บทความวิจัย

การเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช: การศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง

ฉันทนา เคหะ*, อุษณีย์ ฟองศรี**, สุรศักดิ์ มุลศรีสุข***, หรรษา พิมพ์พิพัฒน์****, กัญชลิกา เสถียรวิจิตร*****
หน่วยตรวจโรคแพทย์เวร-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *เพื่อศึกษาสาเหตุการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป*

รูปแบบการวิจัย: *การวิจัยเชิงพรรณา แบบภาคตัดขวาง*

วิธีดำเนินการวิจัย: *กลุ่มตัวอย่างจำนวน 800 รายเป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่เข้ารับการตรวจรักษาในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามสาเหตุที่มาเข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน และ 3) แบบสอบถามปัจจัยการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบของเยตส์หรือสถิติฟิชเชอร์*

ผลการวิจัย: *สาเหตุของการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอาการของโรครุนแรงไม่สามารถรอได้ ร้อยละ 45.5 ผู้ป่วยไม่ทราบบริบทการให้บริการห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 21.7 และผู้ป่วยไม่สะดวกมารับบริการในเวลาราชการ ร้อยละ 15.2 สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป พบว่า การรับรู้ขั้นตอนการลงทะเบียนของหน่วยตรวจเฉพาะทางมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 6.11$, $p < .05$)*

สรุป: *ผู้ป่วยที่รู้สึกว่ามีอาการของโรครุนแรงไม่สามารถรอได้ และผู้ป่วยที่ไม่ทราบบริบทการให้บริการห้องฉุกเฉิน เป็นกลุ่มผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการมากที่สุด และการรับรู้ขั้นตอนการให้บริการของหน่วยตรวจเฉพาะทางมีความสัมพันธ์กับการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป ดังนั้น ควรมีการแนะนำขั้นตอนให้บริการหรือการนัดหมายของหน่วยตรวจเฉพาะทางการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ เพื่อช่วยลดความแออัดของห้องฉุกเฉินได้*

คำสำคัญ: *ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน/ การให้บริการห้องฉุกเฉิน/ การคัดกรองผู้ป่วย*

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2566, 35(1) : 13-23

* หัวหน้า หน่วยตรวจโรคแพทย์เวร ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
** ผู้ตรวจการพยาบาล งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
*** ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพ หน่วยตรวจโรคแพทย์เวร ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail surasak.mol@mahidol.ac.th
**** พยาบาลวิชาชีพ หน่วยตรวจโรคแพทย์เวร ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
***** แพทย์ประจำบ้าน หน่วยตรวจโรคแพทย์เวร ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

EMERGENCY DEPARTMENT VISITS FOR NON-URGENT PATIENTS IN SIRIRAJ HOSPITAL: CROSS-SECTIONAL DESCRIPTIVE STUDY.

Chantana Keha*, Usanee Fongsri**, Surasak Mulsrisuk***, Hunsa Pimpiput****, Kanchalika Sathianvichitr*****

Abstract

Purpose: *This research aimed to examine emergency department visits for non-urgent patients and to study the relationship between the selected factors with the chosen medical service's next visit with the same conditions.*

Design: *A cross-sectional descriptive research.*

Methods: *A total of 800 non-urgent patients who visited the emergency department at Siriraj Hospital were recruited by purposive sampling. The research instruments consisted of 1) the demographic data questionnaire, 2) the causes of emergency department visits for non-urgent patient's questionnaire, and 3) the factors chosen medical service's next visit with the same condition questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics, Yate's continuity correction test, or Fisher's exact test.*

Results: *The most common reasons for non-urgent patients who visited the emergency department were that the patient felt symptoms of a severe condition could not wait (45.5%), the patient was unaware of the context of emergency department service (21.7%), and the patient found it not convenient to receive services during official working hours (15.2%). The selected factors with the chosen medical service's next visit with the same conditions found that perceptions of the registration process of specialized clinics had a positive correlation with the chosen medical service's next visit with the same conditions that were statistically significant ($X2 = 6.11$, $p < .05$).*

Conclusion: *The patients felt symptoms of a severe condition could not wait, and the patient was unaware of the context of emergency department service. Perceptions of the registration process of a specialized clinic had a correlation with the chosen medical service's next visit with the same conditions. Therefore, providing advice on service procedures or appointments at specialized clinics or increasing access channels to an after-hours clinic can help reduce the overcrowding of the emergency department.*

Keywords: *Non-urgency patient, Emergency service, Triage*

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2023, 35(1) : 13-23

Article info: received September 4, 2022 ; revised February 7, 2023 ; accepted March 27, 2023

* Head of emergency department, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.

** Nurse supervisors, Outpatient nursing division, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.

*** Corresponding author, Registered Nurse, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.

Address: Emergency Department, Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Siriraj, Bangkoknoi, Bangkok, 10700.

**** Registered Nurse, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.

***** Emergency Medicine Resident, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

บทนำ

ความแออัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการบริการในห้องฉุกเฉิน กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก[1-2] ในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ปริมาณทรัพยากรและบุคลากรทางการแพทย์มีจำกัด ส่งผลกระทบต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละประเทศทั้งด้านแผนการจัดสรรงบประมาณและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉิน รวมถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยและความเครียดของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน[3-4] จากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล พบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 78.5 ที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉินโดยมีภาวะการเจ็บป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน หรือกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่มีอาการเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยหนึ่งในสามมีประสบการณ์เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโดยด้วยภาวะการเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉินมากกว่า 3 ครั้งภายใน 1 ปี[5] และจากสถิติการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช ระยะ 3 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 5 ต่อปี[6] จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผู้ป่วยที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉินเพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนที่เข้ารับการตรวจรักษาเป็นทักษะที่สำคัญของพยาบาล ซึ่งพิจารณาจากความรุนแรงของอาการตามเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย (triage) 5 ระดับ[7-8] ได้แก่ ระดับ 1 ผู้ป่วยวิกฤต ระดับ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉิน ระดับ 3 ผู้ป่วยเร่งด่วน ระดับ 4 ผู้ป่วยกึ่งเร่งด่วน และระดับ 5 ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน โดยผู้ป่วยที่มีภาวะเร่งด่วนฉุกเฉิน จะได้เข้ารับการดูแลรักษาในห้องฉุกเฉินทันที เพื่อลดความรุนแรงของอาการและการดำเนินโรคที่เกิดขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะการเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย หรือมีอาการป่วยไม่รุนแรงที่สามารถรอรับการตรวจรักษาได้อย่างปลอดภัย[9-10] จะได้รับการแยกรอตรวจเป็นลำดับถัดไป หรือแนะนำให้เข้ารับการตรวจรักษาในเวลาราชการอีกครั้ง ทั้งนี้ เพื่อแยกผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินออกจากผู้ป่วยฉุกเฉิน และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินให้ดียิ่งขึ้น

การเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการของผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ฉุกเฉิน เป็นประเด็นสำคัญที่กำลังพัฒนาระบบการให้บริการของโรงพยาบาลศิริราช อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ทราบบริบทการให้บริการของห้องฉุกเฉิน และผู้ป่วยบางส่วนไม่ทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นสามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิได้ หรือจำเป็นต้องเข้ารับการตรวจรักษากับแพทย์เฉพาะทาง[11-12] อีกทั้งห้องฉุกเฉินเปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง และเป็นสถานที่แรกที่ถูกคาดหวังอย่างมากในการให้บริการที่รวดเร็วเมื่อมีการเจ็บป่วย รวมถึงค่าใช้จ่ายไม่แตกต่างกับหน่วยตรวจเฉพาะทางต่างๆ มาก[13-14] จึงทำให้มีผู้ป่วยเข้ารับบริการจำนวนมาก จนเกิดความแออัดของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน ส่งผลกระทบต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน เกิดความล่าช้าในการให้บริการ และเกิดความแออัดของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานห้องฉุกเฉินเกิดความตึงเครียดจากภาระงานเพิ่มมากขึ้น[3] ซึ่งมีโอกาสเกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยหรือญาติที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการตามมา[4]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สาเหตุการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินมีหลายสาเหตุ เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ค่าใช้จ่าย ทัศนคติในการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน และความเชื่อมั่นของผู้ป่วยที่มีต่อโรงพยาบาล เป็นต้น[1,5] อีกทั้งผู้ป่วยที่เข้ารับบริการนอกเวลาส่วนใหญ่ไม่สะดวกเข้ารับบริการในเวลาราชการ เนื่องจากต้องทำงานและเกรงว่าการเข้ารับบริการในเวลาราชการจะมีผลกระทบต่อรายได้ ส่งผลให้ห้องฉุกเฉินเกิดความแออัดของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิฤตฉุกเฉินและผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน[1] นอกจากนี้ ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินบางส่วนคิดว่าจะเลือกใช้บริการห้องฉุกเฉินเช่นเดิมหากมีการเจ็บป่วยครั้งถัดไป เนื่องจากมีความสะดวก รวดเร็ว การตรวจรักษาและค่าใช้จ่ายไม่แตกต่างกันกับหน่วยตรวจเฉพาะทาง[11,14] ซึ่งเป็นต้องพัฒนารูปแบบการให้บริการของห้องฉุกเฉิน ทั้งด้านการประเมินอาการ

การให้คำแนะนำ และการอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้เข้ารับบริการหน่วยตรวจเฉพาะทางต่างๆ อย่างเหมาะสม เมื่อมีการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งถัดไป เพื่อลดความแออัดของห้องฉุกเฉิน[14]

ปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินน้อย และการศึกษาส่วนใหญ่มักศึกษาในโรงพยาบาลในโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดใหญ่ อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลศิริราช คือ โรงเรียนแพทย์ขนาดใหญ่ มีเครื่องมืออุปกรณ์ในการตรวจรักษาที่ทันสมัย และความเชื่อมั่นในศักยภาพของโรงพยาบาล ซึ่งมีโอกาสทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาจำนวนมาก การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินเลือกเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินและความสัมพันธ์ในการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป เพื่อวางแผนการจัดการปัญหาความแออัดของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช และเป็นข้อมูลในการวางแผนจัดการปัญหาที่แท้จริงในการนำไปพัฒนาคุณภาพของระบบการให้บริการของห้องฉุกเฉินในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่ปลอดภัยรวดเร็ว เหมาะสม บุคลากรมีภาระงานลดลง รวมถึงผู้มารับบริการมีความความพึงพอใจในการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดจากปัญหาความแออัดของห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ซึ่งเกิดจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉินเพิ่มขึ้น และความล่าช้าในกระบวนการให้บริการของห้องฉุกเฉินจากอัตรากำลังของบุคลากรและปริมาณทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉินลดลง โดยความแออัดของห้องฉุกเฉินเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องได้รับการพัฒนาระบบการจัดการให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการของห้องฉุกเฉิน ทั้งด้านการประเมินความเร่งด่วนของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษา ด้านให้การพยาบาล และด้านการให้คำแนะนำผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่การเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสม รวมถึงเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาระบบการให้บริการของห้องฉุกเฉินให้มีคุณภาพ ตามนโยบายของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสาเหตุการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินนี้ เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการหาแนวทางแก้ไขสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินอย่างเหมาะสม ลดความอัดของห้องฉุกเฉิน และพัฒนาระบบบริการห้องฉุกเฉินให้เป็นห้องฉุกเฉินที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและบุคลากรและเพิ่มคุณภาพการบริการและการรักษาพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสาเหตุการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณ แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (non - urgent) หรือ ผู้ป่วยระดับ 5 ตามเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย 5 ระดับ[8] และเข้ามารับบริการในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างเดือนธันวาคม 2559 ถึง กุมภาพันธ์ 2560 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro-Yamane[15] ในการศึกษาครั้งนี้คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่เข้ารับบริการในห้องฉุกเฉินปี พ.ศ. 2558 จำนวน 870 ราย กำหนด

ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 99 ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 800 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) การศึกษาครั้งนี้ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ (1) ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (2) ได้รับการคัดกรองเป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินหรือผู้ป่วยระดับ 5 ตามเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย[8] และได้รับการตรวจรักษาเสร็จสิ้นแล้ว (3) เป็นผู้ที่มีอาการคงที่ ได้แก่ มีความดันโลหิตคงที่ อัตราการหายใจไม่เกิน 20 ครั้งต่อนาที และระดับออกซิเจนปลายนิ้วไม่ต่ำกว่า 95 % (4) มีสติสัมปชัญญะปกติ สามารถสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย และ (5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ กลุ่มที่ไม่ได้ตัดสินใจมาเข้ารับการบริการด้วยตัวเอง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ส่งต่อจากหน่วยตรวจต่างๆ ของโรงพยาบาลศิริราช หรือได้รับการแนะนำส่งต่อให้มารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศิริราชโดยทันที และเป็นผู้ที่มีความบกพร่องทางทางรับรู้หรือการตัดสินใจ

เครื่องมือการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สิทธิ์การรักษา ที่อยู่ปัจจุบัน ผลกระทบต่อรายได้ในการมาตรวจครั้งนี้ โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสาเหตุของการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้ขั้นตอนการลงทะเบียนของหน่วยตรวจเฉพาะทาง การรับรู้บริบทการให้บริการห้องฉุกเฉิน การเคยรักษาจากสถานพยาบาลอื่นแล้ว และผลกระทบต่อรายได้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามสาเหตุที่มาเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน และปัจจัยการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป มาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมและความชัดเจนของข้อคำถาม ผู้วิจัยคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ .89 และ .88 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยง (reliability) แบบสอบถามสาเหตุที่มาเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โดยวิเคราะห์ด้วยสูตรการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยง .73 ผู้วิจัยปรับตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อผ่านการอนุมัติรับรอง โครงการวิจัยตามเอกสารเลขที่ Si 701/2016 รหัสโครงการ 584/2559 (EC3) ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยภายหลังได้รับการอนุมัติ ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ วัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงประโยชน์ของงานวิจัย รวมถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ในขณะที่เข้าร่วมการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอน

ตัวจากการวิจัย สามารถทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล โดยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล การนำเสนอผลการวิจัยหรือเผยแพร่จะนำเสนอ ในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น พร้อมเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าห้องประชุมของห้องฉุกเฉิน เพื่อสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม โดยข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะมีผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลนั้นได้ โดยเก็บแบบสอบถามที่ได้จากการสัมภาษณ์ไว้อย่างปลอดภัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามลำดับขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ภายหลังการได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยเข้าพบแพทย์ หัวหน้าหน่วยงาน เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องประจำห้องฉุกเฉิน เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย โดยขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ประจำห้องฉุกเฉิน เพื่อแนะนำผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า แนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับทราบและยินดีเข้าร่วมงานวิจัย จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลโดยเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าสัมภาษณ์ในห้องประชุมของหน่วยงาน ซึ่งผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยได้พบแพทย์และได้รับการรักษาแล้ว โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สาเหตุที่มาเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน และปัจจัยการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที

4. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล พร้อมตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป สาเหตุที่มาเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน และลักษณะของการบริการที่จะเลือกใช้ในครั้งต่อไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา เป็นความถี่ (frequencies) และร้อยละ (percentages) การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยการมารับบริการระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มาด้วยอาการเจ็บป่วยจะกลับมารับบริการที่แพทย์เวรและกลุ่มที่จะใช้บริการช่องทางอื่นในครั้งต่อไป โดยใช้สถิติการปรับให้**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาสาเหตุการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณา แบบภาคตัดขวาง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 800 รายเป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่เข้ารับการตรวจรักษาในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2559 ถึง กุมภาพันธ์ 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามสาเหตุที่มาเข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน และ 3) แบบสอบถามปัจจัยการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบของเยตส์ หรือสถิติฟิชเชอร์

ผลการวิจัย: สาเหตุของการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่พบมากที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอาการของโรครุนแรงไม่สามารถรอได้ ร้อยละ 45.5 ผู้ป่วยไม่ทราบบริบทการให้บริการห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 21.7 และผู้ป่วยไม่สะดวกมารับบริการในเวลาราชการ ร้อยละ 15.2 สำหรับการการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วย

ลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป พบว่า การรับรู้ขั้นตอนการลงทะเบียนของหน่วยตรวจเฉพาะทางมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2 = 6.11, p < .05)

สรุป: การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่รู้สึกว่ามีอาการของโรครุนแรงไม่สามารถรอได้ และผู้ป่วยที่ไม่ทราบบริบทการให้บริการห้องฉุกเฉิน เป็นกลุ่มผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการมากที่สุด และการรับรู้ขั้นตอนการให้บริการของหน่วยตรวจเฉพาะทางมีความสัมพันธ์กับการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป ดังนั้น ควรมีการแนะนำขั้นตอนให้บริการหรือการนัดหมายของหน่วยตรวจเฉพาะทาง การเพิ่มช่องทางการเข้าถึงคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ เพื่อช่วยลดความแออัดของห้องฉุกเฉินได้

ต่อเนื่องของเยตส์ (Yate's continuity correction test) หรือ การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป PASW Statistics Version 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA)

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 800)

ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	500	65.6
ชาย	300	34.4
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 30 ปี	215	26.9
31-40 ปี	96	12.0
41-50 ปี	107	13.4
51-60 ปี	131	16.4
มากกว่า 60 ปี	251	31.4
ที่อยู่		
มีที่อยู่ในกรุงเทพมหานครตรงทะเบียนบ้าน	325	40.6
มีที่อยู่ในกรุงเทพมหานครไม่ตรงทะเบียนบ้าน	253	31.6
มีที่อยู่ในทะเบียนบ้านต่างจังหวัดในเขตปริมณฑล	116	14.5
มีที่อยู่ในทะเบียนบ้านต่างจังหวัดที่ไม่อยู่ในเขตปริมณฑล	106	13.3
สิทธิ์การรักษา		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	567	70.9
บัตรทอง	134	16.8
ประกันสังคม	60	7.5
อื่นๆ	38	4.8
ผลกระทบต่อรายได้		
ไม่มีผลกระทบ	663	82.9
มีผลกระทบ	137	17.1

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.6 มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 26.9 มีที่อยู่ในกรุงเทพมหานครตรงทะเบียนบ้านร้อยละ 40.6 ใช้สิทธิการรักษาเป็นข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 70.9 โดยการมาตรวจครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อรายได้ร้อยละ 82.9

ตารางที่ 2 สาเหตุของการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน (n = 800)

สาเหตุของการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน*	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอาการของโรครุนแรงไม่สามารถรอได้	526	45.5
ไม่ทราบบริบทการให้บริการห้องฉุกเฉิน	251	21.7
ไม่สะดวกมารับบริการในเวลาราชการ	176	15.2
ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่หรือญาติให้มาตรวจห้องฉุกเฉิน	132	11.4
การมารับยาโรคประจำตัวเดิม	47	4.1
อื่นๆ	25	2.2

*ผู้ป่วย 1 คน สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน มีสาเหตุจากการรู้สึกว่ามีอาการของโรครุนแรงไม่สามารถรอได้ ร้อยละ 45.5 กลุ่มตัวอย่างไม่ทราบบริบทการให้บริการห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 21.7 กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกมารับบริการในเวลาราชการ ร้อยละ 15.2 กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่หรือญาติให้มาตรวจห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 11.4 และการมารับยาโรคประจำตัวเดิม ร้อยละ 4.1

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป

ตัวแปรที่ศึกษา	ลักษณะการเข้ารับบริการครั้งต่อไป		X^2	*p*-value
	รับบริการห้องฉุกเฉิน (n=136) จำนวน (ร้อยละ)	รับบริการช่องทางอื่น (n=572) จำนวน (ร้อยละ)		
การรับรู้ขั้นตอนการลงทะเบียนของหน่วยตรวจเฉพาะทาง				
ทราบ	42 (30.9)	184 (32.2)	6.11	0.047*
ไม่ทราบ	94 (69.1)	388 (67.8)		
การรับรู้บริบทการให้บริการห้องฉุกเฉิน				
ทราบ	44 (32.4)	185 (32.3)	0.00	1.000
ไม่ทราบ	92 (67.4)	387 (67.7)		
การรักษาจากสถานพยาบาลอื่นแล้วไม่ดีขึ้น				
เคย	76 (55.9)	337 (58.9)	0.61	0.584
ไม่เคย	60 (44.1)	235 (41.1)		
ผลกระทบต่อรายได้				
มี	22 (16.2)	103 (18.0)	0.54	0.705
ไม่มี	114 (83.2)	469 (82.0)		

*Yate's continuity correction test or Fisher's exact test (p < .05)

จากตารางที่ 3 พบว่า การรับรู้ขั้นตอนการให้บริการของหน่วยตรวจเฉพาะทางมีความสัมพันธ์กับการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (X^2 = 6.11, p < .05) ส่วนการรับรู้บริบทการให้บริการห้องฉุกเฉิน การรักษาจากสถานพยาบาลอื่นแล้ว และผลกระทบต่อรายได้มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

การศึกษาสาเหตุของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (non - urgent) เข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินเข้ารับการบริการฉุกเฉินส่วนใหญ่มีสาเหตุจากผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอาการของโรครุนแรงไม่สามารถรอได้ ผู้ป่วยไม่ทราบบริบทการให้บริการห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยไม่สะดวกมารับบริการในเวลาราชการ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่หรือญาติให้มาตรวจห้องฉุกเฉิน และมาขอรับยาเดิม สอดคล้องกับการศึกษาต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินส่วนใหญ่ที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โดยมีความรู้สึกว่าอาการที่เกิดขึ้นความได้รับการตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉินทันที และมีผู้ป่วยบางส่วนไม่ทราบขั้นตอนการให้บริการของห้องฉุกเฉิน[1,5] และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉินส่วนใหญ่ได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลอื่นแล้วในเบื้องต้นแต่มีความคิดว่าอาการไม่ดีขึ้น หรือมีความคิดว่าสถานพยาบาลปฐมภูมิไม่สามารถรักษาอาการที่เกิดขึ้นได้ จึงตัดสินใจเข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน[11-12] และยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่สะดวกมาในเวลาราชการ เนื่องจากทราบว่าโรงพยาบาลมีการเปิดให้บริการห้องฉุกเฉินที่สามารถให้บริการนอกเวลาราชการสำหรับผู้ป่วยนอกได้ ค่าใช้จ่ายถูกกว่าสถานพยาบาลเอกชน และได้รับบริการที่เร็วขึ้น[14, 16-17] นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินส่วนใหญ่มีความคาดหวังว่าการให้บริการห้องฉุกเฉิน เนื่องจากมีศักยภาพสูง และมีความพร้อมในการช่วยดูแลรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วยตลอดเวลา[13-14] รวมทั้งมีแพทย์เฉพาะทางที่ให้คำปรึกษาหรือมีเครื่องมือตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ขนาดใหญ่[18]

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป พบว่า การรับรู้ขั้นตอนการให้บริการของหน่วยตรวจเฉพาะทางมีความสัมพันธ์กับการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป กล่าวคือ หากผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินทราบขั้นตอนการลงทะเบียนของหน่วยตรวจเฉพาะทาง อาจมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการครั้งถัดไป สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินส่วนใหญ่ที่เข้ารับบริการมีความต้องการตรวจรักษากับแพทย์เฉพาะทาง แต่ไม่ทราบขั้นตอนของการให้บริการของหน่วยตรวจเฉพาะทาง รวมถึงสิทธิการรักษาของตน[11, 17] ส่งผลให้มีผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉินเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินจำนวนมาก ซึ่งส่งผลต่อความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินขณะนั้น รวมทั้งเกิดความล่าช้าในการให้บริการของห้องฉุกเฉิน[4-5] อย่างไรก็ตาม การประชาสัมพันธ์บริบทการให้บริการของห้องฉุกเฉินต่อสาธารณชนที่ชัดเจนเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการพัฒนาเป็นลำดับแรก เพื่อให้ประชาชนเข้าใจระบบการแพทย์ฉุกเฉินและตัดสินใจเข้ารับบริการอย่างเหมาะสม รวมถึงการพัฒนารบบการให้บริการของสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิให้เข้มแข็ง การขยายการให้บริการของหน่วยตรวจเฉพาะทางหรือคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ เพื่อให้เข้าถึงบริการได้สะดวกมากขึ้น[17-18] รวมถึงอำนวยความสะดวกในการนัดหมายหน่วยตรวจเฉพาะทางต่างๆ เพื่อลดความแออัดของห้องฉุกเฉินต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึง สาเหตุต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการ และอาจสะท้อนถึงการรับรับรู้และความเชื่อมั่นของประชาชนทั่วไปที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้กับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงเรียนแพทย์ทั่วไป ดังนั้น การประชาสัมพันธ์บริบทการ

ให้บริการของห้องฉุกเฉินที่ชัดเจน จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องสื่อสารสู่สาธารณชน อย่างไรก็ตาม การพัฒนาศักยภาพระบบการให้บริการของสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ หรือโรงพยาบาลต้นสังกัดของสิทธิการรักษาพยาบาลให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นในการเข้ารับการรักษา รวมถึงการประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการลงทะเบียนหรือการนัดหมายของหน่วยตรวจเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการเข้ารับการตรวจรักษากับแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะโรค หรือการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการและการพัฒนาระบบการจัดการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยที่มาขอรับยาต่อเนื่อง อาจเป็นแนวทางที่สามารถช่วยลดความแออัดของห้องฉุกเฉินได้ ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการเข้ารับบริการ และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป สำหรับการศึกษาครั้งถัดไป ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการมาใช้บริการของผู้ป่วย เช่น ความถี่ในการเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน รวมถึงอุปสรรคและปัญหาเมื่อผู้ป่วยต้องการติดต่อนัดหมายหน่วยตรวจต่างๆ ในเวลาราชการ เป็นต้น เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินให้ครอบคลุมต่อไป

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive cross–sectional design) ที่มีการเก็บข้อมูลเพียงช่วงเวลาเดียว และเป็นการศึกษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลศิริราชเพียงแห่งเดียว จึงเป็นข้อจำกัดในการเปรียบเทียบและมีโอกาสที่ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาอาจแตกต่างจากการศึกษาในโรงพยาบาลอื่นและในสังคมอื่นๆ รวมทั้งยังมีการศึกษาครอบคลุมทุกปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยที่มีไม่ฉุกเฉินน้อย จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหน่วยพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยเต็มจำนวนในการศึกษาครั้งนี้

References

1. Bardelli P, Kaplan V. Non-Urgent encounters in a Swiss medical emergency unit. SMW 2013; 143. doi:10.4414/smw.2013.13760.
2. Van Den Heede K, Van De Voorde C. Interventions to reduce emergency department utilization: a review of reviews. Health Policy 2016; 120(12): 1337–1349.
3. Mousavi SM, Sadeghifar J. Universal health coverage in Iran. Lancet Glob Health 2016; 4:e305–6. doi:10.1016/S2214-109X(16)00068-1.
4. Filippatos G, Evridiki K. The effect of emergency department crowding on patient outcomes. Health Sci J. 2015; 9(1):1–6.
5. Al-Otmy SS, Abduljabbar AZ, Al-Raddadi RM, et al Factors associated with non-urgent visits to the emergency department in a tertiary care center, western Saudi Arabia: cross-sectional study. BMJ Open 2020; 10:e035951. doi: 10.1136/bmjopen-2019-035951.
6. Medical Records and Medical Statistics Service. Statistics of patients receiving services from the emergency department, Faculty of Medicine Siriraj Hospital 2019; Bangkok. (in Thai).

7. Lee JY, Oh SH, Peck EH, Lee JN, Park KN, Kim SH, et al. The validity of the Canadian triage and acuity scale in predicting resource utilization and the need for immediate life-saving interventions in elderly emergency department patients. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2011; 19:68. doi:10.1186/1757-7241-19-68.

8. Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. Guide to patient screening criteria. Bangkok. Faculty of Medicine Siriraj Hospital 2015. (in Thai)

9. Ng CJ, Liao PJ, Chang YC, Kuan JT, Chen JC, Hsu KH. Predictive factors for hospitalization of nonurgent patients in the emergency department. Medicine 2016; 95(26): e4053. doi: 10.1097/MD.0000000000004053.

10. McCormack LA, Jones SG, Coulter SL. Demographic factors influencing nonurgent emergency department utilization among a Medicaid population. Health Care Manag Sci 2017; 20: 395–402. doi:10.1007/s10729-016-9360-8.

11. 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; 19(1): 47–59.

12. Becker J, Dell A, Jenkins L, Sayed R. Reasons why patients with primary health care problems access a secondary hospital emergency centre. S Afr Med J 2012; 102: 800. doi:10.7196/SAMJ.6059.

13. Dawoud SO, Ahmad AMK, Alsharqi OZ, AI-Raddadi RM. Utilization of the emergency department and predicting factors associated with its use at the Saudi Ministry of health general hospitals. Glob J Health Sci 2016; 8: 90–106. doi:10.5539/gjhs. v8n1p90

14. Bahadori M, Mousavi SM, Teymourzadeh E, Ravangard R. Emergency department visits for non-urgent conditions in Iran: a cross-sectional study. BMJ Open. 2019; 9(10): e030927.

15. Yamane T. Statistics: An introduction analysis. 2nd ed. New York: Harper and Row Harper & Row; 1973.

16. Morgan SR, Chang AM, Alqatari M, Pines JM. Non-emergency department interventions to reduce ED utilization: a systematic review. Acad Emerg Med. 2013;20(10):969–985. doi.org/10.1111/acem.12219.

17. Sangsong S, Boonterm S, Bunyaphothi S, Namsai W, Konkayan P. Use of medical service among non-emergency patients after the government hour at Sunprasitthiprasong Hospital. Sanpasitthiprasong Medical Journal 2021; 40(1-3): 1-10. (in Thai).

18. Armartpundit T. Factors Influencing Utilization of emergency medical service of severity and critical illness patients in Ubonrathchathani Province. J Health Sci 2017; 26(5): 883-95. (in Thai).