

ภาพรวมของสถานการณ์และยุทธศาสตร์ในการควบคุมมะเร็งเต้านม

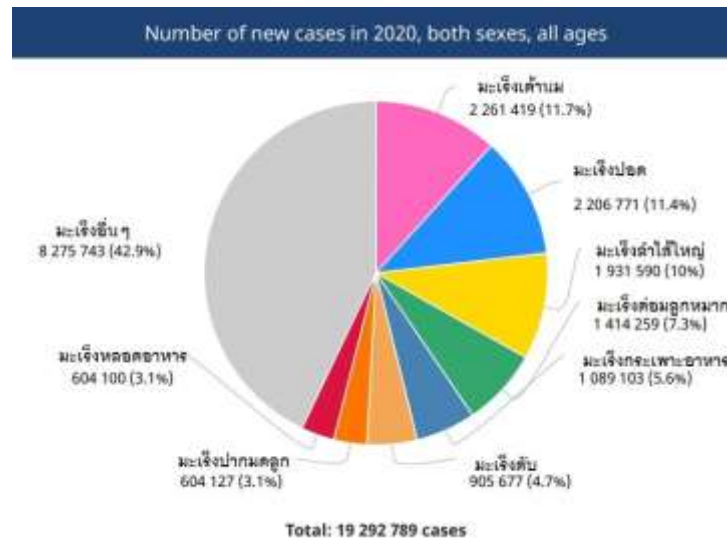
เนื้อหาในบทเรียน

1. สถานการณ์มะเร็งเต้านม อธิบายให้เห็นความสำคัญของมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นมะเร็งที่พบบ่อยใหม่ต่อปีสูงที่สุดในโลกเมื่อนับรวมทั้งเพศชายและหญิง ประเทศพัฒนาพบอุบัติการณ์สูงกว่าประเทศกำลังพัฒนา โดยตลอดช่วงชีวิตของสตรีอเมริกันมีโอกาสได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม 1 คนใน 8 คน ส่วนประเทศไทย ยังเป็นมะเร็งที่พบบ่อยใหม่มากที่สุดเฉพาะในเพศหญิง แต่ถ้านับทั้งเพศชายและหญิงแล้ว มะเร็งเต้านมพบบ่อยใหม่เป็นลำดับที่ 3 รองจากมะเร็งตับและมะเร็งปอด และมีแนวโน้มว่าจะแซงเป็นอันดับ 1 ในอนาคต เนื่องจากอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมแปรผันตามรายได้ต่อหัวประชากร ซึ่งการพัฒนาประเทศส่งผลให้รายได้ต่อหัวประชากรเพิ่มขึ้น จึงสามารถคาดการณ์ได้ว่าในอนาคตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่มีแต่จะเพิ่มขึ้น
2. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านม สาเหตุของมะเร็งเต้านมที่แน่นอนยังไม่ทราบแน่ชัด และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ เพศหญิงและอายุที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ การควบคุมมะเร็งเต้านมด้วยการลดการป่วยทำได้ยาก จึงมาเน้นที่การลดการตายจากมะเร็งเต้านม
3. ยุทธศาสตร์ในการควบคุมมะเร็งเต้านมที่ทั่วโลกใช้คือการค้นหาและวินิจฉัยมะเร็งเต้านมให้พบแต่เริ่มแรก เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาที่รวดเร็ว เนื่องจากผลการรักษามะเร็งเต้านมระยะแรก ผลการรักษาคือ ผลแทรกซ้อน อัตราการตายและต้นทุนการรักษาต่ำ อีกทั้งสามารถผ่าตัดเฉพาะก้อนมะเร็ง ไม่จำเป็นต้องตัดเต้านมออกทั้งข้าง
4. การคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ได้รับการยอมรับทั่วโลก มี 3 วิธีคือ วิธีแรกคือ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination หรือ BSE) ทุกเดือน วิธีที่ 2 คือ การไปสถานบริการเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจเต้านมปีละ 1 ครั้ง และวิธีที่ 3 คือ การตรวจด้วยแมมโมแกรม การจะตัดสินใจว่าจะเลือกวิธีใดที่จะใช้เป็นชุดสิทธิประโยชน์ในการคัดกรองมะเร็งเต้านมประชากรเป้าหมายทุกคน จำเป็นต้องพิจารณาข้อจำกัดของทรัพยากรของแต่ละประเทศด้วย
5. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เรื่องที่มองดูง่าย แต่ไม่ง่ายอย่างที่คิด เนื่องจากมะเร็งเต้านมมีมิติของสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ความกลัว เข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งต้องใช้หลายศาสตร์และหลายสาขาวิชาชีพเข้ามาบูรณาการการทำงานร่วมกัน ถึงจะสามารถเพิ่มความครอบคลุมของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีคุณภาพและสม่ำเสมอ

สถานการณ์ของมะเร็งเต้านม

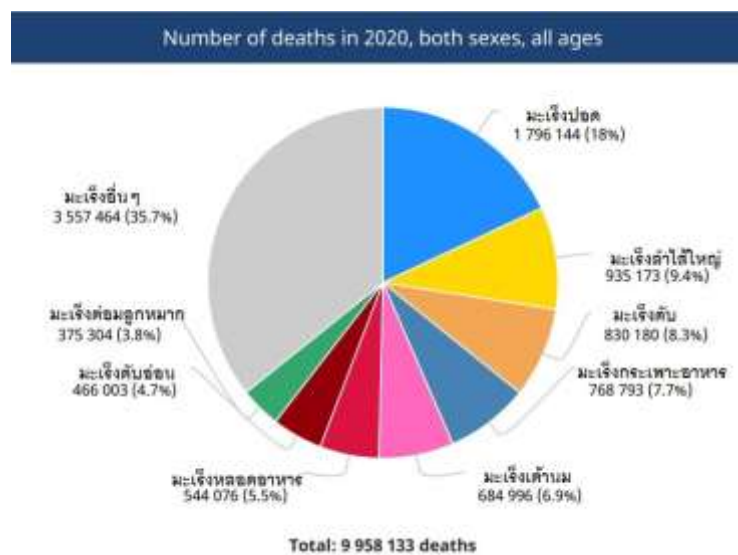
- จากการศึกษาของ Global Cancer 2020 พบว่า มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งเต้านมที่พบบ่อยที่สุดในทั้ง 2 เพศ โดยทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ปีละ 2.26 ล้านคน หรือมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ชั่วโมงละ 258 คน

รูปที่ 1 .ผู้ป่วยมะเร็งประเภทต่างๆรายใหม่ทั่วโลกของทั้งเพศชายและหญิง ที่มา Global Cancer 2020



- สำหรับจำนวนรายที่เสียชีวิตจากมะเร็ง ที่พบบ่อยที่สุด คือ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งตับ มะเร็งกระเพาะอาหาร ส่วนมะเร็งเต้านมอยู่ในอันดับ 5 เสียชีวิต 0.68 ล้านคนต่อปี หรือ 1 ชั่วโมง จะมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 78 คน

รูปที่ 2 .ผู้เสียชีวิตจากมะเร็งประเภทต่างๆทั่วโลกของทั้งเพศชายและหญิง ที่มา Global Cancer 2020



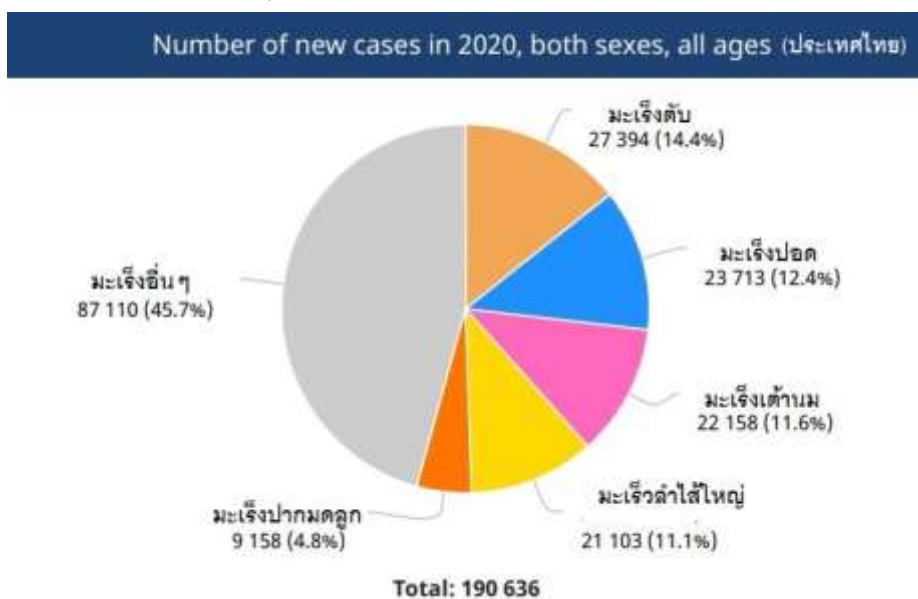
3. มะเร็งเต้านมจะพบในประเทศที่พัฒนาแล้วมากกว่าประเทศกำลังพัฒนา โดยอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมแปรผันตามรายได้ต่อหัวประชากร (GDP per capita) นอกจากปัจจัยเรื่องพันธุกรรมแล้ว วิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมในเมืองที่เจริญน่าจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดมะเร็งเต้านม เนื่องจากการพัฒนาประเทศส่งผลให้รายได้ต่อหัวประชากรสูงขึ้น หรือจะกล่าวได้ว่าในขนาดอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมย่อมสูงขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของรายได้ต่อหัวประชากร ถ้าติดตามไปตลอดช่วงชีวิต หญิงอเมริกัน 1 ใน 8 ราย จะถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวคงเกิดกับสตรีไทยในอนาคตเช่นกัน

รูปที่ 3 ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมในหญิงอเมริกัน



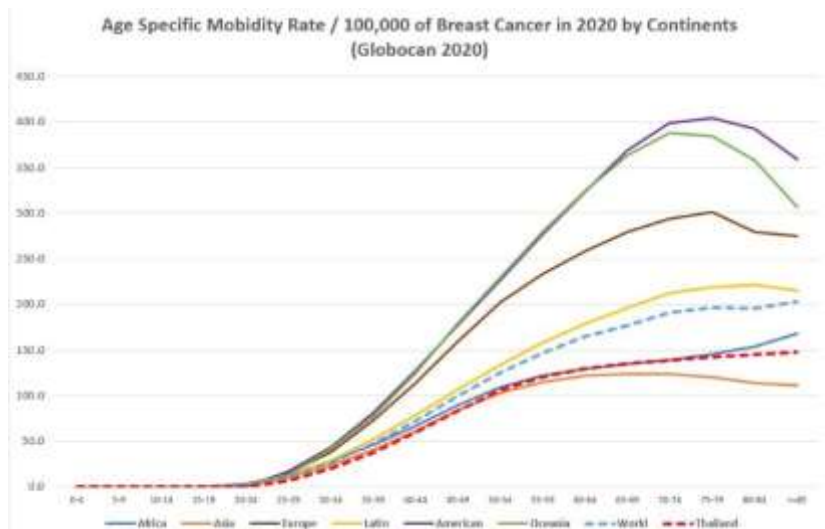
4. ประเทศไทย พบมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง และเป็นอันดับ 3 ทั้งเพศชายและหญิง โดยพบมะเร็งเต้านมรายใหม่ 22,158 ราย ต่อปี วันละ 60 คนหรือ และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 8,266 รายต่อปี หรือวันละ 22 คน จึงถือว่ามะเร็งเต้านมเป็นภัยร้ายต่อผู้หญิงทั้งในระดับโลก และในประเทศไทย

รูปที่ 4 .ผู้ป่วยมะเร็งประเภทต่างๆรายใหม่ของประเทศไทยทั้งเพศชายและหญิง ที่มา Global Cancer 2020



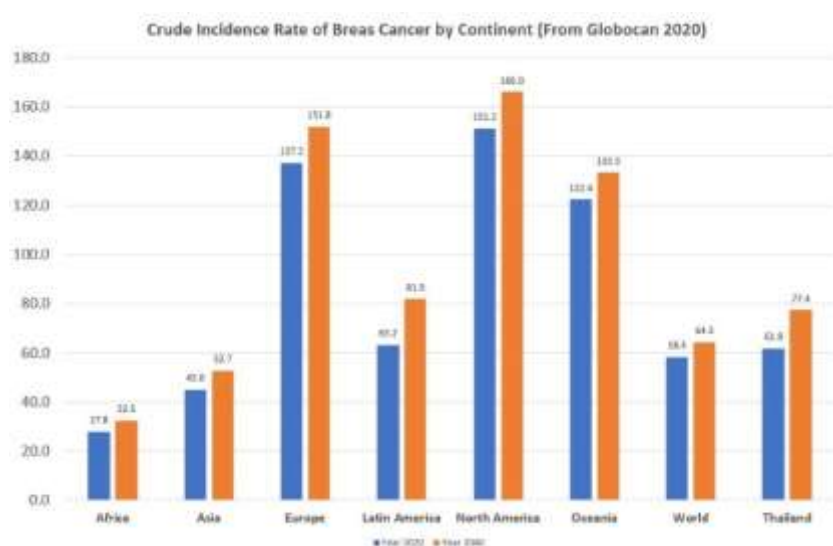
5. มะเร็งเต้านมเกือบทั้งหมดพบในเพศหญิง ส่วนเพศชายพบได้น้อยมาก ต่ำกว่าร้อยละ 1 เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ (Age Group) ของทวีปต่างๆ เมื่อนำ จำนวนรายที่เป็นมะเร็งในช่วงอายุต่างๆ มารวบรวม ประชากรของเพศหญิงในช่วงอายุนั้น เพื่อนำมาคำนวณอัตราต่อแสนประชากรของช่วงต่างๆ (Age specific morbidity rate) จะพบว่า เริ่มพบมะเร็งเต้านม ตั้งแต่ช่วงอายุ 20 ปีขึ้นไป โดยอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยจะเพิ่มสูงสุดในช่วงอายุ 70-75 ปี หรือจะกล่าวได้ว่า ความเสี่ยงที่สำคัญของมะเร็งเต้านมคือเพศหญิง และอายุที่เพิ่มมากขึ้น

รูปที่ 5 อัตราการเกิดมะเร็งเต้านมจำแนกตามช่วงอายุ (Age group) ของทวีปต่างๆ



6. อุบัติการณ์อย่างหยาบ (Crude Incidence rate) ของมะเร็งเต้านม

รูปที่ 6 อุบัติการณ์อย่างหยาบของมะเร็งเต้านม จำแนกรายทวีป (Global Cancer 2020)



- 6.1. อุบัติการณ์ คือ จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (ปกติมักใช้ 1 ปี) หารด้วยประชากรกลุ่มเสี่ยง มีหน่วย ต่อแสน ประชากร ถ้าไม่มีการปรับค่าจากปัจจัยของอายุของแต่ละพื้นที่ที่ต่างกัน จะเรียกว่า อุบัติการณ์อย่างหยาบ (Crude Incidence Rate) เนื่องจากแต่ละประเทศจะมีสัดส่วนของประชากรกลุ่มอายุต่างๆต่างกัน ประเทศที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากก็จะมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสูงตามไปด้วย องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงได้กำหนดสัดส่วนของประชากรที่เป็นมาตรฐาน (Standard aged) เพื่อหาค่าอุบัติการณ์โดยปรับค่าด้วยมาตรฐานอายุ เรียก Age Standardized Incidence Rate เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบได้ว่า พื้นที่ใดมีอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมรายใหม่ต่อประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงกว่ากัน
- 6.2. อุบัติการณ์มะเร็งเต้านมจําแนกรายทวีปต่างๆ จะพบว่า อุบัติการณ์จะสูงในประเทศที่พัฒนาแล้ว และมีรายได้ต่อหัวประชากรสูง ได้แก่ ทวีปอเมริกาเหนือ ยุโรป โอเชียเนีย ส่วนทวีปเอเชียและแอฟริกา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเทศกำลังพัฒนา อุบัติการณ์การการเป็นมะเร็งเต้านมต่ำ สำหรับประเทศไทยอุบัติการณ์สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลก และของเอเชีย จากหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถสรุปได้ว่า แนวโน้มของมะเร็งเต้านม จะเพิ่มขึ้นในอนาคต ตามการพัฒนาประเทศ เนื่องจากเมื่อประเทศพัฒนามากขึ้น อายุขัยเฉลี่ยก็จะเพิ่มสูงขึ้น เมื่อมีอายุยืนยาวมากขึ้นโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมก็จะสูงขึ้น และประเทศที่พัฒนามากขึ้นความเป็นเมืองก็จะเพิ่มขึ้น โดยวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมของเมือง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้พบมะเร็งเต้านมมากขึ้น

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านม

1. สาเหตุที่แท้จริง ยังไม่ทราบ เชื่อว่าเกิดจากหลายๆปัจจัยประกอบกัน ทั้งปัจจัยตัวผู้ป่วยได้แก่ เพศ อายุที่มากขึ้น พันธุกรรม กระบวนการกำจัดเซลล์ที่ผิดปกติในร่างกายทำงานผิดปกติ ทำให้ไม่สามารถกำจัดเซลล์มะเร็งได้ ปัจจัยทางพฤติกรรม สารเคมีเช่นฮอร์โมนเพศหญิง และสิ่งแวดล้อม ที่ส่งเสริมให้เกิดมะเร็งเต้านม
2. ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านม แบ่งได้เป็น
 - 2.1. ปัจจัยที่สำคัญ คือ เพศ และอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้
 - 2.2. ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สำคัญเช่น พันธุกรรม ปัจจัยที่สัมพันธ์กับฮอร์โมนเพศหญิง (Estrogen) เช่น คนโสด คนที่ไม่มีบุตร หรือมีบุตรคนแรกอายุมาก ประจำเดือนครั้งแรกมาเร็ว หรือหมดประจำเดือนช้ากว่าปกติ การได้รับฮอร์โมนทดแทนในรายที่หมดประจำเดือน พฤติกรรมเสี่ยงทั้งด้านการกินและการออกกำลังกาย ที่ส่งผลให้น้ำหนักตัวมากกว่าปกติ และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม หรือสารเคมีบางอย่างที่ก่อมะเร็ง
3. การพัฒนาประเทศทำให้คนมีอายุยืนยาวขึ้น เมื่ออายุมากขึ้นก็เสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมมากขึ้น การพัฒนาประเทศทำให้รายได้สูงขึ้น ความเป็นเมืองมากขึ้น วิถีชีวิตของคนเมือง (Urbanization) และสิ่งแวดล้อมเมืองส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมมากขึ้น จากปัจจัยของตัวกวน (Confounding Factor) ทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมกับรายได้ต่อหัวประชากร (GDP per Capita) ทำให้อุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมในประเทศ

พัฒนาแล้วสูงกว่าประเทศกำลังพัฒนา และแนวโน้มของอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมมีแต่จะสูงขึ้นทั้งประเทศพัฒนาและกำลังพัฒนา หรือจะกล่าวได้ว่า การลดอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมทำได้ยาก

ยุทธศาสตร์ในการจัดการมะเร็งเต้านม

1. เมื่อลดอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมไม่ได้ ยุทธศาสตร์ในการจัดการมะเร็งเต้านมคือ ทำการคัดกรองเพื่อค้นหาและวินิจฉัยมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างรวดเร็ว เพราะการรักษาในระยะเริ่มแรก ผลการรักษาดี ผลแทรกซ้อน อัตราการเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายในการรักษาต่ำ และสามารถผ่าตัดแบบสงวนเต้านม (Conservative Breast Therapy หรือ CBT) ทำให้ไม่ต้องตัดเต้านมออกทั้งข้าง
2. ผลการรักษาในระยะที่ 1 ดีมาก อัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี ในโรงพยาบาลชั้นนำสูงเกือบร้อยละ 100 และสามารถผ่าตัดแบบสงวนเต้านม ไม่ต้องผ่าตัดเต้านมออกทั้งข้าง แต่การจะวินิจฉัยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 ได้ขนาดก้อนมะเร็งต้องไม่เกิน 2 ซม. ระบบคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ดีจึงต้องสามารถพบมะเร็งเต้านมในขนาดก้อนที่เล็ก
3. ทรัพยากรได้แก่ บุคลากรได้แก่ รังสีแพทย์ นักรังสีการแพทย์ เครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ และงบประมาณในคัดกรองเพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุกคน คือข้อจำกัดของแต่ละประเทศในการคัดกรองมะเร็งเต้านม การเลือกวิธีการคัดกรองมะเร็งเต้านมจะส่งผลต่อการกำหนดยุทธศาสตร์ในการจัดการมะเร็งเต้านมของแต่ละประเทศ

การคัดกรองมะเร็งเต้านม

1. การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม คือการตรวจโดยที่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงของมะเร็งเต้านม ในกรณีที่ตรวจเมื่อมีอาการหรืออาการแสดง เช่น พบก้อนที่เต้านม ไม่เรียกว่าการตรวจคัดกรอง แต่เรียกว่าการตรวจยืนยัน
2. การคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ได้รับการยอมรับทั่วโลกมี 3 วิธีคือ
 - 2.1. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination หรือ BSE) แนะนำให้สตรี 20-30 ปีทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน
 - 2.2. การตรวจเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Clinical Breast Examination หรือ CBE) โดยให้สตรีไปที่สถานบริการสาธารณสุขเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรมทำการตรวจปีละครั้ง
 - 2.3. การตรวจด้วยเครื่องแมมโมแกรม (มักจะตรวจอัลตราซาวด์ร่วมกับแมมโมแกรมด้วย) ซึ่งแต่ละประเทศจะกำหนดเกณฑ์อายุและความถี่ที่ไปทำการตรวจแตกต่างกัน เช่น หญิงอายุ 50 ปีขึ้นไป โดยตรวจปีเว้นปี เป็นต้น
3. การที่ประเทศต่างๆ จะเลือกจะใช้วิธีการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธีใดขึ้นอยู่กับทรัพยากรของแต่ละประเทศ การคัดกรองด้วยแมมโมแกรม มีประสิทธิภาพสูงแต่ต้องพิจารณาในประเด็นของการมีทรัพยากรที่เพียงพอ รวมถึงความคุ้มค่าที่จะคัดกรองด้วยแมมโมแกรมหรือไม่
 - 3.1. จากข้อมูลจากมูลนิธิธันยรักษ์ ประมาณการว่าปัจจุบันประเทศไทยมีรังสีแพทย์ 1900 คน มีนักรังสีเทคนิค 15000 คน มีเครื่องแมมโมแกรม 600 เครื่อง สามารถทำแมมโมแกรมได้ประมาณ 2 ล้านครั้งต่อปี การทำแมมโมแกรมเพื่อ

การวินิจฉัยในโรงพยาบาลของรัฐต้องรอคิว 1-3 เดือนสตรีไทยที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปมี 12 ล้านคน ต้องใช้เวลา 6 ปี ถึงจะสามารถทำแมมโมแกรมได้ทั้งหมด นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบคือคิวในการทำแมมโมแกรมเพื่อการวินิจฉัยจะนานขึ้น ทำให้เสียโอกาสที่จะทำการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมได้อย่างรวดเร็วอีกด้วย

- 3.2. ปี 2564 งบประมาณจ่ายรายหัวของ สปสช.เท่ากับ 3719 บาทต่อคน ค่าตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ราคา 1700 บาท ซึ่งเท่ากับร้อยละ 45.7 ของค่าเหมาจ่ายรายหัว ถ้าทำการคัดกรอง จะเหลือเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพในเรื่องอื่นๆน้อยมาก
- 3.3. ความจำกัดของทรัพยากรทั้งรังสีแพทย์ เครื่องแมมโมแกรม และงบประมาณ ทำให้เป็นไปได้ยากที่จะคัดกรองหญิง 50 ปีขึ้นไปทุกคนด้วยแมมโมแกรมในปัจจุบันและในอีก 10-20 ปีข้างหน้า ยกเว้นมีการคิดค้นเทคโนโลยีใหม่ที่ลดต้นทุนในการเอกซเรย์และใช้ AI ในการอ่านฟิล์ม
4. การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจะแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ
 - 4.1. การตรวจคัดกรองที่เป็นชุดสิทธิประโยชน์การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของประเทศ ซึ่งถือเป็นสิทธิของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่จะได้รับการบริการการตรวจคัดกรองโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย
 - 4.2. การตรวจคัดกรองเฉพาะราย ซึ่งผู้ไปรับการตรวจคัดกรอง (ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของมะเร็งเต้านม)สามารถเลือกวิธีการตรวจคัดกรองโดยต้องเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายในการคัดกรองเอง
 - 4.2.1.1. **หมายเหตุ** สำหรับในรายที่มีอาการและอาการแสดงเช่นพบก้อนที่เต้านมถือเป็นการตรวจเพื่อวินิจฉัยสามารถเบิกได้ตามสิทธิ
5. ทางเลือกในการคัดกรองมะเร็งเต้านมในประเทศไทยที่เป็นไปได้ในปัจจุบัน คือการตรวจคัดกรองเป็นลำดับขั้น โดย
 - 5.1. เริ่มจากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ทุกเดือน
 - 5.2. ถ้าพบความผิดปกติให้ไปรับการตรวจยืนยันที่สถานบริการสาธารณสุข (CBE)
 - 5.3. ถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจยืนยันแล้วพบผิดปกติ ให้ทำการส่งต่อ เพื่อทำแมมโมแกรม +/- อัลตราซาวด์ ต่อไป

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เรื่องที่ดูเหมือนง่าย แต่ไม่่ง่ายอย่างที่คิด

1. มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่สามารถคลำพบได้ภายนอกโดยใช้นิ้วของตนเอง ด้วยเทคนิค 3 นิ้ว 3 สัมผัส นั่นคือ ใช้ 3 นิ้วในการคลำ และกดด้วยความลึกและความแรง 3 ระดับ คือ ระดับเบา ปานกลาง และหนัก โดยคลำให้รอบเต้านมจนไปถึงรักแร้ทั้ง 2 ข้าง เพียงเดือนละครั้งเท่านั้นก็สามารถจะค้นพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก
2. แต่เรื่องที่ดูเหมือนง่าย กลับไม่่ง่ายอย่างที่คิด จากการสำรวจว่าสตรีไทยเคยตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ จะพบประมาณร้อยละ 20-30 เท่านั้น จึงเกิดคำถามว่า แล้วอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เรื่องที่ดูง่ายกลับไม่่ง่ายอย่างที่คิด
3. มะเร็งเต้านมไม่ได้มีมิติทางการแพทย์และการสาธารณสุขเท่านั้น KAP Model (Knowledge Attitude Practice) หรือ Health Believed Model ที่เน้นการสาธารณสุขนิยมใช้เป็น Model ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ไม่สามารถนำมาใช้ได้

กับทุกคน เนื่องจากแต่มีมิติสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ความกลัว ความอาย เข้ามาเกี่ยวข้อง และในแต่พื้นที่ที่มีความแตกต่างกันไป

4. การหวังผลให้เกิดการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ จึงต้องบูรณาการหลายศาสตร์ และหลายวิชาชีพเข้าด้วยกัน ทั้งนักสังคมศาสตร์ นักพฤติกรรมศาสตร์ แพทย์ศาสตร์ นักจิตวิทยา นักการตลาด ฯลฯ และลดช่องว่างของการสื่อสาร โดยการใช้ peer group หรือนำคนที่เคยเป็นมะเร็งเต้านมที่ก้าวข้ามปัญหาต่างๆมาเป็น Presenter เป็นต้น
5. การฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep Listening) การเก็บข้อมูลและการทำวิจัยเชิงคุณภาพ การถอดบทเรียนจากเรื่องเล่าของพื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จ การคำนึงถึงประเด็นความอ่อนไหวทางด้านเพศ สังคม วัฒนธรรม (Gender and Cultural sensitive) และความแตกต่างของแต่ละบุคคล (personal difference) จะเพิ่มความสำเร็จของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
6. เชื่อมโยงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับ AIDA Model เพื่อไปสู่ผลลัพธ์ โดยดำเนินการอย่างครบวงจร ดังนี้

Matrix of Stakeholder and AIDA Model เพื่อป้องกันการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม

Stakeholder	ตระหนัก (Awareness)	สนใจ (Interesting)	กระตุ้นให้ต้องการ (Desired)	เกิดการกระทำ (Action)	ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ (Result)
ประชาชน	Public Information, Education and Communication	1. วัสดุสื่อที่หลากหลายและเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย (Personalized and Customized) 2. Social Media 3. Application 4. การรณรงค์ 5. e-Learning	1. Social Action 2. การสนับสนุนจาก อสม./อาสาสมัครอื่นๆ/วิศกรสังคม 3. BSE Training	BSE	1. BSE สม่ำเสมอ 2. พบความผิดปกติเร็วขึ้น
รพ.สต./สถานบริการปฐมภูมิ			การสนับสนุนทรัพยากร & Training	CBE	1. พบก้อนขนาดเล็ก 2. ส่งต่อในรายที่ผิดปกติ
โรงพยาบาล			การสนับสนุนทรัพยากร & Training	1. วิจัยตั้งแต่เริ่มแรก 2. ให้การรักษาอย่างรวดเร็ว	1. พบมะเร็งระยะแรกมากขึ้น 2. ผลแทรกซ้อน & อัตราตายลดลง
ผู้กำหนดนโยบายหรือผู้จัดสรรทรัพยากรระดับต่างๆ			1. Strong policy 2. Intensive M&E	1. กำหนดนโยบาย 2. ทำแผนงาน/โครงการ 3. กำกับติดตาม/ประเมินผล	1. อัตราการตายลดลง 2. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น 3. ต้นทุนค่ารักษาลดลง