

เหตุใดคนเชียงใหม่เมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรืออุบัติเหตุ จึงไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

นัชชา หานุกสิริเวชกุล*

บริบูรณ์ เชนธนากิจ*

บวร วิทยชำนานกุล*

บทคัดย่อ

ความเป็นมา การเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความสูญเสียและเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของประชากรไทย การมีระบบการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลที่ดีจะช่วยลดอัตราการสูญเสียได้ กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายให้โรงพยาบาลต่างๆทั่วประเทศจัดตั้งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นเพื่อลดอัตราการตายและลดความพิการ แต่การเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่ยังไม่เป็นที่แพร่หลาย ส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุจะมาโรงพยาบาลด้วยตนเอง วัตถุประสงค์ ศึกษาสาเหตุของการไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้มาใช้บริการห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เมื่อเกิดความเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือเกิดอุบัติเหตุ เพื่อหาโอกาสพัฒนาและรณรงค์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และของจังหวัดเชียงใหม่ต่อไป กลุ่มตัวอย่างและวิธีการศึกษา การศึกษาโดยการสังเกตเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากผู้นำส่งหรือผู้ป่วยที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ที่มีระดับความรุนแรงจากการคัดแยก (Triage) เป็นระดับที่ ๑ Resuscitation ระดับที่ ๒ Emergency และระดับที่ ๓ Urgency โดยแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มที่มาเองและกลุ่มที่มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงตุลาคม พ.ศ.๒๕๕๔ ผลการวิจัย มีผู้เข้าร่วมในการศึกษาทั้งหมด ๑๐๒ คน โดยแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มาโรงพยาบาลด้วยตัวเอง ๖๔ ราย และกลุ่มที่มาโรงพยาบาลด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๓๘ ราย ทั้งหมดเป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุ (trauma) ๔๔ ราย ผู้ป่วยฉุกเฉิน (non trauma) ๕๘ ราย แบ่งตามระดับการคัดแยก (Triage) เป็นระดับที่ ๑ Resuscitation ๔ ราย ระดับที่ ๒ Emergency ๔๒ ราย ระดับที่ ๓ Urgency ๕๖ ราย โดยปัจจัยทางด้านเพศ ระดับการศึกษาและอาชีพไม่มีผลต่อการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สาเหตุที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอันดับแรกให้เหตุผลว่ามีรถส่วนตัวสามารถมาโรงพยาบาลเองได้ร้อยละ ๖๔.๑ อันดับที่สองคือไม่รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ ๕๐ และอันดับที่สามคือรู้สึกว่าการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยนั้นเล็กน้อยไม่จำเป็นต้องเรียกรถพยาบาลมารับร้อยละ ๒๕ สิ่งที่ทำให้รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉินอันดับแรกคือป้ายโฆษณาหรือป้ายข้างทาง รองลงมาคือโทรทัศน์และวิทยุตามลำดับ สรุป สาเหตุที่คนเชียงใหม่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เกิดจากการไม่ทราบถึงบริการ ไม่เห็นความสำคัญ และไม่ไว้วางใจในบริการ

คำสำคัญ: ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

Abstract

Why don't Chiangmai people in need call emergency medical service?

Natcha Hansudewechakul*, Boriboon Chenthanakij*, Borwon Wittayachamnankul*

*Division of Emergency Medicine, department of Family Medicine, Chiang Mai University

Background: Acute illness and accidents are the leading cause of death in Thailand. Developing a good systematic pre-hospital care can help reducing morbidity and mortality. To achieve this goal, the Ministry of Public health has issued a policy for all hospitals in Thailand to set up an Emergency Medical

*หน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Service (EMS) system. Nevertheless, this service system is not widely acknowledged in Chiang Mai. Most of the patients did not use the service and go to the hospital by themselves Objective: To determine reasons of underuse of Emergency Medical Service in patients visiting the Emergency room, Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital. Methods: This was a prospective observational study by means of questionnaires filled by the patients or anyone accompanied them to the emergency room, Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital. Only 3 level of triage was used; level 1-Resuscitation, level 2-Emergency, and level 3-Urgency. This study was conducted during the period from March to October 2011. Analysis was made by dividing participants into 2 groups; patients coming to the emergency room by themselves, and the ones coming by using EMS system. Results: There were 102 participants; 64 coming by themselves and 38 using EMS. There were 44 traumatic patients, and 58 non traumatic patients. 4 participants were of triage level 1 Resuscitation, 42 of triage level 2 Emergency and 56 of triage level 3 Urgency. Sex, degree of education and occupation were not related to EMS activation. Many reasons accounted for this problem; 64.1% of the patients had their own vehicles, 50% did not know of the service, and 25% thought that their symptoms were insufficient to activate EMS system. People in Chiang Mai learned of the EMS system through many advertising media, in sequentially billboards, television, and radio programs. Conclusion: The reasons of underuse of EMS system in Chiang Mai were: unknown of existence, failure to recognize the importance, and doubt in the Emergency Medical Service systems.

Key words: Emergency Medical Service

ภูมิหลังและเหตุผล

การเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความสูญเสียและเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของประชากรไทย^(๑) ซึ่งการมีระบบการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลที่ดี (Pre-hospital care) จะช่วยลดอัตราการสูญเสียดังกล่าวได้^(๒-๕) กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายให้โรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศจัดตั้งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service system) ขึ้นเพื่อลดอัตราการตายและลดความพิการ

ปัจจุบันได้มีการนำเอาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินบรรจุเข้าสู่ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of survival) และแนวทางการรักษาโรคต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Myocardial infarction) เพื่อเพิ่มความรวดเร็วและประสิทธิภาพในการรักษา^(๖,๗)

ในงานวิจัยโครงการสำรวจสภาพการบริการรักษาพยาบาลประชาชนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินจากทั่วประเทศ^(๘) ระบุว่าร้อยละ ๗๕.๗ ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการห้องฉุกเฉินมีญาติหรือเพื่อนสนิทพามาส่ง ผู้ป่วยเดินทางมาโรงพยาบาลด้วยตัวเองร้อยละ ๑๒.๒ มีเพียงร้อยละ ๒.๑ ที่มาโรงพยาบาลด้วยหน่วยกู้ชีพ

ของโรงพยาบาลและหน่วยกู้ชีพสาธารณะ และร้อยละ ๑.๗ เท่านั้นที่โทรศัพท์เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จังหวัดเชียงใหม่ได้เริ่มบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๐ จากสรุปผลการปฏิบัติงานของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า จำนวนครั้งของการออกปฏิบัติการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆทุกปี โดยในปี พ.ศ.๒๕๔๗ เฉลี่ยเดือนละ ๓๑๖ ครั้ง จนมาถึง พ.ศ.๒๕๕๓ เฉลี่ยเดือนละ ๑,๓๒๕ ครั้ง มากกว่าร้อยละ ๕๐ เป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจร ในช่วงแรกของการพัฒนาระบบการรับแจ้งเหตุมาจากการโทรหมายเลข ๑๙๑ เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งในปัจจุบันการแจ้งเหตุด้วยหมายเลข ๑๖๖๙ ได้แพร่หลายมากขึ้น โดยคิดเป็นร้อยละ ๔๑ ของการออกปฏิบัติการทั้งหมด

คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้เข้าร่วมในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๐ และได้พัฒนาการบริการการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งสามารถให้บริการได้ตามมาตรฐาน^(๙) ที่กำหนดโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพในเกือบทุกด้าน จำนวนผู้ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล



มหาราชนครเชียงใหม่มีจำนวนเฉลี่ย ๙๐ คนต่อวัน ส่วนน้อยเท่านั้นที่มาโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากรายงานการออกหน่วย EMS ของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ปี พ.ศ.๒๕๕๓ มีการออกปฏิบัติการ ๖๔๖ ครั้งต่อปี (เฉลี่ย ๕๔ ครั้งต่อเดือน) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุ (Trauma/Non Trauma = ๔๖๙/๑๗๗) และมีระดับความรุนแรงตามการคัดกรองเป็น Urgency ถึงร้อยละ ๕๐

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในต่างประเทศนั้นพัฒนาไปไกล ซึ่งงานวิจัยเกี่ยวกับการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้น มักจะเป็นในด้านการเรียกใช้บริการมากเกินความจำเป็น^(๑๐,๑๑) แตกต่างจากประเทศไทยที่มีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อยกว่าที่คาดหวังไว้

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยรวมถึงในจังหวัดเชียงใหม่ยังไม่เป็นที่แพร่หลาย ประชาชนส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุมักจะมาโรงพยาบาลด้วยตนเองโดยไม่เรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉินมารับ ซึ่งการนำผู้ป่วยมาเองโดยญาติหรือผู้หวังดีนั้น บางครั้งอาจทำให้เกิดความเสียหายตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงขั้นทุพพลภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้คือ เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยของการไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้มาใช้บริการห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เมื่อเกิดความเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือเกิดอุบัติเหตุ ทั้งนี้เพื่อหาโอกาสพัฒนาและรณรงค์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และของจังหวัดเชียงใหม่ต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาโดยการสังเกตเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (Prospective observational study) เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากผู้นำส่งหรือผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ แบบสอบถามแยกเป็น ๒ ชุดสำหรับผู้ป่วยที่เดินทางมาโรงพยาบาลเอง และสำหรับผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การตอบแบบสอบถามจะขอให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบเป็นลำดับแรก ถ้าผู้ป่วยอยู่

ในสถานะที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ จึงจะขอความร่วมมือจากญาติที่มากับผู้ป่วยเป็นผู้ตอบ ซึ่งเชื่อว่าญาติและผู้ป่วยที่มาด้วยกัน น่าจะมีความคิดเรื่องการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเหมือนกัน โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงจากการคัดแยก (Triage) เป็นระดับที่ ๑ Resuscitation ระดับที่ ๒ Emergency และระดับที่ ๓ Urgency โดยได้ทดลองใช้แบบสอบถามเบื้องต้นเป็นระยะเวลา ๒ สัปดาห์ก่อนเก็บข้อมูลจริง

ประชากรที่ศึกษา

ผู้ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินทุกราย ซึ่งอาจเป็นตัวผู้ป่วยเอง หรือผู้นำส่งที่พาผู้ป่วยมาใช้บริการห้องฉุกเฉินที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) แล้ว ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ.๒๕๕๔ ถึงตุลาคม พ.ศ.๒๕๕๔

การคำนวณขนาดตัวอย่างวิธีการที่ใช้ในการคำนวณคือ $n = [Z^2_{\alpha/2} P(1-P)]/e^2$...อ้างอิงหมายเลข(๑๒)

โดย n = ขนาดตัวอย่าง

α = ความผิดพลาดจากการสุ่มตัวอย่างเพื่อสรุปลักษณะประชากรจากค่าสถิติของตัวอย่าง = ๐.๐๕

Z = สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (confidence coefficient) ได้จากความเชื่อมั่นที่กำหนด $(1-\alpha)$

P = ค่าสัดส่วนของเหตุการณ์ที่สนใจ = ค่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่มาใช้บริการด้วยตนเองต่อผู้มาใช้บริการทั้งหมด

โดยค่า P ในที่นี้ใช้ ๐.๘๓ โดยอ้างอิงจากสรุปผลการให้บริการตามระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จ.เชียงใหม่ ปีงบประมาณ ๒๕๔๗-๒๕๕๑ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (http://www.chiangmaihealth.com/ems/show_file_detail.php?ID=136)

e = ความกระชับของการประมาณค่า = 0.1

$n = [(1.96)^2 * 0.83 * 0.17] / (0.1)^2 = ๕๔$ คน

เกณฑ์การคัดเข้าของการวิจัยนี้คือ ๑) ผู้มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินทั้งเจ็บป่วยและอุบัติเหตุที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๘ ปีขึ้นไป ๒) มีความรุนแรงตามระดับการคัดแยก (triage) ระดับที่ ๑ Resuscitation ระดับที่ ๒ Emergency และระดับที่

๓ Urgency ตาม ๕ ระดับของ Suandok Triage อ่านหรือฟังภาษาไทยออก สามารถเข้าใจแบบสอบถามได้ และเกณฑ์การคัดออกของการวิจัยนี้คือ ๑) ผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามได้เช่น เมาส์ราขาดสติสัมปชัญญะ, head injury ที่ GCS <๑๕ ๒) เป็นผู้ป่วยส่งต่อ (refer) จากโรงพยาบาลอื่น หรือแผนกอื่น ๓) ผู้นำส่งผู้ป่วยหรือผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคตามการคัดแยก (triage) เป็นระดับที่ ๔ Less-urgency และระดับที่ ๕ Non urgency ตาม ๕ ระดับของ Suandok Triage ๔) ผู้ที่มาโรงพยาบาลด้วยตัวเองแต่มีภูมิลำเนาอยู่นอกขอบเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เช่น ต่างอำเภอ ต่างจังหวัด แต่ต้องการการรักษาโดยไม่ได้ผ่านระบบการส่งต่อ

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล (Statistic analysis)

นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์เพื่อแสดงปัจจัยต่างๆที่อาจมีผลต่อการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สาเหตุการไม่เรียกใช้ และสิ่งที่ต้องการให้ประชาสัมพันธ์ โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือสถิติในเชิงพรรณนา เช่น ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าสถิติอื่นๆที่เหมาะสมกับชนิดของข้อมูล โดยใช้โปรแกรม SPSS version ๑๗.๐

ผลการศึกษา

จากการสำรวจเก็บข้อมูลความคิดเห็นของผู้ป่วยหรือญาติที่มาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.๒๕๕๔ ได้กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มาโรงพยาบาลด้วยตัวเอง ๖๔ ราย และกลุ่มที่มาโรงพยาบาลด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๓๘ ราย ดังตารางที่ ๑

๑. กลุ่มที่มาโรงพยาบาลด้วยตัวเอง

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ๖๔ คน เพศชาย ๒๕ คน หญิง ๓๙ คน ช่วงอายุระหว่าง ๑๘-๘๕ ปี อายุเฉลี่ย ๔๖.๙๔ เป็นผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง ๒๙ คน (ร้อยละ ๔๕.๓) ญาติผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ๓๕ คน (ร้อยละ ๕๔.๗) สาเหตุการมาโรงพยาบาลแบ่งเป็นอุบัติเหตุ (trauma) ๑๗ ราย

(ร้อยละ ๒๖.๖) ฉกฉก (non trauma) ๔๗ ราย (ร้อยละ ๗๓.๔) แบ่งตามระดับการคัดแยก ระดับที่ ๑ Resuscitation ๔ ราย (ร้อยละ ๖.๓) ระดับที่ ๒ Emergency ๓๑ ราย (ร้อยละ ๔๕.๔) และระดับที่ ๓ Urgency ๒๙ ราย (ร้อยละ ๔๕.๓) ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ ๔๕.๓ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานของรัฐ ร้อยละ ๓๒.๘ ซึ่งมี ๘ คนที่มีอาชีพเกี่ยวข้องกับบริการสาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ ๑๒.๕

สาเหตุที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่ามีรถส่วนตัว สามารถมาโรงพยาบาลเองได้ รองลงมาคือ ไม่รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และรู้สึกว่าอาการเจ็บหรือเจ็บป่วยนั้นเล็กน้อยไม่จำเป็นต้องเรียกรถพยาบาลมารับตามลำดับรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ ๒, ๓ และ ๔

สิ่งที่ต้องการรับข้อมูลบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้แก่ โทรทัศน์ ๓๖ ราย (ร้อยละ ๕๖.๓) วิทยุ ๑๘ ราย (ร้อยละ ๒๘.๑) อินเทอร์เน็ต ๑๘ ราย (ร้อยละ ๒๘.๑) ป้ายโฆษณาหรือป้ายข้างทาง ๒๖ ราย (ร้อยละ ๔๐.๖) สิ่งอื่น ๆ ได้แก่ ผู้นำชุมชน เอกสารแผ่นพับ โรงพยาบาล

๒. กลุ่มที่มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ๓๘ คน เพศชาย ๑๗ คน หญิง ๒๑ คน ช่วงอายุระหว่าง ๑๘-๗๘ ปี อายุเฉลี่ย ๓๘.๕๙ ปี (SD ๑๗.๔๑) ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง ๒๒ คน (ร้อยละ ๕๗.๙) ญาติผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ๑๖ คน (ร้อยละ ๔๒.๑) สาเหตุการมาโรงพยาบาลแบ่งเป็นอุบัติเหตุ (trauma) ๒๗ ราย (ร้อยละ ๗๑.๑) ฉกฉก (non trauma) ๑๑ ราย (ร้อยละ ๒๘.๙) แบ่งตามระดับความเร่งด่วนระดับที่ ๑ Resuscitation ๐ ราย ระดับที่ ๒ Emergency ๑๑ ราย (ร้อยละ ๒๘.๙) และระดับที่ ๓ Urgency ๒๗ ราย (ร้อยละ ๗๑.๑) ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ ๔๗.๓ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพลูกจ้างประจำ/พนักงานบริษัทร้อยละ ๒๓.๗ ซึ่งมี ๕ คนที่มีอาชีพเกี่ยวข้องกับบริการสาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ ๑๓.๒



ตารางที่ ๑ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=๑๐๒)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มที่มาเอง (n=๖๔)		กลุ่มที่มาด้วยบริการ ๑๖๕ (n=๓๘)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	๒๕	๓๙.๑	๑๗	๔๔.๗	๐.๕๗๓*
หญิง	๓๙	๖๐.๙	๒๑	๕๕.๓	
อายุ (ปี) (mean, SD)	๔๖.๙๔(๑๖.๒๕)		๓๘.๕๙(๑๗.๔๑)		
สาเหตุของการมาโรงพยาบาล					
Trauma	๑๗	๒๖.๖	๒๗	๗๑.๑	๐.๐๒๑ [†]
Non trauma	๔๗	๗๓.๔	๑๑	๒๘.๙	๐.๐๐๐*
ระดับการคัดแยก (Triage)					
ระดับที่ ๑ Resuscitation	๔	๖.๓	๐	๐	๐.๐๑๒**
ระดับที่ ๒ Emergency	๓๑	๔๘.๔	๑๑	๒๘.๙	
ระดับที่ ๓ Urgency	๒๙	๔๕.๓	๒๗	๗๑.๑	
การตอบแบบสอบถาม					
ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบ	๒๙	๔๕.๓	๒๒	๕๗.๙	๐.๒๑๙*
ญาติเป็นผู้ตอบ	๓๕	๕๔.๗	๑๖	๔๒.๑	
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	๓๑	๔๘.๔	๑๖	๔๒.๑	๐.๕๓๕*
ปริญญาตรีขึ้นไป	๓๓	๕๑.๖	๒๒	๕๗.๙	
อาชีพ					
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๕	๗.๘	๕	๑๓.๑	๐.๐๕๘**
ลูกจ้างประจำ/พนักงานบริษัท	๗	๑๐.๙	๘	๒๑.๑	
รับจ้างทั่วไป	๖	๙.๔	๗	๑๘.๔	
นักเรียน/นักศึกษา	๓	๔.๗	๐	๐	
เกษตรกร	๕	๗.๘	๕	๑๓.๑	
ธุรกิจส่วนตัว	๕	๗.๘	๑	๒.๖	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	๘	๑๒.๕	๕	๑๓.๑	
อาชีพเกี่ยวกับบริการสาธารณสุข					
รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๓๒	๕๐	๒๑	๕๕.๓	๐.๙๒๓**
รู้จัก	๓๒	๕๐	๑๗	๔๔.๗	๐.๖๐๗*
ไม่รู้จัก					

*คำนวณโดย Pearson Chi-Square, **คำนวณโดย Likelihood Ratio, [†]คำนวณโดย Independent sample T-test

ตารางที่ ๒ เหตุผลที่ไม่เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

สาเหตุที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (N=๖๔)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
๑. มีรถส่วนตัว สามารถมาโรงพยาบาลเองได้	๔๑	๖๔.๑
๒. ไม่รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๓๒	๕๐
๓. รู้สึกว่าบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องเรียกรถพยาบาลมารับ	๑๖	๒๕
๔. อยู่ในภาวะตกใจ จึงไม่ได้นึกถึง	๑๐	๑๕.๖
๕. รู้สึกว่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินอาจมีความล่าช้า	๖	๙.๔
๖. เข้าใจผิดคิดว่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินใช้สำหรับอุบัติเหตุจราจรเท่านั้น	๖	๙.๔
๗. คิดว่ามีความยุ่งยากในการแจ้งข้อมูลผู้ป่วย และบอกสถานที่เกิดเหตุ	๕	๗.๘
๘. กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย	๔	๖.๓
๙. คิดว่ารถพยาบาลจะไม่มาส่งยังโรงพยาบาลที่ท่านต้องการ	๔	๖.๓
๑๐. อื่น ๆ*	๓	๔.๗
๑๑. รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แต่จำเบอร์โทรศัพท์ไม่ได้	๒	๓.๑
๑๒. เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แล้วไม่ประทับใจ	๐	๐

*เหตุผลอื่น ๆ ที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้แก่ คิดว่ารถพยาบาลมีจำกัด ควรเก็บไว้ช่วยผู้ป่วยที่อาการหนัก บ้านอยู่ใกล้โรงพยาบาล รู้สึกว่ารถพยาบาลไม่สะดวก กลัวคิดเชื้อโรค

ตารางที่ ๓ เหตุผลที่ไม่เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แยกตามระดับความรุนแรง (Triage) ของผู้ป่วย

สาเหตุที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ระดับการคัดแยก (Triage) (คน)			รวม(คน)
	Resuscitation	Emergency	Urgency	
๑. มีรถส่วนตัว สามารถมาโรงพยาบาลเองได้	๓	๒๓	๑๕	๔๑
๒. ไม่รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๑	๑๘	๑๓	๓๒
๓. รู้สึกว่าบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องเรียกรถพยาบาลมารับ	๐	๕	๑๑	๑๖
๔. อยู่ในภาวะตกใจ จึงไม่ได้นึกถึง	๑	๓	๖	๑๐
๕. รู้สึกว่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินอาจมีความล่าช้า	๐	๕	๑	๖
๖. เข้าใจผิดคิดว่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินใช้สำหรับอุบัติเหตุจราจรเท่านั้น	๑	๒	๓	๖
๗. คิดว่ามีความยุ่งยากในการแจ้งข้อมูลผู้ป่วย และบอกสถานที่เกิดเหตุ	๐	๓	๒	๕
๘. คิดว่ารถพยาบาลจะไม่มาส่งยังโรงพยาบาลที่ท่านต้องการ	๐	๔	๐	๔
๙. กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย	๐	๓	๑	๔
๑๐. อื่น ๆ	๐	๑	๒	๓
๑๑. รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉินแต่จำเบอร์โทรศัพท์ไม่ได้	๐	๐	๒	๒
๑๒. เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แล้วไม่ประทับใจ	๐	๐	๐	๐



ตารางที่ ๔ เหตุผลที่ไม่เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แยกตามชนิดของผู้ป่วย

สาเหตุที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ชนิดผู้ป่วย (คน)		
	อุบัติเหตุ (Trauma)	ฉุกเฉิน (Non Trauma)	รวม (คน)
๑. มีรถส่วนตัว สามารถมาโรงพยาบาลเองได้	๕	๓๒	๔๑
๒. ไม่รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๖	๒๔	๓๒
๓. รู้สึกว่าบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องเรียกรถพยาบาลมารับ	๖	๘	๑๖
๔. อยู่ในภาวะตกใจ จึงไม่ได้นึกถึง	๔	๖	๑๐
๕. รู้สึกว่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินอาจมีความล่าช้า	๐	๖	๖
๖. เข้าใจผิดคิดว่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินใช้สำหรับอุบัติเหตุจราจรเท่านั้น	๐	๖	๖
๗. คิดว่ามีความยุ่งยากในการแจ้งข้อมูลผู้ป่วย และบอกสถานที่เกิดเหตุ	๑	๔	๕
๘. คิดว่ารถพยาบาลจะไม่มาส่งยังโรงพยาบาลที่ท่านต้องการ	๐	๔	๔
๙. กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย	๑	๓	๔
๑๐. อื่น ๆ	๐	๓	๓
๑๑. รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แต่จำเบอร์โทรศัพท์ไม่ได้	๐	๒	๒
๑๒. เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแล้วไม่ประทับใจ	๐	๐	๐

ลักษณะรายละเอียดการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ทั้งหมดของผู้ป่วยที่มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ได้เป็นผู้โทรศัพท์ติดต่อด้วยตนเอง ส่วนใหญ่เป็นญาติและคนรู้จักเป็นผู้โทรศัพท์ ๑๘ ราย (ร้อยละ ๔๗.๔) ผู้ป่วย/ญาติ ๑๗ ราย ไม่รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ ๔๔.๗ เบอร์โทรศัพท์ที่ใช้เรียกบริการรถฉุกเฉินส่วนใหญ่ใช้เบอร์ ๑๖๖๔ คิดเป็นร้อยละ ๓๑.๔ รองลงมาได้แก่เบอร์ ๑๙๑ และมีผู้ป่วย/ญาติถึง ๑๘ ราย (ร้อยละ ๔๗.๔) ที่ไม่ทราบว่าใช้เบอร์โทรศัพท์หมายเลขใดในการติดต่อใช้บริการครั้งนี้

สื่อที่ทำให้รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เป็นป้ายโฆษณา หรือป้ายข้างทาง รองลงมาคือโทรทัศน์และวิทยุ ตามลำดับ ดังตารางที่ ๕ และความรู้สึกหลังใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแสดงในตารางที่ ๖

ข้อเสนอแนะอื่นๆ ได้แก่ ควรมีหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉินเช่น ๑๖๖๔ ติดไว้ในบัตรประชาชน เพราะเป็นสิ่งที่ติดตัวตลอดเวลาสามารถนำมาดูในกรณีที่จำเบอร์ไม่ได้ ควรมาถึงสถานที่เกิดเหตุให้เร็วกว่านี้ ควรประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อหนังสือพิมพ์ หรือเอกสารแผ่นพับ เนื่องจากรายละเอียดค่อนข้างมาก

ตารางที่ ๕ สื่อที่ทำให้รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

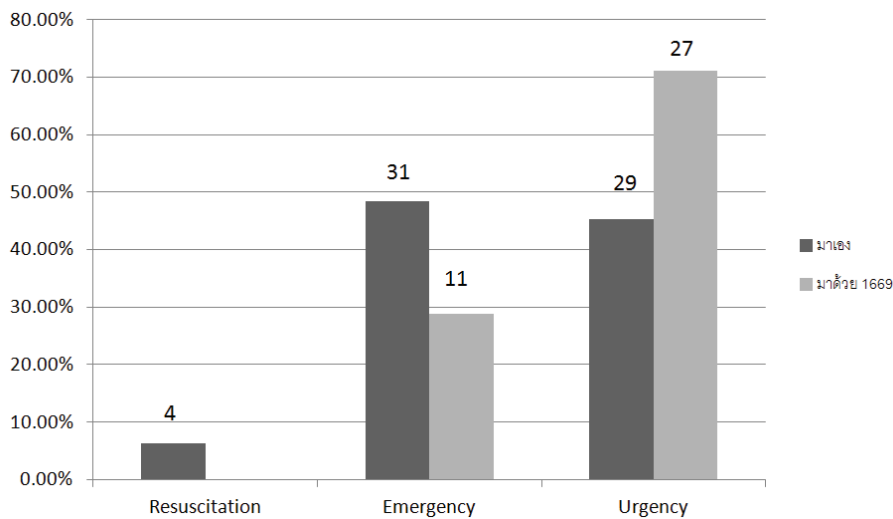
สื่อที่ทำให้รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n=๓๘)	จำนวน	ร้อยละ
โทรทัศน์	๘	๒๑.๑
วิทยุ	๔	๑๐.๕
Internet	๒	๕.๓
ป้ายโฆษณา ป้ายข้างทาง	๑๑	๒๘.๙
อื่น ๆ*	๑๓	๓๓.๖

*สื่ออื่นๆ ที่ทำให้รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้แก่ โรงพยาบาล ประชาสัมพันธ์ รถพยาบาล การอบรม คนรู้จักบอก และใบเสร็จยา

ตารางที่ ๖ ความรู้สึกหลังใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n= ๓๘)

ความรู้สึกหลังใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	จำนวน	ร้อยละ
ประทับใจ	๒๗	๗๑.๑
ปานกลาง	๘	๒๑.๑
ไม่ประทับใจ*	๒	๕.๓
ไม่ตอบแบบสอบถาม	๑	๒.๖

*สาเหตุที่ไม่ประทับใจ รายที่ ๑ เพราะ ได้กลิ่นสุราจากพนักงานขับรถ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย รายที่ ๒ มีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าหน้าที่ในรถพยาบาลพยายามจะส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลเอกชน



แผนภูมิที่ ๑ แสดงระดับการคัดแยกผู้ป่วย (Triage) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มาเอง และกลุ่มที่มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มาโรงพยาบาลด้วยตัวเองมีความรุนแรงตามการคัดแยกเป็นระดับที่ ๑ Resuscitation และระดับที่ ๒ Emergency รวมกันถึงร้อยละ ๕๔.๗ ในทางกลับกัน ไม่พบผู้ป่วยที่มีการคัดแยกเป็นระดับที่ ๑ Resuscitation ในกลุ่มที่มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเลยซึ่งเป็นผู้ที่น่าจะได้ประโยชน์จากบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งอาจจะแสดงว่า ผู้ป่วยที่มาเอง ประมาณครึ่งหนึ่ง มีการประเมินความรุนแรงตนเองต่ำกว่าควรเป็นจริง และเป็นกลุ่มที่น่าจะได้ประโยชน์จากการเรียบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๑

วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัญหาการใช้บริการ และโอกาสในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย โดยหาสาเหตุการไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งพบว่าสาเหตุอันดับ ๑ คือ การมีรถส่วนตัวสามารถมาโรงพยาบาลเองได้ การที่คนส่วนใหญ่ตอบลักษณะนี้อาจแสดงถึงไม่ตระหนักถึงประโยชน์ที่จะได้รับนอกจากการรับส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ได้แก่ การประเมินและช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะวิกฤตจากเจ้าหน้าที่ประจำรถที่ผ่านการฝึกอบรม การมีความพร้อมของอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการช่วยชีวิต หรือ

อาจยังขาดความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค ซึ่งจะเห็นได้จากกลุ่มที่ตอบว่ามีรถส่วนตัวจึงมาเองมีการคัดแยกเป็นระดับที่ ๑ Resuscitation ถึง ๓ ราย ระดับที่ ๒ Emergency ๒๓ ราย ซึ่งการมาโรงพยาบาลด้วยตนเองอาจก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตหรือความพิการได้ เช่นไม่ได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธีในผู้ป่วยที่มีกระดูกหัก การไม่ได้รับการรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่จำเป็น

การไม่รู้จักรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสาเหตุอันดับที่ ๒ ซึ่งอาจเป็นเพราะการประชาสัมพันธ์และสื่อยังไม่เพียงพอจากแบบสอบถามชุดนี้ คนส่วนใหญ่ต้องการรับข้อมูลประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อโทรทัศน์ซึ่งควรพัฒนาควบคู่ไปกับสื่อป้ายโฆษณาข้างทางซึ่งเป็นสื่อที่ทำให้คนรู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุด สาเหตุอันดับที่ ๓ คือรู้สึกว่าจะบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องเรียกรถพยาบาลมารับ ซึ่งเมื่อดูความรุนแรงตามการคัดแยกของผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นระดับที่ ๑ Emergency ถึง ๕ ราย แสดงถึงญาติหรือตัวผู้ป่วยประเมินความรุนแรงของโรคได้ต่ำกว่าที่โรงพยาบาลประเมินได้

พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีถึงร้อยละ ๔๔ (๑๗ คนใน ๓๘ คน) ที่ไม่รู้จักรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ที่โทรแจ้งเป็นผู้พบเห็นเหตุการณ์ เช่น ตำรวจ ญาติ ประชาชนที่บังเอิญผ่านมา ใน



ทางกลับกันกับกลุ่มที่ตนเองมีถึงร้อยละ ๕๐ ที่รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉินแต่ไม่เรียกใช้ การพัฒนาจึงต้องทำไปในสองทางคือ ประชาสัมพันธ์ให้รู้จักบริการนี้ และ สอนให้ตระหนักถึงภาวะอันตราย รู้จักการประเมินความรุนแรงของโรคในเบื้องต้น โดยประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาลให้แก่ญาติและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาตรวจตามนัดให้รู้จักถึงโรคแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น โรคเบาหวาน ความดัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรรู้จักโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ เส้นเลือดในสมองตีบหรือแตกเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจตีบเฉียบพลัน และเมื่อเกิดอาการของโรคเหล่านี้ให้รีบเรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ควรสื่อให้เห็นถึงประโยชน์ของบริการนี้ว่ามีการดูแลเบื้องต้น และสามารถช่วยชีวิตหัวใจอย่างถูกวิธีในกรณีหัวใจหยุดเต้น มีความพร้อมทั้งด้านยา อุปกรณ์ และเจ้าหน้าที่

ความรู้สึกของผู้ป่วย/ญาติหลังการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่จะประทับใจ (ร้อยละ ๗๑.๑) มีบางส่วน (ร้อยละ ๒๑.๑) รู้สึกปานกลาง ซึ่งอาจจะตีความว่าไม่พอใจ เนื่องจากคนไทยสุขภาพเกินกว่าจะพูดตรงไปตรงมา โดยเฉพาะเมื่อพูดต่อหน้าผู้ให้บริการ สาเหตุที่ไม่ประทับใจของผู้ใช้บริการรายหนึ่งคือ มีความรู้สึกที่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลต้องการจะส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งในความเป็นจริงโรงพยาบาลควรนำผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหมาะสมในการบริการผู้ป่วยรายนั้นที่อยู่ใกล้ที่สุด ตามการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบของจังหวัดเชียงใหม่ แต่เนื่องจากผู้ใช้บริการยังไม่เข้าใจระบบการแบ่งพื้นที่นี้ ทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจหรือสงสัยว่าการบริการนี้อาจมีผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้อง

สาเหตุที่ไม่ประทับใจของผู้ใช้บริการอีกรายหนึ่งคือ ได้กลิ่นสุราจากพนักงานขับรถทำให้เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย แม้จะมีข้อมูลเพียงรายเดียว แต่ก็ยังเป็นข้อมูลที่ควรให้ความสำคัญในการควบคุมกำกับพฤติกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัยของพนักงานขับรถเพื่อความไว้วางใจของประชาชนผู้รับบริการ และด้วยสาเหตุว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบ่งเป็นหลายระดับตั้งแต่อาสาสมัครใน First responder จนถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มาตรฐานของแต่ละระดับมีความแตกต่างกัน

กันไปตามระดับความสามารถของบุคลากรและเครื่องมือ/อุปกรณ์ การจะให้คนทั่วไปยอมรับและไว้วางใจในบริการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับตั้งแต่ First responder จนถึงระดับ Advance จึงไม่ใช่เรื่องง่าย ต้องสร้างความคุ้นเคยโดยการประชาสัมพันธ์ มีการควบคุมคุณภาพของการบริการในทุกระดับ เช่น การอบรมพฤติกรรมบริการให้กับเจ้าหน้าที่ทุกระดับ มีระบบการร้องเรียนจากผู้รับบริการ และอาจมีการสุ่มตรวจขณะปฏิบัติงาน เพื่อเป็นที่ประจักษ์แก่ผู้ที่เรียกใช้บริการและผู้เกี่ยวข้องว่าเป็นบริการที่ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัย และไม่มีผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้อง เพื่อให้ประชาชนทั่วไปยอมรับ

ข้อจำกัด

๑. ระยะเวลาการทำวิจัยมีจำกัด การเก็บข้อมูลไม่สามารถทำได้ทั้งหมด เป็นการสุ่มตรวจ อาจมีอคติในการเลือกตัวอย่าง และข้อมูลได้จากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เพียงแห่งเดียวซึ่งครอบคลุมพื้นที่เฉพาะบางส่วนของจังหวัดเชียงใหม่ อย่างไรก็ตามจากการเก็บข้อมูลวิจัยนี้ไม่มีผู้ป่วยที่ปฏิเสธการให้ข้อมูล

๒. การติดตามผลย้อนหลังไม่สามารถทำได้เพราะไม่มีเบอร์โทรติดต่อกลับในเวชระเบียน ผู้วิจัยไม่สามารถเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ครบตามต้องการ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร บางครั้งอาจอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้เช่น มีอาการเมาสุรา เหตุเกิดกลางคืนไม่มีญาติมาด้วย ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงตามการคัดแยกเป็นระดับที่ ๑ Resuscitation และระดับที่ ๒ Emergency การเก็บข้อมูลเป็นไปได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบคำถามเองไม่ได้ และญาติที่มาด้วยมักจะอยู่ในภาวะตกใจ และมีความกังวลสูง ไม่สามารถตั้งใจตอบแบบสอบถามได้

ข้อเสนอแนะ

ควรเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบและควรเก็บข้อมูลแบบสุ่มตัวอย่างให้เกิดการกระจายของข้อมูลเพื่อนำ

มาวิเคราะห์เปรียบเทียบกันได้อย่างน่าเชื่อถือมากขึ้น และเพิ่มระยะเวลาการเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมตลอดทั้งปี เพื่อลดความแตกต่างของช่วงเทศกาล (Seasonal variation) ในทางปฏิบัติอาจมีช่วงเวลาเช่น ๑ วันทำงาน ๑ วันหยุดในแต่ละเดือน เพื่อข้อมูลที่ได้จะสามารถเป็นตัวแทนเพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของทั้งประเทศได้

อาจนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้สะท้อนให้ผู้บริหารด้านสาธารณสุข และผู้บริหารด้านการปกครอง เพื่อใช้ในการประชาสัมพันธ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

บทสรุป

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้แสดงถึงปัญหาการไม่เรียกใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินที่สำคัญคือ

๑. การไม่ทราบถึงบริการนี้ โดยข้อมูลจากแบบสอบถามพบว่า สิ่งที่น่าจะนำมาใช้เพื่อให้ประชาชนทั่วไปทราบถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินนี้เพิ่มเติมนอกเหนือจากการประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาลคือ โทรทัศน์และป้ายประชาสัมพันธ์

๒. การนำส่งด้วยตนเอง เนื่องจากไม่เห็นความสำคัญว่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นก่อนมาถึงโรงพยาบาลได้ดี เนื่องจากมีบุคลากร และเครื่องมืออุปกรณ์ที่เหมาะสมกับปัญหาผู้ป่วยมากกว่ารถยนต์ทั่วไป การประชาสัมพันธ์ ควรเน้นย้ำข้อมูลส่วนนี้ให้ทราบด้วย นอกเหนือจากการประชาสัมพันธ์ให้ทราบว่ามีการบริการนี้เท่านั้น

๓. ความไม่ไว้วางใจในบริการว่าเป็นบริการที่ปลอดภัย หรือไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนมาเกี่ยวข้อง ควรมีการควบคุมคุณภาพของการบริการในทุกระดับจนเป็นที่ประจักษ์ของผู้ที่เรียกใช้บริการและผู้เกี่ยวข้องว่าเป็นบริการที่ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัย และไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนเข้ามาเกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

๑. จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2548- 2552 Available from: <http://bps.ops.moph.go.th/>

Statistic/2.3.4-52.pdf

๒. Marson AC, Thomson JC. The influence of prehospital trauma care on motor vehicle crash mortality. *J Trauma* 2001;50:917-20; discussion 20-1.
๓. Husum H, Gilbert M, Wisborg T, Van Heng Y, Murad M. Rural prehospital trauma systems improve trauma outcome in low-income countries: a prospective study from North Iraq and Cambodia. *J Trauma* 2003;54:1188-96.
๔. Goldstein P, Lapostolle F, Steg G, Danchin N, Assez N, Montalescot G, et al. Lowering mortality in ST-elevation myocardial infarction and non-ST-elevation myocardial infarction: key prehospital and emergency room treatment strategies. *Eur J Emerg Med* 2009; 16:244-55.
๕. Gladstone DJ, Rodan LH, Sahlas DJ, Lee L, Murray BJ, Ween JE, et al. A citywide prehospital protocol increases access to stroke thrombolysis in Toronto. *Stroke* 2009;40:3841-4.
๖. Acker JE 3rd, Pancioli AM, Crocco TJ, Eckstein MK, Jauch EC, Larrabee H, et al. Implementation strategies for emergency medical services within stroke systems of care: a policy statement from the American Heart Association/American Stroke Association Expert Panel on Emergency Medical Services Systems and the Stroke Council. *Stroke* 2007;38:3097-115.
๗. Le May MR, Davies RF, Dionne R, Maloney J, Trickett J, So D, et al. Comparison of early mortality of paramedic-diagnosed ST-segment elevation myocardial infarction with immediate transport to a designated primary percutaneous coronary intervention center to that of similar patients transported to the nearest hospital. *Am J Cardiol* 2006;98:1329-33.
๘. สำนักวิจัยเอมเบค-เคเอสซีอินเตอร์เนต โพลล์มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. โครงการสำรวจสภาพการบริการรักษาพยาบาลประชาชนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน; 2000.
๙. Chenthanakij B. Quality of pre-hospital cares performed by Maharaj Nakorn Chiang mai hospital. *Chiang Mai Med J* 2010;49:53-8.
๑๐. Kawakami C, Ohshige K, Kubota K, Tochikubo O. Influence of socioeconomic factors on medically unnecessary ambulance calls. *BMC Health Serv Res* 2007;7:120.
๑๑. Hjalte L, Suserud BO, Herlitz J, Karlberg I. Why are people without medical needs transported by ambulance? A study of indications for pre-hospital care. *Eur J Emerg Med* 2007;14:151-6.
๑๒. อรุณ จิรวินน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. 1st ed. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2552.