

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้รับบริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก
Relationship between perceptions of health belief Model and behavior
in using emergency medical services among elieuts
of Damnoensaduak Hospital

รุจิรัตน์ กอชทอง

Rujiratorn Thongtong

Corresponding Author: Email: r_ujirat@hotmail.com

(Received: September 15, 2022 ; Revised: December 15, 2022; Accepted: December 27, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณรณครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้รับบริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้รับบริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วย ญาติ และผู้นำส่งผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉิน 150 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และแบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยง ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ไครสแควร์ ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้ป่วย ญาติ และผู้นำใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อมีภาวะวิกฤตฉุกเฉิน อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 7.11$, $SD = 1.44$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 85.82$, $SD = 6.18$; $M = 32.44$, $SD = 4.15$) ตามลำดับ

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้รับบริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นจึงควรสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงความรุนแรงของความเจ็บป่วยและการรับรู้ประโยชน์ รวมทั้งอุปสรรคในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ได้มากขึ้น

คำสำคัญ: การรับรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การแพทย์ฉุกเฉิน



Abstract

The descriptive research objectives of this study were to 1) the level of perception according to health belief model and the use of emergency medical services of patients at Damnoen Saduak Hospital. 2) to study the relationship between perceptions according to the health belief model and the use of emergency medical services of patients at Damnoen Saduak Hospital The sample group consisted of 150 patients, relatives and referrals of patients who came to the emergency department. The research instrument was questionnaire divided into 3 parts include; use of emergency medical services, questionnaire to assess perceptions of risk opportunities and questionnaire of perceptions in benefits and obstacles. The reliability of total scale was 0.86. Data were analyzed by using descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation. and Chi-square analysis. The results showed that

1. The patients, relatives and referrals used emergency medical services when there was an emergency was at the moderate level ($M= 7.11$, $SD= 1.44$). The perceived risks opportunities and severity and perceptions in benefits and barriers were at the moderate level ($M= 85.82$, $SD= 6.18$; $M= 32.44$, $SD= 4.15$) respectively.

2. The Perceived risks and severity and perceived benefits and barriers were significantly correlated to the use of emergency medical services of patients at Damnoen Saduak Hospital.

Therefore, there should be creating of perceptions in severity of illness benefits, and obstacles in order to encourage people to have more access to the medical service system.

Keywords: Perceptions, Health belief model, Emergency medicine

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉิน (Emergency illness) เป็นอุบัติการณ์เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยฉับพลัน เป็นภาวะวิกฤตต่อชีวิตและมีความเสี่ยงรุนแรงต่อการเสียชีวิตและเกิดความพิการระยะยาวในผู้ป่วยหากไม่ได้รับการช่วยเหลือ และรักษาภาวะฉุกเฉินอย่างเหมาะสมทันท่วงทีและเป็นไปอย่างรวดเร็วพร้อมกับนำส่งต่อระบบบริการขั้นสูงอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (World Health Organization, 2020) องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่าในแต่ละปีมีคนกว่า 5 ล้านคนทั่วโลกบาดเจ็บจนถึงขั้นเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ สำหรับประเทศไทยจากสถิติกระทรวงสาธารณสุขพบว่า การเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งจากอุบัติเหตุ (รวมการได้รับสารพิษและการถูกทำร้าย) และภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยฉุกเฉินและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในอันดับที่ 2 ถึง 4 ของประชากรไทย (National Institute of Emergency Medicine, 2016) ดังนั้น การลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนที่จะก่อให้เกิดความรุนแรงและความพิการ ในระยะยาวในผู้ป่วยฉุกเฉินเหล่านี้จะต้องได้รับการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินอย่างทันท่วงทีและรวดเร็วที่จุดเกิดเหตุหรือระบบช่วยเหลือฉุกเฉินก่อนมาโรงพยาบาล (Pre-hospital care) ที่มีประสิทธิภาพจะสามารถลดอัตราการตาย และภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Chaipian, 2021; National Institute of Emergency Medicine, 2016) องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดนโยบายและ

ส่งเสริมการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นมาในทุกประเทศทั่วโลกเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยฉุกเฉินในระดับต่างๆ เข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพอย่างเท่าเทียมกัน (World Health Organization, 2020) ระบบการแพทย์ฉุกเฉินจึงพัฒนาแนวปฏิบัติ เพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินประเภทต่างๆ และระบบการส่งต่อรวดเร็วที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินแทบจะทุกกรณีได้รับการรักษาในภาวะฉุกเฉินเบื้องต้นที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานอย่างรวดเร็วก็จะสามารถลดอัตราการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำส่งผู้ป่วยไปสถานบริการหลักได้อย่างรวดเร็ว เป็นไปตามขั้นตอน ผู้ป่วยฉุกเฉินก็จะได้รับบริการที่เหมาะสมสอดคล้องกับอาการ และความรุนแรง ในการเจ็บป่วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการแนะนำให้จัดการ ช่วยเหลือ ดูแลอย่างถูกวิธีทางการแพทย์ฉุกเฉินและสามารถเคลื่อนย้ายส่งต่อไปสู่การรักษาขั้นสูงที่มีประสิทธิภาพได้ (National Institute of Emergency Medicine, 2016; Ponsen, Wachiradilok, Sirisamutr, Dounghipsirikul & Kamnuanroek, 2016) นับว่าระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่จัดตั้งขึ้นมาและให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้เป็นอย่างดี และเป็นที่ยอมรับทั่วโลก และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องดังนั้นประเทศไทยจึงได้มีการจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นมาเพื่อรองรับภารกิจดังกล่าว เป็นองค์การอำนวยการและพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งๆ ขึ้นไป

อย่างไรก็ตามจากรายงานสถิติผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้แก่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ จำนวน 821 แห่ง พบว่า มีการใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินในปี พ.ศ.2554 จำนวน 27,027,687 ครั้งแต่ในจำนวนนี้ มีการเรียกใช้บริการผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS Services) ในทุกระดับเพียง 855,778 ครั้ง หรือคิดเป็นร้อยละ 3.1 เท่านั้น (Aphibansri & Kesapradit, 2018) สอดคล้องกับการสำรวจของศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2563) สำรวจการรับรู้ในด้านความรู้ ความเข้าใจ และสิทธิเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกลุ่มตัวอย่าง 1,200 คน พบว่า มีผู้ที่มีการรับรู้ระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.33 รองลงมา คือผู้ที่การรับรู้มีระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 30.83 และผู้ที่มีการรับรู้ระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 30.33 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า ประชาชน จะเห็นได้ว่าถึงแม้จะมีการส่งเสริม และจัดตั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นในทุกระดับ ครอบคลุมพื้นที่เกือบทั้งหมดในประเทศไทย แต่อัตราการให้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับอาการเจ็บป่วย รวมทั้งการให้การช่วยเหลือในระยยะฉุกเฉินต่อประชาชนก่อนมาถึงโรงพยาบาล มีประสิทธิภาพอันจะสามารถลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ยังไม่บรรลุผลเท่าที่ควร โดยประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ยังคงนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน มาที่โรงพยาบาลเอง โดยไม่มีการเรียกใช้หรือผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หรือรอรับบริการที่จุดเกิดเหตุ จากการสำรวจปีพ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเพียง 1 ใน 5 คนเท่านั้น (ร้อยละ19.0) ที่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ทั้งๆ ที่คนกลุ่มนี้ควรเรียกใช้มากที่สุด เมื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยพบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่เรียกใช้ 1669 คือคนที่อายุน้อยกว่า 60 ปี โดยเฉพาะอายุ 5-14 ปี ครอบครัวมักจะมีรถยนต์จักรยานยนต์ในบ้าน อาศัยในพื้นที่ห่างไกล มีอุปสรรคเรื่องการเดินทางและสัญญาณโทรศัพท์มักเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป (non Trauma) และมักเป็นกลุ่มเสี่ยง เช่นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหอบหืด นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อเกิดเหตุในบ้านและผู้ป่วยเคยเรียกใช้มาก่อน ไม่รู้จักหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินในพื้นที่ ไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอน 1669 อาจไม่เรียกใช้ (Phonsen, Wachiradilok, Siriprabuk, & Khanunruek, 2016) สำหรับในส่วนของอำเภอดำเนินสะดวก ลักษณะทางกายภาพและบริบทของพื้นที่ แบ่งการปกครองเป็น 13 ตำบล 105 หมู่บ้าน มีประชากรปี พ.ศ. 2563 จำนวน 92,641 คน โดยประกอบอาชีพเกษตรกร



ปลูกพืชผักผลไม้ ทำให้พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ทางการเกษตรสวนต่างๆ การคมนาคม มีทั้งทางถนนซึ่งผ่านลงสวน และทางน้ำบางส่วนเป็นคลองเชื่อมต่อ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความล่าช้า ในการมารักษา และพบว่า ผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง มารับการรักษาไม่ทัน ในโรคสำคัญต่างๆการไม่ทราบถึงอาการโรคสำคัญ การขาดความตระหนักถึงโรคที่เป็น ความรู้ เจตคติในการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง ความเชื่อในการรักษา จากข้อมูลเบื้องต้นพบว่า ในปี พ.ศ.2563 มีผู้ป่วยฉุกเฉินมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินจำนวน 30,878 ราย ซึ่งถือว่ามีการรับบริการเป็นจำนวนมาก ซึ่งยังไม่มีการศึกษาว่าผู้รับบริการมีพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากน้อยเพียงไร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้รับบริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก

คำถามการวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้รับบริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวกเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

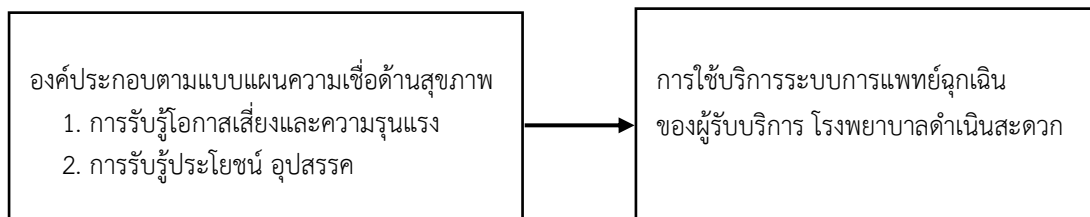
1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้รับบริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและ พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้รับบริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้รับบริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยนี้ ทำการศึกษาตามแนวคิดการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Schiffman and Kanuk (2000) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ กระบวนการที่แต่ละบุคคลมีการเลือกประมวลผลและตีความเกี่ยวกับตัวกระตุ้นบริการการแพทย์ ที่ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง อีกทั้งประโยชน์และอุปสรรค ซึ่งการรับรู้นี้ช่วยให้บุคคลตัดสินใจเลือกและตีความในสิ่งที่ได้รับจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก็จะทำให้บุคคลเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยบรรยายในลักษณะการค้นหาค้นหา ณ จุดเวลา (Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้รับบริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้รับบริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวกเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง วันที่ 1 เดือนสิงหาคม พ.ศ.2564 ถึงวันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ.2564

ประชากร การวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้ป่วย ญาติ หรือ ผู้นำส่งผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก โดยผู้ป่วยมีผลการประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย/ การบาดเจ็บระดับเจ็บป่วย ระดับ ESI-1 ฉุกเฉินวิกฤต ถึงระดับ ESI-2 ฉุกเฉินรุนแรง อายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 240 คน

กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้ป่วย ญาติ หรือ ผู้นำส่งผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก โดยผู้ป่วยมีผลการประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย/การบาดเจ็บระดับเจ็บป่วย ระดับ ESI-1 ฉุกเฉินวิกฤต ถึงระดับ ESI-2 ฉุกเฉินรุนแรง จำนวน 150 คน

การคำนวณหาขนาดตัวอย่าง น้อยสุดด้วยสูตรของยามาเน่ (Yamane, 1973) ที่มีความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 ดังนี้

$$n = \frac{N}{1+N(e^2)}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ
N = จำนวนสมาชิกประชากร (240)
e = ความคลาดเคลื่อน ในการสุ่มร้อยละ 5 (0.05)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดแบบสอบถามให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวในกรอบแนวคิดที่ใช้ ในการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ แบ่งออกเป็น 3 ตอน มีรายละเอียด ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะเป็นแบบปลายปิดและเปิด จำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินระดับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีลักษณะเป็นแบบปลายปิด จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบข้อมูล ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน

การแปลผลระดับการรับรู้ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986) ดังนี้

คะแนน น้อยกว่า 6	พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับต่ำ
คะแนน 6-7.99	พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับปานกลาง
คะแนน 8-10	พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง



ตอนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของความเจ็บป่วย ในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) (Sisaaad, 2013) แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยมีความหมาย ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน เห็นด้วยมาก 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย 2 คะแนน เห็นด้วยน้อยที่สุด 1 คะแนน จำนวน 20 ข้อ

การแปลผลระดับการรับรู้ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1986) ดังนี้

คะแนน น้อยกว่า 60	การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงระดับต่ำ
คะแนน 60-79.99	การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงระดับปานกลาง
คะแนน 80 ขึ้นไป	การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านประโยชน์ อุปสรรคในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) (Sisaaad, 2013) แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยมีความหมาย ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน เห็นด้วยมาก 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย 2 คะแนน เห็นด้วยน้อยที่สุด 1 จำนวน 8 ข้อ

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

การแปลผลระดับการรับรู้ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986) ดังนี้

คะแนน น้อยกว่า 27	การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านประโยชน์ อุปสรรคระดับต่ำ
คะแนน 27-35.99	การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านประโยชน์ อุปสรรคระดับปานกลาง
คะแนน 36-40	การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านประโยชน์ อุปสรรคระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) โดยเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับ (Reliability) (Sisaaad, 2013) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย 30 คน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการด้วยตนเอง โดยเริ่มดำเนินการระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ.2564 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2564 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก
2. ชี้แจงการทำวิจัยและเก็บข้อมูลกับหัวหน้างาน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
3. ประชาสัมพันธ์การวิจัยให้ผู้รับบริการของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทราบ โดยติดประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์
4. ชี้แจงการวิจัย วัตถุประสงค์ และรายละเอียดของข้อคำถาม ให้ผู้รับบริการเข้าร่วมการวิจัยทราบ มอบเอกสารการวิจัยให้อ่านและพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยภายในเวลา 3 วัน ถ้าเข้าร่วมการวิจัยให้ลง
5. เก็บข้อมูลวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม
6. นำแบบสอบถามที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

- 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi square test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significant) เท่ากับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้รับบริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก” ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลดำเนินสะดวก เลขที่โครงการวิจัย 18/2564 ลงวันที่ 29 เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2564

ผลการวิจัย

1. การศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มผู้ป่วย ญาติ และผู้นำส่งเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 62.7 มีอายุ 55 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 32.9 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปลายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.4 มีอาชีพเกษตรกรกรรมา ทำนา ทำไร่ ทำสวน คิดเป็นร้อยละ 27.6 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 6,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 57.6 มีรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 91.2 มีอาการเจ็บป่วยที่ต้องมารับบริการ ได้แก่ เป็นเบาหวาน ความดัน คิดเป็นร้อยละ 25.9 และไม่เคยมีประสบการณ์ในการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 64.7



2. การศึกษาระดับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มผู้ป่วย ญาติ และผู้นำส่งมีพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้รับบริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 7.11$, $SD = 1.44$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้รับบริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ($n=150$)

ตัวแปร	M	SD	การแปลผล
การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	7.11	1.44	ปานกลาง

3. การศึกษาระดับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้รับบริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ในภาพรวม อยู่ในระดับสูง ($M = 118$, $SD = 8.03$) เมื่อพิจารณาเป็นรายองค์ประกอบ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง อยู่ในระดับสูง ($M = 85.82$, $SD = 6.18$) การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 32.44$, $SD = 4.15$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้รับบริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ($n=150$)

ตัวแปร	M	SD	การแปลผล
การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง	85.82	6.18	สูง
การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค	32.44	4.15	ปานกลาง
รวม	118	8.03	สูง

4. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้รับบริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < 0.001$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้รับบริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ($n=150$)

ตัวแปร	การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	
	χ^2	Sig.
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	44.277	0.000
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง	18.154	0.000
2. การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค	5.665	0.000

อภิปรายผล

การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้บริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก มีค่าเฉลี่ย 7.11 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปอาจอธิบายได้ว่า กลุ่มผู้ป่วย ญาติ และผู้นำส่งมีรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 71.3 และอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลร้อยละ 56.0 ซึ่งระยะเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาลไม่ไกล และการใช้รถยนต์ หรือรถจักรยานยนต์ส่วนตัวทำให้สะดวกสบาย และรวดเร็ว เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือเกิดอุบัติเหตุ จะเกิดอาการตกใจนึกอะไรไม่ออก และไม่รู้จักระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับงานวิจัยของกิตติพงศ์ พลเสน, พรทิพย์ วชิรดิลอก,ธีระ ศิริสมุด และณัฐภูมิ คำนวนฤกษ์ (Phonsen, Wachiradilok, Siriprabuk & Khanunruek, 2016) พบว่า ผู้ป่วยไม่ได้ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพราะมีรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ ทำให้สะดวกในการพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้ทันที ไม่มีประสบการณ์ เกิดความตกใจ และ เร่งรีบพามาให้ถึงโรงพยาบาลและความเข้าใจคืออาการป่วยเล็กน้อยไม่ต้องใช้บริการแพทย์ฉุกเฉิน

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผลการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังพบว่า ยังพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อธิบายได้ว่ากลุ่มผู้ป่วย ญาติ และผู้นำส่ง เมื่อมีการรับรู้อาการเจ็บป่วย และเคยได้มีประสบการณ์การเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และได้รับบริการที่ดี ปลอดภัย รวดเร็วก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมการเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของแสงอาทิตย์ วิชัยยา (Vichaiya, 2018) ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการหน่วยแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้อาการป่วยฉุกเฉิน การรับรู้บริการ ทักษะติดต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การรับรู้บริการและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ร้อยละ 22.7

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการจัดทำแผนการประชาสัมพันธ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องการโทรแจ้งเหตุผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 อย่างทั่วถึง ควรมีการทำนวัตกรรมต่างๆ เพื่อให้ประชาชนได้เห็นความสำคัญของการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน และควรมีการพัฒนาสมรรถนะของผู้ให้บริการบรรณฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง เช่น ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจุดเกิดเหตุ ทักษะการประสานงาน ระหว่างการส่งต่อ

2. ควรมีการดำเนินการในลักษณะการประสานเชื่อมโยงบริการของเครือข่ายในระดับต่างๆ พร้อมทั้งพัฒนาเทคโนโลยี เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาสถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลดำเนินสะดวก

2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลในจังหวัดราชบุรี



References

- Aphibansri, P., & Kesapradit, B. (2018). An analysis of the emergency medical service system and the factors related to the emergency medical service behavior among the population at the Chulachomklao Royal Military Academy. *Journal of Army Nursing*, 19(1). 291-299. (in Thai)
- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of Education Objectives : The classification of education goal*. New York : Longman.
- National Institute of Emergency Medicine. (2016). *The 3rd national emergency medicine master Plan 2017 – 2021*. Bangkok: Union Creation Co., Ltd. (in Thai)
- Phonsen, K., Wachiradilok, P., Siriprabuk, T. & Khanunruek, N.. (2016). *Situation and factors affects the non-emergency medical services of patients admitted to the accident department in Thailand*. Bangkok. (in Thai)
- Srisaat, B. (2013). *Statistical methods for research*. (2nd Edition). (5th printing) Bangkok: Suwiriyasan. (in Thai)
- Vichaiya, S. (2018). Factors related to the use of the emergency medical system of urgent emergency patients. and critically ill patients in Fang Hospital, Chiang Mai. *Chiang Rai Journal of Medicine*, 10(1). 93-102. (in Thai)
- World Health Organization: WHO. (2020). *Prehospital trauma care systems*. Geneva: World Health Organization.