



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

สรุปผลการติดตามการดำเนินงาน
โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง
ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) ติดตามและประเมินผลการ
ดำเนินงาน 3 หมู่บ้าน (บ้านฝายน้อย บ้านไร่ศิลาทอง บ้านต้นมื่น)
ประจำปีงบประมาณ 2567

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model)
ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน 3 หมู่บ้าน (บ้านฝายน้อย บ้านไร่ศิลาทอง บ้านต้นมื่น)

นางสาวณภัสนันท์	เจริญทรัพย์	นายแพทย์ชำนาญการ
นางสาววรภัทร	เชิงปัญญา	นายแพทย์ชำนาญการ
นางสุพัตรา	ธรรารักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางปานจิตร	วงศ์ใหญ่	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นายอัศวรธร	จิตเย็น	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
นางสาวสุกมาศ	ลายเงิน	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
นางสาวสาวิตรี	ลิลิตวิศิษฏ์วงศ์	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
นางสาวเกวสี	วัทโล	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
นางสาวกฤติกา	ดีพัฒนกุล	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
นางสาวอาทิตย์ยา	สินสุริยศักดิ์	เภสัชกรชำนาญการ
นายสุรศักดิ์	ตามล	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ
นายทัศนัย	คำลำปาง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นายภาณุพงศ์	พลายสาร	พยาบาลวิชาชีพ
นางสาวอุตมภรณ์	กันทา	นักรังสีการแพทย์
นางสาวสุกัญญา	บรรเลงจิตร	นักกายภาพบำบัด
นางสาวรัตติกาล	คำพนม	นักวิชาการสาธารณสุข
ว่าที่ ร.ต.หญิงศิริประภา	ตาสุนทร	นักวิชาการสาธารณสุข
นายณัฐรินทร์	กันจะสิน	นักโภชนาการ
นางสาวเจนจิรา	ใจชมภู	นักประชาสัมพันธ์
นายธนกฤต	อินทกุล	เจ้าพนักงานโสตทัศน
นางพัชยา	โพธิ์ทอง	นักสาธารณสุขชำนาญการ
นางชนิดา	กันดี	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นางสาวชลิตา	แสงอบ	นักจัดการงานทั่วไป
นางสาวเปรมจิตร	อุ่มผาง	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ
นางสาวนิภาพร	อรุณศรีพันธ์	นักกายภาพบำบัด
นางสาวกชกร	วงศ์ษา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นางสาวธัญญลักษณ์	ไชยทะนุ	นักสังคมสงเคราะห์

กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและสนับสนุนอย่างดียิ่งของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับโอกาสในการพิจารณาโครงการฯ และอนุมัติงบประมาณในการดำเนินโครงการฯ นอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุนและได้รับคำปรึกษาในการดำเนินโครงการฯ ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง นายแพทย์วีรวัด อัครานันท์ คณะผู้ทำงานโครงการฯ จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณท่านกำนันศรีทน ศรีชัยวงศ์ กำนันตำบลพิชัย ท่านผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 9 บ้านฝายน้อย หมู่ที่ 10 บ้านต้นมัน และหมู่ที่ 14 บ้านไร่ศิลาทอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจำหมู่ที่ 9 บ้านฝายน้อย หมู่ที่ 10 บ้านต้นมัน และหมู่ที่ 14 บ้านไร่ศิลาทอง และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นมัน ที่ช่วยประสานความร่วมมือระหว่างคณะทำงานโครงการฯ และประชากรในตำบลพิชัย ตลอดจนขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการฯ ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและเข้าร่วมโครงการฯนี้ รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องอีกหลายๆ ท่าน ที่ไม่สามารถเอ่ยนามได้ทั้งหมด ที่มีส่วนช่วยให้โครงการฯ นี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

คณะกรรมการดำเนินโครงการฯ

สิงหาคม 2567

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1 - 3
1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา	1 - 2
1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการ	2
1.3 ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ	2
1.4 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	2
1.5 พื้นที่เป้าหมาย	3
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4 - 36
2.1 ข้อมูลทั่วไปตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง	4 - 9
2.2 โรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ในตำบลพิชัย	9
2.2.1 โรคมะเร็งตับ	9 - 15
2.2.2 โรคมะเร็งเต้านม	15 - 22
2.2.3 โรคมะเร็งปอด	22 - 26
2.2.4 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และโรคมะเร็งลำไส้ตรง	26 - 32
2.2.5 โรคมะเร็งท่อน้ำดี	32 - 36
บทที่ 3 วิธีดำเนินโครงการและการวิจัย	37 - 39
3.1 วิธีการดำเนินการ	37
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
3.3 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	38
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	38
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	38
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	39
บทที่ 4 ผลการดำเนินโครงการ	40 - 70
4.1 ผลการติดตามผลและประเมินผลโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้าน ปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) 3 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านฝายน้อย บ้านไร่ศิลาทอง บ้านต้นมัน	40 - 70
4.1.1 ข้อมูลหมู่ที่ 9 บ้านฝายน้อย	40 - 50
4.1.2 ข้อมูลหมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง	50 - 60
4.1.3 ข้อมูลหมู่ที่ 14 บ้านต้นมัน	60 - 70

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 5 การอภิปรายผล การสรุปผล และข้อเสนอแนะ	71 - 74
5.1 สรุปผล	71 - 87
5.1.1 สรุปผลการสำรวจข้อมูลในชุมชนหมู่ที่ 9 บ้านฝายน้อย	71 - 72
5.1.2 สรุปผลการสำรวจข้อมูลในชุมชนหมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง	72 - 73
5.1.3 สรุปผลการสำรวจข้อมูลในชุมชนหมู่ที่ 14 บ้านต้นมีน	73 - 74
5.1.4 สรุปผลการดำเนินโครงการ	74
5.2 ข้อเสนอแนะ	75
5.2.1 ข้อเสนอแนะระดับบริหาร	75
5.2.2 ข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติการ	75
5.2.3 ข้อเสนอแนะระดับเชิงวิชาการ	75 - 76
5.3 ข้อจำกัด	76
บรรณานุกรม	77 - 78
ภาคผนวก	79 - 93
- ภาคผนวก ก: แบบสอบถามข้อมูลความเสี่ยงโรคมะเร็งของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง	80 - 85
- ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย(Pichai Model)	86 - 93

บทที่ 1 บทนำ

1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา

โรคมะเร็ง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ในประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 16 ของการเสียชีวิตทั้งหมด สูงกว่าอัตราการเสียชีวิตจาก อุบัติเหตุ และโรคหัวใจ เฉลี่ย 2 ถึง 3 เท่า หรือมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเฉลี่ย 8 รายต่อชั่วโมง ในปี พ.ศ. 2561 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ โดยประมาณอยู่ที่ 170,495 ราย และเสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 114,199 ราย สำหรับ 5 อันดับแรกของมะเร็งที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และ มะเร็งถุงน้ำดี โดยโรคมะเร็งที่ทำให้เสียชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งถุงน้ำดี มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ตามลำดับ⁽¹⁾ จากการวิเคราะห์ข้อมูลทะเบียนมะเร็งในจังหวัดลำปาง พบว่า เขตตำบลพลิชัยมีประชากรทั้งหมด 2,076 คน และมีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็ง 392 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.49 เสียชีวิตไปแล้วทั้งสิ้น 181 ราย (46.17%) โดยมะเร็งที่พบบ่อย ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ ตามลำดับ

ในช่วงสี่ทศวรรษที่ผ่านมา เกิดการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก จนเกิดผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของประชากรไทย กล่าวคือ ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น การเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อลดน้อยลง ขณะที่การเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โดยสาเหตุสำคัญมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ปัจจุบันทุกประเทศทั่วโลก ให้ความสำคัญไปที่ความพยายามในการลดภาวะความรุนแรงของโรคเรื้อรังต่างๆ โดยมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมควบคุม ป้องกันปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค สำหรับในประเทศไทย ตั้งแต่ปลายแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8⁽²⁾ แนวโน้มแผนการพัฒนาสุขภาพของประเทศไทยก็ได้มุ่งสร้างเสริมสุขภาพที่ดีในเชิงรุก เน้นการดูแลที่ตัวคนมากกว่ามุ่งเน้นที่ตัวโรค ทำให้เกิดการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างครบวงจร ดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน ลด ละ เลิก พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ป้องกันโรคก่อนการเจ็บป่วยควบคู่ไปกับการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ของหน่วยงานสาธารณสุข ในการควบคุมป้องกันโรค (Disease Prevention Control) ซึ่งให้บริการทั้งตัวบุคคล (Individual Care) อย่างครอบคลุมไปสู่ครอบครัว และชุมชน⁽³⁾

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง อันมีพันธกิจ คือ พัฒนางานวิชาการ ถ่ายทอดองค์ความรู้ และให้บริการดูแลรักษาโรคมะเร็งร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน โดยรับผิดชอบเขตบริการสุขภาพที่ 1 จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ ลำปาง ลำพูน แพร่ น่าน แม่ฮ่องสอน พะเยา เชียงใหม่ และเชียงราย ซึ่งสอดคล้องกับหนึ่งใน

ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลในด้านความเป็นเลิศการส่งเสริมและป้องกันโรคมะเร็ง (PP&P Excellence) ที่เน้นการทำงานร่วมกับชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และสามารถจัดการตนเองได้ ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ชุมชนมีความรู้ และชุมชนเข้าถึงบริการในการส่งเสริมและป้องกันโรคมะเร็ง สำหรับการทำงานร่วมกับชุมชน โดยการสร้างเครือข่ายชุมชนให้เข้มแข็ง สร้างแกนนำสุขภาพ และนำไปสู่การสร้างชุมชนต้นแบบในการดูแลตนเอง โดยการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน (Health Promotion for the Community) นั้น

คณะกรรมการดำเนินโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะการลดพฤติกรรมเสี่ยงของโรคมะเร็ง ที่สามารถทำได้โดยการให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน มุ่งเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองก่อให้เกิดความรู้ และสามารถเข้าถึงบริการในการส่งเสริมและป้องกันโรคมะเร็งได้ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้บุคคลสามารถช่วยตนเองและพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง จึงได้ทำการวิจัยในโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) จังหวัดลำปาง เพื่อเสริมสร้างความตระหนักเรื่องโรคมะเร็งให้กับประชาชนในเขตตำบลพิชัย และเพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบ/ต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย ตลอดจนสามารถเป็นต้นแบบให้กับชุมชนอื่นๆ สามารถนำรูปแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งของตำบลพิชัยไปใช้เป็นต้นแบบต่อไป โดยได้เริ่มดำเนินงานตั้งแต่ปี 2564 ถึงปัจจุบัน และมีการติดตามการประเมินปัจจัยเสี่ยงและความรู้ด้านโรคมะเร็ง เพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการ

1.2.1. เพื่อติดตามผลและประเมินผลโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model)

1.3 ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ

ระยะเวลาในการดำเนินการ 1 ปี เริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567

1.4 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1.4.1 ผู้ใหญ่บ้าน, ประธานอสม., อสม., ชาวบ้าน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านฝายน้อย, บ้านต้นมีน และบ้านไร่ศิลาทอง

1.5 พื้นที่เป้าหมาย

ชุมชนต้นแบบนาร่อง 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 9 บ้านฝายน้อย, หมู่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง และหมู่ 14 บ้านต้นมัน ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาตามโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) ครั้งนี้ คณะผู้จัดได้ทำการศึกษาศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการวิจัยครอบคลุมเนื้อหาในหัวข้อดังต่อไปนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

- 2.1.1 ข้อมูลพื้นฐาน
- 2.1.2 เขตการปกครอง
- 2.1.3 ประชากร
- 2.1.4 การไฟฟ้า
- 2.1.5 การประปา
- 2.1.6 การคมนาคมและการสื่อสาร
- 2.1.7 การใช้ที่ดิน
- 2.1.8 ด้านเศรษฐกิจ
- 2.1.9 ด้านสังคม
- 2.1.10 การศึกษา
- 2.1.11 การสาธารณสุข

2.2 โรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ในตำบลพิชัย

- 2.2.1 โรคมะเร็งตับ
- 2.2.2 โรคมะเร็งเต้านม
- 2.2.3 โรคมะเร็งปอด
- 2.2.4 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
- 2.2.5 โรคมะเร็งลำไส้ตรง
- 2.2.6 โรคมะเร็งท่อน้ำดี

2.1 ข้อมูลทั่วไปตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง⁽⁶⁾

2.1.1 ข้อมูลพื้นฐาน

เทศบาลเมืองพิชัยมีสำนักงานตั้งอยู่เลขที่ 999 บ้านต้นมื่น หมู่ที่ 14 ถนนลำปาง-งาว ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง โดยมีพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 16.5 ตารางกิโลเมตร ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกของอำเภอเมืองลำปางอยู่ห่างจากตัวอำเภอไปประมาณ 8 กิโลเมตร พื้นที่ส่วนใหญ่ เป็นที่ราบ อยู่ห่างจาก กทม. ตามทางหลวงแผ่นดินสายพหลโยธิน ประมาณ 614 กิโลเมตร

2.1.2 เขตการปกครอง

ตำบลพิชัยมีหมู่บ้าน จำนวน 17 หมู่บ้าน

1) เทศบาลเมืองพิชัย มีหมู่บ้านที่อยู่ในการปกครอง จำนวน 11 หมู่บ้าน โดยชุมชนที่มีพื้นที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลพิชัยทั้งหมู่บ้านจำนวน 6 หมู่บ้าน ได้แก่

หมู่ที่ 3 ชุมชนบ้านม่อนเขาแก้ว, ชุมชนบ้านทุ่งกุ๋

หมู่ที่ 4 ชุมชนบ้านต้นยาง

หมู่ที่ 9 บ้านฝายน้อย

หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ

หมู่ที่ 14 ชุมชนบ้านต้นมีน

หมู่ที่ 15 ชุมชนบ้านสันติสุข (แยกออกมาจาก หมู่ที่ 2 ชุมชนสามัคคี)

หมู่บ้านและชุมชนที่มีพื้นที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลพิชัยบางส่วน จำนวน 5 หมู่บ้าน ได้แก่

หมู่ที่ 1 บ้านพิชัย

หมู่ที่ 2 ชุมชนสามัคคี

หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง

หมู่ที่ 8 บ้านทรายใต้

หมู่ที่ 13 บ้านใหม่-บ้านเด่น

2) องค์การส่วนตำบลพิชัย มีหมู่บ้านที่อยู่ในการปกครอง จำนวน 11 หมู่บ้าน โดยชุมชนที่มีพื้นที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลพิชัยทั้งหมู่บ้านจำนวน 6 หมู่บ้าน ได้แก่

หมู่ที่ 6 บ้านปงวัง

หมู่ที่ 4 บ้านไร่พัฒนา, บ้านไร่แผ่นดินทอง

หมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง

หมู่ที่ 11 บ้านดอนมูล

หมู่ที่ 16 บ้านวังชัยพัฒนา

หมู่ที่ 17 บ้านมิ่งมงคล

หมู่บ้านและชุมชนที่มีพื้นที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลพิชัยบางส่วนจำนวน 5 หมู่บ้าน ได้แก่

หมู่ที่ 1 บ้านพิชัย หลังค่ายทหาร, สนามกอล์ฟ

หมู่ที่ 2 บ้านสามัคคี

หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง

หมู่ที่ 8 บ้านทรายใต้

หมู่ที่ 13 บ้านใหม่พัฒนา

2.1.3 ประชากร

ในเขตเทศบาลเมืองพิชัยมีประชากรทั้งสิ้นจำนวน 13,176 คน เป็นชาย 6,203 คน หญิง 6,973 คน มีครัวเรือนทั้งสิ้น 4,931 หลังคาเรือน ความหนาแน่นของประชากร

ต่อพื้นที่โดยเฉลี่ย 732 คน / 1 ตารางกิโลเมตร จำนวนประชาชน และหลังคาเรือน แต่ละหมู่บ้าน มีดังนี้

ตารางที่ 2.1 จำนวนประชากรในเทศบาลเมืองพิชัยมีประชากร จำแนกรายหมู่บ้าน

หมู่ที่	หมู่บ้าน / ชุมชน	ชาย (คน)	หญิง (คน)	รวมประชากร (คน)
0	ทะเบียนบ้านกลาง	24	12	36
1	บ้านพิชัย	1,073	1,267	2,340
2	บ้านสามัคคี	465	475	940
3	บ้านม่อนเขาแก้ว / บ้านทุ่งกู่	553	596	1,149
4	บ้านต้นยาง	405	460	865
5	บ้านต้นตอง	382	435	817
8	บ้านทรายใต้	421	503	924
9	บ้านฝายน้อย	414	455	869
12	บ้านท่าเตื่อ	415	465	880
13	บ้านใหม่ บ้านเด่น	469	506	975
14	บ้านต้นมีน	775	872	1,647
15	บ้านสันติสุข	807	927	1,734
	รวม	6,203	6,973	13,176

หมายเหตุ : ข้อมูล ณ เดือน เมษายน 2563

2.1.4 การไฟฟ้า

สำหรับกระแสไฟฟ้าได้รับการจ่ายกระแสไฟฟ้าจากสถานีไฟฟ้าย่อยของการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย ซึ่งอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพิชัย หมู่ที่ 4 บ้านต้นยาง จึงทำให้ได้รับการบริการไฟฟ้าครบทุกหมู่บ้าน/ชุมชน

2.1.5 การประปา

การประปาได้รับการบริการน้ำประปา จากการประปาส่วนภูมิภาคจังหวัดลำปาง ในหมู่ที่ 1 หมู่ 15 หมู่ 2 บางส่วน และมีการจัดทำประปาหมู่บ้าน มีบ่อน้ำตื้น และน้ำบาดาลเพื่อการอุปโภค บริโภค

2.1.6 การคมนาคมและการสื่อสาร

พื้นที่ของตำบลพิชัย รับการบริการด้านการสื่อสารโทรคมนาคมจากในเมือง และได้รับการบริการโทรศัพท์สาธารณะประจำหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน/ชุมชน

2.1.7 การใช้ที่ดิน

ที่ดินส่วนใหญ่ใช้ในการเกษตรกรรม แต่ก็มีบางส่วนที่เป็นการจัดสรรที่ดินเป็นบ้านจัดสรรและอุตสาหกรรมในครัวเรือน โดยมีบ้านพิชัย บ้านสามัคคี และบ้านสันติสุขบางส่วน อยู่ในเขตผังเมืองรวม

2.1.8 ด้านเศรษฐกิจ

2.1.8.1 โครงสร้างเศรษฐกิจ รายได้ประชากร

ประชากรในพื้นที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเช่นทำนาทำไร่ทำสวนปลูกพืชเศรษฐกิจและเลี้ยงสัตว์รับจ้างรวมถึงอุตสาหกรรมในครัวเรือนซึ่งเป็นอาชีพเสริม คือ การทำภาชนะเครื่องปั้น-ดินเผาในหมู่ที่ 3 และการทำเครื่องจักรสานเรือเถาว์ลยในหมู่ที่ 8

2.1.8.2 การเกษตรกรรม

ประชาชนในพื้นที่มักจะมีการปลูกพืชเศรษฐกิจเพื่อส่งขายหรือจำหน่ายในตลาดในท้องถิ่นและสู่ตลาดในเขตเมือง

2.1.8.3 อุตสาหกรรม / การบริการ

- ในพื้นที่เทศบาลเมืองพิชัยมีโรงงานขนาดใหญ่ 2 แห่ง
- โรงงานขนาดกลางและเล็ก 16 แห่ง

2.1.8.3 การพาณิชย์กรรม / การบริการ

- ในเขตเทศบาลเมืองพิชัย มีตลาดสดเอกชน 3 แห่ง คือ ตลาดบ้านพิชัย 1 แห่ง ,ตลาดบ้านต้นยาง 1 แห่ง และตลาดบ้านฝายน้อย 1 แห่ง
- มีร้านค้าต่างๆ 86 แห่ง
- มีเกสต์เฮ้าส์ 2 แห่ง
- มีร้านอาหาร 10 แห่ง
- มีปั้มน้ำมัน 4 แห่ง

2.1.9 ด้านสังคม

2.1.9.1 ชุมชน

ประชากรทั้งสิ้น 13,176 คน เป็นชาย 6,203 คน และหญิง 6,973 คน มีครัวเรือนทั้งสิ้น 4,931 หลังคาเรือน ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่โดยเฉลี่ย 732 คน ต่อ 1 ตารางกิโลเมตร

2.1.9.2 ศาสนา

ประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิชัยนับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ และนับถือศาสนาคริสต์ อิสลาม พราหมณ์ ฮินดู ซิกข์ เป็นบางส่วน

- วัดพุทธในเขตเทศบาลเมืองพิชัยจำนวน 9 แห่ง
- ฌาปนสถาน จำนวน 10 แห่ง

2.1.9.3 ประเพณีศิลปวัฒนธรรม

เทศบาลเมืองพิชัย มีขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นของตนเอง สืบทอดกันมายาวนานมีภาษาท้องถิ่นแบบชาวไทยล้านนา ประเพณีที่สำคัญมีดังนี้

- ประเพณีสงกรานต์ มีขึ้นระหว่างวันที่ 13 - 15 เมษายนของทุกปี
- การกินข้าวสลาก
- ลอยกระทง
- การถวายเทียนพรรษา

- ประเพณีการบวชเณร
- ประเพณีแต่งงาน
- การทอดกฐินผ้าป่า
- การแห่ลูกแก้ว
- การสงฆ์น้ำพระธาตุ

2.1.10 การศึกษา

(1) สถานศึกษาที่ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพิชัย ดังนี้

- โรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 3 แห่ง (สังกัด สำนักงาน สพฐ.)
- โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จำนวน 1 แห่ง
- ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 3 แห่ง

(2) สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ

- สนามกีฬาท้องถิ่น 2 แห่ง
- สวนสาธารณะ 3 แห่ง

2.1.11 การสาธารณสุข

- มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นมันและมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 320 คน
- ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองพิชัย จำนวน 1 แห่ง
- โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง 1 แห่ง
- อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ 1: 19,000 คน
- อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาล 1: 9,500 คน
- อัตราส่วนประชากรต่อ จนท.สาธารณสุข 1: 3,166 คน

(1) ขยะ

- มีวิธีการจัดเก็บและกำจัดขยะมูลฝอย โดยจัดเก็บเอง
- ในเขตเทศบาลตำบลพิชัยมีปริมาณขยะ 8 ตัน / วัน
- มีรถเก็บขยะจำนวน 2 คัน
- การกำจัดขยะโดยฝังกลบ สถานที่สำหรับกำจัดขยะ บ้านจำบอน ตำบลต้นธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง มีพื้นที่ จำนวน 30 ไร่ เทศบาลตำบลพิชัยสามารถเก็บขนขยะและนำไปกำจัดได้ทั้งหมดจึง ไม่เหลือขยะตกค้างและไม่มีปัญหาสิ่งแวดล้อม
- เก็บค่าธรรมเนียมกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลหลังคาเรือนละ 20 บาท/เดือน
- ร้านค้า/โรงงานอุตสาหกรรม 20 บาท/เดือน โดยคิดเพิ่มตามปริมาณ ทุกๆ 20 ลิตร คิดเพิ่ม 20 บาท

(2) การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

เทศบาลเมืองพิชัยมีหน่วยงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยของเทศบาล ในการทำหน้าที่ป้องกันและรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน

- รถดับเพลิง จำนวน 2 คัน โดย คันที่ 1 จุน้ำได้ 2,500 ลิตร, คันที่ 2 จุน้ำได้ 4,000 ลิตร

- รถบรรทุกน้ำ จำนวน 1 คัน ซึ่งบรรทุกน้ำได้ 10,000 ลิตร
- รถตรวจการณ์ จำนวน 1 คัน (มีเครื่องหาบหามประจำรถ 1 ชุด)
- พนักงานดับเพลิง จำนวน 11 คน
- อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) จำนวน 279 คน
- อ่างเก็บน้ำจำนวน 3 อ่าง

(3) แหล่งน้ำ

เทศบาลเมืองพิชัยมีแหล่งน้ำธรรมชาติที่สำคัญต่อการเกษตรกรรมและการชลประทาน ไหลผ่านพื้นที่ในเขตเทศบาลเมืองพิชัย คือ แม่น้ำวัง ซึ่งมีต้นกำเนิดจากอำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

2.2 โรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ในตำบลพิชัย

ชุมชนตำบลพิชัย ได้ทำการคัดเลือกชุมชนต้นแบบนำร่อง 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 9 บ้านฝายน้อย หมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง และหมู่ที่ 14 บ้านต้นมื่น และจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากทะเบียนมะเร็ง พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดในตำบลพิชัย 392 คน (คิดเป็นร้อยละ 14.49) ของประชากรทั้งหมด จำนวน 2,706 คน โดยโรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรกของตำบลพิชัย ได้แก่

- 2.2.1 โรคมะเร็งตับ
- 2.2.2 โรคมะเร็งเต้านม
- 2.2.3 โรคมะเร็งปอด
- 2.2.4 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
- 2.2.5 โรคมะเร็งลำไส้ตรง

2.2.1 โรคมะเร็งตับ (Cancer of Liver)

มะเร็งตับเป็นโรคที่เกิดจากการที่เซลล์ในตับและท่อทางเดินน้ำดีมีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติจากการได้รับสารก่อมะเร็ง (Carcinogen) และถูกกระตุ้นด้วยสารเสริมความรุนแรงของการเป็นมะเร็ง (promoter) ให้กลายเป็นเซลล์มะเร็งส่งผลให้หน้าที่การทำงานเสียไป⁽⁷⁾ สาเหตุและปัจจัยที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัดเชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับสารก่อมะเร็ง⁽⁸⁾ การที่จะเกิดมะเร็งได้นั้นมีการเปลี่ยนแปลงหลายขั้นตอนแรกเริ่มที่สารก่อมะเร็งเข้าสู่ร่างกายจะถูกเปลี่ยนแปลงโดยขบวนการทางเคมีในร่างกายทำให้เกิดปฏิกิริยากับดีเอ็นเอซึ่งเป็นสารถ่ายทอดทางพันธุกรรมอยู่ในเซลล์ร่างกายทำให้โครงสร้างหรือการทำงานของดีเอ็นเอเปลี่ยนแปลงส่งผลให้เซลล์ผิดปกติกลายเป็นเซลล์มะเร็ง⁽⁹⁾

2.2.1.1 สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งตับ

สาเหตุและปัจจัยในการเกิดมะเร็งตับในแต่ละภูมิภาคมีความแตกต่างกันโดยโรคนี้อาจพบมากในประเทศแถบทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้⁽⁸⁾ สาเหตุและปัจจัยการเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับมีดังต่อไปนี้

(1) โรคตับแข็ง (cirrhosis)

อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งร้อยละ 2-6.6 ต่อปีและจากการตรวจศพของผู้ป่วยมะเร็งตับ พบว่า มีภาวะตับแข็งร้อยละ 80-90 มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะตับแข็งพบร้อยละ 7-54 แต่ตับแข็งก็ไม่ใช่สาเหตุโดยตรงของมะเร็งตับ⁽⁷⁾

(2) การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบ

มะเร็งตับเกิดในผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบร้อยละ 75-80 โดยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบชนิดบีร้อยละ 80 ซึ่งติดต่อได้ 3 ทาง ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบชนิดบีถ่ายทอดทางเลือดเช่นได้รับเลือดจากผู้ที่เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบชนิดบีหรือใช้เข็มฉีดยาร่วมกันและการติดต่อจากแม่ไปสู่ลูกแม่ที่ตั้งครรภ์และเป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบชนิดบีอาจถ่ายทอดไปสู่ลูกได้ส่วนผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบชนิดซีร้อยละ 25-30 พบเป็นสาเหตุของมะเร็งตับที่พบบ่อยในยุโรป สำหรับประเทศไทยพบน้อยมีการติดต่อคล้ายกับไวรัสตับอักเสบบชนิดบี แต่พบว่าการติดต่อทางให้เลือดมีมากกว่าผู้ที่เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบชนิดบีที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับสูง 100-400 เท่ามากกว่าคนที่ไม่เป็นพาหะและมีการเกิดมะเร็งตับในกลุ่มพาหะที่ไม่มีอาการผิดปกติร้อยละ 0.2 ต่อปีกลุ่มตับอักเสบบเรื้อรังร้อยละ 1.0 ต่อปี และกลุ่มตับแข็งร้อยละ 3.2 ต่อปี

(3) แอลกอฮอล์

การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เช่นเหล้าเบียร์จะทำให้ตับเสื่อมสภาพเร็วขึ้นเกิดอาการตับแข็งได้การดื่มแอลกอฮอล์ 41-80 กรัมต่อวันมีความเสี่ยง 1.5 เท่า และถ้าดื่มแอลกอฮอล์ 80 กรัมต่อวัน จะมีความเสี่ยงสูงขึ้นเป็น 7.3 เท่าเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ดื่มหรือ ดื่มน้อยกว่า 40 กรัมต่อวัน ซึ่งความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับไม่ลดลงแม้ว่าจะหยุดดื่มแล้วก็ตาม

(4) สารอัลฟลาท็อกซิน (aflatoxin)

อัลฟลาท็อกซินเป็นสารที่สร้างจากเชื้อราบางชนิดเช่นเชื้อรา แอสเพอจีริสฟลาวุส (aspergillus flavus) ที่ปนเปื้อนในอาหารที่เก็บไม่ถูกต้อง เช่น ถั่วลิสง ข้าวโพด ข้าวกลอง พริกแห้ง ซึ่งยังมีความชื้นหรือเก็บในที่อับชื้นทำให้เกิดเชื้อราได้สารอัลฟลาท็อกซินเป็นสารก่อมะเร็งโดยจะจับกับดีเอ็นเอของเซลล์ตับทำให้เกิดการกลายพันธุ์จนเกิดโรคมะเร็งตับในที่สุด ถ้ามีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบชนิดบีอยู่แล้วไวรัสจะทำให้เกิดการกลายพันธุ์ของตับเป็นระยะตั้งต้นของกระบวนการเกิดโรคมะเร็งส่วนสารอัลฟลาท็อกซินเป็นปัจจัยเสริมทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับสูงขึ้นผู้ที่ตรวจพบสารอัลฟลาท็อกซินในปัสสาวะมีอัตราเสี่ยงในการเกิดมะเร็งตับ 3.8 เท่า และถ้ามีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร่วมด้วยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเป็น 12.5 เท่า

(5) พยาธิใบไม้ในตับ

พยาธิใบไม้ในตับชนิดโอพิสทอคิสวิเวอริณี (opisthorchis viverrini) พบมีความสัมพันธ์กับมะเร็งตับซึ่งการวิจัยมะเร็งตับขององค์การระหว่างประเทศ⁽¹²⁾ ได้สรุปว่าการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งตับ⁽¹⁰⁾

(6) การสูบบุหรี่

บุหรี่เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดมะเร็งตับเนื่องจากในบุหรี่มีสารทาร์ (tar) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง (carcinogen) ทำหน้าที่เป็นสารที่ส่งเสริมการเป็นมะเร็งตับ⁽⁸⁾ ผู้ที่สูบบุหรี่และเป็นโรคตับอักเสบเรื้อรังหรือตับแข็งอยู่แล้วจะมีอัตราเสี่ยงในการเกิดมะเร็งตับเพิ่มขึ้น 8 เท่ามากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่⁽¹¹⁾

(7) กรรมพันธุ์

จากการศึกษา ยังไม่มีรายงานที่ชี้ชัดว่ากรรมพันธุ์มีความสัมพันธ์กับมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี แต่สามารถอธิบายตามทฤษฎีของการเกิดมะเร็งว่าคนทุกคนมีพันธุกรรม โดยมีเซลล์ส่วนที่เป็นมะเร็งอยู่ แต่ร่างกายสามารถยับยั้งไว้จึงยังไม่เป็นโรค แต่เมื่อไรก็ตามที่มีสาเหตุทำให้ระบบของการยับยั้งเสียไปแม้ได้รับสารก่อมะเร็งเพียงเล็กน้อยก็อาจเป็นมะเร็งได้⁽⁹⁾

2.2.1.2 กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับ

กลุ่มเสี่ยงที่ควรรับการตรวจคัดกรองหาโรคมะเร็งตับ ได้แก่

(1) ผู้ป่วยโรคตับแข็งทั้งเพศหญิงและชายปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับมีหลายอย่าง ได้แก่ โรคตับแข็งจากทุกสาเหตุ สุรา ไวรัสตับอักเสบบี และซี สารพิษอะฟลาทอกซินภาวะธาตุเหล็กสะสมที่ตับโรคทางพันธุกรรมและเมตาบอลิกต่างๆ ฯลฯ พบว่าร้อยละ 80 ของมะเร็งตับเกิดในผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็งในขณะที่อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งตับจากโรคตับอื่นๆ ที่ยังไม่เป็นตับแข็งพบว่าอุบัติการณ์ไม่สูงมากนัก

(2) ผู้ป่วยโรคตับอักเสบบีเรื้อรังที่เกิดจากไวรัสตับอักเสบบีหรือผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีตั้งแต่แรกคลอดหรือวัยเด็กและยังไม่มีโรคตับแข็ง แต่มีความเสี่ยงต่อมะเร็งตับสูงในเพศชายอายุมากกว่า 45 ปีและผู้หญิงอายุมากกว่า 50 ปีและมีประวัติมะเร็งตับในครอบครัว

(3) ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังที่มี fibrosis stage 3 และ 4 ควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับ⁽¹²⁾

2.2.1.3 ลักษณะทางคลินิก

การเป็นมะเร็งที่เนื้อตับในระยะเริ่มแรกมักไม่มีความเจ็บปวดกว่าที่ผู้ป่วยมะเร็งจะเกิดอาการเจ็บปวดมะเร็งต้องลุกลามมากถึงผิวที่หุ้มตับแล้วเท่านั้นหรือก่อนต้องมีขนาดใหญ่มากทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดอาการไม่สบายที่ตรวจพบได้ผู้ป่วยจึงมาพบแพทย์และสุดท้ายมักพบว่าโรคเป็นมากแล้วทำให้ผลการรักษาไม่ดีอาการของมะเร็งตับมีหลายแบบโดยอาจแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ⁽¹³⁾ ดังนี้

(1) อาการเฉพาะที่เป็นอาการที่เกิดจากก้อนมะเร็งตับมีขนาดใหญ่ เบียดเนื้อเยื่อปกติหรืออวัยวะใกล้เคียงคลำได้ก้อนที่ช่องท้องส่วนบนขวาของร่างกายเกิดอาการจุกแน่นบริเวณท้องด้านขวาบนไม่สบายท้องท้องอืดแน่นหรือปวดท้องถ้ามะเร็งลุกลามไปถึงเยื่อตับ

หากมะเร็งทำลายเนื้อตับมากกว่าร้อยละ 70 จะเกิดอาการดีซ่านตัวเหลืองตาเหลืองท้องโต มีน้ำในช่องท้องเส้นเลือดขอดบริเวณท้อง

(2) อาการจากการลุกลามแพร่กระจายโรคมะเร็งตับอาจแพร่กระจายไปที่ปอดทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบหรือลุกลามเข้ากระดูกเกิดอาการปวดกระดูก แต่ผู้ป่วยส่วนมากมักเสียชีวิตไปก่อนที่โรคแพร่กระจายไปสู่ส่วนอื่นของร่างกาย

(3) อาการจากพิษของมะเร็งมะเร็งตับอาจปล่อยสารพิษออกมาทำให้เกิดอาการต่างๆ หลายประการ ได้แก่ มีไข้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ผอมลง เป็นต้น

2.2.1.4 ชนิดของมะเร็งตับ

มะเร็งตับสามารถแบ่งออกเป็น 3 ชนิด ⁽¹³⁾ ได้แก่

(1) มะเร็งตับที่เกิดจากเซลล์มะเร็งตับ เรียกว่า มะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma) พบมากที่สุดมากกว่าร้อยละ 80 ของมะเร็งตับทั้งหมด

(2) มะเร็งท่อน้ำดีพบมากทางตะวันออกเฉียงเหนือเกิดจากพยาธิใบไม้ในตับและกลายเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในที่สุด

(3) มะเร็งตับชนิดอื่น ๆ มะเร็งน้ำเหลือง (Lymphoma) ที่เกิดในตับ มะเร็งเส้นเลือดของตับ (angiosarcoma) หรือมะเร็งที่แพร่กระจายจากอวัยวะอื่นๆ ไปตับ เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่แพร่กระจายไปตับ เป็นต้น

2.2.1.5 ภาวะที่พบร่วมกับมะเร็งตับ

มะเร็งตับส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัสตับอักเสบนชนิดบี หรือไวรัสตับอักเสบนชนิดซีจึงพบอาการและผลข้างเคียงจากภาวะตับเสื่อม หรือตับแข็งร่วมด้วย ได้แก่ เส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร หรือระเพาะอาหารโป่งพองอาเจียนเป็นเลือดม้ามโตท้องมานซึ่งเป็นการมีน้ำในช่องท้องจากภาวะตับแข็งเส้นเลือดขอดที่หน้าท้องซึ่งเป็นผลมาจากความดันของเส้นเลือดในตับสูงมาจากภาวะตับแข็งบางครั้งที่มีม้ามโตอาจทำลายเม็ดเลือดทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำเกร็ดเลือดต่ำโลหิตจาง นอกจากนั้นการที่ตับเสื่อมซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัย 3 ประการ คือ มะเร็งตับติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนและภาวะตับแข็งอาจทำให้ระบบแข็งตัวของเลือดในร่างกายเสียไปเพราะตับทำหน้าที่สร้างปัจจัยแข็งตัวของเลือดส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีเลือดออกง่าย ⁽¹³⁾

2.2.1.6 การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับ

(1) วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งตับ

โดยตรวจเลือดหาค่าอัลฟาฟิโตโปรตีน (Alfa-fetoprotein: AFP) ร่วมกับการทำอัลตราซาวด์ (Ultrasonography: US) AFP ในการตรวจคัดกรองมะเร็งตับในผู้ป่วยตับอักเสบนเรื้อรังมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) ค่อนข้างต่ำโดยมี sensitivity 39-64%, specificity 76-91% และพยากรณ์ของโรคเป็นบวก (positive predictive value) ร้อยละ 9-32 จึงต้องใช้ในการตรวจวิธีอื่น ๆ ร่วมด้วย AFP มีค่าปกติ 10-20 ng / ml หากพบว่า ระดับ AFP มากกว่า 100 ng / ml สมควรได้รับการตรวจทางรังสีวิทยาเพิ่มเติมและค่าที่ใช้วินิจฉัยมะเร็งตับถ้าค่า AFP มากกว่า 400 mg / ml และ US มี sensitivity 71-78%, specificity 93% และมี positive predictive value 14-73%

(2) แนวทางการตรวจเฝ้าระวังและวินิจฉัยโรคมะเร็งตับ

แนวทางการตรวจเฝ้าระวังและวินิจฉัยโรคมะเร็งตับในกลุ่มเสี่ยงสูง เมื่อตรวจเฝ้าระวังมะเร็งตับในกลุ่มเสี่ยงโดยการทำ U / S ร่วมกับ AFP หลังพบก้อนในตับให้ปฏิบัติ ดังนี้

1. กรณีตรวจพบก้อนโดย U / S ให้พิจารณา

1.1. U / S พบก้อนขนาดน้อยกว่า 1 เซนติเมตรให้ติดตามผล U / S ทุก 3-4 เดือนถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงของก้อนใน 2 ปีกลับไปเฝ้าระวังทุก 6 เดือนแทนถ้าก้อนมีขนาดใหญ่ขึ้นให้ดูข้อ

1.2. U / S พบก้อนขนาด 1-2 เซนติเมตรและผลการตรวจด้วย

CT และ MRT พบว่า

1) ผลการตรวจ CT และ MRI เข้าได้กับ HCC ทั้ง 2 วิธีให้

วินิจฉัยและให้การรักษาแบบ HCC

2) ผลการตรวจ CT และ MRI เข้าได้กับ HCC เพียง

วิธีเดียวหรือไม่เหมือนเลยจากทั้ง 2 วิธีแนะนำทำ FNA และให้การรักษาถ้าผลเป็น HCC ถ้าไม่ใช่ HCC ให้ติดตามทุก 3 เดือนอาจพิจารณา ENA ซ้ำถ้าสงสัย

1.3 U / S พบก้อนขนาดมากกว่า 2 เซนติเมตรและผลการ

ตรวจด้วย CT หรือ MBI พบว่า

1) มีลักษณะ Typical vascular pattern หรือ AFP

> 200 ng / ml สามารถวินิจฉัยและให้การรักษาแบบ HCC ได้เลย

2) มีลักษณะ Atypical vascular pattern พิจารณาทำ

FNA ก่อน

2. กรณีตรวจ U / S ไม่พบก้อนให้พิจารณาค่า AFP ดังนี้

2.1 ค่า AFP ปกติให้ตรวจติดตามผล U / S และ AFP

ทุก 6 เดือน

2.2 ค่า AFP สูงกว่าค่าปกติ (> 200 ng / ml) หรือค่า AFP

เพิ่มสูงอย่างชัดเจนในระหว่างการตรวจติดตามผลให้ทำ CT หรือ MRI

1) ถ้าไม่พบความผิดปกติให้ตรวจติดตามผล US และ AFP

ทุก 3 เดือน

2) ถ้าตรวจพบก้อนให้พิจารณาตามข้อ 1 การตรวจ

คัดกรองผู้ป่วยมะเร็งตับ ควรตรวจในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งตับ เช่น เป็นพาหะของโรคไวรัสตับชนิดบี หรือไวรัสตับชนิดซีตับแข็ง ควรตรวจคัดกรองมะเร็งตับด้วยการเจาะเลือดตรวจระดับค่าอัลฟาโตโปรตีน และตรวจอัลตราซาวด์ตับทุก 6 เดือน ตลอดชีวิตเพื่อตรวจค้นหามะเร็งตับในระยะเริ่มแรกที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการผ่าตัด

2.2.1.7 การรักษาและการป้องกันโรคมะเร็งตับ

(1) การรักษามะเร็งตับ

การรักษา มะเร็งตับต้องเลือกใช้วิธีการรักษาที่เหมาะสมกับระยะของโรคโดยคำนึงถึงก้อนมะเร็งตำแหน่งและสมรรถภาพการทำงานของตับจากภาวะท้องมาน (ascitis) อากาศตาตัวเหลือง (jaundice) และระดับอัลบูมิน (serum albumin) ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อเลือกวิธีการรักษา มะเร็งตับ⁽¹⁴⁾ การรักษา มะเร็งตับที่สำคัญ ได้แก่

1. การผ่าตัดก้อนมะเร็ง (Surgical resection) การรักษาจะได้ผลดีขนาดก้อนมะเร็งต้องไม่เกิน 5 เซนติเมตรและอยู่ในตับเพียงกลีบเดียวถึงแม้ลักษณะของก้อนจะเป็นก้อนเล็กหรือก้อนเดี่ยว แต่ผลการรักษาไม่ดีหากมีอาการตับแข็งร่วมด้วย^(8,11) ในประเทศไทยผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับการรักษาเมื่อก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่และมีการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่น⁽⁹⁾ การรักษาด้วยการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกให้หมดมีโอกาสร้อยละ 4.5-10.2 และมีอัตราการรอดชีวิตหลังรักษาโดยเฉลี่ย 7 เดือน

2. การเปลี่ยนตับ (hepatic transplantation) ทำในรายที่ไม่สามารถรับการผ่าตัดได้ซึ่งจะได้ผลดีถ้าก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กกว่า 5 เซนติเมตรหรือถ้ามีก้อนมะเร็งไม่ควรเกิน 3 ก้อนลักษณะดังกล่าวจะพบอัตราการรอดชีวิต 4 ปี หรือร้อยละ 75 แต่การพยากรณ์มักไม่ดีหากมีเชื้อไวรัสตับชนิดบีและตับแข็งร่วมด้วย^(8,15) สำหรับในประเทศไทยการรักษาด้วยการเปลี่ยนตับเป็นวิธีที่ยุ่งยากซับซ้อนและต้องอาศัยความชำนาญของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการผ่าตัดพบมีอัตราการรอดชีวิตภายหลังการเปลี่ยนตับ 1 ปีร้อยละ 42 และกลับเป็นซ้ำของมะเร็งตับยังสูง⁽⁹⁾

3. การรักษาด้วยเคมีบำบัด (chemotherapy) เป็นการใช้ยาต้านมะเร็งเพื่อหวังผลเซลล์มะเร็งตายหรือหยุดยั้งการเจริญเติบโตนั้นผลการรักษายังไม่เป็นที่พอใจโดยมีรายงานอัตราการรอดชีวิตหลังรักษาเพียง 6.1 เดือน^(8, 14)

4. การให้ยาต้านมะเร็งผ่านทางสายสวนเข้าสู่เส้นเลือดเฮพาทิคอาร์เทอร์ที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็ง (transarterial chemoembolization: TACE) วิธีนี้เป็นการใช้ยาต้านมะเร็งผ่านทางสายสวนเข้าสู่เส้นเลือดเฮพาทิคอาร์เทอร์ที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็งตับจากนั้นใส่สารเจลโฟม (gelfoam) เข้าไปอุดหลอดเลือดเฮพาทิคอาร์เทอร์นั้นเพื่อให้ก้อนมะเร็งตายพบว่าผลการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวมีอัตราการรอดชีวิตหลังรักษามากกว่า 6 เดือนร้อยละ 68.7^(8, 14)

5. การให้ยาต้านมะเร็งชนิดน้ำมันผ่านสายสวนเข้าสู่เส้นเลือดเฮพาทิคอาร์เทอร์ที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็ง (transarterial oily chemoembolization: TOCE) เป็นวิธีเดียวกันกับ TACE แต่ผสมยาต้านมะเร็งกับสารที่เป็นน้ำมัน เนื่องจากก้อนมะเร็งตับสามารถจับกับสารที่เป็นน้ำมันไว้ในตับได้นานกว่าน้ำเมื่อนำสารที่เป็นน้ำมันผสมกับยาต้านมะเร็งแล้วฉีดผ่านสายสวนเข้าสู่ก้อนมะเร็งทางเฮพาทิคอาร์เทอร์ยาต้านที่ผสมในน้ำมันจะแตกตัวออกทำลายฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งได้นานเพราะน้ำมันมีความหนืด (viscosity) และความตึงผิว (surface tension) สูงจึงทำให้ยาต้านมะเร็งซึมเข้าสู่เซลล์มะเร็งได้มากวิธีนี้กำลังเป็นที่นิยม พบว่า มีอัตราการรอดชีวิตมากกว่า 6 เดือนร้อยละ 75^(8, 14)

6. การฉีดแอลกอฮอล์เอธานอลผ่านทางผิวหนังเข้าไปในก้อนมะเร็ง (percutaneous ethanol injection) เป็นการรักษาโดยการฉีดแอลกอฮอล์เอธานอล

95% ผ่านผิวหนังเข้าไปยังก้อนมะเร็งโดยใช้อัลตราซาวด์ หรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่วยนำทาง แอลกอฮอล์ที่ฉีดเข้าไปในก้อนมะเร็งจะทำให้เนื้อเยื่อของก้อนมะเร็งขาดเลือดมาเลี้ยงและถูกทำลาย เป็นเนื้อตาย (Coagulative necrosis) การรักษาดังวิธีนี้เป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษาก้อนมะเร็ง ที่มีขนาดเล็กเดี่ยวไม่เกิน 5 เซนติเมตร และไม่กระจายอยู่นอกตับรวมทั้งไม่เป็นโรคตับแข็งที่มีอาการ ท้องมาน หรือตัวตาเหลืองผลการรักษาดังวิธีนี้พบว่าเนื้อเยื่อที่เป็นมะเร็งถูกทำลายเป็นเนื้อตาย ร้อยละ 73 และอัตราการรอดชีวิตหลังรักษา 3 ปีร้อยละ 60-80^(8, 14)

7. การรักษาดังวิธีรักษา (radiotherapy) เป็นการรักษาแบบ ประคับประคองลดอาการเจ็บปวดจากก้อนมะเร็งตับโดยการฉายรังสีที่ตับโดยตรงปัจจุบันไม่นิยม เพราะส่วนใหญ่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา^(8, 14)

8. การรักษาดังวิธีภูมิคุ้มกัน (immunotherapy) อาศัยหลักว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งมีความบกพร่องภูมิคุ้มกันของร่างกายการให้ยากระตุ้นทีเซลล์ (T-cell) อาจจะช่วยส่งเสริมให้ร่างกายกำจัดเซลล์มะเร็งได้จากการรายงานผลการรักษาไม่เด่นชัดปัจจุบันไม่ได้ใช้เป็นการรักษาหลักนอกจากให้ร่วมกับการรักษาวิธีอื่น^(8, 14)

มะเร็งตับมีอัตราการอยู่รอดหลังรักษาสิ้นประมาณ 2-6 เดือน และมีอัตราการอยู่รอด 5 ปีและมีอัตราการอยู่รอด 5 ปีน้อยกว่าร้อยละ 5^(7,10) แม้ว่าการรักษามะเร็งตับ จะมีหลากหลายวิธีและมีการศึกษาวิจัยเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่มียาหรือวิธีการรักษาใดที่รักษาให้หายขาดใน ประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการและระยะของโรคเกินกว่าที่จะตัดก้อนออกได้มักตรวจพบจากการเจ็บป่วยด้วยสาเหตุอื่น และมาพบมะเร็งตับโดยบังเอิญจึงส่งผลให้ไม่สามารถรักษาได้ต้อง รักษาตามอาการ หรือการรักษาแบบประคับประคอง ปัจจุบันมีการตื่นตัวในการตรวจคัดกรองมะเร็งใน ระยะเริ่มแรกความหวังในการรักษามะเร็งให้หายขาดมีมากขึ้น⁽⁹⁾

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งตับยังไม่ทราบแน่นอน แต่เชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับสารก่อมะเร็ง (Carcinogens) การรักษารโรคมะเร็งตับยังไม่มีวิธีการรักษาที่ ได้ผลดีเมื่อเทียบกับมะเร็งชนิดอื่นๆ ผลการรักษามะเร็งตับอัตราการอยู่รอดสั้น ดังนั้นการป้องกัน และการตรวจวินิจฉัยมะเร็งตับ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเช่นการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ตั้งแต่เกิดการเสี่ยงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งตับและการตรวจคัดกรองมะเร็งตับในผู้ที่มีความเสี่ยง สูงและการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดมะเร็งตับต้องอาศัย ความรู้ความเข้าใจมีทัศนคติมีพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้องเหมาะสม ตลอดจนหลีกเลี่ยงปัจจัยต่างๆ ที่เสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งตับและเมื่อเจ็บป่วยด้วยมะเร็งตับ ควรได้รับการรักษาด้วยวิธีที่ถูกต้องมี ประสิทธิภาพเพื่อหวังผลหายขาด หรือยืดชีวิตผู้ป่วย และเพิ่มคุณภาพชีวิตรวมทั้งการป้องกันผล แทรกซ้อนของภาวะที่พบร่วมกันจึงจะได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด

2.2.2 โรคมะเร็งเต้านม

2.2.2.1 สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านมเกิดจากเนื้อเยื่อของเต้านมมีการเปลี่ยนแปลง เป็นเซลล์มะเร็ง ซึ่งอาจจะเกิดเป็นมะเร็งเต้านมที่เกิดกับท่อน้ำนม หรือมะเร็งเต้านมที่เกิดกับต่อม น้ำนม มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อย ร่างกายของมนุษย์ประกอบด้วยเซลล์เป็นจำนวนมาก ปกติเซลล์จะแบ่งตัวตามความต้องการของร่างกาย เช่น มีการผลิตเม็ดเลือดแดงเพิ่มเมื่อมีการสูญเสีย

เลือดมีการผลิตเม็ดเลือดขาวเพิ่มเมื่อมีการติดเชื้อ เป็นต้น เซลล์ที่มีการแบ่งตัวโดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ทำให้เกิดเป็นเนื้องอก (Tumor) ซึ่งแบ่งเป็น Benign และ Malignant

Benign Tumor คือเนื้องอกที่ไม่ใช่มะเร็งสามารถตัดออกได้และไม่กลับเป็นซ้ำ ไม่แพร่กระจายไปอวัยวะอื่น เช่น fibroadenoma, cyst, fibrocystic disease

Malignant Tumor เซลล์จะแบ่งตัวทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะใกล้เคียงที่สำคัญสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่ไกลโดยไปตามกระแสเลือดและน้ำเหลือง เรียกว่า Metastasis

โดยทั่วไปโรคมะเร็งมี 4 ระยะ ซึ่งทั้ง 4 ระยะ อาจแบ่งย่อยได้อีกเป็น เอ (A) บี (B) หรือ ซี (C) หรือ เป็น หนึ่งหรือสอง เพื่อแพทย์โรคมะเร็งใช้ช่วยประเมินการรักษา ส่วนโรคมะเร็งระยะศูนย์ (0) ยังไม่จัดเป็นโรคมะเร็งอย่างแท้จริง เพราะเซลล์แค่เริ่มมีลักษณะเป็นมะเร็งแต่ยังไม่มีการรุกราน (Invasive) เข้าเนื้อเยื่อข้างเคียง

ระยะที่ 1 : ก้อนเนื้อ หรือ ผลมะเร็งมีขนาดเล็ก และยังไม่ลุกลาม

ระยะที่ 2 : ก้อนเนื้อ หรือ ผลมะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้น เริ่มลุกลามภายในเนื้อเยื่อหรืออวัยวะ

ระยะที่ 3 : ก้อนเนื้อ หรือ ผลมะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้น เริ่มลุกลามเข้าเนื้อเยื่อหรืออวัยวะข้างเคียง และลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้เนื้อเยื่อหรืออวัยวะที่เป็นมะเร็ง

ระยะที่ 4 : ก้อนเนื้อ หรือ ผลมะเร็งมีขนาดโตมาก และ (หรือ) ลุกลามเข้าเนื้อเยื่อหรืออวัยวะข้างเคียง จนทะลุ และ(หรือ) เข้าต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้ก้อนมะเร็ง โดยพบต่อมน้ำเหลืองโตคล้ำได้ และ(หรือ) มีหลายต่อม และ (หรือ) แพร่กระจายเข้ากระแสโลหิต และ(หรือ) หลอดน้ำเหลืองหรือกระแสน้ำเหลือง ไปยังเนื้อเยื่อหรืออวัยวะที่อยู่ไกลออกไป เช่น ปอด ตับ สมอง กระดูก ไชกระดูก ต่อมหมวกไต ต่อม้ำเหลืองในช่องท้อง ในช่องอก และ(หรือ) ต่อม้ำเหลืองเหนือกระดูกไหปลาร้า

การตรวจพบโรคมะเร็งได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกย่อมเป็นผลดีต่อการรักษา โดยการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง คือ การตรวจให้พบโรคมะเร็งตั้งแต่ระยะยังไม่มีอาการ (มักเป็นมะเร็งในระยะ 0 หรือระยะ 1) ทั้งนี้เพราะโรคมะเร็งในระยะนี้มีโอกาสรักษาได้หายสูงกว่าโรคมะเร็งในระยะอื่น ๆ การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ คือ การตรวจที่เมื่อพบโรคแล้ว ภายหลังการรักษาผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดจากมะเร็งสูงขึ้นหรือมีอัตราเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลดลงนั่นเอง

2.2.2.2 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมมิได้เป็นโรคที่พบเฉพาะในสตรี ตามที่คนส่วนใหญ่เข้าใจกันเท่านั้น ความจริงบุรุษก็สามารถเป็นมะเร็งชนิดนี้ได้ในความถี่ที่ต่ำๆ คือพบประมาณร้อยละหนึ่งของมะเร็งที่พบในบุรุษทั้งหมด ในสตรีมะเร็งเต้านมมักเกิดขึ้นในช่วงอายุหลังหมดประจำเดือน (postmenopause) คือ อายุประมาณ 40 ปี ขึ้นไป ดังนั้นการมีอายุที่มากขึ้นจึงนับเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญอย่างหนึ่งของมะเร็งเต้านม ความเสี่ยงต่อมะเร็งนี้ ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยร่วมหลายอย่างที่มีส่วนผสมผสานกัน ได้แก่ ปัจจัยภายในต่างๆ เช่น อายุ ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว ปัจจัยทางด้านระบบสืบพันธุ์ต่างๆ อาทิ ธรรมชาติของการเจริญในระบบสืบพันธุ์ของสตรีแต่ละบุคคล อายุ เมื่อเริ่มมีบุตรคนโต ฮอโมนเพศที่ไม่สมดุล ความหนาแน่นของเนื้อเยื่อเต้านม (หรือ breast

density) เป็นต้น สิ่งต่างๆ เหล่านี้ร่วมกับ ปัจจัยภายนอกจากสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่เพิ่มความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเต้านม เช่น ในสตรีที่ปล่อยให้อ้วนขึ้นภายหลังวัยทอง (วัยหมดประจำเดือน) การเสริมด้วยฮอร์โมนทดแทน การดื่มสุรา และสตรีที่ขาดการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ เป็นต้น ความจริงปัจจัยภายนอกเหล่านี้ เป็นสิ่งที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ทั้งนั้น เพื่อมิให้ตนเองต้องเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งนี้ ปัจจัยเสี่ยงบางอย่างก็ส่งผลทางตรงในการที่ทำให้มีการผลิตฮอร์โมนเพศจากรังไข่เพิ่มขึ้นแล้วไปกระตุ้นการเจริญของเนื้อเยื่อเต้านม เช่น อาหารไขมัน ฮอร์โมนทดแทน ตลอดจนวัยหมดประจำเดือนที่ล่าช้ากว่าสตรีทั่วไป ในขณะที่ปัจจัยเสี่ยงบางอย่างอาจจะส่งผลทางอ้อม เช่น สตรีที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจที่สูงกว่ามักมีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมมากกว่า ในส่วนนี้น่าจะพฤติกรรมที่ไม่ค่อยใส่ใจกับการใช้ชีวิตแบบมีครอบครัว (เช่น มุ่งมั่นแต่ในการทำงาน) ซึ่งโยงถึงพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์และการมีครรภ์ ระดับชั้นความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมของปัจจัยต่างๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในและภายนอก นอกจากนั้นมะเร็งเต้านมจะพบมากขึ้นในกลุ่มสตรีที่มีการเริ่มมีรอบเดือนครั้งแรกเกิดขึ้นเมื่อมีอายุน้อย คือ ยังไม่เป็นสาวเต็มตัว และสตรีที่มีวัยหมดรอบเดือนช้ากว่าคนทั่วไป กล่าวคือ พวกเธอเหล่านี้มีช่วงเวลาของระยะเวลาการเจริญพันธุ์ที่ยาวนาน และในสตรีที่มีบุตรคนแรกในวัยที่ค่อนข้างมีอายุมาก คือ มีบุตรช้า แต่ก็มีรายงานของ Kotsopoulos และคณะ (2007) ที่ชี้ว่า ในหญิงที่เป็นพาหะพันธุกรรมของยีน BRCA1 และ BRCA2 ที่กลายพันธุ์นั้น แม้จะมีบุตรคนแรกเมื่ออายุน้อยก็ได้ไม่เป็นการลดความเสี่ยงของมะเร็งเต้านมแต่อย่างใด (16)

อาหารและสิ่งแวดล้อมก็มีส่วนสำคัญในการเจริญเติบโตของมะเร็งเต้านม การรับประทานอาหารมากเกินไป และการสูบบุหรี่หรือการได้รับควันบุหรี่ เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมที่สำคัญ การดื่มสุรานั้นว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงอีกอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งเต้านม แม้การดื่มในระดับปานกลาง ไม่ได้ดื่มหนักมาก ก็มีผลทำให้ร่างกายผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจนเพิ่มขึ้นได้อย่างชัดเจน ซึ่งฮอร์โมนนี้ไปกระตุ้นการเจริญแบ่งตัวของเนื้อเยื่อเต้านม ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีส่วนสำคัญในการพัฒนาไปเป็นมะเร็ง โดยเฉพาะชนิด sporadic breast cancer ซึ่งเป็นมะเร็งที่ไม่เกี่ยวกับการถ่ายทอดพันธุกรรม (17) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านมในสตรีจังหวัดลำปาง พบว่า เมื่อควบคุมปัจจัยระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ ด้านพฤติกรรมเสี่ยงพบว่า ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือภาวะอ้วน มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม 1.2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่เคยสูบบุหรี่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม 1.6 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม 1.4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่เคยออกกำลังกายเป็นประจำ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่ดื่มสุรากับการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ส่วนปัจจัยด้านการเจริญพันธุ์ พบว่า ผู้ที่มีประจำเดือนครั้งแรกอายุน้อยกว่า 13 ปี มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม 2.0 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีประจำเดือนครั้งแรกตั้งแต่อายุ 14 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (95% CI = 1.2-3.4) นอกจากนี้ผู้ที่แต่งงานครั้งแรกอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม 3.5 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่แต่งงานครั้งแรกอายุน้อยกว่า 29 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (95% CI = 1.4-9.1) ผู้ที่เคยใช้ยาคุมกำเนิดมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม 1.6 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยใช้ยาคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < .05$) (95% CI = 1.1-2.4) ผู้ที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือนมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม 3.3 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (95% CI = 1.9-5.2) เมื่อเทียบกับผู้ที่อยู่ในวัยมีประจำเดือน นอกจากนี้ที่เคยตั้งครรภ์และผู้ที่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาจะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)⁽¹⁸⁾

2.2.2.3 ปัจจัยเสี่ยงและและปัจจัยคุ้มกันของมะเร็งเต้านม⁽¹⁷⁾ สามารถแบ่งหัวข้อได้ดังนี้

(1) **ฮอร์โมนในร่างกาย (endogenous hormone)** จากผลการวิเคราะห์ทั้งทางระบาดวิทยา และจากการทดลองบ่งชี้ชัดเจนว่าฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) ที่มากเกินไปเป็นสาเหตุของมะเร็งเต้านมได้ Estrogen เป็นทั้งตัวชักนำ และเกื้อหนุนการเกิดเนื้องอกต่างๆของเต้านม Estradiol และ progesterone ช่วยทำให้เซลล์ของเต้านมแบ่งตัวมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีโอกาสการเกิดความผิดปกติของยีนคือ เกิดการกลายพันธุ์ และความผิดปกติต่างๆบนจีโนมได้บ่อยขึ้น เซลล์ที่แบ่งตัวมาก โอกาสผิดปกติก็มากขึ้น จนบางครั้งอาจทำให้เกิดการกลายพันธุ์ ขึ้นกับยีนของระบบซ่อมแซม (repairing genes) และถ้าบุคคลนั้นมีการกลายพันธุ์ ที่เป็นชนิดพันธุกรรมถ่ายทอดมาอยู่แล้ว (germline mutation) ก็จะเป็นตัวเร่งให้เซลล์ของเต้านมเกิดการแปรเปลี่ยนสภาพไปเป็นเซลล์มะเร็งได้เร็วยิ่งขึ้น

(2) **อายุเมื่อเริ่มมีรอบเดือน (age at menarche)** ของสตรี มีอิทธิพลต่อฮอร์โมนในร่างกาย และความเสี่ยงต่อมะเร็ง สตรีที่เริ่มมีรอบเดือนเร็ว (คือ เมื่ออายุ 12 ปีหรือน้อยกว่า) และช่วงห่างของแต่ละรอบเดือนปกติมาเร็ว มีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมเกือบสี่เท่า ของสตรีที่เริ่มรอบเดือนช้า (อายุ 13 ปี หรือมากกว่า) และช่วงห่างของแต่ละรอบเดือนปกติมาช้ากว่า นอกจากนี้เด็กสาวที่ฝึกฝนระบำบัลเล่ย์ วัยรุ่น และวิ่งเป็นประจำ พบว่า มักเริ่มมีรอบเดือนช้ากว่าปกติ

(3) **วัยทอง วัยหมดประจำเดือน (Meno pause)** สตรีที่มีอายุถึงวัยทองก่อน 45 ปี จะลดความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมเหลือเพียงครึ่งหนึ่งของสตรีที่เข้าสู่วัยทองภายหลังจากอายุ 55 ปี ฉะนั้นสตรีที่เริ่มมีรอบเดือนเร็วแต่ถึงวัยทองช้า จึงนับว่ามีจำนวนรอบของการตกไข่มากเกินไป ซึ่งทำให้จำนวนปีที่สตรีนั้นได้รับฮอร์โมน estrogen และ progesterone ยาวนานยิ่งขึ้น

(4) **น้ำหนัก** การมีน้ำหนักมากขึ้น ความอ้วนหลังเข้าวัยทองเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านม บรรดาสตรีวัยทองที่น้ำหนักเพิ่มขึ้น 10 กิโลกรัม จะเพิ่มความเสี่ยงของสตรีนั้นต่อมะเร็งเต้านมมากขึ้น ถึงร้อยละ 80

(5) **การออกกำลังกาย** สตรีที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยลดความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมได้ เนื่องจากจะทำให้ระยะเวลาที่อยู่ระหว่างแต่ละรอบเดือนปกติมีช่วงห่างมากขึ้น ช่วยลดความถี่ในการตกไข่ (ovulation cycle) และลดระดับของฮอร์โมนจากรังไข่ในกระแสเลือดได้

(6) **การให้นมบุตร (Lactation)** มีรายงานยืนยันว่า การให้นมมารดาแก่บุตร (breast-feeding) อย่างน้อยที่สุดสองสัปดาห์ สามารถป้องกันมะเร็งเต้านมได้ ทั้งนี้โดยนำปัจจัยร่วมอย่างอื่นมาค้ำประกันด้วย ได้แก่ อายุมารดา การมีชีวิตรู้ อายุเมื่อมีบุตรคนแรก เป็นต้น

(7) **การมีครรภ์ (pregnancy)** มารดาที่มีบุตรคนแรกเมื่อยังมีอายุน้อยกว่า 20 ปี ลดความเสี่ยงของมะเร็งเต้านมได้ถึง ร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่มีบุตร แต่สตรีที่มีครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี กลับมีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมสูงกว่าสตรีที่ไม่มีบุตร ยิ่งกว่านั้นหากสตรีแท้งบุตรในช่วง 3 เดือนแรกของครรภ์ก่อนที่จะมีบุตรครบathomคนแรก ก็มีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นมากกว่าคนทั่วไป

(8) **การใช้ฮอร์โมนทดแทน (Hormonal replacement therapy, HRT)** การได้รับฮอร์โมนทดแทนในระยะแรกๆ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านม หากมีการใช้ฮอร์โมนทดแทน ภายในระยะเวลา 5 ปีก่อนการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม ความเสี่ยงจะมีเพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.3 และเพิ่มขึ้นสำหรับการใช้ฮอร์โมนที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี แต่การปรับสัดส่วนของฮอร์โมนเอสโตรเจนในระยะต่อมา ช่วยลดการเกิดมะเร็งจากการใช้ฮอร์โมนทดแทนได้

(9) **ยาคุมกำเนิด (oral contraceptive)** สตรีที่ใช้ยาคุมกำเนิดจะมีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมมากที่สุด ถ้าหากเริ่มรับประทานยาคุมกำเนิดตั้งแต่อายุ 20 ปี ถ้าหากใช้ยาคุมเหล่านี้เมื่ออายุมากขึ้น ความเสี่ยงจะลดลง

(10) **อาหาร** เช่น การดื่มแอลกอฮอล์สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมได้ โดยทำให้เพิ่มระดับของ estrogen และ insulin like growth factors ในกระแสเลือด การรับประทานอาหารที่มีใยอาหารสูง ได้แก่ ผักและผลไม้ และอาหารที่ให้สารต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) จะช่วยป้องกันมะเร็งเต้านมได้ ใยอาหารช่วยลดการดูดซึมกลับ (reabsorption) ของ estrogen ที่ขับออกมาทางน้ำดี ไม่ให้กลับเข้าสู่กระแสเลือด ใยอาหารทำให้ estrogen ถูกขับถ่ายออกไปทางลำไส้ใหญ่ได้ง่ายขึ้น

(11) **ยาฆ่าแมลง** ยาฆ่าแมลงประเภท Xenobiotic pesticides เมื่อเข้าร่างกายจะทำตัวคล้ายกับเป็น estrogen และทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการก่อมะเร็งเต้านม สารเคมีในยาฆ่าแมลง สามารถจับกับ estrogen receptor ได้ และทำให้มันช่วยเสริมฤทธิ์ของ estrogen ด้วย

(12) **ประวัติมะเร็งในครอบครัว** และการถ่ายทอดยีนที่สัมพันธ์มะเร็ง (Family history and inherited susceptibility genes) ในครอบครัวที่มีสมาชิกทางตรงของครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม ตั้งแต่ยังมีอายุน้อย หรือเป็นมะเร็งที่เต้านมทั้งสองข้าง จะทำให้สมาชิกครอบครัวชั้นแรก (ในรุ่นใกล้ชิดติดกัน คือ first degree relative) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมยิ่งขึ้น สมาชิกครอบครัวชั้นแรกของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมแล้ว จะมีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมมากกว่าประชากรปกติ 2-3 เท่า และความเสี่ยงนี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 9 เท่า หากครอบครัวมีผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมทั้งสองข้างเมื่ออายุก่อนวัยทอง นอกจากนี้สตรียังมีความเสี่ยงสูงต่อมะเร็งเต้านมเช่นกัน ถ้าหากมีญาติชั้นแรกหลายคนเป็นมะเร็งเต้านมกันแล้ว

2.2.2.4 การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม แบ่งวิธีการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหามะเร็งเต้านม ออกเป็น 3 วิธี ได้แก่

(1) การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (breast self-examination: BSE)

ในประเทศไทยได้รณรงค์ให้หญิงอายุ 35 ปีขึ้นไปทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน โดยมีวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังนี้

1. ระยะเวลาของการตรวจ ตรวจหลังหมดประจำเดือน 3 - 10 วัน
ถ้าหมดประจำเดือนแล้วให้กำหนดวันที่จดจำง่ายและตรวจในวันเดียวกันของทุกเดือน

2. การดู การเปลี่ยนแปลงของเต้านมในกระจกเงา โดย

- ปล่อยแขนแนบลำตัว
- ยกแขนขึ้นทั้งสองข้าง
- เท้าเอวพร้อมเกร็งหน้าอก

3. คลำเต้านมขณะนอนราบ

- ยกแขนข้างที่จะตรวจไว้เหนือศีรษะ
- ใช้นิ้วมือขวา 3 นิ้ว (นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง)

ตรวจเต้านม พร้อมกดเต้านม ให้ลึก 3 ระดับเพื่อค้นหาก้อนหรือความหนาที่ผิดปกติของเต้านม
แล้ววน เป็นก้นหอยไปรอบๆ เต้านม จนถึงไหปลาร้า และคลำต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้

- บีบรอบๆ หัวนมเบาๆ เพื่อดูว่ามีน้ำเลือด น้ำเหลือง ออกมา

หรือไม่

2.2.2.5 การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม (clinical breast examination: CBE)

โดยการไปตรวจปีละครั้ง หรือตามตารางการนัดหมายของแพทย์ เพื่อให้เกิดความแน่ใจว่า ไม่พบก้อนผิดปกติที่เต้านม โดยถ้ามีการพบสิ่งผิดปกติ จะได้ทำการตรวจเพิ่มเติม เพื่อการวินิจฉัย และให้การรักษา

2.2.2.6 การตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (mammography: MM)

แมมโมแกรมคือการตรวจเพื่อการวินิจฉัยด้วยรังสี x ที่มีความเข้มข้นต่ำ เพื่อให้เห็นภาพของเต้านมหรือเพื่อทำการวินิจฉัยว่า พบก้อนที่ผิดปกติ หรือหินปูนที่เต้านมหรือไม่ ปัจจุบันเทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์มีความทันสมัย เครื่อง Mammogram ที่ทันสมัย จึงแบ่งได้เป็น

(1) Digital Mammography หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Full - Field Digital Mammography (FFDM) ก็คือ Mammography เดิมที่เปลี่ยนจาก Film มาเก็บด้วยสื่อ digital เหมือนกล้องถ่ายรูป digital ในปัจจุบัน โดยภาพจะถูกเปลี่ยนมาเป็น File ที่สามารถเห็นได้ทาง Monitor หรือ Print ออกมาได้

(2) Computer aided detection (CAD) เป็น Mammography ที่เพิ่มความสามารถด้วย computer software ที่เมื่อเครื่องพบความผิดปกติที่เต้านม ไม่ว่าจะเป็นความหนาแน่นที่ผิดปกติ (Abnormal Area of density) ก้อน (Mass)หรือ หินปูน (Calcification) ซึ่งจะทำให้เครื่องหมายถึงสิ่งผิดปกติเหล่านั้น เพื่อให้รังสีแพทย์ได้ตรวจหาความผิดปกติบริเวณนั้นอย่างพิถีพิถันต่อไป

2.2.2.7 การวินิจฉัย-รักษาและการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

(1) การวินิจฉัยมะเร็งเต้านม

การวินิจฉัยเบื้องต้น: การตรวจทางรังสีวิทยาและการเจาะชิ้นเนื้อ
ตรวจเมื่อตรวจพบก้อนที่เต้านม คุณต้องไปพบแพทย์ทันที แพทย์จะซักประวัติ ตรวจร่างกาย

ตรวจเต้านมอย่างละเอียด รวมไปถึงการคลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้และที่คอ นอกจากนั้น คุณยังต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติม การตรวจเต้านมด้วยคลื่นเสียงและแมมโมแกรมเป็นวิธีที่ใช้เป็นประจำ การทำคลื่นเสียงนั้นไม่เจ็บและใช้เวลาไม่นาน วิธีนี้ใช้คลื่นเสียงส่งผ่านผิวหนังเข้าไปและทำให้มีภาพข้างใต้ปรากฏขึ้นมา วิธีนี้ใช้สำหรับผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 35 ปี เนื่องจากเต้านมยังมีความหนาแน่นสูง ทำให้การทำแมมโมแกรมไม่ชัดเจน

นอกจากนั้น ยังสามารถบอกได้ว่าก้อนที่พบนั้นมีน้ำอยู่ด้วยหรือไม่ ถ้ามีถุงน้ำ เรียกว่า cyst ส่วนแมมโมแกรมเป็นวิธีหนึ่งของเอกซเรย์เต้านม โดยมากใช้สำหรับผู้หญิงที่อายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป วิธีนี้มีประโยชน์มากสำหรับการวินิจฉัยมะเร็งระยะเริ่มแรกที่ยังไม่สามารถคลำก้อนได้ วิธีนี้อาจเจ็บบ้างเนื่องจากเต้านมต้องถูกหนีบไว้ระหว่างแผ่นเหล็ก รองสองแผ่น และใช้วิธีการบีบเข้าหากัน อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงส่วนใหญ่บอกว่าเจ็บแบบแฉะๆ พอสมควร และไม่มีอันตรายต่อเต้านมจากนั้นถ้าพบความผิดปกติแพทย์จะทำการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ โดยชิ้นเนื้อที่นำออกมานั้นจะถูกส่งไปยังห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาเพื่อดูว่ามีมะเร็งหรือไม่วิธีหลายวิธี ในการนำชิ้นเนื้อไปตรวจ ตั้งแต่การเจาะดูดโดยเข็ม (fine needle aspiration) การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจบางส่วน (core needle biopsy) และตัดทั้งก้อนไปตรวจ (excisional biopsy)

1. การเจาะดูดโดยเข็ม : วิธีนี้แพทย์จะใช้เข็มเล็กๆ เจาะเข้าไปในก้อนและดูดเซลล์มาตรวจ ถ้าก้อนนั้นมีน้ำก็จะสามารถดูดน้ำออกมาได้ด้วย

2. การเจาะชิ้นเนื้อไปตรวจบางส่วน : เข็มที่ใช้เจาะจะใหญ่กว่าวิธีแรก และแพทย์จะฉีดยาชา เพื่อให้ชาก่อนทำ วิธีนี้จะได้ชิ้นเนื้อออกมาในปริมาณพอสมควร วิธีนี้ดีตรงที่แพทย์พยาธิวิทยา นอกจากจะดูว่าเซลล์ผิดปกติเป็นมะเร็งหรือไม่ ยังสามารถดูว่ามะเร็งลุกลามออกมาถึงเนื้อเยื่อข้างๆ ด้วยหรือไม่ ทำให้บอกได้ว่า มะเร็งเต้านมนั้นเป็นแบบเริ่มแรกที่ยังไม่ลุกลาม (in situ) หรือลุกลามออกมาแล้ว (invasive carcinoma)

3. การตัดทั้งก้อนไปตรวจ : เป็นการผ่าตัดเล็ก นำก้อนทั้งก้อนไปตรวจทางพยาธิวิทยา



การเจาะดูดโดยเข็ม



การเจาะชิ้นเนื้อไปตรวจบางส่วน



การตัดทั้งก้อนไปตรวจ

2.2.2.8 หลักการรักษามะเร็งเต้านม

(1) การรักษาเฉพาะที่ (local treatment) ได้แก่ การผ่าตัดและการฉายรังสีเพื่อควบคุมรอยโรคที่เต้านมและรักแร้ สิ่งสำคัญที่ต้องบอกคือ มะเร็งเต้านมจะหายได้นั้นจะต้องสามารถผ่าตัดนำก้อนมะเร็งออกไปจากร่างกายได้ทั้งหมด

(2) การรักษาที่ครอบคลุมรอยโรคทั้งร่างกาย (systemic treatment) ได้แก่ เคมีบำบัดหรือยาต้านฮอร์โมน เพื่อควบคุมเซลล์มะเร็งที่อาจมีการกระจายไปยังส่วนอื่นของร่างกาย

2.2.2.9 การรักษามะเร็งเต้านมด้วยยาที่ ออกฤทธิ์ฆ่าทำลายเซลล์มะเร็งได้ทั่วทั้งร่างกาย

การรักษาแบบ systemic นี้มีได้ทั้งแบบยาฉีด ยารับประทาน หรือ ยาฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือกล้ามเนื้อ โดยหลักการคือเมื่อยาเข้าไปในร่างกายจะสามารถไปทำลายเซลล์มะเร็งได้ไม่ว่าเซลล์นั้นจะอยู่ที่อวัยวะใด การรักษาแบบ systemic นี้ประกอบด้วยยาหลายกลุ่มดังต่อไปนี้

- (1) ยาเคมีบำบัด (chemotherapy)
- (2) ยาต้านฮอร์โมน (antihormonal agents)
- (3) การรักษาด้วยยาพุ่งเป้า (targeted therapy)
- (4) ยากลุ่มภูมิคุ้มกันบำบัด (immunotherapy)

สิ่งสำคัญที่ต้องทราบคือ การเลือกยาในการรักษาะนั้นนั้น อาจมีความแตกต่างกันในคนไข้แต่ละคน เพราะถึงแม้ว่าคนไข้จะเป็นมะเร็งชนิดเดียวกันแต่ลักษณะการกลายพันธุ์ของเซลล์มะเร็งอาจมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการตรวจหาการกลายพันธุ์ในเซลล์มะเร็งของคนไข้ด้วย *การตรวจยีนมะเร็งอย่างครอบคลุม (Comprehensive Genomic Profiling)* จะช่วยให้แพทย์และคนไข้สามารถร่วมกันวางแผนการรักษาและเลือกยาที่เหมาะสมที่สุดกับคนไข้ได้อย่างเหมาะสม

2.2.3 โรคมะเร็งปอด⁽²⁰⁾

2.2.3.1 สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งปอด

(1) มะเร็งปอด (Lung Cancer) คือ เซลล์ส่วนใดส่วนหนึ่งภายในปอดที่มีความผิดปกติ และเจริญเติบโต อย่างรวดเร็วจนกลายเป็นก้อนเนื้อร้าย ซึ่งจะตรวจพบได้เมื่อมีขนาดใหญ่ มีจำนวนมาก และแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ของร่างกาย การตรวจพบในระยะแรกนั้นทำได้ยากเพราะผู้ป่วยมักไม่มีอาการแสดง

โรคมะเร็งปอด เป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อย ทะเบียนมะเร็งระดับประชากรในประเทศไทย โดยพบอุบัติการณ์โรคมะเร็งปอดบ่อยเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย รองจากโรคมะเร็งตับ มีอุบัติการณ์เป็น 22.7 คนต่อประชากร 100,000 คน พบบ่อยเป็นอันดับ 4 ในเพศหญิงรองจากโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งตับ โดยพบอุบัติการณ์เป็น 10.1 คนต่อประชากร 100,000 คน

(2) ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปอด

1. การสูบบุหรี่หรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีควันบุหรี่
2. อายุ: ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้รับการวินิจฉัยเมื่อมีอายุตั้งแต่ 65 ขึ้นไป (โดยเฉลี่ยประมาณ 70 ปี)

3. การสัมผัสกับก๊าซเรดอน: เรดอนเป็นธาตุกัมมันตรังสีที่เป็นก๊าซเฉื่อย สามารถพบทั่วไปในอากาศ ซึ่งอาจพบสะสมในตัวอาคารบ้านเรือน การสัมผัสก๊าซนี้เป็นสาเหตุหลักในการก่อโรคมะเร็งปอดในผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่

4. การสัมผัสสารก่อมะเร็ง: ยกตัวอย่างเช่น การหายใจเอาแร่ใยหินหรือควันจากท่อไอเสียเข้าสู่ร่างกาย การหายใจหรือบริโภคสารเคมีบางชนิด (อาเซนิก ถ่านหิน) หรือการสัมผัสสารยูเรเนียม

5. การรักษาด้วยการฉายแสงที่ทรวงอก: ยกตัวอย่างเช่น ในผู้ป่วยที่เป็นโรค Hodgkin lymphoma หรือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมเพื่อรักษาโรคมะเร็งเต้านม

6. บุคคลที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งปอด

7. มลภาวะทางอากาศ

(3) อาการมะเร็งปอด

1. อาการของระบบทางเดินหายใจ ได้แก่

- อาการไอเรื้อรัง อาจมีหรือไม่มีเสมหะก็ได้

- อาการไอเป็นเลือด

- หอบเหนื่อย หายใจลำบาก เนื่องจากก้อนมะเร็งโตขึ้น ทำให้

เนื้อที่ปอดสำหรับหายใจเหลือน้อยลงหรือก้อนมะเร็งนั้นกดเบียดหลอดลม

- เจ็บหน้าอกเวลาหายใจ

- ปอดอักเสบ มีไข้ แต่อาการเหล่านี้อาจเกิดจากโรคอื่นๆ

ของปอดได้เช่นกัน จึงไม่ใช่อาการของมะเร็งปอดเสมอไป

2. อาการของระบบอื่นๆ ได้แก่

- เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

- บวมที่หน้า แขน คอ และทรวงอก เนื่องจากมีเลือดคั่ง

- เสียงแหบ เพราะมะเร็งลุกลามไปยังเส้นประสาทกล่องเสียง

- ปวดกระดูก

- กลืนลำบาก เนื่องจากก้อนมะเร็งกดเบียดหลอดอาหาร

- อัมพาต เนื่องจากมะเร็งแพร่กระจายไปสมองหรือไขสันหลัง

- มีตุ่มหรือก้อนขึ้นตามผิวหนัง ซึ่งอาการเหล่านี้ก็ไม่จำเพาะต่อ

โรคมะเร็งปอดเช่นกัน ผู้ที่มีอาการดังกล่าวข้างต้นควรได้รับการตรวจ

2.2.3.2 การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปอด⁽¹⁹⁾

ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานทางการแพทย์เพียงพอที่จะแนะนำให้ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปอดด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การเอกซเรย์ปอดหรือตรวจเสมหะหาเซลล์มะเร็งอย่างไรก็ตามมีหลักฐานพบว่า การตรวจทั้ง 3 วิธีดังกล่าวช่วยค้นพบมะเร็งระยะต้นได้มากกว่าประชากรที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง แต่การตรวจพบมะเร็งปอดระยะต้นด้วยวิธีดังกล่าวยังไม่สามารถช่วยให้ประชากรกลุ่มที่ได้รับการตรวจคัดกรอง มีอายุยาวนานกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ตรวจคัดกรอง ผู้รับการตรวจควรได้รับทราบถึงความเสี่ยงของการตรวจคัดกรองมะเร็งปอด และค่าใช้จ่าย

ที่ตามมาหลังจากได้รับการตรวจคัดกรองแพทย์ประจำตัวท่านสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปอดและความจำเป็นของท่านในการรับการตรวจคัดกรอง

(1) การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปอด

1. การตรวจที่ใช้คัดกรองมะเร็งปอดชนิดต่างๆ

มีการนำการตรวจคัดกรองมาใช้เนื่องจากการตรวจเหล่านี้ช่วยในการวินิจฉัยมะเร็งปอดระยะต้น และลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด อย่างไรก็ตามการวิจัยทางการแพทย์พบว่าการตรวจคัดกรองจะช่วยลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด นักวิทยาศาสตร์ทำการศึกษาการตรวจคัดกรองที่มีประโยชน์สูงและความเสี่ยงต่ำ การศึกษาเรื่อง การตรวจคัดกรองมะเร็งมีจุดมุ่งหมายเพื่อแสดงให้เห็นว่าการวินิจฉัยมะเร็งปอดได้ในระยะต้นๆ ซึ่งยังไม่มีอาการจะช่วยลดอัตราในการเสียชีวิตจากโรคหรือไม่ มะเร็งบางชนิดถ้าพบในระยะเริ่มแรกจะเพิ่มโอกาสในการหายมากขึ้น

2. การตรวจที่นิยมใช้คัดกรองมะเร็งปอด

2.1 เอกซเรย์ปอด คือการถ่ายภาพอวัยวะและกระดูกภายในทรวงอก โดยรังสีเอกซเรย์มีความสามารถในการทะลุทะลวง ร่างกายไปแสดงภาพบนแผ่นฟิล์ม

2.2 การตรวจเสมหะ เป็นการนำเสมหะมาดูโดยใช้กล้องจุลทรรศน์เพื่อหาเซลล์มะเร็ง

3. การตรวจคัดกรองแบบใหม่ที่กำลังอยู่ในระหว่างการวิจัยทางการแพทย์ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เป็นการแสดงชุดภาพของอวัยวะภายในร่างกายโดยใช้เครื่องเอกซเรย์ในการสแกนร่างกายแล้ว ประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ทำให้ได้รูปภาพออกมา

(2) ความเสี่ยงของการตรวจคัดกรองมะเร็งปอด

1. การตรวจคัดกรองมีความเสี่ยง

การตรวจคัดกรองบางอย่างไม่ได้มีแต่ประโยชน์ แต่มีความเสี่ยง ท่านจึงควรปรึกษาแพทย์ประจำตัวท่านก่อนทำการตรวจคัดกรองมะเร็งปอดแบบต่างๆ

2. ความเสี่ยงของการตรวจคัดกรองมะเร็งปอด

2.1 การตรวจพบว่าเป็นมะเร็งปอดอาจไม่ช่วยให้สุขภาพผู้ป่วยดีขึ้น หรือมีอายุยืนยาวมากขึ้น โดยเฉพาะในกรณีที่ท่าน เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายหรือระยะแพร่กระจายไปที่อื่น มะเร็งบางชนิดไม่มีอาการ แต่อาจพบโดยบังเอิญจากการตรวจคัดกรอง โดยส่วนมากมักได้รับการรักษา ซึ่งเราไม่ทราบว่าท่านได้รับการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นหรือสั้นลง เนื่องจากการรักษามะเร็งมักมีผลข้างเคียง

2.2 ผลลัพธ์จากการตรวจอาจเป็นผลลบหลวง: การตรวจคัดกรองอาจเป็นปกติ ทั้ง ที่อาจเป็นมะเร็งปอด ทำให้คนไข้ รายนั้นไปพบแพทย์เพื่อเริ่มการรักษาช้า

2.3 ผลลัพธ์จากการตรวจอาจเป็นผลบวกหลวง: การตรวจคัดกรองให้ผลผิดปกติ ทั้งที่จริงๆ แล้วเป็นคนปกติดี ผลตรวจคัดกรองเช่นนี้ ทำให้ผู้ตรวจมีความกังวลและต้องทำการตรวจอื่นๆ อีกมากมาย เช่น การตัดเอาชิ้นเนื้อที่สงสัยไปตรวจ การตัดชิ้นเนื้อมีความเสี่ยงที่จะทำให้ปอดแฟบได้ อาจต้องแก้ไขด้วยการผ่าตัดในภายหลัง

2.4 เอกซเรย์ปอดทำให้ทรวงอกได้รับรังสี การได้รับรังสีบริเวณทรวงอกจากการตรวจเอกซเรย์ปอดอาจทำให้เป็นมะเร็งบางชนิดได้เช่น มะเร็งเต้านม แต่อุบัติการณ์น้อยมาก

2.2.3.3 การรักษาและการป้องกันโรคมะเร็งปอด

(1) แนวทางการรักษาโรคมะเร็งปอด

1. การรักษาเฉพาะที่ (Local treatment) เป็นการรักษาโดยมีเป้าหมายเพื่อรักษาเฉพาะที่เนื่องจากตัวโรคจำกัดอยู่เฉพาะที่ได้แก่ การผ่าตัด หรือ การฉายรังสี

1.1 การผ่าตัด (Surgery) เป็นการผ่าตัดเอาเนื้อเยื่อปอดบางส่วนที่มีเซลล์มะเร็งออก หรือผ่าตัดเอาปอดทั้งข้างออกเมื่อตรวจพบการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปทั่วปอด ทั้งนี้แพทย์อาจมีการเลาะต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงออกด้วยหากเกิดการลุกลามของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง วิธีนี้เป็นการรักษาที่เหมาะสมสำหรับมะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก

1.2 การฉายรังสี (Radiation Therapy) เป็นการใช้รังสีในปริมาณสูงฉายไปบริเวณที่เกิดมะเร็งปอดขึ้นโดยตรง เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็ง มักจะใช้ควบคู่กับวิธีการรักษาอื่น ๆ เช่น การผ่าตัด การทำเคมีบำบัด

2. การรักษาแบบส่งผลกระทบต่อร่างกาย (Systematic treatment)

เป็นการรักษามะเร็งด้วยการใช้ยาประเภทต่าง ๆ ผ่านทางระบบไหลเวียนเลือดของร่างกาย ซึ่งปัจจุบันมีการพัฒนายากลุ่มต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษาตามชนิดของมะเร็ง ประกอบด้วย

2.1 การให้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการให้ยาเพื่อทำลายหรือหยุดยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งซึ่งถือว่า เป็นการรักษาหลักของการรักษาด้วยยาที่ใช้มากที่สุดในการรักษาโรคมะเร็งปัจจุบัน โดยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) อาจใช้เป็นการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างเดียว หรืออาจใช้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาที่เรียกว่า Chemoradiation

2.2 การให้ยามุ่งเป้า (Targeted Therapy) เป็นการรักษาโรคมะเร็งแบบออกฤทธิ์จำเพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยับยั้งกระบวนการส่งสัญญาณระดับเซลล์ ซึ่งเป็นต้นเหตุของการเจริญเติบโต และแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง

2.3 ยาภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy) เป็นการรักษาโดยการส่งเสริมให้ระบบภูมิคุ้มกันทำงานเพื่อให้สามารถกำจัด หรือควบคุมเซลล์มะเร็งในร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(2) การป้องกันโรคมะเร็งปอด สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ระดับ คือ

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) คือ การไม่สูบบุหรี่และหยุดสูบบุหรี่ (สายด่วนเลิกบุหรี่ โทร.1600)

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) คือ การตรวจหาและให้การรักษาทันทีแต่โรคมะเร็งยังไม่แสดงอาการ เมื่อพบเร็วก็หายขาดได้ การป้องกันระดับนี้ก็คือความหมายของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง

ในปัจจุบันการคัดกรองโรคมะเร็งปอด เราใช้วิธีตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องอกแบบใช้รังสีขนาดต่ำ หรือ Low Dose CT (LDCT) ซึ่งจะให้ภาพ 3 มิติบริเวณปอดที่มีรายละเอียดดี สามารถตรวจพบจุดหรือก้อนเล็ก ๆ ได้ โดยใช้ปริมาณรังสีที่ไม่สูงและไม่ต้องฉีดสารทึบแสง LDCT มีข้อมูลที่ช่วยลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปอดได้ 15-20% เมื่อเปรียบเทียบกับการทำเอกซเรย์ปอดแบบปกติโดยแนะนำให้ทำปีละ 1 ครั้ง เฉพาะผู้ที่มีข้อบ่งชี้เหล่านี้ ได้แก่

- มีอายุตั้งแต่ 55 ปีจนถึง 80 ปี
- ยังสูบบุหรี่อยู่ และโดยเฉลี่ยมากกว่า 30 ซองต่อปี
- ถ้าเลิกสูบบุหรี่แล้ว ต้องเลิกมาไม่นานเกิน 15 ปี
- สุขภาพร่างกายแข็งแรง และพร้อมที่จะรับการรักษาด้วยการ

ผ่าตัดได้ กรณีที่พบความผิดปกติจากการคัดกรอง

2.2.4 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง⁽²¹⁾

2.2.4.1 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง⁽²¹⁾

ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นส่วนหนึ่งของระบบทางเดินอาหารมีลักษณะเป็นท่อยาว มีผนังประกอบด้วยกล้ามเนื้อ มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 5-8 เซนติเมตร ความยาวประมาณ 6 ฟุต มีหน้าที่ดูดซึมน้ำจากอาหารที่รับประทานเข้าไป และยังเป็นที่ยึดกากอาหารก่อนที่จะขับถ่ายออกจากร่างกายทางทวารหนัก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งเป็นโรคที่เกิดจากการผิดปกติของเซลล์ที่แบ่งตัวต่อเนื่อง โดยไม่สามารถควบคุมได้จนกลายเป็นก้อนขนาดใหญ่ เรียกว่า “เนื้องอกมะเร็ง” เมื่อมะเร็งเข้าสู่กระแสเลือด หรือทางเดินน้ำเหลืองและไปปรากฏยังส่วนอื่นๆ ของร่างกายเรียกว่า มะเร็งแพร่กระจาย (Metastasis) มะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นเซลล์มะเร็งของเนื้อเยื่อลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ซึ่งชนิดที่พบบ่อยเกิดจากเซลล์เยื่อผนังลำไส้มีการเปลี่ยนแปลงและเจริญเติบโตผิดปกติ กลายเป็นติ่งเนื้อเล็กๆ เรียกว่า โพลิป (Polyp) จากนั้นติ่งเนื้อจะใช้เวลาหนึ่งในการพัฒนา กลายเป็นมะเร็ง การตัดติ่งเนื้องอก (Polyp) ออก สามารถป้องกันไม่ให้ติ่งเนื้อพัฒนาเป็นมะเร็งได้ มะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ไม่ได้รับการรักษาอาจลุกลามทะลุผนังลำไส้หรือแพร่กระจายต่อไปยังตับ ปอด เยื่อช่องท้อง สมอง หรือกระดูกได้ ทั้งนี้ การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ : ไม่ว่าจะเป็นส่วนลำไส้ช่วงต้น หรือช่วงปลาย ล้วนเรียกว่า “มะเร็งลำไส้ใหญ่” (Colorectal Cancer) โดยทั่วไป มะเร็งลำไส้ใหญ่พบมากเป็น อันดับ 4 ของสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลก นับเป็นอันดับ 3 ของสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย โดยพบมากเป็นอันดับ 3 ในชายไทยพบมากเป็นอันดับ 4 ในหญิงไทย ซึ่งในปัจจุบันมีผู้ป่วยรายใหม่วันละ 12,467 คน (เพศชาย 6,874 คน และเพศหญิง 5,593 คน) พบมากที่สุดในช่วงอายุ 50-70 ปี และพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ครอบครัวที่มีประวัติผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ จะมีความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่กับบุคคลอื่นในครอบครัวด้วย ผู้ที่มีปัญหาการอักเสบของลำไส้ใหญ่เรื้อรัง มีแนวโน้มสูงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหารที่เหมาะสมและการออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้

ด้านอัตราการรอดชีวิต : หากมะเร็งอยู่เฉพาะที่ เยื่อบุผนังลำไส้ : อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี สูงถึง 70-90% หากมะเร็งกระจายไปที่ ต่อม้ำเหลือง : อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี สูงถึง 53-72% หรือหากมะเร็งกระจายสู่อวัยวะที่ห่างไกลออกไป : อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี สูงถึง 10% ดังนั้น การตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ระยะแรกๆ สามารถรักษาให้หายขาดได้

2.2.4.2 สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

(1) สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

1. กินอาหารประเภทแปรรูปและเนื้อแดง
2. ภาวะอ้วนน้ำหนักเกิน
3. ขาดการออกกำลังกาย
4. สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
5. มีประวัติครอบครัวหรือตนเองเป็นติ่งเนื้อในลำไส้

2.2.4.3 การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่⁽²²⁾

(1) วิธีการตรวจคัดกรอง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คือ การตรวจในประชาชนทั่วไปที่ไม่มีอาการที่ชวนสงสัยว่าเป็นโรคมะเร็งโดยมีวัตถุประสงค์ที่จะตรวจหาโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้น เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต จากโรคมะเร็ง ตั้งแต่การตรวจคัดกรอง การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถตรวจได้หลายวิธี ดังนี้

1. การตรวจอุจจาระ (Stool-based Test) ตรวจได้ 2 วิธี ได้แก่

A. การตรวจหาเลือดในอุจจาระ (Fecal Occult Blood Test: FOBT) การตรวจอุจจาระเพื่อหาเม็ดเลือดแดงที่อาจมีแอบซ่อนอยู่ หรือเป็นการตรวจหาเลือดปริมาณน้อยๆ ที่ปนอยู่ในอุจจาระ (Occult Blood) ซึ่งมองไม่เห็นได้ด้วยตาเปล่า

B. การตรวจหาดีเอ็นเอของเซลล์มะเร็งหรือติ่งเนื้อ (Fecal DNA Testing) เนื่องจากลำไส้ใหญ่จะมีการหลุดลอก ทำให้สามารถตรวจพบดีเอ็นเอที่ผิดปกติในอุจจาระได้ การตรวจด้วยภาพ

2. การตรวจด้วยภาพ

A. การตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ ด้วยภาพเสมือนจริง (Computed tomographic (CT) Colonography) เป็นเทคนิคการตรวจที่ทันสมัย ทำได้โดยการใส่ลมเข้าไปในลำไส้ใหญ่ ทำให้ลำไส้ขยายเห็นรายละเอียดมากที่สุดเท่าที่ทำได้ แล้วเอกซเรย์ภาพในลักษณะภาพตัดขวาง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาสร้างภาพสามมิติให้เป็นภาพเสมือนจริงของลักษณะภายในลำไส้ใหญ่เพื่อใช้ดูความผิดปกติ เช่น ติ่งเนื้อ (Polyp) รอยโรคอื่นๆ ที่ปรากฏในลำไส้ใหญ่ เป็นต้น

B. การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ส่วนปลาย (Flexible Sigmoidoscopy) การส่องกล้องเข้าไปทางทวารหนักเพื่อตรวจความผิดปกติของลำไส้ตรง (Rectum)

และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Flexible Colon) ถ้าเห็นรอยโรค วิธีการนี้สามารถตัดชิ้นเนื้อออกมาตรวจสอบต่อได้

C. การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy)

เป็นการส่องกล้องเข้าไปทางทวารหนัก เพื่อให้เห็นภาพภายในลำไส้ตรงและลำไส้ใหญ่ทั้งหมดวิธีนี้สามารถตัดชิ้นเนื้อที่สงสัยส่งตรวจทางพยาธิวิทยาได้ เป็นวิธีการตรวจที่มีความแม่นยำมากที่สุด

2.2.4.4 การรักษาและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

(1) อาการ อาการแสดง

สัญญาณอันตราย : อาการที่บ่งบอกมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

อาการที่จะบอกต่อไปนี้เป็นกลุ่มอาการที่บ่งบอกว่าอาจจะเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่

1. พฤติกรรมในการขับถ่ายอุจจาระ พฤติกรรมในการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลงไปจากปกติของบุคคลโดยอาจจะถ่ายบ่อยครั้งขึ้น หรือท้องผูกมากขึ้น นอกจากนี้จะมีถ่ายไม่สุดหรือปวดเบ่งได้

2. มีอาการท้องเสียสลับกับท้องผูก

3. มีเลือดสดๆ หรือเลือดแดงคล้ำปนออกมากับอุจจาระ

4. อุจจาระมีลักษณะผิดปกติจากเดิม ลักษณะก้อนเปลี่ยนเป็น

เส้นแบนคล้ายดั่งเม

5. มีท้องอืด ปวดท้องแน่นท้อง จุกเสียด มีลมในลำไส้มาก

(Abdominal Discomfort)

6. น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

7. เหนื่อย อ่อนเพลียไม่สามารถทำงานที่เคยทำตามปกติได้

ข้อแนะนำ

- ถ้ามีอาการดังกล่าวควรรีบไปพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายหาสาเหตุของอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นต่อไป

- คนที่มีอายุ 50 ปี ขึ้นไป ควรได้รับการตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระปีละครั้ง หากผิดปกติควรได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

(2) ระยะของโรค มะเร็งลำไส้ใหญ่ และวิธีการรักษา

1. **ระยะ 1 ลักษณะของโรค** ก้อนมะเร็งเติบโตขึ้นมากกว่าระยะศูนย์และฝังในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยไม่กระจายไปสู่เนื้อเยื่อข้างเคียงหรือต่อมน้ำเหลือง ไม่ทะลุชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่

การรักษา: ผ่าตัดเอาลำไส้ส่วนที่เป็นมะเร็งออก

2. **ระยะ 2 ลักษณะของโรค** ก้อนมะเร็งกระจายออกมาสู่ผนังลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนนอกหรือเนื้อเยื่อใกล้เคียง แต่ยังไม่แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

การรักษา: ผ่าตัดลำไส้ส่วนที่เป็นมะเร็งออก บางรายอาจต้องให้เคมีบำบัดหลังผ่าตัดร่วมด้วย ในมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายจะมีการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสงก่อนหรือหลังผ่าตัด

3. ระยะ 3 ลักษณะของโรค มะเร็งแพร่กระจายออกจากลำไส้เข้าไปยังต่อมน้ำเหลืองที่อยู่บริเวณรอบๆ ลำไส้ใหญ่ แต่ยังไม่แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

การรักษา: ผ่าตัดเอาลำไส้ส่วนที่เป็นมะเร็งออก ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัดในมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายจะมีการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสงก่อนหรือหลังผ่าตัด

4. ระยะ 4 ลักษณะของโรค มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ ของร่างกายส่วนใหญ่มักกระจายไปสู่ตับและปอด

การรักษา: ให้ยาเคมีบำบัด และพิจารณาใช้ยามุ่งเป้าร่วมด้วยเพื่อประสิทธิภาพในการรักษาที่ดี ในผู้ป่วยบางรายอาจมีการผ่าตัดร่วมด้วย

(3) แนวทางการรักษา

1. การผ่าตัด (Surgery)

วิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด (Surgery) มีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อเอาก้อนมะเร็งออกจากร่างกายไป โดยศัลยแพทย์จะทำการผ่าตัดเอาลำไส้ที่เป็นมะเร็งออกพร้อมต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้เคียง หลังจากนั้นแพทย์จะทำการต่อลำไส้ส่วนที่เหลือเข้าด้วยกันใหม่ ถ้าไม่สามารถต่อลำไส้ส่วนที่เหลือเข้าด้วยกันอาจจะเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางผนังหน้าท้อง เพื่อขับถ่ายอุจจาระเป็นการชั่วคราวหรือแบบถาวร ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับสถานะของผู้ป่วยและก้อนมะเร็งมีการลุกลามไปมากน้อยแค่ไหน การเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางผนังหน้าท้องเป็นการเปลี่ยนทิศทางการเดินทางเดินอาหารที่ถูกขับถ่ายออกจากร่างกาย ซึ่งการเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องนี้ เรียกว่า ทวารเทียม (Colostomy)

2. การฉายแสง (Radiation Therapy)

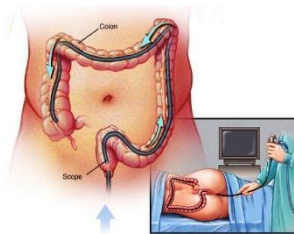
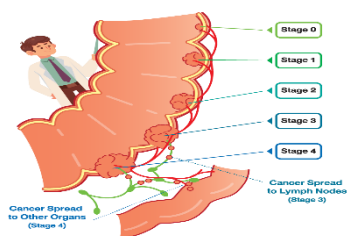
เป็นการใช้รังสีพลังงานสูงในการกำจัดเซลล์มะเร็งปกติจะใช้การฉายแสงในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ช่วงก่อนการผ่าตัด เพื่อลดขนาดก้อนมะเร็งทำให้การผ่าตัดง่ายขึ้น และหลังการผ่าตัด เพื่อไปทำลายเซลล์มะเร็งที่ยังคงเหลืออยู่ และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ นิยมให้เคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสง เพื่อให้การรักษาดีขึ้น ปัจจุบันพบว่า การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย สามารถลดการเกิดโรครื่นมาใหม่ และลดอัตราการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดไว้ที่หน้าท้อง

3. เคมีบำบัด (Chemotherapy)

ปัจจุบันพบว่า การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย สามารถลดการเกิดโรครื่นมาใหม่ และลดอัตราการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดไว้ที่หน้าท้องในผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่มาก หรือมีมะเร็งแพร่กระจายสู่ต่อมน้ำเหลืองผู้ป่วย

มักจะต้องได้รับยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัด เรียกว่า การรักษาเสริมหลังการผ่าตัดเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งที่ยังหลงเหลืออยู่ กรณีนี้เป็นการรักษาเพื่อลดโอกาสของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ รวมถึงช่วยเพิ่มอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วย เรียกรักษาแบบนี้ว่า การรักษาแบบหวังผลหายขาด

นอกจากนี้พบว่า การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย สามารถลดการเกิดโรคขึ้นมาใหม่ และลดอัตราการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดไว้ที่หน้าท้อง นอกจากนี้ยาเคมีบำบัดยังใช้ในการรักษาหลักในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแพร่กระจายหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับการผ่าตัดได้ การใช้ยาเคมีบำบัดจึงใช้เพื่อยืดการกระจายตัวของมะเร็งไม่ให้ลุกลามต่อ รวมทั้ง บรรเทาอาการหรือความทรมานจากมะเร็ง เพื่อให้คุณภาพในการดำเนินชีวิตที่ดีที่สุดและเพิ่มอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยได้นานขึ้น เรียกรักษาแบบนี้ว่า การรักษาแบบประคับประคอง



3.1) การบริหารยาเคมีบำบัดมี 2 วิธี

3.1.1) ชนิดฉีดเข้าหลอดเลือด (Intravenous Chemotherapy) การให้ยาเคมีบำบัดแบบฉีด เป็นวิธีการรักษามาตรฐานในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในปัจจุบัน ปกติแล้วการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะใช้ยามากกว่าหนึ่งชนิดขึ้นไปร่วมกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาการให้ยาจะให้ป็นรอบๆ โดยแต่ละรอบของการรักษามีระยะพักโดยระยะพักและจำนวนรอบจะขึ้นอยู่กับสูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้ ส่วนการใช้ยาสูตรใดนั้นแพทย์จะเป็นผู้พิจารณา เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนมากที่สุด

3.1.2) ชนิดรับประทาน (Oral Chemotherapy) มีประสิทธิภาพในการรักษาไม่แตกต่างจากยาเคมีบำบัดแบบฉีด ซึ่งเป็นรูปแบบยาเคมีบำบัดที่พัฒนาขึ้นมาช่วยเพิ่มความสะดวกต่อการรักษาให้กับผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ เพราะในบางครั้งการให้ยาเคมีบำบัดแบบฉีดอาจส่งผลก่อให้เกิดการเจ็บปวดต่อผู้ป่วยและเสียเวลาการให้ยาโดยที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องคอยดูแลที่โรงพยาบาล

3.2) การใช้ยามุ่งเป้า (Targeted Therapy)

3.2.1) เป็นการรักษาใหม่เพื่อยับยั้งมะเร็งโดยตรง
เป้าหมาย เช่น ยายับยั้งกระบวนการสร้างเส้นเลือดใหม่ (Anti-Angiogenesis Therapy) และยายับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็ง (Anti-epidermal growth factor receptor) เป็นต้น

3.2.2) การใช้ยากลุ่มนี้มักให้ร่วมกับการให้เคมี

บำบัด เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพในการรักษามากขึ้น โดยพบว่าสามารถช่วยยืดระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่ ช่วยระยะเวลาของการอยู่โดยปราศจากโรค และเพิ่มอัตราการตอบสนองของก้อนมะเร็งได้มากกว่าการให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะเป็นผู้แนะนำว่าผู้ป่วยคนใดจะเหมาะสมกับยาชนิดไหน สิ่งสำคัญที่ต้องทราบคือ การเลือกยาในการรักษามะเร็งนั้น อาจมีความแตกต่างกันในคนไข้แต่ละคน เพราะถึงแม้ว่าคนไข้จะเป็นมะเร็งชนิดเดียวกันแต่ลักษณะการกลายพันธุ์ของเซลล์มะเร็งอาจมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการตรวจหาการกลายพันธุ์ในเซลล์มะเร็งของคนไข้ด้วย *การตรวจยีนมะเร็งอย่างครอบคลุม (Comprehensive Genomic Profiling)* จะช่วยให้แพทย์และคนไข้สามารถร่วมกันวางแผนการรักษาและเลือกยาที่เหมาะสมที่สุดกับคนไข้ได้อย่างเหมาะสม

3.3) สำหรับอาการข้างเคียงที่สามารถพบได้บ่อยจาก

ยามุ่งเป้า มีดังนี้

3.3.1) ยาที่ยับยั้งกระบวนการสร้างเส้นเลือดใหม่ เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน เลือดออกง่าย แผลแยกไม่ติดกระเพาะอาหารและลำไส้ทะลุ การมีโปรตีนในปัสสาวะ เป็นต้น

3.3.2) ยาที่ยับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็ง เช่น ท้องเสีย ผื่น ผิวแห้ง ลอก ผิวไวต่อแสงแดด เป็นต้น

2.2.4.5 การติดตามผลการรักษา

ผู้ป่วยหลังการรักษาจะได้รับการติดตามโดยแพทย์ผู้รักษา เพื่อดูแลสุขภาพต่อไปการตรวจติดตามผล โดยปกติแล้วหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะพบแพทย์ 3-6 เดือน ในช่วง 2 ปี แรกและทุก 6 เดือน ไปจนถึง 5 ปี การตรวจตามผลจะใช้การตรวจร่างกาย ตรวจเลือดเพื่อหาสารติดตามผลมะเร็ง และอื่นๆ เช่น การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ และการตรวจวินิจฉัยทางรังสี ซึ่งแพทย์จะพิจารณาระยะเวลาตามความเหมาะสม

2.2.4.6 วิธีการป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ : ทำได้โดยการมี 5 พฤติกรรมที่ช่วยป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่

- (1) ถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา อย่าปล่อยให้อุจจาระเก้ตค้างเป็นมลพิษ
- (2) รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เส้นใยสูง และเน้นอาหารสุขภาพ “น้ำตาลต่ำ เกลือต่ำ ไขมันต่ำ และเส้นใยสูง” ลดไขมันสู่ลำไส้ใหญ่ จะช่วยลดการเกิดสารพิษในลำไส้ ควรรับประทานผัก เช่น แครอท ผักใบเขียว ฟักทอง ให้มากขึ้น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไหม้เกรียมซึ่งมีสารก่อมะเร็ง
- (3) รักษาน้ำหนักตัว และหมั่นออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ซึ่งควรจะต้องเดินเร็วขึ้น ซึ่งอัตราการเต้นของหัวใจควรเป็น $(220 - \text{อายุ}) \times 80\%$

และต้องออกกำลังกายต่อเนื่อง 20-40 เพราะดัชนีมวลกาย (BMI) ที่เพิ่มขึ้นทุกๆ $5\text{kg}/\text{m}^2$ จะทำให้อัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้เพิ่มขึ้นร้อยละ 25 นาที

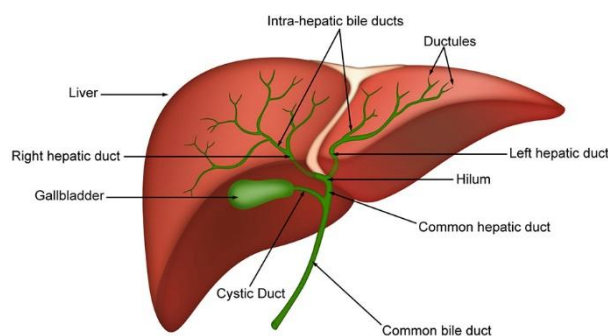
(4) ควรเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นประจำทุกปี โดยไม่ต้องรอให้มีอาการผิดปกติ ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้

(5) หมั่นสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของสุขภาพ โดยเฉพาะระบบทางเดินอาหาร และระบบลำไส้ เช่น อุจจาระมีมูกเลือด ท้องผูกติดต่อกันบ่อยๆ ท้องเสียสลับท้องผูกบ่อยๆ ท้องอืด ปวดท้อง เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด มีอาการโลหิตจาง ควรไปตรวจมะเร็งลำไส้ทันที

2.2.5 โรคมะเร็งท่อน้ำดี

2.2.5.1 โรคมะเร็งท่อน้ำดี

โรคมะเร็งท่อน้ำดี เกิดขึ้นที่บริเวณท่อน้ำดีซึ่งเป็นท่อที่มีความยาว 4-5 นิ้ว ทำหน้าที่ในการระบายของเสียซึ่งก็คือน้ำดีจากตับไปสู่ลำไส้เล็กตอนต้น (Duodenum) องค์ประกอบของท่อน้ำดีจะประกอบด้วยถุงน้ำดี (Gallbladder) และท่อน้ำดีเล็ก (Ductules) จำนวนมากแต่ละส่วนจะมีชื่อเรียกแตกต่างกัน โดยมีชื่อเรียกรวมกันว่า “ระบบทางเดินน้ำดี” (Biliary system) ซึ่งเริ่มต้นด้วยท่อจำนวนมากมายที่เก็บน้ำดีจากเซลล์ตับ ท่อเล็กๆ เหล่านี้จะรวมกันเป็นท่อขนาดใหญ่ กลายเป็นท่อตับกลีบซ้ายและท่อตับกลีบขวา ท่อน้ำดีที่อยู่ภายในตับเรียกว่า Intrahepatic bile duct ซึ่งเป็นท่อที่มีส่วนที่อยู่ภายในตับและเชื่อมต่อกับท่อน้ำดีใหญ่ที่ตับ (common hepatic duct) บริเวณท่อน้ำดีที่ออกจากตับ (Hilum) ส่วนท่อน้ำดีรวม(common bile duct) คือ บริเวณที่ถุงน้ำดีเชื่อมต่อกับท่อน้ำดีเล็กที่เรียกว่า cystic duct และอยู่ห่างออกไปประมาณหนึ่งในสามตามความยาวท่อน้ำดี โดยท่อนี้จะเชื่อมกับลำไส้เล็กตอนต้นในส่วน duodenum ดังรูปประกอบด้านล่าง

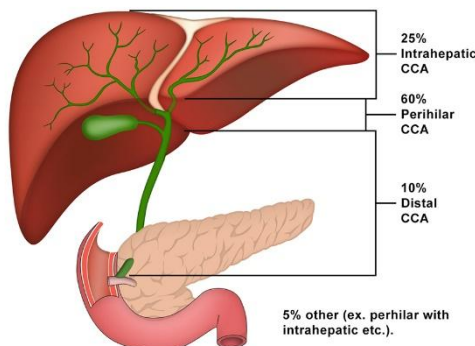


2.2.5.2 สาเหตุของโรค

มะเร็งท่อน้ำดี เกิดจากหลายสาเหตุ โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับจากการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ โดยเฉพาะปลาน้ำจืดที่มีเกล็ด เช่น ก้อยปลา ปลาดิบ ปลาร้าที่ไม่สุก ภาวะที่มีความผิดปกติของท่อทางเดินน้ำดีแต่กำเนิด เช่น โรคซิสต์ของทางเดินท่อน้ำดี ภาวะที่มีการอักเสบเรื้อรังของท่อน้ำดี การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือ

ซี ภาวะตับแข็ง นอกจากนี้การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ หรือประวัติมีญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ก็เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี

2.2.5.3 ชนิดและตำแหน่งของมะเร็งท่อน้ำดี



มะเร็งท่อน้ำดีสามารถเกิดขึ้นได้ทุกส่วนของท่อน้ำดี ซึ่งทำให้เกิดพยาธิสภาพแตกต่างกันตามบริเวณที่เกิด โดยสามารถแบ่งชนิดของมะเร็งท่อน้ำดีตามบริเวณที่เกิดในท่อน้ำดีได้ 3 ประเภท ดังนี้

(1) มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (Intrahepatic cholangiocarcinoma)

มะเร็งท่อน้ำดีชนิดนี้เกิดขึ้นที่บริเวณแขนงท่อน้ำดีขนาดเล็กที่อยู่ภายในตับ ซึ่งบางครั้งทำให้เกิดความสับสนว่าเป็นมะเร็งตับ

(2) มะเร็งท่อน้ำดีบริเวณท่อน้ำดีที่ออกจากตับ (Perihilar or hilar cholangiocarcinoma)

มะเร็งท่อน้ำดีชนิดนี้เกิดที่ภายนอกตับ ในบริเวณที่ท่อน้ำดีด้านซ้ายและด้านขวามาบรรจบกันที่ด้านนอกของตับ ซึ่งเป็นมะเร็งท่อน้ำดีชนิดที่พบมากที่สุด

(3) มะเร็งท่อน้ำดีบริเวณท่อน้ำดีส่วนปลาย (Distal cholangiocarcinoma) มะเร็งท่อน้ำดีชนิดนี้เกิดขึ้นที่ท่อน้ำดีภายนอกตับ ในบริเวณส่วนปลายของท่อน้ำดีที่เชื่อมต่อกับลำไส้เล็กตอนต้นใน ส่วน duodenum

(4) มะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (Extrahepatic cholangiocarcinoma):

เนื่องจากบางครั้ง มะเร็งท่อน้ำดีบริเวณท่อน้ำดีที่ออกจากตับและมะเร็งท่อน้ำดีบริเวณท่อน้ำดีส่วนปลาย เป็นมะเร็งท่อน้ำดีที่เกิดขึ้นนอกตับ จึงมักถูกเรียกรวมกันว่าเป็น มะเร็งท่อน้ำดีนอกตับ (Extrahepatic cholangiocarcinoma)

นอกจากนี้ มะเร็งท่อน้ำดียังสามารถแบ่งประเภทตามลักษณะเซลล์มะเร็งที่ตรวจพบภายใต้กล้องจุลทรรศน์ได้อีกด้วย

(5) มะเร็งของต่อม (Adenocarcinoma) คือมะเร็งที่สามารถเกิดขึ้นได้ทุกอวัยวะในร่างกาย ซึ่งมะเร็งของต่อมในท่อน้ำดีก็เป็นมะเร็งที่เกิดในต่อมผลิตเยื่อเมือกที่อยู่ภายในท่อน้ำดี

2.2.5.4 อาการของมะเร็งท่อน้ำดี

โดยส่วนใหญ่มะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มแรกมักไม่มีอาการ แต่เมื่อโรคลุกลามมากแล้วอาจมีอาการแสดงได้ เช่น

- อาการตัวเหลืองตาเหลืองซึ่งเกิดจากการอุดตันของท่อน้ำดี
- อาการไม่สบายในท้อง อึดอัด แน่นท้อง
- ปวดท้องส่วนบนบริเวณใต้ชายโครงขวา อาจมีอาการปวดหลังและไหล่ร่วม
- มีไข้ ไม่ทราบสาเหตุ
- ค้นบริเวณผิวหนังทั่วร่างกาย
- อุจจาระมีสีซีดและปัสสาวะมีสีเข้ม
- เหนื่อย อ่อนเพลีย
- เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดลง
- คลื่นไส้ อาเจียน
- คลำหน้าท้องพบตับโต

2.2.5.5 การวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดี

- การซักประวัติและตรวจร่างกาย
- การตรวจเลือดดูการทำงานของตับและสารบ่งชี้มะเร็ง
- การตรวจอัลตราซาวนด์ตับและช่องท้องส่วนบน
- การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan)
- การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI)

2.2.5.6 แนวทางการรักษามะเร็งท่อน้ำดี

การรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีแพทย์จะพิจารณาถึงปัจจัยต่างๆ เช่น ขนาด ตำแหน่ง และลักษณะของเซลล์มะเร็ง ระยะโรคและการกระจายของมะเร็ง สุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการรักษาที่ดี และเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย การรักษาหลักของมะเร็งท่อน้ำดี คือ

(1) การผ่าตัด

การผ่าตัดเป็นการรักษาหลักของโรคมะเร็งท่อน้ำดีหากมีการตรวจวินิจฉัยพบการเกิดโรคในระยะเริ่มแรกก็จะสามารถให้รักษาได้ด้วยวิธีการผ่าตัด แต่เนื่องจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีมักมีการวินิจฉัยพบเมื่อระยะที่มีการพัฒนาของมะเร็งเต็มขั้นหรือมีการแพร่กระจายแล้ว ดังนั้นการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดจึงไม่สามารถทำได้เสมอไป กรณีของมะเร็งท่อน้ำดีในตับ การผ่าตัดจะประกอบด้วย การผ่าตัดตับ (Hepatic resection/Hepatectomy) ส่วนในกรณีของมะเร็งท่อน้ำดีนอกตับ การผ่าตัดจะประกอบด้วย การผ่าตัด ตัดท่อน้ำดี (Bile duct resection) อาจต้องมีการผ่าตัดตับ หรืออาจต้อง ผ่าตัดตับอ่อนและลำไส้เล็กส่วนหนึ่งร่วมกับ (Pancreaticoduodenectomy) ถ้ามะเร็งท่อน้ำดีมีการลุกลามมาที่บริเวณดังกล่าว

(2) การใช้คลื่นความร้อนไมโครเวฟ (Microwave ablation) หรือคลื่นวิทยุ (Radiofrequency ablation)

ในกรณีที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ไม่สามารถผ่าตัดได้ ผู้ป่วยจะมีทางเลือกในการรักษาคือ การใช้คลื่นความร้อนไมโครเวฟ (Microwave ablation) หรือคลื่นวิทยุ (Radiofrequency ablation) จี้บริเวณก้อนมะเร็งเพื่อลดขนาด ทำให้อาการแน่นท้องและแหว่งท้องลดลง

(3) เคมีบำบัด (Chemotherapy) หรือ ยาออกฤทธิ์มุ่งเป้า (Targeted therapy)

หากผู้ป่วยมาพบแพทย์ในระยะลุกลาม การรักษาคือ การให้เคมีบำบัด (Chemotherapy) หรือ ยาออกฤทธิ์มุ่งเป้า (Targeted therapy) เพื่อลดอาการจากตัวโรคลดการลุกลาม เพื่อให้คนไข้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีชีวิตยืนยาวที่สุด

(4) การผ่าตัดเนื้องอก

การผ่าตัดเนื้องอก เป็นวิธีการรักษามาตรฐานที่ได้ผลดี และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้

การผ่าตัดระยะบายท่อน้ำดี ในผู้ป่วยที่คาดว่าสามารถผ่าตัดเนื้องอกได้แต่ในขณะที่ผ่าตัดพบว่าระยะโรคไม่สามารถผ่าตัดออกได้ ควรได้รับการผ่าตัดระยะบายท่อน้ำดีเพื่อรักษาอาการคันและตัวเหลืองตาเหลือง

(5) การส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (endoscopic retrograde cholangiopancreatography: ERCP)

การส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (endoscopic retrograde cholangiopancreatography: ERCP) ใช้ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดเนื้องอกออกได้ หรือผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัดได้

(6) เคมีบำบัด/รังสีรักษา

ใช้ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดเอามะเร็งออกได้หมด หรือใช้ในการรักษาหลังผ่าตัดเพื่อเพิ่มโอกาสการหายขาด

2.2.5.7 ผลการรักษามะเร็งท่อน้ำดี

ในปัจจุบันผลการรักษาของมะเร็งท่อน้ำดียังไม่สู้ดีนักเนื่องจาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์เมื่อมะเร็งท่อน้ำดีมีขนาดใหญ่หรือลุกลามแล้ว ดังนั้น จึงพบว่ามีผู้ป่วยเพียง 1 ใน 4 เท่านั้น ที่สามารถทำการผ่าตัดได้ โดยถ้าสามารถ ผ่าตัดเอามะเร็งท่อน้ำดีออกได้หมดจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีอยู่ที่ประมาณ 10-40% แต่ถ้าพบว่ามีอาการลุกลามไปแล้วอัตราการรอดชีวิตจะต่ำกว่านั้นมาก

2.2.5.8 การป้องกันมะเร็งท่อน้ำดี

สำหรับในประเทศไทย ผู้ป่วยมักจะได้รับการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีใน ระยะท้ายๆ การป้องกันที่จะเกิดมะเร็งท่อน้ำดีได้ผลดีกว่าการรักษาในระยะท้ายๆ เรา สามารถป้องกันโรคได้โดยการให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบีในเด็กแรกเกิดทุกคน ไม่รับประทาน ปลาน้ำจืดดิบ อาหารหมักดอง การตรวจคัดกรองมะเร็งและการอัลตราซาวด์ช่องท้องทุกปี ก็จะทำให้ เราทราบความเสี่ยง เพื่อที่เราจะได้วางแผนในการรักษาได้ทันเวลา หากมีความเสี่ยงต่อมะเร็งตับ ควรรับปรึกษาแพทย์ เพื่อรับการตรวจวินิจฉัย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติโรคตับเรื้อรัง โรคตับอักเส บควรรับการติดตามตรวจหามะเร็งอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้สามารถได้รับการรักษาได้ทันเวลาเพื่อ ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับ

บทที่ 3 วิธีดำเนินโครงการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการติดตามผลและประเมินผลโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบ หมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model)

3.1 วิธีการดำเนินการ

1) แจกแบบสอบถามความเสี่งโรคมะเร็งของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 9 บ้านฝายน้อย หมู่ที่ 10 บ้านต้นมีน และหมู่ที่ 14 บ้านไร่ศิลาทอง

2) รวบรวมแบบสอบถามและทำการวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะเวลาในการดำเนินการ

มกราคม 2567 - กันยายน 2567

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ทั้งหมด

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน, ประธานอสม., อสม., ประชาชน จำนวน 3 หมู่บ้าน

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	จำนวน/คน
9	บ้านฝายน้อย	200
10	บ้านไร่ศิลาทอง	200
14	บ้านต้นมีน	200
รวม		600

3.3 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.3.1 เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

- ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
- สามารถให้ข้อมูลตอบแบบสอบถามได้
- อ่านออก เขียนได้ สะดวกมีเวลาในการตอบแบบสอบถาม

3.3.2 เกณฑ์การคัดออก

- ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน
- ขอดอนตัวออกจากการศึกษาครั้งนี้

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ข้อมูลด้านความเสี่ยงโรคมะเร็งของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งแบบสอบถามชุดนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	7	ข้อ
ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง	จำนวน	11	ข้อ
ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง	จำนวน	15	ข้อ

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

- 1) ประชุมคณะกรรมการดำเนินโครงการฯ เพื่อวางแผนการดำเนินโครงการฯ และขอความร่วมมือจากประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน, ประธานอสม., อสม., ประชาชน จำนวน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 9 บ้านฝายน้อย, หมู่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง และหมู่ 14 บ้านต้นมีน
- 2) ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย
- 3) จัดประชุมคณะกรรมการและแจกแบบสอบถาม ลงพื้นที่เพื่อศึกษาชุมชนต้นแบบฯ ณ ศาลาอเนกประสงค์ วัดฝายน้อย ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
- 5) บันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล
- 6) สรุปผลการดำเนินโครงการฯ และจัดทำสรุปเล่มรายงาน

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะวิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และนำเสนอด้วย สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistic) เพื่อบรรยายลักษณะของประชากร ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ สถานภาพ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน และโครประจำตัว ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง ประกอบด้วย ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการสูบบุหรี่ของตนเอง ประวัติการสูบบุหรี่ของครอบครัว ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์(สุรา/เบียร์/ไวน์/สุราพื้นบ้าน) ประวัติอื่นๆ ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งตับ ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปอด ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม และปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละในกรณีเป็นข้อมูลแจกนับ ส่วนกรณีข้อมูลต่อเนื่องจะนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation ; SD) หากมีการเปรียบเทียบจะวิเคราะห์ ด้วยสถิติ Independent t-test, dependent t-test และ Chi-square test

บทที่ 4

ผลการดำเนินโครงการ

4.1 ผลการติดตามผลและประเมินผลโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) 3 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านฝายน้อย บ้านไร่ศิลาทอง บ้านต้นมัน

จากการสำรวจข้อมูลชุมชนโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชน ในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 9 บ้านฝายน้อย หมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง และหมู่ที่ 14 บ้านต้นมัน หมู่บ้านละ 200 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 600 คน โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวนทั้งหมด 600 คน คิดเป็นร้อยละ 100

4.1.1 ข้อมูลหมู่ที่ 9 บ้านฝายน้อย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง หมู่ที่ 9 บ้านฝายน้อย

จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 200)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	92	46
หญิง	108	54
2. สถานภาพ		
โสด	20	10
สมรส	140	70
หม้าย	36	18
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	4	2
3. อายุ		
15-20 ปี	-	-
21-40 ปี	12	6
41-60 ปี	95	47
61 ปีขึ้นไป	93	46

(ค่าเฉลี่ย = 59.48, SD = 10.80, ค่าต่ำสุด = 22, ค่าสูงสุด = 88)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
4. การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6	3
ประถมศึกษา	108	54
มัธยมศึกษาตอนต้น	25	12
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	31	15
อนุปริญญา/ปวส	12	6
ปริญญาตรีขึ้นไป	18	9
5. อาชีพ		
ทำสวน/ทำนา/ทำไร่	14	7
รับจ้างทั่วไป	91	45.50
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	13	6.50
ทำโรงงาน/บริษัทเอกชน	5	2.50
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	51	25.50
อื่นๆ	26	13
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 15,000	157	78.50
15,001 – 20,000	24	12
20,001– 25,000	5	2.50
25,001 – 30,000	7	3.50
มากกว่า 30,001	7	3.50
(ค่าเฉลี่ย = 11,744.5, SD = 9,316.2, ค่าต่ำสุด = 700 , ค่าสูงสุด = 50,000)		
7. โรคประจำตัว		
ไม่มี	91	45.50
มี	109	54.50
- เก๊าท์	3	1.50
- ไขมันในเลือดสูง	25	12.50
- เบาหวาน	47	23.00
- ความดันโลหิตสูง	72	36.00
- หอบหืด	4	2.00
- ไวร้สตับอักเสบบี	1	0.50
- ไวร้สตับอักเสบบีซี	-	-

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
- ไตเรื้อรัง	-	-
- อื่นๆ	10	5.00

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามหมู่ที่ 9 บ้านฝายน้อย จำนวนทั้งหมด 200 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 108 คน (ร้อยละ 54.00) มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 140 ราย (ร้อยละ 70.00) รองลงมา คือ สถานภาพหม้าย จำนวน 36 ราย (ร้อยละ 18.00) และสถานภาพโสด จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 10.00) ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 59.48 ± 10.80 ปี อายุต่ำที่สุด 22 ปี และอายุสูงสุด 88 ปี โดยอายุในช่วง 21 - 40 ปี มากที่สุด จำนวน 95 ราย (ร้อยละ 47.00) ถัดมาเป็นผู้ที่มีช่วงอายุ 41 - 60 ปี (ร้อยละ 46.00) มีการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา จำนวน 108 ราย (ร้อยละ 54.00) ถัดมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 15.00) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 91 ราย (ร้อยละ 45.50) มีรายได้เฉลี่ย ของครอบครัวต่อเดือนที่ $11,744.5 \pm 9,316.2$ บาท, โดยส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน จำนวน 157 ราย (ร้อยละ 78.50) รองลงมา คือ รายได้ 15,001 - 20,000 บาท/เดือน จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 12) มีโรคประจำตัว จำนวน 109 ราย (ร้อยละ 54.50) ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 72 ราย (ร้อยละ 36.00) รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน 47 คน (ร้อยละ 23.00)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง หมู่ที่ 9 บ้านฝายน้อย

จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง (n = 200)

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
1. ประวัติการเจ็บป่วย		
1.1 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง		
ไม่มี	197	98.5
มี	3	1.50
1.2 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง		
ไม่มี	179	89.50
มี	21	10.50
2. ประวัติการสูบบุหรี่ของตนเอง		
ไม่สูบ	173	86.50
สูบ ประเภท(ก้นกรอง/ยาเส้น)	11	5.50

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
โรคมะเร็ง		
- 1-3 มวน/วัน	3	1.50
- 4-6 มวน/วัน	7	3.50
- มากกว่า 7 มวน/วัน	1	0.5
เคยสูบ	16	8.00
จำนวนปีที่สูบ		
(ค่าเฉลี่ย 22.5 , SD = 3.53, ค่าต่ำสุด =20 , ค่ามากที่สุด = 25)		
จำนวนปีที่เคยสูบ		
(ค่าเฉลี่ย 30, SD = 14.14, ค่าต่ำสุด = 20, ค่ามากที่สุด = 40)		
เคยสูบแต่เลิกแล้ว		
(ค่าเฉลี่ย 10, SD = 0, ค่าต่ำสุด = 10, ค่ามากที่สุด = 10)		
3. ประวัติการมีคนสูบบุหรี่ในบ้านหลังเดียวกัน		
ไม่สูบ	196	98.00
สูบ	4	2.00
4. ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา/เบียร์/ไวน์/สุราพื้นบ้าน)		
ไม่ดื่ม	106	53.00
ดื่ม	78	39.00
- ดื่มประจำทุกวัน	19	9.50
- ดื่ม 3-4 ครั้ง/สัปดาห์	33	16.50
- ดื่ม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์	15	7.50
- ดื่ม 1-2 ครั้ง/เดือน	11	5.50
เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว	16	8.00
5. ประวัติอื่น		
5.1 น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ		
ไม่มี	179	89.50
มี	21	10.50
5.2 เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย		
ไม่มี	187	93.50
มี	13	6.50

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง โรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
6. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้		
6.1 ท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการตรวจอุจจาระหรือไม่		
ไม่เคย	151	75.50
เคย	49	24.50
6.2 ภายใน 5 ปี ท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้องหรือไม่		
ไม่เคย	182	91.00
เคย	18	9.00
6.3 ท่านมีอาการท้องผูกท้องเสียเป็นประจำ ท้องผูกสลับกับท้องเสีย มีขนาดอุจจาระที่ลีบลง หรือไม่		
ไม่เคย	200	100.00
เคย	-	-
6.4 ท่านถ่ายอุจจาระมีเลือดปนหรือมีเลือดออกทางทวารหนัก		
ไม่มี	198	99.00
มี	2	1.00
7. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี		
7.1 ท่านเคยรับประทานปลาน้ำจืดดิบ/สุกๆดิบๆ หรือไม่		
ไม่เคย	167	83.50
เคย	33	16.50
7.2 ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยตรวจพยาธิใบไม้ในตับหรือไม่		
ไม่เคย	131	65.50
เคย	69	34.50
7.3 ท่านมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง อุจจาระสีซีด ปัสสาวะสีเข้มหรือไม่		
ไม่มี	199	99.50
มี	1	0.50

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง โรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
8. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งตับ	185	92.50
8.1 ท่านเคยตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี/ซี หรือไม่	15	7.50
ไม่เคย		
เคย		
8.2 ท่านเคยมีอาการท้องอืด แน่น ปวดท้อง บริเวณชายโครง ด้านขวา หรือไม่	199	99.50
1	1	0.50
ไม่เคย		
เคย	199	99.50
8.3 บุคคลในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี/ซี หรือไม่	1	0.50
ไม่มี		
มี		
9. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปอด		
9.1 ท่านเคยมีอาการไอเรื้อรัง มากกว่า 2 สัปดาห์ หรือไม่		
ไม่เคย	199	99.50
เคย	1	0.50
9.2 ท่านเคยได้รับการตรวจ X-ray ปอด หรือไม่		
ไม่เคย	80	40.00
เคย	120	60.00
9.3 ท่านทำงานในเหมืองแร่ ทำครกหิน หรืองานที่ได้สัมผัสฝุ่น แร่ใยหินหรือไม่		
ไม่เคย	200	100.00
เคย	-	-
- ท่านได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันหรือไม่		
ไม่ใส่	200	100.00
ใส่	-	-
10. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม (N =108, สตรีอายุ 30-70 ปี)		
10.1 ท่านเคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ แมมโมแกรม หรือไม่		
ไม่เคย	40	37.04
เคย	68	62.96

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง โรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
10.2 ท่านมีลักษณะเต้านมที่ผิดปกติ (บิต เบี้ยว นูน) มีน้ำเหลือง/เลือด ออกจากหัวนม คัดติงเต้านมหรือไม่		
ไม่มี	107	99.07
มี	1	0.93
10.3 ท่านรับประทานฮอร์โมนทดแทน รับประทาน/ฉีด ยา คุมกำเนิด เกิน 5 ปี หรือไม่		
ไม่มี	106	98.15
มี	2	1.00
11. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก (N =108, สตรีอายุ 30-70 ปี)		
11.1 ภายใน 5 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูก หรือไม่		
ไม่เคย	59	54.63
เคย	49	45.37
11.2 ท่านเคยฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก หรือไม่		
ไม่เคย	104	96.30
เคย	4	3.70
11.3 ท่านมีอาการปวดท้องน้อย เลือดออกทางช่องคลอด ผิดปกติ หรือหลังหมดประจำเดือน หรือไม่		
ไม่มี	108	100.00
มี	-	-
11.4 ท่านคู่สมรส/มีเพศสัมพันธ์ อายุน้อยกว่า 18 ปี หรือไม่		
ไม่ใช่	108	100.00
ใช่	-	-
11.5 ท่านเคยมีเลือดออกทางช่องคลอด หลังมีเพศสัมพันธ์ หรือไม่		
ไม่เคย	108	100.00
เคย	-	-

จากตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง ดังนี้

ด้านประวัติการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง จำนวน 197 ราย (ร้อยละ 98.5) มีการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 1.50) และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง จำนวน 179 ราย (ร้อยละ 89.50) มีโรคมะเร็งของญาติสายตรง จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 10.50)

ด้านประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 173 ราย (ร้อยละ 86.50) รองลงมาสูบบุหรี่ ประเภท(ก้นกรอง/ยาเส้น) จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 5.50) โดยมีความถี่ในการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง คือ 4 - 6 มวน/วัน จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 3.50) และเคยสูบ จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 8.00) สำหรับค่าเฉลี่ยของจำนวนปีที่สูบบุหรี่ เท่ากับ 22.5 ± 3.53 ปี ค่าต่ำสุดเท่ากับ 20 ปี และค่าสูงสุดเท่ากับ 25 ปี ค่าเฉลี่ยผู้ที่เคยสูบแต่เลิกเท่ากับ 30 ± 14.14 ปี ค่าต่ำสุดเท่ากับ 20 ปี และค่าสูงสุดเท่ากับ 40 ปี ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยของผู้เคยสูบแต่เลิกแล้วเท่ากับ 10 ปี

ด้านประวัติการมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติการมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน จำนวน 196 ราย (ร้อยละ 98.00)

ด้านประวัติการดื่มสุรา พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่ม จำนวน 106 ราย (ร้อยละ 53.00) ดื่มสุรา จำนวน 78 ราย (ร้อยละ 39.00) โดยส่วนใหญ่ ดื่มสุรา 3 - 4 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 16.50) รองลงมาคือดื่มประจำทุกวัน จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 9.50) ตามลำดับ

ด้านประวัติอื่น (น้ำหนัก และการรับประทานอาหาร) กลุ่มตัวอย่างมีการลดน้ำหนัก ไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 10.50) และมีอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 6.50)

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการตรวจอุจจาระภายใน 1 ปี จำนวน 151 ราย (ร้อยละ 75.50) และเคยตรวจ จำนวน 49 ราย (ร้อยละ 24.50) ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้อง ภายใน 5 ปี จำนวน 182 ราย (ร้อยละ 91.00) เคยตรวจ จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 9.00) ส่วนใหญ่ไม่มีอาการท้องผูก ท้องเสียเป็นประจำ ท้องผูกสลับกับท้องเสีย มีขนาดอุจจาระที่ลีบลง จำนวน 198 ราย (ร้อยละ 99) และส่วนใหญ่ไม่มีอาการถ่ายอุจจาระมีเลือดปนหรือมีเลือดออกทางทวารหนัก จำนวน 198 ราย (ร้อยละ 99.00)

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่ไม่เคยรับประทานปลาน้ำจืดดิบ/สุกๆดิบๆ จำนวน 167 ราย (ร้อยละ 65.50) และเคย จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 16.50) การตรวจพยาธิใบไม้ในตับ ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจ จำนวน 131 ราย (ร้อยละ 65.50) และเคยตรวจ จำนวน 69 ราย (ร้อยละ 34.50) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง อุจจาระสีซีด ปัสสาวะสีเข้ม จำนวน 199 ราย (ร้อยละ 99.50)

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งระดับส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี/ซี จำนวน 185 ราย (ร้อยละ 92.50) และเคย จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 7.50) ส่วนใหญ่ไม่มีอาการท้องอืด แน่น ปวดท้อง บริเวณชายโครงด้านขวา ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ จำนวน 199 ราย (ร้อยละ 99.50) บุคคลในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี/ซี ส่วนใหญ่ จำนวน 199 (ร้อยละ 99.50)

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปอด ส่วนใหญ่ ไม่เคยมีอาการไอเรื้อรัง มากกว่า 2 สัปดาห์ จำนวน 199 ราย (ร้อยละ 99.50) ส่วนใหญ่เคยได้รับการตรวจ X-ray ปอด จำนวน 120 ราย (ร้อยละ 60.00) และไม่เคย จำนวน 80 ราย (ร้อยละ 40.00) และจากกลุ่มตัวอย่างไม่เคยการทำงาน ในเหมืองแร่ ทำครกหิน หรืองานที่ได้สัมผัสฝุ่นแร่ใยหิน จำนวน 200 ราย (ร้อยละ 100)

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (N =108, สตรีอายุ 30-70 ปี) ส่วนใหญ่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แมมโมแกรม จำนวน 68 ราย (ร้อยละ 60.96) และไม่เคยตรวจ จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 37.04) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่มี ลักษณะเต้านมที่ผิดปกติ (บิด เบี้ยว นูน) มีน้ำเหลือง/เลือด ออกทางหัวนม คัดตึงเต้านม จำนวน 107 ราย (ร้อยละ 99.07) และส่วนใหญ่ ไม่เคยรับประทานฮอร์โมนทดแทน รับประทาน/ฉีด ยาคุมกำเนิด เกิน 5 ปี จำนวน 106 ราย (ร้อยละ 98.15)

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (N =108, สตรี อายุ 30-70 ปี) ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 59 ราย (ร้อยละ 54.63) และเคยตรวจ จำนวน 49 ราย (ร้อยละ 45.37) ส่วนใหญ่ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก จำนวน 104 ราย (ร้อยละ 96.30) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการปวดท้องน้อย เลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ หรือหลังหมดประจำเดือน ไม่มีคูสมรส/มีเพศสัมพันธ์ อายุน้อยกว่า 18 ปี และไม่เคยมี เลือดออกทางช่องคลอด หลังมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 108 ราย ร้อยละ 100

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้เรื่องโรคมะเร็ง หมู่ที่ 9 บ้านฝายน้อย (n=200)

ข้อคำถาม	ถูกต้อง		ไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเซลล์หรือเนื้อเยื่อ	190	95.00	10	5.00
2. โรคมะเร็งเป็นโรคที่ติดต่อจากคนหนึ่งสู่อีกคนหนึ่ง	197	98.50	3	1.50
3. โรคมะเร็งบางชนิดอาจมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้	187	93.50	13	6.50
4. โรคมะเร็งที่พบในระยะเริ่มแรก สามารถรักษาให้หายขาดได้	195	97.50	5	2.50

ข้อความ	ถูกต้อง		ไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. คนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงเป็นมะเร็งมากกว่า คนที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี	107	53.50	93	46.50
6. ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งปอด มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดแม้จะไม่ได้สูบบุหรี่ก็ตาม	193	69.50	61	30.50
7. อาการบ่งชี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เช่น ไอเรื้อรัง ไอมีเลือดปน เสียงแหบ หายใจเหนื่อย	200	100.0	0	0
8. โรควัคซีนอักเสบปีและซี สามารถติดต่อทางเลือดและเพศสัมพันธ์	194	97.00	6	3.00
9. ผู้ป่วยโรควัคซีนอักเสบปี, ซี ไม่ควรดื่มสุรา	147	73.50	53	26.50
10. การขาดการออกกำลังกาย และมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง	168	84.00	32	16.00
11. อาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีผ่านกระบวนการ ปิ้งย่างเผา เช่น ไก่ย่าง หมูปิ้ง ปลาเผา จนไหม้เกรียม พบสารก่อมะเร็งได้	192	96.00	8	4.00
12. การกินอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้สดเป็นประจำทุกวันจะช่วยลดการสะสมของสารก่อมะเร็งในร่างกาย	157	78.50	43	21.50
13. การกินอาหารที่หลากหลาย เป็นการลดการสะสมสารก่อมะเร็ง	186	93.00	14	7.00
14. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับได้	188	94.00	12	6.00
15. การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานไม่ทำให้เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	60	30.00	140	70.00

จากตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของความรู้เรื่องโรคมะเร็ง หมู่ที่ 9 บ้านฝายน้อยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ถูกต้อง 3 ลำดับแรก ดังนี้ ลำดับ 1 ข้อ 7 เรื่องอาการบ่งชี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เช่น ไอเรื้อรัง ไอมีเลือดปน เสียงแหบ หายใจเหนื่อยมากที่สุด จำนวน 200 ราย (ร้อยละ 100) ลำดับ 2 ข้อ 2 มีความรู้ถูกต้องเรื่องโรคมะเร็งเป็นโรคที่ติดต่อจากคนหนึ่งสู่

อีกคนหนึ่ง จำนวน 197 ราย (ร้อยละ 98.50) และลำดับ 3 ข้อ 4 มีความรู้ถูกต้องเรื่องโรคมะเร็งที่พบในระยะเริ่มแรก สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำนวน 195 ราย (ร้อยละ 97.50) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ไม่ถูกต้อง 3 ลำดับแรก ดังนี้ ลำดับ 1 ข้อ 15 เรื่องการรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานไม่ทำให้เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 140 ราย (ร้อยละ 70.00) ลำดับ 2 ข้อ 5 มีความรู้ไม่ถูกต้องเรื่องคนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงเป็นมะเร็งมากกว่า คนที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี จำนวน 93 ราย (46.50) และลำดับ 3 ข้อ 6 มีความรู้ไม่ถูกต้องเรื่องผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งปอด มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดแม้จะไม่ได้ สูบบุหรี่ก็ตาม จำนวน 61 ราย (ร้อยละ 30.50) ตามลำดับ

4.1.2 ข้อมูลหมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง หมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง

จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 200)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	79	39.50
หญิง	121	60.50
2. สถานภาพ		
โสด	25	12.50
สมรส	141	70.50
หม้าย	23	11.50
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	11	5.50
3. อายุ		
15-20 ปี	-	-
21-40 ปี	22	11.00
41-60 ปี	91	45.50
61 ปีขึ้นไป	87	43.50
(ค่าเฉลี่ย = 56.84, SD = 12.35, ค่าต่ำสุด = 21, ค่าสูงสุด = 85)		
4. การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	1.00
ประถมศึกษา	115	57.50

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษาตอนต้น	24	12.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	26	13.00
อนุปริญญา/ปวส	13	6.50
ปริญญาตรีขึ้นไป	20	10.00
5. อาชีพ		
ทำสวน/ทำนา/ทำไร่	48	24.00
รับจ้างทั่วไป	74	37.00
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	6.00
ทำโรงงาน/บริษัทเอกชน	13	6.50
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	28	14.00
อื่นๆ	25	12.50
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 15,000	135	67.50
15,001 – 20,000	35	17.50
20,001– 25,000	9	4.50
25,001 – 30,000	11	5.50
มากกว่า 30,001	10	5.00
(ค่าเฉลี่ย = 13,105.5, SD = 10,064.83 , ค่าต่ำสุด = 0 , ค่าสูงสุด = 50,000)		
7. โรคประจำตัว		
ไม่มี	90	45.00
มี	110	55.00
- เก๊าท์	5	2.50
- ไขมันในเลือดสูง	43	21.50
- เบาหวาน	39	19.50
- ความดันโลหิตสูง	71	35.50
- หอบหืด	2	1
- ไวรัสตับอักเสบบี	1	0.50
- ไวรัสตับอักเสบบีซี	-	-
- ไตเรื้อรัง	-	-
- อื่นๆ	16	8.00

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม หมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง จำนวน 200 คน ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 121 คน (ร้อยละ 60.50) มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 141 ราย (ร้อยละ 70.50) รองลงมา คือ สถานภาพโสด จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 12.50) และสถานภาพหม้าย จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 11.50) ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 56.84 ± 12.35 ปี อายุต่ำที่สุด 21 ปี และอายุสูงสุด 85 ปี โดยอายุในช่วง 41 - 60 ปี มากที่สุด จำนวน 91 ราย (ร้อยละ 45.50) ถัดมาเป็นผู้ที่มีช่วงอายุ 61 ปีขึ้นไป จำนวน 87 ราย (ร้อยละ 43.50) มีการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา จำนวน 115 ราย (ร้อยละ 57.50) ถัดมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 13.00) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 74 ราย (ร้อยละ 37.00) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่ $13,105.5 \pm 10,064.83$ บาท โดยส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน จำนวน 135 ราย (ร้อยละ 67.50) รองลงมา คือ รายได้ 15,001 - 20,000 บาท/เดือน จำนวน 35 ราย (ร้อยละ 17.50) มีโรคประจำตัว จำนวน 110 ราย (ร้อยละ 55.00) ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 43 ราย (ร้อยละ 35.50) รองลงมาเป็นโรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 43 คน (21.50)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง หมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง

จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง (n = 200)

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
1. ประวัติการเจ็บป่วย		
1.1 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง		
ไม่มี	192	96.00
มี	8	4.00
1.2 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง		
ไม่มี	151	75.50
มี	49	24.50
2. ประวัติการสูบบุหรี่ของตนเอง		
ไม่สูบ	165	82.50
สูบ ประเภท(ก้นกรอง/ยาเส้น)	25	12.50
- 1-3 มวน/วัน	6	3.00
- 4-6 มวน/วัน	4	2.00

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง โรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
- 7-9 มวน/วัน	4	2.00
- มากกว่า 10 มวน/วัน	11	5.50
เคยสูบ	10	5.00
จำนวนปีที่สูบ (ค่าเฉลี่ย 23, SD = 18.10, ค่าต่ำสุด = 2, ค่ามากที่สุด = 50)		
จำนวนปีที่เคยสูบ (ค่าเฉลี่ย 13.83, SD = 10.06, ค่าต่ำสุด = 5, ค่ามากที่สุด = 30)		
เคยสูบแต่เลิกแล้ว (ค่าเฉลี่ย 20, SD = 16.73, ค่าต่ำสุด = 20, ค่ามากที่สุด = 40)		
3. ประวัติการมีคนสูบบุหรี่ในบ้านหลังเดียวกัน		
ไม่สูบ	162	81.00
สูบ	38	19.00
4. ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา/เบียร์/ไวน์/สุราพื้นบ้าน)		
ไม่ดื่ม	122	61.00
ดื่ม	67	33.50
- ดื่มประจำทุกวัน	24	12.00
- ดื่ม 3-4 ครั้ง/สัปดาห์	21	10.50
- ดื่ม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์	13	6.50
- ดื่ม 1-2 ครั้ง/เดือน	9	4.50
เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว	11	5.50
5. ประวัติอื่น		
5.1 น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ		
ไม่มี	184	92.00
มี	16	8.00
5.2 เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย		
ไม่มี	183	91.50
มี	17	8.50

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง โรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
6. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้		
6.1 ภายใน 1 ปี ท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการ ตรวจอุจจาระ หรือไม่		
ไม่เคย	152	76.00
เคย	48	24.00
6.2 ภายใน 5 ปี ท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการ ส่องกล้อง หรือไม่		
ไม่เคย	182	91.0
เคย	18	9.00
6.3 ท่านมีอาการท้องผูกท้องเสียเป็นประจำ ท้องผูกสลับกับ ท้องเสีย มีขนาดอุจจาระที่ลีบลง หรือไม่		
ไม่เคย	194	97.00
เคย	6	3.00
6.4 ท่านถ่ายอุจจาระมีเลือดปนหรือมีเลือดออกทางทวารหนัก		
ไม่มี	196	98.00
มี	4	2.00
7. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี		
7.1 ท่านเคยรับประทานปลาน้ำจืดดิบ/สุกๆดิบๆ หรือไม่		
ไม่เคย	177	88.50
เคย	23	11.50
7.2 ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยตรวจพยาธิใบไม้ในตับหรือไม่		
ไม่เคย	159	79.50
เคย	41	20.50
7.3 ท่านมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง อุจจาระสีซีด ปัสสาวะสี เข้มหรือไม่		
ไม่มี	196	98.00
มี	4	2.00

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง โรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
8. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งตับ		91.50
8.1 ท่านเคยตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี/ซี หรือไม่	183	8.50
ไม่เคย	17	
เคย		
8.2 ท่านเคยมีอาการท้องอืด แน่น ปวดท้อง บริเวณชายโครง ด้านขวา หรือไม่	196	2.00
ไม่เคย	4	
เคย		100
8.3 บุคคลในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี/ซี หรือไม่	200	-
ไม่มี	-	
มี		
9. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปอด		
9.1 ท่านเคยมีอาการไอเรื้อรัง มากกว่า 2 สัปดาห์ หรือไม่		
ไม่เคย	191	95.50
เคย	9	4.50
9.2 ท่านเคยได้รับการตรวจ X-ray ปอด หรือไม่		
ไม่เคย	94	47.00
เคย	106	53.00
9.3 ท่านทำงานในเหมืองแร่ ทำครกหิน หรืองานที่ได้สัมผัสฝุ่น แร่ใยหินหรือไม่		
ไม่เคย	104	52.00
เคย	96	48.00
- ท่านได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันหรือไม่		
ไม่ใส่	117	58.50
ใส่	83	41.50
10. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม (n =121, สตรีอายุ 30-70 ปี)		
10.1 ท่านเคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ แมมโมแกรม หรือไม่		
ไม่เคย	42	34.71
เคย	79	65.29

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง โรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
10.2 ท่านมีลักษณะเต้านมที่ผิดปกติ (บิด เบี้ยว นูน) มี น้ำเหลือง/เลือด ออกจากหัวนม คัดตึงเต้านมหรือไม่		
ไม่มี	120	99.17
มี	1	0.83
10.3 ท่านรับประทานฮอร์โมนทดแทน รับประทาน/ฉีด/ยา คุมกำเนิด เกิน 5 ปี หรือไม่		
ไม่มี	113	93.39
มี	8	6.61
11. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก (N =121, สตรีอายุ 30-70 ปี)		
11.1 ภายใน 5 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูก หรือไม่		
ไม่เคย	64	52.89
เคย	56	47.11
11.2 ท่านเคยฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก หรือไม่		
ไม่เคย	117	96.69
เคย	4	3.31
11.3 ท่านมีอาการปวดท้องน้อย เลือดออกทางช่องคลอด ผิดปกติ หรือหลังหมดประจำเดือน หรือไม่		
ไม่มี	120	99.17
มี	1	0.83
11.4 ท่านสมรส/มีเพศสัมพันธ์ อายุน้อยกว่า 18 ปี หรือไม่		
ไม่ใช่	117	96.69
ใช่	4	3.31
11.5 ท่านเคยมีเลือดออกทางช่องคลอด หลังมีเพศสัมพันธ์ หรือไม่		
ไม่เคย	119	98.35
เคย	2	1.65

จากตารางที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง ดังนี้

ด้านประวัติการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเมเร็งของตนเอง จำนวน 192 ราย (ร้อยละ 96.00) มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเมเร็ง จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 4.00) และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเมเร็งของญาติสายตรง จำนวน 151 ราย (ร้อยละ 75.50) มีโรคเมเร็งของญาติสายตรง จำนวน 49 ราย (ร้อยละ 24.50)

ด้านประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 165 ราย (ร้อยละ 82.50) รองลงมาสูบบุหรี่ ประเภท(กั้นกรอง/ยาเส้น) จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 12.50) โดยมีความถี่ในการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 10 มวน/วัน จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 5.50) และเคยสูบ จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 5.00) สำหรับค่าเฉลี่ยของจำนวนปีที่สูบบุหรี่ เท่ากับ 23 ± 18.10 ปี ค่าต่ำสุดเท่ากับ 2 ปี และค่าสูงสุดเท่ากับ 50 ปี ค่าเฉลี่ยจำนวนปีที่เคยสูบ เท่ากับ 13.83 ± 10.06 ปี ค่าต่ำสุดเท่ากับ 5 ปี และค่าสูงสุดเท่ากับ 30 ปี ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยเคยสูบ แต่เลิกแล้ว เท่ากับ 20 ± 16.73 ปี ค่าต่ำสุดเท่ากับ 20 ปี และค่าสูงสุดเท่ากับ 40 ปี ตามลำดับ

ด้านประวัติการมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน จำนวน 162 ราย (ร้อยละ 81.00)

ด้านประวัติการดื่มสุรา พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่ม จำนวน 122 ราย (ร้อยละ 61.00) ดื่มสุรา จำนวน 67 ราย (ร้อยละ 35.00) โดยส่วนใหญ่ ดื่มประจำทุกวัน จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 12.00) รองลงมาคือ ดื่ม 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 10.50)

ด้านประวัติอื่น (น้ำหนัก และการรับประทานอาหาร) กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 8.00) และมีอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 8.50)

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคเมเร็งลำไส้ ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองเมเร็งลำไส้ด้วยการตรวจอุจจาระภายใน 1 ปี จำนวน 152 ราย (ร้อยละ 76.00) และเคยตรวจ จำนวน 48 ราย (ร้อยละ 24.00) ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองเมเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้อง ภายใน 5 ปี จำนวน 182 ราย (ร้อยละ 91.00) เคยตรวจ จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 9.00) ส่วนใหญ่ไม่มีอาการท้องผูก ท้องเสียเป็นประจำ ท้องผูกสลับกับท้องเสีย มีขนาดอุจจาระที่ลีบลง จำนวน 194 ราย (ร้อยละ 97.00) และส่วนใหญ่ไม่มีอาการถ่ายอุจจาระมีเลือดปนหรือมีเลือดออกทางทวารหนัก จำนวน 196 ราย (ร้อยละ 98.00)

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคเมเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่ไม่เคยรับประทานปลาน้ำจืดดิบ/สุกๆดิบๆ จำนวน 177 ราย (ร้อยละ 88.50) และเคย จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 11.50) การตรวจพยาธิใบไม้ในตับ ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจ จำนวน 159 ราย (ร้อยละ 79.50) และเคยตรวจ 41 ราย (ร้อยละ 20.50) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง อุจจาระสีซีด ปัสสาวะสีเข้ม จำนวน 196 ราย (ร้อยละ 98.00)

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคเมเร็งตับส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี/ซี จำนวน 183 ราย (ร้อยละ 91.50) และเคย 17 ราย (ร้อยละ 8.50) สำหรับอาการท้องอืด แน่น

ปวดท้อง บริเวณชายโครงด้านขวา ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ จำนวน 196 ราย (ร้อยละ 98.00) และ ส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี/ซี จำนวน 200 ราย (ร้อยละ 100)

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปอด ส่วนใหญ่ไม่เคยมีอาการไอเรื้อรัง มากกว่า 2 สัปดาห์ จำนวน 191 ราย (ร้อยละ 95.50) ส่วนใหญ่เคยได้รับการตรวจ X-ray ปอด จำนวน 106 ราย (ร้อยละ 53.00) และไม่เคย จำนวน 94 ราย (ร้อยละ 47.00) และจากกลุ่มตัวอย่างไม่เคยการทำงาน ในเหมืองแร่ ทำครกหิน หรืองานที่ได้สัมผัสฝุ่นแร่ใยหิน จำนวน 104 ราย (ร้อยละ 52.00) เคย จำนวน 96 ราย (ร้อยละ 48.00) ส่วนใหญ่ไม่ใส่อุปกรณ์ป้องกัน จำนวน 117 (ร้อยละ 58.50) และใส่อุปกรณ์ป้องกัน จำนวน 83 ราย (ร้อยละ 41.50)

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (N =121, สตรีอายุ 30-70 ปี) ส่วนใหญ่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แมมโมแกรม จำนวน 79 ราย (ร้อยละ 65.29) และไม่เคยตรวจ จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 34.71) ด้านลักษณะเต้านมที่ผิดปกติ (บิต เบี้ยว นูน) มีน้ำเหลือง/เลือด ออกทางหัวนมคัดตึงเต้านม ส่วนใหญ่ ไม่มี จำนวน 120 ราย (ร้อยละ 99.17) การรับประทานฮอร์โมนทดแทน รับประทาน/ฉีด ยาคุมกำเนิด เกิน 5 ปี ส่วนใหญ่ ไม่เคย จำนวน 113 ราย (ร้อยละ 93.39)

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (N =121, สตรี อายุ 30-70 ปี) ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 64 ราย (ร้อยละ 52.89) และเคยตรวจ จำนวน 56 ราย (ร้อยละ 47.11) ส่วนใหญ่ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก จำนวน 117 ราย (ร้อยละ 96.69) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปวดท้องน้อย เลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ หรือหลังหมดประจำเดือน จำนวน 120 ราย (ร้อยละ 99.17) ไม่มีคูสมรส/มีเพศสัมพันธ์ อายุน้อยกว่า 18 ปี จำนวน 117 ราย (ร้อยละ 96.69) และไม่เคยมีเลือดออกทางช่องคลอด หลังมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 199 ราย (ร้อยละ 98.35)

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน และร้อยละของความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

หมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง (n=200)

ข้อคำถาม	ถูกต้อง		ไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเซลล์หรือเนื้อเยื่อ	191	95.50	9	4.50
2. โรคมะเร็งเป็นโรคที่ติดต่อจากคนหนึ่งสู่อีกคนหนึ่ง	198	99.00	2	1.00
3. โรคมะเร็งบางชนิดอาจมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้	175	87.50	25	12.50

ข้อคำถาม	ถูกต้อง		ไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. โรคมะเร็งที่พบในระยะเริ่มแรก สามารถรักษาให้หายขาดได้	192	96.00	8	4.00
5. คนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงเป็นมะเร็งมากกว่า คนที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี	131	65.50	69	34.50
6. ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งปอด มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดแม้จะไม่ได้สูบบุหรี่ก็ตาม	150	75.00	50	25.00
7. อาการบ่งชี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เช่น ไอเรื้อรัง ไอมีเลือดปน เสียงแหบ หายใจเหนื่อย	198	99.00	2	1.00
8. โรควัคซีนตัวอักเสบบีและซี สามารถติดต่อทางเลือดและเพศสัมพันธ์	182	91.00	18	9.00
9. ผู้ป่วยโรควัคซีนตัวอักเสบบี, ซี ไม่ควรดื่มสุรา	197	83.50	33	16.50
10. การขาดการออกกำลังกาย และมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง	175	87.50	25	12.50
11. อาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีผ่านกระบวนการ ปิ้งย่างเผา เช่น ไก่ย่าง หมูปิ้ง ปลาเผา จนไหม้เกรียม พบสารก่อมะเร็งได้	192	96.00	8	4.00
12. การกินอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้สดเป็นประจำทุกวันจะช่วยลดการสะสมของสารก่อมะเร็งในร่างกาย	134	67.00	66	33.00
13. การกินอาหารที่หลากหลาย เป็นการลดการสะสมสารก่อมะเร็ง	189	94.50	11	5.50
14. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับได้	197	98.50	3	1.50
15. การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานไม่ทำให้เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	60	30.00	140	70.00

จากตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของความรู้เรื่องโรคมะเร็ง หมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ถูกต้อง 3 ลำดับแรก ดังนี้ ลำดับ 1 ข้อ 2 โรคมะเร็งเป็นโรคที่ติดต่อจากคนหนึ่งสู่อีกคนหนึ่ง และ ข้อ 7 อาการบ่งชี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เช่น ไอเรื้อรัง ไอมี

เลือดปน เสียงแหบ หายใจเหนื่อยมากที่สุด จำนวน 198 ราย (ร้อยละ 99.00) ลำดับ 2 ข้อ 9 มีความรู้ถูกต้องเรื่องผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี, ซี ไม่ควรดื่มสุรา และข้อ 14 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับได้ จำนวน 197 ราย (ร้อยละ 98.50) และลำดับ 3 ข้อ 4 มีความรู้ถูกต้องเรื่องโรคมะเร็งที่พบในระยะเริ่มแรก สามารถรักษาให้หายขาดได้ และข้อ 11 อาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีผ่านกระบวนการ ปิ้งย่าง เผา เช่น ไก่ย่าง หมูปิ้ง ปลาเผา จนไหม้เกรียมพบสารก่อมะเร็งได้ จำนวน 192 ราย (ร้อยละ 96.00) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ไม่ถูกต้อง 3 ลำดับแรก ดังนี้ ลำดับ 1 ข้อ 15 เรื่องการรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานไม่ทำให้เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 140 ราย (ร้อยละ 70.00) ลำดับ 2 ข้อ 5 มีความรู้ไม่ถูกต้องเรื่องคนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงเป็นมะเร็งมากกว่า คนที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี จำนวน 69 ราย (ร้อยละ 34.50) และลำดับ 3 ข้อ 12 มีความรู้ไม่ถูกต้องเรื่องการกินอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้สดเป็นประจำทุกวันจะช่วยลดการสะสมของสารก่อมะเร็งในร่างกาย จำนวน 66 ราย (ร้อยละ 33.00) ตามลำดับ

4.1.3 ข้อมูลหมู่ที่ 14 บ้านต้นมื่น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง หมู่ที่ 14 บ้านต้นมื่น

จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 200)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	74	37.00
หญิง	126	63.00
2. สถานภาพ		
โสด	56	28.00
สมรส	86	43.00
หม้าย	32	16.00
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	26	13.00
3. อายุ		
15-20 ปี	-	-
21-40 ปี	36	18.00
41-60 ปี	131	65.50
61 ปีขึ้นไป	33	16.50

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
(ค่าเฉลี่ย = 50.52, SD = 10.12, ค่าต่ำสุด = 29, ค่าสูงสุด = 79)		
4. การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	0.50
ประถมศึกษา	32	16.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	50	25.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	63	31.50
อนุปริญญา/ปวส	44	22.00
ปริญญาตรีขึ้นไป	10	5.00
5. อาชีพ		
ทำสวน/ทำนา/ทำไร่	8	4.00
รับจ้างทั่วไป	123	61.50
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	1.00
ทำโรงงาน/บริษัทเอกชน	12	6.00
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	26	13.00
อื่นๆ	29	14.50
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 15,000	187	93.50
15,001 – 20,000	5	2.50
20,001– 25,000	7	3.50
25,001 – 30,000	1	0.50
มากกว่า 30,001	-	-
(ค่าเฉลี่ย = 11,110, SD = 4,438.84 , ค่าต่ำสุด = 1,000 , ค่าสูงสุด = 26,000)		
7. โรคประจำตัว		
ไม่มี	130	65.00
มี	70	35.00
- เเก้ท์	5	2.50
- ไขมันในเลือดสูง	40	20.00
- เบาหวาน	10	5.00
- ความดันโลหิตสูง	41	20.25
- หอบหืด	-	-
- ไวร้สตับอักเสบบี	1	0.50

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
- ไวรัสตับอักเสบบี	-	-
- ไตเรื้อรัง	-	-
- อื่นๆ	-	-

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามหมู่ที่ 14 บ้านต้นมัน จำนวนทั้งหมด 200 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 126 คน (ร้อยละ 63.00) มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 86 ราย (ร้อยละ 43.00) รองลงมา คือ สถานภาพโสด จำนวน 56 ราย (ร้อยละ 28.00) และ สถานภาพหม้าย จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 16.00) ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 50.52 ± 10.12 ปี อายุต่ำที่สุด 29 ปี และอายุสูงสุด 79 ปี โดยอายุในช่วง 41 - 60 ปี มากที่สุด จำนวน 131 ราย (ร้อยละ 65.50) ถัดมาเป็นผู้ที่มีช่วงอายุ 21 - 40 ปี จำนวน 36 ราย (ร้อยละ 18.00) มีการศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช จำนวน 63 ราย (ร้อยละ 31.50) ถัดมา คือ มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 50 ราย (ร้อยละ 25.00) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 123 ราย (ร้อยละ 61.50) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่ $11,110 \pm 4,438.84$ บาท, โดยส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน จำนวน 187 ราย (ร้อยละ 93.50) ชาวบ้านส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 130 ราย (ร้อยละ 65.00) และมีโรคประจำตัว จำนวน 70 ราย (ร้อยละ 35.00) ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 41 ราย (ร้อยละ 20.25) รองลงมาเป็นโรคไขมันในเลือดสูง 40 ราย (ร้อยละ 20.00)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง หมู่ที่ 14 บ้านต้นมัน

จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง (n = 200)

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
1. ประวัติการเจ็บป่วย		
1.1 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง		
ไม่มี	200	100
มี	-	-
1.2 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง		
ไม่มี	196	98.00
มี	4	2.00
2. ประวัติการสูบบุหรี่ของตนเอง		
ไม่สูบ	182	91.00

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง โรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
สูบ ประเภท(ก้นกรอง/ยาเส้น)	15	7.50
- 1-3 มวน/วัน	13	6.50
- 4-6 มวน/วัน	2	1.00
- มากกว่า 7 มวน/วัน ขึ้นไป	-	-
เคยสูบ	3	1.50
จำนวนปีที่สูบ (ค่าเฉลี่ย 29.5, SD = 27.58, ค่าต่ำสุด = 10, ค่ามากที่สุด = 49)		
จำนวนปีที่เคยสูบ (ค่าเฉลี่ย -, SD = -, ค่าต่ำสุด = -, ค่ามากที่สุด = -)		
เคยสูบแต่เลิกแล้ว (ค่าเฉลี่ย 22.67, SD = 30.60, ค่าต่ำสุด = 5, ค่ามากที่สุด = 58)		
3. ประวัติการมีคนสูบบุหรี่ในบ้านหลังเดียวกัน		
ไม่สูบ	196	98.00
สูบ	4	2.00
4. ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา/เบียร์/ไวน์/สุราพื้นบ้าน)		
ไม่ดื่ม	122	61.00
ดื่ม	76	38.00
- ดื่มประจำวัน	55	27.50
- ดื่ม 3-4 ครั้ง/สัปดาห์	21	10.50
- ดื่ม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์	-	-
- ดื่ม 1-2 ครั้ง/เดือน	-	-
เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว	2	1.00
5. ประวัติอื่น		
5.1 น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ		
ไม่มี	200	100
มี	-	-
5.2 เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย		
ไม่มี	200	100
มี	-	-

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง โรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
6. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้		
6.1 ภายใน 1 ปี ท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการ ตรวจอุจจาระ หรือไม่		
ไม่เคย	167	83.50
เคย	33	16.50
6.2 ภายใน 5 ปี ท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการ ส่องกล้อง หรือไม่		
ไม่เคย	199	99.50
เคย	1	0.50
6.3 ท่านมีอาการท้องผูกท้องเสียเป็นประจำ ท้องผูกสลับกับ ท้องเสีย มีขนาดอุจจาระที่ลีบลง หรือไม่		
ไม่เคย	200	100
เคย	-	-
6.4 ท่านถ่ายอุจจาระมีเลือดปนหรือมีเลือดออกทางทวารหนัก		
ไม่มี	200	100
มี	-	-
7. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี		
7.1 ท่านเคยรับประทานปลาน้ำจืดดิบ/สุกๆดิบๆ หรือไม่		
ไม่เคย	192	96.00
เคย	8	4.00
7.2 ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยตรวจพยาธิใบไม้ในตับหรือไม่		
ไม่เคย	196	98.00
เคย	4	2.00
7.3 ท่านมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง อุจจาระสีซีด ปัสสาวะสี เข้มหรือไม่		
ไม่มี	200	100
มี	-	-

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง โรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
8. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งตับ		
8.1 ท่านเคยตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี/ซี หรือไม่		
ไม่เคย	199	99.50
เคย	1	0.50
8.2 ท่านเคยมีอาการท้องอืด แน่น ปวดท้อง บริเวณชายโครง ด้านขวา หรือไม่		
ไม่เคย	200	100
เคย	-	-
8.3 บุคคลในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี/ซี หรือไม่		
ไม่มี	200	100
มี	-	-
9. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปอด		
9.1 ท่านเคยมีอาการไอเรื้อรัง มากกว่า 2 สัปดาห์ หรือไม่		
ไม่เคย	200	100
เคย	-	-
9.2 ท่านเคยได้รับการตรวจ X-ray ปอด หรือไม่		
ไม่เคย	178	89.00
เคย	22	11.00
9.3 ท่านทำงานในเหมืองแร่ ทำครกหิน หรืองานที่ได้สัมผัสฝุ่น แร่ใยหินหรือไม่		
ไม่เคย	-	-
เคย		
- ท่านได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันหรือไม่		
ไม่ใส่	200	100
ใส่	-	-
10. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม (n =126, สตรีอายุ 30-70 ปี)		
10.1 ท่านเคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ แมมโมแกรม หรือไม่		
ไม่เคย	111	88.10
เคย	15	11.90

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง โรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
10.2 ท่านมีลักษณะเต้านมที่ผิดปกติ (บิต เบี้ยว นูน) มี น้ำเหลือง/เลือด ออกจากหัวนม คัดติงเต้านมหรือไม่		
ไม่มี	126	100.00
มี	-	-
10.3 ท่านรับประทานฮอร์โมนทดแทน รับประทาน/ฉีด/ยา คุมกำเนิด เกิน 5 ปี หรือไม่		
ไม่มี	125	99.21
มี	1	0.79
11. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก (N =126, สตรีอายุ 30-70 ปี)		
11.1 ภายใน 5 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก หรือไม่		
ไม่เคย	99	78.57
เคย	27	21.43
11.2 ท่านเคยฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก หรือไม่		
ไม่เคย	125	99.21
เคย	1	0.79
11.3 ท่านมีอาการปวดท้องน้อย เลือดออกทางช่องคลอด ผิดปกติ หรือหลังหมดประจำเดือน หรือไม่		
ไม่มี	126	100.00
มี	-	-
11.4 ท่านสมรส/มีเพศสัมพันธ์ อายุน้อยกว่า 18 ปี หรือไม่		
ไม่ใช่	126	100.00
ใช่	-	-
11.5 ท่านเคยมีเลือดออกทางช่องคลอด หลังมีเพศสัมพันธ์ หรือไม่		
ไม่เคย	-	-
เคย	126	100.00

จากตารางที่ 8 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง ดังนี้

ด้านประวัติการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง จำนวน 200 ราย (ร้อยละ 100) และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง จำนวน 196 ราย (ร้อยละ 98.00) มีโรคมะเร็งของญาติสายตรง จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 2.00)

ด้านประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 182 ราย (ร้อยละ 91.00) รองลงมาสูบบุหรี่ ประเภท(ก้นกรอง/ยาเส้น) จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 7.50) โดยมีความถี่ในการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง 1 - 3 มวน/วัน จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 6.50) และเคยสูบบุหรี่ จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 1.50) สำหรับค่าเฉลี่ยของจำนวนปีที่สูบบุหรี่ เท่ากับ 29.5 ± 27.58 ปี ค่าต่ำสุดเท่ากับ 10 ปี และค่าสูงสุดเท่ากับ 49 ปี ไม่มีค่าจำนวนปีที่เคยสูบบุหรี่ และค่าเฉลี่ยเคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว เท่ากับ 22.67 ± 30.60 ปี ค่าต่ำสุดเท่ากับ 5 ปี และค่าสูงสุดเท่ากับ 58 ปี ตามลำดับ

ด้านประวัติการมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน จำนวน 196 ราย (ร้อยละ 98.00)

ด้านประวัติการดื่มสุรา พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่ม จำนวน 122 ราย (ร้อยละ 61.00) และดื่มสุรา จำนวน 76 ราย (ร้อยละ 38.00) โดยส่วนใหญ่ ดื่มประจำทุกวัน จำนวน 55 ราย (ร้อยละ 27.50) รองลงมาคือ ดื่ม 3 - 4 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 10.50)

ด้านประวัติอื่น (น้ำหนัก และการรับประทานอาหาร) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการน้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ และไม่มีอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย จำนวน 200 ราย (ร้อยละ 100)

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการตรวจอุจจาระภายใน 1 ปี จำนวน 167 ราย (ร้อยละ 83.50) และเคยตรวจ จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 16.50) ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้อง ภายใน 5 ปี จำนวน 199 ราย (ร้อยละ 99.50) ส่วนใหญ่ไม่มีอาการท้องผูกท้องเสียเป็นประจำ ท้องผูกสลับกับท้องเสีย มีขนาดอุจจาระที่ลีบลง และไม่มีอาการถ่ายอุจจาระมีเลือดปนหรือมีเลือดออกทางทวารหนัก จำนวน 200 ราย (ร้อยละ 100)

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่ไม่เคยรับประทานปลาน้ำจืดดิบ/สุกๆดิบๆ จำนวน 192 ราย (ร้อยละ 96.00) และเคย จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 4.00) การตรวจพยาธิใบไม้ในตับ ใน 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจ จำนวน 196 ราย (ร้อยละ 98.00) เคยตรวจ 4 ราย (ร้อยละ 2.00) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง อุจจาระสีซีด ปัสสาวะสีเข้ม จำนวน 200 ราย (ร้อยละ 100)

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งตับส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี/ซี จำนวน 199 ราย (ร้อยละ 99.50) สำหรับอาการท้องอืด แน่น ปวดท้อง บริเวณชายโครงด้านขวา ส่วนใหญ่

ไม่มีอาการ จำนวน 200 ราย (ร้อยละ 100) บุคคลในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี/ซี ส่วนใหญ่ไม่มี จำนวน 200 ราย (ร้อยละ 100)

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปอด ส่วนใหญ่ไม่เคยมีอาการไอเรื้อรัง มากกว่า 2 สัปดาห์ จำนวน 200 ราย (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการตรวจ X-ray ปอด จำนวน 178 ราย (ร้อยละ 89.00) และเคย จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 11.00) และจากกลุ่มตัวอย่างไม่เคยการทำงานในเหมืองแร่ ทำครกหิน หรืองานที่ได้สัมผัสฝุ่นแร่ใยหิน จำนวน 200 ราย (ร้อยละ 100)

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (N =126, สตรีอายุ 30-70 ปี) ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แมมโมแกรม จำนวน 111 ราย (ร้อยละ 88.10) และเคยตรวจ จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 11.90) ด้านลักษณะเต้านมที่ผิดปกติ (บิต เปี้ยว นูน) มีน้ำเหลือง/เลือด ออกทางหัวนม คัดตึงเต้านม ส่วนใหญ่ ไม่มีอาการ จำนวน 126 ราย (ร้อยละ 100) สำหรับการรับประทานฮอร์โมนทดแทน รับประทาน/ฉีดยาคูมก้าเนด เกิน 5 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคย จำนวน 125 ราย (ร้อยละ 99.21)

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูกพบว่า กลุ่มตัวอย่าง (N =126, สตรีอายุ 30-70 ปี) ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 99 ราย (ร้อยละ 78.57) เคยตรวจ จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 21.43) ส่วนใหญ่ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก จำนวน 125 ราย (ร้อยละ 99.21) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการปวดท้องน้อย เลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ หรือหลังหมดประจำเดือน ไม่มีคูสมรส/มีเพศสัมพันธ์ อายุน้อยกว่า 18 ปี และไม่เคยมีเลือดออกทางช่องคลอด หลังมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 126 ราย (ร้อยละ 100)

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

ตารางที่ 9 แสดงจำนวน และร้อยละของความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

หมู่ที่ 14 บ้านต้นมื่น (n=200)

ข้อความ	ถูกต้อง		ไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเซลล์หรือเนื้อเยื่อ	200	100	-	-
2. โรคมะเร็งเป็นโรคที่ติดต่อกับคนหนึ่งสู่อีกคนหนึ่ง	123	61.50	77	38.50
3. โรคมะเร็งบางชนิดอาจมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้	155	77.50	45	22.50
4. โรคมะเร็งที่พบในระยะเริ่มแรก สามารถรักษาให้หายขาดได้	184	92.00	16	8.00

ข้อคำถาม	ถูกต้อง		ไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. คนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงเป็นมะเร็งมากกว่า คนที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี	105	52.50	95	47.50
6. ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งปอด มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดแม้จะไม่ได้สูบบุหรี่ก็ตาม	135	67.50	65	32.50
7. อาการบ่งชี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เช่น ไอเรื้อรัง ไอมีเลือดปน เสียงแหบ หายใจเหนื่อย	197	98.50	3	1.50
8. โรควัวรสต์บอักเสบบีและซี สามารถติดต่อทางเลือดและเพศสัมพันธ์	174	87.00	26	13.00
9. ผู้ป่วยโรควัวรสต์บอักเสบบี, ซี ไม่ควรดื่มสุรา	134	67.00	66	33.00
10. การขาดการออกกำลังกาย และมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง	190	95.00	10	5.00
11. อาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีผ่านกระบวนการ ปิ้งย่างเผา เช่น ไก่ย่าง หมูปิ้ง ปลาเผา จนไหม้เกรียม พบสารก่อมะเร็งได้	199	99.50	1	0.50
12. การกินอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้สดเป็นประจำทุกวันจะช่วยลดการสะสมของสารก่อมะเร็งในร่างกาย	191	95.50	9	4.50
13. การกินอาหารที่หลากหลาย เป็นการลดการสะสมสารก่อมะเร็ง	166	83.00	34	17.00
14. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับได้	177	88.50	23	11.50
15. การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานไม่ทำให้เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	31	15.50	169	84.50

จากตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของความรู้เรื่องโรคมะเร็ง หมู่ที่ 14 บ้านต้นมันพบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ถูกต้อง 3 ลำดับแรก ดังนี้ ลำดับ 1 ข้อ 1 โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเซลล์หรือเนื้อเยื่อมากที่สุด จำนวน 200 ราย (ร้อยละ 100) ลำดับ 2 ข้อ 11 อาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีผ่านกระบวนการ ปิ้งย่างเผา เช่น ไก่ย่าง หมูปิ้ง ปลาเผา จนไหม้เกรียม พบสารก่อมะเร็งได้ จำนวน 199 ราย (ร้อยละ 99.50) และลำดับ 3

ข้อ 7 อาการบ่งชี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เช่น ไอเรื้อรัง ไอมีเลือดปน เสียงแหบ หายใจเหนื่อย
จำนวน 197 ราย (ร้อยละ 98.50) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ไม่ถูกต้อง 3 ลำดับแรก ดังนี้ ลำดับ 1 ข้อ 15
การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานไม่ทำให้เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 169 ราย
(ร้อยละ 84.50) ลำดับ 2 ข้อ 5 เรื่องคนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงเป็นมะเร็งมากกว่า
คนที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี จำนวน 95 ราย (ร้อยละ 47.50) และลำดับ 3 โรคมะเร็งเป็นโรคที่ติดต่อ
จากคนหนึ่งสู่อีกคนหนึ่ง จำนวน 77 ราย (ร้อยละ 38.50) ตามลำดับ

บทที่ 5

สรุปผล ข้อเสนอแนะ ข้อจำกัด และแผนการดำเนินงานในระยะต่อไป

5.1 สรุปผล

5.1.1 สรุปผลการสำรวจข้อมูลในชุมชนหมู่ที่ 9 บ้านฝายน้อย

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง หมู่ที่ 9 บ้านฝายน้อย มีจำนวนทั้งหมด 200 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 108 คน (ร้อยละ 54.00) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 140 ราย (ร้อยละ 70.00) โดยมีอายุเฉลี่ย 59.48 ± 10.80 ปี อายุต่ำที่สุด 22 ปี และอายุสูงสุด 88 ปี โดยอายุในช่วง 21 - 40 ปี มากที่สุด จำนวน 95 ราย (ร้อยละ 47.00) การศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา จำนวน 108 ราย (ร้อยละ 54.00) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 91 ราย (ร้อยละ 45.50) มีรายได้เฉลี่ย ของครอบครัวต่อเดือนที่ $11,744.5 \pm 9,316.2$ บาทโดยส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน จำนวน 157 ราย (ร้อยละ 78.50) มีโรคประจำตัว จำนวน 109 ราย (ร้อยละ 54.50) ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 72 ราย (ร้อยละ 36.00)

2) ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง

ด้านประวัติการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง จำนวน 197 ราย (ร้อยละ 98.5) และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง จำนวน 179 ราย (ร้อยละ 89.50) ด้านประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 173 ราย (ร้อยละ 86.50) ด้านประวัติการมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติการมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน จำนวน 196 ราย (ร้อยละ 98.00) ด้านประวัติการดื่มสุรา พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่ม จำนวน 106 ราย (ร้อยละ 53.00) ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการตรวจอุจจาระภายใน 1 ปี จำนวน 151 ราย (ร้อยละ 75.50) ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้อง ภายใน 5 ปี จำนวน 182 ราย (ร้อยละ 91.00) ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี ส่วนใหญ่ไม่เคยรับประทานปลาน้ำจืดดิบ/สุกๆดิบๆ จำนวน 167 ราย (ร้อยละ 65.50) การตรวจพยาธิใบไม้ในตับ ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจ จำนวน 131 ราย (ร้อยละ 65.50) ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งตับส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี/ซี จำนวน 185 ราย (ร้อยละ 92.50) ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปอด ส่วนใหญ่ ไม่เคยมีอาการไอเรื้อรัง มากกว่า 2 สัปดาห์ จำนวน 199 ราย (ร้อยละ 99.50) ส่วนใหญ่เคยได้รับการตรวจ X-ray ปอด จำนวน 120 ราย (ร้อยละ 60.00) ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (N =108, สตรีอายุ 30-70 ปี) ส่วนใหญ่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แมมโมแกรม จำนวน 68 ราย (ร้อยละ 60.96) และ

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูกพบว่า กลุ่มตัวอย่าง (N =108, สตรีอายุ 30-70 ปี) ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 59 ราย (ร้อยละ 54.63) ส่วนใหญ่ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก จำนวน 104 ราย (ร้อยละ 96.30)

3) ข้อมูลความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ถูกต้องมากที่สุด คือ ข้อคำถามอาการบ่งชี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เช่น ไอเรื้อรัง ไอมีเลือดปน เสียงแหบ หายใจเหนื่อยมากที่สุดจำนวน 200 ราย (ร้อยละ 100) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ไม่ถูกต้องมากที่สุด คือ ข้อคำถามการรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน ไม่ทำให้เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 140 ราย (ร้อยละ 70.00)

5.1.2 สรุปผลการสำรวจข้อมูลในชุมชนหมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง หมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทองมีจำนวนทั้งหมด 200 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 121 คน (ร้อยละ 60.50) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 141 ราย (ร้อยละ 70.50) โดยมีอายุเฉลี่ย 56.84 ± 12.35 ปี อายุต่ำที่สุด 21 ปี และอายุสูงสุด 85 ปี โดยอายุในช่วง 41 - 60 ปี มากที่สุด จำนวน 91 ราย (ร้อยละ 45.50) การศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา จำนวน 115 ราย (ร้อยละ 57.50) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 74 ราย (ร้อยละ 37.00) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่ $13,105.5 \pm 10,064.83$ บาท โดยส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน จำนวน 135 ราย (ร้อยละ 67.50) โรคประจำตัว จำนวน 110 ราย (ร้อยละ 55.00) ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 43 ราย (ร้อยละ 35.50)

2) ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง

ด้านประวัติการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง จำนวน 192 ราย (ร้อยละ 96.00) และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง จำนวน 151 ราย (ร้อยละ 75.50) ด้านประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 165 ราย (ร้อยละ 82.50) ด้านประวัติการมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติการมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน จำนวน 162 ราย (ร้อยละ 81.00) ด้านประวัติการดื่มสุรา พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่ม จำนวน 122 ราย (ร้อยละ 61.00) ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการตรวจอุจจาระภายใน 1 ปี จำนวน 152 ราย (ร้อยละ 76.00) ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้อง ภายใน 5 ปี จำนวน 182 ราย (ร้อยละ 91.00) ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่ไม่เคยรับประทานปลาน้ำจืดดิบ/สุกๆดิบๆ จำนวน 177 ราย (ร้อยละ 88.50) สำหรับการตรวจพยาธิใบไม้ในตับ ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจ จำนวน 159 ราย (ร้อยละ 79.50) ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งตับส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี/ซี จำนวน 183 ราย (ร้อยละ 91.50) ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปอด ส่วนใหญ่ ไม่มีอาการไอเรื้อรัง

มากกว่า 2 สัปดาห์ จำนวน 191 ราย (ร้อยละ 95.50) ส่วนใหญ่เคยได้รับการตรวจ X-ray ปอด จำนวน 106 ราย (ร้อยละ 53.00) ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (N =121, สตรีอายุ 30-70 ปี) ส่วนใหญ่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แมมโมแกรม จำนวน 79 ราย (ร้อยละ 65.29) ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูกพบว่า กลุ่มตัวอย่าง (N =121, สตรีอายุ 30-70 ปี) ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 64 ราย (ร้อยละ 52.89) ส่วนใหญ่ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก จำนวน 117 ราย (ร้อยละ 96.69)

3) ข้อมูลความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ถูกต้องมากที่สุด คือ ข้อคำถามโรคมะเร็งเป็นโรคที่ติดต่อจากคนหนึ่งสู่อีกคนหนึ่ง และอาการบ่งชี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เช่น ไอเรื้อรัง ไอมีเลือดปน เสียงแหบ หายใจเหนื่อยมากที่สุด จำนวน 198 ราย (ร้อยละ 99.00) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ไม่ถูกต้องมากที่สุด คือ ข้อคำถามเรื่องการรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานไม่ทำให้เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 140 ราย (ร้อยละ 70.00)

5.1.3 สรุปผลการสำรวจข้อมูลในชุมชนหมู่ที่ 14 บ้านต้นมื่น

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง หมู่ที่ 14 บ้านต้นมื่น จำนวนทั้งหมด 200 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 126 คน (ร้อยละ 63.00) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 86 ราย (ร้อยละ 43.00) มีอายุเฉลี่ย 50.52 ± 10.12 ปี อายุต่ำที่สุด 29 ปี และอายุสูงสุด 79 ปี โดยอายุในช่วง 41 – 60 ปี มากที่สุด จำนวน 131 ราย (ร้อยละ 65.50) มีการศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช จำนวน 63 ราย (ร้อยละ 31.50) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 123 ราย (ร้อยละ 61.50) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่ $11,110 \pm 4,438.84$ บาท โดยส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน จำนวน 187 ราย (ร้อยละ 93.50) ชาวบ้านส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 130 ราย (ร้อยละ 65.00)

2) ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง

ด้านประวัติการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง จำนวน 200 ราย (ร้อยละ 100) และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง จำนวน 196 ราย (ร้อยละ 98.00) ด้านประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 182 ราย (ร้อยละ 91.00) ด้านประวัติการมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติการมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน จำนวน 196 ราย (ร้อยละ 98.00) ด้านประวัติการดื่มสุรา พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่ม จำนวน 122 ราย (ร้อยละ 61.00) ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการตรวจอุจจาระภายใน 1 ปี จำนวน 167 ราย (ร้อยละ 83.50) ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้อง ภายใน 5 ปี จำนวน 199 ราย (ร้อยละ 99.50) ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง

ท่อน้ำดีส่วนใหญ่ไม่เคยรับประทานปลาน้ำจืดดิบ/สุกๆดิบๆ จำนวน 192 ราย (ร้อยละ 96.00) การตรวจพยาธิใบไม้ในตับ ใน 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจ จำนวน 196 ราย (ร้อยละ 98.00) ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งตับส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี/ซี จำนวน 199 ราย (ร้อยละ 99.50) ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปอด ส่วนใหญ่ไม่เคยมีอาการไอเรื้อรัง มากกว่า 2 สัปดาห์ จำนวน 200 ราย (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการตรวจ X-ray ปอด จำนวน 178 ราย (ร้อยละ 89.00) ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (N =126, สตรีอายุ 30-70 ปี) ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แมมโมแกรม จำนวน 111 ราย (ร้อยละ 88.10) ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 99 ราย (ร้อยละ 78.57) ส่วนใหญ่ไม่เคย ฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก จำนวน 125 ราย (ร้อยละ 99.21)

3) ข้อมูลความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ถูกต้องมากที่สุด คือ ข้อคำถามโรคมะเร็งเป็นโรคที่มีการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเซลล์หรือเนื้อเยื่อมากที่สุด จำนวน 200 ราย (ร้อยละ 100) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ไม่ถูกต้องมากที่สุด คือ ข้อคำถามการรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานไม่ทำให้เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 169 ราย (ร้อยละ 84.50)

5.1.4 สรุปผลการดำเนินโครงการ

จากการดำเนินการโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปางที่ผ่านมา เป็นการเสริมสร้างให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะการลดพฤติกรรมเสี่ยงของโรคมะเร็งที่สามารถทำได้โดยการให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ในชุมชนโดยที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอันก่อให้เกิดความรู้ และสามารถเข้าถึงบริการในการส่งเสริมและป้องกันโรคมะเร็งได้ ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลสามารถช่วยตนเองและพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือเป็นการเสริมสร้างความตระหนักเรื่องโรคมะเร็งให้กับประชาชนในเขตตำบลพิชัย ดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนโดยรูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายต่างๆ และนับเป็นการพัฒนารูปแบบ/ต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย ตลอดจนสามารถเป็นต้นแบบให้กับชุมชนอื่น ทั้งนี้คณะกรรมการพิชัยโมเดลของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ได้มีการติดตามผลการดำเนินงานของหมู่บ้าน คือ หมู่บ้านบ้านต้นมีน หมู่บ้านบ้านไร่ศิลาทอง และหมู่บ้านบ้านฝายน้อย ซึ่งมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และได้มีติดตามโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในชุมชน จำนวน 200 คนต่อ 1 หมู่บ้าน (ชุมชน) เพื่อทำการสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง และข้อมูลความรู้เรื่องโรคมะเร็ง เพื่อจะนำข้อมูลมาวิเคราะห์และดำเนินการแก้ไขปัญหาต่อไป

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.2.1 ข้อเสนอแนะระดับบริหาร

5.2.1.1 การดำเนินการโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง ในเขตตำบลพิชัย ควรจะดำเนินการแบบบูรณาการให้ทุกหน่วยงาน ได้แก่ เทศบาลเมืองพิชัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นมื่น หน่วยงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการมนุษย์ หน่วยงานพัฒนาชุมชน เข้ามาร่วมมือบทบาทในการวางแผนพัฒนาชุมชนส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพดีในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาวะสังคมและจิตวิญญาณ

5.2.1.2 ควรมีการติดตามการดำเนินงานโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง ในเขตตำบลพิชัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนตระหนักในการดูแลสุขภาพเพื่อห่างไกลโรคมะเร็งต่อไป

5.2.2 ข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติการ

5.2.2.1 เนื่องจากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุด ในเรื่อง “การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน ไม่ทำให้เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก” ซึ่งจากตำราวิชาการได้กล่าวว่า การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน มีความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งมากขึ้น เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มากกว่าคนที่ไม่ได้รับประทานยาคุมกำเนิด ดังนั้น ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ และวัยแรงงานซึ่งโดยส่วนใหญ่พบว่าประกอบอาชีพรับจ้าง อาจจะไม่มีความรู้ในการศึกษาข้อมูลการใช้ยาคุมกำเนิดให้ถูกวิธี อีกทั้งควรมีการรณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากผลการศึกษา พบว่า เกินกึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง “ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก” และ ควรมีการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจแมมโมแกรม เพื่อลดความเสี่ยงในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก

5.2.2.2 เนื่องจากผลการศึกษา พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดื่มสุราและ ยังไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี/ซี ดังนั้น ควรมีการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราให้ลดลงและผู้ที่มีสุราเป็นประจำควรได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี/ซี เนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และโรคไวรัสตับอักเสบล้วนเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ตับเกิดการอักเสบเรื้อรัง จนนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อร่างกาย ทำให้เกิดภาวะตับอักเสบนิดรุนแรง ตับแข็ง ตับวายและมะเร็งตับ

5.2.3 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

5.2.3.1 ควรมีการถอดบทเรียนในประเด็นที่แก้ไขปัญหาชุมชน เพื่อที่จะได้นำมาเป็นต้นแบบให้กับชุมชนอื่น ส่วนประเด็นที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ ควรมีการหาข้อมูลแนวทางการดำเนินการจัดการแก้ไขปัญหา โดยอาจจะถอดบทเรียนจากชุมชนที่ประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา

5.2.3.2 ควรมีการศึกษาในวิจัยรูปแบบเชิงคุณภาพ เรื่อง การพัฒนาชุมชน
ต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง ในเขตตำบลพิชัย ในชุมชนต้นแบบ

5.3 ข้อจำกัด

5.3.1 โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง ในเขตตำบลพิชัยเป็น
โครงการที่มีการเริ่มตั้งแต่กิจกรรมการค้นหาปัญหา จนถึงจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาของชุมชน
ดังนั้นควรมีการดำเนินการต่อเนื่องและควรมีการประเมินโครงการเป็นประจำทุกปี

บรรณานุกรม

- (1) คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. “นโยบายการต่อสู้กับโรคมะเร็งที่ถูกต้องเพื่อลดอุบัติการณ์ ลดภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตจากมะเร็งในประเทศไทย” เพื่อพิจารณากลับกรองเป็นระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2563. [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : https://www.si.mahidol.ac.th/th/hotnewsdetail.asp?hn_id=2422
- (2) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2540. [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : https://www.nesdc.go.th/ewt_w3c/ewt_dl_link.php?nid=3783
- (3) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2550 [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2550. [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : https://www.nesdc.go.th/ewt_w3c/ewt_dl_link.php?nid=3784
- (4) Rhyne, R., Bogue, R., Kukulka, G., & Fulmer, H. Community oriented primary care: Health care for the 21st century. Washington, DC: American Public Health Association; 1988.
- (5) ขนวนทอง ธนสุกาญจน์ และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. การนำเสนอแนวคิด และประสบการณ์ เรื่อง Health Literacy ความแตกฉานด้านสุขภาพ. นครปฐม: ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
- (6) สำนักงานเทศบาลเมืองพิชัย. ข้อมูลทั่วไป [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2560. [สืบค้นเมื่อวันที่ 19 เม.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.pichaicity.go.th/index.php/story>
- (7) Zhang BH, Yang BH, Tang ZY. Randomized controlled trial of screening for hepatocellular carcinoma. J Cancer Res Clin Oncol. 2004; 130(7): 417-422.
- (8) Philadelphia: Wolters Kluwer. Goding, J. Colon and Rectal Cancer [Internet]. [place unknown]: [publisher unknow]; 2005 [cited 2011 June 16]. Available. [http:// content. Health. msn.com](http://content.Health.msn.com).
- (9) อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติและคณะ. รายงานการศึกษาความคุ้มค่าของการใช้ Alpha fetoprotein ร่วมกับอัลตราซาวด์ตับในการคัดกรองมะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma) ทุก 6 เดือนใน ผู้ที่มีแอนติเจนที่ผิวของตับอักเสบบีเป็นบวกหรือผู้ป่วยตับอักเสบบีเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2560. [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.dms.moph.go.th/imrta/images/ebook/ta doc / 4.pdf>
- (10) เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล. โรคมะเร็งในประเทศไทยและสารก่อมะเร็งในสิ่งแวดล้อม. ใน: สมชาย บวรกิตติ, จอห์นพี และกฤษฏาศรีสำราญ, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมฉบับเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษามหาราชา. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์หน้า; 2542. น. 1001- 10220.

- (11) เต็มชัย ไชยวุฒิ และไพโรจน์ เหลืองโรจน์กุล. โรคตับและทางเดินน้ำดี. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว การพิมพ์; 2541.
- (12) อาคม ชัยวีระวัฒน์ และคณะ. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2554. [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.nci.go.th/th/cpg/download%20Liver/01.pdf>
- (13) นรินทร์ วรวิทย์. มะเร็งตับ. กรุงเทพมหานคร หน่วยมะเร็งวิทยาภาควิชาอายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
- (14) Schiff E. R. , Sorrell M. F. & Maddrey W. C. Schiff's disease of the liver. Philadelphia: Wolters klwer; 2003.
- (15) Yu MC, Yuan JM, Govindarajan S, Ross RK. Epidemiology of hepatocellular carcinoma. Can J Gastroenterol. 2000; 14(8): 703-709.
- (16) พิมพ์ฉิมมา ปัทมสิริวัฒน์. พันธุศาสตร์มะเร็งเต้านม. กรุงเทพฯ: คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
- (17) สุรีย์รัตน์ พวงสายใจ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านมในสตรีจังหวัดลำปาง. ลำปาง : โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
- (18) ธนุต์ม์ ก้วยเจริญพานิชก์. ตำรามะเร็งเต้านม. อุบลราชธานี: กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ กลุ่มการกจิวิชาการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี; 2558.
- (19) สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. การตรวจคัดกรองมะเร็งปอด [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2564 [ปรับปรุงเมื่อ 16 ม.ค. 2564; สืบค้นเมื่อวันที่ 19 เม.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=40>
- (20) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปอด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2552.
- (21) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โฆสิตการพิมพ์ จำกัด; 2558.
- (22) สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2559. [สืบค้นเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2564]. จาก : <https://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=41>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก: แบบสอบถามข้อมูลความเสี่ยงโรคมะเร็งของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง
จังหวัดลำปาง

แบบสอบถาม

ข้อมูลความเสี่ยงโรคมะเร็งของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้ใช้ในโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามเรื่องโรคมะเร็งในเขตตำบลพิชัย และเพื่อพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย ตลอดจนเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโครงการต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model)

แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

โปรดอ่านคำชี้แจงในแบบสอบถามแต่ละส่วนให้เข้าใจก่อนตอบ ความร่วมมือของท่านในครั้งนี้จะมีคุณค่าและมีประโยชน์อย่างยิ่ง ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัยต่อไป

หมู่ที่ ม.5 บ้านต้นตอง ม.12 บ้านท่าเตือ ม.13 บ้านเด่น-บ้านใหม่

แบบสอบถาม

ข้อมูลความเสี่ยงโรคมะเร็งของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ID_code.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

1. ชาย 2. หญิง

2. สถานภาพ

1. โสด 2. สมรส/คู่ 3. หม้าย 4. หย่าร้าง/แยกกันอยู่

3. ปัจจุบันท่านอายุปี

4. ท่านจบการศึกษาสูงสุดหรือกำลังศึกษาระดับชั้นใด

1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษาตอนต้น 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
 5. อนุปริญญา/ปวส. 6. ปริญญาตรีขึ้นไป

5. อาชีพ

1. ทำสวน/ทำนา/ทำไร่ 2. รับจ้างทั่วไป
 3. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 4. ทำงานโรงงาน/บริษัทเอกชน
 5. ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว 6. อื่นๆ.....

6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาท/เดือน

7. โรคประจำตัว(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ไม่มี 2. มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 2.1 เก๊าท์ 2.2 ไขมันในเลือดสูง 2.3 เบาหวาน
 2.4 ความดันโลหิตสูง 2.5 หอบหืด 2.6 ไวรัสตับอักเสบบี
 2.7 ไวรัสตับอักเสบบี 2.8 ไตเรื้อรัง 2.9 อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง

1. ประวัติการเจ็บป่วย

1.1 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง

1. ไม่มี 2. มี ระบุโรค.....

1.2 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง (ปู่/ย่า/ตา/ยาย/ลุง/ป้า/น้า/อา/บิดา/มารดา พี่/น้อง/ลูก/หลาน ทางสายเลือด)

1. ไม่มี 2. มี ระบุโรค.....ความสัมพันธ์.....

ระบุโรค.....ความสัมพันธ์.....

ระบุโรค.....ความสัมพันธ์.....

2. ประวัติการสูบบุหรี่ของตนเอง

1. ไม่สูบ

2. สูบ

2.1 ประเภท(ก้นกรอง/ยาเส้น) จำนวน.....มวน/วัน

2.2 บุหรี่ไฟฟ้า จำนวน.....ครั้ง/วัน

2.3 จำนวนปีที่สูบ.....ปี

3. เคยสูบ

3.1 ประเภท(ก้นกรอง/ยาเส้น) จำนวน.....มวน/วัน

3.2 บุหรี่ไฟฟ้า จำนวน.....ครั้ง/วัน

3.3 จำนวนปีที่เคยสูบ.....ปี

3.4 จำนวนปีที่เลิกสูบ.....ปี

3. ประวัติการสูบบุหรี่ (ครอบครัว : ในบ้านของท่านมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกันหรือไม่)

1. ไม่สูบ 2. สูบ

4. ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา/เบียร์/ไวน์/สุราพื้นบ้าน)

1. ไม่ดื่ม

2. ดื่ม โปรตรระบุ

2.1 เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า

2.2 ดื่ม 2-4 ครั้ง/เดือน

2.3 ดื่ม 2-3 ครั้ง/สัปดาห์

2.4 ดื่ม 4 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์

3. เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว

5. ประวัติอื่น

1. น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ

2. เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย

6. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้

6.1 ภายใน 1 ปีท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการตรวจอุจจาระ หรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคย ผลตรวจ ระบุ.....

6.2 ภายใน 5 ปีท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้อง หรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคย ผลตรวจ ระบุ.....

6.3 ท่านมีอาการท้องผูกหรือท้องเสียเป็นประจำ ท้องผูกสลับกับท้องเสีย มีขนาดอุจจาระที่ลีบลง หรือไม่

 1. ไม่มี 2. มี

6.4 ท่านถ่ายอุจจาระมีเลือดปนหรือมีเลือดออกทางทวารหนัก

 1. ไม่มี 2. มี

7. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี

7.1 ท่านเคยรับประทานปลาน้ำจืดดิบ/สุกๆดิบๆ หรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคย

7.2 ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยตรวจพยาธิใบไม้ในตับหรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคย ผลตรวจ ระบุ.....

7.3 ท่านมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง อุจจาระสีซีด ปัสสาวะสีเข้มหรือไม่

 1. ไม่มี 2. มี

8. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งตับ

8.1 ท่านเคยตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี/ซี หรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคย ผลตรวจ ระบุ.....

8.2 ท่านเคยมีอาการท้องอืด แน่น ปวดท้อง บริเวณชายโครงด้านขวา หรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคย

8.3 บุคคลในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี/ซี หรือไม่

 1. ไม่มี 2. มี ระบุความสัมพันธ์.....

9. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปอด

9.1 ท่านเคยมีอาการไอเรื้อรัง มากกว่า 2 สัปดาห์ หรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคย ผลตรวจ ระบุ.....

9.2 ท่านเคยได้รับการตรวจ X-ray ปอด หรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคย ผลตรวจ ระบุ.....

9.3 ท่านทำงานในเหมืองแร่ ทำครกหิน หรืองานที่ได้สัมผัสฝุ่นแร่ใยหินหรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคย ท่านได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันหรือไม่ 1. ไม่ใช่ 2. ใช่

10 ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม

10.1 ท่านเคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แมมโมแกรม หรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคย ผลตรวจ ระบุ.....

10.2 ท่านมีลักษณะเต้านมที่ผิดปกติ (บิด เบี้ยว นูน) มีน้ำเหลือง/เลือด ออกทางหัวนม คัดตึงเต้านมหรือไม่

 1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....

10.3 ท่านรับประทานฮอร์โมนทดแทน รับประทาน/ฉีดยาคูมก้าเนด เกิน 5 ปี หรือไม่

 1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....

11. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก

11.1 ภายใน 5 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคย ผลตรวจ ระบุ.....

11.2 ท่านเคยฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก หรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคย ระบุ.....

11.3 ท่านมีอาการปวดท้องน้อย เลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ หรือหลังหมดประจำเดือนหรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคย ระบุ.....

11.4 ท่านสมรส/มีเพศสัมพันธ์ อายุน้อยกว่า 18 ปี หรือไม่

 1. ไม่ใช่ 2. ใช่

11.5 ท่านเคยมีเลือดออกทางช่องคลอด หลังมีเพศสัมพันธ์ หรือไม่

 1. ไม่ใช่ 2. ใช่

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

ลำดับ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเซลล์หรือเนื้อเยื่อ		
2	โรคมะเร็งเป็นโรคที่ติดต่อจากคนหนึ่งสู่อีกคนหนึ่ง		
3	โรคมะเร็งบางชนิดอาจมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้		
4	โรคมะเร็งที่พบในระยะเริ่มแรกสามารถรักษาให้หายขาดได้		
5	คนที่มีอายุมากกว่าอายุ 40 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งมากกว่า คนที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี		
6	การขาดการออกกำลังกาย และมีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง		
7	อาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีผ่านกระบวนการปิ้งย่าง เผา เช่น ไก่ย่าง หมูปิ้ง ปลาเผา จนไหม้เกรียม พบสารก่อมะเร็งได้		
8	การกินอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้สดเป็นประจำทุกวันจะช่วยลดการสะสมของสารก่อมะเร็งในร่างกาย		
9	การกินอาหารที่หลากหลาย เป็นการลดการสะสมสารก่อมะเร็ง		
10	ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งปอด มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดแม้จะไม่ได้สูบบุหรี่ก็ตาม		
11	อาการบ่งชี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เช่น ไอเรื้อรัง ไอมีเลือดปน เสียงแหบ หายใจเหนื่อย		
12	โรคไวรัสตับอักเสบบีและซี สามารถติดต่อทางเลือดและเพศสัมพันธ์		
13	ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี, ซี ไม่ควรดื่มสุรา		
14	การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับได้		
15	การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานไม่ทำให้เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก		

ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย
ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) จังหวัดลำปาง

M

เป็นนายตนเอง
Mastery

O

สร้างสรรค์
สิ่งใหม่
Originality

P

ใส่ใจ
ประชาชน
People
Centered

H

ถ่อมตน
อ่อนน้อม
Humility

D

พร้อมนำ
ระดับชาติ
Determination
for The Nation

M

สามารถ
ไปด้วยกัน
Moving
Together

S

มุ่งมั่น
สู่ความเป็นเลิศ
Specialist




กรมการแพทย์
"ทำดีให้ถูกวิธี"

**โรงพยาบาลมะเร็งลำปางจัดประชาคมวิถีใหม่
เพื่อขับเคลื่อนหมู่บ้านปลอดภัย**




คณะกรรมการโครงการต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ได้จัดประชาคมวิถีใหม่หมู่ที่ 9 บ้านฝายน้อย ตำบลพิชัย ณ ศาลาอเนกประสงค์วัดฝายน้อย ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ในวันที่ 23 ธันวาคม 2564 โดยได้ดำเนินการตามมาตรการความปลอดภัย (covid free setting) ได้แก่ การคัดกรองผู้เข้าร่วมประชุม การเว้นระยะห่างที่ประชุม การตรวจ ATK รวมทั้งการให้ความรู้วิธีการตรวจ ATK เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจและสามารถตรวจ ATK ได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ












กรมการแพทย์

Tel. 0-2591-8254 E-mail: pr_dms@yahoo.co.th

กุหลุมหายใจที่ได้คืนมามีค่ามากกว่าคำชื่นชม

ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย
ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) จังหวัดลำปาง

M

เป็นนายตนเอง
Mastery

O

แรงบันดาลใจใหม่
Originality

P

ใส่ใจประชาชน
People Centered

H

ถ่อมตน อ่อนน้อม
Humility

D

พร้อมหน้าระดับชาติ
Determination for The Nation

M

สามารถไปด้วยกัน
Moving Together

S

มุ่งมั่นสู่ความเป็นเลิศ
Specialist




กรมการแพทย์
"ทำดีสุดพิชิตภัยโรคภัย"

โรงพยาบาลมะเร็งลำปางจัดประชาคมวิถีใหม่
เพื่อขับเคลื่อนหมู่บ้านปลอดภัย







คณะกรรมการโครงการต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ได้จัดประชาคมหมู่บ้าน 9 บ้านฝายน้อย ตำบลพิชัย โดยมีนายอำนาจ เสนาวรรณ รองนายกเทศมนตรีเมืองพิชัย เป็นประธานเปิด และมีแพทย์หญิงวรงค์กร เชิงปัญญา กล่าวรายงาน การจัดประชาคมในครั้งนี้เป็นการจัดภายใต้มาตรการ Covid free setting เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนเป็นการพัฒนารูปแบบ/ต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัยร่วมกัน โดยกิจกรรมประกอบด้วย การคืนข้อมูลสุขภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็ง การระดมความคิดเห็นปัญหาสุขภาพของชุมชน การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนโดยการจัดทำโครงการ การประชาคมครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมเป็น ผู้นำชุมชน อสม. และประชาชนจำนวน 50 คน ณ ศาลาอเนกประสงค์วัดฝายน้อย ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ในวันที่ 23 ธันวาคม 2564






กรมการแพทย์

ทุกลมหายใจที่ได้คืนมามีค่ามากกว่าคำชื่นชม

Tel. 0-2591-8254 E-mail: pr_dms@yahoo.co.th

ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย
ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) จังหวัดลำปาง

M

เป็นนายตนเอง
Mastery

O

สร้างสรรค์
สิ่งใหม่
Originality

P

ใส่ใจ
ประชาชน
People
Centered

H

ถ่อมตน
อ่อนน้อม
Humility

D

พร้อมนำ
ระดับชาติ
Determination
for The Nation

M

สามารถ
ไปด้วยกัน
Moving
Together

S

มุ่งมั่น
สู่ความเป็นเลิศ
Specialist




กรมการแพทย์
"ทำดีสุดพิถีพิถัน"

โรงพยาบาลมะเร็งลำปางจัดประชาคมวิถีใหม่
เพื่อขับเคลื่อนหมู่บ้านปลอดภัย









คณะกรรมการโครงการต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ได้จัดประชาคมวิถีใหม่หมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง และหมู่ 14 บ้านต้นมีน ตำบลพิชัย โดยได้ดำเนินการตาม มาตราการความปลอดภัย (covid free setting) ได้แก่ การคัดกรองผู้เข้าร่วมประชุม การเว้นระยะห่างที่ประชุม การตรวจ ATK รวมทั้งการให้ความรู้วิธีการตรวจATK เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถตรวจATKได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ในวันที่ 26 ธันวาคม 2564

กรมการแพทย์

ทุกลมหายใจที่ได้คืนมามีค่ามากกว่าคำชื่นชม

Tel. 0-2591-8254 E-mail: pr_dms@yahoo.co.th

ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย
ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) จังหวัดลำปาง

M

เป็นนายตนเอง
Mastery

O

สร้างสรรค์
สิ่งใหม่
Originality

P

ใส่ใจ
ประชาชน
People
Centered

H

ถ่อมตน
อ่อนน้อม
Humility

D

พร้อมนำ
ระดบชาติ
Determination
for The Nation

M

สามารถ
ไปด้วยกัน
Moving
Together

S

มุ่งมั่น
สู่ความเป็นเลิศ
Specialist




กรมการแพทย์
"ทำดีสุดพิถีพิถัน"

**โรงพยาบาลมะเร็งลำปางจัดประชาคมวิถีใหม่
เพื่อขับเคลื่อนหมู่บ้านปลอดภัยบ้านต้นมื่น**











คณะกรรมการโครงการต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ได้จัดประชาคมหมู่ที่ 14 บ้านต้นมื่น ตำบลพิชัย โดยมีนายวิทยา โพนินคร ที่ปรึกษานายกเทศมนตรีเมืองพิชัย เป็นประธานเปิด และมีแพทย์หญิงวรภัทร เชิงปัญญา กล่าวรายงาน การจัดประชาคมในครั้งนี้เป็นการจัด ภายใต้มาตรการ Covid free setting เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนเป็นการ พัฒนารูปแบบ/ต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัยร่วมกัน โดยกิจกรรมประกอบด้วย การคืนข้อมูลสุขภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็ง การระดมความคิดเห็นปัญหาสุขภาพของชุมชน การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยการจัดทำโครงการ ประชาคมครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมเป็น ผู้นำชุมชน อสม. และประชาชนจำนวน 50 คน ณ ศาลาอเนกประสงค์วัดต้นมื่น ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ในวันที่ 26 ธันวาคม 2564

กรมการแพทย์

Tel. 0-2591-8254 E-mail: pr_dms@yahoo.co.th

กุหลุมหายใจที่ได้คืนมามีค่ามากกว่าคำชื่นชม

ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย
ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) จังหวัดลำปาง



โรงพยาบาลมะเร็งลำปางจัดประชาคมวิถีใหม่
เพื่อขับเคลื่อนหมู่บ้านปลอดภัยบ้านไร่ศิลาทอง



คณะกรรมการโครงการต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ได้จัดประชาคมหมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง ตำบลพิชัย นำโดยแพทย์หญิงวรภัทร เชิงปัญญา ประธานคณะกรรมการ และมีพระครูสถิตธรรมวิเศษ เจ้าอาวาสวัดบ้านไร่ศิลาทอง เครือข่ายพระสงฆ์พัฒนาลำปาง ร่วมการประชุม การจัดประชาคมในครั้งนี้เป็นการจัดภายใต้มาตรการ Covid free setting เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมระหว่าง โรงพยาบาลกับชุมชนเป็นการพัฒนารูปแบบ/ต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัยร่วมกัน โดยกิจกรรมประกอบด้วย การคืนข้อมูลสุขภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็ง การระดมความคิดเห็นปัญหาสุขภาพของชุมชน การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ และร่วมกันวางแผน แก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนโดยการจัดทำโครงการ การประชาคมครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมเป็น ผู้นำชุมชน อสม. และประชาชนจำนวน 50 คน ณ ศูนย์เรียนรู้วัดบ้านไร่ศิลาทอง ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ในวันที่ 26 ธันวาคม 2564



ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย
 ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) จังหวัดลำปาง
 หมู่ที่ 9 บ้านฝายน้อย

หมู่ที่ 9 บ้านฝายน้อย

ปัญหา	คะแนนองค์ประกอบ			ความถี่	คะแนน	ลำดับ
	แบบอย่างในหมู่บ้าน	ความรุนแรงของปัญหา	ความเสียหายในวงกว้าง			
1. กลัวภัยธรรมชาติ สุขภาพ, การคัดกรอง โรคมาเรียม	4	4	2	4	14	1
2. ขาดความรู้ ใจเรื่อง ปัญหา ทางสุขภาพ	4	3	3	3	13	2
3. กิจกรรม การออกกำลังกาย	2	1	4	2	9	3



ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย
 ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) จังหวัดลำปาง
 หมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง

หมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง

ปัญหา	จำนวนของ ปัญหา	การวางแผน งานเป็นรูป	การติดตาม ประเมินผล	การประเมิน	คะแนน	ลำดับ
1. ผลการดำเนินงาน ละออง, หมอกควัน	4	4	4	4	16	1
2. องค์ความรู้เกี่ยวกับ การรับมือหมอกควัน	3	4	4	4	15	2
3. การใช้สังคม ในการเกษตร	3	2	2	2	9	3
4. การตั้งวง อิลสุรา	1	1	2	1	5	4



ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย
 ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) จังหวัดลำปาง
 หมู่ที่ 14 บ้านต้นมื่น

หมู่ที่ 14 บ้านต้นมื่น

ปัญหา	คะแนนเฉลี่ย					ลำดับ
	ขนาดของปัญหา	ความรุนแรงของปัญหา	ความยากง่ายในการแก้ไข	ความสนใจ	ความเร่งด่วน	
1. การเผาขยะ	4	4	2	4	14	1
2. กลัวการตรวจสุขภาพ	3	2	3	4	12	2

