

สรุปการประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนานโยบายการป้องกัน รักษา และดูแล
ผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย

วันที่ 31 สิงหาคม 2554

สรุปการประชุมระดมสมอง
เพื่อพัฒนานโยบายการป้องกัน รักษา
และดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย

31 สิงหาคม 2554



สรุปการประชุมระดมสมอง เพื่อพัฒนานโยบายการป้องกัน รักษา และดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย

ISBN 978-616-11-1011-6
ศิลปกรรม บริษัท ดีไซน์เบอร์รี่ จำกัด
โทรศัพท์ 0-2884-5933
พิมพ์ที่ บริษัท เดอะ กราฟฟิกโก ซิสเต็มส์ จำกัด
โทรศัพท์ 0-2525-1121, 0-2525-4669-70
พิมพ์ครั้งที่ 1 มกราคม 2555
จำนวน 500 เล่ม

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-590-4549, 02-590-4374-5 โทรสาร 02-590-4369
www.hitap.net E-mail: hitap@hitap.net

สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย
114 ปิ่นนคร 4 ถ.บรมราชชนนี ต.ลี้จัน กรุงเทพฯ 10170
โทร 086-9904207 โทรสาร 0-2201-2588
ตู้ไปรษณีย์ 224 ปณจ ราชดำเนิน เขตพระนคร กทม. 10200
www.azthai.org



สรุปการประชุมระดมสมอง
เพื่อพัฒนานโยบายการป้องกัน รักษา
และดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย





รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมอง

เพื่อพัฒนานโยบายการป้องกัน รักษา และดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย

วันพุธที่ 31 สิงหาคม 2554 เวลา 13.00-16.30 น.

ณ ห้อง Yangtze ชั้น 30 โรงแรมมิลเลนเนียม ฮิลตัน

ถ.เจริญนคร คลองสาน กรุงเทพมหานคร

- | | |
|---|---|
| 1. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
ประธาน | ผู้ทรงคุณวุฒิด้านป้องกันและควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข |
| 2. ศ.ดร.อัมมาร์ สยามวาลา
ประธาน | นักวิชาการเกียรติคุณสถาบันวิจัย
เพื่อการพัฒนาประเทศไทย |
| 3. นพ.บรรลุ ศิริพานิช | ประธานมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา
ผู้สูงอายุไทย |
| 4. นพ.ปานเทพ อดิศานภูวนัย | ผู้แทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ |
| 5. คุณเบญจมาภรณ์ จันทรพัฒน์ | สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม
สุขภาพ |
| 6. พญ.อรพรรณ ศิลปกิจ | กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข |
| 7. พญ.วัชรา ธีวไพบูลย์ | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 8. คุณสุวิภา สุขวณิชนันท์ | ผู้อำนวยการสำนักมาตรฐานค่าตอบแทน
และสวัสดิการ กรมบัญชีกลาง |
| 9. คุณสุณีย์ มงคลเลิศพานิช | สำนักมาตรฐานค่าตอบแทนและสวัสดิการ
กรมบัญชีกลาง |

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 10. นพ.นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร์ | ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข |
| 11. น.ส.สุพรรณิ พูนเพิ่มสุขสมบัติ | สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร |
| 12. พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน | หัวหน้าหน่วยเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี และนายกสมาคม
ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย |
| 13. ญ.เสาวลักษณ์ ตุงคราวิ | คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร |
| 14. พท.พญ.พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ | โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
| 15. พญ.อรุณี ประจัญอุรธรรม | สถาบันประสาทวิทยา |
| 16. พญ.ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์ | สถาบันประสาทวิทยา |
| 17. อาจารย์วรรณวดี พูลพอกสิน | คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์ |
| 18. อาจารย์สกุลศรี ศรีสารคาม | สาขาวิชาวิทยุกระจายเสียงและโทรทัศน์
คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต |
| 19. นพ.ชาวิท ตันวีร์ชัยสกุล | สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช
ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ |
| 20. น.ส.กรรณิกา จันท์ฉาย | สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม |
| 21. น.ส.กชกร สวัสดิ์ชัย | โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 22. พญ.เบญจมาศ พฤษ์กานนท์ | กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข |
| 23. คุณสกาวัฒน์ พวงลัดดา | กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข |
| 24. คุณพรทิพย์ วชิรติลิก | กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข |

- | | |
|---------------------------------|--|
| 25. ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบาย
ด้านสุขภาพ |
| 26. ดร.ภญ.นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบาย
ด้านสุขภาพ |
| 27. ภญ.พิศพรรณ วีระยิ่งยง | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบาย
ด้านสุขภาพ |
| 28. คุณจอมขวัญ โยธาสมุทร | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบาย
ด้านสุขภาพ |
| 29. คุณรุ่งนภา คำผาง | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบาย
ด้านสุขภาพ |
| 30. น.ส.สุทธิษา สมณา | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบาย
ด้านสุขภาพ |
| 31. น.ส.ชลัญธร โยธาสมุทร | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบาย
ด้านสุขภาพ |
| 32. น.ส.กิตติยา พิพัฒน์เศวต | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบาย
ด้านสุขภาพ |
| 33. น.ส.สุชนา สุขสวัสดิ์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบาย
ด้านสุขภาพ |



คำนำ

สมองเสื่อมคืออะไร ยาบางชนิดป้องกันได้จริงหรือ รักษาได้หรือไม่ และผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอย่างไร ยังคงเป็นคำถามที่ถูกละเลยในวงแคบ แต่คณะผู้จัดทำเชื่อว่าคำตอบจะนำไปสู่ความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ และอนาคตของการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแล

อัตราส่วนผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้นของประชากร ในปัจจุบันประชากรของประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ดังนั้นภาวะสมองเสื่อมจะกลายเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อรอบด้านอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หากไม่มีการเตรียมพร้อมจากทั้งทางด้านประชาชน ระบบสาธารณสุข ระบบสวัสดิการสังคม และรัฐ

หนังสือเล่มนี้จัดทำขึ้นภายใต้โครงการทบทวนองค์ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมเนื้อหาประกอบไปด้วยการรวบรวมองค์ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมทั้งในและต่างประเทศ บันทึกการประชุมระดมสมอง และข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อเป็นหลักฐานอ้างอิงที่ทันสมัยสำหรับผู้สนใจทั่วไป นักวิชาการทั้งในและนอกวงการสาธารณสุข รวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบาย เกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน วินิจฉัย รักษา และระบบการดูแล ทั้งตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล นอกจากนี้ยังเป็นส่วนหนึ่งของการผลักดันทางนโยบาย เพื่อให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เหมาะสมของประเทศไทยต่อไป

คณะผู้จัดทำพบข้อจำกัดด้านข้อมูลของประเทศไทย ที่เข้าถึงได้ยากหรือไม่มี การรวบรวม แต่ด้วยข้อแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิในการหาข้อมูลเทียบเคียง และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งทำให้คณะผู้จัดทำได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ในที่นี้ ขอขอบพระคุณโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ที่เล็งเห็น ความสำคัญของโครงการนี้และให้การสนับสนุนในทุกด้าน จนโครงการนี้สำเร็จ ลุล่วง สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม แห่งประเทศไทย ที่ริเริ่มโครงการที่มีคุณค่านี้ และ ศ.ดร.อัมมาร์ สยามวาลา นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และผู้ทรงคุณวุฒิ ทุกท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะและความเห็นอันมีค่ายิ่ง และทำให้โครงการสำเร็จลงได้

คณะผู้จัดทำ



สารบัญ

สรุปข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับจัดการภาวะสมองเสื่อม ในประเทศไทย

- 17 การป้องกันระดับปฐมภูมิของภาวะสมองเสื่อม
- 18 การวินิจฉัยและการรักษาภาวะสมองเสื่อม
- 18 ระบบรองรับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งระยะสั้นและระยะยาว

บทที่ 1 : สถานการณ์ ปัญหาภาวะสมองเสื่อม

- 23 ภาวะสมองเสื่อม
- 24 ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม
- 27 การเตรียมความพร้อมในการรับมือกับปัญหา
- 28 แนวทางขั้นตอนของการเตรียมความพร้อม
- 28 สรุป

บทที่ 2 : การป้องกันระดับปฐมภูมิของภาวะสมองเสื่อม

- 33 วัตถุประสงค์ของการทบทวน
- 33 วิธีการทบทวนและขอบเขต
- 34 ผลการทบทวน
- 71 ข้อมูลในประเทศไทย
- 73 ข้อจำกัดการศึกษา
- 75 ข้อเสนอแนะในการกำหนดนโยบาย
- 78 เอกสารอ้างอิง

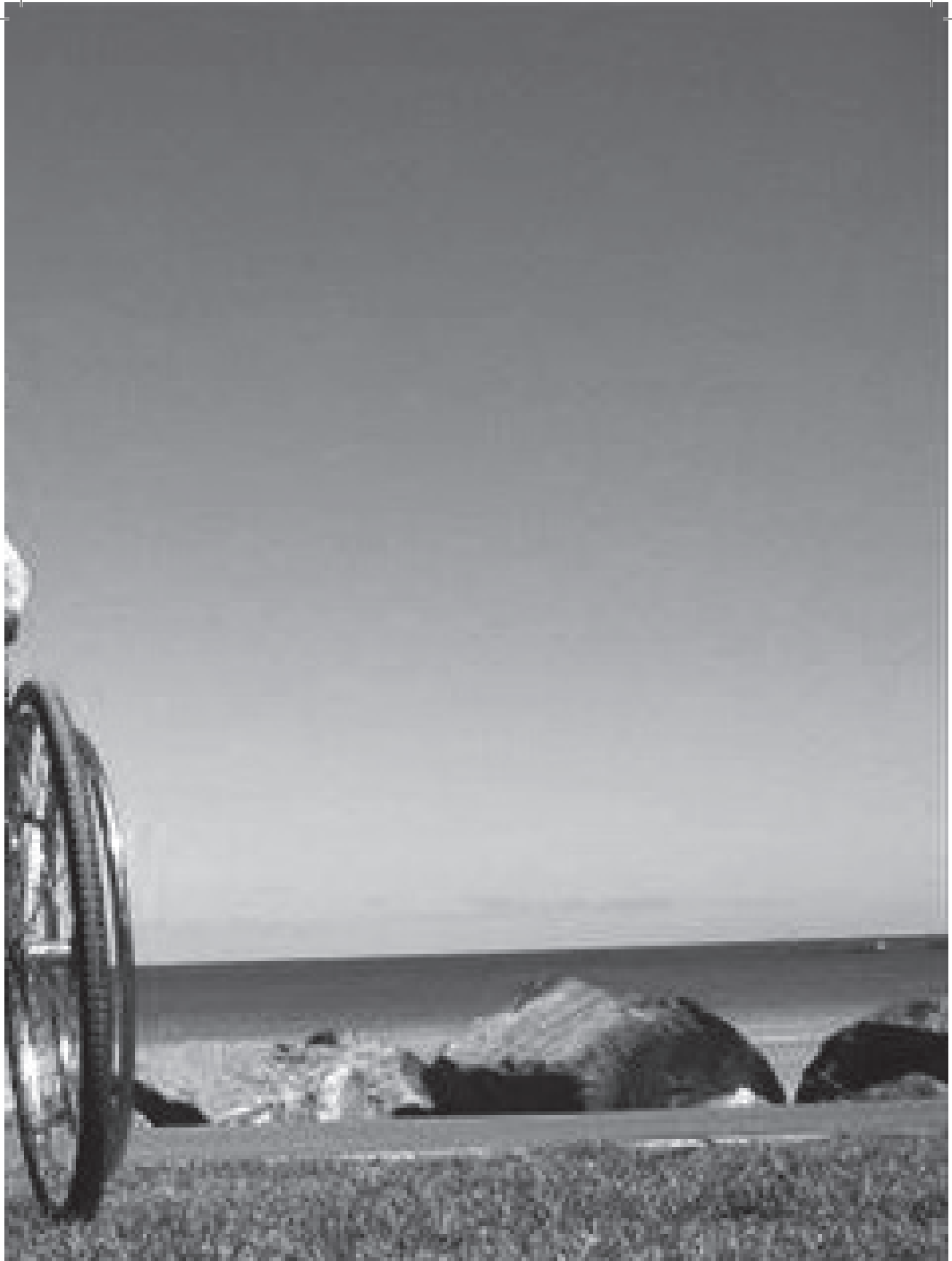
บทที่ 3 : การวินิจฉัยและรักษาภาวะสมองเสื่อม

- 94 การตรวจคัดกรองมีความจำเป็นหรือไม่
- 95 การรักษา
- 103 การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์
- 106 สรุป
- 107 ข้อเสนอแนะในการกำหนดนโยบาย
- 108 เอกสารอ้างอิง

บทที่ 4 : ระบบรองรับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งระยะสั้นและระยะยาว ครอบคลุมที่บ้านและในหน่วยบริการทุกประเภท

- 118 วัตถุประสงค์ของการทบทวน
- 118 วิธีการทบทวนและขอบเขต
- 119 ผลการทบทวน
 - ส่วนที่ 1 การทบทวนจากเอกสาร ตำราวิชาการ งานวิจัย ข้อมูลจากสื่อต่างๆ
 - ส่วนที่ 2 การสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ
 - ส่วนที่ 3 ข้อสังเกต และบทเรียนรู้จากการทบทวนองค์ความรู้ จากแหล่งข้อมูลต่างๆ
 - ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
- 162 ข้อจำกัดในการศึกษา/การทบทวนองค์ความรู้
- 163 สรุปข้อเสนอเชิงนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสมองเสื่อม ในระดับต่างๆ และในหน่วยบริการ
- 164 เอกสารอ้างอิง



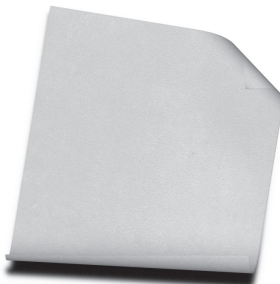
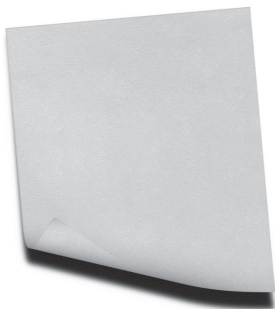
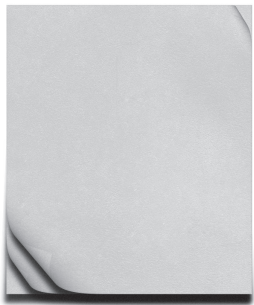
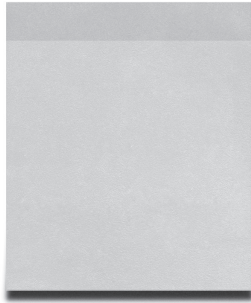


สรุป

ข้อเสนอเชิงนโยบาย **1** สำหรับจัดการ
ภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย

สรุปการประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนาข้อเสนอ
การป้องกัน รักษา และดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย

15



ผู้

ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งภาวะสมองเสื่อมนั้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการป้องกัน การวินิจฉัย รักษา และระบบรองรับการดูแลผู้ป่วยและญาติในประเทศไทย

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิของภาวะสมองเสื่อม

แพทยสภาและราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมมีหลักฐานสนับสนุนอย่างชัดเจน ขณะที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาดูแลและควบคุมการโฆษณาและประชาสัมพันธ์อย่างเข้มงวด เพื่อป้องกันมิให้ประชาชนตกเป็นเหยื่อทางธุรกิจ

จากหลักฐานที่มีอยู่ในปัจจุบันเชื่อได้ว่า การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางความคิด เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ไม่สูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการบาดเจ็บทางศีรษะ ป้องกันและรักษาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และโรคซึมเศร้ามีประโยชน์ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ขณะที่สารอาหาร วิตามิน หรือฮอร์โมนไม่มีส่วนช่วยและบางอย่างยังก่อให้เกิดอันตรายอีกด้วย

2. การวินิจฉัยและการรักษาภาวะสมองเสื่อม

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องจัดทำแนวทางการวินิจฉัยและการรักษาภาวะสมองเสื่อมให้ชัดเจนและเหมาะสมเพื่อให้ประชาชนทุกคนมีความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ

การรักษาไม่ควรมุ่งเน้นที่ยาเป็นหลักเพราะมีหลักฐานสนับสนุนว่าวิธีการดูแลอื่นๆที่ไม่ใช่ยา เช่น การฝึกสมอง พฤติกรรมบำบัด กิจกรรมบำบัด ก็ได้ผลดี เนื่องจากยามีราคาแพงและมีแนวโน้มการใช้ไม่เหมาะสม ควรมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการใช้ยาให้ชัดเจนและเลือกยาที่มีความคุ้มค่าสูงสุด โดยให้ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทุกระบบประกันสุขภาพสามารถเข้าถึงยาและมีการควบคุมติดตามอย่างเคร่งครัด เช่น จินทัเบียนผู้ป่วยและแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

3. ระบบรองรับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ให้การสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมให้มีความรู้และทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้อง โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนในระดับชุมชน รวมถึงการจัดให้มีศูนย์บริการข้อมูลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ต้องดำเนินการ
ควบคุมคุณภาพมาตรฐาน และให้การสนับสนุนแก่หน่วยบริการทั้งภาครัฐและ
เอกชนที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมซึ่งจะมีความต้องการมากขึ้นตาม
สภาพสังคมไทยที่มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น 🗣

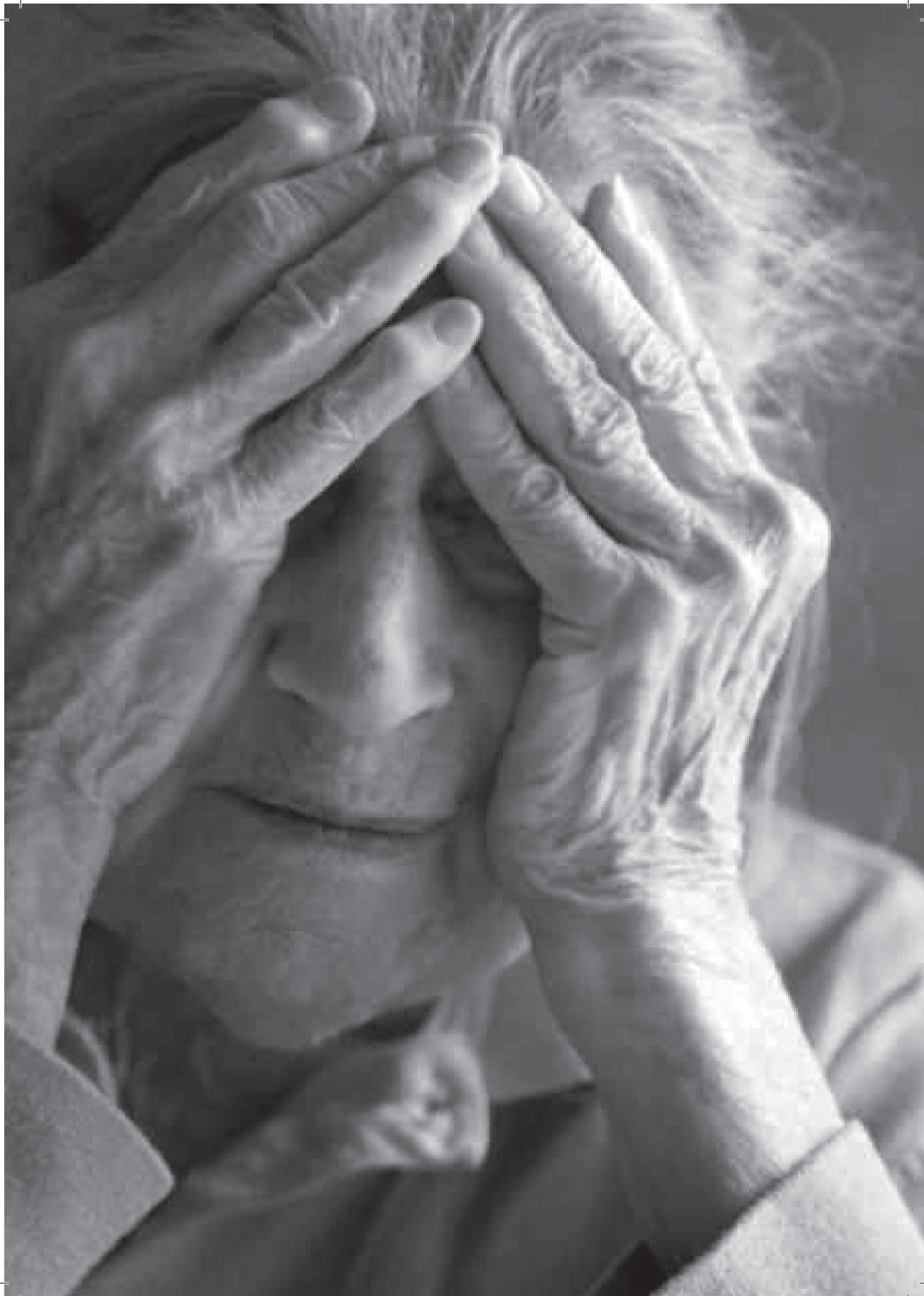
๑

สถานการณ์ ปัญหาภาวะสมองเสื่อม

พญ.สิรินทร จันศิริกาญจน

หัวหน้าหน่วยเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
และนายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย

สรุปการประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนาโยบาย
การป้องกัน รักษา และดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย 21





ภาวะสมองเสื่อม

สมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่สมรรถภาพของสมองของผู้ป่วย
บกพร่องลงจากเดิม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ
(ทั้งในด้านอาชีพ การงาน การเข้าสังคม จนกระทั่งเมื่ออาการ
มากขึ้น จะไม่สามารถอยู่คนเดียวได้อย่างปลอดภัย) ผู้ป่วย
จำนวนมากมักจะมีอาการความจำสั้นกว่าปกติ บางรายเริ่มต้นด้วยการเล่าเรื่อง
ซ้ำ ๆ พูดหรือถามคำถามซ้ำ ๆ แต่บางรายอาจจะมีปัญหาที่ไม่เกี่ยวข้องกับการ
บกพร่องทางด้านสติปัญญาเป็นหลัก แต่อาจแสดงออกด้วยการแปรปรวนทาง
อารมณ์ หรือ มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากเดิม

อาการต่าง ๆ นี้ผู้ป่วยจำนวนมากจะมีความผิดปกติที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป
ซึ่งคนส่วนใหญ่มักจะเข้าใจว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เมื่อสูงอายุ แต่เมื่อความผิดปกติ
รุนแรงขึ้นจึงจะเริ่มเฉลียวใจว่าอาการของผู้สูงอายุ ท่านนี้น่าจะเกิดจากการเจ็บป่วย
มากกว่าเป็นไปได้เพราะความสูงวัย

สมองเสื่อมเกิดจากสาเหตุหลายอย่าง และในผู้ป่วยบางรายอาจมีโรคหรือปัญหา
มากกว่าหนึ่งอย่างที่ทำให้ความสามารถของสมองเปลี่ยนไป ในทางการแพทย์ แบ่ง
สาเหตุของสมองเสื่อมออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

1. กลุ่มที่เกิดจากปัญหาของสมองโดยตรง เช่น โรคอัลไซเมอร์
2. กลุ่มที่เกิดปัญหาจากโรค หรือ ความผิดปกติของส่วนอื่นๆ ในร่างกายและส่งผลให้ความสามารถของสมองบกพร่องลง เช่น สมองเสื่อมจากปัญหาของหลอดเลือดสมอง จากการขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อการทำงานของสมอง เป็นต้น



ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

1. จากความเข้าใจผิดตั้งแต่แรกว่าอาการหลายๆ อย่างของผู้ป่วยเป็นเพราะความสูงวัย รวมกับความ “ดื้อ” “เอาแต่ใจตัว” “ไม่เคยสนใจคนอื่น” กว่าจะมาถึงจุดที่พามาพบแพทย์ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสมองเสื่อม ก็ทำให้ครอบครัวสูญเสียความรู้สึกดีๆ ที่เคยมีกับผู้ป่วยไปจนเกือบหมดสิ้น ในหลายครอบครัวนำไปสู่การเพิกเฉยทอดทิ้ง กักขังหนองเหนียว ทำทารุณกรรมทางร่างกาย วาจา และจิตใจ ลักษณะที่กล่าวมานี้ถ้าเกิดขึ้นต่อเนื่องในหลายๆ ครอบครัว จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมของชาติในเรื่องความกตัญญูรู้คุณ และรูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุในวันข้างหน้า
2. อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นเมื่อประชากรมีอายุมากขึ้น ในปัจจุบันอัตราการเพิ่มของประชากรสูงวัยมีมากกว่าเด็ก และในอีก 30 ปีข้างหน้า ประชากรผู้สูงอายุจะมีมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลายซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มเร็วมาก

3. เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์พร้อมกับญาติผู้หงุดหงิด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการค่อนข้างมาก ซึ่งการรักษาเพื่อชะลออาการสมองเสื่อมได้ผลไม่ดีเท่าการรักษาในระยะต้นของโรค
4. แพทย์ที่ให้การวินิจฉัยและดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมยังมีไม่มากนัก
5. ภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่รักษาไม่หายขาด ยาที่ใช้รักษาอยู่ในปัจจุบันเพียงเพื่อชะลออาการของผู้ป่วยให้อยู่ในระยะที่ช่วยตัวเองได้นานที่สุด ในขณะที่ยามีราคาแพงมากถึงแม้ให้ยาเต็มทีผู้ป่วยก็จะมีอาการทรุดลงเรื่อยๆ การดำเนินโรคจะเร็วช้าอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับสุขภาพของผู้ป่วย ลักษณะการดูแล และรักษาโรคของผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งแต่ละคนก็ไม่เหมือนกัน
6. สิ่งที่สำคัญที่สุดของการรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมคือการดูแลชีวิตความเป็นอยู่ของเขาให้สะดวก สะอาด ปลอดภัย และมีสิ่งกระตุ้นที่เหมาะสม ซึ่งในปัจจุบันขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการครอบครัวเป็นหลัก ในครอบครัวที่มีศักยภาพ และมีความสัมพันธ์ในครอบครัวดี ผู้ป่วยมักมีอาการดีอยู่ได้นานกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ขาดการดูแลที่เหมาะสม เมื่อครอบครัวเล็กลง มีคนโสดหรือหม้ายมากขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะขาดผู้ดูแล
7. ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีความเครียดสูงมาก และมักจะกลายเป็นคนป่วยอีกคน ซึ่งทำให้คุณภาพการดูแลลดลง การช่วยเหลือผู้ดูแลยังอยู่ในแวดวงที่จำกัด และดำเนินการโดยองค์การอาสาสมัคร ยังไม่มีเครือข่ายการช่วยเหลือที่เป็นระบบ

8. ค่ายาและค่าใช้จ่ายในการจ้างผู้ดูแลสูงมาก จะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจในวงกว้าง

9. การช่วยเหลือดูแลที่น่าจะเหมาะสมกับวิถีชีวิตและศักยภาพทั้งทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสังคมของคนไทยยังไม่ได้มีการวางแผนรูปแบบอย่างชัดเจนเป็นระบบ และยังไม่มีการวางแผนดำเนินการในเรื่องนี้อย่างจริงจัง



การเตรียมความพร้อมในการรับมือกับปัญหา

ความหวังที่จะรักษาภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะโรคอัลไซเมอร์ และการป้องกันสมองเสื่อมยังคงเป็นสิ่งที่ท้าทายคนทั้งโลก ในประเทศที่มีความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ระดับสูงต่างแข่งขันกันที่จะเป็นผู้ที่จะเอื้อมถึงความหวังนั้นให้ได้ แต่สำหรับประเทศไทยควรจะเริ่มกันมาเตรียมสังคมของเราให้พร้อมรับมือกับปัญหาที่มากับภาวะสมองเสื่อมอย่างเหมาะสมและคุ้มค่า อาจมีข้อโต้แย้งว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจจะดูว่ามีจำนวนมาก แต่ผู้ป่วยอื่นๆ เช่น เบาหวาน ยังมีมากกว่า และต้องการการดูแลระยะยาวเช่นเดียวกัน ควรจะไปลงแรงในผู้ป่วยเหล่านี้มากกว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมหรือไม่

แนวคิดคือ ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความซับซ้อน ผู้ที่ให้การดูแลทุกระดับยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมให้ดีต้องครอบคลุมทั้งมิติทางการแพทย์ (กาย จิต) สังคม การปรับเปลี่ยน และพัฒนาสิ่งที่อยู่ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งถ้ามีการบริหารจัดการอย่างดีจะสามารถพัฒนาเป็น “รูปแบบการดูแล (model of care)” และสามารถนำรูปแบบนี้ไปปรับเปลี่ยนเพียงเล็กน้อยก็จะใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ได้อย่างดี และสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ จะมีความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้มากขึ้นกว่าผู้สูงอายุทั่วไป การจัดการให้เกิดรูปแบบการดูแลอย่างครบวงจร จะสามารถตอบโจทย์ และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้เกือบทั้งหมด



แนวทางขั้นตอนของการเตรียมความพร้อม

- รวบรวมข้อมูลของปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว และมีแนวโน้มจะเกิดขึ้น อันเป็นผลจากผู้ป่วย/ครอบครัวผู้ป่วยสมองเสื่อม และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
- รวบรวมต้นทุนในด้านต่างๆ ของประเทศ ชุมชน และครอบครัว
- เพิ่มศักยภาพของผู้ให้การรักษา และดูแล
- สร้างความตระหนักและเข้าใจของสังคมเรื่องภาวะสมองเสื่อม
- พัฒนารูปแบบการดูแลที่หลากหลายตามบริบทของครอบครัวและชุมชน
- ผลักดันเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้เกิดการดำเนินการต่อเนื่องเป็นรูปธรรม



สรุป

ภาวะสมองเสื่อมจะเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญมากของผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่ออย่างกว้างขวางต่อสังคมไทย ในขณะที่ยังไม่สามารถรักษาให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่กลับมาเป็นปกติ การพัฒนารูปแบบของการเกื้อหนุนดูแลตามบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ จึงจะทำให้สังคมไทยดำรงอยู่ได้อย่างราบรื่น 🗨



๒

การป้องกันระดับปฐมภูมิ ของภาวะสมองเสื่อม

พท.พญ.พัฒนศิริ ศรีสุวรรณ
กลุ่มงานประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

สรุปการประชุมระดับสมองเพื่อพัฒนาโยบาย
การป้องกัน รักษา และดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย 31



32 สรุปการประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนานโยบาย
การป้องกัน รักษา และดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย

สถานการณ์ปัจจุบัน และความสำคัญ: ในปัจจุบันมียา สาร และวิธีต่างๆ ที่อ้างว่ามีผลต่อการป้องกันสมองเสื่อม จึงเกิดธุรกิจที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ส่งผลให้ประชาชนมีความสับสนในข้อมูลที่แท้จริง ซึ่งการป้องกันแบบปฐมภูมิดีกว่าการตั้งรับแบบรักษาเท่านั้น และปัจจุบันยังไม่มีแนวทางเวชปฏิบัติที่ชัดเจน



วัตถุประสงค์ของการทบทวน

เพื่อศึกษาวิธีการป้องกันระดับปฐมภูมิของภาวะสมองเสื่อม และเสนอแนะแนวทางที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย



วิธีการทบทวนและขอบเขต

สืบค้นวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูล The Cochrane Library และ Pubmed (medline) จำกัดการสืบค้นในช่วงเวลาดังแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2544 ถึง 1 สิงหาคม พ.ศ. 2554 และรายงานเป็นภาษาอังกฤษ โดยมีคำสืบค้น (Keyword) คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) ต่อภาวะสมองเสื่อม (dementia) โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer disease)

ภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) และ ภาวะการเสื่อมลงของสมอง (cognitive decline) สืบค้นแนวทางเวชปฏิบัติ หรือข้อสรุปจากผู้เชี่ยวชาญล่าสุดจากประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา ยุโรป ออสเตรเลีย และอังกฤษ สืบค้นวรรณกรรมในประเทศไทยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลและแนวทางเวชปฏิบัติจากราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย โดยมีขอบเขตการศึกษาในผู้ที่แข็งแรง ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (healthy and no dementia) รวมทุกกลุ่มอายุ ไม่รวมกลุ่มที่มีการเสื่อมลงของสมองเล็กน้อย (mild cognitive impairment)



ผลการทบทวน

พบการศึกษาทั้งหมด 71 เรื่องนี้จาก The Cochrane Library จำนวน 9 เรื่อง ซึ่งเป็นการศึกษาแบบทดลอง (randomized controlled trials) จำนวน 67 เรื่อง และการสืบค้นจาก Pubmed (medline) พบการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ systematic review 5 เรื่อง meta-analysis 4 เรื่อง การศึกษาแบบทดลอง 6 เรื่อง การวิจัยเชิงสำรวจ cohort 40 เรื่อง case-control 3 เรื่อง การวิเคราะห์เชิงอนุมานจากการวิจัยเชิงสำรวจ cross-sectional 1 เรื่อง และการสืบค้นแนวทางเวชปฏิบัติหรือข้อสรุปจากผู้เชี่ยวชาญพบ จำนวน 5 รายงาน

จากการศึกษาทั้งหมดสามารถจัดแบ่งตามประเภทของสิ่งที่ศึกษาได้ 10 ประเภท ดังต่อไปนี้

1. ยา สาร และวิตามิน (Drug, supplements and vitamins)

พบการศึกษาแบบทดลองทั้งหมด 12 เรื่อง แบ่งตามหัวข้อตัวยา สาร ที่สนใจดังนี้

ยา

- ยาด้านการอักเสบ (non-steroidal anti-inflammatory drugs): Craen (2005) (1) รวบรวมการศึกษา meta-analysis 25 เรื่อง (10 prospective cohort and 15 case-control) ประชากรอายุมากกว่าเท่ากับ 55 ปี จำนวน 4,573 คนที่เป็นกลุ่มทดลองติดตาม 1 ถึง 18 ปี โดยยาที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ Diclofenac+misoprostol, Nimesulide, Rofecoxib and Naproxen ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความชุก และอุบัติการณ์ต่อภาวะสมองเสื่อมลดลง แต่ความเสี่ยงลงของสมอง (cognitive decline) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่งานวิจัยแบบสุ่มในการทดลอง (randomized controlled trial) ของยา celecoxib ขนาด 200 mg 2 ครั้งต่อวัน และ naproxen ขนาด 220 mg 2 ครั้งต่อวัน พบว่าไม่ลดการเกิดโรค และมีรายงานไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (2)
- ยาโปรเคน (procaine): Szatmari (2008) (3) รายงานใน The Cochrane Library มี 2 เรื่อง ได้แก่ Balaceanu 1989 ในประชากร 81 คน อายุเฉลี่ย 71 ปี ที่ประเทศโรมาเนีย ได้รับประทาน procaine 200 mg ต่อวันในกลุ่มทดลอง

ติดตาม 30 วัน ผลการศึกษาพบว่า การทำงานของสมองบางส่วน เช่น ความจำต่อการมองเห็น (visual memory) ต่อตัวเลข (digit memory) ดีขึ้นแต่การทดสอบอื่นๆไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษา Southampton 1982 ในประชากร 334 คน อายุมากกว่าเท่ากับ 65 ปี อายุเฉลี่ย 73 ปีซึ่งมีความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจและหลอดเลือด ที่ประเทศอังกฤษ ได้รับประทาน procaine/haematoporphyrin 50 mg oral ในกลุ่มทดลอง ติดตามไป 2 ปี ความเสื่อมลงของสมองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างชัดเจน และกลุ่มทดลองหยุดการวิจัยก่อนกำหนดเทียบกับกลุ่มควบคุม และมีงานวิจัยอื่นๆ ที่ใช้ยาโปรเคนรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่ามีภาวะไม่พึงประสงค์จำนวนมาก

■ ยาลดไขมัน (statins): McGuinness (2009) (4) รายงานใน The Cochrane Library มี 2 เรื่องที่ศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือด (high risk of vascular diseases) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด ได้แก่งานวิจัย HPS 2002 (5) ในประชากรจำนวน 20,536 คน อายุ 40-80 ปี ที่ประเทศอังกฤษ ได้รับประทาน simvastatin 40 mg ต่อวันในกลุ่มทดลอง ติดตาม 5 ปี และงานวิจัย PROSPER 2002 (6) ในประชากรจำนวน 5,804 คน อายุ 70-82 ปี ที่ประเทศสกอตแลนด์ ไอร์แลนด์ และเนเธอร์แลนด์ ได้รับประทาน pravastatin 40 mg ต่อวันในกลุ่มทดลองติดตาม 3.2 ปี ประเมิน cognition พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สาร

- สอริโมนทดแทนเพศชาย (Dehydroepiandrosterone (DHEA)): Evans (2006) (7) รายงานใน The Cochrane Library ซึ่งรวบรวมงานวิจัยแบบทดลอง 5 เรื่อง ประชากรจำนวน 695 คน อายุ 45-70 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา อิตาลี อังกฤษ เยอรมัน ได้รับประทาน DHEA 50 mg ต่อวันในกลุ่มทดลอง ติดตาม 13 อาทิตย์ ถึง 3 เดือน ผลการวิจัยพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านคุณภาพชีวิต และความเสื่อมลงของสมอง
- สอริโมนทดแทนเพศหญิง: Lethaby (2008) (8) รายงานใน The Cochrane Library ซึ่งรวบรวมงานวิจัยแบบทดลอง 16 เรื่อง ได้ศึกษาในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนรวมทั้งแบบธรรมชาติ และผ่าตัด (mixed surgical and natural menopausal) จำนวน 10,114 คน อายุ 45-91 ปี ที่ประเทศออสเตรเลีย ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา อังกฤษ แคนาดา ฟินแลนด์ เบลเยียม เยอรมัน มีการใช้สอริโมนชนิด และขนาดต่างๆในกลุ่มทดลอง ติดตามตั้งแต่ 10 อาทิตย์ ถึง 7 ปี พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการเสื่อมลงของสมองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีรายงานภาวะไม่พึงประสงค์จำนวนมาก และในรายงานการวิจัยแบบสุ่มการทดลอง (randomized controlled trial) ของ The Women's Health Initiative Memory Study ในผู้หญิงหมดประจำเดือนจำนวนมากกว่า 7,000 คน พบว่า ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความจำเสื่อมมีมาก คนในคนที่ได้รับสอริโมน (9)
- สารสกัดใบแปะก๊วย (Gingo biloba): DeKosky (2008) (10) ศึกษาในประชากร 3,069 คน อายุมากกว่า 75 ปี ประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มทดลองได้รับประทานสารสกัดแปะก๊วย 120 mg เข้า เย็น ติดตามเป็นเวลา 6.1 ปี ผลการ

ศึกษาพบว่า การเสื่อมลงของสมอง และอัตราการเกิดโรคอัลไซเมอร์ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- น้ำมันปลา (fish oil) และโอเมก้า 3 (omega-3 fatty acid): พบ 3 การศึกษา ได้แก่ Rest (2008) (11) ศึกษาแบบทดลองในประชากรจำนวน 302 คน อายุมากกว่า 65 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 70 ปี ติดตาม 26 อาทิตย์ ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยกลุ่ม 1 ได้รับ 1,800 mg/d EPA-DHA (eicosapentaenoic acid, docosahexaenoic acid) กลุ่ม 2 ได้รับ 400 mg/d EPA-DHA กลุ่ม 3 ยาหลอก ผลการศึกษา พบว่าการเสื่อมลงของสมองไม่มีความแตกต่างกันทั้ง 3 กลุ่ม Devore (2009) (12) ศึกษาแบบเชิงสำรวจในประชากร 5,395 คน ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 68 ปี ในชุมชนประเทศเนเธอร์แลนด์ ติดตามไป 10 ปี เปรียบเทียบ การรับประทานปลา ทั้งจำนวนและชนิด ผลการศึกษาพบว่าไม่แตกต่างกันในการ เกิดสมองเสื่อมระหว่างผู้ไม่รับประทานปลากับผู้รับประทานปลามาก และไม่มี ความแตกต่างกันในผู้ที่รับประทานปลาที่มีไขมันโอเมก้า 3 มาก Kroger (2009) (13) ศึกษาในประชากรจำนวน 663 คน อายุมากกว่าเท่ากับ 65 ปี ประเทศแคนาดา ติดตามเฉลี่ย 4.9 ปี ตรวจวัดระดับ Omega-3 polyunsaturated fatty acid (n-3 PUFAs), docosahexaenoic acid (DHA) and eicosapentaenoic acid (EPA) ในเลือด ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการเกิดภาวะสมองเสื่อม และโรคอัลไซเมอร์ และมีการรวบรวมโดย The Cochrane Library แต่ขณะรวบรวมยังไม่มียานวิจัยที่คุณภาพดีอยู่ในเกณฑ์ที่วิเคราะห์ข้อมูลได้ (14)

วิตามิน

- โฟลิก (Folic acid): Malouf (2008) (15) รายงานใน The Cochrane Library ซึ่งรวบรวมงานวิจัยแบบทดลอง 4 เรื่อง ในประชากรจำนวน 1,234 คน อายุ 50-92 ปี ประเทศออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ อังกฤษ รับประทาน folic 750-800 microgram ต่อวัน ในกลุ่มทดลองติดตามไป 1 เดือน ถึง 3 ปี ผลการวิจัยพบว่าการเสื่อมลงของสมองไม่แตกต่างกัน แต่ในผู้สูงอายุที่มีระดับโฮโมซิสเตอีน (homocysteine) สูง พบว่าการได้รับ folic 800 microgram ต่อวัน เป็นเวลา 3 ปี ลดความเสี่ยงของสมองด้านการทำงานโดยรวม (global function) ความจำ (memory storage) และความเร็วในการจัดการข้อมูล (information-processing speed)
- วิตามินบี 6 (vitamin B6): Malouf (2003) (16) รายงานใน The Cochrane Library ซึ่งรวบรวมงานวิจัยแบบทดลอง 2 เรื่อง ในประชากรจำนวน 287 คน อายุ 20-30 ปี และอายุ 70-79 ปี ประเทศออสเตรเลีย และเนเธอร์แลนด์ กลุ่มทดลองได้รับ รับประทาน vitamin B6 75 mg ต่อวัน เป็นเวลา 35 วัน หรือ 20 mg ต่อวัน เป็นเวลา 2 อาทิตย์ ผลการศึกษาพบว่า ความเสื่อมลงของสมองไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ
- วิตามินบี 12 (vitamin B12): Malouf (2003) (17) รายงานใน The Cochrane Library ว่ายังไม่มีงานวิจัยที่คุณภาพดีอยู่ในเกณฑ์ที่วิเคราะห์ข้อมูลได้
- วิตามินซี และอี (vitamin C and E): จากการรวบรวมการวิจัยอย่างมีระบบ (systematic review) สรุปว่าไม่มีผลต่อการลดการเกิดโรค (18) และมีรายงานว่า วิตามินอีขนาดสูง คือ มากกว่าเท่ากับ 400 หน่วยต่อวันมีผลเสีย คือ Sesso (2008)

(19) ศึกษาผลของการรับประทาน vitamin E 400 IU ต่อวัน ต่อผลการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในแพทย์ชายจำนวน 14,641 คน อายุมากกว่าเท่ากับ 50 ปี ติดตามไป 8 ปีประเทศอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า vitamin E เพิ่มความเสี่ยงต่อเส้นเลือดสมองแตกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร่วมกับมีรายงานว่าเพิ่มอัตราการตาย และมีผลเสียต่อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด (20)

2. กิจกรรมทางกายภาพ (Physical activities)

พบการศึกษาทั้งหมด 6 เรื่อง ดังนี้

- Verghes (2003) (21) ศึกษาแบบสำรวจในประชากรอายุระหว่าง 75-85 ปี จำนวน 469 คน ติดตามเฉลี่ย 5.1 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา สอบถามกิจกรรมยามว่างแบบต่างๆรวมทั้งกิจกรรมทางความคิด (cognitive activities), กิจกรรมทางกายภาพ และสอบถามความถี่ในการทำกิจกรรม พบว่า ผู้ที่มีกิจกรรมเดินรำ และเล่นดนตรี จะลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- Weuve (2004) (22) ศึกษาแบบสำรวจในประชากรเพศหญิง จำนวน 18,766 คน อายุเฉลี่ย 74.3 ปี ประเทศสหรัฐอเมริกา ติดตาม 2 ปี พบว่าผู้ที่มีกิจกรรมทางกายภาพมากรวมถึงการเดินจะมีความเสื่อมลงของสมองน้อยกว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- Abbott (2004) (23) ศึกษาแบบสำรวจในประชากรเพศชาย จำนวน 2,257 คน อายุ 71-93 ปี ประเทศอเมริกา ติดตาม 6 ปี โดยสอบถามระยะทางการเดินทั้งหมดต่อวัน พบว่าผู้ที่เดินน้อยมีโอกาสเกิดสมองเสื่อมมากกว่าผู้ที่เดินมากอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ที่เดินน้อย คือน้อยกว่า 0.25 ไมล์มีความเสี่ยง 1.8 เท่าในการเกิดสมองเสื่อมเมื่อเทียบกับผู้ที่เดินมากกว่า 2 ไมล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- Cassilhas (2007) (24) ศึกษาแบบทดลอง มีผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 62 คน อายุเฉลี่ย 68 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา แบ่งกลุ่มดังนี้ ไม่ออกกำลังกายเป็นกลุ่มควบคุม, ออกกำลังกายปานกลาง และออกกำลังกายหนัก ติดตาม 24 อาทิตย์ พบว่าความสามารถของสมอง (เช่น digit span forward, Corsi's block-tapping task backward and similarities) ในกลุ่มออกกำลังกายปานกลาง และออกกำลังกายหนัก ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม
- Yaffe (2009) (25) ศึกษาแบบสำรวจในประชากร 2,509 คน อายุระหว่าง 70-79 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา ติดตาม 8 ปี พบว่า ผู้ที่ออกกำลังกายปานกลาง หรือออกกำลังกายหนักต่ออาทิตย์ (weekly moderate/vigorous exercise) มีความเสื่อมลงของสมองน้อยกว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- Erickson (2011) (26) ศึกษาแบบทดลอง มีผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 120 คน อายุ 60-80 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มทดลองออกกำลังกายแบบแอโรบิก โดยการเดินเร็ว 40 นาที 3 ครั้งต่ออาทิตย์ และกลุ่มควบคุมจำนวนออกกำลังกายแบบยืด (stretching exercise) ติดตาม 1 ปี พบว่าในกลุ่มทดลอง สมองส่วนฮิปโปแคมปัส (hippocampus) และคลอเดท นิวเคลียส (caudate nucleus) ซึ่งเป็นสมองส่วนการจดจำ ความคิด และระดับ BDNF (a mediator of neurogenesis in the dentate gyrus) ซึ่งเป็นสารเกี่ยวกับการสร้างเนื้อเยื่อสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การรับประทานอาหาร (Diet)

พบการศึกษาทั้งหมด 6 เรื่อง ดังนี้

- Luchsinger (2002) (27) ศึกษาแบบสำรวจในประชากรจำนวน 980 คน อายุเฉลี่ย 75.3 ปี ประเทศสหรัฐอเมริกา ติดตามเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 4 ปี เปรียบเทียบพลังงานและไขมันในแต่ละกลุ่มพบว่ากลุ่มที่รับประทานอาหารพลังงานสูงคือพลังงานประมาณ 1,870 กิโลแคลอรีต่อวันมีความเสี่ยงในการเกิดโรคอัลไซเมอร์มากกว่ากลุ่มที่รับประทานอาหารพลังงานต่ำคือประมาณ 758 กิโลแคลอรีต่อวัน 1.5 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในกลุ่มที่รับประทานอาหารพลังงานสูง ร่วมกับรับประทานอาหารไขมันสูง และมีกรรมพันธุ์ที่เสี่ยงต่อโรคอัลไซเมอร์ (apolipoprotein E 4 allele) จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคอัลไซเมอร์ 2.3 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- Scarmeas (2006) (28) ศึกษาแบบสำรวจย้อนหลัง (case-control study) เทียบระหว่างกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ระยะต้น 194 คนอายุเฉลี่ย 82.3 ปี กับกลุ่มที่ปกติ 1,790 คนอายุเฉลี่ย 75.6 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ากลุ่มที่มีการรับประทานอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียน (Mediterranean) อย่างสม่ำเสมอมาก และสม่ำเสมอปานกลางจะลดความเสี่ยงในการเกิดโรคอัลไซเมอร์ 0.76 และ 0.47 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่รับประทานสม่ำเสมอตามลำดับ ในขณะที่ปัจจัยอื่นๆ ด้านหลอดเลือด เช่น เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ เหมือนกัน

- Morris (2006) (29) ศึกษาแบบสำรวจในประชากรจำนวน 3,718 คน อายุมากกว่า 65 ปี อายุเฉลี่ย 75 ปี ประเทศอเมริกา ติดตามเป็นเวลา 6 ปี พบว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมคะแนนความสามารถของสมองจะลดลง 0.04 ต่อปี แต่ผู้ที่รับประทานผักเฉลี่ย 2.8 ส่วนต่อวันจะมีการลดต่ำลง 0.019 ต่อปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ที่รับประทานผักเฉลี่ย 4.1 ส่วนต่อวันจะมีการลดต่ำลง 0.018 ต่อปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลไม้ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- Albanese (2009) (30) ศึกษาแบบการวิเคราะห์แบบตัดขวางของการวิจัยเชิงสำรวจ (cross-sectional study) ในประชากรอายุมากกว่าเท่ากับ 65 ปี ในประเทศจีน, อินเดีย, คิวบา, สาธารณรัฐโดมินิกัน, เวเนซุเอล่า, แม็กซิโก และ เปรู จำนวน 14,956 คน พบว่ากลุ่มที่รับประทานเนื้อสัตว์มากจะเพิ่มความสัมพันธ์ต่อสมองเสื่อม 1.19 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้ที่รับประทานปลาที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อม 0.81 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นที่ประเทศอินเดียไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- Ritchie (2010) (31) ศึกษาแบบสำรวจในประชากร 1,433 คน อายุมากกว่าและเท่ากับ 65 ปี โดยมีค่าเฉลี่ย 72.5 ปี ในชุมชนประเทศฝรั่งเศส ติดตามเป็นเวลา 7 ปี พบว่าการรับประทานผักและผลไม้ที่มากกว่า 2 ส่วนต่อวันจะลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อม และลดการเสื่อมลงของสมองได้ร้อยละ 6.46 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- Nooyens (2011) (32) ศึกษาแบบสำรวจในประชากร 2,613 คน มีอายุ 43-70 ปี ในชุมชนประเทศเนเธอร์แลนด์ ติดตามเป็นเวลา 10 ปี พบว่ากลุ่มที่รับประทานผักมากมีความสามารถของสมองด้านความเร็วในการรวบรวมข้อมูล (information procession speed) และด้านความสามารถในการปรับเปลี่ยน (cognitive flexibility)

ต่ำกว่ากลุ่มที่รับประทานผักน้อย แต่เมื่อติดตามไปพบว่ามีความเสื่อมลงน้อยกว่า กลุ่มรับประทานผักน้อยด้านความเร็วในการรวบรวมข้อมูล และความสามารถของสมองทั้งหมด (global cognitive function) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับประทานผัก และผลไม้บางชนิด เช่น ถั่ว และกระหล่ำปลี ลดความเสื่อมลงของสมองได้ แต่การรับประทานกลุ่ม allium เช่น ต้นหอม กระเทียม อาจทำให้ความเสื่อมของสมองเพิ่มขึ้น ซึ่งยังอธิบายสาเหตุไม่ได้ จึงสรุปว่า การรับประทานผักและผลไม้ยังไม่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถของสมองอย่างคงเส้นคงวา (inconsistently associated)

4. การสูบบุหรี่ (Smoking)

พบการศึกษาทั้งหมด 3 เรื่อง ดังนี้

- Peters (2008) (33) รวบรวมงานวิจัยอย่างมีระบบ (systematic review) งานวิจัย 28 เรื่องที่ศึกษาในประชากรอายุมากกว่าเท่ากับ 65 ปี พบว่าผู้ที่ยังสูบบุหรี่ (current smoking) มีความเสี่ยงต่อโรคอัลไซเมอร์, โรคความจำเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง, ภาวะสมองเสื่อม และมีความเสื่อมลงของสมอง มากกว่าคนปกติ 1.59, 1.35, 1.16 และ 1.20 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ
- Yaffe (2009) (25) ศึกษาแบบสำรวจในประชากร 2,509 คน อายุระหว่าง 70-79 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา ติดตาม 8 ปี พบว่า กลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่จะลดความเสี่ยงในความเสื่อมลงของสมองได้ 1.84 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่สูบบุหรี่
- Rusanen (2011) (34) ศึกษาแบบสำรวจในประชากร 33,108 คน โดยเป็นคนเอเชียจำนวนร้อยละ 8.9 อายุ 50-60 ปี ในชุมชนประเทศสหรัฐอเมริกา ติดตามเป็นเวลา 23 ปี พบว่าความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามปริมาณที่สูบบุหรี่คือ กลุ่มที่สูบบุหรี่ครึ่งซองถึงหนึ่งซอง, หนึ่งถึงสองซอง และ มากกว่าสองซอง จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 1.08, 1.34 และ 1.37 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับเมื่อเทียบกับกลุ่มไม่สูบบุหรี่ และกลุ่มที่สูบบุหรี่มากกว่า 2 ซองต่อวันจะมีความเสี่ยงต่อโรคอัลไซเมอร์ และโรคความจำเสื่อมหลอดเลือดสมอง 2.57 และ 2.72 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ

5. การดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol consumption)

พบการศึกษาทั้งหมด 3 เรื่อง ดังนี้

- Jarvenpaa (2005) (35) ศึกษาแบบสำรวจในประชากรฝาแฝดจำนวน 554 คน ในผู้ที่อายุมากกว่าเท่ากับ 65 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 74.6 ปี ประเทศฟินแลนด์ ติดตาม 25 ปี พบว่ากลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป คือเทียบเท่ากับเบียร์มากกว่า 5 ขวด หรือไวน์ 1 ขวด ต่อครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน จะมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม 3.2 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- Anstey (2009) (36) รวบรวมงานวิจัย 15 เรื่องที่ศึกษาประชากร จำนวน 36,728 คน โดยมีกลุ่มที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ 14,646 คน ภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง 10,225 คน และอื่นๆ 11,875 คน ในผู้ที่อายุ 50 ปีขึ้นไป ติดตาม 2-8 ปี พบว่าในกลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์เล็กน้อยถึงปานกลางจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์, ภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือด และสมองเสื่อมชนิดอื่นๆ 0.72, 0.75 และ 0.74 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เทียบกับผู้ไม่ดื่มตามลำดับ และไม่มีนัยสำคัญต่อความเสี่ยงของสมองเสื่อม (cognitive decline)
- Peters (2008) (37) รวบรวมงานวิจัยอย่างมีระบบ (systematic review) งานวิจัย 23 เรื่อง ศึกษาในประชากรอายุมากกว่าเท่ากับ 65 ปี ประเทศฟินแลนด์ ติดตาม 1-25 ปี พบว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณน้อยมีความเสี่ยงในการเกิดสมองเสื่อม และโรคอัลไซเมอร์ เท่ากับ 0.63 และ 0.57 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับผู้ไม่ดื่ม แต่ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง และความเสื่อมของสมอง 0.82 และ 0.89 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่ดื่มอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

6. การบาดเจ็บทางศีรษะ (Head injury)

พบการศึกษาทั้งหมด 2 เรื่อง ดังนี้

- Plassman (2000) (38) ศึกษาแบบสำรวจในประชากรทหารผ่านศึกชายจำนวน 1,776 คน (World War II Navy and Marine veterans) ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลประเทศสหรัฐอเมริกา ติดตาม 52 ปี พบว่ากลุ่มที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง และรุนแรงจะมีความเสี่ยงต่อโรคอัลไซเมอร์ 2.32 และ 4.51 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มไม่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะตามลำดับ
- Fleminger (2003) (39) รวบรวมงานวิจัยอย่างมีระบบ (systematic review) การศึกษาเรื่อง systematic review 15 case-control พบว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะจะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคอัลไซเมอร์ 1.58 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งเพศชายและหญิง แต่มีเพียง 1 รายงานที่พบความสัมพันธ์เฉพาะเพศชายเท่านั้น คือจะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคอัลไซเมอร์ 2.29 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเพศชาย และในเพศหญิง 0.91 เท่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

7. กิจกรรมทางความคิด (Cognitive activities)

พบการศึกษาทั้งหมด 9 เรื่อง ดังนี้

- Verghes (2003) (21) ศึกษาแบบสำรวจในประชากรอายุระหว่าง 75-85 ปี จำนวน 469 คน ติดตามเฉลี่ย 5.1 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา สอบถามกิจกรรมยามว่างแบบต่างๆ รวมทั้งกิจกรรมทางความคิด, กิจกรรมทางกายภาพ และสอบถามความถี่ในการทำกิจกรรม พบว่าผู้ที่มีกิจกรรมอ่านหนังสือ และเล่นเกมส์ จะลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ โดยทุก 1 คะแนนที่เพิ่มขึ้นของการมีกิจกรรมทางความคิดจะลดความเสี่ยงในการเกิดสมองเสื่อมลงได้ 0.93 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- Willis (2006) (40) ศึกษาแบบทดลองในประชากรจำนวน 2,832 คน อายุเฉลี่ย 73.6 ปี ติดตามเป็นเวลา 5 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา แบ่งเป็น 4 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลองได้รับการฝึก 10 ครั้ง โดยกลุ่ม 1 ฝึกเกี่ยวกับความจำ (memory training) กลุ่ม 2 ฝึกการใช้เหตุผล (reasoning) กลุ่ม 3 ฝึกความเร็วในการดำเนินงาน (speed of processing) และมีการฝึกต่อเนื่องที่ 11 และ 35 เดือน เทียบกับกลุ่มไม่ได้ฝึก พบว่าในกลุ่มทดลองสามารถคงระดับความสามารถของสมองที่ได้รับการฝึกตลอด 5 ปี ได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึก
- Wilson (2007) (41) ศึกษาแบบสำรวจในประชากรจำนวน 700 คน ติดตาม 5 ปี โดยเริ่มการวิจัยถามกิจกรรมทางความคิดในอดีต 30 ข้อ และปัจจุบัน 9 ข้อ และหลังจากนั้นประเมินทุกปี โดยให้คะแนนในแต่ละข้อ 1-5 คะแนนตามความถี่ พบว่ากลุ่มที่มีกิจกรรมทางความคิดมากจะลดความเสี่ยงต่อโรคอัลไซเมอร์ 0.58 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในคนที่มีกิจกรรมทางความคิดน้อยจะมีโอกาส

เกิดโรคอัลไซเมอร์มากกว่าคนที่มึ่กิจกรรมทางความคิดมาก 2.6 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

■ Valenzuela (2009) (42) รวบรวมงานวิจัยอย่างมีระบบ (systematic review) โดยมีงานวิจัยแบบทดลอง 7 เรื่อง ศึกษาในประชากรสูงอายุที่มีสุขภาพดี 3,194 คน โดยมีกิจกรรมทางความคิดต่างๆ เช่น การฝึกโดยคอมพิวเตอร์ (computer-based training) และ ฝึกความจำโดยกระดาษและปากกา (paper and pencil training on memory) ระยะเวลาฝึกตั้งแต่ 8 เดือน ถึง 72 เดือนพบว่ากลุ่มที่มีการฝึกจะมีคะแนนที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกเท่ากับ 1.07 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

■ Yaffe (2009) (25) ศึกษาแบบสำรวจในประชากร 2,509 คน อายุระหว่าง 70-79 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา ติดตาม 8 ปี พบว่า กลุ่มที่เรียนหนังสือสูงกว่าชั้นมัธยมปลาย และอ่านออกเขียนได้มากกว่าระดับ 9 จะลดความเสี่ยงในความเสื่อมลงของสมองได้ 2.75 และ 4.85 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่เรียนหนังสือต่ำกว่าชั้นมัธยมปลาย และอ่านออกเขียนได้ต่ำกว่าระดับ 9 ตามลำดับ

■ Karp (2009) (43) ศึกษาแบบสำรวจในประชากรจำนวน 931 คน อายุมากกว่า 75 ปี ติดตามไป 6 ปี ในประเทศสวีเดน พบว่ากลุ่มที่ทำงานมีความซับซ้อนจะมีความเสี่ยงต่อสมองเสื่อมต่ำกว่ากลุ่มที่ทำงานไม่ซับซ้อน 0.88 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อควบคุมปัจจัยด้านการศึกษาผู้ที่ทำงานซับซ้อนจะลดความเสี่ยงได้เช่นกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และในผู้ที่มีการศึกษาต่ำการมีงานที่มีความซับซ้อนจะลดความเสี่ยงต่อสมองเสื่อมได้ 0.52 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับผู้ที่มีการศึกษาต่ำแต่ไม่ได้ทำงานซับซ้อน

■ Ritchie (2010) (31) ศึกษาแบบสำรวจในประชากร 1,433 คน อายุมากกว่า และเท่ากับ 65 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 72.5 ปี ในชุมชนประเทศฝรั่งเศส ติดตามเป็นเวลา 7 ปี พบว่าการมีความเฉลียวฉลาดแบบตกผลึก (crystallized intelligence) โดยวัดจากการทดสอบ The Neale adult reading test สามารถลดอุบัติการณ์ การเกิดภาวะสมองเสื่อม และลดการเสื่อมลงของสมองร้อยละ 18.11 อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ

■ Martin (2011) (44) รายงานใน The Cochrane Library รวบรวม 24 งานวิจัย แบบทดลอง ศึกษาในประชากรสุขภาพดีจำนวน 2,229 คน อายุเฉลี่ย 69.9 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ เนเธอร์แลนด์ ในกลุ่มทดลองจะได้รับการกระตุ้น ให้มีกิจกรรมทางความคิดแบบต่างๆ โดยสรุป การกระตุ้นจะแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่กระตุ้น 1. ด้านความคิด (cognitive domain) เช่น ความจำ (memory), ความสามารถของสมองระดับสูง (executive function) และสมาธิ (attention) 2. ด้านเสริมสร้างความสามารถ (create ability) ระยะเวลาฝึกตั้งแต่ 1 วันถึง 2 ปี พบว่า ความจำฉับพลันเกี่ยวกับคำพูด และความจำเมื่อเวลาผ่านไปเกี่ยวกับ คำพูด (immediate and delayed verbal recall) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่ม ทดลอง

8. กิจกรรมทางสังคม (Social activities)

พบการศึกษาทั้งหมด 4 เรื่อง ดังนี้

- Scarmeas (2001) (45) ศึกษาแบบสำรวจในประชากรจำนวน 1,772 คน มีอายุมากกว่าเท่ากับ 65 ปี ในชุมชนประเทศสหรัฐอเมริกา ติดตามเป็นเวลา 7 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยการติดตาม 2.9 ปี โดยสอบถามโดยให้ตอบเองว่าในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มีกิจกรรม 13 กิจกรรมต่างๆที่สำรวจบ้างหรือไม่ เช่น เยี่ยมเพื่อน หรือญาติ, เป็นอาสาสมัครในชุมชน และไปโบสถ์ หรือมีกิจกรรมทางศาสนา พบว่าประชากรที่มีกิจกรรมในเวลาว่างมากจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคอัลไซเมอร์ ลดลง 0.62 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับประชากรที่มีกิจกรรมในเวลาว่างน้อย
- Karp (2006) (46) ศึกษาแบบสำรวจในประชากรจำนวน 776 คนในประเทศสวีเดน อายุมากกว่าเท่ากับ 75 ปี ซึ่งไม่มีความจำเริญในช่วง 3 ปีแรก และได้รับการติดตามไป 3 ปี สอบถามกิจกรรมยามว่าง และกำหนดคะแนนในหัวข้อกิจกรรมทางความคิด, กิจกรรมทางการเคลื่อนไหว และกิจกรรมทางสังคมให้แต่ละกิจกรรม โดยคะแนนมากสุดในแต่ละหัวข้อคือ 3 คะแนน เช่น กิจกรรมยามว่างร้องเพลง มีคะแนนด้านกิจกรรมทางความคิด 2 คะแนน, ด้านกิจกรรมทางการเคลื่อนไหว 1 คะแนน และ ด้านกิจกรรมทางสังคม 2 คะแนน พบว่า กลุ่มที่มีคะแนนกิจกรรมทางความคิดสูง, กิจกรรมทางการเคลื่อนไหวสูง และกิจกรรมทางสังคมสูง จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมลดลงเท่ากับ 0.71, 0.61 และ 0.68 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีคะแนนกิจกรรมต่ำตามลำดับ และในกลุ่มที่มีคะแนนสูงทั้ง 3 ด้าน หรือ 2 ด้านจะมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมลดลงเท่ากับ 0.53 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีคะแนนกิจกรรมต่ำ

- Wilson (2007) (47) ศึกษาแบบสำรวจในประชากรสูงอายุจำนวน 792 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา ติดตามเป็นระยะเวลา 4 ปี พบว่า ความเสี่ยงในการเกิดโรคอัลไซเมอร์เพิ่มขึ้น 2 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มที่อยู่โดดเดี่ยว (loneliness) เทียบกับกลุ่มที่ไม่โดดเดี่ยว และในผู้ที่โดดเดี่ยวจะมีความสามารถของสมองที่ต่ำกว่าตั้งแต่เริ่มการวิจัย และจะเสื่อมลงมากกว่าผู้ที่ไม่โดดเดี่ยวเมื่อติดตามในงานวิจัย
- Crooks (2008) (48) ศึกษาแบบสำรวจในประชากรจำนวน 2,249 คน อายุมากกว่าเท่ากับ 78 ปี ติดตามไป 5 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า กลุ่มที่มีเครือข่ายทางสังคม (social network) สูงจะมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมลดลงเท่ากับ 0.74 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีเครือข่ายทางสังคมต่ำ

9. โรค (Diseases)

พบการศึกษาทั้งหมด 9 เรื่อง แบ่งตามชนิดของโรค ดังนี้

ความดันโลหิตสูง

พบรายงานการศึกษา 3 ฉบับ ได้แก่

- McGuinness (2009) (49) รายงานใน The Cochrane Library มี 10 งานวิจัย แบบทดลองที่ศึกษาในกลุ่มประชากรความดันโลหิตสูง 14,590 คน ถึงผลของยา รักษาโรคความดันโลหิตสูงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม แต่มีการหยุดการวิจัยก่อน กำหนดเนื่องจากภาวะไม่พึงประสงค์ มีรายละเอียดการวิจัยดังนี้

- HYVET 2008 รวบรวมประชากรจาก 195 แห่งใน 13 ประเทศครอบคลุม ยุโรป, จีน, ออสเตรเลีย, ตุนิเซีย จำนวน 3,845 คน อายุมากกว่าเท่ากับ 80 ปี อายุเฉลี่ย 83.6 ปี ความดันเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมการวิจัยทำนอง 173/90 mmHg โดยกลุ่มทดลองได้รับประทานยา indapamide SR และ perindopril วางแผน ศึกษา 5 ปี แต่หยุดการศึกษาที่กำหนดมีระยะเวลาติดตามเฉลี่ย 1.8 ปี

- SCOPE 2003 ศึกษาในประชากรจำนวน 4,964 คน อายุ 70-89 ปี อายุ เฉลี่ย 76.4 ปี จากยุโรป, แคนาดา, อเมริกา และอิสราเอล กลุ่มทดลองได้ รับประทานยา candesartan และ hydrochlorothiazide วางแผนศึกษา 5 ปีแต่หยุดการศึกษาที่กำหนดมีระยะเวลาติดตามเฉลี่ย 44.6 เดือน

- SHEP 1991 ศึกษาในประชากรจำนวน 4,736 คน ซึ่งมีเอเชียร้อยละ 4.3 อายุ 60-80 ปี อายุเฉลี่ย 71.6 ปี จากประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มทดลองได้รับประทานยา chlorthalidone, atenolol และ reserpine วางแผนศึกษา 5 ปี แต่หยุดการศึกษาที่กำหนดมีระยะเวลาติดตามเฉลี่ย 4.5 ปี
- Syst Eur 1997 ศึกษาในประชากรจำนวน 4,695 คน อายุมากกว่าเท่ากับ 60 ปี อายุเฉลี่ย 70.3 ปี จาก 23 ประเทศในยุโรป ส่วนมากจากประเทศฟินแลนด์, บัลแกเรีย, รัสเซีย, เบลเยียม, อิตาลี, อิสราเอล, อังกฤษ, เอสโตเนีย, ลิทัวเนีย, สเปน, โปแลนด์ และโรมาเนีย กลุ่มทดลองได้รับประทานยา nitrendipine, enalapril และ hydrochlorothiazide วางแผนศึกษา 5 ปี แต่หยุดการศึกษาที่กำหนดมีระยะเวลาติดตามเฉลี่ย 2 ปี

สรุปผลจากข้อมูลเท่าที่ได้รายงานในการวิจัยพบว่าชนิดของยารักษาความดันโลหิตสูงต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และการวิจัยหยุดก่อนกำหนดเนื่องจากมีภาวะไม่พึงประสงค์ในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับยารักษาความดันโลหิตสูง

- Peila (2006) (50) ศึกษาแบบสำรวจในประชากรชายจำนวน 1,294 คนที่มีความดันโลหิตสูง จากประชากรชาวญี่ปุ่นที่ย้ายไปอยู่ประเทศสหรัฐอเมริกา (Honolulu Asia Aging Study on Japanese American) อายุเฉลี่ยเมื่อวิเคราะห์ข้อมูล 76.7 ปี เมื่อติดตามไป 6 ปี พบว่า ในแต่ละปีที่รักษาความดันโลหิตสูงจะลดการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ 0.94 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่รักษา และ ในกลุ่มที่รักษามากกว่า 12 ปีจะมีความเสี่ยงลดลงต่อภาวะสมองเสื่อม และ โรคอัลไซเมอร์ เทียบกับกลุ่มที่ไม่รักษา 0.40 และ 0.35 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ และในกลุ่มไม่เกิดสมองเสื่อมและรักษาความดันโลหิตสูงมา

5-12 ปี จะมีการเสื่อมลงของคะแนนความสามารถของสมอง (Cognitive Abilities Screening Instrument) น้อยกว่ากลุ่มที่เป็นความดันโลหิตสูงแล้วไม่รักษา

- Haag (2009) (51) ศึกษาแบบสำรวจในประชากรจำนวน 6,249 คน อายุเฉลี่ย 68.4 ปี ในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่า ในแต่ละปีที่รักษาความดันโลหิตสูงจะลดการเกิดภาวะสมองเสื่อมลง 0.95 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รักษา โดยในผู้ที่อายุน้อยกว่าเท่ากับ 75 ปีจะมีความเสี่ยงต่อสมองเสื่อมลดลงต่อปีร้อยละ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในผู้ที่อายุมากกว่า 75 ปีจะมีความเสี่ยงต่อสมองเสื่อมลดลงต่อปีร้อยละ 4 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และความสัมพันธ์คล้ายกันเมื่อวิเคราะห์ต่อโรคอัลไซเมอร์ ไม่มีความแตกต่างกันเมื่อวิเคราะห์ผลของยารักษาแต่ละชนิด

เบาหวาน

พบการศึกษา 4 เรื่องได้แก่

- Evans (2003) (52) รายงานใน The Cochrane Library ถึงการประเมินรูปแบบการรักษาเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ต่างกัน มีผลต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างไร รวบรวมงานวิจัยแบบทดลอง 5 เรื่อง แต่ทุกงานวิจัยไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของผู้วิจัย จึงยังไม่สามารถสรุปข้อมูลได้
- Whitmer (2009) (53) ศึกษาแบบสำรวจย้อนหลัง (retrospective cohort study) ในประชากรเบาหวาน 16,667 คน อายุเฉลี่ยเมื่อเข้าวิจัย 65 ปีในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นเวลา 27 ปี (ศึกษาในปี ค.ศ. 1982-2002) ศึกษาการเกิดน้ำตาลต่ำต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยภาวะน้ำตาลต่ำคือได้รับการวินิจฉัยโดย International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) จากแผนกฉุกเฉิน และ ประวัติจากเวชระเบียนของผู้ป่วยใน พบว่าการเกิดน้ำตาลต่ำจะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยกลุ่มที่มีภาวะน้ำตาลต่ำ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 1.26, 1.80 และ 1.94 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และความแตกต่างของการเสี่ยง (attributable risk) ต่อภาวะสมองเสื่อมเมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีภาวะน้ำตาลต่ำคือร้อยละ 2.39 ต่อปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- Lu (2009) (54) รวบรวมงานวิจัยอย่างมีระบบ (systematic review) งานวิจัย 15 เรื่อง ในประชากร จำนวน 61,830 คน อายุมากกว่า 65 ปี ติดตาม 2-12.7 ปี พบว่า กลุ่มที่เป็นเบาหวานมีการเสื่อมลงของสมองมากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นเบาหวาน 1.47 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความเสี่ยงต่อโรคอัลไซเมอร์ และภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดมากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นเบาหวาน 1.39 และ 2.38 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ

- Ritchie (2010) (31) ศึกษาแบบสำรวจในประชากร 1,433 คน อายุมากกว่าเท่ากับ 65 ปี อายุเฉลี่ย 72.5 ปี ในชุมชนประเทศฝรั่งเศส ติดตามเป็นเวลา 7 ปี พบว่าการเป็นเบาหวานจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 4.88 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เป็นเบาหวาน

ไขมันในเลือดสูง

พบการศึกษาเชิงอนุमानจำนวน 1 เรื่อง

- Anstey (2008) (55) รวบรวมงานวิจัยจำนวนมาก (meta-analysis) 18 เรื่อง โดยมีประชากร จำนวน 30,475 คน ติดตาม 3-29 ปี พบว่ากลุ่มที่มีไขมันโคเลสเตอรอลสูงในวัยกลางคน (midlife) สูงเกินเกณฑ์มีความเสี่ยงสูงอย่างมีนัยสำคัญในการเกิดภาวะสมองเสื่อม และโรคอัลไซเมอร์มากกว่ากลุ่มที่ปกติ แต่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างไขมันโคเลสเตอรอลสูงในวัยสูงอายุ (late-life) กับภาวะสมองเสื่อม และโรคอัลไซเมอร์ และไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการมีไขมันโคเลสเตอรอลสูงทั้งในวัยกลางคน และวัยสูงอายุ กับภาวะสมองเสื่อม

น้ำหนักเกิน อ้วน และอ้วนลงพุง

พบการศึกษา 3 เรื่องได้แก่

- Luchsinger (2009) (56) รวบรวมงานวิจัยจำนวนมาก (meta-analysis) 4 เรื่อง ในประชากรวัยกลางคน และวัยสูงอายุระยะต้น (younger elderly) จำนวน 9,638 คน ติดตาม 9-36 ปี พบว่ากลุ่มที่มีดัชนีมวลรวมของร่างกาย (body mass index) เกินเกณฑ์ ซึ่งบ่งบอกว่ามี ไขมันส่วนเกินที่สะสมในร่างกาย (high adiposity) จะมีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคอัลไซเมอร์ มากกว่ากลุ่มที่มีดัชนีมวลรวมของร่างกายปกติ
- Xu (2011) (57) ศึกษาแบบสำรวจในกลุ่มที่ป่วย และกลุ่มปกติ (case-control study) ในประชากรฝาแฝดจำนวน 8,534 คน มีอายุมากกว่าเท่ากับ 65 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 74.4 ปี ในชุมชนประเทศสวีเดน พบว่า น้ำหนักเกินในวัยกลางคน และอ้วนในวัยกลางคนเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม 1.71 และ 3.88 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่น้ำหนักไม่เกิน
- Raffaitin (2011) (58) ศึกษาแบบสำรวจในประชากร 7,087 คน มีอายุมากกว่าเท่ากับ 65 ปี อายุเฉลี่ย 73.5 ปี ในชุมชนประเทศฝรั่งเศส เป็นเวลา 4 ปี โดยประชากร 1,121 คน หรือ ร้อยละ 15.8 มีภาวะอ้วนลงพุง (metabolic syndrome) พบว่า กลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงมีความเสื่อมลงของสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น
 - คะแนน Mini-Mental State Examination (MMSE) ซึ่งเป็นการวัดประสิทธิภาพโดยรวมของสมอง ต่ำลง 1.22 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง

- คะแนน Benton Visual Retention Test (BVRT) ซึ่งแสดงถึงการทำงานขั้นสูงของสมอง (executive function) ต่ำลง 1.13 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง
- Isaacs Set Test (IST) ซึ่งแสดงถึงความจำระยะยาวแบบจำความหมาย (semantic memory) ต่ำลง 1.11 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง

โดยปัจจัยของกลุ่มเมตาบอลิคที่มีผลต่อการลดลงของคะแนน MMSE ได้แก่ ไขมันไตรกลีเซอไรด์สูงจะมีคะแนนที่ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไขมันไตรกลีเซอไรด์ปกติ 1.13 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มที่มีไขมันชนิดเอชดีแอลต่ำ (HDL-C) จะมีคะแนนที่ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไขมันไตรกลีเซอไรด์ปกติ 1.20 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรคเรื้อรังที่มีผลต่อการทำงานของสมอง

พบการศึกษา 2 เรื่อง ได้แก่

- Schillerstrom (2005) (59) รวบรวมงานวิจัยอย่างมีระบบ (systematic review) โดยมีงานวิจัยแบบทดลอง 21 เรื่อง ประชากรจำนวน 6,655 คน พบว่าการมีโรคประจำตัวเรื้อรังต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, โรคไต, โรคปอด, โรคหัวใจและหลอดเลือด มีผลต่อการทำงานของสมองระดับสูง (executive function)
- Royall (2005) (60) ศึกษาแบบสำรวจในประชากรจำนวน 547 คน อายุมากกว่าเท่ากับ 70 ปี ติดตาม 3 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การทำงานของสมองระดับสูง (executive function) ที่แย่งลง จะมีผลต่อกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (instrumental activities of daily living) ที่แย่งลง (correlation coefficient (r) = -0.52, $p < .001$) และได้รายงานสรุปจากการประชุมสมาคมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาประสาทจิตเวชสหรัฐอเมริกาด้วย (61)

โรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้า (Depression)

พบการศึกษาทั้งหมด 5 เรื่อง ดังนี้

- Jorm (1991) (62) รวบรวมการศึกษาแบบสำรวจในกลุ่มที่ป่วย และกลุ่มปกติ (case-control study) 11 งานวิจัย ในประชากรจำนวน 3,567 คน โดยเป็นกลุ่มป่วย จำนวน 1,710 คน กลุ่มปกติจำนวน 1,857 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา, ออสเตรเลีย, ฟินแลนด์, อิตาลี และเนเธอร์แลนด์ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยซึมเศร่าก่อนได้รับการวินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์ภายใน 10 ปี มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.60 เท่าอย่างไม่มีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มปกติ และในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยซึมเศร่าก่อนได้รับการวินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์มากกว่า 10 ปี มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.92 เท่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มปกติ ประวัติการได้รับยาต้านการซึมเศร่า (anti-depressant) และการมีเหตุการณ์ความเครียด คือ สามีหรือภรรยาเสียชีวิต, ลูกเสียชีวิต และหย่าร้าง ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- Green (2003) (63) ศึกษาแบบสำรวจภาพตัดขวาง (case-control study) ในประชากรสุขภาพดีจำนวน 4,046 คน โดยกลุ่มผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 1,953 คน และประชากรปกติจำนวน 2,093 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมีอายุเฉลี่ยในกลุ่มโรคอัลไซเมอร์ 70.3 ปี ในกลุ่มควบคุม 70.1 ปี พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร่า และโรคอัลไซเมอร์ 2.13 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะอาการซึมเศร่าเกิดภายใน 1 ปี, มากกว่า 1 ปี และมากกว่า 25 ปี ก่อนการวินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์มีความสัมพันธ์มากเป็น 4.57, 1.38 และ 1.71 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ

- Schillerstrom (2008) (64) ตีพิมพ์บทความสรุปจากการรวบรวมงานวิจัยจำนวน 20 ฉบับ ในผู้สูงอายุที่มีซึมเศร้ากับการไร้ความสามารถ (Disability) พบว่ามี 12 งานวิจัยที่ได้วัดความสามารถของสมอง (cognition) และมี 6 งานวิจัยที่รายงานว่าความสามารถของสมอง (cognition) เป็นความเสี่ยงที่อิสระต่อการเสื่อมลงของการทำงานของร่างกาย (functional decline) ในผู้ที่ซึมเศร้า
- Ritchie (2010) (31) ศึกษาแบบสำรวจในประชากร 1,433 คน อายุมากกว่าเท่ากับ 65 ปี อายุเฉลี่ย 72.5 ปี ในชุมชนประเทศฝรั่งเศส ติดตามเป็นเวลา 7 ปี พบว่าการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 10.31 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
- Royall (2011) (65) ศึกษาแบบสำรวจในประชากรที่เป็นผู้สูงอายุเกษียณจำนวน 547 คน มีอายุมากกว่าเท่ากับ 70 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 77.9 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา ติดตามเป็นเวลา 3 ปี พบว่า การซึมเศร้ามีผลต่อความเร็วของทักษะพิสัยและสมาธิ (psychomotor speed and attention) จากการศึกษาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Geriatric Depression Scale) เมื่อติดตามในการเปลี่ยนแปลงของการทดสอบของสมอง Trail A โดยมีการควบคุมการเปลี่ยนแปลงของการทดสอบของสมอง Trail B อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (estimate 2.088, SE=1.089, p=0.055)

10. แนวทางและข้อสรุปจากผู้เชี่ยวชาญ (Guidelines and Consensuses)

พบข้อสรุปและแนวทางปฏิบัติจาก 5 หน่วยงาน ซึ่งสามารถสรุปรวมกับฐานข้อมูล The Cochrane Library ได้ดังตารางที่ 1 โดยมีรายละเอียดของแต่ละแนวทางปฏิบัติดังต่อไปนี้

10.1 ข้อสรุปจากผู้เชี่ยวชาญจากประเทศสหรัฐอเมริกาใน NIH Consensus Development Conference Statement on Preventing Alzheimer's Disease and Cognitive Decline (2010) [66]

- สารอาหาร และอาหาร (nutritional and dietary factors): ยังไม่มีรายงานว่าอาหาร หรือสารอาหารแบบใดที่ป้องกันได้ชัดเจน แต่บางรายงานว่าการรับประทานโอเมก้า 3 (longer chain omega-3 fatty acids) สามารถป้องกันได้ แต่วิตามินบี, วิตามินอี, วิตามินซี, โปแทสเซียม, วิตามินโฟเลต และเบต้าแคโรทีน ได้ผลไม่ชัดเจน การรับประทานไขมันอิ่มตัวต่ำ (low saturated fat) และผักมาก เช่น อาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียนยังมีข้อมูลน้อย
- โรคต่างๆ: บางรายงานพบว่าความดันสูง และเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงต่อสมองเสื่อม แต่ยังมีหลักฐานไม่ชัดเจน แต่ภาวะอ้วนลงพุง (metabolic syndrome) เพิ่มความเสี่ยงอย่างชัดเจน ส่วนนอนแล้วหยุดหายใจ (sleep apnea), การบาดเจ็บทางสมอง (traumatic brain injury), อ้วน (obesity) ยังสรุปไม่ได้

- โรคทางจิตและอารมณ์ (psychological and emotional health): โรคซึมเศร้า (depression) และอาการซึมเศร้า (depressive symptoms) เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะการเสื่อมลงของสมองเล็กน้อย (mild cognitive impairment) และ ความสามารถของสมองที่เสื่อมลง (cognitive decline) อย่างชัดเจน
- ยา (medications): ไม่มีข้อมูลว่ายาดังกล่าวป้องกันได้ เช่น ยาลดไขมัน (statins), ชนิดของยาลดความดันโลหิตสูง (antihypertensive medication), ยาต้านการอักเสบ (anti-inflammatory drugs), ยารักษาภาวะสมองเสื่อม เช่น โรคอัลไซเมอร์ (cholinesterase inhibitors and memantin)
- ปัจจัยด้านสังคม และเศรษฐกิจ (socioeconomic factors): สถานะสังคม และเศรษฐกิจในวัยเด็ก (childhood socioeconomic status) และจำนวนปีของการศึกษา (years of education) ไม่มีหลักฐานยืนยันชัดเจนที่จะสรุปได้
- กิจกรรมทางสังคม และความคิด (social and cognitive engagement): กิจกรรมทางความคิดในวัยสูงอายุ จะช่วยชะลอการเสื่อมของสมองได้ และลดความเสี่ยงในภาวะการเสื่อมลงของสมองเล็กน้อย (mild cognitive impairment) แต่ยังมีหลักฐานยืนยันไม่ชัดเจน
- กิจกรรมทางกายภาพ และกิจกรรมยามว่าง (physical activity and other leisure activities): รายงานเบื้องต้นพบว่าอาจช่วยป้องกันสมองเสื่อมได้ แต่ยังไม่มีการวิจัยแบบสุ่มในการทดลอง (randomized controlled trial) ยืนยัน

- การสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ (tobacco and alcohol use): การสูบบุหรี่ทำให้สมองเสื่อมลงชัดเจน แต่ยังไม่สรุปได้ในคนที่มีประวัติเคยสูบบุหรี่ และการดื่มสุราสรุปไม่ได้ชัดเจน

10.2 ข้อสรุปจากผู้เชี่ยวชาญจากประเทศแคนาดา ใน Third Canadian Consensus Conference on Diagnosis and Treatment of Dementia (2007) [67]

ได้สรุประดับของความน่าเชื่อถือของยา วิธีการต่างๆ ตามหลักฐานทางวิชาการ เป็น 4 ระดับดังนี้

10.2.1 มีหลักฐานเพียงพอที่จะสนับสนุน

- ควรรักษาความดันโลหิตสูงเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะทำให้ความเสี่ยงต่อสมองเสื่อมลดลงด้วย

10.2.2 ถึงแม้ว่าหลักฐานสนับสนุนยังไม่มากพอ แต่ควรแนะนำ

- อาหารที่มีประโยชน์ (healthy diet) คือ เพิ่มรับประทานปลา, ลดอาหารไขมันสูง, ดื่มไวน์ในปริมาณปานกลาง (moderate consumption of wine)
- ควรมีแผน หรือกลยุทธ์ต่างๆ ที่จะส่งเสริม สนับสนุนให้มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง
- ควรมีการรณรงค์ ให้ความรู้ หรือกลยุทธ์ต่างๆ เรื่องการลดการบาดเจ็บร้ายแรงที่ศีรษะ

10.2.3 ยังไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะสนับสนุนหรือคัดค้านว่าจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดสมองเสื่อมได้

- ยาหรือวิตามินดังต่อไปนี้ คือ ยาต้านการอักเสบ (anti-inflammatory drugs), แอสไพริน, ยาลดไขมัน (statins), วิตามินอี และวิตามินซี
- การมีกิจกรรมทางกาย และการมีกิจกรรมทางจิต ความคิด (Higher levels of physical and mental activity)
- การรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes), ไขมันสูง (hyperlipidemia) และโฮโมซิสเตอีนในเลือดสูง

10.2.4 หลักฐานเพียงพอที่จะคัดค้าน

- วิตามินอีขนาดสูง คือ มากกว่าเท่ากับ 400 หน่วยต่อวัน เนื่องจากอัตราการตายเพิ่มขึ้น
- การใช้ฮอร์โมนทดแทนเพศหญิง (hormone replacement therapy) เพื่อการป้องกันโรคสมองเสื่อม

10.3 แนวทางปฏิบัติจากกลุ่มประเทศยุโรป ใน EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease (2010) [68]

10.3.1 ยังไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนเพียงพอในการให้คำแนะนำแบบเฉพาะเจาะจง แต่มีหลายงานวิจัยพบว่า ปัจจัยที่อาจจะเพิ่มความเสี่ยงมีดังนี้

- ปัจจัยที่เกี่ยวกับหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง, สูบบุหรี่ และเบาหวาน
- การบาดเจ็บทางศีรษะ

ปัจจัยที่อาจจะลดความเสี่ยงมีดังนี้

- ยาด้านการอักเสบ (anti-inflammatory drugs)
- ระดับการศึกษาที่สูง
- การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์
- การมีกิจกรรมทางกาย
- การมีกิจกรรมทางสังคม และทางความคิด

10.3.2 หลักฐานเพียงพอที่จะคัดค้าน

- การใช้ฮอร์โมนทดแทนเพศหญิง (hormone replacement therapy) เพื่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม
- ยาลดไขมัน (statins) ไม่ได้ประโยชน์ในการลดความเสี่ยงของการเกิดโรค

10.4 แนวทางปฏิบัติจากประเทศออสเตรเลีย ใน Dementia Risk Reduction: A Practical Guide for General Practitioner (2010) [69]

แบ่งคำแนะนำตามความเสี่ยงดังนี้

ความเสี่ยงจากโรคเรื้อรัง (chronic disease risk factors)

- ไม่ควรดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไปจะเพิ่มความเสี่ยง ควรดื่มในปริมาณที่น้อย หรือปานกลางเท่านั้น
- อ้วนในวัยกลางคนจะเพิ่มความเสี่ยง
- อาหารที่ไขมันอิ่มตัวต่ำ ผัก และผลไม้ที่มีสารต้านอนุมูลอิสระมาก (antioxidant) จะช่วยลดความเสี่ยง สิ่งใดที่ดีกับหัวใจก็จะดีกับสมอง
- การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ในวัยกลางคน และวัยสูงอายุจะช่วยลดความเสี่ยง แม้ว่าการออกกำลังกายอย่างง่าย เช่นการเดินก็ยิ่งพิสูจน์ว่ามีประโยชน์
- การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยง แต่เมื่อหยุดสูบบุหรี่ก็จะลดความเสี่ยงได้

ความเสี่ยงจากโรคหลอดเลือด (vascular risk factors)

- ความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะในวัยกลางคนจะเพิ่มความเสี่ยง มีหลายงานวิจัยที่แสดงว่าการรักษาความดันโลหิตสูงจะลดความเสี่ยง
- ไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะในวัยกลางคนจะเพิ่มความเสี่ยงต่อสมองเสื่อม โดยเฉพาะโรคอัลไซเมอร์
- เบาหวานเพิ่มความเสี่ยงต่อสมองเสื่อม ทั้งชนิดโรคอัลไซเมอร์ และสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง

ความเสี่ยงจากจิตใจ และสังคม (psychosocial factors)

- ผู้ที่เป็นซึมเศร้า หรือ มีอาการซึมเศร้ามาก จะเพิ่มความเสี่ยง
- กิจกรรมทางความคิดจะลดความเสี่ยง และในผู้ที่มีการศึกษาสูง มีอาชีพหรือกิจกรรมที่ต้องใช้ความคิด (mentally demanding occupations or participation in mentally challenging leisure activities) จะลดความเสี่ยง
- การเข้าสังคม (socially active) ลดความเสี่ยง

ความเสี่ยงอื่นๆ (other risk factors)

- การเกิดอุบัติเหตุทางศีรษะที่หมดสติจะเพิ่มความเสี่ยง

10.5 แนวทางปฏิบัติจากประเทศอังกฤษใน Dementia: the NICE–SCIE guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care (2011) [70]

ในปัจจุบันยังไม่มีกลยุทธ์ทางสาธารณสุขที่เป็นระบบ (systematic public-health strategy) ของการป้องกันในประเทศอังกฤษ จากรายงานสรุปได้ว่า

- ไม่ควรใช้ยา และวิตามินต่าง ๆ ดังนี้ เนื่องจากยังไม่มีรายงานว่ามียาที่มีประโยชน์ชัดเจน ได้แก่ ยาลดไขมัน (statins), ฮอร์โมนทดแทนเพศหญิง (hormone replacement therapy), วิตามินอี และยาต้านการอักเสบ (non-steroidal anti-inflammatory drugs)
- การดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไปเพิ่มความเสี่ยงต่อสมองเสื่อม ดังนั้นไม่ควรดื่มมากเกินไป 14 หน่วยต่ออาทิตย์สำหรับผู้หญิง และ 21 หน่วยต่ออาทิตย์สำหรับผู้ชาย
- สูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม
- โรคอ้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อสมองเสื่อม แต่ยังไม่มียานวิจัยที่ลดความอ้วนทำให้ลดความเสี่ยงต่อสมองเสื่อม
- ความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะวัยกลางคนเพิ่มความเสี่ยงต่อสมองเสื่อม แต่ยังไม่มียานวิจัยที่เชื่อมโยงว่าการลดความดัน หรือ ยาลดความดันช่วยลดสมองเสื่อม
- ไขมันสูงเพิ่มความเสี่ยงในบางงานวิจัย และยังไม่มียานวิจัยที่ระบุว่าการรักษาไขมันสูงด้วยยา (statins) สามารถลดความเสี่ยงได้
- การบาดเจ็บที่ศีรษะเพิ่มความเสี่ยงในบางงานวิจัย
- ระดับโฮโมซิสเตอีนสูงเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

- ซึ่มเศร่าเพิ่มความเสียงต่อสมองเสื่อม แต่ยังไม่มิจานวิจัยที่ลดซึ่มเศร่าทำให้ลดความเสียงต่อสมองเสื่อม
- การออกกำลังกายลดความเสียงต่อสมองเสื่อม แต่ยังไม่มิจ้อมูลที่เพียงพอที่จะระบุได้ว่า การออกกำลังกายแบบใดที่จะเหมาะสม
- ระดับการศึกษาต่ำจะเพิ่มความเสียงต่อสมองเสื่อม มีหลายงานวิจัยรายงานว่าการมีกิจกรรมทางสมองสามารถป้องกันสมองเสื่อม แต่ยังไม่มิจ้อมูลที่เพียงพอที่จะระบุได้ว่า กิจกรรมทางสมองแบบใดที่จะเหมาะสม



ข้อมูลในประเทศไทย

ในปัจจุบันมีเพียงแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (2551) (71) ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่สมองเสื่อมแล้ว แต่ยังไม่มิจานวิจัยหรือคำแนะนำในการป้องกันสมองเสื่อม ทั้งจากราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และจากการสืบค้นจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข วิทยานิพนธ์ไทย พบเพียง 2 วิทยานิพนธ์ที่ศึกษาในสัตว์ทดลอง ได้แก่ สารสกัดจากสมองหมู (CF1) (72) และการใช้สมุนไพร (73) จากการสืบค้นฐานข้อมูลงานวิจัย มหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่าเริ่มมีการศึกษาในคน โดยมีชื่อโครงการ คือ การศึกษาพัฒนาพรมมิเพื่อใช้เป็นสมุนไพรบำรุงความจำ อยู่ในการวิจัยระยะที่ 4 ยังไม่ได้รับตีพิมพ์ ส่วนการศึกษาในคนอื่น ๆ พบเพียงการศึกษาในผู้ป่วยสมองเสื่อม เช่น ความทุพพลภาพ การพยาบาลเชิงบำบัดโดยใช้ดนตรี การให้คำปรึกษา กลุ่มบำบัด แต่ยังไม่มิจานวิจัยในการป้องกันสมองเสื่อมในประชากรทั่วไป

1 = NIH Consensus and State-of-the-Science Statements, 2 = Third Canadian Consensus Conference on Diagnosis and Treatment of Dementia, 3 = EFNS guideline for the diagnosis and management of Alzheimer's disease, 4 = Dementia Risk Reduction: Alzheimer's Australia, 5 = NICE-SCIE guideline,
✓ = มีประโยชน์/แนะนำ (benefit/recommendation), ? = ไม่แน่ใจ/รอหลักฐานที่ชัดเจน (question),
X = ไม่มีประโยชน์/ไม่แนะนำ (no benefit/not recommend) ● = อันตราย (harmful)



ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในบางประการดังต่อไปนี้

- วิธีการวิจัย: การวิจัยในการป้องกันแบบปฐมภูมิ โดยเฉพาะพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ไม่สามารถวิจัยแบบทดลอง ซึ่งมีผลต่อแนวทางที่ต้องอ้างอิงตามน้ำหนักของหลักฐานการวิจัย
- กลุ่มประชากร: เนื่องจากการวิจัยส่วนใหญ่มาจากทวีปอเมริกา และยุโรป ซึ่งประชากรที่ศึกษามีเชื้อสายเอเชียจำนวนน้อยมาก ซึ่งอาจมีความแตกต่างกลุ่มประชากรไทย เช่น กรรมพันธุ์, พฤติกรรม และวัฒนธรรม
- ระยะเวลาการวิจัย: เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมมีระยะดำเนินโรคนาน โดยอาจมีพยาธิสภาพทางสมองโดยที่ไม่แสดงอาการ (preclinical stage) ดังนั้นการติดตามต้องใช้ระยะเวลานาน ซึ่งบางงานวิจัยมีการออกแบบระยะเวลาติดตามเก็บข้อมูลสั้นเกินไป หรือมีผลข้างเคียงทำให้ต้องหยุดก่อนกำหนด เช่น ยารักษาความดันโลหิตสูง และการวิจัยในปัจจุบันติดตามมากสุดในวัยกลางคน ยังไม่มีการวิจัยที่ติดตามตั้งแต่วัยเด็ก

- การคัดเลือกกลุ่มทดลอง และควบคุม: ในปัจจุบันยังไม่มีการค้นหากลุ่มที่มีพยาธิสภาพทางสมองโดยที่ไม่แสดงอาการ (preclinical stage) ซึ่งจะมีการดำเนินโรคเป็นสมองเสื่อมได้ ก่อนการวิจัย ดังนั้นจึงอาจไม่ได้ประชากรที่ปกติจริงๆ ทำให้มีผลต่อการวิเคราะห์ผล
- การเก็บข้อมูล: เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคที่เกิดจากหลายปัจจัย ร่วมกับการเกิดโรคร่วมปัจจัย และกลไกต่างๆที่ซับซ้อน ดังนั้นการเก็บข้อมูลในปัจจุบันต่างๆ อาจไม่ครบถ้วน โดยอาจมีบางปัจจัยที่ยังไม่ทราบแน่ชัดเป็นตัวกวนในการวิเคราะห์ผล และความถี่ในการเก็บข้อมูลอาจยังน้อยเกินไป โดยเฉพาะพฤติกรรมต่างๆ เช่น กิจกรรม, การออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ที่เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา
- การวิเคราะห์ และสรุปผล: ในปัจจุบันยังไม่ทราบถึงความเชื่อมโยงของปัจจัยต่างๆที่ชัดเจน เช่น ทราบถึงความสัมพันธ์ของการมีกิจกรรมต่อภาวะสมองเสื่อม แต่ไม่ทราบแน่ชัดว่าการมีกิจกรรมน้อยเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือคนไข้เริ่มมีอาการสมองเสื่อมส่งผลให้มีกิจกรรมน้อยลง



ข้อเสนอแนะในการกำหนดนโยบาย

ควรมีการรณรงค์ และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป, เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข และองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ตระหนักถึงวิธีการป้องกันระดับปฐมภูมิของภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม และควรสนับสนุนงานวิจัยในประเทศไทยโดยอ้างอิงจากหลักฐานดังนี้

1. **ควรทำ** คือ มีหลักฐานสนับสนุนชัดเจนจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การวิจัยทางคลินิก และการวิเคราะห์เชิงอนุมานของการวิจัยทางคลินิก (systematic review or meta-analysis of clinical trials or clinical trials)

- 1.1 ให้มีกิจกรรมทางความคิด (cognitive activities) นั่นคือสนับสนุนให้มีการกระตุ้นสมองจากกิจกรรมที่ใช้ความคิด และควรมีการวิจัยที่ศึกษาถึงรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับประชากรไทยต่อไป
- 1.2 ให้มีกิจกรรมทางกายภาพ (physical activities) แนะนำให้มีการออกกำลังกาย และมีการเคลื่อนไหวของร่างกายสม่ำเสมอ ส่งเสริมให้เดินออกกำลังกายซึ่งเป็นวิธีที่สะดวกที่สุดเป็นประจำ

2. **ยังไม่มีหลักฐานชัดเจนว่าได้ประโยชน์** เนื่องจากมีหลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การวิจัยเชิงสำรวจ และการวิเคราะห์เชิงอนุมานจากการวิจัยเชิงสำรวจ ได้แก่ cohort, case-control and cross-sectional studies

2.1 **น่าทำถึงแม้ยังไม่มีหลักฐานชัดเจนว่าได้ประโยชน์**

2.1.1 ให้ได้รับการศึกษาในระดับสูง (high education) ควรมีการสนับสนุน และส่งเสริมให้ประชากรมีการศึกษาที่สูง สามารถเรียนรู้ศึกษาได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะสนับสนุนให้มีระดับการศึกษาที่สูงกว่ามัธยมปลาย และอ่านออกเขียนได้ดี

2.1.2 ทานอาหารสุขภาพ (healthy diet) คือ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายโดยเน้นประเภทผัก, ผลไม้ และปลา โดยเลือกรับประทานอาหารที่แคลอรี และไขมันไม่มากเกินไป โดยควรมีการศึกษาถึงชนิดของอาหารที่เหมาะสมในประชากรไทยต่อไป

2.1.3 ไม่สูบบุหรี่ โดยในผู้ที่สูบบุหรี่ แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ ควรมีการรณรงค์ถึงโทษของการสูบบุหรี่ต่อสมองเสื่อมแก่ประชาชนทั่วไป และสนับสนุนให้ทีมสุขภาพมีความรู้ สามารถคัดกรอง ให้คำแนะนำ ติดตามผู้สูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.1.4 ไม่ดื่มสุรามากเกินไป ถึงแม้การดื่มสุราปริมาณน้อยถึงปานกลางอาจลดความเสี่ยงต่างๆ ได้ แต่ไม่แนะนำให้ผู้ที่ไม่ดื่มสุราดื่มเพื่อป้องกัน เนื่องจากอาจมีปัญหาดูสุขภาพด้านอื่น และพัฒนาเป็นการดื่มระดับมากเกินไปในอนาคตได้

2.1.5 หลีกเลี่ยงการบาดเจ็บทางศีรษะ เช่น ในเด็ก และวัยกลางคน ควรสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์ หรือเล่นกีฬาที่มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บที่ศีรษะ ในผู้สูงอายุควรมีการคัดกรอง และป้องกันการหกล้ม ควรมีการออกกฎหมายหรือข้อบังคับเพื่อลดการบาดเจ็บ

2.1.6 ให้มีกิจกรรมทางสังคม (social activities) คือ สนับสนุนให้มีการเข้าสังคมสม่ำเสมอ มีกิจกรรมผ่อนคลายยามว่างที่หลากหลายและสถานที่ทำกิจกรรมที่ประชาชนเข้าถึงได้ ซึ่งควรมีการวิจัยที่ศึกษาถึงรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับประชากรไทยต่อไป

2.1.7 มีการป้องกันโรคเรื้อรังและตรวจรักษาสมาเสมอ ได้แก่โรคเบาหวาน ควบคุมรักษาให้ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่ต่ำเกินไป, โรคความดันโลหิตสูง, โรคอ้วน, ไขมันสูง, น้ำหนักเกิน และโรคซึมเศร้า เนื่องจากการมีโรคเรื้อรังมีผลเสียต่อการทำงานของสมองระดับสูง

- 2.2 ไม่นำทำเพราะยังไม่มีหลักฐานชัดเจนว่าได้ประโยชน์ คือ การใช้ยา สาร หรือวิตามินต่างๆ ดังต่อไปนี้ ยาลดไขมันกลุ่ม statin , Dehydroepiandrosterone, ยาต้านการอักเสบกลุ่ม NSAID, สารสกัดใบแปะก๊วย (Ginkgo Biloba), กรดไขมันโอเมก้า 3, โพลียกเว้นผู้ป่วยที่มีภาวะโฮโมซิสเตอีนสูง (hyperhomocysteinemia) แนะนำให้ทานโฟลิก, วิตามินบี 6, วิตามินบี12 และวิตามินซี
- 2.3 ไม่ควรทำเนื่องจากมีผลเสีย คือมีหลักฐานจากการวิจัยแบบใดแบบหนึ่งซึ่งแสดงถึงผลเสียชัดเจน ได้แก่ การใช้ยา สาร หรือวิตามินต่างๆ ดังต่อไปนี้ โพรเคน (procaine), ฮอโมนทดแทนในเพศหญิง (hormone replacement therapy) และวิตามินขนาดมากกว่าเท่ากับ 400 หน่วย ต่อวัน



เอกสารอ้างอิง

1. Craen AJ, Gussekloo J, Vrijsen B, et al. Meta-Analysis of Nonsteroidal Antiinflammatory Drug Use and Risk of Dementia. *Am J Epidemiol* 2005;161:114-20.
2. ADAPT Research Group. Naproxen and celecoxib do not prevent AD in early results from a randomized controlled trial. *Neurology* 2007; 68L1800-8.
3. Szatmari S, Bereczki D. Procaine treatments for cognition and dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.:CD005993. DOI: 10.1002/14651858.CD005993.pub2.
4. McGuinness B, Craig D, Bullock R, et al. Statins for the prevention of dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD003160. DOI: 10.1002/14651858.CD003160.pub2.
5. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protective Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20, 536 high-risk individuals: a randomized placebo-controlled trial. *Lancet* 2002;360:7-22.
6. Shepherd J, Blauw GJ, Murphy MB, et al. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomized controlled trial. *Lancet* 2002;360:1623-30.
7. Evans JG, Malouf R, Huppert FA, et al. Dehydroepiandrosterone (DHEA) supplementation for cognitive function in healthy elderly people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD006221. DOI: 10.1002/14651858.CD006221.

8. Lethaby A, Hogervorst E, Richards M, et al. Hormone replacement therapy for cognitive function in postmenopausal women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD003122. DOI: 10.1002/14651858.CD003122.pub2.
9. Shumaker SA, Legault C, Rapp SR, et al. Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women: the Women's Health Initiative Memory Study: a randomized controlled trial. JAMA 2003;289:2651-62.
10. DeKosky ST, Williamson JD, Fitzpatrick AL. Gingo biloba for Prevention of Dementia: A Randomized Controlled Trial. JAMA 2008;300(19): 2253-62.
11. Rest OV, Geleijnse JM, Kok FJ, et al. Effect of fish oil on cognitive performance in older subjects. Neurology 2008;71:430-38.
12. Devore EE, Grodstein F, Rooij FV, et al. Dietary intake of fish and omega-3 fatty acids in relation to long-term dementia risk. Am J Clin Nutr 2009;90:170-6.
13. Kroger E, Verrealut R, Carmichael P, et al. Omega-3 fatty acids and risk of dementia: the Canadian Study of Health and Aging. Am J Clin Nutr 2009;90:184-92.
14. Quinn JF, Raman R, Thomas RG, et al. Docosahexaenoic acid supplementation and cognitive decline in Alzheimer disease: a randomized trial. JAMA 2010;304(17):1903-11.
15. Malouf R, Grimley EJ. Folic acid with or without vitamin B12 for the prevention and treatment of healthy elderly and demented people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD 004514. DOI: 10.1002/14651858.CD004514.pub2.

16. Malouf R, Grimley EJ. Vitamin B6 for cognition. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4. Art. No.: CD004393. DOI: 10.1002/14651858.CD004393.
17. Malouf R, Areosa SA. Vitamin B12 for cognition. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3. Art. No.: CD004394. DOI: 10.1002/14651858.CD004394.
18. Bootby LA, Doering PL. Vitamin C and vitamin E for Alzheimer's disease. *Ann Pharmacother* 2005;39:2073-80.
19. Sesso HD, Buring JE, Christen WG, et al. Vitamin E and C in the Prevention of Cardiovascular Disease in Men: The Physicians' Health Study II Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2008;300(18):2123-33.
20. Miller ER III, Pastor-Barriuso R, Dalal D, et al. Meta-analysis: high dosage vitamin E supplementation may increase all-cause mortality. *Ann Intern Med* 2005;142:37-46.
21. Verghes J, Lipton RB, Katz MJ, et al. Leisure Activities and the Risk of Dementia in the Elderly. *N Engl J Med* 2003;348:2508-16.
22. Weuve J, Kang JH, Manson JE, et al. Physical Activity, Including Walking, and Cognitive Function in Older Women. *JAMA* 2004;296:1454-61.
23. Abbott RD, White LR, Ross GW, et al. Walking and Dementia in Physically Capable Elderly Men. *JAMA* 2004;292:1447-53.
24. Cassilhas RC, Viana VA, Grassmann V, et al. The Impact of Resistance Exercise on the Cognitive Function of the elderly. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 2007;39:1401-7.

25. Yaffe K, Fiocco AJ, Lindquist K, et al. Predictors of maintaining cognitive function in older adults. *Neurology* 2009;72:2029-35.
26. Erickson KI, Voss MW, Prakash RS, et al. Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2011; 108(7):3017-22.
27. Luchsinger JA, Tang M, Shea S, et al. Caloric Intake and the Risk of Alzheimer Disease. *Arch Neurol* 2002;59:1258-63.
28. Scarmeas N, Stern Y, Mayeux R, et al. Mediterranean Diet, Alzheimer Disease, and Vascular Mediation. *Arch Neurol* 2006;63:1709-1717.
29. Morris MC, Evans DA, Tangney CC, et al. Associations of vegetable and fruit consumption with age-related cognitive change. *Neurology* 2006;67:1370-76.
30. Albanese E, Dangour AD, Uauy R, et al. Dietary fish and meat intake and dementia in Latin America, China, and India: a 10/66 Dementia Research Group population-based study. *Am J Clin Nutr* 2009;90:392-400.
31. Ritchie K, Carriere I, Ritchie CW, et al. Designing prevention programmes to reduce incidence of dementia: prospective cohort study of modifiable risk factors. *BMJ* 2010;341:c3885
32. Nooyens AC, Bueno-de-Mesquita B, Boxtel MP, et al. Fruit and vegetable intake and cognitive decline in middle-aged men and women: the Doetinchem Cohort Study. *British Journal of Nutrition* 2011. doi:10.1017/S00071145111001024.

33. Peters R, Poulter R, Warner J, et al. Smoking dementia and cognitive decline in the elderly, a systematic review. *BMC Geriatrics* 2008;36: doi:10.1186/1471-2318-8-36.
34. Rusanen M, Kivipelto M, Quesenberry CP, et al. Heavy Smoking in Midlife and Long-term Risk of Alzheimer Disease and Vascular Dementia. *Arch Intern Med* 2011;171(4):333-339.
35. Jarvenpaa T, Rinne JO, Koskenvuo M, et al. Binge Drinking in Midlife and Dementia Risk. *Epidemiology* 2005;16(6):766-71.
36. Anstey KJ, Mack HA, Cherbuin N. Alcohol Consumption as a Risk Factor for Dementia and Cognitive Decline: Meta-Analysis of Prospective Studies. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009;17:542-55.
37. Peters R, Peters J, Warner J, et al. Alcohol, dementia and cognitive decline in the elderly: a systematic review. *Age and Ageing* 2008;37: 505-12.
38. Plassman BL, Havlik RJ, Steffens DC, et al. Documented head injury in early adulthood and risk of Alzheimer's disease and other dementias. *Neurology* 2000;55:1158-66.
39. Fleming S, Oliver DL, Lovestone S, et al. Head injury as a risk factor for Alzheimer's disease; the evidence 10 years on; a partial replication. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003;74:857-62.
40. Willis SL, Tennstedt SL, Marsiske M, et al. Long-term Effects of Cognitive Training on Everyday Functional Outcomes in Older Adults. *JAMA* 2006;296:2805-2814.

41. Wilson RS, Scherr PA, Scheider JA, et al. Relation of cognitive activity to risk of developing Alzheimer disease. *Neurology* 2007;69:1991-1920.
42. Valenzuela M, Sachdev P. Can Cognitive Exercise Prevent the Onset of Dementia? Systematic Review of Randomized Clinical Trials with Longitudinal Follow-up. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009;17:179-187.
43. Karp A, Andel R, Parker MG, et al. Mental Stimulating Activities at Work During Midlife and Dementia Risk After Age 75: Follow-Up Study From the Kungsholmen Project. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009;17(3):227-2009.
44. Martin M, Clare L, Altgassen AM, et al. Cognitive-based interventions for healthy older people and people with mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 1. Art. No.: CD006220. DOI: 10.1002/14651858.CD006220.pub2.
45. Scarmeas N, Levy G, Tang MX, et al. Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer's Disease. *Neurology* 2001;57(12):2236-42.
46. Karp A, Paillard-Borg S, Wang H, et al. Mental, Physical and Social Components in Leisure Activities Equally Contribute to Decrease Dementia Risk. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006;21:65-73.
47. Wilson RS, Kruegr KR, Arnold SE, et al. Loneliness and Risk of Alzheimer Disease. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:234-240.
48. Crooks VC, Lubben J, Petitti DB, et al. Social Network, Cognitive Function, and Dementia Incidence Among Elderly Women. *Am J Public Health* 2008;98:1221-1227.

49. McGuinness B, Todd S, Passmore P, et al. Blood pressure lowering in patients without prior cerebrovascular disease for prevention of cognitive impairment and dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4. Art. No.: CD004034. DOI: 10.1002/14651858.CD004043.pub3.
50. Peila R, White LR, Masaki K, et al. Reducing the Risk of Dementia: Efficacy of Long-Term Treatment of Hypertension. *Stroke* 2006;37:1165-70.
51. Haag MD, Hofman A, Koudstaal PJ, et al. Duration of antihypertensive drug use risk of dementia. *Neurology* 2009;72:1727-34.
52. Evans JG, Sastre AA. Effect of the treatment of Type II diabetes mellitus on the development of cognitive impairment and dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 1. Art. No.: CD003804. DOI: 10.1002/14651858.CD003804.
53. Whitmer RA, Karter AJ, Yaffe K, et al. Hypoglycemic Episodes and Risk of Dementia in Older Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *JAMA* 2009;301(15):1565-72.
54. Lu F, Lin K, Kuo H. Diabetes and the Risk of Multi-System Aging Phenotypes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 2009; 4(1):1-12
55. Anstey KJ, Lipnicki DM, Low L. Cholesterol as a Risk Factor for Dementia and Cognitive Declines: A Systematic Review of Prospective Studies With Meta-Analysis. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16(5):343-354.

56. Luchsinger JA and Gustafson DR. Adiposity and Alzheimer's disease. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2009;12:15-21.
57. Xu WL, Atti AR, Gatz M, et al. Midlife overweight and obesity increase late-life dementia risk: A population-based twin study. *Neurology* 2011;76:1568-74.
58. Raffaitin C, Feart C, Le Goff M, et al. Metabolic syndrome and cognitive decline in French elders: the Three-City Study. *Neurology* 2011;76(6):518-25.
59. Schillerstrom JE, Horton MS, Royall DR. The Impact of Medical Illness on Executive Function. *Psychomatics* 2005;46:508-16.
60. Royall DR, Palmer R, Chiodo LK, et al. Executive Control Mediates Memory's Association with Change in Instrumental Activities of Daily Living: The Freedom House Study. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:11-17.
61. Royall DR, Lauterbach EC, Kaufer D, et al. The Cognitive Correlates of Functional Status: A Review From the Committee on the American Neuropsychiatric Association. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2007; 19(3):249-265.
62. Jorm AF, Duijn CM, Chandra V, et al. Psychiatric History and Related Exposures as Risk Factors for Alzheimer's Disease: A Collaborative Re-Analysis of Case-Control Studies. *International Journal of Epidemiology* 1991;20(2):43-7.
63. Green RC, Cupples A, Kurz, et al. Depression as a Risk Factor for Alzheimer's Disease: The MIRAGE Study. *Arch Neurol* 2003;60:753-759.

64. Schillerstrom JE, Royall DR, Palmer RF. Depression, Disability and Intermediate Pathways: A Review of Longitudinal Studies in Elders. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 2008;21(3):183-197.
65. Royall DR, Palmer R, Chiodo LK, et al. Depressive symptoms predict longitudinal change in executive control but not memory. *Int j Geriatr Psychiatry* 2011. DOI: 10.1002/gps.2697.
66. NIH Consensus and State-of-the-Science Statements 2010;27(4):1-30.
67. Third Canadian Consensus Conference on Diagnosis and Treatment of Dementia 2007.
68. Hort J, O'Brien JT, Gainotti G, et al. EFNS guideline for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. *European Journal of Neurology* 2010;17:1236-48.
69. Farrow M. Dementia Risk Reduction: A Practical Guide for General Practitioners. *Alzheimer's Australia* 2010. ISBN 978-1-921570-11-7.
70. Dementia: the NICE-SCIE guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care 2011.
71. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2 พ.ศ. 2551: สถาบันประสาทวิทยา
72. วิชาวี บุญกว้าง. 2550. การประเมินฤทธิ์ป้องกันภาวะสมองเสื่อมของ CF1. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประสาทวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
73. นงนุช เอื้อบัณฑิต. 2551. การศึกษาฤทธิ์ป้องกันภาวะสมองเสื่อมของพรมมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาประสาทวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 📍



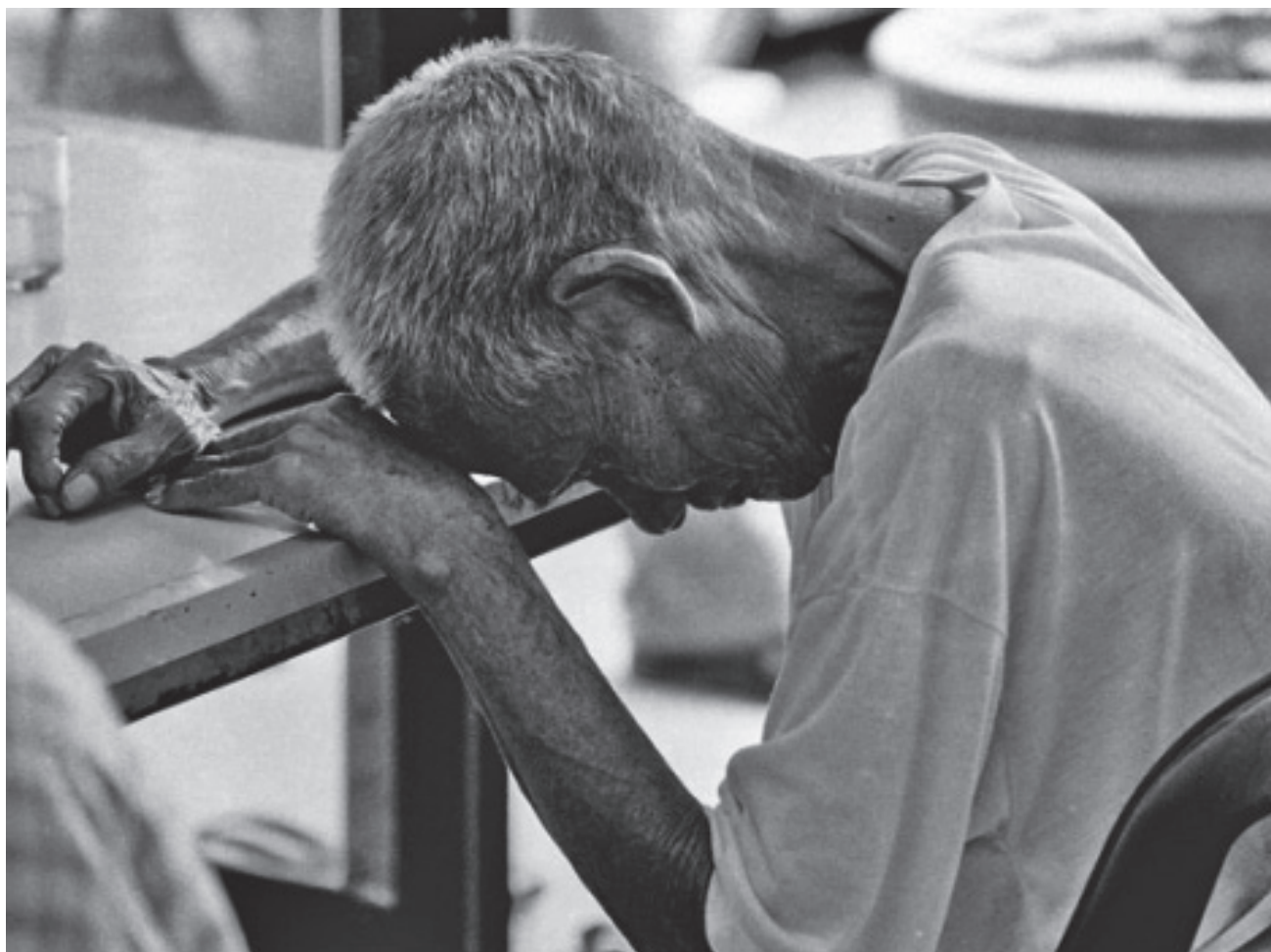
สรุปการประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนาโยบาย
การป้องกัน รักษา และดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย 87

3

การวินิจฉัยและรักษา ภาวะสมองเสื่อม

พ.ญ.ทัศนีย์ ตันตฤทธิศักดิ์ และ พ.ญ.อรุณี ประจัญธรรม
กลุ่มงานประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

สรุปการประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนาโยบาย
การป้องกัน รักษา และดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย 89



90 สรุปการประชุมระดมสมองเมื่อมีแผนงานนโยบาย
การป้องกัน รักษา และดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย

ภ ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นโรคที่พบในผู้สูงอายุ จากข้อมูลของ Ferri และคณะ พบว่าในปี พ.ศ. 2547 ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมประมาณ 24 ล้านคน โดยที่จะมีผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 4.3 ล้านคน หรือในทุกๆ 7 วินาที จะมีผู้ป่วยใหม่ 1 ราย และจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มเป็นสองเท่า ทุกๆ 20 ปี และคาดว่าในปี พ.ศ. 2583 จะมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมประมาณ 81 ล้านคน¹ ในประเทศไทย ได้เคยมีการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในชุมชนในกรุงเทพฯ พบว่ามีอัตราความชุกประมาณร้อยละ 5 ในประชากรสูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป² และร้อยละ 10.2 ในประชากรต่างจังหวัด³

ภาวะสมองเสื่อม ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ของ DSM-IV-TR⁴ หมายถึง อาการผิดปกติทางด้านความจำ ร่วมกับความผิดปกติของสติสัมปชัญญะและพุทธิภาวะทางปัญญา (cognitive function) อย่างน้อย 1 ชนิดต่อไปนี้

- ภาษา (language)
- ภาวะเสียการรู้การปฏิบัติ (apraxia)
- ภาวะเสียการระลึก (Agnosia)
- การตัดสินใจ การบริหารงานเสีย (executive function)

โดยที่มีการสูญเสียกิจกรรมทางสังคมหรือการทำงานจากระดับเดิม ทั้งนี้ไม่ได้เกิดจากการเพ้อ (delirium) หรือสาเหตุอื่นทางการแพทย์ ซึ่งมีสาเหตุจากภาวะผิดปกติทางร่างกายหรือจากสารเคมีบางอย่าง หรือจากหลายสาเหตุร่วมกัน

ชนิดของภาวะสมองเสื่อม แบ่งเป็น

1. โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) พบมากที่สุด ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งหมด
2. สมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) พบรองลงมาประมาณร้อยละ 25
3. สมองเสื่อมอื่นๆ จากโรคความเสื่อมของสมอง (neurodegenerative disease) เช่น fronto-temporal dementia, dementia with Lewy bodies , Parkinsonian dementia เป็นต้น
4. สมองเสื่อมจากสาเหตุอื่นๆ เช่น ภาวะต่อมไทรอยด์บกพร่อง (hypothyroidism), การติดเชื้อในสมอง, ภาวะเลือดคั่งในสมอง, เนื้องอกสมอง และภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะเหล่านี้จำเป็นต้องตรวจหาก่อนวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมในข้อข้างต้น เนื่องจากเป็นภาวะที่สามารถรักษาหายได้

โรคอัลไซเมอร์ เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดของภาวะสมองเสื่อม พบมากในผู้สูงอายุ เกิดจากการเสื่อมของเซลล์ประสาท ทำให้การเชื่อมโยงของเซลล์ประสาทลดลง มักพบในบริเวณสมองส่วน temporal ซึ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับความจำ โดยผู้ป่วยจะสูญเสียความจำในระยะสั้นก่อน การตัดสินใจ การแก้ปัญหาเสียไป ตามด้วยสูญเสียการใช้ชีวิตประจำวันด้วยตัวเอง และในที่สุดจะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย สามารถแบ่งความรุนแรงของโรคอัลไซเมอร์ได้ดังนี้⁵

- ระยะที่ 1 ไม่มีภาวะสติสัมปชัญญะผิดปกติ (No cognitive decline)
- ระยะที่ 2 เริ่มมีความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ (Very mild decline)

- **ระยะที่ 3** มีความผิดปกติของสติสัมปชัญญะเล็กน้อย (Mild cognitive decline)
- **ระยะที่ 4** มีความผิดปกติของสติสัมปชัญญะปานกลาง หรือเป็นโรคอัลไซเมอร์รุนแรงน้อย (Mild or early stage of Alzheimer's disease) ความจำระยะสั้นและระยะปานกลางเริ่มเสีย ความสามารถในการคำนวณและการวางแผนเสียไป
- **ระยะที่ 5** มีความผิดปกติของสติสัมปชัญญะปานกลางถึงรุนแรง (Moderately severe cognitive decline or moderate or mild stage Alzheimer's disease) ความจำแย่ง การประกอบกิจวัตรประจำวัน บางอย่างเสียไป
- **ระยะที่ 6** มีความผิดปกติของสติสัมปชัญญะรุนแรง (Severe cognitive decline or moderately severe or mid-stage Alzheimer's disease) ผู้ป่วยมีความจำแย่ง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยมาก
- **ระยะที่ 7** มีความผิดปกติของสติสัมปชัญญะรุนแรงมาก (Very severe cognitive decline or severe or late-stage Alzheimer's disease) ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ และต่อสิ่งแวดล้อม

บางครั้งอาจจะแบ่งความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม เป็นสามระดับโดยอาศัยการประเมินทางจิตวิทยา (MMSE) รุนแรงน้อย มีคะแนน MMSE 18-24 รุนแรงปานกลาง มีคะแนน MMSE 10-18 และรุนแรงมาก มีคะแนน MMSE 0-9

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ต้องอาศัยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวินิจฉัย และการประเมินทางจิตวิทยา



การตรวจคัดกรองมีความจำเป็นหรือไม่

การศึกษาส่วนใหญ่ พบว่าการได้รับการรักษาในระยะแรกของอาการ จะสามารถช่วยชะลอการดำเนินโรค เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น แต่การคัดกรองในประชากรทั่วไป หรือในประชากรที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุ ยังไม่มีข้อมูลที่พิสูจน์แล้วว่าคุ้มค่า เนื่องจากยังไม่มีแบบทดสอบใดที่มีความไวและเหมาะสมเพียงพอ การวินิจฉัยต้องอาศัยเวลาและความชำนาญ เนื่องจากภาวะความผิดปกติที่พบ อาจจะเป็นผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ทำให้มีอาการคล้ายกับสมองเสื่อม เช่น ภาวะซึมเศร้า ร่วมกับความไม่คุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ จากแนวทางการรักษาทั้งในและต่างประเทศ^{7,8,9} ยังไม่มีข้อมูลใดที่สนับสนุนให้มีการตรวจคัดกรองในประชากรทั่วไป แนะนำให้ตรวจในประชากรสูงอายุที่มีอาการผิดปกติทางด้านความจำ หรือมีปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวันหรือการทำงาน (Mild cognitive impairment)⁸ เนื่องจากมีข้อมูลว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเหล่านี้ จะมีการดำเนินโรคเป็นภาวะสมองเสื่อม หรือกลุ่มบุคคลที่มีประวัติครอบครัวที่สงสัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ส่วนประชากรสูงอายุทั่วไป แนะนำให้ตรวจค้นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและโรคทางหลอดเลือดแดง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น



การรักษา

เนื่องจากภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะที่เกิดจากความเสื่อมของเซลล์สมอง เมื่อเป็นแล้ว ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ วัตถุประสงค์ของการรักษา จึงเป็นเพียงการรักษาให้ผู้ป่วยคงสภาพที่เป็นอยู่ให้นานที่สุด ชะลอการดำเนินโรคให้ช้าลง ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นานขึ้น ควบคุมอาการทางจิตประสาทที่อาจจะพบร่วมกัน เช่น หวาดระแวง พฤติกรรมรุนแรง และให้คำแนะนำแก่ญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง วิธีการรักษาแบ่งได้เป็น

1. การรักษาด้วยยา ประกอบด้วย

1.1 การใช้ยา Cholinesterase inhibitors ซึ่งเป็นยาที่ช่วยให้สารเคมีในสมองอยู่นานขึ้น เชื่อว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความจำดีขึ้น ปัจจุบันยากลุ่มนี้มีอยู่ 3 ชนิดที่รับรองโดยองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (FDA) คือ Donepezil, Galantamine และ Rivastigmine

ยากลุ่มนี้ มีผลการศึกษามากมาย พบว่าสามารถเพิ่มความจำ เพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ชีวิตประจำวัน ควบคุมอาการทางจิตประสาท โดยอาศัยการวัดจากแบบทดสอบต่างๆ ในระยะที่มีความรุนแรงของโรคน้อยจนถึงปานกลาง¹⁰⁻²⁴ (ตารางที่ 1 และ 2) การรักษาด้วยยากลุ่มนี้ สามารถเพิ่มพหุทธิภาวะทางปัญญา (cognitive performance) ด้วยการวัดทางจิตวิทยาประมาณร้อยละ 10 โดยที่จะมีอาการดีขึ้นกว่าจุดเริ่มต้นประมาณ 12 เดือนหลังการรักษา และค่อยๆ ลดลง²⁵ ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาว่ายากลุ่มนี้ให้นานเท่าไร การศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมา ทำการติดตามผู้ป่วยถึง 36 เดือนหรือ 3 ปี ในทางปฏิบัติมักจะหยุดยาในกรณีมีอาการรุนแรงมาก

และไม่ตอบสนองต่อยา ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยา ผู้ป่วยอยู่ใน
ภาวะเจ็บป่วยร้ายแรงที่อาจจะเสียชีวิตได้ (terminally illness)

ยากลุ่มนี้มีราคาค่อนข้างแพง ค่าใช้จ่ายของยาเฉลี่ยต่อวันประมาณ 120-150 บาท
(ตารางที่ 3) มีผลข้างเคียงที่พบบ่อย คือ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง เบื่ออาหาร
(ตารางที่ 4) ข้อบ่งชี้ในการใช้ยากลุ่มนี้ ตามหลักฐานในปัจจุบัน ให้เป็นทางเลือก
ในการรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่มีอาการรุนแรงน้อยถึงปาน
กลาง⁹

1.2 ยากลุ่ม NMDA receptor antagonist ซึ่งในท้องตลาดในประเทศไทย คือ ยา Memantine กลไกการออกฤทธิ์ยังไม่ชัดเจน แต่เชื่อว่าไปยับยั้งการทำงานของ NMDA receptor ทำให้ สารสื่อประสาทที่ชื่อว่า glutamate ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับความจำและการเรียนรู้ แต่ในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ เชื่อว่ามีสาร glutamate สูงเกินไป ทำให้เรียนรู้ไม่ได้ ความจำไม่ดี การที่ยาไปยับยั้งสาร glutamate นี้ ทำให้ความจำดีขึ้น²⁶ ปัจจุบัน มีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ที่มีอาการรุนแรงปานกลางถึงมาก โดยใช้ร่วมกับยากลุ่ม Acetylcholine esterase inhibitors หรือจะใช้เป็นยาตัวเดียวก็ได้²⁷⁻³⁰

ตารางที่ 1 แสดงประสิทธิภาพของยารักษาภาวะสมองเสื่อม

ยา	Cognitive	Global assessment	Neuro-psychiatric symptoms	Functional ADL	Caregiver burden
Donepezil	+ (ADAS-Cog, MMSE, SIB)	+ (CIBIC-plus, CDR-SB)	- (NPI)	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
Galantamine	+ (ADAS-Cog)	+ (CIBIC-plus)	+ (NPI)	+ (DAD, ADCS-ADL)	ไม่มีข้อมูล
Rivastigmine	+ (ADAS-Cog) - (MMSR, SIB)	+ (CIBIC-plus)	± (NGSGER) + (NPI)	± (PDS)	ไม่มีข้อมูล
Memantine	+ (SIB)	+ (CIBIC-plus)	+ (NPI)	+ (ADCS-ADL)	+

Cognitive assessments :

Alzheimer's Disease Assessment Scale, cognitive subsection (ADAS-Cog)

Blessed Information-Memory-Concentration Test (BIMC)

Clinical Dementia Rating Scale (CDR)

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Global assessment :

Clinical Global Impression of Change (CGIC)

Clinical Interview-Based Impression (CIBI)

Global Deterioration Scale (GDS)

Neuropsychiatric symptoms :

Neuropsychiatric Inventory (NPI) Functional assessment

Functional Assessment Questionnaire (FAQ) :

Instrumental Activities of Daily Living (IADL)

Physical Self-Maintenance Scale (PSMS)

Progressive Deterioration Scale (PDS)

Caregiver-based assessment :

Behavioral Pathology in Alzheimer's disease Rating Scale (BEHAVE-AD)

ตารางที่ 2 สรุปข้อบ่งชี้ในการใช้ยาต่างๆ ในภาวะสมองเสื่อม^{8,9}

ยา	ภาวะสมองเสื่อม รุนแรงน้อย	ภาวะสมองเสื่อม รุนแรงปานกลาง	ภาวะสมองเสื่อม รุนแรงมาก
Rivastigmine	+ (Level I. grade A)	+ (Level I. grade A)	-
Galatamine	+ (Level I. grade A)	+ (Level I. grade A)	-
Donepezil	+ (Level I. grade A)	+ (Level I. grade A)	+/-
Memantine	-	+ (Level I. grade B)	+ (Level I. grade B)
Vitamin E	- (grade A)	- (grade A)	- (grade A)
Omega 3	- (grade A)	- (grade A)	- (grade A)
Gingko biloba	- (grade A)	- (grade A)	- (grade A)

+ แนะนำ - ไม่แนะนำ +/- ข้อมูลไม่แน่ชัด

ตารางที่ 3 ราคายารักษาภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย

ยา	ชื่อการค้า	ขนาดในการ รักษา	ราคา*
Donepezil	Aricept 5 mg Tonizep (TO chemical)	5-10 มิลลิกรัม/วัน	3,415.44บาท/28 เม็ด (122 บาท/เม็ด/วัน)
	Aricept 10 mg Tonizep (TO chemical)		4,673.75 บาท/28 เม็ด (167 บาท/เม็ด/วัน)
Rivastigmine	Exelon	6-12 มิลลิกรัม/วัน	3,961 บาท/60 เม็ด (66 บาท/เม็ด, 132 บาท/วัน)

Galatamine	Reminyl PR 8 mg	8-24 มิลลิกรัม/วัน	2,160.80 บาท/28 เม็ด (77.17 บาท/เม็ด)
	Reminyl PR 16 mg		3,969.70 บาท/28 เม็ด (142 บาท/เม็ด/วัน)
Memantine	Ebixa 10 mg Neumantine (Millimed)	10-20 มิลลิกรัม/วัน	2,354 บาท/28 เม็ด (84 บาท/เม็ด 168บาท/วัน)

* ราคาตามการต่อรองของกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4 ผลข้างเคียงของยารักษาภาวะสมองเสื่อม

ยา	อาการข้างเคียงจากยา
Donepezil	ท้องเสีย คลื่นไส้ เบื่ออาหาร วิงเวียนศีรษะ
Galantamine	เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย วิงเวียนศีรษะ
Rivastigmine	คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง วิงเวียนศีรษะ
Memantine	อ่อนเพลีย ความดันโลหิตสูง วิงเวียนศีรษะ

1.3 ยากลุ่มอื่นๆ เช่น

- วิตามินอี ไม่มีประโยชน์ในผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ หรือ สมองเสื่อม³¹ และพบว่าการรับประทานยากลุ่มต้านอนุมูลอิสระ โดยเฉพาะ เบต้าแคโรทีน วิตามินอี เป็นระยะเวลานาน มีอัตราตายสูงกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยากลุ่มนี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³²
- โอเมก้า 3 ไม่มีผลต่อการชะลออาการของผู้ป่วยอัลไซเมอร์³³
- สารสกัดจากใบแปะก๊วย (Ginkgo biloba)³⁴⁻³⁶ จากข้อมูล meta-analysis พบว่าการให้ยาอาจจะมีผลทำให้ความคิดอ่านหรือภาวะพุทธิปัญญาดีขึ้น แต่ไม่มีผลต่อกิจวัตรประจำวัน
- ยาลดไขมันกลุ่ม statin ไม่มีผลต่อการรักษาหรือชะลออาการของผู้ป่วยอัลไซเมอร์ แต่สามารถลดระดับของไขมันในเลือดได้³⁷
- การใช้ฮอร์โมนเพศทดแทนวัยหมดประจำเดือน (hormone replacement therapy) ยังไม่มีหลักฐานว่ามีประโยชน์ในการรักษาโรคอัลไซเมอร์หรือสมองเสื่อม³⁸

2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น

การฝึกสมองด้านต่างๆ (cognitive training) ควรทำในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง มีการศึกษาโดยใช้ดนตรีบำบัดและการวาดรูปในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการไร้อารมณ์ (apathy) เทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงน้อยถึงปานกลาง จะมีอาการดีขึ้นในกลุ่มที่ได้รับการรักษาเทียบกับกลุ่มควบคุม³⁹ มีการศึกษาประสิทธิภาพของการรักษาแบบ nonpharmacological therapies ในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ด้วยวิธีแบบการทบทวนแบบเป็นระบบ (systematic review) พบว่าสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยยี่ดระยะเวลาในการเข้าสถานพยาบาลระยะยาว ทำให้ภาวะพุทธิปัญญา (cognition) พฤติกรรมและอารมณ์ดีขึ้น⁴⁰

3. การรักษาตามอาการ

ผู้ป่วยสมองเสื่อมมักมีอาการทางจิตประสาท เช่น นอนไม่หลับ หวาดระแวง เห็นภาพหลอนได้ การรักษาโดยใช้ยากลุ่ม antipsychotic drugs ในขนาดต่ำๆ สามารถลดอาการเหล่านี้ได้



การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

มีการศึกษาค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมพบว่าส่วนต่างของค่าใช้จ่ายระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วสูงกว่าประเทศที่กำลังพัฒนาถึง 50 เท่า ในประเทศสหราชอาณาจักร (UK) ประมาณค่าใช้จ่ายรวมของผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งหมดต่อปี (annual national cost of dementia) ประมาณ 23 พันล้านปอนด์ (38 พันล้านเหรียญสหรัฐ) สูงกว่าค่าใช้จ่ายของโรคมะเร็งสองเท่า และต่างจากโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองหลายเท่า⁴¹

ในประเทศไทย เคยมีการศึกษาถึงความคุ้มค่าของการใช้ยาในกลุ่ม cholinesterase inhibitors ทั้ง 3 ตัวโดยเสาวลักษณ์ ตุงคราวีและคณะ⁴² พบว่า ยาทั้ง 3 ชนิด มีประสิทธิภาพไม่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของราคายาต่อเดือน ประมาณ 4,155-5,338 บาทต่อเดือน ข้อมูลทางด้านต้นทุนทางตรงที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ ได้แก่ ต้นทุนการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ เช่น ค่าเดินทาง การดูแลผู้ป่วย (ค่าจ้างผู้ดูแล) ดังตารางที่ 5 พบว่าต้นทุนทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะรุนแรง คือ ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเกือบตลอดเวลา หรือ full time care (FTC) จะสูงกว่าผู้ป่วยที่พอช่วยตัวเองได้ แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางกิจกรรม หรือ Pre-full time care (Pre-FTC) ประมาณ 2-4 เท่า

ตารางที่ 5 แสดงค่าของตัวแปรด้านต้นทุนทางตรงที่เกี่ยวกับการแพทย์ และต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ที่ใช้ในแบบจำลองโรค (บาทต่อเดือน)

ตัวแปรต้นทุน	ค่าเฉลี่ย	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน
ราคายาต่อเดือน		
Donepezil 10 mg	5,338	0.10
Rivastigmine 12 mg	4,448	0.10
Galantamine 24 mg	4,155	0.10
ผลรวมต้นทุนทางตรงที่เกี่ยวกับการแพทย์ในผู้ป่วยระยะ Pre-FTC ที่ไม่รวมค่ายากลุ่ม ChEIs	3,280	
ผลรวมต้นทุนทางตรงที่เกี่ยวกับการแพทย์ในผู้ป่วยระยะ FTC ที่ไม่รวมค่ายากลุ่ม ChEIs	6,072	
ผลรวมต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ในผู้ป่วยระยะ Pre-FTC	9,241	
ผลรวมต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ในผู้ป่วยระยะ FTC	41,643	

การศึกษากการประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์ของการใช้ยากลุ่ม cholinesterase inhibitors ในการรักษาโรคอัลไซเมอร์ในระยะแรกถึงระยะกลาง เปรียบเทียบกับการไม่ใช้ยา รักษา พบว่า การใช้ยารักษาจะช่วยชะลอการก้าวสู่ภาวะ full time care (FTC) ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะ pre-full time care (Pre-FTC) ได้นานขึ้น ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตและลดค่าใช้จ่ายในส่วนของ การดูแลและรักษาที่ระยะ FTC ซึ่งมีคุณภาพสูง ยาทั้ง 3 ชนิด มีค่าอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลเพิ่ม (Incremental

Cost Effectiveness Ratio, ICER) ในมุมมองของรัฐบาลประมาณ 229,367-315,806 บาทต่อปีสุขภาพะ และในมุมมองทางสังคมมีค่า 157,247-242,766 บาทต่อปีสุขภาพะ การที่มีต้นทุนต่อปีสุขภาพะในมุมมองทางสังคมน้อยกว่าในมุมมองของรัฐบาล แสดงว่า การใช้ยารักษา จะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของผู้ป่วยได้มากกว่าต้นทุนที่เกิดกับรัฐบาล ซึ่งถือว่ามีคุณค่าทางเศรษฐศาสตร์สำหรับยาที่มีค่า ICER อยู่ในช่วง 1-3 แสนบาทต่อปีสุขภาพะ (ตามข้อเสนอของ The Commission on Microeconomics and Health ว่าหากต้นทุนต่อหน่วยผลลัพธ์มีค่าอยู่ระหว่าง 1-3 เท่าของรายได้ประชาชาติต่อหัว แสดงว่าเทคโนโลยีนั้นมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และประเทศไทยมีรายได้ประชาชาติต่อหัวประมาณ 1 แสนบาท)

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบประสาทแบบ extrapyramidal symptom (EPS) หรือผู้ที่มีอาการทางจิตประสาท หรือผู้ที่มีคะแนน ADAS-Cog น้อยกว่า 30 มีความคุ้มค่าในการรักษามากที่สุด เมื่อดูจากต้นทุนในมุมมองทางสังคม



สรุป

การวินิจฉัยผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ควรทำตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และวินิจฉัยแยกโรคจากโรคที่อาจรักษาให้หายได้ โดยการซักประวัติและตรวจร่างกายทางระบบประสาทที่ละเอียดร่วมกับการประเมินทางจิตวิทยา เพื่อประเมินภาวะความรุนแรงของโรค การตรวจเลือดและตรวจทางรังสีวินิจฉัย เพื่อแยกโรค เนื่องจากการรักษาในผู้ป่วยที่ยังมีอาการไม่รุนแรงมาก สามารถชะลอการเข้าสู่ภาวะที่ผู้ป่วยช่วยตัวเองไม่ได้ (full time care) ซึ่งเป็นภาระแก่ครอบครัวอย่างมาก อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีแนวทางการรักษาของประเทศใด แนะนำให้ตรวจคัดกรองในประชากรทั่วไป

การรักษาด้วยยากลุ่ม cholinesterase inhibitors ซึ่งเป็นยาที่มีราคาแพง แต่จากการศึกษาเมื่อปีพ.ศ. 2552 พบว่ามีความคุ้มค่าในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงน้อย หรือมีอาการทางจิตประสาท หรือมีอาการทาง EPS แต่จะเพิ่มค่าใช้จ่ายแก่รัฐในแง่ของงบประมาณค่ายาที่จะเพิ่มขึ้นมาก ส่วนการรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การฝึกสมอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย มีประโยชน์และใช้งบประมาณไม่มาก



ข้อเสนอแนะในการกำหนดนโยบาย

1. ควรมีการจัดทำแนวทางการวินิจฉัยและการรักษาภาวะสมองเสื่อมให้ชัดเจน และเหมาะสมกับประเทศไทย ที่ดำเนินการจัดทำโดยหน่วยงานของรัฐร่วมกับองค์กรวิชาการ โดยไม่มีแหล่งทุนสนับสนุนจากบริษัทฯ เพื่อใช้เป็นแนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและการรักษาภาวะสมองเสื่อม
2. รัฐควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทุกสิทธิ์สามารถเข้าถึงยารักษาได้ โดยมีการควบคุมติดตามการรักษา เช่น การกำหนดข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน การจำกัดผู้มีสิทธิ์สั่งจ่ายยาให้เหมาะสม และควรมีการประเมินผลการรักษาทุกครั้ง โดยอาจจะกำหนดให้มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย แพทย์ผู้สั่งจ่ายยา และมีการต่อรองราคา ยา cholinesterase inhibitors ให้เหมาะสม โดยให้มีหน่วยงานกลางที่รวมทุกสิทธิ์เป็นผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด
3. รัฐควรกำหนดนโยบายให้มีหน่วยงานของรัฐจัดสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมแบบไม่ใช้ยาให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและความเป็นอยู่ของคนไทย และรัฐควรสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแลให้กับผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษา



เอกสารอ้างอิง

1. Ferri CP, Prince M, Brayne C, et al. Global prevalence of dementia: a Dephi consensus study. *The Lancet*. 2005;366:2112-7.
2. วรพรรณ เสนาณรงค์, กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, วิมลรัตน์ ภู่วรรุฒิพานิช และคณะในการศึกษาด้านระบาดวิทยาของภาวะสมองเสื่อม. งานวิจัยด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2540.
3. สามารถ นิธินันท์. ในการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชากรไทย. *เวชสารการแพทย์ทหารบก*. 2540; 50: 189-96.
4. Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, et al. Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review); report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2001;56:1143-53.
5. Alzheimer Association. Stages of Alzheimer's Disease. 2003. www.alz.org
6. Boustani M, Peterson B, Hanson L, et al. Screening for Dementia in Primary Care: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Service Task Force. *Ann Intern Med*. 2003;138:927-37.
7. U.S. Preventive Service Task Force. Screening for Dementia: Recommendation and Rationale. *Ann Intern Med*. 2003;138:925-6.
8. NICE clinical guideline. Dementia; supporting people with dementia and their carers in health and social care. November 2006. www.nice.org.uk/guidance/TA217.
9. Alzheimer Society of Canada: Policy Statements: Population Screening for Dementia-Position Statement. August 2008 www.alzheimr.ca

10. Mangialasche F, Solomon A, Winblad B, et al. Alzheimer disease: clinical trial and drug development. *Lancet Neurol.* 2010;9:702-16.
11. Rogers SL, Farlow MR, Doody RS, et al. A 24-week, double-blind, placebo-controlled trial of donepezil in patients with Alzheimer's disease. *Neurology.* 1998;50:136-45.
12. Rogers SL, Friedhoff LT, for the Donepezil study group. The efficacy and safety of Donepezil in patients with Alzheimer's disease: results of a US multicenter randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Dementia* 1996;6:293.
13. Cummings JL, Donobue JA, Brooks RL. The relationship between donepezil and behavioral disturbances in patients with Alzheimer's disease. *J Geriatr Psychiatry* 2000;8:134-40.
14. Feldman H, Gauthier S, Hecker J, et al. A 24-week, randomized, double-blind study of donepezil in moderate to severe Alzheimer's disease. *Neurology.*2001;57:613-20.
15. Winblad B, Kilander L, Eriksson S, et al. Donepezil in patients with severe Alzheimer's disease: double-blind, parallel-group, placebo-controlled study. *Lancet.* 2006;367:1057-65.
16. Black SE, Doody R, Li H, et al. Donepezil preserves cognition and global function in patients with severe Alzheimer disease. *Neurology.* 2007;69:459-69.
17. Tariot PN, Cummings JL, Katz IR, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of donepezil in patients with Alzheimer's disease in the nursing home setting. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49:1590-9.

18. Rosler M, Anad R, et al. Efficacy and safety of rivastigmine in patients with Alzheimer's disease: international randomized controlled trial. *BMJ* 1999;318:633-40.
19. Bloom C, Anand R, et al. A randomized trial evaluating the efficacy and safety of ENA (rivastigmine tartrate), a new acetylcholinesterase inhibitor, in patients with mild to moderately severe Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychopharmacol.* 1998;1:55-65.
20. Small GW, Kaufer D, Mandiondo MS, et al. Cognitive performance in Alzheimer's disease patients receiving rivastigmine for up to 5 years. *Int J Clin Pract.* 2005;59(4):437-7.
21. Wilcock GK, Lilienfeld S, et al. Efficacy and safety of galantamine in patients with mild to moderate Alzheimer's disease: multicenter randomized controlled trial. *BMJ* 2000;32:1-7.
22. Tariot PN, Solomon PR, Morris JC, et al. A 5-month, randomized, placebo-controlled trial of galantamine in AD. *Neurology.* 2000;54:2269-76.
23. Raskind MA, Peskind ER, Wessel T, et al. Galantamine in AD: A 6-month randomized, placebo-controlled trial with a 6-month extension. *Neurology.* 2000;54:2261-8.
24. Guathier S, Juby A, Rehel B and Schechter R. Rivastigmine Improves Mood and behaviour Symptoms in Alzheimer's disease. *Int J Clin Pract* 2007;61:886-95.
25. Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD005593. DOI: 10.1002/14651858.CD005593

26. Johnson JW, Kotermanster SE. Mechanism of action of memantine. *Curr Opin Pharmacol* 2006;6:61-7.
27. Reisberg B, Doody R, Stöffler A, et al. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. *N Engl J Med*.2003;348:1333-41.
28. Tariot PN, Farlow MR, Grossberg GT, et al. Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer's disease already receiving donepezil: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2004;291: 317-24.
29. Winblad B, et al. Memantine in severe dementia: results of the M-BEST Study (Benefit and efficacy in severely demented patients during treatment with memantine). *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999;14: 135-46.
30. Posteinsson AP, et al. Memantine treatment in patients with mild to moderate Alzheimer's disease already receiving a cholinesterase inhibitor. *Curr Alzheimer Res*. 2008;5:83-9.
31. Isaac MG, Quinn R, Tabet N. Vitamin E for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3.
32. Bjelakovic G, Nikolova D, Gluud LL, et al. Mortality in randomized trials of antioxidant supplements for primary and secondary prevention. *JAMA*.2007;297:842-57.
33. Freund-levi Y, Eriksdotter-Joñhagen M, Cederholm T, et al. Omega-3 supplementation in mild to moderate Alzheimer's disease: effects on neuropsychiatric symptoms. *Int J Geriatr Psychiatry*.2008;23:161-9.

34. Steven T, DeKosky, et al. Ginkgo biloba for Prevention of Dementia. *JAMA* 2008;300:2253-62.
35. Schneider LS, DeKosky ST, Farlow MR, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of two doses of Ginkgo biloba extract in dementia of the Alzheimer's type. *Curr Alzheimer Res* 2005; 2:541-51.
36. Weinmann S, Roll S, Schwarzbach C, et al Effects of Ginkgo biloba in dementia: systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics* 2010; 10:14.
37. Sano M, Bell KL, Galasko D, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of simvastatin to treat Alzheimer disease. *Neurology* 2011;77:556-63.
38. Lavi R, Doniger GM, Simon E, et al. The effect of hormone replacement therapy on cognitive function in post-menopausal women. *QJM*.2007; 100:567-73.
39. Ferrero-Arias J, Goni-Imizcoz M, Gazalez-Bernal J, et al. The Efficacy of Nonpharmacological Treatment for Dementia-related Apathy. *Alzheimer Dis Associa Disord*.2011;25:213-9.
40. Olazaran J, Reisberg B, Clare L, et al. Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2010;30:161-78.
41. Abbott A. A problem for our age. *Natureoutlook*.2011;475:S2-4.

42. เสาวลักษณ์ ตูรงค์ราวี, ยศ ตีระวัฒนานนท์, อูษา ฉายเกล็ดแก้ว และคณะ. ในการประเมินต้นทุน-อรรถประโยชน์ ของการใช้ยากลุ่ม cholinesterase inhibitors ในการรักษาโรคอัลไซเมอร์ ระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ 22 กันยายน 2552. 🌐

4

ระบบรองรับการดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อมทั้งระยะสั้นและระยะยาว ครอบคลุมที่บ้านและในหน่วย บริการทุกประเภท

อาจารย์ วรณวดี พูลพอกสิน
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สรุปการประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนานโยบาย
การป้องกัน รักษา และดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย

115



ล นวโน้มประชากรสูงอายุในสังคมไทยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบในปี พ.ศ. 2568 และหลังจาก พ.ศ. 2573 เป็นต้นไป อัตราส่วนการเป็นภาระในวัยสูงอายุมีแนวโน้มสูงกว่าวัยเด็กอย่างมาก (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) ในขณะที่สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นผลกระทบตามมาที่รัฐต้องให้การดูแล จำนวนผู้สูงอายุที่มีมากขึ้น ทำให้มีแนวโน้มของการมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มากขึ้นในอนาคตเช่นกัน ในขณะที่สังคมไทยยังไม่มีความชัดเจนถึงการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาเฉพาะในหน่วยบริการที่ชัดเจน ส่วนใหญ่ในปัจจุบันผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับการดูแลเหมือนผู้สูงอายุทั่วไป สิ่งที่เกิดขึ้นดูเหมือนเป็นความปกติที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเมื่อถึงช่วงวัยหนึ่ง หน่วยบริการจึงให้การดูแลตามสภาพอาการที่ปรากฏ ในขณะที่สังคมไทยมีทุนทางสังคมที่โดดเด่นหลายประการ จึงมีความจำเป็นต้องใช้ทุนเหล่านั้นในการพัฒนาระบบรองรับการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้สูงอายุสมองเสื่อม เพื่อช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นภายใต้บริบทของความเป็นสังคมไทย



วัตถุประสงค์ของการทบทวน

1. เพื่อศึกษาระบบรองรับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งระยะสั้นและระยะยาว
ครอบคลุมการดูแลทั้งที่บ้านและในหน่วยบริการ
2. เพื่อศึกษารูปแบบของการมีระบบรองรับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เหมาะสมสำหรับ
สังคมไทย



วิธีการทบทวนและขอบเขต

1. ศึกษาทบทวนข้อมูลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสมองเสื่อมจากแหล่งข้อมูล ดังนี้
 - ผลงานวิจัย บทความวิจัย บทความวิชาการ
 - ศึกษาข้อมูลจากเว็บไซต์ และเอกสารอื่นๆ ในการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศ
2. การสัมภาษณ์นักสังคมสงเคราะห์และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในหน่วยบริการที่
ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสมองเสื่อม
 - บ้านพักคนชราบ้านบางแค 2 (สังกัดกรุงเทพมหานคร)
 - ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุบ้านบางแค
(สังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)
 - บ้านพักผู้สูงอายุคามิลเลียน โซเซียล เซนเตอร์ สามพราน (ภาคเอกชน)
 - โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ (สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข)
 - ชุมชนดอนแก้ว ในพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว
(ชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)



ผลการทบทวน: กรอบและขอบเขตการทบทวน องค์ความรู้ในระบบรองรับการดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อม

ส่วนที่ 1 การทบทวนจากเอกสาร ตำราวิชาการ งานวิจัย ข้อมูลจากสื่อต่างๆ¹

- 1.1 การทบทวนผลงานวิจัย/บทความที่เกี่ยวข้อง
- 1.2 การทบทวนระบบรองรับการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทย
- 1.3 การทบทวนการดูแลผู้สูงอายุในสาธารณรัฐเกาหลี และสิงคโปร์

ส่วนที่ 2 การสัมภาษณ์ข้อมูลในหน่วยบริการ

ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ/ผู้สูงอายุที่มี
ภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 3 ข้อสังเกตและบทเรียนรู้จากการทบทวนองค์ความรู้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

วิเคราะห์ และประมวลจากผลการทบทวนในส่วนที่ 1 และ 2 เพื่อเสนอรูปแบบที่
เหมาะสมสำหรับสังคมไทย

1 คำหลักที่ใช้ในการสืบค้นข้อมูลจากเว็บไซต์ โดยสืบค้นจากโปรแกรมค้นหา Google คือ การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว, Care System for elderly in Singapore and Korea, Alzheimer in Singapore and Korea และ Policy and services on dementia.

ผลการทบทวนความรู้: ส่วนที่ 1 การทบทวนจากเอกสาร ตำราวิชาการ งานวิจัย ข้อมูลจากสื่อต่างๆ

1.1 การทบทวนผลงานวิจัย/บทความที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นการศึกษา	ชื่อเรื่องวิจัย	ผลการศึกษา	สิ่งที่ได้เรียนรู้
1. การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกิจกรรมมอนเตสซอรี	ประสิทธิภาพของการฝึกความจำด้วยกิจกรรมตามหลักปรัชญามอนเตสซอรีในผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะเริ่มแรก (กัลยพร นันทชัย รวีวรรณ นิวัตพันธุ์ และคำแก้ว ไกรสรพงษ์, 2552)	ค่าเฉลี่ยคะแนนความจำในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 รวมถึงผลการติดตามผล 12 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม	ควรนำกิจกรรมฝึกความจำไปใช้กับผู้สูงอายุทั่วไป เพื่อป้องกันและชะลอความจำเสื่อมในระยะยาว

ประเด็นการศึกษา	ชื่อเรื่องวิจัย	ผลการศึกษา	สิ่งที่ได้เรียนรู้
	<p>ประสิทธิภาพของการฝึกทักษะในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยกิจกรรมแบบมอนเตสซอรีในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มแรก (กนกพรรณกรรณสูต รวีวรรณ นีวาตพันธุ์ และ คำแก้ว ไกรสรพงษ์, 2552)</p>	<p>ค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำกิจวัตรประจำวันทั้ง 2 กลุ่มไม่ต่างกันในช่วงก่อนฝึกทักษะ หลังการฝึกทักษะ คะแนนต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ</p>	<p>การฝึกทักษะในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยกิจกรรมมอนเตสซอรีมีประสิทธิภาพในการเพิ่มคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จึงควรใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรก</p>

ประเด็นการศึกษา	ชื่อเรื่องวิจัย	ผลการศึกษา	สิ่งที่ได้เรียนรู้
2. การศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ดูแล	<p>รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (วิไลวรรณ ทองเจริญ ลิขวรรณ อุณนาภิรักษ์ และ สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, 2546)</p>	<p>ผู้ดูแลมีปัญหาด้านร่างกาย (เครียด ปวดหลัง ปวดต้นคอ นอนไม่พอ อ่อนเพลีย) ปัญหาด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผู้ดูแลมีความเครียดจากการขาดความรู้ในการดูแล พฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเอง ขาดอิสระ รวมถึงรูปแบบการดูแลในกิจวัตรประจำวันต่างๆ</p>	ไม่มีข้อเสนอนะ
	<p>การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, Rosamund M Bryar BNur และ Andrew J. Newens, 2543)</p>	<p>ภาวะความเครียดของผู้ดูแลที่สูงขึ้นแปรผกผันกับสภาพสมองของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ลดลง ในขณะที่เดียวกันจะแปรผันตรงกับระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น (การช่วยเหลือตนเองลดลง)</p>	

ประเด็นการศึกษา	ชื่อเรื่องวิจัย	ผลการศึกษา	สิ่งที่ได้เรียนรู้
	<p>ภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม (วรรณนิภา บุญระยอง, 2543)</p>	<p>ส่วนใหญ่เป็นเหตุหนึ่ง การดูแลที่เป็นภาระมากที่สุดคือ การสื่อสาร การขับถ่าย การทำความสะอาด การรับประทานอาหาร</p> <p>ส่วนปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม การรับภาระมิได้ ทำให้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจครอบครัว ส่วนปัญหาความเครียดไม่ได้รับการรักษา</p>	<p>ไม่มีข้อเสนอนะ</p>
	<p>การปรับทัศนังงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดความรุนแรงของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน</p>	<p>ปัจจัยกำหนดความรุนแรงของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ดูแล (ปัญหาสุขภาพจิตและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ) ด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อม (อาการ/พฤติกรรมปัญหาของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้แก่อาการ Psychosis aggression, catastrophic reaction depression และปัญหาการนอน)</p>	

ประเด็นการศึกษา	ชื่อเรื่องวิจัย	ผลการศึกษา	สิ่งที่ได้เรียนรู้
	<p>ภาวะการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ประเด็นสำคัญและการช่วยเหลือ (บทความ) (ภาศิษฎา อ่อนดี, 2547)</p>	<p>ผู้ดูแลได้รับผลกระทบคือ ปัญหาด้านร่างกายจิตใจ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ ส่วนด้านความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องมีการประเมินความต้องการของผู้ดูแล</p>	<p>ได้มีการเสนอรูปแบบการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เช่น การจัดกลุ่มให้ความรู้ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล การมีโปรแกรมจัดการความเครียด บริการครอบครัวบำบัด</p>

ประเด็นการศึกษา	ชื่อเรื่องวิจัย	ผลการศึกษา	สิ่งที่ได้เรียนรู้
	<p>ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม: กรณีศึกษา (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547)</p>	<p>ญาติผู้ดูแลเกิดปัญหาและได้รับผลกระทบในทุกด้าน โดยปัจจัยที่มีผลเสริมให้เกิดความตึงเครียดกับผู้ดูแล ได้แก่ การที่ผู้ดูแลอายุมาก และมีปัญหาด้านสุขภาพ ไม่มีการแบ่งเบาภาระรับผิดชอบ ปัจจัยด้านลบ ได้แก่ ความจำเป็นต้องดูแล ไม่มีเวลาส่วนตัว ส่วนการสนับสนุนทางบวก คือ ความเต็มใจในการดูแล ความรักความผูกพัน สัมพันธภาพเดิม การมีรายได้ที่เพียงพอ การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในครอบครัว ส่วนปัญหาและผลกระทบต่อผู้ดูแล ผู้ดูแลเป็นวัยผู้ใหญ่-ผู้สูงอายุ จึงมีโรคประจำตัว และปัญหาด้านสุขภาพ ส่วนด้านจิตใจและสังคม เป็นผลมาจากความเหนื่อยล้า ความเครียด</p>	<p>ไม่มีข้อเสนอนะ</p>

1.2 การทบทวนระบบรองรับการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทย

ประเด็นการศึกษา	ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา
<p>บูรณาการระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุไทย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2553)</p>	<p>การพัฒนาบบบริการการดูแลระยะยาวของประเทศ ไทย แบ่งเป็น 3 ระยะ</p> <p>ระยะสั้น: ควรจัดทำโครงการทดลองขึ้นในท้องถิ่น/ชุมชน โดยมืองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นแกนหลัก มีหน่วยงานด้านสุขภาพและสังคมเป็นหน่วยงานสนับสนุน</p> <p>ระยะกลาง: กระจายความรับผิดชอบการดูแลระยะยาว ลงสู่ท้องถิ่น ให้หน่วยงานระดับท้องถิ่นทำหน้าที่บริหาร และให้หน่วยงานภายในชุมชนทำหน้าที่เป็นจุดในการเข้าถึงบริการ</p> <p>ระยะยาว: ควรมีการสร้างระบบบูรณาการขึ้นใหม่ โดยปรับโครงสร้างองค์กร และกำหนดนโยบายระดับชาติ เป็นการจัดบริการภายใต้การจัดการขององค์กรเดียว</p>
<p>สรุปผลการดำเนินกิจกรรม โครงการพัฒนารูปแบบบริการ สุขภาพและสวัสดิการสังคม เชิงบูรณาการโดยชุมชน สำหรับผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพื้นที่นำร่อง พื้นที่ภาค กลางและปริมณฑล จังหวัด นนทบุรี (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2553)</p>	<p>มีการจัดโครงการพื้นฐานในชุมชน</p> <p>โครงการพื้นฐานในการบริการด้านสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ: สานสัมพันธ์ คน 3 วัย สร้างสายใยในครอบครัว คลังปัญญาผู้สูงอายุเพื่อชุมชน สนับสนุนเบี้ยยังชีพให้แก่ ผู้สูงอายุ มอบเงินสงเคราะห์แก่ครอบครัวผู้สูงอายุยากจน ซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุที่ยากไร้ และโครงการสวัสดิการ ชุมชน</p> <p>โครงการการดูแลสุขภาพและสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ (ภายใต้ข้อมูลของผู้สูงอายุในพื้นที่นั้น ๆ): ส่งเสริมการ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การดูแลรักษาสุขภาพตาและหู สำหรับผู้สูงอายุ พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูง อายุ พื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุในชุมชน</p>

ประเด็นการศึกษา	ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา
<p>ระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ (คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553)</p>	<p>ด้านการจัดบริการ: รัฐบาลกลางควรกำหนดกฎ กติกา หรือแนวทางอันจะเป็นมาตรฐานในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อการคุ้มครองผู้สูงอายุ รวมไปถึงการสนับสนุนภาคเอกชนให้มีบทบาทในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ และการสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีบทบาทในการจัดบริการ</p> <p>ด้านการเงินการคลัง: รัฐควรสนับสนุนให้เกิดการประกันดูแลระยะยาวของภาคเอกชน โดยเฉพาะในรูปแบบประกันควบคู่กับการประกันชีวิต รวมไปถึงการประชาสัมพันธ์สิทธิของผู้สูงอายุที่จะได้รับจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>ด้านกฎหมาย: มีกฎหมายในการกำกับดูแลด้านมาตรฐานของสถานบริการดูแลประเภทต่างๆ และกฎหมายเกี่ยวกับการใช้บริการดูแลผู้สูงอายุและการจัดการทรัพย์สินของผู้สูงอายุ จรรยาบรรณของผู้ปฏิบัติงานในสถานดูแลการมีระบบการกำหนดผู้พิทักษ์ล่วงหน้า เพื่อการแต่งตั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุไว้ใจมาทำการดูแลยามที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้</p> <p>มาตรการที่เร่งดำเนินการ: หาเจ้าภาพหลักในการดำเนินการกำหนดมาตรฐานของสถานบริการดูแลผู้สูงอายุ รัฐจัดทำโครงการนำร่องในเรื่องของการสร้างต้นแบบในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ รวมไปถึงการสนับสนุนให้บริษัทประกันเอกชนออกผลิตภัณฑ์ทางการประกันเพื่อการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ</p>

ประเด็นการศึกษา	ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา
<p>รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2552)</p>	<p>ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย: สถานบริการดูแลระยะยาวระดับสูง มีการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำที่เป็นมาตรฐานกลางในระดับประเทศ ส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีขนาดใหญ่และมีความพร้อมจัดตั้งสถานบริการและส่งเสริม สนับสนุนภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการ</p> <p>ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ: การจัดตั้งสถานบริการควรมีเกณฑ์ที่ชัดเจน จัดทำแบบประเมินภาวะพึงพาที่เป็นที่ยอมรับและเข้าใจตรงกันของทุกฝ่าย ให้ข้อมูลการปรับเปลี่ยนนโยบายของรัฐกับหน่วยงาน ส่งเสริมอาสาสมัครหรือจิตอาสาเพื่อดูแลผู้สูงอายุ การเสนอข่าวของงานวิจัยของสื่อในเชิงสร้างสรรค์</p>
<p>ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552)</p>	<p>ระดับนโยบาย: ควรมีการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพและสังคมที่บ้าน การสร้างระบบบริหารการดูแล</p> <p>ระดับปฏิบัติ: ควรมีการพัฒนารูปแบบการให้บริการระดับท้องถิ่น โดยสร้างทีมการดูแลที่สามารถให้บริการดูแลระยะยาวได้ การเพิ่มการสนับสนุนบริการในครอบครัว การบริการทางเลือกสำหรับอุปกรณ์การดูแลระดับครอบครัว</p>

ประเด็นการศึกษา	ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา
<p>การขยายกำหนดเกษียณอายุ และการออมสำหรับวัยเกษียณอายุ (มูลนิธิสถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2551)</p>	<p>รูปแบบการออมสำหรับวัยเกษียณ: ผู้ที่ทำงานในภาครัฐ มีการออมแบบหลายชั้น จัดรูปแบบการออมเพื่อเกษียณ นอกเหนือจากเงินบำนาญจากงบประมาณ ให้แรงจูงใจ การลดหย่อนภาษี จูงใจให้ผู้ที่มีเงินเหลือจากการใช้จ่าย นำไปลงทุนเพื่อเป็นเงินออมสะสมไว้ใช้จ่ายยามสูงอายุ ส่วนผู้ที่ทำงานในภาคเอกชนต้องสนับสนุนระบบเงินออม ที่มีอยู่ต่อไป</p> <p>พิจารณาขยายกำหนดอายุเกษียณของกองทุนประกันสังคม (กรณีชราภาพ) จนถึงอายุ 60 ปี</p> <p>นอกจากนี้ต้องมีการประเมินสถานการณ์ตลาดแรงงาน ของบุคลากรภาครัฐและตลาดแรงงานโดยทั่วไปตามสาขา อาชีพ รวมไปถึง การปรับปรุงกฎหมายเพื่อเปิดโอกาสให้ บุคลากรของภาครัฐในสาขาอาชีพขาดแคลนได้ขยายอายุ การทำงาน และการจัดตั้งองค์กฤษฎีเพื่อทำหน้าที่ประเมิน ความพร้อมของบุคลากรที่ประสงค์จะทำงานหลังเกษียณ</p>
<p>ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อ เสนอแนะเชิงนโยบาย (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)</p>	<p>การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับประเทศไทย คือ การพัฒนาระบบ ควรต้องมีความเหมาะสมกับวัฒนธรรม และคุณค่าของสังคมไทย การบริการควรเน้นให้ครอบครัว มีบทบาทหลักในการดูแล ขณะที่รัฐมีบทบาทในการเป็น ผู้สนับสนุน ให้ความรู้ และเป็นตัวแทนดูแลกำกับคุณภาพ ของบริการและการดูแล โดยมีระบบที่รองรับสำหรับผู้ ที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้</p>

ประเด็นการศึกษา	ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา
<p>ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับ ผู้สูงอายุในชุมชน: กลไกการ ดำเนินงานเพื่อความยั่งยืน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550)</p>	<p>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรรับบทบาทเป็นผู้ดำเนินงานหลักและจัดการแบบมีส่วนร่วม โดยเชื่อมโยงเครือข่ายการให้บริการต่างๆ ในชุมชนทั้งองค์กรภาครัฐ เอกชน และประชาชน การพิจารณาจัดตั้งศูนย์เอนกประสงค์ในชุมชนควรให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านความพร้อมของชุมชน ส่วนการให้บริการ ควรให้ความสำคัญกับความสามารถในการบูรณาการบริการด้านสุขภาพและสังคม ผ่านการจัดการดูแล และผ่านระบบบริการ ควรมีการแสวงหางบประมาณด้วยการพึ่งตนเองในลักษณะกองทุนสวัสดิการชุมชนการรณรงค์หาทุนและการจัดโครงการเลี้ยงตนเอง มีการทำงานประสานกันระหว่างงานบริการด้านสุขภาพและสังคม</p>

1.3 การรบทกวนการดูแลผู้สูงอายุในสาธารณรัฐเกาหลีและประเทศสิงคโปร์

สาธารณรัฐเกาหลี²

นโยบายด้านผู้สูงอายุ เนื่องจากสังคมเกาหลีมีจารีตประเพณีที่ถือปฏิบัติกันอย่างเข้มแข็งในเรื่องการตอบแทนผู้มีพระคุณ โดยในทางปฏิบัติการทดแทนคุณในระดับครอบครัวมีการถือปฏิบัติมากกว่าในระดับสังคม หมายถึงคนส่วนใหญ่เห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ภายในครอบครัว ดังนั้นในอดีตบทบาทของรัฐที่มีต่อผู้สูงอายุจึงมีเพียงเท่าที่จำเป็นเท่านั้น ขณะที่ในปัจจุบัน ปัญหาผู้สูงอายุทวีความรุนแรงมากขึ้น รัฐจึงได้กำหนดนโยบายเพื่อสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในประเด็น 4 กลุ่ม ต่อไปนี้ คือ

1. เพื่อรักษารายได้ของผู้สูงอายุ (เพื่อแก้ปัญหาเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ)
2. เพื่อให้บริการด้านสุขภาพ (เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ)
3. เพื่อให้หลักประกันด้านที่อยู่อาศัย (เพื่อแก้ปัญหาเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ)
4. เพื่อให้บริการทางสังคมอื่นๆ (เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดจากการสูญเสียบทบาทของผู้สูงอายุในสังคม)

2 สรุปบางส่วนจาก: มัทนา พนานิรามัย. หลักประกันของผู้สูงอายุไทย: บทเรียนจากบางประเทศในเอเชีย, 2545. และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธ์ สาส์ตย์. ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย, 2551.

หลักประกันด้านรายได้

สวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในกลุ่มการประกันรายได้ มีอยู่ 5 ประเภท คือ

1. บำนาญของรัฐ (Public Pensions) มีหลายกลุ่ม เช่น ให้บำนาญตามกลุ่มอาชีพ เช่น บำนาญสำหรับข้าราชการพลเรือน บำนาญสำหรับข้าราชการทหาร บำนาญสำหรับครูโรงเรียนเอกชน เป็นบำนาญที่จ่ายให้แก่ผู้ที่จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่ต่ำกว่า 20 ปี โดยผู้ร่วมจ่ายเงินสมทบคือ ผู้ประกันตนและรัฐจ่ายฝ่ายละครึ่ง ยกเว้นลูกจ้างครูในส่วนของเอกชน ที่การจ่ายเงินสมทบมาจาก 3 ฝ่าย ได้แก่ ครูโรงเรียน และรัฐ โดยผู้สูงอายุร้อยละ 4.3 เข้าร่วมในโครงการนี้
2. โครงการความช่วยเหลือของรัฐ (Public Assistance) หรือที่เรียกว่า The National Basic Livelihood Security Program เป็นโครงการที่มุ่งช่วยเหลือชาวเกาหลีทุกคนให้มีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้ตามมาตรฐานขั้นต่ำ ร้อยละ 80 ของงบประมาณดำเนินการมาจากรัฐบาลกลาง และร้อยละ 20 มาจากรัฐบาลท้องถิ่น ผู้สูงอายุที่จะได้รับเงินช่วยเหลือต้องเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้รับผิดชอบตามกฎหมาย หรือผู้รับผิดชอบมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน แต่อย่างไรก็ตามรัฐบาลสามารถเรียกเก็บเงินที่ให้การอุดหนุนแก่ผู้สูงอายุคืนจากผู้รับผิดชอบตามกฎหมาย หากปรากฏว่าภายหลังว่าบุคคลนั้นๆ อยู่ในฐานะที่จะให้การอุปการะแก่ผู้สูงอายุได้ มีผู้สูงอายุร้อยละ 8 เข้าร่วม
3. บำนาญแสดงความเคารพต่อผู้สูงอายุ (Elder-Respect Pension : ERP) เป็นโครงการช่วยเหลือผู้สูงอายุในปัจจุบันที่ไม่มีโอกาสได้รับประโยชน์จากโครงการบำนาญแห่งชาติ (บำนาญของรัฐ) แต่ด้วยข้อจำกัดของงบประมาณจึงกำหนดให้ช่วยเหลือเฉพาะกลุ่มที่มีรายได้ค่อนข้างต่ำก่อน รวมถึงเงินบำนาญที่ผู้สูงอายุได้รับก็มี

จำนวนไม่มาก โครงการนี้เป็นภาระของรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น มีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 13.8 ที่ได้รับประโยชน์

4. โครงการให้เกียรติแก่ผู้สูงอายุ (The elder honor program) มุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีโอกาสทำงานต่อไปได้ เช่น การสร้างศูนย์อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุที่ต้องการทำงาน ตลอดจนการชักชวนให้สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 300 คนขึ้นไปพยายามจ้างผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 ของลูกจ้างทั้งหมด (ในทางปฏิบัติเป็นไปได้น้อยมาก ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของนายจ้าง ไม่มีกฎหมายใดบังคับ)

5. โครงการเพื่อสร้างรายได้ (Income-generating programs) เป็นโครงการหนึ่ง ที่สร้างรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน ซึ่งเป็นผลมาจากกฎหมายแรงงานที่ให้นายจ้างทั้งภาครัฐและเอกชนต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนเกษียณอายุ ปีละหนึ่งเดือนของค่าจ้างทุกปี เมื่อลูกจ้างเกษียณจะได้รับเงินก้อนจากกองทุนนี้ รายได้จากกองทุนนี้เป็นรายได้หลักของผู้เกษียณอายุในปัจจุบัน

สวัสดิการในการดูแลผู้สูงอายุ

ระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (Long-term care insurance) เป็นโครงการประกันสังคมมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความมั่นคงให้กับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตัวเองในกิจกรรมประจำวัน อาทิ การอาบน้ำและงานบ้าน เนื่องจากสภาพร่างกายที่อ่อนแอหรือโรคภัยที่เกี่ยวข้องกับวัยผู้สูงอายุ อีกทั้งยังเพื่อเป็นการลดภาระของครอบครัวของพวกเขา โดยการให้บริการต่างๆ รวมถึงการสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ และช่วยเหลือในงานบ้าน

- รูปแบบสถานบริการ: การสนับสนุนกิจกรรมการออกกำลังกาย ฯลฯ ขึ้นอยู่กับที่พัก ระยะเวลาที่อยู่ในสถานบริการ
- รูปแบบบริการที่บ้าน: การให้บริการดูแลที่บ้านรวมทั้งการสนับสนุนกิจกรรมการออกกำลังกาย การอาบน้ำ การดูแลบ้าน และการพยาบาล โดยใช้ศูนย์ Day care โดยซื้อหรือเช่าอุปกรณ์สวัสดิการต่างๆ
- รูปแบบของความช่วยเหลือทางการเงิน: ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการดูแลครอบครัวสำหรับผู้ที่ยู่บนเกาะและในพื้นที่ห่างไกล

นอกจากนี้ ยังมีโครงการตรวจภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกเริ่ม (Early Dementia Detection Project) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมและสมาชิกในครอบครัว โดยการดำเนินการตรวจสอบภาวะสมองเสื่อมสำหรับคนอายุ 60 ปี หรือมากกว่า ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และทำให้การตรวจหาโรคและรักษาภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม รวมไปถึงการมีโครงการสนับสนุนทางการเงินสำหรับการรักษาภาวะสมองเสื่อมและการจัดการ (Financial Support Project for Dementia Treatment and Management) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการของภาวะสมองเสื่อมหรือการป้องกันการเสื่อมสภาพ

ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้น โดยการรักษาสภาพระดมองเสื่อมในเวลาเร็วที่สุด เพื่อวัตถุประสงค์ที่ดีที่สุดของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

หน่วยงานหลักในการดูแล คือ กระทรวงสุขภาพและสวัสดิการ (Ministry of Health and Welfare) ด้วยความเข้มแข็งในวัฒนธรรมความกตัญญู จนทำให้เกิดการไม่เข้าถึงบริการหรือไม่ยินดีรับบริการจากรัฐ จึงต้องมีมาตรฐานการดำรงชีวิต กลุ่มที่มีบทบาทมาก คือ องค์กรพัฒนาเอกชนที่เข้ามากำหนดนโยบายและโครงการสำหรับผู้สูงอายุ ผสมผสานงานบริการสุขภาพกับการบริหารส่วนท้องถิ่น คล้ายกับการกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขไทย มีกิจกรรมการจรรโลงวัฒนธรรมการยกย่องลูกตัวอย่าง ครอบครัวตัวอย่าง นอกจากนี้ยังควบคุมคุณภาพของ nursing home และสถานพยาบาลที่ดำเนินการโดยเอกชน ในส่วนของบริการดูแลระยะยาว มีโรงพยาบาลเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลทั่วไปมีบริการรักษาโรคเรื้อรัง และ nursing home ส่วนชุมชนให้บริการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน บ้านพักระยะสั้น และพยาบาลเยี่ยมบ้าน

ประเทศสิงคโปร์

กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

ปี ค.ศ. 1980 รัฐบาลตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการขยายตัวของประชากรสูงอายุ จึงมีการจัดตั้งคณะกรรมการ “The Committee on the Problems of the Aged”

ปี ค.ศ. 1982 เพื่อสำรวจปัญหาของผู้สูงอายุเป็นผลให้มีคณะกรรมการ “Inter-Ministerial Population Committee”

ปี ค.ศ. 1984 ได้ให้ “National Advisory Council on the Aged” ศึกษาสถานภาพผู้สูงอายุในสังคม ผลการศึกษานำไปสู่การขยายเวลาการเกษียณอายุการทำงานจาก 55 ปี เป็น 60 ปี นอกจากนี้ยังให้องค์กรอาสาสมัคร (Voluntary Welfare Organization : VWOs) ศึกษาความเป็นไปได้ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การลดภาษีแก่ครอบครัวที่ให้การดูแลบิดามารดา โดยให้ National Council on Family and Aged ภายใต้การดูแลของกระทรวงการพัฒนาชุมชนและกีฬา (Ministry of Community Development and Sport: MCDS) เป็นผู้นำไปสู่การปฏิบัติ

ปี ค.ศ. 1994 รัฐสภาให้ออกกฎหมาย Maintenance of Parent Act เพื่อป้องกันมิให้บุตรทอดทิ้งบิดามารดา

ปี ค.ศ. 1996 มีการออกกฎหมายให้บิดามารดาดำเนินการบุตรที่ทำทารุณกรรมบิดามารดาได้ รวมถึงการมี Advance Medical Direct Act ที่ให้สิทธิผู้ป่วยและครอบครัวในการปฏิเสธการรักษาที่ซับซ้อนในผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

Voluntary Welfare Organization: VWOs เป็นองค์กรที่ดำเนินการทั้งในระดับการสร้างนโยบายและการนำไปสู่การปฏิบัติ โดยรัฐเป็นผู้ให้งบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินงาน โดยตั้งแต่ปี ค.ศ. 2001 รัฐให้งบประมาณที่มากขึ้น จากที่เคยได้ไม่เกินร้อยละ 50 ของงบประมาณที่ต้องดำเนินการ ทั้งนี้เพื่อลดบทบาทของรัฐในการดูแลประชาชนลง ส่งเสริมบทบาทของประชาชน ครอบครัว และชุมชนให้เด่นชัดขึ้น

Ministry of Community Development and Sport: MCDS เป็นกระทรวงที่เป็นแกนหลักในการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

Ministry of Health: MOH ดำเนินการร่วมกับ MCDS โดยเป็นกระทรวงที่รับผิดชอบในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ จัดทำนโยบายด้านสุขภาพ

Ministry of Manpower: MOM รับผิดชอบเกี่ยวกับอาชีพอนามัยของผู้ใช้แรงงาน

Ministry of Communication & IT เป็นกระทรวงที่ดูแลในเรื่องสวัสดิการสังคม ด้านการโทรคมนาคมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ

Ministry of Housing and Land เป็นกระทรวงที่ร่วมดูแลในด้านที่พักอาศัย

อย่างไรก็ตาม VWOs เป็นองค์กรที่สำคัญที่สุดในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเกือบทุกด้าน ส่วนใหญ่เป็นงานบริการหรือสวัสดิการทางสังคม

แนวคิดการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

แนวคิดสำคัญในการดำเนินงาน คือ Heart ware เน้นเรื่องการปรับบทบาทของผู้สูงอายุในสังคม เช่น การสร้างโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุ Soft ware เป็นการดำเนินงานเกี่ยวกับการปรับโครงสร้างภายในที่เชื่อมต่อโปรแกรมและบริการที่จำเป็นทั้งต่อผู้สูงอายุที่สุขภาพดีและเจ็บป่วย และ Hard ware เป็นการสร้างถาวรวัตถุ ได้แก่ ที่อยู่อาศัย การคมนาคมที่เอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในชุมชนเดิมที่มีเพื่อนบ้านที่คุ้นเคยหรือครอบครัวของตนเองเท่าที่มีชีวิตอยู่ สร้างสถานบริการที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต ซึ่งแนวคิด Ageing in place เอื้อให้ผู้สูงอายุสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมและใช้บริการต่างๆ ได้ด้วยตนเอง

ระบบประกันสังคมและการประกันสุขภาพ

เครื่องมือที่สำคัญ คือ (1) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพกลาง หรือ Central Provident Fund ชาวสิงคโปร์ที่ทำงานจะมีเงินสะสมในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพกลาง โดยเก็บใน 3 บัญชี ได้แก่ บัญชีทั่วไป บัญชีเฉพาะ และบัญชีเพื่อการรักษาพยาบาล โดยเงินใน 2 บัญชีแรกสามารถทยอยถอนออกไปได้ตั้งแต่อายุ 55 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.5 ของผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีเงินสะสมในกองทุนนี้ แต่มากกว่าครึ่งเห็นว่าเงินออมดังกล่าวไม่พอ บุตรจึงยังคงเป็นแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุ (2) นอกจากนี้เครือข่ายสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (Social Safety Net) ให้เบี้ยยังชีพประมาณ S\$230 ต่อเดือน รวมถึงการได้รับบริการทางการแพทย์ฟรี นอกจากนี้ยังมีโครงการช่วยเหลือคนยากจนที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลได้

หลักประกันด้านการเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็น

นอกเหนือจากการใช้เครื่องมือจากเงินออมแล้ว เครื่องมือถัดไป คือ การประกันสุขภาพและการขอรับการสงเคราะห์ (Medisave) โดยเงินในส่วนนี้ ที่สะสมไว้จะถูกใช้เมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น นอกจากนี้ รัฐยังมีโครงการอุดหนุนค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุบางส่วน โดยผ่านผู้ให้บริการ เช่น รัฐจะอุดหนุนค่าตรวจรักษาผู้สูงอายุในคลินิกส่วนบุคคลประมาณร้อยละ 75 และการอุดหนุนค่ารักษาในโรงพยาบาลตามชั้นของคนไข้ (ระดับต่ำ จะอุดหนุนมาก)

ส่วนที่อยู่อาศัย นโยบายหลักของประเทศ คือ ต้องการให้ผู้สูงอายุอยู่ในครัวเรือนเดียวกับบุตรหรือคู่สมรสของบุตรให้มากที่สุด หรือการมีบ้านอยู่ในบริเวณเดียวกันเพื่อการดูแลที่สะดวก นโยบายนี้ในสิงคโปร์ประสบความสำเร็จ เนื่องจากข้อจำกัดของที่อยู่อาศัย รวมถึงที่อยู่อาศัยส่วนมากเป็นของรัฐ ส่งผลให้รัฐมีเครื่องมือที่หลากหลายในการกระตุ้นการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การให้สิทธิเช่าบ้านของรัฐแก่ครอบครัวที่มีสมาชิกอยู่ด้วยกันหลายรุ่น หรือการให้เบิกเงินจากกองทุนในอัตราที่สูงเพื่อเป็นการซื้อบ้านในบริเวณเดียวกันกับบ้านของบิดามารดาเพื่อการดูแล

ระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม สรุปได้ดังตาราง

องค์ประกอบระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม			
การบริการในสถาบัน		การบริการนอกสถาบัน	
โรงพยาบาลชุมชน	อยู่ในความ รับผิดชอบของ กระทรวงการ พัฒนาสังคม และกีฬา (Ministry of Community Development and Sport : MCDS)	สถานบริการ กลางวัน (day care)	ดำเนินการ โดยองค์กร อาสาสมัคร (Volunteer Welfare Organizations : VWOs)
โรงพยาบาลที่รักษา ผู้ป่วยเรื้อรัง		สถานฟื้นฟูสภาพ	
สถานเพื่อดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย		บ้านพักผู้สูงอายุ (long-term care)	
สถานบริการ ผู้สูงอายุ/บ้านพัก ผู้สูงอายุ		สถานบริการ กลางวันสำหรับ ผู้ป่วยสมองเสื่อม	อยู่ในความ รับผิดชอบ ของกระทรวง สาธารณสุข
บ้านพักสำหรับ ผู้ที่เป็นภาวะ สมองเสื่อม		การดูแลที่บ้าน	
การจัดที่พักอาศัย		ดำเนินการโดย องค์กรอาสาสมัคร (VWOs) โดยรัฐให้ เงินสนับสนุน	
	การพยาบาล ที่บ้าน		

ผลการทบทวนความรู้: ส่วนที่ 2 การสัมภาษณ์ข้อมูลจาก ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ

ประเด็น/ ชื่อหน่วย งาน	บ้านพัก คนชรา บ้านบางแค 2	ศูนย์พัฒนาการ จัดสวัสดิการ สังคมสำหรับ ผู้สูงอายุบ้าน บางแค	บ้านพัก ผู้สูงอายุคามิล เลียน โชเซล เซนต์เออร์ สามพราน	โรงพยาบาล ประสาท เชียงใหม่	ชุมชน อบต. ดอนแก้ว
หน่วยงาน ต้นสังกัด	สังกัดกรุงเทพ มหานคร	สังกัดกระทรวง การพัฒนาสังคม และความมั่นคง ของมนุษย์	สถาบัน ด้านสุขภาพ อนามัยของ มูลนิธิคณะ นักบุญคามิลโล (เอกชน)	กรมการ แพทย์ กระทรวง สาธารณสุข	องค์การ บริหาร ส่วนตำบล ดอนแก้ว อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่
ลักษณะ ผู้เข้าใช้ บริการ	ผู้หญิงใน เขตกรุงเทพ มหานคร ไม่มีญาติ	ผู้ชายในเขต กรุงเทพฯ และ หญิงหรือชายใน พื้นที่ 8 จังหวัด ปริมณฑล ไม่มีญาติ	มีญาติรับรอง และสามารถ สนับสนุนค่า บำรุงและค่าใช้จ่าย ต่างๆ	ผู้เข้ามาใช้ บริการใน คลินิก ความจำ	ผู้สูงอายุ ในชุมชน
เกณฑ์การ เข้าใช้ บริการ	ผ่านระบบ การคัดกรอง จาก สำนักงานเขต/ ศูนย์บริการ สาธารณสุข	ผ่านระบบการคัด กรองจาก สำนักงานเขต/ ศูนย์บริการ สาธารณสุข	สามารถสมัคร เข้าใช้บริการได้ โดยตรง	สามารถเข้า ใช้บริการได้ ตามความ ต้องการ/ ความ สามารถใน การจ่าย	ผู้สูงอายุใน ชุมชน

ประเด็น/ ชื่อหน่วยงาน	บ้านพัก คนชรา บ้านบางแค ²	ศูนย์พัฒนาการ จิตสวัสดิการ สังคมสำหรับ ผู้สูงอายุบ้าน บางแค	บ้านพัก ผู้สูงอายุคามิล เลียน โซเซล เซนเตอร์ สามพราน	โรงพยาบาล ประสาท เชียงใหม่	ชุมชน อบต. ดอนแก้ว
จำนวน บุคลากร ในองค์กร	40 ราย (ข้าราชการ และอาสา สมัคร)	83 ราย (ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้าง ชั่วคราว)	67 ราย (เจ้าหน้าที่ฝ่าย บุคลากรและ อาสาสมัครที่ ดูแลผู้สูงอายุ)	3 ราย (นักสังคม สงเคราะห์) ทั้งองค์กร 378 ราย	5 ราย (พยาบาล วิชาชีพ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข)
จำนวน บุคลากรที่ ดูแลผู้ป่วย สมอง เสื่อม เป็นการ เฉพาะ	ไม่มีเฉพาะ	ไม่มีเฉพาะ/ บุคลากร หมุนเวียน	ไม่มีเฉพาะ	มีเฉพาะใน day care และ long- term care ในคลินิก ความจำ ประมาณ 30 ราย	ไม่มีเฉพาะ

ประเด็น/ ชื่อหน่วยงาน	บ้านพัก คนชรา บ้านบางแค ๒	ศูนย์พัฒนาการ จัดสวัสดิการ สังคมสำหรับ ผู้สูงอายุบ้าน บางแค	บ้านพัก ผู้สูงอายุคามิยา เลียน โซเซล เซนเตอร์ สามพราน	โรงพยาบาล ประสาท เชียงใหม่	ชุมชน อบต. ดอนแก้ว
แหล่งเงิน ทุน	งบประมาณ จากรัฐ	งบประมาณ จากรัฐ	การเรียกเก็บ ค่าใช้จ่าย	ตามสิทธิ ของผู้ใช้ บริการ (รัฐ)	อบต. ดอนแก้ว
	เงินมูลนิธิ	มูลนิธิบ้านบางแค	เงินสนับสนุน จากมูลนิธิ	จากผู้เข้า ใช้บริการ (เรียกเก็บ)	ความ ช่วยเหลือ จากองค์กร ในชุมชน
	เงินบริจาค	เงินบริจาค	เงินบริจาค	เงินบริจาค	ความ ช่วยเหลือ จากผู้มีจิต อาสา
แหล่งเงิน ทุนรองรับ การดูแล ผู้ป่วย สมอง เสื่อม	งบประมาณ รวมไม่แยก	งบประมาณรวม ไม่แยก	งบประมาณรวม ไม่แยก	ไม่มีแหล่ง เงินทุน เฉพาะเรียก เก็บจาก ผู้ใช้บริการ	ไม่มีเฉพาะ

ประเด็น/ ชื่อหน่วยงาน	บ้านพัก คนชรา บ้านบางแค ²	ศูนย์พัฒนาการ จิตสวัสดิการ สังคมสำหรับ ผู้สูงอายุบ้าน บางแค	บ้านพัก ผู้สูงอายุคามิล เลียน โชเซล เซนต์เตอร์ สามพราน	โรงพยาบาล ประสาท เชียงใหม่	ชุมชน อบต. ดอนแก้ว
จำนวนงบประมาณ ที่ได้รับ จากแหล่ง เงินทุน เพื่อการ ดูแลผู้ป่วย สมอง เสื่อม	งบประมาณ รวมไม่แยก ประมาณ 10 ล้านบาท	งบประมาณรวม ไม่แยก	จากการเรียก เก็บค่าใช้จ่ายใน การดูแล ประมาณ 350 บาท/วัน/คน	เงินบริจาค ประมาณ ปีละ 2-3 แสนบาท	ไม่มีเฉพาะ
ประมาณ การค่าใช้จ่าย ของ องค์กรใน การดูแลผู้ ป่วยสมอง เสื่อม	เฉพาะ ค่าอาหาร ประมาณ 4-5 ล้านบาท/ปี	งบประมาณรวม ไม่แยก	-	7,000 บาท /ราย/เดือน	ไม่มีเฉพาะ
จำนวน ผู้สูงอายุ ที่ดูแล	120 ราย	264 ราย	135 คน	ประมาณ 300 ราย	1,135 ราย
จำนวนผู้ ป่วยสมอง เสื่อม	30 ราย	28 ราย	ประมาณ 50 ราย	ประมาณ 300 ราย	ไม่สามารถ ระบุได้

ประเด็น/ ชื่อหน่วยงาน	บ้านพัก คนชรา บ้านบางแค ๒	ศูนย์พัฒนาการ จัดสวัสดิการ สังคมสำหรับ ผู้สูงอายุบ้าน บางแค	บ้านพัก ผู้สูงอายุคามิา เลียน โซเซล เซ็นเตอร์ สามพราน	โรงพยาบาล ประสาท เชียงใหม่	ชุมชน อบต. ดอนแก้ว
แนวโน้มผู้ ใช้บริการ	เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น	ลดลง (แบบ มีเงื่อนไข)	เพิ่มขึ้น
เครือข่าย ที่องค์กร ทำงาน ร่วมด้วย	ศูนย์บริการ สาธารณสุข 40/ โรงพยาบาล ราชพิพัฒน์/ โรงพยาบาล เกษมราษฎร์/ วัด	สำนักงานเขต ภาษีเจริญ/ฝ่าย พัฒนาชุมชนของ สำนักงานเขต/ เครือข่ายอาสา สมัครดูแลผู้ สูงอายุในชุมชน/ ชมรมผู้สูงอายุ/ โรงเรียน/วัด/กลุ่ม อาสาสมัครทั่วไป	โรงพยาบาล นครปฐม/ โรงพยาบาล สามพราน	เครือข่าย AGENET/ มูลนิธิสร้าง งานเพื่อ ผู้สูงอายุ/ โรงพยาบาล บ้านตาก/ โรงพยาบาล พเยาว์/ โรงพยาบาล มหาราช นคร เชียงใหม่/ บุคลากร จากคณะ เทคนิคการ แพทย์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่	โรงพยาบาล นครพิงค์/ ศูนย์บริการ สาธารณสุข วัดสัน เหมือง/ จิตอาสา ดูแลผู้ สูงอายุ/ เครือข่าย โรงพยาบาล นครพิงค์

ประเด็น/ ชื่อหน่วยงาน	บ้านพัก คนชรา บ้านบางแค ^๒	ศูนย์พัฒนาการ จิตเวชติการ สังคมสำหรับ ผู้สูงอายุบ้าน บางแค	บ้านพัก ผู้สูงอายุคามิล เลียน โซเซล เซนเตอร์ สามพราน	โรงพยาบาล ประสาท เชียงใหม่	ชุมชน อบต. ดอนแก้ว
เครือข่าย ที่องค์กร ทำงาน ประสาน ส่งต่อ	ศูนย์บริการ สาธารณสุข 40/ โรงพยาบาล ราชพิพัฒน์/ โรงพยาบาล เกษมราษฎร์ /วัด	สถาบัน จิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระยา/ ศูนย์บริการ สาธารณสุข 40 บางแค/ โรงพยาบาล ตากสิน	โรงพยาบาล วัด	ไม่มี	โรงพยาบาล นครพิงค์
ประเด็น การ ประสาน	การรักษา พยาบาล/ ฉาปนกิจศพ	การรักษาพยาบาล /ฉาปนกิจศพ	การรักษา พยาบาล การฉาปนกิจ ศพ	ไม่มี	การรักษา พยาบาล การบริหาร จัดการ เรื่องแผน

ประเด็น/ ชื่อหน่วยงาน	บ้านพัก คนชรา บ้านบางแค ๒	ศูนย์พัฒนาการ จัดสวัสดิการ สังคมสำหรับ ผู้สูงอายุบ้าน บางแค	บ้านพัก ผู้สูงอายุคามิยา เลียน โซเซล เซนเตอร์ สามพราน	โรงพยาบาล ประสาท เชียงใหม่	ชุมชน อบต. ดอนแก้ว
ประสพ การณ์ตรง ที่เรียนรู้	ระยะเวลา ในการปฏิบัติ งานส่งผล ต่อความ สามารถใน การประเมิน ผู้ใช้บริการ	การมีกิจกรรม พื้นฟู (จากแผลกด ทับ: bed sore) ทุกเตียงต้องทำ กิจกรรมให้ผู้ สูงอายุ	การปรับเกณฑ์ การรับผู้สูงอายุ เข้ามาดูแล ต้อง มีญาติเข้ามามี ส่วนร่วม	การทำ กิจกรรม ต่างๆ มี พื้นฐานมา จากการ ศึกษาวิจัย ความ ต้องการของ ชุมชน เท่านั้น	ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ควรได้รับ การอบรม เรียนรู้
	จุดหมายการ ทำงานเพื่อให้ ผู้สูงอายุ ช่วยเหลือ ตนเองได้ ยืดระยะเวลา การเจ็บป่วย	จากผู้สูงอายุ ที่นอนเฉยๆ สู่การมีกิจกรรม			คนทำงาน ต้องมีความ เสียสละ
		การปรับเปลี่ยน ทางกายภาพ			ผู้สูงอายุ ที่ได้รับการ ดูแลหันมา ดูแลตนเอง มากขึ้น
		การพัฒนา บุคลากร (หมุนเวียนใน แต่ละเตียง ผู้บริหารร่วม ดำเนินการ)			

ประเด็น/ ชื่อหน่วยงาน	บ้านพัก คนชรา บ้านบางแค ^๒	ศูนย์พัฒนาการ จิตสวัสดิการ สังคมสำหรับ ผู้สูงอายุบ้าน บางแค	บ้านพัก ผู้สูงอายุคามิล เลียน โซเซล เซนเตอร์ สามพราน	โรงพยาบาล ประสาท เชียงใหม่	ชุมชน อบต. ดอนแก้ว
ความ ช่วยเหลือ จากชุมชน กิจกรรม สำหรับ ผู้สูงอายุ	เครือข่าย ชมรม ผู้สูงอายุ	ความช่วยเหลือ จากชมรม ผู้สูงอายุ	ความช่วยเหลือ จากชุมชนมี น้อย ส่วนใหญ่ มาจากมูลนิธิ	วัดเป็นสื่อ กลางในการ ให้ความรู้ มีการ แลกเปลี่ยน ระหว่างกัน ในเรื่อง ของการ สนับสนุน ทางจิตใจ	โรงพยาบาล มีส่วนร่วม ในการเป็น แหล่งเรียน รู้ประกอบ กับตำบล ดอนแก้วยัง เป็นแหล่ง เรียนรู้ของ ชุมชนข้าง เคียง

ประเด็น/ ชื่อหน่วยงาน	บ้านพัก คนชรา บ้านบางแค ๒	ศูนย์พัฒนาการ จัดสวัสดิการ สังคมสำหรับ ผู้สูงอายุบ้าน บางแค	บ้านพัก ผู้สูงอายุคามิ เลียน โซเซล เซนเตอร์ สามพราน	โรงพยาบาล ประสาท เชียงใหม่	ชุมชน อบต. ดอนแก้ว
ความ ช่วยเหลือ จากชุมชน กิจกรรม สำหรับ ผู้สูงอายุ	นักศึกษา/ นักเรียนที่ มาร่วมจัด กิจกรรม	ความช่วยเหลือ จากชมรม ผู้สูงอายุ	ไม่มีกิจกรรม ที่แน่นอน บางครั้งอาจมี กิจกรรมการ ร้องเพลง การออกกำลังกาย โดยผู้ดูแล และญาติของผู้ สูงอายุ	การจัด โครงการ ร่วมกับ โรงเรียน สนับสนุน การมี ส่วนร่วมใน กิจกรรมกับ กลุ่มเยาวชน	กิจกรรม การเยี่ยม บ้าน กิจกรรม ตรวจ สุขภาพทุก เดือน กิจกรรม วันเต็มสุข (กิจกรรม บำบัด กิจกรรม นันทนาการ) กิจกรรมวัน เต็มสุข สัญจร (ชมรมผู้ สูงอายุเป็น เจ้าภาพ)

ประเด็น/ ชื่อหน่วยงาน	บ้านพัก คนชรา บ้านบางแค ^๒	ศูนย์พัฒนาการ จิตสวัสดิการ สังคมสำหรับ ผู้สูงอายุบ้าน บางแค	บ้านพัก ผู้สูงอายุคามิล เลียน โชเซล เซนต์เตอร์ สามพราน	โรงพยาบาล ประสาท เชียงใหม่	ชุมชน อบต. ดอนแก้ว
กิจกรรม การดูแล ผู้ป่วย สมอง เสื่อม	มีกิจกรรม ประจำวัน ทั่วๆ ไป ไม่มีกิจกรรม เฉพาะ/อาจ มีการทำ กายภาพ บำบัด	มีการทำกิจกรรม การฟื้นฟูราย บุคคล (IRP) มีกิจกรรมการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้สูงอายุหลงลืม	มีการเชิญนัก กายภาพบำบัด มาสอนผู้ดูแล เพื่อการดูแล ผู้สูงอายุต่อ	ในคลินิก ความจำ (ทุกวัน พฤหัสบดี) มีการให้การ ปรึกษาญาติ	-
ลักษณะ กิจกรรมที่ มีความ แตกต่าง จาก องค์กรอื่น	คิดว่าไม่ แตกต่าง จากที่อื่น	ใช้ประสบการณ์ การทำงานในการ ปรับกิจกรรมอยู่ เสมอ	ในทุกกิจกรรม ให้ญาติมี ส่วนร่วมใน การดูแล	กิจกรรม ดำเนินการ “ตอบสนอง ความ ต้องการของ ผู้ใช้บริการ” ไม่ใช่ตนเอง เป็นเกณฑ์ ในการให้ บริการ	มีการจัดตั้ง ศูนย์การ ดูแลผู้ สูงอายุ

ประเด็น/ ชื่อหน่วยงาน	บ้านพัก คนชรา บ้านบางแค ๒	ศูนย์พัฒนาการ จัดสวัสดิการ สังคมสำหรับ ผู้สูงอายุบ้าน บางแค	บ้านพัก ผู้สูงอายุคามิา เลียน โซเซล เซนเตอร์ สามพราน	โรงพยาบาล ประสาท เชียงใหม่	ชุมชน อบต. ดอนแก้ว
จุดเด่น ของการ ให้บริการ	ความทั่วถึงใน การดูแล เนื่องจาก ผู้สูงอายุ จำนวนมากจึงดูแล ได้	การให้บริการ ครบวงจร	ความจริงจัง ในการดูแล ดุจญาติ และ บรรยากาศ ของความเป็น ครอบครัว	ปฏิบัติตาม ตาม หลักเกณฑ์ การดูแลที่ดี (clinical practice guidelines)	ผู้เข้าร่วม กิจกรรมมี ความเป็น จิตอาสา ที่มาจาก คนใน ชุมชน (เน้นการมี ส่วนร่วม ของ ชุมชน)
	การใช้ เครือข่าย อสม.ร่วม ในการดูแล	การทัศนศึกษา ของผู้ป่วยสมอง เสื่อม		มีการ ประเมิน กิจกรรมที่ ดำเนินการ/ ประเมิน ความพึง พอใจของ ผู้ใช้บริการ	
	มีนักรกาย บำบัดประจำ องค์กร	การใช้เครือข่าย ช่วยในการจัด กิจกรรม		จำนวน บุคลากรไม่ มากควบคุม มาตรฐานได้	

ประเด็น/ ชื่อหน่วยงาน	บ้านพัก คนชรา บ้านบางแค ๒	ศูนย์พัฒนาการ จิตสวัสดิการ สังคมสำหรับ ผู้สูงอายุบ้าน บางแค	บ้านพัก ผู้สูงอายุคามิล เลียน โซเซล เซนเตอร์ สามพราน	โรงพยาบาล ประสาท เชียงใหม่	ชุมชน อบต. ดอนแก้ว
ปัจจัย ที่ทำให้ องค์กร ประสบ ความ สำเร็จ	การปรับปรุง ตามสภาพ	งบประมาณ สนับสนุน	บุคลากร อยากช่วยเหลือ ผู้อื่น	ความเป็น humanized	คนที่มีจิต อาสา/ เสียสละ
	บริการที่มีการ พัฒนาขึ้น	ผู้บริหารมีความ ตั้งใจในการ พัฒนาองค์กร		การมี ส่วนร่วม ของชุมชน เช่น นักศึกษา จิตอาสา ชาวบ้าน เป็นต้น	ผู้บริหาร ที่มีความ เข้าใจและ ใส่ใจ
	การใช้ระบบ ให้ผู้สูงอายุ ดูแลกันเอง	โครงสร้างองค์กร /การสนับสนุน/ การพัฒนาหน่วย งานในสังกัด			องค์กร ให้การ สนับสนุน
	สัมพันธภาพ ระหว่าง เจ้าหน้าที่และ ผู้สูงอายุมี มาก	บุคลากรเอื้อต่อ การปฏิบัติงาน			มีงบ ประมาณ สนับสนุน อย่าง ต่อเนื่อง
		ตระหนักในคุณค่า ของผู้ใช้บริการ			เครือข่าย การทำงาน ที่เป็นสห วิชาชีพ

ประเด็น/ ชื่อหน่วยงาน	บ้านพัก คนชรา บ้านบางแค ๒	ศูนย์พัฒนาการ จัดสวัสดิการ สังคมสำหรับ ผู้สูงอายุบ้าน บางแค	บ้านพัก ผู้สูงอายุคามิล เลียน โชเซล เซนเตอร์ สามพราน	โรงพยาบาล ประสาท เชียงใหม่	ชุมชน อบต. ดอนแก้ว
ปัญหา/ อุปสรรค ในการ ดำเนิน งานด้าน การดูแล ผู้สูงอายุ	จำนวน บุคลากร ประจำ ตาม โครงสร้าง กทม. มีไม่ มาก	สัดส่วนของ บุคลากรในการ ดูแลยังไม่ เหมาะสม	ขาดโอกาสใน การเรียนรู้การ ดูแลผู้สูงอายุ จากองค์กรอื่นๆ	-	ผู้สูงอายุที่ ช่วยตนเอง ได้น้อยไม่ สามารถ เข้าร่วม กลุ่มและ ทำกิจกรรม ได้ จึงใช้ วิธีการ เยี่ยมบ้าน โดยเฉพาะ การดูแล ผู้ป่วย สมองเสื่อม ยังไม่มีการ ทำงานด้าน นี้/ไม่มี ความรู้ใน ด้านนี้มาก นัก
		ความเป็นพื้นที่ เปิด ผู้สูงอายุ ต้องการบริการที่ หลากหลาย มีการ เรียกร้องมากขึ้น	การหมุนเวียน ของบุคลากร คนรุ่นใหม่ไม่มี ความอดทนใน การทำงาน		
		ปัญหาการดูแล ผู้สูงอายุที่มีความ ซับซ้อนมากขึ้น			

ประเด็น/ ชื่อหน่วยงาน	บ้านพัก คนชรา บ้านบางแค ^๒	ศูนย์พัฒนาการ จิตสวัสดิการ สังคมสำหรับ ผู้สูงอายุบ้าน บางแค	บ้านพัก ผู้สูงอายุคามิลา เลียน โซเซล เซนเตอร์ สามพราน	โรงพยาบาล ประสาท เชียงใหม่	ชุมชน อบต. ดอนแก้ว
ปัญหา/ อุปสรรค ในการ ดำเนิน งานด้าน การดูแล ผู้ป่วย สมอง เสื่อม	ใช้เวลาในการ ดูแลแต่ละ รายนาน	ผู้ใช้บริการมากขึ้น การดูแลต้องให้ ความใส่ใจเพิ่มขึ้น	เป็นการดูแล ตามความเป็น ธรรมชาติ	นโยบาย องค์กร กระทบการ ทำงาน ไม่สามารถ ทำงานเชิง รุกในชุมชน ได้	ยังไม่มีกร ดำเนินการ ในกลุ่ม เป้าหมาย นี้ แต่มี กิจกรรมใน เรื่องของการดูแล สุขภาพจิต
	จำนวน บุคลากรมี น้อย/มีเฉพาะ วิชาชีพ	การฟื้นฟู ไม่เป็น ไปตามความ ต้องการ ไม่ถูกใจ ไม่ทำตาม			
ความ ต้องการ เพิ่มเติม เพื่อการ ดูแลผู้ สูงอายุ/ ผู้ป่วย สมอง เสื่อม	อุปกรณ์ เครื่องใช้ ต่างๆ ที่ ผู้สูงอายุ ต้องใช้	การปรับโครงสร้าง เตียงผู้ป่วยสมอง เสื่อม	การมีโอกาสเข้า ร่วมอบรมการ ให้ความรู้ของรัฐ	งบประมาณ ในการ ทำงานเชิง รุกในชุมชน	ความรู้เชิง วิชาการใน กลุ่มผู้ สูงอายุ
		การคัดกรองผู้ป่วย สมองเสื่อม ต้องการมีระบบ การคัดกรอง ภายในหน่วยงาน	การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ การดูแลจาก บุคลากรภาครัฐ		ระบบการ คัดกรองให้ อาสาสมัคร ดำเนินการ ได้
					เอกสาร ทาง วิชาการ ต่างๆ เพื่อการ เผยแพร่

ผลการทบทวนความรู้: ส่วนที่ 3 ข้อสังเกตและบทเรียนรัฐจากการทบทวนองค์ความรู้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ

3.1 การทบทวนองค์ความรู้จากผลงานวิจัย/บทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าไม่มีข้อมูลที่มีลักษณะพิเศษและน่าสนใจในการเป็นแนวทางดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม งานวิจัยยังมุ่งศึกษาในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ผลกระทบที่ผู้ดูแลได้รับ นอกจากนี้งานวิจัยที่ปรากฏในช่วงหลัง ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการและการมีรายได้ของผู้ที่จะก้าวเข้าสู่ความเป็นผู้สูงอายุ (และยังไม่เจ็บป่วย)

3.2 การทบทวนระบบรองรับการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทย

การทบทวนงานวิจัยและโครงการพบข้อมูลจากผลการศึกษามีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่มีข้อเสนอแนะที่ให้ความสำคัญกับมิติทางสังคมของผู้สูงอายุมากกว่ามิติทางสุขภาพ ดังนี้

- เจ้าภาพหลักในการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน รวมไปถึงการดูแลในระยะยาวคือ องค์กรบริหารส่วนตำบล และการเชื่อมโยงเครือข่ายในการทำงานระดับชุมชน

- การให้ความสำคัญกับสวัสดิการสังคมในผู้สูงอายุ เช่น เบี้ยยังชีพ เงินสงเคราะห์ เป็นต้น
- การที่หน่วยบริการมีมาตรฐานการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีกฎหมายกำกับ
- สนับสนุนให้ภาคเอกชนมีบทบาทในการร่วมดูแลผู้สูงอายุ
- การสร้างต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทย
- การสนับสนุนบริการในครอบครัว เน้นบทบาทของครอบครัว โดยรัฐมีระบบรองรับสำหรับครอบครัวที่ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้
- รูปแบบการออมทั้งในส่วนของผู้ที่ทำงานในภาคเอกชน และภาครัฐ
- การขยายอายุการเกษียณ
- การพัฒนาระบบการดูแล ควรคำนึงถึงความเหมาะสมทางวัฒนธรรม และคุณค่าของสังคมไทย

นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอที่เกี่ยวกับมิติสุขภาพ คือ การให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยสุขภาพกายของผู้สูงอายุ เช่น หู ตา เป็นต้น

3.3 การทบทวนการดูแลผู้สูงอายุในสาธารณรัฐเกาหลี และสิงคโปร์

เป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในแต่ละประเทศไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวนานที่สุดเท่าที่จะทำได้อย่างมีศักดิ์ศรี โดยจะสังเกตได้ว่า สิ่งที่ถูกฝ่ายต่างให้ความสำคัญ นอกเหนือจากเรื่องสุขภาพแล้ว เรื่องการเงินและที่อยู่อาศัย รวมถึงการมีงานทำ เป็นเครื่องมือสำคัญที่หลายประเทศมุ่งให้ความสำคัญและให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงปัจจัยเหล่านี้ โดยบทเรียนของทั้งสองประเทศ

ต่อการพัฒนาการดำเนินการในสังคมไทยดังนี้

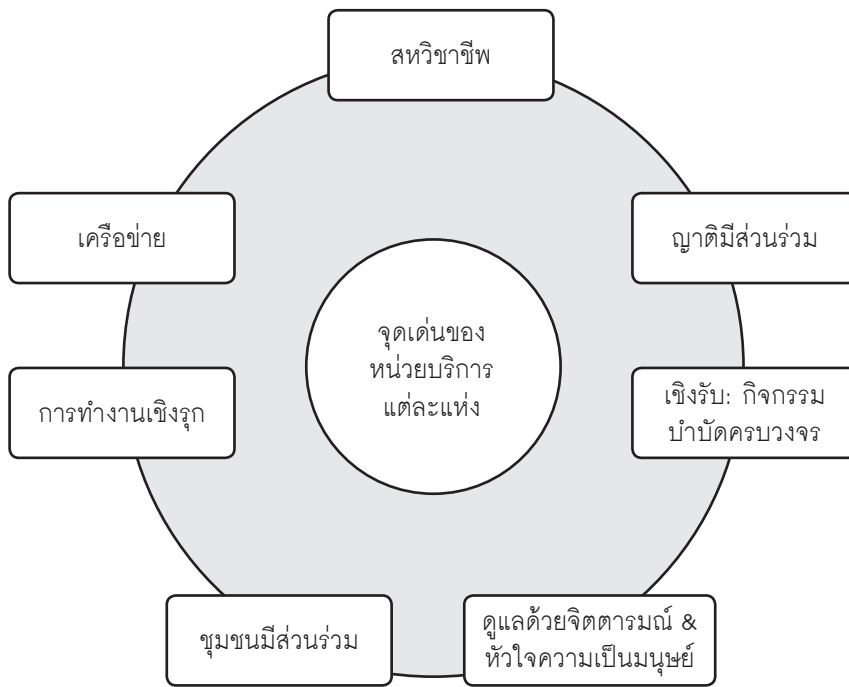
- โครงการที่เกี่ยวข้องกับการออมเงินเพื่อการใช้ในอนาคต ซึ่งในสังคมไทยมีเพียงบางกลุ่มที่เข้าถึงบริการเหล่านี้ ไม่ว่าจะเป็นส่วนในภาครัฐที่ดูแลเฉพาะกลุ่ม หรือภาคเอกชน ชุมชน ที่เข้าถึงสวัสดิการนี้เพียงบางชุมชนเท่านั้น ประกอบกับเงินออมนั้น อาจไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพเรื้อรังได้
- การขยายอายุการเกษียณ จากต้นแบบของทั้ง 2 ประเทศ ต่างมีการขยายเพื่อให้ผู้สูงอายู้สึกถึงคุณค่าตนเอง และสร้างรายได้ ซึ่งในปัจจุบันสังคมไทยมีการขยายอายุการเกษียณเฉพาะในบางกลุ่มอาชีพ
- ประเทศสิงคโปร์เป็นแบบอย่างที่ดีในการมีกฎหมายให้บุตรมีหน้าที่ต้องดูแลบุพการี (แต่อาจไม่เหมาะสมสำหรับวัฒนธรรมไทย ที่บุตรควรตระหนักในการทดแทนคุณเช่นสาธารณรัฐเกาหลี) อย่างไรก็ตามในสังคมไทยมีความคล้ายในเรื่องผู้กการดูแลบุพการีกับการได้รับสิทธิในการลดหย่อนภาษี
- สิ่งที่น่าสนใจของทั้งสองประเทศ คือ รัฐใช้เครื่องมือที่หลากหลายในการกระตุ้นให้เกิดการดูแลใส่ใจบิดามารดา การให้สิ่งจูงใจแก่บุตรในการดูแลพ่อแม่ รวมถึงการให้สิทธิพิเศษในบางกรณีที่จะเป็นการสร้างโอกาสให้เกิดการดูแลกันของสมาชิกในครอบครัว

3.4 การสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสมองเสื่อม

บ้านพัก/สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุในสังคมไทย เกือบทั้งหมดยังมีได้มีระบบรองรับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในหน่วยบริการโดยตรง ส่วนใหญ่มุ่งไปที่การดูแลปัญหาผู้สูงอายุทุกๆ ไป อย่างไรก็ตามหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ค่อนข้างจะมีรูปแบบการดูแลที่ครบวงจร (แผนภาพที่ 1) ทั้งในส่วนของกิจกรรม จำนวนบุคลากร สหวิชาชีพ ที่เหมาะสม ส่วนหน่วยบริการอื่นๆ ยังไม่มีรูปแบบที่ดูแลผู้สูงอายุในลักษณะของการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างแท้จริง ในหลายแห่งของรัฐลักษณะการได้รับบริการที่ควรจะเป็นยังขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่ายของผู้ใช้บริการ/ญาติ

- การร่วมจ่ายค่าบริการยังคงมีอยู่แม้ในหน่วยบริการของรัฐ เพื่อการได้รับบริการที่สะดวกสบายกว่าสำหรับผู้ที่มีอำนาจจ่าย ในขณะที่สิ่งที่น่าสนใจคือ ในสถานบริการของเอกชนมีเรื่องของการจ่ายเข้ามาเกี่ยวข้อง แต่ในขณะที่เดียวกันก็มีบางกลุ่มที่ไม่มีจ่าย ต่างได้รับการดูแลในมาตรฐานเดียวกัน
- งบประมาณดำเนินการ มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ขององค์กร หลายแห่งขับเคลื่อนได้ดี เนื่องจากความยืดหยุ่นของการใช้งบประมาณ
- กิจกรรมทางสังคมมีความชัดเจนในสถานบริการของรัฐ เนื่องจากการมีโครงสร้างบุคลากรที่ปฏิบัติเกี่ยวข้องและมีความชำนาญในเนื้องาน

- การละเลยการดูแล/การให้คำแนะนำ หน่วยบริการเอกชนในการดูแลผู้สูงอายุ การประสานความร่วมมือ การให้โอกาสในการร่วมเรียนรู้กับกิจกรรม โครงการที่รัฐจัด
- การเรียนรู้/การปรับบริการ จากประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ใช้บริการ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ใช้บริการ
- การทำงานเชิงรุกมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดภาวะการพึ่งพิงสถาบันของผู้สูงอายุ
- การกำหนดเงื่อนไขการเข้าใช้บริการในสถานบริการของรัฐ ส่วนหนึ่งกลายเป็นการผลักให้ผู้สูงอายุที่ไม่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเงื่อนไข ไม่สามารถเข้าสู่สถานบริการได้ ต้องย้ายตนเองไปอยู่ในสถานพยาบาลเอกชน แม้ไม่มีอำนาจในการจ่าย และยังส่งผลกระทบต่อเนื่องต่อการดูแลทางสังคมที่ไม่ดีนัก
- การให้เครือข่ายทางสังคม ร่วมเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในมิติต่างๆ การสนับสนุน/การสร้างอาสาสมัครในการทำงานชุมชนในการดูแล เป็นการเพิ่มความสามารถให้ชุมชน และลดภาระงานของบุคลากรในสถานบริการ ทั้งนี้การใช้วัฒนธรรมทางสังคม และองค์กรในพื้นที่ในการร่วมเรียนรู้และตระหนักในความสำคัญของผู้สูงอายุ



แผนภาพที่ 1 จุดเด่นของหน่วยบริการแต่ละแห่งในการดูแลผู้สูงอายุ

ผลการทบทวนความรู้: ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการทบทวนข้อมูล ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับกลไกการดูแลเมื่อเป็นผู้สูงอายุ แต่ไม่ได้ลงรายละเอียดเมื่อต้องเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อม ดังนั้นสำหรับประเทศไทยมีข้อเสนอในการดูแลดังนี้

ข้อเสนอในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะสั้น

1. รัฐต้องเริ่มที่การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอย่างจริงจังและเข้าถึงประชาชน
2. หน่วยบริการมีกลไกที่เอื้อต่อการสร้างความชำนาญ/ศักยภาพในการดูแลของบุคลากร อาสาสมัคร รวมถึงการเสริมสร้างสุขภาพจิต สนับสนุนความรู้/อุปกรณ์แก่ผู้ดูแลที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลนั้นสามารถให้การดูแลที่บ้านได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพิงหน่วยบริการ

ข้อเสนอในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะยาว

3. หน่วยบริการต้องมีโครงสร้างวิชาชีพที่เหมาะสมกับภารกิจ มีบริการที่จำเป็นต่อความเจ็บป่วยและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย การดึงเครือข่ายให้ร่วมเป็นเจ้าภาพในการดูแล รวมถึงการพิจารณาเพิ่ม/ลดเงื่อนไขของการก้าวเข้าสู่หน่วยบริการของผู้สูงอายุ เช่น ภาวะความเจ็บป่วย และการมีส่วนร่วมของญาติ เป็นต้น

4. รัฐต้องมีการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานให้เป็นระบบเดียวกันทั้งในหน่วยบริการดูแลของรัฐและเอกชน
5. การป้องกัน ภาครัฐเองต้องทบทวนการเตรียมความพร้อมในการดูแลสังคมผู้สูงอายุ เช่น การสร้างระบบเงินออมให้ผู้สูงอายุ รวมถึงการสร้างระบบแรงจูงใจให้ผู้ดูแลในการมีสิทธิพิเศษต่างๆ ที่รัฐ/เอกชนดำเนินการให้ได้ ผ่านกฎหมายที่เอื้อให้เกิดการดูแลระหว่างกันอย่างเข้มแข็งในระดับฐานรากเช่นครัวเรือน ซึ่งเป็นสถานที่ที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ



ข้อจำกัดในการศึกษา/การทบทวนองค์ความรู้

1. ใช้การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง
 - การสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ จำนวน 5 แห่ง กระจายตามความแตกต่างขององค์กรที่สังกัดทั้งภาครัฐ/เอกชน/ชุมชน
 - การศึกษาข้อมูลของสาธารณรัฐเกาหลีและสิงคโปร์ (เนื่องจากมีความใกล้เคียงกับสังคมไทย และเป็นตัวอย่างของประเทศที่สังคมไทยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้)
2. ข้อมูลงานวิจัย/บทความวิจัย เป็นงานที่เน้นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสมองเสื่อม และผู้ดูแลผู้ป่วย
3. กลุ่มเป้าหมายในการสืบค้นข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการทบทวนข้อมูลจากเอกสารที่น่าเสนอเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (เป็นกลุ่มหลักที่มีปัญหาภาวะสมองเสื่อม) และผู้ป่วยสมองเสื่อม
4. ข้อเสนอเชิงนโยบายในครั้งนี้ มาจากขอบเขตของการทบทวนองค์ความรู้ในครั้งนี้เท่านั้น



สรุปข้อเสนอเชิงนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ/ ผู้ป่วยสมองเสื่อมในระดับต่างๆ และในหน่วย บริการ

การดูแล	บ้าน	หน่วยบริการ	รัฐ
ระยะสั้น	การสนับสนุนให้ ความรู้แก่ผู้ดูแลให้มี ศักยภาพในการดูแล รวมถึงการสร้างเสริม สุขภาพจิต	กระตุ้นความสามารถ ของครอบครัวในการ ดูแล	รณรงค์การให้ความ รู้เรื่องภาวะสมอง เสื่อม/การดูแล ผู้ป่วยที่บ้าน ผ่าน การประชาสัมพันธ์ ที่เข้าถึงได้ง่าย
	การได้รับการ สนับสนุนด้านอุปกรณ์	การมีกิจกรรมบำบัด ในหน่วยบริการ	เพิ่มจำนวนสถาน สงเคราะห์/ ความสามารถใน การเข้าถึงของ ผู้ใช้บริการ
	การทำงานร่วมกับ เพื่อนบ้าน/ชุมชน	มีระบบฐานข้อมูลของ ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสมอง เสื่อม ให้ญาติมีส่วนร่วมใน การดูแล มีกลไกที่เอื้อต่อการ สร้างความชำนาญให้ บุคลากรสหวิชาชีพ และอาสาสมัคร	



เอกสารอ้างอิง

ข้อมูลจากหนังสือ วารสาร บทความ

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาส์ตย์. ระบบการดูแลและระยะยาว : การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. เอกสารอัดสำเนา, 2551.

กนกพรพรณ กรรณสุด รวีวรรณ นิวัตพันธุ์ และคำแก้ว ไกรสรพงษ์. ประสิทธิภาพของการฝึกทักษะในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยกิจกรรมแบบมอนเตสซอร์รี่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มแรก. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 54, 3 (ก.ค.-ก.ย.2552) น.241-250.

กัลยพร นันทชัย รวีวรรณ นิวัตพันธุ์ และคำแก้ว ไกรสรพงษ์. ประสิทธิภาพของการฝึกความจำด้วยกิจกรรมตามหลักปรัชญามอนเตสซอร์รี่ในผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะเริ่มแรก.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 54, 2 (เม.ย.-มิ.ย.2552) น.197-208.

คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ระบบการดูแลและระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ : ศักดิ์โสภณาการพิมพ์, 2553.

จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. แนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาทางด้านพฤติกรรม. วารสารยา สมาคมร้านขายยา 21, 4 (ก.ค.-ส.ค. 2545) น.72-75.

นันทิกา ทวีชาติ พวงสร้อย วรกุล และพรวุฒิ กาญจนนาคินทร์. แบบประเมินโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ : ฉบับภาษาไทย. วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 3, 1 (ม.ค.-มี.ค. 2545) น.21-32.

ภาศิษฎา อ่อนดี. ภาระการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ประเด็นสำคัญและการช่วยเหลือ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 ก.ค.-ธ.ค.2547.

- มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. โครงการสร้างและขยายโอกาสในการเข้าถึงหลักประกันทางสังคมขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ : เพื่อศึกษาวิจัยเรื่อง การขยายกำหนดเกษียณอายุ และการออมสำหรับวัยเกษียณอายุ, 2551.
- มัทนา พนานิรามัย. หลักประกันของผู้สูงอายุไทย : บทเรียนจากบางประเทศในเอเชีย. มีนาคม, 2545.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2549. กรุงเทพฯ : เดือนตุลา, 2550
- เยาวรัตน์ ปราบัษขาม. นโยบายเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ บทเรียนจากประเทศเพื่อนบ้าน, 2550.
- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์. ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม : กรณีศึกษา. วารสารพญามาติยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 5, 1 (ม.ค.-มี.ค. 2547) น.43-48.
- วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ. ระบบการดูแลระยะยาว เพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยผู้สูงอายุ. บริษัทศักดิ์โสภณาการพิมพ์. กรุงเทพฯ : 2553.
- วรรณนิภา บุญระยอง. ภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. วารสารพญามาติยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1, 1 (ม.ค.-มี.ค. 2543) น.11-18.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และสมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (The Caring Model for the Demented Elder). วารสารพญามาติยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ปีที่ 4, ฉ.1 (ม.ค.-มี.ค. 2546) น.10-20.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และคณะ. ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศสิงคโปร์. ขอนแก่น : หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2545.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย. กรุงเทพฯ : ร้านเจฟรินท์ 2, 2552.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจฟรินท์ , 2553.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน : กลไกการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืน. กรุงเทพฯ : บริษัทมิสเตอร์ก๊อปปี้ จำกัด, 2550.

ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, Rosamund M Bryar Bnurs และ Andrew J. Newens. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย. วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1, 4 (ต.ค.-ธ.ค. 2543) น.15-24.

ศิริพันธ์ุ สาสัตย์. 1-2-3 การทำวิจัยในชีวิตจริง (real life research) : ประสบการณ์จากการทำวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2, 3 (ก.ค.-ก.ย. 2544) น.54-60.

ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และคณะ. รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : บริษัทมิสเตอร์ก๊อปปี้ จำกัด, 2553.

ข้อมูลจากเว็บไซต์

กระทรวงการพัฒนาชุมชนและกีฬา. สืบค้นเมื่อ 12/09/2554, <http://app1.mcds.gov.sg/PressRoom/FactsheetDevelopmentthedisabilitysector.aspx>

กระทรวงสุขภาพและสวัสดิการ ประเทศเกาหลี. Elderly. สืบค้นเมื่อ 20/08/2554, http://english.mohw.go.kr/front_eng/jc/sjc0105mn.jsp?PAR_MENU_ID=100305&MENU_D=10030504

กระทรวงสุขภาพและสวัสดิการ ประเทศเกาหลี. Learn about the Policies of the Ministry of Health & Welfare.

สืบค้นเมื่อ 11/09/2554, http://english.mohw.go.kr/front_eng/index.jsp

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. สรุปผลการดำเนินกิจกรรมโครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม.

สืบค้นเมื่อ 9/07/2554, http://ctop-file.com/content/activities_nonthaburi_th.htm 

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
www.hitap.net

สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย
www.azthai.org