

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากไทยกลุ่มหนึ่ง



นางสาวปิยนดา กุยศากร

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเวชศาสตร์ช่องปาก ภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปาก

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EVALUATION OF HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN  
A GROUP OF THAI ORAL CANCER PATIENTS



Miss Piyanad Kuysakorn

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science Program in Oral Medicine

Department of Oral Medicine

Faculty of Dentistry

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใน

ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากไทยกลุ่มหนึ่ง

โดย

นางสาวปิยนดา กุยสาคร

สาขาวิชา

เวชศาสตร์ช่องปาก

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.กนกพร พะลัง

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.พรพรรณ พิบูลย์รัตนกิจ

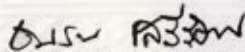
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย อนุมัติให้นักศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต



..... คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง วัชรามรณ ทัตจันทร์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



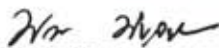
..... ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ นายแพทย์ ธนสิทธิ์ เสรีรัตน์)



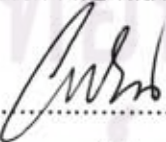
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.กนกพร พะลัง)



..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.พรพรรณ พิบูลย์รัตนกิจ)



..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.อาทิพันธุ์ พิมพ์ขาว)



..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.สิริบังอร พิบูลย์นิม ไชวิชุกรกิจ)

พินาถ กุยสาคร : การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากไทยกลุ่มหนึ่ง. (EVALUATION OF HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN A GROUP OF THAI ORAL CANCER PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ. ทญ. ดร. กนกพร พะลัง, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม : ผศ. ทญ. ดร. พรพรรณ พิบูลย์รัตนกิจ, 265 หน้า.

**วัตถุประสงค์** 1) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนและหลังการรักษา 2) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและผู้ป่วยโลเคนพลาเนตในช่องปาก

**วัตถุประสงค์และวิธีการ** แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทยดัดแปลงจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตโดยมหาวิทยาลัยวอชิงตัน ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนประเมินเฉพาะโรค (อาการเจ็บปวด รูปร่างใบหน้า กิจกรรมประจำวัน การพักผ่อนหย่อนใจ การกลืน การเคี้ยว การพูด ไหล่ การรู้รสชาติอาหาร น้ำลาย อารมณ์ ความวิตกกังวล) ลำดับความสำคัญของปัญหา คุณภาพชีวิตทั่วไป และคำถามปลายเปิด ผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ณ โรงพยาบาลราชวิถี และคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยได้รับการสัมภาษณ์ในวันที่เข้าพักในโรงพยาบาล หลังการผ่าตัด 25 - 49 วัน และหลังการรักษาเสร็จสมบูรณ์ 25 - 60 วัน การเปรียบเทียบคะแนนในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนและหลังการรักษาใช้สถิติทดสอบวิลคอกชันไชน์แรงค์ฟอร์เมทแพร์ สถิติทดสอบแพร์ที และสถิติทดสอบแมกนีมา การเปรียบเทียบคะแนนระหว่างผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนการรักษาและผู้ป่วยโลเคนพลาเนตในช่องปากใช้สถิติทดสอบแมนวิตนีย์ สถิติทดสอบอันแพร์ที และสถิติทดสอบโคสแคร์ การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเอสพีเอสเอสรุ่น 11.5 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

**ผลการศึกษา** ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากจำนวน 51 ราย เป็นชาย 37 ราย หญิง 14 ราย อายุระหว่าง 22 - 80 ปี (เฉลี่ย 55.8 ปี) ร้อยละ 94 เป็นมะเร็งชนิดเซลล์สความัส ผู้ป่วยร้อยละ 57 ได้รับการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา หลังการผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมีความผิดปกติมากขึ้นในหัวข้อ การกลืน การเคี้ยว การพูด และไหล่ หลังการรักษาเสร็จสมบูรณ์ ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมีความผิดปกติมากขึ้นในหัวข้อ การกลืน การเคี้ยว ไหล่ การรู้รสชาติอาหาร และน้ำลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมีความผิดปกติมากกว่าผู้ป่วยโลเคนพลาเนตในช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกหัวข้อในส่วนประเมินเฉพาะโรค

**สรุป** หลังการรักษา ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเลวร้ายกว่าก่อนรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเลวร้ายกว่าผู้ป่วยโลเคนพลาเนตในช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาควิชา.....เวชศาสตร์ช่องปาก..... ลายมือชื่อนิสิต.....  
สาขาวิชา.....เวชศาสตร์ช่องปาก..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก *ดร. กนกพร พะลัง*  
ปีการศึกษา..... 2552..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม *ดร. พรพรรณ พิบูลย์รัตนกิจ*

## 4976114432 : MAJOR ORAL MEDICINE

KEYWORDS : QUALITY OF LIFE / HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE / ORAL CANCER / ORAL LICHEN PLANUS

PIYANAD KUYSAKORN : EVALUATION OF HEALTH-RELATED QUALITY

OF LIFE IN A GROUP OF THAI ORAL CANCER PATIENTS. THESIS ADVISOR :

KANOKPORN BHALANG, THESIS CO-ADVISOR : PORNPAN PIBOONRATANAKIT, 265 pp.

**Objectives** 1) To compare health-related quality of life in oral cancer patients before and after treatment. 2) To compare health-related quality of life between oral cancer patients and oral lichen planus patients.

**Materials and Methods** A modified University of Washington Quality of Life Questionnaire in Thai has four components: disease-specific items (pain, appearance, activity, recreation, swallowing, chewing, speech, shoulder, taste, saliva, mood and anxiety), importance-rating scale, general quality of life questions and opened-end questions. Oral cancer patients, Rajvithi Hospital and Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University were interviewed on the day of hospital admission, 25 - 49 days post-operatively and 25 - 60 days post-treatment. Wilcoxon signed-rank test for matched paired, paired t-test and McNemar test were used to compare scores pre-treatment and post-treatment. Mann-Whitney U test, unpaired t-test and chi-square tests were used to compare scores of patients with oral cancer and oral lichen planus. All analyses were conducted using SPSS 11.5 for Windows at significance level 0.05.

**Results** Fifty-one oral cancer patients, thirty-seven were men and fourteen were women. The age range was 22 - 80 (mean 55.8). Ninety-four percent of patients had squamous cell carcinoma. Fifty-seven percent of patients were treated with surgery and post-operative radiation therapy. Post-operatively, oral cancer patients presented significantly poorer scores of swallowing, chewing, speech and shoulder. Post-treatment, oral cancer patients presented with significantly poorer scores of swallowing, chewing, shoulder taste and saliva. Oral cancer compared with oral lichen planus patients presented with significantly poorer scores of nearly whole domains in disease-specific items.

**Conclusion** After treatment, oral cancer patients had significantly worse health-related quality of life scores than pre-treatment and oral cancer patients had significantly worse health-related quality of life scores than oral lichen planus patients.

Department :.....Oral Medicine.....

Student's Signature .....

Field of Study : .....Oral Medicine.....

Advisor's Signature .....

Academic Year : ...2009.....

Co-Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะไม่ประสบความสำเร็จได้เลยหากปราศจากความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.กนกพร พะลัง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.พรพรรณ พิบูลย์รัตนกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณารับเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ กำลังใจ ผลักดัน ตลอดจนช่วยเหลือแก้ไขในการจัดทำวิทยานิพนธ์ ให้สำเร็จลุล่วงไปได้เป็นอย่างดี ผู้เขียนรู้สึกสำนึกในบุญคุณและขอกราบขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.อาทิพันธุ์ พิมพ์ขาวขำ และอาจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.สุดาดวง กฤษฎาพงษ์ ที่กรุณาให้คำชี้แนะในการจัดทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ นายแพทย์ ภัคดี สรรค์นิกร นายแพทย์ประจำศูนย์การแพทย์เฉพาะทางโสต ศอ นาสิก และอาจารย์ นายแพทย์ ยงยุทธ คงธนรัตน์ หัวหน้ากลุ่มงานรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี ที่อนุเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปากในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ในภาควิชาเวชศาสตร์ทุกท่านที่ได้เอื้อเฟื้อผู้ป่วยโรคโกลาแลนีสในช่องปากในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ไพพรรณ พิทยานนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาทางสถิติที่เสียสละเวลาในการสอนและแนะนำการใช้สถิติในการทำวิจัยอย่างไม่เห็นแก่ความเหน็ดเหนื่อย

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ นายแพทย์ ธนสิทธิ์ เจริญรัตน์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.สิริบังอร พิบูลนิยม ไขว้ทูลกิจ ที่สละเวลาชี้แนะและแก้ไขวิทยานิพนธ์เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและผู้ป่วยโรคโกลาแลนีสในช่องปากทุกท่าน ที่กรุณามาเป็นกลุ่มตัวอย่างและให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย

ขอขอบคุณเพื่อนนิสิต เจ้าหน้าที่ภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปาก และเจ้าหน้าที่ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปากทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างและเป็นกำลังใจในการทำงานมาโดยตลอด

ขอขอบคุณโรงพยาบาลพระอาจารย์ผั่น อาจาโร หน่วยงานต้นสังกัดที่อนุมัติให้ลาศึกษา กราบขอบพระคุณบิดาและมารดาของผู้วิจัย ที่คอยเป็นกำลังใจในการทำงานมาโดยตลอด ขอให้คุณประโยชน์อันจะพึงมีจากงานวิจัยนี้ จงตกแก่ผู้มีพระคุณทุกท่านที่ได้กล่าวและไม่ได้กล่าวนามด้วยเทอญ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ.....	ฒ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
ขอบเขตการวิจัย.....	2
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	2
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	3
วิธีดำเนินการวิจัย.....	3
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	4
ตอนที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งช่องปาก.....	4
ระบาดวิทยา.....	4
สาเหตุของมะเร็งช่องปาก.....	8
ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งช่องปาก.....	11
ลักษณะทางคลินิก.....	13
ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา.....	14
การวินิจฉัย.....	16
การรักษา.....	22
ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษา.....	31
ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....	37
การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก.....	41
ความสำคัญของการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....	42

	ช หน้า
ข้อจำกัดในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....	43
วิธีการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....	43
การออกแบบงานวิจัยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....	49
ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....	51
ตอนที่ 3 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไลเคนพลาเนียในช่องปาก.....	56
ลักษณะทางคลินิก.....	56
สาเหตุการเกิดโรค.....	57
แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงไปเป็นมะเร็ง.....	57
วิธีการรักษา.....	58
การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....	58
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	59
ประชากรที่ศึกษา.....	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	60
การรวบรวมข้อมูล.....	62
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มศึกษา.....	65
ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งช่องปากของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก.....	67
ลักษณะอาการเริ่มแรกและอาการสำคัญของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก.....	69
ตำแหน่งมะเร็งช่องปาก การวินิจฉัย และการรักษา.....	71
ผลทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับ ภาษาไทย.....	76
การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการผ่าตัด.....	79
การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการฉายรังสี.....	83
การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการรักษาทั้งหมด..	87
การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มที่แบ่งตามลักษณะเชิง ประชากรศาสตร์.....	91
การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มที่แบ่งตามระยะของโรค.....	94



การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อน การรักษาและกลุ่มผู้ป่วยโลเคนพลาเน็ตในช่องปาก.....	102
บทที่ 5 อภิปรายผล สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ.....	108
ประเด็นด้านระบาดวิทยาของโรคมะเร็งช่องปาก.....	108
ประเด็นด้านคุณสมบัติของแบบประเมิน.....	110
ประเด็นด้านการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก.....	113
การประเมินผลการทำงานของอวัยวะ.....	113
การประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป.....	123
ปัจจัยพยากรณ์ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....	124
ประเด็นการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ก่อนการรักษาและผู้ป่วยโลเคนพลาเน็ตในช่องปาก.....	128
ข้อจำกัดในการศึกษา.....	129
สรุปผลการวิจัย.....	129
ข้อเสนอแนะ.....	130
รายการอ้างอิง.....	131
ภาคผนวก.....	138
ภาคผนวก ก.....	139
ภาคผนวก ข.....	164
ภาคผนวก ค.....	172
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	265

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงข้อแนะนำในการตรวจเพื่อควบคุมมะเร็งตามโปรแกรมการควบคุมมะเร็งแห่งชาติโดยองค์การอนามัยโลก.....	17
2	แสดงการแบ่งระยะทางคลินิก (clinical staging) ของมะเร็งช่องปากชนิดเซลล์สความัส.....	18
3	แสดงการตรวจต่อน้ำเหลืองด้วยวิธีการคลำ และลักษณะที่ตรวจพบได้แยกตามสาเหตุ.....	20
4	แสดงอัตราการรอดชีวิต 5 ปี ตามระยะทางคลินิกของมะเร็งช่องปากเซลล์สความัส.....	23
5	แสดงเทคนิคการเลาะบริเวณคอ (neck dissection techniques) แบบต่างๆ....	25
6	แสดงวิธีการรักษามะเร็งช่องปากแบบต่างๆ.....	30
7	แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก.....	66
8	แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยไลเคนพลาเนียในช่องปาก.....	67
9	แสดงร้อยละของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปาก.....	68
10	แสดงสรุปอาการแสดงเริ่มแรกและอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์แยกตามตำแหน่งของโรค.....	70
11	แสดงลักษณะทางคลินิกและผลการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก.....	74
12	แสดงสรุปข้อมูลการผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก.....	75
13	แสดงผลการทดสอบความเชื่อถือได้ด้วยเทคนิคการวัดซ้ำของแบบประเมิน.....	77
14	แสดงผลการทดสอบความน่าเชื่อถือที่วัดความสอดคล้องภายในของแบบประเมิน.....	78
15	แสดงร้อยละของตัวเลือกที่ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนและหลังการผ่าตัดเลือกมากที่สุด ในหมวดคุณภาพชีวิตทั่วไป.....	82
16	แสดงร้อยละของตัวเลือกที่ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนและหลังการฉายรังสีเลือกมากที่สุด ในหมวดคุณภาพชีวิตทั่วไป.....	86
17	แสดงร้อยละของตัวเลือกที่ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนและหลังการรักษาทั้งหมดเลือกมากที่สุด ในหมวดคุณภาพชีวิตทั่วไป.....	90

ตารางที่		หน้า
18	แสดงร้อยละของตัวเลือกที่ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเลือกมากที่สุดแบ่งตามขนาด เนื้องอกในหมวดคุณภาพชีวิตทั่วไป.....	97
19	แสดงร้อยละของตัวเลือกที่ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเลือกมากที่สุดแบ่งตาม ระยะทางคลินิกในหมวดคุณภาพชีวิตทั่วไป.....	101
20	แสดงลักษณะทั่วไป ปัจจัยเสี่ยง และลักษณะทางคลินิกของกลุ่มศึกษา.....	103
21	แสดงร้อยละของตัวเลือกที่ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนการรักษาและผู้ป่วย โลเคนพลาเนสในช่องปากเลือกมากที่สุด ในหมวดคุณภาพชีวิตทั่วไป.....	107



ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงอุบัติการณ์การเกิดมะเร็ง 10 อันดับแรก ในผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง ปี พ.ศ. 2541.....	6
2	แสดงอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งช่องปาก ระหว่างปี พ.ศ. 2541 - 2543 ในเพศชายและเพศหญิง ซึ่งรายงานจากศูนย์มะเร็งตามจังหวัดต่างๆ ของประเทศไทย	7
3	แสดงการเปลี่ยนแปลงจากเนื้อเยื่อผิวช่องปากปกติไปจนถึงการเป็นมะเร็งช่องปากชนิดเซลล์สความัส.....	9
4	แสดงรอยโรคลิโวเพลเคียที่มีการเปลี่ยนรูปไปเป็นมะเร็งช่องปาก.....	10
5	แสดงรอยโรคมะเร็งที่มีลักษณะเป็นก้อนโต และรอยโรคมะเร็งที่ลึนซึ่งสัมพันธ์กับรอยโรคสีขาว.....	14
6	แสดงตำแหน่งระบบทางเดินน้ำเหลืองบริเวณคอ.....	21
7	แสดงระดับต่อมน้ำเหลือง 1 ถึง 5 (Lymph node levels I-V).....	21
8	แสดงตำแหน่งของแผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกแบบต่างๆ.....	27
9	แสดงเยื่อเมือกอักเสบเฉียบพลันที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 4 ของการฉายรังสีที่ประมาณ 4,000 cGy.....	33
10	แสดงสภาวะปากแห้งที่เกิดแบบเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย เคี้ยวและกลืนอาหารลำบาก เกิดปัญหาในการพูด.....	33
11	แสดงฟันผุที่เกิดจากการฉายรังสี.....	34
12	แสดงลักษณะการเกิดรอยโรคราแคนดิดาในผู้ที่ได้รับการฉายรังสีและมีอาการปากแห้ง.....	35
13	แสดงลักษณะกระดูกตายหลังจากการฉายรังสี.....	35
14	แสดงลักษณะแผลตายซึ่งทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวด โดยที่แผลนี้เกิดขึ้นหลังจากฝังสารกัมมันตรังสี (brachytherapy) เพื่อรักษามะเร็งที่ลึน.....	36
15	แสดงรูปแบบปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ในคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....	39
16	แสดงองค์ประกอบหลักของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก.....	40
17	แสดงความสัมพันธ์ที่อาจปรากฏระหว่างความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิต.....	41

ภาพที่		หน้า
18	แสดงความสัมพันธ์ที่อาจปรากฏระหว่างระยะเวลาที่เกิดอาการและ คุณภาพชีวิต.....	41
19	แสดงโรคไลเคนพลาเนียชนิดร่างแห ชนิดรอยแดง และผื่นคันซึ่งมักพบร่วมกับ ชนิดร่างแห.....	57
20	แสดงโรคไลเคนพลาเนียชนิดแผลถลอก.....	57
21	แสดงกลุ่มที่ใช้ในการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วย มะเร็งช่องปาก ได้แก่ การเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการผ่าตัด (กลุ่ม A) การเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังฉายรังสี (กลุ่ม B) และการเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังการรักษาทั้งหมด (กลุ่ม C).....	64
22	แสดงร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากแยกตามตำแหน่งของโรค.....	71
23	แสดงลักษณะรอยโรคมะเร็งช่องปากชนิดเซลล์ความถี่ในผู้ป่วยเพศชาย.....	72
24	แสดงลักษณะรอยโรคโพลิโมอร์ฟัส โดเกรด อติโนคาริโนมาในผู้ป่วยเพศชาย....	72
25	แสดงลักษณะรอยโรคมะเร็งชนิดซินโนเวียล ซาร์โคมาในผู้ป่วยเพศหญิง.....	73
26	แสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการผ่าตัด (n = 50).....	80
27	แสดงร้อยละของผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดในการเลือกหัวข้อที่เป็นปัญหา สำคัญในข้อที่ 13 (n = 50).....	81
28	แสดงร้อยละของผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดในหัวข้อคำถามปลายเปิด (n = 50).....	83
29	แสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการฉายรังสี (n = 29).....	84
30	แสดงร้อยละของผู้ป่วยก่อนและหลังการฉายรังสีในการเลือกหัวข้อที่เป็นปัญหา สำคัญในข้อที่ 13 (n = 29).....	85
31	แสดงร้อยละของผู้ป่วยก่อนและหลังการฉายรังสีในหัวข้อคำถามปลายเปิด (n = 29).....	87
32	แสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการรักษา (n = 36).....	88
33	แสดงร้อยละของผู้ป่วยก่อนและหลังการรักษาในการเลือกหัวข้อที่เป็นปัญหา สำคัญในข้อที่ 13 (n = 36).....	89

ภาพที่	หน้า	
34	แสดงร้อยละของผู้ป่วยก่อนและหลังการรักษาในหัวข้อคำถามปลายเปิด (n = 36).....	91
35	แสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี (n = 36) และผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี (n = 15).....	92
36	แสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างผู้ป่วยที่อยู่กับคู่สมรส (n = 36) กับผู้ป่วยที่ไม่มีหรือไม่ได้อยู่กับคู่สมรส (n = 15).....	93
37	แสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยกว่า อัตราค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำ (n = 27) กับผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่าหรือเท่ากับ อัตราค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำ (n = 24).....	94
38	แสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างระหว่างผู้ป่วยที่มีขนาด เนื้องอกกลุ่ม T1, T2 (n = 23) กับผู้ป่วยที่มีขนาดเนื้องอกกลุ่ม T3, T4 (n = 25)	95
39	แสดงร้อยละของผู้ป่วยที่มีขนาดเนื้องอกกลุ่ม T1, T2 และกลุ่ม T3, T4 ในการ เลือกหัวข้อที่เป็นปัญหาสำคัญในข้อที่ 13.....	96
40	แสดงร้อยละของผู้ป่วยที่มีขนาดเนื้องอกกลุ่ม T1, T2 และกลุ่ม T3, T4 ในหัวข้อ คำถามปลายเปิด.....	97
41	แสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างระหว่างผู้ป่วยระยะที่ 1, 2 (n = 11) กับ ระยะที่ 3, 4 (n = 33).....	99
42	แสดงร้อยละของผู้ป่วยระยะที่ 1, 2 และระยะที่ 3, 4 ในการเลือกหัวข้อที่เป็น ปัญหาสำคัญในข้อที่ 13.....	100
43	แสดงร้อยละของผู้ป่วยระยะที่ 1, 2 และระยะที่ 3, 4 ในหัวข้อคำถามปลายเปิด.	101
44	แสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก (n = 20) และผู้ป่วยโลเคนพลาเนียสในช่องปาก (n = 20).....	105
45	แสดงร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและผู้ป่วยโลเคนพลาเนียสในช่องปากใน การเลือกหัวข้อที่เป็นปัญหาสำคัญในข้อที่ 13.....	106

## คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ

ASR	Age-standardized incidence rates
BFI	Brief Fatigue Inventory
BPI	Brief Pain Inventory
CT	Computerized tomogram
EORTC QLQ-C30	European Organization for Research into the Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire –Core 30
EORTC QLQ-H&N35	European Organization for Research and Treatment of Cancer Head and Neck QOL Questionnaire 35
EUA	Examination Under Anaesthetic
FACT-G	Functional Assessment of Cancer Therapy-General
FACT-HN	Functional Assessment of Cancer Therapy-Head and Neck
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HNRQ	Head & Neck Radiotherapy Questionnaire
HRQOL	Health-Related Quality of Life
MAC-Q	Mental Adjustment to Cancer Questionnaire
MOS SF-36	Medical Outcomes Study-Short Form-36
MRI	Magnetic Resonance Imaging
NDII	Neck Dissection Impairment Index
OPG	Orthopantomogram
PEG	Percutaneous Endoscopic Gastrostomy
QOL	Quality of Life
SDQ	Shoulder Disability Questionnaire
SIP	Sickness Impact Profile
TNM	Tumor Node Metastasis System
UW-QOL	University of Washington QOL Questionnaire
VAS	Visual Analog Scale
VRS	Verbal Rating Scale

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันคุณภาพชีวิต (Quality of life; QOL) ได้กลายมาเป็นประเด็นสำคัญในวงการสาธารณสุขโดยนำมาใช้ในการประเมินผลกระทบจากโรคและประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล นอกเหนือไปจากการหายของโรค โดยเฉพาะในโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงและก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงภายหลังการรักษา ดังจะเห็นได้จากการที่องค์การอนามัยโลกได้นำคุณภาพชีวิตมาเป็นเกณฑ์ในการประเมินสภาวะสุขภาพ โดยให้คำจำกัดความของคำว่า คุณภาพชีวิต ว่า “Individual’s perception of his or her position in life, within the cultural context and value system he or she lives in, and in relation to his or her goals, expectations, parameters and social relations”[1] ด้วยเหตุที่คุณภาพชีวิตสามารถตีความได้หลายแง่มุม (multidimensional concept) การประเมินคุณภาพชีวิตจึงทำได้ยาก ดังนั้นจึงได้มีการเปลี่ยนจากการประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป มาเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of Life; HRQOL) โดยตรง[2]

มะเร็งช่องปากเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง ผลจากมะเร็งช่องปากและการรักษาทำให้ผู้ป่วยมีรูปร่างใบหน้าผิดปกติ มีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร การรับรู้รสชาติอาหาร การพูด และการหลั่งน้ำลาย[1] จากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ. 2541-2543 พบว่าโรคมะเร็งช่องปากเป็นมะเร็งที่ติดอันดับ 1 ใน 10 ของมะเร็งที่พบมากที่สุดในประเทศไทย โดยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคเท่ากับ 5.2 และ 4.6 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ในผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงตามลำดับ[3] วิธีที่นิยมและสะดวกในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก คือ การใช้แบบสอบถาม แบบสอบถามที่มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย เช่น แบบสอบถามคุณภาพชีวิตโดยมหาวิทยาลัยวอชิงตัน (University of Washington QOL Questionnaire; UW-QOL)[2] แบบสอบถามคุณภาพชีวิตโดยองค์กรชาวยุโรปเพื่อการวิจัยและรักษามะเร็งบริเวณศีรษะและคอ รุ่นที่ 35 (European Organization for Research and Treatment of Cancer Head and Neck QOL Questionnaire 35; EORTC QLQ-H&N35)[2, 4] เป็นต้น แบบสอบถามคุณภาพชีวิตโดยมหาวิทยาลัยวอชิงตันได้รับการตีพิมพ์ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1993[5, 6] สามารถประเมินผลได้ครอบคลุมและให้ข้อมูลเพียงพอ นอกจากนี้ผู้ป่วยสามารถใช้ได้ง่าย มีต้นทุนต่ำ ซึ่งเหมาะที่จะนำมาใช้เป็นประจำในคลินิก[7] ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ได้นำ



แบบสอบถามคุณภาพชีวิตโดยมหาวิทยาลัยวอชิงตันมาเป็นต้นแบบ โดยนำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทย และนำไปประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่เป็นคนไทยต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระหว่างก่อนการรักษาและหลังการรักษา
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและผู้ป่วยไคเคนพลานัสในช่องปาก
3. เพื่อศึกษาเชิงพรรณนาเกี่ยวกับลักษณะเชิงประชากรศาสตร์ ปัจจัยเสี่ยง ตำแหน่งของรอยโรค และวิธีการรักษาผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ที่มารับการรักษาที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง โสิต ศอ นาสิก โรงพยาบาลราชวิถี

#### **ขอบเขตของการวิจัย**

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ระหว่างก่อนและหลังการรักษา และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างผู้ป่วยมะเร็งช่องปากกับผู้ป่วยไคเคนพลานัสในช่องปาก รวมถึงศึกษาลักษณะเชิงประชากรศาสตร์ ปัจจัยเสี่ยง ตำแหน่งของรอยโรค และวิธีการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก โดยแหล่งที่มาของประชากรที่ศึกษามีดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกบัณฑิตศึกษา ภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปากหรือคลินิกศัลยศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หรือศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง โสิต ศอ นาสิก โรงพยาบาลราชวิถี ในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2551 - มกราคม พ.ศ. 2552

กลุ่มผู้ป่วยไคเคนพลานัสในช่องปาก เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกบัณฑิตศึกษา ภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2551 - มกราคม พ.ศ. 2552

#### **ข้อตกลงเบื้องต้น**

1. ผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ว่าเป็นมะเร็งช่องปากทั้งจากลักษณะทางคลินิกและลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา โดยมีตำแหน่งรอยโรคปฐมภูมิเกิดขึ้นที่ริมฝีปาก เยื่อเมือกแก้ม ส่วนหน้าสองในสามของลิ้น เหงือกของฟันบนและฟันล่าง ฟันช่องปาก เพดานแข็ง หรือแองสามเหลี่ยมท้ายพินกรมหลัง[8, 9]

2. ผู้ป่วยไคเคนพลานัสในช่องปาก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคไคเคนพลานัสในช่องปากทั้งจากลักษณะทางคลินิกและลักษณะทางพยาธิวิทยา

### **ข้อจำกัดของการวิจัย**

กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก เป็นกลุ่มศึกษาที่หายาก นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เช่น ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองเป็นมะเร็ง ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการตอบแบบประเมินเนื่องจากปัญหาสุขภาพ หรือผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการวิจัย และข้อจำกัดด้านเวลา

กลุ่มผู้ป่วยไคเคนพลานัสในช่องปากที่มีอายุและเพศใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก เป็นกลุ่มควบคุมที่หาได้ยาก เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปากส่วนใหญ่พบในเพศชาย ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยไคเคนพลานัสในช่องปากส่วนใหญ่พบในเพศหญิง และข้อจำกัดด้านเวลา ทำให้ได้กลุ่มควบคุมที่มีขนาดเล็ก

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

ทำให้มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากไทย และได้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ซึ่งอาจนำไปสู่การศึกษาเชิงลึกต่อไป ทั้งนี้เพื่อพัฒนาระบบบริการและวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### **วิธีดำเนินการวิจัย**

เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective study) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. นำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตโดยมหาวิทยาลัยวอชิงตันมาแปลเป็นฉบับภาษาไทย และทำการทดสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)
2. ศึกษานำร่องในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก จำนวน 30 ราย และทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามโดยวัดความสอดคล้องภายในชุดเดียวกัน (internal consistency)
3. นำแบบสอบถามที่ได้จากกระบวนการข้างต้นมาใช้ในศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากไทยกลุ่มหนึ่งจำนวน 51 ราย โดยการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระหว่างก่อนและหลังการรักษา และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและกลุ่มควบคุมซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยไคเคนพลานัสในช่องปาก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### ตอนที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งช่องปาก

มะเร็งช่องปาก หมายถึง มะเร็งที่เกิดขึ้นในตำแหน่งดังต่อไปนี้[8]

- ริมฝีปาก
- ส่วนหน้าสองในสามของลิ้น
- เหงือกของฟันบนและฟันล่าง
- พื้นช่องปาก
- เพดานแข็ง
- เยื่อเมือกแก้ม
- แอ่งสามเหลี่ยมท้ายพินกรามหลัง

มะเร็งช่องปากประกอบไปด้วยมะเร็งหลากหลายชนิดทั้งมะเร็งเยื่อ (carcinoma) และมะเร็งเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (sarcoma) อย่างไรก็ตามพบว่า มะเร็งช่องปากที่พบได้บ่อยที่สุด คือ มะเร็งเซลล์สความัส (squamous cell carcinoma) ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 96 ส่วนอีกประมาณร้อยละ 4 เป็นมะเร็งเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน[10] ดังนั้นในการกล่าวถึงมะเร็งช่องปากโดยรวมแล้วจึงหมายถึงมะเร็งเซลล์สความัสเป็นสำคัญ ประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก เกิดขึ้นในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป[10, 11] โดยบริเวณที่พบมะเร็งช่องปากได้บ่อย คือ ลิ้น โดยเฉพาะด้านใต้ขอบข้าง (ventrolateral border) ของลิ้น[12, 13]

#### ระบาดวิทยา (epidemiology)

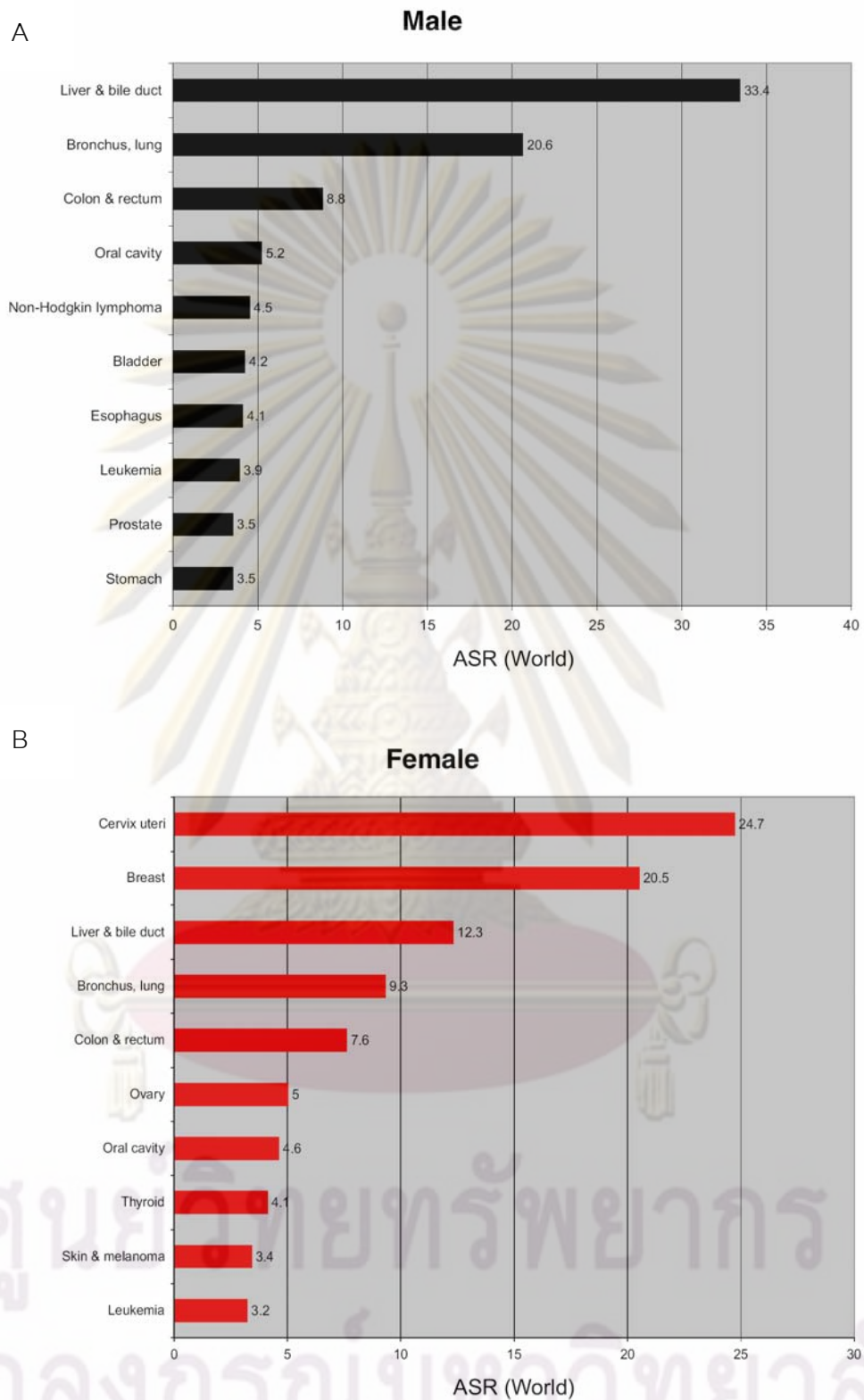
จากรายงานการเกิดมะเร็งทั่วโลก มะเร็งช่องปากถูกจัดอันดับให้เป็นมะเร็งที่พบบ่อยและติดอันดับ 1 ใน 10 ของมะเร็งที่พบบ่อยที่สุด[11, 14] โดยอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งช่องปากจะมากน้อยแตกต่างกันไปตามพื้นที่ เชื้อชาติ เพศ และกลุ่มอายุ สำหรับมะเร็งเซลล์สความัสซึ่งเป็นมะเร็งที่พบได้มากที่สุดเ็นมะเร็งช่องปาก[10, 14] มีรายงานว่าพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 540,000 รายทั่วโลก และมีผู้เสียชีวิตถึง 271,000 ราย หรือมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 50[15] จากการศึกษามะเร็งช่องปากในประเทศสหรัฐอเมริกา พบอุบัติการณ์การเกิดโรคเท่ากับ 7.7 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี โดยพบมากในกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป และพบในผู้ป่วยชายผิวขาว

มากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มเชื้อชาติอื่นๆ แต่มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ ในทุกเชื้อชาติ อัตราส่วนอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งช่องปากระหว่างเพศชายและเพศหญิงเท่ากับ 3:1 โดยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคในเพศหญิงต่ำกว่าเพศชายในทุกกลุ่มอายุ[13]

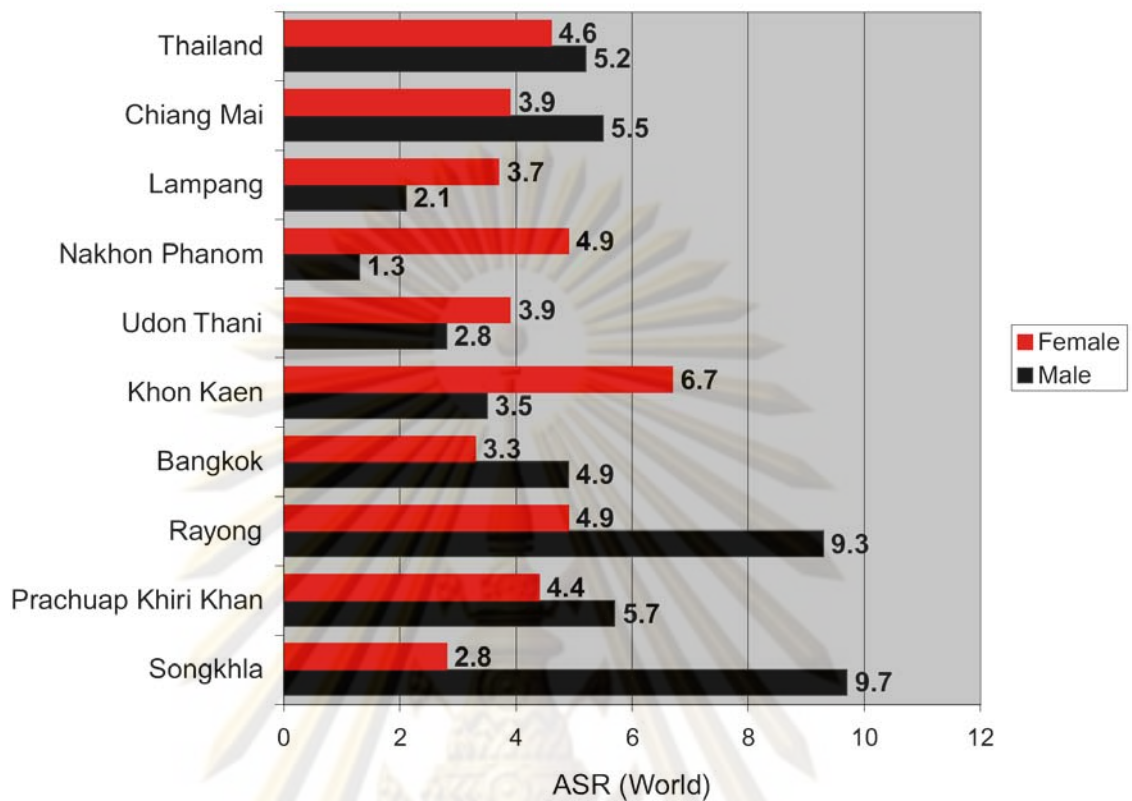
สำหรับประเทศไทย จากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ. 2541 - 2543 พบว่าโรคมะเร็งช่องปากเป็นมะเร็งที่ติดอันดับ 1 ใน 10 ของมะเร็งที่พบมากที่สุดในประเทศไทย โดยในผู้ป่วยเพศชาย มะเร็งช่องปากเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 4 มีอุบัติการณ์การเกิดโรคเท่ากับ 5.2 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี และในผู้ป่วยเพศหญิง มะเร็งช่องปากเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 7 มีอุบัติการณ์การเกิดโรคเท่ากับ 4.6 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี[3] ดังแสดงในภาพที่ 1 ดังนั้นอัตราส่วนอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งช่องปากระหว่างเพศชายและเพศหญิงจึงเท่ากับ 1.1:1 และเมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศ ประเทศไทยยังจัดว่ามีอุบัติการณ์การเกิดโรคต่ำกว่าประเทศอื่นบางประเทศ เช่น อินเดีย จีน[16] ศูนย์มะเร็งจังหวัดสงขลาและศูนย์มะเร็งจังหวัดขอนแก่น เป็นศูนย์มะเร็งที่รายงานอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งช่องปากในเพศชายและเพศหญิงมากที่สุดตามลำดับ โดยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคเท่ากับ 9.7 และ 6.7 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ในเพศชายและหญิงตามลำดับ ดังแสดงในภาพที่ 2 ทั้งนี้อุบัติการณ์การเกิดโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ[3]

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 1 แสดงอุบัติการณ์การเกิดมะเร็ง 10 อันดับแรก ในผู้ป่วยเพศชาย (A) และเพศหญิง (B) ปี พ.ศ. 2541 (ASR ย่อมาจาก age-standardized incidence rates)[3]



ภาพที่ 2 แสดงอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งช่องปาก ระหว่างปี พ.ศ. 2541 - 2543 ในเพศชาย และเพศหญิง ซึ่งรายงานจากศูนย์มะเร็งตามจังหวัดต่างๆ ของประเทศไทย (ASR ย่อมาจาก age-standardized incidence rates)[3]

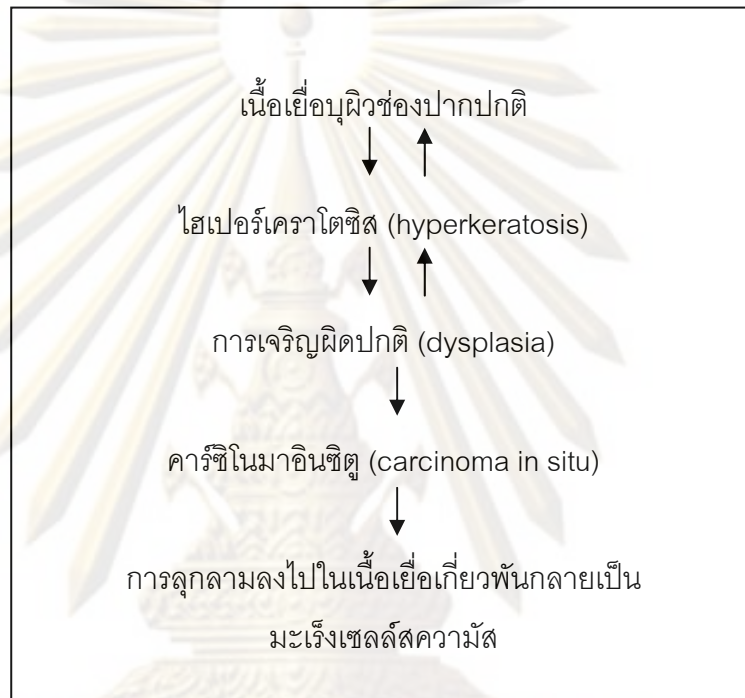
จากการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) โดย Iamaroon และคณะ[17] ระหว่างปี ค.ศ. 1991 – 2000 ในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากชนิดเซลล์สความัส จำนวน 587 ราย ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าร้อยละ 42.8 เป็นมะเร็งที่ลิ้น รองลงมาเป็นเยื่อเมือกแก้ม พบร้อยละ 16 อัตราส่วนระหว่างเพศชายและเพศหญิงเท่ากับ 1.3:1 โดยผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 17 – 97 ปี และร้อยละ 87.2 มีอายุมากกว่า 45 ปี นอกจากนี้ยังมีการศึกษาแบบย้อนหลังโดย Chindavijak[18] ระหว่างปี ค.ศ. 1997 – 2001 ในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากชนิดเซลล์สความัส จำนวน 44 ราย ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรุงเทพฯ พบว่าร้อยละ 68.2 เป็นมะเร็งที่ลิ้น รองลงมาเป็นที่เหงือก พบร้อยละ 15.9 โดยผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 33 – 78 ปี และมีอายุเฉลี่ย 60.7 ปี อัตราส่วนระหว่างเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน คือ 1:1 จากการศึกษามะเร็งช่องปากในกลุ่มคนไทยข้างต้น พบว่า ลิ้นเป็นตำแหน่งที่พบมะเร็งช่องปากมากที่สุด และพบในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ได้จากหลายประเทศดังที่กล่าวแล้ว[10-12]

### สาเหตุของมะเร็งช่องปาก

มะเร็งช่องปาก เกิดขึ้นจากหลายปัจจัย (multifactorial)[13] และประกอบไปด้วยหลายขั้นตอน (multistep process) ส่วนใหญ่มักเกิดในผู้สูงอายุ ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากการสะสมความผิดปกติมาเป็นเวลานานจากการกลายพันธุ์ (mutation) ของยีน (gene) จากการกระตุ้นของปัจจัยเสี่ยงภายนอก โดยมียีนที่สำคัญ 3 กลุ่ม ที่เป็นยีนเป้าหมายของการกลายพันธุ์ นั่นคือ โปรโตออนโคยีน (protooncogenes) ยีนต้านมะเร็ง (tumor suppressor genes) และยีนที่ควบคุมการตายของเซลล์แบบโปรแกรมทางพันธุกรรมกำหนดการตายของเซลล์ (genetically programmed cell death หรือ apoptosis)[10] โดยปกติแล้วโปรโตออนโคยีนในมนุษย์ทำหน้าที่ส่งเสริมการเจริญและการแปรรูป (differentiation) ของเซลล์ หากโดนทำลายจากสิ่งแวดล้อมร่างกาย เช่น เชื้อไวรัส รังสี สารก่อมะเร็ง อาจส่งผลทำให้โปรโตออนโคยีนเปลี่ยนไปเป็นยีนมะเร็ง (oncogenes) ได้ ซึ่งยีนมะเร็งนี้ถือว่าเป็นยีนเด่น (dominant gene) เพราะเพียงการกลายพันธุ์ของอัลลีล (allele) เดียวก็ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (transform) ของเซลล์ได้ ในขณะที่ยีนต้านมะเร็งนั้นจัดเป็นยีนด้อย (recessive gene) เพราะต้องการการกลายพันธุ์ของทั้งสองอัลลีลจึงมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ สำหรับยีนที่ควบคุมการตายของเซลล์แบบโปรแกรมทางพันธุกรรมกำหนดการตายของเซลล์นั้น บางตัวอาจเป็นยีนเด่น หรือบางตัวอาจเป็นยีนด้อยก็ได้ [19]

การเกิดมะเร็งช่องปาก เชื่อกันว่ารอยโรคเริ่มแรกก่อนที่จะเป็นมะเร็งช่องปาก คือ ไฮเปอร์เคราโตซิส (hyperkeratosis) ซึ่งจะพบว่ามีโครงสร้างเคราติน (keratin) ที่ชั้นบนสุดของเนื้อเยื่อบุผิวเพิ่มมากขึ้น ร่วมกับการเพิ่มจำนวนเซลล์เนื้อเยื่อบุผิวที่ชั้นเซลล์สไปนัส (spinous cell layer) ต่อมาเซลล์เบซัล (basal cell) ก็เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เจริญผิดปกติ (dysplasia) ซึ่งสามารถสังเกตได้จากกล้องจุลทรรศน์ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่พบมีได้หลายลักษณะ เช่น เซลล์มีลักษณะพหิโอมอร์ฟิซึม (cellular pleomorphism) นิวเคลียสติดสีเข้มจัด (nuclear hyperchromatism) เซลล์มีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้น เป็นต้น เมื่อทิ้งไว้ระยะเวลาหนึ่ง การเจริญผิดปกติจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยมีการขยายขึ้นไปในเซลล์ชั้นบนๆ จนในที่สุดมีการเปลี่ยนแปลงทั้งชั้นของเนื้อเยื่อบุผิวที่เรียกว่า คาร์ซิโนมาอินซิตู (carcinoma in situ) ในรอยโรคชนิดหลังนี้หากทิ้งไว้โดยไม่มีการรักษา เซลล์มะเร็งในคาร์ซิโนมาอินซิตูจะลุกลามผ่านชั้นเบสเมมเบรน (basement membrane) ลงไปในชั้นเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue) และมีการเพิ่มจำนวนเซลล์ขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นมะเร็งช่องปากชนิดเซลล์สควamous ที่แท้จริง และในที่สุด

อาจมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ และส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้[19] ขบวนการที่กล่าวมาข้างต้นสรุปเป็นแผนภาพ ดังแสดงในภาพที่ 3



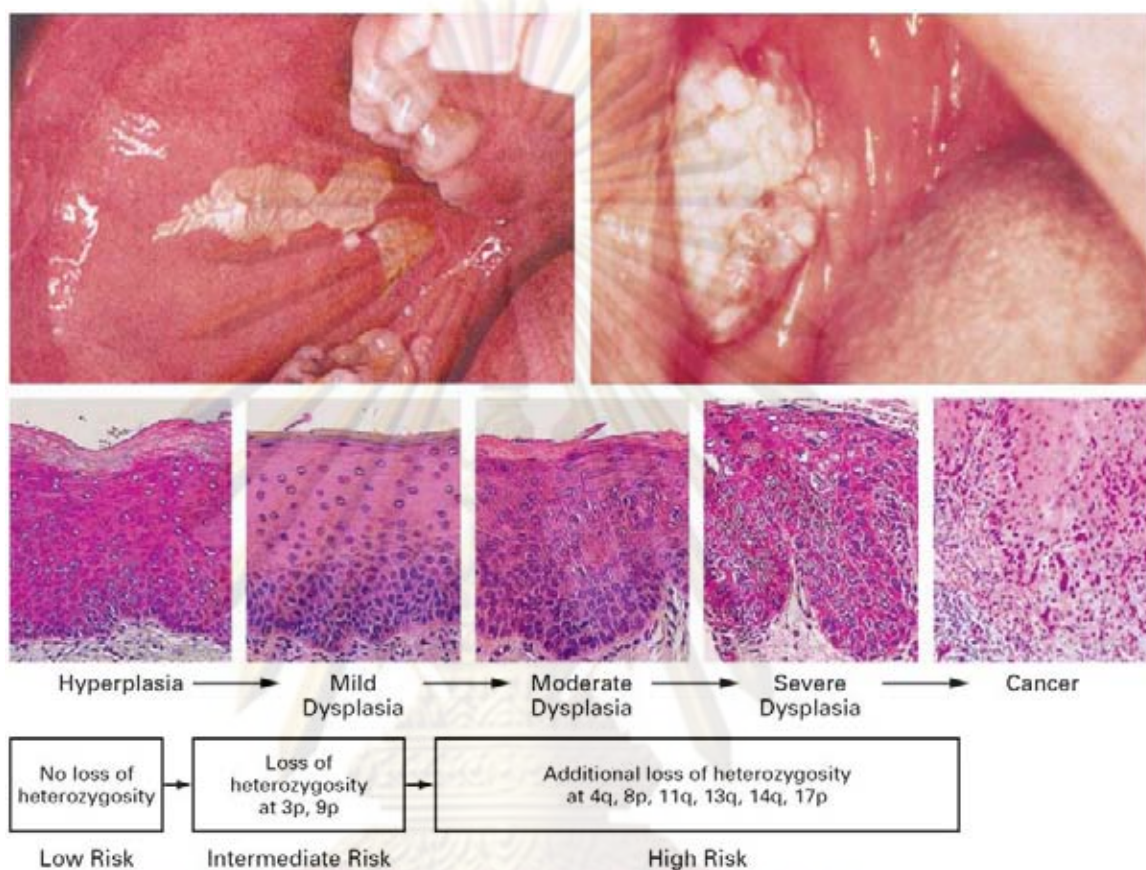
ภาพที่ 3 แสดงการเปลี่ยนแปลงจากเนื้อเยื่อบุผิวช่องปากปกติไปจนถึงการเป็นมะเร็งช่องปากชนิดเซลล์สความัส ↓↑ หมายถึง การพัฒนาไปข้างหน้าและอาจผันกลับได้ (reversible) ↓ หมายถึง การพัฒนาไปข้างหน้าอย่างเดียวและไม่สามารถผันกลับได้ (irreversible)[19]

รอยโรคลิวโคเพลเคีย (leukoplakia) ถือว่าเป็นรอยโรคก่อนมะเร็งที่มีอุบัติการณ์สูงที่พบว่ามี การเปลี่ยนรูปเป็นมะเร็ง (malignant transformation) และเป็นตัวบ่งชี้ (marker) ที่แสดงถึงความ เสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในการเกิดมะเร็งช่องปาก ดังแสดงในภาพที่ 4 ซึ่งแสดงการเปลี่ยนรูปดังกล่าวข้างต้น จากการศึกษารายงานของ Lippman และ Hong[20] ในปี ค.ศ. 2001 พบว่า การเปลี่ยนแปลงระดับบอญ (molecular progression) ในโครโมโซม แสดงถึงความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในการเกิดมะเร็งช่องปาก



รอยโรคลิ่วโคเพลเคียในช่องปาก

มะเร็งช่องปาก



ภาพที่ 4 แสดงรอยโรคลิ่วโคเพลเคียที่มีการเปลี่ยนรูปไปเป็นมะเร็งช่องปาก[20]  
รูปแถบบน แสดงการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก (clinical progression) จากรอยโรค  
 ลิ่วโคเพลเคียในช่องปากไปเป็นมะเร็งช่องปาก (จากซ้ายไปขวา) ซึ่งเกิดขึ้นหลังจากการรอยโรค  
 ลิ่วโคเพลเคียถูกผ่าตัดออกทั้งหมด (complete resection) เมื่อ 3 ปีที่แล้ว

รูปแถวกกลาง แสดงการเปลี่ยนแปลงทางจุลวิทยา (histologic progression) จาก  
 ไฮเปอร์เพลเซีย (hyperplasia) ไปเป็นมะเร็งช่องปากระยะแรก

รูปแถวล่าง แสดงการเปลี่ยนแปลงในระดับอณู (molecular progression) ที่มีการสูญเสีย  
 เฮเทอโรไซโกซิตี (heterozygosity) โดยพบว่า ยังมีการสะสมการเปลี่ยนแปลงระดับยีนมากเท่าไร  
 ความเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งช่องปากก็ยิ่งเพิ่มมากขึ้น

## ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก

ปัจจุบันมีการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งช่องปากมากมาย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่

### 1. การใช้ใบยาสูบในรูปแบบต่างๆ

ในประเทศอินเดียและหลายประเทศในทวีปเอเชียพบว่า การเกิดมะเร็งช่องปาก สัมพันธ์กับการเคี้ยวใบยาสูบร่วมกับใบพลูและหมาก ในขณะที่ประเทศทางตะวันตกพบว่า การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักเป็นปัจจัยหลัก มีการศึกษายืนยันว่า การใช้ใบยาสูบในรูปแบบต่างๆ เช่น บุหรี่ ใบบู่ ชิการ์ ทำให้เกิดมะเร็งในมนุษย์[21-23] โดยพบว่า ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมีประวัติสูบบุหรี่[22] ส่วนการเคี้ยวใบยาสูบร่วมกับใบพลูและหมากจะยิ่งเพิ่มการสัมผัสกับสารก่อมะเร็งที่เรียกว่า ไนโตรซามีน (nitrosamines) ที่มาจากทั้งใบยาสูบและผลหมาก จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งมากขึ้น จึงอาจกล่าวได้ว่า มะเร็งช่องปาก ส่วนหนึ่งเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ในแง่ของการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงข้างต้น[22] ในประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากร้อยละ 80 มีประวัติสูบบุหรี่ และจากการสังเกตอุบัติการณ์ทางคลินิกพบว่า ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งเยื่อบุปฐมภูมิ (primary carcinoma) ในตำแหน่งท่อทางเดินหายใจและทางเดินอาหารตอนบน (upper aerodigestive tract) เป็นตำแหน่งที่สองต่อจากมะเร็งช่องปากถึง 2 - 6 เท่าในผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่เมื่อเทียบกับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่หลังการวินิจฉัย[13] สำหรับมะเร็งช่องปากในประเทศไทยนั้น จากการศึกษาแบบควบคุมกลุ่ม (case-control study) ของ Prateepko[3] ปี ค.ศ. 1998 พบว่า มีความเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk) ในกลุ่มที่สูบบุหรี่ เท่ากับ 4.0 และมีการศึกษาแบบย้อนหลังโดย Iamaroon และคณะ[17] ปี ค.ศ. 2004 ในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากชนิดเซลล์ความัส จำนวน 587 ราย พบว่า ร้อยละ 64.4 เป็นผู้ที่สูบบุหรี่และส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สำหรับผู้ป่วยเพศหญิงมักพบพฤติกรรมการเคี้ยวหมาก ซึ่งในการศึกษานี้ พบได้ร้อยละ 50.2 ทั้งสองพฤติกรรมนี้พบที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดมะเร็งช่องปาก ส่วนปัจจัยเสี่ยงด้านการมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งกลับพบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดมะเร็งช่องปาก ผลจากการศึกษานี้บ่งชี้ว่า วิถีการดำรงชีวิตเชิงวัฒนธรรมและสังคมที่แตกต่างกันระหว่างเพศมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดโรค นั่นคือ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในเพศชาย และการเคี้ยวหมากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในเพศหญิง

## 2. การเคี้ยวหมาก

มีการศึกษาพบว่า การเคี้ยวใบยาสูบร่วมกับใบพลูและหมาก สามารถเพิ่มความเสียหายที่สัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งช่องปากสูงถึง 8 - 15 เท่า ซึ่งมากกว่าการเคี้ยวหมากโดยไม่มีใบยาสูบ สำหรับในกรณีหลังนี้ พบว่า มีความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งช่องปาก 1 - 4 เท่า จากการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่า ไนโตรซามีนจากผลหมากทำให้เกิดการกลายพันธุ์ มีพิษต่อยีน และสามารถเหนี่ยวนำให้เกิดมะเร็งได้[22] จากการศึกษาแบบควบคุมกลุ่มของ Simarak และคณะ[3] ปี ค.ศ. 1977 ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มีความเสี่ยงสัมพันธ์ในกลุ่มที่เคี้ยวหมากเท่ากับ 2.3 และ 3.2 ในเพศชายและหญิงตามลำดับ และจากการศึกษาของ Prateepko[3] ในภาคใต้ของประเทศไทย พบว่า มีความเสี่ยงสัมพันธ์ในกลุ่มที่เคี้ยวหมากเช่นเดียวกัน โดยมีความเสี่ยงสัมพันธ์เท่ากับ 12.5

## 3. แอลกอฮอล์

มีการศึกษาที่บ่งชี้ว่า แอลกอฮอล์สามารถทำให้เกิดมะเร็งช่องปาก โดยออกฤทธิ์ทั้งแบบอิสระหรือแบบที่เสริมฤทธิ์กับการสูบบุหรี่ ทั้งนี้แอลกอฮอล์อาจมีบทบาทเป็นตัวทำลายและเพิ่มความสามารถในการแทรกซึมของสารก่อมะเร็งเข้าไปในเนื้อเยื่อเป้าหมาย อีกทั้ง อเซตัลดีไฮด์ (acetaldehyde) ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์จากการสับดาปแอลกอฮอล์ ถูกบ่งชี้ว่าเป็นสารที่ส่งเสริมการเกิดเนื้องอก (tumor promoter)[22] จากการศึกษาแบบควบคุมกลุ่มของ Prateepko[3] ในประเทศไทย พบว่า มีความเสี่ยงสัมพันธ์ในกลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์เท่ากับ 3.8

## 4. เชื้อจุลินทรีย์

พบว่า เชื้อไวรัสชนิดฮิวแมน แปปพิโลมา (Human papilloma) มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับเนื้องอกทั้งชนิดที่ไม่ร้ายแรงและเป็นมะเร็ง โดยสามารถตรวจพบไวรัสชนิดนี้ได้ ในรอยโรคดังกล่าว ซึ่งแบบชนิดย่อย (subtype) 16 และ 18 ถูกระบุว่า ทำให้เกิดการเปลี่ยนรูปเป็นรอยโรคมะเร็ง[15, 22, 24] นอกจากนี้ยังมีแบบชนิดย่อย 31 และ 33[24] แต่ยังไม่ถูกกล่าวถึงมากเท่ากับสองแบบชนิดย่อยแรก นอกจากนี้เชื้อไวรัสแล้ว เชื้อราแคนดิดา แอลบิแคนส์ (*Candida albicans*) ก็เป็นเชื้อจุลินทรีย์หนึ่งที่สามารถเหนี่ยวนำให้เกิดการเพิ่มจำนวนเซลล์เยื่อเมือกและสร้างสารก่อมะเร็งในหลอดทดลองโดยรอยโรคที่เกิดจากเชื้อราแคนดิดา แอลบิแคนส์ และเป็นรอยโรคที่มีโอกาสเปลี่ยนไปเป็นมะเร็งสูง คือ รอยโรคราแคนดิดาชนิดเจริญเกินแบบเรื้อรัง (chronic hyperplastic candidiasis) ซึ่งพบลักษณะเป็นปุ่มเล็ก (nodule) หรือแผ่นขาวเป็นจุด (speckled-white plaques) ที่บริเวณเยื่อช่องปาก[13, 22]

#### 5. อาหารและสารอาหาร

การขาดธาตุเหล็กส่งผลให้เยื่อผิวฝ่อลีบ (epithelial atrophy) และเกิดกลุ่มอาการพลัมเมอร์ วินสัน (Plummer-Vinson syndrome) ซึ่งมีอาการกลืนอาหารลำบากและลิ้นอักเสบแดง การฝ่อลีบของเยื่อเมือกในช่องปากร่วมกับการขาดธาตุเหล็กพบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งบริเวณทางเดินหายใจส่วนบนและช่องทางผ่านอาหาร นอกจากนี้ยังมีหลายการศึกษาที่ระบุว่า ผักและผลไม้ซึ่งมีวิตามินเอและซีสูงสามารถป้องกันมะเร็งช่องปากได้[22]

#### 6. มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ

จากข้อมูลทางระบาดวิทยาบ่งชี้ว่า การมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งบริเวณศีรษะและคอเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่ง โดยเกี่ยวข้องกับความสามารถในการซ่อมแซมดีเอ็นเอที่เสียหายจากสารก่อมะเร็งในยาสูบ ในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ พบว่ามีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นที่จะเกิดความเสียหายต่อโครโมโซมจากสารที่ทำให้เกิดการกลายพันธุ์ (mutagens)[22] แต่ทั้งนี้เรื่องของพฤติกรรมเสี่ยงจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมากกว่า[17]

#### 7. ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง

การตอบสนองของภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติ อย่างกรณีที่พบในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี (HIV infection) อาจเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดมะเร็ง โดยมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ คาร์ซิโนมา ซาร์โคมา (Kaposi's sarcoma) และเชื้อไวรัสชนิดฮิวแมน เฮอร์ปีส์ ชนิด 8 (Human Herpes Virus type 8) ถูกเชื่อกันว่าจะเป็นสาเหตุของมะเร็งชนิดนี้ สำหรับมะเร็งเซลล์สควamous ในช่องปาก มักพบในผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ (organ transplantation) ซึ่งได้รับยากดภูมิคุ้มกัน และมีรายงานว่าพบมะเร็งเซลล์สควamous ในช่องปากในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยเพศชายที่อายุน้อยกว่า 45 ปี[10]

#### 8. รังสีอัลตราไวโอเล็ต (ultraviolet)

พบความสัมพันธ์ระหว่างรังสีอัลตราไวโอเล็ตกับการเกิดมะเร็งที่ริมฝีปากล่าง แต่ยังไม่เป็นที่แน่ชัด[13]

### ลักษณะทางคลินิก

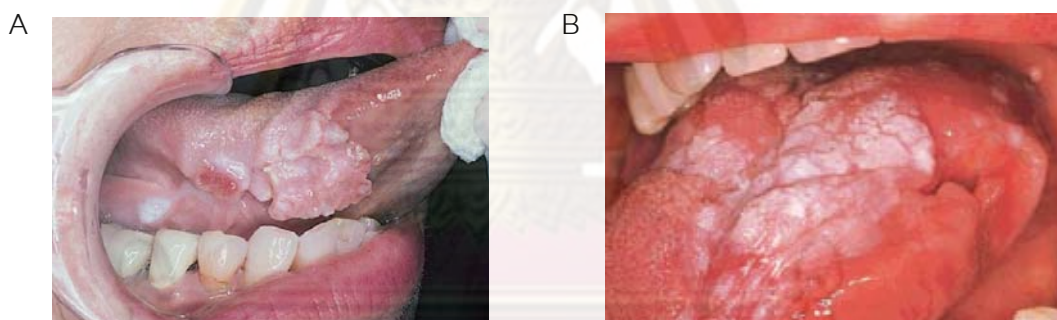
มะเร็งเซลล์สควamous ปรากฏอาการและอาการแสดงได้หลายลักษณะ บางกรณีจะคล้ายกับรอยโรคชนิดไม่ร้ายแรง (benign lesions) โดยเฉพาะมะเร็งช่องปากระยะเริ่มแรกหรือปรากฏเป็นรอยโรคก่อนมะเร็ง (pre-malignant lesions) ที่ไม่เจ็บปวดหรือมีอาการไม่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจที่จะพบแพทย์ ตรวจจับความเจ็บปวดนั้นรุนแรงขึ้น และคงอยู่เป็นระยะเวลานาน การพบ

แพทย์ในช่วงเวลานี้จึงอาจล่าช้าเกินไปและส่งผลให้มีการลุกลามของโรคไปยังอวัยวะส่วนอื่นแล้ว นอกจากอาการเจ็บปวดแล้ว อาการที่บ่งบอกถึงความรุนแรง ได้แก่ อาการชาบริเวณช่องปากและไบหน้า (orofacial region) มีปัญหาในการพูด การเคี้ยว และกลืนอาหาร[12]

อาการแสดงของมะเร็งช่องปาก[11-14, 19] มีได้หลายลักษณะ ดังนี้

- ลักษณะเป็นแผล รอยถลอก หรือก้อนโต ดังแสดงในภาพที่ 5 (A)
- ลักษณะเป็นรอยโรคลิควิโดเพลเคีย ดังแสดงในภาพที่ 5 (B)
- ลักษณะเป็นรอยโรคอีริโทรเพลเคีย (erythroplakia)
- ลักษณะเป็นรอยโรคอีริโทรลิควิโดเพลเคีย (erythroleukoplakia)
- รอยโรคมีลักษณะแข็ง (induration)

● กรณีที่ลุกลามไปที่กระดูกและกล้ามเนื้อ รอยโรคจะยึดติดกับอวัยวะข้างใต้เป็นรอยโรคเรื้อรังที่ไม่หายใน 4 สัปดาห์ ต่อมน้ำเหลืองโต ซึ่งมักไม่มีอาการเจ็บปวด ติดแน่นอยู่กับที่ และแสดงถึงระยะมะเร็งขั้นรุนแรง



ภาพที่ 5 A แสดงรอยโรคมะเร็งที่มีลักษณะเป็นก้อนโต[10] B แสดงรอยโรคมะเร็งที่ลิ้นซึ่งสัมพันธ์กับรอยโรคสีขาว[21]

### ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา (histopathologic features)

มะเร็งเซลล์สความัส เป็นมะเร็งที่พัฒนามาจากเซลล์เยื่อผิวที่มีการเจริญผิดปกติ โดยพบว่าเซลล์มะเร็งมีการเรียงตัวเป็นกลุ่ม (island) หรือเป็นสาย (cord) แทรกซึมผ่านชั้นเบสเมนท์ เมมเบรนเข้าไปในชั้นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันข้างใต้ ถ้ามีการแทรกซึมเพียงชั้นบนๆ ของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน จะเรียกว่า มะเร็งเซลล์สความัสชนิดซูเปอร์ฟิเชียลลิอินเวซีฟ (superficially invasive) หรือชนิดไมโครอินเวซีฟ (microinvasive) เซลล์มะเร็งสามารถแทรกซึมเข้าไปในเนื้อเยื่อเกี่ยวพันได้อย่าง

อิสระ โดยไม่จำเป็นต้องยึดติดกับพื้นผิวของเยื่อ การลุกลามอาจลึกลงไปถึงชั้นของไขมัน กล้ามเนื้อและกระดูกโดยทำลายเนื้อเยื่อที่มีอยู่เดิม มักพบการตอบสนองของเซลล์อักเสบต่อการแทรกซึมของเซลล์มะเร็ง และอาจพบการตายของเซลล์ในบางตำแหน่ง เซลล์มะเร็งสามารถเหนี่ยวนำให้เกิดการสร้างเส้นเลือดใหม่ (angiogenesis) และพังผืดหนา (dense fibrosis) เป็นที่ทราบกันว่าผลผลิตของเซลล์ความมัน คือ เคราติน ดังนั้นในมะเร็งชนิดนี้ จึงมักพบการสร้างเคราตินที่บริเวณกลางกลุ่มเซลล์มะเร็ง ซึ่งเรียกลักษณะนี้ว่า เคราตินเพิร์ล (keratin pearl) และบางครั้งเซลล์เดี่ยวๆ อาจมีการสร้างเคราตินเฉพาะของตัวเอง (individual cell keratinization)[13]

การประเมินความรุนแรงของมะเร็งเซลล์ความมัน จากลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา นี้เรียกว่า เกรดดิ้ง (grading) ซึ่งมีหลักการประเมินดังนี้

1. ดูจากลักษณะของมะเร็งว่ามีความใกล้เคียงกับเยื่อผิวสความมันที่เป็นปกติมากน้อยเพียงใด

2. ดูจากการสร้างเคราตินของมะเร็งว่ามีมากน้อยเพียงใด

จากเกณฑ์ข้างต้น ทำให้สามารถแบ่งเกรดของมะเร็งเซลล์ความมันออกเป็น

1. ดีฟเฟอเรนติเอชันดี (well differentiated) หรือ เกรดต่ำ (low grade) มีการสร้างเคราตินเพิร์ลมากและเซลล์มะเร็งจะดูคล้ายกับเซลล์เยื่อผิวสความมันปกติ

2. ดีฟเฟอเรนติเอชันปานกลาง (moderately differentiated) มีลักษณะอยู่ระหว่าง ดีฟเฟอเรนติเอชันดีกับดีฟเฟอเรนติเอชันเลว (poorly differentiated)

3. ดีฟเฟอเรนติเอชันเลว หรือชนิดอนาพลาสติก (anaplastic) หรือเกรดสูง (high grade) มีการสร้างเคราตินเพียงเล็กน้อยหรือไม่พบการสร้างเคราตินเลย และเซลล์มะเร็งมีพลีโอมอร์ฟิซึมสูง

อย่างไรก็ตาม การแบ่งเกรดจากลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา นี้ ขึ้นกับตำแหน่งของเซลล์มะเร็งจากชั้นเนื้อตัวอย่างที่นำมาตรวจ และข้อกำหนดแต่ละบุคคลของพยาธิแพทย์เป็นสำคัญ[13]

จากการศึกษาในผู้ป่วยคนไทยในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 587 คน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเซลล์ความมันแบบดีฟเฟอเรนติเอชันดี (ร้อยละ 50.6) รองลงมา เป็นแบบดีฟเฟอเรนติเอชันปานกลาง (ร้อยละ 28.8)[17]

## การวินิจฉัย (diagnosis)

### การประเมินขั้นต้นและการวินิจฉัย

การตรวจพบตั้งแต่ระยะแรก (early detection) เป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากการรักษาตั้งแต่เริ่มแรกช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตให้กับผู้ป่วย องค์การอนามัยโลก[25] ได้กำหนดให้มะเร็งช่องปากเป็นมะเร็งที่อยู่ในกลุ่มที่ต้องสังเกตอาการแสดงเตือน (warning signs) เพื่อที่จะให้การวินิจฉัยได้ในระยะแรก (early diagnosis) ในโปรแกรมการควบคุมมะเร็งแห่งชาติ (national cancer control programmes) ดังแสดงในตารางที่ 1 การตรวจช่องปากสามารถทำได้ง่ายด้วยวิธีการดู (visual inspection) ซึ่งตรวจได้เป็นประจำทางคลินิก (routine examination) และสามารถทำได้โดยบุคลากรที่มีชีพยา

โปรแกรมการควบคุมมะเร็งแห่งชาติโดยองค์การอนามัยโลก ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับการสังเกตอาการแสดงเตือน ดังนี้

1. ทุกประเทศต้องทำการประชาสัมพันธ์อาการและอาการแสดงระยะแรกของโรคมะเร็งชนิดต่างๆ รวมทั้งสอนวิธีการดูและการปฏิบัติเมื่อพบอาการและอาการแสดงนั้น
2. บุคลากรสาธารณสุขต้องได้รับการฝึกฝนและจดจำลักษณะของมะเร็งระยะเริ่มแรก รวมทั้งส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วไปยังที่ซึ่งสามารถให้การวินิจฉัยและรักษาได้

**ตารางที่ 1** แสดงข้อแนะนำในการตรวจเพื่อควบคุมมะเร็งตามโปรแกรมการควบคุมมะเร็งแห่งชาติโดยองค์การอนามัยโลก[25]

Site of cancer	Recommendation for early detection	
	Warning signs	Screening
Oral cavity	Yes	No
Nasopharynx	Yes	No
Oesophagus	No	No
Stomach	Yes	No
Colon/rectum	Yes	No
Liver	No	No
Lung	No	No
Skin melanoma	Yes	No
Other skin cancers	Yes	No
Breast	Yes	Yes
Cervix	Yes	Yes
Ovary	Yes	No
Urinary bladder	Yes	No
Prostate	Yes	No

หลังจากที่มีการตรวจพบอาการแสดงเตือนแล้ว ควรทำการซักประวัติและตรวจลักษณะทางคลินิก การใช้รังสีเพื่อการประเมินรอยโรค (radiological investigations) ซึ่งจะช่วยบอกขอบเขต และขนาดของรอยโรคปฐมภูมิ (primary lesion) และประเมินการลุกลามเฉพาะที่หรือการกระจายของโรคไปยังอวัยวะที่ไกลออกไป แต่การยืนยันการวินิจฉัยโรคนั้น ต้องอาศัยผลทางจุลพยาธิวิทยาจากการตัดชิ้นเนื้อเท่านั้น สำหรับวิธีอื่นๆ เช่น การทำไวทัล สเตนนิ่ง (vital staining) ด้วยโทลูอิดีน บลู (toluidine blue) ฟลูออเรสเซนซ์ อิมเมจจิง (fluorescence imaging) ฯลฯ จะใช้เพื่อคัดกรองผู้ป่วยและประกอบการวินิจฉัยก่อนการตัดชิ้นเนื้อเท่านั้น

การประเมินทางคลินิกและการใช้รังสีเพื่อการประเมินรอยโรค จะช่วยบอกการลุกลามของโรค ซึ่งมักแสดงผลในรูปแบบของระยะของโรค (staging) ที่นิยมได้แก่ Tumor Node Metastasis (TNM) system ดังแสดงในตารางที่ 2



**ตารางที่ 2** แสดงการแบ่งระยะทางคลินิก (clinical staging) ของมะเร็งช่องปากชนิดเซลล์สควamous[10]

**มะเร็งปฐมภูมิ (primary tumour) หรือ T**

TX	ไม่สามารถประเมินมะเร็งปฐมภูมิได้
T0	ไม่พบหลักฐานของมะเร็งปฐมภูมิ
Tis	คาร์ซิโนมาอินซิดู
T1	มะเร็งปฐมภูมิมีขนาดตั้งแต่ 2 ซม. ลงมา
T2	มะเร็งปฐมภูมิมีขนาดใหญ่มากกว่า 2 ซม. แต่ไม่เกิน 4 ซม.
T3	มะเร็งปฐมภูมิมีขนาดใหญ่มากกว่า 4 ซม.
T4	มะเร็งปฐมภูมิมีการลุกลามโครงสร้างข้างเคียง ได้แก่ กระดูกที่บ (cortical bone) กล้ามเนื้อชั้นส่วนลึก (deep muscle of tongue) โพรงอากาศขากรรไกรบน (maxillary sinus) และผิวหนัง

**ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง (regional lymph nodes) หรือ N**

NX	ไม่สามารถประเมินต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงได้
N0	ไม่พบการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง
N1	พบการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง 1 ต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับมะเร็ง มีขนาดตั้งแต่ 3 ซม. ลงมา
N2	พบการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง 1 ต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับมะเร็ง มีขนาดใหญ่มากกว่า 3 ซม. แต่ไม่เกิน 6 ซม. หรือพบการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองหลายต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับมะเร็ง ขนาดไม่เกิน 6 ซม. หรือพบการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองทั้งสองข้างหรือคนละข้างกับมะเร็ง ขนาดไม่เกิน 6 ซม.
N2a	พบการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง 1 ต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับมะเร็ง มีขนาดใหญ่มากกว่า 3 ซม. แต่ไม่เกิน 6 ซม.
N2b	พบการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองหลายต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับมะเร็ง มีขนาดไม่เกิน 6 ซม.
N2c	พบการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองทั้งสองข้าง หรือคนละข้างกับมะเร็ง มีขนาดไม่เกิน 6 ซม.
N3	พบการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง มีขนาดใหญ่มากกว่า 6 ซม.

**การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่ไกลออกไป (distant metastasis) หรือ M**

MX	ไม่สามารถประเมินการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่ไกลออกไป
M0	ไม่มีการกระจายไปยังอวัยวะอื่นที่ไกลออกไป
M1	มีการกระจายไปยังอวัยวะอื่นที่ไกลออกไป

**ระยะทางคลินิก TNM (clinical staging grouping)**

Stage 0	Tis	N0	M0
Stage I	T1	N0	M0
Stage II	T2	N0	M0
Stage III	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0, N1	M0
Stage IV	T4	N0, N1	M0
	Any T	N2, N3	M0
	Any T	Any N	M1

TNM system ถูกนำมาใช้เป็นมาตรฐานในการประเมินรอยโรค (objective standardized assessment) เพื่อการวางแผนการรักษา การสื่อสารระหว่างทีมแพทย์ และการพยากรณ์โรค

### **การประเมินรอยโรคปฐมภูมิ (primary lesion)**

มะเร็งช่องปากสามารถลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียง เช่น ลิ้น พื้นช่องปาก กระดู ฯลฯ การประเมินลักษณะทางคลินิกจึงต้องอาศัยเทคนิคการถ่ายภาพต่างๆ ร่วมด้วย ซึ่งได้แก่ การถ่ายภาพรังสีเอ็กซเรย์เพนโตโมแกรม (orthopantomogram; OPG) การถ่ายภาพรังสีด้วยคอมพิวเตอร์โทโมแกรม (computerized tomogram; CT) และวิธีใช้คลื่นแม่เหล็ก (magnetic resonance imaging; MRI) สำหรับวิธีใช้คลื่นแม่เหล็ก สามารถใช้ได้กับกรณีที่มีการลุกลามเนื้อเยื่ออ่อน โดยเฉพาะการกระจายของโรคไปตามเส้นประสาท นอกจากนี้ ยังมีการใช้วิธีการตรวจกระดูก (bone scan) กรณีที่ลุกลามไปยังกระดูก แต่ยังเป็นวิธีที่ไม่ได้ใช้กันทั่วไป นอกจากนี้ อาจใช้วิธีการตรวจภายใต้ยาสลบ (examination under anaesthetic; EUA) ในกรณีที่รอยโรคกระจายลงไปที่ช่องปากอยู่ในส่วนต่อทางเดินหายใจและทางเดินอาหารตอนบน ซึ่งไม่สามารถตรวจรอยโรคขณะที่ผู้ป่วยยังรู้สึกตัวได้ หรือกรณีมีรอยโรคเกิดขึ้นพร้อมกันในตำแหน่งต่อทางเดินหายใจและทางเดินอาหารตอนบนจะใช้วิธีที่เรียกว่า เพนเอนโดสโคปี (panendoscopy) วิธีนี้จะถูกใช้ต่อเมื่อมีอาการและอาการแสดงเท่านั้น[26]

### **การประเมินการลุกลามต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ**

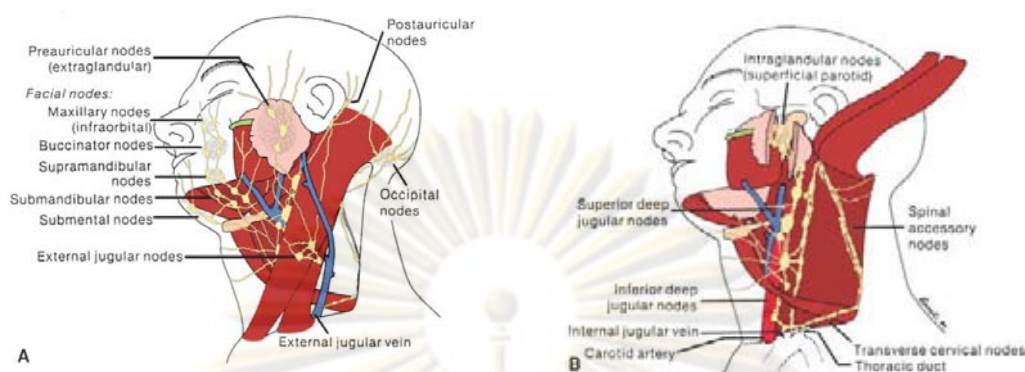
การตรวจต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ เพื่อประเมินการลุกลามของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง ทั้งนี้ลักษณะของต่อมน้ำเหลืองที่ตรวจพบ อาจช่วยบอกสาเหตุของความผิดปกติได้ ดังแสดงในตารางที่ 3 สำหรับระบบทางเดินน้ำเหลืองในบริเวณศีรษะและคอจะเชื่อมต่อไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอส่วนลึก (deep cervical lymph nodes) ซึ่งจะทอดตัวไปตามความยาวของเส้นเลือดดำอินทอเนล จูกลาร์ (internal jugular vein)[10] ดังแสดงในภาพที่ 6

ตารางที่ 3 แสดงการตรวจต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีการคลำ และลักษณะที่ตรวจพบแยกตามสาเหตุ [10]

สาเหตุของต่อมน้ำเหลือง ผิดปกติ (lymphadenopathy)	เนื้อสัมผัส (texture)	ความรู้สึกเมื่อ สัมผัส (sensitivity)	การเคลื่อนที่ (mobility)
การติดเชื้อเฉียบพลันหรือมะเร็ง	นิ่ม (soft)	เจ็บ (tender)	เคลื่อนที่ได้ (movable)
มะเร็ง	แน่นแข็ง (firm)	ไม่เจ็บ (nontender)	เคลื่อนที่ได้หรือ ติดแน่น (fixed)

ระบบของโรงพยาบาลเมมโมเรียล (Memorial Hospital system)[26] เป็นระบบที่ใช้บอกระดับการลุกลามของมะเร็งในบริเวณนี้ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ[10, 26] ดังแสดงในภาพที่ 7 ความถูกต้องในการประเมินบริเวณนี้เป็นสิ่งจำเป็น เพราะเป็นปัจจัยพยากรณ์โรค (prognostic factor) ที่สำคัญ กรณีที่ขนาดรอยโรคมากกว่า 1 เซนติเมตร หรือมีการตายที่ส่วนกลางของต่อมการคลำต่อมน้ำเหลืองร่วมกับการถ่ายภาพรังสีด้วยคอมพิวเตอร์ โทโมแกรม หรือด้วยวิธีใช้คลื่นแม่เหล็กจะสามารถตรวจพบได้ อย่างไรก็ตามขนาดของต่อมน้ำเหลืองไม่อาจบอกลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาได้ ต่อมน้ำเหลืองที่มีขนาดใหญ่อาจเป็นเพียงการเจริญเกินตอบสนองที่ไม่ร้ายแรง (benign reactive hyperplasia) ในขณะที่ต่อมน้ำเหลืองที่มีขนาดปกติ (น้อยกว่า 1 เซนติเมตร) อาจมีเซลล์มะเร็งอยู่ภายใน[26]

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 6 แสดงตำแหน่งระบบทางเดินน้ำเหลืองบริเวณคอ ภาพ A แสดงต่อมน้ำเหลืองในชั้นตื้น (superficial nodes) ภาพ B แสดงระบบทางเดินน้ำเหลืองในชั้นลึก (deep cervical drainage patterns) ซึ่งอยู่ข้างใต้กล้ามเนื้อสเตอโนไคโดมาสตอยด์ (sternocleidomastoid muscle)[10]



ภาพที่ 7 แสดงระดับต่อมน้ำเหลือง 1 ถึง 5 (lymph node levels I-V)[10]

ระดับ 1 (Level I) วางตัวอยู่ในส่วนสามเหลี่ยมใต้ขากรรไกรล่าง (submandibular triangle) ซึ่งบริเวณนี้ล้อมรอบด้วยกล้ามเนื้อส่วนหน้าและส่วนหลังของกล้ามเนื้อไดแกสทริก (digastric muscle) และขอบล่างของขากรรไกรล่าง

ระดับ 2 (Level II) วางตัวรอบส่วนบนของเส้นเลือดดำอินเทอเนล จูกลาร์ (internal jugular vein)

ระดับ 3 (Level III) วางตัวรอบส่วนกลางของเส้นเลือดดำอินเทอเนล จูกลาร์

ระดับ 4 (Level IV) วางตัวรอบส่วนล่างของเส้นเลือดดำอินเทอเนล จูกลาร์

ระดับ 5 (Level V) วางตัวในส่วนสามเหลี่ยมด้านหลัง (posterior triangle) ที่ล้อมรอบด้วยกระดูกไหปลาร้า (clavicle) ขอบหลังของกล้ามเนื้อสเตอโนไคโดมาสตอยด์และกล้ามเนื้อทราพีเซียส (trapezius muscle)[26]

### การประเมินการกระจายของโรค

การถ่ายภาพรังสีทรวงอก การตรวจเลือด การตรวจการทำงานของตับ ช่วยในการคัดกรองการกระจายของโรค หากผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ ควรต้องพิจารณาวิธีการตรวจที่เหมาะสมต่อไป[26]

### การรักษา

โดยทั่วไปภายหลังการรักษา อัตราการรอดชีวิต (survival rates) ของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ขึ้นกับหลายปัจจัย[10] ซึ่งได้แก่

- ระยะของโรค ขึ้นกับขนาดของรอยโรค การลุกลามเฉพาะที่ (local extension) การลุกลามต่อมน้ำเหลืองและการแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่นที่ไกลออกไป (distant metastasis) การรักษาในระยะเริ่มแรกจะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตให้กับผู้ป่วย ซึ่งได้มีการรายงานและรวบรวมเป็นสถิติไว้[13] ดังแสดงในตารางที่ 4

- ตำแหน่งของเนื้องอกปฐมภูมิ (primary tumor) มะเร็งที่เกิดด้านในและอยู่ส่วนหลังของช่องปาก มักมีการพยากรณ์โรคไม่ดี อัตราการรอดชีวิต 5 ปี มักต่ำกว่าร้อยละ 30 อาจเป็นเพราะได้รับการตรวจพบช้า ในขณะที่มะเร็งที่ริมฝีปาก มักมีอัตราการรอดชีวิต 5 ปี สูงกว่าร้อยละ 70[21]

- วิธีการรักษาเริ่มแรกเพียงพอและเหมาะสมในการกำจัดรอยโรคมะเร็งได้ทั้งหมด
- สภาวะร่างกายด้านความสามารถในการทำงานหรือทำหน้าที่ของผู้ป่วย (patient's functional status)

- ลักษณะติฟเฟอเรนติเอชันทางจุลพยาธิวิทยาของเซลล์มะเร็ง
- สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์

**ตารางที่ 4** แสดงอัตราการรอดชีวิต 5 ปี ตามระยะทางคลินิกของมะเร็งช่องปาก  
เซลล์สี่ความถี่[13]

ระยะทางคลินิก	อัตราการรอดชีวิต 5 ปี
ระยะที่ 1 (stage I) T1N0M0	ร้อยละ 85
ระยะที่ 2 (stage II) T2N0M0	ร้อยละ 66
ระยะที่ 3 (stage III) T3N0M0 หรือ T1,T2,T3, N1M0	ร้อยละ 41
ระยะที่ 4 (stage IV) ทุกโรคในในระดับ T4 หรือ ทุกโรคในในระดับ N2 หรือ N3 หรือ ทุกโรคในในระดับ M1	ร้อยละ 9

### วิธีการรักษา

การที่แพทย์จะเลือกวิธีการรักษาได้นั้น ขึ้นกับระยะและตำแหน่งของโรค และความพร้อมของผู้ป่วย ภายหลังจากการรักษามักมีการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง จึงต้องมีการทำงานเป็นทีมระหว่างศัลยแพทย์ รังสีแพทย์ ทันตแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด และผู้เชี่ยวชาญด้านการพูด โดยทั่วไปมีวิธีการรักษามะเร็งช่องปากต่างๆ[10] ดังนี้

#### 1. การผ่าตัด

การผ่าตัดถือเป็นการรักษาปฐมภูมิ (primary treatment) หรือวิธีแรกที่พิจารณา โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อกำจัดรอยโรคและลดช่องทางการแพร่กระจายของมะเร็ง[14] โดยการผ่าตัดจะต้องครอบคลุมส่วนของรอยโรคและเนื้อเยื่อปกติอย่างเพียงพอ รวมทั้งทางเดินของต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ เราสามารถพบการกระจายของโรคได้ถึงร้อยละ 20 - 50 แม้ว่าในทางคลินิกจะตรวจไม่พบความผิดปกติที่ต่อมน้ำเหลือง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องฉายรังสีเพื่อการป้องกัน

(prophylactic irradiation) หรือใช้วิธีการเลาะบริเวณคอแบบโมดิฟายด์ (modified neck dissection) ร่วมด้วย ซึ่งทั้งสองวิธีให้ผลการรักษาไม่แตกต่างกัน[10]

ข้อพิจารณาในการผ่าตัด[10]

กรณีรอยโรคอยู่ในส่วนเนื้อเยื่ออ่อนมีขนาดไม่เกิน 2 เซนติเมตร จะใช้วิธีผ่าตัดผ่านช่องปาก (transoral approach)

กรณีรอยโรคอยู่ในส่วนเนื้อเยื่ออ่อนและมีขนาดใหญ่ลึกลงไปในส่วนหลังของช่องปาก จะใช้วิธีผ่าตัดผ่านส่วนคอ (transcervical approach)

กรณีที่ลุกลามเข้าไปในกระดูกขากรรไกร สามารถให้การรักษาโดยวิธีการตัดออกแบบมารจินัล (marginal resection) หรือการตัดออกแบบเซ็กเมนทัล (segmental resection) ขึ้นกับขนาดของรอยโรคในกระดูกขากรรไกร

การจัดการต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอสามารถทำได้หลายวิธี ดังแสดงในตารางที่ 5 ทั้งนี้เพื่อควบคุมการกระจายของโรค โดยมีข้อบ่งชี้ คือ การฉายรังสีรักษาล้มเหลว และ/หรือเป็นรอยโรคมะเร็งระยะที่ 3 และระยะที่ 4 วิธีการเลาะบริเวณคอแบบเรดิคัลดั้งเดิมที่ใช้มาจนปัจจุบัน (classic radical neck dissection) คือ การเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างลำคอทั้งหมด รวมถึงเส้นเลือดดำอินทอเนล จูกลูอาร์ ต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง (submandibular gland) ส่วนสามเหลี่ยมใต้ขากรรไกรล่าง กล้ามเนื้อสเตอร์โนไคโดมาสตอยด์ และเส้นประสาทสมองที่ 11 ส่วนการเลาะบริเวณคอแบบโมดิฟายด์ คือ การเก็บโครงสร้างหนึ่งตำแหน่งหรือมากกว่าไว้ การเก็บเส้นประสาทสมองที่ 11 ไว้เป็นสิ่งสำคัญมาก ทั้งนี้เพื่อลดอัตราการเป็นอัมพาตของกล้ามเนื้อทราพีเซียส และอาการเจ็บปวดที่ใหญ่ กรณีที่ตรวจพบความผิดปกติของต่อมน้ำเหลืองที่คอ การเลาะบริเวณคอแบบเรดิคัลนั้นน่าจะเป็นวิธีที่ดีกว่า ในกรณีที่ตรวจไม่พบความผิดปกติที่คอและผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีการฉายรังสีหลังการผ่าตัด ยังมีข้อขัดแย้งกันอยู่ระหว่างการเลาะบริเวณคอแบบโมดิฟายด์และแบบเรดิคัลเพราะผลการรักษาไม่แตกต่างกัน[10]

ตารางที่ 5 แสดงเทคนิคการเลาะบริเวณคอ (neck dissection techniques) แบบต่างๆ[27]

<b>การเลาะบริเวณคอแบบคอมพรีเฮนซีฟ (comprehensive neck dissection)</b>	
การเลาะบริเวณคอแบบเรดิคัล (radical neck dissection)	ได้แก่ การเลาะต่อมน้ำเหลืองด้านเดียวกับเนื้องอกตั้งแต่ระดับ I-V เส้นประสาทสไปนัล เอกเซสซอรี (spinal accessory nerve) เส้นเลือดดำอินทอเนล จูกลาร์ และกล้ามเนื้อสเตอร์โนไคโดมาสโตอยด์
การเลาะบริเวณคอแบบโมดิไฟด์ (modified radical neck dissection)	ดัดแปลงมาจากการเลาะบริเวณคอแบบเรดิคัล เพียงแต่เก็บอวัยวะส่วนที่ไม่ใช่โครงสร้างของต่อมน้ำเหลืองไว้หนึ่งตำแหน่งหรือมากกว่า บางครั้งเรียกวิธีนี้ว่า การเลาะบริเวณคอแบบฟังก์ชันนัล (functional neck dissection)
<b>การเลาะบริเวณคอแบบซีเล็กทีฟ (selective neck dissection)</b>	
การเลือกเก็บกลุ่มต่อมน้ำเหลืองหนึ่งกลุ่มหรือมากกว่าหนึ่งกลุ่มไว้ ซึ่งปกติจะถูกกำจัดในการเลาะบริเวณคอแบบเรดิคัล ส่วนที่ถูกกำจัดจะพิจารณาจากรูปแบบของการกระจายของโรค (patterns of metastases) ซึ่งทำนายได้จากตำแหน่งของรอยโรค	
<b>การเลาะบริเวณคอแบบเอ็กซ์เทนดด์ (extended neck dissection)</b>	
มีกลุ่มต่อมน้ำเหลืองและโครงสร้างอื่นๆ ถูกกำจัดเพิ่มเติม	

**วิธีการบูรณะภายหลังการผ่าตัด (reconstruction)**

**1. วิธีการบูรณะเนื้อเยื่ออ่อน**

กรณีที่ร่องรอยความเสียหายไม่มากนัก อาจใช้แผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกเฉพาะที่ (local flap) เช่น แผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกนาโซเลเบียล (nasolabial flap) ลิ้น และแผ่นไขมันข้างแก้ม (buccal fat pad) ซึ่งมีลักษณะค่อนข้างบาง และนำมาใช้ได้ง่าย สำหรับกรณีมีร่องรอยความเสียหายขนาดใหญ่ มีความจำเป็นที่จะต้องให้แผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกจากส่วนผิวหนัง (split skin flap)



ซึ่งอาจเป็นแผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกอิสระ (free flap) หรือแผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกที่มีส่วนเชื่อม (pedicle flap)[21] ดังแสดงในภาพที่ 8

### 1.1 แผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกอิสระ

การใช้แผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกอิสระ ด้วยการผ่าตัดแบบไมโครวาสคิวลาร์ (microvascular surgery) ทำให้ได้ผลการสร้างเนื้อเยื่อทดแทนที่ดีจากการผ่าตัดเพียงครั้งเดียว ตัวอย่างของแผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกอิสระ ได้แก่ แผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกจากหน้าแขน (forearm flaps) ที่ถูกเลี้ยงโดยเส้นเลือดเรเดียล (radial vessel) และถ้าต้องการส่วนกระดูกร่วมด้วย อาจใช้แผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกจากน่อง (fibula flaps)[21, 28]

### 1.2 แผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกที่มีส่วนเชื่อม

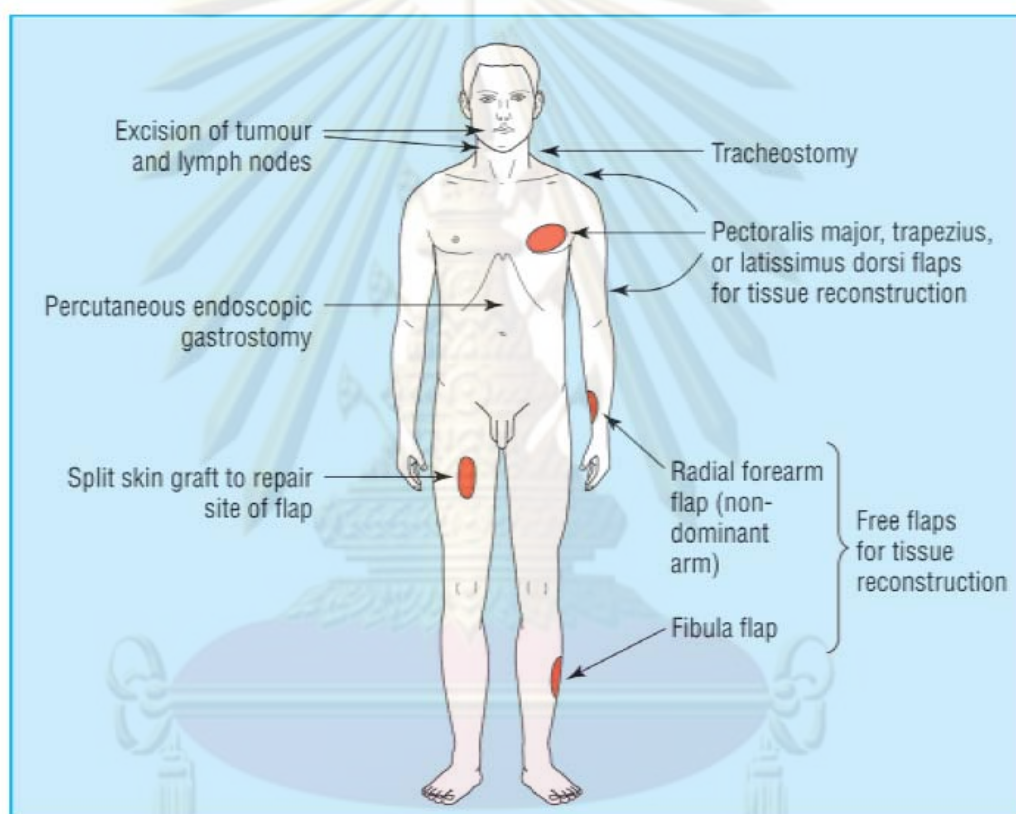
มีการใช้แผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกจากกล้ามเนื้อพร้อมกับผิวหนัง (myocutaneous flap) หรือแผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกจากกระดูก กล้ามเนื้อพร้อมกับผิวหนัง (osteomyocutaneous flap) ที่มีเส้นเลือดที่เลี้ยงกล้ามเนื้อไปวางทดแทนส่วนผิวหนังที่เสียหาย และจากกล้ามเนื้อที่มีในแผ่นเนื้อเยื่อปะปลูก ทำให้ได้ส่วนทดแทนที่มีขนาดใหญ่ และเพียงพอที่จะซ่อมแซมส่วนที่เสียหาย ตัวอย่างของแผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกชนิดนี้ ได้แก่ แผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกจากกล้ามเนื้อเพ็คโตราลิส เมเจอร์ (pectoralis major muscle) กล้ามเนื้อลาทิสซิมัส ดอร์ไซ (latissimus dorsi muscle) หรือกล้ามเนื้อทราพีเซียส ดังแสดงในภาพที่ 8 ในอดีตวิธีการใช้แผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกจากส่วนต้นด้านหน้า (forehead) ของส่วนเชื่อมเดลโตเพ็คโตรัล (deltopectoral pedicle) เคยได้รับความนิยมและเป็นวิธีหลัก แต่เนื่องจากต้องอาศัยการผ่าตัดสองครั้ง จึงลดความนิยมลง[21]

## 2. วิธีการบูรณะเนื้อเยื่อแข็ง

ในทางอุดมคติ การสร้างเนื้อเยื่อทดแทนส่วนเนื้อเยื่อแข็ง จะทำทันทีภายหลังตัดก้อนเนื้อออก หลังจากนั้นจึงทำการฝังรากเทียมซึ่งเข้ากันได้กับฟันเทียมที่จะทำต่อไป ภายหลัง กระดูกที่ถูกนำมาใช้ส่วนใหญ่เป็นเนื้อเยื่อปลูกถ่ายกระดูกแบบอิสระและไม่มีเส้นเลือด (free nonvascularized bone graft) ที่ได้จากสันกระดูกปีกสะโพก (iliac crest) หรือกระดูกซี่โครง แต่เนื้อเยื่อที่ถูกปลูกถ่ายมีโอกาสตายได้จากการปนเปื้อน หรือเส้นเลือดส่วนที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อปลูกถ่ายถูกทำลายจากรังสี ในผู้ป่วยบางรายที่มีร่องรอยความเสียหายขนาดใหญ่ การใช้แผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกจากกระดูก กล้ามเนื้อพร้อมกับผิวหนังจะเป็นแหล่งที่มีเส้นเลือดมาช่วยเลี้ยงแผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกได้ เนื้อเยื่อปลูกถ่ายกระดูกแบบอิสระและมีเส้นเลือด (true free vascularized bone grafts) เช่น เนื้อเยื่อปลูกถ่ายจากน่อง (fibula grafts) ให้ประโยชน์มาก แต่ใช้เวลาในการรักษานานและต้องอาศัยความชำนาญของแพทย์สูง กรณีเป็นความเสียหายที่เกิดกับขากรรไกรบน และเห็นว่า

การใช้เนื้อเยื่อปลูกถ่ายกระดูก (bone graft) ไม่ค่อยได้ประโยชน์มากนัก ส่วนใหญ่มักใช้แผ่นปิด (obturator) ซึ่งให้ผลการรักษาที่ค่อนข้างดี[21]

แต่บางรายงานที่เห็นว่า กรณีการตัดขากรรไกรบน (maxillectomy) ที่รวมส่วนเพดานปาก การใช้แผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกแบบอิสระจากกล้ามเนื้อเร็กตัส แอบโดมินิส (free rectus abdominis muscle flap) จะช่วยให้อวัยวะทำงานได้ดีกว่าการใช้แผ่นปิดอย่างเดียว[28]



ภาพที่ 8 แสดงตำแหน่งของแผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกแบบต่างๆ[21]

## 2. การฉายรังสี

การฉายรังสี ใช้ในกรณีที่ย่อยโรคไวต่อรังสี เช่น ลิมโฟมา (lymphoma) หรือเมื่อพิจารณาพบว่า ให้ผลการรักษาที่ดีกว่าวิธีอื่น สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตและอัตราการรอดชีวิต อวัยวะยังอยู่ในสภาพที่สวยงามและทำงานได้ดีเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีผ่าตัด กรณีที่มีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง การใช้วิธีนี้จะให้ผลดีไม่ว่าจะใช้วิธีนี้เพียงอย่างเดียวหรือใช้ร่วมกับการ

ผ่าตัด เพราะสามารถครอบคลุมต่อทางเดินน้ำเหลืองของอวัยวะที่เกี่ยวข้องได้ทั้งหมด รวมทั้งสามารถใช้รังสีเพื่อป้องกันการกระจายของโรค[14] ดังที่กล่าวแล้วในหัวข้อการผ่าตัด

ข้อควรคำนึงในการเลือกผู้ป่วยเพื่อฉายรังสี[10]

- รอยโรคขนาดเล็ก มีขนาดน้อยกว่า 3 เซนติเมตร ยื่นออกมาจากพื้นผิว (exophytic) ต้นและไม่มีส่วนเนื้อเยื่อตาย แต่ถ้าสามารถผ่าตัดเฉพาะที่โดยไม่เป็นอันตราย มักเลือกใช้วิธีการผ่าตัดมากกว่า เพราะไม่มีอันตรายจากผลของรังสี

- รอยโรคขนาดใหญ่และลุกลามลงลึก โดยเฉพาะการลุกลามเข้าไปในกระดูก การฉายรังสีรักษาเพียงอย่างเดียวมักทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อปกติของอวัยวะข้างเคียงอย่างมาก จึงมักใช้ร่วมกับวิธีการผ่าตัดมากกว่า

- ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพร่างกายอย่างรุนแรง เป็นข้อห้ามสำหรับวิธีนี้ เพราะหลังฉายรังสีโดยเฉพาะบริเวณช่องปาก ผู้ป่วยมักมีอาการเยื่อเมือกอักเสบ (mucositis) การรับรสผิดปกติ ต่อม น้ำลายผิดปกติ ฯลฯ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักลด ขาดสารอาหาร จึงมีโอกาสเสียชีวิตมากขึ้น

จากการศึกษาระยะรังสีช่องปากชนิดเซลล์ความชื้นในผู้ป่วยคนไทย ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 587 คน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 79.4 ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฉายรังสีและวิธีฉายรังสีร่วมกับการผ่าตัด ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.2) เป็นมะเร็งช่องปากระยะที่ 4[17] ข้อมูลนี้ได้สะท้อนถึงปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยซึ่งต้องมีการแก้ไข เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต

### 3. การใช้เคมีบำบัด

วิธีนี้มักถูกนำมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระยะที่ 3 หรือ 4 และผู้ป่วยมะเร็งคอหอย ซึ่งมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำในตำแหน่งเฉพาะที่ (locoregional recurrence) ถึงร้อยละ 60 และมีโอกาสกระจายไปยังอวัยวะที่ไกลออกไปถึงร้อยละ 20 – 40 เคมีบำบัดจึงถูกนำมาใช้ร่วมกับการฉายรังสีและ/หรือการผ่าตัด เพื่อเพิ่มการควบคุมการกลับมาเป็นซ้ำในตำแหน่งเฉพาะที่ ลดการเกิดการแพร่กระจายไปยังอวัยวะที่ไกลออกไป ทั้งนี้เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดหลังการผ่าตัดขนาดใหญ่ และ/หรือมีการฉายรังสี หากจะใช้เคมีบำบัดทางระบบ ต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ ไม่ว่าจะเป็นผลจากพิษของยา (toxicity) การตอบสนองของโรคต่อเคมีบำบัดและค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยเฉพาะผลจากพิษของยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ยังเป็นปัญหาสำคัญ และยังไม่มีความมาตรฐานการใช้ยาอย่างชัดเจน[10]

#### 4. การใช้วิธีการรักษาหลายวิธีร่วมกัน

การฉายรังสีหลังการผ่าตัด วิธีนี้นิยมใช้อย่างกว้างขวาง อย่างน้อยครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก โดยการผ่าตัดจะทำให้รอยโรคส่วนใหญ่ถูกกำจัด ส่วนการฉายรังสีจะช่วยกำจัดรอยโรคที่เหลืออยู่ ข้อดี คือ ช่วยกำจัดเซลล์มะเร็งทั้งในบริเวณที่ผ่าตัด และบริเวณต่อและต่อมน้ำเหลือง ปริมาณรังสีที่ใช้จะถูกแบ่งขายเป็นส่วน ๆ จนครบปริมาณรังสีที่กำหนด ซึ่งจะช่วยให้ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากรังสีลดลงอย่างมีนัยสำคัญ[10] ส่วนการฉายรังสีก่อนการผ่าตัด การฉายรังสีจะช่วยลดขนาดของรอยโรค ทำให้ต่อและต่อมน้ำเหลืองปลอดจากการลุกลามของเซลล์มะเร็ง และช่วยเพิ่มขอบเขตของเนื้อเยื่อปกติในการผ่าตัด

นอกจากวิธีดังกล่าวข้างต้น ยังมีวิธีอื่นๆ อีก เช่น เคมีป้องกัน เป็นการยับยั้งการพัฒนาไปเป็นมะเร็งในบริเวณที่มีความเสี่ยงสูง[12] สรุปวิธีการรักษามะเร็งช่องปากแบบต่างๆ ดังแสดงในตารางที่ 6



ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 แสดงวิธีการรักษามะเร็งช่องปากแบบต่างๆ[12]

วิธีการรักษา	ลักษณะการใช้	ข้อบ่งชี้	ผลข้างเคียง
การผ่าตัด (surgery)	การผ่าตัดเนื้องอกและต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอหอยที่สงสัยหรือตรวจพบการลุกลามของมะเร็งแล้ว ในตำแหน่งข้างเดียวกันและ/หรือด้านตรงข้าม ทั้งนี้การผ่าตัดอาจรวมส่วนกระดูกเข้าไปด้วย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดการรอยโรคปฐมภูมิ</li> <li>- เกิดการกลับมาเป็นซ้ำ</li> <li>- การกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง</li> <li>- การลุกลามกระดูก</li> <li>- การลุกลามรอบเส้นประสาท (perineural invasion)</li> <li>- ชากรรไกรแข็งเกร็ง อ้าปากได้จำกัด (trismus)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รูปร่างใบหน้าผิดปกติ (disfiguration)</li> <li>- การทำงานของส่วนควบคุมการเคลื่อนไหว (motor function) สูญเสียไป</li> <li>- รับรู้ความรู้สึกผิดปกติ</li> <li>- อากาชา</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- การทำงานของต่อมน้ำลายผิดปกติ</li> </ul>
การฉายรังสี (radiation therapy)	การใช้รังสีจากแหล่งกำเนิดรังสีภายนอกที่ให้พลังงานสูง โดยให้แบบข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง (unilateral or bilateral high-energy external beam radiation) เพื่อทำลายเนื้องอกและต่อมน้ำเหลืองที่มีแนวโน้มสูงว่าถูกลุกลามจากมะเร็ง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ขอบของแผลผ่าตัดยังปรากฏเซลล์มะเร็งหรือสงสัยว่ามีเซลล์มะเร็ง</li> <li>- เป็นทางเลือกหนึ่งนอกจากการผ่าตัด</li> <li>- การฉายรังสีบริเวณคอแบบข้างเดียว (unilateral neck radiation) ในกรณีที่เนื้องอกไม่ข้ามกึ่งกลางและมีความเสี่ยงต่ำที่จะลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอด้านตรงข้าม</li> <li>- การฉายรังสีบริเวณคอแบบสองข้าง (bilateral neck radiation) ในกรณีที่เนื้องอกขยายใหญ่และมีความเสี่ยงสูงที่จะลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอด้านตรงข้าม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำงานของต่อมน้ำลายผิดปกติ</li> <li>- เยื่อเมือกอักเสบ</li> <li>- รอยโรคราแคนดิดา</li> <li>- ปากแห้ง</li> <li>- ฟันผุ</li> <li>- ผิวหนังอักเสบ</li> <li>- กระดูกตายจากรังสี</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- รับรสผิดปกติ</li> <li>- ชากรรไกรแข็งเกร็ง อ้าปากได้จำกัด</li> <li>- มีพังผืด (fibrosis) ที่คอ</li> </ul>

วิธีการรักษา	ลักษณะการใช้	ข้อบ่งชี้	ผลข้างเคียง
เคมีป้องกัน (chemoprevention)	- ยา - อาหารเสริม - สารต้านอนุมูลอิสระ เช่น เรตินอยด์ (retinoids)	- กลุ่มเสี่ยงสูง - ป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ - ป้องกันเนื้อเยื่อเจริญผิดปกติ	- ผิวหนังเปลี่ยนแปลง - ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง
เคมีบำบัด (chemotherapy)	- 5-fluorouracil - cisplatin - leucovorin - interferon-alpha - methotrexate	- ไม่สามารถผ่าตัดเนื้องอกออกได้ - รักษาแบบบรรเทาอาการ - การรักษาเสริมกับวิธีอื่น	- คลื่นไส้ อาเจียน - อ่อนเพลีย - ภาวะกดภูมิคุ้มกัน - เม็ดเลือดขาวต่ำ - โลหิตจาง
การบำบัดแบบหลายวิธีร่วมกัน (combination therapy)	ใช้การรักษาตั้งแต่ 2 วิธีขึ้นไป อาจรักษาไปพร้อมๆ กัน หรือรักษาแบบต่อเนื่องกัน	ใช้เมื่อสามารถเพิ่มประโยชน์ได้มากกว่าการรักษาด้วยวิธีเดียว	ดูข้างต้น

### ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดภายหลังการรักษา

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดภายหลังการรักษาที่สำคัญและพบในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากได้บ่อย คือ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดและการฉายรังสี เนื่องจากเป็นวิธีการรักษาหลัก ส่วนที่เกิดขึ้นภายหลังเคมีบำบัดนั้น สำหรับมะเร็งช่องปากแล้ว วิธีการรักษานี้มักใช้เป็นวิธีการรักษาที่เสริมเข้าไปกรณีที่โรคลุกลามรุนแรงมากแล้วเท่านั้น[10] ดังนั้นจึงไม่ได้ลงรายละเอียดถึงภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษาด้วยวิธีนี้มากนัก

### 1. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดขึ้นกับขอบเขตของเนื้อเยื่อที่ถูกกำจัด โดยอาจเกิดรูปร่างใบหน้าผิดปกติ (disfigurement) อย่างถาวร และส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย หากขอบแผลผ่าตัดถูกกำจัดไม่เพียงพอ จะทำให้เกิดการกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึ่งต้องได้รับการผ่าตัด การฉายรังสีและ/หรือเคมีบำบัดเพิ่มเติม[10] นอกจากนี้ยังมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่ อาการชาบริเวณใบหน้า การติดเชื้อ เส้นเลือดแดงคอโรติด (carotid artery) ฉีกขาด ปากกฐนเปิดของน้ำลายที่ผิดตำแหน่ง และท่อธอแรกซิกรั่ว (thoracic duct leakage หรือ chylothorax)[21] เป็นต้น

### 2. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการฉายรังสี

การตายของเซลล์สามารถเกิดขึ้นได้ 2 ทาง อย่างแรกที่สำคัญและเกิดขึ้นได้บ่อย คือ การตายแบบโปรแกรมทางพันธุกรรมกำหนดการตายของเซลล์ และอย่างที่สอง คือ การตายแบบเนื้อเยื่อตาย (necrosis) จากการที่เซลล์ได้รับภัยอันตราย การฉายรังสีและเคมีบำบัดสามารถทำให้เกิดการตายของเซลล์ได้ทั้งสองทาง อนุภาคที่เกิดจากรังสี (ionizing radiation) ในขนาดที่ทำลายเซลล์มะเร็ง สามารถทำให้เนื้อเยื่อปกติข้างเคียงมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการทำงานและระบบภูมิคุ้มกัน และเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น[10] ดังนี้

#### 2.1 เยื่อเมือกอักเสบ

เป็นการตอบสนองของเยื่อเมือกที่มีต่อรังสีแบบเฉียบพลัน เกิดจากการที่รังสีทำลายเซลล์เบซัล (basal cell) ช่วงที่กำลังแบ่งตัว มีลักษณะทางคลินิก เป็นรอยแดงเจ็บปวดเล็กน้อยหรือรุนแรงมากจนเกิดเป็นแผลเนื้อตาย ดังแสดงในภาพที่ 9 ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดมาก ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ แม้แต่อาหารเหลว และจำเป็นต้องใส่สายยางให้อาหารทางจมูกหรือทางช่องท้อง (nasogastric or gastrostomy tubes) การสูบบุหรี่จะทำให้อาการรุนแรงมากขึ้น วิธีการรักษาทำได้โดยพิจารณาหยุดการฉายรังสีชั่วคราว ซึ่งอาจทำให้เซลล์มะเร็งฟื้นตัวได้ การใช้ยาเฉพาะที่หรือยาแก้ปวดบรรเทาอาการเจ็บปวด หรือให้เพรดนิโซโลน (prednisolone) 40 – 80 มิลลิกรัมต่อวัน ทางระบบเป็นระยะเวลานั้นๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น[10]



ภาพที่ 9 แสดงเยื่อเมือกอักเสบเฉียบพลันที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 4 ของการฉายรังสีที่ประมาณ 4,000 cGy[10]

## 2.2 สูญเสียการรับรสหรือรู่รสชาติอาหาร

ต่อมรับรสมีความไวต่อรังสีมากและมักอยู่ในตำแหน่งที่รังสีผ่าน ส่งผลให้การรับรสเปลี่ยนไป เช่น รับรสได้น้อยลง (hypogeusia) หรือรับรสไม่ได้ (ageusia) ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหาร จึงมีน้ำหนักลด และอ่อนเพลียตามมา ซึ่งจะส่งผลต่อวิธีการรักษาอื่นๆ ต่อไป[29, 30]

## 2.3 การทำหน้าที่ของน้ำลาย

ต่อมน้ำลายที่อยู่ในตำแหน่งที่รังสีผ่าน มักเกิดพังผืด (fibrosis) การสลายของไขมัน (fatty degeneration) การฝ่อลีบของหน่วยสร้างน้ำลาย (acinar atrophy) การตายของเซลล์ (cellular necrosis) ทำให้ผู้ป่วยปากแห้ง (xerostomia) ดังแสดงในภาพที่ 10 ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ภายในไม่กี่สัปดาห์ที่มีการฉายรังสี หน่วยสร้างน้ำลายแบบใส (serous acini) มีความไวต่อรังสีมากกว่าหน่วยสร้างน้ำลายแบบเมือก (mucous acini) ผู้ป่วยจึงมักมีน้ำลายเหนียวร่วมกับปากแห้ง ทำให้พูดหรือกลืนลำบาก[10]



ภาพที่ 10 แสดงสภาวะปากแห้งที่เกิดแบบเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย เคี้ยวและกลืนอาหารลำบาก เกิดปัญหาในการพูด[10]

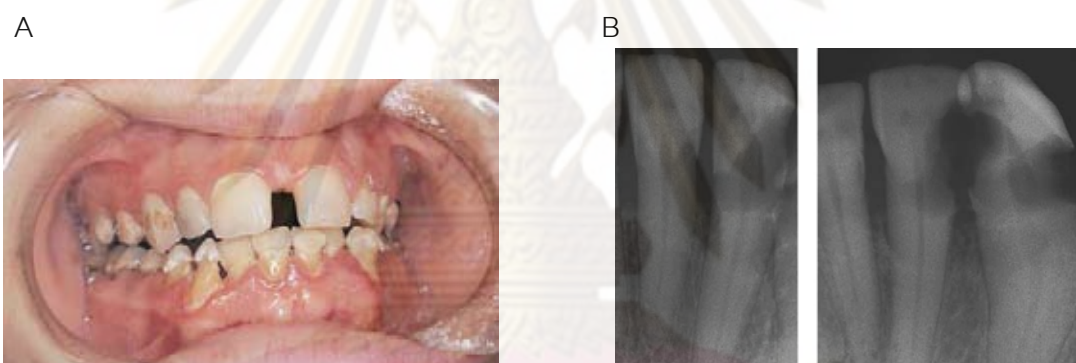


#### 2.4 ภาวะโภชนาการ

จากการที่ผู้ป่วยมีเยื่อเมือกอักเสบ สูญเสียการรับรส และปากแห้ง อีกทั้งผลจากการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคี้ยวอาหารและกลืนได้อย่างปกติ ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหาร ส่งผลให้น้ำหนักลด อ่อนเพลีย และมีภาวะโภชนาการผิดปกติ[29]

#### 2.5 การเกิดฟันผุ

มักพบฟันผุเพิ่มขึ้นอย่างมากโดยเฉพาะในตำแหน่งคอฟัน ดังแสดงในภาพที่ 11 เมื่อเทียบกับก่อนฉายรังสี เป็นผลจากน้ำลายน้อยและส่วนประกอบทางเคมีในโครงสร้างฟันมีการเปลี่ยนแปลง อีกเหตุผลหนึ่งคือ ภาวะปากแห้งมีส่วนส่งเสริมทำให้เชื้อในช่องปากเปลี่ยนแปลงไปเป็นกลุ่มที่สร้างกรด (acidogenic) และทำให้เกิดฟันผุ (cariogenic) มากขึ้น [29, 30]



ภาพที่ 11 แสดงลักษณะฟันผุที่เกิดจากการฉายรังสี ภาพ A แสดงลักษณะทางคลินิกให้เห็นการสูญเสียแร่ธาตุ (decalcification) อย่างรุนแรงที่ตำแหน่งคอฟัน ภาพ B แสดงลักษณะฟันผุที่เกิดเป็นเงาดำบริเวณคอฟันในภาพรังสี[10]

#### 2.6 การเกิดโรคราแคนดิดา

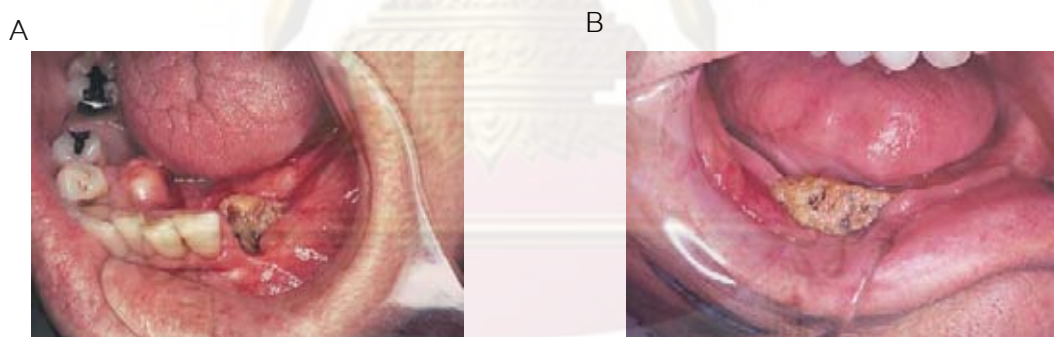
พบได้บ่อยและสัมพันธ์กับการที่น้ำลายเปลี่ยนแปลงไป มีลักษณะเป็นรอยแดงหรือฝ้าสีขาว มักทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวด ดังแสดงในภาพที่ 12 อาการแสดงอาจสับสนกับเยื่อเมือกอักเสบได้ รักษาโดยการให้ยาต้านเชื้อรา ซึ่งต้องใช้เมื่อจำเป็นเท่านั้น มิฉะนั้นอาจมีการดื้อยาได้[29, 30]



ภาพที่ 12 แสดงลักษณะการเกิดรอยโรคราแคนดิดาในผู้ที่ได้รับการฉายรังสีและมีอาการปากแห้ง  
ภาพ A แสดงลักษณะรอยแดงและฝ้าสีขาวที่เพดานปาก ภาพ B แสดงลักษณะฝ้าขาวที่ลิ้น[10]

### 2.7 กระดูกตายจากรังสี (osteoradionecrosis)

เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง มีการทำลายเซลล์กระดูกและหลอดเลือดอย่างถาวร ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวด ร่วมกับมีกระดูกตาย ดังแสดงในภาพที่ 13 ซึ่งหากมีขนาดใหญ่ทำให้เกิดกระดูกขากรรไกรหักได้ หรืออาจต้องรักษาโดยการตัดออก เพื่อกำจัดส่วนกระดูกตายนั้น[10, 29, 30]



ภาพที่ 13 ภาพ A แสดงลักษณะกระดูกตายหลังจากถอนฟันกรามน้อยในขากรรไกรล่างที่ได้รับการฉายรังสีเพื่อรักษามะเร็งเซลล์สความัสที่บริเวณใต้ลิ้นและพื้นช่องปากมาแล้ว 1 ปี ภาพ B แสดงผู้ป่วยที่เกิดกระดูกตายขึ้นเอง หลังจากได้รับการฉายรังสีอย่างเสร็จสิ้นสมบูรณ์ 2 ปี เพื่อรักษามะเร็งที่ลิ้น โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้ใส่ฟันปลอมล่าง และหลังจากนั้น 9 เดือน ผู้ป่วยก็ประสบปัญหาขากรรไกรหักและต้องได้รับการผ่าตัดขากรรไกร[10]

### 2.8 มีการตายของเนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue necrosis)

มักเกิดขึ้นในเยื่อเมือกที่รับรังสีซึ่งไม่ใช่มะเร็ง ในบริเวณตำแหน่งรอยโรคเริ่มแรกภายหลังการรักษา ดังแสดงในภาพที่ 14 ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวด[29]



ภาพที่ 14 แสดงลักษณะแผลตายซึ่งทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวด โดยที่แผลนี้เกิดขึ้นหลังจากฝังสารกัมมันตรังสี (brachytherapy) เพื่อรักษามะเร็งที่ลิ้น 8 เดือน หลังจากนั้นอีก 9 เดือน แผลนี้ก็หายไป กรณีนี้ต้องพิจารณาแยกโรคจากการกลับมาเป็นซ้ำของมะเร็ง (recurrent tumor) ให้ดี[10]

### 3. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากเคมีบำบัด

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเป็นผลโดยตรงจากตัวยาที่มีพิษต่อเซลล์ (cytotoxic chemotherapeutic drugs) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ เกิดแผลในช่องปาก มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเลือดออกจากผลของการกดไขกระดูก สำหรับผู้ป่วยเด็กซึ่งฟันถาวรกำลังพัฒนา พิษจากยาจะส่งผลให้การสร้างฟันและการเจริญของขากรรไกรผิดปกติไปด้วย[10, 29]

ศูนย์วิทยุทันตกรรม  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of Life; HRQOL)

ในปี ค.ศ.1946 องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของคำว่า สุขภาพ[12] ว่า “ Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity” จะเห็นได้ว่าคำว่า สุขภาพ ได้ครอบคลุมส่วนที่เกี่ยวข้องในแง่ของจิตใจและความผาสุกในสังคมด้วย จากมุมมองใหม่นี้การประเมินสถานะสุขภาพจึงเปลี่ยนไป ต่อมาในปี ค.ศ. 1960 Heckscher[31] จึงนำคำว่า คุณภาพชีวิต มาใช้เป็นครั้งแรก โดยพบว่าสำหรับแนวคิดทางการแพทย์ (medical concept) นั้น การที่จะให้คำจำกัดความของคำว่า คุณภาพชีวิต ที่แน่ชัดเป็นเรื่องยาก นักวิชาการบางคนมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการกำหนดความหมายหรือแนวคิดหลักโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความผาสุกและปลอดภัยในการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ปัจจุบันคำว่าคุณภาพชีวิต จึงให้ความหมายในหลายแง่มุม (multidimensional concept) [12] ในปี ค.ศ. 1994 องค์การอนามัยโลก ได้นำคุณภาพชีวิตมาเป็นเกณฑ์ในการประเมินสถานะสุขภาพ (health status) และผลกระทบจากกระบวนการรักษาที่มีต่อผู้ป่วยในโรคต่างๆ โดยองค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของ คุณภาพชีวิต[1] ว่า “individual's perception of his or her position in life, within the cultural context and value system he or she lives in, and in relation to his or her goals, expectations, parameters and social relations” และด้วยความหมายที่มีหลายแง่มุมนี้เอง การประเมินคุณภาพชีวิตจึงทำได้ยาก จึงได้มีการเปลี่ยนจากการประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (general quality of life) มาเป็นการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะสะท้อนผลที่ตามมาจากรโรค และผลที่ตามมาจากการรักษาโรคนั้นๆ ต่อความพึงพอใจในการดำรงชีวิตโดยรวม[2] ดังนั้นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจึงยังคงมีความหมายในหลายแง่มุมเช่นเดียวกัน บางวรรณกรรมระบุว่า ในปัจจุบันมีไม่ต่ำกว่า 15 ความหมาย[12] นักวิชาการบางท่านได้ให้ความหมายว่า “Health-related quality of life is a subset of quality of life that typically looks at physical function, symptoms, treatment side-effects and performance eg. swallowing, speech.”[32]

นอกจากนี้ ยังได้มีการสร้างรูปแบบปฏิสัมพันธ์ (interactive model) สำหรับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ[12] ดังแสดงในภาพที่ 15 โดยมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

- โอกาสด้านสุขภาพ (opportunity for health)

มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในเชิงกว้าง การขัดขวางโอกาสที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากเหตุผลทางสังคมหรือวัฒนธรรมรวมอยู่ในองค์ประกอบนี้ การศึกษาทางคลินิกเกี่ยวกับองค์ประกอบนี้ค่อนข้างน้อย แต่ก็มีตัวอย่างที่เห็นได้ชัด เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์มี

รายงาน ว่า ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะเข้ารับการรักษาเพราะไม่กล้าเปิดเผยตัว ด้วยเกรงว่าจะถูกกีดกันจากสังคม เป็นต้น

- การรับรู้ด้านสุขภาพ (health perceptions)

เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่นักวิจัยทำการศึกษาเพื่อประเมินอัตราการเข้ารับบริการของผู้ป่วย การวัดการรับรู้ด้านสุขภาพแสดงถึงมุมมองของผู้ป่วยว่ารับรู้สภาวะสุขภาพของตนเองหรือไม่ เช่น รู้ว่ามีอาการปากแห้งและเป็นปัญหา จะทำให้เกิดแรงขับให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการ

- การทำหน้าที่เชิงกายภาพ (physical function) การทำหน้าที่เชิงจิตใจ

(psychologic function) และการทำหน้าที่เชิงสังคม (social function)

สภาวะสุขภาพเป็นด้านวิกฤต (critical dimension) ของคุณภาพชีวิต การคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ที่ดีและป้องกันมิให้เสื่อมลง เป็นเป้าหมายหลักในการรักษาอาการเจ็บป่วยเรื้อรังรวมถึงเป็นเป้าหมายสำหรับดูแลกลุ่มประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ การศึกษาจำนวนวันที่ต้องหยุดงานหรือหยุดเรียนเพราะโรคในช่องปาก เป็นตัวอย่างของการศึกษาองค์ประกอบด้านนี้

- ความบกพร่องหรือผิดปกติ (impairment)

การประเมินองค์ประกอบนี้ คือ การประเมินอาการ และอาการแสดงของโรค ซึ่งพบว่าการประเมินอาการเจ็บปวดเป็นหนึ่งในอาการทางช่องปากที่มีรายงานมากที่สุด

- ช่วงชีวิต (duration of life) หรือการรอดชีวิต (survival)

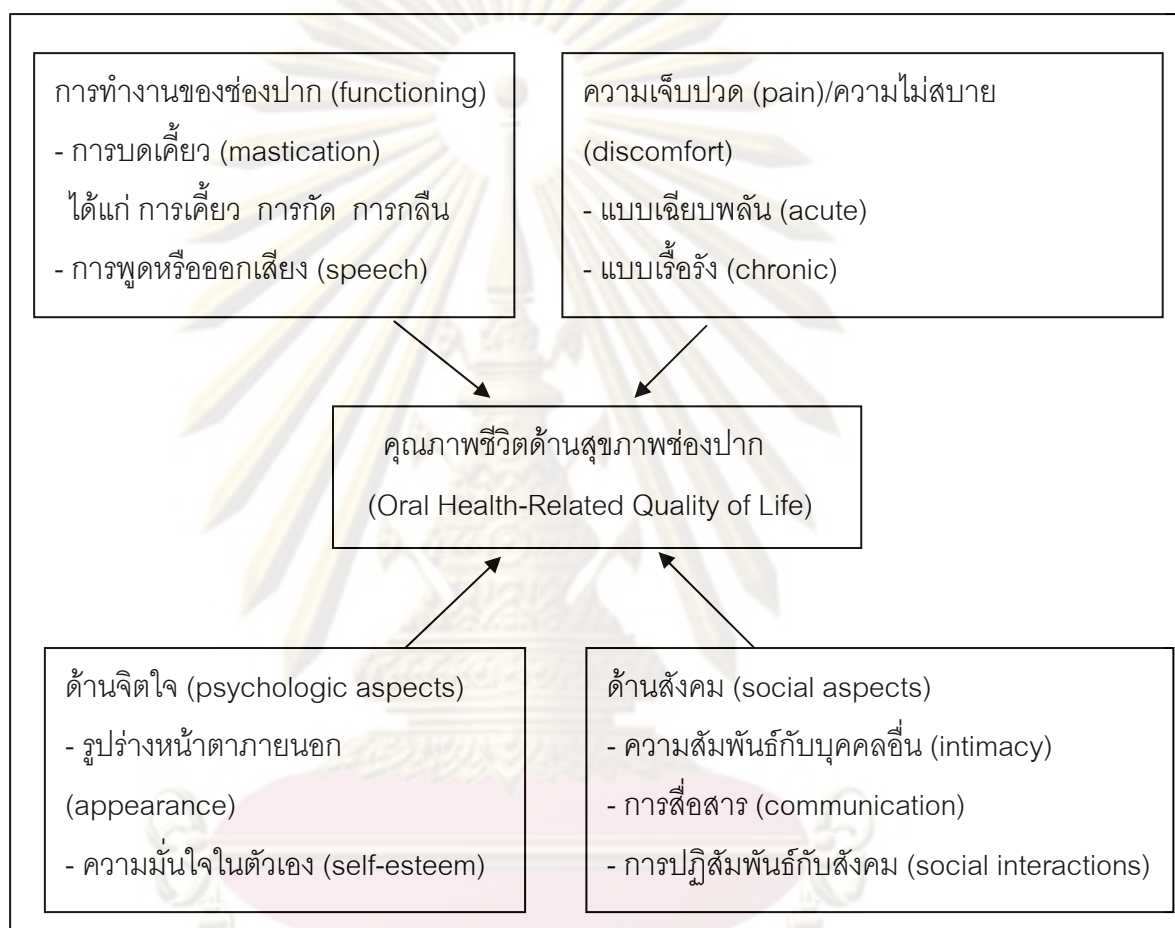
ตัวอย่างการประเมินองค์ประกอบนี้ ได้แก่ อัตราการรอดชีวิตและการประเมินคุณภาพชีวิต ดังที่ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งโดยมีการศึกษาเพื่อต้องการทราบว่าวิธีการรักษามะเร็งวิธีใดที่จะช่วยยืดอายุผู้ป่วยหรือส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด



ภาพที่ 15 แสดงรูปแบบปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ในคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ[12]  
 ↓ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงไปข้างหน้าและอาจผันกลับได้ และ ↑ หมายถึง การนำไปสู่ผลลัพธ์  
 สุดท้ายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

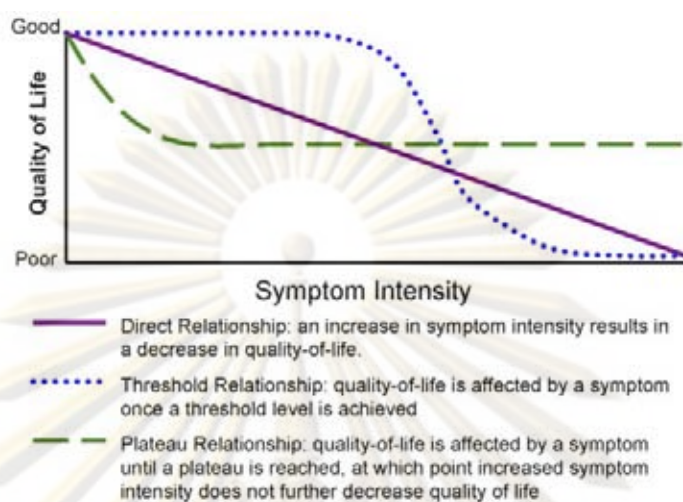
สำหรับสาขาทันตแพทยศาสตร์ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักต่อการสร้างสุขภาพช่องปาก  
 ที่ดี ได้นำแนวคิดตามความหมายของคำว่า สุขภาพและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ มาสร้างมุมมอง  
 ใหม่ในสาขานี้ โดยใช้คำว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก (oral health-related quality of  
 life)[12] ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เจาะจงเฉพาะการประเมินเรื่องของอาการ  
 ของโรค สภาวะจิตใจ และการทำหน้าที่ของส่วนต่างๆในร่างกายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก  
 โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย (1) ปัจจัยด้านการทำงาน (functional  
 factors) (2) ปัจจัยด้านจิตใจ (psychologic factors) เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพและความมั่นใจใน  
 ตัวเอง (3) ปัจจัยด้านสังคม (social factors) และ (4) ประสบการณ์ความเจ็บปวดหรือไม่สบาย

เมื่อพิจารณาปัจจัยเหล่านี้โดยมุ่งประเด็นที่ตำแหน่งช่องปากและใบหน้า (orofacial concerns) เป็นศูนย์กลาง จะหมายถึงการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก[12] ดังแสดงในภาพที่ 16

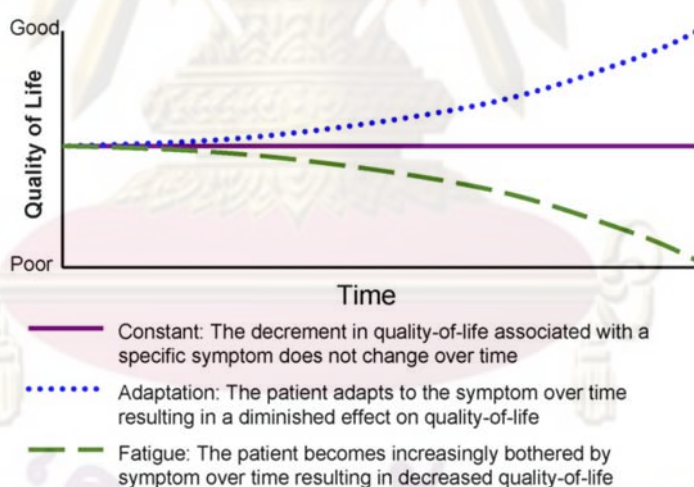


ภาพที่ 16 แสดงองค์ประกอบหลักของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก[12]

โดยทั่วไปในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ มักที่จะประเมินอาการควบคู่ไป กับคุณภาพชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างอาการต่างๆ กับคุณภาพชีวิตจึงอาจปรากฏใน 3 ลักษณะ [2] ดังแสดงในภาพที่ 17 แบบที่ 1 อาการรุนแรงมากขึ้นและคุณภาพชีวิตลดลงเป็นเส้นตรง แบบ ที่ 2 อาการไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในช่วงแรกแต่จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงเมื่ออาการรุนแรง มากขึ้น และแบบที่ 3 แม้ว่าอาการจะไม่รุนแรงแต่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงอย่างเด่นชัด และ เมื่อนำเวลามาพิจารณาร่วมด้วย ความสัมพันธ์จึงอาจปรากฏในอีก 3 ลักษณะ[2] ดังแสดงใน ภาพที่ 18



ภาพที่ 17 แสดงความสัมพันธ์ที่อาจปรากฏระหว่างความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิต[2]



ภาพที่ 18 แสดงความสัมพันธ์ที่อาจปรากฏระหว่างระยะเวลาที่เกิดอาการและคุณภาพชีวิต[2]

### การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

ในอดีตพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเน้นศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ซึ่งหมายถึง มะเร็งในหลายๆ ส่วน เช่น ช่องปาก คอหอย (pharynx) กล่องเสียง (larynx) ไชน์ส (sinus) ต่อมน้ำลาย ต่อมไทรอยด์ (thyroid gland) เนื้อเยื่ออ่อน กระดูกและผิวหนังบริเวณนี้[33] ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในตำแหน่งต่างๆ หลากหลาย ทำให้ข้อมูลจากการ



ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพค่อนข้างกว้าง ต่อมาจึงเริ่มศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและมะเร็งที่ตำแหน่งคอดอยหลังช่องปากมากขึ้น[34] และคำสำคัญ (key word) ที่ใช้มักนิยมใช้คำว่าคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากกว่าคำว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก โดยที่เนื้อหาในวรรณกรรมได้กล่าวถึงการประเมินผลกระทบจากโรคและการรักษาต่อตัวผู้ป่วยเช่นเดียวกัน ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ จึงได้นำคำว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมาเป็นคำสำคัญ เนื่องจากเป็นที่นิยมและยอมรับอย่างกว้างขวางมากกว่า ส่วนการสืบค้นข้อมูลนั้น ได้ใช้คำสำคัญทั้งสามคำเพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือและเพียงพอต่อการวิเคราะห์หรืออย่างมีประสิทธิภาพ

### ความสำคัญของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

ในอดีต การมีชีวิตรอด ถือเป็นเกณฑ์หลักเพียงเกณฑ์เดียว ในการวัดผลความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยมะเร็งในช่องปาก โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการรักษา นั้นหมายถึงผู้ป่วยอาจมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เลวร้ายแม้จะมีชีวิตรอด ปัจจุบันคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจึงถูกนำมาเป็นเกณฑ์อีกเกณฑ์หนึ่งในการวัดผลความสำเร็จของการรักษา โดยวิธีการประเมินสามารถทำได้หลายวิธี แต่วิธีที่เป็นที่นิยมและสะดวก คือ การให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยแบบสอบถามที่ผู้ป่วยสามารถตอบได้ด้วยตนเอง (self-completing questionnaires) ข้อมูลจากการประเมิน สามารถนำไปใช้ได้หลายระดับ[2] ได้แก่

1. นำไปใช้กำหนดขอบเขตทางกฎหมายและการตัดสินใจเรื่องระบบบริการสุขภาพ โดยรัฐบาลและคลินิกเอกชน

2. ใช้เป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อการคิดค้นตัวยาในบริษัทยาและผู้ที่เกี่ยวข้อง

3. ช่วยเตรียมข้อมูลในการตัดสินใจเพื่อการรักษาทางคลินิก (clinical decision making) ส่วนนี้ถือว่าเป็นส่วนที่สำคัญที่สุด ในแง่ต่างๆ ดังนี้

3.1 เกิดการสื่อสารระหว่างผู้ให้การดูแลรักษาและผู้ป่วย

3.2 ช่วยวิเคราะห์หาสาเหตุในแง่ของการรักษาที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย

3.3 เป็นแนวทางให้ผู้รักษาใช้ตรวจกราด (screen) เพื่อค้นหาปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

3.4 ช่วยให้ผู้รักษาสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาและแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยได้ตรงกับความต้องการ โดยปรับวิธีการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป

### ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

แม้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการรักษาในช่วงหลายปีที่ผ่านมา และทำให้องค์การอนามัยโลกนำมาเป็นประเด็นสำคัญในการประเมินผลการรักษา ซึ่งจะเห็นได้จากความหมายของคำว่า สุขภาพดี ที่เปลี่ยนไป จากเดิมที่มุ่งเน้นเฉพาะด้านกายภาพเพียงด้านเดียว ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1946[12] ได้เพิ่มเติมด้านอื่นๆ ในเชิงสังคม จิตใจ และความพึงใจในการดำรงชีวิต ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจึงเป็นเรื่องสำคัญ แต่กลับพบว่าการประเมินนี้ถูกจำกัดอยู่เฉพาะในงานวิจัยเท่านั้น และมีการนำไปใช้น้อยในทางคลินิก แม้ในส่วนวิจัยเอง ก็มีข้อจำกัด ซึ่งได้แก่

1. มีความล้มเหลวในการได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการ ตรงประเด็นกับปัญหาของผู้ป่วย และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจให้การรักษาทางคลินิก อาจเนื่องมาจากประชากรที่ศึกษามีความหลากหลาย อย่างในกรณีของการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ซึ่งกรณีนี้ ผู้วิจัยจะต้องศึกษาพัฒนาหาเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และเฉพาะเจาะจงกลุ่มประชากรมากขึ้น
2. แม้จะมีเครื่องมือมากมาย แต่ยังไม่มียุคเครื่องมือมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับร่วมกัน (gold standard) อาจเนื่องมาจากสังคมและวิถีชีวิตของแต่ละภูมิภาคแตกต่างกัน
3. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ให้ข้อมูลไม่เพียงพอต่อผู้ให้การรักษา ที่จะตัดสินใจเรื่องการรักษาผู้ป่วย แต่ต่อมาได้มีการพัฒนาเครื่องมือประเภทนี้มากขึ้น โดยเพิ่มเติมเกณฑ์ประเมินอาการของโรคและเป็นเครื่องมือที่เฉพาะต่อเนื้องอกเท่านั้น[2]

### วิธีการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

เนื่องจากคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ มีความหมายในหลายแง่มุมและมีแนวคิดที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (dynamic concept)[12] การประเมินจึงทำได้ยาก แต่ก็มีวิธีการที่เป็นที่ยอมรับและสามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การใช้แบบสอบถามที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่ายและตอบคำถามด้วยตนเองได้ครบถ้วนทุกส่วนในแบบสอบถาม

แบบสอบถามที่ดี จำเป็นจะต้องมีความเที่ยง (valid) ความน่าเชื่อถือ (reliable) และไวต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่ต้องการทดสอบ (sensitive) นอกจากนี้ควรบริหารจัดการง่าย เข้าใจง่าย และให้คะแนนง่าย ปัจจุบันมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอมากมาย โดยมีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง เกิดเป็นเครื่องมือที่สามารถแบ่งได้เป็น 4 ประเภทหลัก[2] ดังนี้

### 1. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป (generic HRQOL instruments)

แม้เครื่องมือในประเภทนี้จะถูกพัฒนาขึ้นมาอย่างมากมายในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา แต่มีอยู่ 2 ชนิดที่เป็นที่นิยมใช้สำหรับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง คือ Medical Outcomes Study-Short Form-36 (MOS SF-36) และ Sickness Impact Profile (SIP) MOS SF-36 ประกอบด้วย 36 ข้อ จาก 8 หมวด มักใช้ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับผู้ที่สุขภาพดีและผู้ป่วย ส่วน SIP ประกอบด้วย 136 ข้อ จาก 12 ส่วนที่ประเมินการทำงานของอวัยวะต่างๆ และอีก 2 หมวดซึ่งประเมินการตอบสนองด้านกายภาพ (physical response) และการตอบสนองด้านจิตใจและสังคม (psychosocial response) การทดสอบความเที่ยงและความน่าเชื่อถือของเครื่องมือนี้ทำในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis) และผู้ป่วยที่ใส่กระดูกสะโพกเทียม (hip replacement)[2]

### 2. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบเฉพาะโรค (disease-specific HRQOL instruments)

แบบประเมินเฉพาะโรคมะเร็ง (cancer-specific HRQOL measures) เช่น Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) และ European Organization for Research into the Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire – Core 30 (EORTC QLQ-C30) FACT-G มี 27 ข้อ ใน 4 หมวดหลัก ได้แก่ ความเป็นอยู่ด้านการทำงาน (functional well being) ความเป็นอยู่ด้านอารมณ์ (emotional well being) ความเป็นอยู่ด้านสังคม/ครอบครัว (social/family well being) ความเป็นอยู่ด้านกายภาพ (physical well being) ส่วน EORTC QLQ-C30 มี 30 ข้อ ใน 9 หมวดหลัก ได้แก่ บทบาทด้านกายภาพ (physical functioning) บทบาทด้านหน้าที่ (role functioning) บทบาทด้านการจดจำ (cognitive functioning) บทบาทด้านอารมณ์ (emotional functioning) บทบาทด้านสังคม (social functioning) อาการอ่อนเพลีย (fatigue) อาการเจ็บปวด (pain) อาการคลื่นไส้และอาเจียน (nausea & vomiting) และคุณภาพชีวิตโดยรวม (global QOL) ทั้ง 2 ชนิด ได้รับการทดสอบ

ความน่าเชื่อถือ และมีการใช้อย่างกว้างขวาง ประกอบด้วยส่วนที่ประเมินอาการ การทำงานของอวัยวะ และคุณลักษณะของจิตใจ (psychometric properties)[2]

### 3. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบเฉพาะตำแหน่งและวิธีการรักษา (site-and treatment-specific HRQOL instruments)

มีแบบประเมินปัญหาและอาการเฉพาะโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอมากมาย เช่น European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Head and Neck 35 (EORTC QLQ-H&N 35), University of Washington Quality of Life Questionnaire (UW-QOL), Functional Assessment of Cancer Therapy-Head and Neck (FACT-HN), Head & Neck Radiotherapy Questionnaire (HNRQ)[2] รายละเอียดของแบบสอบถามที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย มีดังนี้

#### 3.1 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตโดยองค์กรชาวยุโรปเพื่อการวิจัยและรักษามะเร็งบริเวณศีรษะและคอ รุ่นที่ 35 (EORTC QLQ-H&N 35)

ถูกพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1992 และนำมาใช้เป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1994 เป็นแบบสอบถามหนึ่งที่เป็นที่ยอมรับ และใช้ทั่วไปในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ และในช่วงปี ค.ศ. 2000 - 2005 มีการตีพิมพ์ถึง 60 บทความ (ร้อยละ 37.9) ซึ่งมากกว่าแบบสอบถามอื่นๆ ในกลุ่มแบบสอบถามเดียวกัน[4] โดยนอกจากใช้ประเมินในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอแล้ว ยังถูกใช้กับผู้ป่วยมะเร็งแบบเฉพาะตำแหน่งด้วย เช่น มะเร็งช่องปาก มะเร็งคอหอย มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งต่อมน้ำลายพารอดีต (parotid gland) แบบสอบถามชนิดนี้ ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามด้วยตนเอง โดยถูกนำไปใช้ร่วมกับ EORTC QLQ-C30 ซึ่งจะครอบคลุมส่วนจำเพาะ (specific domains) และส่วนทั่วไป (global domains) ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แบบสอบถามชนิดนี้เป็นที่นิยมใช้ในประเทศฝั่งตะวันตก โดยผ่านการพิสูจน์ว่าเป็นเครื่องมือที่ให้ผลน่าเชื่อถือ วัตถุประสงค์ของการเปลี่ยนแปลงของข้อมูล แต่เนื่องจากตัวแบบสอบถามมีหลายหัวข้อ ผู้ป่วยต้องใช้เวลาค่อนข้างนานเพื่อตอบแบบสอบถาม จึงเป็นข้อด้อยของแบบสอบถามนี้[32, 35] แบบสอบถามนี้มี 35 ข้อ ประกอบด้วย 7 หมวดหลักกับข้อย่อยเดี่ยวอีก 6 ข้อ ได้แก่ อาการเจ็บปวด (pain) การกลืน (swallowing) การรับความรู้สึก (senses) การพูดหรือออกเสียง (speech) การรับประทานอาหารนอกบ้าน (social eating) การสื่อสารกับสังคม (social contact) พฤติกรรมทางเพศ (sexuality) ปัญหาเรื่องฟัน (problem teeth) ปัญหาในการอ้าปาก (problem opening mouth) ปากแห้ง (dry mouth) น้ำลายเหนียว (sticky saliva) อาการไอ (coughed) และความรู้สึกป่วย (felt ill)[2]

### 3.2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตโดยมหาวิทยาลัยวอชิงตัน (UW-QOL)

ถูกตีพิมพ์ขึ้นเป็นครั้งแรกโดย Hassan และ Weymuller ในปี ค.ศ. 1993 และถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในผู้ป่วยมะเร็งในช่องปาก[31] และในช่วงปี ค.ศ. 2000 - 2005 มีการตีพิมพ์แล้ว 38 บทความ (ร้อยละ 24) โดยถือเป็นอันดับที่ 2 รองจาก EORTC QLQ-H&N 35[4] นอกจากนี้ใช้ประเมินผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอแล้ว ยังนิยมใช้ประเมินผู้ป่วยมะเร็งแบบเฉพาะตำแหน่งด้วย เช่น ผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก มะเร็งคอหอยหลังช่องปาก มะเร็งคอหอยหลังโพรงจมูก (nasopharynx)[4] ข้อดีของแบบสอบถามชนิดนี้ คือ ให้ข้อมูลกว้าง มีความเที่ยง น่าเชื่อถือ และไวต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับที่ดี ช่วยประเมินผลของโรคมะเร็งที่มีต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้องได้ดี[31] จากการศึกษาของ Rogers และคณะ[36] ในปี ค.ศ. 2007 ในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอจำนวน 100 ราย ในแง่ประสิทธิภาพของหมวดการทำหน้าที่ของไหล่ จาก UW-QOL เทียบกับ neck dissection impairment index (NDII) (ถูกออกแบบมาเพื่อประเมินการทำหน้าที่ของไหล่ในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอโดยเฉพาะ มีถึง 10 หมวด แต่ละหมวดมี 5 ตัวเลือก ในขณะที่ UW-QOL มีเพียง 1 หมวด 4 ตัวเลือก) และ shoulder disability questionnaire หรือ SDQ (มี 16 ข้อ) พบว่า UW-QOL มีความไวและประสิทธิภาพดีมากพอสำหรับประเมินการทำหน้าที่ของไหล่ ซึ่งอาจช่วยตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษาความผิดปกติของไหล่ เช่น การฉีดด้วย botulinum toxin type A เพื่อรักษาอาการเจ็บไหล่เรื้อรังในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ จากแบบสอบถามทั้ง 3 ชนิด พบว่าให้ผลสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญ นั่นคือ ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับการเลาะบริเวณคอแบบเรดิกัลและแบบโมดิฟายด์ มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเลาะบริเวณคอหรือเลาะบริเวณคอแบบซีเล็กตีฟทั้งแบบข้างเดียวและทั้งสองข้าง นอกจากนี้ การที่ไม่มีการเก็บค่าลิขสิทธิ์จากผู้ออกแบบสอบถาม จึงทำให้มีต้นทุนต่ำในการนำมาใช้ เนื่องจากถูกออกแบบสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) และผู้ป่วยสูงอายุ โดยการจำกัดหัวข้อประเมิน 1 เรื่อง ต่อ 1 หัวข้อ[7] จึงเป็นแบบสอบถามที่กระชับ เหมาะที่จะนำมาใช้เป็นประจำในหน่วยบริการที่รักษาผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก[31, 37] ซึ่งแบบสอบถามที่เหมาะสมสำหรับนำมาใช้ประจำนั้น ควรใช้เวลาน้อยกว่า 10 นาทีในการตอบ ซึ่งคุณสมบัตินี้ถือเป็นจุดเด่นของ UW-QOL ที่ต่างจาก EORTC-QLQ-H&N 35[37] จากการศึกษาของ Kanatas และ Rogers[38] ในปี ค.ศ. 2004 ซึ่งสำรวจการใช้แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ให้คำปรึกษาด้านการรักษามะเร็งศีรษะและคอจำนวน 267 ราย ตามรายชื่อใน British Association of Head and Neck Oncologists จากผู้ตอบ 190 ราย พบว่า แบบสอบถามที่นิยมใช้มาก ได้แก่ UW-QOL (ร้อยละ 65) และ EORTC

(ร้อยละ 22) โดยเฉพาะในกลุ่มศัลยแพทย์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล (oral and maxillofacial surgeons) และผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษามะเร็งทางคลินิก (clinical oncologists) อย่างไรก็ตามมีผู้วิจัยบางท่านให้ความเห็นว่าแบบสอบถามชนิดนี้เหมาะกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสี เนื่องจากขาดหัวข้อประเมินผลข้างเคียงจากรังสีบางหัวข้อ[39] แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพชนิดนี้มีการปรับปรุงเรื่อยมา แบบสอบถามในปัจจุบันเป็นฉบับที่ 4 ประกอบด้วย 2 หมวด[31] ได้แก่

หมวดที่ 1 หมวดประเมินเฉพาะโรค (disease-specific items) ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกมี 12 ข้อ โดยในแต่ละข้อมี 3 - 5 ตัวเลือก และเลือกได้เพียงตัวเลือกเดียวเท่านั้น ได้แก่ อาการเจ็บปวด ลักษณะรูปร่างใบหน้าภายนอก (appearance) การทำกิจกรรมประจำวัน (activity) กิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ (recreation) การกลืน การเคี้ยว (chewing) การพูดหรือออกเสียง ไหล่ (shoulder) การรับรู้รสชาติอาหาร (taste) น้ำลาย (saliva) อารมณ์ (mood) และความวิตกกังวล (anxiety) แต่ละคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 0 หมายถึง เลวร้ายที่สุด จนถึง 100 หมายถึง ดีที่สุด โดยมีน้ำหนักคะแนนในแต่ละตัวเลือกแตกต่างกัน (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ก) ส่วนที่ 2 เป็นการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาใน 12 ข้อข้างต้น โดยให้ผู้ป่วยเลือกข้อที่มีปัญหามากที่สุดทั้งนี้เลือกได้ไม่เกิน 3 ข้อ การจัดลำดับความสำคัญโดยตัวผู้ป่วยช่วยให้แพทย์มองเห็นประเด็นสำคัญของปัญหาและสามารถแก้ไขได้ตรงจุด[7]

หมวดที่ 2 หมวดคำถามทั่วไป ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในภาพรวม (global HRQOL) มีตัวเลือกรั้งตั้งแต่ แย่ ไปจนถึง ดีเลิศ แต่แยกวิเคราะห์เป็นรายข้อ และมีส่วนคำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก

จากการศึกษาของ Murphy และคณะ[2] ในปี ค.ศ. 2007 ซึ่งรวบรวมผลการทดสอบความเชื่อถือได้ (reliability test) โดยวัดความสอดคล้องภายในชุดเดียวกัน (internal consistency) ของแบบสอบถามชนิดนี้ พบว่ามีค่าอัลฟา (alpha) ตั้งแต่ 0.74 - 0.83 ซึ่งมีผู้วิจัยบางท่านให้ความเห็นว่าค่าอัลฟาควรมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป[40] ดังนั้นแบบสอบถามนี้จึงจัดว่าอยู่ในเกณฑ์ดี

นอกจากการใช้แบบสอบถามชนิดนี้ในลักษณะแบบฟอร์มกระดาษสำหรับกรอกข้อมูลแล้ว ยังมีการนำเทคโนโลยีแบบจอสัมผัส (touchscreen technology; TST) มาใช้ในการบันทึกและรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ซึ่งที่ผ่านมาเทคโนโลยีนี้เคยถูกนำมาใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็ง หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยนอก จากการใช้ TST ในผู้ป่วย 44 ราย พบว่า วิธีนี้ทำให้ได้ข้อมูลที่รวดเร็ว สะท้อนสถานการณ์จริงของผู้ป่วยได้มากกว่า

แบบฟอร์มกระดาษ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ชอบ[41] จะเห็นได้ว่า มีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในหลากหลายรูปแบบ แสดงให้เห็นถึงการยอมรับถึงประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้ป่วยและต่อการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข

### 3.3 แบบสอบถามเพื่อประเมินการทำหน้าที่ของอวัยวะในผู้ป่วยมะเร็ง บริเวณศีรษะและคอ (FACT-HN)

ถูกใช้ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1996 และเป็นหมวดหนึ่งใน FACT-G ประกอบด้วย 11 หัวข้อ เช่น การรับประทานอาหาร การกลืน ลักษณะรูปร่างหน้าตา การหายใจ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มเหล้า โดยแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 แบบสอบถามนี้ถูกพิจารณาว่าให้ผลน่าเชื่อถือและไวต่อการเปลี่ยนแปลงของข้อมูล และถูกนำไปใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมากมายเช่นกัน[32]

### 4. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบเฉพาะอาการ (symptom specific HRQOL instruments)

อาการของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่มักถูกประเมิน ได้แก่ อาการเจ็บปวดและอาการอ่อนเพลีย (fatigue) เครื่องมือที่ใช้ เช่น Brief Pain Inventory (BPI) และ Brief Fatigue Inventory (BFI) โดยใช้ประเมินความรุนแรงของอาการดังกล่าว[2] ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างของแบบประเมินอาการเจ็บปวด (pain assessment) ซึ่งอาการเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งมีปัจจัยหลายอย่างมาเกี่ยวข้อง ทั้งจากภายในและภายนอกร่างกาย การประเมินทำได้หลายวิธี[42] ดังนี้

- แบบเวอบอล เรตติ้ง สเกล (Verbal Rating Scale; VRS)

ให้ผู้ป่วยตอบคำถาม “คุณมีอาการเจ็บปวดมากขนาดไหน?” จาก 0 คือไม่เจ็บปวดเลย ถึง 10 คือ เจ็บปวดมากที่สุดที่คิดได้ หรือเขียนตัวเลข “ให้วงกลมตัวเลขที่บอกถึงระดับความปวดของคุณ”

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
ไม่เจ็บปวด เจ็บปวดมากที่สุดที่คิดได้

- แบบวิซวล อนาลอก สเกล (Visual Analog Scale; VAS)

ให้ผู้ป่วยกากบาทบนเส้นตรงที่ยาว 10 เซนติเมตร เพื่อบอกถึงระดับอาการเจ็บปวด การวัดระดับอาการเจ็บปวดของผู้ป่วยให้วัดระยะจากจุดเริ่มต้นที่ไม่ปวดถึงเครื่องหมายกากบาทเป็นเซนติเมตร



● แบบเวอบอล ดิสคริปทีฟ สเกล (Verbal descriptive scale)

ให้ผู้ป่วยอธิบายเป็นคำ “คุณมีอาการเจ็บปวดมากขนาดไหน?”

ไม่เจ็บปวดเลย	เจ็บปวดเล็กน้อย	เจ็บปวดปานกลาง	
เจ็บปวดมาก			
0	1 - 3	4 - 6	7 - 10

การประเมินอาการเจ็บปวดจากมะเร็งในด้านต่างๆ นำมาซึ่งการวางแผนระดับอาการเจ็บปวดแต่ละกรณี เช่น กำหนดชนิดยาและระยะเวลาที่สมควรจะให้ยาแก้ปวดกับผู้ป่วย ความรุนแรงของความปวดบ่งชี้ถึงกลุ่มยาระดับปวดที่ใช้ เป็นต้น

### การออกแบบงานวิจัยในการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ

มีการศึกษาใน 2 รูปแบบ ซึ่งเป็นรูปแบบพื้นฐานของการวิจัย[32] ได้แก่

1. การศึกษา ณ จุดเวลาในเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) สิ่งที่ต้องพิจารณา ได้แก่ ผู้ป่วยต้องมีลักษณะของเนื้องอก พยาธิวิทยา ตำแหน่งรอยโรค หรือวิธีการรักษาที่คล้ายคลึงกัน จึงจะให้ผลการศึกษาที่ดี การศึกษารูปแบบนี้หมายถึงรวมถึงการศึกษาโดยการทบทวน ณ เวลาใดเวลาหนึ่งที่ผ่านมา ซึ่งวิธีนี้มีแนวโน้มว่าความไว (sensitivity) ของแบบสอบถามจะลดลงเนื่องจากการรายงานการรักษาต่ำกว่าที่ควรจะเป็น (under report)

2. การศึกษาโดยการติดตามระยะยาว (longitudinal study) วิธีนี้ทำให้ได้ข้อมูลที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจน และอยู่ในความควบคุมของผู้วิจัย แต่เป็นการยากที่จะรักษาระดับจำนวนผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการสูญเสียผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมักเกิดจากภาวะความเจ็บป่วยอื่นที่เกิดแทรกอาการเจ็บป่วยปัจจุบัน (intercurrent illness) การกลับมาเป็นซ้ำ และการเสียชีวิต ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ลดลงตามช่วงเวลา ทำให้เกิดปัญหาในการวิเคราะห์ทางสถิติ และเหนี่ยวนำให้เกิดอคติจากการเลือกผู้ป่วย (selective bias)



จาก 65 บทความที่ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอและตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษระหว่างปี ค.ศ. 1980 – 1997 พบว่า 50 บทความ (ร้อยละ 77) เป็นการศึกษา ณ จุดเวลาในเวลาใดเวลาหนึ่ง โดย 47 บทความ (ร้อยละ 72) เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอซึ่งมีมะเร็งจากหลากหลายกลุ่มรวมกัน[32]

บทความที่ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอสามารถแบ่งออกเป็น 5 แนวทางการศึกษา[4] ดังนี้

1. ปัจจัยพยากรณ์ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (predictor of HRQOL) เป็นการศึกษาที่รายงานปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ปัจจัยดังกล่าว เช่น วิธีการรักษา ตำแหน่งเนื้องอก ระยะทางคลินิก อายุ เพศ เวลาตั้งแต่ได้รับการรักษา เป็นต้น
2. ผลการทำงานของอวัยวะ (functional outcome) เป็นการศึกษาที่รายงานผลการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เช่น การพูด การเคี้ยว การกลืน การหายใจ การทำงานของระบบประสาท เป็นต้น
3. การพัฒนาแบบสอบถาม เป็นการศึกษาเพื่อทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถาม มีการเปรียบเทียบแบบสอบถามชนิดหนึ่งกับแบบสอบถามอีกชนิดหนึ่ง หรือหาความเที่ยงของแบบสอบถามในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน
4. การศึกษาทางคลินิก (clinical trials) เป็นการนำเอาการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไปเป็นตัวแปรหลักตัวแปรหนึ่งในการวัดผลในกลุ่มตัวอย่างทางคลินิก
5. การทบทวนวรรณกรรม เป็นการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่ามีการศึกษาในหลากหลายรูปแบบ อย่างไรก็ตามมีผู้วิจัยบางท่านให้ข้อเสนอแนะในการศึกษาคุณภาพชีวิต[43] ดังนี้

1. เป็นการประเมินตนเองของผู้ป่วย (self-assessment) แบบสอบถามที่ผู้ป่วยสามารถตอบได้ด้วยตนเองเป็นสิ่งสำคัญ และการประเมินเชิงจิตวิสัย (subjective assessment) เป็นข้อมูลที่สำคัญที่สุด
2. เลือกรุ่นเครื่องมือที่ผ่านการทดสอบความเที่ยงและสามารถวัดได้หลากหลายทิศทาง (validated multidimensional measures) ทิศทางในการวัด ได้แก่ ด้านสังคม อารมณ์ สภาวะจิตใจ การทำงานของอวัยวะทั่วไป (general physical functioning) และการประเมินอาการเฉพาะโรค (disease-specific symptoms)
3. มีการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม (global rating)

4. เป็นการศึกษาโดยการติดตามระยะยาว คุณภาพชีวิตเป็นปรากฏการณ์เฉพาะแต่ละบุคคลที่ผู้ป่วยควรเป็นกลุ่มควบคุมด้วยตนเองมากกว่าจะนำไปเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ซึ่งมีชนิดของโรค ระยะของโรค และวิธีการรักษาที่แตกต่างกัน

5. ศึกษาในรอยโรคเฉพาะตำแหน่ง (site-specificity) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จำเพาะต่อโรคในตำแหน่งนั้นๆ

### ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

1. อายุ มีรายงานว่าผู้ป่วยสูงอายุมีคะแนนประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยอายุน้อย[6] โดยผู้ป่วยอายุน้อยมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความทุกข์ทางจิตใจ (psychological distress) และพบว่า 1 ปีหลังการรักษา ผู้ป่วยอายุน้อยมีหน้าที่ของบทบาทและอารมณ์ลดลง (role and emotional function) ส่วนปัญหาปากแห้ง พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมาก เมื่อเทียบกับผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยสูงอายุมักมีปัญหาพฤติกรรมทางเพศ การรับรู้ความรู้สึกและการใช้อาหารเสริมมากกว่า[6] อย่างไรก็ตาม มีหลายการศึกษาที่พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอายุ[31]

2. เพศ มีการศึกษาที่รายงานว่า ไม่พบความแตกต่างของคะแนนประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเพศหญิงและเพศชาย[6] แม้ว่ามีบางรายงานที่พบว่าภายหลังการรักษา 1 ปี ผู้ป่วยเพศชายมีการดื่มแอลกอฮอล์ มีปัญหาด้านจิตใจ และขาดสารอาหารมากกว่าผู้ป่วยเพศหญิง ส่วนผู้ป่วยเพศหญิง พบว่ามีปัญหาเรื่องกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ และการรับประทานอาหารมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย[31]

3. สถานภาพสมรสและรายได้ สถานภาพสมรส ถูกพบว่าเป็นปัจจัยพยากรณ์อิสระก่อนการรักษา (independent preoperative prognostic factor) ในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ผู้ที่มีสถานภาพโสดมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นที่จะกลับมาเป็นซ้ำและเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับผู้ที่แต่งงานแล้ว สำหรับรายได้ของครอบครัวไม่สามารถนำมาพยากรณ์ได้ ปัจจัยในข้อนี้ถูกพิจารณาว่า ผู้ป่วยที่แต่งงานแล้วมีปัจจัยทางสังคมสนับสนุน และให้การดูแลพฤติกรรมสุขภาพจากครอบครัวหรือคู่สมรสรวมทั้งช่วยหาวิธีการรักษา ทำให้พบแพทย์ได้เร็วกว่าผู้ป่วยโสด[31]

4. การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ มีการศึกษาเพียงเล็กน้อย เกี่ยวกับผลของการสูบบุหรี่ที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แต่ที่ผ่านมามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม การไม่สูบบุหรี่ช่วยพยากรณ์โอกาสกลับมาเป็นซ้ำ ซึ่งพบว่ามีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำต่ำกว่า และมีอัตราการรอดชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ

สำหรับการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ มีรายงานว่า การตีพิมพ์แอลกอฮอล์ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญที่น่าสนใจว่า ด้านกายภาพและบทบาทการทำหน้าที่ (physical and role functioning) กลับดีกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม โดยมีภาพรวมของคุณภาพชีวิตดี อาการปากแห้ง ปัญหาการกลืนและความเจ็บปวดน้อยลงหลังการรักษา[31]

5. ปัจจัยในส่วนของโรคที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (disease-related HRQOL)

5.1 ตำแหน่งของโรคในช่องปาก มีการศึกษาพบว่า คะแนนประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลงในผู้ป่วยที่มีรอยโรคส่วนหลังของช่องปากซึ่งอาจเป็นเพราะคะแนนหมวดการกลืนต่ำลง และเพราะ UW-QOL ให้น้ำหนักคะแนนค่อนข้างมากเรื่องของการทำหน้าที่ของอวัยวะ[31] ดังนั้นตำแหน่งของโรคจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อคะแนนใน UW-QOL แต่มีบางรายงานที่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างส่วนหน้าและส่วนหลังของช่องปาก[35]

5.2 ขนาดและระยะทางคลินิกของโรค คะแนนประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะลดลงตามความรุนแรงหรือระยะของรอยโรคที่เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ[6] อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาระยะยาวพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ[44] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงปัจจัยเกี่ยวกับระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยพบว่าผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่มากกว่าระยะเวลาเฉลี่ย คือ มากกว่า 16 วัน จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ต่ำลง[35] แต่ทั้งนี้ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลขึ้นกับขนาดและระยะของโรคเป็นสำคัญ จึงอาจถือได้ว่าไม่ใช่ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยตรง

6. ปัจจัยด้านการรักษาที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (treatment-related HRQOL)

6.1 วิธีการเข้าถึงรอยโรคเพื่อผ่าตัด (access procedures) มีสองวิธีหลักในการเข้าถึงรอยโรคในตำแหน่งหลังช่องปากและคอกอหอย ได้แก่ การผ่าตัดขากรรไกรล่างแบบแยกริมฝีปาก (lip split mandibulotomy) และแบบลิ้นกวาง รีลีส (lingual release) การประเมินเชิงวัตถุวิสัย (objective assessment) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แต่หากประเมินเชิงจิตวิสัยด้วย UW-QOL พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีแยกริมฝีปากมีการพูดหรือออกเสียง การกลืน และการเคี้ยวดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ[31]

6.2 ชนิดของการผ่าตัดขากรรไกร (mandibular resection) กรณีที่รอยโรคขนาดเล็กและไม่ได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการตัดออกแบบเข็มนดัล มีคุณภาพ

ชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการตัดออกแบบมารจินัล กรณีที่รอยโรคขนาดใหญ่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างกันเล็กน้อยระหว่างสองวิธี[31] และมีบางรายงานที่ไม่พบความแตกต่าง[35]

6.3 การเลาะบริเวณคอ (neck dissection) ผู้ป่วยที่ทำการเลาะบริเวณคอมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำ โดยมีการศึกษาหนึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่ทำการเลาะบริเวณคอมีความเจ็บปวดและไม่สบายเพิ่มขึ้นซึ่งพบในกรณีที่ใช้วิธีการเลาะบริเวณคอแบบเรดิคัล ดังนั้นการเลาะบริเวณคอจึงเป็นปัจจัยที่สามารถใช้พยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ เพียงแต่อาจไม่ใช่ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อหลัก (weak clinical predictor) เมื่อเทียบกับปัจจัยอื่น[31]

6.4 การใส่สายผ่านทางหน้าท้องสู่กระเพาะอาหาร (percutaneous endoscopic gastrostomy; PEG) กรณีที่ผู้ป่วยใช้ในระยะเวลาสั้นๆ วิธีนี้ให้ผลดีต่อผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก แต่หากมีการใช้ระยะยาว พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำลง เพราะผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ และพบว่า PEG ถูกนำมาใช้ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ โดยสะท้อนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ต่ำลง[31]

6.5 การฉายรังสีรักษา จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการฉายรังสีหลังการผ่าตัดส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก โดยผู้ป่วยมักมีปัญหาเรื่องของลักษณะรูปร่างใบหน้าผิดปกติ การกลืน และการเคี้ยวเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว โดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพียงอย่างเดียวมีคะแนนด้านกายภาพ (physical scores) สูงกว่าผู้ป่วยที่ฉายรังสีร่วมกับการผ่าตัด และจากการติดตามประเมินผลระยะยาวพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีเพียงอย่างเดียวมีความทุกข์ทางจิตใจ (psychological distress) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำลง อันเป็นผลตามจากภาวะแทรกซ้อนจากรังสี[35]

6.6 วิธีการบูรณะภายหลังการผ่าตัด (method of reconstruction) เป็นการศึกษาที่จะหาความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดระหว่างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกับวิธีการบูรณะ เนื่องจากวิธีการบูรณะมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยไม่ว่าจะเป็น ขนาดและระยะของเนื้องอก ขอบเขตของการตัด หรือความจำเป็นในการฉายรังสี โดยเฉพาะการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบมิติเดียว (univariate analysis) เนื่องจากแต่ละปัจจัยเหล่านี้ล้วนเชื่อมโยงกัน จากการศึกษาแบบ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งในผู้ป่วยที่ทำแผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกอิสระพบว่า ผลคะแนนรวมจากการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ต้องทำอย่างมีนัยสำคัญในระยะ 1 ปี การปิดบาดแผลหลังผ่าตัดทันที (primary closure) หรือการผ่าตัดด้วยเลเซอร์ (laser surgery) ให้ผล

การประเมินคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่บูรณะด้วยแผ่นเนื้อเยื่อปะปลูก อีสระเรเดียลจากหน้าแขน (radial forearm free flaps) กับแผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกจากกล้ามเนื้อ เพ็กโตราลิส เมเจอร์ ส่วนปัญหาด้านการทำงานของอวัยวะและรูปร่างหน้าตา ไม่พบความแตกต่างระหว่างสองกลุ่มนี้[31]

นอกจากนี้มีการศึกษาแบบไปข้างหน้าเกี่ยวกับผลของวิธีบูรณะกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งพบว่าวิธีการบูรณะเนื้อเยื่ออ่อนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณพื้นช่องปาก ส่งผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิต โดยผู้ป่วยที่บูรณะด้วยแผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกอีสระจากกล้ามเนื้อ ร่วมกับผิวหนังมีคุณภาพชีวิตต่ำลง โดยเฉพาะเมื่อเป็นความผิดปกติที่ใหญ่และอยู่ในส่วนหน้าของพื้นช่องปากร่วมกับต้องบูรณะส่วนเนื้อเยื่อแข็งด้วย กรณีแผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกเฉพาะที่ (local flap) ในผู้ป่วยที่บูรณะด้วยแผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกอีสระจากเรเดียล ฟาสซิโอคิวตาเนียส (radial fasciocutaneous free flaps) ผู้ป่วยจะมีคะแนนที่ต่ำมากในหมวดการทำหน้าที่และหมวดกายภาพ (functional and physical scores) ณ เวลา 3 เดือน แต่คะแนนการทำหน้าที่ในหมวดอวัยวะช่องปากและหมวดสังคม (social domains) กลับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ณ เวลา 1 ปี ผู้ป่วยที่บูรณะด้วยแผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกอีสระไมโครวาสคูลาร์ มักเพิ่มจำนวนวันที่ต้องพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสัมพันธ์กับคะแนนที่ต่ำอย่างมีนัยสำคัญในหมวดการเคี้ยว การกลืน และคะแนนคุณภาพชีวิตรวม[31]

กรณีการบูรณะเนื้อเยื่อแข็ง ไม่พบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มที่บูรณะด้วยเนื้ออ่อนและกลุ่มที่บูรณะด้วยส่วนลึกของกล้ามเนื้อเซอร์คัมเฟล็กซ์ อิลีแอค (deep circumflex iliac muscle) แม้ว่าผู้ป่วยทั้ง 2 นี้ จะมีความเสี่ยงสูงที่จะเจ็บป่วยจากตำแหน่งปลูกถ่าย (donor site) และมีแนวโน้มที่จะทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี[31]

นอกจากนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างผู้ป่วยที่ตัดขากรรไกรบนและบูรณะด้วยแผ่นปิด เมื่อเปรียบเทียบกับบูรณะด้วยเนื้อเยื่อปลูกถ่ายกระดูกแบบอีสระ[31]

7. สภาวะทางอารมณ์ (emotional status) มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอมีระดับภาวะซึมเศร้าสูง[45] โดยภาวะซึมเศร้าก่อนการรักษาทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น และส่งผลให้การทำหน้าที่ของร่างกายต่ำลงภายหลังการรักษา (functioning post-treatment) ภาวะซึมเศร้าก่อนการรักษา จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพหลังการรักษาต่ำลง ภาวะซึมเศร้าจึงถูกพิจารณาว่าเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่ใช้ทำนายภาพรวมของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว ส่วนสภาวะวิตกกังวลที่ผิดปกติ (anxiety disorders) พบว่า

ยังคงสูงทั้งในวันที่ได้รับการวินิจฉัยและภายหลังการรักษา 3 เดือน[46] และลดลงร้อยละ 50 ในช่วง 1 – 3 ปีหลังการรักษา[31] การปรากฏสภาวะวิตกกังวลที่ผิดปกติก่อนการรักษาสามารถช่วยทำนายการกลับมาเป็นซ้ำของโรคและอัตราการรอดชีวิตได้ โดยพบว่าผู้ที่มีอาการวิตกกังวลมีการกลับมาเป็นซ้ำน้อยลงและมีอัตราการรอดชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่ไม่มีอาการวิตกกังวล[31] นอกจากนี้ ลักษณะรูปร่างใบหน้าที่มีดีรูปอย่างรุนแรง ยังส่งผลต่อความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย กระทบต่อการใช้ชีวิตคู่ ลดปฏิสัมพันธ์ทางเพศ และเพิ่มการแยกตัวออกจากสังคมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัญหาหลักปัญหาหนึ่งที่ได้จากการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย[31] การให้การบำบัดทางจิตใจก่อนการรักษา อาจทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวได้ดีขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มองโลกในแง่ดี ยังพบว่ามียุทธศาสตร์การทำงานที่ (role function) การรับรู้การทำงานที่ (cognitive function) คุณภาพชีวิตในภาพรวม และสภาวะความเจ็บปวดดีกว่าคนที่มองโลกในแง่ร้ายทั้งในช่วงก่อนรักษาและหลังรักษา 3 เดือน อีกทั้งผู้ป่วยที่มองโลกในแง่ร้าย มีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตใน 1 ปี มากกว่าผู้ป่วยที่มองโลกในแง่ดี[31]

8. ศักยภาพในการทำงาน (performance status) การมีศักยภาพในการทำงานก่อนการรักษาที่ต่ำ พบว่าเป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญที่บอกถึงความรุนแรงของอาการที่เพิ่มขึ้นและการทำหน้าที่ของอวัยวะที่ไม่ดีภายหลังการรักษาได้ สำหรับผู้ป่วยที่ยอมรับความสามารถทางกายภาพ (physical abilities) ได้ดีโดยมีการปรับตัว พบว่าน่าจะมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำน้อยและอัตราการรอดชีวิตดีกว่า[31]

### ตอนที่ 3 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไลเคนพลาณีสในช่องปาก (oral lichen planus)

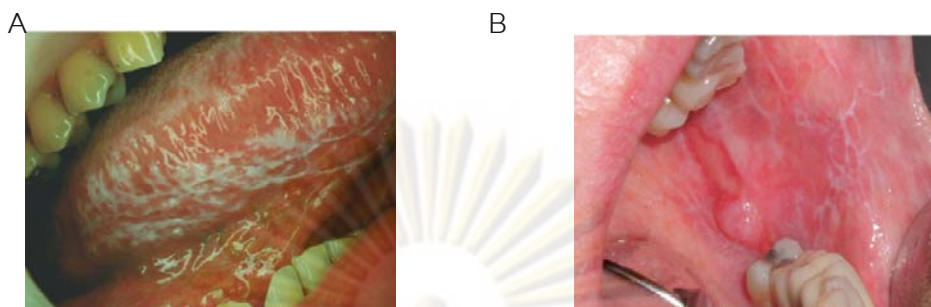
โรคไลเคนพลาณีสในช่องปากเป็นโรคเรื้อรังที่มีการอักเสบของเยื่อเมือกในช่องปาก (chronic inflammatory disorder) ซึ่งโดยทั่วไปสามารถพบโรคไลเคนพลาณีสได้ทั้งที่ผิวหนังตามร่างกายและอวัยวะเพศ รวมทั้งเยื่อเมือกอื่นๆ ได้แก่ ช่องคลอด คอหอย เป็นต้น โรคไลเคนพลาณีสที่ผิวหนัง มักทำให้เกิดอาการคัน และหายได้เอง ซึ่งต่างจากโรคไลเคนพลาณีสในช่องปากที่มักไม่หายได้เอง นอกจากนี้ ยังมีผู้ที่ศึกษาโรคไลเคนพลาณีสในแง่ของโรคทางกายด้วยจิตเป็นเหตุ (psychosomatic disease) โดยเชื่อว่าความเครียดอาจทำให้เกิดการกำเริบของโรคได้[47] ความสำคัญของโรคนี้ คือ การเป็นโรคเรื้อรังที่ยังไม่มีวิธีการรักษาที่ทำให้โรคหายขาดและยังมีโอกาสเปลี่ยนแปลงไปเป็นมะเร็งช่องปากอีกด้วย[48]

#### ลักษณะทางคลินิกของโรคไลเคนพลาณีสในช่องปาก

โดยทั่วไปมักพบในผู้ป่วยที่มีอายุ 40 – 60 ปี แต่ก็สามารถพบได้ในกลุ่มอายุอื่นๆ และพบมากในเพศหญิง คือ เป็น 2 เท่า เมื่อเทียบกับเพศชาย[49] โรคไลเคนพลาณีสในช่องปากมีลักษณะเฉพาะทางคลินิก ที่แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ[49] คือ

1. ชนิดร่างแห (reticular) มีลักษณะของเส้น (lines) ตุ่มตัน (papules) หรือแผ่นนูน (plaques) ที่สานเป็นร่างแห ดังแสดงในภาพที่ 19 A ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักไม่มีอาการ
2. ชนิดรอยแดง (erythematous) และฝ่อลีบ (atrophic) ดังแสดงในภาพที่ 19 B
3. ชนิดแผลถลอก (erosive) ซึ่งรวมถึงลักษณะที่เป็นแผล (ulcerated) หรือ เป็นตุ่มน้ำ (bullous) ดังแสดงในภาพที่ 20

ลักษณะทางคลินิก อาจพบเฉพาะชนิดร่างแห หรือพบร่วมกันสองชนิด หรือพบร่วมกันทั้งสามชนิด ซึ่งผู้ป่วยอาจไม่มีอาการในช่องปากไปจนถึงปวดแสบปวดร้อน หรือถึงขั้นเจ็บปวดรุนแรง และไม่สามารถกลืนอาหารได้ ตำแหน่งที่พบมากที่สุดเ็นช่องปาก คือ เยื่อเมือกด้านแก้มก่อนไปทางด้านหลัง รองลงมาได้แก่ ลิ้น เหงือก เยื่อเมือกริมฝีปาก และ ริมฝีปากล่าง ตามลำดับ[49]



ภาพที่ 19 ภาพ A แสดงโรคไลเคนพลาเนียชนิดว่างแห ภาพ B แสดงโรคไลเคนพลาเนียชนิดรอยแดง และฝ่อลีบ ซึ่งมักพบร่วมกับชนิดว่างแห[49]



ภาพที่ 20 แสดงโรคไลเคนพลาเนียชนิดแผลถลอก[49]

### สาเหตุการเกิดโรค

ปัจจุบันมีข้อมูลที่น่าสนับสนุนว่า พยาธิกำเนิดของโรคเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันชนิดที่เซลล์เป็นสื่อ (T cell-mediated autoimmune disease) โดยที่เซลล์ชนิด CD8 กระตุ้นให้เซลล์เยื่อเมือเกิดการตายของเซลล์ตามโปรแกรมทางพันธุกรรม[49] ส่วนสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติดังกล่าวยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด

### แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงไปเป็นมะเร็งช่องปาก

มีรายงานว่าโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากมีการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งเซลล์สความัส โดยมีรายงานการเกิดตั้งแต่ร้อยละ 0.2 - 5[49, 50] โดยเฉพาะชนิดฝ่อลีบและชนิดแผลถลอก[11] ในช่วงเวลาตั้งแต่ 6 เดือน - 20 ปี[49] แต่ก็ยังเป็นที่ยกเถียงกันอยู่ เนื่องจากบางรายงานให้ผลการวินิจฉัยโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากจากลักษณะทางคลินิกเท่านั้น ซึ่งแท้จริงแล้วรอยโรคเริ่มแรกอาจมีการเจริญผิดปกติที่มีลักษณะทางคลินิกคล้ายไลเคนพลาเนียอยู่ก่อนแล้ว อย่างไรก็ตาม



ตาม มีบางรายงานที่มีข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ดังนั้นการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งจำเป็น

### วิธีการรักษา

กรณีที่เป็นชนิดร่าแห ซึ่งไม่มีอาการ จะเพียงแต่ติดตามและเฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงเท่านั้น ส่วนชนิดอื่นๆ นิยมให้การรักษาด้วยการใช้ยาในกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroid) ซึ่งมีทั้งชนิดทาเฉพาะที่ (topical) ชนิดฉีด (injection) ชนิดน้ำยาบ้วนปาก (mouthwash) ยาพ่น (spray) และชนิดรับประทาน (systemic) นอกจากนี้ยังมียาในกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มยากดภูมิคุ้มกัน กลุ่มยาเรตินอยด์ (retinoids) เป็นต้น[49]

### การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงผลกระทบของโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยตรง เพียงแต่มีการศึกษาในแง่ความสัมพันธ์ของโรคกับปัจจัยทางด้านจิตใจ (psychological profiles) ซึ่งพบว่ามีความเครียดและความวิตกกังวลสูงในผู้ป่วยเหล่านี้ และจากการศึกษาของ Ivanovski และคณะ[47] ในปี ค.ศ. 2005 พบว่าระดับคอร์ติซอล (cortisol) อาจเป็นหนึ่งในกลไกของปฏิกริยาระหว่างจิตและภูมิคุ้มกัน (psychoimmune interactions) ที่มีบทบาทต่อพยาธิกำเนิดของโรคนี้ โดยเฉพาะชนิดแผลถลอก ซึ่งมีระดับคอร์ติซอลในซีรัมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นการยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านจิตใจกับโรคไลเคนพลาเนียในช่องปาก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ทำให้เห็นว่าโรคมะเร็งช่องปากและวิธีการรักษาผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจมีความแตกต่างกันไปทั้งนี้ขึ้นกับหลายปัจจัย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากในผู้ป่วยที่เป็นคนไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรจากช่วงเวลาก่อนการรักษาและหลังการรักษา ในขณะเดียวกันเพื่อให้การศึกษาสะท้อนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ชัดเจนจึงได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากว่ามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร ดังรายละเอียดของการศึกษาที่จะกล่าวต่อไป

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### ประชากรที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มศึกษาซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก และกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเนื้องอกในช่องปาก สาเหตุที่เลือกผู้ป่วยโรคเนื้องอกในช่องปากเป็นกลุ่มควบคุม เนื่องจากมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยมักมีอาการเป็นๆ หายๆ ซึ่งต่างจากโรคมะเร็งช่องปากที่มีการลุกลามอย่างรวดเร็ว ทั้งสองรอยโรคเกิดในบริเวณเนื้อเยื่ออ่อนภายในช่องปาก แม้ว่ามะเร็งช่องปากจะสามารถเกิดในกระดูกได้แต่พบได้น้อย กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ มีลักษณะดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก เป็นผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาที่ศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลราชวิถี และแผนกศัลยศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 70 ราย เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์คัดเลือก จะเหลือกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ทั้งสิ้น 51 ราย ทั้งนี้มีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

1. ผู้ป่วยจะต้องได้รับการวินิจฉัยโรค ว่าเป็นมะเร็งช่องปากทั้งจากลักษณะทางคลินิกและลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา มีตำแหน่งรอยโรคปฐมภูมิเกิดขึ้นที่ริมฝีปาก เยื่อเมือกแก้ม ส่วนหน้าสองในสามของลิ้น เหงือกของฟันบนและฟันล่าง พื้นช่องปาก เพดานแข็ง หรือแฉ่ง สามเหลี่ยมท้ายพินกรมหลัง

2. ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการรักษาใดๆ มาก่อนหรือไม่ใช่ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่กลับมาเป็นซ้ำ

3. ผู้ป่วยสามารถที่จะทำความเข้าใจแบบสอบถามและสื่อสารกับผู้วิจัยได้

สำหรับผู้ป่วยจำนวน 19 ราย ที่ไม่เข้าเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่ทราบว่าเป็นมะเร็งช่องปาก 8 ราย ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย 4 ราย มีปัญหาเรื่องภาษาและไม่สามารถทำความเข้าใจแบบประเมิน 2 ราย และเป็นผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายอ่อนเพลียหรือเจ็บปวด หรือมีมะเร็งลุกลามรุนแรงเกินกว่าจะให้สัมภาษณ์ 5 ราย

กลุ่มผู้ป่วยโรคเนื้องอกในช่องปาก เป็นผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาที่คลินิกเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 20 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเลือกดังนี้

1. ผู้ป่วยมีอายุและเพศใกล้เคียงกับผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก และต้องได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากทั้งจากลักษณะทางคลินิกและลักษณะทางพยาธิวิทยา

2. ผู้ป่วยได้รับการรักษามาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน

3. ผู้ป่วยสามารถที่จะทำความเข้าใจแบบประเมินและสื่อสารกับผู้วิจัยได้ การวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยอาสาสมัครทุกคนยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจเป็นลายลักษณ์อักษร

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การเคี้ยวหมาก และการมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็ง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเรื่องอาการแรกเริ่ม และอาการสำคัญที่ทำให้เข้ารับการรักษา

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วนย่อย ได้แก่

- ส่วนหัวข้อประเมินเฉพาะโรค (disease-specific items) ได้แก่ ข้อ 1-12 และ 14 (อาการเจ็บปวด ลักษณะรูปร่างใบหน้าภายนอก การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การทำกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ การกลืน การเคี้ยว การพูดหรือออกเสียง ไหล่ การรับรู้รสชาติอาหาร ปริมาณน้ำลาย อารมณ์ ความวิตกกังวล และ VRS)
- ส่วนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (importance rating domains) ได้แก่ ข้อ 13 เลือกรหัสข้อประเมินเฉพาะโรคที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุดมา 3 หัวข้อ
- ส่วนการประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป (general quality of life) ได้แก่ ข้อ 15-18 (การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างก่อนเป็นมะเร็งกับปัจจุบัน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในปัจจุบัน และคุณภาพชีวิตโดยรวม)

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ ได้แก่ ตำแหน่งรอยโรค ชนิดมะเร็ง ระยะของโรค และวิธีการรักษา ซึ่งได้จากบันทึกการรักษาประจำตัวผู้ป่วยของแพทย์

ขั้นตอนการได้มาของแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ฉบับภาษาไทย

1. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตโดยมหาวิทยาลัยวอชิงตัน (UW-QOL) ฉบับที่ 4[51] ถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทย เหตุผลที่เลือก UW-QOL เนื่องจากแบบสอบถามชนิดนี้ ได้รับการยอมรับว่ามีความเที่ยงและความน่าเชื่อถือในระดับดี นอกจากนี้ยังมีความกระชับ กะทัดรัด สามารถเข้าใจได้ง่ายและเป็นแบบสอบถามที่มีการเผยแพร่โดยไม่มีการสงวนลิขสิทธิ์ โดยดาวน์โหลดจากเว็บไซต์ [www.headandneckcancer.co.uk/files/UW-QOL-scoring.doc](http://www.headandneckcancer.co.uk/files/UW-QOL-scoring.doc)

2. นำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย มาทดสอบความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการตรวจและรักษามะเร็งช่องปาก 4 ราย ผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก 1 ราย และผู้ป่วยทันตกรรมทั่วไป 1 ราย จากนั้นได้ทำการศึกษานำร่อง (pilot study) ในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากจำนวน 30 ราย นำผลที่ได้มาทดสอบความน่าเชื่อถือโดยวัดความสอดคล้องภายในชุดเดียวกัน ซึ่งคำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เอสพีเอสเอสรุ่น 11.5 พบว่า มีค่าอัลฟาเท่ากับ 0.77 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับค่าอัลฟาของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตโดยมหาวิทยาลัยวอชิงตัน ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 0.74 – 0.83[2] และถือว่าอยู่ในระดับดี ในการศึกษา นำร่องนี้ มิได้ทดสอบความน่าเชื่อถือด้วยเทคนิคการวัดซ้ำ (test-retest technique) เนื่องจากการศึกษา นำร่องทำในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเฉพาะที่เป็นผู้ป่วยนอกที่มีได้เข้าพักในโรงพยาบาล และด้วยเวลาที่จำกัด ในเบื้องต้นจึงทดสอบความน่าเชื่อถือโดยวัดความสอดคล้องภายในชุดเดียวกันเท่านั้น

3. พิจารณาเพิ่มเติมการประเมินระดับของอาการเจ็บปวด VRS[42] เข้าไปในแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วย เนื่องจากเห็นว่าในข้อที่ 1 เรื่องอาการเจ็บปวดของ UW-QOL ที่ได้แปลมานั้น ตัวเลือกในข้อที่ว่า ใช้น้ำแก้ปวดชนิดที่แพทย์สั่งให้เท่านั้นจึงจะดีขึ้น เช่น มอร์ฟีน อาจไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยในกลุ่มประชากรที่ศึกษา ด้วยเหตุว่าผู้ป่วยอาจไม่ทราบว่าตนเองได้ใช้น้ำในกลุ่มนี้หรือไม่ ซึ่งข้อดีของ VRS คือ มีรูปแบบที่เป็นฉบับภาษาไทยอยู่เดิมจากสถาบันที่น่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้ได้ง่าย เหมาะกับผู้ป่วยสูงอายุซึ่งพบมากในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก (แบบสอบถามอยู่ในภาคผนวก ก)

สำหรับแบบประเมินสำหรับผู้ป่วยไคเคนพลานัสในช่องปากนั้น ประกอบด้วยแบบสอบถามส่วนที่ 1 – 4 ซึ่งเป็นแบบสอบถามชุดเดียวกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเพียงแต่เปลี่ยนชื่อโรคจากมะเร็งช่องปากไปเป็นโรคไคเคนพลานัสในช่องปาก และในส่วนที่ 5 ซึ่งเป็นข้อมูลทางการแพทย์ได้จัดทำสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ (แบบสอบถามอยู่ในภาคผนวก ก)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากจะทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วยผู้สัมภาษณ์ 1 คน ก่อนและหลังการรักษาพร้อมกันอย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นกับวิธีการรักษา ดังนี้

- ครั้งที่ 1 ก่อนการรักษาในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้าพักในหอผู้ป่วย ทำการเก็บข้อมูลทั้ง 5 ส่วน
- ครั้งที่ 2 ก่อนการรักษาในวันที่สองของการเข้าพักในหอผู้ป่วย ทำการเก็บข้อมูลเฉพาะส่วนแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพซ้ำเพื่อนำไปทดสอบความน่าเชื่อถือที่มีเสถียรภาพ (stability reliability) ด้วยเทคนิคการวัดซ้ำ

- ครั้งที่ 3 หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด 25 - 49 วัน ขึ้นกับวันที่แพทย์นัดผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการ ทั้งนี้จะต้องประเมินก่อนที่ผู้ป่วยจะเริ่มฉายรังสี โดยการเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

- ครั้งที่ 4 หลังจากผู้ป่วยได้รับการฉายรังสีหรือการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด 25 - 60 วัน ขึ้นกับวันที่แพทย์นัดผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการ ทำการเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ส่วนกลุ่มผู้ป่วยไคเนพลานัสในช่องปาก จะทำการเก็บข้อมูลครั้งเดียว โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วยผู้สัมภาษณ์ 1 คน

กรณีที่มีการเก็บข้อมูลโดยการถ่ายภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหว จะต้องได้รับความยินยอมจากอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

### การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเอสพีเอสเอสรุ่น 11.5 สำหรับวินโดว โดยสถิติที่ใช้ในการคำนวณมีดังนี้

- สถิติเชิงพรรณนาใช้สรุปลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยง อาการ และข้อมูลทางการแพทย์

- การทดสอบความน่าเชื่อถือที่มีเสถียรภาพของแบบสอบถามด้วยเทคนิคการวัดซ้ำ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ลำดับที่ของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation)

- การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างหัวข้อความเจ็บปวดกับการประเมินอาการเจ็บปวดแบบ VRS ใช้สถิติทดสอบอีตา (Eta Test)

- การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนและหลังรักษาในหมวดประเมินเฉพาะโรค (disease-specific items) ข้อที่ 1 - 12 และคุณภาพชีวิตทั่วไป (general quality of life) ข้อ 15 - 17 ใช้สถิติทดสอบวิลคอกซัน-ไรนส์แรงค์ฟอร์เมทแพร์ (Wilcoxon

Signed-Rank Test for Matched Paired) คะแนนรวมของหมวดประเมินเฉพาะโรคทั้ง 12 ข้อ และการประเมินอาการเจ็บปวดแบบ VRS ใช้สถิติทดสอบแพร์ที่ (paired t-test) หรือสถิติทดสอบ วิลคอกซันไชน์แรงค์ฟอร์แมทแพร์ขึ้นกับลักษณะการกระจายของข้อมูล

- การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและกลุ่มผู้ป่วยไคเนพลานัสในช่องปาก ข้อที่ 1 - 12 และ 15 - 17 ใช้สถิติทดสอบแมนวิทนียู (Mann-Whitney U test) ส่วนคะแนนรวมของหมวดประเมินเฉพาะโรค 12 ข้อ และการประเมินอาการเจ็บปวดแบบ VRS ใช้สถิติทดสอบแมนวิทนียูหรืออันแพร์ที่ (Unpaired t-test) ขึ้นกับลักษณะการกระจายของข้อมูล

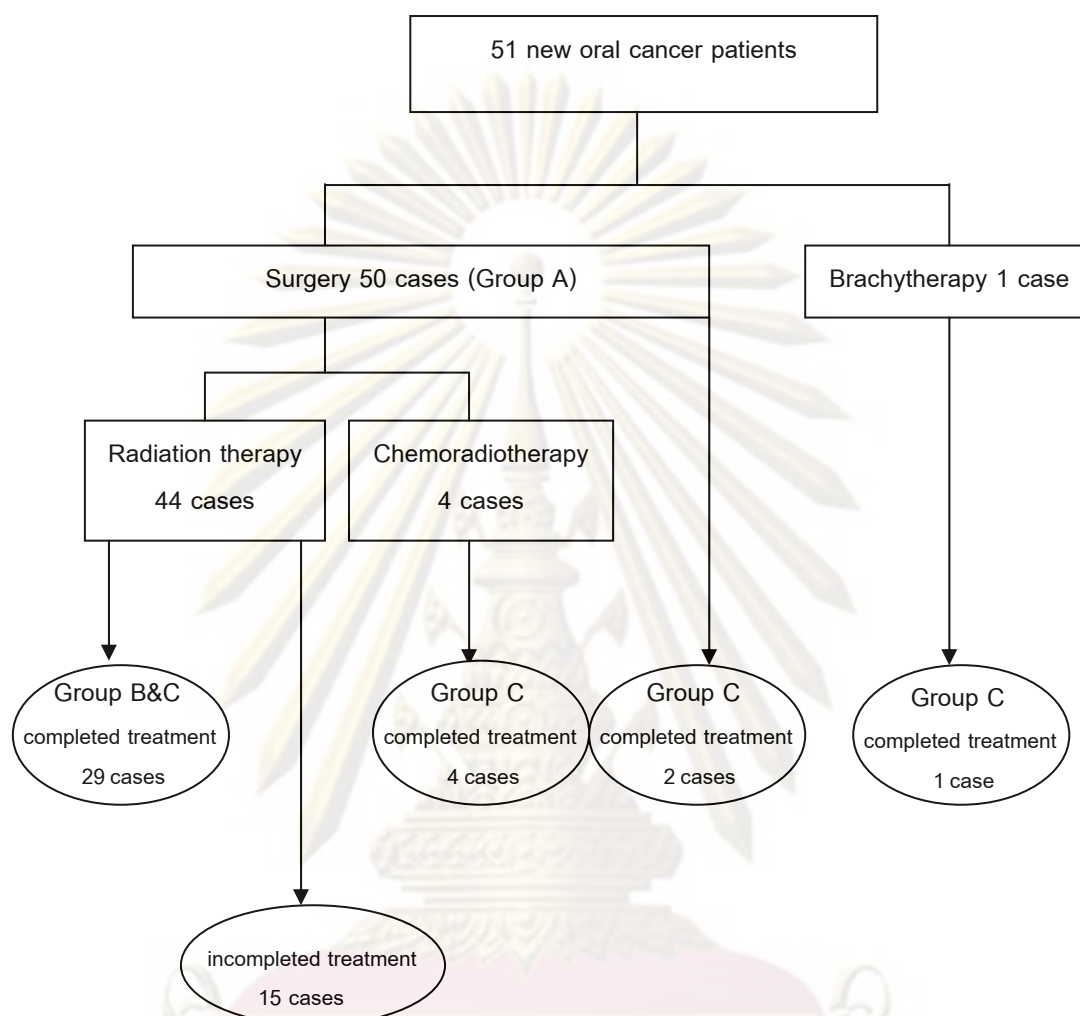
- การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในหัวข้อที่ 13 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาระหว่างก่อนและหลังการรักษาใช้สถิติทดสอบแมกนีมา (McNemar Test)

- การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในหัวข้อที่ 13 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นอิสระต่อกันใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Tests)

- ในหัวข้อคำถามปลายเปิด ได้ทำการสรุปประเด็นความคิดเห็นเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ ความวิตกกังวล (การหายของโรค การรักษา) อาการผิดปกติ (รับประทานอาหารไม่ได้ เจ็บปวด ฯลฯ) ค่าใช้จ่าย (ค่าเดินทาง ขาดรายได้ ฯลฯ) ครอบครัว (ห่วงครอบครัว เป็นภาระครอบครัว ฯลฯ) และระบบบริการ (รอคิวเพื่อรับการผ่าตัดหรือฉายรังสีนาน) จากนั้นนำมาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโดยในการเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการรักษาของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปากใช้สถิติทดสอบแมกนีมา (McNemar Test) ส่วนการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นอิสระต่อกันใช้สถิติทดสอบไคสแควร์

การทดสอบสถิติทั้งหมดเลือกระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ในการศึกษาได้ทำการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ การเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการผ่าตัดในผู้ป่วย 50 ราย (กลุ่ม A) การเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังฉายรังสีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 29 ราย (กลุ่ม B) และการเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการรักษาทั้งหมดในผู้ป่วย 36 ราย (กลุ่ม C) ดังแสดงในภาพที่ 21 ทั้งนี้ผู้ป่วย 15 ราย ที่ยังได้รับการรักษาไม่เสร็จสมบูรณ์ จึงไม่ได้รับการประเมินเนื่องจากเสียชีวิตระหว่างการรักษาและการประเมิน 2 ราย ปฏิเสธการฉายรังสี 3 ราย สุขภาพไม่เอื้ออำนวยต่อการฉายรังสีหลังการผ่าตัด 1 ราย และอยู่ระหว่างการฉายรังสีอีก 9 ราย



ภาพที่ 21 แสดงกลุ่มที่ใช้ในการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ได้แก่ การเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยจำนวน 50 ราย (กลุ่ม A) การเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังฉายรังสีในผู้ป่วยจำนวน 29 ราย (กลุ่ม B) และการเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการรักษาทั้งหมดในผู้ป่วยจำนวน 36 ราย (กลุ่ม C) ทั้งนี้ผู้ป่วย 15 ราย ที่ได้รับการรักษาไม่เสร็จสมบูรณ์ ได้แก่ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการรักษาและการประเมิน 2 ราย ปฏิเสธการฉายรังสี 3 ราย สุขภาพไม่เอื้ออำนวยต่อการฉายรังสีหลังการผ่าตัด 1 ราย และอยู่ระหว่างการฉายรังสีอีก 9 ราย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### ลักษณะทั่วไปของกลุ่มศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากจำนวน 51 ราย ประกอบด้วยเพศชาย 37 ราย (ร้อยละ 72.5) และเพศหญิง 14 ราย (ร้อยละ 27.5) มีอายุระหว่าง 22 - 80 ปี อายุเฉลี่ย  $55.8 \pm 12.1$  ปี (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 56.0) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่รับบริการ ณ โรงพยาบาลราชวิถี (ร้อยละ 90.2) ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในเขตกรุงเทพมหานครมีเพียง 7 ราย (ร้อยละ 13.7) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจากจังหวัดในเขตภาคกลาง นอกเหนือจากกรุงเทพมหานครและภาคตะวันออก (ร้อยละ 62.7) ได้แก่ นนทบุรี ราชบุรี ปทุมธานี นครปฐม สุพรรณบุรี กาญจนบุรี ชัยนาท อ่างทอง พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระแก้ว ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ สมุทรสาคร สมุทรสงคราม และประจวบคีรีขันธ์ สำหรับผู้ป่วยอื่นๆ มีภูมิลำเนาจากภาคเหนือ (ร้อยละ 11.8) ได้แก่ สุโขทัย กำแพงเพชร และพิจิตร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 9.8) ได้แก่ นครราชสีมา ศรีสะเกษ สุรินทร์ และมหาสารคาม ภาคใต้ (ร้อยละ 2.0) ได้แก่ ชุมพร

ส่วนกลุ่มควบคุม ได้แก่ ผู้ป่วยไคเนอพลานัสในช่องปาก 20 ราย ประกอบด้วยเพศชาย 7 ราย (ร้อยละ 35) และเพศหญิง 13 ราย (ร้อยละ 65) มีอายุระหว่าง 37 - 87 ปี อายุเฉลี่ย  $55.8 \pm 12.9$  ปี (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 53.0) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยไคเนอพลานัสในช่องปาก ดังแสดงในตารางที่ 8

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 7 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก (n = 51)

	n (%)
Total number of patients	51 (100)
Sex	
Male	37 (72.5)
Female	14 (27.5)
Age	22 - 80 years, 55.8 ± 12.1 years
< 65 years	36 (70.6)
≥ 65 years	15 (29.4)
Marital status	
Married	36 (70.6)
Single, divorced, widowed	15 (29.4)
Education	
≤ Primary school	35 (68.6)
> Primary school	16 (31.4)
Occupation	
No occupation	10 (19.6)
Agriculture	12 (23.5)
Labor	15 (29.4)
Office working	2 (3.9)
Personal business	10 (19.6)
Government service	2 (3.9)
Income*	
< Thai minimum wage	27 (52.9)
≥ Thai minimum wage	24 (47.1)

\*Thai minimum wage = 191 baht/day (Bangkok)

ตารางที่ 8 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคเนื้องอกในช่องปาก (n = 20)

	n (%)
Total number of patients	20 (100)
Sex	
Male	7 (35.0)
Female	13 (65.0)
Age	37 - 87 years, 55.8 ± 12.9 years
Marital status	
Married	8 (40.0)
Single, divorced, widowed	12 (60.0)
Education	
≤ Primary school	6 (30.0)
> Primary school	14 (70.0)
Occupation	
No occupation	5 (25.0)
Labor	3 (15.0)
Office working	2 (10.0)
Personal business	5 (25.0)
Government service	5 (25.0)
Income*	
< Thai minimum wage	7 (35.0)
≥ Thai minimum wage	13 (65.0)

\*Thai minimum wage = 191 baht/day (Bangkok)

### ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งช่องปากของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

ผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก 51 ราย มีผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ 40 ราย (ร้อยละ 78.5) ระยะเวลาในการดื่มอยู่ระหว่าง 2 - 47 ปี เฉลี่ยเท่ากับ 26.7 ± 11.5 ปี โดยที่ 13 ราย (ร้อยละ 32.5) หยุดดื่มแอลกอฮอล์ก่อนที่จะเป็นมะเร็งช่องปาก 26 ราย (ร้อยละ 65.0) หยุดดื่มแอลกอฮอล์ภายหลังจากการผ่าตัด ส่วนอีก 1 ราย ยังคงดื่มเป็นบางวัน

การสูบบุหรี่ มีผู้ป่วยที่มีประวัติสูบบุหรี่ 39 ราย (ร้อยละ 76.4) ระยะเวลาในการสูบบุหรี่อยู่ระหว่าง 3 - 58 ปี เฉลี่ยเท่ากับ  $32.6 \pm 11.7$  ปี ในผู้ที่สูบบุหรี่ทุกวัน 35 ราย (ร้อยละ 68.6) มีจำนวนมวนอยู่ระหว่าง 3 - 40 มวนต่อวัน เฉลี่ยเท่ากับ  $13.8 \pm 8.2$  มวน ในผู้ที่สูบบุหรี่นี้มี 9 ราย (ร้อยละ 23.1) ที่หยุดสูบบุหรี่ก่อนที่จะเป็นมะเร็งช่องปาก 27 ราย (ร้อยละ 69.2) หยุดสูบบุหรี่ภายหลังจากการผ่าตัด อีก 3 ราย (ร้อยละ 7.7) พบว่า ยังคงสูบเป็นบางวัน 2 ราย และสูบทุกวันวันละ 1 มวน 1 ราย สำหรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทั้งการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ มีจำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.5

ในผู้ที่มีประวัติเคี้ยวหมาก 6 ราย (ร้อยละ 11.8) เป็นผู้ป่วยเพศหญิงทั้งหมด ระยะเวลาในการเคี้ยวหมากอยู่ระหว่าง 2 - 58 ปี เฉลี่ยเท่ากับ  $36.5 \pm 20.4$  ปี ผู้ป่วยทั้งหมดเลิกเคี้ยวหมากภายหลังจากการผ่าตัด ร้อยละของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงดังแสดงในตารางที่ 9

นอกจากนี้ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็ง มี 19 ราย (ร้อยละ 37.3) ส่วนผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งบริเวณศีรษะและคอมี 6 ราย (ร้อยละ 11.8)

#### ตารางที่ 9 แสดงร้อยละของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปาก (n = 51)

	n (%)
Total number of patients	51 (100)
Alcohol consumption	
non-drinker	11 (21.6)
drinking certain days	14 (27.4)
drinking everyday	26 (51.0)
Tobacco use	
non-smoker	12 (23.5)
smoking certain days	4 (7.8)
smoking everyday	35 (68.7)
Betel quid chewing	
non-chewer	45 (88.2)
chewing everyday	6 (11.8)

### ลักษณะอาการเริ่มแรกและอาการสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

อาการเริ่มแรกที่ผู้ป่วยสังเกตพบความผิดปกติ ได้แก่ การมีแผลภายในช่องปาก (ร้อยละ 49.0) พบตุ่ม ตึงเนื้อหรือก้อนภายในช่องปาก (ร้อยละ 37.3) และลักษณะอื่นๆ เช่น มีฝ้าขาว เหงือกบวม ฟันโยก พบก้อนที่คอ และเจ็บที่ลิ้นหรือกระพุ้งแก้มโดยไม่เห็นแผล (ร้อยละ 13.7)

ส่วนอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมาพบแพทย์ ได้แก่ การมีแผลเรื้อรังภายในช่องปาก ทั้งที่ไม่รู้สึกเจ็บหรือรู้สึกเจ็บ (ร้อยละ 52.9) มีก้อนภายในช่องปากทั้งที่ไม่รู้สึกเจ็บหรือรู้สึกเจ็บ (ร้อยละ 33.3) และลักษณะอื่นๆ เช่น มีฝ้าขาว มีก้อนที่คอ เจ็บคอ และพบโดยบังเอิญขณะทำฟัน (ร้อยละ 13.7) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยตัดสินใจมาพบแพทย์หลังจากเริ่มมีอาการ มีระยะเวลาตั้งแต่ 0 วัน – 6 ปี (0 วัน หมายถึง ผู้ป่วยพบโดยบังเอิญขณะตรวจฟัน และ 6 ปี หมายถึง ผู้ป่วยที่ปรากฏรอยโรคลิ่วโคเพลเคียมมาก่อน) เฉลี่ย  $6.7 \pm 17.1$  เดือน สรุปอาการแสดงเริ่มแรกและอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์แยกตามตำแหน่งของโรค ดังแสดงในตารางที่ 10



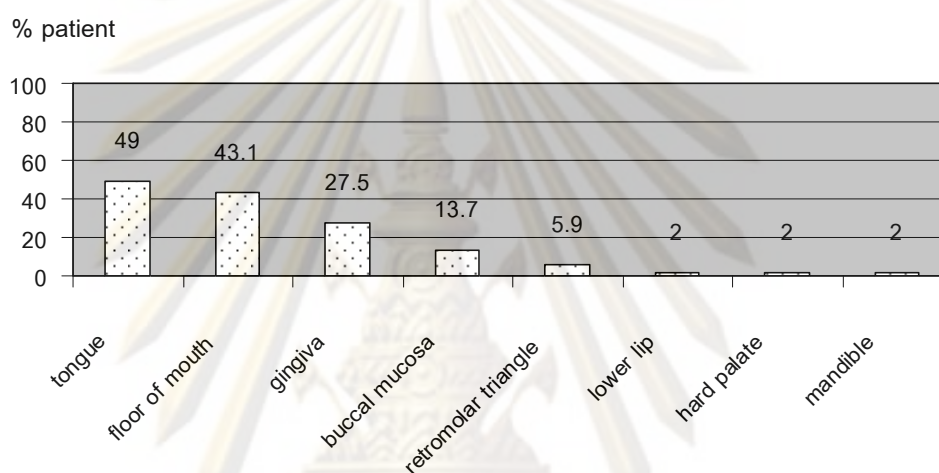
ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 แสดงสรุปอาการเริ่มแรกและอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์แยกตามตำแหน่งของโรค (n = 51)

ตำแหน่ง	อาการเริ่มแรกที่ผู้ป่วยรู้สึกผิดปกติ	อาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์
ลิ้น	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รู้สึกแสบเวลารับประทานของเฝืด โดยไม่เห็นแผล</li> <li>- แสบหรือเจ็บบริเวณข้างลิ้นหรือใต้ลิ้น</li> <li>- มีแผลซึ่งมีอาการตั้งแต่ไม่รู้สึกเจ็บหรือรู้สึกเจ็บหรือแสบ</li> <li>- มีตุ่มขนาดเท่าเม็ดถั่วเขียว แล้วแตกเป็นแผล</li> <li>- มีติ่งเนื้อหรือก้อนคล้ายกระหล่ำ ไม่เจ็บ</li> <li>- มีก้อนที่คอ</li> <li>- มีแผลคล้ายแผลร้อนใน หรือเป็นวงสีขาว ไม่เจ็บ</li> <li>- เวลากลืนอาหาร รู้สึกเจ็บที่ลิ้น</li> <li>- กลืนอาหารลำบาก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแผลขนาดใหญ่ขึ้นไม่หาย ซึ่งมีอาการตั้งแต่ไม่รู้สึกเจ็บหรือรู้สึกเจ็บหรือแสบ</li> <li>- มีก้อนใหญ่ขึ้นที่ลิ้น</li> <li>- ลิ้นบวม</li> <li>- รู้สึกเจ็บคอ</li> </ul>
พื้นที่ช่องปาก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีตุ่มเล็กๆ ไม่เจ็บ</li> <li>- มีตุ่มแล้วแตกเป็นแผล</li> <li>- มีแผลแสบ รับประทานเฝืดไม่ได้ รู้สึกชา</li> <li>- มีแผลเป็นวงคล้ายแผลร้อนใน ไม่เจ็บ</li> <li>- มีแผลที่โคนลิ้น แปรงฟันแล้วมีเลือดออก</li> <li>- เวลากลืน รู้สึกเจ็บที่ลิ้น</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- เหงือกบวม มีหนอง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแผลขนาดใหญ่ขึ้นไม่หาย และมีเลือดออก</li> <li>- มีแผล แสบ และชาไม่หาย</li> <li>- มีแผล โคนลิ้นแข็ง แสบ รับประทานของเฝืดเค็ม หรือหวานไม่ได้</li> <li>- เจ็บโคนลิ้นเวลากะระตกลิ้น</li> <li>- มีก้อนใต้คาง</li> </ul>
เหงือก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีฝ้าขาวที่เหงือก เจ็บ</li> <li>- มีก้อนที่เหงือก ไม่เจ็บ</li> <li>- มีฟันโยก และมีติ่งเนื้อ ไม่เจ็บ</li> <li>- มีขอบเหงือกหนา ไม่เจ็บ</li> <li>- เหงือกบวม ฟันโยก</li> <li>- มีแผลคล้ายแผลร้อนใน เหงือกบวม ฟันโยก</li> <li>- แผลถอนฟันไม่หาย</li> <li>- มีแผลที่เหงือก ฟันหลุดออกเอง ไม่เจ็บ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีฝ้าขาวที่เหงือก เจ็บไม่หาย</li> <li>- มีก้อนไม่หาย หรือขนาดใหญ่ขึ้น</li> <li>- ฟันโยกมากขึ้น และติ่งเนื้อใหญ่ขึ้น ไม่เจ็บ</li> <li>- มีขอบเหงือกนูนและหนาขึ้น ไม่เจ็บ</li> <li>- มีแผล ฟันโยก เจ็บมากขึ้น</li> <li>- มีก้อนที่คอบวมและปวด</li> </ul>
กระพุ้งแก้ม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแผล ไม่เจ็บ</li> <li>- เจ็บบริเวณกระพุ้งแก้ม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแผลไม่หาย</li> <li>- แก้มบวม และรู้สึกเจ็บมาก</li> </ul>
เพดานแข็ง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีติ่งเนื้อ ไม่เจ็บ พบโดยบังเอิญขณะทำฟัน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พบโดยบังเอิญขณะทำฟัน</li> </ul>
ริมฝีปากล่าง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแผลแข็ง ไม่เจ็บ</li> <li>- มีแผลนูน แสบเวลารับประทานอาหาร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแผลไม่หาย</li> <li>- มีก้อนใหญ่ขึ้น ผิดรูขูระ</li> </ul>
แฉ่งสามเหลี่ยม ท้ายพินگرامหลัง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีฝ้าขาวที่เหงือก เจ็บ</li> <li>- มีแผลที่เหงือก ไม่เจ็บ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีฝ้าขาวที่เหงือก เจ็บไม่หาย</li> <li>- มีแผลไม่หาย</li> </ul>

### ตำแหน่งมะเร็งช่องปาก การวินิจฉัย และการรักษาของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

ตำแหน่งที่พบมะเร็งช่องปาก ได้แก่ ลิ้น (ร้อยละ 49) พื้นช่องปาก (ร้อยละ 43.1) เหงือก (ร้อยละ 27.5) ฯลฯ ร้อยละ 45.1 พบรอยโรคมากกว่าหนึ่งตำแหน่ง และร้อยละ 11.8 มีรอยโรคลุกลามเข้าไปในส่วนคอหอยหลังช่องปาก ซึ่งได้แก่ บริเวณส่วนฐานของลิ้น เพดานอ่อน และทอนซิล ร้อยละของผู้ป่วยแยกตามตำแหน่งของรอยโรค ดังแสดงในภาพที่ 22



ภาพที่ 22 แสดงร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากแยกตามตำแหน่งของโรค (n = 51)

ร้อยละ 94.1 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นมะเร็งช่องปากชนิดเซลล์สความัส โดยที่เหลือเป็นมะเร็งชนิดมิวโคอีพิเดอโมยด์คาร์ซิโนมา (mucoepidermoid carcinoma) ชนิดโพลิโมอร์ฟัส โลเกรด อดีโนคาร์ซิโนมา (polymorphous low-grade adenocarcinoma) และชนิดซินโนเวียล ซาร์โคมา (synovial sarcoma) ลักษณะทางคลินิกและผลการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ดังแสดงในตารางที่ 11 สำหรับมะเร็งช่องปากชนิดเซลล์สความัสซึ่งเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในการศึกษานี้มีตัวอย่างรอยโรคในผู้ป่วยรายหนึ่งดังนี้ ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 62 ปี ภายในช่องปากพบก้อนเนื้ออกบริเวณพื้นช่องปากและเหงือกของฟันหน้าล่าง ดังแสดงในภาพที่ 23 เริ่มแรกผู้ป่วยมีอาการเหงือกบวมและฟันโยก ต่อมาผู้ป่วยได้รับการถอนฟัน หลังจากถอนฟันอาการเหงือกบวมยังคงเพิ่มขึ้น จึงถูกส่งตัวเข้ารับการรักษาที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 23 แสดงลักษณะรอยโรคมะเร็งช่องปากชนิดเซลล์สควamous ในผู้ป่วยเพศชาย อายุ 62 ปี ภายในช่องปากพบก้อนเนื้ออกที่มีผิวขรุขระและมีเนื้อเยื่อตายปกคลุมบริเวณพื้นช่องปากและเหงือกของฟันหน้าล่าง

สำหรับมะเร็งชนิดมิวโคอีพิเดอมอยด์คาร์ซิโนมาและชนิดโพลิโมอร์ฟัส โดเกรด อติโนคาร์ซิโนมาเป็นมะเร็งของต่อมน้ำลาย ซึ่งชนิดมิวโคอีพิเดอมอยด์คาร์ซิโนมาในการศึกษานี้ พบในผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 65 ปี ภายในช่องปากพบแผลบริเวณเพดานแข็งและเพดานอ่อน โดยเริ่มแรกผู้ป่วยมีติ่งเนื้อขนาดเล็ก และไม่เจ็บที่เพดานปาก ซึ่งพบโดยบังเอิญขณะที่อุดฟัน ทันตแพทย์ได้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง หลังจากรับยาทาเฉพาะที่อยู่ระยะหนึ่ง ผู้ป่วยได้รับการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจชนิดตัดออกทั้งหมด (excisional biopsy) ผลทางพยาธิวิทยา ระบุว่า เป็นมะเร็งชนิดมิวโคอีพิเดอมอยด์คาร์ซิโนมา จึงถูกส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ราชวิถี ส่วนมะเร็งชนิดโพลิโมอร์ฟัส โดเกรด อติโนคาร์ซิโนมาในการศึกษานี้ พบในผู้ป่วยเพศชาย อายุ 60 ปี ภายในช่องปากพบแผลที่เยื่อเมือกแฉก ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้เจ็บ ส่วนภายนอกช่องปาก มีลักษณะแฉกบวมหนาแน่น มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางเท่ากับ 50 มิลลิเมตร ดังแสดงในภาพที่ 24

A



B



ภาพที่ 24 แสดงลักษณะรอยโรคโพลิโมอร์ฟัส โดเกรด อติโนคาร์ซิโนมาในผู้ป่วยเพศชาย อายุ 65 ปี ภาพ A แสดงภายนอกช่องปากที่มีลักษณะเป็นก้อนบวมหนาแน่น ภาพ B แสดงแผลที่เยื่อเมือกแฉกซึ่งมีลักษณะเป็นแผลขรุขระและมีเนื้อเยื่อตายปกคลุม

สำหรับมะเร็งชนิดซินโนเวียล ซาร์โคมา ในการศึกษาที่พบในผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 48 ปี ภายในช่องปากพบก้อนบวมนิ่มบริเวณเหงือกของฟันซี่ 12 – 24 ดังแสดงในภาพที่ 25 ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บ และมีฟันโยก ผู้ป่วยให้ประวัติว่า เริ่มแรกมีฟันโยก และได้รับการถอนฟัน หลังจากนั้นแผลถอนฟันไม่หาย และมีอาการบวมขึ้นเรื่อยๆ จึงถูกส่งต่อมารับการรักษาที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 25 แสดงลักษณะรอยโรคมะเร็งชนิดซินโนเวียล ซาร์โคมาในผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 48 ปี ซึ่งมีลักษณะเป็นก้อนบวมนิ่มบริเวณเหงือกของฟันซี่ 12 – 24

ร้อยละ 56.9 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในระยะที่ 4 การผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา (surgery with post-operative radiation therapy) เป็นวิธีการรักษาที่ใช้มากที่สุดถึงร้อยละ 56.9 สำหรับระยะเวลาจากวันที่ได้รับการวินิจฉัยโดยผลทางพยาธิวิทยาจากแพทย์จนกระทั่งวันที่ได้รับการรักษา (วันที่ผ่าตัดหรือทำการฝังแร่) มีระยะเวลาตั้งแต่ 13 – 139 วัน เฉลี่ยเท่ากับ  $53.4 \pm 27.2$  วัน (รายละเอียดการรักษาแต่ละรายอยู่ในภาคผนวก ข)

ศูนย์วิทยุทันตกรรม  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



**ตารางที่ 11** แสดงลักษณะทางคลินิกและผลการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก (n = 51)

	n (%)
Total number of patients	51 (100)
Type of oral cancer	
Squamous cell carcinoma	48 (94.1)
Mucoepidermoid carcinoma	1 (2.0)
Synovial sarcoma	1 (2.0)
Polymorphous low-grade adenocarcinoma	1 (2.0)
Histologic grading of Squamous cell carcinoma	
Well differentiated	30 (58.8)
Moderately differentiated	17 (33.3)
No reported	1 (2.0)
TNM staging	
Stage I	5 (9.8)
Stage II	6 (11.8)
Stage III	4 (7.8)
Stage IV	29 (56.9)
Unidentified/no reported	7 (13.7)
Treatment modalities	
Surgery	2 (3.9)
Surgery with postoperative radiation therapy	29 (56.9)
Surgery with postoperative chemoradiotherapy	4 (7.8)
Brachytherapy	1 (2.0)
Incompleted treatment	15 (29.4)

จากผู้ป่วยมะเร็งช่องปากจำนวน 51 ราย มีเพียง 1 ราย ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฝังแร่ นอกนั้นเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ในจำนวนนี้ มีผู้ป่วยได้รับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอถึงร้อยละ 84.3 ส่วนใหญ่เป็นการเลาะบริเวณคอแบบโมดิฟายด์ สรุปข้อมูลการผ่าตัด ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 แสดงสรุปข้อมูลการผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก (n = 50)

	n (%)
Total number of patients	50 (100)
Management of mandible	
None	25 (50)
Marginal mandibulectomy	17 (34)
Segmental mandibulectomy	8 (16)
Neck dissection	
Side	
None	7 (14)
Unilateral neck dissection	22 (44)
Bilateral neck dissection	21 (42)
Type*	
Modified radical neck dissection	30 (60)
Supraomohyoid neck dissection	13 (26)
Selective neck dissection	6 (12)
Functional neck dissection	3 (6)
Flap reconstruction**	
Pectoralis major myocutaneous flap	12 (24)
Radial forearm free flap	6 (12)
Nasolabial flap	4 (8)
Scapular free flap	4 (8)
Platysmal flap	4 (8)
Others***	20 (40)

\* ผู้ป่วย 9 ราย ได้รับการเลาะต่อมน้ำเหลืองมากกว่า 1 วิธี

\*\* ผู้ป่วย 5 ราย ได้รับการบูรณะด้วยเนื้อเยื่อปะปลูกมากกว่า 1 ชนิด

\*\*\* เนื้อเยื่อปะปลูกชนิดอื่นๆ รายละเอียดอยู่ในตารางข้อมูลการรักษาผู้ป่วย ภาคผนวก ข

สำหรับผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับรังสีรักษาทั้งหมด 44 ราย มี 35 ราย ที่มีข้อมูลด้านรังสีรักษาครบทั้งจำนวนครั้งและปริมาณรังสี (กรณีผู้ป่วยได้รับการรักษาจากศูนย์มะเร็งตามภูมิภาคต่างๆ นอกเขตกรุงเทพฯ จะไม่มีข้อมูลส่วนนี้) ปริมาณรังสีที่ให้อยู่ระหว่าง 5,000 - 7,500 cGy และจำนวนครั้งในการฉายรังสีอยู่ระหว่าง 25 - 35 ครั้ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40) ได้รับปริมาณรังสีที่ 6,600 cGy และได้รับการฉายรังสี 33 ครั้ง (รายละเอียดรังสีรักษาอยู่ในภาคผนวก ข)

### ผลการทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย

1. ความน่าเชื่อถือที่มีเสถียรภาพ ทดสอบด้วยเทคนิคการวัดซ้ำ (test-retest technique) จากแบบประเมินของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากจำนวน 21 ราย ซึ่งการทดสอบซ้ำ จะทำการทดสอบทุกข้อ ยกเว้นข้อที่ 13 (ลำดับปัญหา) และ 18 คำถามปลายเปิด ในการคำนวณทางสถิติแสดงให้เห็นว่าหัวข้อ ใหญ่ (ข้อ 8) และหัวข้อ การรู้รสชาติอาหาร (ข้อ 9) ไม่สามารถคำนวณผลทางสถิติได้เนื่องจากหัวข้อ ใหญ่ ผู้ป่วยตอบตรงกันทุกข้อ จึงมีความสัมพันธ์ในระดับสูงสุด เท่ากับ 1 ส่วนหัวข้อ การรู้รสชาติอาหาร การตอบครั้งที่ 2 ผู้ป่วยเลือกคำตอบข้อเดียวกันทั้งหมด จึงไม่สามารถจัดลำดับข้อมูลและหาระดับความสัมพันธ์ได้ แต่เมื่อคิดเป็นร้อยละของผู้ป่วยที่ตอบตรงกัน 2 ครั้ง พบว่าเท่ากับ ร้อยละ 90.5 ในการทดสอบนี้พบว่า ในการตอบ 2 ครั้ง หัวข้อ น้ำลาย (ข้อ 10) ความวิตกกังวล (ข้อ 12) และคุณภาพชีวิตโดยรวม (ข้อ 17) ไม่มีความสัมพันธ์กัน ( $p < 0.05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 13

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 13** แสดงผลการทดสอบความน่าเชื่อถือด้วยเทคนิคการวัดซ้ำของแบบประเมิน (n = 21)

Domains	rs	p value
1. Pain	0.962	0.000
2. Appearance	0.501	0.021
3. Activity	0.857	0.000
4. Recreation	0.905	0.000
5. Swallowing	0.901	0.000
6. Chewing	0.904	0.000
7. Speech	0.920	0.000
8. Shoulder	1.000*	
9. Taste	NA**	
10. Saliva	0.398	0.074***
11. Mood	0.526	0.014
12. Anxiety	0.193	0.402***
14. VRS	0.867	0.000
15. Compare HRQOL	0.553	0.009
16. HRQOL now	0.448	0.042
17. Overall QL	0.208	0.366***

rs หมายถึง ค่าสหสัมพันธ์ประสิทธิสหสัมพันธ์ลำดับที่ของสเปียร์แมน

VRS = Verbal Rating Scale

\* หมวดย่อย ผู้ป่วยตอบตรงกันทุกข้อ จึงมีความสัมพันธ์ในระดับสูงสุด เท่ากับ 1

\*\*ไม่สามารถคำนวณได้ ในการทดสอบซ้ำ ผู้ป่วยเลือกข้อเดียวกันทั้งหมดจึงไม่สามารถจัดลำดับข้อมูลได้

\*\*\* ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล 2 ชุด ( $P > 0.05$ )

2. ความน่าเชื่อถือที่วัดความสอดคล้องภายในแบบประเมินชุดเดียวกัน ทดสอบด้วยวิธีการหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbachs' alpha coefficient) ของแบบประเมินที่ได้จากการประเมินก่อนการรักษาในผู้ป่วย 50 ราย (ผู้ป่วย 1 ราย ไม่สามารถตอบแบบประเมินได้ครบสมบูรณ์ทุกข้อ เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยางผ่านช่องจมูก ในหัวข้อ การเคี้ยว และการรับรส จึงไม่สามารถประเมินได้) พบว่า อัลฟาของครอนบาคมีค่าเท่ากับ 0.75 โดย

หัวข้อน้ำลาย และความวิตกกังวลสามารถทำให้ค่าอัลฟาของครอนบัทหรือความน่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น 0.015 หากตัดสองหัวข้อนี้ออก ดังแสดงในตารางที่ 14

**ตารางที่ 14** แสดงผลการทดสอบความน่าเชื่อถือที่วัดความสอดคล้องภายในของแบบประเมิน (n = 50)

Domains	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1. Pain	0.6542	0.7143
2. Appearance	0.5337	0.7218
3. Activity	0.6071	0.7097
4. Recreation	0.6187	0.7115
5. Swallowing	0.5698	0.7272
6. Chewing	0.3991	0.7461
7. Speech	0.6112	0.7173
8. Shoulder	0.2029	0.7585
9. Taste	0.1564	0.7604
10. Saliva	-0.0299	0.7721
11. Mood	0.2294	0.7607
12. Anxiety	0.1373	0.7705
Alpha = .7575		

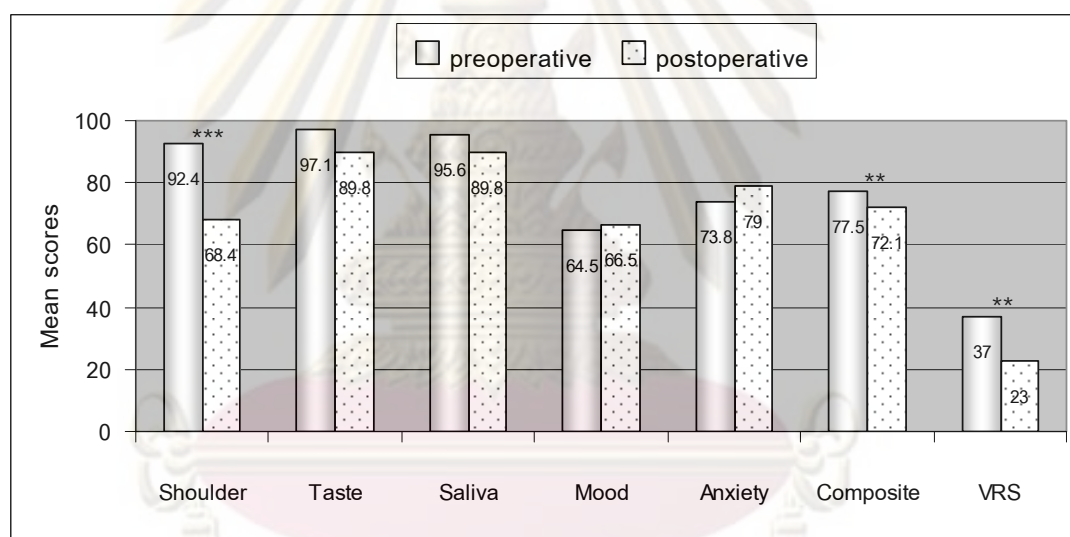
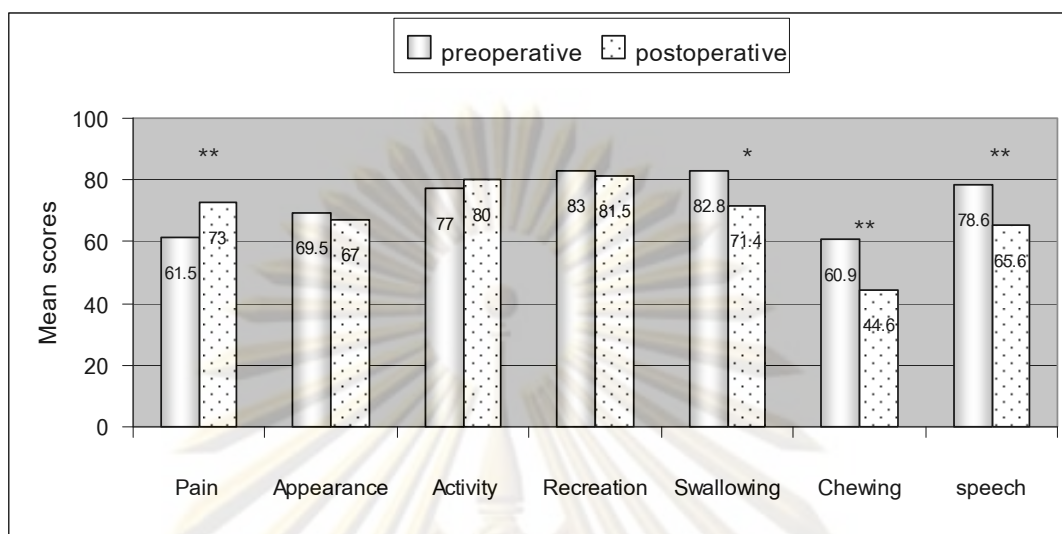
การหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัท จะทดสอบเฉพาะหมวดประเมินเฉพาะโรค 12 ข้อ

3. ผลการทดสอบเปรียบเทียบวิธีประเมินอาการเจ็บปวดระหว่างหัวข้อ อาการเจ็บปวด ในแบบประเมินฉบับภาษาไทยที่ดัดแปลงจาก UW-QOL กับ VRS ในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากจำนวน 51 ราย ด้วยสถิติทดสอบอีทา พบว่า มีความสัมพันธ์กันที่ระดับความสัมพันธ์ 0.761 (ผลจากสถิติทดสอบอีทา ค่าเท่ากับ 0 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน ค่ายิ่งใกล้ 1 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงขึ้น)

## ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระหว่างก่อนและหลังรักษา

### 1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระหว่างก่อนและหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยจำนวน 50 ราย (กลุ่ม A)

ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากจำนวน 50 ราย ได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพหลังการผ่าตัดอยู่ระหว่าง 25 - 49 วัน คิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับ  $36.2 \pm 5.9$  วัน ในหมวดหัวข้อประเมินเฉพาะโรค ภายหลังจากการผ่าตัด ในหัวข้อ อาการเจ็บปวด และ VRS พบว่า ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.01$ ) แต่ในหัวข้อ การกลืน การเคี้ยว การพูดหรือออกเสียง ไหล่ และคะแนนรวมของหัวข้อประเมินเฉพาะโรคทั้ง 12 ข้อ ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) ดังแสดงในภาพที่ 26 แต่เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยในแต่ละหัวข้อของหมวดประเมินเฉพาะโรค 12 ข้อ พบว่า ก่อนการผ่าตัด หัวข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดและต่ำกว่า 70 คะแนน ได้แก่ การเคี้ยว (60.9) อาการเจ็บปวด (61.5) อารมณ์ (64.5) และลักษณะรูปร่างใบหน้า (69.5) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยปรากฏอาการผิดปกติตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด บางหัวข้อมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่บางหัวข้อไม่พบความแตกต่าง ดังนั้นทั้ง 12 ข้อ จำเป็นจะต้องได้รับการพิจารณาเพื่อค้นหาปัญหาให้กับผู้ป่วย



High scores reflect low level of symptoms except VRS.

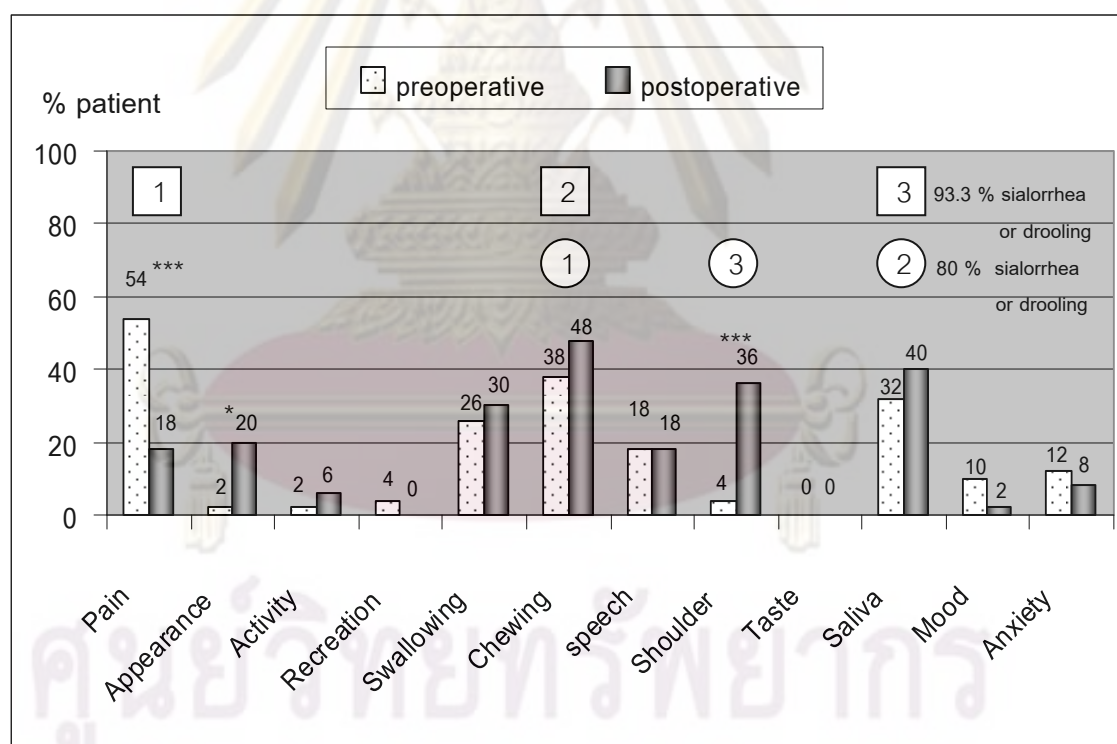
Composite = mean composite scores of 12 domains

VRS = mean Verbal Rating Scale x10

\* =  $p < 0.05$  \*\* =  $p < 0.01$  \*\*\* =  $p < 0.001$

ภาพที่ 26 แสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระหว่างก่อนและหลังการผ่าตัด (กลุ่ม A) ในหัวข้อประเมินเฉพาะโรค 12 ข้อ คะแนนเฉลี่ยรวมทั้ง 12 ข้อ และ VRS (n = 50)

หมวดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา 3 อันดับแรกก่อนการผ่าตัด ได้แก่ อาการเจ็บปวด (ร้อยละ 54.0) การเคี้ยว (ร้อยละ 38.0) และน้ำลาย (ร้อยละ 32.0) ส่วน 3 อันดับแรกหลังการผ่าตัดได้แก่ การเคี้ยว (ร้อยละ 48.0) น้ำลาย (ร้อยละ 40.0) และไหล่ (ร้อยละ 36.0) ในหัวข้อน้ำลาย ซึ่งพบว่ามีปัญหาทั้งก่อนและหลังผ่าตัดพบว่า ร้อยละ 93.3 และ 80.0 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาก่อนและหลังผ่าตัดรายงานว่า มีน้ำลายมากตลอดเวลา ส่วนผู้ป่วยที่เหลือรายงานว่า มีน้ำลายน้อยลง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการผ่าตัด พบว่า หัวข้อ อาการเจ็บปวด ผู้ป่วยมีปัญหาจากอาการเจ็บปวดย่อยลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) ในขณะที่มีปัญหาจากลักษณะรูปร่างใบหน้าและไหล่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) ส่วนหัวข้อที่ไม่ถูกเลือกทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด คือ การรู้รสชาติอาหาร ร้อยละของผู้ป่วยที่เลือกหัวข้อที่เป็นปัญหาสำคัญ ดังแสดงในภาพที่ 27



\* =  $p < 0.05$     \*\* =  $p < 0.01$     \*\*\* =  $p < 0.001$

Importance rating    □ preoperative    ○ postoperative

ภาพที่ 27 แสดงร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนและหลังการผ่าตัด (กลุ่ม A) ในการเลือกหัวข้อที่เป็นปัญหาสำคัญในข้อที่ 13 (n = 50)



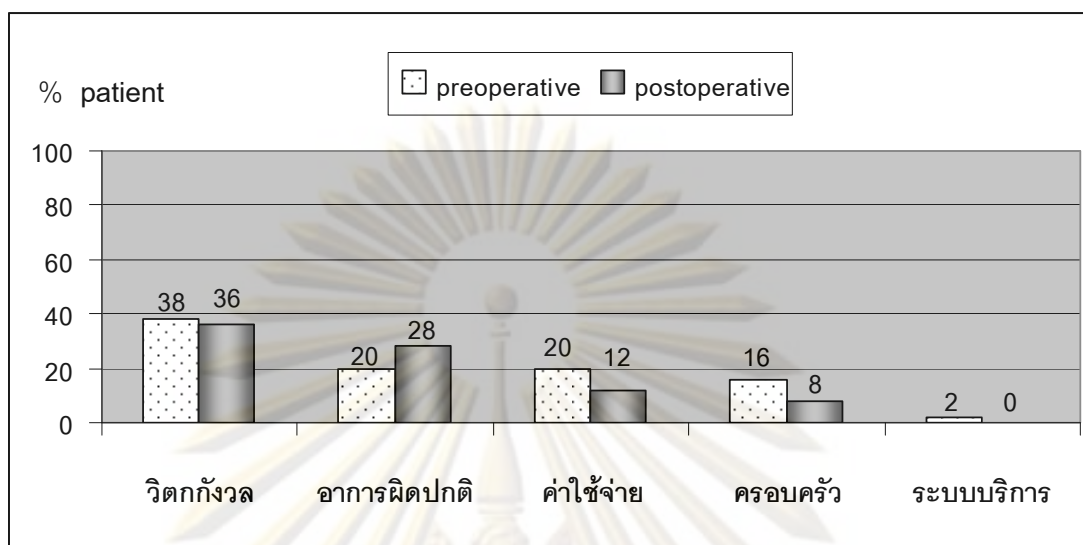
หมวดคุณภาพชีวิตทั่วไป (general QOL) พบว่าทุกข้อไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด ร้อยละของตัวเลือกที่ผู้ป่วยเลือกมากที่สุดในแต่ละข้อ ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 แสดงร้อยละของตัวเลือกที่ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนและหลังการผ่าตัด (กลุ่ม A) เลือกมากที่สุดหมวดคุณภาพชีวิตทั่วไป (n = 50)

หัวข้อคุณภาพชีวิตทั่วไป	ก่อนการผ่าตัด	หลังการผ่าตัด
ข้อ 15 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างก่อนเป็นมะเร็งกับปัจจุบัน	ค่อนข้างแย่ ร้อยละ 62.0	ค่อนข้างแย่ ร้อยละ 66.0
ข้อ 16 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในปัจจุบัน	พอใช้ ร้อยละ 52.0	พอใช้ ร้อยละ 58.0
ข้อ 17 คุณภาพชีวิตโดยรวม	พอใช้ ร้อยละ 42.0	ดี ร้อยละ 46.0

ในหัวข้อคำถามปลายเปิด (ข้อ 18) พบว่า มีผู้ป่วยตอบแบบประเมินร้อยละ 86.0 และ 74.0 ก่อนและหลังการผ่าตัดตามลำดับ โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ( $p > 0.05$ ) ระหว่างก่อนและหลังการผ่าตัด ความคิดเห็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ความวิตกกังวล และอาการที่ผิดปกติ ดังแสดงในภาพที่ 28 ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เช่น กังวลว่าจะหายจากโรคหรือไม่ กังวลเรื่องการผ่าตัด และการสูญเสียอวัยวะ อาการผิดปกติ เช่น อาการเจ็บปวด กลืนลำบาก เคี้ยวไม่ได้ ปากชา พูดไม่ชัด ฯลฯ ค่าใช้จ่าย เช่น ค่าเดินทาง สูญเสียรายได้ ฯลฯ ด้านครอบครัว เช่น เป็นภาระครอบครัว ห่วงครอบครัว ฯลฯ และระบบบริการ เช่น รอคิวเพื่อรับการผ่าตัดหรือฉายรังสีนาน ฯลฯ

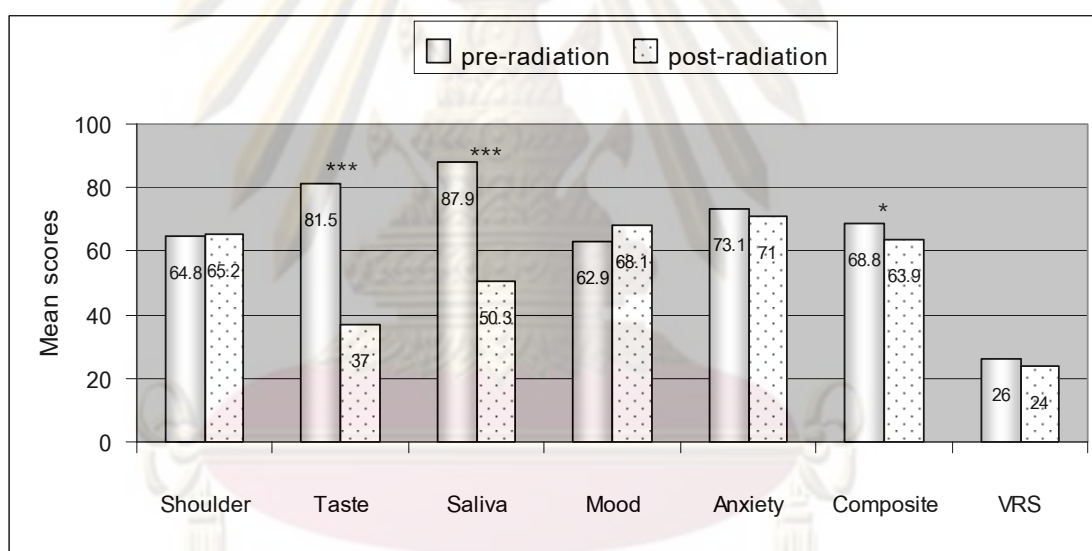
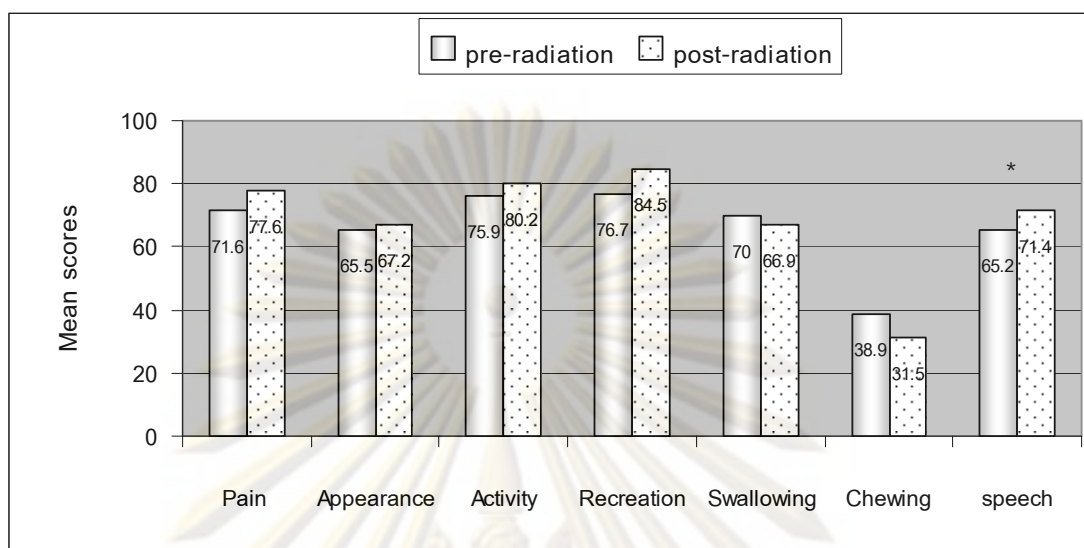
ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 28 แสดงร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนและหลังการผ่าตัด (กลุ่ม A) ในหัวข้อคำถามปลายเปิด (n = 50)

## 2. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระหว่างก่อนและหลังการฉายรังสีในผู้ป่วยจำนวน 29 ราย (กลุ่ม B)

ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากจำนวน 29 ราย ซึ่งได้รับการผ่าตัดก่อนที่จะรับการฉายรังสี ได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพหลังการฉายรังสี ระหว่าง 25 - 54 วัน คิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับ  $38.1 \pm 7.2$  วัน ในหมวดประเมินเฉพาะโรค ภายหลังการฉายรังสีพบว่า หัวข้อ การพูดหรือออกเสียง ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) แต่ในหัวข้อ การรู้รสชาติอาหาร น้ำลาย และคะแนนรวมของหมวดประเมินเฉพาะโรคทั้ง 12 ข้อ ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) ดังแสดงในภาพที่ 29 แต่เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยในแต่ละหัวข้อ จะพบว่าการฉายรังสี ในหมวดประเมินเฉพาะโรค 12 ข้อ หัวข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดและต่ำกว่า 70 คะแนน ได้แก่ การเคี้ยว (38.9) อารมณ์ (62.9) ไหล่ (64.8) การพูด (65.2) และลักษณะรูปร่างใบหน้า (65.5) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยปรากฏอาการผิดปกติตั้งแต่ก่อนการฉายรังสี ในหัวข้อเหล่านี้มีเพียงหัวข้อ การพูด ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่หัวข้ออื่นไม่พบความแตกต่าง แต่แสดงอาการผิดปกติอย่างชัดเจน



High scores reflect low level of symptoms except VRS.

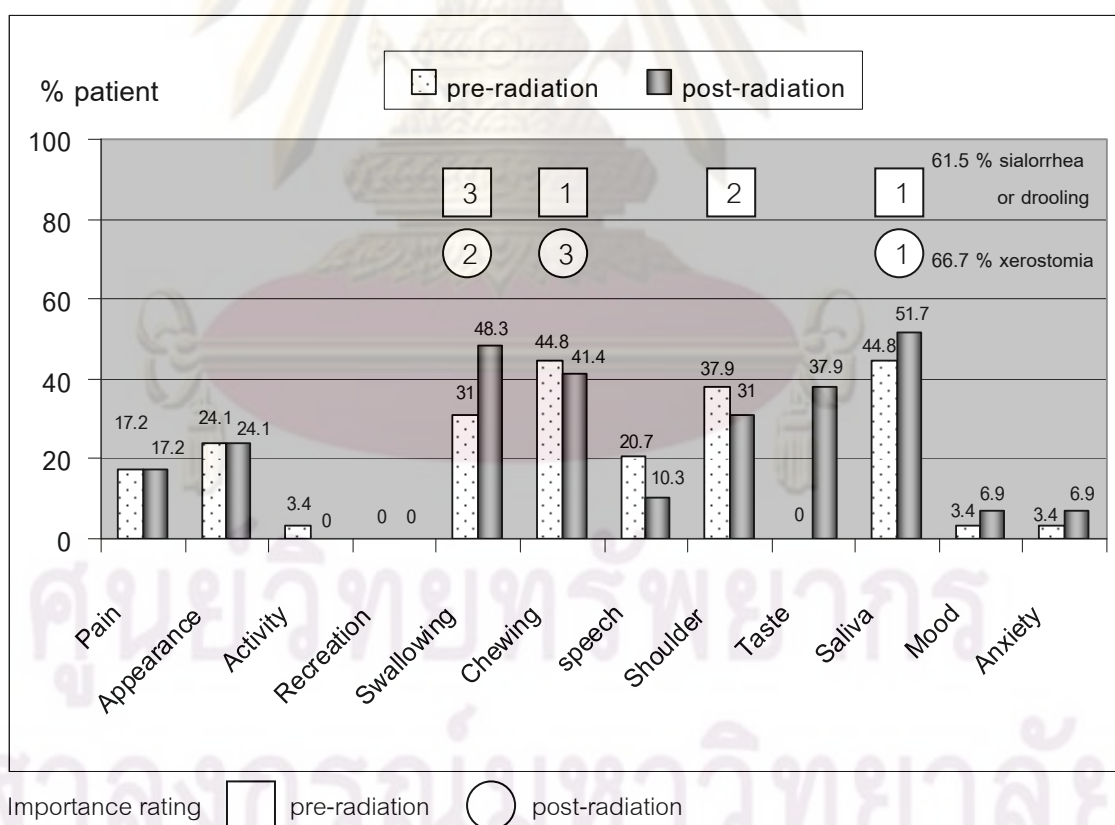
Composite = mean composite scores of 12 domains

VRS = mean Verbal Rating Scale x10

\* =  $p < 0.05$  \*\* =  $p < 0.01$  \*\*\* =  $p < 0.001$

ภาพที่ 29 แสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระหว่างก่อนและหลังการฉายรังสี (กลุ่ม B) ในหัวข้อประเมินเฉพาะโรค 12 ข้อ คะแนนเฉลี่ยรวมทั้ง 12 ข้อ และ VRS (n = 29)

หมวดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา 3 อันดับแรกก่อนการฉายรังสี ได้แก่ การเคี้ยว (ร้อยละ 44.8) น้ำลาย (ร้อยละ 44.8) ไหล่ (ร้อยละ 37.9) และการกลืน (ร้อยละ 31.0) ส่วนสามอันดับแรกหลังการฉายรังสี ได้แก่ น้ำลาย (ร้อยละ 51.7) การกลืน (ร้อยละ 48.3) และการเคี้ยว (ร้อยละ 41.4) โดยปัญหาการรู้รสชาติอาหารมาเป็นอันดับที่ 4 (ร้อยละ 37.9) ในหัวข้อ น้ำลาย ที่พบว่ามีปัญหาก่อนการฉายรังสี คือ การมีน้ำลายมาก ร้อยละ 61.5 แต่หลังการฉายรังสี ร้อยละ 66.7 รายงานว่ามีน้ำลายน้อยลง ร้อยละ 20.0 มีน้ำลายมาก และร้อยละ 13.3 มีน้ำลายปริมาณเท่าเดิมแต่เหนียว เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการฉายรังสี พบว่า ในหัวข้อ การรู้รสชาติอาหาร ไม่สามารถทดสอบทางสถิติได้ เนื่องจากก่อนการฉายรังสี ไม่มีผู้ป่วยคนใดเลยที่เลือกหัวข้อนี้เป็นปัญหาสำคัญ แต่หลังการฉายรังสีพบว่า หัวข้อนี้อยู่ในลำดับที่ 4 ของการจัดลำดับปัญหา ส่วนหัวข้ออื่นๆ นั้นไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ( $p > 0.05$ ) ร้อยละของผู้ป่วยที่เลือกหัวข้อที่เป็นปัญหาสำคัญ ดังแสดงในภาพที่ 30



ภาพที่ 30 แสดงร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนและหลังการฉายรังสี (กลุ่ม B) ในการเลือกหัวข้อที่เป็นปัญหาสำคัญในข้อที่ 13 ( $n = 29$ )

หมวดคุณภาพชีวิตทั่วไป พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างก่อนเป็นมะเร็งกับปัจจุบัน (ข้อ 15) ระหว่างก่อนและหลังฉายรังสี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) แต่หัวข้อที่ 16 และ 17 พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ( $p > 0.05$ ) ร้อยละของตัวเลือกที่ผู้ป่วยเลือกมากที่สุดในแต่ละข้อ ดังแสดงในตารางที่ 16

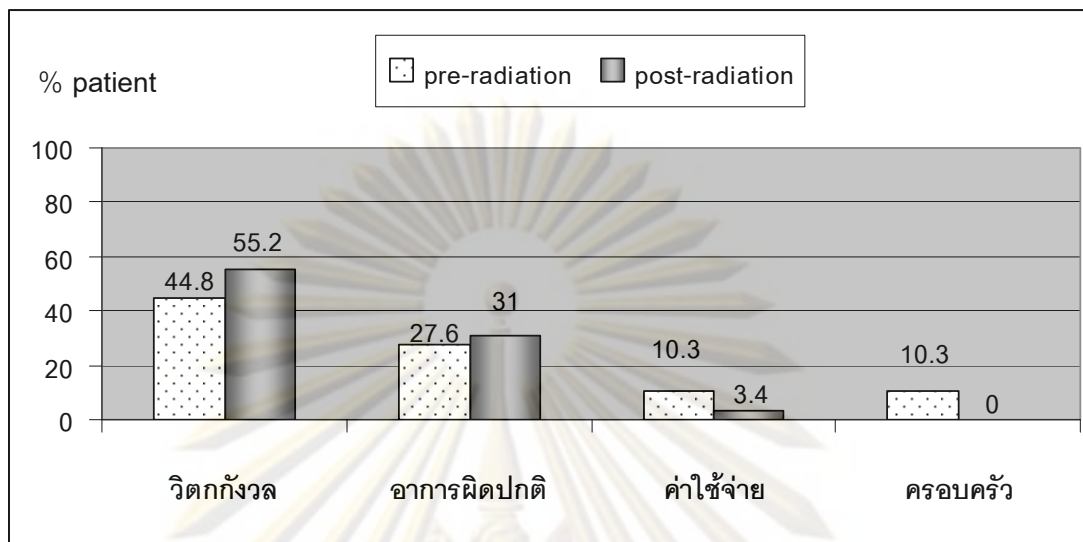
**ตารางที่ 16** แสดงร้อยละของตัวเลือกที่ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนและหลังการฉายรังสี (กลุ่ม B) เลือกมากที่สุดหมวดคุณภาพชีวิตทั่วไป (n = 29)

หัวข้อคุณภาพชีวิตทั่วไป	ก่อนการฉายรังสี	หลังการฉายรังสี
ข้อ 15* การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างก่อนเป็นมะเร็งกับปัจจุบัน	ค่อนข้างแย่ ร้อยละ 69.0	ค่อนข้างแย่ ร้อยละ 72.4
ข้อ 16 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในปัจจุบัน	พอใช้ ร้อยละ 62.1	พอใช้ ร้อยละ 58.6
ข้อ 17 คุณภาพชีวิตโดยรวม	ดี ร้อยละ 51.7	ดี ร้อยละ 48.3

\* =  $p < 0.05$

ในหัวข้อคำถามปลายเปิด (ข้อ 18) พบว่า มีผู้ป่วยตอบแบบประเมินร้อยละ 79.3 เท่ากันทั้งก่อนและหลังการฉายรังสี โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ( $p > 0.05$ ) ระหว่างก่อนและหลังการฉายรังสี ความคิดเห็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ความวิตกกังวล และอาการที่ผิดปกติ ดังแสดงในภาพที่ 31 ความวิตกกังวล เช่น กังวลว่าจะหายจากโรคหรือไม่ กังวลเรื่องการฉายรังสี ส่วนอาการผิดปกติ เช่น กลืนลำบาก เคี้ยวไม่ได้ เจ็บคอ พูดไม่ชัด ฯลฯ

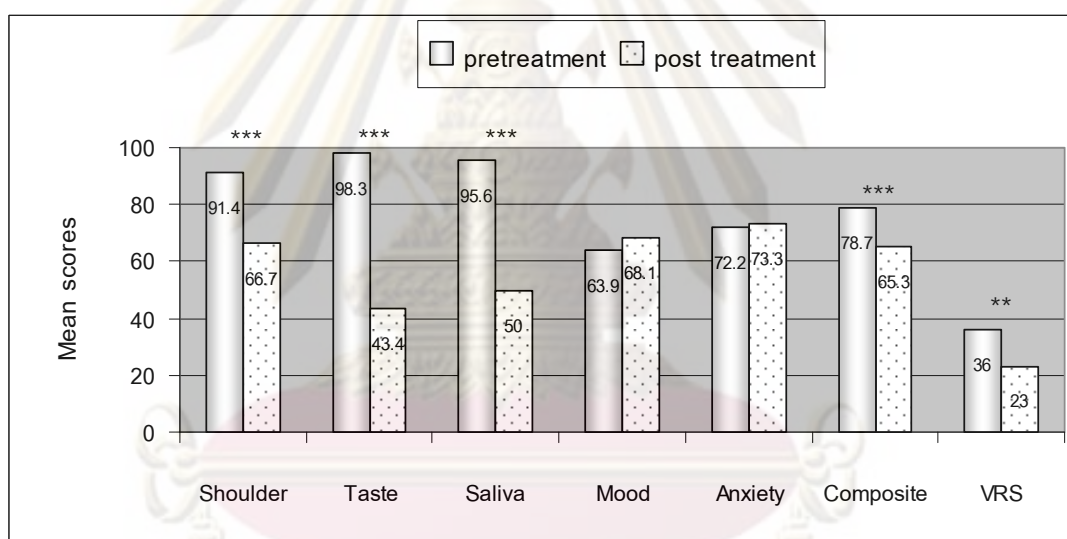
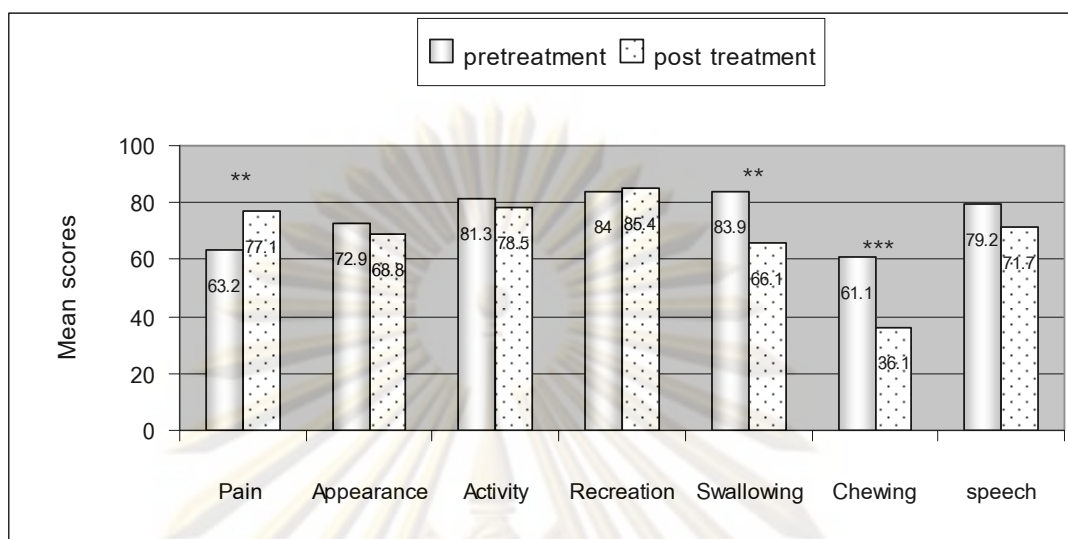
ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 31 แสดงร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนและหลังการฉายรังสี (กลุ่ม B) ในหัวข้อคำถามปลายเปิด (n = 29)

### 3. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระหว่างก่อนและหลังการรักษาทั้งหมดในผู้ป่วยจำนวน 36 ราย (กลุ่ม C)

ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากจำนวน 36 ราย ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอย่างเดียว 2 ราย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสี 29 ราย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสีและเคมีบำบัด 4 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับการฝังแร่ 1 ราย ได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพหลังการรักษา ระหว่าง 25 – 60 วัน คิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับ  $39.4 \pm 8.9$  วัน ในหมวดประเมินเฉพาะโรค ภายหลังการรักษา พบว่า หัวข้อ อาการเจ็บปวด และ VRS ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) แต่ในหัวข้อ การกลืน การเคี้ยว ใหญ่ การรู้รสชาติอาหาร น้ำลาย และคะแนนรวมของหมวดประเมินเฉพาะโรคทั้ง 12 ข้อ ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) ดังแสดงในภาพที่ 32 แต่เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยในแต่ละหัวข้อ จะพบว่า ก่อนการรักษา ในหมวดประเมินเฉพาะโรค 12 ข้อ หัวข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดและต่ำกว่า 70 คะแนน ได้แก่ การเคี้ยว (61.1) อาการเจ็บปวด (63.2) และอารมณ์ (63.9) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยปรากฏอาการผิดปกติตั้งแต่ก่อนการรักษา ในหัวข้อเหล่านี้ หัวข้อ อารมณ์ เป็นหัวข้อที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญภายหลังการรักษา



High scores reflect low level of symptoms except VRS.

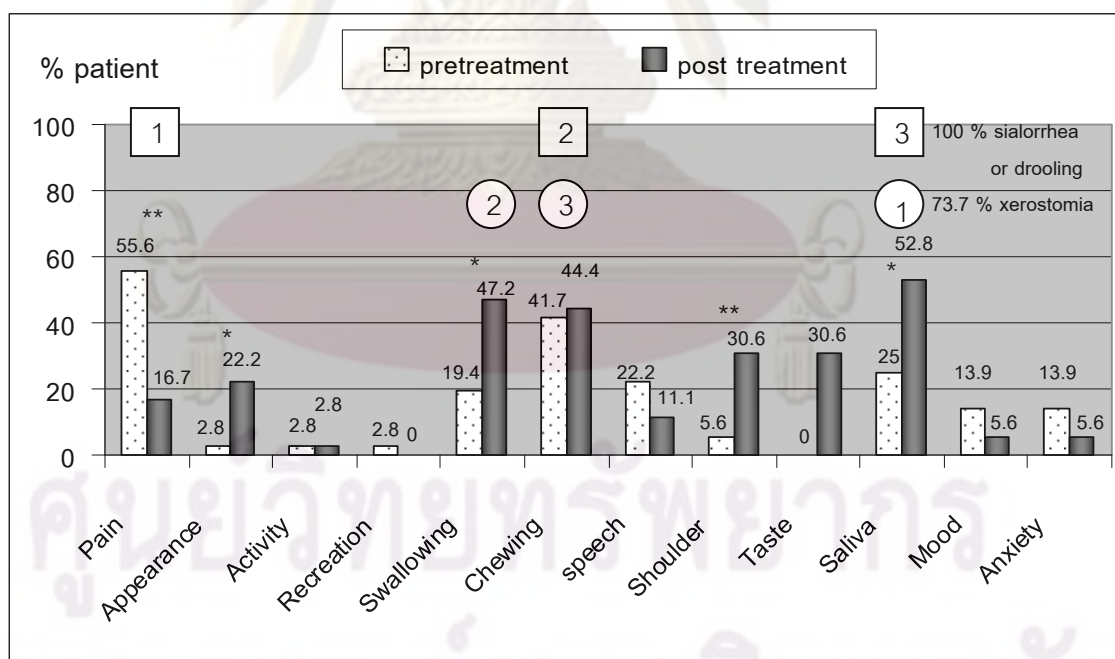
Composite = mean composite scores of 12 domains

VRS = mean Verbal Rating Scale x10

\* =  $p < 0.05$     \*\* =  $p < 0.01$     \*\*\* =  $p < 0.001$

ภาพที่ 32 แสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระหว่างก่อนและหลังการรักษา (กลุ่ม C) ในหมวดประเมินเฉพาะโรค 12 ข้อ คะแนนเฉลี่ยรวมทั้ง 12 ข้อ และ VRS (n = 36)

หมวดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา 3 อันดับแรกก่อนการรักษา ได้แก่ อาการเจ็บปวด (ร้อยละ 55.6) การเคี้ยว (ร้อยละ 41.7) และน้ำลาย (ร้อยละ 25.0) ส่วน 3 อันดับแรกหลังการรักษา ได้แก่ น้ำลาย (ร้อยละ 52.8) การกลืน (ร้อยละ 47.2) และการเคี้ยว (ร้อยละ 44.4) โดยที่อันดับที่ 4 ได้แก่ หัวข้อ การรู้รสชาติอาหาร และไหล ในหัวข้อ น้ำลาย ที่พบว่ามีปัญหาก่อนการรักษา เป็นผู้ที่รายงานว่ามีน้ำลายมากทั้งหมด แต่หลังการรักษา ร้อยละ 73.7 รายงานว่ามีน้ำลายน้อยลง ร้อยละ 15.8 รายงานว่ามีน้ำลายมาก และร้อยละ 10.5 รายงานว่ามีน้ำลายปริมาณเท่าเดิมแต่เหนียว ร้อยละของผู้ป่วยที่เลือกหัวข้อที่เป็นปัญหาสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการรักษา พบว่า ในหัวข้อ การรู้รสชาติอาหาร ไม่สามารถทดสอบทางสถิติได้ เนื่องจากก่อนการรักษาไม่มีผู้ป่วยคนใดเลยที่เลือกหัวข้อนี้เป็นปัญหาสำคัญ แต่หลังการรักษาพบว่า หัวข้อนี้อยู่ในลำดับที่ 4 ของการจัดลำดับปัญหา ส่วนหัวข้ออื่นๆ นั้นพบว่า หัวข้อ อาการเจ็บปวด ผู้ป่วยมีปัญหาจากอาการเจ็บปวดย่อยลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.01$ ) ในขณะที่มีปัญหากจากลักษณะรูปร่างใบหน้า การกลืน ไหล และน้ำลายมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) ร้อยละของผู้ป่วยที่เลือกหัวข้อที่เป็นปัญหาสำคัญ ดังแสดงในภาพที่ 33



\* =  $p < 0.05$     \*\* =  $p < 0.01$     \*\*\* =  $p < 0.001$

Importance rating    □ pretreatment    ○ post treatment

ภาพที่ 33 แสดงร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนและหลังการรักษา (กลุ่ม C) ในการเลือกหัวข้อที่เป็นปัญหาสำคัญในข้อที่ 13 ( $n = 36$ )



หมวดคุณภาพชีวิตทั่วไป พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างก่อนเป็นมะเร็งกับปัจจุบัน (ข้อ 15) ระหว่างก่อนและหลังรักษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) แต่หัวข้อที่ 16 และ 17 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ( $p > 0.05$ ) ร้อยละของตัวเลือกที่ผู้ป่วยเลือกมากที่สุดในแต่ละข้อ ดังแสดงในตารางที่ 17

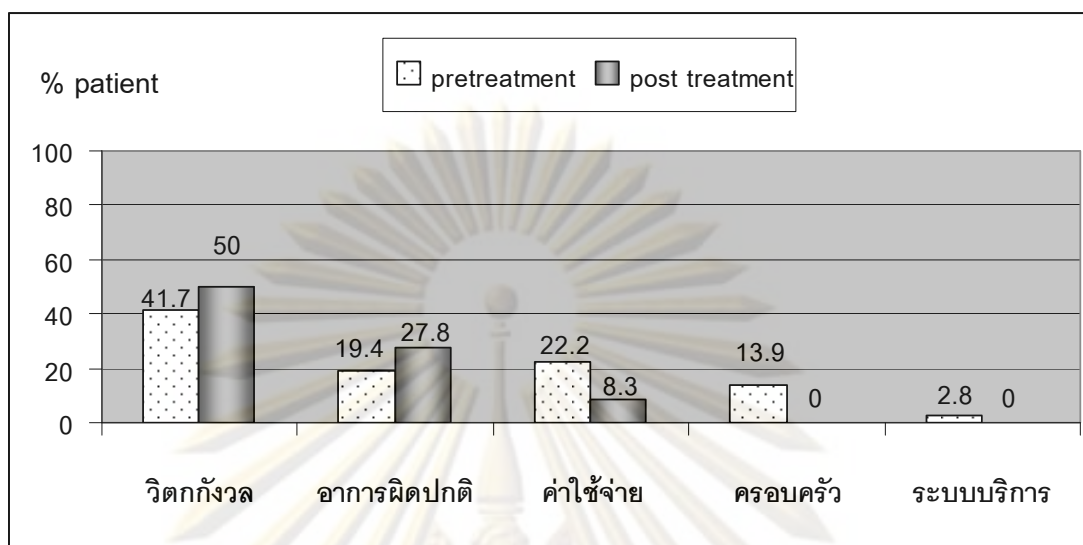
**ตารางที่ 17** แสดงร้อยละของตัวเลือกที่ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนและหลังการรักษา (กลุ่ม C) เลือกมากที่สุดหมวดคุณภาพชีวิตทั่วไป (n = 36)

หัวข้อคุณภาพชีวิตทั่วไป	ก่อนการรักษา	หลังการรักษา
ข้อ 15* การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างก่อนเป็นมะเร็งกับปัจจุบัน	ค่อนข้างแย่ ร้อยละ 66.7	ค่อนข้างแย่ ร้อยละ 72.2
ข้อ 16 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในปัจจุบัน	พอใช้ ร้อยละ 55.6	พอใช้ ร้อยละ 52.8
ข้อ 17 คุณภาพชีวิตโดยรวม	พอใช้ ร้อยละ 44.4	ดี ร้อยละ 52.8

\* =  $p < 0.05$

ในหัวข้อคำถามปลายเปิด (ข้อ 18) พบว่า มีผู้ป่วยตอบแบบประเมินร้อยละ 88.9 และ 77.8 ก่อนและหลังการรักษาตามลำดับ โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ( $p > 0.05$ ) ระหว่างก่อนและหลังการรักษา ความคิดเห็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ความวิตกกังวล และอาการที่ผิดปกติ ดังแสดงในภาพที่ 34 ความวิตกกังวล เช่น กังวลว่าจะหายจากโรคหรือไม่ กังวลเรื่องการรักษา กลัวเจ็บ ส่วนอาการที่ผิดปกติ เช่น อาการบวม รับประทานอาหารลำบาก กลืนลำบาก เจ็บคอ พุดไม่ชัด ฯลฯ

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



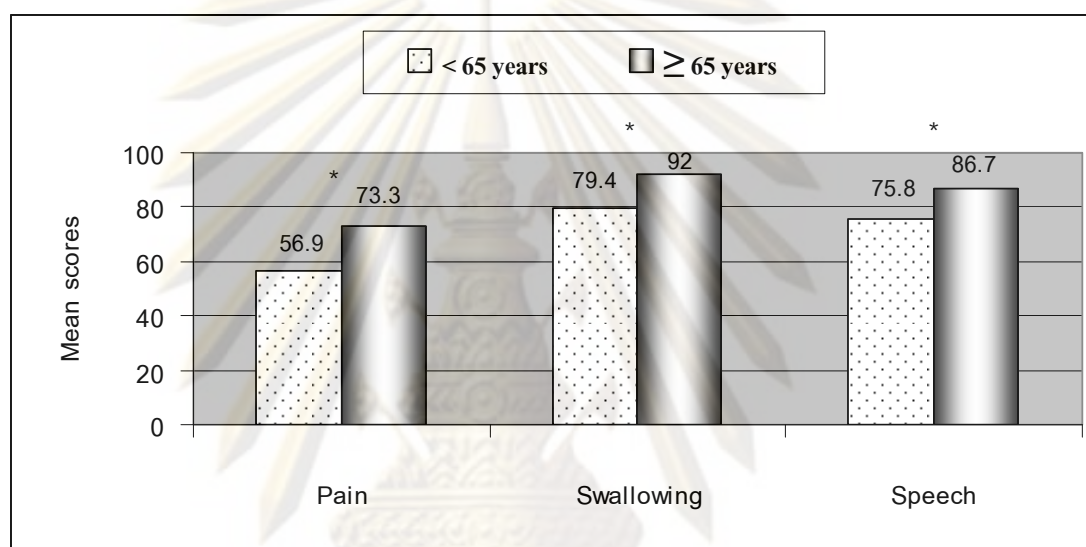
ภาพที่ 34 แสดงร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนและหลังการรักษา (กลุ่ม C) ในหัวข้อคำถาม ปลายเปิด (n = 36)

### การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มที่แบ่งตามลักษณะเชิงประชากรศาสตร์

เป็นที่ทราบกันดีว่า ระยะทางคลินิกของโรคเป็นข้อพิจารณาหลักในการเลือกวิธีการรักษาให้กับผู้ป่วย ดังนั้นในการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มต่างๆ สิ่งที่ต้องคำนึงคือ ภายหลังจากการแบ่งกลุ่ม แต่ละกลุ่มอาจมีระยะทางคลินิกของโรคที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้นอกจากความต่างด้านประชากรศาสตร์ที่ใช้ในการแบ่งกลุ่ม ทั้งนี้ในการเปรียบเทียบจะเปรียบเทียบเฉพาะแบบประเมินที่ได้จากกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนการรักษา จากจำนวนผู้ป่วย 51 ราย ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเสร็จสมบูรณ์ทั้งหมด 36 ราย จะไม่นำมาเปรียบเทียบ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยน้อยเกินกว่าที่จะเปรียบเทียบหลังแบ่งกลุ่ม หัวข้อทั้งหมดจะถูกนำมาเปรียบเทียบกันหัวข้อที่ 13 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และหัวข้อที่ 18 คำถามเปิด

1. **เพศ** เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพก่อนการรักษาระหว่างเพศชาย 37 ราย และเพศหญิง 14 ราย พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ( $p > 0.05$ )

2. **อายุ** เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพก่อนการรักษาระหว่างผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี จำนวน 36 ราย และผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี จำนวน 15 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี มีความผิดปกติ ในหัวข้อ อาการเจ็บปวด การกลืน และการพูดมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) ดังแสดงในภาพที่ 35



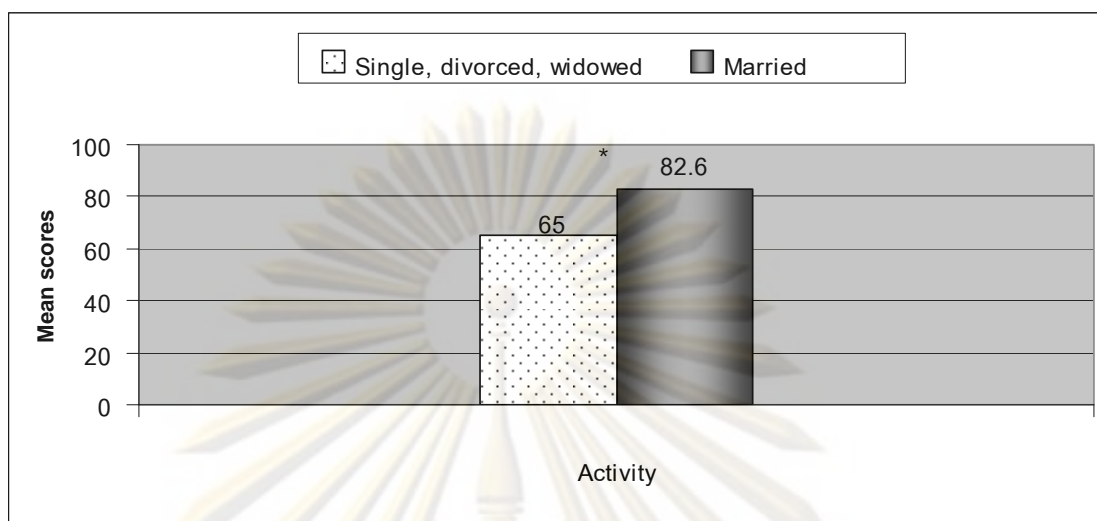
High scores reflect low level of symptoms.

Only significant domains are shown.

\* =  $p < 0.05$

ภาพที่ 35 แสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระหว่างผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี ( $n = 36$ ) และผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ( $n = 15$ )

3. **สถานภาพสมรส** เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพก่อนการรักษาระหว่างผู้ป่วยที่อยู่กับคู่สมรส จำนวน 36 ราย กับผู้ป่วยโสดหรือไม่ได้อยู่กับคู่สมรส จำนวน 15 ราย พบว่า ผู้ป่วยโสดหรือไม่ได้อยู่กับคู่สมรส มีความผิดปกติในหัวข้อ การทำกิจกรรมประจำวัน มากกว่าผู้ป่วยที่อยู่กับคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) ดังแสดงในภาพที่ 36



High scores reflect low level of symptoms.

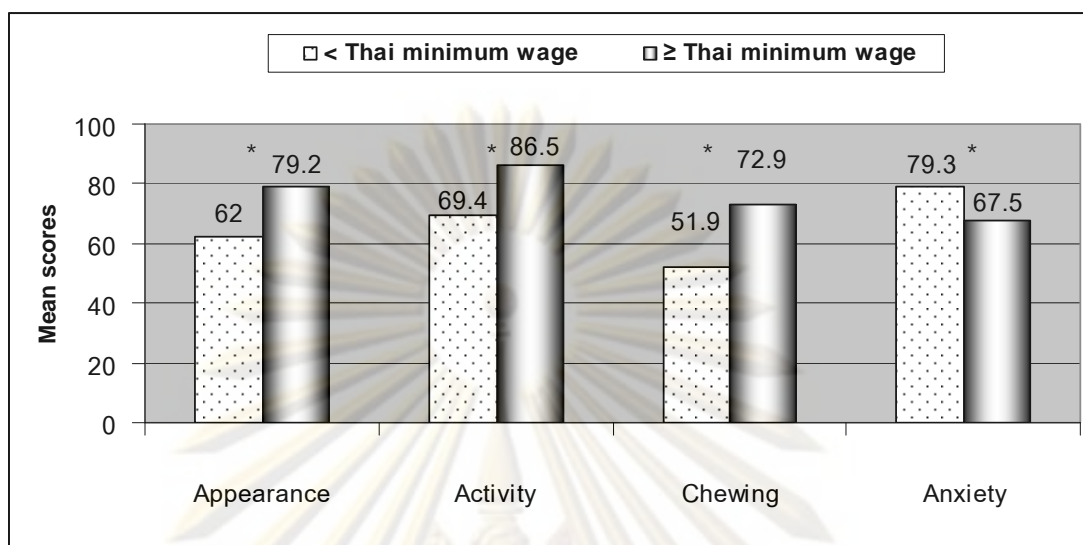
Only significant domains are showed.

\* =  $p < 0.05$

ภาพที่ 36 แสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระหว่างผู้ป่วยที่อยู่กับคู่สมรส ( $n = 36$ ) กับผู้ป่วยโสดหรือไม่ได้อยู่กับคู่สมรส ( $n = 15$ )

**4. การศึกษา** เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพก่อนการรักษาระหว่างผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 35 ราย กับผู้ที่มีการศึกษามากกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 16 ราย พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ( $p > 0.05$ )

**5. รายได้** เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพก่อนการรักษาระหว่างผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยกว่าอัตราค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำ (น้อยกว่า 5,730 บาทต่อเดือน) จำนวน 27 ราย กับผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่าหรือเท่ากับอัตราค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำ (มากกว่าหรือเท่ากับ 5,730 บาทต่อเดือน) จำนวน 24 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยกว่าอัตราค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำ มีความผิดปกติในหัวข้อ ลักษณะรูปร่างใบหน้า การทำกิจกรรมประจำวัน และการเคี้ยวมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่าหรือเท่ากับอัตราค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) แต่ในหัวข้อ ความวิตกกังวล กลับพบว่าผู้ที่มีรายได้มากกว่าหรือเท่ากับอัตราค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำ มีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) ดังแสดงในภาพที่ 37



High scores reflect low level of symptoms.

Only significant domains are showed.

\* =  $p < 0.05$

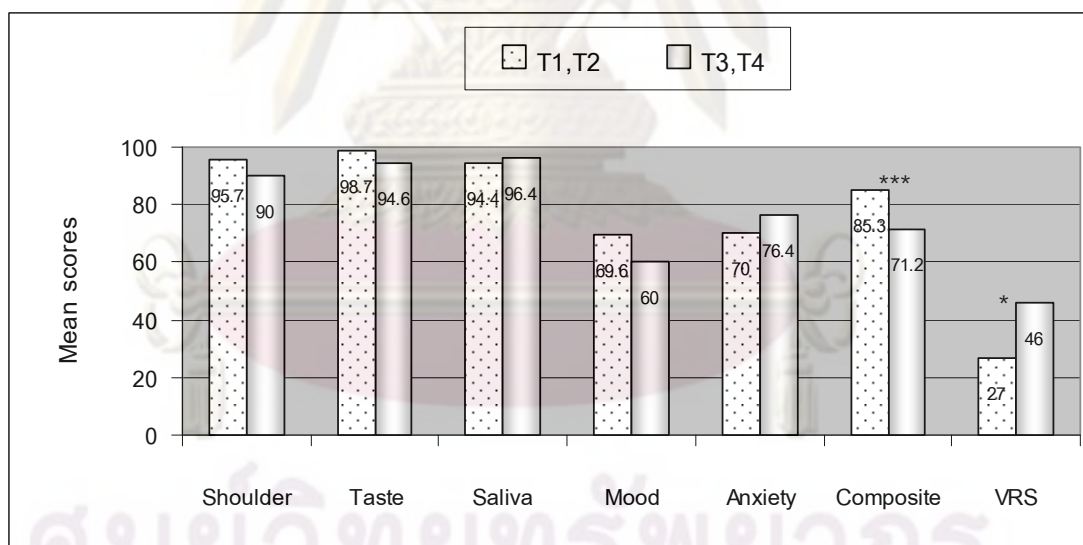
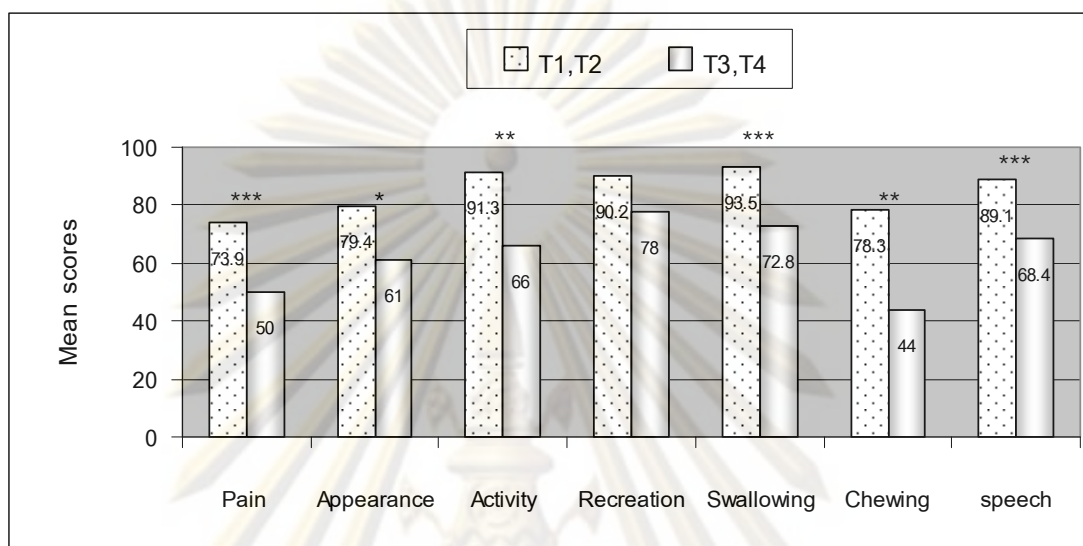
ภาพที่ 37 แสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระหว่างผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยกว่าอัตราค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำ ( $n = 27$ ) กับผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่าหรือเท่ากับอัตราค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำ ( $n = 24$ )

### การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มที่แบ่งตามระยะของโรค

ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มต่างๆ จะเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉพาะแบบประเมินที่ได้จากกลุ่มก่อนการรักษา จากจำนวนผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก 51 ราย ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเสร็จสมบูรณ์ทั้งหมด 36 ราย จะไม่นำมาเปรียบเทียบ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยน้อยเกินกว่าที่จะเปรียบเทียบหลังแบ่งกลุ่ม

1. **ขนาดเนื้องอกตาม T staging** เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพก่อนการรักษาระหว่างผู้ป่วยที่มีขนาดเนื้องอกกลุ่ม T1, T2 จำนวน 23 ราย กับผู้ป่วยที่มีขนาดเนื้องอกกลุ่ม T3, T4 จำนวน 25 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีขนาดเนื้องอกกลุ่ม T3, T4 มีความผิดปกติในหัวข้อ อาการเจ็บปวด ลักษณะรูปร่างใบหน้า การทำกิจกรรมประจำวัน การกลืน การเคี้ยว การพูด คะแนนรวมของหัวข้อประเมินเฉพาะโรคทั้ง 12 ข้อ และ VRS มากกว่าผู้ป่วยที่มีขนาดเนื้องอกกลุ่ม T1, T2 อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) ดังแสดงในภาพที่ 38 ในหมวดประเมินเฉพาะโรค 12 ข้อ หัวข้อที่มี

คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดและต่ำกว่า 70 คะแนนในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ อาการ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีสภาวะทางอารมณ์ที่ผิดปกติและไม่มี ความแตกต่างกัน ( $p > 0.05$ )



High scores reflect low level of symptoms except VRS.

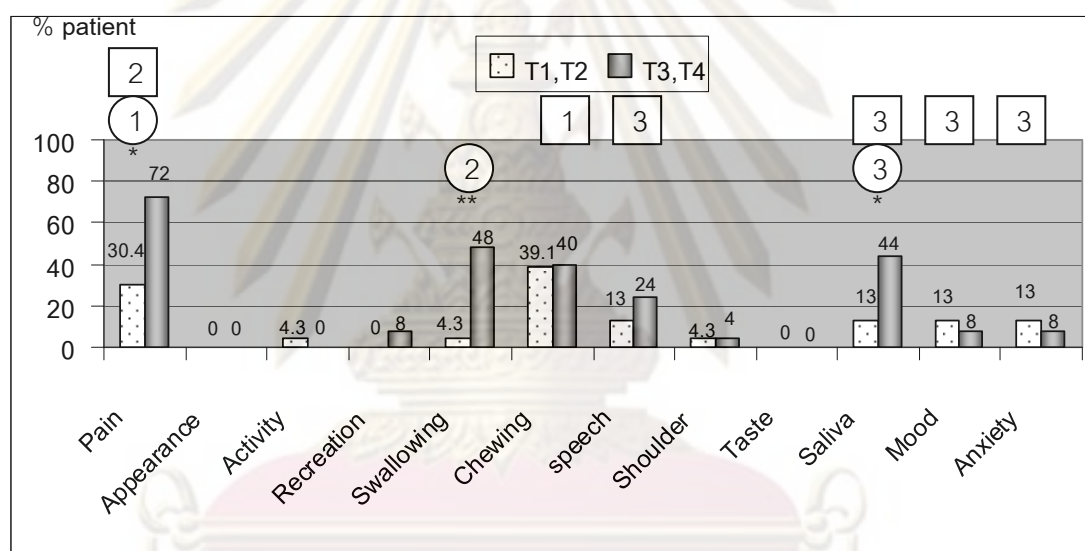
Composite = mean composite scores of 12 domains

VRS = mean Verbal Rating Scale x10

\* =  $p < 0.05$     \*\* =  $p < 0.01$     \*\*\* =  $p < 0.001$

ภาพที่ 38 แสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระหว่างผู้ป่วยที่มีขนาดเนื้องอกกลุ่ม T1, T2 (n = 23) กับกลุ่ม T3, T4 (n = 25) ในหมวดประเมินเฉพาะโรค 12 ข้อ คะแนนเฉลี่ยรวมทั้ง 12 ข้อ และ VRS

หมวดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา 3 อันดับแรกในกลุ่มผู้ป่วยที่มีขนาดเนื้องอกกลุ่ม T1, T2 ได้แก่ การเคี้ยว (ร้อยละ 39.1) อาการเจ็บปวด (ร้อยละ 30.4) การพูด (ร้อยละ 13.0) น้ำลาย (ร้อยละ 13.0) อารมณ์ (ร้อยละ 13.0) และความวิตกกังวล (ร้อยละ 13.0) ส่วน 3 อันดับแรกในกลุ่มผู้ป่วยที่มีขนาดเนื้องอกกลุ่ม T3, T4 ได้แก่ อาการเจ็บปวด (ร้อยละ 72.0) การกลืน (ร้อยละ 48.0) และน้ำลาย (ร้อยละ 44.0) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าผู้ป่วยที่มีขนาดเนื้องอกกลุ่ม T3, T4 มีปัญหาในหัวข้อ อาการเจ็บปวด การกลืน และน้ำลาย มากกว่ากลุ่ม T1, T2 อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) ร้อยละของผู้ป่วยที่เลือกหัวข้อที่เป็นปัญหาสำคัญ ดังแสดงในภาพที่ 39



\* =  $p < 0.05$  \*\* =  $p < 0.01$

Importance rating □ T1, T2 ○ T3, T4

ภาพที่ 39 แสดงร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่มีขนาดเนื้องอกกลุ่ม T1, T2 ( $n = 23$ ) และกลุ่ม T3, T4 ( $n = 25$ ) ในการเลือกหัวข้อที่เป็นปัญหาสำคัญในข้อที่ 13

หมวดคุณภาพชีวิตทั่วไป เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่มีขนาดเนื้องอกกลุ่ม T1, T2 กับกลุ่ม T3, T4 พบว่าทุกข้อไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p > 0.05$ ) ร้อยละของตัวเลือกที่ผู้ป่วยเลือกมากที่สุดในแต่ละข้อ ดังแสดงในตารางที่ 18

**ตารางที่ 18** แสดงร้อยละของตัวเลือกที่ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเลือกมากที่สุดแบ่งตามขนาด  
เนื้องอกในหมวดคุณภาพชีวิตทั่วไป

หัวข้อคุณภาพชีวิตทั่วไป	ผู้ป่วยกลุ่ม T1, T2 (n = 23)	ผู้ป่วยกลุ่ม T3, T4 (n = 25)
ข้อ 15 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพระหว่างก่อนเป็นมะเร็งกับ ปัจจุบัน	ค่อนข้างแย่ ร้อยละ 56.5	ค่อนข้างแย่ ร้อยละ 68.0
ข้อ 16 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในปัจจุบัน	พอใช้ ร้อยละ 52.2	พอใช้ ร้อยละ 56.0
ข้อ 17 คุณภาพชีวิตโดยรวม	พอใช้ ร้อยละ 47.8	พอใช้ ร้อยละ 40.0

ในหัวข้อคำถามปลายเปิด (ข้อ 18) พบว่า มีผู้ป่วยตอบแบบประเมินร้อยละ 78.3 และ 88.0  
ในกลุ่ม T1, T2 และกลุ่ม T3, T4 ตามลำดับ โดยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่ม T1, T2 แสดงความวิตกกังวล  
เกี่ยวกับโรคมากกว่าผู้ป่วยกลุ่ม T3, T4 อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่ม T3, T4  
มีอาการผิดปกติ ซึ่งได้แก่ รับประทานอาหารลำบาก ไม่สามารถทำงานได้ เจ็บคอ คางบวม และ  
พูดไม่ชัด มากกว่าผู้ป่วยกลุ่ม T1, T2 อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) ดังแสดงในภาพที่ 40



\* =  $p < 0.05$

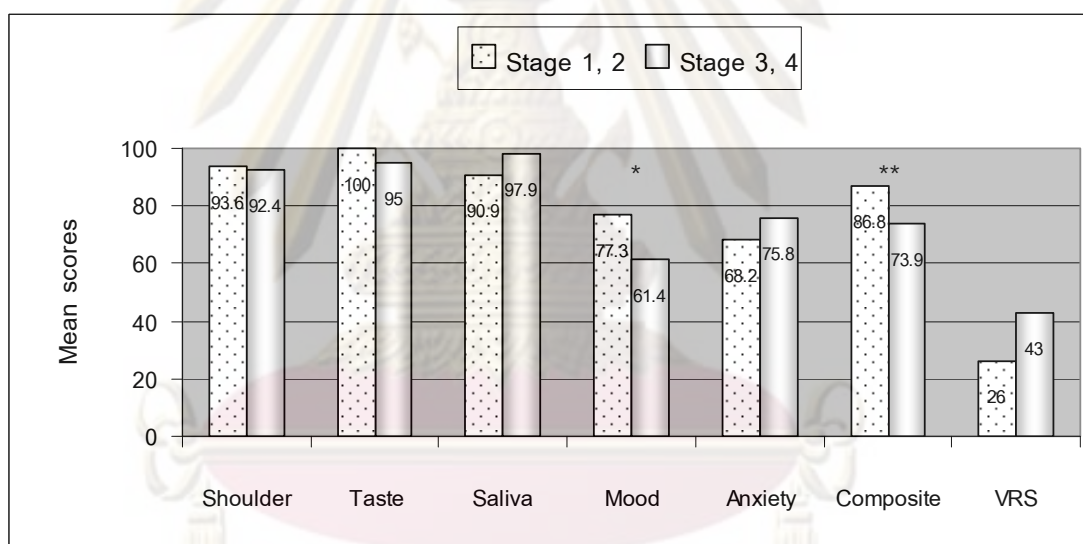
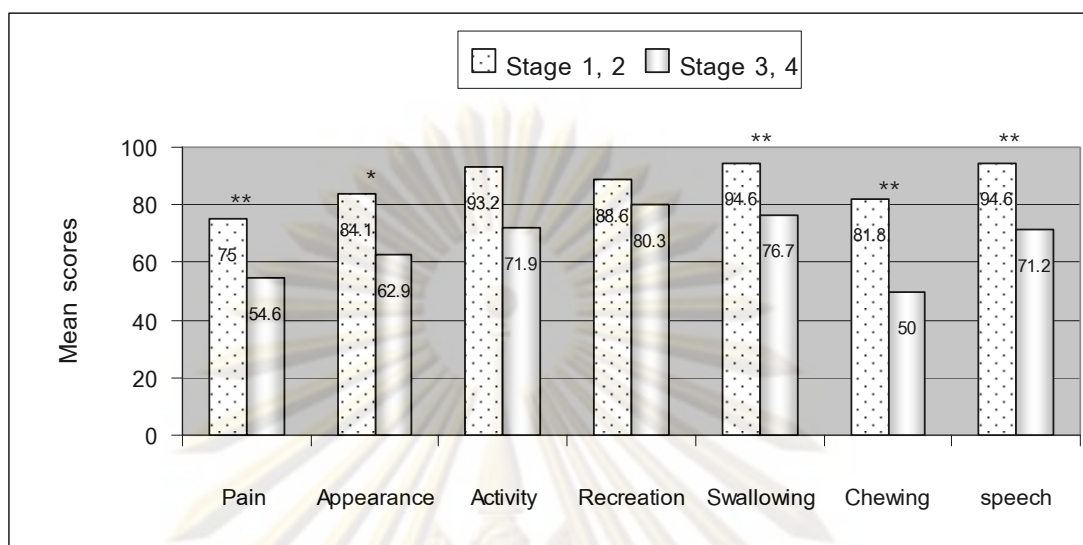
ภาพที่ 40 แสดงร้อยละของผู้ป่วยที่มีขนาดเนื้องอกกลุ่ม T1, T2 (n = 23) และกลุ่ม T3, T4  
(n = 25) ในหัวข้อคำถามปลายเปิด



2. **ระยะทางคลินิก** เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพก่อนการรักษาระหว่างผู้ป่วยระยะที่ 1, 2 จำนวน 11 ราย กับ ระยะที่ 3, 4 จำนวน 33 ราย พบว่า ผู้ป่วยระยะที่ 3, 4 มีความผิดปกติในหัวข้อ อาการเจ็บปวด ลักษณะรูปร่างใบหน้า การกลืน การเคี้ยว การพูด อารมณ์ และคะแนนรวมของหัวข้อประเมินเฉพาะโรคทั้ง 12 ข้อ มากกว่าผู้ป่วยระยะที่ 1, 2 อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) ดังแสดงในภาพที่ 41



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



High scores reflect low level of symptoms except VRS.

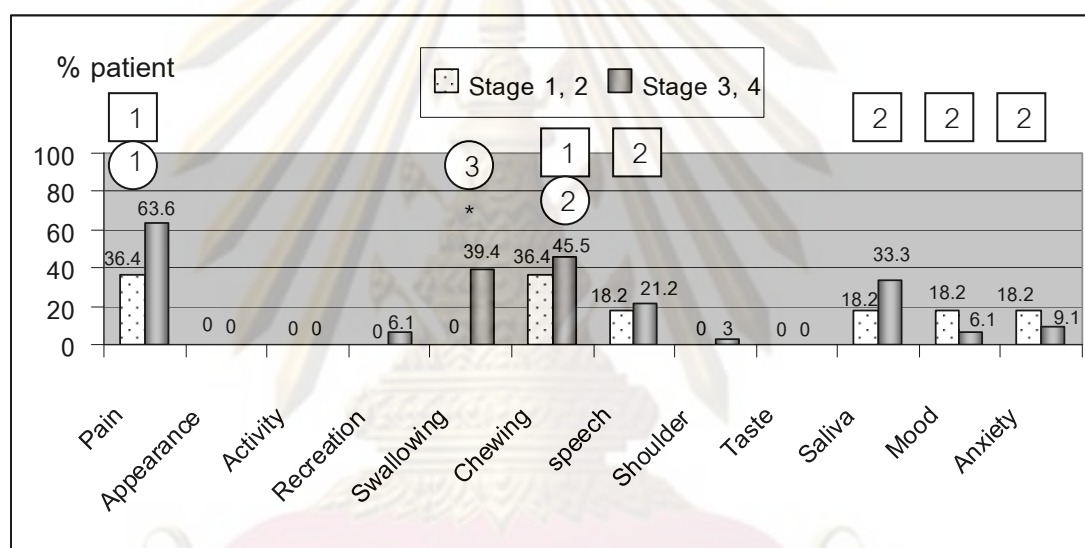
Composite = mean composite scores of 12 domains

VRS = mean Verbal Rating Scale x10

\* =  $p < 0.05$  \*\* =  $p < 0.01$

ภาพที่ 41 แสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระหว่างผู้ป่วยระยะที่ 1, 2 (n = 11) กับ ระยะที่ 3, 4 (n = 33) ในหมวดประเมินเฉพาะโรค 12 ข้อ คะแนนเฉลี่ยรวมทั้ง 12 ข้อ และ VRS

หมวดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา 3 อันดับแรกในกลุ่มผู้ป่วยระยะที่ 1, 2 ได้แก่ อาการเจ็บปวด (ร้อยละ 36.4) การเคี้ยว (ร้อยละ 36.4) การพูด (ร้อยละ 18.2) น้ำลาย (ร้อยละ 18.2) อารมณ์ (ร้อยละ 18.2) และความวิตกกังวล (ร้อยละ 18.2) ส่วน 3 อันดับแรกในกลุ่มผู้ป่วยระยะที่ 3, 4 ได้แก่ อาการเจ็บปวด (ร้อยละ 63.6) การเคี้ยว (ร้อยละ 45.5) และการกลืน (ร้อยละ 39.4) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยระยะที่ 3, 4 มีปัญหาในหัวข้อ การกลืนมากกว่าผู้ป่วยระยะที่ 1, 2 อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) ร้อยละของผู้ป่วยที่เลือกหัวข้อที่เป็นปัญหาสำคัญ ดังแสดงในภาพที่ 42



\* =  $p < 0.05$

Importance rating □ Stage 1, 2 ○ Stage 3, 4

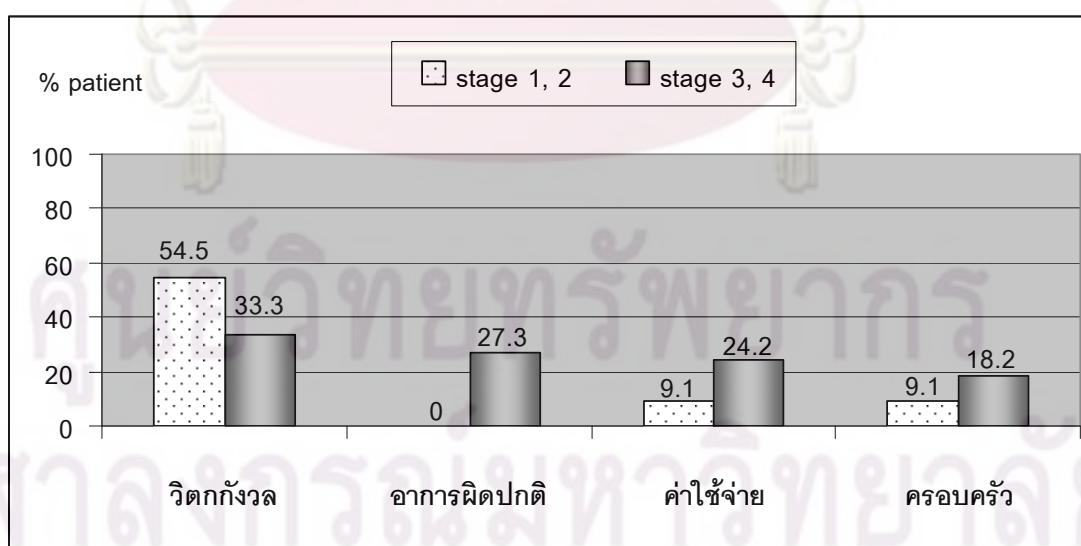
ภาพที่ 42 แสดงร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระยะที่ 1, 2 ( $n = 11$ ) และระยะที่ 3, 4 ( $n = 33$ ) ในการเลือกหัวข้อที่เป็นปัญหาสำคัญในข้อที่ 13

หมวดคุณภาพชีวิตทั่วไป เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระยะที่ 1, 2 ( $n = 11$ ) และระยะที่ 3, 4 ( $n = 33$ ) พบว่าทุกข้อไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p > 0.05$ ) ร้อยละของตัวเลือกที่ผู้ป่วยเลือกมากที่สุดในแต่ละข้อ ดังแสดงในตารางที่ 19

**ตารางที่ 19** แสดงร้อยละของตัวเลือกที่ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเลือกมากที่สุดแบ่งตามระยะทางคลินิกในหมวดคุณภาพชีวิตทั่วไป

หัวข้อคุณภาพชีวิตทั่วไป	ผู้ป่วยระยะที่ 1, 2 (n = 11)	ผู้ป่วยระยะที่ 3, 4 (n = 33)
ข้อ 15 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างก่อนเป็นมะเร็งกับปัจจุบัน	ค่อนข้างแย่ ร้อยละ 54.5	ค่อนข้างแย่ ร้อยละ 66.7
ข้อ 16 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในปัจจุบัน	พอใช้/ดี ร้อยละ 36.4 (ร้อยละ 36.4 เท่ากัน)	พอใช้ ร้อยละ 60.6
ข้อ 17 คุณภาพชีวิตโดยรวม	พอใช้/ดีมาก ร้อยละ 36.4 (ร้อยละ 36.4 เท่ากัน)	พอใช้ ร้อยละ 42.4

ในหัวข้อคำถามปลายเปิด (ข้อ 18) พบว่า มีผู้ป่วยตอบแบบประเมินร้อยละ 72.7 และ 87.9 ในผู้ป่วยระยะที่ 1, 2 และระยะที่ 3, 4 ตามลำดับ โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ( $p > 0.05$ ) ระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม ความคิดเห็นส่วนใหญ่ในกลุ่มผู้ป่วยระยะที่ 1, 2 ได้แก่ ความวิตกกังวล ส่วนกลุ่มผู้ป่วยระยะที่ 3, 4 ได้แก่ ความวิตกกังวล และอาการผิดปกติ ดังแสดงในภาพที่ 43



ภาพที่ 43 แสดงร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระยะที่ 1, 2 (n = 11) และระยะที่ 3, 4 (n = 33) ในหัวข้อคำถามปลายเปิด

### การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนการรักษา และกลุ่มผู้ป่วยไคเนพลาเน็สในช่องปาก

กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและกลุ่มผู้ป่วยไคเนพลาเน็สในช่องปากที่นำมาศึกษาเปรียบเทียบ จะพิจารณาคุณสมบัติความสอดคล้องหรือใกล้เคียงกันด้านเพศและอายุของผู้ป่วยเป็นหลัก ทำให้ได้ผู้ป่วยกลุ่มละ 20 ราย ทั้ง 2 กลุ่ม ประกอบด้วยเพศชาย 7 ราย (ร้อยละ 35) และเพศหญิง 13 ราย (ร้อยละ 65) การที่ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากส่วนใหญ่พบในเพศชาย ในขณะที่ผู้ป่วยไคเนพลาเน็สในช่องปากส่วนใหญ่พบในเพศหญิงเป็นข้อจำกัดที่สำคัญ โดยส่งผลให้หากกลุ่มศึกษายาก ทำให้ได้กลุ่มศึกษาจำนวนน้อย อายุ บำบัดเสี่ยง และลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 20



ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 20 แสดงลักษณะทั่วไป ปัจจัยเสี่ยง และลักษณะทางคลินิกของกลุ่มศึกษา

Oral cancer patients		Oral lichen planus patients	
	n (%)		n (%)
Total number of patients	20 (100)	Total number of patients	20 (100)
Age 34 - 80 years, 55.6 ± 12.4 years		Age 37 - 87 years, 55.8 ± 12.9 years	
Risk factors		Risk factors	
Tobacco use	10 (50)	Tobacco use	7 (35)
Alcohol consumption	11 (55)	Alcohol consumption	7 (35)
Betel quid chewing	5 (25)	Familial history of cancer	8 (40)
Familial history of head & neck cancer	4 (20)	Familial history of head & neck cancer	1 (5)
Site tongue	8 (40)	Site buccal mucosa	15 (75)
floor of mouth	7 (35)	gingiva	4 (20)
gingiva	7 (35)	lower lip	4 (20)
buccal mucosa	3 (15)	tongue	3 (15)
retromolar triangle	1 (5)	Characteristics	
lower lip	1 (5)	no lesion	2 (10)
hard palate	1 (5)	reticular type	3 (15)
Clinical stage		atrophic type	11 (55)
stage I	1 (5)	ulcerative type	4 (20)
stage II	4 (20)		
stage III	3 (15)		
stage IV	10 (50)		
unidentified	2 (10)		

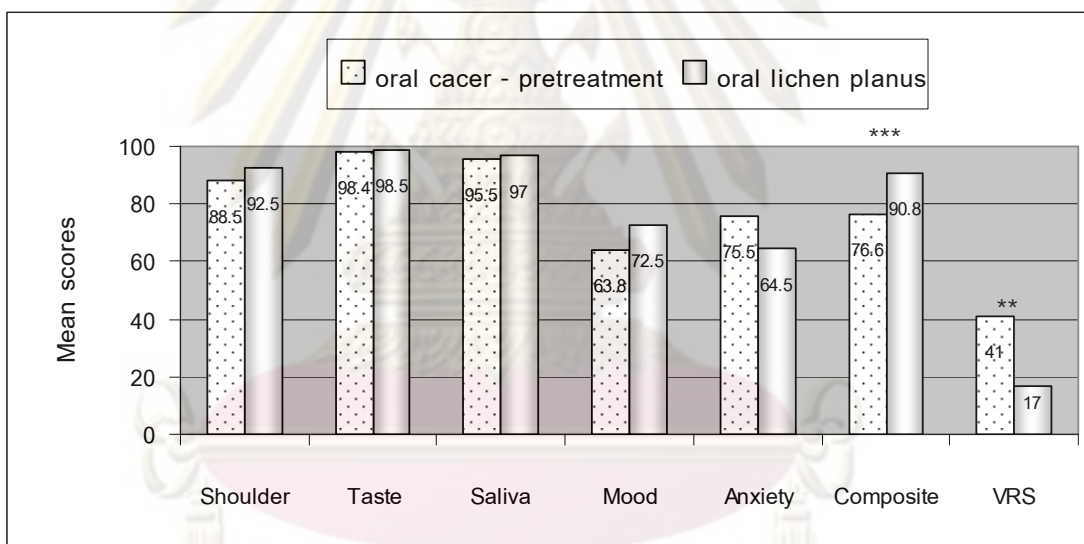
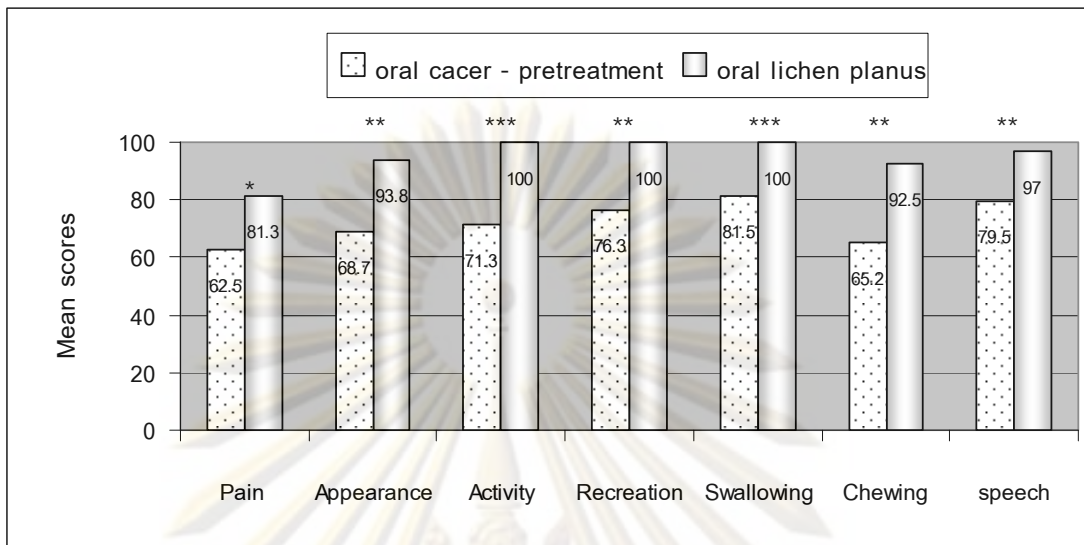
อาการของผู้ป่วยไลเคนพลาเนียสในช่องปากส่วนใหญ่ ได้แก่ ปวดแสบปวดร้อน (ร้อยละ 65) ไม่มีอาการเจ็บปวดใดๆ (ร้อยละ 25) สำหรับระยะเวลาในการรักษาอยู่ระหว่าง 1 เดือน – 20 ปี เฉลี่ยเท่ากับ 50.7 ± 74.7 เดือน ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้ป่วยไลเคนพลาเนียสในช่องปาก ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 35 ระยะเวลาในการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ระหว่าง 10 - 36 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 19.9 ± 10.7 ปี มีการสูบบุหรี่ร้อยละ 35 ระยะเวลาในการสูบบุหรี่อยู่ระหว่าง 10 - 33 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 20.1 ± 9.1 ปี กรณีที่สูบบุหรี่ทุกวัน มีจำนวนมวนอยู่ระหว่าง 5 - 40 มวนต่อวัน และจำนวนมวนเฉลี่ยต่อวัน 16.0 ± 13.9 มวน

### ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนการรักษา และกลุ่มผู้ป่วยไคเนพลาเนตในช่องปาก

ในการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่จะนำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยไคเนพลาเนตในช่องปากนั้น เป็นผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนการรักษา ส่วนภายหลังการรักษานั้น ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถรับการรักษาได้เสร็จสมบูรณ์ ทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยลง จึงไม่ได้นำมาเปรียบเทียบ

ในหมวดประเมินเฉพาะโรค พบว่า ในหัวข้อ อาการเจ็บปวด ลักษณะรูปร่างใบหน้า การทำกิจกรรมประจำวัน การทำกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ การกลืน การเคี้ยว การพูด คะแนนรวมของหัวข้อประเมินเฉพาะโรคทั้ง 12 ข้อ และ VRS กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมีความผิดปกติมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยไคเนพลาเนตในช่องปากอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) จากคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและผู้ป่วยไคเนพลาเนตในช่องปาก เป็นที่น่าสังเกตว่า ในกลุ่มผู้ป่วยไคเนพลาเนตในช่องปากมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าในหัวข้อ ความวิตกกังวล (64.5) และ อารมณ์ (72.5) ซึ่งไม่แตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ( $p > 0.05$ ) โดยที่มีคะแนนเฉลี่ยในหัวข้อ การประเมินเฉพาะโรค อื่นๆ สูง ดังแสดงในภาพที่ 44

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



High scores reflect low level of symptoms except VRS.

Composite = mean composite scores of 12 domains

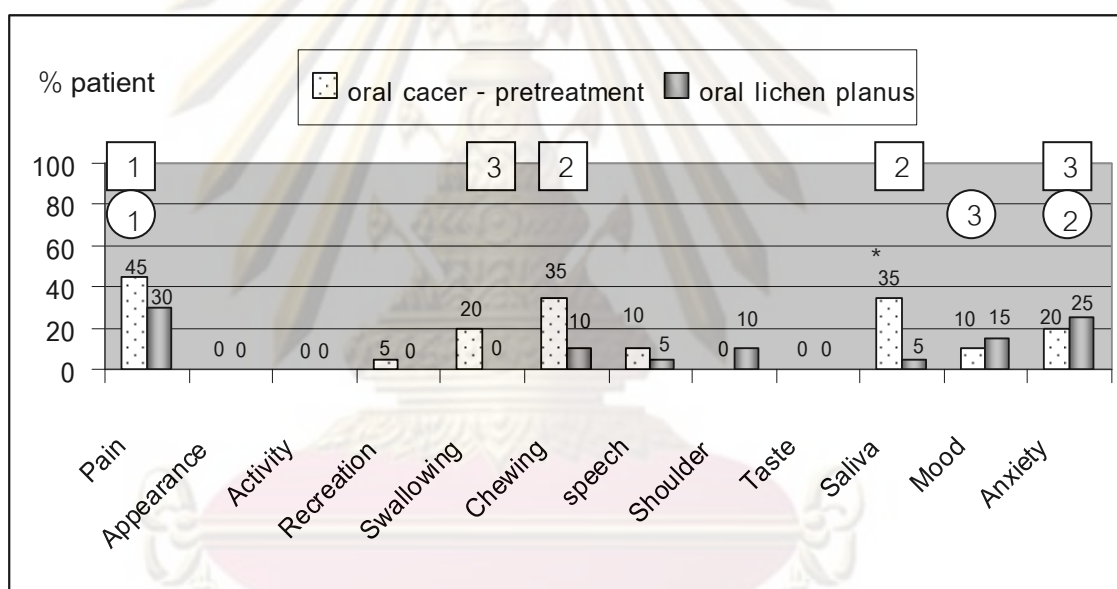
VRS = mean Verbal Rating Scale x10

\* = p<0.05 \*\* = p<0.01 \*\*\* = p<0.001

ภาพที่ 44 แสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนการรักษา (n = 20) และผู้ป่วยไลเคนพลาเนียในช่องปาก (n = 20) ในหมวดประเมินเฉพาะโรค 12 ข้อ คะแนนเฉลี่ยรวมทั้ง 12 ข้อ และ VRS



หมวดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา 3 อันดับแรกในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนการรักษา ได้แก่ อาการเจ็บปวด (ร้อยละ 45.0) การเคี้ยว (ร้อยละ 35.0) น้ำลาย (ร้อยละ 35.0) การกลืน (ร้อยละ 20.0) และความวิตกกังวล (ร้อยละ 20.0) ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยไคเคนพลาเนียสในช่องปาก ได้แก่ อาการเจ็บปวด (ร้อยละ 30.0) ความวิตกกังวล (ร้อยละ 25.0) และอารมณ์ (ร้อยละ 15.0) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วย 2 กลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมีปัญหาในหัวข้อน้ำลายมากกว่าผู้ป่วยไคเคนพลาเนียสในช่องปากอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) โดยร้อยละ 85.7 ของผู้ป่วยมะเร็งที่เลือกปัญหาข้อนี้ เป็นปัญหาน้ำลายมาก ร้อยละของผู้ป่วยที่เลือกหัวข้อที่เป็นปัญหาสำคัญ ดังแสดงในภาพที่ 45



\* =  $p < 0.05$

Importance rating  oral cancer – pretreatment  oral lichen planus

ภาพที่ 45 แสดงร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนการรักษา ( $n = 20$ ) และผู้ป่วยไคเคนพลาเนียสในช่องปาก ( $n = 20$ ) ในการเลือกหัวข้อที่เป็นปัญหาสำคัญในข้อที่ 13

หมวดคุณภาพชีวิตทั่วไป (general QOL) พบว่าทุกข้อไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p > 0.05$ ) ร้อยละของตัวเลือกที่ผู้ป่วยเลือกมากที่สุดในแต่ละข้อ ดังแสดงในตารางที่

ตารางที่ 21 แสดงร้อยละของตัวเลือกที่ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนการรักษาและผู้ป่วย  
ไคเนพลาเนสในช่องปากเลือกมากที่สุดในหมวดคุณภาพชีวิตทั่วไป

หัวข้อคุณภาพชีวิตทั่วไป	ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อน การรักษา (n = 20)	ผู้ป่วยไคเนพลาเนสใน ช่องปาก (n = 20)
ข้อ 15 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพระหว่างก่อนเป็นโรคร่วม ปัจจุบัน	ค่อนข้างแย่ ร้อยละ 60.0	ค่อนข้างแย่/เหมือนเดิม ร้อยละ 45.0 (ร้อยละ 45.0 เท่ากัน)
ข้อ 16 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในปัจจุบัน	พอใช้ ร้อยละ 50.0	ดี ร้อยละ 50.0
ข้อ 17 คุณภาพชีวิตโดยรวม	ดีมาก ร้อยละ 50.0	ดี ร้อยละ 60.0

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### อภิปรายผล สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

#### อภิปรายผลการวิจัย

##### ประเด็นด้านระบาดวิทยา

สิ่งที่ต้องคำนึงเพื่อพิจารณาเกี่ยวกับประเด็นด้านระบาดวิทยาในการศึกษานี้ คือ กลุ่มผู้ป่วย มะเร็งช่องปาก ได้มาจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก จำนวน 70 ราย ที่เข้ามารับการรักษาระหว่างปี 2558-2562 แต่มีผู้ป่วยที่สามารถเข้าร่วมในการศึกษาเพียง 51 ราย สถิติด้านระบาดวิทยาที่ได้จึงเป็นลักษณะที่พบเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้เท่านั้น ในการศึกษาครั้งนี้ มะเร็งเซลล์สความัสเป็นมะเร็งช่องปากที่พบบ่อยถึงร้อยละ 94.1 โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 2.6 ต่อ 1 จากการศึกษาที่ผ่านมา สัดส่วนระหว่างเพศมีความแตกต่างกันไปตามรายงานของแต่ละประเทศ โดยสัดส่วนระหว่างเพศชายต่อเพศหญิงมีแนวโน้มลดลง จาก 6 ต่อ 1 เป็น 2 ต่อ 1 สืบเนื่องจากเพศหญิงมีแนวโน้มสูบบุหรี่มากขึ้น[10] ตำแหน่งของโรคมะเร็งช่องปากที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ลิ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา[17, 18, 57] รวมถึงในต่างประเทศ[10-12] อีกตำแหน่งที่พบบ่อยในการศึกษานี้ คือ ฟันช่องปาก ตำแหน่งรอยโรคทั้ง 2 ตำแหน่ง จึงควรจัดเป็นตำแหน่งที่ทันตแพทย์ควรที่จะให้ความสำคัญในการเฝ้าระวัง โดยสำรวจบริเวณดังกล่าวรวมถึงเนื้อเยื่ออ่อนตำแหน่งอื่นๆ ทุกครั้งในการให้บริการทันตกรรมทุกประเภท ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการศึกษานี้ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ซึ่งพบพฤติกรรมเสี่ยงนี้ถึงร้อยละ 78.4 และ 76.5 ตามลำดับ ในขณะที่การมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งบริเวณศีรษะและคอพบเพียงร้อยละ 11.8 ดังนั้นพฤติกรรมเสี่ยงจึงดูเหมือนจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมากกว่า สำหรับการดื่มแอลกอฮอล์พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งช่องปาก[3, 17, 22] สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเป็นมะเร็งช่องปากถึง 3.8 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์[17] ส่วนการสูบบุหรี่พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งช่องปากส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) มีประวัติการสูบบุหรี่[17] ส่วนในประเทศไทยพบผู้ป่วยมะเร็งช่องปากร้อยละ 81 เป็นผู้ที่มีการใช้ใบยาสูบในรูปแบบต่างๆ โดยร้อยละ 36 มีพฤติกรรมการเคี้ยว

ไวยาสูบ ร้อยละ 23 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และอีกร้อยละ 22 มีพฤติกรรมทั้งสองแบบร่วมกัน [16] สำหรับในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งช่องปากร้อยละ 64.4 มีประวัติการสูบบุหรี่ โดยผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งช่องปากถึง 4.0 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่[17] รวมถึงการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งช่องปาก[13, 16, 17, 19]

ในการศึกษานี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งระยะที่ 4 อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลราชวิถีเป็นสถานบริการระดับตติยภูมิ (tertiary care) ในกระทรวงสาธารณสุข ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่จึงเป็นผู้ป่วยในระยะรุนแรงที่ต้องการการรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ที่ซับซ้อน อย่างไรก็ตาม การที่กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่เป็นมะเร็งระยะที่ 4 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[52, 53] รวมถึงการศึกษาในประเทศไทยซึ่งพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 56.2 เป็นมะเร็งช่องปากระยะที่ 4[17] เป็นที่น่าสนใจว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยสังเกตว่ามีอาการจนถึงเข้ามารับการตรวจมีระยะเวลาตั้งแต่ 0 วัน (กรณีพบโดยบังเอิญ) – 6 ปี (กรณีปรากฏรอยโรคติวโคเพลเคีย) ซึ่งเป็นช่วงเวลาดค่อนข้างนานเมื่อเทียบกับโอกาสที่มะเร็งจะลุกลาม เป็นไปได้ว่าในระยะแรกผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการจึงไม่ได้เข้ารับการตรวจ หรือเกิดจากปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น ความไม่ตระหนักถึงรอยโรคที่เกิดขึ้น สุนัขทางเศรษฐกิจ การศึกษา เป็นต้น หรือเกิดจากระบบบริการสาธารณสุขไม่มีมาตรการเฝ้าระวังอย่างเพียงพอ ในขณะที่เดียวกันระยะเวลาตั้งแต่รับการวินิจฉัยถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดหรือฝังแร่ มีระยะเวลาตั้งแต่ 13 วัน – 139 วัน ซึ่งเป็นช่วงเวลาดค่อนข้างกว้างเช่นเดียวกันทั้งนี้อาจเกิดจากปัญหาความไม่พร้อมจากตัวผู้ป่วยเอง หรือปัญหาจากระบบบริการทางการแพทย์ที่ไม่เอื้อต่อการรักษาที่รวดเร็วได้ จากข้อมูลข้างต้นจึงสมควรที่จะศึกษาเชิงลึกในโอกาสต่อไปทั้งระบบของการบริการสาธารณสุขในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ตั้งแต่กระบวนการป้องกัน การตรวจ การวินิจฉัย การส่งต่อ และการรักษา เพื่อค้นหาแนวทางการป้องกันและให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในระยะเริ่มแรก

มะเร็งช่องปากที่พบมากที่สุด ได้แก่ มะเร็งเซลล์สความาัส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[13, 16, 17, 19] ส่วนมะเร็งชนิดอื่นๆ ซึ่งพบในผู้ป่วยเพียง 3 ราย จากจำนวนกลุ่มศึกษาทั้งหมด ได้แก่ มะเร็งชนิดมิวโคอีพิเดอมอยด์คาร์ซิโนมา มะเร็งชนิดโพลิโมอร์ฟัส โลเกรด อติโนคาร์ซิโนมา และมะเร็งชนิดซินโนเวียล ซาร์โคมา สำหรับมะเร็งชนิดมิวโคอีพิเดอมอยด์คาร์ซิโนมา จัดเป็นมะเร็งของต่อมน้ำลายที่พบมากที่สุด[13] ตำแหน่งที่มักพบมะเร็งชนิดนี้ ได้แก่ ต่อมน้ำลายพาโรติด (parotid gland) ต่อมน้ำลายขนาดเล็ก (minor salivary gland) และต่อมน้ำลายซัพแมนดิบูลาร์ (submandibular gland) สำหรับต่อมน้ำลายขนาดเล็กในช่องปาก ตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุด คือ เพดานปาก[17] สำหรับในการศึกษานี้พบที่บริเวณเพดานแข็งและเพดานอ่อนซึ่งมีลักษณะบวมมนเพียงเล็กน้อย พบโดยบังเอิญขณะที่อุดฟันเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บปวดใดๆ

ส่วนมะเร็งชนิดโพลิโมอร์ฟัส โกลเกรด อติโนคาร์ซิโนมา เป็นมะเร็งของต่อมน้ำลายเช่นกัน มักเกิดกับต่อมน้ำลายขนาดเล็ก ตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุด คือ เพดานปาก (ร้อยละ 71) และเยื่อเมือกแก้ม (ร้อยละ 25) มีขนาดระหว่าง 6 – 50 มิลลิเมตร[17] ในการศึกษาที่พบที่เยื่อเมือกแก้ม มีขนาด 50 มิลลิเมตร โดยที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรับเจ็บ จะเห็นว่าการที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ อาจทำให้การวินิจฉัยใช้เวลานานขึ้น ดังนั้นลักษณะรอยโรคดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่จะต้องตระหนักถึงโรคมะเร็งด้วยส่วนหนึ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรกของรอยโรค และรับการรักษาได้ทันเวลาที่ส่วนมะเร็งชนิดซินโนเวียล ซาร์โคมา (synovial sarcoma) ซึ่งเป็นมะเร็งของเนื้อเยื่ออ่อน มีจุดกำเนิดมาจากเซลล์เพียโรไฟเทนท์มีเซนไคมอล (pluripotential mesenchymal cells) โดยทั่วไป มักเกิดบริเวณแขนขา (extremities) ใกล้กับข้อต่อขนาดใหญ่ สำหรับบริเวณศีรษะและคอพบเพียงร้อยละ 3.7[54] ซึ่งในบริเวณนี้มักเกิดขึ้นในส่วนต่ำกว่าคอกอหอย (hypopharynx)[55] อย่างไรก็ตาม มีรายงานกรณีผู้ป่วยที่เกิดมะเร็งชนิดนี้ในช่องปากซึ่งพบว่าเกิดขึ้นบริเวณพื้นช่องปาก[56] สำหรับในการศึกษานี้พบบริเวณเหงือกของฟันบน ดังนั้นแม้ว่าจะจะเป็นรอยโรคที่พบได้ไม่บ่อยในบริเวณนี้ แต่ควรที่จะพึงระลึกไว้ว่าอาจพบได้ในบริเวณดังกล่าว

จากการศึกษาของศิริเพ็ญและคณะ[57] ในปี พ.ศ. 2547 พบว่า ลิ้นซึ่งเป็นตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุด อาการที่ผู้ป่วยสังเกตเห็น ได้แก่ การมีฝ้าขาว มีตุ่มขนาดเม็ดถั่วเขียว เจ็บหรือแสบที่ลิ้นหรือโคนลิ้น ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะอาการของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งที่ลิ้นในการศึกษานี้ ดังนั้นในการตรวจช่องปากผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการดังกล่าว จึงควรให้ความสำคัญ และทำการตรวจอย่างละเอียด เป็นการเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพทางหนึ่ง

### ประเด็นด้านคุณสมบัติของแบบประเมิน

แบบประเมินที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีต้นแบบมาจาก UW-QOL ฉบับที่ 4 ทั้งนี้ได้คงเนื้อหาและลำดับข้อไว้ตามเดิม เนื่องจากมีความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือในระดับที่ยอมรับได้[40, 58] ในการศึกษาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 6 มีภาวะของโรคที่รุนแรง (ระยะที่ 3 หรือ 4) ซึ่งสร้างอาการเจ็บปวด ขัดขวางการกลืน การพูด และเป็นผู้สูงอายุซึ่งไม่สามารถจดจำตัวเลือกจาก 1 - 5 ข้อได้ ดังนั้นจึงได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบจากการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองซึ่งเป็นรูปแบบของแบบสอบถามต้นฉบับไปเป็นการสัมภาษณ์โดยอ้างอิงแบบสอบถามเป็นหลัก ส่วนเนื้อหา ในหัวข้อหลักถือว่าครอบคลุมปัญหาที่ผู้ป่วยรายงาน อย่างไรก็ตาม ตัวเลือกในหัวข้อ น้ำลาย ซึ่งไม่มีตัวเลือก “มีน้ำลายมาก” ดังนั้น ในผู้ป่วยที่มีปัญหาน้ำลายมาก จึงเลือกตอบตัวเลือก “ปริมาณน้ำลายปกติ” แทน ทั้งนี้การรายงานภาวะน้ำลายมาก

(sialorrhea หรือ drooling) เป็นปัญหาที่พบได้ไม่บ่อยนักในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก[59, 60] ซึ่งภาวะดังกล่าวหมายถึง การที่ไม่สามารถควบคุมของเหลวในช่องปากให้อยู่ภายในช่องปากได้ โดยอาจมีสาเหตุจากการสร้างน้ำลายมากเกินไปหรือมีความผิดปกติของกล้ามเนื้อบริเวณช่องปาก ใบหน้า เพดานปากและลิ้น ซึ่งสาเหตุของภาวะน้ำลายมาก ได้แก่ ผลข้างเคียงจากยา การควบคุมการทำงานของริมฝีปากผิดปกติ มีอาการชาที่ริมฝีปาก ลิ้นผิดปกติ ความเจ็บปวดขณะกลืน การสับสนผิดปกติ สภาวะทางอารมณ์ เป็นต้น[61] โดยทั่วไปวิธีการรักษาภาวะน้ำลายมากมีทั้งวิธีการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด ซึ่งได้แก่ การฝึกการควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อรอบปาก การให้ยา การผ่าตัดเส้นประสาท ท่อและต่อมน้ำลาย การฉายรังสี เป็นต้น[61, 62] สำหรับในการศึกษานี้ หัวข้อน้ำลายถูกจัดเป็นปัญหาสำคัญอันดับที่ 3 และ 2 ในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดตามลำดับ โดยเป็นปัญหาน้ำลายมากถึงร้อยละ 93.3 และร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่เลือกหัวข้อน้ำลายเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดตามลำดับ ในขณะที่ผู้ป่วยหลังการฉายรังสีและผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเสร็จสมบูรณ์พบปัญหาภาวะน้ำลายน้อยเป็นส่วนใหญ่ จึงกล่าวได้ว่าปัญหาภาวะน้ำลายมากเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนการรักษาและในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก หลังการผ่าตัด จากการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ผ่านมา พบว่า ปัญหาภาวะน้ำลายมากไม่ถูกยกมาเป็นประเด็นศึกษา สังเกตได้จากแบบประเมิน EORTC QLQ-H&N 35 ซึ่งเป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เป็นที่ยอมรับและถูกนำมาใช้ในการวิจัยมากที่สุดของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ[4] ในส่วนหัวข้อน้ำลาย ไม่มีตัวเลือก “มีน้ำลายมาก” เช่นกัน การที่ปัญหาน้ำลายมากไม่ถูกยกมาเป็นประเด็นศึกษา ประการแรก อาจเนื่องมาจากการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก มักทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเสร็จสมบูรณ์และกลุ่มศึกษามักเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาหลายวิธีร่วมกันซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีร่วมด้วย[1, 6, 35, 37, 44, 63, 64] ดังนั้นจากผลของรังสีจึงทำให้มีการรายงาน ปัญหาภาวะน้ำลายน้อยมากกว่าปัญหาภาวะน้ำลายมาก ประการที่สอง ปัญหาภาวะน้ำลายมากในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก อาจไม่ได้รับการตอบสนองจากผู้ให้การรักษา เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมีโอกาสที่จะได้รับการฉายรังสีในภายหลังจากปัญหาการกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาภาวะน้ำลายน้อยแทน อย่างไรก็ตามมีรายงานกรณีผู้ป่วยมะเร็งที่ลิ้นซึ่งภายหลังการผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสี พบก่อนเนื้องอกกลับมาเป็นซ้ำและผู้ป่วยประสบปัญหาน้ำลายมาก จากการประเมินรอยโรคมะเร็งพบว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative treatment) และจากการวัดปริมาณน้ำลาย พบว่ามีการหลั่งน้ำลายปกติ ดังนั้นปัญหาน้ำลายมากจึงเกิดจากภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) การสูญเสียการรับความรู้สึก (loss of

sensibility) และการแทรกซึมของเนื้องอก (tumor infiltration) ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาภาวะน้ำลายมากโดยการให้ยา[60] สำหรับปัญหาภาวะน้ำลายมากจากผลการศึกษาในครั้งนี้ถือว่าเป็นปัญหาในผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดร้อยละ 96 เตรียมตัวที่จะเข้ารับการฉายรังสีต่อไป ดังนั้นเพื่อเป็นการสะท้อนปัญหาของผู้ป่วยในหัวข้อน้ำลายให้ชัดเจนขึ้นทั้งก่อนการรักษา ระหว่างการรักษา และหลังการรักษา ในการพัฒนาแบบสอบถามต่อไปควรที่จะเพิ่มตัวเลือก “มีน้ำลายมาก” ในแบบสอบถาม

จากผลการทดสอบความน่าเชื่อถือด้วยเทคนิคการวัดซ้ำของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนี้ พบว่าหัวข้อ ใหญ่ ผู้ป่วยตอบได้ตรงกันทั้งสองครั้งร้อยละ 100 ในขณะที่หัวข้อ น้ำลาย ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตโดยรวม ไม่พบความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ จากหัวข้อใหญ่ แสดงให้เห็นว่า การทดสอบซ้ำในหัวข้อนี้มีความสัมพันธ์ในระดับสูงสุด ซึ่งช่วยยืนยันคุณสมบัติที่ดีของแบบประเมินนี้ ส่วนในหัวข้อ น้ำลาย อาจเนื่องมาจากการที่ไม่มีตัวเลือก “มีน้ำลายมาก” สำหรับผู้ป่วย หรือปริมาณน้ำลายของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในขณะที่เข้าพักในโรงพยาบาล จากสาเหตุต่างๆ ซึ่งในส่วนนี้ เนื่องจากแบบประเมินไม่ครอบคลุมจึงไม่สามารถหาความสัมพันธ์ได้ จึงจำเป็นต้องทำการศึกษาต่อไป ส่วนในหัวข้อความวิตกกังวล จากการศึกษาของ Stark และคณะ[65] ในปี ค.ศ. 2002 พบว่าสองในสามของสภาวะวิตกกังวลที่ผิดปกติในผู้ป่วยมะเร็งที่ถูกตรวจพบนั้น เกิดขึ้น ณ เวลาที่มีการวินิจฉัยโรคหรือมีการรักษา จึงเป็นไปได้ว่าในผลการศึกษานี้ ความวิตกกังวล ณ วันแรกที่ผู้ป่วยเข้าพักในโรงพยาบาลกับวันที่สองซึ่งผู้ป่วยเตรียมที่จะเข้ารับการผ่าตัดมีการเปลี่ยนแปลง ผลการทดสอบจึงพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ในการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าอาการวิตกกังวล (anxiety symptoms) สามารถพบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง แต่แบบสอบถามชนิดที่ผู้ป่วยสามารถตอบได้ด้วยตนเองนั้นเชื่อถือประโยชน์ได้เพียงพอต่อการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลเท่านั้น และไม่สามารถที่จะตรวจพบหรือบ่งบอกว่าเป็นสภาวะวิตกกังวลที่ผิดปกติได้[65] ดังนั้นการศึกษาในหัวข้อนี้จึงมีความจำเป็นต้องทำการศึกษาเพื่อหาคำตอบในโอกาสต่อไป ส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวม จากการศึกษาของ Rogers และคณะ[7] ในปี ค.ศ. 2002 พบว่า ความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและคอหอยหลังช่องปากภายหลังได้รับการรักษาจากการประเมินด้วย UW-QOL มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ดังนั้นในการศึกษานี้การที่หัวข้อความวิตกกังวลไม่พบความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ จึงอาจส่งผลต่อหัวข้อคุณภาพชีวิตโดยรวมด้วย อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาค่าอัลฟาจากการทดสอบความน่าเชื่อถือที่วัดความสอดคล้องภายใน การตัดหัวข้อ

น้ำลาย และความวิตกกังวลไม่ได้ทำให้ค่าอัลฟาหรือความน่าเชื่อถือเพิ่มขึ้นมากนัก ดังนั้นจึงยังคงหัวข้อน้ำลาย และความวิตกกังวลไว้ เพื่อให้ได้ความครบถ้วนของเนื้อหาส่วนที่ต้องการวิเคราะห์

จากการวิเคราะห์วิธีประเมินความเจ็บปวดระหว่างหัวข้อ ความเจ็บปวด ของ UW-QOL กับ VRS พบว่า มีความสัมพันธ์กันที่ระดับ 0.761 และเมื่อพิจารณาจากผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากในทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มก่อนและหลังการผ่าตัด (กลุ่ม A) กลุ่มก่อนและหลังการฉายรังสี (กลุ่ม B) และกลุ่มก่อนและหลังการรักษาทั้งหมด (กลุ่ม C) หรือระหว่างกลุ่มเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และระหว่างผู้ป่วยมะเร็งช่องปากกับผู้ป่วยไคเคนพลาเน็สในช่องปาก พบว่า การแสดงผลของอาการเจ็บปวดสอดคล้องกันระหว่างหัวข้ออาการเจ็บปวด และ VRS เช่น กรณีที่หัวข้อ อาการเจ็บปวด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างก่อนและหลังผ่าตัด VRS ก็แสดงผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ในการเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี กับผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี มีคะแนนเฉลี่ยในหัวข้อ อาการเจ็บปวด ต่ำกว่า หรือมีอาการเจ็บปวดมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี อย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่พบความแตกต่างกันใน VRS และในการเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยระยะที่ 1, 2 กับระยะที่ 3, 4 พบว่า ผู้ป่วยระยะที่ 3, 4 มีคะแนนเฉลี่ยในหัวข้อ อาการเจ็บปวด ต่ำกว่าหรือมีอาการเจ็บปวดมากกว่าผู้ป่วยระยะที่ 1, 2 อย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่พบความแตกต่างใน VRS อาจเป็นเพราะสเกลตัวเลือกของในหัวข้อ ความเจ็บปวด มีความละเอียดต่ำโดยมีตัวเลือกลักษณะอาการเจ็บปวดน้อย การให้น้ำหนักคะแนนไม่เหมาะสม VRS อาจมีความไวไม่เพียงพอที่จะประเมิน และเนื่องจากเป็นการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งการแปลอาการเจ็บปวดของผู้ป่วยแต่ละรายไปเป็นสเกลใน VRS ไม่เหมือนกัน แม้กระนั้นความสัมพันธ์โดยรวม ถือได้ว่าสอดคล้องกันเป็นส่วนใหญ่ ชี้ให้เห็นว่า UW-QOL ฉบับภาษาไทยนี้เหมาะสมเพียงพอที่จะนำมาประเมินเพื่อค้นหาปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

### ประเด็นด้านการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

#### ประเด็นด้านการประเมินผลการทำงานของอวัยวะ (functional outcome)

จากการวิจัยที่ผ่านมา การศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมีไม่มากนักและมักถูกจัดรวมกับมะเร็งคอหอยหลังช่องปาก ส่วนใหญ่เน้นศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ[4] ซึ่งหมายถึง มะเร็งในหลายๆ ส่วน ได้แก่ ช่องปาก คอหอย กล่องเสียง ไชน์ส ต่อมน้ำลาย ต่อมน้ำไทรอยด์ เนื้อเยื่ออ่อน กระดูก และผิวหนังบริเวณนี้[33] ทำให้ได้



ข้อมูลที่ค่อนข้างกว้าง ดังนั้นจึงมีผู้วิจัยบางท่านเสนอให้มีการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก[31] ซึ่งการศึกษานี้ถือได้ว่าเป็นการประเมินเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่อยู่ระหว่างการรักษา ทำให้ได้ข้อมูลที่เฉพาะต่อโรคในช่วงเวลาดังกล่าวมากขึ้น

**หัวข้อ อาการเจ็บปวด** จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดมีอาการเจ็บปวดมากกว่าหลังการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ป่วยก่อนการรักษาทั้งหมดมีอาการเจ็บปวดมากกว่าหลังการรักษาทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ทั้งนี้ผลการประเมินมีความสอดคล้องกันทั้งคะแนนเฉลี่ยในหัวข้อ อาการเจ็บปวด VRS และการจัดให้อาการเจ็บปวดเป็นปัญหาสำคัญอันดับหนึ่งก่อนการผ่าตัดและก่อนการรักษาทั้งหมด ในขณะที่หลังการผ่าตัดและหลังการรักษาทั้งหมด หัวข้อนี้ไม่ถูกจัดเป็นปัญหาสำคัญสามอันดับแรก โดยอาการเจ็บปวดนั้นลดลงตั้งแต่หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแล้ว 25 - 49 วัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Schliephake และ Jamil[53] ในปี ค.ศ. 2002 ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและคอหอยหลังช่องปากภายหลังการผ่าตัด จำนวน 45 ราย ด้วยแบบประเมิน EORTC H&N35 ก่อนการผ่าตัด หลังการผ่าตัด 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่าอาการเจ็บปวดน้อยลงหลังการรักษาอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับก่อนการผ่าตัด ทั้งนี้มีการใช้ยาระงับปวดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเฉพาะ 3 เดือนแรกหลังการผ่าตัด และสอดคล้องกับการศึกษาของ Borggreven และคณะ[66] ในปี ค.ศ. 2007 ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและคอหอยหลังช่องปากที่ได้รับการผ่าตัดร่วมการฉายรังสีจำนวน 80 ราย ด้วยแบบประเมิน EORTC QLQ H&N35 พบว่า หลังการรักษาที่ 6 และ 12 เดือน ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับก่อนการรักษา อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Shepherd และ Fisher[46] ในปี ค.ศ. 2004 ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและคอหอยหลังช่องปากที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและ/หรือการฉายรังสีจำนวน 27 ราย ด้วยแบบประเมิน EORTC H&N35 ณ เวลาวินิจฉัย และหลังการรักษา 2 สัปดาห์ 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่าอาการเจ็บปวดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในสัปดาห์ที่ 2 หลังการรักษา แต่หลังจากนั้นอาการเจ็บปวดลดลงในระดับที่ใกล้เคียงกับก่อนการรักษา สำหรับการประเมินหลังการรักษาระยะยาว มีการศึกษาของ Chandu และคณะ[6] ในปี ค.ศ. 2005 ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัดและการผ่าตัดร่วมกับฉายรังสีหลังการรักษา  $24.6 \pm 20.3$  เดือน จำนวน 22 ราย พบว่า อาการเจ็บปวดเป็นปัญหาสำคัญในสามอันดับแรก และจากการศึกษาของ Rogers และคณะ[63] ในปี ค.ศ. 1999 ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและคอหอยหลังช่องปากที่ได้รับการผ่าตัดและ/หรือการฉายรังสีโดยเปรียบเทียบระหว่างผู้รอดชีวิต

หลังการรักษา 1 ปี และ 5 – 10 ปี พบว่า อาการเจ็บปวดไม่แตกต่างกัน จะเห็นว่าผลการศึกษามีความหลากหลาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมิน และวิธีการศึกษาที่แตกต่างกัน

**หัวข้อ ลักษณะรูปร่างใบหน้า** จากผลการศึกษาลักษณะรูปร่างใบหน้าทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มก่อนและหลังการผ่าตัด กลุ่มก่อนและหลังฉายรังสี และกลุ่มก่อนและหลังการรักษาทั้งหมด พบว่า คะแนนเฉลี่ยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นในหมวดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่พบว่า หลังการผ่าตัดและหลังการรักษาทั้งหมด ผู้ป่วยมีปัญหา ลักษณะรูปร่างใบหน้าผิดปกติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่าจะไม่ถูกจัดเป็นปัญหาสำคัญสามอันดับแรกในผู้ป่วยส่วนใหญ่ ซึ่งอาจเนื่องจากผู้ป่วยให้ความสำคัญกับปัญหาอื่นมากกว่า โดยเฉพาะการเคี้ยว น้ำลาย และการกลืน และเป็นที่น่าสังเกตว่า คะแนนเฉลี่ยของหัวข้อสูงสุดที่ระดับ 72.9 ณ การประเมินก่อนการรักษาทั้งหมดในกลุ่ม C ส่วนการประเมินก่อนและหลังการผ่าตัด ก่อนและหลังการฉายรังสี และหลังการรักษา มีคะแนนต่ำกว่า 70 คะแนน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติตั้งแต่ก่อนการรักษาในระดับหนึ่งแล้ว การศึกษาหัวข้อนี้มีไม่มากนัก อาจเนื่องจากไม่ถูกจัดเป็นปัญหาสำคัญ ในการศึกษาของ Millsopp และคณะ[67] ในปี ค.ศ. 2006 ซึ่งศึกษารูปร่างใบหน้าของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและคอหอยหลังช่องปากภายหลังการผ่าตัดด้วยแบบประเมิน UW-QOL จำนวน 278 ราย พบว่า ร้อยละ 41 ของผู้ป่วยมีรูปร่างใบหน้าผิดปกติ ทั้งนี้มีเพียง 7 ราย ที่ถูกบันทึกในบันทึกการรักษาของผู้ป่วย และ 4 ราย ที่ได้รับการบูรณะ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า รูปร่างใบหน้าผิดปกติ ไม่ได้รับการแก้ปัญหาเท่าที่ควร อาจเนื่องจากแพทย์หรือผู้ป่วยเองจัดลำดับความสำคัญในเรื่องอื่นมาก่อน เช่น กลืนลำบาก กังวลเรื่องการกลับมาเป็นซ้ำ สำหรับการประเมินระยะยาวของ Rogers และคณะ[63] พบว่า รูปร่างใบหน้าที่ระหว่างผู้รอดชีวิตหลังการรักษา 1 ปี และ 5 – 10 ปี ไม่แตกต่างกัน ส่วนปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการผิดปกติของใบหน้า ได้แก่ ขนาดของเนื้องอกมากกว่า 2 เซนติเมตร การผ่าตัดที่มีการบูรณะด้วยเนื้อเยื่อปะปลูกอิสระ การผ่าตัดขากรรไกรล่างแบบเช็กแมนดัล และการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ[67]

**หัวข้อ การทำกิจกรรมประจำวัน และการทำกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ** จากผลการศึกษาหัวข้อนี้ทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มก่อนและหลังการผ่าตัด กลุ่มก่อนและหลังฉายรังสี และกลุ่มก่อนและหลังการรักษาทั้งหมด ในทุกหมวดของการประเมิน พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ และเป็นหัวข้อที่ถูกจัดเป็นปัญหาสำคัญน้อยที่สุดสองอันดับสุดท้าย หลังการฉายรังสี และหลังการรักษาทั้งหมด ซึ่งในหัวข้อ การทำกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rogers และคณะ[7] ในปี ค.ศ. 2002 ในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและคอหอยหลังช่องปากภายหลังได้รับการรักษา (ค่ากลางของระยะเวลาหลังการรักษาเท่ากับ 2 ปี 3 เดือน)

จำนวน 145 ราย ที่พบว่า การทำกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ จัดเป็นหัวข้อที่เป็นปัญหาน้อยที่สุด สำหรับการประเมินระยะยาวของ Rogers และคณะ[63] ในปี ค.ศ. 1999 พบว่า การทำกิจกรรมประจำวัน การทำกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ ระหว่างผู้รอดชีวิตหลังการรักษา 1 ปี และ 5 – 10 ปี ไม่แตกต่างกัน

**หัวข้อ การกลืน** พบว่า ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าหรือมีปัญหาการกลืนมากกว่าก่อนการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ป่วยหลังการรักษาทั้งหมดมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าหรือมีปัญหาการกลืนมากกว่าก่อนการรักษาทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน และการกลืนถูกจัดเป็นปัญหาสำคัญสามอันดับแรกในการประเมินหลังการฉายรังสี ถึงแม้ว่าเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการฉายรังสีจะพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในการจัดลำดับปัญหาสำคัญและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยมีการกลืนที่ผิดปกติมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และการฉายรังสีไม่ส่งผลต่อการกลืน ทั้งนี้ก่อนการฉายรังสี ผู้ป่วยมีปัญหาจากการกลืนซึ่งเป็นผลจากการผ่าตัดอยู่ก่อนแล้ว และเมื่อพิจารณาในกลุ่มก่อนและหลังการรักษาทั้งหมด พบว่า ทั้งคะแนนเฉลี่ยและการจัดลำดับปัญหาสำคัญมีความสอดคล้องกัน คือ ผู้ป่วยหลังการรักษาทั้งหมดมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าหรือมีปัญหาการกลืนมากกว่าก่อนการรักษาทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญ และการกลืนถูกจัดเป็นปัญหาสำคัญอันดับที่สองหลังการรักษา ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษานี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งที่ลิ้นซึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ทำให้ลิ้นมีรูปร่างผิดปกติไปซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของลิ้น เช่น การกลืนมีประสิทธิภาพลดลง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kelly และคณะ[68] ในปี ค.ศ. 2007 ซึ่งศึกษาผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีและฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัดโดยประเมินก่อนการรักษา ระหว่างรักษา และ ณ วันสิ้นสุดการรักษา ด้วยแบบประเมิน UW-QOL พบว่า ณ วันสิ้นสุดการรักษา การกลืนมีความผิดปกติมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Borggreven และคณะ[66] ที่พบว่า หลังการรักษาที่ 6 และ 12 เดือน ผู้ป่วยมีการกลืนที่ผิดปกติมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับก่อนการรักษา อย่างไรก็ตาม จากการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งของ Kazi และคณะ[64] ในปี ค.ศ. 2008 ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและคอหอยหลังช่องปากที่รับการผ่าตัดโดยการตัดลิ้นออกไปบางส่วน (partial glossectomy) ทั้งนี้มีทั้งผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดอย่างเดียว หรือฉายรังสีหรือเคมีบำบัดร่วมด้วยที่ภายหลังการรักษา 12 – 258 เดือน (ค่ากลางเท่ากับ 31 เดือน) จำนวน 34 ราย พบว่า ผู้ที่ฉายรังสีมีปัญหาการกลืนมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการฉายรังสี ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษานี้ อาจเป็นเพราะว่าในการศึกษาดังกล่าว

กลุ่มผู้ที่ฉายรังสีนั้นมีส่วนหนึ่งที่ได้รับเคมีบำบัดด้วย ดังนั้นปัญหาการกลืนที่ผิดปกติอาจมาจากผลของเคมีบำบัด เนื่องจากเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ อาจส่งผลให้เกิดเยื่อเมือกอักเสบในช่องปากและเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้นจากภาวะนิวโทรพีเนีย (neutropenia) จากผลของยาที่กดไขกระดูก (bone marrow suppression) ทำให้ผู้ป่วยกลืนอาหารลำบาก[10] จากการศึกษาของ Shepherd และ Fisher[46] พบว่า การกลืนมีความผิดปกติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในสัปดาห์ที่ 2 หลังการรักษา แต่หลังจากนั้น ณ เวลา 1 เดือน และ 3 เดือน ความผิดปกติลดลงในระดับที่ใกล้เคียงกับก่อนการรักษาซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาอื่น เป็นไปได้ว่าผู้ป่วยในการศึกษาดังกล่าวมีการกลืนผิดปกติหลังการรักษา 2 สัปดาห์นั้น เป็นผลมาจากความเจ็บปวดหลังจากการผ่าตัดและฉีดยาเข้าไปบางส่วนทำให้รู้สึกว่าการกลืนผิดปกติมากขึ้น แต่ผู้ป่วยอาจค่อยๆ ปรับตัวเองได้มากขึ้น เมื่อระยะเวลาเปลี่ยนไปจึงทำให้ผลความผิดปกติลดลง สำหรับการศึกษาระยะยาวมีผลการศึกษาหลากหลาย เช่น จากการศึกษาของ Schliephake และ Jamil[53] พบว่า การกลืนมีความผิดปกติเพิ่มขึ้นหลังการผ่าตัด 3 เดือน 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญยกเว้นที่ 12 เดือน ที่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับก่อนรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Rogers และคณะ[63] พบว่า การกลืนไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้รอดชีวิตหลังการรักษา 1 ปี และ 5 – 10 ปี

ในส่วนการจัดลำดับปัญหาที่สำคัญในการศึกษานี้ พบว่า การกลืนถูกจัดเป็นปัญหาสำคัญสามอันดับแรกในกลุ่มผู้ป่วยหลังการฉายรังสีและหลังการรักษาทั้งหมดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[1, 6, 7, 36] อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาของ Rogers และคณะ[5] ในปี ค.ศ. 2002 ซึ่งศึกษาการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและคอหอยหลังช่องปากที่ได้รับการผ่าตัดและผ่าตัดร่วมกับฉายรังสี จำนวน 46 ราย ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด 6 เดือน และ 1 ปี พบว่า การกลืนเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดของทุกช่วงเวลา โดยปัจจัยที่อาจส่งผลให้การกลืนผิดปกติ ได้แก่ เนื้อเยื่อขนาดใหญ่ การฉายรังสี การบูรณะด้วยเนื้อเยื่อปะปลูกอิสระ[69]

**หัวข้อ การเคี้ยว** พบว่า ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าหรือมีปัญหาการเคี้ยวมากกว่าก่อนการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ป่วยหลังการรักษาทั้งหมดมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าหรือมีปัญหาการเคี้ยวมากกว่าก่อนการรักษาทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน โดยการเคี้ยวถูกจัดเป็นปัญหาสำคัญสามอันดับแรกทั้งก่อนการผ่าตัด หลังการผ่าตัดและหลังการฉายรังสี นอกจากนี้ยังเป็นหัวข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับหัวข้ออื่นๆ ดังนั้นผลคะแนนเฉลี่ยและการจัดลำดับปัญหาจึงมีความสอดคล้องกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kelly และคณะ[68] ที่พบว่า ณ วันสิ้นสุดการรักษา การเคี้ยวมีความผิดปกติมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อ

เปรียบเทียบกับก่อนการรักษา และการเคี้ยวถูกจัดเป็นปัญหาสำคัญสามอันดับแรกทุกช่วงเวลา นอกจากนี้มีการศึกษาของ Rogers และคณะ[5] ที่พบว่า การเคี้ยวเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดของทุกช่วงเวลาเช่นกัน สำหรับการประเมินหลังการรักษาระยะยาวของ Rogers และคณะ[63] พบว่าการเคี้ยวในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและคอหอยหลังช่องปากที่ได้รับการผ่าตัดและ/หรือการฉายรังสีไม่แตกต่างกันระหว่างผู้รอดชีวิตหลังการรักษา 1 ปี และ 5 – 10 ปี อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มก่อนและหลังการฉายรังสีของผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการฉายรังสีไม่แตกต่างกัน แต่การเคี้ยวยังจัดเป็นปัญหาสำคัญสามอันดับแรกทั้งก่อนและหลังฉายรังสี แสดงให้เห็นว่า การฉายรังสีไม่ส่งผลต่อการเคี้ยว แต่การเคี้ยวเป็นผลตามหลังการผ่าตัดอยู่ก่อนแล้ว

**หัวข้อ การพูด** จากผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าหรือมีปัญหาการพูดมากกว่าก่อนการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ แต่ผู้ป่วยหลังการฉายรังสีมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าหรือมีปัญหาการพูดน้อยกว่าก่อนการฉายรังสีอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการรักษาทั้งหมด แสดงให้เห็นว่า การพูดที่ผิดปกติเป็นผลจากการผ่าตัด และเมื่อเวลาผ่านไปอาการจึงดีขึ้นและใกล้เคียงกับเมื่อเริ่มต้นการรักษา ผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Shepherd และ Fisher[46] ที่ไม่พบความแตกต่างในหัวข้อ การพูด ระหว่างก่อนและหลังการรักษา ณ ช่วงใดๆ เลย ทั้งนี้อาจเนื่องจากความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ที่ประกอบไปด้วยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสีและผู้ที่ได้รับการฉายรังสีอย่างเดียว หรือแบบประเมินแตกต่างกัน สำหรับการศึกษาดิตตามระยะยาวของ Borggreven และคณะ[66] พบว่า ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของหัวข้อ การพูด ระหว่างก่อนการรักษา หลังการรักษาที่ 6 เดือน และ 12 เดือน และจากการศึกษาของ Rogers และคณะ[63] พบว่า ผู้รอดชีวิตหลังการรักษาด้วยการผ่าตัดและ/หรือการฉายรังสี 1 ปี มีปัญหาเรื่องการพูดไม่แตกต่างกับผู้รอดชีวิต 5 – 10 ปี อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ Schliephake และ Jamil[66] พบว่า การพูดมีอาการผิดปกติเพิ่มขึ้นหลังการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ

ในการจัดลำดับปัญหาสำคัญในการศึกษาคั้งนี้ พบว่า การพูด ไม่ถูกจัดเป็นปัญหาสำคัญสามอันดับแรกในทุกการประเมิน และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Rogers และคณะ[5] ที่พบว่า การพูด เป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดของทุกช่วงเวลา และการศึกษาของ Chandu และคณะ[6] ที่พบว่า การพูดเป็นปัญหาสำคัญในสามอันดับแรก นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า การพูด ถูกจัดเป็นปัญหาสำคัญสามอันดับแรกหลังการรักษา[7] สำหรับปัจจัยที่อาจส่งผลให้การพูดผิดปกติ ได้แก่ เนื่องอภขนาดใหญ การฉายรังสี การบูรณะด้วยเนื้อเยื่อปะปลูกอิสระ[69]

**หัวข้อ ใหญ่** จากผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าหรือมีอาการผิดปกติที่ใหญ่มากกว่าก่อนการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ป่วยหลังการรักษาทั้งหมดมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าหรือมีอาการผิดปกติที่ใหญ่มากกว่าก่อนการรักษาทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน รวมทั้งผลการจัดลำดับปัญหาที่สำคัญ พบว่า หลังการผ่าตัดและหลังการรักษาทั้งหมด ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติที่ใหญ่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน โดยหลังการผ่าตัดและหลังการรักษา หัวข้อ ใหญ่ถูกจัดเป็นปัญหาอันดับที่ 3 และ 4 ตามลำดับ ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการฉายรังสี ผลการศึกษาบ่งชี้ว่า ความผิดปกติที่ใหญ่เป็นผลจากการผ่าตัด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Rogers และคณะ[5] ที่พบว่า หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยมีความผิดปกติที่ใหญ่เลวร้ายลงอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มอาการผิดปกติที่ใหญ่ (shoulder syndrome) ที่เป็นผลจากการเลาะบริเวณคอแบบเรดิคัลมีรายงานตั้งแต่ปี ค.ศ. 1952 โดยผู้ป่วยจะมีอาการไหล่ตก ยกไหล่ไม่ได้ การเคลื่อนไหวที่ถูกจำกัด และปวดไหล่ ความผิดปกติดังกล่าวนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิธีการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ เนื่องจากพบว่าการสูญเสียกล้ามเนื้อสเตอโนโคโดมาสโตอยด์ และเส้นเลือดดำอินทอนัล จุกular ส่งผลเพียงเล็กน้อย ในขณะที่การสูญเสียเส้นประสาทไปนั้น เอกเซซซอร์รี่ส่งผลต่อการเกิดความผิดปกติที่ใหญ่มากกว่า วิธีการเลาะต่อมน้ำเหลืองจึงถูกปรับเปลี่ยนโดยพิจารณาเก็บเส้นประสาทนี้ไว้ด้วยวิธีการเลาะบริเวณคอแบบโมดิฟายด์ และแบบซีเล็กตีฟแทนการเลาะออกไปพร้อมกับต่อมน้ำเหลืองในวิธีเดิม[70] และจากการศึกษาของ Rogers และคณะ[63] พบว่าผู้รอดชีวิตหลังการรักษา 5 – 10 ปี มีปัญหาที่ใหญ่มากกว่าผู้รอดชีวิตหลังการรักษา 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มผู้รอดชีวิตหลังการรักษา 5 – 10 ปี ส่วนใหญ่ได้รับการเลาะบริเวณคอแบบเรดิคัล อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาไปข้างหน้าของ Cheng และคณะ[71] ในปี ค.ศ. 2000 โดยการประเมินและเปรียบเทียบการทำงานของไหล่ทั้งเชิงอัตวิสัย (subjective evaluation) และวัตถุวิสัย (objective evaluation) ในผู้ป่วยที่ได้รับการเลาะบริเวณคอแบบเรดิคัล แบบโมดิฟายด์ และแบบซีเล็กตีฟ พบว่าการเลาะต่อมน้ำเหลืองทุกวิธีส่งผลให้เกิดความผิดปกติที่ใหญ่ โดยที่แบบซีเล็กตีฟพบความผิดปกติที่น้อยที่สุด และในการศึกษานี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 50 ราย ได้รับการเลาะบริเวณคอร้อยละ 86 ซึ่งเป็นการเลาะบริเวณคอแบบโมดิฟายด์ถึงร้อยละ 60 ดังนั้นความผิดปกติที่ใหญ่หลังการผ่าตัดในการศึกษานี้ น่าจะมีสาเหตุจากการเลาะบริเวณคอ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า การเลาะต่อมน้ำเหลืองที่คอทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติที่ใหญ่เช่นเดียวกัน[6, 31] อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างผู้ที่ได้รับและไม่ได้รับการเลาะบริเวณคอ จากการประเมินด้วย UW-QOL SDQ และ NDII แต่ทั้งนี้กลุ่มที่ได้รับการเลาะบริเวณคอมีแนวโน้มว่ามีปัญหาที่ใหญ่มากกว่า[36]

**หัวข้อ การรู้รสชาติอาหาร** จากผลการศึกษาในกลุ่มก่อนและหลังการผ่าตัด ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แต่พบว่า หลังการฉายรังสีและหลังการรักษาทั้งหมด ผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าหรือสูญเสียการรู้รสชาติอาหารมากกว่าก่อนการฉายรังสีและก่อนการรักษา ทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญ ในส่วนการจัดลำดับปัญหาสำคัญ พบว่า สอดคล้องกับผลของคะแนนเฉลี่ย โดยพบว่า การสูญเสียการรู้รสชาติอาหาร ถูกจัดเป็นปัญหาสำคัญอันดับที่ 4 หลังการฉายรังสีและหลังการรักษาทั้งหมด โดยที่ก่อนการฉายรังสีและก่อนการรักษา ไม่มีผู้ป่วยคนใดเลยเลือก หัวข้อนี้เป็นปัญหาสำคัญ แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การฉายรังสีส่งผลให้สูญเสียการรู้รสชาติอาหารซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[7, 68]

**หัวข้อ น้ำลาย** จากผลการศึกษาในกลุ่มก่อนและหลังการผ่าตัด พบว่า คะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน แต่พบว่าหลังการฉายรังสี ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าหรือมีปัญหาใน หัวข้อ น้ำลาย มากกว่าก่อนการฉายรังสีอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่า การฉายรังสีส่งผลให้ ผู้ป่วยมีน้ำลายน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา เช่น จากการศึกษาของ Fisher และคณะ[72] ในปี ค.ศ. 2003 ซึ่งศึกษาผลของพิโลคาร์พีน (pilocarpine) ต่อการป้องกัน ภาวะน้ำลายน้อยในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและคอหอยส่วนหลังช่องปากจำนวน 246 ราย โดย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับยาพิโลคาร์พีน 5 มิลลิกรัม 4 ครั้ง/วัน กับกลุ่มที่รับยาหลอก (placebo) ก่อน การฉายรังสี หลังการฉายรังสี 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพเลวร้ายลงในหัวข้อ น้ำลาย และการรู้รสชาติอาหารอย่างมีนัยสำคัญ ถึงแม้ว่ากลุ่มผู้ป่วย กลุ่มที่ได้รับยาพิโลคาร์พีนมีปริมาณน้ำลายมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญ อาจ เนื่องจากผู้ป่วยทุกรายมีปฏิกิริยาต่อการเปลี่ยนแปลงแม้ว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นจะเกิดขึ้นมาก น้อยเพียงใด จากการศึกษาของ Ringash และคณะ[73] ในปี ค.ศ. 2005 ซึ่งศึกษาผลของการ ฉายรังสีโดยเฉพาะภาวะน้ำลายน้อย (xerostomia) ต่อผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ จำนวน 130 ราย ด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิต McMaster University Head and Neck Radiotherapy Questionnaire ก่อนฉายรังสี ระหว่างฉายรังสี (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 7 สัปดาห์) และหลังฉาย รังสี 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน และประเมินภาวะน้ำลายน้อยด้วย linear analog scale ก่อน ฉายรังสี หลังฉายรังสี 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่า เมื่อหลังการรักษา 6 เดือน ภาวะ น้ำลายน้อยยังมีความผิดปกติเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของ Kelly และคณะ[68] พบว่า ณ วันสิ้นสุด การรักษา น้ำลายมีความผิดปกติมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาของ Borggrevén และ คณะ[66] พบว่า หลังการรักษาที่ 6 เดือน และ 12 เดือน ผู้ป่วยมีอาการปากแห้งเพิ่มมากขึ้นเมื่อ เทียบกับก่อนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ Shepherd และ

Fisher[46] พบว่า อาการปากแห้งไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการรักษา แต่พบอาการ น้ำลายเหนียวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการรักษา 3 เดือน

ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการศึกษานี้ พบว่า หัวข้อ น้ำลาย ถูกจัดเป็นปัญหาสำคัญสามอันดับแรก โดยก่อนและหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่เป็นปัญหาการมีน้ำลาย มาก ส่วนหลังการฉายรังสีและหลังการรักษาทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นปัญหาการมีน้ำลายน้อย ใน ส่วนภาวะน้ำลายมาก ยังไม่พบว่ามีการศึกษาปัญหา น้ำลายมากในการประเมินคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพมาก่อน อาจเนื่องจากพบได้ไม่บ่อยนักในผู้ป่วยกลุ่มนี้[59] และด้วยเหตุผลที่กล่าวแล้วใน ประเด็นด้านคุณสมบัติของแบบประเมิน การที่หัวข้อ น้ำลาย ถูกจัดเป็นปัญหาสำคัญหลังการ รักษาทั้งหมดในการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Rogers และคณะ[7] ที่พบว่า น้ำลายถูก จัดเป็นปัญหาสำคัญสามอันดับแรก

**หัวข้อ อารมณ์ และ ความวิตกกังวล** เป็นหัวข้อที่นำมาใช้เพื่อตรวจหา ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย[7] เนื่องจากมีรายงานว่า ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอมีภาวะซึมเศร้า สูงโดยเฉพาะ 3 เดือนแรกหลังการวินิจฉัย และมีรายงานผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงและลิ้นฆ่าตัวตาย ในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 16[74] อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาคั้งนี้ ไม่พบความแตกต่างอย่าง มีนัยสำคัญในหัวข้อ อารมณ์ และความวิตกกังวลระหว่างก่อนและหลังการรักษา รวมทั้งไม่ถูก จัดเป็นปัญหาสำคัญสามอันดับแรก แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ในหัวข้อ อารมณ์ ของการประเมินทั้ง 3 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 70 ทั้งก่อนและหลังการประเมิน ซึ่งแสดงถึงภาวะความผิดปกติทาง จิตใจในระดับหนึ่ง นอกจากนี้ในหัวข้อ คำถามปลายเปิด ผู้ป่วยส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นที่บ่ง บอกถึงความวิตกกังวล โดยเฉพาะมีความกังวลว่าจะหายจากโรคหรือไม่ แต่การที่ไม่พบความ แตกต่าง อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่ได้มีความวิตกกังวลมากขึ้นอย่างชัดเจน เนื่องจากเชื่อมั่นในการ รักษาของแพทย์ นอกจากนี้การประเมินหัวข้อดังกล่าวอาจต้องอาศัยเครื่องมืออื่นร่วมด้วย อย่างไรก็ตาม ในการศึกษานี้คะแนนเฉลี่ยในทั้งสองหัวข้อไม่แสดงค่าที่ต่ำในระดับที่แสดงภาวะทางจิตใจที่ รุนแรง ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการจัดการกับสภาวะจิตใจให้ยอมรับความจริงและ คิดในเชิงบวก เนื่องด้วยผู้วิจัยสังเกตพบว่าผู้ป่วยหลายรายให้เหตุผลว่าอายุมาก ความเจ็บป่วยจึง เป็นเรื่องปกติ การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Shepherd และ Fisher[46] ที่พบว่า ไม่ พบความแตกต่างในหัวข้อ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ระหว่างก่อนและหลังการรักษาจาก การประเมินด้วยแบบประเมิน HADS นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอื่นๆ ที่ทั้งสองหัวข้อไม่พบความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างก่อนและหลังการรักษา แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยวิธี ที่ซับซ้อน[45] อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ Kelly และคณะ[68] พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า



จากการประเมินด้วย HADS และ UW-QOL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และในรายที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าก่อนการรักษามีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าระหว่างขั้นตอนการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะยกเลิกหรือออกจากการศึกษานี้ ทั้งนี้หัวข้อความวิตกกังวล ไม่พบความแตกต่างแม้ว่าการรักษาจะซับซ้อนขึ้นและผลข้างเคียงมากขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยเชื่อมั่นในกระบวนการรักษาและได้รับแจ้งถึงผลตามจากการรักษาที่ต้องเกิดขึ้นมาก่อนแล้ว นอกจากนี้ยังพบว่าหัวข้อ อารมณ์และความวิตกกังวลใน UW-QOL และ HADS มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทั้ง 3 ช่วงเวลาของการประเมิน จึงบ่งชี้ว่า UW-QOL มีความไวเพียงพอที่จะประเมินหัวข้อดังกล่าวได้ และไม่พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกันใน 2 หัวข้อนี้ ผู้วิจัยบางท่านให้ความเห็นเกี่ยวกับการประเมินด้านจิตใจในผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่า ความชุกของอาการซึมเศร้ามักมีความแตกต่างกันไปตามวิธีการประเมิน การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าจำเป็นต้องมีการประเมินสภาวะจิตโดยใช้แบบทดสอบมาตรฐานซึ่งทำได้ยาก และยังไม่มีการศึกษาใดที่ยืนยันได้ว่าอาการซึมเศร้าสามารถพยากรณ์การลดลงของคุณภาพชีวิตได้[2] อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาพบว่าอารมณ์และความวิตกกังวลของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอาการเจ็บปวดและรูปร่างใบหน้า [7] จากการศึกษาของ Hassanein และคณะ[45] ในปี ค.ศ. 2005 ซึ่งศึกษาความชุกของความวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน HADS ในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและคอหอยหลังช่องปากภายหลังการรักษา 6 เดือน – 6 ปี จำนวน 68 ราย พบว่ามีความชุกเท่ากับร้อยละ 25 และมีความสัมพันธ์ในเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับการประเมินการทำงานของอวัยวะด้วย UW-QOL โดยภาวะซึมเศร้ามักมีความสัมพันธ์เชิงลบกับหัวข้อ อาการเจ็บปวด รูปร่างใบหน้า การทำกิจกรรมประจำวัน การทำกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ การพูด และคะแนนรวมส่วนประเมินการทำงานของอวัยวะ ส่วนความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับหัวข้ออาการเจ็บปวด การทำกิจกรรมประจำวัน และการทำกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ นอกจากนี้ในการประเมินรูปแบบการจัดการ (coping styles) กับสภาวะจิตใจที่ผิดปกติด้วยแบบประเมิน mental adjustment to cancer questionnaire (MAC-Q) พบว่า วิธีการจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งได้แก่ ความรู้สึกหมดหนทาง สิ้นหวัง วิตกกังวล และเชื่อโชดชะตา กับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ จึงสรุปว่ารูปแบบการจัดการมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วย [45]

**คะแนนรวมหมวดประเมินเฉพาะโรค 12 หัวข้อ** จากผลการศึกษาคั้งนี้พบว่าภายหลังการรักษาทั้งการผ่าตัด การฉายรังสี และหลังการรักษาทั้งหมด มีคะแนนรวมของหมวดประเมินเฉพาะโรคต่ำกว่าก่อนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ โดยทั่วไปการศึกษาโดยการนำ

คะแนนรวมในหมวดนี้มาวิเคราะห์นั้นไม่มากนัก เนื่องจากผู้วิจัยบางท่านเห็นว่า ความผิดปกติในแต่ละหัวข้อมีการปรับเปลี่ยนขึ้นลงตลอดเวลา จึงอาจเกิดแคนเซิลเลชัน เอฟเฟกต์ (cancellation effect) ซึ่งหมายถึง ขณะที่หัวข้อหนึ่งมีคะแนนเพิ่มขึ้น อีกหัวข้อหนึ่งมีคะแนนลดลง ดังนั้นคะแนนรวมจึงไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก ในการวิเคราะห์จึงต้องพิจารณาด้วยความระมัดระวัง อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kelly และคณะ[68] ที่พบว่า ณ วันสิ้นสุดการรักษา คะแนนรวมในหัวข้อประเมินการทำงานของอวัยวะต่ำลงหรือมีความผิดปกติมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนในการประเมินหลังการรักษาระยะยาว มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลงแต่กลับมาสู่ระดับเริ่มต้นหรือก่อนการฉายรังสีเมื่อหลังการรักษา 6 เดือน ยกเว้นภาวะน้ำลายน้อยที่ยังมีความผิดปกติเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากการที่คุณภาพชีวิตในระดับเริ่มต้นไม่ได้สะท้อนคุณภาพชีวิตในอุดมคติ (ideal quality of life) เพราะผู้ป่วยมีอาการของโรคตั้งแต่ช่วงเวลาเริ่มต้นประเมินแล้ว ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบการประเมินที่ระดับเริ่มต้นกับหลังการรักษา 6 เดือน จึงสะท้อนเพียงปัญหาบางอย่างเท่านั้น[73]

### ประเด็นด้านการประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป

จากผลการศึกษาในข้อที่ 15 การเปรียบเทียบคุณภาพด้านสุขภาพระหว่างก่อนเป็นมะเร็งกับปัจจุบัน พบว่า หลังการฉายรังสีและหลังการรักษาทั้งหมด ตอบ “ค่อนข้างแย่” มากกว่าก่อนการฉายรังสีและหลังการรักษาทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่า ภายหลังการรักษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในปัจจุบันเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยรู้สึกค่อนข้างแย่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนข้อที่ 16 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในปัจจุบัน และข้อที่ 17 คุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งในข้อที่ 16 และ 17 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า ก่อนการรักษาและหลังการรักษาไม่มีความแตกต่างกันไม่ว่าจะเปรียบเทียบกับหลังการรักษา 6 เดือน 1 ปี หรือนานถึง 5 – 10 ปี[1] อาจเนื่องมาจากปัญหาหรือความผิดปกติอาจไม่รุนแรงพอ หรือผู้ป่วยมีการปรับตัว หรือเกิดจากข้อด้อยในกระบวนการวิจัยและการวิเคราะห์ทางสถิติ ซึ่งได้แก่ การมีขนาดกลุ่มตัวอย่างเล็กเกินไป วิธีการศึกษา เช่น การศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งจะศึกษาเฉพาะผู้ที่รอดชีวิตในเวลาที่ผ่านมาเท่านั้น จึงมีแนวโน้มเป็นไปในเชิงบวก ส่วนในการศึกษาไปข้างหน้า มีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างจากการที่ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีอาการของโรครุนแรง ซึ่งกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่คุณภาพชีวิตจะลดลง

### ประเด็นด้านปัจจัยพยากรณ์ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

เป็นที่ทราบกันดีว่าระยะของโรคเป็นข้อพิจารณาหลักในการรักษาผู้ป่วย ดังนั้นสิ่งที่ต้องคำนึงร่วมกันกับการพิจารณาประเด็นนี้ คือ แต่ละกลุ่มผู้ป่วยที่เปรียบเทียบกับอาจมีระยะของโรคที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของแต่ละกลุ่มแตกต่างกันด้วย

**เพศ** ในการศึกษาไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างเพศในหัวข้อใดเลย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[5] อย่างไรก็ตาม บางการศึกษาพบว่า เพศหญิงให้ความสำคัญกับรูปร่างใบหน้า การรู้รสชาติอาหารมากกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายให้ความสำคัญกับกิจกรรมประจำวันและการพูดมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ โดยที่อารมณ์และความวิตกกังวลไม่มีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างเพศ[7] และจากการศึกษาของ Connelly และ Schmidt[75] ในปี ค.ศ. 2004 ซึ่งทำการประเมินความเจ็บปวดด้วย visual analog scale ในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและคอหอยหลังช่องปากก่อนการรักษา จำนวน 15 ราย พบว่า เพศชายมีอาการเจ็บปวดที่สัมพันธ์กับการทำงานของอวัยวะ (functional-related pain intensity) และอาการเจ็บปวดแบบเสียดแทงมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในหัวข้อ อารมณ์จากการศึกษาของ Kazi และคณะ[64] พบว่า เพศหญิงมีปัญหาด้านอารมณ์มากกว่าเพศชาย

**อายุ** ในการศึกษาพบว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า 65 ปี มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าหรือมีความผิดปกติมากกว่าผู้ที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ในหัวข้อ อาการเจ็บปวด การกลืน และการพูดอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งที่ผ่านมามีผลการศึกษาลากหลาย บางการศึกษาไม่พบความแตกต่าง[45] บางการศึกษาพบความแตกต่างในบางหัวข้อ จากการศึกษาคคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ จำนวน 100 ราย ด้วยแบบประเมิน UW-QOL และ shoulder disability questionnaire (SDQ) ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง พบว่า ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 65 ปี มีปัญหาที่ใหญ่มากกว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี อย่างมีนัยสำคัญ[36] จากการศึกษ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งของ Fang และคณะ[76] ในปี ค.ศ. 2004 ซึ่งศึกษาคคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการรักษาที่รักษาด้วยหลายวิธีร่วมกันมากกว่า 2 ปี กับกลุ่มคนปกติด้วยแบบสอบถาม Short Form-36 พบว่า ผู้อายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลเลวร้ายต่อส่วนกายภาพ (physical component) อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี มีสถานะทางอารมณ์ดีกว่าและมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี อย่างมีนัยสำคัญ[7] หรือพบว่า ผู้ที่อายุมากมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีกว่าและเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่อายุน้อย[5, 6] ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษา

ครั้งนี้ที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างอารมณ์ ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อาจเนื่องมาจากจำนวนผู้ป่วยและวิธีการประเมินที่แตกต่างกัน

**สถานภาพสมรส** ในการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่โสดหรือไม่ได้อยู่กับคู่สมรสมีความผิดปกติในหัวข้อ การทำกิจกรรมประจำวันมากกว่าผู้ที่มีคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งขัดแย้งกับบางการศึกษาที่ไม่พบความแตกต่างในหัวข้อใดๆ เลย[76] ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีสถานภาพโสดเสี่ยงที่จะกลับมาเป็นซ้ำมากกว่าผู้ที่แต่งงานแล้วอย่างมีนัยสำคัญ[31] ซึ่งกรณีนี้จำเป็นต้องทำการศึกษาต่อไป

**รายได้** ในการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ได้น้อยกว่าอัตราค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำ มีความผิดปกติในหัวข้อ ลักษณะรูปร่างใบหน้า การทำกิจกรรมประจำวัน และการเคี้ยวมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่าหรือเท่ากับอัตราค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำอย่างมีนัยสำคัญ แต่ในหัวข้อ ความวิตกกังวล กลับพบว่าผู้ที่มีรายได้มากกว่าหรือเท่ากับอัตราค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำ มีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ได้น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งที่ผ่านมามีทั้งผลการศึกษาที่ไม่พบความแตกต่าง[1] และการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่รายได้ได้น้อยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลเลวร้ายต่อส่วนกายภาพ (physical component) และส่วนจิตใจ (mental component) อย่างมีนัยสำคัญ [76]

**ขนาดของเนื้องอก (T staging)** ในการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีขนาดเนื้องอกกลุ่ม T3, T4 มีความผิดปกติในหัวข้อ อาการเจ็บปวด ลักษณะรูปร่างใบหน้า การทำกิจกรรมประจำวัน การกลืน การเคี้ยว การพูด คะแนนรวมของหัวข้อประเมินเฉพาะโรคทั้ง 12 ข้อ และ VRS มากกว่าผู้ป่วยที่มีขนาดเนื้องอกกลุ่ม T1, T2 อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาจากการศึกษาของ Borggrevén และคณะ[34] ในปี ค.ศ. 2007 พบว่า ผู้ที่มีขนาดเนื้องอกกลุ่ม T3, T4 มีความผิดปกติในการพูดหรือออกเสียงมากกว่ากลุ่ม T2 อย่างมีนัยสำคัญเมื่อประเมินการออกเสียงด้วยชุดมาตรฐาน (standardized speech assessment protocol) จากการศึกษาของ Kazi และคณะ[64] และ Andrade และคณะ[1] พบว่า เนื้องอกขนาดใหญ่เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนรวมหัวข้อประเมินเฉพาะโรคต่ำลงหรือคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเลวร้ายลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า ขนาดของเนื้องอก (T staging) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการกลืน การเคี้ยว และคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรวม เนื่องจากเนื้องอกขนาดใหญ่ ย่อมได้รับการรักษาที่ซับซ้อนทั้งกระบวนการผ่าตัด การฉายรังสีหรือเคมีบำบัด[4, 6, 64, 67] ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ Connolly และ Schmidt[75] พบว่า ขนาดของเนื้องอกไม่สัมพันธ์กับอาการเจ็บปวด เมื่อประเมินความเจ็บปวดด้วย visual

analog scale ในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและคอหอยหลังช่องปากก่อนการรักษา ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างและวิธีการประเมินแตกต่างกัน ส่วนหัวข้อ อารมณ์และความวิตกกังวล มีการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างขนาดของเนื้องอก[7] ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ ในการจัดลำดับปัญหาที่สำคัญในการศึกษานี้ พบว่า ผู้ที่มีเนื้องอกขนาดใหญ่ (T3, T4) จัดอันดับความสำคัญในหัวข้อ อาการเจ็บปวด การกลืน และน้ำลาย มากกว่าผู้ที่มีเนื้องอกขนาดเล็ก (T1, T2) อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งพบว่ามีผลสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[1]

**ระยะของโรค** ในการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยระยะที่ 3, 4 มีความผิดปกติในหัวข้อ อาการเจ็บปวด ลักษณะรูปร่างใบหน้า การกลืน การเคี้ยว การพูด อารมณ์ และคะแนนรวมของหัวข้อประเมินเฉพาะโรคทั้ง 12 ข้อ มากกว่าผู้ป่วยระยะที่ 1, 2 อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Connelly และ Schmidt[75] ที่พบว่า ความรุนแรงของอาการปวดที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous pain intensity) อาการเจ็บปวดแบบเสียดแทงที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous sharpness) อาการปวดตุบๆ ที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous throbbing) และภาวะจำกัดการทำงานที่เกิดจากความเจ็บปวด (functional restriction) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการลุกลามของโรคมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง (nodal metastasis) ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่โรคลุกลามไปยังรอบเส้นประสาท (perineural infiltration) และ/หรือนอซิเซปเตอร์มีความไวเกิน (nociceptor hypersensitivity) ผลที่เกิดขึ้นจึงกล่าวได้ว่าความรุนแรงของอาการเจ็บปวดเพิ่มขึ้นเมื่อการพัฒนาของโรคเพิ่มขึ้น รวมทั้งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนในหัวข้อ ความวิตกกังวล และอารมณ์ จากการศึกษาของ Jenewein และคณะ[77] พบว่า ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลระหว่างผู้ป่วยระยะที่ 3, 4 และผู้ป่วยระยะที่ 1, 2 ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ในแง่ภาพรวมของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกับระยะของโรค จากการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งของ Fang และคณะ[76] ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการรักษาที่รักษาด้วยหลายวิธีร่วมกันมากกว่า 2 ปี ด้วยแบบสอบถาม Short Form-36 พบว่า ระยะของโรคที่รุนแรงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลเลวร้ายต่อส่วนกายภาพ (physical component) และส่วนจิตใจ (mental component) อย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาของ Schliephake และ Jamil[53] ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและคอหอยหลังช่องปากภายหลังการผ่าตัดด้วยแบบประเมิน EORTC H&N35 พบว่า ผู้ป่วยระยะที่ 3, 4 มีปัญหาด้านการทำงานของอวัยวะ การทำงานเชิงสังคม (social function) อาการเจ็บปวด การกลืน มากกว่าผู้ป่วยระยะที่ 1, 2 อย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาของ Chandu และคณะ[6] พบว่า ผู้ป่วยระยะที่ 3, 4

มีคะแนนรวมหัวข้อประเมินเฉพาะโรครวม 12 ข้อ ต่ำกว่าหรือมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเลวร้ายกว่าผู้ป่วยระยะที่ 1, 2 อย่างมีนัยสำคัญจากการใช้แบบประเมิน UW-QOL จะเห็นว่าผลการศึกษาร่วมกันส่วนใหญ่สอดคล้องกัน การที่ระยะของโรคส่งผลสำคัญต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ น่าจะเกิดจากระยะของโรคที่รุนแรงจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนโดยการผ่าตัดขนาดใหญ่ด้วยวิธีการหลายขั้นตอน เช่น การเลาะต่อมน้ำเหลือง วิธีการบูรณะ และมีการฉายรังสีรักษาร่วมด้วยทำให้เกิดผลตามมาหลังจากการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะของโรคไม่รุนแรง

**วิธีการรักษา** ในการศึกษาที่พบว่า การผ่าตัดส่งผลให้การกลืน การเคี้ยว การพูด ไหล่ และคะแนนรวมหมวดประเมินเฉพาะโรค 12 ข้อ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำลงหรือมีความผิดปกติมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ มีการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและคอหอยหลังช่องปากที่ได้รับการผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเลวร้ายลงอย่างมีนัยสำคัญในหัวข้อ รูปร่าง ใบหน้า ไหล่ และน้ำลาย[1] ส่วนการฉายรังสีซึ่งในการศึกษาที่พบว่า ส่งผลให้การรู้รสชาติอาหาร น้ำลาย และคะแนนรวมหมวดประเมินเฉพาะโรค 12 ข้อ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำลงหรือมีความผิดปกติมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งบางหัวข้อมีความสอดคล้องกัน และบางหัวข้อมีความขัดแย้งกับงานวิจัยที่ผ่านมา ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างและวิธีการประเมินแตกต่างกัน เช่น จากการศึกษาของ Kazi และคณะ[64] พบว่า ผู้ที่ฉายรังสีมีปัญหาในหัวข้อ น้ำลาย การเคี้ยว ความเจ็บปวด รูปร่างใบหน้าและการกลืนมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการฉายรังสี ในการศึกษาดังกล่าวผู้ที่ฉายรังสีอาจได้รับเคมีบำบัดด้วย ดังนั้นผลที่เกิดขึ้นจึงไม่สามารถระบุแน่ชัดว่าเป็นผลจากรังสี นอกจากนี้ มีการศึกษาพบว่าผู้ที่ได้รับการฉายรังสีมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเลวร้ายลงอย่างมีนัยสำคัญในเกือบทุกหัวข้อ ได้แก่ รูปร่างใบหน้า การทำกิจกรรมการพักผ่อน การกลืน การเคี้ยว การพูด ไหล่ การรู้รสชาติอาหาร และน้ำลาย[1] แต่ในการศึกษาดังกล่าวเป็นการเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ได้รับการผ่าตัดอย่างเดียวกับผู้ที่ได้รับการผ่าตัดร่วมกับฉายรังสี ผลที่เกิดขึ้นน่าจะเกิดจากในกลุ่มหลังมีระยะของโรคที่รุนแรงมากกว่า มีบางการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีมีปัญหาที่ไหล่มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการฉายรังสีจากการประเมินด้วย NDII อย่างมีนัยสำคัญ[36] แต่ในการศึกษาดังกล่าวผู้ที่ได้รับการฉายรังสีเป็นผู้ที่ได้รับการผ่าตัดร่วมด้วย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเปรียบเทียบวิธีการรักษาอื่นๆ เช่น จากการศึกษาของ Chandu และคณะ[6] พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสีมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเลวร้ายกว่าผู้รับการผ่าตัดอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญ และมีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่รักษาด้วยการฉายรังสีเพียงอย่างเดียวมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในหัวข้อ อากาศ

เจ็บปวด รูปร่างใบหน้า การเคี้ยว และการพูดดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับฉายรังสีอย่างมีนัยสำคัญ[76]

### การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนการรักษาและผู้ป่วยไคเนพลาเนตในช่องปาก

ในการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและกลุ่มคนปกติหรือกลุ่มควบคุมอื่นๆ มีการศึกษาไม่มากนัก เนื่องจากผู้วิจัยบางท่านเห็นว่าคุณภาพชีวิตเป็นปรากฏการณ์เฉพาะแต่ละบุคคลที่ผู้ป่วยควรเป็นกลุ่มควบคุมด้วยตนเองมากกว่าจะนำไปเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ซึ่งมีชนิดของโรค ระยะของโรค และวิธีการรักษาที่แตกต่างกัน[43] ในการศึกษาครั้งนี้ มีข้อด้อย คือ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีจำนวนเพียง 20 ราย เนื่องจากผู้ป่วยไคเนพลาเนตในช่องปากส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมักพบในเพศชาย ทำให้ยากที่จะหากลุ่มตัวอย่างที่สอดคล้องกันทั้งอายุและเพศ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่า การประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนการรักษาเกือบทุกหัวข้อ ซึ่งได้แก่ อาการเจ็บปวด ลักษณะรูปร่างใบหน้า การทำกิจกรรมประจำวัน การทำกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ การกลืน การเคี้ยว การพูด คะแนนรวมหมวดประเมินเฉพาะโรค 12 ข้อ และ VRS เลวร้ายกว่าผู้ป่วยผู้ป่วยไคเนพลาเนตในช่องปากอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่หัวข้อ ไหล่ การรู้รสชาติอาหาร น้ำลาย อารมณ์และความวิตกกังวล ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ในหัวข้อ อาการเจ็บปวดและการกลืนพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Borggrevén และคณะ[34] ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและคอหอยหลังช่องปากก่อนการรักษาและประชากรทั่วไปด้วยแบบประเมิน EORTC H&N35 ส่วนในการศึกษาอื่นๆ มีทั้งหัวข้อที่สอดคล้องและขัดแย้งกับการศึกษานี้ เช่น การศึกษาของ Rogers และคณะ[78] ซึ่งเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยทันตกรรมทั่วไปที่มารักษาตามนัด 349 ราย กับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและมะเร็งคอหอยหลังช่องปาก 238 ราย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งก่อนการรักษามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเลวร้ายกว่าอย่างมีนัยสำคัญในหัวข้อ อาการเจ็บปวด การกลืน การเคี้ยว อารมณ์ และความวิตกกังวล และเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการรักษา 1 ปี พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการรักษา 1 ปี มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเลวร้ายกว่าผู้ป่วยทันตกรรมทั่วไปที่มารักษาตามนัดอย่างมีนัยสำคัญในทุกหัวข้อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษารุ่นนี้ในหัวข้อ อาการเจ็บปวด การกลืน การเคี้ยว แต่มีความขัดแย้งในหัวข้อ อารมณ์ และความวิตกกังวล เป็นไปได้ว่าผู้ป่วยทันตกรรมทั่วไปที่มารักษาตามนัดมีสภาวะทางอารมณ์ที่ดีกว่าและความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยไคเนพลาเนตในช่องปาก ความผิดปกติที่

เป็นผลตามภายหลังกการรักษามะเร็งช่องปาก ได้แก่ ไข้ การรู้รสชาติอาหาร และน้ำลาย เนื่องจากในการศึกษานี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ทั้งสามหัวข้อในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ยังมีการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งของ Fang และคณะ[76] พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในส่วนหัวข้อการทำงานของอวัยวะทุกข้อต่ำกว่าคนปกติอย่างมีนัยสำคัญ ในการศึกษาดังกล่าวแม้ว่าหัวข้อประเมินจะแตกต่างกัน แต่ก็แสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแง่ของการทำงานของอวัยวะของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเลวร้ายกว่าคนปกติอย่างชัดเจน

### ข้อจำกัดในการศึกษา

ข้อจำกัดในการศึกษานี้ ได้แก่ การสูญเสียผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระหว่างติดตามการวิจัย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำงานของอวัยวะที่ผิดปกติรุนแรงรวมทั้งผู้ป่วยที่เสียชีวิต ซึ่งในจำนวนนี้มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เลวร้าย นอกจากนี้ เนื่องจากเวลาที่ทำการศึกษามีจำกัด ทำให้ได้ผู้ป่วยจำนวนน้อยเกินกว่าที่จะศึกษาเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยสำคัญอื่นๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เช่น ตำแหน่งของรอยโรค วิธีการรักษา วิธีการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ วิธีการบูรณะหลังการผ่าตัด อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะช่วยให้เข้าใจผลกระทบของมะเร็งช่องปากต่อตัวผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการรักษา โดยสามารถนำไปสู่การพัฒนากระบวนการจัดการผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### สรุปผลการวิจัย

แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากฉบับไทยในการศึกษานี้ มีเนื้อหากระชับ ครอบคลุมและเข้าใจง่าย มีความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือในระดับที่ยอมรับได้ ผลการศึกษานี้ในแง่ของการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับโรคและวิธีการรักษาพบว่าภายหลังกการรักษาเสร็จสมบูรณ์ 25 - 60 วัน ผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก มีคะแนนรวมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเลวร้ายกว่าก่อนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ การเคี้ยว และน้ำลายเป็นปัญหาที่พบมากที่สุดทั้งก่อนและหลังการรักษา ความผิดปกติที่โหล เป็นปัญหาที่สำคัญภายหลังกการผ่าตัด การสูญเสียการรู้รสชาติอาหารและน้ำลายน้อยเป็นปัญหาที่สำคัญหลังการฉายรังสี



### ข้อเสนอแนะ

จากผลการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าการป้องกันและการตรวจพบรอยโรคตั้งแต่ระยะแรกเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีให้กับผู้ป่วย เพื่อให้การจัดการผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงสมควรที่จะมีการศึกษาเชิงลึกในโอกาสต่อไปทั้งระบบของการบริการสาธารณสุขในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ตั้งแต่กระบวนการป้องกัน การตรวจ การวินิจฉัย การส่งต่อ และการรักษา เพื่อค้นหาแนวทางการป้องกันและให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในระยะเริ่มแรก รวมทั้งการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสมควรที่จะถูกนำไปใช้ในการประเมินผลการรักษาในระบบบริการสุขภาพของสถานบริการ เพื่อการค้นหาปัญหาของผู้ป่วย นอกจากนี้กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปากควรมีจำนวนมากพอที่จะศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เช่น วิธีการผ่าตัด วิธีการบูรณะภายหลังการรักษา



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

- [1] Andrade, F.P., Antunes, J.L., and Durazzo, M.D. Evaluation of the quality of life of patients with oral cancer in Brazil. Braz Oral Res 20(2006): 290-296.
- [2] Murphy, B.A., et al. Quality of life research in head and neck cancer: a review of the current state of the science. Crit Rev Oncol Hematol 62(2007): 251-267.
- [3] Khuhaprema, T., ed. Cancer in Thailand Vol. IV, 1998-2000. Bangkok: Ministry of Public Health, National Cancer Institute, 2007.
- [4] Rogers, S.N., Ahad, S.A., and Murphy, A.P. A structured review and theme analysis of papers published on 'quality of life' in head and neck cancer: 2000-2005. Oral Oncol 43(2007): 843-868.
- [5] Rogers, S.N., et al. Importance-rating using the University of Washington quality of life questionnaire in patients treated by primary surgery for oral and oropharyngeal cancer. J Craniomaxillofac Surg 30(2002): 125-132.
- [6] Chandu, A., et al. The assessment of quality of life in patients who have undergone surgery for oral cancer: a preliminary report. J Oral Maxillofac Surg 63(2005): 1606-1612.
- [7] Rogers, S.N., et al. The addition of mood and anxiety domains to the University of Washington quality of life scale. Head Neck 24(2002): 521-529.
- [8] American Cancer Society. What are oral cavity and oropharyngeal cancers[Online]. (n.d.). Available from <http://www.cancer.org/> [2007, September 28]
- [9] Broumand, V., Lozano, T.E., and Gomez, J.A. Evaluation and staging of oral cancer. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 18(2006): 435-444.
- [10] Silverman, S.Jr. Atlas of clinical oncology oral cancer, 5 ed [CD-ROM]. American Cancer Society, 2003.
- [11] Bsoul, S.A., Huber, M.A., and Terezhalmay, G.T. Squamous cell carcinoma of the oral tissues: a comprehensive review for oral healthcare providers. J Contemp Dent Pract 6(2005): 1-16.
- [12] Inglehart, M.R., and Bagramian, R.A., ed. Oral health-related quality of life. Chicago: Quintessence, 2002.

- [13] Neville, B.W., Damm, D.D., Allen, C.M., and Bouquot, J.E. Oral & maxillofacial pathology. 2 ed. India: Replika, 2002.
- [14] Zakrzewska, J.M. Fortnightly review: oral cancer. Bmj 318(1999): 1051-1054.
- [15] Perez-Ordóñez, B., Beauchemin, M., and Jordan, R.C. Molecular biology of squamous cell carcinoma of the head and neck. J Clin Pathol 59(2006): 445-453.
- [16] Jatin, P.S., John, G.B. Oral cancer. United Kingdom: Martin Dunitz, 2003: 3-6.
- [17] Iamaron, A., et al. Analysis of 587 cases of oral squamous cell carcinoma in northern Thailand with a focus on young people. Int J Oral Maxillofac Surg 33(2004): 84-88.
- [18] Chindavijak, S. Micrometastasis and recurrent neck node in supraomohyoid neck dissection field. J Med Assoc Thai 88(2005): 1287-1292.
- [19] ฉะนัฒ เอี่ยมอรุณ. มะเร็งช่องปาก. เชียงใหม่: คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2548.
- [20] Lippman, S.M., and Hong, W.K. Molecular markers of the risk of oral cancer. N Engl J Med 344(2001): 1323-1326.
- [21] Scully, C., and Porter, S. ABC of oral health. Oral cancer. Bmj 321(2000): 97-100.
- [22] Mehrotra, R., and Yadav, S. Oral squamous cell carcinoma: etiology, pathogenesis and prognostic value of genomic alterations. Indian J Cancer 43(2006): 60-66.
- [23] Massano, J., et al. Oral squamous cell carcinoma: review of prognostic and predictive factors. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 102(2006): 67-76.
- [24] Nemes, J.A., et al. Expression of p16(INK4A), p53, and Rb proteins are independent from the presence of human papillomavirus genes in oral squamous cell carcinoma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 102(2006): 344-352.
- [25] World Health Organization, National cancer control programmes : policies and managerial guidelines-2<sup>nd</sup> ed [Online]. Geneva. Available from <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>, 2002.

- [26] Spencer, K.R., Ferguson, J.W., and Wiesenfeld, D. Current concepts in the management of oral squamous cell carcinoma. Aust Dent J 47(2002): 284-289.
- [27] Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Diagnosis and management of head and neck cancer, quick reference Guide [Online]. Available from <http://www.SIGN.AC.UK>, 2006.
- [28] Neligan, P.C., Gullane, P.J., and Gilbert, R.W. Functional reconstruction of the oral cavity. World J Surg 27(2003): 856-862.
- [29] Caribe-Gomes, F., et al. Dental management of the complications of radio and chemotherapy in oral cancer. Med Oral 8(2003): 178-187.
- [30] Rankin, K.V., Jones, D.L., and Redding, S.W. Oral health in cancer therapy a guide for health care professionals [Online]. Texas Cancer Council Academy of General Dentistry Foundation. Available from <http://www.doep.org>, 2003.
- [31] Chandu, A., Smith, A.C., and Rogers, S.N. Health-related quality of life in oral cancer: a review. J Oral Maxillofac Surg 64(2006): 495-502.
- [32] Rogers, S.N., Fisher, S.E., and Woolgar, J.A. A review of quality of life assessment in oral cancer. Int J Oral Maxillofac Surg 28(1999): 99-117.
- [33] Shah, J.P., and Gil, Z. Current concepts in management of oral cancer-surgery. Oral Oncol 45(2009): 394-401.
- [34] Borggrevén, P.A., et al. Quality of life and functional status in patients with cancer of the oral cavity and oropharynx: pretreatment values of a prospective study. Eur Arch Otorhinolaryngol 264(2007): 651-657.
- [35] Van Cann, E.M., et al. Health related quality of life after mandibular resection for oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. Oral Oncol 41(2005): 687-693.
- [36] Rogers, S.N., Scott, B., and Lowe, D. An evaluation of the shoulder domain of the University of Washington quality of life scale. Br J Oral Maxillofac Surg 45(2007): 5-10.
- [37] Rogers, S.N., et al. A comparison between the University of Washington Head and Neck Disease-Specific measure and the Medical Short Form 36, EORTC QOQ-C33 and EORTC Head and Neck 35. Oral Oncol 34(1998): 361-372.

- [38] Kanatas, A.N., and Rogers, S.N. A national survey of health-related quality of life questionnaires in head and neck oncology. Ann R Coll Surg Engl 86(2004): 6-10.
- [39] Tschiesner, U., et al. Content comparison of quality of life questionnaires used in head and neck cancer based on the international classification of functioning, disability and health: a systematic review. Eur Arch Otorhinolaryngol 265(2008): 627-637.
- [40] Gherunpong, S., Tsakos, G., and Sheiham, A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILD-OIDP. Community Dent Health 21(2004): 161-169.
- [41] Millsopp, L., et al. A feasibility study of computer-assisted health-related quality of life data collection in patients with oral and oropharyngeal cancer. Int J Oral Maxillofac Surg 35(2006): 761-764.
- [42] สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาความปวดจากมะเร็ง. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2547.
- [43] Morton, R.P., and Izzard, M.E. Quality-of-life outcomes in head and neck cancer patients. World J Surg 27(2003): 884-889.
- [44] Klug, C., et al. Quality of life 2-10 years after combined treatment for advanced oral and oropharyngeal cancer. Int J Oral Maxillofac Surg 31(2002): 664-669.
- [45] Hassanein, K.A., Musgrove, B.T., and Bradbury, E. Psychological outcome of patients following treatment of oral cancer and its relation with functional status and coping mechanisms. J Craniomaxillofac Surg 33(2005): 404-409.
- [46] Shepherd, K.L., and Fisher, S.E. Prospective evaluation of quality of life in patients with oral and oropharyngeal cancer: from diagnosis to three months post-treatment. Oral Oncol 40(2004): 751-757.
- [47] Ivanovski, K., et al. Psychological profile in oral lichen planus. J Clin Periodontol 32(2005): 1034-1040.

- [48] Lodi, G., et al. Current controversies in oral lichen planus: report of an international consensus meeting. part 2. clinical management and malignant transformation. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 100(2005): 164-178.
- [49] Eisen, D., et al. Number V Oral lichen planus: clinical features and management. Oral Dis 11(2005): 338-349.
- [50] Al-Hashimi, I., et al. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions: diagnostic and therapeutic considerations. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 103(2007):S25 e1-12.
- [51] Rogers, S.N., Lowe, D., Humphris, G., Yueh, B., and Weymuller, E.A. University of Washington Quality of Life Scale[Online]. Available from <http://www.headandneckcancer.co.uk/files/UW-QOL-scoring.doc> [2002]
- [52] Stanko, P., et al. Squamous cell carcinoma of the oral cavity. Bratisl Lek Listy 108(2007): 292-296.
- [53] Schliephake, H., and Jamil, M.U. Prospective evaluation of quality of life after oncologic surgery for oral cancer. Int J Oral Maxillofac Surg 31(2002): 427-433.
- [54] Ferrari, A., et al. Synovial sarcoma: a retrospective analysis of 271 patients of all ages treated at a single institution. Cancer [online]. Available from <http://www.interscience.wiley.com> 101(2004): 627-634.
- [55] Park, J.K., et al. Synovial sarcoma of the head and neck: a case of predominantly cystic mass. AJNR Am J Neuroradiol 25(2004): 1103-1105.
- [56] Monzen, Y., et al. MR imaging of synovial sarcoma arising from the floor of the mouth: a case report. Radiat Med 19(2001): 47-50.
- [57] ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และคนอื่นๆ. การพัฒนาเครื่องมือการคัดกรองโรคมะเร็งช่องปากและช่องคอ. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 9(2547): 78-87.
- [58] D'Cruz, A.K., et al. Validation of the University of Washington quality of life questionnaires for head and neck cancer patients in India. Indian J Cancer 44(2007): 147-154.

- [59] Tassinari, D., et al. Treating sialorrhea with transdermal scopolamine. Exploiting a side effect to treat an uncommon symptom in cancer patients. Support Care Cancer 13(2005): 559-561.
- [60] Olsen, A.K., and Sjogren, P. Oral glycopyrrolate alleviates drooling in a patient with tongue cancer. J Pain Symptom Manage 18(1999): 300-302.
- [61] Meningaud, J.P., et al. Drooling of saliva: a review of the etiology and management options. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 101(2006): 48-57.
- [62] Bomeli, S.R., et al. Management of salivary flow in head and neck cancer patients- a systematic review. Oral Oncol 44(2008): 1000-1008.
- [63] Rogers, S.N., et al. Quality of life 5-10 years after primary surgery for oral and oropharyngeal cancer. J Craniomaxillofac Surg 27(1999): 187-191.
- [64] Kazi, R., et al. Quality of life outcome measures following partial glossectomy: assessment using the UW-QOL scale. J Cancer Res Ther 4(2008): 116-120.
- [65] Stark, D., et al. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. J Clin Oncol 20(2002): 3137-3148.
- [66] Borggrevén, P.A., et al. Quality of life after surgical treatment for oral and oropharyngeal cancer: a prospective longitudinal assessment of patients reconstructed by a microvascular flap. Oral Oncol 43(2007): 1034-1042.
- [67] Millsopp, L., et al. Facial appearance after operations for oral and oropharyngeal cancer: a comparison of casenotes and patient-completed questionnaire. Br J Oral Maxillofac Surg 44(2006): 358-363.
- [68] Kelly, C., et al. Deterioration in quality of life and depressive symptoms during radiation therapy for head and neck cancer. Otolaryngol Head Neck Surg 136(2007): 108-111.
- [69] Zuydam, A.C., et al. Predictors of speech and swallowing function following primary surgery for oral and oropharyngeal cancer. Clin Otolaryngol 30(2005): 428-437.

- [70] Rogers, S.N., et al. Quality of life following neck dissections. Acta Otolaryngol 124(2004): 231-236.
- [71] Cheng, P.T., et al. Objective comparison of shoulder dysfunction after three neck dissection techniques. Ann Otol Rhinol Laryngol 109(2000): 761-766.
- [72] Fisher, J., et al. Phase III quality-of-life study results: impact on patients' quality of life to reducing xerostomia after radiotherapy for head-and-neck cancer-RTOG 97-09. Int J Radiat Oncol Biol Phys 56(2003): 832-836.
- [73] Ringash, J., et al. Postradiotherapy quality of life for head-and-neck cancer patients is independent of xerostomia. Int J Radiat Oncol Biol Phys 61(2005): 1403-1407.
- [74] Lydiatt, W.M., et al. A randomized, placebo-controlled trial of citalopram for the prevention of major depression during treatment for head and neck cancer. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 134(2008):528-535.
- [75] Connelly, S.T., and Schmidt, B.L. Evaluation of pain in patients with oral squamous cell carcinoma. J Pain 5(2004): 505-510.
- [76] Fang, F.M., et al. Health-related quality of life outcome for oral cancer survivors after surgery and postoperative radiotherapy. Jpn J Clin Oncol 34(2004): 641-646.
- [77] Jenewein, J., et al. Quality of life and dyadic adjustment in oral cancer patients and their female partners. Eur J Cancer Care (Engl) 17(2008): 127-135.
- [78] Rogers, S.N., et al. Health-related quality of life measured by the UW-QoL-reference values from a general dental practice. Oral Oncol 42(2006): 281-287.





ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาคผนวก ก

### เอกสารคำแนะนำและใบยินยอมด้วยความสมัครใจสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

การศึกษาวิจัย เรื่อง

“ การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากไทยกลุ่มหนึ่ง ”

คณะผู้ทำการศึกษาวิจัย

ทญ. ปิยนถ กุญศาคร นิสิตปริญญาโท

ภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ. ทญ. ดร. กนกพร พะลัง

ภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ. ทญ. ดร. พรพรรณ พิบูลย์รัตนกิจ

ภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ. ทพ. ดร. อาทิตันท์ พิมพ์ขาวขำ

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัยนี้เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากโดยอาศัยข้อมูลจากแบบประเมิน เพื่อประโยชน์ในการศึกษาผลกระทบจากโรค วิธีการรักษาผู้ป่วย และภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินจะถูกนำมาเปรียบเทียบและวิเคราะห์หาความแตกต่างระหว่างก่อนและภายหลังการรักษา ซึ่งอาจนำไปสู่การพัฒนาวิธีการรักษาและให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีต่อไป

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษานี้

ท่านจะได้รับการดูแลและติดตามผลการรักษาพร้อมทั้งคำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยคณะผู้วิจัยในการศึกษานี้ด้วย

ค่าตอบแทนผู้ป่วย

ท่านจะได้รับการตอบแทน 500 บาท หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย

ดังนั้นคณะผู้ทำการศึกษาวิจัย จึงมีความประสงค์ขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมิน การถ่ายภาพนิ่ง และการถ่ายภาพเคลื่อนไหว โดยความร่วมมือในการศึกษานี้เป็นไปด้วยความ สัมครใจ การเข้าร่วมหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการนี้จะไม่ผลต่อการรักษาของท่าน และ คณะผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ ขอรับรองว่าจะไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่านตาม กฎหมาย โดยจะนำเสนอในรูปแบบงานวิจัยรวมเท่านั้น

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดจากการศึกษาดังกล่าว ท่านสามารถติดต่อ ผศ. ทญ. ดร. กนกพร พะลัง โทรศัพท์ 02-218-8942, 02-218-8771 ทญ. ปิยนาท กุยสาคร โทรศัพท์ 081 – 7171261 และคณะผู้ทำการศึกษาวิจัยได้ทุกเมื่อ ซึ่งยินดีจะตอบข้อข้องใจของท่านด้วย ความเต็มใจ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## เอกสารคำแนะนำและใบยินยอมด้วยความสมัครใจสำหรับผู้ป่วย ไลเคนพลาเนียในช่องปาก

การศึกษาวิจัย เรื่อง

“ การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากไทยกลุ่มหนึ่ง ”

คณะผู้ทำการศึกษาวิจัย

ทญ. ปิยนาท กุญศาคร นิสิตปริญญาโท

ภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ผศ. ทญ. ดร. กนกพร พะลัง

ภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ผศ. ทญ. ดร. พรพรรณ พิบูลย์รัตนกิจ

ภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ผศ. ทพ. ดร. อาทิตันท์ พิมพ์ชาวซ่า

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัยนี้เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก โดยอาศัยข้อมูลจากแบบประเมิน เพื่อประโยชน์ในการศึกษาผลกระทบจากโรค วิธีการรักษาผู้ป่วย และภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินจะถูกนำมาเปรียบเทียบและวิเคราะห์หาความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก และกลุ่มผู้ป่วยไลเคนพลาเนียในช่องปาก ซึ่งอาจจะนำไปสู่การค้นพบปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แท้จริงอันเกิดกับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและสามารถนำไปพัฒนาวิธีการรักษาและให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีต่อไป

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษานี้

ท่านจะได้รับคำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยคณะผู้วิจัยในการศึกษานี้ด้วย

ค่าตอบแทนผู้ป่วย

ท่านจะได้รับการตอบแทน 300 บาท หลังจากที่เราเสร็จสิ้นการวิจัย

ดังนั้นคณะผู้ทำการศึกษาวิจัย จึงมีความประสงค์ขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมิน โดยความร่วมมือในการศึกษานี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ และคณะผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่าน เป็นความลับ ขอรับรองว่าจะไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่านตามกฎหมาย โดยจะนำเสนอในรูปแบบ ผลงานวิจัยรวมเท่านั้น

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดจากการศึกษาดังกล่าว ท่านสามารถติดต่อ ผศ. ทญ. ดร. กนกพร พะลัง โทรศัพท์ 02-218-8942, 02-218-8771 ทญ. ปิยนาล กุยศาศร โทรศัพท์ 081 - 7171261 และคณะผู้ทำการศึกษาวิจัยได้ทุกเมื่อ ซึ่งยินดีจะตอบข้อข้องใจของท่านด้วยความเต็มใจ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### เอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

การวิจัยเรื่อง “ การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากไทยกลุ่มหนึ่ง ”

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็น ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....หัวหน้าโครงการวิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการวิจัยและพัฒนา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 2188816 โทรสาร 2188810  
 ที่ จธ. 22/2551 วันที่ 12 มีนาคม 2551  
 เรื่อง ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย

ที่ประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ในการประชุมครั้งที่ 1/2551 ได้พิจารณาตัดสินโครงการวิจัยที่ขึ้นเสนอมขอรับการพิจารณาจริยธรรมฯ เรื่อง “การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากไทยกลุ่มหนึ่ง” ผู้วิจัยหลัก ทพญ. ปิยนาด กุยสาคร

มคิของคณะกรรมการฯ คือ อนุมัติโดยไม่มีเงื่อนไข โดยมีข้อสังเกต คือ

1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากกับผู้ป่วยโรคไตเคเนฟลันส์ในช่องปากนั้น ทำเพื่ออะไร มีหลักการและเหตุผลอย่างไร คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าไม่สามารถจะเปรียบเทียบกันได้
2. ผู้ป่วยซึ่งเป็นอาสาสมัครสองกลุ่มได้รับค่าตอบแทนไม่เท่ากัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการต่อไปด้วย จักขอขอบคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุภัทรา อดมกุล)  
 กรรมการและเลขานุการ

แจ้งผลให้ผู้วิจัยทราบ

(ดร.สุจิต ทุดทอง)  
 รองคณบดีฝ่ายวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แบบสอบถามคุณภาพชีวิตโดยมหาวิทยาลัยวอชิงตัน ฉบับที่ 4

(University of Washington Quality of Life Questionnaire, UW-QOL v4)

This questionnaire asks about your health and quality of life **over the past seven days**.

Please answer all of the questions by ticking one box for each question.

1. **Pain.** (Tick one box: )
- I have no pain. (100)
  - There is mild pain not needing medication. (75)
  - I have moderate pain-requires regular medication (e.g. paracetamol). (50)
  - I have severe pain controlled only by prescription medicine (e.g. morphine). (25)
  - I have severe pain, not controlled by medication. (0)
2. **Appearance.** (Tick one box: )
- There is no change in my appearance. (100)
  - The change in my appearance is minor. (75)
  - My appearance bothers me but I remain active. (50)
  - I feel significantly disfigured and limit my activities due to my appearance. (25)
  - I cannot be with people due to my appearance. (0)
3. **Activity.** (Tick one box: )
- I am as active as I have ever been. (100)
  - There are times when I can't keep up my old pace, but not often. (75)
  - I am often tired and have slowed down my activities although I still get out. (50)
  - I don't go out because I don't have the strength. (25)
  - I am usually in bed or chair and don't leave home. (0)
4. **Recreation.** (Tick one box: )
- There are no limitations to recreation at home or away from home. (100)
  - There are a few things I can't do but I still get out and enjoy life. (75)
  - There are many times when I wish I could get out more, but I'm not up to it. (50)
  - There are severe limitations to what I can do, mostly I stay at home and watch TV (25)
  - I can't do anything enjoyable. (0)
5. **Swallowing.** (Tick one box: )
- I can swallow as well as ever. (100)
  - I cannot swallow certain solid foods. (70)
  - I can only swallow liquid food. (30)
  - I cannot swallow because it "goes down the wrong way" and chokes me. (0)



6. **Chewing.** (Tick one box: )
- I can chew as well as ever. (100)
- I can eat soft solids but cannot chew some foods. (50)
- I cannot even chew soft solids. (0)
7. **Speech.** (Tick one box: )
- My speech is the same as always. (100)
- I have difficulty saying some words but I can be understood over the phone. (70)
- Only my family and friends can understand me. (30)
- I cannot be understood. (0)
8. **Shoulder.** (Tick one box: )
- I have no problem with my shoulder. (100)
- My shoulder is stiff but it has not affected my activity or strength. (70)
- Pain or weakness in my shoulder has caused me to change my work / hobbies. (30)
- I cannot work or do my hobbies due to problems with my shoulder. (0)
9. **Taste.** (Tick one box: )
- I can taste food normally (100)
- I can taste most foods normally. (70)
- I can taste some foods. (30)
- I cannot taste any foods. (0)
10. **Saliva.** (Tick one box: )
- My saliva is of normal consistency. (100)
- I have less saliva than normal, but it is enough. (70)
- I have too little saliva. (30)
- I have no saliva. (0)
11. **Mood.** (Tick one box: )
- My mood is excellent and unaffected by my cancer. (100)
- My mood is generally good and only occasionally affected by my cancer. (75)
- I am neither in a good mood nor depressed about my cancer. (50)
- I am somewhat depressed about my cancer. (25)
- I am extremely depressed about my cancer. (0)
12. **Anxiety.** (Tick one box: )
- I am not anxious about my cancer. (100)
- I am a little anxious about my cancer. (70)
- I am anxious about my cancer. (30)
- I am very anxious about my cancer. (0)

---

Which issues have been the most important to you during the past 7 days?

Tick  up to 3 boxes.

- |                                     |                                     |                                  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pain       | <input type="checkbox"/> Swallowing | <input type="checkbox"/> Taste   |
| <input type="checkbox"/> Appearance | <input type="checkbox"/> Chewing    | <input type="checkbox"/> Saliva  |
| <input type="checkbox"/> Activity   | <input type="checkbox"/> Speech     | <input type="checkbox"/> Mood    |
| <input type="checkbox"/> Recreation | <input type="checkbox"/> Shoulder   | <input type="checkbox"/> Anxiety |
- 

#### GENERAL QUESTIONS

Compared to the month before you developed cancer, how would you rate your health-related quality of life? (Tick one box:  )

- |  |     |
|--|-----|
| <input type="checkbox"/> Much better     | (5) |
| <input type="checkbox"/> Somewhat better | (4) |
| <input type="checkbox"/> About the same  | (3) |
| <input type="checkbox"/> Somewhat worse  | (2) |
| <input type="checkbox"/> Much worse      | (1) |

In general, would you say your **health-related quality of life** during the past 7 days has been:

(Tick one box:  )

- |                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Outstanding | (6) |
| <input type="checkbox"/> Very good   | (5) |
| <input type="checkbox"/> Good        | (4) |
| <input type="checkbox"/> Fair        | (3) |
| <input type="checkbox"/> Poor        | (2) |
| <input type="checkbox"/> Very poor   | (1) |

Overall quality of life includes not only physical and mental health, but also many other factors, such as family, friends, spirituality, or personal leisure activities that are important to your enjoyment of life. Considering everything in your life that contributes to your personal well-being, rate your **overall quality of life** during the past 7 days. (Tick one box:  )

- |                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Outstanding | (6) |
| <input type="checkbox"/> Very good   | (5) |
| <input type="checkbox"/> Good        | (4) |
| <input type="checkbox"/> Fair        | (3) |
| <input type="checkbox"/> Poor        | (2) |
| <input type="checkbox"/> Very poor   | (1) |

---

Please describe any other issues (medical or nonmedical) that are important to your quality of life and have not been adequately addressed by our questions (you may attach additional sheets if needed).

.....

.....

.....



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แบบประเมินสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก (ทั้งหมด 5 ส่วน)

ส่วนที่ 1 แบบประเมินนี้ ถ้ามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป กรุณาตอบคำถามทุกข้อ  
โดยการกรอกข้อมูล หรือทำเครื่องหมาย  หน้าข้อที่เลือก

ชื่อ สกุล .....เชื้อชาติ.....

ที่อยู่.....

หมายเลขโทรศัพท์ บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

เพศ  ชาย  หญิง อายุ.....ปี

1. สถานภาพสมรส

โสด  แต่งงาน  หย่า  หม้าย

2. การศึกษา  ต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 6  ประถมศึกษาปีที่ 6  มัธยมศึกษา

ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี  อื่นๆ.....

3. อาชีพ  ไม่ได้ทำงาน  ทำการเกษตร เช่น ทำสวน ทำไร่ ทำนา  รับจ้างทั่วไป

พนักงานบริษัท  ธุรกิจส่วนตัว  ข้าราชการ

อื่นๆ.....

4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ไม่มีรายได้ส่วนตัว  น้อยกว่า 5,730 บาท  5,730 – 10,000 บาท

10,001 – 15,000 บาท  15,001 – 20,000 บาท  มากกว่า 20,000 บาท

ส่วนที่ 2 (ก่อนการรักษา) แบบประเมินนี้ ถ้ามเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด  
มะเร็งช่องปาก กรุณาตอบคำถามทุกข้อ โดยการกรอกข้อมูล หรือทำ  
เครื่องหมาย  หน้าข้อที่เลือก

ที่ผ่านมา ท่านมีพฤติกรรมใดในข้อต่อไปนี้

1. สูบหรือเคยสูบ บุหรี่ ยาเส้น หรือยาอมวน
  - ไม่เคยสูบ  สูบตั้งแต่อายุ.....ปี ถึง.....ปี  สูบเป็นบางวัน
  - สูบทุกวัน เฉลี่ย...มวนต่อวัน
2. ดื่มแอลกอฮอล์
  - ไม่ดื่ม  ดื่มตั้งแต่อายุ.....ปี ถึง.....ปี  ดื่มเป็นบางวัน
  - ดื่มทุกวัน
3. เคี้ยวหมาก
  - ไม่เคยเคี้ยวหมาก  เคี้ยวหมากตั้งแต่อายุ.....ปี ถึง.....ปี  เคี้ยวเป็นบางวัน
  - เคี้ยวทุกวัน

ท่านมีประวัติส่วนตัวเกี่ยวข้องกับข้อใด ดังต่อไปนี้

1. ก่อนที่จะเป็นมะเร็งช่องปากในครั้งนี้ ท่านเคยเป็นมะเร็งมาก่อนหรือไม่
  - ไม่เคย  เคย เป็นมะเร็งที่อวัยวะ.....
2. มีคนในครอบครัวเป็นมะเร็งหรือไม่
  - ไม่มี  มี ได้แก่ ใคร เป็นมะเร็งที่อวัยวะใด.....

ส่วนที่ 2 (หลังการรักษา) แบบประเมินนี้ ถ้ามเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่ทำให้เกิดมะเร็งช่องปาก หลังจากที่ท่านทราบและได้รับการรักษามะเร็งช่องปากแล้ว กรุณาตอบคำถามทุกข้อ โดยการกรอกข้อมูล หรือทำเครื่องหมาย  หน้าข้อที่เลือก

หลังทราบว่าเป็นมะเร็ง ท่านมีพฤติกรรมใดในข้อต่อไปนี้

1. การสูบบุหรี่หรือหลังทราบว่าเป็นมะเร็ง

- เลิกสูบบุหรี่  สูบเป็นบางวัน  สูบทุกวัน เฉลี่ย.....มวน ต่อวัน

2. การดื่มแอลกอฮอล์หลังทราบว่าเป็นมะเร็ง

- เลิกดื่มแอลกอฮอล์  ดื่มเป็นบางวัน  ดื่มทุกวัน  เท่าเดิม  
 น้อยลง

3. การเคี้ยวหมากหลังทราบว่าเป็นมะเร็ง

- เลิกเคี้ยวหมาก  เคี้ยวเป็นบางวัน  เคี้ยวทุกวัน  เท่าเดิม  
 น้อยลง

ศูนย์วิทยุทันตวิทยา  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

---

**ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์นี้** ถามอาการในช่องปาก เกี่ยวกับลักษณะอาการเริ่มแรกที่คุณรู้สึก  
ผิดปกติ และอาการที่ทำให้มาพบแพทย์ กรุณาตอบคำถามทุกข้อ

---

1. อาการแรกที่คุณเริ่มสังเกตเห็นว่าผิดปกติ คืออะไรและเกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อไหร่ (โดยประมาณ)

.....

2. หลังจากเริ่มสังเกตเห็นว่าผิดปกติ นานเท่าไรท่านจึงตัดสินใจมาพบแพทย์ ก็วัน ก็สัปดาห์  
ก็เดือน หรือก็ปี

.....

3. อาการสำคัญที่ทำให้ท่านต้องมาพบแพทย์ คือ

.....

4. ท่านรักษาโดยวิธีใดบ้าง ตั้งแต่สังเกตเห็นว่าผิดปกติ และไปรับการรักษาที่ใด

.....

5. ท่านทราบว่าเป็นมะเร็งช่องปากตั้งแต่เมื่อไหร่ และจากสถานพยาบาลใด

.....

6. หลังทราบว่าเป็นมะเร็ง นานเท่าไรจึงมาติดต่อขอรับการรักษาที่ รพ.ราชวิถี หรือที่  
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

.....

7. ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาโรคมะเร็งช่องปาก ท่านเคยพบหมอฟันเพื่อรับการตรวจและ  
รักษาโรคอื่นๆ ในช่องปากหรือไม่

ไม่เคย

เคยรับการรักษาโรคในช่องปาก ได้แก่

ตรวจช่องปาก เมื่อวันที่..... (โดยประมาณ)

ถอนฟัน

อุดฟัน

ชูดหินปูน

อื่นๆ ได้แก่.....

ส่วนที่ 4 แบบประเมินนี้ถามเกี่ยวกับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคุณในช่วงอาทิตย์ที่ผ่านมา กรุณาตอบคำถามทุกข้อ โดยทำเครื่องหมาย  หน้าข้อที่เลือก

- |  |       |
|--|-------|
| 1. อาการเจ็บปวด (เลือก <input checked="" type="checkbox"/> ได้ 1 ข้อเท่านั้น)  | คะแนน |
| <input type="checkbox"/> ฉันไม่เจ็บปวด   | 100   |
| <input type="checkbox"/> ฉันเจ็บปวดเล็กน้อย และไม่จำเป็นต้องใช้ยา  | 75    |
| <input type="checkbox"/> ฉันเจ็บปวดพอสมควร และต้องใช้ยาเป็นประจำ เช่น พาราเซตามอล                                      | 50    |
| <input type="checkbox"/> ฉันเจ็บปวดรุนแรงมาก และต้องใช้ยาแก้ปวดชนิดที่แพทย์สั่งให้เท่านั้น<br>จึงจะดีขึ้น เช่น มอร์ฟีน | 25    |
| <input type="checkbox"/> ฉันเจ็บปวดรุนแรงมาก แม้ใช้ยาแก้ปวดชนิดที่แพทย์สั่งให้ ก็ไม่หายเจ็บปวด                         | 0     |
| 2. ลักษณะรูปร่างใบหน้าภายนอก (เลือก <input checked="" type="checkbox"/> ได้ 1 ข้อเท่านั้น)                             |       |
| <input type="checkbox"/> รูปร่างใบหน้าภายนอกไม่เปลี่ยนแปลง   | 100   |
| <input type="checkbox"/> รูปร่างใบหน้าภายนอก เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย   | 75    |
| <input type="checkbox"/> ฉันกังวลใจเรื่องรูปร่างใบหน้าภายนอก แต่ก็ยังทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ                         | 50    |
| <input type="checkbox"/> ฉันรู้สึกว่ารูปร่างใบหน้าภายนอกผิดปกติดังมาก และทำให้ฉันทำกิจกรรมต่างๆ<br>น้อยลง              | 25    |
| <input type="checkbox"/> ฉันไม่สามารถออกไปพบปะผู้คนได้ เพราะรูปร่างใบหน้าภายนอกที่ผิดปกติ                              | 0     |
| 3. การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (เลือก <input checked="" type="checkbox"/> ได้ 1 ข้อเท่านั้น)                           |       |
| <input type="checkbox"/> ฉันยังทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ  | 100   |
| <input type="checkbox"/> บางครั้ง ฉันทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ไม่เหมือนเดิม  | 75    |
| <input type="checkbox"/> ฉันมักเหนื่อยและทำอะไรได้ช้าลง แต่ยังคงออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน                                  | 50    |
| <input type="checkbox"/> ฉันไม่ออกไปนอกบ้านเพราะไม่มีแรง   | 25    |
| <input type="checkbox"/> ฉันมักจะนอนบนเตียงหรือนั่งเก้าอี้ และไม่ออกนอกบ้านเลย   | 0     |



4. การทำกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ เช่น ดูหนัง ฟังเพลง (เลือก  ได้ 1 ข้อเท่านั้น)
- ยังมีกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ ทั้งในบ้านและนอกบ้าน ได้ตามปกติ 100
  - มีกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจบางอย่างที่ทำได้ แต่ยังคงออกนอกบ้าน และสนุกสนานกับชีวิต 75
  - มีหลายครั้งที่อยากออกนอกบ้านเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ แต่ทำไม่ได้ 50
  - ฉันททำอะไรได้น้อยมาก ส่วนใหญ่จะอยู่บ้านและดูทีวี 25
  - ฉันทไม่สามารถทำกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจเลย 0
5. การกิน (เลือก  ได้ 1 ข้อเท่านั้น)
- ฉันทกินอาหารได้ปกติเหมือนเดิม 100
  - ฉันทกินอาหารที่เป็นก้อนจำพวกข้าวสวยไม่ได้ แต่กินอาหารอ่อนจำพวก โจ๊ก ข้าวต้ม และอาหารเหลวจำพวกนม โยวล์ตินได้ 70
  - ฉันทกินได้เฉพาะอาหารเหลว เช่น นม โยวล์ติน 30
  - ฉันทกินไม่ได้เพราะฉันทสำลัก 0
6. การเคี้ยว (เลือก  ได้ 1 ข้อเท่านั้น)
- ฉันทเคี้ยวอาหารได้เหมือนเดิม 100
  - ฉันทเคี้ยวอาหารที่เป็นก้อนนิ่มๆ ได้ แต่เคี้ยวอาหารบางอย่างไม่ได้ 50
  - ฉันทเคี้ยวอาหารไม่ได้ แม้แต่อาหารที่เป็นก้อนนิ่มๆ 0
7. การพูดหรือออกเสียง (เลือก  ได้ 1 ข้อเท่านั้น)
- ฉันทยังออกเสียงพูดได้เหมือนเดิม 100
  - ฉันทออกเสียงพูดได้ลำบากในบางคำ แต่คนอื่นก็ยังสามารถเข้าใจฉันได้ แม้ขณะคุยโทรศัพท์ 70
  - มีแต่ครอบครัวและเพื่อนของฉันเท่านั้นที่เข้าใจคำที่ฉันพูด 30
  - ไม่มีใครเข้าใจคำที่ฉันพูด 0

8. ไหล่ (เลือก  ได้ 1 ข้อเท่านั้น)
- ไหล่ของฉันไม่มีปัญหา 100
  - ไหล่แข็งแรง แต่ไม่เป็นปัญหาต่อกิจกรรมประจำวันหรือความแข็งแรงของฉัน 70
  - ฉันเจ็บไหล่หรือไหล่อ่อนแรงจนทำให้ต้องเปลี่ยนงาน/งานอดิเรก 30
  - ฉันทำงานประจำหรืองานอดิเรกไม่ได้เพราะไหล่มีปัญหา 0
9. รุ้รสชาติอาหาร เช่น รุ้รสเปรี้ยว เผ็ด เค็ม หวาน เวลาที่กินอาหาร (เลือก  ได้ 1 ข้อเท่านั้น)
- ฉันรุ้รสชาติอาหารทุกอย่างได้ตามปกติ 100
  - ฉันรุ้รสชาติอาหารส่วนใหญ่ได้ตามปกติ 70
  - ฉันรุ้รสชาติอาหารได้บางอย่าง 30
  - ฉันไม่รุ้รสชาติอาหารเลย 0
10. ปริมาณน้ำลาย (เลือก  ได้ 1 ข้อเท่านั้น)
- ฉันมีปริมาณน้ำลายปกติ 100
  - ฉันมีน้ำลายน้อยกว่าปกติ แต่ก็เพียงพอ 70
  - ฉันมีน้ำลายน้อยลงมาก 30
  - ฉันไม่มีน้ำลายเลย 0
11. อารมณ์ (เลือก  ได้ 1 ข้อเท่านั้น)
- ฉันอารมณ์ดีมากๆ และมะเร็งไม่มีผลต่ออารมณ์ของฉัน 100
  - อารมณ์ของฉันโดยทั่วไปดี แต่บางครั้งมะเร็งก็มีผลต่ออารมณ์ของฉัน 75
  - ฉันรู้สึกเฉยๆ ไม่ได้อารมณ์ดีและไม่ได้ซึมเศร้าเกี่ยวกับมะเร็ง 50
  - ฉันซึมเศร้าบ้างเกี่ยวกับมะเร็ง 25
  - ฉันรู้สึกซึมเศร้ามากเกี่ยวกับมะเร็ง 0
12. ความวิตกกังวล (เลือก  ได้ 1 ข้อเท่านั้น)
- ฉันไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับมะเร็ง 100
  - ฉันวิตกกังวลเล็กน้อยเกี่ยวกับมะเร็ง 70
  - ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับมะเร็ง 30
  - ฉันวิตกกังวลมากเกี่ยวกับมะเร็ง 0

12.1 ถ้าท่านรู้สึกวิตกกังวล สาเหตุที่ทำให้วิตกกังวล คือ .....

13. ข้อใดที่เป็นปัญหาต่อคุณมากที่สุดในช่วงอาทิตย์ที่ผ่านมา  
ทำเครื่องหมาย  ได้ไม่เกิน 3 ข้อ

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> อาการเจ็บปวด                  | <input type="checkbox"/> การกลืน            | <input type="checkbox"/> การรู้รสชาติอาหาร |
| <input type="checkbox"/> รูปร่างใบหน้าภายนอก           | <input type="checkbox"/> การเคี้ยว          | <input type="checkbox"/> ปริมาณน้ำลาย      |
| <input type="checkbox"/> การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน   | <input type="checkbox"/> การพูดหรือออกเสียง | <input type="checkbox"/> อารมณ์            |
| <input type="checkbox"/> การทำกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ | <input type="checkbox"/> ไหล่               | <input type="checkbox"/> ความวิตกกังวล     |

14. ในช่วงอาทิตย์ที่ผ่านมา คุณมีอาการเจ็บปวดมากขนาดไหน ? จาก 0 คือไม่เจ็บปวดเลย ถึง 10 คือ เจ็บปวดมากที่สุด ให้วงกลมตัวเลขที่บอกถึงระดับอาการเจ็บปวดของคุณ (VRS)

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10  
ไม่เจ็บปวด      เจ็บปวดมากที่สุดที่คิดได้

15. ขณะนี้คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคุณ เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเดือนก่อนที่คุณจะเป็นมะเร็ง (เลือก  ได้ 1 ข้อเท่านั้น)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ดีขึ้นมาก        | 5 |
| <input type="checkbox"/> ค่อนข้างจะดีขึ้น | 4 |
| <input type="checkbox"/> เหมือนเดิม       | 3 |
| <input type="checkbox"/> ค่อนข้างแย่      | 2 |
| <input type="checkbox"/> แย่มาก           | 1 |

16. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในช่วงอาทิตยที่ผ่านมาของคุณเป็นอย่างไร

(เลือก  ได้ 1 ข้อเท่านั้น)

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ดีเลิศ | 6 |
| <input type="checkbox"/> ดีมาก  | 5 |
| <input type="checkbox"/> ดี     | 4 |
| <input type="checkbox"/> พอใช้  | 3 |
| <input type="checkbox"/> แย่    | 2 |
| <input type="checkbox"/> แย่มาก | 1 |

17. ให้มองทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิตที่มีผลต่อความเป็นอยู่ของคุณ เช่น ครอบครัว ญาติพี่น้อง ความเป็นอยู่ ร่างกายและจิตใจ ทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิตที่ทำให้มีความสุข แล้วเลือกข้อที่ตรงกับความรู้สึกและบอก ถึงคุณภาพชีวิตของคุณมากที่สุดในช่วงอาทิตยที่ผ่านมา

(เลือก  ได้ 1 ข้อเท่านั้น)

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ดีเลิศ | 6 |
| <input type="checkbox"/> ดีมาก  | 5 |
| <input type="checkbox"/> ดี     | 4 |
| <input type="checkbox"/> พอใช้  | 3 |
| <input type="checkbox"/> แย่    | 2 |
| <input type="checkbox"/> แย่มาก | 1 |

18. อธิบายเรื่องใดก็ได้ที่เป็นปัญหาต่อคุณภาพชีวิตของคุณ (สามารถขอรหัสเพื่อเขียนเพิ่มเติม)

.....  
.....

หมายเหตุ - หัวข้อประเมินเฉพาะโรค (disease-specific items) ได้แก่ ข้อ 1 - 12

- การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (importance-rating domains) ได้แก่ ข้อ 13

- การประเมินอาการเจ็บปวดแบบเวกบอล เรตติง สเกล (VRS) ได้แก่ ข้อ 14

- คุณภาพชีวิตชีวิตทั่วไป (general Quality of life) ได้แก่ ข้อ 15 - 17

- คำถามปลายเปิด ได้แก่ ข้อ 18

---

**ส่วนที่ 5 บันทึกข้อมูลทางการแพทย์ เรื่องโรคมะเร็งช่องปากและวิธีการรักษา**


---

ชื่อ สกุลผู้ป่วย.....

1. โรคประจำตัวผู้ป่วย (systemic disease)  ปฏิเสธ/ไม่มี
- Hypertension     Myocardial infarction     DM     Stroke
- Hyperthyroidism     Hepatitis B     Arthritis     COPD
- เป็นมะเร็งที่อวัยวะอื่นนอกจากมะเร็งช่องปาก ได้แก่ มะเร็งชนิด.....ที่อวัยวะ.....
- อื่นๆ (ระบุ).....

**2. ตำแหน่งของเนื้องอก**

- 2.1
- 
- Right side
- 
- Left side
- 
- Both right & left side
- 
- Midline

## 2.2 Location

- Tongue     dorsal     ventral     lateral     base of the tongue
- Lip     upper     lower
- Labial mucosa     upper     lower
- Buccal mucosa
- Gingiva     upper     lower
- anterior     posterior
- Floor of mouth
- Palate     hard palate     soft palate
- Retromolar triangle
- Maxilla
- Mandible
- ตำแหน่งอื่นๆ ได้แก่.....

**3. ชนิดของมะเร็งช่องปาก**

- Squamous cell carcinoma     อื่นๆ ได้แก่.....

4. Histologic grading กรณีเป็น squamous cell carcinoma

- Well differentiated
- Moderately differentiated
- Poorly differentiated
- Undifferentiated

5. Staging T..... N..... M.....

6. วิธีการรักษา

- Surgery
- Radiotherapy
- Chemotherapy
- Surgery + Radiotherapy
- อื่นๆ ได้แก่.....

7. วันที่เข้ารับการรักษา

7.1 กรณี Surgery

วันที่ admitted.....

วันที่ผ่าตัด.....

วันที่ discharge.....

7.2 กรณี Radiotherapy

วันที่เริ่ม.....

วันสุดท้าย.....

ปริมาณรังสีที่ใช้.....

จำนวน.....ครั้ง

7.3 กรณี Chemotherapy/อื่นๆ

วันที่เริ่ม.....

วันสุดท้าย.....

ยาที่ใช้.....

จำนวน.....ครั้ง

8. วิธีการผ่าตัดรอยโรค

- Wide excision
- Marginal resection
- Segmental resection

9. Neck dissection  ไม่ทำ  ทำ ตอบในข้อ 9.1 และ 9.2 ต่อ

9.1 ด้าน  Unilateral  Bilateral

9.2 เทคนิค

Selective neck dissection  Right area.....

Left area.....

Modified radical neck dissection  Right  Left

Radical neck dissection  Right  Left

Extended neck dissection  Right  Left

10. Soft tissue reconstruction

Primary closure

Local flap ชนิดของ flap.....

Pedicle flap ชนิดของ flap.....

Free flap ชนิดของ flap.....

อื่นๆ ได้แก่.....

11. Hard tissue reconstruction  ไม่ทำ  ทำ ตอบในข้อ 11.1 หรือ 11.2 ต่อ

11.1 ชนิดของ bone graft

Non-vascularized bone graft  Vascularized bone graft

11.2 ชนิดของ plate

Reconstruction plate  Miniplate  Titanium mesh

12. ใส obturator  ไม่จำเป็นต้องใส่  จำเป็นต้องใส่  ไม่ได้ใส่

ใส่เรียบร้อยแล้ว

## แบบประเมินสำหรับผู้ป่วยโรคไลเคนพลาเนียในช่องปาก (ทั้งหมด 5 ส่วน)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เหมือนกับแบบประเมินสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยง เหมือนกับแบบประเมินสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก แต่เปลี่ยนชื่อโรคจากมะเร็งช่องปากเป็นโรคไลเคนพลาเนียในช่องปาก

ส่วนที่ 3 อาการเริ่มแรก และอาการสำคัญที่ทำให้มาพบแพทย์ เหมือนกับแบบประเมินสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก แต่เปลี่ยนชื่อโรคจากมะเร็งช่องปากเป็นโรคไลเคนพลาเนียในช่องปาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เหมือนกับแบบประเมินสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก แต่เปลี่ยนชื่อโรคจากมะเร็งช่องปากเป็นโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากใน ข้อ 11. อารมณ์ ข้อ 12. ความวิตกกังวล และข้อ 15. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างก่อนที่จะเป็นโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในปัจจุบัน

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ เฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากมีรายละเอียดดังนี้

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



---

**ส่วนที่ 5 บันทึกข้อมูลทางการแพทย์ เรื่องโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากและวิธีการรักษา**


---

ชื่อ สกุลผู้ป่วย.....HN.....

1. โรคประจำตัวผู้ป่วย (systemic disease)  ปฏิเสธ/ไม่มี
- Hypertension     Myocardial infarction     DM     Stroke
- Hyperthyroidism     Hepatitis B     Arthritis     COPD
- เป็นมะเร็ง ได้แก่ มะเร็งชนิด.....ที่อวัยวะ.....
- อื่นๆ (ระบุ).....

2. ตำแหน่งของรอยโรค

2.1 Side     Unilateral Rt / Lt     Bilateral

2.2 Distribution     Generalize/Multiple     Localize/Single

2.3 Location

Tongue     dorsal     ventral     lateral     base of the tongue

Lip     upper     lower

Labial mucosa     upper     lower

Buccal mucosa

Gingiva     upper     lower  
 anterior     posterior

Floor of mouth

Palate     hard palate     soft palate

Retromolar triangle

ตำแหน่งอื่นๆ ได้แก่.....

3. Symptoms

No symptoms     Pain     Burning sensation     Others.....

## 4. Characteristics

- Reticular       Atrophic       Ulcerative       Plaque  
 Papule       Bullous       Others.....

## 5. Treatment

- TAO 0.1%       FAO 0.1%       FAS 0.1%  
 Clobetasol propionate 0.05%       Dexamethasone 0.05%MW       Fluo-

## Clotrimazole

- Daktarin gel

Others.....

## 6. After treatment

- |                                    |    |    |    |
|------------------------------------|----|----|----|
| <input type="checkbox"/> < 1 year  | CR | PR | NR |
| <input type="checkbox"/> 1-5 years | CR | PR | NR |
| <input type="checkbox"/> > 5 years | CR | PR | NR |

---

CR = complete response      PR = partial response      NR = non response

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลการรักษาผู้ป่วย

เลข ที่	ตำแหน่งรอยโรค	ชนิดของ มะเร็ง	TMN staging	การรักษา			
				การผ่าตัด	การฉายรังสี		เคมีบำบัด
					ครั้ง	cGy	
1	ลิ้น, ฟันช่องปาก	SCC	T2N2cM0	WE + MM +bilateral SOHND + RFF + STSG + tracheostomy	33	6,600	×
2	ลิ้น	SCC	T3N2cM0	near total glossectomy + bilateral MRND + PMM + mandibulotomy + P&S + tracheostomy	เสียชีวิตหลังการผ่าตัด		
3	ลิ้น	SCC	T3N0M0	WE + primary closer	33	6,600	×
4	ฟันช่องปาก, เหงือกของฟันล่าง	SCC	T2N1M0	WE + MM + bilateral SOHND + RFF + STSG + tracheostomy	28	5,600	×
5	ฟันช่องปาก	SCC	T1N0M0	WE + MM + Rt SOHND + Platysmal flap + tracheostomy	30	6,000	×
6	ลิ้น	SCC	T1N2aM0	Rt hemiglossectomy + Rt MND	27	5,400	×
7	ฟันช่องปาก, เหงือกของฟันล่าง	SCC	T4N1M0	WE + SM + P&S + Lt MND + Rt submandibular gland excision + FFF + tracheostomy	33	6,600	×
8	ลิ้น, ทอนซิล	SCC	T4N2bM0	Lt hemiglossectomy + Lt anterior pillar + Lt MRND + PMM + mandibulotomy + P&S + tracheostomy	25	✓	×
9	เหงือกของฟันล่าง, แฉ่งสามเหลี่ยมท้าย ฟันกรามหลัง	SCC	T2N2bM0	WE + SM + primary closer + Rt MRND	33	6,600	×
10	ฟันช่องปาก	SCC	T2N2cM0	WE + MM + primary closer + Rt MRND + Lt SOHND	33	6,600	×
11	ลิ้น	SCC	T1N0M0	WE + primary closer	×		×
12	ลิ้น, ฟันช่องปาก	SCC	T4N2cM0	total glossectomy + MM + bilateral MRND + PMM + STSG + tracheostomy	25	5,500	×
13	ลิ้น	SCC	T2N1M0	Rt hemiglossectomy + Rt MRND	33	6,600	×

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลการรักษาผู้ป่วย (ต่อ)

เลข ที่	ตำแหน่งรอยโรค	ชนิดของ มะเร็ง	TMN staging	การรักษา			เคมี บำบัด
				การผ่าตัด	การฉายรังสี		
					ครั้ง	cGy	
14	ฟันช่องปาก, เหงือกของฟันล่าง	SCC	T4N2cMx	WE + extraction #36, #46 + SM + P&S + bilateral MRND + FFF + tracheostomy	ปฏิเสธการรักษา		×
15	ลิ้น, ฟันช่องปาก	SCC	T3N1M0	WE + Lt MRND + RFF + STSG + tracheostomy	30	✓	×
16	เหงือกของฟันบน/ล่าง, เยื่อเมือกแก้ม, แองซามเหลี่ยมท้าย ฟันกรามหลัง	SCC	T4N1M0	1 <sup>st</sup> WE + MM + Rt MRND + FHF + STSG + tracheostomy 2 <sup>nd</sup> FHF + DPF + STSG	พบปัญหาด้าน ร่างกาย ไม่สามารถ รับการรักษาได้		×
17	เหงือกของฟันบน, เยื่อ เมือกแก้ม	SCC	T2N0M0	WE + extraction #12-17 + alveolectomy + STSG	30	✓	×
18	ริมฝีปากล่าง	SCC	T4N2cM0	WE + NLF + bilateral FND	33	6,600	cisplatin 4 ครั้ง
19	ลิ้น, ฟันช่องปาก	SCC	T4N2cM0	Lt hemiglossectomy + MM + Lt MRND + Rt FND + PMM + tracheostomy	28	6,025	×
20	ลิ้น, ฟันช่องปาก	SCC	T4N2bMx	1 <sup>st</sup> near total glossectomy + Lt MRND + Rt SOHND + PMM + mandibulotomy 2 <sup>nd</sup> debridement + PMM	33	6,600	×
21	ลิ้น, ฟันช่องปาก	SCC	T4N2cMx	1 <sup>st</sup> total glossectomy + SM + bilateral MRND + IFF + mandibulotomy + P&S + tracheostomy 2 <sup>nd</sup> debridement + SCFF + P&S 3 <sup>rd</sup> STSG	30	6,000	×

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลการรักษาผู้ป่วย (ต่อ)

เลข ที่	ตำแหน่งรอยโรค	ชนิดของ มะเร็ง	TMN staging	การรักษา			เคมี บำบัด
				การผ่าตัด	การฉายรังสี		
					ครั้ง	cGy	
22	เพดานแข็ง, เพดานอ่อน	Mucoep. carcinoma	-	WE + obturator	30	6,000	×
23	ลิ้น	SCC	T3N2bMx	near total glossectomy + Rt MRND + Lt SOHND + PMM	33	6,600	cisplatin 3 ครั้ง
24	ลิ้น	SCC	T2N2bMx	Rt hemiglossectomy + Rt MRND	27	✓	×
25	เยื่อเมือกแก้ม, ขากรรไกรล่าง	SCC	T4N1M0	WE + SM + upper alveolectomy + Lt MRND + SCFF + tracheostomy	30	✓	✓
26	ฟันช่องปาก	SCC	T2N0Mx	WE + MM + bilateral SOHND + RFF + STSG	35	7,000	×
27	ลิ้น, ฟันช่องปาก	SCC	T2N0M0	WE + MM + bilateral SOHND + NLF + tracheostomy	28	5,600	×
28	ฟันช่องปาก, เหงือกของฟันล่าง	SCC	T4N2cM0	WE + SM + Lt FND + Rt MRND + SCFF + LDF + tracheostomy	28	5,600	×
29	ลิ้น	SCC	T2N0M0	Rt hemiglossectomy + Rt SND(I-III)	32	6,400	×
30	ลิ้น	SCC	T1N0Mx	Lt hemiglossectomy + Lt SND(I-III)	30	6,000	×
31	ลิ้น, ฟันช่องปาก	SCC	T4N1M0	WE + MM + Rt MRND + RFF + mandibulotomy + P&S + tracheostomy	ปฏิเสธการรักษา		×
32	ลิ้น	SCC	T1N0M0	WE + primary closer + Lt MRND	×		×
33	ลิ้น	SCC	T4N0M0	near total glossectomy + Rt MRND + Lt SND(I-III) + PMM + mandibulotomy + P&S + tracheostomy	33	6,600	×
34	ฟันช่องปาก	SCC	T1N2aM0	1 <sup>st</sup> WE + MM + Rt SND(I-III) + Lt MRND+ platysmal flap + tracheostomy 2 <sup>nd</sup> debridement + tongue flap	28	5,600	×

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลการรักษาผู้ป่วย (ต่อ)

เลข ที่	ตำแหน่งรอยโรค	ชนิดของ มะเร็ง	TMN staging	การรักษา			เคมี บำบัด
				การผ่าตัด	การฉายรังสี		
					ครั้ง	cGy	
35	เหงือกของฟันบน	Synovial Sarcoma	-	Lt nearly total maxillectomy + Rt partial maxillectomy + P&S	31	✓	×
36	ฟันช่องปาก, เหงือกของฟันล่าง	SCC	T2N0M0	WE + MM + Rt SOHND + NLF + + tracheostomy	25	5,000	×
37	เหงือกของฟันล่าง	SCC	T2N1Mx	WE + SM + P&S + FFF	28	5,600	×
38	เยื่อเมือกแก้ม, แฉ่งสามเหลี่ยมท้าย ฟันกรามหลัง, เพดานอ่อน	SCC	T4N2aMx	WE + MM + Lt MRND + PMM + tracheostomy	28	5,040	CBDCA 2 ครั้ง
39	ลิ้น	SCC	T4N2cMx	near total glossectomy + Rt MRND + Lt SOHND + PMM + mandibulotomy + P&S + tracheostomy	33	6,600	×
40	ลิ้น	SCC	T3N2bMx	near total glossectomy + Rt MRND + PMM + mandibulotomy + P&S + tracheostomy	35	7,500	×
41	ฟันช่องปาก	SCC	T4N2cM0	WE + MM + Rt MRND + Lt SND(I-III)+ platysmal flap + mandibulotomy + P&S + tracheostomy	35	✓	×
42	เยื่อเมือกแก้ม, เหงือกของฟันบน	PLGA	-	WE + Lt upper alveolectomy + teeth extraction + Lt MRND + PMM +STSG + tracheostomy	31	6,200	×
43	ลิ้น	SCC	T1N0M0	×	25	5,000 brachytherapy	×

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลการรักษาผู้ป่วย (ต่อ)

เลข ที่	ตำแหน่งรอยโรค	ชนิดของ มะเร็ง	TMN staging	การรักษา			เคมี บำบัด
				การผ่าตัด	การฉายรังสี		
					ครั้ง	cGy	
44	พื้นช่องปาก	SCC	T2N0M0	WE + MM + bilateral SOHND + platysmal flap	35	7,000	✗
45	ลิ้น, พื้นช่องปาก	SCC	T4aN1Mx	near total glossectomy + Rt MRND + anterolateral TFF + mandibulotomy + P&S + tracheostomy	33	6,600	✗
46	ลิ้น, พื้นช่องปาก, เหงือกของฟันล่าง	SCC	T4aN2cM0	1 <sup>st</sup> WE + SM + bilateral SND(I-III) + SCFF + tracheostomy 2 <sup>nd</sup> explore neck + debridement + PMM 3 <sup>rd</sup> debridement + STSG	ปฏิเสธการรักษา		✗
47	พื้นช่องปาก	SCC	T1N0M0	WE + bilateral SOHND + teeth extraction + STSG	30	6,000	✗
48	เยื่อเมือกแก้ม	SCC	T3N2aM0	WE + NLF + Lt MRND	33	6,600	✗
49	เยื่อเมือกแก้ม	SCC	T1N0Mx	WE + MM + primary closer + lip shave	33	6,600	✗
50	เหงือกของฟันล่าง	SCC	T4N2cMx	WE + SM + P&S + Rt MRND + RFF + tracheostomy	✓		✓
51	เหงือกของฟันล่าง	SCC	T2N0M0	WE + primary closer + MM + Lt SOHND + tracheostomy	✓		✗

หมายเหตุ SCC = squamous cell carcinoma Mucoep. carcinoma = Mucoepidermoid carcinoma PLGA = Polymorphous low grade adenocarcinoma

✓ = ได้รับการรักษา แต่ไม่ทราบปริมาณรังสีหรือยาที่ใช้ในเคมีบำบัดเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการรักษาจากศูนย์มะเร็งในต่างจังหวัด ✗ = ไม่ได้รับการรักษาหรือไม่มีในแผนการรักษาในรายชื่อการรักษ

WE = wide excision MM = marginal mandibulectomy SM = segmental mandibulectomy P&S = plate and screw Rt = right Lt = left MRND = modified radical neck dissection

SOHND = supraomohyoid neck dissection SND = selective neck dissection FND = functional neck dissection RFF = radial forearm free flap PMM = pectoralis major myocutaneous flap

FFF = fibula free flap FHF = forehead flap DPF = deltopectoralis flap NLF = nasolabial flap SCFF = scapular free flap IFF = iliac free flap LDFF = latrissimus dorsi free flap

TFF = thigh free flap STSG = split thickness skin graft



ตารางที่ 2 แสดงการกระจายของข้อมูลและคะแนนเฉลี่ยในหมวดหัวข้อเฉพาะโรค (ข้อที่ 1 - 12)

UW-QOL	time*	n	UW-QOL							Mean	SE	95% confidence interval	% Best
			0	25	30	50	70	75	100				
Pain	1	51	1	3		24		17	6	61.8	3.0	55.9 - 67.7	11.8
	2	50	1	1		11		25	12	73.0	3.0	67.1 - 78.9	24.0
	3	34	0	1		5		20	8	75.7	3.1	69.6 - 81.8	23.5
Appearance	1	51	2	5		10		18	16	70.1	3.9	62.5 - 77.7	31.4
	2	50	0	7		9		27	7	67.0	3.2	60.7 - 73.3	14.0
	3	34	0	2		7		24	1	67.7	2.7	62.4 - 73.0	2.9
Activity	1	51	4	0		13		4	30	77.5	4.4	68.9 - 86.1	58.8
	2	50	0	0		14		12	24	80.0	3.0	74.1 - 85.9	48.0
	3	34	0	1		9		10	14	77.2	3.9	69.6 - 84.8	41.2
Recreation	1	51	0	6		3		10	32	83.3	3.6	76.2 - 90.4	62.7
	2	50	0	4		4		17	25	81.5	3.3	75.0 - 88.0	50.0
	3	34	0	2		1		13	18	84.6	3.5	77.7 - 91.5	52.9
Swallowing	1	51	1		1		23		26	83.1	2.9	77.4 - 88.8	51.0
	2	50	4		1		32		13	71.4	3.7	64.1 - 78.7	26
	3	34	2		3		27		2	64.1	3.7	56.8 - 71.4	5.9
Chewing	1	51	7			25			19	61.8	4.8	52.4 - 71.2	37.3
	2	46	12			27			7	44.6	4.7	35.4 - 53.8	15.2
	3	34	13			20			1	32.4	4.7	23.2 - 41.6	2.9
Speech	1	51	0		5		24		22	79.0	3.0	73.1 - 84.9	43.1
	2	50	0		10		34		6	65.6	2.9	59.9 - 71.3	12.0
	3	34	0		3		26		5	70.9	2.9	65.2 - 76.6	14.7
Shoulder	1	51	0		2		8		41	92.6	2.4	87.9 - 97.3	80.4
	2	50	2		9		25		14	68.4	3.9	60.8 - 76.0	28.0
	3	34	0		9		18		7	65.6	4.2	57.4 - 73.8	20.6
Taste	1	51	0		1		3		46	96.8	1.7	93.5 - 100	92.0
	2	46	0		5		6		35	88.5	3.4	81.8 - 95.2	76.1
	3	34	5		20		6		3	38.8	4.8	29.4 - 48.2	8.8
Saliva	1	51	0		1		5		45	95.7	1.8	92.2 - 99.2	88.2
	2	50	0		3		10		37	89.8	2.8	84.3 - 95.3	74.0
	3	34	7		11		10		6	47.9	6.0	36.1 - 59.7	17.6
Mood	1	51	0	7		17		17	10	64.7	3.4	58.0 - 71.4	19.6
	2	50	0	4		18		19	9	66.5	3.1	60.4 - 72.6	18.0
	3	34	0	3		10		16	5	66.9	3.6	59.8 - 74.0	14.7
Anxiety	1	51	2		3		31		15	73.7	3.3	67.2 - 80.2	29.4
	2	50	0		3		28		19	79.0	2.7	73.7 - 84.3	38.0
	3	34	0		3		24		7	72.7	3.1	66.6 - 78.8	20.6

\*time 1 = pretreatment 2 = postoperative treatment 3 = postradiotherapy/chemoradiotherapy  
 0 represents the worst subjective function and 100 represents no subjective deficit. For each domain the table gives the number of patients with each score, the mean and SE of patient scores, and the percentage of patients selecting the best response possible (100). The shaded area denotes values that do not exist for that domain.

ตารางที่ 3 แสดงการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (ข้อที่ 13)

UW-QOL	pretreatment N = 51 case		postoperative treatment N = 50 case		postradiotherapy/ chemoradiotherapy N = 34 case	
	n (%) of patients choosing domain	Rank order	n (%) of patients choosing domain	Rank order	n (%) of patients choosing domain	Rank order
Pain	27 (52.9)	1	9 (18.0)	6=	6 (17.6)	7
Appearance	1 (2.0)	9=	10 (20.0)	5	7 (20.6)	6
Activity	1 (2.0)	9=	3 (6.0)	8	1 (2.9)	10
Recreation	2 (3.9)	8=	None		None	
Swallowing	13 (25.5)	4	15 (30.0)	4	17 (50.0)	2
Chewing	19 (37.3)	2	24 (48.0)	1	16 (47.1)	3
Speech	9 (17.6)	5	9 (18.0)	6=	4 (11.8)	8
Shoulder	2 (3.9)	8=	18 (36.0)	3	10 (29.4)	5
Taste	None		None		11 (32.4)	4
Saliva	16 (31.4)	3	20 (40.0)	2	19 (55.9)	1
Mood	5 (9.8)	7	1 (2.0)	9	2 (5.9)	9=
Anxiety	6 (11.8)	6	4 (8.0)	7	2 (5.9)	9=
	9 patients did not tick any choice.		4 patients did not tick any choice.			

ตารางที่ 4 แสดงการกระจายของข้อมูลและคะแนนเฉลี่ยในหมวดคุณภาพชีวิตทั่วไป  
(ข้อที่ 15 - 17)

UW-QOL	time*	Question scores**						Mean rating
		N	1	2	3	4	5	
A. General health now as compared to one month before developed cancer	1	51	2	31	18	0	0	2.3
	2	50	3	33	10	4	0	2.3
	3	34	5	26	3	0	0	1.9
B. General health now	1	51	0	5	26	18	2	3.3
	2	50	0	1	29	19	1	3.4
	3	34	1	1	19	12	1	3.3
C. Overall quality of life	1	51	0	2	21	13	15	3.8
	2	50	0	2	16	23	8	3.8
	3	34	0	1	12	18	2	3.7

\*time 1 = pretreatment 2 = postoperative treatment 3 = postradiotherapy/chemoradiotherapy  
 \*\*KEY to ratings:  
 A. (1) Much worse (2) Somewhat worse (3) About the same (4) Somewhat better (5) Much better.  
 B. (1) Very Poor (2) Poor (3) Fair (4) Good (5) Very Good (6) Outstanding  
 C. (1) Very Poor (2) Poor (3) Fair (4) Good (5) Very Good (6) Outstanding

## ภาคผนวก ค

## ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. การทดสอบความน่าเชื่อถือภายในของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย จากการศึกษาในรื่องในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก 30 ราย

## RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

## Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
Pain	775.0000	28710.3448	.3547	.7617
Appearance	770.8333	28610.4885	.3671	.7607
Activity	767.5000	26182.3276	.6132	.7359
Recreation	765.8333	25265.6609	.6112	.7323
Swallowing	767.3333	25784.0230	.6759	.7297
Chewing	795.0000	24710.3448	.5145	.7430
Speech	764.0000	27864.4828	.4078	.7565
Shoulder	762.6667	27801.2644	.3325	.7642
Taste	763.3333	27921.2644	.2706	.7728
Saliva	769.0000	25921.3793	.4167	.7564
Mood	777.5000	28561.6379	.2700	.7702
Anxiety	762.0000	29314.8276	.1757	.7801

## Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 12

Alpha = .7717

2. การทดสอบความน่าเชื่อถือภายในของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย  
จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก 50 ราย

#### RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

##### Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
Pain	885.4000	16569.2245	.6542	.7143
Appearance	877.4000	15852.2857	.5337	.7218
Activity	869.4000	14999.6327	.6071	.7097
Recreation	863.9000	15826.8265	.6187	.7115
Swallowing	863.6000	17443.9184	.5698	.7272
Chewing	885.4000	15839.6327	.3991	.7461
Speech	868.4000	16572.8980	.6112	.7173
Shoulder	856.0000	19040.8163	.2029	.7585
Taste	851.6000	19607.5918	.1564	.7604
Saliva	852.8000	20218.5306	-.0299	.7721
Mood	883.9000	18188.0510	.2294	.7607
Anxiety	874.6000	18829.4286	.1373	.7705

##### Reliability Coefficients

N of Cases = 50.0

N of Items = 12

Alpha = .7575

ศูนย์วิทยุทันตกรรม  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. การทดสอบความน่าเชื่อถือที่มีเสถียรภาพของแบบสอบถามด้วยเทคนิคการวัดซ้ำของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทยจากการศึกษาในกลุ่มศึกษาซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก 21 ราย โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ลำดับที่ของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation) 1 หมายถึง การประเมินครั้งที่ 1 ในวันที่ผู้ป่วยเข้าพักในโรงพยาบาล 2 หมายถึง การประเมินครั้งที่ 2 ในวันที่สองของการเข้าพักในโรงพยาบาลก่อนการรักษา

## Nonparametric Correlations

			pain1	pain2
Spearman's rho	pain1	Correlation Coefficient	1.000	.962(**)
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	51	21
	pain2	Correlation Coefficient	.962(**)	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	21	21

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

			appearance1	appearance2
Spearman's rho	appearance1	Correlation Coefficient	1.000	.501(*)
		Sig. (2-tailed)	.	.021
		N	51	21
	appearance2	Correlation Coefficient	.501(*)	1.000
		Sig. (2-tailed)	.021	.
		N	21	21

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

			activity1	activity2
Spearman's rho	activity1	Correlation Coefficient	1.000	.857(**)
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	51	21
	activity2	Correlation Coefficient	.857(**)	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	21	21

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

			recreation1	recreation2
Spearman's rho	recreation1	Correlation Coefficient	1.000	.905(**)
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	51	21
	recreation2	Correlation Coefficient	.905(**)	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	21	21

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

			swallow1	swallow2
Spearman's rho	swallow1	Correlation Coefficient	1.000	.901(**)
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	51	21
	swallow2	Correlation Coefficient	.901(**)	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	21	21

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

			chewing1	chewing2
Spearman's rho	chewing1	Correlation Coefficient	1.000	.904(**)
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	51	21
	chewing2	Correlation Coefficient	.904(**)	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	21	21

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

			speech1	speech2
Spearman's rho	speech1	Correlation Coefficient	1.000	.920(**)
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	51	21
	speech2	Correlation Coefficient	.920(**)	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	21	21

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

			shoulder1	shoulder2
Spearman's rho	shoulder1	Correlation Coefficient	1.000	1.000(**)
		Sig. (2-tailed)	.	.
		N	51	21
	shoulder2	Correlation Coefficient	1.000(**)	1.000
		Sig. (2-tailed)	.	.
		N	21	21

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

			taste1	taste2
Spearman's rho	taste1	Correlation Coefficient	1.000	.
		Sig. (2-tailed)	.	.
		N	50	21
	taste2	Correlation Coefficient	.	1.000
		Sig. (2-tailed)	.	.
		N	21	21

			saliva1	saliva2
Spearman's rho	saliva1	Correlation Coefficient	1.000	.398
		Sig. (2-tailed)	.	.074
		N	51	21
	saliva2	Correlation Coefficient	.398	1.000
		Sig. (2-tailed)	.074	.
		N	21	21

			mood1	mood2
Spearman's rho	mood1	Correlation Coefficient	1.000	.526(*)
		Sig. (2-tailed)	.	.014
		N	51	21
	mood2	Correlation Coefficient	.526(*)	1.000
		Sig. (2-tailed)	.014	.
		N	21	21

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

			anxiety1	anxiety2
Spearman's rho	anxiety1	Correlation Coefficient	1.000	.193
		Sig. (2-tailed)	.	.402
		N	51	21
	anxiety2	Correlation Coefficient	.193	1.000
		Sig. (2-tailed)	.402	.
		N	21	21

			VRS1	VRS2
Spearman's rho	VRS1	Correlation Coefficient	1.000	.867(**)
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	51	21
	VRS2	Correlation Coefficient	.867(**)	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	21	21

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

			คุณภาพชีวิต ปัจจุบันเทียบ กับก่อนเป็น มะเร็ง1	คุณภาพชีวิต ปัจจุบันเทียบ กับก่อนเป็น มะเร็ง2
Spearman's rho	คุณภาพชีวิตปัจจุบัน เทียบกับก่อนเป็นมะเร็ง1	Correlation Coefficient	1.000	.553(**)
		Sig. (2-tailed)	.	.009
		N	51	21
	คุณภาพชีวิตปัจจุบัน เทียบกับก่อนเป็นมะเร็ง2	Correlation Coefficient	.553(**)	1.000
		Sig. (2-tailed)	.009	.
		N	21	21

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



			คุณภาพชีวิตใน ปัจจุบัน1	คุณภาพชีวิต ปัจจุบัน2
Spearman's rho	คุณภาพชีวิตในปัจจุบัน1	Correlation	1.000	.448(*)
		Coefficient		
		Sig. (2-tailed)	.	.042
		N	51	21
<hr/>				
	คุณภาพชีวิตในปัจจุบัน2	Correlation	.448(*)	1.000
		Coefficient		
		Sig. (2-tailed)	.042	.
		N	21	21

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

			คุณภาพชีวิต โดยรวม1	คุณภาพชีวิต โดยรวม2
Spearman's rho	คุณภาพชีวิตโดยรวม1	Correlation	1.000	.208
		Coefficient		
		Sig. (2-tailed)	.	.366
		N	51	21
<hr/>				
	คุณภาพชีวิตโดยรวม2	Correlation	.208	1.000
		Coefficient		
		Sig. (2-tailed)	.366	.
		N	21	21

4. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างหัวข้อ ความเจ็บปวด และ VRS 1 หมายถึง การประเมินในวันผู้ป่วยเข้าพักในโรงพยาบาล

Directional Measures

		Value
Nominal by Interval	Eta	PAIN1 pain1 Dependent .761
		VRS1 VRS1 Dependent .761

## 5. ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากแยกตามเพศ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 ชาย	37	72.5	72.5	72.5
	2 หญิง	14	27.5	27.5	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

## 6. ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากแยกตามกลุ่มอายุ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 น้อยกว่า 65 ปี	36	70.6	70.6	70.6
	2 มากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี	15	29.4	29.4	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

## 7. ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากแยกตามสถานภาพสมรส

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 โสด,หย่า,ม่าย	15	29.4	29.4	29.4
	2 แต่งงาน	36	70.6	70.6	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

## 8. ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากแยกตามระดับการศึกษา

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 น้อยกว่าหรือเท่ากับ ประถม 6	35	68.6	68.6	68.6
	2 มากกว่า/เท่ากับ ม.1	16	31.4	31.4	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

## 9. ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากแยกตามอาชีพ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่ได้ทำงาน	10	19.6	19.6	19.6
1 เกษตร	12	23.5	23.5	43.1
2 รับจ้าง	15	29.4	29.4	72.5
3 พนักงานบริษัท	2	3.9	3.9	76.5
4 ธุรกิจส่วนตัว	10	19.6	19.6	96.1
5 ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	3.9	3.9	100.0
Total	51	100.0	100.0	

## 10. ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากแยกตามอัตรารายได้ขั้นต่ำ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 น้อยกว่า 5,730 บาท	27	52.9	52.9	52.9
1 มากกว่าหรือเท่ากับ 5,730 บาท	24	47.1	47.1	100.0
Total	51	100.0	100.0	

## 11. ค่าอายุ ระยะเวลาการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการเคี้ยวหมาก

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
อายุ (ปี)	51	22	80	55.78	12.120
จำนวนปีที่สูบบุหรี่ก่อนเป็นมะเร็ง	39	3	58	32.59	11.720
ก่อนรักษา จำนวนมวนต่อวัน	35	3	40	13.80	8.163
หลังรักษา จำนวนมวนต่อวัน	1	1	1	1.00	.
จำนวนปีที่ดื่มก่อนเป็นมะเร็ง	40	2	47	26.65	11.508
จำนวนปีที่เคี้ยวก่อนเป็นมะเร็ง	6	2	58	36.50	20.374
Valid N (listwise)	0				

## 12. ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่มีประวัติสูบบุหรี่

## 12.1 ประวัติการสูบบุหรี่ก่อนเป็นมะเร็ง

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 ไม่	12	23.5	23.5	23.5
	1 สูบบางวัน	4	7.8	7.8	31.4
	2 สูบทุกวัน	35	68.7	68.7	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

## 12.2 ประวัติการสูบบุหรี่หลังการรักษา มะเร็งช่องปาก

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 หยุดหลังเป็นมะเร็ง	27	52.9	69.2	69.2
	1 บางวัน	2	3.9	5.1	74.4
	2 ทุกวัน	1	2.0	2.6	76.9
	3 หยุดก่อนเป็นมะเร็ง	9	17.6	23.1	100.0
	Total	39	76.5	100.0	
Missing	System	12	23.5		
Total		51	100.0		

## 13. ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์

## 13.1 ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนเป็นมะเร็ง

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 ไม่	11	21.6	21.6	21.6
	1 ดื่มบางวัน	14	27.4	27.4	49.0
	2 ดื่มทุกวัน	26	51.0	51.0	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

## 13.2 ประวัติการติ่มแอลกอฮอล์หลังการรักษามะเร็งช่องปาก

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 หยุดหลังเป็นมะเร็ง	26	51.0	65.0	65.0
	1 บางวัน	1	2.0	2.5	67.5
	3 หยุดก่อนเป็นมะเร็ง	13	25.5	32.5	100.0
	Total	40	78.4	100.0	
Missing	System	11	21.6		
Total		51	100.0		

## 14. ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่มีประวัติเคี้ยวหมาก

## 14.1 ประวัติการเคี้ยวหมากก่อนเป็นมะเร็ง

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 ไม่	45	88.2	88.2	88.2
	2 เคี้ยวทุกวัน	6	11.8	11.8	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

## 14.2 ประวัติการเคี้ยวหมากหลังการรักษามะเร็งช่องปาก

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 หยุดหลังเป็นมะเร็ง	5	9.8	83.3	83.3
	3 หยุดก่อนเป็นมะเร็ง	1	2.0	16.7	100.0
	Total	6	11.8	100.0	
Missing	System	45	88.2		
Total		51	100.0		

## 15. ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็ง

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	32	62.7	62.7	62.7
1 มะเร็งศีรษะและคอ	6	11.8	11.8	74.5
2 มะเร็งอวัยวะอื่น	13	25.5	25.5	100.0
Total	51	100.0	100.0	

## 16. ค่าระยะเวลาที่พบแพทย์และระยะเวลาที่ได้รับการรักษา

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการถึงพบแพทย์ (วัน)	51	0	2190	198.55	512.603
ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นมะเร็งถึงวันที่รับการรักษา (วัน)	51	13	139	53.39	27.191
Valid N (listwise)	51				

## 17. ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากแยกตามชนิดของมะเร็ง

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 SCCA	48	94.1	94.1	94.1
2 mucoepidermoid CA	1	2.0	2.0	96.1
3 synovial sarcoma	1	2.0	2.0	98.0
4 polymorphous adenocarcinoma	1	2.0	2.0	100.0
Total	51	100.0	100.0	

## 18. ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากแยกตามเกรดติงทางจุลวิทยาของมะเร็งเซลล์สควมัส

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 no report	1	2.0	2.1	2.1
	1 WD	30	58.8	62.5	64.6
	2 MD	17	33.3	35.4	100.0
	Total	48	94.1	100.0	
Missing	System	3	5.9		
Total		51	100.0		

## 19. ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากแยกตามระยะทางคลินิก

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 no report	3	5.9	5.9	5.9
	1 stage I	5	9.8	9.8	15.7
	2 stage II	6	11.8	11.8	27.5
	3 stage III	4	7.8	7.8	35.3
	4 stage IV	29	56.9	56.9	92.2
	5 unidentified	4	7.8	7.8	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

## 20. ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากแยกตามวิธีการรักษา

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 surgery	2	3.9	3.9	3.9
	2 surgery+RT	29	56.9	56.9	60.8
	3 surgery+RT+Chemotherapy	4	7.8	7.8	68.6
	4 brachytherapy	1	2.0	2.0	70.6
	5 incomplected treatment	15	29.4	29.4	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

21. การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากจำนวน 50 ราย ระหว่างก่อน และหลังผ่าตัด

### 21.1 ค่าระยะเวลาในการสัมภาษณ์

#### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ระยะเวลาหลังการผ่าตัด ขณะสัมภาษณ์	50	25	49	36.18	5.851
Valid N (listwise)	50				

21.2 การเปรียบเทียบในหัวข้อที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 คะแนน และเฉลี่ยหัวข้อที่ 1- 12

#### 21.2.1 การเปรียบเทียบในหัวข้อที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

	pain2 - pain1	swallow2 - swallow1	chewing2 - chewing1	speech2 - speech1	shoulder2 - shoulder1
Z	-2.931 <sup>(a)</sup>	-2.377 <sup>(b)</sup>	-2.785 <sup>(b)</sup>	-3.124 <sup>(b)</sup>	-4.447 <sup>(b)</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.003	.017	.005	.002	.000

#### Wilcoxon Signed Ranks Test

a Based on negative ranks.

b Based on positive ranks.



## 21.2.2 คะแนนเฉลี่ยหัวข้อที่ 1- 12 (1 = preoperative 2 = postoperative)

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pain1	50	0	100	61.50	21.553
pain2	50	0	100	73.00	21.333
appearance1	50	0	100	69.50	27.798
appearance2	50	25	100	67.00	22.269
activity1	50	0	100	77.00	31.477
activity2	50	50	100	80.00	21.429
recreation1	50	25	100	83.00	25.971
recreation2	50	25	100	81.50	23.041
swallowing1	50	0	100	82.80	20.607
swallowing2	50	0	100	71.40	25.873
chewing1	46	0	100	60.87	34.822
chewing2	46	0	100	44.57	32.021
speech1	50	30	100	78.60	21.760
speech2	50	30	100	65.60	20.420
shoulder1	50	30	100	92.40	16.971
shoulder2	50	0	100	68.40	27.357
taste1	45	30	100	97.11	11.989
taste2	45	30	100	89.78	21.478
saliva1	50	30	100	95.60	13.118
saliva2	50	30	100	89.80	19.430
mood1	50	25	100	64.50	24.270
mood2	50	25	100	66.50	21.789
anxiety1	50	0	100	73.80	23.638
anxiety2	50	30	100	79.00	19.086
คะแนนรวม 12 ข้อ 1	50	425	1175	929.50	158.694
คะแนนรวม 12 ข้อ 2	50	555	1200	864.60	153.416
VRS1	50	0	10	3.66	2.847
VRS2	50	0	10	2.28	2.259
Valid N (listwise)	45				

## 21.3 การเปรียบเทียบคะแนนรวมหัวข้อที่ 1 – 12 และข้อที่ 14 VRS

21.3.1 การทดสอบการกระจายของข้อมูลของคะแนนรวมหัวข้อที่ 1 – 12 และข้อที่ 14 VRS

## One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		ก่อนผ่าตัด คะแนนรวม 12 ข้อ	หลังผ่าตัด คะแนนรวม 12 ข้อ	VRS1	VRS2
N		50	50	50	50
Normal Parameters <sup>(a,b)</sup>	Mean	929.50	864.60	3.66	2.28
	Std. Deviation	158.694	153.416	2.847	2.259
Most Extreme Differences	Absolute	.117	.062	.200	.275
	Positive	.062	.056	.200	.275
	Negative	-.117	-.062	-.115	-.156
Kolmogorov-Smirnov Z		.825	.439	1.415	1.941
Asymp. Sig. (2-tailed)		.503	.990	.037	.001

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

VRS = verbal rating scale

1 = preoperative 2 = postoperative

## 21.3.2 การเปรียบเทียบคะแนนรวมหัวข้อที่ 1 – 12

## T-Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2- tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 ก่อนผ่าตัด คะแนนรวม 12 ข้อ - หลังผ่าตัด คะแนนรวม 12 ข้อ	64.90	142.164	20.105	24.50	105.30	3.228	49	.002

## Paired Samples Test

## 21.3.3 การเปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวดข้อที่ 14 VRS

## Wilcoxon Signed Ranks Test

	VRS2 - VRS1
Z	-2.975 <sup>(a)</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.003

a. Based on positive ranks.

1 = preoperative 2 = postoperative

## 21.4 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในหัวข้อที่13

## 21.4.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่เลือกหัวข้อที่เป็นปัญหา

## อาการเจ็บปวด 1 ก่อนการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	23	46.0	46.0	46.0
1 เล็ก	27	54.0	54.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## อาการเจ็บปวด 2 หลังการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	41	82.0	82.0	82.0
1 เล็ก	9	18.0	18.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## รูปร่างใบหน้าภายนอก 1 ก่อนการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	49	98.0	98.0	98.0
1 เล็ก	1	2.0	2.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## รูปร่างใบหน้าภายนอก 2 หลังการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	40	80.0	80.0	80.0
1 เล็ก	10	20.0	20.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 1 ก่อนการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	49	98.0	98.0	98.0
1 เลื่อน	1	2.0	2.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 2 หลังการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	47	94.0	94.0	94.0
1 เลื่อน	3	6.0	6.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## การทำกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ 1 ก่อนการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	48	96.0	96.0	96.0
1 เลื่อน	2	4.0	4.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## การทำกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ 2 หลังการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	50	100.0	100.0	100.0

## การกลืน 1 ก่อนการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	37	74.0	74.0	74.0
1 เลื่อน	13	26.0	26.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## การกลืน 2 หลังการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	35	70.0	70.0	70.0
1 เล็ก	15	30.0	30.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## การเคี้ยว 1 ก่อนการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	31	62.0	62.0	62.0
1 เล็ก	19	38.0	38.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## การเคี้ยว 2 หลังการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	26	52.0	52.0	52.0
1 เล็ก	24	48.0	48.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## การพูดหรือออกเสียง 1 ก่อนการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	41	82.0	82.0	82.0
1 เล็ก	9	18.0	18.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## การพูดหรือออกเสียง 2 หลังการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	41	82.0	82.0	82.0
1 เล็ก	9	18.0	18.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## ไหล่ 1 ก่อนการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	48	96.0	96.0	96.0
1 เล็ก	2	4.0	4.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## ไหล่ 2 หลังการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	32	64.0	64.0	64.0
1 เล็ก	18	36.0	36.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## การรู้รสชาติอาหาร 1 ก่อนการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	50	100.0	100.0	100.0

## การรู้รสชาติอาหาร 2 หลังการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	50	100.0	100.0	100.0

## ปริมาณน้ำลาย 1 ก่อนการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	34	68.0	68.0	68.0
1 น้อย	1	2.0	2.0	70.0
2 มาก	15	30.0	30.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## ปริมาณน้ำลาย 2 หลังการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	30	60.0	60.0	60.0
1 น้อย	4	8.0	8.0	68.0
2 มาก	16	32.0	32.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## อารมณ์ 1 ก่อนการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	45	90.0	90.0	90.0
1 เลือק	5	10.0	10.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## อารมณ์ 2 หลังการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	49	98.0	98.0	98.0
1 เลือק	1	2.0	2.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## ความวิตกกังวล 1 ก่อนการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	44	88.0	88.0	88.0
1 เลือק	6	12.0	12.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## ความวิตกกังวล 2 หลังการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	46	92.0	92.0	92.0
1 เลือק	4	8.0	8.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	



21.4.2 การเปรียบเทียบการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (1 = ก่อนผ่าตัด 2 = หลังผ่าตัด)

#### Chi-Square Tests

อาการเจ็บปวด 2 \* อาการเจ็บปวด 1 Crosstabulation

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		.000 <sup>(a)</sup>
N of Valid Cases	50	

a Binomial distribution used.

รูปร่างใบหน้าภายนอก 2 \* รูปร่างใบหน้าภายนอก 1 Crosstabulation

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		.012 <sup>(a)</sup>
N of Valid Cases	50	

a Binomial distribution used.

ไหล่ 2 \* ไหล่ 1 Crosstabulation

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		.000 <sup>(a)</sup>
N of Valid Cases	50	

a Binomial distribution used.

21.5 หมวดคุณภาพชีวิตทั่วไป ข้อที่ 15 – 17 สถิติเชิงพรรณนาแสดงร้อยละของผู้ป่วยในแต่ละข้อ

ข้อที่ 15 คุณภาพชีวิตปัจจุบันเทียบกับก่อนเป็นมะเร็ง (ก่อนผ่าตัด)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 much worse	2	4.0	4.0	4.0
2 somewhat worse	31	62.0	62.0	66.0
3 about the same	17	34.0	34.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

ข้อที่ 15 คุณภาพชีวิตปัจจุบันเทียบกับก่อนเป็นมะเร็ง (หลังผ่าตัด)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 much worse	3	6.0	6.0	6.0
2 somewhat worse	33	66.0	66.0	72.0
3 about the same	10	20.0	20.0	92.0
4 somewhat better	4	8.0	8.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

ข้อที่ 16 คุณภาพชีวิตในปัจจุบัน (ก่อนผ่าตัด)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2 poor	5	10.0	10.0	10.0
3 fair	26	52.0	52.0	62.0
4 good	17	34.0	34.0	96.0
5 very good	2	4.0	4.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

ข้อที่ 16 คุณภาพชีวิตในปัจจุบัน (หลังผ่าตัด)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2 poor	1	2.0	2.0	2.0
3 fair	29	58.0	58.0	60.0
4 good	19	38.0	38.0	98.0
5 very good	1	2.0	2.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## ข้อที่ 17 คุณภาพชีวิตโดยรวม (ก่อนผ่าตัด)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2 poor	2	4.0	4.0	4.0
3 fair	21	42.0	42.0	46.0
4 good	13	26.0	26.0	72.0
5 very good	14	28.0	28.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## ข้อที่ 17 คุณภาพชีวิตโดยรวม (หลังผ่าตัด)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2 poor	2	4.0	4.0	4.0
3 fair	16	32.0	32.0	36.0
4 good	23	46.0	46.0	82.0
5 very good	8	16.0	16.0	98.0
6 outstanding	1	2.0	2.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## 21.6 หัวข้อคำถามปลายเปิด ข้อที่ 18

## ตอบแบบประเมิน 1 ก่อนการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	7	14.0	14.0	14.0
1 เล็ก	43	86.0	86.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## ตอบแบบประเมิน 2 หลังการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	13	26.0	26.0	26.0
1 เลือก	37	74.0	74.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## ความวิตกกังวล 1 ก่อนการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	31	62.0	62.0	62.0
1 เลือก	19	38.0	38.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## ความวิตกกังวล 2 หลังการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	31	62.0	62.0	62.0
1 เลือก	19	38.0	38.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## อาการผิดปกติ 1 ก่อนการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	40	80.0	80.0	80.0
1 เลือก	10	20.0	20.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## อาการผิดปกติ 2 หลังการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	36	72.0	72.0	72.0
1 เล็ก	14	28.0	28.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## ปัญหาค่าใช้จ่าย 1 ก่อนการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	40	80.0	80.0	80.0
1 เล็ก	10	20.0	20.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## ปัญหาค่าใช้จ่าย 2 หลังการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	44	88.0	88.0	88.0
1 เล็ก	6	12.0	12.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## ปัญหาด้านครอบครัว 1 ก่อนการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	42	84.0	84.0	84.0
1 เล็ก	8	16.0	16.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

ปัญหาด้านครอบครัว 2 หลังการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	46	92.0	92.0	92.0
1 เล็ก	4	8.0	8.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

ปัญหาระบบบริการในโรงพยาบาล 1 ก่อนการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	49	98.0	98.0	98.0
1 เล็ก	1	2.0	2.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

ปัญหาระบบบริการในโรงพยาบาล 2 หลังการผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	50	100.0	100.0	100.0

22. การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด  
จำนวน 29 ราย ระหว่างก่อน และหลังฉายรังสี

22.1 ค่าระยะเวลาในการสัมภาษณ์

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ระยะเวลาหลังฉายรังสีขณะ สัมภาษณ์	29	25	54	38.07	7.186
Valid N (listwise)	29				

22.2 การเปรียบเทียบในหัวข้อที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และคะแนนเฉลี่ยจากหัวข้อที่ 1- 12

22.2.1 การเปรียบเทียบในหัวข้อที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

Wilcoxon Signed Ranks Test

	speech2 - speech1	taste2 - taste1	saliva2 - saliva1
Z	-2.070 <sup>(a)</sup>	-3.881 <sup>(b)</sup>	-4.000 <sup>(b)</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.038	.000	.000

a Based on negative ranks.

b Based on positive ranks.

1 = pre radiation 2 = post radiation

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 22.2.2 คะแนนเฉลี่ยหัวข้อที่ 1- 12 (1 = pre radiation 2 = post radiation)

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pain1	29	0	100	71.55	23.834
pain2	29	25	100	77.59	18.108
appearance1	29	25	100	65.52	20.500
appearance2	29	25	100	67.24	16.507
activity1	29	50	100	75.86	21.633
activity2	29	50	100	80.17	20.463
recreation1	29	25	100	76.72	25.818
recreation2	29	25	100	84.48	18.193
swallowing1	29	0	100	70.00	24.495
swallowing2	29	0	100	66.90	18.536
chewing1	27	0	100	38.89	28.868
chewing2	27	0	100	31.48	28.244
speech1	29	30	100	65.17	18.052
speech2	29	30	100	71.38	15.521
shoulder1	29	0	100	64.83	29.353
shoulder2	29	30	100	65.17	25.017
taste1	27	30	100	81.48	27.555
taste2	27	0	100	37.04	28.395
saliva1	29	30	100	87.93	20.595
saliva2	29	0	100	50.34	35.202
mood1	29	25	100	62.93	19.618
mood2	29	25	100	68.10	22.056
anxiety1	29	30	100	73.10	19.658
anxiety2	29	30	100	71.03	18.194
คะแนนรวม 12 ข้อ 1	29	585	1200	825.69	140.812
คะแนนรวม 12 ข้อ 2	29	505	1000	766.21	123.286
VRS1	29	0	10	2.55	2.572
VRS2	29	0	10	2.41	2.413
Valid N (listwise)	27				



## 22.3 การเปรียบเทียบคะแนนรวมหัวข้อที่ 1 – 12

## 22.3.1 การทดสอบการกระจายของข้อมูลของคะแนนรวมหัวข้อที่ 1 – 12

## One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		ก่อนฉายแสง คะแนนรวม 12 ข้อ	หลังฉายแสง คะแนนรวม 12 ข้อ
N		29	29
Normal Parameters <sup>(a,b)</sup>	Mean	825.69	766.21
	Std. Deviation	140.812	123.286
Most Extreme Differences	Absolute	.131	.068
	Positive	.131	.061
	Negative	-.097	-.068
Kolmogorov-Smirnov Z		.703	.366
Asymp. Sig. (2-tailed)		.706	.999

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

## 22.3.2 การเปรียบเทียบคะแนนรวมหัวข้อที่ 1 – 12

## T-Test

## Paired Samples Test

Pair	ก่อนฉายแสง คะแนนรวม 12 - หลังฉายแสง คะแนนรวม 12	Paired Differences					t	df	Sig. (2- tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
1		59.48	126.747	23.536	11.27	107.69	2.527	28	.017

22.4 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในหัวข้อที่13 แสดงร้อยละของผู้ป่วยที่เลือกหัวข้อที่เป็นปัญหา

อาการเจ็บปวด 1 ก่อนฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	24	82.8	82.8	82.8
1 เล็ก	5	17.2	17.2	100.0
Total	29	100.0	100.0	

อาการเจ็บปวด 2 หลังฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	24	82.8	82.8	82.8
1 เล็ก	5	17.2	17.2	100.0
Total	29	100.0	100.0	

รูปร่างใบหน้าภายนอก 1 ก่อนฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	22	75.9	75.9	75.9
1 เล็ก	7	24.1	24.1	100.0
Total	29	100.0	100.0	

รูปร่างใบหน้าภายนอก 2 หลังฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	22	75.9	75.9	75.9
1 เล็ก	7	24.1	24.1	100.0
Total	29	100.0	100.0	

## การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 1 ก่อนฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	28	96.6	96.6	96.6
1 เล็ก	1	3.4	3.4	100.0
Total	29	100.0	100.0	

## การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 2 หลังฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	29	100.0	100.0	100.0

## การทำกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ 1 ก่อนฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	29	100.0	100.0	100.0

## การทำกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ 2 หลังฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	29	100.0	100.0	100.0

## การกลืน 1 ก่อนฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	20	69.0	69.0	69.0
1 เล็ก	9	31.0	31.0	100.0
Total	29	100.0	100.0	

## การกลืน 2 หลังฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	15	51.7	51.7	51.7
1 เล็ก	14	48.3	48.3	100.0
Total	29	100.0	100.0	

## การเคี้ยว 1 ก่อนฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	16	55.2	55.2	55.2
1 เลือก	13	44.8	44.8	100.0
Total	29	100.0	100.0	

## การเคี้ยว 2 หลังฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	17	58.6	58.6	58.6
1 เลือก	12	41.4	41.4	100.0
Total	29	100.0	100.0	

## การพูดหรือออกเสียง 1 ก่อนฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	23	79.3	79.3	79.3
1 เลือก	6	20.7	20.7	100.0
Total	29	100.0	100.0	

## การพูดหรือออกเสียง 2 หลังฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	26	89.7	89.7	89.7
1 เลือก	3	10.3	10.3	100.0
Total	29	100.0	100.0	

## ไหล่ 1 ก่อนฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	18	62.1	62.1	62.1
1 เลือก	11	37.9	37.9	100.0
Total	29	100.0	100.0	

## ไหล่ 2 หลังฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	20	69.0	69.0	69.0
1 เล็ก	9	31.0	31.0	100.0
Total	29	100.0	100.0	

## การรู้รสชาติอาหาร 1 ก่อนฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	29	100.0	100.0	100.0

## การรู้รสชาติอาหาร 2 หลังฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	18	62.1	62.1	62.1
1 เล็ก	11	37.9	37.9	100.0
Total	29	100.0	100.0	

## ปริมาณน้ำลาย 1 ก่อนฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	16	55.2	55.2	55.2
1 น้อย	3	10.3	10.3	65.5
2 มาก	8	27.6	27.6	93.1
3 เหนียว	2	6.9	6.9	100.0
Total	29	100.0	100.0	

## ปริมาณน้ำลาย 2 หลังฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	14	48.3	48.3	48.3
1 น้อย	10	34.5	34.5	82.8
2 มาก	3	10.3	10.3	93.1
3 เหนียว	2	6.9	6.9	100.0
Total	29	100.0	100.0	

## อารมณ์ 1 ก่อนฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	28	96.6	96.6	96.6
1 เล็ก	1	3.4	3.4	100.0
Total	29	100.0	100.0	

## อารมณ์ 2 หลังฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	27	93.1	93.1	93.1
1 เล็ก	2	6.9	6.9	100.0
Total	29	100.0	100.0	

## ความวิตกกังวล 1 ก่อนฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	28	96.6	96.6	96.6
1 เล็ก	1	3.4	3.4	100.0
Total	29	100.0	100.0	

## ความวิตกกังวล 2 หลังฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	27	93.1	93.1	93.1
1 เล็ก	2	6.9	6.9	100.0
Total	29	100.0	100.0	

## 22.5 หมวดคุณภาพชีวิตทั่วไป ข้อที่ 15 - 17

## 22.5.1 การเปรียบเทียบข้อ 15 คุณภาพชีวิตปัจจุบันเทียบกับก่อนเป็นมะเร็ง

## Wilcoxon Signed Ranks Test

	คุณภาพชีวิตปัจจุบันเทียบกับก่อนเป็นมะเร็ง2 - คุณภาพชีวิตปัจจุบันเทียบกับก่อนเป็นมะเร็ง1
Z	-1.999(b)
Asymp. Sig. (2-tailed)	.046

1 = pre radiation 2 = post radiation

## 22.5.2 ร้อยละของผู้ป่วยในแต่ละข้อ

## ข้อที่ 15 คุณภาพชีวิตปัจจุบันเทียบกับก่อนเป็นมะเร็ง (ก่อนฉายรังสี)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 much worse	3	10.3	10.3	10.3
2 somewhat worse	20	69.0	69.0	79.3
3 about the same	3	10.3	10.3	89.7
4 somewhat better	3	10.3	10.3	100.0
Total	29	100.0	100.0	

ข้อที่ 15 คุณภาพชีวิตปัจจุบันเทียบกับก่อนเป็นมะเร็ง (หลังฉายรังสี)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 much worse	5	17.2	17.2	17.2
	2 somewhat worse	21	72.4	72.4	89.7
	3 about the same	3	10.3	10.3	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

ข้อที่ 16 คุณภาพชีวิตในปัจจุบัน (ก่อนฉายรังสี)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2 poor	1	3.4	3.4	3.4
	3 fair	18	62.1	62.1	65.5
	4 good	9	31.0	31.0	96.6
	5 very good	1	3.4	3.4	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

ข้อที่ 16 คุณภาพชีวิตในปัจจุบัน (หลังฉายรังสี)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 very poor	1	3.4	3.4	3.4
	2 poor	1	3.4	3.4	6.9
	3 fair	17	58.6	58.6	65.5
	4 good	10	34.5	34.5	100.0
	Total	29	100.0	100.0	



ข้อที่ 17 คุณภาพชีวิตโดยรวม (ก่อนฉายรังสี)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2 poor	1	3.4	3.4	3.4
3 fair	9	31.0	31.0	34.5
4 good	15	51.7	51.7	86.2
5 very good	3	10.3	10.3	96.6
6 outstanding	1	3.4	3.4	100.0
Total	29	100.0	100.0	

ข้อที่ 17 คุณภาพชีวิตโดยรวม (หลังฉายรังสี)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2 poor	1	3.4	3.4	3.4
3 fair	12	41.4	41.4	44.8
4 good	14	48.3	48.3	93.1
5 very good	2	6.9	6.9	100.0
Total	29	100.0	100.0	

## 22.6 หัวข้อคำถามปลายเปิด ข้อที่ 18

ตอบแบบประเมิน 1 ก่อนฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	6	20.7	20.7	20.7
1 เล็ก	23	79.3	79.3	100.0
Total	29	100.0	100.0	

## ตอบแบบประเมิน 2 หลังฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	6	20.7	20.7	20.7
1 เล็ก	23	79.3	79.3	100.0
Total	29	100.0	100.0	

## ความวิตกกังวล1 ก่อนฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	16	55.2	55.2	55.2
1 เล็ก	13	44.8	44.8	100.0
Total	29	100.0	100.0	

## ความวิตกกังวล 2 หลังฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	13	44.8	44.8	44.8
1 เล็ก	16	55.2	55.2	100.0
Total	29	100.0	100.0	

## อาการผิดปกติ 1 ก่อนฉายรังสี

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	21	72.4	72.4	72.4
1 เล็ก	8	27.6	27.6	100.0
Total	29	100.0	100.0	

## อาการผิดปกติ 2 หลังฉายรังสี

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 ไม่	20	69.0	69.0	69.0
	1 เล็ก	9	31.0	31.0	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

## ปัญหาค่าใช้จ่าย1 ก่อนฉายรังสี

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 ไม่	26	89.7	89.7	89.7
	1 เล็ก	3	10.3	10.3	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

## ปัญหาค่าใช้จ่าย 2 หลังฉายรังสี

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 ไม่	28	96.6	96.6	96.6
	1 เล็ก	1	3.4	3.4	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

## ปัญหาด้านครอบครัว 1 ก่อนฉายรังสี

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 ไม่	26	89.7	89.7	89.7
	1 เล็ก	3	10.3	10.3	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

ปัญหาด้านครอบครัว 2 หลังฉายรังสี

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 ไม่	29	100.0	100.0	100.0

23. การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากจำนวน 36 ราย ระหว่างก่อน และหลังการรักษาทั้งหมด

23.1 ค่าระยะเวลาในการสัมภาษณ์

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ระยะเวลาหลังการรักษา ขณะสัมภาษณ์	36	25	60	39.36	8.852
Valid N (listwise)	36				

23.2 ผลการเปรียบเทียบในหัวข้อที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และ คะแนนเฉลี่ยจากหัวข้อที่ 1- 12

23.2.1 การเปรียบเทียบในหัวข้อที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

Wilcoxon Signed Ranks Test

	pain2 - pain1	swallow2 - swallow1	chewing2 - chewing1	shoulder2 - shoulder1	taste2- taste1	saliva2 saliva1
Z	-3.112 <sup>(a)</sup>	-3.268 <sup>(b)</sup>	-3.530 <sup>(b)</sup>	-4.396 <sup>(b)</sup>	-4.916 <sup>(b)</sup>	-4.693 <sup>(b)</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002	.001	.000	.000	.000	.000

a Based on negative ranks.

b Based on positive ranks.

1 = pre treatment 2 = post treatment

## 23.2.2 คะแนนเฉลี่ยหัวข้อที่ 1- 12 (1 = pre treatment 2 = post treatment)

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pain1	36	0	100	63.19	20.254
pain2	36	25	100	77.08	18.298
appearance1	36	0	100	72.92	26.305
appearance2	36	25	100	68.75	16.229
activity score1	36	0	100	81.25	28.893
activity score2	36	25	100	78.47	22.482
recreation score1	36	25	100	84.03	25.462
recreation score2	36	25	100	85.42	20.156
swallow1	36	0	100	83.89	20.740
swallow2	36	0	100	66.11	22.460
chewing1	36	0	100	61.11	34.040
chewing2	36	0	100	36.11	30.732
speech1	36	30	100	79.17	20.891
speech2	36	30	100	71.67	16.987
shoulder1	36	30	100	91.39	16.415
shoulder4	36	30	100	66.67	24.611
taste1	35	70	100	98.29	7.065
taste2	35	0	100	43.43	30.384
saliva1	36	30	100	95.56	14.029
saliva2	36	0	100	50.00	35.376
mood1	36	25	100	63.89	24.960
mood2	36	25	100	68.06	21.223
anxiety1	36	0	100	72.22	24.970
anxiety2	36	30	100	73.33	18.205
คะแนนรวม 12 ข้อ 1	36	425	1175	944.17	150.354
คะแนนรวม 12 ข้อ 2	36	500	1200	783.89	154.592
VRS1	36	0	10	3.64	2.696
VRS2	36	0	10	2.31	2.291
Valid N (listwise)	35				

## 23.3 การเปรียบเทียบคะแนนรวมหัวข้อที่ 1 – 12 และข้อที่ 14 VRS

23.3.1 การทดสอบการกระจายของข้อมูลของคะแนนรวมหัวข้อที่ 1 – 12 และข้อที่ 14 VRS

## One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		ก่อนรักษา คะแนนรวม 12 ข้อ	หลังรักษา คะแนนรวม 12 ข้อ	VRS1	VRS2
N		36	36	36	36
Normal Parameters <sup>(a,b)</sup>	Mean	944.17	783.89	3.64	2.31
	Std. Deviation	150.354	154.592	2.696	2.291
Most Extreme Differences	Absolute	.107	.087	.173	.214
	Positive	.090	.087	.173	.214
	Negative	-.107	-.078	-.108	-.157
Kolmogorov-Smirnov Z		.642	.524	1.037	1.285
Asymp. Sig. (2-tailed)		.804	.946	.232	.073

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

1 = pre treatment    2 = post treatment

## 23.3.2 การเปรียบเทียบคะแนนรวมหัวข้อที่ 1 – 12 และข้อที่ 14 VRS

## T-Test

## Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	ก่อนรักษา คะแนนรวม 12 ข้อ – หลังรักษา คะแนนรวม 12 ข้อ	160.28	152.193	25.366	108.78	211.77	6.319	35	.000
Pair 2	VRS1 – VRS2	1.33	2.869	.478	.36	2.30	2.789	35	.008

## 23.4 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในหัวข้อที่13 แสดงร้อยละของผู้ป่วยที่เลือก

## 23.4.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่เลือกหัวข้อที่เป็นปัญหา

## อาการเจ็บปวด 1 ก่อนรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	16	44.4	44.4	44.4
1 เล็ก	20	55.6	55.6	100.0
Total	36	100.0	100.0	

## อาการเจ็บปวด 2 หลังรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	30	83.3	83.3	83.3
1 เล็ก	6	16.7	16.7	100.0
Total	36	100.0	100.0	

## รูปร่างใบหน้าภายนอก 1 ก่อนรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	35	97.2	97.2	97.2
1 เล็ก	1	2.8	2.8	100.0
Total	36	100.0	100.0	

## รูปร่างใบหน้าภายนอก 2 หลังรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	28	77.8	77.8	77.8
1 เล็ก	8	22.2	22.2	100.0
Total	36	100.0	100.0	

## การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 1 ก่อนรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	35	97.2	97.2	97.2
1 เล็ก	1	2.8	2.8	100.0
Total	36	100.0	100.0	

## การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 2 หลังรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	35	97.2	97.2	97.2
1 เล็ก	1	2.8	2.8	100.0
Total	36	100.0	100.0	



## การทำกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ 1 ก่อนรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	35	97.2	97.2	97.2
1 เล็ก	1	2.8	2.8	100.0
Total	36	100.0	100.0	

## การทำกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ 2 หลังรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	36	100.0	100.0	100.0

## การกลืน 1 ก่อนรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	29	80.6	80.6	80.6
1 เล็ก	7	19.4	19.4	100.0
Total	36	100.0	100.0	

## การกลืน 2 หลังรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	19	52.8	52.8	52.8
1 เล็ก	17	47.2	47.2	100.0
Total	36	100.0	100.0	

## การเคี้ยว 1 ก่อนรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	21	58.3	58.3	58.3
1 เล็ก	15	41.7	41.7	100.0
Total	36	100.0	100.0	

## การเคี้ยว 2 หลังรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	20	55.6	55.6	55.6
1 เลือก	16	44.4	44.4	100.0
Total	36	100.0	100.0	

## การพูดหรือออกเสียง 1 ก่อนรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	28	77.8	77.8	77.8
1 เลือก	8	22.2	22.2	100.0
Total	36	100.0	100.0	

## การพูดหรือออกเสียง 2 หลังรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	32	88.9	88.9	88.9
1 เลือก	4	11.1	11.1	100.0
Total	36	100.0	100.0	

## ไหล่ 1 ก่อนรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	34	94.4	94.4	94.4
1 เลือก	2	5.6	5.6	100.0
Total	36	100.0	100.0	

## ไหล่ 2 หลังรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	25	69.4	69.4	69.4
1 เลือก	11	30.6	30.6	100.0
Total	36	100.0	100.0	

## การรู้รสชาติอาหาร 1 ก่อนรักษา

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 ไม่	36	100.0	100.0	100.0

## การรู้รสชาติอาหาร 2 หลังรักษา

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 ไม่	25	69.4	69.4	69.4
	1 เล็ก	11	30.6	30.6	100.0
	Total	36	100.0	100.0	

## ปริมาณน้ำลาย 1 ก่อนรักษา

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 ไม่	27	75.0	75.0	75.0
	2 มาก	9	25.0	25.0	100.0
	Total	36	100.0	100.0	

## ปริมาณน้ำลาย 2 หลังรักษา

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 ไม่	17	47.2	47.2	47.2
	1 น้อย	14	38.9	38.9	86.1
	2 มาก	3	8.3	8.3	94.4
	3 เหนียว	2	5.6	5.6	100.0
	Total	36	100.0	100.0	

## อารมณ์ 1 ก่อนรักษา

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 ไม่	31	86.1	86.1	86.1
	1 เล็ก	5	13.9	13.9	100.0
	Total	36	100.0	100.0	

## อารมณ์ 2 หลังรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	34	94.4	94.4	94.4
1 เลือ	2	5.6	5.6	100.0
Total	36	100.0	100.0	

## ความวิตกกังวล 1 ก่อนรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	31	86.1	86.1	86.1
1 เลือ	5	13.9	13.9	100.0
Total	36	100.0	100.0	

## ความวิตกกังวล 2 หลังรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	34	94.4	94.4	94.4
1 เลือ	2	5.6	5.6	100.0
Total	36	100.0	100.0	

23.4.2 การเปรียบเทียบการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (1 = ก่อนรักษา 2 = หลังรักษา)

## Chi-Square Tests

อาการเจ็บปวด 2 \* อาการเจ็บปวด 1 Crosstabulation

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		.003 <sup>(a)</sup>
N of Valid Cases	36	

a Binomial distribution used.

รูปร่างใบหน้าภายนอก 2 \* รูปร่างใบหน้าภายนอก 1 Crosstabulation

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		.039 <sup>(a)</sup>
N of Valid Cases	36	

a Binomial distribution used.

การกลืน 2 \* การกลืน 1 Crosstabulation

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		.031 <sup>(a)</sup>
N of Valid Cases	36	

a Binomial distribution used.

ไหล่ 2 \* ไหล่ 1 Crosstabulation

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		.004 <sup>(a)</sup>
N of Valid Cases	36	

a Binomial distribution used.

ปริมาณน้ำลาย 2 \* ปริมาณน้ำลาย 1 Crosstabulation

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		.031 <sup>(a)</sup>
N of Valid Cases	36	

a Binomial distribution used.

## 23.5 หมวดคุณภาพชีวิตทั่วไป ข้อที่ 15 - 17

## 23.5.1 การเปรียบเทียบข้อ 15 คุณภาพชีวิตปัจจุบันเทียบกับก่อนเป็นมะเร็ง

	คุณภาพชีวิตปัจจุบันเทียบกับก่อนเป็นมะเร็ง2 – คุณภาพชีวิตปัจจุบันเทียบกับก่อนเป็นมะเร็ง1
Z	-2.183(b)
Asymp. Sig. (2-tailed)	.029

## Wilcoxon Signed Ranks Test

1 = pre treatment 2 = post treatment

## 23.5.2 ร้อยละของผู้ป่วยในแต่ละข้อ

ข้อที่ 15 คุณภาพชีวิตปัจจุบันเทียบกับก่อนเป็นมะเร็ง (ก่อนรักษา)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 much worse	1	2.8	2.8	2.8
2 somewhat worse	24	66.7	66.7	69.4
3 about the same	11	30.6	30.6	100.0
Total	36	100.0	100.0	

ข้อที่ 15 คุณภาพชีวิตปัจจุบันเทียบกับก่อนเป็นมะเร็ง (หลังรักษา)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 much worse	5	13.9	13.9	13.9
2 somewhat worse	26	72.2	72.2	86.1
3 about the same	4	11.1	11.1	97.2
4 somewhat better	1	2.8	2.8	100.0
Total	36	100.0	100.0	

ข้อที่ 16 คุณภาพชีวิตในปัจจุบัน (ก่อนรักษา)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2 poor	2	5.6	5.6	5.6
	3 fair	20	55.6	55.6	61.1
	4 good	13	36.1	36.1	97.2
	5 very good	1	2.8	2.8	100.0
	Total	36	100.0	100.0	

ข้อที่ 16 คุณภาพชีวิตในปัจจุบัน (หลังรักษา)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 very poor	1	2.8	2.8	2.8
	2 poor	1	2.8	2.8	5.6
	3 fair	19	52.8	52.8	58.3
	4 good	14	38.9	38.9	97.2
	5 very good	1	2.8	2.8	100.0
	Total	36	100.0	100.0	

ข้อที่ 17 คุณภาพชีวิตโดยรวม (ก่อนรักษา)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2 poor	2	5.6	5.6	5.6
	3 fair	16	44.4	44.4	50.0
	4 good	11	30.6	30.6	80.6
	5 very good	7	19.4	19.4	100.0
	Total	36	100.0	100.0	

## ข้อที่ 17 คุณภาพชีวิตโดยรวม (หลังรักษา)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2 poor	1	2.8	2.8	2.8
3 fair	12	33.3	33.3	36.1
4 good	19	52.8	52.8	88.9
5 very good	3	8.3	8.3	97.2
6 outstanding	1	2.8	2.8	100.0
Total	36	100.0	100.0	

## 23.6 หัวข้อคำถามปลายเปิด หัวข้อที่ 18

## ตอบแบบประเมิน 1 ก่อนรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	4	11.1	11.1	11.1
1 เลือก	32	88.9	88.9	100.0
Total	36	100.0	100.0	

## ตอบแบบประเมิน 2 หลังรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	8	22.2	22.2	22.2
1 เลือก	28	77.8	77.8	100.0
Total	36	100.0	100.0	



## ความวิตกกังวล 1 ก่อนรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	21	58.3	58.3	58.3
1 เล็ก	15	41.7	41.7	100.0
Total	36	100.0	100.0	

## ความวิตกกังวล 2 หลังรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	18	50.0	50.0	50.0
1 เล็ก	18	50.0	50.0	100.0
Total	36	100.0	100.0	

## อาการผิปกติ 1 ก่อนรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	29	80.6	80.6	80.6
1 เล็ก	7	19.4	19.4	100.0
Total	36	100.0	100.0	

## อาการผิปกติ 2 หลังรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	26	72.2	72.2	72.2
1 เล็ก	10	27.8	27.8	100.0
Total	36	100.0	100.0	

## ปัญหาค่าใช้จ่าย 1 ก่อนรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	28	77.8	77.8	77.8
1 เล็ก	8	22.2	22.2	100.0
Total	36	100.0	100.0	

## ปัญหาค่าใช้จ่าย 2 หลังรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	33	91.7	91.7	91.7
1 เล็ก	3	8.3	8.3	100.0
Total	36	100.0	100.0	

## ปัญหาด้านครอบครัว 1 ก่อนรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	31	86.1	86.1	86.1
1 เล็ก	5	13.9	13.9	100.0
Total	36	100.0	100.0	

## ปัญหาด้านครอบครัว 2 หลังรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	36	100.0	100.0	100.0

## ปัญหาระบบบริการในโรงพยาบาล 1 ก่อนรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	35	97.2	97.2	97.2
1 เล็ก	1	2.8	2.8	100.0
Total	36	100.0	100.0	

## ปัญหาระบบบริการในโรงพยาบาล 2 หลังรักษา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ไม่	36	100.0	100.0	100.0

24. การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพก่อนการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ระหว่างผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี จำนวน 36 ราย และผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี จำนวน 15 ราย

24.1 การเปรียบเทียบในหัวข้อที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

## Mann-Whitney Test

Test Statistics<sup>(a)</sup>

	pain	swallow	speech
Mann-Whitney U	170.500	180.500	173.500
Wilcoxon W	836.500	846.500	839.500
Z	-2.222	-2.100	-2.210
Asymp. Sig. (2-tailed)	.026	.036	.027
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]			

a Grouping Variable: อายุ

## 24.2 คะแนนเฉลี่ยของหัวข้อที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

อายุ			pain	swallow	speech
1 น้อยกว่า 65 ปี	N	Valid	36	36	36
		Missing	0	0	0
	Mean	56.94	79.44	75.83	
	Std. Deviation	19.467	21.902	19.621	
2 มากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี	N	Valid	15	15	15
		Missing	0	0	0
	Mean	73.33	92.00	86.67	
	Std. Deviation	22.093	13.732	25.261	

25. การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพก่อนการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ระหว่างระหว่างผู้ป่วยที่อยู่กับคู่สมรส จำนวน 36 ราย กับผู้ป่วยที่ไม่มีหรือไม่ได้อยู่กับคู่สมรส จำนวน 15 ราย

## 25.1 การเปรียบเทียบในหัวข้อที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

## Mann-Whitney Test

Test Statistics<sup>(a)</sup>

	activity
Mann-Whitney U	172.500
Wilcoxon W	292.500
Z	-2.283
Asymp. Sig. (2-tailed)	.022

a. Grouping Variable: สถานภาพสมรส

## 25.2 คะแนนเฉลี่ยของหัวข้อที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

สถานภาพสมรส			activity
1 โสด,หย่า,ม่าย	N	Valid	15
		Missing	0
	Mean		65.00
	Std. Deviation		29.580
2 แต่งงาน	N	Valid	36
		Missing	0
	Mean		82.64
	Std. Deviation		30.949

26. การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพก่อนการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ระหว่างผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยกว่าอัตราค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำ (น้อยกว่า 5,730 บาทต่อเดือน) จำนวน 27 ราย กับผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่าหรือเท่ากับอัตราค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำ (มากกว่าหรือเท่ากับ 5,730 บาทต่อเดือน) จำนวน 24 ราย

## 26.1 การเปรียบเทียบในหัวข้อที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

## Mann-Whitney Test

Test Statistics<sup>(a)</sup>

	appearance	activity	chewing	anxiety
Mann-Whitney U	207.000	225.000	214.000	219.500
Wilcoxon W	585.000	603.000	592.000	519.500
Z	-2.306	-2.116	-2.281	-2.277
Asymp. Sig. (2-tailed)	.021	.034	.023	.023
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]				

a Grouping Variable: รายได้

## 26.2 คะแนนเฉลี่ยของหัวข้อที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

รายได้			appearance	activity	chewing	anxiety
0 น้อยกว่า 5,730 บาท	N	Valid	27	27	27	27
		Missing	0	0	0	0
	Mean	62.04	69.44	51.85	79.26	
	Std. Deviation	28.054	33.493	32.467	24.007	
1 มากกว่า หรือเท่ากับ 5,730 บาท	N	Valid	24	24	24	24
		Missing	0	0	0	0
	Mean	79.17	86.46	72.92	67.50	
	Std. Deviation	25.181	26.559	32.900	21.518	

27. การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพก่อนการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ระหว่างผู้ป่วยที่มีขนาดเนื้องอกกลุ่ม T1, T2 จำนวน 23 ราย กับผู้ป่วยที่มีขนาดเนื้องอกกลุ่ม T3, T4 จำนวน 25 ราย

27.1 ผลการเปรียบเทียบในหัวข้อที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และ คะแนนเฉลี่ยจากหัวข้อที่ 1 - 12

27.1.1 การเปรียบเทียบในหัวข้อที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

## Mann-Whitney Test

Test Statistics<sup>(a)</sup>

	pain	appearance	activity	swallow	chewing	speech
Mann-Whitney U	99.500	193.000	174.000	126.500	136.000	130.000
Wilcoxon W	424.500	518.000	499.000	451.500	461.000	455.000
Z	-4.188	-2.030	-2.675	-3.764	-3.436	-3.596
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.042	.007	.000	.001	.000

a Grouping Variable: Tumor size (T staging)

## 27.1.2 คะแนนเฉลี่ยหัวข้อที่ 1 - 12

Tumor size(T staging)		pain	appearance	activity	recreation	swallowing	chewing	speech
T1, T2	N Valid	23	23	23	23	23	23	23
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
	Mean	73.91	79.35	91.30	90.22	93.48	78.26	89.13
	Median	75.00	75.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
	Std. Deviation	15.951	22.172	17.851	22.283	12.652	25.343	18.565
	Minimum	50	50	50	25	70	50	30
	Maximum	100	100	100	100	100	100	100
T3, T4	N Valid	25	25	25	25	25	25	25
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
	Mean	50.00	61.00	66.00	78.00	72.80	44.00	68.40
	Median	50.00	75.00	75.00	100.00	70.00	50.00	70.00
	Std. Deviation	19.094	31.524	36.714	28.247	22.083	33.292	20.347
	Minimum	0	0	0	25	0	0	30
	Maximum	100	100	100	100	100	100	100

Tumor size(T staging)		shoulder	taste	saliva	mood	anxiety	VRS
T1, T2	N Valid	23	23	23	23	23	23
	Missing	0	0	0	0	0	0
	Mean	95.65	98.70	94.35	69.57	70.00	2.65
	Median	100.00	100.00	100.00	75.00	70.00	2.00
	Std. Deviation	15.616	6.255	16.467	24.951	27.634	2.102
	Minimum	30	70	30	25	0	0
	Maximum	100	100	100	100	100	7
T3, T4	N Valid	25	24	25	25	25	25
	Missing	0	1	0	0	0	0
	Mean	90.00	94.58	96.40	60.00	76.40	4.64
	Median	100.00	100.00	100.00	50.00	70.00	4.00
	Std. Deviation	18.028	16.146	9.950	21.651	19.765	3.174
	Minimum	30	30	70	25	30	0
	Maximum	100	100	100	100	100	10

## 27.2 การเปรียบเทียบคะแนนรวมหัวข้อที่ 1 – 12 และข้อที่ 14 VRS

## 27.2.1 การทดสอบการกระจายของข้อมูลของคะแนนรวมหัวข้อที่ 1 – 12 และข้อที่ 14 VRS

## One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

Tumor size (T staging)		composite12 domains	VRS
1 T1, T2	N	23	23
	Normal Parameters <sup>(a,b)</sup>		
	Mean	1023.91	2.65
	Std. Deviation	111.681	2.102
	Most Extreme Differences		
	Absolute	.209	.274
	Positive	.090	.274
	Negative	-.209	-.172
	Kolmogorov-Smirnov Z	1.001	1.314
	Asymp. Sig. (2-tailed)	.269	.063
2 T3, T4	N	25	25
	Normal Parameters <sup>(a,b)</sup>		
	Mean	853.80	4.64
	Std. Deviation	159.016	3.174
	Most Extreme Differences		
	Absolute	.098	.117
	Positive	.075	.117
	Negative	-.098	-.095
	Kolmogorov-Smirnov Z	.489	.586
	Asymp. Sig. (2-tailed)	.971	.882

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.



## 27.2.2 การเปรียบเทียบคะแนนรวมหัวข้อที่ 1 – 12 และข้อที่ 14 VRS

## T-Test

## Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
composite domains	Equal variances assumed	2.000	.164	4.254	46	.000	170.11	39.991	89.616	250.610
	Equal variances not assumed			4.316					43.114	.000
VRS	Equal variances assumed	4.709	.035	-2.534	46	.015	-1.99	.784	-3.567	-.409
	Equal variances not assumed			-2.577					41.942	.014

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 27.3 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในหัวข้อที่13

## 27.3.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่เลือกหัวข้อที่เป็นปัญหา

## อาการเจ็บปวด

Tumor size (T staging)				Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 T1, T2	Valid	0 ไม่		16	69.6	69.6	69.6
		1 เล็ก		7	30.4	30.4	100.0
		Total		23	100.0	100.0	
2 T3, T4	Valid	0 ไม่		7	28.0	28.0	28.0
		1 เล็ก		18	72.0	72.0	100.0
		Total		25	100.0	100.0	

## การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

Tumor size (T staging)				Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 T1, T2	Valid	0 ไม่		22	95.7	95.7	95.7
		1 เล็ก		1	4.3	4.3	100.0
		Total		23	100.0	100.0	
2 T3, T4	Valid	0 ไม่		25	100.0	100.0	100.0

## การทำกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ

Tumor size (T staging)				Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 T1, T2	Valid	0 ไม่		23	100.0	100.0	100.0
2 T3, T4	Valid	0 ไม่		23	92.0	92.0	92.0
		1 เล็ก		2	8.0	8.0	100.0
		Total		25	100.0	100.0	

## การกลืน

Tumor size (T staging)				Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 T1, T2	Valid	0 ไม่		22	95.7	95.7	95.7
		1 เล็ก		1	4.3	4.3	100.0
		Total		23	100.0	100.0	
2 T3, T4	Valid	0 ไม่		13	52.0	52.0	52.0
		1 เล็ก		12	48.0	48.0	100.0
		Total		25	100.0	100.0	

## การเคี้ยว

Tumor size (T staging)				Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 T1, T2	Valid	0 ไม่		14	60.9	60.9	60.9
		1 เล็ก		9	39.1	39.1	100.0
		Total		23	100.0	100.0	
2 T3, T4	Valid	0 ไม่		15	60.0	60.0	60.0
		1 เล็ก		10	40.0	40.0	100.0
		Total		25	100.0	100.0	

## การพูดหรือออกเสียง

Tumor size (T staging)				Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 T1, T2	Valid	0 ไม่		20	87.0	87.0	87.0
		1 เล็ก		3	13.0	13.0	100.0
		Total		23	100.0	100.0	
2 T3, T4	Valid	0 ไม่		19	76.0	76.0	76.0
		1 เล็ก		6	24.0	24.0	100.0
		Total		25	100.0	100.0	

## ไหล่

Tumor size (T staging)				Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 T1, T2	Valid	0 ไม่		22	95.7	95.7	95.7
		1 เล็ก		1	4.3	4.3	100.0
		Total		23	100.0	100.0	
2 T3, T4	Valid	0 ไม่		24	96.0	96.0	96.0
		1 เล็ก		1	4.0	4.0	100.0
		Total		25	100.0	100.0	

## ปริมาณน้ำลาย

Tumor size (T staging)				Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 T1, T2	Valid	0 ไม่		20	87.0	87.0	87.0
		1 เล็ก		3	13.0	13.0	100.0
		Total		23	100.0	100.0	
2 T3, T4	Valid	0 ไม่		14	56.0	56.0	56.0
		1 เล็ก		11	44.0	44.0	100.0
		Total		25	100.0	100.0	

## อารมณ์

Tumor size (T staging)				Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 T1, T2	Valid	0 ไม่		20	87.0	87.0	87.0
		1 เล็ก		3	13.0	13.0	100.0
		Total		23	100.0	100.0	
2 T3, T4	Valid	0 ไม่		23	92.0	92.0	92.0
		1 เล็ก		2	8.0	8.0	100.0
		Total		25	100.0	100.0	

## ความวิตกกังวล

Tumor size (T staging)				Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 T1, T2	Valid	0 ไม่		20	87.0	87.0	87.0
		1 เล็ก		3	13.0	13.0	100.0
		Total		23	100.0	100.0	
2 T3, T4	Valid	0 ไม่		23	92.0	92.0	92.0
		1 เล็ก		2	8.0	8.0	100.0
		Total		25	100.0	100.0	

## 27.3.2 การเปรียบเทียบการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

## Chi-Square Tests

เจ็บปวด\*Tumor size (T staging)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.293(b)	1	.004		
Continuity Correction(a)	6.711	1	.010		
Likelihood Ratio	8.544	1	.003		
Fisher's Exact Test				.009	.004
Linear-by-Linear Association	8.120	1	.004		
N of Valid Cases	48				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.02.

## กลิ่น\*Tumor size (T staging)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11.559(b)	1	.001		
Continuity Correction(a)	9.454	1	.002		
Likelihood Ratio	13.228	1	.000		
Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by-Linear Association	11.318	1	.001		
N of Valid Cases	48				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.23.

## น้ำตาล\*Tumor size (T staging)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	5.557(b)	1	.018		
Continuity Correction(a)	4.159	1	.041		
Likelihood Ratio	5.841	1	.016		
Fisher's Exact Test				.027	.019
Linear-by-Linear Association	5.441	1	.020		
N of Valid Cases	48				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.71.

## 27.4 หมวดคุณภาพชีวิตทั่วไป ข้อที่ 15 – 17

ข้อที่ 15 คุณภาพชีวิตปัจจุบันเทียบกับก่อนเป็นมะเร็ง

Tumor size (T staging)			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
T1, T2	Valid	2 somewhat worse	13	56.5	56.5	56.5
		3 about the same	10	43.5	43.5	100.0
		Total	23	100.0	100.0	
	T3, T4	Valid	1 much worse	2	8.0	8.0
2 somewhat worse			17	68.0	68.0	76.0
3 about the same			6	24.0	24.0	100.0
Total		25	100.0	100.0		

ข้อที่ 16 คุณภาพชีวิตในปัจจุบัน

Tumor size (T staging)			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
T1, T2	Valid	2 poor	1	4.3	4.3	4.3
		3 fair	12	52.2	52.2	56.5
		4 good	8	34.8	34.8	91.3
		5 very good	2	8.7	8.7	100.0
	Total	23	100.0	100.0		
T3, T4	Valid	2 poor	4	16.0	16.0	16.0
		3 fair	14	56.0	56.0	72.0
		4 good	7	28.0	28.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0		

## ข้อที่ 17 คุณภาพชีวิตโดยรวม

Tumor size(T staging)			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
T1, T2	Valid	3 fair	11	47.8	47.8	47.8
		4 good	6	26.1	26.1	73.9
		5 very good	6	26.1	26.1	100.0
		Total	23	100.0	100.0	
T3, T4	Valid	2 poor	2	8.0	8.0	8.0
		3 fair	10	40.0	40.0	48.0
		4 good	5	20.0	20.0	68.0
		5 very good	8	32.0	32.0	100.0
		Total	25	100.0	100.0	

## 27.5 หัวข้อคำถามปลายเปิด หัวข้อที่ 18

## 27.5.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ตอบแบบประเมิน

## ตอบแบบประเมิน

Tumor size (T staging)			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 T1, T2	Valid	0 ไม่	5	21.7	21.7	21.7
		1 เล็ก	18	78.3	78.3	100.0
		Total	23	100.0	100.0	
2 T3, T4	Valid	0 ไม่	3	12.0	12.0	12.0
		1 เล็ก	22	88.0	88.0	100.0
		Total	25	100.0	100.0	



## ความวิตกกังวล

Tumor size (T staging)				Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 T1, T2	Valid	0 ไม่		11	47.8	47.8	47.8
		1 เล็ก		12	52.2	52.2	100.0
		Total		23	100.0	100.0	
2 T3, T4	Valid	0 ไม่		20	80.0	80.0	80.0
		1 เล็ก		5	20.0	20.0	100.0
		Total		25	100.0	100.0	

## อาการผิดปกติ

Tumor size (T staging)				Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 T1, T2	Valid	0 ไม่		22	95.7	95.7	95.7
		1 เล็ก		1	4.3	4.3	100.0
		Total		23	100.0	100.0	
2 T3, T4	Valid	0 ไม่		16	64.0	64.0	64.0
		1 เล็ก		9	36.0	36.0	100.0
		Total		25	100.0	100.0	

## ปัญหาค่าใช้จ่าย

Tumor size (T staging)				Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 T1, T2	Valid	0 ไม่		20	87.0	87.0	87.0
		1 เล็ก		3	13.0	13.0	100.0
		Total		23	100.0	100.0	
2 T3, T4	Valid	0 ไม่		18	72.0	72.0	72.0
		1 เล็ก		7	28.0	28.0	100.0
		Total		25	100.0	100.0	

## ปัญหาด้านครอบครัว

Tumor size (T staging)				Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 T1, T2	Valid	0 ไม่		22	95.7	95.7	95.7
		1 เล็ก		1	4.3	4.3	100.0
		Total		23	100.0	100.0	
2 T3, T4	Valid	0 ไม่		19	76.0	76.0	76.0
		1 เล็ก		6	24.0	24.0	100.0
		Total		25	100.0	100.0	

## ปัญหาระบบบริการในโรงพยาบาล

Tumor size (T staging)				Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 T1, T2	Valid	0 ไม่		22	95.7	95.7	95.7
		1 เล็ก		1	4.3	4.3	100.0
		Total		23	100.0	100.0	
2 T3, T4	Valid	0 ไม่		25	100.0	100.0	100.0

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

27.5.2 หัวข้อคำตอบระหว่างกลุ่ม T1, T2 และกลุ่ม T3, T4 ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

#### Chi-Square Tests

ความวิตกกังวล\* Tumor size (T staging)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.421(b)	1	.020		
Continuity Correction(a)	4.106	1	.043		
Likelihood Ratio	5.537	1	.019		
Fisher's Exact Test				.034	.021
Linear-by-Linear Association	5.308	1	.021		
N of Valid Cases	48				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.15.

อาการผิดปกติ\* Tumor size (T staging)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.277(b)	1	.007		
Continuity Correction(a)	5.484	1	.019		
Likelihood Ratio	8.229	1	.004		
Fisher's Exact Test				.011	.008
Linear-by-Linear Association	7.125	1	.008		
N of Valid Cases	48				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.79.



## 28.1.2 คะแนนเฉลี่ยของหัวข้อ 1 – 12 (ต่อ)

stage 1,2 - 3,4			shoulder	taste	saliva	mood	anxiety	VRS
stage 1,2	N	Valid	11	11	11	11	11	11
		Missing	0	0	0	0	0	0
		Mean	93.64	100.00	90.91	77.27	68.18	2.64
		Median	100.00	100.00	100.00	75.00	70.00	2.00
		Std. Deviation	21.106	.000	22.115	20.780	36.556	2.063
		Minimum	30	100	30	25	0	1
		Maximum	100	100	100	100	100	7
stage 3,4	N	Valid	33	32	33	33	33	33
		Missing	0	1	0	0	0	0
		Mean	92.42	95.00	97.27	61.36	75.76	4.33
		Median	100.00	100.00	100.00	50.00	70.00	4.00
		Std. Deviation	16.208	14.811	8.758	22.613	17.859	3.028
		Minimum	30	30	70	25	30	0
		Maximum	100	100	100	100	100	10

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 28.2 การเปรียบเทียบคะแนนรวมหัวข้อที่ 1 – 12

## 28.2.1 การทดสอบการกระจายของข้อมูลของคะแนนรวมหัวข้อที่ 1 – 12

## One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

stage 1,2 - 3,4		composite 12 domains
1	stage1,2 N	11
	Normal Parameters <sup>(a,b)</sup> Mean	1041.82
	Std. Deviation	130.715
	Most Extreme Absolute Differences	.298
	Positive	.154
	Negative	-.298
	Kolmogorov-Smirnov Z	.987
	Asymp. Sig. (2-tailed)	.284
2	stage3,4 N	33
	Normal Parameters <sup>(a,b)</sup> Mean	886.52
	Std. Deviation	156.592
	Most Extreme Absolute Differences	.099
	Positive	.090
	Negative	-.099
	Kolmogorov-Smirnov Z	.568
	Asymp. Sig. (2-tailed)	.903

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

## 28.2.2 การเปรียบเทียบคะแนนรวมหัวข้อที่ 1 – 12

## T-Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
composite domains	Equal variances assumed	.391	.535	2.957	42	.005	155.30	52.514	49.326	261.280
	Equal variances not assumed			3.241	20.397	.004	155.30	47.920	55.467	255.139

## Independent Samples Test

## 28.3 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในหัวข้อที่13

## 28.3.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่เลือกหัวข้อที่เป็นปัญหา

## อาการเจ็บปวด

stage 1, 2 - 3, 4		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 stage 1,2	Valid 0 ไม่เลือก	7	63.6	63.6	63.6
	1 เลือก	4	36.4	36.4	100.0
	Total	11	100.0	100.0	
2 stage 3,4	Valid 0 ไม่เลือก	12	36.4	36.4	36.4
	1 เลือก	21	63.6	63.6	100.0
	Total	33	100.0	100.0	

## การทำกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ

stage 1, 2 - 3, 4			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 stage 1,2	Valid	0 ไม่	11	100.0	100.0	100.0
2 stage 3,4	Valid	0 ไม่	31	93.9	93.9	93.9
		1 เล็ก	2	6.1	6.1	100.0
		Total	33	100.0	100.0	

## การกลืน

stage 1, 2 - 3, 4			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 stage 1,2	Valid	0 ไม่	11	100.0	100.0	100.0
2 stage 3,4	Valid	0 ไม่	20	60.6	60.6	60.6
		1 เล็ก	13	39.4	39.4	100.0
		Total	33	100.0	100.0	

## การเคี้ยว

stage 1, 2 - 3, 4			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 stage 1,2	Valid	0 ไม่	7	63.6	63.6	63.6
		1 เล็ก	4	36.4	36.4	100.0
		Total	11	100.0	100.0	
2 stage 3,4	Valid	0 ไม่	18	54.5	54.5	54.5
		1 เล็ก	15	45.5	45.5	100.0
		Total	33	100.0	100.0	



## การพูดหรือออกเสียง

stage 1, 2 - 3, 4			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 stage 1, 2	Valid	0 ไม่	9	81.8	81.8	81.8
		1 เลื่อน	2	18.2	18.2	100.0
		Total	11	100.0	100.0	
2 stage 3, 4	Valid	0 ไม่	26	78.8	78.8	78.8
		1 เลื่อน	7	21.2	21.2	100.0
		Total	33	100.0	100.0	

## ไหล

stage 1, 2 - 3, 4			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 stage1, 2	Valid	0 ไม่	11	100.0	100.0	100.0
		Total				
2 stage3, 4	Valid	0 ไม่	32	97.0	97.0	97.0
		1 เลื่อน	1	3.0	3.0	100.0
		Total	33	100.0	100.0	

## ปริมาณน้ำลาย

stage 1, 2 - 3, 4			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 stage1,2	Valid	0 ไม่	9	81.8	81.8	81.8
		1 เลื่อน	2	18.2	18.2	100.0
		Total	11	100.0	100.0	
2 stage3,4	Valid	0 ไม่	22	66.7	66.7	66.7
		1 เลื่อน	11	33.3	33.3	100.0
		Total	33	100.0	100.0	

## อารมณ์

stage 1, 2 - 3, 4			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 stage1,2	Valid	0 ไม่	9	81.8	81.8	81.8
		1 เลื่อน	2	18.2	18.2	100.0
		Total	11	100.0	100.0	
2 stage3,4	Valid	0 ไม่	31	93.9	93.9	93.9
		1 เลื่อน	2	6.1	6.1	100.0
		Total	33	100.0	100.0	

## ความวิตกกังวล

stage 1, 2 - 3, 4			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 stage1,2	Valid	0 ไม่	9	81.8	81.8	81.8
		1 เลื่อน	2	18.2	18.2	100.0
		Total	11	100.0	100.0	
2 stage3,4	Valid	0 ไม่	30	90.9	90.9	90.9
		1 เลื่อน	3	9.1	9.1	100.0
		Total	33	100.0	100.0	

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 28.3.2 การเปรียบเทียบการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

## Chi-Square Tests

กลิ่น\* stage 1, 2 - 3, 4

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.151(b)	1	.013		
Continuity Correction(a)	4.404	1	.036		
Likelihood Ratio	9.161	1	.002		
Fisher's Exact Test				.019	.011
Linear-by-Linear Association	6.011	1	.014		
N of Valid Cases	44				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.25.

## 28.4 หมวดคุณภาพชีวิตทั่วไป ข้อที่ 15 - 17

ข้อที่ 15 คุณภาพชีวิตปัจจุบันเทียบกับก่อนเป็นมะเร็ง

stage 1, 2 - 3, 4			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
stage1,2	Valid	2 somewhat worse	6	54.5	54.5	54.5
		3 about the same	5	45.5	45.5	100.0
	Total	11	100.0	100.0		
stage3,4	Valid	1 much worse	2	6.1	6.1	6.1
		2 somewhat worse	22	66.7	66.7	72.7
		3 about the same	9	27.3	27.3	100.0
		Total	33	100.0	100.0	

ข้อที่ 16 คุณภาพชีวิตในปัจจุบัน

stage 1, 2 - 3, 4			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
stage1,2	Valid	2 poor	1	9.1	9.1	9.1
		3 fair	4	36.4	36.4	45.5
		4 good	4	36.4	36.4	81.8
		5 very good	2	18.2	18.2	100.0
		Total	11	100.0	100.0	
stage3,4	Valid	2 poor	4	12.1	12.1	12.1
		3 fair	20	60.6	60.6	72.7
		4 good	9	27.3	27.3	100.0
		Total	33	100.0	100.0	

ข้อที่ 17 คุณภาพชีวิตโดยรวม

stage 1, 2 - 3, 4			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
stage1,2	Valid	3 fair	4	36.4	36.4	36.4
		4 good	3	27.3	27.3	63.6
		5 very good	4	36.4	36.4	100.0
		Total	11	100.0	100.0	
stage3,4	Valid	2 poor	2	6.1	6.1	6.1
		3 fair	14	42.4	42.4	48.5
		4 good	7	21.2	21.2	69.7
		5 very good	10	30.3	30.3	100.0
		Total	33	100.0	100.0	

## 28.5 หัวข้อคำถามปลายเปิด หัวข้อที่ 18

## ตอบแบบประเมิน

stage 1, 2 - 3, 4				Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 stage1,2	Valid	0 ไม่		3	27.3	27.3	27.3
		1 เลือก		8	72.7	72.7	100.0
		Total		11	100.0	100.0	
2 stage3,4	Valid	0 ไม่		4	12.1	12.1	12.1
		1 เลือก		29	87.9	87.9	100.0
		Total		33	100.0	100.0	

## ความวิตกกังวล

stage 1, 2 - 3, 4				Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 stage1,2	Valid	0 ไม่		5	45.5	45.5	45.5
		1 เลือก		6	54.5	54.5	100.0
		Total		11	100.0	100.0	
2 stage3,4	Valid	0 ไม่		22	66.7	66.7	66.7
		1 เลือก		11	33.3	33.3	100.0
		Total		33	100.0	100.0	

## อาการผิดปกติ

stage 1, 2 - 3, 4				Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 stage1,2	Valid	0 ไม่		11	100.0	100.0	100.0
2 stage3,4	Valid	0 ไม่		24	72.7	72.7	72.7
		1 เลือก		9	27.3	27.3	100.0
		Total		33	100.0	100.0	

## ปัญหาค่าใช้จ่าย

stage 1, 2 - 3, 4				Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 stage1,2	Valid	0 ไม่		10	90.9	90.9	90.9
		1 เลื่อน		1	9.1	9.1	100.0
		Total		11	100.0	100.0	
2 stage3,4	Valid	0 ไม่		25	75.8	75.8	75.8
		1 เลื่อน		8	24.2	24.2	100.0
		Total		33	100.0	100.0	

## ปัญหาด้านครอบครัว

stage 1, 2 - 3, 4				Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 stage1,2	Valid	0 ไม่		10	90.9	90.9	90.9
		1 เลื่อน		1	9.1	9.1	100.0
		Total		11	100.0	100.0	
2 stage3,4	Valid	0 ไม่		27	81.8	81.8	81.8
		1 เลื่อน		6	18.2	18.2	100.0
		Total		33	100.0	100.0	

## ปัญหาระบบบริการในโรงพยาบาล

stage 1, 2 - 3, 4				Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 stage1,2	Valid	0 ไม่		11	100.0	100.0	100.0
2 stage3,4	Valid	0 ไม่		33	100.0	100.0	100.0



## 29.1.2 คะแนนเฉลี่ยของหัวข้อที่ 1-12 (ต่อ)

กลุ่ม		speech	shoulder	taste	saliva	mood	anxiety
CA	N Valid	20	20	19	20	20	20
	Missing	0	0	1	0	0	0
	Mean	79.50	88.50	98.42	95.50	63.75	75.50
	Median	70.00	100.00	100.00	100.00	62.50	70.00
	Std. Deviation	22.355	22.775	6.882	10.990	27.476	22.589
	Minimum	30	30	70	70	25	0
	Maximum	100	100	100	100	100	100
	LP	N Valid	20	20	20	20	20
Missing	0	0	0	0	0	0	
Mean	97.00	92.50	98.50	97.00	72.50	64.50	
Median	100.00	100.00	100.00	100.00	75.00	70.00	
Std. Deviation	9.234	13.328	6.708	9.234	19.702	31.200	
Minimum	70	70	70	70	25	0	
Maximum	100	100	100	100	100	100	

## 29.2 การเปรียบเทียบคะแนนรวมหัวข้อที่ 1 – 12 และข้อที่ 14 VRS

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



29.2.1 การทดสอบการกระจายของข้อมูลของคะแนนรวมหัวข้อที่ 1 – 12 และ  
หัวข้อที่ 14 VRS

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

กลุ่ม		คะแนนรวม 12 ข้อ	VRS
1 CA	N	20	20
	Normal Parameters <sup>(a,b)</sup>		
	Mean	919.00	4.10
	Std. Deviation	178.190	3.227
	Most Extreme Differences		
	Absolute	.144	.192
	Positive	.097	.192
	Negative	-.144	-.116
	Kolmogorov-Smirnov Z	.646	.861
	Asymp. Sig. (2-tailed)	.798	.449
2 LP	N	20	20
	Normal Parameters <sup>(a,b)</sup>		
	Mean	1089.50	1.65
	Std. Deviation	61.385	1.309
	Most Extreme Differences		
	Absolute	.121	.190
	Positive	.078	.190
	Negative	-.121	-.110
	Kolmogorov-Smirnov Z	.540	.851
	Asymp. Sig. (2-tailed)	.932	.464

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 29.2.2 การเปรียบเทียบคะแนนรวมหัวข้อที่ 1 – 12 และข้อที่ 14 VRS

## T-Test

## Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
composite domains VRS	Equal variances assumed	15.292	.000	-4.046	38	.000	-170.50	42.142	-255.81	-85.187
	Equal variances not assumed			-4.046	23.447	.000	-170.50	42.142	257.58	-83.414
	Equal variances assumed	17.049	.000	3.147	38	.003	2.45	.779	.874	4.026
	Equal variances not assumed			3.147	25.088	.004	2.45	.779	.847	4.053

## 29.3 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในหัวข้อที่13

## 29.3.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่เลือกหัวข้อที่เป็นปัญหา

## อาการเจ็บปวด

กลุ่ม		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 CA	Valid 0 ไม่เลือก	11	55.0	55.0	55.0
	1 เลือก	9	45.0	45.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	
2 LP	Valid 0 ไม่เลือก	14	70.0	70.0	70.0
	1 เลือก	6	30.0	30.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

## การทำกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ

กลุ่ม			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 CA	Valid	0 ไม่	19	95.0	95.0	95.0
		1 เล็ก	1	5.0	5.0	100.0
		Total	20	100.0	100.0	
2 LP	Valid	0	20	100.0	100.0	100.0

## การกลืน

กลุ่ม			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 CA	Valid	0 ไม่	16	80.0	80.0	80.0
		1 เล็ก	4	20.0	20.0	100.0
		Total	20	100.0	100.0	
2 LP	Valid	0 ไม่	20	100.0	100.0	100.0

## การเคี้ยว

กลุ่ม			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 CA	Valid	0 ไม่	13	65.0	65.0	65.0
		1 เล็ก	7	35.0	35.0	100.0
		Total	20	100.0	100.0	
2 LP	Valid	0 ไม่	18	90.0	90.0	90.0
		1 เล็ก	2	10.0	10.0	100.0
		Total	20	100.0	100.0	

## การพูดหรือออกเสียง

กลุ่ม			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 CA	Valid	0 ไม่	18	90.0	90.0	90.0
		1 เลือก	2	10.0	10.0	100.0
		Total	20	100.0	100.0	
2 LP	Valid	0 ไม่	19	95.0	95.0	95.0
		1 เลือก	1	5.0	5.0	100.0
		Total	20	100.0	100.0	

## ไหล่

กลุ่ม			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 CA	Valid	0 ไม่	20	100.0	100.0	100.0
2 LP	Valid	0 ไม่	18	90.0	90.0	90.0
		1 เลือก	2	10.0	10.0	100.0
		Total	20	100.0	100.0	

## ปริมาณน้ำลาย

กลุ่ม			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 CA	Valid	0 ไม่	13	65.0	65.0	65.0
		1 เลือก	7	35.0	35.0	100.0
		Total	20	100.0	100.0	
2 LP	Valid	0 ไม่	19	95.0	95.0	95.0
		1 เลือก	1	5.0	5.0	100.0
		Total	20	100.0	100.0	

## อารมณ์

กลุ่ม			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 CA	Valid	0 ไม่	18	90.0	90.0	90.0
		1 เลือก	2	10.0	10.0	100.0
		Total	20	100.0	100.0	
2 LP	Valid	0 ไม่	17	85.0	85.0	85.0
		1 เลือก	3	15.0	15.0	100.0
		Total	20	100.0	100.0	

## ความวิตกกังวล

กลุ่ม			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 CA	Valid	0 ไม่	16	80.0	80.0	80.0
		1 เลือก	4	20.0	20.0	100.0
		Total	20	100.0	100.0	
2 LP	Valid	0 ไม่	15	75.0	75.0	75.0
		1 เลือก	5	25.0	25.0	100.0
		Total	20	100.0	100.0	

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 29.3.2 การเปรียบเทียบการจัดลำดับความสำคัญ

## Chi-Square Tests

น้ำลาย\* กลุ่ม

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.625(b)	1	.018		
Continuity Correction(a)	3.906	1	.048		
Likelihood Ratio	6.194	1	.013		
Fisher's Exact Test				.044	.022
Linear-by-Linear Association	5.484	1	.019		
N of Valid Cases	40				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.00.

## 29.4 หมวดคุณภาพชีวิตทั่วไป ข้อที่ 15 – 17

ข้อที่ 15 คุณภาพชีวิตปัจจุบันเทียบกับก่อนเป็นมะเร็ง

กลุ่ม		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
CA Valid	1 much worse	2	10.0	10.0	10.0
	2 somewhat worse	12	60.0	60.0	70.0
	3 about the same	6	30.0	30.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	
LP Valid	2 somewhat worse	9	45.0	45.0	45.0
	3 about the same	9	45.0	45.0	90.0
	4 somewhat better	1	5.0	5.0	95.0
	5 much better	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

ข้อที่ 16 คุณภาพชีวิตในปัจจุบัน

กลุ่ม			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
CA	Valid	2 poor	3	15.0	15.0	15.0
		3 fair	10	50.0	50.0	65.0
		4 good	6	30.0	30.0	95.0
		5 very good	1	5.0	5.0	100.0
		Total	20	100.0	100.0	
LP	Valid	3 fair	8	40.0	40.0	40.0
		4 good	10	50.0	50.0	90.0
		5 very good	1	5.0	5.0	95.0
		6 outstanding	1	5.0	5.0	100.0
		Total	20	100.0	100.0	

ข้อที่ 17 คุณภาพชีวิตโดยรวม

กลุ่ม			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
CA	Valid	2 poor	1	5.0	5.0	5.0
		3 fair	6	30.0	30.0	35.0
		4 good	3	15.0	15.0	50.0
		5 very good	10	50.0	50.0	100.0
		Total	20	100.0	100.0	
LP	Valid	3 fair	5	25.0	25.0	25.0
		4 good	12	60.0	60.0	85.0
		5 very good	2	10.0	10.0	95.0
		6 outstanding	1	5.0	5.0	100.0
		Total	20	100.0	100.0	

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวปิยนาด กุยสาคร เกิดเมื่อวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2516 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น

เข้ารับราชการที่โรงพยาบาลบ้านม่วง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เมื่อปี พ.ศ. 2540 จากนั้นย้ายมารับราชการที่โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร พ.ศ. 2541 และในปี พ.ศ. 2543 ผู้วิจัยได้ลาศึกษาต่อหลักสูตรประกาศนียบัตรวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิกสาขาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล ที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้กลับไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 จนถึงปัจจุบัน

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย