างผู้ดูแล ซึ่งจัดเป็นต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ (direct non-medical care costs) รองลงมาเป็นค่ายาในการรักษาโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายประมาณ 4,100-5,300 บาทต่อเดือน และจากการที่ราคาที่ใช้รักษาโรคอัลไซเมอร์ยังมีราคาแพงและไม่จัดอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ จึงทำให้เกิดปัญหาเรื่องการเข้าถึงยาที่ไม่เท่าเทียมกันของผู้ป่วยที่มีสิทธิในโครงการประกันสุขภาพต่างๆ กัน

ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลหรือคอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันก็เพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรค โดยการศึกษานี้ได้คำนวณค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ซึ่งรวมทั้งในกรณีที่เป็นการดูแลโดยญาติในครอบครัวและกรณีจ้างผู้ดูแล พบว่าค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 8,000 บาทต่อเดือน ในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคในระดับเล็กน้อยถึง

ช่วงที่มีอาการรุนแรงแล้ว จึงทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาช้ากว่าที่ควรจะเป็น และการใช้ยา ก็อาจจะไม่มีประโยชน์แล้วในเวลานั้น

สิ่งที่ทำได้ดีที่สุดก็คือการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกายให้สมบูรณ์ที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพราะการที่ผู้ป่วยสูญเสียการรับรู้หรือการจำในระดับที่รุนแรงแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยอัลไซเมอร์ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ จึงต้องมีผู้ประนินบิตดูแลอยู่ตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้นผู้ป่วย 1 คนอาจจะต้องมีผู้ดูแลถึง 2 คน ในบางรายยังมีอาการฉุนเฉียวหรือมักจะระแวงคนรอบข้างด้วย

ความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับผู้ใกล้ชิดและผู้ดูแลผู้ป่วยจึงไม่ได้มีเพียงแต่ความสูญเสียที่เป็นตัวเงินเท่านั้น แต่ยังมีคามสูญเสียที่ประเมินค่าไม่ได้ซึ่งเกิดขึ้นกับจิตใจของผู้ดูแลด้วย เนื่องจากผู้ดูแลจะเกิดความเครียด หรือบางรายอาจเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นสาเหตุมาจากพฤติกรรมและอารมณ์ที่รุนแรงของผู้ป่วยนั่นเอง

จึงไม่น่าแปลกใจที่ผลการศึกษาระงคุณภาพของงานวิจัยชิ้นนี้พบว่า ในมุมมองของทั้งแพทย์และผู้ดูแล ถึงแม้การรักษาด้วยยาจะมีผลแค่ช่วยชะลออาการเสื่อมถอยของผู้ป่วยได้เท่านั้น แต่ในทุกๆ วันที่ยาช่วยยืดความสามารถของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตัวเอง

หรือการควบคุมพฤติกรรมของตัวเองออกไปได้ หรือแม้กระทั่งเพียงแค่ช่วยยืดเวลาออกไปอีกเพียงน้อยนิด ให้ผู้ป่วยได้หลงเหลือความทรงจำเล็กน้อยๆ ในชีวิต ก็นับเป็นคุณค่าทางจิตใจที่สำคัญอย่างยิ่งแล้วสำหรับผู้ดูแล

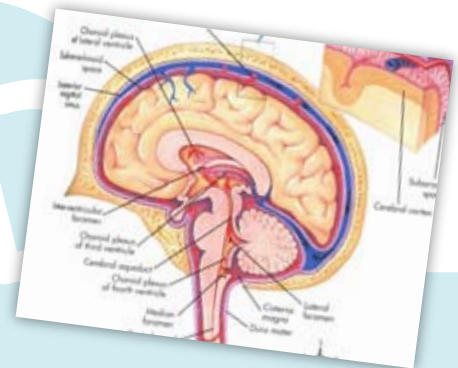
สิ่งสำคัญในการรักษาผู้ป่วยอัลไซเมอร์อีกประการหนึ่งจึงหนีไม่พ้นความเข้าใจและทัศนคติที่ดีของผู้ดูแลต้องมีให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ซึ่งเมื่อหันมามองกันในสภาพความเป็นจริงแล้ว การทำใจยอมรับพร้อมๆ กับต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีความสุขเป็นเรื่องยากลำบาก ชนิดที่เรียกว่าใครไม่เจอด้วยตัวเองก็คงไม่รู้ ดังนั้นจึงมีเสียงเรียกร้องจากผู้ดูแลว่า ควรจะมีระบบการวินิจฉัยผู้ป่วยอัลไซเมอร์ที่ถูกต้องและรวดเร็ว ซึ่งจะช่วยชะลอการดำเนินของโรคได้ดียิ่งขึ้น และช่วยลดภาระของผู้ดูแลได้อย่างมาก

นอกจากนี้การให้ความรู้กับประชาชนอย่างทั่วถึงและจริงจังก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ประชาชนรู้เท่าทันอาการที่ผู้สูงอายุในบ้านกำลังเป็นอยู่ ว่าเป็นเพียงอาการหลงๆ ลืมๆ แบบผู้สูงอายุทั่วไป หรือเป็นอาการเริ่มต้นของอัลไซเมอร์แล้ว เพื่อจะได้ทำการรักษาได้อย่างทันท่วงที

อีกทั้งการมีระบบดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม อย่างเช่นการจัดตั้งสถานรับดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์โดยเฉพาะ ไม่ว่าจะเป็นแบบไปเช้า-เย็นกลับ หรือแบบค้างคืนเป็นครั้งคราว ก็น่าจะเป็นที่พึงให้กับคนในครอบครัวของผู้ป่วยได้ไม่น้อย เพราะจะช่วยให้คนในครอบครัวไม่ต้องออกจากงาน หรือมีโอกาสได้พักผ่อนทั้งทางร่างกายและจิตใจบ้าง

ความหวังของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคอัลไซเมอร์จึงยังคงพุ่งเป้าไปที่ภาครัฐโดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานที่ให้บริการทางการแพทย์ โครงการประกันสุขภาพ และสวัสดิการสังคม ในการที่จะช่วยเยียวยาทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถใช้ชีวิตทุกวันที่เหลืออยู่ได้อย่างมีความสุขมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่แนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุจะมีมากขึ้นทุกขณะ อย่างเช่นที่เป็นอยู่ หากไม่มีมาตรการใดๆ มาช่วยเยียวยาคนกลุ่มนี้แล้ว ก็อาจส่งผลให้เกิดปัญหาต่อครอบครัวและสังคมต่อไปได้

เราจะทำอย่างไร ถ้าเราเห็นคนแก่เดินไปมาบนท้องถนน แต่บอกไม่ได้ว่าตัวเองเป็นใคร บ้านอยู่ที่ไหน? เราจะทำอย่างไรหากมีคนแก่ถูกทอดทิ้งเพิ่มขึ้นทุกๆ วัน? เราจะทำอย่างไรถ้าคนแก่ถูกลูกหลานหรือคนในครอบครัวทำร้ายร่างกาย เพราะทำใจยอมรับสภาพกดดันจากการที่คนเหล่านั้นป่วยเป็นอัลไซเมอร์ไม่ได้? คำถามเหล่านี้ยังมีผู้เฝ้ารอคำตอบอย่างใจจดใจจ่อ และคาดหวังว่าจะได้รับคำตอบในอนาคตอันใกล้นี้ **HAZAP**



การค้นพบโรคอัลไซเมอร์ครั้งแรกของโลก

ประวัติศาสตร์การแพทย์ได้บันทึกว่าเมื่อ 94 ปีก่อน มีแพทย์ชาวเยอรมันคนหนึ่งชื่อ **Alois Alzheimer** (อัลไซเมอร์) ซึ่งทำงานประจำที่มหาวิทยาลัย Johann Wolfgang Goethe ในเมืองแฟรงก์เฟิร์ต ได้รายงานการรักษาอาการไข้ของ Auguste D. ว่าบรรดาญาติของสตรีผู้นี้ได้นำนางไปเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโรคจิตก่อนด้วยทุกคนมีความเห็นว่าเธอกำลังเสียสติ เพราะมีอาการความจำเสื่อม และมีความรู้สึกอึดอัดรึขยาสูง แต่เมื่อ Alzheimer ได้ทดสอบอาการด้านจิตใจของคนไข้วัย 51 ปี ผู้นี้ เช่น ถามชื่อเสียงเรียงนามและชื่อสามี Auguste D. ก็ไม่สามารถตอบได้เลย หลังจากที่พำนักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลนาน 4 ปี นางก็ถึงแก่กรรม เมื่อ Alzheimer ผ่าสมองของเธอเพื่อตรวจสอบดูสภาพภายใน เขาก็ได้พบว่าสมองส่วนที่เรียกว่า hippocampus ซึ่งทำหน้าที่จำนั้น มีปมพังผืด (plaque) มากกว่าสมองของคนธรรมดา รายงานการแพทย์ที่หนา 32 หน้าฉบับนั้นจึงถือได้ว่าเป็นรายงานโรคอัลไซเมอร์ฉบับแรกของโลก

คัดลอกจากข้อความบางส่วนของบทความเรื่อง "อัลไซเมอร์: มัจจุราชเงียบ" โดย สุทัศน์ ยกส้าน
นิตยสารสารคดี ฉบับที่ ๑๙๐ เดือนธันวาคม ๒๕๔๓

การดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์นับเป็นการระหนักถึงต่อร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล ซึ่งเป็นที่น่ายินดีว่ามีกลุ่มคนจำนวนหนึ่งเห็นความสำคัญในการให้ความช่วยเหลือหรือสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ไม่ว่าจะเป็น สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มูลนิธิโรคอัลไซเมอร์แห่งประเทศไทย หรือแม้กระทั่งสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ซึ่งเป็นหน่วยงานในระดับนโยบายที่จัดตั้งขึ้นเพื่อดูแลผู้สูงอายุในภาพรวม แต่ก็มีแนวโน้มที่จะหันมาให้ความสนใจกับโรคสมองเสื่อมโดยเฉพาะอัลไซเมอร์มากขึ้น ความหวังในการพัฒนามาตรฐานหรือระบบในการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์จึงเริ่มเห็นเป็นรูปธรรมบ้างแล้วในปัจจุบัน ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและเลขานุการมูลนิธิโรคอัลไซเมอร์แห่งประเทศไทย ที่ให้กับ จุลสาร HITAP ดังนี้

แสงสว่างที่ปลายอุโมงค์ ของการแก้ปัญหา โรคอัลไซเมอร์



นพ.นันทศักดิ์ ธีรमानวตร์

**ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข**

นพ.นันทศักดิ์ เล่าให้ฟังว่า ในปัจจุบันประเทศไทยเรามีผู้สูงอายุจำนวนกว่า 7 ล้านคนแล้ว และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ คาดว่าในปี พ.ศ.2563 ผู้สูง

อายุจะมีจำนวนเท่ากับเด็ก และปี พ.ศ.2573 ผู้สูงอายุจะมีจำนวนมากกว่าเด็ก 2 เท่า โดยอัตราเพิ่มของผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ.2566 เป็นต้นไป จะอยู่ที่ประมาณเกือบ 1 ล้านคนต่อปีเลยทีเดียว

“ดังนั้นปัญหาผู้สูงอายุที่เป็นอัลไซเมอร์นั้นจะมากขึ้นแน่นอน เพราะจากสถิติเราพบว่าในจำนวนผู้สูงอายุที่กำลังจะเพิ่มขึ้นปีละเกือบล้านคนนั้น จะมีกลุ่มคนที่เป็นโรคสมองเสื่อมประมาณ 1% ปัญหาเรื่องผู้ป่วยสมองเสื่อมจึงต้องถือเป็นปัญหาสำคัญระยะยาว เราต้องเตรียมตัวรับ ทั้งเรื่องการป้องกัน การรักษาสำหรับผู้ป่วย และการให้ความช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแล”

การดำเนินงานของสถาบันฯ เน้นการดูแลในภาพรวมของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม กล่าวคือ โรคที่ป้องกันได้อย่างโรคสมองเสื่อมที่เกิดจากหลอดเลือดในสมอง (Vascular dementia) ก็รณรงค์ให้ประชาชนมีการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม รวมถึงดูแลบำรุงสุขภาพด้วยอาหารที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ ตั้งแต่ยังไม่ก้าวเข้าสู่ผู้สูงอายุ เพื่อลดโอกาสการเป็นโรคสมองเสื่อมเมื่ออายุมากขึ้นนั่นเอง

ในส่วน of โรคที่ป้องกันได้เพียงเล็กน้อยด้วยการออกกำลังกายสมองอย่างโรคอัลไซเมอร์นั้น ก็จะเน้นให้ความรู้เพื่อให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการออกกำลังกายเป็นประจำและต่อเนื่อง ด้านการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ให้บริการในระดับชุมชนที่เข้าถึงสถานพยาบาลได้ยากกว่าในเขตเมืองนั้นมีการจัดอบรมให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใช้แบบคัดกรองหาผู้ที่มีแนวโน้มเป็นอัลไซเมอร์เบื้องต้น เพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบการตรวจอย่างละเอียดและวินิจฉัยโรคต่อไป

“เราให้ความสำคัญกับการค้นหาผู้ป่วยให้เจอตั้งแต่ในระยะแรก เพราะจะได้ให้การรักษาและช่วยยืดเวลาการเข้าสู่การขึ้นรุนแรงของโรคออกไปให้นานที่สุด โดยตอนนั้นในชุมชนเราก็มีให้ อสม. ซึ่งกระจายกันอยู่ทั่วประเทศประมาณ 9 แสนคน เข้ามาช่วยดูแล แล้วเราก็ได้อาสาสมัครผู้สูงอายุ (อพส.) ซึ่งเป็นโครงการนำร่องของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เข้ามาช่วย เข้าใจว่าน่าจะมี อพส. ครบตามที่กำหนดคืออำเภอละ 3-4 คนภายในปี พ.ศ.2553-2554”

นอกจากนี้ยังมีภาพที่น่าจะให้เห็นกันในอีก 5-6 ปีข้างหน้าตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ก็คือการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ กับผู้ดูแล ซึ่งตามแผนจะแบ่งเป็น 2 ส่วนด้วยกัน ได้แก่ ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal care givers) คือผู้ดูแลที่เป็นลูกหลาน หรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยเอง และผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (Formal care givers) คือผู้รับจ้างดูแล

“ส่วนที่จะเป็นปัญหามากในอนาคตคือ Informal care givers ส่วนนี้จะทำยังไง รัฐจะให้เงินเขาได้หรือไม่ เพราะเขาต้องอยู่บ้าน ไม่ได้ทำงาน ไม่มีรายได้ แล้วถ้าพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เขาดูแลตายไปแล้ว เขาจะไปหาकिनยังต่อไปเพื่อเลี้ยงดูตัวเขาเองในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ของเขา ตรงนี้เรากำลังคิดกันอยู่”

ด้านผู้รับจ้างดูแลนั้น รัฐบาลจะมีบทบาทเป็นผู้ควบคุม ติดตาม และประเมินผลการดำเนินการให้บริการของเอกชน โดยกำหนดเป็นมาตรฐานต่างๆ ไว้ ซึ่งอาจจะต้องแบ่งเป็นหลายระดับเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง อย่างเช่นในต่างจังหวัด

ศ.พญ.นันทิกา ทวิชาชาติ

เลขาธิการมูลนิธิโรคอัลไซเมอร์แห่งประเทศไทย

ด้วยความใกล้ชิดกับปัญหาพร้อมกับความเห็นใจที่มีต่อผู้ป่วย หลายต่อหลายรายที่อยู่ในความดูแล ศ.พญ.นันทิกา จึงได้พูดคุยกับทีมนักวิชาการในคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อหาแนวทางช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยอัลไซเมอร์และผู้ดูแล จนในที่สุดก็ได้ข้อสรุปในการจัดตั้งเป็นองค์กรการกุศลในรูปแบบของมูลนิธิ ภายใต้ชื่อ “มูลนิธิโรคอัลไซเมอร์แห่งประเทศไทย” และเปิดตัวอย่างเป็นทางการไปเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ.2551 ที่ผ่านมา โดยมีที่ตั้งสำนักงานอยู่ที่ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ของประเทศไทย (TCELS) ถนนวิภาวดีรังสิต เขตพญาไท กรุงเทพฯ

ช่วงเวลาไม่ถึง 1 ปี การดำเนินงานของมูลนิธิ ได้ก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว โดยในเดือนมิถุนายนที่ผ่านมา มูลนิธิ ร่วมกับกรุงเทพมหานคร จัด “memory screening day” หรือ “วันคัดกรองความจำแห่ง กทม.” ด้วยการอบรมพยาบาลของศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 68 แห่งทั่วกรุงเทพฯ ในการคัดกรองความจำผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสอบถามที่เป็นแบบคัดกรองมาตรฐาน

“แบบสอบถามตรงนี้จะตัดคะแนนออกมาได้ว่าเป็นผู้ที่มีความจำปกติ มีความจำบกพร่องแบบอ่อนๆ หรือเป็นอัลไซเมอร์แล้ว ถ้ายังมีความจำปกติอยู่เราก็มีเว็บไซต์ มีโปสเตอร์ที่ให้ความรู้ต่อไปว่าจะป้องกันยังไง แต่ถ้าเป็นแบบอ่อนๆ ก็จะแนะนำให้ไปตรวจทุก 6 เดือน เพราะถ้าความจำบกพร่องแบบอ่อนๆ นี้อาจกลายเป็นอัลไซเมอร์ เราจะได้เจอได้เร็ว รักษาเร็ว ทำให้สภาวะสมองของผู้ป่วยเสื่อมถอยช้าลง”

โครงการในลักษณะนี้ไม่ได้หยุดอยู่แค่ในกรุงเทพฯ เท่านั้น แต่ยังมีแผนที่จะขยายไปทั่วประเทศในปี พ.ศ.2553 โดยร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข ทำการอบรมพยาบาลในสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ที่กระจายอยู่ในพื้นที่ต่างๆ เกือบ 100 แห่ง ให้ใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรองความจำผู้สูงอายุด้วย

ยิ่งไปกว่านั้น มูลนิธิยังมีโครงการที่จะสร้าง day care หรือสถานรับดูแลช่วงกลางวัน สำหรับผู้ป่วยอัลไซเมอร์โดยเฉพาะ เป็นแห่งแรกของประเทศไทยด้วย

“เรามองว่าเรื่องที่ทำเป็นมากอีกเรื่องหนึ่ง นอกเหนือจากเรื่องยาที่ใช้รักษาผู้ป่วย ก็คือการมี nursing home ที่จะช่วยแบ่งเบา

ก็อาจจะต้องมีหลักสูตรอบรมผู้ดูแลในท้องถิ่น และอาจจะมีการใช้สถานเอนามัยเป็นเสมือนบ้านที่ดูแลกันเองในชุมชน เป็นที่พึ่งของผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้งหรือไม่มีผู้ดูแล เป็นต้น

สิ่งต่างๆ เหล่านี้เริ่มเห็นเป็นรูปธรรมในบางส่วนแล้ว โดยเฉพาะแผนงานและโครงสร้างคณะกรรมการที่จะมาทำหน้าที่ผลักดันแผนงานเหล่านั้น แต่สิ่งที่ยังขาดก็คืองบประมาณและบุคลากร ซึ่งเป็นอุปสรรคของหน่วยงานราชการอยู่เสมอไม่ว่าจะยุคใดสมัยใด ดังนั้นหน่วยงานภาคเอกชนจึงเป็นอีกที่พึ่งหนึ่งของผู้ป่วยและผู้ดูแล



ภาระญาติและลูกหลานของผู้ป่วย แต่การจะไปถึงจุดนั้นได้ ต้องมีเงินทุนจำนวนมาก เพราะผู้ป่วยต้องอยู่กับเราเป็นบ้านอีกหลังหนึ่ง ญาติจะมาเยี่ยมเป็นครั้งคราวเท่านั้น ตรงนี้อาจจะต้องร่วมมือกับภาครัฐ ซึ่งคงต้องเอาไว้เป็นขั้นหลังๆ ตอนนี้เรากำลังทำได้แค่ day care คือให้ผู้ป่วยไป-กลับก่อน แล้วค่อยขยายตามกำลังที่เรามี หรือตามโอกาสที่จะเอื้ออำนวย”

ศ.พญ.นันทิกา ย้ำว่า ผู้สูงอายุเป็นโรคอัลไซเมอร์กันมากขึ้นทุกขณะ การแก้ไขปัญหานี้จะต้องมีการประกาศเป็นนโยบายของภาครัฐอย่างเป็นทางการ เพราะจะช่วยให้ภาคส่วนต่างๆ ในสังคมมีความตื่นตัวและมีส่วนร่วมมากกว่าที่เป็นอยู่ รวมทั้งจะเป็นการสร้างบรรยากาศให้ประชาชนหันมาตระหนักและเฝ้าหาความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ให้มากขึ้นด้วย ทั้งความรู้ในวิธีการป้องกันต่างๆ ไป หรือวิธีการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งทัศนคติที่ดีในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

“จากประสบการณ์จะพบว่าญาติเป็นผู้ดูแลเสียเอง 70% เพราะการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ต้องอาศัยความเข้าใจ ถ้าไม่ใช่คนใกล้ชิดอาจจะไม่เข้าใจและอยู่ไม่ไหว ตรงนี้เป็นปัญหามากๆ เพราะคนเป็นอัลไซเมอร์เขาหลุดไปแล้ว เขาไม่รับรู้อะไรแล้ว แต่ผู้ดูแลยังต้องทนรับพฤติกรรมของผู้ป่วยอยู่ตลอด จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาที่ละเอียดอ่อน มีเรื่องของสภาพจิตใจเข้ามาเกี่ยวข้อง การแก้ปัญหาจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนช่วยกันดูแล และช่วยอำนวยความสะดวกให้กับเขาด้วย”

ทุกวันนี้ ศ.พญ.นันทิกา ยังได้พบกับผู้ป่วยอัลไซเมอร์สัปดาห์ละประมาณ 40-50 ราย ในคลินิกโรคสมองเสื่อมที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งเปิดสัปดาห์ละครั้งทุกวันพฤหัสบดี และได้เห็นแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ทำให้การทำงานในเส้นทางนี้จึงอีกยาวไกล โดยได้ปวารณาตัวไว้แล้วว่า “เกษียณแล้วยังคงทำงานต่อไปเรื่อยๆ ตราบใดที่ยังคงมีแรงกำลัง”

แม้วันนี้แสงสว่างแห่งความหวังของการแก้ปัญหาโรคอัลไซเมอร์จะเห็นเป็นเพียงจุดเล็กๆ อยู่ที่ปลายอุโมงค์อันไกลลิบ แต่ด้วยการทำงานอย่างจริงจังของผู้ที่เกี่ยวข้องในขณะนี้ อาจจะช่วยย่นระยะทางไปสู่แสงสว่างนั้นได้ไม่น้อยเลยทีเดียว **MAP**



ซอฟต์แวร์จำลองโครงหน้าหลังจัดฟัน นวัตกรรมสร้างสรรค์โดยฝีมือคนไทย

“รอยยิ้มเหล็กดัด” ที่เป็นผลพลอยได้จาก “การจัดฟัน” (Orthodontics) เป็นที่นิยมในสังคมไทยอย่างต่อเนื่อง จากอดีตที่การจัดฟันหวังผลเพื่อลดอัตราเสี่ยงจากฟันผุและโรคเหงือก อันเกิดจากความผิดปกติของฟันทำให้ทำความสะอาดยาก เช่น ฟันเก เหยิน ซ้อน ห่าง หรือฟันไม่สบกัน มาจนถึงปัจจุบันที่มักมุ่งไปที่ “ความสวยงาม” หรือเป็นแฟชั่นในกลุ่มวัยรุ่นเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตาม ด้วยกระบวนการจัดฟันที่ยาวนานกินเวลาเป็นปี ทำให้บางคนอาจต้องชั่งใจกับสิ่งที่ต้องเสียไปเมื่อเข้าสู่กระบวนการจัดฟัน ทั้ง เงินทอง เวลา การเสียฟันที่ตีบบางซี่ไป รวมทั้งเกิดคำถามที่ว่า โครงหน้าของตนจะเปลี่ยนไปอย่างไร

ข้อสงสัยในประเด็นหลังสุดนี้ ปัจจุบันสามารถตอบได้ด้วย นวัตกรรม “CephSmile” ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้การวิเคราะห์ค่า เซฟาโลเมตริก (Cephalometric Analysis) ผ่านจอคอมพิวเตอร์ เพื่อดูโครงสร้างลักษณะใบหน้าด้านข้างก่อนรับบริการ รวมทั้ง ใบหน้าที่จะเปลี่ยนไปหลังการจัดฟัน (Treatment Simulation) โดยจะซ้อนภาพโครงสร้างทางทันตกรรมของผู้รับบริการกับ โครงสร้างลักษณะใบหน้าหลังการจัดฟันเพื่อเปรียบเทียบกันอย่าง ชัดเจนได้ หลังจากนั้นจะทำการคำนวณค่าของมุมและระยะต่างๆ ในช่องปาก เพื่อช่วยทันตแพทย์ในการวางแผนการจัดฟัน ซึ่งขั้นตอน ต่างๆ เหล่านี้ใช้เวลาเพียง 15 นาทีเท่านั้น ถือว่ารวดเร็วมากหาก เปรียบเทียบกับในอดีตที่ต้องใช้ภาพถ่ายรังสีกะโหลกศีรษะ แล้ว วาดภาพโครงสร้างทางทันตกรรมที่ใช้ในการวางแผนการจัดฟัน ด้วยอุปกรณ์เครื่องเขียนซึ่งกินเวลานานถึง 2-3 ชั่วโมง

นอกจากนี้วิธีการเดิมนั้นยังต้องใช้ชุดอุปกรณ์ที่นำเข้าจาก ต่างประเทศซึ่งมีราคาแพง เมื่อเทียบกับนวัตกรรม “CephSmile” แล้ว พบว่าแพงกว่ากันถึง 5 เท่าเลยทีเดียว

ข้อดีของการใช้โปรแกรมช่วยจัดฟัน CephSmile นี้ นอกจาก

จะประหยัดงบประมาณ และช่วยประหยัดเวลาในการวิเคราะห์ ข้อมูลแล้ว ยังมีระบบจัดเก็บข้อมูลที่สะดวกในการดูประวัติข้อมูล คนไข้ และช่วยให้ทันตแพทย์สามารถปรับเปลี่ยนการรักษาให้ เหมาะสมกับสภาวะการณ์ของบุคคลนั้นๆ ได้ตลอดการรักษา นอกจากนี้ยังสามารถเปรียบเทียบผลที่ได้กับค่ามาตรฐาน โครงสร้างใบหน้าของคนไทย ที่สำคัญการที่ผู้ใช้บริการได้เห็น ภาพการเปรียบเทียบก่อนและหลังการจัดฟัน ด้วยภาพลายเส้น ต่างสีที่แสดงให้เห็นความเปลี่ยนแปลงเฉพาะจุด ทำให้เห็นลักษณะ ของใบหน้าในส่วนที่ยุบลงไปหลังการจัดฟันก่อนจัดฟันจริงได้ตั้ง แต่ครั้งแรกที่ผู้รับบริการเข้าไปปรึกษาทันตแพทย์

โปรแกรมช่วยจัดฟัน CephSmile เป็นโปรแกรมที่คิดค้นขึ้น โดยทีมวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งได้รับรางวัลสาขาการ ประดิษฐ์ จากมหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ.2549 นำทีมโดย รองศาสตราจารย์ทันตแพทย์สุรัชย์ เดชคุณากร และนักวิจัยอีก 3 ท่าน ได้แก่ ศาสตราจารย์คลินิกวรรณ สุชาติ, รองศาสตราจารย์ นิวัติ อนุวงศ์นคราห์ และ ดร.พีรพงศ์ สันติวงศ์ พร้อมด้วย ดร.จันทร์จิรา สิ้นทนะโยธิน จากศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์ และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (เนคเทค)

นับได้ว่าเป็นนวัตกรรมฝีมือคนไทยที่ทรงคุณค่า เพราะปัจจุบัน มีการนำโปรแกรมนี้ไปใช้ประกอบการเรียนการสอนในสถาบันต่างๆ ที่ผลิตบัณฑิตทางทันตแพทย์ ขณะเดียวกันยังได้ถ่ายทอดเทคโนโลยี เพื่อผลิตในเชิงพาณิชย์ โดยมีโรงพยาบาลรวมทั้งคลินิกเอกชน จำนวนหนึ่งได้นำไปใช้แล้ว นอกจากนี้ยังมีการจัดทำโปรแกรม ภาษาอังกฤษเพื่อส่งขายไปยังประเทศเพื่อนบ้านในแถบเอเชีย ที่ผู้คนมีรูปร่างและสรีระใกล้เคียงกับคนไทยด้วย โดยเมื่อต้นเดือน กันยายนที่ผ่านมาได้มีการนำโปรแกรมนี้ออกแสดงในงาน NECTEC-ACE 2009 และได้รับความสนใจจากประชาชนเป็นอย่างมาก **HAAP**

แบบสอบถาม EQ-5D

การคำนวณหาคะแนนอรรถประโยชน์ ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับประชากรไทย

EQ-5D คืออะไร

EQ-5D เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน ความเจ็บปวด/ความไม่สบายและความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า โดยผู้ตอบจะเป็นผู้ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองจากแบบสอบถามนี้ ซึ่งในแต่ละคำถามจะมีตัวเลือกให้ตอบ 3 ระดับ ได้แก่ ไม่มีปัญหา มีปัญหากลาง และมีปัญหาอย่างมาก คำตอบที่ได้จะนำมาคำนวณหาค่าอรรถประโยชน์ (Utility) เพื่อคำนวณปีสุขภาพ (Quality-Adjusted Life Year; QALY) สำหรับใช้ในการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ของเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

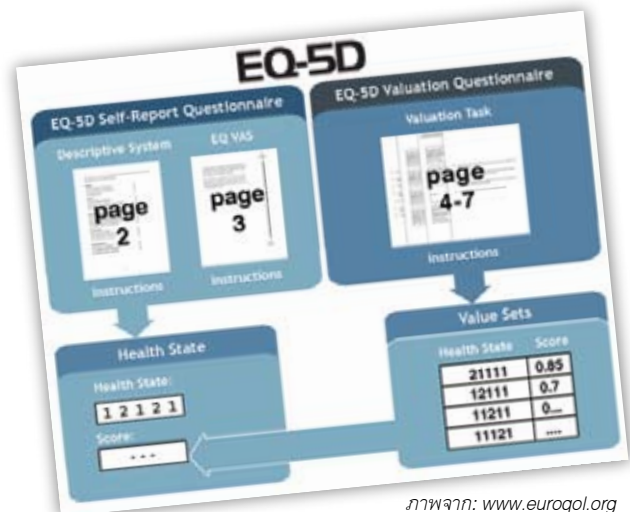
ข้อดีของแบบสอบถาม EQ-5D

เมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตอื่นๆ เช่น standard gamble (SG), time trade-off (TTO) แล้วแบบสอบถาม EQ-5D นับว่าเป็นเครื่องมือที่ง่ายในการตอบคำถามและใช้ระยะเวลาในการตอบไม่นาน สามารถใช้ได้กับประชาชนโดยไม่จำกัดอายุ เพศ หรือโรคที่เจ็บป่วย (ยกเว้นเด็ก หรือผู้ที่มีปัญหาในการสื่อสาร ซึ่งเป็นข้อจำกัดของเครื่องมืออื่นๆ เช่นกัน) รวมทั้งสามารถประเมินมิติทางสุขภาพได้หลายมิติโดยใช้เพียงเครื่องมือเดียว และสามารถเปรียบเทียบระหว่างโรคต่างๆ ได้นอกจากนั้นยังมีความถูกต้อง ความแม่นยำ และความไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ดี คู่มือประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพของไทยจึงแนะนำให้ใช้ EQ-5D ในการหาอรรถประโยชน์ในประชากรไทย

การใช้แบบสอบถาม EQ-5D

แบบสอบถาม EQ-5D เป็นลิขสิทธิ์ของ EuroQOL group หากหน่วยงานที่ไม่แสวงหากำไรมีความประสงค์จะนำมาใช้ สามารถขออนุญาตได้ที่เว็บไซต์ www.euroqol.org โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ถึงแม้จะมีแบบสอบถามฉบับภาษาไทยที่เว็บไซต์ดังกล่าวมานานพอสมควรแล้ว วิธีการคำนวณหาค่าอรรถประโยชน์โดยปกติจะใช้ของประเทศอังกฤษที่เป็นต้นแบบ ซึ่งสามารถดูรายละเอียดได้ใน

หนังสือ “The measurement and valuation of health status using EQ-5D: A European perspective” นอกจากนี้ ยังมีวิธีการคำนวณของสหรัฐอเมริกาซึ่งสามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์ www.ahrq.gov/rice/EQ5Dscore.htm อย่างไรก็ตามมักมีผู้วิจารณ์ว่าการใช้วิธีการคำนวณของต่างประเทศไม่มีความเหมาะสมเพราะพื้นฐานความคิด ความพอใจด้านสุขภาพของชาวไทยและชาวต่างชาติโดยเฉพาะชาวตะวันตกมีความแตกต่างกันอย่างมาก ทำให้เป็นข้อจำกัดของการใช้เครื่องมือ EQ-5D นี้



ภาพจาก: www.euroqol.org

ปัจจุบันมีวิธีการคำนวณหาคะแนนอรรถประโยชน์ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับประชากรไทย ซึ่งพัฒนาขึ้นเป็นครั้งแรกโดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจในประชากรไทย เป็นผลการศึกษาในโครงการวิจัย “การวัดน้ำหนักอรรถประโยชน์ของคุณภาพชีวิตในรูปแบบต่างๆ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขในประเทศไทย” โดย พญ.ศิรินาถ ตงศิริ อาจารย์จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยการสนับสนุนของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ผู้ที่สนใจสามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ โครงการพัฒนาเครื่องชี้วัดภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย (<http://thaibod.org>) และดาวน์โหลดรายงานฉบับสมบูรณ์ได้ที่เว็บไซต์ของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (<http://www.hitap.net/report.php>) HITAP



HITAP จัดการอบรมการประเมินความคุ้มค่าทางกายภาพและสาธารณสุข ครั้งที่ 5

เมื่อวันที่ 13-17 กรกฎาคม 2552 HITAP จัดอบรมการประเมินความคุ้มค่าทางกายภาพและสาธารณสุข ครั้งที่ 5 ขึ้น โดยแบ่งออกเป็น **หลักสูตรเบื้องต้น** ซึ่งจะมีการอบรมในระหว่างวันที่ 13-14 กรกฎาคม 2552 และ **หลักสูตรเชิงปฏิบัติการ** ในระหว่างวันที่ 15-17 กรกฎาคม 2552 ณ โรงแรมวินเซอร์สวิต ถนนสุขุมวิท 18-20 กรุงเทพฯ ทั้งนี้ได้รับความสนใจอย่างยิ่งจากบุคลากรทั้งภาครัฐและเอกชนในการเข้าร่วมอบรมทั้ง 2 หลักสูตร

สำหรับการอบรมนี้ทาง HITAP มุ่งหวังที่จะให้ผู้เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุขทั้งจากภาครัฐและเอกชนได้รับองค์ความรู้เรื่องเศรษฐศาสตร์

สุขภาพ สามารถนำความรู้ด้านการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขไปประยุกต์ใช้ได้จริง โดยเฉพาะหลักสูตรเชิงปฏิบัติการที่ผู้เข้าอบรมได้เรียนรู้วิธีการใช้โปรแกรมหรือแบบจำลองต่างๆ มาวิเคราะห์ข้อมูลจากสถานการณ์จำลอง ซึ่งช่วยสร้างความเข้าใจได้อย่างมาก โดยเสียงตอบรับส่วนใหญ่จากผู้เข้าร่วมการอบรมค่อนข้างพอใจเนื้อหาที่เป็นประโยชน์ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง พร้อมกันนี้ได้มีคำแนะนำให้ขยายเวลาการจัดงานให้มากขึ้น เพื่อให้ได้รับเนื้อหาที่ละเอียดครบถ้วนมากขึ้น นับเป็นความสำเร็จเบื้องต้นที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของผู้จัดงานที่ต้องการให้สังคมเห็นถึงความสำคัญในศาสตร์ด้านนี้



งานเสวนา “เหลียวมองผลกระทบ...ก่อนคิดถึงอนาคต CL”

เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2552 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ (สสส.) มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จัดงานเสวนา **“เหลียวมองผลกระทบ...ก่อนคิดถึงอนาคต CL”** ณ ห้องอโณมาแการนด์ โรงแรมอโนมา กรุงเทพฯ โดยมีผู้ให้ความสนใจเข้าร่วมงานกว่า 100 คน ทั้งจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง บริษัทฯ และองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) รวมทั้งสื่อมวลชนด้วย

งานเสวนาในครั้งนี้ได้รับเกียรติจาก **นพ.วิชัย โชควิวัฒน์** ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งเป็นอดีตประธานคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานเกี่ยวกับการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ และ **ดร.วิษระ พรหมเชษฐ์** ผู้แทนการค้าไทย เป็นวิทยากรบนเวที โดยมี **นายกิตติ สิงหปัด** เป็นผู้ดำเนินรายการ

อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าเสียดายที่ HITAP ได้เชิญ **เกสซังกรธีระ ฉากนโรดม** นายกสมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ (PREMA) ในฐานะผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และมีจุดยืนในเรื่องมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาในประเทศไทยมาโดยตลอด ร่วมเป็นวิทยากรในงานเสวนาครั้งนี้ แต่ทาง PREMA ได้แจ้งว่าป่วยไม่สามารถมาเข้าร่วมงานนี้ล่วงหน้าเพียงแค่ 1 วันก่อนงานเริ่ม อีกทั้งยังไม่ส่งตัวแทนมาเป็นวิทยากรบนเวที ทำให้เวทีในวันนั้นขาดมุมมองในส่วนของบริษัทฯ ข้ามชาติไป

สำหรับวัตถุประสงค์ของงานเสวนาในครั้งนี้เพื่อนำเสนอผลงานวิจัยของ HITAP เรื่อง **“การประเมินผลกระทบจากมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาในประเทศไทย ระหว่างปี 2549-2551”** รวมทั้งติดตามความเคลื่อนไหวของการดำเนินนโยบาย CL ในปัจจุบัน และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมงานได้ร่วมกันอภิปราย แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินนโยบายเพื่อการเข้าถึงยาของผู้ป่วยในอนาคตด้วย



การประชุมกำหนดคำถามและขอบเขต ของการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2552 นักวิจัย HITAP โดย **ภญ.พัทธรา ลิขหวัรงค์** ในฐานะนักวิจัยหลัก พร้อมด้วย **ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์** และ **ภญ.พิศพรรณ วีระยังยง** นักวิจัยร่วม จัดการประชุมเพื่อกำหนดคำถามและขอบเขตของการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพในงานวิจัยเรื่อง **“การประเมินความคุ้มค่าและผลกระทบด้านการเงินการคลังของการนำวัคซีนเอดส์มาใช้ในกลุ่มประชากรไทย”** โดยมี **นพ.นคร เปรมศรี** และ **นพ.เวตสธร นามวาท** จากสำนักงานโครงการศึกษาวัคซีนเอดส์ทดลองระยะที่ 3 กรมควบคุมโรค และ **ภญ.ชุตินา อรรถสิทธิ์พันธุ์** จากสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ เข้าร่วมให้ข้อเสนอแนะและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ณ ห้องประชุม HITAP

สำหรับงานวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเตรียมรองรับผลการวิจัยโครงการศึกษาวัคซีนเอดส์ทดลองระยะที่ 3 (phase III Clinical trial) ซึ่งเริ่มดำเนินการในปี 2546 ซึ่งเป็นการทดลองเรื่องประสิทธิภาพของวัคซีน โดยจะทราบผลประมาณเดือนกันยายน 2552 ซึ่งหน่วยงานหลัก

ที่รับผิดชอบคือ กรมควบคุมโรค และสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) แต่เนื่องจากยังขาดการศึกษาด้านการประเมินความคุ้มค่าและผลกระทบด้านการเงินการคลังของประเทศ ทางกรมควบคุมโรคจึงร่วมกับ IHPP และ HITAP ในการทำการศึกษาวินิจฉัยเรื่องนี้เพื่อประเมินความคุ้มค่าและผลกระทบด้านการเงินการคลังของการนำวัคซีนเอดส์มาใช้ในกลุ่มประชากรไทย รวมทั้งกำหนดนโยบายการเข้าถึงวัคซีนดังกล่าวในอนาคต

ดังนั้นงานวิจัยเรื่องนี้จึงเป็นการดำเนินงานร่วมกันระหว่างกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข IHPP และ HITAP และการประชุมในครั้งนี้จัดขึ้นเพื่อร่วมกันพัฒนาโครงร่างงานวิจัย และจะมีการประชุมอีกครั้งเพื่อร่วมกันพิจารณาโครงร่างงานวิจัยดังกล่าว โดยได้เรียนเชิญผู้เชี่ยวชาญทางด้านเอดส์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับนโยบาย และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมกำหนดข้อคำถาม ระเบียบวิธีวิจัย รวมทั้งแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการวิจัย



การประเมินนโยบายการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย

เมื่อวันที่ 8 กันยายน 2552 ทาง HITAP จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญในโครงการ **“การประเมินนโยบายการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย”** ซึ่งมี **น.ส.เชิญขวัญ ภูษมรงค์** ในฐานะนักวิจัยหลักในโครงการ โดยได้เรียนเชิญ **นพ.ทวี ตั้งเสรี** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และ **ผศ.นพ.บัณฑิตพงษ์ เกษสมบุรณ์** อาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เข้าร่วมประชุมในครั้งนี้

โครงการนี้เป็นหัวข้อที่ได้รับการเสนอจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และผ่านการคัดเลือกจากการประชุมเพื่อคัดเลือกหัวข้อสำหรับประเมินเทคโนโลยี ประจำปี พ.ศ.2552 ที่ HITAP ได้จัดขึ้น ดังนั้นเพื่อเป็นการกำหนดขอบเขตและทิศทางการวิจัยก่อนเริ่ม

ดำเนินโครงการ ทาง HITAP จึงได้จัดประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อเสนอข้อคิดเห็นหรือข้อแนะนำเกี่ยวกับงานวิจัยเรื่องนี้

ผลจากการประชุมพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการฆ่าตัวตายที่สำคัญ ได้แก่ ประชาชนยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวังผู้ป่วยหรือวิธีปฏิบัติเมื่อพบบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดมีสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย (suicide warning sign) ดังนั้นหากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดมีความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเหล่านี้จะสามารถป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างทันท่วงที

ดังนั้นข้อสรุปที่เป็นไปได้จากที่ประชุมสำหรับการประเมินในหัวข้อนี้คือ การศึกษาประสิทธิภาพของมาตรการให้ความรู้เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายผ่านสื่อมวลชน เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย และเปรียบเทียบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนและหลังมีมาตรการให้ความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายผ่านสื่อมวลชน



นำเสนอผลงานวิจัย

เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2552 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) เข้าร่วมนำเสนอผลงานวิจัยเรื่อง **“การศึกษาความคุ้มค่าของการใส่เลนส์นึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับเลนส์แข็งในการผ่าตัดต้อกระจกในบริบทของประเทศไทย”** โดย พญ.กัลยา ตีระวัฒนานนท์ ในฐานะนักวิจัยหลัก พร้อมด้วย ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์, ผศ.ดร.ญ.อุษายา เกียรติแก้ว, พญ.ขวัญใจ วงศ์กิตติรักษ์, น.ส.รักมณี บุตรชน และ นายธีระ ศิริสมุด นักวิจัยในโครงการร่วมนำเสนอผลงานวิจัยเรื่องดังกล่าวให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้ โดยมี ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย เป็นประธานในการประชุม

ตัวแทนที่เข้าร่วมการประชุมในครั้งนี้ประกอบด้วย **ดร.สุรรัตน์ งามเกียรติไพศาล** จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ **นพ.พศธร พอกเพ็ญดี** จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ **รศ.นพ.ปริญญ์ ไรหนองพันธ์** จากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย **รศ.นพ.พรชัย สิมะโรจน์** จากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี **คุณพัฒนธร ธรปณณะเศรษฐ์** จากสำนักงานประกันสังคม **นางสุวิภา สุขวณิชันท์**, **นางวิริยา พูนคำ**, **นางฉวีวรรณ วิริยะรัมย์** จากกรมบัญชีกลาง **นพ.สุชาติ สรณสถาพร** จากสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ **คุณจริญญา สุขสนิท**, **คุณชนิษฐา ภูสีงูคุณ** จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ **นพ.วิวัฒน์ โกมลสุภาคย์** จากโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ และ **นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์** จากสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ร่วมให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะกับงานวิจัยเรื่องนี้ สำหรับงานวิจัยเรื่องนี้มีขึ้นเพื่อศึกษาการเข้าถึงการผ่าตัดต้อกระจก

ในผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการและสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงการผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการ และสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเพื่อประเมินความคุ้มค่าของการผ่าตัดต้อกระจกโดยใส่เลนส์แข็งเปรียบเทียบกับเลนส์นึ่ง

จากการศึกษาพบว่า การผ่าตัดต้อกระจกมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการผ่าตัดต้อกระจกในระดับจังหวัด คือ จำนวนจักษุแพทย์ และขนาดของจังหวัด สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใส่เลนส์ที่สำคัญ คือระบบประกันสุขภาพผู้ป่วยระบบสวัสดิการข้าราชการมีโอกาสใส่เลนส์นึ่งมากกว่าผู้ป่วยในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าถึง 22 เท่า

สำหรับการทำผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลชุมชน จะเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าโรงพยาบาลทั่วไป (รพ.ประจำจังหวัด) ซึ่งในส่วนของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอาจเกิดจากสาเหตุที่ต้องรักษาผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มีภาวะผิดปกติและซับซ้อนอย่างอื่นร่วมด้วย มีแพทย์ประจำบ้านฝึกผ่าตัด และมีการลงข้อมูลที่สมบูรณ์ ส่วนในกรณีของโรงพยาบาลเอกชน จากข้อมูลที่ได้เป็นผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งอาจเกิดจากการเข้าร่วมในโครงการผ่าตัดต้อกระจกของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีการผ่าตัดจำนวนมาก ทำให้มีปัญหาระยะภาวะแทรกซ้อนได้มาก ซึ่งอาจสะท้อนถึงคุณภาพของการผ่าตัดด้วย นอกจากนั้นผลการวิจัยพบว่าการใส่เลนส์นึ่งมีผลลัพธ์ทางสุขภาพดีกว่าเลนส์แข็งเล็กน้อย แต่ไม่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เมื่อเทียบกับเลนส์แข็ง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา เห็นว่าควรมีการกระจายทุนฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางด้านจักษุให้แก่จังหวัดที่ขาดแคลน ในส่วนของ สปสช. ที่มีการเบิกจ่ายค่าเลนส์ได้ในราคาของเลนส์แข็งจึงเป็นการเหมาะสมแล้ว เนื่องจากผลการวิจัยชี้ว่าเลนส์แข็งมีความคุ้มค่ากว่า นอกจากนั้นควรให้ความรู้ที่ถูกต้องกับประชาชนเกี่ยวกับเลนส์แข็งและเลนส์นึ่ง เนื่องจากอาจจะมีการจูงใจจากผู้ให้บริการให้จ่ายเงินเพิ่ม และจากการสำรวจยังพบอีกว่า ราคาเลนส์ถูกกว่าราคาที่ สปสช. และกรมบัญชีกลางให้เบิกไว้ค่อนข้างมาก ในกรณีเลนส์แข็งราคาลดลงได้ถึง 4 เท่าตัว กรณีเลนส์นึ่งราคาลดลงได้เกือบครึ่งหนึ่ง



นักวิจัยลงพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่

เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม - 8 กันยายน 2552 **นายธีระ ศิริสมุด** ในฐานะนักวิจัยหลักในโครงการ **“ประเมินผลสัมฤทธิ์และปัจจัยที่มีผลต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smears และ Visual Inspection with Acetic (VIA)”** พร้อมด้วยทีมผู้ช่วยนักวิจัยในโครงการฯ ลงพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งการศึกษานี้เป็นการประเมินผลการดำเนินงานในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการให้บริการและการปฏิบัติงานให้เหมาะสมในอนาคต

สำหรับการเก็บข้อมูลในครั้งนี้เป็นการสัมภาษณ์สตรีอายุระหว่าง 30-60 ปี เพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง ประสพการณ์การเข้ารับบริการ ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง รวมทั้งข้อเสนอแนะอื่นๆ ซึ่งการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานและกลุ่มสตรีในจังหวัดเชียงใหม่



งานประชุม ISPOR Thailand 2009



เมื่อวันที่ 13-14 สิงหาคม 2552 โครงการประเมินเทคโนโลยี และนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) เป็นเจ้าภาพในการประชุมวิชาการ ISPOR THAILAND 2009 ในหัวข้อ “Public - Private Mixed for the Use of Pharmacoeconomics and Outcomes Research to Inform Decision Making in Thailand” จากปีแรกที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้เล็งเห็นความสำคัญของการนำความรู้ด้านเภสัช เศรษฐศาสตร์มาประยุกต์ใช้กับการคัดเลือกยาของประเทศนั้น นักวิชาการ ในองค์กรวิชาชีพ ISPOR ประจำประเทศไทย (International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research) เป็นผู้ริเริ่ม ให้เกิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการนำเสนอผลงานวิจัยที่นำไปสู่ การพัฒนาต่อไปในอนาคต

ซึ่งการประชุมในครั้งนี้จัดขึ้นเป็นปีที่ 3 เพื่อเป็นการนำเสนอผลงาน วิชาการด้าน Pharmacoeconomics และ Outcomes Research รวมทั้งสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในด้าน การพัฒนาระบบยา โดยเรียนเชิญผู้เชี่ยวชาญจากหลายองค์กรมาร่วม แลกเปลี่ยนมุมมองในประเด็นต่างๆ อาทิ การขับเคลื่อนนโยบายแห่งชาติ

ด้านยา ต้นทุนบริการด้านการแพทย์ ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและ เอกชนเพื่อพัฒนาด้านยาระดับชาติ เป็นต้น

สำหรับไฮไลท์ของงานที่มีผู้ให้ความสนใจอย่างมาก คือ การบรรยาย ประสพการณ์การดำเนินงานของหน่วยงานต้นแบบจากสหราชอาณาจักร ที่รู้จักกันว่า “NICE” (National Institute for Health and Clinical Excellence) โดยวิทยากร HELEN CHUNG โดยการประชุมในครั้งนี้ มีผู้สนใจเข้าร่วมประชุมจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนกว่า 130 คน ทั้งยังมีผู้นำเสนองาน (Oral Presentation) ที่เกี่ยวข้อง 6 หัวข้อ และ การจัดการประชุมวิชาการ ISPOR Thailand 2009 นับเป็นการเริ่มต้นที่ ดีในการพัฒนางานด้านเภสัช เศรษฐศาสตร์ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ ในทางปฏิบัติจริง สร้างความเข้าใจระหว่างภาครัฐและเอกชน ทั้งยัง เป็นการสร้างแนวทางในอนาคตสำหรับเตรียมพร้อมให้ประเทศรับมือ กับการนำเข้ายาจากบริษัทข้ามชาติให้เป็นไปอย่างเท่าเทียมและเป็น ธรรมกับประชาชนต่อไป

เมื่อวันที่ 10 กันยายน 2552 **ญ.ติดาพร ยงค์** นักวิจัย HITAP ในฐานะนักวิจัยหลักในโครงการ จัดการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อกำหนด เกณฑ์การตัดสินใจ โครงการวิจัย “**การกำหนดกรอบการตัดสินใจเพื่อ การลงทุนด้านสุขภาพในประเทศไทย**” โดยได้เรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในเชิงนโยบาย ได้แก่ **นพ.วินัย ไขควิวัฒน์** ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการคุ้มครองวิจัยในมนุษย์ **ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา** สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย **นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข** ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข **คุณสุวิภา สุขวณรินทร์** ผู้อำนวยการสำนักมาตรฐานค่าตอบแทนและสวัสดิการ กรมบัญชีกลาง **คุณกุลเศรษฐ์ ลิ้มปิยาร** นักวิชาการคลัง สำนักมาตรฐานค่าตอบแทน และสวัสดิการ **ดร.นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร** ผู้อำนวยการสำนักงาน นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ **พล.ต.นพ.ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช** คณะกรรมการการแพทย์ เข้าร่วมพิจารณาและกำหนดเกณฑ์ที่สำคัญ สำหรับการตัดสินใจเพื่อการลงทุนด้านสุขภาพในประเทศไทย

ปัจจุบันนวัตกรรมด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นยา เครื่องมือแพทย์ หัตถการ การบริการทางด้านสุขภาพ และนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้อง กับสุขภาพ (Health interventions) ที่ทันสมัยและหลากหลายเกิดขึ้น อย่างต่อเนื่อง และความต้องการของคนก็มีเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ทรัพยากร ด้านสุขภาพที่มีอยู่อย่างจำกัดนั้นไม่สามารถรองรับความต้องการ ทั้งหมดที่มีเพิ่มขึ้นได้ จึงมีความจำเป็นที่การตัดสินใจเพื่อการลงทุน ด้านสุขภาพในประเทศไทยควรมีความสมเหตุสมผลและเป็นไปตาม ลำดับความสำคัญของเทคโนโลยีและการบริการด้านสุขภาพ

หากพิจารณาว่าเทคโนโลยีและการบริการด้านสุขภาพใดที่รัฐควร จัดให้บริการแก่ประชาชนคนไทย ซึ่งจัดว่าเป็นการลงทุนด้านสุขภาพ ที่สำคัญของประเทศ ทั้งนี้ในการพิจารณาความสำคัญของเทคโนโลยี และนโยบายด้านสุขภาพนั้น ไม่ควรใช้เกณฑ์หรือหลักฐานใดเพียง หลักฐานหนึ่งมาใช้ในการตัดสินใจ แต่ควรจะใช้เกณฑ์หรือหลักฐานอื่นๆ

การกำหนดกรอบการตัดสินใจ เพื่อการลงทุนด้านสุขภาพในประเทศไทย



ที่หลากหลายประกอบการตัดสินใจด้วย และที่ผ่านมาการตัดสินใจใน ประเด็นเหล่านี้ในประเทศไทยยังไม่ชัดเจน ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีขึ้นเพื่อ พัฒนากลอบการตัดสินใจที่ประกอบด้วยเกณฑ์ที่หลากหลายร่วมกัน เพื่อใช้ในการคัดเลือกเทคโนโลยีและการบริการด้านสุขภาพเข้าสู่ระบบ สุขภาพของประเทศไทย ซึ่งโครงการวิจัยนี้ไม่ได้พิจารณาเพียงกลุ่ม ผู้กำหนดนโยบายเท่านั้น แต่จะพิจารณามุมมองของประชาชนทั่วไป ด้วยว่าประชาชนทั่วไปคิดอย่างไรถ้าเขามีสิทธิ หรือสามารถที่จะตัดสินใจ ในเรื่องนี้ได้

สำหรับเกณฑ์การตัดสินใจที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอในที่ประชุม ประกอบด้วย **ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ)** จำนวนผู้ ที่ได้รับประโยชน์ การติดต่อ/แพร่ระบาดของโรค ความรุนแรงของโรค กลุ่มเป้าหมายที่เปราะบาง คุณภาพของข้อมูลที่ใช้ ความคุ้มค่า (ในระดับ ประเทศ) ผลกระทบเชิงลบประมาณ และความเป็นไปได้ของการนำ ไปปฏิบัติ ซึ่งเมื่อได้เกณฑ์แล้วนักวิจัยจะนำมาออกแบบสอบถาม ในการสำรวจความคิดเห็นจากกลุ่มผู้กำหนดนโยบายและกลุ่มตัวแทน ประชาชนต่อไป

การออกกำลังสมอง

เราสามารถออกกำลังสมองได้โดยการกระทำกิจกรรมใด ๆ ที่ทำให้เกิดประสบการณ์แปลกใหม่ การเรียนรู้ในสถานการณ์ดังกล่าว จะกระตุ้นเซลล์ประสาทให้เจริญและแตกแขนง กิจกรรมที่ช่วยให้สมองของเราได้ออกกำลังอาจแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- 🌸 **เปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน** เช่น ปรับเปลี่ยนขั้นตอนปฏิบัติเพิ่มเติมกิจวัตรใหม่ๆ รวมทั้งการใช้นิ้วมือข้างที่ไม่ถนัด
- 🌸 **สัมพันธ์ประสาทสัมผัสทั้งห้า** เช่น การเล่นเกมฝึกสมอง การดมกลิ่นหอมของดอกไม้ขณะฟังเพลง การสื่อสารกันด้วยท่าทางแทนคำพูด
- 🌸 **ท้าทายประสบการณ์ใหม่** เช่น การออกเดินทางท่องเที่ยว เล่นกีฬาหรือทำงานอดิเรกใหม่ๆ พบปะสังสรรค์หรือ รวมกลุ่มกันทำกิจกรรมที่ไม่เคยทำมาก่อน



ข้อมูลจากเว็บไซต์ของสถาบันประสาทวิทยา กระทรวงสาธารณสุข
<http://www.pni.go.th/pamphlet/a4.pdf>

หนังสือรายงานการวิจัยของ HITAP



การประเมินเทคโนโลยีการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม: มุมมองด้านเศรษฐศาสตร์และสังคม

ประสาทหูเทียมเป็นเทคโนโลยีราคาแพงที่จะเป็นประโยชน์อย่างแท้จริงในผู้บกพร่องทางการได้ยินบางกลุ่มเท่านั้น ในผู้ป่วยบางรายการฝังประสาทหูเทียมกลับทำให้เกิดผลที่ไม่พึงประสงค์และความสูญเสียของการใช้ทรัพยากร รายงานนี้ชี้ให้เห็นว่าการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบายในโครงการประกันสุขภาพต้องการหลักฐานเชิงประจักษ์และข้อมูลอย่างรอบด้าน ไม่ได้จำกัดอยู่แต่เพียงข้อมูลด้านความคุ้มค่าของการใช้เทคโนโลยีที่ประเมินในประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง



ASSESSING THE IMPLICATIONS OF THAILAND'S GOVERNMENT USE LICENSES, ISSUED IN 2006-2008

การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา (หรือมาตรการ ซี แอล) โดยรัฐบาลไทยเป็นนโยบายที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ และเคยเป็นประเด็นถกเถียงอย่างกว้างขวางถึงความถูกต้องเหมาะสม งานวิจัยเรื่องนี้เป็นครั้งแรกในโลกที่ประเมินผลกระทบจากการใช้มาตรการดังกล่าวทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมจิตวิทยา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการตัดสินใจเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเข้าถึงยาจำเป็นในประเทศไทยและประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ในอนาคต ทั้งนี้ HITAP ได้จัดทำรายงานทั้งฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษเพื่อเผยแพร่แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

ท่านที่สนใจสามารถดาวน์โหลดเนื้อหาได้ทาง www.hitap.net
 หรือติดต่อโดยตรงมายังโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ