

Original Article

FACTORS ASSOCIATED WITH ORAL CANCER RISK BEHAVIORS AMONG THE SENIOR CITIZENS IN UBON RATCHATHANI PROVINCE

Received: April 30, 2024

Received: May 07, 2025

Accepted: July 07, 2025

Wuttichan Huaisai ^{1,*}, Kewalin Kanking ², Nitchaphat Chaiyabut ³, Wanpen Somhom ⁴

^{1,4} Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani, Ubon Ratchathani 31490, Thailand

² Phana Hospital, Amnatcharoen 37180, Thailand

³ Khokyo Health Promoting Hospital, Yasothon 35170, Thailand

Corresponding author; E-mail: wuttichan@scphub.ac.th*

Citation: Huaisai W., Kanking K., Chaiyabut N., Somhom W. (2025). Factors Associated with Oral Cancer Risk Behaviors Among the Senior Citizens in Ubon Ratchathani Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 40(2), e15262



Copyright (c) 2025 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

Oral cancer is a type of malignancy that occurs in the mucosal tissues of the oral cavity. It is commonly found among older adults and has significant impacts on their quality of life, particularly in terms of physical appearance, speech, voice, and swallowing. Personal health behaviors are considered a critical factor influencing the development of oral cancer. This cross-sectional descriptive study aimed to examine risk behaviors associated with oral cancer and related factors among older adults in Ubon Ratchathani Province. A total of 419 participants were selected using multi-stage random sampling. Data was collected through questionnaires and analyzed using descriptive statistics, Fisher's exact test, and Spearman's rank correlation coefficient. The findings revealed that most participants exhibited low levels of risk behaviors for oral cancer (97.14%). According to the Health Belief Model, 64.20% and 58.71% of participants had high levels of perceived benefits of disease prevention and perceived severity of the disease, respectively. Meanwhile, 91.89% and 66.35% had moderate levels of perceived barriers to prevention/treatment and perceived susceptibility to the disease, respectively. Significant correlations were found between oral cancer risk behaviors and perceived susceptibility ($r_s = -0.198$, $p < 0.001$) as well as perceived barriers ($r_s = 0.159$, $p = 0.001$). In conclusion, older adults with greater awareness of disease susceptibility tend to engage in fewer risk behaviors, whereas those perceiving more barriers are more likely to engage in risky behaviors. Public health agencies should incorporate the Health Belief Model into primary-level oral health promotion policies, with a focus on increasing risk perception and reducing access barriers to effectively prevent and reduce oral cancer risk behaviors among the elderly.

Keywords: Risk taking; Oral cancer; Aged; Health beliefs model

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี

วุฒิชาน ห้วยทราย ^{1,*}, เกวลิน ก้านกิ่ง ², ณิษภัทร ไชยบุตร ³, วันเพ็ญ สมหอม ⁴

รับบทความ: 30 เมษายน 2567

แก้ไขล่าสุด: 07 พฤษภาคม 2568

ตอบรับตีพิมพ์: 07 กรกฎาคม 2568

^{1,4} วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี, อุบลราชธานี 34190, ประเทศไทย

² โรงพยาบาลพนา, อำนาจเจริญ 37180, ประเทศไทย

³ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว, ยโสธร 35170, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: wuttichan@scphub.ac.th*

อ้างอิง: วุฒิชาน ห้วยทราย, เกวลิน ก้านกิ่ง, ณิษภัทร ไชยบุตร, วันเพ็ญ สมหอม. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 40(2), e15262



ลิขสิทธิ์ (c) 2568 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งช่องปาก เป็นมะเร็งชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นบริเวณเยื่อภายในช่องปาก พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่น ด้านกายภาพ ลักษณะใบหน้า การพูด เสียง และการกลืน ทั้งนี้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งช่องปากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 419 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบของฟิชเชอร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งช่องปากอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 97.14 ผลการวิเคราะห์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของป้องกันโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.20 และ 58.71 ตามลำดับ การรับรู้อุปสรรคของการรักษาและป้องกัน และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 91.89 และ 66.35 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ($r_s = -0.198$, $p\text{-value} < 0.001$) และการรับรู้อุปสรรคการรักษาและป้องกันโรค ($r_s = 0.159$, $p\text{-value} = 0.001$) สรุป ผู้สูงอายุที่ตระหนักถึงความเสี่ยงของโรคมามากขึ้น จะมีพฤติกรรมเสี่ยงน้อยลง ขณะที่ผู้ที่มีมุมมองเห็นอุปสรรคมากขึ้นจะมีพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้น หน่วยงานสาธารณสุขการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิ โดยมุ่งเน้นการเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงของโรคและลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ เพื่อป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคมะเร็งช่องปาก

คำสำคัญ: พฤติกรรมเสี่ยง; โรคมะเร็งในช่องปาก; ผู้สูงอายุ; แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

บทนำ

โรคมะเร็งช่องปาก (Oral Cancer) เป็นมะเร็งชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นในเยื่อภายในช่องปาก ได้แก่ ริมฝีปาก ลิ้น กระพุ้งแก้ม เพดานปาก และพื้นช่องปาก พบมากที่สุด ในผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับโรคมะเร็งทั้งหมด อุบัติการณ์ของ มะเร็งริมฝีปากและช่องปากทั่วโลกมีผู้ป่วยรายใหม่ 377,713 ราย และเสียชีวิต 177,757 ราย ในปี พ.ศ. 2563 มะเร็งในช่องปากพบได้บ่อยในผู้ชายและผู้สูงอายุ โดยผู้ชาย มีอันตรายถึงแก่ชีวิตมากกว่าผู้หญิง และมีความแตกต่างกัน อย่างมาก ตามสถานการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคม การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และเคี้ยวหมาก เป็นสาเหตุ สำคัญของโรคมะเร็งช่องปาก ในอเมริกาเหนือและยุโรป การติดเชื้อแปปิโลมา (Papilloma Virus) ในคนมีส่วน ทำให้เกิดโรคมะเร็งช่องปากเพิ่มขึ้น (World Health Organization, 2023) โรคมะเร็งในช่องปากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทาง กายภาพ ในการรักษาโรคมะเร็งในช่องปากที่มีผลเสียต่อ ใบหน้า การพูด เสียง และการกลืน (Dental Clinics of North America, 2018) ความบกพร่องสามารถเกิดจาก ผลกระทบของตัวเนื้อเยื่อหรือขั้นตอนก่อนหรือระหว่าง การรักษา มะเร็ง เช่น การตัดต่อเปิดหลอดลม ความเจ็บปวด จากเยื่อเมือกอักเสบ การตัดโครงสร้างในช่องปาก หรือ ฟังผิดเนื่องจากการรักษาด้วยรังสี ความบกพร่องเหล่านี้ บางอย่างอาจเกิดขึ้นก่อนเริ่มการรักษา บางอย่างเป็นปัญหา มากที่สุดในระหว่างและทันทีหลังการรักษา และบางอย่าง อาจคงอยู่และแย่ง (Crombie, Farah and Batstone, 2014) และผลกระทบทางการเงิน ผู้ป่วยจำนวนมากที่ได้รับการ รักษาโรคมะเร็งในช่องปากรายงานว่าอาการของผู้ป่วย มีผลกระทบอย่างมากค่าใช้จ่ายในการรักษาซึ่งเป็นภาระ สำคัญของสมาชิกในครอบครัวค่าใช้จ่าย ในการรักษา การขาดงาน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีทรัพยากรทางการเงิน จำกัด (Li et al, 2018)

สถานการณ์โรคมะเร็งช่องปากในประเทศไทย พบเป็น 10 อันดับแรกของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ปี พ.ศ. 2561-2564 ในเพศชายพบผู้ป่วยโรคมะเร็งในช่องปาก รายใหม่ ร้อยละ 7.3, 6.2, 5.4 และ 7.1 ตามลำดับ ส่วนใน เพศหญิง พบผู้ป่วยโรคมะเร็งในช่องปากรายใหม่ ร้อยละ 3.5, 1.7, 2.4 และ 1.5 ตามลำดับ (National Cancer

Institute, 2022) จากสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งในช่องปาก จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2560-2564 พบผู้ป่วย ด้วยโรคมะเร็งในช่องปาก ร้อยละ 23.61, 18.30, 20.95, 19.63 และ 17.77 ตามลำดับ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยในแต่ละปี มีการเพิ่มขึ้นและลดลงไม่คงที่ ยังคงพบจำนวนผู้ป่วยอยู่ ทุกปีและทุกช่วงอายุ ซึ่งข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งในช่องปาก ตามช่วงอายุ มีดังนี้ ช่วงอายุ 0-9 ปี, 10-19 ปี, 20-29 ปี, 30-39 ปี, 40-49 ปี, 50-59 ปี, 60-69 ปี, 70-79 ปี, 80-89 ปี และ 90 ปีขึ้นไป พบผู้ป่วย ร้อยละ 0.80, 0.27, 0.27, 3.98, 11.41, 15.92, 26.79, 23.08, 14.85 และ 2.65 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าช่วงอายุ 60-69 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุพบจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด (Ubon Ratchathani Cancer Hospital, 2023)

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญต่อการเกิดโรคมะเร็ง ในช่องปาก ได้แก่ การใส่ฟันปลอม การสูบบุหรี่ การเคี้ยวหมาก การดื่มแอลกอฮอล์ จากข้อมูลและหลักฐานที่มีอยู่ชี้ให้เห็นว่า รอยโรคที่เยื่อเมือกในช่องปากทั้งหมด ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัย เสี่ยงมีระดับความร้ายแรงที่สำคัญ ซึ่งการระคายเคืองต่อ เยื่อเมือกในช่องปากเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของโรคมะเร็งใน ช่องปาก (Alexandra et al, 2020) ปัจจัยที่ทำให้เกิด โรคมะเร็งในช่องปากเกือบทั้งหมดมาจากพฤติกรรมของ บุคคล มีความเกี่ยวข้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของ แต่ละคนที่มีความแตกต่างกันตามบริบททางสังคม วัฒนธรรม ของครอบครัวและชุมชนของบุคคลนั้น ๆ แบบแผนการ ดำเนินชีวิตของบุคคลแต่ละที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ พฤติกรรมในเรื่องนั้น ๆ ทั้งพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและ ไม่ถูกต้อง ทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อ การเจ็บป่วยและการรักษา (Manosunthon et al., 2012) โดยเฉพาะความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมที่บุคคล มีการรับรู้และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องจะเป็นปัจจัยสำคัญ ของการเกิดโรค การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือการเป็น โรคของบุคคล คือ บุคคลนั้น ๆ รับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรครับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบ ต่อการดำรงชีวิต รับรู้ว่าการปฏิบัติที่ถูกต้องมีประโยชน์ และรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถปฏิบัติได้นั้นด้วยเหตุผลใด

การรับรู้เหล่านี้เป็นแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของบุคคล (Soynahk, 2018)

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า โรคมะเร็งในช่องปากยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ และพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผล ต่อการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิด โรคมะเร็งในช่องปาก โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการ ปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติ เพื่อให้ได้ข้อมูล สนับสนุนการจัดกิจกรรมการป้องกันการโรคมะเร็งในช่องปาก ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อป้องกันโรคและลด ความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งช่องปากของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็ง ในช่องปากของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยง การเกิดโรคมะเร็งในช่องปากของผู้สูงอายุในจังหวัด อุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบ ภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ระยะเวลาใน การศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่าง
 - 1.1 ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 205,744 คน (Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office, 2023)
 - 1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 419 คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง

เพื่อประมาณค่าสัดส่วน โดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan (1970) ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 NP(1-P)}{d^2(N-1) + \chi^2 P(1-P)}$$

โดยกำหนดให้ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 N = จำนวนประชากร (205,744 คน)
 χ^2 = ค่า Chi-square ที่ $df=1$
 (3.841 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%)
 P = สัดส่วนของประชากรที่สนใจ
 เท่ากับ 0.67 (สัดส่วนผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ปี พ.ศ. 2560-2564 ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งช่องปาก ร้อยละ 67.3 (Ubon Ratchathani Cancer Hospital, 2023)
 d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้
 เท่ากับ 0.05

ดังนั้น ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ เท่ากับ 339 คน ผู้วิจัยคำนวณปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างใน การศึกษา เพื่อเป็นการป้องกันกระทบโดยตรงต่อ Statistical precision หรือ Power ในการสรุปผล จึงได้มี การคำนวณปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหาย ร้อยละ 10.0 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการ โดยไม่ต้องตัดผู้สูญหายจากการติดตามออก (Jiravatnakul, 2015) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 419 คน โดยมี เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยและเกณฑ์การคัดออก ผู้เข้าร่วมการวิจัย ดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion Criteria) ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่จังหวัดอุบลราชธานี โดยเป็นผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ และกลุ่มติดบ้าน คือ ผู้สูงอายุที่ดูแล ตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ตามฐานข้อมูลของ กระทรวงสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2) เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion Criteria) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มติดเตียง ตามฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

จากนั้นใช้การสุ่มแบบอาศัยความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยเลือกวิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) เพื่อแบ่งโซน โดยการแบ่งโซนจะแบ่งตามฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งแบ่งเป็น 4 โซน

ขั้นที่ 2 ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) เพื่อเลือกตัวแทนอำเภอในแต่ละโซน โดยการสุ่มอย่างง่าย ได้ตัวแทนของแต่ละเขต คือ โซน 1: อำเภอม่วงสามสิบ, โซน 2: อำเภอกุดข้าวปุ้น, โซน 3: อำเภอสว่างวีระวงศ์, และ โซน 4: อำเภอเดชอุดม

ขั้นที่ 3 ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) เพื่อเลือกตัวแทนตำบลในแต่ละอำเภอ โดยการสุ่มอย่างง่าย ได้ตัวแทนของแต่ละอำเภอ คือ อำเภอม่วงสามสิบ: ตำบลม่วงสามสิบ, อำเภอกุดข้าวปุ้น: ตำบลข้าวปุ้น, อำเภอสว่างวีระวงศ์: ตำบลสว่าง, อำเภอเดชอุดม: ตำบลนาสง

ขั้นที่ 4 ใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ใช้การจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อประชากรผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของแต่ละตำบลให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล ประวัติการมีโรคประจำตัว การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ และประวัติการเข้ารับบริการทางทันตกรรม ลักษณะเป็นแบบปลายปิด (Closed-ended Questions) ให้เลือกตอบแบบตรวจสอบรายการและเติมคำ จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากเครื่องมือของ Laeboomma (2008) แบ่งเป็น 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง จำนวน 10 ข้อ ตอนที่ 2 ด้านการรับรู้ความรุนแรง จำนวน 10 ข้อ ตอนที่ 3 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกัน จำนวน 6 ข้อ และตอนที่ 4 ด้านการรับรู้อุปสรรคการรักษาและป้องกันโรคเหงือกช่องปาก จำนวน 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

(Rating Scale) (Srisaad, 2002) จำนวนทั้งสิ้น 33 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุดให้ 5 คะแนน, เห็นด้วยมากให้ 4 คะแนน, เห็นด้วยปานกลางให้ 3 คะแนน, เห็นด้วยน้อยให้ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ข้อคำถามเป็นเชิงบวก จำนวน 28 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ การแปลผลระดับความเชื่อด้านสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ ด้วยค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ในการแบ่งระดับของ Best (1981) ได้แก่ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคเหงือกในช่องปาก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยเนื้อหาครอบคลุมพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเคี้ยวหมาก และการสวมใส่ฟันปลอม จำนวนทั้งสิ้น 17 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 16 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 1 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) (Srisaad, 2002) เกณฑ์การให้คะแนนคือ ปฏิบัติเป็นประจำให้ 5 คะแนน, ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ให้ 4 คะแนน, ปฏิบัติเป็นบางครั้งให้ 3 คะแนน, ปฏิบัตินาน ๆ ครั้งให้ 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติให้ 1 คะแนน โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว การแปลผลระดับพฤติกรรมเสี่ยงแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ในการแบ่งระดับของ Best (1981) ได้แก่ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00)

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

4.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ 1 ท่าน และเชี่ยวชาญด้านสุขภาพช่องปาก 2 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยใช้ดัชนีความตรงของข้อคำถามต่อวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยใช้สูตรคำนวณของ Rovinellin and Hambleton (1977) ได้ค่า IOC รายข้อระหว่าง 0.67-1.00

4.2 การความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้มีการปรับปรุงแก้ไขแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในตำบลบ้านวินัยดี อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณลักษณะทางประชากรและบริบทใกล้เคียงกัน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เพื่อวัดค่าความเที่ยงและความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละตัวแปร ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก เท่ากับ 0.91 และ 0.71 ตามลำดับ

5. สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่

5.2.1 สถิติ Fisher's exact test ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา สถานะภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล ประวัติการมีโรคประจำตัว การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ และประวัติการเข้ารับบริการทางทันตกรรมกับระดับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงที่ไม่ปกติ โดยกำหนดนัยสำคัญที่สถิติที่ระดับ 0.05

5.2.2 สถิติ Spearman's rank correlation ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ต่อเดือน และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงที่ไม่ปกติ โดยกำหนดนัยสำคัญที่สถิติที่ระดับ 0.05

6. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านกระบวนการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่รับรอง SCPHUB S004/2566 ให้การรับรองตั้งแต่วันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2566 ถึง 10 กันยายน พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 419 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.91 และเพศชาย ร้อยละ 19.09 มีอายุเฉลี่ย 66.66 ปี (SD=5.30) สถานภาพสมรส ร้อยละ 77.57 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 83.05 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,404.53 บาท (SD=2,661.76) ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.28 สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ร้อยละ 93.79 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.00 โดยมีผู้ดูแล ร้อยละ 90.93 และกลุ่มตัวอย่างเคยเข้ารับบริการทางทันตกรรม ร้อยละ 80.19

2. ผลการวิเคราะห์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจำแนกรายด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก (Perceived Susceptibility) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.35 2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก (Perceived Severity) อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.71 3) ด้านการรับรู้ประโยชน์การรักษาและป้องกันการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก (Perceived Benefits) อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.20 4) ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก (Perceived Barriers) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 91.89 (Table 1)

Table 1: Number Mean Standard deviation and Percentage of Health Belief Model Level in the Sample Group (n=419)

Health Belief Model	Low	Moderate	High	Mean	SD
	Number (%)	Number (%)	Number (%)		
Perceived Susceptibility	4 (0.95)	278 (66.35)	137 (32.70)	3.51	0.54
Perceived Severity	15 (3.58)	158 (37.71)	264 (58.71)	3.73	0.54
Perceived Benefits	24 (5.73)	126 (30.07)	269 (64.20)	3.97	0.84
Perceived Barriers	11 (2.63)	385 (91.89)	23 (5.49)	2.97	0.37

3. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคเมร่งในช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคเมร่งในช่องปาก อยู่ในระดับต่ำเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 97.14 (Table 2)

Table 2: Number Mean Standard deviation and Percentage of Cancer Risk Behaviors Level in the Sample Group

Cancer Risk Behaviors Level	Score Range	Number (n=419)	Percentage
High	3.68 - 5.00	1	0.24
Moderate	2.34 - 3.67	11	2.63
Low	1.00 - 2.33	407	97.14
Mean = 1.33, SD = 0.37, Min = 1.00, Max = 4.24			

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคเมร่งในช่องปากของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเมร่งช่องปาก และการรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรคเมร่งช่องปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคเมร่งในช่องปากของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001 และ 0.001) (Table 3, Table 4)

Table 3: Relationship between Personal Factor and Cancer Risk Behaviors by Fisher's exact test

Factor	Cancer Risk Behaviors Level			Fisher's Exact	P-value
	High N (%)	Moderate N (%)	Low N (%)		
Gender				0.878	0.756
Male	0 (0.00)	1 (1.25)	79 (98.75)		
Female	1 (0.29)	10 (2.95)	328 (96.76)		
Marital status				5.81	0.249
Single	0 (0.00)	3 (6.67)	42 (93.33)		
Married	1 (0.31)	6 (1.85)	318 (97.84)		
Divorce	0 (0.00)	2 (4.08)	47 (95.92)		
Occupation				11.841	0.678
Farmer	1 (0.29)	9 (2.59)	337 (97.12)		
Trade	0 (0.00)	0 (0.00)	23 (100.00)		
General employee	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (100.00)		
Government pension	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (100.00)		
other	0 (0.00)	2 (5.00)	38 (95.00)		
Education level				1.937	0.487
Below primary school	1 (0.28)	8 (2.27)	344 (97.45)		
From primary school and above	0 (0.00)	3 (4.55)	63 (95.45)		
Medical treatment scheme				17.109	0.240
Civil servant scheme	0 (0.00)	0 (0.00)	14 (100.00)		
Social security scheme	0 (0.00)	3 (25.00)	9 (75.00)		
UHC scheme	1 (0.26)	8 (2.07)	377 (97.67)		
Other rights	0 (0.00)	0 (0.00)	7 (100)		
History of chronic diseases				2.267	0.327
No	1 (0.37)	5 (1.86)	263 (97.77)		
Yes	0 (0.00)	6 (4.00)	144 (96.00)		
Having an elderly caregiver				4.881	0.153
Yes	1 (0.26)	8 (2.10)	372 (97.64)		
No	0 (0.00)	3 (7.89)	35 (92.11)		
History of dental services				0.947	0.760
never	0 (0.00)	1 (1.20)	82 (98.80)		
ever	1 (0.30)	10 (2.98)	325 (96.72)		

Table 4: Relationship between Personal Factor, Health Belief Model, and Cancer Risk Behaviors by Spearman's rank correlation

Factors	r_s	p-value
Personal Factor		
Age	0.061	0.214
Income (Per Month)	-0.047	0.338
Health Belief Model		
Perceived Susceptibility	-0.198	< 0.001*
Perceived Severity	-0.025	0.603
Perceived Benefits	-0.035	0.478
Perceived Barriers	0.159	0.001*

* Statistical significance at the .05 level

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุบลราชธานี จากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเพราะในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีมีการใช้นโยบายตามแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข คือ การพัฒนาทันตสุขภาพของทุกช่วงวัยรวมถึงวัยผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นโครงการตรวจสุขภาพช่องปาก การตรวจคัดกรองรอยโรคมะเร็งในช่องปาก รวมถึงวิธีป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง โดยทันตบุคลากรในพื้นที่ โดยจากข้อมูลจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด เคยเข้ารับบริการทางทันตกรรม สอดคล้องกับแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Prevention and Control Plan Committee, 2018) ที่มีการทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยตามยุทธศาสตร์ 7 ด้าน 1 ในนั้น ประกอบด้วย ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง ซึ่งมีการจัดทำโครงการเกี่ยวกับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง โดยการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง เช่น การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงจากสารเคมีและกิจกรรมทางกาย จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งช่องปากอยู่ในระดับต่ำ

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งช่องปากนั้น มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อนุมานได้ว่าหากผู้สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งช่องปากมากขึ้น จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเสี่ยงลดลง และการรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรคมะเร็งช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อนุมานได้ว่าหากผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรคมะเร็งช่องปากมากขึ้น จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้น อาจเนื่องมาจากผลของการตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก และการรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรคมะเร็งช่องปากในระดับปานกลาง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในระดับที่มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมเสี่ยงน้อย สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่กล่าวว่าบุคคลที่จะสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้จะต้องมีความเชื่อว่าตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อ

การเกิดโรคนั้น เมื่อเกิดเป็นโรคขึ้นจะทำให้เกิดความรู้สึก รุนแรง นอกจากนั้นการปฏิบัติตามตามคำแนะนำจะเป็นประโยชน์และช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ และผลการศึกษาวิจัยสอดคล้องกับ Laeboonma (2008) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยมาก แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่ำ ด้านการรับรู้อุปสรรคการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากอยู่ในระดับต่ำ อีกทั้งยังสอดคล้องกับ Punthasee and Srisawad (2020) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุสมาคมแต่ใจแห่งประเทศไทย แขวงทุ่งวัดดอน เขตสาทรกรุงเทพมหานคร พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุม โรคในระดับมากแสดงว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคน้อย การที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้และเชื่อว่าการปฏิบัติเพื่อการ ควบคุมโรคเป็นอุปสรรคน้อยสำหรับตนเองจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Janz and Becker (1984)

สรุปผล

พฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี อยู่ในระดับต่ำ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งช่องปากนั้น มีความสัมพันธ์ทางลบต่อพฤติกรรมเสี่ยงฯ และการรับรู้อุปสรรคการเกิดโรคมะเร็งช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งจากข้อมูลนี้สามารถใช้เป็นแนวคิดในการส่งเสริมพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในพื้นที่ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นถึงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ดี ควรมีการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้มีคุณภาพต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 อาจเลือกวิธีการศึกษาแบบย้อนกลับ (Retrospective study) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปาก เพื่อหาปัจจัยเสี่ยง เนื่องจากเป็นเคสที่หายาก มีอุบัติการณ์น้อย

2.2 ควรเลือกศึกษาเจาะจงในพื้นที่ที่มีสถิติผู้ป่วยหรือในพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยของโรคมะเร็งช่องปาก

References

- Alexandra T. et al. (2020). Autophagy-A Hidden but Important Actor on Oral Cancer Scene. *International journal of molecular sciences*, 21(23), 9325. <https://doi.org/10.3390/ijms2123932>
- Becker, M.H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey. American Journal: Charles B. Slack.
- Best, J.W. (1981). *Research in Education*. Science and Education. <http://www.sciepub.com/reference/242156>
- Crombie A. et al. (2014). Health-related quality of life of patients treated with primary chemoradiotherapy for oral cavity squamous cell carcinoma: a comparison with surgery. *The British journal of oral & maxillofacial surgery*, 52(2), 111–117. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2013.09.014>
- Dental Clinics of North America. (2018). *Impact of Oral Cancer on Quality of Life*. North America: Impact of Oral Cancer on Quality of Life.
- Janz N. K. & Becker M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education and Prevention*, 3(1), 1-47.

- Jiravatnakul, A. (2015). *Statistics for Health Science Research* (4th ed.). Bangkok: Witthipat.
- Krejcic R. V. & Morgan D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and psychological measurement*, 60, 607-610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Laeboonma, P. (2008). *Health belief model and cigarette smoking behavior of people in Mae Pu Health Center, Mae Phrik District, Lampang Province*, [Thesis of Master of Public Health]. Graduate School: Chiang Mai University.
- Li C. C. et al. (2018). Oral Cancer: Genetics and the Role of Precision Medicine. *Dental clinics of North America*, 62(1), 29–46. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2017.08.002>
- Manosunthon S. et al. (2012). *Risk Factors for Non-Communicable Diseases among Thai Muslims: A Cross-Sectional Study*. Thai Muslim Well-being Foundation. <https://muslim4health.or.th/>
- National Cancer Institute. (2022). *Hospital-Based Cancer Registry 2021*. National Cancer Institute. https://www.nci.go.th/th/New_web/index.html
- National Cancer Prevention and Control Plan Committee. (2018). *National Cancer Control Program (2018-2022)*. National Cancer Institute. <https://www.rama.mahidol.ac.th/policy/en/sdgs17-p005>
- Punthasee P. & Srisawad K. (2020). Correlations between Health Belief and 3E 2S Health Behaviors of Elderly in Taejew Community Tungwatdorn Sathorn Bangkok Thailand. *Journal of Health and Health Management*, 6(1), 45-57.
- Rovinellin R. J. & Hambleton R. K. (1997). On the Use of Content Specialists in the Assessment of Criterion-Referenced Test Item Validity. *Tijdschrift Voor Onderwijs Research*, 2, 49-60.
- Soynahk, C. (2018). *A Study of Health Belief Model and the Risk of Type 2 Diabetes in Eorking Muslim Populations*, [Thesis of Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner]. Huachiew Chalermprakiet University.
- Srisaad, B. (2002). *Preliminary Research* (7th Ed). Bangkok: Suwiryasasarn.
- Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office. (2022). *Organizational Structure of Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office*. Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office. <https://www.phoubon.in.th/data/structure.pdf>.
- Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office. (2023). *Elderly Population 60 Years of Age and Over in Ubon Ratchathani Province*. Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office. <https://ubn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
- Ubon Ratchathani Cancer Hospital. (2023). *Cancer data 2017-2022*. Ubon Ratchathani Cancer Hospital. <http://uboncancer.go.th/ubcc2016v2/statcancer.php>
- World Health Organization. (2023, March 14). *Oral health*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health?fbclid=IwAR1I-ciTi9erEag2Z3cN_bSoPPip_rCYbmw4jNiXoGTPpQuOmugkAwmg9YA