

สัดส่วนของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะไม่ฉุกเฉินที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการของ โรงพยาบาลชุมชน และเหตุผลที่มาใช้บริการ

Proportion and Reasons to the Accessibility of Non-urgent Adult Patients in Non-official hours at Emergency Room, District Hospital, Thailand

ปฐมภรณ์ อุดมวิทย์ (Patamaporn Udomvit)* อาคม บุญเลิศ (Arkhor Bunloet)^{1**}

(Received: February 21, 2022; Revised: May 11, 2022; Accepted: May 18, 2022)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสัดส่วนและเหตุผลของการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินนอกเวลาราชการในบริบทโรงพยาบาลชุมชนเพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาระบบห้องฉุกเฉินและการดูแลผู้ป่วย โดยคัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 3 พฤศจิกายน 2562 – 4 มกราคม 2563 นอกเวลาราชการ จำนวน 750 ราย เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามชนิดตอบเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลจำนวน 750 ราย เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน 169 ราย (ร้อยละ 22.5, 95%CI 19.54 - 25.53) และเหตุผลที่มาใช้บริการส่วนใหญ่ คือ ความไม่มั่นใจในการรักษาเบื้องต้นด้วยตนเอง (ร้อยละ 71.3) ความกังวลว่าอาการจะรุนแรงขึ้น (ร้อยละ 69.2) และความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ (ร้อยละ 69.2) ทั้งนี้ จำนวนผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน และเหตุผลที่มาใช้บริการอาจมีค่าต่างกันตามบริบทพื้นที่แต่ละโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม การจัดให้มีคลินิกนอกเวลาราชการสำหรับแยกดูแลผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินจะช่วยลดความแออัดของผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินให้ดียิ่งขึ้น

ABSTRACT

The objective of this cross-sectional descriptive study was to analyze the proportion and the reasons for the accessibility of non-urgent patients in non-official hours under the context of community hospitals to use the obtained information to develop the emergency room system and patients care. The samples were 750 patients aged 18 years and over received services at the emergency room at Phon Thong Hospital, Roiet province in non-official hours. The research tool was a self-report questionnaire. The results found that 750 patients receiving services at the emergency room, 169 of them were non-urgent patients (22.5%, 95% CI 19.54 - 25.53). The most common three reasons for patients to receive the services were unconfident feeling in their self-first aid (71.3%), concern about the severity of symptoms (69.2%), and convenience of services (69.2%). The number of non-urgent patients and the reasons for receiving services were different depending on the context of each hospital. However, providing a clinic during non-official hours for non-emergency care will help reduce congestion in emergency wards and improve the quality of care for urgent patients.

คำสำคัญ: ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ห้องฉุกเฉิน เวลาราชการ

Keywords: Non-urgent patients, Emergency room, Non-official hours

¹Corresponding author: arkhor@kku.ac.th

*แพทย์ประจำบ้าน สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

หน่วยฉุกเฉินหรือหอผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นด่านแรกของโรงพยาบาลที่ต้องให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้บาดเจ็บจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากอาการของโรคต่าง ๆ ทั้งจากพยาธิสภาพ และการบาดเจ็บลักษณะการบริการเน้นให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและฉุกเฉินวิกฤตโดยเป็นการให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงซึ่งปฏิบัติงานโดยเน้นการช่วยผู้ป่วยจากการบาดเจ็บและการเจ็บป่วยทางพยาธิสภาพที่คุกคามชีวิต [1] ที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีเพื่อให้รอดชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อนตลอดจนสามารถใช้ชีวิตที่เหลือได้อย่างมีคุณภาพ การทำงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีภาระงานมาก ต้องทำงานแข่งกับเวลา บางครั้งมีงานล้นมือไม่สามารถหยุดพักได้ ในแต่ละวันไม่มีรูปแบบการทำงานตายตัวเนื่องจากอุบัติเหตุและภาวะฉุกเฉินมักเกิดขึ้นอย่างกะทันหันและไม่สามารถคาดเดาสถานการณ์ได้ล่วงหน้าทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ต้องเผชิญกับภาวะเครียดและกดดัน ทำให้ขาดความราบรื่นในการปฏิบัติงาน

ในแต่ละปีมีผู้ใช้บริการ ณ แผนกฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลการใช้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลต่าง ๆ ในประเทศไทยพบว่า จำนวนผู้ใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ใน ปี พ.ศ. 2544-2554 และ 2559 มีผู้ใช้บริการแผนกฉุกเฉิน 12 ล้าน 27 ล้านครั้ง และ 35 ล้านครั้งตามลำดับ [2] นอกจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินยังมีความรุนแรงที่หลากหลาย ผู้ใช้บริการแผนกฉุกเฉินมีปัญหาสุขภาพตั้งแต่การเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ไม่ฉุกเฉิน จนถึงการเจ็บป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิต จากสถิติที่มีการรายงานในปี 2559 มีผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉิน 35 ล้านครั้ง/ปี และมากกว่าร้อยละ 60 เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน [3] ส่งผลทำให้เกิดภาวะแผนกฉุกเฉินแออัด (overcrowding) ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระงาน (work load) ของบุคลากรทางการแพทย์ และการทำงานที่มากเกินไปก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า เกิดความผิดพลาด ส่งผลต่อมาตรฐานการรักษาผู้ป่วย และนอกจากนี้ยังส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ นำไปสู่การฟ้องร้องตามมาได้

ภาวะแออัดของผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน (Emergency department overcrowding) เป็นปัญหาสำคัญที่สามารถพบได้บ่อยในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน รวมไปถึงโรงพยาบาลเอกชน [4-5] ซึ่งส่งผลทำให้คุณภาพของการให้บริการโดยรวมของห้องฉุกเฉินลดลง ส่งผลกระทบตามมาได้แก่การเพิ่มอัตราการตาย [6] การเกิดความพิการถาวร เพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล [7] ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตไม่ได้รับการรักษาตามระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยมีระยะเวลาการรอเข้าตรวจพบแพทย์ที่นานมากขึ้น มีผู้ป่วยที่ไม่รอดตรวจพบแพทย์เพิ่มขึ้น รวมไปถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ลดลง เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแออัดของผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน ส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (non-urgent patients) ที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และพบว่าส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม เพศหญิง [8] อายุน้อยที่ยังมีสุขภาพที่ดี [9-11] และมารับบริการในช่วงนอกเวลาราชการ [12] ทั้งนี้ ปัจจัยส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่มารักษาที่ห้องฉุกเฉิน คือ ความสะดวกรวดเร็ว ต้องการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถูกส่งตัวมาจากสถานบริการปฐมภูมิ [13-14] การที่เชื่อว่าห้องตรวจผู้ป่วยฉุกเฉิน คือ สถานที่ที่ดีที่สุดที่จะมารักษาแม้ว่าอาการเหล่านี้จะสามารถรักษาได้อย่างเหมาะสมที่สถานบริการ ปฐมภูมิ [15-16] เวลาค้นพบแพทย์ช้าไปนานเกินไป การประเมินความเจ็บป่วยของตนเองรุนแรงเกินไป การได้รับคำแนะนำให้ไปรับบริการจากผู้อื่น [8, 17] เป็นต้น

เมื่อศึกษาระบบฐานข้อมูลของประเทศไทย มีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการรับมาบริการห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีนครินทร์เทียบกับหน่วยบริการปฐมภูมิของนักศึกษาปริญญาตรีที่เจ็บป่วยไม่รุนแรงด่วน มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าปัจจัยที่สำคัญคือ ตำแหน่งที่พิกัดห้องฉุกเฉิน [18] แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัด เนื่องจากศึกษาเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาเท่านั้น และยังไม่พบการศึกษาที่จำเพาะต่อการศึกษาสัดส่วนและเหตุผลของการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินนอกเวลาราชการในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มักจะมาขอใช้บริการจนอาจจะ

ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินจริงในโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาสัดส่วนและและเหตุผลของการมารับรักษาที่ห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินนอกเวลาราชการในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบห้องฉุกเฉิน และเพื่อแก้ไขปัญหาการเพิ่มภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์โดยไม่จำเป็น เพิ่มมาตรฐานการรักษาก่อนผู้ป่วย และเพิ่มความเข้าใจและสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสัดส่วนของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะไม่ฉุกเฉิน ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลโพธิ์ทองต่อจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการห้องฉุกเฉินทั้งหมด
2. เพื่อศึกษาเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะไม่ฉุกเฉิน มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลโพธิ์ทอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive study design) เพื่อศึกษาสัดส่วนและเหตุผลของการมารับรักษาที่ห้องฉุกเฉินและลักษณะของผู้มารับบริการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สิทธิการรักษาพยาบาล อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว อาการที่ทำให้มาโรงพยาบาลในครั้งนี้ การเดินทางมาโรงพยาบาล และการรักษาก่อนมาโรงพยาบาล ของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลโพธิ์ทอง

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลโพธิ์ทอง ระหว่างวันที่ 3 พฤศจิกายน 2562 – วันที่ 4 มกราคม 2563 นอกเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 20.00 น. – 08.00 น. ในวันจันทร์ถึงศุกร์ และ 16.00 น. – 08.00 น. ในวันเสาร์ – อาทิตย์ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยเริ่มเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยคนไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลโพธิ์ทองนอกเวลาราชการ

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการป่วยทางจิต หรือได้รับยาที่มีผลต่อระบบประสาท ได้แก่ ยาระงับประสาท (sedative) ยานอนหลับ (hypnotic) ยากระตุ้นประสาท (stimulant) และยาที่ใช้รักษาโรคทางจิต (antipsychotic drug) ในขนาดใด ๆ และผู้วิจัยประเมินแล้วว่า ผู้ป่วยไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้
2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และไม่สามารถอ่านหนังสือได้

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษานำร่อง (preliminary study) พบว่า จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับรักษาที่ห้องฉุกเฉินนอกเวลาเฉลี่ยที่ 1 เดือน เท่ากับ 3,046 ราย โดยเป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินจำนวน 1,057 ราย (เฉลี่ยจาก 12 เดือน ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2560 ถึง เดือนกันยายน 2561) จึงได้ค่า Assumed proportion = 0.34 คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีไม่ทราบจำนวนประชากร [19]

$$n = \frac{z^2 \frac{\alpha}{2} p(1-p)}{d^2}$$

สูตร

โดยที่ n = ขนาดตัวอย่าง

p = Assumed proportion 0.34

α = ค่าความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (Type I Error) 0.05

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้จากการสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนด 0.034

แทนค่าตามสูตร ได้ $n = 746$ คน ปิดเศษให้เป็นตัวเลขจำนวนเต็ม คือ 750 คน

สุ่มตัวอย่างโดยใช้กรอบเวลา (Convenience sampling) โดยจะเก็บข้อมูลผู้ที่เข้ามาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ทอง ระหว่างระหว่างวันที่ 3 พฤศจิกายน 2562 – 4 มกราคม 2563 นอกเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 20.00 น. – 08.00 น. ในวันจันทร์ถึงศุกร์ และในวันเสาร์ - อาทิตย์ 16.00 น. – 08.00 น. ที่มีคุณสมบัติที่กำหนด เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจนครบ 750 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย วิเคราะห์ความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า Content variability index ; CVI เท่ากับ 0.92 และทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม ได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.73 มีองค์ประกอบทั้งหมด 4 ส่วน คือ

1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สิทธิการรักษาพยาบาล อาชีพ และรายได้ต่อเดือน

2) ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคประจำตัว อาการนำที่ทำให้มาโรงพยาบาลในครั้งนี้และระยะเวลาที่เป็น เวลาที่มาโรงพยาบาล การเดินทางมาโรงพยาบาล การรักษาก่อนมาโรงพยาบาล การประเมินว่าเป็นอาการฉุกเฉินหรือไม่ฉุกเฉินของผู้ป่วย การประเมินระดับความรุนแรงอาการของผู้ป่วย ความคิดของผู้ป่วยว่าสามารถมารักษาในเวลาราชการได้หรือไม่ และการรับทราบโรงพยาบาลโพธิ์ทองมีห้องตรวจผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (OPD) นอกเวลาราชการ

3) ส่วนที่ 3 เหตุผลที่ทำให้มารักษาที่ห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในครั้งนี้ เช่น ความกังวลว่าอาการที่เป็นจะรุนแรงมากขึ้น ความไม่มั่นใจในการรักษาเบื้องต้นด้วยตนเอง ความสะดวก รวดเร็วกว่าการมาตรวจที่ห้องตรวจทั่วไป การไม่ว่างมาตรวจในเวลาราชการ เป็นต้น

4) ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 3 พฤศจิกายน 2562 – วันที่ 4 มกราคม 2563 นอกเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 20.00 น. – 08.00 น. ในวันจันทร์ถึงศุกร์ และ 16.00 น. – 08.00 น. ในวันเสาร์ – อาทิตย์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ก่อนเริ่มทำการศึกษา ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หนังสือรับรอง เลขที่ HE 621340

2) ส่งหนังสือขออนุญาตจากโรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

3) ได้ชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัยให้ผู้ป่วยทราบ และผู้ป่วยลงลายมือชื่อเพื่อแสดงความยินยอม

4) เก็บข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยได้อ่านทำความเข้าใจ ทำแบบสอบถามและตอบคำถามด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับคำถาม เปิดโอกาสให้ถามผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้

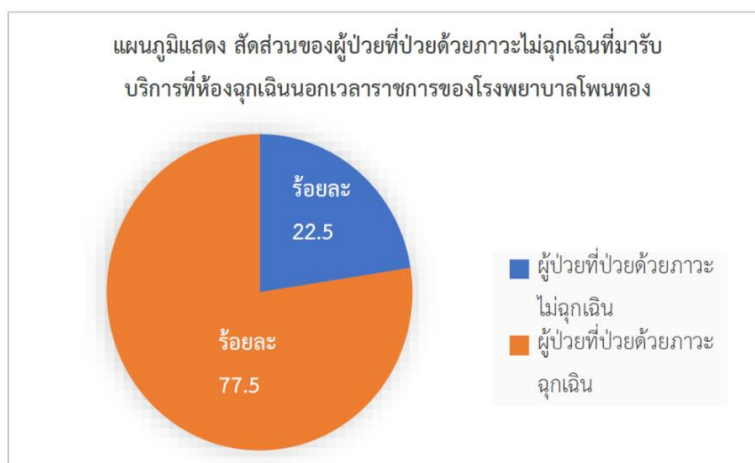
5) ในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นผู้วิจัยจะนับเป็นผู้ป่วยในโครงการวิจัย แต่จะไม่มีการสอบถามเพิ่มเติม เนื่องจากผู้ป่วยกำลังอยู่ในภาวะฉุกเฉิน ผู้วิจัยจะใช้เฉพาะข้อมูลจำนวนของผู้มาใช้บริการในห้องฉุกเฉินในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลเพื่อมาวิเคราะห์หาค่าสัดส่วนของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่มารับบริการในห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการเท่านั้น และในกรณีผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินต้องได้รับการคัดกรองว่าเป็นผู้ป่วยทั่วไป คือ ประเภทที่ 5 (ESI-5) และเป็นผู้ที่มีระดับการรู้สึกตัวดี และสามารถสื่อสารตอบโต้ได้ มีความสนใจในการตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สิทธิการรักษาพยาบาล อาชีพ รายได้ ต่อเดือน โรคประจำตัว อาการและเวลาที่มาโรงพยาบาล การเดินทางมาโรงพยาบาล การรักษาก่อนหน้าที่จะมาโรงพยาบาล การประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย และเหตุผลของผู้ป่วยทั่วไปที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการ โดยใช้ SPSS 19.0 for window เพื่อหาค่า Frequency, Percentage, 95%CI, Mean (Standard deviation), Median (Interquartile range) และ Mode

ผลการวิจัย

สัดส่วนของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลโพธิ์ทองในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2562 ถึง มกราคม 2563 จำนวนผู้ป่วย 750 คน เป็นผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะไม่ฉุกเฉิน จำนวน 169 คน คิดเป็น ร้อยละ 22.5 (95%CI 19.54 - 25.53) ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 สัดส่วนผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลโพธิ์ทอง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะไม่ฉุกเฉิน จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะไม่ฉุกเฉิน ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลโพธิ์ทองจำนวน 143 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.6) และส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 21 – 30 ปี (ร้อยละ 24.5) ด้านระดับการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 28) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะไม่ฉุกเฉิน ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการของ
โรงพยาบาลโพหนอง (n=143)

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	68	47.4
	หญิง	80	52.6
อายุ (ปี)			
	Mean = 42 ± 6.2		
	18 – 20	8	5.6
	21 – 30	35	24.5
	31 – 40	30	21.0
	41 – 50	21	14.7
	51 – 60	30	21.0
	มากกว่า 60	19	13.2
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	3.5
	ประถมศึกษา	40	28.0
	มัธยมศึกษา	38	26.6
	อนุปริญญา	27	18.8
	ปริญญาตรี	30	21.0
	สูงกว่าปริญญาตรี	3	2.1
สถานภาพสมรส			
	โสด	43	30.1
	หม้าย	9	6.3
	สมรส	87	60.8
	หย่า/แยกทาง	4	2.8
สิทธิการรักษาพยาบาล			
	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	18	12.6
	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง)	78	54.5
	สิทธิองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)	1	0.7
	ประกันสังคม	28	19.6
	ประกันสุขภาพ	12	8.4
	ไม่มีสิทธิการรักษา/ชำระเงินเอง	6	4.2
อาชีพ			
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	11.9
	เกษตรกร	31	21.7
	รับจ้างทั่วไป	43	30.1
	ค้าขาย	21	14.6

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะไม่ฉุกเฉิน ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลโพหนอง (n=143) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	17	11.9
พนักงาน/ลูกจ้าง	11	7.7
นักเรียน/นักศึกษา	3	2.1
รายได้ผู้ป่วย (บาทต่อเดือน)		
น้อยกว่า 15,000	109	76.2
15,000 บาทขึ้นไป	34	23.8
ค่าเฉลี่ย 10,095 ± 2,326		

ข้อมูลด้านสุขภาพ และการเจ็บป่วย ของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะไม่ฉุกเฉิน

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ และการเจ็บป่วย ของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะไม่ฉุกเฉิน ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลโพหนอง (n=143)

ข้อมูลด้านสุขภาพ และการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	103	72
เบาหวาน	12	8.4
ความดันโลหิตสูง	15	10.5
ไขมันในหลอดเลือดสูง	1	0.7
ไตเสื่อม	1	0.7
โรคหัวใจขาดเลือด	1	0.7
อื่นๆ	20	14
อาการที่ทำให้มาโรงพยาบาล		
กลุ่มอาการหวัด	35	24.5
กลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	15	10.5
กลุ่มอาการปวดศีรษะ หู คอ จมูก ตา	15	10.5
กลุ่มอาการไอ	8	5.6
กลุ่มอาการปวดท้อง	15	10.5
กลุ่มอาการท้องเสีย และคลื่นไส้ อาเจียน	14	9.8
กลุ่มอาการทางระบบสืบพันธุ์	1	0.7
กลุ่มอาการผื่นและผิวหนังเป็นแผล	11	7.7
กลุ่มอาการเวียนศีรษะ	6	4.2
กลุ่มอาการอ่อนเพลีย	2	1.3
กลุ่มนัดมาติดตามการรักษา	21	14.7

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ และการเจ็บป่วย ของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะไม่ฉุกเฉิน ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินนอกเวลา
ราชการของโรงพยาบาลโพธิ์ทอง (n=143) (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพ และการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่มีอาการ		
น้อยกว่า 24 ชั่วโมง	43	30.1
24 – 72 ชั่วโมง	68	47.6
มากกว่า 72 ชั่วโมง	32	21.7
เวลาที่มาโรงพยาบาล		
16.00 – 19.59 น.	56	39.2
20.00 – 23.59 น.	70	49
00.00 – 03.59 น.	9	6.3
04.00 – 07.59 น.	8	5.6
การเดินทางมาโรงพยาบาล		
รถส่วนตัว	131	91.6
เหมารถ	3	2.1
รถประจำทาง	1	0.7
รถกู้ชีพ	7	4.9
เดิน	1	0.7
การรักษาก่อนมาโรงพยาบาลครั้งนี้		
ซื้อยาจากร้านขายยา	21	14.7
รพ.สต.(อนามัย)	11	7.7
โรงพยาบาลอื่น	14	9.8
คลินิก	7	4.9
อื่นๆ	3	2.1
ยังไม่ได้รักษาใดๆมาก่อน	87	60.8
การรับรู้ว่าการนั้นเป็นอาการฉุกเฉิน		
ฉุกเฉิน	38	26.6
ไม่ฉุกเฉิน	91	63.6
ไม่แน่ใจ	14	9.8
การรับรู้ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย		
มากที่สุด	4	2.8
มาก	23	16.1
ปานกลาง	77	53.8
น้อย	32	22.4
น้อยที่สุด	7	4.9

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ และการเจ็บป่วย ของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะไม่ฉุกเฉิน ที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลโพหนอง (n=143) (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพ และการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อชีวิตประจำวัน		
กระทบ	85	59.4
ไม่กระทบ	52	36.4
ไม่แน่ใจ	6	4.2
การรอมารักษาอาการเจ็บป่วยในเวลาราชการ		
ได้	118	82.5
ไม่ได้	24	16.8
ไม่แน่ใจ	1	0.7
การรับรู้ว่ามีห้องตรวจผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินนอกเวลาราชการ		
ทราบ	91	63.6
ไม่ทราบ	52	36.4

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 72 เป็นผู้ป่วยสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว โดย อาการนำที่ทำให้มาโรงพยาบาลที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มอาการหวัด (ร้อยละ 35) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการก่อนมาโรงพยาบาลอยู่ในระยะเวลา ช่วง 24 - 72 ชั่วโมง (ร้อยละ 47.6) จากการศึกษาพบว่าช่วงเวลาที่ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยอาการไม่ฉุกเฉิน มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินบ่อยที่สุด คือ ช่วงเวลา 20.00-23.59 น. (ร้อยละ 49.0) โดยผู้ป่วยร้อยละ 91.6 เดินทางมาโรงพยาบาลโดยรถส่วนตัว ในเรื่องประวัติการรักษาก่อนมาโรงพยาบาลครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยร้อยละ 60.8 ยังไม่ได้รับการรักษาใดๆมาก่อน และผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะไม่ฉุกเฉินจำนวน 91 คน (ร้อยละ 63.1) รับรู้ว่าอาการที่ตนเป็นนั้นเป็นอาการไม่ฉุกเฉิน ส่วนเรื่องการรับรู้ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประเมินความเจ็บป่วยเป็น “ระดับปานกลาง” มากที่สุด (ร้อยละ 53.8) และมีผู้ป่วยที่คิดว่าอาการเจ็บป่วยครั้งนี้ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน มีจำนวน 85 ราย (ร้อยละ 59.4) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 82.5 คิดว่าสามารถรอมารักษาอาการเจ็บป่วยในเวลาราชการได้ และผู้ป่วยร้อยละ 63.6 รับรู้ว่าโรงพยาบาลมีห้องตรวจผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินนอกเวลาราชการ

เหตุผลของผู้ป่วยที่มาใช้บริการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะไม่ฉุกเฉิน

เหตุผลของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะไม่ฉุกเฉิน ที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการ ซึ่งผู้ป่วยสามารถเลือกคำตอบได้ มากกว่า 1 ข้อ โดยเหตุผลที่พบมากที่สุดคือ ความไม่มั่นใจในการรักษาเบื้องต้นด้วยตนเอง (ร้อยละ 71.3) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เหตุผลของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะไม่ฉุกเฉิน ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลโพหนอง (n=143)

เหตุผลที่ทำให้มารักษาที่ห้องฉุกเฉินครั้งนี้	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. กังวลว่าอาการที่เป็นจะรุนแรงมากขึ้น	99	69.2
2. ไม่มั่นใจในการรักษาเบื้องต้นด้วยตนเอง	102	71.3
3. สะดวก รวดเร็วกว่าการมาตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก	99	69.2
4. ได้รับคำแนะนำจากคนใกล้ชิดให้มาตรวจ	66	46.2
5. ต้องการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม	40	28.0
6. ไม่มียาสามัญประจำบ้าน	94	65.7
7. กินยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น	64	44.8
8. มาเยี่ยมญาติ/มาทำธุระ จึงแวะมาตรวจ	20	14.0
9. ไม่สะดวกมาตรวจในเวลาราชการ	82	57.3
10. ไม่มีคนพามาตรวจในเวลาราชการ	40	28.0
11. คิดว่าจะได้รับการตรวจโดยละเอียดมากกว่าห้องตรวจทั่วไป (OPD)	55	38.5
12. มีประสบการณ์ไม่ดีตอนมาตรวจช่วงในเวลาราชการ	1	0.7

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะไม่ฉุกเฉิน ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลโพหนอง มีค่าร้อยละ 22.5 (95%CI 19.54 - 25.53) และความไม่มั่นใจในการรักษาเบื้องต้นด้วยตนเอง (Beliefs and knowledge about alternatives) เป็นเหตุผลของผู้ป่วยที่มารับการรักษที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะไม่ฉุกเฉินจากการศึกษาครั้งนี้มากที่สุด

ทั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์ค่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะไม่ฉุกเฉิน ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลนั้น พบว่า มีค่าใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Harris Interactive ซึ่งพบว่า ร้อยละ 21 ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน เป็นผู้ป่วยที่ป่วยด้วยอาการไม่ฉุกเฉินซึ่งสามารถมารับบริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก หรือหน่วยบริการปฐมภูมิได้ [20] แต่ทั้งนี้จะเห็นว่าสัดส่วนที่ได้มีค่าต่ำกว่าการศึกษานำร่อง (preliminary study) เนื่องจากช่วงเวลาที่ทำการศึกษานำร่องนั้น โรงพยาบาลยังไม่เปิดบริการห้องตรวจผู้ป่วยนอกในช่วงนอกเวลาราชการ จึงทำให้สัดส่วนที่ได้มีค่าสูงกว่าช่วงเวลาเก็บข้อมูลวิจัยจริงซึ่งมีห้องตรวจผู้ป่วยนอกช่วงนอกเวลาราชการแล้ว อาจบ่งบอกได้ว่าการมีคลินิกนอกเวลาราชการ ช่วยลดสัดส่วนของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินได้ นอกจากนี้จากรายงานที่พบว่าการมาใช้บริการของผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2559 นั้น มีผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่มาใช้บริการมากถึงร้อยละ 60 [3] แต่ทั้งนี้ จากการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมพบว่า การเก็บข้อมูลที่ได้จากรายงานดังกล่าว เป็นการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลทุกระดับในประเทศไทย และเก็บข้อมูลทุกช่วงเวลาทั้งในและนอกเวลาราชการ โดยนิยามผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน หมายรวมถึงกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป (ESI-5 สีขาว) และ กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (ESI-4 สีเขียว) อีกทั้งในแต่ละโรงพยาบาลใช้เกณฑ์การแบ่งประเภทความรุนแรงของผู้ป่วยไม่เหมือนกัน และจากการศึกษาอย่างเป็นระบบของ Lori Uscher-Pines [8] พบว่าค่าเฉลี่ยของสัดส่วนผู้ป่วยผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินมีค่าเท่ากับ ร้อยละ 37 โดยขอบเขตอยู่ในช่วงร้อยละ 8 - 62 โดยจะ

เห็นว่าแต่ละงานวิจัยมีค่าสัดส่วนที่แตกต่างกันไปตามรูปแบบการวิจัย กลุ่มประชากร และค่านิยมของการเจ็บป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน

ในประเด็นเหตุผลของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะไม่ฉุกเฉินจากการศึกษาค้นคว้า พบว่า เหตุผลที่พบมากที่สุดคือ ความไม่มั่นใจในการรักษาเบื้องต้นด้วยตนเอง (Beliefs and knowledge about alternatives) ซึ่งอาจสะท้อนได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความมั่นใจเกี่ยวกับอาการและการรักษาด้วยตัวเองเบื้องต้นด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาลักษณะของผู้ป่วยในการศึกษานี้ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.8 ยังไม่ได้รับการรักษาเบื้องต้นก่อนมาโรงพยาบาล โดยมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 7.7 เท่านั้นที่ไปรับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ก่อนมาโรงพยาบาลชุมชน ส่วนเหตุผลอื่นๆรองลงมา ได้แก่ กังวลว่าอาการที่เป็นจะรุนแรงมากขึ้น (Perceived severity) ความสะดวกและรวดเร็วกว่าการมาตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก (Convenience) การไม่มียาสามัญประจำบ้าน และความไม่สะดวกมาตรวจในเวลาราชการ ซึ่งเหตุผลเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว [18] แต่ทั้งนี้ลำดับของเหตุผลอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา จากการศึกษาลักษณะส่วนใหญ่พบว่า ความสะดวกสบาย เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยภาวะไม่ฉุกเฉินเลือกมาใช้บริการห้องฉุกเฉิน [11, 21] แต่บางการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Perceived severity) เป็นเหตุผลหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมาขอรับบริการในช่วงนอกเวลาราชการ [22-23] ซึ่งความแตกต่างของผลการศึกษานี้ขึ้นอยู่กับรูปแบบและศักยภาพของการให้บริการทางสาธารณสุข ในระบบสุขภาพที่มีการแพทย์ปฐมภูมิที่ดี ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวได้ง่ายในช่วงนอกเวลาราชการจะเป็นเหตุผลหลักของการมารับบริการของผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน [24]

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลของผู้มารับบริการพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อย และร้อยละ 72 ของผู้ป่วย ไม่มีโรคประจำตัว อาจเนื่องมาจากในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง มักมีโรคประจำตัวหรือมีสุขภาพโดยรวมแย่กว่าผู้ป่วยอายุน้อย อีกทั้งผู้ป่วยสูงอายุในประเทศไทยโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามชุมชนชนบทนั้น จะไม่มาพบแพทย์ยกเว้นมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง ซึ่งส่วนใหญ่อาการเหล่านั้นมักจะเป็นอาการฉุกเฉินจริง จึงทำให้ผู้สูงอายุมารับบริการด้วยภาวะที่ฉุกเฉินมากกว่า ซึ่งตรงกับผลการศึกษาของ Amiel C [9] และ Idil H [11] และจากการศึกษาอย่างเป็นระบบของ Carret ML [25] ก็พบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยมีโอกาสมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะไม่เร่งด่วนมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ โดยได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ดังกล่าวว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว และมีการเจ็บป่วยเรื้อรังมากกว่า จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุส่วนมากมารับบริการด้วยภาวะที่ฉุกเฉินจริง

ในประเด็นการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived severity) จากการศึกษาค้นคว้านี้ น่าสังเกตว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าการป่วยนั้นไม่ใช่ภาวะฉุกเฉิน และประเมินระดับความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับ น้อย ถึง ปานกลาง แต่เหตุผลอันดับต้นๆที่ทำให้มารับบริการในห้องฉุกเฉินคือ กังวลว่าอาการที่เป็นจะรุนแรงมากขึ้น และผู้ป่วยกว่าร้อยละ 59.4 ได้รับผลกระทบต่องานประจำวันจากอาการเจ็บป่วย อาจอธิบายได้จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ [26-27] (Health Belief Model) ในส่วนของ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน แต่จากการศึกษาของ Hans Andrews [17] พบว่าผู้ป่วยมักจะประเมินระดับความรุนแรงของโรคสูงกว่าที่แพทย์ประเมิน โดยเมื่อให้คะแนนจาก 1 ถึง 10 (จากรุนแรงน้อยสุดไปมากที่สุด) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของผู้ป่วยและแพทย์อยู่ที่ 5.22 และ 7.57 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$)

ในประเด็นของจุดเด่นของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อหาสัดส่วนของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่มาใช้บริการในห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการ และเหตุผลที่มารับบริการ ซึ่งยังไม่พบว่ามีการศึกษาเรื่องดังกล่าวในบริบทโรงพยาบาลชุมชนมาก่อน ดังนั้น ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้อาจทำให้สามารถแก้ไขภาวะห้องฉุกเฉินแออัดโดยไม่จำเป็น โดยการพัฒนากระบวนการบริการผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน เพื่อลดภาระงานของแพทย์ในห้องฉุกเฉินได้ ในประเด็นข้อจำกัดของการศึกษา พบว่า การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลเหตุผลที่มารับบริการเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ไม่ได้เก็บในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน จึงอาจไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้ว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ฉุกเฉินและกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินนั้นมีปัจจัยหรือเหตุผลในการรับบริการที่แตกต่างกันอย่างไรบ้าง

จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการยังคงเป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน และทั้งนี้ จำนวนและเหตุผลของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่มาใช้บริการมีค่าต่างกันตามบริบทพื้นที่แต่ละโรงพยาบาล รวมไปถึงการนิยามผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน อย่างไรก็ตาม ปัญหานี้ยังคงเกิดขึ้นอยู่และควรได้รับการพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินที่มาในช่วงเวลาฉุกเฉิน เช่น การสร้างสื่อให้ความรู้เรื่องการสังเกตอาการและดูแลตัวเองเบื้องต้น การจัดตั้งคลินิกนอกเวลา แยกชุดทีมแพทย์พยาบาลที่ให้การดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินที่มีจะมาขอรับบริการในนอกเวลาราชการ โดยเฉพาะช่วงหลัง 20.00 น. ถึง 24.00 น. เพื่อลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน ลดภาระงานโดยไม่จำเป็นของบุคลากรทางการแพทย์ ฉุกเฉินหรือผู้ป่วยฉุกเฉิน และเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินให้ดียิ่งขึ้น รวมถึง การผลักดันให้หน่วยบริการปฐมภูมิทุกพื้นที่สามารถให้บริการช่วงนอกเวลาราชการโดยแพทย์ เพื่อให้ผู้มารับบริการมีความมั่นใจ และเป็นการส่งเสริมให้เข้าถึงหน่วยบริการปฐมภูมิในช่วงนอกเวลาราชการมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Procedure manual for critical care. American Association of Critical Care Nurses; 2005.
2. W Chartbunchachai p C. Patients using emergency medical system service and patients visiting emergency room of hospitals affiliated with Office of the Permanent Secretary. rauma Cent Crit Care, Khon Kaen Hosp. 2011.
3. Division of medical Technical and Acedemic Affairs. Guideline for ER Service Delivery. 2nd ed. Kraysubun C, editor. Nonthaburi: Samchai; 2017.
4. Derlet R, Richards J, Kravitz R. Frequent overcrowding in U.S. emergency departments. Acad Emerg Med. 2001 Feb;8(2):151–155.
5. Miró O, Antonio MT, Jiménez S, De Dios A, Sánchez M, Borrás A, et al. Decreased health care quality associated with emergency department overcrowding. Eur J Emerg Med. 1999 Jun;6(2):105–7.
6. Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. Med J Aust. 2006 Mar;184(5):213–216.
7. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. Ann Emerg Med. 2000 Jan;35(1):63–68.
8. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. Am J Manag Care. 2013 Jan;19(1):47–59.

9. Amiel C, Williams B, Ramzan F, Islam S, Ladbroke T, Majeed A, et al. Reasons for attending an urban urgent care centre with minor illness: a questionnaire study. 2012;
10. Read JG, Varughese S, Cameron PA. Determinants of non-urgent Emergency Department attendance among females in Qatar. *Qatar Med J.* 2014 Dec;2014(2):98.
11. Idil H, Kilic TY, Toker I, Dura Turan K, Yesilaras M. Non-urgent adult patients in the emergency department: Causes and patient characteristics. *Turkish J Emerg Med.* 2018 Jun;18(2):71–74.
12. O’Keeffe C, Mason S, Jacques R, Nicholl J. Characterising non-urgent users of the emergency department (ED): A retrospective analysis of routine ED data. van Griensven M, editor. *PLoS One.* 2018 Feb;13(2):e0192855.
13. Unwin M, Kinsman L, Rigby S. Why are we waiting? Patients’ perspectives for accessing emergency department services with non-urgent complaints. *Int Emerg Nurs.* 2016 Nov;29:3–8.
14. Koziol-McLain J, Price DW, Weiss B, Quinn AA, Honigman B. Seeking care for nonurgent medical conditions in the emergency department: Through the eyes of the patient. *J Emerg Nurs.* 2000 Dec;26(6):554–563.
15. Sancton K, Sloss L, Berkowitz J, Strydom N, McCracken R. Low-acuity presentations to the emergency department: Reasons for and access to other health care providers before presentation. *Can Fam Physician.* 2018 Aug;64(8):e354–360.
16. Burnett MG, Grover SA. Use of the emergency department for nonurgent care during regular business hours. *CMAJ.* 1996 May;154(9):1345–1351.
17. Andrews H, Kass L. Non-urgent use of emergency departments: populations most likely to overestimate illness severity. 2018;13:893–900.
18. Sarunyaprait J, Kunlabut K, Trirattanapikul W, Navarittiussavin Y, Sirijun N, Lohatin W, et al. Factors Related to the Access of the Emergency Room of Srinagarind Hospital Compared to Primary Care Unit of Khon Kaen University in Non-Urgency Undergraduate Students of Khon Kaen University. *Srinagarind Med J.* 2560 Dec;32(6):596–602.
19. W W, Daniel. *Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences.* Vol. 37, Biometrical Journal. Wiley; 1995. 744–744 p.
20. Emergency Department Utilization In California Survey of Consumer Data and Physician Data. 2006.
21. Oktay C, Cete Y, Eray O, Pekdemir M, Gunerli A. Appropriateness of Emergency Department Visits in a Turkish University Hospital. *Croat Med J.* 2003;44(5):585–591.
22. Kraaijvanger N, Van Leeuwen H, Rijpsma D, Edwards M. Motives for self-referral to the emergency department: A systematic review of the literature. Vol. 16, BMC Health Services Research. BioMed Central Ltd.; 2016.
23. Masso M, Bezzina AJ, Siminski P, Middleton R, Eagar K. Why patients attend emergency departments for conditions potentially appropriate for primary care: Reasons given by patients and clinicians differ. *Emerg Med Australas.* 2007 Aug;19(4):333–340.



24. Gindi RM, Lindsey MPH, Black I, Cohen RA. National Health Statistics Reports, Number 90, 2/18/16. 2013.
25. Carret MLV, Fassa ACG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica*. 2009;25(1):7–28.
26. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: a decade later. *Heal Educ Q*. 1984;11(1):1–47.
27. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. *Heal Educ Q*. 1988;15(2):175–183.