

# ความรู้ ทักษะ และเหตุผลที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย

ธีระ ศิริสมุด\*  
กิตติพงษ์ พลสน†  
พรทิพย์ วชิรติลล\*

ผู้รับผิดชอบบทความ: ธีระ ศิริสมุด

## บทคัดย่อ

ผู้ป่วยฉุกเฉินที่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีโอกาสที่จะรอดชีวิตและลดความพิการที่อาจจะเกิดขึ้นได้ แต่ปัจจุบันมีการเรียกใช้บริการฯ ค่อนข้างน้อย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และเหตุผลที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตและเร่งด่วนหรือญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 ในโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน รวม 45 แห่งใน 9 จังหวัด จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 2,028 คน พบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉิน 646 คนมาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และ 1,382 คนมาด้วยตนเองหรือวิธีอื่น เหตุผลหลักของการมาด้วยตนเองหรือวิธีอื่นคือ เห็นว่ามาด้วยรถส่วนตัวสะดวกกว่า (ร้อยละ 76.0) ไม่อยากเสียเวลารอรถพยาบาลฉุกเฉินซึ่งอาจมาช้า (ร้อยละ 31.0) เป็นช่วงภาวะคับขัน ตกใจ จึงไม่ได้นึกถึงรถพยาบาลฉุกเฉิน (ร้อยละ 28.9) ส่วนใหญ่มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับบริการฯ คือ (1) เข้าใจผิดว่ารถพยาบาลฉุกเฉินใช้รับเฉพาะผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุเท่านั้น (2) เข้าใจผิดว่าการใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินต้องเสียค่าใช้จ่าย ส่วนในด้านทัศนคติพบว่า ผู้ป่วยหรือญาติมีทัศนคติเชิงลบต่อการเรียกใช้บริการฯ ในทุกประเด็น โดยเฉพาะทัศนคติที่เห็นว่าต้องทนเจ็บป่วยและใช้ยาหรืออุปกรณ์ของตนเท่าที่มีให้ถึงที่สุดก่อน จึงค่อยโทรหาหรือเรียกใช้บริการ 1669 รวมทั้ง เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องรีบมาโรงพยาบาลด้วยตนเอง เพราะรอรถพยาบาลจะช้าและไม่ได้ช่วยอะไร เหล่านี้เป็นทัศนคติที่พบในกลุ่มผู้ไม่เรียกใช้มากกว่ากลุ่มที่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจากการศึกษาจะพบสาเหตุการไม่เรียกใช้ฯ เกี่ยวข้องกับความเข้าใจผิดและทัศนคติ ซึ่งนอกจากการไม่รู้จักระบบการแพทย์ฉุกเฉินแล้ว สิ่งสำคัญหนึ่งคือความไม่รู้ภาวะฉุกเฉินของอาการฉุกเฉินนั้นๆ ทำให้ไม่ตระหนักต่อประโยชน์ที่จะได้ หากมาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้นหน่วยงานระดับพื้นที่ รวมทั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข จึงควรหาแนวทางหรือวิธีการที่ดีในการประชาสัมพันธ์ที่เน้นการส่งเสริมความรู้ ปรับทัศนคติต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อส่งเสริมให้การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีมากขึ้น

**คำสำคัญ:** ความรู้ ทัศนคติการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน, การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน, การเจ็บป่วยฉุกเฉิน

\* สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

† คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## Knowledge, Perspective, and Reasons of Not-Calling Emergency Medical Services in Thailand

Teera Sirisamutr\*, Kittipong Ponsen†, Porntip Wachiradilok\*

\* National Institute for Emergency Medicine

† Faculty of Public Health, Mahidol University

Corresponding author: Teera Sirisamut, teera.s@niems.go.th

### Abstract

Emergency Medical Service (EMS) can help increase survival rates and reduce possible disability among emergency patients. However, the number of calls for EMS is relatively low in Thailand. This study aimed to inspect the knowledge, perspective, and reasons of calling and not-calling the EMS by patients or their relatives who visited the emergency room in 45 government and private hospitals from December 2015 to February 2016. The hospitals were scattered in 9 provinces with the sample of 2,028 patients, whereby 646 patients had called EMS and 1,368 came by themselves or otherwise. The key reasons for not-calling were: the convenience of personal transportation (76.0%), avoiding waiting time for an ambulance (31.0%), and anxiety on the emergency situation (28.9%). Most misconceptions on the EMS included: (1) Ambulances were used only for casualties from accidents, and (2) Ambulance services were not free. In terms of perspective, most patients or relatives had negative views towards the EMS, especially the idea that they had to help themselves until the condition was severe or medications or relief devices were unavailable. Another view was that the EMS was slower than getting to the hospital on own-self. These perspectives were from non-users more than users. In conclusion, the study indicated that the causes of non-user involved misunderstandings, poor perspectives, and lack of awareness as well as the absence of knowledge on threats related to particular emergency conditions. Hence, regional agencies, the National Institute of Emergency Medicine, and the Ministry of Public Health should discuss the solutions to raise public awareness and to improve the perspective towards the EMS, in order to promote more usage.

**Keywords:** knowledge and perspective of emergency medical service, EMS utilization, emergency patients

### ภูมิหลังและเหตุผล

การแพทย์ฉุกเฉิน เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพที่บริการผู้ป่วยฉุกเฉินให้ได้รับการบำบัดรักษาช่วงก่อนถึงโรงพยาบาลอย่างถูกต้องและทันที่<sup>(1)</sup> การมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความสูญเสียได้ ซึ่งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital) นั้น จะต้องมีประสิทธิภาพ มีความครอบคลุมอย่างเหมาะสม และเชื่อถือได้ จึงจะทำให้ประชาชนเชื่อมั่นในการเรียกใช้บริการ<sup>(2)</sup> ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 เป็นกลไก

สำคัญในการขับเคลื่อนระบบ และมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบบริหารจัดการระบบ ซึ่งที่ผ่านมาพบว่า บุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินและยานพาหนะรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉินมีจำนวนเพิ่มขึ้น มีชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ครอบคลุมการให้บริการฯ เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้จำนวนครั้งของการออกปฏิบัติการฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2560 พบว่า มีการออกปฏิบัติการฉุกเฉินทั่วประเทศจำนวน 1.5 ล้านครั้ง หรือเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2555<sup>(3)</sup> อย่างไรก็ตาม การออกปฏิบัติการฉุกเฉินหรือการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก็ยังถือว่ามียังมีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับ



จำนวนการคาดการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินในประเทศไทย ซึ่งพบเพียงร้อยละ 10-15<sup>(4-5)</sup>

จากสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2558 พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด รวมถึงอุบัติเหตุทางจราจร เป็นสาเหตุการตายลำดับต้นๆ ของประเทศไทย<sup>(6)</sup> ซึ่งการเจ็บป่วยเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างกะทันหันหรือเกิดแบบฉุกเฉิน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงขึ้นหรือเสียชีวิต<sup>(7)</sup> ดังนั้นการจัดการหรือช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาลด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงเป็นสิ่งสำคัญตลอดกระบวนการตั้งแต่การได้รับแจ้งเหตุและประเมินอาการ การดูแลก่อนนำส่งโรงพยาบาล (pre-hospital care) การช่วยเหลือระหว่างนำส่ง และการนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวดเร็ว ซึ่งปฏิบัติการเหล่านี้จะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ให้เสียชีวิต ณ ที่เกิดเหตุได้มากกว่าร้อยละ 90<sup>(8)</sup>

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะมีการพัฒนาที่ดีขึ้นตามลำดับ<sup>(9-11)</sup> แต่พบปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ เช่น ปัญหาด้านคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการของชุดปฏิบัติการ ความแตกต่างของปริมาณการให้บริการของแต่ละพื้นที่ ความสับสนกับหมายเลขสายด่วน ทั้งนี้ เนื่องจากการบริการฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของประเทศไทยยังเป็นระบบการจัดบริการของรพพยาบาลฉุกเฉินหลายระดับ (multiple tier system) ซึ่งต่างจากประเทศที่พัฒนาแล้วที่มักเป็นเพียงระดับเดียว (single tier system) จึงพบปัญหาการจัดทำมาตรฐานการบริการ ทั้งยานพาหนะ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ อีกทั้งยังไม่พบหลักฐานการตรวจสอบคุณภาพ ประสิทธิภาพในการจัดบริการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และที่สำคัญมีข้อจำกัดด้านข้อมูลสารสนเทศ<sup>(9-10)</sup> ส่วนปัญหาในฝั่งประชาชน พบว่า มีประมาณร้อยละ 20 ไม่รู้จักสายด่วน 1669 และถึงแม้จะรู้จักสายด่วน 1669 แต่ไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ของการจัดให้มีและใช้ระบบบริการนี้ รวมถึงไม่รู้จักบริการการแพทย์

ฉุกเฉิน นอกจากนี้ ยังพบว่าประชาชนมีทัศนคติเชิงลบต่อรพพยาบาลฉุกเฉินและระบบการแพทย์ฉุกเฉินอีกด้วย<sup>(10-11)</sup> สาเหตุต่างๆ ดังกล่าว อาจเป็นผลให้ประชาชนส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินจะใช้วิธีการมาโรงพยาบาลด้วยตนเองโดยไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเหตุผลของการไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน รวมไปถึงความรู้ความเข้าใจและทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำข้อค้นพบไปใช้พิจารณาหามาตรการที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาได้ตรงจุดต่อไป

## ระเบียบวิธีศึกษา

**วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (survey research) กระทำในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตและฉุกเฉินเร่งด่วนหรือญาติที่พาผู้ป่วยมาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉินในรพพยาบาลรัฐและเอกชนทั่วประเทศ ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559

การเลือกพื้นที่ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ชั้น (two-stage stratified sampling) โดยชั้นที่ 1 เลือกจังหวัด โดยแบ่งพื้นที่ประเทศไทยออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคตะวันตก ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร และเลือกจังหวัดตัวอย่างแบบเจาะจง โดยพิจารณาเลือกจังหวัดที่มีการพัฒนาและมีการเปลี่ยนแปลงระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามหลักของ system building block และมีผลงานโดดเด่น มีการกระจายตัวของจังหวัดในแต่ละภูมิภาคนั้นๆ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ซึ่งคัดเลือกได้ทั้งสิ้น 9 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ พิษณุโลก นครพนม อุบลราชธานี สระบุรี ราชบุรี ชลบุรี สงขลา และกรุงเทพมหานคร ชั้นที่ 2 เลือกโรงพยาบาลโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยเลือกโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (รพศ./รพท.) จังหวัดละ 1 แห่ง รวม 8 แห่ง (พิจารณาเลือก รพศ. เป็นลำดับแรก หากไม่มี รพศ. ในจังหวัดนั้นหรือ รพศ. ไม่สะดวกเข้าร่วมโครงการ ให้พิจารณาเลือก รพท. เป็นลำดับถัดมา และหากในจังหวัด

นั้นมี รพท. มากกว่า 1 แห่ง ให้สุ่มเลือกอย่างง่าย โดยวิธีจับฉลาก) เลือกโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) จังหวัดละ 2-3 แห่ง รวม 23 แห่ง เลือกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (รพม.) แบบเจาะจงในจังหวัดที่มี รพม. รวม 3 แห่ง และเลือกโรงพยาบาลเอกชน (รพ. เอกชน) แบบเจาะจง โดยพิจารณา รพ. เอกชนขนาดใหญ่ที่เป็นเครือข่ายบริการของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และยินดีเข้าร่วมโครงการจังหวัดละ 1 แห่ง รวม 6 แห่ง (หาก รพ. เอกชนขนาดใหญ่ลำดับแรกไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการจะเลือก รพ. ขนาดใหญ่ในลำดับถัดมา)

กรุงเทพมหานครและปริมณฑล สุ่มเลือกอย่างง่ายตามสังกัด จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ รพ.วชิรพยาบาล (โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร) รพ.พระนั่งเกล้า (สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข) รพ.เลิดสิน (สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข) และ รพ.บางปะกอก 1 (โรงพยาบาลเอกชน)

**กลุ่มตัวอย่างและวิธีสุ่มเลือก** การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรสมการข้างล่างนี้

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} PO}{d^2}$$

โดยที่ = 1.96 (ค่าคงที่ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%)  
 P = สัดส่วนของประชาชนที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยตนเอง คิดจากประมาณการการรวบรวมสถิติการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2554<sup>(4)</sup> โดยแต่ละจังหวัดมีค่า P ดังนี้ เชียงใหม่ (0.9746) พิษณุโลก (0.9789) นครพนม (0.9498) อุบลราชธานี (0.9288) สระบุรี (0.9812) ราชบุรี (0.9714) ชลบุรี (0.9619) สงขลา (0.9756) และกรุงเทพมหานคร (0.9688), Q = 1-P และ d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ กำหนดที่ ร้อยละ 2.5 (0.025) และกำหนดอัตราการการปฏิเสธให้ข้อมูล หรือ

แบบสัมภาษณ์ไม่สมบูรณ์หรือติดตามกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ (non-response rate) ร้อยละ 10 ซึ่งจากสมการดังกล่าว จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่ต่ำกว่า 2,011 คน

กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนการเข้ารับบริการ (probability proportional to size) จากข้อมูลสถิติการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2554<sup>(4)</sup> สำหรับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลเอกชน ให้กำหนดสัดส่วนเท่ากับ รพศ./รพท.

ทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ (1) ผู้ป่วยสัญชาติไทยที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทั้งเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุที่มีอายุตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป (2) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตและฉุกเฉินเร่งด่วน ตามระดับการคัดแยกที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน (ED-triage) (resuscitation: level 1, emergent: level 2, urgent: level 3) (3) ผู้ป่วยที่สามารถให้ข้อมูลได้ (อ่าน ฟัง พูด ภาษาไทย) แต่หากไม่สามารถให้ข้อมูล ให้ญาติที่รู้จักข้อมูลผู้ป่วยเป็นอย่างดีให้ข้อมูลแทน และ (4) ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยผู้อื่นโทรแจ้ง 1669 หรือนำส่งโดยทางอื่นๆ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) คลินิก (โดยญาติหรือผู้ป่วยรับรู้สามารถระบุข้อมูลได้) มีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ (1) ผู้ป่วยและญาติที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ (2) ผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น และ (3) ผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากแผนกอื่นภายในโรงพยาบาล

**เครื่องมือ** แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) เหตุผลการไม่เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และ (3) การรับรู้ ความเข้าใจและทัศนคติ

ที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ได้ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) จากการจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญ 7 ท่าน จำนวน 3 ครั้ง นำไปทดสอบเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลนอกเหนือกลุ่มที่ถูกเลือก จำนวน 30 คน และทดสอบความเที่ยงหรือความน่าเชื่อถือ (reliability) ของคำถามการรับรู้ ความเข้าใจและทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach<sup>(12)</sup> เพื่อทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.78

**การวิเคราะห์ข้อมูล** นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อแสดง

เหตุผลของการไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในลักษณะต่างๆ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบสัดส่วนโดยใช้สถิติ Chi-square test ระหว่างสองกลุ่ม ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลทั่วไป

จากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ประชาชนที่มา

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ลักษณะ	มาด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน		มาด้วยตนเองหรือวิธีอื่น	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>	n = 646		n = 1,382	
ชาย	384	59.4	711	51.4
หญิง	262	40.6	671	48.6
<b>อายุ</b>	n = 646		n = 1,382	
	mean = 53.7 SD = 21.99		mean = 53.3 SD = 21.71	
5-14 ปี	13	2.0	68	4.9
15-59 ปี	278	43.0	580	41.9
60 ปีขึ้นไป	355	55.0	734	53.1
<b>สิทธิประกันสุขภาพ</b>	n = 641		n = 1,372	
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	430	67.1	1,027	74.9
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	64	10.0	109	7.9
ประกันสังคม	29	4.5	92	6.7
ประกันเอกชน	32	5.0	56	4.1
สวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจ/อปท.	36	5.6	64	4.7
พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ	82	12.8	38	2.8
ไม่มีสิทธิ์	10	1.6	9	0.7
<b>ประเภทการเจ็บป่วยฉุกเฉิน</b>	n = 646		n = 1,382	
ผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป (non-trauma)	453	70.1	1,158	83.8
ผู้ป่วยอุบัติเหตุและบาดเจ็บ (trauma)	193	29.9	224	16.2
<b>ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย</b>	n = 646		n = 1,382	
ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน	349	54.0	814	58.9
ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต	297	46.0	568	41.1

ใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลจำนวน 45 แห่งใน 9 จังหวัด มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2,028 คน โดยผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 3 คนนั้น เป็นญาติหรือคนใกล้ชิด (ร้อยละ 65.5) มีร้อยละ 34.5 เป็นผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยผู้ให้ข้อมูลทั้งกลุ่มที่มาด้วยการแพทย์ฉุกเฉินและมาด้วยตนเองหรือวิธีอื่นส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย (ร้อยละ 59.4 และ 51.4) มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 55.0 และ 53.1) ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 67.1 และ 74.9) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป (non-trauma) (ร้อยละ 70.1 และ 83.8) และเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (ร้อยละ 54.0 และ 58.9) ดังตารางที่ 1

## 2. วิธีการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน

ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยรถพยาบาลมีจำนวน 646 คน ส่วนใหญ่มาที่รถปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินของ อปท. (ร้อยละ 44.9) มีประมาณ 1 ใน 3

คนที่มาด้วยรถพยาบาลฉุกเฉินของ รพ. (ร้อยละ 33.3) อีกส่วนหนึ่งมาด้วยรถปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินของมูลนิธิ (ร้อยละ 21.8) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยตนเองหรือระบบอื่น พบว่า ส่วนใหญ่มาด้วยรถยนต์ส่วนตัว (ร้อยละ 73.4) รองลงมา คือ มาด้วยรถจักรยานยนต์ส่วนตัว รถยนต์รับจ้าง รถแท็กซี่รับจ้าง (ร้อยละ 12.5, 5.1 และ 3.1) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

## 3. เหตุผลของการไม่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

กลุ่มผู้ที่มาด้วยตนเองหรือวิธีอื่นจำนวน 1,382 คน นั้น พบว่าส่วนใหญ่ให้เหตุผลหลักที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ (1) เห็นว่ามาด้วยรถส่วนตัวสะดวกกว่า (ร้อยละ 76.0) (2) ไม่อยากเสียเวลารอรถพยาบาลฉุกเฉินซึ่งอาจมาช้า (ร้อยละ 31.0) (3) เป็นช่วงภาวะคับขัน ตกใจ จึงไม่ได้นึกถึงรถพยาบาลฉุกเฉิน (ร้อยละ 28.9) (4) รู้สึกว่าอาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเล็กน้อย (ร้อยละ 19.9) และ (5)

ตารางที่ 2 วิธีการที่ผู้ป่วยฉุกเฉินมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน

วิธีการมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	จำนวน	ร้อยละ
<b>มาด้วยรถพยาบาลฉุกเฉิน</b>	<b>n = 646</b>	
รถพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล	215	33.3
รถปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินของ อปท.	290	44.9
รถปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินของมูลนิธิ	141	21.8
<b>มาด้วยตนเองและระบบอื่น</b>	<b>n = 1,382</b>	
รถยนต์ส่วนตัว	1,014	73.4
รถจักรยานยนต์ส่วนตัว	173	12.5
รถสามล้อเครื่อง/ชาเลนจ์ส่วนตัว	18	1.3
เดินมาเอง	5	0.4
รถยนต์รับจ้าง	70	5.1
รถแท็กซี่รับจ้าง	42	3.1
รถจักรยานยนต์รับจ้าง	20	1.4
รถสามล้อเครื่อง/ชาเลนจ์รับจ้าง	14	1.0
มาด้วยหน่วยงานอื่นๆ 11 คน ได้แก่ รถตำรวจนำส่ง (5), กู้ชีพ นอกกระบวน (1), รถพยาบาลของโรงงาน (2), รถยนต์บริษัท (1), รถโรงเรียน (1), รถเจ้าหน้าที่ รพ.สต. (1)	11	0.8
ไม่ระบุ	15	1.0



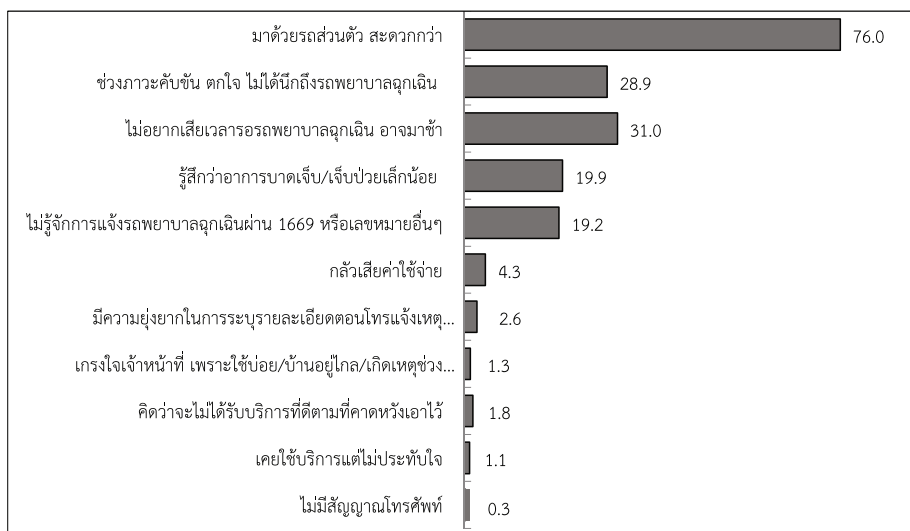


เป็นเพราะไม่รู้จักรงการแจ้งรพพยาบาลฉุกเฉินผ่าน 1669 (ร้อยละ 19.2) ดังภาพที่ 1 และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วน เหตุผลการไม่เรียกใช้บริการฯ ระหว่างผู้ป่วย trauma กับ ผู้ป่วย non-trauma พบว่าผู้ป่วย trauma ให้เหตุผลเพราะ มาด้วยรถส่วนตัวสะดวกกว่า และเพราะไม่รู้จักรงการแจ้งรพ พยาบาลฉุกเฉินผ่าน 1669 น้อยกว่าผู้ป่วย non-trauma ซึ่งให้เหตุผลว่า เป็นช่วงภาวะคับขัน ตกใจ จึงไม่ได้นึกถึงรพ พยาบาลฉุกเฉินมากกว่าผู้ป่วย trauma อย่างมีนัยสำคัญ

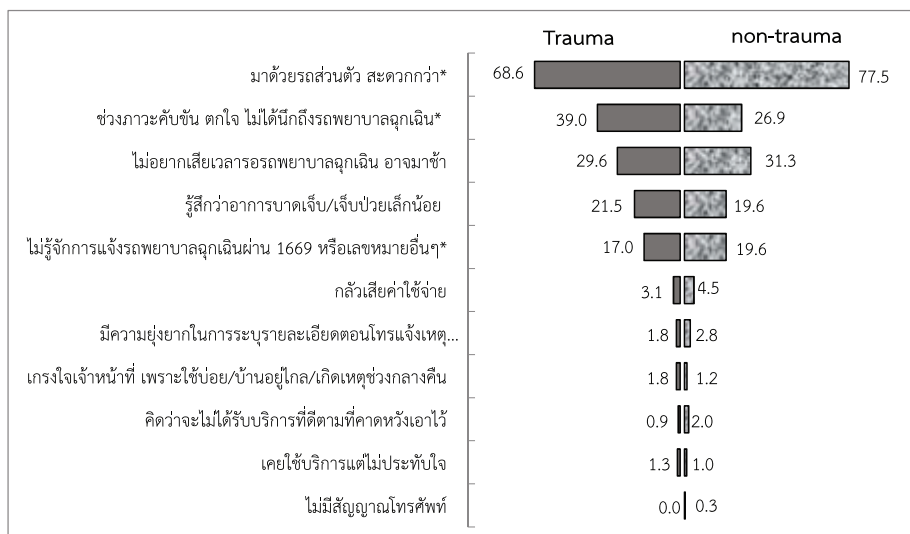
ทางสถิติ ดังภาพที่ 2

#### 4. ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการสอบถามผู้ป่วยหรือญาติที่มาใช้บริการฯ พบ ว่า มีข้อมูลที่เข้าใจผิดในสัดส่วนที่สูง 5 ลำดับแรก ได้แก่ (1) เข้าใจว่ารพพยาบาลฉุกเฉินใช้รับเฉพาะผู้บาดเจ็บจาก อุบัติเหตุเท่านั้น (ร้อยละ 23.7) (2) เข้าใจว่าการใช้บริการรพ พยาบาลฉุกเฉินต้องเสียค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 19.0) (3) เข้าใจ



ภาพที่ 1 เหตุผลที่ผู้ป่วยฉุกเฉินมาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยตนเองและวิธีอื่น (n = 1,381)

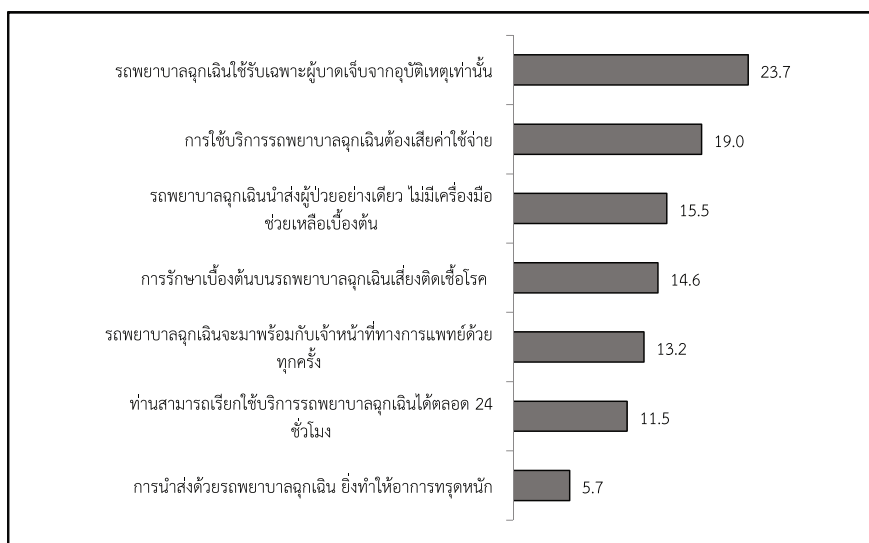


\*มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

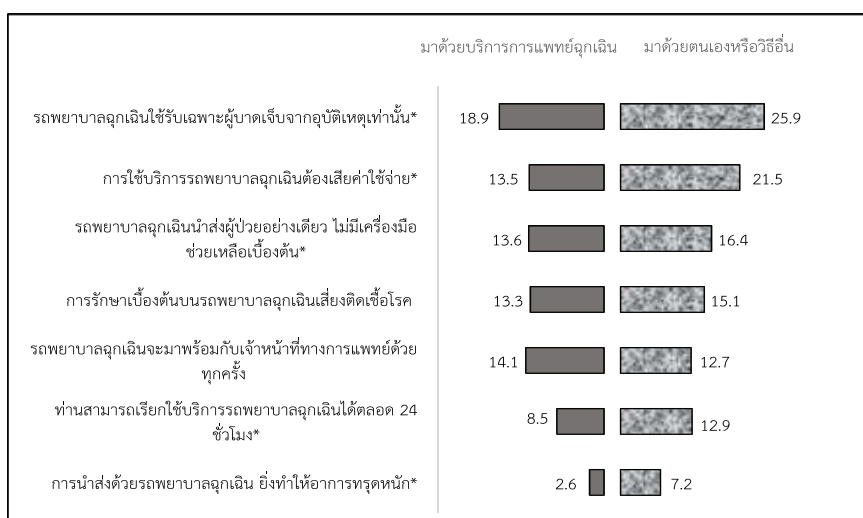
ภาพที่ 2 เหตุผลที่ผู้ป่วยฉุกเฉินมาด้วยตนเองและวิธีอื่น จำแนกตามสาเหตุของการมาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน (trauma, n = 223; non-trauma, n = 1,158)

ว่ารถพยาบาลฉุกเฉินนำส่งผู้ป่วยอย่างเดียว ไม่มีเครื่องมือช่วยเหลือเบื้องต้น (ร้อยละ 15.5) (4) เข้าใจว่าการรักษาเบื้องต้นบนรถพยาบาลฉุกเฉินเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค (ร้อยละ 14.6) และ (5) เข้าใจว่าทุกครั้งที่รถพยาบาลฉุกเฉินมารับ จะไม่มีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์มาด้วย (ร้อยละ 13.2) ดังภาพที่ 3 และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนความเข้าใจผิดระหว่างผู้ที่มาด้วยตนเองหรือวิธีอื่นกับผู้ที่มาด้วยบริการ

การแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ผู้ที่มาด้วยตนเองหรือวิธีอื่นมีสัดส่วนความเข้าใจผิดว่า (1) รถพยาบาลฉุกเฉินใช้รับเฉพาะผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุเท่านั้น (2) เข้าใจผิดว่าการใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินต้องเสียค่าใช้จ่าย (3) เข้าใจผิดว่าการนำส่งด้วยรถพยาบาลฉุกเฉิน ยิ่งทำให้อาการทรุดหนัก สูงกว่าผู้ที่มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังภาพที่ 4



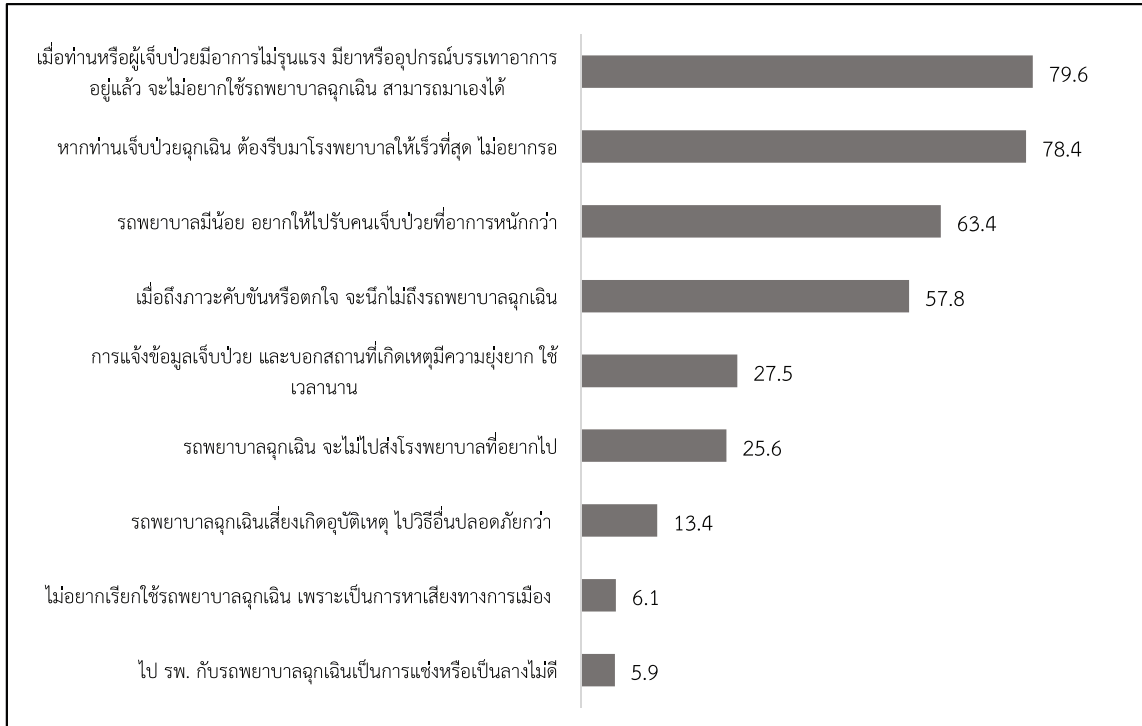
ภาพที่ 3 ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (n = 2,027)



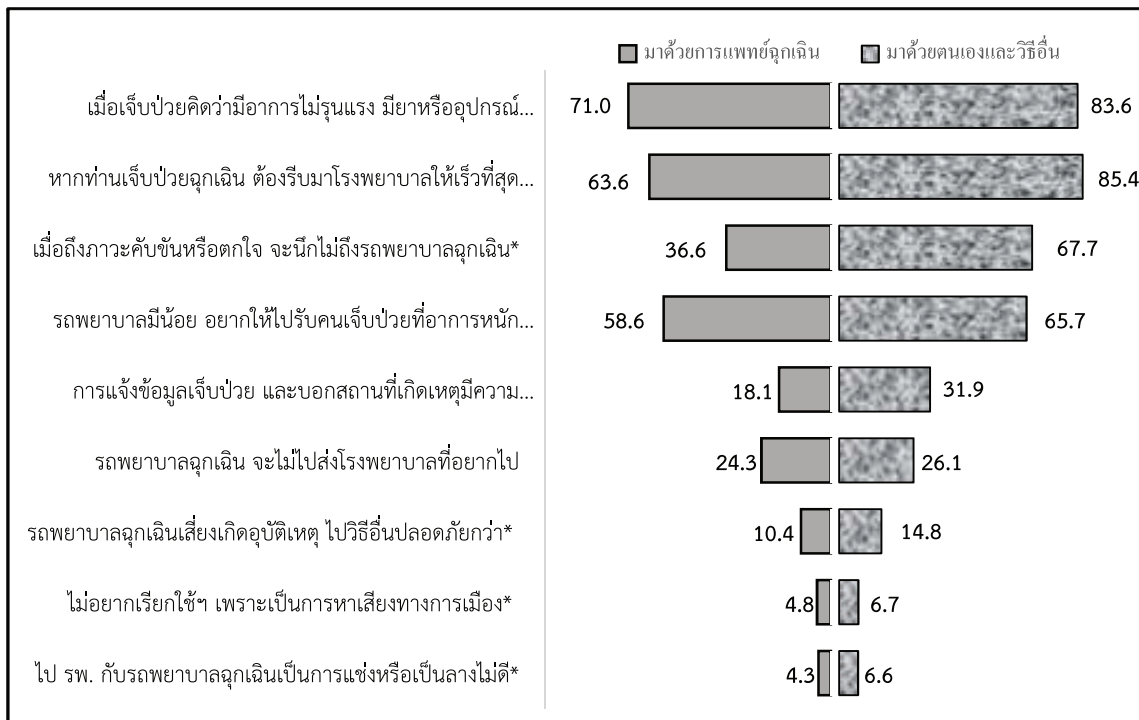
\*มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05,

ภาพที่ 4 ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามวิธีการมารับบริการ (มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน n = 646, มาด้วยตนเองหรือวิธีอื่น n = 1,381)





ภาพที่ 5 ทักษะความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (n = 2,026)



\*มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

ภาพที่ 6 ทักษะความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามวิธีการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน n= 646, มาด้วยตนเองหรือวิธีอื่น n = 1,381)

## 5. ทักษะเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการสอบถามผู้ป่วยหรือญาติที่มาใช้บริการพบว่า มีทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 5 ลำดับแรก ได้แก่ (1) เห็นว่า ต้องทนเจ็บป่วยและใช้ยาหรืออุปกรณ์ของตนเท่าที่มีให้ถึงที่สุดก่อน จึงค่อยโทรหาหรือเรียกใช้บริการ 1669 (ร้อยละ 79.6) (2) เห็นว่า เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องรีบมาโรงพยาบาลด้วยตนเอง เพราะขึ้นรถพยาบาลจะมาช้า และไม่ได้ช่วยอะไร (ร้อยละ 78.4) (3) คิดว่ารถพยาบาลมีน้อย อยากให้ไปรับคนเจ็บป่วยที่อาการหนักกว่า (ร้อยละ 63.4) (4) เห็นว่า ไม่สามารถเข้าถึงรถพยาบาลฉุกเฉินได้เลย ดังนั้น เมื่อถึงภาวะคับขันหรือตกใจ จึงไม่นึกถึงรถพยาบาลฉุกเฉิน (ร้อยละ 57.8) และ (5) เห็นว่าการแจ้งข้อมูลเจ็บป่วยและบอกสถานที่เกิดเหตุมีความยุ่งยาก (ร้อยละ 27.5) ดังภาพที่ 5 และเมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนทัศนคติระหว่างผู้ที่มาด้วยตนเองหรือวิธีอื่นกับผู้ที่มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าผู้ที่มาด้วยตนเองหรือวิธีอื่นมีสัดส่วนทัศนคติเชิงลบที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าผู้ที่มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกประเด็น ดังภาพที่ 6

### วิจารณ์

จากการศึกษานี้ที่พบว่า ผู้ที่มาด้วยตนเองหรือวิธีอื่นให้เหตุผลที่ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินว่า มาด้วยรถส่วนตัวสะดวกกว่า (ร้อยละ 76) ไม่อยากเสียเวลารอ (ร้อยละ 31) อยู่ในช่วงภาวะคับขัน ตกใจ ไม่นึกถึงรถพยาบาล (ร้อยละ 28.9) สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัชชา หาญสุทธิเวชกุลและคณะ<sup>(13)</sup> รวมทั้งการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย ST elevation myocardial infarction (STEMI) ที่มาด้วยตนเองของพัชราภรณ์ อุ้นเตจ๊ะ และ ศิริอร สิ้นธุ<sup>(14)</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบเหตุผลการไม่ใช้บริการฯ ในลักษณะเดียวกัน โดยเฉพาะเหตุผลที่ว่า มาโรงพยาบาลด้วยรถส่วนตัวสะดวกกว่า และคิดว่าการใช้รถส่วนตัวจะถึง

โรงพยาบาลเร็วกว่า สะท้อนได้ว่า การประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และกองสาธารณสุขฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข ยังไม่มากพอ ไม่ทั่วถึง หรือประชาสัมพันธ์ได้ไม่ดีพอ มีผลให้ประชาชนหรือผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ได้รับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการมาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่นอกเหนือจากเรื่องความเร็วแล้ว การแพทย์ฉุกเฉินยังมีการช่วยเหลือเบื้องต้นระหว่างการนำส่ง การประสานความร่วมมือเพื่อช่วยเหลือระหว่างศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินและโรงพยาบาลที่รองรับผู้ป่วย ซึ่งการช่วยเหลือหรือปฏิบัติการดังกล่าวจะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยวิกฤตไม่ให้เกิดเหตุ ฦ ที่เกิดเหตุได้กว่าร้อยละ 98<sup>(8)</sup>

ในส่วนของเหตุผลอื่นๆ ที่ผู้ป่วยฉุกเฉินให้เหตุผลในการไม่ใช้บริการฯ เช่น “อาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยไม่รุนแรง คิดว่าไม่จำเป็นต้องเรียกรถพยาบาลมารับ (ร้อยละ 20) ซึ่งพบสัดส่วนน้อยกว่าการศึกษาของ ณัชชา หาญสุทธิเวชกุลและคณะ<sup>(13)</sup> (ร้อยละ 25) สะท้อนได้ว่าผู้ป่วยหรือญาติยังไม่สามารถประเมินอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย STEMI<sup>(14)</sup> ที่พบว่าประมาณร้อยละ 3.7 ที่ให้เหตุผลว่าอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยไม่รุนแรง คิดว่าไม่จำเป็นต้องเรียกรถพยาบาลมารับ หรือแม้แต่การศึกษาในผู้ป่วย stroke<sup>(15)</sup> และ Amy Knowlton และคณะ<sup>(16)</sup> ที่พบในลักษณะเดียวกัน ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ในการประเมินอาการเบื้องต้นแก่กลุ่มเสี่ยงหรือประชาชนทั่วไป จึงเป็นสิ่งที่ควรดำเนินการ เพื่อให้เกิดการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้นทั้งในกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงที่จะมีโอกาสประสบกับการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

เหตุผลอื่นๆ ที่ไม่ใช้บริการ เช่น กลัวเสียค่าใช้จ่าย คิดว่ามีความยุ่งยากในการระบุรายละเอียดตอนโทรแจ้งเหตุ 1669 เกรงใจเจ้าหน้าที่ คิดว่าจะได้รับบริการไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง มีสัดส่วนประมาณร้อยละ 1-5 เป็นไปตามเหตุผลจากการสนทนากลุ่มในการศึกษาของกิตติพงศ์ พลเสนและคณะ<sup>(17)</sup> ที่พบในลักษณะเดียวกัน เช่น กลัวเสียค่าใช้จ่าย คิดว่ามีความยุ่งยากในการโทรแจ้ง 1669 นอกจากนั้น การ



ศึกษาดังกล่าวยังระบุเหตุผลอื่นๆ เช่น กลัวเสียงไซเรนรถกู้ชีพ อายเพื่อนบ้าน รถกู้ชีพเคยเป็นรถขนส่ง ที่เกิดเหตุอยู่ใกล้โรงพยาบาล กลัวการเกิดอุบัติเหตุเพราะเจ้าหน้าที่ขับรถกู้ชีพเร็วมาก

สำหรับเหตุผลที่ไม่ใช้บริการฯ เพราะ “ไม่รู้จักเลขหมายการแจ้งเหตุ 1669” การศึกษานี้พบร้อยละ 19.2 ซึ่งน้อยกว่าของ ณัชชา หาญสุทธิเวชกุลและคณะ<sup>(13)</sup> สุวรรณดี ภิญญูและคณะ<sup>(18)</sup> ที่พบมากถึงร้อยละ 50 และ 60 ตามลำดับ ในขณะที่การศึกษาของ พัชรภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ และ ศิริอร สินธุ<sup>(14)</sup> ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วย STEMI หรือญาติ ให้เหตุผลเพราะไม่รู้จักเลขหมายการแจ้งเหตุ 1669 มากถึงร้อยละ 77.2 อย่างไรก็ตาม ทั้ง 3 การศึกษานี้ ได้กระทำการศึกษาก่อนปี พ.ศ. 2555 จึงอาจเป็นไปได้ว่า ในช่วงหลังได้มีการประชาสัมพันธ์เลขหมาย 1669 มากขึ้น จึงทำให้ประชาชนรู้จักมากยิ่งขึ้น

อาจถือได้ว่าประเทศไทยมีการสำรวจความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อยมาก โดยส่วนที่มิจะเป็นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในภาพรวมหรือเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ<sup>(9-11,13,19-20)</sup> ที่ระบุว่าประชาชนยังไม่รู้จักบริการทางการแพทย์ เช่น ยังคิดว่าการใช้บริการต้องเสียค่าใช้จ่าย รถพยาบาลมารับเฉพาะบางกรณีหรือบางคน รวมทั้งระบุว่าไม่รู้จัก 1669 มีความสับสนกับเลขหมายฉุกเฉิน 1669 หรือถึงแม้รู้จักแต่ยังไม่เข้าใจวัตถุประสงค์หรือวิธีการแจ้งเหตุฉุกเฉิน นอกจากนี้ ก็มีการศึกษาในระดับพื้นที่ของ สุพรรณิ ภิญญูและคณะ<sup>(18)</sup> ที่พบว่ามากกว่าร้อยละ 60 ของญาติและผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รพ.พระจอมเกล้า เข้าใจว่าการนำส่งบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะปลอดภัยกว่าการนำส่งเอง เข้าใจว่าการมาด้วยรถพยาบาลจะได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น รถพยาบาลฉุกเฉินสามารถเรียกใช้บริการตลอด 24 ชั่วโมง แต่สำหรับความเข้าใจว่ามาด้วยบริการจะต้องเสียค่าใช้จ่าย ใช้บริการได้เป็นบางพื้นที่ ไม่สามารถใช้เบอร์ 1669 ได้ทั่วประเทศ เหล่านี้มีสัดส่วนความเข้าใจผิดประมาณร้อยละ 30-60

ด้านทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การ

ศึกษารังนี้สะท้อนได้ว่า มีทัศนคติหลายประเด็นที่แสดงให้เห็นว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับของการมาด้วยการบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่ดีเท่าที่ควร เช่น เห็นว่าเมื่อมีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง มียาหรืออุปกรณ์บรรเทาอาการอยู่แล้ว จึงไม่ยากใช้รถพยาบาลฉุกเฉิน สามารถมาเองได้ (ร้อยละ 79.6) เห็นว่า หากเจ็บป่วยฉุกเฉินต้องรีบมาโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด ไม่อยากรอ (ร้อยละ 78.4) เห็นว่า รถพยาบาลมีน้อย อยากให้ไปรับคนเจ็บป่วยที่อาการหนักกว่า (ร้อยละ 63.4) เห็นว่า ไม่สามารถเข้าถึงรถพยาบาลฉุกเฉินได้เลย ดังนั้น เมื่อถึงภาวะคับขันหรือตกใจ จึงไม่นึกถึงรถพยาบาลฉุกเฉิน (ร้อยละ 57.8) ซึ่งทัศนคติเหล่านี้ ถือเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการตัดสินใจเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน นอกจากนั้นการศึกษาของ Nichole Bosson และคณะ<sup>(21)</sup> ก็พบทัศนคติที่เป็นอุปสรรคการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในลักษณะเดียวกัน โดยพบว่า การไปใช้บริการด้วยวิธีของตนเอง เช่น ใช้รถยนต์ส่วนตัว รถรับจ้าง สะดวกและถึงโรงพยาบาลเร็วกว่า คิดว่ารถพยาบาลฉุกเฉินรับเฉพาะคนที่มีอาการรุนแรง และเกิดอุบัติเหตุที่ถนน รวมถึงการศึกษาของ Adam L. Brown และคณะ<sup>(22)</sup> ที่พบว่าผู้ป่วย chest pain ที่ไม่ใช้บริการฯ เพราะเชื่อว่าการไป รพ. และได้รับการดูแลจากแพทย์เร็วมากที่สุดเท่าไร จะทำให้ปลอดภัยมากขึ้น

ตามหลักแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model: HBM)<sup>(23)</sup> เชื่อว่าบุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันและจัดการกับปัญหานั้นๆ ต้องเกิดจากการตระหนัก รับรู้ และกลัวภาวะคุกคามที่จะเกิดขึ้นกับตัวเอง โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับ ดังนั้น หากพิจารณาจากแบบแผนความเชื่อดังกล่าวนี้ ถึงแม้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะต้องใช้เวลานาน แต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ที่ใกล้ชิดและเข้าใจบริบททางสังคมของประชาชน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพยายามทำให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อบริการนี้ โดยเฉพาะประเด็นการรับรู้ความรุนแรงของอาการที่ควรจะเรียกใช้บริการและการรับรู้ประโยชน์ที่จะ

ได้รับหากเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

## ช้อยติ

จากสาเหตุของการไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เกิดจากความเข้าใจผิดและทัศนคติด้านลบที่สำรวจได้ในการศึกษานี้ แสดงให้เห็นถึงปัญหาหรืออุปสรรคต่อการเรียกใช้บริการ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน ควรร่วมกันค้นหามาตรการและแนวทางรณรงค์ประชาสัมพันธ์ที่มุ่งเน้นการสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อนำไปสู่การปรับทัศนคติจากเชิงลบเป็นเชิงบวก เป็นการส่งเสริมให้มีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยการอนุเคราะห์อย่างดียิ่งจากผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้บริหารใน อปท. ขอขอบคุณผู้ปฏิบัติงานต่างๆ ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับ รวมถึงอาสาฉุกเฉินชุมชน อีกทั้งขอขอบคุณกลุ่มผู้ป่วยและญาติที่ให้ข้อมูลสำหรับการศึกษานี้ ขอขอบคุณผู้ประสานงานจังหวัดจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกท่านที่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการประสาน เร่งรัด ติดตามการเก็บข้อมูล และที่สำคัญขอขอบคุณผู้วิจัยภาคสนามจาก 9 จังหวัด 45 โรงพยาบาลทุกท่าน รวมทั้งขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติที่อนุเคราะห์ข้อมูลทางวิชาการ และข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยนี้

## References

1. Regulations of the Prime Minister's Office. Plans for national reforms. Ratchakitcha. Cabinet Publishing and Gazette Office [Internet] 2018 [cited 2018 May 15];

Available from: [http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/024\\_5/1.PDF](http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/024_5/1.PDF). (in Thai)

2. National Institute of Emergency Medicine. Nation strategic plan for EMS system development volume 3 (2017-2020). Nonthaburi: Union Creation; 2017. (in Thai)
3. National Institute of Emergency Medicine. Annual report 2016 NIEM. Nonthaburi: Ultimate Printing; 2017. (in Thai)
4. Khon Kaen Hospital. Situation of patient experience in emergency medical services (EMS service) at the emergency department (ER Visit) in Thailand [Internet] 2013 [cited 2018 May 15]; Available from: [http://www.ebooks.in.th/download/12190/%E0%B8%82%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%A1%E0%B8%B9%E0%B8%A5%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B9%83%E0%B8%AB%E0%B9%89%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%94%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B9%81%E0%B8%9E%E0%B8%97%E0%B8%A2%E0%B9%8C%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%AB%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%89%E0%B8%B8%E0%B8%81%E0%B9%80%E0%B8%89%E0%B8%B4%E0%B8%99\\_ER\\_Visit\\_%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%88%E0%B8%B3%E0%B8%9B%E0%B8%B5\\_2554](http://www.ebooks.in.th/download/12190/%E0%B8%82%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%A1%E0%B8%B9%E0%B8%A5%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B9%83%E0%B8%AB%E0%B9%89%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%94%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B9%81%E0%B8%9E%E0%B8%97%E0%B8%A2%E0%B9%8C%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%AB%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%89%E0%B8%B8%E0%B8%81%E0%B9%80%E0%B8%89%E0%B8%B4%E0%B8%99_ER_Visit_%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%88%E0%B8%B3%E0%B8%9B%E0%B8%B5_2554). (in Thai)
5. Mathichon online. Emergency quality in Thailand [Internet] 2016. [cited 2018 May 15]; Available from: [https://www.mathichon.co.th/local/quality-life/news\\_829787](https://www.mathichon.co.th/local/quality-life/news_829787). (in Thai)
6. Bureau of Health Policy and Strategy, Ministry of Public Health of Thailand. Health statistics [Internet]. 2015 [cited 2018 May 5] Available from: [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/health\\_statistic2558.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic2558.pdf). (in Thai)
7. National Institute of Emergency Medicine. Emergency Medical Act B.E.2551 (2008). (in Thai)
8. Tianthavon T. Development of quality service and performance indicators in Pre-hospital EMS systems. Chadbunchachai W, editor. Khon Kaen: Khon Kaen Printing; 2008. (in Thai)
9. Tadadej C, Mongkolsomlit S, Suriyawongpaisarn P. Evolution of emergency medical service systems in Thailand: a systematic review. Journal of Health Science 2014;23:513-23. (in Thai)
10. Srithamrongsawat S, Aueasiriwon B, Bamrunghet W. International Experiences on Emergency Medical Services and Lessons Learned for Thailand. Insurance System Research



- Office. Aksorn Graphic & Design; 2014. (in Thai)
11. Tianthavon T, Wachiradilok P, Sirisamutr T, Chomchuen R. Ten years late: a decade of tsunami and development of emergency medical service in Thailand. National Institute of Emergency Medicine & Phamongkutkloa College of Medicine. 2014. (in Thai)
  12. Cronbach LJ. Essential of psychological testing. 4<sup>th</sup> edition. New York: Herper and Row; 1970.
  13. Hansudewechakul N, Chenthanakij B, Wittayachamnankul B. Why don't Chiang Mai people in need call emergency medical service? Journal of Health Science 2012;6(2):268-77. (in Thai)
  14. Untaja P, Sindhu S. Evaluation project for factors associated successful access to treatment of the patients with ST-elevated Myocardial Infarction [STEMI]. National Institute of Emergency Medicine, 2011. (in Thai)
  15. Schroeder EB, Rosamond WD, Morris DL, Evenson KR, Hinn AR. Determinants of use of emergency medical services in a population with stroke symptoms the second Delay in Accessing Stroke Healthcare (DASH II) Study. Stroke 2000;31:2591-6.
  16. Knowlton A, Weir BW, Hughes BS, Southerland RJH, Schultz CW, Sarpatwari R, et al. Patient demographic and health factors associated with frequent use of emergency medical services in a mid-sized city. Acad Emerg Med 2013;20(11):1101.
  17. Ponsen K, Wachiradilok P, Sirisamutr T, Kamnuanlerk N. The situation and the factors that affect the use of emergency medical services at the emergency department of patient emergency in Thailand. National Institute of Emergency Medicine. 2015. (in Thai)
  18. Pinyo S, Yamroj T, Kerdkaew K, Srisakorn K. Perception and expectation of emergency medical service in Prajombkao Hospital, Petchaburi province, 2011. (in Thai)
  19. Suriyawongpaisarn P, Srithamrongsawat S, Chadbunchachai W, Setthasatian A, Kositchaiwat J, Thamroj N, et al. Evaluation of emergency medical service systems in Thailand. Health Insurance System Research Office & Health Systems Research Institute. 2009. (in Thai)
  20. Wachiradilok P, Sirisamutr T, Chaiyasit S, Sethasathien A. A nationwide survey of Thailand emergency departments Triage Systems. Thai Journal of Nursing Council 2016;31(2):96-108. (in Thai)
  21. Bosson N, Redlener MA, Foltin GL, Raven MC, Foran MP, Wall SP. Barriers to utilization of pre-hospital emergency medical services among residents in Libreville, Gabon: a qualitative study. African Journal of Emergency Medicine 2013;3(4):172-7.
  22. Brown AL, Mann NC, Daya M, Goldberg R, Meischke H, Taylor J, et al. Demographic, belief, and situational factors influencing the decision to utilize emergency medical services among chest pain patients. Circulation 2000;102:173-8.
  23. Tansakul S. Behavioral theories: guideline for health education and health promotion activities. Journal of Health Education 2007;30(105):1-15. (in Thai)