

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับเยาวชนไทย

Effects of an Emergency Medical Literacy Promotion Program on Emergency Medical Literacy among Thai Adolescents

(Received: September 27, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

วรวิฑูรย์ ชมภูพาน¹ สุพันธ์ทิพย์ ภูศรีโสม² กนกอร บุญมี³ เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ⁴ วรางคณา ชมภูพาน⁵
Worawut Chompoopan¹ Suphanthip Phusrisom² Kanokon Boonmee³ Saowaluk Seedaket⁴
Warangkana Chompoopan⁵

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับเยาวชนไทยโดยมีนักเรียนที่เข้าร่วมโครงการจากเขตสุขภาพที่ 7 และ 12 จำนวน 680 ราย สุ่มแบ่งกลุ่มแบบ Cluster ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างละ 340 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินเป็นเวลา 1 เดือน และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับคำแนะนำให้ใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ โดยใช้เครื่องมือวัดความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งประกอบไปด้วย 6 มิติ เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง และหลังจากการทดลอง จากนั้นได้วิเคราะห์ข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วย Independent t-test และการเปรียบเทียบภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินในภาพรวมมีคะแนน 240.82 คะแนนและในกลุ่มเปรียบเทียบ 219.10 คะแนน ต่างกัน 21.72 คะแนน (95%CI=17.26 to 26.18) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ และเมื่อจำแนกตามมิติพบว่า มิติที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 6.21 คะแนน (95%CI=5.10 to 7.33) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ มิติที่ 2 ความรู้ ความสามารถในการรับรู้ภาวะฉุกเฉิน และขั้นตอนการปฏิบัติ มีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 4.47 คะแนน (95%CI=4.16 to 4.78) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ มิติที่ 3 ทักษะการสื่อสารมีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 4.17 คะแนน (95%CI=2.70 to 5.64) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ มิติที่ 4 ทักษะการจัดการตนเอง มีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 2.90 คะแนน (95%CI=1.82 to 3.97) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ มิติที่ 5 ทักษะการตัดสินใจ มีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 2.06 คะแนน (95%CI=0.89 to 3.24) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ มิติที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อมีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 1.91 คะแนน (95%CI=1.17 to 2.65) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน นักเรียน

Abstract

Aim of this study to examine the effects of emergency medical literacy program on emergency medical literacy for Thai students. The study involved 680 students from the 7th and 12th health regions, who were randomly divided into experimental and control groups of 340 each using cluster randomization. The experimental group received the emergency medical literacy program for one month; the control group was advised to continue their daily lives as usual. A tool to measure emergency medical literacy, which consists of six dimensions, and data were

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น

² อาจารย์ ดร. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น: Corresponding Author Email: suphanthip@scphkk.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

⁵ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น

collected before and after the experiment. The data were analyzed between the experimental and control groups using Independent t-test and within-group comparisons using Paired t-test, with a statistical significance level 0.05.

The result found that the experimental group had total emergency medical knowledge score 240.82, while the control group had total score of 219.10, a difference of 21.72 points (95%CI=17.26 to 26.18), statistically significant ($p<0.001$). When analyzed by dimension, it was found that Dimension 1, access to information and health services, had score difference 6.21 points (95%CI=5.10 to 7.33), statistically significant ($p<0.001$). Dimension 2, knowledge, ability to recognize emergencies, and procedures, score difference of 4.47 points (95%CI=4.16 to 4.78), statistically significant ($p<0.001$). Dimension 3, communication skills, score difference of 4.17 points (95%CI=2.70 to 5.64), statistically significant ($p<0.001$). Dimension 4, self-management skills, score difference 2.90 points (95%CI=1.82 to 3.97), statistically significant ($p<0.001$). Dimension 5, decision-making skills, score difference 2.06 points (95%CI=0.89 to 3.24), statistically significant ($p<0.001$). Dimension 6, media literacy, score difference of 1.91 points (95%CI=1.17 to 2.65), statistically significant ($p<0.001$).

Key words: Health literacy, Emergency Medical Literacy, Student

บทนำ

การเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนเพศทุกวัยมีโอกาสหลีกเลี่ยงได้ จากข้อมูลสรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2559 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่าโรคในระบบไหลเวียนพบมากที่สุด 601.0 ต่อประชากร 1000 คน รองลงมาคือโรคในระบบต่อมไร้ท่อ 567.1 ต่อประชากร 1000 คน และโรคในระบบทางเดินหายใจ 499.6 ต่อประชากร 1,000 คน เมื่อจำแนกรายโรคพบว่าโรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุด 1993.4 ต่อประชากร 100,000 คน รองลงมาคือโรคเบาหวานพบ 1292.8 ต่อประชากร 100,000 คน และโรคโลหิตจางพบได้ 1192.3 ต่อประชากร 100,000 คน¹ นอกจากนี้ยังพบว่าโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยมีแนวโน้มว่ามีความชุกเพิ่มสูงขึ้นจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 6 พบร้อยละ 25.4 ซึ่งสูงขึ้นจากการสำรวจครั้งที่ 5 ที่พบร้อยละ 24.7 สำหรับโรคเบาหวานในประชาชนที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในปี 2563 มีความชุกเพิ่มขึ้นจากปี 2557 จากร้อยละ 8.9 เป็นร้อยละ 9.5² การเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้นอาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉินวิกฤตได้เช่นเดียวกัน ภาวะฉุกเฉินจากการเจ็บป่วยพบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVDs) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตประมาณ 17.9 ล้านคนในแต่ละปี ในปี 2562 คิดเป็น 32% ของการเสียชีวิตทั่วโลก สำหรับประเทศไทยในปี 2562 มีผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดจำนวน

350,922 ราย (อัตราผู้ป่วย 535 ต่อประชากรแสนคน) เสียชีวิตจำนวน 20,556 ราย (อัตราผู้ป่วย 31 ต่อประชากรแสนคน) นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน หรือ acute stroke เป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับสองและการพิการเป็นอันดับสามทั่วโลก ปี 2563 ประชากรโลกมีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกว่า 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.5 ล้านคนต่อปี ประเทศไทยในปี 2562 มีผู้ป่วย Stroke จำนวน 355,671 ราย (อัตราผู้ป่วย 543 ต่อประชากรแสนคน) มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 34,728 ราย (อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมควบคุมโรค ประเมินการความเสี่ยงของการเกิด Stroke พบว่า ทุก 4 คนจะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน สำหรับสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2554 - 2563) มีจำนวนผู้เสียชีวิตสะสมถึง 206,589 ราย (เฉลี่ยเสียชีวิต 20,659 คน/ปี หรือ 58 คนต่อวัน) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินพบว่าผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาใช้บริการในระบบในปี 2553 เป็น 82,895 เป็น 167,954 ราย ในปี 2556 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 35.0 แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีผู้ป่วยฉุกเฉินเสียชีวิตก่อนที่หน่วยแพทย์จะไปถึงจุดเกิดเหตุกลับพบว่าเพิ่มขึ้นในปี 2565 และปี 2566 จำนวน 6,179 และ 6,853 รายตามลำดับ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 11.0³ อีกทั้งยังพบสาเหตุการตายที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจรที่พบได้

มากถึง 38.1 ต่อประชากรแสนคนซึ่งสูงเป็นอันดับ 3 ของโรค³ จากข้อมูลดังกล่าวจะสะท้อนให้เห็นว่าการเกิดเหตุฉุกเฉินทั้งอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยนั้นมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น แต่อย่างไรก็ตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนี้สามารถป้องกันหรือลดผลกระทบที่รุนแรงได้ หากแต่ความเจ็บป่วยฉุกเฉินดังที่กล่าวนั้นสามารถป้องกันได้โดยการพัฒนาความสามารถในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพ ด้วยตนเอง รวมไปถึงการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนให้ประชาชนคนไทยมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองและมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี ในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมการพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสมนั้น มีกลวิธีการดำเนินงาน อาทิเช่น การประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การใช้แนวคิด 3อ.2ส. แนวคิดขับขี่ปลอดภัยในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมไปถึงการใช้แนวคิดของการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพซึ่งหมายถึงความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลการมีความรู้ความเข้าใจในวิธีการปฏิบัติความสามารถในการจูงใจบุคคลอื่นความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย การตัดสินใจและการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งที่สุดแล้วก็จะส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อีกทั้งยังมีความสามารถแนะนำให้บุคคลในชุมชนสามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป

จากความสำคัญดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าควรมีการสร้างเสริมความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินในเยาวชน (EMS literacy) และเนื่องจากการศึกษาเรื่องการสร้างเสริม EMS literacy นั้นยังมีผู้ที่ศึกษาไว้น้อย ดังนั้นจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อลดผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนของการเกิดภาวะฉุกเฉินในประชาชนไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับเยาวชนไทย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย (Research design) การศึกษาเชิงทดลอง (Experiment study) สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแบบกลุ่ม (Cluster randomize control trials: CRT)

ประชากร

การศึกษาในครั้งนี้ได้ศึกษาในประชากร คือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ม.4-ม.6

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

2. มีอุปสรรคในการฟัง อ่าน เขียน
3. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้พิการ

สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่ม⁴ ดังนั้นโดยใช้ค่าสถิติการศึกษาที่ผ่านมาโดย $\text{Mean} \pm \text{SD}$ กลุ่มทดลอง = 34.91 ± 5.35 $\text{Mean} \pm \text{SD}$ กลุ่มควบคุม 30.62 ± 4.27 ⁵ ได้ตัวอย่างกลุ่มละ 27 ราย และป้องกันการถอนตัว 20% กลุ่มตัวอย่างที่ถูกปรับแล้วในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับกลุ่มละ 34 คน

ในการศึกษาครั้งนี้จะทำการศึกษาตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 34 คนและในกลุ่มควบคุมจำนวน 34 รวมขนาดตัวอย่างทั้งหมด 68 คน โดยสุ่มเลือกตามเขตสุขภาพด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายได้โรงเรียนที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 และ 12 เขตละ 5 โรงเรียน รวม 10 โรงเรียน รวมขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 340 คน รวมทั้งสิ้น 680 คน

โปรแกรมการทดลอง

โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS Literacy) ที่คณะผู้วิจัยดำเนินการสร้างขึ้นมามีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1
การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการปฐมพยาบาลของผู้พบเหตุ
หรือเจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่บุคลากรด้านสุขภาพ

ตารางที่ 1 ชุดความรู้ในการรับรู้การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการปฐมพยาบาลของผู้พบเหตุ

ครั้งที่	หัวข้อ	รายละเอียด	เวลา
1.	การพบเหตุฉุกเฉิน	การให้ความรู้เรื่อง	
		การพบประชาชนที่ประสบอุบัติเหตุ ทั่วไป	1 ชั่วโมง
		การพบประชาชนที่ประสบอุบัติเหตุจราจร	
		การพบประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน	
		การประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้น	
		ฝึกปฏิบัติการประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้น	3 ชั่วโมง
2.	การแจ้งเหตุ การรับคำแนะนำเบื้องต้น	การให้ความรู้เรื่อง	1
		การแจ้งเหตุ 5 อย่างซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลดังนี้	
		เหตุการณ์อะไร อยู่ที่ไหน อาการของผู้ป่วยเป็นอย่างไร	
		จำนวนผู้ป่วย และเบอร์โทรที่สามารถติดต่อกลับได้	
		ฝึกปฏิบัติการประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้น	3 ชั่วโมง
3.	การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ	การให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉิน	1 ชั่วโมง
		การดูแลประชาชนที่ประสบอุบัติเหตุ ทั่วไป	
		การดูแลประชาชนที่ประสบอุบัติเหตุจราจร	
		การดูแลประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน	
		ฝึกปฏิบัติเรื่องการดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉิน	3 ชั่วโมง
4.	การแจ้งเหตุ การรับคำแนะนำเบื้องต้น	การให้ความรู้เรื่อง	1
		การแจ้งเหตุ 5 อย่างซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลดังนี้	
		เหตุการณ์อะไร อยู่ที่ไหน อาการของผู้ป่วยเป็นอย่างไร	
		จำนวนผู้ป่วย และเบอร์โทรที่สามารถติดต่อกลับได้	
		ฝึกปฏิบัติการประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้น	3 ชั่วโมง
5.	การช่วยฟื้นคืนชีพ	การให้ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	1 ชั่วโมง
		ฝึกปฏิบัติการ การจัดการทางเดินหายใจขั้นพื้นฐาน	30 นาที
		ฝึกปฏิบัติการ ช่วยหายใจขั้นพื้นฐาน	30 นาที
		ฝึกปฏิบัติการ กดหน้าอก	2 ชั่วโมง
		ฝึกปฏิบัติการการ CPR และการใช้เครื่อง AED	1 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาความรู้ด้าน
การแพทย์ฉุกเฉินในเยาวชนในมิติอื่นๆ
การนำโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้าน
การแพทย์ฉุกเฉิน (EMS Literacy) ไปทดลองใน กลุ่ม
นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในพื้นที่เขตภาคตะวันออก
เฉิงเหวอและภาคใต้

การเก็บรวบรวมข้อมูล
การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ใช้
แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของประชากรและแบบบันทึก
ข้อมูลของตัวอย่าง ซึ่งข้อมูลทั่วไปไม่มีข้อคำถาม
ประกอบไปด้วย เพศ อายุ การศึกษา แบบบันทึก
ข้อมูลความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS

Literacy) โดยที่ผู้ถูกเก็บข้อมูลคืออาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ การดำเนินการเก็บข้อมูลจะดำเนินการในตอนเช้า สถานที่ในการเก็บข้อมูลใช้โรงเรียนของนักเรียน

เครื่องมือที่ใช้คือแบบวัดความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS Literacy) 6 มิติ รวมทั้งสิ้น 71 ข้อ รวม 287 คะแนน การแปลผล คะแนนที่มากหมายถึง การมี ความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่มาก การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ พบว่าทั้ง 6 มิติมีค่า Cronbach's alpha อยู่ที่ 0.90 ถึง 0.97

การวิเคราะห์ข้อมูล

การทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test หากข้อมูลแจกแจงปกติ จะดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ สถิติพรรณนา ประกอบไปด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติอนุมาน ใช้ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองด้วยสถิติ Independent t-test สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในการวัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent t-test และการวัดซ้ำภายในกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2568 เลขที่ HE672132

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่านักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งพบในกลุ่มทดลองจำนวน 254 คน คิดเป็นร้อยละ 74.71 พบในกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 231 คนคิดเป็นร้อยละ 67.94 คน อีกทั้งยังพบว่านักเรียนทั้ง 2 กลุ่มมีอายุระหว่าง 16-17 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 16.46 ปี และในกลุ่มเปรียบเทียบ 16.57 ปี ทั้ง 2 กลุ่มมีอายุน้อยที่สุด 15 ปี และสูงสุด 18 ปี นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีนักเรียนชั้นมัธยม

ศึกษาปีที่ 4 มากที่สุด 156 คน คิดเป็นร้อยละ 45.88 และร้อยละ 32.35 ในกลุ่มเปรียบเทียบ สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในกลุ่มเปรียบเทียบพบมากที่สุด 197 คน ร้อยละ 57.94 และในกลุ่มทดลอง 32.65

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินทั้ง 6 มิติ ซึ่งประกอบไปด้วยมิติด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ ความสามารถในการรับรู้ภาวะฉุกเฉิน และขั้นตอนการปฏิบัติ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการจัดการตนเอง ด้านทักษะการตัดสินใจ และด้านการรู้เท่าทันสื่อ ก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลองพบว่าในกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินในภาพรวมมีคะแนน 240.82 คะแนนและในกลุ่มเปรียบเทียบ 219.10 คะแนน ต่างกัน 21.72 คะแนน (95%CI=17.26 to 26.18) โดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ และเมื่อจำแนกตามมิติพบว่า มิติที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access skill) มีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 6.21 คะแนน (95%CI=5.10 to 7.33) โดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ มิติที่ 2 ความรู้ ความสามารถในการรับรู้ภาวะฉุกเฉิน และขั้นตอนการปฏิบัติ มีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 4.47 คะแนน (95%CI=4.16 to 4.78) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ มิติที่ 3 ทักษะการสื่อสารมีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 4.17 คะแนน (95%CI=2.70 to 5.64) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ มิติที่ 4 ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) มีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 2.90 คะแนน (95%CI=1.82 to 3.97) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ มิติที่ 5 ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) มีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 2.06 คะแนน (95%CI=0.89 to 3.24) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$

มิติที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) มี
คะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 1.91 คะแนน

(95%CI=1.17 to 2.65) โดยแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$

**ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการ
ทดลอง จำแนกตามมิติทั้ง 6 ด้าน มิติย่อย และภาพรวม**

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=340)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=340)		Mean difference	95% CI of mean diff	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (จำแนก 6 มิติ)							
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	66.29	7.59	60.08	7.26	6.21	5.10 to 7.33	<0.001
1.1 ส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะฉุกเฉิน	21.17	3.37	19.01	2.91	2.16	1.68 to 2.63	<0.001
1.2 ป้องกันปัญหาการเกิดภาวะฉุกเฉิน	23.23	2.31	20.69	4.61	2.54	1.98 to 3.08	<0.001
1.3 การใช้บริการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	21.89	3.43	20.37	3.73	1.52	0.99 to 2.07	<0.001
2. ความรู้ ความสามารถในการรับรู้ภาวะฉุกเฉินและขั้นตอนการปฏิบัติ	13.87	2.01	9.40	2.11	4.47	4.16 to 4.78	<0.001
3. ทักษะการสื่อสาร	57.64	9.82	53.47	9.73	4.17	2.70 to 5.64	<0.001
3.1 ความสามารถในการแจ้งเหตุฉุกเฉิน	17.17	2.66	15.62	3.29	1.55	1.10 to 2.00	<0.001
3.2 การแนะนำบุคคลอื่นเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน	40.47	7.59	37.85	8.23	2.62	1.43 to 3.81	<0.001
4. ทักษะการจัดการตนเอง	32.14	6.66	29.24	7.62	2.90	1.82 to 3.97	<0.001
4.1การวางแผนการดูแลกรณีฉุกเฉิน	15.98	3.58	14.86	3.64	1.12	0.57 to 1.66	<0.001
4.2ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ	16.16	4.30	14.38	4.57	1.78	1.11 to 2.44	<0.001
5. ทักษะการตัดสินใจ	40.90	7.51	38.84	8.13	2.06	0.89 to 3.24	<0.001
6. การรู้เท่าทันสื่อ	29.98	5.04	28.07	4.82	1.91	1.17 to 2.65	<0.001
ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน(ภาพรวมทั้ง 6 มิติ)	240.82	31.40	219.10	27.71	21.72	17.26 to 26.18	<0.001

ภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองพบว่าความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินในภาพรวมมีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 219.10 คะแนนเป็น 240.82 คะแนน เพิ่มขึ้น 21.72 คะแนน (95%CI=17.26 to 26.18) โดยเพิ่มขึ้นแตกต่างจากช่วงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ และเมื่อจำแนกตามมิติพบว่า มิติที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access skill) มีคะแนนที่เพิ่มขึ้น 10.14 คะแนน (95%CI=9.03 to 11.26) โดยเพิ่มขึ้นแตกต่างจากช่วงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

$p<0.001$ มิติที่ 2 ความรู้ ความสามารถในการรับรู้ภาวะฉุกเฉิน และขั้นตอนการปฏิบัติ มีคะแนนที่เพิ่มขึ้น 5.77 คะแนน (95%CI=5.54 to 5.99) โดยเพิ่มขึ้นแตกต่างจากช่วงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ มิติที่ 3 ทักษะการสื่อสารมีคะแนนที่เพิ่มขึ้น 5.40 คะแนน (95%CI=3.95 to 6.84) โดยเพิ่มขึ้นแตกต่างจากช่วงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ มิติที่ 4 ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) มีคะแนนที่เพิ่มขึ้น 4.90คะแนน (95%CI=3.99

to 5.81) โดยเพิ่มขึ้นแตกต่างจากช่วงก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ มิติที่ 5 ทักษะ การตัดสินใจ (Decision skill) มีคะแนนที่เพิ่มขึ้น 3.03 คะแนน (95%CI=1.96 to 4.11) โดยเพิ่มขึ้น แตกต่างจากช่วงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ $p<0.001$ มิติที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) มีคะแนนที่เพิ่มขึ้น 3.09 คะแนน (95%CI=2.30 to 3.88) โดยเพิ่มขึ้นแตกต่างจากช่วง ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ (ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินภายในกลุ่มทดลองหลังการทดลอง จำแนกตามมิติทั้ง 6 ด้าน มิติย่อย และภาพรวม

ตัวแปร	หลังการทดลอง (n=340)		ก่อนการทดลอง (n=340)		$\bar{d}$	S_d	95% CI of μ_d	P- value
	Mean	SD	Mean	SD				
ความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (จำแนก 6 มิติ)								
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการ สุขภาพ	66.29	7.59	56.15	6.92	10.14	10.47	9.03 to 11.26	<0.001
1.1 ส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกัน การเกิดภาวะฉุกเฉิน	21.17	3.37	17.97	3.73	3.20	5.13	2.65 to 3.74	<0.001
1.2 ป้องกันปัญหาการเกิดภาวะ ฉุกเฉิน	23.23	2.31	19.18	4.14	4.05	4.71	3.54 to 4.55	<0.001
1.3 การใช้บริการหน่วยบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน	21.89	3.43	18.99	3.36	2.90	5.00	2.37 to 3.44	<0.001
2. ความรู้ ความสามารถในการ รับรู้ภาวะฉุกเฉิน และขั้นตอนการ ปฏิบัติ	13.87	2.01	8.10	2.02	5.77	2.13	5.54 to 5.99	<0.001
3. ทักษะการสื่อสาร	57.64	9.82	52.24	9.74	5.40	13.55	3.95 to 6.84	<0.001
3.1 ความสามารถในการแจ้งเหตุ ฉุกเฉิน	17.17	2.66	16.11	2.91	1.06	3.80	0.66 to 1.47	<0.001
3.2 การแนะนำบุคคลอื่นเมื่อเกิด เหตุฉุกเฉิน	40.47	7.59	36.14	7.88	4.33	10.79	3.18 to 5.48	<0.001
4. ทักษะการจัดการตนเอง	32.14	6.66	27.24	6.09	4.90	8.55	3.99 to 5.81	<0.001
4.1การวางแผนการดูแลกรณี ฉุกเฉิน	15.98	3.58	14.04	3.57	1.94	4.70	1.44 to 2.44	<0.001
4.2ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ	16.16	4.30	13.20	4.07	2.96	5.74	2.35 to 3.57	<0.001
5. ทักษะการตัดสินใจ	40.90	7.51	37.87	6.79	3.03	10.04	1.96 to 4.11	<0.001
6. การรู้เท่าทันสื่อ	29.98	5.04	26.89	5.30	3.09	7.37	2.30 to 3.88	<0.001
ความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (ภาพรวม)	240.82	31.40	208.49	24.49	32.33	39.12	28.16 to 36.5	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินในภาพรวมมี
คะแนน 240.82 คะแนนและในกลุ่มเปรียบเทียบ

219.10 คะแนน ต่างกัน 21.72 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของสุกัญญา คณะวาปีและคณะ⁶ ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยแบ่งเด็กนักเรียนออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 38 คน ซึ่งประกอบไปด้วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการใช้แนวทางโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ และกลุ่มสุดท้ายไม่ได้รับโปรแกรมการพัฒนา ทดลอง ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนให้สามารถเปลี่ยนแปลงได้เป็นอย่างดี⁶

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเรื่องการพัฒนาความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับเยาวชนไทยมีการออกแบบโปรแกรมซึ่งประกอบไปด้วยทักษะ 3 ระดับ ซึ่งประกอบไปด้วย ทักษะทางปัญญาระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ทักษะทางสังคม ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) และทักษะระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy)⁷ โดยโปรแกรมนี้ออกแบบให้มีการฝึกปฏิบัติ (Active learning) โดยการใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation base learning) ที่เกี่ยวข้องกับภาวะฉุกเฉินต่างๆอาจเกิดขึ้นได้ในโรงเรียนหรือในชุมชน ซึ่งกระบวนการนี้จะเป็นการส่งเสริมให้เยาวชนเกิดการเรียนรู้และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงเมื่อประสบเหตุการณ์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Chen และ Yang⁸ ที่พบว่าการเรียนการสอนแบบ Active learning เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดี⁸ และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาในประเทศไทยของ สกฤษณ์พงศ์ และแสนคำมา⁹ ที่พบว่าการเรียนแบบ Active learning ร่วมกับการเรียนแบบสถานการณ์จำลอง (Simulation base learning) จะส่งผลต่อรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นในเยาวชน⁹ นอกจากรูปแบบการสอนดังที่กล่าวมาแล้วผู้วิจัยได้ใช้

สื่อสังคมออนไลน์มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพซึ่งการใช้สื่อสังคมออนไลน์สามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในเยาวชนได้เป็นอย่างดี¹⁰

มิติที่ 1 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access skill) ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 6.21 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ชัชวาลย์ เพ็ชรทอง และพรรณี บัญชรหัตถกิจ ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่พบว่าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นการช่วยให้นักเรียนมีทักษะในการเข้าถึงข้อมูลได้เป็นอย่างดี¹⁰

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับเยาวชนไทยได้ดำเนินกิจกรรมในการพัฒนาเพื่อให้เกิดทักษะทางปัญญาขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งกล่าวถึงความสามารถในการความสามารถในการค้นหาแหล่งข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันภาวะฉุกเฉิน และใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ได้ ซึ่งการแนะนำให้นักเรียนได้เรียนรู้ในแหล่งข้อมูลออนไลน์ที่น่าเชื่อถือ เช่น เว็บไซต์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินจนเกิดความคุ้นเคย สิ่งเหล่านี้เป็นการพัฒนา มิติด้านด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ได้เป็นอย่างดี¹¹

มิติที่ 2 ด้านความรู้ ความสามารถในการรับรู้ภาวะฉุกเฉิน และขั้นตอนการปฏิบัติ มีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 4.47 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของเพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง และชัชเจนค์ แพรชาว¹² ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมสอนการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้นในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยศึกษาในเด็กนักเรียนจำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า

ภายหลังจากการทดลองนักเรียนมีความรู้ที่สูงขึ้นจากช่วงก่อนการทดลอง¹²

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับเยาวชนไทยได้ดำเนินกิจกรรมในการพัฒนาเพื่อให้เกิดทักษะทางปัญญาขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ร่วมกับการใช้สถานการณ์จำลอง และบทบาทสมมติ (Role play) ซึ่งการกำหนดสถานการณ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินต่างๆที่จำลองขึ้นมานี้ สามารถกระตุ้นความจำให้นักเรียนได้เป็นอย่างดีมากกว่าการเรียนการสอนในห้อง (Lecture base) เพียงอย่างเดียว¹³

มิติที่ 3 ด้านทักษะการสื่อสารมีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 4.17 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ พัชรินทร์ อัจฉนา กิตติ และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ในนักเรียนอาชีวศึกษา โดยแบ่งนักศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 29 คน ผลการศึกษาพบว่าผลของโปรแกรมที่มีกิจกรรมกลุ่มส่งผลต่อทักษะการสื่อสารที่ดีเพิ่มขึ้น¹⁴

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับเยาวชนไทยมุ่งเน้นให้นักเรียนมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม (Interactive Health Literacy) โดยการสร้างความมั่นใจในการสื่อสารร่วมกับการสื่อสารข้อมูลกับคณะผู้วิจัยผ่านการฝึกปฏิบัติ เช่นการแจ้งเหตุฉุกเฉิน การให้คำแนะนำบุคคลอื่นเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน จนนักเรียนเกิดความมั่นใจในการสื่อสารข้อมูลกับผู้เชี่ยวชาญหน่วยกู้ชีพ และศูนย์สื่อสารและสั่งการได้อย่างมั่นใจ

มิติที่ 4 ด้านทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) มีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 2.90 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ราชวัช ทวีคุณ และคณะ¹⁵ ที่ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบไปด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 24 คน กลุ่มทดลอง

ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการช่วยฟื้นคืนชีพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองสามารถควบคุมตนเอง ไม่ให้มีความตื่นเต้น และสามารถตัดสินใจในการช่วยฟื้นคืนชีพได้ทันที¹⁵

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับเยาวชนไทยสามารถพัฒนาทักษะการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน โดยมีความสามารถในการจัดการตนเอง การควบคุมตนเองในสถานการณ์ฉุกเฉินต่างๆ เช่น การบาดเจ็บฉุกเฉิน การเจ็บป่วยฉุกเฉิน การช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อให้นักเรียน สามารถดูแลเบื้องต้นได้ซึ่งการฝึกปฏิบัตินี้เป็นการฝึกให้นักเรียนฝึกควบคุมความคิดและสติได้เป็นอย่างดี¹⁶

มิติที่ 5 ด้านทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) มีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 2.06 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ราชวัช ทวีคุณ และคณะ¹⁵ ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการตัดสินใจในการให้การช่วยเหลือได้ในทันที¹⁵

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการออกแบบฐานในการฝึกปฏิบัติการตามโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับเยาวชนไทยในครั้งนี้กระตุ้นให้นักเรียนต้องตัดสินใจในการให้การช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมไปถึงการตัดสินใจทันทีในการช่วยฟื้นคืนชีพ¹²

มิติที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) มีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 1.91 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ชัชวาลย์ เพ็ชรทอง และพรรณี บัญชรหัตถกิจ ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ที่พบว่านักเรียนสามารถเข้าถึงข้อมูลและใช้วิจารณ์ญาณในการตั้งคำถาม ในการประเมินความน่าเชื่อถือของสื่อออนไลน์ได้เป็นอย่างดี¹⁰

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกิจกรรมของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับเยาวชนไทยได้พัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อโดยการให้นักเรียนค้นหา ตรวจสอบข้อมูล สุขภาพและข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน พร้อมทั้งนำมาอภิปรายในชั้นเรียน ซึ่งเป็นการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางปัญญาสำหรับเยาวชนไทยได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการศึกษาสามารถสรุปผลได้ว่าโปรแกรมการพัฒนาความรู้ฯ ส่งผลต่อการมีความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่เพิ่มขึ้นในทุกมิติ ดังนั้นสถานศึกษาควรนำโปรแกรมนี้นมาเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรในรายวิชาสุขศึกษาสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กองทุนส่งเสริม ววน.) ประจำปีงบประมาณ 2568 ที่สนับสนุนงบประมาณให้คณะผู้วิจัยสามารถดำเนินการตามโครงการวิจัย จนเกิดเป็นผลงานวิจัยที่มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อสังคม โครงการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ซึ่งเกิดขึ้นได้โดยความร่วมมืออย่างดีจาก สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วิวัฒน์ โรจนพิทยากร.(2562). สถานการณ์และแนวโน้มทางสุขภาพของประเทศไทยในช่วงปี 2561-2563. วารสารวิชาการสาธารณสุข2562;28(3):1-12.
2. วิชัย เอกพลากร, หทัย พรหมเจริญ, วรศักดิ์ เสถียรนพเก้า.(2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
3. กรมการแพทย์.(2557). การแพทย์ไทย 2554-2557 (Thailand Medical Services Profile 2011-2014). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
4. Rosner B.(2000). Fundamentals of biostatistics. 5th ed. Pacific Grove, CA: Duxbury Press; 2000.
5. ศรีสุตา พรหมภักดี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 4. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
6. สุกัญญา คณะวาปี, เกติณี สราญฤทธิชัย.(2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2565;8(2):105-118.
7. Nutbeam D.(2008). The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine. 2008;67(12):2072-2078. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050
8. Chen X, Yang Y.(2023). Effects of active learning strategies on health literacy among adolescents: An experimental study. Journal of Adolescent Health. 2023;72(4):611-618. doi: 10.1016/j.jadohealth.2022.12.004
9. นงคราญ สุกณาพงศ์, และ ช่อผกา แสนคำมา.(2026). การพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันพฤติกรรมสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาพื้นที่ต้นแบบ จังหวัดพะเยา. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา. 2026;16(1):194-208.
10. ชัชวาลย์ เพ็ชรทอง, พรณิ บุญพรหมกิจ.(2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2. วารสารสุขภาพ. 2562;42(2):23-32.

11. ชันตกรณณ์ ผุดผาด, พิมพ์ณรัตน์ ผุดผาด.(2567). โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ในนักเรียนหญิงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานตามเกณฑ์ของกรมอนามัย โรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี จังหวัดราชบุรี. วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย. 2567;1(1):14-28.
12. เพ็ญพัทธ์ ไชยสงเมือง, ชัยกณณ์ แพรขาว.(2561). ผลของโปรแกรมสอนการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้นในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. 2561;28(2):118-132.
13. สมจิตต์ สินธุชัย, กันยารัตน์ อุบลวรรณ, สุนิย์รัตน์ บุญศิลป์.(2560). ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองในการฝึกทักษะปฏิบัติ. ราชภัฏพยาบาลสาร. 2560;23(1):113-127.
14. พชรินทร์ อัจฉนาภิตติ, ทศนีย์ รวีวรกุล, สุรินทร์ กลัมพากร, นฤมล เอื้อมณีกุล.(2565). ผลของโปรแกรมป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ในนักเรียนอาชีวศึกษา. วารสารพยาบาล. 2565;71(1):10-19.
15. ราชวัช ทวีคุณ, สมจินตนา สมณะ, เบญจวรรณ สง่าลี.(2567). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. 2567;4(2):170-179.
16. ภาวิณี แพงสุข, ชลดา กิ่งมาลา.(2563). ผลของการใช้สถานการณ์จำลองต่อความรู้ และความมั่นใจในความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินของนักศึกษา. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2563;43(2):74-84.