

บทความวิจัย (Research article)

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดราชบุรี The Study of Factors Related to Use Emergency Medical Services, Ratchaburi Province

สุรภา ขุนทองแก้ว^{1*}

Surapa Khuntongkaew^{1*}

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: ems_rb01@hotmail.com) โทรศัพท์ 086-3358208

(Received: January 20, 2019; Revised: March 20, 2019; Accepted: April 17, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบการศึกษาย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตจังหวัดราชบุรี ด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 398 ราย โดยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามสถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การรับรู้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยการทดสอบไคสแควร์ ผลการวิจัยปรากฏ ดังนี้

1. สถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า การไม่เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากความสะดวกในการใช้รถยนต์ส่วนตัว ร้อยละ 57.54 และอยู่ภาวะตกใจจึงไม่ได้ไปถึงโรงพยาบาลฉุกเฉิน ร้อยละ 26.88 การรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมาก ($M = 4.34$, $SD = .71$) และความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.52$, $SD = .71$)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การมีโรคประจำตัว การมีรถยนต์ส่วนตัวและการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($p = .325$)

จากผลการวิจัยข้างต้น หน่วยปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ ควรให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลด้านการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินกับประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งความพร้อมของการให้บริการฉุกเฉินทั้งทางด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือและเจ้าหน้าที่บริการ

คำสำคัญ: การรับรู้, ความคาดหวัง, บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

Public health technical officer, Professional level, Ratchaburi provincial health office

Abstract

This retrospective analytical research aimed to study, 1) the situation of using emergency medical service, and 2) the factors related to use emergency medical service of the government hospitals in Ratchaburi province. Data were collected from 398 emergency patients that attended emergency room since year 2018. Samples were collected by using stratified random sampling. The research instruments were questionnaires of the situation of using emergency medical service, perception and expectation toward emergency medical service of emergency patients. The data analyze the frequency distribution, percentage, standard deviation and chi-square test. The results were as follows;

1. The reasons for not using emergency medical service such as they used a private car (57.54%), and they was in a state of shock and forgot to call the emergency medical service (26.88%). The average score of perception toward emergency medical service was at a good level ($M = 4.34$, $SD = .71$), and the average expectation score was at a very good level ($M = 4.52$, $SD = .71$).

2. The chi-square test reveal the having a private care, having a chronic disease, and perception toward emergency medical service were significantly associated with the use of emergency medical service among emergency patients ($p < .05$). Therefore, the expectation score was not correlated with the use of emergency medical service ($p = .325$).

This research finding could be used for all level of emergency medical operations units should be provided information on the recognition of emergency medical services to the public, especially in patients with underlying diseases. In addition, prepare the availability of emergency services in both equipment and service personnel.

Keywords: Perception, Expectation, Emergency medical service

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในทุกประเทศทั่วโลก โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยฉุกเฉินในระดับต่าง ๆ สามารถเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ทั้งถึงและเท่าเทียมกัน (World Health Organization: WHO, 2005) ปัจจุบันประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องภายใต้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องข้อกำหนดว่าด้วยสถานพยาบาล พ.ศ. 2554 ซึ่งได้กำหนดให้การดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินของสถานพยาบาลเป็นไปด้วยความรวดเร็ว มีมาตรฐาน สามารถคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉินให้เป็นไปตามหลักการ

การปฏิบัติฉุกเฉิน โดยมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นหน่วยรับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ทำให้มีการขยายบริการครอบคลุม ทุกจังหวัดทั่วประเทศ โดยประชาสัมพันธ์ผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 ให้ประชาชนรับรู้และสามารถ เข้าถึงบริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น ระบบการแพทย์ฉุกเฉินสามารถตอบสนองความ ต้องการการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่ผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล ให้ความปลอดภัยในชีวิต มากขึ้น (ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง ข้อกำหนดว่าด้วยสถานพยาบาล พ.ศ.2554, 2554)

ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องภายใต้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 และล่าสุดได้มีข้อกำหนดว่าด้วยสถานพยาบาลที่ระบุดำเนินการตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ปี พ.ศ. 2554 กล่าวถึงการปฏิบัติการอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติฉุกเฉินที่ไม่ได้ กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย การจัดการ การประสาน การควบคุมดูแล และ การติดต่อสื่อสาร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการแพทย์ที่ถูกต้อง สมบูรณ์ และทันทั่วถึง เพื่อลดและ ป้องกันความสูญเสียจากอวัยวะที่อาจทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือเกิดความ บกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้การบาดเจ็บหรือการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควร ทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย ซึ่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้จัดระบบการสื่อสารและการ ประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 เพื่อให้ ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว ระบบการแพทย์ฉุกเฉินสามารถ ตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่ผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาลให้มี ความปลอดภัย (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2559)

แผนนโยบายการส่งเสริมให้จัดตั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นในทุกระดับ ครอบคลุมพื้นที่เกือบ ทั้งหมดของประเทศ แต่อัตราการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ยังไม่บรรลุผลเท่าที่ควร ข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยมีการรับแจ้งเหตุและ สั่งการ ในปี พ.ศ.2558 จำนวน 1,362,030 ครั้ง ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 1,488,815 ครั้ง และในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 1,568,952 ครั้ง หรือคิดเป็นอัตรา 2,406.19 ครั้ง ต่อประชากรแสนคน อย่างไรก็ตามยังม ีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่ โดยค่าเฉลี่ยอัตราการ เข้าถึงบริการของผู้ป่วยฉุกเฉินต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2560 เท่ากับ 2,324.57 ครั้ง (SD = 1,047) ซึ่งข้อมูลมีการกระจายสูงมากในเขตอำเภอเมือง พบอัตราการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 40 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, ม.ป.ป.)

จากผลการศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าสัดส่วน ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ห้องฉุกเฉิน มีเพียงร้อยละ 19 - 20 เท่านั้น (วิทยา ขาดิษฐ์ชัย, และ ไพศาล โชติกล่อม, 2556) สอดคล้องกับข้อมูลรายงานผลการ ดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดราชบุรี ระหว่างปี 2557-2559 อยู่ระหว่างร้อยละ 14.00 – 19.50 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, 2561) และจากการศึกษาของณัฐกฤษฎ์ ธรรมกวินวงศ์, สุเทพ สินิกิตติยานนท์, นฤมล ปาเฉย, อรพรรณ มั่นตระกูล, และชนิดา เลิศพิทักษ์พงศ์ (2558) พบว่า ประชาชน

ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ รวมทั้งญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินจากจุดเกิดเหตุไปที่โรงพยาบาลเอง โดยไม่มีการเรียกใช้หรือส่งผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล และส่วนหนึ่งที่ผู้ป่วยเดินทางมาเอง เกิดจากความเข้าใจของผู้ใช้บริการคิดว่า บริการ 1669 ใช้กับการอุบัติเหตุเท่านั้น ผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ มาเดินทางมาโรงพยาบาลจะมีญาติติดตามมาด้วย จึงเกิดความไม่สะดวกในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากสถานการณ์ดังกล่าวจะส่งให้ผู้ป่วยฉุกเฉินของไทยยังคงมีภาวะเสี่ยงที่จะเสียชีวิตและ เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ทั้งนี้ เพราะการนำส่งผู้ป่วยเองหรือเดินทางมาเองในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว ความช่วยเหลือ การเคลื่อนย้ายและการรักษาพยาบาล ในระยะฉุกเฉินที่เหมาะสมกับภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน (ธงชัย อามาศยบัณฑิต, นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์, อินทนิล เชื้อบุญชัย, เสาวนีย์ โสบุญ, และบดินทร์ บุญจันทร์, 2560) นอกจากนี้ ยังพบประเด็นเรื่องการกระจายตัวของหน่วยปฏิบัติการ โดยพบว่ายังมีพื้นที่ประมาณ ร้อยละ 20 ที่ยังไม่มีหน่วยปฏิบัติการ และพื้นที่อีกส่วนหนึ่งที่จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการแล้วแต่ไม่ได้ดำเนินการ (สงครามชัย ลีทองดี, 2556) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมา โดยเฉพาะการรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้น ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในขณะที่ใช้บริการ (กิตติพงศ์ พลเสน, พรทิพย์ วชิรดิolk, อีระ ศิริสมุท, และณัฐวุฒิ คำนวนฤกษ์, 2559; ธงชัย อามาศยบัณฑิต และคณะ, 2560) แต่ยังขาดการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบการศึกษาย้อนหลัง

ผู้วิจัยในสถานะที่ปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี โดยมีบทบาทในการจัดระบบปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่จังหวัดราชบุรี เพื่อบริการประชาชนเมื่อเกิดอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตลอด 24 ชั่วโมง ตามแนวทางการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งได้กำหนดตัวชี้วัดของระบบปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินออกเป็น 2 ระบบใหญ่ๆ คือ 1) ระบบการบริการผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre hospital care) และ 2) ระบบการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลและเครือข่ายการส่งต่อ (In hospital care and inter hospital care) โดยระบบการบริการผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาลประกอบด้วย การรับแจ้งเหตุ การส่งการ การเข้าช่วยเหลือ การคัดกรอง การนำส่ง โดยมีตัวชี้วัด คือ หลังจากที่ได้รับแจ้งเหตุ หน่วยกู้ชีพต้องไปถึงที่เกิดเหตุภายใน 10 นาที ระยะไม่เกิน 10 กิโลเมตร (Response time) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 กรณีผู้ป่วยวิกฤตต้องไปถึงที่เกิดเหตุและให้การช่วยเหลือภายใน 8 นาที ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2558) จังหวัดราชบุรีได้ดำเนินการงานการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ โดยผลการดำเนินงานของจังหวัดราชบุรี ปี พ.ศ. 2559 – 2561 ร้อยละ 75.5, 82.95 และ 85.52 ตามลำดับ และมีผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินค่อนข้างน้อย ร้อยละ 14 – 19.5 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, 2561).

การวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินนี้ ดำเนินการวิจัยโดยการวิเคราะห์แบบการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในเขตจังหวัดราชบุรี ในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่จังหวัด

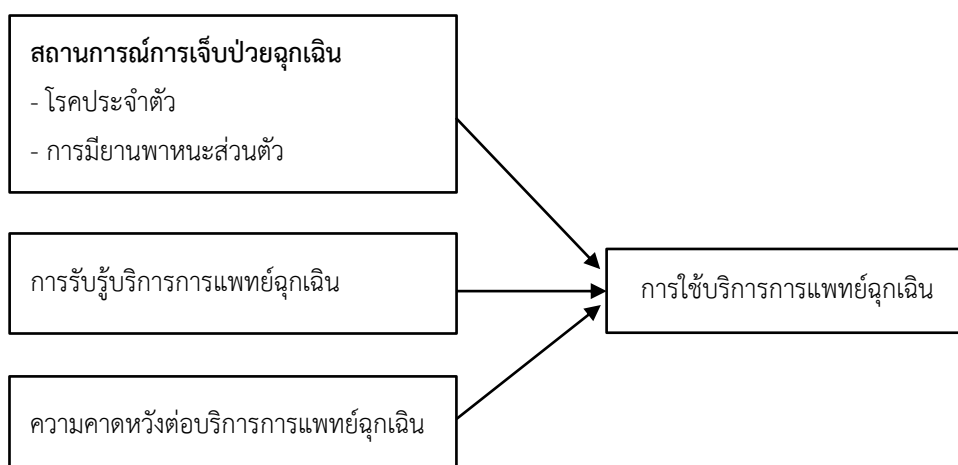
ราชบุรี และส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลือและเข้าถึงบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลในจังหวัดราชบุรี
2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลในจังหวัดราชบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยนี้ ทำการศึกษาตามแนวคิดการรับรู้ของ Schiffman, and Kanuk (2000) การรับรู้ คือ กระบวนการที่แต่ละบุคคลมีการเลือกประมวลผลและการตีความเกี่ยวกับตัวกระตุ้น ในการวิจัยนี้ บริการการแพทย์เป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ การรับรู้นี้ช่วยให้บุคคลตัดสินใจเลือกและตีความในสิ่งที่ได้รับจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งศึกษาตามแนวคิดความคาดหวังของ Vroom (1984) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลต้องการแสดงพฤติกรรมใดๆ ขึ้นอยู่กับความหวังของบุคคลนั้นว่ามีพฤติกรรมหรือการกระทำซึ่งจะนำผลลัพธ์ที่ต้องการและความน่าสนใจของผลลัพธ์ที่ได้นั้นมากขึ้น และแสดงออกมาเป็นคุณค่าของการบริการนั้นๆ ดังนั้น หากบุคคลมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก็จะทำให้บุคคลเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งศึกษาปัจจัยสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ การมีโรคประจำตัวและการมียานพาหนะส่วนตัว โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective analytical research) มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในเขต จังหวัดจังหวัดราชบุรี จำนวน 11 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 106,256 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดราชบุรีและที่มารับการรักษาพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดราชบุรี ในปี พ.ศ. 2561 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie, and Morgan (1970) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 383 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 10 % เพื่อชดเชยข้อมูลที่อาจไม่สมบูรณ์ รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 423 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) จากโรงพยาบาลของรัฐ 11 แห่งในเขต จังหวัดราชบุรี และสุ่มตัวอย่างจากแต่ละโรงพยาบาลเข้าสู่วิจัยตามสัดส่วน (Proportional allocation) รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตจังหวัดจังหวัดราชบุรี ปี พ.ศ. 2561

โรงพยาบาล	การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน			
	ประชากร (คน)		กลุ่มตัวอย่าง (คน)	
	ไม่ใช้	ใช้	ไม่ใช้	ใช้
โรงพยาบาลราชบุรี	19,697	1,366	79	5
โรงพยาบาลบ้านโป่ง	24,581	1,705	97	7
โรงพยาบาลโพธาราม	12,387	361	49	3
โรงพยาบาลดำเนินสะดวก	12,850	633	51	3
โรงพยาบาลบางแพ	804	101	3	1
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จอมบึง	13,912	523	54	3
โรงพยาบาลวัดเพลง	619	73	2	1
โรงพยาบาลปากท่อ	1,540	152	6	1
โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน	1,856	138	7	1
โรงพยาบาลสวนผึ้ง	5,717	950	22	4
โรงพยาบาลบ้านคา	5,503	788	21	4
รวม	99,466	6,790	391	32
รวมทั้งสิ้น	106,256		423	

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็นญาติของผู้ป่วยที่มีสัญชาติไทย โดยไม่จำกัดเพศ และมีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป 2) พักอาศัยอยู่ในจังหวัดราชบุรี 3) ติดต่อขอเก็บรวบรวมข้อมูลได้จาก เบอร์โทรศัพท์ 4) พูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้ และ 5) ยินดีให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว สิทธิการรักษา การมียานพาหนะส่วนตัว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามสถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) เกี่ยวกับการเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ สถานที่เกิดเหตุ ช่วงเวลาของการเกิดเหตุ กิจกรรมที่กระทำขณะเกิดเหตุ ส่วนสาเหตุของการเจ็บป่วยที่ต้องใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การโทรแจ้งเหตุฉุกเฉิน พาหนะที่ใช้ในการมารับบริการ และเหตุผลในการไม่เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เรียงจากน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ไปยังมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ตามลำดับแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ 5 ข้อ 2) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ 5 ข้อ 3) การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน 2 ข้อ 4) การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ 4 ข้อ 5) การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง 4 ข้อ และ 6) การนำส่งสถานพยาบาล 6 ข้อ รวมเป็น 26 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 12 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เรียงจากน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ไปยังมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ตามลำดับ

ตอนที่ 5 การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) ได้แก่ การใช้และไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

แบบสอบถามการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 2 ท่าน และด้านระเบียบวิธีวิจัย 1 ท่าน และนำแบบสอบถามการรับรู้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและแบบสอบถามความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .841 และ .918 ตามลำดับ และมีเกณฑ์ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2535)

ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบการศึกษาย้อนหลังนี้ มีวิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ภายหลังการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตในการเข้าถึงข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในเขตจังหวัดจังหวัดราชบุรีต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 11 แห่ง รวมทั้งการคัดเลือกผู้ช่วยนักวิจัยจากโรงพยาบาลทั้ง 11 แห่ง พร้อมกับชี้แจงเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการสุ่มตัวอย่างและการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากหมายเลขประจำตัวผู้ป่วย (Hospital number) และมีความสมบูรณ์ตามเกณฑ์ โดยนำมาจัดแยกตามกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากนั้นสุ่มเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีเลขประจำตัวผู้ป่วยเป็นเลขคู่ จนได้ครบตามจำนวนและสำรองไว้อีกกลุ่มละ 10% เพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่ไปเก็บข้อมูลแล้วไม่สามารถเก็บได้ ซึ่งได้จัดเรียงไว้ตามลำดับ

3. ดำเนินการให้ผู้ช่วยนักวิจัย ติดตามไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยที่บ้านตามที่อยู่ ในแจ้งไว้กับโรงพยาบาล โดยมีการติดต่อเพื่อนัดหมายการเก็บรวบรวมข้อมูลตามหมายเลขโทรศัพท์ที่แจ้งไว้กับโรงพยาบาล ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม พ.ศ.2562 โดยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยที่คัดเลือกเฉพาะแบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 398 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94.09

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะการเกิดภาวะฉุกเฉินและการเลือกใช้การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi square test) โดยจัดกลุ่มตัวแปรต้น ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ออกเป็น ไม่มี มีแต่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน และมีและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน ตัวแปรการมี/ไม่มีรถยนต์ส่วนตัว ตัวแปรการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกเป็น 2 ระดับ คือ น้อย (เลือก 1 – 3 คะแนน) และระดับมาก (เลือก 4 – 5 คะแนน) และตัวแปรความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกออกเป็น 3 ระดับ คือ น้อย (เลือก 1 – 2 คะแนน) ปานกลาง (เลือก 3 คะแนน) และมาก (เลือก 4 – 5 คะแนน) และตัวแปรตาม คือ การใช้/ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการทดสอบไคสแควร์ คือ ค่าความถี่ที่คาดหวัง (Expected count) ในแต่ละช่อง ต้องไม่ต่ำกว่า 5 และไม่มากกว่า 20% ของจำนวนช่องทั้งหมด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี หมายเลข RbPH REC 010/2562 ลงวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 โดยผู้ช่วยนักวิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ตลอดจนการชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลทุกอย่างถูกเก็บไว้

เป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมทางวิชาการ ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่างได้และทำลายข้อมูลหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในเขตจังหวัดราชบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.80 และเป็นเพศชายร้อยละ 40.20 มีอายุเฉลี่ย 43.99 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.52 โดยมีช่วงอายุระหว่าง 20 – 40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 49.49 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 41 – 60 ปี ร้อยละ 34.17 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 29.90 มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 19.85 และปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 1.26 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 35.18 เกษตรกรรม ร้อยละ 16.83 และนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 2.51 การพักอยู่อาศัยส่วนใหญ่อยู่กับสมาชิกหลายคนในครอบครัว ร้อยละ 50.75 อยู่กับผู้สูงอายุ ร้อยละ 33.42 และอยู่คนเดียว ร้อยละ 7.79 ครอบครัวมีรถยนต์ ร้อยละ 62.81 รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 90.95 ลักษณะที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่อยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 59.30 เขตเทศบาลตำบล ร้อยละ 25.63 และเขตเทศบาลเมือง ร้อยละ 15.07 ตามลำดับ

2. สถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลในจังหวัดราชบุรี

2.1 การเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเกิดในบ้าน/ในบริเวณบ้าน ร้อยละ 68.84 และเกิดนอกบ้าน/สถานที่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 31.16 เวลาของการเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เกิดช่วงเวลากลางวัน ร้อยละ 53.02 เกิดในช่วงเวลาเย็นถึงกลางคืน ร้อยละ 26.88 ช่วงดึก/ไม่ระบุเวลาเกิดเหตุ ร้อยละ 10.05) ตามลำดับ ขณะเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่กำลังนอน (ร้อยละ 28.90) กำลังทำงานบ้าน ร้อยละ 26.38) และทำกิจกรรมอื่นๆ ร้อยละ 10.05) ตามลำดับ ส่วนสาเหตุของการเจ็บป่วยที่ทำให้ต้องใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุด คือ การเจ็บป่วยทั่วไป ร้อยละ 69.10 และเกิดจากอุบัติเหตุ ร้อยละ 30.90 เมื่อการเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ไม่ได้โทรแจ้งเหตุ ร้อยละ 84.92 และโทรแจ้งเหตุ ร้อยละ 15.08 เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน พบว่าส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลด้วยรถยนต์ส่วนตัว ร้อยละ 53.52 อาศัยรถเพื่อนบ้าน ร้อยละ 15.33 และรถอื่นๆ ร้อยละ 1.26 ตามลำดับ โดยมีเหตุผลในการไม่เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินคือ การมารับบริการด้วยรถยนต์ส่วนตัวมีความสะดวก ร้อยละ 57.54 รองลงมาคือ อยู่ในภาวะตกใจ ทำให้ไม่ได้นึกถึงรถพยาบาลฉุกเฉิน ร้อยละ 26.88 และไม่รู้ว่าจะแจ้งที่หมายเลขใด ร้อยละ 17.09 ตามลำดับ และเหตุผลของการไม่เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อยที่สุด คือ เคยมีประสบการณ์ใช้แล้ว ไม่ประทับใจ ร้อยละ 3.27

2.2 การรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care) การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit) และการนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to definitive care) ผลการวิจัย

พบว่า การรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($M = 4.34$, $SD = .71$) และในรายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การนำส่งสถานพยาบาล ($M = 4.40$, $SD = .72$) รองลงมา คือ การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ ($M = 4.36$, $SD = .80$) และต่ำสุดในด้านการลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง ($M = 4.07$, $SD = .79$) รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามรายด้านและโดยรวม ($n = 398$)

การรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	M	SD	ระดับ
การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ	4.17	.83	มาก
การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ	4.25	.86	มาก
การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน	4.28	.77	มาก
การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ	4.36	.80	มาก
การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง	4.07	.79	มาก
การนำส่งสถานพยาบาล	4.40	.72	มาก
โดยรวม	4.34	.71	มาก

2.3 ความคาดหวังต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.52$, $SD = .71$)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลในจังหวัดราชบุรี

ผลการทดสอบทดสอบไคสแควร์ พบว่า ปัจจัยด้านการมีโรคประจำตัว ($p = .000$) การมีรถยนต์ส่วนตัว ($p = .016$) และการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($p = .004$) มีความสัมพันธ์กับการใช้/ ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในเขตจังหวัดราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ยกเว้น ความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($p = .325$) โดยร้อยละ 3.80 ของผู้ที่มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินมีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และร้อยละ 10.80 ของผู้ที่มีโรคประจำตัวแต่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และร้อยละ 5.50 ของผู้ไม่มีรถยนต์ส่วนตัวมีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และร้อยละ 58.00 ของผู้ไม่มีรถยนต์ส่วนตัว ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 10.30 ของผู้ที่มีระดับการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมในระดับมาก ที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และร้อยละ 11.30 ของผู้ที่มีระดับการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมในระดับน้อย ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการทดสอบไคสแควร์

ปัจจัย	การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (จำนวน/ร้อยละ)			χ^2	p
	ใช้	ไม่ใช้	รวม		
โรคประจำตัว				19.64*	.000
ไม่มี	21(5.30)	273(68.60)	294(73.09)		
มีแต่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน	5(1.30)	43(10.80)	48(12.10)		
มีแต่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน	15(3.80)	41(10.30)	56(14.00)		
รถยนต์ส่วนตัว				5.83*	.016
มี	19(4.80)	231(58.00)	250(62.80)		
ไม่มี	22(5.50)	126(31.70)	148(37.20)		
การรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน				11.21*	.004
น้อย	0(0.00)	45(11.30)	45(11.30)		
มาก	41(10.30)	312(78.40)	353(88.70)		
ความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน				2.25	.325
ฉุกเฉิน	1(0.20)	32(8.10)	33(8.30)		
น้อย					
ปานกลาง	14(3.50)	103(25.90)	117(29.40)		
มาก	26(6.50)	222(55.70)	248(62.30)		

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลในจังหวัดราชบุรี

1.1 การเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากการเจ็บป่วยขณะอยู่ที่บ้าน และเกิดในช่วงเวลากลางวัน และสาเหตุของการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นจากโรคทั่วไปที่ไม่ใช่อุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บ จึงไม่ได้โทรแจ้งเหตุ จึงทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และจากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรถยนต์ส่วนตัว จึงเดินทางมาโรงพยาบาลด้วยรถยนต์ส่วนตัว เพราะมีความสะดวกกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพงศ์ พลเสน และคณะ (2559) ที่พบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินมาโรงพยาบาลด้วยรถยนต์ส่วนตัว ร้อยละ 83.80 โดยให้เหตุผลว่าเพื่อความอุ่นใจและไว้วางใจบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดมากกว่าใช้รถกู้ชีพ รวมทั้งมีความเชื่อว่า “ยิ่งถึงมือหมอเร็วเท่าไร จะยิ่งปลอดภัยมากขึ้น” และ “ใช้รถยนต์ส่วนตัวสะดวกไปได้เลยไม่ต้องรอ ไม่รู้จะมาเมื่อไหร่” ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การประชาสัมพันธ์และการทำความเข้าใจกับประชาชนในเรื่อง ความจำเป็นของการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นประเด็นที่ต้องแก้ไขปรับปรุงต่อไป

1.2 การรับรู้บริการการแพทย์โดยรวม พบว่า อยู่ในระดับมาก ($M = 4.34$, $SD = .71$) ทั้งนี้ เป็นเพราะประชาชนเกิดการเรียนรู้ถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินจากสื่อต่างๆ เช่น ป้าย/โปสเตอร์ ประชาสัมพันธ์ การได้รับข้อมูลจากและคำบอกเล่าของผู้ที่มีประสบการณ์ต่างๆ ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมของการดำเนินชีวิต ซึ่งกระบวนการรับรู้ (Perception Process) เป็นกระบวนการทางความคิด (Cognitive process) ที่ประกอบด้วยสิ่งเร้า (Stimuli) แล้วจึงแปลออกเป็นการรับรู้ซึ่งเป็นประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงและเพิ่มพูนอยู่ตลอดเวลา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณชชา หาญสุทธิเวชกุล, บริบูรณ์ เชนธนากิจ, และบวร วิทย์ชำนานกุล (2556) พบว่า การรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยส่วนใหญ่มาจากป้ายข้างทาง ป้ายโฆษณา และสอดคล้องกับการศึกษาของณชชาภัทร ชันสาคร, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล, วิริทธิ์ กิตติพิชัย, และอุมาวดี เหลาทอง (2559). ที่ว่าทราบเบอร์โทรศัพท์ 1669 จากสติ๊กเกอร์ที่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) นำมาแจกเพื่อให้ติดไว้ที่บ้านและบางรายรู้จักเบอร์ 1669 จากการประชาสัมพันธ์ทางวิทยุ

1.3 ความคาดหวังต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.52$, $SD = .71$) ทั้งนี้ เนื่องจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นภาวะวิกฤต เมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้ป่วยย่อมมีความคาดหวังถึงความปลอดภัยที่ได้รับจากบริการทางการแพทย์ ความคาดหวังเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ให้บริการต้องคำนึงว่าตนเองมีการบริการอย่างเต็มความสามารถและเต็มใจที่สุด ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของจิตรประไพ สุรชิต (2560) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.48) ทั้งนี้ อาจเป็นปัจจัยที่ขึ้นอยู่กับบริบทและสถานการณ์ความเจ็บป่วย

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลในจังหวัดราชบุรี

ผลการวิจัย พบว่า การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) โดยร้อยละ 3.80 ของผู้ที่มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินมีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และร้อยละ 1.30 ของผู้ที่มีโรคประจำตัวแต่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งนี้เป็นเพราะการมีโรคประจำตัวมีโอกาสเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินขึ้นได้ตลอดเวลาและอาจเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินบ่อยครั้ง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินจึงมักเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพงศ์ พลเสน และคณะ (2559) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรังและหอบหืด มีโอกาสใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว

การมีรถยนต์ส่วนตัว พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .016$) โดยร้อยละ 5.50 ของผู้ไม่มีรถยนต์ส่วนตัวมีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และร้อยละ 58.0 ของผู้ที่มีรถยนต์ส่วนตัว ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า การใช้รถยนต์ส่วนตัวมีความสะดวก ไม่ยุ่งยากและการเกิดเหตุทำให้ญาติตกใจ จึงไม่นึกถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และใช้รถยนต์ส่วนตัวมากกว่าการพึ่งบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพงศ์ พลเสน และคณะ (2559) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีรถยนต์ จะมีโอกาสไม่ใช้บริการ

การแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าผู้ป่วยบ้านที่ไม่มีรถยนต์ มากเป็น 1.8 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของธงชัย อามาศยบัณฑิต และคณะ (2560) ที่พบว่า การมียานพาหนะส่วนตัว เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยหรือ ผู้นำส่งผู้ป่วยข้ามขั้นตอนการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนมาถึงโรงพยาบาล

การรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .004$) โดยที่ร้อยละ 10.30 ของผู้ที่มีระดับการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยรวมในระดับมากที่สุดใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และร้อยละ 11.30 ของผู้ที่มีระดับการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับน้อยไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีองค์ประกอบหลายอย่าง ตั้งแต่การเจ็บป่วยและการพบเหตุ การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ การลำเลียงย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง และการนำส่งสถานพยาบาล ซึ่งองค์ประกอบของบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงบริการที่ปลอดภัยสำหรับประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธงชัย อามาศยบัณฑิต (2560) พบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยฉุกเฉิน 6.1 เท่าของผู้ที่ไม่รู้ เชื่อมั่นในตนเองต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง จะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 6.0 เท่า ของผู้รับรู้ระดับปานกลางถึงต่ำ ดังนั้น การรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ความคาดหวังต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($p = .325$) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ความคาดหวังเป็นความรู้ความเข้าใจและทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ไม่ได้เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์ต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพราะความคาดหวังจากบริการมาจากบริการที่เห็นได้อย่างชัดเจน จึงทำให้ความคาดหวังต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิตรประไพ สุรชิต (2560) ที่ว่าความคาดหวังการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน

จากผลการวิจัยข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การที่ประชาชนเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้น การรับรู้ระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสิ่งสำคัญ หน่วยกู้ชีพทุกแห่งต้องมีการประชาสัมพันธ์และสร้างความไว้วางใจในบริการของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพราะผู้ป่วยจะตัดสินใจเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจากสิ่งที่ได้รับรู้ นอกจากนี้ยังพบว่า ความคาดหวังผลจากบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะทำให้ผู้ป่วยเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หน่วยกู้ชีพทุกแห่งต้องมีการสร้างระบบความมั่นใจ เพราะหากศักยภาพของบุคลากรและเครื่องมืออุปกรณ์ รวมถึงระบบบริการที่ดี จะสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละระดับและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. บริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับปฐมภูมิ ควรกำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีการกำหนดจุดพิกัดผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน รถกู้ชีพสามารถเข้าไปให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องตามพิกัดที่แจ้งไว้

2. บริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับทุติยภูมิ ควรมีการจัดทำแผนการประชาสัมพันธ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องการโทรแจ้งเหตุผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 อย่างทั่วถึง ควรมีการทำนวัตกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนได้เห็นความสำคัญของการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน และควรมีการพัฒนาสมรรถนะของผู้ให้บริการบนรถฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง เช่น ทักษะในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเหตุ ทักษะการประสานงานระหว่างหน่วยงาน

3. บริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับตติยภูมิ (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป) ควรมีการดำเนินการในลักษณะการประสานเชื่อมโยงบริการของเครือข่ายในระดับต่าง ๆ พร้อมทั้งพัฒนาเทคโนโลยี เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพงศ์ พลเสน, พรทิพย์ วชิรดิถ, ธีระ ศิริสมุด, นายสุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, และณัฐวุฒิ คำนวนฤกษ์. (2559). *สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย* (รายงานการวิจัย). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- จิตรประไพ สุจริต. (2560) การรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน จังหวัดชุมพร. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 31(2), 271-278.
- ณิชาภัทร ชันสาคร, ทศนีย์ ศีลาวรรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล, วิริณธิ์ กิตติพิชัย, และอุมาวดี เหลาทอง. (2559) *การศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ* (รายงานการวิจัย). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล, บริบูรณ์ เชนธนากิจ, และบวร วิทย์ชำนาญกุล. (2556). เหตุใดคนเชียงใหม่เมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรืออุบัติเหตุจึงไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 8(2), 268-269.
- ณัฐกฤษฎ์ ธรรมกวินวงศ์, สุเทพ สนิทิตยานนท์, นฤมล ปาเฉย, อรพรรณ มั่นตะรักษ์, และชนิดา เลิศพิทักษ์พงศ์. (2558). *ประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐ เขตสุขภาพที่ 3* (รายงานการวิจัย). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ธงชัย อามาตย์บัณฑิต. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤต ในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(5), 883-895.

- ธงชัย อามาศยบัณฑิต, นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์, อินทนิล เชื้อบุญชัย, เสาวนีย์ โสบุญ, บดินทร์ บุญจันทร์ (2560). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 11(1), 37-46.
- ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง ข้อกำหนดว่าด้วยสถานพยาบาล พ.ศ.2554. (2554, 4 พฤศจิกายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 128 ตอนพิเศษ 131 ง หน้า 36 สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2562 จาก <https://www.niems.go.th/th/Upload/file/25550110013831.pdf>.
- ประคอง กรณสุต. (2535). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิทยา ขาดิษฐ์ชัย, และไพศาล โชติกล่อม (2556). สถิติผู้ป่วยที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS Service) และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ณ ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2554 (เอกสารอัดสำเนา). ขอนแก่น: ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น.
- สงครามชัย ลีทองดี. (2556). *การประเมินแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี 2553 – 2555* (รายงานการวิจัย). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2558). *คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2559). *แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 – 2564*. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น จำกัด.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). *แผนการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562-2564* (ปรับปรุงจากแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564). สืบค้นเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2561 จาก https://www.niems.go.th/th/Upload/File/256112221455115037_GWJdMn5ejp3gVAdc.pdf.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี. (2561). *รายงานสถานการณ์การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 3 ปีย้อนหลัง* (เอกสารอัดสำเนา). ราชบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Schiffman, L. G., & Kanuk, L. L. (1994). *Consumer behavior* (5thed.). New Jersey: Prentice-Hall.
- Vroom, V. H. (1984). *Work and motivation*. Florida: Krieger Publishing.
- World Health Organization: WHO. (2005). *Prehospital trauma care systems*. Geneva: World Health Organization.