

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ จังหวัดภูเก็ต

Factors Associated with the Use of Emergency Medical Services for Critical
Emergency Patients in Phuket Province

จินดารัตน์ สุทธิปาโล

Jindarat Sutthipalo

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

Received: 6 January 2025; Revised: 30 January 2025; Accepted: 24 February 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ย้อนหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ จังหวัดภูเก็ต ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่เข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดภูเก็ต คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 1,158 ราย เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง จังหวัดภูเก็ต และเวชระเบียนของโรงพยาบาล ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67 – 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Multiple logistic regression

ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ จังหวัดภูเก็ต ดังนี้ (1) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่มีอายุน้อย (0 – 12 ปี) จะมีโอกาสรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉินน้อยกว่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) (2) เกิดเหตุบริเวณบ้าน/ที่ทำงาน มีโอกาสรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉินน้อยกว่าเมื่อเทียบกับเกิดเหตุนอกบ้าน/ที่ทำงาน (3) เกิดเหตุในช่วงเวรเช้าและบ่าย มีโอกาสรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าเมื่อเทียบกับเวรดึก (4) นักเรียน/นักศึกษาโอกาสรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ เป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน/นักบวช/ในปกครอง (5) ที่เรียกเหตุด้วยอุบัติเหตุ เกี่ยวกับศัลยกรรม และอายุรกรรม มีโอกาสรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน มากกว่าเมื่อเทียบการเรียกเหตุด้วยอาการสูติกรรม/ระบบทางเดินอาหาร/ระบบทางเดินปัสสาวะ/จิตเวช (6) ผลการรักษาในหอพักรักษาที่โรงพยาบาล มีโอกาสรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉินน้อยกว่าเมื่อเทียบการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น

ฉะนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ควรมีการณรงค์การปฐมพยาบาลเบื้องต้นให้กับประชาชน รณรงค์ให้มีความรู้เกี่ยวกับการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งนี้ ควรมีการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อลดอุบัติเหตุจากการเสียชีวิต

คำสำคัญ : การใช้บริการ, การแพทย์ฉุกเฉิน, ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ

Abstract

This research is a retrospective analytical study aimed at examining the factors associated with the use of emergency medical services for critically ill patients in Phuket Province. The study population consisted of critically ill patients who received emergency medical services in Phuket. A sample size of 1,158 cases was calculated, and data was collected from the Emergency Medical Services Record at the Advanced Level in Phuket and hospital medical records through three experts, with a consistency index ranging from 0.67 to 1.00. Data analysis was performed using descriptive statistics and multiple logistic regression.

The research findings revealed that the factors associated with the use of emergency medical services for critically ill patients in Phuket were as follows: (1) Critically ill patients aged 0-12 years had a lower likelihood of receiving emergency medical services compared to the elderly (60 years and above). (2) Incidents occurring at home/workplace had a lower likelihood of receiving emergency medical services compared to incidents occurring outside the home/workplace. (3) Incidents occurring during the morning and afternoon shifts had a higher likelihood of receiving emergency medical services compared to incidents occurring during the night shift. (4) Students had a higher likelihood of receiving emergency medical services compared to housewives, monks, or dependents. (5) Incidents involving accidents related to surgery and internal medicine had a higher likelihood of receiving emergency medical services compared to incidents involving obstetrics, gastrointestinal, urinary, or psychiatric issues. (6) Patients who were hospitalized for treatment had a lower likelihood of receiving emergency medical services compared to those referred to other hospitals.

Therefore, the Phuket Provincial Public Health Office should promote basic first aid education for the public and increase awareness of emergency medical services. Additionally, there should be efforts to develop the capacity of emergency medical service personnel to reduce incidents of mortality.

Keywords : Service usage, Emergency Medical Services, Critically Ill Emergency Patients

บทนำ

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉิน (Emergency Illness) ไว้ว่า เป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยฉับพลัน ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่มีความเสี่ยงต่อชีวิต และอาจจะเกิดภาวะพิการในระยะยาวหากบุคคลนั้นไม่ได้รับการช่วยเหลือ และรักษาภาวะฉุกเฉินอย่างถูกต้อง เหมาะสม และทัน่วงที พร้อมกับการนำส่งต่อระบบบริการขั้นสูงอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (Yaisien & Alvi, 2013) ในทางกฎหมายด้านการแพทย์ได้ให้นิยามคำว่า “การแพทย์ฉุกเฉิน” ไว้ว่า “เป็นการปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า และการวิจัยเกี่ยวกับการประเมินการจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินและการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน” ทั้งนี้ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ จึงหมายถึง บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูงหรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวให้ใช้สัญลักษณ์ “สีแดง” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551)

ประเทศไทยมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยมีหมายเลขฉุกเฉิน คือ 1669 ไว้รับแจ้งเหตุการเจ็บป่วยฉุกเฉินของประชาชน ผ่านศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด ระบบนี้มีไว้บริการให้คำปรึกษาทางการแพทย์และส่งรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับต่าง ๆ ตามความรุนแรงของอาการผู้ป่วยฉุกเฉินไว้บริการ แต่ทั้งนี้ หน่วยปฏิบัติการส่วนใหญ่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งยังมีไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่หรือทุกตำบลส่งผลให้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความเหลื่อมล้ำและประชาชนยังไม่สามารถ

เข้าถึงบริการได้ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2563) สถิติการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินในปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีหน่วยปฏิบัติการแพทย์ 6,499 หน่วย ประชาชนเรียกเหตุจาก 1669 จำนวน 8,180,908 ครั้ง ทั้งนี้จากสถิติ ประชาชนมีการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 18.60 กลุ่มที่เข้าถึงบริการพบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ รอดชีวิต ร้อยละ 92 และได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 96 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่เข้าถึงบริการมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคฉุกเฉินถึง ร้อยละ 31 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2567) สำหรับจังหวัดภูเก็ต ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีนักท่องเที่ยวเข้ามาท่องเที่ยวจากหลาย ๆ ประเทศ มีทั้งหมด 3 อำเภอ และมีโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 4 แห่ง องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง สถิติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติระหว่างปี พ.ศ. 2565 – 2567 พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยเรียกเหตุ EMS จำนวน 3,335 ครั้ง ไม่เรียกเหตุโดยเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน 13,971 ครั้ง คิดอัตราการเข้าถึงร้อยละ 23.87 ปี พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยเรียกเหตุ จำนวน 4,425 ครั้ง ไม่เรียกเหตุ 17,157 ครั้ง คิดอัตราการเข้าถึงร้อยละ 25.79 และในปี พ.ศ. 2567 ผู้ป่วยเรียกเหตุ จำนวน 4,491 ครั้ง ไม่เรียกเหตุ โดยเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน 18,665 ครั้ง คิดอัตราการเข้าถึงร้อยละ 24.06 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต, 2567) ตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26.5 (กองสาธารณสุขฉุกเฉิน, 2567) จากข้อมูลปี พ.ศ. 2565- 2567 แสดงให้เห็นว่าจังหวัดภูเก็ตยังมีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติเข้าถึงบริการไม่ถึงเป้าหมาย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต, 2567) ทั้งนี้ ในการปฏิบัติงานการบริการแพทย์ฉุกเฉินยังมีหน่วยพยาบาล ซึ่งได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิ ที่คอยดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ใกล้เคียง ซึ่งหากมีเหตุเกิดในพื้นที่และเกินความสามารถจะประสานขอสนับสนุนหน่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูงไปยังศูนย์สั่งการเข้าไปด้วยร่วมกัน

ฉะนั้น ส่วนใหญ่การแยกระดับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติจึงเป็นบทบาทของพยาบาลประจำการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ การมีรถยนต์ส่วนตัว สาเหตุ/โรคที่เจ็บป่วย และระยะทางจากที่เกิดเหตุถึงโรงพยาบาล (เจริญพราบปริม 2563) การมีรถส่วนตัว (ทิพย์วดี วุฒิพันธ์, 2565) และการมีรถยนต์ส่วนตัว (ธงชัย อามาทย์บัณฑิต, 2560) อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะทางจากที่เกิดเหตุถึงโรงพยาบาล และการมีรถยนต์ส่วนตัว (นงคราญ ใจเพียร, 2564) ระยะทางจากที่เกิดเหตุถึงโรงพยาบาล และการมีรถยนต์ส่วนตัว (บุญญาพร, 2566) อายุ (ณิชาภัทร ชันสาคร, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, ทศนีย์ รวิวรกุล, สิริณธิ์ กิตติพิชัย และอุมาวดี เหลาทอง, 2559) ทั้งนี้ ยังพบอีกว่า มีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติส่วนใหญ่ยังมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยตนเอง (กิตติพงศ์ พลเสน, พรทิพย์ วชิรดิolk, ธีระ ศิริสมุด, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และณัฐวดี คำนวนฤกษ์, 2559) มาด้วยรถยนต์ตนเองสะดวกกว่ารถการแพทย์ฉุกเฉิน (ธีระ ศิริสมุด, กิตติพงศ์ พลเสน

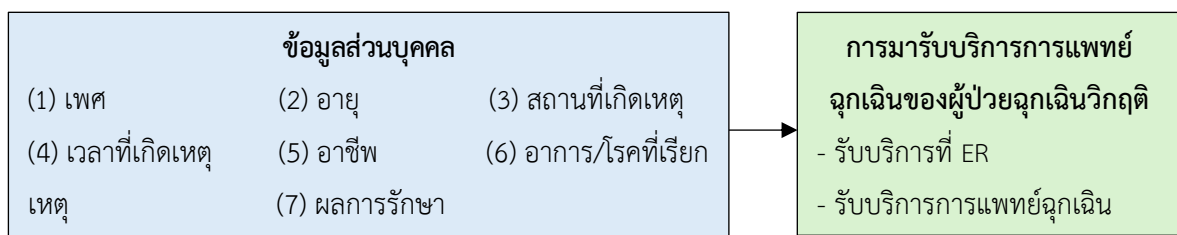
และพรทิพย์ วชิรดิolk, 2561) จากสถานการณ์การเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และบริบทของจังหวัดภูเก็ต หากได้ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ จะสามารถนำผลการศึกษาไปพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนและนักท่องเที่ยวในจังหวัดภูเก็ต ส่งผลให้สามารถลดอัตราการผู้ป่วยที่ตายด้วยโรคฉุกเฉินต่อไปได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติจังหวัดภูเก็ต

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย ผู้วิจัยได้จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา และนำข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล มาสร้างเป็นกรอบแนวคิด ได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนหลัง (Retrospective cohort research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่เข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดภูเก็ต ในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 23,156 คน โดยการสืบค้นจากแบบบันทึกการปฏิบัติงานบริการ

การแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง จังหวัดภูเก็ต และเวช
ระเบียนของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดภูเก็ต

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้
เกณฑ์ในการพิจารณาเป็นร้อยละของประชากรหลัก
หมื่น โดยใช้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 (Neuman, 1991)
ดังนี้

$$n = (23,156 \times 5) / 100 = 1,157.8 \text{ หรือ } 1,158 \text{ ตัวอย่าง}$$

ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม
คือ กลุ่มควบคุม (ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ ER) และ

กลุ่มศึกษา (ผู้ป่วยที่รับบริการด้วยระบบ EMS)
แบบ Matched case-control (Schlesselman, 1982) อัตราส่วนของกลุ่มควบคุมต่อกลุ่มศึกษา
กำหนดให้เท่ากับ 1 : 1 แบ่งตามสัดส่วนแต่ละอำเภอ
ดังนี้

อำเภอเมือง จำนวนประชากร 15,916
ตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่าง 796 ตัวอย่าง (กลุ่มละ 398
ตัวอย่าง)

อำเภอกะทู้ จำนวนประชากร 3,019 ตัวอย่าง
ได้กลุ่มตัวอย่าง 150 ตัวอย่าง (กลุ่มละ 75 ตัวอย่าง)

อำเภอถลาง จำนวนประชากร 4,221 ตัวอย่าง
ได้กลุ่มตัวอย่าง 212 ตัวอย่าง (กลุ่มละ 106 ตัวอย่าง)

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่ม
ตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (Systematic random
sampling) ดังนี้

1. นำรายชื่อของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติเรียงลำดับ
ตามวันและเวลาการมาใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแยก
เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่ ER และผู้ป่วยที่รับบริการ
ด้วยระบบ EMS

2. เมื่อได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทำการคำนวณหา
ระยะห่างของการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรในการ

คำนวณของสำเร็จ จันทรสุวรรณ และสุวรรณ บัวทวน
(2547) ดังนี้

เมื่อ
$$I = N/n$$

I คือ ระยะห่าง

N คือ ประชากรทั้งหมด

n คือ จำนวนขนาดตัวอย่าง

แทนค่า
$$I = 23,156 / 1,158$$

$$I = 19.99 \text{ หรือ } 20$$

4. จากนั้นผู้วิจัยได้จัดทำฉลากหมายเลข 1 - 9
เพื่อทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแรก โดยผู้วิจัยได้ทำการ
หยิบฉลากหมายเลขที่จัดขึ้น หากได้ฉลากหมายเลขใด
กลุ่มตัวอย่างที่ตรงหมายเลขนั้นจะเป็นกลุ่มตัวอย่าง
รายแรก จากนั้นผู้วิจัยทำการนับระยะห่างตามที่
คำนวณได้ คือ 20 หมายเลขนั้นจะเป็นกลุ่มตัวอย่างที่
2 จากนั้นผู้วิจัยจะนับตามระยะห่างในลำดับถัดไปวน
ไปตามรอบ จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ได้
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 579 คน

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion
criteria) คือ เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่รับบริการ
การแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดภูเก็ต ระหว่าง 1 ตุลาคม
2566 – 30 กันยายน 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ ข้อมูลจากแบบบันทึกการปฏิบัติงาน
บริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง จังหวัดภูเก็ต และ
เวชระเบียนของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต จำนวน 9 ข้อ ประกอบไป
ด้วย (1) เพศ (2) อายุ (3) เขตอำเภอที่เกิดเหตุ (4)
สถานที่เกิดเหตุ (5) เวลาที่เกิดเหตุ (6) อาชีพ (7)
อาการ/โรคที่เรียกเหตุ (8) การมาโรงพยาบาล และ
(9) ผลการรักษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา
(Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน

ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 2 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัยและสถิติ 1 คน ได้ คำนวณความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 -1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังผู้วิจัยได้อนุมัติให้ทำวิจัยจากสำนักงาน สาธารณสุขภูเก็ต และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ผู้วิจัย จัดทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่สังกัด กระทรวงสาธารณสุข ลงนามด้วยนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต จัดส่งหนังสือทางไปรษณีย์ เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล

2. หลังได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ติดต่อ ประสานงานกับนักคอมพิวเตอร์หรือผู้ดูแลระบบ สารสนเทศของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ของงานวิจัย รายละเอียดของข้อมูล การเก็บรวบรวม ข้อมูล และขอความร่วมมือในการขอข้อมูลตาม วัตถุประสงค์ที่ศึกษา

3. เมื่อนักคอมพิวเตอร์หรือผู้ดูแลระบบ สารสนเทศได้ข้อมูลมา ผู้วิจัยนำข้อมูลมาตรวจสอบ ความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนที่จะคัดลอกข้อมูลตัวอย่างตามที่กำหนดไว้

4. หลังได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอบคุณไปยังโรงพยาบาลที่เป็น กลุ่มตัวอย่าง

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลไปลงตามรหัสตัวแปรที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ทางสถิติ

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean)

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และตัวแปรที่ศึกษา

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistics) จากวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ การมารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉิน วิกฤติ จังหวัดภูเก็ต โดยมีตัวแปรตาม คือ การมารับ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นชนิดแจกแจง (Categorical variable) ชนิด 2 กลุ่ม (Dichotomous variable) จำแนกเป็นรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน (1) และมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (0) วิเคราะห์ข้อมูล อย่างเดียว (Univariate analysis) ปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์ต่อการมารับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ จังหวัดภูเก็ตด้วยสถิติอย่าง ง่าย (Simple logistic regression) เพื่อพิจารณา คัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value ของ Wald's test น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 ในการวิเคราะห์ตัวแปรพหุ ตัวแปร (Multivariate analysis) ด้วยสมการ ถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple logistic regression) และทำการคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value มากกว่า 0.05 ออก จากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward elimination นำเสนอผลการศึกษาค่า Odds ratio (OR) และค่าร้อยละ 95 ของช่วงความเชื่อมั่น (95%CI Confidence interval: 95%CI) การแปลโดยพิจารณาจากค่า OR

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต รหัสโครงการ PKPH 023/2567 วันที่ รับรอง 13 พฤศจิกายน 2567 และเอกสารการรับรอง โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาล วชิระภูเก็ต เลขที่โครงการ VPHREC 006/2025 วันที่ รับรอง 21 กุมภาพันธ์ 2568 ดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลหลังจากมีการรับรองผลการพิจารณาจาก คณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาล วชิระภูเก็ต

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตามการมารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (n= 1,158)

รับบริการที่ห้องฉุกเฉิน			รับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน		
ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ			เพศ		
ชาย	359	62.00	ชาย	374	64.59
หญิง	220	38.00	หญิง	205	35.41
อายุ			อายุ		
0 – 5 ปี	28	4.84	0 – 5 ปี	8	1.38
6 – 12 ปี	30	5.18	6 – 12 ปี	7	1.21
13 -17 ปี	27	4.66	13 -17 ปี	31	5.35
18 -21 ปี	20	3.45	18 -21 ปี	22	3.80
22 -29 ปี	87	15.03	22 -29 ปี	92	15.89
30 – 44 ปี	145	25.04	30 – 44 ปี	165	28.50
45 – 59 ปี	131	22.63	45 – 59 ปี	133	22.97
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	111	19.17	ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	121	20.90
สถานที่เกิดเหตุ			สถานที่เกิดเหตุ		
บริเวณบ้าน/ที่	192	33.16	บริเวณบ้าน/ที่	171	29.53
ทำงาน			ทำงาน		
นอกบ้าน/นอกที่	387	66.84	นอกบ้าน/นอกที่	408	70.47
ทำงาน			ทำงาน		
เวลาที่เกิดเหตุ			เวลาที่เกิดเหตุ		
เวรเช้า	203	35.06	เวรเช้า	210	36.27
เวรบ่าย	205	35.41	เวรบ่าย	246	42.49
เวรดึก	171	29.53	เวรดึก	123	21.24
อาชีพ			อาชีพ		
เกษตรกร	18	3.11	เกษตรกร	16	2.76
รับจ้าง	256	42.11	รับจ้าง	259	44.73
ธุรกิจส่วนตัว/	30	5.18	ธุรกิจส่วนตัว/	33	5.70
ข้าราชการ/			ข้าราชการ/		
รัฐวิสาหกิจ/ค้าขาย/			รัฐวิสาหกิจ/ค้าขาย/		
ประมง			ประมง		
นักเรียน/นักศึกษา	162	27.98	นักเรียน/นักศึกษา	193	33.33

รับบริการที่ห้องฉุกเฉิน			รับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน		
ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ในปกครอง/ พ่อบ้าน/แม่บ้าน/ นักบวช	113	19.52	ในปกครอง/ พ่อบ้าน/แม่บ้าน/ นักบวช	78	13.47
อาการ/โรคที่เรียกเหตุ			อาการ/โรคที่เรียกเหตุ		
อุบัติเหตุ	199	34.37	อุบัติเหตุ	274	47.32
ศัลยกรรม	119	20.55	ศัลยกรรม	111	19.17
อายุรกรรม	222	38.34	อายุรกรรม	180	31.09
ระบบกระดูกและ กล้ามเนื้อ	12	2.07	ระบบกระดูกและ กล้ามเนื้อ	3	0.52
สูติกรรม/ระบบ	27	4.66	สูติกรรม/ระบบ	11	1.90
ทางเดินอาหาร/ ระบบทางเดิน			ทางเดินอาหาร/ ระบบทางเดิน		
ปัสสาวะ/จิตเวช			ปัสสาวะ/จิตเวช		
ผลการรักษา			ผลการรักษา		
นอนพักรักษาที่ โรงพยาบาล	153	26.42	นอนพักรักษาที่ โรงพยาบาล	46	7.94
กลับบ้าน	356	61.49	กลับบ้าน	463	79.97
เสียชีวิต	1	0.17	เสียชีวิต	16	2.76
ส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลอื่น	69	11.92	ส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลอื่น	54	9.33
การมาโรงพยาบาล			-	-	-
รถยนต์ส่วนตัว	117	20.21	-	-	-
เหมารถรับจ้าง	201	34.72	-	-	-
เพื่อนบ้าน/ญาติ	261	45.07	-	-	-

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างที่รับบริการห้องฉุกเฉิน พบว่า ประมาณ 3 ใน 5 เป็นเพศชาย (ร้อยละ 62.00) 1 ใน 4 มีอายุระหว่าง 30 – 44 ปี (ร้อยละ 25.04) ประมาณ 2 ใน 3 เกิดเหตุนอกบ้าน/นอกที่ทำงาน (ร้อยละ 66.84) เกิดเหตุในเวลาเวรเช้า และเวรบ่าย ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 35.06 และ 35.41) มากกว่า 2 ใน 5 มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 42.11) เกือบ 2 ใน 5 มีอาการเกี่ยวกับทางอายุรกรรม (ร้อยละ 38.04) ประมาณ 3 ใน 5 ได้กลับบ้าน (ร้อยละ 61.49) และมาโรงพยาบาลโดยเพื่อนบ้าน/ญาติ มากที่สุด (ร้อยละ 45.07)

กลุ่มตัวอย่างที่รับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า เกือบ 2 ใน 3 เป็นเพศชาย (ร้อยละ 64.59) มากกว่า 1 ใน 4 มีอายุระหว่าง 30 – 44 ปี (ร้อยละ 28.50) มากกว่า 2 ใน 3 เกิดเหตุนอกบ้าน/นอกที่ทำงาน (ร้อยละ 70.47) มากกว่า 2 ใน 3 เกิดเหตุในเวลาเวรบ่าย (ร้อยละ 42.49) มากกว่า 2 ใน 5 มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 44.73) และเกือบ ครึ่งจะเป็นอุบัติเหตุ (ร้อยละ 47.32) เกือบ 4 ใน 5 ได้กลับบ้าน (ร้อยละ 79.97)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ จังหวัดภูเก็ต ดังตาราง
ที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ
จังหวัดภูเก็ต ด้วยสถิติ Multiple logistic regression

ปัจจัย	รับบริการ ด้วยการแพทย์ ฉุกเฉิน จำนวน (ร้อยละ)	รับบริการที่ ห้องฉุกเฉิน จำนวน (ร้อยละ)	COR (95%CI)	p-value	Adj.OR (95%CI)	p-value
เพศ						
ชาย	374(51.02)	359(49.98)	1.12 (0.88-1.42)	0.361	1.03 (0.81-1.34)	0.757
หญิง	205(48.24)	220(51.76)	Ref	Ref	Ref	Ref
อายุ						
0 – 5 ปี	8(22.22)	28(77.78)	0.26 (0.12-0.60)	0.002**	0.22 (0.09-0.54)	0.001**
6 – 12 ปี	7(18.92)	30(81.08)	0.22 (0.51-0.90)	< 0.001**	0.16 (0.06-0.40)	<0.001**
13 -17 ปี	31(53.45)	27(46.55)	1.05 (0.59-1.88)	0.860	0.75 (0.38-1.45)	0.391
18 -21 ปี	22(52.38)	20(47.62)	1.01 (0.52-1.95)	0.978	0.70 (0.34-1.46)	0.341
22 -29 ปี	92(51.40)	87(48.60)	0.94 (0.66-4.43)	0.879	0.75 (0.47-1.21)	0.243
30 – 44 ปี	145(46.77)	165(53.23)	1.04 (0.74-1.47)	0.805	0.90 (0.58-1.40)	0.650
45 – 59 ปี	131(49.62)	133(50.38)	0.93 (0.65-1.33)	0.693	0.74 (0.48-1.12)	0.154
ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป	111(47.84)	121(52.16)	Ref	Ref	Ref	Ref
สถานที่เกิดเหตุ						
บริเวณบ้าน/ที่ ทำงาน	171(47.11)	192(52.89)	0.85 (0.66-1.08)	0.184	0.67 (0.50-0.90)	0.008**
นอกบ้าน/นอกที่ ทำงาน	408(51.32)	387(48.68)	Ref	Ref	Ref	Ref
เวลาที่เกิดเหตุ						
เวรเช้า	210(50.85)	203(49.15)	1.44	0.018*	1.66	0.010*

ปัจจัย	รับบริการ ด้วยการแพทย์ ฉุกเฉิน จำนวน (ร้อยละ)	รับบริการที่ ห้องฉุกเฉิน จำนวน (ร้อยละ)	COR (95%CI)	p-value	Adj.OR (95%CI)	p-value
			(1.06-1.94)		(1.13-2.43)	
เวรบาย	246(54.55)	205(45.45)	1.67	0.001**	1.94	<0.001**
			(1.24-2.25)		(1.41-2.67)	
เวรตึก	123(41.84)	171(58.16)	Ref	Ref	Ref	Ref
อาชีพ						
เกษตรกรกรรม	16(47.06)	18(52.94)	1.29	0.499	1.06	0.882
			(0.62-2.68)		(0.48-2.35)	
รับจ้าง	259(50.29)	256(49.71)	1.47	0.026*	1.33	0.148
			(1.05-2.05)		(0.91-1.95)	
ธุรกิจส่วนตัว/ ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ ค้าขาย/ประมง	33(52.38)	30(47.62)	1.59	0.111	1.48	0.218
			(0.90-2.83)		(0.79-2.77)	
นักเรียน/ นักศึกษา	193(54.37)	162(45.63)	1.73	0.003**	1.96	0.002**
			(1.21-2.46)		(1.28-2.98)	
ในปกครอง/ พ่อบ้าน/ แม่บ้าน/นักบวช	78(40.84)	113(59.16)	Ref	Ref	Ref	Ref
อาการ/โรคที่เรียกเหตุ						
อุบัติเหตุ	274(57.93)	199(42.07)	3.38	0.001**	5.34	<0.001**
			(1.64-6.97)		(2.42-11.71)	
ศัลยกรรม	111(48.26)	119(51.74)	2.29	0.030*	3.55	0.002**
			(1.08-4.83)		(1.58-7.95)	
อายุรกรรม	180(44.78)	222(55.22)	1.99	0.064	2.51	0.022*
			(0.96-4.12)		(1.14-5.50)	
ระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ	12(80.00)	3(20.00)	0.62	0.508	0.70	0.645
			(1.14-2.61)		(0.16-3.15)	

ปัจจัย	รับบริการ ด้วยการแพทย์ ฉุกเฉิน	รับบริการที่ ห้องฉุกเฉิน	COR (95%CI)	p-value	Adj.OR (95%CI)	p-value
สูตรกรม/ระบบ ทางเดินอาหาร/ ระบบทางเดิน ปัสสาวะ/จิตเวช	11(28.95)	27(71.05)	Ref	Ref	Ref	Ref
ผลการรักษา						
นอนพักรักษาที่ โรงพยาบาล	46(23.12)	153(76.88)	0.38 (0.24-0.62)	<0.001**	0.24 (0.14-0.41)	<0.001**
กลับบ้าน	463(56.53)	356(43.47)	1.66 (1.13-2.44)	0.009**	1.19 (0.78-1.82)	0.428
เสียชีวิต	16(94.12)	1(5.88)	20.44 (2.63-159.04)	0.004**	22.37 (2.78-179.96)	0.003**
ส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลอื่น	54(43.90)	69(56.10)	Ref	Ref	Ref	Ref

จากตารางที่ 2 เมื่อนำตัวแปรมาวิเคราะห์อย่างหยาบ (Simple logistic regression) พบว่า อายุ 0 – 5 ปี และ 6 – 12 ปี มีโอกาสรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน ลดลงร้อยละ 74 และ 72 เมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (COR= 0.26; 95%CI= 0.12-0.60 และ COR= 0.22; 95%CI= 0.51-0.90) เมื่อเกิดเหตุช่วงเวรเช้าและเวรบ่ายมีโอกาสรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน เท่ากับ 1.44 และ 1.67 เมื่อเทียบกับเวรดึก (COR= 1.44; 95%CI= 1.06-1.94 และ COR= 1.67; 95%CI= 1.24-2.25) อาชีพรับจ้างและนักเรียน/นักศึกษา มีโอกาสรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน เท่ากับ 1.47 และ 1.73 เมื่อเทียบกับในปกครอง/พ่อบ้าน/แม่บ้าน/นักบวช (COR= 1.47; 95%CI= 1.05-2.05 และ COR= 1.73; 95%CI= 1.21-2.46) เมื่อผู้ที่เรียกเหตุด้วยอุบัติเหตุ และเกี่ยวกับศัลยกรรม มีโอกาสรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน เท่ากับ 3.38 และ 2.29 เมื่อเทียบกับการเรียกเหตุด้วยอาการสูตรกรม/ระบบทางเดินอาหาร/ระบบ

ทางเดินปัสสาวะ/จิตเวช (COR= 3.38; 95%CI= 1.64-6.97 และ COR= 2.29; 95%CI= 1.08-2.83) เมื่อการรักษาให้นอนพักรักษาที่โรงพยาบาล มีโอกาสรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน ลดลงร้อยละ 72 เมื่อเทียบกับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น (COR= 0.38; 95%CI= 0.24-0.62) สำหรับผลการรักษาให้กลับบ้านและเสียชีวิตมีโอกาสรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน เท่ากับ 1.66 และ 20.44 เมื่อเทียบกับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น (COR= 1.66; 95%CI= 1.13-2.44; COR= 20.44; 95%CI= 2.63-159.04) เมื่อวิเคราะห์โดยการควบคุมตัวแปร (Multiple Logistic Regression) พบว่า อายุ 0 – 5 ปี และ 6 – 12 ปี มีโอกาสรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน ลดลงร้อยละ 78 และ 84 เมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (Adj.OR= 0.22; 95%CI= 0.09-0.54 และ Adj.OR= 0.16; 95%CI= 0.06-0.40) เมื่อเกิดเหตุบริเวณบ้าน/ที่ทำงาน มีโอกาสรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน ลดลงร้อยละ 33 เมื่อเทียบกับเกิดเหตุนอกบ้าน/นอก

ที่ทำงาน (Adj.OR= 0.67; 95%CI= 0.50-0.90) เมื่อเกิดเหตุช่วงเวรเช้าและเวรบ่ายมีโอกาสรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน เท่ากับ 1.66 และ 1.94 เมื่อเทียบกับเวรตึก (Adj.OR= 1.66; 95%CI= 1.13-2.43 และ Adj.OR= 1.94; 95%CI= 1.41-2.67) อาชีพนักเรียน/นักศึกษา มีโอกาสรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน เท่ากับ 1.96 เมื่อเทียบกับในปกครอง/พ่อบ้าน/แม่บ้าน/นักบวช (Adj.OR= 1.96; 95%CI= 1.28-2.98) เมื่อผู้ที่เรียกเหตุด้วยอุบัติเหตุ เกี่ยวกับ ศัลยกรรม และอายุรกรรม มีโอกาสรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน เท่ากับ 5.34, 3.55 และ 2.51 เมื่อเทียบกับการเรียกเหตุด้วยอาการสูติกรรม/ระบบทางเดินอาหาร/ระบบทางเดินปัสสาวะ/จิตเวช (Adj.OR= 5.34; 95%CI= 2.42-11.71; Adj.OR= 3.55; 95%CI= 1.58-7.95 และ Adj.OR= 2.51; 95%CI= 1.14-5.50) เมื่อผลการรักษาในหอนอนพักรักษาที่โรงพยาบาล มีโอกาสรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน ลดลงร้อยละ 76 เมื่อเทียบกับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น (Adj.OR= 0.24; 95%CI= 0.14-0.41) และเมื่อผลการรักษาเสียชีวิตมีโอกาสรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน เท่ากับ 22.37 เมื่อเทียบกับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น (Adj.OR= 22.37; 95%CI= 2.78-179.96)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า เมื่อมีการควบคุมตัวแปร มี 6 ตัวแปร ได้แก่ อายุ บริเวณเกิดเหตุ เวลาที่เกิดเหตุ อาชีพ อาการ/โรคที่เรียกเหตุ และผลการรักษา มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ จังหวัดภูเก็ต ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่มีอายุน้อย (0 – 12 ปี) จะมีโอกาสรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉินน้อยกว่าผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า

ผู้ป่วยที่มีเด็ก 0 – 12 ปี ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน มีจำนวนประมาณร้อยละ 10 (ร้อยละ 10.02) ในขณะที่เรียกใช้บริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉินเพียงร้อยละ 2.59 เท่านั้น ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยยังไม่สามารถที่จะสื่อสารเกี่ยวกับอาการของตนเองได้อย่างชัดเจน และยังต้องอยู่ภายใต้การดูแลของผู้ปกครอง ซึ่งหากเกิดเหตุด้วยความตกใจหรือความกลัวหรืออาจจะเป็นสาเหตุอื่น ผู้ปกครองจึงเลือกวิธีนำผู้ป่วยมาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเอง ซึ่งอาจจะคิดว่าเร็วกว่าการรอรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาของนงคราญ ใจเพียร (2564) ที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน และฉุกเฉินเร่งด่วนในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เช่นเดียวกับบุญญาทรงพร (2566) ที่พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี

2. เกิดเหตุบริเวณบ้าน/ที่ทำงาน มีโอกาสรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉินน้อยกว่าเกิดเหตุนอกบ้าน/ที่ทำงาน อาจจะเป็นเพราะว่า ที่บ้านหรือที่ทำงานอาจจะมีพาหนะที่สามารถที่จะนำส่งผู้ป่วยได้โดยไม่จำเป็นต้องรอรับบริการด้วยระบบ EMS และผู้ที่อยู่ในที่เกิดเหตุอาจจะมีความเห็นว่าจะเร็วกว่าการรอรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉินอีกประเด็นหนึ่งอาจจะเป็นเพราะว่าบริเวณที่เกิดเหตุอาจจะอยู่ใกล้กับโรงพยาบาล ฉะนั้น การนำส่งผู้ป่วยด้วยพาหนะส่วนตัวน่าจะเร็วกว่าการรอรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์วดี วุฒิพันธ์ (2565) ที่พบว่า สถานที่เกิดเหตุ/จุดเกิดเหตุไม่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลอุดรธานี

3. เกิดเหตุในช่วงเวรเช้าและบ่าย มีโอกาสรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าเวรตึก อาจจะเป็นเพราะว่า ในช่วงเวลากลางวันเป็นช่วงเวลาที่ต้อง

ประกอบอาชีพ และด้วยบริบทของจังหวัดภูเก็ต เป็นจังหวัดที่มีนักท่องเที่ยวมาก หากมาด้วยรถเอง อาจจะเจอเหตุการณ์รถติด ซึ่งทำให้ถึงโรงพยาบาลล่าช้า การมาด้วยรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีการเปิดช่องทางให้รถผ่าน ทำให้มาถึงโรงพยาบาลเร็วขึ้น ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้น ฉะนั้น จึงมีความสะดวกในการเรียกใช้บริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน ในขณะที่ช่วงเวรป่วยเป็นช่วงค่าซึ่งอาจจะยังประกอบอาชีพอยู่ด้วย บางรายอาจจะอยู่บ้าน แต่ด้วยบริบทของจังหวัดภูเก็ต ซึ่งเป็นจังหวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว จึงมีธุรกิจการท่องเที่ยวให้บริการอยู่ หากเกิดเหตุจึงเรียกใช้บริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉินให้กับนักท่องเที่ยวที่มาจากพื้นที่อื่น อีกประเด็น อาจจะเป็นเพราะว่า ช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลเปิดให้บริการเฉพาะในรายที่มีอาการฉุกเฉิน/วิกฤติ ฉะนั้น การไปโรงพยาบาลด้วยตนเองอาจจะทำให้ได้รับการรักษาที่ล่าช้า จึงมีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาของนภดล สีสวรรณ (2563) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เรียกใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จะเรียกใช้ในเวรป่วยมากที่สุด รองลงมาคือเวรเช้า

4. นักเรียน/นักศึกษาโอกาสรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าผู้ที่เป้นพ่อบ้าน/แม่บ้าน/นักบวช/ในปกครอง อาจจะเป็นเพราะ นักเรียน/นักศึกษา มีการรับรู้ในการเรียกใช้บริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉินจากโรงเรียน หรือจากสื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ อีกทั้ง นักเรียน/นักศึกษา มีความสะดวกในการใช้โทรศัพท์ เมื่อเกิดเหตุจึงเรียกรถบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉินได้ทันที สอดคล้องกับการศึกษาของนงคราญ ใจเพียร (2564) ที่พบว่า อาชีพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน และฉุกเฉินเร่งด่วนในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง แต่แตกต่างกับการศึกษาของบุญญา ทรงพร (2566) ที่พบว่า อาชีพ

ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี

5. ที่เรียกเหตุด้วยอุบัติเหตุ เกี่ยวกับ ศัลยกรรม และอายุกรรม มีโอกาสรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน มากกว่าการเรียกเหตุด้วยอาการสูติกรรม/ระบบทางเดินอาหาร/ระบบทางเดินปัสสาวะ/จิตเวช อาจจะเป็นเพราะว่า การเกิดอุบัติเหตุ หรือเกี่ยวกับศัลยกรรม หรือเกี่ยวกับอายุกรรม เช่น อาการเป็นลม วิงเวียนศีรษะ เป็นต้น โดยอาการดังกล่าวเป็นอาการที่แสดงออกให้เห็นภายนอกอย่างชัดเจน โดยมีความจำเป็นจะต้องได้รับการพื้นฐานเป็นอันดับแรก ผู้เกิดเหตุจึงเลือกใช้บริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อเรียกรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน จะได้รับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นขณะนำส่ง ส่งผลต่อความเชื่อมั่นในความปลอดภัยต่อชีวิตและเมื่อถึงโรงพยาบาล อาจจะได้การรักษาก่อนผู้ที่เดินทางไปเอง สอดคล้องกับการศึกษาของเจริญ ปราบปรี (2563) ที่พบว่า สาเหตุของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดพัทลุง เช่นเดียวกับของรัตเกล้า วงศ์ชัยสุริยะ, เกรียงศักดิ์ ปินตาธรรม, ยุทธนา ไคว์จิระพันธ์ และพรธีรา พรหมยวง (2564) ที่พบว่า ผู้ที่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลเชิงรายประชาชนเคราะห์ส่วนใหญ่มีอาการที่รุนแรง เช่น เกิดจากอุบัติเหตุที่สมอง และทิวพวิติ วุฒิพันธ์ (2565) ที่พบว่า อาการนำ เช่น เหนื่อยหอบ ชัก อุบัติเหตุมีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลอุดรธานี ส่วนการศึกษาของเบญจมาศ มาสิงบุญ (2566) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม มีการเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.20 เป็นร้อยละ 31.59 หลังการพัฒนารูปแบบ

6. ผลการรักษาให้นอนพักรักษาที่โรงพยาบาล มีโอกาสรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

น้อยกว่าการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น อาจจะเป็นเพราะว่า ผู้เกิดเหตุมีการประเมินอาการของตนเองได้ และคิดว่าการมาด้วยตนเองที่ห้องอุบัติเหตุ มีความสะดวกกว่า หากรอรถบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน อาจจะทำให้ล่าช้า เพราะอาจจะต้องรอให้รถมารับที่เกิดเหตุ จึงมาด้วยตัวเอง แต่ในขณะที่เมื่อเสียชีวิต โอกาสรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น ทั้งนี้พบว่า ประเด็นการมาด้วยการแพทย์ฉุกเฉินเสียชีวิตมากกว่ามารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน อาจจะเป็นเพราะว่า ผู้เรียกเหตุอาจจะประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยได้ว่าอยู่ในระดับไหน จึงเห็นแล้วว่า เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยมีความจำเป็นที่ต้องเรียกบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน ด้วยความพร้อมในด้านอุปกรณ์การช่วยชีวิต และการมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญประจำรถ อีกทั้งการได้รับการบริการที่รวดเร็วเมื่อถึงโรงพยาบาลจึงรับบริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาของเจริญ ปราบปรี (2563) ที่พบว่า เจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทุกคนทำให้มีการใช้บริการด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน เช่นเดียวกับการศึกษาของนงคราญใจเพียร (2564) ที่พบว่า การมีผู้ช่วยเหลือขณะส่งโรงพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน และฉุกเฉินเร่งด่วนในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เช่นเดียวกับการศึกษาของรัตเกล้า วงศ์ชัยสุริยะ, เกรียงศักดิ์ ปินตาธรรม, ยุทธนา ไคว์จริยะพันธุ์ และพรธีรา พรหมยวง (2564) ที่พบว่า ผู้ที่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลเชิงรายนุเคราะห์ มีผู้เสียชีวิตร้อยละ 26.6 ซึ่งเกิดจากอาการที่รุนแรง

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า มีเพียงปัจจัยเดียว คือ เพศ ที่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ จังหวัดภูเก็ต และ

สังเกตได้ว่าผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินเสียชีวิต ร้อยละ 2.76 ในขณะที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินเสียชีวิตเพียง 0.17 ฉะนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ควรมีการณรงค์การปฐมพยาบาลเบื้องต้นให้กับประชาชน รณรงค์ให้มีความรู้เกี่ยวกับการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งนี้ ควรมีการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อลดอุบัติการณ์จากการเสียชีวิต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนากระบวนการลงข้อมูลในการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้ได้ข้อมูลมาวิเคราะห์ที่ถูกต้องและครบถ้วน

เอกสารอ้างอิง

- เจริญ ปราบปรี. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดพัทลุง. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 2(2), 199-212.
- เบญจมาศ มาสิงบุญ. (2566). การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(1), 411-422.
- กองสาธารณสุขฉุกเฉิน. (2567). *มาตรฐานการปฏิบัติงาน เรื่อง การเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์ และสาธารณสุขในการรักษาความปลอดภัยของบุคคลสำคัญ*. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- กิตติพงศ์ พลเสน, พรทิพย์ วชรดีลิก, อีระ ศิริสมุด, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และณัฐวุฒิ คำนวนฤกษ์. (2559). *สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการ*

แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2567 จาก https://www.file:///C:/Users/USER/Documents/Downloads/upload_migrate_file_256_009151223199109_vuel3zsgLuQ2tpyG.pdf

ณิชาภัทร ชันสาคร, ทศนีย์ ศีลววรรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล, สิริณธ์ กิตติพิชัย และอุมาวดี เหลาทอง. (2559). รายงานวิจัยการศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นเมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2567 จาก https://www.niems.go.th/th/Upload/File/255911291527463047_276dqvbz2kfsl9b.pdf.

ทิพย์วดี วุฒิพันธ์. (2565). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 19(3), 53-66.

ธงชัย อามาตย์บัณฑิต. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และวิกฤตในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(5), 883-895.

ธีระ ศิริสมุด, กิตติพงศ์ พลเสน และพรทิพย์ วชิรติลก. (2561). ความรู้ ทศนคติ และเหตุผลที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(4), 668-680.

นงคราญ ใจเพียร. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วนในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 22(1), 52-66

นภดล สีสวรรณ. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เรียกใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. *วารสารวิชาการการแพทย์ภัยพิบัติและฉุกเฉินเจ้าฟ้าจุฬาภรณ์*, 1(2), 33-41.

บุญนา ทรวงพร. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 7(14), 49-63.

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน. (2551). *ราชกิจจานุเบกษา* เล่ม 125, ตอนที่ 44 ก (ลงวันที่ 6 มีนาคม 2551).

รัตเกล้า วงศ์ชัยสุริยะ, เกรียงศักดิ์ ปินตาธรรม, ยุทธนา ไคว์จริยะพันธุ์ และพรธีรา พรหมยวง. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่นำส่งด้วยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงของโรงพยาบาลเชิงรายนุเคราะห์. *วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย*, 1(1), 14-22.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2563). *ระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน*. กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2567). รายงานประจำปี สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ปี 2566. นนทบุรี: บริษัทปัญญามิตรการพิมพ์ จำกัด.

สำเริง จันทรสุวรรณ และสุวรรณ บัวทวน. (2547). *ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์*. ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต. (2567). แบบ
บันทึกการปฏิบัติงานบริการการแพทย์
ฉุกเฉินระดับสูง. กระทรวงสาธารณสุข.

Neuman, W. L. (1991). *Social research
methods: qualitative and
quantitative*. Approaches.

Boston; Allyn & Bacon. Schlesselman, J. J.
(1982). *Case-control studies*. New
York: Oxford University Press.

Yaisien, S. & Alvi, T. (2013). *World Health
Organization. Prehospital trauma
care system. Geneva: WHO; Does
perceived social support predict
quality of life in psychiatric patients*.
Asian J Soc Sci Human.

Online Access

[https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/
article/view/5176](https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/5176)

