



วิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของ
ประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข
เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

**FACTORS RELATING THE UTILIZATION OF EMERGENCY
MEDICAL SERVICES BEHAVIORS OF PEOPLE IN
EMERGENCY MEDICAL SERVICE SYSTEM, MINISTRY OF
PUBLIC HEALTH, NONTHABURI CITY,
NONTHABURI PROVINCE**

นางสุกัญญา เดชขุน

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

พ.ศ. ๒๕๕๑



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุศึกษา)

ปริญญา

สุศึกษา

พลศึกษา

สาขา

ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน
ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของ กระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี
จังหวัดนนทบุรี

Factors Relating the Utilization of Emergency Medical Services Behaviors of
People in Emergency Medical Service System, Ministry of Public Health,
Nonthaburi City, Nonthaburi Province

นามผู้วิจัย นางสาวศุภัญญา เดชขุน

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรัณทรรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์, Ph.D.)

หัวหน้าภาควิชา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทรงศักดิ์ นุ้ยสินธุ์, ศศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์กัญญา นีระกุล, D.Agr.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ 3 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2557

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการ
การแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

Factors Relating the Utilization of Emergency Medical Services Behaviors of People in
Emergency Medical Service System, Ministry of Public Health,
Nonthaburi City, Nonthaburi Province

โดย

นางสุกัญญา เดชขุน

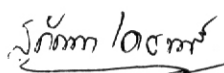
เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)
พ.ศ. 2551

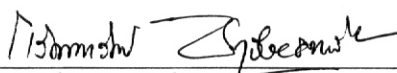
สุกัญญา เศรษฐุน 2551: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์
ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข
เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)
สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผู้ช่วยศาสตราจารย์
กรณิการ์รัตน์ บุญช่วยชนาสีทธิ์, Ph.D. 157 หน้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของ
กระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่อาศัย
อยู่ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม
ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการทดสอบคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้
โปรแกรมสำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ
ไคสแควร์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็น
ขั้นตอน

ผลการวิจัยที่สำคัญพบว่า 1) การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ทัศนคติของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี และการเข้าถึง
บริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก 2) ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วย
ฉุกเฉิน คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และ
พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 3) ปัจจัยทางชีวสังคม
ได้แก่ โรคประจำตัว ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และระดับการศึกษา อาชีพ มี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
และ .01 ตามลำดับ 4) การรับรู้เกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินและ ทัศนคติต่อการบริการ
การแพทย์ฉุกเฉิน คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ตามลำดับ 5) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม
และอาชีพ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการ
การแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ได้ร้อยละ
22.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



ลายมือชื่อผู้วิจัย



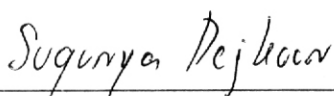
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

27 / 05 / 51

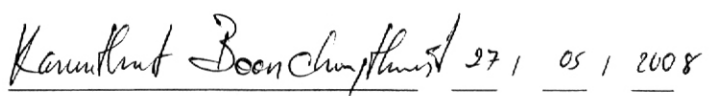
Sugunya Dejkoon 2008: Factors Relating the Utilization of Emergency Medical Services Behaviors of People in Emergency Medical Service System, Ministry of Public Health, Nonthaburi City, Nonthaburi Province. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Assistant Professor Karuntarat Boonchuaythanasit, Ph.D. 157 pages.

This study was a descriptive research aimed to examine factors relating the utilization of emergency medical service behaviors of people in emergency medical service system, Ministry of Public Health, Nonthaburi City, Nonthaburi Province. The samples consisted of 400 people in Nonthaburi city, Nonthaburi Province. The research instruments were questionnaires, developed by the researcher, and its quality were tested and accepted. Data was analyzed by the statistical package program. Frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and Stepwise Multiple Regression Analysis were used to employ the data.

The results of this study were as follows: 1) Perception of people about emergency medical services and attitude of people to emergency medical services were at a good level and the accessibility emergency medical services was at a high level. 2) Knowledge about emergency illness status, quality of emergency medical services, receiving social support and using emergency medical services behaviors were at a moderate level. 3) Bio-social factors which were congenital disease, experience in using emergency medical services and educational level, career were significantly related to using emergency medical services behaviors at .05 and .01 statistical significance levels. 4) The perception of people about emergency medical services, attitude of people to emergency medical services, quality of emergency medical service and accessibility of emergency medical services were significantly related to using emergency medical services behaviors at .01 and .001 statistical significance levels. 5) The receiving social support and career were prediction variables which both variables together shared 22.70 percentage of prediction power at a .01 statistical significance level.



Student's signature

 27 / 05 / 2008

Thesis Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสำเร็จเป็นอย่างดียิ่ง ทั้งนี้ได้รับความกรุณาอย่างสูงจาก ผศ.ดร.กรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รศ.ดร.กรรวิ บุญชัย ประธานการสอบวิทยานิพนธ์ และรศ.วิสูตร กองจินดา ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำด้านวิชาการตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนทำให้งานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณยิ่งไว้ ณ ที่นี้

กราบขอบพระคุณอาจารย์ วิชาเอกสุศึกษา และวิชาการเทคโนโลยีการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ อันเป็นพื้นฐานนำมาบูรณาการเป็นวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณประชาชนที่ตอบแบบสอบถามในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม จึงช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณบิดา มารดา สามี และบุตร รวมถึงเพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมสถาบันปริญญาโทสาขาวิชาสุศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ที่ทำให้กำลังใจที่ดีมาโดยตลอด คุณค่าที่พึงมีจากวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชา พระคุณบิดา มารดา คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ดูแลเอาใจใส่และวางรากฐานแห่งการศึกษาให้ผู้วิจัย

ศุภัญญา เดชขุน

พฤษภาคม 2551

สารบัญ

หน้า

สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(5)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์	5
การตรวจเอกสาร	12
อุปกรณ์และวิธีการ	52
ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	67
ผลการวิจัย	67
ข้อวิจารณ์	109
สรุปและข้อเสนอแนะ	120
สรุป	120
ข้อเสนอแนะ	123
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	126
ภาคผนวก	136
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ	137
ภาคผนวก ข แบบสอบถามในการวิจัย	139
ประวัติการศึกษา และการทำงาน	157

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน และร้อยละ จำแนกตามลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี	70
2	จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน ของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี	74
3	จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน ของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามรายชื่อ	75
4	จำนวนและร้อยละของ ระดับการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี	77
5	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการ บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามรายชื่อ	78
6	จำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี	79
7	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทัศนคติของประชาชนต่อการบริการ การแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามรายชื่อ	80
8	จำนวน และร้อยละของระดับคุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี	81
9	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณภาพของการบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามรายชื่อ	82
10	จำนวน และร้อยละของระดับการเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี	83
11	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสามารถในการเข้าถึงการบริการ การแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีจำแนกตามรายชื่อ	84

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
12	จำนวนและร้อยละของระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี	85
13	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแรงสนับสนุนทางสังคมของ กลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี	
	จำแนกตามรายข้อ	86
14	พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี	87
15	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามรายข้อ	88
16	ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี	89
17	ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี	90
18	ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี	91
19	ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี	92
20	ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี	93
21	ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ต่อเดือนกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี	94
22	ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี	95
23	ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี	96

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
24	ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของการที่เคยได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินกับ พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี	97
25	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี	98
26	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี	99
27	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี	100
28	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี	101
29	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกันของปัจจัยในตัวแปรอิสระที่นำเข้าสู่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน	102
30	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอนในการทำนายพฤติกรรมการใช้ บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี	104
31	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยระหว่างปัจจัยทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) คะแนน มาตรฐาน (Beta) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ถดถอย (SEb) ค่าการทดสอบความมีนัยสำคัญถดถอย (t)	105

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงขั้นตอนการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	30
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย	50

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน
ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของ กระทรวงสาธารณสุข
เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี**

**Factors Relating the Utilization of Emergency Medical Services Behaviors of
People in Emergency Medical Service System, Ministry of Public Health,
Nonthaburi City, Nonthaburi Province**

คำนำ

การป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับหนึ่งในเกือบทุกประเทศทั่วโลก เพราะการป่วยฉุกเฉินเกิดได้จากโรคภัยไข้เจ็บทุกชนิด ตั้งแต่การป่วยฉุกเฉินด้วยโรคต่างๆ รวมทั้งการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ อุบัติภัย ภัยพิบัติ และการได้รับพิษ ดังจะเห็นได้จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ใน พ.ศ. 2545 หนึ่งในสี่ของการตายทั้งหมดในโลกเกิดจากโรคหัวใจหลอดเลือด โรคมะเร็ง ภาวะหลอดเลือดในสมองตีบแตก และการบาดเจ็บ นอกจากจะทำให้สูญเสียสุขภาพแล้ว ยังก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ที่เป็นค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของผู้ที่ป่วยฉุกเฉินด้วย (World Health Organization, 2006) จากข้อมูลการใช้บริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ พบผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวนประมาณ 12 ล้านครั้งต่อปี (กองระบาดวิทยา, 2546) มีผู้เจ็บป่วยวิกฤตและเร่งด่วนประมาณร้อยละ 30 คาดประมาณว่ามีผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรักษาชีวิต อวัยวะ หรือการทำงานของระบบอวัยวะสำคัญที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตประมาณปีละ 4 ล้านครั้ง ในจำนวนนี้มีผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลประมาณ 60,000 คน ที่ผ่านมา การช่วยเหลือและนำผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินส่งโรงพยาบาล ส่วนมากเป็นภาระของญาติพี่น้อง ผู้อยู่ข้างเคียง และอาสาสมัครที่ขาดความรู้ ทักษะ และเจตคติอย่างถูกต้อง การเคลื่อนย้ายมักอาศัยยานพาหนะส่วนบุคคลหรือยานพาหนะรับจ้างทั่วไปทำให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการรักษาพยาบาลล่าช้าเกินไป และก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้เจ็บป่วยโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ทั้งจากการช่วยเหลือเบื้องต้น การเคลื่อนย้าย และการนำส่งผู้เจ็บป่วยที่ไม่ถูกวิธี หากมีระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพจะช่วยรักษาชีวิตผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินดังกล่าวได้ถึงประมาณร้อยละ 15-20 หรือประมาณปีละ 9,000-12,000 คน (วิทยา, 2546) ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต่างๆ ยังไม่ได้รับการช่วยเหลือและนำส่งอย่างเหมาะสมทันเวลา ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นฉับพลันนอกโรงพยาบาลแทบไม่มีโอกาสรอดชีวิต ทั้งที่มี

ข้อมูลจากอารยประเทศแสดงให้เห็นชัดว่า ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตโดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนถึงกว่าร้อยละ 15 หากได้รับการช่วยเหลือกู้ชีพโดยผู้พบเห็นเหตุการณ์และได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที ผู้ป่วยจากการได้รับสารพิษต่างๆ มีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มขึ้นถึง 10 เท่า โดยไม่ต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลหากได้รับการดูแลอย่างถูกต้องโดยคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญทางโทรศัพท์ทันเวลา

การดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลนับเป็นระบบย่อยระบบหนึ่ง ที่อยู่ในระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ซึ่งมีความสำคัญเพราะทั้งนี้ช่วงก่อนนำส่งโรงพยาบาลเป็นชั่วโมงทอง “Golden Hour” ของการรักษาพยาบาลที่จะทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินรอดชีวิตได้มากที่สุดกว่าการรักษาที่โรงพยาบาล (Redmond and Trunkey, 1983 อ้างใน สถาบันพระปกเกล้า, 2548) และองค์การระหว่างประเทศญี่ปุ่น (Japan International Cooperation Association, 2549) ได้ศึกษาพบว่า สิ่งที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินคือ การให้มีการดูแลฉุกเฉินในด้านอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาล แต่ทว่าสถานภาพของประเทศไทยในขณะนี้พบว่า การดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาล ยังไม่ครอบคลุมในการให้บริการแก่ผู้ที่ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับ ผลสำรวจของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่พบว่าระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของประเทศไทยยังอยู่ในสภาพที่ขาดแคลน (สันต์ หัตถิรัตน์, 2544) ไม่ว่าจะเป็นการปฐมพยาบาล การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยของญาติที่ใกล้ชิด อาสาสมัครกู้ชีพ หรือแม้กระทั่งบุคลากรด้านสุขภาพยังขาดทักษะในการช่วยเหลือผู้ที่บาดเจ็บฉุกเฉิน การประสานงานในการแจ้งเหตุรับส่งผู้ที่บาดเจ็บฉุกเฉิน เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าการป่วยฉุกเฉินที่กล่าวมาข้างต้น ได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตประชาชนทั้งในส่วนที่เป็นมิติทางประชากรด้านโครงสร้างอายุ ขนาด มิติด้านเศรษฐกิจสังคม และด้านสุขภาพของประชากรซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้คุณภาพชีวิตประชากรลดลง ดังนั้นการจัดบริการสุขภาพฉุกเฉินสำหรับประชาชนจึงมีความสำคัญยิ่ง เพราะจะทำให้ผู้ที่ป่วยเหล่านั้นได้รอดพ้นจากความทุกข์ทรมาน ความพิการ ความตายที่ไม่สมเหตุ ประกอบกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรประเทศไทย พ.ศ.2540 มาตราที่ 52 และมาตราที่ 82 ได้บัญญัติไว้ว่า ให้ประชาชนทุกคนในประเทศไทยมีสิทธิเสมอกันที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน

ในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงครองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง จัดทำแผนยุทธศาสตร์ฉบับหนึ่งเพื่อเป็นกรอบแนวทางการพัฒนาระบบบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ของประเทศในระยะ 5 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2549 – 2554) โดยมีเป้าหมายว่า ในปี 2553 ผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤตและเร่งด่วนได้รับการ

ช่วยเหลือหรือนำส่ง ด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ 50 และ อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินลดลงจากปี 2549 อย่างน้อยร้อยละ 15 (สุพรรณ ศรีธรรมมา, 2549)

จากสถิติของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548และพ.ศ.2549 แสดงจำนวนของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั่วประเทศเท่ากับ 151,036 ครั้งและ268,160 ครั้งตามลำดับ โดยที่มี การบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดนนทบุรีเท่ากับ 2,254 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 1.49 และ 2,405 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 0.9 ตามลำดับ โดยสามารถแจกแจงผลการให้บริการดังนี้

จากการวิเคราะห์ผลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินข้างต้น สามารถอธิบายสถานการณ์ของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดนนทบุรี โดยเปรียบเทียบสถิติผลการดำเนินการ ให้บริการทั้งประเทศ พ.ศ.2548-2549 กล่าวคือ 1)การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด นนทบุรียังมีปริมาณน้อย โดยในปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ.2549 คิดเป็น ร้อยละ 1.49 และ 0.90 ของ การบริการการแพทย์ฉุกเฉินฉุกเฉินทั่วประเทศ 2) ผลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ของจังหวัดนนทบุรี ในปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ.2549 การบริการที่ต้องยกเลิก/ไม่พบเหตุ คิดเป็น ร้อยละ 14.69 และ 14.01 ในขณะที่การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2549 การบริการที่ต้องยกเลิก/ไม่พบเหตุ คิดเป็น 11.27 และ 7.58 3) การบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุจังหวัดนนทบุรี ในปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ.2549 มีผู้ป่วยตายก่อนนำส่ง โรงพยาบาล คิดเป็น 4.65 และ 4.37 ในขณะที่การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยตายก่อนนำส่งโรงพยาบาล คิดเป็น ร้อยละ 1.82 และ 1.38 เป็นที่ น่าสังเกตว่า สถิติการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างจังหวัดนนทบุรี และสถิติประเทศเปรียบเทียบ 2 ปี พบว่าการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของจังหวัดนนทบุรี มีอัตราการบริการที่ต้องยกเลิก/ไม่พบเหตุ และผู้ป่วยตายก่อนนำส่งโรงพยาบาล สูงกว่าสถิติของประเทศอย่างชัดเจน

ผู้วิจัยในฐานะที่ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้านการให้บริการรับแจ้งเหตุ และส่งการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทางชีวสังคม ความรู้ของประชาชน เกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทศนคติของ ประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การเข้าถึงการ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาล นครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี โดยนำแนวคิด PRECEDE Model มาวิเคราะห์ ปัจจัยดังกล่าว เพื่อที่จะ

สามารถนำผลการวิจัยมาพัฒนาระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้สามารถบริการประชาชนที่ป่วยฉุกเฉินได้อย่างครอบคลุมและตรงกับความต้องการของประชาชน เกิดผลให้อัตราการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น อัตราการยกเลิก/ไม่พบเหตุ และผู้ป่วยตายก่อนนำส่งโรงพยาบาลลดลง ประชาชนได้รอดพ้นจากความทุกข์ทรมาน ความพิการ ความตายที่ไม่สมเหตุ อันเป็นผลทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ประสบการณ์การเคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทักษะคิดของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี
4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี
5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

6. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และปัจจัยทางชีวสังคมที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวง สาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการวิจัยทำให้ทราบถึงปัจจัย ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของ ประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข
2. ผลการวิจัยทำให้ทราบถึงปัจจัย ที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข
3. ผลการวิจัยนำไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงวิธีดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะในเขตพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ที่ใช้เป็นพื้นที่วิจัย
4. ผลการวิจัย นำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการ กำหนดแนวนโยบาย และวางแผนการให้ บริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชนในจังหวัดนนทบุรี
5. ผลการวิจัย สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาค้นคว้าวิจัย และพัฒนาการ บริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นประชาชนผู้อาศัยอยู่ในเขต เทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ตามทะเบียนสำมะโนประชากรของจังหวัดนนทบุรี ประจำปี พ.ศ. 2549
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นประชาชนผู้อาศัยอยู่ในเขต เทศบาลนครนนทบุรี ต้องมี อายุ 15 ปีขึ้นไปที่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือไม่เคยใช้แต่รับรู้เกี่ยวกับการบริการการแพทย์ ของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 400 คน ทำการคัดเลือกโดยมีการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน

3. ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาว่าเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นอย่างยิ่งหากเกิดภาวะป่วยฉุกเฉินขึ้น ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที จะทำให้ผู้ป่วยนั้นอาจเกิดความทุกข์ทรมาน พิการหรือสูญเสียชีวิตได้ การป้องกันที่ทำให้ลดความเสี่ยงดังกล่าว ได้แก่ ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทักษะของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ (Independent variables) คือ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยตรง กับ พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของ กระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ประกอบด้วยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

1.1 ปัจจัยด้านชีวิตสังคม ได้แก่ เพศ อายุสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน โรคประจำตัว ประสบการณ์การเคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1.2 ปัจจัยนำ ได้แก่

1.2.1 ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน

1.2.2 การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1.2.3 ทักษะของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1.3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่

1.3.1 คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1.3.2 การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1.4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

2. ตัวแปรตาม (Dependent variables) คือพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ประกอบด้วย

2.1 การแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน

2.2 การขอคำปรึกษาการป่วยฉุกเฉิน

นิยามคำศัพท์

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยได้กำหนดคำนิยามที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมหรือตั้งใจที่จะกระทำเมื่อเกิดการป่วยฉุกเฉิน โดยเลือกการขอใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย การแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน การขอคำปรึกษาการป่วยฉุกเฉิน

การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ เพื่อการประเมิน การจัดการ การรักษาพยาบาล และการป้องกันให้แก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ทุกสถานการณ์ซึ่งครอบคลุม ตั้งแต่การรับแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน การให้คำปรึกษาการดูแลการป่วยฉุกเฉิน การจัดส่งชุดปฏิบัติการตามระดับความเหมาะสมไปช่วยเหลือและดูแลรักษาพยาบาลนอกโรงพยาบาล จนถึงการรักษาพยาบาลและนำส่งมอบต่อสถานพยาบาลที่เหมาะสมอย่างปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง

ประชาชน หมายถึง ผู้ที่มีอายุเท่ากับ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้ประสบกับสภาพที่ป่วยหรือได้รับบาดเจ็บโดยมิได้คาดหมาย ซึ่งอาจเกิดขึ้นกับตนเองหรือผู้อื่นที่ตนพบเห็น ได้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยการแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อขอคำปรึกษาหรือขอรับบริการช่วยเหลือการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ หรือไม่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแต่รับรู้เรื่องการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยอายุของประชาชนเท่ากับ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง กระบวนการด้านบริการสุขภาพเชิงรุกที่กระทรวงสาธารณสุขมอบหมายให้สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่งๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในพื้นที่นั้น ให้ได้มีโอกาสรับการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในกรณีป่วยฉุกเฉินภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์ ทั้งในภาวะปกติ และในภาวะภัยพิบัติได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ ระบบการเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดที่เกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้าย และการส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสม ได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง

ผู้ป่วยฉุกเฉิน หมายถึง สภาพการณ์ที่บุคคลป่วยหรือได้รับบาดเจ็บโดยมิได้คาดหมาย ซึ่งหากไม่ได้รับการประเมิน การจัดการ และการรักษาอย่างทันเวลาที่ บุคคลนั้นอาจได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิต หรือต้องสูญเสียอวัยวะ หรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิต

ปัจจัยทางชีวสังคม หมายถึง คุณลักษณะพื้นฐานทางประชากร หรือคุณลักษณะส่วนบุคคลของประชาชน อันได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาโรคประจำตัว ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

อายุ หมายถึง จำนวนอายุปีเต็ม ของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง

สถานภาพ หมายถึง สิทธิและหน้าที่ของบุคคลมีอยู่ที่เกี่ยวข้องกับผู้อื่นและสังคมของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกออกเป็น โสด คู่ หม้าย แยกกันอยู่

ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาขั้นสูงสุดของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็น ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา ปริญญาตรีหรือสูงกว่า อื่นๆ

อาชีพ หมายถึง งานหลักที่ทำให้เกิดรายได้ของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกออกเป็น ลูกจ้าง ค้าขาย ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ อื่นๆ(เกษตรกร กรรมกร รับจ้างทั่วไป) และกลุ่มที่ไม่มีรายได้หลัก ได้แก่ นักเรียน/นักศึกษา/นิสิต ผู้ไม่มีอาชีพ

รายได้ของครอบครัว หมายถึง จำนวนเงินที่ได้จากการประกอบอาชีพของประชาชนกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัว โดยไม่หักค่าใช้จ่ายต่อเดือน

โรคประจำตัว หมายถึง โรคที่เป็นติดตัวเรื้อรัง ไม่หายเพียงแต่ไม่มีอาการ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ซึ่งอาจมีผลที่ทำให้เกิดอาการแสดงของการป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคอื่นๆ ได้แก่ หอบหืด ลมชัก

ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน หมายถึง ความสามารถในการจำและเข้าใจของประชาชนที่สะสมจากการเรียน ประสบการณ์ ทักษะที่สามารถจัดการกับการป่วยในภาวะที่ไม่คาดหมายว่าจะเกิดขึ้น ซึ่งอาจทำให้ได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชาชนมีความเข้าใจและสามารถตีความหมาย จากการได้ยิน การได้เห็นความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินทางโทรศัพท์ การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในที่เกิดเหตุ การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ทัศนคติของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวกันระหว่างความรู้สึก ความเชื่อ หรือความเข้าใจของบุคคล กับแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งเป็นความรู้สึกที่ยอมรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินอันเกิดจากการเรียนรู้ประสบการณ์ในเรื่องการป่วยฉุกเฉิน

คุณภาพบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ระดับการรับรู้หรือความพึงพอใจต่อการได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) ความเชื่อถือไว้วางใจ ได้แก่ ความสามารถในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีความถูกต้อง เหมาะสม และมีความสม่ำเสมอในทุกครั้งของการรับบริการ 2) การให้ความสนใจ ได้แก่ ผู้ให้บริการมีทักษะ ความรู้ความสามารถ มีความสุภาพ กริยาท่าทางและมารยาทที่ดีในการให้บริการ 3) ความเป็นรูปธรรมของบริการ ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นในด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ บุคลากรและการใช้สัญลักษณ์ ในการติดต่อ สื่อสารให้การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 4) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ ได้แก่ ความพร้อม ความเต็มใจของการให้บริการ ที่ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว 5) ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ ได้แก่ ความเอื้ออาทร เอาใจใส่ผู้ให้บริการ

การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ความสามารถที่จะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ ความสามารถในการใช้หมายเลขโทรศัพท์สายด่วน 1669 การติดต่อแจ้งเหตุจากแหล่งอื่นๆ

ความเสมอภาคในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การไปโรงพยาบาลโดยที่ไม่มีค่าใช้จ่ายในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ประชาชนได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนด้านทรัพยากรความรู้ ข้อมูลข่าวสารที่ได้จากสื่อในหลายรูปแบบ คำแนะนำในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจากบุคคลต่างๆ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคคลในครอบครัว เพื่อน

การตรวจเอกสาร

การตรวจเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี นนทบุรี ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากแนวความคิด ทฤษฎี จาก ตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบเป็นแนวทางการวิจัย โดยเสนอสาระสำคัญตามลำดับดังนี้

1. พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ
2. ภาวะป่วยฉุกเฉิน
3. การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
4. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
5. แรงสนับสนุนทางสังคม
6. PRECEDE Frame Work และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

นักวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์สุขภาพหลายท่านได้พยายามศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนว่าทำไมประชาชนกลุ่มต่างๆ ซึ่งใช้หรือไม่ใช้บริการที่มีอยู่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าหลักการหรือทฤษฎีจะเป็นการทดลองค้นคว้าแล้วสร้างรูปแบบจำลองที่ใช้ในสังคมตะวันตกก็ตาม นักวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์สุขภาพที่ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมใช้บริการสุขภาพตลอดจนปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลของแพทย์นั้น เข้าใช้แนวทางการศึกษา (Approach) จากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับบริการสุขภาพของประชาชน 7 ประการ ครอบคลุมไปถึงผู้รับบริการและผู้ให้บริการจึงจะเป็นปฏิสัมพันธ์กันในการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชน (วสันต์, 2532) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. คุณลักษณะของประชากร (Demographic Factors) มีการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ พบว่าคุณลักษณะของประชากรก็มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพ คุณลักษณะของประชากรนี้ได้แก่ อายุ เพศ และสถานภาพสมรส เช่น การวิจัยพบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะใช้บริการสุขภาพมากกว่าเพศชายอาจจะเป็นเพราะว่า เพศหญิงให้ความสำคัญในเรื่องสุขภาพมากกว่าเพศชายก็เป็นได้ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะใช้บริการสุขภาพที่มากคนกลุ่มอายุปานกลาง และกลุ่มคนอายุน้อย เป็นต้น อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าคุณลักษณะประชากรจะมีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพ แต่หาใช่เป็นปัจจัยเดียวเท่านั้น

2. ปัจจัยทางโครงสร้างทางสังคม (Social Structural Factors) ปัจจัยโครงสร้างทางสังคมนี้จะสะท้อนให้เห็นถึงสภาพของแต่ละบุคคลที่ตัวเองอาศัยอยู่ โครงสร้างทางสังคมประกอบด้วย การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์กับสถานภาพทางสุขภาพของตนเองและครอบครัว ผู้มีการศึกษาสูงจะมีสุขภาพดีกว่าผู้มีการศึกษาต่ำ

3. ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม (Social Psychology Factors) ที่ใช้บริการสุขภาพที่ส่วนใหญ่จะพิจารณา และให้ความสำคัญเกี่ยวกับค่านิยมทางด้านสุขภาพ Health Value, บรรทัดฐานทางสังคม (Social Norm) เกี่ยวกับทัศนคติ และความเชื่อของประชาชนที่มีต่อเรื่องสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพตลอดจนรูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคล (Life Styles) และแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคล เป็นต้น

4. ปัจจัยทางด้านเศรษฐฐานะครอบครัว (Family Recourses Factors) ปัจจัยทางเศรษฐฐานะของครอบครัวจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลนั้นๆสามารถเข้าถึงบริการ หรือใช้บริการสุขภาพได้หรือไม่ ปัจจัยดังกล่าวนี้รวมถึงรายได้ของครอบครัวส่วนรวม ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำแนวโน้มที่จะใช้บริการสุขภาพน้อยกว่าครอบครัวที่มีรายได้สูงกว่า บางครั้งแม้ว่าเรื่องรายได้จะเป็นอุปสรรคต่อการใช้บริการของบางกลุ่มก็จริงอยู่ แต่ในบางกลุ่มชนอาจจะไม่ใช้บริการสุขภาพ ทั้งๆที่บริการนั้นๆ จัดให้ฟรีหรือเสียเงินเพียงเล็กน้อย อัตราการใช้บริการก็ยังไม่สามารถครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายได้

5. ปัจจัยแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน ปัจจัยนี้จะมุ่งพิจารณาและให้ความสำคัญสิ่งอำนวยความสะดวก หรือการบริการที่มีอยู่ในชุมชนเป็นสำคัญ ในการนี้รวมถึงชนิดหรือประเภทของบริการ จำนวนบุคลากรที่ให้บริการ และสภาพที่อยู่อาศัยของหมู่บ้านว่าห่างไกลกันมากน้อยเพียงใด ตลอดจนการคมนาคมสะดวกสบายหรือไม่

6. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการให้บริการสุขภาพ (Organization Factors) ปัจจัยนี้รวมถึงการจัดรูปแบบ กระบวนการให้บริการสุขภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวกด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม เรามักจะได้ยินได้ฟังประชาชนพูดเสมอๆว่าการบริการของรัฐ มีขั้นตอนในการรับบริการมาก หลายขั้นตอน เสียเวลา หรือการบริการที่ไม่ดีเท่ากับการบริการของเอกชน บางครั้งให้เหตุผลของการไม่ใช้บริการที่มีอยู่ เพราะว่าไม่ชอบเจ้าหน้าที่บางคนที่ไม่ดี มนุษย์สัมพันธ์ที่ติดต่อกับผู้ให้บริการ หรือขาดความเชื่อถือในตัวเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

7. ปัจจัยระบบสาธารณสุขของประเทศ (Health System) ปัจจัยนี้จะพิจารณาและให้ความสนใจระบบสาธารณสุขทั้งหมดของแต่ละแห่ง ซึ่งนับตั้งแต่ปัจจัยนำเข้าได้แก่ นโยบายสาธารณสุข การเมืองและงบประมาณ หรือทรัพยากรที่ได้รับจัดสรรมาเพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของประชาชน เป็นต้น กระบวนการในการจัดบริการสุขภาพระดับต่างๆ เป็นรูปแบบและกลวิธีการจัดบริการสุดท้ายหรือผลผลิตสุดท้ายและผลกระทบที่เกิดจากระบบสาธารณสุขนั้นๆ

นักพฤติกรรมศาสตร์สุขภาพได้พยายามศึกษาวิจัยเพื่ออธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพไว้มากมาย แต่ก็ไม่สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างแน่ชัด เพราะว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้น มีปัจจัยทั้งด้านสังคมและพฤติกรรมศาสตร์ เข้ามาพัวพันด้วยอย่างมาก แต่ก็มีผลของการวิจัยจำนวนไม่น้อยที่สามารถสรุปได้ตรงกันว่า ฐานะ และการรับรู้เรื่องสุขภาพ เป็นตัวกำหนดการใช้บริการสุขภาพของประชาชน กลุ่มเป้าหมายได้ดีที่สุด กล่าวได้ว่า ความสำเร็จของการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนนั้น ขึ้นอยู่กับระบบการให้บริการ ซึ่งรวมถึงคุณภาพของบริการและประสิทธิภาพของผู้ให้บริการ คำนึงการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของประชาชน กลุ่มเสี่ยงที่มีวัฒนธรรม บรรทัดฐานทางสังคม และฐานะของแต่ละครอบครัว

การแสวงหาบริการสุขภาพ Kleinman A. (1980) คือ กลวิธีที่บุคคลใช้ในการประเมินและตัดสินใจที่จะเลือกใช้บริการสุขภาพในแต่ละขั้นตอนของความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นพฤติกรรมการปรับตัวของมนุษย์อย่างหนึ่งและเป็นพฤติกรรมที่มีเหตุผลได้มาจากที่บุคคลรับรู้และอธิบายความเจ็บป่วยของตนว่าเป็นอย่างไร เพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ Kleinman *et al.* (1978 อ้างใน สมจิต, 2538) ได้เสนอแนวทางในการใช้แนวคิดการอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในทางคลินิกไว้ 5 ด้าน คือ

1. ด้านสาเหตุของความเจ็บป่วย
2. ระยะเวลาของการเริ่มอาการ
3. ความรุนแรงของความเจ็บป่วย
4. ผลกระทบจากความเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิต
5. ความต้องการการรักษา

ภาวะป่วยฉุกเฉิน

ภาวะป่วยฉุกเฉิน (ทับทิม, 2549) หมายถึง การเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน โดย ปัจจุบันทันด่วน และต้องการการช่วยเหลือและแก้ไขอย่างรีบด่วน มิฉะนั้นอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต หรือทำให้เกิดความพิการและความทุกข์ทรมานอย่างมากได้

แบ่งตามความเร่งด่วนของการรักษา (เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, 2547) แบ่งเป็น 4 ประเภท คือ

1. ฉุกเฉินมาก (Emergent) หมายถึง ภาวะที่คุกคามต่อชีวิตต้องให้การช่วยเหลืออย่างรีบด่วน ผู้ป่วยที่ต้องการการตรวจรักษาทันทีมิฉะนั้นผู้ป่วยจะตาย หรือพิการอย่างถาวรในเวลาไม่กี่นาที ซึ่งภาวะฉุกเฉินมากที่ต้องวินิจฉัยและให้การตรวจรักษาทันที เช่น จมน้ำ หัวใจหยุดเต้น หายใจไม่ออก หายุดหัวใจ ภาวะ “ช็อก” ชักตลอดเวลาหรือชักจนตัวเขียว

2. เร่งด่วน (Urgent) หมายถึง ภาวะที่ต้องการการช่วยเหลือโดยเร็ว รอได้บ้างแต่ไม่นาน เป็นภาวะที่ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือทางการรักษาพยาบาลจัดเป็นอันดับรองจากกลุ่มแรก ผู้ป่วยประเภทนี้ถ้าปล่อยทิ้งไว้ไม่ให้เกิดการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องภายในเวลา 1 – 2 ชั่วโมง ก็อาจทำให้สูญเสียชีวิตหรือพิการได้ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมง ผู้ป่วยประเภทนี้จะรู้สึกตัวดีแต่มีอาการหรืออาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง เช่น หายใจช้ากว่า 10 หรือเร็วกว่า 30 ครั้ง/นาที หายใจลำบากหรือหายใจเหนื่อยหอบ ตกเลือด ชีดยากหรือเขียว เจ็บปวดมากหรือทรมานทรมาย มือเท้าเย็นซีด และเหงื่อแตก ได้รับอุบัติเหตุ โดยเฉพาะบาดแผลที่ใหญ่มากและมีหลายแห่ง เช่น กระดูกหักหลายที่ ไฟไหม้น้ำร้อนลวก ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง เด็กไข้สูง ชัก ปวดท้องรุนแรง ภาวะจิตเวช ฉุกเฉิน

3. ไม่เร่งด่วน (Non-urgent) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยต้องการการวินิจฉัยและรักษาที่เหมาะสม โดยที่ในขณะนั้นไม่มีภาวะฉุกเฉินที่จะคุกคามชีวิตของผู้ป่วย แต่ต้องได้รับการตรวจรักษาโดยการส่งต่อไปตรวจ ณ แผนกผู้ป่วยนอก หรือจัดลำดับความสำคัญในการรักษาเป็นลำดับสุดท้าย เช่น กระดูกแขน ขาท่อนล่างหัก ปวดหลังเรื้อรัง ปวดศีรษะปานกลาง บาดแผลถลอกหรือฉีกขาดไม่รุนแรง เป็นต้น

4. ไม่ฉุกเฉิน (Non-emergent) หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มที่ถึงแม้ไม่ได้รับการรักษาในวันนั้นก็จะไม่มีอันตรายร้ายแรงหรือโอกาสน้อยมาก เช่น ผู้ป่วยมาขอฉีดวัคซีน มาล้างแผล หรือมาเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ(แต่ไม่มีอาการ) เป็นต้น ในบางกรณี โดยเฉพาะกรณีที่พูดถึงเรื่องอุบัติเหตุหมู่ จะรวมผู้ประสบอุบัติเหตุที่เสียชีวิตแล้วไว้กลุ่มนี้ด้วย

Lipowski (1983) ได้กล่าวว่าองค์ประกอบสำคัญของการให้ความหมาย ของความเจ็บป่วย หรือปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย สามารถอธิบายด้วย 4 กลุ่มด้วยกัน กล่าวคือ

1. Intrapersonal factors ได้แก่ บุคลิกภาพ ประสบการณ์ในอดีต ภาวะทางอารมณ์ของบุคคลนั้น
2. Interpersonal factors การได้รับการสนับสนุนของครอบครัว
3. illness-related factors การเปลี่ยนแปลงหรือสูญเสียอวัยวะ หรือหน้าที่ของส่วนต่างๆ ของร่างกาย
4. Sociocultural and economic factors ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะคิดต่างๆ

การเจ็บป่วยอาจกล่าวได้อีกอย่างหนึ่งว่า โรคเป็นเรื่องของแพทย์ การเจ็บป่วยเป็นเรื่องของผู้ป่วย ถ้าพิจารณาโดยใช้ผู้ป่วยเป็นหลัก การเจ็บป่วยมี 2 ประเภท คือ การเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องพบแพทย์และการเจ็บป่วยเล็กน้อย ความสำคัญ จึงอยู่ที่ความสามารถในการแยกระหว่างการเจ็บป่วย 2 ประเภทนี้ ซึ่งส่วนใหญ่จะทำได้ไม่ยากนัก โดยให้ยึดหลักดังต่อไปนี้

1. การเจ็บป่วยที่ทราบอยู่แล้วว่า เกิดจากโรคเรื้อรังต่างๆ
2. การเจ็บป่วยเฉียบพลันที่รุนแรง เช่น เจ็บหน้าอก ซึ่งอาจเกิดจากโรคหัวใจขาดเลือด หรืออาการปวดท้องซึ่งอาจเกิดจากแผลกระเพาะอาหารทะลุ เป็นต้น
3. การเจ็บป่วยใดๆ ที่คิดว่ารักษาได้ด้วยตัวเอง

การวินิจฉัยว่า ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545) ต้องมีข้อบ่งชี้ ดังนี้

1. โรคหรืออาการของโรค ที่มีลักษณะรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตหรือต่อผู้อื่น
2. โรคหรืออาการของโรค ที่มีลักษณะรุนแรง ต้องรักษาเป็นการ เร่งด่วน
3. โรคที่ต้องผ่าตัดด่วน หากปล่อยไว้จะเป็นอันตรายต่อชีวิต

แนวคิดภาวะป่วยของประชาชน

การรับรู้ภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเอง (อำนาจ, 2542) หมายถึง การที่บุคคลต้องรู้ว่าอาการที่ไม่สบายเป็นอย่างไร อะไรจะเกิดขึ้นได้บ้าง และควรจะทำอย่างไร กรณีใดบ้างที่คอยได้ และกรณีใดบ้างที่ดูแลด้วยตนเองโดยไม่เกิดอันตรายขณะเดียวกันสามารถเห็นข้อจำกัดและทางเลือกในการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับตนและผู้ที่เกี่ยวข้อง

สามารถจัดแบ่งประเภทการเจ็บป่วย (อำนาจ, 2542) ตามระยะเวลาและความรุนแรงของอาการ ได้ดังนี้

1. การเจ็บป่วยระยะสั้นไม่รุนแรง ผู้เจ็บป่วยยังทำงานได้ตามปกติ มีเพียงความน่ารำคาญ เช่น ปวดศีรษะโดยไม่มีอาการอื่น ถ่ายเหลว 2-3 ครั้งโดยไม่มีอาการอื่น พัดตกหล่นโดยมีเพียงบาดแผลถลอก เป็นต้น กรณีเช่นนี้ ผู้ที่เจ็บป่วยมีทางเลือกหลายทาง อาจจะวางเฉยเพื่อกอให้อาการหายเอง หรือเลือกที่จะหายารับประทานหรือเลือกที่จะไปหาแพทย์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความ

พอใจของแต่ละบุคคล ผลที่เกิดขึ้นไม่มีความแตกต่างกันมากนัก ไม่ว่าจะเลือกปฏิบัติอย่างไรก็จะหายเป็นปกติในเวลาไม่นาน

2. การเจ็บป่วยระยะสั้นรุนแรงพอสมควร ไม่สะดวกที่จะไปทำงาน ต้องการนอนพัก เช่น มีไข้ และเจ็บคอ ปัสสาวะแสบขัดเนื่องจากการกลั้นปัสสาวะไว้นานเกินไป ตกจากจักรยานกันกระแทกพื้น และลูกนั่ง เดินได้เอง เป็นต้น กรณีเช่นนี้ อาจจะรับประทานยารักษาตนเอง ถ้าไม่ทราบว่าจะทำอย่างไรก็เลือกที่จะไปพบแพทย์ การรักษาจะทำให้หายเป็นปกติเร็วขึ้น

3. การเจ็บป่วยระยะสั้น ไม่เคยเป็นมาก่อนและรุนแรง เช่น การปวดท้องรุนแรง เจ็บแน่นหน้าอกหายใจลำบาก กรณีเช่นนี้ต้องรีบไปพบแพทย์ เพราะโรคอาจรุนแรง ทำให้ชีวิตไม่ปลอดภัย

4. การเจ็บป่วยระยะยาว เป็นอาการที่มาจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง อาจมีอาการรุนแรง หากได้รับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ หรือขาดการสนใจในการปฏิบัติตน ที่ถูกต้อง

จากที่ได้กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่กล่าวมาข้างต้นได้ส่งผลกระทบต่อ ประชาชนทั้งในส่วนที่เป็นมิติทางประชากรด้าน โครงสร้างอายุ ขนาด มิติด้านเศรษฐกิจสังคม และด้านสุขภาพของประชากรซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้คุณภาพชีวิตประชากรลดลง ดังนั้นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรให้ดีขึ้นโดยการจัดบริการสุขภาพฉุกเฉินสำหรับประชาชนจึงมีความสำคัญยิ่ง เพราะจะทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยเหล่านั้นได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรประเทศไทย พ.ศ. 2440 มาตราที่ 52 และมาตราที่ 82 ได้บัญญัติไว้ ให้ประชาชน ทุกคนในประเทศไทยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ เท่าเทียมและทั่วถึง

การดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลนับเป็นระบบย่อยระบบหนึ่ง ที่อยู่ในระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ซึ่งมีความสำคัญเพราะทั้งนี้ช่วงก่อนนำส่งโรงพยาบาลเป็น “Golden hour” ของการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่างๆ ที่จะทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินรอดชีวิตได้มากที่สุดว่าการรักษาที่โรงพยาบาล (Redmond and Tumkey, 1983:243 อ้างใน สถาบันพระปกเกล้า, 2548: 2-90) การศึกษาในประเทศญี่ปุ่น (Japan International Cooperation Association, 2549) พบว่า สิ่งที่สำคัญในการดูแลฉุกเฉินคือ การให้มีการดูแลฉุกเฉินในด้านอุบัติเหตุและการป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาล

การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

เป็นที่ทราบกันดีว่า การรักษาพยาบาลฉุกเฉินจะไม่เกิดผลดีหากมีความล่าช้า ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินจะเสียโอกาสในการอยู่รอดทุกนาทีที่ผ่านไป และเป็นที่ทราบกันดีอีกว่าการลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมทำอันตรายซ้ำเติมให้แก่ผู้บาดเจ็บ และยังมีหลักฐานแน่ชัดว่าการนำส่งโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างมาก อีกด้วย ความพยายามในการจัดระบบบริการที่เหมาะสมจึงได้เกิดขึ้นเรื่อยมาในอดีตเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องดังกล่าวระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความหมายถึงการจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่ง ๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในพื้นที่ได้มีโอกาขอความช่วยเหลือในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั้งในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติได้ โดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ ระบบการเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดที่เกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้าย และการส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสม ได้อย่างมีคุณภาพ และรวดเร็วตลอด 24 ชม. ระบบดังกล่าวนี้ควรเป็นการรับผิดชอบและดำเนินการโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลท้องถิ่นนั้น ๆ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ และประชาชนในพื้นที่ เป็นระบบที่ต้องมีการดูแลรับผิดชอบโดยแพทย์หรือระบบทางการแพทย์ และควรเป็นระบบที่ไม่มีผลประโยชน์เป็นของตัวเองหรือแอบแฝง

ในประเทศที่พัฒนาแล้วได้มีระบบการลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยด้วยยานพาหนะที่เรียกว่ารถพยาบาลฉุกเฉินมานานกว่าหนึ่งร้อยปีแล้ว เช่นในประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย อังกฤษและประเทศในยุโรปอีกจำนวนมาก แต่การจัดให้เกิดเป็นระบบช่วยเหลือฉุกเฉินจริงๆ นั้น เริ่มต้นในสหรัฐอเมริกาเมื่อปี ค.ศ.1966 และได้มีการพัฒนาปรับปรุงเรื่อยมาจนกระทั่งปัจจุบัน ในขณะที่ประเทศอื่น ๆ ก็ได้มีการจัดตั้งและพัฒนาในลักษณะเดียวกันแต่จะมีโครงสร้างและการใช้ทรัพยากรแตกต่างกันพอสมควร

ในประเทศไทยได้มีการช่วยเหลือในลักษณะสังคมสงเคราะห์และการกุศล โดยควบคู่กับการเก็บศพผู้เสียชีวิตในกรณีต่าง ได้ดำเนินการโดยมูลนิธิธิปโปเต็กตั้งมาตั้งแต่ พ.ศ.2480 และมูลนิธิร่วมกตัญญูตั้งแต่ พ.ศ. 2513 ซึ่งได้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยขั้นต้นและลำเลียงนำส่งโรงพยาบาล โดยที่บุคลากรและไม่มีความรู้ความสามารถและไม่มีอุปกรณ์ที่เหมาะสม และถูกวิพากษ์วิจารณ์จากวงการแพทย์ว่า ทำให้เกิดความพิการและสูญเสียมากกว่าต่อมาภายหลังจากการปฏิวัติภายใต้การนำของ พลเอกอาทิตย์ กำลังเอก ได้พัฒนากองกำลังรักษาพระนคร และจัดให้มีโทรศัพท์สายด่วนหมายเลข 123 เพื่อบริการเหตุด่วนแก่ประชาชนพร้อมจัดให้มีหน่วยรถพยาบาลฉุกเฉินขึ้น มีจำนวน 400 คันให้บริการประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร แต่ให้บริการไม่นานก็ยุติลง

กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาระบบให้การช่วยเหลือนี้โดยกรมการแพทย์รับงบประมาณสนับสนุนให้จัดทำระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่โรงพยาบาลราชวิถีตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2532 จำนวน 150 ล้านบาท ก่อสร้างอาคาร EMS แล้วเสร็จและเปิดดำเนินการบางส่วนใน พ.ศ.2536 ต่อมา ได้บรรจุแผนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (2535-2539) ได้เริ่มโครงการจัดตั้งศูนย์อุบัติเหตุที่โรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งมีความครอบคลุมถึงการให้การรักษายาบาล ณ จุดเกิดเหตุเมื่อเดือนธันวาคม 2537 กรุงเทพมหานคร โดย วชิระพยาบาล ได้เปิดหน่วยแพทย์กู้ชีพอย่างเป็นทางการให้บริการผู้บาดเจ็บโดยเน้นอุบัติเหตุจราจรและอุบัติเหตุต่างๆ ในส่วนของกรมการแพทย์ได้เปิดศูนย์กู้ชีพ “นเรนทร” ที่โรงพยาบาลราชวิถีอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ.2538 ให้บริการรักษายาบาลฉุกเฉินและขนย้ายทั้งผู้บาดเจ็บและผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ ระยะเวลาไม่เกิน 10 นาที ต่อมากรมการแพทย์ได้ขยายพื้นที่ให้บริการโดยจัดตั้งศูนย์กู้ชีพผลิตสิน ศูนย์กู้ชีพพรัตนราชธานี ขึ้นในปีถัดมา และได้พัฒนาความร่วมมือระหว่างกรมการแพทย์และกรุงเทพมหานคร ให้มีการแบ่งพื้นที่ในการให้บริการ

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8(2540-2544) ได้บรรจุแผนงานอุบัติเหตุและสาธารณภัย ให้มีการจัดตั้งและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในทุกจังหวัด โดยเน้นถึงความสามารถในการจัดหน่วยบริการมากกว่าการจัดระบบบริการ เมื่อสิ้นแผนฯ พบว่าโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 90 แห่ง ได้จัดให้มีชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดในการให้บริการเนื่องจากยังไม่มี “ระบบ” อย่างเป็นทางการที่มีกฎหมายและระบบการเงินการคลังรองรับ

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (2545 - 2549) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ลงไปสู่ระดับชุมชน โดยเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมและมีความครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ โดยจัดให้มีระบบการเงินการคลังที่เหมาะสมรองรับ

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ข้อที่ 3 ได้กำหนดให้สร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลของการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2550)

กล่าวได้ว่าการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(Emergency Medical Service) เป็นการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์เพื่อการประเมิน การจัดการ การรักษาพยาบาล และการป้องกันให้แก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในที่เกิดเหตุ ทุกสถานการณ์ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน การจัดส่งชุดปฏิบัติการตามระดับความเหมาะสม ไปช่วยเหลือและดูแลรักษาพยาบาลนอกโรงพยาบาล การให้คำปรึกษาความเจ็บป่วยฉุกเฉิน การลำเลียง ขนย้าย และนำส่งมอบต่อสถานพยาบาลอย่างปลอดภัย เพื่อลดความทุกข์ทรมาน ความพิการ หรือการสูญเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยลงได้ และกล่าวได้ว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของระบบการรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre hospital care system)

แนวคิดการบริการผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นการบริการสมัยใหม่ที่เป็นเชิงรุกที่เน้นการช่วยชีวิตขั้นต้น มีฐานคิดมาจากความเชื่อที่ว่าบุคลากรไม่ว่าบุคลากรทางด้านวิชาชีพหรืออาสาสมัคร หรือประชาชน ต้องมีการตัดสินใจในคุณค่าของสิ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินและยอมที่ตัดสินใจเลือกที่จะให้การดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลได้ (อดิศักดิ์ และคณะ, 2544: 8-9; รัชชัย, 2547: 1-2; Rainer, 2000: 270) สำหรับแนวคิดนี้ได้แก่

1. Scoop and run เป็นแนวคิด ในการเคลื่อนย้ายผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเข้าสู่ห้องฉุกเฉินให้เร็วที่สุด หรือเป็นตัวแทนของการดูแลฉุกเฉินแบบโกลอเมริกัน (Anglo-American model of Emergency care) แนวความคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากการดูแลผู้บาดเจ็บที่มีอาการหนัก ซึ่งในอเมริกาจะมีศัลยแพทย์เป็นผู้ที่รับผิดชอบ โดยจะเน้นให้นำผู้ป่วยออกจากจุดเกิดเหตุและนำส่งให้เร็วที่สุด การดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุทำน้อยที่สุด

2. Stay and play เป็นแนวคิดในการเคลื่อนย้ายห้องฉุกเฉินสู่ผู้ป่วย หรือเป็นตัวแทนของการดูแลฉุกเฉิน ฟรัน โคเยอรมัน (Franco-German model of Emergency care) แนวความคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากการดูแลผู้บาดเจ็บที่มีอาการหนัก โดยวิสัญญีแพทย์เป็นผู้ที่รับผิดชอบ โดยจะเน้นการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุเหมือนกับการใช้ที่สถานพยาบาล

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

สถานการณ์ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของไทย

ข้อมูลการสำรวจจากแบบสอบถามยังโรงพยาบาลรัฐบาลทั่วประเทศ 522 แห่งจาก 817 แห่ง พบว่า คนไทยได้รับบาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2544 มีปริมาณผู้ป่วยมากถึงเกือบ 9 ล้านราย ซึ่งถ้าหากประมาณการผู้ป่วยบาดเจ็บที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ น่าจะมีไม่น้อยกว่า 12 ล้านราย ประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐบาล พบว่า เจ็บป่วยฉุกเฉิน 5,783,981 คน จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ 1,610,065 คน ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ ของสำนักกระบาดวิทยาในปี 2542 ที่รวบรวมจากโรงพยาบาลศูนย์ 14 แห่ง พบว่า ร้อยละ 0.1-18.4 ของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บถูกนำส่งโดยอาสาสมัคร ร้อยละ 0.1-7.4 ของผู้ป่วย ถูกนำส่งโดยหน่วยกู้ชีพมาตรฐานของโรงพยาบาลจำนวนมากถึง ร้อยละ 81.3-99.7 ของผู้ป่วยต้องมาด้วยตัวเองหรือถูกนำส่งโดยผู้พบเห็นเหตุการณ์จากการประเมินสภาพการนำส่ง โดยพลเมืองดีหรืออาสาสมัคร พบว่าส่วนใหญ่ให้การช่วยเหลือไม่ถูกต้อง

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (สุรจิต, 2544) กล่าวว่า เป็นการดำเนินงานตามหลักเวชศาสตร์ ป้องกันชนิตตติยภูมิ กล่าวคือ เป็นการจำกัดความพิการและลดความรุนแรงของโรค(Disability limitation) การดำเนินกิจกรรมดังกล่าว มาจากการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่พบว่า มีบุคลากรเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้นในสถาบัน และมีบุคลากรในสถาบันปฏิบัติงานที่เสี่ยงต่ออุบัติเหตุรุนแรงและการเจ็บป่วยฉุกเฉิน นอกจากนี้ ยังเป็นการเตรียมความพร้อมต่อการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้กับบุคลากรทุกคน จากการศึกษพบว่า มีบุคลากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้นจริง และระบบดังกล่าว สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกราย ยกเว้นในรายที่ไม่แจ้งเข้ามายังศูนย์รับแจ้งเหตุ จากความคิดเห็นที่ได้รับ น่าเชื่อว่าเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์ สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยนั้น ควรใช้ดุลยพินิจตามความรุนแรงของลักษณะเวชกรรมของผู้ป่วย

ลักษณะการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยทั่วไปแบ่งออกเป็นระยะได้ดังนี้

1. การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นอย่างไม่สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้ แม้ว่าจะสามารถเตรียมการป้องกันได้ก็ตาม การจัดให้มีผู้ที่มีความรู้ในการตัดสินใจแจ้งเหตุเมื่อพบเหตุ ซึ่งผู้นั้นอาจเป็นผู้เจ็บป่วยเองหรือคนข้างเคียง เป็นเรื่องที่สำคัญมาก เพราะสามารถทำให้กระบวนการช่วยเหลือมาถึงได้รวดเร็ว ตรงกันข้ามหากล่าช้า นาที่

ที่สำคัญต่อชีวิตของผู้เจ็บป่วยจะหมดไปเรื่อยๆ จนกระทั่งสายเกินแก้ไขได้ ดังนั้นประชาชนทั่วไปควรมีความรู้ความสามารถในการบอกได้ว่าผู้เจ็บป่วยที่พบเห็นเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือหรือไม่ รู้จักวิธีป้องกันตนไม่ให้ได้รับอันตรายจากการเข้าช่วยเหลือผู้อื่น รู้จักการแจ้งเหตุและการให้ข้อมูลที่เพียงพอ รู้จักการช่วยเหลือขั้นต้นตามพื้นฐานของตนเพื่อให้การดูแลผู้เจ็บป่วยไปพลางก่อน กรณีแจ้งเหตุขอบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ในสถานการณ์ต่างๆ (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548)

1.1 เหตุจากอุบัติเหตุโดยมีกลไกการเกิดการบาดเจ็บ ที่สามารถขอรับบริการ ดังนี้

1.1.1 อุบัติเหตุจราจรและอุบัติเหตุอื่นๆ เช่น ถูกระเบิด อุบัติเหตุจราจรผู้บาดเจ็บติดอยู่ในรถ

1.1.2 ทำร้ายตนเอง เช่น กินยาเกินขนาด หรือด้วยอาวุธอื่นๆ

1.1.3 ตกน้ำ จมน้ำ หมดสติ

1.1.4 บาดเจ็บจากสิ่งของ เช่น เครื่องจักรกล มีการเสียดสีมากชนิดหนี้ออกตัวเย็น

1.1.5 บาดเจ็บจากการทำงาน

1.1.6 บาดเจ็บจากสัตว์ เช่น ถูกงูกัด ถูกวัวชน ถูกสุนัขกัด ได้รับบาดเจ็บสาหัส

1.1.7 พลัดตกหกล้มได้รับบาดเจ็บ

1.1.8 ถูกทำร้ายร่างกายได้รับบาดเจ็บ

1.1.9 ไฟฟ้าดูด ไฟฟ้าช็อต ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก

1.1.10 ตกจากที่สูง หรือมีการบาดเจ็บบริเวณหลัง, คอ, มีอาการชาตามตัว แขนขา

1.1.11 ได้รับสารพิษ สารเคมี

1.2 เหตุจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ที่สามารถขอรับบริการมีดังนี้

1.2.1 หอบรุนแรง

1.2.2 ชักเกร็ง กระตุก

1.2.3 หมดสติกะทันหัน/ ซึม สะลึมสะลือ

1.2.4 หยุดหายใจ หายใจติดขัด

1.2.5 เจ็บหน้าอกรุนแรง

1.2.6 เจ็บท้องคลอດ หรือคลอດฉุกเฉิน

1.2.7 ไข้สูงหนาวสั่น (โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ)

1.2.8 เจ็บปวดทั่วไป เช่นปวดศีรษะมากร่วมกับแขนขาอ่อนแรง

1.2.9 อาละวาดมีอาวุธในมือหรือพยายามทำร้ายร่างกายผู้อื่น

1.2.10 ท้องเสียรุนแรง (มากกว่า 3 ครั้งใน 1 ชั่วโมง)

1.2.11 อาเจียนเป็นเลือดสด หรือถ่ายเป็นเลือด ร่วมกับอาการอ่อนเพลียหรือซึมลง หรือเป็นตะคริว

1.3 เหตุอื่นๆ ที่อาจทำให้เกิดภาวะฉุกเฉินต่อชีวิต ได้แก่

1.3.1 ชุมชนุประท้วง มีแนวโนมก่อเหตุรุนแรง

1.3.2 จี้จับตัวประกัน

1.3.3 พยายามที่จะทำร้ายตัวเองทุกรูปแบบ เช่น ปีนหรือที่สูง ส่อว่าจะกระโดด มีอาวุธในมือ หรือพยายามทำร้ายร่างกายผู้อื่น

1.3.4 โรคที่สนับสนุนให้เกิดอาการรุนแรง เช่น โรคเบาหวาน โรคลมชัก โรคความดันโลหิตสูง โรคเมเร็งระยะสุดท้าย โรคที่เกิดกับอวัยวะซึ่งเป็นสัญญาณชีพได้แก่ สมอง ปอด หัวใจ ไต ตับ

1.3.5 ประวัติการรักษาโดยวิธีผ่าตัดอวัยวะสำคัญ ได้แก่ สมอง หัวใจ ปอด ตับ ไต

1.3.6 สอดใส่อุปกรณ์การแพทย์ไว้ เช่น เครื่องกระตุ้นจังหวะการเต้นของหัวใจ AV Shunt ท่อเจาะคอ สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

1.4 ในการเรียกขอรับบริการ ต้องมีหลักการแจ้งเหตุเบื้องต้น ที่สำคัญดังนี้

1.4.1 เกิดเหตุอะไร อยู่กับผู้ป่วยหรือไม่

1.4.2 จำนวนผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยมีกี่คน

1.4.3 อาการเบื้องต้นที่พบ เบอร์โทรศัพท์และ ชื่อ ผู้แจ้งเหตุ

1.4.4 ที่เกิดเหตุ บอกสถานที่ให้ชัดเจน

2. การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การแจ้งเหตุที่รวดเร็วโดยระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและมีหมายเลขที่จำได้ง่ายเป็นเรื่องที่จำเป็นมากเช่นกัน เพราะว่าเป็นประตูเข้าไปสู่การช่วยเหลือที่เป็นระบบ ในการรับแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินจากผู้ป่วยหรือผู้พบเห็น ทางหมายเลขโทรศัพท์สายด่วน 1669 ทั้งประเทศซึ่งเป็นบริการไม่เสียค่าใช้จ่าย หรือทางระบบวิทยุสื่อสารทั้งในเครือข่ายของกระทรวงสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นตลอด 24 ชั่วโมง การบริการประชาชนของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีดังนี้

2.1 ให้การตอบรับการแจ้งเหตุผู้บาดเจ็บ หรือผู้ป่วยฉุกเฉิน

2.2 ให้บริการด้วยคำแนะนำทางการแพทย์ ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์

2.3 ทำการประสานหน่วยปฏิบัติการกู้ชีพระดับต่างๆที่เหมาะสมออกไปให้ความช่วยเหลือตามกฎเกณฑ์โดยภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์

3. การออกให้บริการของชุดการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) ในที่เกิดเหตุ

3.1 ชุดปฏิบัติการซึ่งโดยทั่วไปจะแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

3.1.1 ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder/Rescuer team, FR) เป็นหน่วยปฏิบัติการที่มีขีดความสามารถในการประเมิน และให้การปฐมพยาบาล

3.1.2 ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน(Basic Life Support team, BLS) เป็นหน่วยปฏิบัติการที่มีขีดความสามารถเพิ่มเติมจากหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น

3.1.3 ชุดปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง (Advance life support team) เป็นชุดปฏิบัติการที่มีขีดความสามารถในการประเมิน การประคองชีพและให้การ รักษาพยาบาล ขั้นก้าวหน้า รวมทั้งการเฝ้าตรวจวัดและการบริหารทางเวชกรรมอื่นๆที่จำเป็นในการรักษาชีวิต ตลอดจนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยอุปกรณ์ช่วยเหลือ ที่ เหมาะสมอย่างถูกต้องตลอดจนมีทักษะการสื่อสาร และประสานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อการ จัดการภาวะฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ

3.2 บุคลากรในระบบของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) โดยทั่วไปจัดแบ่งเป็น 5 ประเภทได้แก่

3.2.1 บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง (Paramedic) เป็นการปฏิบัติการที่มีขีดความสามารถในการประเมิน การประคองชีพและให้การรักษาพยาบาลขั้น ก้าวหน้า ได้แก่ การใช้ เครื่องกระตุ้นและเฝ้าตรวจการทำงานของหัวใจ (cardiac defibrillation and monitoring) การช่วย หายใจขั้นสูง การทำหัตถการ และการให้ยาเพื่อรักษาชีวิต และการล้างพิษขั้นสูง รวมทั้งการเฝ้า ตรวจวัดและการบริหารทางเวชกรรมอื่นๆที่จำเป็นในการรักษาชีวิต ตลอดจนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ด้วยอุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสมอย่างถูกต้องตลอดจนมีทักษะการสื่อสารและประสานกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อการจัดการภาวะฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งในปัจจุบันได้ใช้พยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมการช่วยกู้ชีพขั้นสูง ช่วยผู้บาดเจ็บขั้นสูง และต้องผ่านการฝึกทักษะขั้นก้าวหน้าทุกปี

3.2.2 บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับกลาง (Emergency Medical Technique –Intermediate/ EMT-I) มีความสามารถทำการช่วยเหลือ ระดับ ALS ได้บางอย่าง เช่น การกระตุ้นหัวใจด้วย defibrillation อัดโนมัต สารน้ำทางหลอดเลือด การเย็บแผล การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อและได้ผิวหนัง ใส่สายสวนปัสสาวะสายกระเพาะอาหาร โดยหัตถการทั้งสองระดับอยู่ ภายใต้การควบคุมของแพทย์ หรือพยาบาลประจำ สำหรับหลักสูตร EMT- I มีระยะเวลาการศึกษา 2 ปีต่อเนื่อง วิชาการเรียนการสอนโดยวิทยาลัยการสาธารณสุข

3.2.3 บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน (Basic Life Support/BLS) สามารถให้การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน โดยสามารถใช้ อุปกรณ์ในการ ยึดตรึงผู้บาดเจ็บและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยวิธีต่าง ๆ การช่วยฟื้นคืนชีพและการประคองชีพขั้นพื้นฐาน การล้างพิษขั้นพื้นฐาน การช่วยคลอดฉุกเฉิน และการบริหารยาเกินหรือยาพิษหรือยาอมได้ลิ้นบางชนิด สำหรับหลักสูตร EMT-B ของกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีระยะเวลาการอบรมทั้งหมดจำนวน 110 ชั่วโมง ใช้ระยะเวลา 1 เดือนเต็ม รวมทั้งมีการฝึกภาคปฏิบัติในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลภายใต้การกำกับของแพทย์

3.2.4 การฉุกเฉินเบื้องต้นหรือ บุคลากรด่านหน้า (First Responder, FR) บุคลากรด่านหน้ามักจะเป็นบุคคลคนแรกๆที่จะได้พบผู้ป่วย อาจ เป็นใครก็ได้ เช่น ตำรวจจราจร พนักงานดับเพลิง เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย เจ้าหน้าที่กู้ภัย หรืออาสาสมัครกู้ภัยต่างๆ บุคลากรด่านหน้าจำเป็นต้องมีความรู้ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินอยู่บ้างโดยที่กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการอบรมบุคลากรด่านหน้าขึ้นบ่อยครั้ง ในเนื้อหาหลักสูตรจะครอบคลุมการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินเบื้องต้น เน้นระบบ EMS ใช้เวลาประมาณ 2-4 วัน ดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยและคนอื่นๆ ในที่เกิดเหตุ ประเมินผู้ป่วยต่อจากผู้ประสบเหตุที่ช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น และค้นหาภาวะฉุกเฉินต่อชีวิตให้การดูแลรักษาเบื้องต้น เก็บข้อมูล บันทึกการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ ส่งต่อการดูแลให้กับบุคลากรฉุกเฉินในระบบต่อไป

3.2.5 เจ้าหน้าที่สื่อสารในการรับแจ้งเหตุและศูนย์สั่งการ (Emergency Medical Dispatcher: EMD) สามารถรับแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินมูลในการเลือกส่งชุดปฏิบัติการให้เหมาะสมกับการกิจ ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ชุดปฏิบัติการและผู้อยู่ในจุดเกิดเหตุ ติดต่อประสานงานโรงพยาบาลที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย

ทั้งนี้จะต้องมีความพร้อมเสมอที่จะออกปฏิบัติการตามคำสั่งและจะต้องมีมาตรฐานกำหนดระยะเวลาในการออกตัว ระยะเวลาเดินทาง โดยศูนย์รับแจ้งเหตุจะต้องคัดแยกระดับความรุนแรง หรือความต้องการของเหตุและสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการ

4. การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care) หน่วยปฏิบัติการจะทำการประเมินสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของตนและคณะ ประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสม และให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ผู้ควบคุมระบบ โดยมีหลักในการดูแลรักษาว่าจะไม่เสียเวลา ณ จุดที่เกิดเหตุ นานจนเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย กล่าวคือ ในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจะเน้นความรวดเร็วในการนำส่งมากกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินทางอายุรกรรม

5. การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit) หลักที่สำคัญยิ่งในการลำเลียงขนย้ายผู้เจ็บป่วยคือ การไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมต่อผู้เจ็บป่วย ผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีมาเป็นอย่างดี ในขณะที่ขนย้ายจะต้องมีการประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเป็นระยะๆ ปฏิบัติการบางอย่างอาจกระทำบนรถในขณะที่ลำเลียงนำส่งได้ เช่นการให้สารน้ำ การตามสวนที่มีความสำคัญลำดับรองลงมา เป็นต้น

6. การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to definitive care) การนำส่งไปยังสถานที่ใดเป็นการชี้ชะตาชีวิตและมีผลต่อผู้เจ็บป่วยได้เป็นอย่างมาก การนำส่งจะต้องใช้ดุลยวิจว่าโรงพยาบาลที่จะนำส่งสามารถรักษาผู้เจ็บป่วยรายนั้น ๆ ได้เหมาะสมดีหรือไม่ มิฉะนั้นแล้ว เวลาที่เสียไป กับความสามารถที่ไม่ถึงและความไม่พร้อมของสถานพยาบาลนั้น ๆ จะทำให้เกิดการเสียชีวิต พิการหรือปัญหาในการรักษาพยาบาลอย่างไม่ควรจะเกิดขึ้น

ขั้นตอนปฏิบัติงานในการให้บริการผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ แบ่งตามขั้นตอนดังนี้

1. การรับแจ้งเหตุ มีการรับแจ้งเหตุโดยตรงจากประชาชนผู้ประสบเหตุ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้ป่วยเอง ทางโทรศัพท์ วิทยุสื่อสาร หรือติดต่อโดยตรง ซึ่งจะต้องมีการซักถามรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วย เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย เวลาและสถานที่ที่เกิดเหตุ

2. การประเมินข้อมูล ผู้บัญชาการศูนย์ฯ จะต้องวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ เพื่อตัดสินใจในการออกคำสั่ง โดยพิจารณาจากความน่าเชื่อถือของข่าว ความรุนแรง แนวโน้มระยะทางในการเดินทาง และโอกาสในการได้รับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

3. การออกคำสั่ง ผู้บัญชาการศูนย์ฯ จะออกคำสั่งผ่านเจ้าหน้าที่สื่อสารแก่นายกู้ชีพ ซึ่งเตรียมพร้อมอยู่ตลอดเวลา เวลาตามขั้นตอน 1 ถึง 3 ต้องไม่เกิน 2 นาที

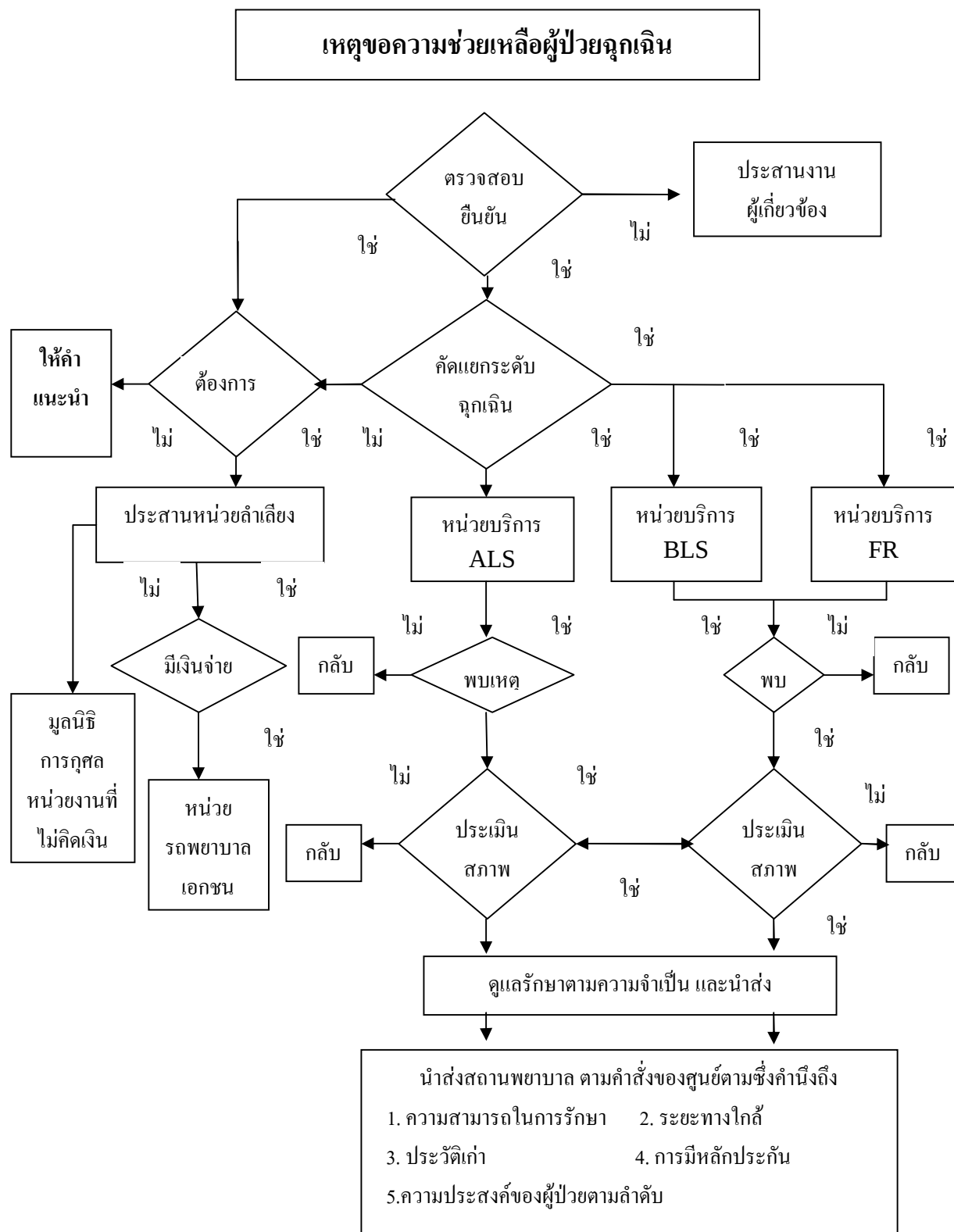
4. การออกปฏิบัติการ บุคลากรของหน่วยกู้ชีพ จะออกปฏิบัติการในทันทีที่ได้รับคำสั่ง โดยทั่วไปจะสามารถออกปฏิบัติการได้ภายในเวลา 1 นาที

5. การเดินทางไปยังจุดที่เกิดเหตุ ศูนย์ฯจะเป็นผู้ให้รายละเอียดในเส้นทาง พร้อมทั้งประสานงานกับเจ้าหน้าที่ตำรวจจราจรผ่านทางเครือข่ายวิทยุสื่อสารในการอำนวยความสะดวกเส้นทาง รถพยาบาลฉุกเฉินจะขับตรงไปยังจุดที่เกิดเหตุอย่างรวดเร็วโดยใช้สัญญาณไซเรนและสัญญาณไฟ โดยไปในที่เกิดเหตุในเขตเมืองไม่เกิน 10 นาที

6. การรักษาพยาบาล ณ จุดที่เกิดเหตุ บุคลากรทั้งหมด เมื่อไปถึงจุดที่เกิดเหตุแล้วจะตรงไปยังผู้ป่วย ทำการตรวจร่างกายและประเมินสภาพ ให้การรักษาขั้นต้นตามความเหมาะสมรวมทั้ง การทำการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง การให้สารน้ำทางเส้นเลือด การให้ยาและออกซิเจน การทำการไม่ให้อวัยวะที่บาดเจ็บเคลื่อนที่ การเคลื่อนย้าย และการรายงานกลับยังศูนย์ฯเป็นระยะ ๆ

7. การนำส่งสถานพยาบาล ศูนย์ฯจะเป็นผู้พิจารณาว่าจะนำส่งยังโรงพยาบาลใดที่เหมาะสมกับสภาพการณ์และสภาพของผู้ป่วย ประสานงานในการนำส่งและประสานงานเพื่ออำนวยความสะดวกในการจราจร หน่วยกู้ชีพจะออกเดินทางไปยังโรงพยาบาลที่เป็นเป้าหมายโดยใช้สัญญาณไซเรนและสัญญาณไฟวับวับ ในขณะเดียวกันจะให้การรักษาพยาบาลและเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างเต็มที่โดยใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ฉุกเฉินภายในรถพยาบาลฉุกเฉิน

โดยสรุประบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการตาย การพิการ การทุพพลภาพและการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย อันเกิดจาก ความล่าช้าในการเข้าถึงความล่าช้าในการได้รับการดูแลรักษา การลำเลียงเคลื่อนย้ายที่ไม่ถูกต้อง และการนำส่งยังสถานพยาบาลที่ไม่เหมาะสม โดยการจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ การควบคุมทางการแพทย์ การจัดหน่วยบริการที่มีมาตรฐานในพื้นที่ที่จัดแบ่งเป็นการจำเพาะ และการพัฒนาชุมชนให้รู้และเข้าใจและมีส่วนร่วมในระบบบริการ โดยเน้นความรวดเร็วและความทั่วถึงในพื้นที่ต่าง ๆ ทั้งในเมือง นอกเมืองและพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร ในการเข้าถึงที่เกิดเหตุของหน่วยกู้ชีพ ยิ่งหน่วยกู้ชีพเข้าไปถึงที่เกิดเหตุเร็วมากขึ้นเท่าไร จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและอัตราความพิการที่เกิดขึ้นได้



ภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ที่มา: สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2549

แรงสนับสนุนทางด้านสังคม

แรงสนับสนุนทางด้านสังคม เฮาส์ (House, 1985 อ้างใน สรวงศ์ภักดิ์, 2539) หมายถึงสิ่งที่ผู้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดีแรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Copland (1976) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ Pilisuk (1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคนไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคง ทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าเขาได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยปกติกลุ่มสังคม จัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงานกลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิ และแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์ จากคู่สมรส ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทาง สุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่น ๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม (Pilisuk, 1982: 20) คือ

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคุณค่าใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในสังคมอย่างจริงใจ
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม
3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสารวัสดุสิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ
4. ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม (House อ้างใน Israel, 1985: 66) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ
 - 4.1 Emotional Support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย
 - 4.2 Appraisal Support คือ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น
 - 4.3 Information Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ

4.4 Instrumental Support คือการให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือเช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

ในระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมนักพฤติกรรมศาสตร์ชื่อ กอทต์ลิบ (Gottlieb, 1985: 512) ได้แบ่งระดับ แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจและการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ในสังคมชุมชนที่เขาอาศัยอยู่

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

3. ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย ในการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรักและห่วงใย

PRECEDE Frame Work

กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้นำPRECEDE Frame Work มาใช้ในการวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคล ว่ามีสาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากปัจจัยอะไรบ้างนั้น มีแนวคิดในการวิเคราะห์อยู่ 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

กลุ่มที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra Individual Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ

กลุ่มที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกบุคคล (Extra Individual Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและระบบโครงสร้างทางสังคม เช่น ระบบการเมือง การเศรษฐกิจ การศึกษา การศาสนา องค์ประกอบด้านประชากร และลักษณะทางภูมิศาสตร์ เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุจากทั้งปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล ซึ่งจากการศึกษาของนักพฤติกรรมศาสตร์ในกลุ่มนี้ได้สรุปว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล PRECEDE เป็นคำย่อมาจาก Predisposing Factor, Reinforcing Factor, Enabling Factor, Causes, Educational, Diagnosis and Evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงาน สุขศึกษามีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple Factors) ดังนั้นจะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสุขภาพเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป กระบวนการ วิเคราะห์ ใน PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับโดยเริ่มจาก Outcome ที่ต้องการ หรืออีกนัยหนึ่ง คือ คุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์แล้วพิจารณาถึงสาเหตุ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ PRECEDE Framework ซึ่งเป็นรูปแบบการวิเคราะห์ปัจจัยภายในตัวบุคคลและภายนอกบุคคลของ Green *et. al*, (1980: 71) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (Phase 1: Social Diagnosis)

เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์ “คุณภาพชีวิต” ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนแรกของการวิเคราะห์ โดยการประเมิน สิ่งที่เกี่ยวข้องหรือตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วย นักเรียน กลุ่มคนวัยทำงาน ผู้ใช้แรงงาน หรือผู้บริโภค สิ่ง que ประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดและเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มเป้าหมายนั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (Phase 2: Epidemiological Diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้าง ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้ จะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคม หรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคม ในขณะที่เดียวกันปัญหาสุขภาพก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน ข้อมูลทางระบาดวิทยา จะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรคและภาวะสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเกิดการกระจายของโรค การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาจะช่วยให้สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ทางพฤติกรรม (Phase 3: Behavioral Diagnosis)

จากปัจจัยปัญหาด้านสุขภาพอนามัยที่ได้ในขั้นตอนที่ 1-2 จะนำมาวิเคราะห์ต่อเพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลและสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น สาเหตุจากพันธุกรรมหรือสภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น โดยกระบวนการสุขภาพจะให้ความสนใจประเด็นที่เป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลเป็นสำคัญ

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษา (Phase 4: Educational Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนในการวิจัย โดยเฉพาะการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ขั้นตอนนี้จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจ ในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคล ซึ่งได้มาจากการประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education Experience) ความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุน หรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ (Socio-Economic Status) และอายุ เพศ ระดับการศึกษา ความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเสมอไป ถึงแม้ว่าความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม

แต่ความรู้อย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมียุทธศาสตร์อื่น ๆ ประกอบด้วย

การรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่ง แล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมา เป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่าง ๆ และความคิด ร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคม ที่เชื่อว่ามีผลกระทบต่องานพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

ความเชื่อ คือ ความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้น ๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริงให้ความไว้วางใจ เช่น แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ของ Becker (อ้างใน Green 1980: 72) ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้าน คือ ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็อันตรายต่อสุขภาพ และความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่จะได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง

ค่านิยม หมายถึง การให้ความสำคัญให้ความพอใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพแต่ขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งความขัดแย้งของค่านิยมเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่วางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้ง ทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ราคา ระยะทาง เวลา ฯลฯ นอกจากนั้นสิ่งที่สำคัญ ก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ปัจจัยเอื้อ จึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริม จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัญหาในแต่ละเรื่อง ปัจจัยเสริมที่สำคัญ ได้แก่ เพื่อนนักเรียน ครู อาจารย์ หรือบุคคลในครอบครัว เป็นต้น ปัจจัยเสริม อาจเป็นการกระตุ้นเตือน การให้รางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การ

ยอมรับ การเอาเป็นแบบอย่าง การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง และอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้

การดำเนินงานในขั้นตอนการวิเคราะห์ทางการศึกษา จะเป็นการพิจารณาว่าปัจจัยต่างๆ ที่เป็นปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมนั้น มีปัจจัยเฉพาะอะไรบ้าง ที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่ต้องการได้ ถ้าได้มีการปรับปรุงแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงใหม่ให้เหมาะสม จัดลำดับความสำคัญของปัจจัย จัดกลุ่มปัจจัย และ ความยากง่ายของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ ก็จะทำให้การวางแผนในขั้นต่อไปมีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

จากปัจจัยทั้งสามดังกล่าว Green *et al.* (1980: 14-15) ได้นำมาแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยทั้งสามกับพฤติกรรมสุขภาพ ที่เป็นปัญหาเฉพาะเพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุทางพฤติกรรมกับปัจจัยดังกล่าว

ขั้นตอนที่ 5 การเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา (Selection of Educational Strategies)

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้แล้ว ขั้นต่อไปจะเป็นการเลือกกลยุทธ์และเทคนิคในการดำเนินงานด้านสุขศึกษามาใช้ ทั้งนี้โดยพิจารณาถึงความเหมาะสม และสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านข้างต้นด้วย เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในที่สุด นอกจากนี้ การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานจะต้องคำนึงถึงการผสมผสานเทคนิคกลวิธีด้านสุขศึกษาที่หลากหลายเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร (Phase 6: Administrative Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินถึงปัจจัยด้านการบริหารจัดการที่จะมีผลต่อการดำเนินโครงการที่ได้วางแผนไว้ โดยปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลทั้งในด้านบวก คือ ทำให้โครงการสำเร็จ บรรลุเป้าหมาย หรือมีผลตรงข้าม คือ กลายเป็นข้อจำกัดของโครงการ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ งบประมาณ ระยะเวลา ความสามารถของผู้ดำเนินการ ตลอดจนทรัพยากรอื่น ๆ ในองค์กร ดังนั้นในการวางแผนเพื่อดำเนินงานสุขศึกษาใด ๆ จะต้องให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้ไม่น้อยไปกว่าในขั้นตอนอื่น ๆ

และจะต้องมีการวิเคราะห์และพิจารณาให้ครอบคลุมทุกด้านเหมือนกับการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผล (Phase 7: Evaluation)

ขั้นตอนนี้ไม่มีแสดงอยู่ในแผนภูมิ แต่จะมีปรากฏอยู่ในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน โดยทั้งนี้ ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมิน และดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจนแล้ว การประเมินผลใน PRECEDE Framework จะประกอบด้วยการประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมิน โครงการหรือโปรแกรมสุขภาพ การประเมินผลกระทบของโครงการหรือโปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน และท้ายสุด คือ การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งการประเมินในขั้นตอนนี้จะเป็นการดำเนินงานระยะยาว

PRECEDE Framework เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น แต่สำหรับในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นการศึกษาในขั้นต้นเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ที่รับบริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งตรงกับแนวคิดในขั้นตอนที่ 4 ของกระบวนการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำขั้นตอนนี้มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย โดยได้เลือกศึกษาเฉพาะบางตัวแปรในแต่ละกลุ่มปัจจัยที่ผู้วิจัยมีความสนใจ และคาดว่าจะมีผลต่อตัวแปรตาม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้รวบรวมงานวิจัยไว้ดังนี้

งานวิจัยภายในประเทศ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพ

จันทิมา (2540) ศึกษากระบวนการแสวงหาบริการของผู้หญิงในกลุ่มต่าง ๆ พบว่า ปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพแหล่งใดนั้นขึ้นอยู่กับความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของตน ความสามารถในการเข้าถึงบริการ ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้ารับบริการ ปัจจัยเสริมอำนาจการซื้อบริการ เช่น การประกันสุขภาพ และความสามารถ

ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับและความคุ้นเคยกับแหล่งบริการ และผู้ให้บริการส่วนใหญ่จัดการกับความเจ็บป่วยตามต้องการให้ความหมายของความเจ็บป่วย ถ้ารับรู้ว่ามีรุนแรงจะรักษาตนเองก่อน ถ้าเจ็บป่วยรุนแรงจะใช้ระบบการแพทย์วิชาชีพเพิ่มขึ้น อาจเป็นสถานบริการของรัฐหรือเอกชน สำหรับระยะเวลาในการเข้ารับบริการ พบว่า กลุ่มที่สามารถให้ความหมายของอาการได้ชัดเจนจะมารับบริการเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถให้ความหมายที่ชัดเจนได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

วิรังรอง (2544) ศึกษาการรับรู้และการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เป็นมุมมองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 13 ราย ผลการวิจัยพบว่าการให้ความหมายตามการรับรู้และความเข้าใจในลักษณะอาการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายว่าเป็นอาการเจ็บป่วยที่หนักมากและถึงแก่ชีวิตเป็นอาการเจ็บป่วยในลักษณะ "โรครุนแรง" เป็นอาการเจ็บป่วยที่รักษาได้ และเป็นอาการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หายขาด สำหรับการจัดการกับความเจ็บป่วย พบว่าในช่วงที่มีอาการเจ็บป่วยเริ่มแรก ผู้ให้ข้อมูลที่รับรู้ว่าเป็นอาการเจ็บป่วยที่หนักมากและถึงแก่ชีวิต มีวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยการรับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาล ส่วนในกลุ่มที่รับรู้ว่าเป็นอาการเจ็บป่วยในลักษณะ "โรครุนแรง" จะมีวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยตามคำแนะนำของบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลอื่น หรือทดลองรักษาตนเอง สำหรับวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยในช่วงที่รับรู้ว่าเป็นอาการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจากแพทย์แล้ว ผู้ให้ข้อมูลทุกรายจะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

เกศินี (2546) ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ศึกษา การรับรู้ของชุมชนต่อการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุของโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ผู้ที่รู้จักหน่วยกู้ชีพจะเรียกใช้บริการของหน่วยกู้ชีพและเป็นผู้แนะนำผู้อื่นมีถึงร้อยละ 35.11

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทัศนคติของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

เผด็จ (2550) ศึกษา ความร่วมมือและประสิทธิผลการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดำเนินงานของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน องค์การบริหารส่วนตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

ผลการดำเนินงานระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2550 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2550 พบว่าหน่วย EMS ให้บริการผู้ประสบภัยทั้งสิ้น 1,730 ราย จำแนกเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergent) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent) และผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non Urgent) ร้อยละ 6.47, 28.21 และ 65.32 ตามลำดับ จากการสำรวจความพึงพอใจของประชาชนในพื้นที่ต่อบริการของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 100 ราย พบว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ดังนี้ การประชาสัมพันธ์และการให้ข้อมูลในการให้บริการทั่วถึง ร้อยละ 95.00 มีเครื่องมือสื่อสารในการให้บริการเหมาะสมและหลากหลาย ร้อยละ 94.00 ความรวดเร็วในการรับ – ส่งผู้ป่วย ร้อยละ 97.00 เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยอัธยาศัยที่ดี สุภาพ มีความเอาใจใส่ ร้อยละ 96.00 และศูนย์ประสานงานมีความชัดเจนเหมาะสม ร้อยละ 78.00

สุนทร (2550) ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อหน่วยกู้ชีพระดับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดขอนแก่นจากประชาชนที่ใช้บริการของหน่วยกู้ชีพระดับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ที่นำส่งมายังห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลขอนแก่น ผลความพึงพอใจที่ประเมินได้ 1) การแต่งกายสะอาดและเหมาะสมกับการปฏิบัติงานร้อยละ 90 2) การใช้วาจา กิริยาร้อยละ 93 3) ความสะอาดของรถร้อยละ 84 4) ความพอเพียงของอุปกรณ์ร้อยละ 80 5) ความสะอาดของอุปกรณ์ร้อยละ 77.50 6) การช่วยเหลือเหมาะสมร้อยละ 90.50 การนำส่งเร็วร้อยละ 92.50

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

เกียรติคุณ (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ของผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรในอำเภอชะอำ ปีงบประมาณ 2547-2545 พบว่า ตัวเลขผู้เสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาลชะอำค่อนข้างสูงโดยข้อมูลการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุของโรงพยาบาลชะอำในปี พ.ศ.2545 เสียชีวิตในที่เกิดเหตุและขณะนำส่งมายังโรงพยาบาลร้อยละ 88.5 แต่หลังจากได้มีการจัดให้มีการบริการการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างปี พ.ศ.2546 พบว่า ปี พ.ศ. 2546 การเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรก่อนมาถึงโรงพยาบาลลดลงเป็นร้อยละ 80 ในปี พ.ศ. 2547 ร้อยละ 67.3

วิวัฒน์ (2550) ศึกษาการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุจากอุบัติเหตุเครื่องบินวันทูโกเที่ยวบิน OG269 ลื่นไถลออกนอกทางวิ่ง เมื่อวันที่ 16 กันยายน 2550 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในวันเกิดเหตุเหตุการณ์ดังกล่าว รวม 37คน ผลการศึกษาพบว่า หน่วยงานแรกที่ได้รับแจ้งเหตุและออกปฏิบัติงาน คือ หน่วยกู้ชีพจากการท่าอากาศยานและมูลนิธิ หลังเกิดเหตุ 2 และ 10 นาทีตามลำดับ ส่วนสถานพยาบาลได้รับแจ้งเหตุหลังเกิดเหตุ 20 นาทีจากการท่าอากาศยาน

ศูนย์เรนทร ภูเก็ต สั่งการและแจ้งเหตุทุกเครือข่ายหลังเกิดเหตุ 28 นาที 1) ด้านผลผลิต ผู้บาดเจ็บทุกรายได้รับการช่วยเหลือและดูแลเบื้องต้น ณ .จุดเกิดเหตุและร้อยละ 43.9 ถูกนำส่งโรงพยาบาล ด้วยรถพยาบาล ไม่พบภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในระหว่างนำส่ง 2) ด้านประสิทธิผล พบว่าจากจำนวนผู้บาดเจ็บทั้งหมด 41 ราย ทุกรายได้รับการช่วยเหลือและดูแลเบื้องต้น ณ .จุดเกิดเหตุ ร้อยละ 43.9 ถูกนำส่งด้วยรถพยาบาล โดยผู้บาดเจ็บหนักทั้งหมด 16 รายถูกนำส่งสถานพยาบาล ด้วยรถพยาบาล ที่เหลือร้อยละ 56.1 ถูกนำส่งด้วยรถบริการของการทำอากาศยานและสายการบิน ซึ่งไม่พบภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในระหว่างนำส่งโรงพยาบาล 3) ด้านประสิทธิภาพ พบว่าทีมกู้ชีพถึงสถานที่เกิดเหตุหลังได้รับการแจ้งเหตุ 2 นาที ผู้บาดเจ็บ 35 ราย ร้อยละ 85.4 ได้รับการช่วยเหลือจากทีมกู้ชีพ ณ.จุดเกิดเหตุ หลังออกจากเครื่องบิน โดยผู้บาดเจ็บร้อยละ 14.6 ถึงสถานพยาบาล หลังเกิดเหตุ 25 นาที 4) ด้านความพึงพอใจ จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้บริหารทุกหน่วยงานมีความพึงพอใจต่อการประสานงานและความร่วมมือระหว่างเครือข่ายในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ การเตรียมความพร้อมด้านสถานที่ในโรงพยาบาล จำนวนบุคลากรที่รายงานตัวปฏิบัติงาน ลำดับขั้นตอนในการช่วยเหลือเป็นไปตามการซ้อมแผน และการใช้องค์ความรู้จากการฝึกอบรมมาใช้ในการปฏิบัติงานจริง เช่น การสวมชุดป้องกันสารเคมีในการช่วยเหลือผู้รอดชีวิตในซากเครื่องบิน การตามคอและหลังในการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บ จากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน ณ .จุดเกิดเหตุเกี่ยวกับระบบการสั่งการ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่เคยผ่านการซ้อมแผนการใช้ ICS มีความเข้าใจในระบบการสั่งการ และบทบาทหน้าที่ แต่สำหรับผู้ไม่เคยผ่านการฝึกอบรม จะไม่เข้าใจหลักการและไม่สามารถร่วมปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพได้

วิภา (2550) ศึกษาคุณภาพของการให้บริการในหน่วยปฏิบัติการขั้นสูง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ และได้รับการช่วยเหลือโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปี 2549 ที่ขอความช่วยเหลือผ่านหมายเลข 1669 ศูนย์สั่งการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาและสั่งการครอบคลุมทั้งจังหวัดเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยถึงที่เกิดเหตุ นำส่งอย่างถูกต้อง รวดเร็ว รวมทั้งการ พัฒนาระบบของห้องฉุกเฉินในการตั้งรับและส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลไปพร้อมๆกัน จากข้อมูลตัวอย่างพบว่า อัตราตายจากอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ลดลงเหลือ 22 ต่อแสนประชากร และจากการศึกษาพบว่า response time (ช่วงเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนถึงหน่วยบริการไปถึงที่เกิดเหตุ) มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการ admit ของผู้ป่วย โดย response time มาก ผู้ป่วยจะนอนโรงพยาบาลนานกว่ากลุ่มที่ response time สั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.04

สุรจิต (2544) เรื่องการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษามีผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวน 6 ราย สามารถให้การช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้นและส่งต่อผู้ป่วยตามข้อกำหนดแนวทางปฏิบัติ จำนวน 5 ราย ผู้ป่วยทั้ง 5 ราย ได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลโดยรถของสถาบัน และได้รับการรักษาจนหายเป็นปกติ และมีผู้ป่วย 1 ราย ที่เพื่อนร่วมงานนำส่งโรงพยาบาลเอง โดยที่ไม่ได้แจ้งขอความช่วยเหลือที่ศูนย์รับแจ้งอุบัติเหตุและป่วยฉุกเฉินสำหรับบุคลากร ประเมินผลจากการให้ข้อคิดเห็นของบุคลากรกลับมาที่คณะอนุกรรมการตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา พบว่า มีข้อคิดเห็นทั้งหมดจำนวน 51 ข้อคิดเห็น สนับสนุนและให้กำลังใจในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว จำนวน 45 ข้อคิดเห็นร้อยละ 88.2 มี 5 ข้อคิดเห็นคิดเป็นร้อยละ 9.8เสนอให้มีการใช้ระบบส่งต่อโดยรถพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่ใกล้เคียง และมี 1 ข้อคิดเห็น คิดเป็นร้อยละ 2.0เสนอให้มีรถพยาบาลของสถาบันที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า มีบุคลากรที่ป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้นจริง และระบบดังกล่าวสามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกราย ยกเว้นในรายที่ไม่แจ้งเข้ามายังศูนย์รับแจ้งเหตุ จากความคิดเห็นที่ได้รับ น่าเชื่อว่าเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์ สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยนั้น ควรใช้ดุลยพินิจตามความรุนแรงของลักษณะเวชกรรมของผู้ป่วย

หทัยรัตน์ (2550) ศึกษาประสิทธิภาพในการออกรับผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินระดับรุนแรงของหน่วยกู้ชีพโรงพยาบาลขอนแก่นปี พ.ศ. 2550 การศึกษาย้อนหลัง โดยศึกษาจากแบบรายงานบันทึกการปฏิบัติงานของหน่วยกู้ชีพ และเวชระเบียนผู้ป่วย โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินในระดับรุนแรงโดยหน่วยกู้ชีพโรงพยาบาลขอนแก่น ให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม พ.ศ.2550 พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 147 ราย แบ่งเป็นประเภทการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 100 ราย คิดเป็นร้อยละ 69 และอุบัติเหตุ 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 31 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอายุกรรมจำนวน 93 ราย คิดเป็นร้อยละ 63 รองลงมาเป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรจำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 22 ในจำนวนนี้เสียชีวิต ที่เกิดเหตุ 2 ราย และเสียชีวิตที่ตึกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น 24 ราย รับไว้รักษาในโรงพยาบาลขอนแก่นจำนวน 104 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 ในจำนวนนี้สามารถรอดชีวิตกลับบ้านได้ทั้งสิ้น 56 รายคิดเป็นร้อยละ 54 นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าไม่รู้สึกรู้ตัว และมีคะแนน GCS (Glasgow Coma Score เป็นการประเมินความรู้สึกตัวทางระบบประสาท) = 3 คะแนนที่มีจำนวนทั้งสิ้น 70 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 48 นั้น เสียชีวิตที่ตึกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินเกิดเหตุเพียง 24 ราย และไปเสียชีวิตหลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาลอีก 28 ราย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ทวีศักดิ์ (2550) ศึกษาการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตำบลโพนสูง โดยใช้อาสาสมัครกู้ชีพประจำหมู่บ้าน พบว่า จากการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพ อบต.โพนสูง ส่งผลให้อำเภอไชยวาน มีจำนวนการปฏิบัติการทั้งสิ้น 316 ราย ในปี 2550 ปี 2549 มีเพียง 4 ราย โดยเป็นการออกปฏิบัติการของตำบลโพนสูง 306 ราย ร้อยละ 96.84 ของทั้งหมด แยกเป็นการให้บริการผู้ป่วยประเภทไม่ฉุกเฉิน 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.20 และผู้ป่วยประเภทฉุกเฉิน 235 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.80 ของผู้ป่วยที่ออกให้บริการ และเป็นร้อยละ 78.07 ของผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการที่โรงพยาบาลไชยวานทั้งหมด และเมื่อวิเคราะห์ความครอบคลุมพื้นที่ในการให้บริการของตำบลโพนสูง พบว่า ครอบคลุมพื้นที่ร้อยละ 100 ของหมู่บ้าน (Response Time) ภายใน 10 นาที ร้อยละ 95.77 และมีช่องทางการแจ้งเหตุโดยใช้หมายเลขโทรศัพท์ 1669 ร้อยละ 47.39

นงนุช (2550) ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตำบลลำพาน อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่าตั้งแต่เดือนตุลาคม 2549 – กันยายน 2550 จำนวน 468 ครั้ง เฉลี่ย ปฏิบัติการเดือนละ 39 ครั้ง ประเภทเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน 320 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 68.38 อุบัติเหตุ 117 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 25 เจ็บครรภ์คลอด 17 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 3.63 อื่นๆ 14 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 2.98 ผลการออกปฏิบัติการช่วยเหลือประชาชนตั้งแต่เดือนตุลาคม 2550 - มกราคม 2551 จำนวน 201 ครั้ง เฉลี่ยปฏิบัติการช่วยเหลือประชาชนเดือนละ 50 ครั้ง

ลัดดา (2551) ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าด้านปัจจัยนำ พยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมเพียงร้อยละ 28.7 มีคะแนนความรู้เฉลี่ยร้อยละ 72.3 น้อยที่สุดในเรื่องการประเมินสถานการณ์ เวชกรฉุกเฉินขึ้นพื้นฐานผ่านการอบรมทุกคนคะแนนความรู้เฉลี่ยร้อยละ 64.7 น้อยที่สุดในเรื่องการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในรพพยาบาล หน่วยรพพยาบาลระดับสูงส่วนมากมีอุปกรณ์ไม่ครบ ใช้รพพยาบาล ที่ตั้งหน่วย วัสดุครุภัณฑ์และเจ้าหน้าที่ ร่วมกับห้องฉุกเฉิน ส่วนหน่วยรพพยาบาลระดับพื้นฐานมีที่ตั้งหน่วยเหมาะสมร้อยละ 92.1 มีอุปกรณ์ครบร้อยละ 87.9 แต่ส่วนใหญ่สภาพไม่พร้อมใช้ ด้านกระบวนการดำเนินงานพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 85.9 อยู่ห่างโรงพยาบาลเกิน 10 กิโลเมตร Response Time 10 นาทีในระยะทาง 10 กิโลเมตร พบร้อยละ 70.5 Response Time 30 นาทีพบร้อยละ 49.4 การช่วยเหลือเบื้องต้นในผู้ป่วยอุบัติเหตุด้านการตามกระตุก การห้ามเลือดและการช่วยหายใจ มีและเหมาะสมร้อยละ 60.6, 54.0 และ 22.5 ตามลำดับ ด้านผลผลิตมีความครอบคลุมของการให้บริการในผู้ป่วยห้องฉุกเฉินที่ร้อยละ

4.10 ด้านผลลัพธ์อัตราตายในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มาด้วยระบบ EMSS กับ วิธีอื่นๆในกลุ่มที่มีค่าโอกาสรอดชีวิตมากไม่แตกต่างกัน และไม่แตกต่างกับฐานข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับชาติในทุกกลุ่มค่าโอกาสรอดชีวิต

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ธรรมรัตน์ (2550) ศึกษาการแจ้งเหตุในสถานการณ์ฉุกเฉินของประชาชน ตำบลมหาชัย อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร โดยวิธีการสุ่มแบบบังเอิญ จากประชาชนผู้เข้าร่วมงาน อนามัย มังสวิวัติ ตำบลมหาชัย อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 248คน พบว่า อุปกรณ์ที่ใช้ในการแจ้งเหตุมากที่สุด โดยการใช้โทรศัพท์แจ้งเหตุถึงร้อยละ 90.3 1) การรับรู้ด้านให้การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน พบว่า หมายเลขฉุกเฉิน 191 ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติพบมากที่สุดถึงร้อยละ 53.2 ส่วนหมายเลข 1669 ศูนย์เรนทร กระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 39.9 มูลนิธิอาสาสมัคร ในจังหวัดร้อยละ 25.0 สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย หมายเลข 1784 ร้อยละ 7.3 และร้อยละ 8.9ไม่ทราบหมายเลขที่ใช้ในการแจ้งเหตุภาวะฉุกเฉิน 2) ความเข้าใจในในหมายเลข 1669 เป็นการให้ความช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉินร้อยละ 54.4 3) หากเกิดอุบัติเหตุและมีผู้บาดเจ็บ จะแจ้งหมายเลข 1669 ร้อยละ 48.8 4) หากพบผู้ประสบภัยจำนวนมากแจ้ง 191 ร้อยละ56.5 แจ้ง 1669 ร้อยละ 32.3

ธิติมา (2540) ศึกษา และเปรียบเทียบความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติตาม การรับรู้ของตนเองและของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหัวใจและ หลอดเลือด จำนวน 55 ราย และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 51 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า 1) สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติ มีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากกว่าด้านอื่น โดยมีความ ต้องการด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย และด้านจิตวิญญาณ รองลงมาตามลำดับ 2) พยาบาลรับรู้ว่าสมาชิก ในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติ มีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากกว่าด้านอื่น โดยมีความต้องการ ด้านจิตวิญญาณ ด้านอารมณ์ และด้านร่างกาย รองลงมาตามลำดับ 3) ความต้องการของสมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติตามการรับรู้ของตนเอง และของพยาบาล ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ ไม่มีความแตกต่างกัน

โสภา (2544) ศึกษาเรื่อง แนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพของแรงงานนอกระบบ : หาบเร่ แผงลอยและชาเล้ง พบว่า ความเชื่อในการดูแลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าตนเองและครอบครัวยัง อยู่ในวัยหนุ่มสาว แข็งแรง จึงไม่ตระหนักในพฤติกรรม การป้องกันหรือส่งเสริมสุขภาพ หากเจ็บป่วย

ส่วนใหญ่ซื้อยารับประทานเองเพราะสะดวก ประหยัด และเชื่อว่าหายเร็วกว่าไปพบแพทย์ ในรอบปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วยร้ายแรง มีเพียงปวดศีรษะ ปวดเมื่อยแขน ขา หลัง ไหล่ เป็นไข้หวัด อ่อนเพลีย และเครียด เฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพประมาณ 200-300 บาทต่อปีต่อครอบครัว กว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีหลักประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่ง ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 48 ไม่มีหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากไม่ได้รับทราบข่าวสารการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพ แต่บางส่วนรับรู้ข่าวสารแต่คิดว่าไม่คุ้มค่า เพราะไม่เคยเจ็บป่วยหรือคิดว่าการจ่ายเป็นเงินสดจะได้รับบริการสะดวกกว่าการใช้บัตรหลักประกันสุขภาพ ปัญหาด้านการรับบริการสุขภาพ กลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเองหากเจ็บป่วยหนักอาจต้องกู้ยืมเงินเพื่อจ่ายค่ารักษาสถานบริการของรัฐให้บริการจำกัดเฉพาะเวลาราชการ การประชาสัมพันธ์โครงการมักเป็นประกาศหรือแผ่นพับซึ่งกลุ่มตัวอย่างไม่ชอบอ่านหรืออ่านหนังสือไม่ได้ สำหรับกลุ่มที่มีหลักประกันสุขภาพมักพบปัญหาการกำหนดสถานพยาบาลไม่เหมาะสมกับความสะดวกในการเดินทางเพราะยึดตามพื้นที่เขตการปกครอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องปัจจัยทางชีวสังคม

คณะกรรมการส่งเสริมประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2545. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.6 ในปี พ.ศ.2503 เป็นร้อยละ 9 ในปี พ.ศ. 2543 และประมาณว่าในปี พ.ศ. 2553 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11 ซึ่งประเทศไทยเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ(population ageing) ปี พ.ศ. 2547-2548 ข้อมูลประชากรนอกจากสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นแล้วยังมีผู้สูงอายุที่อายุมากมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นด้วย คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีหรือมากกว่าจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 38 ในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงของลักษณะประมิตของประชากรเป็นลักษณะระฆังคว่ำ และรูปແຈ້กันในปี พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2563 ตามลำดับ ผู้สูงอายุร้อยละ 80 มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรคจึงเกิดการเจ็บป่วยในลักษณะของโรคกำเริบและเป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลันในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง มักมีอาการรุนแรง พิ้นหายช้า เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าวัยอื่น ผู้สูงอายุจึงเป็นผู้ใช้บริการสุขภาพและบริการทางสังคมกลุ่มใหญ่

ขนิษฐา (2550) ข้อมูลอุบัติเหตุจราจรของโรงพยาบาลหาดใหญ่ พ.ศ. 2549 เฉลี่ยบาดเจ็บวันละ 15 คน แบ่งเป็นสามกลุ่ม คือบาดเจ็บเล็กน้อย ถลอก แบบนี้รักษาแล้วกลับบ้านโดยรวมเฉลี่ย วันละ 11 คน ผู้ชายจะประสบเหตุมากกว่าผู้หญิง ประมาณ ร้อยละ 60-70 ผู้ประสบเหตุที่ได้รับบาดเจ็บ จะเป็นชายมากกว่าหญิง เป็นคนขับขีมากกว่าคนซ้อนท้ายแนวโน้มเรื่องความรุนแรง การเสียชีวิตและบาดเจ็บรุนแรงจะเป็นผู้ชายเสียเป็นส่วนใหญ่ ช่วงอายุ ที่ประสบเหตุสูงสุดจะอยู่ในช่วง 15-19 ปี

รอมมาก็ 20-24 ปี ถ้าเป็นบาดเจ็บเล็กน้อยจะเป็น 15-19 ปีกลุ่มใหญ่ ถ้าบาดเจ็บรุนแรงก็ยังไม่ถึง 15-19 ปี แต่กลุ่มตายนี้คือ 20-24 ปี กลุ่มอาชีพที่ประสบเหตุไม่รุนแรงจะเป็นนักศึกษา ถ้ารุนแรงเป็นกลุ่มอาชีพ กลุ่มแรงงาน และกลุ่มที่ไม่มีอาชีพ ปัจจัยทางค่านิยม เรื่องเทศกาลอย่างตรุษจีนจะมีอุบัติเหตุมาก พฤติกรรมเสี่ยงก็คือเรื่องแอลกอฮอล์ มีแนวโน้มในการบาดเจ็บค่อนข้างสูง

งานวิจัยต่างประเทศ

Andersen (1995) กล่าวถึง การเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันว่า มีปัจจัยชักนำ ได้แก่ ลักษณะทางด้านประชากรและสังคม เช่น อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะโครงสร้างของสังคม ความคิด ความเชื่อ ปัจจัยสนับสนุน เช่น ครอบครัว ชุมชน และปัจจัยด้านความต้องการ ซึ่งหมายถึงความต้องการที่เกิดจากการรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับ ลักษณะความเจ็บป่วย ความรุนแรง และวิธีการรักษา โดยบุคคลจะประเมินผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการรักษาและเกิดความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับ

Bernard A Fox (2002) ศึกษาการตอบสนองภาวะฉุกเฉินโดยวิธีเรียกเข้าโทรศัพท์สายด่วน หมายเลข 999 ในยุโรป ซึ่งกล่าวว่า ประเทศฝรั่งเศส ในกลางปี ค.ศ. 1960 ได้มีการตกลงกันให้หน่วย SAMU จัดห้บริการปฏิบัติการ การรับเหตุและสั่งการทางการแพทย์ทางโทรศัพท์ โดยแพทย์ฉุกเฉินได้รับการฝึกทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่โทรศัพท์มาขอความช่วยเหลือ แพทย์จะเป็นผู้บริหารจัดการในการส่งความช่วยเหลือ การส่งต่อผู้ป่วยทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน กรณีที่เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินจะส่งรพพยาบาลเอกชน กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นจะส่งรพฉุกเฉินที่มีเจ้าหน้าที่ผจญเพลิงซึ่งมีความชำนาญเฉพาะทางฉุกเฉินไปก่อน หรืออาจจัดส่งรพฉุกเฉินที่มีแพทย์ออกไปให้ความช่วยเหลือ ดังนั้นการสั่งการทางการแพทย์จึงมีความสำคัญยิ่งโดยจุดหมายอยู่ที่ผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือเป็นสำคัญตามสถิติ ในปี ค.ศ. 2001 หน่วยบริการในปารีส รับสาย 300,000 สาย (820 สายต่อวัน) พบว่าร้อยละ 6 ของสายที่เรียกเข้ามาต้องส่งรพพยาบาลฉุกเฉิน ร้อยละ 16 แพทย์ให้คำปรึกษาการดูแลเบื้องต้นที่เหลือใช้เพียงเจ้าหน้าที่ผจญเพลิง รพพยาบาลเอกชน หรือเพียงให้คำปรึกษาอื่นๆ ในทางกลับกันหน่วยรถของแมนเชสเตอร์ซึ่งครอบคลุมการให้บริการประชาชนในท้องถิ่น รับสาย 256,000 สาย (ประมาณ 700 สายต่อวัน) ได้รับการบริการโดยใช้การจัดส่งความช่วยเหลือผ่านระบบคอมพิวเตอร์ที่ใช้โปรแกรม สำเร็จรูปเป็นหน่วยสั่งการ ทำให้ได้รับการตอบสนองจากเจ้าหน้าที่ฉุกเฉินระดับสูงทั้งหมด

Emily *et al.* (2002) ศึกษาการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยที่มีภาวะเส้นเลือดในสมองตีบ พบว่า ผู้ป่วยที่ถูกดูแลจากการบริการการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่ จุดเกิดเหตุ จะใช้เวลา 2.85 ชั่วโมงขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จะเสียเวลาในห้องฉุกเฉิน 4.03 ชั่วโมง มีผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น 1.21 เท่าทุก 5 ปี ร้อยละ 95 ของผู้ใช้บริการรู้ว่าอาการของเขารุนแรงกว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะเส้นเลือดในสมองตีบไม่ได้เพิ่มการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกพอใจการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าก่อนที่จะพบปัญหา

Hedges (1992) ปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นในการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัวกับวิชาชีพสุขภาพ รับรู้ความรุนแรงของปัญหาไม่ตรงกัน ขาดการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วย และตัดสินใจด้วยแนวคิดทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว จึงพบว่าการประเมินขาดแจ้งเชิงจริยธรรมและมีผลต่อ คุณภาพการบริการ สุขภาพและผลลัพธ์

Jasenka and Yen-Peng Li (2002) เรื่อง ความรู้และพฤติกรรมการแจ้งเหตุภาวะหัวใจหยุดเต้น นอกโรงพยาบาลของผู้สูงอายุชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกา จำนวน 425 คน พบว่าความรู้และพฤติกรรมมีความสอดคล้องในการดูแลภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาลมากกว่า 90% สามารถจำอาการสำคัญของ ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันได้แก่ เจ็บหน้าอก หายใจเร็วขึ้น อ่อนแรงเหนื่อยง่าย เป็นลม เหงื่อออกหรืออย่างน้อย มีอาการจุกแน่น อาเจียน ปวดศีรษะและวิตกกังวลโดยหาสาเหตุไม่ได้ ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ร้อยละ 97 จะเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นครั้งแรกที่ทำเมื่อเผชิญกับอาการที่แสดงถึงภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน เปรียบเทียบกับผู้ที่ร่วมในเหตุการณ์ ร้อยละ 80 จะเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 20 จะคอยดูแลอาการจนกว่าจะดีขึ้นหรือปรึกษาเพื่อนบ้าน ผู้ใกล้ชิด หรือเพื่อนก่อนจะติดต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือนำผู้ป่วยไปส่งโรงพยาบาลเอง

Joseph Yuk Sang Ting. *et al.* (2004) ได้ศึกษาวิเคราะห์รูปแบบการลำเลียงผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น โดยมีข้อบ่งชี้เล็กน้อย รวบรวมข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน จำนวน 55,397 คน ในปี 2002 และ 2004 ผู้ใช้รถพยาบาลเป็นผู้สูงอายุและมีการป่วยเฉียบพลัน และมีความจำเป็นที่ต้องเข้าอยู่โรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้บริการ เปรียบเทียบการใช้บริการรถพยาบาล ในปี 2004 ต่อ 2002 เป็น 1.14 และ 1.12 ตามลำดับ ผู้ใช้บริการที่เป็นผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และสัมพันธ์กับการป่วยอย่างเฉียบพลัน

Kleinman (1980) และ Young (1981) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ได้ข้อสรุปตรงกันว่า ชนิดและความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมของเขาประเมิน ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค ปัจจัยทางโครงสร้างทางสังคมต่างๆ ของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม การศึกษา บทบาทในครอบครัว แหล่งที่อยู่และการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพที่มีอยู่ เป็นตัวกำหนดสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพ

Kuisma J. (2003) ศึกษาความพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของ กรุงเฮลซิงกิ ประเทศฟินแลนด์ โดยการให้ตอบแบบสอบถามหลังได้รับบริการแล้ว 2 สัปดาห์ ในปี ค.ศ. 200 และ 2002 อยู่ในเกณฑ์ค่าเฉลี่ยที่ดีมากในการสอบถามทัศนคติ พบว่า ประชาชนมีความไม่พอใจสูงสุดในเรื่องของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่พาผู้ป่วยไปส่งโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการไป เจ้าหน้าที่หน้าหน้าที่ไม่สามารถค้นหาความต้องการและมีสัมพันธภาพที่ดี ในจำนวนสายที่เรียกเข้าไปอาการสำคัญซึ่งพบบ่อยและได้รับความพอใจจากผู้ป่วยสูง คือ หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจลำบาก เบาหวานชนิดน้ำตาลในเลือดต่ำ และในส่วนที่ไม่พอใจเป็นผู้ป่วยในกลุ่มกินยาเกินขนาด

Lauver (1992) ได้พัฒนาทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ บนพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพของเทรนดิส ซึ่งกล่าวว่า พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของบุคคลเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านจิตสังคม ได้แก่ อารมณ์ ความคาดหวัง ความเชื่อ ค่านิยมเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการดูแลและบรรทัดฐานของคนในสังคม และยังมีปัจจัยด้านการอำนวยความสะดวก ได้แก่ การประกันสุขภาพ ผู้ให้บริการ ซึ่งจะมีผลในการตัดสินใจแสวงหาการดูแลด้วย

M E H Ong. *et al.* (2002) ศึกษาทัศนคติของประชาชนต่อการบริการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในสิงคโปร์ พบว่า จำนวนผู้ให้บริการ 206 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.9 ผู้ให้บริการเรียกใช้รถพยาบาลฉุกเฉิน ร้อยละ 95.5 ในจำนวนผู้ให้บริการใช้ได้อย่างเหมาะสม ร้อยละ 99.5 หากมีภาวะหัวใจหยุดเต้นในที่เกิดเหตุ ร้อยละ 87.3 เรียกขอความช่วยเหลือเป็นลำดับแรก ร้อยละ 3.9 จะพาไปคลินิกที่ใกล้ที่สุด และ ร้อยละ 8.8 จะพาไปโรงพยาบาลที่มีประวัติการรักษาใกล้ที่สุด อาการที่รับแจ้งมากที่สุด ได้แก่ หายใจลำบาก ร้อยละ 95.6 เจ็บหน้าอก ร้อยละ 84

Oklahoma EMS Providers (2002) รายงานผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 27,391 คน ในรัฐโอกาโฮมา ส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 17,762 คน คิดเป็น 57.4%

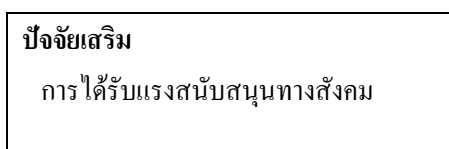
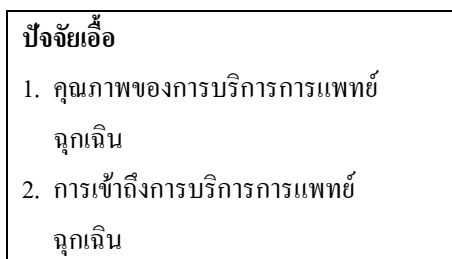
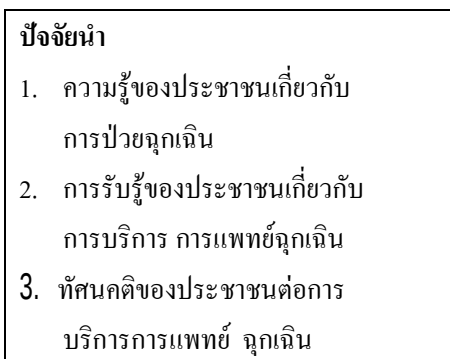
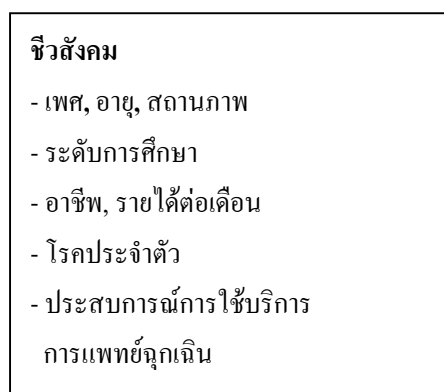
Strange (1992) ข้อมูลเชิงประจักษ์และผลการวิจัยเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือมีปัญหาสุขภาพใหม่ พบว่าผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปี หรือมากกว่าใช้บริการจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินถึงร้อยละ 15

จากการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยร่วมประยุกต์ ปัจจัยใน PRECEDE Framework พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่อาจเกี่ยวข้อง และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ได้แก่ ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทักษะคติของประชาชนต่อการบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ประสบการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ เพื่อนำมาอธิบายพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข ศึกษาประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ผู้วิจัยจึงได้ปัจจัยดังกล่าวมากำหนดแนวคิดการทำวิจัย ดังนี้

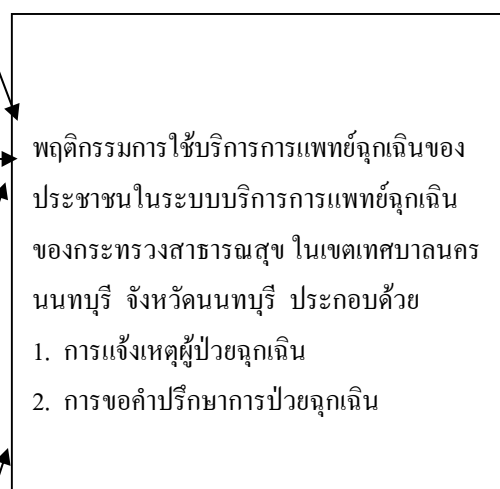
กรอบแนวคิดในการวิจัย

แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ปัจจัยทางชีวสังคมกับ
พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน

ตัวแปรอิสระ



ตัวแปรตาม



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาและประมวลเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ได้แก่ อายุ เพศ สถานสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความ สัมพันธ์กับ พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของ กระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน การรับรู้ของ ประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทศนคติของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การเข้าถึงการบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนใน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม เป็นการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของ กระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนคร จังหวัดนนทบุรี

สมมติฐานที่ 5 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ปัจจัยทางชีวสังคม สามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของ กระทรวงสาธารณสุข ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ได้ดีกว่าการทำนายโดยตัวแปร ใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวเดียว

อุปกรณ์และวิธีการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (correlation study) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับต่อพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุขศึกษาประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นประชาชนผู้อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำนวน 266,974 คน (สำนักทะเบียนท้องถิ่นเทศบาลนครนนทบุรี, 2550)

กลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ทำการคัดเลือกโดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ Taro Yamane (Yamane, 1973)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง
ในที่นี้ให้ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

$$\begin{aligned}\text{แทนค่าสูตร } n &= \frac{266,974}{1 + 266,974 \times (0.05)^2} \\ &= 399.40 \text{ คน}\end{aligned}$$

ดังนั้นขนาดของตัวอย่างจากการคำนวณเท่ากับ 400 คน

ขั้นตอนที่ 2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) มีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 ใช้การสุ่มแบบโควตา (Quota Sampling) ใช้พื้นที่วิจัยทั้ง 5 ตำบลที่อยู่ในเขตเทศบาล นครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี สุ่มขนาดตามสัดส่วนประชากรดังนี้

คำนวณขนาดตามสัดส่วนประชากรอย่างง่ายเช่น

$$\begin{array}{lcl}\text{จำนวนของกลุ่มตัวอย่างตำบล} & & \text{จำนวนประชากรของตำบลสวนใหญ่ พ.ศ.2550 x 400} \\ \text{สวนใหญ่ เทศบาลนครนนทบุรี} & = & \hline \text{เทศบาลนครนนทบุรีปี พ.ศ.2550} & & \text{จำนวนประชากรของเขตเทศบาลนครนนทบุรีพ.ศ.2550}\end{array}$$

แสดงจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลของเขตเทศบาลนครนนทบุรีพ.ศ.2550

ตำบล	ประชากร (จำนวน)	สุ่มตัวอย่าง (จำนวน)
สวนใหญ่	39,391	59
ตลาดขวัญ	55,377	83
ท่าทราย	73,825	111
บางเขน	42,826	64
บางกระสอ	55,555	83
รวม	266,974	400

2.2 ใช้วิธีการสุ่มแบบบังเอิญ(Convenience sampling) ผู้วิจัยใช้การเก็บตัวอย่างแบบบังเอิญ โดยเลือกประชากรในตำบลสวนใหญ่ 59 คน, ตำบลตลาดขวัญ 83 คน, ตำบลท่าทราย 111 คน ตำบลบางเขน 64 คน ตำบลบางกระสอ 83 คน รวม 400 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

2.2.1 มีสติสัมปชัญญะดี มีความสามารถในการสื่อสาร อ่านออกเขียนได้ หรือถามตอบได้ตรงคำถาม อายุ 15 ปีขึ้นไป

2.2.2 เป็นผู้เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือถ้าไม่เคยใช้ จะต้องรับรู้เกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข

2.2.3 อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ทำการวิจัยไม่น้อยกว่า 1 ปี

2.2.4 ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบด้วยคำถาม 5 ส่วน ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาของการวิจัยครั้งนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย

ตอนที่ 2.1 แบบสอบถามความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน

ตอนที่ 2.2 แบบสอบถามการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตอนที่ 2.3 แบบสอบถามทัศนคติของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย

ตอนที่ 3.1 แบบสอบถามคุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตอนที่ 3.2 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม เป็นแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทางชีวสังคม

เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และแบบเติมข้อความ (Open ended) จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยนำ ประกอบด้วย

ตอนที่ 2.1 แบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน

ข้อคำถามมีลักษณะเป็นข้อความที่มีความหมายเชิงบวก (Positive) และเชิงลบ (Negative) เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ ถูก – ผิด ร่วมกับแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยมีมาตรวัดความเชื่อมั่นในคำถาม 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย ซึ่งมีจำนวน 12 ข้อ โดยมีค่าของคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 36 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก คำตอบถูก

ดี	ให้คะแนน	3
ปานกลาง	ให้คะแนน	2
ไม่ดี	ให้คะแนน	1
ตัวเลือก คำตอบผิด	ให้คะแนน	0

สำหรับเกณฑ์ในการพิจารณาจัดระดับคะแนนความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน ผู้วิจัยได้ประยุกต์และใช้วิธีการวัดประเมินผลของ บลูม (Bloom, 1968) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ

ระดับดี	มีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม (ช่วงคะแนน ≥ 28.80 คะแนน)
ระดับปานกลาง	มีคะแนนอยู่ในระหว่างร้อยละ 60 -79 ของคะแนนเต็ม (ช่วงคะแนน 21.60 –28.79)
ระดับไม่ดี	มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม (ช่วงคะแนน < 21.60 คะแนน)

ตอนที่ 2.2 แบบสอบถามการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

แบบสอบถามการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้เลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกหรือตีความหมายจากการได้ยิน การได้เห็นเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ แบ่งคำตอบเป็น 6 ระดับ คือ ตั้งแต่ ไม่จริงเลย ไม่จริง ก่อนข้างไม่จริง ก่อนข้างจริง จริง จริงที่สุด ผู้ตอบต้องเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยคะแนนมีค่าต่อเนื่องตั้งแต่ 1-84 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก	ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ	การให้คะแนน
ตัวเลือก	ตัวเลือก	คะแนน
จริงที่สุด	ไม่จริงเลย	6
จริง	ไม่จริง	5
ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	4
ค่อนข้างไม่จริง	ค่อนข้างจริง	3
ไม่จริง	จริง	2
ไม่จริงเลย	จริงที่สุด	1

สำหรับเกณฑ์การพิจารณาในการจัดระดับการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินหาค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ (วิเชียร, 2538)

ระดับดี	คะแนนอยู่ระหว่าง 6.00 - 4.34 คะแนน
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่าง 4.33 - 2.67 คะแนน
ระดับไม่ดี	คะแนนอยู่ระหว่าง 2.66 - 1.00 คะแนน

การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ แบ่งคะแนนตามเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับดี	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 67.21 – 84.00 คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 50.40 – 67.20 คะแนน
ระดับไม่ดี	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 14.00 – 50.39 คะแนน

ตอนที่ 2.3 แบบสอบถามทัศนคติของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

แบบสอบถามทัศนคติของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นการวัดความคิดเห็นและความรู้สึกของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ แบ่งคำตอบเป็น 6 ระดับ คือ ตั้งแต่ ไม่จริงเลย ไม่จริง ค่อนข้างไม่จริง ค่อนข้างจริง จริง จริงที่สุด ผู้ตอบต้องเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยคะแนนมีค่าต่อเนื่องตั้งแต่ 1 - 78 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก	ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ	การให้คะแนน
ตัวเลือก	ตัวเลือก	คะแนน
จริงที่สุด	ไม่จริงเลย	6
จริง	ไม่จริง	5
ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	4
ค่อนข้างไม่จริง	ค่อนข้างจริง	3
ไม่จริง	จริง	2
ไม่จริงเลย	จริงที่สุด	1

สำหรับเกณฑ์การพิจารณาในการจัดระดับทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับการบริการ
การแพทย์ฉุกเฉิน คำนวณโดยการหาค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ (วิเชียร, 2538)

ระดับดี	คะแนนอยู่ระหว่าง 6.00 - 4.34 คะแนน
ระดับดีพอควร	คะแนนอยู่ระหว่าง 4.33 - 2.67 คะแนน
ระดับไม่ดี	คะแนนอยู่ระหว่าง 2.66 - 1.00 คะแนน

ทัศนคติของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวนข้อคำถาม 13 ข้อ แบ่งคะแนน
ตามเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับดี	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 62.41 – 78.00 คะแนน
ระดับดีพอควร	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 46.80 – 62.40 คะแนน
ระดับไม่ดี	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 14.00 – 46.80 คะแนน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านปัจจัยอื่น ประกอบด้วย

ตอนที่ 3.1 คุณภาพของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

แบบสอบถามคุณภาพของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แต่ละข้อคำถามมีการเลือกตอบ
เป็น 2 กรณี ได้แก่ กรณีไม่มีคำตอบ เพราะไม่เคยใช้บริการ กรณีมีคำตอบเพราะได้รับรู้หรือเคยได้รับ
การบริการและสามารถตอบได้ โดยมีลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)
ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ แบ่งคำตอบเป็น 6 ระดับ คือ ตั้งแต่ ไม่จริงเลย ไม่จริง
ค่อนข้างไม่จริง ค่อนข้างจริง จริง จริงที่สุด และหากไม่มีคำตอบจะให้คะแนน=1 ผู้ตอบต้อง
เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คะแนนมีค่าต่อเนื่องตั้งแต่ 0 – 90 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก	ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ	การให้คะแนน
ตัวเลือก	ตัวเลือก	คะแนน
จริงที่สุด	ไม่จริงเลย	6
จริง	ไม่จริง	5
ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	4
ค่อนข้างไม่จริง	ค่อนข้างจริง	3
ไม่จริง	จริง	2
ไม่จริงเลย	จริงที่สุด	1

สำหรับเกณฑ์การพิจารณาในการจัดระดับคุณภาพของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
หาโดยการหาค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ (วิเชียร, 2538)

ระดับสูง	คะแนนอยู่ระหว่าง 6.00 - 4.34 คะแนน
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่าง 4.33 - 2.67 คะแนน
ระดับต่ำ	คะแนนอยู่ระหว่าง 2.66 - 1.00 คะแนน

คุณภาพของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินข้อความจำนวน 15 ข้อ แบ่งคะแนนตาม
เกณฑ์เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 72.01 – 90.00 คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 54.00 – 72.00 คะแนน
ระดับต่ำ	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 14.00 – 53.99 คะแนน

ตอนที่ 3.2 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

แบบสอบถามการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความสามารถ
การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีลักษณะของข้อความเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating
Scale) ประกอบด้วยข้อความจำนวน 8 ข้อ แบ่งคำตอบเป็น 6 ระดับ คือ ตั้งแต่ ไม่จริงเลย ไม่จริง

ค่อนข้างไม่จริง ค่อนข้างจริง จริง จริงที่สุด ผู้ตอบต้องเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คะแนน โดยมี
ค่าต่อเนื่องตั้งแต่ 1– 48 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก	ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ	การให้คะแนน
ตัวเลือก	ตัวเลือก	คะแนน
จริงที่สุด	ไม่จริงเลย	6
จริง	ไม่จริง	5
ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	4
ค่อนข้างไม่จริง	ค่อนข้างจริง	3
ไม่จริง	จริง	2
ไม่จริงเลย	จริงที่สุด	1

สำหรับเกณฑ์การพิจารณาในการจัดระดับการเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของ
ประชาชน คำนวณโดยการหาค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ (วิเชียร, 2538)

ระดับมาก	คะแนนอยู่ระหว่าง 6.00 - 4.34 คะแนน
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่าง 4.33 - 2.67 คะแนน
ระดับน้อย	คะแนนอยู่ระหว่าง 2.66 - 1.00 คะแนน

การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนจำนวนข้อความ 8 ข้อ แบ่งคะแนน
ตามเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับมาก	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 38.41 – 48.00 คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 28.80 – 38.40 คะแนน
ระดับน้อย	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 14.00 – 28.79 คะแนน

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม

เป็นแบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ แบ่งคำตอบเป็น 6 ระดับ คือ ตั้งแต่ ไม่จริงเลย ไม่จริง ก่อนข้างไม่จริง ก่อนข้างจริง จริง จริงที่สุด ผู้ตอบต้องเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยคะแนนมีค่าต่อเนื่องตั้งแต่ 1 – 84 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก	ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ	การให้คะแนน
ตัวเลือก	ตัวเลือก	คะแนน
ได้รับมากที่สุด	ไม่ได้รับเลย	6
ได้รับมาก	ได้รับน้อย	5
ได้รับปานกลาง	ได้รับค่อนข้างน้อย	4
ได้รับค่อนข้างน้อย	ได้รับปานกลาง	3
ได้รับน้อย	ได้รับมาก	2
ไม่ได้รับเลย	ได้รับมากที่สุด	1

สำหรับเกณฑ์การพิจารณาในการจัดระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คำนวณโดยการหาค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ (วิเชียร, 2538)

ระดับมาก	คะแนนอยู่ระหว่าง 6.00 - 4.34 คะแนน
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่าง 4.33 - 2.67 คะแนน
ระดับน้อย	คะแนนอยู่ระหว่าง 2.66 - 1.00 คะแนน

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ แบ่งคะแนนตามเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับมาก	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 38.41 – 48.00 คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 28.80 – 38.40 คะแนน
ระดับน้อย	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 14.00 – 28.79 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน

แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุข ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ แบ่งคำตอบเป็น 6 ระดับ คือ ตั้งแต่ ไม่จริงเลย ไม่จริง ก่อนข้างไม่จริง ก่อนข้างจริง จริง จริงที่สุด ผู้ตอบต้องเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีคะแนนต่อเนื่องตั้งแต่ 1 – 66 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก	ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ	การให้คะแนน
ตัวเลือก	ตัวเลือก	คะแนน
จริงที่สุด	ไม่จริงเลย	6
จริง	ไม่จริง	5
ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	4
ค่อนข้างไม่จริง	ค่อนข้างจริง	3
ไม่จริง	จริง	2
ไม่จริงเลย	จริงที่สุด	1

สำหรับเกณฑ์การพิจารณาในการจัดระดับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน คำนวณโดยหาค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ (วิเชียร, 2538)

ระดับมาก	คะแนนอยู่ระหว่าง 6.00 - 4.34 คะแนน
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่าง 4.33 - 2.67 คะแนน
ระดับน้อย	คะแนนอยู่ระหว่าง 2.66 - 1.00 คะแนน

พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ แบ่งคะแนนตามเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับมาก	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 33.61 – 42.00 คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 25.20 – 33.60 คะแนน
ระดับน้อย	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 14.00 – 25.19 คะแนน

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์ค้นคว้าจากเอกสาร ตำราวิชาการที่เกี่ยวกับการสร้างแบบสอบถาม สำหรับการวิจัย
3. กำหนดนิยาม พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทักษะคติของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม
4. สร้างข้อคำถามตามกรอบแนวคิดของการนิยามตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามครอบคลุมตัวแปรทุกตัว
5. ปรีกษาอาจารย์ที่ปรีกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อสร้างแบบสอบถาม ความรู้การป่วยฉุกเฉิน การรับรู้การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทักษะคติต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คุณภาพการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้ครอบคลุมเนื้อหาตามที่กำหนด
6. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรีกษาตรวจ พร้อมทั้งขอคำแนะนำในการปรับปรุง
7. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการให้บริการสาธารณะ ที่มีความชำนาญในเนื้อหาส่วนนั้นๆ จำนวน 4 ท่านตรวจสอบ เลือกข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญ มีความเห็นสอดคล้องกันทั้ง 4 ท่าน พร้อมทั้งขอคำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้เหมาะสมกับการนำไปใช้
8. หลังการปรับปรุงแก้ไขแบบวัดตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ได้จัดแบบสอบถามเข้าฉบับ จัดพิมพ์ตรวจสอบความถูกต้องและความชัดเจนของการพิมพ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เมื่อผู้วิจัยสร้างเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว ได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับชุมชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนในเขตอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 ชุด แล้วนำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์ เพื่อหาค่าสถิติต่างๆตามลำดับ ดังนี้

วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยใช้วิธีการประมาณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (Polit and Hungler, 1999)

ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นรายด้านมีดังนี้

แบบวัด	ค่าความเชื่อมั่น
แบบสอบถามความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน	= 0.83
แบบสอบถามการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	= 0.85
แบบสอบถามทัศนคติของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	= 0.86
แบบสอบถามคุณภาพของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	= 0.97
แบบสอบถามการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	= 0.88
แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	= 0.93
แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน	= 0.77

3. นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงเครื่องมือขั้นสุดท้าย และเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบจนอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ก่อนนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยเก็บข้อมูลจำนวน 4 คน โดยชี้แจงผู้ช่วยวิจัยให้เข้าใจก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอบเขตของการวิจัย ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย รายละเอียดของแบบสอบถามและชี้แจงวิธีใช้แบบสอบถามเพื่อให้การเก็บข้อมูลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน จากนั้นมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือราชการจากภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เทศบาลนคร จังหวัดนนทบุรี
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยเก็บข้อมูลจากประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี
3. ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะแนะนำตัวเองนำแบบสอบถามไปชี้แจงและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบอิสระและเก็บแบบสอบถามคืนในวันเดียวกัน และมีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนก่อนออกจากพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ และตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด และนำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows 15 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ โรคประจำตัว ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการวิเคราะห์หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2. ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทักษะของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี วิเคราะห์โดยการหาจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษารายได้ต่อเดือน อาชีพ โรคประจำตัว ประสิทธิภาพการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี โดยวิเคราะห์หาค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-Squares) (ศิริชัย, 2549)

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทักษะของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

5. วิเคราะห์อำนาจการทำนายระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ได้แก่ ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทักษะของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แล้วนำเข้าสู่สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple regression analysis)

ผลการวิจัยและวิจารณ์

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของ กระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทักษะของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ คุณภาพการบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ประสบการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี และศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 400 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีเนื้อหาและโครงสร้างครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 ท่าน แบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคม ส่วนที่ 2 ตอนที่ 1 แบบสอบถามความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน

ส่วนที่ 2 ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนที่ 2 ตอนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนที่ 3 ตอนที่ 1 แบบสอบถามคุณภาพการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนที่ 3 ตอนที่ 2 แบบสอบถามการเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน และได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ ได้แก่ ค่าความยาก ค่าอำนาจจำแนก ค่าความเชื่อมั่น ผลการวิเคราะห์อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมีนาคม 2551 แล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS for Window 15

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบของการบรรยายประกอบตารางโดยแบ่งออกเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

1.1 ตัวแปรอิสระซึ่งเป็นข้อมูลทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ โรคประจำตัว ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการวิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทัศนคติของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมวิเคราะห์โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.3 ตัวแปรตาม ซึ่งเป็นพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินวิเคราะห์โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย

2.1 การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ

สมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ โรคประจำตัว สิทธิค่าการรักษา ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีโดยวิเคราะห์หาค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-Squares) (ศิริชัย, 2549)

2.2 การหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทักษะคิดของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

2.3 วิเคราะห์อำนาจการทำนายระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีโดยใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แล้วนำเข้าสู่สมการการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple regression analysis)

ตอนที่ 1 ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา

1.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ลักษณะทางชีวสังคม

ปัจจัยทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ โรคประจำตัว ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการวิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง เขตเทศบาล
นครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

(n = 400)

ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	211	52.75
หญิง	189	47.25
รวม	400	100.00
อายุ		
15 – 20 ปี	56	14.00
21 – 40 ปี	231	57.75
41 - 60 ปี	93	23.25
> 60 ปี	20	5.00
รวม	400	100.00
สถานภาพสมรส		
โสด	198	49.50
คู่	155	38.75
หม้าย	21	5.25
แยกกันอยู่	26	6.50
รวม	400	100.00
ระดับการศึกษา		
≤ประถมศึกษา	62	18.50
มัธยมศึกษา	109	27.25
อาชีวศึกษา	74	18.50
ปริญญาตรี	135	33.75
สูงกว่า ปริญญาตรี	20	5.00
รวม	400	100.00

ตารางที่ 1 (ต่อ)

(n = 400)

ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ลูกจ้าง	111	27.75
ค้าขาย	73	18.25
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	58	14.50
นักเรียน/นักศึกษา/นิสิต	83	20.75
อื่นๆ (เกษตรกร, รับจ้าง)		
ไม่มีอาชีพ	30	7.50
รวม	400	100.00
รายได้		
< 5,000 บาท	67	16.75
5,001 – 10,000 บาท	136	34.00
10,001 – 15,000 บาท	77	19.25
15,001 – 20,000 บาท	41	10.25
20,001 – 25,001 บาท	23	5.75
20,001 – 25,001 บาท	24	6.00
≥30,000 บาท	32	8.00
รวม	400	100.00
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	53	13.25
ความดันโลหิตสูง	49	12.25
หัวใจ	24	6.00
อื่นๆ(หอบหืด,ลมชัก)	24	6.00
ไม่มี	206	51.50
มีมากกว่า 1 โรค	44	11.00
รวม	400	100.00

ตารางที่ 1 (ต่อ)

(n = 400)		
ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน	ร้อยละ
เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน		
ไม่เคย	262	65.50
เคย	138	34.50
รวม	400	100.00
บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ใช้		
ขอคำปรึกษา	34	8.50
แจ้งเหตุขอรับการช่วยเหลือ	104	26.00
ไม่เคยใช้บริการ	262	65.50
รวม	400	100.00

จากตารางที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของประชาชนที่ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำแนกได้ดังนี้

1. เพศ พบว่า ประชาชน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 32.75 และเพศหญิง จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 47.25

2. อายุ พบว่า ประชาชน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21–40 ปี จำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 57.75 รองลงมามีอายุระหว่าง 41–60 ปี จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 23.25 และส่วนน้อยที่สุด มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 5.00

3. สถานภาพสมรส พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีสถานภาพ โสด จำนวน 198 คน คิดเป็นร้อยละ 49.50 รองลงมาสถานภาพสมรส จำนวน 155 คน คิดเป็นร้อยละ 38.75 และส่วนน้อยที่สุดเป็นหม้าย จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 5.50

4. ระดับการศึกษา พบว่า ประชาชน ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 33.75 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 27.25 และส่วนน้อยที่สุด สูงกว่าระดับปริญญาตรี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 5.25

5. อาชีพ พบว่า ประชาชน ส่วนใหญ่มีอาชีพปลูก้างจำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 28 รองลงมามีอาชีพนักเรียน/นักศึกษา/นิสิต จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 20.50 และส่วนน้อยที่สุดอาชีพอื่นๆ ได้แก่ เกษตรกร กรรมกร และรับจ้างทั่วไป จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 7.50

6. รายได้เฉลี่ย/เดือน พบว่า ประชาชน ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย/เดือนอยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 34 รองลงมามีรายได้เฉลี่ย/เดือนอยู่ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 19.25 และส่วนน้อยที่สุดมีรายได้เฉลี่ย/เดือนอยู่ระหว่าง 20,001 – 25,000 บาท จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 5.75

7. โรคประจำตัว พบว่า ประชาชน ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 206 คน คิดเป็นร้อยละ 51.50 รองลงมาโรคเบาหวานจำนวน 53 คนคิดเป็นร้อยละ 13.25 และส่วนน้อยที่สุดได้แก่โรคหัวใจ จำนวน 24 คน และโรคประจำตัวอื่นๆ ได้แก่ ลมชัก, หอบหืด จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 6.00

8. ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ประชาชน ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้แต่รับรู้การบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 262 คน คิดเป็นร้อยละ 65.50

9. ประเภทของบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ใช้ ประชาชน ที่ไม่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีจำนวน 262 คนคิดเป็นร้อยละ 65.50 และที่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 138 คน ซึ่งส่วนใหญ่ แจ้งเหตุขอรับการช่วยเหลือ จำนวน 104 คนคิดเป็นร้อยละ 21.00 รองลงมาขอคำปรึกษา จำนวน 34 คนคิดเป็นร้อยละ 8.50

ตอนที่ 2 ลักษณะของตัวแปรที่ทำการศึกษา

ลักษณะตัวแปรที่ศึกษา จำแนกเป็นตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ดังนี้

2.1 ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทักษะต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข

2.11 ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน หมายถึง หมายถึง สิ่งที่
 สะสมจากการเรียน ประสบการณ์ ทักษะที่สามารถจัดการกับการป่วยในภาวะที่ไม่คาดหมายว่าจะ
 เกิดขึ้น ซึ่งอาจทำให้ได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

เสนอผลการวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉินของกลุ่ม
 ตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

(n = 400)

ระดับความรู้ของประชาชน เกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี (≥ 28.80 คะแนน)	39	9.75
ระดับปานกลาง (21.60–28.79คะแนน)	216	54.00
ระดับไม่ดี (< 21.60 คะแนน)	145	36.25
รวม	400	100.00
$\bar{X} = 24.23$ S.D. = 6.12 Min = 4.00 Max = 36.00		

จากตารางที่ 2 พบว่า ประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีส่วนใหญ่ มี
 ความรู้ระดับปานกลางจำนวน 216 คน คิดเป็นร้อยละ 54 รองลงมา มีความรู้ระดับไม่ดี จำนวน 145 คน
 คิดเป็นร้อยละ 36.25 และมีความรู้อยู่ในระดับดี จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 9.75 ส่วนเบี่ยงเบน
 มาตรฐานเท่ากับ 6.12 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 36.00 และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 4.00

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของระดับความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉินของกลุ่ม
ตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีจำแนกตามรายชื่อ

(n = 400)

ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับ การป่วยฉุกเฉิน	ข้อที่ตอบถูก						ข้อที่ตอบผิด	
	มาก		ปานกลาง		น้อย		ผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ผู้ป่วยฉุกเฉินหมายถึงคนที่ ได้รับบาดเจ็บหรือคนที่มี อาการป่วยกะทันหัน จำเป็น ต้องได้รับการช่วยเหลือ อย่างทันทีทันใด	155	38.75	202	50.50	25	6.25	18	4.50
2. การปฐมพยาบาล เป็นการ ให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น	155	75.00	182	45.50	38	9.50	25	6.25
3. หัวใจหยุดเต้นหยุดหายใจ ช็อก ชัก ตลอดเวลา จัดว่า เป็นภาวะฉุกเฉิน	180	45.0	156	39.00	42	10.50	22	5.50
4. การอาละวาด พยายามทำร้าย ร่างกายผู้อื่นจัดอยู่ในผู้ป่วย จิตเวชฉุกเฉิน	104	26.00	163	41.80	55	13.75	78	19.50
5. ผู้ที่มีโรคประจำตัว เป็นเหตุ ให้เกิดอาการรุนแรงในผู้ป่วย ฉุกเฉินมากกว่าคนปกติ	145	36.50	183	45.75	39	9.75	33	8.25
6. ผู้เคยได้รับการผ่าตัดอวัยวะ สำคัญเสี่ยงต่อการป่วย ฉุกเฉินมากกว่าคนปกติ	109	27.25	190	47.50	64	16.00	37	9.25
7. ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีอาการ แสดงน้ำตาลในเลือดต่ำ ถ้าไม่ช่วยเหลืออาจหมดสติ	109	27.25	190	47.5	64	16.00	37	9.25

ตารางที่ 3 (ต่อ)

(n = 400)

ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับ การป่วยฉุกเฉิน	ข้อที่ตอบถูก						ข้อที่ตอบผิด	
	มาก		ปานกลาง		น้อย		ผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
8. ปวดท้องรุนแรง เจ็บแน่น หน้าอกหายใจลำบาก กรณี เช่นนี้ต้องรีบไปพบแพทย์	140	35.00	188	47.00	51	12.75	21	5.23
9. ผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ แสดงอาการมีนงง พวดย สับสนในภาวะฉุกเฉินให้ ถือว่าผู้นั้นได้รับบาดเจ็บ ที่สมอง	78	19.50	195	48.75	72	18.00	55	3.50
10. ปวดศีรษะมาก ชัก หรือ หมดสติเป็นอาการฉุกเฉิน จากเหตุหลอดเลือดสมอง ตีบ	118	29.50	181	45.25	72	18.00	29	7.25
11. เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เป็นอาการป่วยฉุกเฉิน จากหลอดเลือดไปเลี้ยง หัวใจตีบ	96	24.00	194	48.50	77	19.25	33	8.25
12. ภาวะหยุดหายใจกะทันหัน อาจเกิดได้ในผู้ป่วยที่มี อาการชักเกร็ง	109	27.25	199	49.75	53	13.25	39	9.75
รวม	125	31.25	186	46.50	53	13.25	36	9.00

จากตารางที่ 3 พบว่า ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน ในเขตเทศบาลนคร
นนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ส่วนใหญ่ตอบถูกต้องระดับปานกลางจำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 46.5
และตอบผิดจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 9

1.2.2 การรับรู้ของประชาชน เกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ ความเข้าใจและสามารถตีความหมาย จากการได้ยิน การได้เห็นความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

เสนอผลการวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงไว้ในตารางที่ 4-5

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
กลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

(n = 400)

ระดับการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับ การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	(67.21 – 84.00 คะแนน)	302	75.50
ระดับปานกลาง	(50.40 – 67.20 คะแนน)	98	24.50
ระดับไม่ดี	(14.00 – 50.39 คะแนน)	0	0.00
รวม		400	100.00

$\bar{X} = 57.54$ S.D. = 7.00 Min = 35.00 Max = 72.00

จากตารางที่ 4 พบว่า ประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีส่วนใหญ่ มีการรับรู้เกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับดี จำนวน 302 คนคิดเป็นร้อยละ 75.50 รองลงมา มีการรับรู้ระดับปานกลาง จำนวน 98 คน และไม่มีผู้ที่มีการรับรู้อยู่ในระดับไม่ดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 57.54 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.00 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 72.00 คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 35.00

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรีจังหวัดนนทบุรีจำแนกตามรายชื่อ

(n = 400)

ลำดับ	ข้อความคำถามการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับ การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.	ข้อมูลในการแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินที่คืนนั้นเบื้องต้น ผู้แจ้งเหตุ ต้องอยู่ในสถานที่เกิดเหตุ	4.79	0.94	ดี
2.	การแจ้งเหตุที่ถูกต้องประกอบด้วยเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นจริง อาการผู้ป่วยฉุกเฉินที่พบ สถานที่เกิดเหตุที่ชัดเจน	4.88	0.89	ดี
3.	การแจ้งเหตุที่เหมาะสมเมื่อพบผู้ป่วยฉุกเฉิน จะทำให้ กระบวนการช่วยเหลือมาถึงได้อย่างรวดเร็ว และถูกต้อง	4.90	0.88	ดี
4.	การจัดส่งความช่วยเหลือจะขึ้นอยู่กับระดับอาการที่ รุนแรงและเหตุการณ์ที่เป็นการคุกคามต่อชีวิต	4.56	1.02	ดี
5.	การลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่ถูกต้อง จะทำอันตรายซ้ำเติมให้แก่ผู้ป่วย	4.94	0.88	ดี
6.	การนำผู้ป่วยฉุกเฉินส่งโรงพยาบาลที่ขีดความสามารถ ไม่พอจะทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วยได้อย่างมาก	4.73	1.02	ดี
7.	หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเท่าที่ จำเป็นและรีบนำส่งโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยได้รับความ ปลอดภัย	4.88	0.89	ดี
8.	การรับแจ้งเหตุและจัดส่งหน่วยช่วยเหลือที่เหมาะสม เป็นบริการหลักของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	4.82	0.95	ดี
9.	การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ลดความทุกข์ทรมาน ความพิการ และการสูญเสียชีวิตของประชาชน	4.81	0.94	ดี
10.	การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เริ่มตั้งแต่รับแจ้งเหตุ ผู้ป่วยฉุกเฉินจนถึงการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล	4.76	0.94	ดี
11.	การให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นส่วนหนึ่ง ของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	4.76	0.89	ดี
12.	การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นบริการเชิงรุกที่เน้น การช่วยชีวิตประชาชนในสถานที่เกิดเหตุเป็นสำคัญ	4.71	0.84	ดี

จากตารางที่ 5 เมื่อจำแนกการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยที่สูงที่สุด ($\bar{X} = 4.94$, S.D.= 0.88) ได้แก่ การที่ประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เห็นว่า การลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่ถูกต้องจะทำอันตรายซ้ำเติมให้แก่ผู้ป่วย และพบว่า การที่ประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เห็นว่า การจัดส่งความช่วยเหลือจะขึ้นอยู่กับระดับอาการที่รุนแรงและเหตุการณ์ที่เป็นการคุกคามต่อชีวิต เป็นข้อ ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำที่สุด ($\bar{X} = 4.56$, S.D.= 1.02) ในข้อคำถามชุดนี้

1.2.3 ทักษะคติของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินพฤติกรรมหรือความรู้สึกทางด้านจิตใจที่มีต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งเป็นความรู้สึกที่ยอมรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

เสนอผลการวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงไว้ในตารางที่ 6-7

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
กลุ่มตัวอย่าง กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี
จังหวัดนนทบุรี

(n = 400)			
ระดับทัศนคติ		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	(62.41 – 78.00 คะแนน)	282	70.50
ระดับปานกลาง	(46.80 – 62.40 คะแนน)	118	29.50
ระดับไม่ดี	(14.00 – 46.80 คะแนน)	0	0.00
รวม		400	100.00
$\bar{X} = 60.80$ S.D. = 7.50 Min = 39.00 Max = 78.00			

จากตารางที่ 6 พบว่า ประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีส่วนใหญ่ มีทัศนคติต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในระดับดีจำนวน 282 คน คิดเป็นร้อยละ 70.50 รองลงมา มีทัศนคติระดับปานกลางจำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 29.50 และไม่มีผู้ที่มีทัศนคติอยู่ในระดับไม่ดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 60.80 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.50 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 78.00 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 39.00

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทศนคติของประชาชนต่อการบริการการแพทย์
ฉุกเฉินกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนคร
นนทบุรีจังหวัดนนทบุรีจำแนกตามรายชื่อ

(n = 400)				
ลำดับ	ทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับการบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.	การบริการการแพทย์ฉุกเฉินทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้รับความช่วยเหลืออย่างปลอดภัยดียิ่งขึ้น	4.88	0.90	ดี
2.	ท่านมั่นใจว่าเมื่อเกิดการป่วยฉุกเฉินชีวิตของท่านจะ ปลอดภัยเมื่อได้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	4.66	0.93	ดี
3.	หากพบผู้ป่วยฉุกเฉินท่านไม่ลังเลที่จะขอความช่วยเหลือ จากการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	4.66	0.91	ดี
4.	ท่านเชื่อถือและศรัทธาในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากเป็นระบบที่ไม่มีผลประโยชน์แอบแฝง	4.65	0.92	ดี
5.	เมื่อเกิดการป่วยฉุกเฉิน ท่านจะเลือกใช้บริการการแพทย์ ฉุกเฉิน มากกว่าการบริการของเอกชน	4.50	1.01	ดี
6.	การได้รับความช่วยเหลือจากบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีผลให้การตายและความพิการของประชาชนลดลง	4.63	1.03	ดี
7.	บุคลากรทุกระดับในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมี ความรู้ความสามารถที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้	4.73	0.91	ดี
8.	การบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการบริการที่เสมอภาค ไม่เลือกว่าเป็นคนรวยหรือคนจน	4.77	0.96	ดี
9.	การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความรวดเร็ว ทันใจ	4.58	0.98	ดี
10.	ท่านยินดีแนะนำผู้อื่นให้รู้จักการให้บริการการแพทย์ ฉุกเฉินเมื่อเกิดภาวะป่วยฉุกเฉิน	4.70	0.94	ดี
11.	ท่านมีความพอใจที่ กระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนการ บริการการแพทย์ฉุกเฉินให้เป็นบริการนอกโรงพยาบาล	4.76	0.92	ดี
12.	ท่านมีความพอใจที่กระทรวงสาธารณสุขจัดการบริการ การแพทย์ฉุกเฉินให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย	4.85	0.97	ดี
13.	หากเกิดภาวะป่วยฉุกเฉิน ท่านจะขอใช้บริการการแพทย์ ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น	4.45	0.97	ดี

จากตารางที่ 7 เมื่อจำแนกทัศนคติของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยที่สูงที่สุด ($\bar{X} = 4.88$, S.D.= 0.90) ได้แก่ การที่ประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เห็นว่า การบริการการแพทย์ฉุกเฉินทำให้ผู้ได้รับการช่วยเหลือมีความปลอดภัยในชีวิตและพบว่า การที่ประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เห็นว่า หากเกิดภาวะป่วยฉุกเฉิน ท่านจะขอใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น เป็นข้อ ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำที่สุด ($\bar{X} = 4.45$, S.D. = 0.97) ในชุด ข้อคำถามชุดนี้

1.2.4 คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ผลการวิเคราะห์คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังกล่าวแสดงไว้ในตารางที่ 8-9

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของระดับคุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

(n = 400)			
ระดับคุณภาพ		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	(72.01 – 90.00 คะแนน)	174	43.50
ระดับปานกลาง	(72.01 – 90.00 คะแนน)	224	56.00
ระดับไม่ดี	(14.00 – 53.99 คะแนน)	2	0.50
รวม		400	100.00
$\bar{X} = 61.60$ S.D. =13.08 Min = 32.00 Max =90.00			

จากตารางที่ 8 พบว่า ประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นด้านคุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในระดับปานกลางจำนวน 224 คน คิดเป็นร้อยละ 56.00 รองลงมา มีคุณภาพระดับดีจำนวน 174 คน คิดเป็นร้อยละ 43.50 และคุณภาพในระดับไม่ดีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.50 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 61.60 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.08 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 90.00 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 32.00

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขต
เทศบาลนครนนทบุรีจังหวัดนนทบุรีจำแนกตามรายชื่อ

(n = 400)

ลำดับ	คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.	การแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน ต้องมีการซักถามที่สั้น ชัดเจน ไม่เสียเวลา	4.14	1.05	ปานกลาง
2.	เจ้าหน้าที่รับแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินมีความกระตือรือร้น และใส่ใจในการที่จะให้ความช่วยเหลืออย่างดีทุกครั้ง	4.11	1.04	ปานกลาง
3.	หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ในสถานที่เกิดเหตุ ได้อย่างรวดเร็วทันใจท่าน	4.07	0.99	ปานกลาง
4.	ท่านได้รับความสะดวกในการติดต่อศูนย์รับแจ้งเหตุ ผู้ป่วยฉุกเฉิน 1669เพื่อขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	4.14	1.07	ปานกลาง
5.	คำปรึกษาของเจ้าหน้าที่รับแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินทำให้ ท่านสามารถนำไปปฏิบัติและช่วยเหลือเบื้องต้นได้จริง	4.13	1.03	ปานกลาง
6.	เจ้าหน้าที่ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินปฏิบัติงาน ได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง	4.11	1.07	ปานกลาง
7.	เจ้าหน้าที่กระตือรือร้น และใส่ใจเต็มที่ตลอดการ ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในที่เกิดเหตุ	4.17	1.06	ปานกลาง
8.	เจ้าหน้าที่ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความ สุภาพ มีกิริยาที่ดีและมุ่งมั่นในการให้บริการ	4.08	1.06	ปานกลาง
9.	เครื่องมืออุปกรณ์ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน มีความทันสมัย	4.08	1.08	ปานกลาง
10.	บุคลากรสามารถใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างชำนาญ	4.13	0.99	ปานกลาง
11.	เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นผู้มีความรู้ มีความสามารถ และเป็นที่ยอมรับของท่าน	4.07	1.08	ปานกลาง
12.	ท่านพอใจการติดต่อกลับของเจ้าหน้าที่รับแจ้งเหตุ ผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อยืนยันการจัดส่งความช่วยเหลือ ไปให้ท่าน	4.03	1.09	ปานกลาง

ตารางที่ 9 (ต่อ)

(n = 400)				
ลำดับ	คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
13.	ท่านได้รับข้อมูลในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ชัดเจนและตรงกับความต้องการของท่าน	4.12	1.07	ปานกลาง
14.	ท่านเห็นว่าการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันเป็นไปอย่างครอบคลุม ทัวถึง	4.11	1.06	ปานกลาง
15.	การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี ต้องเริ่มตั้งแต่การแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินจนถึงการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล	4.13	1.12	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 เมื่อจำแนกคุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยที่สูงที่สุด ($\bar{X} = 4.17$, S.D.= 1.06) ได้แก่ การที่ประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เห็นว่า บุคลากรกระตือรือร้น และใส่ใจตลอดการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในที่เกิดเหตุอยู่เสมอ และพบว่าการที่ประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เห็นว่า “ท่านพอใจการติดต่อกลับของเจ้าหน้าที่เพื่อยืนยันการจัดส่งความช่วยเหลือ” เป็นข้อ ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำที่สุด ($\bar{X} = 4.03$, S.D. = 1.09) ในข้อคำถามชุดนี้

1.2.5 การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ผลการวิเคราะห์การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังกล่าวแสดงไว้ในตารางที่ 10-11 ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละของระดับการเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

(n = 400)			
ระดับการเข้าถึงการบริการ			
	การแพทย์ฉุกเฉิน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	(38.41 – 48.00 คะแนน)	263	65.75
ระดับปานกลาง	(28.80 – 38.40 คะแนน)	135	33.75
ระดับน้อย	(14.00 – 28.79 คะแนน)	2	0.50
รวม		400	100.00
$\bar{X} = 36.68$ S.D. =5.76 Min =16.00 Max =48.00			

จากตารางที่ 10 พบว่า ประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีส่วนใหญ่มีความสามารถในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในระดับมากจำนวน 263 คน คิดเป็นร้อยละ 65.75 รองลงมา มีความสามารถในการเข้าถึงระดับปานกลางจำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 33.75 และจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5 ที่มีความสามารถในการเข้าถึงในระดับน้อยโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.68 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.76 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 48.00 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 16.00

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสามารถในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามรายชื่อ

(n = 400)

ลำดับ	การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.	หมายเลขโทรศัพท์ 1669 เป็นเบอร์ที่รับแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินโดยตรงในการขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	4.65	0.97	มาก
	ท่านสามารถขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง	4.65	0.92	มาก
	ท่านสามารถขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 ทุกจังหวัดทั่วประเทศ	4.63	0.95	มาก
4	ประชาชนสามารถรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน	4.65	1.03	มาก
5	การที่มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินตั้งอยู่ใกล้บ้านทำให้ท่านได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น	4.62	0.95	มาก
6	ท่านเชื่อว่าการได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วเป็นเพราะการเดินทางไปยังสถานที่เกิดเหตุได้สะดวก	4.59	0.89	มาก
7	การแจ้งเหตุฉุกเฉินอาจใช้หมายเลข 191 หรือ จส.100 หรือร่วมด้วยช่วยกัน อีกทางหนึ่ง	4.44	1.03	มาก
8	การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นการบริการประชาชนที่ไม่คิดค่าใช้จ่าย	4.46	1.03	มาก

ตารางที่ 11 เมื่อจำแนกการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยพิจารณาเป็นรายชื่อ ค่าคะแนนเฉลี่ยที่สูงที่สุด มีเท่ากับ 3 ข้อ ได้แก่ การที่ประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีเห็นว่า หมายเลขโทรศัพท์ 1669 เป็นเบอร์ที่รับแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินโดยตรงในการขอรับบริการ

การแพทย์ฉุกเฉิน ($\bar{X} = 4.65$, S.D. = 0.97) สามารถขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 ตลอด 24 ชั่วโมง ($\bar{X} = 4.65$, S.D. = 0.92) ประชาชนได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างเสมอภาค เท่าเทียมกัน ($\bar{X} = 4.65$, S.D. = 1.03) และพบว่าคนที่ประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เห็นว่า การแจ้งเหตุฉุกเฉินอาจใช้หมายเลข 191 หรือ จส.100 หรือร่วมด้วยช่วยกัน อีกทางหนึ่งเป็นข้อ ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำที่สุด ($\bar{X} = 4.44$, S.D.= 1.03) ในข้อคำถามชุดนี้

1.2.6 ปัจจัยเสริม ได้แก่แรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงไว้ในตารางที่ 12-13

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง
ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

(n = 400)			
ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	(67.21 – 84.00 คะแนน)	131	32.75
ระดับปานกลาง	(50.40 – 67.20 คะแนน)	216	54.00
ระดับน้อย	(14.00 – 50.39 คะแนน)	53	13.25
รวม		400	100.00
$\bar{X} = 53.61$ S.D. =13.78 Min =14.00 Max =84.00			

จากตารางที่ 12 พบว่า ประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีส่วนใหญ่ มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในระดับปานกลางจำนวน 216 คนคิดเป็นร้อยละ 54 รองลงมา มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมากจำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 32.75 และร้อยละ 13.25 ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 53.61 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.78 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 84.00 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 14.00

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรีจังหวัดนนทบุรี จำแนกตามรายชื่อ

(n = 400)				
ลำดับ	การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.	ท่านได้รับการอบรมการแจ้งเหตุฉุกเฉินและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น	3.70	1.45	ปานกลาง
2.	ท่านได้รับการสนับสนุนให้เป็นอาสาสมัครหรือผู้แจ้งข่าวด้านสาธารณสุข	3.48	1.38	ปานกลาง
3.	ท่านมีคนใกล้ชิดที่สามารถช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกหากท่านเกิดการป่วยฉุกเฉิน	3.94	1.38	ปานกลาง
4.	ท่านเคยเข้าร่วมซ้อมแผนสาธารณสุขภัยหรือภาวะฉุกเฉินต่างๆในชุมชนหรือสถานที่ทำงาน	3.80	11.51	ปานกลาง
5.	ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากคำแนะนำของพ่อแม่ พี่น้อง ญาติและเพื่อน	3.69	1.39	ปานกลาง
6.	ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.75	1.38	ปานกลาง
7.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากหนังสือ หนังสือพิมพ์ วารสาร	3.64	1.39	ปานกลาง
8.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากการประชุม อบรมทางวิชาการ	3.6	1.44	ปานกลาง
9.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากสื่อโทรทัศน์ วิทยุ	3.8	1.41	ปานกลาง
10.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากแผ่นหรือป้ายประชาสัมพันธ์	3.86	1.33	ปานกลาง
11.	ท่านได้รับการตอบสนองจากการให้บริการการแพทย์ตรงกับความต้องการของท่าน	4.05	1.19	ปานกลาง
12.	ท่านแน่ใจว่า จะได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นหากเกิดป่วยฉุกเฉิน จากพี่ น้อง เพื่อน หรือผู้อยู่ใกล้ชิดได้	4.03	1.24	ปานกลาง

ตารางที่ 13 (ต่อ)

(n = 400)				
ลำดับ	การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
13.	ท่านจะช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นที่พบเมื่อเกิดการป่วยฉุกเฉินได้ก่อนเบื้องต้น	4.02	1.24	ปานกลาง
14.	ข้อมูลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ท่านได้รับมี ความชัดเจนและสอดคล้องกับความต้องการของท่าน	4.26	1.24	ปานกลาง

ตารางที่ 13 เมื่อจำแนกการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยพิจารณาเป็นรายข้อ ค่าคะแนนเฉลี่ยที่สูงที่สุด ($\bar{X} = 4.26$, S.D. = 1.24) ได้แก่ การที่ประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เห็นว่า ข้อมูลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ท่านได้รับมี ความชัดเจนและสอดคล้องกับความต้องการของท่านและพบว่าการที่ประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เห็นว่า ได้รับการสนับสนุนให้เป็นอาสาสมัครหรือผู้แจ้งข่าวด้านสาธารณสุข เป็นข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำที่สุด ($\bar{X} = 3.48$, S.D. = 1.38)

1.2.7 ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน

ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงไว้ในตารางที่ 14-15

ตารางที่ 14 พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

(n = 400)			
พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	(33.61 – 42.00 คะแนน)	18	4.50
ระดับปานกลาง	(25.20 – 33.60 คะแนน)	348	37.00
ระดับน้อย	(14.00 – 25.19 คะแนน)	34	8.50
รวม		400	100.00
$\bar{X} = 22.10$	S.D. = 5.89	Min = 7.00	Max = 42.00

จากตารางที่ 14 พบว่า ประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ทั้เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือไม่เคยใช้แต่รับรู้การบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ คาดการณ์ว่าจะมีพฤติกรรมการใช้บริการการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในระดับปานกลางจำนวน 348 คน คิดเป็นร้อยละ 37 รองลงมา มีพฤติกรรมการใช้บริการระดับน้อยจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 8.5 และจำนวน 18 คนคิดเป็นร้อยละ 4.50 ที่มีพฤติกรรมการใช้บริการในระดับมาก

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามรายชื่อ

(n = 400)

ลำดับ	พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
1.	เมื่อเกิดการป่วยฉุกเฉินขึ้น ท่านหรือผู้ใกล้ชิดจะติดต่อ รถพยาบาลของเอกชน มูลนิธิ หรืออาสาสมัครกู้ภัย	3.24	1.29	ปานกลาง
2.	เมื่อเกิดการป่วยฉุกเฉินขึ้น ท่านจะติดต่อขอใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินผ่านโทรศัพท์หมายเลข 1669	3.36	1.30	ปานกลาง
3.	เมื่อเกิดการป่วยฉุกเฉินขึ้น ท่านหรือผู้ใกล้ชิดจะ ไปโรงพยาบาลพยาบาลกันเอง	2.91	1.24	ปานกลาง
4.	เมื่อเกิดภาวะป่วยฉุกเฉิน ท่านจะดูแลช่วยเหลือตนเอง ก่อนเรียกผู้อื่นช่วย	2.83	1.27	ปานกลาง
5.	เมื่อเกิดการป่วยฉุกเฉิน ท่านจะขอใช้บริการการแพทย์ ฉุกเฉินโดยรอการจัดส่งความช่วยเหลือไปให้ทุกครั้ง	3.24	1.31	ปานกลาง
6.	หากต้องการคำปรึกษาในการดูแลอาการป่วยฉุกเฉิน เบื้องต้น ท่านจะติดต่อโทรศัพท์ สายด่วนหมายเลข 1669	3.03	1.33	ปานกลาง
7.	เมื่อเกิดภาวะป่วยฉุกเฉิน ท่านจะติดต่อขอความ ช่วยเหลือจากหน่วยงานหลายๆแห่งเพื่อความแน่ใจว่า จะได้รับการช่วยเหลืออย่างแน่นอน	3.39	1.34	ปานกลาง

ตารางที่ 15 เมื่อจำแนกพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยพิจารณาเป็นรายชื่อค่าคะแนนเฉลี่ยที่สูงที่สุด ($\bar{X} = 3.39$, S.D. = 1.34) ได้แก่ การที่ประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เห็นว่า ต้องการคำปรึกษาในการดูแลอาการป่วยฉุกเฉินในเบื้องต้น โดยจะติดต่อผ่านโทรศัพท์หมายเลข 1669 ก่อนและพบว่าการที่ประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี

จังหวัดนนทบุรี เห็นว่าเมื่อเกิดภาวะป่วยฉุกเฉิน จะดูแลช่วยเหลือตนเองก่อนเรียกรถพยาบาลหรือให้ผู้อื่นช่วยเหลือ เป็นข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำที่สุด ($\bar{X} = 2.83$, S.D. = 1.27)

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย

2.1 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1 หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว สิทธิการรักษา การเคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ด้วยสถิติที่ใช้ทดสอบของไคสแควร์ (Chi - square)

เสนอผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 16-25

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

(n = 400)

ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน				χ^2	P-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม		
เพศ					0.99	0.61
ชาย	จำนวน	63	130	18	211	
	ร้อยละ	15.75	32.50	4.50	52.75	
หญิง	จำนวน	48	124	17	189	
	ร้อยละ	12.00	31.00	4.25	47.25	
รวม	จำนวน	111	254	35	400	
	ร้อยละ	27.75	63.50	8.75	100.00	

*p < .05 ** p < .01 ***p < .001

จากตารางที่ 16 พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (χ^2 (df = 2, n=400) = 0.99)

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง
ในเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

(n = 400)

ปัจจัยทางชีวสังคม		ระดับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน				χ^2	P-value
		น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม		
อายุ						11.13	0.09
15 – 20 ปี	จำนวน	23	28	5	56		
	ร้อยละ	5.75	7.00	1.25	14.00		
21 – 40 ปี	จำนวน	61	146	24	231		
	ร้อยละ	15.25	36.50	6.00	57.75		
41 – 60 ปี	จำนวน	20	67	6	93		
	ร้อยละ	5.00	16.75	1.50	23.25		
> 60 ปี	จำนวน	7	13	0	20		
	ร้อยละ	1.75	3.25	0.00	5.00		
รวม	จำนวน	111	254	35	400		
	ร้อยละ	27.75	63.50	8.75	100.00		

*p < .05 ** p < .01 ***p < .001

จากตารางที่ 17 พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี
จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (χ^2 (df = 6, n=400) = 11.13)

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

(n = 400)

ปัจจัยทางชีวสังคม		ระดับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน				χ^2	P-value
		น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม		
สถานภาพสมรส						7.79	0.25
โสด	จำนวน	64	116	18	198		
	ร้อยละ	16.00	29.00	4.50	49.50		
คู่	จำนวน	37	104	14	155		
	ร้อยละ	9.25	26.00	3.50	38.75		
หม้าย	จำนวน	7	13	1	21		
	ร้อยละ	1.75	3.25	0.25	5.25		
แยกกันอยู่	จำนวน	3	21	2	26		
	ร้อยละ	0.75	5.25	0.50	6.50		
รวม	จำนวน	111	254	35	400		
	ร้อยละ	27.75	63.50	8.75	100		

*p < .05 ** p < .01 ***p < .001

จากตารางที่ 18 พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์
ของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี
จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (χ^2 (df = 6, n=400) = 7.79)

ตารางที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

(n = 400)

ปัจจัยทางชีวสังคม		ระดับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน				χ^2	P-value
		น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม		
ระดับการศึกษา						24.99**	0.002
$\leq$ ประถมศึกษา	จำนวน	8	47	7	62		
	ร้อยละ	2.00	11.75	1.75	15.50		
มัธยมศึกษา	จำนวน	23	76	10	109		
	ร้อยละ	5.75	19.00	2.50	27.50		
อาชีวศึกษา	จำนวน	33	35	6	74		
	ร้อยละ	8.25	8.75	1.50	18.50		
ปริญญาตรี	จำนวน	37	87	11	135		
	ร้อยละ	9.25	21.75	2.75	33.75		
สูงกว่าปริญญาตรี	จำนวน	10	9	1	20		
	ร้อยละ	2.50	2.25	0.25	5.00		
รวม	จำนวน	111	254	35	400		

*p < .05 ** p < .01 ***p < .001

จากตารางที่ 19 พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (χ^2 (df=8, n= 400) = 24.99)

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง
ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

(n = 400)

ปัจจัยทางชีวสังคม		ระดับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน				χ^2	P-value
		น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม		
อาชีพ						23.39	0.009
ลูกจ้าง	จำนวน	22	71	18	111		
	ร้อยละ	5.50	17.75	4.50	27.75		
ค้าขาย	จำนวน	15	54	4	73		
	ร้อยละ	3.75	13.50	1.00	18.25		
ข้าราชการ พนักงาน ของรัฐ	จำนวน	17	37	4	58		
	ร้อยละ	4.25	9.25	1.00	14.50		
นักเรียน/นิสิต	จำนวน	33	44	6	83		
	ร้อยละ	8.25	11.00	1.50	20.75		
อื่นๆ	จำนวน	12	17	1	30		
	ร้อยละ	3.00	4.25	0.25	7.50		
ไม่มีอาชีพ	จำนวน	13	30	2	45		
	ร้อยละ	3.25	7.75	0.50	11.25		
รวม	จำนวน	111	254	35	400		
	ร้อยละ	27.75	63.50	8.75	100		

p < .05 ** p < .01 ***p < .001

จากตารางที่ 20 พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี
จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (χ^2 (df = 10, n=400) = 23.39)

ตารางที่ 21 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน
ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี
จังหวัดนนทบุรี

						(n = 400)	
ปัจจัยทางชีวสังคม		ระดับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน				χ^2	P-value
		น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม		
รายได้ต่อเดือน (บาท)						19.583	0.075
ต่ำกว่า 5,000	จำนวน	23	36	8	67		
	ร้อยละ	5.75	9.00	2.00	16.75		
5,001 - 10,000	จำนวน	30	93	13	136		
	ร้อยละ	7.50	23.25	3.25	34.00		
10,000 - 15,000	จำนวน	16	52	8	77		
	ร้อยละ	4.00	13.00	2.00	19.25		
15,001 - 20,000	จำนวน	10	29	2	41		
	ร้อยละ	2.50	6.75	0.50	10.25		
20,001 - 25,000	จำนวน	13	8	2	23		
	ร้อยละ	3.25	2.00	0.50	5.75		
25,001 - 30,000	จำนวน	8	15	1	24		
	ร้อยละ	2.00	3.75	0.25	6.00		
สูงกว่า 30,000	จำนวน	10	21	1	32		
	ร้อยละ	2.20	5.25	0.25	8.00		
รวม	จำนวน	111	254	35	400		
	ร้อยละ	27.75	63.50	8.75	100		

*p < .05 ** p < .01 ***p < .001

จากตารางที่ 21 พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (χ^2 (df = 12, n=400) =19.66)

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างการมีโรคประจำตัวกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ของกลุ่มตัวอย่าง ใน เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

(n = 400)

ปัจจัยทางชีวสังคม		ระดับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน				χ^2	P-value
		น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม		
โรคประจำตัว						22.088*	0.015
เบาหวาน	จำนวน	12	35	6	53		
	ร้อยละ	3.00	8.75	1.50	13.25		
ความดันโลหิตสูง	จำนวน	24	22	3	49		
	ร้อยละ	6.00	5.50	0.75	12.25		
โรคหัวใจ	จำนวน	6	17	1	24		
	ร้อยละ	1.50	4.25	0.25	6.00		
อื่นๆ	จำนวน	7	17	0	24		
	ร้อยละ	2.00	4.25	0.00	6.00		
ไม่มี	จำนวน	55	134	17	206		
	ร้อยละ	13.75	33.50	4.25	51.50		
มีมากกว่า 1 โรค	จำนวน	7	29	8	44		
	ร้อยละ	1.75	6.75	2.00	11.00		
รวม	จำนวน	111	254	35	400		
	ร้อยละ	27.75	63.50	8.75	100.00		

*p < .05 ** p < .01 ***p < .001

จากตารางที่ 22 พบว่าโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (χ^2 (df = 10, n= 400) = 22.09)

ตารางที่ 23 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ใน เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัด นนทบุรี

						(n = 400)	
ปัจจัยทางชีวสังคม		ระดับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน				χ^2	P-value
		น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม		
ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน						7.306*	0.026
เคย	จำนวน	29	100	9	138		
	ร้อยละ	7.25	25.00	2.25	34.50		
ไม่เคย	จำนวน	82	154	26	262		
	ร้อยละ	20.50	38.50	6.50	65.50		
รวม	จำนวน	111	254	35	400		
	ร้อยละ	27.75	63.50	8.75	100		

*p < .05 ** p < .01 ***p < .001

จากตารางที่ 23 พบว่า ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (χ^2 (df = 2, N = 400) = 7.31)

ตารางที่ 24 ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของการที่เคยได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินกับพฤติกรรม
การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ใน เขตเทศบาลนครนนทบุรี
จังหวัดนนทบุรี

(n = 400)

ปัจจัยทางชีวสังคม		ระดับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน				χ^2	P-value
		น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม		
ประเภทของการบริการ						8.771	0.067
การแพทย์ฉุกเฉิน							
ปรึกษาการป่วย	จำนวน	9	25	0	34		
	ร้อยละ	2.25	6.25	0	8.50		
แจ้งเหตุผู้ป่วย	จำนวน	21	74	9	104		
	ร้อยละ	5.25	18.50	2.25	26.00		
ไม่เคยใช้บริการ	จำนวน	81	155	26	262		
	ร้อยละ	20.50	38.50	6.50	65.50		
รวม	จำนวน	111	254	35	400		
	ร้อยละ	27.75	63.50	8.75	100		

*p < .05 ** p < .01 ***p < .001

จากตารางที่ 24 พบว่า ประเภทของการที่เคยได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (χ^2 (df = 4, n = 400) = 8.77)

2.2 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน การรับรู้เกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทักษะคิดต่อการได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ซึ่งมีมาตรวัด

แบบช่วงมาตร (Internal scale) ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson 's Product Moment Correlation Coefficient) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงไว้ในตารางที่ 25

ตารางที่ 25 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้ากับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ใน เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

(n = 400)

ปัจจัยนำเข้าที่ศึกษา	พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	P-value
ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับ		
การป่วยฉุกเฉิน	0.061	0.225
การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับ		
การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	- 0.147**	0.003
ทัศนคติของประชาชนต่อการ		
บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	-0.196***	0.000

** p < .01 ***p < .001

จากตารางที่ 25 เป็นผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้ากับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี พบว่า

1. ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉินไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี
2. การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r = - 0.147$) กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. ทศนคติของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r = -0.196$) กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2.3 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ซึ่งมีมาตรวัดแบบช่วงมาตร (Internal scale) ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงไว้ในตารางที่ 26

ตารางที่ 26 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรีจังหวัดนนทบุรี

(n = 400)		
ปัจจัยนำที่ศึกษา	พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	P-value
คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	-0.207***	0.000
การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	-0.265***	0.000

***p < .001

จากตารางที่ 26 ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี พบว่า

คุณภาพการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับค่อนข้างต่ำ ($r = -0.207$) กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับก่อนข้างต่ำ ($r = -0.265$) กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2.4 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ซึ่งมีมาตราวัดแบบช่วงมาตร (Interval scale) ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงไว้ในตารางที่ 27

ตารางที่ 27 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรีจังหวัดนนทบุรี

(n = 400)		
ปัจจัยนำที่ศึกษา	พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	P-value
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	-0.463***	0.000

***p < .001

จากตารางที่ 27 ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง($r = -0.463$) กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

2.5 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 5 ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ได้ดีกว่าการทำนายโดยปัจจัยหนึ่งปัจจัยใดเพียงตัวเดียว โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple regression analysis)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังแสดงไว้ในตารางที่ 28-31

ตารางที่ 28 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยด์ไบซีเรียล ระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคมกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

(n = 400)		
ปัจจัยด้านชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_{pb})	P-value
เพศ (1= หญิง)	- 0.006	.900
อายุ (1=มากกว่า 40 ปี)	0.002	.970
สถานภาพสมรส(1= โสด หม้าย แยก)	- 0.048	.340
ระดับการศึกษา(1=ปริญญาตรีขึ้นไป)	- 0.018	.724
อาชีพ(1=อาชีพที่มีรายได้)	0.113*	.023
รายได้ต่อเดือน(1=มากกว่า 10,000 บาท)	-0.078	.122
โรคประจำตัว(1=มีโรคประจำตัว)	-0.064	.204
ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ ฉุกเฉิน	0.045	.368

* $p < .05$

จากตารางที่ 28 ผลวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยด์ไบซีเรียล ระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ($r = 0.113$) กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน

โรคประจำตัว และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการใช้บริการ
การแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จึงนำปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ อาชีพ เข้าสู่การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง
กันของปัจจัยในตัวแปรอิสระที่น่าเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple
regression analysis)

ตารางที่ 29 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกันของปัจจัยในตัวแปรอิสระที่น่าเข้าสู่การวิเคราะห์
ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

	1	2	3	4	5	6	7
1	1.00	0.113*	-0.147**	-0.1956**	-0.207**	-0.265**	-0.463**
2	0.113*	1.00	-0.014	-0.047	0.113*	0.012	-0.006
3	-0.147**	-0.014	1.00	0.734**	0.223**	0.656**	0.246**
4	-0.1956**	-0.047	0.734**	1.00	0.355**	0.692**	0.397**
5	-0.207**	0.113*	0.223**	0.355**	1.00	0.358**	0.353**
6	-0.265**	0.012	0.692**	0.692**	0.358**	1.00	0.471**
7	-0.463**	-0.006	0.397**	0.397**	0.353**	0.471**	1.00

*p < .05 ** p < .01

1	หมายถึง	พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
2	หมายถึง	อาชีพ
3	หมายถึง	การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
4	หมายถึง	ทัศนคติของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
5	หมายถึง	คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
6	หมายถึง	การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
7	หมายถึง	การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

จากตารางที่ 29 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกันของปัจจัยในตัวแปรอิสระที่มีความ
สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน

พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน($r = -0.147$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = -0.463$) การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($r = -0.265$) คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน($r = -0.207$) ทัศนคติของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน($r = -0.196$) และอาชีพ ($r = 0.113$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

อาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน($r = 0.113$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทัศนคติของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับทัศนคติของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน($r = 0.734$) การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน($r = 0.656$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม($r = 0.246$) คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน($r = 0.223$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ทัศนคติของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($r = 0.692$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม($r = 0.397$) คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน($r = 0.355$)) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($r = 0.358$)) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.353$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.471$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

โดยสรุป ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกันของปัจจัยในตัวแปรอิสระ ไม่มีตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กันสูง ดังนั้น ผู้วิจัยได้นำตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในตารางที่ 29 เข้าในการวิเคราะห์หาคัดลอกพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple regression analysis)

ตารางที่ 30 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอนในการทำนายพฤติกรรมการใช้บริการ
การแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

(n = 400)

ลำดับ	ตัวทำนาย	R	R ²	R ² change	F
1.	การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	0.463	0.214	0.214	108.584**
2.	อาชีพ	0.476	0.227	0.013	6.276**

*p < .05 ** p < .01

จากตารางที่ 30 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยวิธีเพิ่มขั้นตอนเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 5 โดยวิเคราะห์หาตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีพบว่า มี 2 ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และอาชีพ

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวแปรที่ 1 และสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนได้ ร้อยละ 21.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อเพิ่มตัวแปรอาชีพเข้าสู่สมการเป็นตัวแปรที่ 2 สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ได้ร้อยละ 22.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.30

จึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ 5 ซึ่งกำหนดว่า ตัวแปรที่เกี่ยวข้องสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุข ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ได้ดีกว่าการทำนายโดยปัจจัยหนึ่งปัจจัยใดเพียงตัวเดียว

ตารางที่ 31 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยระหว่างปัจจัยทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) คะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ถดถอย (SEb) ค่าการทดสอบความมีนัยสำคัญการถดถอย (t)

	ทำนาย	b	SEb	Beta	t
	Constant	32.705	1.051	-	31.118
1.	การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	-0.198	0.019	-0.463	-10.420**
	Constant	31.741	1.113	-	28.526
2.	การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	-0.198	0.019	-0.462	-10.474**
	อาชีพ	1.395	0.557	0.111	2.505*

*p < .05 ** p < .01

จากตารางที่ 31 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยที่ใช้ในการทำนายดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$\text{พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน} = 31.741 + (-0.198)(\text{แรงสนับสนุนทางสังคม}) + (1.395)(\text{อาชีพ})$$

จากสมการถดถอยในรูปคะแนนดิบ หมายความว่า ถ้าประชาชนไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (แรงสนับสนุนทางสังคม = 0) และ ไม่มีอาชีพ (อาชีพ = 0) คาดว่า ประชาชนจะมีคะแนนพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเท่ากับ 31.741

ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนาย พบว่า ตัวแปรทำนายทั้ง 2 ตัว มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยต่อค่าคงที่ของสมการทำนายพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ดังนี้

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยทางลบ ($b = -0.198$) ต่อค่าคงที่ของสมการทำนายพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หมายความว่า เมื่อประชาชนได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คาดว่า คะแนนพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินลดลง 0.198 คะแนน

อาชีพมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยทางบวก ($b = 1.395$) ต่อค่าคงที่ของสมการทำนายพฤติกรรม การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า เมื่อประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงจากไม่มีอาชีพเป็นมีอาชีพที่มีรายได้ค่าว่า คะแนนพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น 1.395 คะแนน

ผลการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน} &= (-0.462)(\text{แรงสนับสนุนทางสังคม}) \\ &+ (0.111)(\text{อาชีพ}) \end{aligned}$$

เมื่อเปรียบเทียบอำนาจการทำนายพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกลุ่มตัวแปรอิสระ พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจการทำนายสูงสุด ($B = -0.462$) และ รองลงมาคือตัวแปรอาชีพ ($B = 0.111$)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

ผลการวิเคราะห์สมมติฐานที่ 1 พบว่า โรคประจำตัว ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และ ระดับการศึกษา อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ สรุปยอมรับสมมติฐานที่ 1 ในตัวแปรโรคประจำตัว ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับการศึกษา อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน แต่ไม่ยอมรับสมมติฐานในตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ประเภทของการเคยได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน การรับรู้เกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทักษะคิดต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

ผลการวิเคราะห์สมมติฐานที่ 2 พบว่า ปัจจัยนำ คือ ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉินกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.61$) การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กันในทางลบกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -0.147$) ทักษะคิดของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กันในทางลบกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ($r = -0.196$) ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานที่

2 ในตัวแปรการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินและทัศนคติของประชาชนต่อการได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แต่ไม่ยอมรับสมมติฐานในตัวแปรความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ คุณภาพการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

ผลการวิเคราะห์สมมติฐานที่ 3 พบว่า ปัจจัยเอื้อ คือ คุณภาพการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กันในทางลบกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -0.207$) การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กันในทางลบกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001($r = -0.265$)ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 3

สมมติฐานที่4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลเมือง จังหวัดนนทบุรี

ผลการวิเคราะห์สมมติฐานที่4 พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กันในทางลบกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -0.463$) ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 4

สมมติฐานที่ 5 ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม สามารถ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุข ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ได้ดีกว่าการทำนายโดยตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวเดียว

ผลการวิเคราะห์สมมติฐานที่ 5 ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน จำนวน 2 ตัวแปร คือ ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อาชีพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนได้ดีที่สุด คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยตัวแปรทั้ง 2

ตัวแปรร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนได้ร้อยละ 22.70 การค้นพบดังกล่าวเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 5 ในตัวแปรการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม อาชีพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุข ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรตัวใดตัวหนึ่งเพียงตัวเดียว

ข้อวิจารณ์

จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Description) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน และตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ประเด็นที่ค้นพบและนำมาวิจารณ์ได้ดังนี้

ลักษณะตัวแปรอิสระที่ศึกษา

ปัจจัยทางชีวสังคม

ประชาชนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 52.75 มีอายุระหว่าง 21–40 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.75 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 49.50 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 33.75 อาชีพลูกจ้าง คิดเป็นร้อยละ 28 มีรายได้เฉลี่ย/เดือนอยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 34 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 51.50 ไม่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแต่รับรู้การบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 262 คน คิดเป็นร้อยละ 65.50

ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทักษะคิดของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54 มีการรับรู้เกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 75.50 มีทัศนคติต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 70.50

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ประชาชนส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นเรื่องคุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.00 และการเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 65.75

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางจำนวน คิดเป็นร้อยละ 54.00

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ประกอบด้วย การแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน การขอคำปรึกษาการป่วยฉุกเฉิน

ประชาชนส่วนใหญ่ไม่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแต่รับรู้การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 65.50 ในส่วนของประชาชนที่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 34.50 ประกอบด้วย การแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 26.00 การขอคำปรึกษาการป่วยฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 8.50 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bernard A Fox (ค.ศ. 2002) ศึกษาการตอบสนองภาวะฉุกเฉินโดยวิธีเรียกเข้าโทรศัพท์สายด่วนหมายเลข 999 ในยุโรป ที่ประเทศฝรั่งเศส ปี ค.ศ. 2001 หน่วยบริการในปารีส รับสาย 300,000 สาย (820 สายต่อวัน) พบว่าร้อยละ 6 ของสายที่เรียกเข้ามาต้องใช้รถพยาบาลฉุกเฉิน ร้อยละ 16 แพทย์ให้คำปรึกษาการดูแลเบื้องต้น ที่เหลือใช้เพียงเจ้าหน้าที่ผจญเพลิง รถพยาบาลเอกชนหรือเพียงให้คำปรึกษาอื่นๆ และผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินประชาชนทั้งที่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือไม่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแต่รับรู้การบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่เห็นว่าจะมีพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 37.00 สอดคล้องกับการศึกษาของจันทิมา. (2540) เรื่องกระบวนการแสวงหาบริการของผู้หญิงในกลุ่มต่าง ๆ พบว่า

กลุ่มที่สามารถให้ความหมายของอาการได้ชัดเจนจะมารับบริการเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถให้ความหมายที่ชัดเจนได้ และการศึกษาของ MEH Ong. *et al.* (2002) พบว่า จำนวนผู้ให้บริการ 206 คน ผู้ให้บริการเรียกใช้รถพยาบาลฉุกเฉิน ร้อยละ 95.5 ในจำนวนผู้ให้บริการใช้ได้อย่างเหมาะสม ร้อยละ 99.5 หากมีภาวะหัวใจหยุดเต้นในที่เกิดเหตุ ร้อยละ 87.3 เรียกขอความช่วยเหลือเป็นลำดับแรก ร้อยละ 3.9 จะพาไปคลินิกที่ใกล้ที่สุด และร้อยละ 8.8 จะพาไปโรงพยาบาลที่มีประวัติการรักษาใกล้ที่สุด อาการที่รับแจ้งมากที่สุด ได้แก่ หายใจลำบาก ร้อยละ 95.6 เจ็บหน้าอก ร้อยละ 84

ข้อค้นพบตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว ประสิทธิภาพการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ ส่วนตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน สรุปยอมรับสมมติฐานที่ 1 ในตัวแปรระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ประสิทธิภาพการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แต่ไม่ยอมรับสมมติฐานในตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ผลการวิจัยพบว่า

เพศ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 อธิบายได้ว่าการที่เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อาจเนื่องจากเศรษฐกิจสังคมในปัจจุบัน ประชาชนต้องช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีพสูง ทำให้ทั้งเพศชายและหญิงต้องออกมาทำงานนอกบ้านมาก จึงมีสภาพของการเผชิญผลกระทบเกือบทุกด้านเหมือนกัน แตกต่างจากการศึกษาของ MEH Ong *et al.* (2002) การบริการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในสิงคโปร์ พบว่า จำนวนผู้ให้บริการ 206 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.9 และจากการศึกษาของขนิษฐา (2550) พบว่า ข้อมูลด้านอุบัติเหตุจราจรของโรงพยาบาลหาดใหญ่ พ.ศ. 2549 ในจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บเฉลี่ยวันละ 15 คน ผู้ชายจะประสบเหตุมากกว่าผู้หญิง ประมาณ ร้อยละ 60-70 ผู้ประสบเหตุที่ได้รับบาดเจ็บ จะเป็นชายมากกว่าหญิง

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 อธิบายได้ว่าการได้รับบาดเจ็บและการป่วยฉุกเฉินเกิดได้กับประชาชนโดยไม่เลือกวัย สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญญา (2547) ที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เห็นว่าโรคในกลุ่มผู้สูงอายุไม่ค่อยเรื้อรัง เป็นอาการที่รอได้และค่อยเป็นค่อยไป ในขณะที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าไม่ยอมรับการดูแลฉุกเฉินซึ่งแตกต่างกับ Joseph Yuk Sang Ting *et al.* (2004) ได้ศึกษาวิเคราะห์รูปแบบการนำส่งผู้ป่วยในโรงพยาบาลโดยการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าผู้ใช้บริการที่เป็นผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและสัมพันธ์กับการป่วยอย่างเฉียบพลัน และการศึกษาของ Oklahoma EMS Providers (2002) รายงานผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 27,391 คน ในรัฐโอกาโฮมา ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 17,762 คน คิดเป็นร้อยละ 57.4

สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 การที่สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อาจเนื่องมาจากในสภาพสังคมปัจจุบัน มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวและไม่สมรสสูงขึ้น มีการดูแลและพึ่งตนเองมากโดยไม่รื้อที่ที่จะต้องพึ่งคู่สมรสและใช้เวลาทำงานนอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง

ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 อธิบายได้ว่าระดับการศึกษาจะเป็นการกระตุ้นและส่งเสริมโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูล และรับรู้ต่อการมีโอกาเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บ และป่วยฉุกเฉินได้ง่ายและเร็วกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า ซึ่งทำให้พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประภาเพ็ญ (2534) ที่กล่าวว่า การศึกษาเป็นกระบวนการในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เป็นปัจจัยที่จะเสริมสร้างความรู้ให้แก่ประชาชน โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้วต่างใช้การศึกษาเป็นหนทางในการแก้ปัญหาต่างๆของสังคมและประเทศ โดยเฉพาะในด้านพฤติกรรม โดยที่ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ผู้ที่มีการศึกษามากกว่าจะมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า

อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานที่ 1 อธิบายได้ว่า ประชาชนที่มีอาชีพสามารถสร้างรายได้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงาน ได้แก่ ลูกจ้าง ค้าขาย ข้าราชการ พนักงานของรัฐ ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ โรคที่เกิดจากการทำงาน สิ่งแวดล้อม และปัญหาจากการมีภาวะโรคเรื้อรังสูงกว่าประชาชนที่ไม่มีอาชีพ ได้แก่ นักเรียน นิสิต นักศึกษา และงานบ้าน แตกต่างกับการศึกษาของ ขนิษฐา(2550) ที่พบว่า กลุ่มแรงงาน กลุ่มไม่มีอาชีพ มักประสบเหตุรุนแรงในกรณีได้รับบาดเจ็บมากกว่ากลุ่มอื่น ในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รายได้ต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 อธิบายได้ว่าประชาชนที่มีระดับรายได้แตกต่างกันก็สามารถใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุขได้เนื่องจากเป็นบริการที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย และหากเกิดภาวะป่วยฉุกเฉินจริงตามการคัดกรองเบื้องต้นของผู้รับแจ้งเหตุก็สามารถใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ทุกแห่งจนพ้นภาวะวิกฤติ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ อัญชนา (2547) พบว่า รายได้ที่แตกต่างกันทำให้เลือกการรับบริการที่แตกต่างกันได้ โดยเฉพาะในเรื่องของเวลาที่ใช้ในการรอรับบริการ

โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 ซึ่งอธิบายว่า ประชาชนที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ลมชัก หอบหืด ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการสร้างความตระหนักรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้รับรู้ถึงภาวะคุกคามของชีวิตจากอาการของโรค ประกอบกับประสบการณ์ ของการเกิดอาการที่รุนแรงและเฉียบพลัน ในระบบหายใจ หัวใจและหลอดเลือด ทำให้มีความสามารถในการแสวงหา ความช่วยเหลือฉุกเฉินง่ายกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป ดังนั้นการมีโรคประจำตัวจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิรัชรอง (2544) ศึกษาการรับรู้และการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการวิจัยพบว่า ในช่วงที่มีอาการเจ็บป่วยเริ่มแรก ที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีภาวะหมดสติเป็นอาการเจ็บป่วยที่หนักมากและถึงแก่ชีวิต ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยการรับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาล ส่วนในกลุ่มที่รับรู้

อาการเจ็บป่วยในลักษณะ "โรคลม" จะมีวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยตามคำแนะนำของบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลอื่น หรือทดลองรักษาตนเอง

ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 อธิบายได้ว่า ประชาชนที่มีพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ ได้รับสารพิษ การได้รับการบาดเจ็บจากการถูกทำร้าย หรือทำร้ายตนเอง การมีโรคประจำตัว การป่วยดังกล่าวเกิดขึ้นทำให้สามารถใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ง่ายกว่าทั้งในเรื่องของการติดต่อสื่อสาร การให้ข้อมูลผู้รับแจ้งเหตุได้อย่างถูกต้อง การรับรู้ขั้นตอนของการช่วยเหลือ ทำให้สามารถรับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ O'meara (2002) ในการศึกษาการจัดบริการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาลในชนบทของรัฐวิกตอเรีย พบว่า หนึ่งในตัวแบบในรูปแบบบนฐานความเชื่อที่มีความไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับ การได้รับการฝึกอบรมและประสบการณ์เป็นทางเลือกที่ดีที่สุดของชุมชน อาจไม่ตรงกับชุมชนและผลน้อยกว่ามาตรฐานการปฏิบัติที่ดี

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน การรับรู้เกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทศนคติต่อการได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่า

1. ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ซึ่งอธิบายได้ว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีหลายปัจจัยมาเกี่ยวข้องเช่น ปัจจัยทางด้านทัศนคติ การรับรู้การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การเข้าถึงบริการ และการสนับสนุนทางสังคม การมีความรู้เกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉินเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการก่อให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าวได้ แตกต่างกับผลการศึกษาของJasenka Demirovic and Yen-Peng Li (2002)เรื่องความรู้และพฤติกรรมการแจ้งเหตุภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ศึกษาในกลุ่มที่มีความรู้ในการดูแลภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล ของผู้สูงอายุชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกา ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมในการดูแลเอาใจใส่ตนเองเมื่อเกิดอาการหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันเป็นที่น่าพอใจ แต่พฤติกรรมของ

ผู้แจ้งเหตุมีความขัดแย้งกันบ้างในการดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน และขัดแย้งแตกต่างกับ การศึกษาของสุกัญญา (2545) ที่พบว่า ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุ อาการของ โรครุนแรงหรือฉุกเฉิน ก็จะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลทันทีอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่สอดคล้องกับ Emily *et al.* (2002) ศึกษาการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยที่มีภาวะเส้นเลือดในสมองตีบ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะเส้นเลือดในสมองตีบของประชาชน ไม่ได้เพิ่มการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2. การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r = -0.147$) กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งอธิบายได้ว่า หากประชาชนมีการรับรู้เกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ การแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในที่เกิดเหตุ การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้มีการคัดกรองผู้ป่วยก่อนใช้บริการ ส่งผลให้ประชาชนที่มีการรับรู้ดีมีพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อยกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้การบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ดี แตกต่างกับ ผลการศึกษาของเกศินี และคณะ (2546) เรื่องการรับรู้ของชุมชนต่อการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุของโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผู้ที่รู้จักหน่วยกู้ชีพจะเรียกใช้บริการของหน่วยกู้ชีพและเป็นผู้แนะนำผู้อื่นมีถึงร้อยละ 35.11

3. ทักษะคิดต่อการได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r = -0.196$) กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 อธิบายได้ว่า ประชาชนที่มีทักษะคิดต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ ความมั่นใจในความปลอดภัย ความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ ความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพของการบริการ ความพึงพอใจต่อการบริการ แต่มีพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อย อาจเนื่องมาจากไม่เคยเกิดภาวะป่วยฉุกเฉิน หรือการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นส่วนใหญ่ ในทางตรงข้ามกลุ่มประชาชนที่มีทักษะคิดไม่ดีต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอาจมีความจำเป็นต้องใช้บริการเนื่องจากเกิดการป่วยฉุกเฉิน ทำให้มีบริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่ากลุ่มที่มีทักษะคิดดี ซึ่งแตกต่างกับผลการ ศึกษาของ เฟด็จ และคณะ ที่พบว่าผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนตำบลประเคียบ ปี พ.ศ. 2550 มีความพอใจอยู่ในระดับมาก และแตกต่างกับ สุนทร และคณะที่พบว่าผู้ที่ได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตนอกเมืองขอนแก่นมีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีถึงดีมาก และในการศึกษาของ Kuisma J. (2003) พบว่า ความพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของ กรุงเฮลซิงกิ ประเทศ

ฟินแลนด์ พบว่าในปี ค.ศ. 2000 และ 2002 อยู่ในเกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.6 และ 4.5 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) ในทัศนคติทางลบ ประชาชนมีความไม่พอใจสูงสุดในเรื่องของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่พาผู้ป่วยไปส่งโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการไป เจ้าหน้าที่ไม่สามารถค้นหาความต้องการและมีสัมพันธภาพที่ดี ในจำนวนสายที่เรียกเข้าไปอาการสำคัญซึ่งพบบ่อยและได้รับความพอใจจากผู้ป่วยสูง คือ หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจลำบาก เบาหวานชนิดน้ำตาลในเลือดต่ำ และในส่วนที่ไม่พอใจเป็นผู้ป่วยในกลุ่มกึ่งฉุกเฉิน

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยอื่น ได้แก่ คุณภาพของการบริการ การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับค่อนข้างต่ำ ($r = -0.207$) กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งอธิบายได้ว่า ประชาชนที่มีความพึงพอใจมากต่อคุณภาพการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ บริการการแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน ความสะดวกในการติดต่อสื่อสาร การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ความชำนาญ ความเอาใจใส่ และกริยาท่าทางของผู้ให้บริการ การมีเครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัย การช่วยเหลือในที่เกิดเหตุ ความครอบคลุมของบริการ แต่มีพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อยอาจเนื่องมาจากไม่เกิดกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือการประสบอุบัติเหตุ ในทางตรงกันข้ามถึงแม้ว่ากลุ่มประชาชนที่มีความพึงพอใจน้อยต่อคุณภาพการบริการการแพทย์ฉุกเฉินแต่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมาก เนื่องจากการบริการที่จำเป็นเมื่อเกิดผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือการประสบอุบัติเหตุ ดังนั้นจึงควรพัฒนาระบบบริการให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ประชาชนเกิดความพึงพอใจสูงสุดในเรื่องบริการการแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน ความสะดวกในการติดต่อสื่อสาร การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ความชำนาญ ความเอาใจใส่ และกริยาท่าทางของผู้ให้บริการ การมีเครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัย การช่วยเหลือในที่เกิดเหตุ ความครอบคลุมของบริการ ซึ่งการศึกษาของเกียรติคุณ (2548) แสดงให้เห็นถึงว่า การนำระบบ EMS มาใช้ในโรงพยาบาลชะอำ ลดจำนวนการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรก่อนถึงโรงพยาบาล ขณะที่การศึกษาของวิภา และคณะ (2550) คุณภาพของการให้บริการในหน่วยปฏิบัติการขั้นสูง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ช่วงเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนถึงหน่วยปฏิบัติการไปถึงที่เกิดเหตุ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล (admit) ของผู้ป่วย โดยที่ถ้าใช้เวลามากในการช่วยเหลือ ในที่เกิดเหตุ ผู้ป่วยจะนอนโรงพยาบาลนานกว่ากลุ่มที่ใช้เวลาน้อยกว่าในการช่วยเหลือ ในที่เกิดเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของวิวัฒน์

และคณะ (2550) ศึกษาการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุจากอุบัติเหตุเครื่องบินทุโกเที่ยวบิน OG269 ลื่นไถลออกนอกทางวิ่ง เมื่อวันที่ 16 กันยายน 2550 พบว่า ศูนย์นเรนทร ภูเก็ต ผู้บาดเจ็บทุกรายได้รับการช่วยเหลือและดูแลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุและร้อยละ 43.9 ถูกนำส่งโรงพยาบาลด้วยรถพยาบาล ไม่พบภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในระหว่างนำส่ง และแตกต่างกับการศึกษาของลัดดา (2551) ที่ประเมินผลการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผลลัพธ์อัตราการตายในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มาด้วยระบบ EMSS กับ วิธีอื่นๆในกลุ่มที่มีค่าโอกาสรอดชีวิตมากไม่แตกต่างกัน และไม่แตกต่างกับฐานข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับชาติในทุกกลุ่มค่าโอกาสรอดชีวิต

2. การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับค่อนข้างต่ำ ($r = -0.265$) กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนทบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มประชาชนที่มีการรับรู้ดีเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ การใช้โทรศัพท์สายด่วนหมายเลข 1669 การมีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับท้องถิ่น วิธีการแจ้งเหตุ การให้บริการที่ไม่คิดค่าใช้จ่าย การได้รับบริการอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน แต่มีพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อย อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยฉุกเฉินอาศัยในเขตเมือง อยู่เป็นชุมชน เส้นทางสัญจรมีความสะดวก ระยะทางจากที่ตั้งของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เขตพื้นที่ให้บริการชัดเจนและอยู่ในวงจำกัดโรงพยาบาลที่จะนำส่ง ซึ่งมีระยะทางไม่เกิน 10 กิโลเมตรหรือใช้เวลาไปในที่เกิดเหตุหลังแจ้งเหตุ (Response Time) ไม่เกิน 10 นาทีทำให้สามารถเดินทางไปใช้บริการโดยไม่ผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในทางตรงกันข้ามกลุ่มประชาชนที่มีการรับรู้ไม่ดีเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แต่มีพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมาก อาจเนื่องมาจากแจ้งเหตุผ่านระบบการช่วยเหลืออื่นๆ ได้แก่ โทรศัพท์สายด่วนหมายเลข 191 199 ขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน และมีอุปสรรคในการลำเลียงผู้ป่วยไปด้วยตนเอง ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข ต้องกำหนดนโยบายการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ สื่อสารมวลชน วิทูรท้องถิ่น หอกระจายข่าว การจัดอบรมแกนนำชุมชน เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาของ ทวีศักดิ์และคณะ (2550) ศึกษาการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตำบลโพธิ์สูง พบว่า การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมพื้นที่ ร้อยละ 100 ของหมู่บ้าน โดยมี Response Time ภายใน 10 นาที ร้อยละ 95.77 และมีช่องทางการแจ้งเหตุ 1669 ร้อยละ 47.39 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลัดดา (2551) ที่ประเมินผลการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยร้อยละ 85.9 ที่อยู่ห่างโรงพยาบาลเกิน 10 กิโลเมตร และช่วง Response Time 10 นาทีในระยะทาง 10 กิโลเมตรสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 70.5 และ

สอดคล้องกับการศึกษาของธรรมรัตน์ และคมเพชร (2550) พบว่า การแจ้งเหตุในสถานการณ์ฉุกเฉินของประชาชน ตำบลมหาชัย อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า อุปกรณ์ที่ใช้ในการแจ้งเหตุมากที่สุด โดยการใช้โทรศัพท์แจ้งเหตุถึงร้อยละ 90.3 การรับรู้ด้านให้การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินพบว่า ความเข้าใจในในหมายเลข 1669 เป็นการให้ความช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉินร้อยละ 54.4 หากเกิดอุบัติเหตุและมีผู้บาดเจ็บจะแจ้งหมายเลข 1669 ร้อยละ 48.8

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่า

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r = -0.463$) กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ได้แก่ การได้รับการอบรมแจ้งเหตุ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข การเข้าร่วมซ้อมแผนสาธารณภัย การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อน ญาติพี่น้อง สื่อสารมวลชน แต่มีพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อยอาจเนื่องมาจาก เป็นกลุ่มที่มีความสามารถในการดูแลตนเองให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้อย่างปลอดภัย รวมทั้งมีความเข้าใจในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง ในทางตรงข้ามกลุ่มประชาชนที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย แต่มีพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมาก อาจเนื่องมาจากขาดความรู้ ความเข้าใจในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ การแจ้งอาการผู้ป่วยเกินความเป็นจริงเพื่อให้ได้รับการบริการ การแจ้งเหตุแบบเป็นทางเลือก เป็นต้นและกรณีที่ไม่สามารถดูแล หรือให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้ ทำให้เกิดการพึ่งพาการบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยไม่จำเป็น ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข ต้องกำหนดนโยบายและเร่งรัด การปฏิบัติในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข การเข้าร่วมซ้อมแผนสาธารณภัย การเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อสารมวลชน วิทูรท้องถิ่น หอกระจายข่าว การจัดอบรมแกนนำชุมชน เป็นต้น ซึ่งการศึกษาของริติมา และคณะ(2550) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติ มีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากกว่าด้านอื่น Taylor (1989) กล่าวว่า ครอบครัวเปรียบเหมือนแหล่งบริการสุขภาพที่เป็นที่พึ่งพาของ

บุคคลในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีหน้าที่ปรึกษาหารือกันในฐานะผู้ให้การดูแลตนเอง และดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา ช่วยดูแลและจัดหาแหล่งประโยชน์เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิก

จากสมมติฐานที่ 3 และ 4 สามารถอธิบายได้โดยใช้ทฤษฎี PRECEDE Model (อ้างในธนวรรณ, 2546) ที่เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุจากหลายปัจจัย คือปัจจัยนำซึ่งได้แก่ การรับรู้ ทักษะ ปัจจัยเอื้อ ซึ่งได้แก่ การหาได้ง่าย การเข้าถึงได้ การยอมรับ ปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ได้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีดังกล่าว

สมมติฐานที่ 5 ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน การรับรู้เกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทักษะต่อการได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ คุณภาพของการบริการ การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุข ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อาชีพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 22.70 ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 5 ที่กำหนดว่า ตัวแปรอิสระหลายตัวทำนายพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ดีกว่าตัวแปรตัวใดตัวหนึ่งเพียงตัวเดียว นอกจากนี้ยัง พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายสูงสุด ($B = -0.462$) และรองลงมาคือตัวแปรอาชีพ ($B = 0.111$) อธิบายได้ว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ประชาชนเกิดความเข้าใจในการปฏิบัติตัว และการขอรับความช่วยเหลือเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ไม่แรงค่อนลดลงโดยเน้นการให้แรงสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มประกอบอาชีพที่มีรายได้หลัก ซึ่งส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินลดลง

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข ศึกษาประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Description research) ประเภทการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational Study) โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ คือ

1. เพื่อทราบพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษารายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ประสบการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี
3. เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทักษะติดต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี
4. เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี
5. เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

6. เพื่อทราบความสามารถร่วมกัน ของ ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทักษะคิดต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของ กระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมดจำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นแบบสอบถาม มีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทางชีวสังคม ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลด้านปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทักษะคิดของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม เป็นแบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้มีเนื้อหาและโครงสร้างครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัยและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับชุมชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนในเขตอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 ชุด แล้วนำมาวิเคราะห์หาคุณภาพความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม หลังจากนั้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์และประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science for window) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์สถิติด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Squares) สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) และ สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

การพิจารณาผลการวิเคราะห์ทำให้ได้ข้อสรุปผลการวิจัยในครั้งนี้ ดังนี้

1. พฤติกรรมการใช้การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ไม่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแต่รับรู้การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในส่วนของประชาชนที่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แจ้งเหตุเพื่อขอรับการช่วยเหลือในที่เกิดเหตุมากกว่าการขอคำปรึกษาการป่วยฉุกเฉินเป็น 3 เท่า

2. ปัจจัยทางชีวสังคม คือ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และอาชีพ โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 1 ในตัวแปรดังกล่าว

3. ปัจจัยนำ คือ ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และทัศนคติของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 2 ในตัวแปรรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และทัศนคติของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

4. ปัจจัยเอื้อ คือ คุณภาพของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินและ การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 3

5. ปัจจัยเสริม คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 4

6. ปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมสามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุข ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ได้ร้อยละ 22.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 5 ที่ว่าปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมสามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ได้ดีกว่าการทำนายโดยตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวเดียว

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุข ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี คือ การรับรู้เกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทักษะคิดต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คุณภาพของการบริการ การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนถึงลักษณะทางชีวสังคมที่ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า อาชีพและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุข ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี ได้ร้อยละ 22.70 ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จากผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุข ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี ดังนั้นฝ่ายบริหารจึงควรกำหนดนโยบายในการ สร้างเครือข่ายเพื่อการพัฒนา ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในทุกระดับ ทั้งในระดับการบริหารเครือข่าย ระดับนักวิชาการ และในระดับปฏิบัติการ ครอบคลุมองค์กรทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่น เพื่อให้ระบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นที่ยอมรับของชุมชน และตระหนักถึงความสำคัญของเครือข่ายในชุมชนที่ต้องมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน

2. ควรพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของการให้บริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมประการหนึ่ง ทั้งในด้านบุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ เช่น มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน เพื่อผู้ปฏิบัติงานจะยึดเป็นแนวทางการดำเนินงานอย่างเป็นเอกภาพ มีการพัฒนาบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โครงสร้างของเครือข่ายสื่อสาร และ หมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน ความเชื่อมโยงระหว่างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับระบบการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมถึงเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุ ความพร้อมรับอุบัติเหตุกลุ่มชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านองค์กรหลักที่รับผิดชอบ ในการออกแบบ พัฒนา กำกับติดตามการดำเนินงานตามภารกิจแต่ละด้าน

ข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติการ

1. จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเพียง ร้อยละ 34.5 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุข ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี ดังนั้นผู้รับผิดชอบจึงควร ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน องค์กรท้องถิ่น รู้จักโทรศัพท์สายด่วน 1669 และมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน พัฒนาระบบรับแจ้งเหตุฉุกเฉิน ที่เป็น One stop service เพื่อให้ประชาชนจดจำง่าย ใช้งาน เข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วทั่วประเทศ

2. จากผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้นจึงควรสร้างแกนนำในการเป็นผู้แจ้งเหตุ ได้แก่ ครู นักเรียน อาสาสมัครสาธารณสุข ให้เป็นผู้มีความรู้เฉพาะด้านการแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้สามารถเรียกใช้บริการของหน่วยกู้ชีพ และสามารถดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนที่หน่วยกู้ชีพจะเดินทางไปถึงและสามารถนำความรู้ไปเผยแพร่ให้เกิดการขยายการรับรู้การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อาจให้รหัสประจำตัวผู้แจ้งเหตุและประกาศผลการปฏิบัติการเป็นผู้แจ้งเหตุที่ดีให้สาธารณชนรับรู้

3. ขึ้นทะเบียนสมาชิกชุมชนโดยพิจารณาคัดเลือกจากสมาชิกในชุมชนที่มีโอกาสสูงที่จะเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่นมีโรคประจำตัว เป็นโรคเรื้อรัง และการจัดทำโปรแกรมสมาชิกเครือข่ายกู้ชีพชุมชน เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการเข้าถึงสมาชิกเมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน

4. ปรับปรุงศูนย์การจัดความรู้ของส่วนกลาง เพื่อรวบรวมองค์ความรู้ต่างๆ จากการปฏิบัติงานและความรู้ด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อเผยแพร่ตามสื่อต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สนใจได้ศึกษา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องด้วยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุข ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ผลสำหรับชี้นำนโยบายและแนวทางปฏิบัติให้เกิดการพัฒนาการบริการการแพทย์ เช่น

1. ควรมีการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินและควรศึกษาเชิงลึกถึงปัจจัยแต่ละด้านที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2. ควรมีการศึกษาการประกันคุณภาพการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชนในระดับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยในส่วนของผู้ให้บริการและผู้จัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น โครงสร้างพื้นฐานของการให้บริการ ความพร้อมในการปฏิบัติงานของบุคลากร เพื่อให้ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างกว้างขวางและครอบคลุมมากขึ้น

4. ควรขยายผลการวิจัยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อใช้ค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในบริบทของสังคมที่แตกต่างกัน

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

- กรองทอง เสนชัย. 2545. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ตามรูปแบบ PRECEDE Model กับพฤติกรรมการเสพยาสูบของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในจังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- กองระบาดวิทยา. 2544. ข้อมูลผู้บาดเจ็บของโรงพยาบาล. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. (เอกสารอัดสำเนา)
- เกศินี สราญฤทธิชัย. 2546. การรับรู้ของชุมชนต่อการบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ โรงพยาบาลขอนแก่น. สำนักงานบริการ โครงการวิจัยและตำรา, โรงพยาบาลขอนแก่น.
- เกียรติคุณ เกียรติอารยกุล. 2548. การศึกษาความสัมพันธ์ของผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรในอำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ปี2545-2547 . วารสารแพทย์เขต 6 และ 7. 27(2).
- กฤติยา แดงสุวรรณ. 2550. การศึกษาความรู้และการคาดหวังของผู้ให้และผู้รับบริการเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดนราธิวาส. รายงานการวิจัย งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จังหวัดนราธิวาส.
- ขนิษฐา สวนแสน. 2549. รายงานสรุปข้อมูลอุบัติเหตุจราจรของโรงพยาบาลหาดใหญ่ พ.ศ. 2549 การประชุมเรื่อง “เวทีนโยบายสาธารณะการบริหารจัดการข้อมูลอุบัติเหตุสำหรับผู้บริหาร” วันที่ 14 มิถุนายน 2549 ณ ห้องประชุม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, จังหวัดสงขลา.
- จอณพะจง เฟื่องจาด. 2547. การศึกษาประสิทธิผลของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตปทุมวัน ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. รายงานการวิจัย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ทวีศักดิ์ เล้าเจริญชัย และ สุภาวดี สุทธิอาจ. 2550. การดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยอาสาสมัครกู้ชีพประจำหมู่บ้าน. สัมมนาระดับชาติ “ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครั้งที่ 1”. โรงแรมเวียงทอง จังหวัดลำปาง. 6-8 กุมภาพันธ์ 2551.

- ทับทิม ปัตตาพงษ์. 2547. **ภาวะป่วยฉุกเฉิน**. ในเอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลฉุกเฉิน. มหาวิทยาลัยมหิดล. (เอกสารอัดสำเนา)
- ชนวรรณ อัมสมบุญ. 2546. **วิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. ในเอกสารประกอบการสอนวิชาพฤติกรรมสุขภาพ. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ. (เอกสารอัดสำเนา)
- ธานินทร์ ศิลปจารุ. 2550. **การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรม SPSS**. พิมพ์ครั้งที่ 7. โรงพิมพ์บริษัท วี อินเตอร์ พรินท์. กรุงเทพฯ.
- ธวัชชัย กาญจนรินทร์. 2547. **ระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศฝรั่งเศส**. ในรายงานการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศฝรั่งเศสระหว่างวันที่ 14-23 ตุลาคม 2547. สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, นนทบุรี.
- นิตยา ภิญโญคำ. 2548. **การจัดการกับอาการ**. เอกสารประกอบการสอน. ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. 2536. **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 2. เจ้าพระยาการพิมพ์, กรุงเทพฯ.
- มัลลิกา มดีโก. 2534. **คู่มือวิจัยพฤติกรรม**. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- ชื่นชม เจริญยุทธ. 2522. **ปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่างๆ ของประชาชนในชนบท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริญญญา พรรณราย. 2540. **การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมพ์วิทย์ บุญมงคล และ สุพจน์ เต๋นดวง. 2538. **ชาติพันธุ์กับแบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพ**. วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์. 8(1): 27-37.

- เพชรรัตน์ เอี่ยมลออ. 2540. การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรหอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เผด็จ ลิ้มอุบัติตระกูล และ อนันต์ กนกศิลป์. 2550. การศึกษา ความร่วมมือและประสิทธิผลการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดำเนินงานของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. องค์การบริหารส่วนตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์.
- วิทยา ชาติบัญชาชัย. 2548. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับตำบล จังหวัดขอนแก่น. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขามิภาค, ขอนแก่น.
- วิภา อุทยานินท์, สุวรรณิ สมปราชญ์ และ นิตยา โรจนทินกร. 2550. ศึกษาคุณภาพของการให้บริการในหน่วยปฏิบัติการขั้นสูง จังหวัดนครราชสีมา. สัมมนาระดับชาติ “ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน” ครั้งที่ 1. โรงแรมเวียงทอง จังหวัดลำปาง. 6-8 กุมภาพันธ์ 2551.
- วิวัฒน์ ศิตมโนชญ์, สุรางค์ศรี ศิตมโนชญ์ และ อรชร อัฐทวิลาภ. 2550. การช่วยเหลือผู้ประสบเหตุจากอุบัติเหตุเครื่องบินวันทูโก เที่ยวบิน OG269 ลื่นไถลออกนอกทางวิ่ง เมื่อวันที่ 16 กันยายน 2550. (เอกสารอัดสำเนา)
- วิรัชรอง นาทองคำ. 2544. เนื้อหัวใจตาย. หน่วยบริการคอมพิวเตอร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิเชียร เกตุสิงห์. 2538. ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย เรื่องบางครั้งก็พลาดได้. ข่าวสารการวิจัยศึกษา.
- ศิริชัย พงษ์วิชัย. 2549. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. พิมพ์ครั้งที่ 16. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์. 2549. การวิเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบาย การป้องกันอุบัติเหตุจราจร. โรงพิมพ์เดือนตุลาคม, กรุงเทพฯ.

สถาบันพระปกเกล้า. 2548. โครงการวิจัยประเมินผลอุบัติเหตุจราจร. นนทบุรี. สถาบันพระปกเกล้า, นนทบุรี.

สมจิต หนูเจริญกุล. 2537. การดูแลตนเอง ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์. วิ.เจ.พรินติ้ง. กรุงเทพฯ.

สมชาย กาญจนสุต. 2545. คู่มือปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับหน่วยกู้ชีพ. สามเจริญพานิชย์ จำกัด. กรุงเทพฯ.

สรศักดิ์ วัฒนคำสวัสดิ์. 2536. การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์มาใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ. กองสุขศึกษา, กรุงเทพฯ.

สุกัญญา ศิวยายพราหมณ์. 2545. การศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการอนามัยเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข7 สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุชีรา วิชัยกุล. 2546. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย. เอกสารประกอบการสอน. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครวัดพระศรี, กรุงเทพฯ.

สุทธชาติ พิษผล. 2548. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน. นำอักษรการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

สุนทร อุปมะ. 2551. การศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อหน่วยกู้ชีพระดับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น. จังหวัดขอนแก่น.

สุพรรณ ศรีธรรมมา. 2549. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย (พ.ศ.2549-2553) เพื่อเฉลิมพระเกียรติในวโรกาสทรงครองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ใน เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่อง “อุบัติเหตุจราจรครั้งที่ 7 ” วันที่ 20-22 มิถุนายน 2549 ณ อิมแพคเมืองทองธานี. กรุงเทพฯ.

สุรจิต สุนทรธรรม. 2544. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, กรุงเทพฯ. (เอกสารประกอบสำเนา)

_____. 2544. แนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน การตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, กรุงเทพฯ.

สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย. 2549. การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล. 14 พฤศจิกายน 2549. ณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (เอกสารประกอบการเวทีถอดบทเรียน)

สันต์ หัตถิรัตน์. 2544. ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพยามฉุกเฉิน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, นนทบุรี:

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. 2548. คู่มือวิทยากรหลักสูตรเวชกรฉุกเฉินระดับพื้นฐาน. L.T. Press. Co. Ltd. บางพลัด, กรุงเทพฯ.

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. 2549. คู่มือแนวทางการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.

_____. 2550. ข้อมูลการบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั่วประเทศ พ.ศ. 2547-2549. กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี. (เอกสารคัดสำเนา)

สำนักทะเบียนท้องถิ่นเทศบาลนครนนทบุรี. 2550. รายงานข้อมูลประชากรในเขตเทศบาลนครนนทบุรี.

สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข. 2547. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2547. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

หทัยรัตน์ เทเวลา. 2550. การศึกษาประสิทธิภาพในการออกรับผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินระดับรุนแรงของหน่วยกู้ชีพโรงพยาบาลขอนแก่นปี พ.ศ. 2550.ขอนแก่น. (เอกสารอัดสำเนา)

อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์. 2547. เหตุการณ์การตายในวัยรุ่น อุบัติเหตุจราจร. แหล่งที่มา:

URL:http://www.csip.org/csip/Expert/Traffic_Injuries.asp.

อำนาจ ศรีรัตนบัลลังก์. 2542. คู่มือคนไข้. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

อัญญา ณ ระนอง. 2547. ความคาดหวัง การใช้บริการด้านสุขภาพ และผลกระทบของการจัดการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มุมมองประชาชน. รายงานการวิจัยเล่มที่ 3. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

เอกสารการประชุม. การจัดทำมาตรฐานบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน วันที่ 15 สิงหาคม 2546. ณ ห้องประชุม EMS ชั้น 2 โรงพยาบาลราชวิถี, กรุงเทพฯ.

Anderson. 1995. Revisiting the behavioral model and access to medical care:Dose it matter?. **Journal of Health and Behavior.** 1(10):36.

Adam, L.B., N.C. Mann and Mohamud. 1999. Knowledge and Beliefs Regarding the Intent to Utilize EMS among Patients Presenting with Chest Pain. **Academic Emergency Medicine.** 6 (5): 446.

Bandura. 1977. **Social Learning Theory.** Engle Wood Cliffs New Jersey Prentice-Hall. California EMS Authority Emergency Medical Dispatch Standards & Guidelines; U.S.A.

Bloom, B.S. 1968. **Learning of mastery. Evaluation Comment, Center for the study of Evaluation of Instruction Program.** University of California at los Angeles.

Cathain, T.N. 2002. The acceptability of an emergency medical dispatch system to people who call 999 to request an ambulance. **Emerg. Med J** 2002. 19:160-163.

Cronbach, L.J. 1990. **Essentials of Psychological**. Testing Oxford University press, New York.

Emily, B. S., W.D. Rosamond, D.L. Moris, K.R. Evenson and A. Him. 2002. **Determinants of Use of Emergency Medical Services in a Population With Stroke Symptoms.**
Emergency department in Denver, U.S.A.

Green, K. 1980. **Health Education Planning A Diagnostic Approach.** May filed publishing Company California, U.S.A.

Griffith, J.M. 2004. **An empirical model of patient characteristics, interactive prenatal education program use, and resulting patient knowledge. Dissertations abstracts International.** [online] available form :<http://wwwlib.umi.com/dissertations>

International Cooperation Association. 2006. **Emergency Medical Care.** [online]
Available source: <http://www.jica.go.jp/english/resources/publications/study/topical/health>, May 10 2006.

Jasenka, D. and L. Yen-Peng. 2002. **Bystanders of Out-Of-Hospital Sudden Heart Attack: Knowledge and Behaviors Among Old African Americans.**
The University of Texas Health Science Center, Houston, U.S.A

Joseph YuK Sang Ting and Allan M.Z. Chang. 2006. Path Analysis Modeling Indicates Free Transport Increases Ambulance Use for Minor Indications. **Prehospital Care.**
10 (4): 476-481.

Kuisma, J. 2003. Customer satisfaction measurement in emergency medical services.
Acad Emerg Med. 10(7): 812-815.

Kleinman, A. 1980. **Patient and Healer in the Context of Culture.** University of California, USA.

- _____, L. Eisenberg and B. Good. 1978. **Culture illness and care. Internal Medicine.** 88(2):251-258.
- Lauver, D. 1992. A theory of care – seeking behavior image. **Journal of Nursing Scholarship** 24(4): 281-287.
- M E H Ong, P H Y Ang, Y H Chan and S. Yap. 2002. Public attitudes to Emergency Medical Service in Singapore. Singapore **Med J** 2002 45 (9): 420.
- O'Meara, F.P. 2002. **Model of ambulances service delivery for rural Victoria**
Unpublished PhD. Dissertation, School of Public Health and Community Medicine
The University of New South Wales, Australia.
- Pilisuk, M. and M. Minkler. 1985. Supportive Yies. **A political Economy Perspective.**
Health Education Quarterly. 12: 93-104.
- Rainer, T.H. 2000. Emergency Medicine-the specialty. **Hong Kong Medical Journal,** 6(3): 270.
- Raymond Poincare Hospital. 2004. **SAMU des hauts de seine.** Raymond Poincare Hospital.
Graches, France.
- Rural Hospital Performance Improvement Project. 2003. **A Systems Development Guide for
Emergency Medical Services.** The Office of Rural Health Policy, U.S.A.
- Schermerhorn, J.R., J.G. Hunt and Os born. 1982. **Managing Organization Behavior.**
John Wiley's Son, Inc., New York.
- Tanigawa and Tanaka. 2006. **Emergency Medical Care.** Japan International Cooperation
Association.

World Health Organization. 1989. Manifesto for safe communities: Safety - **A Universal Concern Organization.**

World Health Organization. 2006. **World Health Statistics 2006.** World Health, Geneva.

Seattle and King County Emergency Medical Services Division Public health. 2004.
Criteria Based Dispatch. New Zealand.

Health and Human Services Agency Emergency Medical. 2003. **Services Dispatch Program Guidelines.** State of California, U.S.A.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

1. นายแพทย์สุรจิต สุนทรธรรม นายแพทย์ 9 ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. นายแพทย์อนุรักษ์ อมรเพชรสถาพร นายแพทย์ 9
รองผู้อำนวยการสำนักงานระบบบริการการแพทย์
ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข
3. นางจันทร์เพ็ญ เล็กเลิศ พยาบาลวิชาชีพ 8
รองผู้อำนวยการสำนักงานระบบบริการการแพทย์
ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข
4. นางสาวกัญจนา เมืองสาคร พยาบาลวิชาชีพ 7
กลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลราชวิถี

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

เลขที่

รหัส [] [] [] [] [] []

**แบบสอบถามการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของ กระทรวงสาธารณสุข
เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี**

คำชี้แจง

แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของ กระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี นี้มีจุดประสงค์เพื่อ สอบถามความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อนำผลจากการสำรวจไปใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น แบบสอบถามชุดนี้มีทั้งหมด 5 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านปัจจัยนำ

ตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน

ตอนที่ 2 การรับรู้การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตอนที่ 3 ทศนคติต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ

ตอนที่ 4 คุณภาพการบริการการ แพทย์ฉุกเฉิน

ตอนที่ 5 การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม เป็นแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง การที่กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดการให้มีการบริการเชิงรุกทางการแพทย์เพื่อจัดส่งความช่วยเหลือด้านการแพทย์ ประเมินและ การจัดการรักษาพยาบาล รวมถึงการป้องกันที่ให้แก่ **ผู้ป่วยฉุกเฉิน** ทุกสถานการณ์ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่ การแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน การให้คำปรึกษาการดูแลการป่วยฉุกเฉิน การจัดส่งชุดปฏิบัติการตาม ระดับความเหมาะสมไปช่วยเหลือและดูแลรักษาพยาบาลนอกโรงพยาบาล จนถึง การลำเลียง ขน ย้ายและนำส่งมอบต่อสถานพยาบาลที่เหมาะสมอย่างปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง

แบบสอบถามนี้ใช้หาข้อมูลเพื่อการวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลกระทบกับผู้ตอบแบบสอบถาม ขอให้ผู้ตอบแบบสอบถาม กรุณาตอบตามความเป็นจริงให้ครบทุกข้อ แบบสอบถามมีทั้งหมด 15 หน้า

ขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย **P** ลงใน [] ที่ตรงกับข้อเท็จจริงของท่านหรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

		สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ		
[] 1. ชาย	[] 2. หญิง	เพศ
2. ปัจจุบันท่านอายุ (จำนวนปีเต็ม)		
[] 1. 15 – 20 ปี	[] 2. 21 – 40 ปี	อายุ
[] 3. 41 – 60 ปี	[] 4. > 60 ปี	
3. สถานภาพ		
[] 1. โสด	[] 2. คู่	สถานภาพ
[] 3. หม้าย	[] 4. แยกกันอยู่	
4. ท่านจบการศึกษาระดับสูงสุดชั้นใด		
[] 1. ประถมศึกษา	[] 2. มัธยมศึกษา	การศึกษา
[] 3. อาชีวศึกษา	[] 4. ปริญญาตรี	
[] 5. สูงกว่า ปริญญาตรี		
5. อาชีพ.....		
[] 1. ลูกจ้าง	[] 2. ค้าขาย	อาชีพ
[] 3. ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	[] 4. นักเรียน/นักศึกษา/นิสิต	
[] 5. อื่นๆ	[] 6. ไม่มีอาชีพ	
6. รายได้ /เดือน.....		
[] 1. ต่ำกว่า 5,000 บาท	[] 2. 5,000 – 10,000 บาท	รายได้
[] 3. 10,001 – 15,000 บาท	[] 4. 15,001 – 20,000 บาท	
[] 5. 20,001 – 25,000 บาท	[] 6. 25,001 – 30,000 บาท	
[] 7. สูงกว่า 30,000 บาท	[] 8. ไม่มีรายได้	

7. ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[] 1. เบาหวาน

[] 2. ความดันโลหิตสูง

โรคประจำตัว

[] 3. โรคหัวใจ

[] 4. อื่นๆ

[] 5. ไม่มี

[] 6. มีมากกว่า 1 โรค

8. ท่านเคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่

[] 1. ไม่เคย

[] 2. เคย

ประสบการณ์

9. ท่านเคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องใด

[] 1. ขอคำปรึกษาเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

[] 2. แจ้งเหตุขอรับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในที่เกิดเหตุ

[] 3. ไม่เคยใช้บริการ

ประเภท

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านปัจจัยนำ

ตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการป่วยฉุกเฉิน

คำชี้แจง ให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ ตามความรู้ความเข้าใจของท่าน ให้ท่านทำเครื่องหมาย

P ลงหน้าข้อความที่เห็นว่า “ ถูก ” หรือ “ ผิด ” และมั่นใจในคำตอบนั้น “ น้อย ” “ ปานกลาง ” “ มาก ”

1. ผู้ป่วยฉุกเฉินหมายถึงคนที่ได้รับบาดเจ็บหรือคนที่มีอาการป่วยกะทันหันและจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที มิฉะนั้นอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตหรือทำให้เกิดความพิการและความทุกข์ทรมานได้อย่างมาก

.....ถูก ผิด (ตอบอย่างมั่นใจ)
 น้อย ปานกลาง มาก

K1

2. การปฐมพยาบาล เป็นการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยฉุกเฉิน

.....ถูก ผิด (ตอบอย่างมั่นใจ)
 น้อย ปานกลาง มาก

K2

3. หัวใจหยุดเต้น หายใจไม่ออก หยุดหายใจ ช็อก ชักตลอดเวลาหรือชักจนตัวเขียว
จัดว่าเป็นภาวะฉุกเฉิน
.....ถูก ผิด (ตอบอย่างมั่นใจ)) K3
น้อย ปานกลาง มาก
4. การอาละวาด มีอาวุธในมือหรือพยายามทำร้ายร่างกายผู้อื่นจัดอยู่ในผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน
.....ถูก ผิด (ตอบอย่างมั่นใจ)) K4
น้อย ปานกลาง มาก
5. ผู้ที่มีโรคประจำตัวได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหอบหืด
โรคลมชัก เป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดอาการรุนแรงในผู้ป่วยฉุกเฉินมากกว่าคนปกติ
.....ถูก ผิด (ตอบอย่างมั่นใจ)) K5
น้อย ปานกลาง มาก
6. ผู้เคยมีประวัติการรักษาโดยได้รับการผ่าตัดอวัยวะสำคัญ ได้แก่ สมอง หัวใจ ปอด ตับ
เสี่ยงต่อการป่วยฉุกเฉินมากกว่าคนปกติ
.....ถูก ผิด (ตอบอย่างมั่นใจ)) K6
น้อย ปานกลาง มาก
7. ผู้ป่วยเบาหวาน หากมีอาการใดอาการหนึ่ง หรือมีหลายอาการรวมด้วยดังนี้ หงุดหงิด
ปวดศีรษะ ตาลาย ใจสั่น มือสั่น เหงื่อแตก หน้ามืดคล้ำจะเป็นลม ตัวเย็น สับสน
แสดงถึงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ถ้าไม่ช่วยเหลืออาจหมดสติ
.....ถูก ผิด (ตอบอย่างมั่นใจ)) K7
น้อย ปานกลาง มาก
8. การปวดท้องรุนแรง เจ็บแน่นหน้าอกหายใจลำบาก กรณีเช่นนี้ต้องรีบไปพบแพทย์
.....ถูก ผิด (ตอบอย่างมั่นใจ)) K8
น้อย ปานกลาง มาก

9. ผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ที่แสดงอาการ มึนงง พวดยุสับสน ในภาวะ
ฉุกเฉินให้ถือว่าผู้นั้นได้รับบาดเจ็บที่สมองไว้ก่อน

.....ถูก ผิด (ตอบอย่างมั่นใจ)
น้อย ปานกลาง มาก

K9

10. ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ชักจนหมดสติไม่รู้สีกตัว มักมีสาเหตุจากภาวะหลอดเลือดตีบ

.....ถูก ผิด (ตอบอย่างมั่นใจ)
น้อย ปานกลาง มาก

K10

11. เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก เป็นอาการป่วยฉุกเฉินจากภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ

.....ถูก ผิด (ตอบอย่างมั่นใจ)
น้อย ปานกลาง มาก

K11

12. ภาวะหยุดหายใจกะทันหัน อาจเกิดได้ในผู้ป่วยที่มีอาการชักเกร็ง

.....ถูก ผิด (ตอบอย่างมั่นใจ)
น้อย ปานกลาง มาก

K12

ตอนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

คำชี้แจง ให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ โดยท่านทำเครื่องหมาย **P** ลงบน ที่ตรงกับความ
เข้าใจ หรือตีความหมาย จากการได้ยิน การได้เห็นของท่านมากที่สุด

ด้านการแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินทางโทรศัพท์

1. หมายเลขโทรศัพท์สายด่วน 1669 เป็นหมายเลขที่แจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งให้ใช้ฟรีทุกเครือข่าย

.....
จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

P1

2. การขอความช่วยเหลือจากการบริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องทำได้เฉพาะกรณีที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน
เท่านั้น

.....
จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

P2

3. ข้อมูลในการแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินที่คืนันเบื้องดันผู้แจ้งเหตุ ต้องอยู่ ในสถานที่เกิดเหตุ

.....	.....	.....	.....	.....	.....	P3
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

4. ข้อมูลการแจ้งเหตุที่ต้องประกอบด้วยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง อาการผู้ป่วยฉุกเฉินที่พบ และสถานที่เกิดเหตุที่ชัดเจน

.....	.....	.....	.....	.....	.....	P4
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

5. ความสามารถในการแจ้งเหตุที่ถูกต้องของผู้พบเหตุเมื่อพบผู้ป่วยฉุกเฉิน จะทำให้กระบวนการช่วยเหลือมาถึงได้อย่างรวดเร็ว และถูกต้อง

.....	.....	.....	.....	.....	.....	P5
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

6. การจัดส่งความช่วยเหลือของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จะขึ้นอยู่กับระดับอาการที่รุนแรง และเหตุการณ์ที่เป็นการคุกคามต่อชีวิต

.....	.....	.....	.....	.....	.....	P6
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

ด้านการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในที่เกิดเหตุ

7. การลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่ถูกต้อง จะทำอันตรายซ้ำเติมให้แก่ผู้ป่วย

.....	.....	.....	.....	.....	.....	P7
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

8. การนำผู้ป่วยฉุกเฉินส่งโรงพยาบาลที่ไม่ได้คำนึงถึงขีดความสามารถในการรักษา ทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมาก

.....	.....	.....	.....	.....	.....	P8
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

9. การที่หน่วยบริการให้การดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุเท่าที่จำเป็นและนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด จะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินปลอดภัยที่สุด

.....
 จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

P9

ด้านการจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

10. การรับแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดส่งหน่วยช่วยเหลือที่เหมาะสมไปยังสถานที่เกิดเหตุเป็นบริการหลักของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

.....
 จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

P10

11. การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นบริการที่เกิดขึ้นเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมาน ความพิการ และการสูญเสียชีวิตของประชาชน

.....
 จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

P11

12. การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุข ดูแลช่วยเหลือประชาชนเริ่มตั้งแต่รับแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินจนถึงการลำเลียงนำส่งโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม

.....
 จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

P12

13. การให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นส่วนหนึ่งของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข

.....
 จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

P13

14. การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นบริการเชิงรุกที่เน้นการช่วยชีวิตประชาชนในสถานที่เกิดเหตุเป็นสำคัญ

.....
 จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

P14

ตอนที่ 3 ทักษะคิดต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

คำชี้แจง ให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ โดยท่านทำเครื่องหมาย **P** ลงบน ที่ตรงกับความคิดเห็น หรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด

1. การบริการการแพทย์ฉุกเฉินทำให้ผู้ได้รับการช่วยเหลือมีความปลอดภัยในชีวิต

.....						A1
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

2. ท่านมั่นใจในความปลอดภัยของชีวิตเมื่อใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุข

.....						A2
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

3. หากพบผู้ป่วยฉุกเฉินท่านไม่ลังเลที่จะขอความช่วยเหลือ จากบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข

.....						A3
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

4. ท่านเชื่อถือและศรัทธาในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากเป็นระบบที่ไม่มีผลประโยชน์เป็นที่ตั้งหรือแอบแฝง

.....						A4
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

5. เมื่อเกิดการป่วยฉุกเฉิน ท่านใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุขมากกว่าการบริการของเอกชนหรือหน่วยงานอื่นๆ

.....						A5
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

6. การได้รับความช่วยเหลือจากบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีผลให้การตายและความพิการของประชาชนลดลง

.....	.....	.....	.....	.....	.....	A6
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

7. บุคลากรทุกระดับในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความรู้ความสามารถที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้

.....	.....	.....	.....	.....	.....	A7
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

8. การบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการบริการที่เสมอภาคไม่เลือกกว่าเป็นคนรวยหรือคนจน

.....	.....	.....	.....	.....	.....	A8
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

9. การบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข มีความรวดเร็วทันใจและมีประสิทธิภาพ

.....	.....	.....	.....	.....	.....	A9
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

10. ท่านยินดีแนะนำผู้อื่นให้รู้จักการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเกิดภาวะป่วยฉุกเฉิน

.....	.....	.....	.....	.....	.....	A10
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

11. ท่านมีความพอใจที่ กระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นบริการเชิงรุกสำหรับประชาชนในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินทุกกรณี

.....	.....	.....	.....	.....	.....	A11
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

12. ท่านมีความพอใจที่กระทรวงสาธารณสุขจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้แก่ประชาชนโดยที่ไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

.....	.....	.....	.....	.....	.....	A12
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

13. หากเกิดภาวะป่วยฉุกเฉิน ท่านวางใจและไว้วางใจที่จะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวง
สาธารณสุขท่านนั้น

.....
จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

A13

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านปัจจัยอื่น

ตอนที่ 4 คุณภาพการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

คำชี้แจง ให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ โดยท่านทำเครื่องหมาย **P** ลงบน.....ที่ตรงกับ
การรับรู้หรือความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการการแพทย์ฉุกเฉินของท่านมากที่สุด

1. การแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน มีการซักถามที่สั้น ชัดเจน ไม่เสียเวลา

.....
จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย
..... ไม่มีคำตอบ เพราะไม่เคยใช้บริการ

Q1

2. เจ้าหน้าที่ รับแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินมีความกระตือรือร้น และใส่ใจในการที่จะให้ความช่วยเหลือ
อย่างดีทุกครั้ง

.....
จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย
..... ไม่มีคำตอบ เพราะไม่เคยใช้บริการ

Q2

3. หลังแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในสถานที่
เกิดเหตุ ได้อย่างรวดเร็ว

.....
จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

Q3

4. ท่านได้รับความสะดวกในการติดต่อศูนย์รับแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

.....
จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย
..... ไม่มีคำตอบ เพราะไม่เคยใช้บริการ

Q4

5. การให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อช่วยบรรเทาอาการป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นได้จริง

.....
 จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย
 ไม่มีคำตอบ เพราะไม่เคยใช้บริการ

Q5

6. บุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินปฏิบัติงานได้อย่างมีความชำนาญรวดเร็วและรวดเร็ว

.....
 จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย
 ไม่มีคำตอบ เพราะไม่เคยใช้บริการ

Q6

7. บุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระตือรือร้น และใส่ใจตลอดการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินอยู่เสมอ

.....
 จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย
 ไม่มีคำตอบ เพราะไม่เคยใช้บริการ

Q7

8. บุคลากรในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสุภาพ กริยาท่าทางที่ดีและเต็มใจในการให้บริการ

.....
 จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย
 ไม่มีคำตอบ เพราะไม่เคยใช้บริการ

Q8

9. เครื่องมืออุปกรณ์ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินมีความทันสมัย

.....
 จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย
 ไม่มีคำตอบ เพราะไม่เคยใช้บริการ

Q9

10. บุคลากรในหน่วยงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างชำนาญ

Q10

.....

จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

..... ไม่มีคำตอบ เพราะไม่เคยใช้บริการ

11. ผู้ปฏิบัติการช่วยเหลือในสถานที่เกิดเหตุของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นผู้มีความรู้ มีความสามารถ และเป็นที่ยอมรับของท่าน

Q11

.....

จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

..... ไม่มีคำตอบ เพราะไม่เคยใช้บริการ

12. ท่านพอใจการติดต่อกลับของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อยืนยันการจัดส่งความช่วยเหลือ

Q12

.....

จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

..... ไม่มีคำตอบ เพราะไม่เคยใช้บริการ

13. ท่านได้รับข้อมูลในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ชัดเจนและตรงกับความต้องการ

Q13

.....

จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

..... ไม่มีคำตอบ เพราะไม่เคยใช้บริการ

14. ท่านเห็นว่าการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันเป็นไปอย่างครอบคลุม ทัวถึง

Q14

.....

จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

..... ไม่มีคำตอบ เพราะไม่เคยใช้บริการ

15. ท่านเห็นว่า การปฏิบัติการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่การแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน การเข้าไปช่วยเหลือในที่เกิดเหตุ จนถึงการลำเลียงผู้ป่วยส่งสถานพยาบาล

Q15

.....
 จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย
 ไม่มีคำตอบ เพราะไม่เคยใช้บริการ

ตอนที่ 5 การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย **P** ลงบน.....ที่ตรงกับความสามารถในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของท่านมากที่สุด

1. โทรศัพท์สายด่วนหมายเลข 1669 เป็นเบอร์ที่รับแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง

T1

.....
 จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

2. ท่านสามารถขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

T2

.....
 จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

3. หมายเลขโทรศัพท์ 1669 จัดเป็นเบอร์เดียวที่ท่านสามารถขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ทุกจังหวัด ทำให้สะดวกในการใช้บริการ

T3

.....
 จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

4. การบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการบริการที่ประชาชนได้รับบริการอย่างเสมอภาค เท่าเทียมกันครอบคลุมทุกพื้นที่

T4

.....
 จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

5. การที่มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับท้องถิ่นอยู่ใกล้เขตที่อาศัย ทำให้ท่าน
สามารถได้รับความช่วยเหลือที่รวดเร็วและสะดวกยิ่งขึ้น

T5

.....
จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

6. ท่านเชื่อว่า การได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างรวดเร็วเป็นเพราะ
การเดินทางไปยังสถานที่เกิดเหตุสะดวก ง่าย

T6

.....
จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

7. การแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถทำได้หลายวิธี เช่น ใช้หมายเลขโทรศัพท์ 191 โรงพยาบาล
รัฐบาล ในเขตที่ใกล้ที่อาศัย หรือคลื่นวิทยุ จส.100 ร่วมด้วยช่วยกัน ได้อีกทางหนึ่ง

T7

.....
จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

8. การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการให้บริการประชาชนที่
ไม่คิดค่าใช้จ่าย

T8

.....
จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม

เป็นแบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ ตามความเป็นจริงว่าท่านได้รับการสนับสนุนจากสังคม
และคนใกล้ชิดเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพียงใด กรุณาทำเครื่องหมาย **P** ลงใน
ช่องของข้อความที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ท่านได้รับการอบรมการแจ้งเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

S1

.....
จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

2. ท่านได้รับการสนับสนุนให้เป็นอาสาสมัครหรือผู้แจ้งข่าวด้านสาธารณสุข

.....	.....	.....	.....	.....	.....	S2
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

3. ท่านมีบุคคลใกล้ชิดที่อำนวยความสะดวกเมื่อท่านอาจเกิดการป่วยฉุกเฉิน

.....	.....	.....	.....	.....	.....	S3
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

4. ท่านเคยเข้าร่วมซ้อมแผนสาธารณสุขหรือการป้องกันภัยที่อาจเสี่ยงต่อความปลอดภัยของชีวิตในชุมชนหรือสถานที่ทำงาน

.....	.....	.....	.....	.....	.....	S4
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

5. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากคำแนะนำของเพื่อน พี่น้อง

.....	.....	.....	.....	.....	.....	S5
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

6. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

.....	.....	.....	.....	.....	.....	S6
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

7. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากหนังสือ หนังสือพิมพ์ วารสาร

.....	.....	.....	.....	.....	.....	S7
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

8. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากการประชุม อบรมทางวิชาการ

.....	.....	.....	.....	.....	.....	S8
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

9. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากสื่อโทรทัศน์ วิทยุ

.....	.....	.....	.....	.....	.....	S9
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

10. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากแผ่นหรือป้ายประชาสัมพันธ์

.....	.....	.....	.....	.....	.....	S10
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

11. ท่านได้รับการตอบสนองจากการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตรงกับความต้องการของท่าน

.....	.....	.....	.....	.....	.....	S11
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

12. ท่านแน่ใจว่า จะได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นหากเกิดป่วยฉุกเฉิน จากพี่ น้อง เพื่อน หรือผู้อยู่ใกล้ชิดได้

.....	.....	.....	.....	.....	.....	S12
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

13. ท่านจะช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นที่พบ เมื่อเกิดการป่วยฉุกเฉินได้ก่อนเบื้องต้น

.....	.....	.....	.....	.....	.....	S13
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

14. ข้อมูลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ท่านได้รับมีความชัดเจน เป็นประโยชน์และสอดคล้องกับความต้องการของท่าน

.....	.....	.....	.....	.....	.....	S14
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย	

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

คำชี้แจง ให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ตามความเป็นจริงว่าท่านได้ปฏิบัติหรือมั่นใจว่าต้องปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโดยให้ท่านทำเครื่องหมาย **P** ลงบน.....ที่ตรงกับ การปฏิบัติหรือมั่นใจว่าต้องปฏิบัติมากที่สุด

1. เมื่อเกิดการป่วยฉุกเฉินขึ้น ท่านติดต่อใช้บริการรถพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนรถมูลนิธิ หรืออาสาสมัคร กู้ภัย

.....
 จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

B1

2. เมื่อเกิดการป่วยฉุกเฉินขึ้น ท่านจะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านโทรศัพท์หมายเลข 1669

.....
 จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

B2

3. เมื่อเกิดการป่วยฉุกเฉินขึ้น ท่านหรือผู้ใกล้ชิดจะ ไปโรงพยาบาลพยาบาลกันเอง

.....
 จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

B3

4. เมื่อเกิดภาวะป่วยฉุกเฉินท่านจะดูแลช่วยเหลือตนเองก่อนเรียกผู้อื่นให้ช่วยท่าน

.....
 จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

B4

5. เมื่อเกิดการป่วยฉุกเฉิน ท่านจะขอใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยที่จะรอการจัดส่งความช่วยเหลือไปให้ทุกครั้ง

.....
 จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

B5

6. หากต้องการคำปรึกษาในการดูแลการป่วยฉุกเฉิน เบื้องต้น ท่านจะติดต่อโทรศัพท์สายด่วนหมายเลข 1669 เป็นลำดับแรก

..... B6

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
------------	------	--------------	-----------------	---------	------------

7. เมื่อเกิดภาวะป่วยฉุกเฉิน ท่านจะติดต่อขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานหลายๆแห่งเพื่อความแน่ใจว่าจะได้รับการช่วยเหลืออย่างแน่นอน

ความแน่ใจว่าจะได้รับการช่วยเหลืออย่างแน่นอน

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ –นามสกุล	นางสุกัญญา เดชขุน
วัน เดือน ปี ที่เกิด	23 กันยายน พ.ศ. 2504
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	หัวหน้าฝ่ายพัฒนาระบบรับแจ้งเหตุและเครือข่าย
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข
ผลงานดีเด่นและรางวัลทางวิชาการ	-
ทุนการศึกษาที่ได้รับ	-