

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤติในโรงพยาบาลผาง

แสงอาทิตย์ วิเศษยา พย.บ*.

บทคัดย่อ

ความเป็นมา

การเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉิน เป็นอุบัติการณ์เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยฉับพลัน การได้รับการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินอย่างถูกวิธีและรวดเร็วที่จุดเกิดเหตุหรือระบบช่วยเหลือฉุกเฉินก่อนมาโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะสามารถลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว สถิติการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤติในโรงพยาบาลผางต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอัตราการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤติในโรงพยาบาลผาง และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤติในโรงพยาบาลผาง

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.66 กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มคนที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลผาง ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2560–31 มกราคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานได้แก่ Chi-Square

ผลการศึกษา

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 38.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้อาการ ($p=0.017$) ลักษณะของอาการเจ็บป่วย ($p=0.003$) การเคยมีประสบการณ์ ($p=0.001$) การรับรู้อุปสรรค ($p=0.001$) ส่วนตัวแปรอื่น ๆ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ การมีรถยนต์และจักรยานยนต์ สถานที่อยู่อาศัย ทักษะติดต่อระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และผู้ป่วยวิกฤติในโรงพยาบาลผาง

สรุปผลและเสนอแนะ

ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤติมีการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในอัตราที่ต่ำ ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ คือ ควรประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยทราบตั้งแต่การรับรู้ถึงอาการ ภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤติที่ต้องใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การปรับทัศนคติการรับรู้อุปสรรคที่ถูกต้อง รวมทั้งสื่อสารขั้นตอนการให้บริการ การเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการใช้บริการกับไม่ใช้บริการ และควรมีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการติดต่อสื่อสาร รวมทั้งควรมีการสร้างชุมชนสื่อสารออนไลน์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และการเข้าถึงบริการในระดับชุมชนระหว่างผู้ให้บริการและประชาชนในพื้นที่อำเภอผาง

คำสำคัญ การใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤติ

*กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลผาง จังหวัดเชียงใหม่

FACTORS RELATED TO THE USING OF THE EMERGENCY MEDICAL SYSTEM IN THE EMERGENCY AND CRITICALLY ILL PATIENT PATIENTS IN FANG HOSPITAL

Saeng-atid Vichaiya B.N.S*

ABSTRACT

BACKGROUND

Emergency illness is a sick incident which suddenly occurs. The properly and fast helping or efficiency pre-hospital care at the scene can reduce the death rate and complications both in short term and long term. The statistic of the Emergency Medical Service using -1669 at Fang hospital was quite below threshold.

OBJECTIVE

To study the using rate of Emergency Medical Service EMS of the emergency patients and critically ill patients in Fang hospital and to study the related factor to the Emergency Medical System of the emergency patients and the critically ill patients in Fang Hospital

METHODS

The Analytical Cross-Sectional Research used a questionnaire survey which has been passed the validity inspection from the reliability testing experts by Cronbach's Coefficient and Alpha method using. The result was 0.66. The data collecting done by giving questionnaires to the sample group of the patients at the emergency room at Fang hospital during November 1, 2017 to January 31, 2018 then analyzed the data by using Descriptive statistics which comprised of Percentage, Mean, Standard Deviation and Inferential statistics which is Chi-Square.

RESULTS

Finding, that the sample who used the Emergency Medical System service only 38.8 %. The significant factors related to the Emergency Medical were perception of symptoms ($p=0.017$) sickness ($p=0.003$) illness experiences ($p=0.000$) obstacle awareness ($p=0.000$). The other variables such as gender, age, educational background, income, occupation, car or motorcycle ownership, place of residence and their attitude in the Emergency Medical System were not related.

CONCLUSTONS AND DISCUSSIONS

Emergency Medical System service using rate of the emergency patients and critical ill patients was low. The information from this research can be publicized hurriedly to the emergency patients and critical patients in all processes starting from the perception symptoms step so that they can understand the importance of the Emergency Medical System service. Furthermore the service process needed to be clarified, compared strong points and weak points of EMS using and non-using. In addition advanced technologies using included online community creating for increasing performance and accessing to health services in community level between service providers and the people in Fang district.

KEYWORDS The Emergency Medical System Using, Emergency patient and critically ill patient

*Fang Hospital, Chiang Mai Nursing Department

ความเป็นมา

ภาวะการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉิน (Emergency illnesses) เป็นอุบัติการณ์เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยฉับพลัน เป็นภาวะวิกฤติต่อชีวิตและมีความเสี่ยงรุนแรงต่อการเสียชีวิตและเกิดความพิการระยะยาวในผู้ป่วย หากไม่ได้รับการช่วยเหลือและรักษาภาวะฉุกเฉินอย่างเหมาะสมถูกต้อง และทันเวลาที่ พร้อมกับการนำส่งต่อระบบบริการขั้นสูงอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ¹ ประเทศไทยจากสถิติ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า การเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งจากอุบัติเหตุ (รวมการได้รับสารพิษและการถูกทำร้าย) และภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในอันดับที่ 2 ถึง 4 ของประชากรไทย²⁻³ มีผู้เสียชีวิตนอกโรงพยาบาลประมาณปีละ 60,000 คน (เป็นตัวเลขวรวมผู้เสียชีวิตอยู่ที่บ้าน และเสียชีวิตระหว่างนำส่งโรงพยาบาลจากใบมรณบัตร) ในจำนวนนี้ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากการจราจรเฉลี่ยปีละประมาณ 20,000 คน ในขณะที่มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉลี่ยปีละประมาณ 20,000 คนเช่นเดียวกัน ดังนั้นถ้ามีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการแพทย์ฉุกเฉินช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล จะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินได้ อีกประมาณ 15-20 เปอร์เซ็นต์ คิดเป็นจำนวนปีละประมาณ 10,000 คน⁴ โรงพยาบาลผางพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีโรงพยาบาลนครพิงค์เชียงใหม่เป็นแม่ข่ายในการให้การสนับสนุน หลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 และจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นก็เกิดความร่วมมือ ระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่ายของรัฐและองค์กรปกครองท้องถิ่น ซึ่งได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล 8 ตำบล 2 เทศบาลโดยมีสัดส่วนของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนที่มีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือ 1669 ต่อผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2558,2559,2560 จำนวน 2,984/9462 (31.54%), 3,585/8332(43.03%) และ4,011/8778 (45.69%) ครั้งตามลำดับ และสัดส่วนของผู้ป่วยฉุกเฉิน

วิกฤติ ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือ 1669 ในปี พ.ศ. 2558,2559,2560 จำนวน 158/415(38.07%), 188/403(46.65%), 229/413(55.45%) ครั้ง⁵ จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอัตราการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านกระบวนการสายด่วน 1669 หรือเรียกหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้นมีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่ยังคงอยู่ในระดับที่ค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และผู้ป่วยวิกฤติในโรงพยาบาลผางเพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลไปพัฒนา สื่อสารและสร้างความเข้าใจของประชาชนให้เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างถูกต้องตอน ซึ่งจะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและใช้ระบบอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพต่อไป

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (สีแดง) ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมี ภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer)

ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยมากหรือเจ็บปวดรุนแรงอันอาจจำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิต หรือพิการ

การใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤติ (Utilizing emergency care service of severity and critical patient) หมายถึง การที่บุคคลซึ่งเจ็บป่วย หรือประสบเหตุผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโดยมีอาการเจ็บป่วยเร่งด่วน (สีเหลือง) ไปจนถึงผู้ป่วย ฉุกเฉินวิกฤติ ซึ่งเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการคุกคามต่อชีวิตทั้งระบบ

หัวใจ หายใจ ระบบประสาทที่มีโอกาสสูญเสียชีวิตสูงมาก หากไม่ได้รับปฏิบัติการทางการแพทย์รวมทั้งเกิดอาการแทรกซ้อนอย่างรวดเร็ว (สีแดง) เรียกใช้ระบบบริการหน่วยแพทย์ฉุกเฉินผ่านการแจ้งทาง 1669 หรือผู้ประสบเหตุแจ้ง ต่อหน่วยแพทย์ฉุกเฉินโดยตรงผ่าน 1669 และรับบริการนำส่งผู้ป่วยสู่สถานบริการผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

การรับรู้อาการ หมายถึง กระบวนการที่บุคคลได้รับความรู้สึกและแปลความหมายหรือตีความจากสิ่งเร้าที่ รับเข้ามา ผ่านการวิเคราะห์โดยอาศัยความจำ ความรู้ ผสมผสานกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ออกมาเป็น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการตาม CBD 25 กลุ่มอาการของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินที่จะต้องรู้ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ 1669 ซึ่งประกอบด้วยอุบัติเหตุหรือพบผู้ป่วยอุบัติเหตุ อาการภาวะเจ็บหน้าอก แน่นหน้าอก หัวใจ ถูก ยิง แทงหรือถูกทำร้ายร่างกาย ปวดท้อง อัมพาต โรคชรา ผู้ป่วยเด็ก เบาหวาน ไม่รู้สติ เลือดออก หายใจลำบาก/ติดขัด ชัก ไหม้/ลวกจากความร้อนหรือไฟฟ้า หัวใจหยุดเต้น ตกน้ำ/จมน้ำ พลัดตกหกล้ม

การรับรู้อุปสรรค หมายถึง กระบวนการที่บุคคลได้รับความรู้สึกและแปลความหมายหรือตีความจากสิ่งเร้าที่ รับเข้ามา ผ่านการวิเคราะห์โดยอาศัยความจำ ความรู้ ผสมผสานกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ออกมาเป็น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอุปสรรคการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ 1669 ประกอบด้วย การบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือ 1669 จะให้บริการเฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุ เฉพาะในเขตเมือง เฉพาะญาติ พี่น้องของนักการเมือง หรือเจ้าหน้าที่รัฐ ไม่รู้ว่ามีบริการ 1669 เสียค่าใช้จ่าย การส่งต่อ ได้รับการช่วยเหลือ และมาตรฐานความปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอัตราการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลผาง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลผาง

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Analytical Cross-Sectional Research) โดยเก็บข้อมูลระหว่าง 1 พฤศจิกายน 2560 ถึง 31 มกราคม 2561 ได้แจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มผู้ป่วย ญาติ หรือผู้นำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤตที่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ หรือสามารถฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องเป็นการเก็บทุกคนที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลผางจำนวน 170 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล แบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้อาการป่วย

แบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้อุปสรรค และแบบสอบถามเพื่อประเมินทัศนคติ วิธีการมารับบริการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยแต่ละค่ามีความหมายดังนี้คือ

เห็นด้วยมากที่สุด	5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1 คะแนน

การแบ่งระดับการรับรู้อาการป่วย ระดับการรับรู้อุปสรรค และระดับทัศนคติต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือ 1669 ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์⁶ แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับต่ำ
คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 ระดับปานกลาง
คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา

และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่คุณผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาหาคะแนนและวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยคำนวณจากสูตรของครอนบาช (Cronbach's Coefficient +Alpha) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.66

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลฟาง และขออนุญาตแจกแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 90 วันเมื่อเก็บแบบสอบถาม ตรวจสอบแบบสอบถามที่สมบูรณ์นำมาวิเคราะห์จำนวน 170 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล แบบสอบถามที่สมบูรณ์นำมาวิเคราะห์จำนวน 170 ฉบับ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Chi-Square

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วยกลุ่มที่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเรียก EMS กับกลุ่มที่เดินทางมาเอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1) อาการเจ็บป่วยที่ต้องมารับบริการ กับการมีประสบการณ์ในการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งกลุ่มที่เรียก EMS จะมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2 และ 3) ระดับการรับรู้การที่ต้องใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ 1669 ซึ่งกลุ่มที่มีคะแนนการรับรู้ในระดับสูง มีการเรียกใช้ EMS มากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4) และระดับการรับรู้อุปสรรคในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งกลุ่ม

ที่มีคะแนนระดับปานกลางมีการเรียกใช้ EMS มากกว่ากลุ่มที่มีระดับคะแนนต่ำ และระดับคะแนนสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และผู้ป่วยวิกฤติ

ลักษณะอาการเจ็บป่วยที่ต้องมารับบริการ กลุ่มผู้ป่วย ญาติ และผู้นำส่งที่มีอาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับอุบัติเหตุและถูกทำร้ายร่างกายมีการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้สูงกว่าผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังอื่นๆ (ร้อยละ 52.9 และ 29.4 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$) (ตารางที่ 2)

การเคยมีประสบการณ์ในการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มผู้ป่วย ญาติ และผู้นำส่งที่เคยมีประสบการณ์ในการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้สูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินคือร้อยละ 73.3 และ 20.0 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าการเคยมีประสบการณ์ในการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, ($p = 0.001$) (ตารางที่ 3)

ระดับการรับรู้การที่ต้องใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ 1669 กลุ่มผู้ป่วย ญาติ และผู้นำส่งที่มีระดับการรับรู้การที่ต้องใช้ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือ 1669 ที่เห็นด้วยมากที่สุด 2 ลำดับแรก ได้แก่ เรื่องการพบเห็นผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจหยุดเต้น และหยุดหายใจจะต้องใช้บริการรถการแพทย์ ฉุกเฉิน หรือโทรแจ้ง 1669 ร้อยละ 72.9 รองลงมา คือ ผู้ป่วยจากการถูก ยิง แทงหรือถูกทำร้ายร่างกายจนมีอาการเจ็บ สาหัส เลือดออกมาก ไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ กระตุก แตกหัก จะต้องใช้บริการรถระบบการแพทย์ ฉุกเฉิน ร้อยละ 68.8 คะแนนการรับรู้การป่วยระดับปานกลาง (45-59 คะแนน) มีการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้สูงกว่ากลุ่มที่มีคะแนนระดับสูงตั้งแต่ 60 ขึ้นไป

คือร้อยละ 56.4 และ 33.6 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าระดับการรับรู้อาการที่ต้องเรียกใช้ 1669 หรือระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.017$) (ตารางที่ 4)

ระดับการรับรู้อุปสรรคในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มผู้ป่วย ญาติ และผู้นำส่งที่มีระดับการรับรู้อุปสรรคในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เห็นด้วยมากที่สุด 2 ลำดับแรกได้แก่ การเดินทางขนส่งผู้ป่วยฉุกเฉินไปโรงพยาบาล ร้อยละ 42.9 รองลงมา

การส่งผู้ป่วยผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะปลอดภัยมากกว่าและช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วย มากกว่าการส่งไปเอง ร้อยละ 37.1 และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มที่มีคะแนนระดับปานกลาง (27-35 คะแนน) คือร้อยละ 74.1, 38.2 และ 28.4 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าระดับการรับรู้อุปสรรคในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วย ญาติ และผู้นำส่งจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มที่เรียก EMS		กลุ่มที่มาเอง		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.284
ชาย	33	44	42	56	
หญิง	33	34.7	62	65.3	
อายุ(ปี)	66	38.82	104	61.18	
$\bar{X} \pm S.D.$	$\bar{X} 43.56 \pm S.D.16.286$		$\bar{X}44.93 \pm S.D.17.274$		0.240
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	31	35.6	56	64.4	0.775
มัธยมศึกษาขึ้นไป	35	42.2	48	57.8	
อาชีพ					
เกษตรกรทำนา ทำไร่ ทำสวน					
รับจ้างทั่วไป กรรมกรก่อสร้างแบกหาม	22	34.9	41	65.1	0.523
อาชีพ อื่นๆ	44	41.1	63	58.9	
รายได้ต่อเดือน	66	38.82	104	61.18	0.474
3,000 บาท	13	34.2	25	65.8	
3,000 - 6,000 บาท	13	38.2	21	61.8	
>6,000 บาท	40	40.8	58	59.2	
$\bar{X} \pm S.D.$	9011.29 ± 8255.591		8024.49 ± 5555.698		
มีรถยนต์หรือจักรยานยนต์					
มี	59	38.1	96	61.9	0.707
ไม่มี	7	46.7	8	53.3	

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะอาการเจ็บป่วยที่ใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

อาการเจ็บป่วย	การใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน		χ^2	p-value
	ผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	เดินทางมาเอง		
			8.546	0.003*
อุบัติเหตุและถูกทำร้ายร่างกาย	36(52.9)	32(47.1)		
การเจ็บป่วยเรื้อรัง อื่นๆ	30(29.4)	72(70.6)		

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างเคยมีประสบการณ์ในการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินกับการใช้ระบบการแพทย์

ประสบการณ์	การใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน		χ^2	p-value
	ผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	เดินทางมาเอง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
เคย	44(73.3)	16(26.7)	44.277	0.001*
ไม่เคย	22(20.0)	88(80.0)		

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการรับรู้การที่ต้องใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือ 1669

ระดับการรับรู้การที่ต้องเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือ 1669	การใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน		χ^2	p-value
	ผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	เดินทางมาเอง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ปานกลาง (45-59 คะแนน)	22(56.4)	17(43.6)	5.665	0.017*
สูง ≥ 60 คะแนน	44(33.6)	87(66.4)		

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการรับรู้อุปสรรคในการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ 1669

ระดับการรับรู้อุปสรรคในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	การใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน		χ^2	p-value
	ผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	เดินทางมาเอง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ต่ำ (0-26 คะแนน)	20 (74.1)	7 (25.9)	18.154	0.001*
ปานกลาง (27-35 คะแนน)	25 (28.4)	63 (71.6)		
สูง (≥ 36) คะแนน	21 (38.2)	34 (61.8)		

อภิปรายผล

การใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤติในโรงพยาบาลฟางร้อยละ 38.8 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำอธิบายได้ว่า มีปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤติของประชาชนในเขตอำเภอฝาง มีจำนวน 5 ปัจจัยดังนี้

1. อาการเจ็บป่วยที่ต้องมารับบริการกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤติ ญาติ และผู้นำส่งที่มีอาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับอุบัติเหตุและถูกทำร้ายร่างกายมีการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้สูงกว่าผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยเรื่องอื่นๆ อธิบายได้ว่า อาจเป็นเพราะมีการรับรู้ว่าจะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือ 1669 จะให้บริการเฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือได้รับการ

บาดเจ็บเท่านั้น พบว่ามีความสัมพันธ์กับการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) สอดคล้องการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุ และผู้ประสบปัญหาโรคเรื้อรังจะใช้บริการมากกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินอุบัติเหตุ 1.7 เท่า⁷

2. มีประสบการณ์ในการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤติ ญาติ และผู้นำส่ง ที่ใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่มักจะมีประสบการณ์เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมาก่อนและมีทัศนคติทางบวกต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเกิดความคุ้นเคยรู้ขั้นตอนการให้บริการรวมทั้งกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างบริการรวมทั้งรับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้นจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ที่เคยใช้บริการการแพทย์

ฉุกเฉินจะเรียกใช้บริการซ้ำอีกในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มีความรุนแรงและวิกฤติซึ่งพบว่ามีผลต่อการใช้บริการถึงร้อยละ 73.3 พบว่ามีความสัมพันธ์กับการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) สอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาการใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยที่พบว่าประสพการณ์การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลครั้งก่อนๆ ถ้ามีประสพการณ์และความยุ่งยาก มีอุปสรรคหรือเกิดความล่าช้าจะส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจในการใช้ในอดีต จะส่งผลต่อการใช้บริการในการเจ็บป่วยครั้งต่อๆ มาลดลง หรือไม่เรียกใช้เลย⁸ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านั้น การมีประสพการณ์เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่าผู้ที่มีประสพการณ์เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมาก่อนหน้านั้นจะเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 29.5 เท่าของผู้ไม่เคยใช้อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ (OR curded=29.5; 95% CL=17.4-44.8, $p\text{-value}< 0.01$)⁷

3. ระดับการรับรู้อาการที่ต้องใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือ 1669 กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤติ ญาติ และผู้นำส่ง มีการรับรู้อาการในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ 1669 มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.017$) อธิบายได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยญาติ และผู้นำส่ง เมื่อมีการรับรู้อาการเจ็บป่วยเร่งด่วนตามอาการของ CBD 25 กลุ่มอาการของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และได้รับบริการที่ดีปลอดภัย รวดเร็วก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านั้น การรับรู้อาการป่วยฉุกเฉิน การรับรู้บริการทัศนคติต่อการใช้บริการระบบ การแพทย์ฉุกเฉิน การรับรู้บริการ และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายการเรียกใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินได้ร้อยละ 22.7⁹

4. ระดับการรับรู้อุปสรรคในการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ 1669 กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤติ ญาติ และผู้นำส่ง มีการรับรู้อุปสรรค

ในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ 1669 มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) อธิบายได้ว่ากลุ่มผู้ป่วย ญาติ และผู้นำส่ง เมื่อมีการรับรู้อาการอุปสรรคเช่นระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือ 1669 จะให้บริการเฉพาะญาติพี่น้องของนักรการเมือง, ผู้มีอิทธิพลหรือเจ้าหน้าที่รัฐเท่านั้นประชาชนทั่วไปไม่มีสิทธิเรียกใช้บริการร้อยละ 45.9, ไม่เคยรู้เลยว่ามียบริการ 1669 หรือหน่วยแพทย์ฉุกเฉินในภูมิอำนาอาศัยอยู่ร้อยละ 27.1, ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือ 1669 จะให้บริการเฉพาะในเขตเมือง เช่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบลเท่านั้น ร้อยละ 25.3 และการใช้บริการ 1669 หรือ ระบบการแพทย์ ฉุกเฉินเสียค่าใช้จ่ายร้อยละ 22.4 สอดคล้องกับการศึกษา การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินด้านต่างๆ เช่นการรับรู้ว่าการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะมีค่าใช้จ่ายส่งผลให้ผู้ป่วยในจังหวัดเชียงใหม่มาใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อยลง⁸

5. มีรถยนต์ หรือรถจักรยานยนต์ กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤติ ญาติ และผู้นำส่ง มีรถยนต์ หรือรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 91.2 และอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลร้อยละ 48.3 ซึ่ง ซึ่งระยะเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาลไม่ไกล และการใช้รถยนต์หรือจักรยานยนต์ส่วนตัวทำให้สะดวกสบาย และรวดเร็วผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับ ผู้ป่วยฉุกเฉิน ระดับ 1-3 ที่จำเป็นจะต้องใช้รถฉุกเฉินมาเองร้อยละ 62 ผู้ที่มาเองไม่รู้จักรบบการแพทย์ฉุกเฉินถึง ร้อยละ 50 มีรถส่วนตัวถึงร้อยละ 64.1 รับรู้อาการว่าบาดเจ็บเล็กน้อยร้อยละ 25 ตกใจนึกอะไรไม่ออกร้อยละ 15.63 สอดคล้องกับลักษณะการมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,011 คนเป็นผู้ป่วยมาด้วยตนเองจำนวน 1,365 คน ใช้รถยนต์ส่วนตัว 83.8%¹⁰

ข้อเสนอแนะ

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประกอบการวางแผนดำเนินงาน และจัดทำแนวทางพัฒนาการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ประชาชนได้รับทราบถึงประโยชน์ เข้าใจ และเข้าถึงระบบเรียกใช้ 1669 หรือระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. ควรเร่งพัฒนาและดำเนินโครงการสื่อสารสุขภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อมุ่งให้ประชาชนในอำเภอฝางมีการรับรู้การ การรับรู้อุปสรรค อาการเจ็บป่วย ภาวะฉุกเฉินและวิกฤติที่จะต้องใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินรวมทั้งสื่อสารขั้นตอนการให้บริการ และการเข้าถึงบริการได้รวดเร็ว ปลอดภัย

2. ควรนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น มีเครือข่ายตัวแทนอาสาสมัครหน่วยกู้ชีพทุกหมู่บ้านโดยสร้าง ไลน์กรุป และ Application นำทาง

3. ควรมีการสร้างชุมชนสื่อสารออนไลน์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการในระดับชุมชนระหว่างผู้ให้บริการและประชาชนในพื้นที่อำเภอฝาง

4. พัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินที่มีมาตรฐานในผู้ป่วยเรื้อรังให้มีมาตรฐานเฉพาะด้านและมีประสิทธิภาพในการบริการทั้งในระดับสถานบริการและระดับชุมชน

5. โครงการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนที่มีเครษฐานะในระดับค่อนข้างดีและมีพาหนะส่วนตัวให้สามารถเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียของการใช้บริการ กลับมาใช้บริการเพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติให้หันมาใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

6. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในเรื่องประสิทธิภาพของการนำส่งผู้ป่วยด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์วิษณุ สิริโรจน์พร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ที่สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและส่งเสริมให้มีการอบรม พัฒนางานประจำสำงานวิจัย R2R โรงพยาบาลฝาง ขอขอบคุณ ดร.สมหมาย คชนาม วิทยากรผู้สอน ที่ให้ความรู้และเป็นที่ปรึกษาในงานวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จ ล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้ามารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลฝาง ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ทุกท่านที่ช่วยหาข้อมูลและ เป็นกำลังสนับสนุนในการปฏิบัติงาน

REFERENCES

1. World Health Organization. Prehospital trauma care system. Geneva: WHO. Yaisien, S., Alvi, T. and Moghal, F. 2013 .Does perceived social support predict quality of life in Psychiatric patients. Asian Journal of Social Science and Humanities. 1962;2(4):32-41
2. Ministry of Public Health, Strategy and Planning Division. Number and Death rate per 100,000 of population categorized by main causes 2009 – 2013. 2015 [cited 2017 Sep. 19] Available from <http://bps.moph.go.th/content/>
3. The committee of the Emergency Medicine. (B.E.2553). Plan and National Emergency Medicine Principal 2010-2012. Bangkok, National Institute for Emergency Medicine; 2010.
4. The committee of The National Reform Steering Assemble. Prehospital Emergency medical care system. 2017: [cited 2018 May 24]. Available from : http://library2.parliament.go.th/giventake/content_nrsa2558/d060659-02.pdf
5. Emergency Unit, Emergency Service report, Fang Hospital, Chiang Mai; 2015 – 2017

6. Benjamin, S Bloom. ‘Learning for mastery’. Evaluation comment. Center for the study of instruction program. University of California at Los Angeles.1986; Vol 2: 47-62
7. Thongchai Armartpundit, Nipon Manasathipong, intanin churboonchai, Sauwanee Soboon and Bodin Boonkahn. Factors influencing utilization of Emergency medical Service of severity and critical illness patients in Ubonrathchathani Province; 2016
8. Natcha Harnsuthivechakul, Boriboon Chanethanakij and Bovorn Withayachamnankul. Why not people in Chiang Mai call the Emergency Medical Service when needed. Chiang Mai Public Health System research journal. 2012; 6: 268-277.
9. Sukanya Dechkhun. The related factors to Public Behavior in Emergency Medicine Service Using under the Emergency Medicine System of the Ministry of Public Health, Nonthaburi City Municipal , Nonthaburi Province (Thesis of Master of Science-health education field). Graduate college Kasetsart University; 2008
10. Kittipong Polsane, Pornthip Wachiradilok, Thira Sirisamud & Natawuth Kumnuanrer. The situations and factors effect to the Emergency Medicine Service non-using in Thailand. Bangkok; 2015.