



ชื่อโครงการ

ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน
และผู้ป่วยวิกฤตในจังหวัดอุบลราชธานี
(Factors influencing utilization of Emergency medical service of severity
and critical illness patients in Ubonrathchathani province)

นักวิจัย

ดร.ธงชัย อามาตย์บัณฑิต
ดร.นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์
อินทนิล เชื้อบุญชัย
เสาวนีย์ โสบุญ
บดินทร์ บุญจันทร์

หน่วยงานหลักที่ทำวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
“โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.)”
(ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของนักวิจัย
มิใช่ความเห็นของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ)

31 กรกฎาคม 2559



ชื่อโครงการ

ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน
และผู้ป่วยวิกฤตในจังหวัดอุบลราชธานี

(Factors influencing utilization of Emergency medical service of severity and
critical illness patients in Ubonrathchathani province)

นักวิจัย

ดร.ธงชัย อามาตย์บัณฑิต

ดร.นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์

อินทนิล เชื้อบุญชัย

เสาวนีย์ โสบุญ

บดินทร์ บุญจันทร์

หน่วยงานหลักที่ทำวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

“โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.)”

(ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของนักวิจัย

มิใช่ความเห็นของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ)

31 กรกฎาคม 2559

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยเล่มนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ให้บริการที่แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาล ในจังหวัดอุบลราชธานีทุกท่านที่ร่วมมือในการให้ข้อมูล ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตลอดจนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ที่จะใช้ในการให้ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ขอขอบคุณคณบดี และคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ที่ได้เอื้ออำนวยเวลาในการทำวิจัยแก่นักวิจัย จนสำเร็จลุล่วงลงด้วยดี

ขอขอบคุณ ดร.อารี บุตรสอน ดร.กิตติ เหลาสุภาพและ ดร.สุพัตร โฬหารบัณฑิต ที่เป็นทั้งผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจการทำวิจัยตลอดตั้งแต่ต้น จนเสร็จสิ้นโครงการ รวมทั้งให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์จนผู้วิจัยเกิดความกระจ่างและปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูลจนสำเร็จลงได้

ขอขอบคุณสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติที่สนับสนุนทุนวิจัย ขอขอบคุณครอบครัวนักวิจัย รวมทั้งท่านอื่นๆ ที่ไม่ได้กล่าวนามมา ณ ที่นี้ ที่สนับสนุนการวิจัยนี้จนสำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดี

คณะผู้วิจัย

คำนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤติ เป็นปัญหาการตายที่สำคัญอันดับต้นๆ ในคนไทย ถ้ามีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพและประชาชนเข้าถึงบริการอย่างเหมาะสมจะทำให้ลดอัตราการตายและพิการจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้มาก ถึงแม้จะมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินและจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินและขับเคลื่อนการพัฒนาและจัดตั้งหน่วยบริการครอบคลุมพื้นที่ในประเทศไทย แต่จากข้อมูลรายงานสถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนยังอยู่ในระดับต่ำ ส่วนใหญ่ใช้วิธีการนำส่งผู้ป่วยเอง ซึ่งถ้าเป็นเช่นนี้ต่อไปจะส่งผลให้การพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินขาดประสิทธิภาพตามเจตนารมณ์ ดังนั้นการพัฒนาให้ประชาชนใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสมจึงเป็นประเด็นอีกด้านที่จะต้องพัฒนาคู่ขนานไปกับการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รายงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤติในจังหวัดอุบลราชธานี นี้เป็นหนึ่งในโครงการวิจัยที่ศึกษาทั้งเชิงลึกด้านคุณภาพและการอธิบายเชิงทำนายของปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินและเร่งด่วนในจังหวัดอุบลราชธานี และจะเป็นข้อมูลสำคัญในการนำไปสู่การพัฒนาและส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนที่เหมาะสม อันจะช่วยในการเพิ่มพูนประสิทธิภาพของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยให้ดียิ่งๆ ขึ้นไป

ธงชัย อามาศยบัณฑิต

นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์

อินทนิล เชื้อบุญชัย

เสาวนีย์ โสบุญ

บดินทร์ บุญจันทร์

31 กรกฎาคม 2559

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤตในจังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้การศึกษาเชิงวิเคราะห์ด้วยการเก็บข้อมูลย้อนหลังแบบจับคู่ ประชากรได้แก่ ผู้ตัดสินใจนำผู้ป่วยวิกฤตและเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนส่งสถานบริการทางการแพทย์ในจังหวัดอุบลราชธานี ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มศึกษา (Case) ได้แก่ กลุ่มผู้มีอำนาจตัดสินใจหรือนำผู้ป่วยวิกฤตและเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนส่งสถานบริการทางการแพทย์ในจังหวัดอุบลราชธานีที่นำผู้ป่วยวิกฤตและเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนส่งสถานบริการทางการแพทย์ในจังหวัดอุบลราชธานีที่มีการนำส่งผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ (Control) ได้แก่ กลุ่มผู้มีอำนาจตัดสินใจหรือนำผู้ป่วยวิกฤตและเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนส่งสถานบริการทางการแพทย์ในจังหวัดอุบลราชธานีที่นำผู้ป่วยวิกฤตและเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนส่งสถานบริการทางการแพทย์ในจังหวัดอุบลราชธานีโดยไม่มีการนำส่งผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีเกณฑ์ในการจับคู่ได้แก่ เพศเดียวกัน อายุมากหรือน้อยต่างกันไม่เกิน 3 ปี โดยให้อัตราส่วนระหว่างกลุ่มศึกษาต่อกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1: 1 ขนาดตัวอย่างที่คำนวณขนาดตัวอย่างได้จำนวน 325 คน ต่อกลุ่ม และผู้วิจัยได้เพิ่มร้อยละ 10 เพื่อชดเชยอัตราสูญหายที่อาจเกิดขึ้น และสามารถรวบรวมข้อมูลได้จำนวน 334 คู่ รวม 668 ราย เครื่องมือวิจัยใช้แบบสอบถาม รวม 9 ส่วน มีค่าความตรงตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ส่วนความเที่ยงอยู่ระหว่าง 0.8-0.9 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการใช้บริการทางการแพทย์ด้วย Conditional simple logistic regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์เป็น Crude Odds Ratio พร้อมประมาณค่าช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 และตัวแปรที่พบความสัมพันธ์จะถูกรวบรวมเข้าสมการการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุแบบ Conditional multiple logistic regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์เป็น Adjusted Odds Ratio พร้อมประมาณค่าช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ตุลาคม 2558-31 กรกฎาคม 2559

ผลการวิจัยเป็นดังนี้ ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.8 และ 53.8 ตามลำดับ เก็บข้อมูลกระจายใน 22 อำเภอของจังหวัดอุบลราชธานี ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุระหว่าง 52-73 ปี มากที่สุดในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมกว่าร้อยละ 34.5 และ ร้อยละ 37.1 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจากอุบัติเหตุทางถนนจะมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินมากที่สุด ร้อยละ 34.7 ในกลุ่มควบคุมและร้อยละ 47.9 ในกลุ่มควบคุม ส่วนสถานภาพสมรสในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีสถานภาพคู่ร้อยละ 54.8 และ 51.8 ตามลำดับ กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 51.5 ไม่มีรถยนต์ส่วนบุคคล ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ร้อยละ 74.9 ไม่มีรถยนต์ส่วนบุคคล ในกลุ่มศึกษาร้อยละ 34.4 มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินและวิกฤตที่โรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 34.4 ส่วนกลุ่มควบคุมมาด้วยปัญหาอุบัติเหตุร้อยละ 47.9 รองลงมาได้แก่ โรคจากวัยชรา เช่น เป็นลม หมดสติ หายใจไม่อิ่ม ร้อยละ 21.9 ในกลุ่มศึกษาและร้อยละ 15.9 ในกลุ่มควบคุม ภาวะเลือดเป็นกรดในผู้ป่วยเบาหวานเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่มาโรงพยาบาลในภาวะวิกฤตพบในกลุ่มศึกษาร้อยละ 5.4 และร้อยละ 6.6 ในกลุ่มควบคุม ส่วนปัจจัยทางจิตวิทยาพบว่า ทัศนคติทางบวกต่อการใช้บริการแพทย์ฉุกเฉิน โดยคะแนนตัวแปรนี้มีช่วงคะแนนระหว่าง 11-55 คะแนน

กลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุดทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมได้แก่กลุ่มที่มีคะแนนระดับต่ำถึงปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยไม่ถึงร้อยละ 80) คิดเป็นร้อยละ 65.3 และ 96.7 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 42.3 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.0) ในกลุ่มศึกษาและ เฉลี่ย 35.2 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.3) ในกลุ่มควบคุมตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุ (Multivariate analysis) โดยวิธี conditional Multiple logistic regression analysis แบบ Conditional maximum likelihood estimation) พบว่าปัจจัยที่ผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤติของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถทำนายการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤติของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 54.6 (Constants=-207.1, PseudoR²=54.6, Chi-square=498.8, p-value<0.01*) เรียงตามลำดับตามขนาดของผลของปัจจัยจำนวน 6 ปัจจัย ดังต่อไปนี้

1. การมีประสบการณ์เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมาก่อน
2. ทศนคติทางบวกในระดับสูงต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
3. ระดับการศึกษาตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาลงมา.
4. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน.
5. อาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดจากโรคเรื้อรังและสูงอายุ
6. การไม่มีรถยนต์ส่วนบุคคล

นอกนั้นไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะอธิบายผลของปัจจัยเหล่านั้นต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและวิกฤติของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี

จากผลการวิจัยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำข้อมูลไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการเข้าถึงและประสิทธิภาพการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนควรพัฒนาและดำเนินโครงการสื่อสารสุขภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อมุ่งให้ประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี มีการรับรู้และเกิดทัศนคติที่ดีในการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพตรงตามเจตนารมณ์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน สร้างการรับรู้ภาวะฉุกเฉินและวิกฤติที่จะต้องใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งสื่อสารขั้นตอนการให้บริการ การเข้าถึงบริการ เพื่อให้ประชาชนมีทัศนคติทางบวกต่อการใช้บริการและมีความเหมาะสมตามอาการ

2) ควรมีการสร้างชุมชนสื่อสารออนไลน์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการในระดับชุมชนระหว่างผู้ให้บริการและประชาชนในพื้นที่ต่างๆ

3) การจัดทำโครงการพัฒนาประสบการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในประชาชนให้เกิดความคุ้นเคยและมีความเชื่อมั่นในการใช้บริการเมื่อมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤติเกิดขึ้น ซึ่งจะเพิ่มเติมประสบการณ์รวมทั้งสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้รับบริการโดยเฉพาะผู้ที่ไม่เคยใช้บริการ

4) สร้างกลุ่มและเครือข่ายทางสังคมเพื่อสนับสนุนการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพื่อพัฒนาเป็นวัฒนธรรมการให้บริการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

5) พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีมาตรฐานในผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุให้มีมาตรฐานเฉพาะด้านและมีประสิทธิภาพในการบริการทั้งในระดับสถานบริการและระดับชุมชน

6) โครงการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนที่มีเศรษฐกิจในระดับค่อนข้างดีและมีพาหนะส่วนตัวให้สามารถเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการใช้บริการกับไม่ใช้บริการเพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความเชื่อในกลุ่มดังกล่าวให้หันมาใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1) การพัฒนาโครงการวิจัยเพื่อสร้างรูปแบบ โปรแกรม หรือสิ่งประดิษฐ์เพื่อการสื่อสารสุขภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งกิจกรรมเพื่อพัฒนาประสบการณ์และการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การปรับเปลี่ยนเปลี่ยนแปลงการรับรู้อาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทัศนคติต่อการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ความเชื่อมั่นในการใช้บริการ การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤติในประชาชนจังหวัดอุบลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2) การพัฒนาโครงการวิจัยแบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างช่องทางสื่อสารออนไลน์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการในระดับชุมชนระหว่างผู้ให้บริการและประชาชน

3) การวิจัยพัฒนาชุมชนหรือสังคมต้นแบบที่เกิดกลุ่มหรือเครือข่ายทางสังคมเพื่อสนับสนุนการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพและพัฒนาไปเป็นวัฒนธรรมการใช้บริการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

4) การวิจัยพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีมาตรฐานในผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ และมีประสิทธิภาพในการบริการทั้งในระดับสถานบริการและระดับชุมชน

6) โครงการสนับสนุนวิจัยเพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนที่มีฐานะในระดับค่อนข้างดีและมีพาหนะส่วนตัวให้สามารถเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการใช้บริการกับไม่ใช้บริการเพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความเชื่อในกลุ่มดังกล่าวให้หันมาใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

7) ทำการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการใช้กับไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยสถานบริการและองค์การปกครองท้องถิ่น

ABSTRACT

Title : Factors influencing utilization of Emergency medical service of severity and critical illness patients in Ubonrathchathani province

Author : Thongchai Armartpundit, Nipon Manasathitpong, Intanin Churboonchai, Saowanee Soboon and Bodin Boonkahn

Year : 2016

Main organization: Faculty of Nursing, Ubonratchathani Rajabhat University

This study aims to identify the factors that affect the utilizing of the emergency medical services system of emergency and critical patients in Ubonratchathani province. Research designed by mixed method research using qualitative research and analytical study (retrospective analytical study: a matched case-control). The 668 participants were divided into 2 groups of 334 and 334 in the study and control group. The data collected by self-reporting questionnaires and qualified by IOC insults 0.5-.05 and reliability from 0.75 to 0.76. The data collected in June 2558-July 2559. The analyzing was descriptive by number, percent, mean and standard deviation. The test methods were analyzed by conditional simple logistic regression with 95% confidence of Crude Odd Ratio estimation for simple correlation testing and conditional multiple logistic regression with 95% confidence of adjust Odd Ratio for prediction. The level of significance test at 0:05 and the results recommend for further action.

Results the study group and control group were male 53.8 and 53.8 percent respectively; data storage distributed in 22 districts of Province, aged between 52-73 years as 34.5 percent and 37.1 percent, emergency patients 34.7 per cent of road accidents and 47.9 per cent. The analysis of study variables could predict a patient's emergency medical services utilization for 59.7 percent (Constants = -189.17, PseudoR² = 59.7, Chi-square = 545.3, p-value <0.01. *) The following orders of variables were the using emergency medical service experienced the high positive attitude towards the use of emergency medical services. Graduate from high school down, obtaining social support, perceived barriers to a positive use of emergency medical services, confidence in the use of emergency medical services, emergency illness caused by chronic disease and aging and no personal car. There was no information sufficient to explain the relationship with other variables. Then, the relevant stakeholders would improve the quality through the development of these factors.

Keywords: emergency care service utilization, Factors influencing care

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
คำนำ	ข
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	4
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
ทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการ	8
ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	
วิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
สรุป	16
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	18
การวิจัยเชิงคุณภาพ	19
การวิจัยเชิงปริมาณ	19
การพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย	26
บทที่ 4 ผลการศึกษา	28
ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ	28
ผลการวิจัยเชิงปริมาณ	44
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	57
สรุป	57
อภิปรายผล	59
ข้อเสนอแนะ	62
ข้อจำกัดในการศึกษา	63
บรรณานุกรม	64

สารบัญ(ต่อ)

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก : แนวคำถามในการวิจัย	69
ภาคผนวก ข : แบบสอบถาม	69
ภาคผนวก ค : รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือวิจัย	86

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่ใช้ในการวิเคราะห์	9
2	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ	46
3	ข้อมูลด้านจิตวิทยาการและประสบการณ์การใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน	48
4	ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยศึกษากับการใช้ บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤติใน จังหวัดอุบลราชธานี	50
5	ผลการวิเคราะห์ผลของตัวแปรศึกษาต่อการใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤติของประชาชน ในจังหวัดอุบลราชธานี	54

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉิน (Emergency illness) เป็นอุบัติการณ์เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยฉับพลัน เป็นภาวะวิกฤตต่อชีวิตและมีความเสี่ยงรุนแรงต่อการเสียชีวิตและเกิดความพิการระยะยาวในผู้ป่วยหากไม่ได้รับการช่วยเหลือและรักษาภาวะฉุกเฉินอย่างเหมาะสมทันท่วงทีและเป็นไปอย่างรวดเร็วพร้อมกับการนำส่งต่อระบบบริการขั้นสูงอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (World Health Organization, 2005) องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการณ์ว่าในแต่ละปีมีคนกว่า 5 ล้านคนทั่วโลกบาดเจ็บจนถึงขั้นเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ (Holder et al., 2000) สำหรับประเทศไทยจากสถิติกระทรวงสาธารณสุขพบว่า การเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งจากอุบัติเหตุ (รวมการได้รับสารพิษและการถูกทำร้าย) และภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยฉุกเฉินและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในอันดับที่ 2 ถึง 4 ของประชากรไทย (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2558; คณะกรรมการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553) ดังนั้นการลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนที่จะก่อให้เกิดความรุนแรงและความพิการในระยะยาวในผู้ป่วยฉุกเฉินเหล่านี้จะต้องได้รับการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินอย่างทันท่วงทีและรวดเร็วที่สุดเกิดเหตุหรือระบบช่วยเหลือฉุกเฉินก่อนมาโรงพยาบาล (Pre-hospital care) ที่มีประสิทธิภาพจะสามารถลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Husum et al., 2003 ; Mason & Thomson, 2001) ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดนโยบายและส่งเสริมการพัฒนา ระบบการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นมาในทุกประเทศทั่วโลกเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยฉุกเฉินในระดับต่างๆ เข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพอย่างเท่าเทียมกัน (World Health Organization, 2005) ประเทศไทยก็เช่นกันเป็นหนึ่งในสมาชิกองค์การอนามัยโลกได้ตอบสนองพันธกิจโดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ประสานงานและกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นมา โดยร่วมกับภาคีโรงพยาบาลในทุกส่วนและองค์กรภาคีระดับต่างๆ จัดตั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (Emergency medical service system) เพื่อขับเคลื่อนพันธกิจและตอบสนองเพื่อการบรรลุเป้าประสงค์ดังกล่าว เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิและโอกาสเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ตามมาตรฐานบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติอย่างทั่วถึง เท่าเทียมและเป็นธรรม แล้วกลายมาเป็นส่วนหนึ่งในระบบห่วงโซ่แห่งการรอดชีพ (Chain of survival) (World Health Organization, 2005) ยิ่งกว่านั้นระบบการแพทย์ฉุกเฉินยังได้พัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อ การรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินประเภทต่างๆ และระบบการส่งต่อรวดเร็วที่มี ประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินแทบจะทุกกรณีได้รับการรักษาในภาวะฉุกเฉินเบื้องต้นที่มี ประสิทธิภาพตามมาตรฐานอย่างรวดเร็วก็จะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ยิ่งกว่านั้นยังสามารถนำส่งผู้ป่วยไปสถานบริการหลัก ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลแม่ ข่ายได้อย่างรวดเร็ว เป็นไปตามขั้นตอน ผู้ป่วยฉุกเฉินก็จะได้รับบริการที่เหมาะสมสอดคล้องกับอาการ และความรุนแรงในการเจ็บป่วยไป จะส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการแนะนำให้จัดการช่วยเหลือ ดูแล

อย่างถูกวิธีทางการแพทย์ฉุกเฉินและสามารถเคลื่อนย้ายส่งต่อไปสู่การรักษาขั้นสูงที่มีประสิทธิภาพได้ (Le May et al., 2006) นับว่าระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่จัดตั้งขึ้นมาและให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะสามารถลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับทั่วโลกและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องดังนั้นประเทศไทยจึงได้มีการจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นมาเพื่อรองรับภารกิจดังกล่าว เป็นองค์การอำนวยการและพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป

อย่างไรก็ตามจากรายงานสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้แก่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศจำนวน 821 แห่งพบว่ามีการใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินในปี พ.ศ. 2554 จำนวน 27,027,687 ครั้งแต่ในจำนวนนี้มีการเรียกใช้บริการผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS Services) ในทุกระดับเพียง 855,778 ครั้งเท่านั้นหรือคิดเป็นร้อยละ 3.1 เท่านั้น (วิทยา ชาติบัญชาชัยและไพศาล โชติกล่อม, 2556) สอดคล้องกับข้อมูลที่มีการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า ประชาชนที่มารับบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินทั่วประเทศในแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลของรัฐรับบริการผ่านระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินเพียงร้อยละ 2.1 เท่านั้น และมีเพียงร้อยละ 1.7 เท่านั้นที่มีการโทรศัพท์ผ่านระบบของการแพทย์ฉุกเฉิน (มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, สำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซีอินเทอร์เน็ตโพลล์, 2000) จะเห็นได้ว่าถึงแม้จะมีการส่งเสริมและจัดตั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นในทุกระดับ ครอบคลุมพื้นที่เกือบทั้งหมดทั่วประเทศ แต่อัตราการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับอาการเจ็บป่วยรวมทั้งการให้การช่วยเหลือในระยะฉุกเฉินต่อประชาชนก่อนมาถึงโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพอันจะสามารถลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนอย่างมีประสิทธิภาพนั้นยังไม่บรรลุผลเท่าที่ควร โดยประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ยังคงนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินมาที่โรงพยาบาลเอง โดยไม่มีการเรียกใช้หรือผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หรือรอรับบริการที่จุดเกิดเหตุ ดังนั้นผู้ป่วยฉุกเฉินของไทยยังคงมีภาวะเสี่ยงที่จะเสียชีวิตในอัตราสูงและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ในระยะยาวได้ทั้งนี้เนื่องจากการนำส่งผู้ป่วยเองหรือเดินทางมาเองจะทำให้ผู้ป่วยในระยะฉุกเฉินไม่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในระยะฉุกเฉินที่เหมาะสม รวมทั้งการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ทันเวลา ทั้งถึงและเท่าเทียม รวมทั้งอาจได้รับการช่วยเหลือดูแลที่ไม่เหมาะสมกับภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนเหล่านั้น ยิ่งกว่านั้นการเดินทางมาเองจะยืดระยะเวลาในการให้ความช่วยเหลือออกไปซึ่งจะยิ่งคุกคามต่ออัตราการรอดชีพของผู้ป่วยฉุกเฉินมากยิ่งขึ้น

จังหวัดอุบลราชธานีมีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 โดยมีโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นแม่ข่ายในการให้การสนับสนุน หลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 และจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นก็เกิดความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่ายของรัฐและองค์การปกครองท้องถิ่น ซึ่งได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดได้ร่วมกันพัฒนาและจัดตั้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นครอบคลุมทั้งจังหวัดจำนวน 129 หน่วยในปี พ.ศ.2555 ซึ่งมีอัตราการครอบคลุมประชากรตามพื้นที่ถึงร้อยละ 97.2 (กนกพร สมพร, 2557) และเพิ่มเป็น 222 หน่วยในปี พ.ศ.2558 ครอบคลุมประชากร 8,000 คน/หน่วยบริการ (ฉัตรรัตน์ สุตะภักดิ์, 2558) อย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีความครอบคลุมของที่มีอัตราการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านกระบวนการสายด่วน 1669 หรือเรียกหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้นยังคง

อยู่ในระดับต่ำ โดยระหว่างปี พ.ศ.2555-2557 มีผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติเรียก 1669 เพื่อใช้บริการเพียงร้อยละ 26.6 เท่านั้น (กนกพร สมพร, 2557) การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบโครงสร้างด้านการบริการ (Supply side) โดยเน้นการขยายและเพิ่มจำนวนหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้เข้าถึงประชาชนและครอบคลุมให้มากที่สุด อย่างไรก็ตามจากสภาพปัญหาที่พบคือ การพัฒนาด้านประชาชนที่จะใช้บริการยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดอุบลราชธานี จะเห็นได้ว่าถึงแม้จะมีหน่วยบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ครอบคลุมแต่การไม่เรียกใช้ 1669 หรือเคลื่อนย้ายสู่โรงพยาบาลโดยผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ในทุกระดับยังคงมีสัดส่วนที่สูงถึง 7.12 เท่าของผู้ที่ใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยสูงเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาการบาดเจ็บที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์พบว่าใช้รถหน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินเพียงร้อยละ 4.3 เท่านั้น ถ้าปล่อยให้สถานการณ์เป็นเช่นนี้ต่อไปจะสะท้อนถึงการคงอยู่ของความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตและพิการในประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินและส่งผลต่อประสิทธิภาพตามนโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรจะต้องศึกษาสาเหตุของการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำความรู้และปัจจัยเหตุที่ได้มาหารือร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในประชาชนผ่านการวางแผนทาง มาตรการส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีอย่างเหมาะสมและได้ผลและเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มุ่งให้ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับบริการที่มีคุณภาพและรวดเร็ว สามารถลดอัตราการตายและพิการจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินลงได้อย่างมีประสิทธิภาพในท้ายที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมสาเหตุการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามขั้นตอนที่เหมาะสม นั้นพอสรุปสาเหตุได้ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยหรือผู้นำส่ง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการตามขั้นตอนการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Murphy & Hepworth, 1996; Hansell, Sherman, Mechanic, 1991) ระดับการศึกษาที่ต่อเนื่องน้อยกว่า 12 ปี รวมทั้งสถานภาพสมรสโสด (Shah et al., 2001) สถานภาพการแต่งงาน (McCusker, Cardin, Bellavance & Belzile, 1997) หรือสถานะทางการเงิน (Hansell, Sherman, Mechanic, 1991) รวมทั้งการมีรถยนต์ส่วนตัว (ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล, บริบูรณ์ เชนธนากิจและบวร วิทย์ชานาญกุล, 2555) การอยู่ในพื้นที่เขตเมือง (Urban area) จะมีการใช้บริการมากกว่านอกเมือง (Rural area) (Haung, Chen, Ma, Lai & et al., 2001) 2) ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยที่เกิดอาการบาดเจ็บจะใช้บริการหน่วยแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าการเจ็บป่วยชนิดอื่นๆ ดังนั้นรูปแบบการเจ็บป่วยอื่นๆ จะมีการข้ามขั้นตอนมากกว่า (Haung, Chen, Ma, Lai & et al., 2001) 3) ปัจจัยด้านจิตวิทยาของผู้ป่วย ญาติ เพื่อนหรือผู้นำส่งของผู้นำส่งพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้มีการใช้บริการรถฉุกเฉินมากกว่าผู้ที่ไม่มีการสนับสนุน รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าจะส่งผลให้ใช้มากกว่า (ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล, บริบูรณ์ เชนธนากิจและบวร วิทย์ชานาญกุล, 2555) รวมทั้งการมีความคาดหวังสูงจากคนในสังคม (Lowthian et al., 2011) ทศนคติเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการในแผนกฉุกเฉินของผู้ป่วยมากขึ้น (Lowthian et al., 2011) รวมทั้งการไม่รู้จักรบบการแพทย์ฉุกเฉิน (ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล, บริบูรณ์ เชนธนากิจและบวร วิทย์ชานาญกุล, 2555) 4) ปัจจัยด้านการรับรู้และเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Lowthian et al.,

2015) จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า การใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้นเป็นการใช้บริการตั้งแต่เรียกสายด่วน 1669 และหรือการเรียกใช้หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้นส่วนมาจากหลากหลายสาเหตุและหลายระดับและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการข้ามขั้นตอนและไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้นถ้าสามารถทราบสาเหตุและจัดลำดับความสำคัญเชิงสาเหตุได้อย่างเหมาะสมและเป็นที่น่าเชื่อถือตามหลักวิชาการ แล้วสื่อสารสู่ผู้ปฏิบัติงานรวมทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดอุบลราชธานี ก็จะเกิดการส่งเสริมการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติได้มากขึ้น ส่งผลต่อความมีประสิทธิภาพต่อการลดอัตราการตายและพิการจากการได้รับบริการแพทย์ฉุกเฉินได้ในที่สุด เป็นไปตามเจตนารมณ์ของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศ ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการส่งเสริมและพัฒนา รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุดจากระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย จึงมีความสนใจที่จะทำการวิจัยในประเด็นหัวข้อตามข้อเสนอแนะเพื่อนำข้อมูลไปพัฒนา สื่อสารและสร้างความเข้าใจของประชาชนให้ใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างถูกขั้นตอน ซึ่งจะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและใช้ระบบอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาการรับรู้และความหมายของภาวะฉุกเฉินที่จำเป็นจะต้องเรียก 1669 และรับบริการจากหน่วยแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนที่มีประสบการณ์เจ็บป่วยหรือเผชิญกับเหตุการณ์เจ็บป่วยในภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤติในจังหวัดอุบลราชธานีและสาเหตุต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติแต่ละวิธีเพื่อนำผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤติส่งโรงพยาบาลและนำปัจจัยมายืนยันกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อศึกษาผลของปัจจัยศึกษาต่อการใช้บริการในระยะต่อไป

2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤติในจังหวัดอุบลราชธานี

1.3 สมมติฐานการวิจัย

1) เพศมีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤติในจังหวัดอุบลราชธานี

2) อายุมีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤติในจังหวัดอุบลราชธานี

3) ระดับการศึกษามีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤติในจังหวัดอุบลราชธานี

4) ระดับรายได้มีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติในจังหวัดอุบลราชธานี

5) การมีพาหนะส่วนตัวมีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤติในจังหวัดอุบลราชธานี

6) การอยู่ในเขตเมืองมีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤตในจังหวัดอุบลราชธานี

7) ทักษะคติทางบวกต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤตในจังหวัดอุบลราชธานี

8) ประสบการณ์เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤตในจังหวัดอุบลราชธานี

9) การรับรู้อุปสรรคการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤตในจังหวัดอุบลราชธานี

10) การรับรู้อาการเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤตมีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤตในจังหวัดอุบลราชธานี

11) การสนับสนุนจากสังคมมีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤตในจังหวัดอุบลราชธานี

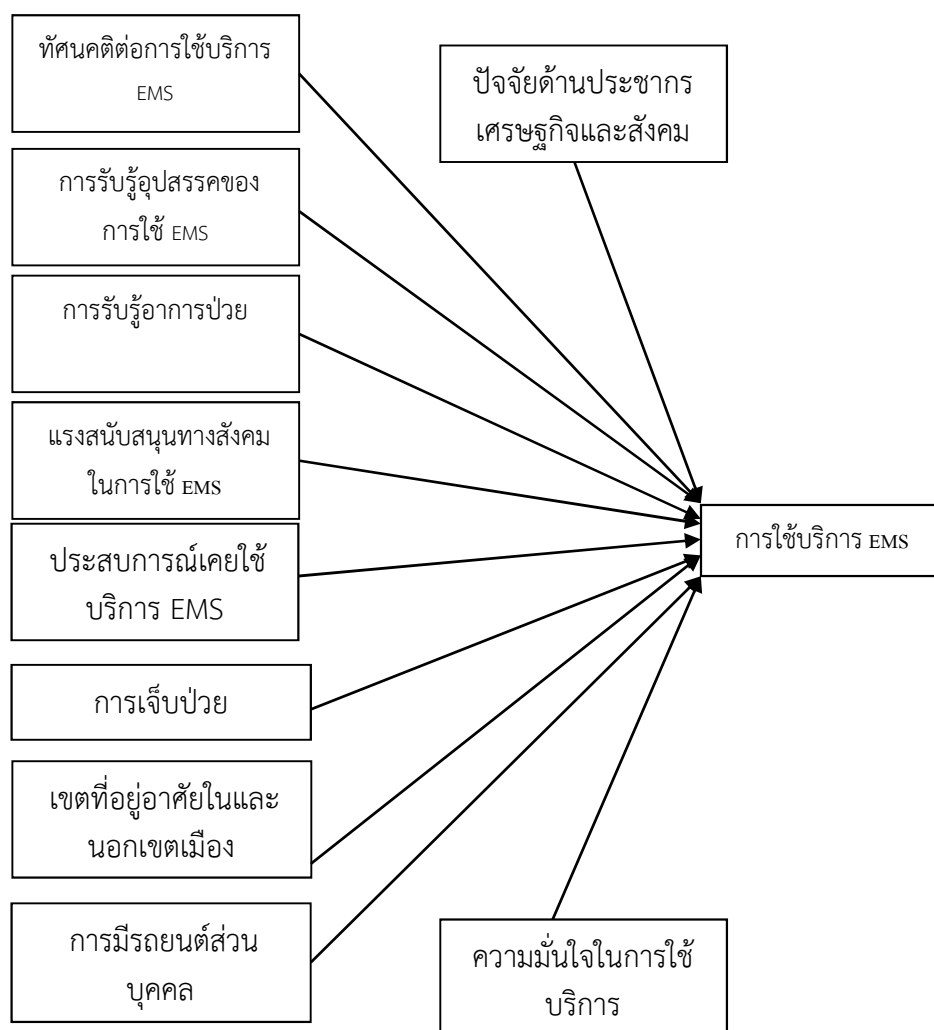
12) ประสบการณ์เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤตในจังหวัดอุบลราชธานี

13) การเจ็บป่วยมีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤตในจังหวัดอุบลราชธานี

14) ความมั่นใจในการใช้บริการมีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤตในจังหวัดอุบลราชธานี

1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย

จากผลการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ รวมทั้งการทบทวนแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงขอเสนอกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งเป็นการนำเสนอกรอบตัวแปรและทิศทางการสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังนี้



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤตในจังหวัดอุบลราชธานี

1.5 ขอบเขตการวิจัย

1) ขอบเขตด้านประชากร ศึกษาในประชากรที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤตในจังหวัดอุบลราชธานี ผู้ป่วย ญาติหรือมีผู้นำส่งมาสถานบริการในจังหวัดอุบลราชธานี อายุระหว่าง 15-65 ปี ในจังหวัดอุบลราชธานี

2) ขอบเขตด้านพื้นที่ พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

3) ขอบเขตด้านเวลา ดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.2559

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน (Emergency illness) หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันตั้งแต่มีอาการไม่รุนแรง (สีเขียว) และอาจรอรับบริการจากระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือสามารถเดินทางไปที่โรงพยาบาลเพื่อรับบริการฉุกเฉินด้วยตนเองได้ ไปจนถึงมีอาการ

เฉียบพลันเร่งด่วน (สีเหลือง) และผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (สีแดง) ซึ่งมีโอกาสเสียชีวิตหรือเกิดโรคแทรกซ้อนค่อนข้างสูงได้ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันเวลาและนำส่งอย่างมีประสิทธิภาพ

การใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤติ (Utilizing emergency care service of severity and critical patient) หมายถึง การที่บุคคลซึ่งเจ็บป่วยหรือประสบเหตุผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโดยมีอาการเจ็บป่วยเร่งด่วน (สีเหลือง) ไปจนถึงผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ซึ่งเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการคุกคามต่อชีวิตทั้งระบบหัวใจ หายใจ ระบบประสาทที่มีโอกาสสูญเสียชีวิตสูงมากหากไม่ได้รับปฏิบัติการทางการแพทย์รวมทั้งเกิดอาการแทรกซ้อนอย่างรวดเร็ว (สีแดง) เรียกใช้ระบบบริการหน่วยแพทย์ฉุกเฉินผ่านการแจ้งทาง 1669 หรือผู้ประสบเหตุแจ้งต่อหน่วยแพทย์ฉุกเฉินโดยตรงผ่าน 1669 และรับบริการนำส่งผู้ป่วยสู่สถานบริการผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

การไม่ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤติ (Utilizing emergency care service of severity and critical patient) หมายถึง การที่บุคคลซึ่งเจ็บป่วยหรือประสบเหตุผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโดยมีอาการเจ็บป่วยเร่งด่วน (สีเหลือง) ไปจนถึงผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ซึ่งเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการคุกคามต่อชีวิตทั้งระบบหัวใจ หายใจ ระบบประสาทที่มีโอกาสสูญเสียชีวิตสูงมากหากไม่ได้รับปฏิบัติการทางการแพทย์รวมทั้งเกิดอาการแทรกซ้อนอย่างรวดเร็ว (สีแดง) ไม่เรียกใช้ระบบบริการหน่วยแพทย์ฉุกเฉินผ่านการแจ้งทาง 1669 หรือผู้ประสบเหตุไม่แจ้งต่อหน่วยแพทย์ฉุกเฉินโดยตรงผ่าน 1669 หรือแจ้งแต่ไม่รอรับบริการนำส่งผู้ป่วยสู่สถานบริการผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เพื่อความครอบคลุมด้านเนื้อหา ข้อมูลสำคัญและงานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้มีผลต่อการการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤตในจังหวัดอุบลราชธานี รวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด รวมอำนาจในการทำนายการเรียกใช้หรือไม่เรียกใช้ บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรม โดยมีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้ รายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน
2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการวิจัย
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 6.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 6.2 งานวิจัยในประเทศ
7. สรุป

ดังจะนำเสนอรายละเอียดตามหัวข้อต่างๆ ดังต่อไปนี้

2.1 การทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระบบบริการสุขภาพ

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารจากแหล่งวารสารทางการแพทย์ การบริการสุขภาพและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ครอบคลุมฐานข้อมูลทั้งในและต่างประเทศ โดยใช้หลักการประเมินมาตรฐานการวิจัยและผลงานเพื่อนำมาสังเคราะห์ (Melnyx & Fineout-Overholt, 2011) และใช้หลักการของ (Whittemore & Knaft, 2005) ซึ่งจะมีรายละเอียดในการระบุปัญหาเฉพาะในการสืบค้น การสืบค้นหาวรรณกรรม การประเมินข้อมูลและมาตรฐานวรรณกรรม การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอและสรุปข้อมูล ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาสังเคราะห์รวบรวมนี้นำเสนอผ่านฐานข้อมูลที่สามารถสืบค้นและสามารถดาวน์โหลดเอกสารฉบับเต็ม (Full paper) ได้เท่านั้นตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ.2555-2559 และในกรณีบทความหรือเหตุการณ์ในช่วงที่ดังกล่าวจะสืบค้นย้อนหลังกลับไป 3 ปีถึงปี พ.ศ.2553 เพื่อให้ได้ความต่อเนื่องและครบถ้วนของข้อมูล ผลของการสืบค้นในฐานข้อมูลต่อไปนี้ Google scholar, PubMed, PubMed central, Sciences direct, Scopes, AMJ, BMJ, Medline, สวารส., สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, thailis, วารสารวิชาการสาธารณสุข, และวารสารไทยทุกฉบับที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI, พบบทความและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องรวม 38 ฉบับ เมื่อนำมาวิเคราะห์ความถูกต้องด้านระเบียบวิธีวิจัยและความเกี่ยวข้องด้านเนื้อหาเหลืออยู่ 34 เรื่องที่จะนำมาสังเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและบริการสุขภาพ ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำเข้าสู่การวิเคราะห์ในบทความทั้ง 34 เรื่องมีดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่ใช้ในการวิเคราะห์

ระดับความน่าเชื่อถือ	จำนวนของหลักฐาน
ระดับที่ 2	2
ระดับที่ 3	5
ระดับที่ 4	6
ระดับที่ 5	9
ระดับที่ 6	6
ระดับที่ 7	3

ผลการสังเคราะห์ทั้งหมดสามารถรวบรวมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและบริการสุขภาพ ดังต่อไปนี้

2.1.1 ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม

1) ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยหรือผู้นำส่ง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการบริการการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดย

1.1) เพศหญิงจะมีการใช้บริการมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ (Murphy & Hepworth, 1996; Hansell, Sherman, Mechanic, 1991) (Gardner, 1990) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Raun และคณะ (Raun et al., 2015) ในผู้ป่วยที่มารับบริการฉุกเฉินในเมืองฮุสตัน สหรัฐอเมริการะหว่างปี ค.ศ. 2004-2011 พบว่าเพศหญิงมีการใช้บริการมากกว่าเพศชาย 1.34 เท่า (95% CI of OR: 1.24-1.44) สอดคล้องกับผลการศึกษาในโยโกฮามา ประเทศญี่ปุ่นที่พบว่าเพศชายมีการเรียกใช้บริการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อยกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ (Kawakami et al, 2007)

1.2) อายุ จากผลการศึกษาของ Wong และคณะในประเทศไต้หวัน พบว่าเมื่อมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้นในกรุงเทพฯ ผู้ที่มีอายุมากจะเข้ามาใช้บริการในแผนกฉุกเฉินมากกว่าผู้มีอายุน้อยๆ โดยเฉพาะผู้มีอายุ 75 ปี ขึ้นไปมากกว่า 1 ใน 3 ของผู้มาใช้บริการทั้งหมด สอดคล้องกับผลการศึกษาในโยโกฮามา ประเทศญี่ปุ่นที่พบว่าผู้ที่มีอายุสูงขึ้นจะมีการเรียกใช้บริการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าผู้มีอายุน้อยๆ อย่างมีนัยสำคัญ (Kawakami et al, 2007) สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียกใช้หน่วยบริการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในออสเตรเลียและในประเทศสหราชอาณาจักรเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นปัจจัยอันดับต้น (Lowthian, et al., 2011) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ruger และคณะ (Ruger et al., 2006) ที่พบว่าการเรียกใช้บริการรถฉุกเฉินในเมืองเซนต์หลุยส์ รัฐวอชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกาเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่พบว่าอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไปเรียกใช้บริการมากกว่ากลุ่มอื่นถึง 1.3 เท่า (95 % CI 1.2-1.5) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากจะเรียกใช้บริการตามขั้นตอนการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่า

1.3) ระดับการศึกษาที่ต่อเนื่องน้อยกว่า 12 ปี รวมทั้งสถานภาพสมรสโสด (Shah et al., 2001) สถานภาพการแต่งงาน (McCusker, Cardin, Bellavance & Belzile, 1997) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Raun และคณะ (Raun et al., 2015) ในผู้ป่วยที่มารับบริการฉุกเฉิน

ในเมืองฮุสตัน สหรัฐอเมริการะหว่างปี ค.ศ. 2004-2011 พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษามีการใช้บริการมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่านั้น 1.02 เท่า (95% CI of OR: 1.02-1.03) จากผลการทบทวนวรรณกรรมพอจะสรุปได้ว่า ผู้ป่วยหรือผู้ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

1.4) รายได้ ผลการศึกษาของ Raun และคณะ (Raun et al., 2015) ในผู้ป่วยที่มาใช้บริการฉุกเฉินในเมืองฮุสตัน สหรัฐอเมริการะหว่างปี ค.ศ. 2004-2011 พบว่าเพศหญิงมีการใช้บริการมากกว่าเพศชาย 1.34 เท่า (95% CI of OR: 1.24-1.44) สถานะทางการเงินที่ยากจน (Hansell, Sherman, Mechanic, 1991) (Gardner, 1990) จากผลการทบทวนวรรณกรรมพอจะสรุปได้ว่า ผู้ป่วยหรือผู้ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีระดับรายได้ดีหรือสูงๆ จะเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าผู้มีรายได้ต่ำอย่างมีนัยสำคัญ

1.5) การมีพาหนะส่วนตัว หรือ รวมทั้งการมีรถยนต์ส่วนตัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยหรือการนำส่งผู้ป่วยข้ามขั้นตอนการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากการศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่พบว่าผู้ที่มีใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่แผนกฉุกเฉินมาด้วยรถหรือยานพาหนะส่วนตัวมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ใช้บริการทั้งหมด (ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล, บริบูรณ์ เชนธนากิจและบวรวิทย์ชานาญกุล, 2555) สอดคล้องกับผลการศึกษาในโยโกฮามา ประเทศญี่ปุ่นที่พบว่าผู้ที่มีรถยนต์หรือยานพาหนะส่วนตัวมีการเรียกใช้บริการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อยกว่าผู้ที่ไม่มียานพาหนะส่วนตัว (Kawakami et al., 2007) ดังนั้นจากผลการทบทวนวรรณกรรมพอจะสรุปได้ว่า ผู้ป่วยหรือผู้ที่ดูแลผู้ป่วยที่มียานพาหนะประเภทรถยนต์ส่วนตัวจะเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อยกว่าผู้ที่ไม่มียานพาหนะส่วนตัว

1.6) การอยู่ในเขตเมือง การอยู่ในพื้นที่เขตเมือง (Urban area) จะมีการใช้บริการมากกว่านอกเมือง (Rural area) (Haung, Chen, Ma, Lai & et al., 2001) รวมทั้งระยะทางที่ห่างจากสถานบริการทุกๆ 1 กิโลเมตรจะทำให้อัตราการใช้บริการห้องฉุกเฉินลดลง 2.2% (Rudge, et al., 2013)

2.1.2 ปัจจัยทางจิตวิทยา

1) ทศนคติ ทศนคติเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการในแผนกฉุกเฉินของผู้ป่วยมากขึ้น (Lowthian et al., 2011) เช่นเดียวกับการเปลี่ยนความคาดหวังเชิงบวกต่อประชาชนทั่วไปต่อการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะเพิ่มการใช้บริการมากขึ้นและเหมาะสมยิ่งขึ้นทั้งคุณภาพและความเหมาะสม (Gray, 2001) ดังนั้นถ้าผู้ป่วยหรือผู้นำส่งมีทศนคติเชิงบวกต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะมีการใช้บริการมากยิ่งขึ้นและเหมาะสมยิ่งขึ้น อย่าประเ่งไรก็ตาม

2) การรับรู้อุปสรรคต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินด้านต่างๆ เช่น การรับรู้ว่าการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะมีค่าใช้จ่ายส่งผลให้ผู้ป่วยในจังหวัดเชียงใหม่มาใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อยลง (ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล, บริบูรณ์ เชนธนากิจและบวรวิทย์ชานาญกุล, 2555) นอกจากนั้นปัจจัยด้านราคาก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้รับบริการมีการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินน้อยลง เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในกรณีที่ไม่ได้ทำประกันภัยไว้ (Lowthian et al., 2011) ดังนั้นการเพิ่มการรับรู้ด้านบริการ ราคา และลดความยุ่งยาก รวดเร็วและลดขั้นตอน

บริการที่ซับซ้อนจะลดอุปสรรคต่อการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินลงได้และมีผลต่อการเพิ่มการใช้การแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

3) พฤติกรรมการเคยใช้บริการ พฤติกรรมการเคยใช้บริการหรือพฤติกรรมเดิม เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เช่นการศึกษาในกลุ่มชนบอร์จิน ในประเทศออสเตรเลียที่พบว่า การเคยไปใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐแล้วมีการสูญเสียชีวิตเกิดขึ้น จะทำให้เกิดการจดจำประสบการณ์และส่งผลให้ไม่ไปใช้บริการอีก (Artuso, S., Cargo, M. & Daniel, M., 2013) เช่นเดียวกับประสบการณ์การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินครั้งก่อนๆ เกิดความยุ่งยาก มีอุปสรรคและเกิดความล่าช้าส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจในการใช้ในอนาคตจะส่งผลต่อการใช้บริการในการเจ็บป่วยครั้งต่อๆ มาลดลงหรือไม่เรียกใช้เลย (ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล, บริบูรณ์ เชนธนากิจและบวร วิทย์ชำนานุกุล, 2555) ดังนั้นความพึงพอใจหรือความเชื่อถือจากประสบการณ์การเคยใช้บริการจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการตัดสินใจเรียกใช้บริการตามขั้นตอนการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2.1.3 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านจิตวิทยาของผู้ป่วย ญาติ เพื่อนหรือผู้นำส่งของผู้นำส่งพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้มีการใช้บริการรถฉุกเฉินมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีผู้สนับสนุน (ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล, บริบูรณ์ เชนธนากิจและบวร วิทย์ชำนานุกุล, 2555) สอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจ ในกลุ่มประชากรชาวบอร์จิน ในประเทศออสเตรเลียที่พบว่า ผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลและสนับสนุนในการเรียกใช้หน่วยบริการแพทย์ฉุกเฉินจะมีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าผู้ไม่มี (Artuso, Cargo, & Daniel, 2013) รวมทั้งผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่า การเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมจะเพิ่มการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ถูกต้องมากขึ้น ทั้งจำนวนและความเหมาะสม (Lowthian et al., 2011) ดังนั้นถ้ามีผู้สนับสนุนให้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะส่งผลให้ผู้ป่วยหรือผู้เห็นเหตุการณ์เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยฉุกเฉินได้มากขึ้น

2.1.4 ปัจจัยด้านการรับรู้บริการจากการประชาสัมพันธ์ (รับรู้การบริการ (product) รับรู้สถานที่ตั้งหน่วยบริการและสถานที่รักษาต่อ (Place) การรับรู้ราคา ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ (Price) และการรับรู้การส่งเสริมการตลาดหรือการใช้บริการ (Promotion) จากการศึกษาที่จังหวัดเชียงใหม่พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ใช้บริการหน่วยแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่ให้ข้อมูลว่าไม่รู้หรือไม่ถึงถึงว่ามีบริการการหน่วยแพทย์ฉุกเฉินให้บริการ (ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล, บริบูรณ์ เชนธนากิจและบวร วิทย์ชำนานุกุล, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาในด้านการรับรู้และเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่พบว่าผู้ใช้บริการตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ขาดการรับรู้ว่ามีบริการและไม่ทราบรายละเอียดการบริการ (Lowthian et al., 2015) สอดคล้องกับผลการทดลองให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้อาการในโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยตรวจและรับรู้อาการแล้วเรียกใช้บริการรักษาพยาบาลให้ถูกวิธีและทันเวลา ผลการทดลองพบว่าในชุมชนที่ได้รับกิจกรรมประชาสัมพันธ์จะส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกมารับบริการได้เร็วขึ้นกว่าชุมชนที่ไม่ได้รับกิจกรรมสื่อสารและประชาสัมพันธ์ (Luepker, R., Raczyński, J.D., Osganian, S., Goldberg, R.J. & et al., 2000) สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการสื่อสารผ่านระบบการสื่อสารมวลชนเพื่อเพิ่มการรับรู้อาการภาวะหลอดเลือดสมองที่รวดเร็วและตอบสนองต่อ

ระบบการรักษาที่รวดเร็ว พบว่าการสร้างการรับรู้อาการในระยะแรกของงานวิจัยทั่วโลกชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยจะเข้ามารับบริการได้รวดเร็วและเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการโรคได้ตั้งแต่ระยะแรกได้อย่างรวดเร็ว (Lecoutuier, J., Rodgers, H., Murtanggh, M., White, M., Frod, G. & Thomson, R., 2010) เพื่อปรับปรุงจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาสามารถสรุปได้ว่า ผู้ที่มาใช้บริการถ้าได้รับการประชาสัมพันธ์ให้ครอบคลุมทั้งจุดประสงค์การบริการ รูปแบบการบริการ ราคาค่าใช้จ่าย สถานที่ และการส่งเสริมการใช้บริการ จะส่งผลต่อการสร้างการรับรู้และจงใจให้ผู้ป่วยหรือผู้ประสบเหตุแจ้งเหตุเพื่อใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้มากยิ่งขึ้น

2.1.5 ปัจจัยด้านการรับรู้และความเชื่อเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยที่เกิดอาการบาดเจ็บจะใช้บริการหน่วยแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าการเจ็บป่วยชนิดอื่นๆ ดังนั้นรูปแบบการเจ็บป่วยอื่นๆ จะมีการข้ามขั้นตอนมากกว่า (Haung, Chen, Ma, Lai & et al., 2001) สอดคล้องกับผู้ป่วยหรือผู้เห็นเหตุการณ์หรือนำส่งถ้ามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการป่วยแล้ว เช่น กรณีผู้ป่วยโรคหัวใจในการศึกษาที่ประเทศออสเตรเลีย จะมีการเรียกใช้บริการมากกว่า (Artuso, S., Cargo, M. & Daniel, M., 2013) รวมทั้งผู้ป่วยโรคหัวใจในประเทศออสเตรเลียที่รับรู้อาการตนเองได้เร็วจะเรียกใช้รถบริการฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญ (Holden, D.K., Smith, J., Kelly, A.M. & Bunker, S., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยชาวปากีสถานที่มีอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เมื่อมีการรับรู้อาการป่วยตนเองในระยะเริ่มแรกซ้ำจะส่งผลให้การเดินทางล่าช้าและมักส่งผลต่อการได้รับบริการล่าช้า (Khan, M.S., Jafary, F.H., Faruqui, A.M., Rasool, S.I. & et al., 2007) สอดคล้องกับการรับรู้และให้ความหมายความรุนแรงในอาการของตนเองในผู้ป่วยในรัฐควีนส์แลนด์ ประเทศออสเตรเลีย ผู้ที่มีการรับรู้ดีจะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น (Taloo et al., 2013) นอกนั้นความเชื่อในการจัดการอาการในระยะแรกจะส่งผลต่อการไม่ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินมากยิ่งขึ้น เช่น การศึกษาในสหรัฐอเมริกาจำนวน 20 ชุมชน พบว่าผู้ที่มีความเชื่อเกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจขาดเลือดว่าเป็นอาการจากโรคระเพาะจะทำให้เขาหาวิธีรักษาที่ผิดเช่น ซื้อหายากระเพาะรับประทาน ก่อนถ้าอาการไม่ดีขึ้นจะนำส่งโรงพยาบาล ซึ่งทำให้ล่าช้าและเดินทางไปโรงพยาบาลไม่เหมาะสม (Brown, A.L., Mann, N.K., Daya, M., Goldberg, R. & et al., 2000) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Dracup และคณะ (2009) ศึกษาวิจัยเชิงทดลองเชิงสุ่มในการลดระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเริ่มต้นของภาวะทางหลอดเลือดหัวใจ และอันตรายจากภาวะหัวใจขาดเลือดต่อประชาชนโดยดำเนินการให้ความรู้เพื่อเพิ่มการรับรู้ผ่านการสื่อสารมวลชนระหว่าง ค.ศ.2002-2004 ทดลองพบว่าประชาชนในชุมชนทดลองมาพบแพทย์ที่แผนกฉุกเฉินภายในระยะเวลา 6 ชั่วโมงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และสามารถลดระยะเวลาล่าช้าในการมาโรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการอย่างมีนัยสำคัญดังนั้นสรุปได้ว่า การเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับอาการผ่านสื่อมวลชนจะสามารถเพิ่มการใช้บริการได้รวดเร็วขึ้นและส่งผลให้ลดปัญหาสุขภาพระยะยาวในกลุ่มทดลองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยหรือผู้เห็นเหตุการณ์ที่สามารถรับรู้และมีความรู้เกี่ยวกับอาการป่วยฉุกเฉินและเข้าใจกระบวนการรักษาจะมีการใช้บริการฉุกเฉินมากกว่าผู้ที่มีความรู้หรือสามารถรับรู้อาการป่วยฉุกเฉินได้

2.1.6 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Perceived self-efficacy toward emergency medical services)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาในกลุ่มของการเรียนรู้ทางสังคม เนื่องจากการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลนั้นเกิดจากการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเป็นอัตโนมัติในการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม ดังนั้นการเรียนรู้ผ่านการลองผิดลองถูก หรือจัดประสบการณ์จนเกิดประสบการณ์ในการบรรลุเป้าหมายหรือก้าวข้ามอุปสรรคในการดำเนินชีวิตดังกล่าวแล้ว บุคคลจะเกิดความเชื่อมั่น (Self-confident) ประเททหนึ่งขึ้นเรียกว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ซึ่งบุคคลจะรับรู้ได้ (Atkins, 2010) ดังนั้นการเรียนรู้และผ่านประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพหรือก้าวข้ามอุปสรรคที่เกิดจากการใช้บริการจะเกิดการรับรู้สมรรถนะตนเองเกิดขึ้นและส่งผลต่อการกลับมาใช้บริการอีกหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้อีก การวิจัยที่บ่งชี้ให้เห็นว่า การเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้บริการสุขภาพจะส่งผลต่อการกลับมาใช้บริการที่ดีขึ้น เช่นจากการศึกษาของ Umubyeyi และคณะ (2016) ซึ่งดำเนินการศึกษาการใช้บริการของประชากรในประเทศไนจีเรีย จำนวน 247 คน ดำเนินการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการใช้บริการจะส่งผลต่อการกลับมาใช้บริการซ้ำและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษานักศึกษาที่เข้าค่ายในประเทศอิตาลีได้พบว่านักศึกษาที่ไปอบรมอย่างอนามัยเพื่อใช้ในการป้องกันโรคติดเชื้อเอชไอวีจะมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการใช้ถุงยางอนามัยและส่งผลต่อการใช้ถุงยางมากกว่านักศึกษาที่ไม่มีประสบการณ์ไปรับถุงยางเอง (Ndabarora, E. & Mchunu, G., 2014) ดังนั้นการเกิดการรับรู้สมรรถนะตนเองจะเกิดขึ้นกับผู้ที่ผ่านประสบการณ์การใช้บริการหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นจนสำเร็จไปแล้วหรือก้าวข้ามอุปสรรคต่างๆ ไปแล้ว ดังนั้นในการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินก็เช่นกันถ้าบุคคลสามารถใช้บริการได้แล้ว มีประสบการณ์ก้าวข้ามอุปสรรคต่างๆ จะเกิดการรับรู้การมีสมรรถนะในตนเองมากขึ้น จะส่งผลต่อการใช้บริการและมีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า การใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้นเป็นการใช้บริการตั้งแต่เรียกสายด่วน 1669 และหรือการเรียกใช้หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้นล้วนมาจากหลากหลายสาเหตุและหลายระดับและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการข้ามขั้นตอนและไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

Rudge และคณะ (2013) ศึกษาส่วนประสมระหว่างอิทธิพลของระยะทางและความไม่อิสระจากเพื่อบ้านมีผลต่อการไปใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือไม่ในประชากรประเทศอังกฤษ ที่มารับบริการที่หน่วยบริการฉุกเฉิน ออกแบบการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) จากฐานข้อมูลผู้มารับบริการจำนวน 1,413,363 รายระหว่างปี คศ. 2007-2008 ผลการวิจัยพบว่า ระยะทางที่ผู้ป่วยพักอาศัยห่างจากสถานบริการออกไปทุกๆ 1 กิโลเมตรจะไปใช้บริการน้อยลงร้อยละ 2.2 (1.7-2.6%, $p < 0.001$) ส่วนการเจ็บป่วยเล็กน้อยจะมาใช้บริการลดลง 2.26 เท่า 2 (2.01-

2.55%, $p < 0.001$) ดังนั้นควรจัดหน่วยบริการให้อยู่ในระยะใกล้ๆ ประชาชนจึงจะเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการมากยิ่งขึ้น

Meuer และคณะ (2011) ทำการศึกษาการรับรู้อุปสรรคในการใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินของผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดอุดตันในสมอง ด้วยการออกแบบวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการศึกษาใน 24 โรงพยาบาลเก็บข้อมูลจำนวน 12 คู่เปรียบเทียบกัน เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในแพทย์ 65 คน พยาบาล 62 คน นักประสาทวิทยา 15 คน นักรังสีวิทยา 12 คนและผู้จัดการโรงพยาบาล 12 คน และอาชีพอื่นๆ อีก 3 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านอุปสรรคภายนอกที่สำคัญในการกีดขวางการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านผู้ป่วยปัจจัยภายในที่สำคัญได้แก่ แรงจูงใจ การรับรู้อุปสรรค

Taloo และคณะ (2013) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้รถฉุกเฉินกับการให้ประเมินอาการเจ็บป่วยด้วยตนเอง รวมทั้งปัจจัยด้านทัศนคติและการรับรู้ โดยศึกษาในรัฐควีนสแลนด์ ประเทศออสเตรเลีย ใช้วิธีการศึกษาภาคตัดขวางเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง 911 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ประเมินอาการตนเองที่รับรู้อาการตนเองและมีทัศนคติทางบวกต่อความรุนแรงของอาการที่จะเกิดต่อความรวดเร็วและประสิทธิภาพของการใช้บริการรถฉุกเฉินทางการแพทย์จะใช้บริการสูงกว่าผู้ที่ไม่มีอาการและขาดทัศนคติทางบวกต่อหน่วยรถฉุกเฉิน นอกนั้นปัจจัยด้านการไม่มีรถส่วนตัวก็เป็นสาเหตุหนึ่งในการเรียกรถฉุกเฉิน รวมทั้งความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายก็เป็นเหตุที่ไม่เรียกใช้บริการรถฉุกเฉินทางการแพทย์

Lowthian และคณะ (2011) ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเพิ่มการใช้บริการหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน โดยการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งวารสารต่างๆ และนำมาประเมินและสรุปประเด็นเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยโดยใช้ผลงานในระยะเวลา 20 ปี ที่ผ่านมา ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้แก่ การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น การเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การได้รับบริการในราคาที่สามารรถเข้าถึงได้ การเพิ่มการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับอาการป่วยฉุกเฉินที่จำเป็นต้องใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้นควรพัฒนาการใช้บริการหน่วยแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพผ่านการพัฒนาปัจจัยเหล่านี้

Brown และคณะ (2013) ศึกษาข้อมูลด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งสถานการณ์ฉุกเฉินที่ส่งผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกที่มาใช้บริการในสหรัฐอเมริกา จำนวน 20 ชุมชน เก็บข้อมูลจากหน่วยบริการจำนวน 875 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมาใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยเจ็บหน้าอกพบว่ามี ความแตกต่างกันด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม นอกนั้นผู้ป่วยยังรับรู้อาการซ้ำและใช้วิธีการรักษาอย่างอื่น ก่อนที่จะเรียกใช้บริการ เช่น การรับประทานยาลดกรด รวมทั้งยากแก้ปวดก่อนที่จะใช้บริการส่งผลให้การมารับบริการล่าช้าและเกิดความไม่เหมาะสม

Seo และคณะ (2013) ศึกษาอุปสรรคต่อความตั้งใจของประชาชนชาวอเมริกันที่จะเรียกใช้บริการ 911 ซึ่งเป็นหมายเลขเรียกหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยจากภาวะหลอดเลือดสมอง เก็บข้อมูลจากศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ.2009 จาก 18 มลรัฐและเมืองโคลัมเบีย การศึกษานี้ใช้อาการ 5 รูปแบบที่ระบุอาการป่วยจากภาวะหลอดเลือดสมองซึ่งให้

คำจำกัดความจากสมาคมโรคหลอดเลือดสมองสหรัฐอเมริกาจำนวน 131,988 รายพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป ผู้ที่ไม่มีมีหลักประกันสุขภาพ รายได้ครอบครัวน้อยกว่า 25,000 เหรียญต่อปี ประวัติการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิเคราะห์หลายตัวแปรพบว่า เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรสและประวัติการเจ็บป่วยมีผลต่อการเรียก 911 เมื่อมีอาการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองขึ้น

Dracup และคณะ (2009) ศึกษาวิจัยเชิงทดลองเชิงสุ่มในกาลระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเริ่มต้นของภาวะทางหลอดเลือดหัวใจและอันตรายจากภาวะหัวใจขาดเลือดต่อประชาชนทั้งชุมชนในชุมชนทดลอง และสุ่มเลือกชุมชนควบคุม กลุ่มทดลองจำนวน 1,777 คนและชุมชนควบคุมมีประชากร 1,745 คน ผลการดำเนินการให้ความรู้เพื่อเพิ่มการรับรู้ผ่านการสื่อสารมวลชนระหว่าง ค.ศ.2002-2004 ทดลองพบว่า ประชาชนในชุมชนทดลองมาพบแพทย์ที่แผนกฉุกเฉินภายในระยะเวลา 6 ชั่วโมงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และสามารถลดระยะเวลาล่าช้าในการมาโรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นสรุปได้ว่า การเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับอาการผ่านสื่อสารมวลชนจะสามารถเพิ่มการใช้บริการได้รวดเร็วขึ้นและส่งผลให้ลดปัญหาสุขภาพระยะยาวในกลุ่มทดลองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Ruger และคณะ (2006) ศึกษาผลของอาการทางคลินิกและสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่อการเรียกใช้บริการรถฉุกเฉินทางการแพทย์ โดยการศึกษากาตตขวางในเซนต์หลุยส์ ในผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยบริการฉุกเฉินจำนวน 78,734 คนพบว่าใช้บริการรถฉุกเฉินร้อยละ 22 ซึ่งผลต่อการใช้บริการได้แก่ การรับรู้อาการว่ามีความรุนแรงร้อยละ 80 และมีความสามารถในการจ่ายค่าบริการร้อยละ 41 และ ทั้ง 2 ปัจจัยนี้มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับผู้ที่ไม่ได้เรียกใช้รถบริการฉุกเฉิน

Luepker และคณะ (2000) ศึกษาเชิงทดลองในชุมชนโดยให้ความรู้เพื่อเพิ่มการรับรู้ อาการป่วยฉุกเฉินจากภาวะหัวใจขาดเลือดที่จะต้องไปใช้บริการการแพทย์อย่างเร่งด่วน โดยดำเนินการทดลองใน 20 ชุมชนในประเทศสหรัฐอเมริการะหว่างปี ค.ศ.1995-1997 และจับคู่ชุมชนเป็น 10 คู่ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจะได้รับการสื่อสารความรู้เกี่ยวกับอาการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจและอาการหัวใจขาดเลือดและความจำเป็นที่จะต้องไปรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเร่งด่วน โดยประเมินระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงการได้รับการรักษาที่หน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มทดลองจำนวน 10,563 คนใน 10 ชุมชนทดลอง และกลุ่มควบคุม 9,801 คน ใน 10 ชุมชนควบคุม ผลการทดลองพบว่า การเพิ่มข้อมูลผ่านสื่อสารมวลชนในชุมชนสามารถเพิ่มการรับรู้อาการเริ่มแรกของอาการหัวใจขาดเลือดและความจำเป็นที่จะต้องไปพบแพทย์อย่างเร่งด่วนและสามารถลดระยะเวลาไปพบแพทย์ลงได้อย่างมีนัยสำคัญถึงร้อยละ 20

Holden และคณะ (2006) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเรียกใช้รถฉุกเฉินทางการแพทย์ ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในประเทศออสเตรเลียระหว่างเดือนตุลาคม 2011- 31 มีนาคม 2005 จำนวน 105 คน โดยวิธีการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้อาการเมื่อเริ่มป่วยโดยอาการเจ็บหน้าอก เป็นอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะเรียกรถฉุกเฉินมากกว่าผู้ไม่รู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยิ่งกว่านั้นผู้มีรายได้ต่ำกว่า 20,000 เหรียญ/ปี จะเรียกรถฉุกเฉินน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้สูงกว่านี้อย่างมีนัยสำคัญ

Khan และคณะ (2007) ที่ศึกษาในประเทศปากีสถาน โดยการเก็บข้อมูลกับผู้ที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล ใช้วิธีการศึกษาภาคตัดขวางในข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 720 ราย ด้วยการสัมภาษณ์ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดในปากีสถานถึง 1 ใน 3 มาโรงพยาบาลล่าช้ากว่ากำหนด ซึ่งสาเหตุที่มีนัยสำคัญได้แก่ ผู้ป่วยหรือผู้นำส่งไม่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการเริ่มแรกของการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งผู้ป่วยรับรู้อาการตนเองว่าไม่รุนแรง หนักได้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความล่าช้าในการได้รับการรักษาที่เหมาะสม

Artuso และคณะ (2013) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ของชาวออบอร์จิ้น ในออสเตรเลียกลางและป่วยเป็นโรคหัวใจ ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในผู้ป่วยออบอร์จิ้นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจ ผลการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 7 คน ผู้ดูแล 15 คนและผู้ให้บริการสุขภาพในชุมชน 12 คน พบว่า ผู้ที่มาใช้บริการจำนวนมากเกิดจากการรับรู้อาการเริ่มป่วยไม่ถูกต้องทำให้ไปแสวงหาวิธีการรักษาอื่นๆ นอกนั้นการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้การรับรู้อาการเร็วขึ้นและไปรับการรักษาได้เหมาะสม รวมทั้งประสบการณ์เดิมที่เคยไปรักษา นอกจากนั้นยังมีอุปสรรคที่ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้ทันเวลา เช่น ระยะทางที่ห่างไกล การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและความไม่เชื่อมั่นต่อสถานบริการ

2.2.2 งานวิจัยในประเทศ

ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล, บริบูรณ์ เชนธนากิจและบวร วิทย์ชานาญกุล (2555) ศึกษาสาเหตุการไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือเกิดอุบัติเหตุ จากการศึกษาเชิงพรรณนา และเก็บข้อมูลไปข้างหน้าระหว่างเดือน มีนาคม – ตุลาคม 2554 จำนวน 102 คน พบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินระดับ 1-3 ที่จำเป็นจะต้องใช้รถฉุกเฉินมาเองร้อยละ 62 ผู้ที่มาเองไม่รู้จักระบบการแพทย์ฉุกเฉินถึงร้อยละ 50 มีรถส่วนตัวถึงร้อยละ 64.1 รับรู้อาการว่าบาดเจ็บเล็กน้อยร้อยละ 25 ตกใจนึกอะไรไม่ออกร้อยละ 15.6

สุกัญญา เดชขุน (2551) ศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยศึกษากับพฤติกรรมการใช้บริการหน่วยแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี ขนาดตัวอย่าง 400 คน เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้อาการป่วยฉุกเฉิน การรับรู้บริการ ทัศนคติต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การรับรู้บริการและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ร้อยละ 22.7

2.3 สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ สามารถสรุปปัจจัยที่ได้จากการสังเคราะห์และจัดหมวดหมู่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน รถฉุกเฉินและห้องฉุกเฉินในผู้ป่วยฉุกเฉินประเภทต่างๆ ครอบคลุมปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม ครอบคลุม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระดับรายได้ การมีพาหนะส่วนตัว การอยู่ในเขตเมืองและปัจจัยด้านประเภทการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านการรับรู้อาการป่วยฉุกเฉินและระดับความรุนแรงที่จำเป็นต้องใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการให้บริการของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น ทัศนคติต่อการบริการ ความสะดวก รวดเร็ว ทันเวลาและไม่เสียค่าใช้จ่าย ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางครอบครัวและสังคมต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปัจจัยด้านประสบการณ์เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและปัจจัยด้านความเชื่อมั่นในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

เพื่อความเข้าใจที่ชัดเจนและจัดลำดับความสำคัญข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนอายุระหว่าง 15-65 ปีในจังหวัดอุบลราชธานีเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤติ รวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่มีเกี่ยวข้อง รวมทั้งการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องจากนั้นนำมาสู่การออกแบบวิจัยเชิงปริมาณเพื่อศึกษาผลของสาเหตุต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤติในจังหวัดอุบลราชธานี ดังนั้นผู้วิจัยออกแบบวิจัยแบบผสม (Mixed method research) โดยการใช้การศึกษาทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative study) และการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative study) รายละเอียดดังนี้

3.1 ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study) ใช้เพื่อศึกษาวิธีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤติของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี โดยการเก็บข้อมูลในผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ครอบคลุมพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ขอบเขตข้อมูลที่ต้องการศึกษาได้แก่ ประเภท รูปแบบและระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ระดับความรู้สึกตัวและช่วยเหลือตัวเองได้ของผู้ป่วย เวลาเจ็บป่วย ลักษณะและประเภทการเดินทางมาแผนกบริการฉุกเฉิน รูปแบบการเรียกใช้หรือไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมของผู้ถูกสัมภาษณ์ครอบคลุม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ พื้นที่อยู่อาศัย การมีรถยนต์ส่วนบุคคล การเจ็บป่วย ประสบการณ์เคยใช้บริการ การรับรู้การที่จะจะต้องใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทศนคติทางบวกต่อการบริการ ความมั่นใจในการเรียกใช้ การสนับสนุนของญาติพี่น้องในการใช้ รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างรอบด้านและนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาประเด็นคำถามเพื่อศึกษาวิจัยเชิงปริมาณและยืนยันในการวิเคราะห์ทางสถิติ อธิบายในภาพระดับจังหวัดต่อไป รายละเอียดดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ

1.1) กลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่งที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดอุบลราชธานี ทั้งที่ผ่านและไม่ผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ตามค่านิยาม) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก 18 คน ในโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่งและ 6 คนในโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง รวม 24 คน และสนทนากลุ่ม 12 คน ในโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่งและ 12 คนในโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง รวม 24 คน

1.2) สัมภาษณ์ผู้จัดบริการแพทย์ฉุกเฉินในส่วนของโรงพยาบาลและหน่วยงานด้านสุขภาพ ประกอบด้วย หัวหน้าหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินระดับโรงพยาบาล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก 15-20 คน ใน 8 โรงพยาบาล

2) ขั้นตอนการวิจัยเชิงคุณภาพ

การสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth interviewing) และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เป็นขั้นตอนการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มตามแนวทางการสัมภาษณ์ (Guideline of interviewing) แบบมีโครงสร้างของเนื้อหา รายละเอียดเนื้อหาในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษาในประเด็นที่กล่าวไปแล้วข้างต้น

3) การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เนื้อหา (Conceptual content analysis) โดยมีขั้นตอนการรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

3.1) การพิจารณาและประเมินความตรง ความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมจากหลายแหล่งจากขั้นตอนการวิจัย เนื่องจากการรวบรวมข้อมูลนั้นดำเนินการหลากหลายวิธีทั้ง การสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลและการสนทนากลุ่ม ดังนั้นการประมวลข้อมูลจะใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อสรุปใจความครั้งละประเด็น จนครอบคลุมข้อมูลจากทุกกลุ่ม และวิเคราะห์ความตรง และความสอดคล้องร่วมกันระหว่างนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย

3.2) การถอดความจากการบันทึกด้วยเครื่องบันทึกเสียง การใช้เครื่องบันทึกเสียงจะดำเนินการตลอดทั้งหมดในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลและขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ช่วยนักวิจัยจะทำหน้าที่ถอดประเด็นทุกประเด็นและประเด็นที่คลุมเครือ จะถอดประเด็นในลักษณะคำพูดต่อคำพูด (Word by word)

3.3) การอ้างถึงผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีโค้ดคำพูด (Word coding) และระบุข้อมูลบางส่วนที่ไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคลแบบเฉพาะเจาะจงได้ เช่น ชายไทย อายุ 45 ปี ประธานชมรมจักรยานในหมู่บ้าน ก เพศหญิงอายุ 38 ปี เป็นต้น

3.4) ความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยจะตรวจสอบเนื้อหาที่ได้จากการวิเคราะห์ตรวจสอบซ้ำกับข้อมูลดิบที่ได้บันทึกจากเครื่องบันทึกเสียง จนกว่าจะมีความชัดเจนในประเด็นต่างๆที่ได้จากการวิเคราะห์ ถ้ายังไม่ชัดเจนผู้วิจัยจะวิเคราะห์ซ้ำอีกครั้งจนกว่าจะสามารถสรุปความชัดเจนได้ครบทุกประเด็น

2. การศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี

1) วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมพฤติกรรมการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี

1.2) เพื่อทำนายพฤติกรรมพฤติกรรมการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี

2) ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเพื่อตอบคำถามวิจัยเหล่านี้ใช้วิธีระเบียบวิธีวิจัยย้อนหลังจับคู่แบบมีกลุ่มควบคุม (Matched case-control study)

3) ประชากร กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

3.1) ประชากรศึกษาหมายถึง ผู้ป่วย หรือญาติญาติ หรือผู้นำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินแบบเร่งด่วนและวิกฤติเพื่อมารับบริการการแพทย์ที่แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลของรัฐระดับอำเภอและโรงพยาบาลศูนย์ ในจังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558- 30 กรกฎาคม 2559

3.2) กลุ่มศึกษา (Case) ได้แก่ ผู้ป่วย หรือญาติญาติ หรือผู้นำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินแบบเร่งด่วนและวิกฤติเพื่อมารับบริการการแพทย์ที่แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลของรัฐระดับอำเภอและโรงพยาบาลศูนย์ ในจังหวัดอุบลราชธานีที่ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินผ่าน 1669 และนำส่งโดยรถฉุกเฉินในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน(EMS) โดยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากตัวผู้ป่วยเองในกรณีที่รู้สึกตัวดี หรือสัมภาษณ์ญาติ หรือผู้นำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับอำเภอและโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างวันที่ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558- 30 กรกฎาคม 2559 หรือจนกว่าจะได้ข้อมูลครบจำนวนในช่วงเวลาดังกล่าว โดยผู้ให้ข้อมูลสามารถถามตอบและเข้าใจภาษาไทย อยู่อาศัยในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีอย่างน้อย 1 ปี และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

3.3) กลุ่มควบคุม (Control) ได้แก่ ผู้ป่วย หรือญาติญาติ หรือผู้นำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินแบบเร่งด่วนและวิกฤติเพื่อมารับบริการการแพทย์ที่แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลของรัฐระดับอำเภอและโรงพยาบาลศูนย์ ในจังหวัดอุบลราชธานีและไม่ได้ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินผ่าน 1669 และไม่ได้นำส่งโดยรถฉุกเฉินในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน(EMS) จับคู่กับกลุ่มศึกษาโดยเป็นเพศเดียวกัน อายุห่างกันไม่เกิน 5 ปีและอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลเดียวกัน โดยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากตัวผู้ป่วยเองในกรณีที่รู้สึกตัวดี หรือสัมภาษณ์ญาติ หรือผู้นำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับอำเภอและโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างวันที่ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558- 30 กรกฎาคม 2559 หรือจนกว่าจะได้ข้อมูลครบจำนวนในช่วงเวลาดังกล่าว โดยผู้ให้ข้อมูลสามารถถามตอบและเข้าใจภาษาไทย อยู่อาศัยในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีอย่างน้อย 1 ปี และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

4) ขนาดตัวอย่าง

4.1) วิธีคำนวณขนาดตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่างคำนวณเพื่อการวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรอิสระที่ศึกษาและทำนายตัวแปรตาม (Dependent variable) ที่มีระดับการวัดแ่งนั้บ (Dichotomous variable) รวมทั้งมีวิธีออกแบบวิจัยแบบ Matched Case -control study ดังนั้นขนาดตัวอย่างจึงคำนวณเพื่อการวิเคราะห์ถดถอยแบบ Conditional logistic regression โดยมีสูตรในการคำนวณดังนี้ (Schlesselman, 1982; Dupont, 1988)

$$m = \frac{[z_{\alpha/2} + z_{\beta} \sqrt{p(1-p)}]^2}{(p - \frac{1}{2})^2}$$

m= จำนวนขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม, $\alpha=0.05$

P_1 = อัตราการข้ามขั้นตอนการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($X=0$)

P_2 = อัตราการใช้บริการที่มีตัวแปรต้นที่สนใจ($X=1$)

$$P = \frac{\psi}{1+\psi}$$

ψ = Odd Ratio หรือ OR

$Z_{1-\alpha}$ = ค่ามาตรฐานจากตารางการแจกแจงปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($\alpha=0.05$) มีค่าเท่ากับ 1.645

$Z_{1-\beta}$ = ค่ามาตรฐานจากตารางการแจกแจงปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดระดับ $\beta=0.05$ มีค่าเท่ากับ 0.842

4.2) การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างขนาดตัวอย่างสำหรับโมเดลการทำนายพฤติกรรมการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี ทั้งนี้ยังไม่มีรายงานการศึกษาในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงใช้ข้อค้นพบในต่างประเทศที่พบว่า ผู้ป่วยหรือญาติมีการรับรู้ความต้องการเร่งด่วนเกี่ยวกับอาการป่วยของตนเอง (Perceived urgently rated self- illness) ที่มีการศึกษาในประเทศออสเตรเลีย พบว่าผู้ที่รู้ว่าตัวเองหรือผู้ที่ตัวเองพบเห็นมีความจำเป็นทางสุขภาพที่จะต้องใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะมีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลถึงร้อยละ 62.6 เทียบกับผู้ใช้หรือไม่สม่ำเสมอ ไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 36.8 (อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (Odd ratio: OR) 1.70 36.8 (Taloo et al., 2013) ผู้วิจัยใช้พารามิเตอร์ดังกล่าวคำนวณขนาดตัวอย่างในโปรแกรมสำเร็จรูป p_0 (0.626) alt (1.7) $s(n)$ power (0.8) ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 323 คน เพิ่มขนาดตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย ดังนั้นได้ขนาดตัวอย่าง 355 ต่อกลุ่ม เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลอำเภอและโรงพยาบาลศูนย์ตามสัดส่วนที่มีผู้มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน โดยเก็บแบบจับคู่โดยผู้ช่วยนักวิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน ผู้ที่ใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะเป็น cases ผู้ที่ไม่ใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะเป็นกลุ่มควบคุม (Control) เก็บไปเรื่อยๆ ตามสัดส่วนผู้รับบริการในแต่ละเดือน จนกว่าจะได้ตัวอย่างครบตามจำนวน (Consecution collective sampling) โดยมีเกณฑ์ในการจับคู่ดังนี้

- (1) เพศเดียวกัน
- (2) อายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี
- (3) อาศัยอยู่ในตำบลเดียวกัน

4.3) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

4.1) ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ตัวแปรศึกษาที่ใช้ในการวิจัยระยะนี้ ใช้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาที่ 1 มาสรุปเพื่อกำหนดกรอบตัวแปรในการศึกษาที่ 2 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตัวแปรตาม (Dependent variable) ได้แก่ การใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวแปรต้น (Dependent variables) ได้แก่ ตัวแปรที่พบจากการทบทวนวรรณกรรมและยืนยัน เพิ่มเติมจากข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพครอบคลุมตัวแปรต่อไปนี้

1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ครอบคลุมปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคมครอบคลุม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสโสด สถานะทางการเงิน การมี

รถยนต์ส่วนตัว การอยู่ในพื้นที่เขตเมือง อาการเจ็บป่วยที่ต้องมารับบริการแผนกฉุกเฉินที่โรงพยาบาลรวมทั้งหมด 11 ข้อ

2) ส่วนที่ 2 การประเมินทัศนคติต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเจ็บป่วยในภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนหรือวิกฤติหรือพบเห็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนหรือวิกฤติ ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินและนำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินทัศนคติของ Ajzen (Ajzen, 1991) รวมข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ประเด็นคำถามเชิงบวก

เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 5 คะแนน

เห็นด้วยมาก ให้ 4 คะแนน

เห็นด้วยปานกลาง ให้ 3 คะแนน

เห็นด้วยน้อย ให้ 2 คะแนน

เห็นน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

ประเด็นคำถามเชิงลบ

เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 1 คะแนน

เห็นด้วยมาก ให้ 2 คะแนน

เห็นด้วยปานกลาง ให้ 3 คะแนน

เห็นด้วยน้อย ให้ 4 คะแนน

เห็นน้อยที่สุด ให้ 5 คะแนน

จากนั้นผู้วิจัยจะนำมาปรับการวัดตัวแปรให้มีความเป็นจริงโดยใช้หลักเกณฑ์ประสิทธิภาพการเรียนรู้ที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมจากการเรียนรู้ได้ (Best, 2010) โดยผลการเรียนรู้ที่ดีที่จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมจากการเรียนรู้ได้ผู้เรียนจะต้องมีผลการเรียนรู้ในระดับดีมาก คือได้คะแนนจากการประเมินผลการเรียนรู้ได้ร้อยละ 80 ขึ้นไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์นี้ในการประเมินให้เหมาะสมกับวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยผู้ที่ที่มีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ถือเป็นผู้ที่มีทัศนคติในระดับดีมาก ให้กลุ่ม = 1 ส่วนผู้ที่ได้คะแนนไม่ถึงร้อยละ 80 จัดอยู่ในกลุ่มปานกลางถึงต่ำ = 0

3) ส่วนที่ 3 การประเมินการรับรู้อาการป่วยที่จำเป็นจะต้องใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินและนำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินการรับรู้เป็นช่วงคะแนน (Rating scale) จำนวนทั้งหมด 17 ข้อมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ประเด็นคำถามเชิงบวก

เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 5 คะแนน

เห็นด้วยมาก ให้ 4 คะแนน

เห็นด้วยปานกลาง ให้ 3 คะแนน

เห็นด้วยน้อย ให้ 2 คะแนน

เห็นน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

ประเด็นคำถามเชิงลบ

เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 1 คะแนน

เห็นด้วยมาก ให้ 2 คะแนน

เห็นด้วยปานกลาง ให้ 3 คะแนน

เห็นด้วยน้อย ให้ 4 คะแนน

เห็นน้อยที่สุด ให้ 5 คะแนน

จากนั้นผู้วิจัยจะนำมาปรับการวัดตัวแปรให้มีความเป็นจริงโดยใช้หลักเกณฑ์ประสิทธิภาพการเรียนรู้ที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมจากการเรียนรู้ได้ (Best, 2010) โดยผลการเรียนรู้ที่ดีที่จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมจากการเรียนรู้ได้ผู้เรียนจะต้องมีผลการเรียนรู้ในระดับดีมาก คือได้คะแนนจากการประเมินผลการเรียนรู้ได้ร้อยละ 80 ขึ้นไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์นี้ในการประเมินให้เหมาะสมกับวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยผู้ที่ที่มีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ถือเป็นผู้ที่มีการรับรู้อาการป่วยในระดับดีมาก ให้กลุ่ม = 1 ส่วนผู้ที่ได้คะแนนไม่ถึงร้อยละ 80 จัดอยู่ในกลุ่มปานกลางถึงต่ำ = 0

4) ส่วนที่ 4 การประเมินการรับรู้อุปสรรคของการเรียกใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินและ 1669 ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินและนำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินการรับรู้โดยใช้วิธีประเมินแบบ Rating scale มีข้อความทั้งหมด 12 ข้อ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ประเด็นคำถามเชิงบวก

เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 5 คะแนน

เห็นด้วยมาก ให้ 4 คะแนน

เห็นด้วยปานกลาง ให้ 3 คะแนน

เห็นด้วยน้อย ให้ 2 คะแนน

เห็นน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

ประเด็นคำถามเชิงลบ

เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 1 คะแนน

เห็นด้วยมาก ให้ 2 คะแนน

เห็นด้วยปานกลาง ให้ 3 คะแนน

เห็นด้วยน้อย ให้ 4 คะแนน

เห็นน้อยที่สุด ให้ 5 คะแนน

จากนั้นผู้วิจัยจะนำมาปรับการวัดตัวแปรให้มีความเป็นจริงโดยใช้หลักเกณฑ์ประสิทธิภาพการเรียนรู้ที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมจากการเรียนรู้ได้ (Best, 2010) โดยผลการเรียนรู้ที่ดีที่จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมจากการเรียนรู้ได้ผู้เรียนจะต้องมีผลการเรียนรู้ในระดับดีมาก คือได้คะแนนจากการประเมินผลการเรียนรู้ได้ร้อยละ 80 ขึ้นไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์นี้ในการประเมินให้เหมาะสมกับวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยผู้ที่ที่มีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ถือเป็นผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับดีมาก ให้กลุ่ม = 1 ส่วนผู้ที่ได้คะแนนไม่ถึงร้อยละ 80 จัดอยู่ในกลุ่มปานกลางถึงต่ำ = 0

5) ส่วนที่ 5 การประเมินความเชื่อมั่นในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเจ็บป่วยในภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนหรือวิกฤติหรือพบเห็นผู้ป่วยฉุกเฉินหรือวิกฤติ ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินและนำมาปรับปรุงให้

สอดคล้องกับแนวทางการประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองของ Bandura (Bandura, 1977) รวมข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ประเด็นคำถามเชิงบวก

ง่ายมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
ง่ายมาก	ให้ 4 คะแนน
ง่ายปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ยาก	ให้ 2 คะแนน
ยากที่สุด	ให้ 1 คะแนน
ประเด็นคำถามเชิงลบ	
ง่ายมากที่สุด	ให้ 1 คะแนน
ง่ายมาก	ให้ 2 คะแนน
ง่ายปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ยาก	ให้ 4 คะแนน
ยากที่สุด	ให้ 5 คะแนน

จากนั้นผู้วิจัยจะนำมาปรับการวัดตัวแปรให้มีความเป็นจริงโดยใช้หลักเกณฑ์ประสิทธิภาพการเรียนรู้ที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมจากการเรียนรู้ได้ (Best, 2010) โดยผลการเรียนรู้ที่ดีที่จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมจากการเรียนรู้ได้ผู้เรียนจะต้องมีผลการเรียนรู้ในระดับดีมาก คือได้คะแนนจากการประเมินผลการเรียนรู้ได้ร้อยละ 80 ขึ้นไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์นี้ในการประเมินให้เหมาะสมกับวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยผู้ที่ที่มีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ถือเป็นผู้ที่มีความเชื่อมั่นต่อบริการในระดับดีมาก ให้กลุ่ม = 1 ส่วนผู้ที่ได้คะแนนไม่ถึงร้อยละ 80 จัดอยู่ในกลุ่มปานกลางถึงต่ำ = 0

6) ส่วนที่ 6 การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเจ็บป่วยในภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนหรือวิกฤติหรือพบเห็นผู้ป่วยฉุกเฉินหรือวิกฤติ ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินและนำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม (Yaisien, S., Alvi, T., & Moghal, F., 2013) รวมข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ประเด็นคำถามเชิงบวก

ได้รับมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
ได้รับมาก	ให้ 4 คะแนน
ได้รับปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ได้รับน้อย	ให้ 2 คะแนน
ได้รับน้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน
ประเด็นคำถามเชิงลบ	
ได้รับมากที่สุด	ให้ 1 คะแนน
ได้รับมาก	ให้ 2 คะแนน
ได้รับปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ได้รับน้อย	ให้ 4 คะแนน

ได้รับน้อยที่สุด ให้ 5 คะแนน

จากนั้นผู้วิจัยจะนำมาปรับการวัดตัวแปรให้มีความเป็นจริงโดยใช้หลักเกณฑ์ประสิทธิภาพการเรียนรู้ที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมจากการเรียนรู้ได้ (Best, 2010) โดยผลการเรียนรู้ที่ดีที่จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมจากการเรียนรู้ได้ผู้เรียนจะต้องมีผลการเรียนรู้ในระดับดีมาก คือได้คะแนนจากการประเมินผลการเรียนรู้ได้ร้อยละ 80 ขึ้นไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์นี้ในการประเมินให้เหมาะสมกับวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยผู้ที่ที่มีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ถือเป็นผู้ที่รับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับดีมาก ให้กลุ่ม = 1 ส่วนผู้ที่ได้คะแนนไม่ถึงร้อยละ 80 จัดอยู่ในกลุ่มปานกลางถึงต่ำ = 0

7) ส่วนที่ 7 การประเมินประสบการณ์เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือ 1669 ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้ข้อความ 1 ข้อ คือ เคย ให้คะแนนเป็น 1 กับ ไม่เคยใช้บริการ ให้คะแนนเป็น 0

จากนั้นผู้วิจัยจะนำมาปรับการวัดตัวแปรให้มีความเป็นจริงโดยใช้หลักเกณฑ์ประสิทธิภาพการเรียนรู้ที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมจากการเรียนรู้ได้ (Best, 2010) โดยผลการเรียนรู้ที่ดีที่จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมจากการเรียนรู้ได้ผู้เรียนจะต้องมีผลการเรียนรู้ในระดับดีมาก คือได้คะแนนจากการประเมินผลการเรียนรู้ได้ร้อยละ 80 ขึ้นไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์นี้ในการประเมินให้เหมาะสมกับวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยผู้ที่ที่มีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ถือเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจบริการในระดับดีมาก ให้กลุ่ม = 1 ส่วนผู้ที่ได้คะแนนไม่ถึงร้อยละ 80 จัดอยู่ในกลุ่มปานกลางถึงต่ำ = 0

9) ส่วนที่ 9 การประเมินการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือเรียก 1669 เมื่อมาใช้บริการในครั้งนี้ ใช้บริการ = 1, ไม่ใช้บริการ = 0

4.2) การประเมินคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามและตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยโครงสร้างทั้งหมด 13 ส่วน มีวิธีการควบคุมคุณภาพดังนี้

(1) การประเมินความตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content validity) ผู้วิจัยใช้วิธีส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 3 ท่านประเมินความสอดคล้องของเนื้อหาและเสนอแนะ โดยใช้แบบประเมินดัชนีความสอดคล้อง (Index of Corresponding: IOC.) ซึ่งจะพัฒนาและปรับปรุงแบบสอบถามจนค่าคะแนน IOC. สูงกว่า 0.5

(2) การประเมินค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) ใช้วิธีการทดสอบแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมในการศึกษาในพื้นที่วิจัยจำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient: α) ซึ่งค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในแต่ละชุดจะต้องมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.75 ขึ้นไป ในกรณีที่ยังไม่ได้ตามเกณฑ์ผู้วิจัยจะนำมาพิจารณาปรับปรุงเพิ่มเติมหรือตัดออกและนำไปทดสอบใหม่จนกว่าจะได้เกณฑ์ตามต้องการ โดยทัศนคติมีความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.82 การรับรู้อาการ 0.86 การรับรู้อุปสรรค 0.85 การรับรู้ความเชื่อมั่นในการใช้บริการ 0.90 และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม 0.93 ซึ่งในแต่ละตัวแปรมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด

5) การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1) การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการโดยผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการฝึกอบรมวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้มาตรฐานทั้งความเข้าใจในเนื้อหาและโครงสร้างของแบบสอบถาม วิธีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ตอบแบบสอบถาม รวมทั้งการตรวจสอบและแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ตอบตอบข้อความคำถามไม่ครบสมบูรณ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้อบรมพัฒนาคุณภาพจำนวน 1 วัน

5.2) ทำหนังสือประสานงานกับองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5.3) กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยตรงจะเป็นผู้อธิบายวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล 1-3 นาที ถึงความจำเป็นและความสำคัญของการตอบแบบสอบถามของผู้ตอบ คำตอบที่ได้จะเป็นส่วนสำคัญในการนำไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาและยกระดับการใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อจะลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนจากการป่วยในระยะยาวต่อไป รวมทั้งสิทธิและความชอบธรรมในการเข้าร่วมหรือออกจากกระบวนการให้ข้อมูล การเซ็นต์ไบยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยใช้ระยะเวลาในดำเนินการสัมภาษณ์ประมาณ 10 นาที

5.4) จากนั้นให้ผู้ช่วยนักวิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ ประมาณ 30-45 นาที เมื่อเสร็จสิ้นแล้ว ผู้ช่วยนักวิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลที่ตอบ ถ้าไม่ครบถ้วนจะสัมภาษณ์ซ้ำในข้อความนั้นๆ ไป จนครบทุกข้อในแบบสอบถาม

5.5) ในกรณีที่เกิดปัญหาระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้ช่วยนักวิจัยหรือผู้รับการสัมภาษณ์สามารถสอบถามนักวิจัยทางโทรศัพท์ได้ตลอดเวลา

6) การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1) ผู้ช่วยและนักวิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วนและลงรหัสในแบบสอบถามพร้อมทั้งนำเข้าสู่ข้อมูลผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูล (Epi data Version 3.2) พร้อมทั้งตรวจสอบความครบถ้วนอีกครั้ง จากนั้นนำเข้าสู่โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป

6.2) การวิเคราะห์เบื้องต้นเชิงพรรณนาข้อมูลด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมรวมทั้งตัวแปรทุกตัวเพื่อการพรรณนาตัวแปร ใช้ทั้งการวิเคราะห์เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.3) การทดสอบข้อตกลงในการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ถดถอย ด้วยการประเมินแนวโน้มการกระจายของข้อมูล ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น (Multi-Collinearity)

6.4) การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตามตามโมดูลการความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วยวิธีวิเคราะห์ Chi-square และประมาณค่า Odd Ratio อย่างหยาบพร้อมช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 (ระดับนัยสำคัญ 0.05)

6.5) การวิเคราะห์ถดถอยแบบ Conditional logistic regression analysis เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบสมมติฐาน พร้อมการประมาณค่าช่วงเชื่อมั่น Adjusted OR (95%CI)

3. การพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้จะขอรับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่รับรอง...HE 562/2559.....เมื่อวันที่...2

กรกฎาคม 2559 ผู้เข้าร่วมในการวิจัยจะมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม โดยผู้ช่วยนักวิจัยจะเป็นผู้อธิบายรายละเอียดและขั้นตอนการเข้าร่วม รวมทั้งการให้ผู้เข้าร่วมในการวิจัยยินยอมเข้าร่วมโดยการเซ็นใบอนุญาตเข้าร่วมในการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาตามที่เห็นสมควรว่ากระทบสิทธิ์หรือคุกคามต่อสิทธิส่วนบุคคล

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤตในจังหวัดอุบลราชธานี โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) และการศึกษาเชิงปริมาณด้วยการวิจัยเชิงวิเคราะห์ด้วยการเก็บข้อมูลย้อนหลังแบบจับคู่ (Matched case control retrospective analytical study) ประชากรได้แก่ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ที่ตัดสินใจนำผู้ป่วยวิกฤตและเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤตส่งสถานบริการทางการแพทย์ในจังหวัดอุบลราชธานี ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มศึกษา (Case) ได้แก่ ผู้ที่มีการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินผ่าน 1669 และนำส่งผู้ป่วยผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ (Control) ได้แก่ ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ที่ตัดสินใจนำผู้ป่วยวิกฤตและเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤตส่งสถานบริการทางการแพทย์ในจังหวัดอุบลราชธานี ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มศึกษา (Case) ได้แก่ ผู้ที่ไม่มีการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินผ่าน 1669 และไม่นำส่งผู้ป่วยผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีเกณฑ์ในการจับคู่ได้แก่ เพศเดียวกัน อายุมากหรือน้อยต่างกันไม่เกิน 5 ปี โดยให้อัตราส่วนระหว่างกลุ่มศึกษาต่อกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1: 1 ขนาดตัวอย่างที่คำนวณขนาดตัวอย่างได้จำนวน 325 คน ต่อกลุ่ม และผู้วิจัยได้เพิ่มร้อยละ 10 เพื่อชดเชยอัตราสูญหายที่อาจเกิดขึ้น และสามารถรวบรวมข้อมูลได้จำนวน 334 คู่ รวม 668 ราย ซึ่งเพียงพอที่จะทำการวิเคราะห์สถิติเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยในครั้งนี้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นดังนี้

4.1 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่งที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดอุบลราชธานี ทั้งที่ผ่านและไม่ผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ตามคำนิยาม) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก 18 คน ในโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่งและ 6 คนในโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง รวม 24 คน และสนทนากลุ่ม 12 คน ในโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่งและ 12 คนในโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง รวม 24 คน ทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ได้ข้อสรุปดังต่อไปนี้

4.1.1 วิธีการจัดการผู้ป่วยเมื่อมีอุบัติเหตุหรือภาวะฉุกเฉินขึ้นและนำส่งโรงพยาบาล

1) ถ้าเป็นอุบัติเหตุจะยังงักเรียก 1669 อยู่แล้ว เว้นแต่เรียกแล้วรอนานเกินไปจะหารถนำส่งแทนการรอ

ภาพลักษณ์ของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินมาพร้อมๆ กับภาพลักษณ์การกู้ชีพในสถานการณ์อุบัติเหตุ ซึ่งเป็นที่ติดตามของประชาชนทั่วไปผ่านช่องทางข่าวสารและการสื่อสารสมัยใหม่ เช่น โซเชียลมีเดีย โทรทัศน์และแผ่นป้ายคัทเอ๊าท์ต่างๆ รวมทั้งการพบเห็นการช่วยเหลือในเหตุการณ์อุบัติเหตุเมื่อเดินทางผ่านจุดเกิดอุบัติเหตุ ดังนั้นประชาชนทั่วไปส่วนหนึ่งจึงเข้าใจว่า ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินพัฒนาขึ้นเพื่อช่วยเหลือและนำส่งผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์อุบัติเหตุเท่านั้น ซึ่งการรับรู้ยังคงปรากฏอยู่ในผู้ที่ไม่ใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ดังเหตุการณ์เชิงประจักษ์จากการสัมภาษณ์

เชิงลึกบุคคลผู้ซึ่งไม่เคยใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินตั้งประเด็นคำพูดที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคคล
ชื่อสมมติต่อไปนี้

“คิดว่ารถของหน่วยแพทย์ฉุกเฉินมีไว้เพื่อบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุเท่านั้น ผู้ป่วย
ทั่วๆ ไปจะไม่มาให้บริการ ดังนั้นอาจจะเรียกหน่วยแพทย์ฉุกเฉินหรือ 1669 เมื่อพบเห็นผู้ป่วย
อุบัติเหตุตามเส้นทางที่เดินทางผ่านไป” อาภรณ์ (นามสมมติ) หญิงวัยสูงอายุวัย 69 ปี ในเขตเทศบาล
เมืองให้ความเห็น

สอดคล้องกับ หม่อม (นามสมมติ) หญิงวัยกลางคน วัย 65 ปี ในเขตเทศบาล ให้
ความเห็น “เข้าใจว่ารถหน่วยบริการฉุกเฉินหรือ 1669 จะให้บริการเฉพาะเมื่อเกิดอุบัติเหตุและ
รุนแรงเท่านั้น เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ จึงไม่ค่อยเรียก 1669”

สอดคล้องกับ เอ (นามสมมติ) ชายวัยรุ่นอายุ 18 ปี ให้ความเห็น “ที่รู้จักจาก
คนใกล้ชิดจะเรียก 1669 แต่เจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ มักจะไม่ค่อยเรียกกัน ส่วนใหญ่ไปกันเอง เพราะมี
รถยนต์ส่วนตัวอยู่แล้ว”

จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ข้อมูลที่ได้โดยรวมสรุปได้ว่า กลุ่มที่ไม่ใช้รถ
การแพทย์ฉุกเฉินในการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติในจังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับกรรับรู้
ที่เบี่ยงเบนไปและก่อให้เกิดความเชื่อวาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือ 1669 นั้นให้บริการเฉพาะ
ผู้ป่วยที่มีความเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุเป็นหลัก และส่วนใหญ่ที่พบเห็นก็เห็นรถฉุกเฉินบริการที่จุดเกิด
เหตุเป็นส่วนใหญ่ ส่วนน้อยที่พบเห็นบริการในชุมชน ดังนั้นความเชื่อและการรับรู้ดังกล่าวยังคง
เกี่ยวข้องกับการไม่มาใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือเรียก 1669 ของประชาชนในจังหวัด
อุบลราชธานี

2) ผู้ป่วยหมดสติ หรือหยุดหายใจจะนึกถึง 1669 และรับบริการเพื่อนำส่งผู้ป่วย
ฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤติสู่โรงพยาบาล ไม่ใช่ญาติตนเองและไม่รู้จักกันรอได้ แต่ถ้าเป็นญาติพี่น้อง
ตนเองและมีรถยนต์ส่วนตัวจะขนกันไปเอง

การรับรู้บริการของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประชาชนค่อนข้างจะครอบคลุมใน
จังหวัดอุบลราชธานี และจากอัตราส่วนการมีและใช้โทรศัพท์ส่วนบุคคล รวมทั้งโทรศัพท์สาธารณะ
ค่อนข้างจะมีเครือข่ายครอบคลุม ดังนั้นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติส่วนใหญ่ เช่น ผู้ป่วยหยุดหายใจ หมดสติ
หรือหอบอย่างรุนแรง ผู้ประสบเหตุจะโทร 1669 เพื่อแจ้งเหตุและรอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ยกเว้นถูกชักถามอาการเพื่อคัดแยกโรคนานๆ และซับซ้อน ประจวบกับมีรถยนต์ส่วนบุคคลในจุดเกิด
เหตุส่วนมากจะไม่รอและขนส่งกันมาเอง ส่วนผู้ที่ไม่ใช่ญาติหรือในภาวะจำยอมที่ไม่มีรถยนต์ส่วนบุคคล
จะต้องรอ แต่ผู้ประสบเหตุจะรอด้วยความกระวนกระวายใจและไม่เต็มใจที่จะรอ

3) ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน เช่น หอบหืด เบาหวาน ความ
ดันสูงที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนในครั้งแรกๆ จะไปกันเองแต่เมื่อมีประสบการณ์และเรียกใช้บริการแล้ว
ส่วนใหญ่จะเรียก 1669 และรอรับบริการ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ประสบภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ในระยะแรกๆ จะขนส่งกันไปเอง
ด้วยรถส่วนตัว แต่ครั้งต่อๆ มาจะเรียก 1669 และรอรับบริการจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ทั้งนี้อาจได้รับข้อมูลจากการไปโรงพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ที่แผนกฉุกเฉินว่าถ้ามีอาการแบบนี้จะเกิด
อันตรายเมื่อขนส่งกันมาเองและให้เรียกใช้บริการจาก 1669 ซึ่งผู้ป่วยและญาติจะรับรู้บริการจาก

ขั้นตอนนี้ เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยเร่งด่วนในระยะต่อมาผู้ป่วยและญาติจะรู้ถึงความจำเป็นและจะเรียก 1669 ให้ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง แม่นยำและรอรับบริการ และกลุ่มนี้จะใช้บริการ 1669 เป็นประจำ เพราะมีความคุ้นเคยกับกระบวนการบริการ สะดวก รวดเร็วและเข้าถึงจุดแจ้งเหตุได้ ทั้งนี้จะเกิดความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่และบริการ อีกทั้งเจ้าหน้าที่จะสามารถจดจำสถานที่และเข้าถึงจุดเกิดเหตุอย่างรวดเร็ว

4) มีอาการป่วยเกิดขึ้นถ้าไม่ถึงขั้นหยุดหายใจ หอบมาก จะตายให้ คิดถึง 1669 บ้าง แต่ถ้ามีรถจะไปกันเองแต่ถ้าไม่มีรถจะโทรแจ้งและจะรอรับบริการ

การรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนส่วนมากจะมีการรับรู้ค่อนข้างจะครอบคลุม แต่การรับรู้และเกิดทัศนคติว่าอาการฉุกเฉินที่ยังไม่ถึงขั้นวิกฤติ เช่น ผู้ป่วยยังหายใจเองได้ ไม่หอบมาก รู้สึกดีอยู่ ถ้ามีรถยนต์ส่วนบุคคลหรือรถชนิดอื่นๆ ที่สามารถขนย้ายผู้ป่วยเองได้ ก็จำดำเนินการ ยิงเป็นญาติ คนรู้จักหรือคนใกล้ชิด จะนำส่งเองและมักไม่ค่อยเรียก 1669 แต่ถ้าไม่มีรถหรือไม่ใช่ญาติพี่น้องก็จะเรียกและรอ 1669

5) ในระดับตำบลเมื่อเจ็บป่วยและต้องการไปโรงพยาบาลจะเรียกรถบริการในพื้นที่โดยตรง(รถฉุกเฉินของตำบล) แม้เพียงต้องการไปโรงพยาบาลก็ได้รับบริการ

การใช้รถบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับตำบลมีความหลากหลาย ทั้งนี้จัดขึ้นโดยองค์การปกครองท้องถิ่น มักให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนเป็นหลัก จึงไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับของระบบการแพทย์ฉุกเฉินมากนัก ดังนั้นเมื่อเจ็บป่วยและไม่มีรถนำส่งโรงพยาบาลก็สามารถเรียกใช้บริการได้ โดยไม่จำเป็นต้องผ่านระบบคัดแยกและส่งการ 1669

4.1.2 เพราะอะไรจึงไม่เรียก 1669 หรือเรียก 1669 แล้วแต่ไม่รอรับบริการให้ตลอดจนมาถึงแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาล

1) ถูกซักถามอาการจากเจ้าหน้าที่รับสายมากจนทนรอไม่ไหว

อารมณ์เร่งรีบ เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่โทรแจ้ง 1669 แล้วไม่รอรับบริการ ทั้งนี้เมื่อประสบเหตุฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤติของผู้ประสบเหตุ สิ่งแรกที่ทำคือ การปีนบวด ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นด้วยความรีบเร่งและขาดประสบการณ์ ในขณะที่ความกระวนกระวายเกิดขึ้นไปพร้อมๆ กับการโทรแจ้งเหตุ ผู้แจ้งเหตุไม่สามารถทราบและคัดแยกอาการได้ว่า ผู้ป่วยมีความรุนแรงระดับใด ดังนั้นจึงถูกเจ้าหน้าที่รับแจ้งเหตุซักถามเพื่อคัดแยกกระตือรือร้นและสั่งการหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน การซักถามอาการที่มีคำถามมากมาย ขาดความชัดเจนและคลุมเครือทำให้เกิดทัศนคติทางลบต่อบริการ ถ้าคำถามเกิน 3 คำถามและมีการซักถามซ้ำเพื่อความชัดเจน ผู้แจ้งเหตุส่วนมากจะไม่รอและขนส่งกันมาเอง ยิ่งถ้าในการแจ้งเหตุครั้งก่อนผู้แจ้งเหตุประสบเหตุการณ์แบบนี้ในครั้งหลังๆ จะไม่แจ้ง 1669 อีกเลย

2) แจ้งเหตุแล้ว ผู้ประสานงานส่งรถลงมาแล้วแต่มาถึงช้าและติดต่อระหว่างทางไม่ได้

อีกประเด็นหนึ่งหลังจากที่ผู้แจ้งเหตุสามารถคัดแยกประเภทและสั่งการหน่วยแพทย์ฉุกเฉินลงพื้นที่ แต่หน่วยบริการไม่คุ้นเคยพื้นที่แจ้งเหตุ ทำให้เข้าถึงจุดเกิดเหตุล่าช้า และซับซ้อน เช่น โทรประสานงานกันหลายรอบ รวมทั้งขาดการประสานงานและสื่อสารระหว่างจุดแจ้งเหตุและหน่วยบริการที่ลงพื้นที่ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกว่ามาถึงช้าและไม่รู้จะมาหรือไม่ ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ผู้ประสบเหตุหรือญาติไม่รอและตัดสินใจนำส่งผู้ป่วยด้วยรถยนต์ส่วนตัวที่พอจะหาได้ในพื้นที่ ซึ่ง

ผู้แจ้งเหตุและญาติบอกว่าเสียความรู้สึกและรับรู้ว่ามีอาการหนักแล้ว ผู้ป่วยทนไม่ไหวแล้ว รอรถไม่มาซักที ไม่รู้จะรอทำไม ดังนั้นจึงนำผู้ช่วยส่งโรงพยาบาลกันเอง

4) มีรถยนต์ส่วนตัว

การมีรถยนต์ส่วนตัวเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญที่ประชาชนไม่ใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งนี้รถยนต์ส่วนตัวมีความสะดวกและสามารถขนญาติพี่น้องที่ต้องการติดตามไปดูอาการและให้กำลังใจผู้ป่วยสามารถติดตามไปได้ครั้งละหลายๆ คน รวมทั้งสามารถนำช่างของเครื่องใช้ที่จำเป็นติดตัวไปด้วย การไปด้วยรถยนต์ส่วนบุคคลทำให้ญาติพี่น้องมีเวลาเตรียมตัว เก็บข้าวของเสื้อผ้า เอกสารต่างๆ ที่จำเป็นไปด้วย ตรงข้ามกับผู้ป่วยที่ใช้ระบบ 1669 จะไม่มีเวลามากและไม่สามารถเตรียมความพร้อม เอกสารและวัสดุของผู้จำเป็นไปด้วยได้ ยิ่งกว่านั้นในการติดต่อประสานงานระหว่างการเจ็บป่วย เช่น การติดต่อเรื่องประกันชีวิต เอกสารระหว่างหน่วยงาน การซื้ออาหารระหว่างรักษา รวมทั้งการส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีเครื่องมือ บุคลากรที่เหมาะสมล้วนใช้รถยนต์ส่วนตัวทั้งสิ้น ดังนั้นส่วนใหญ่ยังคำนึงถึงประเด็นนี้มากกว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก

4.1.3 เพราะอะไรจึงเรียก 1669 หรือเรียก 1669 แล้วรอรับบริการให้ตลอดจนมาถึงแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาล

1) อุบัติเหตุยังงี้ก็ต้องเรียกและต้องรอ

รถบริการการแพทย์ฉุกเฉินจัดตั้งขึ้นคล้ายบริการของมูลนิธิหนึ่งที่ทำให้บริการแก่ผู้เจ็บป่วยยากไร้ โดยเฉพาะอุบัติเหตุ เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บและขนส่งศพ ดังนั้นเมื่อมีข่าวอุบัติเหตุทางหน้าหนังสือพิมพ์จึงปรากฏภาพของมูลนิธิและรถฉุกเฉินปรากฏตัวทุกครั้ง ดังนั้นเมื่อประสบเหตุการณ์การเกิดอุบัติเหตุสิ่งทีนึกถึงคือภาพลักษณะดังกล่าว เมื่อมีวิวัฒนาการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นจึงหลีกเลี่ยงภาพลักษณะดังกล่าวไม่พ้น ดังนั้นบุคคลส่วนใหญ่จะทราบ 1669 และจะเรียกทันทีที่ประสบเหตุการณ์อุบัติเหตุ ไม่ว่าจะบาดเจ็บเล็กน้อยหรือบาดเจ็บรุนแรง เป็นญาติตัวเองหรือเพื่อนร่วมทาง ดังนั้นเมื่อประสบเหตุจากอุบัติเหตุทั้งที่รุนแรง เร่งด่วนหรือไม่ก็จะเรียก 1669 และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยผ่านรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถรอได้ไม่ว่าจะไปถึงช้าหรือเร็วขนาดไหนก็ตาม ยกเว้นในบางกรณีที่มีรถยนต์ส่วนบุคคลอยู่และรอรับบริการนานเกินไป (ส่วนมากจะเกิน 30 นาที) ที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยรถยนต์ส่วนบุคคล

2) ผู้ป่วยเรื้อรังเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนเป็นประจำใช้บริการเป็นประจำ

ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยสูงอายุจะมีอาการฉุกเฉินบ่อยครั้งในรอบปี ส่วนใหญ่มักเป็นภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นลม วิงเวียน หมดสติหรือหอบหืดรุนแรง ผู้ป่วยเหล่านี้จะอยู่ในระดับเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ในการเจ็บป่วยครั้งแรกจะขนส่งกันมาเองและลองเรียก 1669 บ้าง แต่ครั้งต่อๆ มาส่วนใหญ่จะใช้บริการ 1669 ตลอด ทั้งนี้เกิดจากความคุ้นเคย สะดวกและหน่วยบริการเข้าถึงจุดแจ้งเหตุได้รวดเร็ว ประหยัดค่าใช้จ่ายและคุ้นเคยกันดีกับเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ ที่สำคัญจะทราบอาการตนเองและทราบว่าต้องเรียก 1669 แล้ว

3) เคยใช้บริการแล้วรู้สึกปลอดภัยและบริการถึงบ้านช้าน้อยก็รอได้

ประสบการณ์ที่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นปัจจัยสำคัญที่ผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินกลับมาใช้บริการอีก ทั้งนี้การมีประสบการณ์การใช้จะเกิดความคุ้นเคยกับขั้นตอนระยะเวลาการรอ เจ้าหน้าที่ ผู้ขับรถ หรือแม้แต่เส้นทางเข้าถึงจุดเกิดเหตุก็จะสะดวกรวดเร็ว รวมทั้ง

รับรู้ พอใจ ผลดีผลเสียที่เกิดขึ้นจากกระบวนการใช้ รวมทั้งผลของการใช้ ดังนั้นจึงมักจะเกิดความเชื่อมั่นบริการในผู้ที่เคยใช้บริการหรือเกี่ยวข้องกับกาใช้บริการมาก่อน ดังนั้นผู้ที่ใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤติที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มักจะมีประสบการณ์และความรู้สึกทางบวกต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังเหตุการณ์เชิงประจักษ์จากการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคคลใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามประเด็นคำพุดบุคคลตามรายชื่อสมมติดังต่อไปนี้

“แม่ฉันทายเป็นหอบหืด เคยใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินโดยการโทร 1669 และได้รับบริการเป็นประจำ รวดเร็วทุกครั้ง ค่อนข้างดีกับเจ้าหน้าที่และพนักงานหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้นทางบ้านจึงเรียกใช้เป็นประจำเมื่อมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินขึ้นกับสมาชิกครอบครัว” นี (นามสมมติ) หญิงวัยกลางคนอาศัยอยู่ในชนบทนอกเขตเทศบาลให้ความเห็น

สอดคล้องกับ กัปตัน (นามสมมติ) ชายวัยแรงงานอายุ 34 ปี ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตเมืองให้ความเห็นว่า “โรงงานประสบปัญหาอุบัติเหตุในพนักงานเป็นประจำและทุกครั้งจะเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเข้ามารับผู้ป่วยไปส่งโรงพยาบาล ดังนั้นในการเจ็บป่วยจากการถูกเครื่องจักรกระแทกบาดเจ็บที่ขาครั้งนี้ก็เรียก 1669 และได้รับบริการดีอีกเช่นเคย คิดว่าถ้าเจ็บป่วยเร่งด่วนก็จะเรียก 1669 ต่อไป”

สอดคล้องกับ นวล (นามสมมติ) หญิงวัยกลางคนอายุ 42 ปี ที่เรียกระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มารดาที่หกล้มหมดสติ ให้ความเห็นว่า “เคยเรียก 1669 มาก่อน และได้รับบริการที่สร้างความพอใจมาก ในการเจ็บป่วยของแม่ครั้งนี้ก็เรียกใช้อีก ค่อนข้างดีกับ 1669 รู้สึกว่าลดภาระและปลอดภัยมากกว่า”

สรุปได้ว่า กลุ่มที่ใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ มักจะมีประสบการณ์เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมาก่อน และมีทัศนคติทางบวกต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เกิดความคุ้นเคย รู้ขั้นตอนการให้บริการ รวมทั้งกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างบริการ รวมทั้งรับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้นจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ที่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะเรียกใช้บริการซ้ำอีกในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มีความรุนแรงและวิกฤติ

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นระหว่างการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งปกติแล้วการบริการจะเป็นการให้ฟรีแก่ประชาชนทั่วไป ทั้งนี้อาจเกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนได้ ซึ่งประเด็นนี้ยังเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ที่ยังไม่เคยใช้บริการ ดังเหตุการณ์เชิงประจักษ์จากการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคคลผู้ซึ่งไม่เคยใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินดังประเด็นคำพุดที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคคลชื่อสมมติต่อไปนี้

“คิดว่าการเรียก 1669 และได้รับบริการจากรถฉุกเฉินในผู้ที่ไม่ใช่อุบัติเหตุจะต้องเสียค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการ ดังนั้นจึงไม่เคยเรียกใช้เลย” นางอู๊ด (นามสมมติ) หญิงสูงวัยอายุ 68 ปี อาศัยอยู่ในชนบทให้ความเห็น

สอดคล้องกับ อานิน (นามสมมติ) ชายสูงอายุ วัย 62 ปี ในชนบทห่างไกลให้ความเห็นว่า “เห็นเพื่อนบ้านบอกว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายแก่รถฉุกเฉินของอบต.ที่มารับถึงบ้านไม่รู้จริงหรือเปล่า เมื่อมีคนในบ้านเจ็บป่วยจึงไม่ค่อยเรียก 1669”

สอดคล้องกับ ประพาส (นามสมมติ) ชายวัยกลางคนอายุ 48 ปี ออกความเห็น ว่า “ไม่เคยใช้บริการ แต่คิดว่าในผู้ป่วยอุบัติเหตุไม่น่าจะเสียค่าใช้จ่าย แต่ในโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่เจ็บป่วย จากอุบัติเหตุไม่แน่ใจ”

สรุปได้ว่า การสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจต่อการรับรู้ค่าใช้จ่ายบริการในระบบ การแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี ยังมีความคลาดเคลื่อนอยู่ว่าเมื่อใช้บริการแล้ว อาจต้องเสียค่าใช้จ่าย หรือไม่รับฟังความเห็นจากบุคคลอื่นมาแล้วอาจขาดการตรวจสอบข้อมูลเพื่อยืนยันและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในประเด็น จึงทำให้ความเชื่อดังกล่าวคงอยู่ในสังคมและอาจส่งผลต่อการไม่ใช้บริการ

4) ญาติพี่น้องผู้ป่วยเรื้อรังมีประสบการณ์การเดินทางไปกับการใช้บริการแล้ว สนับสนุนให้ใช้

ปัจจัยส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจเรียกและใช้บริการการแพทย์ ฉุกเฉินก็คือญาติ ญาติของผู้ป่วยที่เกิดการเจ็บป่วยในครอบครัวหรือสถานที่อยู่ส่วนใหญ่ญาติจะเป็นผู้ ประสบเหตุและตัดสินใจแจ้งเหตุหรือไม่แจ้งเหตุ สำหรับญาติที่ไม่มีประสบการณ์ในการเรียก 1669 และไม่ผ่านประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะไม่ค่อยใช้บริการ ถึงแม้ว่า จะมีการเรียก 1669 และรอรับบริการแต่ความกังวลของญาติว่ารถมาช้าและมีส่วนในการตัดสินใจนำส่งผู้ป่วยเอง ด้วยรถยนต์ส่วนตัว ส่วนญาติที่เคยใช้บริการแล้วส่วนใหญ่จะตัดสินใจรอ ดังนั้นญาติและเพื่อนบ้านจึง มีอิทธิพลและมีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤติใน จังหวัดอุบลราชธานี

5) มีความมั่นใจในการใช้

เช่นเดียวกันการเคยปฏิบัติและคุ้นเคย จนเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติจะทำให้ บุคคลเกิดความมั่นใจในการใช้บริการ เช่นในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ ฉุกเฉินจะเกิดความคุ้นเคย เห็นประโยชน์จากความสะดวก รวดเร็ว ง่ายและคุ้นเคย ดังนั้นจึงเกิดความ มั่นใจว่าถ้าจะใช้บริการอีกเป็นเรื่องที่ง่ายมาก ดังพบในผู้ที่ใช้บริการ 1669 และนำส่งผ่านระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่จะคุ้นเคยและมีความมั่นใจในการใช้บริการ

6) คุ้นเคยกันดีกับเจ้าหน้าที่และพนักงานขับรถ

ในบริบทของสังคมไทยการให้บริการผู้ที่มีความคุ้นเคย ผู้มีพระคุณ รวมทั้ง นักการเมืองนั้นเป็นวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องในทุกมิติของคนไทย การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก็เช่นกัน ถ้าผู้เรียกและรับบริการมีความสนิทสนมกับผู้ปฏิบัติงาน มีชื่อเสียง เป็นที่รู้จักและยอมรับของคนใน สังคมก็จะได้รับบริการที่รวดเร็วและทันเวลา ทั้งนี้อาจเกิดจากความคุ้นเคยและเคยชินกับสถานที่ที่ผู้ ประสบเหตุดังกล่าวอยู่อาศัย หรือความสะดวกในช่องทางการสื่อสารที่มีระบบโทรศัพท์มือถือสื่อสาร กันได้อย่างสะดวก ดังเหตุการณ์เชิงประจักษ์จากการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคคลผู้ซึ่งไม่เคยใช้บริการ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินตั้งประเด็นคำพูดที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคคลชื่อสมมติต่อไปนี้

“ ผู้ที่เป็นนักการเมืองท้องถิ่นหรือญาติเจ้าหน้าที่จะใช้บริการรถ 1669 อยู่เสมอ ส่วนบ้านเราไม่คุ้นเคยกันเลยไม่ได้เรียกใช้บริการ คิดว่านักการเมือง หรือญาติพี่น้องของเจ้าหน้าที่มี สิทธิพิเศษเหนือประชาชนทั่วไปในการใช้บริการนี้” แทน (นามสมมติ) หญิงวัยกลางคนอาศัยอยู่ใน ชนบทให้ความเห็น

สอดคล้องกับ อ้อ (นามสมมติ) หญิงวัยรุ่น วัย 21 ปี ในเขตเทศบาล ให้ความเห็นว่า “ญาติเจ้าหน้าที่ที่เป็นพยาบาลทำงานในโรงพยาบาล และป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เวลามีอาการรุนแรงจะสามารถเรียกรถฉุกเฉินมารับได้ตลอดเวลา ส่วนคนอื่นๆ มาแต่ล่าช้าและไม่ค่อยทันเวลา”

สอดคล้องกับ อารี (นามสมมติ) ชายวัยกลางคนอายุ 45 ปี ให้ความเห็นว่า “เป็นธรรมดาที่หน่วยบริการทุกที่จะให้ความสำคัญกับนักรการเมืองท้องถิ่น เขาคุ่นเคยกันดีอยู่แล้ว รู้จักกัน รู้สถานที่ และมีช่องทางสื่อสารกัน ดังนั้นการเข้าถึงจึงรวดเร็วกว่าประชาชนทั่วไป”

สรุปได้ว่า จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นสภาพการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างประชาชนทั่วไปกับเจ้าหน้าที่หรือนักรการเมืองท้องถิ่น ซึ่งเกิดจากความคุ้นเคยและการสื่อสารส่วนบุคคล รวมทั้งการรับรู้อาการที่จะต้องใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ต่างกันจะทำให้การเข้าถึงบริการที่ครอบคลุมและทั่วถึงแตกต่างกัน

7) ไม่มีรถส่วนตัว

ส่วนหนึ่งนอกจากความเชื่อ ความเข้าใจ รวมทั้งมุมมองต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างที่ส่งผลหรือเกี่ยวข้องกับการใช้หรือไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแล้ว การมีรถยนต์ส่วนบุคคลหรือญาติพี่น้องมีรถยนต์ส่วนบุคคล เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการไม่ใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มตัวอย่าง ยิ่งผนวกกับความเชื่อว่าการไปถึงมือหมอให้เร็วที่สุดจะสร้างความปลอดภัยและได้รับการช่วยเหลือที่รวดเร็วกว่า ดังนั้นการมีรถยนต์จึงเป็นปัจจัยเร่งให้ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะในเขตชนบท ดังเหตุการณ์เชิงประจักษ์จากการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคคลผู้ซึ่งไม่เคยใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินตั้งประเด็นคำพูดที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคคลชื่อสมมติต่อไปนี้

“แม่ป่วยเป็นเบาหวานและมีภาวะหอบเหนื่อยอย่างแรง ฉันทเรียก 1669 แต่ระยะทางกว่า 20 กิโลเมตรทำให้ระยะเวลาารอนานเกินไป ทางบ้านมีรถยนต์อยู่แล้วก็เลยนำแม่ส่งโรงพยาบาลด้วยรถยนต์ส่วนตัวซึ่งใช้เวลาราว 20 นาทีก็ถึงโรงพยาบาล คิดว่าถ้ามาเองตั้งแต่แรกจะถึงโรงพยาบาลได้เร็วกว่านี้ โชคดีที่แม่ไม่เป็นอะไรมาก ดา (นามสมมติ) หญิงวัยกลางคนอาศัยอยู่ในชนบทนอกเขตเทศบาลให้ความเห็น

สอดคล้องกับ อธิยา (นามสมมติ) หญิงวัยรุ่นอายุ 23 ปี ในเขตเทศบาลเมือง ให้ความเห็นว่า บ้านอยู่ใกล้โรงพยาบาลแค่นี้เองราวๆ 5 กิโลเมตร ที่บ้านมีรถส่วนตัวอยู่แล้วคุณพ่อเป็นโรคหัวใจ มีอาการเจ็บหน้าอก ก็ใช้รถยนต์ส่วนตัวนำส่งโรงพยาบาลเลย มีรถยนต์ส่วนตัวอยู่แล้วไม่จำเป็นต้องเรียกรถฉุกเฉินหรอก”

สอดคล้องกับ โอ (นามสมมติ) ชายวัยกลางคนอายุ 25 ปี ให้ความเห็นว่า “คิดว่าการใช้รถส่วนตัวไปโรงพยาบาลกับการใช้บริการ 1669 อันไหนมันปลอดภัยกว่ากัน อันนี้ไม่แน่ใจ คุณยายหกล้มหมดสติเมื่อเดือนที่แล้ว ก็รีบนำขึ้นรถส่วนตัวไปโรงพยาบาลเลย โดยไม่ได้นึกถึง 1669”

สรุปได้ว่า จากข้อมูลการสัมภาษณ์จากกลุ่มผู้ไม่ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่มีรถยนต์ส่วนตัวและไม่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจและสร้างความเชื่อว่าการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือ 1669 แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ใช้รถการแพทย์ฉุกเฉินในการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติในจังหวัดอุบลราชธานีอย่างไร มีความปลอดภัยหรือมีประโยชน์อื่นๆ แตกต่างอย่างไร ดังนั้นประเด็นนี้จึงเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการไม่ใช้บริการในกลุ่มผู้มีรถยนต์ส่วนตัว

4.1.4 เหตุผลที่เรียกและไม่เรียก 1669 หรือใช้บริการในมุมมองของบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

1) การไปถึงซ้ำของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การเข้าถึงบริการสาธารณะที่รวดเร็วเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างความพึงพอใจและการยอมรับจากผู้ให้บริการ ซึ่งผู้ให้บริการจะพัฒนาบริการให้ตรงตามความต้องการดังกล่าวได้จะต้องอยู่ในพื้นที่ที่ครอบคลุมใกล้เคียง รู้จุดเกิดเหตุและมีระบบการจราจรที่เอื้ออำนวยมากกว่า ดังนั้นผู้ที่อยู่ในเขตเมือง ที่ใกล้สถานบริการจึงมีโอกาสเข้าถึงบริการได้รวดเร็วและทั่วถึงมากกว่า ดังนั้นประชาชนที่ไม่ใช้บริการที่ถูกสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มจึงให้ความเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า ผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลมักจะใช้รถส่วนตัวหรือเหมารถรับจ้างเพื่อนำส่งผู้ป่วยเอง เพราะระยะเวลาการรอรับบริการจากรถของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ที่พบเห็นในชุมชนมักจะล่าช้ากว่าเวลาที่นัดหมาย ส่วนผู้ที่อยู่ในเขตเมืองจะได้รับบริการและเข้าถึงบริการที่รวดเร็วกว่า ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติงานอาจมีความคุ้นเคยมากกว่า ดังตัวอย่างการสัมภาษณ์เชิงลึกประชาชนผู้ไม่ใช้บริการดังต่อไปนี้

“ฉันอยู่นอกเขตเทศบาลกว่า 35 กิโลเมตร เพื่อบ้านฉันป่วยและเรียก 1669 กว่า 20 นาทีรถยังไม่ถึงแถมสื่อสารไม่ได้ คนไข้ที่รออยู่จะตายเอาทีเลยหาเหมารถขนกันไปโรงพยาบาลเอง” ประกายรุ่ง (นามสมมติ) หญิงวัยกลางคนอาศัยอยู่ในชนบทนอกเขตเทศบาลราว 35 กิโลเมตร ให้ความเห็น

ตรงข้ามกับ แดง (นามสมมติ) ชาย วัย 55 ปี อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง ให้ความเห็นว่า “เพื่อบ้านเรียก 1669 มาให้บริการ ก็เห็นว่ามารับบริการได้รวดเร็วอยู่ใกล้แค่นี้เอง”

สอดคล้องกับ อุ่ม (นามสมมติ) หญิงวัยรุ่นอายุ 18 ปี ที่ให้ความเห็นว่า “เพื่อนประสบอุบัติเหตุบนแยกจากถนนใหญ่ที่สลัดซบซ้อนในเขตเมือง ก็เลยพากันเรียกใช้บริการ 1669 ก็มารวดเร็วดีนะ คิดว่าเขาน่าจะรู้ทางแต่เพื่อนเคยเล่าให้ฟังว่า ถ้าเขาหาจุดเกิดเหตุไม่เจอก็จะได้รับบริการซ้ำ

สรุปได้ว่า เขตเมืองกับชนบทและความสลัดซบซ้อนของเส้นทางน่าจะเกี่ยวข้องกับการใช้บริการหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับความครอบคลุม ความเคยชินเส้นทางและความคุ้นเคยกับพื้นที่บริเวณจุดเกิดเหตุของพนักงานขับรถ รวมทั้งความชัดเจนในการแจ้งจุดเกิดเหตุของผู้แจ้งใช้บริการ ซึ่งอยู่ในเขตชนบทผู้ให้บริการอาจไม่คุ้นเคย รวมทั้งระยะทางอาจไกล ทำให้เข้าถึงจุดเกิดเหตุล่าช้าและการสื่อสารอาจขาดความต่อเนื่อง แต่ในเขตเมืองการเข้าถึงจุดเกิดเหตุจะง่ายและรวดเร็วกว่า

2) การมีรถยนต์ส่วนตัวของผู้รับบริการ

ผู้ที่ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ให้ข้อมูลตรงกันว่า ขั้นตอนการใช้ยุ่งยากและมาช้า มีรถยนต์ส่วนตัวอยู่แล้วเลยไม่จำเป็นต้องรอ เป็นห่วงผู้ป่วยมากกว่า เพราะเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินยิ่งเร่งด่วนจนถึงขั้นหยุดหายใจก็ไม่มีเหตุผลที่ต้องรอ ดังนั้นการไปถึงแพทย์เร็วที่สุดจึงเป็นสิ่งจำเป็นเหนือสิ่งอื่นใด เป็นเหตุผลต้นๆ ที่ผู้ไม่ใช้บริการ 1669 และรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ความเห็น ยิ่งกว่านั้นการนำรถขนส่งผู้ป่วยไปยังสามารถนำญาติพี่น้องไปให้กำลังใจ ช่วยประสานงานและเดินทางไปไหนมาไหนได้ด้วย จึงเป็นเหตุผลที่นำส่งผู้ป่วยเอง

3) การตัดสินใจในการให้บริการซับซ้อน ซักถามเยอะ ทำให้เสียเวลา

ขั้นตอนการเรียก 1669 นั้นเจ้าหน้าที่ผู้รับแจ้งเหตุและจัดกลุ่มอาการก่อนสั่งการจะต้องซักประวัติ สอบถามอาการและวินิจฉัยแยกอาการก่อนจึงจะแจ้งให้หน่วยออกปฏิบัติการ ในบางกรณีผู้รับแจ้งเหตุจะซักถามรายละเอียดอาการค่อนข้างมากเพื่อความมั่นใจในการแจ้งหน่วยบริการ การซักถามอาการที่ขาดความชัดเจนและผู้แจ้งให้ข้อมูลไม่ชัดเจนทำให้เกิดความรู้สึกทางลบกับผู้แจ้งเหตุว่าซักถามจนทำให้เขาได้รับการช่วยเหลือล่าช้า เพียงนาทีเดียวก็เกี่ยวข้องกับความเป็นความตาย ดังนั้นการซักถามที่คลุมเครือเพื่อแยกอาการจะสร้างความรู้สึกทางลบกับการให้บริการในระบบ 1669 และทำให้ผู้ป่วย ญาติส่วนหนึ่งไม่ใช้บริการ

4) การขาดการรับรู้อาการและคัดแยกอาการได้ของผู้รับบริการ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ตัดสินใจนำรถส่วนตัวหรือรถญาติพี่น้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปโรงพยาบาลโดยไม่เรียก 1669 หรือรอรับบริการจากรถการแพทย์ฉุกเฉิน เพราะเชื่อว่า การไปถึงโรงพยาบาลให้เร็วที่สุดจะได้รับการช่วยเหลือการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้เร็วกว่า จะเพิ่มความปลอดภัยให้ผู้ป่วยได้มากกว่า อีกทั้งคิดว่า การรอกว่าจะได้รับการจากรถฉุกเฉินจะทำให้ผู้ป่วยไม่ปลอดภัยและได้รับการรักษาล่าช้า ซึ่งญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านส่วนใหญ่ก็รู้สึกคล้ายๆ กัน จึงเป็นเหตุให้นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเอง ดังประเด็นคำพูดที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคคลชื่อสมมติต่อไปนี้

“บ้านฉันมีรถยนต์อยู่แล้ว ทุกคนในบ้านขับได้ เมื่อมีใครเจ็บป่วยทั้งเร่งด่วนและไม่เร่งด่วนก็จะนำผู้ป่วยขึ้นรถไปเลย ไปให้ถึงโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด ผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือทันเวลา” สุรพร(นามสมมติ) หญิงวัยกลางคนอาศัยอยู่ในชนบทนอกเขตเทศบาลราว 40 กิโลเมตร ให้ความเห็น

สอดคล้องกับ สัม (นามสมมติ) หญิงสูงอายุ วัย 65 ปี ในเขตเทศบาล ให้ความเห็นว่า “มีรถยนต์อยู่แล้ว ไปเองได้ ไม่จำเป็นต้องใช้รถฉุกเฉินหรือรถไปเองถึงโรงพยาบาลรวดเร็วกว่า”

สอดคล้องกับ ประภาส (นามสมมติ) ชายวัยรุ่นอายุ 24 ปี ออกความเห็น “ไม่มีความมั่นใจว่าการไปถึงโรงพยาบาลด้วยรถยนต์ตนเองหรือญาติพี่น้อง ก็รถการแพทย์ฉุกเฉินอันไหนจะปลอดภัยกว่ากัน ส่วนตัวเชื่อว่ารถยนต์ส่วนตัวไปถึงโรงพยาบาลเร็วและปลอดภัยมากกว่า”

สรุปได้ว่า กลุ่มที่ไม่ใช้รถการแพทย์ฉุกเฉินในการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติในจังหวัดอุบลราชธานี เกี่ยวข้องกับความเชื่อว่า การไปด้วยรถยนต์ส่วนตัวเพื่อให้ถึงโรงพยาบาลจะมีความรวดเร็วและถึงมือแพทย์รวดเร็วกว่าการรอรับบริการจากรถการแพทย์ฉุกเฉิน อีกทั้งการไปด้วยรถส่วนตัวยังลดความกระวนกระวายจากผู้ป่วย รวมทั้งญาติพี่น้องด้วย จึงเป็นเหตุให้นำส่งเองด้วยรถยนต์ส่วนตัว ทั้งนี้ไม่เชื่อว่าการไปด้วยรถส่วนตัวกับรถหน่วยแพทย์ฉุกเฉินอย่างไหนปลอดภัยกว่ากัน จึงเป็นที่มาของวลีที่ว่า “ขนส่งกันมาตามยะถากรรม” ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ยังมีมุมมองระบบการรักษาในระยะฉุกเฉินและวิกฤติเป็นเพียงกิจกรรมของการดูแลรักษาที่โรงพยาบาล ยังขาดมิติกิจกรรมการช่วยเหลือทางการแพทย์ในระยะวิกฤติที่อาจส่งผลให้ช่วยเหลือทันเวลาและรักษาชีวิตได้มากกว่า

5) ขาดการสื่อสารและประสานงานอย่างต่อเนื่องระหว่างหน่วยบริการกับจุดเกิดเหตุ

อีกประเด็นหนึ่งที่ทำให้เกิดการไม่รอรับบริการจากรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่างๆ ที่รับแจ้งและตัดสินใจส่งหน่วยบริการลงจุดเกิดเหตุ ได้แก่ การขาดการสื่อสารระหว่างจุดเกิดเหตุ

กับหน่วยบริการ อีกทั้งหน่วยบริการหลงทาง ซักถามมากจนเข้าถึงจุดเกิดเหตุไม่ถูก เป็นเวลานานเกินไป ทำให้เกิดภาวะอารมณ์กระวนกระวายของผู้แจ้งเหตุและเป็นเหตุให้หงุดหงิด โมโหและนำเสนอเอง จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบจำนวน 3 รายที่มีกรณีแบบนี้ อีกทั้งความอารมณ์ร้อนและเร่งรีบของผู้รับบริการและญาติที่เฝ้าดูอาการอยู่เมื่อรอนานเกินไปก็จะบีบคั้น กดดันให้ขนส่งกันไปเอง

6) ไม่เคยใช้บริการ ไม่คุ้นเคย กลัวเสียค่าใช้จ่ายบานปลาย

ในผู้ที่ไม่ใช้บริการส่วนหนึ่งเข้าใจคลาดเคลื่อนว่าการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเสียค่าใช้จ่าย ทำให้ไม่ยอมรับ 1669 ทั้งๆ ที่การให้บริการไม่มีค่าใช้จ่าย

7) มีรถยนต์ส่วนตัวอยู่แล้ว ไม่รู้จะรอทำไม

ส่วนผู้ที่มีฐานะค่อนข้างดี การศึกษาดีและรายได้ดี ส่วนใหญ่จะมีรถยนต์ส่วนตัวอยู่แล้ว มักไม่ค่อยเรียก 1669 เมื่อมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้นกับคนในครอบครัว จะใช้รถส่วนตัวนำส่งเองเป็นส่วนใหญ่

4.1.2) กลุ่มที่ใช้บริการ

1) เคยใช้เป็นประจำ

กลุ่มที่ใช้บริการประจำเช่น ผู้ป่วยเรื้อรังจะใช้บริการเป็นประจำ เนื่องจากเกิดความคุ้นเคย ไว้เนื้อเชื่อใจและมีทัศนคติที่ดีต่อบริการ เกิดความคุ้นเคยกับการบริการและเจ้าหน้าที่ ดังนั้นเมื่อมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินขึ้นจะเรียก 1669 ซ้ำๆ อีกและใช้แทบจะทุกครั้งที่มีการเจ็บป่วยฉุกเฉินขึ้น

2) อุบัติเหตุต้องเรียกอยู่แล้ว

จากภาพลักษณ์ของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินมาพร้อมๆ กับภาพลักษณ์การกู้ชีพในสถานการณ์อุบัติเหตุ ซึ่งเป็นที่ติดตามของประชาชนทั่วไปผ่านช่องทางข่าวสารและการสื่อสารสมัยใหม่ เช่น โซเชียลมีเดีย โทรทัศน์และแผ่นป้ายคัทเอ๊าท์ต่างๆ รวมทั้งการพบเห็นการช่วยเหลือในเหตุการณ์อุบัติเหตุเมื่อเดินทางผ่านจุดเกิดอุบัติเหตุ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือ 1669 จึงเป็นแบรนด์เนมในการให้บริการ ดังนั้นเมื่อประสบเหตุการณ์หรือพบผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินขึ้น ทุกคนที่ใช้บริการจึงให้ความเห็นว่าต้องเรียก 1669 อยู่แล้ว ดังเหตุการณ์เชิงประจักษ์จากการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคคลผู้เคยใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินดังประเด็นคำพูดที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคคลชื่อสมมติต่อไปนี้

“ ฉันทกล้มขาหัก ปวดมาก นึกถึง 1669 เป็นอันดับแรกและให้ลูกโทรแจ้งเหตุและได้รับบริการในอีก 20 นาทีต่อมา ” เอมอร (นามสมมติ) หญิงสูงอายุวัย 72 ปีในชนบทให้ความเห็น

สอดคล้องกับ อุเทน (นามสมมติ) ชายวัยกลางคนที่ประสบอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้ม แขนหักในเขตเทศบาล “เมื่อรถล้มและแขนขยับไม่ได้ สิ่งแรกที่นึกถึงคือ 1669 จึงให้คนประสบเหตุโทรแจ้งเหตุให้และได้รับบริการที่รวดเร็วใน 10 นาทีและถึงโรงพยาบาลไม่เกิน 5 นาที ”

สอดคล้องกับ แมว (นามสมมติ) ชายวัยรุ่นอายุ 19 ปี ที่ประสบเหตุเพื่อนขับรถจักรยานยนต์ชนกันจนสลบ แต่เขาซอันท้ายไม่เป็นอะไร ให้ความเห็นว่า “ สิ่งแรกที่ผมนึกถึงคือ 1669 ผมมีโทรศัพท์และแจ้งเหตุได้เร็วและได้รับบริการที่รวดเร็วทันเวลาตามที่เจ้าหน้าที่แนะนำ ถึงโรงพยาบาลเร็วและเพื่อนก็ปลอดภัย ”

สรุปได้ว่า กลุ่มผู้ใช้บริการเมื่อประสบภาวะฉุกเฉินและวิกฤติจากอุบัติเหตุ ทั้งจากทางถนนและการดำเนินชีวิตประจำวัน จะนึกถึง 1669 และนำส่งผู้ป่วยผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นช่องทางหลัก ทั้งนี้การรับรู้ภาพลักษณ์บริการของระบบการแพทย์ฉุกเฉินมาจากบริการผู้ประสบอุบัติเหตุเป็นจุดเริ่มต้น ดังนั้นจึงเป็นประเด็นการรับรู้ของประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าใจและให้ความสำคัญกับประเด็นนี้เป็นอันดับแรกๆ หลักและไม่ใช้บริการที่ไม่ใช้รถฉุกเฉินในการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติในจังหวัด

3) มั่นใจในความรวดเร็ว ประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากรถฉุกเฉินอยู่ใกล้บ้าน

ผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ มีประสบการณ์มาก่อนหรือไม่ก็ได้รับการบอกเล่าจากเพื่อน เพื่อนบ้านที่เคยใช้บริการ ทำให้เข้าใจและมั่นใจในการใช้บริการ ทั้งนี้ผู้ใช้บริการจะเรียนรู้ขั้นตอนจากประสบการณ์การใช้บริการ มั่นใจในการเข้าถึงช่องทางการแจ้งเหตุ รวมทั้งการให้บริการที่รวดเร็ว ทันใจ รวมทั้งผลของประสิทธิภาพการบริการ รวมทั้งความปลอดภัยจากการบริการ ดังนั้นผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีข้อมูลสรุปประเมินการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในทางบวก จึงเกี่ยวข้องกับการใช้บริการต่อเนื่องมา ดังข้อมูลจากเหตุการณ์เชิงประจักษ์ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคคลผู้ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินดังต่อไปนี้

นิชา (นามสมมติ) หญิงวัยกลางคนอายุ 52 ปี บอกว่า “ ฉันเคยเรียก 1669 และได้รับการบริการจากหน่วยแพทย์ฉุกเฉินถึงบ้านและนำส่งโรงพยาบาลผ่านรถฉุกเฉิน ที่จัดเกิดเหตุและในระหว่างทางเจ้าหน้าที่เริ่มต้นให้การช่วยเหลือขั้นต้นทำให้ฉันได้รับการรักษาระยะแรกก่อน ถ้าฉันไปเองด้วยรถส่วนตัวอาจตายระหว่างทางก็ได้”

สอตคล้อกับ อาย (นามสมมติ) วัยรุ่นอายุ 23 ปี เล่าว่า “แจ้งเหตุ 1669 หลังเพื่อนขับรถจักรยานยนต์และถูกชนจากรถปิคอัพ เพื่อนมีเลือดออกที่หูและยังพอรู้สึกดี หนูขับรถตามหลังมา เรียก 1669 และได้รับการใน 15 นาทีต่อมา เห็นขั้นตอนการช่วยเหลือที่เป็นการรักษาตั้งแต่แรก นี่ถ้าขับรถไปส่งกันเองเพื่อนคงไม่รอด”

สอตคล้อกับ สมชาย (นามสมมติ) ชายวัยกลางคนอายุ 51 ปี ในเขตเทศบาล ให้ความเห็นว่า “ผมประสบเหตุตกต้นไม้และญาติได้นำออกจากจุดเกิดเหตุมาบ้านราว 3 กิโลเมตร แต่มีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่ออก เหมือนใจจะขาด ภรรยาเลยเรียกรถฉุกเฉิน 1669 ซึ่งองค์การบริหารส่วนตำบลดูแลมาให้บริการ ซึ่งเจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือแนะนำการปฏิบัติตัวเบื้องต้น ให้ออกซิเจนทำให้อาการดีขึ้นจากนั้นก็นำส่งโรงพยาบาลซึ่งห่างไป 30 กิโลเมตร นี่ถ้าผมมาเองอาจตายกลางทาง”

4) ญาติพี่น้องสนับสนุนให้เรียกและส่วนใหญ่ไม่รถยนต์ส่วนตัว

ส่วนหนึ่งของการใช้บริการรถฉุกเฉินมาจากญาติพี่น้องสนับสนุนให้เรียก ทั้งนี้ญาติพี่น้องที่เรียกมักมีประสบการณ์มาก่อนในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้นจึงสนับสนุนข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือญาติพี่น้องคนอื่นๆ ให้เรียก 1669 ยิ่งกว่านั้นในครอบครัวหรือเครือญาติที่ไม่มีรถยนต์ส่วนตัวหรือไม่มีผู้ขับขีรถยนต์ได้ในตอนนั้นก็จะมีอาการเรียก 1669 และรอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังเหตุการณ์เชิงประจักษ์จากการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคคลที่เคยใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ดังประเด็นคำพูดจากการสัมภาษณ์บุคคลชื่อสมมติต่อไปนี้

“ที่ตัดสินใจใช้บริการ 1669 และรอรับบริการจากหน่วยแพทย์ฉุกเฉินเนื่องจากญาติพี่น้องทุกคนให้ความเห็นว่าตี รวดเร็วและปลอดภัยก็เลยเรียกใช้ ซึ่งก็ทำให้ฉันพอใจมาก” ทองใส (นามสมมติ) หญิงสูงอายุวัย 66 ปี คนอาศัยอยู่บ้านในชนบทนอกเขตเทศบาลราว 12 กิโลเมตร เล่าประสบการณ์ให้ฟัง

สอดคล้องกับ โอ (นามสมมติ) วัยรุ่นวัย 18 ปีในเขตเทศบาลที่ประสบอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์หกล้มแขนหักให้ความเห็นว่า “เพื่อนที่ซุ่มท้ายให้ความเห็นและสนับสนุนให้เรียก 1669 และรอรับบริการจากหน่วยแพทย์ฉุกเฉินเท่านั้น ก็ได้รับบริการรวดเร็วและพึงพอใจมาก”

สอดคล้องกับ สงวน (นามสมมติ) หญิงวัยกลางคนที่ป่วยเป็นเบาหวานและมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ให้ความเห็นว่า “ญาติพี่น้องกดดันให้เรียก 1669 เพราะจะได้รับการช่วยเหลือได้เร็ว ในกรณีเจ้าหน้าที่เชี่ยวชาญให้บริการอยู่ อย่างไรก็ตามบ้านฉันไม่มีรถไปเอง ไม่มีเงินเหมารถ ก็ต้องเรียก 1669 อยู่แล้ว”

“ฉันไม่มีรถส่วนตัว ป่วยเป็นความดันสูงและปวดหัวมาก เหมือนลูกตาจะออกมาข้างนอก เลยให้ลูกโทร 1669 ก็ได้รับความช่วยเหลือเร็วดี

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนจากญาติพี่น้องและคนในสังคมที่มีประสบการณ์ มีความรู้ ทักษะคติทางบวกต่อการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเกิดขึ้น ยิ่งในกลุ่มที่ไม่มีรถยนต์ส่วนบุคคล จะเป็นตัวเร่งให้มีการเรียกใช้บริการมากยิ่งขึ้น ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งการไม่มีรถส่วนตัวเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มศึกษา

5) ส่วนใหญ่ไม่มีรถส่วนตัว ฐานะพออยู่พอกินและต้องการการช่วยเหลือจากรัฐ

ผู้ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ มีฐานะอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ และมักไม่ค่อยมีรถยนต์ส่วนบุคคลในครอบครัวหรือเครือญาติ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรมหรือใช้แรงงาน กลุ่มนี้ต้องการสวัสดิการจากรัฐเป็นสำคัญและมักจะมีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้น ดังเหตุการณ์เชิงประจักษ์จากการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคคลผู้เคยใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามข้อสมมติต่อไปนี้

“ฉันไม่มีรถส่วนตัวหรือรถ รวมทั้งเงินค่าใช้จ่ายระหว่างไปโรงพยาบาล เช่น เหมารถ เดือนที่แล้วป่วยเป็นหอบหืด จึงเรียกรถฉุกเฉินผ่าน 1669 ได้รับบริการทันเวลา ไปถึงโรงพยาบาลอย่างปลอดภัยโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเลย” ธิรารัตน์ (นามสมมติ) หญิงวัยกลางคนอายุ 35 ปี ให้ความเห็น

สอดคล้องกับ บัวผัน (นามสมมติ) หญิงสูงอายุ อายุ 63 ปี อาศัยในตำบลห่างเทศบาล 25 กิโลเมตร มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก วัน 65 ปี และไปโรงพยาบาลด้วยการเรียก 1669 เล่าประสบการณ์ว่า “ฉันเป็นภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม จึงให้ลูกเรียก 1669 และได้รับการช่วยเหลือใน 20 นาที ระหว่างรอทำตามคำแนะนำเจ้าหน้าที่และเมื่อรถฉุกเฉินมาถึงฉันได้รับออกซิเจนทันทีและได้รับยา อาการเกือบใจขาดลดลงและไปโรงพยาบาลทันเวลา จึงรอดมาได้”

สอดคล้องกับ ประทีป (นามสมมติ) ชายวัยกลางคนอายุ 48 ปี อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลให้ความเห็นว่า “มีอาการปวดศีรษะอย่างแรงจากความดันสูง เป็นความดันสูงอยู่แล้ว จะ

เหมาะสมก็ไม่มีเงิน จึงเรียก 1669 และได้รับคำแนะนำและช่วยเหลือในอีก 15 นาทีต่อมา แพทย์บอกว่า อาจเกิดภาวะเส้นเลือดสมองแตกได้ เป็นความดีของหน่วยแพทย์ฉุกเฉินที่ช่วยเหลือทันเวลาและถูกวิธี” ไม่สามารถขับรถไปได้ไม่มีความมั่นใจว่าการไปถึงโรงพยาบาลด้วยรถยนต์ตนเองหรือญาติพี่น้องกับรถ

ประเด็นเหล่านี้คือความเห็นจากผู้ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งผ่าน 1669 และเรียกรถฉุกเฉินโดยตรง กลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์การใช้หรือได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารจากญาติ ผู้ใกล้ชิดหรือบุคคลอื่นๆ ในสังคม รวมทั้งกดดันและเรียกรถบริการเอง ทั้งนี้กลุ่มผู้ใช้บริการมักไม่มีรถยนต์ส่วนบุคคลและมีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับต่ำถึงปานกลาง ดังนั้นจึงพบเห็นการใช้บริการมากในกลุ่มนี้

4.1.3) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติการและบริหารหน่วยแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่

ผู้ให้ข้อมูลครอบคลุมพยาบาลปฏิบัติการที่แผนกฉุกเฉินในพื้นที่ เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องกับการจัดบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ 16 คน ครอบคลุม 8 อำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี ได้ข้อมูลรายประเด็นพอสรุปได้ดังนี้

1) ผู้ที่อยู่ไกลนอกเขตเมือง ส่วนใหญ่ใช้รถยนต์มาโรงพยาบาล

จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากเจ้าหน้าที่ ผู้เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดอุบลราชธานี ให้ความเห็นว่า ผู้ที่อยู่ไกลสถานบริการ โดยเฉพาะผู้ที่อยู่นอกเขตเมือง จะใช้รถยนต์ส่วนตัวขนส่งผู้ป่วยมาเองเป็นส่วนใหญ่ ผู้ที่ใช้บริการส่วนใหญ่จะอยู่ในเขตเมือง ค่อนข้างและรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้มากกว่า ทั้งนี้สาเหตุอาจเกี่ยวข้องกับระยะเวลาการไปถึงจุดเกิดเหตุนานเกินความคาดหวังของผู้รับบริการ รวมทั้งช่องทางการสื่อสารระหว่างเดินทางเข้าจุดเกิดเหตุของหน่วยบริการกับผู้แจ้งเหตุขาดตอน ดังเหตุการณ์เชิงประจักษ์จากการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคคลที่เกี่ยวข้องตามนามสมมติดังนี้

“ในพื้นที่นี้ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่อยู่ใกล้โรงพยาบาล และเข้าถึงบริการร่วมทั้งความสะดวกในการแจ้งเหตุมากกว่า จึงใช้บริการบ่อยและมากกว่า ส่วนประชาชนที่อยู่ไกลมักขนส่งกันมาเอง เพราะเขามีรถยนต์ส่วนตัว มีรถยนต์ญาติพี่น้อง อีกทั้งระยะเวลาการรอนานกว่าเวลาที่เจ้าหน้าที่รับแจ้งเหตุนัดหมายไว้ จึงตัดสินใจไม่แจ้ง 1669 และนำผู้ป่วยมาเอง เมื่อเกิดเหตุการณ์เจ็บป่วยฉุกเฉินขึ้น” ตี (นามสมมติ) ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่งให้ข้อมูล

สอดคล้องกับ มะลิ (นามสมมติ) หญิงสูงวัยกลางคนที่ปฏิบัติงานหน่วยแพทย์ฉุกเฉินในองค์การบริหารส่วนตำบลวัย 28 ปี ให้ความเห็นว่า “ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมักแจ้งตำแหน่งสับสน และทำให้หน่วยบริการหาจุดเกิดเหตุไม่พบ ทั้งๆ ที่มีการติดต่อสื่อสารระหว่างทางตลอด แต่ก็ทำให้ล่าช้าในการเข้าถึงจุดเกิดเหตุเพราะหลงทาง ทำให้ญาตินำส่งโรงพยาบาลเองไปก่อนหน้า”

สอดคล้องกับ สัน (นามสมมติ) พนักงานขับรถหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ให้ความเห็นว่า “อุปสรรคอย่างหนึ่งในการเข้าถึงจุดเกิดเหตุล่าช้า นอกจากระยะทางที่ห่างไกลแล้ว ความชัดเจนในการแจ้งจุดเกิดเหตุเป็นประเด็นสำคัญ ต่างจากอุบัติเหตุทางถนนที่อยู่บนเส้นทางหลักที่มักเข้าถึงได้รวดเร็วกว่า”

สรุปได้ว่า ระยะทางระหว่างจุดเกิดเหตุกับหน่วยบริการเป็นสาเหตุสำคัญที่อาจทำให้การเข้าถึงจุดเกิดเหตุล่าช้า ทำให้ไม่ทันใจต่อการประเมินของผู้เรียกใช้บริการ 1669 แะสาเหตุ

อีกประการหนึ่งคือความขาดตอนของการสื่อสารระหว่างรถบริการกับผู้แจ้งเหตุ ทำให้ไม่สามารถสื่อสารความก้าวหน้า รวมทั้งระยะทางที่จะเข้าจุดเกิดเหตุ รวมทั้งการแนะนำขั้นตอนที่ต้องปฏิบัติระหว่างที่รถบริการ อาจเกิดความคลาดเคลื่อน เป็นเหตุให้ผู้รับบริการตัดสินใจนำส่งผู้ป่วยเอง การเข้าถึงจุดเกิดเหตุล่าช้าและขาดช่องทางการสื่อสารทำให้เกิดเกิดความกระวนกระวายในกลุ่มผู้ใช้บริการ รวมทั้งญาติและผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ซึ่งอาจกดดัน สนับสนุนการตัดสินใจนำส่งเองในที่สุด

2) ขาดความชัดเจนและการเข้าถึงความจริงเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน

ผู้ที่ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนหนึ่งการความเข้าใจข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการบริการของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ส่งผลให้ผู้ไม่ใช้บริการมีทัศนคติทางลบต่อการเข้าถึงและใช้บริการ เช่น การเข้าใจว่าระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีไว้เพื่อบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุเท่านั้น โรคหรือการเจ็บป่วยฉุกเฉินอื่นๆ ไม่ควรใช้ ดังนั้นจึงทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤติอื่นๆ ที่ไม่ผลจากการเกิดอุบัติเหตุใช้บริการน้อย รวมทั้งขาดข้อมูลประกอบการตัดสินใจทั้งในเจ้าหน้าที่และประชาชนว่า การใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการนำส่งผู้ป่วยเองมีอะไรดีกว่ากัน ปลอดภัยหรือมีประโยชน์ต่างกันอย่างไร เพื่อประกอบการตัดสินใจ ดังนั้นจึงทำให้ความชัดเจนของข้อมูลในการตัดสินใจของผู้ใช้บริการยังคงคลุมเครือและขาดความชัดเจน ดังประเด็นที่ผู้ให้บริการในแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลให้ความเห็น

“ผู้ให้บริการแผนกฉุกเฉินที่พอมีฐานะและนำส่งผู้ป่วยมาเอง ให้ความเห็นว่าการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินกับไม่ใช้มีข้อมูลว่าอะไรบ้างที่ดีกว่ากัน เช่นตายน้อยกว่ากันเท่าไร ลดความพิการได้เท่าไร เป็นต้น ซึ่งพอได้ยินก็พูดไม่ออกเหมือนกัน” สายใจ (นามสมมติ) อายุ 45 ปี พยาบาลวิชาชีพในแผนกฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งให้ความเห็น สอดคล้องกับสุเพียร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชำนาญการสาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่ง ระบุว่า “กลุ่มที่มีฐานะ ข้าราชการ เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินขึ้นมักไปกันเอง เขามีรถและมีข้อมูลของเขา บางครั้งข้อมูลจากการประชาสัมพันธ์ปกติอาจทำให้ไม่พอเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อเขา” สอดคล้องกับข้อมูลจาก สุพร (นามสมมติ) พนักงานขับรถของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง เล่าว่า “ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นคนที่ใช้บ่อยๆ และมักเรียกเป็นประจำ ผมว่าบุคคลเหล่านี้เขารับประโยชน์อย่างชัดเจนจากการใช้รถบริการ ต่างจากคนที่ไม่ใช้ไม่น่าจะมีข้อมูลละเอียดเหมือนคนเหล่านี้”

3) ผู้ใช้หน้าเดิมที่เป็นโรคเรื้อรังและสูงอายุ

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ที่ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มักเคยมีประสบการณ์การใช้บริการมาแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นภาวะจากโรคเรื้อรัง ชรา และโรคมะเร็ง รวมทั้งโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น หอบหืด เป็นต้น ทั้งนี้ผู้ป่วยเหล่านี้จะเข้าออกโรงพยาบาลเป็นประจำอยู่แล้ว จึงคุ้นเคยและมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะวิกฤติ อีกทั้งผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ญาติ หรือผู้แจ้งเหตุล้วนมีความคุ้นเคยและมีประสบการณ์ในการแจ้งเหตุ กระบวนการได้รับบริการ รวมทั้งระยะเวลาในการประมาณการรอ ทำให้มีความเข้าใจและอดทนรอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการใช้บริการ ดังจะเห็นได้จากข้อมูลในการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการบางส่วนดังนี้

“ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีหน้าเดิมที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง เบาหวานและมีภาวะเลือดเป็นกรดจากไตเสื่อม รวมทั้งภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ก็จะคุ้นเคยกับอาการป่วย ช่อง

ทางการเรียกใช้ ความมั่นใจในการใช้ เมื่อเกิดอาหารขึ้นก็จะเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างมีความมั่นใจ” พอใจ (นามสมมติ) พยาบาลวิชาชีพ ผู้ให้บริการที่แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลขนาดใหญ่แห่งหนึ่งให้ข้อมูล

สอดคล้องกับ ดนัย (นามสมมติ) พนักงานขับรถหน่วยแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง ให้ความเห็นว่า “ผู้ป่วยที่ได้เข้าไปรับที่จุดเกิดเหตุบ่อยๆ มักเป็นผู้ที่เคยใช้บริการมาแล้ว และป่วยเป็นโรคเรื้อรังและสูงอายุ ดังนั้นเขาจึงมาใช้บริการซ้ำๆ เมื่อมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น ส่วนผู้ป่วยอุบัติเหตุมักเป็นผู้ป่วยหน้าใหม่และส่วนมากอายุน้อย ส่วนน้อยที่ใช้บริการซ้ำ”

สอดคล้องกับ สมชาย (นามสมมติ) หนุ่มวัย 28 ปี ที่เป็นหัวหน้าหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเทศบาลแห่งหนึ่ง ให้ความเห็นว่า “ผู้ใช้บริการในพื้นที่ส่วนใหญ่ที่มีภาวะฉุกเฉินมักเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ส่วนน้อยที่เป็นอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นภาวะเหนื่อยหอบ จากผู้ป่วยเบาหวานและสูงอายุ ซึ่งในแต่ละปีต้องให้บริการเขาคนละหลายรอบเหมือนกัน” ไม่

สรุปได้ว่า กลุ่มที่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีลักษณะเป็นกลุ่มที่เจ็บป่วยเรื้อรังและเกิดภาวะฉุกเฉินและวิกฤติ ซึ่งมักพบในผู้ป่วยสูงอายุ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีแนวโน้มที่มาใช้บริการมากขึ้นและมีโอกาสมากที่จะใช้บริการซ้ำ

4) หน่วยบริการจากองค์การปกครองท้องถิ่นค่อยๆ เข้าถึงประชาชนได้รวดเร็วกว่า

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ปฏิบัติงานในระดับชุมชน การจัดตั้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นในระดับตำบล ส่งผลให้การเข้าถึงบริการประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกลทำได้รวดเร็ว ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับบริการ ณ จุดเกิดเหตุรวดเร็ว ทันท่วงทีกับความต้องการ ทั้งนี้เกิดจากระยะทางที่อยู่ใกล้ รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ที่มีความคุ้นเคยกับประชาชน ทั้งเป็นเครือญาติ รวมทั้งมีช่องทางการสื่อสารทางโทรศัพท์หรือสื่อสารออนไลน์อื่นๆ ระหว่างกัน จะทำให้การบริการได้ดีและประชาชนใช้บริการได้มาก ดังประเด็นคำพูดที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคคลชื่อสมมติต่อไปนี้

“ผมเป็นคนในพื้นที่ตำบลนี้ คนส่วนใหญ่รู้จักกันและมีช่องทางการสื่อสารส่วนตัว ทั้งโทรศัพท์ ไลน์ เฟสบุ๊ก ดังนั้นเมื่อมีการแจ้งเหตุ หรือไม่มีการแจ้งเหตุแต่เขาแจ้งมาที่ผมโดยตรงผมก็เข้าถึงจุดเกิดเหตุได้รวดเร็ว” ธีรวิทย์ (นามสมมติ) พนักงานขับรถหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลแห่งหนึ่ง ให้ความเห็น สอดคล้องกับ ธิติรัตน์ (นามสมมติ) พนักงานเวชกิจฉุกเฉินของเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง ให้ความเห็นว่า “หนูเป็นคนพื้นที่นี้ ค่อนข้างคุ้นเคยกับทุกคน ส่วนใหญ่เป็นเพื่อน พี่น้อง ญาติๆ กัน รู้จักกันเกือบทั้งตำบล เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินขึ้นกับเขาบางครั้งเขาแจ้งที่หนูก่อนโดยไม่ได้โทรไป 1669 หนูสามารถเข้าไปให้บริการได้รวดเร็วและทันเวลา เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการช่วยเหลือของระบบการแพทย์ฉุกเฉินอีกทางหนึ่ง”

สอดคล้องกับ เสถียร (นามสมมติ) พยาบาลวิชาชีพ อายุ 35 ปี ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ให้ความเห็นว่า “หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์การปกครองท้องถิ่นช่วยในการเข้าถึงจุดเกิดเหตุได้รวดเร็วกว่าของโรงพยาบาล เนื่องจากความคุ้นเคยพื้นที่และความสัมพันธ์ระหว่างกัน ดังนั้นนำพัฒนาด้านประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นให้มีมาตรฐานเทียบเท่าบริการของโรงพยาบาล จะช่วยผู้ป่วยได้เยอะ”

สรุปได้ว่า ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่จัดตั้งขึ้นในพื้นที่ช่วยในการการเข้าถึงจุดเกิดเหตุได้รวดเร็ว ทันท่วงทีบอการเจ็บป่วยที่ต้องการช่วยเหลือ รวมทั้งลดความวิตกกังวลในการรอของผู้ป่วยและญาติลงได้ ทั้งนี้ช่องทางการสื่อสาร ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล เครือข่ายสื่อสารออนไลน์ เป็นปัจจัยสำคัญในการเข้าถึงบริการเหล่านี้ ดังนั้นจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ประชาชน โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกล ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ถูกต้อง เหมาะสมและครอบคลุมยิ่งขึ้น

5) ญาติเจ้าหน้าที่และนักรเมืองท้องถิ่น

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ปฏิบัติงานในระดับชุมชน การจัดตั้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นในระดับตำบล ส่งผลให้การเข้าถึงบริการประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกลนั้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การให้ความเคารพ ยอมรับนับถือ การมีชื่อเสียง รวมทั้งการเป็นนักรเมืองท้องถิ่น เกี่ยวข้องกับการได้รับบริการที่รวดเร็วและทั่วถึงทันเวลาในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤติ ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นคนที่มีความคุ้นเคยกับประชาชนทั้งเป็นเครือญาติ นักรเมืองท้องถิ่น รวมทั้งมีช่องทางการสื่อสารทางโทรศัพท์หรือสื่อสารออนไลน์อื่นๆ ระหว่างกัน จะทำให้การเข้าถึงอาการและบริการได้มาก ดังประเด็นคำพูดที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคคลชื่อสมมติต่อไปนี้

“การเป็นคนในพื้นที่นี้ทำให้รู้จักคนส่วนใหญ่ เครือญาติ เพื่อน นักรเมืองท้องถิ่น จักกันเป็นการส่วนตัว มีช่องทางสื่อสารส่วนตัว ทั้งโทรศัพท์ ไลน์ เฟสบุ๊ค ดังนั้นเมื่อมีการแจ้งเหตุ หรือไม่มีการแจ้งเหตุ ผมก็เข้าถึงจุดเกิดเหตุได้รวดเร็ว” อุทัย (นามสมมติ) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานหน่วยบริการฉุกเฉินในอำเภอขนาดเล็กแห่งหนึ่งอธิบาย สอดคล้องกับ อารี (นามสมมติ) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชายวัยกลางคนอายุ 45 ปี ให้ความเห็นว่า “เป็นธรรมดาที่หน่วยบริการทุกที่จะให้ความสำคัญกับนักรเมืองท้องถิ่น เขาคุ่นเคยกันดีอยู่แล้ว รู้จักกัน รู้สถานที่ และมีช่องทางสื่อสารกัน ดังนั้นการเข้าถึงจึงรวดเร็วมากกว่าประชาชนทั่วไป”

ดังนั้นความเกี่ยวข้องเชิงอุปถัมภ์ เครือญาติ เพื่อนและนักรเมืองท้องถิ่นคือกลุ่มทางสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับการและส่งผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพได้ ดังนั้นจึงสรุป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤติในจังหวัดอุบลราชธานีดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ กลุ่มที่มีฐานะ การศึกษา รายได้ทางสังคม สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น รถยนต์ส่วนตัว อยู่ในทิศทางต่ำ จะมีทิศทางหรือแนวโน้มการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้น

2. กลุ่มปัจจัยทางจิตวิทยา ได้แก่ ประสบการณ์เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมาก่อน เมื่อมีภาวะวิกฤติจะมีการใช้บริการมากยิ่งขึ้น การรับรู้อาการเจ็บป่วย ทิศนคติทางบวกต่อการใช้บริการ การรับรู้และเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจต่อการได้รับบริการ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งความเชื่อมั่นในการใช้บริการว่ายากหรือง่าย ล้วนเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

3. กลุ่มปัจจัยด้านการเจ็บป่วย จากเดิมความเชื่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีไว้สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุเท่านั้น แต่แนวโน้มใหม่อาจไม่ใช้อีกต่อไป เพราะผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีภาวะฉุกเฉินจากโรคเรื้อรังและสูงอายุ มีผู้ป่วยหอบหืด ภาวะเลือดเป็นกรด หัวใจขาดเลือดและภาวะวิกฤติในผู้ป่วย

มะเร็งเข้ารับบริการมากขึ้น ดังนั้นปัจจัยด้านโรคเรื้อรังจึงเป็นปัจจัยที่น่าจับตามองในการพัฒนาประสิทธิภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยอนาคต

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำปัจจัยเหล่านี้ไปพัฒนาเครื่องมือประเมินเพื่อนำไปวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤติในจังหวัดอุบลราชธานี โดยออกแบบวิจัยเชิงวิเคราะห์เชิงปริมาณต่อไป

4.2 ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

4.2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ให้ข้อมูลเองมากกว่าร้อยละ 85.3 และ 90.1 ในกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ใช้วิธีการสืบไล่จากประวัติการรับบริการที่แผนกฉุกเฉิน 3 เดือนย้อนหลังและลงเก็บข้อมูลในชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากในระยะรับบริการที่แผนกฉุกเฉินผู้ป่วยและญาติหรือผู้นำส่งมีความวิตกกังวลและไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลจากการสอบถาม ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้วิธีการจับคู่กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมและตามลงไปเก็บข้อมูลในชุมชน ลักษณะทั่วไปของข้อมูลประชากรเป็นดังนี้

ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.8 และ 53.8 ตามลำดับ เก็บข้อมูลกระจายใน 22 อำเภอของจังหวัดอุบลราชธานี ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 40 เก็บข้อมูลในเขตอำเภอเมือง อำเภอเขื่องในและอำเภวารินชำราบ เนื่องจากเป็นศูนย์กลางของการคมนาคมและศูนย์กลางความเจริญในลักษณะชุมชนเมืองและชานเมือง ที่เหลือนอกจากนั้นในอำเภอรอบนอกกระจายในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันประมาณร้อยละ 3 ในแต่ละอำเภอ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุระหว่าง 52-73 ปี มากที่สุดในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมกว่าร้อยละ 34.5 และ ร้อยละ 37.1 ตามลำดับ รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 30-51 ปี ร้อยละ 33.5 และ 30.2 ตามลำดับ ส่วนสาเหตุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ในกลุ่มศึกษาจะเป็นกลุ่มโรคฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจ หลอดเลือดสมองร้อยละ 34.4 รองลงมาเป็นอุบัติเหตุทางถนนร้อยละ 31.7 และโรคที่เกี่ยวข้องกับความชราและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ร้อยละ 18 ส่วนในกลุ่มควบคุม กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติจากอุบัติเหตุทางถนนจะมาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินมากที่สุด ร้อยละ 34.7 ในกลุ่มควบคุมและร้อยละ 47.9 ในกลุ่มควบคุม ส่วนสถานภาพสมรสในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีสถานภาพคู่ร้อยละ 54.8 และ 51.8 ตามลำดับ รองลงมาได้แก่สถานภาพโสด ร้อยละ 24.8 และ 23.0 ตามลำดับ ส่วนระดับการศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 77.8 ในกลุ่มศึกษาและร้อยละ 64.4 ในกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา รองลงมาเป็นชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษา การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ในกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 69.8 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 64.1 ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม รองลงมาได้แก่ ว่างานร้อยละ 9.0 และ 9.9 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสมาชิกครัวเรือนอยู่ระหว่าง 1-4 คน ร้อยละ 47.3 ในกลุ่มศึกษาและร้อยละ 52.4 ในกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ส่วนใหญ่ร้อยละ 30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 73.0 ในกลุ่มศึกษาและร้อยละ 81.4 ในกลุ่มควบคุม รองลงมาอยู่ระหว่าง 30,001-60,00 บาทต่อเดือนร้อยละ 23.6 และ 17.4 ตามลำดับ กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 51.5 ไม่มีรถยนต์ส่วนบุคคล ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ร้อยละ 74.9 ไม่มีรถยนต์ส่วนบุคคล ในกลุ่มศึกษาร้อยละ 34.4 มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินและวิกฤติที่โรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

ร้อยละ 34.4 ส่วนกลุ่มควบคุมมาด้วยปัญหาอุบัติเหตุร้อยละ 47.9 รองลงมาได้แก่ โรคจากวัยชรา เช่น เป็นลม หมดสติ หายใจไม่อิม ร้อยละ 21.9 ในกลุ่มศึกษาและร้อยละ 15.9 ในกลุ่มควบคุม ภาวะเลือดเป็นกรดในผู้ป่วยเบาหวานเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่มาโรงพยาบาลในภาวะวิกฤติ พบในกลุ่มศึกษา ร้อยละ 5.4 และร้อยละ 6.6 ในกลุ่มควบคุม

ส่วนปัจจัยทางจิตวิทยาพบว่า ทักษะคิดทางบวกต่อการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยคะแนนตัวแปรนี้มีช่วงคะแนนระหว่าง 11-55 คะแนน กลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุดทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมได้แก่กลุ่มที่มีคะแนนระดับต่ำถึงปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยไม่ถึงร้อยละ 80) คิดเป็นร้อยละ 65.3 และ 96.7 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 42.3 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.0) ในกลุ่มศึกษาและ เฉลี่ย 35.2 คะแนน(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.3) ในกลุ่มควบคุมตามลำดับ ส่วนตัวแปรการรับรู้อาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องมาโรงพยาบาลด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จากช่วงคะแนน 17-85 คะแนน พบว่า กลุ่มที่มีการรับรู้อาการในระดับต่ำถึงปานกลาง (คะแนนไม่ถึงร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม) มีสัดส่วนมากที่สุดในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 64.7 ส่วนในกลุ่มศึกษามีคะแนนการรับรู้อาการเจ็บป่วยที่ต้องมาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ร้อยละ 58.1 โดยทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ย 70.3 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.8) และ 60.8 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.1) ตามลำดับ ส่วนตัวแปรด้านการรับรู้ทางบวกต่ออุปสรรคการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า ในกลุ่มศึกษามีการรับรู้ในระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) มีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 58.1 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีการรับรู้ทางบวกต่ออุปสรรคการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับต่ำถึงปานกลางมากที่สุดร้อยละ 64.7 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 47.9 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.0) และ 40.4 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.9) จากช่วงคะแนน 12-60 คะแนนในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมตามลำดับ

ส่วนปัจจัยด้านความเชื่อมั่นในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีช่วงคะแนนระหว่าง 15-75 คะแนน ในกลุ่มศึกษาพบว่ามีคะแนนในระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ร้อยละ 52.4 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนปานกลางลงมา (น้อยกว่าร้อยละ 80) เป็นสัดส่วนร้อยละ 84.7 แต่ละกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ย 59.4 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.6) และ 47.3 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.5) ตามลำดับ นอกจากนี้ปัจจัยด้านการรับรู้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีช่วงคะแนน 16-80 คะแนน กลุ่มศึกษามีกลุ่มที่มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงร้อยละ 50.0 ส่วนในกลุ่มควบคุมรับรู้ในระดับปานกลางร้อยละ 90.7 โดยแต่ละกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ย 63.8 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.4) และ 50.7 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.7) ตามลำดับ

นอกจากนั้นปัจจัยด้านประสบการณ์เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก็มาความแตกต่างกัน โดยในกลุ่มศึกษามีสัดส่วนการเคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมาก่อนหน้านี้กว่าร้อยละ 60.8 ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบว่า มีประสบการณ์เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพียงร้อยละ 14.7 เท่านั้น รายละเอียดต่างๆ ดังจะนำเสนอในตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=668 ราย)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มศึกษา(n ₁ =334)		กลุ่มศึกษา(n ₂ =334)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	180	53.8	180	53.8
หญิง	172	46.2	172	46.2
สัดส่วนผู้ให้ข้อมูล				
ผู้ป่วย	285	85.3	301	90.1
ผู้นำส่ง	30	9.3	24	7.2
ญาติ	19	5.7	9	2.7
ภูมิลำเนา				
เมือง	50	15.0	50	15.0
เชียงใหม่	50	15.0	50	15.0
วารินชำราบ	44	13.0	44	13.0
ตระการพืชผล	10	3.0	10	3.0
เดชอุดม	10	3.0	10	3.0
ม่วงสามสิบ	10	3.0	10	3.0
พิบูลมังสาหาร	10	3.0	10	3.0
บุญชริก	10	3.0	10	3.0
โขงเจียม	10	3.0	10	3.0
นาตาล	10	3.0	10	3.0
ตาลชุม	10	3.0	10	3.0
น้ำขุ่น	10	3.0	10	3.0
น้ำยืน	10	3.0	10	3.0
ศรีเมืองใหม่	10	3.0	10	3.0
สำโรง	10	3.0	10	3.0
สิรินธร	10	3.0	10	3.0
เหล่าเสือโก้ก	10	3.0	10	3.0
กุดข้าวปุ้น	10	3.0	10	3.0
โพธิ์ไทร	10	3.0	10	3.0
สว่างวีรวงศ์	10	3.0	10	3.0
นาจะหลวย	10	3.0	10	3.0
ทุ่งศรีอุดม	10	3.0	10	3.0

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มศึกษา(n ₁ =334)		กลุ่มศึกษา(n ₂ =334)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
>29 ปี	47	14.1	72	21.6
30-51 ปี	112	33.5	101	30.2
52-73 ปี	115	34.5	124	37.1
74< ปี	60	17.9	37	11.1
อายุเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	51.8,18.7		48.2,19.5	
สถานภาพสมรส				
โสด	83	24.8	77	23.0
คู่	183	54.8	173	51.8
หย่าร้าง	22	6.6	24	7.2
หม้าย	36	10.8	51	15.3
แยกกันอยู่	10	3.0	9	2.7
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	260	77.8	215	64.4
ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น	29	8.7	32	9.6
ชั้นมัธยมปลาย	21	2.3	38	11.4
อนุปริญญา	6	1.8	22	6.6
ปริญญาตรี	18	5.4	23	6.7
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.0	4	1.2
อาชีพ				
ว่างงาน	30	9.0	33	9.9
ภาคเกษตรกรรม	233	69.8	214	64.1
นักเรียน นักศึกษา	15	4.5	42	12.6
รับจ้างทั่วไป	23	6.9	12	3.6
รับราชการ พนักงานของรัฐ	17	5.1	30	9.0
พนักงานบริษัท	10	3.0	3	1.0
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน				
1-4 คน	158	47.3	175	52.4
5-9 คน	164	49.1	149	44.6
10< คน	12	3.6	10	3.0

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มศึกษา(n ₁ =334)		กลุ่มศึกษา(n ₂ =334)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้รวมในครัวเรือนต่อเดือน				
>30,000 บาท	244	73.0	272	81.4
30,001-60,000 บาท	79	23.6	58	17.4
60,001-90,000 บาท	8	2.4	4	1.2
90,001 บาท<	3	0.1	0	0.0
การมีรถยนต์ส่วนบุคคลในครัวเรือน				
ไม่มี	172	51.5	250	74.9
มี	162	48.5	84	25.1
อาการเจ็บป่วยวิกฤติที่มาโรงพยาบาล				
อุบัติเหตุทางถนน	106	31.7	160	47.9
โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง	115	34.4	63	18.9
ถูกยิง แทะ ทำร้ายร่างกาย ส่าหส์	7	2.1	18	5.4
โรคมะเร็งวิกฤติ	15	4.5	15	4.5
เหนื่อยเพลียในวัยชรา	73	21.9	53	15.9
ภาวะเลือดเป็นกรด น้ำตาลในเลือดต่ำ	18	5.4	22	6.6
อื่นๆ เช่น หอบหืด	0	0.0	3	1.0

ตารางที่ 3 ข้อมูลด้านจิตวิทยาการและประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n=668 ราย)

ปัจจัยทางจิตวิทยาและประสบการณ์	กลุ่มศึกษา(n ₁ =334)		กลุ่มศึกษา(n ₂ =334)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทัศนคติต่อบริการหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน				
ต่ำถึงปานกลาง (คะแนน<ร้อยละ 80)				
สูง (คะแนน ≥ ร้อยละ 80)	218	65.3	323	96.7
คะแนนเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Rank11-55)	42.3,5.0		35.2,5.3	3.3
การรับรู้อาการเจ็บป่วยที่ต้องใช้หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน				
ต่ำถึงปานกลาง (คะแนน<ร้อยละ 80)	132	39.5	216	64.7
สูง (คะแนน ≥ ร้อยละ 80)	202	60.5	118	35.3
คะแนนเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Rank17-85)	70.3,7.8		60.8,14.1	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัยทางจิตวิทยาและประสบการณ์	กลุ่มศึกษา(n ₁ =334)		กลุ่มศึกษา(n ₂ =334)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้อุปสรรคในการใช้บริการหน่วย แพทย์ฉุกเฉิน				
ต่ำถึงปานกลาง (คะแนน<ร้อยละ 80)	140	41.9	246	73.6
สูง (คะแนน ≥ ร้อยละ 80)	194	58.1	88	26.4
คะแนนเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Rank12-60)	47.9,6.0		40.4,8.9	
การมีความเชื่อมั่นในการเรียกใช้หน่วย แพทย์ฉุกเฉิน				
ต่ำถึงปานกลาง (คะแนน<ร้อยละ 80)	159	47.6	283	84.7
สูง (คะแนน ≥ ร้อยละ 80)	175	52.4	51	15.3
คะแนนเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Rank15-75)	59.4,7.6		47.3,10.5	
การได้รับสนับสนุนทางสังคมในการ เรียกใช้หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน				
ต่ำถึงปานกลาง (คะแนน<ร้อยละ 80)	167	50.0	303	90.7
สูง (คะแนน ≥ ร้อยละ 80)	167	50.0	31	9.3
คะแนนเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Rank16-80)	63.8,8.4		50.7,9.6	
การเคยใช้หน่วยแพทย์ฉุกเฉินก่อนหน้านี้				
ไม่เคย	55	16.4	283	85.3
เคย	279	83.5	49	14.7

2.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรายคู่ระหว่างการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับตัวแปรศึกษา (Univariate analysis)

2.3.1 การวิเคราะห์สำหรับกลุ่มตัวแปรส่วนบุคคลกับการใช้บริการการแพทย์ ฉุกเฉิน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรศึกษากับการใช้และไม่ใช้บริการ
การแพทย์ฉุกเฉินเพื่อส่งต่อมายังโรงพยาบาลของผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤติในจังหวัดอุบลราชธานี ใช้
วิธีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงตัวแปรเดียว (Bivariate analysis แบบ Simple conditional
logistic regression analysis) ซึ่งจะทำการวิเคราะห์รายตัวแปรโดยการทดสอบความสัมพันธ์ของ

การสัมผัสตัวแปรศึกษาในกลุ่มศึกษากับกลุ่มควบคุม ผลการวิเคราะห์ดังนำเสนอในตารางที่ 2 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยศึกษากับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤติในจังหวัดอุบลราชธานี (n=668)

ปัจจัยศึกษา				OR _{cruded}	95%CI	p-value
กลุ่มศึกษา(n ₁ =334) จำนวนคู่	กลุ่มควบคุม (n ₂ =334) จำนวนคู่					
1.อายุ	≤59 ปี	60 ปี≤	รวม	1.3	0.9-1.7	0.13
≤59 ปี	224	110	334			
60 ปี≤	206	128	334			
รวม	430	236	668			
2. สถานภาพ	อยู่เดียว	คู่	รวม	1.1	0.8-1.5	0.45
อยู่เดียว	151	183	334			
คู่	161	173	334			
รวม	312	356	668			
3.ระดับการศึกษา	มัธยม<	≤มัธยม<	รวม	2.2	1.3-3.6	0.01*
มัธยมศึกษา<	161	183	334			
≤มัธยมศึกษา	151	173	334			
รวม	312	356	668			
4.อาชีพหลัก	งานประจำ	ใช้แรงงาน	รวม	1.0	0.6-1.6	0.96
งานประจำ	301	33	334			
ผู้ใช้แรงงาน	33	301	334			
รวม	334	334	668			
5.รายได้ครัวเรือน	≤60,000	60,000<	รวม	1.2	0.6-2.6	0.66
≤60,000บ/ด.	14	320	334			
60,000 บ/ด<	18	316	334			
รวม	32	636	668			
6.การมีรถยนต์	มี	ไม่มี	รวม	2.7	2.0-3.8	0.01*
มี	250	84	334			
ไม่มี	172	162	334			
รวม	422	246	668			

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัยศึกษา				OR _{cruded}	95%CI	p-value
กลุ่มศึกษา(n ₁ =334) จำนวนคู่	กลุ่มควบคุม (n ₂ =334) จำนวนคู่					
7.เขตที่อยู่อาศัย						
นอกเมือง	13	321	334	2.1	0.8-5.8	0.11
เขตเมือง	6	328	334			
รวม	19	649	668			
8. การเจ็บป่วย	ฉุกละจิบ	จากเรื้อรัง	รวม	2.3	1.7-3.1	0.01*
จากโรคฉุกละจิบ	178	156	334			
จากโรคเรื้อรัง	112	221	334			
รวม	291	377	668			
9.ทัศนคติทางบวก	<80%	80% ≤	รวม	15.4	8.2-29.4	0.01*
<80%	323	11	334			
80% ≤	218	116	334			
รวม	541	127	668			
10.การรับรู้				6.1	4.2-8.7	0.01*
อาการป่วย	<80%	80% ≤	รวม			
<80%	283	51	334			
80% ≤	159	175	334			
รวม	442	226	668			
11.การรับรู้				3.9	2.8-5.4	0.01*
อุปสรรคในการใช้	<80%	80% ≤	รวม			
บริการ	<80%	80% ≤	รวม			
<80%	246	88	334			
80% ≤	140	194	335			
รวม	386	282	668			
12.การได้รับ				9.7	6.3-14.9	0.01*
สนับสนุนจาก	<80%	80% ≤	รวม			
สังคมให้ใช้บริการ	<80%	80% ≤	รวม			
<80%	303	31	334			
80% ≤	167	167	334			
รวม	470	198	668			

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัยศึกษา				OR _{cruded}	95%CI	p-value	
กลุ่มศึกษา(n ₁ =334) จำนวนคู่	กลุ่มควบคุม (n ₂ =334) จำนวนคู่						
13. การเคยเรียกใช้	ไม่เคย	285	49	334	29.5	19.4-44.8	0.01*
	เคย	55	279	334			
	รวม	340	328	668			
14.ความมั่นใจใน การใช้บริการ	<80%		80% ≤	รวม	6.0	4.2-8.7	0.01*
	<80%	283	51	334			
	80% ≤	159	175	334			
	รวม	442	226	668			

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤติในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 9 จาก 14 ปัจจัยดังนี้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุดต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤติในจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ การมีประสบการณ์เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ที่มีประสบการณ์เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมาก่อนหน้านี้จะเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 29.5 เท่า ของผู้ไม่เคยใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR_{cruded}=29.5; 95%CI=17.4-44.8, p-value<0.01) ส่วนปัจจัยที่พบความสัมพันธ์เป็นอันดับรองลงมาได้แก่ ทักษะคิดทางบวกต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) จะเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 15.4 เท่า ของผู้ที่มีทักษะคิดต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับปานกลางถึงต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR_{cruded}=15.4; 95%CI=8.2-29.4, p-value<0.01) ส่วนปัจจัยที่พบระดับความสัมพันธ์เป็นอันดับที่สามได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมให้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤติในจังหวัดอุบลราชธานี โดยการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) จะเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 9.7 เท่า ของผู้ที่รับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับปานกลางถึงต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR_{cruded}=9.7; 95%CI=6.3-14.9, p-value<0.01) ส่วนปัจจัยที่พบขนาดความสัมพันธ์เป็นอันดับที่ 4 ได้แก่ การรับรู้อาการเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤติที่จำเป็นจะต้องใช้การแพทย์ฉุกเฉินนำส่งไปโรงพยาบาล พบว่าผู้ที่รับรู้อาการที่จำเป็นจะต้องใช้การแพทย์ฉุกเฉินในระดับสูง (คะแนนร้อยละ 8 ขึ้นไป) จะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤติ 6.1 เท่า ของผู้ที่รับรู้ในระดับปานกลางถึงต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR_{cruded}=9.7; 95%CI=6.3-14.9, p-value<0.01)

ส่วนการรับรู้ความเชื่อมั่นในตนเองต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤติของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีพบว่ามียุทธศาสตร์ความสัมพันธ์เป็นลำดับที่ 5 โดยกลุ่มที่มีความเชื่อมั่นในการใช้บริการในระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) มีการใช้บริการสูงเป็น 6.0 เท่าของผู้ใช้บริการที่มีความเชื่อมั่นในการใช้บริการในระดับปานกลางถึงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{crude}=6.0$; 95%CI=4.2-8.7, p-value<0.01) ส่วนการรับรู้ทางบวกต่ออุปสรรคการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) มีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 3.9 เท่าของผู้มีการรับรู้ทางบวกต่ออุปสรรคในระดับปานกลางถึงต่ำ ($OR_{crude}=3.9$; 95%CI=2.8-5.4, p-value<0.01) รวมทั้งการไม่มีรถยนต์ส่วนบุคคลจะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าผู้ที่มีรถยนต์ส่วนบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้สูงถึง 2.7 เท่า ($OR_{crude}=2.7$; 95%CI= 2.0-3.8, p-value<0.01) การเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยเรื้อรังมีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าการเจ็บป่วยฉับพลัน เช่น อุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2.3 เท่า ($OR_{crude}=2.3$; 95%CI= 1.7-3.1, p-value<0.01) และการมีการศึกษาตั้งแต่ระดับชั้นมัธยมศึกษาลงมามีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2.2 เท่า ($OR_{crude}=2.2$; 95%CI= 1.3-3.6, p-value<0.01)

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยศึกษากับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤติของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีปัจจัยที่พบความสัมพันธ์จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงตัวแปรเดียวจำนวน 8 ปัจจัยด้วยกัน เรียงลำดับตามขนาดความสัมพันธ์ดังต่อไปนี้

1. การมีประสบการณ์เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมาก่อน
2. ทศนคติทางบวกในระดับสูงต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
3. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
4. การรับรู้อาการเจ็บป่วยที่จำเป็นจะต้องใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
5. ความมั่นใจในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
6. การรับรู้ทางบวกต่ออุปสรรคการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
7. การไม่มีรถยนต์ส่วนบุคคล
8. อาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดจากโรคเรื้อรังและสูงอายุ
9. ระดับการศึกษาตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาลงมา

นอกจากนี้ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรศึกษาเหล่านี้กับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและวิกฤติของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี จากนั้นตัวแปรเหล่านี้จะนำเข้าสู่การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุ (Multivariate analysis) โดยวิธี Multivariate conditional logistic regression analysis แบบ Conditional maximum likelihood estimation) โดยการพิจารณนำตัวแปรเข้าสมการที่ระดับนัยสำคัญ 0.20 และตัวแปรที่เข้าเกณฑ์ในการพิจารณาอิทธิพลการปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Interaction effect) ซึ่งใช้ผลจากการทบทวนวรรณกรรมและความสอดคล้องจากผลการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงเดี่ยวเป็นหลัก ตัวแปรที่มี interaction ไม่เป็นไปตามทฤษฎีจะถูกตัดออกจากการวิเคราะห์ในครั้งนี้ รายละเอียดผลการวิเคราะห์ดังจะนำเสนอในหัวข้อ 4.2.4

2.4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤติและฉุกเฉินเร่งด่วนในจังหวัดอุบลราชธานี (Multivariate Conditional logistic regression analysis)

จากผลการวิเคราะห์หลังจากนำเข้าตัวแปรที่เป็นผลจากการทบทวนวรรณกรรมและสอดคล้องกับเกณฑ์การนำเข้าตัวแปรเพื่อการวิเคราะห์ ผลการวิเคราะห์เป็นดังนี้

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ผลของตัวแปรศึกษาต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤติของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี ($n_1=334$, $n_2=334$)

ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	Case	Control	รวม	OR _{crude}	OR _{adj.}	95%CI of OR _{adj.}	p-value
1. การเคยใช้บริการ ฉุกเฉิน	ไม่	เคย	รวม				
ไม่เคย	285	49	334				
เคย	55	279	334	29.5	28.1	16.6-47.4	0.01*
รวม	340	328	668				
2. ทักษะคิดทางบวกต่อ EMS	<80%	80% ≤	รวม				
<80%	323	11	334				
≥80%	218	116	334				
รวม	541	127	668	15.4	12.7	5.7-28.3	0.01*
3. ระดับการศึกษา	มัธยม<	≤มัธยม	รวม				
>มัธยมศึกษา	161	183	334				
≤มัธยมศึกษา	151	173	334	9.2	6.5	2.5-16.5	0.01*
รวม	312	356	668				
4. การได้รับสนับสนุน จากสังคมให้ใช้ EMS	<80%	80% ≤	รวม				
<80%	303	31	334				
≥80%	167	167	334	9.7	6.3	3.3-11.7	0.01*
รวม	470	198	668				
5. การมีรถยนต์ส่วนบุคคล	มี	ไม่มี	รวม				
มี	172	162	334				
ไม่มี	250	84	334	2.7	2.3	1.3-3.9	0.01*
รวม	422	246	668				

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ บริการการแพทย์ ฉุกเฉิน	Case	Control	รวม	OR _{crude}	OR _{adj.}	95%CI of OR _{adj.}	p- value
6. อาการเจ็บป่วย จากโรคฉุกเฉิน	ฉุกเฉิน	เรื้อรัง	รวม				
	178	156	334				
	112	221	334	2.3	1.7	1.04-2.9	0.01*
รวม	291	377	668				

Constants=-207.1, PseudoR²=54.6, Chi-square=498.8, p-value<0.01*

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤติในจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ การมีประสบการณ์เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ที่มีประสบการณ์เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมาก่อนหน้านี้จะเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 28.1 เท่า ของผู้ไม่เคยใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR_{adjusted}=28.1; 95%CI=16.6-47.4, p-value<0.01) ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในอันดับรองลงมาได้แก่ ทักษะคิดทางบวกต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) จะเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 12.7 เท่า ของผู้ที่มีทักษะคิดต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับปานกลางถึงต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR_{adjusted} =12.7; 95%CI= 5.7-28.3, p-value<0.01) ตัวแปรที่มีผลอันดับสามได้แก่ การมีการศึกษาตั้งแต่ระดับชั้นมัธยมศึกษาลงมาที่มีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 6.5 เท่า (OR_{adjusted}= 6.5; 95%CI= 2.5-16.5, p-value<0.01) ปัจจัยต่อมาได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมให้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤติในจังหวัดอุบลราชธานี โดยการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) จะเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 9.7 เท่า ของผู้ที่รับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับปานกลางถึงต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR_{adjusted}=9.7; 95%CI= 3.3-11.7, p-value<0.01) ส่วนปัจจัยที่มีผลอันดับที่ 5 ได้แก่ การไม่มีรถยนต์ส่วนบุคคลจะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าผู้ที่มีรถยนต์ส่วนบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้สูงถึง 2.3 เท่า (OR_{crude}=2.3; 95%CI= 1.3-3.9, p-value<0.01) และปัจจัยอันดับสุดท้ายได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าการเจ็บป่วยด้วยอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 1.7 เท่า (OR_{adjusted}=1.7; 95%CI= 1.04-2.9, p-value<0.01) โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถทำนายการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤติของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 54.6 (Constants=-207.1, PseudoR²=54.6, Chi-square=498.8, p-value<0.01*) นอกนั้นไม่มีข้อมูลเพียงพอในการอธิบายผลของปัจจัยเหล่านั้นต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤติในจังหวัดอุบลราชธานี

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินและ
วิกฤติของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี เรียงตามลำดับตามขนาดของผล จำนวน 6 ปัจจัย
ดังต่อไปนี้

1. การมีประสบการณ์เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมาก่อน
2. ทักษะคติทางบวกในระดับสูงต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
3. ระดับการศึกษาตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาลงมา
4. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
5. อาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดจากโรคเรื้อรังและสูงอายุ
6. การไม่มีรถยนต์ส่วนบุคคล

นอกนั้นไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะอธิบายผลของปัจจัยเหล่านั้นต่อการใช้บริการการแพทย์
ฉุกเฉินและวิกฤติของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีจากการศึกษาวิจัยนี้

บทที่ 5

สรุป วิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤตในจังหวัดอุบลราชธานี โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) และการศึกษาเชิงปริมาณด้วยการวิจัยเชิงวิเคราะห์ด้วยการเก็บข้อมูลย้อนหลังแบบจับคู่ (Matched case control retrospective analytical study) สรุปผลการวิจัยเป็นดังนี้

5.1 สรุป

จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่งที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดอุบลราชธานี ทั้งที่ผ่านและไม่ผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตในจังหวัดอุบลราชธานีดังต่อไปนี้ได้แก่ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ กลุ่มที่มีฐานะ การศึกษา รายได้ทางสังคม สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น รถยนต์ส่วนตัว อยู่ในทิศทางต่ำ จะมีทิศทางหรือแนวโน้มการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้น กลุ่มปัจจัยทางจิตวิทยา ได้แก่ ประสบการณ์เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมาก่อน เมื่อมีภาวะวิกฤตจะมีการใช้บริการมากยิ่งขึ้น การรับรู้อาการเจ็บป่วย ทิศนคติทางบวกต่อการใช้บริการ การรับรู้และเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจต่อการได้รับบริการ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งความเชื่อมั่นในการใช้บริการง่ายหรือง่าย ล้วนเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มปัจจัยด้านการเจ็บป่วย จากเดิมความเชื่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีไว้สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุเท่านั้น แต่แนวโน้มทิศทางใหม่ใหม่อาจมุ่งเน้นบริการภาวะฉุกเฉินจากโรคเรื้อรังและสูงอายุ ผู้ป่วยหอบหืด ภาวะเลือดเป็นกรด หัวใจขาดเลือดและภาวะวิกฤตในผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับบริการมากขึ้น ดังนั้นปัจจัยด้านโรคเรื้อรังจึงเป็นปัจจัยที่น่าจับตามองในการพัฒนาประสิทธิภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยอนาคต ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำปัจจัยเหล่านี้ไปพัฒนาเครื่องมือประเมินเพื่อนำไปวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตในจังหวัดอุบลราชธานี โดยออกแบบวิจัยเชิงวิเคราะห์เชิงปริมาณต่อไป

สรุปผลวิจัยเชิงปริมาณ การศึกษาวิจัยนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤตในจังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้การศึกษาเชิงวิเคราะห์ด้วยการเก็บข้อมูลย้อนหลังแบบจับคู่ ประชากรได้แก่ ผู้ตัดสินใจนำผู้ป่วยวิกฤตและเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนส่งสถานบริการทางการแพทย์ในจังหวัดอุบลราชธานี ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มศึกษา (Case) ได้แก่ กลุ่มผู้มีอำนาจตัดสินใจหรือนำผู้ป่วยวิกฤตและเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนส่งสถานบริการทางการแพทย์ในจังหวัดอุบลราชธานีที่นำผู้ป่วยวิกฤตและเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนส่งสถานบริการทางการแพทย์ในจังหวัดอุบลราชธานีที่มีการนำส่งผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ (Control) ได้แก่ กลุ่มผู้มีอำนาจตัดสินใจหรือนำผู้ป่วยวิกฤตและเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนส่งสถานบริการทางการแพทย์ในจังหวัดอุบลราชธานีที่นำผู้ป่วยวิกฤตและเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนส่ง

สถานบริการทางการแพทย์ในจังหวัดอุบลราชธานีโดยไม่มี การนำส่งผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีเกณฑ์ในการจับคู่ได้แก่ เพศเดียวกัน อายุมากหรือน้อยต่างกันไม่เกิน 3 ปี โดยให้อัตราส่วนระหว่างกลุ่มศึกษาต่อกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1: 1 ขนาดตัวอย่างที่คำนวณขนาดตัวอย่างได้จำนวน 325 คน ต่อกลุ่ม และผู้วิจัยได้เพิ่มร้อยละ 10 เพื่อชดเชยอัตราสูญหายที่อาจเกิดขึ้น และสามารถรวบรวมข้อมูลได้จำนวน 334 คู่ รวม 668 ราย เครื่องมือวิจัยใช้แบบสอบถาม รวม 9 ส่วน มีค่าความตรงตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ส่วนความเที่ยงอยู่ระหว่าง 0.8-0.9 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการใช้บริการทางการแพทย์ด้วย Conditional simple logistic regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์เป็น Crude Odd Ratio พร้อมประมาณค่าช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 และตัวแปรที่พบความสัมพันธ์จะถูกนำเข้าสู่สมการการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุแบบ Conditional multiple logistic regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์เป็น Adjusted Odd Ratio พร้อมประมาณค่าช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ตุลาคม 2558-31 กรกฎาคม 2559

ผลการวิจัยเป็นดังนี้ ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.8 และ 53.8 ตามลำดับ เก็บข้อมูลกระจายใน 22 อำเภอของจังหวัดอุบลราชธานี ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุระหว่าง 52-73 ปี มากที่สุดในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมกว่าร้อยละ 34.5 และ ร้อยละ 37.1 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติจากอุบัติเหตุทางถนนจะมาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินมากที่สุด ร้อยละ 34.7 ในกลุ่มควบคุมและร้อยละ 47.9 ในกลุ่มควบคุม ส่วนสถานภาพสมรสในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีสถานภาพคู่ร้อยละ 54.8 และ 51.8 ตามลำดับ กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 51.5 ไม่มีรถยนต์ส่วนบุคคล ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ร้อยละ 74.9 ไม่มีรถยนต์ส่วนบุคคล ในกลุ่มศึกษาร้อยละ 34.4 มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินและวิกฤติที่โรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 34.4 ส่วนกลุ่มควบคุมมาด้วยปัญหาอุบัติเหตุร้อยละ 47.9 รองลงมาได้แก่ โรคจากวัยชรา เช่น เป็นลม หมดสติ หายใจไม่อิม ร้อยละ 21.9 ในกลุ่มศึกษาและร้อยละ 15.9 ในกลุ่มควบคุม ภาวะเลือดเป็นกรดในผู้ป่วยเบาหวานเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่มาโรงพยาบาลในภาวะวิกฤติพบในกลุ่มศึกษาร้อยละ 5.4 และร้อยละ 6.6 ในกลุ่มควบคุม ส่วนปัจจัยทางจิตวิทยาพบว่า ทัศนคติทางบวกต่อการใช้บริการแพทย์ฉุกเฉิน โดยคะแนนตัวแปรนี้มีช่วงคะแนนระหว่าง 11-55 คะแนน กลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุดทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมได้แก่กลุ่มที่มีคะแนนระดับต่ำถึงปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยไม่ถึงร้อยละ 80) คิดเป็นร้อยละ 65.3 และ 96.7 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 42.3 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.0) ในกลุ่มศึกษาและ เฉลี่ย 35.2 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.3) ในกลุ่มควบคุมตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุ (Multivariate analysis) โดยวิธี conditional Multiple logistic regression analysis แบบ Conditional maximum likelihood estimation) พบว่าปัจจัยที่ผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤติของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถทำนายการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤติของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 54.6 (Constants=-207.1, PseudoR²=54.6, Chi-square=498.8, p-value<0.01*) เรียงตามลำดับตามขนาดของผล จำนวน 6 ปัจจัย ดังต่อไปนี้ การมีประสบการณ์เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมาก่อน ทัศนคติทางบวกในระดับสูงต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับการศึกษาตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาลงมา.

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน. อาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดจากโรคเรื้อรังและสูงอายุและการไม่มีรถยนต์ส่วนบุคคล นอกนั้นไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะอธิบายผลของปัจจัยเหล่านี้ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและวิกฤติของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี

5.2 อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤติของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี เรียงตามลำดับตามขนาดของผล จำนวน 8 ปัจจัยผู้วิจัยมีประเด็นในการอภิปรายผลดังต่อไปนี้

5.2.1 การมีประสบการณ์เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมาก่อน

กลุ่มที่ใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ มักจะมีประสบการณ์เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมาก่อน และมีทัศนคติทางบวกต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เกิดความคุ้นเคย รู้ขั้นตอนการให้บริการ รวมทั้งกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างบริการ รวมทั้งรับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้นจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ที่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะเรียกใช้บริการซ้ำอีกในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มีความรุนแรงและวิกฤติ ซึ่งพบว่ามีผลต่อการมาใช้บริการถึง 28.1 ของผู้ที่ไม่เคยใช้บริการ ทั้งนี้พฤติกรรมเคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลพฤติกรรมเดิมที่เกิดขึ้นซ้ำๆ จนเคยชินหรือเป็นนิสัย (Habit) เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับข้อค้นพบจากการศึกษาในกลุ่มชนออร์จิน ในประเทศออสเตรเลียที่พบว่า การเคยไปใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐแล้วมีการสูญเสียชีวิตเกิดขึ้นจะทำให้เกิดการจดจำประสบการณ์และส่งผลให้ไม่ไปใช้บริการอีก (Artuso, S., Cargo, M. & Daniel, M., 2013) สอดคล้องกับผลการศึกษากาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยที่พบว่าประสบการณ์การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลครั้งก่อนๆ ถ้ามีประสบการณ์และความยุ่งยาก มีอุปสรรคหรือเกิดความล่าช้าจะส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจในการใช้ในอดีตจะส่งผลต่อการใช้บริการในการเจ็บป่วยครั้งต่อๆ มาลดลงหรือไม่เรียกใช้เลย (ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล, บริบูรณ์ เชนธนาภิจและบวร วิทย์ชานาญกุล, 2555) ดังนั้นจากผลการวิจัยนี้พอสรุปได้ว่าประสบการณ์การเคยใช้บริการมีผลและเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการตัดสินใจเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี

5.2.2 ทัศนคติทางบวกในระดับสูงต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลและผลการสัมภาษณ์ให้ข้อมูลที่สอดคล้องกันที่พบว่า ผู้ไม่ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่มีทัศนคติทางบวกต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อมีการเจ็บป่วยวิกฤติเกิดขึ้น ทั้งนี้มีความเกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูล ประสบการณ์ มีความปลอดภัยหรือมีประโยชน์อื่นๆ ที่เกิดขึ้นจากการได้รับข้อมูลข่าวสารหรือประสบการณ์ว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร ผู้ที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ มีประสบการณ์ทางบวกมาก่อนหรือไม่ก็ได้รับการบอกเล่าจากเพื่อน เพื่อนบ้านที่เคยใช้บริการ ทำให้เข้าใจและมั่นใจในการใช้บริการ ทั้งนี้ผู้ใช้บริการจะเรียนรู้ขั้นตอนจากประสบการณ์การใช้บริการ มั่นใจในการเข้าถึงช่องทางกาเร่งเหตุ รวมทั้งการให้บริการที่รวดเร็ว ทันใจ รวมทั้งผลของประสิทธิภาพการบริการ รวมทั้งความปลอดภัยจากการบริการ ดังนั้นผู้ใช้บริการส่วนใหญ่จะมีข้อมูลสรุปประเมินการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในทางบวก

เกิดทัศนคติทางบวกจึงส่งผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเจ็บป่วยรุนแรงและวิกฤติและพบในผลการศึกษาวิจัยนี้ ทั้งนี้ทัศนคติเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการในแผนกฉุกเฉินของผู้ป่วยมากขึ้น (Lowthian, A.L. et al., 2011) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ปรับเปลี่ยนความคาดหวังเชิงบวกของประชาชนทั่วไปต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลจะเพิ่มการใช้บริการมากขึ้นและเหมาะสมยิ่งขึ้นทั้งคุณภาพและความเหมาะสม (Gray, J.A.M., 2001) ดังนั้นถ้าผู้ป่วยหรือผู้นำส่งมีทัศนคติเชิงบวกต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลจะมีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้นและเหมาะสมยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ทัศนคตินั้นจะเกิดขึ้นผ่านกระบวนการรับรู้ เรียนรู้และสั่งสมประสบการณ์เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลมาเป็นระยะเวลาพอสมควรจึงจะเกิดขึ้นได้ แต่ก็ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมของมนุษย์ที่สำคัญผ่านวงจรการเรียนรู้เป็นอันดับต้นๆ (Noar, S.M. & Zimmerman, R.S., 2005)

5.2.3 ระดับการศึกษาตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาลงมา

ระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับชั้นมัธยมศึกษาลงมา ส่งผลต่อการใช้บริการการระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ระดับการศึกษาที่ค่อนข้างต่ำมีความเกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นจึงเพิ่มความต้องการบริการสวัสดิการจากรัฐมากขึ้น ดังพบได้จากผลการวิจัยนี้ที่พบว่า มีการใช้บริการสูงกว่าผู้มีการศึกษาสูงกว่านี้ถึง 6.5 เท่า สอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่อเนื่องน้อยกว่า 12 ปี รวมทั้งสถานภาพสมรสโสด (Shah MN, Rathouz PJ, Chin MH., 2001) สถานภาพไม่แต่งงาน (McCusker J, Cardin S, Bellavance F, Belzile E, 1997) จะมีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลมากกว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Raun และคณะ (Raun, L.H. Ensor, K.B., Campus, L.A. & Persse, D., 2015) ในผู้ป่วยที่รับบริการฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในเมืองฮุสตัน สหรัฐอเมริการะหว่างปี ค.ศ. 2004-2011 พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษามีการใช้บริการมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่านั้น 1.02 เท่า (95% CI of OR: 1.02-1.03) จากผลการศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานีพอจะสรุปได้ว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำจะเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง

5.2.4 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทางบวกในระดับสูงต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤติส่งผลให้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินถึง 6.3 เท่าของผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวในระดับปานกลางถึงต่ำ ทั้งนี้แรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติพี่น้องและคนในสังคมที่มีประสบการณ์ มีความรู้ ทัศนคติทางบวกต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤติเกิดขึ้นจะเป็นตัวเร่งให้มีการเรียกใช้บริการมากยิ่งขึ้น ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มศึกษา สอดคล้องกับผลการศึกษาที่จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่าผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจาก ญาติ เพื่อนหรือผู้นำส่งผลให้มีการใช้บริการฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีผู้สนับสนุน (ณชชา หาญสุทธิเวชกุล, บริบูรณ์ เชนธนากิจและบวร วิทย์ชานาญกุล, 2555) สอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจ ในกลุ่มประชากรชาวออบอริจิน ในประเทศออสเตรเลียที่พบว่า ผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลและ

สนับสนุนในการเรียกใช้หน่วยบริการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลจะมีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลมากกว่าผู้ไม่มี (Artuso, S., Cargo, M. & Daniel, M., 2013) รวมทั้งผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่า การเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมจะเพิ่มการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นทั้ง จำนวนและความเหมาะสม (Lowthian, A.L. et al., 2011) ดังนั้น จึงพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี

5.2.5 การไม่มีรถยนต์ส่วนบุคคล

จากข้อมูลผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่ไม่มีรถยนต์ส่วนตัวจะใช้บริการมากกว่าผู้ที่มีรถยนต์ส่วนตัว 2.3 เท่า สอดคล้องกับผลการศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่พบว่าผู้ที่มีใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่แผนกฉุกเฉินมาด้วยรถหรือยานพาหนะส่วนตัวมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ใช้บริการทั้งหมด (ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล, บริบูรณ์ เชนธนาภิจและบวร วิทย์ชานาญกุล, 2555) สอดคล้องกับผลการศึกษาในโยโกฮามา ประเทศญี่ปุ่นที่พบว่าผู้ที่มีรถยนต์หรือยานพาหนะส่วนตัวเรียกใช้บริการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ที่ไม่มียานพาหนะสำคัญ(Kawakami, C. Ohshige, K, Kubota, K., Tochikubo, O., 2007) ดังนั้นพอจะสรุปได้ว่า ผู้ป่วยหรือผู้ที่ดูแลผู้ป่วยที่มียานพาหนะประเภทรถยนต์ส่วนตัวจะเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ที่ไม่มียานพาหนะสำคัญ

5.2.5 อาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดจากโรคเรื้อรังและสูงอายุ

ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ที่ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นภาวะจากโรคเรื้อรัง ชรา และโรคมะเร็ง รวมทั้งโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น หอบหืด เป็นต้น ทั้งนี้ผู้ป่วยเหล่านี้จะเข้าออกโรงพยาบาลเป็นประจำอยู่แล้ว จึงคุ้นเคยและมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะวิกฤติ อีกทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องเช่นญาติ หรือผู้แจ้งเหตุล้วนมีความคุ้นเคยและมีประสบการณ์ในการแจ้งเหตุ กระบวนการได้รับบริการ รวมทั้งระยะเวลาในการประมาณการรอ ทำให้มีความเข้าใจและอดทนรอบรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อีกทั้งแนวโน้มของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นดังนั้นแนวโน้มการใช้บริการของโรคเรื้อรังจึงเพิ่มขึ้นตามไปด้วย จากผลการวิจัย สูงอายุและผู้ประสบปัญหาโรคเรื้อรังจะใช้บริการมากกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินด้านอุบัติเหตุ 1.7 เท่า สอดคล้องกับข้อสรุปที่ว่า แนวโน้มกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีการใช้บริการรถฉุกเฉินมากกว่าอายุน้อยๆ อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Wong และคณะในประเทศไต้หวัน (Wong, C.H., Wang, T.L, Chang, H. & Lee, Y.K., 2003) พบว่าเมื่อมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้นในกรุงเทพฯ ผู้ที่มีอายุมากจะเข้ามาใช้บริการในแผนกฉุกเฉินมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยๆ โดยเฉพาะผู้มีอายุ 75 ปี ขึ้นไปมากกว่า 1 ใน 3 ของผู้มาใช้บริการทั้งหมดสอดคล้องกับผลการศึกษาในโยโกฮามา ประเทศญี่ปุ่นที่พบว่าผู้ที่มีอายุสูงขึ้นจะมีการเรียกใช้บริการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยๆ อย่างมีนัยสำคัญ(Kawakami, C. Ohshige, K, Kubota, K., Tochikubo, O., 2007) สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียกใช้หน่วยบริการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลทั้งในออสเตรเลียและในประเทศสหราชอาณาจักรเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นปัจจัยอันดับต้น(Lowthian, A.L. et al., 2011) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ruger และคณะ(Ruger, J.P., Richter, C.J. & Lewis, L.M., 2006) ที่พบว่าการเรียกใช้บริการรถฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในเมืองเซนต์หลุยส์ รัฐวอชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา

เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่พบว่าอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไปเรียกใช้บริการมากกว่ากลุ่มอื่นถึง 1.3 เท่า (95 % CI 1.2-1.5) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่ารวมทั้งมีปัญหาโรคเรื้อรังจะเรียกใช้บริการตามขั้นตอนการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลมากกว่าผู้มีอายุน้อยๆ ภาวะฉุกเฉินจากอุบัติเหตุ

นอกจากนี้ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะอธิบายผลของปัจจัยอื่นเหล่านั้นต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและวิกฤติของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีจากการศึกษาวิจัยนี้

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำข้อมูลไปใช้ดังต่อไปนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการเข้าถึงและประสิทธิภาพการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนควรพัฒนาและดำเนินโครงการสื่อสารสุขภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อมุ่งให้ประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี มีการรับรู้และเกิดทัศนคติที่ดีในการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพตรงตามเจตนารมณ์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน สร้างการรับรู้อาการภาวะฉุกเฉินและวิกฤติที่จะต้องใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งสื่อสารขั้นตอนการให้บริการ การเข้าถึงบริการ เพื่อให้ประชาชนมีทัศนคติทางบวกต่อการใช้บริการและมีความเหมาะสมตามอาการ

2) ควรมีการสร้างชุมชนสื่อสารออนไลน์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการในระดับชุมชนระหว่างผู้ให้บริการและประชาชนในพื้นที่ต่างๆ

3) การจัดทำโครงการพัฒนาประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในประชาชนให้เกิดความคุ้นเคยและมีความเชื่อมั่นในการใช้บริการเมื่อมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤติเกิดขึ้น ซึ่งจะเพิ่มเติมประสบการณ์รวมทั้งสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้รับบริการโดยเฉพาะผู้ที่ไม่เคยใช้บริการ

4) สร้างกลุ่มและเครือข่ายทางสังคมเพื่อสนับสนุนการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพื่อพัฒนาเป็นวัฒนธรรมการใช้บริการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

5) พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีมาตรฐานในผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุให้มีมาตรฐานเฉพาะด้านและมีประสิทธิภาพในการบริการทั้งในระดับสถานบริการและระดับชุมชน

6) โครงการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนที่มีเศรษฐกิจในระดับค่อนข้างดีและมีพาหนะส่วนตัวให้สามารถเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการใช้บริการกับไม่ใช้บริการเพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความเชื่อในกลุ่มดังกล่าวให้หันมาใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1) การพัฒนาโครงการวิจัยเพื่อสร้างรูปแบบ โปรแกรม หรือสิ่งประดิษฐ์เพื่อการสื่อสารสุขภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งกิจกรรมเพื่อพัฒนาประสบการณ์และการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การปรับเปลี่ยนเปลี่ยนแปลงการรับรู้การ

เจ็บป่วยฉุกเฉิน ทศนคติต่อการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ความเชื่อมั่นในการใช้บริการ การสร้างแรงบันดาลใจทางสังคม เพื่อผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤติในประชาชนจังหวัดอุบลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2) การพัฒนาโครงการวิจัยแบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างช่องทางสื่อสารออนไลน์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการในระดับชุมชนระหว่างผู้ให้บริการและประชาชน

3) การวิจัยพัฒนาชุมชนหรือสังคมต้นแบบที่เกิดกลุ่มหรือเครือข่ายทางสังคมเพื่อสนับสนุนการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพและพัฒนาไปเป็นวัฒนธรรมการให้บริการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

4) การวิจัยพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีมาตรฐานในผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุและมีประสิทธิภาพในการบริการทั้งในระดับสถานบริการและระดับชุมชน

6) โครงการสนับสนุนวิจัยเพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนที่มีฐานะในระดับค่อนข้างดีและมีพาหนะส่วนตัวให้สามารถเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการใช้บริการกับไม่ใช้บริการเพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความเชื่อในกลุ่มดังกล่าวให้หันมาใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

7) ทำการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการใช้กับไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยสถานบริการและองค์การปกครองท้องถิ่น

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานำไม่สามารถเก็บข้อมูล ณ จุดรับบริการได้เนื่องจากขณะให้บริการผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่ไม่อยู่ในสถานะที่จะให้ข้อมูลได้ภายใต้สภาวะที่กดดัน ทั้งนี้เขาเหล่านั้นอยู่ในช่วงเจ็บป่วยวิตกกังวลและไม่พร้อมให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ดังนั้นจึงใช้วิธีติดตามเพื่อเก็บข้อมูลในชุมชนหลังจากที่ออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ซึ่งใช้จากการทำทวนแหวะระยะเบี่ยน 12เดือนย้อนหลังในการเก็บข้อมูล ดังนั้นข้อมูลจึงมีข้อจำกัดภายใต้ความคิดเห็นและการจำของของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ

บรรณานุกรม

- กนกพร สมพร. (2557). การประเมินผลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 7(2), 52–58.
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2558). จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ.2552-2556. Retrieved from <http://bps.moph.go.th/content/>
- กัญญา วัชรี. (2557). การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย (The EMS system in Thailand). ศรีนครินทร์เวชสาร, 28((ฉบับพิเศษ)), 69–73.
- คณะกรรมการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2553). *แผนและหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี พ.ศ.2553-2555*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน.
- ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล, บริบูรณ์ เชนธนากิจและบวร วิทย์ชำนานกุล. (2555). เหตุใดคนเชียงใหม่เมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือเกิดอุบัติเหตุจึงไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 6, 268–277.
- ธิดารัตน์ สุตะภักดิ์. (2558). การประเมินการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดอุบลราชธานี. สารสารการบริหารท้องถิ่น, 8(3), 10–15.
- มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, สำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซีอินเตอร์เน็ตโพลล์. (2000). *โครงการสำรวจสถานภาพการบริการรักษาพยาบาลประชาชนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน*. กรุงเทพมหานคร: เอแบคโพลล์.
- วิทยา ชาติบัญชาชัยและไพศาล โชติกล่อม. (2556). ผู้ป่วยที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS Services) และผู้ป่วยที่มารับการรักษา ร ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2554. Retrieved from <http://www.niems.go.th>
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.). (2558). คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ.กำหนด. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน.
- สุกัญญา เดชขุน. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนคร นนทบุรี จังหวัดนนทบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of planned behavior organ behavior. *Journal of Human Decision Process*, (50), 179–211.
- Artuso, S., Cargo, M. & Daniel, M. (2013). Factors influencing health care utilization among aboriginal cardiac patients in central Australia: A qualitative study. *BMC Health Service Research*, 13(83), 2–13.

- Atkins, R. (2010). Self-efficacy and the promotion of health for depressed single mothers. *Mental Health in Family Medicine*, 7, 155–68.
- Backman, A.S. (2010). *Emergency care seeking behavior in relation to patients and providers' perceptions and attitudes*. Stockholm: Karolinska Institute.
- Best, J. (2010). *Research in Education*. CA, CBR press.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Brown, A.L., Mann, N.K., Daya, M., Goldberg, R. & et al. (2000). Demographic, belief, and situational factors influencing the decision to utilize emergency medical services among chest pain patients. *Circulation*, (102), 173–178.
- Dracup, K.D., McKinley, S., Riegel, B., Moser, K. & et al. (2009). A randomized clinical trial to reduce patient prehospital delay to treatment to acute coronary syndrome. *Circulation Cardiovascular Quality Outcomes*, 2(6), 524–532.
- Dupont, W.D. (1988). Power calculations for matched case-control studies. *Biometrics*, 52(44), 1157–1168.
- Gardner, G.J. (1990). The use and abuse of emergency ambulance service: some of the factors affecting the decision whether to call and emergency ambulance. *Achieves of Emergency Medicine*, (7), 81–89.
- Gray, J.A.M. (2001). *Evidence based based health care how to make health policy and management decisions* (2nd ed.). Edinburgh: Churchill livingstone.
- Hansell S, Sherman G, Mechanic D. (1991). Body awareness and medical care utilization among older adults in an HMO. *J Gerontol*, (46), 151–159.
- Haug, C.H., Chen, W.J., Ma, M.H-M., Lai, C.L. & et al. (2001). Ambulance utilization in metropolitan and rural areas in Taiwan. *Journal of Formos Med Assoc.*, 100(9), 581–586.
- Holden, D.K., Smith, J., Kelly, A.M. & Bunker, S. (2006). Predictors of ambulance use in patients with acute myocardial infarction in Australia. *Emergency Medical Journal*, (23), 948–952.
- Holder, Y. et al. (2000). *Injury surveillance guidelines*. Geneva: WHO.
- Husum, H., Gilbert, M., Wisborg, T., Van Heng, Y. & Marad, M. (2003). Rural prehospital trauma systems improve trauma outcome in low income countries: a prospective study from north iraq and cambodia. *Journal of Trauma*, (54), 1188–1196.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1996). Health behavior, illness behavior, and sick-role behavior. II. Sickrole behavior. *Archives of Environmental Health*, 12(4), 531–541.

- Kawakami, C. Ohshige, K, Kubota, K., Tochikubo, O. (2007). Influence of socioeconomic factors on medically unnecessary ambulance calls. *BMC Health Service Research*, (7), 1–9.
- Khan, M.S., Jafary, F.H., Faruqi, A.M., Rasool, S.I. & et al. (2007). High prevalence of lack of knowledge of symptoms of acute myocardial infarction in pakistan and its contribution to delayd presentation to hospital. *BMC Public Health*, 7(284), 1–8.
- Lecoutuier, J., Rodgers, H., Murtanggh, M., White, M., Frod, G. & Thomson, R. (2010). Systematic review of mass media interventions designed to improve public recognition of stroke symptomms, emergency response and early treatment. *BMC Public Health*, 10(784), 1–10.
- Le May MR1, Davies RF, Dionne R, Maloney J, Trickett J, So D, Ha A, Sherrard H, Glover C, Marquis JF, O’Brien ER, Stiell IG, Poirier P, Labinaz M. (2006). Comparison of early mortality of paramedic-diagnosed ST-segment elevation myocardial infarction with immediate transport to a designated primary percutaneous coronary intervention center to that of similar patients transported to the nearest hospital. *American Journal of Cardiology*, 98(10), 1329–1333.
- Lowthian, A.L. et al. (2011). Increasing Utilization of emergency ambulances. *Australia Health Review*, (5), 63–69.
- Luepker, R., Raczynski, J.D., Osganian, S., Goldberg, R.J. & et al. (2000). Effect of a community intervention on patient delay and emergency medical service use in acute coronary heart disease, The rapid early action for coronary treatment (REACT) trial. *JAMA*, 5(284), 60–67.
- Mason, A.C. & Thomson, J.C. (2001). The influence of prehospital trauma care on motor vehicle crash motality. *Journal of Trauma*, 50(5), 917–920.
- McCarthy, J.E. (1964). *Basic Marketing. A Managerial Approach*. Homewood, IL: Irwin.
- McCusker J, Cardin S, Bellavance F, Belzile E. (1997). Return to the emergency department among elders: patterns and predictors. *Acad Emerg Med. Acad Emerg Med.*, 4(4), 325–337.
- Melnyx, B.M. & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based practice in nursing and health care: a guide to best practice* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott William and Wilkins.
- Meuer, W.J., Majersik, J.J., Frederiksen, S.M., Kade, A.M., Sandretto, A.M. & Scott, P.A. (2011). Provider perceptions of barriers to the emergency use of tPA for acute ischemic stroke: A qualitative study. *BMC Emergency Medicine*, 11(5), 2–12.

- Murphy JF, Hepworth JT. (1996). Age and gender differences in health services utilization. *Res Nurs Health*, (19), 323–329.
- Ndabarora, E. & Mchunu, G. (2014). Factors that influence utilisation of HIV/AIDS prevention methods among university students residing at a selected university campus. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 11(1), 202–210.
- Raun, L.H. Ensor, K.B., Campus, L.A. & Persse, D. (2015). Factors affecting ambulance utilization for asthma attack treatment: understanding where to target interventions. *Public Health*, (129), 501–508.
- Rudge, G.M., Mohammed, M.A., Fillingham, S.C., Girling, A. Sidhu, K. & Stevens, A. (2013). The combined influence of distance and neighbourhood deprivation on emergency department attendance in a large english population: A retrospective database study. *Distance, Proximity and Emergency Department Use*, 8(7), 1–8.
- Ruger, J.P., Richter, C.J. & Lewis, L.M. (2006). Clinical and economic factors associated with ambulance use to the emergency department. *The Society for Academic Emergency Medicine*, 13(8), 879–885.
- Schlesselman, J. (1982). *Case-control studies design, conduct, analysis*. New York: Oxford University Press.
- Seo, M.S., Begrey, C., Langabeer, J.R. & Dellifraire. (2013). Barriers and disparities in emergency medical services 911 calls for stroke symptoms in the united states adult population: 2006 BRESS Survey. *Western Journal of Emergency Medicine*, 15(3), 251–259.
- Shah MN, Rathouz PJ, Chin MH. (2001). Emergency department utilization by non-institutionalized elders. *Acad Emerg Med*, (8), 267–273.
- Taloo, G., FitzGerald, G.J., Aitken, P.J., Ting, J.Y.S. & et al. (2013). Ambulance use is associated with higher self-rated illness seriousness: user attitudes and perception. *Academic Emergency Medicine*, 20(6), 576–583.
- Umubyeyi, A., Mogren, I., Ntaganira, J. & Krantz, G. (2016). Help-seeking behaviours, barriers to care and self-efficacy for seeking mental health care: a population-based study in Rwanda. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, (51), 81–92.
- Whittemore, R., Knaft, K. (2005). The integrative reviews: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–53.
- World Health Organization. (2005). *Prehospital trauma care system*. Geneva: WHO.
- Yaisien, S., Alvi, T.. & Moghal, F. (2013). Does perceived social support predict quality of life in Psychiatric patients. *Asian Journal of Social Science & Humanities*, 2(4), 32–41.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
แนวคำถามในการวิจัย

แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ผู้ใช้หรือไม่ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในกรณี
เจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนจนถึงผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ชื่อผู้สัมภาษณ์.....วันที่สัมภาษณ์.....

ประเด็นการสัมภาษณ์

1. ท่านมีรูปแบบการให้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หรือใช้บริการ 1669 อย่างไร
 - 1.1 รูปแบบที่เรียกใช้บริการเป็นอย่างไร
 - 1.2 ลักษณะการเจ็บป่วยแบบใดที่ท่านที่ท่านเรียก 1669 หรือ รถฉุกเฉิน ใครเป็นผู้เรียก
 - 1.3 ขั้นตอนในการใช้บริการเป็นอย่างไร
 - 1.4 รูปแบบการป่วยฉุกเฉินที่ท่านคิดว่าเหมาะสมกับการเรียกใช้ 1669 หรือระบบการแพทย์ฉุกเฉินควรเป็นอย่างไร
2. มีสาเหตุหรือปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการใช้ 1669 หรือระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
 - 2.1 ท่านคิดว่าปัจจัยต่างๆ อะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง
 - (1) ทักษะติดต่อระบบ 1669 หรือบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
 - (2) ความรุนแรงหรือรูปแบบการเจ็บป่วยที่ควรเรียกใช้
 - (3) การสนับสนุนของคนในสังคม ครอบครัว ชุมชนให้ใช้บริการเป็นอย่างไร
 - (4) ประสบการณ์เคยใช้เป็นอย่างไร เชื่อมั่นในบริการหรือไม่
 - (5) ปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อม เช่น การมีรถส่วนตัวเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจหรือไม่
 - (6) ความมั่นใจในประสิทธิภาพ การเดินทาง ความสะดวกในการรับแจ้งเหตุ ความรวดเร็วทันใจ เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเรียกใช้ 1669 หรือไม่
 - (7) ความมั่นคงทางรายรับ รายได้และการเงินในปัจจุบันและอนาคตของท่าน
 - (8) ค่าใช้จ่ายมีผลหรือเกี่ยวข้องกับการเรียกใช้หรือไม่
 - (9) ความพึงพอใจกับบริการที่ผ่านมาเป็นอย่างไร
3. ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรเพื่อทำให้ท่านสามารถใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้เหมาะสม

ยิ่งขึ้น

ภาคผนวก ข

แนวคำถาม

เลขที่แบบสอบถาม:	72	
การใช้บริการ 1669-EMS		
ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>

แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน เร่งด่วนหรือวิกฤติในจังหวัดอุบลราชธานี

ผู้สัมภาษณ์..... วัน-เดือน-ปีที่สัมภาษณ์

คำชี้แจง

การเก็บรวบรวมข้อมูลนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีและความเป็นไปได้ในข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อเสริมการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีและความเป็นไปได้ในข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อเสริมการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ช่วยนักวิจัยจะอธิบายรายละเอียดและสัมภาษณ์ตามประเด็นในเวลาประมาณ 30 นาที ที่กำหนดแล้วตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบรวมทั้งสอบถามให้ครบถ้วนในประเด็นที่ไม่ได้ตอบ

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล เศรษฐกิจ สังคม จำนวน 9 ข้อ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับประวัติครอบครัวและการเจ็บป่วย จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2-9 แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อชีวิตและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจำนวน 85 ข้อ

คำตอบของท่านไม่มีข้อผิดพลาด เป็นข้อความที่ขอให้ท่านแสดงความคิดเห็น ตามสิ่งที่ท่านรับรู้ ความเชื่อหรือความมั่นใจของตัวท่าน **ชื่อที่อยู่และคำตอบทุกข้อของท่านทุกประเด็นจะเป็นความลับ**

ขอความกรุณาตอบให้ครบถ้วนทุกข้อตรงตามความเป็นจริง เพื่อข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์สูงสุดในการวางแผน ประเมินผลและสนับสนุนกิจกรรมหรือโครงการด้านการพัฒนาการให้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดอุบลราชธานีให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ร่วมมือตอบข้อคำถามโดยให้ข้อมูลตรงตามความเป็นจริง

ธงชัย อามาตย์บัณฑิตและคณะ
นักวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมของท่าน

คำชี้แจงขอความ สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายในแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย ✓ (ถูก) ลงในช่อง (...) ที่ตรงตามความเป็นจริงกับความเห็นและความเข้าใจของผู้ถูกสัมภาษณ์ และ/หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่เพิ่มเติมในบางข้อ ให้ครบถ้วนสมบูรณ์

1. ภูมิลำเนาในปัจจุบันของท่าน อำเภอ.....
2. เพศ (.....) ชาย (.....) หญิง
3. อายุเต็มของผู้ให้การสัมภาษณ์ ปี
4. สถานภาพสมรสของผู้ถูกสัมภาษณ์
 (.....) โสด (.....) คู่
 (.....) หย่าร้าง (.....) หม้าย
 (.....) คู่แต่แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ให้การสัมภาษณ์
 (.....) ประถมศึกษา (.....) มัธยมศึกษาตอนต้น
 (.....) มัธยมปลาย (.....) อนุปริญญา
 (.....) ปริญญาตรี (.....) สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพหลักของครอบครัวท่านในปัจจุบัน
 (.....) ว่างาน (.....) เกษตรกรรมทำนา ทำไร่ ทำสวน
 (.....) นักเรียน นักศึกษา (.....) รับจ้างทั่วไป กรรมกรก่อสร้าง แยกหาม
 (.....) ลูกจ้างรัฐ ข้าราชการ (.....) ลูกจ้างบริษัท
 (.....) อื่นๆ ระบุ
7. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ที่อาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน.....คน
8. รายได้ประจำของสมาชิกครัวเรือนทุกคนรวมกัน รวมเดือนละ.....บาท
9. การมีรถยนต์ส่วนตัว ญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านมี
 (.....) มี
 (.....) ไม่มี
10. สถานที่อยู่อาศัยของผู้ให้สัมภาษณ์ในปัจจุบัน
 (.....) ในเขตเทศบาล
 (.....) ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล
 (.....) นอกเขตเมือง นอกเขตพื้นที่ตำบลที่ตั้งเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล
11. อาการเจ็บป่วยที่ต้องมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินที่โรงพยาบาล
 (.....) อุบัติเหตุ
 (.....) โรคหัวใจ หลอดเลือด สมอ ระบบประสาท

- (.....) ถูกทำร้ายร่างกาย
 (.....) โรคมะเร็ง
 (.....) โรคชรา
 (.....) อื่นๆ ระบุ.....
 (.....) ไม่ทราบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินทัศนคติต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อท่านต้องการช่วยเหลือในภาวะ
 เร่งด่วนหรือแจ้งเหตุเมื่อพบเห็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนจนถึงวิกฤต

คำชี้แจงให้ท่านอ่านหัวข้อข้างล่างนี้แล้วสำรวจดูว่าท่านมีทัศนคติต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
 อย่างไร

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่แสดงความเห็นด้วยตรงกับตัวท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด

ความหมายของข้อความ

- มากที่สุด หมายถึงท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยโน้มเอียงในระดับมากที่สุด
 มาก หมายถึงท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยโน้มเอียงในระดับมาก
 ปานกลาง หมายถึงท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยโน้มเอียงในระดับปานกลาง
 น้อย หมายถึงท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยโน้มเอียงในระดับน้อย
 น้อยที่สุด หมายถึงท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยโน้มเอียงในระดับน้อยที่สุด

ประเด็นความเห็นต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	ระดับความเห็น				
	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปาน กลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อย ที่สุด
1. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีไว้เพื่อให้บริการผู้ป่วย ทุกคนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤติ					
2. การโทรแจ้ง 1669 เมื่อพบเหตุการณ์ฉุกเฉิน อาจเสียเวลาบ้างแต่เจ้าหน้าที่ก็ทำเพื่อความ ชัดเจน แม่นยำและมีประสิทธิภาพ					
3. ท่านคิดว่าถ้าระยะเวลาในการรอการช่วยเหลือ หลังแจ้งเหตุนานเกิน 20 นาที จำเป็นที่ท่านต้อง ตัดสินใจนำส่งผู้ป่วยเอง					
4. ท่านคิดว่าแม้ผู้ป่วยจะฉุกเฉินเร่งด่วนเพียงใด แต่ถ้าท่านมีรถยนต์หรือยานพาหนะที่ขนส่งผู้ป่วย เองได้ ก็ไม่จำเป็นต้องเรียก 1669					
5. การรอรับบริการจากระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัดหลังจาก แจ้งเหตุสำเร็จแล้ว					

6. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการด้วย อุปกรณ์วัสดุ เวชภัณฑ์ที่มีมาตรฐาน เท่าเทียมกันทุกพื้นที่					
7. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยแพทย์ฉุกเฉินทุกตำแหน่งได้รับการฝึกอบรมจนมีมาตรฐานเดียวกัน ปฏิบัติงานได้มาตรฐานเท่าเทียมกันในทุกหน่วยทุกพื้นที่					
ประเด็นความเห็นต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	ระดับความเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
8. ท่านมีความเชื่อมั่นในการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือโทร 1669 เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินกับท่านหรือเมื่อท่านพบเห็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน					
9. การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือจากระบบการแพทย์ฉุกเฉินสามารถทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยากและสะดวกในการใช้บริการ					
10. การแจ้งเหตุเพื่อใช้ระบบบริการรถฉุกเฉินหรือระบบการแพทย์ฉุกเฉินทำให้ท่านวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย					
11. ท่านสามารถเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้ทุกพื้นที่เมื่อเกิดเหตุหรือพบเห็นผู้ป่วยฉุกเฉิน					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้อาการป่วยที่จะต้องเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ 1669 เพื่อนำส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องแสดงสิ่งที่เกิดกับตัวท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด

การรับรู้อาการที่จะต้องเรียกใช้ 1669 หรือระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	ระดับความเห็นด้วย				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
1. ถ้าท่านเกิดอุบัติเหตุหรือพบผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย แต่ยั้งรู้สติดี ไม่มีเลือดออกหรือแขนขาหัก สามารถลุกเดิน พูดคุยได้ <u>ไม่จำเป็นต้องใช้บริการรถระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669</u>					

2. ถ้าท่านเกิดอุบัติเหตุหรือพบผู้ป่วยอุบัติเหตุมีภาวะเลือดออก ความรู้สึกตัวลดลง สับสน แขนขาหรือกระดูกแตกหัก จำเป็นต้องใช้ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669 เท่านั้น					
3. ถ้าท่านมีอาการภาวะเจ็บหน้าอก แน่นหน้าอก หายใจไม่อึด กระวนกระวาย มีประวัติเป็นโรคหัวใจหรือพบผู้ป่วยที่มีอาการเช่นนี้ จำเป็นต้องใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669 เท่านั้น					
การรับรู้อาการที่จะต้องเรียกใช้ 1669 หรือระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	ระดับความเห็นด้วย				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
4. ถ้าท่านเป็นผู้ป่วยหรือพบผู้ป่วย จากการถูกยิง แทะหรือถูกทำร้ายร่างกายจนมีอาการเจ็บสาหัส เลือดออกมาก ไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ กระดูกแตกหัก จำเป็นต้องใช้บริการรถระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669 เท่านั้น					
5. ถ้าท่านเป็นผู้ป่วยปวดท้อง ท้องร่วง ท้องเสียแต่ไม่ถึงขั้นมีอาการช็อค หมดสติหรือพบผู้ป่วยที่มีอาการเช่นนี้ ท่านสามารถใช้รถส่วนตัวไปส่งโรงพยาบาลเองได้					
6. ถ้าท่านมีอาการแขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง ปากเบี้ยว มีประวัติความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน หรือพบผู้ป่วยที่มีอาการและประวัติเช่นนี้ จำเป็นต้องใช้บริการรถทางการแพทย์ฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669 เท่านั้น					
7. ถ้าท่านมีอาการหรือพบผู้ป่วยที่หายใจติดขัด หายใจไม่สะดวก เหนื่อยหอบมาก หายใจเร็ว จำเป็นต้องใช้บริการรถทางการแพทย์ฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669 เท่านั้น					
8. ถ้าท่านมีอาการหรือพบเห็นผู้ป่วยบาดเจ็บในช่องท้อง เขิงกราน หรือขาหนีบ ขยับตัวไม่ได้ จำเป็นต้องใช้บริการรถทางการแพทย์					

ฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669					
9.ถ้าท่านพบเห็นผู้ป่วยที่มีการจมน้ำ หรือถูกไฟฟ้าช็อตจนหมดสติจำเป็นต้องใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669					
10.ถ้าท่านพบเห็นผู้ป่วยหรือเป็นท่านผู้ป่วยที่ถูกงูพิษกัด เช่น งูเห่า งูจงอาง งูสามเหลี่ยม งูกะปะ หรืออื่นๆ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669					
11.ผู้ป่วยถูกไฟไหม้ น้ำร้อนลวก หรือถูกสารเคมี จนผิวหนังหลุดลอกบริเวณกว้างเกินร้อยละ 30 ของผิวหนังทั้งหมด เจ็บปวดรุนแรงจะต้องใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669					
การรับรู้อาการที่จะต้องเรียกใช้ 1669 หรือระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	ระดับความเห็นด้วย				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
12.ถ้าท่านพบเห็นหรือเป็นหญิงมีครรภ์ที่มีอาการตกเลือด ไหลรินๆ ตลอดเวลามีอาการอ่อนเพลีย วิงเวียนเหมือนจะเป็นลม จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669					
13.ถ้าพบเห็นผู้ป่วยหมดสติ ไม่ตอบสนอง ไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ ไม่มีชีพจร จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669					
14. ผู้ป่วยที่กำลังชักกระตุก ตาค้าง กัดลิ้นตนเอง แขนขาเกร็ง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669					
15.ถ้าท่านพบเห็นผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจหยุดเต้น และหยุดหายใจจะต้องใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669					
16.ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการซีม ตอบสนองช้า อ่อนเพลียมาก ใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ หายใจหอบเหนื่อย ซีมลง จะต้องใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669					

17.ผู้ป่วยทุกๆ ไป ที่รุนแรงและไม่รุนแรงควรรู้ บริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669 ทุก กรณี					
----------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้อุปสรรคในการเรียกใช้ 1669 และส่งผู้ป่วยผ่านระบบ
การแพทย์ฉุกเฉิน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องแสดงการรับรู้ของท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด

การรับรู้อุปสรรคในการใช้บริการการแพทย์ ฉุกเฉิน	ระดับการรับรู้อุปสรรค				
	จริงมาก ที่สุด	จริงค่อนข้าง มาก	ปาน กลาง	จริงเป็น ส่วนน้อย	ไม่จริง เลย
1. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือ 1669 จะ ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือได้รับการ บาดเจ็บเท่านั้น					
2. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือ 1669 จะ ให้บริการเฉพาะในเขตเมือง เช่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล เท่านั้น					
3. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือ 1669 จะ ให้บริการเฉพาะญาติพี่น้องของนักรเมือง ผู้มี อิทธิพลหรือเจ้าหน้าที่รัฐเท่านั้น ประชาชนทั่วไป ไม่มีสิทธิเรียกใช้บริการ					
4. ท่านคิดว่า การเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉินหรือ 1669 จะมียุ่งยากเสียเวลา ไม่ทันต่อ อาการของผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บ					
5. ระยะเวลาในการรอการรับบริการที่จุดเกิดเหตุ หลังได้รับการแจ้งเหตุแล้วนานเกินไป					
6. ท่านไม่เคยรู้เลยว่ามีบริการ 1669 หรือหน่วย แพทย์ฉุกเฉินในภูมิภาาที่ท่านอาศัยอยู่					
7. การใช้บริการ 1669 หรือ ระบบการแพทย์ ฉุกเฉินเสียค่าใช้จ่าย					
8. การส่งผู้ป่วยผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะ ปลอดภัยมากกว่าและช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วย มากกว่าการส่งไปเอง					

9. การส่งต่อจากรถฉุกเฉินจะส่งไปยังโรงพยาบาลในเครือข่ายบริการที่มีมาตรฐานเท่าเทียมกันทั้งประเทศ					
10. การเรียกใช้รถฉุกเฉินหรือ 1669 จะได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่จุดเกิดเหตุและตลอดระยะเวลาที่นำส่ง					
11. การเดินทางขนส่งผู้ป่วยฉุกเฉินไปโรงพยาบาลมีมาตรฐานความปลอดภัยสูงกว่าการเดินทางไปเอง					
12. เจ้าหน้าที่ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นกันเองในการให้บริการ สร้างความมั่นใจเมื่อใช้บริการ					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองในการเรียกใช้ 1669 และส่งผู้ป่วยผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องแสดงการรับรู้ของท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด

การรับรู้สมรรถนะตนเองของท่าน	ระดับความยาก-ง่าย				
	ง่ายที่สุด	ง่ายมาก	ง่ายปานกลาง	ยาก	ยากที่สุด
1. การที่จะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669 เมื่อท่านเกิดอุบัติเหตุหรือพบผู้ป่วยอุบัติเหตุและมีภาวะเลือดออก ความรู้สึกตัวลดลง สับสน แขนขาหรือกระดูกแตกหัก สำหรับท่านแล้ว.....					
2. การที่จะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669 เมื่อถ้าท่านมีอาการภาวะเจ็บหน้าอก แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม กระวนกระวาย มีประวัติเป็นโรคหัวใจหรือพบผู้ป่วยที่มีอาการ					

<u>เช่นนี้</u> สำหรับท่านแล้ว.....					
3. การที่จะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669 เมื่อถ้าท่านเป็นผู้ป่วยหรือพบผู้ป่วยจากการถูกยิง ถูกแทง หรือถูกทำร้ายร่างกายจนมีอาการเจ็บสาหัส เลือดออกจนถึงไม่รู้สีกตัวหมดสติ ไม่หายใจ กระตุกแตกหัก สำหรับท่านแล้ว.....					
4. ถ้าท่านเป็นผู้ป่วยปวดท้อง ท้องร่วง ท้องเสีย แต่ไม่ถึงขั้นมีอาการช็อค หรือพบผู้ป่วยที่มีอาการเช่นนี้ การที่ท่านจะใช้รถส่วนตัวไปส่งโรงพยาบาลเองนั้นเป็นสิ่งที่.....					
5. ถ้าท่านมีอาการแขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง ปากเบี้ยว มีประวัติความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน หรือพบผู้ป่วยที่มีอาการและประวัติเช่นนี้ การที่ท่านจะโทรเรียกใช้บริการรถการแพทย์ฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669 นั้น สำหรับท่านแล้วเป็นสิ่งที่.....					
6. ถ้าท่านมีอาการหรือพบผู้ป่วยที่หายใจติดขัด หายใจไม่สะดวก เหนื่อยหอบมาก หายใจเร็ว การใช้บริการรถการแพทย์ฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669 สำหรับท่านแล้วเป็นสิ่งที่.....					

การรับรู้สมรรถนะตนเองของท่าน	ระดับความยาก-ง่าย				
	ง่ายที่สุด	ง่ายมาก	ง่ายปานกลาง	ยาก	ยากที่สุด
7.ถ้าท่านมีอาการหรือพบเห็นผู้ป่วยบาดเจ็บในช่องท้อง เขิงกราม หรือขาหนีบ ขยับตัวไม่ได้ การใช้บริการรถการแพทย์ฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669 สำหรับท่านแล้วเป็นสิ่งที่.....					
8.ถ้าท่านพบเห็นผู้ป่วยที่มีการจมน้ำ หรือถูกไฟฟ้าช็อตจนหมดสติ การใช้บริการรถการแพทย์ฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669 สำหรับท่านแล้วเป็นสิ่งที่.....					
9.ถ้าท่านพบเห็นผู้ป่วยหรือเป็นท่านผู้ป่วยที่ถูกงูพิษกัด เช่น งูเห่า งูจงอาง งูสามเหลี่ยม งูกะปะ					

หรืออื่นๆ การจะใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669 สำหรับท่านแล้วเป็นสิ่งที่.....					
10. ถ้าพบเห็นผู้ป่วยถูกไฟไหม้ น้ำร้อนลวก หรือถูกความร้อน หรือสารเคมี จนผิวหนังหลุดลอก บริเวณกว้างมากเกินร้อยละ 30 ของผิวหนังทั้งหมด เจ็บปวดรุนแรง การจะใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669 สำหรับท่านแล้วเป็นสิ่งที่.....					
11. ถ้าท่านพบเห็นหรือเป็นหญิงมีครรภ์ที่มีอาการตกเลือด ไหลรินๆ ตลอดเวลามีอาการอ่อนเพลีย วิงเวียนเหมือนจะเป็นลม การจะใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669 สำหรับท่านแล้วเป็นสิ่งที่.....					
12. ถ้าพบเห็นผู้ป่วยหมดสติ ไม่ตอบสนอง ไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ ไม่มีชีพจร การจะใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669 สำหรับท่านแล้วเป็นสิ่งที่.....					
13. ผู้ป่วยที่กำลังชักกระตุก ตาค้าง กัดลิ้นตนเอง แขนขาเกร็ง การจะใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669 สำหรับท่านแล้วเป็นสิ่งที่.....					

การรับรู้สมรรถนะตนเองของท่าน	ระดับความยาก-ง่าย				
	ง่ายที่สุด	ง่ายมาก	ง่ายปานกลาง	ยาก	ยากที่สุด
14. ถ้าท่านพบเห็นผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจหยุดเต้น และหยุดหายใจการจะใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669 สำหรับท่านเป็นสิ่งที่....					
15. ถ้าท่านพบหรือเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการซีม ตอบสนองช้า อ่อนเพลียมาก ใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ หายใจหอบเหนื่อย ซึมลง การจะใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินหรือโทรแจ้ง 1669 สำหรับท่านแล้วเป็นสิ่งที่.....					

6. <u>ท่านได้รับการสนับสนุนให้ใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินหรือเรียก 1669 เท่านั้น</u> ถ้าท่านมีอาการหรือพบผู้ป่วยที่หายใจติดขัด หายใจไม่สะดวกเหนื่อยหอบมาก หายใจเร็ว <u>หรือมีทางเดินหายใจอุดตัน</u>					
7. <u>ท่านได้รับการสนับสนุนให้ใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินหรือเรียก 1669 เท่านั้น</u> ถ้าท่านมีอาการหรือพบเห็นผู้ป่วยบาดเจ็บในช่องท้อง เชิงกรานหรือขาหนีบ ขยับตัวไม่ได้					
8. <u>ท่านได้รับการสนับสนุนให้ใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินหรือเรียก 1669 เท่านั้น</u> ถ้าท่านพบเห็นผู้ป่วยที่มีการจมน้ำ หรือถูกไฟฟ้าช็อตจนหมดสติ					
9. <u>ท่านได้รับการสนับสนุนให้ใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินหรือเรียก 1669 เท่านั้น</u> ถ้าท่านพบเห็นผู้ป่วยหรือเป็นท่านผู้ป่วยที่ถูกงูพิษกัด เช่น งูเห่า งูจงอาง งูสามเหลี่ยม งูกะปะหรืออื่นๆ					
10. <u>ท่านได้รับการสนับสนุนให้ใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินหรือเรียก 1669 เท่านั้น</u> ถ้าท่านพบเห็นผู้ป่วยถูกไฟไหม้ น้ำร้อนลวก หรือถูกความร้อนหรือสารเคมี จนผิวหนังหลุดลอกบริเวณกว้างมากเกินร้อยละ 30 ของผิวหนังทั้งหมด เจ็บปวดรุนแรง					
11. <u>ท่านได้รับการสนับสนุนให้ใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินหรือเรียก 1669 เท่านั้น</u> ถ้าท่านพบเห็นหรือเป็นหญิงมีครรภ์ที่มีอาการตกเลือด ไหลรินๆ ตลอดเวลามีอาการอ่อนเพลีย วิงเวียนเหมือนจะเป็นลม					

การรับรู้สมรรถนะตนเองของท่าน	ระดับการได้รับการสนับสนุน				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
12. <u>ท่านได้รับการสนับสนุนให้ใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินหรือเรียก 1669 เท่านั้น</u> ถ้าท่านพบเห็นผู้ป่วยหมดสติ ไม่ตอบสนอง ไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ					

ไม่มีชีพจร					
13. ท่านได้รับการสนับสนุนให้ใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินหรือเรียก 1669 เท่านั้น ถ้าท่านพบเห็นผู้ป่วยที่กำลังชักกระตุก ตาค้าง กัดลิ้นตนเองแขนขาเกร็ง					
14. ท่านได้รับการสนับสนุนให้ใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินหรือเรียก 1669 เท่านั้นเมื่อท่านพบเห็นผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจหยุดเต้นและหยุดหายใจ					
15. ท่านได้รับการสนับสนุนให้ใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินหรือเรียก 1669 เท่านั้นเมื่อท่านพบเห็นหรือเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการซีม ตอบสนองช้า อ่อนเพลียมาก ใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ หายใจหอบเหนื่อย ซึมลง					
16. ท่านได้รับการสนับสนุนให้ใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินหรือเรียก 1669 เท่านั้นในกรณีที่ท่านเจ็บป่วยทั่วไปไม่เร่งด่วนฉุกเฉิน หรือท่านพบเห็นผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่เร่งด่วนฉุกเฉิน					

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเพื่อประเมินการเคยมีประสบการณ์ในการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินผ่าน
การเรียก 1669 และ/หรือส่งผู้ป่วยผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
(.....) เคยเรียกใช้บริการ 1669 หรือใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (ตอบส่วนที่ 8)
(.....) ไม่เคยใช้ (ไม่ต้องตอบส่วนที่ 8)

ส่วนที่ 8 การประเมินความพึงพอใจในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในการใช้บริการที่ผ่านมา คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องแสดงสิ่งที่เกิดกับตัวท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด

ความพึงพอใจต่อประเด็นบริการของระบบ การแพทย์ฉุกเฉิน	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พอใจ
1. การบริการของผู้รับแจ้งเหตุในระบบ 1669 หรือระบบการแพทย์ฉุกเฉิน					
2. มีการให้บริการครอบคลุมพื้นที่ที่ท่านอยู่อาศัย					
ความพึงพอใจต่อประเด็นบริการของระบบ การแพทย์ฉุกเฉิน	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พอใจ

3. ความสะดวกรวดเร็วและมีประสิทธิภาพในการ แจ้งเหตุผ่าน 1669					
4. ความรวดเร็วในการรับแจ้งเหตุและแจ้งแนววิถี ปฏิบัติที่จุดเกิดเหตุ					
5. ความรวดเร็วในการเข้าถึงจุดเกิดเหตุหลังรับ แจ้งเหตุสำเร็จ					
6. ความชำนาญ คล่องตัว และรวดเร็วของ ผู้ปฏิบัติงานรถฉุกเฉิน					
7. การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับญาติ หรือผู้ แจ้งเหตุ					
8. ความปลอดภัยในการเดินทางขณะนำส่ง					
9. ความสำเร็จในการให้การช่วยเหลือ					
10. ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ					
11. ความชัดเจนในการประชาสัมพันธ์ว่าอาการ ป่วยอย่างไรควรแจ้งหรือไม่ควรแจ้ง 1669 หรือ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน					
12. ความเพียงพอของช่องทางการแจ้งเหตุ					
13. การประชาสัมพันธ์เพื่อความชัดเจนใน รายละเอียดการใช้บริการ 1669 หรือระบบ การแพทย์ฉุกเฉิน					

ส่วนที่ 9 การมารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินในครั้งนี้นำส่งโดยวิธีใด

(.....) ผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีการแจ้งเหตุที่ 1669 หรือแจ้งผ่านเครือข่าย
เช่น มูลนิธิ ตำรวจ หรือหน่วยย่อยๆ ในพื้นที่ หรือแจ้งที่สถานบริการโดยตรง

(.....) เดินทางมาเองหรือถูกนำส่งมาโดยไม่ผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ขอขอบคุณในความร่วมมือในการตอบคำถามวิจัย ครบถ้วนฯ.

คณะผู้วิจัย

ภาคผนวก ค

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ

1. ดร.กิตติ เหลาสุภาพ
 สาธารณสุขศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 ปฏิบัติงานที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
 อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
 ตำแหน่ง อาจารย์
2. ดร.อารี บุตรสอน
 สาธารณสุขศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 ปฏิบัติงานที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
 อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
 ตำแหน่ง อาจารย์
3. ดร.สุพัตรา โฬารบัณฑิต
 สาธารณสุขศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 ปฏิบัติงานที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรขอนแก่น
 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
 ตำแหน่ง อาจารย์