

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การรับรู้และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ศีลจิต อินทรพงษ์*

วีระเกษตร สอนผกา**

วสันต์ ชุณหวิจิตร**

* สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

** สำนักพัฒนาการเรียนรู้ตลอดชีวิต

ติดต่อผู้เขียน: ศีลจิต อินทรพงษ์ email: Silachit.I@niems.go.th

วันรับ: 27 ต.ค. 2568

วันแก้ไข: 4 ก.พ. 2569

วันตอบรับ: 15 ก.พ. 2569

บทคัดย่อ

การสำรวจการรับรู้และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเป็นกลไกสำคัญในการติดตามและประเมินประสิทธิภาพ เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน การสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการรับรู้ของประชาชนต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งสำรวจความพึงพอใจของกลุ่มภาคีเครือข่ายในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้วิธีวิจัยเชิงผสมผสาน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร Yamane ได้แก่ (1) ประชาชนในเขตสุขภาพที่ 1-13 จำนวน 438 คน (2) ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ให้บริการที่มีประสบการณ์ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 405 คน และ (3) ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 50 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน (สมการถดถอยพหุคูณ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว) และการวิเคราะห์เนื้อหาในข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า (1) ด้านการรับรู้ ประชาชนเปิดรับข่าวสารโดยรวมระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.90) โดยสื่อออนไลน์เป็นช่องทางหลัก (ค่าเฉลี่ย 3.49) ส่วนการเปิดรับข่าวสารผู้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.95) โดยโทรทัศน์เป็นช่องทางหลัก (ค่าเฉลี่ย 4.19) (2) ด้านความพึงพอใจผู้ให้บริการ มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 88.20 เพิ่มขึ้นจากปี 2566 ร้อยละ 11.38 ตัวแปรที่ทำนายความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ความเชื่อมั่น 95%) ได้แก่ การสอบถามข้อมูลจากผู้ประสบเหตุ ณ จุดรับแจ้งเหตุ ($\beta=0.170$) ความชำนาญในการให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุ/บนรถพยาบาล ($\beta=0.123$) และการได้รับความช่วยเหลือครบถ้วนในจุดเดียว ณ ห้องฉุกเฉิน ($\beta=0.165$) โดย R^2 และ Adjusted R^2 เท่ากับ 1.00 และ (3) ด้านความพึงพอใจของภาคีเครือข่าย อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 7.22) เรียงจากมากไปน้อย คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด/อปท. (7.86) โรงพยาบาล (7.40) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (7.33) และมูลนิธิ/กุ๊ชีพ (6.20)

คำสำคัญ: การรับรู้; ความพึงพอใจ; ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

บทนำ

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service system: EMS) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เพราะการตอบสนองที่รวดเร็วและมีคุณภาพในช่วงเวลาวิกฤตส่งผลโดยตรงต่อการรอดชีวิตและผลลัพธ์ทางสุขภาพระยะยาวของผู้ป่วย องค์การอนามัยโลกประมาณการณว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากเหตุฉุกเฉินที่สามารถป้องกันได้หลายล้านรายทั่วโลก หากระบบ EMS มีการเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและทันเวลา ดังนั้นประเทศไทยจึงได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียม และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการในการพัฒนาระบบ สอดคล้องกับทิศทางของประชาคมอาเซียนที่มุ่งสู่การบูรณาการทางเศรษฐกิจและสังคมระดับภูมิภาค⁽¹⁾

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 กำหนดเจตนารมณ์ให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการประเมินและรักษาอย่างทันทั่วถึงที่และเหมาะสม โดยมอบหมายให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นหน่วยงานหลักในการกำกับดูแล พัฒนามาตรฐาน และเผยแพร่ข้อมูลความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชนและภาคีเครือข่าย⁽²⁾ นับตั้งแต่มีการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าว ระบบ EMS ของไทยมีพัฒนาการที่เด่นชัดในหลายมิติ ได้แก่ การขยายจำนวนหน่วยปฏิบัติการและยานพาหนะให้ครอบคลุมทุกจังหวัด การพัฒนาศูนย์รับแจ้งเหตุ 1669 การนำระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉินมาใช้เพื่อยกระดับคุณภาพการให้บริการก่อนถึงโรงพยาบาล

เพื่อยกระดับคุณภาพการให้บริการก่อนถึงโรงพยาบาล รายงานตัวชี้วัดของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติระบุว่า อัตราการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยจากร้อยละ 18.94 ในปี 2560 เพิ่มขึ้นร้อยละ 26.11 ในปี 2565 และยังอยู่ต่ำกว่าเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ที่ตั้งไว้ในระดับไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ขณะเดียวกันนโยบายและทิศทาง

การขับเคลื่อนของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้กำหนดเป้าหมายให้อัตราการเข้าถึงบริการ EMS ในปี พ.ศ. 2567 อยู่ที่ร้อยละ 79 รวมทั้งรักษาอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้อยู่ในระดับมากกว่าร้อยละ 94 สะท้อนให้เห็นถึงความมุ่งมั่นในการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของการให้บริการ อย่างไรก็ตาม ผลการสำรวจการรับรู้และความพึงพอใจในช่วงปีงบประมาณ 2562-2567⁽³⁾ แม้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังคงมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่และกลุ่มประชากร โดยบางมิติมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่สถาบันกำหนด สถานการณ์ดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างในมิติการสื่อสารสาธารณะ การเข้าถึงบริการ และคุณภาพการให้บริการบางประการ ซึ่งอาจส่งผลต่อการตัดสินใจเรียกใช้บริการ ความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ที่ว่า “ประเทศไทยมีมาตรฐานระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับสากลที่ประชาชนเชื่อมั่น และผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพ ทั่วถึง และเท่าเทียม โดยเป็นสังคมแห่งการรอบรู้และเครือข่ายมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง”⁽⁴⁾ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติร่วมกับสำนักพัฒนาการเรียนรู้ตลอดชีวิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ได้ดำเนินการสำรวจการรับรู้และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประจำปีงบประมาณ 2567 แล้วเสร็จในปีงบประมาณ 2568 ซึ่งการวัดความพึงพอใจของการให้บริการนั้นมีผลต่อความสามารถในการตอบสนองความต้องการตามวัตถุประสงค์ของลูกค้าหรือผู้รับบริการ⁽⁵⁾ จึงเป็นการบริหารในเชิงรุก ตรงข้ามกับการบริหารในเชิงรับ โดยรอให้ผู้รับบริการมีข้อร้องเรียน อย่างไรก็ตามควรดำเนินการในเชิงรุกมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ในการบริการด้านคุณภาพและความพึงพอใจของลูกค้า⁽⁶⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการสำรวจการรับรู้ของประชาชนต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และสำรวจความพึงพอใจของกลุ่มภาคีเครือข่ายในระบบ

บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อสร้างแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการ และพัฒนาระบบงานของสถาบัน-การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนผู้ให้บริการอย่างเหมาะสม สร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจให้กับผู้ให้บริการได้ดียิ่งขึ้นในอนาคต

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ใช้วิธีวิจัยเชิงผสมผสาน (mixed methods research) แบบบูรณาการ (integrated design) โดยดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพควบคู่กัน แล้วนำผลจากทั้งสองส่วนมาบูรณาการร่วมกันเพื่ออธิบายและขยายความผลการศึกษาให้ครอบคลุมมิติของทุกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

เชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจระดับการรับรู้และความพึงพอใจของประชาชนและผู้ให้บริการ โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมี 2 ชุด ได้แก่ (1) แบบสำรวจการรับรู้ของประชาชนทั่วไป ครอบคลุมข้อมูลทั่วไป การเปิดรับข่าวสารผ่านสื่อประเภทต่าง ๆ (28 ข้อ มาตรฐานค่า 5 ระดับ) และความรู้ความเข้าใจรวมถึงสิทธิการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (18 ข้อ แบบ true-false) และ (2) แบบสำรวจการรับรู้และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ครอบคลุมข้อมูลทั่วไป การเปิดรับข่าวสาร (28 ข้อ) ความรู้ความเข้าใจและสิทธิ (18 ข้อ แบบ true-false) และความพึงพอใจต่อจุดบริการทั้ง 3 จุด ได้แก่ จุดรับแจ้งเหตุ จุดเกิดเหตุหรือบนรถพยาบาล และห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล (37 ข้อ มาตรฐานค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 = พึงพอใจมากที่สุด) ตัวแปรที่ศึกษาในส่วนเชิงปริมาณ ได้แก่ ระดับการรับรู้ข่าวสาร ความรู้ความเข้าใจ สิทธิการให้บริการ และความพึงพอใจโดยรวมและรายจุดบริการ

เชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความคิดเห็นและความพึงพอใจของกลุ่มภาคีเครือข่าย โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง ครอบคลุมประเด็นการประสาน-

งาน การสร้างการมีส่วนร่วม การบริหารจัดการ จุดแข็ง จุดอ่อน และความคาดหวังต่อสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) จำแนกตามเขตสุขภาพทั้ง 13 เขต โดยคัดเลือกจากจังหวัดที่มีจำนวนประชากรมากที่สุดในแต่ละเขตสุขภาพ และกำหนดสัดส่วนตัวอย่างแต่ละชั้นตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละเขต (proportional allocation) โดยใช้สูตรของ Yamane⁽⁷⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้แก่

1) ประชาชนทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 1-13 อายุ 15 ปีขึ้นไป จากประชากร 19,458,570 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง 438 คน

2) ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย หรือผู้ให้บริการที่มีประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตสุขภาพที่ 1-13 อายุ 15 ปีขึ้นไป จากประชากร 722,481 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง 405 คน

3) กลุ่มภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 50 คน

ครอบคลุม 13 เขตบริการสุขภาพ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิ/กุศลกุศล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1) กลุ่มประชาชนทั่วไป เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดที่คัดเลือกจากเขตสุขภาพที่ 1-13 และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีความบกพร่องทางการสื่อสารหรือมีข้อจำกัดในการตอบแบบสอบถาม และผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงระบบ Google form ได้

2) กลุ่มผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (โทร 1669) ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีรายชื่ออยู่ในฐานข้อมูลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

เขตสุขภาพที่ 13 (ศูนย์เอราวัณ) และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถให้สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ได้ ผู้ที่อยู่ในสภาวะเจ็บป่วยหนักในขณะติดต่อ และผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

3) ภาควิชาช่วย เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิ/กุศลกุศล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมทั้ง 13 เขตสุขภาพ และมีประสบการณ์ทำงานด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 1 ปี และเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการสัมภาษณ์ได้ทั้งในรูปแบบ Onsite และ Online

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือทั้งหมดผ่านการพัฒนาอย่างเป็นระบบโดยการศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง กำหนดโครงสร้าง และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC=0.98) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (IOC ≥ 0.50) จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อประเมินความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่า Cronbach's alpha coefficient=0.981 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ($\alpha \geq 0.70$) ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือนมิถุนายนถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 โดยผู้วิจัยส่งแบบสอบถามกลุ่มประชาชนทั่วไปผ่านระบบ Google form โทรสอบถามกลุ่มผู้ใช้บริการโดยได้รับข้อมูลรายชื่อจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินเขตสุขภาพที่ 13 (ศูนย์เอราวัณ) และลงพื้นที่สัมภาษณ์กลุ่มภาคีเครือข่ายด้วยตนเองและการประชุมผ่านระบบ Online

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

การวิเคราะห์ความรู้ความเข้าใจด้วยคะแนนสอบแบบ true-false

การวิเคราะห์ความพึงพอใจด้วยมาตราประมาณค่า 5 ระดับ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจตามปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ) ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA) พร้อมการทดสอบรายคู่แบบ least significant difference (LSD) และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจด้วยการวิเคราะห์ multiple linear regression สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยรายงานค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R^2) และค่า Adjusted R^2 เพื่อแสดงสัดส่วนความแปรปรวนของความพึงพอใจที่สามารถอธิบายได้จากตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมดในแบบจำลอง นอกจากนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบปัญหาความสัมพันธ์เชิงเส้นพหุ (multicollinearity) ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยค่า variance inflation factor (VIF) และ tolerance โดยกำหนดเกณฑ์ตัดสินคือ VIF < 10 และ tolerance > 0.10 เพื่อยืนยันว่าแบบจำลองการถดถอยพหุคูณมีความเหมาะสมและเชื่อถือได้ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์กลุ่มภาคีเครือข่ายใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การเปรียบเทียบผลการรับรู้และความพึงพอใจในการศึกษาครั้งนี้กับข้อมูลในปีงบประมาณก่อนหน้า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 ถึง 2566 ใช้ข้อมูลจากรายงานผลการสำรวจการรับรู้และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันการศึกษา⁽³⁾ ดำเนินการสำรวจอย่างต่อเนื่องในแต่ละปีงบประมาณ โดยแบบสอบถามที่ใช้ในแต่ละปีมีโครงสร้างและรูปแบบข้อคำถามสอดคล้องกัน คือ ด้านการรับรู้ใช้ข้อคำถามวัดความรู้ความเข้าใจและสิทธิการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในลักษณะ true-false จำนวน 12 ข้อ และคำถามเกี่ยวกับอาการเข้าเกณฑ์ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” จำนวน 6 ข้อ ส่วนด้านความพึงพอใจใช้แบบสอบถามมาตราประมาณค่า 5 ระดับครอบคลุมจุดบริการทั้ง 3 จุด ได้แก่ จุดรับแจ้งเหตุ จุดเกิดเหตุหรือบนรถพยาบาล และห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล ซึ่งข้อคำถามชุดเดิมนี้ได้ผ่านการตรวจสอบ

ความตรง (IOC) และความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha=0.981) มาแล้ว และถูกนำมาใช้ต่อเนื่องโดยไม่มี การเปลี่ยนแปลงเนื้อหาสาระของข้อคำถาม ทำให้สามารถ เปรียบเทียบแนวโน้มผลการสำรวจระหว่างปีได้อย่าง สอดคล้องและมีความเที่ยงตรง

ผลการศึกษา

ผลการสำรวจการรับรู้และความพึงพอใจของผู้ใช้ บริการต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2567 (ประชาชน = 438 คน, ผู้ใช้บริการ = 405 คน, ภาศึเครือข่าย = 50 คน) สามารถจำแนกผลตาม วัตถุประสงค์ได้ 3 ประเด็น ดังนี้

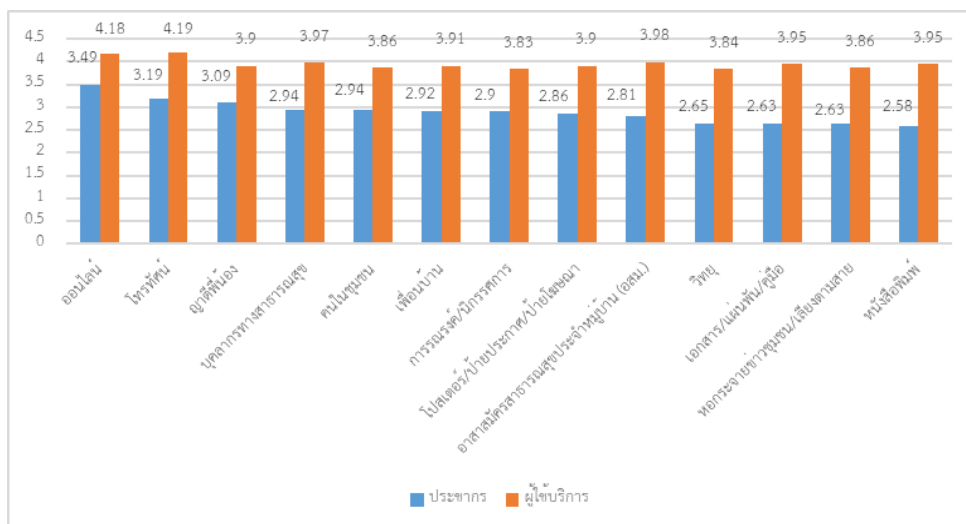
1. การรับรู้ของประชาชนต่อระบบบริการการแพทย์-ฉุกเฉิน เปรียบเทียบระหว่างประชาชนและผู้ใช้บริการ

1.1 ด้านช่องทางการรับรู้ ประชาชนทั่วไปมีการเปิด รับข่าวสารทั่วไปโดยรวมในระดับปานกลาง ประชาชน ทั่วไปมีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์-ฉุกเฉินโดยรวมในระดับปานกลาง (mean=2.90, SD=1.10) โดยนิยมสื่อออนไลน์มากที่สุด (mean=3.49, SD=1.21) รองลงมาคือโทรทัศน์ (mean=3.19, SD=1.32) และญาติพี่น้อง (mean=3.09, SD=1.25) ขณะที่การรับรู้ข่าวสารของผู้ใช้บริการเฉพาะด้านระบบ

บริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมาก (mean=3.95, SD=0.84) โดยมีโทรทัศน์ (mean=4.19, SD=0.83) และสื่อออนไลน์ (mean=4.18, SD=0.77) เป็นช่องทาง หลักซึ่งแตกต่างจากกลุ่มประชาชนทั่วไปที่ให้ความสำคัญ กับสื่อออนไลน์เป็นอันดับแรก ดังภาพที่ 1

1.2 ด้านความรู้ความเข้าใจทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ผู้ใช้บริการมีความรู้ความ เข้าใจทั่วไปเกี่ยวกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินใน ภาพรวมมากกว่าประชาชน ผู้ใช้บริการทราบว่า ต้อง หลีกเลี่ยงให้รถพยาบาลหรือรถฉุกเฉินที่กำลังปฏิบัติหน้าที่ ไปก่อนมากที่สุด (ร้อยละ 100.00) เมื่อผู้ป่วยหัวใจหยุด เต็นต้องทำการกู้ชีพทันที (ร้อยละ 92.35) เครื่องกระตุก-หัวใจไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ (automated external defibril-lator: AED) คือ เป็นอุปกรณ์ปฐมพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 92.35) และระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ได้มีแต่ทางบกเท่านั้นยังมีทางน้ำ และทางอากาศ (ร้อยละ 11.11) ตามลำดับ ในขณะที่ประชาชนมีความรู้ความ เข้าใจทั่วไป คือ ต้องหลีกเลี่ยงให้รถพยาบาลหรือรถฉุกเฉินที่กำลังปฏิบัติหน้าที่ไปก่อนมากที่สุด (ร้อยละ 100.00) เมื่อผู้ป่วยหัวใจหยุดเต็นต้องทำการกู้ชีพทันที (ร้อยละ 79.91) เครื่อง AED เป็นอุปกรณ์ปฐมพยาบาล ทั่วไป (ร้อยละ 63.93) บริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ได้มี

ภาพที่ 1 ช่องทางการรับรู้ของประชาชนต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน



แต่ทางบกเท่านั้นยังมีทางน้ำ และทางอากาศ (ร้อยละ 58.90) ตามลำดับ ดังภาพที่ 2

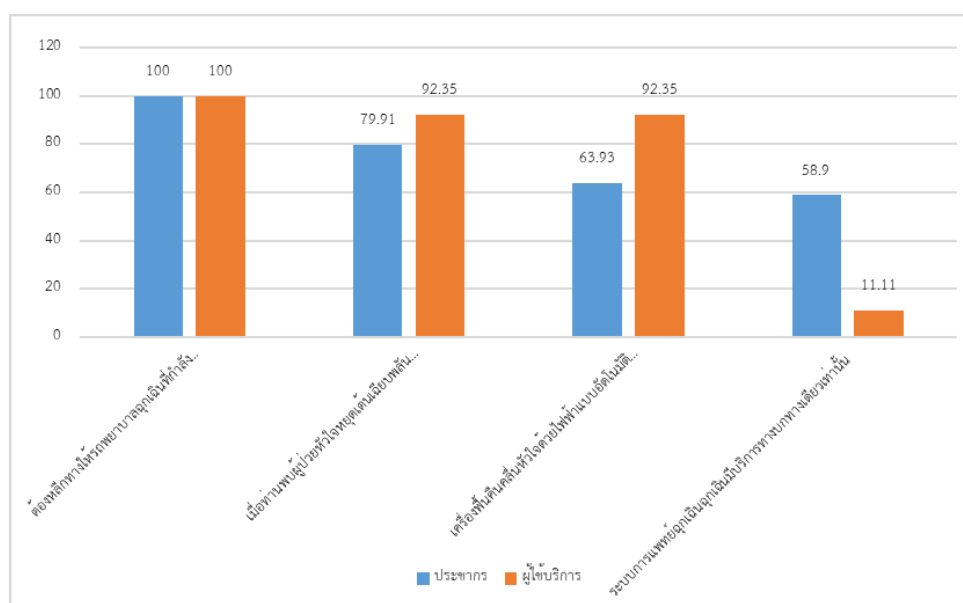
1.3 ด้านความรู้ความเข้าใจสิทธิการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ประชาชนทั่วไปทราบว่าผู้ใช้บริการสุขภาพใดก็สามารถให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ (ร้อยละ 95.66) ประชาชนไม่ต้องลงทะเบียนก็มีสิทธิใช้บริการได้ (ร้อยละ 95.43) และเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่ ใช้ได้ไม่เกิน 72 ชั่วโมง (ร้อยละ 87.90) ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม พบว่า ยังมีประชาชนส่วนใหญ่ เข้าใจไม่ถูกต้องในประเด็นสำคัญบางข้อ ได้แก่ การรับรู้ว่าทีมกู้ชีพจะนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่ญาติต้องการเป็นลำดับแรก การรับรู้ว่าญาติต้องเป็นผู้ติดต่อโรงพยาบาลปลายทางเอง และการรับรู้ว่าสิทธิ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” ใช้ได้เฉพาะโรงพยาบาลรัฐเท่านั้น ซึ่งประเด็นเหล่านี้มีผู้ตอบถูกต้องต่ำกว่าร้อยละ 60 สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการสื่อสารและประชาสัมพันธ์เพิ่มเติมในประเด็นดังกล่าวอย่างเร่งด่วน

สำหรับกลุ่มผู้ใช้บริการ พบว่า ประชาชนไม่ต้องลงทะเบียนก็มีสิทธิใช้บริการได้ (ร้อยละ 98.52) ผู้ใช้บริการสุขภาพใดก็สามารถให้บริการฉุกเฉินได้ (ร้อยละ 95.06) และเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่ ใช้ได้ไม่เกิน 72

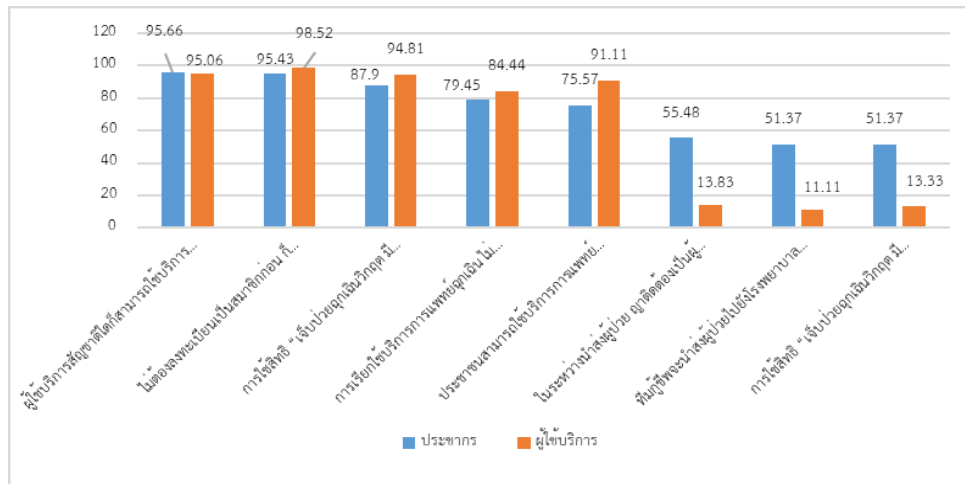
ชั่วโมง (ร้อยละ 94.81) ตามลำดับ สอดคล้องกับกลุ่มประชาชน โดยผู้ใช้บริการยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องในประเด็นที่ว่าทีมกู้ชีพจะนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่ญาติต้องการเป็นลำดับแรก ญาติต้องติดต่อโรงพยาบาลปลายทางเอง และสิทธิ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” ใช้ได้เฉพาะโรงพยาบาลรัฐ โดยมีผู้ตอบถูกต้องกว่าร้อยละ 20 ในทั้งสามประเด็น ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ ดังภาพที่ 3

1.4 ด้านอาการเจ็บป่วยที่สามารถใช้สิทธิ เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่ พบว่า ประชาชนทราบว่า ผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่สามารถใช้สิทธิ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” ได้แก่ หหมดสติ ไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ (ร้อยละ 97.95) อาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลันรุนแรง และแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีกพูดไม่ชัดแบบปัจจุบันทันด่วนหรือชักต่อเนื่องไม่หยุด (ร้อยละ 97.72) และอาการอื่นที่มีผลต่อการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิตและระบบสมองที่เป็นอันตรายต่อชีวิต (ร้อยละ 97.26) มากที่สุด 3 ลำดับแรก ในขณะที่ผู้ใช้บริการทราบถึง อาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลันรุนแรง (ร้อยละ 99.51) หหมดสติ ไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ (ร้อยละ 99.26) และ แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีกพูดไม่ชัดแบบ

ภาพที่ 2 ความรู้ความเข้าใจทั่วไปเกี่ยวกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน



ภาพที่ 3 ความรู้ความเข้าใจสิทธิการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน และผู้ให้บริการ



ปัจจุบันทันด่วนหรือชักต่อนิ่งไม่หยุด (ร้อยละ 98.77) มากที่สุด 3 ลำดับแรก ดังภาพที่ 4

1.5 ผลการการเปรียบเทียบการรับรู้ของประชาชน ด้านสิทธิการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และการเข้าเกณฑ์การใช้สิทธิ "เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่" ตั้งแต่ปี 2561-2567 พบว่า ในปี 2567 ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจการใช้สิทธิ เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ ร้อยละ 93.87 เพิ่มขึ้นจากปี 2566 ร้อยละ 0.12 และมี ในปี 2567 ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และสิทธิเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 74.86 เพิ่มขึ้นจากปี 2566 ร้อยละ 4.72 ดังภาพที่ 5

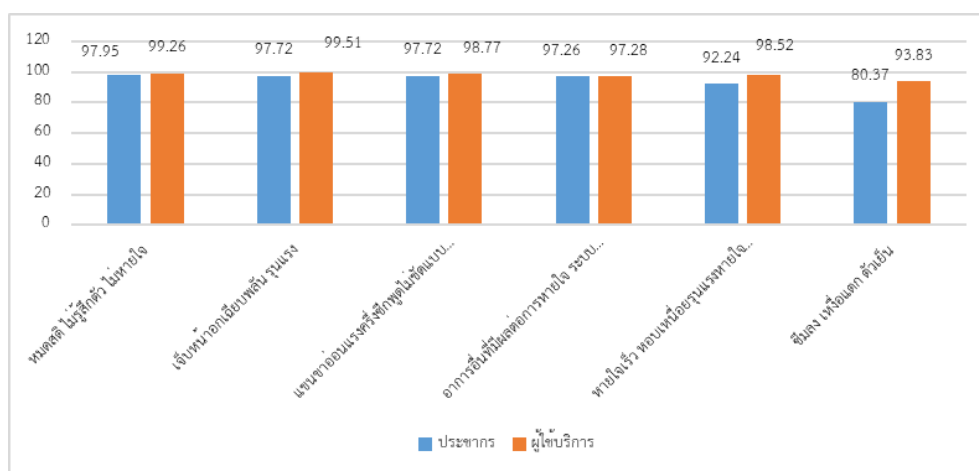
2. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถจำแนกผลสำรวจได้ ดังนี้

2.1 ความพึงพอใจต่อการให้บริการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จุดบริการรับแจ้งเหตุ พบว่า

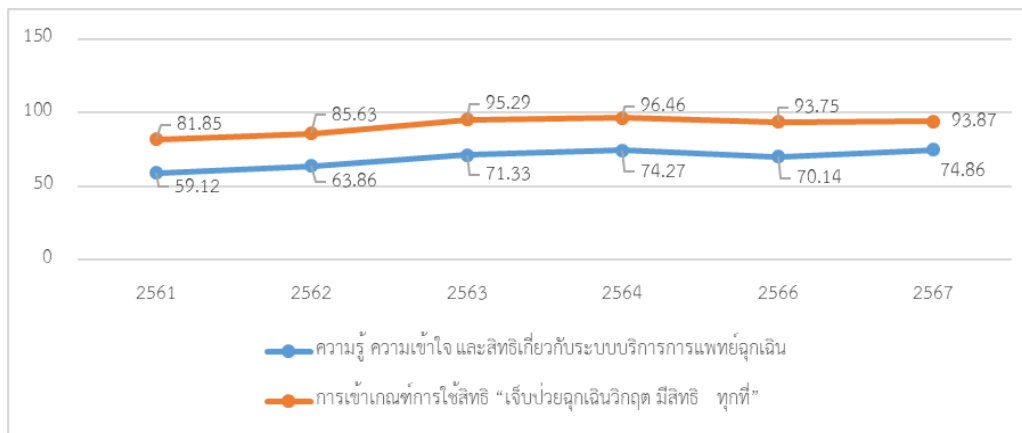
2.1.1 จุดบริการรับแจ้งเหตุ พบว่า ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในระดับมาก (mean=4.27, SD=0.47) โดยมีความพึงพอใจด้านเจ้าหน้าที่ (people) (mean=4.31, SD=0.53) มากกว่าด้านกระบวนการให้บริการ (process) (mean=4.25, SD=0.49)

2.1.2 จุดเกิดเหตุหรือบนรถพยาบาลฉุกเฉิน พบว่า ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในระดับมาก (mean=4.30,

ภาพที่ 4 ความรู้ความเข้าใจด้านอาการเจ็บป่วยที่สามารถใช้สิทธิ เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่



ภาพที่ 5 การเปรียบเทียบการรับรู้ของประชาชนด้านสิทธิการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และการเข้าเกณฑ์การใช้สิทธิ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561-2567



SD=0.37) โดยมีความพึงพอใจด้านกระบวนการให้บริการ (process) มากที่สุด (mean=4.32, SD=0.38) รองลงมา คือ ด้านเจ้าหน้าที่ (People) (mean=4.31, SD=0.48) และด้านสิ่งอำนวยความสะดวกภายในสถานที่ให้บริการ (physical evidence) (mean=4.28, SD=0.53) ตามลำดับ

2.1.3 จุดบริการ ณ ห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล พบว่า ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในระดับมาก (mean=4.38, SD=0.45) โดยมีความพึงพอใจด้านกระบวนการให้บริการ (process) มากที่สุด (mean=4.40, SD=0.49) รองลงมา คือ ด้านเจ้าหน้าที่ (people) (mean=4.35, SD=0.48) และด้านสิ่งอำนวยความสะดวกภายในสถานที่ให้บริการ (physical evidence) (mean=4.33, SD=0.60) ตามลำดับ

2.2 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ 3 จุดบริการ พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้ง 3 จุดบริการมีความพึงพอใจในภาพรวมร้อยละ 88.20 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2566 ร้อยละ 11.38 และตัวแปรที่สามารถทำนายภาพรวมความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จำแนกรายจุดบริการ พบว่า

2.2.1 ณ จุดบริการรับแจ้งเหตุ ตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือ ขั้นตอนการสอบถามข้อมูลจากผู้ประสบเหตุเป็น ($\beta=0.170$, $p<0.05$)

2.2.2 ณ จุดเกิดเหตุหรือบนรถพยาบาลฉุกเฉิน ตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือ ความชำนาญในการให้บริการ ($\beta=0.123$, $p<0.05$)

2.2.3 ณ ห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาลตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือ การได้รับความช่วยเหลือ ณ ห้องฉุกเฉินครบถ้วนในจุดเดียว ($\beta=0.165$, $p<0.05$)

ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R^2) และค่าความสัมพันธ์เชิงพหุที่ปรับปรุงแล้ว (adjusted R^2) เท่ากับ 1.00 ตัวแปรอิสระสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้ ดังตารางที่ 1

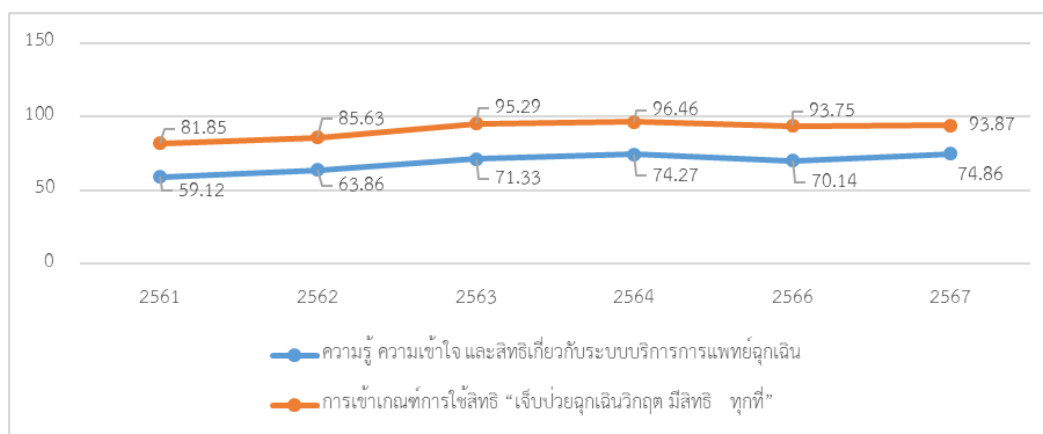
2.3 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2562 – 2566 จากรายงานผลสำรวจของสถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยภาพรวมทั้ง 3 จุดบริการมีความพึงพอใจในภาพรวม ร้อยละ 76.82 เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2567 โดยภาพรวมทั้ง 3 จุดบริการ มีความพึงพอใจในภาพรวม ร้อยละ 88.20 เพิ่มขึ้นจากปี 2566 ร้อยละ 11.38 ดังภาพที่ 6

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R^2) และค่าความสัมพันธ์เชิงพหุที่ปรับปรุงแล้ว (adjusted R^2)

Source	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
จุดบริการรับแจ้งเหตุ					
Regression	81.182	10	8.118	1138154.589	<0.001*
Residual	0.003	359	0.000		
Total	81.185	369			
จุดเกิดเหตุหรือบนรถพยาบาลฉุกเฉิน					
Regression	13.964	14	0.997	118966.695	<0.001*
Residual	0.001	89	0.000		
Total	13.964	103			
ห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล					
Regression	16.367	9	1.819	220376.803	<0.001*
Residual	0.001	76	0.000		
Total	16.368	85			

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($R = 1.000$, $R^2 = 1.000$, Adjusted $R^2 = 1.000$)

ภาพที่ 6 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2562 – 2567



3. ความพึงพอใจของกลุ่มภาคีเครือข่ายในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 4 กลุ่ม ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนจังหวัด/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และมูลนิธิ/กุ๊ชีพญักัย ใช้การวิเคราะห์เชิงปริมาณ และการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า

3.1 องค์กรบริหารส่วนจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีคะแนนเฉลี่ย 7.86 จาก 10 คะแนน โดยให้

ความเห็นว่าเป็น สพจ. ประสานงานกับองค์กรบริหารส่วนจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ในระดับดี โดยมีการรับฟังเสียงคนทำงานและแก้ไขปัญหาได้ดี และสามารถจัดการปัญหาที่ซับซ้อนในระบบได้ แต่อยากให้ปรับปรุงเรื่องการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ และควรสนับสนุนงบประมาณการอบรมพัฒนาบุคลากร และออกระเบียบอัตราค่าตอบแทนที่ชัดเจน

3.2 โรงพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 7.40 จาก 10 คะแนน โดยให้ความเห็นว่า สพฉ. มีการเปลี่ยนแปลงและอัปเดตความรู้ตลอดเวลา มีการเปิดโอกาสให้ไปอบรมหลายหลักสูตร ทำให้บุคลากรมีความรู้ที่ทันสมัย การกำหนดมาตรฐานใหม่ๆ โดยมอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการ ทำให้โรงพยาบาลต้องอัปเดตความรู้ต่อเนื่อง แต่พบว่า มาตรฐานกับความเป็นจริงทำงานไม่สามารถปฏิบัติได้ ขาดงบประมาณและการออกกฎหมายและประกาศที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติ

3.3 กลุ่มสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีคะแนนเฉลี่ย 7.33 จาก 10 คะแนน โดยเห็นว่า สพฉ. ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ในระดับดี แต่ควรดูแลสนับสนุนกลุ่มภาคีเครือข่ายระหว่างดำเนินการให้มากกว่านี้ งานการแพทย์ฉุกเฉินเป็นงานแฝงใน สสจ. เป็นงานที่จำเป็นต้องทุ่มเทในการปฏิบัติแต่ไม่มีความก้าวหน้าในสายงาน ทำให้ขาดแรงจูงใจด้านความก้าวหน้าและขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานหลัก

3.4 กลุ่มมูลนิธิ กู้ชีพกู้ภัยในต่างจังหวัด มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 6.20 จาก 10 คะแนน โดยให้ความเห็นว่า สพฉ. ควรปรับปรุงการติดต่อประสานงานระหว่างภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้น การอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครไม่เพียงพอและมีค่าใช้จ่าย การแบ่งเคสไม่ชัดเจนระหว่างเคสฉุกเฉินกับเคสทั่วไป มีการใช้บริการรถพยาบาลในเคสที่ไม่ฉุกเฉิน ประชาชนไม่เข้าใจระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

วิจารณ์

ผลการวิจัยเรื่องการสำรวจการรับรู้และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 สามารถแสดงให้เห็นถึงภาพรวมของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยทั้งในแง่ยุทธศาสตร์ การบริหารจัดการ และการสื่อสารกับประชาชน โดยสามารถอธิบายและเชื่อมโยงกับทฤษฎีด้านการสื่อสารสาธารณะ พฤติกรรมผู้ใช้บริการ และการตลาด

บริการสาธารณสุขได้

จุดแข็งของงานวิจัย ได้แก่

1) การสำรวจนี้มีความต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 ทำให้สามารถติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้และความพึงพอใจในระยะยาวได้ โดยพบว่า ความพึงพอใจโดยรวมมีการฟื้นตัวอย่างชัดเจนในปี 2567 แนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับปีก่อนจากร้อยละ 76.82 เป็นร้อยละ 88.20 (ส่วนต่าง 11.38 คะแนน) สะท้อนถึงความสำเร็จของการพัฒนา⁽³⁾

2) งานวิจัยนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงผสมผสาน (mixed methods research) ที่ครอบคลุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มทั้งประชาชนทั่วไป (n=438) ผู้ใช้บริการ (n=405) และภาคีเครือข่าย (n=50) โดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์มีโครงสร้าง ทำให้ได้ภาพรวมที่รอบด้านทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ครอบคลุม 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ

3) การระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในแต่ละจุดบริการผ่านสมการ multiple regression analysis ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบอย่างตรงจุด กล่าวคือ ที่จุดรับแจ้งเหตุ ขั้นตอนการสอบถามข้อมูลจากผู้ประสบเหตุมีค่า $\beta=0.170$ สูงสุด รองลงมาคือความครบถ้วนของข้อมูล ($\beta=0.165$) และอัตราค่าของเจ้าหน้าที่ ($\beta=0.162$) ที่จุดเกิดเหตุ/รพพยาบาล ความชำนาญ การให้คำแนะนำ และความพร้อมของรถกู้ชีพ มีค่า $\beta=0.123$ เท่ากัน และที่ห้องฉุกเฉิน การได้รับความช่วยเหลือครบถ้วนในจุดเดียว และการให้คำแนะนำก่อนออกจากห้องฉุกเฉิน มีค่า $\beta=0.165$ สูงสุด

จากการศึกษาวิจัยพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่าง) ยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องในประเด็นสำคัญเกี่ยวกับสิทธิ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” โดยเฉพาะในเรื่องการนำส่งผู้ป่วย การที่ญาติต้องติดต่อโรงพยาบาลปลายทางเอง และการเข้าใจผิดว่าสิทธิดังกล่าวใช้ได้เฉพาะโรงพยาบาลรัฐเท่านั้น ความเข้าใจผิดเหล่านี้อาจนำไปสู่การตัดสินใจใช้บริการที่ไม่ถูกต้องในสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความ

ปลอดภัยของผู้ป่วยได้โดยตรง สอดคล้องกับการศึกษาของ อุมารินทร์ คำพูล และคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่า ประชาชนมักประเมินระดับความฉุกเฉินได้ไม่ตรงตามเกณฑ์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน และความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประชาชนมีความแตกต่างกัน⁽⁹⁾ ช่องว่างการวิจัยที่สำคัญซึ่งควรดำเนินการต่อ ได้แก่ การศึกษาในเชิงลึกเกี่ยวกับกลุ่มประชากรที่มีระดับการรับรู้ต่ำ กลุ่มที่มีความแตกต่างทางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรม รวมถึงกลุ่มเปราะบาง เพื่อพัฒนาแนวทางการสื่อสารที่ตรงกลุ่มมากขึ้น นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาปัจจัยที่อธิบายถึงช่องว่างระหว่างการเรียนรู้ที่ลดลงและความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้น และควรศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนระบบสารสนเทศจาก iTEMS เป็น IDEMS ที่อาจส่งผลต่อความสับสนของบุคลากรในระบบ

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญจากการสำรวจต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2561 พบว่า ความรู้ความเข้าใจทั่วไปและสิทธิการให้บริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 63.86 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 74.27 ในปี 2564 แต่ลดลงเป็นร้อยละ 70.14 ในปี 2566 และฟื้นตัวขึ้นเป็นร้อยละ 74.86 ในปี 2567 สำหรับการรับรู้เกณฑ์ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและอยู่ที่ร้อยละ 93.87 ในปี 2567 ในขณะที่ความพึงพอใจโดยรวมมีความผันผวนระหว่างร้อยละ 76.82 ถึง 88.94 ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความพึงพอใจในปี 2567 ฟื้นตัวอย่างก้าวกระโดด ได้แก่ การนำระบบเทคโนโลยีทันสมัยมาใช้ เช่น การประเมินผู้ป่วยผ่านวิดีโอคอล ระบบ GPS ที่แม่นยำ และการปรึกษาแพทย์ผ่านวิดีโอคอลในรถพยาบาลระดับ Advance ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการลงทุนด้านเทคโนโลยีส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ควรสร้างมาตรฐานการให้บริการในจุดรับแจ้งเหตุ บนรถพยาบาล และการส่งต่อยังสถานพยาบาล และการเชื่อมต่อข้อมูลการให้บริการในทั้ง 3 จุดบริการโดยใช้ระบบสารสนเทศ ควรมีการนำเทคโนโลยี

ที่ทันสมัยมาใช้ในการติดต่อสื่อสาร รวมทั้งสร้างชุมชนสื่อสารออนไลน์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการในระดับชุมชนทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้ สะท้อนมุมมองของทฤษฎีคุณภาพบริการ (service quality) และแนวคิด 7P's Service Marketing Mix ที่เน้นความสำคัญของกระบวนการบริการ บุคลากร และสิ่งอำนวยความสะดวก⁽¹¹⁾

ด้านการบริหารจัดการและประสานงาน แม้จะมีความก้าวหน้า แต่ยังมีอุปสรรคในเรื่องระบบเทคโนโลยีที่ไม่เสถียร การเปลี่ยนระบบสารสนเทศบ่อย และขั้นตอนการรายงานที่ซับซ้อน โดยเฉพาะการสื่อสารที่ต้องผ่านหลายชั้น ส่งผลให้การแก้ไขปัญหาไม่ทันต่อสถานการณ์ อีกทั้งปัญหาการเข้าถึงบริการในพื้นที่ห่างไกลยังไม่ได้รับการแก้ไข ทำให้ไม่สามารถใช้ระบบสารสนเทศได้อย่างทั่วถึง

ผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มภาคีเครือข่ายพบว่า กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีระดับความพึงพอใจสูงสุด ในขณะที่กลุ่มมูลนิธิ/กุศลกุศลได้คะแนนต่ำที่สุด (6.20 คะแนน) สาเหตุเนื่องมาจากการอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครที่ยังไม่เพียงพอและมีค่าใช้จ่ายสูง การแบ่งประเภทเคสฉุกเฉินและเคสทั่วไปที่ไม่ชัดเจน และการประสานงานระหว่างภาคีเครือข่ายที่ยังขาดความต่อเนื่อง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติจึงควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับกลุ่มนี้ โดยเพิ่มการสนับสนุนด้านการฝึกอบรมที่ไม่มีค่าใช้จ่าย กำหนดแนวทางการคัดแยกประเภทเคสที่ชัดเจนและปฏิบัติได้จริง เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเข้มแข็งในเครือข่ายทุกภาคส่วน

ข้อจำกัดทางการศึกษา ได้แก่

1) การเก็บข้อมูลกลุ่มประชาชนทั่วไปผ่าน Google form อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอคติในทิศทางของผู้ที่มีการศึกษาสูงและมีการเข้าถึงเทคโนโลยี ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 54.11) มีรายได้เฉลี่ยสูงถึง 43,486.18 บาทต่อเดือน และอาศัยในชุมชนเมือง (ร้อยละ 59.82) ทำให้อาจไม่ครอบคลุมกลุ่มเปราะบางหรือประชาชนในพื้นที่ห่างไกลได้เพียงพอ

2) ขนาดตัวอย่างของกลุ่มภาคีเครือข่าย (50 คน) แม้จะกระจายตาม 13 เขตสุขภาพ แต่อาจมีจำนวนจำกัดเกินไปสำหรับการสรุปผลในระดับนโยบายระดับชาติ และไม่สามารถเป็นตัวแทนของภาคีเครือข่ายจำนวนมากที่มีอยู่ทั่วประเทศ

3) การวัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการซึ่งเพิ่งผ่านประสบการณ์ฉุกเฉินมาอาจได้รับอิทธิพลจากสภาวะอารมณ์ขณะตอบ ส่งผลให้คะแนนความพึงพอใจสูงกว่าความเป็นจริง โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาว่าผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีระดับความฉุกเฉินไม่รุนแรง (สีเขียว ร้อยละ 43.21) ซึ่งอาจอธิบายถึงช่องว่างระหว่างการรับรู้ที่ลดลงและความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้นในปีเดียวกันจากผลการสำรวจ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ส่วนที่ 1 สำหรับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ควรพัฒนาระบบการประชาสัมพันธ์แบบบูรณาการที่ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร โดยเฉพาะการสื่อสารเรื่องสิทธิ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” ให้ประชาชนเข้าใจได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน นอกจากนี้ควรเพิ่มงบประมาณสนับสนุนการอบรมพัฒนาบุคลากรในเครือข่าย โดยเฉพาะกลุ่มมูลนิธิ/กู้ชีพกู้ภัย ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความพึงพอใจต่ำที่สุดและต้องการการสนับสนุนอย่างเร่งด่วน รวมถึงกำหนดมาตรฐานและระเบียบอัตราค่าตอบแทนที่ชัดเจนและเป็นธรรม

ส่วนที่ 2 สำหรับหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ ควรพัฒนาทักษะการให้บริการและการประสานงานระหว่างจุดบริการทั้ง 3 จุด สร้างความชัดเจนในแนวทางการคัดแยกเคสฉุกเฉินและเคสทั่วไปที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างจุดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกพื้นที่

สรุป

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงข้อค้นพบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่

1) แม้ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการมีแนวโน้มเพิ่ม

ขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับปีก่อน อันเป็นผลจากการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในระบบบริการ แต่กลับพบว่าการรับรู้ของประชาชนในเรื่องสิทธิการให้บริการยังคงมีช่องว่างที่ต้องเร่งแก้ไข โดยเฉพาะประชาชนมากกว่าร้อยละ 50 ยังเข้าใจไม่ถูกต้องในประเด็นสำคัญเกี่ยวกับสิทธิ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่”

2) ความพึงพอใจของกลุ่มภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะกลุ่มมูลนิธิ/กู้ชีพกู้ภัย ยังอยู่ในระดับต่ำที่สุด สะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำในการสนับสนุนที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ

3) การสำรวจที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2561 ยืนยันว่าปัจจัยด้านเทคโนโลยีและการพัฒนาบุคลากรเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการในระยะยาว โดยผลการวิจัยนี้มีประโยชน์โดยตรงต่อสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติในการวางแผนพัฒนาระบบให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและภาคีเครือข่าย กล่าวคือ สามารถนำไปใช้เป็นฐานข้อมูลในการออกแบบการประชาสัมพันธ์ที่ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย กำหนดลำดับความสำคัญในการพัฒนาบุคลากรและระบบเทคโนโลยี และวัดผลความสำเร็จของนโยบายในแต่ละปีงบประมาณได้อย่างเป็นรูปธรรม

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ซึ่งเป็นหน่วยงานสำคัญที่เล็งเห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำและตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จนมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาคีเครือข่าย ได้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และมูลนิธิกู้ชีพกู้ภัย ที่สละเวลาอันมีค่ายิ่งในการให้ข้อมูลเชิงลึกจากการสัมภาษณ์ ท้ายที่สุดนี้ คณะผู้วิจัย

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างประชาชนทั่วไปและผู้ใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ซึ่งข้อมูลที่ได้รับทั้งหมดล้วนเป็นประโยชน์อย่างยิ่งและทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จสมบูรณ์ตามวัตถุประสงค์ทุกประการ

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุขแห่งชาติ 2561-2570 [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [สืบค้นเมื่อ 3 ม.ค. 2567] แหล่งข้อมูล: <https://spd.moph.go.th/20-year-national-strategy-public-health/>
2. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. ราชกิจจานุเบกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [สืบค้นเมื่อ 30 มี.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2551/A/044/1.PDF>.
3. สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. โครงการสำรวจการรับรู้และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: https://www.niems.go.th/1/uploadattach-file/2024/ebook/419622_20240223150621.pdf
4. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2566 - 2570) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 30 มี.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.niems.go.th/1/Ebook?group=79>.
5. วุฒิพงศ์ ถายะพิงค์. สื่อสารอย่างไรให้ครองใจลูกค้า. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
6. พิพัฒน์ ก้องกิจกุล. คู่มือปฏิบัติวิธีวัดความพึงพอใจของลูกค้า. กรุงเทพมหานคร: ธรรมการพิมพ์; 2546.
7. Yamane T. Statistics, an introductory analysis. 2nd Ed. New York: Harper and Row; 1967.
8. อุมารินทร์ คำพูล, บวร วิทย์ชานาญกุล, บริบูรณ์ เชนธนากิจ, กรองกาญจน์ สุธรรม. ความเข้าใจของประชาชนต่อการคัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2563; 14(2):197-207.
9. ประกายทิพย์ พรหมสูตร. การรับรู้และความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย. หนองคาย: งานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสระใคร; 2021.
10. แสงอาทิตย์ วิชัยยา. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤติในโรงพยาบาลต่าง. เชียงรายเวชสาร 2561;10(1): 93-102.
11. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. J Retailing 1988;64(1):12-40.

Perception and Satisfaction of Service Users Toward the Emergency Medical Service System

Silachit Intharapong*; Weerakaset Suanpaga**; Wasan Choonwijitra**

* National Institute for Emergency Medicine; ** Lifelong Learning Development Office, Thailand

Journal of Emergency Medical Services of Thailand 2026;6(1):13–26.

Corresponding author: Silachit Intharapong, email: Silachit.I@niems.go.th

Abstract: Conducting surveys on service users' perceptions and satisfaction is an important mechanism for monitoring and evaluating the effectiveness of the EMS, in order to improve and develop the service system in line with public needs. This survey aimed to: (1) examine public perceptions of the EMS system, (2) examine user satisfaction with the EMS system, and (3) examine the satisfaction of network partners within the EMS system. A mixed-methods approach was employed. Data were collected using questionnaires and interviews. Sample sizes were determined using the Yamane formula: (1) 438 members of the general public across Office Health Regions 1–13, (2) 405 patients, relatives, or users with EMS experience, (3) 50 stakeholders from related network partners. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics (multiple regression analysis and one-way ANOVA) and content analysis for qualitative data. The findings revealed the following: (1) public perception of the EMS system exposure to overall moderate level of media exposure (mean=2.90), with online media as the main channel (mean=3.49); among respondents who had previously utilized emergency medical services, information exposure was also moderate (mean=3.95), with television as the main channel (mean=4.19). (2) User satisfaction averaged 88.20%, an increase of 11.38% from 2023. Variables significantly predicting satisfaction (95% confidence level) included information inquiries from those involved in the incident at the emergency call center ($\beta=0.170$), service proficiency at the scene/in the ambulance ($\beta=0.123$), and receiving complete one-stop assistance at the emergency room ($\beta=0.165$), with R^2 and adjusted R^2 both equal to 1.00. (3) Network partner satisfaction was at a high level overall (mean=7.22), ranked from highest to lowest as follows: provincial administrative organizations/local administrative organizations (7.86), hospitals (7.40), Provincial Public Health Offices (7.33), and foundations/rescue organizations (6.20).

Keywords: perception; satisfaction; emergency medical service system