

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี  
The study of factors related to use Emergency Medical Services  
In Sounpheung District, Ratchaburi

บุญนภา ทรงพร\*  
Boonnapa Songporn\*

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลสวนผึ้ง ทั้งที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและไม่ได้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในปี 2562 จำนวน 228 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยทั่วไป ใช้สถิติพรรณนา ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ผลการวิจัย พบว่า

ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ การมีโรคประจำตัว ความรู้เรื่องการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปัจจัยเสริม ได้แก่ พฤติกรรมตั้งใจเลือก และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล การมีรถส่วนตัว การมีหน่วยบริการรถกู้ชีพในพื้นที่ มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001

คำสำคัญ : ปัจจัยนำ, ปัจจัยเอื้อ, ปัจจัยเสริม, บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

## Abstract

This retrospective analytical research aimed to study the factors related to use emergency medical service of Sounpheung hospital Ratchaburi province. Data were collected from 228 emergency patients that attended emergency room since year 2020. Samples were collected by using stratified random sampling. The research instruments were questionnaires of Predisposing Factors, Reinforcing Factors and Enabling Factors. The data analyze the frequency distribution, percentage, standard deviation and statistic analysts by chi-square test. The results shown that

Predisposing Factors included age, disease, the knowledge of emergency medicine, knowledge of emergency medicine systems, Attitudes towards the emergency medical system. Reinforcing Factors included Behavior. Enabling Factors included distance, private car, emergency medical service in the communities were s related to the selection of emergency medical service at a significant level .05 and level .001

**Keywords** : Predisposing factors, Enabling factors, Reinforcing Factors, Emergency medical service.

## บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ หรือการเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยโรคอันตราย รวมทั้งสาธารณสุขและภัยพิบัติที่เพิ่มสูงขึ้น ถึงแม้ประเทศไทยจะมีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง ภายใต้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องข้อกำหนดว่าด้วยสถานพยาบาล พ.ศ. 2554 ซึ่งได้กำหนดให้การดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินของสถานพยาบาลเป็นไปด้วยความรวดเร็ว มีมาตรฐาน สามารถคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉินให้เป็นไปตามหลักการการปฏิบัติฉุกเฉิน โดยมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นหน่วยรับผิดชอบการบริหารจัดการ โดยประชาสัมพันธ์ผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 ให้ประชาชนรับรู้ และสามารถเข้าถึงบริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น ระบบการแพทย์ฉุกเฉินสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่ผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาลให้มีความปลอดภัยในชีวิตมากขึ้น<sup>(1)</sup>

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้จัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 (ปี 2562 - 2564) โดยกำหนดวิสัยทัศน์ประเทศไทยมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน ซึ่งทุกคนเข้าถึง ได้อย่างทั่วถึง และเท่าเทียมด้วยความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน เป้าหมายเพื่อลดการเสียชีวิตและความพิการจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคและภัย การเจ็บป่วยฉุกเฉิน หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม ทันทีที่อาจจะทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต อวัยวะหรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควร ดังนั้น ทุกจังหวัดต้องมีการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ครอบคลุมและ

ประเทศไทย มีความก้าวหน้าในหลายส่วน อันเกิดจากการส่งเสริมและสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น การพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล โดยมีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมง ครอบคลุมทุกจังหวัด แม้ว่าในด้านมาตรฐานและคุณภาพของการปฏิบัติการจะอยู่ระหว่างการพัฒนาผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน และหน่วยปฏิบัติการให้เพิ่มขึ้นก็ตาม ถึงแม้การเข้าถึงบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ เนื่องมาจากการกระจายตัวของหน่วยปฏิบัติการที่ขึ้นทะเบียนในหลายจังหวัดยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ มีพื้นที่ที่ยังไม่มีหน่วยปฏิบัติการถึง ร้อยละ 20 รวมทั้งหน่วยปฏิบัติการที่ขึ้นทะเบียนแล้วแต่ปฏิบัติงานจริงมีเพียง ร้อยละ 59 ส่วนประชาชนก็ยังไม่รับรู้และตระหนักถึงภาวะฉุกเฉิน ทางบริการและการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมอย่างทันที่วงที่มีสัดส่วนน้อยเมื่อเทียบกับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินอยู่ระหว่าง ร้อยละ 10 - 20 เท่านั้น ดังนั้น สถานบันการแพทย์ฉุกเฉิน จึงมีแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 - 2564 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันความพิการและเสียชีวิตจากภาวะฉุกเฉิน และผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบริการที่ได้ตามมาตรฐานตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน ซึ่งทุกคนเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม” โดยดำเนินการตาม 5 ยุทธศาสตร์ของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 คือ 1) พัฒนามาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน 2) พัฒนาระบบบริหารจัดการผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 3) พัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 4) พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้ง

ในและต่างประเทศ และ 5) การสื่อสารสาธารณะ ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนตระหนักในสิทธิและหน้าที่ในด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ตลอดจนตระหนักถึงภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือการบริการทางการแพทย์<sup>(2)</sup>

ผลการศึกษาของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พบว่า เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละช่วงเวลา Response time และ Operation time เป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มหรือลดโอกาสความสูญเสียของการเสียชีวิต หากใช้เวลาการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น โอกาสสูญเสียจะเพิ่มมากขึ้นไม่ว่าจะซ้ำในกระบวนการใดจะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงจากอาการแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น โดยอาจส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตหรือพิการได้<sup>(3)</sup>

จากการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล<sup>(4)</sup> พบว่า อุบัติการณ์การตายและพิการของผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถลดลงได้ด้วยการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล จากรายงานล่าสุดมีเพียง ร้อยละ 3.1 เท่านั้นที่ใช้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ก่อนถึงโรงพยาบาล โดยการทบทวนบทความทั้งหมด 31 บทความ ผลการสังเคราะห์ พบว่า การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยเร่งด่วนนั้นเป็นการใช้บริการโดยเรียกสายด่วน 1669 และวิธีการอื่นๆ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมของผู้ใช้บริการที่เกี่ยวข้อง เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และการมีพาหนะส่วนตัว ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ ทศนคติต่อ EMS การเคยใช้บริการ EMS การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้บริการ EMS การเข้าถึงข้อมูลบริการ ความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยเร่งด่วนที่

จะต้องใช้ EMS และความเชื่อมั่นในตนเองต่อการใช้ระบบ EMS

การดำเนินงานด้านการแพทย์ของจังหวัดราชบุรี ในปี 2559 มีผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 146,928 ราย มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 11,987 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.16 มาโดยตนเอง ญาติหรือผู้ประสบเหตุ จำนวน 134,941 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.84 ในปี 2560 มีผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 163,559 ราย มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 13,797 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.44 มาโดยตนเอง ญาติหรือผู้ประสบเหตุ จำนวน 149,762 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.56 และในปี 2561 มีผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 106,256 ราย มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 14,400 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.55 มาโดยตนเอง ญาติหรือผู้ประสบเหตุจำนวน 91,856 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.46<sup>(5)</sup>

ผู้วิจัยในฐานะผู้ที่ปฏิบัติงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลสวนผึ้ง มีภารกิจที่สำคัญ คือ การให้บริการผู้ป่วยที่เจ็บป่วยฉุกเฉินในเรื่องต่างๆ ทั้งจากโรคประจำตัวและจากอุบัติเหตุ จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชากรในเขตอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี โดยนำแนวคิด PRECEDE Model ของ Lawrence W.Green & Kreuter, M. W.<sup>(6)</sup> มาวิเคราะห์ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ร่วมกับศึกษาคุณภาพของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวนผึ้ง เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางแก้ปัญหา ปรับปรุง กระบวนการในการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี เพื่อให้ประชาชนได้รับผลประโยชน์สูงสุดในการได้รับการช่วยเหลือและเข้าถึงบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

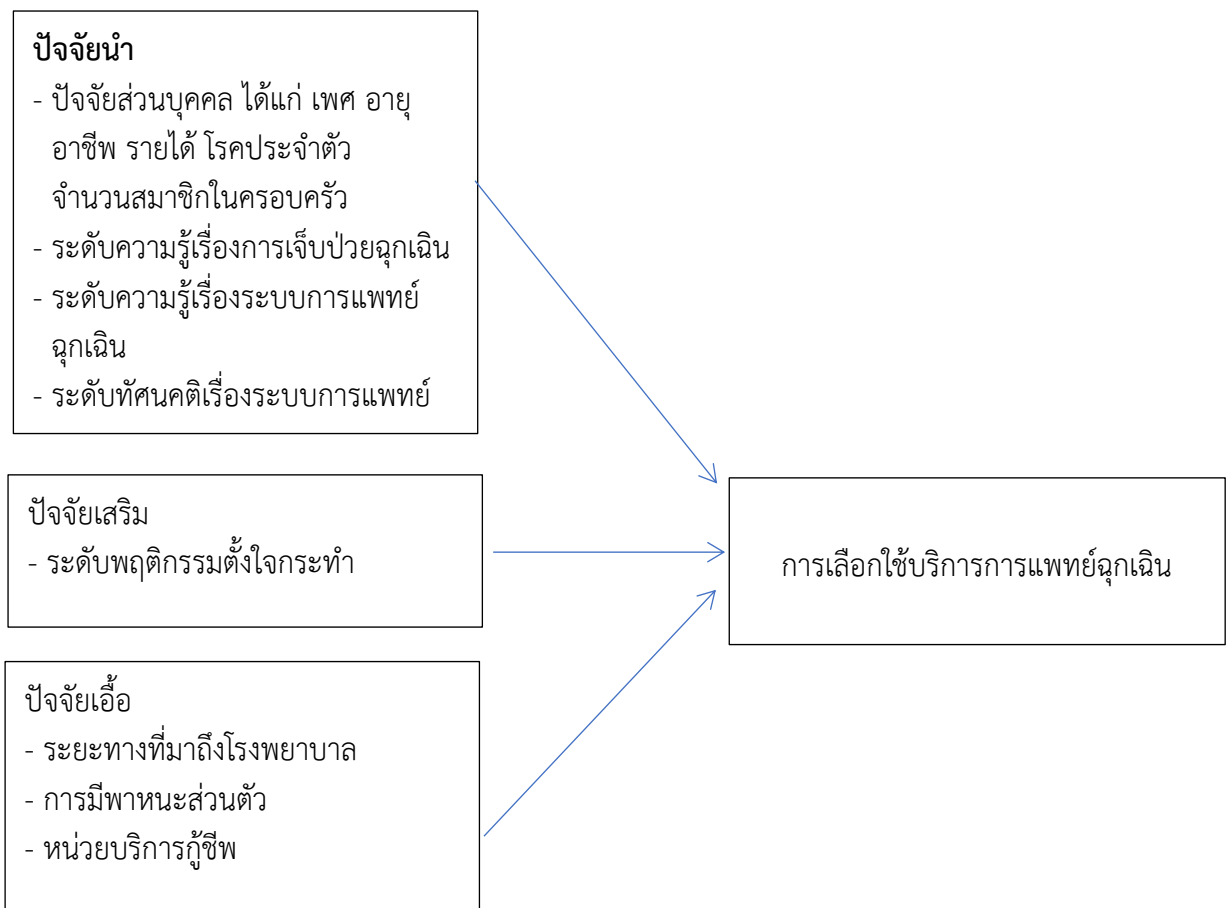
เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการ  
เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนใน  
อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี

### กรอบแนวคิด

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม  
ตามแนวคิด PRECEDE Model ของ Lawrence  
W. Green & Kreuter, M. W.<sup>(6)</sup> มีผลต่อการ  
เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน  
อำเภอสวนผึ้ง เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการ  
ปรับปรุงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้  
ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก รวดเร็ว  
ต่อไป

#### ตัวแปรต้น

#### ตัวแปรตาม



## วิธีดำเนินการวิจัย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่พักอาศัยอยู่ในอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี ทั้งที่มารับการบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินและไม่ใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในปี 2562

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลสวนผึ้ง ทั้งที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและไม่ได้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในปี 2562 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G\* Power 3.1 โดย Cohen<sup>(7)</sup> กำหนดขนาด effect size เท่ากับ 0.3,  $\alpha = 0.05$ ,  $\beta = 20$  ค่า Power of test = 80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 228 คน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามจำนวนประชากรของแต่ละตำบล

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 : แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และปลายเปิดแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 : แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย ความรู้เรื่องการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบถูกหรือผิด

ส่วนที่ 3 : แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม คือ ความตั้งใจเลือกบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบปลายปิด

เกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบมาตราประเมินค่าแบบบรรยายตามหลักการของลิเคิร์ต (Likert scale data) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ เรียงจากน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ไปยังมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ตามลำดับ ในข้อที่เป็นคำถามเชิงนิเสธจะให้คะแนนกลับกัน

ส่วนที่ 4 : แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย ระยะทางจากโรงพยาบาลการมีพาหนะส่วนตัว และเครือข่ายบริการกู้ชีพ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และปลายเปิดแบบเติมคำ

ส่วนที่ 5 : การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ให้เลือกตอบว่าใช่ หรือ ไม่ใช่

### การหาคุณภาพของเครื่องวัด Validity และ Reliability

1. การหาความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้ว มาปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์และความตรงของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา และหาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence = IOC) เท่ากับ .75

2. การหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (Try out) โดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาความเชื่อมั่น โดยการคำนวณ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach,s Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

ความรู้เรื่องการเจ็บป่วยฉุกเฉิน  
= .852

ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการ  
การแพทย์ฉุกเฉิน = .732  
ทัศนคติต่อระบบการแพทย์  
ฉุกเฉิน = .817  
ความตั้งใจเลือกบริการ  
การแพทย์ฉุกเฉิน = .899

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อ ประสิทธิภาพ  
การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน วิเคราะห์โดยใช้  
สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่  
การแจกแจงความถี่ ร้อยละ (Percentage)  
การวิเคราะห์ระดับความรู้ เรื่องความรู้เรื่อง  
การเจ็บป่วยฉุกเฉิน และความรู้เกี่ยวกับระบบ  
บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา  
(Descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่  
ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic  
Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard  
Deviation) การวิเคราะห์หิวเคราะห์ปัจจัยที่มี  
ความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดย  
การทดสอบไคสแควร์ (Chi square test)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจาก  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี หมายเลข RbPH REC  
010/2562 ลงวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562  
ได้ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย  
ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธ  
การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ  
ข้อมูลทุกอย่างจะเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอ  
ผลการวิจัยเป็นภาพรวมทางวิชาการ ซึ่งไม่

สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่างได้และทำลายข้อมูล  
หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มารับ  
บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาล  
สวนผึ้ง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.16 เป็น  
เพศชาย ร้อยละ 36.84 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น  
ญาติของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ร้อยละ 78.51 เป็น  
ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ร้อยละ 21.49 กลุ่มตัวอย่าง  
ส่วนใหญ่มีอายุ 41 – 60 ปี ร้อยละ 52.63 รองลงมา  
อายุ 20 – 40 ปี ร้อยละ 28.51 กลุ่มตัวอย่างมีอายุ  
เฉลี่ย 47 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ  
64.91 รองลงมาเป็นอาชีพค้าขาย ร้อยละ 17.11  
ส่วนใหญ่มีรายได้ 50,000 – 10,000 บาท ร้อยละ  
46.05 รองลงมาเป็นน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ  
14.06 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.67  
ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 4 - 6 คน ร้อยละ  
49.12

ผลการศึกษาระดับความรู้เรื่องการ  
เจ็บป่วยฉุกเฉิน พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการ  
เจ็บป่วยฉุกเฉิน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.26  
รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 17.98  
ความรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน  
ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.63  
รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 12.72 ระดับ  
ทัศนคติส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ  
61.48 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 25.00  
ระดับของความตั้งใจเลือกบริการการแพทย์ฉุกเฉิน  
ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 58.33  
รองลงมาเป็นระดับมาก ร้อยละ 29.39 ดังตาราง  
ที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงระดับความรู้เรื่องการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และความรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน  
(n = 228)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D
ความรู้เรื่องการเจ็บป่วยฉุกเฉิน			2.79	.450
ระดับน้อย	4	1.76		
ระดับปานกลาง	41	17.98		
ระดับมาก	183	80.26		
ความรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน			2.03	.473
ระดับน้อย	22	9.65		
ระดับปานกลาง	177	77.63		
ระดับสูง	29	12.72		
ทัศนคติต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉิน			2.84	.432
ระดับน้อย	6	2.63		
ระดับปานกลาง	24	10.53		
ระดับมาก	57	25.00		
ระดับมากที่สุด	141	61.84		
ความตั้งใจเลือกบริการการแพทย์ฉุกเฉิน			4.44	.774
ระดับน้อยที่สุด	2	0.88		
ระดับน้อย	1	0.44		
ระดับปานกลาง	25	10.96		
ระดับมาก	67	29.39		
ระดับมากที่สุด	133	58.33		

การวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลสวนผึ้ง พบว่า

ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในบ้าน ความรู้เรื่องการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ความรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ปัจจัยนำ ด้าน อายุ โรคประจำตัว ความรู้เรื่องการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์กับการ

เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .001 และ .05 ตามลำดับ

ปัจจัยเสริม ได้แก่ พฤติกรรมตั้งใจเลือก มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล การมีรถส่วนตัว การมีหน่วยบริการกู้ชีพในพื้นที่ มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .001 และ .001 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ปัจจัย	การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน			$\chi^2$	P value
	ใช้	ไม่ใช้	รวม		
<b>ปัจจัยนำ</b>					
เพศ				2.569	.125
ชาย	40 (47.6)	44 (52.4)	84 (100)		
หญิง	53 (36.8)	91 (63.2)	144 (100.0)		
อายุ					
น้อยกว่า 40 ปี	37 (52.1)	34 (47.9)	71 (100)		
มากกว่า 41 ปี	56 (35.7)	101 (64.3)	157 (100)	5.474*	.019
อาชีพ					
รับราชการ	1 (20.0)	4 (80.0)	5 (100)		
รับจ้าง	62 (41.9)	86 (58.1)	148 (100)		
ค้าขาย	20 (51.3)	19 (48.7)	39 (100)	5.271	.153
เกษตรกรรม	10 (27.8)	26 (72.2)	36 (100)		
รายได้					
น้อยกว่า 5,000 บาท	16 (50.0)	16 (50.)	32 (100)		
5,001 – 10,000 บาท	43 (41.0)	62 (59.0)	105 (100)	.826	.662
10,001 บาทขึ้นไป	28 (43.8)	36 (56.2)	64 (100)		
โรคประจำตัว					
ไม่มีโรคประจำตัว	50 (32.9)	102 (67.1)	152 (100)		
มีโรคประจำตัว	43 (56.6)	33 (43.4)	76 (100)	11.768***	.001
จำนวนสมาชิกในบ้าน					
1 – 3 คน	32 (45.1)	17 (54.9)	71 (100)	1.853	.396
4 – 6 คน	46 (36.8)	79 (63.2)	125 (100)		
7 คน ขึ้นไป	15 (46.9)	17 (53.1)	32 (100)		

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ต่อ)

ปัจจัย	การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน			$\chi^2$	P value
	ใช้	ไม่ใช้	รวม		
ระดับความรู้เรื่องการเจ็บป่วยฉุกเฉิน					
ระดับปานกลาง	11 (25.0)	33 (75.0)	44 (100)	10.304**	.006
ระดับมาก	82 (44.8)	101 (55.2)	183 (100)		
ระดับความรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน					
ระดับปานกลาง	85 (42.7)	114 (57.3)	22 (100)	2.398	.121
ระดับมาก	8 (27.6)	21 (72.4)	29 (100)		
ระดับทัศนคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน					
ระดับปานกลาง	6 (20.0)	24 (80.0)	30 (100)	6.182*	.013
ระดับมาก	87 (43.9)	111 (56.1)	198 (100)		
<b>ปัจจัยเสริม</b>					
ระดับพฤติกรรมตั้งใจเลือก					
ระดับน้อย	1 (3.6)	27 (96.4)	28 (100)	58.590***	.000
ระดับปานกลาง	10 (14.9)	57 (85.1)	67 (100)		
ระดับมาก	82 (61.7)	51 (38.3)	133 (100)		
<b>ปัจจัยเอื้อ</b>					
ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล					
น้อยกว่า 30 กม.	82 (37.8)	135 (62.2)	217 (100)	16.777***	.000
มากกว่า 30 กม.	11 (100)	0 (0)	11 (100)		
การมีรถส่วนตัว					
ไม่มีรถ	4 (57.1)	3 (42.9)	7 (100)	26.480***	.000
มีรถจักรยานยนต์	62 (57.4)	46 (42.6)	108 (100)		
รถแท็กซี่หรือมีรถ	27 (23.7)	86 (76.3)	113 (100)		
มากกว่า 1 ประเภท					
การมีหน่วยบริการรถกู้ชีพในพื้นที่					
ไม่มีบริการรถกู้ชีพ	6 (2.6)	36 (15.8)	42 (18.4)	14.974***	.000
มีบริการรถกู้ชีพ	87 (38.2)	99 (53.4)	186 (81.6)		

\*p &lt; .05, \*\*p &lt; .01, \*\*\*p &lt; .001

## อภิปรายผล

1. ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เรื่องการเจ็บป่วยฉุกเฉิน พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการเจ็บป่วยฉุกเฉินอยู่ในระดับมาก จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถจำแนกได้ว่าการเจ็บป่วยฉุกเฉินมีลักษณะอย่างไร โดยกล่าวว่าผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินคือผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยกะทันหัน ซึ่งภาวะคุกคามต่อชีวิต และรู้ว่าผู้ป่วยฉุกเฉิน ถ้าได้รับการนำส่งโรงพยาบาลอย่างทันเวลา จะมีความปลอดภัย และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นจะทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้น ทั้งนี้เป็นเพราะการประชาสัมพันธ์เรื่องการเจ็บป่วยมีอย่างต่อเนื่องทั้งสื่อต่างๆ ในชุมชนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสื่อทางโทรทัศน์ ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เพราะความรู้คือส่วนผสมของประสบการณ์ คุณค่า สารสนเทศที่เป็นสภาพแวดล้อม Davenport and Prusak<sup>(8)</sup> ความรู้จึงเป็นสารสนเทศที่ผ่านกระบวนการคิดเปรียบเทียบกับนำไปสู่การปฏิบัติ Hideo Yamazaki สำนักงาน ก.พ.ร. และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ<sup>(9)</sup> และศาสตราจารย์นายแพทย์วิจารณ์ พานิช<sup>(10)</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ผดดา อภิบาลศรี และบุญสม เกษะประดิษฐ์<sup>(11)</sup> ได้ศึกษาการวิเคราะห์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชากรโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการเจ็บป่วยฉุกเฉินอยู่ในระดับมาก

2. ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ความรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 77.63) เมื่อวิเคราะห์รายข้อ พบว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่ารถบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีเฉพาะรถของโรงพยาบาลเท่านั้น (ร้อยละ 9.64) ซึ่งไม่รับรู้ว่ามีทั้งรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะมีทั้งรถของมูลนิธิและรถของ อบต. (ร้อยละ 24.56) ทั้งนี้

เป็นเพราะกลุ่มเป้าหมายที่ไม่เคยมีประสบการณ์การเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินก็จะไม่รับรู้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพราะการรับรู้ต้องเกิดจากประสบการณ์ เกิดจากการสังเกตและการลอกเลียนแบบ<sup>(12)</sup> ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิตรประไพ สุรจิต<sup>(13)</sup> ได้ทำการศึกษาเรื่องการรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน จังหวัดชุมพร พบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับน้อย และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ผดดา อภิบาลศรี และบุญสม เกษะประดิษฐ์<sup>(11)</sup> ที่ได้ทำการวิเคราะห์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชากรในโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า พบว่าระดับความรู้เรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อยู่ในระดับสูง

3. ผลการวิเคราะห์ระดับทัศนคติต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 61.84) เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่ากลุ่มเป้าหมายมีทัศนคติที่ดีต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในเรื่องการเรียกรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะทำให้อาการผู้ป่วยไม่ทรุดหนัก ( $\bar{X} = 4.59$ ) ไม่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ( $\bar{X} = 4.39$ ) รถบริการการแพทย์ฉุกเฉินของมูลนิธิไม่ได้เป็นการหาเสียงทางการเมือง ( $\bar{X} = 4.60$ ) และรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินรับบุคคลทั่วไปทั้งที่รู้จักและไม่รู้จัก ( $\bar{X} = 4.65$ ) สอดคล้องกับงานวิจัยของพิมพ์ผดดา อภิบาลศรี และบุญสม เกษะประดิษฐ์<sup>(11)</sup> ที่พบว่าระดับทัศนคติต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประชากรในโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้าอยู่ในระดับสูง เพราะรับรู้ว่าการแพทย์ฉุกเฉินมีประโยชน์ต่อประชาชนในพื้นที่

4. ผลการวิเคราะห์ระดับความตั้งใจเลือกบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 58.33) เมื่อวิเคราะห์รายข้อ พบว่า

กลุ่มเป้าหมายมีความตั้งใจที่จะเลือกใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ เมื่อตนเองหรือบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ฉุกเฉินจะเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็น อันดับแรก ( $\bar{X} = 4.39$ ) เมื่อเจ็บป่วยครั้งต่อไปจะ เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอีก ( $\bar{X} = 4.36$ ) เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพราะมั่นใจว่าจะ ปลอดภัย ( $\bar{X} = 4.42$ ) เรียกใช้บริการการแพทย์ ฉุกเฉินเพราะสามารถไปรับผู้ป่วยได้ทุกที่ ( $\bar{X} = 4.42$ ) ซึ่งฉัฐสพันธ์ เฝ้าพันธ์<sup>(14)</sup> กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลที่ตั้งใจจะปฏิบัติเกิดจาก ความเชื่อ 3 ประการ คือ เชื่อในผลของการกระทำ เชื่อตามกลุ่มอ้างอิง และเชื่อในความสามารถใน การควบคุม การได้รับรู้ถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงทำให้เกิดความเชื่อมั่นและคิดว่าเป็นบริการที่ดี จึงมีความตั้งใจที่จะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับงานวิจัยของณิชาภัทร ชันสาคร และคณะ<sup>(15)</sup> ที่พบว่า เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีความต้องการที่จะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จึง มีการแจ้งเพื่อขอใช้บริการรับส่งผู้ป่วย ร้อยละ 3 และแจ้งโดยญาติหรือสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 14

5. การวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ ต่อการเลือกบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินของโรงพยาบาลสวนผึ้ง พบว่า

### ปัจจัยนำ

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการ เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากเพศ หญิงและเพศชายมีโอกาสเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินเท่าๆ กัน และการเจ็บป่วยฉุกเฉินในแต่ละครั้งอาจมี ปัจจัยอื่นที่สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างเลือกที่จะใช้ หรือไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นส่วนประกอบ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรภา ขุนทองแก้ว<sup>(5)</sup> และเจริญ ปราบปรี<sup>(16)</sup> ที่พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน

อายุ มีความสัมพันธ์กับการเลือก บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยที่ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 40 ปี จะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่า (ร้อยละ 52.1) ผู้ป่วยอายุมากเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินมักจะมี อาการที่รุนแรงกว่า ญาติมีความวิตกกังวลจึงอยาก ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมแพทย์โดยเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิมพ์ณดา อภิบาลศรี และบุญสม เกษะประดิษฐ์<sup>(11)</sup> ที่พบว่า อายุมี ความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการเลือกใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน

โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับ การเลือกบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .001 โดยที่ผู้ที่มีโรคประจำตัวมี การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าผู้ที่ไม่ใช่โรค ประจำตัว (ร้อยละ 56.6) โรคประจำตัวอาจส่งผล ให้ผู้ป่วยฉุกเฉินมีอาการรุนแรง การมีโรค ประจำตัวทำให้บุคคลเกิดความใส่ใจในสุขภาพ ของตนเอง ความใส่ใจในสุขภาพหรือโรคที่เป็นอยู่ เป็นความตระหนักของตนเอง ดังนั้นผู้ป่วยที่มีโรค ประจำตัวเมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินขึ้นมาจึงเกิดความ กังวลว่าจะเกิดอาการรุนแรง จึงต้องการให้ไปถึง โรงพยาบาลด้วยความปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของพิมพ์ณดา อภิบาลศรี และบุญสม เกษะประดิษฐ์<sup>(11)</sup> ที่พบว่า โรคประจำตัวมี ความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการเลือกใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน

ระดับความรู้เรื่องการเจ็บป่วย ฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ความรู้มีอิทธิพลและบทบาทใน การตัดสินใจซึ่งผ่านการวิเคราะห์ว่าจะเกิด ประโยชน์และใช้ได้จริง<sup>(17)</sup> ความรู้เป็นสิ่งที่สั่งสม มาจากการเล่าเรียนหรือประสบการณ์ การที่ ประชาชนมีความรู้เรื่องการเจ็บป่วยอาจเกิดจา การมีประสบการณ์เรื่องการเจ็บป่วยฉุกเฉินและ เคยเห็นผู้ป่วยฉุกเฉินมาก่อน และรับรู้ว่าการ เจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นวิกฤตของชีวิต จึงเกิดความ

ตระหนักและกลัวหากไม่ได้รับการช่วยเหลือจากทีมทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามที่ว่าผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ถ้าได้รับการนำส่งโรงพยาบาลอย่างทันเวลาจะมีความปลอดภัย อยู่ในระดับสูง ดังนั้นเมื่อมีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยหรือญาติจึงเลือกที่จะใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพิมพ์ผดุง อภิบาลศรี และบุญสม เกษะประดิษฐ์<sup>(11)</sup> ที่พบว่า ระดับความรู้เรื่องการเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

ระดับความรู้เรื่องระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ความรู้เป็นประสบการณ์ที่ได้สั่งสมมา ความรู้เรื่องระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินจากสื่อต่างๆ ไม่ว่าจะป็นป้ายประชาสัมพันธ์ หรือคำบอกเล่า แต่ระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีองค์ประกอบหลายอย่างที่อาจมีความซับซ้อนสำหรับประชาชนทั่วไป ในมุมมองของประชาชนอาจมองเป็นความยุ่งยากถึงแม้จะรับรู้ว่าการระบบการแพทย์ฉุกเฉินขั้นตอนมีอะไรบ้าง เมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินความรีบร้อนจึงทำให้ไม่ได้เลือกใช้บริการทางการแพทย์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ เจริญ ปราบปรี<sup>(16)</sup> ที่พบว่า ระดับความรู้เรื่องการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

ทัศนคติต่อระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ทัศนคติเป็นความรู้สึกลและความเชื่อต่อสิ่งนั้นและมีแนวโน้มที่จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรม จากแบบสอบถามพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินในเรื่องของความปลอดภัยและเป็นบริการสาธารณะอยู่ในระดับมาก จึงทำให้เกิดความมั่นใจเมื่อใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับ นคราญ ใจเพียร<sup>(18)</sup> ที่พบว่า ทัศนคติต่อบริการ

การแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

### ปัจจัยเสริม

พฤติกรรมตั้งใจกระทำมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ความตั้งใจกระทำเกิดจากการรับรู้ถึงผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับตัวเอง เมื่อกระทำแล้วจะไม่เกิดอันตราย และรับรู้ถึงศักยภาพในการให้บริการ พฤติกรรมตั้งใจกระทำจึงเป็นการกระทำด้วยเหตุผล<sup>(19)</sup> ความตั้งใจกระทำจึงเป็นผลจากการพิจารณาจากปัจจัยหลายๆ อย่างที่ทำให้ตัดสินใจเลือกกระทำในสิ่งนั้น สอดคล้องกับงานการศึกษาของอุมารินทร์ คำพูล และคณะ<sup>(20)</sup> ที่พบว่า พฤติกรรมเรียกใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 94.1 ซึ่งเกิดจากประสบการณ์การใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน จากคำบอกเล่า และแสดงความต้องการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน ร้อยละ 72.5

### ปัจจัยเอื้อ

ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน การเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ที่ไกลจากโรงพยาบาลสร้างความวิตกกังวลให้กับญาติในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยขณะนำส่ง หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงก็จะมีความปลอดภัยกว่า จึงเลือกใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับงานวิจัยของ นคราญ ใจเพียร<sup>(18)</sup> ที่พบว่า ระยะทางจากบ้าน/ที่เกิดเหตุถึงโรงพยาบาลมากกว่า 10 กิโลเมตร มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

การมีรถส่วนตัวมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน เพราะการใช้รถส่วนตัวในการมารับบริการที่โรงพยาบาลจะมีความคล่องตัวกว่า ไม่มีขั้นตอนที่ซับซ้อนยุ่งยาก สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรภา ขุนทองแก้ว<sup>(5)</sup> ที่พบว่า การมีรถยนต์ส่วนตัวมี

ความสัมพันธ์กับการใช้/ไม่ใช้บริการการแพทย์  
ฉุกเฉิน

หน่วยบริการกู้ชีพในพื้นที่ที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การมีหน่วยบริการกู้ชีพในพื้นที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่สะดวกขึ้น ประชาชนในพื้นที่เกิดความคุ้นเคยทำให้การเรียกใช้บริการเมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ง่ายขึ้น ไม่เสียเวลารอนาน เหมือนกับการเรียกหน่วยกู้ชีพจากพื้นที่อื่น สอดคล้องกับงานวิจัยของนงคราญ ใจเพียร<sup>(18)</sup> ที่พบว่า การมีหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในผู้ป่วยที่มีอายุมากและมีโรคประจำตัวควรมีการให้ความรู้เรื่องการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นกับประชาชน และระบบการแพทย์ฉุกเฉินผ่านสื่อต่างๆ อย่างทั่วถึง เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลและประโยชน์ของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พร้อมทั้งสร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2. ควรมีการติดป้ายประชาสัมพันธ์หมายเลขโทรศัพท์ในการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลจากโรงพยาบาล และในพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการกู้ชีพในพื้นที่

3. ควรมีการพัฒนาศักยภาพของหน่วยกู้ชีพในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พร้อมให้บริการประชาชน

### เอกสารอ้างอิง

1. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน 2560. ราชกิจจานุเบกษา. 2560. เล่มที่ 134 ตอนพิเศษ 94 ง หน้า 5 (ลงวันที่ 31 มีนาคม 2560).

2. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2560 – 2564. (ปรับปรุงจากแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 – 2564). 2561. แหล่งข้อมูลจาก <https://www.niems.go.th/Upload/File/256112221455115037>. (สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2563)
3. พัชรา สิทธิง, พัชรี พงษ์พานิช และ ณิชฎกร ประกอบ. ระยะเวลาการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลชัยนาทนครนทร. 2560. [www.chainathospital.org/chainatweb/assets/research/research19.pdf](http://www.chainathospital.org/chainatweb/assets/research/research19.pdf) (สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2563)
4. ธงชัย อามตยบัณฑิต, นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์, อินทนิล เชื้อบุญชัย, เสาวนีย์ โสบุญ, บดินทร์ บุญจันทร์. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนถึงโรงพยาบาล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560; 11(1): 37-46.
5. สุรภา ขุนทองแก้ว. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดราชบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2562; 2(1): 30-44.
6. Green, L. W., & Kreuter, M. W. Health program planning: An educational and ecological approach. New York: Mc Graw Hill. 2005.
7. Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Academic Press; 1977.
8. พรธิดา วิเชียรปัญญา. การจัดการความรู้ : พื้นฐานและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: ธรรมการพิมพ์; 2547.

9. สำนักงาน ก.พ.ร. และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. การจัดการความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ; 2548.
10. วิจารย์ พานิช. วิธีสร้างการเรียนรู้เพื่อศิษย์ในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์; 2555.
11. พิมพ์ผดุง อภิบาลศรี, บุญสม เกษะประดิษฐ์. การวิเคราะห์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชากรในโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก 2561; 19 (ฉบับพิเศษ): 291-299.
12. Nonaka, kujiro and Takeuchi, Hirotaka. Classic work : Theory of Organizational Knowledge Creation. In Morey, D., Maybury, M.T. and Thuraisingham, B.M. Knowledge Management : Classic and Contemporary Work. Mass.: The MIT Press. 2000.
13. จิตรประไพ สุจริต. การรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน จังหวัดชุมพร. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11 2560; 31(2): 271-278.
14. ณัฐสพันธ์ เผ่าพันธ์. ปัจจัยที่สร้างแรงจูงใจต่อผู้บริโภคในการตัดสินใจซื้อสินค้าผ่านทางเว็บไซต์. รายงานการวิจัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีปทุม; 2551.
15. นิชชาภัทร ชันสาคร และคณะ. การศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
16. เจริญ ปราบปรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดพัทลุง. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2563; 2(2): 199-212.
17. วิชัย วงษ์ใหญ่. “ความรู้” สารานุกรมวิชาชีพรุเฉลิมพระเกียรติ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาส มหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการคุรุสภา; 2552.
18. นคราญใจ เพียร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วนในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ 2564; 22(1): 52-66.
19. ณัฏฐ์ธนัน พรหมมา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจซื้ออาหารเพื่อสุขภาพของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ สาขาบริการธุรกิจมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2556.
20. อุมารินทร์ คำพูล และคณะ. ความเข้าใจของประชาชนต่อการคัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2563; 14(2): 197-207.