

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามสิทธิ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP)

ธงศักดิ์ชัย สายพระราชฤทธิ์*

กิตติพงษ์ สอนล้อม**

วิฑูร ศรีระโส*

ณัฏฐา ลินลา*

นฤเนตร ลินลา***

* สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** วิทยาลัยอาชีวศึกษาขอนแก่น

ติดต่อผู้เขียน: กิตติพงษ์ สอนล้อม email: Kittsorn@kku.ac.th

วันรับ: 29 ต.ค. 2568

วันแก้ไข: 17 มี.ค. 2569

วันตอบรับ: 28 มี.ค. 2569

บทคัดย่อ

การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสมขึ้นอยู่กับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะนโยบายสิทธิ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) ซึ่งยังมีข้อมูลจำกัดในประเทศไทย การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ประเมินสถานการณ์และระบุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินเกี่ยวกับนโยบาย UCEP และ (2) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสาน 2 ระยะ ระยะที่ 1 สุ่มกลุ่มตัวอย่างใน 6 จังหวัดที่เป็นตัวแทนภูมิภาค รวม 1,400 คน ด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Multiple logistic regression ระยะที่ 2 จัดการความรู้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 25 คน ครอบคลุมภาคประชาชน บุคลากรสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ระดับท้องถิ่น และผู้บริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ (ร้อยละ 45.14, 95%CI: 42.54 ถึง 47.76) และดีเยี่ยม (ร้อยละ 32.57, 95%CI: 30.16 ถึง 35.07) ปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุน้อยกว่า 30 ปี (AOR = 3.46, 95%CI: 1.68 ถึง 7.12) รายได้มากกว่า 30,000 บาท/เดือน (AOR = 1.97, 95%CI: 1.04 ถึง 3.73) การรับทราบนโยบาย UCEP (AOR = 3.09, 95%CI: 2.11 ถึง 4.51) การมีกลุ่มอาสาสมัครในพื้นที่ (AOR = 1.68, 95%CI: 1.01 ถึง 2.82) และความพร้อมเพรียงของชุมชน (AOR = 2.04, 95%CI: 1.42 ถึง 2.92) การสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า UCEP ช่วยชีวิตได้ทันทีที่ แต่ประชาชนและบุคลากรยังขาดความเข้าใจเกณฑ์การใช้สิทธิ ระบบเบิกจ่าย และการส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชน ข้อเสนอแนะคือควรมุ่งเน้นกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีรายได้น้อย เร่งประชาสัมพันธ์เกณฑ์การใช้สิทธิให้ประชาชนและบุคลากรท้องถิ่นทราบอย่างทั่วถึง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ปรับปรุงระบบเบิกจ่ายและส่งต่อให้ชัดเจน และพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อยกระดับความรู้ที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: รูปแบบความรู้ด้านสุขภาพ; การแพทย์ฉุกเฉิน; UCEP; ประเทศไทย

บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน หมายถึง การได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหันที่มีผลต่อชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการตรวจและรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรืออาการเจ็บป่วยและบาดเจ็บที่รุนแรงขึ้น⁽¹⁾ การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ เกือบทุกประเทศทั่วโลกสำหรับประเทศไทย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้จัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2566–2570(2) โดยมุ่งหวังให้ประเทศไทยมีมาตรฐานระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับสากลที่ประชาชนเชื่อมั่น ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการอย่างมีคุณภาพ ทั้งถึงและเท่าเทียม ภายใต้ยุทธศาสตร์ 3 ด้าน คือ (1) การปลูกฝังและสร้างค่านิยมแก่ภาคประชาชน (2) การส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาและจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และ (3) การพัฒนาและขับเคลื่อนการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉินด้วยความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยี เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย “ประชาชนมีความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ได้รับการอย่างมีคุณภาพปลอดภัย นำไปสู่การลดการสูญเสียชีวิตและความพิการจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน”

นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) เริ่มดำเนินการเมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2560 เป็นนโยบายคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต ให้สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดทั้งของรัฐและเอกชนได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย จนกว่าจะพ้นวิกฤตหรือสูงสุดไม่เกิน 72 ชั่วโมง ครอบคลุมคนไทยทุกคนทุกสิทธิการรักษาพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่สามารถป้องกันได้ และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน⁽²⁾ ตั้งแต่เริ่มดำเนินนโยบายจนถึงปัจจุบัน มีผู้ใช้สิทธิ UCEP จำนวนหลายแสนราย และรัฐได้ใช้งบประมาณสนับสนุนนับพันล้านบาท สะท้อนถึงคุณค่าและความสำคัญของนโยบายนี้ในการช่วยชีวิต

และลดช่องว่างการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยชีวิตผู้ป่วย ดังนั้น จำเป็นต้องส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าใจภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีความรู้และทักษะในการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เพื่อให้สามารถดูแลตนเอง ช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน และแจ้งเหตุฉุกเฉินได้ทันเวลาและถูกช่องทาง ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดแบบบูรณาการของ Sorensen และคณะ⁽³⁾ คือ ความรู้ แรงจูงใจ และสมรรถนะของบุคคลในกระบวนการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ สำหรับการตัดสินใจในชีวิตประจำวัน ทั้งการดูแลสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม จากผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562⁽⁴⁾ พบว่า คนไทยมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพร้อยละ 65 และยังมีประชาชนถึงร้อยละ 19.09 ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ซึ่งความรอบรู้ที่ไม่เพียงพอส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพการจัดการผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งในแง่การประเมินภาวะวิกฤต การตัดสินใจขอความช่วยเหลือ การเลือกใช้บริการตามสิทธิที่เหมาะสม และความสามารถในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น หลักฐานเชิงประจักษ์ในต่างประเทศชี้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับการลดการเข้ารับบริการแผนกฉุกเฉินที่ป้องกันได้ การลดอัตราการเสียชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น⁽⁵⁾ ดังนั้น การเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ UCEP จึงสามารถยกระดับการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ลดความล่าช้าในการเข้ารับการรักษาภาวะวิกฤต และลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนได้อย่างมีนัยสำคัญ

แม้ UCEP จะดำเนินการมานานกว่าหกปี แต่ยังขาดการศึกษาเชิงระบบเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายนี้ในประเทศไทย โดยเฉพาะในประเด็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ซึ่งเป็นช่องว่างเชิงวิชาการ

(research gap) ที่สำคัญ ทีมวิจัยจึงได้พัฒนาการศึกษาครั้งนี้ขึ้น โดยมุ่งหวังให้ประชาชนมีความรอบรู้และตระหนักถึงภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต สามารถเข้าถึงสิทธิ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” ได้อย่างทั่วถึงเท่าเทียม ทันท่วงที ครอบคลุมทุกพื้นที่ ลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่สามารถป้องกันได้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์และระบุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามสิทธิ UCEP และพัฒนารูปแบบของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามสิทธิ UCEP ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์ พัฒนารูปแบบของการส่งเสริม และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินเกี่ยวกับนโยบาย UCEP ของประชาชน โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบผสมผสาน (mixed-methods research) มีกระบวนการดำเนินงาน 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นการสำรวจภาคตัดขวาง เพื่อประเมินสถานการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามสิทธิ

ระยะที่ 2 เป็นกระบวนการจัดการความรู้ (knowledge management process)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การสำรวจ ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ประชาชนใน 6 ภูมิภาคของประเทศไทย ขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตรสำหรับการวิเคราะห์ multiple logistic regression⁽⁶⁾ โดยอ้างอิงสัดส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการศึกษาเปรียบเทียบกับใกล้เคียง⁽⁵⁾ ได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้วเท่ากับ 1,400 คน จากนั้นใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling) เริ่มจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) ตาม 6 ภูมิภาค สุ่มจังหวัด ตัวแทนภูมิภาคละ 1 จังหวัดด้วยการจับสลาก ได้แก่

จังหวัดเชียงราย จังหวัดอุดรธานี จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดชลบุรี จังหวัดกาญจนบุรี และจังหวัดสุราษฎร์ธานี จากนั้นคำนวณขนาดตัวอย่างของแต่ละจังหวัดตามสัดส่วนประชากรกลางปี และสุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบในเขตบริการสุขภาพระดับตำบลที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือก

- 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
- 2) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะ ไม่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจและอารมณ์ สามารถตอบคำถามได้
- 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

- 1) ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยได้
- 2) ผู้ที่มีภาวะป่วยรุนแรงหรือทุพพลภาพจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

ระยะที่ 2 กระบวนการจัดการความรู้ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน รวม 25 คน จาก 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) ภาคประชาชนและผู้เคยใช้สิทธิ UCEP (2) บุคลากรสาธารณสุข (แพทย์ พยาบาลห้องฉุกเฉิน) (3) เจ้าหน้าที่ระดับท้องถิ่น ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และ (4) ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้แทน คือ มีประสบการณ์ทำงานหรือใช้บริการที่เกี่ยวข้องกับ UCEP อย่างน้อย 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ระยะที่ 1 การสำรวจ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยปรับใช้จากแบบสอบถาม health literacy survey – european questionnaire (HLS-EU-Q47)⁽⁷⁾ ให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยและประเด็นเฉพาะของนโยบาย UCEP โครงสร้าง

แบบสอบถามแบ่งเป็น 6 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลส่วนบุคคล (2) ความรู้เกี่ยวกับ UCEP (14 ข้อ) (3) ปัจจัยการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (4) ปัจจัยการใช้บริการตาม UCEP (5) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ และ (6) ความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 14 ข้อ ตาม Matrix ของ HLS-EU-Q47 ที่ครอบคลุม 4 องค์ประกอบ 3 มิติของกระบวนการ (เข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ การดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ) ปรับให้เน้นบริบทเหตุฉุกเฉินวิกฤต โดยให้คะแนน 1-4 และคำนวณคะแนนรวม 14-56 คะแนน จัดระดับเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เพียงพอ ($\leq 50\%$) มีปัญหา (51-66%) เพียงพอ (67-80%) และดีเยี่ยม ($>80\%$) เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (index of item-objective congruence: IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คนที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มศึกษา ได้ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.86

ระยะที่ 2 กระบวนการจัดการความรู้ ใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างในการสัมภาษณ์เชิงลึก (semi-structured in-depth interview) ครอบคลุม 5 ประเด็นหลัก ตามกระบวนการความรู้ด้านสุขภาพ คือ (1) การเข้าถึงบริการ UCEP (2) ความเข้าใจในระบบ UCEP (3) การประเมินและตัดสินใจใช้สิทธิ (4) การประยุกต์ใช้สิทธิ และ (5) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะอื่นๆ แนวคำถามหลักเหมือนกันในทุกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล แต่มีคำถามเฉพาะกลุ่ม (probe questions) ปรับตามบทบาท เช่น ผู้บริหารจะเน้นเชิงระบบและการเบิกจ่าย ในขณะที่ภาคประชาชนจะเน้นเชิงประสบการณ์การใช้สิทธิ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 การสำรวจ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน (median) และพิสัยควอร์ไทล์ (interquartile range: IQR) สำหรับข้อมูลที่ไม่กระจายตัวปกติ และค่าเฉลี่ย (mean)

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) สำหรับข้อมูลที่กระจายตัวปกติ การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินใช้ simple logistic regression เพื่อหาความสัมพันธ์อย่างหยاب จากนั้นคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p -value < 0.20 เข้าวิเคราะห์ multiple logistic regression แบบ backward elimination นำเสนอผลในรูป crude OR, adjusted OR (AOR), 95% confidence interval และค่า p -value โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา multicollinearity ระหว่างตัวแปรอิสระ ผู้วิจัยตรวจสอบค่า variance inflation factor (VIF) ของตัวแปรทุกตัวก่อนวิเคราะห์ และพบว่า ค่า VIF ของทุกตัวแปรอยู่ในช่วง 1.04-1.62 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (< 5)

ระยะที่ 2 กระบวนการจัดการความรู้ ผู้วิจัยถอดเทปสัมภาษณ์เป็นคำต่อคำ (verbatim transcription) จากนั้นวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) แบบ thematic analysis โดยจัดกลุ่มข้อมูลตามแนวคำถามหลักทั้ง 5 ประเด็น และสังเคราะห์ข้อค้นพบในรูปแบบของพีระมิดการจัดการความรู้ (knowledge pyramid)⁽⁸⁾ ที่จำแนกเป็น 4 ชั้น คือ ข้อมูล (data) สารสนเทศ (information) ความรู้ (knowledge) และปัญญา/ภูมิปัญญา (wisdom) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ พีระมิดการจัดการความรู้ถูกประยุกต์ใช้โดยชั้น data หมายถึงประสบการณ์ดิบของผู้ให้ข้อมูล ชั้น information คือการจัดประเภทประสบการณ์ตามประเด็นหลัก ชั้น knowledge คือการเชื่อมโยงประเด็นเข้าเป็นปัญหา/ข้อเสนอแนะเชิงระบบ และชั้น wisdom คือการสังเคราะห์เป็นรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามสิทธิ UCEP ที่นำไปปฏิบัติได้

การพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่โครงการ HE673038 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงและลงนามยินยอมก่อนการเข้าร่วมการศึกษา

ผลการศึกษา

การนำเสนอผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ส่วนที่ 1 (หัวข้อ 1–4) เป็นผลวิเคราะห์เชิงปริมาณจากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง 1,400 คน ครอบคลุมลักษณะส่วนบุคคล สถานการณ์ ความรอบรู้ และปัจจัยที่มีอิทธิพล และส่วนที่ 2 (หัวข้อ 5) เป็นผลการสังเคราะห์จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่นำไปสู่การเสนอรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามสิทธิ UCEP

1. ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล

ลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะการใช้บริการของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 1,400 คน แสดงในตารางที่ 1 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.86) มีอายุมัธยฐาน 49 ปี (พิสัย 18–77 ปี) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 41.72) ประกอบอาชีพ

เกษตรกรรม (ร้อยละ 48.28) และอยู่ในเขตชนบท (ร้อยละ 83.50) รายได้มัธยฐาน 9,000 บาท/เดือน (IQR: 5,000–15,000 บาท) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 73.36) ทั้งนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนเพศหญิงและประชากรชนบทค่อนข้างสูง สะท้อนข้อจำกัดของการเก็บข้อมูลในเวลากลางวันที่เพศหญิงและผู้ทำงานในพื้นที่มักให้ความร่วมมือมากกว่า ซึ่งจะอภิปรายในส่วนข้อจำกัดของการศึกษาต่อไป

2. ความรู้และความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบาย UCEP

ระดับความรู้เกี่ยวกับนโยบาย UCEP ของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60–79) คิดเป็นร้อยละ 76.71 (95%CI: 74.42 ถึง 78.85) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 12.56 ± 1.66 คะแนน

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล สถานะทางสังคม-เศรษฐกิจ และการรับรู้ของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 1,400)

ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ			รายได้ (บาท/เดือน)		
ชาย	240	17.14	≤5,000	463	33.07
หญิง	1,160	82.86	5,001–15,000	648	46.29
อายุ (ปี)			15,001–30,000	192	13.71
<30	96	6.86	>30,000	97	6.93
30–40	244	17.43	มัธยฐาน (IQR)	9,000 (5,000–15,000)	
≥41	1,060	75.71	สิทธิการรักษาพยาบาล		
มัธยฐาน (พิสัย)	49 (18–77)		หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	1,027	73.36
การศึกษา			ประกันสังคม	228	16.29
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	432	30.86	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	117	8.36
มัธยมศึกษา	584	41.72	อื่นๆ	28	2.00
อนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป	384	27.42	พื้นที่อาศัย		
อาชีพหลัก			เขตชนบท	1,169	83.50
เกษตรกรรม	676	48.28	เขตเมือง	231	16.50
รับจ้าง/พนักงาน	378	27.00	การรับรู้นโยบาย UCEP		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	219	15.64	ทราบ	1,173	83.79
อื่นๆ	127	9.07	ไม่ทราบ	227	16.21
			การมีกลุ่มอาสาสมัครในพื้นที่		
			มี	1,309	93.50
			ไม่มี	91	6.50

และมีผู้มีความรู้ระดับสูง ($\geq$ ร้อยละ 80) เพียงร้อยละ 3.14 สำหรับความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบาย UCEP ในภาพรวม (ตารางที่ 2) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ (ร้อยละ 45.14, 95%CI: 42.54 ถึง 47.76) รองลงมาคือดีเยี่ยม (ร้อยละ 32.57, 95%CI: 30.16 ถึง 35.07) มีปัญหา (ร้อยละ 12.36, 95%CI: 10.73 ถึง 14.18) และไม่เพียงพอ (ร้อยละ 9.93, 95%CI: 8.46 ถึง 11.61) มีค่าเฉลี่ยคะแนน 42.00 ± 9.04 คะแนน (พิสัย 14–56)

3. ความรอบรู้จำแนกตามประสบการณ์การใช้สิทธิ UCEP

เมื่อจำแนกผู้ตอบแบบสอบถามตามประสบการณ์การใช้สิทธิ UCEP (ไม่เคยใช้ 1,140 คน เคยใช้ 260 คน) พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีระดับความรอบรู้ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับเพียงพอ แต่กลุ่มที่เคยใช้สิทธิมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรอบรู้ระดับดีเยี่ยมสูงกว่า (ร้อยละ 41.54 เทียบกับ

ร้อยละ 30.53) รายละเอียดดังตารางที่ 3

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามสิทธิ UCEP

จากการวิเคราะห์ Multiple logistic regression (ตารางที่ 4) พบปัจจัย 4 ด้านที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระดับเพียงพอถึงดีเยี่ยม ได้แก่

1) ด้านลักษณะส่วนบุคคล: ผู้ที่อายุ 30–40 ปี มีโอกาสมีความรอบรู้สูงกว่ากลุ่มอายุ ≥ 41 ปี (AOR = 1.77, 95%CI: 1.17–2.67) และอายุ < 30 ปี มีโอกาสสูงกว่า (AOR = 3.46, 95%CI: 1.68–7.12) ($p < 0.001$) ผู้มีรายได้ $> 30,000$ บาท/เดือน มีโอกาสสูงกว่ากลุ่มรายได้ $\leq 5,000$ บาท (AOR = 1.97, 95%CI: 1.04–3.73) ($p = 0.011$)

2) ด้านการรับรู้นโยบาย UCEP: ผู้ที่ทราบเกี่ยวกับนโยบาย UCEP มีโอกาสสูงกว่า (AOR = 3.09, 95%CI:

ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบาย UCEP ภาพรวม (n = 1,400)

ระดับความรอบรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ	95 % CI
ไม่เพียงพอ ($\leq 50\%$, คะแนน 14–28)	139	9.93	8.46–11.61
มีปัญหา (51–66%, คะแนน 29–36)	173	12.36	10.73–14.18
เพียงพอ (67–80%, คะแนน 37–44)	632	45.14	42.54–47.76
ดีเยี่ยม ($> 80\%$, คะแนน 45–56)	456	32.57	30.16–35.07

ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD = 42.00 ± 9.04 คะแนน; มัธยฐาน (IQR) = 42 (38–47); พิสัย 14–56 คะแนน

ตารางที่ 3 ระดับความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบาย UCEP จำแนกตามประสบการณ์การใช้สิทธิ (n = 1,400)

ระดับความรอบรู้	ไม่เคยใช้สิทธิ (n = 1,140)		เคยใช้สิทธิ (n = 260)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เพียงพอ	103	9.04	36	13.85
มีปัญหา	150	13.16	23	8.85
เพียงพอ	539	47.28	93	35.77
ดีเยี่ยม	348	30.53	108	41.54
รวม	1,140	100.00	260	100.00
Mean $\pm$ SD	41.86 $\pm$ 8.59		42.62 $\pm$ 10.79	
Median (IQR); (พิสัย)	42, (38–47); (14–56)		42 (38.5–52); (14–56)	

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามสิทธิ UCEP จากการวิเคราะห์ multiple logistic regression (n = 1,400)

ปัจจัย	n	Adequate-Excellent (%)	Crude OR	AOR	95%CI	p-value
1) ลักษณะส่วนบุคคล						
อายุ (ปี)						<0.001
≥41 (อ้างอิง)	1,060	75.47	1	1	—	
30-40	244	83.20	1.60	1.77	1.17-2.67	
<30	96	88.54	2.51	3.46	1.68-7.12	
รายได้ (บาท/เดือน)						0.011
≤5,000 (อ้างอิง)	463	73.22	1	1	—	
5,001-15,000	648	78.70	1.35	1.47	1.08-1.98	
15,001-30,000	192	82.81	1.76	1.91	1.16-3.13	
>30,000	97	82.47	1.72	1.97	1.04-3.73	
2) การรับรู้นโยบาย UCEP						<0.001
ไม่ทราบ (อ้างอิง)	227	49.78	1	1	—	
ทราบ	1,173	83.12	4.96	3.09	2.11-4.51	
ทราบประเภทการเจ็บป่วยที่ใช้สิทธิได้						0.005
ไม่ทราบ (อ้างอิง)	373	61.66	1	1	—	
ทราบ	1,027	83.54	3.15	1.60	1.15-2.24	
ช่องทางรับข่าวสาร UCEP						0.004
ไม่ได้รับ (อ้างอิง)	65	36.92	1	1	—	
เคยได้รับ	1,335	79.70	6.70	2.45	1.33-4.53	
3) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการบริการ UCEP						
มีกลุ่มอาสาสมัครในตำบล						0.048
ไม่มี (อ้างอิง)	91	67.03	1	1	—	
มี	1,309	78.46	1.79	1.68	1.01-2.82	
ความพร้อมเพียงของชุมชน						<0.001
ไม่มี (อ้างอิง)	222	65.77	1	1	—	
มี	1,178	79.97	2.07	2.04	1.42-2.92	

หมายเหตุ: การตรวจสอบ multicollinearity ระหว่างตัวแปรอิสระโดย variance inflation factor (VIF) พบว่าค่า VIF อยู่ในช่วง 1.04-1.62 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (<5) นอกจากนี้ ตัวแปร “ระดับความรู้” และ “ความรู้” มีความสัมพันธ์เชิงแนวคิด จึงไม่นำตัวแปร “ระดับความรู้” เข้าในแบบจำลองสุดท้าย เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา endogeneity

2.11-4.51, $p < 0.001$) ผู้ที่ทราบประเภทการเจ็บป่วยที่ใช้สิทธิได้ มีโอกาสสูงกว่า (AOR = 1.60, 95%CI: 1.15-2.24, $p = 0.005$) และผู้ที่เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับ UCEP มีโอกาสสูงกว่า (AOR = 2.45, 95%CI: 1.33-4.53, $p = 0.004$)

3) ด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ: ผู้ที่มีกลุ่มอาสาสมัครในพื้นที่ มีโอกาสสูงกว่า (AOR = 1.68,

95%CI: 1.01-2.82, $p = 0.048$) และชุมชนที่มีความพร้อมเพียงในการทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งวัดจากความถี่และความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมสาธารณะของชุมชน เช่น การประชุมหมู่บ้าน การร่วมพัฒนาชุมชน และการช่วยเหลือกัน มีโอกาสสูงกว่า (AOR = 2.04, 95%CI: 1.42-2.92, $p < 0.001$)

5. ผลการสังเคราะห์กระบวนการจัดการความรู้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

การสัมภาษณ์ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยอาศัยการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลหลักจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งจากภาคประชาชน บุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตามกระบวนการจัดการความรู้ โดยสรุปข้อมูลจากการทบทวน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากการทำงาน โดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ละคนได้พูดสะท้อนความคิดเห็นที่มีต่อ การทำงานที่ผ่านมา มีจุดเด่น จุดด้อย และสรุปข้อควรพัฒนาให้ดีขึ้น

จากการจัดการความรู้โดยการทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากการทำงาน โดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ละคนได้พูดสะท้อนความคิดเห็นที่มีต่อ การทำงานที่ผ่านมา มีจุดเด่น จุดด้อย และสรุปข้อควรพัฒนาให้ดีขึ้น ผลการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการใช้สิทธิ UCEP พบปัญหาสำคัญในหลายด้าน ประการแรก ด้านการเข้าถึงและความเข้าใจ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิ UCEP อย่างถ่องแท้ ส่งผลให้เกิดการใช้สิทธิที่ไม่เหมาะสมหรือไม่กล้าเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชน นอกจากนี้ ยังพบปัญหาในการประเมินและการตีความเกณฑ์การใช้สิทธิ โดยเฉพาะการระบุภาวะฉุกเฉินวิกฤต ซึ่งนำไปสู่ความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับโรงพยาบาล และปัญหาในการเบิกจ่าย ในส่วนของระบบการเบิกจ่าย โรงพยาบาลเอกชนประสบปัญหาในการเบิกค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะในกรณีการใช้เวชภัณฑ์ราคาสูงและค่ารถพยาบาลฉุกเฉิน

ประเด็นปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือการส่งต่อผู้ป่วย พบอุปสรรคในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลตามสิทธิ เช่น การหาเตียงรับ หรือการปฏิเสธรับผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยต่างจังหวัดหรือผู้ป่วยที่ยังไม่ครบกำหนดเวลา 72 ชั่วโมง นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการใช้สิทธิช้า โดยมีผู้ป่วยบางรายใช้สิทธิ UCEP ช้าๆ ด้วยอาการเดิม แทนที่จะดูแลสุขภาพหรือรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลตามสิทธิ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการขาด

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพในระยะยาว

จากปัญหาที่พบ มีข้อเสนอแนะสำคัญหลายประการ ได้แก่ การเร่งประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระดับท้องถิ่นและชุมชน การปรับปรุงเกณฑ์การประเมินและการเบิกจ่ายให้มีความชัดเจน ครอบคลุมและสอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงมากขึ้น การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ โดยอาจพิจารณาให้โรงพยาบาลรัฐหรือโรงพยาบาลในเครือข่ายสามารถรับส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างยืดหยุ่นมากขึ้น และการสร้างกลไกเพื่อส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้ เพื่อให้การใช้สิทธิ UCEP เป็นไปอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและระบบสาธารณสุขโดยรวม

วิจารณ์

1. สถานการณ์ความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบาย UCEP

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบาย UCEP ของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ (ร้อยละ 45.14) และดีเยี่ยม (ร้อยละ 32.57) รวมประมาณร้อยละ 77.71 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Smith และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่า ประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามักมีประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระดับปานกลางถึงสูง อย่างไรก็ตามการที่ยังมีผู้มีความรอบรู้ในระดับ “ไม่เพียงพอ” และ “มีปัญหา” รวมกันถึงร้อยละ 22.29 ผวนกับข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ระบุว่าประชาชนยังขาดความเข้าใจในเกณฑ์การใช้สิทธิและไม่กล้าเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชน และนอกจากนี้ในด้านความรู้เกี่ยวกับโครงการ UCEP พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (76.71%) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson and Brown⁽¹⁰⁾ ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนความรอบรู้ในแบบสอบถามอาจสะท้อนความเข้าใจในระดับผิวเผิน (functional

health literacy) แต่ยังขาดความรอบรู้เชิงปฏิสัมพันธ์ (interactive) และเชิงวิจารณ์ (critical) ในการนำไปใช้จริงในสถานการณ์ฉุกเฉิน⁽¹¹⁾ ทำให้แม้คะแนนเฉลี่ยจะสูง แต่การใช้สิทธิให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี (clinical outcomes) เช่น การเข้าถึงการรักษาภายใน golden period ของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือ stroke fast track ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านการแพทย์-ฉุกเฉินตามสิทธิ

อายุน้อย (<30 ปี) และรายได้สูง (>30,000 บาท/เดือน) สัมพันธ์กับความรอบรู้ที่สูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่า ปัจจัยทางประชากรศาสตร์มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ อาจเนื่องจากกลุ่มคนรุ่นใหม่เข้าถึงข้อมูลผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลได้ดีกว่า และผู้มีรายได้สูงมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพและข้อมูลที่หลากหลายมากกว่า การรับรู้นโยบาย UCEP และการได้รับข่าวสารมีผลต่อความรอบรู้อย่างชัดเจน (AOR = 3.09 และ 2.45 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นจุดที่สามารถใช้ออกแบบนโยบายส่งเสริมความรอบรู้ได้อย่างเป็นรูปธรรม⁽¹³⁾ นอกจากนี้ การมีกลุ่มอาสาสมัครและความพร้อมเพรียงของชุมชน ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม มีอิทธิพลเชิงบวก สอดคล้องกับการศึกษาของ Thompson และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ชี้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3. ความสำคัญของการมุ่งเน้นโรงพยาบาลเอกชนและกลุ่มเสี่ยง

การสัมภาษณ์เชิงลึกชี้ให้เห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่ของ UCEP กระจุกตัวอยู่ในโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากประชาชนกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายและไม่กล้าเข้ารับบริการ^(15,16) (2) เกณฑ์การประเมินฉุกเฉินวิกฤตและระบบเบิกจ่ายที่ไม่ชัดเจนทำให้เกิดความขัดแย้ง⁽¹⁷⁾ และ (3) ปัญหาการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลเอกชนกับโรงพยาบาลตามสิทธิ⁽¹⁸⁾ ดังนั้น การพัฒนาความรอบรู้ของประชาชนและบุคลากรในมุมของโรงพยาบาลเอกชน

จึงเป็นจุดยกระดับ (leverage point) ที่สำคัญที่สุด นอกจากนี้ ควรให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกแก่กลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเข้าสู่ภาวะฉุกเฉินวิกฤตสูง เช่น ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง (เสี่ยงต่อ ischemic heart disease และ stroke) ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ (เสี่ยงต่ออุบัติเหตุจราจร โดยเฉพาะช่วงเทศกาล) และเด็กเล็ก (เสี่ยงต่อภาวะชักจากไข้สูง) ซึ่งสามารถสื่อสารเชิงรุกผ่าน อสม. รพ.สต. และเครือข่ายในพื้นที่

ข้อจำกัดของการศึกษา

1) ข้อจำกัดด้านความเป็นตัวแทน: กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนเพศหญิงค่อนข้างสูง (ร้อยละ 82.86) และผู้อาศัยในเขตชนบท (ร้อยละ 83.50) ซึ่งสะท้อนข้อจำกัดของการเก็บข้อมูลในเวลากลางวันในกลุ่มเพศหญิงและประชากรในพื้นที่ให้ความร่วมมือมากกว่า ดังนั้น การสรุปผลจึงเหมาะสมกับ “ประชาชนที่อาศัยและทำงานในเขตชนบท โดยเฉพาะกลุ่ม อสม.และผู้รับบริการสาธารณสุขประจำในพื้นที่” มากกว่าจะเป็นตัวแทนของประชากรไทยทั้งประเทศโดยตรง

2) ข้อจำกัดของการสุ่มจังหวัดด้วยการจับสลากภูมิภาคละ 1 จังหวัด ทำให้อาจไม่ครอบคลุมความหลากหลายของลักษณะประชากรทั้งภูมิภาค การศึกษาในอนาคตควรเพิ่มจำนวนจังหวัดต่อภูมิภาคและถ่วงน้ำหนักตามลักษณะประชากร

3) ข้อจำกัดของการออกแบบเชิงภาคตัดขวาง (cross-sectional) ทำให้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (causality) ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความรอบรู้ได้

4) ข้อจำกัดเชิงเครื่องมือ: แม้แบบสอบถามจะปรับมาจาก HLS-EU-Q47 ที่มีความน่าเชื่อถือ แต่การปรับให้เหมาะกับบริบท UCEP ของประเทศไทย อาจไม่ครอบคลุมทุกมิติของ HLS-EU-Q47 ที่เป็น 4 × 3 matrix อย่างสมบูรณ์ การศึกษาในอนาคตอาจพัฒนาเครื่องมือที่ครอบคลุมและจำเพาะมากขึ้น

5) ข้อจำกัดของการอ้างอิงสูตรขนาดตัวอย่าง: การศึกษานี้อ้างอิงสัดส่วนความรอบรู้จากการศึกษา ED vis-

its ที่ใกล้เคียง⁽⁵⁾ แต่ไม่ตรงกับ UCEP literacy โดยตรง การศึกษาในอนาคตควรใช้การประมาณจากข้อมูลนำร่อง ในบริบท UCEP

6) เนื่องจากตัวแปร “ระดับความรู้เกี่ยวกับ UCEP” และ “ความรอบรู้” มีความสัมพันธ์ทางแนวคิด (potential endogeneity) จึงไม่ได้นำตัวแปร “ระดับความรู้” เข้าเป็นตัวแปรอิสระในแบบจำลองสุดท้าย (final model) เพื่อความเป็นอิสระของผลการวิเคราะห์ ค่า VIF ของตัวแปรอิสระทั้งหมดอยู่ในช่วง 1.04–1.62 ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับ

5. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 2 ระยะ ผู้วิจัยเสนอรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามสิทธิ UCEP ที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบที่สอดคล้องกับข้อค้นพบเชิงประจักษ์ของการศึกษานี้ ดังภาพที่ 1 ได้แก่

(1) การให้ข้อมูลและการศึกษาเชิงรุก: ใช้ช่องทางหลากหลาย (สื่อดั้งเดิม + ดิจิทัล + บุคลากรสาธารณสุข) เพื่อยกระดับการรับรู้นโยบาย UCEP⁽¹⁵⁾ ซึ่งเป็นปัจจัยที่

มีอิทธิพลสูงสุดต่อความรอบรู้ (AOR = 3.09)

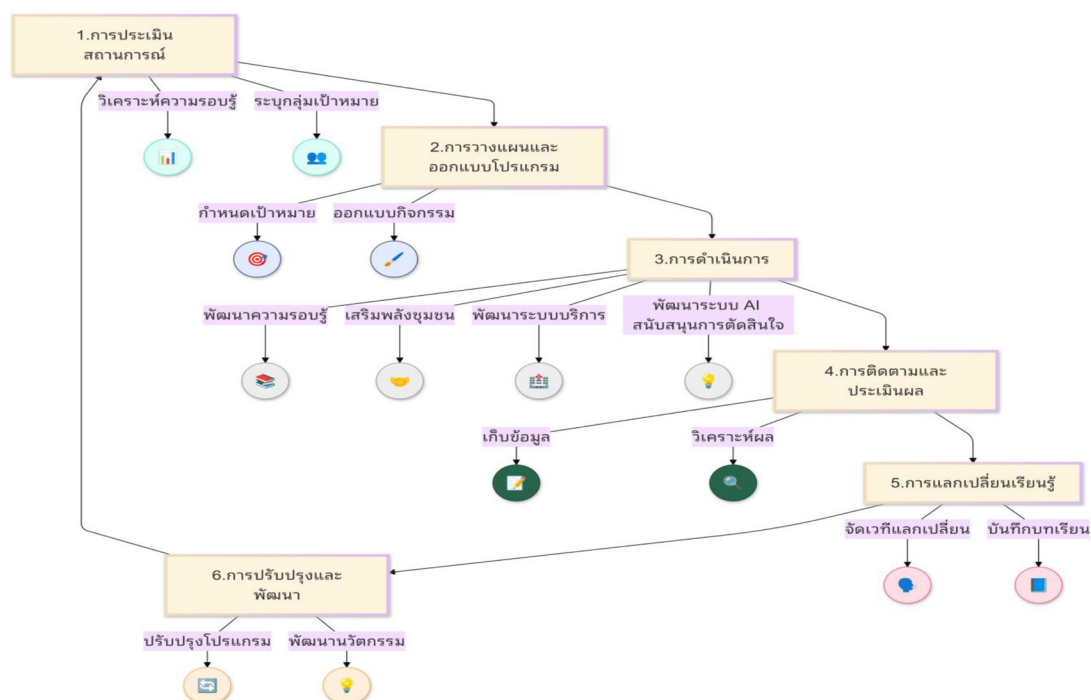
(2) การมีส่วนร่วมของชุมชน: ส่งเสริมการจัดตั้งและสนับสนุนกลุ่มอาสาสมัคร อสม. และเครือข่ายชุมชน⁽¹⁹⁾ เพื่อใช้พลังของความพร้อมเพรียงในชุมชน (AOR = 2.04) เป็นสะพานนำข้อมูลถึงประชาชน

(3) การปรับแต่งกลยุทธ์ตามกลุ่มเป้าหมาย: พัฒนาโปรแกรมเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้มีรายได้น้อย และกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ (Ischemic Heart Disease, ผู้ใช้รถจักรยานยนต์, ผู้ดูแลเด็ก)⁽²⁰⁾ ตามลักษณะที่พบในการศึกษา

(4) การบูรณาการกับระบบบริการสุขภาพ: สร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข โรงพยาบาลรัฐและเอกชน อปท. และชุมชน รวมถึงปรับปรุงเกณฑ์การประเมินภาวะวิกฤต ระบบเบิกจ่าย และการส่งต่อให้ชัดเจน⁽¹⁹⁾ เพื่อตอบโจทย์ปัญหาเชิงระบบจากผลการสัมภาษณ์เชิงลึก

(5) การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม: พัฒนาแอปพลิเคชันหรือฐานข้อมูลกลางที่ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูล UCEP ตรวจสอบสิทธิ และให้บุคลากรประเมิน

ภาพที่ 1 ภาพรูปแบบของการส่งเสริมความรอบรู้การแพทย์ฉุกเฉินตามสิทธิ UCEP



สิทธิและส่งผลได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับแนวคิด eHealth Literacy⁽²¹⁾

สรุป

การศึกษานี้พบว่า ประชาชนที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.71) มีความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามสิทธิ UCEP ในระดับเพียงพอถึงดีเยี่ยม อย่างไรก็ตาม ยังมีกลุ่มที่ความรอบรู้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 22.29) ซึ่งเป็นช่องว่างสำคัญที่ต้องเร่งแก้ไข ปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ รายได้ การรับทราบนโยบาย การมีกลุ่มอาสาสมัคร และความพร้อมเพรียงของชุมชน นอกจากนี้ การสัมภาษณ์เชิงลึกชี้ให้เห็นปัญหาเชิงระบบ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชน ทั้งด้านความเข้าใจเกณฑ์การใช้สิทธิ ระบบเบิกจ่าย และการส่งต่อผู้ป่วย รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ที่ครอบคลุมทั้งการสื่อสารเชิงรุก การมีส่วนร่วมของชุมชน การปรับกลยุทธ์ตามกลุ่มเป้าหมาย การบูรณาการกับระบบบริการสุขภาพ และการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนานโยบายและแผนงาน (จากระยะที่ 1)

1. พัฒนานโยบายที่มุ่งเน้นการเพิ่มความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีรายได้น้อย ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ต่ำกว่า

2. บูรณาการการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการแพทย์-ฉุกเฉินเข้ากับนโยบายสาธารณสุขอื่นๆ เช่น การคัดกรองสุขภาพ การควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3. พัฒนาแผนงานที่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่เคยใช้และไม่เคยใช้สิทธิ UCEP

การพัฒนาระบบข้อมูลและการสื่อสาร (จากระยะที่ 1 และระยะที่ 2)

1. สร้างระบบฐานข้อมูล UCEP ที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย เช่น เว็บไซต์ chatbot และคู่มือการประเมินภาวะฉุกเฉินด้วยตนเอง

2. ใช้สื่อสังคมออนไลน์และแพลตฟอร์มดิจิทัลในการเผยแพร่ข้อมูล โดยเน้นเนื้อหาที่เข้าใจง่าย เช่น อินโฟ-

กราฟิก และคลิปสั้น

3. พัฒนาการสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ โดยเฉพาะภาษาที่เข้าใจง่ายสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่ไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยี

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและชุมชน (จากระยะที่ 2)

1. จัดอบรมบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครชุมชน รวมถึงเจ้าหน้าที่ระดับท้องถิ่น (อบต. รพ.สต.) เกี่ยวกับเกณฑ์การใช้สิทธิและการสื่อสารข้อมูล UCEP

2. สนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครและเครือข่ายชุมชนด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างความรอบรู้และระบบเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉิน

การปรับปรุงระบบบริการ (จากระยะที่ 2)

1. ปรับปรุงเกณฑ์ Emergency Index ให้ชัดเจนครอบคลุมกรณีกำลัง เด็กชกจากใช้สูง และผู้ป่วยที่อาการเปลี่ยนแปลงระหว่างการรักษา

2. ปรับปรุงระบบเบิกจ่ายค่าเวชภัณฑ์ ค่ารถพยาบาล และค่าตอบแทนบุคลากรในกรณีฉุกเฉินวิกฤตให้สอดคล้องกับการปฏิบัติจริง

3. พัฒนาระบบส่งต่อที่ยืดหยุ่นมากขึ้น โดยให้โรงพยาบาลรัฐในเครือข่าย สปสช. สามารถรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลเอกชนได้โดยไม่ต้องรอครบ 72 ชั่วโมง

4. สร้างกลไกกระตุ้นความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ UCEP เข้าด้วยภาวะโรคเดิม

การสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วน

1. ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และประชาสังคมในการส่งเสริมความรอบรู้และพัฒนาระบบ UCEP

2. สร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่และหน่วยบริการ

3. พัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาในการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมด้านความรอบรู้

การวิจัยในอนาคต

1. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านการ

แพทย์ฉุกเฉินกับ clinical outcomes เช่น อัตราการเสียชีวิต ความพิการ และระยะเวลาในการเข้าถึงการรักษา

2. ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในกลุ่มเฉพาะ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ และผู้ดูแลเด็ก

3. ศึกษาแบบ longitudinal เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของความรอบรู้และความสัมพันธ์เชิงเหตุผล

เอกสารอ้างอิง

- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แนวทางการกำหนดนิยามการเจ็บป่วยฉุกเฉิน [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [สืบค้นเมื่อ 20 เม.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.niems.go.th>
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2566–2570 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 20 ส.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.niems.go.th>
- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12:80.
- วิมล โรมา, สายชล คล้อยเอี่ยม, วคินี สุชินิตย์. โครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2562.
- Balakrishnan MP, Herndon JB, Zhang J, Payton T, Shuster J, Carden DL. The association of health literacy with preventable ED visits: a cross-sectional study. *Acad Emerg Med* 2017;24(9):1042–50.
- Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Stat Med* 1998;17(14):1623–34.
- Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health* 2013;13:948.
- Yamazaki H. The knowledge pyramid: A model of the relationship between data, information, knowledge, and wisdom. *J Knowl Manag* 2004;8(2):45–58.
- Smith JA, Thompson MJ, Wilson RL. Health literacy in countries with universal health coverage: a systematic review. *BMC Public Health* 2022;22(1):1–15.
- Johnson RL, Brown KM. Understanding public knowledge of universal health coverage: a cross-sectional survey. *Health Policy Plan* 2023;38(2):178–89.
- Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 2008;67(12):2072–8.
- Lee HY, Choi JK, Lee MH. Demographic and socioeconomic disparities in health literacy among adults: A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(1):126.
- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000;15(3):259–67.
- Thompson EL, Vamos CA, Daley EM. Community-based health literacy interventions: A systematic review. *J Health Commun* 2020;25(9):720–31.
- Parker RM, Ratzan SC. Health literacy: A second decade of distinction for Americans. *J Health Commun* 2010;15(Suppl 2):20–33.
- World Health Organization. The world health report: Health systems financing — the path to universal coverage [Internet]. 2010 [cited 2023 Mar 1]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44371>
- Institute of Medicine. Patient safety: Achieving a new standard for care. Washington DC: National Academies Press; 2004.
- Lega F, Prenestini A, Spurgeon P. Is management es-

- sential to improving the performance and sustainability of health care systems and organizations? A systematic review and a roadmap for future studies. *Value Health* 2013;16(1):S46–51.
19. Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B, et al. Ten attributes of health literate health care organizations. Washington DC: Institute of Medicine; 2012.
20. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, editors. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
21. Norman CD, Skinner HA. eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. *J Med Internet Res* 2006;8(2):e9.

Development of a Model to Enhance Emergency Medical Literacy under the “Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP)” Policy

Thongsakchai Saipraraj*, Kittipong Sornlorm**, Witoon Sriraso*, Nuttha Linla*, Naruenet Linla***

* National Institute for Emergency Medicine; **Faculty of Public Health, Khon Kaen University; *** Khon Kaen Vocational College, Thailand

Journal of Emergency Medical Services of Thailand 2026;6(1):56–68.

Corresponding author: Kittipong Sornlorm, email: Kittsorn@kku.ac.th

Abstract: Appropriate access to emergency medical services depends on the health literacy of the population, particularly regarding the Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP) policy, for which evidence in Thailand remains limited. This study aimed to (1) assess the situation and determinants of emergency medical literacy related to the UCEP policy, and (2) develop an appropriate literacy–promotion model. A two–phase mixed–methods design was employed. Phase 1 was a cross–sectional survey of 1,400 participants in six provinces representing six regions of Thailand using multistage sampling, analyzed by descriptive statistics and multiple logistic regression. Phase 2 used a knowledge–management process with in–depth interviews of 25 stakeholders—citizens, health personnel, local officers, and emergency–medicine administrators. Most participants had adequate (45.14%, 95% CI: 42.54–47.76) or excellent (32.57%, 95% CI: 30.16–35.07) emergency medical literacy. Significant determinants ($p < 0.05$) included age < 30 years (AOR = 3.46, 95% CI: 1.68–7.12), income $> 30,000$ THB/month (AOR = 1.97, 95% CI: 1.04–3.73), awareness of the UCEP policy (AOR = 3.09, 95% CI: 2.11–4.51), presence of community volunteer groups (AOR = 1.68, 95% CI: 1.01–2.82), and community cohesion (AOR = 2.04, 95% CI: 1.42–2.92). Interviews revealed that UCEP facilitates timely lifesaving care; however, both the public and personnel still lack clear understanding of eligibility criteria, reimbursement procedures, and inter–hospital referral, particularly in private hospitals. Recommendations are to prioritize older adults and low–income groups, intensify communication of eligibility criteria to citizens and local officers, foster community engagement, clarify reimbursement and referral systems, and develop digital tools to sustainably enhance emergency medical literacy.

Keywords: health literacy model; emergency medical services; UCEP; Thailand