

ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

Effects of Educational Capacity Development Program for Village Health Volunteers on Knowledge and Skills in Caring Patients with Acute Coronary Syndrome

จิตาพร วรภณพิศิษฐ์¹ ลาวัลย์ เวทยางวงศ์² หทัยรัตน์ ศักดิ์แก้ว³

Titaporn Worapanwisi¹ Lawan Wetayawong² Hatairak Sak-Kaew³

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากหมาก จ.สุราษฎร์ธานี ³โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง จ.สุราษฎร์ธานี

¹Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Pak-Mak Sub-District Health Promoting Hospital, Suratthani Province

³Wiang Sub-District Health Promoting Hospital, Suratthani Province

Corresponding author: Titaporn Worapanwisi; Email: titaporn@bcnsurat.ac.th

Received: August 25, 2021 Revised: October 30, 2022 Accepted: November 20, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และศึกษาผลโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 44 คน เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้เป็นเวลา 3 วัน ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) ฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นพื้นฐานและการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบบวัดทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และ Paired t-test ผลการศึกษาศถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า อสม.ส่วนใหญ่ มีความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้น และการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อผ่านการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ของ อสม. ประกอบด้วย (1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (2) การฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้นและการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ดังกล่าว อสม. มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังนั้นโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จัดเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้มีความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยรอดปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: โปรแกรมพัฒนาศักยภาพ; โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



Effects of Educational Capacity Development Program for Village Health Volunteers on Knowledge and Skills in Caring Patients with Acute Coronary Syndrome

Titaporn Worapanwisit¹ Lawan Wetayawong² Hatairat Sak-Kaew³

¹Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Pak-Mak Sub-District Health Promoting Hospital, Suratthani Province

³Wiang Sub-District Health Promoting Hospital, Suratthani Province

Corresponding author: Titaporn Worapanwisi; Email: titaporn@bcnsurat.ac.th

Received: August 25, 2021 **Revised:** October 30, 2022 **Accepted:** November 20, 2022

Abstract

The quasi experimental study with one group pre-test and post-test design aimed to study the situation and to examine the effectiveness of the educational capacity development program for village health volunteers (VHVs) on knowledge and skills in caring for patients with acute coronary syndrome. The sample consisted of 44 village health volunteers selected by purposive sampling. The VHVs were selected to participate in the training program for three days. The activities of program consisted of 1) knowledge of acute coronary syndrome 2) skill training in basic life support and automated electric defibrillation usage. Data were analyzed using frequency, percentage and paired t-test. The results off the for acute coronary syndrome situation study revealed that the VHVs had knowledge and basic life support skills at the moderate level. The educational capacity development program of acute coronary syndrome consisted of (1) education of acute (2) training in basic life support and the use of automated electric defibrillation. The effectiveness of coronary syndrome, capacity development program acute coronary syndrome found that mean score of knowledge and mean score of basic life support skills and automated electric defibrillation usage of VHVs were higher after the educational capacity development program than before the program ($p < .001$). Thus, the educational capacity development program of acute coronary syndrome was a good tool to enable the VHVs to effectively care for patients with acute ischemic heart disease, thereby improving patient safe and quality of life.

Keywords: acute coronary syndrome (ACS); capacity development program; village health volunteers

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome: ACS) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลกรายงานอัตราการตายของผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 4.91 ในประเทศไทยพบอัตราการตายร้อยละ 12.6 และพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยภายในหนึ่งชั่วโมงแรก คิดเป็นร้อยละ 50 ซึ่งมีสาเหตุจากหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง¹ กรณีที่ผู้ป่วยรอดชีวิตแต่ยังไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น หลังจากมีอาการแล้วตั้งแต่ 20-30 นาทีและจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ภายในเวลา 4-6 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ นอกจากนี้อัตราป่วยและอัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบอัตราป่วยในปี พ.ศ.2554 และ พ.ศ.2558 เท่ากับ 412.7 และ 501.1 ต่อแสนประชากร ตามลำดับและพบอัตราการตายเท่ากับ 22.5 และ 28.9 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ² อัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในจังหวัดสุราษฎร์ธานีก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยในปี พ.ศ.2560 และ พ.ศ.2562 พบอัตราการตายเท่ากับ 40.6 และ 65.2 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ³ และพบว่าโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในอำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ.2557 โดยมีอัตราการตายเท่ากับ 199.7 ต่อแสนประชากรและมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคดังกล่าวต่อเนื่องทุกปี ซึ่งเป็นการเสียชีวิตในกลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร่วมกับมีประวัติสูบบุหรี่มากกว่า 30 ปี และเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง⁴

จากการวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการมีชีวิตรอดและปลอดภัยของผู้ป่วย คือ ระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาล ภายในเวลา 2-6.5 ชั่วโมง โดยพบว่าร้อยละ 25-50 ของผู้ป่วยใช้เวลาในการเดินทางถึงโรงพยาบาลนานกว่า 6 ชั่วโมง⁵ ทั้งนี้ปัจจัยภายในที่มีผลให้ผู้ป่วยมารักษาช้า ได้แก่ ขาดความรู้และไม่รู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอันตรายถึงชีวิต ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บแน่นหน้าอกแล้วไปแขนซ้าย เหงื่อออก เหนื่อยมากขึ้น แต่ถ้าเป็นอาการฉุกเฉิน ปวดเมื่อย จุกแน่นท้อง ทำให้ไม่แน่ใจว่าเป็นอาการของโรคหัวใจหรือไม่และไม่ตระหนักถึงอันตราย จึงมักรอดูอาการให้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาช้า⁴ ส่วนปัจจัยภายนอกที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมารักษาช้าได้แก่ อุปสรรคในการเดินทาง ระยะทางที่ไกลจากสถานที่เกิดเหตุถึงโรงพยาบาล⁵ และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาล⁶ นอกจากนี้ ยังพบว่าความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการผิดปกติ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อระยะเวลาการเข้ารับการรักษา⁷ การได้รับการรักษาที่รวดเร็วจะช่วยลดอัตราการลดระยะเวลานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพ⁸ อย่างไรก็ตาม⁹ แม้จะมีการรักษาทางยาที่มีประสิทธิภาพ และการทำหัตถการที่ทันสมัย แต่ผู้ป่วยมักมารับการรักษาช้าเนื่องจากการเฝ้ารอดูอาการว่าเป็นอาการที่เกิดจากหัวใจชัดเจนหรือไม่ และไม่เรียกรถพยาบาล

การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็ว เกิดประสิทธิผลของการรักษาสูงสุดเนื่องจากพยาธิสภาพของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเมื่อมีความรุนแรงจนกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือเกิดภาวะ acute coronary syndrome (ACS) หลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีการอุดตัน ทำให้เสียสมดุลในการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ เกิดการเผาผลาญที่ผิดปกติของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ กล้ามเนื้อจะกระตุ้นระบบการแข็งตัวของเลือดทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ และเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการของหัวใจขาดเลือดเกิดขึ้น¹⁰ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการการรักษาโดยเร็ว ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็นฟันเฟืองที่สำคัญในการขับเคลื่อนการทำงานร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเป็นด่านหน้าในการเข้าถึงผู้ป่วย และมีการประสานการทำงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของหน่วยบริการปฐมภูมิ และกำหนดเป็นนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

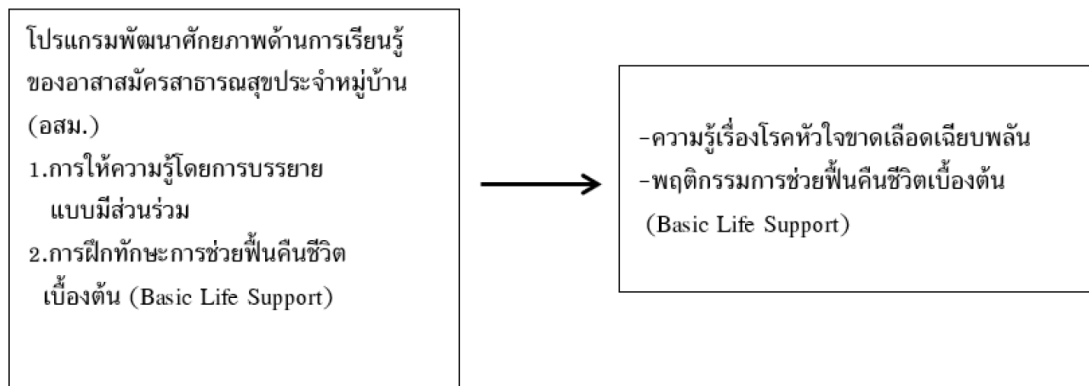
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาผลโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการอบรมพัฒนาศักยภาพของ อสม. ประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้ตาม ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ หรือ Experiential Learning Theory (ELT) ของ Kolb and David¹¹ ซึ่งเชื่อว่าการเรียนรู้จากประสบการณ์ (experiential learning) เป็นกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านการลงมือทำ (learning by doing) แล้วนำความรู้มาลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ผ่านการทบทวนประสบการณ์ หรือนำสิ่งที่ลงมือทำมาตกผลึกความคิด เพื่อให้ได้ รับรู้ถึงความรู้ใหม่ที่ได้รับ เป็นการนำไปต่อยอดความรู้เดิม จนสามารถปฏิบัติได้จนเป็นธรรมชาติ กระบวนการ การเรียนรู้ จากประสบการณ์ ประกอบด้วย 1. ประสบการณ์การเรียนรู้ เช่น ความรู้ ทักษะ เจตคติ 2. ผลลัพธ์จากการลงมือทำซ้ำ

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi experimental one group pre-test and post-test research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่อยู่ในความรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากหมาก อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 92 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อสม. จำนวน 44 คน ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ (1) มีอายุระหว่าง 20-55 ปี (2) อ่าน พูด และฟังภาษาไทยได้ดี และเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมจนเสร็จสิ้นโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ชุดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประกอบด้วย แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงอาการเตือน และการจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของอสม. และ แบบวัดทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้น (basic life support: BLS) และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (automated external defibrillator: AED)

ตอนที่ 1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงอาการเตือน และการจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของอสม. มีจำนวน 32 ข้อตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีคะแนนรวม 32 คะแนน แปลผลคะแนนใช้แบบอิงเกณฑ์ตามหลักการเรียนรู้แบบรอบรู้ (learning for mastery)¹² โดยแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง ได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับปานกลาง ได้คะแนน ร้อยละ 60-79

ระดับต่ำ ได้คะแนน ร้อยละ 59 ลงไป

ตอนที่ 2 แบบวัดทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้น (basic life support: BLS) และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (automated external defibrillator: AED) จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบ 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติถูกต้องให้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน คะแนนรวม 28 คะแนน แปลผลคะแนนใช้แบบอิงเกณฑ์ตามหลักการเรียนรู้แบบรอบรู้ (learning for mastery)¹² โดยแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง ได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับปานกลาง ได้คะแนน ร้อยละ 60-79

ระดับต่ำ ได้คะแนน ร้อยละ 59 ลงไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. โปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงอาการเตือน การจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของอสม. และ การฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้น (basic life support: BLS) การใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (automated external defibrillator: AED) ซึ่งเน้นการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้น ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยจัดประชุมร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 10 คน เพื่อให้ข้อคิดเห็นต่อโปรแกรมฯ จากนั้นปรับปรุงโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล แบบวัดทั้งชุดแบ่งเป็น 2 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงอาการเตือน การจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของอสม. ตอนที่ 2 แบบวัดทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้น (basic life support: BLS) และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (automated external defibrillator: AED) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ .86 และค่าความเชื่อมั่น (reliability) ได้ค่า alpha coefficient เท่ากับ .87



ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้นและการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ โดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือนและการจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และแบบวัดสอบถามเกี่ยวกับทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้น ก่อนทำการอบรม
2. นำ อสม.ที่มีคะแนนความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระดับปานกลางและระดับต่ำ เข้ารับการอบรมจำนวน 3 วัน โดยวันแรก วิทยากรบรรยายแบบมีส่วนร่วม ให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือนและการจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน วันที่สอง เป็นการฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้นและการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ โดยวิทยากรสาธิตประกอบการอธิบายขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพและการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ โดยใช้หุ่นจำลองการช่วยฟื้นคืนชีพ จากนั้นให้ดูวิดีโอ แล้วให้อสม.ฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้นกับหุ่นจำลอง และฝึกการเป็นผู้ช่วยในการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ
3. หลังสิ้นสุดการอบรม วันที่ 3 วิทยากรบรรยายสรุปภาพรวมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือนและการจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และให้อสม.ทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ ทำแบบวัดทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพและการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่ STPHO 2020-034 มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น สิทธิในการปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยไม่มีผลกระทบใดๆ ถ้าตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ลงนามในหนังสือยินยอม ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุหรือพาดพิงถึงตัวบุคคล การนำเสนอและเผยแพร่ผลการวิจัยทำในภาพรวม

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาความรู้ของ อสม. เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 4 ประเด็น ได้แก่ (1) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (2) อาการและอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (3) การจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ (4) ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าส่วนใหญ่ อสม. กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภาพรวม อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 79.5 และเมื่อพิจารณาความรู้แต่ละด้าน พบว่า

ด้านปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ข้อที่ตอบถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) อาหารไขมันสูง ตอบถูก ร้อยละ 82.0 (2) ภาวะอ้วน ตอบถูก ร้อยละ 79.90 และ (3) ไขมันในเลือดสูง ตอบถูก ร้อยละ 79.30 ส่วนปัจจัยของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) ขาดการออกกำลังกาย ตอบผิด ร้อยละ 50.20 (2) ความเครียด ตอบผิดร้อยละ 45.90 และ (3) มีพ่อแม่พี่น้องเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ตอบผิดร้อยละ 43.40



ด้านอาการและอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ อสม. กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เรื่อง อาการและอาการแสดงของตบถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) หน้ามืดเป็นลม ตบถูกร้อยละ 79.0 (2) เหนื่อย/นอนราบไม่ได้ ตบถูก ร้อยละ 69.50 และ (3) เจ็บแน่นหน้าอกขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อย ตบถูกร้อยละ 66.80 ส่วนอาการและ อาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ตบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) เหงื่อแตกตัวเย็น ตบผิดร้อยละ 53.20 (2) เจ็บร้าวบริเวณแขน คอ กราม ไหล่ ตบผิดร้อยละ 37.10 และ (3) จุกแน่นลิ้นปี่ไม่สุขสบายท้อง ตบผิดร้อยละ 37.10

ด้านการจัดการเมื่อมีอาการเตือนของ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อสม. กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เรื่องการจัดการเมื่อมีอาการเตือน ของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 42.90 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ตบถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) เจ็บแน่นอกขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อย ตบถูกร้อยละ 51.20 (2) เหนื่อย/นอนราบไม่ได้ ตบถูกร้อยละ 49.80 และ (3) เหงื่อแตกตัวเย็น ตบถูกร้อยละ 49.50 ส่วนการจัดการ เมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ตบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) เจ็บร้าวบริเวณ แขน คอ กราม ไหล่ ตบผิดร้อยละ 70.20 (2) จุกแน่น ลิ้นปี่ ไม่สุขสบายท้อง ตบผิดร้อยละ 63.20 และ (3) หน้ามืดเป็นลม ตบผิดร้อยละ 54.50

ด้านความรู้เกี่ยวกับ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อสม.กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.40 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ตบถูกต้องมากที่สุด ร้อยละ 79.50 เท่ากัน มี 2 ข้อได้แก่ (1) อาการแน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก หรือเจ็บร้าวบริเวณที่แขน คอ กราม สะบักไปไหล่ เป็นอาการของหัวใจขาดเลือด และ (2) สาเหตุมาของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ คือความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน รองลงมา คือ เวลาเป็น สิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ รู้เร็ว ไปโรงพยาบาลเร็วจะปลอดภัยต่อตัวท่านเอง ตบถูกร้อยละ 71.20 ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ตบผิดมากที่สุด 3อันดับแรก ได้แก่ (1) โรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดจากการมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอจากหลอดเลือดตีบ แคบ หรือตัน มีคราบไขมันไปจับ ตบผิด ร้อยละ 43.40 (2) หากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหงื่อออกตัวเย็น หน้ามืดเป็นลม เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ให้ โทรศัพท์แจ้ง 1669 โดยด่วน ตบผิดร้อยละ 42.40 และ (3) หากมีอาการดังกล่าว ท่านต้องรีบให้ญาตินำส่งโรงพยาบาล ที่ใกล้ที่สุดเพื่อให้การรักษาเบื้องต้น ไม่ควรรอดทนกับอาการดังกล่าว ตบผิดร้อยละ 42.20

ตารางที่ 1 ร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของ อสม.

ข้อที่	รายการ	จำนวน (ร้อยละ)	
		ถูก	ผิด
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน			
1.	ไขมันในเลือดสูง	325 (79.3)	85 (20.7)
2.	ขาดการออกกำลังกาย	204 (49.8)	206 (50.2)
3.	การสูบบุหรี่	260 (63.4)	150 (36.6)
4.	สูดดมควันบุหรี่เป็นประจำ	242 (59.0)	168 (41.0)
5.	ความเครียด	222 (54.1)	188 (45.9)
6.	อาหารที่มีไขมันสูง	336 (82.0)	74 (18.0)
7.	ภาวะอ้วน	323 (79.9)	87 (21.2)
8.	โรคความดันโลหิตสูง	305 (74.4)	105 (25.6)



ข้อที่	รายการ	จำนวน (ร้อยละ)	
		ถูก	ผิด
9.	โรคเบาหวาน	293 (71.5)	177 (28.5)
10.	มีพ่อแม่พี่น้อง เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	232 (56.6)	178 (43.4)
อาการและอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน			
11.	เจ็บแน่นอกขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อย	274 (66.8)	136 (33.2)
12.	เจ็บร้าวบริเวณแขน คอ กราม ไหล่	258 (49.8)	152 (37.1)
13.	เหงื่อแตก ตัวเย็น	192 (46.8)	218 (53.2)
14.	จุกแน่นลิ้นปี่ ไม่สุขสบายท้อง	258 (49.8)	152 (37.1)
15.	หน้ามืด เป็นลม	324 (79.0)	86 (21.0)
16.	เหนื่อย/นอนราบไม่ได้	285 (69.5)	125 (30.5)
การจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน			
17.	เจ็บแน่นอกขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อย	210 (51.2)	200 (48.2)
18.	เจ็บร้าวบริเวณแขน คอ กราม ไหล่	122 (29.8)	288 (70.2)
19.	เหงื่อแตก ตัวเย็น	151 (36.8)	259 (63.2)
20.	จุกแน่นลิ้นปี่ ไม่สุขสบายท้อง	203 (49.5)	207 (50.5)
21.	หน้ามืด เป็นลม	166 (45.4)	224 (54.5)
22.	เหนื่อย/นอนราบไม่ได้	204 (49.8)	206 (50.2)
ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน			
23.	โรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากการมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ จากหลอดเลือดตีบ แคบ หรือตัน มีคราบไขมันไปจับ	232 (56.6)	178 (43.4)
24.	อาการแน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก หรือเจ็บร้าวบริเวณที่แขน คอ กราม สะบักไปไหล่ เป็นอาการของหัวใจขาดเลือด	326 (79.5)	84 (20.5)
25.	อาการเจ็บแบบแน่นๆ หนักๆ เหมือนมีของหนักทับบริเวณอกซ้าย แน่น อึดอัดหายใจไม่ออก ขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อยและเป็นอยู่นาน เป็นอาการของหัวใจขาดเลือด	287 (70.0)	123 (30.0)
26.	หากมีอาการดังกล่าวท่านต้องรีบให้ญาตินำส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด เพื่อให้การรักษาเบื้องต้น ไม่ควรรอดทนกับอาการดังกล่าว	237 (57.8)	137 (42.2)
27.	หากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหงื่อออก ตัวเย็น หน้ามืดเป็นลม เหนื่อย หอบ นอนราบไม่ได้ ให้โทรศัพท์แจ้ง 1669 โดยด่วน	236 (57.6)	174 (42.4)
28.	สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจคือ ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน	326 (79.5)	84 (20.5)
29.	สาเหตุสนับสนุนการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ การไม่ออกกำลังกาย ความอ้วน อายุที่มากขึ้น เพศชาย เพศหญิง (วัยหมดประจำเดือน)	280 (68.3)	130 (31.1)
30.	ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันทรานส์ เช่น เค้ก คุกกี้ ขนมเบเกอรี่ น้ำมันพืช ช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	259 (63.2)	151 (36.8)



ข้อที่	รายการ	จำนวน (ร้อยละ)	
		ถูก	ผิด
31.	เวลาเป็นสิ่งสำคัญสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ รู้เร็ว ไปโรงพยาบาลไว ปลอดภัยต่อตัวท่านเอง	292 (71.2)	118 (28.8)
32.	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	248 (60.5)	162 (39.5)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ก่อนการร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ฯ อสม. ส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระดับต่ำ โดยมีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 จำนวน 35 คน และหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ อสม.มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้นเป็น ระดับปานกลาง จำนวน 26 คน และมีความรู้เพิ่มขึ้นโดยมีคะแนนด้านความรู้ระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป จำนวน 12 คน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ของ อสม. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ระดับความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (น้อยกว่า 12 คะแนน)	35	79.5	6	13.6
ปานกลาง (12-15 คะแนน)	9	20.5	26	59.1
สูง (มากกว่า 15 คะแนน)	0	0.0	12	27.3
รวม	44	100	44	100

การเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของอสม. พบว่า ก่อนการร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ฯ อสม.มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระดับต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ เท่ากับ 8.50 คะแนน และหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ อสม.มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้นเป็น ระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้นเป็น 13.86 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ระดับความรู้	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	8.50	3.20	12.32	43	.001
หลังการทดลอง	13.86	3.64			

ผลการฝึกทักษะทักษะ การช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้น (basic life support: BLS) และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (automated external defibrillator: AED)

ผลการศึกษาทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นพื้นฐาน และทักษะการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้นและทักษะการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.00 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน



ที่ปฏิบัติได้ถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) คลำหาส่วนล่างสุดของกระดูกอกที่ติดกับกระดูกซี่โครงโดยใช้ นิ้วสัมผัสชายโครงไล่ขึ้นมา ปฏิบัติได้ถูกต้องร้อยละ 82.70 (2) หากไม่ตอบสนอง ตะโกนขอความช่วยเหลือ ปฏิบัติ ได้ถูกต้องร้อยละ 82.20 และ (3) ผู้ปฐมพยาบาลคุกเข่าลงข้างขวาหรือข้างซ้าย บริเวณหน้าอกผู้บาดเจ็บ ปฏิบัติได้ ถูกต้องร้อยละ 79.00 ส่วนทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) ตะโกนขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น โทร 1669 เมื่อพบผู้ป่วยหมดสติ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่ เคยปฏิบัติร้อยละ 38.30 (2) ปลุกเรียกเสียงดังพร้อมตบไหล่ทั้ง 2 ข้าง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่เคยปฏิบัติร้อยละ 35.10 และ (3) ทักษะการวางมือ-กดหน้าอกผู้บาดเจ็บ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่เคยปฏิบัติร้อยละ 29.30

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อสม. ส่วนใหญ่ มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้นและทักษะการใช้ เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ อยู่ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนด้านทักษะ BLS และการใช้เครื่อง AED อยู่ในระดับ ต่ำ คิดเป็นร้อยละ 54.55 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนด้านทักษะ BLS และการใช้เครื่อง AED เพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับทักษะ BLS และการใช้เครื่อง AED ก่อนและ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ระดับทักษะ	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (น้อยกว่า 12 คะแนน)	24	54.55	3	6.82
ปานกลาง (12-15 คะแนน)	20	45.45	33	75.00
สูง (มากกว่า 15 คะแนน)	0	0.00	8	18.18
รวม	44	100	44	100

การเปรียบเทียบคะแนนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้น (basic life support: BLS) และการใช้เครื่อง กระตุ้นหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (automated external defibrillator: AED) พบว่า ก่อนการร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ ด้านการเรียนรู้ อสม. มีทักษะ BLS และการใช้เครื่อง AED มีคะแนนเฉลี่ยทักษะ BLS และการใช้เครื่อง AED เท่ากับ 11.34 คะแนน และหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยทักษะ BLS และการใช้เครื่อง AED เพิ่มขึ้นเป็น 14.11 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะ BLS และการใช้เครื่อง AED หลัง เข้าร่วมโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับทักษะ BLS และการใช้เครื่อง AED

ระดับทักษะ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	11.34	1.92	35.22	43	.001
หลังการทดลอง	14.11	1.71			

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า อสม. มีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันด้านปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลัน อาการและอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในระดับปานกลาง และมีคะแนนด้าน การจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีพยาธิวิทยาการเกิดโรคที่ซับซ้อน และเกี่ยวเนื่องกับองค์ความรู้ในหลายๆ ประเด็น จึงเป็นเรื่องยากที่ กลุ่ม อสม. จะทำความเข้าใจได้หมด ทำให้พวกเขาไม่มีความรู้อย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน



และ/หรือไม่ทราบวิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังนั้น จึงควรเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่อกสม. เพื่อสร้างความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนให้กับ อกสม. เป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจทุกระดับตั้งแต่ระดับปฏิบัติการจนถึงผู้รับบริการ และเป็นการบูรณาการการทำงานร่วมกันอย่างจริงจังในชุมชน¹³ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างทันเวลาช่วยลดการสูญเสียชีวิต และความพิการได้

ทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า อกสม. มีคะแนนทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้นและการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ อยู่ในระดับปานกลาง โดย อกสม. กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติทักษะได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80 ในทุกรายการของการประเมิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนาญา นุชนารถศิริชัย เพชรรัตน์ และสุเทพ เชาวลิต¹⁴ ที่พบว่า การทำงานของ อกสม. จะเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น เนื่องจาก อกสม. เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศไทย จึงมุ่งเน้นให้มีความรอบรู้ มีทักษะด้านการช่วยชีวิตฉุกเฉิน และมีความพร้อมในการปฏิบัติงานเป็นจิตอาสาช่วยเหลือสังคม¹⁵ ประกอบกับในบางพื้นที่ของอำเภอไชยา เช่น รพ.สต.บ้านยางโพรง รพ.สต.ปากหมาก เป็นพื้นที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลชุมชน ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินมายังโรงพยาบาลในแต่ละครั้ง มักมีทีมจิตอาสาที่มีความชำนาญในการขับรถหรือจิตอาสากู้ภัยในชุมชน ซึ่งทีมจิตอาสาดังกล่าว มี อกสม. รวมอยู่ด้วย ทำให้ อกสม. มีทักษะการส่งต่อที่ดี

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อกสม. มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ สอดคล้องกับผลการวิจัยของเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ⁸ ที่พบว่า ภายหลังการเข้ารับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแบบมีส่วนร่วม อกสม. มีความรู้ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ นอกจากนี้ ยังพบว่า อกสม. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อกสม. มีทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้น สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .005$ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ รุจิวรรณ ยมศรีเคน แสงลุน¹⁶ ที่พบว่า คะแนนกระบวนการการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของอาสาฉุกเฉินชุมชนของอกสม. อำเภอเขาสูง จังหวัดขอนแก่น ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ สำหรับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า อกสม. กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสูงกว่า อกสม. กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .005$ และการสัมภาษณ์อกสม. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างพบว่า อกสม. บอกว่า “เมื่อก่อนไม่กล้าเข้าไปช่วย กลัวจะทำให้เค้าช็อคหรือหัก กลัวเค้าเสียชีวิต” และ “แต่ตอนนี้ ได้มีความรู้ในการช่วยเหลือ จึงมีความมั่นใจมากขึ้น” ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Kolb and David¹¹ ที่เชื่อว่าการเรียนรู้จากประสบการณ์ (experiential learning) เป็นกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านการลงมือทำ (learning by doing) แล้วนำความรู้มาลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ผ่านการทบทวนประสบการณ์ หรือ นำสิ่งที่ลงมือทำมาถกผลึกความคิด เพื่อให้ได้รับรู้ถึงความรู้ใหม่ที่ได้รับ เป็นการนำไปต่อยอดความรู้เดิม จนสามารถปฏิบัติได้ จนเป็นธรรมชาติ ดังนั้น โปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถพัฒนา อกสม. ผู้ปฏิบัติงานในชุมชนให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดระบบดูแลรักษากลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระดับชุมชนและโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดประโยชน์ที่มีคุณค่าต่อผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและครอบครัว เป็นการลดอัตราการเสียชีวิต และลดความพิการของผู้ป่วยรวมถึงลดการสูญเสียภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลของหน่วยงานและครอบครัวของผู้ป่วย ดังนั้น ควรมีการผลักดันให้เกิดแนวทางเชิงนโยบายที่ส่งเสริมให้เกิดการทำงานในรูปแบบเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ ด้วยการพัฒนาบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพได้อย่างมีมาตรฐาน การให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจ มุ่งหวังให้ได้ตามคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพ



ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

รพ.สต.ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่อสม.เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ เช่น ทุก 3 หรือ 6 เดือน เพื่อทบทวนความรู้และทักษะการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยขยายผลต่อยอดการวิจัยครั้งนี้เกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการเตือนโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของ อสม. การศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของอสม.ในการจัดการอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการพัฒนาสื่อให้ความรู้โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือสื่อความรู้อื่น ๆ ที่ อสม.สามารถเข้าถึงได้ง่าย เนื้อหาอ่านเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน และสามารถนำไปใช้ และสอนผู้อื่นได้

References

1. World Health Organization. World Health Statistics 2015. Luxembourg: WHO Press.2015.
2. Strategy and planning division public health ministry. Mortality rate of acute coronary syndrome 2007–2013 [internet]. 2019. [citation 2019 January 28]. Available from: <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.ph>.
3. Regional Health 11 Office. Annual Report 2020. Surattani:2020.(in Thai)
4. Medical Records, Chaiya Hospital. Acute coronary syndrome statistics. Surattani:2020.(in Thai)
5. Department of medical services. Annual Report 2020. Bangkok:2020.(in Thai)
6. Bohplian S, Pinyopasakul W, Sareewiwatthana P, Charoenkitkam V. The relationship among age, health insurance coverage, perceived social support and time to hospital arrival in patients with coronary artery disease. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2011;12:84–90.(in Thai)
7. Pak mak Sub-District Health Promoting Hospital. Annual Report 2020. Surattani 2020.(in Thai)
8. Sanprasan P, Wattradul D, Jamsomboon K, Puapairoj P, Techangkul L, Yuyuen Y. Effects of health volunteer's capacity building based on participating learning program on knowledge and skill of caring patients with cardiovascular disease and a risk group of cardiovascular disease. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2015;26(1):119–32.(in Thai)
9. Tejavataddhana P, Kitreerawutiwong N. effectiveness of a training program for the village health volunteers in providing community care for patients with cerebrovascular disease using the context-based learning (CBL) approach. Journal of Nursing and Health Care 2014;32(1):87–96.(in Thai)
10. Limhoklai N, Pakapong Y, Ratchanagul P. Effectiveness of a capacity building program for village health volunteers on knowledge and attitude toward emergency medical services of people in Nongsua District, Pathumthani province. Nursing Journal 2015;42(3):106–18.(in Thai)
11. Kolb DA. Experiential learning: experience as the source of learning and development, Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall;1984.
12. Anderson LW, Krathwohl DR. A taxonomy for learning, teaching and assessing: a revision of Bloom's taxonomy. New York: Longman Publishing;2001.



13. Wetayawong L, Rongmuang D, Tongdee J, Nakchatree C, Ratanaprom A. The effects of advocacy communication on knowledge and symptom management of acute coronary syndrome (ACS) among people living in community. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2017;4(1):86-101.(in Thai)
14. Nuchanart N, Petcharak S and Chaovalit S. A competencies development of the village health volunteers of Suphan Buri province. Journal of MCU Peace Studies 2018;6(2):768-79.(in Thai)
15. Borisut N. A study of the situation and development direction of village health volunteers in the Thailand 4.0. [internet]. 2019.[citation 2019 January 28]. Available from: http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/dyn_mod/the_study_of_situation_and_village_health_volunteer_development_2.pdf.(in Thai)
16. Yomsrikan sanglon R. Potentials of emergency community volunteers caring patients with acute myocardial infarction (AMI) in Sam Sung District, Khonkaen province.2016.(in Thai)