

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของผู้สูงอายุจังหวัดศรีสะเกษ

กนกพร จตุพรรัตน์¹ณัฐธยาน์ บุญมาก²

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันสังคมสูงอายุมิแนวโน้มการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากกระบวนการชราและภาวะสุขภาพที่ถดถอย ผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงมากกว่าวัยอื่น แต่การเข้าถึงบริการอยู่ในระดับต่ำทำให้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและการเสียชีวิตที่สูงขึ้น ผู้สูงอายุอาจมีปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจใช้บริการที่ล่าช้าหรือไม่เหมาะสมได้ งานวิจัยนี้เป็นการหาความสัมพันธ์เชิงทำนายเพื่อศึกษาการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน - ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 377 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามประสพการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมและการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน วิเคราะห์ความเที่ยงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .765, .723, .805, .846, .737, .853 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า การตัดสินใจของผู้สูงอายุในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อยู่ในระดับมาก (mean=4.14, SD=.76) โดยปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.456$) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta=.172$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta=.124$) สามารถร่วมกันทำนายการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ร้อยละ 51 ($R^2=.51$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.05$) ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานด้านสาธารณสุข ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อเพิ่มการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและทันที่

คำสำคัญ: การตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน/ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ ปัจจัยที่มีอิทธิพล/ ผู้สูงอายุ/
แรงสนับสนุนทางสังคม

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ

²อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา จังหวัดศรีสะเกษ

Corresponding author, e-mail: rathayakorn@yahoo.co.th

Research article

Factors influencing decision to use of emergency medical services among older adults, Sisaket province

Kanokporn Jatupornratanapun¹

Natthaya Boonmak²

Abstract

Nowadays, aging societies increasingly tend to use emergency medical services due to the aging process and declining health status. The older adults are at greater risk of developing severe complications than people at other ages, however their access to emergency medical services remains low, which leads to an increase the incidence of disability and mortality. Older adults may have certain factors that are associated with delayed or inappropriate use of emergency medical services. This correlational predictive research aimed to explore the decision to use emergency medical services and the factors influencing decision to use emergency medical services among the older adults in Sisaket province. Data were collected from 377 participants between September and December 2024. The data collection instruments included: experience with EMS questionnaire, health status perception questionnaire, perceived severity of illness questionnaire, health literacy questionnaire, social support questionnaire and the decision to use EMS questionnaire. The reliability was analyzed using Cronbach's alpha coefficient, which were .765, .723, .805, .846, .737 and .853 respectively. Data analysis was performed using multiple regression analysis.

The results revealed that decisions to use emergency medical services are at a high level (mean=4.14, SD=.76) The factors of social support ($\beta=.456$) perceived health status ($\beta=.172$), health literacy ($\beta=.124$) can jointly predict the decisions to use emergency medical services by 51% ($R^2=.51$) were significantly ($p\text{-value}<.05$). The findings of this study concluded that public health agencies develop programs to promote health perception, health literacy and social support to increase appropriate and timely utilization of EMS among the older adults.

Keywords: decision to use of emergency medical services/ factors influencing/ health literacy/ older adults/ social support

¹ Professional nurse practitioner, Emergency medical services division, Department of public health, Sisaket provincial administrative organization.

² Lecturer, Faculty of Nursing, Chulalongkornrajavidyalaya University, Sisaket province.

Corresponding author, e-mail: rathayakorn@yahoo.co.th

บทนำ

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ของโครงสร้างประชากรโลก โดยสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จากรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO)¹ คาดว่า ในปี ค.ศ. 2050 สัดส่วนของประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22 ของประชากรทั้งหมด ส่วนสถานการณ์ของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ปี ค.ศ. 2024 มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดและประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (complete aged society)² จากการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศทำให้เกิดความท้าทายต่อการเตรียมความพร้อมของระบบบริการและสวัสดิการสังคม โดยเฉพาะการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Services: EMS) เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้สูงอายุในระยะยาวให้สามารถเข้าถึง ใช้ประโยชน์ และอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)³ เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกันอันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 เพื่อบรรลุเป้าหมายหลัก คือ “ประชาชนมีความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้รับการบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

ปลอดภัย นำไปสู่การลดการสูญเสียชีวิต และความพิการจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน” ดังนั้น เพื่อส่งเสริมระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น การบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินจึงมีความสำคัญต่อระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัจจัยด้านภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลง อันเนื่องมาจากกระบวนการชรา การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค (multimorbidity) รวมถึงกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome) ได้แก่ ภาวะหกล้ม การสูญเสียความสามารถในการเดิน อาการซึม สับสนเฉียบพลัน ภาวะสมองเสื่อม อาการน้ำหนักรีดลดลงจนภาวะเปราะบาง ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการเจ็บป่วยที่รุนแรงได้มากกว่าวัยอื่น ๆ ส่งผลกระทบต่อภาระการดูแลของคนในครอบครัว นำไปสู่การพึ่งพิงในระยะยาวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การบริการสุขภาพ และระบบเศรษฐกิจของประเทศตามมา⁴ จากรายงานสถานการณ์ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ประจำปี พ.ศ. 2566³ พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคฉุกเฉินของประเทศไทยทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เท่ากับร้อยละ 31 มีอัตราเข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 18 ซึ่งเป็นสัดส่วนการเข้าถึงบริการที่ต่ำและมีแนวโน้มลดลงเมื่อเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน กับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ส่วนอัตราการเข้าไม่ถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินหรือมาโรงพยาบาลด้วยวิธีอื่น เท่ากับ ร้อยละ 82 กลุ่มที่เข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินมีอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต มากกว่าร้อยละ 92 ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยโรคฉุกเฉินที่ไม่ได้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเสียชีวิตสูง ร้อยละ 31 ด้านสาเหตุของการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จากรายงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ พบว่าสาเหตุหลักหรือกลุ่มอาการนำที่ผู้สูงอายุใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ การหกล้ม อาการสับสนเฉียบพลัน อาการเจ็บป่วยของโรคเรื้อรังแบบเฉียบพลันหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อหรือความผิดปกติของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ทั้งนี้สาเหตุหรือกลุ่มอาการนำต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้น ๆ และภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุอีกด้วย⁵ นอกจากนี้รายงานข้อมูลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปีพ.ศ. 2566³ พบว่า ประชาชนมีความรอบรู้ด้านบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับต่ำ ตั้งแต่การประเมินภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การจัดการปฐมพยาบาลและการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมทันทีสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ไม่ได้มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลสูงขึ้นอีกด้วย ดังนั้น การตัดสินใจใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินจึงมีความสำคัญโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายด้านระบบประสาทและสมองอาจมีผลต่อความสามารถในการตัดสินใจใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินที่ผิดพลาดหรือล่าช้า ซึ่งเป็นการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมจนส่งผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ซับซ้อนรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เกิดภาวะทุพพลภาพ และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตได้

จังหวัดศรีสะเกษมีจำนวนประชากรทั้งหมด 1,450,333 คน มีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 271,699 คน คิดเป็นร้อยละ 18.73 ของประชากรทั้งหมด และร้อยละ 2.09 ของจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดในประเทศไทย ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร

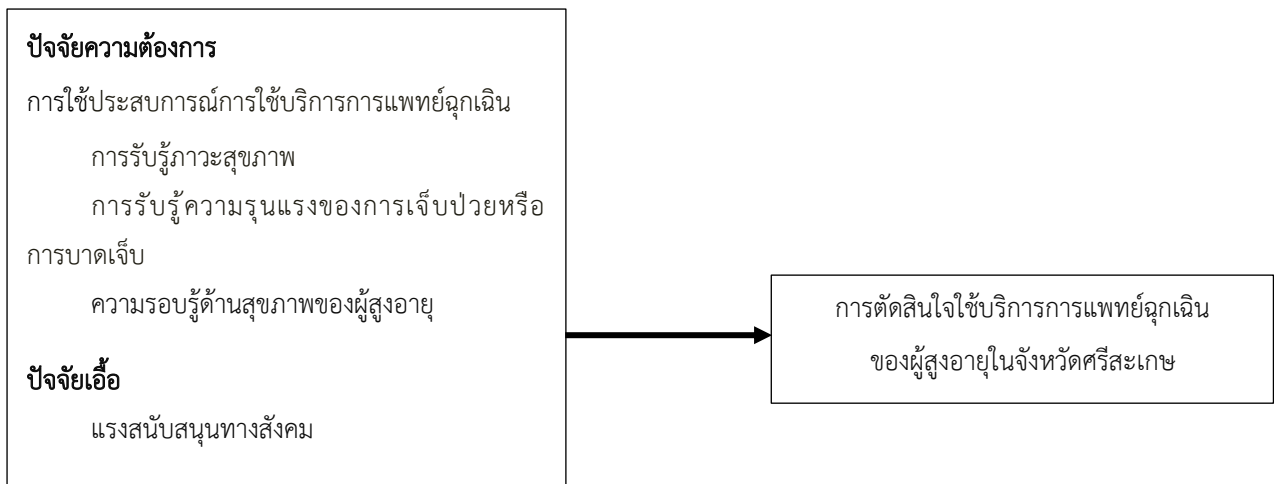
ร้อยละ 64.46 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 87.53 โดยบริบทเป็นสังคมชุมชนกึ่งชนบท มีอัตลักษณ์ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและประเพณีของกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า จังหวัดศรีสะเกษมีความแตกต่างในด้านบริบทของพื้นที่ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อ ค่านิยม ศาสนา และรูปแบบพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตของประชากร⁶ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องใช้บริการการแพทย์ในอัตราที่สูง แต่ยังพบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ โดยสามารถจัดกลุ่มปัจจัยได้ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น^{7,8} เพศ สถานภาพสมรสซึ่ง พบว่า ผู้สูงอายุเพศชาย อายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป มีสถานภาพโสดหรือหม้าย มีแนวโน้มในการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินน้อยที่สุด ระดับการศึกษาไม่เกินชั้นมัธยมหรือผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำจะทำให้ขาดความตระหนักหรือไม่คุ้นเคยต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ชนบท⁹ 2) ปัจจัยนำ ได้แก่ การมีประสบการณ์เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงถึง 30.9 เท่าของผู้ไม่ใช้บริการ ทศนคติต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง จะใช้บริการ 11.1 เท่าของผู้มีทศนคติในระดับปานกลางถึงต่ำ^{10,11} ความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินและความเชื่อมั่นในคุณภาพและความปลอดภัยของบริการระดับสูงจะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสูง¹² และ 3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะใช้บริการ 4.9 เท่าของผู้ได้รับแรงสนับสนุน

ปานกลางถึงต่ำ¹⁰ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บอยู่ระดับสูงทั้ง 2 ปัจจัย ซึ่งสะท้อนถึงความเชื่อที่ว่าเมื่อบุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและความรุนแรงของการเจ็บป่วยสูงจะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของตนเอง¹²

จากผลการศึกษาวิจัยข้างต้น จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาได้มุ่งเน้นในบริบทเขตเมืองหรือพื้นที่ที่พัฒนาแล้วและไม่สามารถอธิบายถึงบริบทของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งชนบทหรือชุมชนเกษตรกรรม ดังเช่นในจังหวัดศรีสะเกษ ได้ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงมีความสนใจศึกษาการตัดสินใจต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพในภาวะฉุกเฉินได้อย่างทันที่ ทันท่วงที และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อให้สามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ป้องกันการเกิดทุพพลภาพ และลดอัตราการเสียชีวิตได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้อาศัยกรอบแนวคิดการใช้บริการสุขภาพของ Andersen¹³ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยความต้องการหรือความจำเป็น เป็นกรอบทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพของบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดดังกล่าวในการกำหนดปัจจัยดังต่อไปนี้ 1) ปัจจัยนำซึ่งเป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีมาก่อนการเจ็บป่วยและส่งผลต่อแนวโน้มในการที่จะใช้บริการสุขภาพ ปัจจัยที่นำมาศึกษา ได้แก่ เพศ⁹ อายุ^{7,8} ระดับการศึกษา โรคประจำตัว⁹ สถานภาพสมรส⁸ 2) ปัจจัยความต้องการหรือความจำเป็นทางสุขภาพที่บุคคลนั้นรับรู้หรือรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้วจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการใช้บริการสุขภาพโดยตรง ปัจจัยที่นำมาศึกษา ได้แก่ ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน¹⁰ การรับรู้ภาวะสุขภาพ¹⁴ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ¹³ และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ¹⁰ และ 3) ปัจจัยเอื้อเป็นทรัพยากรที่มีอยู่ในบุคคลเพื่อสนับสนุนให้เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ ปัจจัยที่นำมาศึกษา ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม^{10,11} ซึ่งสามารถนำแนวคิด Andersen มาอธิบายการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุจะอาศัยปัจจัยนำ และปัจจัยเอื้อ มาเป็นปัจจัยพื้นฐานที่กำหนดความสามารถและความเป็นไปได้ในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนผู้สูงอายุมีปัจจัยด้านความต้องการซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงมากที่สุดต่อการตัดสินใจหรือเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุ¹⁴



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย ได้แก่ ปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ โดยศึกษาในช่วงเดือนกันยายน – ธันวาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้สูงอายุอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 6,557 คน¹⁵

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณได้จากสูตร Yamane (1973)¹⁶ สำหรับประชากร 6,557 คน กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ระดับ .05 โดยคำนวณจากสูตร $n = N / (1 + Ne^2)$

แทนค่าในสูตร

$$n = 6557 / (1 + 6557 \times (0.05)^2)$$

$$n = 6557 / (1 + 6557 \times 0.0025)$$

$$n = 6557 / 17.3925$$

$$n \approx 377.09$$

ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มตัวอย่างตำบลในเขตอำเภอเมืองมาร้อยละ 50 ของเขตพื้นที่ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืนและคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละเขตตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละตำบลที่สุ่มได้

ขั้นตอนที่ 2 คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละเขตตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละตำบลที่สุ่มได้ ได้แก่ เทศบาลตำบลน้ำคำ จำนวน 48 คน องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ อบต.หนองครก จำนวน 80 คน อบต.กุดโง้ง จำนวน 85 คน อบต.หมากเขียบ จำนวน 64 คน อบต.หนองไฮ จำนวน 40 คน อบต.คูซอด จำนวน 60 คน จนครบจำนวน 377 คน

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มรายชื่อตัวอย่างตามลำดับ (simple random number) จากรายชื่อของผู้สูงอายุในทะเบียนผู้สูงอายุแต่ละตำบลที่สุ่มได้ตามจำนวนในขั้นตอนที่ 2 ด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement) จนครบ 377 คน

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. ระดับความรู้สึกตัวดี มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

2. สามารถสื่อสารได้ เข้าใจภาษาไทยได้ดี และตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเองหรือตอบคำถามได้

3. ผู้สูงอายุมีอาการคงที่

4. สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยโดยลงนามในหนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ที่ไม่สมัครใจหรือขอยกเลิกการให้ข้อมูลในระหว่างการวิจัย

2. ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยระหว่างการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว สถานภาพสมรส และอาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสพการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม¹⁰ จำนวน 7 ข้อ เป็นลักษณะของแบบสอบถามประสพการณ์เคยได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการตอบว่า ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน ไม่ใช่ เท่ากับ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ¹² เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 12 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม¹² ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 11 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม¹¹ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 5 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม¹⁰ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 9 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม¹⁷ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 12 ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถามส่วนที่ 3 - ส่วนที่ 7 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scales) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย มีเกณฑ์ที่ใช้ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

- 4.21-5.00 หมายถึง อยู่ในระดับมากที่สุด
- 3.41-4.20 หมายถึง อยู่ในระดับมาก
- 2.61- 3.40 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง
- 1.81-2.60 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย
- 1.00-1.80 หมายถึง อยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา Content Validity Index หรือ CVI) ได้เท่ากับ .97, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-154 เมื่อวันที่ 9 กันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่างได้รับการแจ้งให้ทราบวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจที่จะยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดพัก ยกเลิกการให้ข้อมูล หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง การรักษาข้อมูลความลับของผู้ป่วยและปฏิบัติการรักษาสีติของกลุ่มตัวอย่างในตลอดกระบวนการวิจัยโดยผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามตามรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างตามที่สุ่มไว้ และนัดเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอความร่วมมือจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการนัดหมายผู้สูงอายุ
2. การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุที่บ้านตามรายชื่อที่สุ่มได้จากคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมนำไปยินยอมในการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้ลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือในใบพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย
3. การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามและคำตอบให้ผู้สูงอายุฟังทีละข้อ พร้อมทั้งบันทึกคำตอบที่ผู้สูงอายุตอบ

ในรูปแบบสัมภาษณ์ ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาที

4. หลังจากการสัมภาษณ์เสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ ถูกต้องของแบบสัมภาษณ์ และนำข้อมูลทั้งหมดมาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมทางสถิติ SPSS for window version 26.0 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยร้อยละ ใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์ระดับคะแนนของการตัดสินใจของผู้สูงอายุในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงพรรณนา

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนนำ ได้แก่ ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม กับการตัดสินใจของผู้สูงอายุในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

4. วิเคราะห์อำนาจการทำนายระหว่างปัจจัยนำ และปัจจัยเอื้อ กับการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติ (enter multiple regression analysis) โดยใช้ตัวแปรทุกตัวร่วมกัน จากนั้นจึงทำนายการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple

regression analysis) เพื่อค้นหาตัวแปรที่ดีที่สุดในการทำนายการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 246 คน (ร้อยละ 65.25) และเป็นเพศชาย จำนวน 131 คน (ร้อยละ 34.75) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 194 คน (ร้อยละ 51.46) รองลงมา มีอายุระหว่าง 70-79 ปี จำนวน 136 คน (ร้อยละ 36.07) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 330 คน (ร้อยละ 87.53) รองลงมา มีการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 14 คน (ร้อยละ 3.71) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน จำนวน 215 คน (ร้อยละ 57.03) รองลงมา คือ มีสถานภาพเป็นหม้าย จำนวน 116 คน (ร้อยละ 30.77) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือมะเร็ง จำนวน 202 คน (ร้อยละ 53.59) รองลงมา คือความดันโลหิตสูง จำนวน 91 คน (ร้อยละ 24) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม จำนวน 243 คน (ร้อยละ 64.46) รองลงมา คือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 91 คน (ร้อยละ 24.14)

2. ปัจจัยด้านการตัดสินใจของผู้สูงอายุในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการตัดสินใจของผู้สูงอายุในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมเท่ากับ 4.14 คะแนน (S.D.=0.76) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคะแนนเฉลี่ยที่สูงที่สุด พบว่า ข้อ 1 การรับแจ้งเหตุที่รวดเร็วจะทำให้ท่านตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมากที่สุด เท่ากับ 4.20 คะแนน (S.D.=0.78) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนการตัดสินใจของผู้สูงอายุในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ข้อ 8 เมื่อท่านมีการเจ็บป่วย

หรือบาดเจ็บ ท่านจะลังเลหรือวิตกกังวลเมื่อต้องใช้ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 3.31 คะแนน (S.D.=1.35) มีค่าคะแนน เฉลี่ยต่ำที่สุด

การรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ย ของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมเท่ากับ 3.78 คะแนน (S.D.=0.75) อยู่ใน ระดับมาก คะแนนเฉลี่ยที่สูงที่สุด คือ ข้อ 8 ท่าน คิดว่าการทำจิตใจให้สงบและมีอารมณ์ดีอยู่เสมอ จะทำให้สุขภาพดีอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 3.94 คะแนน (S.D.=0.91) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของคะแนน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ข้อ 2 ท่านคิดว่าในตอนนี้อยู่ ท่านไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วย อยู่ใน ระดับปานกลาง เท่ากับ 3.65 คะแนน (S.D.=1.07) มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรือ การบาดเจ็บของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าเฉลี่ย ของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บ โดยรวมเท่ากับ 3.65 คะแนน (S.D.=0.82) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นราย ข้อคะแนนเฉลี่ยที่สูงที่สุด คือ ข้อ 6 ท่านคิดว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บที่รุนแรงต่อชีวิต จำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือ จากหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 3.98 คะแนน (S.D.=0.87) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของ คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรือ การบาดเจ็บ ข้อ 3 เมื่อมีการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ ท่านสามารถคาดการณ์ได้ว่าการเจ็บป่วยนั้น มีช่วงเวลานานเพียงไร อยู่ในระดับปานกลาง

เท่ากับ 3.30 คะแนน (S.D.=0.99) มีค่าคะแนน เฉลี่ยต่ำที่สุด

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมเท่ากับ 3.74 คะแนน (S.D.=0.88) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคะแนน เฉลี่ยที่สูงที่สุด คือ ข้อ 1 ท่านคิดว่า ตนเองสามารถ เข้าถึงแหล่งการให้ข้อมูลด้านสุขภาพได้ ได้แก่ การอ่านหนังสือ การรับฟังข่าว การได้รับคำแนะนำ จากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสื่ออินเทอร์เน็ต อื่นได้เป็นอย่างดี อยู่ในระดับมาก เท่ากับ 3.87 คะแนน (S.D.=0.88) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ข้อ 4 ท่านคิดว่าตนเอง สามารถระบุปัญหาหรือตัดสินใจแก้ปัญหาสุขภาพ หรือหาทางเลือกอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแล สุขภาพของตนเองได้เป็นอย่างดี อยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 3.64 คะแนน (S.D.=0.94) มีค่าคะแนน เฉลี่ยต่ำที่สุด

แรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวมเท่ากับ 4.02 คะแนน (S.D.=0.78) อยู่ใน ระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคะแนนเฉลี่ยที่ สูงที่สุด คือ ข้อ 1 ท่านมีผู้ดูแลหลักคือสมาชิกใน ครอบครัวอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 4.11 คะแนน (S.D.=0.94) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนแรง สนับสนุนทางสังคม ข้อ 8 ท่านได้รับการบอกเล่าถึง ความยุ่งยากหรืออุปสรรคในการรับบริการของ หน่วยการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 3.40 คะแนน (S.D.=1.15) มีค่าคะแนน เฉลี่ยต่ำที่สุด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่มีอิทธิพล และการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุ (n=377)

ตัวแปร	M	SD	การแปลผล
ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	3.20	0.82	ระดับปานกลาง
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	3.78	0.75	ระดับมาก
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ	3.65	0.82	ระดับมาก
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3.74	0.88	ระดับมาก
แรงสนับสนุนทางสังคม	4.02	0.78	ระดับมาก
การตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	4.14	0.76	ระดับมาก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมกับการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่มีความสัมพันธ์กับ

การตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.01$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ (n=377)

ปัจจัยนำที่ศึกษา	การตัดสินใจใช้บริการการแพทย์	
	ฉุกเฉินของผู้สูงอายุ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	-.077	.135
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.514	.000**
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ	.502	.000**
ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	.557	.000**
แรงสนับสนุนทางสังคม	.665	.000**

* $p<.05$, ** $p<.01$

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติ (enter multiple regression analysis) พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีทั้งหมด 3 ปัจจัย คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพมีอิทธิพลในการทำนายในทิศทางบวก ($\beta=.172, p<.001$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลในการทำนายในทิศทางบวก ($\beta=.124, p<.05$) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลสูงสุดในการทำนายในทิศทางบวก ($\beta=.456, p<.001$) ส่วนประสมการณการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ ไม่มีอิทธิพลในการทำนายการตัดสินใจใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.35, p<.08$ ตามลำดับ)

ความสามารถในการทำนาย (R^2) ปัจจัยทำนายที่นำมาศึกษาทั้งหมด 5 ปัจจัย สามารถอธิบายความแปรปรวนของ การตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้ร้อยละ 51 ($R^2=.51$) หรือร้อยละ 50 เมื่อปรับแก้แล้ว (adjusted $R^2=.50$) สามารถแปลผลได้ว่าระดับความสามารถในการทำนายอยู่ในเกณฑ์สูง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ (n=377)

ตัวแปรที่ศึกษา	b	SEb	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	1.487	.579		2.569	.011
ประสบการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	-.501	.543	-.034	-.922	.357
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.175	.048	.172	3.644	.000*
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ	.083	.047	.090	1.753	.080
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.107	.046	.124	2.315	.021*
แรงสนับสนุนทางสังคม	.445	.047	.456	9.445	.000**

$R=.71, R^2=.51, SE_{est}=.54, a = 1.487, adjust R^2= .50, F=.000, *p < .05, ** p < .001$

ดังนั้น จึงสามารถสร้างสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ดังนี้
สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ
 $\hat{Y} = 1.487 + .445$ (แรงสนับสนุนทางสังคม)
 $+ .175$ (การรับรู้ภาวะสุขภาพ)
 $+ .107$ (ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ)

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน
 $\hat{Z} = .456$ (แรงสนับสนุนทางสังคม) $+ .172$ (การรับรู้ภาวะสุขภาพ)
 $+ .124$ (ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ)
เมื่อเปรียบเทียบอำนาจการทำนายการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษของกลุ่มตัวแปรอิสระ

พบว่า ตัวแปรการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีอำนาจพยากรณ์ที่ดีที่สุด รองลงมาคือการรับรู้ภาวะสุขภาพและตัวแปรที่มีอำนาจพยากรณ์เป็นลำดับสุดท้ายคือความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

อภิปรายผลการวิจัย

การตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($M=4.14$, $SD=0.76$) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษมีแนวโน้มในการตัดสินใจใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับสูงมากกว่าการเลือกวิธีการเดินทางด้วยวิธีอื่น ๆ หรือไม่ใช้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุมีอัตราการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมากกว่าวัยอื่น ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป¹⁸ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นจากกระบวนการชรา การมีโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค ภาวะเปราะบาง ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยอื่น ๆ และกลุ่มอาการผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูงกับการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.665$, $p<.01$) ผลที่พบสอดคล้องกับองค์ประกอบด้านปัจจัยเอื้อตามแนวคิดการใช้บริการสุขภาพของ Andersen อธิบายได้ว่าการที่บุคคลรับรู้ถึงการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว สังคมและชุมชนมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสูง^{13,14} และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุน

ทางสังคมสูงมีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงถึง 4.9 เท่าของผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางหรือต่ำ¹⁰ และ พบว่า ผู้ที่มารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่แผนกฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติ หรือคนรู้จักที่มีความรู้และมีประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะส่งผลให้มีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้น¹⁹ สอดคล้องกับสังคมชนบทของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดศรีสะเกษที่สะท้อนให้เห็นว่า สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดูแลกันอย่างใกล้ชิดมีบทบาทสำคัญและอาจมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจของผู้สูงอายุได้มากกว่า อย่างไรก็ตาม ยังมีผลการศึกษาที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังหรือไม่มีผู้ดูแลหากมีการเจ็บป่วย ซึ่งอาจหมายถึงมีแรงสนับสนุนต่ำจะมีแนวโน้มในการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ²⁰ ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษานี้ ซึ่งอาจสะท้อนถึงบริบทพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่างเป็นสังคมชนบท สถานภาพส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส หรือบุตรหลานซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกปลอดภัย มีสภาวะทางจิตใจที่มีความพร้อมต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้

ปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพในปัจจุบันมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.514$, $p<.01$) ผลที่พบสอดคล้องกับองค์ประกอบด้านปัจจัยความต้องการตามแนวคิดการใช้บริการสุขภาพของ Andersen อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพดีอาจแสดงถึง

ความตระหนักรู้หรือใส่ใจต่อสุขภาพของตนเอง อยู่ในระดับที่ดี^{13,14} ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการรับรู้ที่ว่า หากมีอาการผิดปกติหรือเกิดความวิตกกังวล ต่อการเจ็บป่วยเล็กน้อยเพียงใดและตระหนักได้ว่า อาการเจ็บป่วยเหล่านั้นมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น หรือไม่ ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเองได้ดี จึงมีแนวโน้มตัดสินใจใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิด ผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของตนเอง¹² สอดคล้องกับ การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีความต้องการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในระดับสูง โดยมีปัจจัยด้านสุขภาพ เช่น การมี โรคประจำตัว และการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อ แนวโน้มความต้องการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของผู้สูงอายุ เป็นต้น²¹

ปัจจัยที่มีอิทธิพลและร่วมกันทำนาย การตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 มีทั้งหมด 3 ปัจจัย คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta=.172, p<.001$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta=.124, p<.05$) และ แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.456, p<.001$) และสามารถร่วมกันทำนายการตัดสินใจใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 50 ผลที่พบสอดคล้องกับกรอบแนวคิด การใช้บริการสุขภาพของ Andersen ด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายสูงสุด รองลงมา ได้แก่ ปัจจัย ความต้องการ คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามลำดับ อธิบายได้ว่า การได้รับคำแนะนำหรือการกระตุ้นจากครอบครัว หรือชุมชนมีบทบาทสำคัญมากต่อการตัดสินใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ โดยแรงสนับสนุน

ทางสังคมจะทำให้สร้างความมั่นใจ และ ลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุจนนำไปสู่ การตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและ ขอรับการช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที¹³ นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED²³ ที่อธิบายว่า พฤติกรรม ที่แสดงออกของแต่ละบุคคลได้รับอิทธิพลจาก พฤติกรรมของบุคคลอื่น ๆ รอบตัว ซึ่งตาม กรอบแนวคิดแบบจำลองดังกล่าว แรงสนับสนุน ทางสังคมเป็นปัจจัยเสริมซึ่งอาจจะเสริมแรง ได้ทั้งในด้านบวกหรือด้านลบที่ช่วยยับยั้งหรือ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมหรือตัดสินใจ ในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้

ส่วน ประสพการณ์การใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน และการรับรู้ความรุนแรง ของการเจ็บป่วยไม่มีอิทธิพลในการทำนาย การตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=-.034, p<.357, \beta=.090, p<.080$ ตามลำดับ) ทั้งนี้ ประสพการณ์การใช้ บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างอาจ เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านบริบทของผู้สูงอายุใน จังหวัดศรีสะเกษที่มีสมาชิกในครอบครัวมีบทบาท ในการตัดสินใจในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้น อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยความไม่จำเพาะเจาะจงของ กลุ่มอาการผู้สูงอายุ²⁴ (atypical presentation) เช่น อาการและอาการแสดงของโรคหรือ การเจ็บป่วยไม่ชัดเจน หรือมีอาการของกลุ่มอาการ ผู้สูงอายุ เช่น การหกล้มหรือภาวะสับสน โดยเฉพาในกลุ่มที่มีภาวะเปราะบางอาจทำให้ ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ว่าอาจมีสาเหตุเนื่องจากกระบวนการชรา หรือ การที่ไม่สามารถประเมินความรุนแรงของโรคที่ ถูกต้องหรือประเมินระดับความรุนแรงได้ต่ำกว่า

ความเป็นจริง จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถตัดสินใจหรือเข้าถึงบริการได้อย่างทันท่วงทีทำให้ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่มีอิทธิพลในการทำนายการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีอำนาจพยากรณ์ที่ดีที่สุด ดังนั้น ข้อเสนอแนะเชิงโครงสร้างควรมีการกำหนดนโยบายในการสร้างเครือข่ายเพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น เสนอให้มีการจัดตั้งเครือข่ายผู้สูงอายุอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเป็นผู้ประสานงานระหว่างครอบครัวกับหน่วยบริการฉุกเฉิน โดยบูรณาการร่วมกับศูนย์ปฏิบัติการสั่งแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถตอบสนองความฉุกเฉินในชุมชนมีประสิทธิภาพ และลดระยะเวลาตอบสนองของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการขยายผลการศึกษาศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้สูงอายุในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่อื่น ๆ ในบริบทของสังคมที่แตกต่างกัน

2. ควรมีการทำวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้เกิดการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพในผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2025 Oct 20]. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. National Statistical Office. The Survey of the older persons population in Thailand [Internet]. Bangkok: National Statistical Office 2024 [cited 2024 Oct 22]. Available from: <https://www.nso.go.th>. (in Thai)
3. National Institute of Emergency Medicine (NIEM). Rai-ngan Prajam Pi Sathaban Kan Phaet Chukchoen Haeng Chat (Saphacho.) Pho. So. 2566 [Annual Report 2023, National Institute of Emergency Medicine (NIEM)]. 1st ed. Nonthaburi: National Institute of Emergency Medicine 2024. (in Thai)
4. Pengpid S, Peltzer K. Chronic conditions multimorbidity and quality of life among patients attending monk healers and primary care clinics in Thailand. Health Quality of Life Outcomes [internet] 2021 [cited 2025 Oct 21];19(1): 61. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01707-x>. (in Thai)
5. Tanuchit S, Chinnacom D, Malathong N, Doungthipsirikul S, Tantivass S. Recommendations for emergency medical service for the elderly in Thailand. Journal of Professional Routine to Research 2019; 57–68. (in Thai)

6. Sisaket Provincial Social Development and Human Security Office. Report on the social situation of Sisaket Province [internet]. Sisaket: Sisaket Provincial Social Development and Human Security Office 2023 [cited 2025 Oct 23]. Available from: <https://sisaket.m-society.go.th/>
7. Park JM, Sohn A. Predictors affecting the elderly's use of emergency medical services. *Osong Public Health and Research Perspectives*;2020;11(4):209–215. doi:10.24171/j.phrp.2020.11.4.10.
8. Jones CMC, Wasserman EB, Li T, Amidon A, Abbott M, Shah MN. The effect of older age on EMS use for transportation to an emergency department. *Prehosp Disaster Med* 2017;32(3):261–278.
9. Rajaei Ghafouri R, Ghaffari HR, Sefidgaran T, Azami-Aghdash S, Rezapour R. Challenges of Emergency Medical Services utilization by the older adults in Tabriz, Iran: Data from Health Status of Aged People in Tabriz (HSA-T Study). *Int J Aging* 2023;3.
10. Thongchai A. Factors affecting the use of emergency medical services among urgent and critical patients in Ubon Ratchathani province. *Journal of Public Health Academic*; 2017;26(5): 883-895. (in Thai)
11. Dufour I, Chouinard M-C, Dubuc N, Beaudin J, Lafontaine S, Hudon C. Factors associated with frequent use of emergency-department services in a geriatric population: a systematic review. *BMC Geriatr*. 2019;19:185-194.
12. Sawyer AT, Harris SL, Koenig HG. illness perception and high readmission health outcomes. *Health Psychol Open* 2019;6 (1): doi:10.1177/2055102919844504.
13. Travers JL, Hirschman KB, Naylor MD. Adapting Andersen's expanded behavioral model of health services use to include older adults receiving long-term services and supports. *BMC Geriatr* 2020;20(1): 58. doi: 10.1186/s12877-019-1405-7.
14. Alkhalwaldeh A, AlBashtawy M, Rayan A, Abdalrahim A, Musa A, Eshah N, et al. Application and Use of Andersen's Behavioral Model as Theoretical Framework: A Systematic Literature Review from 2012-2021. *Iran J Public Health* 2023;52(7):1346–54.
15. Registration Administration Bureau. Thai population statistics, March 2023 [Internet]. National Statistical Office; 2023 [cited 2025 Sep 11]. Available from: <https://www.nso.go.th.> (in Thai)
16. Yamane T. *Statistics: An introductory analysis*. 3rd ed. New York: Harper and Row Publications; 1973. p.727-728.
17. Chaipian N. Factors associated with the use of emergency medical services among critically ill and urgent patients in a hospital. *Journal of Nursing and Health Research*. 2021;22(1):52-66. (in Thai)
18. Platts-Mills TF, Leacock B, Cabanas JG. Emergency medical services use by the elderly: Analysis of a statewide database. *Prehosp Emerg Care* 2010; 14(3):329-33.

19. Huatain N, Chergchalard B, Wiwatanadate B. Why do Chiang Mai residents not use emergency medical services when facing emergencies or accidents? *Journal of Health Systems Research*. 2012; 6: 268-277. (in Thai)
20. Asano Y, Takasugi T, Ueno K, Kondo N, Yoshino A, Ojima T. Association between social support and ambulance use among older people in Japan: an empirical cross-sectional study. *BMC Emerg Med*. 2024 Mar 5;24(1):37. doi: 10.1186/s12873-024-00953-8. PMID: 38438959; PMCID: PMC10913287.
21. Silawan T, Khansakorn N, Laothong U. Factors influencing perceived needs for emergency medical services among elderly patients from four provinces in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2019;50(5):925–36. (in Thai)
22. Dinh T, Vo A, Nguyen H, Le A. Determinants of emergency medical services utilization among older adults: a comprehensive scoping review. *Geriatr Nurs*. 2025 Sep 16;66(Pt B):103623. doi: 10.1016/j.gerinurse.2025.103623.
23. Green LW, Kreuter MW. *Health program planning: An educational and ecological approach*. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
24. Mueangphaisan W. *Phruta witthaya lae wetthasan phusung-ayu samrap kan dulae phusung-ayu khan ton* [Gerontology and geriatric medicine for primary elderly care]. 1st ed. Bangkok, TH: Paphim Publishing; 2017. (in Thai).