

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปาก ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง Perceived severity and health behaviors for oral cancer in lower northeastern region

กุลชญา ลอยหา ป.ด. (สาธารณสุข)*

Kulchaya Loyha Ph.D. (Public Health)*

กรรณา จันทุม ส.ม. (ชีวสถิติ)**

Karuna Chuntum M.P.H. (Biostatistic)**

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

*Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

**คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

** Faculty of Liberal Arts, Chaiyaphum Rajabhat University

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 137 คน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยใหม่ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งในช่องปาก ที่มารับการรักษาที่แผนก หู คอ จมูก คลินิก (ENT) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ภายในช่วงระยะเวลา 6 เดือนก่อนที่จะทำการสัมภาษณ์ และเป็นผู้ป่วยที่มีรหัสโรคมะเร็งอยู่ในช่วง C00-C10 (อ้างอิงตาม ICD, 10th revision โดยยกเว้น C07-C08) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดถูกวินิจฉัยยืนยันว่าเป็นโรคมะเร็งในช่องปากด้วยผล histological จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในระหว่างช่วงเดือนมกราคม 2555-เดือนธันวาคม 2556 เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและนำเสนอด้วยค่าความถี่ และร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งในช่องปากส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในช่องปากอยู่ในระดับสูงร้อยละ 57.7 มีพฤติกรรมในการดูแลช่องปากอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 90.5 ส่วนพฤติกรรมการกินอาหารและเคี้ยวอาหารนั้นพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงกินอาหาร เคี้ยวอาหาร และรับรู้รสชาติของอาหารได้ทุกอย่างตามปกติ คิดเป็นร้อยละ 86.9 65.0 และ 45.3 ตามลำดับ

คำสำคัญ: โรคมะเร็งในช่องปาก พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก การรับรู้ความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในช่องปาก พฤติกรรมในการดูแลช่องปาก พฤติกรรมการกินอาหารเคี้ยวอาหาร และการรับรู้รสชาติของอาหาร

Abstract

This study aimed to determine the perceived severity and health behaviors for oral cancer. We used a cross-sectional descriptive research design by questionnaire. One hundred and thirty seven subjects of this study was conducted: case subjects were newly diagnosed patients of oral cavity cancer at Ear Nose Throat Clinic (ENT) at out-patient department within 6 month before interview and including oral cavity sites C00 to C10 and excluded C07 to C08. Case subjects get in to Sappasitthiprasong Ubonratchathani Hospital between January 2012 and December 2013. And case subjects were confirmed by histopathology records. Interview are reduced by

using questionnaires. The data were analyzed by descriptive statistics, which were presented by frequency and percentage. The results showed that the case subjects are mainly perceived severity for oral cavity cancer as a high level (57.7%). The level of self oral care among case subjects as a lower level (90.5%). The most case subjects can continue to swallow food, to chew food and to perceived the taste of food as usual (86.9, 65.0 and 45.3%, respectively).

Keywords: Oral cavity cancer, health behaviors for oral cancer, perceived severity for oral cavity cancer, self oral care, swallowing food, chewing food and perception to the taste of food

บทนำ

โรคมะเร็งในช่องปากถือเป็นโรคที่ยังคงมีแนวโน้มของการเกิดโรคไม่ลดลง ดังจะเห็นได้จากรายงานผู้ป่วยของโรคมะเร็งในช่องปากทั้งในต่างประเทศและในส่วนของประเทศไทยเอง โดยพบว่า ARS (อัตราส่วนต่อประชากรหนึ่งแสนคน) ของโรคมะเร็งในช่องปากสูงสุดที่ได้ถูกรายงานอยู่ในส่วนของประเทศยุโรปและเอเชียทางตอนใต้⁽¹⁾ โดยประเทศในแถบเอเชียทางตอนใต้ พบมากกว่าร้อยละ 20 ต่อประชากรแสนคน⁽²⁾ และจากรายงานของ The cancer registry ในปี 2009 พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งในช่องปากที่เป็นเพศชายนั้น อยู่ในลำดับที่ 4 ใน 10 (ASR=5.2) ส่วนผู้หญิงอยู่ในลำดับที่ 7 ใน 10 (ASR=4.6) ของโรคมะเร็งทุกประเภทในประเทศไทย⁽³⁾ ซึ่งจากรายงานของฐานข้อมูลข้างต้นยังพบผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีภูมิลำเนาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แม้การศึกษาที่ผ่านมาเมื่อไม่นานมานี้จะพบว่าการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการเคี้ยวหมากจะเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก^(4,5) แต่การศึกษาในครั้งนั้นยังขาดการสำรวจปัจจัยทางด้านพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก⁽⁶⁾ ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้นี้จึงต้องการสำรวจข้อมูลทางด้านพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวเพิ่มเติมเพื่อจะได้เป็นข้อมูลที่สำคัญอีกด้านหนึ่งในการพิจารณาถึงสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก อันจะนำไปสู่แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาของโรคมะเร็งในช่องปากต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยใหม่โรคมะเร็งในช่องปากที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยการเป็นโรคมะเร็งในช่องปาก (โดยพิจารณาจากวันแรกของการวินิจฉัยโรค) ในบริเวณริมฝีปาก ลิ้น และภายในช่องปาก (C00-C10; ยกเว้น C07-C08) ในระหว่างช่วงเดือนมกราคม 2555-เดือนธันวาคม 2556 ที่มาทำการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี ซึ่งถือว่าเป็นโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง โดยทั้งหมดได้ถูกวินิจฉัยยืนยันว่าเป็นโรคมะเร็งในช่องปากด้วยผล Histological จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และเป็นผู้ที่มีเวลาเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอด (มีเวลาเพียงพอในการตอบแบบสอบถาม) เป็นผู้ที่มีความสามารถในการฟังภาษาไทย ไม่เป็นผู้ที่มีทุพพลภาพทางด้านร่างกาย และเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จำนวนทั้งสิ้น 137 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่นักวิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากพื้นฐานแนวคิดและองค์ความรู้ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกับการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก ซึ่งแบบสัมภาษณ์ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน และได้ผ่านการทดลองใช้ (Try out) เพื่อปรับปรุงแก้ไขก่อนที่จะนำไปสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างจริง ซึ่งแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปทางด้านประชากรศาสตร์ ประกอบด้วย เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส การศึกษาของคู่สมรส อาชีพ ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ สมาชิกทั้งหมดในครอบครัว และรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ส่วนที่ 2: ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในช่องปาก ส่วนที่ 3: ข้อมูลการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในช่องปาก และส่วนที่ 4: ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการกินอาหาร และเคี้ยวอาหาร โดยการสัมภาษณ์ นักวิจัยได้พยายามใช้ภาษาในการถามคำถามให้กลุ่มตัวอย่างได้เกิดความเข้าใจตรงกัน ซึ่งใช้เวลาในการสัมภาษณ์ไม่เกิน 10-15 นาที/คน

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา ซึ่งกรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่องจะนำเสนอค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด กรณีข้อมูลแจกแจงนับ นำเสนอด้วยตารางแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิ

ประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานีเป็นที่เรียบร้อยแล้ว (รหัสเอกสารรับรอง 030/2558 และเป็นส่วนหนึ่งของโครงการการศึกษาวิทยาการระบาด และลักษณะพฤติกรรมทางด้านปัจจัยบุคคล กับโรคมะเร็งช่องปากในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างของไทย)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทางด้านประชากรศาสตร์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.7 มีน้ำหนักตัวและส่วนสูงโดยเฉลี่ยที่ 52.31 กิโลกรัม (S.D. = 8.36) และ 163.80 เซนติเมตร (S.D. = 6.69) มีอายุเฉลี่ยประมาณ 66.82 ปี (S.D. = 12.25) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธถึงร้อยละ 99.3 มีการศึกษาสูงสุดที่ระดับประถมศึกษามากถึงร้อยละ 87.6 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนที่แต่งงานแล้ว ร้อยละ 60.6 โดยคู่สมรสของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.1 ส่วนด้านการประกอบอาชีพพบว่าส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพทำนา/ทำไร่/ทำสวน ร้อยละ 79.6 ซึ่งใช้เวลาในการประกอบอาชีพนั้นๆโดยเฉลี่ย 46.48 ปี (S.D. = 14.91) โดยกลุ่มตัวอย่างมีสมาชิกทั้งหมดในครอบครัวที่จำนวน 1-8 คน (Median = 4) และมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวส่วนใหญ่น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 67.9 (รายละเอียดตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	Cases	
	จำนวน (N)	ร้อยละ (%)
1. เพศ		
ชาย	36	26.3
หญิง	101	73.7
2. น้ำหนัก (กิโลกรัม)		
Mean (S.D.)	52.31 (8.36)	
3. ส่วนสูง (เซนติเมตร)		
Mean (S.D.)	163.80 (6.69)	
4. อายุ		
Mean (S.D.)	66.82 (12.25)	
5. ศาสนา		
พุทธ	136	99.3
คริสต์	1	0.7
6. การศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนเลย	5	3.6
ประถมศึกษา	120	87.6
มัธยมศึกษา	4	2.9
อุดมศึกษา	8	5.8
7. สถานภาพสมรส		
โสด	4	2.9
แต่งงาน	83	60.6
หย่า/แยก	4	2.9
หม้าย	46	33.6
8. การศึกษาของคู่สมรส		
ไม่ได้เรียนเลย	7	5.1
ประถมศึกษา	118	86.1
มัธยมศึกษา	4	2.9
อุดมศึกษา	8	5.8
9. อาชีพหลัก		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	8	5.8
ทำนา / ทำไร่ / ทำสวน	109	79.6
ค้าขาย / รับจ้างเอกชน	18	13.1
นักบวช/พระ/สามเณร	2	1.5

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	Cases	
	จำนวน (N)	ร้อยละ (%)
10. ระยะเวลาประกอบอาชีพ (ปี)		
Mean $\pm$ SD	46.48 (14.91)	
11. สมาชิกทั้งหมดในครอบครัว (คน)		
Median (Min: Max)	4 (1 :8)	
12. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 5,000 (ต่ำ)	93	67.9
5,001 – 10,000 (ปานกลาง)	33	24.1
มากกว่า 10,001 (สูง)	11	8.0
Mean (S.D.)	5,187.21 (3,039.97)	
รวม	137	100

ข้อมูลทางด้านการรับรู้ความรุนแรง และการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในช่องปาก

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งในช่องปากส่วนใหญ่มีการรับรู้ที่เกี่ยวกับธรรมชาติของโรคมะเร็งในช่องปากค่อนข้างมาก ได้แก่ การเคี้ยวหนักจะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งในช่องปาก และสารเคมีที่อยู่ในหมากเป็นสาเหตุหนึ่งของมะเร็งในช่องปาก ภาวะเหงือกอักเสบเรื้อรังสามารถก่อให้เกิดโรคมะเร็งในช่องปาก การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหนึ่งของโรคมะเร็งในช่องปาก มะเร็งในช่องปากเกิดขึ้นเฉพาะบริเวณเหงือกเท่านั้น (คำถามเชิงลบ) การกินอาหารร้อนจัดไม่ใช่สาเหตุการเกิดแผลในช่องปาก (คำถามเชิงลบ) การเป็นแผลในช่องปากเรื้อรังอาจเสี่ยงต่อโรคมะเร็งในช่องปากได้ การดื่มแอลกอฮอล์

เป็นสาเหตุของโรคมะเร็งในช่องปาก การตรวจช่องปากและซูดหินปูนสามารถป้องกันมะเร็งในช่องปากได้ และการแปรงฟันทุกครั้งหลังการรับประทานอาหารเป็นวิธีการดูแลช่องปากได้เป็นอย่างดี คิดเป็นร้อยละ 70.0, 70.0, 53.0, 69.0, 57.0, 37.0, 64.0, 57.0, 71.0 และ 77.0 ตามลำดับ ส่วนการปฏิบัติตัว พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งในช่องปากส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการดูแลช่องปากอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ การแปรงฟันทุกครั้งหลังการรับประทานอาหาร การไปรับการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำทุกปี ซูดหินปูนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 53.0, 63.0 และ 75.0 ตามลำดับ (รายละเอียดตามตารางที่ 2-5)

ตารางที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในช่องปาก (n = 137 คน)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		
	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย
1. การเคี้ยวหมากจะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งช่องปาก	7 (5.1)	34 (24.8)	96 (70.1)
2. สารเคมีที่อยู่ในหมากเป็นสาเหตุหนึ่งของมะเร็งช่องปาก	7 (5.1)	34 (24.8)	96 (70.1)
3. ภาวะเหงือกอักเสบเรื้อรังสามารถก่อให้เกิดมะเร็งช่องปาก	17 (12.4)	48 (35.0)	72 (52.6)
4. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหนึ่งของมะเร็งช่องปาก	4 (2.9)	38 (27.7)	95 (69.3)
5. มะเร็งช่องปากเกิดขึ้นเฉพาะบริเวณเหงือกเท่านั้น	78 (56.9)	44 (32.1)	15 (10.9)
6. กินอาหารร้อนจัดไม่ใช่สาเหตุการเกิดแผลในช่องปาก	51 (37.2)	57 (41.6)	29 (21.2)
7. เป็นแผลในช่องปากเรื้อรังอาจเสี่ยงต่อมะเร็งช่องปาก	15 (10.9)	88 (64.2)	34 (24.8)
8. ดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของมะเร็งช่องปาก	2 (1.5)	57 (41.6)	78 (56.9)
9. ตรวจช่องปากและซูดหินปูนป้องกันมะเร็งช่องปากได้	1 (0.7)	39 (28.5)	97 (70.8)
10. การแปรงฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหารเป็นวิธีดูแลสุขภาพช่องปาก	1 (0.7)	31 (22.6)	105 (76.6)

ตารางที่ 3 ระดับการรับรู้ความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในช่องปาก (n = 137 คน)

ระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรง	จำนวน	ร้อยละ
สูง (≥ 24 คะแนน)	79	57.7
ปานกลาง (22-23 คะแนน)	20	14.6
ต่ำ (≤ 21 คะแนน)	38	27.7

ตารางที่ 4 การปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในช่องปาก (n = 137 คน)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		
	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติประจำ
1. แปรงฟันทุกครั้งหลังการรับประทานอาหาร	73 (53.3)	64 (46.7)	0 (0.0)
2. รับประทานอาหารประเภทร้อนจัดเสมอ	33 (24.1)	69 (50.4)	35 (25.5)
3. รับการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำทุกปี	86 (62.8)	51 (37.2)	0 (0.0)
4. ซูดหินปูนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	103 (75.2)	34 (24.8)	0 (0.0)
5. ดื่มสุราเมื่อต้องร่วมงานสังสรรค์	101 (73.7)	3 (2.2)	33 (24.1)
6. สูบบุหรี่เมื่อมีความรู้สึกเครียด	111 (81.0)	1 (0.7)	25 (18.2)

ตารางที่ 5 ระดับการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในช่องปาก (n = 137 คน)

ระดับการปฏิบัติตัว	จำนวน	ร้อยละ
สูง (≥ 15 คะแนน)	5	3.6
ปานกลาง (13-14 คะแนน)	8	5.8
ต่ำ (≤ 12 คะแนน)	124	90.5

ข้อมูลทางด้านพฤติกรรมกรรมการกินอาหารและเคี้ยวอาหาร

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งในช่องปากยังคงกินอาหาร เคี้ยวอาหาร และรับรู้รสชาติของอาหารได้ทุกอย่างตามปกติ คิดเป็นร้อยละ 86.9 65.0 และ 45.3 ตามลำดับ (รายละเอียดตามตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 พฤติกรรมการกินอาหารและเคี้ยวอาหาร (n = 137 คน)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. การกลืน		
กลืนอาหารได้ปกติเหมือนเดิม	119	86.9
กลืนอาหารที่เป็นก้อนจำพวกข้าวไม่ได้	18	13.1
2. การเคี้ยว		
เคี้ยวอาหารได้เหมือนเดิม	89	65.0
เคี้ยวอาหารที่เป็นก้อนนุ่มได้	46	33.6
เคี้ยวอาหารไม่ได้แม้แต่อาหารก้อนนุ่ม	2	1.4
3. การรับรู้รสชาติอาหาร		
รับรู้รสชาติอาหารทุกอย่างได้ตามปกติ	62	45.3
รับรู้รสชาติอาหารส่วนใหญ่ได้ตามปกติ	49	35.8
รับรู้รสชาติอาหารได้บางอย่าง	26	19.0

สรุป และวิจารณ์

จากผลการศึกษาทำให้ทราบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งในช่องปากมักเป็นในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย⁽⁷⁾ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพราะคนกลุ่มนี้มักมีพฤติกรรมการเคี้ยวหมากร่วมด้วย⁽⁸⁾ และเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งในช่องปากจะมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งสรุปว่าโรคมะเร็งในช่องปากนี้ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยน้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลในเรื่องของศักยภาพในการรับประทานอาหาร ได้แก่ การกลืน การเคี้ยว และการรับรู้รสชาติของอาหาร ส่วนใหญ่ยังคงเป็นไปอย่างปกติ⁽⁹⁾ และการที่มีระดับการ

ศึกษาน้อยคือระดับประถมศึกษาอาจจะส่งผลต่อการรับรู้และเข้าใจถึงอันตรายของปัจจัยต่าง ๆ ที่จะส่งผลทำให้เกิดมะเร็งในช่องปากได้น้อยลง และถึงแม้ว่าคะแนนด้านการรับรู้ความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในช่องปากจะอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 57.7) แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อกลับพบว่ายังมีอีกหลายปัจจัยทางด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้ป่วยมะเร็งในช่องปากยังไม่ทราบแน่ชัด/ไม่แน่ใจว่ามีความเกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในช่องปากหรือไม่ ได้แก่ ภาวะเหงือกอักเสบเรื้อรังสามารถก่อให้เกิดมะเร็งช่องปาก มะเร็งช่องปากเกิดขึ้นเฉพาะบริเวณเหงือกเท่านั้น กินอาหารร้อนจัดไม่ใช่สาเหตุการเกิดแผลในช่องปาก เป็นแผลในช่องปากเรื้อรังอาจเสี่ยงต่อมะเร็งช่อง

ปาก ต้มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของมะเร็งช่องปาก (ร้อยละ 35.0, 32.0, 42.0, 64.0 และ 42.0 ตามลำดับ) มากไปกว่านั้นในส่วนของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในช่องปาก พบว่าเกินกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับต่ำจึงเป็นที่น่าสังเกตว่า นอกจากปัจจัยทางด้านระดับการศึกษาที่เรทราบกั้นติดอยู่แล้วนั้นว่า การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการเคี้ยวหมากเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากแล้ว ยังมีปัจจัยทางด้านพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่น โดยเฉพาะปัจจัยทางปัจเจกบุคคลที่พิจารณาถึงความรู้ การรับรู้และเข้าใจถึงอันตรายของโรคมะเร็งในช่องปากที่น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากด้วย

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ได้ข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก ซึ่งการศึกษาค้นต่อไปควรวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ เหล่านี้ ด้วยรูปแบบงานวิจัยที่เหมาะสมกับการหาความสัมพันธ์ของตัวแปร (ด้านพฤติกรรมสุขภาพ) กับการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก เพื่อเป็นข้อมูลในการยืนยันถึงสาเหตุ (ด้านพฤติกรรมสุขภาพ) ของการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ประจำปีการศึกษา 2557 ที่สนับสนุนทุนวิจัย จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of 25 major cancers in 1990. *Int J Cancer* 1999;80:827-41.

2. National cancer institute. Surveillance, epidemiology, and end results program [Internet]. 2010 [cited 2010 July 5]. Available from: <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/oralcav.html>.
3. Attasara P, Buasom R. Hospital-based Cancer Registries, Thailand 2009. Bangkok: National Cancer Institute department of Medical services Ministry of Public Health, 2010.
4. Applebaum KM, Furniss CS, Zeka A, Posner MR, Smith JF, Bryan J, et al. Lack of association of alcohol and tobacco with HPV16-associated head and neck cancer. *J Natl Cancer Inst* 2007; 99(3): 1801-10.
5. D'Souza G, Kreimer AR, Viscidi R, Pawlita M, Fakhry C, Koch MW, et al. Case-control study of human papillomavirus and oropharyngeal cancer. *N Engl J Med* 2007;356: 1944-56.
6. Kulchaya Loyha, Patravoot Vatanasapt, Supanee Promthet, Donald Maxwell Parkin. Risk factors for oral cancer in Northeast Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012; 13(10): 5087-90.
7. Chatterjee S, Dhar S, Sengupta B, Ghosh A, De M, Roy S, et al. Cytogenetic monitoring in human oral cancers and other oral pathology: the micronucleus test in exfoliated buccal cells. *Toxicol Mech Meth* 2009;19(6-7):427-33.
8. Vatanasapt V, Sriamporn S, MacLennan R. Contrasts in risk factors for cancers of the oral cavity and hypopharynx and larynx in Khon Kaen, Thailand. In: Varma AK, editor. *Oral Oncology*. Vol. II: Proceedings of the International Congress on Oral Cancer. New Delhi: Macmillan India; 1991.
9. Boccia S, Cadoni G, Sayed-Tabatabaei FA, Volante M, Arzani D, De Lauretis A, et al. CYP1A1, CYP2E1, GSTM1, GSTT1, EPHX1 exons 3 and 4, and NAT2 polymorphisms, smoking, consumption of alcohol and fruit and vegetables and risk of head and neck cancer. *J Cancer Res Clin Oncol* 2008;134(1):93-100.