

ระบบการคัดกรองและป้องกันมะเร็งเต้านมในประเทศไทย ในทัศนะของผู้ให้บริการ

คณิษฐา พงศ์ถาวรกมล¹ นันทิยา วัฒนา¹
ธีรวิมล คุหะเปรมะ²

บทคัดย่อ มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของสตรีในภูมิภาคเอเชียและประเทศไทย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์เมื่ออยู่ในระยะลุกลามของโรค การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การจัดระบบบริการสุขภาพในการป้องกันและคัดกรองมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกในประเทศไทยในมุมมองของบุคลากรผู้ให้บริการ วิธีการศึกษาประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายการคัดกรองมะเร็งเต้านมและสถิติที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้บริหารโครงการ/โปรแกรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันและคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ผ่านมา และการประชุมวิพากษ์ให้ความเห็นเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมะเร็งเต้านม ผลการศึกษาจากข้อมูลสถิติที่ผ่านมาพบว่า มะเร็งเต้านมมีอุบัติการณ์สูงสุดเป็นลำดับแรกของกลุ่มโรคมะเร็งในสตรีไทยในปี พ.ศ. 2555 ทั้งนี้ การศึกษาเชิงระบาดวิทยาชี้ว่าอุบัติการณ์ดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3 ถึงร้อยละ 7 ต่อปี ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญพบว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองถือเป็นวิธีหลักในการคัดกรองมะเร็งเต้านมสำหรับประเทศไทย เนื่องจากสตรีไทยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองมาตรฐานด้วยแมมโมแกรมและอัลตราซาวนด์ในระดับนโยบายทั่วไปประเทศไทยมีแนวปฏิบัติในการส่งเสริมให้สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเอง และรับการตรวจโดยแพทย์/บุคลากรทางสาธารณสุขหากพบความผิดปกติ แต่ยังคงขาดการผลักดันนโยบายระดับชาติ เช่น การมีกฎหมายโรคมะเร็งแห่งชาติ ให้การตรวจแมมโมแกรมเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่สตรีสามารถเข้าถึง เพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธีมาตรฐาน ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้คือ หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องควรรณรงค์อย่างต่อเนื่องให้สตรีสนใจการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก ควรปรับปรุงด้านการประชาสัมพันธ์/สื่อและคุณภาพการบริการ การคัดกรองมะเร็งเต้านมให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และเข้าถึงสตรีกลุ่มเปราะบางได้โดยตรง รวมถึงผลักดันให้เกิดกฎหมายโรคมะเร็งแห่งชาติ ซึ่งจะช่วยขับเคลื่อนไปสู่การกำหนดมาตรการและการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมมะเร็งเต้านมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (วารสารโรคมะเร็ง 2562;39:77-92)

คำสำคัญ: มะเร็งเต้านม การป้องกัน การคัดกรองโรคในระยะเริ่มแรก บุคลากรที่มีสุขภาพ

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10700 ² โรงพยาบาลวัฒโนสถ กรุงเทพฯ 10310

Breast Cancer Prevention and Screening System in Thailand in Health Practitioners' Perspectives

by **Kanaungnit Pongthavornkamol¹, Nantiya Watthayu¹, Thiravud Khuhaprema²**

¹Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700 ²Cancer Hospital Wattanosoth, Bangkok 10310

Abstract Breast cancer remains a major public health problem for women in Asia and Thailand. Most patients often seek medical treatment when cancer is in an advanced stage. The purpose of this study was to analyze information regarding the healthcare-delivery system on prevention and screening of early breast cancer in Thailand, focusing on the perspectives of health professionals. Data were collected using existing data related to breast cancer screening policy and the relevant statistics, an interview with the project manager responsible for the early breast cancer screening program, and an expert panel meeting among breast-cancer specialists to verify the accuracy of the information/data obtained in this study. The results showed that breast cancer had the highest incidence among female cancers in 2012, and is expected to escalate continuously. The incidence of breast cancer is likely to increase every year, ranging from 3% to 7% per year. Information from the interview and expert panel meetings supports a finding that breast self-examination (BSE) is a main screening tool for breast cancer in Thailand, because most Thai women are unable to access standardized screening with mammography and ultrasound. At a policy level, basically there are guidelines to promote women's conduct of BSE and to see health professionals to conduct further clinical breast examinations if any abnormalities are found. However, a policy driving force is lacking, such as a national Cancer Act to enable women's rights to access standardized screening tools, such as a mammogram. It is suggested that the relevant authorities should continue to raise women's awareness of breast-cancer screening at an early stage, improve the quality of public relations/media and breast-cancer screening services to cover all communities, and reach target women directly, as well as enforce a national Cancer Act which will help drive a policy to implement measures and operations for the prevention and control of breast cancer more effectively. (*Thai Cancer J 2019;39:77-92*)

Keywords: breast cancer, prevention, screening, health professionals

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยในสตรี โดยพบมาร้อยละ 26.4 ของโรคมะเร็งทั้งหมดในสตรีไทย¹ สถิติปี พ.ศ. 2561² พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ทั่วโลก 2,088,849 ราย และอัตราการตายจากมะเร็งเต้านม 626,679 ราย ซึ่งให้เห็นว่ามะเร็งเต้านมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของสตรีทั้งในระดับโลกและภูมิภาคเอเชีย สำหรับประเทศไทยพบอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมสูงเป็นอันดับหนึ่ง และ

เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในสตรีต่อเนื่องกันมามากกว่า 10 ปี³⁻⁵ แม้อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมในประเทศไทยและภูมิภาคเอเชียยังไม่สูงเท่าประเทศทางตะวันตก แต่พบในสตรีอายุน้อยกว่าและมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นอย่างรวดเร็วมากกว่า⁶ ทั้งนี้ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในเอเชียส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์และได้รับการวินิจฉัยเมื่อโรคมะเร็งอยู่ในระยะลุกลามเนื่องจากข้อจำกัดทางด้านความรู้ในการคัดกรองมะเร็งเต้านม และส่วนใหญ่ยังไม่มียุทธศาสตร์การคัดกรองมะเร็ง

ด้านมระยะเริ่มแรกและเป็นมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพแก่ประชากรสตรีอย่างทั่วถึง (population-based breast cancer screening program)^{6,7} โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำ (low income countries: LICs) และรายได้ปานกลาง (middle income countries: MICs) ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่าอัตราการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามยังคงสูง⁸ ในแง่ของข้อมูลเชิงระบาดวิทยาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรค ระยะของโรคเมื่อได้รับการวินิจฉัย และอายุของสตรีเมื่อเกิดมะเร็งเต้านมแตกต่างกันไปจากประเทศทางตะวันตก รวมทั้งปัจจัยเชิงชีวภาพสังคม เช่น วิธีการดำเนินชีวิต ฮอริโมนเพศหญิง ความผิดปกติของสารพันธุกรรมที่ทำนายการเกิดมะเร็งเต้านม (BRCA 1&2) มักได้รับความสนใจและมีการศึกษารายงานจำนวนมาก อย่างไรก็ตามยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับระบบการบริการ นโยบายพื้นฐานในการป้องกันและคัดกรองมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกในประเทศไทย

คณะผู้วิจัยตระหนักถึงอุบัติการณ์และความรุนแรงของมะเร็งเต้านมว่าเป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศและภูมิภาคเอเชีย จึงสนใจศึกษาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคดังกล่าวซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การจักระบบบริการสุขภาพในการป้องกันและการคัดกรองมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกในประเทศไทย ข้อมูลจากการศึกษาวิเคราะห์ครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการจักระบบ/โปรแกรมการป้องกันคัดกรองมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดอุบัติการณ์ความรุนแรงของมะเร็งเต้านมใน

สตรีไทยต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสังเกต (observational research) ซึ่งใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลในรูปแบบการสัมภาษณ์เชิงลึก (depth interview) เกี่ยวกับประสบการณ์การบริหารโครงการ/โปรแกรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก ซึ่งมีการนำไปใช้เหมือนกันทุกจังหวัดทั่วประเทศตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยการเลือกตัวแทน 1 คนของชุมชนเมือง และอีก 1 คนของชุมชนชนบท สำหรับจำนวนผู้เชี่ยวชาญวิพากษ์ 10 คน เป็นขนาดกลุ่มที่ได้รับการยอมรับและใช้กันแพร่หลายทั่วไปในการพิจารณาตรวจสอบความตรง/คุณภาพของข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria) ประกอบด้วยบุคคล 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้บริหารโครงการการคัดกรองมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก จำนวน 2 คน โดยคัดเลือกจากชุมชนเมือง 1 คนและชุมชนชนบท 1 คน ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นผู้บริหารโครงการ/โปรแกรมการป้องกันและคัดกรองมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก และยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

2. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญวิพากษ์ข้อมูล (panel expert) จำนวน 10 คน ประกอบด้วย พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 1 คน พยาบาลวิจัยที่มีประสบการณ์ด้านการ

ทำวิจัยมะเร็งเต้านม จำนวน 2 คน บุคลากรทางสุขภาพที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองมะเร็งเต้านม การดูแลจัดการกับอาการและติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 2 คน บุคลากรระดับผู้บริหารโครงการที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งเต้านม จำนวน 2 คน บุคลากรผู้เกี่ยวข้องในด้านสื่อ/ประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม จำนวน 1 คน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านมที่มีประสบการณ์ไม่ต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์ 3 ชุด พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลเชิงระบาดวิทยา มะเร็งเต้านม ประกอบด้วย อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมตามมาตรฐานอายุ แนวโน้มการเกิดมะเร็งเต้านมในช่วง 25 ปี อัตราการตายของมะเร็งเต้านมในช่วง 5 ปี อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ด้วยบุคลากรทางการแพทย์ (CBE) และด้วยแมมโมแกรม (mammogram) แบบบันทึกเกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติและระบบการคัดกรองมะเร็งเต้านม กรอบนโยบายการคัดกรองมะเร็งเต้านมตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และแนวทางการปฏิบัติการคัดกรองมะเร็งเต้านมในเขตชุมชนเมืองและชนบท และแบบสัมภาษณ์คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย ประเด็นคำถามเกี่ยวกับอัตรากำลัง/ผู้รับผิดชอบ แนวทางการบริการจัดการโครงการงบประมาณและระบบค่าใช้จ่ายในการป้องกันและ

คัดกรองมะเร็งเต้านม กลยุทธ์/วิธีการที่ใช้ในสถานบริการ ในการป้องกันและคัดกรองมะเร็งเต้านมและประสิทธิผลของโครงการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA. No. MU-IRB/C 2010/34.2004) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้อง เช่น ฐานข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น ประกอบด้วยข้อมูลเชิงระบาดวิทยาเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบข้อปฏิบัติ นโยบายระดับชาติ และระบบบริการในการป้องกันและคัดกรองมะเร็งเต้านม ระยะเริ่มแรก และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารโครงการ/โปรแกรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกในเขตชุมชนเมือง 1 คน และ ชุมชนชนบท 1 คน ตามแนวทางที่กำหนดในแบบสอบถามปลายเปิด การสัมภาษณ์ถูกบันทึกด้วยเครื่องบันทึกเสียงในสถานที่ส่วนตัวโดยได้รับอนุญาตจากผู้ถูกสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์แต่ละประมาณ 1.5-2 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์และสรุปผลข้อมูลเชิงระบาดวิทยา มะเร็งเต้านมที่ได้จากการสืบค้นทางอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ สถิติการเกิดมะเร็งเต้านม อัตราการตาย อัตรารอดชีพในช่วงเวลา 5 ปี และแนวโน้มในระยะ 25 ปี

อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย BSE, CBE, และ mammogram วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงปริมาณ (quantitative content analysis)⁹ การสัมภาษณ์ ถูกถอดเทปออกมาเป็นข้อความ (transcribed) และตรวจสอบฟังซ้ำเพื่อความถูกต้อง จำแนกการวิเคราะห์ ในประเด็นต่าง ๆ ตามโครงสร้างคำถามในแบบสอบถาม เกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพในการป้องกัน และการคัดกรองมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกในประเทศไทย นำผลที่ได้ทั้งหมดมาผ่านการประชุม วิชาการ/ให้ข้อคิดเห็นโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (panel expert) ด้านการป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย มะเร็งเต้านม จำนวน 10 ราย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของสรุปข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่ได้จากการสืบค้น และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโครงการคัดกรอง มะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก

ผลการศึกษา

ผลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลทางสถิติโดย สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับ ข้อมูลเชิงระบาดวิทยา มะเร็งเต้านม สรุปว่า อุบัติการณ์ มะเร็งเต้านมพบสูงสุดของโรคมะเร็งทั้งหมดในสตรีไทย ตั้งแต่ในปี ค.ศ. 2012 และยังคงสูงสุดต่อเนื่องจนถึงปี ค.ศ. 2025 อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นทุกปี คิดเป็นร้อยละ 3 ถึงร้อยละ 7 ต่อปี ขึ้นอยู่กับแต่ละภาค ของประเทศ ผลการวิเคราะห์ด้านอุบัติการณ์การเกิด ความชุก อัตราการตาย อัตราการรอดชีพในช่วงเวลา 5 ปี แนวโน้มอัตราการรอดชีพในระยะ 25 ปี อัตรา การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจเต้านมด้วย

ตนเอง (BSE) การตรวจเต้านมด้วยบุคลากรทางสาธารณสุข (CBE) และการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม (mammography screening) ของสตรีไทย ดังรายละเอียด แสดงในตารางที่ 1

ผลจากการสืบค้นข้อมูล/เอกสารเกี่ยวกับ ระเบียบ ข้อปฏิบัติ และนโยบายแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับ การป้องกันควบคุมมะเร็งเต้านมพบว่า ประเทศไทย มีการกำหนดนโยบายการป้องกันและควบคุมไว้ใน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ¹⁵ โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง¹⁶ โดยมีสถาบันมะเร็งแห่งชาติสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักเกี่ยวกับการ ศึกษาค้นคว้า วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดเทคโนโลยี วิชาการทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็ง การฝึกอบรมแก่ แพทย์และพยาบาลเพื่อส่งเสริมความเป็นผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง และบริการการตรวจวินิจฉัย และบำบัดรักษาแก่ผู้เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ในด้านการ ป้องกันและควบคุมมะเร็งเต้านม กระทรวงสาธารณสุข โดยความร่วมมือกับมูลนิธิศูนย์ถันรักษ์และสปสช. ได้ดำเนินโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีคุณภาพในสตรีอายุ 30-70 ปี ในผู้ที่พบความ ผิดปกติของเต้านมจะได้รับการส่งต่อตามระบบเพื่อ ไปรับการตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญ และตรวจด้วยแมมโมแกรม (mammogram) มีการดูแลที่ต่อเนื่องเหมาะสม โดยคาดหวังจะ พบมะเร็งเต้านมในขนาดก้อนที่เล็กลง และพบมะเร็ง เต้านมในระยะเริ่มแรกสูงขึ้น ส่งผลต่อการลดอัตราตาย จากมะเร็งเต้านมในที่สุด¹⁵

อย่างไรก็ตาม ผลสรุปความคิดเห็นจากการ

ตารางที่ 1 สถิติข้อมูลเชิงระบาดวิทยา มะเร็งเต้านมในประเทศไทยตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000-2025

หัวข้อ	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติ												
	ปี ค.ศ.					ปี ค.ศ.							
1. อุบัติการณ์มะเร็งเต้านมปรับมาตรฐานอายุ/แสนประชากร ¹⁰	2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012	2013-2015	2000	2012	2025	2000	2012	2025		
	ASR	20.9	25.6	26.4	28.5	xxx	ASR	Case	ASR	Case	Case		
2. อุบัติการณ์การเกิดและแนวโน้มการเกิดมะเร็งเต้านมในสตรีในช่วงเวลา 25 ปี ³	ทั้งหมด	19.2	26.2	33.9	6332.8	18,286.8	ทั้งหมด	21.8	27.9	30.3	1475.6	2535.2	3102.5
	เหนือ	14.5	24.0	34.7	1606.8	3260.1	เหนือ	19.8	23.6	35.0	806.7	1298.3	2407.9
	ตะวันออกเฉียงเหนือ	20.7	29.4	33.7	2443.7	5335.2	ตะวันออกเฉียงเหนือ	19.2	26.2	33.9	6332.8	12,428.8	18,286.8
	กลาง	19.8	23.6	35.0	806.7	1298.3	กลาง	20.7	29.4	33.7	2443.7	5335.2	8568.7
	ใต้	19.8	23.6	35.0	806.7	1298.3	ใต้	19.8	23.6	35.0	806.7	1298.3	2407.9
3. อัตราการตายของมะเร็งเต้านมต่อประชากร 100,000 คน ในช่วง 5 ปี ^{4,11}	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016			
	2896	3246	3455	3752	4099	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
	8.9	9.9	10.5	11.3	12.4	อัตรา	อัตรา	อัตรา	อัตรา	อัตรา			

ตารางที่ 1 สถิติข้อมูลเชิงระบาดวิทยาของมะเร็งเต้านมในประเทศไทยตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000-2025 (ต่อ)

หัวข้อ	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติ				
4. อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ (CBE) และแมมโมแกรม (Mammogram) ^{12,13}	2007-2008	ปี ค.ศ. 2014			
	CBE (อายุ 15-59 ปี) (ร้อยละ)	17.9	18.5		
	Mammogram (อายุ 40-59 ปี) (ร้อยละ)	4.5	5.4		
5. อัตราการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ¹⁴	ปี ค.ศ.				
	2013	2014	2015	2016	เฉลี่ย
	BSE (อายุ 30-70 ปี) (ร้อยละ)	60.9	74.9	59.0	69.1

ASR: age standardized incidence rate/100,000 populations, CBE: clinical breast examination, BSE: breast self-examination

ประชุมผู้เชี่ยวชาญ (panel expert) ชี้ให้เห็นว่า ในทางปฏิบัติประเทศไทยยังไม่มี การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมแบบระบบ (organized screening mammogram) กล่าวคือประชาชนทุกคนไม่สามารถรับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมตามสิทธิการรักษาขั้นพื้นฐานที่ตนเองมีได้ ยกเว้นจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการตรวจเอง ซึ่งการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรมดังกล่าว จัดเป็นการคัดกรองแบบแล้วแต่โอกาส (opportunistic screening mammogram) ในผู้ป่วยที่ตรวจพบความผิดปกติเบื้องต้นจาก BSE หรือ CBE จึงจะได้รับการส่งต่อให้ได้รับการตรวจด้วยแมมโมแกรมเพื่อยืนยันความผิดปกติและวินิจฉัยโรค (diagnostic screening mammogram) ระบบการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมในประเทศไทยส่วนใหญ่ใช้ระบบดังกล่าวนี้ ซึ่งแตกต่างจากระบบการตรวจคัดกรองแบบเป็นระบบ (organized screening mammogram) ซึ่งจะมีการแบ่งกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรให้ได้มากที่สุดและความเสี่ยงที่สูงในระดับที่ต้องการ ตัวอย่างการคัดกรองระบบนี้ได้แก่ การคัดกรองกลุ่มผู้หญิงอายุ 30-70 ปี ในระดับชาติ (national screening) ที่เป็นมาตรฐานสากลของหลายประเทศแถบตะวันตก

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมในชุมชนเขตชนบทในระดับจังหวัดสรุปเป็นภาพรวมได้ว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขและส่งต่อไปกับโรงพยาบาลในความรับผิดชอบทุกระดับรวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยทางโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลจะเป็นผู้ดำเนินการจัดทำโครงการเสนอต่อองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อของบประมาณในการดำเนินโครงการ ด้านการพัฒนาบุคลากร การผลิตสื่อและการติดตาม/ประเมินผลโครงการ โดยมีการประสานงานความร่วมมือกับองค์กรอื่น ๆ ได้แก่ สาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ โรงพยาบาลระดับจังหวัด/อำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนและองค์กรบริหารส่วนตำบลในการวางแผนและดำเนินการจัดโครงการคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยจัดประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในจังหวัด เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ รวมทั้งมะเร็งเต้านมของประชากรในจังหวัดกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-70 ปี แหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงานของโครงการที่สำคัญ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ให้งบประมาณด้านสุขภาพผ่านทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) จากงบประมาณดังกล่าวได้มีการจัดทำโครงการเชิงรุกในการเฝ้าระวังมะเร็งเต้านมในกลุ่มสตรีอายุ 30-70 ปี ในการตรวจค้นหามะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ทุกเดือน และตรวจด้วยบุคลากรสาธารณสุข (CBE) ปีละครั้ง ส่วนการตรวจด้วยการถ่ายภาพรังสีเต้านมหรือแมมโมแกรม (mammogram) ทำในรายที่สงสัยโดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 เป็นต้นมา การดำเนินของโครงการดังกล่าว แบ่งเป็น 2 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) กิจกรรมด้านให้ความรู้และทักษะ เช่น การจัดอบรมให้ความรู้กลุ่มเป้าหมาย พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/แกนนำสตรี สร้างแรงจูงใจในสตรีกลุ่มเป้าหมายให้เข้าร่วมโครงการ และติดตามประเมินทักษะการตรวจเต้านมและความสม่ำเสมอใน

การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเป้าหมาย ทุกเดือน และ 2) กิจกรรมเพื่อพัฒนาระบบสื่อสาร/ประชาสัมพันธ์ เช่น การสร้างทีมประชาสัมพันธ์ระดับหมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ/จังหวัด การพัฒนา/ปรับปรุง สื่อสนับสนุน นอกจากนี้ แผนงานด้านการป้องกัน มะเร็งเต้านมในชุมชนในระดับจังหวัดยังครอบคลุมไปถึง กิจกรรมอื่นของสตรีกลุ่มเป้าหมาย เช่น สตรีที่ทำงาน ในโรงงาน พนักงานบริษัท เป็นต้น กิจกรรมดังกล่าวมีการประชาสัมพันธ์เชิญชวนประชาชนเข้าร่วมกิจกรรม และติดตามผลการดำเนินงานของกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานและเข้าถึงประชากร กลุ่มเสี่ยงได้มากขึ้น ปัญหาที่พบในการปฏิบัติโครงการ เช่น กลุ่มเป้าหมายไปทำงานต่างจังหวัด ทำให้ไม่สามารถติดตามได้ รวมทั้งวิถีชีวิตกับการจัดบริการ เช่น อาชีพจับปลา ทำงานโรงงานจึงไม่สะดวกในการมารับบริการในเวลาปกติ การแก้ไขปัญหาคำโดย ขยายเวลาการให้บริการนอกเวลาราชการและในวันหยุดราชการ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโครงการ ป้องกันและคัดกรองมะเร็งเต้านมในชุมชนเขตเมือง ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร สรุปว่า โครงการเฝ้าระวังมะเร็งเต้านมในสตรีเป็นโครงการเชิงรุกสำคัญของงานการป้องกันควบคุมมะเร็งเต้านม ที่จัดดำเนินการโดยศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเมือง เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุตั้งแต่ 30-70 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ รับผิดชอบของศูนย์ ซึ่งอยู่ในรัศมี 25 กิโลเมตรและ พื้นที่ข้างเคียง โดยพยาบาลผู้รับผิดชอบงานด้าน Women Health เป็นผู้เขียนร่างโครงการและนำเสนอ

เพื่อรวมเป็นแผนกลยุทธ์ของศูนย์บริการสาธารณสุข ที่ตอบสนองต่อนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของ กรุงเทพมหานครในทุกปีงบประมาณ การดำเนินงาน ดังกล่าวมีการประสานความร่วมมือกับองค์กรอื่น ๆ โดยมีแหล่งทุนสนับสนุนด้านงบประมาณจากสำนัก ออนามัยกรุงเทพมหานคร และบางส่วนจากเงินบริจาค และเงินค่าสุขภาพรายหัวจาก สปสช. ในการดำเนิน โครงการ มีการออกสำรวจรายชื่อสตรีอายุ 30-70 ปี และจัดทำทะเบียนรายชื่อแยกของแต่ละหมู่บ้าน/ชุมชน การให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการป้องกัน/ ตรวจหามะเร็ง ในระยะเริ่มแรกและให้บริการการตรวจ คัดกรองมะเร็งเต้านมแก่สตรีกลุ่มเป้าหมายซึ่งการ ดำเนินโครงการประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ 1) ประสาน ขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่อยู่ในพื้นที่ รับผิดชอบของศูนย์เพื่อนัดหมายวัน เวลาของการ เข้าไปดำเนินการตรวจสุขภาพ 2) ดำเนินการตรวจ คัดกรองสุขภาพทั่วไปและส่งต่อกลุ่มเป้าหมายเพื่อ ไปรับการตรวจคัดหามะเร็งเต้านม ณ ศูนย์บริการ สาธารณสุขของผู้ดำเนินโครงการ 3) สอนสาธิตการ ตรวจเต้านมในวันที่กำหนด 4) สรุปประเมินผลการตรวจ แจ้งผลให้เจ้าตัวทราบ ส่งพบแพทย์ในรายที่มีปัญหา และ 5) ประเมินผลโครงการในด้านการประชาสัมพันธ์ และสื่อ ศูนย์บริการฯมีเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ของ ศูนย์ในการให้บริการด้านข้อมูลข่าวสาร มีเอกสาร แผ่นพับด้านสุขภาพ สมุดบันทึกการตรวจ BSE จัดทำโดยฝ่ายสุขศึกษา สำนักอนามัย กทม.รวมถึงมี การจ้างทำสื่อเพื่อประชาสัมพันธ์ต่างหาก เช่น โปสเตอร์ จากการติดตามประเมินผลโครงการพบว่า โครงการ เชิงรุกดังกล่าวยังไม่ค่อยประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

ณ ปัจจุบันมีสตรีมาใช้บริการประมาณร้อยละ 50 ต้องการให้มีผู้มาใช้บริการมากกว่านี้ ปัญหาหนึ่งที่ยพบในการปฏิบัติโครงการและแนวทางการแก้ไขได้แก่ ผู้ป่วยไม่มาตามวันนัดหมาย เจ้าหน้าที่ติดภารกิจ การประชุม ไม่สามารถให้บริการการตรวจได้

ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการตรวจด้วยการถ่ายภาพรังสีเต้านมหรือแมมโมแกรม (mammogram) จากการสืบค้นข้อมูลด้านอัตราค่าบริการที่กำหนดไว้ทั้งจากสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนหลายแห่ง พบว่ามีราคาค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับค่ารักษาพยาบาลของประชาชนไทยในสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้รับการจัดสรรค่ารักษาพยาบาล 1,167.41 บาท/คนปี และประชาชนทุกสิทธิการรักษาไม่สามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยการตรวจด้วยแมมโมแกรม อัลตราซาวด์ ตามสิทธิการรักษาของตนเองได้ ยกเว้นหากมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับเต้านม และแพทย์ลงความเห็นว่าเป็นต้องตรวจจึงได้รับการตรวจรักษาตามสิทธิการรักษาพื้นฐานที่มี อัตราค่าตรวจขึ้นอยู่กับชนิดของการตรวจคัดกรองแมมโมแกรม อัลตราซาวด์ในรูปแบบของการแยกตรวจอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือตรวจทั้งสองอย่าง สำหรับอัตราค่าตรวจโดยทั่วไป ถ้าอัลตราซาวด์อย่างเดียวประมาณ 1,000 บาท แมมโมแกรมอย่างเดียวประมาณ 1,500 บาท หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน (ultrasound+mammogram) ประมาณ 2,200-2,500 บาท ในสถานพยาบาลของรัฐบาล หรือประมาณ 3,100-4,800 บาท ในสถานพยาบาลของเอกชน อย่างไรก็ตาม ค่าใช้จ่ายนี้อาจแตกต่างกันไปได้อีกในแต่ละสถานพยาบาล

เป้าหมายการตรวจคัดกรองหามะเร็งเต้านมเพื่อการวินิจฉัยโรคให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อ

สามารถรักษาให้หายได้และลดอัตราการเสียชีวิต ข้อมูลจากการสืบค้นเอกสาร/ฐานข้อมูลที่ผ่านมา⁸ คณะทำงานประเมินเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยมะเร็งเต้านมระยะแรกของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2546 ได้มีการประชุมระดมความคิดเห็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นแนวทางในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย โดยกำหนดแนวปฏิบัติ (guideline) ดังนี้ 1) สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ควรเริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) เดือนละหนึ่งครั้ง และควรตรวจโดยบุคลากรสาธารณสุข (CBE) อย่างน้อยทุก 3 ปี 2) สตรีที่มีอายุ 40-69 ปี และไม่มีอาการ นอกจากตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอแล้วควรตรวจโดยแพทย์/บุคลากรสาธารณสุขทุก 1 ปี และตรวจด้วยแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี ในกรณีที่ญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมที่อายุน้อยกว่า 40 ปี ให้ทำการตรวจก่อนอายุของญาติที่เป็นมะเร็งเต้านมประมาณ 5 ปี และ 3) สตรีที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ให้พิจารณาเป็นรายบุคคลโดยพิจารณาถึงสถานะสุขภาพในขณะนั้นและการคาดคะเนการมีชีวิตอยู่ต่อไป (life expectancy)⁸

นอกจากนี้ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโครงการพบว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรคมะเร็งได้มีการพัฒนาองค์ความรู้ สื่อ และการประสานงานทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค เช่นการจัดการอบรมครู ก. ครู ข. ให้มีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและมีทักษะในการตรวจ BSE พร้อมทั้งสามารถถ่ายทอดความรู้และทักษะการตรวจดังกล่าวให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อให้ไปถ่ายทอดความรู้และทักษะการตรวจ BSE ต่อให้แก่

สตรีในเขตรับผิดชอบแต่ละคน โดยใช้สื่อที่กระทรวงสาธารณสุขจัดทำให้ และได้มีการประเมินคุณภาพการตรวจเต้านมทั้งของอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชน ถ้าพบความผิดปกติของเต้านมให้มีการส่งต่อตามระบบตามลำดับ เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมและการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป อย่างไรก็ตาม มีประเด็น/ข้อห่วงใยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการรักษามะเร็งเต้านมในกลุ่ม panel expert เกี่ยวกับการจัดอบรมความรู้แก่ครูฝึก (training for the trainers) เช่น อสม./ประชาชนทั่วไปที่ไม่ใช่ expert ในแง่ของมาตรฐานวิธีการสอนและวิธีการทดสอบประสิทธิภาพของการตรวจ BSE (รวมทั้ง CBE) ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีกระบวนการเรียนการสอนมาตรฐานดังกล่าวที่รับรองโดยองค์การนาชาติที่เกี่ยวข้อง เช่น IARC (International Agency for Research on Cancer)

จากการสืบค้นข้อมูลย้อนหลังจากแหล่งข้อมูลสุขภาพสำคัญ เช่น สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ (สสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เกี่ยวกับกิจกรรมการรณรงค์ให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีไทย พบว่าหน่วยงานหลายภาคส่วนได้ร่วมมือกันในการรณรงค์ด้านมะเร็งเต้านม ทั้งภาครัฐกิจที่เกี่ยวข้องกับสตรีภาครัฐ ภาคเอกชน มีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม อาทิ เช่น การจัดมหกรรมด้านมะเร็งเต้านม การจัดบูธภายในห้างสรรพสินค้า การรณรงค์ผ่านรายการทางโทรทัศน์ รวมถึงการจัดนิทรรศการต่าง ๆ ของภาครัฐ ตัวอย่างเช่น ในช่วงเดือนตุลาคมของทุกปี เนื่องจากทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยได้กำหนดให้เป็นเดือนแห่งการ "รณรงค์

เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมโลก" โดยใช้สัญลักษณ์เป็นรูปโบว์ชมพู (pink ribbon) ซึ่งมูลนิธิกาญจนบารมีร่วมกับกรมประชาสัมพันธ์ จัดกิจกรรม "เดือนแห่งการป้องกันมะเร็งเต้านมโลก" โดยการจัดโครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมเคลื่อนที่ (mammogram) ในสตรีกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาส¹⁷⁻¹⁹ นอกจากนี้มีการจัดกิจกรรมในสัปดาห์วันมะเร็งโลกช่วงต้นเดือนกุมภาพันธ์ของทุกปี ตัวอย่างของกิจกรรมดังกล่าว เป็นเพียงส่วนหนึ่งของการจัดรณรงค์ให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีไทย ซึ่งเกิดจากการร่วมมือกันของหลาย ๆ หน่วยงาน นอกจากนี้ยังมีการกระจายข่าวของการจัดกิจกรรมดังกล่าวโดยทางหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ ดิจิทัลโปสเตอร์

ข้อคิดเห็น/วิพากษ์จากกลุ่ม panel expert ในการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนกิจกรรมดังกล่าวที่สะท้อนว่าการตระหนักถึงภัยจากมะเร็งเต้านม (breast cancer awareness) เป็นสิ่งสำคัญและต้องส่งเสริมให้สตรีตระหนักรู้และเห็นความสำคัญของการทำ BSE และ CBE อย่างต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ ทั้งนี้เน้นวิธีการตรวจเต้านมอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ และสื่อประชาสัมพันธ์ที่ดีที่สุดคือสื่อที่เข้าถึงประชาชนได้อย่างทั่วถึงและตลอดเวลาโดยการใช้อัฒยาธิบายที่กระชับ และเข้าใจได้ง่าย พกพาสะดวก ซึ่งสื่อสิ่งพิมพ์จะช่วยตอบโจทย์ได้ดีกว่า ร่วมกับรูปภาพที่ชัดเจน และเข้าใจได้ง่าย

วิจารณ์

จากสถิติ/ข้อมูลเชิงระบาดวิทยาของมะเร็งเต้านมในประเทศไทยพบว่า อุบัติการณ์การเกิดมะเร็ง

ด้านมโนสตรีไทยเพิ่มขึ้นทุกปีเป็นเวลาต่อเนื่องกันมากกว่า 10 ปี ทั้งในระดับภาพรวมทั้งประเทศและในระดับภูมิภาค โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3 ถึงร้อยละ 7 ต่อปี ขึ้นอยู่กับแต่ละพื้นที่ และมีแนวโน้มที่จะมากขึ้นทุกปี³ เนื่องจากรูปแบบการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป และลักษณะการรับประทานอาหารที่ได้รับอิทธิพลจากประเทศแถบตะวันตกมากขึ้น น้ำหนักเกินหรืออ้วน ภาวะหมดประจำเดือนเร็วขึ้น²⁰ นอกจากนี้ การขาดความรู้/การละเลยเพิกเฉยของประชาชนจำนวนมากต่อการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมพบว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดมะเร็งเต้านม แม้จะมีข้อมูลมากมายจากบุคลากรทางสุขภาพที่แนะนำว่า การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำรงชีวิต การควบคุมอาหาร จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมลงได้²¹

จากอุบัติการณ์การเกิดและการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ส่งผลให้หลายประเทศเห็นความสำคัญต่อการป้องกันและรักษาโรคมะเร็งอย่างมาก ได้มีการกำหนดเป็นมาตรการทางกฎหมายขึ้น เรียกว่า กฎหมายว่าด้วยโรคมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Act) สำหรับเป็นองค์กลางในการกำหนดนโยบายเพื่อใช้ในการวางมาตรการป้องกัน คัดกรอง รักษา และลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้สามารถกำกับดูแลและผลักดันมาตรการต่าง ๆ ดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ ได้พบว่ามาตรการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งในประเทศเหล่านี้ได้รับผลสำเร็จที่น่าพอใจ สำหรับประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายว่าด้วยโรคมะเร็งแห่งชาติ

จากการสืบค้นเอกสารที่เกี่ยวข้อง^{22,23} พบว่า แนวคิดของการกำหนดนโยบายเป็นกฎหมาย (Policy Legitimacy) ว่าด้วยโรคมะเร็งแห่งชาติของประเทศไทย ได้รับความเห็นชอบและการสนับสนุนจากกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินการประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อศึกษาข้อมูลและแนวทางของการจัดทำร่างพระราชบัญญัติแห่งชาติ (The National Cancer Act) เมื่อเดือนกรกฎาคมปี พ.ศ. 2553²² แต่ไม่ประสบความสำเร็จจนถึงปัจจุบัน การไม่มีกฎหมายกำกับระเบียบวิธีปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ทำให้การผลักดันนโยบายของภาครัฐเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมตามมาตรฐานสากลยังไม่สามารถทำได้ ทำให้ประชากรส่วนใหญ่โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีรายได้น้อย ไม่สามารถเข้าถึงการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่มีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐาน เช่น การตรวจด้วยแมมโมแกรมซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงและสิทธิการรักษาขั้นพื้นฐานของประชากรในประเทศไทยยังไม่ครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธีการดังกล่าว ประกอบกับการตรวจแมมโมแกรมต้องอาศัยเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสูงและรังสีแพทย์ที่มีความแม่นยำในการตรวจและการอ่านผลการตรวจ รวมถึงสถานที่ในการจัดตั้งอุปกรณ์ และเงินทุนในเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่เดิม (existing information/data) เกี่ยวกับอัตราการตรวจ/คัดกรองมะเร็งเต้านมในการศึกษารุ่นนี้ สนับสนุนว่าการคัดกรองมะเร็งเต้านมตามมาตรฐานสากลในประเทศไทยยังมีข้อจำกัดด้านระบบการให้บริการและโอกาสการเข้าถึงบริการของประชากรไทย³ ซึ่งสะท้อน

ว่าปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีความพร้อมต่อการให้บริการตรวจแมมโมแกรมเพื่อการคัดกรองมะเร็งเต้านมขึ้นพื้นฐานของประชากรไทย โดยพบว่าสตรีไทยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมเพียงร้อยละ 4.5-5.9^{12,13,24} ต่ำกว่าอัตราการศึกษาของสตรีในประเทศไต้หวันซึ่งได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมร้อยละ 17²⁵ และยังเป็นอัตราที่ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศทางแถบตะวันตก

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโครงการคัดกรองมะเร็งเต้านม ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเป้าหมายในบริบทสังคมเมืองและสังคมชนบทของประเทศไทยมีลักษณะคล้ายคลึงกันกล่าวคือ เน้นที่การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) และการตรวจคัดกรองโดยบุคลากรสาธารณสุข (CBE) ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-70 ปี มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกตาม guideline ที่กำหนดไว้ ประกอบด้วย BSE และ CBE เป็นพื้นฐานสอดคล้องกับสรุปความเห็นในทิศทางเดียวกันของกลุ่ม panel expert ที่ยอมรับว่าการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยในปัจจุบันคือ การตรวจ BSE และ CBE แม้ว่าไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่าสามารถลดอัตราการตายของมะเร็งเต้านมได้ แต่คาดหวังผลว่า BSE และ CBE จะสามารถช่วยลดระยะของโรคมะเร็ง (downstage) ที่ตรวจพบได้¹⁴ และเพิ่มความตระหนักของสตรีในการสนใจดูแลสุขภาพและตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก²⁴ เช่นเดียวกับสมาคมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกาที่ยังคงแนะนำให้สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือนเพื่อสังเกต

ความผิดปกติและสามารถไปพบแพทย์ได้ทันที่²⁶ สำหรับการตรวจแมมโมแกรมแม้อุบัติการณ์ในแนวปฏิบัติ (guideline) แต่ในวัตถุประสงค์ของการบริการสุขภาพขึ้นพื้นฐานแก่ประชากรสตรีเพื่อคัดกรองมะเร็งเต้านม (population-based breast cancer screening mammogram) ยังไม่เกิดขึ้นในประเทศไทยในปัจจุบัน เนื่องจากเมื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้ ความคุ้มค่า แหล่งทรัพยากรบุคคลและอุปกรณ์ที่มีอยู่ ซึ่งชี้ให้เห็นว่ายังขาดความพร้อมในปัจจุบันดังกล่าว จึงไม่สามารถผลักดันเรื่องนี้ให้เกิดขึ้นได้ในระบบบริการสุขภาพแก่สตรีกลุ่มเป้าหมายอย่างทั่วถึงได้^{3,24} อย่างไรก็ตามในปัจจุบันมีบางการศึกษารายงานว่า screening mammogram อาจไม่ได้เป็นอิทธิพลสำคัญในการลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม เพราะผลการศึกษาเชิงทดลองระยะยาว 25 ปีในประเทศแคนาดารายงานว่า การคัดกรองด้วยการตรวจแมมโมแกรมทุกปีในสตรีอายุ 40-59 ปี ไม่ลดอัตราการตายจากมะเร็งเต้านม²⁷ จึงสรุปได้ว่า screening mammography อาจไม่เหมาะสมและคุ้มค่ากับบริบทของประเทศไทยที่มีรายได้น้อย (LICs) และรายได้ปานกลาง (MICs) ซึ่งมีความจำกัดในงบประมาณ/ทรัพยากรด้านต่าง ๆ ดังกล่าว และ BSE และ CBE จัดเป็นทางเลือกที่เหมาะสม²⁸

การศึกษาค้นคว้าที่พบว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีด้วยตนเอง (BSE) มีแนวทางการจัดกิจกรรมการบริการและประเด็น/ปัญหาที่เกิดขึ้นคล้ายคลึงกันในพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท กล่าวคือ การให้บริการยังไม่สามารถทำได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และทำได้อย่างมีประสิทธิภาพเต็มที่ ซึ่งสะท้อนถึง

ประเด็นปัญหาของความยั่งยืนในการบริหารจัดการดังกล่าว ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโครงการพบว่า การดำเนินงานในหลายส่วนยังขาดการส่งต่องานอย่างเป็นระบบและขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ปัญหาอาจเกิดจากปัจจัยทางด้านบุคลากรผู้ให้บริการ และสตรีกลุ่มเสี่ยงผู้ใช้บริการ เช่น ภาระหน้าที่ของบุคลากรทางสุขภาพที่มีหลากหลายด้าน ทำให้ไม่สามารถติดตามผลการดำเนินงานและผลักดันให้โครงการป้องกันและควบคุมมะเร็งเต้านมดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ประกอบกับสตรีกลุ่มเสี่ยงจำนวนมากยังขาดความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการป้องกันและควบคุมมะเร็งเต้านม ทำให้ละเลยและไม่เห็นความสำคัญของการทำ BSE ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกเดือน²⁹ นอกจากนี้การประชาสัมพันธ์โครงการอาจยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้โดยตรง รูปแบบของการประชาสัมพันธ์ที่ยังคงใช้รูปแบบเดิม ช่วงระยะเวลาในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งอาจทิ้งช่วงนานเกินไป ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการเสริมแรง/จูงใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสตรีในการตรวจคัดกรองและป้องกันมะเร็งเต้านม

สรุป

การศึกษาวิเคราะห์การจัดระบบบริการสุขภาพในการป้องกันและคัดกรองมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกในมุมมองของบุคลากรสุขภาพผู้ให้บริการครั้งนี้สนับสนุนว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) รวมทั้งการตรวจโดยบุคลากรสุขภาพ (CBE) เป็นวิธีการคัดกรองมะเร็งเต้านมเบื้องต้นที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

เนื่องจากสตรีไทยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรมได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง BSE แม้ไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่าสามารถลดอัตราการตายของมะเร็งเต้านมได้ แต่สามารถช่วยลดระยะของโรค (downstage) มะเร็งเต้านมที่ตรวจพบและเพิ่มความตระหนักของสตรีกลุ่มเสี่ยงได้ จากผลการศึกษาผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการจัดบริการสุขภาพ หน่วยงานภาครัฐควรเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น การประชาสัมพันธ์ผ่านอินเทอร์เน็ต วิทยุ โทรทัศน์ เบบอร์ด เฟสบุ๊ก mobile application ต่าง ๆ จะทำให้สามารถเข้าถึงสตรีกลุ่มเสี่ยงและสตรีกลุ่มเป้าหมายที่อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปให้ได้รับความรู้และการฝึกตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) อย่างถูกวิธี นอกจากนี้ การส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมจะเป็นการผลานความร่วมมือประชากรในชุมชนและภาครัฐทำให้เข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงได้อย่างทั่วถึงมากขึ้นและดำเนินโครงการป้องกันและคัดกรองมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกได้อย่างยั่งยืน

2. ด้านนโยบายสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลควรดำเนินการผลักดันให้เกิดกฎหมายมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Act) เพื่อใช้เป็นกรอบในการกำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมและป้องกันมะเร็งเต้านม รวมถึงการผลักดันสิทธิขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจแมมโมแกรมให้เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชากรไทยสามารถเข้าถึง การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธีมาตรฐาน เชื่อว่าจะส่งผลให้อุบัติการณ์ความเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมลดลงได้

3. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับ
อิทธิพล ความคุ้มค่าคุ้มราคา (cost effectiveness)
ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรม
ในบริบทของประเทศไทย ผลการศึกษาจะมีประโยชน์
ในการช่วยกำหนดทิศทางว่าควรผลักดันให้เกิดการ
เท่าเทียมแก่สตรีกลุ่มเสี่ยงในการเข้าถึงการตรวจ
แมมโมแกรมเพื่อคัดกรองมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก
ในประเทศไทยต่อไปหรือไม่อย่างไรในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารโครงการ และ
ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านมทุกท่านที่เข้าร่วมให้
ข้อคิดเห็นเสนอแนะ และให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์
ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Kuhuaprema T, Attasara P, Sriplung H, Wiangnon S, Sangrajrang S, eds. Cancer in Thailand Vol. VII 2007-2009. Bangkok: Bangkok Medical Publisher; 2013.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin 2018;68:394-424.
3. Virani S, Bilheem S, Chansaard W, Chitapanarux I, Daoprasert K, Khuanchana S, et al. National and subnational population-based incidence of cancer in Thailand: assessing cancers with the highest burdens. Cancers 2017;9:E108.
4. กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2560 (Hospital-based cancer registry 2017). กรุงเทพมหานคร: พรทรัพย์การพิมพ์; 2561.
5. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559. เข้าถึงได้จาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_strategy2559.pdf. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2562.

6. Fan L, Goss PE, Strasser-Weippl K. Current status and future projections of breast cancer in Asia. Breast Care 2015;10:372-8.
7. Tan SM, Evans AJ, Lam TP, Cheung KL. How relevant is breast cancer screening in the Asia/Pacific region?. Breast 2007;16:113-9.
8. World Health Organization. Guidelines for the early detection and screening of breast cancer 2006. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/119805>. Accessed January 10, 2019.
9. Bengtsson M. How to plan and perform a qualitative study using content analysis. NursingPlus Open 2016;2:8-14.
10. Imsamran W, Pattatang A, Supattagorn P, Chiawiriyabunya I, Namthisong K, Wongsena M, et al. Cancer in Thailand Vol. IX, 2013-2015. Bangkok: Ministry of Public Health; 2018.
11. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558. เข้าถึงได้จาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic2558.pdf. สืบค้นเมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2562.
12. วิชัย เอกพลากร, บรรณานิติกร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557
13. วิชัย เอกพลากร, บรรณานิติกร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2552.
14. ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. ประสิทธิภาพของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอร่วมกับการใช้สมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเองในการคัดกรองมะเร็งเต้านมในประเทศไทย: การศึกษาไปข้างหน้า: ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
15. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560-2564. เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdb.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422. สืบค้นเมื่อวันที่ 17 เมษายน 2562.
16. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564); 2559.
17. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). กรมการแพทย์. ทุกภาคส่วนร่วมรณรงค์ต้านภัยมะเร็งเต้านม 2561. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/Content/452338>. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2562.

18. MGR Online. ต.ค. เตือนรณรงค์ด้านภัย "มะเร็งเต้านม" พบมากสุดในหญิงทั่วโลก 2561. เข้าถึงได้จาก: <https://mgronline.com/qol/detail/9610000103528>. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2562.
19. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขมะเร็งเต้านมครองแชมป์ภัยอันดับ 1 ในหญิงไทยกรมการแพทย์เตือนหญิงวัย 40-45 ปีขึ้นไปกลุ่มเสี่ยง 2556. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hsri.or.th/people/media/waiting-categorize/detail/4688>. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2562.
20. Bhoo-Pathy N, Yip CH, Hartman M, Uiterwaal CS, Devi BC, Peeters PH, et al. Breast cancer research in Asia: adopt or adapt Western knowledge?. *Eur J Cancer* 2013;49:703-9.
21. Dumalaon-Canaria JA, Hutchinson AD, Prichard I, Wilson C. What causes breast cancer? A systematic review of causal attributions among breast cancer survivors and how these compare to expert-endorsed risk factors. *Cancer Causes Control* 2014;25:771-85.
22. เอกสารประกอบการสัมมนาระดมความเห็นเรื่อง "โครงการศึกษาและร่างพระราชบัญญัติคณะกรรมการนโยบายแห่งชาติ" จัดโดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เมื่อ 16 กรกฎาคม 2553 ณ โรงแรมเซ็นจูรี่พาร์ค กรุงเทพฯ
23. วราสิทธิ์ กาญจนสูตร. กฎหมายมะเร็งที่เหมาะสมสำหรับคนไทย. เข้าถึงได้จาก: http://www.hitap.net/wp-content/uploads/2014/06/2009-11-03_Clip-thai-03110906.pdf. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2562.
24. Mukem S, Sriplung H, McNeil E, Tangcharoensathien V. Breast cancer screening among women in Thailand: Analyses of population-based household surveys. *J Med Assoc Thai* 2014;97:1106-18.
25. Chang LY, Yang YL, Shyu MK, Hwa HL, Hsieh FJ. Strategy for breast cancer screening in Taiwan: Obstetrician-Gynecologists should actively participate in breast cancer screening. *J Med Ultrasound* 2012;20:1-7.
26. American Cancer Society. Frequently asked questions about the American Cancer Society's Breast Cancer Screening Guideline. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/frequently-asked-questions-about-the-american-cancer-society-new-breast-cancer-screening-guideline.html>. Accessed May 14, 2019.
27. Miller AB, Wall C, Baines CJ, Sun P, To T, Narod SA. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. *BMJ* 2014;348:g366.
28. Corbex M, Burton R, Sancho Garnier H. Breast cancer early detection methods for low and middle income countries, a review of the evidence. *Breast* 2012;21:428-34.
29. สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา, คเนิงนิจ พงศ์ถาวรกมล, กุลชลี พิมพา, สุพัตรา พรสุขสว่าง. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมความรู้และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และการตรวจเต้านมด้วยตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีในชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 2554;29:64-73.