

Epidemiology for Cervical Cancer Screening of Women with HIV/ AIDS at Mahasarakham Hospital between 2550–2552

Jirapa Siriwatanamethanon, Supatra Buatee

Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Mahasarakham

Ketmookda Chansiri

Registered Nurse Mahasarakham Hospital, Mahasarakham

Abstract

Descriptive epidemiology research aimed at exploring cervical screening of women with HIV/AIDS who were screened by Mahasarakham Hospital. Data was analysed by descriptive statistics by frequency and percentage.

Findings revealed the most women with HIV/AIDS were screened were aged between 35-40 years at 36.8, 32.5, and 33.2 and most of them lived in Amphur Meung at 67.1, 51.8 and 55.4, increase in condom using from 15.8, 21.3 and 26.5 in 2550, 2551, and 2552 respectively. Candida infection was the highest percentage of infectious organism at 5.5, 8.5, and 9.7 and the second most was tricomonas infection at 2.6, 2.3, and 2.0; inflammation is the most abnormal cervical tissue at 19.7, 15.0, and 19.5; human papilloma virus (HPV) change was 1.3, 1.8, and 0.7 and human papilloma virus and cervical intraepithelial neoplasia was 2.6, 0.5, and 2.0 in 2550, 2551, and 2552 respectively.

The study revealed gradual increasing of cervical tissue abnormality among women with HIV/AIDS at Mahasarakham Hospital. It is necessary to support women with HIV and AIDS in community to access cervical cancer screening by raising awareness of women with HIV/AIDS by empowerment with knowledge about cervical cancer and cervical screening.

Keywords : epidemiology, cervical cancer screening, women with HIV/AIDS.

ระบาดวิทยาในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่าง พ.ศ. 2550-2552

จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์, ดร.พย.บ., สุพัตรา บัวทิ, พย.บ.
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
เกษมกดา จันทศิริ, พย.บ.
โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา (descriptive epidemiology) ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ระหว่าง พ.ศ. 2550-2552 โดยการศึกษาจากแบบคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของผู้เข้ารับการตรวจที่คลินิกบ้านร่มเย็น โรงพยาบาลมหาสารคาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ในกลุ่มอายุ 35-40 ปี เข้ารับการตรวจมากที่สุด ร้อยละ 36.8, 32.5, และ 33.2 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองคิดเป็นร้อยละ 67.1, 51.8, และ 55.4 และมีการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 15.8, 21.3 และ 26.5 ในปี พ.ศ. 2550, 2551, และ 2552 ตามลำดับ ผลการตรวจเนื้อเยื่อปากมดลูกพบเชื้อรา (candida) สูงที่สุด ร้อยละ 5.5, 8.5 และ 9.7 รองลงมาคือ ทริโคโมแนส (trichomonas) 2.6, 2.3 และ 2.0 จากการศึกษาเนื้อเยื่อที่ส่งตรวจพบลักษณะเนื้อเยื่อปากมดลูกมีการอักเสบสูงสุดระหว่างร้อยละ 19.7, 15.0 และ 19.5 และพบการติดเชื้อไวรัสหูดหงอนไก่ (human papilloma virus: HPV) ดังนี้ HPV change ร้อยละ 1.3, 1.8 และ 0.7, HPV และ cervical intraepithelial neoplasia ร้อยละ 2.6, 0.5 และ 2.0 ในปี พ.ศ. 2550, 2551 และ 2552 ตามลำดับ

จากการศึกษาพบว่าแนวโน้มของการพบเนื้อเยื่อปากมดลูกที่มีความผิดปกติพบมากขึ้น ดังนั้น ควรจัดบริการในการตรวจมะเร็งปากมดลูกให้ครอบคลุมกลุ่มสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ในชุมชนเพิ่มมากขึ้น โดยการรณรงค์ให้สตรีกลุ่มดังกล่าวเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ปากมดลูกในระยะเริ่มแรก ซึ่งจะทำให้การรักษาได้ผลดี มีโอกาสหายขาดมากขึ้น

คำสำคัญ : ระบาดวิทยา, การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งพบว่าเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งเต้านม พบมากในช่วงอายุ 35-60 ปี¹ มีการประมาณจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกประมาณ 371,000 ต่อปี คิดเป็นเกือบร้อยละ 10 ของมะเร็งที่พบในสตรีทั้งหมด สาเหตุที่สำคัญเนื่องมาจากสตรีที่อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาไม่เข้าถึงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก² โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาที่สำคัญในประเทศไทยเนื่องจากเป็นสาเหตุการตายของสตรีซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ กล่าวคืออัตราการตายต่อประชากร 1,000 คน เพิ่มขึ้นจาก 4.7 ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 5.4 ในปี พ.ศ. 2551 และพบว่าโรคนี้นี้เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยสูงถึง 78.01 ต่อประชากร 100,000 คน³ โรคนี้อย่างเป็นปัญหาสำคัญของสตรีที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า สตรีในภาคนี้เสียชีวิตจากโรคนี้นี้อัตรา 3.9 ต่อประชากร 1,000 คน และเป็นสาเหตุของการป่วยเนื่องอกร้ายที่ปากมดลูก (malignant neoplasm of cervix uteri) คิดเป็นอัตรา 59.63 ต่อประชากร 100,000 คน³

ผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่ามีผลครอบคลุมค่อนข้างต่ำ และได้มีการค้นพบมะเร็งระยะเริ่มแรก (carcinoma in situ) ได้เพียงประมาณร้อยละ 20 ทำให้การรักษามะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่เป็นการรักษาในระยะที่โรคลุกลาม¹ ทำให้การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกมีการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง และมีแนวโน้มของการได้รับผลลัพธ์ต่ำ การดูแลรักษาต้องใช้ทรัพยากรในส่วนค่าใช้จ่ายของภาครัฐสูง ผู้ป่วยเองก็มีความสูญเสียจากการขาดงาน เนื่องจากการเข้ารับการรักษารักษาและพักฟื้นเป็นเวลานาน ทำให้ขาดรายได้ นอกจากนี้ ผลการรักษาในระยะลุกลามก็เป็นเพียงการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) ซึ่งหากตรวจพบโรคในระยะเริ่มแรกจะทำให้โอกาสในการหายขาดและมีชีวิตรอดยืนยาวขึ้น ดังตัวอย่างการศึกษาในประเทศนิวซีแลนด์ พบว่า อายุขัยเฉลี่ยหลังได้รับการวินิจฉัยในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลุกลามประมาณ 0.60-1.38 ปี ซึ่งมีแนวโน้มอายุขัยเฉลี่ยสั้นกว่าในกลุ่มที่ตรวจพบในระยะเริ่มแรก ประมาณ 3.45-5.51 ปี⁴

การดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ประสบ

ผลสำเร็จจะช่วยให้ประชาชนปลอดภัยจากโรคนี้ ดังนั้นการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี papanicolaos smear : Pap smear เป็นวิธีการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก มาตรฐานที่สามารถลดอุบัติการณ์และอัตราการตายของโรคลงได้⁵ ในประเทศไทยพบว่ายามีข้อจำกัดที่ไม่สามารถให้บริการแก่สตรีกลุ่มเสี่ยงได้อย่างทั่วถึง⁵ โดยเฉพาะกลุ่มที่อาศัยอยู่ห่างไกลจากแหล่งบริการสุขภาพ ซึ่งจะเห็นได้จากการตรวจพบมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก (carcinoma in situ of cervix uteri) มีการตรวจพบสูงสุดในประชาชนในกรุงเทพมหานคร คือเป็นอัตรา 11.88 ต่อประชากร 100,000 คน ส่วนประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ได้รับการตรวจพบน้อย โดยพบในอัตรา 6.94 และ 6.80 ต่อประชากร 100,000 คนตามลำดับ³

ข้อมูลเกี่ยวกับระบาดวิทยาในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความจำเป็นเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้สะดวกต่อการเข้าถึงของสตรีในกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์มากยิ่งขึ้น ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระบาดวิทยาในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่าง พ.ศ. 2550-2552

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ โรงพยาบาลมหาสารคามระหว่าง พ.ศ. 2550-2552

วิธีดำเนินการวิจัย

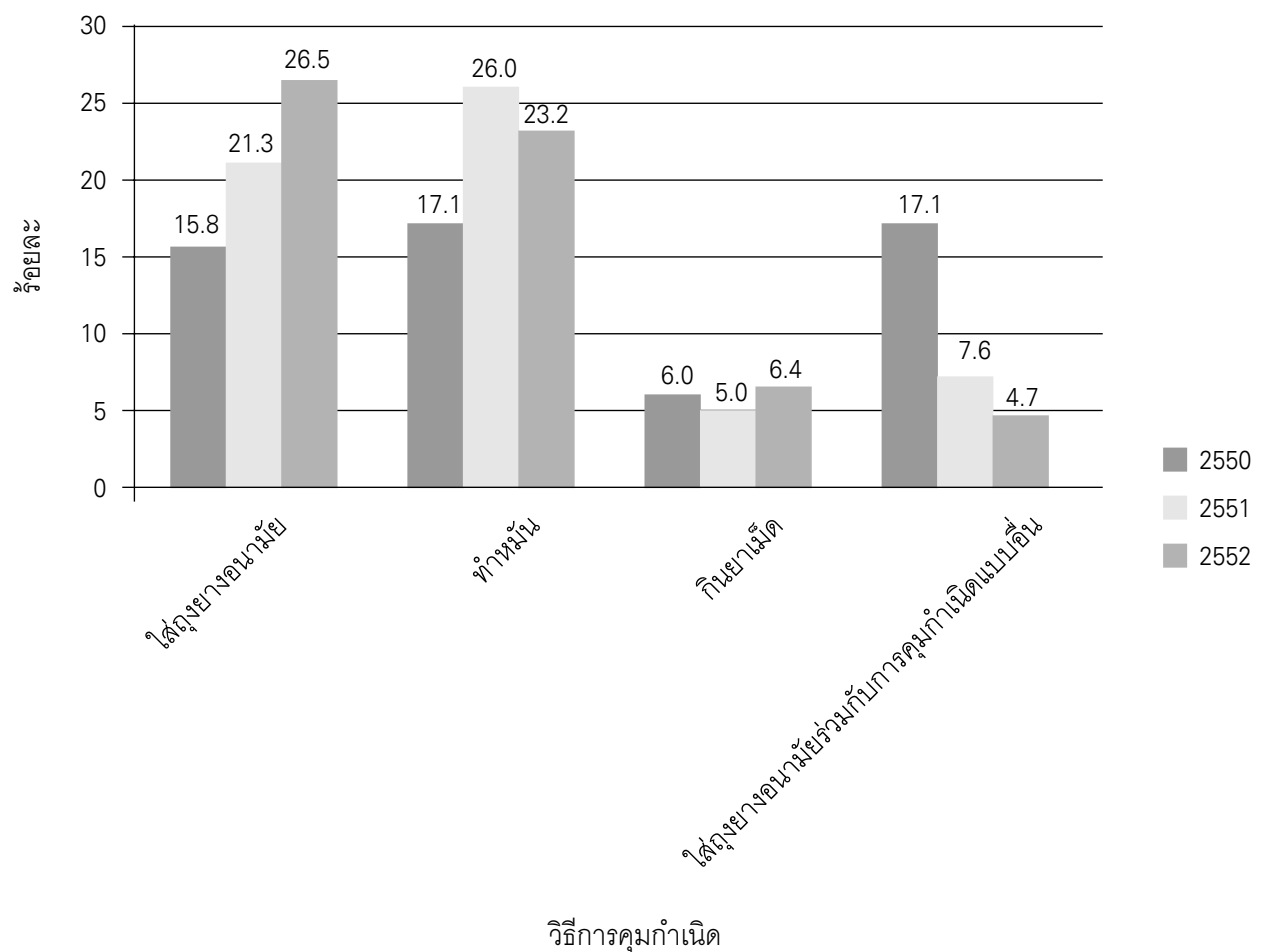
การศึกษานี้เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา (descriptive epidemiology research) โดยศึกษาจากรายงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ที่ได้รับการตรวจที่คลินิกบ้านร่มเย็น โรงพยาบาลมหาสารคาม พ.ศ. 2550, 2551, และ 2552 จำนวน 76, 338, และ 298 ราย ตามลำดับ โดยนำข้อมูลมาตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของตัวแปร และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ (frequency distribution) และ ร้อยละ (percentage)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ที่เข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ที่คลินิกบ้านร่มเย็น โรงพยาบาลมหาสารคาม พ.ศ. 2550, 2551, 2552 จำนวนทั้งสิ้น 76 ราย, 338 ราย และ 298 ราย พบว่า สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ที่เข้ารับการตรวจสูงสุด คือ กลุ่มอายุระหว่าง 35-40 ปี โดยคิดเป็นร้อยละ 36.8, 32.5, 33.2 ในปี พ.ศ. 2550, 2551, และ 2552 ตามลำดับ สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 25 ปี และอายุมากกว่า 40 ปี เป็นกลุ่มที่เข้ารับการตรวจน้อยกว่าร้อยละ 20.0 และพบว่าสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ที่ได้รับการ

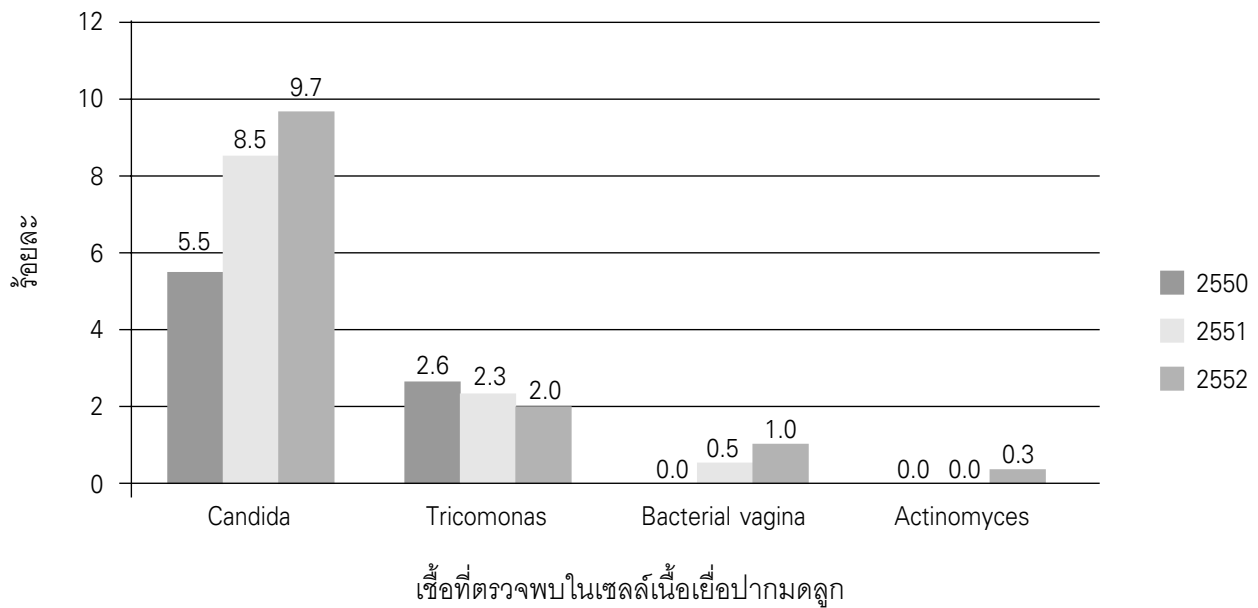
ตรวจมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง คิดเป็นร้อยละ 67.1, 51.8 และ 55.4 อำเภอที่ได้รับการบริการน้อยที่สุด คือ กิ่งอำเภอชนคม คิดเป็น ร้อยละ 0, 1.3, และ 0.7 ในปี 2550, 2551, และ 2552 ตามลำดับ

การคุมกำเนิด พบว่า สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ส่วนใหญ่ไม่ได้คุมกำเนิดคิดเป็นร้อยละ 38.2, 36.3, และ 38.9 ในกลุ่มที่คุมกำเนิด ส่วนใหญ่ใช้วิธีการทำหมันสูงสุด ร้อยละ 17.1, 26.0 และ 23.2 และมีแนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยสูงขึ้น ร้อยละ 15.8, 21.3, และ 26.5 ในปี 2550, 2551, และ 2552 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 1)



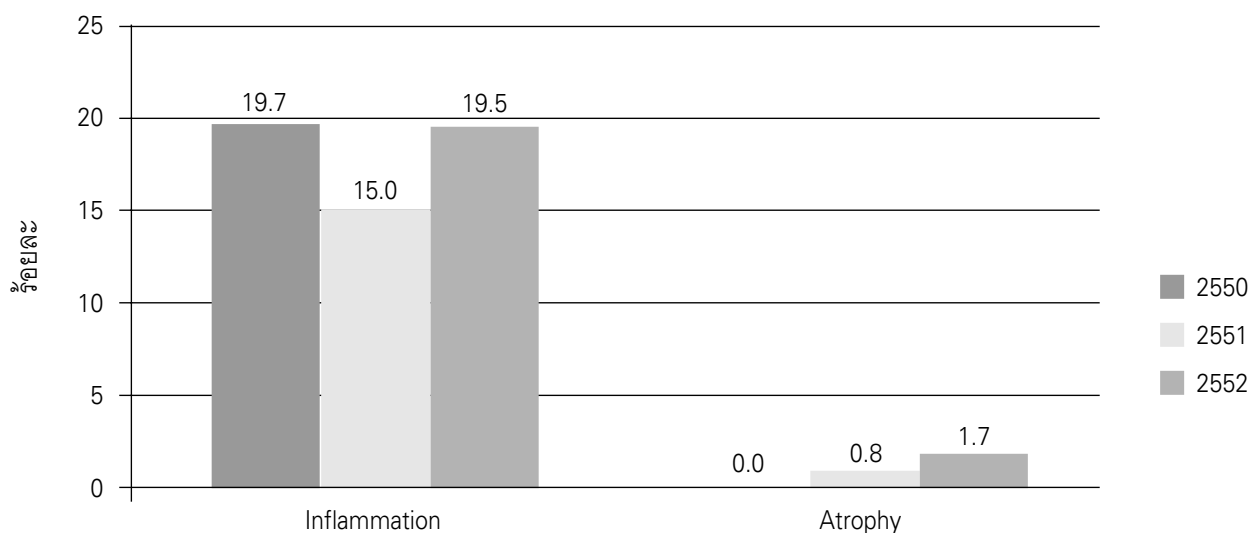
แผนภูมิที่ 1 ร้อยละของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำแนกตามวิธีการคุมกำเนิด

ผลการตรวจเนื้อเยื่อปากมดลูก พบว่ามีการพบเชื้อรา (candida) มีแนวโน้มสูงขึ้น ร้อยละ 5.5, 8.5, และ 9.7 ส่วนการพบเชื้อทริโคโมแนส (tricomonas) มีแนวโน้มลดลงจาก 2.6, 2.3, และ 2.0 ในปี พ.ศ. 2550, 2551 และ 2552 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 2)



แผนภูมิที่ 2 ร้อยละสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำแนกตามเชื้อที่ตรวจพบในเซลล์เนื้อเยื่อปากมดลูก

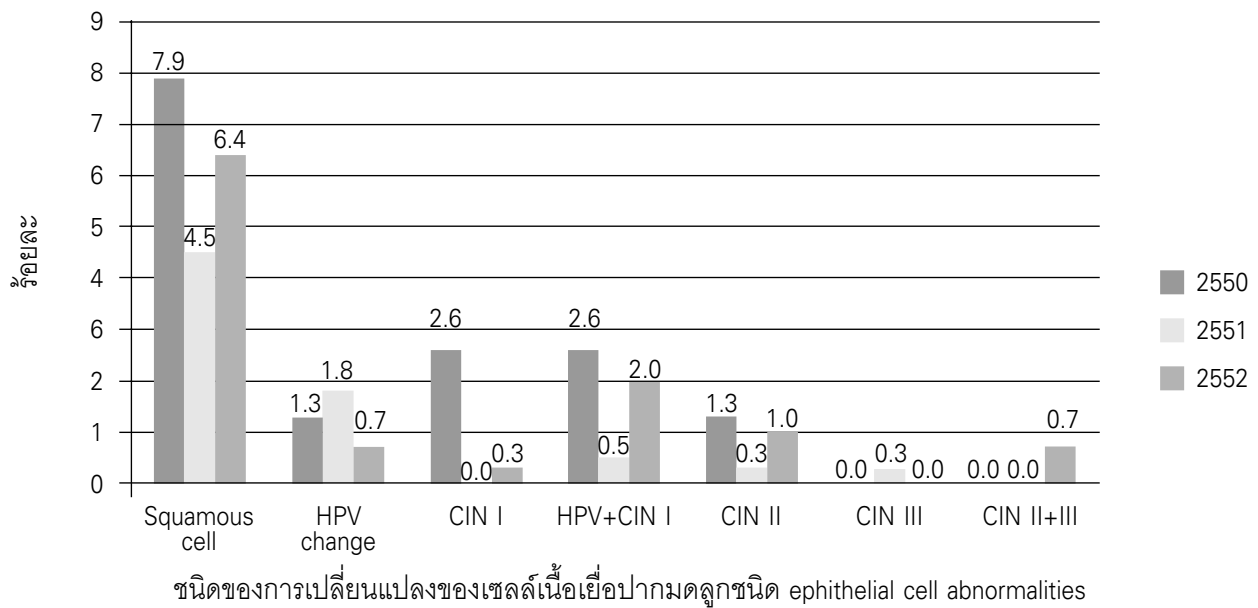
สำหรับการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อพบการอักเสบของเนื้อเยื่อ (inflammation) ร้อยละ 19.7, 15.0, และ 19.5 ในปี พ.ศ. 2550, 2551 และ 2552 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 3)



ชนิดของการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ปากมดลูกชนิด non reactive cellular

แผนภูมิที่ 3 ร้อยละของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามชนิดของการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ปากมดลูกชนิด non reactive cellular

และพบความผิดปกติของ squamous cell มีแนวโน้มลดลงจาก 7.9, 4.5, และ 6.4 ในปี พ.ศ. 2550, 2551 และ 2552 ตามลำดับ ส่วน human papilloma virus (HPV) change ร้อยละ 1.3, 1.8, และ 0.7, HPV + cervical intraepithelial neoplasia (CIN) grade I ร้อยละ 2.6, 0.5, และ 2.0 ในปี 2550, 2551, และ 2552 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 4)



แผนภูมิที่ 4 ร้อยละของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เนื้อเยื่อปากมดลูกชนิด epithelial cell abnormalities

อภิปรายผล

จำนวนสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ที่อาศัยอยู่ในอำเภออื่นๆ เป็นที่น่าสังเกตว่า ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำกว่าสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง ซึ่งการได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำทั้งนี้อาจเกิดจากการรายงานผลการวัดผลคุณภาพการดูแลรักษาด้วยโปรแกรม Hivqual-T ระดับประเทศ พบว่าในส่วนของจังหวัดมหาสารคาม การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอำเภออื่นๆ สตรีในกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใน พ.ศ. 2552 ต่ำกว่าโรงพยาบาลมหาสารคามที่คัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงถึงร้อยละ 96.67 อาจมีสาเหตุจากการจัดบริการไม่เอื้อต่อการได้รับการตรวจคัดกรองสำหรับผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมือง ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์กับการได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก⁸ ปัจจัยที่ทำให้การได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลมหาสารคามสูง เนื่องจากความตื่นตัวของพยาบาลที่ได้จัดการให้สูขศึกษา

เพื่อให้ความรู้ เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าสตรีขาดความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก⁹ และสร้างแรงจูงใจให้สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ตัดสินใจได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยมีการติดตามแจ้งผลจากการตรวจ รวมทั้งให้การรักษาในรายที่พบความผิดปกติ ในลักษณะ one stop service¹⁰ ซึ่งทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญในการตัดสินใจได้รับการตรวจคัดกรองโรค^{11,12} สอดคล้องกับการศึกษาของ Fatone และ Jandorf¹³ พบว่า การสื่อสารด้วยภาษาที่ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นสิ่งที่ชักนำให้มีการเข้ารับบริการ การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพได้แก่พยาบาลในการให้ความรู้เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการการตรวจได้อย่างครอบคลุม^{8,14}

นอกจากการขาดความรู้ ความเข้าใจดังกล่าวข้างต้น ประเด็นทางวัฒนธรรมที่อาจขัดขวางการเข้ารับการคัดกรอง เป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญ จากการที่สตรีที่อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมืองเข้ารับการตรวจคัดกรองต่ำ อาจเนื่องมาจากความอายที่จะเข้ารับการตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ ซึ่งจากการศึกษาของสุภาพร รังสีสุวรรณ¹⁵ ที่พบว่าความอายที่จะเปิดเผยร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ให้ผู้อื่นเห็นทำให้รู้สึกลำบากใจที่จะไปรับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพราะเห็นว่าไม่มีความจำเป็น เนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติใดๆ สอดคล้องกับหลายการศึกษา ที่พบว่าปัจจัยที่ขัดขวางไม่ให้สตรีไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ มีความอาย^{8,16,17} ดังนั้นพยาบาลควรสอบถามความรู้ และความรู้สึกละอายของผู้รับบริการ ให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับความเสี่ยง ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกหากได้รับการตรวจและวินิจฉัยล่าช้า ซึ่งการให้ความรู้มีผลให้อัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองเพิ่มมากขึ้น⁸

สตรีในกลุ่มตัวอย่างโดยเฉพาะในกลุ่มที่เซลล์ปากมดลูก มีการเปลี่ยนแปลงมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูง ผลการศึกษาทางเซลล์วิทยา พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เนื้อเยื่อปากมดลูก โดยมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ ทั้งแบบ HPV change และ เป็น mild, moderate, and severe dysplasia รวมกันแล้วอยู่ระหว่าง 2.9-7.3 ซึ่งสตรีในกลุ่มดังกล่าวมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ ทั้งนี้เนื่องจากสตรีในกลุ่มนี้ยังมีการสวมถุงยางอนามัยในอัตราที่ต่ำ รวมทั้งเนื่องจากภูมิคุ้มกันของสตรีกลุ่มนี้บกพร่องทำให้ยังมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายขึ้น นอกจากการติดเชื้อหูดหงอนไก่แล้ว ยังพบว่ามียอดอัตราการติดเชื้อราสูงจากภาวะความพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน ดังนั้นโอกาสที่เซลล์จะมีการติดเชื้อและมีการอักเสบซ้ำเป็นไปได้อีกสูง ทำให้เซลล์ปากมดลูกที่มีความผิดปกติอยู่แล้วมีโอกาสที่จะกลายเป็นเซลล์มะเร็งระยะลุกลามได้ง่ายและรวดเร็วยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ด้านการจัดการบริการ

1. ส่งเสริมให้มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แนวคิดของการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพ ซึ่งจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพเป็นการเพิ่มจำนวนผู้มีความสามารถด้านการคัดกรองแบบทวิคูณ ซึ่งจะส่งผลให้มีการเข้าถึงบริการมากขึ้นและสะดวกขึ้น

2. พัฒนารูปแบบการเรียนรู้เรื่องการตรวจคัดกรองโรคที่เหมาะสมกับบริบทสังคมของผู้รับบริการโดยอาศัยแนวคิดผู้รับบริการและชุมชนเป็นศูนย์กลาง (client-centred and community-based care) ตัวอย่างเช่น พัฒนาสื่อการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้ภาษา และวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่นในสื่อการเรียนการสอน

ด้านการศึกษา

1. จัดหลักสูตรให้นิสิต นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจเห็นความสำคัญของการคัดกรองโรค โดยการจัดเนื้อหาวิชาที่เกี่ยวข้องซึ่งให้เห็นผลกระทบของการบริการสุขภาพที่ขาดการให้ความสำคัญต่อการป้องกันที่มีผลกระทบต่อดังกล่าว ผู้รับบริการ ครอบครัว และสังคมโดยรวม

2. จัดการเรียนการสอนให้นิสิต นักศึกษาได้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรค ทั้งในระดับโรงพยาบาลและการทำงานร่วมกับชุมชน เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจในภาพรวมของการจัดบริการเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเข้าถึงได้ง่ายขึ้น

ด้านการวิจัย

1. ควรศึกษาปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานของหน่วยงานคัดกรองโรคมะเร็งทั้งที่เกิดผลสัมฤทธิ์ และไม่ประสบผลสำเร็จเพื่อหาจุดอ่อนและจุดแข็งเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินงานต่อไป

2. ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง

3. เปรียบเทียบประสิทธิภาพการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกภาคในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. สมนึก ศิริสุวรรณ. ระบาดวิทยาของโรคมะเร็ง : นโยบายมะเร็งปากมดลูก. **การสัมมนาโรควิทยาแห่งชาติ ครั้งที่ 20 : บทคัดย่อและสรุปคำบรรยาย**. 26-28 มกราคม 2552. ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2552.
2. Franco EL, Duarte-Franco E, Ferency A. Cervical cancer : epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. *JAMC* 2001; 164 (7) : 1017-1025.
3. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข. **สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2551**; 2551.
4. Brewer N, Pearce N, Jeffreys M, White P, Ellison-Loschmann L. Demographic differences in stage at diagnosis and cervical cancer survival in New Zealand, 1994-2005. *J Womens Health* 2009; 18(7) : 955-963.
5. Hakama M, Miller AB, Day NE (eds.). **Screening for cancer of the uterine cervix**. IARC Scientific Pub. 77. Lyon-France: International Agency for Research on Cancer; 1986.
6. เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล. การป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย. **วารสารโรคมะเร็ง** 2551; 28 (1) : 1-3.
7. โครงการขยายการพัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ระดับประเทศ. **ผลการวัดผลคุณภาพการดูแลรักษาด้วยโปรแกรม Hivqual-T ระดับประเทศ. 2553**. Available from : URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>. June 21 2010.
8. นิตยา ภาโนมัย และ ลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล. การส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสำหรับสตรีในชุมชนเมืองจังหวัดขอนแก่น. **วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ** 2553; 7(2) : 14-21.
9. ศิริอร สิ้นธุ, สุพัตรา บัวที และ วิภาพร เอกศิริวรรณ. การสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย. **วารสารวิจัยทางการแพทย์** 2545; 6(1) : 34-50.
10. เกศมุกดา จันทศิริ, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์ และ สุพัตรา บัวที. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ โรงพยาบาลมหาสารคาม. **วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม** 2553; 7(2) : 1-9.
11. Ackerson K, Preston SD. A decision theory perspective on why women do or do not decide to have cancer screening : Systemic review. *J Adv Nurs* 2009; 65 (6) : 1130-1140.
12. Bharel M, Casey C, Wittenberg E. Disparities in cancer sceening : Acceptance of pap smears among homeless women. *J Womens Health* 2009; 18 (12) : 2011-2016.
13. Fatone A, Jandorf L (2009). Predictors of cervical cancer screening among urban African Americans and Latinas. *Am J Health Behav* 2009; 33 (4) : 416-424.
14. Wang X, Fang C, Tan Y et al. Evidence-based intervention to reduce access barriers to cervical cancer screening among underserved Chinese American women. *J Womens Health* 2010; 19 (3) : 463-469.
15. สุภาพร รังสีสุวรรณ. **ความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยกระตุ้นการกระทำ และปัจจัยทางวัฒนธรรม กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของผู้หญิงที่อาศัยในชนบท ตำบลนาโผ อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน, มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
16. ปิยะรัตน์ นิลอัยยา. **การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก**. วิทยานิพนธ์. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
17. รุจิรา ดวงสงค์. **ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อหญิงสตรี เทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น**. [ม.ป.ท.] : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.