



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

สรุปผลการดำเนินงาน

โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง

ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model)

3 หมู่บ้าน (บ้านต้นต้อง บ้านท่าเตื่อ และบ้านเด่น-บ้านใหม่)

ประจำปีงบประมาณ 2568

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model)

นางสาวณภัสนันท์	เจริญทรัพย์	นายแพทย์ชำนาญการ
นางสาววรรภัทร	เชิงปัญญา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
นางสุพัตรา	ธรรักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางปานจิตร	วงศ์ใหญ่	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวสุภมาศ	ลายเงิน	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
นางสาวสาวิตรี	ลิลิตวิศิษฏ์วงศ์	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
นายอัศวรวรรธ	จิตเย็น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวเกวลี	วัทโล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวอาทิตย์ยา	สินสุริยศักดิ์	เภสัชกรชำนาญการ
นางสาวกฤติกา	ดีพัฒนกุล	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
นายสุรศักดิ์	ตามล	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ
นางเปรมจิตร	อุ่มผาง	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ
นางสาววิศรดา	กันไว	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นายภาณุพงศ์	พลายสาร	พยาบาลวิชาชีพ
นางสาวอุดมภรณ์	กันทา	นักรังสีการแพทย์
นางสาวนิภาพร	อรุณศิริพันธ์	นักกายภาพบำบัด
นางสาวกชกร	วงศ์ษา	นักวิชาการสาธารณสุข
ว่าที่ ร.ต.หญิงศิริประภา	ตาสุนิทร	นักวิชาการสาธารณสุข
นายธนกฤต	อินทกุล	เจ้าพนักงานโสตทัศน
นางสาวกาญจนา	ผาภูมิมา	แพทย์แผนไทย
นางสาวชลิตา	แสงอบ	นักจัดการงานทั่วไป
นางสาวเจนจิรา	ใจชมภู	นักประชาสัมพันธ์
นางพัชยา	โพธิ์ทอง	นักสาธารณสุขชำนาญการ
นางชนิดา	กันดี	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นางสาวธัญญลักษณ์	ไชยทะนุ	นักสังคมสงเคราะห์

กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและสนับสนุนอย่างดียิ่งของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับโอกาสในการพิจารณาโครงการฯ และอนุมัติงบประมาณในการดำเนินโครงการฯ นอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุนและได้รับคำปรึกษาในการดำเนินโครงการฯ ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีอย่างยิ่งจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง นายแพทย์ รวิทร์ อิงศิริโรรัตน์ คณะผู้ทำงานโครงการฯ จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณท่านกำนันมานิต อุ้นเครือ กำนันตำบลพิชัย ท่านผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ และหมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจำหมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ และหมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่ ที่ช่วยประสานความร่วมมือระหว่างคณะทำงานโครงการฯ และประชากรในตำบลพิชัย ตลอดจนขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการฯ ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและเข้าร่วมโครงการฯ นี้ รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องอีกหลายๆ ท่าน ที่ไม่สามารถเอ่ยนามได้ทั้งหมด ที่มีส่วนช่วยให้โครงการฯ นี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

คณะกรรมการดำเนินโครงการฯ

กรกฎาคม 2568

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1 - 3
1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา	1 - 2
1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการ	3
1.3 ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ	3
1.4 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	3
1.5 พื้นที่เป้าหมาย	3
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4 - 69
2.1 ข้อมูลทั่วไปตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง	4 - 9
2.2 โรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ในตำบลพิชัย	9 - 49
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 - 43
2.3 อุบัติการณ์โรคมะเร็ง	44 - 49
2.4 การศึกษาชุมชน	49 - 59
2.4.1 ความหมายทางวิชาการ	49 - 50
2.4.2 ลักษณะของความเป็นชุมชน	50 - 53
2.4.3 ความหมายของการศึกษาสังคมและชุมชน	53 - 54
2.4.4 นิยามของ คำว่า “การศึกษาชุมชน”	54 - 55
2.4.5 ความสำคัญของการศึกษาชุมชน	55 - 57
2.4.6 ประเภทของการศึกษาชุมชน	57 - 58
2.4.7 มิติประเด็นการศึกษาชุมชน	58
2.4.8 ประโยชน์ของการศึกษาชุมชน	59
2.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม	59 - 63
2.5.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม	59 - 60
2.5.2 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม	60 - 61
2.5.3 วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม	61 - 62
2.5.4 แนวคิด PAR	62
2.5.5 บทบาทนักวิจัยใน PAR	63

สารบัญ

	หน้า
2.6 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ในกระบวนการดำเนินงานอนามัยชุมชน	63 - 69
2.6.1 วิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา	63
2.6.2 ขั้นตอนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา	63
2.6.3 ตัวอย่างตารางการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยวิธีของสรรพสิทธิประสงค์ (SPS Model)	65 - 67
2.6.4 การให้น้ำหนักหลักเกณฑ์หรือตัวแปรต่าง ๆ ที่เลือก	67
2.6.5 น้ำหนักของเกณฑ์มาตรฐานที่นิยมใช้	68
2.6.6 การให้คะแนนปัญหา (R)	68
2.6.7 การคิดคะแนน	69
บทที่ 3 วิธีดำเนินโครงการ	70 - 71
3.1 ระยะเวลาก่อนการทำโครงการ (Pre-Project Phase)	70
3.1.1 ประชุมคณะกรรมการเพื่อวางแผนลงชุมชน	70
3.1.2 เตรียมข้อมูลลงชุมชน	70
3.2 ระยะเวลาการทำโครงการ (Project Phase)	70
3.2.1 คั้นข้อมูลให้กับชุมชน	70
3.2.2 จัดลำดับความสำคัญของปัญหา	70
3.2.3 เลือกปัญหาในชุมชน	70
3.3 ระยะเวลาจัดทำแผน (Planning Phase)	70 - 71
3.3.1 เตรียมข้อมูลให้กับชุมชนในการจัดโครงการ	71
3.4 ระยะเวลา นำแผนไปปฏิบัติ (Implementation Phase)	71
3.4.1 จัดโครงการให้กับชุมชน	71
3.5 ระยะเวลาติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน (Monitoring and Evaluation Phase)	71
3.5.1 วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม	71
บทที่ 4 ผลการดำเนินการโครงการ	71 - 72
หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง	72 - 79
4.1 ระยะเวลาก่อนการทำโครงการ (Pre - Project Phase)	71
4.1.1 ประชุมคณะกรรมการเพื่อวางแผนลงชุมชน	71
4.1.2 เตรียมข้อมูลลงชุมชน	71 - 73
4.2 ระยะเวลาการทำโครงการ (Project Phase)	73

สารบัญ

	หน้า
4.2.1 คืบข้อมูลให้กับชุมชน	73
4.2.2 จัดลำดับความสำคัญของปัญหา	73 - 74
4.2.3 เลือกปัญหาในชุมชน	75
4.3 ระยะการจัดทำแผน (Planning Phase)	75
4.3.1 เตรียมข้อมูลให้กับชุมชนในการจัดโครงการ	75
4.4 ระยะการนำแผนไปปฏิบัติ (Implementation Phase)	75 - 76
4.4.1 จัดโครงการให้กับชุมชน	75 - 76
4.5 ระยะการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน (Monitoring and Evaluation Phase)	76
4.5.1 วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตี๋ย	76 - 80 80 -88
4.1 ระยะก่อนการทำโครงการ (Pre-Project Phase)	80
4.1.1 ประชุมคณะกรรมการเพื่อวางแผนลงชุมชน	80
4.1.2 เตรียมข้อมูลลงชุมชน	80 - 82
4.2 ระยะการทำโครงการ (Project Phase)	82
4.2.1 คืบข้อมูลให้กับชุมชน	82
4.2.2 จัดลำดับความสำคัญของปัญหา	81 - 83
4.2.3 เลือกปัญหาในชุมชน	83
4.3 ระยะการจัดทำแผน (Planning Phase)	83
4.3.1 เตรียมข้อมูลให้กับชุมชนในการจัดโครงการ	83
4.4 ระยะการนำแผนไปปฏิบัติ (Implementation Phase)	83 - 84
4.4.1 จัดโครงการให้กับชุมชน	84
4.5 ระยะการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน (Monitoring and Evaluation Phase)	84 - 88
4.5.1 วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม หมู่ที่ 13 บ้านใหม่ - บ้านเด่น	84 - 88 88 - 97
4.1 ระยะก่อนการทำโครงการ (Pre-Project Phase)	88
4.1.1 ประชุมคณะกรรมการเพื่อวางแผนลงชุมชน	88
4.1.2 เตรียมข้อมูลลงชุมชน	88 - 90
4.2 ระยะการทำโครงการ (Project Phase)	90
4.2.1 คืบข้อมูลให้กับชุมชน	90

สารบัญ

	หน้า
4.2.2 จัดลำดับความสำคัญของปัญหา	91
4.2.3 เลือกปัญหาในชุมชน	92
4.3 ระยะเวลาจัดทำแผน (Planning Phase)	92
4.3.1 เตรียมข้อมูลให้กับชุมชนในการจัดโครงการ	92
4.4 ระยะเวลาให้นำแผนไปปฏิบัติ (Implementation Phase)	92
4.4.1 จัดโครงการให้กับชุมชน	92
4.5 ระยะเวลาติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน (Monitoring and Evaluation Phase)	92 – 98
4.5.1 วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม	92 – 98
บทที่ 5 การสรุปผล และข้อเสนอแนะ	
5.1 หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง	99
5.2 หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตี๋ย	99
5.3 หมู่ที่ 13 บ้านใหม่ - บ้านเด่น	99
บรรณานุกรม	100 - 102
ภาคผนวก	103
- ภาคผนวก ก: แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพของ ประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง	104 – 110
- ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชน ต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model)	111 -112
- ภาคผนวก ค: ประมวลภาพกิจกรรมหมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง	113
- ภาคผนวก ค: ประมวลภาพกิจกรรมหมู่ที่ 12 บ้านท่าเตี๋ย	114
- ภาคผนวก ค: ประมวลภาพกิจกรรมหมู่ที่ 13 บ้านเด่น- บ้านใหม่	115

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา

โรคมะเร็งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2565 รายงานว่าพบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 19.9 ล้านคน และในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 9.7 ล้านคน ซึ่งถือเป็นหนึ่งในหกของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก โรคมะเร็งที่พบบ่อยในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งตับ ขณะที่มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งต่อมไทรอยด์เป็นมะเร็งที่พบบ่อยในเพศหญิง⁽¹⁾

สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเช่นเดียวกับหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย และมีแนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งประเทศไทยปี พ.ศ. 2565 โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ รายงานผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 140,799 คน เป็นเพศชายจำนวน 67,667 คน และเพศหญิง 73,112 คน โดยโรคมะเร็งที่พบบ่อยในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนฮอดจ์กิน ส่วนในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งตับและท่อน้ำดี⁽²⁾

ในช่วงสี่ทศวรรษที่ผ่านมา เกิดการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก จนเกิดผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของประชากรไทย กล่าวคือ ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น การเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อลดน้อยลง ขณะที่การเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โดยสาเหตุสำคัญมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ปัจจุบันทุกประเทศทั่วโลก ให้ความสนใจไปที่ความพยายามในการลดภาวะความรุนแรงของโรคเรื้อรังต่างๆ โดยมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริม ควบคุม ป้องกันปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค สำหรับในประเทศไทย ตั้งแต่ปลายแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8⁽³⁾ แนวโน้มแผนการพัฒนาสุขภาพของประเทศไทยก็ได้มุ่งสร้างเสริมสุขภาพที่ดีในเชิงรุก เน้นการดูแลที่ตัวคนมากกว่ามุ่งเน้นที่ตัวโรค ทำให้เกิดการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างครบวงจร ดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน ลด ละ เลิก พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ป้องกันโรค ก่อนการเจ็บป่วยควบคู่ไปกับการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ของหน่วยงานสาธารณสุขในการควบคุมป้องกันโรค (Disease Prevention Control) ซึ่งให้บริการทั้งตัวบุคคล (Individual Care) อย่างครอบคลุมไปสู่ครอบครัว และชุมชน⁽⁴⁾

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง อันมีพันธกิจ คือ พัฒนางานวิชาการ ถ่ายทอดองค์ความรู้ และให้บริการดูแลรักษาโรคมะเร็งร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน โดยรับผิดชอบเขตบริการสุขภาพที่ 1 จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ ลำปาง ลำพูน แพร่ น่าน แม่ฮ่องสอน พะเยา เชียงใหม่ และเชียงราย ซึ่งสอดคล้องกับหนึ่งในยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลในด้านความเป็นเลิศการส่งเสริมและป้องกันโรคมะเร็ง (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 ในปี 2568 ทางคณะกรรมการดำเนินโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ได้ขยายการดำเนินงานไปอีก 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ และหมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่ โดยกรอบแนวคิดในการทำโครงการ อาศัยหลักวิธีการสำรวจปัญหาในชุมชน (Community Oriented Primary Care) ได้แก่ 1) ทำความรู้จักชุมชน (Community Identify) 2) การวินิจฉัยชุมชน (Community Diagnosis) 3) จัดลำดับความสำคัญของปัญหา (List of Problem) 4) จัดลำดับความสำคัญ (Prioritization) 5) ลงมือทำ (Intervention) 6) ประเมินผล (Evaluation)⁽⁴⁾ และความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ข้อ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 5) ทักษะการจัดการตนเอง (เตือนตนเอง กำกับตนเอง) และ 6) ทักษะการบอกต่อเพื่อการมีสุขภาพดี⁽⁵⁾ ทั้งนี้การจัดโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างชุมชนต้นแบบในการดูแลตัวเอง และปรับปรุงการดำเนินโครงการในอนาคตต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1.2.1 เพื่อศึกษาปัญหาด้านสุขภาพโรคมะเร็งของประชาชนในเขตตำบลพิชัย
- 1.2.2 เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้โรคมะเร็งให้กับชุมชน
- 1.2.3 เพื่อพัฒนารูปแบบต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย

1.3 ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ

ระยะเวลาในการดำเนินการ 1 ปี เริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 30 กันยายน 2568

1.4 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

- 1.4.1 บุคลากรภายนอก ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน, ประธานอสม., อสม., ชาวบ้าน
- 1.4.2 บุคลากรภายใน คือ คณะกรรมการดำเนินโครงการฯ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

จำนวน 23 คน

1.5 พื้นที่เป้าหมาย

ชุมชนต้นแบบนำร่อง 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ และ หมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่ ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาตามโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) ครั้งนี้ คณะผู้จัดทำการศึกษาศึกษาค้นคว้าตำรา 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

2.3 อุบัติการณ์โรคมะเร็ง

2.1 ข้อมูลทั่วไปตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง⁽⁶⁾

2.1.1 ข้อมูลพื้นฐาน

เทศบาลเมืองพิชัยมีสำนักงานตั้งอยู่เลขที่ 999 บ้านต้นมีน 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, ชุมชนบ้านทุ่งกู่

หมู่ที่ 4 ชุมชนบ้านต้นยาง

หมู่ที่ 9 บ้านฝายนอย

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 13,169 คน เป็นชาย 6,125 คน หญิง 7,044 คน มีครัวเรือนทั้งสิ้น 6,712 หลังคาเรือน ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่โดยเฉลี่ย 732 คน / 1 ตารางกิโลเมตร จำนวนประชาชน และหลังคาเรือน แต่ละหมู่บ้านมีดังนี้

ตารางที่ 2.1 จำนวนประชากรในเทศบาลเมืองพิชัยมีประชากร จำแนกรายหมู่บ้าน

หมู่ที่	หมู่บ้าน / ชุมชน	ชาย (คน)	หญิง (คน)	รวมประชากร (คน)
0	ทะเบียนบ้านกลาง	15	15	30
1	บ้านพิชัย	1,045	1,238	2,283
2	บ้านสามัคคี	452	489	941
3	บ้านม่อนเขาแก้ว / บ้านทุ่งกู่	555	612	1,167
4	บ้านต้นยาง	375	441	816
5	บ้านต้นตอง	423	469	892
8	บ้านทรายใต้	428	510	938
9	บ้านฝายน้อย	374	434	808
12	บ้านท่าเตื่อ	396	464	860
13	บ้านใหม่ บ้านเด่น	478	521	999
14	บ้านต้นมีน	764	888	1,652
15	บ้านสันติสุข	820	963	1,783
รวม		6,125	7,044	13,169

หมายเหตุ : ข้อมูล ณ เดือน มกราคม 2568

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 และบ้านสันติสุขบางส่วนอยู่ในเขตผังเมืองรวม

2.1.8 ด้านเศรษฐกิจ

2.1.8.1 โครงสร้างเศรษฐกิจ รายได้ประชากร

ประชากรในพื้นที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเช่นทำนาทำไร่ทำสวนปลูกพืชเศรษฐกิจและเลี้ยงสัตว์รับจ้างรวมถึงอุตสาหกรรมในครัวเรือนซึ่งเป็นอาชีพเสริม คือ การทำภาชนะเครื่องปั้น-ดินเผาในหมู่ที่ 3 และการทำเครื่องจักรสานเครื่องถักในหมู่ที่ 8

2.1.8.2 การเกษตรกรรม

ประชาชนในพื้นที่มักจะมีการปลูกพืชเศรษฐกิจเพื่อส่งขายหรือจำหน่ายในตลาดในท้องถิ่นและตลาดในเขตเมือง

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 13,224 คน เป็นชาย 6,196 คน หญิง 7,028 คน มีครัวเรือนทั้งสิ้น 6,621 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
- ประเพณีการบวชนเณร
- 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) ชยะ

- 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 ซึ่งบรรจุน้ำได้ 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 ได้ทำการคัดเลือกชุมชนต้นแบบนาร่อง 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 โรคมะเร็งท่อน้ำดี

2.2.1 โรคมะเร็งตับ (Cancer of Liver)

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

2.2.1.1 สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งตับ

สาเหตุ และปัจจัยในการเกิดมะเร็งตับในแต่ละภูมิภาค มีความแตกต่างกันโดยโรคนี้จะพบมากในประเทศแถบทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้⁽⁶⁾ สาเหตุและปัจจัยการเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับมีดังต่อไปนี้

(1) โรคตับแข็ง (cirrhosis)

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

(2) การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบ

มะเร็งตับเกิดในผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบร้อยละ 75-80 โดยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบชนิดบีร้อยละ 80 ซึ่งติดต่อได้ 3 ทาง ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบชนิดบีถ่ายทอดทางเลือดเช่นได้รับเลือดจากผู้ที่เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบชนิดบีหรือใช้เข็มฉีดยาร่วมกันและการติดต่อจากแม่ไปสู่ลูกแม่ที่ตั้งครรภ์และเป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบชนิดบีอาจถ่ายทอดไปสู่ลูกได้ส่วนผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบชนิดซีร้อยละ 25-30 พบเป็นสาเหตุของมะเร็งตับที่พบบ่อยในยุโรป สำหรับประเทศไทยพบน้อยมีการติดต่อกลายกับไวรัสตับอักเสบบชนิดบี 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 เท่าเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ดื่มหรือดื่มน้อยกว่า 40 กรัมต่อวัน ซึ่งความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับไม่ลดลงแม้ว่าจะหยุดดื่มแล้วก็ตาม

(4) สารอัลฟลาท็อกซิน (aflatoxin)

อัลฟลาท็อกซินเป็นสารที่สร้างจากเชื้อราบางชนิดเช่นเชื้อราแอสเพอจีริสฟลาวุส (aspergillus flavus) ที่ปนเปื้อนในอาหารที่เก็บไม่ถูกต้อง เช่น ถั่วลิสง ข้าวโพด ข้าวกลอง พริกแห้ง ซึ่งยังมีความชื้นหรือเก็บในที่อับชื้นทำให้เกิดเชื้อราได้สารอัลฟลาท็อกซินเป็นสารก่อมะเร็งโดยจะจับกับดีเอ็นเอของเซลล์ตับทำให้เกิดการกลายพันธุ์จนเกิดโรคมะเร็งตับในที่สุดถ้ามีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบชนิดบีอยู่แล้วไวรัสจะทำให้เกิดการกลายพันธุ์ของตับเป็นระยะตั้งต้นของกระบวนการเกิดโรคมะเร็งส่วนสารอัลฟลาท็อกซินเป็นปัจจัยเสริมทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับสูงขึ้นผู้ที่ตรวจพบสารอัลฟลาท็อกซินในปัสสาวะมีอัตราเสี่ยงในการเกิดมะเร็งตับ 3.8 เท่า และถ้ามีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร่วมด้วยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเป็น 12.5 เท่า

(5) พยาธิใบไม้ในตับ

พยาธิใบไม้ในตับชนิดโอพิทอคิสวิเวอริเน่ (opisthorchis viverrini) พบมีความสัมพันธ์กับมะเร็งตับซึ่งการวิจัยมะเร็งตับขององค์กรระหว่างประเทศ⁽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 และซีสารพิษอะฟลาท็อกซินภาวะธาตุเหล็กสะสมที่ตับโรคทางพันธุกรรมและเมตาบอลิกต่างๆ ฯลฯ พบว่าร้อยละ 80 ของมะเร็งตับเกิดในผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็งในขณะที่อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งตับจากโรคตับอื่นๆ ที่ยังไม่เป็นตับแข็งพบว่าอุบัติการณ์ไม่สูงมากนัก

(2) ผู้ป่วยโรคตับอักเสบริื้อรังที่เกิดจากไวรัสตับอักเสบบีหรือผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีตั้งแต่แรกคลอดหรือวัยเด็กและยังไม่มีโรคตับแข็ง แต่มีความเสี่ยงต่อมะเร็งตับสูงในเพศชายอายุมากกว่า 45 ปีและผู้หญิงอายุมากกว่า 50 ปีและมีประวัติมะเร็งตับในครอบครัว

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

2.2.1.3 ลักษณะทางคลินิก

การเป็นมะเร็งที่เนื้องอกในระยะเริ่มแรกมักไม่มีความเจ็บปวดกว่าที่ผู้ป่วยมะเร็งจะเกิดอาการเจ็บปวดมะเร็งต้องลุกลามมากถึงผิวที่หุ้มตับแล้วเท่านั้นหรือก่อนต้องมีขนาดใหญ่มากทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดอาการไม่สบายที่ตรวจพบได้ผู้ป่วยจึงมาพบแพทย์และสุดท้ายมักพบว่าโรคเป็นมากแล้วทำให้ผลการรักษาไม่ตีอาการของมะเร็งตับมีหลายแบบโดยอาจแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ⁽¹³⁾ ดังนี้

(1) อาการเฉพาะที่เป็นอาการที่เกิดจากก้อนมะเร็งตับมีขนาดใหญ่ เบียดเนื้อเยื่อปกติหรืออวัยวะใกล้เคียงคลำได้ก้อนที่ช่องท้องส่วนบนขวาของร่างกายเกิดอาการจุกแน่นบริเวณท้องด้านขวาบนไม่สบายท้องท้องอืดแน่นหรือปวดท้องถ้ามะเร็งลุกลามไปถึงเยื่อตับ

หากมะเร็งทำลายเนื้อตับมากกว่าร้อยละ 70 จะเกิดอาการตีช้ำนตัวเหลืองตาเหลืองท้องโต มีน้ำในช่องท้องเส้นเลือดขอบบริเวณท้อง

(2) อาการจากการลุกลามแพร่กระจายโรคมะเร็งตับอาจแพร่กระจายไปที่ปอดทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบหรือลุกลามเข้ากระดูกเกิดอาการปวดกระดูก แต่ผู้ป่วยส่วนมากมักเสียชีวิตไปก่อนที่โรคแพร่กระจายไปสู่ส่วนอื่นของร่างกาย

(3) อาการจากพิษของมะเร็งตับอาจปล่อยสารพิษออกมาทำให้เกิดอาการต่างๆหลายประการ 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 เส้นเลือดขดในหลอดอาหาร หรือกระเพาะอาหารโป่งพองอาเจียนเป็นเลือดม้ามโตท้องมานซึ่งเป็นการมีน้ำในช่องท้องจากภาวะตับแข็งเส้นเลือดขดที่หน้าท้องซึ่งเป็นผลมาจากความดันของเส้นเลือดในตับสูงมาจากภาวะตับแข็งบางครั้งที่มีม้ามโตอาจทำลายเม็ดเลือดทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ เกร็ดเลือดต่ำโลหิตจาง นอกจากนั้นการที่ตับเสื่อมซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัย 3 ประการ คือ มะเร็งตับ ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนและภาวะตับแข็งอาจทำให้ระบบแข็งตัวของเลือดในร่างกายเสียไปเพราะตับทำหน้าที่สร้างปัจจัยแข็งตัวของเลือดส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีเลือดออกง่าย⁽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 จึงต้องใช้การตรวจวิธีอื่น 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

แนวทางการตรวจเฝ้าระวังและวินิจฉัยโรคมะเร็งตับในกลุ่มเสี่ยงสูงเมื่อตรวจเฝ้าระวังมะเร็งตับในกลุ่มเสี่ยงโดยการทำ U / S ร่วมกับ AFP หลังพบก้อนในตับให้ปฏิบัติดังนี้

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 วิธีให้วินิจฉัยและให้การรักษาแบบ HCC

2) ผลการตรวจ CT และ MRI เข้าได้กับ HCC เพียงวิธีเดียวหรือไม่เหมือนเลยจากทั้ง 2 วิธีแนะนำทำ FNA และให้การรักษากำผลเป็น HCC ถ้าไม่ใช่ HCC ให้ติดตามทุก 3 เดือนอาจพิจารณา ENA ซ้ำถ้าสงสัย

1.3 U / S พบก้อนขนาดมากกว่า 2 เซนติเมตรและผลการตรวจด้วย 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 เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในระหว่างการตรวจติดตามผลให้ทำ CT หรือ MRI

1) ถ้าไม่พบความผิดปกติให้ตรวจติดตามผล US และ AFP ทุก 3 เดือน

2) ถ้าตรวจพบก้อนให้พิจารณาตามข้อ 1 การตรวจคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งตับ 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) สำหรับในประเทศไทยการรักษาด้วยการเปลี่ยนตับเป็นวิธีที่ยังยากซับซ้อนและต้องอาศัยความชำนาญของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการผ่าตัดพบมีอัตราการรอดชีวิตภายหลังการเปลี่ยนตับ 1 ปีร้อยละ 42 และกลับเป็นซ้ำของมะเร็งตับยังสูง⁽⁹⁾

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

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

5. การให้ยาต้านมะเร็งชนิดน้ำมันผ่านสายสวนเข้าสู่เส้นเลือดเฮพาทิคอาร์เทอร์ที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็ง (transarterial oily chemoembolization: TOCE) เป็นวิธีเดียวกันกับ TACE แต่ผสมยาต้านมะเร็งกับสารที่เป็นน้ำมัน เนื่องจากก้อนมะเร็งตับสามารถจับกับสารที่เป็นน้ำมันไว้ในตับได้นานกว่าน้ำเมื่อนำสารที่เป็นน้ำมันผสมกับยาต้านมะเร็งแล้วฉีดผ่านสายสวนเข้าสู่ก้อนมะเร็งทางเฮพาทิคอาร์เทอร์ยาต้านมะเร็งที่ผสมในน้ำมันจะแตกตัวออกทำลายฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งได้นานเพราะน้ำมันมีความหนืด (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) การรักษาดังกล่าวนี้เป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษาก้อนมะเร็ง ที่มีขนาดเล็กเดี่ยวไม่เกิน 5 เซนติเมตร และไม่กระจายอยู่นอกตับรวมทั้งไม่เป็นโรคตับแข็งที่มีอาการ ท้องมาน หรือตัวตาเหลืองผลการรักษาดังกล่าวพบว่ามีเนื้อเยื่อที่เป็นมะเร็งถูกทำลายเป็นเนื้อตาย ร้อยละ 73 และอัตราการรอดชีวิตหลังรักษา 3 ปีร้อยละ 60-80 (8, 14)

7. การรักษาดังกล่าวด้วยรังสีรักษา (radiotherapy) เป็นการรักษา แบบประคับประคองลดอาการเจ็บปวดจากก้อนมะเร็งตับโดยการฉายรังสีที่ตับโดยตรงปัจจุบัน ไม่นิยมเพราะส่วนใหญ่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา (8, 14)

8. การรักษาดังกล่าวด้วยภูมิคุ้มกัน (immunotherapy) อาศัยหลักว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งมีความบกพร่องภูมิคุ้มกันของร่างกายการให้ยากระตุ้นทีเซลล์ (T-cell) อาจจะช่วยส่งเสริมให้ร่างกายกำจัดเซลล์มะเร็งได้จากการรายงานผลการรักษาไม่เด่นชัดปัจจุบันไม่ได้ใช้ เป็นการรักษาหลักนอกจากให้รวมกับการรักษาวิธีอื่น (8, 14)

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

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งตับยังไม่ทราบแน่นอน แต่เชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับสารก่อมะเร็ง (Carcinogens) การรักษารโรคมะเร็งตับยังไม่มีการรักษาที่ ได้ผลดีเมื่อเทียบกับมะเร็งชนิดอื่นๆ ผลการรักษามะเร็งตับอัตราการอยู่รอดสั้น ดังนั้นการป้องกัน และการตรวจวินิจฉัยมะเร็งตับ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเช่นการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีตั้งแต่เกิด การเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งตับและการตรวจคัดกรองมะเร็งตับในผู้ที่มีความเสี่ยง สูงและการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดมะเร็งตับต้องอาศัย ความรู้ความเข้าใจมีทัศนคติมีพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้องเหมาะสม ตลอดจนหลีกเลี่ยงปัจจัยต่างๆ ที่เสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งตับและเมื่อเจ็บป่วยด้วยมะเร็งตับ ควรได้รับการรักษาดังวิธีที่ถูกต้องมี ประสิทธิภาพเพื่อหวังผลหายขาด หรือยืดชีวิตผู้ป่วย และเพิ่มคุณภาพชีวิตรวมทั้งการป้องกัน ผลแทรกซ้อนของภาวะที่พบร่วมกันจึงจะได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด

2.2.2 โรคมะเร็งเต้านม

2.2.2.1 สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านมเกิดจากเนื้อเยื่อของเต้านมมีการเปลี่ยนแปลง เป็นเซลล์มะเร็ง ซึ่งอาจจะเกิดเป็นมะเร็งเต้านมที่เกิดกับท่อน้ำนม หรือมะเร็งเต้านมที่เกิดกับต่อมน้ำนม มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อย ร่างกายของมนุษย์ประกอบด้วยเซลล์เป็นจำนวนมากปกติเซลล์จะแบ่งตัวตามความต้องการของร่างกาย 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 ต่อมน้ำนมโต ต่อมน้ำเหลืองในช่องท้อง ในช่องอก และ(หรือ) ต่อมน้ำเหลืองเหนือกระดูกไหปลาร้า

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

2.2.2.2 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม

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

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

อาหารและสิ่งแวดล้อมก็มีส่วนสำคัญในการเจริญเติบโตของมะเร็งเต้านม การรับประทานอาหารมากเกินไป และการสูบบุหรี่หรือการได้รับควันบุหรี่ เป็นการเพิ่มความความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมที่สำคัญ 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

($p < 0.05$) (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 ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีโอกาสการเกิดความผิดพลาดของยีนคือ เกิดการกลายพันธุ์ และความผิดพลาดต่างๆบนจีโนมได้บ่อยขึ้น เซลล์ที่แบ่งตัวมาก โอกาสผิดพลาดก็มากขึ้น จนบางครั้งอาจทำให้เกิดการกลายพันธุ์ ขึ้นกับยีนของระบบซ่อมแซม (repairing genes) และถ้าบุคคลนั้นมีการกลายพันธุ์ ที่เป็นชนิดพันธุกรรมถ่ายทอดมาอยู่แล้ว (germline mutation) ก็จะเป็นตัวเร่งให้เซลล์ของเต้านมเกิดการแปรเปลี่ยนสภาพไปเป็นเซลล์มะเร็งได้เร็วยิ่งขึ้น

(2) **อายุเมื่อเริ่มมีรอบเดือน (age at menarche)** ของสตรี มีอิทธิพลต่อฮอร์โมนในร่างกาย และความเสี่ยงต่อมะเร็ง สตรีที่เริ่มมีรอบเดือนเร็ว (คือ เมื่ออายุ 12 ปีหรือน้อยกว่า) และช่วงห่างของแต่ละรอบเดือนปกติมาเร็ว มีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมเกือบสี่เท่าของสตรีที่เริ่มรอบเดือนช้า (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 ทั้งนี้โดยนำปัจจัยร่วมอย่างอื่นมาค่านึงด้วย ได้แก่ อายุมารดา การมีชีวิตร่วม อายุเมื่อมีบุตรคนแรก เป็นต้น

(7) **การมีครรภ์ (pregnancy)** มารดาที่มีบุตรคนแรกเมื่อยังมีอายุน้อยกว่า 20 ปี ลดความเสี่ยงของมะเร็งเต้านมได้ถึง ร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่มีบุตร แต่สตรีที่มีครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี กลับมีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมสูงกว่าสตรีที่ไม่มีบุตร ยิ่งกว่านั้นหากสตรีแท้งบุตรในช่วง 3 เดือนแรกของครรภ์ก่อนที่จะมีบุตรครบเทอมคนแรก 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 ถ้าหากเริ่มรับประทานยาคุมกำเนิดตั้งแต่อ่อนอายุ 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 แบ่งวิธีการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหา มะเร็งเต้านม ออกเป็น 3 วิธี ได้แก่

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

ในประเทศไทยได้รณรงค์ให้หญิงอายุ 35 ปีขึ้นไปทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน โดยมีวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังนี้

1. ระยะเวลาของการตรวจ ตรวจหลังหมดประจำเดือน 3 - 10 วัน
ถ้าหมดประจำเดือนแล้วให้กำหนดวันที่จดจำง่ายและตรวจในวันเดียวกันของทุกเดือน

2. การดูแลการเปลี่ยนแปลงของเต้านมในกระจกเงา โดย

- ปล่อยแขนแนบลำตัว
- ยกแขนขึ้นทั้งสองข้าง
- เท้าเอวพร้อมเกร็งหน้าอก

3. คลำเต้านมขณะนอนราบ

- ยกแขนข้างที่จะตรวจไว้เหนือศีรษะ
- ใช้นิ้วมือขวา 3 นิ้ว (นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง)

ตรวจ เต้านม พร้อมกดเต้านม ให้ลึก 3 ระดับเพื่อค้นหาก้อนหรือความหนาที่ผิดปกติของเต้านมแล้ว
วน 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 ไม่ว่าจะมีความหนาแน่นที่ผิดปกติ (Abnormal Area of density) ก้อน (Mass)หรือ หินปูน (Calcification) ซึ่งจะทำให้เครื่องหมายสิ่งผิดปกติเหล่านั้น 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 ผู้หญิงส่วนใหญ่บอกว่าเจ็บแบบแน่นๆ พอสมควร และไม่มีอันตรายต่อเต้านมจากนั้นถ้าพบความผิดปกติแพทย์จะทำการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ โดยชิ้นเนื้อที่นำออกมานั้นจะถูกส่งไปยังห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาเพื่อดูว่ามีมะเร็งหรือไม่วิธีหลายวิธี ในการนำชิ้นเนื้อไปตรวจ ตั้งแต่การเจาะดูดโดยเข็ม (fine needle aspiration) การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจบางส่วน (core needle biopsy) และตัดทั้งก้อนไปตรวจ (excisional biopsy)

1. การเจาะดูดโดยเข็ม : วิธีนี้แพทย์จะใช้เข็มเล็กๆเจาะเข้าไปในก้อนและดูดเซลล์มาตรวจ ถ้าก้อนนั้นมีน้ำก็จะสามารถดูดน้ำออกมาได้ด้วย

2. การเจาะชิ้นเนื้อไปตรวจบางส่วน : เข็มที่ใช้เจาะจะใหญ่กว่าวิธีแรก และแพทย์จะฉีดยาชา เพื่อให้ชาก่อนทำ วิธีนี้จะได้ชิ้นเนื้อออกมาในปริมาณพอสมควร วิธีนี้ดีตรงที่แพทย์พยาธิวิทยา นอกจากจะดูว่าเซลล์ผิดปกติเป็นมะเร็งหรือไม่ ยังสามารถดูว่ามะเร็งลุกลามออกมาถึงเนื้อเยื่อข้างๆด้วยหรือไม่ 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 การเลือกยาในการรักษามะเร็งนั้น 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 ทำให้เนื้อที่ปอดสำหรับหายใจเหลือน้อยลงหรือก้อนมะเร็งนั้นกดเบียดหลอดลม

- 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 การเอกซเรย์ปอดหรือตรวจเสมหะหาเซลล์มะเร็ง อย่างไรก็ตามมีหลักฐานพบว่า การตรวจทั้ง 3 วิธีดังกล่าวช่วยค้นพบมะเร็งระยะต้นได้มากกว่าประชากรที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง แต่การตรวจพบมะเร็งปอดระยะต้นด้วยวิธีดังกล่าวยังไม่สามารถช่วยให้ประชากรกลุ่มที่ได้รับการตรวจคัดกรอง มีอายุยาวนานกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ตรวจคัดกรอง ผู้รับการตรวจควรได้รับทราบถึงความเสี่ยงของการตรวจคัดกรองมะเร็งปอด และค่าใช้จ่ายที่ตามมาหลังจากได้รับการตรวจคัดกรองแพทย์ประจำตัวท่านสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปอดและความจำเป็นของท่านในการรับการตรวจคัดกรอง

(1) การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปอด

1. การตรวจที่ใช้คัดกรองมะเร็งปอดชนิดต่างๆ

มีการนำการตรวจคัดกรองมาใช้เนื่องจากการตรวจเหล่านี้ช่วยในการวินิจฉัยมะเร็งปอดระยะต้น และลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด อย่างไรก็ตามการวิจัยทางการแพทย์พบว่าการตรวจคัดกรองจะช่วยลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด นักวิทยาศาสตร์ทำการศึกษาคัดกรองที่มีประโยชน์สูงและความเสี่ยงต่ำ การศึกษาเรื่อง การตรวจคัดกรองมะเร็งมีจุดมุ่งหมายเพื่อแสดงให้เห็นว่าการวินิจฉัยมะเร็งปอดได้ในระยะต้นๆ ซึ่งยังไม่มีอาการจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหรือไม่ 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 ซึ่งเราไม่ทราบว่าการได้รับการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นหรือสั้นลง เนื่องจากการรักษามะเร็งมักมีผลข้างเคียง

2.2 ผลลัพธ์จากการตรวจอาจเป็นผลลบหลวง: การตรวจคัดกรองอาจเป็นปกติ ทั้ง ที่อาจเป็นมะเร็งปอด ทำให้คนไข้ รายนั้นไปพบแพทย์เพื่อเริ่มการรักษาช้า

2.3 ผลลัพธ์จากการตรวจอาจเป็นผลบวกหลวง: การตรวจคัดกรองให้ผลผิดปกติ ทั้งที่จริงๆ แล้วเป็นคนปกติดี ผลตรวจคัดกรองเช่นนี้ ทำให้ผู้ตรวจมีความกังวลและต้องทำการตรวจอื่นๆ อีกมากมาย เช่น การตัดเอาชิ้นเนื้อที่สงสัยไปตรวจ การตัดชิ้นเนื้อมีความเสี่ยงที่จะทำให้ปอดแพบได้ 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. การรักษาแบบส่งผลทั่วร่างกาย (Systematic treatment)

เป็นการรักษามะเร็งด้วยการใช้ยาประเภทต่าง ๆ ผ่านทางระบบ ไหลเวียนเลือดของร่างกาย ซึ่งปัจจุบันมีการพัฒนายากลุ่มต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษาตามชนิดของมะเร็ง ประกอบด้วย

2.1 การให้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการให้ยาเพื่อทำลายหรือหยุดยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งซึ่งถือว่าเป็นการรักษาหลักของการรักษาด้วยยาที่ใช้มากที่สุดในการรักษาโรคมะเร็งปัจจุบัน 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 การตรวจหาและให้การรักษาตั้งแต่โรคมะเร็งยังไม่แสดงอาการ เมื่อพบเร็วก็หายขาดได้ การป้องกันระดับนี้ก็คือความหมายของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง

ในปัจจุบันการคัดกรองโรคมะเร็งปอด เราใช้วิธีตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องอกแบบใช้รังสีขนาดต่ำ หรือ Low Dose CT (LDCT) ซึ่งจะให้ภาพ 3 มิติบริเวณปอดที่มีรายละเอียดดี สามารถตรวจพบจุดหรือก้อนเล็ก ๆ ได้ โดยใช้ปริมาณรังสีที่ไม่สูงและไม่ต้อง

ฉีดสารทึบแสง LDCT มีข้อมูลที่ช่วยลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปอดได้ 15-20% เมื่อเปรียบเทียบกับ การทำเอกซเรย์ปอดแบบปกติโดยแนะนำให้ทำปีละ 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 เป็นส่วนหนึ่งของระบบทางเดินอาหารมีลักษณะ เป็นท่อยาว มีผนังประกอบด้วยกล้ามเนื้อ มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 5-8 เซนติเมตร ความยาว ประมาณ 6 ฟุต มีหน้าที่ดูดซึมน้ำจากอาหารที่รับประทานเข้าไป และยังเป็นทีเก็บกากอาหารก่อนที่จะ ขับถ่ายออกจากร่างกายทางทวารหนัก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งเป็นโรคที่เกิดจากการ ผิดปกติของเซลล์ที่แบ่งตัวต่อเนื่อง โดยไม่สามารถควบคุมได้จนกลายเป็นก้อนขนาดใหญ่ เรียกว่า “เนื้องอกมะเร็ง” เมื่อมะเร็งเข้าสู่กระแสเลือด หรือทางเดินน้ำเหลืองและไปปรากฏยังส่วนอื่นๆ ของร่างกายเรียกว่า มะเร็งแพร่กระจาย (Metastasis) มะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นเซลล์มะเร็งของเนื้อเยื่อลำไส้ ใหญ่และลำไส้ตรง ซึ่งชนิดที่พบบ่อยเกิดจากเซลล์เยื่อบุผนังลำไส้มีการเปลี่ยนแปลงและเจริญเติบโต ผิดปกติ กลายเป็นติ่งเนื้อเล็กๆ เรียกว่า โพลิป (Polyp) จากนั้นติ่งเนื้อจะใช้เวลาหนึ่งในการพัฒนา กลายเป็นมะเร็ง การตัดติ่งเนื้องอก (Polyp) ออก สามารถป้องกันไม่ให้ติ่งเนื้อพัฒนาเป็นมะเร็งได้ มะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ไม่ได้รับการรักษาอาจลุกลามทะลุผนังลำไส้หรือแพร่กระจายต่อไปยังตับ ปอด เยื่อบุช่องท้อง สมอง หรือกระดูกได้ ทั้งนี้ การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ : ไม่ว่าจะเป็นส่วนลำไส้ช่วงต้น หรือ ช่วงปลาย ล้วนเรียกว่า “มะเร็งลำไส้ใหญ่” (Colorectal Cancer) โดยทั่วไป มะเร็งลำไส้ใหญ่ พบมากเป็น อันดับ 4 ของสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลก นับเป็นอันดับ 3 ของสาเหตุ การเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย โดยพบมากเป็นอันดับ 3 ในชายไทย พบมากเป็นอันดับ 4 ในหญิงไทย ซึ่งในปัจจุบันมีผู้ป่วยรายใหม่วันละ 12,467 คน (เพศชาย 6,874 คน และเพศหญิง 5,593 คน) พบมากที่สุดในช่วงอายุ 50-70 ปี และพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ครอบครัวที่มีประวัติ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ จะมีความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่กับบุคคลอื่นในครอบครัวด้วย ผู้ที่มีปัญหาการอักเสบของลำไส้ใหญ่เรื้อรัง มีแนวโน้มสูงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภค อาหารที่เหมาะสมและการออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ได้

ด้านอัตราการรอดชีวิต : หากมะเร็งอยู่เฉพาะที่ เยื่อบุผนังลำไส้ : อัตรา รอดชีวิตที่ 5 ปี สูงถึง 70-90% หากมะเร็งกระจายไปที่ ต่อมลำไส้ : อัตรารอดชีวิตที่ 5 ปี สูงถึง

53-72% หรือหากมะเร็งกระจายสู่อวัยวะที่ห่างไกลออกไป : อัตรารอดชีวิตที่ 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. การตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ด้วยภาพเสมือนจริง (Computed tomographic (CT) Colonography) เป็นเทคนิคการตรวจที่ทันสมัย ทำได้โดยการใส่ลมเข้าไปในลำไส้ใหญ่ ทำให้ลำไส้ขยายเห็นรายละเอียดมากที่สุดเท่าที่ทำได้ แล้วเอ็กซเรย์ภาพในลักษณะภาพตัดขวาง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาสร้างภาพสามมิติให้เป็นภาพเสมือนจริงของลักษณะภายในลำไส้ใหญ่เพื่อใช้ดูความผิดปกติ เช่น ติ่งเนื้อ (Polyp) รอยโรคอื่นๆ ที่ปรากฏในลำไส้ใหญ่ เป็นต้น

B. การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Flexible Sigmoidoscopy) การใส่กล้องเข้าไปทางทวารหนักเพื่อตรวจความผิดปกติของลำไส้ตรง (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 ลักษณะก่อนเปลี่ยนเป็น

เส้นแบนคล้ายตั้งแหม

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: ผ่าตัดเออลำไส้ส่วนที่เป็นมะเร็งออก ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัดในมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายจะมีการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสงก่อนหรือหลังผ่าตัด

4. ระยะ 4 ลักษณะของโรค มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ ของร่างกายส่วนใหญ่มักกระจายไปสู่ตับและปอด

การรักษา: ให้ยาเคมีบำบัด และพิจารณาใช้ยามุ่งเป้าร่วมด้วย เพื่อประสิทธิภาพในการรักษาที่ดี ในผู้ป่วยบางรายอาจมีการผ่าตัดร่วมด้วย

(3) แนวทางการรักษา

1. การผ่าตัด (Surgery)

วิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด (Surgery) มีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อเอาก้อนมะเร็งออกจากร่างกายไป โดยศัลยแพทย์จะทำการผ่าตัดเออลำไส้ที่เป็นมะเร็งออกพร้อมต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้เคียง หลังจากนั้นแพทย์จะทำการต่อลำไส้ส่วนที่เหลือเข้าด้วยกันใหม่ ถ้าไม่สามารถต่อลำไส้ส่วนที่เหลือเข้าด้วยกันอาจจะเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางผนังหน้าท้อง เพื่อขับถ่ายอุจจาระเป็นการชั่วคราวหรือแบบถาวร ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับสถานะของผู้ป่วยและก้อนมะเร็งมีการลุกลามไปมากน้อยแค่ไหน การเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางผนังหน้าท้องเป็นการเปลี่ยนทิศทางการเดินทางอาหารที่ถูกขับถ่ายออกจากร่างกาย ซึ่งการเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องนี้ เรียกว่า ทวารเทียม (Colostomy)

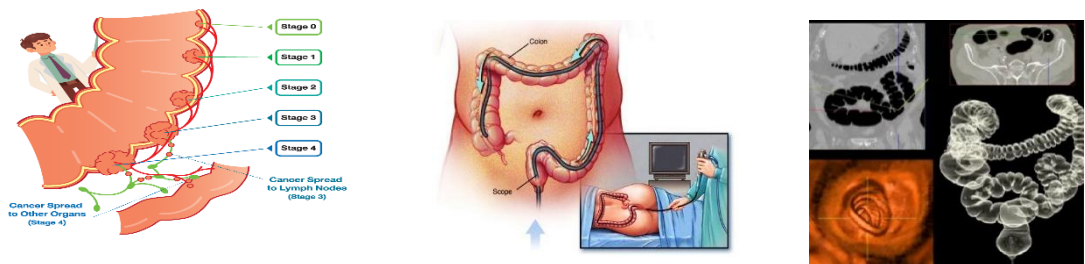
2. การฉายแสง (Radiation Therapy)

เป็นการใช้รังสีพลังงานสูงในการกำจัดเซลล์มะเร็งปกติจะใช้การฉายแสงในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ช่วงก่อนการผ่าตัด เพื่อลดขนาดก้อนมะเร็งทำให้การผ่าตัดง่ายขึ้น และหลังการผ่าตัด เพื่อไปทำลายเซลล์มะเร็งที่ยังคงเหลืออยู่ และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ นิยมให้เคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสง เพื่อให้การรักษาดีขึ้น ปัจจุบันพบว่า การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย สามารถลดการเกิดโรคขึ้นมาใหม่ และลดอัตราการผ่าตัดเออลำไส้ใหญ่มาเปิดไว้ที่หน้าท้อง

3. เคมีบำบัด (Chemotherapy)

ปัจจุบันพบว่า การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย สามารถลดการเกิดโรครื่นซ้ำใหม่ และลดอัตราการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดไว้ที่หน้าท้องในผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่มาก หรือมีมะเร็งแพร่กระจายสู่ต่อมน้ำเหลืองผู้ป่วยมักจะต้องได้รับยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัด เรียกว่า การรักษาเสริมหลังการผ่าตัดเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งที่ยังหลงเหลืออยู่ กรณีนี้เป็นการรักษาเพื่อลดโอกาสของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ รวมถึงช่วยเพิ่มอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วย เรียกรักษาแบบนี้ว่า การรักษาแบบหวังผลหายขาด

นอกจากนี้พบว่า การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย สามารถลดการเกิดโรครื่นซ้ำใหม่ และลดอัตราการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดไว้ที่หน้าท้อง นอกจากนี้ยาเคมีบำบัดยังใช้ในการรักษาหลักในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแพร่กระจายหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับการผ่าตัดได้ การใช้ยาเคมีบำบัดจึงใช้เพื่อหยุดการกระจายตัวของมะเร็งไม่ให้ลุกลามต่อ รวมทั้ง บรรเทาอาการหรือความทรมานจากมะเร็ง เพื่อให้คุณภาพในการดำเนินชีวิตที่ดีที่สุดและเพิ่มอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยได้นานขึ้น เรียกรักษาแบบนี้ว่า การรักษาแบบประคับประคอง



3.1) การบริหารยาเคมีบำบัดมี 2 วิธี

3.1.1) ชนิดฉีดเข้าหลอดเลือด (Intravenous Chemotherapy)

การให้ยาเคมีบำบัดแบบฉีด เป็นวิธีการรักษามาตรฐานในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในปัจจุบัน ปกติแล้วการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะใช้ยามากกว่าหนึ่งชนิดขึ้นไปร่วมกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาการให้ยาจะเป็นรอบๆ โดยแต่ละรอบของการรักษาจะมีระยะพักโดยระยะพักและจำนวนรอบจะขึ้นอยู่กับสูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้ 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) และ ยายับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็ง (Anti-epidermal growth factor receptor) เป็นต้น

3.2.2) การใช้ยา กลุ่มนี้มักให้ร่วมกับการให้เคมีบำบัด เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพในการรักษามากขึ้น โดยพบว่าสามารถช่วยยืดระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่ ช่วยระยะเวลาของการอยู่โดยปราศจากโรค และเพิ่มอัตราการตอบสนองของก้อนมะเร็งได้มากกว่าการให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะเป็นผู้แนะนำว่าผู้ป่วยคนใดจะเหมาะสมกับยาชนิดไหน สิ่งสำคัญที่ต้องทราบคือ การเลือกยาในการรักษามะเร็งนั้น อาจมีความแตกต่างกันในคนไข้แต่ละคน เพราะถึงแม้ว่าคนไข้จะเป็นมะเร็งชนิดเดียวกันแต่ลักษณะการกลายพันธุ์ของเซลล์มะเร็งอาจมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการตรวจหาการกลายพันธุ์ในเซลล์มะเร็งของคนไข้ด้วย การตรวจยีนมะเร็งอย่างครอบคลุม (Comprehensive Genomic Profiling) จะช่วยให้แพทย์และคนไข้สามารถร่วมกันวางแผนการรักษาและเลือกยาที่เหมาะสมที่สุดกับคนไข้ได้อย่างเหมาะสม

3.3) สำหรับอาการข้างเคียงที่สามารถพบได้บ่อยจาก

ยามุ่งเป้า มีดังนี้

3.3.1) ยายับยั้งกระบวนการสร้างเส้นเลือดใหม่ เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะลิ้มเลือดอุดตัน เลือดออกง่าย แผลแยกไม่ติด ภาวะอาหารและลำไส้ทะลุ การมีโปรตีนในปัสสาวะ เป็นต้น

3.3.2) ยายับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็ง 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) ถ้ายูจากระให้เป็นเวลา อย่าปล่อยให้ยูจากระเก่าตกค้างเป็นมลพิษ
- (2) รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เส้นใยสูง และเน้นอาหารสุขภาพ “น้ำตาลต่ำ เกลือต่ำ ไขมันต่ำ และเส้นใยสูง” ลดไขมันสุลลำไส้ใหญ่ จะช่วยลดการเกิดสารพิษในลำไส้

ควรรับประทานผัก เช่น แครอท ผักใบเขียว พักทอง ให้มากขึ้น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไหม้เกรียมซึ่งมีสารก่อมะเร็ง

(3) รักษาน้ำหนักตัว และหมั่นออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ซึ่งพजरจะต้องเดินเร็วขึ้น 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

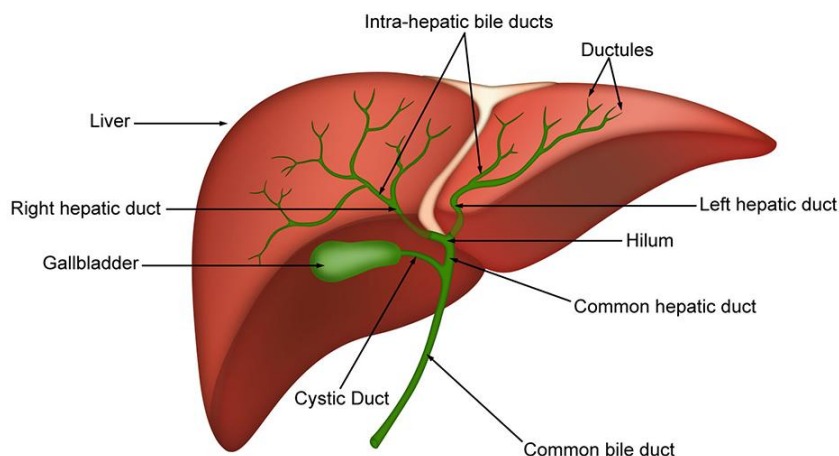
(5) หมั่นสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของสุขภาพ โดยเฉพาะระบบทางเดินอาหาร และระบบลำไส้ เช่น อุจจาระมีมูกเลือด ท้องผูกติดต่อกันบ่อยๆ ท้องเสียสลับท้องผูกบ่อยๆ ท้องอืด ปวดท้อง เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด มีอาการโลหิตจาง ควรไปตรวจมะเร็งลำไส้ทันที

2.2.5 โรคมะเร็งท่อน้ำดี⁽²³⁾

มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma; CCA) คือ มะเร็งของท่อน้ำดีที่ตับ ซึ่งเป็นโรคที่ไม่มีการแสดงอาการ ส่วนใหญ่จะตรวจพบเมื่ออยู่ในระยะที่มีการพัฒนาของมะเร็งเต็มขั้นแล้ว ผู้ป่วยอาจมีสัญญาณและอาการในระยะเริ่มแรกของโรคมะเร็งท่อน้ำดี อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยหลายรายก็ถูกวินิจฉัยให้เป็นลักษณะของโรคอื่น หากมีการตรวจวินิจฉัยพบการเกิดโรคในระยะเริ่มแรกก็ จะสามารถให้รักษาได้ด้วยวิธีการผ่าตัด แต่เนื่องมาจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีมักมีการวินิจฉัยพบเมื่อระยะที่มีการพัฒนาของมะเร็งเต็มขั้นหรือมีการแพร่กระจายแล้ว ดังนั้นการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดจึงไม่สามารถทำได้เสมอไป

2.2.5.1 สาเหตุและที่มาการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

โรคมะเร็งท่อน้ำดี เกิดขึ้นที่บริเวณท่อน้ำดีซึ่งเป็นท่อที่มีความยาว 4-5 นิ้ว ทำหน้าที่ในการระบายของเสียซึ่งก็คือน้ำดีจากตับไปสู่ลำไส้เล็กตอนต้น (Duodenum) องค์กรประกอบของท่อน้ำดีจะประกอบด้วยถุงน้ำดี (Gallbladder) และท่อน้ำดีเล็ก (Ductules) จำนวนมากแต่ละส่วนจะมีชื่อเรียกแตกต่างกัน โดยมีชื่อเรียกรวมกันว่า “ระบบทางเดินน้ำดี” (Biliary system) ซึ่งเริ่มต้นด้วยท่อจำนวนมากมายที่เก็บน้ำดีจากเซลล์ตับ ท่อเล็กๆเหล่านี้จะรวมกันเป็นท่อขนาดใหญ่ กลายเป็นท่อตับกลีบซ้ายและท่อตับกลีบขวา ท่อน้ำดีที่อยู่ภายในตับเรียกว่า Intrahepatic bile duct ซึ่งเป็นท่อที่มีส่วนที่อยู่ภายในตับและเชื่อมต่อกับท่อน้ำดีใหญ่ที่ตับ (common hepatic duct) บริเวณท่อน้ำดีที่ออกจากตับ (Hilum) ส่วนท่อน้ำดีรวม (common bile duct) คือ บริเวณที่ถุงน้ำดีเชื่อมต่อกับท่อขนาดเล็กที่เรียกว่า cystic duct และอยู่ห่างออกไปประมาณหนึ่งในสามตามความยาวท่อน้ำดี โดยท่อนี้จะเชื่อมกับลำไส้เล็กตอนต้นใน ส่วน duodenum ดังรูปประกอบด้านล่าง



มะเร็งท่อน้ำดีสามารถเกิดขึ้นได้ทุกส่วนของท่อน้ำดี ซึ่งทำให้เกิดพยาธิสภาพแตกต่างกันตามบริเวณที่เกิด โดยสามารถแบ่งชนิดของมะเร็งท่อน้ำดีตามบริเวณที่เกิดในท่อน้ำดีได้ 3 ประเภท ดังนี้:

1. มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (Intrahepatic cholangiocarcinoma):

มะเร็งท่อน้ำดีชนิดนี้เกิดขึ้นที่บริเวณแขนงท่อน้ำดีขนาดเล็กที่อยู่ภายในตับ ซึ่งบางครั้งทำให้เกิดความสับสนว่าเป็นมะเร็งตับ

มะเร็งท่อน้ำดีบริเวณท่อน้ำดีที่ออกจากตับ

(Perihilarorhilarcholangiocarcinoma): มะเร็งท่อน้ำดีชนิดนี้เกิดที่ภายนอกตับ ในบริเวณที่ท่อน้ำดีด้านซ้ายและด้านขวามาบรรจบกันที่ด้านนอกของตับ ซึ่งเป็นมะเร็งท่อน้ำดีชนิดที่พบมากที่สุด

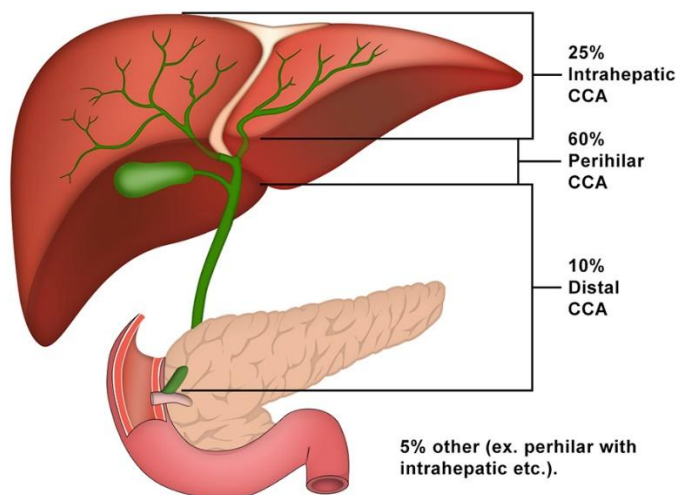
2. มะเร็งท่อน้ำดีบริเวณท่อน้ำดีส่วนปลาย (Distal cholangiocarcinoma):

มะเร็งท่อน้ำดีชนิดนี้เกิดขึ้นที่ท่อน้ำดีภายนอกตับ ในบริเวณส่วนปลายของท่อน้ำดีที่เชื่อมต่อกับลำไส้เล็กตอนต้นในส่วน duodenum

3. มะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (Extrahepaticcholangiocarcinoma):

เนื่องจากบางครั้ง มะเร็งท่อน้ำดีบริเวณท่อน้ำดีที่ออกจากตับและมะเร็งท่อน้ำดีบริเวณท่อน้ำดีส่วนปลาย เป็นมะเร็งท่อน้ำดีที่เกิดขึ้นนอกตับ จึงมักถูกเรียกรวมกันว่าเป็น มะเร็งท่อน้ำดีนอกตับ (Extrahepaticcholangiocarcinoma) นอกจากนี้ มะเร็งท่อน้ำดียังสามารถแบ่งประเภทตามลักษณะเซลล์มะเร็งที่ตรวจพบภายใต้กล้องจุลทรรศน์ได้อีกด้วย

มะเร็งของต่อม (Adenocarcinoma) คือมะเร็งที่สามารถเกิดขึ้นได้ทุกอวัยวะในร่างกาย ซึ่งมะเร็งของต่อมในท่อน้ำดีก็เป็นมะเร็งที่เกิดในต่อมผลิตเยื่อเมือกที่อยู่ภายในท่อน้ำดี



2.2.5.2 ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ปัจจัยเสี่ยง หมายถึง สิ่งใดก็ตามที่เพิ่มโอกาสในการเกิดโรคมะเร็ง การมีปัจจัยเสี่ยงไม่ได้หมายความว่าจะทำให้มีโอกาสเกิดโรคหรือบางกรณีผู้ที่เป็นโรคมักอาจจะมีปัจจัยเสี่ยงนั้นๆเลย ซึ่งในบทความนี้เราจะพุ่งเป้าไปที่การติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับและความสำคัญในการเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

การติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับยังคงมีการระบาดอยู่ในประเทศไทย โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยสาเหตุของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนในแถบนี้เกิดจากพฤติกรรมกรบริโภคปลาดิบหรือปลาที่ไม่ผ่านการปรุงสุก เช่น ปลาจี่, ปลาต้ม ซึ่งอาจจะมีไข่พยาธิปนเปื้อนมา ซึ่งเมื่อคนรับประทานและติดเชื้อพยาธิ พยาธิจะฟักตัวและไปอาศัยอยู่ในท่อน้ำดี ซึ่งสาเหตุนี้คือปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี พยาธิใบไม้ในตับมีหลายชนิด แต่ชนิดที่พบมากในพื้นที่ภาคอีสานของไทยคือชนิดที่เรียกว่า *Opisthorchis viverrini*

ปัจจุบันนี้มียาฆ่าพยาธิ ซึ่งช่วยป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ แต่เมื่อไม่มีการรักษาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับจะนำไปสู่กระบวนการอักเสบและการพัฒนามะเร็งท่อน้ำดี

2.2.5.3 ลักษณะอาการของโรคมะเร็งท่อน้ำดี

มะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่มักไม่มีอาการหรือแสดงอาการใดๆ แต่บางครั้งอาจมีอาการปรากฏให้เห็นได้บ้างและสามารถวินิจฉัยในระยะเริ่มแรกได้ แต่อาการมักจะค่อยๆ รุนแรงมากขึ้น เมื่อมีการอุดตันของท่อน้ำดีจะมีอาการปวดท้องอย่างต่อเนื่องและรุนแรง และทำให้อุจจาระจะมีสีดง ผู้ป่วยมักเหนื่อยง่ายและรู้สึกมีก้อนบริเวณท้อง

อาการเบื้องต้นของโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีลักษณะอาการต่างๆ ดังต่อไปนี้:

(1) **ดีซ่าน (Jaundice)** : ดีซ่าน คือ อาการตัวเหลือง ตาเหลือง อันเกิดเนื่องมาจากมีการอุดตันของท่อน้ำดี ทำให้น้ำดีไม่ระบายออกนอกตับได้ ซึ่งน้ำดีของเหลวที่ขับออก

จากตับซึ่งประกอบด้วยสารที่มีสีเหลืองปนเขียวที่เรียกว่า บิลิรูบิน (Bilirubin) เมื่อบิลิรูบินไหลย้อนกลับไปในกระแสเลือดและคั่งตามส่วนต่างๆในร่างกาย จะทำให้เกิดลักษณะอาการตัวเหลืองตาเหลือง ซึ่งดีซ่านมักพบว่าเป็นอาการเริ่มแรกของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี

(2) **คัน:** บิลิรูบินส่วนเกินที่ผิวหนังจะทำให้เกิดอาการคัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะพบอาการคันร่วมด้วย

(3) **อุจจาระสีซีดมีน้ำมันปน:** บิลิรูบินเป็นองค์ประกอบที่ทำให้เกิดสีในอุจจาระ ดังนั้นเมื่อบิลิรูบินไม่สามารถออกไปสู่ลำไส้เล็กส่วนต้นได้ จึงทำให้อุจจาระของผู้ป่วยมีสีดลง เมื่อก่อนมะเร็งอุดตันการระบายของน้ำดีและน้ำย่อยของตับอ่อนสู่ลำไส้เล็ก ก็จะมีผลทำให้ไม่สามารถย่อยไขมันได้ ซึ่งจะทำให้มีไขมันที่ไม่ถูกย่อยปนออกมากับอุจจาระ อุจจาระจะมีสีซีดและมีน้ำมันปน

(4) **ปัสสาวะสีเข้ม:** เมื่อระดับบิลิรูบินในเลือดสูงขึ้น จะปนออกมากับปัสสาวะซึ่งจะทำให้ปัสสาวะมีสีเข้มขึ้น

(5) **ปวดท้อง:** ในระยะเริ่มแรกมักไม่พบอาการปวดท้อง แต่เมื่อมะเร็งพัฒนาเป็นระยะที่สูงขึ้นจะทำให้เกิดอาการปวดท้อง โดยเฉพาะบริเวณชายโครงด้านขวา

(6) **ความอยากอาหารลดลงและน้ำหนักลด:** ผู้ป่วยมักมีความอยากอาหารลดลงและน้ำหนักตัวลดโดยไม่ทราบสาเหตุ.

(7) **อ่อนเพลีย ไม่มีแรง:** มีอาการเหนื่อยง่าย กล้ามเนื้ออ่อนแรง

(8) **เวียนศีรษะอาเจียน:** เป็นอาการที่พบไม่บ่อยนัก แต่มักพบในคนที่มีการอุดตันของน้ำดี มักพบรวมกับการมีไข้

(9) **มีไข้ ตัวร้อน:** ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี มักพบอาการไข้และตัวร้อนร่วมด้วย มะเร็งท่อน้ำดีมักไม่มีอาการที่จำเพาะ และอาการเบื้องต้นดังที่กล่าวไปแล้วนั้นก็อาจจะเกิดมาจากสาเหตุอื่นๆที่ไม่ใช่มะเร็งท่อน้ำดีได้เช่นกัน ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคนี้ในถุงน้ำดี ก็สามารถเกิดอาการดังกล่าวนี้ได้ ด้วยสาเหตุดังกล่าวนี้ก็อาจจะทำให้การวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดีเกิดความผิดพลาดได้ หากท่านพบอาการผิดปกติดังที่กล่าวมาแล้ว ควรไปพบแพทย์ในเบื้องต้น เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและได้รับการรักษาอย่างทันที่

2.2.5.4 การวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่มักไม่แสดงอาการจนกว่าจะเดินทางมาพบแพทย์ เนื่องจากท่อน้ำดีเป็นอวัยวะที่อยู่ลึกภายในร่างกาย ดังนั้นมะเร็งที่เกิดขึ้นในระยะแรกๆมักไม่สามารถตรวจพบได้ด้วยการตรวจร่างกายทั่วไป และยังไม่มียุทธศาสตร์การตรวจกรองทางเลือดหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆที่น่าเชื่อถือได้ ด้วยเหตุนี้มะเร็งท่อน้ำดีจึงตรวจพบได้ก็ต่อเมื่อมะเร็งมีการเจริญมากพอจนทำให้มีสัญญาณหรืออาการของโรค

แนวทางในการวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีดังนี้:

(1) **การซักประวัติและตรวจร่างกาย:** แพทย์จะทำการซักประวัติทาง การแพทย์อย่างละเอียดกับผู้ป่วยที่อาจมีความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งท่อน้ำดีและเฝ้าติดตามอาการ นอกจากนี้ต้องมีการตรวจร่างกายประกอบกันไปด้วย ซึ่งหากผู้ป่วยมีผลของการตรวจร่างกายที่ชี้ว่า อาจจะเป็นมะเร็งท่อน้ำดี แพทย์จะสั่งทำการตรวจอื่นๆเพิ่มเติม ทั้งการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ, การเอ็กซเรย์ อัลตราซาวด์และการตรวจอื่นๆ

(2) **การตรวจเลือด:** การตรวจการทำงานของตับและถุงน้ำดี: แพทย์อาจจะสั่งให้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาค่าบิลิรูบินในเลือด, ตรวจหาโปรตีนอัลบูมิน, ตรวจหาค่าเอนไซม์ในตับ (อัลคาไลน์ฟอสฟาเตส, AST,ALT และ GGT) รวมทั้งสารอื่นๆในเลือด ซึ่งการทดสอบเหล่านี้สามารถบอกการเกิดโรคของท่อน้ำดี, ถุงน้ำดี หรือตับ ซึ่งหากตรวจพบว่า ปริมาณสารต่างๆเหล่านี้มีค่าอยู่ในระดับที่สูงกว่าปกติ ก็แสดงว่าน่าจะมีการอุดตันของท่อน้ำดี แต่ไม่สามารถบอกสาเหตุของการอุดตันว่าเกิดจากมะเร็งหรือสาเหตุอื่นๆ

(3) **ตัวบ่งชี้มะเร็ง:** ตัวบ่งชี้มะเร็งคือ สารที่สร้างจากเซลล์มะเร็งซึ่งบางครั้งสามารถตรวจพบได้ในเลือด ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่มักพบว่ามียกระดับของสาร CEA และ CA-19-9 ในเลือดสูงขึ้น การมีสารเหล่านี้ในระดับสูงบ่งบอกว่ามีมะเร็งเกิดขึ้นในร่างกาย ซึ่งการทดสอบนี้มีประโยชน์สำหรับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งถ้าหากพบว่ามีสารเหล่านี้ในระดับสูงผู้ที่ เป็นมะเร็งท่อน้ำดี ก็สามารถใช้ประโยชน์จากสารนี้เพื่อเป็นตัวติดตามอาการและ ผลการรักษาในผู้ป่วยได้

(4) **การตรวจด้วยการถ่ายภาพ:**

(4.1) **อัลตราซาวด์ (Ultrasound):** สำหรับการตรวจนี้จะใช้อุปกรณ์ ที่มีลักษณะคล้ายไมโครโฟนขนาดเล็กเป็นตัวตรวจจับและแปลงข้อมูล ซึ่งเรียกว่าตัว transducer ทำหน้าที่ส่งคลื่นเสียงและเก็บเสียงสะท้อนกลับที่เกิดจากกระกระทบของคลื่นเสียงกับอวัยวะภายในร่างกาย โดยคลื่นเสียงสะท้อนกลับนี้จะถูกเปลี่ยนโดยคอมพิวเตอร์ให้เกิดเป็นภาพบนจอแสดงผล

(4.2) **การอัลตราซาวด์ช่องท้อง (Abdominal ultrasound):** วิธีนี้เป็นวิธีที่มีความเจ็บปวดน้อยที่สุด ซึ่งการตรวจโดยวิธีนี้จำเป็นต้องมีขั้นตอนพิเศษ ซึ่งจะให้ผล ชัดเจนในผู้ที่ยังอดอาหารมาแล้วอย่างน้อย 6 ชั่วโมง การอัลตราซาวด์ช่องท้องมักใช้เป็นวิธีแรกในการ วินิจฉัยผู้ที่มีความเสี่ยงจะเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี บางครั้งจะสามารถตรวจพบก้อนมะเร็งที่มีลักษณะ เป็นก้อนกลมในช่องท้องได้ด้วยจากการตรวจด้วยวิธีนี้ การอัลตราซาวด์ช่องท้องยังสามารถทำให้ มองเห็นการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่ตับซึ่งจะพบลักษณะเป็นร่องรอยของก้อนกลมก้อนเดียวหรือ หลายก้อน อันเนื่องมาจากการสะท้อนกลับที่แตกต่างกันของสัญญาณจากการอัลตราซาวด์

(4.3) **การถ่ายภาพรังสีส่วนตัดโดยอาศัยคอมพิวเตอร์ (Computed tomography scan; CT scan):** CT scan จะทำงานโดยอาศัยรังสีเอ็กซเรย์ทำให้เห็นภาพตาม ส่วนตัดขวางของร่างกาย ซึ่งจะได้ภาพหลายจากทุกส่วนของร่างกาย เนื่องจากการถ่ายภาพหมุนไป

ทั่วทุกส่วนของร่างกายคอมพิวเตอร์จะทำหน้าที่รวมภาพแต่ละส่วนของร่างกาย CT scans สามารถใช้ประโยชน์ได้หลากหลาย เช่น ช่วยในการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีโดยแสดงให้เห็นขอบเขตของมะเร็ง และช่วยบอกระยะของโรคมะเร็ง (บอกได้ว่ามะเร็งแพร่กระจายไปไกลเท่าใด)นอกจากนี้ยังสามารถดูอวัยวะที่อยู่ใกล้เคียงท่อน้ำดีได้อีกด้วย (โดย เฉพาะตับ) รวมทั้งต่อมน้ำและอวัยวะอื่นๆที่มะเร็งมีโอกาสแพร่กระจายไปได้ CT scans สามารถใช้เป็นตัวชี้้นำหากต้องมีการเจาะดูชิ้นเนื้อมะเร็งหรือมะเร็งที่แพร่กระจาย

(4.4) การตรวจเอ็กซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance imaging; MRI): MRI สามารถแสดงให้เห็นภาพเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆในร่างกายได้เช่นเดียวกับ CT scan แต่ MRI ใช้คลื่นวิทยุและแม่เหล็กไฟฟ้าซึ่งมีความแรงมากกว่ารังสีเอ็กซเรย์ ซึ่งบางครั้งอาจจะมีการฉีดสารเพิ่มความคมชัดที่เรียกว่า gadolinium เข้าทางหลอดเลือดเพื่อเพิ่มความชัดเจนของภาพ การทำ MRI scan จะช่วยเห็นภาพของท่อน้ำดีและอวัยวะอื่นๆได้ชัดเจนมากขึ้น บางครั้งอาจทำให้สามารถตรวจพบเนื้องอกและมะเร็งระยะเริ่มแรก การทำ MRI scan จะมีความยุ่งยากมากกว่า CT scan เล็กน้อย เนื่องจากต้องใช้เวลานาน มักใช้เวลาเป็นชั่วโมงในการทำหนึ่งครั้ง รวมทั้งต้องเข้าไปอยู่ในอุปกรณ์ที่มีลักษณะเป็นท่อแคบๆ บางครั้งจึงไม่เหมาะสำหรับผู้ที่มีความกลัวที่แคบซึ่งบางครั้งอาจมีการใช้เครื่อง MRI แบบพิเศษแทน

(4.5) การถ่ายภาพรังสีในท่อน้ำดี(Cholangiography) : เป็นวิธีการถ่ายภาพรังสีท่อน้ำดีเพื่อดูว่าเกิดการอุดตันของท่อ, การตีบแคบ หรือมีการขยายของท่อหรือไม่ วิธีนี้จะมีประโยชน์เมื่อมีการอุดตันของท่อน้ำดีเนื่องจากก้อนมะเร็ง และช่วยในการวางแผนเพื่อทำการผ่าตัด ซึ่งการถ่ายภาพรังสีของท่อน้ำดีมีหลากหลายวิธีการ ซึ่งมีข้อดีและข้อเสียแตกต่างกันไป

(4.6) การตรวจหาความผิดปกติของท่อน้ำดีด้วยเครื่อง MRI (Magnetic resonance cholangiopancreatography; MRCP): วิธีนี้เป็นวิธีตรวจที่ไม่สร้างความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย โดยการใช้อุปกรณ์เครื่องมือเดียวกันกับการทำ MRI ซึ่งแพทย์มักเลือกใช้วิธีนี้ในกรณีเพื่อถ่ายภาพท่อน้ำดี

(4.7) การส่องกล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดี (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography; ERCP): การตรวจวิธีนี้ แพทย์จะใช้อุปกรณ์ที่เป็นกล้องที่มีลักษณะเป็นท่อยาวที่เรียกว่า (endoscope) สอดเข้าไปในปาก ผ่านลำคอ หลอดอาหาร และกระเพาะอาหารไปยังลำไส้เล็ก ซึ่งระวางที่ทำการตรวจต้องมีการวางยานอนหลับก่อน แล้วจึงทำการสอดกล้องเข้าไป โดยส่วนปลายของกล้องจะไปสิ้นสุดที่ท่อน้ำดี และจะมีการฉีดสีที่ช่วยเพิ่มความคมชัดผ่านกล้องเข้าไปด้วย เพื่อจะทำให้ภาพของท่อน้ำดีและตับอ่อนมีความคมชัดมากขึ้น และยังทำให้สามารถมองเห็นท่อน้ำดีในกรณีที่มีการตีบแคบหรืออุดตันได้

(4.8) การเอ็กซเรย์ดูภาพท่อน้ำดี (Percutaneous transhepatic cholangiography; PTC): วิธีนี้แพทย์จะทำการแทงเข็มกลวงและบาง ผ่านทางท่อน้ำดีไปยังท่อน้ำดีที่อยู่ในตับ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับยานอนหลับผ่านทางหลอดเลือดดำก่อนที่ทำการตรวจ และให้ยา

ขาดตรงบริเวณที่จะสอดเข็มเข้าไป และทำการฉีดสารเพิ่มความคมชัดเข้าไปด้วย จากนั้นจึงทำการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ตามบริเวณที่สารดังกล่าวนี้ เคลื่อนที่ผ่าน เนื่องจากวิธีนี้เป็นวิธีที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยได้ ดังนั้นแพทย์จะใช้วิธี PTC ก็ต่อเมื่อใช้วิธี ERCP แล้วแต่ได้ผลไม่ชัดเจนหรือไม่สามารถทำได้ด้วยเหตุผลบางประการ

(4.9) การอัลตราซาวด์โดยการนำกล้องเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยโดยผ่านทาง การผ่าตัดขนาดเล็ก (Laparoscopy): Laparoscopy เป็นการผ่าตัดเล็กประเภทหนึ่ง แพทย์ จะทำการสอดท่อขนาดเล็กและบางซึ่งติดกับกล้องวิดีโอขนาดเล็กผ่านช่องที่ทำการผ่าตัดตรงบริเวณ ช่องหน้าท้องเพื่อตรวจดูท่อน้ำดี, ถุงน้ำดี, ตับ และอวัยวะอื่นๆ ในบริเวณนั้น วิธีนี้มักทำในห้องผ่าตัด ในขณะที่ผู้ป่วยถูกวางยาสลบแล้ว Laparoscopy สามารถช่วยแพทย์วางแผนการผ่าตัดหรือการรักษาได้ และสามารถใช้บ่งชี้ระยะของมะเร็ง หากมีความจำเป็นต้องตัดชิ้นเนื้อ แพทย์อาจจะสอด อุปกรณ์ที่ใช้ตัดชิ้นเนื้อเพื่อนำไปตรวจใต้กล้องจุลทรรศน์ วิธีนี้มักทำก่อนการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก เพื่อให้มั่นใจว่ามะเร็งถูกตัดออกอย่างสมบูรณ์

(4.10) การถ่ายภาพรังสีของท่อน้ำดี (Cholangioscopy): การถ่ายภาพรังสีของท่อน้ำดีทำได้โดยวิธี ERCP (ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น) แพทย์จะสอดกล้องที่มีลักษณะ เป็นท่อขนาดเล็กเข้าไปในท่อที่มีขนาดใหญ่กว่าที่ใช้ในวิธี ERCP ซึ่งจะทำให้กล้องสามารถไปยังท่อน้ำดีได้ง่ายขึ้น ซึ่งจะสามารถช่วยให้แพทย์มองเห็นการอุดตัน, ก้อนนิ่ว, ก้อนมะเร็ง หรือสามารถทำการตัดชิ้นเนื้อได้

(4.11) การตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy): การตรวจโดยการถ่ายภาพ (ultrasound, CT or MRI scans, cholangiography เป็นต้น) จะช่วยบอกว่ามีก้อนมะเร็งหรือไม่ แต่บางครั้งการตัดชิ้นเนื้อและนำไปตรวจใต้กล้องจุลทรรศน์จะช่วยทำให้การวินิจฉัยมีความน่าเชื่อถือขึ้น การตัดชิ้นเนื้อเพื่อเก็บตัวอย่างไปทำการวินิจฉัยมีวิธีการหลายวิธี ดังนี้

(4.12) วิธีการตัดชิ้นเนื้อ: การตัดชิ้นเนื้อระหว่างที่ทำการถ่ายภาพรังสีของท่อน้ำดี เมื่อแพทย์ทำการตรวจด้วยวิธี ERCP หรือ PTC แพทย์อาจจะเก็บตัวอย่างน้ำดีไปตรวจระหว่างทำการตรวจเพื่อใช้ตรวจหาเซลล์มะเร็งในน้ำดีเซลล์ท่อน้ำดีและชิ้นส่วนเนื้อเยื่อต่างๆในน้ำดี อาจถูกเก็บเป็นตัวอย่างโดยใช้แปรง แพทย์จะใช้แปรงขนาดเล็ก ที่มีลักษณะยาวและยืดหยุ่นได้ติดเข้าไปกับกล้อง endoscope หรือเข็ม แล้วใช้แปรงนั้นชูดเอาเซลล์และเนื้อเยื่อชิ้นเล็กๆของท่อน้ำดีออกมาโดยการมองผ่านกล้อง

(4.13) การเก็บชิ้นเนื้อโดยใช้เข็ม: การเก็บชิ้นเนื้อด้วยวิธีนี้ แพทย์จะใช้เข็มที่มีลักษณะกลวง บาง แหว่งผ่านผิวหนัง ไปยังก้อนมะเร็งโดยตรง โดยที่ไม่มีการผ่าตัดเพื่อเปิดชั้นผิวหนัง (มีการให้ยาชาก่อนที่จะแทงเข็ม) การแทงเข็มเข้าไปจะใช้การอัลตราซาวด์หรือ CT scan เพื่อดูตำแหน่งที่ถูกต้อง เมื่อเข็มแทงไปถูกบริเวณก้อนมะเร็ง ตัวอย่างจะถูกดูดขึ้นมาผ่านเข็มและส่งไปยังห้องห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจใต้กล้องจุลทรรศน์ ส่วนใหญ่ การเก็บตัวอย่างด้วยวิธีนี้จะใช้เทคนิคที่เรียกว่า fine needle aspiration (FNA) โดยจะใช้เข็มที่บางมาก ๆ ติดกับไซริงก์แล้วดูดเอา

เซลล์ตัวอย่างขึ้นมา แต่บางครั้งการเก็บตัวอย่างด้วยวิธีนี้อาจได้ตัวอย่างไม่เพียงพอต่อการวินิจฉัย ดังนั้น อาจมีการใช้เทคนิคที่เรียกว่า core needle biopsy ซึ่งเป็นการใช้เข็มที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อให้ได้ตัวอย่างที่มากขึ้น

2.2.5.5 ระยะการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

มะเร็งท่อน้ำดีเกือบทุกชนิดมีจุดเริ่มต้นที่เนื้อเยื่อชั้นในสุดของผนังท่อน้ำดี และหลังจากนั้นมะเร็งจึงมีการเจริญออกมาด้านนอกท่อน้ำดี และสามารถแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆของร่างกายผ่านทางกระแสเลือด หรือระบบน้ำเหลือง ซึ่งระบบน้ำเหลืองเป็นระบบหนึ่งของร่างกายที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อการติดเชื้อและการเกิดโรค การกำหนดระยะของโรคเป็นวิธีมาตรฐานของแพทย์ที่จะบอกระยะความรุนแรงของโรคมะเร็ง โดยระบบที่ใช้กำหนดระยะของการเกิดโรคมะเร็งที่ใช้เป็นหลักจะอ้างอิงจากระบบของ American Joint Committee on Cancer หรือ AJCC เป็นระบบที่เรียกว่า TNM

ระบบ TNM ของ AJCC สำหรับการกำหนดระยะการดำเนินโรคสำหรับมะเร็งท่อน้ำดี ประกอบด้วยข้อมูลหลัก 3 อย่าง ดังต่อไปนี้:

(1) T เป็นระบบหลักที่ใช้อธิบายถึงระยะการรุกรานของมะเร็งผ่านผนังท่อน้ำดี รวมทั้งการรุกรานและแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อและอวัยวะส่วนอื่นๆ

(1.1) การจำแนกระยะของโรคในระบบ T:

TX: ยังไม่พบร่องรอยการเกิดโรคของมะเร็งเนื่องจากยังมีการเกิดมะเร็งที่ไม่สมบูรณ์

T0: ยังไม่ปรากฏมะเร็งก่อนแรก

Tis: มีมะเร็งเกิดขึ้นที่ชั้นเยื่อเมือกด้านในสุดของผนังท่อน้ำดี แต่ยังไม่มีการเจริญออกมาข้างชั้นที่อยู่ลึกกว่าของท่อน้ำดี ระยะนี้เรียกอีกอย่างว่า intramucosal carcinoma

T1: มีการเจริญของมะเร็งก่อนเดี่ยวยังเนื้อเยื่อชั้นลึกของผนังท่อน้ำดี แต่ยังคงจำกัดอยู่แค่ในท่อน้ำดี และไม่มีการเจริญแพร่มาถึงหลอดเลือด

T2: แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย:

T2a: มีมะเร็งก่อนเดี่ยวยุติเจริญผ่านผนังท่อน้ำดีเข้ามาถึงหลอดเลือด

T2b: มีมะเร็งสองก้อนหรือมากกว่า ซึ่งอาจมีการเจริญหรืออาจจะไม่มีการเจริญผ่านผนังท่อน้ำดีมายังหลอดเลือด

T3: มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะข้างเคียงเช่น ลำไส้เล็ก, กระเพาะอาหาร, ท่อน้ำดีใหญ่, ผนังหน้าท้อง, กระบังลม หรือต่อมน้ำเหลืองรอบๆหลอดเลือดดำในตับ

T4: มะเร็งมีการแพร่กระจายไปทั่วตับ ไปตามท่อน้ำดี

(2) N เป็นการอธิบายการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง

(2.1) การจำแนกระยะของโรคในระบบ N:

NX: ยังไม่พบร่องรอยของมะเร็งและการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง

N0: มีก้อนมะเร็งแต่ยังไม่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง

N1: มีการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง

(3) M เป็นระบบที่ใช้บอกการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะส่วนอื่นในร่างกาย ซึ่งบริเวณที่มักพบว่าการกระจายของมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่ ได้แก่ ตับ, ผนังหน้าท้อง และปอด

(3.3) การจำแนกระยะของโรคในระบบ M:

M0: ยังไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็งจากท่อน้ำดีไปยังอวัยวะอื่น

M1: มะเร็งมีการแพร่กระจายจากท่อน้ำดีไปยังอวัยวะอื่นๆ

เมื่อมีการจำแนกระยะของโรคตามระบบ T,N,M แล้ว ข้อมูลดังกล่าวนี้จะถูกนำมารวมกันตามกระบวนการที่เรียกว่า การรวมกลุ่มระยะของโรค (Stage grouping) โดยระยะต่างๆถูกจัดเป็นตัวเลข ตั้งแต่ 0 ถึง IV ในระบบเลขโรมัน

Stage 0 (Tis, N0, M0): มะเร็งมีการเจริญที่ชั้นเยื่อเมือกด้านในสุดของท่อน้ำดี (Tis) aและยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง (N0) หรืออวัยวะอื่นๆ (M0)

Stage I (T1, N0, M0): มะเร็งมีการแพร่ไปยังเนื้อเยื่อชั้นลึกของผนังท่อน้ำดี (T1) แต่ไม่มีการลุกลามไปยังหลอดเลือด ไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง (N0) หรืออวัยวะอื่นๆ (M0)

Stage II (T2, N0, M0): มีมะเร็งก้อนเดียวที่มีการเจริญลุกลามไปยังหลอดเลือด (T2a) หรือ มีมะเร็งเกิดขึ้นหลายก้อน (T2b) มะเร็งยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง (N0) หรืออวัยวะอื่นๆ (M0)

Stage III (T3, N0, M0): มะเร็งมีการเจริญลุกลามไปยังเนื้อเยื่อหรืออวัยวะข้างเคียง เช่น ลำไส้เล็กตอนต้น, ลำไส้ใหญ่, กระเพาะอาหาร, ผนังช่องท้อง, กระบังลม, ต่อมน้ำเหลืองรอบๆหลอดเลือดดำในตับ (T3) แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง (N0) หรืออวัยวะอื่นๆ (M0)

Stage IV: แยกออกเป็นสองกลุ่ม ได้แก่:

Stage IVA(T4, N0, M0) OR (Any T, N1, M0): มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปทั่วตับไปตามท่อน้ำดี (T4) หรือ มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง (N1) แต่ยังไม่แพร่กระจายไปที่อวัยวะอื่นๆ (M0)

Stage IVB (Any T, any N, M1): มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (M1) คุณอาจจะเคยได้ยินแพทย์กล่าวถึงระดับของโรคมะเร็งมาบ้าง ซึ่งการกำหนดระดับของโรคมะเร็งหมายถึงการเปรียบเทียบระหว่างเซลล์มะเร็งกับเซลล์ปกติ รวมทั้งยังบ่งบอกถึงความไวในการเจริญของเซลล์มะเร็งและการแพร่กระจาย มะเร็งระดับต่ำ (low grade tumor) คือมะเร็งที่เจริญช้า ในทางตรงข้ามมะเร็งระดับสูง (high grade tumor) คือมะเร็งที่มีการเจริญเร็วกว่าการเปลี่ยนสภาพ (Differentiation) หมายถึง กระบวนการพัฒนาของเซลล์มะเร็ง เซลล์มะเร็งไม่สามารถวัดได้เช่นเดียวกับเซลล์ปกติ ซึ่งคุณอาจจะเคยได้ยินแพทย์พูดถึงมะเร็งระดับหนึ่งและการเปลี่ยนสภาพของมะเร็ง มะเร็งระดับสองคือมะเร็งที่มีการเปลี่ยนสภาพระดับกลาง (moderately differentiated) มะเร็งระดับสามคือมะเร็งที่มีการเปลี่ยนสภาพเลว (poorly differentiated) ส่วนมะเร็งระดับสี่คือมะเร็งที่ไม่มีการเปลี่ยนสภาพของเซลล์ (undifferentiated)

ระดับของมะเร็งท่อน้ำดี:

Grade 1 เซลล์มะเร็งมีลักษณะคล้ายเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดีปกติอย่างมาก ระดับนี้เรียกว่ามะเร็งระดับต่ำ (low grade cancer)

Grade 2 เซลล์มะเร็งมีลักษณะเหมือนเซลล์ผิดปกติเพียงเล็กน้อย ระดับนี้เรียกว่า มะเร็งระดับกลาง (intermediate grade cancer)

Grade 3 เซลล์มะเร็งมีลักษณะเป็นเซลล์ผิดปกติและต่างจากเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดีปกติเป็นอย่างมาก ระดับนี้เรียกว่ามะเร็งระดับสูง (high grade cancer)

Grade 4 เซลล์มะเร็งมีลักษณะของเซลล์ผิดปกติเป็นอย่างมากและไม่สามารถมองออกว่าเป็นเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดี ระดับนี้ก็เรียกว่า มะเร็งระดับสูง เช่นกัน (high grade cancer)

2.2.5.6 แนวทางการรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดี

การรักษามะเร็งท่อน้ำดี ปัจจัยสำคัญของการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษามะเร็งท่อน้ำดีคือขอบเขตของมะเร็ง วิธีการที่ใช้รักษามะเร็งท่อน้ำดีนั้นขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดโรคและขนาดของก้อนมะเร็ง รวมทั้งระยะการแพร่กระจายของมะเร็ง นอกจากนี้ เพศและสุขภาพของตัวผู้ป่วยเองก็เป็นอีกปัจจัยที่ต้องพิจารณาว่าสามารถรักษาโดยการผ่าตัดได้หรือไม่ โดยส่วนใหญ่ทีมแพทย์ผู้รักษาต้องมีการวางแผนการรักษาล่วงหน้า การผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกมาเป็นวิธีการรักษามะเร็งท่อน้ำดีที่มีประสิทธิภาพที่สุด แต่อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดก็ไม่สามารถทำได้ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีทุกราย โดยทั่วไปแล้ว แพทย์จะแบ่งประเภทของมะเร็งตามการรักษาเป็น 2 ประเภทได้แก่

(1) **มะเร็งที่สามารถทำการผ่าตัดได้:** มะเร็งประเภทนี้คือมะเร็งที่แพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกมาได้อย่างสมบูรณ์ โดยอาศัยข้อมูลจากภาพถ่ายและการวินิจฉัยวิธีอื่นๆ มะเร็งที่อยู่ในระยะ 0, I และ II รวมทั้งผู้ป่วยบางคนในระยะ III ของ

ระบบ TNM มีความเป็นไปได้สูงที่จะสามารถผ่าตัดเอามะเร็งออกไปได้ แต่ทั้งนี้ก็ต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่น เช่น ตำแหน่งของก้อนมะเร็งและความพร้อมของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

การผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกอย่างสมบูรณ์นั้นเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด เมื่อแพทย์พิจารณาให้รักษาโดยการผ่าตัด ก็จำเป็นที่จะต้องทำการตรวจระยะการดำเนินโรคก่อนโดยการใช้วิธีส่องกล้องเข้าไปตรวจภายในช่องท้อง (laparoscopy) เพื่อดูว่ามะเร็งมีการแพร่กระจายหรือไม่ ซึ่งถ้าหากมีการแพร่กระจายหรือลุกลามไปแล้วก็จะไม่สามารถทำการผ่าตัดได้ ซึ่งการรักษาด้วยการผ่าตัดจะได้กล่าวรายละเอียดในหัวข้อต่อไป

ประเภทของการผ่าตัดขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขอบเขตของมะเร็ง ถ้าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นก่อนที่จะได้รับการผ่าตัด ก็จำเป็นต้องมีการใช้ขดลวดหรือท่อเพื่อให้มีการระบายของน้ำดี ซึ่งจะช่วยบรรเทาอาการให้ดีขึ้นและอาจจะช่วยให้ผู้ป่วยมีร่างกายที่มีสภาพพร้อมที่จะได้รับการผ่าตัด

Adjuvant chemotherapy คือการให้ยาเคมีบำบัดแก่ผู้ป่วยหลังจากที่ได้รับการผ่าตัด เพื่อลดความเสี่ยงและการกลับมาเกิดซ้ำของมะเร็ง แต่แพทย์ก็ยังไม่สามารถลงความเห็นว่าวิธีจะได้ผลเต็มที่หรือไม่ การให้ยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัดมักจะทำให้เมื่อแพทย์ค่อนข้างมั่นใจว่ามะเร็งที่ทำการผ่าตัดนั้นไม่สามารถผ่าตัดออกมาได้อย่างสมบูรณ์ (อาศัยข้อมูลจากการตรวจชิ้นเนื้อในห่อปฏิบัติการ) ถ้าพบว่ายังมีมะเร็งหลงเหลืออยู่อย่างชัดเจน แพทย์อาจลงความเห็นว่าให้มีการผ่าตัดครั้งที่สองในผู้ป่วยบางราย

แต่ในบางกรณีที่ข้อมูลจากการถ่ายภาพยังไม่ชัดเจนว่ามะเร็งนั้นจะถูกผ่าตัดออกไปอย่างสมบูรณ์หรือไม่ มะเร็งประเภทนี้จะถูกเรียกว่า borderline resectable แพทย์อาจลงความเห็นว่าให้ทำรังสีรักษาหรือให้ยาเคมีบำบัดก่อนรับการผ่าตัดเพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็ง ซึ่งวิธีนี้เรียกว่า neoadjuvant treatment ถึงแม้ว่าวิธีนี้จะมีประโยชน์ต่อการรักษา มะเร็งบางประเภท แต่ก็ยังไม่มีข้อมูลชัดเจนว่าจะได้ผลเต็มที่หรือไม่ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

(2) มะเร็งที่ไม่สามารถผ่าตัดได้: มะเร็งประเภทนี้มีการแพร่กระจายไปไกลหรือเกิดในตำแหน่งที่ไม่สามารถทำการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกได้ โดยมักเป็นมะเร็งที่อยู่ในระยะที่ III หรือ IV หรืออาจเป็นมะเร็งระยะแรก แต่สภาพร่างกายของผู้ป่วยไม่แข็งแรงพอที่จะทำการผ่าตัด ซึ่งมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่จะเป็นชนิดที่ไม่สามารถผ่าตัดได้

ดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น ในผู้ป่วยบางคนที่ยังชี้ชัดไม่ได้ว่าสามารถรักษาด้วยการผ่าตัดมะเร็งได้หรือไม่ จะต้องมีการทำรังสีรักษาเพื่อลดขนาดก้อนมะเร็งก่อนที่จะทำการผ่าตัด ซึ่งจะช่วยให้สามารถทำการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกได้อย่างสมบูรณ์

ในผู้ป่วยบางรายที่แพทย์วินิจฉัยว่ามะเร็งก้อนนั้นสามารถผ่าตัดออกมาได้ แต่เมื่อทำการผ่าตัดแล้วไม่สามารถเอาก้อนมะเร็งออกได้หมด ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการที่มะเร็งมีการแพร่ไปไกลและไม่สามารถมองเห็นได้จากการถ่ายภาพก่อนที่จะทำการผ่าตัด เป็นต้น ในกรณีนี้การผ่าตัดเพื่อเอามะเร็งบางส่วนออกไปและการผ่าตัดอาจทำให้เกิดผลข้างเคียง ดังนั้น

อาจจะต้องทำการรักษาด้วยวิธีการทำ bypass ของท่อน้ำดีเพื่อลดการอุดตันของท่อน้ำดี หรือทำการใส่ขดลวดเพื่อขยายท่อน้ำดีระหว่างทำการผ่าตัด ซึ่งอาจเป็นวิธีการรักษาอีกหนึ่งทางเลือก

ในบางกรณี อาจทำการรักษาด้วยการปลูกถ่ายตับ (ในกรณีที่แพทย์ทำการผ่าตัดเอาตับและท่อน้ำดีออกไปแล้ว) ซึ่งจะมีการให้ยาเคมีบำบัดและรังสีรักษาก่อนเป็นอันดับแรก แต่อย่างไรก็ตามการหาผู้บริจาคตับที่สามารถเข้ากับผู้ป่วยได้ก็ไม่ใช่ว่าเรื่องง่าย

มะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่่มักจะเป็นประเภทที่ไม่สามารถทำการผ่าตัดได้ ดังนั้นในการรักษามะเร็งชนิดนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อที่จะควบคุมไม่ให้มะเร็งเจริญหรือขยายไปมากกว่าเดิมและเพื่อบรรเทาอาการที่เป็นผลจากมะเร็ง

การทำรังสีรักษาและ/หรือการให้ยาเคมีบำบัดอาจช่วยลดขนาดของก้อนมะเร็งหรือชะลอการเจริญของมะเร็งได้ในบางกรณี สำหรับมะเร็งท่อน้ำดีที่เกิดขึ้นภายในตับ การสลายมะเร็งโดยการใช้ความร้อนสูงจากคลื่นความถี่หรือการใช้ความเย็นจัดก็สามารถควบคุมขนาดของมะเร็งได้เช่นกัน แต่อย่างไรก็ตาม ก็ยังพบว่ามะเร็งยังสามารถเกิดซ้ำได้อีกหลังการรักษา

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่การรักษาเพื่อบรรเทาอาการอันเนื่องมาจากมะเร็ง ซึ่งปัญหาหลักที่สำคัญที่พบมากก็คือ การอุดตันของท่อน้ำดี (ซึ่งจะทำให้เกิดดีซ่าน อาการคันและอื่นๆ) และความเจ็บปวด

การอุดตันของท่อน้ำดีสามารถทำการรักษาได้โดยการผ่าตัดหรือวิธีการอื่นๆ ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถผ่าตัดมะเร็งออกได้ การหลีกเลี่ยงการผ่าตัดใหญ่และทำการรักษาด้วยวิธีอื่นน่าจะเป็นทางเลือกในการรักษาที่ดีกว่า ในกรณีที่ผู้ป่วยกำลังเข้ารับการรักษา แต่พบว่าไม่สามารถผ่าตัดมะเร็งออกมาได้การทำ bypass ท่อน้ำดีก็เป็นทางเลือกที่ดีอีกวิธีหนึ่ง หรือในบางกรณีอาจมีการใส่ขดลวดหรือท่อ (stent หรือ catheter) เพื่อช่วยขยายและระบายน้ำดี

แนวทางการรักษาอื่นเพื่อช่วยเปิดท่อน้ำดีที่อุดตันก็คือ การฝังแร่ (Brachytherapy) ซึ่งเป็นการฝังชิ้นส่วนเล็กๆของแร่กัมมันตรังสีเข้าไปในท่อน้ำดีในระยะเวลาสั้นๆ และการทำ photodynamic ซึ่งก็คือการยิงแสงเพื่อไปกระตุ้นยาที่ฉีดเข้าไปในหลอดเลือดดำแล้วใช้กล้อง endoscope ที่ติดตัวกำเนิดแสงที่ปลายกล้องสอดเข้าไปในท่อน้ำดี

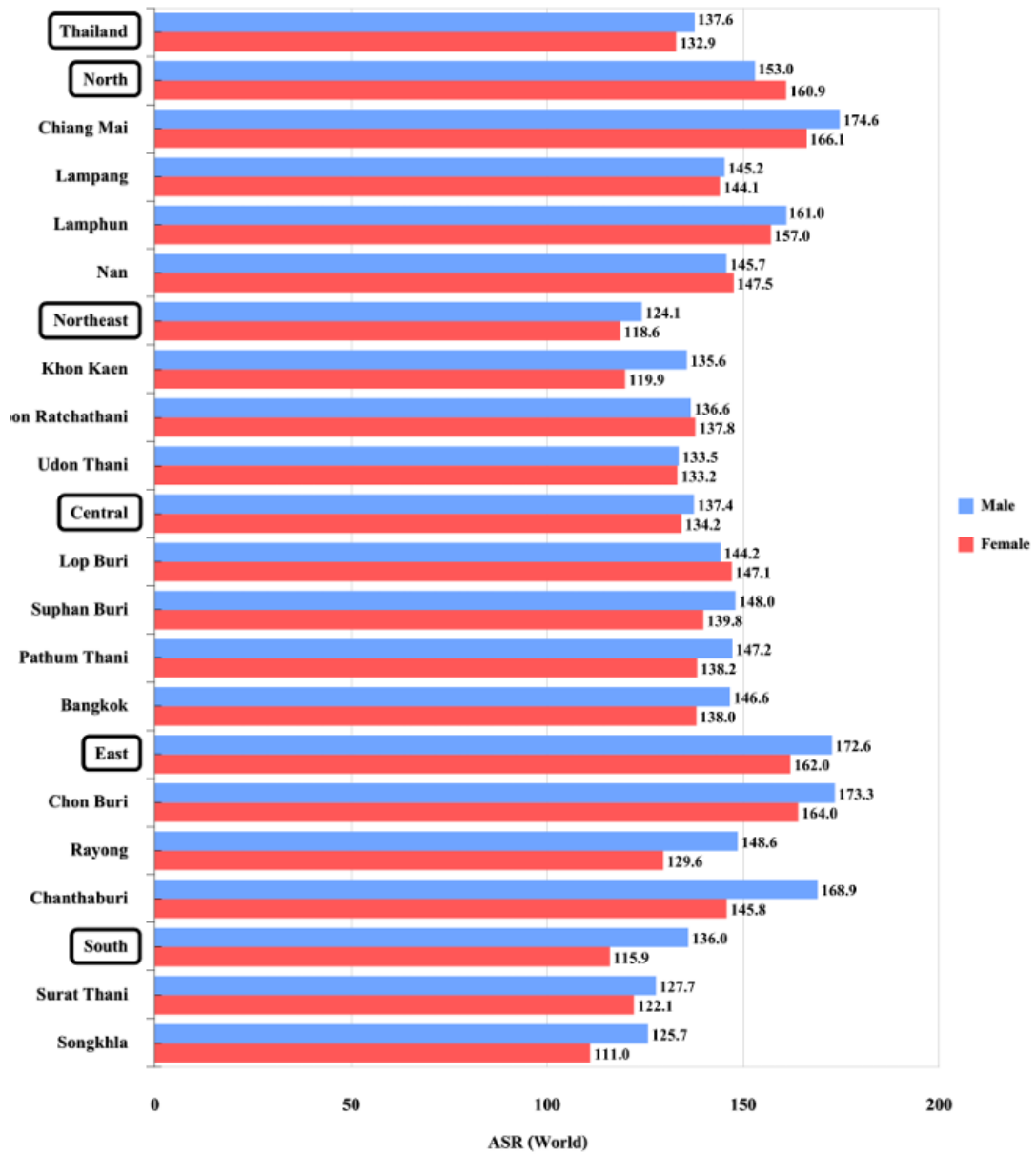
มะเร็งท่อน้ำดีในระยะท้ายอาจก่อให้เกิดความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยควรต้องแจ้งแก่แพทย์ประจำตัวหากมีอาการเจ็บปวด ซึ่งแพทย์อาจจะทำการฉายรังสี, การฉีดแอลกอฮอล์ หรือสลายก้อนมะเร็งที่อยู่ในตับเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ซึ่งแพทย์จะให้การรักษาเพื่อควบคุมและบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยตามความเหมาะสม

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายที่สำคัญที่สุดในการรักษามะเร็ง ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรแจ้งอาการที่เกิดขึ้น, ความเจ็บปวดต่างๆ รวมทั้งคุณภาพชีวิตที่ควรคำนึงถึงแก่ทีมแพทย์ผู้ทำการรักษา

2.3 อุบัติการณ์โรคมะเร็ง

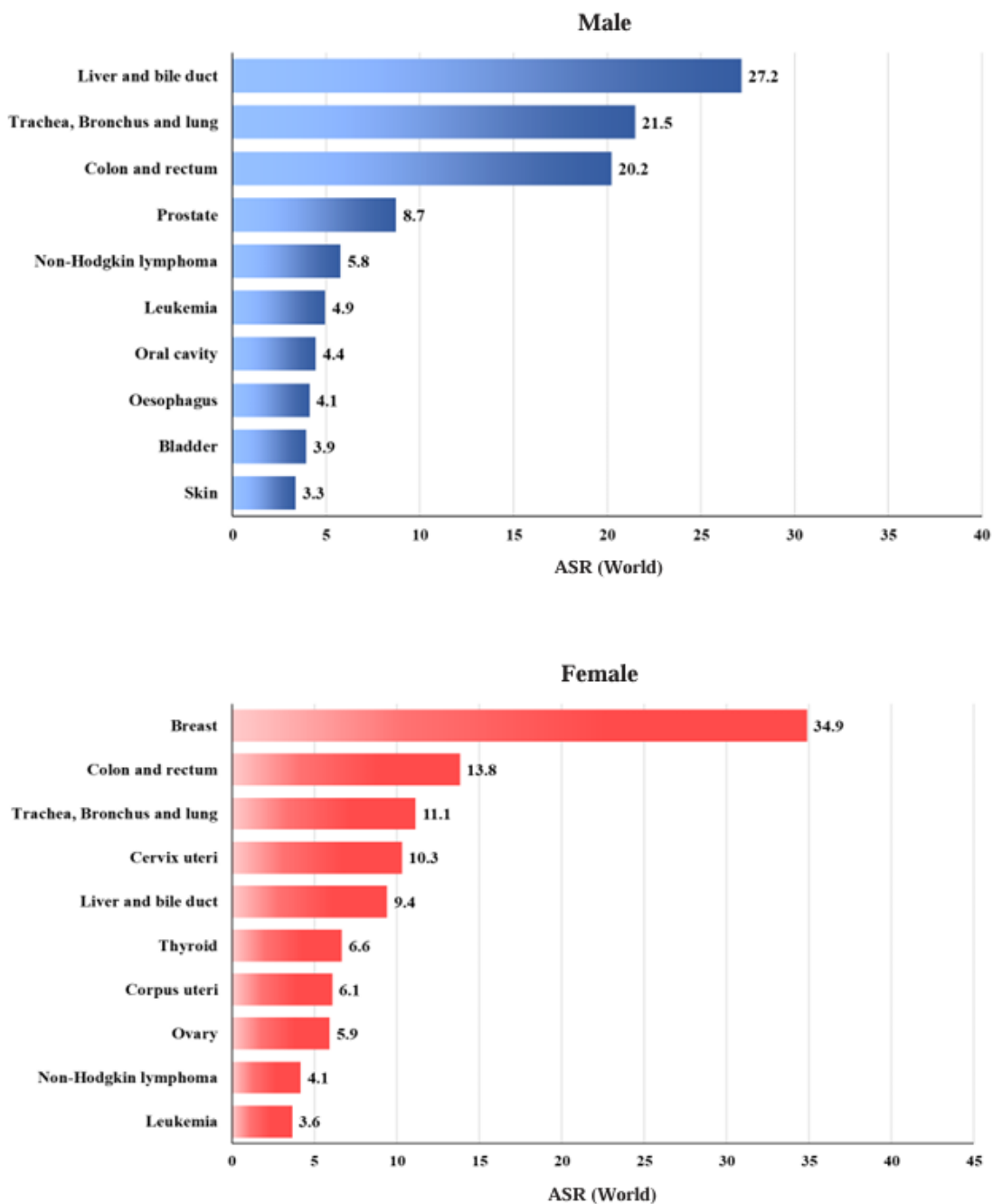
ปัจจุบันสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทย (Cancer in Thailand) ฉบับที่ 9 ซึ่งรวบรวมข้อมูลระหว่างปี 2562 - 2564 พบว่าประเทศไทยมีอัตราอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่ปรับตามโครงสร้างมาตรฐานอายุ หรือ Age-Standardized incidence Rate (ASR) ในเพศชาย คิดเป็น 137.6 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย ในเพศหญิง คิดเป็น 132.9 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย โดยโรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกในคนไทย (เพศชาย) ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนฮอดจ์กิน ส่วนโรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกในคนไทย (เพศหญิง) ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งปากมดลูก⁽²⁴⁾ เช่นเดียวกับสถานการณ์โรคมะเร็งในภาคเหนือ พ.ศ. 2556-2560 จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ในภาคเหนือทั้งหมด 70,222 ราย เพศชายมีค่าอุบัติการณ์เท่ากับ 162.8 ต่อประชากร 100,000 ราย และเพศหญิงมีค่าอุบัติการณ์เท่ากับ 154.9 ต่อประชากร 100,000 ราย โรคมะเร็งที่พบมากในภาคเหนือ 3 อันดับแรกเพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ตามลำดับ สำหรับเพศหญิงที่พบมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด และมะเร็งตับและท่อน้ำดี ตามลำดับ สำหรับสถานการณ์โรคมะเร็งในจังหวัดลำปาง พ.ศ.2556-2560 พบว่า มีค่าเฉลี่ยอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งของจังหวัดลำปางต่อปี เพศชาย เท่ากับ 159.3 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย และในเพศหญิง คิดเป็น 154.1 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย โดยโรคมะเร็งที่พบมาก 3 อันดับแรก เพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง สำหรับเพศหญิง โรคมะเร็งที่พบมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด และมะเร็งตับและท่อน้ำดี⁽²⁵⁾ พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ มารักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง 2,902 ราย เป็นเพศชาย 1,112 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.2 และเป็นเพศหญิง 1,790 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.7 (ข้อมูลจากรายงานสถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ปี พ.ศ. 2566) โดยโรคมะเร็ง 5 อันดับแรกที่พบมากในผู้ป่วยรายใหม่ทั้งชายและหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งตับ และมะเร็งปอด ทั้งนี้เป็นประชากรในหมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง จำนวน 4 ราย โดยพบว่าเสียชีวิตด้วยมะเร็งเต้านม จำนวน 1 ราย มะเร็งตับ จำนวน 1 คน มะเร็งต่อมไทรอยด์ จำนวน 1 คน และมะเร็งริมฝีปาก จำนวน 1 ราย ประชากรในหมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ เสียชีวิตด้วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 1 ราย และประชากรในหมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่ จำนวน 4 ราย โดยพบว่าเสียชีวิตด้วยมะเร็งเต้านม จำนวน 1 ราย มะเร็งปอด จำนวน 1 ราย มะเร็งตับ จำนวน 1 ราย และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 1 ราย

Figure B Mean annual age-standardized incidence rate in Thailand (ASR per 100,000), all sites, 2019-2021



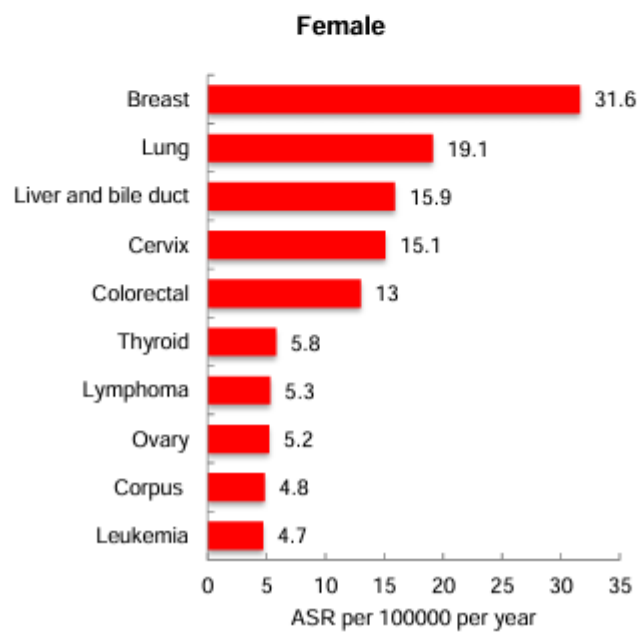
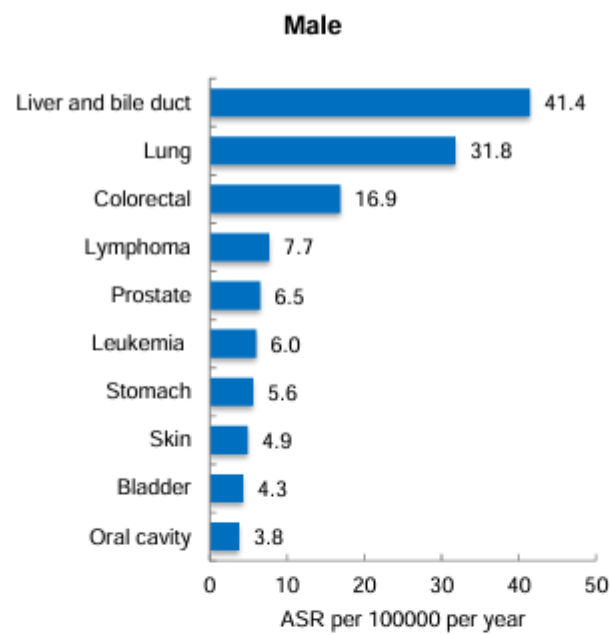
อัตราอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในประเทศไทยที่ปรับตามโครงสร้างมาตรฐานอายุ (ASR)

Figure C Leading cancer in Thailand (mean annual ASR 2019-2021)



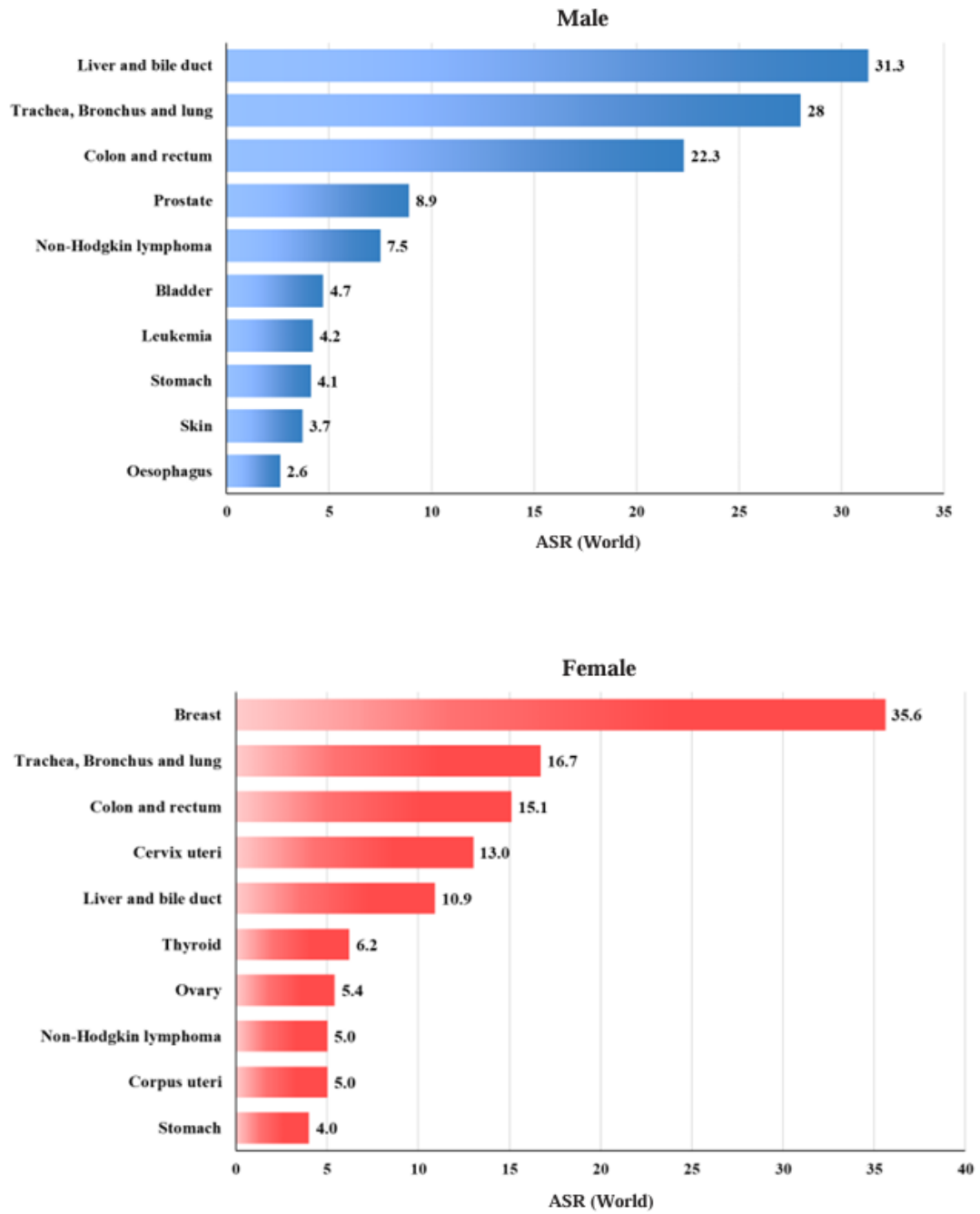
อัตราอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในประเทศไทยที่ปรับตามโครงสร้างมาตรฐานอายุ (ASR)

แยกเพศชายและเพศหญิง



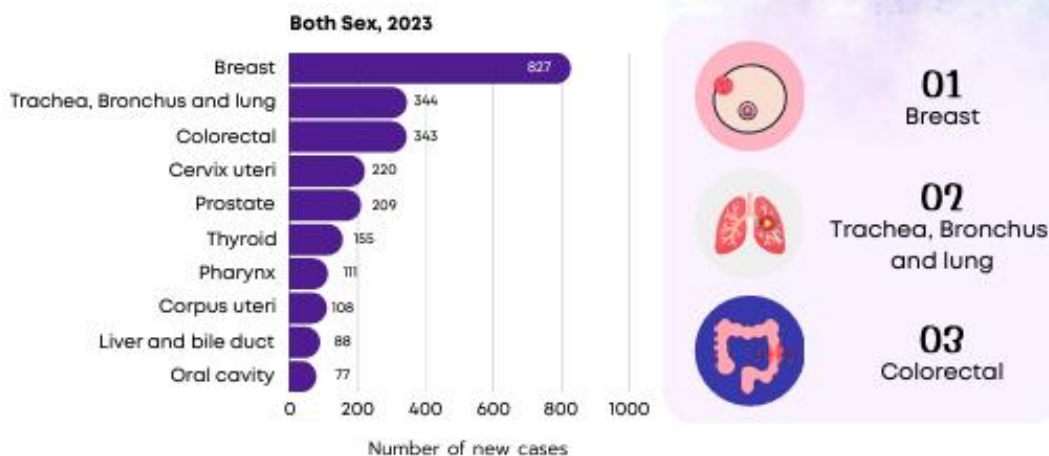
อัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งในภาคเหนือ พ.ศ. 2556-2560

Figure 3.2.1 Leading cancer in Lampang (mean annual ASR 2019-2021)



อัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งในจังหวัดลำปาง พ.ศ. 2562-2564

10 Leading new cancer patients in Lampang Cancer Hospital (Both sex), 2023



Rating	Cancer sites	Number	Percentage
1	C50 Breast	827	28.5
2	C33-34 Trachea, Bronchus and lung	344	11.9
3	C18-20 Colorectal	343	11.8
4	C53 Cervix uteri	220	7.6
5	C61 Prostate	209	7.2
6	C73 Thyroid	155	5.3
7	C09-14 Pharynx	111	3.8
8	C54 Corpus uteri	108	3.7
9	C22,C24 Liver and bile duct	88	3.0
10	C00-06 Oral cavity	77	2.7

อันดับโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยรายใหม่ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง พ.ศ. 2566

2.4 การศึกษาชุมชน⁽²⁷⁾

2.4.1 ความหมายทางวิชาการ

ชยันต์ วรรณระภูติ (2536) ชุมชน หมายถึง การอยู่ร่วมกันของกลุ่มคนจำนวนหนึ่ง ในพื้นที่แห่งหนึ่ง เพื่ออาศัยทรัพยากรธรรมชาติในบริเวณนั้นในการดำรงชีวิต โดยเหตุที่มีคนกลุ่มดังกล่าวอาศัยอยู่ร่วมกัน ใช้ทรัพยากรเพื่อการผลิต จึงมีการกำหนดรูปแบบความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีองค์กรหรือสถาบันของชุมชนและกฎเกณฑ์ต่างๆ

กาญจนา แก้วเทพ (2538) ชุมชน หมายถึง กลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในอาณาเขตบริเวณเดียวกัน มีความความสัมพันธ์ใกล้ชิด มีฐานะและอาชีพที่คล้ายคลึงกัน มีลักษณะของการใช้ชีวิตร่วมกัน มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ตั้งแต่ระดับครอบครัวไปสู่ระดับเครือข่าย จนถึงระดับ

หมู่บ้าน และผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชน มีความรู้สึกว่าเป็นคนชุมชนเดียวกัน นอกจากนี้ ยังมีการดำรงรักษาคุณค่าและมรดกทางวัฒนธรรมและศาสนา ถ่ายทอดไปยังลูกหลานอีกด้วย

ประเวศ วะสี (2541) ชุมชน หมายถึง การที่คนจำนวนหนึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีความพยายามทำอะไรร่วมกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันในการกระทำ รวมถึงการติดต่อสื่อสารกัน

ปาริชาติ วลัยเสถียร (2543) กล่าวถึง ความสำคัญของความเป็นชุมชน ว่าการที่กลุ่มคนได้สร้างสรรค์ บางสิ่งบางอย่างขึ้นด้วยตนเอง เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างกัน คุณลักษณะหรืออัตลักษณ์ และการทำงานร่วมกันความเป็นชุมชนไม่ใช่สิ่งคงที่ อยู่ตลอดเวลา อาจเกิดขึ้นและสลายไปได้ บางขณะก็มีความเข้มแข็งเพื่อเผชิญสถานการณ์ที่ยุ่งยาก บางขณะอาจจะไม่มีพลัง และสูญสลายไปหรืออาจฟื้นตัวขึ้นมาใหม่อีกก็ได้มีการปรับเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและสภาวะแวดล้อมต่างๆ ถ้าดูจากความหมายต่างๆ ลักษณะชุมชน น่าจะมีลักษณะที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1. เป็นการรวมกันของกลุ่มคน (Group of People) ในรูปของกลุ่มสังคม กล่าวคือ สมาชิกมีการปฏิบัติต่อกันทางสังคม หรือมีปฏิริยาโต้ตอบกันทางสังคม (Social Interaction) เอื้ออาทรต่อกันและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน

- มีอาณาบริเวณ (Area) สำหรับเป็นที่อยู่อาศัยหรือประกอบกิจกรรมต่างๆ ของสมาชิกและกลุ่มสังคม ขนาดของชุมชน อาจมีขนาดเล็กจนถึงขนาดใหญ่ ขึ้นอยู่กับจำนวนของสมาชิกในกลุ่มสังคม

- มีการจัดระเบียบทางสังคม (Social Organization) เพื่อควบคุมความสัมพันธ์ของสมาชิกในชุมชน เช่น บรรทัดฐานทางสังคม สถาบันทางสังคม ฯลฯ

- สมาชิกมีความสัมพันธ์กันทางสังคม (Social Relationship) มีการติดต่อสัมพันธ์กัน มีกิจกรรมร่วมกัน มีความสนิทสนมกัน มีความสัมพันธ์กันแบบพบปะกัน มีวิถีชีวิตคล้ายคลึงกัน

- สมาชิกมีวัตถุประสงค์ และเป้าหมายในการดำเนินชีวิต รวมทั้งได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นร่วมกัน

- สมาชิกมีระบบการติดต่อสื่อสารและการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ร่วมกัน

2.4.2 ลักษณะของความเป็นชุมชน

ปาริชาติ วลัยเสถียร แบ่งความเป็นชุมชน 4 ลักษณะ

2.4.2.1 ชุมชนหมู่บ้าน

ชุมชนหมู่บ้านในฐานะหน่วยพื้นฐานแห่งการพึ่งตนเอง ชุมชนไม่ได้อยู่อย่างเอกเทศ โดยไม่มีความสัมพันธ์กับหน่วยอื่น ชุมชนจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานความสัมพันธ์ของผู้คนที่รู้จักกันอย่างใกล้ชิด มีการใช้ประโยชน์ในพื้นที่นั้นร่วมกัน และมีกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิต ระบบความสัมพันธ์เป็นแบบครอบครัวเครือญาติ มีการแลกเปลี่ยน การพึ่งพา รวมทั้งความขัดแย้ง

ชุมชนหมู่บ้านในฐานะในฐานะหน่วยทางการปกครอง เป็นการกระจุกตัวของบ้านหลายๆบ้าน หรือหลายครัวเรือน ในพื้นที่แห่งหนึ่งหรือในระบบนิเวศแห่งหนึ่งและเป็นหน่วยทางสังคมที่เล็กที่สุด ที่ทางราชการกำหนดให้เป็น “หมู่บ้าน” ซึ่งมีความหมายเป็นหน่วยทางการปกครองของราชการ ในความจริงความเป็นชุมชนอาจจะไม่มีในหมู่บ้านหรือดำรงซ้อนอยู่ทั้งหมดหรือบางส่วนของหมู่บ้านก็ได้

2.4.2.2 ชุมชนในฐานะขบวนการทางสังคม (Social Movement)

เกิดจากการวิพากษ์ระบบของภาครัฐ และภาคธุรกิจเอกชน ที่มีบทบาทชี้้นำหรือครอบงำความคิดและทิศทางการพัฒนาของสังคม โดยคนส่วนใหญ่ในสังคมมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในทิศทางและกิจกรรมสาธารณะค่อนข้างน้อย จึงเกิดการเรียกร้องและหรือต้องการอุดหนุนด้วย การส่งเสริมการมีส่วนร่วม และเสริมพลังอำนาจให้กับภาคประชาชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบาย ทิศทางการพัฒนา ในฐานะผู้กระทำ

การรวมตัวของกลุ่มคน โดยการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางเพื่อสร้างพลังในการขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง สำคัญอยู่ที่สำนึกเชิงอุดมการณ์ และกระบวนการในการจัดการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน

ชุมชนในฐานะขบวนการทางสังคม เป็นอุดมการณ์เชิงอำนาจ ที่เกิดจากความสำนึกของคนในสังคมต่อปัญหาสาธารณะหรือปัญหาที่ตนเองร่วมเผชิญอยู่โดยตรง จึงรวมตัวกันเป็นกลุ่มหรือองค์กรและเครือข่าย ประกอบด้วยสมาชิกที่หลากหลาย โดยสมาชิกชุมชนไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด มีคุณลักษณะที่คล้ายกันหรือมีความเป็นแบบเดียวกัน ไม่จำเป็นต้องพบปะหน้าตากันโดยตรง การติดต่อสื่อสารมีหลายรูปแบบ

2.4.2.3 ชุมชนแนวมนุษยนิยม

เป็นแนวคิดของชุมชนในเชิงอุดมคติ ซึ่งมีความคิดว่า ชุมชนต้องก่อเกิดมิตรภาพ ความเอื้ออาทร ความมั่นคงและความผูกพัน มีวัฒนธรรมประเพณีของตนเอง มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (ซึ่งเชื่อว่าเกิดโดยธรรมชาติอยู่แล้ว) โดยรัฐไม่ค่อยเข้ามายุ่งเกี่ยวกับสมาชิกของชุมชนมากนัก

ที่มาของแนวคิดมาจากตะวันตก ที่มองว่าสังคมสมัยใหม่ ทำให้เกิดการสูญเสียความเป็นชุมชน (Sense of Community) เงื่อนไขของสังคมสมัยใหม่ไม่สามารถตอบสนองให้ปัจเจกบุคคลเกิดความมั่นคงเพราะมีขนาดใหญ่ ซับซ้อนเป็นทางการเกินไป รัฐจะเคลื่อนไหวยามของรัฐ เช่น สงคราม หรือการค้ำระหว่างประเทศ

ทางเลือกที่นักคิดแนวนี้เสนอ คือ เรียกร้องให้ชุมชนมีขนาดเล็ก มีโครงสร้างที่แน่นเหนียว เพราะชุมชนขนาดเล็กเท่านั้น จะช่วยฟื้นฟูสภาพความสัมพันธ์ทางสังคมให้ดีขึ้น เพราะจะรับผิดชอบต่อหน่วยที่เล็กที่สุด ชุมชนขนาดเล็กเน้นการกระทำที่เต็มไปด้วยความร่วมมือร่วมใจ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ เป็นสังคมที่คนรู้จักกันอย่างใกล้ชิดสนิทสนม

2.4.2.4 ชุมชนในรูปแบบใหม่ หรือชุมชนเสมือนจริง (Virtual Community)

เกิดขึ้นพร้อมกับการพัฒนาเทคโนโลยีและปัญหาของสังคมสมัยใหม่ ที่ทวีความซับซ้อนและรุนแรงขึ้น การพิจารณาปัญหาและแนวทางแก้ปัญหา ไม่อาจจำกัดอยู่ในปริมาตรของชุมชนที่มีอาณาเขตทางภูมิศาสตร์เล็กๆ ได้เพียงลำพัง

ชุมชนแบบใหม่ มีลักษณะเป็นชุมชนไร้พรมแดน สมาชิกหรือผู้สนใจสามารถเข้าร่วมได้ โดยไม่จำกัดแหล่งที่อยู่ トラบที่ขายเทคโนโลยีทางการสื่อสารครอบคลุมถึง อาจเป็นลักษณะชุมชนทางอากาศ เช่น รายการวิทยุชุมชน ชุมชนเครือข่ายทางอินเทอร์เน็ต สมาชิกไม่จำเป็นต้องอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เดียวกัน

ลักษณะความเป็นชุมชน คือ สายใยหรือข่าย (WEB) ของความสัมพันธ์ทางสังคม มีพลังความยึดโยง สนับสนุนเกื้อกูลกัน โดยมีข่ายทางเทคโนโลยีเป็นตัวเชื่อมโยงความสัมพันธ์และการสื่อสารของผู้คนต่างๆ โดยมีสมาชิกไม่จำกัดเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ เพศ วัย ศาสนา ฐานะทางเศรษฐกิจ ฯลฯ

2.4.2.5 ชุมชนตามแนวคิดทางสังคมวิทยา

ชุมชนตามแนวคิดทางสังคมวิทยา หมายถึง หน่วยทางสังคมและทางกายภาพ ได้แก่ ละแวกบ้าน หมู่บ้าน เมือง มหานคร George Hillery (อ้างถึงใน ปารีชาติ วลัยเสถียร, 2543) ให้ความหมายรวมจากคำจำกัดความของชุมชนว่าชุมชนประกอบด้วย

- อาณาบริเวณทางภูมิศาสตร์ (Geographical area - territorial)
- ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction - Sociological)
- มีความผูกพัน (Common ties - psycho cultural)

อย่างไรก็ตาม มีผู้โต้แย้งวิธีการสรุปหาคำจำกัดความในแบบของ Hillery ว่าจริงๆ แล้วไม่อาจหาคำจำกัดความตายตัวมาอธิบายลักษณะของชุมชนทุกชุมชน เพราะแต่ละชุมชนจะมีความแตกต่างกันออกไป หากพยายามจะหาลักษณะร่วมแล้ว ชาติแท้ ของชุมชนบางชุมชนจะขาดหายไป จากคำจำกัดความอันเป็นคำกลางๆ นั้น ในขณะที่ Poplin (1979, p. 9-18) ได้กล่าวถึงชุมชนใน 3 สถานะ คือ

- ชุมชนในฐานะหน่วยทางภูมิศาสตร์ (Community as a territorial unit)
- ชุมชนในฐานะหน่วยขององค์กรทางสังคม (Community as a unit of Social Organization)
- ชุมชนในฐานะหน่วยทางจิตวิทยาวัฒนธรรม (Community as a Psycho cultural unit)

และได้นิยามแนวคิดและขอบเขตของชุมชนว่า ต้องประกอบด้วยลักษณะ 5 ประการ คือ

- กลุ่มคนที่มาอยู่รวมกันในพื้นที่ หรือบริเวณหนึ่ง (Geo - graphic area)
- สมาชิกมีการติดต่อกันทางสังคม (Social Interaction)
- สมาชิกมีความสัมพันธ์ต่อกันทางสังคม (Social Relationship)

- มีความผูกพันทางด้านจิตใจต่อระบบนิเวศ (Psycho – Ecological Relationship)

- มีกิจกรรมส่วนรวม เพื่อใช้ประโยชน์ (Central activities for utilization)

2.4.3 ความหมายของการศึกษาสังคมและชุมชน

ปาริชาติ วลัยเสถียร “ชุมชนน่าจะได้รับพิจารณาว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน อาจอยู่ในมหาวิทยาลัย โรงเรียน ตลาด โรงงานอุตสาหกรรม คอนโดมิเนียม อินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ต่างๆ ที่ผู้คนสามารถสานสัมพันธ์กันได้ ไม่จำเป็นต้องคิดในระบบเดียวกัน มีขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมแบบเดียวกัน แต่น่าจะเป็นลักษณะของกระบวนการของประชาชนของกลุ่มคนในการปรับตัว เพื่อสร้างรูปแบบความสัมพันธ์หรือวัฒนธรรมทางการเมืองแบบใหม่ ที่ประชาชนหรือกลุ่มคนเหล่านั้นมีสิทธิในการกำหนดโครงสร้าง กฎเกณฑ์ กติกา และการจัดการทรัพยากรของตนเอง และเมื่อหมดภารกิจช่วงนั้น อาจอ่อนตัวหรือสูญสลายไปได้ ขณะเดียวกันก็อาจพลิกฟื้นขึ้นใหม่ได้ด้วย”

พรพิไล เลิศวิชา “ประวัติศาสตร์ท้องถิ่นก่อรูปขึ้นมาช้านาน ก่อนหน้านี้อย่างน้อย ก็หลายร้อยปี ที่เราสามารถสืบได้ด้วยวาจา อย่างในท้องทุ่งภาคกลาง พบว่ามีจำนวนทุ่งใหญ่ๆ ประกอบด้วยหมู่บ้านที่เป็นสมาชิกตั้งแต่ 30 50 80 จนถึงหลายร้อยหมู่บ้าน อยู่หลายทุ่ง ถ้าย้อนไปอ่านหนังสือของไม่เมืองเดิม เขาย้ำเท้าไปตลอดท้องทุ่งภาคกลาง ใช้คำว่า “ชาวทุ่ง” ไม่ใช่ “ชาวบ้าน” คำว่าชาวทุ่งจึงมีความหมายถึงการพึ่งพิงของชุมชนหรือเศรษฐกิจของชุมชนในเขตนี้ ที่มีอยู่ในระดับทุ่ง ไม่ใช่ระดับบ้าน ชาวบ้านทั้งหมด 18 หมู่บ้านนับถือผีทุ่งเดียวกัน ดังนั้น หน่วยในการศึกษาหมู่บ้านภาคกลาง อาจศึกษาเป็นหมู่บ้านก็ได้ แต่ถ้าในระดับการปกครองของรัฐ รัฐบอกว่าถ้าใหญ่กว่าหมู่บ้านก็ให้ไปอยู่ที่ตำบลสำหรับชาวบ้าน เขตปกครองไม่ใช่ตัวชี้วัดว่าพวกเขาจะยืนอยู่ได้หรือไม่ และไม่ใช่ว่าหน่วยที่จะบอกว่า ต้องเกิดเครือข่ายของการทำเศรษฐกิจสังคมร่วมกัน เพราะเขตปกครองกำหนดขึ้นมาจากจำนวนเจ้าหน้าที่ของรัฐ ว่ารัฐมีเจ้าหน้าที่เท่านี้ รัฐก้าวเข้าไปถึงได้เท่านี้”

บำรุง บุญปัญญา (2525) มาจากกรอบแนวคิดในการประเมินผลและตั้งคำถามว่าทำอย่างไรถึงจะเข้าใจเรื่องการศึกษาและกิจกรรมให้ลงไปสู่การสร้างความเข้าใจต่อวิถีชีวิตของชุมชน เป็นการประเมินผลและตีความข้อมูลที่ได้จากชาวบ้าน

ชยันต์ วรรณภูติ (2536) “เป็นการศึกษาและอธิบายอย่างเป็นระบบว่า ชุมชนมีสภาพโดยรวมเป็นอย่างไร มีเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม รูปแบบการผลิตหรือทำมาหากิน มีรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในชุมชนอย่างไร มีการจัดระเบียบสังคมอย่างไร โครงสร้างอำนาจในชุมชนเป็นอย่างไร องค์กรชาวบ้านมีอย่างไร มีปัจจัยหรือมีอิทธิพลจากภายนอก มากเกี่ยวข้องกับเมืองมีความรู้ที่สะสม มีวิธีการ มีศักยภาพในการแก้ปัญหาอย่างไร ปัจจัยอะไรที่มีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทางและรูปแบบความสัมพันธ์ ถ้าสามารถเก็บรวบรวมได้ จะทำให้เข้าใจในการเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลง”

อรพินท์ สพอซ์ชัย (2537) การศึกษาชุมชน คือ การที่นักพัฒนาต้องทำความเข้าใจข้อมูลสภาพหมู่บ้าน ลักษณะภูมิประเทศ ชาวบ้านกลุ่มต่างๆ ผู้นำ ความเชื่อ ศิลปวัฒนธรรม การเมืองระดับหมู่บ้าน ตลอดจนสภาพปัญหาต่างๆ ทั้งนี้ เพื่อเข้าใจชุมชนที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานต่อไป

กาญจนา แก้วเทพ (2538) เปรียบเทียบการศึกษาชุมชนว่า “เปรียบเสมือนเป็นการรู้จักและการทำความเข้าใจกับชีวิตของคนๆหนึ่ง คือ การล่วงรู้ไปในอดีตเขาเคยผ่านร้อน ผ่านหนาวมา เท่าไร อย่างไรบ้าง มีบาดแผลอะไรบ้างจากอดีต มีวิธีการเยียวยาอย่างไร เคยมีความชื่นชมสมหวังอะไรบ้าง กับอดีต ปัจจุบัน มีความทุกข์อะไร มีความหวัง ความปรารถนา ความใฝ่ฝันในอนาคตอย่างไร อะไรทำให้ทุกข์ อะไรทำให้สุข การศึกษาชุมชนก็เป็นไปในทำนองเดียวกัน ที่แตกต่างกันคือ ขณะที่ชีวิตของคนแต่ละรุ่นจะเกิดขึ้นดำรงอยู่แล้วแต่กลับ แต่ชีวิตของชุมชนสามารถจะสืบทอดต่อเนื่องได้ เพราะชีวิตของคนรุ่นใหม่เข้ามาแบกรับชีวิตของชุมชนแทนชีวิตคนรุ่นเก่า”

2.4.4. นัยยะของ คำว่า “การศึกษาชุมชน”

การทำความเข้าใจ การที่คนภายในหรือภายนอก ทำความรู้จักหรือทำความเข้าใจกับชุมชนไม่ว่าจะเป็นไปเพื่อวัตถุประสงค์ใดก็ตาม หรือไม่ว่ากลุ่มคนที่ต้องการทำความเข้าใจจะเป็นนักวิชาการ นักพัฒนา ฯลฯ ซึ่งการทำความเข้าใจถือว่าเป็นขั้นตอนแรกๆ ที่สำคัญในการทำงานกับชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาชุมชนในเชิงวิชาการหรือเพื่องานพัฒนา ซึ่งอาจจะส่งผลทำให้งานการศึกษาชุมชนบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายในขั้นต่อไปหรือไม่

การยอมรับ ในสิ่งที่ชุมชนเป็น และมีความแตกต่างจากชุมชนอื่นๆ เมื่อผู้เข้าไปศึกษาชุมชนทำความเข้าใจกับชุมชนที่ศึกษาแล้ว อาจต้องยอมรับว่าชุมชนแต่ละชุมชนมีความแตกต่างกันทั้งในด้านสภาพแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมือง เพื่อให้เข้าใจลักษณะของแต่ละชุมชนตามบริบทที่เป็นอยู่

การเรียนรู้ เมื่อผู้ที่ศึกษาชุมชนยอมรับในสิ่งที่ชุมชนเป็นอยู่ การเรียนรู้เรื่องราวของชุมชนนั้นๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจง่ายขึ้น การศึกษาชุมชนที่มีประสิทธิภาพอย่างน้อยควรนำมาซึ่งความรู้เรื่องพื้นที่สถานการณ์และสิ่งแวดล้อมรวมทั้งองค์ประกอบต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน

การทำความเข้าใจ การเรียนรู้ชุมชนในด้านต่างๆ จะช่วยสร้างความเข้าใจเรื่องของคนในชุมชนว่ามีแบบแผนในการดำรงชีวิต และการตัดสินใจเรื่องต่างๆอย่างไร เพื่อให้สามารถระบุปัญหา และกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเรื่องต่างๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการทำกิจกรรมต่างๆกับชุมชนอย่างสอดคล้องและลงตัว

การอธิบายอย่างเป็นระบบ ก็คือ การศึกษาชุมชนและการอธิบายถึงสภาพโดยรวมของชุมชนว่าเป็นอย่างไร อธิบายระบบชีวิตทั้งหลายของชุมชนอย่างเป็นองค์รวมและเป็นบูรณาการ การอธิบายจากองค์ประกอบชุมชน มาสู่ภาพรวมในความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างองค์ประกอบต่างๆ เช่น เงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลรูปแบบการผลิต หรือการทำมาหากิน รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกการจัดระเบียบทางสังคม โครงสร้างอำนาจในชุมชน ปัจจัยหรืออิทธิพลจากภายนอก

ที่เกี่ยวข้องกับชุมชนที่กำหนดทิศทางและรูปแบบความสัมพันธ์ ฯลฯ สิ่งต่างๆเหล่านี้จะช่วยทำให้มองเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงและปัญหาของชุมชนที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง

การตีความ ความหมายที่ซ่อนอยู่ นอกจากการศึกษาชุมชนจะมองสภาพภายนอกที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปแล้ว แต่สิ่งที่อยู่ภายในชุมชนไม่ใช่มีแต่เฉพาะสิ่งที่ป็นรูปธรรมที่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่าพฤติกรรมหรือปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนล้วนแล้วแต่มีนัยยะที่แอบแฝงอยู่แทบทั้งสิ้น โดยเฉพาะในเชิงโครงสร้างความสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ ทั้งความสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน ความสัมพันธ์ระหว่างคนกับธรรมชาติ ซึ่งจากข้อมูลที่ได้มาจึงจำเป็นต้องมีการตีความหมายของความสัมพันธ์ที่ซ่อนอยู่

การวิเคราะห์ เป็นกระบวนการหรือขั้นตอนหนึ่งของการศึกษาชุมชน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มา มาวิเคราะห์อธิบายถึงความสัมพันธ์ในภาพรวม รวมทั้งบริบทต่างๆที่เกี่ยวข้อง อธิบายถึงปัจจัยและสาเหตุต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกที่ทำให้ชุมชน เป็นแบบนั้น อาจจะดูการปรับตัว/ความเคลื่อนไหวของชุมชน ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปัจจุบันว่ามีปัญหาอะไรบ้าง ชุมชนมีกระบวนการแก้ปัญหาของตนเองอย่างไรบ้าง

การประเมินผล เมื่อผ่านกระบวนการวิเคราะห์ในภาพรวม รวมถึงการมองเห็นปัญหา ตลอดจนกระบวนการใช้ภูมิปัญญาของชุมชนในการแก้ปัญหาต่างๆ ใดๆ และกระบวนการแก้ปัญหาต่างๆ เหล่านั้นทำให้ชุมชนเป็นอย่างไร ประสบผลสำเร็จหรือไม่ อย่างไร ที่ผ่านมามีชุมชนเกิดกระบวนการเรียนรู้เรื่องใดบ้าง

2.4.5 ความสำคัญของการศึกษาชุมชน

อานันท์ กาญจนพันธุ์ ได้แสดงความคิดเห็นถึงความสำคัญของการศึกษาชุมชนว่า ชุมชนมีหลายองค์ประกอบ หลายมิติ หลายด้าน

- ชุมชนสะท้อนลักษณะหรือสภาพของธรรมชาติความเป็นมนุษย์
- ชุมชนสามารถอธิบายว่าอะไรคือคุณค่า อะไรคือเกณฑ์ที่ทำให้เราสามารถอยู่ร่วมกัน
- ชุมชนเป็นเรื่องของการสร้างพื้นที่ (หน่วยความสัมพันธ์) ที่เรายืนอยู่ในฐานะที่เป็นมนุษย์ในสังคม

- ชุมชนเป็นเรื่องของการสร้างทุนทางสังคม

กาญจนา แก้วเทพ ได้กล่าวถึงความสำคัญของการศึกษาชุมชนไว้อย่างน่าสนใจ ดังนี้

- ประสบการณ์งานพัฒนาในอดีต ยึดหลักการทำงานแบบบนลงล่าง โดยมีความเชื่อว่าประชาชนนั้นว่างเปล่า องค์กรพัฒนาจากภายนอก จะต้องนำทรัพยากรทุกชนิดเข้าไปให้ (แนวคิดงบประมาณ บุคลากร ความรู้ แนวทางการทำงาน การจัดองค์กร ฯลฯ)

- เมื่อมีการปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์การพัฒนาจากการนำความรู้จากภายนอกเข้าไป แทนที่ความรู้จากภายใน มาเป็นการประสานความรู้ทั้งจากภายนอกและภายใน เข้าด้วยกัน ต้องเผชิญปัญหาว่าจะเริ่มต้น จากการถือเอาชาวบ้านและชุมชนเป็นตัวตั้งอย่างไร

- การเป็นชุมชนทำให้เรารู้ว่า สิ่งที่ชุมชนมีอยู่นั้นคืออะไร มีเหลืออยู่มากน้อยแค่ไหน อะไรเป็นคุณ อะไรเป็นโทษ อะไรเหมาะสมกับกาลสมัย หรืออะไรที่ล้าสมัยไปแล้ว

งานพัฒนาชุมชน เป็นงานที่มุ่งทำกับคน คือมุ่งพัฒนาแนวความคิด ขีดความสามารถของคน ให้มีประสิทธิภาพในการประกอบการต่างๆ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง งานพัฒนาชุมชนเป็นการพัฒนามาตรธรรม เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนารูปธรรม

เมื่องานพัฒนาชุมชนมุ่งการทำงานกับคน ความจำเป็นของการมีข้อมูลที่บอกถึง ทัศนคติ ความรู้สึกนึกคิด ความต้องการ และแนวโน้มการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของคนในชุมชน จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง มิฉะนั้นแล้วจะไม่สามารถพัฒนาคนบนพื้นฐานความต้องการอันแท้จริงของคนได้ ยิ่งไปกว่านั้นคนยังมีความต้องการและแนวโน้มเปลี่ยนแปลงความต้องการในด้านวัตถุอยู่เสมอ ความจำเป็นในการศึกษาชุมชนเกี่ยวกับวัตถุต่างๆ ของชุมชนจึงมีความสำคัญอย่างมากสำหรับการวางแผน และวางโครงการดำเนินงานพัฒนาชุมชน

การศึกษาชุมชนมีความสำคัญอย่างไร ขอให้พิจารณาจากคำสอน หรือคำกล่าวหรือกระบวนการต่อไปนี้

อริยสัจจ 4 ของพระพุทธเจ้า

1. ทุกข์ คือความทุกข์
2. สมุทัย คือเหตุแห่งการเกิดทุกข์
3. นิโรธ คือการดับทุกข์
4. มรรค คือวิธีการดับทุกข์

จากอริยสัจจ 4 ของพระพุทธเจ้า ความทุกข์ ก็คือปัญหา การที่จะทราบว่าชุมชนมีปัญหาอะไรบ้าง ก็ต้องได้จากการศึกษาชุมชนหรือสำรวจชุมชน เมื่อรู้ปัญหา สาเหตุของปัญหา (สมุทัย) จึงกำหนดเป็นแผนงานโครงการหรือกิจกรรม (นิโรธ) และดำเนินการตามโครงการ (มรรค)

คำกล่าวของประธานาธิบดี อับราฮัมลินคอล์น

“If we could know, Where we are now, and Where we ought to go, We could better judge What to do and How to do it”

จากคำกล่าวเพียงสั้นๆ แต่กินความหมายลึกซึ้งในความสำเร็จของการสำรวจข้อมูล เราจะรู้ว่าเราอยู่ที่ไหน และควรจะไปไหนก็ต่อเมื่อเรามีข้อมูลที่จะบอกให้เราทราบได้เท่านั้น ถ้าปราศจากข้อมูลเราจะไม่ทราบอะไรเลย

กระบวนการพัฒนาชุมชน (Community Development Process)

1. การศึกษาชุมชน
2. การให้การศึกษาแก่ชุมชน
3. การวางแผน/โครงการ
4. การดำเนินงานตามแผน/โครงการ

5. การติดตามและประเมินผล

จะเห็นว่าการศึกษาชุมชนเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพัฒนาชุมชน
กระบวนการแก้ไขปัญหา (Problem Solving Process)

1. การศึกษาข้อมูล
2. การวิเคราะห์ข้อมูล
3. การวางแผน/โครงการ
4. การดำเนินงานตามแผน/โครงการ
5. การติดตามและประเมินผล

การศึกษาข้อมูล ก็คือการศึกษาชุมชน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลมาสรุปวิเคราะห์ เพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนงานโครงการ การตัดสินใจ และการประเมินผลการพัฒนา ตามกระบวนการแก้ปัญหานั้นเอง

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกระบวนการพัฒนาชุมชนกับกระบวนการแก้ไขปัญหา ก็จะพบว่า ทั้ง 2 กระบวนการมีขั้นตอนที่ 3-5 เหมือนกัน ความแตกต่างอยู่ในขั้นตอนที่ 1 และ 2 เพราะกระบวนการทำงานตามขั้นตอนที่ 1 และ 2 ของกระบวนการพัฒนาชุมชนนั้น โดยเริ่มจากการศึกษาชุมชน จนรู้จักชุมชนดีทุกๆ ด้าน ซึ่งต้องรวมถึงการเก็บและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย แล้วจึงไปทำให้ประชาชนรู้และเข้าใจชุมชนของเขาเอง ทั้งในด้านปัญหาความต้องการและศักยภาพของชุมชนเอง แล้วเกิดความตระหนัก ในปัญหาความต้องการของชุมชน เพื่อจะได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา เพราะเมื่อเกิดความตระหนัก ก็จะตัดสินใจเข้าร่วมลงมือแก้ปัญหาหรือพัฒนาร่วมกัน

ผู้นำชุมชนหรือนักพัฒนาต้องสร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นกับประชาชน เพราะปัญหาของชุมชนต้องแก้ด้วยความร่วมมือร่วมใจของประชาชนเองจึงจะสำเร็จ และจะทำให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้ความเอื้ออาทรต่อกัน และความคิดความมั่นใจที่จะพึ่งตนเอง ซึ่งสุดท้ายจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนได้

ในขั้นตอนที่ 1 และ 2 ของกระบวนการพัฒนาชุมชน ประชาชนและผู้นำชุมชน หรือนักพัฒนาจะเข้าใจปัญหา แล้วจึงไปวางแผนดำเนินการและติดตามประเมินผล ในขั้นต่อไป

แต่ถ้าหากชุมชนเป็นผู้ศึกษาชุมชนเองตามขั้นตอนที่ 1 ของกระบวนการพัฒนาชุมชน ก็ไม่ต้องมีขั้นตอนที่ 2 เพราะประชาชนจะทราบหรือตระหนักในข้อเท็จจริงที่ค้นพบด้วยตนเอง เมื่อทำการศึกษาชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลชุมชนเสร็จ

ดังนั้น การศึกษาชุมชน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาชุมชนและการแก้ไขปัญหาของชุมชน

2.4.6 ประเภทของการศึกษาชุมชน

2.4.6.1 จำแนกตามวัตถุประสงค์ของการนำความรู้ไปใช้

- ศึกษาชุมชนแบบหาความรู้พื้นฐานทั่วไป หาข้อมูลทั่วไปของชุมชน

- ศึกษาแบบทดสอบความรู้เดิม เช่น ทฤษฎีสังคมไทยมีโครงสร้างหลวม
- ศึกษาเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ เช่น ตัวชี้วัดความเข้มแข็งของชุมชน
- ศึกษาเพื่อหารูปแบบจำลอง (Model) ไปใช้ในงานพัฒนา

2.4.6.2 จำแนกตามเนื้อหาข้อมูลที่จะนำไปใช้

- การศึกษาข้อมูลโดยละเอียด เพื่อประโยชน์ในการวางแผนในอนาคตระยะยาว เป็นแนวทางในการพัฒนา
- การศึกษาข้อมูลเฉพาะหรือข้อมูลคร่าวๆ เพื่อการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าหรือประเด็นเร่งด่วนนำไปลงมือปฏิบัติงานพัฒนาทันที

2.4.6.3 จำแนกตามวิธีการเก็บข้อมูล

- เก็บข้อมูลจากเอกสารหรืองานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว (ข้อมูลทุติยภูมิ)
- เก็บข้อมูลชุมชนแบบสำรวจเชิงปริมาณ เช่น การใช้แบบสอบถาม
- เก็บข้อมูลแบบมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิด เช่น ใช้สัมภาษณ์แบบเจาะลึกสังเกตการณ์อย่างต่อเนื่อง
- เก็บข้อมูลชุมชนแบบเชิงลึก (เชิงคุณภาพ) ใช้ชีวิตเสมือนเป็นส่วนหนึ่งของพื้นที่ที่ศึกษา ผังตัวอยู่ในชุมชน

2.4.6.4 จำแนกตามการวิเคราะห์ข้อมูล

- การศึกษาชุมชนเชิงปริมาณ ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ
- การศึกษาชุมชนเชิงคุณภาพ ใช้การพรรณนาโดยละเอียดรวมทั้งตีความระบบสัญลักษณ์ต่างๆ

2.4.6.5 จำแนกตามมุมมองและทัศนคติของผู้ศึกษา

- การศึกษาชุมชนโดยคนภายในชุมชน
- การศึกษาชุมชนโดยคนภายนอกชุมชน

2.4.7 มิติประเด็นของการศึกษาชุมชน

องค์ประกอบหลักของฐานการศึกษาชุมชน รวมทั้งการวิเคราะห์มี 3 ด้าน ได้แก่

2.4.7.1 โครงสร้างสังคม (Social Structure) ส่วนประกอบต่างๆ และความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบ เช่น ระบบเครือญาติ ระบบอุปถัมภ์ ระบบชนชั้น ฯลฯ

2.4.7.2 สภาพแวดล้อมและระบบนิเวศ (Ecology) การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและระบบนิเวศ รวมทั้งการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในการดำรงชีวิต

2.4.7.3 ระบบวัฒนธรรมและอุดมการณ์ (วัฒนธรรม ure and Ideology) การให้คุณค่าของสิ่งต่างๆ ทั้งด้านจิตใจและวัตถุ (นามธรรมและรูปธรรม) มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตด้านต่างๆ (Way of Life) รวมทั้งทำให้คนในชุมชนนั้นสามารถอยู่ร่วมกันได้

2.4.8 ประโยชน์ของการศึกษาชุมชน

2.4.8.1 ประโยชน์ต่อนักพัฒนา

- ทำให้นักพัฒนารู้ข้อมูลต่างๆ ของหมู่บ้าน เช่น ข้อมูลด้านการปกครอง เศรษฐกิจ สังคม การศึกษา วัฒนธรรม
- ทำให้สามารถรับรู้ปัญหาของหมู่บ้านและวิธีการแก้ไขปัญหา
- ทำให้รู้ข้อมูลที่มีลักษณะไม่เป็นทางการ
- ทำให้นักพัฒนาสามารถสร้างความสัมพันธ์ และความศรัทธาต่อประชาชน
- ทำให้สามารถวางแผนพัฒนาได้ถูกต้อง
- เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนพัฒนาหมู่บ้าน

2.4.8.2 ประโยชน์ต่อประชาชนและผู้นำท้องถิ่น

- รู้ข้อมูลที่เป็นทางการของหมู่บ้าน เป็นข้อมูลรายละเอียดแต่ละเรื่อง
- ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนมากขึ้น
- ทำให้ประชาชนและผู้นำท้องถิ่นรู้ทิศทาง การพัฒนาและจะเข้าร่วมแก้ไขอย่างไร
- เป็นประโยชน์ในการกำหนดแผนพัฒนาตำบลประจำปีหรือแผนพัฒนาหมู่บ้าน
- เป็นประโยชน์ต่อการเขียนโครงการ เสนอขอรับการสนับสนุนจากทางราชการและเอกชน
- ช่วยให้คณะกรรมการหมู่บ้านและอบต. มีข้อมูลการตัดสินใจ และการบริหารงานพัฒนาหมู่บ้าน ตำบลมากยิ่งขึ้น

2.4.8.3 ประโยชน์ต่อหน่วยงานราชการ

- ทำให้รู้ข้อมูลด้านต่างๆ ของหมู่บ้านจากเอกสารข้อมูลต่างๆ
- ทำให้สามารถลงไปสนับสนุนในส่วนที่แต่ละหน่วยงานรับผิดชอบได้ถูกต้อง

2.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

2.5.1 ความหมาย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research - PAR) เป็นกระบวนการที่ผู้คนจำนวนหนึ่งในองค์กรหรือในชุมชน ร่วมศึกษาปัญหาโดยกระทำร่วมกับนักวิจัยผ่านกระบวนการวิจัยตั้งแต่ต้น จนกระทั่งเสนอผลและอภิปรายผลการวิจัย เริ่มต้นจากคนที่อยู่กับปัญหา (Problems People) ค้นหาปัญหา ร่วมกับนักวิชาการ (กระบวนการที่คนในชุมชนไม่ใช่ผู้ถูกระทำ แต่เป็นผู้กระทำ ที่มีส่วนร่วมและมีอำนาจร่วมกันในวิจัย) ซึ่งเป็นยุทธวิธีที่จะช่วยให้ชาวบ้านสามารถรวมตัวกันในรูปองค์กรชุมชน และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความ

เข้มแข็งทั้งโครงสร้างและการดำเนินงานอาศัยเงื่อนไขการเพิ่มศักยภาพด้วยระบบข้อมูล ทำให้ชาวบ้านเห็นความสำคัญของข้อมูล เพราะจะช่วยให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนและทำการพัฒนาต่อไปได้ ซึ่งต้องอาศัยการฝึกฝนให้ชาวบ้านทำวิจัยเป็นโดยการสร้างทีมวิจัยท้องถิ่นขึ้นมา (ธรรณ ธาณี, 2540)

ปรัชญาพื้นฐานของ PAR ก็คือชาวบ้านเป็นผู้อยู่กับปัญหา อยู่กับข้อมูล อยู่กับความจริง เป็นผู้รู้ดีเท่ากับหรือมากกว่านักวิจัย ดังนั้นการปฏิบัติใดๆ ที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตปัญหาการวิจัยจึงต้องเริ่มจากชาวบ้าน ไม่ใช่จากสมมติฐานของนักวิจัยหรือนักพัฒนาฝ่ายเดียว

เป็นการวิจัยที่มีการเรียนรู้ผสมผสานระหว่างทฤษฎี ระเบียบวิธีวิจัย เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของนักพัฒนา ความต้องการ และความรอบรู้ของชาวบ้าน

เป็นการวิจัยที่มีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ปฏิบัติการ (Action) และการมีส่วนร่วม (Participation) ผสมผสานและดำเนินการควบคู่กันไป เพื่อส่งเสริมให้ชาวบ้านและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนถูกนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนาให้ได้มากที่สุด ในรูปการณ์ร่วมตัวเป็นองค์กร ปฏิบัติการ (Action) หมายถึง กิจกรรม/โครงการที่ต้องดำเนินการ และเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพัฒนาในด้านใดด้านหนึ่ง ส่วนการมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของทุกๆฝ่าย ที่ร่วมกิจกรรมวิจัย ได้แก่ ร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหา หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง แล้วร่วมในกระบวนการตัดสินใจและดำเนินการจนสิ้นสุด

วิธีการวิจัยแบบ PAR เป็นกระบวนการที่น่าจะสะท้อนความเป็นจริงที่มีความแตกต่างหลากหลาย ซับซ้อน โดยไม่มีรูปแบบตายตัว ไม่มีสูตรสำเร็จ แต่ต้องมีวิวิธวิทยาที่เปิดกว้างและยืดหยุ่นตามสถานการณ์ และการเปลี่ยนแปลงของสังคม

นักพัฒนาควรมีบทบาทในการร่วมกำหนดปัญหาและเลือกแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและพัฒนา บทบาทของทั้งสามฝ่ายอย่างเท่าเทียมกัน

นักวิจัยภายนอกชุมชน ทำหน้าที่เป็นนักจัดองค์กร ช่วยอบรมความรู้ และทักษะในการทำวิจัยให้แก่ชุมชน รวมทั้งช่วยประสานงาน/เทคนิคต่างๆ ส่งเสริมให้ชาวบ้านมีบทบาทในทุกขั้นตอนและควรระวังการครอบงำความคิดและการตัดสินใจของชุมชน

2.5.2 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

สุชาติ ทวีสิทธิ์ (อ้างในปาริชาติ วัลย์เสถียร, 2543) อธิบายว่าขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมี 5 ขั้นตอน ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ผสมผสานแนวคิดการจัดการชุมชนและการเรียนรู้ปัญหาของชุมชนเข้าด้วยกัน ได้แก่

2.5.1.1 ระยะเวลาก่อนการทำวิจัย (Pre-Research Phase)

2.5.1.1.1 การคัดเลือกชุมชนและการเข้าถึงชุมชน

- 2.5.1.1.2 การบูรณาการตัวนักวิจัยเข้ากับชุมชน
- 2.5.1.1.3 การสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของชุมชน
- 2.5.1.1.4 การเผยแพร่แนวคิด PAR แก่ชุมชน
- 2.5.1.2 ระยะเวลาการทำวิจัย (Research Phase)
 - 2.5.1.2.1 การศึกษาวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับชุมชน
 - 2.5.1.2.2 การฝึกอบรมทีมวิจัยท้องถิ่น
 - 2.5.1.2.3 การวิเคราะห์ปัญหาซึ่งอาจเกิดขึ้นในกระบวนการ PAR และแนวทางแก้ไข
 - 2.5.1.2.4 การออกแบบการวิจัยและเก็บข้อมูล
 - 2.5.1.2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล
 - 2.5.1.2.6 การนำเสนอข้อมูลต่อที่ประชุมในชุมชน
- 2.5.1.3 ระยะเวลาจัดทำแผน (Planning Phase)
 - 2.5.1.3.1 การอบรมทีมงานวางแผนท้องถิ่น
 - 2.5.1.3.2 การกำหนดโครงการหรือกิจกรรม
 - 2.5.1.3.3 การศึกษาความเป็นไปได้ของแผนงาน
 - 2.5.1.3.4 การแสวงหางบประมาณและหน่วยงานที่สนับสนุน
 - 2.5.1.3.5 การวางแผนเพื่อติดตามและประเมินผล
- 2.5.1.4 ระยะการนำแผนไปปฏิบัติ (Implementation Phase)
 - 2.5.1.4.1 การกำหนดทีมงานปฏิบัติงานอาสาสมัคร
 - 2.5.1.4.2 การอบรมทีมงานปฏิบัติอาสาสมัคร
- 2.5.1.5 ระยะเวลาติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน (Monitoring and Evaluation Phase)
 - 2.5.1.5.1 วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม
 - 2.5.1.5.2 เสนอผลการปฏิบัติงานต่อที่ประชุม

2.5.3 วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

2.5.1.1 เน้นการศึกษาชุมชนให้ความสำคัญกับข้อมูลและความคิดของชาวบ้าน เป็นการสนทนา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความคิดเห็นร่วมกันเพื่อศึกษาถึงสภาพปัญหาในชุมชน หรือความต้องการของชุมชน ซึ่งเป็นการช่วยวิเคราะห์ว่าสภาพปัจจุบันในชุมชนมีข้อบกพร่องอย่างไร เรื่องอะไรบ้าง

2.5.1.2 เน้นการหาแนวทางในการแก้ปัญหาโดยชาวบ้านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาทรัพยากรในท้องถิ่น ว่ามีอะไรบ้างเพื่อนำไปสู่วิธีการแก้ปัญหา

2.5.1.3 เน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการคัดเลือกโครงการ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ ถ้ามี ปัญหาหลายเรื่อง และแนวทางแก้ปัญหาโดยใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นหลายวิธี ต้องพิจารณาร่วมกันถึง ปัญหาเร่งด่วนและวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม กับเงื่อนไขทางวัฒนธรรม ความเชื่อและอื่นๆ

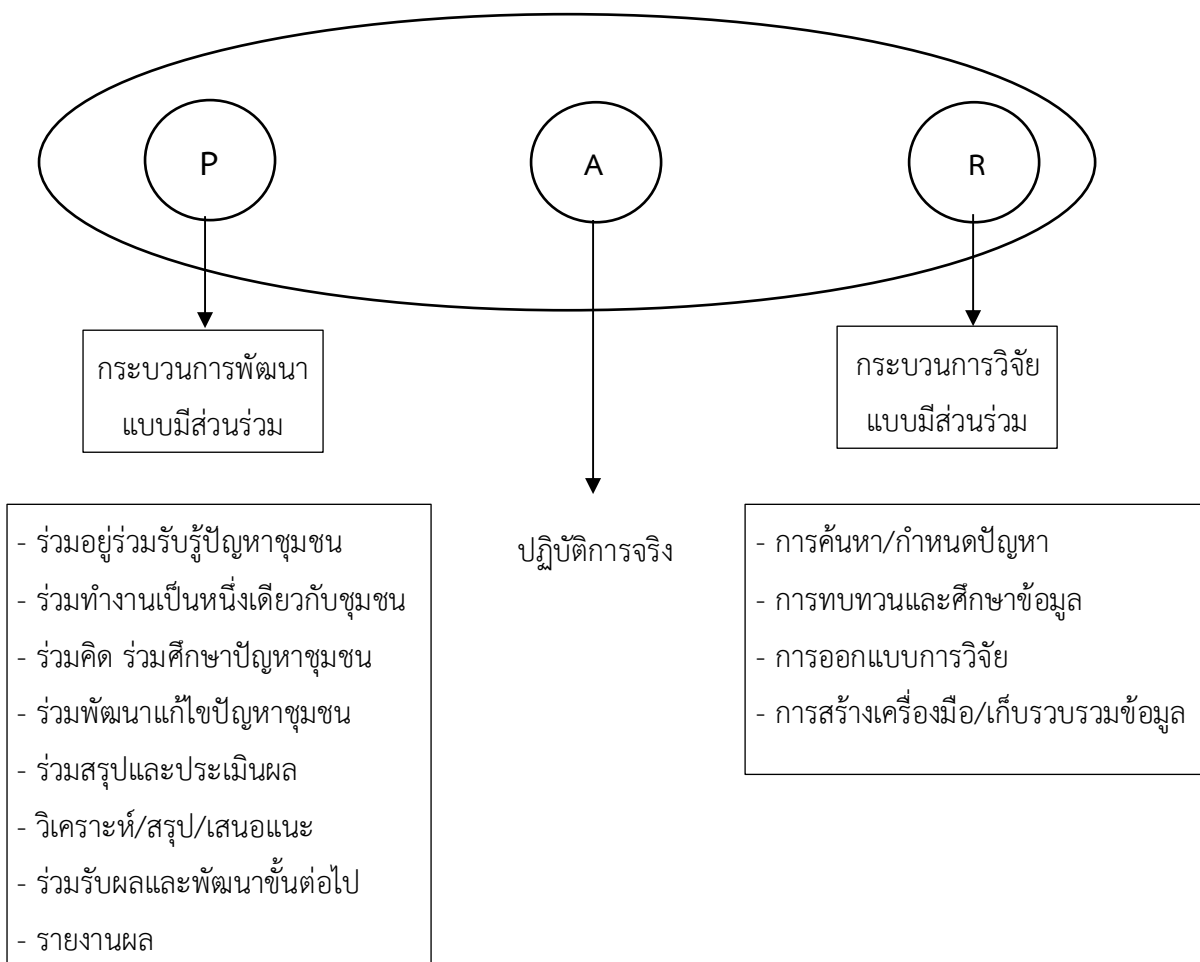
2.5.1.4 เน้นให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแก้ปัญหาทุกขั้นตอน และสามารถ ดำเนินงานได้เองหลังจากสิ้นสุดโครงการ

2.5.4 แนวคิด PAR

2.5.4.1 กระบวนการสร้างองค์ความรู้เฉพาะปัญหา เฉพาะเวลา เฉพาะสถานที่ เฉพาะกลุ่ม คนที่ถูกสร้างโดยกลุ่มคนที่อยู่กับปัญหา แล้วต้องการแก้ปัญหาและทำชีวิตให้ดีขึ้น

2.5.4.2 คนในมีบทบาทนำทั้งการสร้างความรู้ การใช้ความรู้และการแก้ปัญหา คนในเป็นผู้ บอกเล่า ให้ความ ให้นิยาม โดยคนนอกเป็นผู้สนับสนุนและจัดกระบวนการร่วมกับคนใน

2.5.4.3 การมีส่วนร่วมของประชาชน โดยคำนึงถึงความแตกต่างหลากหลาย PAR จึงมีความยืดหยุ่นสูง ทั้งแนวคิด การแบ่งบทบาทและระเบียบวิธีวิจัย โดยเน้นสะท้อนความจริงที่เป็น พลวัตร



2.5.5 บทบาทนักวิจัยใน PAR

- 2.5.5.1 ต้องตระหนักว่าตัวเองยังไม่รู้
- 2.5.5.2 พยายามเรียนรู้จากชุมชน
- 2.5.5.3 จำแนกบทบาท โดยนักวิจัยเป็นที่ปรึกษาคอยกระตุ้นและให้คำแนะนำ
- 2.5.5.4 สร้างเงื่อนไข/กิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกัน
- 2.5.5.5 เผยแพร่และขยายความร่วมมือ

2.6 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ในกระบวนการดำเนินงานอนามัยชุมชน⁽²⁸⁾

2.6.1 วิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ใช้วิธีของสรรพสิทธิประสงค์ (SPS Model) มีหลักการดังนี้

- 2.6.1.1 ปรับปรุงจากของมหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับวิธีกระบวนการกลุ่ม (Nominal group process)
- 2.6.1.2 ใช้หลักการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน
- 2.6.1.3 ใช้ในเวทีประชาคม หรือกระบวนการ A-I-C (Appreciation-Influence-Control)
- 2.6.1.4 ประชาชนที่ร่วมกระบวนการต้องเป็น ตัวแทนในทุกกลุ่มของชุมชน
- 2.6.1.5 มีตัวแทนผู้นำองค์กร ตัวแทน องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน
- 2.6.1.6 ไม่ปิดกั้นการนำเสนอปัญหา

2.6.2 ขั้นตอนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ขั้นที่ 1 การเตรียมการเชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประชาชน หรือตัวแทนกลุ่มคนในชุมชนให้ได้ครบทุกกลุ่มหรือให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น กลุ่ม ผู้นำ กลุ่มเยาวชน กลุ่มตัวแทน อปท.และผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียในชุมชน เป็นต้น

- แบ่งกลุ่มย่อย ค้นหาปัญหาของชุมชน
- นำเสนอปัญหาของแต่ละกลุ่ม

ขั้นที่ 2 รวบรวมปัญหาจากแต่ละกลุ่มให้เป็น ปัญหาของชุมชนโดยปัญหาที่เหมือนหรือคล้ายกัน ให้จัดรวมกันได้

ขั้นที่ 3 จัดลำดับความสำคัญ เกณฑ์การให้คะแนน ดัดแปลงจากวิธีของ ภาควิชาบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล โดยให้ถือว่าผู้เข้าร่วมประชาคมเป็นตัวแทนของ ประชาชนทั้งหมด ในชุมชนคิดเป็น 100% เกณฑ์และ แบ่งองค์ประกอบของการพิจารณาเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1) ขนาดของปัญหา (Size of problem) หมายถึง ปัญหานั้นเกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อคนในชุมชนเป็นจำนวนมากน้อยเพียงใดและพิจารณาจาก จำนวนคนที่ยกมือสนับสนุนว่าปัญหานั้น มีกระทบต่อตัวเองหรือกระทบต่อคนในชุมชนจำนวนมาก เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่มีเลย	= 0 คะแนน
มากกว่า 0-25%	= 1 คะแนน
26-50%	= 2 คะแนน
51-75%	= 3 คะแนน
76-100%	= 4 คะแนน

2) ความรุนแรงปัญหา (Severity of problem) หมายถึงปัญหาหรือโรคนั้นมีความรุนแรงอาจทำให้คนในชุมชนเกิดการตาย พิการ มีผลกระทบรุนแรงต่อคนในชุมชน และพิจารณาจาก จำนวนคนที่ยกมือสนับสนุนว่าปัญหานั้นมีความรุนแรงและต้องการแก้ไข เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่มีเลย	= 0 คะแนน
มากกว่า 0-25%	= 1 คะแนน
26-50%	= 2 คะแนน
51-75%	= 3 คะแนน
76-100%	= 4 คะแนน

3) ความง่ายในการแก้ปัญหา (Ease of management) หมายถึงการดำเนินงานแก้ปัญหา กระทำได้โดยง่าย ปัญหานั้นแก้ได้เองโดยไม่ต้องอาศัยหน่วยงานอื่นและต้องพิจารณา ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ระยะเวลา งบประมาณ และพิจารณาจาก จำนวนคนที่ยกมือสนับสนุนว่าปัญหานั้นง่ายต่อการ แก้ไข เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่มีเลย	= 0 คะแนน
มากกว่า 0-25%	= 1 คะแนน
26-50%	= 2 คะแนน
51-75%	= 3 คะแนน
76-100%	= 4 คะแนน

4) ความสนใจหรือความร่วมมือ (Community concern) หมายถึงจำนวนประชาชน ที่วิตกกังวลและต้องการให้ช่วยแก้ไขประชาชนที่ จะให้ความร่วมมือในการแก้ไข โดยพิจารณาจาก จำนวนคนที่ยกมือสนับสนุนว่าจะร่วมมือแก้ไขปัญหานั้น เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่มีเลย	= 0 คะแนน
มากกว่า 0-25%	= 1 คะแนน
26-50%	= 2 คะแนน

51-75% = 3 คะแนน

76-100% = 4 คะแนน

การรวมคะแนน

คิดเทียบบัญญัติไตรยางศ์ โดยถือว่า ประชาชนที่ร่วมในการจัดลำดับเป็นตัวแทนของคน ทั้ง ชุมชน

$$\text{สูตรคะแนน\%} = (\text{จำนวนคนโหวต} \times 100) / N$$

N = จำนวนผู้ที่โหวตทั้งหมดในแต่ละ องค์ประกอบ

นำคะแนน % ที่ได้ไปเทียบเกณฑ์ คะแนน 0-4 แล้วรวมเป็น

- คะแนนรวมบวก

- คะแนนรวมจำนวนคน (Vote)

จำนวน N ในแต่ละองค์ประกอบอาจไม่เท่ากันได้จากข้อจำกัดของการโหวต

หากปัญหาใดมีคะแนนรวมบวกเท่ากันให้ ตัดสินที่คะแนนรวมจำนวนคนที่โหวตให้ปัญหานั้นๆ

2.6.3 ตัวอย่างตารางการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยวิธีของสรรพสิทธิประสงค์

(SPS Model)

ปัญหา	คะแนนขององค์ประกอบ								คะแนนรวม	
	ขนาด		ความรุนแรง		ความง่าย		ความร่วมมือ		บวก	คน
	คน	คะแนน	คน	คะแนน	คน	คะแนน	คน	คะแนน	คน	คะแนน
1.เด็กขาด สารอาหาร	12	17=1	2	2=1	12	16=1	30	31=2	5	56
2.ถนนชำรุด	25	36=2	60	61=3	2	3=1	3	3=1	7	90
3. ไข่เลือดออก	24	34=2	50	30=2	60	78=4	62	64=3	11*	196*
4.น้ำเสีย	9	13=1	7	7=1	3	4=1	2	2=1	4	21
รวม(N)	70	100	99	100	77	100	97	100	27	363

จากตารางตัวอย่างจะเห็นว่าปัญหาที่ ประชาชนเลือกในการจัดลำดับที่ 1 ได้แก่ปัญหา ไข่เลือดออก รองลงมาคือปัญหาถนนชำรุด ข้อสังเกต 1) จำนวนรวม N ในแต่ละองค์ประกอบ ไม่เท่ากัน เนื่องมาจากการเปิดโอกาสให้สมาชิกหนึ่งคน สามารถยกมือเลือกได้หลายปัญหา ในบางครั้ง หากเวลาจำกัดสามารถกำหนดให้ผู้เข้าร่วมยกมือ สนับสนุนปัญหาได้เพียงปัญหาเดียวใน ช่องของ แต่ละองค์ประกอบ โดยให้ Vote ที่ละองค์ประกอบ 2) ปัญหาที่ประชาชนนำเสนอไม่ควร ปิดกั้น ให้เสนอได้เฉพาะที่เกี่ยวกับโรคหรือสุขภาพ สามารถ เสนอได้หลากหลาย โดยปัญหาที่ไม่

เกี่ยวข้องกับ สุขภาพหรือสาธารณสุขจะมีคะแนนตกไปเองตาม กระบวนการให้คะแนน ในองค์ประกอบของความง่ายและความร่วมมือแก้ปัญหา เพื่อให้ประชาชนไม่รู้สึกรู้สึกถูกปิดกั้นและ ยอมรับตามกระบวนการส่งผลต่อ ความร่วมมือแก้ปัญหาในอนาคตเมื่อจัดลำดับความสำคัญของ ปัญหาและได้ปัญหาอันดับที่ 1 แล้วต้องถามประชาชนอีกครั้งเพื่อเป็นการยืนยันให้ทุกคนยอมรับ จากนั้นปัญหาที่ไม่ถูกเลือกเป็นลำดับที่ 1 หรือ 2 ต้องบอกกับประชาชนว่าจะไม่ทิ้งปัญหาที่ ประชาชนนำเสนอในทุกปัญหา จะดำเนินการทำหนังสือสรุปรายงานการจัดเวทีประชาคมเสนอต่อ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไขในลำดับถัดไป หรืออาจจะให้ตัวแทน อปท. ที่เข้าร่วม กระบวนการ รับมอบปัญหาดังกล่าวไปหรือเชิญให้ชี้แจงกับ ประชาชนถึงแนวทางการแก้ปัญหาจะทำ ประชาชน ที่ร่วมโครงการไม่รู้สึกรู้สึกว่าปัญหาที่ตัวเองเสนอมา ถูกละทิ้งไป และตัวแทนหรือนายก อปท. หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะได้ใช้โอกาสนี้ในการตอบคำถาม ประชาชนและช่วยในการสนับสนุน งบประมาณใน การดำเนินโครงการแก้ไขปัญหาได้

วิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา มีหลัก การดังนี้

จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องและวิเคราะห์ ต้องนำมาพิจารณาว่า ปัญหาสุขภาพของชุมชน คืออะไร ทั้งนี้ ปัญหาหลายประการไม่อาจสามารถแก้ไขได้พร้อม ๆ กัน เนื่องจากมีข้อจำกัดต่าง ๆ หลายประการ จำเป็นต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพความหมายของปัญหา มีผู้ให้นิยามของ ปัญหา และลักษณะของสมการว่าปัญหา = (สิ่งที่ควรเป็น - สิ่งที่เป็นอยู่) × ความสนใจการกำหนด ปัญหา อาศัยดัชนีอนามัยตัวบ่งชี้ให้หลัก 5 คือการเจ็บป่วย (Diseases), การตาย (Death), การ พิการ (Disability), ความไม่สะดวกสบาย (Discomfort), ความไม่สมหวังหรือไม่พึงพอใจ (Dissatisfaction)

ตัวชี้วัดด้านสุขภาพอนามัย ที่ควรนำมาใช้ ได้แก่ ตัวชี้วัดเกี่ยวกับการป่วย ตัวชี้วัดเกี่ยวกับการ ตายของประชากร ตัวชี้วัดเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุข ตัวชี้วัดเกี่ยวกับทรัพยากรด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข

เมื่อได้กลุ่มปัญหาแล้ว (Problem list) ขั้นตอนต่อไปจะต้องจัดลำดับความสำคัญของปัญหา วิธีการประเมินปัญหาสุขภาพเพื่อจัดลำดับ ไม่มีวิธีใดที่ดีที่สุด ถูกต้องที่สุด ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของ ประเทศ หรือชุมชนนั้น ๆ อาจใช้ข้อมูลในการตัดสินใจจากข้อมูลต่อไปนี้

- การประเมินโดยหลักเศรษฐศาสตร์ (Economic appraisal) โดยการพิจารณาถึงความคุ้มทุนและ คุ่มค่า ได้แก่ cost-benefit analysis หรือ cost-effectiveness analysis

- การประเมินโดยตารางตัดสินใจ (Multi-variable decision) โดยมีตัวแปรต่าง ๆ ได้แก่

1. ขนาดของปัญหา (size of problem)
2. ความรุนแรงของปัญหา (ต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน)
3. แนวโน้มการแก้ปัญหาหรือความยากง่ายในการแก้ปัญหา
4. ความร่วมมือของชุมชนหรือความตระหนักของชุมชน
5. ผลกระทบในระยะยาว (ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ สังคม)

- การสร้างหลักเกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยปกติเกณฑ์พื้นฐานที่นิยมใช้ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (priorities setting of health problem) วิเคราะห์โดยพิจารณาจากตัวแปร ต่อไปนี้

1. ขนาดของปัญหา (size of problem) ประชากรที่ถูกระทบจากปัญหา ถ้ามีประชากรที่ได้รับผลจากปัญหามากก็ควรได้การจัดลำดับความสำคัญสูงกว่าเพราะขนาดปัญหาใหญ่

2. ความรุนแรงหรือความเร่งด่วนของปัญหา (severity of problem) หมายถึง ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงหรือเร่งด่วนที่จะต้องแก้ไข หากปล่อยไว้นาน อาจเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้

3. ความเป็นไปได้ แนวโน้มในการปัญหา หรือความยากง่ายในการแก้ปัญหา (feasibility or ease) เช่น ข้อจำกัดทางวิชาการ ข้อจำกัดทางการบริหารจัดการ ข้อจำกัดด้านเวลา หรือจำนวนทรัพยากรที่ต้องใช้ในการแก้ปัญหา ปัญหาที่แก้ได้ง่ายหรือมีแนวโน้มในการแก้ปัญหาที่ดีควรได้จัดลำดับความสำคัญสูงกว่า

4. ความตระหนัก การยอมรับหรือความร่วมมือในการแก้ปัญหาของชุมชน (Community concern) ปัญหาที่ชุมชนตระหนักและให้ความร่วมมือดำเนินการแก้ไข ควรจะจัดลำดับความสำคัญสูงกว่า

5. ผลกระทบในระยะยาว (Impact) ปัญหาที่มีผลกระทบในระยะยาวมากกว่า ควรจะจัดลำดับ ความสำคัญสูงกว่า

2.6.4 การให้น้ำหนักหลักเกณฑ์หรือตัวแปรต่าง ๆ ที่เลือก⁽²⁹⁾

โดยพิจารณาเกณฑ์ต่าง ๆ ที่เลือกแล้วว่าเกณฑ์ไหนมีความสำคัญมากน้อยเพียงใด ดังนั้น น้ำหนักของเกณฑ์ แนวโน้มการแก้ปัญหาและความร่วมมือของชุมชนน่าจะมากกว่าเกณฑ์อื่นคะแนนที่ให้ อาจใช้ดังต่อไปนี้

ความสำคัญ	น้ำหนัก (W)
สูง	5
ค่อนข้างสูง	4
ปานกลาง	3
ค่อนข้างต่ำ	2
ต่ำ	1

2.6.5 น้ำหนักของเกณฑ์มาตรฐานที่นิยมใช้

ความสำคัญ	น้ำหนัก (W)
ขนาดของปัญหา	4
ความร้ายแรงเร่งด่วน	3
แนวโน้มการแก้ไขปัญหา	5
ความร่วมมือของชุมชน	5
ผลกระทบระยะยาว	2

2.6.6 การให้คะแนนปัญหา (R)

โดยให้หลักการให้คะแนนแบบเดียวกับการให้คะแนนหลักเกณฑ์ โดยให้คะแนนปัญหาแต่ละปัญหาในทุก ๆ หลักเกณฑ์หรือทุกตัวแปร ตามผลการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้วิจารณ์ญาณว่าปัญหานั้น ๆ ในตัวแปรที่ไม่มีค่าสถิติสนับสนุน เช่น ความยากง่าย ความตระหนักของชุมชน เป็นปัญหาใด สูงต่ำเพียงใด การให้คะแนนสูงต่ำตามเกณฑ์ ดังนี้

5	หมายถึง	มากที่สุดหรือสำคัญที่สุด
4	หมายถึง	มาก หรือสำคัญมาก
3	หมายถึง	ปานกลาง
2	หมายถึง	น้อย
1	หมายถึง	น้อยที่สุด

เปอร์เซ็นต์ของประชากรที่เกี่ยวข้อง	คะแนนที่ได้
0 – 20%	1
21 – 40%	2
41 – 60%	3
61 – 80%	4
81 – 100%	5

ตาราง ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับหลักเกณฑ์

องค์ประกอบ	ขนาดปัญหา		ความร้ายแรง		แนวโน้ม		การยอมรับ		ผลกระทบ		คะแนนรวม
	R	W=2	R	W=2	R	W=3	R	W=3	R	W=5	
ปัญหา ก	3	6	2	2	3	9	3	9	1	5	33
ปัญหา ข	3	6	3	3	3	9	2	6	1	5	32
ปัญหา ค	2	4	2	2	2	4	2	6	3	15	35
ปัญหา ง	2	4	1	1	3	9	2	6	2	10	31

2.6.7 การคิดคะแนน

2.6.7.1 นำคะแนนที่ (R = การให้คะแนนปัญหา) ให้คูณกับน้ำหนัก (W = น้ำหนัก) จะได้คะแนนของแต่ละองค์ประกอบ

2.6.7.2 คะแนนรวมได้จากการรวมขององค์ประกอบทั้ง 5

2.6.7.3 การพิจารณาลำดับความสำคัญตัดสินจากคะแนนรวม โดยให้คะแนนตามตารางการจัดลำดับความสำคัญดังนี้จากตัวอย่างปัญหาสุขภาพของชุมชนเรียงลำดับความสำคัญจากปัญหาในตารางข้างบน สรุปได้ดังนี้

ปัญหา	อันดับแรก	คือ	ปัญหา ค
	อันดับ 2	คือ	ปัญหา ก
	อันดับ 3	คือ	ปัญหา ข
	อันดับ 4	คือ	ปัญหา ง

บทที่ 3 วิธีดำเนินโครงการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัญหาด้านสุขภาพโรคมะเร็ง และถ่ายทอดองค์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งให้กับชุมชน ในเขตตำบลพิชัย อ. เมือง จ.ลำปาง จำนวน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ และหมู่ที่ 13 บ้านเด่น - บ้านใหม่

3.1 ระยะก่อนการทำโครงการ (Pre-Project Phase)

3.1.1 ประชุมคณะกรรมการ เพื่อวางแผนลงชุมชน

3.1.1.1 ประชุมคณะกรรมการเพื่อวางแผนลงชุมชน ได้ดำเนินการประชุมคณะกรรมการโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) เพื่อวางแผนการดำเนินงานเตรียมข้อมูลลงชุมชน

3.1.2 เตรียมข้อมูลลงชุมชน

เตรียมข้อมูลลงชุมชน ในหัวข้อดังนี้

3.1.2.1 สถานการณ์โรคมะเร็ง ประเทศไทย

3.1.2.2 สถานการณ์โรคมะเร็ง ภาคเหนือ

3.1.2.3 สถานการณ์โรคมะเร็ง จังหวัดลำปาง

3.1.2.4 สถานการณ์โรคมะเร็ง เขตตำบลพิชัย

3.1.2.5 สถานการณ์โรคมะเร็ง หมู่บ้านที่รับผิดชอบ (หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ และหมู่ที่ 13 บ้านใหม่ - บ้านเด่น)

3.2 ระยะการทำโครงการ (Project Phase)

3.2.1 คืบข้อมูลให้กับชุมชน

ได้ดำเนินการ บรรยายเรื่อง การป้องกันด้านโรคมะเร็งและผลสรุปสถานการณ์โรคมะเร็งของ หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง บรรยายโดย แพทย์หญิงณัฏสนันท์ เจริญทรัพย์ ประธานโครงการฯ

3.2.2 จัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ดำเนินการแบ่งกลุ่มของผู้เข้าร่วม และมีวิทยากรประจำกลุ่ม ให้ความรู้เรื่องการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งประกอบด้วย ขนาดของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา ความยาก-ง่ายในการแก้ปัญหา และความตระหนักในปัญหา

3.2.3 เลือกรูปแบบปัญหาในชุมชน

การเลือกรูปแบบปัญหาในชุมชนจากคะแนนการโหวต การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในแต่ละกลุ่ม แล้วจะนำปัญหาที่ได้คะแนนสูงสุด มาโหวตอีกครั้ง เพื่อเลือกรูปแบบปัญหาต่อไป

3.3 ระยะการจัดทำแผน (Planning Phase)

3.3.1 เตรียมข้อมูลให้กับชุมชนในการจัดโครงการ

เตรียมข้อมูลให้กับชุมชนในการจัดโครงการ โดยเมื่อได้ปัญหาที่ชุมชนต้องการ ทางคณะกรรมการฯ ได้จัดเตรียมข้อมูลที่เป็นแผนแนวทางการแก้ไขปัญหา

3.4 ระยะการนำแผนไปปฏิบัติ (Implementation Phase)

3.4.1 จัดโครงการให้กับชุมชน

ได้มีการจัดอบรมความรู้ให้กับแกนนำชุมชน ผู้นำทางสุขภาพ อสม. และผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการการแก้ไขปัญหามุมชน โดยมีการแบ่งกลุ่มจัดเป็นฐานกิจกรรม ตามความเหมาะสมของจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ

3.5 ระยะการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน (Monitoring and Evaluation Phase)

3.5.1 วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม

เมื่อดำเนินการโครงการเสร็จสิ้นแล้ว ได้มีการประเมินผล ก่อน - หลัง การจัดทำโครงการในแต่ละชุมชน

บทที่ 4

ผลการดำเนินโครงการ

หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง

4.1 ระยะก่อนการทำโครงการ (Pre-Project Phase)

4.1.1 ประชุมคณะกรรมการเพื่อวางแผนลงชุมชน ได้ดำเนินการประชุมคณะกรรมการโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) เพื่อวางแผนการดำเนินงานเตรียมข้อมูลลงชุมชน

4.1.2 เตรียมข้อมูลลงชุมชน จัดทำข้อมูลชุมชนตามหัวข้อ ดังนี้

4.1.2.1 สถานการณ์โรคมะเร็ง ประเทศไทย พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่

เพศชาย	อันดับ 1 มะเร็งตับและท่อน้ำดี
	อันดับ 2 มะเร็งปอด
	อันดับ 3 มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
	อันดับ 4 มะเร็งต่อมลูกหมาก
	อันดับ 5 มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนฮอดจ์กิน

เพศหญิง	อันดับ 1 มะเร็งเต้านม
	อันดับ 2 มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
	อันดับ 3 มะเร็งตับและท่อน้ำดี
	อันดับ 4 มะเร็งปอด
	อันดับ 5 มะเร็งปากมดลูก

4.1.2.2 สถานการณ์โรคมะเร็ง ภาคเหนือ พบว่า เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 3 อันดับแรก ได้แก่

เพศชาย	อันดับ 1 มะเร็งตับและท่อน้ำดี
	อันดับ 2 มะเร็งปอด
	อันดับ 3 มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

เพศหญิง	อันดับ 1 มะเร็งเต้านม
	อันดับ 2 มะเร็งปอด
	อันดับ 3 มะเร็งตับและท่อน้ำดี

4.1.2.3 สถานการณ์โรคมะเร็ง จังหวัดลำปาง พบว่า เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 3 อันดับแรก ได้แก่

เพศชาย	อันดับ 1 มะเร็งตับและท่อน้ำดี
	อันดับ 2 มะเร็งปอด
	อันดับ 3 มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
เพศหญิง	อันดับ 1 มะเร็งเต้านม
	อันดับ 2 มะเร็งปอด
	อันดับ 3 มะเร็งตับและท่อน้ำดี

4.1.2.4 สถานการณ์โรคมะเร็ง เขตตำบลพิชัย พบว่า มีประชากรเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 48 ราย โดยเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่

อันดับ 1 มะเร็งเต้านม
อันดับ 2 มะเร็งปากมดลูก
อันดับ 3 มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
อันดับ 4 มะเร็งตับ
อันดับ 5 มะเร็งปอด

4.1.2.5 สถานการณ์โรคมะเร็ง หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง พบว่า มีประชากรเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 4 ราย ได้แก่

มะเร็งเต้านม	จำนวน 1 ราย
มะเร็งตับ	จำนวน 1 ราย
มะเร็งต่อมไทรอยด์	จำนวน 1 ราย
มะเร็งริมฝีปาก	จำนวน 1 ราย

4.2 ระยะเวลาทำโครงการ (Project Phase)

4.2.1 คั้นข้อมูลให้กับชุมชน

ได้ดำเนินการ บรรยายเรื่อง การป้องกันด้านโรคมะเร็งและผลสรุปสถานการณ์โรคมะเร็งของหมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง บรรยายโดย แพทย์หญิงณภัสนันท์ เจริญทรัพย์ ประธานโครงการฯ

4.2.2 จัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ได้ดำเนินการแบ่งกลุ่มของผู้เข้าร่วม และมีวิทยากรประจำกลุ่ม ให้ความรู้เรื่องการ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งประกอบด้วย ขนาดของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา

ความยาก-ง่ายในการแก้ปัญหา และความตระหนักในปัญหา ทั้งนี้ หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง ได้แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 ปัญหาในชุมชนบ้านต้นตอง

ปัญหา	ขนาดปัญหา (3.75 คะแนน)		ความรุนแรง (4 คะแนน)		ความยากง่าย (3.5 คะแนน)		ความตระหนัก (4.5 คะแนน)		รวม คะแนน
1. มีการเผาขยะ ในชุมชน	3	11.25	2	8	2	7	5	22.5	48.75
2. มีการใช้ สารเคมีในการทำ เกษตรกรรม	2	7.5	2	8	2	7	2	9	31.50
3. กินอาหารดิบ	2	7.5	3	12	4	14	5	22.5	56

กลุ่มที่ 2 ปัญหาในชุมชนบ้านต้นตอง

ปัญหา	ขนาดปัญหา (3.75 คะแนน)		ความรุนแรง (4 คะแนน)		ความยากง่าย (3.5 คะแนน)		ความตระหนัก (4.5 คะแนน)		รวม คะแนน
1. มะเร็งปอด	5	18.75	5	20	3	10.5	3	13.5	62.75
2. มะเร็งตับ/ ท่อน้ำดี	4	15	3	12	3	10.5	3	13.5	51
3. มะเร็งลำไส้	3	11.25	3	12	3	10.5	3	13.5	47.25

กลุ่มที่ 3 ปัญหาในชุมชนบ้านต้นตอง

ปัญหา	ขนาดปัญหา (3.75 คะแนน)		ความรุนแรง (4 คะแนน)		ความยากง่าย (3.5 คะแนน)		ความตระหนัก (4.5 คะแนน)		รวม คะแนน
1. การคัดกรอง มะเร็งปาก มดลูก	3	11.25	4	16	5	17.5	3	13.5	58.25
2. การเผาขยะ	2	7.5	4	16	1	3.5	3	13.5	40
3. สารเคมี	2	7.5	4	16	1	3.5	3	13.5	40.5

กลุ่มที่ 4 ปัญหาในชุมชนบ้านต้นตอง

ปัญหา	ขนาดปัญหา (3.75 คะแนน)		ความรุนแรง (4 คะแนน)		ความยากง่าย (3.5 คะแนน)		ความตระหนัก (4.5 คะแนน)		รวม คะแนน
1. การใช้สารเคมีในการเกษตร	5	18.75	5	20	2	7	5	22.5	68.25
2. การเผาขยะย่อยสลายยาก เช่น พลาสติก	5	18.75	5	20	3	18.5	5	22.5	71.75
3. พฤติกรรมการกินอาหาร	5	18.75	4	16	2	7	3	13.5	55.25

4.2.3 การเลือกปัญหาในชุมชนจากคะแนนการโหวต การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในแต่ละกลุ่ม แล้วจะนำปัญหาที่ได้คะแนนสูงสุด มาโหวตอีกครั้ง เพื่อเลือกปัญหาต่อไป ทั้งนี้ หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ดังนี้

กลุ่ม	เรื่อง	ผลคะแนน
กลุ่มที่ 1	พฤติกรรมการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ	0
กลุ่มที่ 2	ความรู้และการคัดกรองของโรคมะเร็งปอด	41
กลุ่มที่ 3	ความรู้และการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	6
กลุ่มที่ 4	การเผาขยะในชุมชน	0

ทั้งนี้ มีการออกเสียงโดยการยกมือ และผู้เข้าร่วมโครงการจะยกได้เพียง ๑ ครั้งเท่านั้น โดยผลสรุปจากมติในการโหวต การแก้ไขปัญหาในชุมชนนำไปสู่โครงการ คือ “ความรู้และการคัดกรองของโรคมะเร็งปอด”

4.3 ระยะเวลาจัดทำแผน (Planning Phase)

4.3.1 เตรียมข้อมูลให้กับชุมชนในการจัดโครงการ โดยเมื่อได้ปัญหาที่ชุมชนต้องการ ทางคณะกรรมการฯ ได้จัดเตรียมข้อมูลที่เป็นแผนแนวทางการแก้ไขปัญหา

4.4 ระยะเวลานำไปปฏิบัติ (Implementation Phase)

4.4.1 การจัดโครงการให้กับชุมชน

ได้มีการจัดอบรมความรู้ให้กับแกนนำชุมชน ผู้นำทางสุขภาพ อสม. และผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการการแก้ไขปัญหาชุมชน โดยหมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง ได้ดำเนินการจัดกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมฐานที่ 1 บรรยายให้ความรู้โรคมะเร็งปอด

กิจกรรมฐานที่ 2 การตรวจสมรรถนะปอด

กิจกรรมฐานที่ 3 แจกแบบสอบถามก่อน - หลัง ความรู้ด้านโรคมะเร็งปอด

กิจกรรมฐานที่ 4 การรณรงค์แจกหน้ากาก N95 ในชุมชน

4.5 ระยะการติดตามและประเมินผล การปฏิบัติงาน (Monitoring and Evaluation Phase)

4.5.1 วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม

เมื่อดำเนินการโครงการเสร็จสิ้นแล้ว ได้มีการประเมินผล ก่อน - หลัง การจัดทำโครงการในชุมชน โดยหมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง พบว่า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=25)

1. เพศ
 - อันดับแรก เพศหญิง จำนวน 24 คน (ร้อยละ 96.00)
 - อันดับสอง เพศชาย จำนวน 1 คน (ร้อยละ 4.00)
2. อายุ
 - มีอายุเฉลี่ย 59.04 ปี อายุต่ำสุด 46 ปี และอายุสูงสุด 74 ปี
3. สถานภาพ
 - อันดับแรก สมรส จำนวน 19 คน (ร้อยละ 76.00)
 - อันดับสอง หย่า จำนวน 3 คน (ร้อยละ 12.00)
 - อันดับสาม หม้าย จำนวน 2 คน (ร้อยละ 8)
4. การอาศัยในพื้นที่จังหวัดลำปาง
 - จำนวนปีที่อาศัยเฉลี่ย 55.92 ปี อาศัยต่ำสุด 2 ปี และอาศัยสูงสุด 74 ปี
5. โรคประจำตัว
 - อันดับแรก ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 13 คน (ร้อยละ 52.00)
 - อันดับสอง มีโรคประจำตัว จำนวน 12 คน (ร้อยละ 48.00)
6. ประวัติการสูบบุหรี่
 - อันดับแรก ไม่เคยสูบ จำนวน 25 คน (ร้อยละ 100.00)
7. ประวัติการสูบบุหรี่ครอบครัว
 - อันดับแรก ไม่สูบ จำนวน 21 คน (ร้อยละ 84.00)
 - อันดับสอง สูบ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 16.00)
8. อาชีพ
 - อันดับแรก อื่นๆ จำนวน 24 คน (ร้อยละ 96.00)
 - อันดับสอง ช่างทำครกหิน จำนวน 1 คน (ร้อยละ 4.00)
9. ประวัติครอบครัวมีการใช้เตาถ่าน/ฟืน ในการประกอบอาหาร
 - อันดับแรก ใช้ จำนวน 16 คน (ร้อยละ 64.00)

อันดับสอง ไม่ใช่ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 36.00)

10. ประวัติการป่วยด้วยวัณโรคปอด อันดับแรก ไม่เคย จำนวน 25 คน (ร้อยละ 100.00)
11. ประวัติการป่วยด้วยปอดอักเสบ อันดับแรก ไม่เคย จำนวน 25 คน (ร้อยละ 100.00)
12. ประวัติการป่วยด้วยเยื่อหุ้มปอดอักเสบ อันดับแรก ไม่เคย จำนวน 25 คน (ร้อยละ 100.00)
13. ประวัติการป่วยด้วยหลอดลมอักเสบ อันดับแรก ไม่เคย จำนวน 25 คน (ร้อยละ 100.00)
14. ประวัติการป่วยด้วยโรคหอบหืด อันดับแรก ไม่เคย จำนวน 25 คน (ร้อยละ 100.00)
15. ประวัติการป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ อันดับแรก ไม่เคย จำนวน 25 คน (ร้อยละ 100.00)
16. ประวัติการมีน้ำหนักลดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา อันดับแรก ไม่เคย จำนวน 25 คน (ร้อยละ 100.00)
17. ประวัติการมีอาการไอเรื้อรัง อันดับแรก ไม่เคย จำนวน 22 คน (ร้อยละ 88.00)
อันดับสอง เคย จำนวน 3 คน (ร้อยละ 12.00)
18. ประวัติการหายใจลำบาก อันดับแรก ไม่เคย จำนวน 25 คน (ร้อยละ 100.00)
19. ประวัติการเจ็บหน้าอก อันดับแรก ไม่เคย จำนวน 23 คน (ร้อยละ 92.00)
อันดับสอง เคย จำนวน 2 คน (ร้อยละ 8.00)

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปอด (n=25)

ก่อนเข้าร่วมโครงการ

ข้อความ	ความรู้โรคมะเร็ง	
	ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)
1. มะเร็งปอดเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดชนิดหนึ่ง	23 (92.00)	2 (8.00)
2. มะเร็งปอดเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุด	19 (76.00)	6 (24.00)
3. การออกกำลังกายช่วยลดมะเร็งปอดได้	14 (56.00)	11 (44.00)

ข้อความถาม	ความรู้โรคมะเร็ง	
	ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)
4. มะเร็งปอดเป็นโรคทางพันธุกรรม	8 (32.00)	17 (68.00)
5. การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด	25 (100.00)	0 (0.00)
6. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด	25 (100.00)	0 (0.00)
7. มลพิษทางอากาศเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด	24 (96.00)	1 (4.00)
8. การสูบบุหรี่มือสองเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด	10 (40.00)	15 (60.00)
9. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด	23 (92.00)	2 (8.00)
10. แร่ใยหินเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด	23 (92.00)	2 (8.00)

ข้อความถามที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่

อันดับที่ 1 ข้อความถามที่ 5 การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด ข้อความถามที่ 6 การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้อง จำนวน 25 คน (ร้อยละ 100.00)

อันดับที่ 2 ข้อความถามที่ 7 มลพิษทางอากาศเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้อง จำนวน 24 คน (ร้อยละ 96.00)

อันดับที่ 3 ข้อความถามที่ 1 มะเร็งปอดเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดชนิดหนึ่ง ข้อความถามที่ 9 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด พบว่า และข้อความถามที่ 10 แร่ใยหินเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้อง จำนวน 23 คน (ร้อยละ 92.00)

ข้อความถามที่มีผู้ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่

อันดับที่ 1 ข้อความถามที่ 4 มะเร็งปอดเป็นโรคทางพันธุกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 17 คน (ร้อยละ 68.00)

อันดับที่ 2 ข้อคำถามที่ 8 การสูบบุหรี่มือสองเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 15 คน (ร้อยละ 60.00)

อันดับที่ 3 ข้อคำถามที่ 3 การออกกำลังกายช่วยลดมะเร็งปอดได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 11 คน (ร้อยละ 44.00)

หลังเข้าร่วมโครงการ

ข้อคำถาม	ความรู้โรคมะเร็ง	
	ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)
1. มะเร็งปอดเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดชนิดหนึ่ง	22 (88.00)	3 (12.00)
2. มะเร็งปอดเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุด	22 (88.00)	3 (12.00)
3. การออกกำลังกายช่วยลดมะเร็งปอดได้	20 (80.00)	5 (20.00)
4. มะเร็งปอดเป็นโรคทางพันธุกรรม	22 (88.00)	3 (12.00)
5. การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด	25 (100.00)	0 (0.00)
6. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด	25 (100.00)	0 (0.00)
7. มลพิษทางอากาศเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด	25 (100.00)	0 (0.00)
8. การสูบบุหรี่มือสองเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด	9 (36.00)	16 (64.00)
9. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด	25 (100.00)	0 (0.00)
10. แร่ใยหินเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด	24 (96.00)	1 (4.00)

ข้อคำถามที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่

อันดับที่ 1 ข้อคำถามที่ 5 การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด ข้อคำถามที่ 6 การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด ข้อคำถามที่ 7 มลพิษทางอากาศเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด และข้อคำถามที่ 9 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้อง จำนวน 25 คน (ร้อยละ 100.00)

อันดับที่ 2 ข้อคำถามที่ 10 แร่ใยหินเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด จำนวน 24 คน (ร้อยละ 96.00)

อันดับที่ 3 ข้อคำถามที่ 1 มะเร็งปอดเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดชนิดหนึ่ง ข้อคำถามที่ 2 มะเร็งปอดเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุด และข้อคำถามที่ 4 มะเร็งปอดเป็นโรคทางพันธุกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้อง จำนวน 22 คน (ร้อยละ 88.00)

ข้อคำถามที่มีผู้ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่

อันดับที่ 1 ข้อคำถามที่ 8 การสูบบุหรี่มือสองเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 16 คน (ร้อยละ 64.00)

อันดับที่ 2 ข้อคำถามที่ 3 การออกกำลังกายช่วยลดมะเร็งปอดได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 5 คน (ร้อยละ 20.00)

อันดับที่ 3 ข้อคำถามที่ 1 มะเร็งปอดเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดชนิดหนึ่ง ข้อคำถามที่ 2 มะเร็งปอดเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุด และข้อคำถามที่ 4 มะเร็งปอดเป็นโรคทางพันธุกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 3 คน (ร้อยละ 12.00)

หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ

4.1 ระยะก่อนการทำโครงการ (Pre-Project Phase)

4.1.1 ประชุมคณะกรรมการเพื่อวางแผนลงชุมชน ได้ดำเนินการประชุมคณะกรรมการโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) เพื่อวางแผนการดำเนินงานเตรียมข้อมูลลงชุมชน

4.1.2 เตรียมข้อมูลลงชุมชน จัดทำข้อมูลชุมชนตามหัวข้อ ดังนี้

4.1.2.1 สถานการณ์โรคมะเร็ง ประเทศไทย พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่

เพศชาย	อันดับ 1 มะเร็งตับและท่อน้ำดี
	อันดับ 2 มะเร็งปอด
	อันดับ 3 มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
	อันดับ 4 มะเร็งต่อมลูกหมาก
	อันดับ 5 มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนฮอดจ์กิน

เพศหญิง	อันดับ 1 มะเร็งเต้านม อันดับ 2 มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อันดับ 3 มะเร็งตับและท่อน้ำดี อันดับ 4 มะเร็งปอด อันดับ 5 มะเร็งปากมดลูก
---------	--

4.1.2.2 สถานการณ์โรคมะเร็ง ภาคเหนือ พบว่า เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง
3 อันดับแรก ได้แก่

เพศชาย	อันดับ 1 มะเร็งตับและท่อน้ำดี อันดับ 2 มะเร็งปอด อันดับ 3 มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
--------	--

เพศหญิง	อันดับ 1 มะเร็งเต้านม อันดับ 2 มะเร็งปอด อันดับ 3 มะเร็งตับและท่อน้ำดี
---------	--

4.1.2.3 สถานการณ์โรคมะเร็ง จังหวัดลำปาง พบว่า เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง
3 อันดับแรก ได้แก่

เพศชาย	อันดับ 1 มะเร็งตับและท่อน้ำดี อันดับ 2 มะเร็งปอด อันดับ 3 มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
--------	--

เพศหญิง	อันดับ 1 มะเร็งเต้านม อันดับ 2 มะเร็งปอด อันดับ 3 มะเร็งตับและท่อน้ำดี
---------	--

4.1.2.4 สถานการณ์โรคมะเร็ง เขตตำบลพิชัย พบว่า มีประชากรเสียชีวิตจาก
โรคมะเร็ง ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 48 ราย โดยเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่

อันดับ 1 มะเร็งเต้านม
อันดับ 2 มะเร็งปากมดลูก
อันดับ 3 มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
อันดับ 4 มะเร็งตับ

อันดับ 5 มะเร็งปอด

4.1.2.5 สถานการณ์โรคมะเร็ง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ พบว่า มีประชากร เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 1 ราย ได้แก่

มะเร็งมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 1 ราย

4.2 ระยะการทำโครงการ (Project Phase)

4.2.1 คืบข้อมูลให้กับชุมชน

ได้ดำเนินการ บรรยายเรื่อง การป้องกันด้านโรคมะเร็งและผลสรุปสถานการณ์โรคมะเร็ง ของ หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ บรรยายโดย แพทย์หญิงณภัสนันท์ เจริญทรัพย์ ประธานโครงการฯ

4.2.2 จัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ได้ดำเนินการแบ่งกลุ่มของผู้เข้าร่วม และมีวิทยากรประจำกลุ่ม ให้ความรู้เรื่องการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งประกอบด้วย ขนาดของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา ความยากง่ายในการแก้ปัญหา และความตระหนักในปัญหา ทั้งนี้ หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ ได้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 ปัญหาในชุมชนบ้านท่าเตื่อ

ปัญหา	ขนาดปัญหา (3.66 คะแนน)		ความรุนแรง (3 คะแนน)		ความยากง่าย (3.33คะแนน)		ความตระหนัก (4.66 คะแนน)		รวม คะแนน
1. ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร	4	14.64	3	9	2	6.66	3	13.98	44.28
2. มลภาวะทางอากาศ	5	18.3	5	15	3	9.99	4	18.64	51.93
3. การคัดกรองมะเร็งลำไส้	3	10.98	3	9	3	9.99	2	9.32	39.29
4. การคัดกรองมะเร็งถุงน้ำดี	2	7.32	4	12	2	6.66	4	18.64	44.62

กลุ่มที่ 2 ปัญหาในชุมชนบ้านท่าเตื่อ

ปัญหา	ขนาดปัญหา (3.66 คะแนน)		ความรุนแรง (3 คะแนน)		ความยากง่าย (3.33คะแนน)		ความตระหนัก (4.66 คะแนน)		รวม คะแนน
1. มะเร็งปอด	5	18.3	4	12	3	9.99	4	18.64	58.93

2. มะเร็งเต้านม	3	10.98	3	9	4	13.32	4	18.64	51.94
3. มะเร็งลำไส้	3	10.98	3	9	2	6.66	3	13.98	40.62

กลุ่มที่ 3 ปัญหาในชุมชนบ้านท่าเตื่อ

ปัญหา	ขนาดปัญหา (3.66 คะแนน)		ความรุนแรง (3 คะแนน)		ความยากง่าย (3.33คะแนน)		ความตระหนัก (4.66 คะแนน)		รวม คะแนน
1. PM 2.5	5	18.3	3	9	2	6.66	5	23.3	57.26
2. โรคเรื้อรัง NCD	4	14.64	3	9	4	13.3 2	4	18.64	55.6
3. สารเสพติด	2	7.32	2	6	2	6.66	3	13.98	33.96
4.สภาพแวดล้อม กลิ่นเหม็นจาก แหล่งน้ำ	2	7.32	3	9	3	9.99	3	13.98	40.29

4.2.3 การเลือกปัญหาในชุมชนจากคะแนนการโหวต การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในแต่ละกลุ่ม แล้วจะนำปัญหาที่ได้คะแนนสูงสุด มาโหวตอีกครั้ง เพื่อเลือกปัญหาต่อไป ทั้งนี้ หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ดังนี้

กลุ่ม	เรื่อง	ผลคะแนน
กลุ่มที่ 1	มลภาวะทางอากาศ	10
กลุ่มที่ 2	มะเร็งปอด	25
กลุ่มที่ 3	PM 2.5	15

ทั้งนี้ มีการออกเสียงโดยการยกมือ และผู้เข้าร่วมโครงการจะยกได้เพียง ๑ ครั้งเท่านั้น โดยผลสรุปจากมติในการโหวต การแก้ไขปัญหาในชุมชนนำไปสู่โครงการ คือ “ความรู้และการคัดกรองของโรคมะเร็งปอด”

4.3 ระยะเวลาจัดทำแผน (Planning Phase)

4.3.1 เตรียมข้อมูลให้กับชุมชนในการจัดโครงการ โดยเมื่อได้ปัญหาที่ชุมชนต้องการ ทางคณะกรรมการฯ ได้จัดเตรียมข้อมูลที่เป็นแผนแนวทางการแก้ไขปัญหา

4.4 ระยะการนำแผนไปปฏิบัติ (Implementation Phase)

4.4.1 การจัดโครงการให้กับชุมชน

ได้มีการจัดอบรมความรู้ให้กับแกนนำชุมชน ผู้นำทางสุขภาพ อสม. และผู้สนใจเข้าร่วมโครงการการแก้ไขปัญหาชุมชน โดยหมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง ได้ดำเนินการจัดกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมฐานที่ 1 บรรยายให้ความรู้โรคมะเร็งปอด

กิจกรรมฐานที่ 2 การตรวจสมรรถนะปอด

กิจกรรมฐานที่ 3 แจกแบบสอบถามก่อน - หลัง ความรู้ด้านโรคมะเร็งปอด

กิจกรรมฐานที่ 4 การรณรงค์แจกหน้ากาก N95 ในชุมชน

4.5 ระยะการติดตามและประเมินผล การปฏิบัติงาน (Monitoring and Evaluation Phase)

4.5.1 วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม

เมื่อดำเนินการโครงการเสร็จสิ้นแล้ว ได้มีการประเมินผล ก่อน - หลัง การจัดทำโครงการในชุมชน โดยหมู่ที่ 12 บ้านท่าเตือ พบว่า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ
 - อันดับแรก เพศหญิง จำนวน 45 คน (ร้อยละ 90.00)
 - อันดับสอง เพศชาย จำนวน 5 คน (ร้อยละ 10.00)
2. อายุ
 - มีอายุเฉลี่ย 63.46 ปี อายุต่ำสุด 32 ปี และอายุสูงสุด 86 ปี
3. สถานภาพ
 - อันดับแรก สมรส จำนวน 34 คน (ร้อยละ 68.00)
 - อันดับสอง หม้าย จำนวน 11 คน (ร้อยละ 22.00)
 - อันดับสาม โสด จำนวน 4 คน (ร้อยละ 8.00)
4. การอาศัยในพื้นที่จังหวัดลำปาง
 - จำนวนปีที่อาศัยเฉลี่ย 55.80 ปี อาศัยต่ำสุด 6 ปี และอาศัยสูงสุด 86 ปี
5. โรคประจำตัว
 - อันดับแรก มีโรคประจำตัว จำนวน 27 คน (ร้อยละ 54.00)
 - อันดับสอง ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 23 คน (ร้อยละ 46.00)
6. ประวัติการสูบบุหรี่
 - อันดับแรก ไม่เคยสูบ จำนวน 48 คน (ร้อยละ 96.00)
 - อันดับสอง เคยสูบ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 4.00)
7. ประวัติการสูบบุหรี่ครอบครัว
 - อันดับแรก ไม่สูบ จำนวน 42 คน (ร้อยละ 84.00)
 - อันดับสอง สูบ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 16.00)
8. อาชีพ
 - อันดับแรก อื่นๆ จำนวน 50 คน (ร้อยละ 100.00)

9. ประวัติครอบครัวที่มีการใช้เตาถ่าน/ฟืน ในการประกอบอาหาร

อันดับแรก ไม่ใช้ จำนวน 30 คน (ร้อยละ 60.00)

อันดับสอง ใช้ จำนวน 20 คน (ร้อยละ 40.00)

10. ประวัติการป่วยด้วยวัณโรคปอด อันดับแรก ไม่เคย จำนวน 50 คน (ร้อยละ 100.00)

11. ประวัติการป่วยด้วยปอดอักเสบ อันดับแรก ไม่เคย จำนวน 50 คน (ร้อยละ 100.00)

12. ประวัติการป่วยด้วยเยื่อหุ้มปอดอักเสบ อันดับแรก ไม่เคย จำนวน 50 คน (ร้อยละ 100.00)

13. ประวัติการป่วยด้วยหลอดลมอักเสบ อันดับแรก ไม่เคย จำนวน 50 คน (ร้อยละ 100.00)

14. ประวัติการป่วยด้วยโรคหอบหืด อันดับแรก ไม่เคย จำนวน 50 คน (ร้อยละ 100.00)

15. ประวัติการป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ อันดับแรก ไม่เคย จำนวน 49 คน (ร้อยละ 98.00)
อันดับสอง เคย จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.00)

16. ประวัติการมีน้ำหนักลดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา อันดับแรก ไม่เคย จำนวน 50 คน (ร้อยละ 100.00)

17. ประวัติการมีอาการไอเรื้อรัง อันดับแรก ไม่เคย จำนวน 47 คน (ร้อยละ 94.00)
อันดับสอง เคย จำนวน 3 คน (ร้อยละ 6.00)

18. ประวัติการหายใจลำบาก อันดับแรก ไม่เคย จำนวน 49 คน (ร้อยละ 98.00)
อันดับสอง เคย จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.00)

19. ประวัติการเจ็บหน้าอก อันดับแรก ไม่เคย จำนวน 48 คน (ร้อยละ 96.00)
อันดับสอง เคย จำนวน 2 คน (ร้อยละ 4.00)

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปอด

ก่อนเข้าร่วมโครงการ

ข้อคำถาม	ความรู้โรคมะเร็ง	
	ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)
1. มะเร็งปอดเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดชนิดหนึ่ง	50 (100.00)	0 (0.00)
2. มะเร็งปอดเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุด	40 (80.00)	10 (20.00)
3. การออกกำลังกายช่วยลดมะเร็งปอดได้	35 (70.00)	15 (30.00)
4. มะเร็งปอดเป็นโรคทางพันธุกรรม	23 (46.00)	27 (54.00)
5. การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด	49 (98.00)	1 (2.00)
6. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด	48 (96.00)	2 (4.00)
7. มลพิษทางอากาศเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด	47 (94.00)	3 (6.00)
8. การสูบบุหรี่มือสองเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด	24 (48.00)	26 (52.00)
9. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด	37 (74.00)	13 (26.00)
10. แร่ใยหินเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด	39 (78.00)	11 (22.00)

ข้อคำถามที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่

อันดับที่ 1 ข้อคำถามที่ 1 มะเร็งปอดเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดชนิดหนึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้อง จำนวน 50 คน (ร้อยละ 100.00)

อันดับที่ 2 ข้อคำถามที่ 5 การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้อง จำนวน 49 คน (ร้อยละ 98.00)

อันดับที่ 3 ข้อคำถามที่ 6 การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้อง จำนวน 48 คน (ร้อยละ 96.00)

ข้อคำถามที่มีผู้ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่

อันดับที่ 1 ข้อคำถามที่ 4 มะเร็งปอดเป็นโรคทางพันธุกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 27 คน (ร้อยละ 54.00)

อันดับที่ 2 ข้อคำถามที่ 8 การสูบบุหรี่มือสองเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 26 คน (ร้อยละ 52.00)

อันดับที่ 3 ข้อคำถามที่ 3 การออกกำลังกายช่วยลดมะเร็งปอดได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 15 คน (ร้อยละ 30.00)

หลังเข้าร่วมโครงการ

ข้อคำถาม	ความรู้โรคมะเร็ง	
	ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)
1. มะเร็งปอดเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดชนิดหนึ่ง	50 (100.00)	0 (0.00)
2. มะเร็งปอดเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุด	48 (96.00)	2 (4.00)
3. การออกกำลังกายช่วยลดมะเร็งปอดได้	45 (90.00)	5 (10.00)
4. มะเร็งปอดเป็นโรคทางพันธุกรรม	40 (80.00)	10 (20.00)
5. การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด	50 (100.00)	0 (0.00)
6. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด	50 (100.00)	0 (0.00)
7. มลพิษทางอากาศเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด	49 (98.00)	1 (2.00)
8. การสูบบุหรี่มือสองเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด	36 (72.00)	14 (28.00)
9. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด	44 (88.00)	6 (12.00)

ข้อคำถาม	ความรู้โรคมะเร็ง	
	ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)
10. แร่ใยหินเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด	49 (98.00)	1 (2.00)

ข้อคำถามที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่

อันดับที่ 1 ข้อคำถามที่ 1 มะเร็งปอดเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดชนิดหนึ่ง ข้อคำถามที่ 5 การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด และข้อคำถามที่ 6 การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้อง จำนวน 50 คน (ร้อยละ 100.00)

อันดับที่ 2 ข้อคำถามที่ 7 มลพิษทางอากาศเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด และข้อคำถามที่ 10 แร่ใยหินเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด จำนวน 49 คน (ร้อยละ 98.00)

อันดับที่ 3 ข้อคำถามที่ 2 มะเร็งปอดเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุด พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้อง จำนวน 48 คน (ร้อยละ 96.00)

ข้อคำถามที่มีผู้ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่

อันดับที่ 1 ข้อคำถามที่ การสูบบุหรี่มือสองเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 14 คน (ร้อยละ 28.00)

อันดับที่ 2 ข้อคำถามที่ 4 มะเร็งปอดเป็นโรคทางพันธุกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 10 คน (ร้อยละ 20.00)

อันดับที่ 3 ข้อคำถามที่ 9 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 6 คน (ร้อยละ 12.00)

หมู่ที่ 13 บ้านใหม่ - บ้านเด่น

4.1 ระยะเวลาการทำโครงการ (Pre-Project Phase)

4.1.1 ประชุมคณะกรรมการเพื่อวางแผนลงชุมชน ได้ดำเนินการประชุมคณะกรรมการโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) เพื่อวางแผนการดำเนินงานเตรียมข้อมูลลงชุมชน

4.1.2 เตรียมข้อมูลลงชุมชน จัดทำข้อมูลชุมชนตามหัวข้อ ดังนี้

4.1.2.1 สถานการณ์โรคมะเร็ง ประเทศไทย พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่

เพศชาย อันดับ 1 มะเร็งตับและท่อน้ำดี
 อันดับ 2 มะเร็งปอด
 อันดับ 3 มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 อันดับ 4 มะเร็งต่อมลูกหมาก
 อันดับ 5 มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนฮอดจ์กิน

เพศหญิง อันดับ 1 มะเร็งเต้านม
 อันดับ 2 มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 อันดับ 3 มะเร็งตับและท่อน้ำดี
 อันดับ 4 มะเร็งปอด
 อันดับ 5 มะเร็งปากมดลูก

4.1.2.2 สถานการณ์โรคมะเร็ง ภาคเหนือ พบว่า เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง
 3 อันดับแรก ได้แก่

เพศชาย อันดับ 1 มะเร็งตับและท่อน้ำดี
 อันดับ 2 มะเร็งปอด
 อันดับ 3 มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

เพศหญิง อันดับ 1 มะเร็งเต้านม
 อันดับ 2 มะเร็งปอด
 อันดับ 3 มะเร็งตับและท่อน้ำดี

4.1.2.3 สถานการณ์โรคมะเร็ง จังหวัดลำปาง พบว่า เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง
 3 อันดับแรก ได้แก่

เพศชาย อันดับ 1 มะเร็งตับและท่อน้ำดี
 อันดับ 2 มะเร็งปอด
 อันดับ 3 มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

เพศหญิง อันดับ 1 มะเร็งเต้านม
 อันดับ 2 มะเร็งปอด
 อันดับ 3 มะเร็งตับและท่อน้ำดี

4.1.2.4 สถานการณ์โรคมะเร็ง เขตตำบลพิชัย พบว่า มีประชากรเสียชีวิตจาก
 โรคมะเร็ง ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 48 ราย โดยเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่

อันดับ 1 มะเร็งเต้านม

อันดับ 2 มะเร็งปากมดลูก

อันดับ 3 มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

อันดับ 4 มะเร็งตับ

อันดับ 5 มะเร็งปอด

4.1.2.5 สถานการณ์โรคมะเร็ง หมู่ที่ 13 บ้านใหม่ - บ้านเด่น พบว่า มีประชากรเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 1 ราย ได้แก่

มะเร็งมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	จำนวน 1 ราย
มะเร็งเต้านม	จำนวน 1 ราย
มะเร็งปอด	จำนวน 1 ราย
มะเร็งตับ	จำนวน 1 ราย

4.2 ระยะการทำโครงการ (Project Phase)

4.2.1 คืบข้อมูลให้กับชุมชน

ได้ดำเนินการ บรรยายเรื่อง การป้องกันด้านโรคมะเร็งและผลสรุปสถานการณ์โรคมะเร็งของ หมู่ที่ 13 บ้านใหม่ - บ้านเด่น บรรยายโดย แพทย์หญิงณัฏฐนันท์ เจริญทรัพย์ ประธานโครงการฯ

4.2.2 จัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ได้ดำเนินการแบ่งกลุ่มของผู้เข้าร่วม และมีวิทยากรประจำกลุ่ม ให้ความรู้เรื่องการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งประกอบด้วย ขนาดของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา ความยากง่ายในการแก้ปัญหา และความตระหนักในปัญหา ทั้งนี้ หมู่ที่ 13 บ้านใหม่ - บ้านเด่น ได้แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 ปัญหาในชุมชนบ้านใหม่ - บ้านเด่น

ปัญหา	ขนาดปัญหา (3.75คะแนน)		ความรุนแรง (2.75คะแนน)		ความยากง่าย (3คะแนน)		ความตระหนัก (4.25 คะแนน)		รวม คะแนน
1. ผู้คนวันจากร การเผาขยะ	3	11.25	3	8.25	2	6	5	21.25	46.75
2. ควันบุหรี	3	11.25	1	2.75	5	15	5	21.25	50.25
3. การคัดกรอง มะเร็งลำไส้	2	7.5	3	8.25	3	9	3	12.75	37.5

กลุ่มที่ 2 ปัญหาในชุมชนบ้านใหม่ - บ้านเด่น

ปัญหา	ขนาดปัญหา (3.75คะแนน)		ความรุนแรง (2.75คะแนน)		ความยากง่าย (3คะแนน)		ความตระหนัก (4.25 คะแนน)		รวม คะแนน
1. ให้ความรู้ในการคัดกรองโรคมะเร็งและตระหนักถึงความสำคัญ	3	11.25	4	11	4	12	3	12.75	47
2. เฝ้าชยะในชุมชน	2	7.5	2	5.5	4	12	4	17	42
3. ปัญหายาเสพติด	4	15	5	13.75	1	3	1	4.25	36

กลุ่มที่ 3 ปัญหาในชุมชนบ้านใหม่ - บ้านเด่น

ปัญหา	ขนาดปัญหา (3.75คะแนน)		ความรุนแรง (2.75คะแนน)		ความยากง่าย (3คะแนน)		ความตระหนัก (4.25 คะแนน)		รวม คะแนน
1. การกินอาหารดิบ	5	18.75	4	11	3	9	3	12.75	51.5
2. มะเร็งปอด (PM 2.5)	5	18.75	5	13.75	3	9	3	12.75	54.25
3. มะเร็งปากมดลูก	5	18.75	3	8.25	3	9	5	21.25	57.25

กลุ่มที่ 4 ปัญหาในชุมชนบ้านใหม่ - บ้านเด่น

ปัญหา	ขนาดปัญหา (3.75คะแนน)		ความรุนแรง (2.75คะแนน)		ความยากง่าย (3คะแนน)		ความตระหนัก (4.25 คะแนน)		รวม คะแนน
1. มะเร็งเต้านม	3	11.25	3	8.25	4	12	4	17	48.5
2. มะเร็งปากมดลูก	2.5	9.375	3	8.25	4	12	4	17	46.62
3. มะเร็งปอด	2.5	9.375	4	11	2	6	4	17	43.37

4.2.3 การเลือกปัญหาในชุมชนจากคะแนนการโหวต การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในแต่ละกลุ่ม แล้วจะนำปัญหาที่ได้คะแนนสูงสุด มาโหวตอีกครั้ง เพื่อเลือกปัญหาต่อไป ทั้งนี้ หมู่ที่ 13 บ้านใหม่ - บ้านเด่น จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ดังนี้

กลุ่มที่	เรื่อง	ผลคะแนน
กลุ่มที่ 1	คว้นบุหรี	12
กลุ่มที่ 2	การให้ความรู้และความตระหนักในการคัดกรองมะเร็งลำไส้	12
กลุ่มที่ 3	การให้ความรู้และในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	4
กลุ่มที่ 4	การให้ความรู้และการคัดกรองมะเร็งเต้านม	13

ทั้งนี้ มีการออกเสียงโดยการยกมือ และผู้เข้าร่วมโครงการจะยกได้เพียง ๑ ครั้งเท่านั้น โดยผลสรุปจากมติในการโหวต การแก้ไขปัญหาในชุมชนนำไปสู่โครงการ คือ “ความรู้และการคัดกรองของโรคมะเร็งเต้านม”

4.3 ระยะเวลาจัดทำแผน (Planning Phase)

4.3.1 เตรียมข้อมูลให้กับชุมชนในการจัดโครงการ โดยเมื่อได้ปัญหาที่ชุมชนต้องการ ทางคณะกรรมการฯ ได้จัดเตรียมข้อมูลที่เป็นแผนแนวทางการแก้ไขปัญหา

4.4 ระยะการนำไปปฏิบัติ (Implementation Phase)

4.4.1 การจัดโครงการให้กับชุมชน

ได้มีการจัดอบรมความรู้ให้กับแกนนำชุมชน ผู้นำทางสุขภาพ อสม. และผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการการแก้ไขปัญหาชุมชน โดยหมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง ได้ดำเนินการจัดกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมฐานที่ 1 บรรยายให้ความรู้โรคมะเร็งเต้านม และสอนคลำเต้านมผ่านโมเดลเต้านม

กิจกรรมฐานที่ 2 ให้ความรู้ผ่านโปสเตอร์ 5 ทำ 5 ไม่ ห่างไกลมะเร็ง

กิจกรรมฐานที่ 3 แจกแบบสอบถามก่อน - หลัง ความรู้ด้านโรคมะเร็งเต้านม

กิจกรรมฐานที่ 4 ประชาสัมพันธ์โครงการเมมโมแกรม

4.5 ระยะเวลาติดตามและประเมินผล การปฏิบัติงาน (Monitoring and Evaluation Phase)

4.5.1 วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม

เมื่อดำเนินการโครงการเสร็จสิ้นแล้ว ได้มีการประเมินผล ก่อน - หลัง การจัดทำโครงการในชุมชน โดยหมู่ที่ 13 บ้านใหม่ - บ้านเด่น พบว่า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. คำนำหน้า
 - อันดับแรก นาง จำนวน 41 คน (ร้อยละ 87.23)
 - อันดับสอง นางสาว จำนวน 6 คน (ร้อยละ 12.77)
2. อายุ
 - มีอายุเฉลี่ย 62.23 ปี อายุต่ำสุด 33 ปี และอายุสูงสุด 77 ปี
3. สถานภาพ
 - อันดับแรก สมรส จำนวน 30 คน (ร้อยละ 63.83)
 - อันดับสอง หม้าย จำนวน 13 คน (ร้อยละ 27.67)
 - อันดับสาม โสด จำนวน 4 คน (ร้อยละ 8.51)
4. โรคประจำตัว
 - อันดับแรก มีโรคประจำตัว จำนวน 27 คน (ร้อยละ 57.45)
 - อันดับสอง ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 20 คน (ร้อยละ 42.55)
5. การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง
 - อันดับแรก ไม่ป่วย จำนวน 46 คน (ร้อยละ 97.87)
 - อันดับสอง ป่วย จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.13)
6. การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจากญาติสายตรง
 - อันดับแรก ไม่ป่วย จำนวน 40 คน (ร้อยละ 85.11)
 - อันดับสอง ป่วย จำนวน 7 คน (ร้อยละ 14.89)
7. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน (n = 38, สตรีอายุ 30 – 70 ปี)
 - อันดับแรก เป็นประจำทุกเดือน จำนวน 21 คน (ร้อยละ 55.26)
 - อันดับสอง บางครั้ง (เดือนเว้นเดือน) จำนวน 15 คน (ร้อยละ 39.47)
 - อันดับสาม ไม่เคย จำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.26)
8. การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ (CBE) อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี (n = 38, สตรีอายุ 30-70 ปี)
 - อันดับแรก เคย จำนวน 25 คน (ร้อยละ 65.79)
 - อันดับสอง ไม่เคย จำนวน 13 คน (ร้อยละ 34.21)
9. การตรวจเต้านมด้วยโดย Mammogram อย่างน้อย 3 ครั้ง (n = 38, สตรีอายุ 30 – 70 ปี)
 - อันดับแรก ไม่เคย จำนวน 27 คน (ร้อยละ 71.05)
 - อันดับสอง เคย จำนวน 11 คน (ร้อยละ 28.95)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงมะเร็งเต้านม

1. มีญาติสายตรง (ได้แก่ มารดา พี่สาว น้องสาว หรือ บุตร) เป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่
 - อันดับแรก ไม่มี จำนวน 40 คน (ร้อยละ 85.11)
 - อันดับสอง มี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 14.89)
2. เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างใดข้างหนึ่งมาก่อน
 - อันดับแรก ไม่เคย จำนวน 46 คน (ร้อยละ 97.87)
 - อันดับสอง เคย จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.13)
3. เคยผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านมมากกว่า 1 ครั้ง
 - อันดับแรก ไม่เคย จำนวน 47 คน (ร้อยละ 100.00)

4. เคยได้รับการฉายแสงเพื่อรักษาโรคมะเร็งทรวงอก
 - อันดับแรก ไม่เคย จำนวน 46 คน (ร้อยละ 97.87)
 - อันดับสอง เคย จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.13)
5. เคยผ่าตัดก้อนเนื้อเต้านมแล้วพบความเสี่ยง เช่น Atypical ductal hyperplasia
 - อันดับแรก ไม่เคย จำนวน 46 คน (ร้อยละ 97.87)
 - อันดับสอง เคย จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.13)
6. คล้ำแล้วพบก้อนที่เต้านม
 - อันดับแรก ไม่พบ จำนวน 44 คน (ร้อยละ 92.62)
 - อันดับสอง พบ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 6.38)
7. กินยาฮอร์โมนทดแทนในวัยทอง หรือกระตุ้นการตกไข่เป็นประจำ
 - อันดับแรก ไม่ใช่ จำนวน 46 คน (ร้อยละ 97.87)
 - อันดับสอง ใช่ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.13)
8. กินยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นประจำนานกว่า 10 ปี
 - อันดับแรก ไม่ใช่ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 17.02)
 - อันดับสอง ใช่ จำนวน 39 คน (ร้อยละ 82.98)
9. ไม่มีบุตร หรือมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี
 - อันดับแรก ไม่ใช่ จำนวน 40 คน (ร้อยละ 85.11)
 - อันดับสอง ใช่ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 14.89)
10. มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ปี
 - อันดับแรก ไม่ใช่ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 10.64)
 - อันดับสอง ใช่ จำนวน 42 คน (ร้อยละ 89.36)
11. ประจำเดือนหมดช้า (อายุมากกว่า 55 ปี แล้วยังไม่หมดประจำเดือน)
 - อันดับแรก ไม่ใช่ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 10.64)
 - อันดับสอง ใช่ จำนวน 42 คน (ร้อยละ 89.36)
12. ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร)
 - อันดับแรก ไม่ใช่ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 10.64)
 - อันดับสอง ใช่ จำนวน 42 คน (ร้อยละ 89.36)
13. ไม่ให้นมลูก (Breast Feeding)
 - อันดับแรก ไม่ใช่ จำนวน 38 คน (ร้อยละ 80.85)
 - อันดับสอง ใช่ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 19.15)
14. ตรวจแมมโมแกรม (Mammogram) พบว่ามีเนื้อเต้านมหนาผิดปกติ
 - อันดับแรก ไม่ใช่ จำนวน 43 คน (ร้อยละ 91.49)

อันดับสอง ใช้ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 8.51)

15. อายุมากกว่า 40 ปี อันดับแรก ใช้ จำนวน 28 คน (ร้อยละ 59.57)

อันดับสอง ไม่ใช่ จำนวน 19 คน (ร้อยละ 40.43)

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

ก่อนการอบรม

ข้อความ	ความรู้โรคมะเร็ง	
	ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)
1. มะเร็งเต้านมพบมากในประเทศหญิงเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปากมดลูก	17 (36.17)	30 (63.83)
2. มะเร็งเต้านม พบได้บ่อยในสตรีที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี	26 (55.32)	21 (44.68)
3. มะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกอาจไม่มีอาการเจ็บหรือปวดที่เต้านม	14 (29.79)	33 (70.21)
4. มะเร็งเต้านมเกิดจากสาเหตุการติดเชื้อแบคทีเรีย	34 (72.34)	13 (27.66)
5. การมีประวัติมะเร็งเต้านมในญาติสายตรง มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งเต้านม	36 (76.60)	11 (23.40)
6. การตรวจเต้านมด้วยตนเองควรตรวจในช่วงมีประจำเดือนเท่านั้น	39 (82.98)	8 (17.02)
7. การตรวจเต้านมด้วยตนเองควรตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	33 (70.21)	14 (29.79)
8. การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นหนึ่งในวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ดีที่สุด	38 (80.85)	9 (19.15)
9. ควรตรวจร่างกายเป็นประจำ แม้ว่าจะมีสุขภาพแข็งแรงหรือไม่เคยเจ็บป่วยก็ตาม	45 (95.74)	2 (4.26)

ข้อความถาม	ความรู้โรคมะเร็ง	
	ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)
10. ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่กินปลา น้ำจืดดิบ เพื่อลดความเสี่ยงการเป็น มะเร็ง	35 (74.47)	12 (25.53)

ข้อความถามที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่

อันดับที่ 1 ข้อความถามที่ 9 ควรตรวจร่างกายเป็นประจำ แม้ว่าจะมีสุขภาพแข็งแรงหรือไม่
เคยเจ็บป่วยก็ตาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้อง จำนวน 45 คน (ร้อยละ 95.74)

อันดับที่ 2 ข้อความถามที่ 6 การตรวจเต้านมด้วยตนเองควรตรวจในช่วงมีประจำเดือนเท่านั้น
พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้อง จำนวน 39 คน (ร้อยละ 82.98)

อันดับที่ 8 การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นหนึ่งในวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ดีที่สุด
พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูก จำนวน 38 คน (ร้อยละ 80.85)

ข้อความถามที่มีผู้ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่

อันดับที่ 1 ข้อความถามที่ 3 มะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกอาจไม่มีอาการเจ็บหรือปวดที่เต้านม
พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 33 คน (ร้อยละ 70.21)

อันดับที่ 2 ข้อความถามที่ 1 มะเร็งเต้านมพบมากในเพศหญิงเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปาก
มดลูกพบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 30 คน (ร้อยละ 63.83)

อันดับที่ 3 ข้อความถามที่ 2 มะเร็งเต้านม พบได้บ่อยในสตรีที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี พบว่า กลุ่ม
ตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 21 คน (ร้อยละ 44.68)

หลังการอบรม

ข้อความถาม	ความรู้โรคมะเร็ง	
	ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)
1. มะเร็งเต้านมพบมากในเพศหญิงเป็น อันดับสองรองจากมะเร็งปากมดลูก	27 (57.45)	20 (42.55)
2. มะเร็งเต้านม พบได้บ่อยในสตรีที่มี อายุต่ำกว่า 30 ปี	35 (74.47)	12 (25.53)
3. มะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกอาจไม่มี อาการเจ็บหรือปวดที่เต้านม	37 (78.72)	10 (21.28)

ข้อคำถาม	ความรู้โรคมะเร็ง	
	ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)
4. มะเร็งเต้านมเกิดจากสาเหตุการติดเชื้อแบคทีเรีย	35 (74.47)	12 (25.53)
5. การมีประวัติมะเร็งเต้านมในญาติสายตรง มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งเต้านม	41 (87.23)	6 (12.77)
6. การตรวจเต้านมด้วยตนเองควรตรวจในช่วงมีประจำเดือนเท่านั้น	40 (85.11)	7 (14.89)
7. การตรวจเต้านมด้วยตนเองควรตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	31 (65.96)	16 (34.04)
8. การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นหนึ่งในวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ดีที่สุด	40 (85.11)	7 (14.89)
9. ควรตรวจร่างกายเป็นประจำ แม้ว่าจะมีสุขภาพแข็งแรงหรือไม่เคยเจ็บป่วยก็ตาม	44 (93.62)	3 (6.38)
10. ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่กินปลา น้ำจืดดิบ เพื่อลดความเสี่ยงการเป็นมะเร็ง	34 (72.34)	13 (27.66)

ข้อคำถามที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่

อันดับที่ 1 ข้อคำถามที่ 9 ควรตรวจร่างกายเป็นประจำ แม้ว่าจะมีสุขภาพแข็งแรงหรือไม่เคยเจ็บป่วยก็ตาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้อง จำนวน 44 คน (ร้อยละ 93.62)

อันดับที่ 2 ข้อคำถามที่ 5 การมีประวัติมะเร็งเต้านมในญาติสายตรง มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งเต้านม พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้อง จำนวน 41 คน (ร้อยละ 87.23)

อันดับที่ 3 ข้อคำถามที่ 6 การตรวจเต้านมด้วยตนเองควรตรวจในช่วงมีประจำเดือนเท่านั้น และข้อคำถามที่ 8 การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นหนึ่งในวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ดีที่สุด พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้อง จำนวน 40 คน (ร้อยละ 85.11)

ข้อความที่มีผู้ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่

อันดับที่ 1 ข้อคำถามที่ 1 มะเร็งเต้านมพบมากในเพศหญิงเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 20 คน (ร้อยละ 42.55)

อันดับที่ 2 ข้อคำถามที่ 7 การตรวจเต้านมด้วยตนเองควรตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 16 คน (ร้อยละ 34.04)

อันดับที่ 3 ข้อคำถามที่ 10 ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่กินปลา น้ำจืดดิบ เพื่อลดความเสี่ยงการเป็นมะเร็ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 13 คน (ร้อยละ 27.66)

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจภาพรวมในการอบรม

อันดับแรก มากที่สุด จำนวน 24 คน (ร้อยละ 51.06)

อันดับสอง มาก จำนวน 21 คน (ร้อยละ 44.68)

อันดับสาม ปานกลาง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 4.26)

บทที่ 5

สรุปผล ข้อเสนอแนะ ข้อจำกัด และแผนการดำเนินงานในระยะต่อไป

5.1 สรุปผล

5.1.1 สรุปผลการดำเนินโครงการในชุมชน

หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง

5.1.1.1 การจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน

ผู้เข้าร่วมโครงการ หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง ได้ผลสรุปจากมติในการโหวต การแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนนำไปสู่โครงการ คือ “ความรู้และการคัดกรองของโรคมะเร็งปอด” ผลของการได้รับความรู้และการคัดกรองเรื่องมะเร็งปอด หลังการอบรม พบว่าประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องของโรคมะเร็งปอดมากยิ่งขึ้น และตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดมะเร็งปอดมากขึ้น

หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ

5.1.1.2 การจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน

ผู้เข้าร่วมโครงการ หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ ได้ผลสรุปจากมติในการโหวต การแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนนำไปสู่โครงการ คือ “ความรู้และการคัดกรองของโรคมะเร็งปอด” ผลของการได้รับความรู้และการคัดกรองเรื่องมะเร็งปอด หลังการอบรม พบว่าประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องของโรคมะเร็งปอดมากยิ่งขึ้น และตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดมะเร็งปอดมากขึ้น

5.1.1.3 การจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน

ผู้เข้าร่วมโครงการ หมู่ที่ 13 บ้านใหม่ - บ้านเด่น ได้ผลสรุปจากมติในการโหวต การแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนนำไปสู่โครงการ คือ “ความรู้และการคัดกรองของโรคมะเร็งเต้านม”

ผลของการได้รับความรู้และการคัดกรองเรื่องมะเร็งเต้านม หลังการอบรม พบว่าประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องของโรคมะเร็งเต้านมมากยิ่งขึ้น รู้จักวิธีการตรวจเต้านมด้วยตัวเอง (Breast self-exam) และตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมมากขึ้น

บรรณานุกรม

- (1) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ National Cancer Control Programme พ.ศ. 2567-2575. กรุงเทพฯ.: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2567
https://www.si.mahidol.ac.th/th/hotnewsdetail.asp?hn_id=2422
- (2) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. Cancer in Thailand Vol.XI 2019-2021 กรุงเทพฯ.: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
- (2) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2540. [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2568]. 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 20 มีนาคม 2568]. 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) ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. การนำเสนอแนวคิด และประสบการณ์เรื่อง Health Literacy ความแตกฉานด้านสุขภาพ. นครปฐม: ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
- (6) สำนักงานเทศบาลเมืองพิชัย. ข้อมูลทั่วไป [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2560. [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2568]. 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 เดือนในผู้ที่มีแอนติเจนที่ผิวของตับอักเสบบีเป็นบวกหรือผู้ป่วยตับอักเสบบีเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2560. [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก :
<http://www.dms.moph.go.th/imrta/images/ebook/ta doc / 4.pdf>

- (10) เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล. โรคมะเร็งในประเทศไทยและสารก่อมะเร็งในสิ่งแวดล้อม. ใน: สมชาย บวรกิตติ, จอห์นพี และกฤษฎาศรีสำราญ, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมฉบับเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษามหาราชา. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์หน้า; 2542. น. 1001- 10220.
- (11) เต็มชัย ไชยวุฒิ และไพโรจน์ เหลืองโรจน์กุล. โรคตับและทางเดินน้ำดี. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2541.
- (12) อาคม ชัยวีระวัฒน์ และคณะ. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี [อินเทอร์เน็ต].[ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2554. [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 เมษายน 2568]. 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: คณะเทคนิคการแพทย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
- (17) สุริย์รัตน์ พวงสายใจ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านมในสตรีจังหวัดลำปาง. ลำปาง : โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
- (18) ธนุตม์ ก้วยเจริญพานิชย์. ตำรามะเร็งเต้านม. อุบลราชธานี: กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ กลุ่มภารกิจวิชาการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี; 2558.
- (19) สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.การตรวจคัดกรองมะเร็งปอด [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2564 [ปรับปรุงเมื่อ 16 ม.ค. 2564; สืบค้นเมื่อวันที่ 22 เมษายน 2568]. 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 23 เมษายน 2568].จาก : <https://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=41>
- (23) มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น. โรคมะเร็งท่อน้ำดี. [อินเทอร์เน็ต].[ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2555; ; สืบค้นเมื่อวันที่ 26 เมษายน 2568] เข้าถึงได้จาก : <https://cca.in.th/wpth/cca-overview/>
- (24) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. Cancer in Thailand Vol.XI 2019-2021 กรุงเทพฯ.: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2568.

- (25) ดลสุข พงษ์นิกรและคณะ. Trends in Cancer Incidence and Mortality in Northern, Thailand, 1993-2017 ลำปาง: โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
- (26) โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ปี พ.ศ. 2566 .ลำปาง ; 2567.
- (27) สาขาวิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. เทคนิคและกระบวนการเพื่อพัฒนาสุขภาพชุมชน .พิษณุโลก : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2546
- (28) บุญชัย ภาละกาล. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ในกระบวนการดำเนินงานอนามัยชุมชน บทเรียนในการนำทฤษฎีสู่การฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2557;24(1):8-10
- (29) ปัตพงษ์ เกตุสมบูรณ์. เวชศาสตร์ชุมชน 3. เอกสารประกอบการสอนวิชาเวชศาสตร์ชุมชน หัวข้อ การจัดลำดับความสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุข ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก: แบบสอบถามสุขภาพชุมชน หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง

ส่วนที่ 1

1. เพศ..... ชาย หญิง
2. อายุ..... ปี
3. สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่
4. อาศัยในพื้นที่ จังหวัดลำปางปี
5. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ ไม่มี มี ระบุ.....
6. ท่านเคยสูบบุหรี่/ยาสูบหรือไม่ เคยสูบ เริ่มสูบเมื่ออายุ.....ปี
 สูบ ระบุจำนวน.....มวน/วัน
 ไม่เคยสูบ
7. สมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่หรือไม่ สูบ ไม่สูบ
8. อาชีพปัจจุบัน/ครอบครัว
 ช่างทำครกหิน ช่างไม้ ทำโรงงานเซรามิก
 ทำโรงงานเครื่องปั้นดินเผา อื่นๆ ระบุ
9. ในครอบครัวมีการใช้เตาถ่าน/ฟืน ในการประกอบอาหาร ใช่ ไม่ใช่
10. ท่านเคยป่วยด้วยโรคดังต่อไปนี้หรือไม่
 - 1) วัณโรคปอด เคย ระบุวันที่ป่วย..... ไม่เคย
 - 2) ปอดอักเสบ เคย ระบุวันที่ป่วย..... ไม่เคย
 - 3) เยื่อหุ้มปอดอักเสบ เคย ระบุวันที่ป่วย..... ไม่เคย
 - 4) หลอดลมอักเสบ เป็นๆ หายๆ หลายครั้งในรอบปี เคย ระบุวันที่ป่วย.... ไม่เคย
 - 5) หอบหืด เคย ระบุวันที่ป่วย..... ไม่เคย
 - 6) โรคเรื้อรังอื่นๆ เคย ระบุ.....วันที่ป่วย..... ไม่เคย
11. ท่านมีน้ำหนักลดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
12. ท่านเคยมีอาการเหล่านี้หรือไม่
 - 1) ไอเรื้อรัง เคย ไม่เคย
 - 2) หายใจลำบาก เคย ไม่เคย
 - 3) เจ็บหน้าอก เคย ไม่เคย

ส่วนที่ 2

แบบประเมินความรู้ของผู้เข้าร่วมโครงการเกี่ยวกับโรคมะเร็งปอด (ก่อนอบรม)

แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปอด

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	มะเร็งปอดเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยทั้งคนไทยและทั่วโลก		
2	มะเร็งปอด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนไทย		
3	การออกกำลังกายช่วยลดมะเร็งปอดได้		
4	มะเร็งปอดเป็นโรคทางพันธุกรรม		
5	การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด		
6	มลพิษทางอากาศเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งปอด		
7	การสูบบุหรี่มือสองเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด		
8	การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด		
9	แร่ใยหินเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด		
10	ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะแรกส่วนใหญ่มักจะไม่มีอาการแสดง		

ส่วนที่ 3

แบบประเมินความรู้ของผู้เข้าร่วมโครงการเกี่ยวกับโรคมะเร็งปอด (หลังอบรม)

แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปอด

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	มะเร็งปอดเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยทั้งคนไทยและทั่วโลก		
2	มะเร็งปอด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนไทย		
3	การออกกำลังกายช่วยลดมะเร็งปอดได้		
4	มะเร็งปอดเป็นโรคทางพันธุกรรม		
5	การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด		
6	มลพิษทางอากาศเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งปอด		
7	การสูบบุหรี่มือสองเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด		
8	การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด		
9	แร่ใยหินเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด		
10	ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะแรกส่วนใหญ่มักจะไม่มีอาการแสดง		

ภาคผนวก ก: แบบสอบถามสุขภาพชุมชน หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ

ส่วนที่ 1

1. เพศ..... ชาย หญิง
2. อายุ..... ปี
3. สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่
4. อาศัยในพื้นที่ จังหวัดลำปางปี
5. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ ไม่มี มี ระบุ.....
6. ท่านเคยสูบบุหรี่/ยาสูบหรือไม่ เคยสูบ เริ่มสูบเมื่ออายุ.....ปี
 สูบ ระบุจำนวน.....มวน/วัน
 ไม่เคยสูบ
7. สมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่หรือไม่ สูบ ไม่สูบ
8. อาชีพปัจจุบัน/ครอบครัว
 ช่างทำครกหิน ช่างไม้ ทำโรงงานเซรามิก
 ทำโรงงานเครื่องปั้นดินเผา อื่นๆ ระบุ
9. ในครอบครัวมีการใช้เตาถ่าน/ฟืน ในการประกอบอาหาร ใช่ ไม่ใช่
10. ท่านเคยป่วยด้วยโรคดังต่อไปนี้หรือไม่
 - 1) วัณโรคปอด เคย ระบุวันที่ป่วย..... ไม่เคย
 - 2) ปอดอักเสบ เคย ระบุวันที่ป่วย..... ไม่เคย
 - 3) เยื่อหุ้มปอดอักเสบ เคย ระบุวันที่ป่วย..... ไม่เคย
 - 4) หลอดลมอักเสบ เป็นๆ หายๆ หลายครั้งในรอบปี เคย ระบุวันที่ป่วย.... ไม่เคย
 - 5) หอบหืด เคย ระบุวันที่ป่วย..... ไม่เคย
 - 6) โรคเรื้อรังอื่นๆ เคย ระบุ.....วันที่ป่วย..... ไม่เคย
11. ท่านมีน้ำหนักลดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
12. ท่านเคยมีอาการเหล่านี้หรือไม่
 - 1) ไอเรื้อรัง เคย ไม่เคย
 - 2) หายใจลำบาก เคย ไม่เคย
 - 3) เจ็บหน้าอก เคย ไม่เคย

ส่วนที่ 2

แบบประเมินความรู้ของผู้เข้าร่วมโครงการเกี่ยวกับโรคมะเร็งปอด (ก่อนอบรม)

แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปอด

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	มะเร็งปอดเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยทั้งคนไทยและทั่วโลก		
2	มะเร็งปอด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนไทย		
3	การออกกำลังกายช่วยลดมะเร็งปอดได้		
4	มะเร็งปอดเป็นโรคทางพันธุกรรม		
5	การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด		
6	มลพิษทางอากาศเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งปอด		
7	การสูบบุหรี่มือสองเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด		
8	การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด		
9	แร่ใยหินเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด		
10	ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะแรกส่วนใหญ่มักจะไม่มีอาการแสดง		

ส่วนที่ 3

แบบประเมินความรู้ของผู้เข้าร่วมโครงการเกี่ยวกับโรคมะเร็งปอด (หลังอบรม)

แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปอด

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	มะเร็งปอดเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยทั้งคนไทยและทั่วโลก		
2	มะเร็งปอด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนไทย		
3	การออกกำลังกายช่วยลดมะเร็งปอดได้		
4	มะเร็งปอดเป็นโรคทางพันธุกรรม		
5	การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด		
6	มลพิษทางอากาศเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งปอด		
7	การสูบบุหรี่มือสองเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด		
8	การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด		
9	แร่ใยหินเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด		
10	ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะแรกส่วนใหญ่มักจะไม่มีอาการแสดง		

แบบสอบถามสุขภาพชุมชน หมู่ที่ 13 บ้านใหม่ - บ้านเด่น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ นางสาว/นาง/นาย.....สกุล.....
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพ [] 1) โสด [] 2) หม้าย [] 3) แยกกันอยู่ [] 4) สมรส
4. โรคประจำตัว [] 1) ไม่มี [] 2) มี ระบุโรค.....
5. การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง [] 1) ไม่ป่วย [] 2) ป่วย ระบุโรค.....
6. ประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งจากญาติสายตรง ระบุ (พ่อ/แม่/พี่/น้อง/ลุง/ป้า/น้า/อา/ย่า/ยาย/ปู่/ตา).....เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง.....
7. ท่านได้รับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
[] 1) เป็นประจำทุกเดือน [] 2) บางครั้ง (เดือนเว้นเดือน) [] 3) ไม่เคย
8. ท่านได้รับการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ (CBE) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
[] 1) เคย [] 2) ไม่เคย
9. ท่านได้รับการตรวจเต้านมโดย Mammogram อย่างน้อย 3 ครั้ง
[] 1) เคย เมื่อปี..... [] 2) ไม่เคย

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงมะเร็งเต้านม

ข้อ	ปัจจัยเสี่ยงสูง	ใช่	ไม่ใช่
1	มีญาติสายตรง (ได้แก่ มารดา พี่สาว น้องสาว หรือ บุตร) เป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่		
2	เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างใดข้างหนึ่งมาก่อน		
3	เคยผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านมมากกว่า 1 ครั้ง		
4	เคยได้รับการฉายแสงเพื่อรักษาโรคบริเวณทรวงอก		
5	เคยผ่าตัดก้อนเนื้อเต้านมแล้วพบความเสี่ยง เช่น Atypical ductal hyperplasia		
6	คล้ำแล้วพบก้อนที่เต้านม		
ปัจจัยเสี่ยงปานกลาง		ใช่	ไม่ใช่
7	กินยาฮอร์โมนทดแทนในวัยทอง หรือกระตุ้นการตกไข่เป็นประจำ		
8	กินยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นประจำนานกว่า 10 ปี		
9	ไม่มีบุตร หรือมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี		
10	มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ปี		
11	ประจำเดือนหมดช้า (อายุมากกว่า 55 ปี แล้วยังไม่หมดประจำเดือน)		

12	ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร)		
13	ไม่ให้นมลูก (Breast Feeding)		
14	ตรวจแมมโมแกรม (Mammogram) พบว่ามีเนื้อเต้านมหนาผิดปกติ		
15	อายุมากกว่า 40 ปี		

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

ก่อนการอบรม

คำชี้แจง ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของของท่านให้มากที่สุด

ลำดับ ที่	ข้อความคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	มะเร็งเต้านมพบมากในเพศหญิงเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปากมดลูก		
2	มะเร็งเต้านม พบได้บ่อยในสตรีที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี		
3	มะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกอาจไม่มีอาการเจ็บหรือปวดที่เต้านม		
4	มะเร็งเต้านมเกิดจากสาเหตุการติดเชื้อแบคทีเรีย		
5	การมีประวัติมะเร็งเต้านมในญาติสายตรง มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งเต้านม		
6	การตรวจเต้านมด้วยตนเองควรตรวจในช่วงมีประจำเดือนเท่านั้น		
7	การตรวจเต้านมด้วยตนเองควรตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง		
8	การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ดีที่สุด		
9	ควรตรวจร่างกายเป็นประจำ แม้ว่าจะมีสุขภาพแข็งแรงหรือไม่เคยเจ็บป่วยก็ตาม		
10	ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่กินปลาน้ำจืดดิบ เพื่อลดความเสี่ยงการเป็นมะเร็ง		

หลังการอบรม

คำชี้แจง ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของของท่านให้มากที่สุด

ลำดับ ที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ ใช่
1	มะเร็งเต้านมพบมากในเพศหญิงเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปากมดลูก		
2	มะเร็งเต้านม พบได้บ่อยในสตรีที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี		
3	มะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกอาจไม่มีอาการเจ็บหรือปวดที่เต้านม		
4	มะเร็งเต้านมเกิดจากสาเหตุการติดเชื้อแบคทีเรีย		
5	การมีประวัติมะเร็งเต้านมในญาติสายตรง มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งเต้านม		
6	การตรวจเต้านมด้วยตนเองควรตรวจในช่วงมีประจำเดือนเท่านั้น		
7	การตรวจเต้านมด้วยตนเองควรตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง		
8	การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ดีที่สุด		
9	ควรตรวจร่างกายเป็นประจำ แมว่าจะมีสุขภาพแข็งแรงหรือไม่เคยเจ็บป่วยก็ตาม		
10	ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่กินปลาน้ำจืดดิบ เพื่อลดความเสี่ยงการเป็นมะเร็ง		

ความพึงพอใจภาพรวมในการอบรมครั้งนี้

[] มากที่สุด [] มาก [] ปานกลาง [] น้อย [] น้อยที่สุด

ข้อเสนอแนะในการจัดประชุมครั้งนี้และการจัดประชุมครั้งต่อไป

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย
ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) จังหวัดลำปาง

**คณะกรรมการโครงการ Pichai Model โรงพยาบาลแม่เงิงลำปาง
จัดเวทีการคืนข้อมูลสุขภาพให้กับชุมชนบ้านใหม่บ้านเด่น ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง**



คณะกรรมการดำเนินโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) โรงพยาบาลแม่เงิงลำปาง จัดเวทีการคืนข้อมูลสุขภาพให้กับชุมชน หมู่ที่ 13 บ้านใหม่บ้านเด่น โดยมีนายมาตีต อุ่นเครือ นายกองคการบริหารส่วนตำบลพิชัย เป็นประธาน เปิดโครงการ และแพทย์หญิงณภิสันท์ เจริญทรัพย์ ประธานคณะกรรมการ Pichai Model เป็นผู้กล่าวรายงาน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อคืนข้อมูลด้านสุขภาพให้แก่ชุมชน และจัดเวทีประชาคมเพื่อคัดเลือกปัญหา นำไปสู่การจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนและเพื่อพัฒนารูปแบบต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย ในวันที่ 20 มกราคม 2568 ณ ศาลาอเนกประสงค์บ้านใหม่บ้านเด่น ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

กรมการแพทย์ "ทำดีที่สุด เพื่อทุกชีวิต"    กรมการแพทย์

ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง
ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) จังหวัดลำปาง

คณะกรรมการโครงการ Pichai Model โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน เรื่องมะเร็งปอด มลภาวะและ PM 2.5 หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตือ อำเภอมือง จังหวัดลำปาง



คณะกรรมการดำเนินโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) นำโดยแพทย์หญิงณภัสนันท์ เจริญทรัพย์ ประธานคณะกรรมการ พร้อมด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้จัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน เรื่อง มะเร็งปอดรวมทั้งมลภาวะทางอากาศ และ PM 2.5 หมู่ 12 บ้านท่าเตือ ซึ่งมี นางบรรณันท์ ธารารธรรม รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ เป็นประธานการเปิดโครงการ และได้รับเกียรติจาก นายสองเมือง วงศ์ไชย นายกเทศมนตรีเมืองพิชัย มาร่วมโครงการในครั้งนี้ด้วย โดยมีกิจกรรมบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปอด การใส่หน้ากาก N95 และมีการแบ่งกิจกรรมกลุ่ม 4 ฐาน ประกอบด้วย ฐานที่ 1 มะเร็งปอกมดลูก ฐานที่ 2 คือ 5 ท่า โยคะ ฐานที่ 3 การบริหารปอด ฐานที่ 4 แยกขยะลด PM 2.5 ในวันที่ 12 มีนาคม 2568 ณ ศาลาวัดอุทุมพร บ้านท่าเตือ ตำบลพิชัย อำเภอมือง จังหวัดลำปาง

กรมการแพทย์ "ฟ้าดีที่สุด เพื่อทุกชีวิต"   กรมการแพทย์

ภาคผนวก ค: ประมวลภาพกิจกรรมหมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง



ภาคผนวก ค: ประมวลภาพกิจกรรมหมู่ที่ 12 บ้านท่าเตือ



ภาคผนวก ค: ประมวลภาพกิจกรรมหมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่

