

ยาป้องกัน HIV จากแม่สู่ลูก

สัมภาษณ์

เสียงสะท้อนจาก NGO: สิ่งสำคัญกว่ายา
คือระบบให้คำปรึกษาและการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี

scoop

ป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

จากแม่สู่ลูกด้วยยาสูตร 2 ตัว หรือ 3 ตัว ???



ดร.ญ.ศรีเพ็ญ ดันติเวส
ที่ปรึกษาวิจัยและนักวิจัยอาวุโส
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

นักวิชาการด้านนโยบายสาธารณะหลายท่านมีความเห็นตรงกันว่า การเปลี่ยนแปลงนโยบายไปจากเดิมอย่างชัดเจน เช่น การริเริ่มนำเทคโนโลยี หรือมาตรการใหม่ๆ เข้ามาใช้เพื่อป้องกันหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพให้กับประชาชนเป็นจำนวนมาก เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ไม่ยากนักเนื่องจากการเปิด “หน้าต่างแห่งโอกาส” หรือ “window of opportunity” ต้องอาศัย หลากหลายปัจจัยที่สอดคล้องเกื้อกูลกัน ได้แก่ การที่ผู้กำหนดนโยบายเล็งเห็นว่าปรากฏการณ์ทางสังคมหนึ่งๆเป็นปัญหาที่ต้องการการแก้ไข การมีอยู่ของ มาตรการที่เหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำมาตรานั้นมาใช้ในทางปฏิบัติ และสถานการณ์ทางการเมืองที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง เมื่อขาดปัจจัยเหล่านี้ การเปลี่ยนแปลงนโยบายส่วนใหญ่จึงเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป

ทฤษฎีข้างต้นได้ผ่านการพิสูจน์แล้วว่า สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในระบบสุขภาพไทยหลายครั้งหลายหน เช่น การก่อตั้งโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การริเริ่มโครงการให้บริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการขยายบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นต้น ทั้งสามกรณีเป็นโครงการที่ต้องการทรัพยากรจำนวนมาก ทั้งในด้านงบประมาณ โครงสร้างพื้นฐาน และบุคลากรที่มีทักษะความเชี่ยวชาญ รวมทั้งการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ในขณะที่ผู้ผลักดันนโยบายเหล่านี้ยังต้องมีความพยายามในการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งโอกาสมาถึง เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีปฏิรูประบบประกันสุขภาพในสหรัฐอเมริกาที่เริ่มดำเนินการมาราว 2 ทศวรรษ ก็คงจะเห็นได้ชัดว่า การเป็น ผู้นำด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และฐานเศรษฐกิจอันร่ำรวยของประเทศนั้นไม่เพียงพอที่จะนำมาซึ่งความเปลี่ยนแปลงเพื่อ ช่วยให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพตามความจำเป็น

จุฬาร HITAP ฉบับนี้นำเสนอเรื่องการปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสสำหรับป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูกจากสูตรยา 2 ตัว ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เป็นสูตรยา 3 ตัว ซึ่งผลการประเมินด้านเศรษฐศาสตร์ชี้ว่า สูตรยาใหม่นี้คุ้มค่า กว่าสูตรเดิม อีกทั้งยังพบว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ ในขณะที่ผู้แทนหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คุณหมอสรกิจ ภาศิชีพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคุณอารีย์ คุ่มพิกษ์ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ มีมุมมองที่เกิดจากการวิเคราะห์ประสบการณ์อันยาวนานในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยว่า ในการเปลี่ยนแปลง นโยบายครั้งนี้เราควรให้ความสำคัญต่อทั้งบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลทั่วประเทศ ระบบให้คำปรึกษา และการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อ ความคิดเห็นของทั้งสองท่านสะท้อนให้เห็นว่า แม้การผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนโยบายสาธารณะ ในระดับประเทศจะเป็นไปได้ยาก แต่สิ่งที่ไม่ควรมองข้ามก็คือ กระบวนการนำนโยบายนั้นๆ ไปสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากทุกฝ่ายมุ่งให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพของบริการที่ให้แก่ประชาชนเป็นเป้าหมายสูงสุด

อย่างไรก็ตาม ในกรณีการปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัส เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก ซึ่งตั้งอยู่บนความปรารถนาดีที่จะช่วยปกป้องทารกที่กำลังจะลืมตามาดูโลกให้พ้นจากความเจ็บป่วยให้มากที่สุด เราทุกคนคงจะมีความเห็นตรงกับ คุณหมอสรกิจ ที่ได้กล่าวไว้ในบทความของท่านว่า “เชื่อว่าด้วยความร่วมมือจากทุกฝ่ายบนพื้นฐานของการเอื้ออาทรต่อเพื่อนมนุษย์ จะทำให้ทุกอย่างผ่านไปด้วยดีเช่นเดียวกับเมื่อมีความริเริ่มในการพัฒนาบริการสุขภาพครั้งสำคัญๆ ที่ผ่านมาในอดีต” HITAP

กว่าร้อยละ 90 ของการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี มีสาเหตุมาจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี แต่หากพิจารณาเฉพาะในเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี จะพบว่าการติดเชื้อจากช่องทางนี้กลับเป็นสาเหตุเกือบทั้งหมดในเด็กกลุ่มอายุนี้นี้ การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก สามารถเกิดได้ตั้งแต่ในขณะตั้งครรภ์, ระหว่างการคลอด และภายหลังคลอด อย่างไรก็ตามเป็นที่ทราบดีในปัจจุบันว่าการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกส่วนใหญ่เกิดขึ้นในระหว่างการคลอด

การดำเนินงานป้องกัน การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ประเทศไทยได้เริ่มดำเนินการให้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (Preventing Mother to Child Transmission, PMTCT) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2543 และประสบผลสำเร็จเป็นอย่างมากในด้านความครอบคลุมและการลดอัตราการติดเชื้อในทารก จนได้รับการยกย่องจากองค์การอนามัยโลกและนานาชาติ ในปี พ.ศ.2550 หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสครอบคลุมร้อยละ 95.9 และในจำนวนดังกล่าวพบอัตราการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกร้อยละ 5.8

ในระยะเริ่มต้นการดำเนินงานทั้งหมดอยู่ในความรับผิดชอบของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เมื่อมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 งบประมาณบางส่วนได้ถูกย้ายมารวมอยู่ในงบเหมาจ่ายรายหัว แต่การดำเนินงานก็ยังคงอยู่ในการดูแลของกรมอนามัย ในปีงบประมาณ พ.ศ.2552 เป็นปีแรกที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เริ่มเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบดังกล่าว โดยรับมอบการบริหารเวชภัณฑ์ยาต้านเอชไอวีสำหรับการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกมาอยู่ในความดูแลของกองทุนเพื่อบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี เอดส์และวัณโรค ดังนั้น สปสช.จึงมีบทบาทในการตั้งคาของงบประมาณ การจัดซื้อยา การบริหารคลังเวชภัณฑ์ การจัดส่งยา ตลอดจนการพัฒนากระบวนการสนับสนุนเทคโนโลยีการประเมินผลตั้งแต่นั้นมา

ส่วนกรมอนามัยก็ยังคงเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการ (Capacity

Building) การกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติ (National PMTCT Guideline) การกำกับติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) รวมทั้งการจัดซื้อและกระจายนมผสมให้เด็กที่ติดเชื้อ ในขณะเดียวกันการรวมการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ยาต้านเอชไอวีสำหรับการรักษา และการป้องกันแม่สู่ลูกมาไว้ที่หน่วยงานเดียว จะส่งผลให้ระบบการจัดซื้อ-จัดส่งยามีประสิทธิภาพและประหยัดมากขึ้น อีกทั้งยังลดภาระการบริหารคลังเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการอีกด้วย

โอกาสในการพัฒนา

วิธีการมองหาโอกาสในการพัฒนาคือ หาวามีทางอื่นใดอีกหรือไม่ ที่จะทำให้ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์คือ จำนวนเด็กที่ติดเชื้อจากแม่สู่ลูกลดลงจนเหลือน้อยที่สุด ดังนั้นเราจึงอาจมองหาโอกาสพัฒนาได้จาก 2 มุมมองคือ มุมมองด้านผลสัมฤทธิ์ในเชิงคลินิก และมุมมองด้านการกระบวนการจัดการ ปัจจุบันความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองเอชไอวีในหญิงที่มาฝากครรภ์ และสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อได้รับยาป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกของประเทศอยู่ในอัตราที่สูงอยู่แล้ว การจะเพิ่มอัตราความครอบคลุมให้สูงไปมากกว่านี้อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกอื่นๆ อีกมากที่ไม่สามารถควบคุมได้จึงไม่ใช่เรื่องง่าย ประเทศพัฒนาหลายประเทศจึงหันมาปรับสูตรยาที่ให้กับแม่เพื่อให้ได้ประสิทธิผลดีที่สุดในการ





ป้องกัน คือสามารถลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีได้มากที่สุด สิ่งนี้จึงเป็นเหตุผลหนึ่งของความพยายามในการปรับเปลี่ยนสูตรยาป้องกัน HAART for ALL สำหรับหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย

กระบวนการจัดการเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่จะต้องมีการจัดระบบในอนาคตอันใกล้ โดยเฉพาะประเด็นการเบิกจ่ายที่ต้องพัฒนาให้มีความรัดกุมสามารถตรวจสอบได้ ทั้งนี้เนื่องจากยาต้านฯ สูตรใหม่ (Highly Active Antiretroviral Therapy, HAART) มี Lopinavir ซึ่งเป็นยาที่ประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยารวมอยู่ด้วย นอกจากนี้ระบบสารสนเทศเพื่อกำกับประเมินผลโครงการ PMTCT ก็มีความสำคัญ และยังต้องการการพัฒนาให้สามารถทำงานได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

ทิศทางงานดำเนินงาน PMTCT ของสปสข.

1. สนับสนุนการเข้าถึงยาสูตร 3 ตัว (HAART) ในหญิงตั้งครรภ์ ที่ติดเชื้อทุกราย

การปรับเปลี่ยนแนวทางเวชปฏิบัติในระดับชาติเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ต้องคิดอย่างรอบคอบถึงผลประโยชน์และผลกระทบในทุกๆ ทาง ในการปรับเปลี่ยนสูตรยาป้องกันแม่สู่ลูกจากสูตรเดิมเป็นสูตร 3 ตัว (HAART) นั้น ทาง สปสข. คำนึงถึงปัจจัยดังต่อไปนี้

- ผลสัมฤทธิ์ทางคลินิก (Clinical Efficacy)
- ความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Cost-Effectiveness)
- ความเป็นไปได้ในเชิงระบบ (System Feasibility)

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยต่างประเทศพบว่า อัตราการถ่ายทอดเชื้อจากแม่ที่ได้รับสูตรยา 3 ตัว ลดเหลือร้อยละ 1 สปสข.จึงสนับสนุนทุนวิจัยแก่โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) เพื่อประเมินความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ในการใช้สูตรยา 3 ตัว ป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกในบริบทของประเทศไทย

ผลการประเมินของ HITAP รายงานว่า การใช้ยาสูตร 3 ตัว มีความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์เมื่อคำนึงถึงค่าใช้จ่ายรวม ซึ่งรวมถึงภาระในการรักษาเชื้อดื้อยาด้วย และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติจริงในพื้นที่ ผลการศึกษานี้ได้ถูกนำเสนอต่อคณะกรรมการป้องกันเอดส์ในแม่และเด็ก กรมอนามัย ซึ่งมีมติให้กรมอนามัยทดลองนำร่องการใช้ยาสูตร 3 ตัว ใน 1 เขตก่อนเพื่อทดสอบและหาข้อมูลความเป็นไปได้เชิงระบบเพิ่มเติม ก่อนการปรับแนวเวชปฏิบัติในระดับประเทศ ดังนั้นเพื่อเป็นการหนุนเสริมมติดังกล่าว อนุกรรมการพัฒนาระบบบริการผู้ติดเชื้อ

เอชไอวีเอดส์ของ สปสข. จึงมีมติเมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน พ.ศ.2552 ให้ สปสข.สนับสนุนยาสูตร 3 ตัว แก่หน่วยบริการที่มีความพร้อมในการให้ยาดังกล่าวในปีงบประมาณ 2553 สำหรับโรงพยาบาลในโครงการนำร่องของกรมอนามัย เมื่อระบบการเบิกจ่ายยาของ สปสข.มีความพร้อมแล้ว และในปี 2554 จะได้ขยายการเบิกจ่ายไปสู่หน่วยบริการทั่วประเทศต่อไป

2. ส่งเสริมการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีในสามีหญิงตั้งครรภ์ (Couple counseling and testing)

การคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ระบบการรักษาได้แต่เนิ่นๆ สปสข. ได้จัดเตรียมสิทธิประโยชน์การตรวจหาการติดเชื้อโดยสมัครใจ ซึ่งสิทธิประโยชน์นี้รวมถึงการตรวจคัดกรองในสามีของหญิงที่มาฝากครรภ์ด้วย โดยหน่วยบริการสามารถเบิกชดเชยได้จากระบบชดเชย Voluntary counseling and HIV testing (VCT) ของกองทุนเพื่อบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และวัณโรค สปสข.

3. พัฒนาระบบสารสนเทศ PMTCT

ในปีนี้ สปสข.ร่วมกับ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข วางระบบสารสนเทศ PMTCT เพื่อนำไปสู่การใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เพื่อให้เกิดจากนำข้อมูลจากฐานข้อมูล NAP ซึ่งบันทึกโดยหน่วยบริการทั่วประเทศมาใช้ประโยชน์ในพื้นที่และระดับประเทศต่อไป

โครงการให้ยาป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ก่ออานิสงสัยอย่างมหาศาลต่อเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี การลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กให้เหลือน้อยที่สุด ด้วยการปรับสูตรยาป้องกันเป็นสูตรยา 3 ตัว นับเป็นความท้าทายต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศอีกครั้งหนึ่ง

อย่างไรก็ตามประเทศไทยจะสามารถผ่านการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ดีเพียงใด มีได้อยู่ที่ส่วนกลางซึ่งทำหน้าที่วิเคราะห์ กำหนดนโยบายและวางระบบเท่านั้น หากแต่เป็นบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ซึ่งเป็นผู้ให้บริการแก่ประชาชนโดยตรง เชื่อว่าด้วยความร่วมมือจากทุกฝ่ายบนพื้นฐานของการเอื้ออาทรต่อเพื่อนมนุษย์ จะทำให้ทุกอย่างผ่านไปด้วยดีเช่นเดียวกับความริเริ่มในการพัฒนาบริการสุขภาพครั้งสำคัญๆ ที่ผ่านมานในอดีต HITAP



ท่านเคยนึกตั้งคำถามกับตัวเองหรือคนรอบข้างบ้างหรือไม่ว่า จะทำอะไรหากลูกหลานต้องล้มตามาตุโลกพร้อมกับเชื้อเอชไอวี ที่ติดตัวมาแต่กำเนิด คำถามนี้อาจจะดูไกลตัวสักหน่อย สำหรับผู้ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มเสี่ยง แต่สำหรับคุณพ่อคุณแม่ที่ติดเชื้อ และกำลังจะมีเจ้าตัวน้อย คงนึกหาคำตอบอยู่ตลอดเวลา



ป้องกันโรคติดเชื้อเอชไอวี

จากแม่สู่ลูกด้วยยาสูตร 2 ตัว หรือ 3 ตัว ? ? ?

จากข้อมูลที่เผยแพร่ในเว็บไซต์ของ AVERT ซึ่งเป็น องค์การการกุศลของสหราชอาณาจักร ทำหน้าที่ให้การสนับสนุน การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศ ต่างๆ ทั่วโลก ระบุสถิติของทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจากแม่ โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 15-30% ของทารกทั้งหมดที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ

ข่าวดีสำหรับเรื่องนี้ยังพอมิให้ใจชื้นอยู่บ้างว่า ทารกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อไม่จำเป็นต้องได้รับเชื้อมาจากแม่ด้วย เสมอไป ส่วนหนึ่งเป็นเพราะปัจจุบันมีการให้ยาร่วมกับนมผง ทดแทนนมแม่เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่ไปยังลูก แต่ ประเด็นที่ยังเป็นข้อถกเถียงกันก็คือ ยาสูตรใดมีความเหมาะสม มากที่สุด

ปัจจุบันการให้ยาต้านไวรัสเพื่อลดการติดเชื้อในทารก แรกเกิดในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังเป็นยาสูตร 2 ตัว ในขณะที่ ประเทศที่พัฒนาแล้วจะใช้ยาสูตร 3 ตัว ซึ่งมีงานวิจัยรับรองผล ว่าสามารถลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้เหลือเพียง 1% เท่านั้น แต่เนื่องจากการให้ยาสูตร 3 ตัว มีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า คำถามเรื่องความคุ้มค่าของการลงทุนให้ยาสูตร 3 ตัว กับแม่ ที่ติดเชื้อจึงเกิดขึ้น

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จึงร่วมกันหาคำตอบโดยทำการศึกษารื่อง “การประเมินความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ของการให้ยาด้านไวรัสสูตรยา 3 ตัว เป็นสูตรมาตรฐานของการป้องกันการ ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในประเทศไทย” ภายใต้ การสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การศึกษานี้คำนวนความคุ้มค่าในมุมมองของผู้ให้บริการ โดยประเมินทางเลือกในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก 2 แนวทางคือการให้ยาสูตร 3 ตัว AZT+ 3TC+ EFV และ AZT+ 3TC+ LPV/r เปรียบเทียบกับยาสูตร 2 ตัว AZT+ sd-NVP ซึ่งใช้เป็นสูตรมาตรฐานมาแต่เดิม

จากการศึกษาพบว่า แม่ต้นทุนในการให้ยาสูตร 3 ตัว ทั้ง 2 สูตรจะมีต้นทุนสูงกว่า แต่หากพิจารณาต้นทุนทั้งหมดที่จะ เกิดขึ้นหลังจากการคลอดด้วยแล้ว การให้ยาสูตร 3 ตัว AZT+ 3TC+ EFV มีต้นทุนต่ำที่สุดคือ 50,300 บาท ต่อแม่ และลูก 1 คู่ รองลงมาคือยาสูตร 3 ตัว AZT+3TC+LPV/r มีต้นทุน 56,200 บาท และสุดท้ายคือยาสูตร 2 ตัว AZT+sdNVP มีต้นทุนสูงที่สุดคือ 63,400 บาท

สาเหตุที่เป็นเช่นนี้ก็เพราะว่าสูตรยา 3 ตัว ทั้ง 2 สูตรมี ประสิทธิภาพในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่ได้ดีกว่า ทำให้สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาเด็กที่ติดเชื้อภายหลัง การคลอด และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาแม่หลังคลอดที่มีเชื้อที่ ติดต่อยา NVP ซึ่งเป็นส่วนประกอบในสูตรยา 2 ตัวได้ด้วย

นอกจากนี้ในการศึกษาความเป็นไปได้ของการปรับเปลี่ยน การให้ยาเป็นยาสูตร 3 ตัว พบว่ามีความเป็นไปได้สูงโดยข้อมูล จากการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ นครสวรรค์ สระแก้ว ศรีสะเกษ และสตูล ชี้ให้เห็นว่าการ ปรับเปลี่ยนการให้ยาไม่ได้ทำให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่เพิ่มมากขึ้น หรือทำให้เกิดความยุ่งยากในการให้บริการผู้ป่วยแต่อย่างใด

อย่างไรก็ตามมีข้อเสนอแนะสำหรับการปรับเปลี่ยน การให้ยาจากสูตร 2 ตัว มาเป็นสูตร 3 ตัว ว่าต้องเตรียมการ อย่างดีในประเด็นหลัก 3 ประเด็น ได้แก่

- 1.การถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางไปสู่ผู้ปฏิบัติ ควรทำให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทุกระดับรวมถึงเจ้าหน้าที่สถานีนามัย และผู้ให้บริการ สุขภาพในภาคเอกชน นอกจากนี้ควรมีกลไกให้ความช่วยเหลือ และให้คำแนะนำในกรณีที่เกิดปัญหาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ เริ่มดำเนินการ

2. จัดทำเอกสารที่จำเป็น เช่น แนวทางปฏิบัติในการ ให้บริการขั้นตอนต่างๆ และแนวทางการประสานงาน





ระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมอนามัย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมกับระบุหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจน รวมทั้งเผยแพร่เอกสารดังกล่าวให้ถึงมือหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

3. การเบิกยาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจัดให้มีระบบที่สะดวกรวดเร็ว ไม่เกิดการขาดแคลนยาสำหรับทั้งแม่และลูก ตลอดจนปรับปรุงระบบรายงานให้เกิดความคล่องตัว ไม่ซ้ำซ้อน และไม่เป็นการก่อกวนผู้ให้บริการในระดับโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

นอกจากนี้ยังมีข้อกังวลอีกหลายประการที่ตามมาในส่วน of แม่หากเปลี่ยนสูตรยาจาก 2 ตัว เป็น 3 ตัว เช่น อาการไม่พึงประสงค์ของยา จำนวนยาที่แม่ต้องรับประทานมากขึ้น รวมถึงเมื่อยาที่ใหญ่ขึ้นจะทำให้ไม่อยากกินยา เป็นต้น

การศึกษานี้จึงได้ประเมินการยอมรับยาต้านไวรัสสูตร 3 ตัว ด้วยการสัมภาษณ์แม่ที่ติดเชื้อที่เข้าร่วมโครงการเพื่อหาคำตอบให้กับข้อกังวลต่างๆ ดังกล่าวด้วย

จากการสัมภาษณ์แม่ที่ติดเชื้อต่างตอบเป็นเสียงเดียวกันว่า ไม่ว่าจะวิธีการใดก็ตามที่เป็นคำแนะนำของหมอ ตนก็พร้อมจะปฏิบัติตามอย่างไม่มีข้อสงสัยและข้อกังวลใดๆ ขอเพียงเป็นหนทางที่จะป้องกันไม่ให้เชื้อที่อยู่ในร่างกายของตนถ่ายทอดไปสู่ลูกเท่านั้นเป็นพอ

“หมอคุยว่าจะให้ยา 2 ตัว นี่มาทาน เพราะว่าจะไม่ให้เชื่อไปสู่ลูก ก็โอเค...ไม่ปฏิเสธเลย” แม่ที่ติดเชื้อรายหนึ่งกล่าวซึ่งสอดคล้องกับอีกรายหนึ่งที่กล่าวว่า “เราก็นึกไปนึกมา ถ้ายามันไม่ดีหมอกคงไม่ให้กินเยอะ...เราก็กิน”

แม้บางรายจะมีลูกโดยไม่ได้ตั้งใจก็ตาม แต่ด้วยสัญชาตญาณความเป็นแม่ก็ยังคงดูแลลูกในท้องของตนเป็นอย่างดีไม่หยุดยาเอง และที่สำคัญคือไม่ลืมที่จะกินยาตามเวลาที่หมอ

กำหนด โดยใช้ตัวช่วยที่แตกต่างกันไป เช่น ตั้งนาฬิกาปลุกจากโทรศัพท์มือถือใช้เสียงเพลงเคารพธงชาติจากรายการโทรทัศน์ เป็นต้น หรือบางรายถึงขั้นวางแผนปรับกิจวัตรประจำวันของตนเองให้สอดคล้องกับการกินยาเลยทีเดียว

แม่ที่ติดเชื้อรายหนึ่งเล่าให้ฟังว่า “ไม่เชิงว่าอยากมีหรืออยากพอดีพลาแล้วก็ไม่อยากเอาออก... ไม่มีวันไหนที่หยุดกินยามีแต่อาจจะกินก่อนเวลาบ้างหรืออาจจะเลทบ้าง เลยเวลาไปสักครึ่งชั่วโมง ประมาณนี้ แต่พอนึกได้ก็กินทันทีเลย”

คุณแม่รายเดียวกันนี้ยังเล่าต่ออีกว่า “เมื่อก่อนจะกินตอน 8 โมง แต่จะไม่ค่อยว่าง เลยปรับมากินตอน 6 โมง ก็ทำได้ง่ายขึ้นด้วย เพราะปกติออกไปกรีดยาง กลับมาถึงบ้าน 6 โมง ก็กินเลย แล้วตอนเย็นก็กิน 6 โมง เหมือนกัน เป็นเวลานานอนก็จะกินก่อนนอน”

ในขณะที่แม่ติดเชื้อรายหนึ่งเล่าว่า “ไม่เคยหยุดกินยา กินทุกวัน ไม่มีลืมเลย ใช้นาฬิกาปลุกโทรศัพท์ตั้งเตือนเวลากินยา”

ด้านเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลก็เป็นอีกแรงหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนให้การกินยาเป็นไปตามที่หมอสั่งได้เป็นอย่างดี อย่างเช่นแม่ติดเชื้อรายหนึ่งเล่าให้ฟังว่า

“เราจะจัดการให้ จะมีตารางมาให้เราเช็ก คือพอกินยาก็จะมีการเช็คว่าตอนนี้เรากินแล้ว มีเป็นแผ่นกระดาษให้เช็กเวลากินของเรา แล้วเราเองก็จะไม่ลืมที่จะมาเช็กหลังจากกินยาแล้วด้วย”

อย่างไรก็ดี มีแม่ที่ติดเชื้อบางรายประสบปัญหาในการกินยาช่วงแรกๆ แต่เมื่อกินยาไปสักพักจนเกิดความคุ้นชินแล้วก็สามารถกินยาได้ตรงเวลา และไม่มี ความยากลำบากกับเมื่อยาซึ่งมีขนาดใหญ่

“แรกๆ จะลำบาก เพราะลืมน้อย และไม่แน่ใจว่าเลทได้มากน้อยแค่ไหน ก็ปรับตัวอยู่ประมาณ 1-2 สัปดาห์ก็ดีขึ้น และจะพยกยาไปไหนมาไหนด้วยตลอด...เรื่องเมื่อยาก็ใหญ่อยู่แต่กินไม่ยาก เพื่อความปลอดภัยของลูกต้องกินให้ได้”

นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมโครงการ พบว่ามีผู้ที่เกิดอาการแทรกซ้อนจากการแพ้ยาจำนวนน้อยมาก และไม่มีอาการรุนแรงแต่อย่างใด

“ตอนแรกๆ กินยาแล้วท้องร่วง แต่เป็นอาการที่หมอบอกไว้ก่อนแล้ว เลยไม่ได้กลับไปหาหมอ ก็ทานยาต่อไปเรื่อยๆ เป็นอยู่ 2 วันได้ หลังจากนั้นก็ไม่มีอะไรแล้ว”

ความคุ้มค่า ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของมาตรการการใช้ยาเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนั้น เป็นเพียงความรู้ที่ได้จากหนึ่งในการศึกษาเพื่อหามาตรการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อ



เอชไอวีในประเทศไทย ซึ่งหากมองในบริบทที่กว้างขึ้น ก็จะมีอีกหลายมิติของปัญหานี้

ประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจและนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความสำคัญก็คือ การเปิดเผยตัวของผู้ที่ติดเชื้อต่อผู้อื่นไม่ว่าจะเป็นสามีหรือภรรยาหรือไม่ก็ตาม ซึ่งแน่นอนว่าน้อยรายนักที่จะกล้าเปิดเผยว่าตนเองเป็นผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งนั่นก็ทำให้เกิดปัญหาตามมาคือ คนเหล่านั้นยังคงมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกันอยู่ต่อไป ในที่สุดคู่คนที่อาจจะไม่มีเชื้อเอชไอวีอยู่ในทีแรกก็จะติดเชื้อเอชไอวีในที่สุด

ดังนั้นสิ่งที่ต้องเร่งปลูกฝังและรณรงค์ในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระยะยาว ก็คือให้คู่สามีภรรยาจับมือกันไปตรวจเอดส์ก่อนตัดสินใจแต่งงาน ก่อนตัดสินใจมีลูก หรือแม้กระทั่งตอนฝากครรภ์ ซึ่งแนวทางต่างๆ ดังกล่าวแม้จะยากและค่อนข้างขัดกับทัศนคติของคนไทยในเรื่องนี้ก็ตาม แต่ก็ไม่ใช่เรื่องที่ทำไม่ได้เลยเสียทีเดียว และคำว่า “กันไว้ดีกว่าแก้” ก็คงใช้เตือนใจได้ดีในบริบทนี้ เพราะการใช้ชีวิตอยู่บนความไม่ประมาทเพื่อที่จะได้อยู่กับคนที่เรารักไปนานๆ ก็คงเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาไม่ใช่หรือ??? **MAP**

๑ คุณแม่ที่ติดเชื้อควรรู้

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการฝากครรภ์

การฝากครรภ์จะมีการตรวจสุขภาพก่อนข้างละเยียดเพื่อสุขภาพของทั้งแม่และลูกในครรภ์ โดยปกติจะตรวจหลายอย่าง เช่น ตรวจโปรตีนและน้ำตาลในเลือด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ฯลฯ ส่วนการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคธาลัสซีเมีย เป็นสิ่งสำคัญ แต่ 2 อย่างหลังนี้ ผู้ตรวจจะให้การปรึกษา/อธิบาย และจะรอตรวจด้วยความสมัครใจของหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นเมื่อมีการให้การปรึกษาแล้วตรวจเลือดก็จะมีผลเลือด หากมีความผิดปกติแพทย์/พยาบาลก็จะให้การปรึกษาและให้การแนะนำในการรักษาสุขภาพต่อไป ทั้งนี้ขอแนะนำให้ผู้ที่ไปโรงพยาบาลตรวจสุขภาพหรือฝากครรภ์ทุกคนควรถามแพทย์/พยาบาลว่าตนได้รับการตรวจอะไรบ้าง มีประโยชน์อย่างไร ผลการตรวจเป็นอย่างไร เนื่องจากเป็นสิทธิที่สามารถรู้ได้ หากขณะตรวจแพทย์ไม่มีเวลามากนักสามารถขอคำปรึกษาจากพยาบาล และแผนกให้การปรึกษาสุขภาพของทุกโรงพยาบาลของรัฐ (ทั้งโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอ)

ผู้หญิงท้องติดเชื้อเอชไอวีแล้วลูกจะติดเชื้อหรือไม่นั้น แต่ก่อนพบว่าลูกจะติดเชื้อจากแม่ที่ติดเชื้อประมาณ 25-30 เปอร์เซ็นต์ ปัจจุบันจะมีการให้ยาต้านไวรัสแก่แม่ก่อนคลอดประมาณ 2 สัปดาห์ ให้ระหว่างคลอดและหลังคลอด รวมทั้งให้ลูกด้วย จะลดอัตราการติดเชื้อจากแม่ไปสู่ลูกลงเหลือเพียง 6-8 เปอร์เซ็นต์ ดังนั้นจึงพบว่าลูกจะมีโอกาสไม่ติดเชื้อถึง 92-94 เปอร์เซ็นต์ ทั้งนี้หากพบการติดเชื้อแพทย์/พยาบาลจะให้คำแนะนำตามความเหมาะสม

***ข้อมูลจากเว็บไซต์ งานโรคเอดส์และเฝ้าระวังการป้องกันควบคุมโรค ที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก <http://dpc9.ddc.moph.go.th/aids/pmtc.html>

๑ กันไว้ดีกว่าแก้?

การคุมกำเนิดในสตรี ที่ติดเชื้อเอชไอวี

สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีควรใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูง ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด และการทำหมัน แต่ไม่ควรใช้ห่วงอนามัยเพราะอาจเพิ่มการแพร่โรคได้ อย่างไรก็ตามวิธีการคุมกำเนิดและป้องกันโรคที่ดีที่สุดคือการใช้ถุงยางอนามัยระหว่างมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง แม้ว่าทั้งสามีและภรรยาจะติดเชื้อเอชไอวี เพราะการใช้ถุงยางอนามัย ช่วยลดการกระตุ้นภูมิตอบสนอง อันเกิดจากการแลกเปลี่ยนสารคัดหลั่งระหว่างบุคคลให้มีผลในการจะช่วยลดอัตราการป่วย หรือชะลอเวลาป่วยออกไปได้พอสมควร

***ข้อมูลจากเอกสารสถานการณ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม ปีที่ 7 ฉบับที่ 4 พ.ศ.2545 เรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก (Preventive of Mother to Child Transmission of HIV) ของกรมอนามัย



เสียงสะท้อนจาก NGO: สิ่งสำคัญกว่ายา

คือระบบให้คำปรึกษาและการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

คอลัมน์สัมภาษณ์ฉบับนี้จะพาท่านผู้อ่านไปพบกับมุมมองเกี่ยวกับการให้ยาต้านไวรัส เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ของคุณอารี คุ่มพิทักษ์ ฝ่ายข้อมูลวิชาการ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ผู้คร่ำหวอดในวงการให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีมานานกว่า 10 ปี โดยเริ่มจากงานบริการผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาล และผันตัวเองมาทำงานเชิงขับเคลื่อนในฐานะ ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรพัฒนาเอกชน หรือ NGO ในปัจจุบัน



คุณอารี คุ่มพิทักษ์
ฝ่ายข้อมูลวิชาการ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์

ช่วยเล่าแนวทางการทำงาน ของมูลนิธิ ให้ฟังหน่อยค่ะ

“โดยภาพรวมของมูลนิธิ จะทำทั้งงานด้านรณรงค์และ ป้องกันรวมถึงการพัฒนาระบบ บริการ คือ ทำยังไงให้ภาค ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ทำงานกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เน้น การพัฒนาความคิดของกลุ่ม

พัฒนาเครือข่ายให้เข้าใจเรื่องการรักษา เข้าใจระบบบริการ ให้พวกเขาสามารถมีบทบาทเพื่อช่วยในการทำงานได้ เราจะมีการ พัฒนาหลักสูตรต่างๆ อบรมให้กับผู้ติดเชื้อ เป็นหลักสูตรเรื่องโรค เรื่องยา หลักสูตร Counseling (การให้คำปรึกษา-ผู้สัมภาษณ์) หลักสูตรเรื่องสุขภาพทางเพศ...ในส่วนตัวพี่เองจะจับงานรณรงค์ เพื่อการเข้าถึงการรักษาเป็นหลักทำอะไรให้เข้าถึงยาที่เหมาะสม เช่น รณรงค์เรื่องสิทธิบัตรยา การผลิตยา การพึ่งตัวเอง นอกจากนั้นก็จะมีรณรงค์เรื่องเอดส์รู้เร็วรักษาได้ เรียกว่ารณรงค์ ในวงกว้างและขับเคลื่อนเชิงนโยบาย”

ในกรณีการใช้ยาเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก มูลนิธิ มีจุดยืนอย่างไรคะ

“ในขณะที่ภาครัฐกำลังถกเถียงกันเรื่องสูตรยาว่าต้อง เป็นสูตร 2 ตัวหรือ 3 ตัว แต่เรากลับมองว่า เมื่อยาไม่สำคัญเท่ากับการเตรียมระบบให้พร้อม ทั้งเรื่องการ counseling การให้ ผู้ติดเชื้อมีส่วนในการรับรู้ข้อมูลอย่างรอบด้าน รู้ว่าตัวเองกินยา อะไรอยู่ ทำไม่ต้องกิน รวมไปถึงการดูแลผู้ติดเชื้อให้ครอบคลุม

ทั้งมิติด้านสังคมและจิตใจด้วย สิ่งเหล่านี้จะช่วยเสริมให้ระบบ มีความสมบูรณ์มากขึ้น เรื่องยาเราก็ดูข้อมูลหลักฐานเป็นหลัก อย่างที่องค์การอนามัยโลกมีคู่มือออกมาในเรื่องการให้ยาสูตร 3 ตัว ในแม่ที่ยังมีภูมิต้านทานสูงอยู่จะช่วยป้องกันได้ครอบคลุมกว่า สูตรเดิม และถ้าไม่เกินกำลังของบ้านเราที่จะให้ได้ เราก็คิดว่า อันนี้น่าจะเป็นทิศทางที่บ้านเราควรจะทำ แต่อย่างที่บอกว่า นอกจากจะได้ยาที่เหมาะสมแล้วก็ต้องไม่ล้มพัฒนาระบบควบคู่ กันไปด้วย”

ที่ผ่านมามูลนิธิ มีบทบาทอย่างไรบ้างในเรื่องการพัฒนา ระบบป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

“ส่วนใหญ่อยู่เป็นการพัฒนาในเชิงคนมากกว่าคือเราสร้าง “ศูนย์องค์รวม” โดยได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกองทุนโลก (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria-ผู้สัมภาษณ์) ทำการรวมกลุ่มทั้ง NGO กลุ่มต่างๆ และเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ร่วมกันทำงานในเชิงรณรงค์ให้ผู้ติดเชื้อเข้ามามีส่วนร่วมในระบบ บริการของโรงพยาบาลอย่างแท้จริง ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมติดตาม และประเมินผล โดยเราจะนำผู้ติดเชื้อตามโรงพยาบาลมารวมกลุ่ม และพัฒนาให้เข้าใจข้อมูล เห็นเป้าหมาย ทิศทาง เกิดความรู้สึก ที่จะทำให้ระบบบริการในโรงพยาบาลดีขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาล ที่เขาให้บริการอยู่ตอนนี้ทั่วประเทศมีประมาณ 300 กว่าศูนย์”

เป้าหมายของศูนย์องค์รวมนี้คืออะไรคะ

“เราหวังว่าในอนาคตหลังจากที่เครือข่ายนี้เข้มแข็งแล้ว พวกเขาจะบริหารจัดการได้เอง โดยมูลนิธิ เป็นเพียงผู้คอยดูแล สนับสนุนหรืออำนวยความสะดวกให้กับเครือข่ายโดยเฉพาะงาน

ด้านวิชาการ ซึ่งตรงนี้จะทำให้เราได้ทั้งการทำงานในเชิงพื้นที่ และการขับเคลื่อนเชิงนโยบายหรือการรณรงค์ในวงกว้าง เพราะ ปัจจุบันเราทำงานผ่านกลไกจำนวน 1,000 กว่ากลุ่มทั่วประเทศ กลุ่มไหนพร้อมเราก็ลงไปอบรมให้เขา สนับสนุนการทำงานของ เขา และหากกลไกต่างๆ เหล่านี้สามารถดำเนินการเองได้ ในอนาคต ก็จะได้เห็นผลเป็นภาพกว้างระดับประเทศในที่สุด ตัวอย่างศูนย์องค์รวมที่ค่อนข้างมีความเข้มแข็งก็คือ **ศูนย์องค์รวม ภาคเหนือตอนบนและภาคอีสาน** ที่มีการรวมกลุ่มตามคำนิยาม คือมีแกนนำที่เป็นศูนย์กลาง มีโครงสร้าง มีกลไกที่สามารถ ขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ ได้ และมีงบประมาณสนับสนุน”

ทำไมเราถึงมาเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วม

“เรามองว่าแต่ไหนแต่ไรมาการตัดสินใจใช้นโยบายหรือ วิธีการรักษาใดๆ มักจะเป็นเรื่องของ การตัดสินใจโดยบุคลากร ภาครัฐฝ่ายเดียว เราไม่มีวิธีคิดที่จะให้ผู้รับบริการเข้าใจและมีส่วน ร่วมตัดสินใจด้วยตัวเอง มุมผู้ให้บริการคิดว่า คนไข้ไม่สามารถ เรียนรู้ได้ ส่วนตัวคนไข้เองเชื่อว่าเรื่องโรคเรื่องยาฉันคิดเองไม่ได้ ทุกอย่างจึงต้องแล้วแต่หมอ แนวคิดแบบนี้ต้องปรับ เรากำลัง จะบอกว่า ต่อไปนี้ต้องเป็นการตัดสินใจร่วมกันด้วยการจัดระบบ ให้คำปรึกษา หรือ Counseling นั่นหมายถึง ผู้ได้รับผลกระทบ ต้องได้ข้อมูลอย่างรอบด้านและเขาต้องตัดสินใจบนความพร้อม ในบริบทของเขา”

“กลุ่ม NGO เข้ามาช่วยเรื่องนี้เพราะเราเชื่อว่าผู้ติดเชื้อ สามารถเรียนรู้ได้ และผลจากเครือข่ายที่เราทำงานด้วยก็แสดงให้เห็นเช่นนั้นจริงๆ เรื่องนี้คงต้องพัฒนาทั้งฝั่งผู้ติดเชื้อและฝั่ง ของผู้ให้บริการ โดยผู้ติดเชื้อต้องมีสิ่งที่จะสนับสนุนการตัดสินใจ ซึ่งก็คือข้อมูลที่ถูกต้องและรอบด้านอย่างที่เล่าไปแล้ว ส่วนผู้ให้ บริการก็ต้องยอมรับการตัดสินใจของผู้ติดเชื้อด้วย ตรงนี้จะทำให้ ภาพรวมของการแก้ไขปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดีขึ้นได้เร็วกว่านี้ เพราะการทำงานร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องย่อมมีประสิทธิภาพ มากกว่าการทำงานแยกส่วน”

ยกตัวอย่างประสบการณ์ของ NGO ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ที่กล่าวมา

“มีเยอะมาก แต่ขอยกตัวอย่างเรื่องความเข้าใจในบริบท ของชีวิตคู่เพื่อการให้คำปรึกษาเพราะลักษณะชีวิตคู่มิหลายแบบ คือคู่ที่อยู่กันเป็นคู่จริง ถ้าพบว่าฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดติดเชื้อ จะเป็น การคุย Counseling คู่กันไป ส่วนกรณีเป็นคู่ที่มีความซับซ้อน อาจจะไม่ใช่คู่แรกหรือใครผ่านการมีเพศสัมพันธ์มาก่อนหากฝ่าย ใดฝ่ายหนึ่งติดเชื้อ การพาคู่มาตรวจเลือดเป็นเรื่องที่มีความ ละเอียดย่อนมาก ซึ่งในประเด็นนี้ยากให้ทำความเข้าใจกัน และมีการมองอย่างรอบด้านจริงๆ เพราะโดยนโยบายเป็นกระแส

ออกมาว่าถ้าหญิงตั้งครรภ์มาตรวจเลือด หรือหญิงที่ต้องการ ฝากท้องจะต้องพาคู่มาด้วย อันนี้เราจะไม่ได้แปลว่าทุกคนต้องทำ ผู้ที่ทำได้ก็ทำไป และต้องเปิดช่องสำหรับคู่ที่ซับซ้อนด้วย สิ่ง เหล่านี้ไม่ใช่เรื่องง่าย ในระบบและคนทำงานที่เกี่ยวข้องต้องตระหนัก เรื่องนี้ก่อนจึงจะไม่มีใครถูกบีบบังคับ ถ้าแพทย์เรื่องความเข้าใจ ตรงนี้ได้แล้ว เรื่องสุตรยากก็จะเป็นด่านต่อไปแล้วผู้ติดเชื้อก็จะเป็น ผู้ที่ได้รับประโยชน์ไปเต็มๆ”

ที่ผ่านมามีโอกาสมากนักแค่ไหนที่ภาคประชาชนภาครัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชนจะได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และมูลนิธิเข้าถึงเอดส์เข้าไปมีบทบาทอย่างไรบ้าง

“ในอดีตยังไม่ชัดเจนขนาดที่ภาคประชาสังคมจะเข้าไปเป็นคณะกรรมการหรือมีส่วนร่วมเข้าไปในระบบ แต่ปัจจุบัน ยกตัวอย่าง เมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ.2552 ทางผู้ติดเชื้อ มีการเรียกร้องเรื่องหาบทสรุปเรื่องสุตรยา 3 ตัว กรมอนามัย จึงจัดให้พบกันในรูปการประชุมที่ทุกภาคส่วนเข้าร่วม ในการ ประชุมนั้นมีข้อเสนอว่า ต่อไปนี้ในเรื่องของการเตรียมความพร้อม จะต้องมีความทำงานซึ่งประกอบด้วยคนจากทุกภาคส่วนเข้ามา ร่วมอภิปราย ซึ่งอันนี้ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี รวมถึงการทำคู่มือการเข้า รับการรักษาของกรมควบคุมโรค ตั้งแต่มีการร่างคู่มือนี้ NGO อย่างเราได้เข้าไปในฐานะเป็นตัวแทนของภาคประชาชนด้วย ซึ่งถือเป็นก้าวแรกที่สำคัญมาก เป็นสัญญาณของทิศทางที่ดีของ การมีส่วนร่วม จนวันที่ 18 มกราคม พ.ศ.2553 ได้มีการประชุม อีกครั้งมีทั้งมูลนิธิรักไทย เครือข่ายผู้ติดเชื้อ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ และเครือข่ายผู้หญิง ร่วมลงมติจัดตั้งเป็นคณะทำงาน และร่าง คู่มือที่วันนี้ให้เสร็จสิ้นประมาณเดือนกุมภาพันธ์ แต่อาจยังไม่ สมบูรณ์ทั้งร้อยเปอร์เซ็นต์ จะต้องปรับกันอยู่บ้างที่ผ่านมายังขาด ข้อมูลเรื่องบริบทในบ้านเรา ซึ่งแม้ประสิทธิภาพของตัวยาจะใช้ ก็จริง ซึ่งกรมอนามัยก็กังวลในเรื่องความพร้อมจึงเกิดการมองไป คนละทาง”

มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ และเครือข่าย มีข้อเสนอแนะต่อภาครัฐ อย่างไรในการปรับปรุงการให้บริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูกให้ดีกว่าปัจจุบัน

“ภาครัฐเองก็ปรับตัวเปิดกว้างกับ NGO มากขึ้น เพราะ NGO เราวางแผนยุทธศาสตร์เป็นระยะยาว เรามองเลยว่าเรา อยากเห็นอะไร แล้วปักธงกันเป็นเรื่อยๆ ที่ผ่านมาประเทศเรา มีภาครัฐหลายส่วนที่ทำงานได้ดีอยู่แล้ว ไม่อย่างนั้นงานเราคงไม่ คืบหน้าแบบนี้ ต้องยอมรับว่า NGO บางทีก็มีปัญหา NGO เองก็ต้องพัฒนาตัวเองเหมือนกันเพื่อทำงานกับภาครัฐ คือต้อง ปรับตัวทั้งสองฝ่าย การแก้ปัญหาจึงจะพัฒนาไปข้างหน้าด้วย ความเข้าใจ” **MSAP**



“แผนที่” คงเป็นคำที่คุ้นหูและทำให้คนที่ได้ยิน คิดมโนภาพไปถึงกระดาษแผ่นหนึ่ง ซึ่งระบุตำแหน่งของสถานที่ต่างๆ รวมถึงถนนหนทางเส้นเล็กเส้นน้อยที่เชื่อมโยงถึงกันเป็นสายแต่หากเราเติมคำว่า “สมอง” เข้าไปเป็นคำว่า “แผนที่สมอง” แล้วอาจทำให้บางคนร้องอ้อ แต่อีกหลายคนคงอึ้งและคิดมโนภาพแผนที่สมองไม่ออก คอลัมน์เกาะกระแสเทคโนโลยีฉบับนี้จึงขออาสาพาท่านผู้อ่านไปทำความรู้จักกับแผนที่สมองกัน



วินิจฉัยโรคสมองด้วยแผนที่สมอง: ความหวังในอนาคตของผู้ป่วยไทย

ช่วงปลายปี พ.ศ.2552 ที่ผ่านมา หากได้ติดตามความเคลื่อนไหวในวงการวิจัยเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ ก็คงได้รับรู้รับฟังเรื่องราวเกี่ยวกับแผนที่สมองกันมาบ้าง เพราะสื่อต่างๆ* ได้เผยแพร่ความสำเร็จของงานวิจัยชิ้นหนึ่งที่ศึกษาการทำงานของระบบสมองสุนัข รวมทั้งกลไกเส้นใยประสาทเพื่อจัดทำ “แผนที่สมองสุนัข” โดยคาดหวังว่าจะพัฒนาต่อเนื่องไปสู่การทำแผนที่สมองของคนในอนาคต ถ้าทำได้ก็จะเป็นเครื่องมือช่วยวินิจฉัยโรคทางสมองต่างๆ เช่น โรคอัลพอกซ์ อัมพาต สมองเสื่อม ได้แม่นยำขึ้น

งานวิจัยดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของโครงการศึกษาวิจัยโรคพิษสุนัขบ้าทางอณูชีววิทยาและภูมิคุ้มกันของระบบประสาท นำโดย ศ.นพ.ธีรวัฒน์ เหมะจุฑา ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคสมอง จากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้จะสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าและพยากรณ์โรคในอนาคต

ทีมวิจัยได้สร้างแผนที่สมองสุนัขโดยสแกนภาพสมองสุนัขกว่า 10,000 ภาพ ด้วยคอมพิวเตอร์ และนำมาวิเคราะห์รูปแบบของเส้นใยประสาท เพื่อศึกษากลไกการทำงานเชิงลึกเปรียบเทียบระหว่างสมองสุนัขปกติกับสุนัขบ้า เพื่อศึกษา

กลไกการเกิดโรคพิษสุนัขบ้า โดยดูว่าการทำงานของเส้นใยสมองแบบใดเชื่อมโยงกับการเกิดโรค

ศ.นพ.ธีรวัฒน์ กล่าวว่า แนวทางนี้สามารถนำมาพัฒนาเป็นแผนที่สมองคน เพื่อศึกษากลไกการเกิดโรคสมองในมนุษย์ได้เช่นเดียวกัน

โดยการวินิจฉัยจากแผนที่สมองจะสามารถบอก ได้ว่าคนไข้มีโอกาสรื้อฟื้นตัวหรือไม่ และใช้ระยะเวลาเท่าไร รวมทั้งสามารถหาทางยับยั้งกลไกทางพันธุกรรมที่ทำให้เกิดความผิดปกติของโรคทางสมองได้ ด้วยการศึกษากลไกประสาทที่เชื่อมโยงสมองส่วนต่างๆ ว่าการทำงานของเส้นใยสมองแบบใดมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคชนิดใดและอย่างไรบ้าง

Olaf Sporns นักวิทยาศาสตร์จากมหาวิทยาลัยอินเดียนา ประเทศสหรัฐอเมริกา อธิบายแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาแผนที่สมองผ่านทางนิตยสารแนชั่นแนลจีโอกราฟิกว่า “เส้นใยประสาทก็คล้ายกับลวดเส้นบางๆ ที่ถูกห่อหุ้มด้วยชั้นไขมันที่เรียกว่า ไมอีลิน (myelin) ซึ่งโมเลกุลของน้ำ จะแพร่เข้าสู่เส้นใยประสาทได้ และไม่ได้แพร่ผ่านออกไปเลยในทันที แต่จะแพร่กระจายไปตามเส้นใยประสาท เมื่อเราติดตามการเดินทางของน้ำในเส้นใยประสาท ก็จะสามารถระบุตำแหน่งและทิศทางของเส้นใยประสาทในสมอง และวาดออกมาเป็นแผนที่สมองได้”

Sporns ยังกล่าวอีกว่า แผนที่สมองนี้จะช่วยให้เราเห็นกลไกที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ง่ายๆ อย่างภาวะการเกิดโรคทางสมองต่างๆ ซึ่งเกิดจากการที่เส้นใยประสาทถูกรบกวน หรือได้รับความกระทบกระเทือน รวมทั้งกระบวนการฟื้นฟูสภาพของสมองจากอาการบาดเจ็บต่างๆ

คำอธิบายเหล่านี้ทำให้เราทราบถึงวิธีการสร้างแผนที่สมองคนและการคาดการณ์ถึงประโยชน์ในการวินิจฉัย รักษาและป้องกันโรคทางสมอง ซึ่งคงต้องช่วยกันลุ้นให้นักวิทยาศาสตร์ไทยประสบความสำเร็จในการพัฒนาแผนที่สมองคนเพื่อประโยชน์สำหรับสุขภาพสมองของคนไทยต่อไป และเพื่อเป็นอีกหนึ่งบทพิสูจน์ว่า มั่นสมองของคนไทยก็ไม่แพ้ชาติใดในโลกเหมือนกัน **HTAP**

*ข้อมูลจากเว็บไซต์ หนังสือพิมพ์ข่าวสด และหนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ





ในปัจจุบันหลายประเทศมีความต้องการองค์ความรู้ด้านการประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีทางการแพทย์มากขึ้น เนื่องจากการมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ระบบสุขภาพมีทรัพยากรอยู่อย่างจำกัดการประเมินความคุ้มค่าโดยใช้รูปแบบและวิธีการวิจัยที่เหมาะสม จะนำไปสู่การตัดสินใจคัดเลือกและใช้เทคโนโลยีอย่างมีประสิทธิภาพและสมเหตุผล

โครงการอบรมการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ และสาธารณสุข: เรียนรู้จากต้นตำรับ

เป็นที่น่ายินดีที่คนไทยจะได้มีโอกาสเข้ารับการอบรมหลักสูตร Advanced Modelling Methods for Health Economic Evaluation จากต้นตำรับ ในช่วงวันที่ 28-30 กรกฎาคม พ.ศ.2553 โดยความร่วมมือระหว่าง HITAP และสถาบันการศึกษาชั้นนำ ได้แก่ มหาวิทยาลัยยอร์ก มหาวิทยาลัยกลาสโกว์ สหราชอาณาจักร และมหาวิทยาลัยแมคมาสเตอร์ ประเทศแคนาดา

Mark Sculpher ศาสตราจารย์ประจำศูนย์เศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Centre for Health Economics) มหาวิทยาลัยยอร์กเล่าว่า “แต่เดิมการอบรมนี้จัดกันในประเทศอังกฤษและแคนาดาเป็นหลัก โดยจัดมาแล้วประมาณ 20 ครั้ง ในช่วงเวลา 7 ปีที่ผ่านมา และมีผู้ผ่านการอบรมมาแล้วกว่า 800 คน มาในปีนี้ทางกลุ่มผู้จัดมองว่าควรขยายการอบรมไปยังภูมิภาคเอเชีย เพื่อตอบสนองต่อความต้องการองค์ความรู้ด้านการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพของหลายๆ ประเทศในภูมิภาคนี้ที่มีมากขึ้น โดยเฉพาะเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ชนิดใหม่ เพื่อให้มีข้อมูลที่มีความแม่นยำและน่าเชื่อถือสำหรับการรองรับการตัดสินใจในระดับนโยบายของประเทศ”

การอบรมในครั้งนี้จะเน้นไปที่การจัดทำแบบจำลองที่ใช้ในการวิจัยทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจลงทุนด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข สอนเทคนิคการสร้าง Decision trees หรือแบบจำลองความไปได้ในการพัฒนาการของโรคภายหลังได้รับการรักษาที่มีการพัฒนาเป็นลำดับขั้น และ Standard Markov Models หรือแบบจำลองที่นำมาใช้กับการประเมินพัฒนาการของการรักษาในกรณีที่โรคนั้นไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงตามลำดับขั้น เช่น โรคมะเร็ง ซึ่งทั้งหมดนี้จะเป็นประโยชน์ในการสร้างแบบจำลองที่จำเป็นสำหรับการประเมิน โดยผู้เข้ารับการอบรมควรมีความรู้พื้นฐานด้านการประเมินความคุ้มค่าทางเทคโนโลยีด้านสุขภาพมาก่อน

สิ่งที่ผู้เข้าร่วมอบรมจะได้รับ ไม่เพียงสามารถพัฒนาและสร้างแบบจำลองโดยลงลึกในรายละเอียดของ Markov models และ Probabilistic Sensitivity Analysis (PSA) เท่านั้น แต่ยังสามารถพัฒนาแบบจำลองใน Microsoft Excel และ Treeage (โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ศึกษาแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์) ได้ด้วย ทั้งนี้จะมีการนำเสนอความรู้จากประสบการณ์ตรงในการทำงานทางด้านการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ที่เคยมีการนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจระดับนโยบายด้วย

หัวข้อพิเศษที่ทางผู้จัดได้บรรจุเข้าไปในการเรียนการสอนครั้งนี้ คือ การใช้ผลจากการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย และการเลือกใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ โดย HITAP จะเป็นผู้นำเสนอและถอดบทเรียนด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในเรื่อง การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ โดย **ดร.นพ.ยศ ติระวัฒนานนท์** **ดร.ญ.ศรีเพ็ญ ต้นติเวสส** และ **น.ส.จอมขวัญ โยธาสุมทร**

Mark Sculpher เพิ่มเติมว่า หลักสูตรดังกล่าวจะเน้นการเรียนการสอนในระดับปฏิบัติการเชิงลึก ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ที่ใช้แบบจำลองการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในแวดวงคลินิก เกสัชกรรม และเทคโนโลยีทางการแพทย์ นักวิชาการทางด้านระบบสุขภาพ รวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินและกำหนดนโยบายเกี่ยวกับเทคโนโลยีด้านสุขภาพในระดับประเทศ

การอบรมดังกล่าวจะมี **Andrew Briggs** และ **Elisabeth Fenwich** จากคณะสาธารณสุขและนโยบายด้านสุขภาพ มหาวิทยาลัยกลาสโกว์ สหราชอาณาจักร **Ron Goeree** จากโครงการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ หน่วยงานวิจัยมหาวิทยาลัยแมคมาสเตอร์ ประเทศแคนาดา และ **Mark Sculpher** เป็นผู้อบรมหลัก **HITAP**

สามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมและสมัครเข้าร่วมอบรมแบบออนไลน์ ได้ที่ www.path-hta.ca/workshop.htm



ประชุมคณะกรรมการเตรียมการจัดประชุมนานาชาติเรื่องเครื่องมือแพทย์ ครั้งที่ 1



สืบเนื่องจากการที่องค์การอนามัยโลกได้ขอความร่วมมือจากรัฐบาลไทยให้เป็นเจ้าภาพร่วมในการจัดประชุมนานาชาติ เรื่องเครื่องมือแพทย์ ครั้งที่ 1 (The First Global Forum on Medical Devices) ในระหว่างวันที่ 9-11 กันยายน

พ.ศ.2553 และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อจัดการประชุมนานาชาติเรื่องเครื่องมือแพทย์ เมื่อวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ.2552 เพื่อทำหน้าที่ประสานและสนับสนุนการดำเนินการ และจัดหาทรัพยากรในการจัดการประชุมให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประเทศไทย ประสานงานกับองค์กรระหว่างประเทศที่เป็นเจ้าภาพร่วมในการประชุม เพื่อจัดทำแผนการประชุมและอำนวยความสะดวกในการประชุม รวมถึงแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ/คณะทำงาน เพื่อสนับสนุนการดำเนินการตามความเหมาะสม

ในการนี้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ในฐานะเลขานุการของคณะกรรมการฯ ชุดนี้ จึงได้จัดประชุมคณะกรรมการเพื่อจัดประชุมนานาชาติ เรื่องเครื่องมือแพทย์ ครั้งที่ 1 ขึ้น เมื่อวันที่ 6 มกราคม พ.ศ.2553 ณ ห้องรับรอง (ห้องประชุม 8) อาคาร 1 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมี **นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล** เป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการ และ **นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ** เป็นประธานคณะกรรมการ พร้อมทั้งผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆ



เข้าร่วมประชุมในครั้งนี้ประกอบด้วย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์ องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ ศูนย์เทคโนโลยีโลหะและวัสดุแห่งชาติ สมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ไทย แพทยสภา สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข แผนงานคุ้มครองผู้บริโภค คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แผนงานพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของไทยระดับนานาชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ งานอุปกรณ์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลศิริราช และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ผลการประชุมสรุปได้ว่าการประชุมนานาชาติจะจัดขึ้น ณ กรุงเทพมหานคร ในระหว่างวันที่ 9-11 กันยายน พ.ศ.2553 เพื่อให้เกิดความสะดวกแก่ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก ซึ่งจะเดินทางมาร่วมประชุมองค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคในช่วงเวลาเดียวกัน

ที่ประชุมสรุปว่าคณะกรรมการฝ่ายไทยจะต้องมีการประสานงานอย่างจริงจัง เพื่อให้ประเทศไทยได้ประโยชน์สูงสุดจากการเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมในครั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็น

- ใช้โอกาสในการจัดเตรียมการประชุม ในการสำรวจสถานการณ์เรื่องเครื่องมือแพทย์ และนโยบายเรื่องเครื่องมือแพทย์ในประเทศไทย
- การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการสร้างเครือข่ายทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ ในเรื่องเครื่องมือแพทย์ และการจัดการประชุมนานาชาติ
- ผลักดันวาระซึ่งเป็นที่น่าสนใจของประเทศไทย เข้าไปอยู่ในการประชุมนานาชาติครั้งนี้ เช่น เครื่องมือแพทย์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ หรือการเข้าถึงเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น
- ผลักดันนโยบายที่สำคัญเพื่อสนองตอบต่อพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ.2551



ประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่ออภิปราย และให้ข้อเสนอแนะ ผลการวิจัยเบื้องต้น

เมื่อวันที่ 18 มกราคม พ.ศ.2553 นายธีระ ศิริสมุด นักวิจัย HITAP พร้อมด้วยนักวิจัยร่วมในโครงการ “การประเมินผลสัมฤทธิ์และปัจจัยที่มีผลต่อโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแป็บสเมียร์และวีไอเอ” ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อร่วมอภิปราย และให้ข้อเสนอแนะผลการศึกษเบื้องต้นในจังหวัดเชียงใหม่และนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นพื้นที่นำร่องของโครงการฯ และผลการศึกษาที่ได้รับจะนำไปสู่การปรับปรุงนโยบายการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น

ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมประชุมจากหน่วยงานต่างๆ ประกอบด้วย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช และหน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ข้อค้นพบที่สำคัญจากการวิจัยพบว่า

1. ผู้หญิงที่สูบบุหรี่และไม่เคยมีบุตรส่วนใหญ่ไม่มารับบริการตรวจคัดกรอง
2. ผู้หญิงส่วนใหญ่ที่ไม่ตรวจคัดกรอง เพราะคิดว่ามะเร็งปากมดลูกสามารถตรวจพบความผิดปกติได้ เมื่อมีอาการแสดง และหากตรวจแล้วผลปกติก็ไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองอีกเลยตลอดชีวิต
3. ผู้หญิงที่เคยมารับบริการตรวจคัดกรองมีแนวโน้มที่จะมารับบริการอีกในครั้งต่อไป ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในการชักจูงให้ผู้หญิงที่มีอายุน้อยมารับบริการตรวจคัดกรองในชีวิต



4. ผู้ให้บริการส่วนใหญ่คิดว่าผู้รับบริการอายุที่จะมาตรวจคัดกรอง ทำให้ขาดแรงจูงใจในการเสนอบริการให้ผู้หญิงกลุ่มเป้าหมาย

การศึกษาได้ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายไว้ดังนี้

1. ควรเพิ่มการรับรู้และเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้มีความรู้ และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง
2. ควรมีนโยบายสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองในผู้หญิงบางกลุ่มเป็นการเฉพาะ เช่น ผู้หญิงที่สูบบุหรี่ ผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 30-40 ปี และผู้หญิงที่ไม่เคยตั้งครรภ์
3. ส่งเสริมผู้ให้บริการที่รับผิดชอบได้มีความก้าวหน้าและรับผิดชอบงานนี้ในระยะยาว และ/หรือจัดให้มีการอบรมการตรวจคัดกรองทั้งด้วยวิธีแป็บสเมียร์และวีไอเออย่างสม่ำเสมอ (ผู้รับผิดชอบส่วนใหญ่มีประสบการณ์น้อย)
4. มีนโยบายที่ชัดเจนและมีระบบสร้างแรงจูงใจให้ผู้บริหารโครงการและผู้ให้บริการให้ความสำคัญต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
5. พัฒนาระบบข้อมูลให้เกิดประโยชน์สำหรับผู้บริหารในระดับจังหวัดและผู้ให้บริการสามารถใช้ในการประเมินผลและวางแผนเพื่อพัฒนาการตรวจคัดกรองในอนาคต

กิจกรรม Journal Club ประจำเดือนมกราคม พ.ศ.2553

สืบเนื่องจากการที่ประเทศไทยจะเป็นเจ้าภาพร่วมกับองค์การอนามัยโลกในการจัดประชุมนานาชาติเรื่อง เครื่องมือแพทย์ ครั้งที่ 1 (The First Global Forum on Medical Devices) และคณะกรรมการจัดงาน มีมติว่าแต่ละประเทศน่าจะทำการศึกษา รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เครื่องมือแพทย์ของแต่ละประเทศ เพื่อนำเสนอในการประชุมนานาชาติครั้งนี้ โดยคณะกรรมการฝ่ายไทยได้มอบหมายให้ HITAP และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ทำการศึกษาสถานการณ์เครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย



ดังนั้นเมื่อวันที่ 20 มกราคม พ.ศ.2553 HITAP และ IHPP จึงได้จัดการประชุม Journal Club ขึ้น โดยเรียนเชิญ ญญ.ยุติ พัฒนวงศ์ ผู้อำนวยการกองควบคุมเครื่องมือแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มาให้ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์เครื่องมือแพทย์ในหลายประเด็น เช่น กรอบนโยบายกรอบการควบคุมเครื่องมือแพทย์ในประเทศไทย เป็นต้น ห้องประชุม HITAP ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข



การประชุมเพื่อจัดลำดับความสำคัญหัวข้อวิจัย



ทั้งนี้หลังจากที่ได้ลำดับความสำคัญแล้ว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะนำไปดำเนินการวิจัย เพื่อให้ได้ผลการวิจัยอันจะเป็นข้อมูลช่วยในการตัดสินใจเชิงนโยบายหรือการปฏิบัติด้านสุขภาพ โดยมุ่งหวังให้เกิดการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมต่อไป

สำหรับขั้นตอนก่อนถึงการจัดลำดับความสำคัญให้เหลือเพียง 5 อันดับแรกนั้น หน่วยงานร่วมจัดทั้ง 7 หน่วยงานได้เปิดโอกาสให้หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สภาวิชาชีพด้านสุขภาพ ราชวิทยาลัยด้านสุขภาพ สมาคมทางการแพทย์และสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กลุ่มงานสวัสดิการการรักษายาบาลข้าราชการ สำนักงานมาตรฐานค่าตอบแทนและสวัสดิการ กรมบัญชีกลาง หน่วยงานราชการ ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค สถาบันการศึกษา บริษัทฯ บริษัทผลิตเครื่องมือแพทย์ และภาคประชาสังคม ทั้งหมด 246 หน่วยงาน ส่งหัวข้องานวิจัยที่แต่ละหน่วยงานเห็นว่ามีความสำคัญ และต้องการข้อมูลจากงานวิจัยไปใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายหรือการปฏิบัติงานเข้ามา ผลปรากฏว่ามีหน่วยงานที่ให้ความร่วมมือ 64 หน่วยงาน ส่งหัวข้อเข้าร่วมการพิจารณา รวม 115 หัวข้อ

หลังจากนั้นนักวิจัยจากทั้ง 7 หน่วยงานได้ร่วมกันพิจารณาคัดเลือกหัวข้อในรอบแรก โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

1. เป็นหัวข้อที่ไม่เคยมีการวิจัยมาก่อนในประเทศไทย หรือมีความจำเป็นที่ต้องทำวิจัยซ้ำ
2. เป็นปัญหาที่มีความสำคัญ ดังนี้
 - ก่อหรืออาจก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นในภาคครัวเรือน
 - ก่อหรืออาจก่อให้เกิดภาระทางการเงินการคลังของรัฐบาล
 - มีแนวโน้มจะทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก



เมื่อวันที่ 22 มกราคม พ.ศ.2553 HITAP ร่วมกับหน่วยงานวิจัยระดับชาติอีก 6 หน่วยงาน ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN) สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) จัดการประชุมเพื่อจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อวิจัยในระบบสุขภาพของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ.2553 ซึ่งนับเป็นความร่วมมือครั้งแรกและครั้งสำคัญของหน่วยงานวิจัยระดับชาติ ณ ห้องริชมอนด์แกรนด์ บอลรูม โรงแรมริชมอนด์ จ.นนทบุรี มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 142 คน จาก 82 หน่วยงาน ผลการจัดลำดับความสำคัญ 5 อันดับแรก ได้แก่

ลำดับที่ 1 ซึ่งมีคะแนนเท่ากัน เรื่อง “การพัฒนากระบวนการคัดกรองทางสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชาชน” และเรื่อง “ผลกระทบและมาตรการรองรับ กรณีการเปิดตลาดบริการ (ชุดที่ 7) ภายใต้อาเซียนในสาขาสุขภาพ”

ลำดับที่ 3 เรื่อง “การศึกษาแนวทางลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น”

ลำดับที่ 4 การศึกษาปรากฏการณ์ Sisyphussyndrome ในรายจ่ายสุขภาพของประเทศไทย

ลำดับที่ 5 บทบาทองค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำมาตรการทางสังคมเพื่อควบคุมและป้องกันปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน

ในระบบสุขภาพของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ.2553



- มีแนวโน้มจะทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ
- มีแนวโน้มจะทำให้เกิดผลกระทบด้านศีลธรรมจริยธรรมในสังคมอย่างกว้างขวาง

• ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานหรือประสิทธิภาพของเทคโนโลยีหรือมาตรการที่ดีอื่นๆ

• มีความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนวิธีปฏิบัติซึ่งส่งผลกระทบต่อผลการรักษาหรือต้นทุนของการรักษา

ผลปรากฏว่ามีหัวข้อที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกในรอบแรกทั้งหมด 15 หัวข้อ ได้แก่

1. บทบาทขององค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำมาตรการทางสังคมเพื่อควบคุมและป้องกันปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน เสนอโดย สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. การศึกษาปรากฏการณ์ Sisyphus syndrome ในรายจ่ายสุขภาพของประเทศ เสนอโดย คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

3. การศึกษาแนวทางลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เสนอโดย กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

4. โครงการประเมินผลการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาในสถานศึกษา เสนอโดย กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

5. การพัฒนาเครือข่ายสารสนเทศต้นแบบเพื่อการรักษาโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน เสนอโดย สมาคมประสาทวิทยา

6. การพัฒนาระบบการคัดกรองทางสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชาชน เสนอโดย กรมแพทย์ทหารเรือ กระทรวงกลาโหม

7. ผลกระทบและมาตรการรองรับ กรณีการเปิดตลาดบริการ (ชุดที่ 7) ภายใต้อาเซียนในสาขาสุขภาพ เสนอโดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

8. รูปแบบการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เหมาะสมกับประเทศไทย เสนอโดย สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

9. การศึกษาต้นทุน ผลกระทบและความสูญเสียทางสังคม เศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย เสนอโดย สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์

10. ผลของการให้คำแนะนำแนวสัปดาห์ในระยะยาวต่อการรักษาอาการไอสารรวมมิตร เสนอโดย สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

11. การศึกษาเปรียบเทียบค่าต้นทุนประสิทธิผลการกดจุดบำบัดที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบกับการแพทย์แผนไทย เสนอโดย สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

12. การเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่ม opioid เพื่อการจัดการความปวดและการรักษาแบบประคับประคอง เสนอโดย กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

13. การศึกษาการติดเชื้อไวรัสซิคุนคุนยาและเตียงกึ่งในยุ้งลาย การตอบสนองของภูมิคุ้มกันในคน และพฤติกรรมป้องกันตนเองของประชาชน ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย เสนอโดย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ กรมควบคุมโรค

14. การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในครัวเรือนของประชากรไทย พ.ศ.2552 เสนอโดย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

15. การศึกษาอัตราการรอดชีวิต วิธีการรักษาตลอดจนผลของการรักษาโรคมะเร็งตับที่พบจากการตรวจคัดกรอง เฝ้ารวัง และติดตาม (screening และ surveillance) เปรียบเทียบกับโรคมะเร็งตับที่พบโดยที่ไม่มีการตรวจคัดกรอง เฝ้ารวังและติดตาม เสนอโดย สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย

ทั้ง 15 หัวข้อ ถูกนำไปจัดลำดับความสำคัญให้เหลือเพียง 5 อันดับสุดท้ายดังกล่าว อย่างไรก็ตามหัวข้อที่ไม่จัดอยู่ใน 5 อันดับแรก หากมีหน่วยงานที่สนใจทำวิจัยก็สามารถติดต่อได้โดยตรงที่หน่วยงานผู้เสนอหัวข้อ



รู้ทันสัญญาณเตือน ช่วยลดผลกระทบจากโรค



@ อัมพาต

“โรคหลอดเลือดสมอง” หรือที่ประชาชนทั่วไปมักเรียกว่าโรคอัมพฤกษ์ หรืออัมพาต มักมีอาการที่เกิดอย่างรวดเร็วหรือทันทีทันใด เนื่องจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงทันที แต่ในบางครั้งอาจมีอาการแบบเป็นๆ หายๆ หรือค่อยๆ เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ในระยะเวลาอันสั้น

สัญญาณเตือนภัยของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

1. อ่อนแรงครึ่งซีก
2. เวียนศีรษะหรือหมดสติ
3. ปวดหัวรุนแรงเฉียบพลัน
4. พูดไม่ชัดหรือลิ้นแข็ง
5. ตามัวหรือเห็นภาพซ้อน

หากมีอาการเหล่านี้ควรไปพบแพทย์ทันที อย่ามัวรอช้า เพราะยิ่งได้รับการรักษาเร็วเท่าไรก็จะยิ่งช่วยลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นได้มากเท่านั้น

ข้อมูลจาก: โครงการรณรงค์ป้องกันโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข

@ มะเร็ง

สัญญาณอันตราย 8 ประการที่เป็นสัญญาณเตือนว่าควรไปพบแพทย์ เพื่อการตรวจค้นหาโรคมะเร็ง หรือสาเหตุอื่นๆที่ทำให้มีสัญญาณเหล่านี้ เพื่อการรักษาและแก้ไขทางการแพทย์ที่ถูกต้องก่อนที่จะกลายเป็นโรคมะเร็ง หรือเป็นมะเร็งระยะลุกลาม

1. มีการเปลี่ยนแปลงของระบบขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะ เช่น ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ หรือปัสสาวะเป็นเลือด
2. กลืนอาหารลำบาก หรือมีอาการเสียด แน่นท้องเป็นเวลานาน
3. มีอาการเสียงแหบ และไอเรื้อรัง
4. มีเลือดหรือตกขาวที่ผิดปกติ เช่น มีกลิ่นเหม็น
5. แผลซึ่งรักษาแล้วไม่ยอมหาย
6. มีการเปลี่ยนแปลงของหูดหรือไฝตามร่างกาย
7. มีก้อนที่เต้านมหรือส่วนต่างๆ ของร่างกาย
8. หูอื้อหรือมีเลือดกำเดาไหล

ข้อมูลจาก: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ



ท่านที่สนใจสามารถดาวน์โหลดได้ทาง www.hitap.net

หรือติดต่อโดยตรงมายังโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ