



แผนการป้องกันและควบคุม โรคมะเร็งแห่งชาติ

National Cancer Control Programmes
(พ.ศ. 2556 - 2560)

คณะกรรมการ

จัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



แผนการป้องกันและควบคุม โรคมะเร็งแห่งชาติ

National Cancer Control Programmes
(พ.ศ. 2556 – 2560)



คณะกรรมการ
จัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2556 - 2560)

ISBN : 978-974-422-694-5

จัดพิมพ์โดย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
268/1 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

พิมพ์ครั้งแรก มิถุนายน 2556

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด

คำนำ



แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Control Programmes) เป็นแผนที่จัดทำขึ้นโดยผู้บริหารและนักวิชาการ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในทุกสาขาวิชา โดยพิจารณาถึงปัญหาโรคมะเร็งที่มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศ การแก้ปัญหาในเรื่องสำคัญเช่นนี้จำเป็นต้องมีแบบแผนที่ชัดเจน และสามารถปฏิบัติได้จริงตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ตลอดจนการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผลสูงสุด

แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติฉบับนี้ กระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการจัดทำขึ้น โดยการทบทวนแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติฉบับเดิม พร้อมทั้งประเมินสถานการณ์และปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อการเกิดโรคในปัจจุบัน เพื่อให้มีความถูกต้อง เหมาะสมกับสถานการณ์ โดยการจัดประชุมระดมความคิดเห็นของนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคีเครือข่าย และสมาคมวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ได้เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ทั้งในระดับประเทศและระดับโลก การแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งต้องทำในทุกมิติตั้งแต่การป้องกันการเกิดโรค การตรวจโรคระยะเริ่มแรก การรักษาผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตลอดจนการวิจัยเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง และจะต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

กระทรวงสาธารณสุข ขอขอบคุณคณะกรรมการและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติครั้งนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน องค์กร ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการนำไปปฏิบัติเพื่อลดอัตราการเกิดและอัตราการตายจากโรคมะเร็ง รวมถึงการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้

นายแพทย์ประดิษฐ์ สินธวรณรงค์
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

คำนำ	3
สารบัญ	5
บทนำ	9
แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ	
ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics)	21
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง (Primary Prevention)	29
ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก (Secondary Prevention)	37
ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Tertiary Prevention-Treatment)	45
ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)	53
ยุทธศาสตร์ที่ 6 ยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Cancer Control Research)	61
ยุทธศาสตร์ที่ 7 ยุทธศาสตร์ด้านการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กรในการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็ง (Capacity Building)	69
ภาคผนวก	
1. กระบวนการ/ขั้นตอนการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ	75
2. Jakarta Call for action on Cancer Control	77
3. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งตามประเด็นยุทธศาสตร์หลักด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง	79
4. สารก่อกัมมันต์	103
5. WHO Definition of Palliative Care	109
6. การจัดระดับและเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สาขาโรคมะเร็ง	110
7. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและ ควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ	122
บทส่งท้าย	133

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1	การเกิดโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ในเพศชาย ปี พ.ศ. 2548 (ต่อประชากร 100,000 คน)	10
ภาพที่ 2	การเกิดโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ในเพศชาย ปี พ.ศ. 2551 (ต่อประชากร 100,000 คน)	10
ภาพที่ 3	การเกิดโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ในเพศหญิง ปี พ.ศ. 2548 (ต่อประชากร 100,000 คน)	10
ภาพที่ 4	การเกิดโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ในเพศหญิง ปี พ.ศ. 2551 (ต่อประชากร 100,000 คน)	10
ภาพที่ 5	จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2539 - 2554	11
ภาพที่ 6	จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2552	11
ภาพที่ 7	การสูญเสียปีสุขภาวะแยกตามเพศและโรค พ.ศ. 2552	12
ภาพที่ 8	การสูญเสียปีสุขภาวะแยกตามโรคและกลุ่มอายุ	12
ภาพที่ 9	แนวโน้มพีรามิดประชากรของประเทศไทย ปี ค.ศ. 1990-2020	13

ที่มาและความสำคัญของการจัดทำแผน

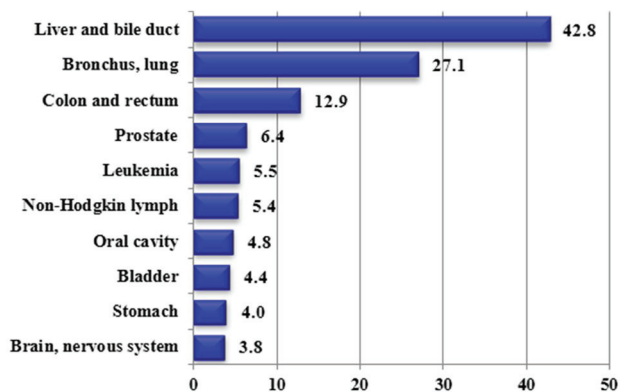
สถานการณ์การเกิดโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก องค์การอนามัยโลกพบว่าในปี พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 12.7 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งราว 7.6 ล้านคน หรือคิดเป็น 13% จากสาเหตุการเสียชีวิตของคนทั่วโลก ซึ่งจำนวนผู้เสียชีวิตพบได้มากกว่าการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรียรวมกัน

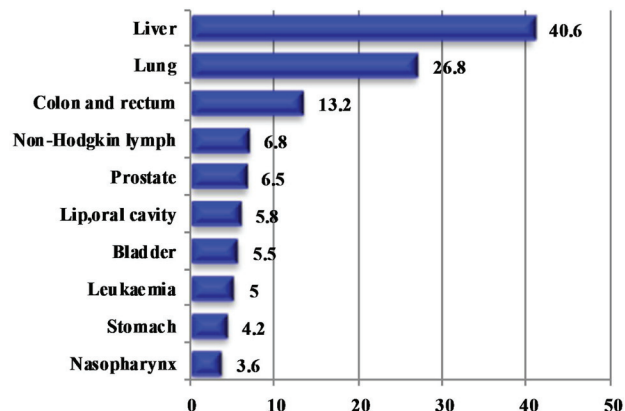
โรคมะเร็งที่พบ 5 อันดับแรกของโลก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งต่อมลูกหมาก ในบรรดาผู้ป่วยใหม่จำนวน 12.7 ล้านคน พบมะเร็งปอด 1.6 ล้านคน มะเร็งเต้านม 1.38 ล้านคน มะเร็งลำไส้ใหญ่ 1.2 ล้านคน มะเร็งกระเพาะอาหาร 0.99 ล้านคน และมะเร็งต่อมลูกหมาก 0.90 ล้านคน ส่วนจำนวนผู้เสียชีวิต 7.6 ล้านคน เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอด 1.37 ล้านคน มะเร็งกระเพาะอาหาร 736,000 คน มะเร็งตับ 695,000 คน มะเร็งลำไส้ใหญ่ 608,000 คน และมะเร็งเต้านม 458,000 คน องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็น 21.4 ล้านคน และคาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตราว 13 ล้านคน และประมาณ 70% ของผู้เสียชีวิตจะอยู่ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงต่ำ

องค์กรวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (IARC) ได้จัดทำอัปเดตการณ์การเกิดโรคมะเร็งของทุกประเทศทั่วโลก หรือที่เรียกว่า GLOBOCAN รวมถึงประเทศไทยด้วย โดยใช้ข้อมูลจากรายงานทะเบียนมะเร็งปี พ.ศ. 2543 มาคำนวณการคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2553 โดยใช้ฐานข้อมูลการเจริญเติบโตของประชากรของประเทศไทย เป็นปัจจัยหลักในการคำนวณ ทำให้ได้จำนวนผู้ป่วยใหม่ 118,601 คน เป็นเพศชายจำนวน 53,087 คน และเพศหญิงจำนวน 65,514 คน

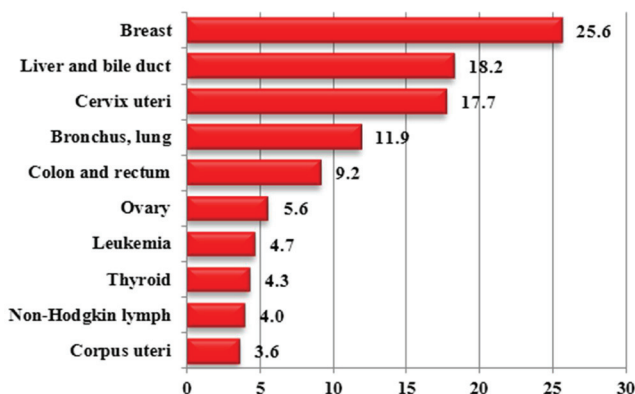
ขณะเดียวกันสถาบันมะเร็งแห่งชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการคำนวณสถิติโรคมะเร็งของประเทศไทยจากหน่วยทะเบียนมะเร็งระดับประชากร 16 แห่ง ทั่วประเทศ โดยข้อมูลสถิติโรคมะเร็งในปี พ.ศ. 2548 (Cancer in Thailand Vol VI, 2004-2006) มีจำนวนผู้ป่วยใหม่ 98,852 คน เป็นเพศชายจำนวน 48,596 คน และเพศหญิงจำนวน 50,256 คน โรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งเม็ดเลือดขาว ส่วนโรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งตับ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่ และจากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ รายงานว่าในปี พ.ศ. 2554 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งประมาณ 61,082 คน เป็นเพศชาย 35,437 คน เป็นเพศหญิง 25,645 คน ซึ่งถือเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดย เพศชายมีจำนวนผู้เสียชีวิต 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งช่องปากและคอกอยหอย มะเร็งเม็ดเลือดขาว ส่วนเพศหญิงมีจำนวนผู้เสียชีวิต 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ จะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาสำคัญ 5 อันดับแรกของประเทศ คือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งคิดเป็น 56.38% ของมะเร็งทั้งหมด



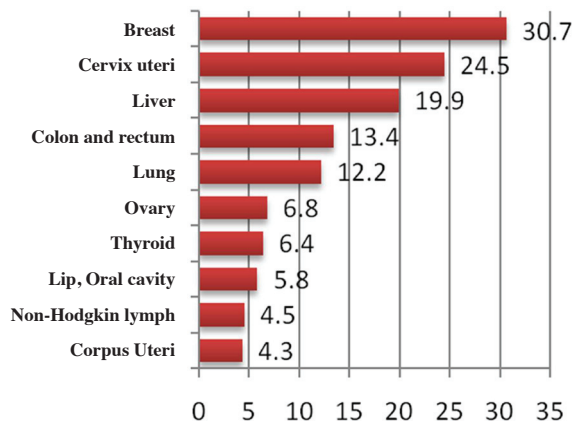
ภาพที่ 1 การเกิดโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ในเพศชาย
ปี พ.ศ. 2548 (ต่อประชากร 100,000 คน)
(ที่มา : Cancer in Thailand Vol VI, 2004-2006)



ภาพที่ 2 การเกิดโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ในเพศชาย
ปี พ.ศ. 2551 (ต่อประชากร 100,000 คน)
(ที่มา : Globocan 2008)

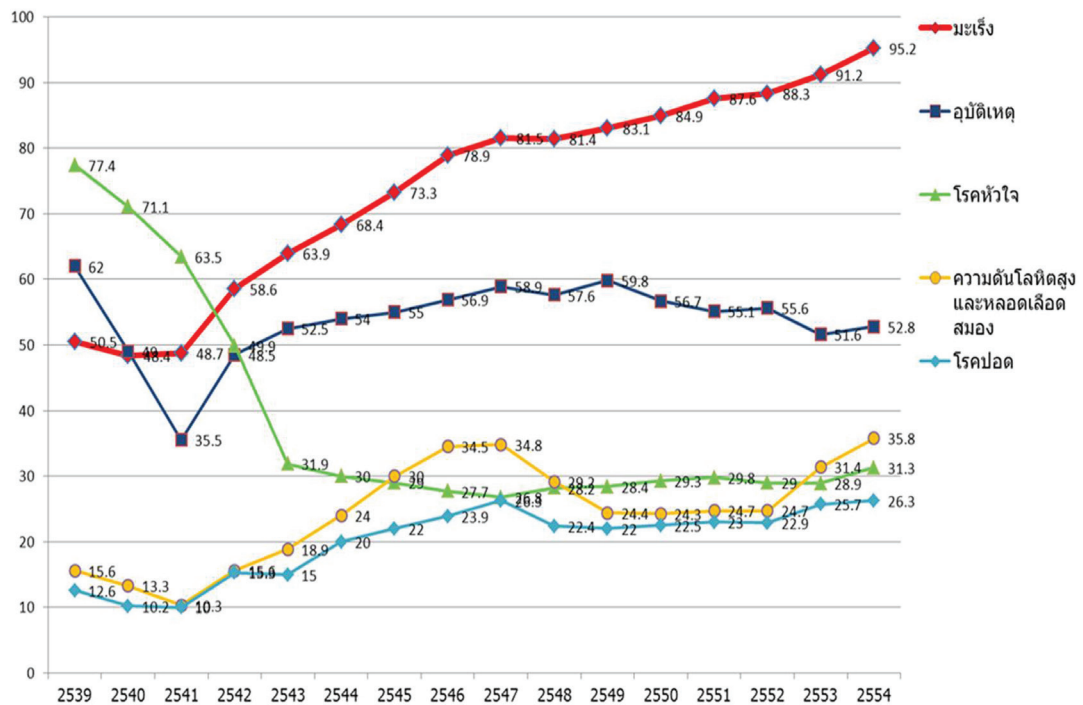


ภาพที่ 3 การเกิดโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ในเพศหญิง
ปี พ.ศ. 2548 (ต่อประชากร 100,000 คน)
(ที่มา : Cancer in Thailand Vol VI, 2004-2006)

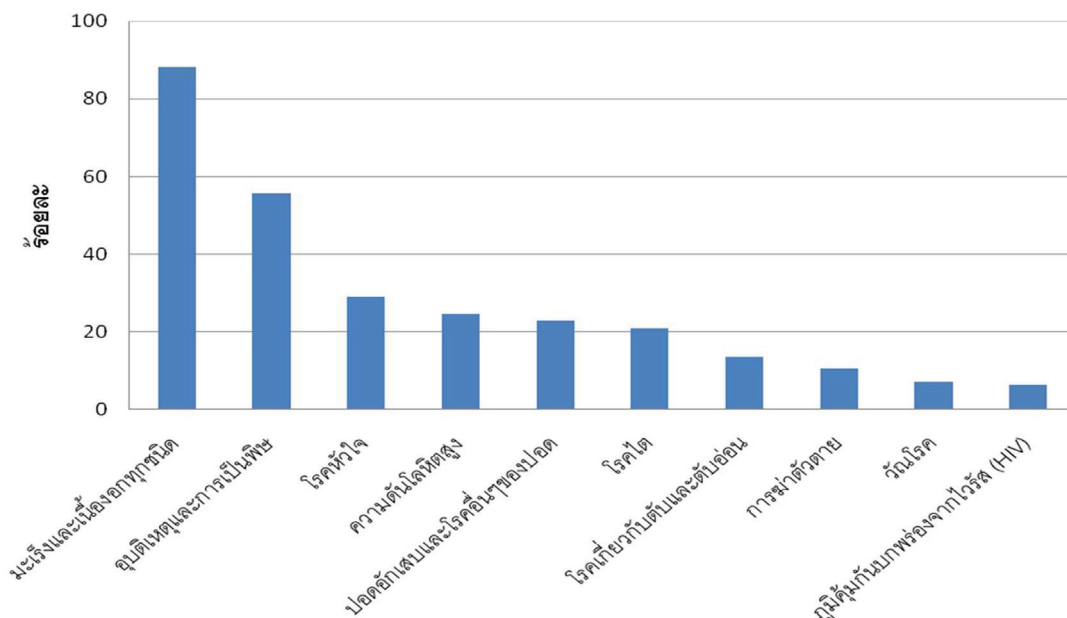


ภาพที่ 4 การเกิดโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ในเพศหญิง
ปี พ.ศ. 2551 (ต่อประชากร 100,000 คน)
(ที่มา : Globocan 2008)

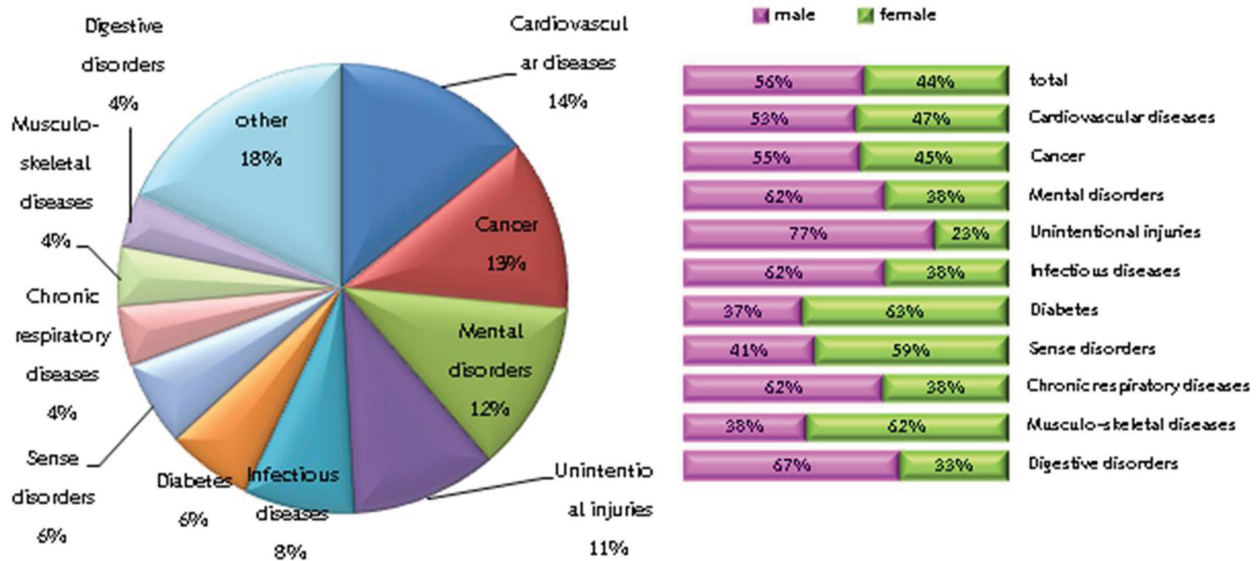
โรคมะเร็งเป็นปัญหาการเจ็บป่วย การเสียชีวิต รวมทั้งปัญหาเรื่องภาระโรค (Burden of Disease) ที่ทำให้ประชากรไทยสูญเสียการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 เป็นต้นมา โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทย



ภาพที่ 5 จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2539-2554

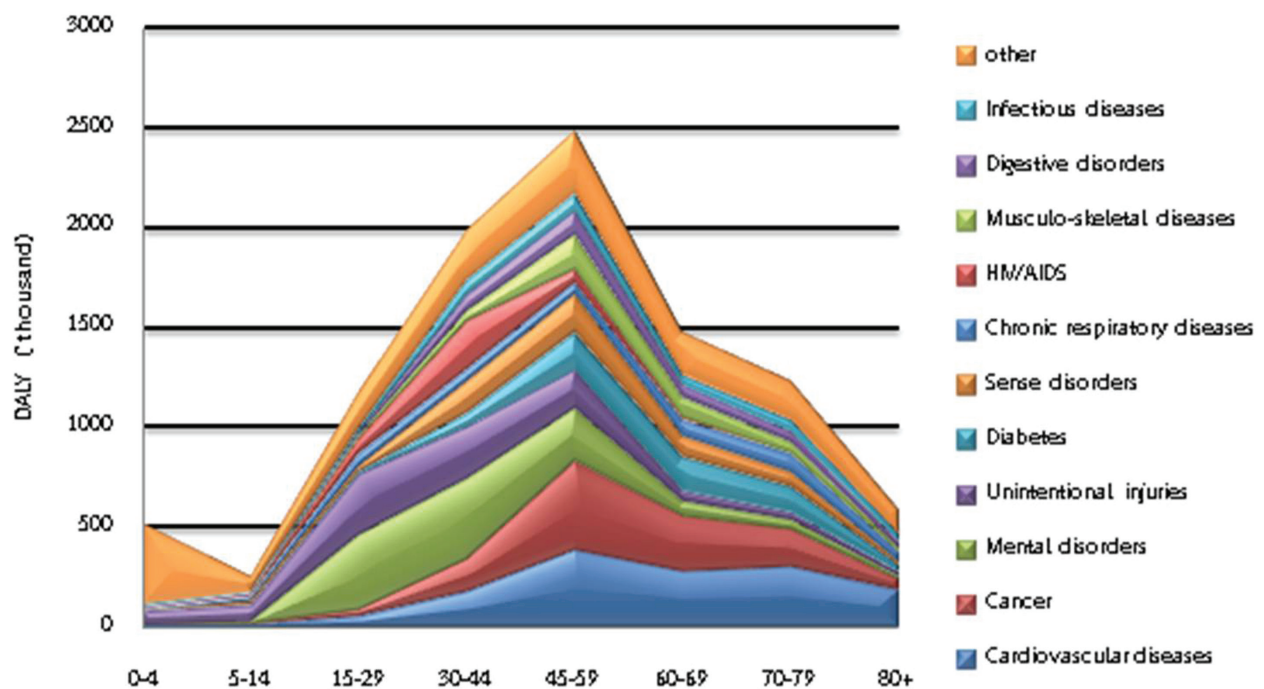


ภาพที่ 6 จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2552



ภาพที่ 7 การสูญเสียปีสุขภาวะแยกตามเพศและโรค พ.ศ. 2552

(ที่มา : สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP))

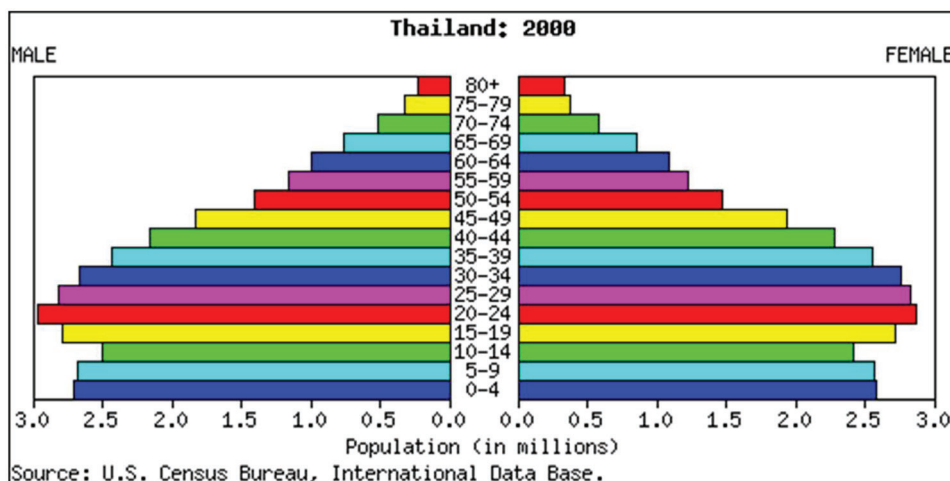
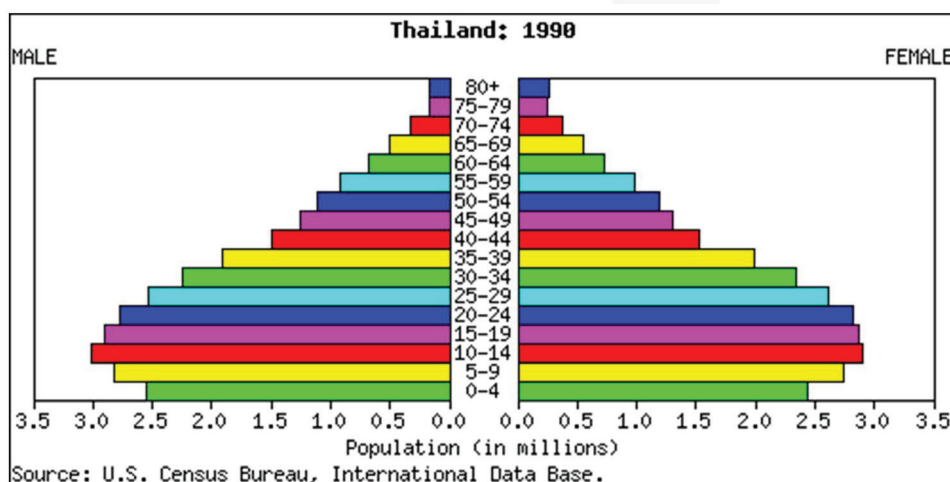


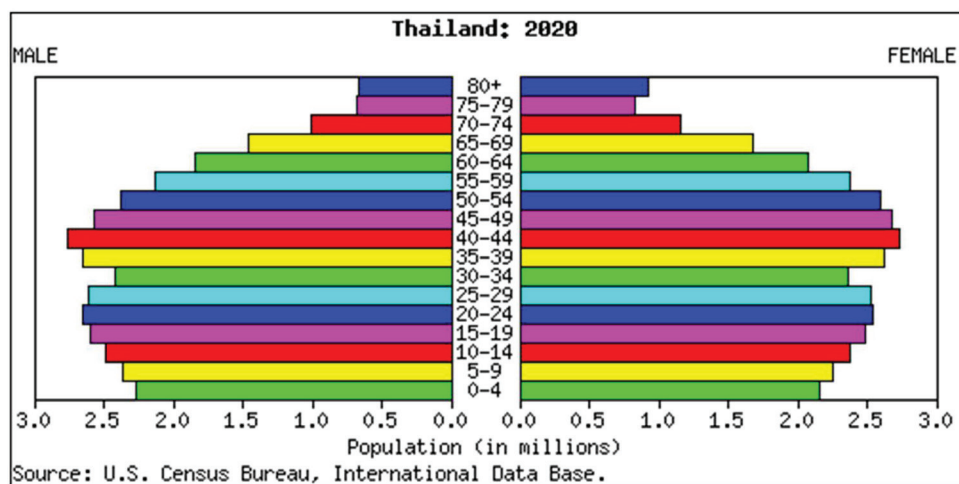
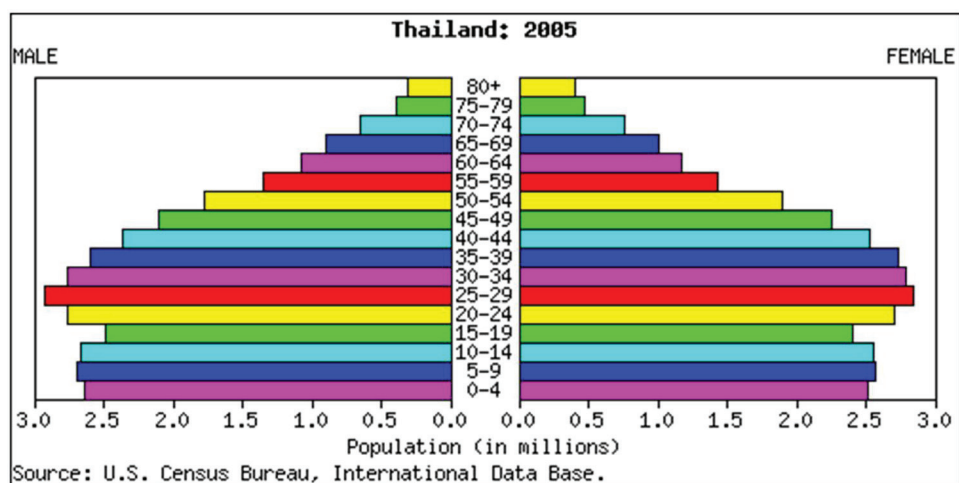
ภาพที่ 8 การสูญเสียปีสุขภาวะแยกตามโรคและกลุ่มอายุ

(ที่มา : สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP))

อัตราการเพิ่มประชากร

สถานการณ์ภาพรวมของอัตราการเกิดโรคมะเร็งในประเทศไทยก็คล้ายกับประชากรทั่วโลก กล่าวคือ จะพบอัตราการเกิดโรคมะเร็งสูงขึ้นทุกปี เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องหนึ่งในนั้น คือ อายุที่เพิ่มขึ้น ความเสี่ยงของโรคมะเร็งก็จะเพิ่มขึ้นด้วย มะเร็งเป็นโรคที่มีระยะเวลายาวนานในการก่อให้เกิดโรค ปัจจุบันประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น มีการควบคุมโรคติดต่อได้ดีขึ้น มีการควบคุมให้อัตราการตายของทารกแรกคลอดและเด็กลดลง ส่งผลทำให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไป สังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ในอนาคตสัดส่วนประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอายุเฉลี่ยของประชากรของประเทศไทยสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2548 พบว่าประชากรในวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) มีจำนวน 14.3 ล้านคน (ร้อยละ 23) และผู้สูงอายุมีจำนวน 6.4 ล้านคน (ร้อยละ 10.3) ต่อมาในปี พ.ศ. 2553 พบว่าจำนวนประชากรในวัยเด็กเท่ากับ 13.2 ล้านคน (ร้อยละ 20.7) และประชากรในผู้สูงอายุมีจำนวนเท่ากับ 7.5 (ร้อยละ 11.8) และคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2578 ประชากรในวัยเด็กจะมีจำนวนลดลงเท่ากับ 9.1 ล้านคน (ร้อยละ 14.4) และประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นเท่ากับ 15.9 ล้านคน (ร้อยละ 25.1)





ภาพที่ 9 แนวโน้มปิรามิดประชากรของประเทศไทย ปี ค.ศ. 1990-2020

โรคมะเร็งในเวทีสหประชาชาติ

โรคมะเร็งไม่ได้เป็นปัญหาเฉพาะประชากรไทยเท่านั้น แต่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขของประชากรทั่วโลก อันเนื่องมาจากวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปของประชากร อีกทั้งความก้าวหน้าทางด้านสาธารณสุข ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้อัตราการเกิดโรคมะเร็งและอัตราการตายเพิ่มขึ้น ในทุกเพศ ทุกวัย และทุกเชื้อชาติ ซึ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นทุกปี ดังนั้นองค์กรต่างๆ ทั่วโลกจึงตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ทำให้มีการประชุมหลายครั้ง ครั้งที่สำคัญ ได้แก่ การประชุมระดับสูง ของสมัชชาสหประชาชาติว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (High-level Meeting of the United Nations General Assembly on the Prevention and Control of NCDs) ในวันที่ 19-20 กันยายน 2011 ที่นครนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา มีประเทศสมาชิกกว่า 193 ประเทศ เข้าร่วมการประชุม โดยได้เน้นที่แผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อให้นำไปสู่การปฏิบัติจริง โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา นอกจากนี้ยังมีการประชุม World Cancer Leaders' Summit (WCLS) ที่เมืองดับลิน ประเทศไอร์แลนด์ ในวันที่ 18 พฤศจิกายน 2011 ซึ่งจัดขึ้นโดย UICC ร่วมกับ Irish Cancer Society การประชุมครั้งนี้มีผู้นำจากองค์กรต่างๆ กว่า 60 ประเทศเข้าร่วมประชุม ซึ่งเป็นการร่วมมือกันจากหลายภาคส่วน ในการสนับสนุนแผนงานป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งทั้งในระดับชาติ ภูมิภาคและระดับโลก เพื่อหาแนวทางหรือกลยุทธ์ให้องค์กรต่างๆ หันมาสนใจปัญหาจากโรคมะเร็งมากขึ้น เช่น การดูแลสุขภาพผู้ป่วยในระยะสุดท้าย การจัดหาทรัพยากรให้เพียงพอและยั่งยืนต่อการป้องกันโรคมะเร็ง การทำทะเบียนมะเร็งและการมีนโยบายที่ดีในการควบคุมโรคมะเร็งในประเทศ ที่ด้อยพัฒนา และการกระตุ้นให้เกิดนโยบายสาธารณะจากหลายภาคส่วน เพื่อการต่อต้านและป้องกันการเกิดโรค เป็นต้น โดยท้ายที่สุดได้มีข้อสรุปร่วมกันว่าจะต้องลดอัตราการตายที่มีสาเหตุมาจากโรคมะเร็ง และโรคไม่ติดต่ออื่นๆ ให้ได้ 25% ภายในปี ค.ศ. 2025 จากปฏิญญาการประชุมครั้งนี้มีสัญญาณที่ชัดเจนว่าผู้นำจากองค์กรต่างๆ ทั่วโลกเห็นความสำคัญในการร่วมมือกันลดภาระทางสังคมและเศรษฐกิจที่เกิดจากโรคมะเร็งในอนาคต

แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2540

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ หน่วยงานอื่นๆ ในกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยต่างๆ รวมถึงภาคเอกชนและ NGO ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว คณะรัฐมนตรีจึงมีมติให้แต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 3 มิถุนายน 2540 โดยมี ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี นายชวน หลีกภัย เป็นประธาน ในการประชุมนี้ได้มีการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ตามมติคณะรัฐมนตรีโดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะด้านนโยบายและแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งของประเทศให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาของประเทศในขณะนั้นและจัดทำแผนการดำเนินงานการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมกับปัญหาเร่งด่วนของประเทศ รวมถึงการกระตุ้นให้มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนมีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข และบุคลากรให้สามารถดำเนินการตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งที่กำหนดไว้ได้

ประเทศไทยสู่ประชาคมอาเซียน

สมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Association of Southeast Asian Nations, ASEAN) หรือที่เรียกว่า อาเซียน ได้มีข้อตกลงให้มีการจัดตั้งประชาคมอาเซียนขึ้น โดยการรวมกลุ่มของประเทศสมาชิกนี้ทำให้เกิดเป็นชุมชนที่มีความแข็งแกร่งสามารถเพิ่มอำนาจในการต่อรองทั้งด้านเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม รวมถึงการเพิ่มขีดความสามารถในการรับมือกับการระบาดของโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ ตลอดจนปัญหาสุขภาพอื่นๆ ดังนั้นการติดต่อสื่อสารและความร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิกในกลุ่มประชาคมอาเซียนจึงมีความสำคัญ ประเทศไทยในฐานะหนึ่งในสมาชิกของอาเซียนจึงมีความจำเป็นต้องมีการสร้างระบบมาตรฐานการรักษาผู้ป่วย การพัฒนามาตรฐานคู่มือต่างๆ ให้มีความชัดเจนและเป็นเอกภาพ รวมถึงการมีบุคลากรทางการแพทย์ที่ชำนาญการในด้านโรคมะเร็ง อันจะนำมาสู่การสร้างระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศที่มีประสิทธิภาพ

สถานการณ์โรคมะเร็งในประชาคม ASEAN พบว่า 5 อันดับแรกของโรคมะเร็งที่พบบ่อย คือ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งตับ มะเร็งลำไส้ และมะเร็งปากมดลูก จำนวนผู้ป่วยรายใหม่พบได้ประมาณ 700,000 ราย และมีจำนวนผู้เสียชีวิตประมาณ 500,000 รายต่อปี

ประชาคม ASEAN ให้ความสำคัญต่อโรคมะเร็งซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของภูมิภาค มีการประชุมกันหลายครั้ง เช่นการประชุมในวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ที่เมือง Jakarta ประเทศอินโดนีเซีย มีมติที่ประชุมให้ทุกประเทศในภูมิภาคนี้มีแผนการควบคุมโรคมะเร็งหรือที่เรียกว่า “Jakarta Call for Action on Cancer Control” โดยมีเนื้อหาคล้ายกับที่องค์การอนามัยโลกแนะนำไว้ คือ

1. Prevention and Early Detection
2. Diagnosis, Treatment and Palliative Care
3. Surveillance and Research

ผลการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งในประเทศไทย

ในเวลาหลายปีที่ผ่านมา มีหลายนโยบายและหลายกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งของประเทศ ทั้งที่เกิดจากคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ หรือเกิดจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้ง NGO และภาคเอกชนต่างๆ ที่ร่วมกันดำเนินงานโดยสรุปกิจกรรมต่างๆ โดยสังเขป ได้แก่

1. ด้านการป้องกันโรค

มีนโยบายสาธารณสุขเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบในปี พ.ศ. 2535 และการดื่มสุราในปี พ.ศ. 2551 การฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีให้เด็กแรกเกิดทุกคนในปี พ.ศ. 2535 การรณรงค์เรื่องการรับประทานน้ำจืดแบบดิบๆ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม

2. ด้านการค้นหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก

มีนโยบายสาธารณสุขเกี่ยวกับสัญญาณอันตราย 7 ประการ เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงอาการที่จะนำไปสู่การวินิจฉัยโรค นโยบายการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับชาติในปี พ.ศ. 2548 ในสตรีอายุระหว่าง 30-60 ปี สามารถเข้ารับการคัดกรองโรคได้ที่สถานพยาบาลใกล้บ้านทั่วประเทศ

3. ด้านการรักษาโรค

จัดทำแนวทางการรักษาโรคที่เหมาะสม ในโรคมะเร็งที่พบบ่อยของคนไทย รวมถึงแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4. การพัฒนาสารสนเทศโรคมะเร็ง

มีการจัดทำทะเบียนมะเร็ง ทั้งระดับโรงพยาบาล 30 แห่ง และระดับประชากร 18 แห่ง ซึ่งขณะนี้มีการจัดตั้งทะเบียนมะเร็งครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศ ทำให้ทราบถึงปัญหาของโรคมะเร็งแต่ละชนิดในแต่ละภูมิภาค

อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานตามแผน หรือยุทธศาสตร์ที่วางไว้มีทั้งที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ บางแผนอาจไม่เข้ากับบริบท หรือวิถีชีวิตของคนปัจจุบัน จึงเห็นสมควร ให้มีการทบทวนและปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง เพื่อให้เกิดผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรมและเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบันมากขึ้น

แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติฉบับนี้ จึงประกอบไปด้วย 7 ยุทธศาสตร์

1. ยุทธศาสตร์ด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง
2. ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง
3. ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก
4. ยุทธศาสตร์ด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง
5. ยุทธศาสตร์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
6. ยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง
7. ยุทธศาสตร์ด้านการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กรในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง





ยุทธศาสตร์ที่ 1

ยุทธศาสตร์ด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics)



ยุทธศาสตร์ที่ 1

ยุทธศาสตร์ด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics)

หลักการและเหตุผล

เพื่อให้การควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งระดับชาติสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นต้องมีข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวิเคราะห์สถานการณ์ในปัจจุบันและคาดการณ์ในอนาคต เพื่อใช้ในการวางแผนในทุกมิติของการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งระดับชาติ และใช้เป็นเครื่องมือในการวัดถึงความสำเร็จและผลกระทบของแผนเหล่านั้น

สารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer informatics) คือ การบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศด้านโรคมะเร็ง (Cancer Information) ในการสนับสนุนการป้องกันและรักษาโรคมะเร็ง โดยบูรณาการกับการศึกษา วิจัย และการรักษาทางคลินิกเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขและประชาชนเข้าถึงได้อย่างง่าย

การดำเนินงานด้านสารสนเทศโรคมะเร็งในประเทศไทย มีหลายองค์ประกอบที่มีความจำเป็นต้องใช้ เทคโนโลยีเข้ามาช่วยจัดการเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ เป็นศูนย์กลางข้อมูลโรคมะเร็ง งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครุภัณฑ์และยาที่ใช้ในการรักษา มีการสังเคราะห์นำไปสู่การเผยแพร่ เพื่อประโยชน์ต่อการวางแผน ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง และการพัฒนาคุณภาพการรักษาโรคมะเร็ง โดยมีการคัดเลือกงานวิจัยทั้ง วิทยาศาสตร์พื้นฐาน (Basic science) และการศึกษา วิจัย ทดลองในมนุษย์ (Clinical trials) มีการรวบรวม จัดลำดับ เพื่อให้เข้าถึงได้ง่าย อีกทั้งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง จัดทำเป็น ทะเบียนมะเร็งทั้งระดับโรงพยาบาล (Hospital based cancer registry) และระดับชุมชน (Population based cancer registry)

ทะเบียนมะเร็ง (Cancer registry) เป็นการศึกษาระบาดวิทยาของโรคมะเร็งในประเทศ จะทำให้ทราบถึงปัญหาของโรคมะเร็งแต่ละชนิด ทราบถึงอุบัติการณ์ (Incidence rate) อัตราการอยู่รอด (Survival rate) อัตราตาย (Mortality rate) และแนวโน้มของการเกิดโรคมะเร็งแต่ละชนิดในแต่ละชุมชน ข้อมูลของทะเบียนมะเร็งสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในหลายๆ ด้าน ตั้งแต่ การวิจัยหาสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงของมะเร็ง การป้องกันโรคมะเร็ง การวางแผนสาธารณสุขในพื้นที่และการดูแลผู้ป่วย นั่นคือให้ประโยชน์กับทั้งตัวผู้ป่วย แต่ละรายและต่อสังคมในระดับท้องถิ่นไปจนถึงระดับประเทศ

วัตถุประสงค์

1. จัดทำฐานข้อมูลกลางและวิเคราะห์ข้อมูลทะเบียนมะเร็ง ของประเทศ ซึ่งประกอบด้วย
 - 1.1 ฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับชุมชน (Population based cancer registry) และเชื่อมต่อเครือข่ายทั่วประเทศ
 - 1.2 ฐานข้อมูลมะเร็งระดับโรงพยาบาล
2. พัฒนาระบบการเชื่อมโยงและรวบรวมฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง
 - 2.1 ข้อมูลวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง
 - 2.2 ข้อมูลเครื่องมือการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง
 - 2.3 ข้อมูลยาที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง
 - 2.4 ข้อมูลค่ารักษาพยาบาลโรคมะเร็ง
 - 2.5 ข้อมูล แนวทางเวชปฏิบัติ (CPGs) ด้านโรคมะเร็ง
 - 2.6 ข้อมูลบุคลากรด้านการป้องกัน ควบคุมและรักษาโรคมะเร็ง
3. ส่งเสริมการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการป้องกัน ควบคุม รักษาและฟื้นฟูโรคมะเร็งระดับชาติ
 - 3.1 จัดทำข้อมูลให้ง่ายต่อการเข้าถึงเพื่อให้มีการนำไปอ้างอิงได้มากขึ้น
 - 3.2 ให้บริการข้อมูลโรคมะเร็ง
 - 3.3 จัดทำ Website เพื่อแหล่งเผยแพร่ข้อมูล และสามารถเข้าถึงได้ง่าย

เป้าหมาย

1. มีข้อมูลสารสนเทศโรคมะเร็งของประเทศที่มีคุณภาพ เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในทุกมิติของการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งระดับชาติเพื่อใช้ในการบริหารโครงการอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถสร้างความพึงพอใจให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และสามารถเข้าถึงได้ง่าย
2. มีเครือข่ายสารสนเทศเชื่อมโยงทั้งในและต่างประเทศ

แนวทางการพัฒนา

1. ดำเนินการประสานกับคณะกรรมการวิจัยโรคมะเร็งในการคัดเลือกงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งทั้งในและต่างประเทศที่มีคุณภาพ เข้าสู่ฐานข้อมูลวิจัยโรคมะเร็งเพื่อเผยแพร่ต่อไป
2. ดำเนินการเพื่อพัฒนาบุคลากร และเครือข่ายสารสนเทศ ด้านการจัดทำทะเบียนมะเร็งทั้งระดับโรงพยาบาลและระดับชุมชน (Hospital-Population based cancer registry) เพื่อจะได้สถิติโรคมะเร็งของประเทศไทยที่สมบูรณ์และถูกต้องมากยิ่งขึ้น
3. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลครุภัณฑ์ที่สำคัญในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง และกำหนดแนวทางให้มีการ Update เป็นปัจจุบัน

4. ดำเนินการประสานงานกับ ส่วนกองทุนด้านสุขภาพ ได้แก่ สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อรวบรวมข้อมูลยาที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง และวิเคราะห์ข้อมูลค่ารักษาพยาบาลโรคมะเร็งของแต่ละชนิด
5. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลบุคลากรด้านการป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคมะเร็งในทุกส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการวางแผนในการจัดหาบุคลากรมาให้พอเพียงในทุกภูมิภาค
6. ดำเนินการประสานงานกับคณะกรรมการด้านการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง ในการคัดเลือกแนวทางเวชปฏิบัติ (CPGs) ด้านโรคมะเร็ง ที่ได้มาตรฐานมาเข้าสู่ฐานข้อมูลแนวทางเวชปฏิบัติ (CPGs) ด้านโรคมะเร็ง เพื่อเผยแพร่ต่อไป

กิจกรรมสนับสนุนยุทธศาสตร์

1. จัดตั้งคณะกรรมการสารสนเทศโรคมะเร็งระดับชาติ
2. พัฒนาโปรแกรมในการจัดเก็บฐานข้อมูลต่างๆ
3. จัดทำแผนพัฒนาการทำทะเบียนมะเร็งและเครือข่าย ดังนี้
 - 3.1 ศึกษาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของหน่วยงานเป้าหมายของการทำทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล และการทำทะเบียนมะเร็งระดับชุมชน เพื่อการจัดทำแผนสนับสนุนและแผนปฏิบัติการ อย่างละเอียด
 - 3.2 ดำเนินการจัดสัมมนาผู้บริหารหน่วยงานเป้าหมาย เพื่อนำไปสู่การยอมรับและการปฏิบัติตามแผนการจัดทำทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลและชุมชน
 - 3.3 ผลักดันและสนับสนุนกำลังคน อุปกรณ์และงบประมาณ เพื่อการนำไปสู่การปฏิบัติตามแผนการจัดทำทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลและชุมชน
 - 3.4 จัดทีมฝึกอบรมและติดตามให้ความรู้ คำปรึกษาเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตามแผนจัดทำทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลและชุมชนอย่างแท้จริง
 - 3.5 จัดการประชุมเพื่อวางระบบการประสานงานระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของศูนย์ทะเบียนมะเร็งต่างๆ กับสำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์ประมวลผลการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
 - 3.6 ดำเนินการให้มีการบริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติในการสนับสนุนการประสานแผนการวางระบบการประสานงาน การรายงานการป่วยและการตาย โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง ระหว่างศูนย์ทะเบียนมะเร็งต่างๆ สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์ประมวลผลการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ตลอดจนโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้มีผลในทางปฏิบัติ

4. จัดตั้งศูนย์ข้อมูลมะเร็งแห่งชาติ
 - 4.1 ศึกษาแบบฉบับการจัดทำศูนย์ข้อมูลมะเร็งแห่งชาติจากสถาบันมะเร็งนานาชาติ เช่น ขององค์การอนามัยโลก หรือ ของประเทศที่พัฒนาแล้ว
 - 4.2 จัดทำโครงการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลมะเร็งแห่งชาติ เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลและองค์การนานาชาติที่เกี่ยวข้อง
5. วางระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์
 - 5.1 จัดหาเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่ใช้เชื่อมต่อในระบบเครือข่ายระหว่าง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลมะเร็ง ศูนย์มะเร็งที่กำหนดโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 30 แห่ง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานแผนควบคุมมะเร็งแห่งชาติ
6. เผยแพร่ข้อมูลมะเร็ง
 - 6.1 สร้างฐานข้อมูลเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ นักวิจัย และประชาชนทั่วไป
 - 6.2 ดำเนินการแปรข้อมูลการวิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็ง แต่ละอวัยวะ ด้านสถานะแวดล้อม การควบคุมป้องกัน การรักษา และการดูแลระยะสุดท้าย เพื่อนำมาเผยแพร่ต่อสาธารณชนอย่างเหมาะสม
 - 6.3 จัดวางระบบสารสนเทศ ให้ง่ายต่อการเข้าถึงของผู้เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง และผู้ที่สนใจ โดยจำแนกการเข้าถึงข้อมูลแต่ละประเภทได้ เพื่อการนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม ตอบสนองความต้องการและข้อมูลทันต่อเหตุการณ์
 - 6.4 จัดการประชุมงานกับนักวิจัยโรคมะเร็งกลุ่มต่างๆ และจัดประชุมอย่างสม่ำเสมอเพื่อแสวงหาคำตอบที่ผู้บริหาร หรือสาธารณชน ต้องการในเรื่องที่เกี่ยวกับปัญหาโรคมะเร็ง และเผยแพร่ต่อสาธารณชน

ตัวชี้วัด

1. คุณภาพของข้อมูล ด้านความถูกต้อง ครบถ้วน ของข้อมูล
2. การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์
 - 2.1 จำนวนครั้งของการนำไปใช้
 - 2.2 ความพึงพอใจในการใช้ข้อมูล

3. การเผยแพร่
 - 3.1 มีการจัดพิมพ์ Cancer in Thailand ทุก 3-5 ปี
 - 3.2 มีการจัดพิมพ์ Hospital based ของ โรงพยาบาลที่มีหน่วยทะเบียนมะเร็ง ทุกปี
 - 3.3 มีการนำฐานข้อมูลในประเทศไทยไปตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ
 - 3.4 มีอัตราการรอดชีพของมะเร็ง 5 อันดับแรก (Cancer in Thailand)
 - 3.5 มีข้อมูลอัตราการตายจากโรคมะเร็งในประเทศไทยทุกปี
 - 3.6 มีข้อมูลเกี่ยวกับภาระโรคในประเทศไทยทุก 5 ปี
4. มีหลักสูตร Training ทะเบียนมะเร็ง ในระดับอาเซียน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

1. กระทรวงสาธารณสุข
 - 1.1 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 - 1.2 กรมการแพทย์
 - 1.3 กรมควบคุมโรค
 - 1.4 กรมอนามัย
 - 1.5 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
 - 1.6 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
 - 1.7 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
 - 1.8 โรงพยาบาลมะเร็งส่วนภูมิภาค
 - 1.9 สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข
 - 1.10 ศูนย์พัฒนาสื่อการแพทย์ และเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมการแพทย์
2. สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา
 - 2.1 คณะแพทยศาสตร์ทุกแห่ง
 - 2.2 โรงพยาบาลในสังกัดคณะแพทย์ทุกแห่ง
3. โรงพยาบาลรัฐภายใต้สังกัดหน่วยงานอื่นๆ
4. โรงพยาบาลเอกชน
5. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
6. สำนักประชากรศาสตร์

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1. สำนักงบประมาณ
2. กรมบัญชีกลาง
3. สำนักงานประกันสังคม
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
5. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
6. องค์การอนามัยโลก
7. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
8. กรมการค้าระหว่างประเทศ
9. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
10. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
11. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
12. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
13. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน
14. องค์กรวิชาชีพต่างๆ



ยุทธศาสตร์ที่ 2

ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกัน การเกิดโรคมะเร็ง (Primary Prevention)



ยุทธศาสตร์ที่ 2

ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง (Primary Prevention)

หลักการและเหตุผล

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในประชากรไทย มีอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2550 และ 2554 พบว่าโรคมะเร็งจัดเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคืออุบัติเหตุ และโรคหัวใจ ตามลำดับ (กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) และยังพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเพิ่มสูงขึ้น (Cancer in Thailand Vol. I-VI) และจากสถิติพบว่า 10 อันดับแรกของโรคมะเร็ง ที่พบมากที่สุดในเพศชายและเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก (Cancer in Thailand Vol. I-VI) สำหรับโรคมะเร็งที่ป้องกันได้ เช่น มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก มะเร็งปากมดลูก

องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ทุกประเทศหามาตรการป้องกันโรคมะเร็ง โดยให้มีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน มีความเป็นไปได้ที่นำไปปฏิบัติและสามารถวัดผลได้ โรคมะเร็งที่ได้รับความสนใจเป็นพิเศษในการทำ Primary Prevention คือ มะเร็งปอด และมะเร็งตับ ในปัจจุบันประเทศไทยมีการพัฒนาด้านอุตสาหกรรม โดยเฉพาะการจัดตั้งนิคมอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ อีกทั้งสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมือง ทำให้มีสารก่อมะเร็งในสิ่งแวดล้อมมากขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนโดยเฉพาะเรื่องการสูบบุหรี่ การดื่มสุราและการรับประทานอาหารที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งมากขึ้น ดังนั้นจึงควรต้องมีแผนการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง และเน้นเรื่องการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยง ที่พบในประเทศ ได้แก่

1. การควบคุมการบริโภคยาสูบ
2. การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
3. การเสริมสร้างความรู้เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยการติดเชื้อไวรัสชนิดต่างๆ
4. การควบคุมพยาธิใบไม้ตับ
5. การส่งเสริมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี
6. การส่งเสริมการออกกำลังกาย
7. การป้องกันการเกิดโรคมะเร็งจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสรังสี

วัตถุประสงค์

เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง โดยให้ประชาชนรู้จักหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การกำหนดและพัฒนายุทธศาสตร์ ที่ป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง โดยแบ่งความสำคัญตามอวัยวะที่เป็นมะเร็ง ดังนี้

อวัยวะที่เป็นมะเร็ง	สาเหตุ / ปัจจัยเสี่ยง	การป้องกัน / ควบคุม
มะเร็งตับ • มะเร็งเซลล์ตับ (Hepatoma) • มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangio-carcinoma)	• การได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี • การได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบดี • อาหารที่มีสารก่อมะเร็ง • แอลกอฮอล์ • การได้รับสัมผัสสารก่อมะเร็งจากที่ทำงาน • พยาธิใบไม้ตับ • อาหารที่ปนเปื้อนสารก่อมะเร็ง	• วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ป้องกันโรคมะเร็งเซลล์ตับ • มีแผนอาหารและโภชนาการที่ระบุประเภทอาหารที่ปนเปื้อนสารก่อมะเร็งและอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ • มีแผนควบคุมแอลกอฮอล์ • มีแผนด้านการป้องกันโรคมะเร็งจากการประกอบอาชีพและมลพิษจากสิ่งแวดล้อม • การรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ปนเปื้อนสารก่อมะเร็งกับเรื่องพยาธิใบไม้ตับกับการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี • มีแผนอาหารและโภชนาการที่ระบุประเภทอาหารที่ปนเปื้อนสารก่อมะเร็งและอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ
มะเร็งปอด	• ยาสูบ • การได้รับสัมผัสสารก่อมะเร็งจากที่ทำงาน และ แร่ใยหิน • มลภาวะในอากาศ	• มีแผนการควบคุมยาสูบแห่งชาติ • มีแผนด้านการป้องกันโรคมะเร็งจากการประกอบอาชีพและจากมลพิษสิ่งแวดล้อม • โรคจากการประกอบอาชีพ และ แร่ใยหินและสารกำจัดศัตรูพืช 12 ชนิด
มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	• อาหารที่ปนเปื้อนสารก่อมะเร็ง สารเจือปนในอาหาร • อาหารไม่มีกากใย • การไม่ออกกำลังกาย	• มีแผนอาหารและโภชนาการที่ระบุประเภทอาหารปนเปื้อนสารที่ก่อมะเร็งและอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ • มีแผนการรณรงค์ให้ประชาชนออกกำลังกาย
มะเร็งปากมดลูก	• การได้รับเชื้อ Human Papillomavirus (HPV) • พฤติกรรมทางเพศ	• วัคซีน HPV ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก • การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

เป้าหมาย

1. ให้ประชาชนมีความตื่นตัว มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค
2. มีฐานข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในระดับประชากร และสามารถนำมาใช้ในการกำหนดนโยบายได้
3. มีรูปแบบและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่เหมาะสมตามลักษณะการดำเนินชีวิตของประชาชนและสิ่งแวดล้อม
4. มีบุคลากรที่มีทักษะในการสื่อสารและให้ความรู้แก่ประชาชน
5. มีเครือข่าย แนวร่วม ในการรณรงค์การป้องกันโรคมาเร็งให้ครอบคลุมทุกภาคส่วนของประเทศ
6. ประชาชนเข้าถึง และได้รับการบริการ การส่งเสริมและการป้องกันโรคโดยเฉพาะการได้รับวัคซีน
7. ใช้กลไกการมีส่วนร่วมของภาครัฐ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาชาชนในการกำหนดมาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

แนวทางการพัฒนา

1. พัฒนาเนื้อหาวิชาการเกี่ยวกับปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยง ปรับปรุงสื่อประชาสัมพันธ์ ส่งเสริมการประชาสัมพันธ์เชิงรุก
2. สนับสนุนให้มีการสร้างฐานข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในระดับประชากร
3. พัฒนาเทคนิคและรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เป็นรูปธรรม ง่ายต่อการปฏิบัติ และได้ผลที่ดี
4. พัฒนาบุคลากร สร้างผู้นำต้นแบบในการสื่อสาร และกระจายความรู้สู่ประชาชน
5. สร้างเครือข่ายในการรณรงค์ การป้องกันโรคมาเร็งโดยประสานงานกับทุกภาคส่วน ภาครัฐ เอกชน และ NGO เพื่อให้ข้อมูลลงลึกถึงชุมชนทุกแห่งและทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในโรงเรียน ประถม และมัธยม เพราะการป้องกันและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงควรเริ่มตั้งแต่เด็ก
6. สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาการใช้วัคซีนในการป้องกันโรค อีกทั้งรวบรวมข้อมูลประชากรเป้าหมายในกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ประชาชนได้รับการอย่างทั่วถึง
7. มีการใช้กลไกทางกฎหมายควบคุมปริมาณสารก่อมะเร็งที่สำคัญ ทั้งที่เกิดจากอาชีพ และสิ่งแวดล้อม เช่น ยาสูบ แอลกอฮอล์ แร่ใยหิน

กิจกรรมสนับสนุนยุทธศาสตร์

1. จัดตั้งคณะกรรมการด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง แบ่งเป็น 4 กลุ่มปัจจัยเสี่ยงหลัก
 - 1.1 ปัจจัยเสี่ยงหลักๆ ยาสูบ และแอลกอฮอล์
 - 1.2 เรื่องเกี่ยวกับมะเร็ง การติดเชื้อไวรัส และโรคพยาธิใบไม้ตับ
 - 1.3 เรื่องพฤติกรรม อาหารและออกกำลังกาย และการเคลื่อนไหวร่างกาย
 - 1.4 เรื่องอาชีพการทำงาน การประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และรังสี
 2. สนับสนุนการสร้างฐานข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ เช่น ยาสูบ แอลกอฮอล์ การติดเชื้อ HPV ในระดับ ประชากร เป็นต้น เพื่อนำมาใช้กำหนดนโยบายและติดตามการดำเนินงาน
 3. จัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ตามประเด็นยุทธศาสตร์หลัก มี 2 ปัจจัย คือ
 - 3.1 ปัจจัยด้านสารก่อมะเร็ง (Carcinogen) พบได้ใน
 - ยาสูบ
 - แอลกอฮอล์
 - การประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
 - อาหารที่ปนเปื้อนสารก่อมะเร็ง
 - พยาธิใบไม้ตับ
 - 3.2 ปัจจัยการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion)
 - อาหารที่ถูกหลักอนามัยและอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ
 - การออกกำลังกาย
 - การให้วัคซีน
- (ในรายละเอียดของแผนพัฒนา 2 ปัจจัย ให้ดูรายละเอียดที่ภาคผนวก)

ตัวชี้วัด

1. มีนโยบายสาธารณะ (Public policy) เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็ง เช่น บุหรี่ สุรา อาหาร และการออกกำลังกาย
2. อัตราการเกิดโรคมะเร็งที่ป้องกันได้ลดลง
3. มีกฎหมายควบคุมสารก่อมะเร็งที่สำคัญ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. กรมการแพทย์
3. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องสำอางค์และยาสูบ กรมควบคุมโรค
4. สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค
5. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค
6. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
7. กรมอนามัย
8. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
9. คณะกรรมการอาหารและยา
10. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
11. กรมควบคุมมลพิษ
12. กรมโรงงานอุตสาหกรรม
13. สถาบันโภชนาการ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
2. กรมประชาสัมพันธ์
3. องค์การบริหารส่วนตำบล
4. กรมสุขภาพจิต





ยุทธศาสตร์ที่ 3

ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหา โรคเมะเร็งระยะเริ่มแรก (Secondary Prevention)



ยุทธศาสตร์ที่ 3

ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็ง ระยะเริ่มแรก (Secondary Prevention)

หลักการและเหตุผล

การตรวจพบโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรก (Early detection) คือ การค้นหาผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่มมีอาการ (Early diagnosis) หรือ การคัดกรองโรคมะเร็ง (Cancer screening) ในผู้ที่ยังไม่มีอาการ เพื่อนำสู่การตรวจวินิจฉัยยืนยันว่าเป็นโรคมะเร็งหรือไม่ต่อไป การค้นพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกจะทำให้สามารถรักษาให้หายขาดได้ และการคัดกรองมะเร็งจะสามารถลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งที่สามารถคัดกรองได้

หลักเกณฑ์ในการที่จะดูว่าโรคมะเร็งชนิดใดสมควรจะนำมาทำการคัดกรอง (Screening) ก็มีหลักเกณฑ์ เหมือนกับการคัดกรองโรคอื่นๆ ที่เป็นปัญหาของสาธารณสุข โดยมีหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้ คือ

1. โรคมะเร็งชนิดนั้น ต้องเป็นปัญหาที่ใหญ่มากพอในกลุ่มประชากร ที่ทำให้ผลการคัดกรองมีความคุ้มค่า
2. ต้องรู้ถึงธรรมชาติ หรือขบวนการดำเนินโรค และระยะเวลาที่ยังไม่มีอาการ มีความยาวนานพอต่อการคัดกรอง
3. วิธีการคัดกรองที่ใช้ต้องเป็นที่ยอมรับ และมีหลักฐานว่าสามารถตรวจพบโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรกได้ โดยมีผลบวกสูง และผลลบต่ำ
4. ต้องมีวิธีการรักษาโรคมะเร็งและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งนั้นอย่างมีประสิทธิภาพ
5. ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ของวิธีการคัดกรองดังกล่าว ต้องเป็นที่ยอมรับของผู้ตรวจ และผู้รับการคัดกรอง

การคัดกรองโรคมะเร็งอาจทำได้ 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ การคัดกรองแบบเป็นระบบ (Organized Screening) และการคัดกรองแบบแล้วแต่โอกาส (Opportunistic Screening)

1. การคัดกรองแบบเป็นระบบ (Organized Screening)

Organized Screening เป็นวิธีการที่ถูกออกแบบขึ้นเพื่อใช้ในกลุ่มประชากรเป้าหมายเพื่อได้รับการตรวจค้นหาโรคมะเร็งระยะแรกเริ่มให้ได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายให้ได้มากที่สุด โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่โดยทั่วไปจะใช้เป็นแบบแผนในระดับชาติ หรือ ระดับภูมิภาค

2. การคัดกรองแบบแล้วแต่โอกาส (Opportunistic Screening)

Opportunistic Screening เป็นการคัดกรองซึ่งทำได้โดยอิสระ ขึ้นอยู่กับโปรแกรมที่เลือกใช้ของแต่ละองค์กร หรือแต่ละกลุ่มประชากร ซึ่งกลุ่มเป้าหมายของการคัดกรองชนิดนี้ คือ ผู้ที่เข้ามารับการบริการทางการแพทย์ การคัดกรองแล้วแต่โอกาสนี้ อาจแนะนำให้ทำการคัดกรองโดยผู้ให้บริการแนะนำแก่ผู้รับบริการในระหว่างที่ให้คำปรึกษาสุขภาพหรือจากความต้องการของผู้รับบริการเองก็ได้

ปัจจุบันการตรวจคัดกรองที่ได้ผลคุ้มค่าและทำเป็น Organized Screening ได้ตามคำแนะนำของ WHO คือ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

สำหรับการตรวจคัดกรองที่เป็นการคัดกรองแบบ Opportunistic Screening สามารถทำได้ในโรคมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งช่องปาก มะเร็งตับและท่อน้ำดี และมะเร็งปอด

วัตถุประสงค์

เพื่อค้นหาโรคมะเร็งในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งระยะเริ่มแรก โดยมีระบบส่งต่อเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาอย่างครบวงจร

เป้าหมาย

1. ให้ประชาชนตระหนักถึงสัญญาณอันตรายหรืออาการผิดปกติเบื้องต้นจะได้รับไปพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยโรค
2. ประชาชนมีความรู้และมีความตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองและค้นหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก
3. มีโครงการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งระดับชาติ สำหรับมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
4. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึง และได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งที่เน้นโครงการระดับชาติอย่างทั่วถึง
5. ให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีความรู้เกี่ยวกับการค้นหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก

แนวทางการพัฒนา

1. จัดทำโครงการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งระดับชาติของโรคมะเร็งที่สามารถคัดกรองได้และได้ผล สำหรับมะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และโครงการค้นหาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรก (Early diagnosis)
2. พัฒนาเนื้อหาวิชาการเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจถึงสัญญาณอันตรายที่อาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง รวมทั้งให้เห็นความสำคัญของการคัดกรองและค้นหาโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรก
3. สนับสนุนการฝึกอบรมแก่บุคลากรทางสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ ให้มีความรู้ในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง จัดทำทะเบียนประชากรกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่รับผิดชอบ

4. สนับสนุนกิจกรรมการรณรงค์ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมาร่วมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง
5. สนับสนุนให้ประชาชนตระหนักถึงการคัดกรองมะเร็งอื่นๆที่เป็นการคัดกรองแบบแล้วแต่โอกาส (Opportunistic Screening) เช่น มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งช่องปาก ในสถานพยาบาลที่มีหน่วยบริการ

กิจกรรมสนับสนุนยุทธศาสตร์

1. จัดตั้งคณะกรรมการด้านการตรวจโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก
2. จัดทำแผนการตรวจคัดกรอง และตรวจค้นหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก ตามโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ดังนี้

มะเร็งปากมดลูก

1. ส่งเสริมกิจกรรมให้ประชาชนมีความรู้เรื่อง มะเร็งปากมดลูก โดย สสจ./รพศ./รพท./รพช. / รพ.สต. อบรมให้ความรู้เรื่อง มะเร็งปากมดลูกแก่ผู้นำสตรี ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่อง มะเร็งปากมดลูก และความจำเป็นในการตรวจ Pap smear และ VIA ผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุกระจายเสียง หอกระจายเสียง หอกระจายข่าว ในหมู่บ้าน แจกเอกสารให้ความรู้ในสถานบริการสาธารณสุขในชุมชน เป็นต้น
2. จัดฝึกอบรมวิชาการและทักษะแก่บุคลากรทางสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ ให้มีความรู้เกี่ยวกับ มะเร็งปากมดลูก รู้วิธีการตรวจและสามารถทำ Pap smear และ VIA อย่างถูกต้อง มีคุณภาพ และมีความเข้าใจในระบบรายงานผลแบบ Bethesda system
3. จัดฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เซลล์วิทยา และพยาธิแพทย์ที่เกี่ยวข้องให้มีความสามารถในการอ่าน และรายงานผล Pap smear แบบ Bethesda System อย่างถูกต้อง
4. จัดทำศูนย์เซลล์วิทยา เพื่อทำ Quality Control และ Quality Assurance Programs และช่วยบริหารจัดการการอ่านผล Pap smear ในจังหวัดที่ยังไม่สามารถอ่าน slide ที่ทำจากสตรีกลุ่มเป้าหมายได้ทันตามกำหนดเวลา
5. ทำการฝึกอบรมสูตินรีแพทย์ให้มีจำนวนเพียงพอ ในการตรวจวินิจฉัยสตรีที่มีผล Pap smear และ VIA ที่ผิดปกติ โดยวิธี Colposcopy และการรักษา Cervical Intraepithelial Neoplasia
6. ส่งเสริมการทำโครงการวิจัยการตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV Testing ซึ่งเป็นวิธีที่ให้ผลการคัดกรองที่ดี วิธีการทำไม่ยุ่งยาก และเป็นที่ยอมรับในหลายประเทศ
7. ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยการใช้วัคซีน ในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทย

มะเร็งเต้านม

1. จัดกิจกรรมรณรงค์การตรวจเต้านมด้วยตัวเองที่ถูกต้อง ให้ผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป โดย สสจ./รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้ทราบถึงประโยชน์ (benefit) และข้อจำกัดของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
2. สนับสนุนการจัดตั้งคลินิกเต้านม (Breast clinic) ในโรงพยาบาลประจำจังหวัดทุกแห่ง เพื่อเป็นการวางระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาเรื่องโรคทางเต้านมอย่างเป็นรูปธรรม และสามารถพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในประเทศไทยอย่างมีมาตรฐาน
3. จัดการอบรมแก่แพทย์ ทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในเรื่องการทำ needle biopsy เพื่อการวินิจฉัยโรค
4. สนับสนุนการทำโครงการวิจัยนำร่องการคัดกรองมะเร็งเต้านมในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ประเมินความคุ้มค่าของการคัดกรอง เพื่อการขยายผลในระดับประเทศต่อไป

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

1. ส่งเสริมกิจกรรมให้ประชาชนมีความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดย สสจ./รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. อบรมให้ความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแก่ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุกระจายเสียง หอกระจายเสียง หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน แจกเอกสารให้ความรู้ในสถานบริการสาธารณสุขในชุมชน เป็นต้น
2. จัดการอบรมแก่บุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ
3. จัดการอบรมแก่แพทย์ ทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ให้มีความรู้และความชำนาญในการส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) และการสวนแป้งในลำไส้ใหญ่ (Barium Enema)
4. ส่งเสริมการทำโครงการวิจัยนำร่องการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ประเมินความคุ้มค่าของการคัดกรอง เพื่อการขยายผลในระดับประเทศต่อไป
5. จัดทำระบบส่งต่อรองรับกลุ่มที่ตรวจคัดกรองอุจจาระหลังได้ผลบวก รวมทั้งระบบการส่งต่อการรักษาเมื่อตรวจพบว่าเป็นโรคมะเร็ง
6. ส่งเสริมศัลยแพทย์ให้สามารถผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

มะเร็งช่องปาก

1. ส่งเสริมกิจกรรมให้ประชาชนมีความรู้เรื่องมะเร็งช่องปาก โดย สสจ./รพศ./รพท./รพช. /รพ.สต. อบรมให้ความรู้เรื่องมะเร็งช่องปากแก่ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. จัดการอบรมแก่แพทย์และ/หรือทันตแพทย์ ทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในการตรวจหารอยโรคก่อนเป็นมะเร็งช่องปาก และสามารถแยกรอยโรคหรืออาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระยะแรกของมะเร็งช่องปากได้
3. จัดทำโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับประชากรในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งช่องปากสูง

มะเร็งตับ (Hepatoma) และมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma)

1. ส่งเสริมกิจกรรมให้ประชาชนมีความรู้เรื่องมะเร็งตับ โดย สสจ./รพศ./รพท. /รพช. /รพ.สต. อบรมให้ความรู้เรื่องมะเร็งตับแก่ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. สนับสนุนให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีการตรวจหามะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มแรก เช่น การติดตามผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี เพื่อค้นหาผู้ป่วยมะเร็งตับ และการติดตามผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ เพื่อค้นหาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โดยการทำการ ultrasound
3. จัดการอบรมแก่แพทย์ ทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในการวินิจฉัยผล ultrasound ตับและท่อน้ำดี

ตัวชี้วัด

1. มีนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสัญญาณอันตรายของโรคมะเร็ง
2. มีโครงการคัดกรองโรคมะเร็งระดับชาติเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่พบบ่อยและสามารถคัดกรองได้
3. อัตราการเกิดโรคมะเร็งระยะแรกเพิ่มขึ้นและอัตราการเกิดโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ลดลง
4. อัตราตายของโรคมะเร็งที่คัดกรองได้ลดน้อยลง

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. กรมการแพทย์
3. กรมอนามัย
4. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
6. สสจ./รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.
7. สมาคมวิชาชีพต่างๆ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
3. องค์การบริหารส่วนตำบล



ยุทธศาสตร์ที่ 4

ยุทธศาสตร์ด้านการรักษา ผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Tertiary Prevention – Treatment)



ยุทธศาสตร์ที่ 4

ยุทธศาสตร์ด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Tertiary Prevention – Treatment)

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้โรคมะเร็งสามารถรักษาหายขาดได้ โดยเฉพาะมะเร็ง ที่ตรวจพบในระยะเริ่มแรก แต่สิ่งที่สำคัญยิ่งสิ่งแรกของการรักษาโรค คือ การวินิจฉัยโรคที่แม่นยำ และถูกต้อง โดยการใช้เครื่องมือเฉพาะต่างๆ เพื่อเข้าถึงจุดที่เป็นพยาธิสภาพ เช่น Bronchoscopy, Colonoscopy หรือ Colposcopy และนำชิ้นเนื้อดังกล่าว ไปทำการพิสูจน์ชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค ด้วยวิธีต่างๆ เช่น Fine Needle Aspiration Biopsy (FNA) หรือ Tissue biopsy ขั้นตอนต่อจากนั้น คือ การวินิจฉัยระยะของโรค (stage) ด้วยการใช้ imaging study ไม่ว่าจะเป็น CT scan, MRI หรือ PET scan เป็นต้น ซึ่งมีความสำคัญต่อการวางแผนการรักษาและการพยากรณ์โรค กระบวนการเหล่านี้ไม่เพียงแต่ต้องอาศัยด้านเงินทุนทั้งสถานที่และเครื่องมือ แต่รวมไปถึงความเชี่ยวชาญเฉพาะของบุคลากรระดับต่างๆอีกด้วย ดังนั้น ในการวางแผนยุทธศาสตร์ในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย ควรมีการจัดลำดับความจำเป็น และกำหนดขีดความสามารถ ของสถานพยาบาลในระดับต่างๆ ในการตรวจวินิจฉัยเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดของระบบบริการ รวมไปถึง การพัฒนาและจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์ต่างๆ อย่างเหมาะสม

แม้ว่าการรักษาโรคมะเร็งจะมีการพัฒนาและประสิทธิภาพสูงแต่การรักษาโรคมะเร็งยังคงมีราคาสูงมาก เนื่องจากยารักษาโรคมะเร็ง (เคมีบำบัด) ยารักษาอาการข้างเคียงที่เกิดจากเคมีบำบัด รวมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในทางศัลยกรรมและรังสีรักษาต้องนำเข้าจากต่างประเทศ เพราะฉะนั้นการใช้ทรัพยากรต่างๆ เหล่านี้ ควรมีมาตรการควบคุมที่เหมาะสมให้มีการกระจายการใช้ทรัพยากรให้คุ้มค่าและทั่วถึง เพื่อให้บรรลุถึงประโยชน์สูงสุด

การรักษาโรคมะเร็งให้ได้ผลดี จำเป็นต้องคำนึงถึง ระยะเวลาในการเริ่มกระบวนการรักษา ดังนั้น การจัดตั้งศูนย์รักษาโรคมะเร็งให้ครอบคลุมทั่วประเทศ และพัฒนาเครือข่ายระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างโอกาสการเข้าถึงกระบวนการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งได้อย่างทันท่วงที องค์การอนามัยโลก ได้เสนอแนะสำหรับประเทศที่มีทรัพยากรจำกัดว่า ควรมีการกระจายศูนย์การรักษาเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการการรักษาโรคมะเร็งมากกว่าการมีศูนย์รักษาที่ทันสมัยเพียงไม่กี่แห่ง

นอกเหนือไปจากการรักษาโรคมะเร็งวิธีหลักๆ คือ การผ่าตัด การฉายรังสี และการใช้ยาเคมีบำบัด ซึ่งวิธีการรักษาจะนิยมใช้ในรูปแบบของการผสมผสานทั้ง 3 วิธี นอกจากนี้ การให้บริการคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาแก่ผู้ป่วยและวิธีการปฏิบัติและดูแลตนเองถือเป็นเรื่องสำคัญอีกอย่างหนึ่ง เพื่อลดความไม่เข้าใจและความวิตกกังวล อันอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาตามแผนการรักษาที่วางไว้ หรืออาจไปพึ่งการ

รักษาริธีอื่นที่ไม่ใช่การรักษาตามมาตรฐาน การกำหนดขีดความสามารถด้านการรักษาโรคมะเร็งในแต่ละด้านของสถานพยาบาลต่างๆ จะสามารถทำให้เกิดการกระจายการบริการผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างทั่วถึงมากขึ้น และลดการส่งต่อที่ไม่จำเป็น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถเข้าถึงและได้รับการรักษาที่มีคุณภาพ และเพิ่มอัตราการอยู่รอด รวมทั้ง มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม

เป้าหมาย

1. ประชาชนสามารถเข้าถึงและได้รับการรักษาในเวลาที่เหมาะสม ในโรคมะเร็งที่พบบ่อย
2. ประชาชนได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งที่มีคุณภาพและเป็นมาตรฐานสากล ทั้งประเทศ
3. เพิ่มอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ของโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก โรคมะเร็งกลุ่มลุกลามเฉพาะที่ (Locally advance) และกลุ่มที่โรคกลับเป็นใหม่ ตลอดจนการแพร่กระจาย (Recurrent/Metastasis)
4. สนับสนุนให้สถานพยาบาลมีบุคลากรด้านโรคมะเร็งอย่างเพียงพอและมีคุณภาพ ตามศักยภาพของสถานพยาบาลระดับนั้นๆ
5. มีเครือข่ายและระบบประสานงานการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่มีประสิทธิภาพ
6. มีระบบส่งต่อผู้ป่วย (Referral system) และข้อมูลที่มีประสิทธิภาพเพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง
7. มียา เครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับรักษาโรคมะเร็งของประเทศ อย่างเพียงพอและเหมาะสม
8. สนับสนุนการสร้างศูนย์กลางและเครือข่ายฐานข้อมูลโรคมะเร็ง และผลการรักษาทั้งระยะสั้นและระยะยาวระดับชาติ
9. สนับสนุนให้นำผลวิจัยทางคลินิกที่มีประโยชน์มาใช้งาน และนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
10. สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบผสมผสาน
11. สนับสนุนการศึกษาความคุ้มค่าในการรักษาโรคมะเร็งด้วยกระบวนการต่างๆ
12. ศึกษาและพัฒนาแนวทางการใช้แพทย์ทางเลือกและแพทย์แผนไทยอย่างเหมาะสม โดยมีมาตรฐานความปลอดภัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการ

แนวทางการพัฒนา

1. พัฒนามาตรฐานการตรวจวินิจฉัย และรักษาพยาบาล

- 1.1 จัดทำมาตรฐานของสถานพยาบาลด้านการรักษาโรคมะเร็ง
- 1.2 พัฒนาศักยภาพของสถานพยาบาล ที่มีอยู่เดิม ให้มีขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น และเหมาะสม
- 1.3 พัฒนาด้านแบบ ระบบการดูแลรักษาเฉพาะทาง และระบบการบริการ ในโรคมะเร็งที่พบบ่อยของประเทศ (แต่ละระดับของสถานพยาบาล)
- 1.4 จัดทำแนวทางปฏิบัติ ของ การวินิจฉัย รักษา รวมทั้งแนวทางพิจารณาการส่งต่อ ในโรคมะเร็งที่พบบ่อย และสนับสนุนให้เกิดการนำไปปฏิบัติ
- 1.5 พัฒนาระบบการอบรมและระบบการตรวจประเมิน มาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ของสถานพยาบาล
- 1.6 พัฒนาการใช้ระบบ เครือข่าย สารสนเทศ ในการช่วยวินิจฉัย และปรึกษาทางไกล ด้านโรคมะเร็ง เพื่อลดข้อจำกัดของความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์
- 1.7 สร้างศูนย์กลาง และเครือข่ายข้อมูล โรคมะเร็งทางคลินิกของประเทศ
- 1.8 พัฒนาวិชาการ และการวิจัยด้านโรคมะเร็ง ตลอดจนจัดฝึกอบรม ประชุมวิชาการ แก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- 1.9 จัดทำแนวทางและพัฒนาด้านแบบ การนำแพทย์ทางเลือก (Alternative) และแพทย์แผนไทย เพื่อใช้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง อย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์ และมีการวิจัยทางคลินิกรองรับ
- 1.10 สนับสนุนให้มีการจัดทำ การประเมินความคุ้มค่าทางเทคโนโลยีของกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งต่างๆ (Technology Assessment)
- 1.11 พัฒนา สถานพยาบาลด้านโรคมะเร็ง ระดับตติยภูมิขึ้นไปเป็นศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง (Comprehensive Cancer Centre)

2. พัฒนาการเข้าถึงการรักษา

- 2.1 พัฒนาศูนย์การรักษาโรคมะเร็งให้ครอบคลุมทุกภาคของประเทศ ที่มีคุณภาพ และเพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย
- 2.2 พัฒนาระบบเครือข่ายสารสนเทศ ตลอดจนเทคโนโลยีการสื่อสารทางไกล เพื่อให้คำปรึกษา การวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง
- 2.3 พัฒนาระบบการประกันเวลา ที่ผู้ป่วยควรได้รับการวินิจฉัย และรักษา

3. พัฒนาระบบการส่งต่อ

- 3.1 กำหนด และจัดทำฐานข้อมูล ของระบบการส่งต่อ (ในการตรวจวินิจฉัย/ รักษา/ ประคับประคอง) ตามขีดความสามารถของสถานพยาบาล (Cluster of competency หรือ capability) เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาสถานพยาบาลและพิจารณาการส่งต่อ ในด้านต่างๆ
- 3.2 สร้างรูปแบบและกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย

กิจกรรมสนับสนุนยุทธศาสตร์

1. การจัดทำ เผยแพร่ และการประเมินการใช้คู่มือการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งที่สำคัญ ของประเทศไทย เช่น โรคมะเร็งปากมดลูก โรคมะเร็งเต้านม โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี โรคมะเร็งปอด และโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นต้น
2. จัดตั้งคณะกรรมการจัดทำคู่มือ โดยเชิญผู้เกี่ยวข้องตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะทางทุกภาคส่วน รวมทั้งจากราชวิทยาลัยต่างๆ ทำการค้นคว้าและศึกษาข้อมูล การวินิจฉัยและการรักษา ตามมาตรฐานของประเทศต่างๆ อีกทั้งยังจัดให้มีการปรับปรุงมาตรฐานคู่มือและนำมาปรับใช้ ตามความเหมาะสมและตามปริมาณทรัพยากรของประเทศ
3. สร้างต้นแบบ ระบบการรักษา การบริการและ การให้คำปรึกษาโรคมะเร็งระดับต่างๆ ที่เหมาะสม ในแต่ละพื้นที่
4. จัดตั้งระบบเครือข่าย การดูแล และการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาโรคตามภูมิสารสนเทศ (Geographic Information System, GIS)
 - 4.1 กำหนดและแบ่งเขตโรงพยาบาลหรือศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยที่มีอยู่ขณะนี้ให้แบ่งเขตตาม สภาพภูมิศาสตร์ ระยะทาง และความสะดวกในการคมนาคม และมีการจัดตั้งระบบเครือข่าย ในการส่งต่อผู้ป่วยแต่ละภูมิภาค จะได้มีการรับทราบปัญหาและพัฒนาระบบส่งต่อให้มี ศักยภาพที่ดีขึ้น
 - 4.2 จัดทำแนวปฏิบัติและคู่มือในการส่งต่อและส่งกลับของสถานพยาบาล (เอกสาร และข้อมูล ด้านต่างๆทางคลินิก รวมทั้งสิทธิการรักษา ของผู้ป่วย) รวมทั้งบูรณาการระบบให้มี ประสิทธิภาพ
 - 4.3 กำหนดช่องทางการติดต่อและการส่งเอกสาร ตลอดจน กระบวนการนัดหมาย
 - 4.4 จัดทำระบบรองรับการส่งต่อ และกระบวนการชำระเงิน
 - 4.5 พัฒนาระบบ IT ที่เกี่ยวข้อง
5. จัดทำแผนการพัฒนาศูนย์การรักษาโรคมะเร็ง ให้ครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศ ตาม ภูมิสารสนเทศ และสอดคล้องกับระบบเครือข่าย
6. สร้างระบบเครือข่ายสารสนเทศ ตลอดจนเทคโนโลยีการสื่อสารทางไกล และจัดหาเครื่องมือ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการให้คำปรึกษา การวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง ภายในเครือข่ายการดูแล และการส่งต่อผู้ป่วย

7. จัดทำฐานข้อมูลและระบบสารสนเทศ ของบุคลากรทางการแพทย์ ชนิดของโรคมะเร็งที่แต่ละสถานพยาบาลสามารถดูแล-รักษา การใช้ยารักษา รวมทั้งเครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับโรคมะเร็ง ที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อการใช้งานและบริหารจัดการ
8. จัดทำระบบฐานข้อมูล และระบบสารสนเทศทางคลินิกและคุณภาพการบริการของโรคมะเร็งที่เชื่อมโยงกันทั้งในระดับส่วนกลาง ศูนย์มะเร็งภูมิภาคและ รพ. เครือข่าย
9. จัดทำแผนการพัฒนานิเวศการด้านโรคมะเร็ง และหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะทางทั้งระยะสั้นและระยะยาว ให้แก่แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งจัดประชุมวิชาการในระดับต่างๆ เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และสนับสนุนให้เกิดการวิจัยโรคมะเร็งทางคลินิกแบบสหสถาบัน และสหสาขา
10. พัฒนาโครงการต้นแบบเพื่อทำวิจัยร่วมทั้งด้านคลินิก และ ด้านวิทยาศาสตร์พื้นฐาน ระหว่างแพทย์ทางเลือก และแพทย์ปัจจุบัน ตลอดจนนักวิจัยต่างๆ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการประยุกต์ใช้การแพทย์แบบผสมผสานที่มีประสิทธิภาพ และมีความปลอดภัยเพื่อนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ระดับประเทศในระยะต่อไป
11. สร้างแนวทางในการประกันเวลา ที่ผู้ป่วยควรได้รับการวินิจฉัยและรักษา โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ
 - ระยะที่หนึ่ง :** เป็นการเก็บข้อมูลการเข้าถึงการวินิจฉัยและการรักษาของสถานพยาบาลระดับต่างๆ
 - ระยะที่สอง :** เป็นโครงการนำร่อง การปรับปรุงกระบวนการทำงานของระบบส่งต่อและการรักษาพยาบาล ของกลุ่มโรงพยาบาล ที่เข้าร่วมโครงการ ตามแนวทางที่วางไว้
 - ระยะที่สาม :** ทบทวนและกำหนดมาตรฐานการประกันเวลาการเข้าถึงกระบวนการวินิจฉัยและรักษา
 - ระยะที่สี่ :** เป็นการปรับปรุงกระบวนการทำงานของระบบส่งต่อและการรักษาพยาบาลทั้งระบบตามแนวทางที่วางไว้
12. จัดตั้งคณะกรรมการการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งระดับชาติ (ผู้รับผิดชอบ : รมต.กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดตั้ง)

ตัวชี้วัด

1. มี Clinical Practice Guideline (CPG) ของโรคมะเร็งที่พบบ่อย หรือโรคมะเร็งที่มีค่าใช้จ่ายสูง และโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาของประเทศ
2. มีแผนระบบส่งต่อของโรงพยาบาลต่างๆ
3. ระยะเวลาการรอคอยการรักษาลดลงและอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน
4. ระยะเวลาระหว่างการวินิจฉัย จนกระทั่งเริ่มทำการรักษาลดลง และอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน
5. อัตราอยู่รอดของโรคมะเร็งที่รักษาได้ดีขึ้น

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. กรมการแพทย์ และโรงพยาบาลในสังกัด
3. กรมพัฒนาการแพทย์ไทยและการแพทย์ทางเลือก
4. องค์การเภสัชกรรม
5. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
7. โรงพยาบาลตำรวจ
8. โรงพยาบาลสังกัด กทม.
9. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม
10. โรงพยาบาลเอกชน
11. โรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1. สมาคมวิชาชีพ
2. สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. กรมบัญชีกลาง
4. สำนักงานประกันสังคม
5. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา



ยุทธศาสตร์ที่ 5

ยุทธศาสตร์ด้านการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง (Palliative Care)



ยุทธศาสตร์ที่ 5

ยุทธศาสตร์ด้านการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง (Palliative Care)

หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบันโรคมะเร็งหลายชนิดสามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยเฉพาะโรคมะเร็งที่พบในระยะเริ่มแรก อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเมื่อวินิจฉัยโรคได้ พบว่าโรคอยู่ในระยะลุกลามแล้ว เช่น โรคมะเร็งปอด โรคมะเร็งตับ ถึงแม้ผู้ป่วยที่ตรวจพบโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรก การรักษาได้ผลดี แต่ก็อาจมีการกลับมาของโรคในภายหลัง ทำให้ต้องรักษาแบบประคับประคอง จะเห็นว่าการรักษาแบบ Palliative Care นั้นเป็นสิ่งที่สำคัญมาก และควรได้รับการพัฒนาให้มีระบบตามมาตรฐาน

คำว่า “Palliative Care” คือ การดูแลทางการแพทย์ที่มีวัตถุประสงค์ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่โรคอยู่ในระยะลุกลาม โดยเน้นทางด้านจริยธรรม และมนุษยธรรม เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวเหล่านี้สามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ และสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตราบจนวาระท้ายของชีวิต การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อาศัยความร่วมมือของบุคลากรทางการแพทย์ และสังคมส่วนรวมที่เกี่ยวข้องทุกระดับร่วมกันทำงานเป็นทีม ทั้งในระดับสถานพยาบาล ชุมชน สังคม ให้ได้การดูแลที่เปี่ยมด้วยความรู้สึกเอื้ออาทร และเมตตา เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว ที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทางองค์การอนามัยโลกได้พิจารณาเล็งเห็นว่าการดูแลทางการแพทย์ในรูปแบบนี้มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง สมควรได้รับการสนับสนุน โดยนำรูปแบบนี้มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ หรือโรคมะเร็ง โรคเข้าสู่ระยะลุกลาม หรือระยะท้ายของชีวิต การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) นั้นครอบคลุมความหมายเหล่านี้

- การมีชีวิต และการตาย ควรให้เป็นไปตามกระบวนการปกติของธรรมชาติ
- ไม่ช่วยเร่ง หรือเหนี่ยวรั้งการเสียชีวิต
- ให้การบรรเทาความปวด และอาการอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับโรค รวมทั้งการดูแลรักษาอื่นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น
- นำการดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเข้ามารวมไว้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วย
- จัดให้มีระบบการช่วยเหลือคำจูนแก่ผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขมากที่สุดเท่าที่จะกระทำได้อจนวาระสุดท้ายของชีวิต
- จัดให้มีระบบการช่วยเหลือคำจูนแก่ครอบครัวผู้ป่วย ในช่วงเวลาที่ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และช่วงเวลาโศกเศร้าจากการที่ผู้ป่วยได้เสียชีวิตไป

ดังนั้น เมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นว่า การดูแลแบบประคับประคอง สามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย และครอบครัวตลอดช่วงเวลาของการเจ็บป่วยตามความจำเป็น ความพร้อมของผู้ป่วยแต่ละราย ในปัจจุบัน จึงมีการนำเอา Palliative Care เข้ามาผสมผสานกับการดูแลผู้ป่วยทุกระยะของโรค โดยเริ่มให้เร็วที่สุด และสามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยอัมพาต เป็นต้น หรือ สำหรับผู้ป่วยที่มีความต้องการ โดยไม่คำนึงว่าจะต้องเป็นผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะท้ายเท่านั้น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเหล่านี้สามารถใช้ชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ และเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

เป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งและครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
4. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง และเครือข่ายอย่างครอบคลุมครบวงจร
5. เพื่อให้สถานพยาบาลสามารถ จัดตั้งการดูแลแบบประคับประคองได้

แนวทางการพัฒนา

1. จัดทำบัญชียาแก้ปวดทุกชนิด ทั้งที่เป็นในกลุ่มยาเสพติด และกลุ่มอื่นๆ และสำรวจปริมาณ ความต้องการในแต่ละปี จัดหาให้เพียงพอต่อความต้องการ โดยมีมาตรการในการควบคุม ที่เหมาะสม
2. จัดทำแนวทางการรักษา และดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย
3. จัดตั้งคลินิกเฉพาะทาง Palliative Care ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลมะเร็งตาม ความสามารถในการจัดตั้งของสถานพยาบาลนั้นๆ
4. จัดตั้งศูนย์หรือหน่วยงานเพื่อจัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย
5. จัดตั้งศูนย์ที่เป็น hospice เพื่อดูแลผู้ป่วยในช่วงท้ายของชีวิต
6. จัดทำระบบส่งต่อผู้ป่วยระยะท้าย และจัดตั้งเครือข่าย โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้มี ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพให้ครอบคลุมทั่วประเทศ
7. พัฒนาความรู้ เจตคติ และความชำนาญของบุคลากรทางการแพทย์ ในการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง รวมทั้งจัดการให้ความรู้ ฝึกอบรมแก่ครอบครัว และอาสาสมัคร ให้สามารถ พึ่งพาตนเองในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
8. ส่งเสริมให้สังคมมี ความตระหนัก และความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตลอดจนผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต

กิจกรรมสนับสนุนยุทธศาสตร์

1. การจัดหายาแก้ปวดให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย และสามารถเข้าถึงยาแก้ปวดได้ง่าย

- 1.1 จัดให้มีการสำรวจปริมาณการใช้ยาแก้ปวด (กลุ่มมอร์ฟิน) ของผู้ป่วยทั่วประเทศ เพื่อให้มีการจัดหายาที่เพียงพอ
- 1.2 ผลิตยาแก้ปวดให้เพียงพอกับความต้องการ
- 1.3 พัฒนาระบบการบริหารยาแก้ปวดกลุ่มมอร์ฟินในสถานพยาบาลและหน่วยบริการใกล้บ้าน

2. การจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง

- 2.1 จัดประชุมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พยาบาล เภสัชกร และสหวิชาชีพต่างๆ เพื่อจัดทำแนวทางการและรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง
- 2.2 จัดพิมพ์คู่มือ และเผยแพร่ไปยังโรงพยาบาล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้แพทย์ทั่วไปและบุคลากรทางการแพทย์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย
- 2.3 จัดพิมพ์คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อเผยแพร่ให้กับประชาชนทั่วไป

3. แผนการจัดตั้งคลินิกเฉพาะทาง

- 3.1 จัดตั้งคลินิกเฉพาะทาง และศูนย์สายด่วน เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้ครบวงจร หรือตามแต่ความสามารถของสถานพยาบาลนั้นจะทำได้ ได้แก่
 - 1.1.1 คลินิกระงับปวด (Pain clinic)
 - 1.1.2 คลินิกบริการให้คำปรึกษา (Counseling clinic)
 - 1.1.3 คลินิกทวารหนักและแผล (Ostomy and wound care clinic)
 - 1.1.4 คลินิกโภชนาการ (Dietary clinic)
 - 1.1.5 คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟู (Physical and rehabilitation clinic)
 - 1.1.6 การแพทย์ทางเลือก (Complementary alternative medicine (CAM))
 - 1.1.7 Bereavement and Home care unit
 - 1.1.8 หน่วยดูแลผู้ป่วยในเวลากลางวัน (Day care unit)
 - 1.1.9 อื่นๆ เช่น สถานที่ประกอบพิธีทางศาสนา การฝึกอาชีพ (Occupational therapy) งานศิลปะ (Art therapy) งานหัตถกรรม ฯลฯ
- 3.2 จัดหาเครื่องมือที่จำเป็นในทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยยืม และอุปกรณ์เสริมต่างๆ อาทิเช่น เตียงนอน เครื่องช่วยเดิน เครื่องให้ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ รถเข็น สายดูดเสมหะ ถังรองรับสิ่ง ขับถ่ายต่างๆ เป็นต้น
- 3.3 จัดให้มีทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์ ฯลฯ เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

- 3.4 จัดให้มีโทรศัพท์สายตรงที่ผู้ป่วย และครอบครัว สามารถโทรปรึกษาได้
- 3.5 จัดให้มี website หรือ webpage ของผู้ป่วยระยะท้าย
4. แผนการจัดตั้งสถานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Hospice) ประกอบด้วย
 - 4.1 จัดให้มีทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย
 - 4.2 สถานที่เหมาะสมเพื่อจัดเป็น Hospice unit
 - 4.3 อุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่ครอบคลุมดูแล โดยเน้นการดูแลตามอาการต่างๆ รวมทั้งในช่วงท้ายของชีวิต
 - 4.4 การดูแลแบบแพทย์ทางเลือกต่างๆ
 - 4.5 ส่งเสริมให้มีการดูแลด้านจิตวิญญาณตามความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว
 - 4.6 ส่งเสริมให้เอกชนจัดตั้ง hospice ขึ้น เพื่อให้บริการผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ โดยรัฐเป็นผู้ควบคุมกำกับ กำหนดการดูแลที่ได้มาตรฐาน และราคาที่เหมาะสม ซึ่งสามารถเบิกจ่ายได้ตามสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย
5. จัดทำระบบส่งต่อผู้ป่วยระยะท้าย และจัดตั้งเครือข่าย โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพให้ครอบคลุมทั่วประเทศ
 - 5.1 สำรวจสถานบริการ และเครือข่ายที่มีการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทั่วประเทศทั้งภาครัฐ เอกชนและองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร (NGO)
 - 5.2 จัดระบบเครือข่ายบริการ และระบบส่งต่อ ให้เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน
 - 5.3 สนับสนุนส่งเสริมให้องค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร (NGO) เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และการส่งต่อผู้ป่วยระยะท้าย
 - 5.4 จัดทำฐานข้อมูลของผู้ป่วยระยะท้าย รวมทั้งทำเว็บไซต์ของผู้ป่วยระยะท้าย
 - 5.5 เชื่อมระบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อที่จะรองรับการส่งต่อผู้ป่วยระยะท้าย
6. แผนการพัฒนาวិชาการ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
 - 6.1 จัดให้หลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้น และระยะยาวของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเป็นการดูแล รักษาการเจ็บป่วยในภาพรวมที่ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
 - 6.2 จัดให้มีการให้ความรู้ และจัดฝึกอบรมแก่ครอบครัว ให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ รวมถึงการใช้อุปกรณ์ หรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็น โดยเน้นการดูแลด้านความปวด และอาการอื่นๆ รวมไปถึงการดูแลด้าน จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
 - 6.3 จัดประชุมวิชาการ เพื่อเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และแบ่งปันประสบการณ์เกี่ยวกับ Palliative Care ทั้งในระดับประเทศ และระหว่างประเทศ
 - 6.4 สนับสนุนการทำวิจัย เกี่ยวกับการรักษา และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

7. ส่งเสริมให้สังคมมีความตระหนัก และความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตลอดจน ผู้ป่วยระยะท้าย
 - 7.1 จัดทำสื่อ และประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนทั่วไป
 - 7.2 จัดนิทรรศการ และรณรงค์ให้มีความสำคัญในวัน World Palliative Day
 - 7.3 จัดทำกลุ่มตัวอย่าง (Model of palliative community) หรือชุมชนที่รณรงค์ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รวมทั้งกระตุ้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุน การจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในพื้นที่นั้นๆ
8. การทำนโยบายระดับชาติที่ส่งเสริมในการดูแล palliative care และผลักดันให้มีกฎหมายรองรับถึง การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเป็นระบบ (รูปธรรม)
 - 8.1 แสวงหาความร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ เพื่อสนับสนุนการดูแลแบบประคับประคองในระบบบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน
 - 8.2 ปรับปรุงและพัฒนากระบวนการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อเอื้ออำนวยการดูแลแบบประคับประคองในสถานพยาบาล ในชุมชน และที่บ้าน
 - 8.3 กำหนดแนวนโยบายในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้ชัดเจน เช่น ผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคอง ต้องทำ advance care plan ไว้ล่วงหน้า

ตัวชี้วัด

1. วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว ของผู้ป่วยระยะท้าย
2. วัดอัตรา admission rate ของผู้ป่วยระยะท้ายที่นอนโรงพยาบาล
3. วัดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน Hospice และที่โรงพยาบาล
4. อัตราการใช้ยา/เข้าถึงยา opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย
5. จำนวนโรงพยาบาลที่มียากกลุ่ม MST, Kapanol, Fentanyl TTS ไว้ใช้
4. จำนวนสถานพยาบาลที่มีการจัดบริการ palliative care (unit) อย่างเป็นระบบ
5. จำนวน hospice and home care unit ทั่วประเทศ
6. ระยะเวลาการได้รับบริการ palliative care จนเสียชีวิต
7. จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมในหลักสูตร palliative
8. จำนวนคู่มือ แนวทางการปฏิบัติ ต่างๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแบบประคับประคอง

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
5. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
6. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
7. องค์การเภสัชกรรม
8. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
9. กรมการแพทย์
10. กรมสุขภาพจิต
11. สภาของมหาวิทยาลัยต่างๆ
12. กระทรวงการคลัง
13. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
14. กระทรวงมหาดไทย
15. โรงพยาบาลภาคเอกชน และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน
16. สำนักพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
17. ราชวิทยาลัยต่างๆ
18. สมาชิวิชาชีพต่างๆ เช่น สมาธิการพยาบาล
19. กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
20. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
21. องค์กรภาคีต่างๆ เช่น องค์กรภาคเอกชน องค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร องค์กรด้านศาสนา และมูลนิธิต่างๆ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1. โรงพยาบาลในสังกัดของกรมการแพทย์
2. โรงพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
4. องค์กรภาคีต่างๆ เช่น องค์กรภาคเอกชน องค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร องค์กรด้านศาสนา และมูลนิธิต่างๆ



ยุทธศาสตร์ที่ 6

ยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยเพื่อการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็ง (Cancer Control Research)



ยุทธศาสตร์ที่ 6

ยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยเพื่อการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็ง (Cancer Control Research)

หลักการและเหตุผล

การวิจัยถือเป็นเรื่องสำคัญที่จะทำให้แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งสำเร็จได้ จุดมุ่งหมายหลักของการทำ Cancer Control Research คือ การวิจัยเพื่อลดอัตราการตายและการสูญเสียจากโรคมะเร็ง อีกทั้งการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว

การที่แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งระดับชาติ จะประสบความสำเร็จได้จำเป็นต้องมีการวิจัยในระยะต่างๆ ตั้งแต่ การพัฒนาแผน การนำแผนไปปฏิบัติ การวิเคราะห์ และประเมินความสำเร็จของการดำเนินงาน การวิจัยจึงมักครอบคลุมงานวิจัยในหลายสาขา ได้แก่ การวิจัยเชิงระบบสาธารณสุขและนโยบาย การวิจัยพื้นฐาน ระบาดวิทยา คลินิก สังคมจิตวิทยา เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การกำหนดทิศทางการวิจัยของแต่ละประเทศจะมีความแตกต่างกัน เช่น ในประเทศที่พัฒนา จะมีการสนับสนุนการวิจัยพื้นฐานในห้องปฏิบัติการ เพื่อหากลไกของการเกิดโรค องค์การอนามัยโลกได้แนะนำว่าในประเทศที่กำลังพัฒนาควรมุ่งเน้นงานวิจัยที่เกี่ยวกับการประเมินความสำเร็จ และความคุ้มค่าของแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งของประเทศ สำหรับประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศที่มีทรัพยากรจำกัด งานวิจัยจะเน้นเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งที่พบบ่อยของประเทศ เช่น มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ ประเทศไทยยังมีปัญหาเกี่ยวกับการพัฒนาด้านการวิจัยค่อนข้างมาก ขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแบบบูรณาการ ขาดแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย อีกทั้งยังขาดแคลนเครื่องมือและอุปกรณ์ในการทำงานวิจัย ตลอดจนมีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดไม่คุ้มค่า และยังขาดฐานข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับจำนวนนักวิจัยและงานวิจัยด้านโรคมะเร็งที่ทำในประเทศ

วัตถุประสงค์

เพื่อนำผลการวิจัยทั้งที่เป็นงานวิจัยพื้นฐานและงานวิจัยประยุกต์ไปใช้ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการลดความเสี่ยง ลดอุบัติการณ์การเกิดโรคและลดอุบัติการณ์การตายของโรคมะเร็ง พร้อมทั้งการให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เป้าหมาย

1. มีข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงและลดความเสี่ยงของโรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย 5 ชนิด ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่
2. มีผลงานวิจัย เพื่อนำมาใช้ในการป้องกัน คัดกรอง วินิจฉัยโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรก การรักษาโรค และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เหมาะสม
3. มีงานวิจัยเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง และการคาดการณ์การเกิดโรคมะเร็ง
4. มีการสร้างเครือข่ายการวิจัยทางโรคมะเร็ง ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ
5. มีการจัดสรรงบประมาณวิจัยโรคมะเร็งโดยเฉพาะ และมีงบประมาณจากหลายแหล่งนอกเหนือจากงบประมาณแผ่นดิน งบวิจัยโรคมะเร็งควรมีสัดส่วนไม่น้อยกว่า 25 เปอร์เซ็นต์ ของงบประมาณการวิจัยด้านสุขภาพ

แนวทางการพัฒนา

1. สร้างระบบบริหารจัดการงานวิจัยแบบบูรณาการ (คือ การวิจัยร่วมกันแบบบูรณาการ ในประเด็นต่อไปนี้ วิทยาศาสตร์พื้นฐาน ระบาดวิทยา คลินิกและการรักษาแพทย์ทางเลือก พหุติกรรมศาสตร์และสังคม ระบบสุขภาพและนโยบาย อย่างน้อย 3 ประเด็นขึ้นไป)
2. ส่งเสริมสนับสนุนงานวิจัยโรคมะเร็ง เพื่อการป้องกันและควบคุมโรค
3. การจัดการความรู้จากงานวิจัยโรคมะเร็งในประเทศ
4. พัฒนาและเสริมสร้างสมรรถนะนักวิจัย/เครือข่ายและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านงานวิจัยสุขภาพ

กิจกรรมสนับสนุนยุทธศาสตร์

1. สร้างระบบบริหารจัดการงานวิจัยแบบบูรณาการ
 - 1.1 จัดตั้งคณะกรรมการกำกับนโยบายงานวิจัยโรคมะเร็งแห่งชาติ เพื่อกำหนดความรับผิดชอบขององค์กรต่างๆ ให้ชัดเจน โดยมี 3 หน่วยงาน คือ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ
 - 1.2 จัดทำฐานข้อมูลวิจัย / นักวิจัย เครือข่าย สถานการณ์ต่างๆ เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงของข้อมูล รวมถึงมีการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล
2. ส่งเสริมสนับสนุนงานวิจัยโรคมะเร็งเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค
 - 2.1 จัดตั้งคณะกรรมการด้านการจัดสรรงบประมาณเกี่ยวกับงานวิจัยโรคมะเร็งทั้งที่เป็นงบประมาณแผ่นดินและงบประมาณอื่นๆ โดยเน้นสนับสนุนงานวิจัยที่เป็นปัญหาหลัก 5 โรค คือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้

3. การจัดการความรู้จากงานวิจัย

- 3.1 ส่งเสริมการถ่ายทอดความรู้ด้วยการ ตีพิมพ์ เผยแพร่ในวารสารทางวิทยาศาสตร์ และทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทั้งในและต่างประเทศ
- 3.2 สนับสนุนการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติอีกทั้งการถ่ายทอดเทคโนโลยีไปยังองค์กรวิชาชีพ หน่วยงานที่ให้บริการทั่วประเทศ เช่น การจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการ
- 3.3 มีการจัดประชุมวิชาการระดับชาติเฉพาะเรื่องของโรคมะเร็ง 5 ชนิด ที่พบบ่อย

4. พัฒนาและเสริมสร้างสมรรถนะนักวิจัย / เครือข่าย และพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านงานวิจัยสุขภาพ

- 4.1 พัฒนาระบบการถ่ายทอดผลการวิจัย เช่น การนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ หรือนำผลงานวิจัยมาใช้ในการอบรมเชิงปฏิบัติการ
- 4.2 จัดอบรมเกี่ยวกับการต่อยอดจากงานวิจัยในสัตว์ทดลองสู่งานวิจัยทางคลินิกระยะที่ 1
- 4.3 พัฒนาหน่วยงานต่างๆ ในเรื่อง GCP Human Bioethic จรรยาบรรณวิจัยในสัตว์ทดลอง
- 4.4 สนับสนุนให้มีการใช้ทรัพยากร/เทคโนโลยีขั้นสูงด้านงานวิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็งร่วมกัน

ตัวชี้วัด

1. สร้างระบบบริหารจัดการงานวิจัยแบบบูรณาการ

- 1.1 มีระบบสารสนเทศงานวิจัย / รวมถึงเครือข่ายโรคมะเร็ง 5 ประเภท ที่พบบ่อย ภายใน 3 ปี
- 1.2 มีระบบฐานข้อมูลนักวิจัยโรคมะเร็งในประเทศไทย ภายใน 5 ปี

2. ส่งเสริมสนับสนุนงานวิจัยโรคมะเร็งเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค

- 2.1 มีนวัตกรรม/ เทคโนโลยีที่พัฒนามาจากงานวิจัยทางด้านการป้องกันและควบคุมโรค 1 ชิ้น ต่อชนิดของโรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย
- 2.2 มีนวัตกรรม/ เทคโนโลยีที่เหมาะสมที่มาจากงานวิจัยเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคสามารถนำมาใช้ได้ทางปฏิบัติ หรือเป็นนโยบายสาธารณะ หรือนโยบายระดับชาติ 1 ชิ้นต่อ 5 ปี
- 2.3 สัดส่วนวิจัยระหว่างโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาหลัก 5 ชนิด ต่อมะเร็งอื่นๆ ทั่วไปเป็นอัตราส่วน ร้อยละ 70:30

3. การจัดการความรู้จากงานวิจัย

- 3.1 มีผลงานวิจัยที่ปรากฏในฐานข้อมูลระดับชาติ เช่น ในฐาน TCI จำนวน 70 ผลงานต่อปี
- 3.2 มีผลงานวิจัยที่ปรากฏในฐานข้อมูลระดับนานาชาติ เช่น ในฐาน SCOPUS และ/หรือ ISI จำนวน 130 ผลงานต่อปี
- 3.3 มีจำนวนงานวิจัยที่นำไปถ่ายทอดเทคโนโลยีไปยังองค์กรวิชาชีพหรือถ่ายทอดไปยังหน่วยงานที่ให้บริการทั่วประเทศอย่างน้อย 1 ชิ้น ต่อ 5 ปี

4. พัฒนาและเสริมสร้างสมรรถนะนักวิจัย/เครือข่าย และพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านงานวิจัยสุขภาพ

- 4.1 จำนวนโครงการมะเร็งที่พบบ่อย 5 ชนิดที่เข้าสู่เครือข่ายวิจัยสหสถาบัน เช่น Med Res Net อย่างน้อย 1 เรื่องต่อโรคต่อปี (นับซ้ำได้ อย่างน้อย 3 องค์กร)
- 4.2 มีทุนหลังปริญญาเอก (post doc) ด้านมะเร็ง อย่างน้อย 5 ทุนต่อมะเร็งที่พบบ่อยต่อปี (25 ทุนต่อปี)
- 4.3 จำนวนหลักสูตรอบรมความรู้เกี่ยวกับงานวิจัยโรคมะเร็งอย่างน้อย 2 หลักสูตรต่อปี
- 4.4 มีข้อเสนอโครงการที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงร่วมกับเครือข่ายนักวิจัยโรคมะเร็งอย่างน้อย 1 โครงการต่อปี
- 4.5 มีจำนวนเครือข่าย core facility ของเครื่องมือที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและให้บริการกับนักวิจัยได้อย่างน้อย 1 เครือข่ายต่อปี

กรอบการกำวิจัยโรคมะเร็ง

1. สร้างระบบบริหารจัดการงานวิจัยแบบบูรณาการ

- 1.1 จัดทำฐานข้อมูลจำนวนนักวิจัย และงานวิจัยโรคมะเร็งของประเทศ รวมถึงฐานข้อมูลของแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนการวิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็ง (ทั้งภายในและภายนอกประเทศ)
- 1.2 สร้างเครือข่ายความร่วมมือการวิจัยแบบบูรณาการระหว่างสถาบันวิจัยต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ

2. ส่งเสริมสนับสนุนงานวิจัยโรคมะเร็งเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค

- 2.1 จัดทำโครงการวิจัยพื้นฐานและงานวิจัยระบาดวิทยาเพื่อหากลไกและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เกี่ยวกับการเกิดโรคมะเร็งในประเทศไทย
- 2.2 จัดทำโครงการวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง เช่น บุหรี่ เหล้า อีกทั้งจัดทำโครงการวิจัยเกี่ยวกับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย เพื่อการป้องกันโรค
- 2.3 จัดทำโครงการวิจัยเกี่ยวกับการลดปริมาณสารก่อมะเร็งในการประกอบอาชีพ และในสิ่งแวดล้อม
- 2.4 จัดทำโครงการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนา และผลิตวัคซีนเพื่อการป้องกันโรคมะเร็ง
- 2.5 จัดทำโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาชุดตรวจคัดกรองของโรคมะเร็งที่สามารถทำการตรวจคัดกรองได้ เพื่อลดต้นทุนการนำเข้าชุดตรวจจากต่างประเทศ

- 2.6 การจัดทำโครงการวิจัยเพื่อหารูปแบบการตรวจคัดกรองและการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรกที่เหมาะสมกับทรัพยากรและบุคลากรสาธารณสุขในประเทศ
- 2.7 การวิจัยการศึกษาหาความเป็นไปได้และความคุ้มค่าของการตรวจคัดกรองและการวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรก ในระดับประเทศ เช่น การใช้การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยชุดนำตรวจ HPV testing หรือ การคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระโดยใช้ชุดนำตรวจ iFOBT (Immunochemical Fecal Occult Blood Tests)
- 2.8 การจัดทำโครงการวิจัยคลินิกและส่งเสริมการผลิตและการพัฒนาเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์เพื่อการวินิจฉัย และรักษาโรค รวมทั้งการผลิตยาตัวใหม่ๆ จากทรัพยากรธรรมชาติที่มีในประเทศ เช่น สมุนไพรไทย
- 2.9 การจัดทำโครงการวิจัยด้านการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- 2.10 สนับสนุนงานวิจัยด้านระบาดวิทยา เกี่ยวข้องกับการศึกษาการกระจายและสาเหตุของการเกิดโรคในประชากร อีกทั้งการทำนายแนวโน้มของการเกิดโรค

3. การจัดการความรู้จากงานวิจัย

- 3.1 จัดการสัมมนา การประชุมวิชาการด้านโรคมะเร็ง
- 3.2 เผยแพร่งานวิจัยที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อแก้ปัญหาเกี่ยวกับโรคมะเร็ง อีกทั้งการบริหารจัดการถ่ายทอดเทคโนโลยีไปยังหน่วยบริการทางการแพทย์
- 3.3 การจัดหาช่องทาง การนำผลงานวิจัยที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน กระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบาย ต่อการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งของประเทศ อีกทั้งจัดให้มีการประเมิน ประสิทธิภาพของนโยบายนั้นๆ ในระยะสั้นและระยะยาว

4. พัฒนาและเสริมสร้างสมรรถนะนักวิจัย/เครือข่าย และพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านงานวิจัยสุขภาพ

- 4.1 สนับสนุนและจัดอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง เช่น การอบรมต่อยอดจากงานวิจัยในสัตว์ทดลองสู่งานวิจัยทางคลินิกระยะที่ 1
- 4.2 การจัดสำรวจเครื่องมือที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและจัดประชุมทำข้อตกลงในการใช้เครื่องมือระหว่างสถาบันในเครือข่ายวิจัยโรคมะเร็งในประเทศ
- 4.3 จัดให้ทุนปริญญาเอกและหลังปริญญาเอกตามหัวข้อวิจัยในกิจกรรมสนับสนุนยุทธศาสตร์ที่ 2
- 4.4 จัดการประสานงานกับหน่วยงาน องค์กรหรือเครือข่ายความร่วมมือในระดับนานาชาติ อย่างเป็นระบบและมีเอกภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเทศ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

1. กรมการแพทย์
2. กรมวิทยาศาสตร์
3. กรมควบคุมโรค
4. องค์การเภสัชกรรม
5. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
6. มหาวิทยาลัยต่างๆ
7. สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์
8. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
9. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1. สำนักงบประมาณ
2. กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ



ยุทธศาสตร์ที่ 7

ยุทธศาสตร์ด้านการเสริมสร้าง สมรรถนะองค์กร ในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Capacity Building)



ยุทธศาสตร์ที่ 7

ยุทธศาสตร์ด้านการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กร ในการป้องกันและควบคุมโรคเฝ้าระวัง (Capacity Building)

หลักการและเหตุผล

การเสริมสร้างสมรรถนะองค์กร (Capacity Building) เป็นกระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะและความเข้มแข็งให้กับบุคลากรและองค์กรที่ปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลให้สามารถตอบสนองพันธกิจและเป้าหมายขององค์กรอย่างยั่งยืน ในการนี้การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เป็นกระบวนการของการจัดให้มีบุคลากรที่มีทักษะความเข้าใจและการเข้าถึงข้อมูลความรู้และการฝึกอบรมที่ช่วยให้ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันความรู้ที่เป็นสหวิทยาการ (Multidisciplinary approach) มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะบูรณาการให้การดำเนินงานด้านโรคเฝ้าระวังประสบความสำเร็จ นอกจากนี้การพัฒนาองค์กร ซึ่งเป็นเรื่องรายละเอียดของโครงสร้างการจัดการกระบวนการและวิธีการที่ไม่เพียงแต่ในองค์กรเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการจัดการความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรต่างๆ ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานคล่องตัว เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการ

การดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้การป้องกันและควบคุมโรคเฝ้าระวังมีประสิทธิภาพนั้น การจัดองค์กร การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในด้านต่างๆ เช่น ด้านศัลยกรรม ด้านเคมีบำบัด ด้านรังสีรักษา เป็นต้น รวมทั้งการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ด้านโรคเฝ้าระวังที่มีความเหมาะสม จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญเพื่อสนับสนุนให้การดำเนินงานในด้านต่างๆ บรรลุผลตามเป้าหมายที่ได้วางไว้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีการวางแผนอัตรากำลังบุคลากรที่เหมาะสม เพียงพอต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเฝ้าระวังในระดับชาติ
2. เพื่อให้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในการป้องกันและควบคุมโรคเฝ้าระวังที่มีคุณภาพถูกต้องเหมาะสม เพียงพอกับสถานการณ์
3. เพื่อให้มีการพัฒนารูปแบบองค์กรที่เหมาะสมต่อการบริหารจัดการในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคเฝ้าระวังในระดับชาติ
4. เพื่อให้มีการพัฒนาแผนการจัดหาครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสมกับลักษณะขององค์กร สามารถใช้เป็นเครื่องในการป้องกันและควบคุมโรคเฝ้าระวังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย

1. มีอัตราค่าจ้างที่เหมาะสม เพียงพอต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง
2. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความรู้ ความเข้าใจเทคนิคและรูปแบบด้านการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งที่มีคุณภาพถูกต้องเหมาะสม
3. มีการจัดองค์กรที่เหมาะสมกับศักยภาพ
4. มีเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ในการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งที่เหมาะสม เพียงพอ

แนวทางการพัฒนา

1. กำหนดมาตรฐานองค์กร
2. วางแผนอัตราค่าจ้าง
3. วางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร
4. วางแผนพัฒนาเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ในการวินิจฉัยและตรวจรักษา
5. เพิ่มศูนย์การรักษาโรคมะเร็งให้ครบทุกภูมิภาค

กิจกรรมสนับสนุนยุทธศาสตร์

1. จัดการประชุม/อบรมเชิงปฏิบัติการ
 - 1.1 จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ด้านศัลยกรรม
 - 1.2 จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ด้านรังสีรักษา
 - 1.3 จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ด้านรังสีวินิจฉัย
 - 1.4 จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ด้านเคมีบำบัด
2. จัดทำแผนงานที่สำคัญด้านต่างๆ
 - 2.1 จัดทำแผนพัฒนาครุภัณฑ์ทางการแพทย์ขั้นสูงด้านโรคมะเร็ง
 - 2.2 จัดทำแผนความต้องการด้านอัตราค่าจ้างที่มีความเหมาะสม
 - 2.3 จัดทำแผนการพัฒนาระบบบริหารจัดการของหน่วยงานและระบบงาน
3. จัดทำนโยบายเรื่องการใช้ทรัพยากรร่วมกันโดยมีส่วนร่วมภาคเป็นผู้นมีส่วนร่วม

ตัวชี้วัด

1. อัตราส่วนของแพทย์รังสีรักษา เคมีบำบัด ศัลยกรรม ต่อผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่
2. อัตราส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งต่อผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่
3. จำนวนสถานบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งครอบคลุมพื้นที่
4. จำนวนเครื่องฉายแสงต่อผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่
5. จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับโรคมะเร็งลดน้อยลง

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

1. กระทรวงสาธารณสุข
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
3. สำนักงานพัฒนาระบบราชการ
4. กรมการแพทย์
5. แพทยสภา
6. สมาคมวิชาชีพ
7. สภาการพยาบาล
8. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1. คณะแพทยศาสตร์
2. คณะพยาบาลศาสตร์/วิทยาลัยพยาบาล
3. สำนักงานประมาณ





ภาคผนวก



กระบวนการ/ขั้นตอน การจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ

ครั้งที่ประชุม	วัน/เดือน/ปี	รายละเอียด
ครั้งที่ 1/2554	5 สิงหาคม 2554	พิจารณา - แนวทางการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติของ WHO - รายชื่อคณะกรรมการแต่ละยุทธศาสตร์จำนวน 7 คณะ
ครั้งที่ 2/2554	22 พฤศจิกายน 2554	- คณะทำงานใน 7 ยุทธศาสตร์เขียน (ร่าง) แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ - มอบหมายให้คณะกรรมการใน 7 ยุทธศาสตร์จัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อจัดทำ (ร่าง) ยุทธศาสตร์ โดยมีหัวข้อ ดังนี้ - บทนำ - วัตถุประสงค์ - เป้าหมาย - แนวทางการพัฒนา - กิจกรรมสนับสนุนยุทธศาสตร์ - หน่วยงานที่รับผิดชอบ - หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ครั้งที่ 1/2555 ประชุมกลุ่มย่อยยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	17 กุมภาพันธ์ 2555	- รายงานที่มาของการจัดตั้งคณะกรรมการด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง - นำเสนอ (ร่าง) ยุทธศาสตร์ - ที่ประชุมให้ความเห็นเพิ่มเติมในการเขียนร่างแผน
ครั้งที่ 2/2555	12 เมษายน 2555	- เพิ่มเติมในส่วนของบทนำ ความเป็นมา สถิติและโครงสร้างประชากร - นำเสนอ (ร่าง) ยุทธศาสตร์ และผู้เข้าร่วมประชุมเสนอแก้ไขเพิ่มเติม

ครั้งที่ประชุม	วัน/เดือน/ปี	รายละเอียด
ครั้งที่ 3/2555	12 ธันวาคม 2555	- พิจารณาแก้ไขในส่วนข้อมูลสถิติ สถานการณ์การเกิดโรคมะเร็ง การเขียนบทนำ - พิจารณาแก้ไขรายละเอียดในแต่ละยุทธศาสตร์ - เพิ่มเติมหัวข้อ ตัวชี้วัด และเพิ่มเติมรายชื่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ใน 7 ยุทธศาสตร์
ครั้งที่ 1/2556	18 มกราคม 2556	เตรียมความพร้อมประชุมคณะกรรมการ 7 คณะกรรมการ เพื่อนำเสนอ และแก้ไข (ร่าง) ยุทธศาสตร์ในส่วนที่ขาด
ครั้งที่ 2/2556 ประชุมจัดทำ แผนการป้องกัน และควบคุม โรคมะเร็งแห่งชาติ โรงแรมรามารักษ์ กรุงเทพฯ	4 กุมภาพันธ์ 2556	- กรรมการและเลขานุการ 7 ยุทธศาสตร์นำเสนอร่าง ยุทธศาสตร์ พร้อมรับฟังความคิดเห็นของคณะกรรมการ ในแต่ละยุทธศาสตร์ในการประชุมกลุ่มย่อย 7 ยุทธศาสตร์ - กรรมการและเลขานุการ หรือตัวแทนของแต่ละยุทธศาสตร์ นำเสนอข้อสรุปจากการประชุม
ครั้งที่ 3/2556 ประชุมกลุ่มย่อย ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้าน การป้องกันการ เกิดโรคมะเร็ง	4 มีนาคม 2556	- คณะกรรมการและเลขานุการยุทธศาสตร์ที่ 1 นำเสนอ ร่างยุทธศาสตร์ และคณะกรรมการเสนอแก้ไข - นัดประชุมกลุ่มย่อยครั้งที่ 2
ครั้งที่ 4/2556 ประชุมกลุ่มย่อย ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้าน การป้องกันการ เกิดโรคมะเร็ง	4 เมษายน 2556	- คณะกรรมการและเลขานุการยุทธศาสตร์ที่ 1 นำเสนอ ร่างยุทธศาสตร์ และคณะกรรมการเสนอแก้ไข - คณะกรรมการยุทธศาสตร์ สรุปยุทธศาสตร์ที่ 1 เพื่อส่งคณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุม โรคมะเร็งแห่งชาติเพื่อจัดทำรูปแบบ



Jakarta Call for Action on Cancer Control

Health Policy:

1. To strengthen technical leadership in the region to control cancer by demonstration that a country's investment is dealing with the cancer burden.
2. To recommend to incorporate cancer control issues in regional/international platforms concerning ASEAN Health Cooperation.
3. To increase collaboration with development partners, private sector and concerned civil societies to invest in cancer control efforts, including cancer database.
4. To mobilize stakeholders to ensure that strategies to control cancer regionally reach the targeted population.

Prevention and Early Detection

1. To increase efforts to reduce tobacco consumption by implementing national regulations as well as encouraging governments to implement the Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) .
2. To raise public awareness regarding the need for campaign to reduce culturally sensitive cancer risk factors and promote risk factors reduction strategies at the community level.
3. To implement efforts to reduce carcinogenics exposure.
4. To promote access to adequate and affordable screening and treatment for the detectable cancers and vaccines to prevent cancer-related infections.

Diagnosis, Treatment and Palliative Care

1. To develop cancer diagnosis and treatment guidelines that are relevant to country needs and resources.
2. To gradually meet the sufficient equipments and facilities on diagnosis, treatment, palliative, and rehabilitation and well-trained staffs for patients and survivors.
3. To increase access to affordable, quality and adequate health care facilities and medical services, including medication for cancer.
4. To increase the number of health professionals with expertise in cancer control by providing specialist training opportunities and fellowships to enable professionals to study in specialized settings.

5. To raise public awareness about the impact of health professionals emigration on the ability of receiving countries to provide adequate levels of cancer care and work collectively to address shortages of health professionals nationally and regionally as well as the resultant deepening of inequity.

Surveillance and Research

1. To develop and strengthen cancer surveillance through population-based cancer registry.
2. To increase investment in independent basic and applied cancer research and accelerate the translation of research findings into clinical and public health practice.
3. To encourage cancer research organizations among ASEAN Member States to share information, collaborate and define complementary research objectives to optimize the use of the limited funds available for cancer research and avoid duplication of efforts.



แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ตามประเด็นยุทธศาสตร์หลัก ประกอบด้วย 2 ปัจจัย

1. ปัจจัยด้านสารก่อมะเร็ง (Carcinogen)

1.1 แผนยุทธศาสตร์มะเร็งของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะโรคสูงเป็นอันดับ 2 รองจากปัจจัยเสี่ยงด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 10 ของผู้เสียชีวิตจากโรคที่เนื่องมาจากการสูบบุหรี่ มีอายุไม่เกิน 44 ปี ข้อมูลระดับโลกชี้ว่ากว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่ติดบุหรี่ระยะยาวจะเสียชีวิตด้วยโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่จะมีอายุสั้นลง 20-25 ปี การสูบบุหรี่ส่งผลเสียต่อสุขภาพของประชาชนและเศรษฐกิจ โดยในปี 2552 ประเทศไทยมีคนเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากบุหรี่ 12% ของการตายทั้งหมด โดยสาเหตุการเสียชีวิตหลักมาจากโรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็งปอด โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยสถิติพบผู้ที่เสียชีวิตจาก 3 โรคดังกล่าวเพิ่มขึ้นจากปี 2549 จำแนกเป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ถุงลมโป่งพอง) จำนวน 11,896 คน โรคมะเร็งปอด 11,740 คน โรคหัวใจและหลอดเลือด 11,666 คน และจากการสำรวจปี 2549 มีการประมาณค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของผู้ป่วยทั้ง 3 โรค รวมกันเป็นเงินถึง 9,857 ล้านบาท คิดเป็น 0.48% ของ GDP และปี 2552 รัฐต้องสูญเสียทางเศรษฐกิจกับค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจากบุหรี่ถึง 43.6 พันล้านบาท คิดเป็น 0.5% ของ GDP ประกอบกับความพยายามแทรกแซงของผู้ประกอบการอุตสาหกรรมยาสูบต่อกระบวนการนโยบายควบคุมยาสูบ และกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบใหม่ๆ มีส่วนสำคัญในการโน้มน้าวให้ประชาชน โดยเฉพาะเยาวชนและผู้หญิงมีพฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคยาสูบมากขึ้น ซึ่งผลจากการสำรวจพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นในการสำรวจ 2 รอบสุดท้าย ในปี 2552, 2554 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันเพิ่มจาก ร้อยละ 20.7 เป็นร้อยละ 21.4 ประชากรชายมีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.5 เป็นร้อยละ 41.7 ประชากรหญิงอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.0 เป็นร้อยละ 2.1 โดยมีผู้สูบบุหรี่เริ่มสูบบุหรี่อายุน้อยที่สุดเพียง 6 ปี และกลุ่มอายุ 15 - 18 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.6 เป็นร้อยละ 9.2 จากผลดังกล่าวถ้าไม่เร่งดำเนินการมาตรการเพื่อลดการบริโภคยาสูบจะทำให้เกิดโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นจากการบริโภคยาสูบและการได้รับควันบุหรี่มือสองได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็ง จากการบริโภคยาสูบและการได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่นลดลง
2. เพื่อสร้างความรู้ ความตระหนักถึงพิษภัยยาสูบ ในการทำให้เกิดโรคมะเร็ง

เป้าหมาย

มาตรการให้ความรู้ รมรงค์ประชาสัมพันธ

1. เยาวชนและประชาชนรับรู้โทษพิษภัยจากการสูบบุหรี่และผลกระทบของบุหรี่ต่อผู้ไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งกลยุทธ์และเทคนิคของอุตสาหกรรมยาสูบ
2. เกิดการรณรงค์เพื่อป้องกันการริเริ่มสูบบุหรี่ของเด็กและเยาวชน
3. โรงเรียนดำเนินการเป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย

มาตรการทางนโยบายและกฎหมาย

1. มีมาตรการในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะและในที่ทำงาน
2. ประชาชนมีค่านิยมและวัฒนธรรม ไม่สูบบุหรี่ในที่ทำงาน สถานที่สาธารณะ และที่บ้าน
3. มีมาตรการในการให้เปิดเผยส่วนประกอบและปริมาณสารพิษในควันให้เจ้าหน้าที่ได้รับทราบ
4. มีการสนับสนุนให้ใช้นโยบายทางภาษีจูงใจให้คนไม่สูบบุหรี่
5. เกิดกลไกในการควบคุมมิให้มีการรับการสนับสนุนจากอุตสาหกรรมยาสูบ และองค์กรต่างๆ ไม่รับการสนับสนุนจากอุตสาหกรรมยาสูบ

มาตรการการบูรณาการการลดปัจจัยเสี่ยงเข้าไปในระบบบริการสาธารณสุข

1. บูรณาการบำบัดรักษาการเลิกยาสูบเข้าในสถานบริการทุกระดับ
2. ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาบุคลากร และเครือข่ายให้มียังค์ความรู้ในการช่วยเหลือผู้ติดยาสูบ และสร้างแรงจูงใจในการให้บริการเลิกยาสูบให้แก่ แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรด้านสุขภาพ (แพทย์แผนไทย, อสม, ฯลฯ) แกนนำ ได้แก่ ครู พระภิกษุ ผู้นำชุมชน นักเรียน นิสิต เยาวชน

มาตรการเฝ้าระวัง

1. มีระบบเฝ้าระวังเพื่อการควบคุมยาสูบด้านต่างๆ ได้แก่ เฝ้าระวังการบริโภค เฝ้าระวังการบังคับใช้กฎหมาย เฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบ
2. องค์กรหน่วยงานภาคี ภาครัฐ รับรู้และตระหนักในกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ ตระหนักถึงพิษภัยยาสูบ ในการทำให้เกิดโรคมะเร็ง
2. สามารถลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งอันเนื่องมาจากการบริโภคยาสูบได้

กลุ่มเป้าหมาย

1. กลุ่มเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะในสถานศึกษา
2. กลุ่มผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่
3. กลุ่มประชาชนทั่วไปผู้ได้รับควันบุหรี่มือสอง
4. บุคลากรสาธารณสุข
5. ผู้กำหนดนโยบายในหน่วยงานของรัฐ

กิจกรรมสนับสนุนยุทธศาสตร์

มาตรการให้ความรู้ วรรณคดีประชาสัมพันธ์

1. การให้ความรู้เรื่องผลกระทบต่อสุขภาพ โทษพิษภัยการสูบบุหรี่ ของทั้งผู้สูบและผู้ได้รับผลกระทบ กลยุทธ์และเทคนิคของอุตสาหกรรมยาสูบ พร้อมปรับเปลี่ยนค่านิยมทางสังคม วัฒนธรรม ประเพณีของท้องถิ่น เพื่อให้การไม่สูบบุหรี่ในบ้าน สถานที่ทำงาน และสถานที่สาธารณะ เป็นบรรทัดฐานของสังคมไทย
 - ก. ให้ความรู้ผ่านระบบการเรียนการสอนในระบบการจัดการศึกษา
 - ข. การให้ความรู้ในกระบวนการและกิจกรรมการพัฒนาสังคมและชุมชนต่างๆ
 - ค. ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อทุกประเภท ทั้งส่วนกลางและท้องถิ่น ผ่านระบบที่มีอยู่ของหน่วยงาน เครือข่าย
 - ง. การรณรงค์ให้เกิดวัฒนธรรมคนไทยไม่สูบบุหรี่ในบ้าน
2. การป้องกันเด็กและเยาวชนจากยาสูบ
 - ก. สร้างเครือข่ายทางสังคมเพื่อรณรงค์ป้องกันมิให้ริเริ่มบริโภคยาสูบ
 - ข. สนับสนุนให้เด็ก เยาวชนเป็นผู้นำในการควบคุมยาสูบ (Youth advocacy groups)
 - ค. ดำเนินการโรงเรียนปลอดบุหรี่
 - ง. การสร้างค่านิยมไม่ยอมรับการบริโภคยาสูบ (Social Denormalization) ในสังคมไทย โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 18 ปีขึ้นไป
3. สร้างความตระหนักในองค์กร หน่วยงานภาคี ภาครัฐเกี่ยวกับกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ ที่ใช้บุคคล กลุ่ม และ องค์กรเครือข่ายต่างๆ ให้ดำเนินการทั้งโดยเปิดเผยหรือโดยลับ

มาตรการทางนโยบายและกฎหมาย

1. การสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่
 - ก. สร้างเครือข่ายเพื่อให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายและการสนับสนุนการปฏิบัติตามกฎหมาย
 - ข. เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่
 - ค. สร้างความตระหนักและให้ความรู้แก่หน่วยงานและองค์กรที่มีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมาย ว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่
 - ง. บูรณาการการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ในโครงการพัฒนาต่างๆ รวมทั้งในสถานที่สาธารณะ ดังนี้ ในสถานที่ราชการ, สถานศึกษา, ศาสนสถาน, สถานประกอบการ, สถานที่สาธารณะ/สถานกีฬา, สถานที่ท่องเที่ยวและบริการที่เกี่ยวข้อง, โรงแรม, ร้านอาหาร, สถานบันเทิง, สถานที่บริการด้านคมนาคมและขนส่ง, โครงการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน, โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต

2. ดำเนินการด้านกฎหมายและภาษี

- ก. เพิ่มขนาดของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ซีการ์เรต และการใช้ Mass media
 - ข. ปรับกระบวนการรายงานส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ และพัฒนาฐานข้อมูลเกี่ยวกับส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบและสารที่ปล่อยออกมาจากการสูบบุหรี่
 - ค. ดำเนินการศึกษาแนวทางการปรับปรุงโครงสร้างภาษีสรรพสามิต ในโครงการศึกษา วิจัย การแก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี
 - ง. ควบคุมการโฆษณาและส่งเสริมการขายยาสูบทุกรูปแบบ รวมถึงการห้ามทำกิจกรรมเพื่อสังคม (CSR โดยบริษัทบุหรี่)
 - จ. มีกฎหมาย หรือประกาศกระทรวง หรือมาตรการป้องกันการแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบ โดยธุรกิจยาสูบและฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
3. มีนโยบายให้หน่วยงานราชการไม่รับการสนับสนุนใดๆ จากธุรกิจยาสูบ
4. ปรับปรุงกระบวนการวิธีการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพ

มาตรการการบูรณาการการลดปัจจัยเสี่ยงเข้าไปในระบบบริการสาธารณสุข

1. การให้บริการลดและเลิกยาสูบ
- ก. ส่งเสริมการเข้าถึงบริการเลิกยาสูบ
 - ข. การเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ และสนับสนุนนวัตกรรมการลดและเลิกบริโภคยาสูบและสร้างความตระหนักแก่ผู้บริโภคยาสูบเพื่อให้เข้าสู่การบริการเลิกยาสูบ
 - ค. สร้างมาตรฐานการบำบัดโรคติดยาสูบระดับชาติ สร้างความรู้ เผยแพร่ความรู้ รวมทั้งพัฒนาศักยภาพ เรื่องการดูแลรักษาภาวะติดยาสูบ
 - ง. ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการบรรจุการเรียนการสอนด้านการบำบัดรักษาภาวะติดยาสูบ (หลักสูตรแพทย์ พยาบาล เภสัช เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด แพทย์ทางเลือก และวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ ทุกสาขา)

มาตรการเฝ้าระวัง

1. ดำเนินการพัฒนาระบบเฝ้าระวังยาสูบแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ
- ก. ระบบเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ
 - ข. ระบบเฝ้าระวังการบังคับใช้กฎหมาย
 - ค. ระบบเฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบ/ระบบเฝ้าระวังกลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ
 - ง. ระบบเฝ้าระวังสื่อ

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของผู้สูบบุหรี่ในวัยรุ่น (ไม่เกิน 10)
2. ร้อยละของสถานบริการ สาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย (ร้อยละ 100)
3. อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยรวมและประชากรชาย ลดลงร้อยละ 10 จากปี พ.ศ. 2552 ขณะที่อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลการสำรวจปี พ.ศ. 2552
4. อัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนลดลงร้อยละ 50 จากปี พ.ศ. 2552
5. การดำเนินการตามอนุสัญญาควบคุมยาสูบองค์การอนามัยโลก ในการให้สถานที่สาธารณะต่างๆ ปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนดไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

การกำกับติดตามแผน

มีการรายงานผลการดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนด ทุก 6 เดือน

ผู้รับผิดชอบ

1. แพทย์หญิงปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ โทรศัพท์ 0 2580 9354 โทรสาร 0 2580 9307 โทรศัพท์มือถือ 08 1472 0664
2. นางสาวจริย์ อุสาหะ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนางานองค์กร โทรศัพท์ 0 2580 7161 โทรสาร 0 2580 7162 โทรศัพท์มือถือ 08 5119 5467
3. นางสาวฐิติพร กันวิหค ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ 0 2580 7161 โทรสาร 0 2580 7162 โทรศัพท์มือถือ 08 1680 2524

1.2 แผนการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2551 มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นต้นเหตุก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ครอบครวั อุบัติเหตุ และอาชญากรรม ซึ่งมีผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ พระราชบัญญัติฉบับนี้จึงกำหนดมาตรการต่างๆ ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อช่วยลดปัญหาและผลกระทบทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจช่วยสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน โดยให้ตระหนักถึงพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอดจนช่วยป้องกันเด็กและเยาวชนมิให้เข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้โดยง่าย

หน่วยงานนานาชาติด้านวิจัยโรคมะเร็ง (International Agency for Research on Cancer/IARC) ภายใต้อาณัติขององค์การอนามัยโลก ได้จัดให้ เอธานอล หรือ แอลกอฮอล์บริสุทธิ์ที่ดื่มกินได้ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภท เป็น “สารก่อมะเร็ง ประเภทที่หนึ่ง” ซึ่งหมายความว่า “มีหลักฐานหนักแน่นพอว่าสารดังกล่าวสามารถก่อมะเร็งในมนุษย์” มาตั้งแต่ปี 1988 (พ.ศ. 2531) นอกจากนั้น IARC ยังรายงานจัดให้สารอะเซตัลดีไฮด์ซึ่งเป็นอนุพันธ์ของแอลกอฮอล์ในร่างกายเป็นสารก่อมะเร็งประเภทที่หนึ่งเช่นกัน (น.พ.ทักษพล ธรรมรังสี ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา)

จากรายงานของ IARC ล่าสุดในปี 2012 พบว่ามีหลักฐานชัดเจนว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มความเสี่ยงของโรคมะเร็ง 8 กลุ่ม ได้แก่ มะเร็งช่องปาก มะเร็งคอหอย มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งตับ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งเต้านม และมะเร็งตับอ่อน* นอกจากนี้ สารอะซาลติไฮด์ซึ่งเป็นอนุพันธ์ของแอลกอฮอล์ก็สามารถก่อมะเร็งหลอดอาหารและมะเร็งศีรษะและลำคอด้วย และข้อมูลวิชาการยังไม่มากเพียงพอ (sparse) หรือยังไม่แน่นอน (inconsistent) ที่จะสรุปผลของการดื่มสุรากับมะเร็งอีก 6 กลุ่ม ได้แก่ มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งปอด มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก มะเร็งรังไข่ และมะเร็งปากมดลูก แต่หลักฐานปัจจุบันสามารถแสดงให้เห็นว่าการดื่มสุราไม่มีผลต่อการก่อมะเร็ง 2 กลุ่ม คือ มะเร็งเนื้อไต และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองประเภทนอนฮอดจ์กิน (non-Hodgkin lymphoma) (น.พ.ทักษพล ธรรมรังสี, ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา)

*มะเร็งตับอ่อน หลักฐานทางวิชาการยังมีจำกัดเมื่อเทียบกับมะเร็งอื่นๆ

ยิ่งดื่ม ยิ่งเสี่ยง และไม่มีการดื่มที่ปลอดภัยจากมะเร็ง

การก่อมะเร็งของแอลกอฮอล์ในแทบทุกอวัยวะมักมีสองลักษณะที่สำคัญคือ ประการแรก ความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นตามปริมาณการดื่ม ซึ่งหมายความว่า ผู้ที่มีปริมาณการบริโภคสูงหรือดื่มหนักหรือดื่มประจำ มีโอกาสเป็นมะเร็งมากกว่ากลุ่มที่ดื่มน้อยกว่า หรือที่เรียกว่า dose-responsive relationship ประการที่สอง คือ ความเสี่ยงของโรคมะเร็งหลายชนิดเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปริมาณการดื่มน้อยๆ เช่น ความเสี่ยงของโรคมะเร็งเต้านมที่พบได้ตั้งแต่การดื่มเพียงวันละหนึ่งหน่วยแก้วมาตรฐานเมื่อเทียบกับประชากรที่ไม่ได้ดื่มสุราเลย ดังนั้น รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งจึงมีลักษณะเพิ่มขึ้นตามปริมาณการดื่ม “โดยไม่มียกระดับการดื่มที่ปลอดภัย”

ประเภทของเครื่องดื่มมีผลหรือไม่ และการลดความเสี่ยงโดยการหยุดดื่ม

แม้ว่าอาจจะมีการศึกษาที่พบว่าประเภทของเครื่องดื่ม ได้แก่ สุรากลั่น เบียร์ และไวน์ มีผลแตกต่างกันในการก่อมะเร็ง อย่างไรก็ตาม IARC ได้รวบรวมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบและสรุปได้ว่าประเภทเครื่องดื่มไม่มีผลแตกต่างกันในการก่อมะเร็งประเภทที่มีความสัมพันธ์กับแอลกอฮอล์อย่างชัดเจน ทั้งมะเร็งช่องปาก คอหอย กล่องเสียง หลอดอาหาร หรือแม้กระทั่งอาจจะมีการศึกษาที่พบว่าเครื่องดื่มบางประเภทอาจจะมีผลลดความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งบางประเภท ซึ่ง IARC สรุปว่าส่วนใหญ่แล้วยังไม่มีความแน่นอนในการสามารถหาข้อสรุปได้

เนื่องจากลักษณะการก่อมะเร็งของสุราโดยส่วนใหญ่มีลักษณะแปรผันตามปริมาณการดื่ม ดังนั้น การลดปริมาณการดื่มในภาพรวม ทั้งผ่านการลดความถี่ในการดื่มและการลดปริมาณการดื่มต่อครั้งจึงมีผลลดความเสี่ยงต่อมะเร็งจากสุรา โดยการหยุดหรือเลิกบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเด็ดขาดมีผลดีชัดเจนที่สุดในการลดความเสี่ยงต่อมะเร็ง อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาการลดความเสี่ยงอาจจะแปรผันตามประเภทของมะเร็ง โดยส่วนใหญ่มักต้องใช้ระยะเวลาหยุดดื่มจนพอสมควรกว่าจะมีความเสี่ยงลดลงจนไม่แตกต่างจากกลุ่มประชากรที่ไม่ได้ดื่มสุรา ตัวอย่างเช่น ประมาณ 10 ปี สำหรับมะเร็งช่องปาก และ 5-15 ปี สำหรับมะเร็งหลอดอาหาร ดังนั้นการป้องกันการเริ่มต้นดื่มจึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลสูงกว่า

สภาพปัญหา

1. ต้มมาก
2. ต้มเร็วต้มตั้งแต่อายุน้อย
3. ต้มผิดที่ ผิดเวลา
4. ต้มแล้วขับ

เป้าหมายการลดโรค

1. ลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมของประเทศ
2. ลดจำนวนนักดื่มหน้าใหม่

ตัวชี้วัดในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

1. ปริมาณการบริโภคต่อประชากรผู้ใหญ่ (ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปีไม่เกิน 7.71)
2. ความชุกของผู้บริโภคในประชากรผู้ใหญ่ไม่เกินร้อยละ 28.7
3. ความชุกของผู้บริโภคในประชากร 15-19 ปี ไม่เกินร้อยละ 12.7
4. สัดส่วนของผู้บริโภคประจำต่อผู้บริโภคทั้งหมดไม่เกินร้อยละ 40.67

การกำกับติดตามแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2553 เห็นชอบแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอ และมอบให้คณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด จัดทำแผนปฏิบัติการทุกระดับที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค ได้จัดทำแผนปฏิบัติการตามแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติเสร็จเรียบร้อยแล้ว และนำเสนอคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติทราบเมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2555 พร้อมทั้งแจ้งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเพื่อเสนอคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สร้างความตระหนักแก่ประชาชนและบุคลากรสุขภาพถึงผลกระทบของสุราในการก่อมะเร็ง โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการก่อผลกระทบได้ตั้งแต่การบริโภคในปริมาณน้อย และการก่อมะเร็งในกลุ่มประชากรหญิง
2. พัฒนาระบบคัดกรองความเสี่ยงและระบบบำบัดรักษาอย่างสันตอปัญหาจากการดื่มสุรา ในประชากรกลุ่มเสี่ยงและประชากรทั่วไป เพื่อส่งเสริมการลดและเลิกการดื่ม

ผู้รับผิดชอบ / ผู้เกี่ยวข้อง

นายแพทย์สมาน พุตระกูล
ผู้อำนวยการ (ระดับสูง)
สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

1.3 แผนการป้องกันโรคมะเร็งจากการประกอบอาชีพและมลพิษจากสิ่งแวดล้อม

ปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2552 โรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศ จากสถิติการเสียชีวิต คือ มะเร็ง อันดับ 2 อุบัติเหตุและการเป็นพิษ อันดับ 3 โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง อันดับ 4 โรคความดันโลหิตสูง และอันดับที่ 5 คือโรคปอด จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขปี 2552 พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น 23 เปอร์เซ็นต์ โดยมะเร็งเต้านมเริ่มเป็นมากขึ้น และแซงหน้ามะเร็งปากมดลูกซึ่งเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้หญิงไทย และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 จากโรคมะเร็ง และสาเหตุการตายของมะเร็งที่สำคัญอันดับหนึ่งในปี พ.ศ. 2552 คือ มะเร็งตับและทางเดินน้ำดี ตามด้วย มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปากมดลูก โดยสถิติการป่วยเป็นโรคมะเร็งทั่วประเทศ สถิติล่าสุดทั้งปี 2544 – 2546 รายงานปี 2553 พบว่าคนไทยป่วยเป็นมะเร็ง 241,051 ราย หรือ 80,350 ราย/ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 23 เปอร์เซ็นต์ เปรียบเทียบกับสถิติปี 2541 – 2543 (สถิติปี 2541 – 2543 คนไทยป่วยเป็นมะเร็ง 195,780 ราย หรือ 64,260 ราย/ปี) ชนิดของมะเร็งที่พบบ่อยในเพศชาย อันดับ 1 มะเร็งตับและทางเดินน้ำดี อันดับ 2 มะเร็งปอด อันดับ 3 มะเร็งลำไส้ใหญ่ อันดับ 4 มะเร็งต่อมลูกหมาก อันดับ 5 มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ในส่วนของเพศหญิง อันดับ 1 มะเร็งเต้านม อันดับ 2 มะเร็งปากมดลูก อันดับ 3 มะเร็งตับและทางเดินน้ำดี อันดับ 4 มะเร็งปอด และ อันดับ 5 มะเร็งลำไส้ใหญ่

ปัจจุบันนี้โดยส่วนใหญ่แล้วยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรคมะเร็ง แต่การประกอบอาชีพและมลพิษในสิ่งแวดล้อมหลายอย่างนั้นอาจเป็นสาเหตุ หรือสาเหตุร่วมในการเกิดโรคมะเร็งขึ้นได้ เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการได้รับสารก่อมะเร็งหรือภาวะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง มีสารเคมีหลายชนิดในการประกอบอาชีพ และในสิ่งแวดล้อมที่จัดว่าเป็นสารก่อมะเร็ง โดย มะเร็งจากการประกอบอาชีพนั้น ประเทศต่างๆ ในโลก ล้วนแล้วแต่กำลังเผชิญกับปัญหาในด้านการจัดการสารเคมีที่ใช้ในอุตสาหกรรมทั้งสิ้น โดยสารเคมีนั้นๆ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ประกอบอาชีพ ซึ่งมีความเสี่ยงที่ต้องสัมผัสกับสารก่อมะเร็งจากการทำงานที่ใช้ในอุตสาหกรรม สำหรับประเทศไทย จะพบว่า ปัญหาเรื่องแร่ใยหินเป็นปัญหาที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก ในแวดวงวิชาการ ทั้งในระดับสากลและระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญอย่างมากและได้มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาระยะใยหินมาตั้งแต่ปี 2525 ถึงแม้จะไม่ได้ทำการเฝ้าระวังปัญหาในทุกปีแต่ข้อมูลก็มีมากเพียงพอที่จะสนับสนุนได้ว่า ปัญหาเรื่องแร่ใยหินเป็นปัญหาสำคัญและควรอยู่ในลำดับต้นๆ ของการจัดการปัญหา ข้อมูลด้านความเป็นอันตราย และผลกระทบต่อสุขภาพ แอสเบสตอสจัดเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ ตามการแบ่งประเภทของ IARC ผู้ที่ทำงานสัมผัสกับแอสเบสตอส มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังต่อไปนี้ คือ โรคปอดอักเสบจากแร่ใยหิน (Asbestosis), โรคมะเร็งปอด (Lung cancer), โรคมะเร็งเยื่อหุ้มปอด (Mesothelioma), และโรคปอดอื่นๆ เช่น โรคเยื่อหุ้มปอด (Pleural thickening), น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด และพบมะเร็งในอวัยวะอื่นๆ ด้วย เช่น มะเร็งกล่องเสียง, มะเร็งของรังไข่ เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการรับสัมผัสทางการหายใจ และจากการที่แอสเบสตอส มีพิษร้ายแรงต่อสุขภาพ ทำให้นานาประเทศ ได้มีการประกาศยกเลิกการผลิต การส่งออก และการใช้ สำหรับประเทศไทย มีการห้ามนำเข้าแอสเบสตอส ชนิดต่างๆ (จัดเป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ 4) เช่น แอสเบสตอส ชนิด crocidolite ถูกห้ามนำเข้าและใช้ ตั้งแต่ปี 2538 สำหรับ amosite ห้ามนำเข้าและใช้ตั้งแต่ปี 2552 chrysotile เป็นใยหินเพียงชนิดเดียวที่ปัจจุบันยังมีการอนุญาตให้นำเข้าและใช้ได้ (จัดเป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ 3) การดำเนินการเพื่อควบคุมอันตรายจากแร่ใยหินเริ่มดำเนินการอย่างจริงจังตั้งแต่ปี 2549 เป็นต้นมา โดยมีการจัดประชุมนานาชาติขึ้น และได้จัดทำปฏิญญากรุงเทพ ซึ่งครอบคลุมยุทธศาสตร์ 8 ด้านที่สำคัญ โดยภายหลังได้มีการยกวางแผน

กลยุทธ์ระดับชาติ (Nation Strategic Plan) ที่จะควบคุม ลด และห้ามการใช้แอสเบสตอส ซึ่งมีการประชุมร่วมกันทั้งส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผู้ประกอบการ นอกจากนี้การผลักดันมาตรการด้านฉลากและคำเตือนออกมาเป็นกฎหมายภายใต้การบังคับใช้ผ่านทางสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคอีกด้วย โดยเป็นประกาศคณะกรรมการฉลาก ซึ่งมีผลบังคับใช้ในปี พ.ศ. 2552 กำหนดให้ผลิตภัณฑ์กระเบื้องใยหิน เบรคคลัทช์ ใยหิน ท่อใยหิน ต้องมีฉลากและคำเตือน เพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภคตลอดจนผู้ทำการติดตั้งใช้งาน

ส่วนมะเร็งจากมลพิษสิ่งแวดล้อมนั้น ในปัจจุบันในประเทศไทยได้มีพื้นที่เสี่ยงต่อสารก่อมะเร็งอยู่หลายพื้นที่ ตัวอย่างเช่น บริเวณภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยที่มีการทำอุตสาหกรรมมาก โดยมีทั้งอุตสาหกรรมโลหะหนัก อิเล็กทรอนิกส์ อุตสาหกรรมเคมีภัณฑ์ อุตสาหกรรมโม่บดย่อยหิน ที่ทำให้เสี่ยงต่อการได้รับสารก่อมะเร็งหลายชนิด เช่น สารทำละลายอินทรีย์ (Organic Solvents) สารโลหะหนัก รังสี ฝุ่นละออง เป็นต้น ภาคเหนือมีการเจ็บป่วยของประชาชนจากพิษของแคดเมียมในพื้นที่ อ.แม่สอด จ.ตาก เนื่องจากการทำเหมืองแร่ ภาคใต้พบว่าการเจ็บป่วยของประชาชนจากของพิษสารหนูที่ อ.ร่อนพิบูลย์ จ.นครศรีธรรมราช นอกจากนี้ในพื้นที่ภาคเหนือและภาคใต้ยังพบว่ามีก๊าซเรดอนในบรรยากาศและในอาคารอีกด้วย ส่วนในพื้นที่เกษตรกรรมต่างๆ ในประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคกลางและภาคเหนือ มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มออร์กาโนคลอรีน บางชนิดจัดเป็นสารที่มีฤทธิ์ตกค้างยาวนาน (Persistent Organic Pollutants : POPs) โดยตกค้างในดิน ในน้ำ ในพืชผักผลไม้ ในสัตว์น้ำ ซึ่งเมื่อบริโภคเข้าไปจะมีผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสมดุลของฮอร์โมนเพศแล้วก่อให้เกิดเนื้องอกหรือก่อให้เกิดมะเร็งได้ ในภายหลัง

ด้วยเหตุนี้สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการที่พัฒนากลยุทธ์และมาตรการที่จะเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหา โรคมะเร็งจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นระบบ และดำเนินการอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งที่มีสาเหตุเนื่องมาจากการประกอบอาชีพและมลพิษจากสิ่งแวดล้อม

เป้าหมาย

1. ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงสาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งจากการประกอบอาชีพและมลพิษจากสิ่งแวดล้อม
2. หน่วยงานสถานประกอบการ และชุมชนสามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งที่มีสาเหตุเนื่องมาจากการประกอบอาชีพและมลพิษจากสิ่งแวดล้อม

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

เพื่อให้ประชาชนตระหนัก และลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับสารที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งที่มีสาเหตุเนื่องมาจากการประกอบอาชีพและมลพิษจากสิ่งแวดล้อม

กลุ่มประชากรเป้าหมาย

1. ผู้มีความเสี่ยงในการรับสารก่อมะเร็งจากการประกอบอาชีพ
2. ประชาชนกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม

สารหรือปัจจัยก่อมะเร็งที่สำคัญที่มีการดำเนินงานโดย สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

1. สารหรือปัจจัยก่อมะเร็งที่มีการดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน เช่น แอสเบสตอส ปัญหาหมอกควันในพื้นที่ภาคเหนือ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชบางชนิด สารทำลายอินทรีย์บางชนิด และสารโลหะหนัก ได้แก่ สารหนู แคดเมียม
2. สารหรือปัจจัยก่อมะเร็งชนิดอื่นๆ ที่จะมีการเริ่มดำเนินการเพิ่มเติมในอนาคต เช่น ก๊าซเรดอน

กลยุทธ์การดำเนินงานเพื่อการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคมะเร็ง จากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม แบ่งเป็น

- ก. กลุ่มสารและปัจจัยก่อมะเร็งที่มีการดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน มียุทธศาสตร์ในการดำเนินการดังนี้
 1. ขับเคลื่อนในระดับนโยบาย
 2. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง และการวินิจฉัยตามปัจจัยเสี่ยง
 3. สร้างความตระหนักในกลุ่มประชาชน
 4. หามาตรการในการป้องกัน ควบคุมโรคมะเร็งจากการประกอบอาชีพและจากมลพิษสิ่งแวดล้อม
- ข. สารและปัจจัยก่อมะเร็งอื่นๆ ที่ยังไม่เคยดำเนินการมาก่อน มียุทธศาสตร์ในการดำเนินการดังนี้
 1. ดำเนินการพิจารณา ทบทวนสารก่อมะเร็ง ชนิดอื่นๆ พร้อมทั้งจัดลำดับความสำคัญในการแก้ไขปัญหา
 2. พัฒนาทางวิชาการ และศึกษาวิจัย ในสารก่อมะเร็ง ชนิดอื่นๆ รวมถึงพัฒนาแนวทางในการตรวจวินิจฉัย

ตัวชี้วัด

1. จำนวนนโยบายในการขับเคลื่อนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อมของกลุ่มประชากรเป้าหมาย
2. จำนวน ระบบการเฝ้าระวัง และการวินิจฉัยตามปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม

3. ร้อยละของประชาชนที่มีความตระหนักเรื่องโรคมะเร็งจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม
4. จำนวนมาตรการในการควบคุม ป้องกัน โรคมะเร็งจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม
5. จำนวนการทบทวนสถานการณ์ปัญหาโรคมะเร็งใหม่ๆ และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
6. จำนวนผลงานวิชาการ และ/หรือ การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม

การกำกับติดตาม

มีการรายงานผลการดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนด ทุก 12 เดือน โดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค

1.4 ยุทธศาสตร์ประเด็นด้านอาหารปนเปื้อนสารก่อมะเร็ง

ผู้เชี่ยวชาญด้านอาหาร โภชนาการกับมะเร็งจากทั่วโลกได้สรุปปัจจัยด้านอาหารที่มีผลต่อการเกิดมะเร็งจากรายงานการวิจัยกว่า 7,000 เรื่องที่ทำการศึกษาวิจัยบทบาทความสัมพันธ์ของอาหาร การออกกำลังกาย ภาวะน้ำหนักเกิน และความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งโดยสรุปและรวบรวมไว้ใน The second expert report on Food, Nutrition, Physical activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective ตีพิมพ์เมื่อ พ.ศ. 2550 จัดทำโดย World Cancer Research Fund ร่วมกับ American Institute for Cancer Research โดยได้จัดทำข้อเสนอแนะในการบริโภคเพื่อลดความเสี่ยงต่อมะเร็งซึ่งสรุปได้ว่าอาหารประเภทที่หากมีการบริโภคในปริมาณมากหรือบ่อยครั้งมีผลต่อความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งต่างๆ ได้แก่

1. อาหารและเครื่องดื่มที่ให้พลังงานสูง

การบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูงระหว่าง 225-275 กิโลแคลอรีต่อ 100 กรัม มีผลต่อการเพิ่มน้ำหนักตัว ได้แก่ อาหารฟาสต์ฟู้ดที่มักให้พลังงานสูง อาหารที่อุดมด้วยแป้งและไขมันและปริมาณค่อนข้างมากต่อการบริโภคใน 1 ครั้ง ทั้งนี้รวมอาหารที่ผ่านกระบวนการที่เพิ่มแคลอรีสูงด้วยและเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลสูง

2. ผลิตภัณฑ์อาหารจากเนื้อสัตว์

อาหารที่ได้มาจากเนื้อแดง ได้แก่ เนื้อหมู วัว แกะ และแพะ รวมทั้งผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ที่ผ่านกระบวนการปรุงแต่ง ได้แก่ เนื้อที่ถูกผ่านกระบวนการรมควัน หมักเกลือ หรือใส่สารกันเสีย เช่น แฮม เบคอน ไส้กรอก แพรงเฟอเดอร์ ฮอทดอก ซึ่งมีการเติมไนไตรต์ ไนเตรต เป็นสารกันเสียและใช้ตรึงสี ให้ผลที่เป็นที่แน่นอนบ่งชี้ชัดเจนต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักซึ่งไนไตรต์ที่เป็นวัตถุเจือปนอาหารที่ถูกใช้ในผลิตภัณฑ์อาหารดังกล่าวหรืออาจเกิดจากไนเตรตในผักถูกเปลี่ยนเป็นไนไตรต์ทำปฏิกิริยากับกรดอะมิโนที่ถูกย่อยออกมาจากโปรตีนเกิดการสร้างสารประกอบไนโตรโซ เช่น ไนโตรซามีน หรือไนโตรซาไมด์ เนื้อสัตว์ติดมันจะให้พลังงานสูงส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีหลักฐานงานวิจัยมากมายสรุปว่ากลุ่มที่บริโภคอาหารมังสวิรัตมีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งต่ำกว่าผู้ที่บริโภคเนื้อแดง

3. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีผลเพิ่มความเสี่ยงของมะเร็งหลายชนิด ได้แก่ ช่องปาก คอหอย กล่องเสียง หลอดอาหาร มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เต้านม (ทั้งในวัยก่อนและหลังหมดประจำเดือน) และการเกิดมะเร็งตับ ดังนั้นจึงควรจำกัดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกประเภท หากดื่มกำหนดให้ไม่เกินวันละ 2 ดริงค์สำหรับผู้ชายและไม่เกินวันละ 1 ดริงค์สำหรับผู้หญิง ห้ามดื่มในเด็กและหญิงมีครรภ์ ทั้งนี้ไม่มีข้อแตกต่างของความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น เบียร์ ไวน์ เหล้า และอื่นๆ

4. อาหารที่ผ่านกระบวนการยืดอายุการเก็บรักษา

การบริโภคอาหารหมักดองเกลือเป็นประจำจะเพิ่มความเสี่ยงของมะเร็งกระเพาะอาหาร ดังนั้นให้จำกัดการบริโภคเกลือรวมทั้งอาหารที่ผ่านกระบวนการหมักเกลือและอาหารรสเค็มไม่ควรเกิน 6 กรัม หรือ 2.4 กรัมของโซเดียมต่อวัน ส่วนปลาที่ผ่านกระบวนการยืดอายุการเก็บรักษาโดยใช้การหมักเกลือปริมาณน้อยแล้วตากแห้งโดยผิวภายนอกของเนื้อปลาที่สัมผัสแดดโดยตรงจะแห้งในขณะที่กระบวนการหมักเกิดขึ้นภายในตัวปลาจากเกลือและและความชื้น การบริโภคอาหารประเภทนี้มีรายงานการวิจัยว่าการบริโภคบ่อยเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งหลังโพรงจมูก

5. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

มีหลักฐานงานวิจัยแสดงว่าการได้รับอาหารเสริมในรูปผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีผลทั้งด้านการป้องกัน และส่งเสริมการเกิดมะเร็งบางชนิด เช่น กรณีการเสริมเบต้า-แคโรทีน มีรายงานการวิจัยว่าเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอด ข้อเสนอแนะที่สรุปได้จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในเรื่องการเสริมผลิตภัณฑ์เสริมอาหารนั้น ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้เสริมในรูปของอาหารที่อุดมไปด้วยสารอาหารจะปลอดภัยกว่า ไม่แนะนำการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อการป้องกันมะเร็ง แต่ยกเว้นกรณีเจ็บป่วย หรือมีภาวะขาดสารอาหารบางชนิด อาจพิจารณาเสริมเป็นบางกรณี

6. อาหารที่มีการปนเปื้อนสารพิษจากเชื้อราและพยาธิ เช่น อะฟลาทอกซินซึ่งจัดเป็นสารก่อมะเร็ง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดมะเร็งตับโดยมะเร็งตับจัดเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดเป็นอันดับ 1 ของผู้ชายไทย โดยสารก่อมะเร็งนี้จะพบโอกาสปนเปื้อนในพืชอาหารได้แก่ ถั่ว ข้าวโพด พริกแห้งเนื่องจากประเทศไทยมีอากาศร้อนชื้น อีกสาเหตุหนึ่งของมะเร็งตับในคนไทยคือพฤติกรรมบริโภคปลาน้ำจืดดิบไม่ปรุงสุกผ่านความร้อนทำให้เสี่ยงต่อพยาธิใบไม้ตับ

7. สารก่อมะเร็งที่เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการปรุงประกอบอาหาร เช่น การปิ้งย่างเนื้อหรือปลา ไฟแรง คือ polycyclic aromatic hydrocarbon และ heterocyclic amines ซึ่งเกิดจากไขมันในเนื้อสัตว์โดนความร้อนแล้วหยดลงบนถ่านร้อน แต่หากเปลี่ยนวิธีให้ความร้อนโดยนำมาย่างในตู้อบจะพบปริมาณสารก่อมะเร็งลดต่ำกว่าการย่างบนเตาถ่านอย่างชัดเจน

การลดความเสี่ยงของมะเร็งที่มีสาเหตุมาจากอาหารเป็นปัจจัยหลักหรือปัจจัยร่วมก็คือการหลีกเลี่ยงการได้รับสัมผัสสารก่อมะเร็งนั้นๆ แต่หลายครั้งเป็นไปได้ยากเนื่องจากผู้บริโภคไม่ทราบหรือไม่สามารถสังเกตได้เอง ต้องอาศัยการตรวจวิเคราะห์เชิงวิชาการด้วยเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์ กระบวนการป้องกันโดยการมีมาตรการกำกับดูแลอย่างเข้มแข็งเพื่อควบคุมไม่ให้มีปริมาณสารตกค้างเกินมาตรฐาน หรือใช้วิธีตรวจติดตามโดยนำกฎหมายเข้ามาควบคุมเพื่อลดการปนเปื้อนหรือใช้มาตรการทางภาษีมาควบคุมก็เป็นวิธีการที่จะส่งผลต่อการลดลงของการปนเปื้อนสารก่อมะเร็งในอาหารที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งที่มีสาเหตุอันเนื่องมาจากการบริโภคอาหาร ได้แก่ มะเร็งตับ กระเพาะอาหาร ช่องปาก คอหอย กล่องเสียง หลอดอาหาร และลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

เป้าหมาย

1. มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังสารก่อมะเร็งปนเปื้อนในอาหาร ได้แก่ การใช้น้ำมันทอดซ้ำ การควบคุมการตกค้างของสารเคมีและโลหะหนักในอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง เป็นต้น
2. ใช้หลักการเศรษฐกิจระดับโลก (Economic globalization) โดยนำ global food trade มาเป็นแนวทางพัฒนาด้านการลดการตกค้าง
3. มีนโยบายสาธารณะที่ทำให้ประชาชนตระหนักและตื่นตัว ลดการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการปนเปื้อนสารก่อมะเร็ง ได้แก่ สารพิษอะฟลาทอกซินจากเชื้อรา โลหะหนัก เช่น สารหนู (arsenic) สารก่อมะเร็งจากกระบวนการปรุงประกอบอาหาร สารเคมีตกค้างในวัตถุดิบที่นำมาประกอบอาหารและผลิตภัณฑ์อาหาร
4. มีมาตรการด้านการจำกัดหรือห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารที่ให้พลังงานและโซเดียมสูง มีการรณรงค์ด้านต่างๆ ดังนี้
 - 4.1 ความเสี่ยงในการบริโภคเนื้อแดงและผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ที่ผ่านกระบวนการปรุงแต่ง
 - 4.2 ลดการบริโภคเกลือหรืออาหารหมักเกลือเพื่อลดความเสี่ยงต่อมะเร็งกระเพาะอาหาร
 - 4.3 อันตรายต่อสุขภาพในการบริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ และปลาน้ำจืดดิบและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ปลอดภัย
5. มีการดำเนินการทางกฎหมายอย่างเคร่งครัดกับผู้ประกอบการที่มีการใช้สารปรุงแต่ง สารกันบูด เช่น ไนโตรที่เกินปริมาณที่อนุญาต
6. มีการจัดการความรู้ผลงานวิจัยเชิงประจักษ์เพื่อนำมากำหนดเป็นนโยบายสาธารณะในด้านการบริหารความเสี่ยง
7. กำหนดนโยบายที่ต้องใช้มาตรการทางเศรษฐกิจเพื่อควบคุม เช่น มาตรการทางภาษี

กิจกรรมสนับสนุนยุทธศาสตร์

1. กระบวนการทำงานแบบบูรณาการร่วมกันของผู้กำหนดนโยบาย อุตสาหกรรมผู้ผลิต ผู้จำหน่ายอาหาร เพื่อผลลัพธ์ที่ยั่งยืน
2. กำกับดูแลผลกระทบของ Economic globalization ของระบบอาหารและการเกิดมะเร็ง
3. ผู้ประกอบการมีการพัฒนาสูตร (reformulation) เพื่อลดปัญหาการตกค้างสารก่อมะเร็งในกระบวนการผลิต
4. การกำกับดูแลโดยหน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบด้านความปลอดภัยอาหารโดยตรวจติดตามผลิตภัณฑ์อาหารที่จำหน่ายในท้องตลาด (post marketing) ในด้านการเก็บตัวอย่าง วิเคราะห์สารเคมีก่อมะเร็งปนเปื้อน
5. พัฒนากลไกขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะสำหรับอุตสาหกรรมหรือผู้ประกอบการที่ผลิตอาหารที่ไม่ปลอดภัย สื่อมวลชนสามารถสะท้อนข้อเท็จจริงแก่ผู้บริโภค
6. ให้ความสำคัญด้านความปลอดภัยอาหารของประชาชน โดยจัดสรรงบประมาณในการคุ้มครองผู้บริโภค
7. มีโครงการแก้ปัญหาการตกค้างสารก่อมะเร็งอย่างครบวงจรตั้งแต่ การปลูกพืช เก็บเกี่ยว แปรรูป บริโภค รวมทั้งการปนเปื้อนสารก่อมะเร็งในอาหารที่มีสาเหตุจากภาชนะหรือบรรจุภัณฑ์ที่ไม่ได้มาตรฐาน
8. โครงการวิจัยเพื่อประเมินความปลอดภัยของภาชนะบรรจุที่ใช้บรรจุอาหารที่มีการเก็บหรือปรุงที่ระดับอุณหภูมิต่างๆ
9. โครงการระดับท้องถิ่น ชุมชน และองค์กรเพื่อบริหารจัดการอาหารที่ไม่ปลอดภัยในชุมชนของตนเอง

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. มีนโยบายและกฎหมายควบคุมการปนเปื้อนของสารก่อมะเร็งในอาหาร
2. มีระบบเฝ้าระวังสารก่อมะเร็งปนเปื้อนในอาหารที่เข้มแข็งเพื่อควบคุมไม่ให้มีปริมาณสารก่อมะเร็งตกค้างเกินมาตรฐาน
3. สามารถลดการบริโภคอาหารกลุ่มเสี่ยงต่อการได้รับสารก่อมะเร็งปนเปื้อนหรือผู้บริโภคสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง
 - เนื้อหมู วัว แกะ และแพะ รวมทั้งผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ที่ผ่านกระบวนการปรุงแต่ง ได้แก่ รมควัน หมักเกลือ ดองเค็ม หรือใส่สารกันเสีย เช่น แฮม เบคอน ซาลามิ ไส้กรอก
 - อาหารปนเปื้อนอะฟลาทอกซิน
 - อาหารที่ผ่านการปรุงประกอบที่มีสารก่อมะเร็งเกิดขึ้น เช่น การทอดที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำ ปิ้งย่างไฟแรง
 - อาหารเนื้อสัตว์สุกๆดิบๆ

4. เกิดการทำงานแบบบูรณาการร่วมกันระหว่างผู้กำหนดนโยบาย อุตสาหกรรมผู้ผลิต ผู้จำหน่ายอาหาร และผู้บริโภคในการกำจัดปัญหาความไม่ปลอดภัยของอาหารที่จะส่งผลกระทบต่อ การเกิดมะเร็ง

กลุ่มเป้าหมาย

1. ประชาชนกลุ่มทุกกลุ่มอายุ
2. กลุ่มผู้ที่นิยมบริโภคเนื้อแดงและอาหารหมัก/ดองเกลือ หรืออาหารปรุงแต่ง
3. ผู้ที่ชอบกินปลาน้ำจืดดิบหรืออาหารสุกๆ ดิบๆ

ดัชนีชี้วัด

1. มีระบบเฝ้าระวังการปนเปื้อนสารเคมีก่อมะเร็งในอาหารที่มีประสิทธิภาพ
2. ผลการตรวจวิเคราะห์การตกค้างสารก่อมะเร็งปนเปื้อนในอาหารลดลง
3. ท้องถิ่นและชุมชนสามารถสื่อสารความเสี่ยงจากการได้รับสารก่อมะเร็งในอาหารและบริหารจัดการความเสี่ยงของประชาชนในพื้นที่ได้
4. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายรับรู้ เข้าใจและตระหนักถึงความเสี่ยงจากการบริโภคอาหารที่มีโอกาสปนเปื้อนสารก่อมะเร็งสูงและมีการควบคุม ป้องกันหรือปรับเปลี่ยนทัศนคติในบริบทนิยมของอาหารนั้นๆ
5. มีการขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารธรรมาในการต่อต้านการใช้สารเคมี โลหะหนัก ที่มีผลไม่ดีต่อสุขภาพทั้งในอาหารและบรรจุภัณฑ์
6. ความถี่ของการบริโภคอาหารกลุ่มเสี่ยงต่อการปนเปื้อนสารก่อมะเร็งรวมทั้งพฤติกรรมการกินปลาดิบที่เป็นสาเหตุของมะเร็งบางประเภทลดลง
7. ความถี่ของการบริโภคอาหารกลุ่มเสี่ยงลดลงในกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้บริโภคเนื้อแดงและผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ที่ผ่านกระบวนการปรุงแต่ง เป็นต้น

การกำกับติดตามแผน

1. รายงานการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพ ประชากรไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
2. รายงานการสำรวจข้อมูลการบริโภคอาหารของคนไทย
3. รายงานผลการสำรวจปริมาณสารพิษตกค้างเกินมาตรฐานในพืชผักผลไม้และอาหาร

ผู้รับผิดชอบ/ผู้ที่เกี่ยวข้อง

1. หน่วยงานกำกับดูแลความปลอดภัยด้านอาหาร เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
2. คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
4. สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

5. กรมวิชาการเกษตร
6. ผู้ผลิตสื่อต่างๆ
7. กระทรวงศึกษาธิการ

2. ปัจจัยการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

2.1 ยุทธศาสตร์ประเด็นด้านอาหารเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

วิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปทำให้พฤติกรรมการบริโภคเปลี่ยน การนิยมบริโภคแนวตะวันตกที่อุดมด้วยอาหารที่มีแคลอรีสูง การบริโภคอาหารที่ผ่านกระบวนการปรุงแต่ง (Processed foods) อาหารพร้อมบริโภคตามร้านสะดวกซื้อ อาหารแช่แข็ง เป็นต้นทั้งนี้รวมถึงความนิยมเครื่องดื่มที่อุดมด้วยน้ำตาลในชีวิตประจำวัน ในขณะที่พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหวร่างกายในชีวิตประจำวันลดลงอันเนื่องมาจากเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในวิถีชีวิต ส่งผลให้การออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกายลดน้อยลงซึ่งการมีวิถีชีวิตที่ใช้พลังงานค่อนข้างน้อยประกอบกับบริโภคอาหารที่ให้พลังงานเกินนั้นมีความเสี่ยงต่อน้ำหนักตัวที่เพิ่มสูงเกินเกณฑ์ จนเกิดภาวะอ้วนในที่สุด ส่งผลให้อัตราของผู้ที่มีภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มมากขึ้นซึ่งภาวะอ้วนนี้มีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดมะเร็งหลายประเภท จากการรวบรวมรายงานการวิจัยเชิงประจักษ์ (Evidence-based research) ด้านปัจจัยเสี่ยงที่กระทบต่ออัตราการเกิดมะเร็งได้แก่ ภาวะอ้วนจากค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันสะสมเกินเพิ่มความเสี่ยงอย่างชัดเจนต่อมะเร็งหลอดอาหาร (esophagus) มะเร็งตับอ่อน (pancreas) มะเร็งเต้านม (breast) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (colorectum) เยื่อบุมดลูก (endometrium) มะเร็งที่ไต (kidney) นอกจากนี้ภาวะอ้วนแบบลงพุงมีงานวิจัยบ่งชี้ชัดเจนว่าเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (colorectum) และมีงานวิจัยที่มีความเป็นไปได้สูงต่อการเกิดมะเร็งตับอ่อน (pancreas) มะเร็งเต้านม (breast) และ เยื่อบุมดลูก (endometrium)

พฤติกรรมที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based) มายืนยันได้แก่ การที่หญิงหลังคลอดให้นมบุตรอย่างต่อเนื่อง 6 เดือนช่วยลดความเสี่ยงของมะเร็งเต้านม ส่วนการบริโภคอาหารที่มีคุณสมบัติในการป้องกันมะเร็งนั้นมีรายงานการวิจัยทางคลินิกและทางระบาดวิทยาที่รวบรวมโดยผู้เชี่ยวชาญด้านอาหารกับการป้องกันมะเร็งจากทั่วโลกอาหารที่มีใยอาหารสูงมีรายงานการวิจัยสนับสนุนมากมายว่าสามารถลดความเสี่ยงต่อมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ รวมทั้งการบริโภคผักใบและใยอาหารในกลุ่มที่ไม่ได้ให้แบ่งเป็นประจํามีผลลดความเสี่ยงต่อมะเร็งกระเพาะอาหาร ช่องปาก คอหอย กล่องเสียงและหลอดอาหาร ส่วนพืชกลุ่มหัวหอม กระเทียมสามารถลดความเสี่ยงของมะเร็งกระเพาะอาหารได้ ส่วนการบริโภคผลไม้ที่หลากหลายเป็นประจำก็สามารถป้องกันการเกิดมะเร็งปอด กระเพาะอาหาร ช่องปาก คอหอย กล่องเสียง และหลอดอาหาร ทั้งนี้กลไกการป้องกันมะเร็งหรือการต้านอนุมูลอิสระเกิดจากสารพฤกษเคมีที่มีอยู่มากมายในผัก ผลไม้หลากสีได้แก่ สารฟลาโวนอยด์ (flavonoids) แคโรทีนอยด์ (carotenoids) ไดอะลิซิลไฟด์ (diallylsulphide) สารประกอบฟีนอลิก (phenolic compounds) และ กลูโคซิโนเลท (glucosinolate) เป็นต้น นอกจากนี้ยังเป็นที่ยอมรับว่าการบริโภคผักผลไม้เป็นประจำจะช่วยเรื่องการขับถ่ายและลดความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพได้

รายงานจาก The UN Food and Agriculture Organization and the World Health Organization (FAO/WHO) ในปี ค.ศ.2003 จึงกำหนดเกณฑ์การบริโภคผัก ผลไม้วันละ 400-600 กรัม ซึ่งเป็นปริมาณที่มีรายงานการวิจัยสนับสนุนว่าสามารถลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตจากมะเร็งกระเพาะอาหาร ได้ร้อยละ 19 มะเร็งปอดร้อยละ 12 มะเร็งลำไส้ใหญ่ร้อยละ 2 จึงมีการกำหนดปริมาณการบริโภคผัก ผลไม้ อย่างน้อย 400 กรัมต่อคนต่อวันเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ แต่อย่างไรก็ตามจากข้อมูล การสำรวจสุขภาพประชาชนครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุขก็พบว่าประชากรไทยร้อยละ 17.7 บริโภคผักและผลไม้เพียงพอตามข้อแนะนำมาตรฐาน ของ FAO/WHO นั้นแสดงว่าโครงการรณรงค์ส่งเสริมที่ผ่านมายังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรอาจต้องมีการ กำหนดมาตรการหรือให้มีนโยบายเชิงรุกระดับชาติเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนในกลุ่มผู้บริโภคเพื่อประโยชน์ ต่อการป้องกันโรค

วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีคุณสมบัติในการป้องกันมะเร็ง
2. ลดปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งที่มีสาเหตุจากความอ้วน
3. หลีกเลี่ยงจากการดื่มแอลกอฮอล์ สิ่งแวดล้อมที่มีควันบุหรี่และสารก่อมะเร็งในอากาศ

เป้าหมาย

1. มีโครงการระดับชาติในการส่งเสริมการบริโภคผักใบ โยอาหาร ธัญพืช (ไม่รวมพืชผักที่มี แป้งมาก) พืชกลุ่มกะหล่ำ หอม กระเทียมและผลไม้เพื่อป้องกันมะเร็งอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัย ที่สามารถบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน
2. มีมาตรการในการดำเนินการด้านความปลอดภัยของอาหารอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถ สื่อสารความเสี่ยงโดยหน่วยงานที่กำกับดูแลไปยังผู้บริโภคอย่างชัดเจน เข้าใจง่ายเพื่อให้ผู้บริโภค มั่นใจที่จะบริโภคผัก ผลไม้
3. ประชาชนตระหนักถึงการควบคุมน้ำหนักตัวและไขมันในร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ตามวัยด้วยสมดุลย์ของพลังงานที่ได้รับจากอาหารเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งที่มี สาเหตุจากความอ้วน ได้แก่ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งเต้านม (โดยเฉพาะหญิง วัยหมดประจำเดือน) และมะเร็งเนื้อเยื่อไขมัน
4. มีมาตรการห้ามการโฆษณาหมพงสำหรับทารกและอาหารเสริมทารก เพื่อส่งเสริมให้มีการ ให้นมบุตรด้วยนมแม่ครบ 6 เดือน
5. มีนโยบายเพิ่มภาษีกับผลิตภัณฑ์อาหารหรือเครื่องดื่มที่มีส่งผลให้เกิดภาวะอ้วนอันจะนำไปสู่ ความเสี่ยงต่อมะเร็ง
6. มีนโยบายสาธารณะในการควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง และขนมที่อุดมด้วย เกลือ น้ำตาลและไขมันสูงสำหรับร้านอาหารในโรงเรียน
7. มีนโยบายสาธารณะในการส่งเสริมการผลิต จำหน่ายและบริโภคอาหารที่มีศักยภาพป้องกันมะเร็ง

กิจกรรมสนับสนุนยุทธศาสตร์

1. การให้ความรู้โดยบรรจุในบทเรียนของหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) เพื่อสร้างความตระหนักในประโยชน์เชิงสุขภาพด้านการป้องกันโรคมะเร็งของการบริโภคผัก ผลไม้
2. การพัฒนาทักษะของผู้ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยงไปยังผู้บริโภค
3. ให้มีการประกาศกำหนดพื้นที่สำหรับให้นมบุตร สถานดูแลเด็กทารกในที่ทำงานหรือเก็บน้ำนมแม่ในบริเวณพื้นที่สาธารณะ เช่น ห้างสรรพสินค้า สนามบิน สถานีขนส่ง และสถานประกอบการสำหรับหญิงทำงานเพื่อให้แม่สามารถให้นมลูกได้นานขึ้นและสะดวก มีผลต่อลดความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านม
4. มาตรการควบคุมกิจกรรมทางการตลาดและสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์อาหาร ของว่างที่อุดมไปด้วยพลังงานจากแป้ง น้ำตาลและไขมันสูง รวมทั้งโซเดียม
5. มีการขับเคลื่อนจากภาคประชาสังคม องค์กรเพื่อผู้บริโภคและสื่อสาธารณะในการผลักดันการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันมะเร็ง ไม่สนับสนุนการโฆษณาชวนเชื่อหรือให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง โอ้อวดสรรพคุณของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในเชิงป้องกันมะเร็ง
6. สร้างงานวิจัยผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อสุขภาพระหว่างอุตสาหกรรมและนักวิจัยภาครัฐเพื่อนำงานวิจัยไปต่อยอดสามารถเข้าถึงผู้บริโภค
7. ผู้ประกอบการมีการพัฒนาสูตรของว่าง ขนมอบเคี้ยว (reformulation) เพื่อลดการใช้ น้ำตาล เกลือ และไขมัน
8. จัดเมนูอาหารกลางวันในโรงเรียนที่ได้คุณค่าทางโภชนาการ ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักและผลไม้และเน้นความปลอดภัยของอาหาร
9. กำหนดให้ความรู้ด้านอาหารกับมะเร็งเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรในโรงเรียน

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. มีนโยบายสนับสนุนโครงการบูรณาการระดับชาติด้านส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันมะเร็ง
2. ประชาชนตระหนักรู้ว่าควรรักษาน้ำหนักตัวและไขมันในร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน
3. ประชาชนมีความรู้ตระหนักในการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมโดย
 - ลดการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูง
 - เพิ่มการบริโภคผัก ผลไม้
 - ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพ

กลุ่มเป้าหมาย

1. ประชาชนทั่วไปทุกกลุ่มอายุ
2. คนอ้วน
3. กลุ่มที่ไม่ชอบบริโภคผักและผลไม้

ดัชนีชี้วัด

1. ร้อยละของประชากรไทยที่บริโภคผัก ผลไม้ ตามเกณฑ์ที่ FAO-WHO กำหนด (400-600 กรัม ต่อวัน) เพิ่มขึ้น โดยรายงานข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยเทียบกับการสำรวจ ครั้งที่ผ่านมา
2. ปริมาณการบริโภคอาหารกลุ่มเสี่ยงต่อการปนเปื้อนสารก่อมะเร็งรวมทั้งพยาธิที่เป็นสาเหตุของมะเร็งบางประเภทลดลง
3. ร้อยละของผู้บริโภคเนื้อแดงและผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ที่ผ่านกระบวนการปรุงแต่งไม่เกิน 500 กรัม ต่อ 1 สัปดาห์
4. ความชุกของผู้ที่มีกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น
5. ความชุกของประชาชนไทยมีน้ำหนักตัวปกติตามเกณฑ์และไม่อ้วนเพิ่มขึ้น
6. ความชุกของผู้มีรอบเอวเกินลดลง (ชาย > 90 เซนติเมตร หญิง > 80 เซนติเมตร)

การกำกับติดตามแผน

1. รายงานการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพ ประชากรไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
2. รายงานการสำรวจข้อมูลการบริโภคอาหารของคนไทย

ผู้รับผิดชอบ/ผู้ที่เกี่ยวข้อง

1. หน่วยงานกำกับดูแลความปลอดภัยด้านอาหาร เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
2. คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ
3. กระทรวงศึกษาธิการ
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
5. สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. กรมวิชาการเกษตร
7. ผู้ผลิตสื่อต่างๆ

2.2 แผนยุทธศาสตร์การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

[ตามแผนยุทธศาสตร์การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2555 – 2564)]

ข้อเท็จจริงเชิงประจักษ์ระบุว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ หลอดเลือดสมอง มะเร็ง เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่สำคัญอันดับแรกของทั่วโลก และมีแนวโน้มสูงขึ้น บั่นทอนสุขภาพและคุณภาพชีวิต สร้างความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจอย่างมาก สาเหตุเกิดจากปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพ ที่ส่งผลกระทบต่อที่สำคัญ ได้แก่ การบริโภคที่ไม่เหมาะสม ทั้งทาง ด้านอาหาร เครื่องดื่ม บุหรี่ สุรา ขาดการมีกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกายที่เพียงพอ และไม่สามารถจัดการ กับอารมณ์และความเครียดได้อย่างเหมาะสม หากประชาชนยังขาดความตระหนัก ความเข้าใจ ไม่เข้าถึง แก่นแท้ของปัญหาและการพัฒนาที่มีทิศทางอย่างถูกต้องเหมาะสมและเข้มแข็ง จะก่อให้เกิดการสูญเสียสุขภาพ ชีวิต และมีภาระค่าใช้จ่ายตามมาอย่างมหาศาล

องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการณ์ว่าภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการตาย การเจ็บป่วยและความพิการ โดยเป็นสาเหตุของการตายถึงร้อยละ 60 เป็นภาระโรครวมร้อยละ 43 และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 การตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 73 ของการตายทั้งหมด และเพิ่มเป็นร้อยละ 60 ของภาระโรครวม นอกจากนั้นยังได้ประมาณการณ์โดยรวมว่า การขาดกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกายเป็นสาเหตุการตายของประชากรถึง 1.9 ล้านคนทั่วโลก โดยสาเหตุการตายดังกล่าวเกิดจากการเป็นโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง และโรคเบาหวาน ประมาณร้อยละ 10 – 16 และโรคหัวใจขาดเลือดประมาณร้อยละ 22 ในขณะที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นถึง 1.5 เท่าในประชาชนที่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำขั้นต่ำของการมีกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกายได้

สำหรับในประเทศไทย ทุกปีต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลปีละประมาณ 250,000 ล้านบาท มีคนไทยเสียชีวิตถึงปีละ 350,000 คน ในจำนวนนี้มีเกือบ 200,000 คนที่เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี ด้วยสาเหตุจากการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมและขาดการมีกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกายที่เพียงพอ การขาดการมีกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกายไม่เพียงพอ มีอิทธิพลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน เป็นสาเหตุของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวข้างต้น จึงจำเป็นต้องมีการดำเนินการเพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพให้แก่ประชาชน ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวจะประสบผลสำเร็จได้ต้องมีความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการกำหนดยุทธศาสตร์ นโยบาย ในระดับประเทศ และการปฏิบัติตามที่กำหนด ซึ่งต้องสอดคล้องเชื่อมโยงกันทั้งภายในประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลก และเพื่อพัฒนางานส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของประเทศไทยให้มีความเชื่อมโยงและบูรณาการทุกภาคส่วน เพื่อการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรม บรรลุสัมฤทธิ์ผลอย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

ประชาชนมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวนอกแรง/ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเคลื่อนไหวนอกแรง/ออกกำลังกาย

เป้าหมาย

ประชาชนที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่เหมาะสม และสม่ำเสมอ

กิจกรรมสนับสนุนยุทธศาสตร์

1. ผลิตรายการความรู้ด้านออกกำลังกาย ที่นำไปสู่การให้ความรู้ สร้างนิสัยและพฤติกรรมการออกกำลังกาย
2. ให้มีการนำหลักสูตรการออกกำลังกายและกิจกรรมนอกหลักสูตร มาประยุกต์ใช้ในระบบการเรียนการสอน เพื่อให้นักเรียน/นักศึกษา มีความเข้าใจที่ถูกต้อง และรักที่จะออกกำลังกาย
3. ส่งเสริมให้ประชาชนได้มีการออกกำลังกายเป็นประจำมากขึ้น ให้ความรู้ความเข้าใจในการออกกำลังกายที่ถูกต้องกับประชาชนโดยผ่านสื่อมวลชนและองค์กรธุรกิจในการ

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

ประชาชนทุกกลุ่มอายุมีการออกกำลังกายเป็นประจำ

กลุ่มเป้าหมาย

ประชาชนทุกกลุ่มอายุ

ดัชนีชี้วัด

มีกิจกรรมการออกกำลังกายในหน่วยงาน

การกำกับติดตามแผน

รายงานการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทย

ผู้รับผิดชอบ/ผู้ที่เกี่ยวข้อง

1. กระทรวงสาธารณสุข
2. กระทรวงศึกษาธิการ
3. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา
4. กระทรวงมหาดไทย
5. กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย

2.3 การให้วัคซีน

2.3.1 Hepatitis B Vaccine

โรคตับอักเสบเกิดได้จากการได้รับเชื้อไวรัสหลายชนิด และการได้รับเชื้อไวรัส บี (HBV) จะมีโอกาสเป็นตับอักเสบเรื้อรังและเชื้อ HBV จะนำไปสู่มะเร็งเซลล์ตับได้ (Hepatocellular carcinoma) ซึ่งปัจจุบันมีวัคซีนที่ป้องกันโรคได้ ส่วนของไวรัสที่สำคัญและใช้ในการตรวจคือ antigen ที่มี markers ที่สำคัญของโรค คือ Hepatitis B surface antigen (HBsAg)

2.3.2 HPV Vaccine

ในปัจจุบัน มีข้อมูลที่เชื่อได้ว่า HPV (Human papilloma virus) เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก เชื้อ HPV สายพันธุ์ที่พบว่าเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกมากที่สุดคือ เชื้อ HPV 16 รองลงมาคือ HPV 18 เชื้อ HPV ทั้ง 2 สายพันธุ์นี้เป็นสาเหตุประมาณร้อยละ 70 -75 ของมะเร็งปากมดลูก ไวรัสชนิดนี้ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งการฉีดวัคซีนเอชพีวีเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อ HPV เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยป้องกันปากมดลูกจากการติดเชื้อ HPV และป้องกันรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก (cervical cancer precursors) ซึ่งได้แก่ cervical intraepithelial neoplasia (CIN) grade 2 -3 และ adenocarcinoma insitu (AIS)

HPV พบมากกว่า 100 สายพันธุ์ แต่สายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งปากมดลูกนั้น แบ่งได้เป็น

- Low risk (non-oncogenic) ทำให้เกิดหูดหงอนไก่ (wart) และ LSIL มี 12 สายพันธุ์ ได้แก่ 6,11,40,42,43,44,54,61,70,72,81 และ 108
- High risk (oncogenic) ทำให้เกิดรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งปากมดลูก HSIL มี 15 สายพันธุ์ ได้แก่ 16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,68,73 และ 82

วัคซีนเอชพีวีที่ได้รับการรับรองโดยสำนักงานอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ในประเทศไทยมี 2 ผลิตภัณฑ์ คือชนิด 2 สายพันธุ์ (bivalent) และชนิด 4 สายพันธุ์ (quadrivalent)

ประสิทธิภาพของวัคซีนเอชพีวี

วัคซีนเอชพีวีทั้งชนิด bivalent และ quadrivalent มีประสิทธิภาพมากกว่าร้อยละ 90 ในการป้องกันรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก ซึ่งได้แก่ รอยโรค CIN 2, CIN 3 และ adenocarcinoma in situ (AIS) ที่เกิดจากเชื้อ HPV 16 และ HPV 18 ในสตรีที่ไม่เคยติดเชื้อ HPV สายพันธุ์ที่มีในวัคซีนมาก่อน และได้รับการฉีดวัคซีนครบ 3 เข็ม

การป้องกันข้ามสายพันธุ์

วัคซีนเอชพีวีทั้งชนิด bivalent และ quadrivalent มีข้อมูลแสดงให้เห็นว่าสามารถป้องกันการติดเชื้อ HPV ข้ามสายพันธุ์ไปยังเชื้อ HPV 31, 33 และ 45 ซึ่งมีรหัสพันธุกรรมคล้ายกับเชื้อ HPV 16 และ HPV 18

ศักยภาพในการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน

วัคซีนเอชพีวีทั้งชนิด bivalent และ quadrivalent เมื่อฉีดครบ 3 เข็มจะมีศักยภาพสูงในการกระตุ้นภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ HPV 16 และ HPV 18 ในผู้หญิงวัยแรกรุ่น (10-15 ปี) ผู้หญิงที่อายุน้อย (16-26 ปี) และผู้หญิงวัยกลางคน (26-45 ปี) ระดับแอนติบอดีจะสูงที่สุดประมาณ 1 เดือนหลังจากฉีดเข็มที่ 3 แล้วค่อยๆ ลดลงจนถึงเดือนที่ 24 ซึ่งจะอยู่ในแนวระนาบแต่ยังคงสูงมากกว่า 10 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับระดับแอนติบอดีที่เกิดจากการติดเชื้อ HPV 16 และ HPV 18 โดยธรรมชาติ วัคซีนทั้ง 2 ชนิด สามารถชักนำให้มีการกระตุ้นให้มีการสร้างภูมิคุ้มกันสูงขึ้นและสามารถกระตุ้นให้ร่างกายสร้างแอนติบอดีในผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ได้สูงกว่าในผู้หญิงที่อายุมากกว่า ระดับแอนติบอดีต่ำสุดที่เพียงพอในการป้องกันการติดเชื้อ HPV 16 และ HPV 18 รวมทั้งความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการป้องกันโรคมะเร็งยังไม่ทราบในปัจจุบัน เนื่องจากประสิทธิภาพในการป้องกันโรคมะเร็งยังคงสูงอยู่ ทั้งๆ ที่ระดับแอนติบอดีลดต่ำลงจนตรวจไม่พบ

ความปลอดภัย

การศึกษาข้อมูลด้านความปลอดภัยของวัคซีนเอชพีวีทั้งข้อมูลก่อนการอนุมัติ (prelicensure safety data) และข้อมูลจากการติดตามเฝ้าระวังหลังจากนำมาใช้ในประชาชนทั่วไปหรือหลังจากวางตลาดพบว่าวัคซีนเอชพีวีทั้ง 2 ชนิด มีข้อมูลด้านความปลอดภัยที่ดี ความปลอดภัยของวัคซีนเอชพีวีเหมือนกับวัคซีนอื่นๆ ที่ใช้ทั่วไป

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุดคือ อาการตรงตำแหน่งที่ฉีดวัคซีนได้แก่ อาการปวด บวม แดง อาการอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ คลื่นไส้ ปวดศีรษะ ไข้ มีนงง อ่อนเพลีย และปวดกล้ามเนื้อ อาการเป็นลม (syncope) เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการหกล้มจึงแนะนำให้นั่งพักสังเกตอาการเป็นเวลา 15 นาที หลังจากฉีดวัคซีนเอชพีวี

ภาวะ anaphylaxis พบได้น้อย (2.6 ต่อการฉีด 100,000 ครั้ง) เหมือนกับการฉีดวัคซีนอื่น ๆ

อายุที่แนะนำให้ฉีดวัคซีนเอชพีวี

ประสิทธิภาพของวัคซีนเอชพีวีจะสูงที่สุดในผู้หญิงที่ยังไม่ติดเชื้อ HPV16 และ HPV 18 จึงแนะนำให้ฉีดวัคซีนก่อนถึงวัยที่จะมีเพศสัมพันธ์ จากหลักฐานการศึกษาทางคลินิกของวัคซีนเอชพีวีทั้ง 2 ชนิด สนับสนุนให้ฉีดวัคซีนแก่ผู้หญิงวัยรุ่น (early adolescent girls) อายุระหว่าง 9 หรือ 10 ปี ถึงอายุ 13 ปี

การฉีดวัคซีนในผู้หญิงที่อายุมากกว่า 13 ปี (catch-up vaccination) สามารถป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อ HPV 16 และ HPV 18 ได้ในผู้หญิงที่ยังไม่มีการติดเชื้อ HPV ดังกล่าว จากการคำนวณทางคณิตศาสตร์โดยใช้ข้อมูลจลนศาสตร์ของระดับแอนติบอดีที่ค่อยๆ ลดลงอย่างช้าๆ พบว่าระดับแอนติบอดีน่าจะคงอยู่สูงกว่าระดับที่เกิดจากการติดเชื้อ HPV ตามธรรมชาติได้นานอย่างน้อย 20-30 ปี

การฉีดวัคซีนเอชพีวี

การฉีดวัคซีนเอชพีวีให้ฉีด 0.5 มล. เข้ากล้ามเนื้อต้นแขนหรือกล้ามเนื้อสะโพกจำนวน 3 เข็ม ดังนี้

เข็มที่ 1 : ฉีดในวันที่กำหนดเลือก

เข็มที่ 2 : ฉีดในเดือนที่ 1-2 หลังจากการฉีดครั้งแรก

เข็มที่ 3 : ฉีดในเดือนที่ 6 หลังจากการฉีดครั้งแรก

ข้อบ่งชี้ในการฉีดวัคซีนเอชพีวี

1. เพื่อป้องกันการติดเชื้อ HPV สายพันธุ์เดียวกับวัคซีนที่ฉีด
2. เพื่อป้องกันรอยโรคและมะเร็งอวัยวะเพศสตรีที่เกิดจากการติดเชื้อ HPV สายพันธุ์เดียวกับวัคซีนที่ฉีด

ผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนเอชพีวี

โดยทั่วไปการฉีดวัคซีนเอชพีวีมีความปลอดภัย อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้แก่

1. อาการข้างเคียงบริเวณที่ฉีดวัคซีน เช่น ปวด บวม แดง และคัน ส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรง เป็นอยู่ชั่วคราวและหายไปเอง
2. อาการทั่วไป เช่น ไข้ พบประมาณร้อยละ 10 ส่วนใหญ่ไม่รุนแรงและหายไปได้เอง อาการอื่นๆ ที่อาจพบได้เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย และผื่นคันตามตัว อาการเหล่านี้ไม่รุนแรงและหายไปได้เอง

ในขณะนี้หลายๆ ประเทศได้มีโครงการฉีดวัคซีนเอชพีวีให้กับประชาชนของตนทั้งในยุโรปและอเมริกา และทวีปเอเชียซึ่งมักจะฉีดให้กับเด็กหญิงอายุ 12 ปีขึ้นไป

บทสรุป

การป้องกันมะเร็งปากมดลูกโดยการฉีดวัคซีนเอชพีวีเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อ HPV เป็นการป้องกันแบบปฐมภูมิ ผลการศึกษาเกี่ยวกับ วัคซีนเอชพีวี พบว่ามีความปลอดภัยสูง กระตุ้นภูมิคุ้มกันได้แรงกว่าการติดเชื้อ HPV ตามธรรมชาติ และมีประสิทธิภาพสูงมากในการป้องกันการติดเชื้อ HPV และรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกที่เกิดจากเชื้อ HPV สายพันธุ์เดียวกับวัคซีนที่ฉีด แต่อย่างไรก็ตาม การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกก็ยังคงมีความจำเป็นอยู่ เพราะวัคซีนเอชพีวีสามารถครอบคลุมเชื้อ HPV 16/18 ที่เป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกได้เพียงร้อยละ

ผู้รับผิดชอบ/ผู้ที่เกี่ยวข้อง

การให้ Vaccine เพื่อการป้องกันโรคในประชาชน ขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐบาล



สารก่อมะเร็ง

จากผลการศึกษาต่างๆ เกี่ยวกับการเกิดโรคมะเร็งในคนและสัตว์ทดลอง องค์การวิจัยมะเร็งระหว่างประเทศ (International Agency for research on Cancer : IARC) ได้จัดแบ่งปัจจัยเสี่ยงที่มีหลักฐานยืนยันว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งในคนได้ เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 สารก่อมะเร็งในคน (Carcinogenic to humans) คือมี causal relationship ระหว่างการได้รับ Factor เหล่านี้ และมะเร็งในคน

กลุ่มที่ 2A น่าจะเป็นสารก่อมะเร็งในคน (Probably carcinogenic to humans) คือมี positive association ระหว่างการได้รับ factor เหล่านี้กับมะเร็งในคน แต่อาจเป็นผลเนื่องจากมี bias ได้หรือมี confounding factors ที่ไม่สามารถที่แยกออกมาอย่างชัดเจนได้ แต่หลักฐานเพียงพอสำหรับ carcinogenicity ในสัตว์ทดลอง

กลุ่มที่ 2B อาจจะเป็นสารก่อมะเร็งในคน (Possibly carcinogenic to humans) คือหลักฐานเพียงพอว่าทำให้เกิดมะเร็งในสัตว์ทดลอง แต่ยังไม่มีความหลักฐานเพียงพอในการเกิดมะเร็งในคน

กลุ่มที่ 3 ไม่เป็นสารก่อมะเร็งในคน (Not classification as to its carcinogenicity to humans)

กลุ่มที่ 4 น่าจะไม่ใช่สารก่อมะเร็งในคน (Probably not carcinogenic to humans)

และจากรายงานของ IARC ได้แสดงให้เห็นว่าปัจจุบันมีสารก่อมะเร็ง จำนวน 109 ชนิด ที่จัดอยู่ในกลุ่ม 1 ดังต่อไปนี้

Agents Classified by the IARC Monographs, Volumes 1–106

1. Acetaldehyde associated with consumption of alcoholic beverages
2. Acid mists, strong inorganic
3. Aflatoxins
4. Alcoholic beverages
5. Aluminium production
6. 4-Aminobiphenyl
7. Areca nut
8. Aristolochic acid (NB: Overall evaluation upgraded to Group 1 based on mechanistic and other relevant data)
9. Aristolochic acid, plants containing
10. Arsenic and inorganic arsenic compounds

11. Asbestos (all forms, including actinolite, amosite, anthophyllite, chrysotile, crocidolite, tremolite) (NB: Mineral substances (e.g. talc or vermiculite) that contain asbestos should also be regarded as *carcinogenic* to humans.)
12. Auramine production
13. Azathioprine
14. Benzene
15. Benzidine
16. Benzidine, dyes metabolized to (NB: Overall evaluation upgraded to Group 1 based on mechanistic and other relevant data)
17. Benzo[*a*]pyrene (NB: Overall evaluation upgraded to Group 1 based on mechanistic and other relevant data)
18. Beryllium and beryllium compounds
19. Betel quid with tobacco
20. Betel quid without tobacco
21. Bis (chloromethyl) ether; chloromethyl methyl ether (technical-grade)
22. Busulfan
23. 1,3-Butadiene
24. Cadmium and cadmium compounds
25. Chlorambucil
26. Chlornaphazine
27. Chromium (VI) compounds
28. *Clonorchis sinensis* (infection with)
29. Coal, indoor emissions from household combustion of
30. Coal gasification
31. Coal-tar distillation
32. Coal-tar pitch
33. Coke production
34. Cyclophosphamide
35. Cyclosporine

36. Diethylstilbestrol
37. Engine exhaust, diesel
38. Epstein-Barr virus
39. Erionite
40. Estrogen therapy, postmenopausal
41. Estrogen-progestogen menopausal therapy (combined)
42. Estrogen-progestogen oral contraceptives (combined) (NB: There is also convincing evidence in humans that these agents confer a protective effect against cancer in the endometrium and ovary)
43. Ethanol in alcoholic beverages
44. Ethylene oxide (NB: Overall evaluation upgraded to Group 1 based on mechanistic and other relevant data)
45. Etoposide (NB: Overall evaluation upgraded to Group 1 based on mechanistic and other relevant data)
46. Etoposide in combination with cisplatin and bleomycin
47. Fission products, including strontium-90
48. Formaldehyde
49. Haematite mining (underground)
50. *Helicobacter pylori* (infection with)
51. Hepatitis B virus (chronic infection with)
52. Hepatitis C virus (chronic infection with)
53. Human immunodeficiency virus type 1 (infection with)
54. Human papillomavirus types 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 (NB: The HPV types that have been classified as carcinogenic to humans can differ by an order of magnitude in risk for cervical cancer)
55. Human T-cell lymphotropic virus type I
56. Ionizing radiation (all types)
57. Iron and steel founding (occupational exposure during)
58. Isopropyl alcohol manufacture using strong acids
59. Kaposi sarcoma herpesvirus

60. Leather dust
61. Magenta production
62. Melphalan
63. Methoxsalen (8-methoxypsoralen) plus ultraviolet A radiation
64. 4,4'-Methylenebis (2-chloroaniline) (MOCA) (NB: Overall evaluation upgraded to Group 1 based on mechanistic and other relevant data)
65. Mineral oils, untreated or mildly treated
66. MOPP and other combined chemotherapy including alkylating agents
67. 2-Naphthylamine
68. Neutron radiation (NB: Overall evaluation upgraded to Group 1 with supporting evidence from other relevant data)
69. Nickel compounds
70. *N'*-Nitrosonornicotine (NNN) and 4- (NNitrosomethylamino) -1- (3-pyridyl) -1-butanone (NNK) (NB: Overall evaluation upgraded to Group 1 based on mechanistic and other relevant data)
71. *Opisthorchis viverrini* (infection with)
72. Painter (occupational exposure as a)
73. 3,4,5,3',4'-Pentachlorobiphenyl (PCB-126) (NB: Overall evaluation upgraded to Group 1 based on mechanistic and other relevant data)
74. 2,3,4,7,8-Pentachlorodibenzofuran (NB: Overall evaluation upgraded to Group 1 based on mechanistic and other relevant data)
75. Phenacetin (NB: Overall evaluation upgraded to Group 1 with supporting evidence from other relevant data)
76. Phenacetin, analgesic mixtures containing
77. Phosphorus-32, as phosphate
78. Plutonium
79. Radioiodines, including iodine-131
80. Radionuclides, alpha-particle-emitting, internally deposited (NB: Specific radionuclides for which there is *sufficient* evidence in humans are also listed individually as Group 1 agents)

81. Radionuclides, beta-particle-emitting, internally deposited (NB: Specific radionuclides for which there is *sufficient* evidence in humans are also listed individually as Group 1 agents)
82. Radium-224 and its decay products
83. Radium-226 and its decay products
84. Radium-228 and its decay products
85. Radon-222 and its decay products
86. Rubber manufacturing industry
87. Salted fish, Chinese-style
88. *Schistosoma haematobium* (infection with)
89. Semustine [1- (2-Chloroethyl) -3- (4-methylcyclohexyl) -1-nitrosourea, Methyl-CCNU]
90. Shale oils
91. Silica dust, crystalline, in the form of quartz or cristobalite
92. Solar radiation
93. Soot (as found in occupational exposure of chimney sweeps)
94. Sulfur mustard
95. Tamoxifen (NB: There is also conclusive evidence that tamoxifen reduces the risk of contralateral breast cancer in breast cancer patients)
96. 2,3,7,8-Tetrachlorodibenzo-*para*-dioxin
97. Thiotepa
98. Thorium-232 and its decay products
99. Tobacco, smokeless
100. Tobacco smoke, second-hand
101. Tobacco smoking
102. *ortho*-Toluidine
103. Treosulfan
104. Trichloroethylene
105. Ultraviolet radiation (wavelengths 100-400 nm, encompassing UVA, UVB, and UVC)
106. Ultraviolet-emitting tanning devices

107. Vinyl chloride

108. Wood dust

109. X- and Gamma-Radiation

Group 1	<i>Carcinogenic to humans</i>	109	agents
Group 2A	<i>Probably carcinogenic to humans</i>	65	agents
Group 2B	<i>Possibly carcinogenic to humans</i>	275	agents
Group 3	<i>Not classifiable as to its carcinogenicity to humans</i>	503	agents
Group 4	<i>Probably not carcinogenic to humans</i>	1	agents



WHO Definition of Palliative Care

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. Palliative care:

- provides relief from pain and other distressing symptoms;
- affirms life and regards dying as a normal process;
- intends neither to hasten or postpone death;
- integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;
- offers a support system to help patients live as actively as possible until death;
- offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement;
- uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated;
- will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness;
- is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.



การจัดระดับและเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สาขาโรคมะเร็ง
โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3
1. ชีตความสามารถ			
• ด้านวินิจฉัย	- การตรวจวินิจฉัย เช่น ตรวจทางพยาธิวิทยาที่สามารถย้อมพิเศษที่หลากหลาย การทำ FROZEN SECTION - การส่องกล้อง Scope ต่างๆ เช่น Colonoscopy, Bronchoscopy, Laparoscopy, ERCP ในแง่การวินิจฉัยและการรักษา - การตรวจทางรังสี เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (อาจมี MRI) การตรวจทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์	- การตรวจวินิจฉัย เช่น ตรวจทางพยาธิที่สามารถย้อมพิเศษที่จำเป็นได้ - การส่องกล้อง Scope ต่างๆ เช่น Gastroscopy, Bronchoscopy, Colonoscopy, Cystoscopy - การตรวจทางรังสี เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์	สามารถให้การวินิจฉัยโรค มะเร็งด้วยวิธีที่ไม่ยุ่งยาก เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการในการวินิจฉัยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว การตรวจเบื้องต้นด้วย ultrasound
• ด้านการรักษา	- สามารถทำการผ่าตัดที่มีความซับซ้อนที่ต้องการความรู้ความชำนาญสูง - สามารถให้ยาต้านมะเร็งได้หลากหลาย และมีความซับซ้อน เช่น targeted therapy, การรักษา acute leukemia - มีบริการการรักษาด้วยรังสีรักษา รังสีร่วมรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ - การรักษาประคับประคองโดยทำหัตถการต่างๆ - นำแพทย์ทางเลือกเข้ามาประยุกต์ในการรักษา	- สามารถให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ต้องใช้ความรู้ความชำนาญด้วยแพทย์เฉพาะทาง ที่ผ่านการอบรมการให้ยาเคมีบำบัด - การผ่าตัดที่ซับซ้อนแต่ไม่เท่าระดับ 1 - การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ, การแพทย์ทางเลือก - อาจมีการรักษาด้านรังสีรักษา ในกรณีที่เป็นพื้นที่ห่างไกลและมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวนมาก	- สามารถทำการผ่าตัดไม่ซับซ้อน เช่น modified radical mastectomy, colectomy - สามารถให้ยาเคมีบำบัดอย่างง่าย เช่น CMF, Mayo regiment - การให้ยา tamoxifen - การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ แพทย์ทางเลือก
• ด้านวิชาการ	- สามารถเป็นที่ปรึกษาในด้านต่างๆ แก่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพน้อยกว่า - มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็ง		

เกณฑ์	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3
2. สถานที่/เครื่องมือ/เวชภัณฑ์			
• สถานที่	- Day care unit - อาคารศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง* - Radiotherapy unit** - Nuclear medicine unit*** - หอผู้ป่วยเคมีบำบัด	Day care unit	
• เครื่องมือ/เวชภัณฑ์ด้านการวินิจฉัย	- Biological lab - Ultrasonography - CT scan - Mammography - Endoscope รวมถึง ERCP - Intervention unit - Nuclear medicine unit +/- MRI - เครื่องตัดชิ้นเนื้อ (Frozen Section)	- Biological lab - Ultrasonography - CT scan - Mammography - Endoscope ยกเว้น ERCP	- Biological lab - Ultrasonography
• ด้านการรักษา	- Biosafety carbinet - Blood bank unit เหมือนระดับ 2 เพิ่ม blood cell separator - Radiation therapy unit - Intervention unit - Nuclear medicine	- Biosafety carbinet - Blood bank unit ประกอบด้วย - ตู้เก็บเลือดและส่วนประกอบของเลือด - refrigerated centrifuge - Radiation therapy unit** - กรณีที่อยู่ไกล และจำนวนผู้ป่วยมะเร็ง จำนวนมาก	Biosafety carbinet
3. กำลังคน			
Radiation unit			
• Radiotherapist	2-4	0-1	0
• Physicist	1-2	0-1	0
• Technician	4-10	0-3	0
• Radiation nurses	1-3	0-1	0
Medical oncology			
• Medical oncologist	2-3	1-2	0

เกณฑ์	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3
Hematology • Hematologist	2-3	1-2	0-1
Pediatric oncology • Pediatric	2-3	0-1	0
Hematooncologist • Oncology nurses	2-4	1-2	0-1
• Pharmacist	3-4	1-2	0-1
Surgical oncology • Onco-surgeon	1-3	0-1	0
• General surgeon	6-8	3-5	1-2
• Pediatric surgeon	0-3	0-1	0
• Colorectal surgeon	0-3	0-1	0
• Neurological surgeon	1-5	1-2	0-1
• CVT	1-5	0-1	0
• Urologist	1-5	1-2	0-1
• Plastic	1-3	0-1	0
Gynecological oncology • Gyneoncologist	1-3	0-1	0
• General gynecologist	3-5	2-3	1-2
ENT • ENT	3-5	2-3	1-2
Diagnostic radiologist • Radiologist	5-8	3-5	1-2
Intervention radiologist • Interventionist	1-2	0	0
Nuclear medicine • Nuclear medicine	1-2	0	0
• Nurse	1-2	0	0
Pathology department • Pathologist	2-4	1-2	0
• Cytologist	2-4	1-2	1
Pain Clinic • Anesthesiologist	1-2	0-1	0
Department of Medicine • Internist	3-5	2-3	1-2
• Chest	1-3	0-1	0
• GI	1-3	0-1	0

เกณฑ์	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3
• Nephrologist	2-4	0-1	0
• Infectious	1-3	0-1	0
• Endocrine	1-3	0-1	0
• Dermatologist	1-2	0-1	0
• Nutrition แพทย์	0-1	0-1	0
Medical Informatics			
• Data management	2-4	1-2	0-1
• Statistician	2-4	1-2	0-1
• เจ้าหน้าที่เวชสถิติ	2	1-2	1
Rehabilitation unit			
• แพทย์	1-3	0-1	0
• นักกายภาพ	3-4	2-3	1-2
Psychiatry			
• Psychiatrist	1-3	1	0
Social			
• Social worker	3-4	1-2	1
Orthopedics			
• Orthopedist	3-6	1-2	1
Dental			
• Dentist	3-7	2-3	1-2
Epidemiology			
• นักระบาดวิทยา	0-1	0	0

คำอธิบาย

- * หมายถึง อาคารศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงประกอบด้วย หอผู้ป่วยทั่วไป, หอผู้ป่วยพิเศษ, ห้องผ่าตัด, ห้อง Scope, Day care unit โดยใช้ร่วมกับหน่วยอื่น
- ** หมายถึง Radiotherapy unit ประกอบด้วย
ห้องฉายแสงระยะไกล ขนาด 10 x 10 ตารางเมตร
ห้องจำลองการฉายรังสี ขนาด 8 x 8 ตารางเมตร
ห้อง CT simulator ขนาด 8 x 8 ตารางเมตร
ห้องใส่แร่ประกอบด้วย ห้องใส่ applicator ขนาด 8 x 8 ตารางเมตร, ห้อง x-ray แบบ c-arm และ high dose rate afterloader, หอผู้ป่วยรังสีวิทยา
- *** หมายถึง Nuclear medical unit ประกอบด้วย Hot lab, ห้องฉีดสารรังสี, Gamma camera, ห้องแยกผู้ป่วย, ห้องพักผู้ป่วยรอ Scan



เกณฑ์มาตรฐานด้านการจัดองค์กร ด้านบุคลากร และด้านเครื่องมืออุปกรณ์ของหน่วยงาน สังกัดกรมการแพทย์ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลมะเร็งในส่วนภูมิภาค)

1. เกณฑ์มาตรฐานการจำแนกระดับการพัฒนาเป็นศูนย์ตติยภูมิโรคมะเร็ง (ด้านการจัดองค์กร)

Basic Level (Level 3)	Advance Level (Level 2)	Excellence Level (Level 1)
มีหน่วยที่ให้บริการทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็งในด้าน • การผ่าตัด • เคมีบำบัด • การรักษาแบบประคับประคอง • มีหน่วยมะเร็งที่ชัดเจน	มีหน่วยที่ให้บริการทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็งครบถ้วนในด้าน • การผ่าตัด • เคมีบำบัด • รังสีรักษา • การรักษาแบบประคับประคอง • มีศักยภาพในการทำวิจัยทางคลินิก • มีหน่วยมะเร็งที่ชัดเจน • มีเจ้าหน้าที่ทำข้อมูลทะเบียนมะเร็ง	มีหน่วยที่มีการบริการทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็งครบวงจรในด้าน • การผ่าตัดที่ครอบคลุมทั้งหมด • เคมีบำบัด • รังสีรักษา • การรักษาแบบประคับประคอง • มีความสามารถทำวิจัยทั้งด้านการวิจัยทางคลินิกและทางการแพทย์พื้นฐาน • มีหน่วยมะเร็งที่ชัดเจน • มีเจ้าหน้าที่ทำข้อมูลทะเบียนมะเร็ง • มีคณะกรรมการทำข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล • มี Tumor Conference • มีแผนพัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อตามระบบภูมิสารสนเทศ (GIS)

2. เกณฑ์มาตรฐานการจำแนกระดับการพัฒนาเป็นศูนย์ตติยภูมิโรคมะเร็ง (ด้านบุคลากร)

ลำดับ	หน่วยบริการ	บุคลากร	รพ.มะเร็ง	สถาบัน มะเร็งฯ	หมายเหตุ
1	Radiation unit	1. Radiotherapist	3-5	4-6	แพทย์ 1:250 ราย/ปี
		2. Physicist	3-5	4-6	นักฟิสิกส์ 1:400 ราย/ปี
		3. Radiological Technologist	8-10	10-15	
		4. Radiation nurse	8-10	10-15	พยาบาล 1:300 ราย/ปี
2	Medical Oncology Unit	1. Medical Oncologist	3-5	4-6	
	Hematology	2. Hematologist	1-3	2-5	
	Pediatric oncology	3. Pediatric hemato - oncologist	1-2	2-6	
		4. Oncological nurse	7-10	10-15	พยาบาล 1:5
		5. Compounding pharmacist	3-6	10-15	เภสัชกรผสมยา 1:30 ชานาน
3	Surgical oncology Unit	1. Surgical oncologist	1-2	3-5	
		2. General surgeon	3-5	5-10	
		3. Urologist	1	1-2	
		4. Chest surgeon	1	1-2	
		5. Orthopedist	1	1-2	
		6. Plastic	1	1-2	
		7. Colorectal surgeon	1	1-2	
		8. Pediatric surgeon	1	1-2	
		9. ET Nurse	1-2	4-6	
4	Gynecological Oncology	Gynecological Oncologist	1-3	3-5	
		Gynecologist	3-4	4-5	
5	ENT หรือ Head & Neck Surgery	Head & Neck Surgeon	1-2	2-3	
6	Diagnostic radiology	1. Diagnostic Radiologist	4-6	5-10	
		2. Radiological Technologist	3-5	5-10	
7	Intervention radiology	1. Interventional radiologist	1-2	2-3	
		2. Expert nurse	1-2	2-3	

ลำดับ	หน่วยบริการ	บุคลากร	รพ.แม่เริง	สถาบันแม่เริงฯ	หมายเหตุ
8	Nuclear medicine	1. Nuclear medicine	1-2	2-4	
		2. Physicist	1-2	2-4	
		3. Radiological Technologist	3-4	4-5	
		4. Expert nurse	1-2	2-4	
9	Pathology department	1. Pathologist	1-3	3-5	
		2. Cytotechnologist	4-6	5-10	
		3. Medical Technologist	3-5	5-10	
10	Pain clinic	1. Anesthesiologist	1-2	2-4	
		2. Expert Nurse	1-2	2-4	
11	Medicine department	1. Nutrition doctor	1	2-3	
		2. Internal Medicine	1	2-3	
		3. GI Medicine	1-2	2-3	
		4. Critical Medicine	1	2-3	
		5. Chest Medicine	1	2-3	
		6. Nephrologist Medicine	1	1-2	
		7. Cardiologist Medicine	1	1-2	
		8. Infectious	1	1-2	
		9. Psychiatrist	1	1-2	
		10. Endocrine	1	1-2	
12	Medical Informatics	1. Data management *	2	5-10	
		2. Statistician *	2-4	5-10	
		3. เจ้าหน้าที่เวชสถิติ	2	3-5	
		4. นักระบาดวิทยา	1-2	3-5	
		5. CAM	1-2	2-3	
13	Rehabilitation	Physiotherapist	2-3	3-5	
14	Social work	Social Worker	2-3	3-5	
15	Dental	Dentist	1-2	2-3	
16	Basic Science Lab	Scientists PhD.	1-2	5-10	
17	Oncological nursing Unit	Oncology nurse	120-150	200-250	
		Nutrition nurse	2-3	3-5	
		Counseling nurse	3-5	5-10	
18	Nutrition	นักโภชนาการ	1-2	3-5	

3. เกณฑ์มาตรฐานการขึ้นทะเบียนเป็นศูนย์ตติยภูมิโรคมะเร็ง (ครุภัณฑ์ ขั้นต่ำ)

เกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำของเครื่องมืออุปกรณ์	โรงพยาบาล มะเร็ง	สถาบันมะเร็ง แห่งชาติ
3.1 ด้านรังสีวินิจฉัยและเวชศาสตร์นิวเคลียร์		
1. เครื่องเอกซเรย์ทั่วไป (General X-ray Machine)	✓	✓
2. เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ (X-ray Mobile Machine)	✓	✓
3. เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed Tomography Machine)		
3.1 CT 64 Slice	✓	
3.2 CT มากกว่า 64 Slice		✓
4. เครื่องตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Diagnostic Ultrasound Machine) ชนิด Color Doppler	✓	✓
5. เครื่องเอกซเรย์เต้านม (X-ray Mammography)		
5.1 แบบ Conventional Mammography	✓	✓
5.2 แบบ Digital Mammography	✓	✓
6. ชุดเจาะชิ้นเนื้อเต้านมแบบทำนอนคว่ำ (Prone Stereotactic Breast Biopsy System)	✓	✓
7. เครื่องส่องตรวจทางรังสี (Fluoroscopy X-ray Machine)		
7.1 แบบ Local control	✓	✓
7.2 แบบ Remote control	✓	✓
7.3 แบบ C-arm	✓	✓
8. เครื่องตรวจด้วยสนามแม่เหล็กแรงสูง (Magnetic Resonance Imaging - MRI)		
8.1 ขนาดความแรงของสนามแม่เหล็ก 1.5 Tesla	✓	
8.2 ขนาดความแรงของสนามแม่เหล็กมากกว่า 1.5 Tesla		✓
9. เครื่องตรวจความหนาแน่นของกระดูก (Bone Densitometer)	✓	✓
10. เครื่องเอกซเรย์ระบบหลอดเลือด (Angiogram หรือ Digital Subtraction Angiography)	✓	✓
11. เครื่องถ่ายภาพรังสีแกมมา (Gamma Camera)	✓	✓
12. เครื่องถ่ายภาพรังสีแกมมาหลายระนาบ (Single Photon Emission Computed Tomography-SPECT)	✓	✓

เกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำของเครื่องมืออุปกรณ์	โรงพยาบาล มะเร็ง	สถาบันมะเร็ง แห่งชาติ
13. ระบบการจัดเก็บภาพและการติดต่อสื่อสารข้อมูลทางการแพทย์ (Picture Archiving and Communication System - PACS)		
13.1 ระดับหน่วยงาน (Mini-PACS)	✓	✓
13.2 ระดับโรงพยาบาล (Hospital PACS)	✓	✓
เครื่องมือที่มีเทคโนโลยีซับซ้อน		
14. เครื่องถ่ายภาพรังสีจากอนุภาพโพสิตรอนหลายระนาบ (Positron Emission Tomography-PET)		
14.1 PET	✓	✓
14.2 PET-CT		✓
14.3 PET-MRI		✓

- หมายเหตุ**
1. Computed Tomography Machine กับ Digital Tomography Machine เป็นเครื่องชนิดเดียวกัน เพียงแต่ใช้เทคโนโลยีคนละแบบ ต้องใช้งานร่วมกับเครื่อง x-ray ทั่วไป
 2. X-ray Mammography กับ Digital Mammography เป็นเครื่องเอกซเรย์ด้านนมเหมือนกัน ไม่ควรแยกเป็น 2 เครื่อง
 3. Radiographic Digital Fluoroscopy หรือ Radiographic Digital Subtraction Imaging เป็นเครื่องเอกซเรย์ที่ทำงานคล้ายกัน แต่ Radiographic Digital Subtraction Imaging มีความสามารถในการตรวจได้หลากหลายกว่า
 4. Diagnostic Ultrasound Machine กับ Color Doppler US เป็นเครื่องอัลตราซาวด์เหมือนกัน เพียงแต่มี option ต่างกัน

เกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำของเครื่องมืออุปกรณ์	โรงพยาบาล มะเร็ง	สถาบันมะเร็ง แห่งชาติ
3.2 ด้านรังสีรักษา		
1. เครื่องจำลองการรักษา		
• เครื่องจำลองการรักษาแบบดิจิทัล (Digital Simulator) และ/หรือ	✓	✓
• เครื่องจำลองการรักษาแบบคอมพิวเตอร์ (Computed Tomography Simulator)	✓	✓
2. เครื่องวางแผนการรักษา		
• เครื่องวางแผนการรักษาแบบ 2 มิติ (Two Dimension Radiotherapy Treatment Planning) และ/หรือ	✓	
• เครื่องวางแผนการรักษา 3 มิติ (Three Dimension Radiotherapy Treatment Planning)	✓	✓

เกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำของเครื่องมืออุปกรณ์	โรงพยาบาล มะเร็ง	สถาบันมะเร็ง แห่งชาติ
3. เครื่องฉายรังสี		
• เครื่องฉายรังสีโคบอลต์ -60 (Cobalt-60 Teletherapy Machine)	✓	✓
• เครื่องเร่งอนุภาคที่ผลิตเฉพาะโฟตอนพลังงานไม่เกิน 6 MV (Low Energy Medical Linear Accelerator)	✓	
• เครื่องเร่งอนุภาคที่ผลิตเฉพาะโฟตอนพลังงานไม่เกิน 6 MV พร้อมชุดจำกัดลำรังสีแบบซี่ (Low Energy Medical Linear Accelerator with Multileaf)	✓	✓
• เครื่องเร่งอนุภาคที่ผลิตเฉพาะโฟตอนพลังงานมากกว่า 6 MV หรือผลิตลำรังสีอิเล็กตรอนร่วมด้วย (High Energy Medical Linear Accelerator)	✓	✓
• เครื่องเร่งอนุภาคที่ผลิตเฉพาะโฟตอนพลังงานมากกว่า 6 MV หรือผลิตลำรังสีอิเล็กตรอนร่วมด้วย พร้อมชุดจำกัดลำรังสีแบบซี่ (High Energy Medical Linear Accelerator with Multileaf)	✓	✓
4. เครื่องสอดใส่สารกัมมันตรังสี		
• เครื่องสอดใส่สารกัมมันตรังสีชนิดอัตรารังสีสูง (High Dose Rate Remote Control After Loading Brachytherapy System) หรือ	✓	✓
• เครื่องสอดใส่สารกัมมันตรังสีชนิดอัตรารังสีสูงพร้อมเครื่องเอกซเรย์ชนิดซีอาร์เอ็ม (High Dose Rate Remote Control After Loading Brachytherapy System with C-arm X-ray Unit)	✓	✓
5. เครื่องตรวจวิเคราะห์ลำรังสี (Beam Analyzing Dosimeter)	✓	✓
6. เครื่องวัดและวิเคราะห์ปริมาณรังสี (Dosimeter)	✓	✓
7. เครื่องประกันคุณภาพและสอบทวนแผนการฉายรังสี (Quality Assurance and Pretreatment Verification)	✓	✓
8. ระบบบันทึกและทวนสอบแผนการฉายรังสีแบบประสิทธิภาพสูง (Premium Treatment Record and Verification system)	✓	✓
เครื่องมือที่มีเทคโนโลยีซับซ้อน		
9. เครื่องวางแผนการรักษาแบบ 3 มิติ สำหรับการฉายรังสีแบบแปรความเข้ม (Three Dimension for Intensity Moderated Radiotherapy Treatment Planning)	✓	✓
10. เครื่องวางแผนการรักษาแบบ 3 มิติ สำหรับการฉายรังสีแบบ IGRT (Three Dimension Radiotherapy Treatment Planning for IGRT)	✓	✓
11. เครื่องวางแผนการรักษาแบบเชิงปริมาตร (Three Dimension Radiotherapy for Volumetric Arc Treatment Planning)	✓	✓

เกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำของเครื่องมืออุปกรณ์	โรงพยาบาล มะเร็ง	สถาบันมะเร็ง แห่งชาติ
12. เครื่องเร่งอนุภาคที่ผลิตเฉพาะโฟตอนพลังงานไม่เกิน 6 MV พร้อมชุดอุปกรณ์ฉายรังสีแบบแปรความเข้ม (Low Energy Medical Linear Accelerator with Intensity Moderated Radiotherapy Treatment set)	✓	✓
13. เครื่องเร่งอนุภาคที่ผลิตเฉพาะโฟตอนพลังงานไม่เกิน 6 MV พร้อมชุดอุปกรณ์ฉายรังสีแบบ IGRT (Low Energy Medical Linear Accelerator with IGRT set)	✓	✓
14. เครื่องเร่งอนุภาคที่ผลิตเฉพาะโฟตอนพลังงานไม่เกิน 6 MV พร้อมชุดอุปกรณ์ฉายรังสีแบบเชิงปริมาตร (Low Energy Medical Linear Accelerator with Volumetric Arc Treatment set)	✓	✓
15. เครื่องเร่งอนุภาคที่ผลิตเฉพาะโฟตอนพลังงานมากกว่า 6 MV หรือผลิตลำรังสีอิเล็กตรอนร่วมด้วยพร้อมชุดอุปกรณ์ฉายรังสีแบบแปรความเข้ม (High Energy Medical Linear Accelerator with Intensity Moderated Radiotherapy Treatment set)	✓	✓
16. เครื่องเร่งอนุภาคที่ผลิตเฉพาะโฟตอนพลังงานมากกว่า 6 MV หรือผลิตลำรังสีอิเล็กตรอนร่วมด้วยพร้อมชุดอุปกรณ์ฉายรังสีแบบ IGRT (High Energy Medical Linear Accelerator with IGRT set)	✓	✓
17. เครื่องเร่งอนุภาคที่ผลิตเฉพาะโฟตอนพลังงานมากกว่า 6 MV หรือผลิตลำรังสีอิเล็กตรอนร่วมด้วยพร้อมชุดอุปกรณ์ฉายรังสีแบบเชิงปริมาตร (High Energy Medical Linear Accelerator with Volumetric Arc Treatment set)	✓	✓
18. เครื่องเร่งอนุภาคที่ผลิตเฉพาะโฟตอนพลังงานไม่เกิน 6 MV พร้อมชุดอุปกรณ์ฉายรังสีแบบ SRS หรือ SRT (Low Energy Medical Linear Accelerator with SRS or SRT set)	✓	✓
19. เครื่องฉายรังสีโตโมเธอราฟี (Tomotherapy Machine)	✓	✓
20. เครื่องฉายรังสีแกมมาไนฟ์ (Gamma Knife Machine)	✓	✓
21. เครื่องฉายรังสีไซเบอร์ไนฟ์ (Cyber Knife Machine)	✓	✓
3.3 ด้านศัลยกรรม		
1. เครื่องตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงในห้องผ่าตัด (Intra Operative Ultrasound)	✓	✓
2. เครื่องจี้ด้วยคลื่นเสียงวิทยุความถี่สูง (Radio Frequency ablation machine)	✓	✓
3. เครื่องจี้ด้วยคลื่นวิทยุไมโครเวฟ	✓	✓
4. เครื่องส่องกล้องในช่องท้อง (Laparoscopy)	✓	✓
5. เครื่องส่องตรวจลำไส้เล็ก พร้อมอุปกรณ์ฉีดสีเข้าทางเดินน้ำดี (ERCP)	✓	✓

เกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำของเครื่องมืออุปกรณ์	โรงพยาบาล มะเร็ง	สถาบันมะเร็ง แห่งชาติ
6. กล้องส่องตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนต้น	✓	✓
7. กล้องส่องตรวจลำไส้ใหญ่	✓	✓
8. กล้องส่องโพรงจมูก	✓	✓
9. กล้องส่องโพรงมดลูก	✓	✓
10. Colposcope	✓	✓
11. Broncoscope	✓	✓
12. Cystoscope	✓	✓
13. เครื่องจี้และตัดด้วยไฟฟ้าระบบควบคุมความร้อนอัตโนมัติ และเครื่องตัดเลาะชั้นเนื้อด้วยน้ำ (Water Jet)	✓	✓
14. กล้องส่องตรวจทางเดินน้ำดี	✓	✓
15. Capsule Endoscope	✓	✓
16. ชุดรักษามะเร็งด้วยเลเซอร์	✓	✓
17. Cryotherapy	✓	✓
18. Robotic Surgery	✓	✓
19. เครื่องจี้ Harmonic	✓	✓
20. เครื่องจี้ Argon	✓	✓
21. เครื่องจี้แบบ Plasma kinetic	✓	✓
22. เครื่องจี้แบบ Ultrasonic	✓	✓
23. เครื่องจี้แบบ Legasure	✓	✓
24. เครื่อง Sigmoidoscope	✓	✓
3.4 ด้านเคมี		
1. ตู้ผสมยาเคมี Biosafety Unit	✓	✓





คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ 178/2556

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ

ด้วยโรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต ของประชาชนก่อนวัยอันควร และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก ปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตาย อันดับหนึ่งของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง เพิ่มขึ้นทั่วโลกทุกปี โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา จึงได้สนับสนุนให้ทุกประเทศมีการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุม โรคมะเร็งแห่งชาติขึ้น การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ต้องได้รับความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนและต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อเศรษฐกิจสังคมโดยรวมและต้องนำ ทรัพยากร ที่มีอยู่อย่างจำกัดมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ดังนั้นเพื่อให้ประเทศไทยมีแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติที่เหมาะสมสอดคล้อง และครอบคลุมกับปัญหาโรคมะเร็งของประเทศไทย จึงแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้น 7 คณะ เพื่อจัดทำยุทธศาสตร์ การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง รวมทั้งคณะกรรมการจัดประชุมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุม โรคมะเร็งแห่งชาติ ดังนี้

1. คณะกรรมการด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics)

- | | |
|---|---------------|
| (1) ศาสตราจารย์ลักษณะ โพนกุล โรงพยาบาลรามาธิบดี | ประธานกรรมการ |
| (2) ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งระดับชาติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ | กรรมการ |
| (3) ผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (4) ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (5) ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (6) ผู้อำนวยการสำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (7) นายชัยโรจน์ ชิงสนธิพร สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข | กรรมการ |
| (8) ผู้อำนวยการสำนักบริหารเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานประกันสังคม หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (9) ประธานโครงการโรคมะเร็ง โรงพยาบาลรามาธิบดี หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (10) หัวหน้าสถานวิทยามะเร็งศิริราช หรือผู้แทน | กรรมการ |

(11) หัวหน้าหน่วยมะเร็งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หรือผู้แทน	กรรมการ
(12) นายหัชชา ศรีปลั่ง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	กรรมการ
(13) นายสุรพล เวียงนนท์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กรรมการ
(14) นายทรงพล ศรีสุข คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	กรรมการ
(15) นางไศรยา ธรรมรักษ์ โรงพยาบาลสระบุรี	กรรมการ
(16) หัวหน้าหน่วยข้อมูลด้านโรคมะเร็งระดับชาติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์	กรรมการและ เลขานุการ
(17) นางสมจิตร ประภากร สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(18) นางรังสิยา บัวส้ม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ดังนี้

1. จัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางและขั้นตอนการจัดทำยุทธศาสตร์สารสนเทศโรคมะเร็ง
2. พิจารณาเอกสารและข้อมูลประกอบการจัดทำแผน และให้ข้อเสนอแนะต่อการจัดประชุมระดมสมอง หรือการติดต่อสื่อสารในช่องทางอื่นๆ เพื่อการจัดทำยุทธศาสตร์
3. จัดทำยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมสามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล และสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด
4. แต่งตั้งคณะทำงานตามความเหมาะสม
5. หน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

2. คณะกรรมการด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง (Primary Prevention)

(1) ศาสตราจารย์ประกิต วาทีสาธกกิจ	ประธานกรรมการ
(2) รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านพัฒนาการแพทย์) หรือผู้แทน	กรรมการ
(3) ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(4) ผู้อำนวยการสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(5) ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่ออันตราย กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(6) นางจรีพร คงประเสริฐ รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
(7) ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค	กรรมการ

(8) ผู้อำนวยการสำนักอาหาร หรือผู้แทน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
(9) ผู้อำนวยการกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย	กรรมการ
(10) ผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือผู้แทน กรมอนามัย	กรรมการ
(11) ผู้จัดการกองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรือผู้แทน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
(12) ผู้อำนวยการสำนักจัดการคุณภาพอากาศและเสียง หรือผู้แทน กรมควบคุมมลพิษ	กรรมการ
(13) ผู้อำนวยการสำนักเทคโนโลยีน้ำและสิ่งแวดล้อมโรงงาน หรือผู้แทน กรมโรงงานอุตสาหกรรม	กรรมการ
(14) ผู้อำนวยการสำนักบริหารงานการศึกษาภาคบังคับ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานกระทรวงศึกษาธิการ	กรรมการ
(15) ผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือผู้แทน	กรรมการ
(16) รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
(17) นายกสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย	กรรมการ
(18) นายกสมาคมพิษวิทยาแห่งประเทศไทย	กรรมการ
(19) หัวหน้ากลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์	กรรมการและ เลขานุการ
(20) นางเสาวคนธ์ ศุภโรยธิน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ดังนี้

1. จัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางและขั้นตอนการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง
2. พิจารณาเอกสารและข้อมูลประกอบการจัดทำแผน และให้ข้อเสนอแนะต่อการจัดประชุมระดมสมอง หรือการติดต่อสื่อสารในช่องทางอื่นๆ เพื่อการจัดทำยุทธศาสตร์
3. จัดทำยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมสามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล และสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด
4. แต่งตั้งคณะทำงานตามความเหมาะสม
5. หน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

3. คณะกรรมการด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก (Secondary Prevention)

- | | |
|--|--------------------------------|
| (1) ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ | ประธานกรรมการ |
| (2) ผู้อำนวยการสำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือผู้แทน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (3) ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย | กรรมการ |
| (4) ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ หรือผู้แทน กรมอนามัย | กรรมการ |
| (5) ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข หรือผู้แทน กรมอนามัย | กรรมการ |
| (6) ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีชีวภาพด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ | กรรมการ |
| (7) ผู้จัดการกองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรือผู้แทน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | กรรมการ |
| (8) ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (9) นายกสมาคมมะเร็งนรีเวชไทย | กรรมการ |
| (10) นายกสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (11) ประธานชมรมศัลยแพทย์มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (12) นายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| (13) ประธานราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (14) ประธานราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (15) นายกสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (16) นายกสมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| (17) นายกสมาคมแพทย์ส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| (18) ประธานราชวิทยาลัยพยาธิแห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| (19) หัวหน้ากลุ่มงานศัลยศาสตร์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ | กรรมการและ
เลขานุการ |
| (20) หัวหน้ากลุ่มงานมะเร็งนรีเวช สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ | กรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |
| (21) นายศุภชัย เรืองแก้วมณี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ | กรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |

โดยให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ดังนี้

1. จัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางและขั้นตอนการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก
2. พิจารณาเอกสารและข้อมูลประกอบการจัดทำแผน และให้ข้อเสนอแนะต่อการจัดประชุมระดมสมอง หรือการติดต่อสื่อสารในช่องทางอื่นๆ เพื่อการจัดทำยุทธศาสตร์
3. จัดทำยุทธศาสตร์ที่เหมาะสม สามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล และสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด
4. แต่งตั้งคณะทำงานตามความเหมาะสม
5. หน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

4. คณะกรรมการด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Tertiary Prevention-Treatment)

- | | |
|---|---------------|
| (1) รองศาสตราจารย์วิชาญ หล่อวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | ประธานกรรมการ |
| (2) ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข หรือผู้แทน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (3) ผู้อำนวยการสำนักยา หรือผู้แทน
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา | กรรมการ |
| (4) ผู้จัดการกองทุนบริหารจัดการโรคเรื้อรัง หรือผู้แทน
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | กรรมการ |
| (5) ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ หรือผู้แทน กรุงเทพมหานคร | กรรมการ |
| (6) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี กรมการแพทย์ | กรรมการ |
| (7) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี กรมการแพทย์ | กรรมการ |
| (8) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี กรมการแพทย์ | กรรมการ |
| (9) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กรมการแพทย์ | กรรมการ |
| (10) ประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (11) ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (12) ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| (13) ประธานราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย
หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (14) ประธานราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (15) นายกสมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| (16) นายกสมาคมมะเร็งนรีเวชไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (17) ประธานชมรมศัลยแพทย์มะเร็ง (ประเทศไทย) หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (18) นายกมะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (19) ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |

- | | |
|---|--------------------------------|
| (20) ประธานกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (21) นายกสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (22) นายกสมาคมรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษาไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (23) นายกสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (24) ประธานชมรมแพทย์ รพ.ศูนย์ / รพ.ทั่วไป | กรรมการ |
| (25) นายสมชาย ณะสิทธิชัย
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ | กรรมการและ
เลขานุการ |
| (26) หัวหน้ากลุ่มงานโสต ศอ นาสิก
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ | กรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |
| (27) หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวินิจฉัยและเวชศาสตร์นิวเคลียร์
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ | กรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |

โดยให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ดังนี้

1. จัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางและขั้นตอนการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง
2. พิจารณาเอกสารและข้อมูลประกอบการจัดทำแผน และให้ข้อเสนอแนะต่อการจัดประชุมระดมสมอง หรือการติดต่อสื่อสารในช่องทางอื่นๆ เพื่อการจัดทำยุทธศาสตร์
3. จัดทำยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมสามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล และสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด
4. แต่งตั้งคณะทำงานตามความเหมาะสม
5. หน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

5. คณะกรรมการด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care)

- | | |
|---|---------------|
| (1) นายอุกฤษฏ์ มลิินทางกูร
รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ | ประธานกรรมการ |
| (2) รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (3) ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปราม-
ยาเสพติด หรือผู้แทน กรุงเทพมหานคร | กรรมการ |
| (4) ผู้อำนวยการสำนักยา หรือผู้แทน
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา | กรรมการ |
| (5) ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (6) นายกสมาคมศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (7) นายกสภาการพยาบาล หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (8) ประธานชมรมพยาบาลอสัต์มีและแผล หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (9) ประธานชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง | กรรมการ |

(10) ประธานชมรมบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้ายแห่งประเทศไทย	กรรมการ
(11) คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร	กรรมการ
(12) ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรเลิศ ฉัตรแก้ว ภาควิสัญญูวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
(13) นายสถาพร ลีลำนันทกิจ โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์	กรรมการ
(14) หัวหน้าหน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	กรรมการ
(15) ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส ที่ปรึกษาศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	กรรมการ
(16) นายสกล สิงหะ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	กรรมการ
(17) พลอากาศตรีวิบูลย์ ตระกูลสุน ที่ปรึกษาศูนย์อุบัติเหตุและหน่วยโภชนบำบัด โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	กรรมการ
(18) นางทัศนีย์ สุมามาลย์ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(19) หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคอง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์	กรรมการและ เลขานุการ
(20) นางศิริพร สวยพรั่ง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(21) นางสาวอรสา อัครวัชรางกูร สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ดังนี้

1. จัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางและขั้นตอนการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
2. พิจารณาเอกสารและข้อมูลประกอบการจัดทำแผน และให้ข้อเสนอแนะต่อการจัดประชุมระดมสมอง หรือการติดต่อสื่อสารในช่องทางอื่นๆ เพื่อการจัดทำยุทธศาสตร์
3. จัดทำยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมสามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล และสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด
4. แต่งตั้งคณะทำงานตามความเหมาะสม
5. หน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

**6. คณะกรรมการด้านการวิจัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง
(Cancer Control Research)**

- | | |
|---|--------------------------------|
| (1) เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ | ประธานกรรมการ |
| (2) ศาสตราจารย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล
เลขานุการสาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์
สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ | กรรมการ |
| (3) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (4) นางสาวสมล ปวีตรานนท์ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านคุ้มครองผู้บริโภค-
ด้านสุขภาพ สำนักวิชาการสาธารณสุข
สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| (5) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา องค์การเภสัชกรรม หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (6) รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการ |
| (7) หัวหน้าโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายสุขภาพ | กรรมการ |
| (8) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยสมุนไพรมหาวิทยาลัยการแพทย์ | กรรมการ |
| (9) รองประธานสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ ฝ่ายวิจัย/วิชาการ | กรรมการ |
| (10) ศาสตราจารย์ทรงศักดิ์ เพ็ชรมิตร
คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการ |
| (11) รองศาสตราจารย์ประวิทย์ อัครเสรินนท์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการ |
| (12) ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิโรจน์ ศรีอุฬารพงศ์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | กรรมการ |
| (13) รองศาสตราจารย์โสพิศ วงศ์คำ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น | กรรมการ |
| (14) นางสาวเพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์ | กรรมการ |
| (15) หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์ | กรรมการ |
| (16) นางสาวศุภิพร แสงกระจ่าง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์ | กรรมการ
และเลขานุการ |
| (17) ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิโรจน์ บุญรัตน์กรกิจ
คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | กรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |
| (18) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ | กรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |

โดยให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ดังนี้

1. จัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางและขั้นตอนการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์
2. พิจารณาเอกสารและข้อมูลประกอบการจัดทำแผน และให้ข้อเสนอแนะต่อการจัดประชุมระดมสมอง หรือการติดต่อสื่อสารในช่องทางอื่นๆ เพื่อการจัดทำยุทธศาสตร์
3. จัดทำยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมสามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล และสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด
4. แต่งตั้งคณะทำงานตามความเหมาะสม
5. หน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

7. คณะกรรมการด้านการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กรในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (Capacity Building)

- | | |
|--|---------------------|
| (1) นายวันชัย สัตยาวิฑูรย์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ | ประธานกรรมการ |
| (2) ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ | กรรมการ |
| (3) ผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริหารนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (4) เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (5) เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (6) ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (7) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์ | กรรมการ |
| (8) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี กรมการแพทย์ | กรรมการ |
| (9) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม กรมการแพทย์ | กรรมการ |
| (10) นายกแพทยสภา หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (11) เลขาธิการสภาการพยาบาล | กรรมการ |
| (12) เลขาธิการสภาเภสัชกรรม | กรรมการ |
| (13) นายกสมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (14) นายกมะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| (15) นายกรังสีวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (16) นายกสมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (17) นายกสมาคมรังสีเทคนิคแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (18) ประธานชมรมศัลยแพทย์มะเร็ง (ประเทศไทย) | กรรมการ |
| (19) รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ | กรรมการและเลขานุการ |

- | | |
|--|--------------------------------|
| (20) หัวหน้าฝ่ายแผนงานและประเมินผล
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ | กรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |
| (21) นางสาวปาริฉัตร จอมก้น
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ | กรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |

โดยให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ดังนี้

1. จัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางและขั้นตอนการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กรในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง
2. พิจารณาเอกสารและข้อมูลประกอบการจัดทำแผน และให้ข้อเสนอแนะต่อการจัดประชุมระดมสมอง หรือการติดต่อสื่อสารในช่องทางอื่นๆ เพื่อการจัดทำยุทธศาสตร์
3. จัดทำยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมสามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล และสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด
4. แต่งตั้งคณะทำงานตามความเหมาะสม
5. หน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

8. คณะกรรมการจัดประชุมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ

- | | |
|--|---------------|
| (1) อธิบดีกรมการแพทย์ | ประธานกรรมการ |
| (2) นายวันชัย สัตยาวิฑูรย์พงศ์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ | กรรมการ |
| (3) นายประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล รองอธิบดีกรมการแพทย์ | กรรมการ |
| (4) นายอนันต์ เสรรฐภักดิ์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ | กรรมการ |
| (5) นายจิโรจ สิ้นธวานนท์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ | กรรมการ |
| (6) ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ กรมการแพทย์ | กรรมการ |
| (7) รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์ | กรรมการ |
| (8) รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจอำนวยการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์ | กรรมการ |
| (9) รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ | กรรมการ |
| (10) ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งระดับชาติ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ | กรรมการ |
| (11) หัวหน้าหน่วยข้อมูลด้านโรคมะเร็งระดับชาติ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ | กรรมการ |
| (12) หัวหน้ากลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ และกลุ่มงาน-
สนับสนุนวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ | กรรมการ |
| (13) หัวหน้ากลุ่มงานศัลยศาสตร์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์ | กรรมการ |

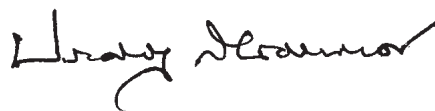
- | | |
|---|--------------------------------|
| (14) นายสมชาย ณะสิทธิชัย
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ | กรรมการ |
| (15) หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคอง
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ | กรรมการ |
| (16) หัวหน้าฝ่ายแผนงานและประเมินผล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์ | กรรมการ |
| (17) ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ | กรรมการและ
เลขานุการ |
| (18) นางสาวศุภีพร แสงกระจ่าง
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ | กรรมการและ
เลขานุการ |
| (19) หัวหน้าฝ่ายบริหารทั่วไป สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์ | กรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |
| (20) นางสาวพรนภา จันทรวีระกุล
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ | กรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |

โดยให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ดังนี้

1. ประสานและดำเนินการในการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ
2. จัดเตรียมข้อมูลและเอกสารประกอบการประชุม
3. จัดเตรียมสถานที่ โสตทัศนูปกรณ์ และอุปกรณ์อื่นๆ สำหรับการประชุม
4. จัดพิมพ์รูปเล่มของแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ
5. ปฏิบัติงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556



(นายประดิษฐ์ สิ้นสวัสดิ์)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

บทส่งท้าย

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก ก่อให้เกิดความเสียหายทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม คุณภาพชีวิต และความมั่นคงของประชาชน องค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งจำนวน 11.4 ล้านคน และในจำนวนนี้จะเกิดในประเทศกำลังพัฒนาถึง 8.9 ล้านคน สำหรับประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นตลอดเวลา ปัจจุบันปัญหาสุขภาพของคนไทย ได้เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพเศรษฐกิจและสังคม ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้ฐานโครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไป มีวิถีการดำเนินชีวิตแบบชาวตะวันตกมากขึ้น อีกทั้งสิ่งแวดล้อมที่มีการขยายตัวทางอุตสาหกรรมและบริการ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อัตราการเกิดโรคมะเร็งสูงขึ้นเป็นลำดับ จากการประมาณค่าอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2551 พบว่า จะมีจำนวนผู้ป่วยใหม่อีก 112,666 คน

ปัญหาโรคไม่ติดต่อรวมถึงโรคมะเร็งได้กลายเป็นประเด็นสำคัญในเวทีโลก ดังจะเห็นจากการประชุมครั้งสำคัญ เช่น การประชุมระดับสูงของสมัชชาสหประชาชาติ ว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (High level Meeting of the United Nations Global Assembly on the Prevention and Control of NCDs) ในวันที่ 19-20 กันยายน พ.ศ. 2554 ที่นครนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นการร่วมมือกันจากหลายภาคส่วน ในการสนับสนุนแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ทั้งในระดับชาติ ระดับภูมิภาคและระดับโลก เพื่อหาแนวทางให้องค์กรต่างๆ หันมาสนใจปัญหาจากโรคไม่ติดต่อมากขึ้น และมีข้อสรุปร่วมกันที่จะลดอัตราการตายที่มีสาเหตุจากโรคมะเร็งและโรคไม่ติดต่ออื่นๆ ให้ได้ 25% ภายในปี พ.ศ. 2578 (ค.ศ. 2025) องค์การอนามัยโลก ได้แนะนำแต่ละประเทศจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง โดยเน้นการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งที่พบบ่อย และจัดทำแผนป้องกันโรคมะเร็งที่เหมาะสมและสอดคล้องกับโครงสร้างและทรัพยากรที่มีในประเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ร่วมกับหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนได้เคยจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ. 2540 ตามมติคณะรัฐมนตรีในขณะนั้น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้ แต่เนื่องจากวิถีชีวิตในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงและพัฒนาไปมาก บางแผนงานอาจไม่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จึงเสนอให้มีการดำเนินการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติฉบับใหม่ขึ้น เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับนโยบาย แนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งของประเทศ รวมถึงการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เหมาะสมกับปัญหาเร่งด่วนของประเทศ อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้มีความสอดคล้องกับนโยบายของประเทศที่ว่า ในปี พ.ศ. 2558 เราจะก้าวสู่การเป็นประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) พร้อมๆ กับประเทศสมาชิกอาเซียนอื่นๆ ซึ่งต่างก็ให้ความสำคัญต่อการมีคุณภาพที่ดีของประชาชน รวมถึงการปรับเปลี่ยนนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศเพื่อเป็นองค์กรหลักในการดูแลกำกับงานด้านสุขภาพ (National Health Authority) ดังนั้น การมีแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งรองรับในเรื่องดังกล่าว จึงถือว่ามีสำคัญเป็นอย่างยิ่ง และแผนนี้ถือว่าเป็น Road Map ในการดำเนินการทำแผนปฏิบัติการต่างๆ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การประชุมการจัดทำแผนได้รับเกียรติจากผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคมะเร็งจากกระทรวงต่างๆที่เกี่ยวข้อง รวมถึงหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน NGO จำนวน 180 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยคณะกรรมการ 7 ด้าน ได้แก่ ด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก ด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ด้านการวิจัยเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ด้านการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กรในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง

ในนามคณะกรรมการจัดการประชุมเพื่อการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ขอขอบคุณคณะกรรมการและผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้ร่วมมือร่วมใจกัน มุ่งมั่นพัฒนาแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติมาโดยตลอด และเชื่อว่าการร่วมกันดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่อง จะนำมาซึ่งการแก้ปัญหาโรคมะเร็งได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน จนเป็นผลให้ชาวไทยมีสุขภาพดี

นายแพทย์ธีรวุฒิ กูหะเปรมะ

ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

และเลขานุการคณะกรรมการจัดการประชุม

การจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ

