

บทความวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ใช้บริการ
ในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
Health Literacy in Emergency Illness among Clients
of Emergency Room at Vajira Hospital
ปราโมทย์ ภาภักดี* ศากุล ช่างไม้** ทิพา ต่อสกุลแก้ว***
Pramote Papukdee* Sakul Changmai** Tipa Torskulkao***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ใช้บริการในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลวชิรพยาบาล และเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยและญาติ จำนวน 440 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือการวิจัยคือแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉินและแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉิน เครื่องมือผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .81 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Mann-Whitney U test และ Kruskal -Wallis H Test

ผลการวิจัย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและด้านการประเมินข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับสูงมาก ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับสูง และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพรายข้อมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ได้แก่ ข้อคำถามเกี่ยวกับการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่มีอาการชัก ผู้ที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง การนำส่งผู้ป่วยด้วยรถส่วนตัว และการใช้สิทธิได้ทุกที่ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า มีความแตกต่างกันของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินในกลุ่มญาติผู้ป่วยและผู้ป่วย กลุ่มที่มีประสบการณ์ฝึกอบรมและที่ไม่มีประสบการณ์ฝึกอบรม ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ โรงพยาบาลควรนำประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินรายข้อที่มีคะแนนต่ำไปส่งเสริมความรู้ให้กับประชาชนต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ การเจ็บป่วยฉุกเฉิน/ ผู้ใช้บริการในห้องฉุกเฉิน

* นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

** corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

e-mail: schangmai@hotmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน กรุงเทพมหานคร

Abstract

This descriptive research aims to study the health literacy in emergency illness among clients of emergency room at Vajira Hospital and to compare the health literacy classified by personal data. The sample included 440 patients and their relatives. They were selected by simple random sampling. Research instruments are personal information and health literacy scale questionnaires. The health literacy questionnaire had a content validity index of .81 and reliability of .93. Data were analyzed by descriptive statistics, Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis H Test

The study found that health literacy in emergency illness of the clients was at a high level. When considering each aspect, it was found that ‘access to health information’ and ‘health information interpretation and evaluation’ were at very high level. The understanding of health information was at a high level. Applications of health information were at a moderate level. However, the application of health information items scores were low to moderate, specifically in first aid to help people with seizures, people with symptoms of a stroke, and transfer the patient by private car and Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP). The results of the comparison of health literacy scores classified by personal data showed that the health literacy scores for emergency illness differed among relatives and patients, people with and without training experience groups, educational level, occupation and income with the statistical significance at .05 level. It is recommended that nurses should consider the findings to improve health literacy of people while emphasizing on the low score of health literacy items.

Keyword: health literacy/ emergency illness/ clients of emergency room

บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน คือการได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน ที่มีผลต่อชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการตรวจและรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรืออาการเจ็บป่วย บาดเจ็บรุนแรงขึ้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2554) การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งเกือบทุกประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกจึงเพิ่มองค์ประกอบการดูแลสุขภาพด้าน Pre-hospital trauma และ Emergency care (WHO, 2007) ซึ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล สำหรับประเทศไทยมีการตระหนักถึงผลกระทบของปัญหาการเจ็บป่วยฉุกเฉินจึงมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 (พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551) กำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินและจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้น และจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2555 เพื่อให้การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service: EMS) ซึ่งเป็นการบริการผู้บาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย ครอบคลุมตั้งแต่

การรับแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน การให้คำแนะนำปรึกษาฉุกเฉิน การดูแลรักษาพยาบาลฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล การลำเลียง การขนย้ายและนำส่งสถานพยาบาลที่เหมาะสม และการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในสถานพยาบาล จนกระทั่งพ้นภาวะฉุกเฉิน (คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2553; พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551)

การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลสำคัญมากในการช่วยชีวิตผู้ป่วย ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าใจภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีความรู้ มีทักษะในการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เพื่อให้สามารถดูแลตนเอง สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน และสามารถแจ้งเหตุฉุกเฉินได้ทันเวลาและถูกช่องทาง สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 - 2564 ที่มีเป้าประสงค์ให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้การเจ็บป่วยและการตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพตามองค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพให้ดีอยู่เสมอ และความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดแบบบูรณาการของโซเร็นเซนและคณะ (Sorensen et al., 2012) คือ ความรู้ แรงจูงใจ และสมรรถนะของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สำหรับการตัดสินใจในชีวิตประจำวัน ทั้งการดูแลสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพเพื่อบำรุงหรือปรับปรุงคุณภาพในการใช้ชีวิต สำหรับประเทศไทย กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2554) ให้ความหมายของความรู้ด้านสุขภาพ ว่าเป็นความสามารถและทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์และประเมินการปฏิบัติตนและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นองค์กรหลักที่รับนโยบายและดำเนินการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินแก่ประชาชน ตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 - 2564 โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ ลดการเสียชีวิตและความพิการจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคและภัย จึงประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับความรู้การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในภาวะฉุกเฉิน และเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์ สื่อโทรทัศน์ คู่มือปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน สื่อออนไลน์ เว็บไซต์ ยูทูบ เฟซบุ๊ก และแอปพลิเคชันในรูปแบบของข้อความบรรยาย รูปภาพ และวิดีโอ ผนวกให้ประชาชนใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และใช้เบอร์โทรศัพท์ 1669 เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งให้ประชาชนใช้สิทธิเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) เพื่อให้ประชาชนรู้จักระบบการแพทย์ฉุกเฉินและใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่อาจเชื่อมโยงถึงความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานะใช้บริการ (ผู้ป่วย/ญาติ) ลักษณะการเจ็บป่วย การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประสบการณ์การฝึกอบรมการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยอธิบายได้ว่า เพศหญิงมักสนใจดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชายและมีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าเพศชาย 1.34 เท่า (ธงชัย อามาศยบัณฑิต

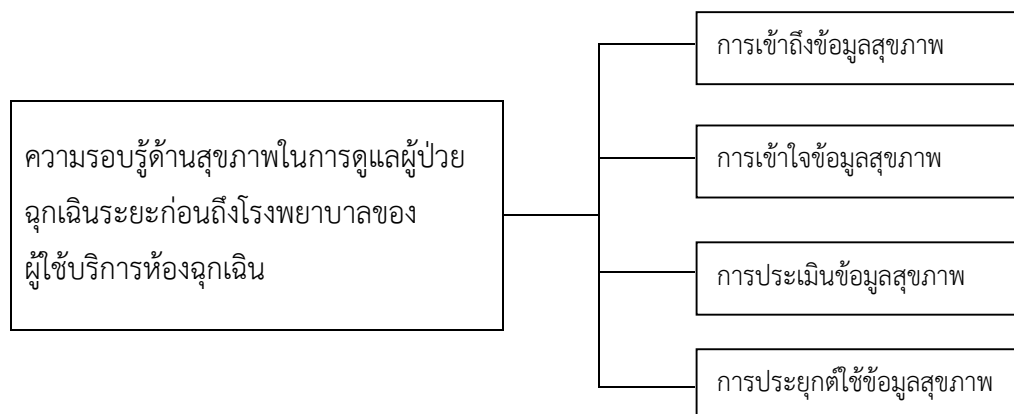
และคณะ, 2560; Raun et al., 2015) ผู้ที่มีอายุมากและมีสถานภาพสมรสโสดจะมีการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนถึงโรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยและมีสถานภาพสมรสแต่งงาน (ธงชัย อามาทย์บัณฑิต และคณะ, 2560) การมีแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยญาติผู้ป่วยมีการแจ้งเหตุฉุกเฉินและใช้บริการมากกว่าผู้ป่วย (นิชชาภัทร ชันสาคร และคณะ, 2559) และ ผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉินที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีแนวโน้มประกอบอาชีพที่ดีและมีฐานะทางสังคมที่ดีกว่า จะมีโอกาสและมีความสามารถเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและ รู้เท่าทันสื่อต่าง ๆ ได้ดี จึงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินมากขึ้น (นิชชาภัทร ชันสาคร และ คณะ, 2559; Banfai-Csonka et al., 2020) นอกจากนี้ลักษณะการเจ็บป่วยและมีโรคประจำตัวจึงจำเป็นต้องใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้มีประสบการณ์ในการใช้บริการ ส่งผลให้เกิดความคุ้นเคยและรู้ช่องทาง ในการเข้าถึงระบบบริการ (สุรภา ขุนทองแก้ว, 2562) รวมถึงการมีความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการที่ประชาชนได้รับการอบรมจะทำให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติการณ์ดูแล ผู้ป่วยฉุกเฉินได้ ซึ่งส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น (Banfai-Csonka et al., 2020)

ประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (ธงชัย อามาทย์บัณฑิต และคณะ, 2560; สุรภา ขุนทองแก้ว, 2562) แต่ยังไม่มีการ ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉินโดยเฉพาะในโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของ ผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉิน เกี่ยวกับการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพตามแนวคิดของ โซเรนเซนและคณะ (Sorensen et al., 2012) ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินโดยครอบคลุมทั้ง 4 ขั้นตอน ของระยะก่อนถึงโรงพยาบาล คือ การแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ ที่เกิดเหตุ การคัดแยก ระดับความฉุกเฉิน และการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556) เพื่อใช้ข้อมูล เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาโดยใช้องค์ประกอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบบูรณาการของโซเรนเซนและคณะ (Sorensen et al., 2012) อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความรู้ แรงจูงใจ และสมรรถนะของบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สำหรับการตัดสินใจ ในชีวิตประจำวัน ทั้งการดูแลสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ เพื่อบำรุงหรือปรับปรุงคุณภาพในการใช้ชีวิต สำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินระยะก่อนถึงโรงพยาบาลของผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉิน ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยสามารถค้นหาและเลือก แหล่งข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับ การแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ การคัดแยก ระดับ ความฉุกเฉิน การนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน และการตรวจสอบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การเจ็บป่วยฉุกเฉินโดยมีความเข้าใจอย่างชัดเจนในเนื้อหาสาระข้อมูลสุขภาพ 3) การประเมินข้อมูลสุขภาพ การเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยสามารถแปลผลข้อมูลที่ได้จากการประเมิน วิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหาหรือ แนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีเหตุผล มีการวิเคราะห์ผลดีและผลเสียที่จะเกิดขึ้นกับ

ผู้ป่วยฉุกเฉิน และ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยสามารถกำหนดทางเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมหรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม และตัดสินใจปฏิบัติและจัดการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในการแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ การคัดแยกระดับความฉุกเฉิน และการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินได้ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556; สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉิน, 2560) แสดงดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ใช้บริการในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลวชิรพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ใช้บริการในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานะใช้บริการ (ผู้ป่วย/ญาติ) ลักษณะการเจ็บป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และประสบการณ์การฝึกอบรมการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ให้บริการในห้องฉุกเฉินที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานะใช้บริการ (ผู้ป่วย/ญาติ) ลักษณะการเจ็บป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และประสบการณ์การฝึกอบรมการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่แตกต่างกันมีความรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยทำการศึกษาในผู้ให้บริการในตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2563 ประชากร ได้แก่ ผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉิน ครอบครัวผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยได้มาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโร ยามานะ (Yamane, 1973) จำนวนทั้งสิ้น 440 ราย

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้: 1) อายุ 18 ปี ขึ้นไป สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ หากมีอายุมากกว่า 60 ปี ต้องมีคะแนนจากการทำแบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) มากกว่า 23 คะแนนขึ้นไป 2) ผู้ป่วยฉุกเฉินเรื้อรัง ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง และผู้ป่วยทั่วไป (คะแนนความรุนแรงส่วนในการคัดแยก (Emergency Severity Index: ESI) 2-4 หรือ สีเหลือง สีเขียว และสีขาว) และ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้: 1) ผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉินวิกฤต หรือญาติของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤต เช่น หัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) 2) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากขึ้นเข้าสู่ภาวะฉุกเฉินวิกฤต เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและเร่งด่วน พร้อมทั้งอาจได้รับเหตุการณ์ในการช่วยชีวิต เช่น เสียเลือดมาก ได้รับบาดเจ็บรุนแรงหรืออยู่ในภาวะช็อก 3) ผู้ป่วยที่ต้องย้ายไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น และ 4) ผู้ป่วยปฏิเสธหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉิน และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้กรอบแนวคิดของโซเรนเซนและคณะ (Sorensen et al., 2012) ให้สอดคล้องกับตารางเมทริกซ์ที่ประยุกต์ต้องประกอบความรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน 2) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ 3) การคัดแยกระดับความฉุกเฉิน และ 4) การนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556; สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉิน, 2560) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ แบ่งเป็น ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ ด้านการประเมินข้อมูลสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ รวมทั้งฉบับมีข้อคำถามด้านบวกจำนวน 17 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ จำนวน 10 ข้อ คำถามเป็นสถานการณ์สั้น ๆ แบบ Dichotomous question ตอบ ถูก - ผิด เกณฑ์การให้คะแนน ด้านบวก ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน ด้านลบ ตอบถูก ได้ 0 คะแนน ตอบผิด ได้ 1 คะแนน การแปลผลระดับคะแนน แปลผลจากค่าร้อยละของคะแนนแต่ละด้านและคะแนนรวม คะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 100 คะแนน แบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ความรอบรู้ระดับสูงมาก (80.01– 100 คะแนน) ความรอบรู้ระดับสูง (60.01– 80 คะแนน) ความรอบรู้ระดับปานกลาง (40.01– 60 คะแนน) ความรอบรู้ระดับต่ำ (20.01– 40 คะแนน) และความรอบรู้ระดับต่ำมาก (0 – 20 คะแนน) ตรวจสอบหาความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .81 และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธี Kuder Richardson 20 : KR-20 ได้เท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โดยโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน ตามหมายเลขที่ น.14/2562 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ตามหมายเลขที่ COA 129/2563

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 440 ราย ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยพิจารณาถ้าผู้ป่วยฉุกเฉินยินดีและสามารถให้ข้อมูลได้โดยไม่กระทบต่อความเจ็บป่วยและไม่กระทบต่อการเข้ารับบริการจะเก็บข้อมูลในผู้ป่วย แต่ถ้าไม่สามารถเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยได้จะพิจารณาเก็บข้อมูลกับญาติผู้ป่วยที่ยินดีและสามารถให้ข้อมูลได้โดยไม่กระทบต่อการได้รับบริการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย โดยคิดจากสถิติผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉินประมาณ 135 คน/วัน ผู้วิจัยวางแผนเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 30 วัน ในวันทำการตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ ช่วงเวลา 10.00 - 22.00 น. อยู่ในช่วงเวรเช้าและเวรบ่าย เฉลี่ยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 15 คนต่อวัน คิดอัตราส่วนกลุ่มตัวอย่างต่อผู้มาใช้บริการต่อวันเท่ากับ 1:10 แล้วสุ่มตัวอย่างจากลำดับที่ผู้ที่เข้ารับบริการทุก ๆ 10 คน ถ้าผู้ป่วยฉุกเฉินหรือญาติผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ยินดียให้ข้อมูลก็จะสุ่มเก็บข้อมูลจากลำดับที่ผู้ที่เข้ารับบริการทุก ๆ 10 คน ไปเรื่อย ๆ จนครบ 15 คน ในแต่ละวัน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำมาแจกแจงและวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและระดับความรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ใช้บริการโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ข้อมูลแบบเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยร้อยละของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test และ สถิติ Kruskal-Wallis H Test เนื่องจากการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉิน จำนวน 440 ราย ส่วนใหญ่มีสถานะใช้บริการเป็นญาติผู้ป่วยฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 78.00 รองลงมาเป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 22.00 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.90 อายุเฉลี่ย 36.90 ปี (SD 13.40) อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลางอายุ 26-45 ปี ร้อยละ 45.22 สถานภาพโสด ร้อยละ 53.20 ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 47.50 ไม่ได้ประกอบอาชีพ (แม่บ้านและนักศึกษา) ร้อยละ 27.04 รองลงมาอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 21.60 และอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 20.68 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 15,907 บาท ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงรายได้มากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 23.90 ลักษณะการเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุให้มาใช้บริการห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่มาด้วยอาการที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ ร้อยละ 69.30 กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้สื่ออินเทอร์เน็ตบนมือถือและคอมพิวเตอร์ในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพ ร้อยละ 59.10 และ 35.60 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินจากสื่อออนไลน์ ร้อยละ 23.50 เมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารทางออนไลน์แล้วส่งต่อข้อมูลทันทีร้อยละ 64.30 ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 75.70 และไม่เคยมีประสบการณ์ในการฝึกอบรมการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ร้อยละ 75.20

ผู้ให้บริการห้องฉุกเฉินมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (mean = 72.40, SD = 11.07) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ให้บริการห้องฉุกเฉินเป็นรายด้านตามค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจากมากไปหาน้อย มีลำดับ ดังนี้ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (mean = 82.15, SD = 24.62) อยู่ในระดับสูงมาก ด้านการประเมินข้อมูลสุขภาพ (mean = 81.90, SD = 15.47) อยู่ในระดับสูงมาก ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (mean = 72.01, SD = 15.41) อยู่ในระดับสูง และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ (mean = 58.38, SD 17.24) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของร้อยละคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ให้บริการห้องฉุกเฉิน (n=440)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ร้อยละคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ				ระดับ
	mean	S.D.	Max	Min	
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	82.15	24.62	100.00	00.00	สูงมาก
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	72.01	15.41	100.00	28.57	สูง
การประเมินข้อมูลสุขภาพ	81.90	15.47	100.00	25.00	สูงมาก
การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ	58.38	17.24	100.00	25.00	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	72.40	11.07	100.00	33.33	สูง

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่าง ผู้ที่มี เพศ สถานะใช้บริการ (ผู้ป่วย/ญาติ) ลักษณะการเจ็บป่วย การใช้บริการในหกลเดือน และการฝึกอบรมที่แตกต่างกันด้วยวิธี Mann-Whitney U test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างระหว่างผู้ที่มี อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ที่แตกต่างกันด้วยวิธี Kruskal-Wallis H Test พบว่า สถานะใช้บริการ (ผู้ป่วย/ญาติ) ประสบการณ์การฝึกอบรม ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ที่แตกต่างกันทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

การวิเคราะห์ผลต่างของค่าเฉลี่ยร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบรายกลุ่ม ระดับการศึกษาด้วยการทดสอบรายคู่โดยวิธี Mann-Whitney U test พบว่า กลุ่มระดับประถมศึกษา มีค่าเฉลี่ยร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกับกลุ่มระดับมัธยมศึกษา กลุ่มระดับอนุปริญญา และกลุ่มระดับปริญญาตรีขึ้นไปที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และกลุ่มระดับมัศึกษามีค่าเฉลี่ยร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกับกลุ่มระดับปริญญาตรีขึ้นไปที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 นอกจากนั้นกลุ่มอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลต่างของค่าเฉลี่ยร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบรายกลุ่มระดับการศึกษา ด้วยการทดสอบรายคู่โดยวิธี Mann-Whitney U test (n=440)

กลุ่ม	Mean rank	Mann-Whitney U			
		ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อนุปริญญา	ปริญญาตรีขึ้นไป
ประถมศึกษา	140.01	-	2389.50*	849.00*	2922.00*
มัธยมศึกษา	202.85		-	2817.00	10201.00*
อนุปริญญา	226.17			-	4649.50
ปริญญาตรีขึ้นไป	250.96				-

*p<.05

การวิเคราะห์ผลต่างของค่าเฉลี่ยร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบรายกลุ่ม อาชีพด้วยการทดสอบรายคู่โดยวิธี Mann-Whitney U test พบว่า กลุ่มอาชีพเกษตร/รับจ้างทั่วไปมีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกับกลุ่มอาชีพค้าขาย กลุ่มอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ กลุ่มอาชีพพนักงานบริษัท และกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (แม่บ้านและนักศึกษา) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 กลุ่มอาชีพค้าขายแตกต่างกับกลุ่มอาชีพพนักงานบริษัท และกลุ่มอาชีพพนักงานบริษัทมีความแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ.05 นอกจากนั้นกลุ่มอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลต่างของค่าเฉลี่ยร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบรายกลุ่มอาชีพ ด้วยการทดสอบรายคู่โดยวิธี Mann-Whitney U test (n=440)

กลุ่ม	Mean rank	Mann-Whitney U				
		เกษตรกร	ค้าขาย	รับราชการ	พนักงานบริษัท	ไม่มีอาชีพ
เกษตรกร	163.75	-	2178.50*	2871.00*	1796.50*	4150.50*
ค้าขาย	223.23		-	2688.00	1835.50*	3782.00
รับราชการ	239.36			-	2875.50	5018.50
พนักงานบริษัท	264.50				-	3468.00*
ไม่มีอาชีพ	223.66					-

*p<.05

การวิเคราะห์ผลต่างของค่าเฉลี่ยร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบรายกลุ่ม รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนด้วยการทดสอบรายคู่โดยวิธี Mann-Whitney U test พบว่า กลุ่มช่วงรายได้มากกว่า 20,000 บาท มีค่าเฉลี่ยร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกับกลุ่มช่วงรายได้ $\leq 5,000$ บาท กลุ่มช่วงรายได้ 5,001-10,000 บาท และกลุ่มช่วงรายได้ 10,001-15,000 บาท ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และกลุ่มช่วงรายได้ 15,001-20,000 บาท มีความแตกต่างกับกลุ่มช่วงรายได้ 10,001-15,000 บาท ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 นอกจากนั้นกลุ่มอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลต่างของค่าเฉลี่ยร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบรายกลุ่มรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนด้วยการทดสอบรายคู่โดยวิธี Mann-Whitney U test (n=440)

กลุ่ม	Mean rank	Mann-Whitney U				
		≤ 5,000	5,001 – 10,000	10,001 –15,000	15,001 - 20,000	> 20,000
≤ 5,000	218.49	-	3320.50	3945.50	2955.50	3984.00*
5,001 – 10,000	197.46		-	3670.00	2245.00	2960.00*
10,001 –15,000	193.11			-	2692.50*	3574.50*
15,001-20,000	229.93				-	3064.00
> 20,000	258.74					-

*p<.05

การอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ใช้บริการในห้องฉุกเฉินในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (mean = 72.40, SD = 11.07) สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉินมีความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินอยู่ในระดับสูงนั้น เนื่องจากปัจจุบันสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมีการเผยแพร่ความรู้และแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่หลากหลายช่องทาง รูปแบบของสื่อมีความหลากหลาย ทำให้ประชาชนทุกเพศทุกวัยสามารถเข้าถึงข้อมูลการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้ประชาชนรู้จักและใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.90) อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลางอายุ 26-45 ปี การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 47.50) ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะที่จะค้นหาข้อมูลสุขภาพ และเพศหญิงเป็นเพศที่มีความสนใจและแสวงหาข้อมูลสุขภาพ อีกทั้งรายได้มากกว่า 20,000 บาท มีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมที่มั่นคง จึงมีทักษะในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพทางอินเทอร์เน็ตในมือถือและคอมพิวเตอร์ได้ ทำให้การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ดี ส่งผลให้ได้รับข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินทางออนไลน์ที่รวดเร็ว ทันสมัย มีการค้นหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายมากกว่า 1 ช่องทาง ทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน สามารถประเมินอาการและความรุนแรงได้ จนสามารถตัดสินใจดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในการแจ้งเหตุ การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น การคัดแยกกระตือรือร้นฉุกเฉิน และการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินได้ จึงส่งผลให้ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ใช้บริการฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการเพิ่มการประชาสัมพันธ์ความรู้การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในภาวะฉุกเฉินในรูปแบบต่าง ๆ ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ทำให้ประชาชนเกิดการรับรู้บริการการแพทย์โดยรวมอยู่ในระดับมาก (ณัชชาภัทร ชันสาคร และคณะ, 2559; สุรภา ขุนทองแก้ว, 2562) ประชาชนมีความรู้ว่าจะหากมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถโทรศัพท์เรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ และสามารถระบุเบอร์โทรศัพท์ของบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ถูกต้อง (อุมารินทร์ คำพูล และคณะ, 2563)

แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉินเป็นรายด้านตามค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจากมากไปหาน้อยมีลำดับ ดังนี้ ด้านการเข้าถึง

ข้อมูลสุขภาพ (mean = 82.15, SD = 24.62) อยู่ในระดับสูงมาก ด้านการประเมินข้อมูลสุขภาพ (mean = 81.90, SD = 15.47) อยู่ในระดับสูงมาก ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (mean = 72.01, SD = 15.41) อยู่ในระดับสูง และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ (mean = 58.38, SD 17.24) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารายข้อในแต่ละด้าน สามารถอธิบายถึงประเด็นปัญหาได้ว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพแม้จะอยู่ในระดับสูงมากและกลุ่มตัวอย่างมีการรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพผ่านทางสื่อออนไลน์มากที่สุด (ร้อยละ 23.50) ซึ่งสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรับข้อมูลข่าวสารของประชาชน เพราะผลการวิจัยนี้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่จะพบว่าส่วนใหญ่ประชาชนจะได้รับข้อมูลข่าวสารการเจ็บป่วยฉุกเฉินผ่านทางป้าย/โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ รายการวิทยุและสติกเกอร์ประชาสัมพันธ์ที่อาสาสมัครสาธารณสุข นำมาแจก (นิชชาภัทร ชันสาคร และคณะ, 2559) และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.30 เมื่อได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยฉุกเฉินทางสื่อออนไลน์ต่าง ๆ แล้วจะส่งต่อข้อมูลเหล่านั้นแก่คนรอบข้างทั้งเพื่อนและครอบครัวทันที แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีการส่งต่อข้อมูลสุขภาพโดยไม่มีการตรวจสอบที่ชัดเจน อาจทำให้เกิดการปฏิบัติที่ผิดหรือมีการส่งต่อข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพควรมีการพิจารณาปรับปรุงให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งต่อข้อมูลสุขภาพที่ไม่เป็นจริงให้ผู้ป่วยและครอบครัว การตรวจสอบข้อมูลให้มั่นใจก่อนการส่งต่อข้อมูลสุขภาพแก่คนรอบข้าง และเสริมสร้างทักษะการรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศให้แก่ประชาชนต่อไป

ด้านการประเมินข้อมูลสุขภาพแม้จะอยู่ในระดับสูงมากแต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีข้อที่อยู่ในระดับปานกลางคือเรื่องของการสําลักคว้นไฟ (ร้อยละ 56.60) ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพแม้จะอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีข้อที่คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คือ การประเมินผู้ป่วยที่มีอาการแขนขาอ่อนแรง (ร้อยละ 55.90) การนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล (ร้อยละ 55) การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบอัตโนมัติ (AED) (ร้อยละ 52.70) และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพแม้จะอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีข้อที่อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง คือ การเลือกนำผู้ประสบเหตุส่งโรงพยาบาลตามสิทธิ (ร้อยละ 47.50) การดูแลเบื้องต้นในผู้ที่มีอาการแขนขาอ่อนแรง (ร้อยละ 40.20) การนำผู้ป่วยฉุกเฉินส่งโรงพยาบาลเอง โดยรถยนต์ส่วนตัว (ร้อยละ 35.50) และการดูแลเบื้องต้นผู้ที่มีอาการชัก (ร้อยละ 24.50) ตามลำดับ สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบร้อยละ 50 ประเมินว่าการสําลักคว้นไฟเป็นอาการที่ไม่รุนแรงให้รอดูอาการได้ การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและความเร่งด่วนในการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) การดูแลผู้ที่มีภาวะชัก การนำผู้ป่วยฉุกเฉินไปโรงพยาบาลที่ไม่ถูกวิธี และไม่เลือกใช้ AED ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จึงอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นและทำให้เข้ารับการรักษาล่าช้าได้

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Toloo et al. (2016) ที่ศึกษาในประเทศออสเตรเลียที่ พบว่าประชาชนไม่ทราบว่าการหรือภาวะใดที่เป็นภาวะฉุกเฉิน จึงทำให้ประชาชนประเมินความรุนแรงผู้ป่วยสูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริง และสอดคล้องกับการศึกษาของสมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2561) ที่ พบว่ายังมีประชาชนบางส่วนไม่ทราบช่องทางในการใช้สิทธิ UCEP จึงไม่เลือกใช้สิทธิ UCEP ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการล่าช้า และประกอบกับการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 75.20 ไม่เคยผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่จะต้องอาศัยทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในสถานการณ์

เสมือนจริง จึงอาจเป็นสาเหตุให้มีการประยุกต์ใช้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่เหมาะสมตามมา ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพควรพิจารณาจัดการอบรมเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการสร้างความเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ที่มีภาวะชัก การนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน การใช้ AED และการใช้สิทธิ UCEP ให้แก่ประชาชนต่อไป

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความแตกต่างกันของกลุ่มสถานะใช้บริการ (ผู้ป่วย/ญาติ) ประสบการณ์การฝึกอบรมการช่วยเหลือ ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ โดยกลุ่มสถานะใช้บริการที่เป็นญาติผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มที่มีประสบการณ์ฝึกอบรมการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์ฝึกอบรมฯ ผู้ที่มีระดับการศึกษาและรายได้สูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ระดับการศึกษาและรายได้ต่ำ และอาชีพเกษตร/รับจ้างทั่วไปมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ สามารถอภิปรายได้ว่า ในกลุ่มญาติผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยเนื่องจากในสถานการณ์ฉุกเฉินผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทำให้เกิดความตื่นตระหนกตกใจ ส่งผลให้กระบวนการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจลดลง ญาติจึงสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและประยุกต์ใช้ข้อมูลได้ดีกว่าผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ นิซซาภัทร ชันสาคร และคณะ (2559) พบว่า การแจ้งเหตุฉุกเฉินมักเป็นบุคคลในครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยที่โทรศัพท์แจ้งเหตุฉุกเฉิน และเป็นผู้ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยฉุกเฉินแก่เจ้าหน้าที่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Banfai-Csonka et al. (2020) ที่ พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีแนวโน้มในการประกอบอาชีพที่ดีและมีฐานะทางสังคมที่ดีกว่า จึงมีโอกาสและมีความสามารถเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพได้ดีกว่า จึงส่งผลให้มีความรู้ความเข้าใจและความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจึงควรส่งเสริมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยสื่อการเรียนรู้ที่ประชาชนทุกกลุ่มอาชีพ ทุกระดับการศึกษาให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายขึ้น ควรใช้ภาษาง่ายต่อการทำความเข้าใจ มีการสาธิตและยกตัวอย่างเพื่อให้ประชาชนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ในชีวิตประจำวันได้จริงต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรให้ความสำคัญกับข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่แตกต่างกันเพื่อมาประยุกต์ในการให้ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินแก่ผู้ใช้บริการที่มี ลักษณะส่วนบุคคลนั้น ๆ เช่น ในกลุ่มผู้ที่มีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่าปริญญาตรี

1.2 ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ผ่านการอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ดังนั้น ควรรายงานข้อมูลแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนของโรงพยาบาล วชิรพยาบาลและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เพื่อดำเนินการต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัยที่ทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉิน เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉิน สำหรับประชาชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *ความฉลาดทางสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: นิเวศธรรมดาการพิมพ์.
- คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน. (2553). *แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี 2553-2555*. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2562 จาก <https://www.niems.go.th>.
- ณิชชาภัทร ชันสาคร, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล, วิริทธิ์ กิตติพิชัย และอุมาวดี เหลลาทอง. (2559). *การศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ (รายงานการวิจัย)*. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- ธงชัย อามาศยบัณฑิต, นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์, อินทนิล เชื้อบุญชัย, เสาวนีย์ โสบุญ และบดินทร์ บุญจันทร์. (2560). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 11(1), 37-46.
- พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. (2551, 6 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 125 ตอนที่ 44 ก 131 ง หน้า 1-17.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2554). *แนวทางการกำหนดนิยามการเจ็บป่วยฉุกเฉิน*. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2562 จาก <https://www.niems.go.th>.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2556). *เกณฑ์วิธีการคัดแยกและจัดลำดับการจ่ายงานบริการ ผู้ป่วยฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพผ. กำหนด พ.ศ. 2556*. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉิน. (2560). *คู่มือปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลสำหรับชุดปฏิบัติการทุกระดับ*. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และพงศกร อธิกเศวตพฤทธิ. (2561). ประสิทธิภาพของผู้ป่วยที่ใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายระบบประกันสุขภาพภาครัฐและขอใช้สิทธิ์ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิ์ทุกที่ (UCEP)”. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(3), 370 – 403.
- สุรภา ขุนทองแก้ว. (2562). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดราชบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 2(1), 30-44.
- อุมารินทร์ คำพูล, บวร วิทยชำนาญกุล, บริบูรณ์ เชนธนากิจ และกรองกาญจน์ สุธรรม. (2563). ความเข้าใจของประชาชนต่อการคัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 14(2), 197-207.
- Banfai-Csonka, H., Banfai, B., Jeges, S., Gyebnar, B. & Bethehem, J. (2020). *Health literacy among participants from neighborhoods with different socioeconomic statuses in the southern region of Hungary: a pilot study*. *BMC Public Health*, 20(Suppl 1), 1-8.

- Raun, L.H., Ensor, K. B., Campus, L.A., & Persse, D. (2015). *Factors affecting ambulance utilization for asthma attack treatment: understanding where to target interventions*. Public Health. (129), 501-8.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. BMC Public Health, 12(80), 1-13.
- Toloo, G-S., Aitken, P., Crilly, J., FitzGerald, G. (2016). *Agreement between triage category and patient's perception of priority in emergency departments*. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 24(126), 1-8.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossar* (p.10). Geneva: World Health Organization Publications.
- World Health Organization. (2007). *The world health report 2007: a safer future: global public health security in the 21st century* (p.62-65). Geneva: World Health Organization Publications.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (p.727-728) (3rd ed.). New York: Harper and Row Publications.