



Predicting Factors the Provision of Smoking Cessation Services among Dentists

Boonprom Praingam^{*} Saranya Benjakul^{**} Wirin Kittipichai^{***}

ABSTRACT

Dentists can have a hand in helping patients quit smoking. The cross-sectional survey research aimed to describe the smoking cessation service provided by dentists and factors predicting smoking cessation services in the concept of PRECEDE-PROCEED model. The samples were 539 dentists who worked in the secondary care level hospitals, not more than 120 beds under the Ministry of Public Health. Data were collected by self-administered postal and electronic questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics. The results showed 50.3% of dentists had regularly advised their smoking patients to stop smoking. With regard to 2As smoking cessation services, 23.0% of dentists

regularly implemented 2As service. Eight factors were significantly related to 2As smoking cessation service composing of year of graduation, self-efficacy, role perception, intention to provide smoking cessation services, quit smoking clinic, provincial policy, dental setting policy, and reinforcement factors. The intention to provide smoking cessation services could significantly predict 2As smoking cessation service. Therefore, the 2As smoking cessation guidelines including referral service should be developed in accordance with the context of dental practices.

Keywords: smoking cessation, dentists, prediction factors



บทนำ

ในปี พ.ศ. 2558 ประมาณร้อยละ 70 ของประชากรทั่วโลก เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง¹ โดยมีสาเหตุมาจาก 4 พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ สูบบุหรี่ รับประทานอาหารไม่ดีต่อสุขภาพ ดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ² ซึ่งการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเดียวที่เป็นสาเหตุของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญ 4 โรค ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน มะเร็ง และโรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง³ แม้สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากรโลกอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มลดลง ในปี พ.ศ. 2553 ร้อยละ 22.1 และคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2568 ร้อยละ 18.9⁴ สำหรับประเทศไทย พบการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน จากร้อยละ 20.7 ในปี พ.ศ.2557 เป็นร้อยละ 19.9 ในปี พ.ศ.2558⁵ เมื่อพิจารณาการเลิกสูบบุหรี่ พบการเลิกสูบบุหรี่สำเร็จค่อนข้างสำเร็จน้อย เห็นได้จากผลการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลกเมื่อปี พ.ศ. 2554 พบผู้บริโภคยาสูบชนิดมิกวนของประเทศไทย คิดจะเลิกสูบ ร้อยละ 54.0 เคยพยายามเลิกสูบ ร้อยละ 36.7 และเคยได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบโดยบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 55.8 นอกจากนี้ ยังพบว่าประชากรส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องพิษภัยยาสูบ และรู้ว่าควันบุหรี่ก่อให้เกิดโรคร้ายแรงมากกว่าร้อยละ 90⁶

บุหรี่เป็นสิ่งเสพติด ด้วยเหตุนี้ การเลิกบุหรี่สำเร็จด้วยตนเองแม้สามารถทำได้ แต่ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จด้วยตนเองน้อยที่สุด ร้อยละ 24.0 การได้รับคำแนะนำจากแพทย์เพิ่มโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จ ร้อยละ 37-84 การจัดบริการช่วยเลิกบุหรี่ในระบบการเงินการคลังเพื่อสุขภาพ เพิ่มโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จ ร้อยละ 338⁷ จึงเป็นเหตุผลหนึ่ง

ที่ทำให้องค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าร่วมสนับสนุนการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ และการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ รวมถึงเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพ ซึ่งทันตแพทย์เป็นวิชาชีพหนึ่งในกลุ่มเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ที่ให้ความสำคัญกับการช่วยเลิกบุหรี่ เพราะการช่วยเลิกบุหรี่นี้ นอกจากส่งผลดีทั้งต่อผู้สูบ และบุคคลรอบข้าง ยังส่งผลให้การรักษาทางทันตกรรมได้ผลดีด้วย ทั้งการรักษาโรคปริทันต์ การรักษาทางศัลยกรรมช่องปาก การใส่รากฟันเทียม และการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก⁸ แต่กว่า 10 ปีที่ผ่านมา มีเพียงงานวิจัย 1 เรื่องในประเทศไทยที่เสนอผลการช่วยเลิกบุหรี่โดยทันตแพทย์ ซึ่งพบว่า ร้อยละ 25.6 ภาวะพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และร้อยละ 84.1 แนะนำการเลิกบุหรี่⁹ ประกอบกับมาตรฐานกำหนดตำแหน่งทันตแพทย์เมื่อปี พ.ศ.2553 ได้ระบุหน้าที่ในการตรวจ วินิจฉัย รักษาฟื้นฟู ส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปาก และอวัยวะที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนให้คำปรึกษา และแนะนำเบื้องต้นทางด้านทันตกรรมเพื่อให้ผู้รับบริการได้ทราบข้อมูลความรู้ที่เป็นประโยชน์¹⁰

ด้วยเหตุนี้ การให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ จึงเป็นบทบาทหน้าที่ในวิชาชีพที่เครือข่ายวิชาชีพทันตกรรมเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ มุ่งผลักดันให้ทันตแพทย์ให้บริการช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับครบ 5 ขั้นตอน (5As) ประกอบด้วย การสอบถามการสูบบุหรี่ (Ask: A1) การแนะนำให้เลิกบุหรี่ (Advise: A2) การประเมินความรุนแรงในการติดบุหรี่ (Assess: A3) การช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ (Assist: A4) และการติดตาม (Arrange: A5) แต่ทั้งนี้ 2 ใน 5 ขั้นตอนแรก หรือที่เรียกว่า 2As (Ask: A1 และ Advise: A2) ถือเป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานที่ควรดำเนินการให้ประสบความสำเร็จในเบื้องต้น¹¹ ดังนั้น การวิจัยนี้ จึงได้ศึกษาสถานการณ์การให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ของทันตแพทย์ในปัจจุบัน



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และร่วมกันทำนายการให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วยของทันตแพทย์ตามกรอบแนวคิด PRECEDE PROCEED model โดยได้นำส่วนของ PRECEDE ในระยะที่ 3 ได้แก่ ปัจจัยนำ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอยู่แล้วในระดับบุคคลที่สนใจในการแสดงพฤติกรรม ปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยระดับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้บุคคลแสดงพฤติกรรม เช่น นโยบาย ระเบียบ ข้อบังคับ ทักษะใหม่ เป็นต้น และปัจจัยเสริมแรง เป็นปัจจัยระหว่างบุคคล หรืออิทธิพลของคนใกล้ชิดที่สนับสนุนให้บุคคลแสดงพฤติกรรม¹² ทั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับใช้วางแผนส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของทันตแพทย์ในการช่วยผู้มารับบริการทันตกรรมให้เลิกบุหรี่

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง
ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ทันตแพทย์ผู้ให้บริการทันตกรรมในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิตั้งแต่ไม่เกิน 120 เตียงสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ จำนวน 3,190 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Estimation-proportion outcome simple random sampling¹³ และแทนค่าสัดส่วนการให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วยในสูตรจากการศึกษาของ Awan KH และคณะ¹⁴ พบทันตแพทย์ให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วย ร้อยละ 43.0 ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ร้อยละ 5 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 336.95 คน การวิจัยครั้งนี้ จัดเก็บข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถามทั้งทางไปรษณีย์ และออนไลน์ จึงวางแผนจัดเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อป้องกันการสูญหาย โดยอ้างอิงจากงานวิจัยที่เก็บข้อมูลจากทันตแพทย์ที่มีอัตราตอบกลับ ร้อยละ 41.1¹⁵ ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องจัดเก็บ

ทั้งหมด 843 คน ซึ่งกำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ทันตแพทย์ทั่วไป และเฉพาะทางทุกสาขาที่ให้บริการทันตกรรมในคลินิกทันตกรรมของโรงพยาบาล และ 2) ให้บริการทันตกรรมในสถานที่ทำงานปัจจุบัน ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

ตัวอย่างได้รับการคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ ด้วยการจัดเรียงรายชื่อทันตแพทย์จากรายงานข้อมูลทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 โดยเรียงลำดับรายชื่อเลขที่ 1-12 (ยกเว้นเขต 13) และคำนวณค่าช่วงการสุ่ม (Sampling interval: I) จากนั้นเลือกเลขสุ่มเริ่มต้น (Random start: R) และเลือกหน่วยตัวอย่างที่มีลำดับถัดไปตามค่าช่วงการสุ่ม จนได้ขนาดตัวอย่างครบตามที่กำหนดไว้

เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ.2561 ภายหลังการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA.No.MUPH 2018-011) ในวันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งเป็น 7 ส่วน เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน พร้อมแก้ไขตามคำแนะนำที่ได้รับ จากนั้นจึงนำไปทดสอบกับทันตแพทย์ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับตัวอย่าง จำนวน 27 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค สำหรับแบบสอบถามที่มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ดังต่อไปนี้



ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ขนาดโรงพยาบาล (จำนวนเตียง) ปีการศึกษาที่จบทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ระยะเวลาที่ทำงานรักษาแก่ผู้มารับบริการทันตกรรม (ปี) การสูบบุหรี่ ประสบการณ์การได้รับผลกระทบจากบุหรี่ทั้งต่อตนเองและครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด ทุกข้อมีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 การให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการให้บริการเลิกบุหรี่แบบกระชั้น 5 ขั้นตอน ได้แก่ การสอบถาม (Ask: A1) แนะนำ (Advise: A2) ประเมิน (Assess: A3) ช่วยเหลือ (Assist: A4) และติดตาม (Arrange: A5) ในแต่ละข้อมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินความถี่การให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา จำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ/สม่ำเสมอ หมายถึง มีความถี่ของการปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่หรือเกินกว่าร้อยละ 60 (หรือ ≥ 6 ครั้งในทุก ๆ 10 ครั้งที่ปฏิบัติ) ปฏิบัติบ้าง/เป็นครั้งคราว หมายถึงมีความถี่ของการปฏิบัติน้อยกว่าร้อยละ 60.0 และไม่ปฏิบัติ

ส่วนที่ 3-5 การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้บทบาทหน้าที่ และความตั้งใจในการช่วยเลิกบุหรี่ มีจำนวนข้อคำถามในแต่ละส่วน ๆ ละ 5 ข้อ ทุกข้อมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด (1) ถึงมากที่สุด (5) คะแนนรวมในแต่ละส่วนมีค่าอยู่ระหว่าง 5-25 คะแนน และผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ 0.861, 0.806 และ 0.885 ตามลำดับ

ส่วนที่ 6 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ลักษณะงาน สัดส่วนทันตแพทย์ต่อผู้มารับบริการต่อวัน การได้รับการอบรม/ฝึกทักษะในการช่วยเลิกบุหรี่ รอยโรคในช่องปาก

ที่เป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ การรักษาทางทันตกรรม คลินิกช่วยเลิกบุหรี่ ค่าตอบแทนแก่หน่วยงาน นโยบายช่วยเลิกบุหรี่ จาก 4 แหล่ง คือ เครือข่ายวิชาชีพ สาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และหน่วยงานทันตกรรม แบบสอบถามส่วนนี้ มีจำนวน 12 ข้อ ทุกข้อมีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบตามความเป็นจริง 3 ตัวเลือกว่ามีปัจจัยเอื้อเหล่านี้หรือไม่ ได้แก่ มี ไม่มี และไม่แน่ใจ โดยให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนนสำหรับคำตอบที่ทราบว่ามีปัจจัยเอื้อ และ 0 คะแนนสำหรับคำตอบที่ไม่ทราบว่ามี หรือไม่แน่ใจว่ามีปัจจัยเอื้อ

ส่วนที่ 7 ปัจจัยเสริมแรง ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจาก 4 แหล่งเพื่อให้ทันตแพทย์ให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ หัวหน้าฝ่ายทันตกรรม ทีมทันตบุคลากร และผู้มารับบริการ และญาติ จำนวน 4 ข้อ ทุกข้อมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด (1) ถึงมากที่สุด (5) คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 5-25 คะแนน และผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ 0.852

นอกจากนี้ แบบสอบถามส่วนที่ 3-5 และ 7 ผู้วิจัยได้นำคะแนนรวมมาจัดกลุ่มเพื่อจำแนกการเสนอผลออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom¹⁶ ได้แก่ น้อย (คะแนนรวมมีค่าน้อยกว่าร้อยละ 60) ปานกลาง (คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79) และมาก (คะแนนรวมมีค่าเท่ากับ/มากกว่าร้อยละ 80)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS Statistics version 18.0 โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน เพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูล และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่



การทดสอบที และสถิติโคสแควร์ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และสถิติถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary Logistic Regression) เพื่อทำนายปัจจัยการให้บริการช่วยเหลือฉุกเฉินของทันตแพทย์

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับข้อมูลกลับจำนวน 539 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 31.8 ผลการวิจัยต่อไปนี้จะแบ่งการนำเสนอออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล การวิจัยครั้งนี้ พบว่าทันตแพทย์ตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 32.6 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.4 มีประสบการณ์การทำงานรักษาทันตกรรมเฉลี่ย 8 ปี เกือบทั้งหมดไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 98.3 เคยได้รับผลกระทบจากบุหรี่ต่อตนเอง ร้อยละ 59.3 แต่ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดไม่เคยได้รับผลกระทบจากบุหรี่ ร้อยละ 61.3 และร้อยละ 22.3 ของทันตแพทย์ที่จบการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิตตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เคยได้รับการปัจฉิมนิเทศเรื่องบทบาทวิชาชีพทันตแพทย์กับการควบคุมยาสูบ

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรงตาม PRECEDE model กรณีปัจจัยนำ จำนวน 3 ปัจจัยพบว่าทันตแพทย์ส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการช่วยเหลือฉุกเฉินในระดับน้อย ร้อยละ 57.8 และรับรู้ว่าคุณสมบัติบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือฉุกเฉินและมีความตั้งใจในการช่วยเหลือฉุกเฉินในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.6 และร้อยละ 55.5 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาปัจจัยเอื้อด้านลักษณะงานในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่าทันตแพทย์ส่วนใหญ่มีภาระหน้าที่ให้บริการทันตกรรม และปฏิบัติงานอื่น ๆ ร้อยละ 77.0 มีปริมาณการให้บริการทันตกรรมเฉลี่ย 11 คนต่อวัน ร้อยละ 69.8 ไม่เคยได้รับการอบรม/

ฝึกทักษะ ร้อยละ 82.0 มีโอกาสพบผู้รับบริการที่มีรอยโรคในช่องปากจากการสูบบุหรี่ และร้อยละ 89.2 ได้ให้การรักษากับผู้มารับบริการทันตกรรมที่สูบบุหรี่สำหรับปัจจัยเอื้อด้านนโยบาย พบว่าส่วนใหญ่ทราบว่าเครือข่ายวิชาชีพทันตแพทย์ มีนโยบายให้ทันตแพทย์ให้บริการช่วยเหลือฉุกเฉิน ร้อยละ 69.1 โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานมีนโยบายหรือให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือฉุกเฉิน ร้อยละ 61.3 และมีคลินิกช่วยเหลือฉุกเฉินในโรงพยาบาล ร้อยละ 67.0 ทันตแพทย์ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ว่าโรงพยาบาลได้รับคำตอบแทนการช่วยเหลือฉุกเฉิน ร้อยละ 49.5 และ 49.4 ตามลำดับ เมื่อสอบถามนโยบายช่วยเหลือฉุกเฉินในหน่วยงานทันตกรรม พบว่าส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีนโยบาย ร้อยละ 51.2 ส่วนนโยบายระดับจังหวัดพบว่าส่วนใหญ่ระบุว่า ไม่แน่ใจว่านโยบายระดับจังหวัดให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือฉุกเฉิน ร้อยละ 51.4

สำหรับปัจจัยเสริมแรง พบว่าทันตแพทย์ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจาก 4 แหล่งเพื่อให้บริการช่วยเหลือฉุกเฉินอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 83.5

3. การให้บริการช่วยเหลือฉุกเฉิน การวิจัยครั้งนี้พบว่าทันตแพทย์ส่วนใหญ่ให้คำแนะนำให้เลิกบุหรี่ (Advise: A2) เป็นประจำ/สม่ำเสมอ ร้อยละ 50.3 ส่วนการสอบถามประวัติการสูบบุหรี่ (Ask: A1) และการช่วยเหลือ (Assist: A4) ส่วนใหญ่ปฏิบัติบ้าง/เป็นครั้งคราว ร้อยละ 58.1 และร้อยละ 64.0 สำหรับการประเมิน (Assess: A3) และการติดตาม (Arrange: A5) ส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 64.2 และร้อยละ 72.5 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการให้บริการช่วยเหลือฉุกเฉินครบ 2 ขั้นตอนตามมาตรฐาน (2As) ได้แก่ การถามและให้คำแนะนำ พบว่าทันตแพทย์ปฏิบัติตามสม่ำเสมอ ร้อยละ 23.0 (ตารางที่ 1)

Table 1 Percentage of 5As smoking cessation services by dentists (n = 538)

Smoking cessation	Frequency of smoking cessation services ¹⁾		
	Always	Seldom	Never
Ask: A1	33.0	58.1	8.9
Advise: A2	50.3	47.9	1.8
Assess: A3	3.9	31.9	64.2
Assist: A4	24.5	64.0	11.5
Arrange follow up: A5	2.8	24.7	72.5
Ask and Advise: 2As²⁾	23.0	75.7	1.3

Remarks: 1) Always mean smoking cessation services 60% and over; seldom mean less than 60%; never mean no practice

2) Combined only 2 aspects of the 5As, Ask (A1) and Advise (A2). 2As divided into 3 categories, always mean both always in A1 and A2; never mean no practice both never in A1 and A2; seldom mean out of two conditions

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และทำนายการให้บริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ 2As การวิจัยครั้งนี้ พบว่ามีปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง จำนวน 8 ตัวแปรจาก 22 ตัวแปร มีความสัมพันธ์กับการให้บริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ 2As สม่าเสมอของทันตแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย 4 ตัวแปรแรกเป็นปัจจัยนำ ได้แก่ 1) ปีที่สำเร็จการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ($p = 0.011$) 2) การรับรู้ความสามารถตนเองในการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ ($p < 0.001$) 3) การรับรู้บทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ ($p < 0.001$) และ 4) ความตั้งใจในการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ ($p < 0.001$) ส่วน 4 ตัวแปรที่เหลือเป็นปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง ได้แก่ 1) โรงพยาบาลที่มีคลินิกช่วยเหลือเลิกบุหรี่ ($p = 0.018$) 2) นโยบายช่วยเหลือเลิกบุหรี่ระดับจังหวัด ($p = 0.007$) และ 3) ระดับหน่วยงาน ($p = 0.011$) และตัวแปรสุดท้าย ได้แก่ ปัจจัยเสริมแรง ($p < 0.001$) (ตารางที่ 2)

เมื่อนำทั้ง 8 ตัวแปรข้างต้น เข้าสู่สมการเพื่อทำนายการให้บริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ 2As สม่าเสมอ พบว่ามีเพียงความตั้งใจในการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ที่สามารถทำนายการให้บริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ 2As สม่าเสมอได้ (ตารางที่ 3) ซึ่งผลการทดสอบความเหมาะสมของ Logistic model ด้วย Hosmer – Lemeshow goodness – of – fit พบว่าโมเดลมีความเหมาะสม (chi-square test: 12.933, df = 8, $p = 0.114$) โดยคะแนนความตั้งใจในการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ที่มีค่าตั้งแต่ 5-25 คะแนน สามารถทำนายความน่าจะเป็นของการให้บริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ 2As สม่าเสมอได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 1.7-61.1 (ตารางที่ 4) และผลการวิเคราะห์ประสิทธิภาพในการทำนายของโมเดลนี้ด้วยเส้นโค้ง ROC (Receiver – operating characteristic curve) (รูปที่ 1) พบพื้นที่ใต้เส้นโค้งมาก แสดงว่าการทำนายนี้ มีความถูกต้องในภาพรวมค่อนข้างสูง ($AUC = 0.721$, $p < 0.001$)

Table 2 Association between predisposing, enabling and reinforcement factors and 2As smoking cessation services by dentists

Factors	Smoking cessation services		p-value
	Always, n (%)	Seldom/Never, n (%)	
Year of graduated (n=538)			0.011 ^b
before year 2016	86 (20.6)	332 (79.4)	
Since year 2016	38 (31.7)	82 (68.3)	
Self- efficacy (n=538)			<0.001 ^a
Low level	50 (16.1)	261 (83.9)	
Moderate level	72 (32.7)	148 (67.3)	
High level	1 (14.3)	6 (85.7)	
Mean ± S.D	14.8±3.1	13.1±3.5	
Role perception (n=538)			<0.001 ^a
Low level	8 (7.9)	93 (92.1)	
Moderate level	79 (24.2)	247 (75.8)	
High level	36 (32.4)	75 (67.6)	
Mean ± S.D	19.0±3.1	17.2±3.5	
Intention to help (n=539)			<0.001 ^a
Low level	14 (9.4)	135 (90.6)	
Moderate level	63 (21.1)	236 (78.9)	
High level	47 (51.6)	44 (48.4)	
Mean ± S.D	19.1±3.6	16.0±4.1	
Smoking cessation clinic (n=537)			0.018 ^b
Yes	94 (26.1)	266 (73.9)	
No	30 (16.9)	147 (83.1)	
Policy of smoking cessation (n=537)			
at Province level			0.007 ^b
- Yes	61 (29.2)	148 (70.8)	
- No	63 (19.2)	265 (80.8)	
at Dental clinic			0.011 ^b
- Yes	46 (30.5)	105 (69.5)	
- No	78 (20.2)	308 (79.8)	
Reinforcement factors (n=534)			<0.001 ^a
Low level	94 (21.1)	352 (78.9)	
Moderate level	30 (34.1)	58 (65.9)	
Mean ± S.D	12.3±3.6	10.3±3.7	

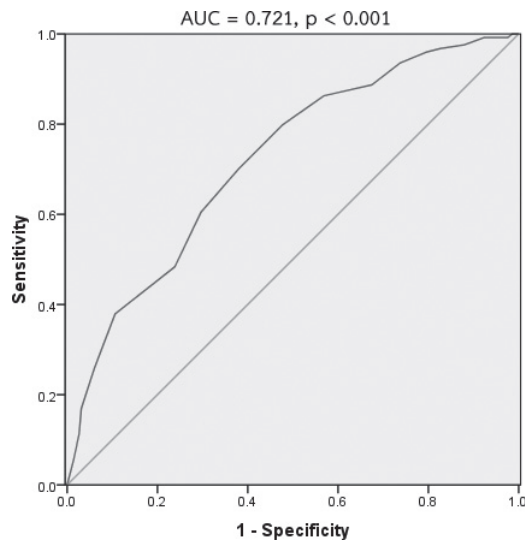
Remark: ^a analysis data by Independent samples t-test; ^b analysis data by Chi-square

Table 3 Factor Predicting of 2As smoking cessation services by dentists (n=532)

Factor/Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for EXP(B)	
							Lower	Upper
Intention to help	0.226	0.032	49.987	1	<0.001	1.254	1.177	1.335
Constant	-5.196	0.601	74.800	1	<0.001	0.006		
Pesudo R ² (Cox & Snell R ² = 0.112)								

Table 4 Predicted probability 2As smoking cessation services by scoring of intention to help

Intention to help score	Predicted probability 2As	Intention to help score	Predicted probability 2As
5	.0168454	16	.1706073
6	.0210259	17	.2049910
7	.0262163	18	.2442634
8	.0326453	19	.2883310
9	.0405851	20	.3368057
10	.0503555	21	.3889757
11	.0623251	22	.4438187
12	.0769096	23	.5000660
13	.0945627	24	.5563115
14	.1157596	25	.6111497
15	.1409683	Total	.2304262

**Figure 1.** ROC curve of predicted probability 2As smoking cessation services by dentist



อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าทันตแพทย์ส่วนใหญ่ให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่เป็นประจำ/สม่ำเสมอ ร้อยละ 50.3 ข้อค้นนี้ มีทิศทางเดียวกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่าทันตแพทย์ส่วนใหญ่ให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่¹⁷⁻¹⁹ อาจเนื่องมาจากทันตแพทย์มีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ รวมถึงผลเสียที่เกิดขึ้นกับสุขภาพช่องปากที่สะท้อนให้เห็นจากการตรวจสุขภาพช่องปากของผู้มารับบริการทันตกรรม เช่น กลิ่นบุหรี่ปริศนา โรคปริทันต์ และรอยโรคในช่องปาก เป็นต้น จึงเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ทันตแพทย์ให้คำแนะนำเลิกบุหรี่

ส่วนการถามประวัติการสูบบุหรี่ พบว่าทันตแพทย์ส่วนใหญ่ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 33.0 ซึ่งน้อยกว่าในประเทศสหรัฐอเมริกา^{20,21} อาจเนื่องมาจากบางโรงพยาบาลมีเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นทำหน้าที่ซักประวัติสูบบุหรี่ สำหรับขั้นตอนการช่วยเหลือ พบว่าทันตแพทย์ให้การช่วยเหลือสม่ำเสมอ ร้อยละ 24.5 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Oncioiu SI และคณะในประเทศสวีเดน²² แต่น้อยกว่าประเทศอื่น ๆ^{20,21} อาจเป็นเพราะปัญหาสุขภาพช่องปากจากบุหรี่และการสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในการรักษาทางทันตกรรม จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ทันตแพทย์ช่วยเลิกบุหรี่ สำหรับการประเมินและการติดตาม พบว่าทันตแพทย์ส่วนใหญ่ปฏิบัติสม่ำเสมอร้อยละ 3.9 และร้อยละ 2.8 ตามลำดับ ซึ่งค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับประเทศอื่นที่พบทันตแพทย์ประเมิน ร้อยละ 32-69^{18,21,22} อาจเนื่องมาจากขั้นตอนนี้ ต้องใช้เวลาในการประเมินหลายประเด็น เช่น สภาวะพื้นฐานของการติดบุหรี่ ความรุนแรงของการติดบุหรี่ที่ต้องอาศัยเครื่องมือ/แบบสอบถามการให้คะแนนเพื่อใช้ในการเลือกวิธีช่วยเลิกบุหรี่ และการประเมินสิ่งกระตุ้นที่ทำให้สูบบุหรี่ เป็นต้น

ส่งผลให้ทันตแพทย์มีองค์ความรู้และทักษะในการประเมินไม่เพียงพอ ดังเช่นการศึกษานี้ ที่พบว่าทันตแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรม/ฝึกทักษะช่วยเลิกบุหรี่ ส่วนขั้นตอนการติดตาม พบว่าในทุกการศึกษาเป็นขั้นตอนที่ทันตแพทย์ปฏิบัติน้อยที่สุด^{18,20-22} รวมถึงครั้งนี้ อาจเป็นเพราะต้องใช้เวลาติดตามหลายครั้ง ทำให้ทันตแพทย์ไม่สะดวกในการปฏิบัติ

ทันตแพทย์ให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ 2As สม่ำเสมอเป็นผลมาจากทั้ง 3 กลุ่มปัจจัยตาม PRECEDE model โดย 4 ตัวแปรแรกเป็นปัจจัยนำ ได้แก่ 1) ปีที่สำเร็จการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ($p = 0.011$) ที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Hanioka T และคณะ²³ ที่พบว่ากรอบการอบรมการช่วยเลิกบุหรี่ในหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิตทำให้ทันตแพทย์มีทัศนคติที่ดีในการช่วยเลิกบุหรี่มากขึ้น และเป็นแบบอย่างที่ดี 2) การรับรู้ความสามารถตนเองในการช่วยเลิกบุหรี่ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาในอินเดีย²⁴ ที่พบว่าหากทันตแพทย์ที่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองจะให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ 3) การรับรู้บทบาทหน้าที่ในการช่วยเลิกบุหรี่ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับหลายการศึกษา^{8,14,17,23,25,26} โดยทันตแพทย์ที่รับรู้บทบาทหน้าที่ ในระดับปานกลางถึงมาก จะให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ ซึ่งทันตแพทย์ทั่วไปรับรู้ถึงการเป็นแบบอย่างที่ดีของการไม่สูบบุหรี่ (Role model) และ 4) ความตั้งใจในการช่วยเลิกบุหรี่ ($p < 0.001$) โดยทันตแพทย์ที่มีความตั้งใจระดับปานกลางถึงมากในการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ เพราะมีความเต็มใจและให้ความร่วมมือในการให้คำแนะนำช่วยเลิกบุหรี่แก่ผู้มารับบริการทันตกรรม²⁵ นอกจากนี้ ความตั้งใจในการช่วยเลิกบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยนำตาม PRECEDE model ก็เป็นตัวแปรเดียวของการวิจัยนี้ ที่สามารถทำนายการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ 2As สม่ำเสมอ



ส่วน 4 ตัวแปรที่เหลือที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการช่วยเหลือ 2As สม่าเสมอของทันตแพทย์ โดย 3 ใน 4 ตัวแปรแรกเป็นปัจจัยเอื้อตาม PRECEDE model ได้แก่ 1) ร.พ.มีคลินิกช่วยเหลือ 2As (p = 0.018) อาจเนื่องจากคลินิกเหลืงนุหรีนี้ เป็นระบบที่เอื้อในการจัดบริการช่วยเหลือ 2As ที่เหมาะสมกับทันตแพทย์ และลดระยะเวลาในคลินิกทันตกรรม^{8,26} 2) นโยบายช่วยเหลือ 2As ในระดับจังหวัด (p = 0.007) และ 3) ระดับหน่วยงาน (p = 0.011) เนื่องจากนโยบายที่ชัดเจนช่วยให้เกิดปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน (Routine work)^{24,27} และตัวแปรสุดท้าย ได้แก่ ปัจจัยเสริมแรง (p < 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hanioka T และคณะที่พบว่าหากได้รับความร่วมมือจากสมาชิกทีม และผู้นำ จะนำไปสู่การให้บริการช่วยเหลือ 2As^{23,24}

90

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. กรอบตัวอย่างประชากร (Sample frame) ไม่เป็นปัจจุบัน เนื่องจากทันตแพทย์มีอัตราหมุนเวียนสูง (Turnover rate) ทำให้การส่งเอกสารทางไปรษณีย์ ไม่ได้รับการตอบกลับ จึงต้องสุ่มรายชื่อทดแทนรอบที่สอง

2. ไม่มีข้อมูลอีเมลของทันตแพทย์ (Email address) ตามแผนการวิจัยที่กำหนด ทำให้ไม่สามารถติดตามการตอบกลับได้โดยตรง ต้องติดตามทางอ้อมผ่านไลน์กลุ่มทันตแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพื่อประชาสัมพันธ์ต่อไปถึงทันตแพทย์ที่ได้รับเอกสารให้ช่วยตอบกลับ ทำให้ต้องขยายเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มขึ้น 1 เดือน

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่เป็นประจำ/สม่าเสมอสูงสุด รองลงมา

เป็นลำดับคือ ขั้นตอนการถามประวัติการสูบบุหรี่ การช่วยเหลือ การประเมิน และการติดตาม ส่วนการให้บริการช่วยเหลือ 2As ครบ 2 ขั้นตอน (2A) สม่าเสมอ ทันตแพทย์ปฏิบัติสม่าเสมอเพียงร้อยละ 23.0 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือ 2As สม่าเสมอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีทั้งหมด 8 ปัจจัยที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง ในจำนวนนี้ มีเพียง 1 ปัจจัยของปัจจัยนำ ได้แก่ ความตั้งใจในการให้บริการช่วยเหลือ 2As ที่สามารถทำนุ การช่วยเหลือ 2As ครบ 2 ขั้นตอน (2A) สม่าเสมอ

ดังนั้น การวิจัยต่อไป ควรศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อค้นหาแนวทางส่งเสริมให้เกิดความตั้งใจในการช่วยเหลือ 2As ของทันตแพทย์อย่างยั่งยืน และกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรกำหนดนโยบายให้บริการช่วยเหลือ 2As ให้เป็นหน้าที่ของทันตแพทย์และทันตบุคลากร โดยบรรจุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน พร้อมกำหนดแนวทาง การช่วยเหลือ 2As เป็นแบบ 2As รวมการส่งต่อทาง ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (Quitline) หรือคลินิกเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาล และควรประชาสัมพันธ์ช่องทางการส่งต่อ รวมถึงเพิ่มช่องทาง ค้นหาข้อมูลช่วยเหลือ 2As หรืออบรม/ฝึกทักษะช่วยเหลือ 2As แบบทีมสหสาขาวิชาชีพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทันตแพทย์ทุกท่านที่ให้ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

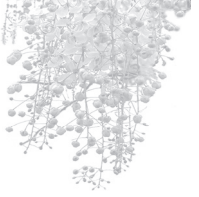
1. WHO. Global health observatory data. Deaths from NCDs situation and trends. Available at http://www.who.int/gho/ncd/mortality__morbidity/ncd__total/en/, accessed June 30, 2018.
2. WHO. Noncommunicable diseases. Risk factors modifiable behavioral risk factors. Available at <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>, accessed June 30, 2018.
3. WHO. Four noncommunicable diseases, four shared risk factors. Available at <http://www.who.int/ncdnet/about/4diseases/en/>, accessed June 7, 2018.
4. WHO. WHO global report on trends in tobacco smoking 2000-2025. Available at <http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/reportontrendstobaccosmoking/en/index4.html>, accessed June 7, 2018.
5. WHO. Global health observatory data. Prevalence of tobacco smoking. Available at <http://www.who.int/gho/tobacco/use/en/>, accessed June 30, 2018.
6. Global adult tobacco survey. Fact sheet Thailand 2011. Available at http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/thailand__fact__sheet__2011.pdf?ua=1, accessed June 30, 2018.
7. Tobacco free initiative: quitting. Available at http://www.who.int/tobacco/quitting/summary__data/en/, accessed June 7, 2018.
8. Watt RG, Daly B, Kay EJ. Smoking cessation advice within the general dental practice. BJD 2003; 194(12): 665-8.
9. Suvipa A, Siripen A. Knowledge attitude practice and role of dentists in tobacco control. Comprehensive role of dentists in tobacco control 2005: 35-41.
10. The civil service commission. Standard-position 2010. Available at http://www.personnel.psu.ac.th/new3/new3__07/new3__07.3.pdf
11. Krongjit V. Smoke free hospital model: lesson learned. 2nd ed. Bangkok. Tobacco control research and knowledge management center (TRC). 2007.
12. Gielen AC, McDonald EM, Grary TL, Bone LR. Using The PRECEDE-PROCEED model to apply health behavior theories. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health behavior and health education theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco: Joseey-Bass; 2008. P.407-418.



13. Wayne WD, Chad LC. Using Sample data to make estimates about population parameters. In: Wayne WD, Chad LC editors. *Biostatistics: basic concepts and methodology for the health sciences*. 10thed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2014.
14. Awan KH, Hammam MK, Warnakulasuriya S. Knowledge and attitude of tobacco use and cessation among dental professionals. *The Saudi Dental Journal* 2015; 27: 99-104.
15. Ngernthong P. Quality of work life of dentists in community hospitals. *Thai Dental Public Health Journal* 2012; 17(2): 60-9.
16. Bloom BS, Hastings JH, Madaus GF. *Handbook on formative evolution of student learning*. New York: McGraw-hill; 1971.
17. Singla A, Patthi B, Singh K, Jain S, Vashishtha V, Kundu H, et al. Tobacco cessation counselling practices and attitude among the dentist and the dental auxiliaries of urban and rural areas of Modinagar, India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2014; 8(9): 15-8.
18. Alzoubi KH, Azab M, Khabour OF, Al-shamaila AW, Ayoub NM, Al-Omiri MK, et al. Smoking-cessation practice guidelines: awareness and implementation among medical teams. *IJPP* 2010; 18: 93-9.
19. Keogan S, Burns A, Babineau K, Clancy L. Dental practitioners and smoking cessation in Ireland. *Tob Prev Cessation* 2015; 1: 5.
20. Prakash P, Belek MG, Grimes B, Silverstein S, Meckstroth R, Heckman B, et al. Dentists' attitudes, behaviors, and barriers related to tobacco-use cessation in the dental setting. *JPHD* 2013; 73(2): 94-102.
21. Succar CT, Hardigan PC, Fleisher JM, Godel JH. Survey of tobacco control among Florida dentists. *J Community Health* 2011; 36: 211-8.
22. Oncioiu SI, Franchetti-Pardo L, Virtanen SE, Faggiano F, Galanti M. Beyond intention-to treat: the effect of brief counseling for tobacco cessation in secondary analyses of a cluster randomized controlled trial in Swedish dental clinics. *Contemp Clin Trials Commun* 2007; 5: 92-9.
23. Hanioka T, Ojima M, Kawaguchi Y, Hirata Y, Ogawa H, Mochizuki Y. Tobacco interventions by dentists and dental hygienists. *Japanese Dental Science Review* 2013; 49: 47-56.



24. Shaheen S, Reddy S, Doshi D, Reddy P, Kulkarni S. Knowledge, attitude and practice regarding tobacco cessation among Indian dentists. *Oral Health Prev Dent* 2015; 13: 427-34.
25. Yusuf H, Kolliakou A, Ntouva A, Murphy M, Newton T, Tsakos G, et al. Predictors of dentists' behaviours in delivering prevention in primary dental care in England: using the theory of planned behavior. *BMC Health Services Research* 2016; 16: 44.
26. Maqsood S, Baber H, Khalid M, Maqsood Q. Tobacco cessation approaches among dentists. *Pakistan Oral & Dental Journal* 2016; 36(4): 572-6.
27. Dawson GM, Noller JM, Skinner JC. Models of smoking cessation brief interventions in oral health. *Public Health Bulletin* 2013; 24(3): 131-4.



ปัจจัยทำนายการให้บริการช่วยเหลือฉุกเฉินของทันตแพทย์

บุญพร้อม ไพรงาม* ศรัณญา เบญจกุล** วิรินธ์ กิตติพิชัย***

บทคัดย่อ

ทันตแพทย์สามารถช่วยผู้รับบริการทันตกรรมที่สูญเสียฟันได้ การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้บริการช่วยเหลือฉุกเฉิน และปัจจัยทำนายการให้บริการช่วยเหลือฉุกเฉินตามกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED model ตัวอย่างคือ ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิไม่เกิน 120 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 539 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเองทางไปรษณีย์ และออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ผลการวิจัย พบทันตแพทย์ช่วยเหลือฉุกเฉินสม่ำเสมอสูงสุด ได้แก่ การแนะนำฉุกเฉิน ร้อยละ 50.3 เมื่อพิจารณาการให้บริการช่วยเหลือฉุกเฉินครบ 2 ขั้นตอน (2As) สม่ำเสมอ พบทันตแพทย์ปฏิบัติ ร้อยละ 23.0 โดยมี

8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือฉุกเฉิน 2As สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปีที่สำเร็จการศึกษา การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้บทบาทหน้าที่ ความตั้งใจในการช่วยเหลือฉุกเฉิน คลินิกช่วยเหลือฉุกเฉิน นโยบายช่วยเหลือฉุกเฉินระดับจังหวัดและระดับหน่วยงาน การได้รับปัจจัยเสริมแรง โดยความตั้งใจในการช่วยเหลือฉุกเฉินเป็นปัจจัยทำนายสำคัญที่สุดต่อการให้บริการช่วยเหลือฉุกเฉิน 2As สม่ำเสมอของทันตแพทย์ ดังนั้น การจัดทำแนวทางให้บริการฉุกเฉินครบ 2 ขั้นตอน รวมการส่งต่อ จึงควรได้รับการพัฒนาเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของทันตแพทย์

คำสำคัญ: การช่วยเหลือฉุกเฉิน, ทันตแพทย์, ปัจจัยทำนาย

* โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดกำแพงเพชร

** ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล