

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน และฉุกเฉินเร่งด่วนในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

นงคราญ ใจเพียร¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกลุ่มวิกฤติฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วนที่มารับบริการโรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยกลุ่มวิกฤติฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วนจำนวน 416 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์จาก แบบสอบถามสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในประเทศไทย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติวิเคราะห์ที่ใช้การทดสอบไคสแควร์และสถิติฟิชเชอร์ ผลการวิจัยพบว่ามี 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ทักษะชีวิต การรับรู้ และความคาดหวัง 2) ปัจจัยเสริม ได้แก่ ระยะทาง การมีหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน การรู้จัก 1669 และประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีรถยนต์ การมีโทรศัพท์ และการมีผู้ช่วยเหลือมาส่งโรงพยาบาล จากผลการศึกษานี้จึงควรประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงประโยชน์ของการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ตอบสนองความคาดหวังของประชาชนทั้งด้านความรวดเร็วและความปลอดภัย

คำสำคัญ: ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน, ปัจจัยนำ, ปัจจัยเอื้อ, ปัจจัยเสริม

วันที่รับ: 8 มกราคม 2564 วันที่แก้ไข: 1 เมษายน 2564 วันที่ตอบรับ: 22 เมษายน 2564

¹ พยม., โรงพยาบาลปง อำเภอปง จังหวัดพะเยา

ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: nongkranchaipian@hotmail.com

Factors related to the use of emergency medical services for acute critically patients and emergency patients in a hospital

Nongkran Chaipian¹

Abstract

This study is a descriptive cross-sectional study in order to study factor related to the selection of emergency medical service for the group of patients with acute critically and emergency in Pong, Phayao. Participants were 416 acute critically patients and emergency patients. A questionnaire used was modified from the use of emergency medical services situations and factor related to use of emergency service questionnaire, content validated by three experts. Data analysis methods used including frequency, percentage, arithmetic mean, standard deviation, and statistic analysts by chi-square and fisher's exact test. The research results found that there were 3 factors related to the selection of emergency medical service at a significant level .05 as followed 1) Predisposing factors included age, occupation, educational level, attitude, perception and expectation. 2) Reinforcing factors included distance, emergency medical service in the communities, the recognition of 1669 and the experience with the use of emergency medical service. 3) Enabling factors included car owned, mobile phone owned, and the helper taking to the hospital. According to the study, the local people should be informed to see the useful of the emergency medical service and the emergency medical service system should meet the needs of people's expectation both speed and safety.

Keywords: Emergency medical service, Predisposing factors, Enabling factors, Reinforcing factors

Received: January 8, 2021 Revised: April 1, 2021 Accepted: April 22, 2021

¹ M.N.S, Pong Hospital, Phayao province

Corresponding author, Email: nongkranchaipian@hotmail.com

บทนำ

การเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉิน (Emergency illness) เป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยฉับพลันมีภาวะวิกฤตต่อชีวิตและมีความเสี่ยงอย่างรุนแรงต่อการเสียชีวิตและอาจเกิดความพิการ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ นำส่งและจัดการรักษาที่เหมาะสมอย่างถูกวิธีและทันเวลา (World Health Organization, 2005) ในประเทศไทยการเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งจากอุบัติเหตุ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยฉุกเฉินและเป็นอัตราการตายในอันดับที่ 2 ถึง 4 ของประชากรไทย (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2561) นอกจากนี้สถิติอัตราการตายต่อประชากรแสนคน 3 ปีย้อนหลังของจังหวัดพะเยาพบว่า อัตราตายจากโรคที่เกิดภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายในปี 2560-2562 เท่ากับ 42.65, 46.63 และ 52.18 ตามลำดับ โรคหัวใจขาดเลือดมีอัตราการตายเท่ากับ 37.82, 41.36 และ 44.34 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งสองโรค (กองโรคไม่ติดต่อ, 2563) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนมาโรงพยาบาลที่มีมาตรฐาน จะสามารถลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ธีระ ศิริสมุด, กิตติพงศ์ พลเสน และพรทิพย์ วชิรติลก, 2561)

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบบริการความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินที่มีลักษณะการปฏิบัติงานเป็นระบบและมีแบบแผนการทำงานที่ชัดเจน มีวัตถุประสงค์หลัก คือช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน ป้องกันไม่ให้สถานการณ์เลวร้าย และบรรเทาอาการที่ทำให้เกิดความเสี่ยงหรือทุกข์ทรมานลง (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2558) ดังนั้นระบบการแพทย์ฉุกเฉินจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยกลุ่มวิกฤตฉุกเฉิน และฉุกเฉินเร่งด่วน ที่มีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะอันตราย การจัดการหรือการช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาลด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมจะสามารถช่วยไม่ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่เกิดเหตุได้มากกว่าร้อยละ 90 (ธีระ ศิริสมุด และคณะ, 2561)

ปัจจุบันสถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นกล่าวคือ สัดส่วนผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี พ.ศ. 2560-2562 คิดเป็นร้อยละ 18.11, 23.07 และ 30.47 ตามลำดับ สัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี พ.ศ. 2560-2562 คิดเป็นร้อยละ 20.93, 22.53 และ 31.02 ตามลำดับ (ระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน, 2562) และจากข้อมูลจำนวนการรับแจ้งเหตุและสั่งการในภาพรวมของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน แต่พบว่าข้อมูลมีการกระจายสูงมาก ($SD=1,047$) แสดงให้เห็นว่ามีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่ โดยจังหวัดที่มีการเข้าถึงมากคือจังหวัดขอนแก่น และจังหวัดที่เข้าถึงบริการต่ำสุดคือกรุงเทพมหานคร (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2562)

ในส่วนของจังหวัดพะเยาได้ดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินมาตั้งแต่ พ.ศ. 2551 หลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง มีการขยายหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมทั้ง 9 อำเภอ โรงพยาบาลปง เป็น 1 ใน 9 โรงพยาบาลในจังหวัดพะเยา ที่มีการดำเนินงานด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีหน่วยปฏิบัติการระดับสูง (Advance Life Support: ALS) จำนวน 1 หน่วย หน่วยปฏิบัติการระดับพื้นฐาน (Basic life support: BLS) จำนวน 1 หน่วย และหน่วยปฏิบัติการระดับเบื้องต้น (First responder: FR) จำนวน 8 หน่วย ครอบคลุมทุกตำบล แต่ผลการออกปฏิบัติการที่ผ่านมาพบว่า ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ กล่าวคือ สัดส่วนผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี พ.ศ. 2560-2562 คิดเป็นร้อยละ 8.02, 8.16 และ 11.81 ตามลำดับ สัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินปี พ.ศ. 2560 - 2562 คิดเป็นร้อยละ 3.0, 3.4 และ 4.79 ตามลำดับ (หน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลปง,

2562) ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดคือ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วน

สถานการณ์การมาโรงพยาบาลโดยไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยกลุ่มวิกฤตฉุกเฉิน และฉุกเฉินเร่งด่วนอาจทำให้เกิดผลกระทบในทางลบ กล่าวคือ หากผู้นำส่งไม่ได้รับคำแนะนำในการในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในระหว่างการเคลื่อนย้าย และผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาพยาบาลในระยะฉุกเฉินที่เหมาะสม อาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อชีวิตและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (ธีระ ศิริสมุต และคณะ, 2561) และจากผลการทบทวนเวชระเบียนโรงพยาบาลปงปี 2562 ซึ่งทำการทบทวนในผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีผู้ป่วยสูญเสียโอกาสในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) จำนวน 57 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.77 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด และในจำนวนนี้มีสาเหตุมาจากการไม่มีรถหรือผู้ช่วยเหลือพามาโรงพยาบาลจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 36.84 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารักษาเข้าทั้งหมด (ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลปง, 2563) การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมา โรงพยาบาลปงได้ทำการประชาสัมพันธ์หมายเลข 1669 วิธีการและขั้นตอนการเรียกใช้บริการให้แก่ผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการ แต่ผลลัพธ์พบว่า การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดคือ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วนมาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินน้อยกว่าร้อยละ 20

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากการศึกษาสถานการณ์ในพื้นที่จังหวัดราชบุรี โดย สุรภา ขุนทองแก้ว (2562) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ การมีโรคประจำตัว และการมีรถยนต์ส่วนตัว ส่วนความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พิมพ์ผดาด อภิบาลศรี และบุญสม เกษะประดิษฐ์ (2561) ศึกษาพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระดับความรู้เรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับอุปสรรคในการเลือกใช้ ทศนคติและความพึงพอใจ ปัจจัยเสริม ได้แก่ ความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน การรับรู้ประชาสัมพันธ์ และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัย การเดินทางมาโรงพยาบาล ช่องทางการติดต่อสื่อสาร ต่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นต้น อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาแบบย้อนหลังและกลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรในชุมชนเมือง ซึ่งมีความแตกต่างกับบริบทของอำเภอปงที่เป็นชุมชนชนบท ประชากรบางส่วนเป็นชนเผ่า มีลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบหุบเขาล้อมรอบ ประชากรอาศัยอยู่กระจัดกระจายบางพื้นที่ และการคมนาคมบางพื้นที่มีความลำบาก ผู้วิจัยในสถานะที่ปฏิบัติงานประจำงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน รับผิดชอบดูแลการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินของอำเภอปง จึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน และฉุกเฉินเร่งด่วนโรงพยาบาลปง เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของอำเภอปงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน และฉุกเฉินเร่งด่วน ที่มารับบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน และฉุกเฉินเร่งด่วน ที่มารับบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา

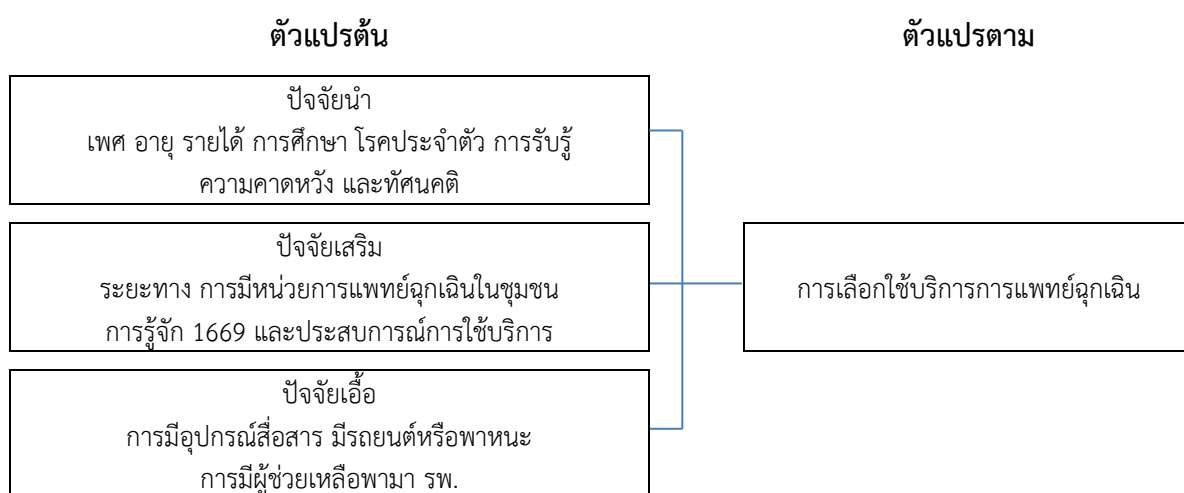
กรอบแนวคิดในการวิจัย

ใช้แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED model ที่พัฒนาขึ้นมาโดยนักพฤติกรรมศาสตร์และนักสุขศึกษา 2 ท่านคือ Lawrence Green และ Marshall Krueter เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมแบบสหปัจจัย คือ พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอกบุคคล ดังนั้นการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลายด้านประกอบกัน โดยจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมนั้นก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Green & Krueter, 1999) ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและพฤติกรรมของประชาชน สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัยด้วยกันคือ ปัจจัยนำ (predisposing factor) ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม (enabling factor) และปัจจัยเสริม (reinforcing factor)

ปัจจัยนำ หมายถึง เพศ อายุ รายได้ การศึกษา โรคประจำตัว การรับรู้ ความคาดหวัง และทัศนคติ

ปัจจัยเสริม หมายถึง ระยะทาง การมีหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน การรู้จัก 1669 และประสบการณ์การใช้บริการ

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง การมีอุปกรณ์สื่อสาร มีรถยนต์หรือพาหนะ การมีผู้ช่วยเหลือพามา รพ.



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยกลุ่มวิกฤตฉุกเฉิน และกลุ่มฉุกเฉินเร่งด่วน ที่มารับบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา ในช่วงระหว่างเดือนกันยายน – ธันวาคม 2563 จำนวน 2,632 คน โดยเป็นผู้ป่วยกลุ่มวิกฤตฉุกเฉินจำนวน 577 คน และกลุ่มฉุกเฉินเร่งด่วนจำนวน 2,055 คน ตามเกณฑ์การคัดแยกระดับความฉุกเฉินที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2558)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหรือญาติกลุ่มวิกฤตฉุกเฉิน และกลุ่มฉุกเฉินเร่งด่วน ที่มารับบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา ในช่วงระหว่างเดือนกันยายน-ธันวาคม 2563 โดยมี

ขั้นตอนการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ ทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane, 1967) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยใช้ความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม 5%

ดังนั้นจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 378 คนและเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 10% เพื่อชดเชยข้อมูลที่อาจไม่สมบูรณ์ รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 416 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามระดับการคัดแยก 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน และกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ในแต่ละกลุ่มสุ่มทุก ๆ 2 คน คือผู้ป่วยที่ได้ลำดับเลขที่ จนครบ 416 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลปง โดยมีระดับการคัดแยก เป็นผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วน 2) กรณีผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ให้ญาติที่ทราบข้อมูลของผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูลแทน ไม่จำกัดเพศ และมีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี 4) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และมีเกณฑ์การคัดออกดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยหรือญาติที่ไม่สมัครใจในการให้ข้อมูลเนื่องจากเหตุผลต่างๆ เช่น กังวลต่อการเจ็บป่วย 2) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตหรือมีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างให้ข้อมูล 3) ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เช่น อ่าน พูด ภาษาไทยไม่ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์จาก แบบสอบถามสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในประเทศไทย (กิตติพงศ์ พลเสน, พรทิพย์ วชิรดิถ, ธีระ ศิริสมุด และณัฐภูมิ คำนวนฤกษ์, 2559) และนำแบบสอบถามที่พัฒนาเสร็จส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา จากนั้นปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ และนำมาทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนทำการวิจัย จำนวน 30 คน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบสำรวจรายการ (check list) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และการมีโรคประจำตัว จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามสถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นแบบสำรวจรายการ (check list) เกี่ยวกับการเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ สถานที่เกิดเหตุ พาหนะที่ใช้ในการมาโรงพยาบาล และเหตุผลของการไม่เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยนำเข้าได้แก่ การรับรู้ ความคาดหวัง และทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 14 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือเรียงจากน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนนไปยังมากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน และมีเกณฑ์ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ยเป็น 5 ระดับดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2535) โดยที่ ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด 3.50-4.49 หมายถึง ระดับมาก 2.50-3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง ระดับน้อย และ 1.00-1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

ตอนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยเสริม ได้แก่ ระยะทางจากบ้านหรือที่เกิดเหตุมาถึงโรงพยาบาล การทราบว่ามีหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน การรู้จักหมายเลข 1669 และประสบการณ์การเคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นแบบสำรวจรายการ โดยมีข้อคำตอบ ใช่หรือไม่ใช่ มีทั้งหมด 4 ข้อ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีรถยนต์ส่วนตัว การมีโทรศัพท์ และการมีผู้ช่วยเหลือพามาโรงพยาบาล เป็นแบบสำรวจรายการ โดยมีข้อคำตอบ มีหรือไม่มี มีทั้งหมด 3 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แบบสอบถามการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยวิธีการหาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.8

2. การหาความเชื่อมั่น นำแบบสอบถามการรับรู้ ความคาดหวัง และทัศนคติที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้ว ไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Conbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.77 นำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแล้วไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์หมายเลขโครงการ 29/2563 ลงวันที่ 13 สิงหาคม 2563 โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ตลอดจนชี้แจงให้ทราบสิทธิในการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลกระทบหรือสูญเสียผลประโยชน์ใดๆ ที่กลุ่มตัวอย่างควรได้รับ และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิจะถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เพื่อเผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับและดำเนินการอย่างรัดกุมปลอดภัย และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บไว้และเข้าถึงโดยผู้วิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลปงต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา ภายหลังการได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลปงแล้ว ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยวิธีสุ่มตัวอย่าง

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการจัดซื้อผู้ป่วย หมายเลขโรงพยาบาล ไว้ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนพ้นระยะวิกฤต ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวชี้แจงโครงการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล ในกรณีนอกเวลาราชการพยาบาลประจำงานอุบัติเหตุฉุกเฉินซึ่งเป็นผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดในกลุ่มผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการ จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ ตรวจสอบความสมบูรณ์การลงข้อมูลของแบบสอบถามที่ได้รับ และเลือกแบบสอบถามที่ตอบครบถ้วนสมบูรณ์ทุกข้อ

3. นำข้อมูลทั้งหมด มาวิเคราะห์ และดำเนินการตามขั้นตอนการศึกษาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS statistics version 23 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi square test) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) โดยจัดกลุ่มตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ ตัวแปรตามคือการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ผลวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยกลุ่มวิกฤตฉุกเฉินร้อยละ 22.12 และกลุ่มฉุกเฉินเร่งด่วนร้อยละ 77.88 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.58 เพศชายร้อยละ 33.41 มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 45.19 รองลงมาคือช่วงอายุ 30-49 ปี ร้อยละ 36.54 มีอายุเฉลี่ย 36.50 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.47 มีระดับการศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 48.08 และมีอาชีพเกษตรกร/รับจ้างร้อยละ 55.52

2. ข้อมูลสถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การเคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินคิดเป็นร้อยละ 34.10 และไม่เคยใช้ร้อยละ 65.90 รู้จักหมายเลขโทรศัพท์ 1669 ร้อยละ 89.90 และไม่รู้จักหมายเลขนี้ร้อยละ 11.10 ในการมาโรงพยาบาลครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมาด้วยรถส่วนตัว รถรับจ้าง และรถหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 70.70, 9.60 และ 19.70 ตามลำดับ ส่วนสาเหตุการไม่เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในครั้งนี้คือมาด้วยรถส่วนตัวสะดวกกว่า ร้อยละ 33.41 ภาวะตกใจไม่ได้ไปถึงหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 21.64 และรู้สึกว่าการไปป่วยเล็กน้อย ร้อยละ 15.14

3. ข้อมูลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆ

3.1. ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การรับรู้เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ทศนคติ และความคาดหวังต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปัจจัยด้านเพศ ($p=.332$) และการมีโรคประจำตัว ($p=.211$) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ระดับนัยสำคัญ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ปัจจัยนำ	การเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน				df	χ^2	p-value
	ใช้		ไม่ใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ					1	.943	.332
- ชาย	24	5.77	115	27.64			
- หญิง	59	14.19	218	52.40			
อายุ					2	43.20	.000
- น้อยกว่า 30 ปี	24	5.77	164	39.42			
- 30-49 ปี	23	5.53	129	31.02			
- 50 ปีขึ้นไป	36	8.65	40	9.61			
ระดับการศึกษา					2	50.640	.000
-ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	1	0.24	136	32.69			
-มัธยมศึกษา/ปวช.	57	13.70	143	34.38			
-ปวส./ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	25	6.01	54	46.98			
อาชีพ					3	61.123	.000
-นักเรียน/นักศึกษา	1	0.24	78	18.75			
-เกษตรกร/รับจ้าง	36	8.65	195	46.87			
-ราชการ	23	5.53	20	4.81			
-บริษัทเอกชน	23	5.53	40	9.62			
โรคประจำตัว					1	1.567	.211
- มี	36	8.65	170	40.87			
- ไม่มี	47	11.30	163	40.87			

ตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการมีคะแนนความคาดหวังต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินสูงสุด และมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการแพทย์รองลงมา โดยมีค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่ำสุด

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ ความคาดหวัง และทัศนคติ ที่มีต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ปัจจัย	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	3.39	.63	ปานกลาง
ความคาดหวังต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	3.61	.82	มาก
ทัศนคติต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	2.99	.52	ปานกลาง

ตารางที่ 3 ถึง 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำด้านการรับรู้ ความคาดหวัง และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ การรับรู้ด้านการแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ ประเภทผู้ป่วยที่ให้บริการ ความคาดหวังเรื่องความรวดเร็ว ความปลอดภัย ทัศนคติเรื่อง การเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ความยุ่งยากในการแจ้งเหตุ และการรอจะทำให้มีอาการแย่ลง

ตารางที่ 3 ปัจจัยการรับรู้ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ปัจจัยนำ	การเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน				df	χ^2	p-value
	ใช้		ไม่ใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. การรับรู้							
1.1 การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ					2	19.386	.000
-น้อย	20	4.81	142	34.13			
-ปานกลาง	53	12.74	179	43.03			
-มาก	10	2.40	12	2.89			
1.2 ประเภทผู้ป่วยที่ให้บริการ					1	4.991	.025
-ปานกลาง	24	5.77	64	15.38			
-มาก	59	14.18	269	64.67			

ตารางที่ 4 ปัจจัยความคาดหวังต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ปัจจัยนำ	การเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน				df	x ²	p-value
	ใช้		ไม่ใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ความคาดหวังเรื่องความรวดเร็ว						10.64 ^a	.003
-ปานกลาง	0	0	2	0.48			
- มาก	27	6.49	173	41.59			
- มากที่สุด	56	13.46	158	37.98			
ความคาดหวังเรื่องความปลอดภัย					2	20.94 ^b	.000
-ปานกลาง	7	1.68	63	15.14			
- มาก	24	5.77	144	34.62			
- มากที่สุด	52	12.50	126	30.29			

p<.01, a= Fisher's exact test, b=Chi-square test

ตารางที่ 5 ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ปัจจัยนำ	การเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน				df	χ^2	p-value
	ใช้		ไม่ใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การเสี่ยงต่อการติดเชื้อ						16.261 ^a	.000
-น้อยที่สุด	60	14.42	288	69.23			
-น้อย	23	5.53	42	10.10			
-ปานกลาง	0	0	3	0.72			
ความยุ่งยากในการแจ้งเหตุ					2	10.51 ^b	.004
-น้อย	47	11.30	175	42.07			
-ปานกลาง	35	8.41	153	36.78			
- มาก	1	0.24	5	1.20			
การรอจะทำให้อาการแย่ลง					2	61.16 ^b	.000
-ปานกลาง	15	3.60	150	36.06			
-มาก	50	12.01	175	42.07			
-มากที่สุด	18	4.33	8	1.92			

p<.01, a= Fisher's exact test, b=Chi-square test

3.2. ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน และฉุกเฉินเร่งด่วน ได้แก่ ระยะทางจากบ้านหรือที่เกิดเหตุมาโรงพยาบาล การทราบว่ามีหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน การรู้จักหมายเลข 1669 และประสบการณ์การเคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ปัจจัยเสริม	การเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน				df	x ²	p-value
	ใช้		ไม่ใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระยะทางจากบ้าน/ที่เกิดเหตุถึง โรงพยาบาลมากกว่า 10 กิโลเมตร					1	39.079	.000
- ใช่	82	19.71	213	51.20			
- ไม่ใช่	1	0.24	120	28.85			
การทราบว่า มีหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน					1	9.794	.002
- ทราบ	23	5.53	45	10.82			
- ไม่ทราบ	60	14.42	288	69.23			
การรู้จักหมายเลข 1669					1	11.644	.001
- รู้จัก	83	19.95	291	69.95			
- ไม่รู้จัก	0	0	42	10.10			
ประสบการณ์เคยใช้บริการ					1	62.965	.000
- เคย	59	14.18	83	19.95			
- ไม่เคย	24	5.77	250	60.10			

p<.01

3.3. ปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน และฉุกเฉินเร่งด่วน ได้แก่ การมีรถยนต์หรือพาหนะส่วนตัวที่สามารถพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล การมีโทรศัพท์ติดต่อกับรถฉุกเฉิน และการมีผู้ช่วยเหลือในการพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ปัจจัยเอื้อ	การเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน				df	χ^2	p-value
	ใช้		ไม่ใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การมีรถยนต์หรือพาหนะที่สามารถพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล					1	32.128	.000
- มี	58	13.94	308	74.04			
- ไม่มี	25	6.01	25	6.01			
การมีโทรศัพท์ติดต่อกับรถฉุกเฉิน					2	13.945	.001
- มีและโทรเองได้	60	14.42	230	55.29			
- มีแต่ต้องให้คนอื่นช่วยโทร	23	5.53	60	14.42			
- ไม่มี	0	0	43	10.34			
การมีผู้ช่วยเหลือพามาโรงพยาบาล					1	35.007	.000
- มี	0	0	105	25.24			
- ไม่มี	83	19.95	228	54.81			

p<.01

อภิปรายผล

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากผลการวิจัยพบว่าทั้งสามตัวแปรต้น คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อภิปรายผลได้ดังนี้

1.1. ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ 50 ปีขึ้นไป ระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช. อาชีพเกษตรกรกรรม/รับจ้าง มีการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นลำดับต้น อธิบายได้ว่า ช่วงอายุ 50 ปีขึ้นไปเป็นช่วงอายุที่มีการเจ็บป่วย บางรายมีโรคเรื้อรังและอาจเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ จึงเป็นสาเหตุให้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าวัยอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพงศ์ พลเสนและคณะ (2559) ที่พบว่ากลุ่มคนอายุน้อยจะมีโอกาสไม่ใช้บริการมากกว่ากลุ่มสูงอายุเนื่องจากการเจ็บป่วยของกลุ่มอายุน้อยมีไม่มาก นอกจากนั้นในผู้ป่วยสูงอายุมักมีความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนกว่า จึงถือว่าอายุมากเป็นปัจจัยส่งเสริมความต้องการการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ (ณิชาภัทร ชันสาคร, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล, วิริณี กิตติพิชัย และอุมาวดี เหลาทอง, 2559)

ระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา/ปวช.มีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในจำนวนร้อยละที่มากกว่าการศึกษาระดับอื่น แต่เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการใช้และไม่ใช้ในแต่ละระดับการศึกษาพบว่าระดับปวส./ปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีสัดส่วนการใช้และไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เท่ากับร้อยละ 33.30 และ 66.70 ตามลำดับ ในขณะที่ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มีสัดส่วนการใช้และไม่ใช้เท่ากับร้อยละ 28.30 และ 71.70 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ระดับปวส./ปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีสัดส่วนการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าระดับการศึกษาอื่น อาจอธิบายได้ว่าระดับปวส./ปริญญาตรี หรือสูงกว่าเป็นระดับการศึกษาที่มีทักษะการแสวงหาข้อมูล การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ มีการรับรู้ประโยชน์ของ

การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณวิมล เมฆวิมล (2553) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าระดับการศึกษาต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1987) ที่กล่าวว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อสุขภาพได้ดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ ธงชัย อามาศยบัณฑิต, นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์, อินทนิล เชื้อบุญชัย, เสาวนีย์ โสบุญ, และ บดินทร์ บุญจันทร์ (2560) ที่พบว่า กลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่าจะมีการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูง

อาชีพ เกษตรกรรม/รับจ้าง เป็นอาชีพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำให้มีจำนวนร้อยละการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าอาชีพอื่น คิดเป็นร้อยละ 8.65 และไม่ใช้บริการร้อยละ 46.87 เมื่อจำแนกสาเหตุการไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาชีพนี้พบสาเหตุด้านทัศนคติคือ มาด้วยรถส่วนตัวสะดวกกว่า ภาวะตกใจไม่ได้นึกถึง และรู้สึกว่าตนเองป่วยเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 50.25, 20.51 และ 11.79 ตามลำดับ

การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\text{mean}=3.39$, $\text{SD}=.63$) และรายข้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านการแจ้งเหตุขอความช่วยเหลืออยู่ในระดับปานกลาง ($\text{mean}=2.66$, $\text{SD}=.61$) อธิบายได้ว่า อาจเกิดจากการประชาสัมพันธ์ที่ไม่เพียงพอ ไม่ได้ดำเนินงานต่อเนื่องทั้งปี และการประชาสัมพันธ์ยังไม่ถึงแก่นแท้ของการรับรู้ทำให้ประชาชนไม่เข้าใจวิธีการแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ จากการศึกษาของกิตติพงศ์และคณะ (2559) พบว่าเหตุผลการไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเกิดจากความยุ่งยากในการระบุนายละเอียดตอนโทรแจ้งเหตุ ประชาชนรู้จัก 1669 แต่ยังไม่เข้าใจกระบวนการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่นอกเหนือจากความเร็วเรื่องระยะเวลาแล้ว ยังมีการช่วยเหลือเบื้องต้นระหว่างนำส่ง การประสานความร่วมมือเพื่อช่วยเหลือระหว่างศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน และโรงพยาบาลที่นำส่ง จากเหตุผลที่กล่าวมาทำให้ประชาชนที่มีการรับรู้และความเข้าใจในระดับต่ำ ไม่เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ความคาดหวังต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\text{mean}=3.61$, $\text{SD}=.82$) และรายข้อย่อยด้านความเร็วอยู่ในระดับมากที่สุด ($\text{mean}=4.50$, $\text{SD}=.50$) และด้านความปลอดภัยอยู่ในระดับมาก ($\text{mean}=4.24$, $\text{SD}=.74$) เมื่อพิจารณาปัจจัยความสัมพันธ์พบว่าความคาดหวังด้านความเร็ว ($p=.003$) และความปลอดภัย ($p=.000$) มีความสัมพันธ์ต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรภา ขุนทองแก้ว (2562) ที่พบว่า ผู้ใช้บริการมีความคาดหวังต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมากที่สุด อธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินย่อมต้องการความเร็วในการเข้าถึงระบบการรักษาอย่างปลอดภัย เมื่อระบบบริการไม่สามารถตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการ จึงส่งผลให้ประชาชนเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อย การเปลี่ยนแปลงความคาดหวังของประชาชนทั่วไปให้เป็นเชิงบวกต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลจะเพิ่มการใช้บริการมากขึ้น (ธงชัย อามาศยบัณฑิต และคณะ, 2560)

ทัศนคติต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\text{mean}=2.99$, $\text{SD}=.54$) และรายข้อย่อย การรอรถพยาบาลฉุกเฉินอาจมาช้า จะทำให้ผู้ป่วยอาการแย่ลง อยู่ในระดับมาก ($\text{mean}=4.08$, $\text{SD}=.68$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ทัศนคติการเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ($p=.000$) ความยุ่งยากในการแจ้งเหตุ ($p=.004$) การรอจะทำให้อาการแย่ลง ($p=.000$) มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสาเหตุหลักที่ผู้ป่วยไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินใน

ครั้งนี้คือ ไม่อยากรอ มาด้วยตนเองสะดวกกว่าคิดเป็นร้อยละ 33.41 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชีระศิริสมุด และคณะ (2561) ที่พบว่า เหตุผลหลักของการไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินคือไม่อยากเสียเวลารออาจมาช้า (ร้อยละ 31.00) เป็นทัศนคติเชิงลบ ที่อาจเกิดขึ้นจากการเรียนรู้และจากประสบการณ์ที่ได้พบ

1.2. ปัจจัยเสริม ผลการศึกษาพบว่า ระยะทางจากบ้านหรือที่เกิดเหตุมาโรงพยาบาล ($p=.000$) การทราบว่ามีหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนของผู้ป่วย ($p=.002$) การรู้จักหมายเลข 1669 ($p=.001$) และประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($p=.000$) มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะทางจากบ้านหรือที่เกิดเหตุถึงโรงพยาบาลมากกว่า 10 กิโลเมตรจะมีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่ากลุ่มระยะทางใกล้ คิดเป็นร้อยละ 19.71 อธิบายได้ว่า การมีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนทำให้ผู้ป่วยสามารถรับบริการได้สะดวกขึ้น และไม่เสียเวลารอนานซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการด้านความเร็วของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพงศ์ พลเสนและคณะ (2559) ที่พบว่า หากผู้ป่วยและญาติไม่รู้จักหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินในพื้นที่ มีโอกาสมาโรงพยาบาลด้วยตนเองมากกว่าผู้ที่รู้จัก 1.58 เท่า และประสบการณ์การเคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมาก่อน จะทำให้เกิดความคุ้นเคย รู้ขั้นตอนการให้บริการ และกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้น

1.3. ปัจจัยเอื้อ ผลการศึกษาพบว่า การมีรถยนต์ส่วนตัว ($p=.000$) การมีโทรศัพท์ติดต่อกับรถฉุกเฉิน ($p=.001$) และการมีผู้ช่วยเหลือในการมาโรงพยาบาล ($p=.000$) มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในกลุ่มผู้ป่วยที่มีรถยนต์ส่วนตัว ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินคิดเป็นร้อยละ 74.04 อธิบายได้ว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยและญาติจะคิดว่าเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องการพบแพทย์หรือมาโรงพยาบาลโดยเร็ว ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีรถยนต์ส่วนตัวจึงตัดสินใจมาเองโดยไม่ได้คิดถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพงศ์ พลเสน และคณะ (2559) ที่พบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีรถยนต์ส่วนตัวมีโอกาสมาโรงพยาบาลด้วยตนเองมากกว่ากลุ่มที่ไม่มี คิดเป็น 1.80 เท่า และผู้ป่วยจะมีความอุ่นใจและไว้วางใจบุคคลในครอบครัวมากกว่ารถกู้ชีพ และการใช้รถยนต์ส่วนตัวมีความสะดวกสามารถไปได้เลยไม่ต้องรอ

การมีโทรศัพท์ติดต่อกับรถฉุกเฉินและการมีผู้ช่วยเหลือพามาโรงพยาบาล การศึกษานี้พบว่า กลุ่มที่ไม่มีโทรศัพท์หรือมีแต่โทรเองไม่ได้ จะไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินคิดเป็นร้อยละ 24.76 ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่มีโทรศัพท์ อธิบายได้ว่า ในปัจจุบันระบบการรับแจ้งเหตุของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ มีการรับแจ้งเหตุทางโทรศัพท์ เมื่อผู้ป่วยไม่มีอุปกรณ์สื่อสารจึงไม่สามารถสื่อสารขอความช่วยเหลือจากระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพงศ์ พลเสน และคณะ (2559) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่สัญญาณโทรศัพท์มีปัญหาโอกาสมาโรงพยาบาลด้วยตนเองมากกว่าพื้นที่ไม่มีปัญหาถึง 12.12 เท่า นอกจากนี้กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือพามาโรงพยาบาลเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 19.95 ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่มีผู้ช่วยเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิซซาภัทร ชันสาคร และคณะ (2559) ที่พบว่าผู้ดูแลหลักและการมีเพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้เคียงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในขณะที่เดียวกันกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือพามาโรงพยาบาลไม่เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 54.81 ในกลุ่มนี้พบว่าไม่มีประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 53.51 ดังนั้นอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่เลือกใช้บริการในครั้งนี้ เนื่องจากการไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน จะไม่รู้ว่าจะได้รับประโยชน์อะไรบ้าง สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพงศ์ พลเสนและคณะ (2559) ที่พบว่า ผู้ที่ไม่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมาก่อนมีโอกาสจะไม่ใช้บริการมากเป็น 2.18 เท่า

2. สถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จากผลการวิจัยพบว่าการรู้จักหมายเลข 1669 อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 89.90) แต่มีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับต่ำ (ร้อยละ 19.70) โดยพบสาเหตุไม่ใช้บริการเนื่องจากมาด้วยรถส่วนตัว สะดวกกว่ามากที่สุด (ร้อยละ 33.41) อธิบายได้ว่า อาจเกิดจากความไม่มั่นใจในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การบริการไม่สามารถตอบสนองความคาดหวังด้านความเร็วได้ ผู้ป่วยจึงเลือกใช้วิธีมาเองซึ่งสะดวกและรวดเร็วกว่าโดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่ม non-trauma สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กิตติพงศ์ พลเสนและคณะ (2559) ที่พบว่า ผู้ป่วย non-trauma มีโอกาสมาด้วยตนเองมากกว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุ บาดเจ็บ เป็น 1.47 เท่า

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยที่พบว่าการรับรู้ด้านการแจ้งเหตุและขอความช่วยเหลือในระดับปานกลาง ดังนั้นควรมีการจัดทำแผนประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่ประชาชนอย่าง ครอบคลุมทุกตำบลในเขตอำเภอปงในเรื่อง วิธีการแจ้งเหตุและการขอความช่วยเหลือ การขอใช้บริการผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 เนื่องจากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ายังมีประชาชนที่ยังไม่รู้จำหมายเลข 1669 และไม่ทราบว่า มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนของตนเอง ตลอดจนสร้างความเข้าใจแก่ประชาชนถึงประโยชน์ของการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2. ผู้รับบริการมีความคาดหวังระดับมากในด้านความปลอดภัยและความรวดเร็วในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้นควรมีการพัฒนากระบวนการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของอำเภอปง ให้สามารถตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ใช้ค่าสถิติไคสแควร์เพื่อบอกถึงความสัมพันธ์ของตัวแปร ซึ่งผลการศึกษาบอกได้เพียงว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์กันเท่านั้น การทำวิจัยครั้งต่อไปควรใช้เครื่องมือทางสถิติที่แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่อธิบายได้มากขึ้น และควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาประสบการณ์เชิงลึกของผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2561). สถิติสาธารณสุขพ.ศ.2561. สืบค้นเมื่อ 31 ธันวาคม 2563

จาก http://www.bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2561.pdf

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2563). จำนวนอัตราผู้ป่วยตายปี2559-2562. สืบค้นเมื่อ

31 ธันวาคม 2563 จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.Php?Id=13893&tid=32&gid=1-020>

กิตติพงศ์ พลเสน, พรทิพย์ วชิรดิolk, อีระ ศิริสมุด, และณัฐวุฒิ คำนวนฤกษ์. (2559).สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย (รายงานการวิจัย). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

ณัชชาภัทร ชันสาคร, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล, วิริณธิ์ กิตติพิชัย และอุมาวดี เหลาทอง. (2559). การศึกษาแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ (รายงานการวิจัย). นนทบุรี: สถาบัน

- การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
ธงชัย อามาศย์บัณฑิต, นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์, อินทนิล เชื้อบุญชัย, เสาวนีย์ โสบุญ, และบดินทร์ บุญจันทร์.
(2560). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการในระบบ
การแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 11(1), 37-46.
ธีระ ศิริสมุด, กิตติพงศ์ พลเสน, และพรทิพย์ วชิรติลก. (2561). ความรู้ ทักษะ และเหตุผลที่ไม่เรียกใช้บริการ
การแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(4), 668-680.
ประคอง กรรณสูต. (2535). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
พิมพ์ผดุง อภิบาลศรี และ บุญสม เกษะประดิษฐ์. (2561). วิเคราะห์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและ
ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชากรในโรงเรียนนายร้อยพระ
จุลจอมเกล้า. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 291-299.
ระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน. (2562). รายงานสถิติการแพทย์ฉุกเฉิน. สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม
2563 จาก https://www.ws.niems.go.th/ITEMS_DWH/
วรรณวิมล เมฆวิมล. (2553). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา
สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏ
สวนสุนันทา (รายงานการวิจัย). สืบค้นเมื่อ 31 ธันวาคม 2563 จาก <http://www.ssuir.ssru.ac.th/bitstream/ssuir/312/1/039-53.pdf>
ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลปง. (2563). รายงานผลการทบทวนผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญปี 2562.
พะเยา: โรงพยาบาลปง.
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2558). *คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติ การ
คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพผ.กำหนด
(พิมพ์ครั้งที่ 3)*. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2562). *แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 3.1 พ.ศ.2562-
2564*. สืบค้นเมื่อ 31 ธันวาคม 2563 จาก [https://www.niems.go.th/1/upload/migrate/
file/256112221455115037_GWJdMn5ejp3gVAdc.pdf](https://www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/256112221455115037_GWJdMn5ejp3gVAdc.pdf)
สุรภา ขุนทองแก้ว. (2562). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด
ราชบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า*, 2(1), 30-44.
หน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลปง. (2562). รายงานสถิติการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินปี 2559-2561.
พะเยา: โรงพยาบาลปง.
Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning third edition
educational and ecological approach (3rd ed.)*. California: Mayfield publishing
company.
Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice (2nd ed.)*. USA: Appleton &
Lange.
World Health Organization. (2005). *Prehospital trauma care systems*. Geneva: WHO.
Yamane, T. (1967). *Statistics: an introductory analysis (2nd ed.)*. New York: Harper &
Row.