



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

สรุปผลการดำเนินงาน
โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง
ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model)

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model)

นางสาววรภัทร	เชิงปัญญา	นายแพทย์ชำนาญการ
นางสาวกัลยารัตน์	วรรณวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางสุพัตรา	ธรรารักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางรัตนภรณ์	รักชาติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวชนิกา	ชูช่วย	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
นางสาวสุกมาศ	ลายเงิน	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
นางสาวสาวิตรี	ลิลิตวิศิษฏ์วงศ์	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
นางสาวเกวลิ	วิทโล	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
นางสาวกฤติกา	ดีพัฒนกุล	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
นางสาวพรฟ้า	หล้าสมบูรณ์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
นางสาววิมล	ต๋อยแก้ว	นักประชาสัมพันธ์
นางสาวอาทิตยา	สินสุริยศักดิ์	เภสัชกรปฏิบัติการ
นายสุรศักดิ์	ตามล	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ
นางพัชยา	โพธิ์ทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวอัญชลี	สามงามมี	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นายอัครวรรธ	จิตเย็น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและสนับสนุนอย่างดียิ่งของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับโอกาสในการพิจารณาโครงการฯ และอนุมัติงบประมาณในการดำเนินโครงการฯ นอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุนและได้รับคำปรึกษาในการดำเนินโครงการฯ ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยอย่างดียิ่งจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง นายแพทย์วีรวัต อุครานันท์ คณะผู้ทำงานโครงการฯ จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

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

คณะกรรมการดำเนินโครงการฯ

สิงหาคม 2564

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1 - 3
1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา	1 - 2
1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการ	2
1.3 ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ	3
1.4 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	3
1.5 พื้นที่เป้าหมาย	3
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4 - 43
2.1 ข้อมูลทั่วไปตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง	4 - 9
2.2 โรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ในตำบลพิชัย	9
2.2.1 โรคมะเร็งตับ	9 - 15
2.2.2 โรคมะเร็งเต้านม	15 - 22
2.2.3 โรคมะเร็งปอด	22 - 26
2.2.4 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และโรคมะเร็งลำไส้ตรง	26 - 32
2.3 การใช้ยาในครัวเรือน	32 - 43
บทที่ 3 วิธีดำเนินโครงการและการวิจัย	44 - 48
3.1 วิธีการดำเนินการ	46
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	46
3.3 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	46
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	46 - 47
3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	47
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล	48
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	48
บทที่ 4 ผลการดำเนินโครงการ	49 - 86
4.1 ผลการดำเนินการระยะแรก คือ การวิเคราะห์ชุมชน	49 - 51
4.2 ผลการดำเนินการระยะที่สอง คือ ผลการสำรวจข้อมูลในชุมชน	51 - 86

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 5 การอภิปรายผล การสรุปผล และข้อเสนอแนะ	87 - 95
5.1 สรุปผล	87 - 93
5.2 ข้อเสนอแนะ	93
5.3 ข้อจำกัด	95
5.4 แผนการดำเนินงานในระยะต่อไป	95
บรรณานุกรม	96 - 98
ภาคผนวก	99
- ภาคผนวก ก: แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนใน ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง	100 - 114
- ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบ หมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย(Pichai Model)	115 - 122

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา

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

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

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

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

คณะกรรมการดำเนินโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะการลดพฤติกรรมเสี่ยงของโรคมะเร็ง ที่สามารถทำได้โดยการให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน มุ่งเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองก่อให้เกิดความรู้ และสามารถเข้าถึงบริการในการส่งเสริมและป้องกันโรคมะเร็งได้ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้บุคคลสามารถช่วยตนเองและพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง จึงได้ทำการวิจัยในโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) จังหวัดลำปาง เพื่อเสริมสร้างความตระหนักเรื่องโรคมะเร็งให้กับประชาชนในเขตตำบลพิชัย และเพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบ/ต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย ตลอดจนสามารถเป็นต้นแบบให้กับชุมชนอื่นๆ สามารถนำรูปแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งของตำบลพิชัยไปใช้เป็นต้นแบบต่อไป 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⁾ และความรู้ทางด้านสุขภาพ (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. เพื่อพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย

1.2.2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโครงการต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model)

1.3 ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ

ระยะเวลาในการดำเนินการ 1 ปี เริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564

1.4 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1.4.1 บุคลากรภายนอก ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน, ประธานอสม., อสม., ชาวบ้าน

1.4.2 บุคลากรภายใน คือ คณะกรรมการดำเนินโครงการฯ โรงพยาบาลมะเร็งบ้างปาง
จำนวน 16 คน

สำหรับประชากรในการประชุม

1) การประชุม ครั้งที่ 1 (ผู้นำชุมชน) ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอสม. อสม.
ชาวบ้าน และคณะกรรมการดำเนินโครงการ รวมทั้งสิ้น จำนวน 61 คน

2) การประชุม ครั้งที่ 2 ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน, ประธานอสม., อสม., ชาวบ้าน จำนวน
3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 9 บ้านฝายน้อย, หมู่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง และหมู่ 14 บ้านต้นมัน ตำบลพิชัย
และคณะกรรมการดำเนินโครงการ รวมทั้งสิ้น จำนวน 120 คน

1.5 พื้นที่เป้าหมาย

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

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาตามโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) ครั้งนี้ คณะผู้จัดได้ทำการศึกษาศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการวิจัยครอบคลุมเนื้อหาในหัวข้อดังต่อไปนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

2.1.1 ข้อมูลพื้นฐาน

2.1.2 เขตการปกครอง

2.1.3 ประชากร

2.1.4 การไฟฟ้า

2.1.5 การประปา

2.1.6 การคมนาคมและการสื่อสาร

2.1.7 การใช้ที่ดิน

2.1.8 ด้านเศรษฐกิจ

2.1.9 ด้านสังคม

2.1.10 การศึกษา

2.1.11 การสาธารณสุข

2.2 โรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ในตำบลพิชัย

2.2.1 โรคมะเร็งตับ

2.2.2 โรคมะเร็งเต้านม

2.2.3 โรคมะเร็งปอด

2.2.4 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

2.2.5 โรคมะเร็งลำไส้ตรง

2.3 การใช้ยาในครัวเรือน

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. ตามทางหลวงแผ่นดินสายพหลโยธินประมาณ 614 กิโลเมตร

2.1.2 เขตการปกครอง

ตำบลพิชัยมีหมู่บ้าน จำนวน 17 หมู่บ้าน

1) เทศบาลเมืองพิชัย มีหมู่บ้านที่อยู่ในการปกครอง จำนวน 11 หมู่บ้าน โดยชุมชนที่มีพื้นที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลพิชัยทั้งหมู่บ้านจำนวน 6 หมู่บ้าน ได้แก่

หมู่ที่ 3 ชุมชนบ้านม่อนเขาแก้ว, ชุมชนบ้านทุ่งกุ๋

หมู่ที่ 4 ชุมชนบ้านต้นยาง

หมู่ที่ 9 บ้านฝายน้อย

หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ

หมู่ที่ 14 ชุมชนบ้านต้นมีน

หมู่ที่ 15 ชุมชนบ้านสันติสุข (แยกออกมาจาก หมู่ที่ 2 ชุมชนสามัคคี)

หมู่บ้านและชุมชนที่มีพื้นที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลพิชัยบางส่วนจำนวน 5 หมู่บ้าน ได้แก่

หมู่ที่ 1 บ้านพิชัย

หมู่ที่ 2 ชุมชนสามัคคี

หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง

หมู่ที่ 8 บ้านทรายใต้

หมู่ที่ 13 บ้านใหม่-บ้านเด่น

2) องค์การส่วนตำบลพิชัย มีหมู่บ้านที่อยู่ในการปกครอง จำนวน 11 หมู่บ้าน โดยชุมชนที่มีพื้นที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลพิชัยทั้งหมู่บ้านจำนวน 6 หมู่บ้าน ได้แก่

หมู่ที่ 6 บ้านปงวัง

หมู่ที่ 4 บ้านไร่พัฒนา, บ้านไร่แผ่นดินทอง

หมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง

หมู่ที่ 11 บ้านดอนมูล

หมู่ที่ 16 บ้านวังชัยพัฒนา

หมู่ที่ 17 บ้านมิ่งมงคล

หมู่บ้านและชุมชนที่มีพื้นที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลพิชัยบางส่วนจำนวน 5 หมู่บ้าน ได้แก่

หมู่ที่ 1 บ้านพิชัย หลังค่ายทหาร, สนามกอล์ฟ

หมู่ที่ 2 บ้านสามัคคี

หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง

หมู่ที่ 8 บ้านทรายใต้

หมู่ที่ 13 บ้านใหม่พัฒนา

2.1.3 ประชากร

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

ต่อพื้นที่โดยเฉลี่ย 732 คน / 1 ตารางกิโลเมตร จำนวนประชาชน และหลังคาเรือน แต่ละหมู่บ้าน มีดังนี้

ตารางที่ 2.1 จำนวนประชากรในเทศบาลเมืองพิชัยมีประชากร จำแนกรายหมู่บ้าน

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

หมายเหตุ : ข้อมูล ณ เดือน เมษายน 2563

2.1.4 การไฟฟ้า

สำหรับกระแสไฟฟ้าได้รับการจ่ายกระแสไฟฟ้าจากสถานีไฟฟ้าย่อยของการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย ซึ่งอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพิชัย หมู่ที่ 4 บ้านต้นยาง จึงทำให้ได้รับการบริการไฟฟ้าครบทุกหมู่บ้าน/ชุมชน

2.1.5 การประปา

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

2.1.6 การคมนาคมและการสื่อสาร

พื้นที่ของตำบลพิชัย รับการบริการด้านการสื่อสารโทรคมนาคมจากในเมืองและได้รับการบริการโทรศัพท์สาธารณะประจำหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน/ชุมชน

2.1.7 การใช้ที่ดิน

ที่ดินส่วนใหญ่ใช้ในการเกษตรกรรม แต่ก็มีบางส่วนที่เป็นการจัดสรรที่ดินเป็นบ้านจัดสรรและอุตสาหกรรมในครัวเรือน โดยมีบ้านพิชัย บ้านสามัคคี และบ้านสันติสุขบางส่วนอยู่ในเขตผังเมืองรวม

2.1.8 ด้านเศรษฐกิจ

2.1.8.1 โครงสร้างเศรษฐกิจ รายได้ประชากร

ประชากรในพื้นที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเช่นทำนาทำไร่ทำสวน ปลูกพืชเศรษฐกิจและเลี้ยงสัตว์รับจ้างรวมถึงอุตสาหกรรมในครัวเรือนซึ่งเป็นอาชีพเสริม คือ การทำ ภาชนะเครื่องปั้น-ดินเผาในหมู่ที่ 3 และการทำเครื่องจักรสานเครื่องถักทอในหมู่ที่ 8

2.1.8.2 การเกษตรกรรม

ประชาชนในพื้นที่มักจะมีการปลูกพืชเศรษฐกิจเพื่อส่งขายหรือ จำหน่ายในตลาดในท้องถิ่นและสู่ตลาดในเขตเมือง

2.1.8.3 อุตสาหกรรม / การบริการ

- ในพื้นที่เทศบาลเมืองพิชัยมีโรงงานขนาดใหญ่ 2 แห่ง
- โรงงานขนาดกลางและเล็ก 16 แห่ง

2.1.8.3 การพาณิชย์กรรม / การบริการ

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

2.1.9 ด้านสังคม

2.1.9.1 ชุมชน

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

2.1.9.2 ศาสนา

ประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิชัยนับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ และ นับถือศาสนาคริสต์ อิสลาม พราหมณ์ ฮินดู ซิกข์ เป็นบางส่วน

- วัดพุทธในเขตเทศบาลเมืองพิชัยจำนวน 9 แห่ง
- ฌาปนสถาน จำนวน 10 แห่ง

2.1.9.3 ประเพณีศิลปวัฒนธรรม

เทศบาลเมืองพิชัย มีขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นของตนเอง สืบทอดกันมายาวนานมีภาษาท้องถิ่นแบบชาวไทยล้านนา ประเพณีที่สำคัญมีดังนี้

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

- ประเพณีแต่งงาน
- การทอดกฐินผ้าป่า
- การแห่ลูกแก้ว
- การสงฆ์น้ำพระธาตุ

2.1.10 การศึกษา

(1) สถานศึกษาที่ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพิชัย ดังนี้

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

(2) สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ

- สนามกีฬาท้องถิ่น 2 แห่ง
- สวนสาธารณะ 3 แห่ง

2.1.11 การสาธารณสุข

- มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นมื่นและมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 320 คน

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

(1) ขยะ

- มีวิธีการจัดเก็บและกำจัดขยะมูลฝอย โดยจัดเก็บเอง
- ในเขตเทศบาลตำบลพิชัยมีปริมาณขยะ 8 ตัน / วัน
- มีรถเก็บขยะจำนวน 2 คัน
- การกำจัดขยะโดยฝังกลบ สถานที่สำหรับกำจัดขยะ บ้านจำบอน ตำบลต้นธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง มีพื้นที่ จำนวน 30 ไร่ เทศบาลตำบลพิชัยสามารถเก็บขนขยะและนำไปกำจัดได้ทั้งหมดจึง ไม่เหลือขยะตกค้างและไม่มีปัญหาสิ่งแวดล้อม
- เก็บค่าธรรมเนียมกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลหลังคาเรือนละ 20 บาท/เดือน
- ร้านค้า/โรงงานอุตสาหกรรม 20 บาท/เดือน โดยคิดเพิ่มตามปริมาณทุกๆ 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 โดยโรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกของตำบลพิชัย ได้แก่

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

2.2.1 โรคมะเร็งตับ (Cancer of Liver)

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

2.2.1.1 สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งตับ

สาเหตุและปัจจัยในการเกิดมะเร็งตับในแต่ละภูมิภาคมีความแตกต่างกันโดยโรคนี้อาจพบมากในประเทศแถบทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้⁽⁶⁾ สาเหตุและปัจจัยการเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับมีดังต่อไปนี้

(1) โรคตับแข็ง (cirrhosis)

อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งร้อยละ 2-6.6 ต่อปีและจากการตรวจศพของผู้ป่วยมะเร็งตับพบว่ามีความเสี่ยงร้อยละ 80-90 มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะตับแข็งพบร้อยละ 7-54 แต่ตับแข็งก็ไม่ใช่อุบัติเหตุโดยตรงของมะเร็งตับ⁽⁷⁾

(2) การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบ

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

(3) แอลกอฮอล์

การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เช่นเหล้าเบียร์จะทำให้ตับเสื่อมสภาพเร็วขึ้นเกิดอาการตับแข็งได้การดื่มแอลกอฮอล์ 41-80 กรัมต่อวันมีความเสี่ยง 1.5 เท่าและถ้าดื่มแอลกอฮอล์ 80 กรัมต่อวันจะมีความเสี่ยงสูงขึ้นไปเป็น 7.3 เท่าเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ดื่มหรือดื่มน้อยกว่า 40 กรัมต่อวันซึ่งความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับไม่ลดลงแม้ว่าจะหยุดดื่มแล้วก็ตาม

(4) สารอัลฟลาท็อกซิน (aflatoxin)

อัลฟลาท็อกซินเป็นสารที่สร้างจากเชื้อราบางชนิดเช่นเชื้อราแอสเพอจิลลัสฟลาวัส (aspergillus flavus) ที่ปนเปื้อนในอาหารที่เก็บไม่ถูกต้องเช่นถั่วลิสงข้าวโพดข้าวกล้องพริกแห้งซึ่งยังมีความชื้นหรือเก็บในที่อับชื้นทำให้เกิดเชื้อราได้สารอัลฟลาท็อกซินเป็นสารก่อมะเร็งโดยจะจับกับดีเอ็นเอของเซลล์ตับทำให้เกิดการกลายพันธุ์จนเกิดโรคมะเร็งตับในที่สุดถ้ามีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบชนิดบีอยู่แล้วไวรัสจะทำให้เกิดการกลายพันธุ์ของตับเป็นระยะตั้งต้นของกระบวนการเกิดโรคมะเร็งส่วนสารอัลฟลาท็อกซินเป็นปัจจัยเสริมทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับสูงขึ้นผู้ที่ตรวจพบสารอัลฟลาท็อกซินในปัสสาวะมีอัตราเสี่ยงในการเกิดมะเร็งตับ 3.8 เท่าและถ้ามีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร่วมด้วยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเป็น 12.5 เท่า

(5) พยาธิใบไม้ในตับ

พยาธิใบไม้ในตับชนิดโอพิทอคิสวิเวอริณี (opisthorchis viverrini) พบมีความสัมพันธ์กับมะเร็งตับซึ่งการวิจัยมะเร็งตับขององค์ระหว่างประเทศ⁽¹²⁾ ได้สรุปว่าการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งตับ⁽¹⁰⁾

(6) การสูบบุหรี่

บุหรี่เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดมะเร็งตับเนื่องจากในบุหรี่ยังมีสารทาร์ (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) ผู้ป่วยโรคตับอักเสบเรื้อรังที่เกิดจากไวรัสตับอักเสบบีหรือผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีตั้งแต่แรกคลอดหรือวัยเด็กและยังไม่มีโรคตับแข็ง แต่มีความเสี่ยงต่อมะเร็งตับสูงในเพศชายอายุมากกว่า 45 ปีและผู้หญิงอายุมากกว่า 50 ปีและมีประวัติมะเร็งตับในครอบครัว

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

2.2.1.3 ลักษณะทางคลินิก

การเป็นมะเร็งที่เนื้อตับในระยะเริ่มแรกมักไม่มีความเจ็บปวดกว่าที่ผู้ป่วยมะเร็งจะเกิดอาการเจ็บปวดมะเร็งต้องลุกลามมากถึงผิวที่หุ้มตับแล้วเท่านั้นหรือก่อนต้องมีขนาดใหญ่มากทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดอาการไม่สบายที่ตรวจพบได้ผู้ป่วยจึงมาพบแพทย์ และสุดท้ายมักพบว่าโรคเป็นมากแล้วทำให้ผลการรักษาไม่ดีอาการของมะเร็งตับมีหลายแบบโดยอาจแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ⁽¹³⁾ ดังนี้

(1) อาการเฉพาะที่เป็นอาการที่เกิดจากก้อนมะเร็งตับมีขนาดใหญ่ เบียดเนื้อเยื่อปกติหรืออวัยวะใกล้เคียงคลำได้ก้อนที่ช่องท้องส่วนบนขวาของร่างกายเกิดอาการจุกแน่นบริเวณท้องด้านขวาบนไม่สบายท้องท้องอืดแน่นหรือปวดท้องถ้ามะเร็งลุกลามไปถึงเยื่อตับ

หากมะเร็งทำลายเนื้อตับมากกว่าร้อยละ 70 จะเกิดอาการดีซ่านตัวเหลืองตาเหลืองท้องโตมีน้ำในช่องท้องเส้นเลือดขดบริเวณท้อง

(2) อาการจากการลุกลามแพร่กระจายโรคมะเร็งตับอาจแพร่กระจายไปที่ปอดทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบหรือลุกลามเข้ากระดูกเกิดอาการปวดกระดูก แต่ผู้ป่วยส่วนมากมักเสียชีวิตไปก่อนที่โรคแพร่กระจายไปสู่ส่วนอื่นของร่างกาย

(3) อาการจากพิษของมะเร็งมะเร็งตับอาจปล่อยสารพิษออกมาทำให้เกิดอาการต่างๆหลายประการ ได้แก่ มีไข้เบื่ออาหารน้ำหนักลดผอมลง เป็นต้น

2.2.1.4 ชนิดของมะเร็งตับ

มะเร็งตับสามารถแบ่งออกเป็น 3 ชนิด ⁽¹³⁾ ได้แก่

(1) มะเร็งตับที่เกิดจากเซลล์มะเร็งตับเรียกว่ามะเร็งตับ (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 หรือระเพาะอาหารโป่งพองอาเจียนเป็นเลือดมีม้ามโตท้องมานซึ่งเป็นการมีน้ำในช่องท้องจากภาวะตับแข็งเส้นเลือดขดที่หน้าท้องซึ่งเป็นผลมาจากความดันของเส้นเลือดในตับสูงมาจากภาวะตับแข็งบางครั้งที่มีม้ามโตอาจทำลายเม็ดเลือดทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำเกร็ดเลือดต่ำโลหิตจาง นอกจากนั้นการที่ตับเสื่อมซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัย 3 ประการ คือ มะเร็งตับติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนและภาวะตับแข็งอาจทำให้ระบบแข็งตัวของเลือดในร่างกายเสียไปเพราะตับทำหน้าที่สร้างปัจจัยแข็งตัวของเลือดส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีเลือดออกง่าย ⁽¹³⁾

2.2.1.6 การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับ

(1) วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งตับ

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

(2) แนวทางการตรวจเฝ้าระวังและวินิจฉัยโรคมะเร็งตับ

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 และให้การรักษาก่อนถ้าผลเป็น 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 หรือไวรัสตับชนิดซีตีบแข็ง ควรตรวจคัดกรองมะเร็งตับด้วยการเจาะเลือดตรวจระดับค่าอัลฟาโตโปรตีน และตรวจอัลตราซาวด์ตับทุก 6 เดือน ตลอดชีวิตเพื่อตรวจค้นหามะเร็งตับในระยะเริ่มแรกที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการผ่าตัด

2.2.1.7 การรักษาและการป้องกันโรคมะเร็งตับ

(1) การรักษามะเร็งตับ

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

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

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

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

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

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

6. การฉีดแอลกอฮอล์เอธานอลผ่านทางผิวหนังเข้าไปในก้อนมะเร็ง (percutaneous ethanol injection) เป็นการรักษาโดยการฉีดแอลกอฮอล์เอธานอล

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

7. การรักษาดังกล่าวด้วยรังสีรักษา (radiotherapy) เป็นการรักษาแบบ ประคับประคองลดอาการเจ็บปวดจากก้อนมะเร็งตับโดยการฉายรังสีที่ตับโดยตรงปัจจุบันไม่นิยม เพราะส่วนใหญ่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา (8, 14)

8. การรักษาดังกล่าวด้วยภูมิคุ้มกัน (immunotherapy) อาศัยหลักว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งมีความบกพร่องภูมิคุ้มกันของร่างกายการให้ยากระตุ้นทีเซลล์ (T-cell) อาจจะช่วย ส่งเสริมให้ร่างกายกำจัดเซลล์มะเร็งได้จากการรายงานผลการรักษาไม่เด่นชัดปัจจุบันไม่ได้ใช้เป็นการ รักษาหลักนอกจากให้ร่วมกับการรักษาวิธีอื่น (8, 14)

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

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งตับยังไม่ทราบแน่นอน แต่เชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับสารก่อมะเร็ง (Carcinogens) การรักษามะเร็งตับยังไม่มีวิธีการรักษาที่ ได้ผลดีเมื่อเทียบกับมะเร็งชนิดอื่นๆ ผลการรักษามะเร็งตับอัตราการอยู่รอดสั้น ดังนั้นการป้องกัน และการตรวจวินิจฉัยมะเร็งตับ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเช่นการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ตั้งแต่เกิดการเสี่ยงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งตับและการตรวจคัดกรองมะเร็งตับในผู้ที่มีความเสี่ยง สูงและการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดมะเร็งตับต้องอาศัย ความรู้ความเข้าใจมีทัศนคติมีพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้องเหมาะสม ตลอดจนหลีกเลี่ยงปัจจัยต่างๆ ที่เสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งตับและเมื่อเจ็บป่วยด้วยมะเร็งตับ ควรได้รับการรักษาด้วยวิธีที่ถูกต้อง มี ประสิทธิภาพเพื่อหวังผลหายขาด หรือยืดชีวิตผู้ป่วย และเพิ่มคุณภาพชีวิตรวมทั้งการป้องกันผล แทรกซ้อนของภาวะที่พบร่วมกันจึงจะได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด

2.2.2 โรคมะเร็งเต้านม

2.2.2.1 สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านมเกิดจากเนื้อเยื่อของเต้านมมีการเปลี่ยนแปลงเป็น เซลล์มะเร็ง ซึ่งอาจจะเกิดเป็นมะเร็งเต้านมที่เกิดกับท่อน้ำนม หรือมะเร็งเต้านมที่เกิดกับต่อมน้ำนม มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อย ร่างกายของมนุษย์ประกอบด้วยเซลล์เป็นจำนวนมาก ปกติเซลล์ จะแบ่งตัวตามความต้องการของร่างกาย เช่น มีการผลิตเม็ดเลือดแดงเพิ่มเมื่อมีการสูญเสียเลือด

มีการผลิตเม็ดเลือดขาวเพิ่มเมื่อมีการติดเชื้อ เป็นต้น เซลล์ที่มีการแบ่งตัวโดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ทำให้เกิดเป็นเนื้องอก (Tumor) ซึ่งแบ่งเป็น Benign และ Malignant

Benign Tumor คือเนื้องอกที่ไม่ใช่มะเร็งสามารถตัดออกได้และไม่กลับเป็นซ้ำ ไม่แพร่กระจายไปอวัยวะอื่น เช่น fibroadenoma, cyst, fibrocystic disease

Malignant Tumor เซลล์จะแบ่งตัวทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะใกล้เคียงที่สำคัญสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่ไกลโดยไปตามกระแสเลือดและน้ำเหลือง เรียกว่า Metastasis

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

ระยะที่ 1 : ก้อนเนื้อ หรือ ผลมะเร็งมีขนาดเล็ก และยังไม่ลุกลาม

ระยะที่ 2 : ก้อนเนื้อ หรือ ผลมะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้น เริ่มลุกลามภายในเนื้อเยื่อหรืออวัยวะ

ระยะที่ 3 : ก้อนเนื้อ หรือ ผลมะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้น เริ่มลุกลามเข้าเนื้อเยื่อหรืออวัยวะข้างเคียง และลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้เนื้อเยื่อหรืออวัยวะที่เป็นมะเร็ง

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

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

2.2.2.2 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม

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

density) เป็นต้น สิ่งต่างๆเหล่านี้ร่วมกับ ปัจจัยภายนอกจากสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่เพิ่มความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเต้านม เช่น ในสตรีที่ปล่อยให้อ้วนขึ้นภายหลังวัยทอง (วัยหมดประจำเดือน) การเสริมด้วยฮอร์โมนทดแทน การดื่มสุรา และสตรีที่ขาดการออกกำลังกายเพียงพอ เป็นต้น ความจริงปัจจัยภายนอกเหล่านี้ เป็นสิ่งที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ทั้งนั้น เพื่อมิให้ตนเองต้องเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งนี้ ปัจจัยเสี่ยงบางอย่างก็ส่งผลทางตรงในการที่ทำให้มีการผลิตฮอร์โมนเพศจากรังไข่เพิ่มขึ้นแล้วไปกระตุ้นการเจริญของเนื้อเยื่อเต้านม เช่น อาหารไขมัน ฮอโมนทดแทน ตลอดจนวัยหมดประจำเดือนที่ล่าช้ากว่าสตรีทั่วไป ในขณะที่ปัจจัยเสี่ยงบางอย่างอาจจะส่งผลทางอ้อม เช่น สตรีที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจที่สูงกว่ามักมีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมมากกว่า ในส่วนนี้ น่าจะพบพฤติกรรมที่ไม่ค่อยใส่ใจตนกับการใช้ชีวิตแบบมีครอบครัว (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 เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมที่สำคัญ การดื่มสุรานั้นว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงอีกอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งเต้านม แม้การดื่มในระดับปานกลาง ไม่ได้ดื่มหนักมาก ก็มีผลทำให้ร่างกายผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจนเพิ่มขึ้นได้อย่างชัดเจน ซึ่งฮอร์โมนนี้ไปกระตุ้นการเจริญแบ่งตัวของเนื้อเยื่อเต้านม ปัจจัยต่างๆเหล่านี้มีส่วนสำคัญในการพัฒนาไปเป็นมะเร็ง โดยเฉพาะชนิด sporadic breast cancer ซึ่งเป็นมะเร็งที่ไม่เกี่ยวกับการถ่ายทอดพันธุกรรม⁽¹⁷⁾ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านมในสตรีจังหวัดลำปาง พบว่า เมื่อควบคุมปัจจัยระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ ด้านพฤติกรรมเสี่ยงพบว่า ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือภาวะอ้วน มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม 1.2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่เคยสูบบุหรี่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม 1.6 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม 1.4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่เคยออกกำลังกายเป็นประจำ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่ดื่มสุรากับการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ส่วนปัจจัยด้านการเจริญพันธุ์ พบว่า ผู้ที่มีประจำเดือนครั้งแรกอายุน้อยกว่า 13 ปี มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม 2.0 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีประจำเดือนครั้งแรกตั้งแต่อายุ 14 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (95% CI = 1.2-3.4) นอกจากนี้ผู้ที่แต่งงานครั้งแรกอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม 3.5 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่แต่งงานครั้งแรกอายุน้อยกว่า 29 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (95% CI = 1.4-9.1) ผู้ที่เคยใช้ยาคุมกำเนิดมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม 1.6 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยใช้ยาคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

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

2.2.2.3 ปัจจัยเสี่ยงและและปัจจัยคุ้มกันของมะเร็งเต้านม⁽¹⁷⁾ สามารถแบ่งหัวข้อได้ดังนี้

(1) **ฮอร์โมนในร่างกาย (endogenous hormone)** จากผลการวิเคราะห์ทั้งทางระบาดวิทยา และจากการทดลองบ่งชี้ชัดเจนว่าฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) ที่มากเกินไปเป็นสาเหตุของมะเร็งเต้านมได้ Estrogen เป็นทั้งตัวชักนำ และก่อเหตุการเกิดเนื้องอกต่างๆของเต้านม 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 มีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมเกือบสี่เท่า ของสตรีที่เริ่มรอบเดือนช้า (อายุ 13 ปี หรือมากกว่า) และช่วงห่างของแต่ละรอบเดือนปกติมาช้ากว่า นอกจากนี้เด็กสาวที่ฝึกฝนระบำบัลเล่ย์ ว่ายน้ำ 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 ทั้งนี้โดยนำปัจจัยร่วมอย่างอื่นๆมาคำนึงด้วย ได้แก่ อายุมารดา การมีชีวิตคู่ อายุเมื่อมีบุตรคนแรก เป็นต้น

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

(8) **การใช้ฮอร์โมนทดแทน (Hormonal replacement therapy, HRT)** การได้รับฮอร์โมนทดแทนในระยะแรกๆ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านม หากมีการใช้ฮอร์โมนทดแทน ภายในระยะ 5 ปีก่อนการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม ความเสี่ยงจะมีเพิ่มขึ้นร้อยละ 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 ได้และทำให้มันช่วยเสริมฤทธิ์ของ 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 แบ่งวิธีการตรวจคัดกรองเพื่อคัดหามะเร็งเต้านม ออกเป็น 3 วิธี ได้แก่

(1) การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (breast self-examination:

BSE)

ในประเทศไทยได้รณรงค์ให้หญิงอายุ 35 ปีขึ้นไปทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน โดยมีวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังนี้

1. ระยะเวลาของการตรวจ ตรวจหลังหมดประจำเดือน 3 - 10 วัน ถ้าหมดประจำเดือนแล้วให้กำหนดวันที่จดจำง่ายและตรวจในวันเดียวกันของทุกเดือน

2. การดู การเปลี่ยนแปลงของเต้านมในกระจกเงา โดย

- ปล่อยแขนแนบลำตัว
- ยกแขนขึ้นทั้งสองข้าง
- เท้าเอวพร้อมเกร็งหน้าอก

3. คลำเต้านมขณะนอนราบ

- ยกแขนข้างที่จะตรวจไว้เหนือศีรษะ
- ใช้นิ้วมือขวา 3 นิ้ว (นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง) ตรวจ

เต้านม พร้อมกดเต้านม ให้ลึก 3 ระดับเพื่อค้นหาก้อนหรือความหนาที่ผิดปกติของเต้านมแล้ววนเป็นก้นหอยไปรอบๆ 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: การตรวจทางรังสีวิทยาและการเจาะชิ้นเนื้อตรวจเมื่อตรวจพบก้อนที่เต้านม 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 (coreneedle biopsy) และตัดทั้งก้อนไปตรวจ (excisional biopsy)

1. การเจาะดูดโดยเข็ม : วิธีนี้แพทย์จะใช้เข็มเล็กๆ เจาะเข้าไปในก้อนและดูดเซลล์มาตรวจ ถ้าก้อนนั้นมีน้ำก็จะสามารถดูดน้ำออกมาได้ด้วย

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

3. การตัดทั้งก้อนไปตรวจ : เป็นการผ่าตัดเล็ก นำก้อนทั้งก้อนไปตรวจทางพยาธิวิทยา



การเจาะดูดโดยเข็ม



การเจาะชิ้นเนื้อไปตรวจบางส่วน



การตัดทั้งก้อนไปตรวจ

2.2.2.8 หลักการรักษามะเร็งเต้านม

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

(2) การรักษาที่ครอบคลุมรอยโรคทั้งร่างกาย (systemic treatment) ได้แก่ เคมีบำบัดหรือยาต้านฮอร์โมน เพื่อควบคุมเซลล์มะเร็งที่อาจมีการกระจายไปยังส่วนอื่นของร่างกาย

2.2.2.9 การรักษามะเร็งเต้านมด้วยยาที่ ออกฤทธิ์ฆ่าทำลายเซลล์มะเร็งได้ทั่วทั้งร่างกาย

การรักษาแบบ systemic นี้มีได้ทั้งแบบยาฉีด ยารับประทาน หรือยาฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือกล้ามเนื้อ 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 แต่อาการเหล่านี้อาจเกิดจากโรคอื่นๆของปอดได้เช่นกัน จึงไม่ใช่อาการของมะเร็งปอดเสมอไป
2. อาการของระบบอื่นๆ ได้แก่
 - เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ
 - บวมที่หน้า แขน คอ และทรวงอก เนื่องจากมีเลือดคั่ง
 - เสียงแหบ เพราะมะเร็งลุกลามไปยังเส้นประสาทกล่องเสียง
 - ปวดกระดูก
 - กลืนลำบาก เนื่องจากก้อนมะเร็งกดเบียดหลอดอาหาร
 - อัมพาต เนื่องจากมะเร็งแพร่กระจายไปสมองหรือไขสันหลัง
 - มีตุ่มหรือก้อนขึ้นตามผิวหนัง ซึ่งอาการเหล่านี้ก็ไม่จำเพาะต่อโรคมะเร็ง ปอดเช่นกัน ผู้ที่มีอาการดังกล่าวข้างต้นควรได้รับการตรวจ

2.2.3.2 การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปอด⁽¹⁹⁾

ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานทางการแพทย์เพียงพอที่จะแนะนำให้ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปอดด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การเอกซเรย์ปอดหรือตรวจเสมหะหาเซลล์มะเร็ง อย่างไรก็ตามมีหลักฐานพบว่า การตรวจทั้ง 3 วิธีดังกล่าวช่วยค้นพบมะเร็งระยะต้นได้มากกว่าประชากรที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง แต่การตรวจพบมะเร็งปอดระยะต้นด้วยวิธีดังกล่าวยังไม่สามารถช่วยให้ประชากรกลุ่มที่ได้รับการตรวจคัดกรอง มีอายุยาวนานกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ตรวจคัดกรอง ผู้รับการตรวจควรได้รับทราบถึงความเสี่ยงของการตรวจคัดกรองมะเร็งปอด และค่าใช้จ่ายที่ตามมาหลังจากได้รับการตรวจคัดกรองแพทย์ประจำตัวท่านสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปอดและความจำเป็นของท่านในการรับการตรวจคัดกรอง

(1) การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปอด

1. การตรวจที่ใช้คัดกรองมะเร็งปอดชนิดต่างๆ

มีการนำการตรวจคัดกรองมาใช้เนื่องจากการตรวจเหล่านี้ช่วยในการวินิจฉัยมะเร็งปอดระยะต้น และลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด อย่างไรก็ตามไม่มีการวิจัยทางการแพทย์พบว่า การตรวจคัดกรองจะช่วยลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด นักวิทยาศาสตร์ทำการศึกษาการตรวจคัดกรองที่มีประโยชน์สูงและความเสี่ยงต่ำ การศึกษาเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งมีจุดมุ่งหมายเพื่อแสดงให้เห็นว่าการวินิจฉัยมะเร็งปอดได้ในระยะต้นๆ ซึ่งยังไม่มีอาการจะช่วยลดอัตราในการเสียชีวิตจากโรคหรือไม่ มะเร็งบางชนิดถ้าพบในระยะเริ่มแรกจะเพิ่มโอกาสในการหายมากขึ้น

2. การตรวจที่นิยมใช้คัดกรองมะเร็งปอด

2.1 เอกซเรย์ปอด คือการถ่ายภาพอวัยวะและกระดูกภายในทรวงอก โดยรังสีเอกซเรย์มีความสามารถในการทะลุทะลวง ร่างกายไปแสดงภาพบนแผ่นฟิล์ม

2.2 การตรวจเสมหะ เป็นการนำเสมหะมาดูโดยใช้กล้องจุลทรรศน์เพื่อหาเซลล์มะเร็ง

3. การตรวจคัดกรองแบบใหม่ที่กำลังอยู่ในระหว่างการวิจัยทางการแพทย์ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เป็นการแสดงชุดภาพของอวัยวะภายในร่างกายโดยใช้เครื่องเอกซเรย์ในการสแกนร่างกายแล้ว ประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ทำให้ได้รูปภาพออกมา

(2) ความเสี่ยงของการตรวจคัดกรองมะเร็งปอด

1. การตรวจคัดกรองมีความเสี่ยง

การตรวจคัดกรองบางอย่างไม่ได้มีแต่ประโยชน์ แต่มีความเสี่ยง ท่านจึงควรปรึกษาแพทย์ประจำตัวท่านก่อนทำการตรวจคัดกรองมะเร็งปอดแบบต่างๆ

2. ความเสี่ยงของการตรวจคัดกรองมะเร็งปอด

2.1 การตรวจพบว่าเป็นมะเร็งปอดอาจไม่ช่วยให้สุขภาพผู้ป่วยดีขึ้น หรือมีอายุยืนยาวมากขึ้น โดยเฉพาะในกรณีที่ท่าน เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายหรือระยะแพร่กระจายไปที่อื่น มะเร็งบางชนิดไม่มีอาการ แต่อาจพบโดยบังเอิญจากการตรวจคัดกรอง โดยส่วนมากมักได้รับการรักษา ซึ่งเราไม่ทราบว่า การได้รับการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นหรือสั้นลง เนื่องจากการรักษามะเร็งมักมีผลข้างเคียง

2.2 ผลลัพธ์จากการตรวจอาจเป็นผลลบหลวง: การตรวจคัดกรองอาจเป็นปกติ ทั้งที่อาจเป็นมะเร็งปอด ทำให้คนไข้ รายนั้นไปพบแพทย์เพื่อเริ่มการรักษาซ้ำ

2.3 ผลลัพธ์จากการตรวจอาจเป็นผลบวกหลวง: การตรวจคัดกรองให้ผลผิดปกติ ทั้งที่จริงๆ แล้วเป็นคนปกติ ผลตรวจคัดกรองเช่นนี้ ทำให้ผู้ตรวจมีความกังวลและต้องทำการตรวจอื่นๆ อีกมากมาย เช่น การตัดเอาชิ้นเนื้อที่สงสัยไปตรวจ การตัดชิ้นเนื้อที่มีความเสี่ยงที่จะทำให้ปอดแฟบได้ 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 วิธีนี้เป็น การรักษาที่เหมาะสมสำหรับมะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก

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 โดยใช้ปริมาณรังสีที่ไม่สูงและไม่ต้องฉีดสารทึบแสง LDCT มีข้อมูลที่ช่วยลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปอดได้ 15-20% เมื่อเปรียบเทียบกับการทำเอกซเรย์ปอดแบบปกติโดยแนะนำให้ทำปีละ 1 ครั้ง เฉพาะผู้ที่มีข้อบ่งชี้เหล่านี้ ได้แก่

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

ผ่าตัดได้ กรณีที่พบความผิดปกติจากการคัดกรอง

2.2.4 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง⁽²¹⁾

2.2.4.1 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง⁽²¹⁾

ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นส่วนหนึ่งของระบบทางเดินอาหารมีลักษณะเป็นท่อยาว มีผนังประกอบด้วยกล้ามเนื้อ มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 5-8 เซนติเมตร ความยาวประมาณ 6 ฟุต มีหน้าที่ดูดซึมน้ำจากอาหารที่รับประทานเข้าไป และยังเป็นที่เกิดกากอาหารก่อนที่จะขับถ่ายออกจากร่างกายทางทวารหนัก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งเป็นโรคที่เกิดจากการผิดปกติของเซลล์ที่แบ่งตัวต่อเนื่อง โดยไม่สามารถควบคุมได้จนกลายเป็นก้อนขนาดใหญ่ เรียกว่า “เนื้องอกมะเร็ง” เมื่อมะเร็งเข้าสู่กระแสเลือด หรือทางเดินน้ำเหลืองและไปปรากฏยังส่วนอื่นๆ ของร่างกายเรียกว่า มะเร็งแพร่กระจาย (Metastasis) มะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นเซลล์มะเร็งของเนื้อเยื่อลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ซึ่งชนิดที่พบบ่อยเกิดจากเซลล์เยื่อบุผนังลำไส้มีการเปลี่ยนแปลงและเจริญเติบโตผิดปกติกลายเป็นติ่งเนื้อเล็กๆ เรียกว่า โพลิป (Polyp) จากนั้นติ่งเนื้อจะใช้เวลาหนึ่งในการพัฒนากลายเป็นมะเร็ง การตัดติ่งเนื้องอก (Polyp) ออก สามารถป้องกันไม่ให้ติ่งเนื้อพัฒนากลายเป็นมะเร็งได้ มะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ไม่ได้รับการรักษาอาจลุกลามทะลุผนังลำไส้หรือแพร่กระจายต่อไปยังตับ ปอด เยื่อช่องท้อง สมอง หรือกระดูกได้ ทั้งนี้ การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ : ไม่ว่าจะเป็นส่วนลำไส้ช่วงต้น หรือช่วงปลาย ล้วนเรียกว่า “มะเร็งลำไส้ใหญ่” (Colorectal Cancer) โดยทั่วไป มะเร็งลำไส้ใหญ่พบมากเป็น อันดับ 4 ของสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลก นับเป็นอันดับ 3 ของสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย โดยพบมากเป็นอันดับ 3 ในชายไทยพบมากเป็นอันดับ 4 ในหญิงไทย ซึ่งในปัจจุบันมีผู้ป่วยรายใหม่วันละ 12,467 คน (เพศชาย 6,874 คน และเพศหญิง

5,593 คน) พบมากที่สุดในช่วงอายุ 50-70 ปี และพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ครอบครัวที่มีประวัติผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ จะมีความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่กับบุคคลอื่นในครอบครัวด้วย ผู้ที่มีปัญหาการอักเสบของลำไส้ใหญ่เรื้อรัง มีแนวโน้มสูงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหารที่เหมาะสมและการออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้

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

2.2.4.2 สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

(1) สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

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

2.2.4.3 การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่⁽²²⁾

(1) วิธีการตรวจคัดกรอง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คือ การตรวจในประชาชนทั่วไปที่ไม่มีอาการที่ชวนสงสัยว่าเป็นโรคมะเร็งโดยมีวัตถุประสงค์ที่จะตรวจหาโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้น เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต จากโรคมะเร็ง ตั้งแต่การตรวจคัดกรอง การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถตรวจได้หลายวิธี ดังนี้

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

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

B. การตรวจหาดีเอ็นเอของเซลล์มะเร็งหรือติ่งเนื้อ (Fecal DNA Testing) เนื่องจากลำไส้ใหญ่จะมีการหลุดลอก ทำให้สามารถตรวจพบดีเอ็นเอที่ผิดปกติในอุจจาระได้ การตรวจด้วยภาพ

2. การตรวจด้วยภาพ

A. การตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ ด้วยภาพเสมือนจริง (Computed tomographic (CT) Colonography) เป็นเทคนิคการตรวจที่ทันสมัย ทำได้โดยการใส่ลมเข้าไปในลำไส้ใหญ่ ทำให้ลำไส้ขยายเห็นรายละเอียดมากที่สุดเท่าที่ทำได้ แล้วเอกซเรย์ภาพ

ในลักษณะภาพตัดขวาง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาสร้างภาพสามมิติให้เป็นภาพเสมือนจริงของลักษณะภายในลำไส้ใหญ่เพื่อใช้ดูความผิดปกติ เช่น ตึ๋งเนื้อ (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 ลักษณะก้อนเปลี่ยนเป็น

เส้นแบนคล้ายดั่งเม

5. มีท้องอืด ปวดท้องแน่นท้อง จุกเสียด มีลมในลำไส้มาก

(Abdominal Discomfort)

6. น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

7. เหนื่อย อ่อนเพลียไม่สามารถทำงานที่เคยทำตามปกติได้

ข้อแนะนำ

- ถ้ามีอาการดังกล่าวควรรีบไปพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายหาสาเหตุของอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นต่อไป

- คนที่มีอายุ 50 ปี ขึ้นไป ควรได้รับการตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระปีละครั้ง หากผิดปกติควรได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

(2) ระยะของโรค มะเร็งลำไส้ใหญ่ และวิธีการรักษา

1. ระยะ 1 ลักษณะของโรค ก้อนมะเร็งเติบโตขึ้นมากกว่าระยะศูนย์และฝังในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยไม่กระจายไปสู่เนื้อเยื่อข้างเคียงหรือต่อมน้ำเหลือง ไม่ทะลุชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่

การรักษา: ผ่าตัดเออลำไส้ส่วนที่เป็นมะเร็งออก

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 และพิจารณาให้ยาพุ่งเป้าร่วมด้วยเพื่อประสิทธิภาพในการรักษาที่ดี ในผู้ป่วยบางรายอาจมีการผ่าตัดร่วมด้วย

(3) แนวทางการรักษา

1. การผ่าตัด (Surgery)

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

2. การฉายแสง (Radiation Therapy)

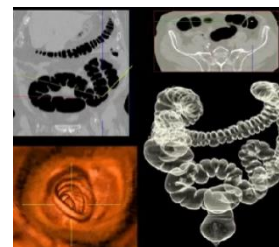
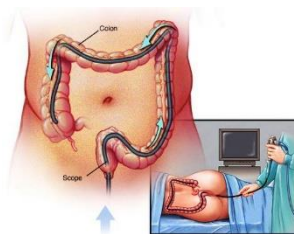
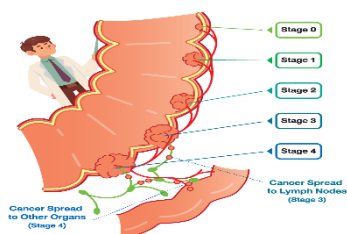
เป็นการใช้รังสีพลังงานสูงในการกำจัดเซลล์มะเร็งปกติจะใช้ในการฉายแสงในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ช่วงก่อนการผ่าตัด เพื่อลดขนาดก้อนมะเร็งทำให้การผ่าตัดง่ายขึ้น และหลังการผ่าตัด เพื่อไปทำลายเซลล์มะเร็งที่ยังคงเหลืออยู่ และ

ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ นิยมให้เคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสง เพื่อให้การรักษาดีขึ้น ปัจจุบันพบว่า การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย สามารถลดการเกิดโรคขึ้นมาใหม่ และลดอัตราการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดไว้ที่หน้าท้อง

3. เคมีบำบัด (Chemotherapy)

ปัจจุบันพบว่า การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย สามารถลดการเกิดโรคขึ้นมาใหม่ และลดอัตราการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดไว้ที่หน้าท้องในผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่มาก หรือมีมะเร็งแพร่กระจายสู่ต่อมน้ำเหลืองผู้ป่วยมักจะต้องได้รับยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัด เรียกว่า การรักษาเสริมหลังการผ่าตัดเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งที่ยังหลงเหลืออยู่ กรณีนี้เป็นการรักษาเพื่อลดโอกาสของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ รวมถึงช่วยเพิ่มอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วย เรียกการรักษาแบบนี้ว่า การรักษาแบบหวังผลหายขาด

นอกจากนี้พบว่า การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย สามารถลดการเกิดโรคขึ้นมาใหม่ และลดอัตราการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดไว้ที่หน้าท้อง นอกจากนี้ยาเคมีบำบัดยังใช้ในการรักษาหลักในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแพร่กระจายหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับการผ่าตัดได้ การใช้ยาเคมีบำบัดจึงใช้เพื่อยุติการกระจายตัวของมะเร็งไม่ให้ลุกลามต่อ รวมทั้ง บรรเทาอาการหรือความทรมานจากมะเร็ง เพื่อให้คุณภาพในการดำเนินชีวิตที่ดีที่สุดและเพิ่มอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยได้นานขึ้น เรียกการรักษาแบบนี้ว่า การรักษาแบบประคับประคอง



3.1) การบริหารยาเคมีบำบัดมี 2 วิธี

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

3.1.2) ชนิดรับประทาน (Oral Chemotherapy) มีประสิทธิภาพในการรักษาไม่แตกต่างจากยาเคมีบำบัดแบบฉีด ซึ่งเป็นรูปแบบยาเคมีบำบัดที่

พัฒนาขึ้นมาช่วยเพิ่มความสะดวกต่อการรักษาให้กับผู้ป่วย ผู้ดูแล แลครอบครัว สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ เพราะในบางครั้งการให้ยาเคมีบำบัดแบบฉีดอาจส่งผลก่อให้เกิดการเจ็บปวดต่อผู้ป่วย และเสียเวลาการให้ยาโดยที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องคอยดูแลที่โรงพยาบาล

3.2) การใช้ยามุ่งเป้า (Targeted Therapy)

3.2.1) เป็นการรักษาใหม่เพื่อยับยั้งมะเร็งโดยตรง

เป้าหมาย เช่นยาที่ยับยั้งกระบวนการสร้างเส้นเลือดใหม่ (Anti-Angiogenesis Therapy) และยาที่ยับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็ง (Anti-epidermal growth factor receptor) เป็นต้น

3.2.2) การใช้ยาในกลุ่มนี้มักให้ร่วมกับการให้เคมี

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

3.3) สำหรับอาการข้างเคียงที่สามารถพบได้บ่อยจาก

ยามุ่งเป้า มีดังนี้

3.3.1) ยาที่ยับยั้งกระบวนการสร้างเส้นเลือดใหม่ เช่น

ความดันโลหิตสูง ภาวะลิ้มเลือดอุดตัน เลือดออกง่าย แผลแยกไม่ติดกระเพาะอาหารและลำไส้ทะลุ การมีโปรตีนในปัสสาวะ เป็นต้น

3.3.2) ยาที่ยับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็ง เช่น ท้องเสีย

ผื่น ผิวแห้ง ลอก ผิวไวต่อแสงแดด เป็นต้น

2.2.4.5 การติดตามผลการรักษา

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

2.2.4.6 วิธีการป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ : ทำได้โดยการมี 5 พฤติกรรมที่ช่วยป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่

(1) ถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา อย่าปล่อยให้อุจจาระเก้ตค้างเป็นมลพิษ

(2) รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เส้นใยสูง และเน้นอาหารสุขภาพ “น้ำตาลต่ำ เกลือต่ำ ไขมันต่ำ และเส้นใยสูง” ลดไขมันสู่ลำไส้ใหญ่ จะช่วยลดการเกิดสารพิษในลำไส้ ควรรับประทานผัก เช่น แครอท ผักใบเขียว ฟักทอง ให้มากขึ้น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไหม้เกรียมซึ่งมีสารก่อมะเร็ง

(3) รักษาน้ำหนักตัว และหมั่นออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ซึ่งควรจะตั้งต้นเร็วขึ้น 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) หมั่นสังเกตการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ โดยเฉพาะระบบทางเดินอาหาร และระบบลำไส้ เช่น อุจจาระมีมูกเลือด ท้องผูกติดต่อกันบ่อยๆ ท้องเสียสลับท้องผูกบ่อยๆ ท้องอืด ปวดท้อง เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด มีอาการโลหิตจาง ควรไปตรวจมะเร็งลำไส้ทันที

2.3 การฉายยาในครัวเรือน ⁽²³⁻²⁹⁾

2.3.1 ยาปฏิชีวนะ

ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic) หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า ยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย (antibacterial) เป็นกลุ่มย่อยของยาอีกกลุ่มหนึ่งในกลุ่มยาต้านจุลชีพ (antimicrobial drugs) ซึ่งเป็นยาที่ถูกใช้ในการรักษาและป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียโดยยากกลุ่มนี้ จะใช้เมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัย หรือ คาดว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อแบคทีเรียเท่านั้น ยาปฏิชีวนะเป็นยาที่มีความสำคัญในการรักษาโรค ของผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดิน ปัสสาวะ การติดเชื้อที่ผิวหนัง โดยการใช้ยาปฏิชีวนะนั้น หวังผลเพื่อการฆ่าเชื้อในบริเวณที่มีการติดเชื้อแบคทีเรีย โดยกลไกการออกฤทธิ์อาจฆ่าหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรียอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสอง ยาปฏิชีวนะบางชนิดอาจมีคุณสมบัติเป็นมีคุณสมบัติเป็นสารต้านไวรัสได้ เช่น เมโทรนิดาโซลทั้งนี้ ยาปฏิชีวนะไม่มีฤทธิ์ในการต้านไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคต่างๆ เช่น ไข้หวัด หรือ ไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น โดยยาที่มีฤทธิ์ต่อเชื้อไวรัสจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มยาต้านไวรัส ซึ่งเป็นกลุ่มย่อยอีกกลุ่มหนึ่งของยาต้านจุลชีพ

(1) การบริหารยา

การบริหารยาปฏิชีวนะนั้นสามารถกระทำได้หลายช่องทาง โดยปกติแล้วมักใช้การบริหารยาโดยการรับประทานทางปาก แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง จะบริหารยาให้แก่ผู้ป่วยด้วยวิธีการฉีดเข้าหลอดเลือดดำ หรือการฉีดอื่นในกรณีที่ตำแหน่งที่เกิดการติดเชื้ออยู่ในบริเวณที่ยาปฏิชีวนะสามารถแพร่กระจายเข้าไปได้โดยง่าย อาจบริหารยาปฏิชีวนะนั้นๆ ได้ด้วยการใช้ในรูปแบบยาใช้ภายนอก อาทิ การใช้ยาหยอดตาหยอดลงเยื่อตาในกรณีเยื่อตาอักเสบ หรือการใช้ยาหยอดหู ในกรณีติดเชื้อ

เชื้อแบคทีเรียในหูหรือหูชั้นนอกอักเสบเฉียบพลัน (acute otitis externa) ยาใช้ภายนอกในรูปแบบยาทาเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ที่มีการติดเชื้อบริเวณผิวหนังที่ไม่รุนแรง เช่น ลิวอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรีย (acne vulgaris) และเซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ (Cellulitis) โดยประโยชน์จากการใช้ยาปฏิชีวนะในรูปแบบยาใช้ภายนอก ได้แก่ บริเวณที่เกิดการติดเชื้อจะมีความเข้มข้นของยาสูงและมีความสม่ำเสมอ, ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดพิษหรืออาการไม่ประสงค์บางอย่างจากการใช้ยา, และปริมาณยาที่ต้องใช้ในการรักษาลดลง นอกจากนี้ยังลดปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะในทางที่ผิดได้อีกด้วย[66] นอกจากนี้ การทายาปฏิชีวนะชนิดทาในกรณีแผลผ่าตัดนั้นก็สามารลดความเสี่ยงในการเกิดการติดเชื้อในแผลผ่าตัดได้ อย่างไรก็ตาม ยังมีบางประเด็นที่กังวลเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดใช้ภายนอก เนื่องจากอาจมีการดูดซึมยาเข้าสู่กระแสเลือดได้ในบางกรณี, ปริมาณยาที่ใช้ในแต่ละครั้งนั้นยากที่จะกำหนดให้แม่นยำได้ และอาจทำให้เกิดภาวะภูมิไวเกิน หรือผื่นแพ้สัมผัสได้

(2) เกสัชพลศาสตร์

ผลลัพธ์ที่ดีจากการได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ระบบภูมิคุ้มกันของแต่ละคน, ตำแหน่งที่เกิดการติดเชื้อแบคทีเรีย, และคุณสมบัติทางเภสัชพลศาสตร์และเภสัชจลนศาสตร์ของยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษา ฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อแบคทีเรียของยาปฏิชีวนะนั้นอาจขึ้นอยู่กับระยะเวลาการเจริญเติบโตของแบคทีเรียก่อโรค และอัตราการเกิดเมแทบอลิซึมภายในเซลล์ของแบคทีเรีย รวมไปถึงความเร็วในการแบ่งตัวของแบคทีเรียชนิดนั้นๆ อีกด้วย โดยปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นล้วนเป็นผลลัพธ์ที่ได้มาจากการศึกษาทดลองภายในห้องปฏิบัติการและล้วนให้ผลที่สอดคล้องกับการบำบัดรักษาจริงในทางคลินิก ทั้งนี้ เนื่องจากการออกฤทธิ์ในการต้านแบคทีเรียของยาปฏิชีวนะนั้นขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของยาปฏิชีวนะชนิดนั้นๆ การศึกษานอกร่างกายมนุษย์ ซึ่งทดลองภายในห้องปฏิบัติการ (in vitro) ได้มีการจำแนกประสิทธิภาพในการออกฤทธิ์ต้านแบคทีเรียของยาปฏิชีวนะโดยใช้ ความเข้มข้นของยาค่าต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย (minimum inhibitory concentration; MIC) และ ความเข้มข้นยาค่าต่ำสุดที่ฆ่าแบคทีเรียได้ร้อยละ 90 (minimum bactericidal concentration; MBC) โดยใช้ค่าดังกล่าว ร่วมกับคุณสมบัติทางเภสัชจลนศาสตร์ของยาปฏิชีวนะชนิดนั้นๆ และคุณลักษณะอื่นทางเภสัชวิทยาในการทำนายประสิทธิภาพและผลลัพธ์การรักษาของยาปฏิชีวนะชนิดใดชนิดหนึ่งในทางคลินิก

(3) กลุ่มยาปฏิชีวนะ

โดยปกติแล้วการแบ่งกลุ่มยาปฏิชีวนะนั้นจะแบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์, โครงสร้างทางเคมี หรือขอบเขตการออกฤทธิ์ โดยมีเป้าหมายการออกฤทธิ์มุ่งไปที่การขัดขวางการทำงานในระดับเซลล์หรือการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย ซึ่งเป้าหมายเหล่านั้นอาจเป็นผนังเซลล์ (กลุ่ม penicillins และ cephalosporins) หรือเยื่อหุ้มเซลล์ (polymyxin) หรือรบกวนการทำงานของเอนไซม์ที่จำเป็นของแบคทีเรีย (กลุ่ม fluoroquinolones และ sulfonamides) โดยที่ออกฤทธิ์ที่ตำแหน่งดังกล่าวข้างต้นนั้นจะมีคุณสมบัติเป็นยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย (bactericidal antibiotic) ส่วนยาปฏิชีวนะอื่นที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีนของแบคทีเรีย (กลุ่ม macrolides และ tetracycline) จะเป็นยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตเชื้อแบคทีเรีย (bacteriostatic antibiotic) ยกเว้นกลุ่มอะมิโมไกลโคไซด์ที่ออกฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย นอกเหนือไปจากนี้มักเป็นการแบ่งตามความจำเพาะในการออกฤทธิ์กับเป้าหมาย

เช่น ยาปฏิชีวนะที่มีขอบเขตการออกฤทธิ์แคบ (Narrow-spectrum antibiotics) จะหมายถึง ยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์จำเพาะต่อแบคทีเรียกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง อาทิ แบคทีเรียแกรมลบ หรือแบคทีเรียแกรมบวก เป็นต้น ในขณะที่ ยาปฏิชีวนะที่มีขอบเขตการออกฤทธิ์กว้าง (Broad-spectrum antibiotics) จะออกฤทธิ์ต่อแบคทีเรียได้หลายกลุ่ม กลุ่มยาที่ใช้บ่อยในประเทศไทย ได้แก่

3.1 กลุ่ม penicillins ได้แก่ penicillin V, penicillin G, ampicillin, amoxicillin, doxycycline, cloxacillin, ampicillin/sulbactam, amoxicillin/clavulanic acid และ piperacillin/tazobactam

3.2 กลุ่ม macrolides ได้แก่ erythromycin, roxithromycin, clarithromycin และ azithromycin

3.3 กลุ่ม tetracyclines ได้แก่ tetracycline, doxycycline และ minocycline

3.4 กลุ่ม aminoglycosides ได้แก่ amikacin, gentamicin และ streptomycin

3.5 กลุ่ม fluoroquinolones ได้แก่ norfloxacin, ciprofloxacin, ofloxacin, levofloxacin และ Moxifloxacin

3.6 กลุ่ม cephalosporins ได้แก่

- first generation คือ cefazolin และ cephalexin,
- second generation คือ cefaclor, cefamandole และ cefuroxime
- third generation คือ cefdinir, cefditoren, cefotaxime, ceftazidime, ceftriaxone และ cefoperazone/sulbactam

3.7 กลุ่ม carbapenems ได้แก่ imipenem, meropenem, doripenem และ ertapenem

3.8 กลุ่ม clindamycin, chloramphenicol, co-trimoxazole, daptomycin, fosfomicin, lincomycin, metronidazole และ vancomycin

ยาปฏิชีวนะที่เป็นที่คุ้นเคยและผู้ป่วยมักซื้อใช้เองได้แก่ อะม็อกซิซิลลิน (amoxicillin) อ็อกเมนติน (augmentin) นอร์ฟล็อกซาซิน (norfloxacin) เตตราไซคลิน (tetracycline) อะซิโทรมัยซิน (azithromycin) เป็นต้น ซึ่งในการใช้ยาปฏิชีวนะควรมีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (rational drug use) มีการจ่ายยาโดยแพทย์หรือเภสัชกร จึงจะทำให้การใช้ยาปฏิชีวนะนั้นมีประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย และลดปัญหาที่จะเกิดตามมา เช่น ปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้อง ปัญหาการดื้อยา ปัญหาการแพ้ยาปฏิชีวนะ และปัญหาผลข้างเคียงไม่พึงประสงค์ของการได้รับยาปฏิชีวนะ เป็นต้น

(4) อาการไม่พึงประสงค์

ยาปฏิชีวนะนั้นจำเป็นต้องมีการศึกษาทดลองเพื่อค้นหาอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ก่อนจะมีการอนุมัติให้ใช้เพื่อการบำบัดรักษาโรคในมนุษย์ และยาที่ได้รับอนุมัตินั้นต้องมีความปลอดภัยและผู้ป่วยสามารถยอมรับหรือทนต่ออาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม ยาปฏิชีวนะบางชนิดนั้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลายอย่าง ตั้งแต่รุนแรงเล็กน้อยไปจนถึงรุนแรงมาก ขึ้นอยู่กับชนิดของยาปฏิชีวนะที่ถูกใช้, จุลชีพเป้าหมาย, และปัจจัยอื่นที่เป็นปัจเจก อาการไม่พึงประสงค์จากยานั้นอาจเป็นผลมาจากมาจากคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาหรือพิษวิทยาของยานั้นหรือเกิดจากการเหนี่ยวนำให้เกิดภาวะภูมิไวเกิน หรือปฏิกิริยาการแพ้ยา โดยอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นอาจมีตั้งแต่ ไข้ หนาวสั่น คลื่นไส้ ไปจนถึงอาการที่รุนแรงอย่างปฏิกิริยาการแพ้ยาได้ เช่น ผื่นแพ้แสงแดด (photodermatitis) และปฏิกิริยาภูมิแพ้เฉียบพลันรุนแรง (Anaphylaxis) ทั้งนี้ ข้อมูลด้านความปลอดภัยของยาใหม่นั้น โดยปกติแล้วมักมีข้อมูลไม่ครอบคลุมอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้เทียบเท่ากับยาเก่าที่มีการใช้ในมนุษย์มาเป็นเวลานาน

อาการไม่พึงประสงค์จากยาปฏิชีวนะที่เกิดขึ้นได้ทั่วไปในผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะอย่าง อาการท้องเสียนี้เป็นผลมาจากการรบกวนสมดุลเชื้อจุลินทรีย์ประจำถิ่นในลำไส้ (intestinal flora) ทำให้เกิดการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียก่อโรคอื่นๆ เช่น *Clostridium difficile* นอกจากนี้ ยาปฏิชีวนะยังส่งผลต่อสมดุลเชื้อจุลินทรีย์ประจำถิ่นในช่องคลอด (vaginal flora) ได้ด้วย ทำให้เกิดการเพิ่มจำนวนขึ้นของยีสต์สกุลแคนดิดาในช่องคลอดและบริเวณปากช่องคลอดได้ ทั้งนี้ อาการไม่พึงประสงค์จากยาปฏิชีวนะอาจเกิดขึ้นได้จากการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (drug interaction) ระหว่างยาปฏิชีวนะกับยาอื่นได้ เช่น ความเสี่ยงที่อาจเกิดความเสียหายต่อเอ็นกล้ามเนื้อ (tendon) จากการใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่มควิโนโลน (quinolone antibiotic) ร่วมกับคอร์ติโคสเตอรอยด์ที่ให้ผ่านทางระบบ

(5) การดื้อยาปฏิชีวนะของจุลชีพ

การดื้อต่อยาปฏิชีวนะของแบคทีเรียนั้นเป็นภาวะฉุกเฉินภาวะฉุกเฉินที่พบเกิดขึ้นทั่วทุกมุมโลกในปัจจุบัน โดยการดื้อต่อยาปฏิชีวนะของแบคทีเรียเป็นการตอบสนองและการปรับตัวเพื่อความอยู่รอดในขณะที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อกำจัดเชื้อแบคทีเรียนั้นๆ โดยการดื้อยานี้ อาจเกิดจากการปรับตัวทางกายภาพหรือทางพันธุกรรมของแบคทีเรียนั้นก็ได้ ซึ่งจะช่วยเพิ่มโอกาสในการอยู่รอดของเชื้อเพิ่มขึ้นแม้จะมีการใช้ยาปฏิชีวนะในขนาดที่สูงขึ้นก็ตาม ในบางสภาวะการใช้ยาปฏิชีวนะอาจทำให้เกิดการเจริญเติบโตของแบคทีเรียดื้อมากขึ้น ในขณะที่แบคทีเรียซึ่งยังมีความไวต่อยาถูกกำจัดออกไป ตัวอย่างเช่น การใช้ยาปฏิชีวนะในการคัดแยกสายพันธุ์แบคทีเรียที่ได้รับการตกแต่งพันธุกรรมด้วยยีนดื้อยาในปี ค.ศ. 1943 โดยเรียกการทดลองนี้ว่า การทดลองของเดลบริค-ลูเรีย (Luria-Delbrück experiment) สถานการณ์การดื้อต่อยาปฏิชีวนะของแบคทีเรียในปัจจุบันนี้พบว่า ยาปฏิชีวนะหลายชนิดที่มีประสิทธิภาพในการต้านเชื้อแบคทีเรียหลากหลายสายพันธุ์ในอดีต เช่น เพนิซิลลิน และอิริโทรมัยซิน กลับมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคติดเชื้อ

แบคทีเรียต่างๆได้น้อยลง ทั้งนี้เนื่องมาจากอัตราการติดต่อของยาปฏิชีวนะของแบคทีเรียมีเพิ่มขึ้นมากกว่าในอดีต

การติดต่อของยาปฏิชีวนะของแบคทีเรียอาจเกิดขึ้นได้รูปแบบการย่อยสลายทางชีวภาพของยาปฏิชีวนะ ดังเช่นในกรณีของแบคทีเรียในดินที่ทำหน้าที่ย่อยสลายซัลฟาเมทาซีน ซึ่งได้รับซัลฟาเมทาซีนที่ปนเปื้อนออกมากับอุจจาระของหมู โดยการปรับตัวให้อยู่รอดจากยาปฏิชีวนะได้นี้ส่วนใหญ่แล้วมักเกิดถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ แต่ในกรณีการเจริญเติบโตของแบคทีเรียที่ติดต่อของยาปฏิชีวนะนั้นมักเกิดจากการที่แบคทีเรียหนึ่งๆ ได้รับยีนต้านทานยาปฏิชีวนะมาจากแบคทีเรียเซลล์อื่น (horizontal gene transfer) โดยกระบวนการถ่ายทอดยีนนี้มักเกิดขึ้นได้ในพื้นที่ที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะสูง

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทางโบราณคดีพบว่า การติดต่อของยาปฏิชีวนะในแบคทีเรียนั้นเป็นกลไกที่พบเกิดขึ้นได้ตั้งแต่สมัยโบราณ ทำให้เกิดการกลายพันธุ์ของเชื้อแบคทีเรียจนได้เป็นสายพันธุ์ที่ทนสารที่ออกฤทธิ์เป็นยาปฏิชีวนะที่เคยใช้ได้ผลในการยับยั้ง การสืบพันธุ์และการดำรงชีวิตของแบคทีเรียนั้นๆในอดีต

กลไกการติดต่อของยาปฏิชีวนะของแบคทีเรียในระดับโมเลกุลที่ทราบในปัจจุบันนั้น การติดต่อของยาปฏิชีวนะของแบคทีเรียตั้งแต่กำเนิด (Intrinsic resistance) อาจจะเป็นส่วนหนึ่งการเปลี่ยนแปลงสารพันธุกรรม (genetic makeup) ของแบคทีเรียสายพันธุ์นั้น ตัวอย่างเช่น ตำแหน่งที่เป็นเป้าหมายการออกฤทธิ์ของยาปฏิชีวนะอาจจะหายไปจากจีโนมของแบคทีเรีย ส่วนการติดต่อของยาปฏิชีวนะของแบคทีเรียที่เกิดภายหลัง (Acquired resistance) นั้นจะเป็นผลมาจากการกลายพันธุ์ในโครโมโซมของแบคทีเรีย หรือการได้รับยีนดื้อยาจากแบคทีเรียอื่นผ่านทางดีเอ็นเอที่อยู่นอกโครโมโซม (extra-chromosomal DNA) ทั้งนี้ ในแบคทีเรียบางสายพันธุ์ที่สามารถผลิตสารที่ออกฤทธิ์เป็นยาปฏิชีวนะได้นั้นจะสามารถติดต่อของยาปฏิชีวนะดังกล่าวได้อย่างอัตโนมัติและอาจมีการถ่ายทอดความสามารถในการติดต่อของยาปฏิชีวนะนี้ไปยังแบคทีเรียอื่นๆได้เช่นกัน การแพร่กระจายของแบคทีเรียที่ติดต่อของยาปฏิชีวนะนั้นส่วนใหญ่จะพบในรูปแบบถ่ายทอดพันธุกรรมจากรุ่นสู่รุ่นหรือการติดต่อตามแนวตั้ง (vertical transmission) และโดยการรวมตัวกันใหม่ของยีน (Genetic Recombination) ในดีเอ็นเอโดยการถ่ายทอดยีนในแนวราบ (Horizontal gene transfer) โดยแบคทีเรียดื้อยาสามารถถ่ายทอดยีนดื้อยาที่ถูกบรรจุอยู่ในพลาสมิดไปยังสเตรนอื่นหรือสายพันธุ์อื่นได้ โดยพลาสมิดบางชนิดที่บรรจุยีนดื้อยาที่แตกต่างกันไว้หลายยีนสามารถทำให้แบคทีเรียที่ติดต่อของยาปฏิชีวนะหลายชนิดได้ โดยการติดต่อของยาปฏิชีวนะข้ามชนิดหรือข้ามกลุ่มกันในเชื้อแบคทีเรียนั้นอาจพบเกิดขึ้นได้ในกรณีที่กลไกการติดต่อของยาเหล่านั้นถูกควบคุมโดยยีนตำแหน่งเดียวกัน

ในปัจจุบัน โรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียสายพันธุ์หรือสเตรนที่ติดต่อของยาปฏิชีวนะ หรือในบางครั้งอาจเรียกว่า ซูเปอร์บั๊ก (superbugs) เป็นโรคที่การสาธารณสุขทั่วโลกต่างเห็นพ้องว่าเป็นโรคที่ต้องมีการควบคุมโรคเป็นอย่างดี เนื่องจากอาจเกิดการแพร่กระจายและเกิดการติดต่อเป็นวงกว้างได้ ยกตัวอย่างเช่นภาวะฉุกฉินที่เกิดจากวัณโรคที่ติดต่อต้านวัณโรคหลายชนิด (Multidrug-resistant tuberculosis; MDR-TB) ซึ่งเชื้อแบคทีเรียสาเหตุดังกล่าวนี้คือติดต่อต้านวัณโรคหลายชนิดที่เคยมีประสิทธิภาพดีในการรักษาวัณโรคหลายอดีต โดยในทุกๆปีจะมี

ผู้ป่วยรายใหม่มากกว่าครึ่งล้านที่เจ็บป่วยจากการติดเชื้อวัณโรคที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะหลายขนานสายพันธุ์ โดยกลไกการดื้อยาดังกล่าวนั้นเกิดได้จากหลากหลายกลไก การศึกษาทางคลินิกในปัจจุบันพบว่าเอนไซม์ NDM-1 เป็นเอนไซม์ที่สำคัญอีกชนิดหนึ่งที่ชักนำให้แบคทีเรียเกิดการดื้อต่อยาปฏิชีวนะในกลุ่มบีตา-แลคแตมได้หลายชนิด สำนักงานคุ้มครองสุขภาพ (Health Protection Agency) ของสหราชอาณาจักร ได้ให้ถ้อยแถลงไว้ว่า แบคทีเรียที่มีการสร้างเอนไซม์ NDM-1 ซึ่งคัดแยกได้จากสารคัดหลั่งของผู้ป่วยนั้นดื้อต่อยาปฏิชีวนะรูปแบบชนิดในสูตรการรักษามาตรฐานทุกชนิดของการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียที่รุนแรง ในวันที่ 26 พฤษภาคม ค.ศ. 2016 ได้มีการรายงานถึงการพบแบคทีเรียสายพันธุ์ Escherichia coli ที่ดื้อต่อโคลิสตินเป็นครั้งแรกในสหรัฐอเมริกา ซึ่งยาดังกล่าวนั้นถือได้ว่าเป็น “ยาที่ถูกเลือกใช้เป็นอันดับสุดท้าย” (Drug of last resort) หรือยาทางเลือกสุดท้ายที่มีใช้ในกรณีที่ว่าะติดเชื้อนั้นไม่สามารถบำบัดรักษาได้ด้วยยาปฏิชีวนะชนิดอื่น หรือเฉพาะโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะหลายขนาน

(6) การใช้ยาปฏิชีวนะในทางที่ผิด

หลักการสำคัญในการตัดสินใจเลือกใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยนั้นอย่างง่ายคือ หลีกเลี่ยงการใช้ยาปฏิชีวนะถ้าไม่จำเป็น และหากมีความจำเป็นต้องใช้ยาดังกล่าวก็ไม่ควรที่จะใช้ในจำนวนที่มากเกินไป เนื่องจากในปัจจุบันการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วยหรือใช้มากเกินไปถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการดื้อต่อยาปฏิชีวนะของแบคทีเรีย ซึ่งถือเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ถูกจัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในปัจจุบัน ตัวอย่างที่พบเห็นได้ทั่วไปของการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมก็คือ การจัดหายาปฏิชีวนะมาใช้เองโดยปราศจากการวินิจฉัยหรือการดูแลที่เหมาะสมจากแพทย์ อย่างไรก็ตามการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะจากบุคลากรทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคหรืออาการที่ไม่อาจตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ รวมไปถึงโรคหรืออาการบางชนิดที่อาจหายได้เองโดยไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาใดๆ และการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียในขนาดหรือระยะเวลาที่ต่ำเกินกว่าที่แนะนำในแบบแผนการรักษามาตรฐาน ล้วนแล้วแต่เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดการดื้อต่อยาปฏิชีวนะของแบคทีเรียได้ทั้งสิ้น โดยการใช้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็น อย่างเช่นในกรณีของเพนิซิลลินและอริโทรมัยซินนั้น พบว่า มีความสัมพันธ์ภาวะฉุกเฉินด้านการดื้อต่อยาปฏิชีวนะของแบคทีเรียมาตั้งแต่คริสต์ทศวรรษที่ 1950 รวมไปถึงการที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในสถานพยาบาลต่างๆ อย่างแพร่หลายก็ล้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดการดื้อต่อยาปฏิชีวนะและการเพิ่มขึ้นของจำนวนสายพันธุ์และสเตรนของแบคทีเรียเช่นกัน ซึ่งการดื้อยาของแบคทีเรียนี้เป็นสาเหตุให้โรคติดเชื้อแบคทีเรียหลายชนิดไม่อาจสามารถรักษาได้ด้วยยาปฏิชีวนะทั่วไปในปัจจุบัน

นอกเหนือจากประเด็นข้างต้นแล้ว การใช้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็นสำหรับการป้องกันโรคติดเชื้อแบคทีเรีย และความผิดพลาดในการสั่งใช้และกำหนดขนาดยาปฏิชีวนะให้กับผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ โดยอิงข้อมูลจากคุณลักษณะพื้นฐานและประวัติการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย ก็ล้วนแล้วแต่เป็นสาเหตุของการเกิดการดื้อต่อยาปฏิชีวนะของแบคทีเรียที่พบเห็นได้เป็นประจำ ส่วนสาเหตุอื่นที่อาจพบได้ อาทิ การที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบจำนวนวันตามที่ได้รับคำสั่งใช้ยาจากแพทย์ การที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ได้ขนาดและมีวิธีการบริหารยาที่ไม่ตรงตามที่มีการสั่งใช้ยา หรือการที่ไม่สามารถพักผ่อนได้เพียงพอหลังการรักษา

นอกจากนี้การใช้ยาปฏิชีวนะไม่ตรงตามข้อบ่งใช้ของการใช้ยาดังกล่าวในการรักษาโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส เช่น โรคหวัด ก็เป็นสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะดื้อยาต้านการติดเชื้อของแบคทีเรียได้ โดยการศึกษาหนึ่งพบว่า แพทย์มักส่งจ่ายยาปฏิชีวนะให้แก่ผู้ป่วยที่มีความต้องการที่จะใช้ยาดังกล่าว ถึงแม้ว่าการสั่งใช้ยานี้จะไม่ตรงตามข้อบ่งใช้ก็ตาม จึงอาจถือได้ว่าการกำหนดมาตรการป้องกันการใช้อาปฏิชีวนะที่ไม่ตรงตามข้อบ่งใช้ทั้งในด้านการสั่งใช้ยาของแพทย์และการรับรู้ของผู้ป่วยนั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยลดการใช้อาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมลงได้

การต่อสู้ยาปฏิชีวนะของแบคทีเรียในปัจจุบันกำลังอยู่ในความสนใจขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขหลายองค์กร โดยองค์กรเหล่านั้นได้พยายามผลักดันให้มีการบังคับใช้มาตรการต่างๆ ออกมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดปริมาณการใช้อาปฏิชีวนะที่ไม่สมเหตุสมผล โดยประเด็นการใช้อาปฏิชีวนะไปในทางที่ผิดและการใช้อาปฏิชีวนะเกินความจำเป็นได้ถูกบรรจุให้เป็นประเด็นสำคัญในก่อตั้งหน่วยเฉพาะกิจร่วมด้านการต่อสู้ยาปฏิชีวนะของแบคทีเรียแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา โดยหน่วยเฉพาะกิจนี้มีวัตถุประสงค์ในการจัดการและแก้ไขปัญหาต่างข้างต้นเป็นหลัก โดยอาศัยความร่วมมือหลักจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง 3 องค์กร คือ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (Centers for Disease Control and Prevention; CDC) องค์กรอาหารและยา (Food and Drug Administration; FDA) และสถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National Institutes of Health; NIH) รวมไปถึงหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องอีกหลายหน่วยงาน

2.3.2 สเตียรอยด์

สเตียรอยด์ หรือ Corticosteroids หมายถึง ฮอร์โมนชนิดหนึ่งที่ร่างกายสร้างมาจากต่อมหมวกไตชั้นนอก ผลิตวันละ 20 – 30 มิลลิกรัม เพื่อควบคุมการทำงานของร่างกาย โดยกรณีต่อมหมวกไตทำงานผิดปกติ ไม่สามารถผลิตได้ จะส่งผลให้เป็นโรคมืดด้านตนเอง สำหรับสเตียรอยด์ที่ใช้ในทางการแพทย์นั้น คือ ยาที่มีฤทธิ์ลดการอักเสบ โดยยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ phospholipase A2 มีผลทำให้การหลั่ง arachidonic acid จากผนังเซลล์เพื่อกระตุ้นให้ทำการสร้างสารที่ก่อให้เกิดการอักเสบลดลง อีกทั้งยังมีฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งสารที่ทำให้เกิดหลอดลมตีบ หรืออาการหอบหืด เช่น histamine และ leukotirene หรือสารที่ก่อให้เกิดการอักเสบ เช่น prostaglandin ที่ทำให้เกิดการอักเสบบริเวณทางเดินหายใจ จึงเป็นผลให้การอักเสบลดลง สามารถใช้รักษาผู้ป่วยที่มีอาการหอบหืดอย่างรุนแรงเมื่อใช้ยาขยายหลอดลมแล้วไม่ได้ผล หรือผู้ป่วยที่มีอาการปวดและอักเสบ หรือยับยั้งการสร้างเม็ดเลือดขาว จึงทำให้ลดการปวดและอักเสบที่เกิดขึ้นจากโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ ยากลุ่มนี้สามารถออกฤทธิ์ได้เร็ว มีรูปแบบของยาที่มีความหลากหลาย เช่น รูปแบบ ยาพ่น, ยาฉีด, ยาทา และยารับประทาน ซึ่งตัวอย่างของ สเตียรอยด์ในรูปแบบยารับประทานคือ prednisolone และ dexamethasone และยังมีสรรพคุณในการรักษาโรคผิวหนัง ป้องกันการอักเสบจากการได้รับยารักษามะเร็ง โรคมะเร็งไขกระดูกของต่อมน้ำเหลือง หรือ โรคที่มีปริมาณแคลเซียมสูง โดยยาที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์นี้ กฎหมายกำหนดให้เป็นยาควบคุมพิเศษเนื่องจากมีความเป็นพิษสูง ซึ่งในกรณีที่เป็นกลุ่มยาเกินและฉีดต้องให้แพทย์เป็นผู้สั่งจ่ายเท่านั้น

สเตียรอยด์สามารถแบ่งประเภทตามองค์ประกอบทางเคมี แบ่งได้ ดังนี้

(1) อนาบอลิกสเตียรอยด์ เป็นพวกสเตียรอยด์ที่เป็นฮอร์โมนเพศชาย สารพวกนี้มีฤทธิ์ในการเพิ่มการสร้างโปรตีนของกล้ามเนื้อ รวมทั้งมีฤทธิ์สลายไขมันในร่างกายด้วย ในทางการแพทย์ได้มีการใช้ ฮอร์โมน พวกนี้ในการรักษาโรคที่ทำให้ผู้ป่วยผอมมากๆ เช่น โรคติดเชื้อเรื้อรัง โรคขาดอาหาร เพราะผลของยา จะทำให้ร่างกายเร่งสร้างกล้ามเนื้อขึ้นมาอย่างรวดเร็ว

(2) คอร์ติโคสเตียรอยด์ฮอร์โมนตัวนี้ถูกสังเคราะห์ขึ้นในเซลล์ที่เปลือกของต่อมหมวกไต ภายใต้การควบคุมจากสมองส่วนกลาง คอร์ติโคสเตียรอยด์เป็นฮอร์โมนที่มีฤทธิ์หลายด้าน โดยเฉพาะในทางแพทย์ ทำให้ดูเหมือนว่าฮอร์โมนตัวนี้เป็นยาครอบจักรวาล คือ สามารถใช้ในการรักษาโรคได้ทุกชนิด เพราะมีการออกฤทธิ์ต่อระบบต่างๆ ในร่างกายหลายระบบ เช่น ตับ, กล้ามเนื้อ, ผิวหนัง, ต่อม้ำเหลือง, เนื้อเยื่อ ไขมัน, เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน รวมทั้งมีฤทธิ์ลดการอักเสบในร่างกายด้วยฤทธิ์ต่างๆ ของฮอร์โมนนี้ประกอบด้วย ฤทธิ์ต่อเมตาบอลิซึมของโปรตีน จะเร่งการสลายโปรตีน ซึ่งส่งผลต่อเมแทบอลิซึม และการกำจัดคอเลสเตอรอล

(3) ฮอร์โมนเพศ คือ สารเคมีที่เป็นฮอร์โมน โดยส่วนใหญ่จะสร้างจากอวัยวะที่เป็นอวัยวะใน ระบบสืบพันธุ์ เช่น รังไข่ (ในเพศหญิง) หรือ อัณฑะ (ในเพศชาย) แต่ส่วนน้อยจะสร้างได้จากอวัยวะอื่นใน ระบบต่อมไร้ท่อ เช่น ต่อมหมวกไต ฮอร์โมนเพศ เช่น แอนโดรเจนเอสโตรเจน และ โปรเจสเตอโรน เช่น แอนโดรเจน เอสโตรเจน และ โปรเจสเตอโรน

(4) โปรฮอร์โมน เป็นสารตั้งต้นของของสเตียรอยด์ฮอร์โมน

(5) ไฟโตสเตอรอล เป็นสารพฤษเคมีที่คล้ายคอเลสเตอรอล แต่เป็นสารที่มีประโยชน์ ไฟโตสเตอรอล พบในธัญพืช เช่น ถั่ว น้ำมันพืช เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันข้าวโพด น้ำมันเมล็ดดอกทานตะวัน น้ำมัน ถั่วเหลือง น้ำมันมะกอก น้ำมันงา งา จมูกข้าว รำข้าว ไข่แดง ตับ กุ้ง ปู เป็นต้น เหล่านี้ คือกลุ่มของอาหารที่พบว่ามีไฟโตสเตอรอลมาก

2.3.2.1 ประเภทสเตียรอยด์

สเตียรอยด์สามารถแบ่งเป็น 2 ประเภทตามวิธีการใช้ ดังนี้

(1) สเตียรอยด์ประเภทใช้ภายนอก มีตัวสเตียรอยด์ที่ใช้เป็นยาภายนอกหลายชนิดด้วยกัน แต่สามารถแบ่งตามรูปแบบของยาและตัวอย่างของโรคที่ใช้ได้เป็น ยาทา ทั้งในรูปครีม โลชัน ขี้ผึ้ง สำหรับ รักษาผื่นแพ้ ลมพิษ ผิวหนังอักเสบ สะเก็ดเงิน ยาหยอดตา ยาป้ายตา ยาหยอดหู สำหรับรักษาภูมิแพ้ หรืออักเสบที่ตาและหู ยาพ่นจมูก สำหรับรักษาโรคภูมิแพ้ ที่มีอาการทางจมูก ริดสีดวงจมูกและ ยาพ่นคอ สำหรับการรักษาโรคหืด ภูมิแพ้ที่ทำให้เกิดอาการ สเตียรอยด์ประเภทใช้ภายนอกเหล่านี้พัฒนาขึ้นเพื่อให้ยาออกฤทธิ์เฉพาะที่ โดยไม่จำเป็นต้องกินหรือ ฉีดยา จึงช่วยหลีกเลี่ยงผลเสียที่อาจเกิดขึ้นจากยาได้เป็นส่วนใหญ่ เมื่อได้รับยากลุ่มนี้และใช้ตาม คำแนะนำการใช้ยาอย่างเคร่งครัด เช่น ใช้ยาทาเฉพาะบริเวณที่เป็นผื่น ไม่ทาลงบนผิวหนังที่ปกติ ไม่ทาหน้า ไม่ทาเป็นบริเวณกว้าง และไม่ทาต่อเนื่องเป็นเวลานาน ใช้ยาหยอดตา ยาป้ายตา ยาหยอดหู เฉพาะข้างที่เป็นด้วยจำนวนหยด จำนวนครั้งและระยะเวลาตามคำสั่งใช้ยา ถ้าใช้ยาได้อย่างถูกต้องตาม คำแนะนำ ยาภายนอกเหล่านี้มักจะไม่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง

(2) **สเตียรอยด์ประเภทกินและฉีด** ซึ่งการรักษาโรค หรือภาวะบางอย่างจำเป็นต้องใช้ยา กินหรือยาฉีดเท่านั้น เช่น อาการแพ้บางชนิด โรคหืดชนิดรุนแรง โรคภูมิคุ้มกันไวเกิน ผู้ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ เป็นต้น

2.3.2.2 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้สเตียรอยด์

สเตียรอยด์เป็นยาซึ่งมีผลต่อระบบต่าง ๆ ในทุกระบบของร่างกาย การใช้สเตียรอยด์อาจนำไปสู่อันตรายหลายประการ ที่สำคัญได้แก่

(1) **การติดเชื้อ** การใช้สเตียรอยด์ในขนาดสูงมีผลกดภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้เกิดการติดเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส และโดยเฉพาอย่างยิ่งเชื้อราได้ง่าย นอกจากนี้ สเตียรอยด์ยังอาจบดบังอาการแสดงของโรคติดเชื้อ ทำให้ตรวจพบโรคเมื่ออาการรุนแรงแล้ว ยังกดการทำงานของระบบที่ควบคุมการหลั่งฮอร์โมน ระบบที่ทำหน้าที่ควบคุมการหลั่งสเตียรอยด์ฮอร์โมน ประกอบด้วยอวัยวะที่สำคัญในร่างกาย 3 แห่งด้วยกัน คือ ไฮโปทาลามัส ต่อมพิทูตารี และต่อมหมวกไต ในภาวะที่มีระดับของคอร์ติโซล ในเลือดสูงจะมีการกระตุ้นจากไฮโปทาลามัสไปยังต่อมหมวกไต ให้ลดการสร้างสเตียรอยด์ ในทางตรงกันข้ามถ้าระดับของคอร์ติโซลต่ำ จะมีผลกระตุ้นให้ต่อมหมวกไตสร้างฮอร์โมนนี้เพิ่มขึ้น การให้สเตียรอยด์ขนาดสูง จะไปกดการทำงานของระบบอวัยวะที่ทำหน้าที่สร้างและควบคุมการหลั่งฮอร์โมนชนิดนี้ ซึ่งจะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับขนาดของยาที่ได้รับ และระยะเวลาในการใช้ยา

(2) **ผลในกระเพาะอาหาร** สเตียรอยด์มีผลทำให้เยื่อบุกระเพาะอาหารบางลง และยับยั้งการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ ทดแทนเนื้อเยื่อเก่าที่หลุดไป นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางรายยังพบว่า มีการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้นด้วย

(3) **สเตียรอยด์อาจทำให้มีอาการกระเพาะอาหารทะลุ หรือเลือดออก** ในกระเพาะอาหารได้ โดยไม่มีอาการปวดมาก่อน ถึงแม้จะยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการยืนยันว่าการให้ยาลดกรดร่วมกับสเตียรอยด์จะมีผลช่วยป้องกันการเกิดแผลได้ แต่ในทางปฏิบัติก็มีแพทย์จำนวนไม่น้อยที่นิยมให้ยาลดกรดร่วมด้วย

(4) **ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง** สเตียรอยด์อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และอารมณ์ของผู้ใช้ได้ การใช้ยาขนาดสูงจะทำให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ใช้มี อาการติดยา นอกจากนี้ยังพบอาการไม่พึงประสงค์อื่นๆ เช่น นอนไม่หลับ เจริญอาหารกระสับกระส่าย หงุดหงิด เป็นต้น

(5) **กระดูกผุ** การใช้สเตียรอยด์ติดต่อกันเป็นเวลานาน มีผลทำให้กระดูกผุได้ ดังนั้นผู้ที่มิแน่วโน้ม ที่จะเกิดกระดูกผุอยู่แล้ว เช่น ผู้สูงอายุ คนที่เป็นโรคไขกระดูกควรหลีกเลี่ยงการใช้ยานี้ติดต่อกันเป็นเวลานาน

(6) **ยับยั้งการเจริญเติบโตของร่างกาย** เนื่องจากสเตียรอยด์มีผลยับยั้งการเจริญเติบโตของเด็ก การให้ยาขนาดสูงในเด็ก จึงไม่ให้ติดต่อกันทุกวันเป็นเวลานาน แต่จะให้ยาแบบวันเว้นวัน เพราะจะทำให้มีฤทธิ์ และอาการไม่พึงประสงค์น้อยกว่า

(7) **ระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำ** ผลของสเตียรอยด์ทำให้ร่างกายสูญเสียเกลือโปแตสเซียมทางปัสสาวะมาก ซึ่งป้องกันได้โดยให้ลดการกินโซเดียม และกินอาหารที่มี

โปแตสเซียมสูงแทน เช่น ส้ม กล้วย ผู้ที่มีระดับโปแตสเซียมต่ำมากอาจมีผลทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้อไม่มีแรง และหัวใจเต้นผิด จังหวะ หรือหยุดเต้นได้

(8) **กล้ามเนื้ออ่อนแรง** การใช้สเตียรอยด์เป็นระยะเวลานาน จะทำให้มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กล้ามเนื้อบริเวณต้นขาและแขน ซึ่งเมื่อลดขนาดยาลงก็จะมีผลทำให้มีอาการดีขึ้น และต้องใช้เวลาหลายเดือนกว่าจะเป็นปกติ

(9) **ฤทธิ์และอาการไม่พึงประสงค์อื่น ๆ** สเตียรอยด์มีผลทำให้เกิดลักษณะที่เรียกว่า กลุ่มอาการคุชชิง พบมีอาการแสดงคือ อ้วนตรงหน้าท้องขณะที่แขนขาลีบ มีก้อนไขมันที่ต้นคอด้านหลัง หน้าอุมเป็นวงพระจันทร์ สีขึ้น ปัสสาวะบ่อย ต้อหิน ต้อกระจก ผิวหนังบาง และคล้ำขึ้น แขนขาอ่อนแรง อารมณ์แปรปรวน กระดูกผุกร่อน ขนดก ไม่มีความรู้สึกทางเพศ ระบบประจำเดือนผิดปกติ ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อไม่มีแรง ปวดหลัง มีอาการทางจิตใจ หัวใจล้มเหลว บวม น้ำ เป็นต้น

2.3.3 ยาชุด

ยาชุด หมายถึง ยาที่จัดไว้รวมกัน เพื่อรับประทานพร้อมกันทีเดียว มักประกอบไปด้วยยาที่มีรูปร่างและสีต่างๆกัน โดยแต่ละชุด จะมีจำนวนเม็ดยา 2-9 เม็ด จำหน่ายในราคาประมาณชุดละ 2-15 บาท ซึ่งพบทั้งใส่ซองพลาสติกใสไม่มีฉลาก หรือชนิดที่มีฉลากที่ระบุสรรพคุณรวมทั้งวิธีใช้บนซองยา โดยชนิดที่มีการระบุที่ฉลากมักมีการตั้งชื่อตามสรรพคุณ เช่น ยาชุดกระจายเส้น ยาชุดประดง 108 ยาชุดหมอนวด เป็นต้น ปัจจุบันพบว่า มียาชุดสำเร็จรูปจำหน่ายในร้านขายของชำ ตามหมู่บ้านเป็นจำนวนมาก รวมทั้งมีผู้นำไปเร่ขายในชุมชน และหมู่บ้านต่างๆ และมีประชาชนจำนวนมากที่ซื้อยาชุดรับประทาน จากพฤติกรรมการใช้ยาชุดของประชาชนพบว่า ยังมีการซื้อยามาใช้ทั้งที่ทราบว่ายาชุดมีอันตราย ปัจจัยส่วนหนึ่งมาจากยาชุดสามารถหาซื้อได้สะดวก มีราคาถูก และมีการแนะนำจากคนรู้จัก แสดงให้เห็นว่าประชาชนมีทัศนคติเชิงบวกในการใช้ยาชุด ทำให้คาดการณ์ถึงระยะยาวได้ว่า หากประชาชนยังมีพฤติกรรมการใช้ยาเพื่อดูแลสุขภาพ เช่นนี้ จะทำให้เกิดปัญหาด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง และคุณภาพชีวิตของประชากรก็ด้อยไปด้วย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และมีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม ต้องมีการรณรงค์ทั้งทางสื่อต่างๆ และการให้ความรู้แก่ประชาชนโดยตรง เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ ทั้งการดูแลสุขภาพ การป้องกันและการปฏิบัติตัวเพื่อการนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตของประชาชน

2.3.3.1 ประเภทของยาชุด

(1) **ยาชุดสด** คือ ยาชุดประเภทที่ผู้ขายจัดยาให้หลังจากซักถามอาการเจ็บป่วยของผู้ซื้อแล้ว จึงจัดยาให้ตามความเจ็บป่วยนั้นๆ

(2) **ยาชุดแห้ง** คือ ยาชุดประเภทที่มีการจัดยาไว้เป็นชุดๆพร้อมจำหน่ายให้แก่ผู้ซื้อโดยไม่ต้องมีการซักถามเพื่อ แยกแยะอาการเจ็บป่วยที่อาจแตกต่างกันในแต่ละชุดจะมียาหลายขนานรวมกันอยู่ ผู้ซื้อครั้งละก็ชุดก็ ได้ มีจำหน่ายทั่วไปทั้งในชนบทและในเมือง โดยจำหน่ายตามร้านขายของชำ ร้านกาแฟ ร้านขายยา เป็นต้น

2.3.3.2 โทษจากการใช้ยาชุด

ความเสียหายที่เกิดจากการใช้ยาชุดมีหลายประการเช่น ประการแรก คือ ประชาชนได้รับยา เข้าสู่ร่างกายเกินความจำเป็น เช่น หากเจ็บป่วย ปกติจะใช้ยารักษาเพียงชนิดเดียวแต่หากเป็นยาชุดต้อง รับประทานรวมกันจำเป็นต้องได้รับยาชนิดอื่น ๆ ด้วย ประการที่สอง คือ ได้รับโทษหรืออันตรายจากยา เช่น เจ็บป่วยมากขึ้น เสพติดยา ตลอดจนเสียชีวิต ประการที่สาม คือ เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจ แต่ละ ประเทศเป็นมูลค่าประมาณปีละ 10,000 ล้านบาท ในจำนวนนี้หลายพันล้านบาท ต้องสูญเสียเพราะใช้ยาที่ไม่ จำเป็นในรูปของยาชุด ประการที่สี่ คือ ประชาชนต้องเสียเงินในการซื้อยามากขึ้น เช่น ไข้หวัดสามารถใช้ยา พาราเซตามอลรักษา ราคาเม็ดละประมาณ 50 สตางค์ แต่ถ้าซื้อยาชุดชุดละ 3 บาท

2.3.4 ยาสมุนไพร

ยาสมุนไพร หมายถึง ยาที่ได้จากพฤกษชาติสัตว์หรือแร่ธาตุ ซึ่งมีได้ผสมปรุงหรือแปรสภาพ เช่น พืชก็ยังเป็นส่วนของราก ลำต้น ใบ ดอก ผล เป็นต้น ซึ่งมีได้ผ่านขั้นตอนการแปรรูปใดๆ แต่ในทางการค้า สมุนไพรมักจะถูกดัดแปลงในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ถูกหั่นให้เป็นชิ้นเล็ก บดเป็นผงละเอียด หรืออัดเป็นแท่งแต่ ในความรู้สึกของคนทั่วไปเมื่อกล่าวถึงสมุนไพร มักนึกถึงเฉพาะต้นไม้ที่นำมาใช้เป็นยาเท่านั้น ยาสมุนไพร หมายถึง ยาที่ได้จากพฤกษชาติ สัตว์ หรือแร่ธาตุ ซึ่งมีได้ผสม ปรุง หรือ แปรสภาพ ในพระราชบัญญัติคุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542 ให้หมายรวมถึงยาที่ได้จากพืช สัตว์ แร่ธาตุและจุลชีพ จากข้อมูลการใช้ยาสมุนไพรของประชาชน พบว่า ส่วนใหญ่ ประชาชนมีระดับการศึกษาต่ำ ศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา และรายได้ต่ำ การเลือกใช้ยาสมุนไพรในการรักษา มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งเรื่องทางวัฒนธรรม ความเชื่อ และสิ่งแวดล้อม บางครั้งผู้ใช้ยาสมุนไพรเองก็ไม่ ทราบว่ามีอาการป่วยเป็นอะไรแต่ก็ขอให้ ได้กินยาสมุนไพร ก็จะทำให้เกิดความสบายใจว่าได้มีการรักษา

นอกจากยาชุดที่ได้รับความนิยมแล้ว ยาสมุนไพรและยาแผนโบราณก็ได้รับความนิยมเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะในชุมชนที่ห่างไกลสถานพยาบาล เนื่องจากหาซื้อได้ง่าย เห็นผลการรักษาเร็ว ทำให้เกิดความเชื่อถือบอกต่อกันไป โดยไม่คิดว่าจะมีเสียดียรอยด์ปลอมปนอยู่ ดังเช่นการศึกษาปริมาณ สารเสียดียรอยด์ที่ปลอมปนในยาสมุนไพร เขตพื้นที่สาธารณสุข 4 และ 5 พบว่า ยาสมุนไพร 626 ตัวอย่างมีการปลอมปนสารเสียดียรอยด์ 136 คิดเป็นร้อยละ 21.70

2.3.4.1 ประเภทของยาสมุนไพร

ตามตำราเวชศึกษาระบุประเภทของยาสมุนไพรตามวิธีการปรุงไว้ถึง 25 ชนิด เช่น ยาเม็ด ยานัตถุยาสูบ ยาพอก ยาหวง เป็นต้น แต่เคล็ดลับภูมิปัญญาไทยขอแนะนำกรรมวิธีปรุงยาสมุนไพรที่ใช้บ่อย คือ

(1) ยาขง โดยทั่วไปมักใช้สมุนไพรตากแห้งทำเป็นยาขง ส่วนของสมุนไพรที่ใช้จะถูกหั่นเป็นชิ้นบางๆ ภาชนะที่ใช้เป็นกระเบื้องแก้ว หรือภาชนะเคลือบไม่ใช้ภาชนะโลหะ วิธีขง ทำโดยใช้สมุนไพรหนึ่ง ส่วนผสมกับน้ำเดือดสลับส่วน ปิดฝาทิ้งไว้ 10-15 นาที ยาขงเป็นรูปแบบยาที่มีกลิ่นหอมชวนดื่ม และเป็นวิธีที่สะดวกรวดเร็ว

(2) ยาตอง เป็นการแช่สมุนไพรแบบเย็น โดยนำส่วนของสมุนไพรมาบดเป็นผงหยาบ ห่อด้วยผ้า ขาวบางหลวมๆ ห้ามใช้กับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หลงมีครรภ์

(3) **ยาถูกลมพิษ** การปรุงยาถูกลมพิษ โดยนำสมุนไพรมาบดเป็นผง ผสมกับน้ำผึ้งโดยใช้ สมุนไพร 1 ส่วน แขน้ำผึ้ง 2 ส่วน จากนั้นปั้นเป็นก้อนกลมเท่าเม็ดพุทรา นำไป อบแห้งหรือตากแห้ง 1-2 วัน

(4) **ยาต้ม** คือการนำสมุนไพรต้มรวมกับน้ำ โดยหั่นสมุนไพรเป็น ชิ้นเล็กๆ พอดี ใส่ลงในหม้อดิน หรือเอาชนะที่ไม่ใช่โลหะเทน้ำลงไปท่วมยาเล็กน้อย ใช้ไฟขนาดกลาง ต้มให้เดือด หลังจากเดือดแล้วลดไฟลง คนยาให้สม่ำเสมอแล้วจากนั้นก็นำมาดื่มได้

(4) **ยาผง** ปรุงจากส่วนของพืชสมุนไพรชนิดเดียว หรือหลายชนิดมา รวมกัน เวลารับประทานมักจะใช้ร่วมกับน้ำกระสายยา ซึ่งน้ำกระสายอาจเป็นน้ำสุก หรือน้ำดอก

2.3.5 การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use; RDU)

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use; RDU) หมายถึงการได้รับยา และใช้ยาที่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิกในปริมาณที่สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของ แต่ละบุคคล ในระยะเวลาที่เพียงพอต่อการรักษาโรคนั้น และเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคลและ สังคมรวมทั้งลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง

ส่วนการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (Rational Drug Use in Community; RDU Community) หมายถึง การออกแบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ เพื่อการใช้ ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งเชื่อมโยงทั้งสถานบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน ครอบครัวและบุคคล ตลอดจนมีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทั้งในระบบบริการสุขภาพและชุมชน โดยมีเป้าหมายให้ ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยาและการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินโครงการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัยและศึกษาประสิทธิผลของโครงการต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) โดยการศึกษาแบ่งเป็น 4 ระยะ

ระยะแรก คือ การวิเคราะห์ชุมชน

ระยะที่สอง คือ ลงพื้นที่สำรวจข้อมูลในชุมชน

ระยะที่สาม คือ การจัดทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาชุมชน

ระยะที่สี่ คือ การประเมินผลโครงการ

โดยมีรายละเอียดในแต่ละระยะ ดังนี้

ระยะแรก คือ การวิเคราะห์ชุมชน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1) ประสานขอข้อมูลสถิติทะเบียนมะเร็งของตำบลพิชัย จากหน่วยงานทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล และแยกรายตำบลพิชัย จำนวน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 9 บ้านฝายน้อย, หมู่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง และหมู่ 14 บ้านต้นมีน

2) ประสานขอข้อมูลชุมชน ข้อมูลสถานะสุขภาพประชาชน ข้อมูลอัตราป่วย อัตราตาย อุบัติการณ์ ข้อมูลชุมชนตำบลพิชัยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นมีน เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลสถานะสุขภาพชุมชนและนำข้อมูลที่ได้ไปให้แกนนำตำบลรับทราบข้อมูลเกิดความตระหนัก และให้ความร่วมมือในการสำรวจข้อมูลสถานะสุขภาพเพิ่มเติมจาก ข้อมูลเดิม ซึ่งจะดำเนินการในระยะที่สอง

ระยะเวลาในการดำเนินการ

ตุลาคม 2563 – พฤศจิกายน 2563

ระยะที่สอง คือ ลงพื้นที่สำรวจข้อมูลในชุมชน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1) ประชาคมครั้งที่ 1 เพื่อคืนข้อมูลให้แกนนำตำบลพิชัย รวมทั้งกล่าวถึงวัตถุประสงค์ความเป็นมาของโครงการ Pichai Model ให้แกนนำได้รับทราบ มีการดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง และโรคมะเร็งหลัก 3 ชนิดที่พบบ่อย (โรคมะเร็งตับ, โรคมะเร็งเต้านม, โรคมะเร็งปอด) การตรวจคัดกรองสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อ การใช้ยาปฏิชีวนะและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผสมสเตียรอยด์ในชุมชน และจัดกิจกรรมการแบ่งกลุ่มย่อยแต่ละหมู่บ้าน ทำการระดมความคิดเห็นหาปัญหาของชุมชน สาเหตุ และวิธีการแก้ไขปัญหาลำดับปัญหา โดยใช้หลักการ Ask me-3

ซึ่งประกอบด้วยปัญหาสุขภาพของชุมชนคืออะไร, ชุมชนต้องทำอะไรบ้าง และทำไมต้องทำสิ่งเหล่านั้น สำคัญอย่างไร

2) ลงพื้นที่สำรวจข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งทั้ง

3 ชุมชน

3) ใช้แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมืองจังหวัดลำปาง

ระยะเวลาในการดำเนินการ

พฤศจิกายน 2563 - มีนาคม 2564

ระยะที่สาม คือ การจัดทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาชุมชน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1) ประชาคมครั้งที่ 2 จำนวน 3 ครั้ง โดยจัด 1 ครั้งต่อ 1 ชุมชน โดยวิธีการดำเนินการ

คือ List of Problem -> Priority -> Self Need -> Project

2) จัดทำโครงการที่เกิดจากความต้องการของชุมชนในการแก้ไขปัญหาด้านโรคมะเร็ง

ระยะเวลาในการดำเนินการ

ปีงบประมาณ 2564 - ปีงบประมาณ 2565

ระยะที่สี่ คือ การประเมินผลโครงการ

1) รวบรวมผลการดำเนินโครงการการแก้ไขปัญหาด้านโรคมะเร็ง

2) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโครงการต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย

(Pichai Model)

ระยะเวลาในการดำเนินการ

ปีงบประมาณ 2564 - ปีงบประมาณ 2565

3.1 วิธีการดำเนินการ

สำหรับระยะที่สอง คือ ลงพื้นที่สำรวจข้อมูลในชุมชน

ได้มีการดำเนินการสำรวจข้อมูลชุมชน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ทั้งหมด

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน, ประธานอสม., อสม., ประชาชน จำนวน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 9 บ้านฝายน้อยจำนวน 313 คน, หมู่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง จำนวน 315 คน และหมู่ 14 บ้านต้นมีน จำนวน 319 คน

3.3 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.3.1 เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

- ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
- สามารถให้ข้อมูลตอบแบบสอบถามได้
- อ่านออก เขียนได้ สะดวกมีเวลาในการตอบแบบสอบถาม

3.3.2 เกณฑ์การคัดออก

- ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน
- ขอลอนตัวออกจากการศึกษาครั้งนี้

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งแบบสอบถามชุดนี้ แบ่งออกเป็น 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

- ตอนที่ 2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและการรับบริการ
- ตอนที่ 2.2 การตรวจสุขภาพประจำปี

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ (การออกกำลังกาย/การใช้สารเคมี/สิ่งแวดล้อม)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร/อาหารเสริม

ส่วนที่ 5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

- ตอนที่ 5.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- ตอนที่ 5.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
- ตอนที่ 5.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง
- ตอนที่ 5.4 ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 6 ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

ส่วนที่ 7 การใช้ยาในครัวเรือน

- ตอนที่ 7.1 ข้อมูลเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ
- ตอนที่ 7.2 ข้อมูลเกี่ยวกับยาเสพติด
- ตอนที่ 7.3 การใช้ยาของประชาชน

3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ผ่านการพิจารณาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยมีความสอดคล้องกับคำถามงานวิจัย วัตถุประสงค์ของงานวิจัยและผ่านการเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ พญ.อุมาภรณ์ พงษ์พันธุ์, ญญ.เกียรติสุดา ประเสริฐวัฒน์ และคุณดุริยา พองมูล โดยมีค่าดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence : IOC) เท่ากับ 0.97

จากนั้น คณะผู้วิจัยได้ทำการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้เก็บข้อมูล (Try Out) กับประชาชนในหมู่บ้านโทกหัวช้าง ตำบลพระบาท จังหวัดลำปาง จำนวน 30 ราย และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2-7 และในภาพรวมของแบบสอบถาม โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89

ทั้งนี้ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมงานวิจัยหรือสามารถปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ โดยไม่เกิดผลเสียใดๆ และสำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะไม่ถูกเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะนำเสนอการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1) ประชุมคณะกรรมการดำเนินโครงการฯ เพื่อวางแผนการดำเนินโครงการฯ และขอความร่วมมือจากประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน, ประธานอสม., อสม., ประชาชน จำนวน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 9 บ้านฝายน้อย, หมู่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง และหมู่ 14 บ้านต้นมัน

2) จัดกิจกรรมประชุมประชาคมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 โครงการต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

3) ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

4) จัดประชุมเตรียมความพร้อมการศึกษาชุมชนต้นแบบฯ และประชุมลงพื้นที่เพื่อศึกษาชุมชนต้นแบบฯ ณ ศาลาอเนกประสงค์ วัดฝายน้อย ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

5) บันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล

6) สรุปผลการดำเนินโครงการฯ และจัดทำรูปเล่มรายงาน

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะวิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และนำเสนอด้วย สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistic) เพื่อบรรยายลักษณะของประชากร ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและการรับบริการ และการตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ (การออกกำลังกาย/การใช้สารเคมี/สิ่งแวดล้อม) ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร/อาหารเสริม ส่วนที่ 5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ส่วนที่ 6 ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง และส่วนที่ 7 การใช้ยาในครัวเรือน ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ ข้อมูลเกี่ยวกับยาสแตยรอยด์ การใช้ยาของประชาชน ทักษะคติเกี่ยวกับการกินอาหารเสริม และพฤติกรรมการกินยาปฏิชีวนะ

วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละในกรณีเป็นข้อมูลแจกแจง ส่วนกรณีข้อมูลต่อเนื่องจะนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation ; SD)

บทที่ 4

ผลการดำเนินโครงการ

4.1 ผลการดำเนินการระยะแรก คือ การวิเคราะห์ชุมชน

4.1.1 ข้อมูลประชากรของตำบลพิชัย

จำนวนประชากรทั้งหมด 2,706 คน เป็นเพศชาย 1,237 คน และเพศหญิง 1,469 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40 – 59 ปี จำนวน 789 คน รองลงมา คือ อายุ 20 – 39 ปี จำนวน 764 คน ถัดมาคือ อายุ \geq 60 ปี จำนวน 693 คน และอายุ $<$ 1 ปี จำนวน 9 คน

4.1.2 ข้อมูลสถิติผู้ป่วยมะเร็งของตำบลพิชัย

4.1.2.1 เพศ

จำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดในตำบลพิชัย 392 ราย (14.49%) เป็นเพศชาย 181 คน และเพศหญิง 211 คน เสียชีวิตแล้วจำนวน 181 คน และมีชีวิต จำนวน 211 คน

4.1.2.2 อายุ

ส่วนใหญ่มียุอยู่ในช่วง \geq 60 ปี จำนวน 193 คน รองลงมา คือ อายุ 40 – 59 ปี จำนวน 172 คน ถัดมาคือ อายุ 20 – 39 ปี จำนวน 18 คน และอายุ $<$ 20 ปี จำนวน 9 คน

4.1.2.3 รายโรค

ผู้ป่วยแยกตามโรค 5 อันดับ พบว่า ส่วนใหญ่พบ มะเร็งตับ จำนวน 59 คน รองลงมาคือ มะเร็งเต้านม จำนวน 56 คน ถัดมา คือ มะเร็งปอด จำนวน 53 คน ถัดมาคือ มะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 26 คน และ มะเร็งทวารหนัก จำนวน 16 คน

- มะเร็งตับ พบว่า เป็นเพศชาย 41 คน และเพศหญิง 18 คน เสียชีวิต จำนวน 50 คน และยังมีชีวิต จำนวน 9 คน ส่วนใหญ่มียุอยู่ในช่วง 51-60 ปี จำนวน 22 คน รองลงมา คืออายุ 61-70 ปี จำนวน 17 คน ถัดมาคืออายุ $>$ 70 ปี จำนวน 10 คน และอายุ $<$ 40 ปี จำนวน 2 คน พิจารณาระยะของโรค พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ทราบ จำนวน 34 คน และอยู่ในระยะ IVB จำนวน 24 คน

- มะเร็งเต้านม พบว่า เป็นเพศชาย 2 คน และเพศหญิง 54 คน เสียชีวิตแล้วจำนวน 8 คน และยังมีชีวิต จำนวน 48 คน ส่วนใหญ่มียุอยู่ในช่วง 41-50 ปี จำนวน 21 คน รองลงมา คืออายุ 51-60 ปี จำนวน 17 คน ถัดมาคืออายุ 61-70 ปี จำนวน 10 คน พิจารณาระยะของโรค พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระยะ IIA และไม่ทราบ จำนวน 10 คน และอยู่ในระยะ II จำนวน 8 คน

- มะเร็งปอด พบว่า เป็นเพศชาย 36 คน และเพศหญิง 17 คน เสียชีวิตแล้วจำนวน 44 คน และยังมีชีวิต จำนวน 9 คน ส่วนใหญ่มียุอยู่ในช่วง $>$ 70 ปี จำนวน

23 คน รองลงมา คืออายุ 51-60 ปี จำนวน 15 คน ถัดมาคืออายุ 61-70 ปี จำนวน 13 คน พิจารณา ระยะของโรค พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระยะ IVB จำนวน 26 คน และไม่ทราบ จำนวน 19 คน

- มะเร็งลำไส้ใหญ่ พบว่า เป็นเพศชาย 16 คน และเพศหญิง 10 คน เสียชีวิตแล้วจำนวน 12 คน และยังมีชีวิต จำนวน 14 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง >70 ปี จำนวน 10 คน รองลงมา คือ อายุ 51-60 ปี จำนวน 8 คน ถัดมา คือ อายุ 61-70 ปี จำนวน 7 คน พิจารณา ระยะของโรค พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระยะ IVB จำนวน 5 คน ไม่ทราบ จำนวน 6 คน และอยู่ในระยะ IIA,III จำนวน 4 คน

- มะเร็งลำไส้ทวารหนัก พบว่า เป็นเพศชาย 10 คน และเพศหญิง 6 คน เสียชีวิตแล้วจำนวน 6 คน และยังมีชีวิต จำนวน 10 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี จำนวน 6 คน รองลงมา คืออายุ 61-70 ปี จำนวน 4 คน ถัดมาคืออายุ >70 ปี จำนวน 3 คน พิจารณาระยะของโรค พบว่า ส่วนใหญ่ ไม่ทราบ จำนวน 9 คน และอยู่ในระยะ IVB จำนวน 3 คน

4.1.3 ข้อมูลสถิติผู้ป่วยมะเร็งของตำบลพิชัยตามการคัดเลือกชุมชนต้นแบบนำร่อง 3 หมู่ ได้แก่ หมู่ 9 บ้านฝายน้อย หมู่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง และ หมู่ 14 บ้านต้นมัน

- จำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดในตำบลพิชัย 66 ราย เป็นเพศชาย 30 คน และเพศหญิง 36 คน เสียชีวิตแล้วจำนวน 32 คน และมีชีวิต จำนวน 34 คน

- ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี จำนวน 22 คน รองลงมาคืออายุ >70 ปี จำนวน 16 คน ถัดมาคืออายุ 61-70 ปี จำนวน 15 คน และอายุ 41-50 ปี จำนวน 10 คน พิจารณา จำนวนผู้ป่วยแยกตามโรค 3 อันดับ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งตับ จำนวน 12 คน และมะเร็งปอด จำนวน 12 คน รองลงมาคือ มะเร็งเต้านม จำนวน 7 คน

เมื่อแยกรายละเอียดแต่ละหมู่บ้าน ตามเพศ, อายุ และระยะโรค

(1) หมู่ 9 บ้านฝายน้อย มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดจำนวน 19 ราย เป็นเพศชาย 12 คน และเพศหญิง 7 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง >70 ปี จำนวน 7 คน รองลงมาคืออายุ 51- 60 ปี จำนวน 6 คน ถัดมาคืออายุ 61-70 ปี จำนวน 3 คน และอายุ 41-50 ปี จำนวน 2 คน พิจารณาจำนวนผู้ป่วยแยกตามโรค 3 อันดับ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปอด จำนวน 6 คน รองลงมา คือ มะเร็งตับ จำนวน 4 คน และมะเร็งเต้านม จำนวน 1 คน พิจารณาระยะของโรคมะเร็งปอด พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระยะ IVB จำนวน 3 คน ไม่ทราบ จำนวน 1 คน และอยู่ในระยะ III จำนวน 1 คน สำหรับมะเร็งตับ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระยะ IVB จำนวน 2 คน ไม่ทราบ จำนวน 1 คน และ มะเร็งเต้านม พบว่า ไม่ทราบระยะ จำนวน 1 คน

(2) หมู่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดจำนวน 31 ราย เป็นเพศชาย 15 คน และเพศหญิง 16 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี จำนวน 13 คน รองลงมา คืออายุ >70 ปี จำนวน 7 คน ถัดมาคืออายุ 61-70 ปี และอายุ 41-50 ปี จำนวน 5 คน พิจารณา

จำนวนผู้ป่วยแยกตามโรค 3 อันดับ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปอด จำนวน 6 คน รองลงมาคือ มะเร็งตับ จำนวน 5 คน และมะเร็งเต้านม จำนวน 4 คน พิจารณาระยะของโรคมะเร็งปอด พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระยะ IVB จำนวน 3 คน และไม่ทราบระยะ จำนวน 3 คน สำหรับมะเร็งตับ พบว่า ส่วนใหญ่ ไม่ทราบระยะ จำนวน 1 คน และอยู่ในระยะ IVB จำนวน 4 คน และมะเร็งเต้านม พบว่า ส่วนใหญ่ อยู่ในระยะ IIA จำนวน 2 คน และ อยู่ในระยะ I, IVB จำนวน 1 คน

(3) หมู่ 14 บ้านต้นมื่น มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดจำนวน 16 ราย เป็นเพศชาย 4 คน และเพศหญิง 12 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี จำนวน 7 คน รองลงมาคืออายุ 41-60 ปี จำนวน 6 คน ถัดมาคืออายุ 31-40 ปี และอายุ >70 ปี จำนวน 1 คน พิจารณาจำนวนผู้ป่วยแยกตามโรค 2 อันดับ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งตับ จำนวน 3 คน และมะเร็งเต้านม จำนวน 2 คน พิจารณาระยะของโรคมะเร็งตับ พบว่าอยู่ในระยะ II, IVB, ไม่ทราบระยะ จำนวนอย่างละ 1 คน และ มะเร็งเต้านม พบว่า อยู่ในระยะ II จำนวน 1 คน

4.2 ผลการดำเนินการระยะที่สอง คือ ผลการสำรวจข้อมูลในชุมชน

ผลการสำรวจข้อมูลชุมชนโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนใน ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 947 คน โดยมีการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น จำนวนทั้งหมด 947 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

4.2.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 947)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	396	41.82
หญิง	551	58.18
สถานภาพสมรส		
โสด	119	12.57
สมรส	623	65.79
หม้าย	157	16.58
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	48	5.07
อายุ		
15-20 ปี	6	0.63
21-40 ปี	115	12.14

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
41-60 ปี	470	49.63
61 ปีขึ้นไป	356	37.59
(ค่าเฉลี่ย = 55.93, SD = 12.81, ค่าต่ำสุด = 16, ค่าสูงสุด = 93)		
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
ต่ำกว่าเกณฑ์ (BMI < 18.5)	66	6.97
อยู่ในเกณฑ์ปกติ (BMI = 18.5 – 24.99)	547	60.61
เกินมาตรฐาน (BMI > 25.0)	307	32.42
(ค่าเฉลี่ย = 23.84, SD = 4.13, ค่าต่ำสุด = 13.97, ค่าสูงสุด = 116)		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	24	2.53
ประถมศึกษา	465	49.10
มัธยมศึกษาตอนต้น	132	13.94
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	139	14.68
อนุปริญญา/ปวส.	64	6.76
ปริญญาตรีขึ้นไป	123	12.99
อาชีพ		
ทำสวน/ทำนา/ทำไร่	25	10.03
รับจ้างทั่วไป	375	39.60
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	82	8.66
ทำโรงงาน/บริษัทเอกชน	36	3.80
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	189	19.96
อื่นๆ	17	17.95
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 15,000	728	77.36
15,001 – 20,000	97	10.31
20,001– 25,000	26	2.76
25,001 – 30,000	54	5.74
มากกว่า 30,001	36	3.83
(ค่าเฉลี่ย = 11,409, SD = 10,152.82 , ค่าต่ำสุด = 500 , ค่าสูงสุด = 90,000)		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษา		
รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ	147	15.52
ประกันสังคม	192	20.27
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	483	51.0
อปท./ครูเอกชน	2	0.21
ชำระเงินเอง	13	1.37
อื่นๆ.....	110	11.26

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามมีจำนวนทั้งหมด 947 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 551 คน (ร้อยละ 58.18) มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 623 ราย (ร้อยละ 65.79) รองลงมา คือ มีสถานภาพหม้าย จำนวน 157 ราย (ร้อยละ 16.58) และมีสถานภาพโสด จำนวน 119 ราย (ร้อยละ 12.57) โดยมีอายุเฉลี่ย 55.93 ± 12.81 ปี อายุต่ำที่สุด 16 ปี และอายุสูงสุด 93 ปี โดยอายุในช่วง 41-60 ปี มากที่สุด จำนวน 470 ราย (ร้อยละ 49.63) ถัดมาเป็นผู้ที่มีช่วงอายุ 61 ปีขึ้นไป จำนวน 356 ราย (ร้อยละ 37.59) มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.84 ± 4.13 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 547 ราย (ร้อยละ 60.61) เกือบกึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 49.10) มีการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา จำนวน 465 ราย ถัดมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 139 ราย (ร้อยละ 14.68) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 375 ราย (ร้อยละ 39.60) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่ $11,409 \pm 10,152.82$ บาท, โดยส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน จำนวน 728 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.36 รองลงมา คือ รายได้ 15,001 – 20,000 บาท/เดือน จำนวน 97 ราย (ร้อยละ 10.31) และกึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 51.0) มีสิทธิการรักษาประเภทประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 483 คน รองลงมาคือสิทธิประกันสังคม จำนวน 192 คน (ร้อยละ 20.27)

4.2.2 ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ/การตรวจคัดกรอง/ตรวจสุขภาพประจำปี

ตอนที่ 2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและการรับบริการ

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและการรับบริการ (n = 947)

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและการรับบริการ	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคประจำตัว		
ไม่มี	558	58.92
มี	389	41.08
- เก๊าท์	24	2.53
- ไขมันในเลือดสูง	128	13.52
- เบาหวาน	128	13.52
- ความดันโลหิตสูง	256	27.03
- หอบหืด	19	2.01
- ไวรัสตับอักเสบบี	9	0.95
- ไวรัสตับอักเสบบีซี	0	0
- ไตเรื้อรัง	3	0.32
- อื่นๆ	44	4.65
2. ประวัติการเจ็บป่วย		
2.1 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง		
ไม่มี	918	96.94
มี	29	3.06
2.2 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง		
ไม่มี	813	85.85
มี	134	14.15
2.3 ประวัติการครอบครัวยีน้องสายตรงป่วยเป็นไวรัสตับอักเสบบี		
ไม่มี	924	97.57
มี	23	2.43
- ไวรัสตับอักเสบบี	20	2.11
- ไวรัสตับอักเสบบีซี	3	0.32

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและการรับบริการ	จำนวน	ร้อยละ
3. การรับบริการสุขภาพ		
3.1 ท่านเคยตรวจสุขภาพประจำปีหรือไม่		
ไม่เคย	599	63.25
เคย	348	36.75
3.2 ท่านเคยได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง หรือไม่		
ไม่เคย	625	66.0
เคย	322	34.0
- มะเร็งปากมดลูก	219	23.13
- มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	24	2.53
- มะเร็งต่อมลูกหมาก	20	2.11
- มะเร็งปอด	39	4.12
- มะเร็งตับ	35	3.70
- มะเร็งเต้านม	149	15.73
3.3 ท่านเคยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่		
ไม่เคย	897	94.72
เคย	29	3.06
ไม่ทราบ	21	2.22
3.4 ท่านเคยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่		
ไม่เคย	900	95.04
เคย	14	1.48
ไม่ทราบ	33	3.48
3.5 ท่านเคยได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่		
ไม่เคย	832	87.86
เคย	52	5.49
ไม่ทราบ	63	6.65
3.6 ท่านเคยได้รับการตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่		
ไม่เคยตรวจ	865	91.34
เคย	82	8.66
- ผลการตรวจ “มี” ภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบบี	23	2.43
- ผลการตรวจ “ไม่มี” ภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบบี	59	6.23

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและการรับบริการ	จำนวน	ร้อยละ
3.7 ท่านเคยตรวจจักษุภาวะ พบไข้วพยาธิใบไม้ตับหรือไม่		
ไม่เคยตรวจ	489	51.64
เคย	458	48.36
- ผลการตรวจจักษุภาวะ “พบ” ไข้วพยาธิใบไม้ตับ	36	3.80
- ผลการตรวจจักษุภาวะ “ไม่พบ” ไข้วพยาธิใบไม้ตับ	422	44.56
3.8 ประวัติการกินยาถ่ายพยาธิ		
ไม่เคย	390	41.18
เคย	557	58.82
4. ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	833	87.96
สูบ ประเภท(กั้นกรอง/ยาเส้น)	65	6.86
- 1 มวน/วัน	58	89.23
- 2 มวน/วัน	5	7.69
- 3 มวน/วัน	2	3.08
(ค่าเฉลี่ย 1.13 , SD = 0.4, ค่าต่ำสุด = 1 , ค่ามากที่สุด = 3)		
จำนวนปีที่เคยสูบ		
(ค่าเฉลี่ย 6.76, SD = 8.21, ค่าต่ำสุด = 1, ค่ามากที่สุด = 40)		
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	49	5.17
(ค่าเฉลี่ย 8.42, SD = 6.41, ค่าต่ำสุด = 1, ค่ามากที่สุด = 25)		
5. ในบ้านของท่านมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกันหรือไม่		
ไม่สูบ	852	89.97
สูบ	95	10.03
6. ประวัติการเคี้ยวหมาก		
ไม่เคี้ยว	935	98.73
เคี้ยว	12	1.27
7. ประวัติการดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	699	73.81
ดื่ม	248	26.19
- ดื่มประจำทุกวัน	44	4.65
- ดื่ม 3-4 ครั้ง/สัปดาห์	32	3.38
- ดื่ม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์	58	6.12

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและการรับบริการ	จำนวน	ร้อยละ
- ต้ม 1-2 ครั้ง/เดือน	114	12.04
8. ภาวะสุขภาพ/อาการเจ็บป่วยที่เสี่ยงต่อสุขภาพ		
8.1 ท่านมีอาการน้ำหนักลด อ่อนเพลีย เบื่ออาหารโดยไม่ทราบสาเหตุ		
ไม่ใช่	912	96.30
ใช่	35	3.70
8.2 ท่านมีอาการท้องอืดแน่น ปวดท้อง หรืออึดอัดท้อง บริเวณชายโครงขวาหรือปวดร้าวไปที่สะบักขวา		
ไม่ใช่	928	97.99
ใช่	19	2.01
8.3 ท่านมีอาการไข้ ตัว ตาเหลืองหรือท้องโตขึ้นผิดปกติ		
ไม่ใช่	941	99.37
ใช่	6	0.63

จากตารางที่ 4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและการรับบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 558 ราย (คิดเป็นร้อยละ 58.92) และมีโรคประจำตัว จำนวน 389 ราย (คิดเป็นร้อยละ 41.08) โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, ไขมันในเลือดสูง และอื่นๆ จำนวน 256 ราย, 128 ราย, 128 ราย และ 44 ราย ตามลำดับ

ด้านประวัติการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง จำนวน 918 ราย (คิดเป็นร้อยละ 96.94) และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง จำนวน 813 ราย (คิดเป็นร้อยละ 85.85) สำหรับประวัติการครอบครัวพี่น้องสายตรงป่วยเป็นไวรัสตับอักเสบบี พบว่า มีประวัติการครอบครัวพี่น้องสายตรงป่วยเป็นไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 23 ราย (คิดเป็นร้อยละ 2.43) โดยส่วนมากพบ ไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 20 ราย (คิดเป็นร้อยละ 2.11)

ด้านการรับบริการสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 599 ราย (คิดเป็นร้อยละ 63.25) และไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง จำนวน 625 ราย (คิดเป็นร้อยละ 66.0) อย่างไรก็ตามเคยได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง จำนวน 322 ราย (คิดเป็นร้อยละ 34.0) โดย 3 อันดับแรกที่ได้รับบริการมากที่สุด คือ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, มะเร็งเต้านม, มะเร็งปอด จำนวน 219 ราย, 149 ราย และ จำนวน 39 ราย ตามลำดับ ประวัติด้านการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและไวรัสตับอักเสบบี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคย ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 897 ราย และ 900 ราย

(คิดเป็นร้อยละ 94.72 และ ร้อยละ 95.04) ด้านการได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 832 ราย (คิดเป็นร้อยละ 87.86) ด้านการตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบบี พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 82 ราย เคยตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบบี (คิดเป็นร้อยละ 8.66) โดยส่วนมากพบผลตรวจ “ไม่มี” ภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 59 ราย (คิดเป็นร้อยละ 6.23)

ด้านการตรวจอุจจาระ พบไขพยาธิใบไม้ตับ พบว่า เกือบกึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง เคยได้รับการตรวจอุจจาระ พบไขพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 458 ราย (คิดเป็นร้อยละ 48.36) โดยผลการตรวจอุจจาระ “ไม่พบ” ไขพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 422 ราย (คิดเป็นร้อยละ 44.56) ทั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติเคยการกินยาถ่ายพยาธิ จำนวน 577 ราย (คิดเป็นร้อยละ 58.82)

ด้านประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 833 ราย (คิดเป็นร้อยละ 87.96) รองลงมาสูบบุหรี่ ประเภท(ก้นกรอง/ยาเส้น) จำนวน 65 ราย (คิดเป็นร้อยละ 6.86) โดยมีค่าเฉลี่ยการสูบบุหรี่เท่ากับ 1.13 ± 0.4 มวน/วัน มีค่าต่ำสุดเท่ากับ 1 มวน/วัน และค่าสูงสุดเท่ากับ 3 มวน/วัน ซึ่งส่วนมากพบว่า ความถี่ในการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1 มวน/วัน จำนวน 58 ราย (คิดเป็นร้อยละ 89.23) สำหรับค่าเฉลี่ยของจำนวนปีที่สูบบุหรี่ เท่ากับ 6.76 ± 8.21 ปี ค่าต่ำสุดเท่ากับ 1 ปี และค่าสูงสุด เท่ากับ 40 ปี ด้านประวัติการมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติการมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน จำนวน 852 ราย (คิดเป็นร้อยละ 89.97) ด้านประวัติการเคี้ยวหมาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติการเคี้ยวหมาก จำนวน 935 ราย (คิดเป็นร้อยละ 98.73) ด้านประวัติการดื่มสุรา พบว่า เกินหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 26.19) ดื่มสุรา จำนวน 248 ราย โดยพบว่าดื่มสุรา 1-2 ครั้ง/เดือน มากที่สุด จำนวน 114 ราย (คิดเป็นร้อยละ 12.04) รองลงมาคือดื่มสุรา 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 58 ราย (คิดเป็นร้อยละ 6.12)

สำหรับข้อมูลด้านภาวะสุขภาพ/อาการเจ็บป่วยที่เสี่ยงต่อสุขภาพ พบดังนี้

1) อาการน้ำหนักลด อ่อนเพลีย เบื่ออาหารโดยไม่ทราบสาเหตุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการน้ำหนักลด อ่อนเพลีย เบื่ออาหารโดยไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 912 ราย (คิดเป็นร้อยละ 96.30)

2) อาการท้องอืดแน่น ปวดท้อง หรืออึดอัดท้อง บริเวณชายโครงขวาหรือปวดร้าวไปที่สะบักขวา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีอาการท้องอืดแน่น ปวดท้อง หรืออึดอัดท้อง บริเวณชายโครงขวาหรือปวดร้าวไปที่สะบักขวา จำนวน 928 ราย (คิดเป็นร้อยละ 97.99)

3) อาการไข้ ตัว ตาเหลืองหรือท้องโตขึ้นผิดปกติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีอาการไข้ ตัว ตาเหลืองหรือท้องโตขึ้นผิดปกติ จำนวน 914 ราย (คิดเป็นร้อยละ 99.37)

ตอนที่ 2.2 การตรวจสอบสุขภาพประจำปี

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลด้านการ ตรวจสอบสุขภาพประจำปี (n = 947)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพประจำปี เป็นสิ่งควรปฏิบัติถึงแม้ไม่เจ็บป่วยก็ตาม	335 (35.37)	575 (60.72)	36 (3.80)	1 (0.11)	0
2. คนจะมีสุขภาพ ดีได้ขึ้นอยู่กับ การปฏิบัติตนเอง เป็นสิ่งสำคัญไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพ	129 (13.62)	534 (37.38)	128 (13.52)	307 (32.42)	29 (3.06)
3. สำหรับคนทั่วไปการตรวจสุขภาพช่วยค้นพบโรคได้ตั้งแต่ระยะที่ยังไม่แสดงอาการ	263 (27.77)	558 (58.92)	96 (10.14)	30 (3.17)	0
4. ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่เป็นประจำ หรือโรคอ้วน ควรไปตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบได้ทันเวลาที่	335 (35.37)	558 (58.92)	52 (5.49)	2 (0.21)	0
5. การตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจ สบายใจว่าไม่มีความผิดปกติของร่างกาย ลดความวิตกกังวลได้	323 (34.11)	565 (59.66)	56 (5.91)	3 (0.32)	0

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
6. เราไม่จำเป็นต้องตรวจ สุขภาพ เนื่องจากเมื่อ เจ็บป่วย สามารถไปพบ แพทย์เพื่อรักษาโรคให้ หายได้	113 (11.93)	243 (25.66)	147 (15.52)	388 (40.97)	56 (5.91)
7. คนที่มีอายุน้อยไม่ จำเป็นต้องตรวจสุขภาพ ควรตรวจสุขภาพเมื่อมีอายุ มากแล้วเท่านั้น	54 (5.70)	192 (20.27)	166 (17.53)	500 (52.8)	35 (3.70)
8. การตรวจสุขภาพช่วยลด พฤติกรรมเสี่ยง และลด ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะ เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ไม่ใช่เป็น การตรวจเพื่อหาโรค เท่านั้น	260 (27.46)	542 (57.2)	77 (8.13)	62 (6.55)	6 (0.63)

จากตารางที่ 4.3 การตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความเห็นด้วยอย่างยิ่ง 3 อันดับแรก ในเรื่อง “การไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพประจำปี เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติถึงแม้ไม่เจ็บป่วยก็ตาม”, “ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่เป็นประจำ หรือโรคอ้วน ควรไปตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบได้ทันท่วงที” รองลงมา “การตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจ สบายใจว่าไม่มีความผิดปกติของร่างกาย ลดความวิตกกังวลได้” และ “สำหรับคนทั่วไปการตรวจสุขภาพช่วยค้นพบโรคได้ตั้งแต่ระยะที่ยังไม่แสดงอาการ” จำนวน 335 คน, 335 คน, 323 คน และ 263 คน ตามลำดับ (คิดเป็นร้อยละ 35.37, 35.37, 34.11 และ 27.77) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความคิดเห็นไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 3 อันดับแรก ในเรื่อง “เราไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพ เนื่องจากเมื่อเจ็บป่วย สามารถไปพบแพทย์เพื่อรักษาโรคให้หายได้”, “คนที่มีอายุน้อยไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพ ควรตรวจสุขภาพเมื่อมีอายุมากแล้วเท่านั้น” และ “คนจะมีสุขภาพดีได้ ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตนเองเป็นสิ่งสำคัญ ไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพ” จำนวน 56 คน, 35 คน และ 29 คน ตามลำดับ (คิดเป็นร้อยละ 5.91, 3.70 และ 3.06)

4.2.3 ส่วนที่ 3 แสดงพฤติกรรมสุขภาพ (การออกกำลังกาย/การใช้สารเคมี/สิ่งแวดล้อม)

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ (การออกกำลังกาย/การใช้สารเคมี/สิ่งแวดล้อม) (n = 947)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. ท่านมีการใช้ยาฆ่าหนู/ปุ๋ยเคมี/ฮอร์โมนพืช		
- ไม่ใช่	773	81.63
- ใช่	174	18.37
2. ท่านมีการป้องกันการสัมผัสสารเคมี โดยการสวมชุดป้องกัน/ถุงมือ/แว่นตา/หน้ากาก/รองเท้าบูท		
- ไม่ปฏิบัติ	161	17.0
- ปฏิบัติ	786	83.0
3. ท่านมีประวัติการใช้เข็มฉีดยา/สักคิ้ว/สักตามร่างกาย/เข็มเจาะหู หรือไม่		
- ไม่มี		
- มี	788	83.21
4. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นมลพิษทางอากาศ	159	16.79
- ไม่ปฏิบัติ		
- ปฏิบัติ	92	9.71
5. ท่านสวมหน้ากากอนามัย/ผ้าปิดจมูก/ถุงมือ หรือชุดคลุมเพื่อป้องกันการสัมผัสหรือสูดหายใจรับสารก่อมะเร็งเข้าสู่ร่างกาย	855	90.29
- ไม่ปฏิบัติ	94	9.93
- ปฏิบัติ	853	90.07

จากตารางที่ 4.4 ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ (การออกกำลังกาย/การใช้สารเคมี/สิ่งแวดล้อม) พบข้อมูล ดังนี้ 1) ด้านการใช้ยาฆ่าหนู/ปุ๋ยเคมี/ฮอร์โมนพืช พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ใช้ยาฆ่าหนู/ปุ๋ยเคมี/ฮอร์โมนพืช จำนวน 773 ราย (คิดเป็นร้อยละ 81.63) 2) ด้านการป้องกันการสัมผัสสารเคมี โดยการสวมชุดป้องกัน/ถุงมือ/แว่นตา/หน้ากาก/รองเท้าบูท พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมปฏิบัติ จำนวน 786 ราย (คิดเป็นร้อยละ 83.0) 3) ประวัติการใช้เข็มฉีดยา/สักคิ้ว/สักตามร่างกาย/เข็มเจาะหู พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการใช้เข็มฉีดยา/สักคิ้ว/สักตามร่างกาย/เข็มเจาะหู จำนวน 788 ราย (คิดเป็นร้อยละ 83.21) 4) หลีกเลี่ยงการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นมลพิษทางอากาศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติ จำนวน 855 ราย (คิดเป็นร้อยละ 90.29) และ 5) การสวมหน้ากากอนามัย/ผ้าปิดจมูก/ถุงมือ หรือชุดคลุม เพื่อป้องกัน

การสัมผัสหรือสูดหายใจรับสารก่อมะเร็งเข้าสู่ร่างกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติ จำนวน 853 ราย (คิดเป็นร้อยละ 90.07)

4.2.4 ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร/อาหารเสริม

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร/อาหารเสริม (n = 947)

พฤติกรรม	จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่เคยปฏิบัติ	นานๆครั้ง	บางครั้ง	เป็นประจำ	ไม่ระบุ
1. ท่านรับประทานอาหารประเภทผัก เช่น ผักกาดขาว ผักกะหล่ำดอก ผักกะหล่ำ ถั่วงอก	8 (0.84)	308 (32.52)	435 (45.93)	195 (20.59)	1 (0.11)
2. ท่านรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เช่น ก้อยปลา/กุ้ง ลาบปลา ปลาร้า ปูดอง ปลา ส้ม/จ่อม	238 (25.13)	419 (44.24)	262 (27.67)	19 (2.01)	9 (0.95)
3. ท่านรับประทานอาหารประเภทที่มีสารกันบูด/ดินประสิว เช่น ไส้กรอก ฮอทดอก กุนเชียง กุ้งแห้ง แหนม	52 (5.49)	513 (54.17)	352 (37.17)	30 (3.17)	0
4. ท่านเก็บรักษาอาหารไว้ในตู้เย็นนาน เกิน 2-3 วัน	117 (12.35)	217 (22.91)	533 (56.28)	76 (8.03)	4 (0.42)
5. ท่านใช้วัตถุเติมในการปรุงอาหาร เช่น หอม กระเทียม ถั่วลิสง	17 (1.80)	120 (12.67)	278 (29.36)	530 (55.97)	2 (0.21)
6. ท่านปรุงอาหารโดยใช้กะปิ	45 (4.75)	164 (17.32)	387 (40.87)	349 (36.85)	2 (0.21)
7. ท่านฉีด/รับประทานอาหารเสริม เช่น คอลลาเจน กลูต้าไธโอน วิตามินต่างๆ	567 (59.87)	166 (17.53)	166 (17.53)	45 (4.75)	3 (0.32)
8. ท่านใช้หรือซื้ออาหารที่ใช้ภาชนะโฟมหรือพลาสติกบรรจุ	159 (16.79)	315 (33.26)	389 (40.87)	78 (8.24)	6 (0.63)

จากตารางที่ 4.5 ข้อมูลด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร/อาหารเสริม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร/อาหารเสริม ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด ใน 3 อันดับแรก ได้แก่ เรื่อง “ใช้วัตถุเติมในการปรุงอาหาร เช่น หอม กระเทียม ถั่วลิสง” “การปรุงอาหารโดยใช้กะปิ” และ “การรับประทานอาหารประเภทผัก เช่น ผักกาดขาวผักกะหล่ำ ดอกผักกะหล่ำ ถั่วงอก” จำนวน 530 ราย, 387 ราย และ 195 ราย ตามลำดับ (คิดเป็นร้อยละ 55.97, 40.8 และ 20.59) ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร/อาหารเสริม ไม่เคยปฏิบัติ มากที่สุดใน 3 อันดับแรก ได้แก่ เรื่อง “ฉีด/รับประทานอาหารเสริม เช่น คอลลาเจน กลูต้าไธโอน วิตามินต่างๆ” “การรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เช่น ก้อยปลา/กุ้ง ลาบปลา ปลาร้า ปูดอง ปลาต้ม/จ่อม” และ “การใช้หรือซื้ออาหารที่ใช้ภาชนะโฟมหรือพลาสติกบรรจุ” จำนวน 567 ราย, 238 ราย และ 159 ราย ตามลำดับ (คิดเป็นร้อยละ 59.87, 25.13 และ 16.79)

4.2.5 ส่วนที่ 5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตอนที่ 5.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตารางที่ 4.6 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n = 947)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					$\bar{X} \pm$ SD
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
1. การรับประทาน อาหาร Fast Food หรืออาหาร ที่มีโคเลสเตอรอล สูง ทำให้เสี่ยงต่อ การเกิดโรคมะเร็ง เช่น พืชฯ ไก่ทอด แฮมเบอร์เกอร์ เฟรนช์ฟรายส์	238 (25.13)	473 (49.95)	155 (16.37)	77 (8.13)	4 (0.42)	2.08 ± 0.87

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{X} \pm$ SD
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
2. การรับประทาน ถั่วลิสง พริกแห้ง หอมแดง และ กระเทียมที่มีเชื้อ ราทำให้เสี่ยงต่อ การเป็นมะเร็ง	241 (25.45)	508 (53.64)	153 (16.16)	35 (3.70)	10 (1.06)	2.01 ± 0.81
3. การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญ ที่ทำให้เกิดมะเร็ง ปอด	372 (39.28)	510 (53.85)	51 (5.39)	9 (0.95)	5 (0.53)	1.69 ± 0.66

จากตารางที่ 4.6 ตอนที่ 5.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด ในเรื่อง “การรับประทานอาหาร Fast Food หรืออาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง เช่น พิซซา ไก่ทอด แฮมเบอร์เกอร์ เฟรนช์ฟรายส์” รองลงมา “การรับประทานถั่วลิสง พริกแห้ง หอมแดง และกระเทียมที่มีเชื้อราทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง” และ “การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งปอด” ตามลำดับ ($x \pm SD = 2.08 \pm 0.87$, 2.01 ± 0.81 , 1.69 ± 0.66)

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของประชาชน 3 หมู่บ้าน ในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง (n=947)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (13-15 คะแนน)	873	92.19
ระดับปานกลาง (9-12 คะแนน)	71	7.50
ระดับต่ำ (0-8 คะแนน)	3	0.32
Mean ± SD	10.79 ± 2.92	
Min, Max	3, 13	

จากตารางที่ 4.7 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง จำนวน 873 ราย อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 71 ราย และอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 3 ราย ตามลำดับ (คิดเป็นร้อยละ 92.19 , 7.50 และ 0.32) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 75.79 ± 1.92 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 3 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 13 คะแนน

ตอนที่ 5.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

ตารางที่ 4.8 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (n = 947)

ข้อคำถาม	จำนวน (ร้อยละ)	
	ได้	ไม่ได้
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ		
1. ท่านสามารถไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพได้	888 (93.77)	59 (6.23)
2. ท่านสามารถสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพ ได้ตรงกับสภาพปัญหาที่ท่านและคนในครอบครัวของท่านเป็นอยู่ได้	865 (91.34)	82 (8.66)
3. ท่านมั่นใจว่าแหล่งบริการสุขภาพที่ท่านเลือกใช้นั้น สามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการของท่าน	879 (92.82)	68 (7.18)
4. ท่านตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูล เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลและบริการสุขภาพ	816 (86.17)	131 (13.83)
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ		
5. ท่านสามารถกรอกข้อมูลด้านสุขภาพถูกต้องตามแบบฟอร์มของสถานบริการที่เข้ารับบริการ	855 (90.29)	92 (9.71)
6. ท่านรู้และเข้าใจคำอธิบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับข้อมูลเรื่องโรคอาการหรือการดูแลสุขภาพและบริการจากผู้ให้บริการสุขภาพได้	873 (92.29)	74 (7.81)
7. ท่านอ่านด้วยความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือ เอกสาร แผ่นพับ โปสเตอร์ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคได้	855 (90.29)	92 (9.71)
8. ท่านอ่านและเข้าใจผลตรวจสุขภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ เช่น ดัชนีมวลกาย (BMI), ระดับความดันโลหิต (HT), ระดับน้ำตาลในเลือด (DM) เป็นต้น	695 (73.39)	252 (26.61)

ข้อความถาม	จำนวน (ร้อยละ)	
	ได้	ไม่ได้
การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ		
9. ท่านสามารถบอกเล่าข้อมูลสุขภาพของท่านกับผู้ให้บริการสุขภาพ หรือคนอื่นรับรู้และเข้าใจสุขภาพของท่านได้	873 (92.19)	74 (7.81)
10. ท่านซักถามข้อมูลทางสุขภาพกับผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อให้หายสงสัยและนำมาดูแลสุขภาพของท่านให้ดียิ่งขึ้น	870 (91.87)	77 (8.13)
11. ท่านแลกเปลี่ยนความรู้หรือแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพกับผู้อื่นได้	807 (85.22)	140 (14.87)
การตัดสินใจด้านสุขภาพ		
12. ท่านนำข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ที่น่าเชื่อถือ ถูกลมาเปรียบเทียบ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจทำตาม	813 (85.85)	134 (14.15)
13. ท่านไตร่ตรองถึงประโยชน์และโทษของผลิตภัณฑ์หรือบริการด้านสุขภาพก่อนตัดสินใจใช้ตาม	847 (89.44)	100 (10.56)
14. ท่านใช้เหตุผลในการพิจารณาข้อดีข้อเสียของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับถึงแม้จะมีคนใช้แล้วได้ผลก่อนที่จะนำมาใช้ตาม	839 (88.60)	108 (11.40)

จากตารางที่ 4.8 ตอนที่ 5.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้มากที่สุดในเรื่อง “การไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพได้” จำนวน 888 ราย (คิดเป็นร้อยละ 93.77) และส่วนใหญ่เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพไม่ได้ ในเรื่อง “การตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลและบริการสุขภาพ” จำนวน 131 ราย (คิดเป็นร้อยละ 13.83)

ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ในเรื่อง “การรู้และเข้าใจคำอธิบายต่างๆ ที่เกี่ยวกับข้อมูลเรื่องโรค อาการหรือการดูแลสุขภาพและบริการจากผู้ให้บริการสุขภาพได้” จำนวน 873 ราย (คิดเป็นร้อยละ 92.29) และส่วนใหญ่เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพไม่ได้ ในเรื่อง “อ่านและเข้าใจผลตรวจสุขภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ เช่น ดัชนีมวลกาย (BMI), ระดับความดันโลหิต (HT), ระดับน้ำตาลในเลือด (DM) เป็นต้น” จำนวน 252 ราย (คิดเป็นร้อยละ 26.61)

ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ในเรื่อง “สามารถบอกเล่าข้อมูลสุขภาพของท่านกับผู้ให้บริการสุขภาพ หรือคนอื่นรับรู้และเข้าใจสุขภาพของท่านได้” จำนวน 873 ราย (คิดเป็นร้อยละ 92.19)

และส่วนใหญ่เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพไม่ได้ ในเรื่อง “การแลกเปลี่ยนความรู้หรือแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพกับผู้อื่นได้” จำนวน 140 ราย (คิดเป็นร้อยละ 14.87)

ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ในเรื่อง “การไตร่ตรองถึงประโยชน์และโทษของผลิตภัณฑ์หรือบริการด้านสุขภาพก่อนตัดสินใจ ใช้ตาม” จำนวน 847 ราย (คิดเป็นร้อยละ 89.44) และส่วนใหญ่เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพไม่ได้ ในเรื่อง “การนำข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ ที่น่าเชื่อถือมาเปรียบเทียบเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจทำตาม” จำนวน 134 ราย (คิดเป็นร้อยละ 14.15)

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพของประชาชน 3 หมู่บ้านในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง (n=947)

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (13-14 คะแนน)	572	60.40
ระดับปานกลาง (9-12 คะแนน)	260	27.46
ระดับต่ำ (0-8 คะแนน)	115	12.14
Mean \pm SD	12.48 \pm 2.70	
Min, Max	0, 13	

จากตารางที่ 4.9 ระดับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง จำนวน 572 ราย รองลงมาคืออยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 260 ราย และอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 115 ราย (คิดเป็นร้อยละ 60.40, 27.46 และ 12.14) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.48 \pm 2.70 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 13 คะแนน

ตอนที่ 5.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

ตารางที่ 4.10 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง (n = 947)

ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่เคยปฏิบัติ	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	เป็นประจำ	ไม่ระบุ
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง					
1. ท่านควบคุม กำกับสุขภาพตนเอง เช่น น้ำหนักมองโลกในแง่บวก ลด	54 (5.70)	195 (20.59)	419 (44.24)	270 (28.51)	9 (0.95)

ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่เคยปฏิบัติ	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	เป็นประจำ	ไม่ระบุ
อาหารทำลายสุขภาพ ออกกำลังกาย เป็นต้น					
2. ถึงแม้จะมีงานเยอะท่านสามารถแบ่งเวลาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองได้	35 (3.70)	146 (15.42)	419 (44.24)	341 (36.01)	6 (0.63)
3. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัว คนในชุมชนหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่มีผลดีต่อสุขภาพ	94 (9.93)	147 (15.52)	480 (50.69)	224 (23.65)	2 (0.21)
การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ					
4. ท่านชักชวนให้ผู้อื่นเพิ่มการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของเขาได้	108 (11.40)	131 (13.83)	565 (69.66)	131 (13.83)	12 (1.27)
5. ท่านกล้าเตือนผู้อื่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ไม่ให้สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ลดรับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม	147 (15.52)	158 (16.68)	419 (44.24)	208 (21.96)	15 (1.58)
6. ท่านเสนอทางเลือกเพื่อสุขภาพที่ดี ให้กับผู้อื่น เช่น เพิ่มผักผลไม้ลดโรค เลิกสูบบุหรี่ลดความเสี่ยง ป่วยโรคหัวใจ เป็นต้น	119 (12.57)	165 (17.42)	458 (48.36)	174 (18.37)	31 (3.27)
7. ท่านเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญที่จะดูแลสุขภาพตนเองให้ดียู่เสมอ	107 (11.30)	127 (13.41)	426 (44.98)	251 (26.50)	36 (3.80)
การเข้าถึงข้อมูล สื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง					
8. ท่านโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลที่ถูกต้อง หรือ	126 (13.31)	166 (17.53)	477 (50.37)	135 (14.26)	43 (4.54)

ข้อความคำถาม	จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่เคยปฏิบัติ	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	เป็นประจำ	ไม่ระบุ
แนะนำให้ สามารถปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็ง					
9. ท่านประเมินปริมาณและคุณค่าอาหารที่กินในแต่ละมื้อพร้อม วางแผนออกกำลังของตนเองให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้	108 (11.40)	185 (19.54)	491 (51.85)	148 (15.63)	15 (1.58)
10. ท่านประเมินสภาวะอารมณ์ของตนเอง ถ้าพบว่าเครียด ท่านสามารถ จัดการเพื่อลดความเครียดนั้นลง ด้วยวิธีที่ดีที่สุดสุขภาพของท่าน	56 (5.91)	167 (17.63)	405 (42.77)	311 (32.84)	8 (0.84)
11. เมื่อท่านสนใจในสินค้าที่โฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ท่านหาข้อมูลเพิ่มเติมจาก หลายแหล่ง เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ	134 (14.15)	168 (17.74)	330 (34.85)	298 (31.47)	17 (1.80)

จากตารางที่ 4.10 ตอนที่ 5.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่เป็นประจำมากที่สุด ในเรื่อง “ถึงแม้จะมีงานเยอะท่านสามารถแบ่งเวลาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองได้” จำนวน 341 ราย (คิดเป็นร้อยละ 95.67) และไม่เคยปฏิบัติในเรื่อง “การเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัว คนในชุมชนหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่มีผลดีต่อสุขภาพ” จำนวน 94 ราย (คิดเป็นร้อยละ 9.93) ในส่วนของการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่เป็นประจำมากที่สุด ในเรื่อง เป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญที่จะดูแลสุขภาพตนเองให้ดีอยู่เสมอ จำนวน 251 ราย (คิดเป็นร้อยละ 84.89) และไม่เคยปฏิบัติในเรื่อง “กล้าเตือนผู้อื่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ไม่ให้สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ลดรับประทาน อาหาร หวาน มัน เค็ม”

จำนวน 147 ราย (คิดเป็นร้อยละ 15.52) และด้านการเข้าถึงข้อมูล สื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่เป็นประจำมากที่สุด ในเรื่อง “การประเมินสภาวะอารมณ์ของตนเอง ถ้าพบว่าเครียด ท่านสามารถ จัดการเพื่อลดความเครียดนั้นลงด้วยวิธีที่ดีต่อสุขภาพของท่าน” จำนวน 311 ราย (คิดเป็นร้อยละ 32.84) และไม่เคยปฏิบัติในเรื่อง “สนใจในสินค้าที่โฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ท่านหาข้อมูลเพิ่มเติมจาก หลายแหล่งเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ” จำนวน 134 ราย (คิดเป็นร้อยละ 14.15)

ตอนที่ 5.4 ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ตารางที่ 4.11 แสดงจำนวน และร้อยละของการติดตามข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านช่องทางต่างๆ

ช่องทางการติดตามข้อมูลข่าวสาร	จำนวน	ร้อยละ
วิทยุ	245	25.87
หนังสือพิมพ์	99	10.45
เอกสารวิชาการ	91	9.61
ผู้ให้บริการทางการแพทย์	368	40.76
สื่อออนไลน์	269	31.26
อสม.	632	66.74
คนในครอบครัว	314	33.47
อื่นๆ	35	3.70

จากตารางที่ 4.11 ตอนที่ 5.4 ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านช่องทางต่างๆ พบว่า ช่องทางที่ประชาชนส่วนใหญ่ติดตามข้อมูลสุขภาพ 3 อันดับแรก ได้แก่ คือ อสม., ผู้ให้บริการทางการแพทย์ และคนในครอบครัว จำนวน 632 คน, 368 คน และ 314 คน ตามลำดับ (คิดเป็นร้อยละ 66.74 , ร้อยละ 40.76 และ ร้อยละ 33.47)

ตารางที่ 4.12 ระดับความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ ของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ข้อคำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ค่าเฉลี่ย
1. ท่านคิดว่าสื่อ ประชาสัมพันธ์มี ประโยชน์ในการ ช่วยตัดสินใจ	200 (21.12)	598 (63.15)	142 (14.99)	7 (0.74)	0	4.04

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ค่าเฉลี่ย
เกี่ยวกับข้อมูลด้าน						
สุขภาพ						
2. ท่านคิดว่า	192	607	139	9	0	4.03
การใช้สื่อ	(20.27)	(64.10)	(14.68)	(0.95)		
ประชาสัมพันธ์เพื่อ						
เข้าถึงข้อมูล						
สุขภาพมีความ						
จำเป็นสำหรับท่าน						
3. ท่านทราบว่า	160	534	242	10	1	3.88
แหล่งข้อมูล	(16.90)	(56.99)	(25.55)	(1.06)	(0.11)	
สุขภาพนั้นสามารถ						
ใช้งานได้บนสื่อ						
ออนไลน์						
4. ท่านทราบว่า	152	581	199	15	0	3.91
จะสามารถหา	(16.05)	(61.35)	(21.01)	(1.85)		
แหล่งข้อมูล						
สุขภาพที่เป็น						
ประโยชน์ได้จาก						
สื่อประชาสัมพันธ์						
5. ท่านทราบถึง	161	551	222	12	1	3.90
วิธีการค้นหา	(17.00)	(58.18)	(23.44)	(1.27)	(0.11)	
แหล่งข้อมูล						
สุขภาพที่มี						
ประโยชน์บนสื่อ						
ประชาสัมพันธ์						
6. ท่านทราบถึง	142	523	252	28	2	3.81
วิธีการใช้สื่อ	(14.99)	(55.23)	(26.61)	(2.96)	(0.21)	
ออนไลน์เพื่อนำมา						
ตอบข้อสงสัย						

ข้อคำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ค่าเฉลี่ย
เกี่ยวกับปัญหาด้าน สุขภาพของท่าน						
7. ท่านมีทักษะใน การประเมินข้อมูล สุขภาพที่พบบนสื่อ ประชาสัมพันธุ์	126 (13.31)	490 (51.74)	302 (91.89)	24 (2.53)	5 (5.03)	3.74
8. ท่านรู้สึกมีความ มั่นใจในการที่จะใช้ ข้อมูลบนสื่อ ออนไลน์มาจัดการ กับปัญหาสุขภาพ ของท่าน	100 (10.56)	479 (50.58)	328 (34.64)	35 (3.70)	5 (0.53)	3.66
9. ท่านใช้สื่อ ออนไลน์เพื่อเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพตาม คำแนะนำของ สมาชิกใน ครอบครัว	84 (8.87)	544 (57.44)	228 (30.41)	26 (2.75)	5 (0.53)	3.52
10. เมื่อท่านเห็น สมาชิกใน ครอบครัวใช้สื่อ ออนไลน์เพื่อเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพ ท่าน สนใจใช้ตามด้วย	98 (10.35)	564 (59.56)	242 (25.55)	36 (3.80)	7 (0.77)	3.74
11. ก่อนที่ท่านจะ นำข้อมูลสุขภาพ จากสื่อ ประชาสัมพันธุ์มา จัดการปัญหา สุขภาพของท่าน	94 (9.93)	654 (69.06)	168 (17.74)	28 (2.96)	3 (0.32)	3.85

ข้อความถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ค่าเฉลี่ย
ท่านจะสอบถาม ความคิดเห็นของ สมาชิกใน ครอบครัวก่อน						
12. ท่านเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพผ่าน สื่อประชาสัมพันธ์ ตามคำแนะนำของ เพื่อน	70 (7.39)	537 (56.71)	289 (30.52)	44 (4.65)	7 (0.74)	3.65
13. ก่อนที่ท่านจะ นำข้อมูลสุขภาพ จากสื่อ ประชาสัมพันธ์มา จัดการปัญหา สุขภาพของท่าน ท่านจะสอบถาม ความคิดเห็นจาก เพื่อนก่อน	66 (6.97)	473 (49.95)	319 (33.69)	86 (9.08)	3 (0.32)	3.54

จากตารางที่ 4.12 ระดับความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ ของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ที่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 3 อันดับแรกในเรื่อง “คิดว่าสื่อประชาสัมพันธ์มีประโยชน์ในการช่วยตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ” จำนวน 200 ราย (คิดเป็นร้อยละ 95.67) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.04 คะแนน, “คิดว่าการใช้สื่อประชาสัมพันธ์เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมีความจำเป็นสำหรับท่าน” จำนวน 192 ราย (คิดเป็นร้อยละ 20.27) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.03 คะแนน และ “ทราบถึงวิธีการค้นหาแหล่งข้อมูลสุขภาพที่มีประโยชน์บนสื่อประชาสัมพันธ์” จำนวน 161 ราย (คิดเป็นร้อยละ 17.0) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 คะแนน และมีระดับความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ที่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด 3 อันดับแรก ในเรื่อง “เมื่อท่านเห็นสมาชิกในครอบครัวใช้สื่อออนไลน์เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพท่านสนใจใช้ตามด้วย”, “ท่านเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ตามคำแนะนำ

ของเพื่อน” จำนวน 7 ราย (คิดเป็นร้อยละ 0.74) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 คะแนน รองลงมาคือ “ท่านใช้สื่อออนไลน์เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตามคำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว”, “ท่านรู้สึกมีความมั่นใจในการที่จะใช้ข้อมูลบนสื่อออนไลน์มาจัดการกับปัญหาสุขภาพของท่าน” จำนวน 5 ราย (คิดเป็นร้อยละ 0.53) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.66 คะแนน และ “ก่อนที่ท่านจะนำข้อมูลสุขภาพจากสื่อประชาสัมพันธ์ มาจัดการปัญหาสุขภาพของท่าน ท่านจะสอบถามความคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัวก่อน”, “ก่อนที่ท่านจะนำข้อมูลสุขภาพจากสื่อประชาสัมพันธ์มาจัดการปัญหาสุขภาพของท่าน ท่านจะสอบถามความคิดเห็นจากเพื่อนก่อน” จำนวน 3 ราย (คิดเป็นร้อยละ 0.32) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 คะแนน ตามลำดับ

4.2.6 ส่วนที่ 6 ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

ตารางที่ 4.13 แสดงจำนวน และร้อยละของความรู้เรื่องโรคมะเร็ง (n=947)

ข้อคำถาม	คำตอบด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็ง	
	ตอบถูก	ตอบผิด
1. โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเซลล์หรือเนื้อเยื่อ	908 (95.88)	39 (4.12)
2. โรคมะเร็งเป็นโรคที่ติดต่อจากคนหนึ่งสู่อีกคนหนึ่ง	832 (87.86)	115 (12.14)
3. โรคมะเร็งบางชนิดอาจมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้	821 (86.96)	126 (13.31)
4. โรคมะเร็งที่พบในระยะเริ่มแรก สามารถรักษาให้หายขาดได้	855 (90.92)	92 (9.71)
5. คนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งมากกว่า คนที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี	498 (52.59)	449 (47.41)
6. ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งปอด มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดแม้จะไม่ได้สูบบุหรี่ก็ตาม	764 (80.68)	183 (19.32)
7. อาการบ่งชี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เช่น ไอเรื้อรัง ไอมีเลือดปน เสียงแหบ หายใจเหนื่อย	893 (94.3)	54 (5.70)
8. โรคไวรัสตับอักเสบบีและซี สามารถติดต่อทางเลือดและเพศสัมพันธ์	617 (65.15)	330 (34.85)
9. ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี, ซี ไม่ควรดื่มสุรา	832 (87.86)	115 (12.14)
10. การขาดการออกกำลังกาย และมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง	542 (57.23)	405 (42.77)

ข้อความ	คำตอบด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็ง	
	ตอบถูก	ตอบผิด
11. อาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีผ่านกระบวนการปิ้งย่าง เผา เช่นไก่ย่าง หมูปิ้ง ปลาเผา จนไหม้เกรียมพบสารก่อมะเร็งได้	923 (97.47)	24 (2.53)
12. การกินอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้สดเป็นประจำทุกวันจะช่วยลดการสะสมของสารก่อมะเร็งในร่างกาย	798 (83.32)	158 (16.68)
13. การกินอาหารที่หลากหลาย เป็นการลดการสะสมสารก่อมะเร็ง	670 (70.75)	277 (29.25)
14. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับได้	900 (95.40)	47 (4.96)

จากตารางที่ 4.13 ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง พบว่า ข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ “อาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีผ่านกระบวนการปิ้งย่าง เผา เช่นไก่ย่าง หมูปิ้ง ปลาเผา จนไหม้เกรียมพบสารก่อมะเร็งได้” จำนวน 923 คน (ร้อยละ 97.47) รองลงมา “โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเซลล์หรือเนื้อเยื่อ” จำนวน 908 คน (ร้อยละ 95.88) และ “การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับได้” จำนวน 900 คน (ร้อยละ 95.40) และข้อคำถามที่ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ “คนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงเป็นมะเร็งมากกว่า คนที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี” จำนวน 449 คน (ร้อยละ 47.41) รองลงมาคือ “การขาดการออกกำลังกาย และมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง” จำนวน 405 คน (ร้อยละ 42.77) และ “โรคไวรัสตับอักเสบบีและซีสามารถติดต่อทางเลือดและเพศสัมพันธ์” จำนวน 330 คน (ร้อยละ 34.85)

ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งของประชาชน 3 หมู่บ้าน ในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง (n=947)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (12-14 คะแนน)	394	41.61
ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน)	396	41.82
ระดับต่ำ (0-8 คะแนน)	151	16.58
Mean ± SD	10.61±2.02	
Min, Max	1, 13	

จากตารางที่ 4.14 ระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็ง พบว่า ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 396 ราย (ร้อยละ 41.82) รองลงมาอยู่ในระดับสูง จำนวน 394 ราย (ร้อยละ 41.61) และสุดท้ายอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 151 ราย (ร้อยละ 16.58) มีคะแนน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.61 ± 2.02 โดยมีคะแนนต่ำสุดอยู่ที่ 1 คะแนน และคะแนนสูงอยู่ที่ 13 คะแนน

4.2.7 ส่วนที่ 7 การใช้จ่ายในครัวเรือน

ตอนที่ 7.1 ข้อมูลเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ

ตารางที่ 4.15 ข้อมูลเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ (n=947)

ข้อมูลเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ	จำนวน	ร้อยละ
1. ชื่อยาที่ใช้ “ยาปฏิชีวนะ”		
ยาแก้อักเสบ	530	55.97
ยาฆ่าเชื้อ	510	53.85
ยาสเตียรอยด์	101	10.67
ไม่ทราบ/ไม่รู้จัก	183	19.32
เรียกชื่ออื่น คือ	7	0.74
- สมุนไพร	1	0.11
- ยาแก้ปวด	1	0.11
- ไม่ระบุ	5	0.52
2. ในครัวเรือนของท่าน มี “ยาปฏิชีวนะเหลือใช้” หรือไม่		
ไม่มี	656	69.27
มี	291	30.73
3. ยาปฏิชีวนะเหลือใช้ที่พบจากข้อ 2 มีลักษณะ		
หมดอายุ	150	51.55
ไม่สามารถบอกวันหมดอายุได้ เนื่องจากไม่มีระบุบนแผงหรือซอง	104	35.74
เสื่อมสภาพ (สังเกตจากลักษณะยา เช่น แตก/หัก/เหม็นหืน/ยาเปลี่ยนสี/มีจุดต่าง)	166	57.04
ฉลากของยามีข้อมูล ชื่อยา วิธีกิน คำเตือนกินติดต่อจนหมด	145	49.83
สภาพยังดี	68	23.37
4. ยาปฏิชีวนะเหลือใช้ท่านได้มากจากที่ไหน		
โรงพยาบาล	196	67.35
ร้านขายยา/คลินิก	174	59.79
ร้านค้า/ร้านชำ	73	25.09

ข้อมูลเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ	จำนวน	ร้อยละ
รถเร่	5	1.72
มีคนให้มา	10	3.44
อินเทอร์เน็ต	8	2.75
อื่นๆ.....	5	5.72

จากตารางที่ 4.15 ตอนที่ 7.1 ข้อมูลเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเรียกชื่อ“ยาปฏิชีวนะ” ว่ายาแก้อักเสบเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาคือ ยาฆ่าเชื้อ และไม่ทราบ/ไม่รู้จัก จำนวน 510 ราย, 530 ราย และ 183 ราย (คิดเป็นร้อยละ 55.97, 53.85 และ 19.32 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ ไม่มี“ยาปฏิชีวนะเหลือใช้” ในครัวเรือน จำนวน 656 ราย (คิดเป็นร้อยละ 69.27) แต่ยังพบว่า “มียาปฏิชีวนะเหลือใช้” ในครัวเรือน จำนวน 291 ราย (คิดเป็นร้อยละ 30.73) และยาปฏิชีวนะที่เหลือใช้ส่วนใหญ่พบจากเสื่อมสภาพ (สังเกตจากลักษณะยา เช่น แตก/หัก/เหม็นหืน/ยาเปลี่ยนสี/มีจุดต่าง) จำนวน 166 ราย รองลงมาคือหมดอายุ จำนวน 150 ราย (คิดเป็นร้อยละ 57.04 และ 51.55ตามลำดับ) โดยส่วนใหญ่ยาปฏิชีวนะเหลือใช้ได้มาจาก โรงพยาบาล จำนวน196 ราย และร้านขายยา/คลินิก จำนวน 174 ราย (คิดเป็นร้อยละ 67.35 และร้อยละ 59.79 ตามลำดับ)

ตอนที่ 7.2 ข้อมูลเกี่ยวกับยาสเตรอยด์

ตารางที่ 4.16 ข้อมูลเกี่ยวกับยาสเตรอยด์ (n=947)

ข้อมูลเกี่ยวกับยาสเตรอยด์	จำนวน	ร้อยละ
1.ในครัวเรือนของท่านมี “ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ” เหล่านี้		
ยาชุด	144	15.21
ยาลูกกลอน	46	4.86
ยาต้ม/ยาหม้อ	47	4.96
น้ำสมุนไพร/ชิ้นสมุนไพร	64	6.76
กัษัยเส้น/ประดง	69	7.29
ไม่พบทุกข้อข้างต้น	695	73.39
2.“ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ” จากข้อ 1 ท่านได้มาจากที่ไหน		
โรงพยาบาล	34	13.49
ร้านขายยา/คลินิก	66	26.19
ร้านค้า/ร้านชำ	35	13.89
รถเร่	29	11.51

ข้อมูลเกี่ยวกับยาเสพติด	จำนวน	ร้อยละ
มีคนให้มา	32	12.70
อินเทอร์เน็ต	12	4.76
อื่นๆ.....	9	3.56
- ปลุกเอง	1	0.4
- หาเอง	2	0.79
- ไม่ระบุ	6	2.37
3.“ท่านรู้จัก สเตียรอยด์หรือไม่ ”		
รู้จัก	744	87.56
จำไม่ได้/ไม่แน่ใจ	68	7.18
ไม่รู้จัก	135	14.26
4.“ท่านทราบหรือไม่ว่า การกินยาแผนปัจจุบันมีสเตียรอยด์ผสมอยู่ ใช้เพื่อรักษาอาการหรือโรคใด”		
ไม่ทราบ	273	36.96
จำไม่ได้/ไม่แน่ใจ	117	15.73
ทราบ.....กินเพื่อรักษาอาการต่อไปนี้	354	47.58
- รักษาได้ทุกโรค	156	44.07
- ภูมิแพ้ แพ้อากาศ	47	13.28
- กล้ามเนื้ออักเสบปวดเมื่อย	263	74.29
- ถุงลมโป่งพอง	16	4.52
- แผล ฝี หนอง	89	25.14
- หอบหืด	12	3.39
- ใช้ ไอหัด เจ็บคอ	67	18.93
- บำรุงร่างกาย บำรุงประสาท	11	3.11
5.“ท่านทราบหรือไม่ว่า การกินยาแผนปัจจุบัน ยาแผนโบราณ สมุนไพร หรืออาหารเสริมที่มีสเตียรอยด์ ผสมอยู่เป็นเวลานานๆ จะเกิดผลเสียอย่างไร”		
ไม่เกิดผลเสียใดๆ	48	6.45
ไม่ทราบ	219	29.44
จำไม่ได้ /ไม่แน่ใจ	51	6.86
ทราบ คือ ผลเสีย/อาการ ต่อไปนี้ (ตอบได้ มากกว่า 1 ข้อ)	426	57.26
- ไตวาย	363	85.21

ข้อมูลเกี่ยวกับยาสตีรอยด์	จำนวน	ร้อยละ
- เบาหวาน	22	5.16
- กระดูกพรุน	200	46.95
- เสี่ยงต่อต่อกระจก	14	3.29
- กล้ามเนื้ออ่อนแรง	120	28.17
- ภาวะแพ้อาหารเป็นแผล	63	14.79
- ภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง ติดเชื้อได้ง่าย	103	24.18
- รูปร่างหน้าตาเปลี่ยนแปลงไป เช่น หน้าอูม	116	27.23
- อื่นๆ.....	5	1.17

จากตารางที่ 4.16 ตอนที่ 7.2 ข้อมูลเกี่ยวกับยาสตีรอยด์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี “ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ” ในครัวเรือน คือ ยาชุด รองลงมาคือ กษัยเส้น/ประดง และ น้ำสมุนไพร/ขึ้นสมุนไพร จำนวน 144 ราย, 69 ราย และ 64 ราย ตามลำดับ (คิดเป็นร้อยละ 15.21, 7.29 และ 6.76 ตามลำดับ) และ “ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ” ที่พบส่วนใหญ่ได้มาจาก ร้านขายยา/คลินิก รองลงมาคือร้านค้า/ร้านชำ จำนวน 66 ราย, 35 ราย และ 34 ราย (คิดเป็นร้อยละ 26.19, 13.89 และ 13.49 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้จัก สเตียรอยด์ (คิดเป็นร้อยละ 87.56) และ ทราบว่าการกินยาแผนปัจจุบันมีสเตียรอยด์ผสมอยู่ ใช้เพื่อรักษาอาการหรือโรค จำนวน 354 ราย (คิดเป็นร้อยละ 47.58) ที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ เพื่อรักษาอาการกล้ามเนื้ออักเสบ ปวดเมื่อย รองลงมาคือรักษาได้ทุกโรค และ เพื่อรักษาอาการแผล ฝี หนอง จำนวน 263 ราย, 156 ราย และ 89 ราย ตามลำดับ (คิดเป็นร้อยละ 74.29, 44.07 และ 25.14 ตามลำดับ) และ ส่วนใหญ่ทราบว่า การกินยาแผนปัจจุบัน ยาแผนโบราณ สมุนไพร หรืออาหารเสริมที่มีสเตียรอยด์ผสมอยู่เป็นเวลานานๆ จะเกิดผลเสียต่อร่างกาย จำนวน 426 ราย (คิดเป็นร้อยละ 57.26) โดยส่วนมากทราบถึงผลเสีย/อาการไตวายมากที่สุด รองลงมา คือกระดูกพรุน และกล้ามเนื้ออ่อนแรง จำนวน 363 ราย, 200 ราย และ 120 ราย (คิดเป็นร้อยละ 85.21, 46.95 และ 28.17 ตามลำดับ)

ตอนที่ 7.3 การใช้ยาของประชาชน

ตารางที่ 4.17 พฤติกรรมการเลือกใช้อาหารเสริม ยาสมุนไพร ยาแผนโบราณและยาแผนปัจจุบัน ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (n=947)

ข้อความถาม	พฤติกรรมการปฏิบัติ			$\bar{X} \pm SD$
	จำนวน(ร้อยละ)			
	ปฏิบัติสม่ำเสมอ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	
1. กินยาสมุนไพร หรือยาแผนโบราณ ร่วมกับยาแผน ปัจจุบันเพื่อช่วย รักษาโรคที่เป็นอยู่	22 (2.32)	228 (30.41)	637 (67.27)	1.64 ± 0.52
2. กินยาลูกกลอน ยาต้ม ยาหม้อ แขน ยาแผนปัจจุบัน	8 (0.84)	89 (9.40)	850 (87.76)	1.88 ± 0.34
3. กินอาหารเสริม ร่วมกับยาแผน ปัจจุบัน เพื่อช่วย รักษาโรคที่เป็นอยู่	17 (1.80)	156 (16.47)	774 (81.73)	1.79 ± 0.44
4. ใช้อาหารเสริมที่มี ตัวแทนหรือบริษัทมา ขายที่บ้านหรือใน หมู่บ้าน	11 (1.16)	98 (10.35)	838 (88.49)	1.87 ± 0.36
5. ใช้อาหารเสริม หรือยาแผนโบราณที่ โฆษณาผ่านวิทยุหรือ โทรทัศน์	10 (1.06)	105 (11.05)	832 (87.86)	1.86 ± 0.36
6. ซื้อยาชุดจากร้าน ยาหรือร้านชำมากิน เมื่อเจ็บป่วย ไม่สบาย	10 (1.06)	191 (20.17)	746 (78.78)	1.77 ± 0.44

จากตารางที่ 4.17 พฤติกรรมการเลือกใช้อาหารเสริม ยาสมุนไพร ยาแผนโบราณและยาแผนปัจจุบัน ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมไม่เคย

ปฏิบัติในเรื่อง “การกินยาลูกกลอน ยาต้ม ยาหม้อ แทน ยาแผนปัจจุบัน” มากที่สุด รองลงมาคือ “ซื้ออาหารเสริมที่มีตัวแทนหรือบริษัทมาขายที่บ้านหรือในหมู่บ้าน” จำนวน 850 ราย, 838 ราย ตามลำดับ (คิดเป็นร้อยละ 87.76 และร้อยละ 88.49) มีพฤติกรรมปฏิบัติบางครั้ง ในเรื่อง “การกินยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณร่วมกับยาแผนปัจจุบันเพื่อช่วยรักษาโรคที่เป็นอยู่” และ “การซื้อยาชุดจากร้านยาหรือร้านชำมากิน เมื่อเจ็บป่วย ไม่สบาย” และมีพฤติกรรมปฏิบัติสม่ำเสมอ ในเรื่อง “การกินอาหารเสริมร่วมกับยาแผนปัจจุบัน เพื่อช่วยรักษาโรคที่เป็นอยู่” จำนวน 228 ราย, 191 ราย และ 17 ราย ตามลำดับ (คิดเป็นร้อยละ 30.41, 20.17 และ 1.80 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.18 ระดับพฤติกรรมทางเลือกใช้อาหารเสริม ยาสมุนไพร ยาแผนโบราณและยาแผนปัจจุบันในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (n=947)

ระดับพฤติกรรมทางเลือกใช้อาหารเสริม ยาสมุนไพร ยาแผนโบราณและยาแผนปัจจุบันในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (10-12 คะแนน)	778	82.15
ระดับไม่ดี (0-9 คะแนน)	169	17.85
$\bar{X} \pm SD$	10.85 \pm 1.78	
Min, Max	0, 12	

จากตารางที่ 4.18 ระดับพฤติกรรมทางเลือกใช้อาหารเสริม ยาสมุนไพร ยาแผนโบราณและยาแผนปัจจุบันในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี จำนวน 778 ราย และอยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 169 ราย (คิดเป็นร้อยละ 82.15 และ 17.85 ตามลำดับ) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.85 \pm 1.78 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 12 คะแนน

ตอนที่ 7.4 ทศนคติเกี่ยวกับการกินอาหารเสริม

ตารางที่ 4.19 ทศนคติเกี่ยวกับการกินอาหารเสริม (n=947)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			$\bar{X} \pm SD$
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	
1. การกินอาหารเสริมเพื่อช่วยรักษาโรคที่เป็นอยู่ เช่น	78(8.24)	282(29.78)	285(61.99)	1.53 \pm 0.64

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			$\bar{X} \pm SD$
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	
เบาหวาน ข้อเสื่อม เป็นสิ่งที่ปลอดภัย				
2. การกินยาแผน โบราณไม่มีอันตราย	84(8.87)	395(41.71)	468(49.42)	1.40 ± 0.64
3. การกินยาชุดเมื่อมี อาการไม่สบาย เช่น เกิดการอักเสบเป็นไข้ ปวดเมื่อยช่วยให้หาย จากโรคได้เร็วขึ้น	50(5.28)	259(27.35)	638(67.37)	1.62 ± 0.58
4. ยาสมุนไพรเป็นยา ที่มีความปลอดภัย สามารถซื้อกินเองได้	57(6.02)	232(34.11)	567(59.87)	1.53 ± 0.60
5. ยาลูกกลอน ยาต้ม ยาหม้อ เป็นยาที่ช่วย บรรเทาอาการป่วย เช่น ปวดเมื่อย แก้อักเสบ ได้ดี	53(5.60)	274(28.93)	620(65.47)	1.59 ± 0.59

จากตารางที่ 4.19 ตอนที่ 7.4 ทศนคติเกี่ยวกับการกินอาหารเสริม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยในเรื่อง “การกินยาแผนโบราณไม่มีอันตราย” มากที่สุด จำนวน 84 ราย (คิดเป็นร้อยละ 8.87) และไม่เห็นด้วยในเรื่อง “การกินยาชุดเมื่อมีอาการไม่สบาย เช่น เกิดการอักเสบเป็นไข้ปวดเมื่อยช่วยให้หายจากโรคได้เร็วขึ้น” จำนวน 638 ราย รองลงมาคือ “ยาลูกกลอน ยาต้ม ยาหม้อ เป็นยาที่ช่วยบรรเทาอาการป่วย เช่น ปวดเมื่อย แก้อักเสบ ได้ดี” จำนวน 620 ราย (คิดเป็นร้อยละ 67.37 และ 65.47)

ตารางที่ 4.20 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการกินอาหารเสริม (n=947)

ระดับทัศนคติ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (8-10 คะแนน)	400	42.24
ระดับไม่ดี (0-7 คะแนน)	547	57.76
$\bar{X} \pm SD$	7.70 \pm 2.42	
Min, Max	0, 10	

จากตารางที่ 4.20 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการกินอาหารเสริม พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 547 ราย และอยู่ในระดับดี จำนวน 400 ราย (คิดเป็นร้อยละ 57.76 และ 42.24) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.70 ± 2.42 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 10 คะแนน

ตอนที่ 7.5 พฤติกรรมการกินยาปฏิชีวนะ

ตารางที่ 4.20 พฤติกรรมการกินยาปฏิชีวนะ (n=947)

ข้อความ	การปฏิบัติ			$\bar{X} \pm SD$
	จำนวน(ร้อยละ)			
	ปฏิบัติสม่ำเสมอ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	
1. เมื่อเป็นหวัด เจ็บคอ ทาน <u>กินยา</u> <u>ปฏิชีวนะ</u>	174 (18.37)	452 (47.73)	321 (33.90)	1.15 \pm 0.70
2. เมื่อท้องเสีย ถ่ายเป็นน้ำ ทาน <u>กินยาปฏิชีวนะ</u>	131 (13.83)	324 (34.21)	492 (51.95)	1.38 \pm 0.71
3. เมื่อเป็นแผล หรือ ฝีหนองทาน <u>กินยาปฏิชีวนะ</u>	138 (14.57)	329 (34.74)	480 (50.69)	1.36 \pm 0.72
4. ทาน <u>ซื้อยา</u> <u>ปฏิชีวนะ</u> กินเอง โดยไม่ได้อาามหมอ พยาบาล หรือ เภสัชกร	45 (4.75)	248 (26.19)	654 (69.06)	1.64 \pm 0.57

จากตารางที่ 4.20 ตอนที่ 7.5 พฤติกรรมการกินยาปฏิชีวนะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่เคยปฏิบัติ ในเรื่อง “ท่านซื้อยาปฏิชีวนะ กินเองโดยไม่ได้ถาม หมอ พยาบาล หรือเภสัชกร” มากที่สุด จำนวน 654 ราย (คิดเป็นร้อยละ 69.06) มีพฤติกรรมปฏิบัติ บางครั้งมากที่สุด ในเรื่อง “เมื่อเป็นหวัด เจ็บคอ ท่านกินยาปฏิชีวนะ” จำนวน 452 ราย (คิดเป็น ร้อยละ 47.73) และมีพฤติกรรมปฏิบัติสม่ำเสมอมากที่สุด ในเรื่อง “เมื่อเป็นหวัด เจ็บคอ ท่านกินยา ปฏิชีวนะ” จำนวน 174 ราย (คิดเป็นร้อยละ 18.37)

ตารางที่ 4.21 ระดับพฤติกรรมการกินยาปฏิชีวนะ (n=947)

ระดับพฤติกรรมการกินยาปฏิชีวนะ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (7-8 คะแนน)	368	38.86
ระดับไม่ดี (0-6 คะแนน)	579	61.14
$\bar{X} \pm SD$	5.54 \pm 2.12	
Min, Max	0, 8	

จากตารางที่ 4.21 ระดับพฤติกรรมการกินยาปฏิชีวนะ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 579 ราย และอยู่ในระดับดี จำนวน 368 ราย (คิดเป็น ร้อยละ 61.14 และ 38.86) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.54 \pm 2.12 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 8 คะแนน

ตารางที่ 4.22 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ (n=947)

ข้อคำถาม	ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ		$\bar{X} \pm SD$
	จำนวน(ร้อยละ)		
	ตอบถูก	ตอบผิด	
1. เมื่อเกิดการอักเสบ เช่น กล้ามเนื้ออักเสบ ข้ออักเสบ ต้องกินยาปฏิชีวนะ จึงจะทุเลา	286(30.20)	661(69.80)	0.30 \pm 0.45
2. ถ้าเป็นไข้ จาม น้ำมูกไหล ไอ เจ็บคอ ต้องกินยาปฏิชีวนะ จึง จะหาย	378(39.92)	569(60.08)	0.39 \pm 0.48
3. เมื่อหายจากโรคที่เป็นหรือมี อาการดีขึ้น สามารถหยุดกินยา ปฏิชีวนะ ได้ทันที	263(27.77)	648(72.23)	0.27 \pm 0.44

ข้อความถาม	ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ		$\bar{X} \pm SD$
	จำนวน(ร้อยละ)		
	ตอบถูก	ตอบผิด	
4. เมื่อเกิดบาดแผลหรือเป็นฝีหนอง ต้องกินยาปฏิชีวนะ จึงจะหาย	390(41.18)	557(58.82)	0.41 ± 0.49
5. หากท้องเสีย ถ่ายเป็นน้ำ ต้องกินยาปฏิชีวนะ จึงจะหยุดถ่าย	271(28.61)	676(71.38)	0.38 ± 0.45
6. การใช้ยาปฏิชีวนะ โดยไม่จำเป็น จะทำให้เกิดเชื้อโรคตัวยายาได้	571(60.30)	376(39.70)	0.60 ± 0.48

จากตารางที่ 4.22 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบถูกมากที่สุดเป็น 3 อันดับแรก ได้แก่ “การใช้ยาปฏิชีวนะ โดยไม่จำเป็น จะทำให้เกิดเชื้อโรคตัวยายาได้” รองลงมาคือ “เมื่อเกิดบาดแผลหรือเป็นฝี หนอง ต้องกินยาปฏิชีวนะ จึงจะหาย” และ “ถ้าเป็นไข้ จาม น้ำมูกไหล ไอ เจ็บคอ ต้องกินยาปฏิชีวนะ จึงจะหาย” จำนวน 571 ราย, 390 ราย และ 378 ราย (คิดเป็นร้อยละ 60.30, 41.18 และ 39.92 ตามลำดับ) ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากเป็น 3 อันดับแรก ได้แก่ “หากท้องเสีย ถ่ายเป็นน้ำ ต้องกินยาปฏิชีวนะ จึงจะหยุดถ่าย” รองลงมาคือ “เมื่อเกิดการอักเสบ เช่น กล้ามเนื้ออักเสบ ข้ออักเสบ ต้องกินยาปฏิชีวนะ จึงจะทุเลา” และ “เมื่อหายจากโรคที่เป็นหรือมีอาการดีขึ้น สามารถหยุดกินยาปฏิชีวนะ ได้ทันที” จำนวน 676 ราย, 661 ราย และ 648 ราย (คิดเป็นร้อยละ 71.38, 69.80 และ 72.23 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.23 ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ (n=947)

ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (5-6 คะแนน)	565	59.66
ระดับปานกลาง (3-4 คะแนน)	218	23.02
ระดับต่ำ (0-2 คะแนน)	164	17.32
$\bar{X} \pm SD$	2.27 ± 1.99	
Min, Max	0,6	

จากตารางที่ 4.23 ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง จำนวน 565 ราย รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 218 ราย และอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 164 ราย (คิดเป็นร้อยละ 59.66, 23.02 และ 17.32 ตามลำดับ) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.27 ± 1.99 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 6 คะแนน

บทที่ 5

สรุปผล ข้อเสนอแนะ ข้อจำกัด และแผนการดำเนินงานในระยะต่อไป

5.1 สรุปผล

5.1.1 สรุปผลการสำรวจข้อมูลในชุมชน

5.1.1.1 ข้อมูลทั่วไป

ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบ หมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) จำนวนทั้งหมด 947 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 551 คน (ร้อยละ 58.18) เกินกว่าครึ่งของกลุ่มเป้าหมายมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 65.79) โดยมีอายุเฉลี่ย 55 ปี อายุต่ำที่สุด 16 ปี และอายุสูงสุด 93 ปี มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.84 ± 4.13 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 547 ราย (ร้อยละ 60.61) เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 49.10) มีการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา กว่า 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 39.60) เกินกว่าครึ่งหนึ่ง มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 77.36) และกึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 51.0) มีสิทธิการรักษาประเภทประกันสุขภาพถ้วนหน้า รองลงมาคือสิทธิประกันสังคม (ร้อยละ 20.27)

5.1.1.2 ด้านประวัติสุขภาพและการรับบริการ

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและการรับบริการ พบว่า ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว (คิดเป็นร้อยละ 58.92) โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ด้านประวัติการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง (ร้อยละ 96.94) และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง (ร้อยละ 85.85) น้อยกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง มีประวัติการครอบครัวพี่น้องสายตรงป่วยเป็นไวรัสตับอักเสบบี (ร้อยละ 2.43) ด้านการรับบริการสุขภาพ พบว่า เกินกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 63.25) และไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง (ร้อยละ 66.0) อย่างไรก็ตาม 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง (ร้อยละ 34.0) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและไวรัสตับอักเสบบี (ร้อยละ 94.72 และ ร้อยละ 95.04) เกินกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี (ร้อยละ 87.86) และเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง เคยได้รับการตรวจอุจจาระ พบไข่พยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 48.36) โดย ผลการตรวจอุจจาระ “ไม่พบ” ไข่พยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 44.56) ทั้งนี้ ยังพบว่า ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีประวัติเคยการกินยาถ่ายพยาธิ (ร้อยละ 58.82) ด้านประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 87.96) โดยมีค่าเฉลี่ยการสูบบุหรี่เท่ากับ 1.13 ± 0.4 มวน/วัน เกินกว่าครึ่ง

พบความถี่ในการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1 มวน/วัน (ร้อยละ 89.23) สำหรับค่าเฉลี่ยของจำนวนปีที่สูบบุหรี่ เท่ากับ 6.76 ± 8.21 ปี ทั้งนี้ เกิดครั้งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีประวัติการมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน (ร้อยละ 89.97) และเกือบจะทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีประวัติการเคี้ยวหมาก (ร้อยละ 98.73) ด้านประวัติการดื่มสุรา พบว่า เกินหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 26.19) ดื่มสุรา โดยพบว่าดื่มสุรา 1-2 ครั้ง/เดือน มากที่สุด (ร้อยละ 12.04) รองลงมา คือ ดื่มสุรา 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ (ร้อยละ 6.12)

สำหรับข้อมูลด้านภาวะสุขภาพ/อาการเจ็บป่วยที่เสี่ยงต่อสุขภาพ พบว่าเกือบจะทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีอาการน้ำหนักลด อ่อนเพลีย เบื่ออาหารโดยไม่ทราบสาเหตุ (ร้อยละ 96.30) , ไม่มีอาการท้องอืดแน่น ปวดท้อง หรืออึดอัดท้อง บริเวณชายโครงขวาหรือปวดร้าวไปที่สะบักขวา (ร้อยละ 97.99) และไม่มีอาการไข้ ตัว ตาเหลืองหรือท้องโตขึ้นผิดปกติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีอาการไข้ ตัว ตาเหลืองหรือท้องโตขึ้นผิดปกติ (ร้อยละ 99.37)

5.1.1.3 ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี

ด้านการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี พบว่า หนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่าง มีความเห็นด้วยอย่างยิ่ง 3 อันดับแรก ในเรื่อง “การไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพประจำปี เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติถึงแม้ไม่เจ็บป่วยก็ตาม”, “ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่เป็นประจำ หรือโรคอ้วน ควรไปตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบได้ทันที” รองลงมา “การตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจ สบายใจว่าไม่มี ความผิดปกติของร่างกาย ลดความวิตกกังวลได้” และ “สำหรับคนทั่วไปการตรวจสุขภาพช่วยค้นพบโรคได้ตั้งแต่ระยะที่ยังไม่แสดงอาการ” ตามลำดับ (ร้อยละ 35.37, 35.37, 34.11 และ 27.77) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 3 อันดับแรก ในเรื่อง “เราไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพ เนื่องจากเมื่อเจ็บป่วยสามารถไปพบแพทย์เพื่อรักษาโรคให้หายได้”, “คนที่มีอายุน้อยไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพ ควรตรวจสุขภาพ เมื่อมีอายุมากแล้วเท่านั้น” และ “คนจะมีสุขภาพดีได้ ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตนเองเป็นสิ่งสำคัญ ไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพ” ตามลำดับ (ร้อยละ 5.91, 3.70 และ 3.06)

5.1.1.4 ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (การออกกำลังกาย/การใช้สารเคมี/สิ่งแวดล้อม)

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (การออกกำลังกาย/การใช้สารเคมี/สิ่งแวดล้อม) พบว่า เกินกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ใช้ยาฆ่าหนู/ปูยเคมี/ฮอร์โมนพืช (ร้อยละ 81.63), มีพฤติกรรมการปฏิบัติ การป้องกันการสัมผัสสารเคมี โดยการสวมชุดป้องกัน/ถุงมือ/แว่นตา/หน้ากาก/รองเท้าบูท (ร้อยละ 83.0), ไม่มีประวัติการใช้เข็มฉีดยา/สักคิ้ว/สักตามร่างกาย/เข็มเจาะหู (ร้อยละ 83.21), มีพฤติกรรมการปฏิบัติ ในการหลีกเลี่ยงการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นมลพิษทางอากาศ (ร้อยละ 90.29) และมีพฤติกรรมการปฏิบัติ การสวมหน้ากากอนามัย/ผ้าปิดจมูก/ถุงมือ หรือชุดคลุม เพื่อป้องกันการสัมผัสหรือสูดหายใจรับสารก่อมะเร็งเข้าสู่ร่างกาย (ร้อยละ 90.07)

5.1.1.5 ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร/อาหารเสริม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร/อาหารเสริมปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดใน 3 อันดับแรก ได้แก่ เรื่อง “ใช้วัตถุดิบในการปรุงอาหาร เช่น หอม กระเทียม ถั่วลิสง”, “การปรุงอาหารโดยใช้กะปิ” และ “การรับประทานอาหารประเภทผัก เช่น ผักกาดขาว ผักกะหล่ำดอก ผักกะหล่ำ ถั่วงอก” ตามลำดับ (ร้อยละ 55.97 ,40.8 และ 20.59) ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร/อาหารเสริม ไม่เคยปฏิบัติ มากที่สุดใน 3 อันดับแรก ได้แก่ เรื่อง “ฉีด/รับประทานอาหารเสริม เช่น คอลลาเจน กลูต้าไธโอน วิตามินต่างๆ”, “การรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เช่น ก้อยปลา/กุ้ง ลาบปลา ปลาร้า ปูดอง ปลาต้ม/จ่อม” และ “การใช้หรือซื้ออาหารที่ใช้ภาชนะโฟมหรือพลาสติกบรรจุ” ตามลำดับ (ร้อยละ 59.87, 25.13 และ 16.79)

5.1.1.6 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด ในเรื่อง “การรับประทานอาหาร Fast Food หรืออาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง เช่น พิซซา ไก่ทอด แฮมเบอร์เกอร์ เฟรนช์ฟรายส์” รองลงมา “การรับประทานถั่วลิสง พริกแห้ง หอมแดง และกระเทียมที่มีเชื้อราทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง” และ “การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งปอด” ตามลำดับ ($\bar{X} \pm SD = 2.08 \pm 0.87$, 2.01 ± 0.81 , 1.69 ± 0.66) ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 92.19)

5.1.1.7 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า เกือบทั้งหมดของกลุ่มอย่างเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้มากที่สุดในเรื่อง “การไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพได้” (ร้อยละ 93.77) และไม่ถึงกึ่งหนึ่งเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพไม่ได้ ในเรื่อง “การตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูล เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลและบริการสุขภาพ” (ร้อยละ 13.83) ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ในเรื่อง “การรู้และเข้าใจคำอธิบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับข้อมูลเรื่องโรค อากาหรือการดูแลสุขภาพและบริการจากผู้ให้บริการสุขภาพได้” (ร้อยละ 92.29) และเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพไม่ได้ ในเรื่อง “อ่านและเข้าใจผลตรวจสุขภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ เช่น ดัชนีมวลกาย (BMI), ระดับความดันโลหิต (HT), ระดับน้ำตาลในเลือด (DM) เป็นต้น” (ร้อยละ 26.61) ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ในเรื่อง “สามารถบอกเล่าข้อมูลสุขภาพของท่านกับผู้ให้บริการสุขภาพ หรือคนอื่นรับรู้และเข้าใจสุขภาพของท่านได้” (ร้อยละ 92.19) และน้อยกว่าครึ่งหนึ่งเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพไม่ได้ในเรื่อง “การแลกเปลี่ยนความรู้หรือแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพกับผู้อื่นได้” (ร้อยละ 14.87) ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ในเรื่อง “การไตร่ตรองถึง

ประโยชน์และโทษของผลิตภัณฑ์หรือบริการด้านสุขภาพก่อนตัดสินใจใช้ตาม” (ร้อยละ 89.44) และเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพไม่ได้ ในเรื่อง “การนำข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ที่น่าเชื่อถือมาเปรียบเทียบ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจทำตาม” (ร้อยละ 14.15) ทั้งนี้ระดับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า กว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 60.40)

5.1.1.8 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง พบว่า เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่เป็นประจำมากที่สุด ในเรื่อง “ถึงแม้จะมีงานเยอะท่านสามารถแบ่งเวลาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองได้” (ร้อยละ 95.67) และน้อยกว่าครึ่งหนึ่งไม่เคยปฏิบัติในเรื่อง “การเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัว คนในชุมชนหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่มีผลดีต่อสุขภาพ” (ร้อยละ 9.93) ในส่วนของการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพนั้น ส่วนใหญ่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่เป็นประจำมากที่สุด ในเรื่อง เป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญที่จะดูแลสุขภาพตนเองให้ดีอยู่เสมอ (ร้อยละ 84.89) และไม่เคยปฏิบัติในเรื่อง “กล้าเตือนผู้อื่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ไม่ให้สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ลดรับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม” (ร้อยละ 15.52) สำหรับด้านการเข้าถึงข้อมูล สื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่เป็นประจำมากที่สุด ในเรื่อง “การประเมินสภาวะอารมณ์ของตนเอง ถ้าพบว่าเครียด ท่านสามารถ จัดการเพื่อลดความเครียดนั้นลงด้วยวิธีที่ดีต่อสุขภาพของท่าน” (ร้อยละ 32.84) และไม่เคยปฏิบัติในเรื่อง “สนใจในสินค้าที่โฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ท่านหาข้อมูลเพิ่มเติมจาก หลายแหล่งเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ” (ร้อยละ 14.15)

5.1.1.9 ด้านข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ช่องทางที่ประชาชนส่วนใหญ่ติดตามข้อมูลสุขภาพ 3 อันดับแรก ได้แก่ คือ อสม., ผู้ให้บริการทางการแพทย์ และคนในครอบครัว (ร้อยละ 66.74 , ร้อยละ 40.76 และ ร้อยละ 33.47 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ที่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 3 อันดับแรก ในเรื่อง “คิดว่าสื่อประชาสัมพันธ์มีประโยชน์ในการช่วยตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ” (ร้อยละ 95.67), “คิดว่าการใช้สื่อประชาสัมพันธ์เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมีความจำเป็น” (ร้อยละ 20.27) และ “ทราบถึงวิธีการค้นหาแหล่งข้อมูลสุขภาพที่มีประโยชน์บนสื่อประชาสัมพันธ์” (ร้อยละ 17.0) ระดับความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ที่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มากที่สุด 3 อันดับแรก ในเรื่อง “เมื่อท่านเห็นสมาชิกในครอบครัวใช้สื่อออนไลน์เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ท่านสนใจใช้ตามด้วย”, “ท่านเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ตามคำแนะนำของเพื่อน” (ร้อยละ 0.74) รองลงมาคือ “ท่านใช้สื่อออนไลน์เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตามคำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว”, “ท่านรู้สึกมีความมั่นใจในการที่จะใช้ข้อมูลบนสื่อออนไลน์มาจัดการกับปัญหาสุขภาพของท่าน” (ร้อยละ 0.53) และ

“ก่อนที่จะนำข้อมูลสุขภาพจากสื่อประชาสัมพันธ์มาจัดการปัญหาสุขภาพของท่าน ท่านจะสอบถามความคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัวก่อน”, “ก่อนที่จะนำข้อมูลสุขภาพจากสื่อประชาสัมพันธ์มาจัดการปัญหาสุขภาพของท่านท่านจะสอบถามความคิดเห็นจากเพื่อนก่อน” (ร้อยละ 0.32) ตามลำดับ

5.1.1.10 ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง พบว่า ข้อคำถามที่ตอบถูก 3 อันดับแรก ได้แก่ “อาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีผ่านกระบวนการปิ้งย่าง เผา เช่นไก่ย่าง หมูปิ้ง ปลาเผา จนไหม้เกรียมพบสารก่อมะเร็งได้”, “โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเซลล์หรือเนื้อเยื่อ” และ “การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับได้” (ร้อยละ 97.47, 95.88 และ 95.40) และข้อคำถามที่ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ “คนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งมากกว่า คนที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี”, “การขาดการออกกำลังกายและมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง” และ “โรคไวรัสตับอักเสบบีและซี สามารถติดต่อทางเลือดและเพศสัมพันธ์” (ร้อยละ 47.41, 42.77 และ 34.85) ตามลำดับ ทั้งนี้ เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 41.82)

5.1.1.11 การใช้ยาในครัวเรือน

(1) “ยาปฏิชีวนะ”

สำหรับเรื่อง “ยาปฏิชีวนะ”พบว่า ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการเรียกชื่อ “ยาปฏิชีวนะ” ว่ายาแก้อักเสบ และยาฆ่าเชื้อ (ร้อยละ 55.97และ 53.85) และกว่าครึ่งหนึ่ง ไม่มี “ยาปฏิชีวนะเหลือใช้” ในครัวเรือน (ร้อยละ 69.27) แต่ยังพบว่า “มียาปฏิชีวนะเหลือใช้” ในครัวเรือน (ร้อยละ 30.73) ทั้งนี้ ส่วนใหญ่พบจากเสื่อมสภาพ (สังเกตจากลักษณะยา เช่น แตก/หัก/เหม็นหืน/ยาเปลี่ยนสี/มีจุดต่าง) รองลงมาคือหมดอายุ (ร้อยละ 57.04 และ 51.55 ตามลำดับ) โดยยาปฏิชีวนะเหลือใช้ได้มาจากโรงพยาบาล และร้านขายยา/คลินิก (ร้อยละ 67.35 และ 59.79 ตามลำดับ)

(2) “ยาสเตียรอยด์”

สำหรับเรื่อง “ยาสเตียรอยด์”พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี “ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ” ในครัวเรือน คือ ยาชุด รองลงมาคือ กษัยเส้น/ประดง และน้ำสมุนไพร/ขึ้นสมุนไพร (ร้อยละ 15.21, 7.29 และ 6.76 ตามลำดับ) และ “ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ” ที่พบส่วนใหญ่ได้มาจาก ร้านขายยา/คลินิก รองลงมาคือร้านค้า/ร้านชำ (ร้อยละ 26.19, 13.89 และ 13.49 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้จัก สเตียรอยด์ (ร้อยละ 87.56) ทั้งนี้ เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทราบว่าสารกินยาแผนปัจจุบันมีสเตียรอยด์ผสมอยู่ ใช้เพื่อรักษาอาการหรือโรค (ร้อยละ 47.58) และทราบว่าสารกินยาแผนปัจจุบัน ยาแผนโบราณ สมุนไพร หรืออาหารเสริมที่มีสเตียรอยด์ผสมอยู่เป็นเวลานานๆ จะเกิดผลเสียต่อร่างกาย (ร้อยละ 57.26)

5.1.1.12 ด้านพฤติกรรมกรรมการเลือกใช้อาหารเสริม ยาสมุนไพร ยาแผนโบราณ และยาแผนปัจจุบัน ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

พฤติกรรมกรรมการเลือกใช้อาหารเสริม ยาสมุนไพร ยาแผนโบราณและยาแผนปัจจุบัน ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่า เกินกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมไม่เคยปฏิบัติในเรื่อง “การกินยาลูกกลอน ยาต้ม ยาหม้อ แขน ยาแผนปัจจุบัน” มากที่สุด รองลงมาคือ “ซื้ออาหารเสริมที่มีตัวแทนหรือบริษัทมาขายที่บ้านหรือในหมู่บ้าน” (ร้อยละ 87.76 และร้อยละ 88.49) และมีพฤติกรรมปฏิบัติบางครั้ง ในเรื่อง “การกินยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณร่วมกับยาแผนปัจจุบันเพื่อช่วยรักษาโรคที่เป็นอยู่” และ “การซื้อยาชุดจากร้านยาหรือร้านชำมากินเมื่อเจ็บป่วย ไม่สบาย” และมีพฤติกรรมปฏิบัติสม่ำเสมอ ในเรื่อง “การกินอาหารเสริมร่วมกับยาแผนปัจจุบัน เพื่อช่วยรักษาโรคที่เป็นอยู่” (ร้อยละ 30.41, 20.17 และ 1.80 ตามลำดับ) ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมกรรมการเลือกใช้อาหารเสริม ยาสมุนไพร ยาแผนโบราณและยาแผนปัจจุบันในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 82.15)

5.1.1.13 ทักษะคติเกี่ยวกับการกินอาหารเสริม

สำหรับทักษะคติเกี่ยวกับการกินอาหารเสริม พบว่า กว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในเรื่อง “การกินยาแผนโบราณไม่มีอันตราย” มากที่สุด (ร้อยละ 8.87) และไม่เห็นด้วยในเรื่อง “การกินยาชุดเมื่อมีอาการไม่สบาย เช่น เกิดการอักเสบเป็นไข้ปวดเมื่อยช่วยให้หายจากโรคได้เร็วขึ้น” รองลงมาคือ “ยาลูกกลอน ยาต้ม ยาหม้อ เป็นยาที่ช่วยบรรเทาอาการป่วย เช่น ปวดเมื่อย แก้อักเสบ ได้ดี” (ร้อยละ 67.37 และ 65.47) ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติเกี่ยวกับการกินอาหารเสริมอยู่ในระดับไม่ดี (คิดเป็นร้อยละ 57.76)

5.1.1.14 พฤติกรรมการกินยาปฏิชีวนะ

พฤติกรรมการกินยาปฏิชีวนะ พบว่า ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมไม่เคยปฏิบัติ ในเรื่อง “ท่านซื้อยาปฏิชีวนะ กินเองโดยไม่ได้ถามหมอ พยาบาล หรือเภสัชกร” มากที่สุด (ร้อยละ 69.06) มีพฤติกรรมปฏิบัติบางครั้งมากที่สุด ในเรื่อง “เมื่อเป็นหวัด เจ็บคอ ท่านกินยาปฏิชีวนะ” (ร้อยละ 47.73) และมีพฤติกรรมปฏิบัติสม่ำเสมอมากที่สุด ในเรื่อง “เมื่อเป็นหวัด เจ็บคอ ท่านกินยาปฏิชีวนะ” (ร้อยละ 18.37) ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการกินยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 61.14)

5.1.1.15 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ

ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบถูกมากที่สุดเป็น 3 อันดับแรก ได้แก่ “การใช้ยาปฏิชีวนะ โดยไม่จำเป็น จะทำให้เกิดเชื้อโรคดื้อยาได้” รองลงมาคือ “เมื่อเกิดบาดแผลหรือเป็นฝี หนอง ต้องกินยาปฏิชีวนะ จึงจะหาย” และ “ถ้าเป็นไข้ จาม น้ำมูกไหล ไอ เจ็บคอ ต้องกินยาปฏิชีวนะ จึงจะหาย” (ร้อยละ 60.30, 41.18 และ 39.92 ตามลำดับ) ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากเป็น 3 อันดับแรก ได้แก่ “หากท้องเสีย ถ่ายเป็นน้ำ ต้องกินยาปฏิชีวนะ จึงจะหยุดถ่าย” รองลงมาคือ “เมื่อเกิดการอักเสบ

เช่น กล้ามเนื้ออักเสบ ข้ออักเสบ ต้องกินยาปฏิชีวนะ จึงจะทุเลา” และ “เมื่อหายจากโรคที่เป็นหรือมีอาการดีขึ้น สามารถหยุดกินยาปฏิชีวนะ ได้ทันที” (ร้อยละ 71.38, 69.80 และ 72.23 ตามลำดับ) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 59.66)

5.1.2 สรุปผลการดำเนินโครงการ

จากการดำเนินการโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปางในครั้งนี้ เป็นการเริ่มต้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะการลดพฤติกรรมเสี่ยงของโรคมะเร็งที่สามารถทำได้โดยการให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ในชุมชนโดยที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอันก่อให้เกิดความรู้ และสามารถเข้าถึงบริการในการส่งเสริมและป้องกันโรคมะเร็งได้ ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลสามารถช่วยตนเองและพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือเป็นการเสริมสร้างความตระหนักเรื่องโรคมะเร็งให้กับประชาชนในเขตตำบลพิชัย และนับเป็นการพัฒนารูปแบบ/ต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย ตลอดจนสามารถเป็นต้นแบบให้กับชุมชนอื่น สามารถนำรูปแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งของตำบลพิชัยไปใช้เป็นต้นแบบต่อไป

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.2.1 ข้อเสนอแนะระดับบริหาร

5.2.1.1 การดำเนินการโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย ควรจะดำเนินการแบบบูรณาการให้ทุกหน่วยงาน ได้แก่ เทศบาลเมืองพิชัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นมื่น หน่วยงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการมนุษย์ หน่วยงานพัฒนาชุมชน เข้ามาร่วมมีบทบาทในการวางแผนพัฒนาชุมชนส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพดีในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาวะสังคมและจิตวิญญาณ

5.2.1.1 เนื่องจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ประชาชนส่วนใหญ่ติดตามข้อมูลด้านสุขภาพ ผ่านทาง อสม., ผู้ให้บริการทางการแพทย์ และคนในครอบครัว ดังนั้น รูปแบบโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง ในเขตตำบลพิชัย ควรมีการวางแผนกำหนดให้มีการจัดอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพและโรคมะเร็ง เพื่อให้ประชาชนแกนนำสุขภาพมีความสุขทางด้านสุขภาพและโรคมะเร็ง และสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่ประชาชน

5.2.1.3 ควรดำเนินการถอดบทเรียนโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง ในเขตตำบลพิชัย เพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนาโครงการให้ตอบสนองความต้องการแท้จริงของประชาชนตำบลพิชัย รวมทั้งเป็นต้นแบบในการพัฒนาชุมชนตำบลปลอดมะเร็งต่อไป

5.2.2 ข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติการ

5.2.2.1 เนื่องจากผลการศึกษา พบว่า เกินกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 63.25) และไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง (ร้อยละ 66.0) ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการรณรงค์ให้ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพและตรวจคัดกรองมะเร็งเบื้องต้น อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ซึ่งทางโรงพยาบาลมะเร็งลำปางอาจจะร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นมื่นในการตรวจสุขภาพและตรวจคัดกรองมะเร็งเบื้องต้น

5.2.2.2 เนื่องจากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร/อาหารเสริม ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดใน 3 อันดับแรก ได้แก่ เรื่อง “ใช้วัตถุดิบในการปรุงอาหาร เช่น หอม กระเทียม ถั่วลิสง” , “การปรุงอาหารโดยใช้กะปิ” และ “การรับประทานอาหารประเภทผัก เช่น ผักกาดขาว ผักกะหล่ำดอก ผักกะหล่ำ ถั่วงอก” ตามลำดับ (ร้อยละ 55.97, 40.8 และ 20.59) ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมที่ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง ดังนั้นควรมีการรณรงค์เตือน จัดทำเอกสารให้ความรู้เพื่อปรับพฤติกรรมการบริโภค ลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง

5.2.2.3 เนื่องจากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการกินอาหารเสริมอยู่ในระดับดี (คิดเป็นร้อยละ 42.24) และพฤติกรรมการกินยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 38.86) โดยพบข้อคำถามที่ตอบผิดมากที่สุด ได้แก่ “หากท้องเสีย ถ่ายเป็นน้ำ ต้องกินยาปฏิชีวนะ จึงจะหยุดถ่าย” รองลงมาคือ “เมื่อเกิดการอักเสบ เช่น กล้ามเนื้ออักเสบ ข้ออักเสบ ต้องกินยาปฏิชีวนะ จึงจะทุเลา” และ “เมื่อหายจากโรคที่เป็นหรือมีอาการดีขึ้น สามารถหยุดกินยาปฏิชีวนะ ได้ทันที” (ร้อยละ 71.38, 69.80 และ 72.23 ตามลำดับ) ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรมีการส่งเสริมให้ความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะให้เหมาะสมโดยเฉพาะข้อคำถามที่ตอบผิด

5.2.3 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

5.2.3.1 ควรมีการศึกษาเชิงพัฒนารูปแบบพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง ในเขตตำบลพิชัย

5.2.3.2 ควรมีการศึกษาในวิจัยรูปแบบเชิงคุณภาพ เรื่อง การพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง ในเขตตำบลพิชัย ในชุมชนต้นแบบ เพื่อให้ครอบคลุมและนำไปสู่งานวิจัยที่ดีขึ้นต่อไป

5.2.3.3 ควรมีการพัฒนาแบบสอบถามข้อคำถามเพื่อให้ข้อมูลที่มีความลุ่มลึก และมีรายละเอียดมากขึ้น และควรเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย เช่น การสัมภาษณ์ เป็นต้น

5.3 ข้อจำกัด

5.3.1 เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของ covid-19 ทำให้มีข้อจำกัดทั้งด้านเวลา สถานที่ ในการจัดกิจกรรม และการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง

5.3.2 โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย ในเขตตำบลพิชัยเป็นโครงการที่มีการเริ่มตั้งแต่กิจกรรมการค้นหาปัญหา จนถึงจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาของชุมชน ดังนั้นควรมีการดำเนินการต่อเนื่องและควรมีการประเมินโครงการเป็นประจำทุกปี

5.4 แผนการดำเนินงานในระยะต่อไป

5.4.1 ระยะที่สาม คือ การจัดทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาชุมชน

(1) ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ประชาคมครั้งที่ 2 จำนวน 3 ครั้ง โดยจัด 1 ครั้งต่อ 1 ชุมชน โดยวิธีการดำเนินการ คือ List of Problem -> Priority ->Self Need -> Project

2. จัดทำโครงการที่เกิดจากความต้องการของชุมชนในการแก้ไขปัญหาด้านโรคมะเร็ง

(2) ระยะเวลาในการดำเนินการ

ปีงบประมาณ 2564 - ปีงบประมาณ 2565

5.4.2 ระยะที่สี่ คือ การประเมินผลโครงการ

(1) ขั้นตอนการดำเนินการ

1. รวบรวมผลการดำเนินโครงการการแก้ไขปัญหาด้านโรคมะเร็ง

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโครงการต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model)

(2) ระยะเวลาในการดำเนินการ

ปีงบประมาณ 2564 - ปีงบประมาณ 2565

บรรณานุกรม

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

- (11) เต็มชัย ไชยวุฒิ และไพโรจน์ เหลืองโรจน์กุล. โรคตับและทางเดินน้ำดี. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว การพิมพ์; 2541.
- (12) อาคม ชัยวีระวัฒน์ และคณะ. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2554. [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.nci.go.th/th/cpg/download%20Liver/01.pdf>
- (13) นรินทร์ วรวิทย์. มะเร็งตับ. กรุงเทพมหานคร หน่วยมะเร็งวิทยาภาควิชาอายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
- (14) Schiff E. R. , Sorrell M. F. & Maddrey W. C. Schiff's disease of the liver. Philadelphia: Wolters klwer; 2003.
- (15) Yu MC, Yuan JM, Govindarajan S, Ross RK. Epidemiology of hepatocellular carcinoma. Can J Gastroenterol. 2000; 14(8): 703-709.
- (16) พิมพ์ฉิม ปัทมสิริวัฒน์. พันธุศาสตร์มะเร็งเต้านม. กรุงเทพฯ: คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
- (17) สุรีย์รัตน์ พวงสายใจ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านมในสตรีจังหวัดลำปาง. ลำปาง : โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
- (18) ธนุต์ม์ ก้วยเจริญพานิชก์. ตำรามะเร็งเต้านม. อุบลราชธานี: กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ กลุ่มการกจิวิชาการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี; 2558.
- (19) สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. การตรวจคัดกรองมะเร็งปอด [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2564 [ปรับปรุเมื่อ 16 ม.ค. 2564; สืบค้นเมื่อวันที่ 19 เม.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=40>
- (20) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปอด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2552.
- (21) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ไชยการพิมพ์ จำกัด; 2558.
- (22) สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2559. [สืบค้นเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2564]. จาก : <https://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=41>
- (23) สมหญิง พุ่มทอง. รายงานสรุปผลการดำเนินงานโครงการส่งเสริมการเข้ายาปลอดภัยในชุมชน ปี 2561-2562. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2562.
- (24) รัชตะ รัชตะนาวิน, อัมรินทร์ ทักขิณเสถียร, ลอชชัย ลือกิจ. การศึกษาความชุกของปัญหาทางคลินิกที่เกิดจากการใช้สารที่มีสเตียรอยด์ปะปนโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2550.
- (25) ชมพูนุท เสียงแจ้ว, คชาพล นิมเดช, นาฎยา สุวรรณ, พุทธชาติ มากชุมนุม, วิโรจน์ ทองฉิม, ณัฐนนท์ เพชรประดิษฐ์. การสำรวจการใช้ยาปฏิชีวนะและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผสมสเตียรอยด์ในผู้สูงอายุ . [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2561.

- (26) อัสพร บุญยั้ง. การประเมินและถอดบทเรียนโครงการส่งเสริมยาปลอดภัยในชุมชนจังหวัดพิษณุโลกปีงบประมาณ 2560. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2560.
- (27) ศุภลักษณ์ สุขไพบูลย์ , ชุภาศิริ อภินันท์ เตชา, กวี ไชยศิริ. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างโชค อำเภอบ้านหมอจังหวัดสระบุรี. การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติครั้งที่ 3 ก้าวสู่ทศวรรษที่ 2 : บูรณาการงานวิจัย ใช้อองค์ความรู้ สู่ความยั่งยืน; 17 มิถุนายน 2559; ณ วิทยาลัยนครราชสีมา. นครราชสีมา: [ม.ป.พ.]; 2559.
- (28) อารีรัตน์ คุณยศยิ่ง. ความชุกและลักษณะของร้านชำที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะในเขตอำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2558;7(2): 114-120.
- (29) Infectious Disease Society of America. Combating antimicrobial resistance: policy recommendations to save lives. Clin Infect Dis. 2011;52: 397-428.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก: แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนในตำบลพิชัย
อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

แบบสอบถาม

ข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้ใช้ในโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความตระหนักเรื่องโรคมะเร็งในเขตตำบลพิชัย และเพื่อพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย ตลอดจนเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโครงการต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model)

แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

ตอนที่ 2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและการรับบริการ

ตอนที่ 2.2 การตรวจสุขภาพประจำปี

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ (การออกกำลังกาย/การใช้สารเคมี/สิ่งแวดล้อม)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร/อาหารเสริม

ส่วนที่ 5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตอนที่ 5.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตอนที่ 5.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

ตอนที่ 5.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

ตอนที่ 5.4 ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 6 ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

ส่วนที่ 7 การใช้ยาในครัวเรือน

ตอนที่ 7.1 ข้อมูลเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ

ตอนที่ 7.2 ข้อมูลเกี่ยวกับยาสแตียรอยด์

ตอนที่ 7.3 การใช้ยาของประชาชน

โปรดอ่านคำชี้แจงในแบบสอบถามแต่ละส่วนให้เข้าใจก่อนตอบ ความร่วมมือของท่านในครั้งนี้จะมีคุณค่าและมีประโยชน์อย่างยิ่ง ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัยต่อไป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

1. ชาย 2. หญิง

2. สถานภาพ

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

3. ปัจจุบันท่านอายุ

4. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

5. ท่านจบการศึกษาสูงสุดหรือกำลังศึกษาระดับชั้นใด

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

6. อาชีพ

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

7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาท/เดือน

8. สิทธิการรักษา

1. รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ 2. ประกันสังคม 3. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 4. อปท./ครูเอกชน 5. ชำระเงินเอง 6. อื่นๆ...โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ/การตรวจคัดกรอง/ตรวจสุขภาพประจำปี

ตอนที่ 2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและการรับบริการ

1. โรคประจำตัว(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

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

2. ประวัติการเจ็บป่วย

2.1 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง

1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....

2.2 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง

1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....

2.3 ประวัติครอบครัวพี่น้องสายตรงป่วยเป็นไวรัสตับอักเสบบี

1. ไม่มี 2. มี... 2.1 ไวรัสตับอักเสบบี 2.2 ไวรัสตับอักเสบบี

3. การรับบริการสุขภาพ

3.1 ท่านเคยตรวจสุขภาพประจำปีหรือไม่

1. ไม่เคย เนื่องจาก
2. เคย ครั้งสุดท้าย เมื่อปี พ.ศ.....

3.2 ท่านเคยได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งหรือไม่

1. ไม่เคย 2. เคย
- 2.1 มะเร็งปากมดลูก 2.2 มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
- 2.3 มะเร็งต่อมลูกหมาก 2.4 มะเร็งปอด
- 2.5 มะเร็งตับ 2.6 มะเร็งเต้านม

3.3 ท่านเคยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่

1. ไม่เคย 2. เคย 3. ไม่ทราบ

3.4 ท่านเคยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่

1. ไม่เคย 2. เคย 3. ไม่ทราบ

3.5 ท่านเคยได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่

1. ไม่เคย 2. เคย 3. ไม่ทราบ

3.6 ท่านเคยได้รับการตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่

1. ไม่เคยตรวจ 2. เคย
- 2.1 ผลการตรวจ “มี” ภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบบี
- 2.2 ผลการตรวจ “ไม่มี” ภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบบี
3. ไม่ทราบ

3.7 ท่านเคยตรวจอุจจาระ พบไข่พยาธิใบไม้ตับหรือไม่

1. ไม่เคยตรวจ 2. เคยตรวจ
- 2.1 ผลการตรวจอุจจาระ “พบ” ไข่พยาธิใบไม้ในตับ
- 2.2 ผลการตรวจอุจจาระ “ไม่พบ” ไข่พยาธิใบไม้ในตับ

3.8 ประวัติการกินยาถ่ายพยาธิ

1. ไม่เคย 2. เคย

4. ประวัติการสูบบุหรี่

1. ไม่สูบ 2. สูบ
- 2.1 ประเภท(ก้นกรอง/ยาเส้น) จำนวน.....มวน/วัน
- 2.2 จำนวนปีที่เคยสูบ.....ปี
- 3.เคยสูบ แต่เลิกแล้ว.....ปี

5. ในบ้านของท่านมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกันหรือไม่

1. ไม่สูบ 2. สูบ

6. ประวัติการการเคี้ยวหมาก 1. ไม่เคี้ยว 2. เคี้ยว

7. ประวัติการดื่มสุรา

1. ไม่ดื่ม 2. ดื่ม โปรรระบุ
- 2.1 ดื่มประจำทุกวัน 2.2 ดื่ม 3-4 ครั้ง/สัปดาห์
- 2.3 ดื่ม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ 2.4 ดื่ม 1-2 ครั้ง/เดือน

8. ภาวะสุขภาพ/อาการเจ็บป่วยที่เสี่ยงต่อสุขภาพ

8.1 ท่านมีอาการน้ำหนักลด อ่อนเพลีย เบื่ออาหารโดยไม่ทราบสาเหตุ

1. ไม่ใช่ 2. ใช่

8.2 ท่านมีอาการท้องอืดแน่น ปวดท้องหรืออึดอัดท้อง บริเวณชายโครงขวาหรือปวดร้าวไปที่สะบักขวา

1. ไม่ใช่ 2. ใช่

8.3 ท่านมีอาการไข้ ตัว ตาเหลืองหรือท้องโตขึ้นผิดปกติ

1. ไม่ใช่ 2. ใช่

ตอนที่ 2.2 การตรวจสุขภาพประจำปี

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพประจำปีเป็นสิ่งควรปฏิบัติถึงแม้ไม่เจ็บป่วยก็ตาม					
2. คนจะมีสุขภาพดีได้ ขึ้นอยู่กับ การปฏิบัติตนเองเป็นสิ่งสำคัญ ไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพ					
3. สำหรับคนทั่วไปการตรวจสุขภาพช่วยค้นพบโรคได้ตั้งแต่ระยะที่ยังไม่แสดงอาการ					
4. ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่เป็นประจำ หรือโรคอ้วน ควรไปตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบได้ทัน่วงที					
5. การตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจสบายใจว่าไม่มีความผิดปกติของร่างกาย ลดความวิตกกังวลได้					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
6. เราไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพ เนื่องจากเมื่อเจ็บป่วยสามารถไปพบแพทย์เพื่อรักษาโรคให้หายได้					
7. คนที่มีอายุน้อยไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพ ควรตรวจสุขภาพเมื่อมีอายุมากแล้วเท่านั้น					
8. การตรวจสุขภาพช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยง และลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะอันตรายต่อสุขภาพ ไม่ใช่เป็นการตรวจเพื่อหาโรคเท่านั้น					

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ (การออกกำลังกาย/การใช้สารเคมี/สิ่งแวดล้อม)

- ท่านมีการใช้ยาฆ่าหนู/ปูยเคมี/ฮอร์โมนพืช

1. ไม่ใช่ 2. ใช่
- ท่านมีการป้องกันการสัมผัสสารเคมี โดยการสวมชุดป้องกัน/ถุงมือ/แว่นตา/หน้ากาก/รองเท้ายาง

1. ไม่ปฏิบัติ 2. ปฏิบัติ
- ท่านมีประวัติการใช้เข็มฉีดยา/สักคิ้ว/สักตามร่างกาย/เข็มเจาะหู หรือไม่

1. ไม่มี 2. มี
- ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นมลพิษทางอากาศ

1. ไม่ปฏิบัติ 2. ปฏิบัติ
- ท่านสวมหน้ากากอนามัย/ผ้าปิดจมูก ถุงมือ หรือชุดคลุม เพื่อป้องกันการสัมผัสหรือสูดหายใจรับสารก่อมะเร็งเข้าสู่ร่างกาย

1. ไม่ปฏิบัติ 2. ปฏิบัติ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร/อาหารเสริม

พฤติกรรม	ไม่เคยปฏิบัติ	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	เป็นประจำ	ไม่ระบุ
1. ท่านรับประทานอาหารประเภทผัก เช่น ผักกาดขาว ผักกะหล่ำดอก ผักกะหล่ำ ถั่วงอก					
2. ท่านรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เช่น ก๋วยปลา/กุ้ง ลาบปลา ปลาร้า ปูดอง ปลาต้ม/จ่อม					
3. ท่านรับประทานอาหารประเภทที่มีสารกันบูด/ดินประสิว เช่น ไส้กรอก ฮอทดอก กุนเชียง กุ้งแห้ง แหนม					
4. ท่านเก็บรักษาอาหารไว้ในตู้เย็น นาน เกิน 2-3วัน					
5. ท่านใช้วัตถุเติมในการปรุงอาหาร เช่น หอม กระเทียม ถั่วลิสง					
6. ท่านปรุงอาหารโดยใช้กะปิ					
7. ท่านฉีด/รับประทานอาหารเสริม เช่น คอลลาเจน กลูต้าไธโอน วิตามินต่างๆ					
8. ท่านใช้หรือซื้ออาหารที่ใช้ภาชนะโฟมหรือพลาสติกบรรจุ					

ส่วนที่ 5

ส่วนที่ 5.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.การรับประทานอาหาร Fast Food หรืออาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง เช่น พิษซ่า ไก่ทอด แฮมเบอร์เกอร์ เฟรนช์ฟรายส์					
2.การรับประทานถั่วสีง พริกแห้ง หอมแดง และกระเทียมที่มีเชื้อรา ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง					
3.การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งปอด					

ส่วนที่ 5.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

ข้อคำถาม	ได้	ไม่ได้
1. ท่านสามารถไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพได้		
2. ท่านสามารถสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพ ได้ตรงกับสภาพปัญหาที่ท่านและคนในครอบครัวของท่านเป็นอยู่ได้		
3. ท่านมั่นใจว่าแหล่งบริการสุขภาพที่ท่านเลือกใช้นั้น สามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการของท่าน		
4. ท่านตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูล เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลและบริการสุขภาพ		
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ		
5. ท่านสามารถรอกข้อมูลด้านสุขภาพถูกต้องตามแบบฟอร์มของสถานบริการที่เข้ารับบริการ		
6. ท่านรู้และเข้าใจคำอธิบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับข้อมูลเรื่องโรค อาการหรือการดูแลสุขภาพและบริการจากผู้ให้บริการสุขภาพได้		
7. ท่านอ่านด้วยความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือ เอกสาร แผ่นพับ ไปสเตอร์ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคได้		
8. ท่านอ่านและเข้าใจผลตรวจสุขภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ เช่น ดัชนีมวลกาย (BMI), ระดับความดันโลหิต (HT), ระดับน้ำตาลในเลือด (DM) เป็นต้น		

ข้อคำถาม	ได้	ไม่ได้
การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ		
9. ท่านสามารถบอกเล่าข้อมูลสุขภาพของท่านกับผู้ให้บริการสุขภาพ หรือคนอื่น รับรู้และเข้าใจสุขภาพของท่านได้		
10. ท่านซักถามข้อมูลทางสุขภาพกับผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อให้หายสงสัยและ นำมาดูแลสุขภาพของท่านให้ดียิ่งขึ้น		
11. ท่านแลกเปลี่ยนความรู้หรือแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับผู้ให้บริการด้าน สุขภาพกับผู้อื่นได้		
การตัดสินใจด้านสุขภาพ		
12. ท่านนำข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ ที่น่าเชื่อถือมาเปรียบเทียบ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจทำตาม		
13. ท่านไตร่ตรองถึงประโยชน์และโทษของผลิตภัณฑ์หรือบริการด้านสุขภาพ ก่อนตัดสินใจใช้ตาม		
14. ท่านใช้เหตุผลในการพิจารณาข้อดีข้อเสียของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับถึงแม้จะมี คนใช้แล้วได้ผลก่อนที่จะนำมาใช้ตาม		

ส่วนที่ 5.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

ข้อคำถาม	ไม่เคย ปฏิบัติ	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	เป็นประจำ	ไม่ระบุ
1. ท่านควบคุม กำกับสุขภาพ ตนเอง เช่น น้ำหนัก มองโลกใน แง่บวก ลดอาหารทำลายสุขภาพ ออกกำลังกาย เป็นต้น					
2. ถึงแม้จะมีงานเยอะท่าน สามารถแบ่งเวลาเพื่อดูแลสุขภาพ ตนเองได้					
3. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมกับ ครอบครัว คนในชุมชนหรือ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่มีผลดี ต่อสุขภาพ					
การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ					
4. ท่านชักชวนให้ผู้อื่นเพิ่มการ ปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์ต่อ สุขภาพของเขาได้					

ข้อคำถาม	ไม่เคยปฏิบัติ	นานๆครั้ง	บางครั้ง	เป็นประจำ	ไม่ระบุ
5. ท่านกล้าเตือนผู้อื่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ไม่ให้สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ลดรับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม					
6. ท่านเสนอทางเลือกเพื่อสุขภาพที่ดี ให้กับผู้อื่น เช่น เพิ่มผักผลไม้ลดโรค เลิกสูบบุหรี่ ลดความเสี่ยงป่วยโรคหัวใจโรค เป็นต้น					
7. ท่านเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญที่จะดูแลสุขภาพตนเองให้ได้อยู่เสมอ					
การเข้าถึงข้อมูล สื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง					
8. ท่านโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลที่ถูกต้อง หรือแนะนำให้ สามารถปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็ง					
9. ท่านประเมินปริมาณและคุณค่าอาหารที่กินในแต่ละมื้อ พร้อม วางแผนออกกำลังของ ตนเองให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้					
10. ท่านประเมินสภาวะอารมณ์ของตนเอง ถ้าพบว่าเครียด ท่านสามารถ จัดการเพื่อลดความเครียดนั้นลงด้วยวิธีที่ดีต่อสุขภาพของท่าน					
11. เมื่อท่านสนใจในสินค้าที่โฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ท่านหาข้อมูลเพิ่มเติมจาก หลายแหล่งเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ					

ตอนที่ 5.4 ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

1. ท่านรู้จักโรงพยาบาลมะเร็งลำปางหรือไม่ 1. รู้จัก 2. ไม่รู้จัก

2. ท่านติดตามข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านช่องทางใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. วิทยุ 2. หนังสือพิมพ์ 3. เอกสารวิชาการ 4. ผู้ให้บริการทางการแพทย์
 5. สื่อออนไลน์ 6. อสม. 7. คนในครอบครัว 8. อื่นๆ ระบุ.....

ความสามารถในการเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อ ประชาสัมพันธ์	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านคิดว่าสื่อประชาสัมพันธ์มี ประโยชน์ในการช่วยตัดสินใจ เกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ					
2. ท่านคิดว่าการใช้สื่อ ประชาสัมพันธ์เพื่อเข้าถึงข้อมูล สุขภาพมีความจำเป็นสำหรับท่าน					
3. ท่านทราบว่าแหล่งข้อมูล สุขภาพนั้นสามารถใช้งานได้บน สื่อออนไลน์					
4. ท่านทราบว่าจะสามารถหา แหล่งข้อมูลสุขภาพที่เป็น ประโยชน์ได้จากสื่อ ประชาสัมพันธ์					
5. ท่านทราบถึงวิธีการค้นหา แหล่งข้อมูลสุขภาพที่มีประโยชน์ บนสื่อประชาสัมพันธ์					
6. ท่านทราบถึงวิธีการใช้สื่อ ออนไลน์เพื่อนำมาตอบข้อสงสัย เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของ ท่าน					
7. ท่านมีทักษะในการประเมิน ข้อมูลสุขภาพที่พบบนสื่อ ประชาสัมพันธ์					
8. ท่านรู้สึกมีความมั่นใจในการที่ จะใช้ข้อมูลบนสื่อออนไลน์มา จัดการกับปัญหาสุขภาพของท่าน					

ความสามารถในการเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อ ประชาสัมพันธ์	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
9. ท่านใช้สื่อออนไลน์เพื่อเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพตามคำแนะนำของ สมาชิกในครอบครัว					
10. เมื่อท่านเห็นสมาชิกใน ครอบครัวใช้สื่อออนไลน์เพื่อ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ท่านสนใจใช้ ตามด้วย					
11. ก่อนที่ท่านจะนำข้อมูล สุขภาพจากสื่อประชาสัมพันธ์มา จัดการปัญหาสุขภาพของท่าน ท่านจะสอบถามความคิดเห็นของ สมาชิกในครอบครัวก่อน					
12. ท่านเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่าน สื่อประชาสัมพันธ์ตามคำแนะนำ ของเพื่อน					
13. ก่อนที่ท่านจะนำข้อมูล สุขภาพจากสื่อประชาสัมพันธ์มา จัดการปัญหาสุขภาพของท่าน ท่านจะสอบถามความคิดเห็นจาก เพื่อนก่อน					

ส่วนที่ 6 ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

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

ส่วนที่ 7 การใช้ยาในครัวเรือน

ตอนที่ 7.1 ข้อมูลเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ

1. ท่านเรียก “ยาปฏิชีวนะ” ว่ายาอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ยาแก้อักเสบ 2. ยาฆ่าเชื้อ 3. ยาสแตียรอยด์
 4. ไม่ทราบ/ไม่รู้จัก 5. เรียกชื่ออื่น คือ

2. ให้ท่านสำรวจดูยาที่มีในครัวเรือน และบันทึกว่ามี “ยาปฏิชีวนะเหลือใช้” หรือไม่

1. ไม่มี (หากตอบ “ไม่มี” ข้ามไปทำตอนที่ 7.2)
 2. มียาปฏิชีวนะเหลือใช้ ชื่อยาคือ.....

3. ยาปฏิชีวนะเหลือใช้ที่พบจากข้อ 2 มีลักษณะแบบนี้บ้างหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. หมดอายุ
 2. ไม่สามารถบอกวันหมดอายุได้ เนื่องจากไม่มีระบุบนแผงหรือซอง
 3. เสื่อมสภาพ (สังเกตลักษณะยา เช่น แตก/หัก/เหม็นหืน/ยาเปลี่ยนสี/มีจุดต่าง)
 4. ฉลากของยามีข้อมูล ชื่อยา วิธีกิน คำเตือนกินติดต่อกันหมด
 5. สภาพยังดี

4. ยาปฏิชีวนะเหลือใช้ท่านได้มากจากที่ไหน(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1.โรงพยาบาล 2.ร้านขายยา/คลินิก 3.ร้านค้า/ร้านชำ
 4.รถเร่ 5.มีคนให้มา 6.อินเทอร์เน็ต 7.อื่นๆ.....

ตอนที่ 7.2 ข้อมูลเกี่ยวกับยาสเตียรอยด์

1. ให้ท่านสำรวจดูและบันทึกว่ามี “ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ” เหล่านี้ในครัวเรือนของท่าน หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ยาชุด 2. ยาลูกกลอน
 3. ยาต้ม/ยาหม้อ 4. น้ำสมุนไพร/ชิ้นสมุนไพร
 5. กษัยเส้น/ประดง 6. ไม่พบทุกข้อข้างต้น

2. “ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ” จากข้อ 1 ท่านได้มากจากที่ไหน(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1.โรงพยาบาล 2.ร้านขายยา/คลินิก 3.ร้านค้า/ร้านชำ
 4.รถเร่ 5.มีคนให้มา 6.อินเทอร์เน็ต 7.อื่นๆ.....

3. “ท่านรู้จัก สเตียรอยด์หรือไม่ ”

1. รู้จัก 2. จำไม่ได้/ไม่แน่ใจ 3. ไม่รู้จัก

* ถ้าตอบ “รู้จัก” ทำต่อข้อ 4-5

4. “ท่านทราบหรือไม่ว่า การกินยาแผนปัจจุบันมีสเตียรอยด์ผสมอยู่ ใช้เพื่อรักษาอาการหรือโรคใด”

1. ไม่ทราบ
 2. จำไม่ได้/ไม่แน่ใจ
 3. ทราบ.....กินเพื่อรักษาอาการต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. รักษาได้ทุกโรค 2.ภูมิแพ้ แพ้อากาศ
 3.กล้ามเนื้ออักเสบปวดเมื่อย 4.ถุงลมโป่งพอง
 5.แผล ฟี่ หนอง 6. หอบหืด
 7. ไข้ ไอหวัด เจ็บคอ 8. บำรุงร่างกาย บำรุงประสาท

5. “ท่านทราบหรือไม่ว่า การกินยาแผนปัจจุบัน ยาแผนโบราณ สมุนไพร หรืออาหารเสริมที่มีสเตียรอยด์ ผสมอยู่เป็นเวลานานๆ จะเกิดผลเสียอย่างไร”

1. ไม่เกิดผลเสียใดๆ 2. ไม่ทราบ 3. จำไม่ได้ /ไม่แน่ใจ
 4. ทราบ คือ ผลเสีย/อาการ ต่อไปนี้ (ตอบได้ มากกว่า 1 ข้อ)
- 1.ไตวาย 2. เบาหวาน
 3. กระดูกพรุน 4. เสี่ยงต่อต่อกระดูก

5. กล้ามเนื้ออ่อนแรง 6. ภาวะอาหารเป็นแผล
7. ภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง ติดเชื้อได้ง่าย 8. รูปร่างหน้าตาเปลี่ยนแปลงไป
เช่น หน้าอุม
9. อื่นๆ.....

ตอนที่ 7.3 การใช้ยาของประชาชน

ข้อ 1 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติตามข้อความต่อไปนี้ บ่อยเพียงใด ชิด ✓ ในช่องที่เลือก

ท่านปฏิบัติตามข้อความต่อไปนี้	ทำสม่ำเสมอ	ทำบางครั้ง	ไม่เคยทำ
1.1 กินยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณร่วมกับยาแผนปัจจุบันเพื่อช่วยรักษาโรคที่เป็นอยู่			
1.2 กินยาลูกกลอน ยาต้ม ยาหม้อ แขน ยาแผนปัจจุบัน			
1.3 กินอาหารเสริมร่วมกับยาแผนปัจจุบัน เพื่อช่วยรักษาโรคที่เป็นอยู่			
1.4 ซื้ออาหารเสริมที่มีตัวแทนหรือบริษัทมาขายที่บ้านหรือในหมู่บ้าน			
1.5 ซื้ออาหารเสริมหรือยาแผนโบราณที่โฆษณาผ่านวิทยุหรือโทรทัศน์			
1.6 ซื้อยาชุดจากร้านยาหรือร้านชำมากิน เมื่อเจ็บป่วย ไม่สบาย			

ข้อ 2 ท่านเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้หรือไม่ ชิด ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ท่านเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้หรือไม่	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
2.1 การกินอาหารเสริมเพื่อช่วยรักษาโรคที่เป็นอยู่ เช่น เบาหวาน ข้อเสื่อม เป็นสิ่งที่ปลอดภัย			
2.2 การกินยาแผนโบราณไม่มีอันตราย			
2.3 การกินยาชุดเมื่อมีอาการไม่สบาย เช่น เกิดการอักเสบเป็นไขปวดเมื่อยช่วยให้หายจากโรคได้เร็วขึ้น			
2.4 ยาสมุนไพรเป็นยาที่มีความปลอดภัยสามารถซื้อกินเองได้			
2.5 ยาลูกกลอน ยาต้ม ยาหม้อ เป็นยาที่ช่วยบรรเทาอาการป่วย เช่น ปวดเมื่อย แก้อักเสบ ได้ดี			

ข้อ 3 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติตามข้อความต่อไปนี้ บ่อยเพียงใด ชิด ✓ ในช่องที่เลือก

ท่านปฏิบัติตามข้อความต่อไปนี้หรือไม่	ทำสม่ำเสมอ	ทำบางครั้ง	ไม่เคยทำ
3.1 เมื่อเป็นหวัด เจ็บคอ ท่านกินยาปฏิชีวนะ			
3.2 เมื่อท้องเสีย ถ่ายเป็นน้ำ ท่านกินยาปฏิชีวนะ			
3.3 เมื่อเป็นแผลหรือ ฝี หนองท่านกินยาปฏิชีวนะ			
3.4 ท่านซื้อยาปฏิชีวนะ กินเองโดยไม่ได้ถามหมอ พยาบาล หรือเภสัชกร			

ข้อ 4 ท่านคิดว่าข้อความต่อไปนี้ กล่าวถูก หรือ ผิด ชิด ✓ ในช่องที่ท่านเลือก 1 ช่อง

ข้อความต่อไปนี้	ถูกต้อง	ผิด	ไม่ทราบ
4.1 เมื่อเกิดการอักเสบ เช่น กล้ามเนื้ออักเสบ ข้ออักเสบ ต้องกินยาปฏิชีวนะ จึงจะทุเลา			
4.2 ถ้าเป็นไข้ จาม น้ำมูกไหล ไอ เจ็บคอ ต้องกินยาปฏิชีวนะ จึงจะหาย			
4.3 เมื่อหายจากโรคที่เป็นหรือมีอาการดีขึ้น สามารถหยุดกินยาปฏิชีวนะ ได้ทันที			
4.4 เมื่อเกิดบาดแผลหรือเป็นฝี หนอง ต้องกินยาปฏิชีวนะ จึงจะหาย			
4.5 หากท้องเสีย ถ่ายเป็นน้ำ ต้องกินยาปฏิชีวนะ จึงจะหยุดถ่าย			
4.6 การใช้ยาปฏิชีวนะ โดยไม่จำเป็น จะทำให้เกิดเชื้อโรคดื้อยาได้			

ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย
ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) จังหวัดลำปาง

ระยะแรก คือ การวิเคราะห์ชุมชน

ประชุมชี้แจงโครงการ และวางแผนการดำเนินโครงการฯ



ระยะที่สอง คือ ลงพื้นที่สำรวจข้อมูลในชุมชน

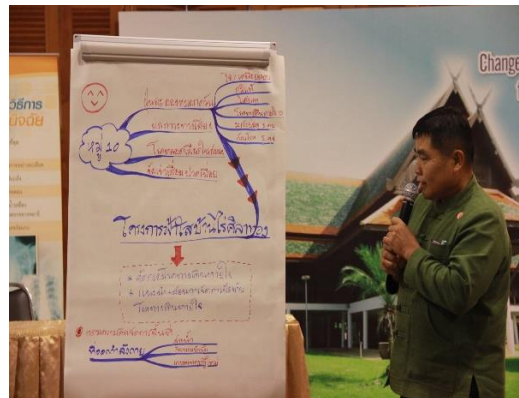
กิจกรรมการประชุมประชาคมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย
ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) วันที่ 10 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 (เวลา. 08.00-16.30 น.)
ณ ห้องประชุมนายแพทย์สุรทัศน์ พงษ์นิกร โรงพยาบาลมะเร็งบ้าง



กิจกรรมการประชุมประชาคมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบ
หมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model)
วันที่ 10 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 (เวลา. 08.00-16.30 น.)
ณ ห้องประชุมนายแพทย์สุรทัตน์ พงษ์นิกร โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง



กิจกรรมการประชุมประชาคมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบ
หมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model)
วันที่ 10 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 (เวลา. 08.00-16.30 น.)
ณ ห้องประชุมนายแพทย์สุรทัศน์ พงษ์นิกร โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง



กิจกรรมเตรียมความพร้อมการศึกษาชุมชนต้นแบบ
ในวันที่ 16 มีนาคม 2564 ณ วัดฝายน้อย ต.พิชัย อ.เมือง จ.ลำปาง
กิจกรรมภายใต้โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model)



กิจกรรมการประชุมลงพื้นที่ชุมชนต้นแบบ (บ้านฝายน้อย)

ในวันที่ 17 มีนาคม 2564 ณ วัดฝายน้อย ต.พิชัย อ.เมือง จ.ลำปาง

กิจกรรมภายใต้โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model)



กิจกรรมการประชุมลงพื้นที่ชุมชนต้นแบบ (บ้านฝายน้อย)
 ในวันที่ 17 มีนาคม 2564 ณ วัดฝายน้อย ต.พิชัย อ.เมือง จ.ลำปาง
 กิจกรรมภายใต้โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model)



M เป็นนายตนเอง **O** เจ็บซ้ำสิ่งใหม่ **P** ใส่ใจประชาชน **H** ถ่อมตน อ่อนน้อม **D** พ้อมนำ ระดับชาติ **M** สามอด ไปด้วยกัน **S** มุ่งมั่น ผู้ความเป็นเลิศ

Mastery Originality People Centered Humility Determination For The Nation Moving Together Specialist

ข่าวประชาสัมพันธ์กิจกรรมการแพทย์

โรงพยาบาลมะเร็งลำปางต้อนรับคณะเยี่ยมชม
จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)



นายแพทย์วีรวัด อุครานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง พร้อมด้วยคณะผู้บริหาร ข้าราชการ บุคลากร และเจ้าหน้าที่ ให้การต้อนรับคณะเยี่ยมชมจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยมีนายแพทย์ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา เลขาธิการ สปสช. ภก.คณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ และนายแพทย์เต็มชัย เต็มยิ่งยง ผู้อำนวยการ สปสช. เขต 1 เชียงใหม่ ได้ลงพื้นที่เพื่อดำเนินการจัดโครงการสื่อมวลชนสัญจร เพื่อติดตามการดำเนินงานของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ตามนโยบาย “โรคมะเร็งรักษาที่ไหนก็ได้ที่พร้อม” ตามนโยบายการยกระดับบริการบัตรทอง เพื่อนำเสนอกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ผ่านสื่อมวลชนไปยังสาธารณะ และสามารถนำไปเผยแพร่ได้ ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ในวันที่ 17 มีนาคม 2564