

3
4 **รวมพลังชุมชนต้านมะเร็ง**5 **Coalition to fight Cancer in Community**6
7 **๑. นิยามศัพท์**

8 **โรคมะเร็ง** หมายถึง กลุ่มของโรคที่เกิดเนื่องจากเซลล์ของร่างกายมีความผิดปกติ โดยเกิดการ
9 เปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมของเซลล์ก่อให้เกิดเป็นเซลล์มะเร็งที่มีการเจริญเติบโต มีการแบ่งตัวเพื่อเพิ่ม
10 จำนวนเซลล์รวดเร็วและมากกว่าปกติโดยไม่อยู่ภายใต้การควบคุมที่เหมาะสม^(๑)

11 **ชุมชน** หมายถึง การที่คนจำนวนหนึ่งเท่าใดก็ได้ มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสารหรือ
12 รวมกลุ่มกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันในการกระทำ มีการจัดการเพื่อให้เกิดความสำเร็จ
13 ตามวัตถุประสงค์ร่วมกัน

14 **๒. ความสำคัญของโรคมะเร็ง**

15 ปัจจุบันโรคมะเร็งถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย
16 จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. ๒๕๖๑^(๒) รายงานว่ามีจำนวนผู้ป่วยทั่วโลกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น
17 โรคมะเร็งประมาณ ๑๘ ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ ๙.๖ ล้านคน หรือ ๑ ใน ๖ ของการ
18 เสียชีวิตจะเกิดจากโรคมะเร็ง คาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกอาจ
19 มากกว่า ๒๐ ล้านรายต่อปี ประมาณร้อยละ ๗๐ ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็งอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา

20 สถานการณ์โรคมะเร็งในภาพรวมของไทยจากสถิติของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวง
21 สาธารณสุข พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๑ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๑ คิดเป็นร้อยละ ๑๖
22 ของการเสียชีวิตทั้งหมดซึ่งสูงกว่าอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ และโรคหัวใจเฉียบ ๒ ถึง ๓ เท่า หรือมี
23 ผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเฉลี่ย ๘ รายต่อชั่วโมง^(๓) ข้อมูลสถิติโรคมะเร็งของประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๕๖-
24 ๒๕๕๘ (Cancer in Thailand Vol. IX, 2013-2015) จากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระบุจำนวนผู้ป่วยรายใหม่
25 ๑๒๒,๗๕๗ ราย^(๔) สำหรับมะเร็งที่พบบ่อย ๕ อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม
26 มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และมะเร็งปากมดลูก โดยโรคมะเร็งที่ทำให้เสียชีวิตมากที่สุด ๕ อันดับแรกมา
27 ยาวนาน ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และมะเร็งปาก
28 มดลูก ตามลำดับ

29 โรคมะเร็งมีแนวโน้มที่จะพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี ด้วยโครงสร้างของประชากรที่เข้าสู่สังคม
30 ผู้สูงอายุ ทำให้ความเสี่ยงของการเกิดโรคเพิ่มขึ้น โรคมะเร็งที่เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด
31 ได้แก่ โรคมะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ปัจจัยเสี่ยงที่อาจมีผลต่อการเกิดโรคร่วมมากเป็นปัจจัยที่
32 เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหารประเภทเนื้อแดง เช่น เนื้อวัว
33 เนื้อหมู เนื้อแกะ ประเภทเนื้อสัตว์แปรรูปอื่น ๆ เช่น ไส้กรอก หมูเบคอน แฮม ที่ทำให้เกิดสารก่อมะเร็งขึ้นใน
34 ร่างกาย^(๕) รวมไปถึงการสูบบุหรี่^(๖) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ และการมีน้ำหนักตัวเกิน
35 มาตรฐานหรืออยู่ในภาวะอ้วน^(๗) การขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น^(๘) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ยังเป็นปัจจัย

1 เสี่ยงร่วมกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable disease; NCDs) อื่น ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด
2 เลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง^(๙) เป็นต้น

3 โรคมะเร็งไม่เพียงมีผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง ยังมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และ
4 ประเทศชาติ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่ละรายอาจสูงถึงหลักแสนหรือล้านบาท ซึ่งสูงเกิน
5 กว่ารายได้เฉลี่ยของประชากรทั่วไปมาก แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
6 ครอบคลุมสิทธิขั้นพื้นฐานในโรคมะเร็งหลายชนิด แต่ยังคงเป็นการดูแลในด้านการเข้าถึงการรักษาขั้น
7 พื้นฐาน ส่วนบริบทของการป้องกัน การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย การ
8 วิจัยและนวัตกรรมยังไม่เพียงพอ อีกทั้งการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน ภาคเอกชนในการต่อสู้กับโรคมะเร็ง
9 ยังอยู่ในวงจำกัด จากข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในช่วง ๓ ปี
10 ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๑ มีผู้ป่วยมะเร็งเข้าถึงการรักษาอย่างต่อเนื่อง จำนวน ๔,๑๑๗,๕๐๔ ครั้ง
11 ชดเชยค่ารักษาจำนวน ๒๖,๖๗๙ ล้านบาท ทั้งนี้เฉพาะข้อมูลปี พ.ศ. ๒๕๖๑ มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา
12 จำนวน ๒๓๔,๑๑๖ ราย รับประทานยา จำนวน ๑,๔๓๑,๗๕๕ ครั้ง ชดเชยค่ารักษาจำนวน ๙,๕๕๗ ล้าน
13 บาท^(๑๐) และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นต่อเนื่อง จำเป็นที่จะต้องมีนโยบายบริหารจัดการให้บูรณาการกับทุกภาค
14 ส่วน เพื่อส่งเสริมให้ผลการควบคุมโรคมะเร็งมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่เช่นนั้นแล้วจะมีผู้ป่วยที่ต้อง
15 เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้น และเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม

16 ด้วยประเด็นความสำคัญดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้ง
17 ภาครัฐ วิชาการ และภาคประชาชน เพื่อเป้าหมายในการควบคุมโรคมะเร็งอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

18 ๓. การดำเนินงานที่ผ่านมาของประเทศไทย

19 กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย
20 และนวัตกรรม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ สถาบันการศึกษา
21 และหน่วยงานวิจัย มีความตระหนักดีว่า โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และทุกประเทศได้
22 มีความพยายามแก้ไขปัญหานี้อย่างต่อเนื่อง

23 กระทรวงสาธารณสุข โดย กรมควบคุมโรค ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่
24 ติดต่o ระดับชาติ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) ซึ่งครอบคลุมเรื่องโรคมะเร็ง อย่างไรก็ตามยังไม่ได้เน้นเรื่องการ
25 ป้องกันโรคและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

26 ๓.๑ แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ

27 ประเทศไทยมีแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Control
28 Programme) ฉบับแรกในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ต่อมาปัจจัยทางสังคมและสภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป
29 เทคโนโลยีมีความก้าวหน้ามากขึ้น ทำให้บางแผนไม่เข้ากับบริบทในขณะนั้น จึงมีการปรับปรุงแผนการ
30 ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๖๐ ต่อมาได้มีการทบทวน และปรับแผนฉบับเดิม
31 พร้อมทั้งประเมินสถานการณ์และปัจจัยต่าง ๆ โดยมีการจัดประชุมระดมความคิดเห็นของนักวิชาการ และ
32 ผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคีเครือข่าย และสมาคมวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจนได้
33 แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๕ ที่ประกอบด้วย ๗ ยุทธศาสตร์ได้แก่

34 ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง (Primary prevention)

35 ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก (Secondary prevention)

1 ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Tertiary prevention-treatment)
2 ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care)
3 ยุทธศาสตร์ที่ ๕ ด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer informatics)
4 ยุทธศาสตร์ที่ ๖ ด้านการวิจัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Cancer research)
5 ยุทธศาสตร์ที่ ๗ ด้านการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กร ในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Capacity building)
6 การทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาตินี้ไม่มีงบประมาณรองรับ ดังนั้นการขับเคลื่อน
7 จะเป็นการดำเนินงานของภาครัฐที่รับผิดชอบงานในด้านนั้น ๆ ซึ่งไทยเป็นประเทศเดียวในภูมิภาคอาเซียน
8 (ไม่นับสิงคโปร์ที่มีประชากรน้อยและมีรายได้ประชากรสูง) ที่มีแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง
9 ระดับชาติ

10 ๓.๒ แผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) กับการป้องกันและควบคุม 11 โรคมะเร็ง

12 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ขึ้นในปี ๒๕๕๖
13 ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” (Seamless Health Service Network) ที่สามารถเชื่อมโยง
14 ตั้งแต่ระบบบริการปฐมภูมิ จนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงเข้าด้วยกัน ดำเนินการในรูปแบบเครือข่ายบริการ
15 แบ่งพื้นที่รับผิดชอบเป็น ๑๒ เขตสุขภาพ และกรุงเทพมหานคร (เขตสุขภาพที่ ๑๓) มีระบบการส่งต่อภายใน
16 เครือข่าย (Referral Hospital Cascade) เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ลดความแออัดใน
17 โรงพยาบาล ลดอัตราการรอคอยการรักษา และลดความเหลื่อมล้ำของการรับบริการสาธารณสุขโดยมี
18 กรอบการดำเนินงานที่สำคัญ คือการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการแต่ละระดับ ให้เป็นไปตามขีด
19 ความสามารถที่กำหนด มีการพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับ และแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศซึ่ง
20 โรคมะเร็งจัดเป็นหนึ่งในสาขาหลักของ Service Plan ด้วย

21 เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพสามารถป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งได้
22 อย่างมีประสิทธิภาพครอบคลุมทุกในระดับพื้นที่ จึงมีการนำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งระดับชาติ
23 ลงสู่การปฏิบัติใน Service plan สาขาโรคมะเร็ง และมีการจัดทำนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง
24 เพื่อให้มีความชัดเจนเข้าใจตรงกัน สามารถใช้เป็นเครื่องมือหรือแนวทางในการจัดเก็บข้อมูลการปฏิบัติงาน
25 และประเมินติดตามการดำเนินงานแก่บุคลากร ที่ให้บริการสุขภาพด้านโรคมะเร็งของสถานบริการในแต่ละ
26 เขตสุขภาพ รวมทั้งการรายงานตัวชี้วัดต่อผู้ตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข

27 ๓.๓ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

28 ๓.๓.๑ มะเร็งปากมดลูก

29 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ ภายใต้ความร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
30 (สปสช.) ได้จัดทำโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับชาติครอบคลุมพื้นที่ ๗๖ จังหวัดทั่วประเทศ ทำ
31 การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี pap smear ในสตรีกลุ่มอายุ ๓๐-๖๐ปี หรือ VIA ในกลุ่มสตรีอายุ ๓๕-
32 ๔๕ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองทุก ๆ ๕ ปี ซึ่งสามารถเข้ารับบริการได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
33 ใกล้บ้าน เกือบ ๑๐,๐๐๐ แห่งทั่วประเทศโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

34 การดำเนินโครงการการคัดกรองอย่างเป็นระบบแบบบูรณาการ มีการประสานกับบุคคลและ
35 หน่วยงานต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รพ.สต. โรงพยาบาล

1 ชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ สาธารณสุขจังหวัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และ สปสช. ทำให้
2 สตรีไทยทั่วประเทศสามารถเข้าถึงการบริการคัดกรองได้อย่างทั่วถึง

3 ๓.๓.๒ มะเร็งเต้านม

4 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมนั้นสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง
5 (breast self examination: BSE) การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ ที่ได้รับการ
6 ฝึกอบรม (clinical breast examination: CBE) และการตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม
7 (mammography: MM)^(๑๓)

8 แนวทางการคัดกรองที่มีหลักฐานยืนยันว่า สามารถลดอัตราการตายจากมะเร็งเต้านมได้ คือวิธีการ
9 ตรวจด้วยเครื่องแมมโมแกรม^(๑๓) แต่ด้วยข้อจำกัดในเรื่องของการใช้เครื่องแมมโมแกรมของประเทศ ทำให้
10 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตัวเอง หรือการตรวจเต้านมโดยแพทย์ยังมีความจำเป็นต่อผู้หญิงไทย ซึ่ง
11 ส่งผลด้านการตระหนักถึงความสำคัญของการคัดกรองโรค ตลอดจนสามารถสังเกตอาการของมะเร็งเต้านม
12 ได้ ดังนั้นจึงมีการดำเนินการจัดฝึกอบรมให้ความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้อง ในด้านการคัดกรองโรคต่อ
13 ประชาชน และบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง

14 ๓.๓.๓ มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

15 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
16 ผลักดันโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ให้เป็นนโยบายระดับชาติในปี ๒๕๖๑ คัดกรอง
17 ประชาชนอายุ ๕๐-๗๐ ปี ในการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วย FIT Test ทุก ๆ ๒ ปี ประชาชนสามารถ
18 เข้ารับการตรวจคัดกรองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลใกล้บ้านโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
19 ซึ่งหากพบผลผิดปกติก็จะวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง (Colonoscopy) ปัจจุบันโครงการอยู่ในระยะเริ่ม
20 ดำเนินงานในระดับประเทศ ทั้งนี้ต้องใช้เวลาอีกหลายปีสำหรับโครงสร้างพื้นฐาน โดยเฉพาะการส่องกล้องให้
21 เพียงพอ ทั้งจำนวนแพทย์และเครื่องมือ

22 ๓.๔ การสร้างเครือข่ายพยาบาลประสานงานผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Cancer Nurse Coordinator)

23 เนื่องจากมะเร็งเป็นโรคร้ายแรงในความรู้สึกของประชาชนทั่วไป มีการรักษายาวนาน และอาจเกิด
24 อาการข้างเคียงจากการรักษาได้ ส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาล
25 ถือว่าเป็นวิชาชีพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และญาติมีบทบาทสำคัญที่สามารถเชื่อมประสานไปยังทีมดูแลที่อยู่ใน
26 พื้นที่ ตลอดจนเครือข่ายความช่วยเหลืออื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความร่วมมือ
27 ประสานงาน ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งตามรูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ จึงมีการฝึกพยาบาลที่
28 ทำหน้าที่ผู้ประสานงานผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Cancer Nurse Coordinator) ซึ่งมีการฝึกอบรมจนถึงระดับ
29 โรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ เพื่อพัฒนาพยาบาลผู้รับผิดชอบงานมะเร็ง ให้มีความรู้ความเข้าใจในการ
30 พยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ และทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง สร้าง
31 เครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างต่อเนื่องครอบคลุมในเขตสุขภาพ

32 ๓.๕ กิจกรรมรณรงค์

33 ประเทศไทยมีการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง เพื่อให้คนไทยตระหนักถึง
34 ความสำคัญของโรคมะเร็งในโอกาสต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น การรณรงค์ตาม campaign วันมะเร็งโลกของ
35 สมาพันธ์ควบคุมโรคมะเร็งสากล (Union for International Cancer Control, UICC) และองค์การอนามัยโลก

1 (World Health Organization, WHO) ที่จัดขึ้นทุกวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ของทุกปี การจัดกิจกรรมรณรงค์ให้
2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งในเดือนต่าง ๆ เช่น เดือนมกราคม จะมีการจัดกิจกรรมรณรงค์โปสการ์ด-เชียวฟ้า
3 ด้านมะเร็งปากมดลูก มีการจัดกิจกรรมนิทรรศการให้ความรู้และการป้องกันมะเร็งปากมดลูกแก่ประชาชน
4 ช่วงเดือนมีนาคม มีการรณรงค์ต้านภัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยใช้โปสเตอร์เป็นสัญลักษณ์ ช่วงเดือนตุลาคม
5 ของทุกปี มีการจัดทำโครงการโบชัมพูสู้มะเร็งเต้านม เพื่อรณรงค์และให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมที่เป็น
6 ภัยร้ายอันดับหนึ่งของผู้หญิงไทยเป็นต้น อย่างไรก็ตามการจัดกิจกรรมรณรงค์ต่าง ๆ ยังคงจัดขึ้นภายใน
7 โรงพยาบาล หรือในเขตกรุงเทพมหานครเป็นส่วนใหญ่

8 นอกจากนี้กิจกรรมรณรงค์เกี่ยวกับโรคมะเร็งโดยตรงแล้ว ยังมีกิจกรรมรณรงค์อื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
9 กับการป้องกันโรคมะเร็ง เช่น กิจกรรมรณรงค์เกี่ยวกับบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมรณรงค์เพื่อป้องกัน
10 โรคในกลุ่ม NCD เป็นต้น

11 ๔. สารก่อมะเร็งในสิ่งแวดล้อม

12 สารก่อมะเร็งในสิ่งแวดล้อม หมายถึง กลุ่มสารต่าง ๆ ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ชักนำ หรือมีโอกาสที่จะ
13 เหนี่ยวนำให้เกิดเป็นมะเร็งในมนุษย์ได้ เช่น

14 ๔.๑ สารโพลีไซคลิก อะโรมาติก ไฮโดรคาร์บอน (PAHs) เป็นกลุ่มสารที่มีลักษณะเป็นของแข็งสีขาว
15 หรือสีเหลืองอ่อนปนเขียว เกิดจากการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์หรือการสลายทางเคมีของสารอินทรีย์โดยความ
16 ร้อน แหล่งที่มาของ PAHs เช่น คาร์บอนจากการจุดธูป การเผาถ่าน การเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ของเชื้อเพลิงใน
17 เครื่องยนต์ การเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ของสารอินทรีย์ เช่น ไขมันที่อยู่ในเนื้อสัตว์ น้ำมัน และไฮโดรคาร์บอน
18 ชนิดอื่น ๆ ดังนั้นจึงพบสารชนิดนี้ในส่วนที่ไหม้เกรียมของอาหาร บ้าง อย่าง อาหารทอดกรอบ อาหารรมควัน
19 PAHs มีความเป็นพิษในด้านการเป็นสารก่อกลายพันธุ์ และสารก่อมะเร็งในสัตว์ และมีความเป็นพิษต่อพืช
20 การได้รับสาร PAHs ในปริมาณที่สะสมทีละน้อยเป็นเวลานาน ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ
21 ไส้ตรง

22 ๔.๒ ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน (Particulate Matters, PM_{2.5}) เป็นฝุ่นที่มีเส้นผ่าน
23 ศูนย์กลางไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน แขนงลอยอยู่ในอากาศรวมกับไอน้ำ คาร์บอน และก๊าซต่าง ๆ เกิดจากการเผา
24 ไหม้ทั้งจากยานพาหนะ การเผาวัสดุการเกษตร ไฟป่า และกระบวนการอุตสาหกรรม PM_{2.5} สามารถเข้าไป
25 ถึงถุงลมในปอดได้ เป็นผลทำให้เกิดโรคในระบบทางเดินหายใจ และโรคปอดต่าง ๆ หากได้รับในปริมาณ
26 มาก หรือเป็นเวลานานจะสะสมในเนื้อเยื่อปอด ทำให้การทำงานของปอดเสื่อมประสิทธิภาพลง ทำให้
27 หลอดลมอักเสบ มีอาการหอบหืด และเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด

28 ๔.๓ สารหนู (Arsenic) เป็นธาตุกึ่งโลหะ พบได้ทั่วไปในส่วนประกอบของหิน ถ่านหินและดิน พบ
29 สารหนูได้ ๒ แบบคือ สารหนูอินทรีย์ (Organic) และ สารหนูอนินทรีย์ (Inorganic) โดยสารหนูอินทรีย์เป็น
30 พิษน้อยกว่าสารหนูอนินทรีย์ เกิดขึ้นได้เองทั้งตามธรรมชาติ และด้วยฝีมือมนุษย์ ในสารหนูจะปนเปื้อนใน
31 น้ำประปา อุตสาหกรรมการเกษตร อุตสาหกรรมถลุงแร่ สารหนูทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งผิวหนัง
32 มะเร็งปอด และมะเร็งตับ

33 ๔.๔ แร่ใยหิน (Asbestos) เป็นแร่ธรรมชาติที่อยู่ในเนื้อหิน ประกอบด้วยธาตุแมกนีเซียม เหล็ก
34 ซิลิเกต และธาตุอื่น ๆ มีลักษณะเป็นเส้นใย อยู่รวมกันเป็นมัด มีคุณสมบัติ แข็งเหนียว ยืดหยุ่น ไม่นำความ
35 ร้อนและไฟฟ้า ทนกรด ถูกนำมาใช้ในอุตสาหกรรมการผลิตวัสดุก่อสร้าง (กระเบื้องมุงหลังคา กระเบื้องแผ่น

1 เรียบ ผ้าเปดาน) อุตสาหกรรมการผลิตท่อน้ำซีเมนต์ กระเบื้องยางไวนิลปูพื้น ผ้าเบรก จนวนกันความร้อน
2 และอุตสาหกรรมสิ่งทอ เป็นต้น บางพื้นที่พบแร่ใยหินปริมาณมาก จนสามารถใช้ทำเป็นเหมืองได้ ประเทศไทย
3 ไทยไม่มีเหมืองแร่ใยหิน วัตถุดิบที่ใช้นำเข้ามาจากต่างประเทศเป็นระยะเวลามากกว่า ๓๐ ปี แร่ใยหินทำให้
4 เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด มะเร็งในทางเดินอาหาร และมะเร็งเยื่อหุ้มปอดจากแร่ใยหิน (Mesothelioma)

5 ๕. กลไกในระดับพื้นที่

6 ๕.๑ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีนายอำเภอเป็นประธาน และ
7 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชข.) ทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตใน
8 ระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่าง
9 หน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดย
10 มีพื้นที่เป็นฐาน และประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการณีนาร่วมกัน โดยบูรณาการ
11 และประสานความร่วมมือ ในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต
12 และสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป

13 ๕.๒ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ "กองทุนสุขภาพตำบล"
14 นับเป็นนวัตกรรมทางสังคมที่สำคัญในระบบสุขภาพของประเทศไทย มุ่งเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแล
15 สุขภาพของประชาชนจากหลายภาคส่วนในสังคม โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญในการ
16 ประสานหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาร่วมค้นหาคำตอบ และความต้องการของ
17 ประชาชน ร่วมวางแผน และส่งเสริมให้เกิดการร่วมดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ สามารถติดตามประเมินผล
18 การดำเนินงานให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมกับประชาชน

19 ๖. ภาคีเครือข่ายต้านมะเร็งและฟื้นฟูผู้ป่วยมะเร็ง

20 ภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคม และเครือข่ายผู้ป่วยมะเร็ง เช่น ชมรมเพื่อนมะเร็งไทย ชมรม Thai
21 Cancer Society ชมรม Stronger than Cancer ชมรมกล่องไร้เสียงของผู้ป่วยมะเร็งลำคอ ชมรมผู้ป่วยมะเร็ง
22 เต้านม ชมรมฟื้นฟูชีวิตใหม่ เครือข่ายของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มูลนิธิสุขภาพไทย เครือข่ายแพทย์วิถี
23 ธรรมแห่งประเทศไทย อโรคยศาล วัดคำประมง มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เครือข่ายองค์กรงดเหล้า
24 เป็นต้น องค์กรเหล่านี้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ในหลายรูปแบบทั้งด้านสุขภาพะทางปัญญา และการ
25 ธรรมรงค์ เพื่อให้คนไทยตระหนักเห็นความสำคัญของโรคมะเร็ง และร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการต้านมะเร็ง

26 กรณีศึกษา อโรคยศาล วัดคำประมง อ.พรรณานิคม จ.สกลนคร โดยพระปพนพัชร ภิบาลพัทธวิธี
27 (หลวงตาปพนพัชร) เปิดรับดูแลผู้ป่วยมะเร็งมานานกว่าสิบปี โดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย จำนวนผู้ป่วยเกือบ
28 ๖,๐๐๐ ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หลวงตาใช้วิถีการธรรมชาติบำบัด และการดูแลสุขภาพ
29 แบบองค์รวม สร้างความเข้มแข็งด้านจิตวิญญาณ และสร้างภูมิต้านทานเชื้อมะเร็ง โดยใช้สมุนไพรที่มี
30 มาตรฐาน ควบคู่กับการสวดมนต์ การทำสมาธิบำบัด ตามแนวทาง “การใช้มะเร็งรักษามะเร็ง” เพื่อเป็น
31 ทางเลือกนอกเหนือจากการรักษาโดยแผนปัจจุบัน โดยมีแพทย์แผนปัจจุบัน จากโรงพยาบาลเอกชนใน
32 จังหวัดสกลนคร จะมาตรวจสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังมีญาติผู้ป่วย และภาคประชา
33 สังคมหมั่นเวียนกันมาร่วมเป็นจิตอาสา ช่วยดูแลทำอาหารสุขภาพ และฟื้นฟูเยียวยาสุขภาพจิตใจ และให้
34 กำลังใจผู้ป่วยมะเร็งอย่างต่อเนื่อง

1 กลุ่ม Stronger than Cancer เครือข่ายผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เกิดจากการรวมตัว
2 ของผู้ป่วยมะเร็ง โดยการสร้างมุมมองใหม่ว่า การป่วยเป็นโรคมะเร็งไม่ใช่ความผิด ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจใน
3 การดูแล และการรักษาโดยอิสระ ใช้ชีวิตอย่างมีสีสัน มีความสุขได้ ผู้ป่วยร่วมกันสร้างความหวังและกำลังใจ
4 ซึ่งกันและกัน มีพี่เลี้ยงคอยให้คำแนะนำปรึกษา เสริมพลัง (Empowerment) กำหนดเส้นทางเดินและ
5 เป้าหมายของชีวิต ก่อนจะถึงระยะสุดท้ายของชีวิต มีเครือข่ายภาคเอกชน และภาคประชาสังคมจิตอาสา
6 มาร่วมทำกิจกรรม และช่วยสร้างแรงบันดาลใจแก่ผู้ป่วยตลอดทั้งปี เครือข่ายผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ และ
7 บุคลากรในโรงพยาบาลจับมือกัน สร้างมิติใหม่ในการดูแลสุขภาพและความเข้มแข็งแก่ผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็น
8 อีกตัวอย่างหนึ่งที่สำคัญของการรวมพลังชุมชนต้านมะเร็ง

9 ๗. ข้อจำกัดและปัญหาอุปสรรค

10 ถึงแม้ภาครัฐจะมีการพัฒนาเพิ่มขีดความสามารถ สร้างระบบให้ประชาชนเข้าถึงการคัดกรอง การวินิจฉัย
11 และการรักษาโรค ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ประเทศไทยยังขาดแคลนทรัพยากร
12 ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรที่ต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เครื่องมือหรือยาเวชภัณฑ์ที่ราคาแพง แม้แต่ใน
13 ประเทศรายได้สูง ก็ไม่มีนโยบายตั้งรับโดยการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว จำเป็นต้องมีแผนการป้องกัน
14 และควบคุมโรคระดับประเทศ ที่ป้องกันการเกิดโรคในคนปกติ จนถึงดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย องค์การ
15 อนามัยโลก และหน่วยงานด้านโรคมะเร็งทุกแห่ง ยอมรับว่าการป้องกันโรค คือวิธีที่มีประสิทธิภาพและราคา
16 ถูก ที่ทุกประเทศต้องให้ความสำคัญในอันดับต้น ๆ โดยเฉพาะประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง^(๑๔)

17 อย่างไรก็ตาม การสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเพื่อการป้องกัน
18 โรค หรือการไปตรวจคัดกรองมะเร็งในผู้ที่มีร่างกายปกติ เป็นเรื่องที่ทำหาย และไม่ง่ายในทางปฏิบัติ คนไทย
19 ส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ยังคงมีความเชื่อผิด ๆ ที่บอกต่อกันมา อีกทั้ง
20 ปัจจุบันสื่อสังคมออนไลน์ (Social media) เข้ามามีอิทธิพลต่อคนในสังคม ทำให้ข่าวสารกระจายไปในวง
21 กว้างอย่างรวดเร็ว ยากต่อการควบคุมและบริหารจัดการข้อมูลให้ถูกต้องเหมาะสม หากข้อมูลที่ถูกนำเข้าสู่
22 Social media เป็นข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง หรือถูกบิดเบือน (Fake News) จะสร้างความตื่นตระหนกให้กับ
23 ประชาชน ซึ่งหน่วยงานภาครัฐมีงบประมาณและบุคลากรไม่เพียงพอ ในการประชาสัมพันธ์ หรือตอบโต้
24 ข้อมูลที่ผิด ๆ ได้ทัน่วงที

25 จากแผนป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ สู่แผนปฏิบัติการในเขตสุขภาพต่าง ๆ ทั่วประเทศ
26 จะเห็นได้ว่า เป็นความพยายามของภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ ภาคีเครือข่ายระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาค
27 ประชาสังคม ในการป้องกันโรคมะเร็งแบบสานพลังในพื้นที่นับว่ามีน้อยมาก อาจเนื่องมาจากโรคมะเร็งเป็น
28 เรื่องที่ค่อนข้างมีความซับซ้อน เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างทั้งที่ป้องกันได้และป้องกันไม่ได้ จึง
29 จำเป็นต้องมีการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะภาควิชาการต้องมีการทำงานร่วมกับ
30 พื้นที่ให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น การขาดคนกลาง หรือเจ้าภาพหลักในการเชื่อมโยงการทำงานจากส่วนกลาง กับ
31 การขับเคลื่อนการดำเนินงาน ในระดับพื้นที่ลงสู่ระดับชุมชน โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ
32 อำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชช.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และ
33 เครือข่ายสาธารณสุขในท้องถิ่น เป็นผู้รับผิดชอบหลักที่จะทำให้เกิดการบูรณาการในพื้นที่ ให้ภาครัฐ และ
34 ภาควิชาการมีโอกาสทำงานร่วมกับภาคเอกชน และภาคประชาสังคมมากขึ้น เพื่อสร้างรูปแบบและแนว
35 ทางการป้องกัน แก้ไขปัญหาโรคมะเร็งในพื้นที่ ให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

1 **๘. ประเด็นพิจารณาในการรวมพลังชุมชนต้านมะเร็ง**

2 ๑. สร้างกลไกการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน และมีผู้รับผิดชอบในชุมชนเกี่ยวกับโรคมะเร็ง นำไปสู่การ
3 ป้องกันและการได้รับการรักษาที่เหมาะสม

4 ๒. พัฒนาพื้นที่ต้นแบบในการแก้ปัญหาโรคมะเร็ง รวมถึงการสร้างความรู้ทางสุขภาพ และการ
5 เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง

6 **๙. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ “รวมพลังชุมชนต้านมะเร็ง”**

7 ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๑๒ / ร่างมติ ๓ รวมพลังชุมชนต้าน
8 มะเร็ง (Coalition to fight Cancer in Community)

9 **๑๐. เอกสารอ้างอิง**

- 10 ๑. World Health Organization (WHO). Globocan 2012: What is cancer?. Available from
11 <http://www.who.int/cancer/en/>.
- 12 ๒. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018:
13 GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J
14 Clin. 2018;68(6):394-424.
- 15 ๓. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๐. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวง
16 สาธารณสุข; ๒๕๖๑. หน้า ๗๘.
- 17 ๔. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. Cancer in Thailand Vol. IX 2013-2015. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; หน้า ๑๐-๑๑.
- 18 ๕. International Agency for Research on Cancer (IARC). IARC Monographs evaluate consumption of red meat
19 and processed meat. October 26, 2015.
- 20 ๖. World Health Organization. Cancer. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- 21 ๗. National cancer institute. Obesity and cancer. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/obesity/obesity-fact-sheet>
- 22 ๘. National cancer institute. Physical activity and cancer. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/obesity/physical-activity-fact-sheet>
- 23 ๙. World Health Organization. Four noncommunicable diseases, four shared risk factors. Available from:
24 <https://www.who.int/ncdnet/about/4diseases/en/>
- 25 ๑๐. Podcast. Available from: <https://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MjQ4Nw==>
- 26 ๑๑. Andreas Stang, Karl-Heinz Jöckel, The Impact of Cancer Screening on All-Cause Mortality.
27 DeutschesÄrzteblatt International | DtschArzteblInt 2018; 113: 481–6
- 28 ๑๒. Yoshida Y, Schmaltz CL, Jackson-Thompson J, Simoes EJ. The impact of screening on cancer incidence
29 and mortality in Missouri, USA, 2004-2013. Public Health. 2018 Jan;154:51-58. doi:
30 10.1016/j.puhe.2017.10.015. Epub 2017 Dec 1.
- 31 ๑๓. World Health Organization. Breast cancer: prevention and control. Available from :
32 <https://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index3.html>
- 33 ๑๔. World Health Organization. Cancer Control Knowledge into Action WHO Guide for Effective Programmes.
34 Available from https://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_prevention/en/
- 35
36