

การสำรวจการปฏิบัติตนของทันตแพทย์ต่อแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม The Survey of Practice among Dentists on Dental Safety Goals and Guidelines (DSGG)

ประธานพร อาริราชการณย์¹, ชุมพล ชมะโชติ², นิภาภัทร ชิตชูตระกูล³, ภัณฑภา คุณธนนิธิ³, ภัณฑิรา เชื้อทองฮัว³
และผกาภรณ์ พันธวุฒิ พิศาลธูรกิจ⁴

Pratanporn Arirachakaran¹, Chumphon Chamachot², Niphaphat Chitchutrakul³, Phanthapha
Khunthananithi³, Phanthira Chuethonghua³ and Pagaporn Pantuwadee Pisarnturakit⁴

¹ศูนย์ทันตกรรม โรงพยาบาลกรุงเทพ กรุงเทพฯ

¹Dental Center, Bangkok Hospital, Bangkok

²สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จังหวัดปทุมธานี

²Princess Mother National Institute on Drugs Abuse Treatment, Pathumthani

³คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ

³Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University, Bangkok

⁴ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ

⁴Department of Community Dentistry, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University, Bangkok

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการปฏิบัติตนเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรมของทันตแพทย์ไทยในโรงพยาบาลของรัฐทันตแพทย์หนึ่งคนในแต่ละโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทยรวมทั้งสิ้น 855 โรงพยาบาล ได้รับจดหมายแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับการศึกษานี้ และเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาทางไปรษณีย์ และแนบลิงค์สำหรับเข้าทำแบบสอบถามออนไลน์ แบบสอบถามแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรมของทันตแพทย์ไทยแบ่งเป็น 5 หมวด ดังนี้ การสื่อสารเพื่อการรับรู้และความเข้าใจ การให้การรักษอย่างปลอดภัย การควบคุมการติดเชื้อ การบันทึกข้อมูลสำคัญและการจัดการความเสี่ยง แบบสอบถามเป็นมาตรวัดลิเคิร์ตที่มี 4 ตัวเลือกตั้งแต่ 0 ถึง 3 ผู้ไม่ตอบแบบสอบถามจะได้รับจดหมายเตือนหลังจากจดหมายฉบับแรกสองสัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยใช้โปรแกรมเอสพีเอสเอส เวอร์ชัน 22.0 ทันตแพทย์ตอบแบบสอบถามจำนวน 227 คน อัตราการตอบแบบสอบถามคิดเป็นร้อยละ 26.5 ผู้ตอบแบบสอบถามมาจากทุกภูมิภาคของประเทศไทย ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวนร้อยละ 57 เคยเป็นผู้มีส่วนร่วมในการสำรวจแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรมในสองปีที่ผ่านมา ผลการศึกษาพบว่าทันตแพทย์บันทึกผลการซักประวัติความเจ็บป่วยตามแนวทางปฏิบัติมากที่สุด (2.90 ± 0.22 คะแนน) และทันตแพทย์ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัยของทางเดินหายใจน้อยที่สุด (1.58 ± 1.13 คะแนน) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าทันตแพทย์ส่วนใหญ่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม

คำสำคัญ: แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม, ทันตแพทย์, ความรู้, การปฏิบัติ, โรงพยาบาลของรัฐ

Abstract

This study aimed to survey and evaluate knowledge and practice of Dental Safety among Thai Dentists in public hospitals. Eight hundred and fifty-five dentists representing 855 public hospitals were asked to complete the online-survey questionnaire enclosed with details of the study along with the consent letter. The questionnaire regarding Dental Safety Goals and Guidelines (DSGG) classified into 5 categories- Safe Communication, Safe Dental Treatment, Safe Infection Control, Safe Record and Risk Management. Response options were graded on a 4-point-Likert scale ranging from 0 to 3. The non-respondents received a reminder email after the second week. The data was analyzed by descriptive statistics using Statistical Package for Social Science (SPSS, version 22.0). Two hundred and twenty-seven dentists returned the DSGG questionnaire. A response rate of 26.5 % was achieved. Participants were in hospitals in every region of Thailand. Approximately 57 % of them were DSGG-survey-participants in the last two years. The results indicating the highest DSGG compliance is Patient Medical History taking (score=2.90±0.22) and the lowest DSGG compliance is Respiratory Hygiene (score=1.58±1.13). The overall responses indicated that most dentists had good practice in regards to DSGG.

Keywords: Dental safety goals and guidelines, Dentist, Knowledge, Practice, Public hospital

Received Date: Oct 3,2017

Accepted Date: Jan 22,2018

doi: 10.14456/jdat.2018.20

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ:

ผกาภรณ์ พันธวุฒิจี ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 34 ถนนอังรีดูนังต์ ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 ประเทศไทย โทรศัพท์: 0-2218-8545 โทรสาร: 0-2218-8545 อีเมล: pagaporn.p@chula.ac.th

Correspondence to:

Pagaporn Pantuwadee Pisarnurakit. Department of Community Dentistry, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University 34 Henry Dunant Road, Pathumwan Bangkok 10330 Thailand Tel.0-2218-8545 Fax: 0-2218-8545 E-mail pagaporn.p@chula.ac.th

บทนำ

การรักษาผู้ป่วยอย่างปลอดภัยถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของทันตแพทย์ทุกคน ปัจจุบันนี้ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับความปลอดภัยในการรักษาผู้ป่วย เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้มีการออกแบบสำรวจและสร้างมาตรฐานการให้การรักษารักษาผู้ป่วยอย่างปลอดภัย^{1,2} มีรายงานการเกิดข้อผิดพลาดในการให้บริการทางการแพทย์³⁻⁶ และทันตแพทย์⁷จากหลายประเทศ ซึ่งความผิดพลาดในการให้บริการทางการแพทย์มักเกิดขึ้นจากความผิดพลาดของมนุษย์ สภาวะการทำงานที่ไม่เหมาะสมหรือการจัดการระบบที่ไม่เหมาะสม^{8,9} ที่อาจส่งผลกระทบต่อมุมมองของผู้ป่วยต่อภาพลักษณ์ในวิชาชีพทางการแพทย์ อาจทำให้ความน่าเชื่อถือลดลงและมีข้อสงสัยเกี่ยวกับ

มาตรฐานความปลอดภัยในการเข้ารับการรักษา และได้มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย^{2,10-14}และการให้ความรู้แก่นักศึกษาและบุคลากรทางการแพทย์^{1,9,15-18}

ปัจจุบันได้มีแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม¹¹ (Thai Dental Safety Goals & Guidelines 2010) เพื่อเป็นแนวทางสำหรับทันตแพทย์นำไปใช้หรือประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม ทั้งด้านการสื่อสารเพื่อการรับรู้และความเข้าใจ การให้การรักษารักษาอย่างปลอดภัย การควบคุมการติดเชื้อ และการบันทึกข้อมูลสำคัญอย่างครบถ้วน หากมีการกระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนเรียนรู้และนำมาปฏิบัติอย่างเป็นกิจวัตรจะเป็นประโยชน์ต่อวงการทันตแพทย์ การแพทย์ และผู้ป่วย แต่ปัญหาที่พบคือยังขาด

การทบทวน ความรู้ ความเข้าใจ และการนำไปใช้จริง ทันตแพทย์สภาจึงได้จัดทำแบบสำรวจมาตรฐานความปลอดภัยทางทันตกรรมของประเทศไทย โดยส่งแบบสอบถามไปตามโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อรวบรวมข้อมูล ข้อผิดพลาดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รวมถึงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงมาตรฐานความปลอดภัย แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของการประเมินผล ดังนั้นการปรับปรุงแบบสอบถามซึ่งถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บข้อมูล ให้มีประสิทธิภาพ แจกแจงรายละเอียดคำถามอย่างเหมาะสม ครอบคลุมทุกประเด็นจะช่วยให้ประเมินผลได้ชัดเจน และสามารถนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุนำไปสู่การปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรมของไทยต่อไปในอนาคต

การศึกษานี้มุ่งหวังเพื่อสำรวจการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรมของทันตแพทย์ไทยที่ปฏิบัติงานในประเทศไทยเพื่อทราบถึงระดับมาตรฐานของทันตแพทย์ไทยในด้านความปลอดภัยทางทันตกรรม ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปกระตุ้นให้ทันตแพทย์มีความตระหนักถึงความปลอดภัยในการรักษาผู้ป่วยทางทันตกรรม และปรับปรุง หรือส่งเสริมมาตรฐานความปลอดภัยในการรักษาผู้ป่วยทางทันตกรรม

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ที่ใช้ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง โดยขอให้ทันตแพทย์ 1 คนในแต่ละโรงพยาบาลเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยส่งจดหมายทางไปรษณีย์ แสดงรายละเอียดของการศึกษาและเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา พร้อมแนบลิ้งค์เพื่อเข้าทำแบบสอบถามออนไลน์ “<http://goo.gl/forms/xVHPtiDquu>” ไปยังโรงพยาบาลของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในประเทศไทย (13 เขตสุขภาพ) จำนวน 855 แห่ง และ จัดส่งจดหมายไปยังโรงพยาบาลที่ไม่ตอบแบบสอบถาม ภายใน 2 สัปดาห์ รวมกำหนดระยะเวลาการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้นเป็นเวลา 4 สัปดาห์ การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (HREC-DCU 2015-051) แบบสอบถามออนไลน์ พัฒนามาจากแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม¹¹ และการสำรวจแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรมครั้งก่อนหน้า^{19,20} โดย

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ได้แก่ ชื่อโรงพยาบาล จังหวัด และ เขตสุขภาพ และ 2) คำถามเกี่ยวกับมาตรฐานเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม 5 หมวด (119 คำถาม) ดังนี้ 2.1) การสื่อสารเพื่อการรับรู้และความเข้าใจ (Safe Communication (SC); 12 คำถาม) เป็นคำถามเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับวิธีการ ทางเลือก ผลลัพธ์ ความเสี่ยง ค่าใช้จ่าย และภาวะแทรกซ้อนของการรักษา 2.2) การให้การรักษอย่างปลอดภัย (Safe Treatment (ST); 32 คำถาม) เป็นคำถามเกี่ยวกับการให้การวินิจฉัย ความพร้อมของผู้ป่วย การรักษาผู้ป่วยอย่างปลอดภัย และความพร้อมอุปกรณ์กรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน 2.3) การควบคุมการติดเชื้อ (Safe Infection Control (SI); 60 คำถาม) เป็นคำถามเกี่ยวกับการล้างมือ การสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง การเตรียมเครื่องมือ และการดูแลพื้นผิวในบริเวณที่ให้การรักษา การฉีดยาอย่างปลอดภัย การควบคุมการติดเชื้อ การดูแลขยะ และมาตรการเสริมอื่น ๆ 2.4) การบันทึกข้อมูลสำคัญ (Safe Record (SR); 10 คำถาม) เป็นคำถามเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน และ 2.5) การจัดการความเสี่ยง (Risk Management (RM); 5 คำถาม) เป็นคำถามเกี่ยวกับการค้นหาความเสี่ยงและการวิเคราะห์หุ้ปฏิบัติการเพื่อการเรียนรู้

แบบสอบถามส่วนคำถามเกี่ยวกับมาตรฐานเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม มีคำตอบ 2 ชนิด และให้คะแนนแตกต่างกัน ดังนี้ 1) มาตรวัดลิเคิร์ต (Likert Scale) ประเมินความถี่ของการปฏิบัติ มีคะแนน 0-3 และมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ คะแนน 0 คือ ไม่เคยปฏิบัติหรือปฏิบัติน้อยมาก ร้อยละ 0 ถึง 25, คะแนน 1 คือ ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 25 ถึง 50, คะแนน 2 คือ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 50 ถึง 75, คะแนน 3 คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 75 ถึง 100; และ 2) คำตอบ 2 ตัวเลือก (มี/ใช่-ไม่มี/ไม่ใช่) ประเมินการมีอยู่ของมาตรการเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรมต่างๆ มีคะแนน 0-1 และมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ คะแนน 0 คือ ไม่มี/ไม่ใช่, คะแนน 1 คือ มี/ใช่

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เอสพีเอสเอสฟอว์วินโดวส์ เวอร์ชัน 22.0 (IBM SPSS version 22.0) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมแต่ละหมวด หรือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมทั้งหมด เพื่อประเมินการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรมของทันตแพทย์ไทย

ผลการศึกษา

ทันตแพทย์จาก 227 โรงพยาบาล ตอบแบบสอบถาม กลับมาภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ อัตราการตอบกลับ แบบสอบถามคิดเป็นร้อยละ 26.5 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่

12 และ 4 เป็นเขตที่มีจำนวนตอบกลับ (34 และ 27 ตามลำดับ) และอัตราการตอบกลับ (ร้อยละ 44 และ 38 ตามลำดับ) มากที่สุด ส่วนเขตที่ไม่มีการตอบกลับ คือ เขตสุขภาพที่ 13 ดังตารางที่ 1

Table 1 Province in each Health district and their responses

Health District	Provinces in each health district				Responses	
	Frequency	Percentage				
1	Chiang Mai	Chiang Rai	Phayao	Lampang	25	24.51
	Mae Hong Son	Lamphun	Phrae	Nan		
2	Phitsanulok	Phetchabun	Tak	Sukhothai	7	14.89
	Uttaradit					
3	Nakhon Sawan	Uthai Thani	Chai Nat	Phichit	4	7.41
	Kampaeng Phet					
4	Phra Nakhon Si Ayutthaya	Saraburi	Lop Buri	Sing Buri	27	38.03
	Pathum Thani	Ang Thong	Nonthaburi	Nakhon Nayok		
5	Samut Songkhram	Samut Sakhon	Ratchaburi	Kanchanaburi	21	31.82
	Prachuap Khiri Khan	Nakhon Pathom	Suphan Buri	Phetchaburi		
6	Cha Choeng Sao	Chanthaburi	Rayong	Chon Buri	16	21.92
	Samut Prakan	Prachin Buri	Trat	Sa Kaew		
7	Maha Sarakham	Kalasin	Khon Kaen	Roi Et	19	24.68
8	Sakon Nakhon	Loei	Nong Khai	Udon Thani	12	13.64
	Nongbua Lumphoo					
9	Nakhon Ratchasima	Chaiyaphum	Buri Ram	Surin	23	25.84
10	Ubon Ratchathani	Mukdahan	Yasothon	Si Sa Ket	13	18.31
	Umnad Chareun					
11	Surat Thani	Phuket	Krabi	Phang Nga	26	32.50
	Nakhon Si Thammarat	Chumphon	Ranong			
12	Song Khla	Trang	Narathiwat	Pattani	34	43.59
	Phatthalung	Yala	Satun			
13	Bangkok				0	0

ค่าเฉลี่ยของคะแนนคำตอบจากคำถามเกี่ยวกับมาตรฐานเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม 5 หมวด (119 คำถาม) ดังนี้ หมวดที่ 1 การสื่อสารเพื่อการรับรู้และความเข้าใจ (Safe Communication (SC); 12 คำถาม) แบ่งเป็น 3 หมวดย่อยดังนี้ 1.1) ผู้ป่วยและญาติเข้าใจวิธีการรักษา ทางเลือกในการรักษา ผลลัพธ์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น (3 คำถาม) มีคะแนนเฉลี่ย 9.36 1.2) ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น ตามแผนการรักษาที่วางแผนร่วมกับทันตแพทย์ ก่อนการรักษา (2

คำถาม) มีคะแนนเฉลี่ย 5.28 1.3) เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนหรือความไม่สมบูรณ์ของการรักษา ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ปกครองต้องได้รับทราบ และเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งพยากรณ์โรคและแนวทางการรักษาที่จะได้รับคำอธิบายต่าง ๆ (5 คำถาม) มีคะแนนเฉลี่ย 13.92 หมวดที่ 2 การให้การรักษาย่างปลอดภัย (Safe Dental Treatment (ST); 32 คำถาม) แบ่งเป็น 5 หมวดย่อยดังนี้ 2.1) ถูกคน ถูกตำแหน่ง (4 คำถาม) มีคะแนนเฉลี่ย 9.01 2.2) ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านสุขภาพร่างกายในการรับการรักษาทางทันตกรรม

(4 คำถาม) มีคะแนนเฉลี่ย 11.59 2.3) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่เหมาะสมและได้รับการรักษาที่ปลอดภัย (8 คำถาม) มีคะแนนเฉลี่ย 19.97 2.4) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน ได้รับการรักษาภายใต้บุคลากรที่มีความสามารถ และมีความพร้อมของอุปกรณ์ ยา (7 คำถาม) มีคะแนนเฉลี่ย 8.00 2.5) ผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยพิเศษ ควรได้รับการควบคุมการเคลื่อนไหวอย่างเหมาะสมเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการรักษา (7 คำถาม) มีคะแนนเฉลี่ย 14.08 หมวดที่ 3 การควบคุมการติดเชื้อ (Safe Infection Control (SI); 60 คำถาม) แบ่งเป็น 10 หมวดย่อยดังนี้ 3.1) การล้างมือ (6 คำถาม) มีคะแนนเฉลี่ย 10.76 3.2) การสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การรักษา (14 คำถาม) มีคะแนนเฉลี่ย 39.67 3.3) การเตรียมเครื่องมือที่ใช้บำบัดรักษาผู้ป่วย (12 คำถาม) มีคะแนนเฉลี่ย 27.81 3.4) การดูแลพื้นผิวในบริเวณที่ให้การรักษา (5 คำถาม) มีคะแนนเฉลี่ย 12.25 3.5) การฉีดยาอย่างปลอดภัย (2 คำถาม) มีคะแนนเฉลี่ย 5.77 3.6) การดูแลสุขอนามัยของทางเดินหายใจ (2 คำถาม) มีคะแนนเฉลี่ย

3.17 3.7) การควบคุมการติดเชื้อในงานแล็ปทันตกรรม (2 คำถาม) มีคะแนนเฉลี่ย 4.23 3.8) การควบคุมการติดเชื้อจากการถ่ายภาพรังสีทางทันตกรรม (3 คำถาม) มีคะแนนเฉลี่ย 7.17 3.9) การดูแลขยะภายในคลินิกทันตกรรม (6 คำถาม) มีคะแนนเฉลี่ย 14.55 3.10) มาตรการเสริมอื่น ๆ (5 คำถาม) มีคะแนนเฉลี่ย 5.61 หมวดที่ 4 การบันทึกข้อมูลสำคัญ (Safe Record (SR); 10 คำถาม) การบันทึกเวชระเบียนที่แสดงถึงความเหมาะสม ในการตรวจวินิจฉัย การประเมินการให้รักษา การให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อวางแผน การรักษาที่มีความซับซ้อน และการให้ข้อมูลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความไม่สมบูรณ์ของการรักษา มีคะแนนเฉลี่ย 26.35 และ หมวดที่ 5 การจัดการความเสี่ยง (Risk Management (RM); 5 คำถาม) แบ่งเป็น 2 หมวดย่อยดังนี้ 5.1) มีกิจกรรมค้นหาความเสี่ยง เพื่อการเรียนรู้โดยไม่ใช้คำนิยมการกล่าวโทษ (3 คำถาม) มีคะแนนเฉลี่ย 6.51 และ 5.2) มีกิจกรรมวิเคราะห์อุบัติการณ์เพื่อการเรียนรู้ และการปรับปรุงเชิงระบบ เพื่อป้องกันความเสี่ยง (2 คำถาม) มีคะแนนเฉลี่ย 1.89 ดังแสดงในตารางที่ 2

Table 2 Mean scores and standard deviations of each topic

Topics	Total score	N	Mean	S.D.
Safe Communication				
SC1 Alternative treatment acknowledgement	15	213	9.36	4.27
SC2 Cost of treatment apprehension	6	227	5.28	1.28
SC3 The understanding of complication or risk including prognosis and treatment plan	15	215	13.92	1.48
Safe treatment				
ST1 Patient and operation are identified accurately	12	191	9.01	2.65
ST2 Patient medical status	12	224	11.59	0.87
ST3 Diagnosis and treatment are given properly	24	224	19.97	3.05
ST4 Special care for compromised patient	9	227	8.00	1.59
ST5 Pediatrics and compromised patients are controlled with protectively stabilized equipment	19	219	14.08	4.31
Safe infection control				
SI1 Hand wash	14	227	10.76	2.10
SI2 Personal protective equipment	44	128	39.67	2.39
SI3 Instrument processing	29	177	27.81	2.29
SI4 Surface asepsis	15	227	12.25	2.40
SI5 Safe injection	6	227	5.77	0.65
SI6 Respiratory hygiene	6	227	3.17	2.26

Topics	Total score	N	Mean	S.D.
SI7 Dental laboratory asepsis	6	220	4.23	2.03
SI8 Radiographic examination asepsis	9	215	7.17	2.26
SI9 Waste management	18	128	14.55	2.91
SI10 Additional protocol	7	227	5.61	0.76
Safe record				
SR1 Well-organized documentation	30	227	26.35	3.79
Risk management				
RM1 Risk-management learning activity	9	227	6.51	2.17
RM2 Incident risk review with systematic development	2	227	1.89	0.37

เนื่องจากโรงพยาบาลจำนวน 129 แห่ง (ร้อยละ 56.83) เคยได้รับการตรวจเยี่ยมตามแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม โดยทีมตรวจเยี่ยมระดับจังหวัดหรือทีมจากทันตแพทยสภาในช่วงสองปีก่อนการศึกษานี้ ตารางที่ 3-7 แสดงคะแนนเฉลี่ยของคำถามรายชื่อในแต่ละหมวดเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโรงพยาบาลที่เคยได้รับการตรวจเยี่ยมและไม่เคยได้รับการตรวจเยี่ยม และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนในแต่ละหมวดโดยปรับมาตรฐานให้แต่ละหมวดมีคะแนนเต็มเท่ากัน (3 คะแนน) ดังแสดงในรูปที่ 1 พบว่า กลุ่มที่เคยได้รับการตรวจเยี่ยมและกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการตรวจเยี่ยมมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกันใน 4 หมวด ดังต่อไปนี้ 1) ST2 ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านสุขภาพร่างกายในการ

รับการรักษา 2) SI3 การเตรียมเครื่องมือที่ใช้บำบัดรักษาผู้ป่วย 3) การฉีดยาอย่างปลอดภัย และ 4) RM2 มีกิจกรรมวิเคราะห์อุบัติการณ์เพื่อการเรียนรู้ และการปรับปรุงเชิงระบบ เพื่อป้องกันความเสี่ยง และพบว่า กลุ่มที่เคยได้รับการตรวจเยี่ยมและกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการตรวจเยี่ยมมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมากใน 4 หมวด ดังต่อไปนี้ 1) SC1 ผู้ป่วยและญาติเข้าใจวิธีการรักษา ทางเลือกในการรักษา ผลลัพธ์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น 2) ST1 ถูกคน ถูกตำแหน่ง 3) SI 6 การดูแลสุขอนามัยของทางเดินหายใจ และ 4) SI7 การควบคุมการติดเชื้อในงานแลปทันตกรรม โดยกลุ่มที่เคยได้รับการตรวจเยี่ยมมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับการตรวจเยี่ยมทั้ง 4 หมวด

Table 3 Comparison of means scores of each question on Safe Communication between those who have been and have not been visited by the Dental Safety Goals and Guidelines team

Safe Communication	Total score	Mean score	
		Have been visited (N=122)	Have not been visited (N=91)
SC1 Alternative treatment acknowledgement	15	10.46	7.88
1. During high risk, poor prognosis or high expectation dental procedure (i.e. implant, oral surgery, orthodontic treatment or control of movement in children or special patient), prior to the treatment			
1.1 the written information on the treatment procedure is provided.	3	2.02	1.47
1.2 the provided information is recorded in the medical record thoroughly.	3	2.28	1.84
1.3 let the patient signs the acknowledgement and consents prior to the treatment.	3	2.15	1.53
2. In the complex case, dentist make a written treatment plan with the patient.	3	1.85	1.16
3. In the complex case, a management dentist is identified for the continuous patient treatment.	3	2.16	1.88

Safe Communication	Total score	Mean score	
		Have been visited	Have not been visited
SC2 Cost of treatment apprehension	6	(N=129) 5.49	(N=98) 5.03
1. There is a clear rate of treatment obviously displayed.	3	2.78	2.38
2. There is a well-informed reporting system of treatment fee prior to each treatment.	3	2.71	2.65
SC3 The understanding of complication or risk including prognosis and treatment plan	15	(N=126) 14.04	(N=89) 13.76
1. When the complication occurs during the treatment, the patient, relatives or parents is immediately informed.	3	2.85	2.82
2. Clearly explain the complication, imperfect of treatment or prognosis to the patient, relatives or parents.	3	2.92	2.96
3. Record the treatment complication in medical record.	3	2.72	2.63
4. If it is beyond the capability of the dentist, the referring or consulting is considered.	3	2.85	2.87
5. If it is requested by the patient, the referring or consulting is considered.	3	2.7	2.48

Table 4 Comparison of means scores of each question on Safe Treatment between those who have been and have not been visited by the Dental Safety Goals and Guidelines team

Safe treatment	Total score	Mean score	
		Have been visited	Have not been visited
ST1 Patient and operation are identified accurately	12	(N=109) 9.7	(N=82) 8.06
1. Use at least 2 indicators for identifying the patient such as full name and date of birth or full name and ID card number.	3	2.32	1.84
2. Prior to the treatment, ask the patient's full name again.	3	2.59	2.13
3. Use 2 methods of tooth identification in the referral for dental extraction such as naming the tooth and marking in the radiograph	3	1.94	1.35
4. Prior to each treatment, identification of the treatment tooth is affirmed by the patient	3	2.85	2.74
ST2 Patient medical status	12	(N=127) 11.62	(N=97) 11.55
1. Prior to the dental treatment, blood pressure and pulse is measured in every patient who aged 15 years or over.	3	2.94	2.86
2. Taking history of illness, drug allergy and drug used, especially antiplatelet drug, anticoagulants, antiresorptives and antiangiogenics at every visit of treatment.	3	2.91	2.92

Safe treatment	Total score	Mean score	
		Have been visited	Have not been visited
3. Consulting and making a treatment plan with a physician in patient with poorly controlled disease or patient undergoing medical treatment.	3	2.97	2.95
4. Consulting a physician and obtaining the written medical opinion prior to the dental procedure which need to adjust certain medications such as anticoagulants.	3	2.8	2.82
ST3 Diagnosis and treatment are given properly	24	(N=127) 20.51	(N=97) 19.26
1. Diagnostic radiograph is done as required by standard procedure.	3	2.65	2.42
2. The radiograph is taken prior to the following tooth extraction			
2.1 The third molar	3	2.64	2.43
2.2 The upper canine, premolar or molar which its root is broken during the extraction	3	2.11	2.01
2.3 The tooth which its clinical appearance or clinical symptom indicate serious complication after the extraction	3	2.58	2.44
3. During the process of inferior alveolar nerve block in adult patient,			
3.1 the observation of blood reflux or aspiration is done.	3	2.24	1.8
3.2 the needle insertion is not done into the full length for preventing the needle broken.	3	2.84	2.93
3.3 anesthetic injection is slowly administered (at least 30 seconds for each ampule).	3	2.64	2.55
4. In the referred case, the radiograph, dental model or part of the extracted tooth is enclosed with referral letter.	3	2.81	2.68
ST4 Special care for compromised patient	9	(N=129) 8.06	(N=98) 7.95
1. Personnel attends the cardiopulmonary resuscitation training course at least once in two years.	1	0.96	0.91
2. Carefully evaluate and cautiously treat the patient at risk for emergency.	3	2.88	2.81
3. There is a written guideline for emergency treatment.	1	0.91	0.91
4. Personnel is aware of the emergency treatment guideline.	1	0.95	0.92
5. There is necessary medication and equipment for emergency treatment according to the standard of Bureau of Sanatorium and Healing Arts.	1	0.81	0.83
6. There is a drug monitoring system for emergency treatment.	1	0.73	0.77
7. The equipment is made available for emergency treatment through maintenance system.	1	0.82	0.8
ST5 Pediatrics and compromised patients are controlled with protectively stabilized equipment	19	(N=123) 14.25	(N=96) 13.85
1. There are various size of Papoose board or Pedi-wrap for pediatric patients who are in-cooperate to the treatment.	1	0.95	0.93

Safe treatment	Total score	Mean score	
		Have been visited	Have not been visited
2. The notification of Papoose board use and the fully explanation of the reason for the usage is made for the parents or relatives when the Papoose board is used.	3	2.8	2.74
3. The child's breathing is observed throughout the treatment.	3	2.9	2.86
4. The treatment is immediately pause when any abnormalities occur during the pediatric treatment.	3	2.76	2.8
5. The patient evaluation is instantly done when any abnormalities occur during the pediatric treatment.	3	2.82	2.82
6. During the Papoose boarding use, the chest flap is unattached for observing the child's breathing.	3	2.02	1.7
7. In the in-cooperative child, the rubber dam is used during the root canal treatment, extraction or filling procedure.	3	1.8	1.46

Table 5 Comparison of means scores of each question on Safe Infection Control between those who have been and have not been visited by the Dental Safety Goals and Guidelines team

Safe treatment	Total score	Mean score	
		Have been visited	Have not been visited
SI1 Hand wash	14	(N=129) 10.99	(N=98) 10.45
1. Thoroughly washing hands prior to the glove donning.	3	2.53	2.39
2. Thoroughly washing hands after the glove removal.	3	2.74	2.67
3. Cleaning the hand by alcohol gel in continuous treatment case if the hand is not dirty.	3	1.56	1.12
4. The hand washing is definitely done if the contaminated surface is touched without glove.	3	2.78	2.81
5. The faucet for hand washing and equipment cleaning is separated.	1	0.89	0.97
6. The hand wash faucet is a non-contact system.	1	0.49	0.49
SI2 Personal protective equipment	44	(N=77) 41.05	(N=51) 37.65
1. If the glove is removed during the treatment, the new glove is donned for the continuing treatment.	3	2.01	1.69
2. The used gloves is disposed as infectious waste.	3	3.00	3.00
3. Use the sterile glove in surgical procedure	3	2.52	2.27
4. Use the sterile examination glove in simple extraction procedure	3	1.27	1.06
5. During the treatment, surface area outside the clinical operation field is not touched by the donned-glove hand.	3	2.74	2.47
6. The donned gloves cover the end of gown sleeves.	3	2.69	2.51
7. Wearing mask during treatment of the patients with airborne disease or treatment which produce aerosol droplet	3	2.96	2.92

Safe treatment	Total score	Mean score	
		Have been visited	Have not been visited
8. Wearing a mask which has 95 % effectiveness for 0.3 micrometer particles.	3	1.92	1.43
9. Wearing protective glasses/face shield during treatment which produce aerosol droplet	3	2.82	2.80
10. Wearing protective glasses which has upper- and side-protective edge over the eyeglasses	3	2.35	1.61
11. Cleaning the protective glasses/face shield after each treatment or when it is dirty	3	2.66	2.43
12. Wearing a gown only for treatment	3	2.61	2.39
13. Change the gown at least once a day or when it is dirty	3	2.92	2.73
14. The gown used during treatment has			
14.1 long sleeves	1	0.99	0.98
14.2 crew neck	1	0.90	0.94
14.3 cuffs	1	0.95	0.96
14.4 no belt	1	0.97	0.96
14.5 no pocket	1	0.48	0.33
SI3 Instrument processing	29	(N=101) 27.98	(N=76) 27.61
1. Reusable instrument			
1.1 Instrument used in surgery or periodontal procedure is cleaned by sterilization	3	2.95	2.95
1.2 Mouth mirror, gargle cup and instrument used in operative dentistry procedure is cleaned by high level disinfection or sterilization.	3	2.95	2.95
1.3 The extra-oral instrument is cleaned by intermediate level disinfectant prior to the reuse.	3	2.92	2.86
2. The sterile instrument is packed in the appropriated container prior to the reuse.	3	2.92	3.00
3. The autoclave tape is used on all instrument wraps.	3	2.89	2.99
4. The chemical indicator is inserted into the surgical instrument wrap prior to the sterilization.	3	2.77	2.67
5. The spore test is done in the autoclave at least once a week.	1	0.92	0.92
6. The disposable instrument is selected if it is not suitable for the disinfection or sterilization.	3	2.94	2.87
7. The sterile instrument wrap is stored in a dry, well-ventilated, isolated area which stay away from tubs/drains/plumbing pipes and has 2-3 inches distance from the floor or ceiling.	3	2.93	2.83
8. The preparation area for the reuse instrument is completely separated from the treatment area but connected in a one-way flow.	3	2.83	2.62
9. Cleaning area is separated by partition or locates in the isolate area which can avoid contamination from splash during cleaning.	1	0.95	0.96

Safe treatment	Total score	Mean score	
		Have been visited	Have not been visited
1. Cover the exposed surface of dental light/dental unit button with appropriate material prior to the treatment	3	2.41	2.03
2. Clean and disinfection the exposed surface after the treatment of each patient	3	2.70	2.46
3. If there is blood, sputum or pus, the table, room or wall surface will be cleaned with soapy water and disinfected with intermediate level disinfectant.	3	2.77	2.68
4. Surface disinfection			
4.1 Wiping	3	2.88	2.84
4.2 Aerosol spraying	3	1.90	1.70
S15 Safe injection	6	(N=129) 5.84	(N=98) 5.69
1. Wearing a needle sleeve by One-handed Technique.	3	2.91	2.84
2. Do not pick up or transfer the syringe with the assistant by hand to hand except the delivery of syringe with needle sleeve for pediatric patient.	3	2.92	2.86
S16 Respiratory hygiene	6	(N=129) 3.64	(N=98) 2.54
1. There is an information poster suggests the patients and their followers to cover their nose and mouth by tissue paper which should be disposed in trash after used and keep their hand clean by washing.	3	1.76	1.12
2. Manage the patient with respiratory illness to cover their nose and mouth with a mask and keep them away at least 3 feet from others.	3	1.88	1.42
S17 Dental laboratory asepsis	6	(N=125) 4.64	(N=95) 3.68
1. Wash the dental model and immediately disinfection with intermediate level disinfectant which can kill the tuberculosis bacteria.	3	2.62	2.21
2. Clean and disinfection the equipment or object transferred to and from the dental lab with intermediate disinfectant (Sodium hypochlorite 0.05% (1:10) or Iodophor 1:213 for 10 minutes) prior to the insertion.	3	2.02	1.47
S18 Radiographic examination asepsis	9	(N=125) 7.51	(N=90) 6.69
1. Sterilizing or disinfection with high level disinfectant the intra-oral use appliance prior to the reuse.	3	2.9	2.77
2. Cleaning and sterilizing the radiographic film and the exposed surface with intermediate level disinfectant after the radiography.	3	2.38	1.94
3. Cover the exposed surface during the radiography and change the covering after each patient for preventing the contamination.	3	2.23	1.98

Safe treatment	Total score	Mean score	
		Have been visited	Have not been visited
SI9 Waste management	18	(N=71) 15.2	(N=57) 13.74
1. Infected waste including the blood, saliva or secretion contaminated garbage is littered separately from the general waste.	3	3.00	3.00
2. The infected sharpen waste is immediately littered in a strong container/ safety box.	3	3.00	2.95
3. The container for littering the infected sharpen waste is place in the treatment area.	3	1.93	1.51
4. Dispose the infected sharpen waste in the container if it reaches two-thirds of the container.	3	2.79	2.53
5. Sterilizing the infected sharpen waste prior to the disposal.	3	1.56	1.00
6. Dispose the infected sharpen waste by burning.	3	2.92	2.75
SI10 Additional protocol	7	(N=129) 5.73	(N=98) 5.46
1. Inform the patient not to close the mouth or suck the suction tip during the treatment.	3	2.19	1.79
2. Use the high power suction together with the saliva suction.	1	0.61	0.76
3. The infection control measure is distinctly laying down in the hospital.	1	0.96	0.95
4. The information is informed or suggested to practitioners or related staffs.	1	0.98	1.00
5. The practitioners or related staffs can follow the infection control instruction.	1	0.98	0.97

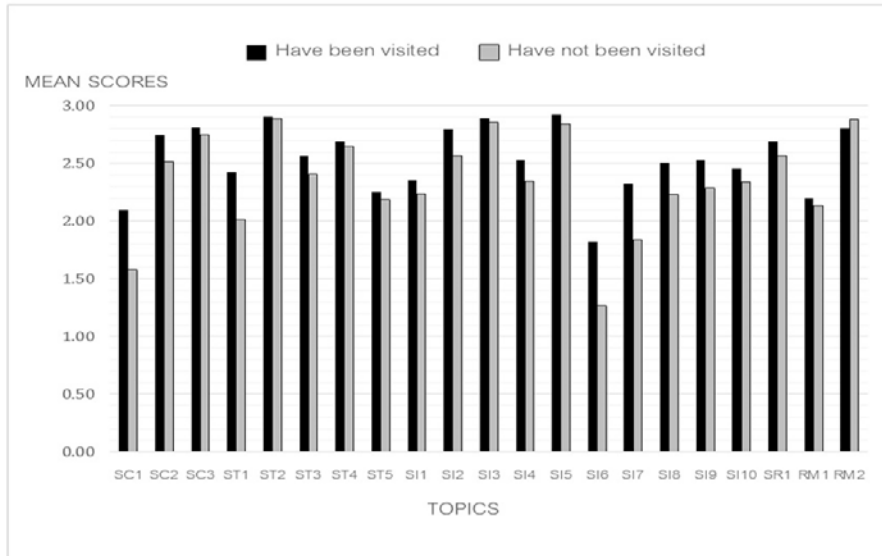
Table 6 Comparison of means scores of each question on Safe Record between those who have been and have not been visited by the Dental Safety Goals and Guidelines team

Safe treatment	Total score	Mean score	
		Have been visited	Have not been visited
SR1 Well-organized documentation	30	(N=129) 26.89	(N=98) 25.64
1. The patient's illness history and history of drug use is record for the treatment.	3	2.89	2.87
2. The vital signs is recorded.	3	2.95	2.94
3. Type, amount of anesthetic agent and concentration of vasoconstrictor used is recorded.	3	2.66	2.34
4. The professional consultation and its conclusion are recorded.	3	2.67	2.52
5. The diagnosis, treatment and clinical symptoms consistency is recorded in the medical recorded.	3	2.78	2.71

Safe treatment	Total score	Mean score	
		Have been visited	Have not been visited
6. Interpretation of periodically radiographic or laboratory investigations are recorded.	3	2.65	2.57
7. Interpretation of laboratory investigation of the patients with systemic disease is recorded.	3	2.47	2.37
8. The interpretation of the radiographic investigation is recorded.	3	2.45	2.28
9. Details of complication incidence (treatment and information provision) are recorded in the medical record.	6	5.37	5.05

Table 7 Comparison of means scores of each question on Risk Management between those who have been and have not been visited by the Dental Safety Goals and Guidelines team

Risk management	Total score	Mean score	
		Have been visited	Have not been visited
RM1 Risk-management learning activity	9	(N=129) 6.58	(N=98) 6.41
1. Record the damage-occurred incident in the incidence risk report.	3	2.47	2.48
2. Record the nearly damage-occurred incidence in the incidence risk report.	3	2.05	2.01
3. There is a meeting discussed about the incidence risk report at least once a month.	3	2.05	1.92
RM2 Incident risk review with systematic development	2	(N=129) 1.87	(N=98) 1.92
1. The incidence risk report is used in root cause analysis without individually blaming.	1	0.95	0.97
2. The concise measure for risk prevention and management is laid down and help prevent human error	1	0.92	0.95



รูปที่ 1 คะแนนเฉลี่ยในแต่ละหัวข้อ เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่เคยและไม่เคยได้รับการตรวจเยี่ยมจากทีมตรวจเยี่ยม

Figure 1 Comparison of mean scores of each topic between those who have been and have not been visited by the Dental Safety Goals and Guidelines team

บทวิจารณ์

การศึกษานี้ได้รับการตอบกลับจากโรงพยาบาลเพียง 227 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 26.5 ซึ่งต่ำกว่าจำนวนที่คาดว่าจะได้รับ แม้การศึกษานี้จะออกแบบการศึกษาให้ความสะดวกแก่ผู้เข้าร่วมการศึกษา โดยจัดส่งจดหมายแจ้งรายละเอียดของการวิจัย และเชิญเข้าร่วมการศึกษาโดยการตอบแบบสอบถามออนไลน์ไปยังหัวหน้าฝ่ายทันตกรรมของโรงพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในประเทศไทย ซึ่งแบบสอบถามออนไลน์มีข้อดีคือ เสียค่าใช้จ่ายน้อย สะดวกในการจัดทำและส่งข้อมูลกลับมายังผู้วิจัย อาจมีอุปสรรคคือทันตแพทย์ไม่ได้รับจดหมายเชิญเข้าร่วมการศึกษาเนื่องจากจดหมายสูญหายขณะจัดส่ง จดหมายล่าช้าหรือส่งไม่ถึงมือผู้รับ จดหมายถึงมือผู้รับแต่ไม่มีผู้ยินดีเข้าร่วมการศึกษา และอาจมีอุปสรรคอื่นในการเข้าร่วมวิจัย เช่น อยู่ในสถานที่ที่มีปัญหาการเข้าถึงการใช้งานเครือข่ายออนไลน์ หรือละเลยการตอบแบบสอบถาม เนื่องจากคำถามมีหลายหมวดหลายคำถาม และผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องตอบแบบสอบถามให้เสร็จในคราวเดียว มิฉะนั้นจะต้องเริ่มต้นตอบแบบสอบถามทั้งหมดใหม่อีกครั้ง แม้จะย้อนกลับไปดูคำตอบที่เคยตอบมาแล้วได้ แต่หากตอบแบบสอบถามไม่ครบทุกข้อจะไม่สามารถข้ามไปทำหน้าถัดไปได้ ดังนั้น การตอบแบบสอบถามออนไลน์นี้จึงมีความยุ่งยากบางประการ หากผู้เข้าร่วมการศึกษาไม่มีเวลา หรือไม่มีความตั้งใจ

อย่างมาก ก็จะต้องแบบสอบถามไม่เสร็จ ซึ่งจะส่งผลให้ไม่สามารถส่งข้อมูลกลับมายังผู้วิจัยได้ แต่อย่างไรก็ตามจากผลสำรวจที่ได้รับสามารถนำมาวิเคราะห์ได้ ดังนี้

ภายหลังจากปรับคะแนนเต็มของทุกหมวดให้เท่ากัน (3 คะแนน) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนในแต่ละหัวข้อ พบว่าหัวข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ ST2 ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านสุขภาพร่างกายในการรับการรักษาทางทันตกรรม เท่ากับ 2.90 ± 0.22 คะแนน คำถามในหมวดนี้ประกอบไปด้วย การบันทึกสัญญาณชีพ การซักประวัติและการใช้ยา และการขอคำปรึกษาแพทย์ เนื่องจากเป็นมาตรฐานที่ทันตแพทย์ทุกคนยึดถือปฏิบัติกันเป็นประจำเพื่อป้องกันข้อผิดพลาดและความเสี่ยงที่อาจเกิดตามมา หัวข้อที่มีคะแนนสูงรองลงมาคือ SI5 การฉีดยาอย่างปลอดภัย เท่ากับ 2.89 ± 0.32 คะแนน เป็นคำถามเกี่ยวกับการสวมปลอกเข็มกลับเข้าที่และการรับส่งเข็มฉีดยาอย่างปลอดภัย ซึ่งเป็นการป้องกันความเสี่ยงที่อาจส่งผลร้ายแรง และหัวข้อที่มีคะแนนสูงสุดเป็นอันดับสามคือ SI3 การเตรียมเครื่องมือที่ใช้บำบัดรักษาผู้ป่วย เท่ากับ 2.87 ± 0.25 คะแนน เนื่องจากเครื่องมือทันตกรรมส่วนใหญ่ต้องทำให้ปลอดเชื้อหลังการใช้งาน เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ จึงมีข้อปฏิบัติสำคัญที่ทันตแพทย์ทุกคนคำนึงถึง และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เคยได้รับการตรวจเยี่ยมและไม่ได้รับการตรวจ

เยี่ยม จากการศึกษาคั้งก่อนหน้า ที่พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยในหัวข้อเหล่านี้ใกล้เคียงกันมาก จึงเป็นข้อสนับสนุนว่าทันตแพทย์ทั่วไปให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้รับบริการทันตกรรมและความปลอดภัยของทันตบุคลากรเป็นอย่างมาก โดยจะตรวจสอบความพร้อมด้านสุขภาพร่างกายของผู้มารับบริการ และปฏิบัติตนในการเตรียมเครื่องมือที่ใช้บำบัดรักษาผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด รวมถึงมีแนวทางการปฏิบัติที่ปลอดภัยในการรับ-ส่งเครื่องมือที่มีคมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุระหว่างการทำงาน

หัวข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ SI6 การดูแลสุขอนามัยของทางเดินหายใจ ประกอบด้วย การมีข้อมูลแนะนำและการคัดกรองผู้ป่วยในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเกี่ยวกับทางเดินหายใจ โดยมีคะแนนเท่ากับ 1.58 ± 1.13 คะแนน อาจเป็นเพราะว่าขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการแพร่กระจายเชื้อหัวข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดรองลงมาคือ SC1 ผู้ป่วยและญาติเข้าใจวิธีการรักษา ทางเลือกในการรักษา ผลลัพธ์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เท่ากับ $1.87 + 0.86$ คะแนน และ SI7 การควบคุมการติดเชื้อในงานแล็บทันตกรรม เท่ากับ $2.11 + 1.02$ คะแนน ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากมีเวลาจำกัดในการทำงาน และเป็นขั้นตอนที่มีโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อน้อยกว่าขั้นตอนการรักษาอื่น จึงเป็นข้อปฏิบัติที่ทันตแพทย์มักละเลย และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เคยได้รับการตรวจเยี่ยมและไม่ได้ได้รับการตรวจเยี่ยมจากการศึกษาคั้งก่อน พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยในหัวข้อเหล่านี้แตกต่างกันมาก โดยกลุ่มที่เคยได้รับการตรวจเยี่ยมมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า จึงเป็นข้อสนับสนุนว่าการตรวจเยี่ยม หรือมาตรการอื่นใดที่จะช่วยตอกย้ำความสำคัญของการปฏิบัติตนเพื่อความปลอดภัยตามหัวข้อเหล่านี้ จะช่วยเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยให้ครอบคลุมทุกด้าน อันจะช่วยให้ผู้มารับบริการและบุคลากรผู้ให้บริการทันตกรรมมีความปลอดภัยในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นได้

จากผลการศึกษาพบว่า เขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดสงขลา ตรัง นราธิวาส ปัตตานี พัทลุง ยะลา สตูล มีอัตราการตอบกลับสูงสุด คือ 34 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 43.56 ในขณะที่เขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร ไม่มีผู้ตอบกลับเลย อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้มีโอกาสเกิดจดหมายสูญหายหรือจดหมายล่าช้ามากกว่าในเขตอื่น ๆ หรือทันตแพทย์ไม่มีเวลาตอบแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยอาจพิจารณาเพิ่มการกระตุ้นเตือนด้วยโทรศัพท์ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ หรือการสื่อสารอื่น ๆ และพิจารณาจัดทำแบบสอบถามออนไลน์ที่สามารถหยุดพัก

ชั่วคราวและกลับมาตอบแบบสอบถามต่อเนื่องได้โดยไม่ต้องเริ่มต้นทำใหม่ เพื่อให้มีผู้เข้าร่วมการวิจัย และการตอบกลับเพิ่มมากขึ้น

ในการศึกษานี้ ใช้แบบสอบถามชุดใหม่ที่ปรับปรุงคำถามและปรับให้มีทางเลือกในการตอบคำถามเพิ่มขึ้นจากการศึกษาคั้งก่อนหน้า¹⁹ คือ จากที่มีคำตอบให้เลือกตอบ “ใช่/ไม่ใช่” ปรับเป็นให้เลือกตอบได้ 4 ระดับ (ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ) ทำให้ได้รับข้อมูลที่นำเชื่อถือและมีการเปรียบเทียบข้อมูลได้ดีกว่า นอกจากนี้ยังปรับปรุงคำถาม ลดความกำกวมของคำถามให้เข้าใจง่ายขึ้น อีกทั้งยังจัดทำเป็นรูปแบบออนไลน์ ซึ่งมีความสะดวกรวดเร็ว และช่วยให้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ง่ายยิ่งขึ้น และในหมวด SI2 SI3 SI7 SI8 และ SI9 มีคำตอบให้เลือกตอบได้ 5 ระดับ (ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ ไม่ทราบ) เนื่องจากคำถามเหล่านี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติของฝ่ายทันตกรรม มิใช่การปฏิบัติของแต่ละบุคคล จึงมีความเป็นไปได้ว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาคั้งก่อนหน้าอาจไม่ทราบข้อมูลในส่วนนั้น ซึ่งหากผู้เข้าร่วมการวิจัยเลือกตอบ “ไม่ทราบ” ในหมวดเหล่านี้ ผู้วิจัยจะไม่นำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งส่งผลกระทบต่อจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาคั้งก่อนหน้าลดลงกว่าหมวดอื่น ๆ

อย่างไรก็ตาม คำถามในแบบสอบถามนี้มีจำนวนมาก ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาคั้งก่อนหน้าต้องใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามมาก และมีคำถามบางข้อที่ทันตแพทย์อาจไม่เคยปฏิบัติ เช่น การให้การรักษาผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลได้ผลที่ได้จากการสำรวจครั้งนี้ไม่สามารถนำไปเปรียบเทียบกับผลสำรวจของการศึกษาคั้งก่อนหน้า¹⁹ ได้ เนื่องจากคำถามไม่เหมือนกัน คือมีการแจกแจงคำถามและมีรูปแบบการตอบคำถามรวมถึงการคิดคะแนนแตกต่างกัน นอกจากนี้ คำถามชุดนี้อ้างอิงตาม Dental Safety Goals and Guideline 2010 ซึ่งควรมีการติดตามและปรับปรุงแบบสอบถามให้สอดคล้องตาม DSGG ฉบับล่าสุด

บทสรุป

กลุ่มตัวอย่างทันตแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรมอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามการศึกษานี้แสดงผลว่าการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรมในบางหัวข้อมีความถี่ต่ำ เช่น การเผยแพร่

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัยของทางเดินหายใจ หรือวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและบันทึกแผนการรักษาในผู้ป่วยรายที่มีความซับซ้อน ดังนั้น จึงควรจัดกิจกรรมกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก เพื่อให้ทันตบุคลากรและผู้มารับบริการทันตกรรมมีความปลอดภัยในทุกแง่มุม

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ร่วมการวิจัยทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และขอขอบคุณคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้การทุนวิจัยจากฝ่ายทุนการวิจัยทางทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Malta 2011.
2. Patient Engagement Action Team. Engaging patients in patient safety: A Canadian guide; 2017.
3. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. Junior doctors making mistakes. *Lancet* 1998;351:804.
4. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324:370-6.
5. Chassin MR, Becher EC. The wrong patient. *Ann Intern Med* 2002;136:826-33.
6. Chief Medical Officer. An organisation with a memory. Report of an expert group on learning from adverse events in the National Health Service. London, United Kingdom: The stationary office; 2000.
7. Goyal R, Gogia P, Chachra V, Hibare K. Foreign body in the lung following dental procedure. *Lung India* 2016;33:664-66.
8. Rosner F, Berger JT, Kark P, Potash J, Bennett AJ. Disclosure and prevention of medical errors. Committee on Bioethical Issues of the Medical Society of the State of New York. *Arch Intern Med* 2000;160:2089-92.
9. Penson RT, Svendsen SS, Chabner BA, Lynch TJ Jr, Levinson W. Medical Mistakes: A Workshop on Personal Perspectives. *Oncologist* 2001;6:92-99.
10. Amin TT, Al Noaim KI, Bu Saad MA, Al Malhm TA, Al Mulhim AA, Al Awas MA. Standard Precautions and Infection Control, Medical Students' Knowledge and Behavior at a Saudi University: The Need for Change. *Glob J Health Sci* 2013;5:114-25.
11. Dental Council Subcommittee on Research and Development Thai Dental Safety Goals and Guidelines. Thai Dental Safety Goals & Guidelines 2010. Bangkok, Thailand: Is August Co, Ltd.; 2010.
12. Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML. Advances in patient safety: New directions and alternative Approaches Volume 1. Assessment. AHRQ Publication No. 08-0034-1. Rockville, MD: Agency for healthcare research and Quality; 2008.
13. Sehulster L, Chinn R, Arduino M, Carpenter J, Donlan R, Ashford D, et al. Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. Recommendations from CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Chicago, IL: American Society for Healthcare Engineering/American Hospital Association; 2004.
14. Runciman B, Merry A, Walton M. Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right. Aldershot, England: Ashgate Pub; 2007.
15. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. To Err is Human: Building a Safer Health System. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington DC: National Academies Press (US); 2000.
16. Pancharoen C. Communication book for dentists. 1st ed. Bangkok, Thailand: Thana Place, Co, Ltd.; 2009.
17. Patey R, Flin R, Cuthbertson BH, MacDonald L, Mearns K, Cleland J, et al. Patient safety: helping medical students understand error in healthcare. *Qual Saf Health Care* 2007;16:256-9.
18. Sax H, Perneger T, Hugonnet S, Herrault P, Chraiti MN, Pittet D. Knowledge of standard and isolation precautions in a large teaching hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2005;26:298-304.
19. Committee for the development of dental safety standards. Quality dental clinic project evaluation report. *Dental Council* 2012.
20. Oosthuysen J, Potgieter E, Fossey A. Compliance with infection prevention and control in oral health-care facilities: a global perspective. *Int Dent J* 2014;64:297-311