

ปัจจัยทำนายการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจ
ขาดเลือดเฉียบพลันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Predictive Factors for Perceived Self-Efficacy in First Aid for Acute
Coronary Syndrome among Village Health Volunteers

จินดาพร ศิลาทอง¹, ผุสดี สระทอง^{2*}

Jindaporn Silathong¹, Pussadee Srathong^{2*}

คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี ประเทศไทย¹,
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย^{2*}

Faculty of Nursing and Health Sciences, Phetchaburi Rajabhat University, Phetchaburi, Thailand¹,
Boromarajonani College of Nursing Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Thailand^{2*}

(Received: 1 April 2026; Revised: 25 July 2026; Accepted: 15 September 2026)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) เก็บข้อมูล ณ จุดเวลาเดียว (Cross-sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง 150 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือเบื้องต้นมีค่า Cronbach's Alpha = .934 โดยค่าความเชื่อมั่นรายด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยง = .954 การรับรู้ความรุนแรง = .970 การรับรู้ประโยชน์ = .965 การรับรู้อุปสรรค = .942 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ = .884 การประเมินอาการเบื้องต้น = .921 การโทรแจ้งสายด่วน 1669 = .949 การทำ CPR = .948 และการใช้เครื่อง AED = .933 ส่วนแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการช่วยเหลือเบื้องต้น (4 ด้าน) มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมเท่ากับ .884 ข้อมูลวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา สหสัมพันธ์เพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คิดเป็นร้อยละ 44.57 ของคะแนนเต็ม ปัจจัย 5 ตัว ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($\beta = .365$) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ($\beta = .365$) การรับรู้ประโยชน์ ($\beta = .359$) การรับรู้อุปสรรค ($\beta = -.147$) และการอบรมปฐมนิเทศ ($\beta = .139$) สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือเบื้องต้นได้ร้อยละ 56.80 ($R^2 = .568$, Adjusted $R^2 = .553$, $F(5,144) = 37.816$, $P\text{-value} < .001$) ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย ควรจัดโปรแกรมอบรมที่เสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เพื่อเพิ่มการรับรู้ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถ, การช่วยเหลือเบื้องต้น, ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pussadee.s@bcnnon.ac.th, ผุสดี สระทอง)

Abstract

This study employed a predictive correlational research design with a cross-sectional data collection approach to examine perceived self-efficacy in providing first aid for acute coronary syndrome (ACS) among village health volunteers (VHVs). A sample of 150 VHVs participated in the study. The instrument used was a questionnaire measuring perceived self-efficacy in providing first aid, yielding an overall Cronbach's alpha coefficient of .934. Subscale reliability coefficients were as follows: perceived susceptibility = .954, perceived severity = .970, perceived benefits = .965, perceived barriers = .942, cues to action = .884, initial symptom assessment = .921, calling the 1669 emergency hotline = .949, cardiopulmonary resuscitation (CPR) = .948, and automated external defibrillator (AED) use = .933. The four-dimension perceived self-efficacy scale (initial symptom assessment, calling 1669, CPR, and AED use) had an overall reliability of .884. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation, and multiple regression analysis. The results showed that village health volunteers' perceived self-efficacy in providing first aid for individuals with acute coronary syndrome accounted for 44.57% of the maximum possible score. Five factors—perceived susceptibility ($\beta = .365$), cues to action ($\beta = .365$), perceived benefits ($\beta = .359$), perceived barriers ($\beta = -.147$), and prior first-aid training ($\beta = .139$) jointly predicted perceived self-efficacy in providing first aid, accounting for 56.80% of the variance ($R^2 = .568$, Adjusted $R^2 = .553$, $F(5, 144) = 37.816$, $p < .001$). Based on these findings, training programs should be developed to strengthen perceived susceptibility and cues to action in order to effectively enhance VHVs' perceived self-efficacy in providing first aid.

Keywords: Perceived self-efficacy, First aid, Acute coronary syndrome, Village health volunteers

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease: CVD) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโลกและยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลก (WHO, 2023) รายงานว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงถึง 20.5 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 32.00 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก ในจำนวนนี้ประมาณร้อยละ 85.00 เป็นการเสียชีวิตจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากการปริแตกของคราบไขมัน (Plaque rupture) ในหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ร่วมกับการเกิดลิ่มเลือด (Thrombus) อุดกั้นการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ

แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ ST-elevation ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) Non-ST-elevation ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (NSTEMI) และ Unstable Angina (UA) (อรพินท์ สีขาว, 2568) ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่ออก เหงื่อออก และอาจเสียชีวิตได้ภายในเวลาอันรวดเร็วหากไม่ได้รับการช่วยเหลือทันที

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2568 พบผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดกว่า 2.6 แสนคน โดย ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สามของประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของปัจจัยเสี่ยงในประชากร ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ โรคอ้วน และการขาดกิจกรรมทางกาย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2568) ในระดับพื้นที่ โรงพยาบาลบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี ปี พ.ศ. 2568 พบผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 27 ราย เสียชีวิต 3 ราย คิดเป็นอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.11 เมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนหน้า (งานเวชสถิติโรงพยาบาลบ้านแหลม, 2568) ซึ่งจะเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านโรคหัวใจในชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคลากรสุขภาพในชุมชนที่มีบทบาทสำคัญตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่เฝ้าระวัง ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพในชุมชน รวมถึงให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เจ็บป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2562) ได้กำหนดให้ อสม. มีบทบาทในฐานะ 'หมอประจำบ้าน' ที่ต้องสามารถประเมินอาการเจ็บป่วย ให้คำแนะนำ และประสานส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังระบบบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว การที่ อสม. มีการรับรู้ความสามารถ (Perceived Self-Efficacy) ในการช่วยเหลือเบื้องต้นสูงจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจาก ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในชุมชน การรับรู้ความสามารถแห่งตน (Perceived Self-Efficacy) ตามแนวคิดของ Bandura (1977) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมที่กำหนดได้สำเร็จ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ ความพยายาม และความยืดหยุ่นในการเผชิญความท้าทาย การรับรู้ความสามารถของ อสม. ในการช่วยเหลือผู้ป่วย ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ การประเมินอาการเบื้องต้น การโทรแจ้งสายด่วน 1669 การช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) และการใช้เครื่อง AED

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Rosenstock, Strecher และ Becker (1988) เป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลอย่างแพร่หลาย ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) คือ การรับรู้ที่ตนเองหรือบุคคลในชุมชนมีโอกาสเกิดโรค ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) การรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) คือ การประเมินความร้ายแรงของโรคและผลที่ตามมา 3) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) คือ ความเชื่อว่าการช่วยเหลือเบื้องต้นจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย 4) การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) คือ การรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางการปฏิบัติ และ 5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) คือ สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ส่งผลต่อการตัดสินใจและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการรับรู้

ความสามารถของ อสม. ในการช่วยเหลือผู้ป่วย ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าไม่มีการศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ที่มีภาวะ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ของ อสม. ในบริบทชุมชนชนบทไทยโดยเฉพาะ ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายดังกล่าว โดยใช้กรอบแนวคิด HBM ผสานกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของ Bandura (1977) ในกลุ่ม อสม. ตำบลบ้านแหลม อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. และออกแบบโปรแกรมอบรมที่มีประสิทธิภาพในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลบ้านแหลม อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ กับ การรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

องค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM)

- 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในชุมชน
- 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
- 3) การรับรู้ประโยชน์ ของการช่วยเหลือเบื้องต้น
- 4) การรับรู้อุปสรรค ของการช่วยเหลือเบื้องต้น
- 5) สิ่งชักนำให้เกิด ข้อมูลข่าวสาร / ประสบการณ์ตรง / การได้การปฏิบัติ รับการยกย่องชมเชย



การรับรู้ความสามารถของตนเองในการช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Perceived Self-Efficacy) ครอบคลุม 4 มิติ

- 1) การประเมินอาการเบื้องต้น
- 2) การโทรแจ้งสายด่วน 1669
- 3) การทำ CPR
- 4) การใช้เครื่อง AED

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดปัจจัยทำนายการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) มีการเก็บข้อมูล ณ จุดเวลาเดียว (Cross-sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในตำบลบ้านแหลม อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 935 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2568)

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Linear Multiple Regression) กำหนด Effect size (f^2) = 0.15 (medium effect) ตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) Alpha error probability = 0.05 Power ($1-\beta$) = 0.95 และจำนวนตัวแปรอิสระ = 5 ตัว ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 138 คน (Actual power = 0.951) เพื่อรองรับการสูญหายของข้อมูลและความครบถ้วน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจำนวน 150 คน (เมื่อคำนวณ Power จริงจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เก็บได้จริง 150 คน จะได้ Power เท่ากับ 0.967)

เกณฑ์คัดเข้า 1) เป็น อสม. ที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในตำบลบ้านแหลม หมู่ที่ 1-10 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) มีระยะเวลาปฏิบัติงานเป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 4) สามารถสื่อสารและอ่านเขียนภาษาไทยได้เพียงพอต่อการตอบแบบสอบถาม 5) ยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์คัดออก 1) มีภาวะสุขภาพหรือเหตุสุดวิสัยที่ทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วนในวันเก็บข้อมูล 2) ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยกำหนดหมายเลขให้กับ อสม. แต่ละคนเรียงลำดับ 1-935 จากนั้นทำการสุ่มเลือกด้วยวิธีจับสลาก จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 150 ราย ซึ่งทุกหมายเลขมีโอกาสถูกเลือกเท่าเทียมกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 7 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงานเป็น อสม. และประสบการณ์การอบรม CPR/BLS หรือปฐมพยาบาลเกี่ยวกับภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (จริงทั้งหมด=4 ถึง ไม่จริงทั้งหมด=1)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับความรุนแรง จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (จริงทั้งหมด=4 ถึง ไม่จริงทั้งหมด=1)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (จริงทั้งหมด=4 ถึง ไม่จริงทั้งหมด=1)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (จริงทั้งหมด=4 ถึง ไม่จริงทั้งหมด=1)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามทวิวิภาค (ได้รับ/ไม่ได้รับข้อมูล ข่าวสาร คะแนน 1/0)

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือเบื้องต้น ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การ ประเมินอาการ การโทรแจ้ง 1669 การช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) และการใช้เครื่อง AED เป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ (ไม่เคยเลย=1 ถึง ทำประจำ=5)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 คน และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 คน คำนวณค่า IOC (Index of Item - Objective Congruence) ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 (Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K., 1977) จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงไปทดสอบกับ อสม. ในอำเภอหนองหญ้าปล้อง ซึ่งมี ลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .934 โดยค่าความ เชื่อมั่นรายด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยง = .954 การรับรู้ความรุนแรง = .970 การรับรู้ประโยชน์ = .965 การรับรู้ อุปสรรค = .942 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ = .884 การประเมินอาการเบื้องต้น = .921 การโทรแจ้งสายด่วน 1669 = .949 การทำ CPR = .948 และการใช้เครื่อง AED = .933 ส่วนแบบวัดการรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการช่วยเหลือเบื้องต้น (4 ด้าน) มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมเท่ากับ .884

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี ดำเนินการดังนี้

1. ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยให้บุคลากรในพื้นที่ทราบก่อนดำเนินการ
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อย่างละเอียดชัดเจน
3. ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ พร้อมแจ้ง สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใด
4. จัดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าตอบแบบสอบถามในห้องประชุมที่จัดเตรียมไว้ วันละประมาณ 15 ราย โดยผู้วิจัยอธิบายคำชี้แจงการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อราย
5. ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์ของข้อมูลทันทีภายหลังการตอบแบบสอบถาม ได้คืนมา 150 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลและระดับตัวแปร

2. สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง และ Point-Biserial Correlation สำหรับตัวแปร Dummy (เพศ การอบรมปฐมพยาบาล การอบรม CPR) โดยแปลผลระดับความสัมพันธ์ตามเกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ $0.10-0.29$ = ต่ำ, $0.30-0.59$ = ปานกลาง และ 0.60 ขึ้นไป = สูง

3. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยทำนายการรับรู้ความสามารถ ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยค่า $VIF (< 10)$ และ Durbin-Watson ($1.5-2.5$) ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยครบทุกด้าน ได้แก่ การแจกแจงแบบปกติ (Normality) ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity) การไม่มีค่าผิดปกติ (Outliers) การไม่เกิดปัญหาพหุสัมพันธ์ (Multicollinearity) ด้วยค่า $VIF (< 10)$ และความเป็นอิสระของค่าคลาดเคลื่อน (Autocorrelation) ด้วยค่า Durbin-Watson ($1.5-2.5$)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เลขที่โครงการวิจัย PBEC No.61/2568 กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัย และลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมโดยสมัครใจ ข้อมูลส่วนบุคคลถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น เอกสารแบบสอบถามจะถูกทำลายภายหลังสิ้นสุดการวิจัย 1 ปี

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง อสม. จำนวน 150 คน ดังแสดงในตารางที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 87.30 ($n = 131$) เพศชายร้อยละ 12.70 ($n = 19$) อายุเฉลี่ย 53.33 ปี ($SD. = 11.28$, Min = 25, Max = 80 ปี) กลุ่มอายุ 51-60 ปีมีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 32.00 รองลงมาคือ 41-50 ปี ร้อยละ 27.30 มากกว่า 60 ปี ร้อยละ 26.00 และน้อยกว่า 41 ปี ร้อยละ 14.70 ตามลำดับ ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษา ร้อยละ 83.30 ปฏิบัติงาน อสม. มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 76.00 เคยรับการอบรมปฐมพยาบาลเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 73.30 และเคยอบรม CPR ร้อยละ 93.30 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 150$)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	131	87.30
ชาย	19	12.70
กลุ่มอายุ ($M = 53.33$ ปี, $SD. = 11.28$)		
น้อยกว่า 41 ปี	22	14.70
41-50 ปี	41	27.30
51-60 ปี	48	32.00
มากกว่า 60 ปี	39	26.00
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษา	125	83.30
สูงกว่ามัธยมศึกษา	25	16.70
ระยะเวลาปฏิบัติงานเป็น อสม.		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	36	24.00
มากกว่า 10 ปี	114	76.00
ประสบการณ์การอบรมปฐมพยาบาล ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน		
เคยอบรม	110	73.30
ไม่เคยอบรม	40	26.70
ประสบการณ์การอบรม CPR/BLS		
เคยอบรม	140	93.30
ไม่เคยอบรม	10	6.70

ส่วนที่ 2 ระดับการรับรู้ความสามารถ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถรายมิติ (คะแนนเต็มมิติละ 25 คะแนน) พบว่า มิติการโทรแจ้งสายด่วน 1669 มีคะแนนสูงสุด ($M = 12.51$, $SD. = 5.61$) รองลงมาคือ การช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ($M = 11.87$, $SD. = 4.46$) การประเมินอาการเบื้องต้น ($M = 11.46$, $SD. = 4.40$) และการใช้เครื่อง AED มีคะแนนต่ำสุด ($M = 8.73$, $SD. = 4.61$) ตามลำดับ คะแนนรวมการรับรู้ความสามารถมีค่าเฉลี่ย 44.57 ($SD. = 16.14$) จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 44.57 ของคะแนนเต็ม ดังตารางที่ 3 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถ (n = 150)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	M	SD.	ร้อยละ
การประเมินอาการเบื้องต้น	25	11.46	4.40	45.84
การโทรแจ้งสายด่วน 1669	25	12.51	5.61	50.05
การช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)	25	11.87	4.46	47.48
การใช้เครื่อง AED	25	8.73	4.61	34.91
การรับรู้ความสามารถ (รวม)	100	44.57	16.14	44.57

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ HBM ปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้ความสามารถ

ก่อนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผู้วิจัยตรวจสอบการแจกแจงปกติด้วยค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) พบว่าตัวแปรทั้งหมดมีค่าความเบ้ระหว่าง -1.119 ถึง .158 และค่าความโด่งระหว่าง -.222 ถึง 1.591 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (± 2) ตามที่ Hair et al. (2010) เสนอแนะ ผู้วิจัยจึงใช้สถิติพหุคูณต่อไป

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (ตารางที่ 4) พบว่า องค์ประกอบ HBM ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($r = .546$, $P\text{-value} < .001$) การรับรู้ประโยชน์ ($r = .526$, $P\text{-value} < .001$) การรับรู้ความรุนแรง ($r = .516$, $P\text{-value} < .001$) และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ($r = .475$, $P\text{-value} < .001$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางบวกแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .156$, $P\text{-value} = .056$) สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล การอบรมปฐมพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำแต่มีนัยสำคัญ ($r_{pb} = .212$, $P\text{-value} = .009$) ส่วนเพศ ($r_{pb} = .142$, $P\text{-value} = .084$) และการอบรม CPR ($r_{pb} = .053$, $P\text{-value} = .517$) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ HBM ปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือเบื้องต้น (n = 150)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง	1								
2. การรับรู้ความรุนแรง	.598**	1							
3. การรับรู้ประโยชน์	.613**	.811**	1						
4. การรับรู้อุปสรรค	.501**	.389**	.423**	1					
5. สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ	.099	.068	.073	-.039	1				
6. เพศ	.120	.199*	.227**	.080	-.010	1			
7. อบรมปฐมพยาบาล	-.010	-.067	-.144	-.123	.303**	.003	1		
8. อบรม CPR	-.051	.050	-.003	-.100	.051	.021	.322**	1	
9. การรับรู้ความสามารถ	.546**	.516**	.526**	.156	.475**	.142	.212**	.053	1

หมายเหตุ: * P-value < .05, ** P-value < .01

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือเบื้องต้น

ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณก่อนการวิเคราะห์ พบว่า ค่า Tolerance ของตัวแปรอิสระอยู่ระหว่าง .542-.888 ค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.127-1.845 (< 10) จึงไม่มีปัญหา Multicollinearity ค่า Durbin-Watson = 1.833 อยู่ในช่วง 1.5-2.5 แสดงว่าค่าคงเหลือมีความเป็นอิสระต่อกัน และค่าคงเหลือมีการแจกแจงใกล้เคียงโค้งปกติ จากการตรวจ Normal P-P Plot

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ตัวแปรอิสระ 5 ตัวเข้าสู่สมการทำนายตามลำดับ ดังตารางที่ 5 สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือเบื้องต้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(5, 144) = 37.816$, $P\text{-value} < .001$ โดยอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้ร้อยละ 56.80 ($R^2 = .568$, Adjusted $R^2 = .553$) ดังตารางที่ 5 และตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือเบื้องต้น ($n = 150$)

ตัวแปรทำนาย	B	SE B	β	t	P-value
ค่าคงที่	92.643	8.327	—	11.126	< .001
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	1.228	.251	.365	4.899	< .001
สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	2.978	.475	.365	6.270	< .001
การรับรู้ประโยชน์	1.355	.270	.359	5.018	< .001
การอบรมปฐมนิเทศ	7.252	3.060	.139	2.370	.019
การรับรู้อุปสรรค	-.513	.227	-.147	-2.262	.025

หมายเหตุ: $R = .753$, $R^2 = .568$, Adjusted $R^2 = .553$, $F(5, 144) = 37.816$, $P\text{-value} < .001$,

สมการทำนายการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือเบื้องต้น

การรับรู้ความสามารถ = $92.643 + 1.228(\text{การรับรู้โอกาสเสี่ยง}) + 2.978(\text{สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ}) + 1.355(\text{การรับรู้ประโยชน์}) - 0.513(\text{การรับรู้อุปสรรค}) + 7.252(\text{การอบรมปฐมนิเทศ})$
และในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Score)

$Z_{\text{การรับรู้ความสามารถ}} = .365(Z_{\text{โอกาสเสี่ยง}}) + .365(Z_{\text{สิ่งชักนำ}}) + .359(Z_{\text{ประโยชน์}}) - .147(Z_{\text{อุปสรรค}}) + .139(Z_{\text{อบรมปฐมนิเทศ}})$

เมื่อพิจารณาอิทธิพลของตัวแปรทำนายเรียงจากมากไปน้อย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมีอิทธิพลสูงเท่ากัน ($\beta = .365$, $P\text{-value} < .001$) รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ ($\beta = .359$, $P\text{-value} < .001$) การรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลทางลบ ($\beta = -.147$, $P\text{-value} = .025$) และการอบรมปฐมนิเทศ

พหุคูณ (β = .139, P-value = .019) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงไม่เข้าสู่สมการในขั้นตอนสุดท้าย เนื่องจากมีความสัมพันธ์สูงกับการรับรู้ประโยชน์ (r = .811) ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในโมเดล

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย 3 ข้อ ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1

ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลบ้านแหลม มีการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยรวมคิดเป็นร้อยละ 44.57 ของคะแนนเต็ม ซึ่งจะเห็นว่า แม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์การปฏิบัติงานเป็น อสม. มากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 76.00) และเคยผ่านการอบรม CPR/BLS มาก่อน (ร้อยละ 93.30) แต่ระยะเวลาปฏิบัติงานและการเคยผ่านการอบรมเพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการรับรู้ความสามารถแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1977) ไม่ได้เกิดจากประสบการณ์การอบรมในอดีตเพียงลำพัง แต่ต้องอาศัยการฝึกปฏิบัติซ้ำอย่างต่อเนื่องและใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงจึงจะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในทักษะที่ยั่งยืน เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่า มิติการใช้เครื่อง AED มีคะแนนต่ำสุด (M = 1.75 จากคะแนนเต็ม 5) และมิติการช่วยฟื้นคืนชีพ CPR (M = 2.37) ก็ยังอยู่ในระดับที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ถึงแม้ อสม. ส่วนใหญ่จะเคยผ่านการอบรม CPR/BLS มาแล้วก็ตาม ทั้งนี้อาจเป็นผลจากข้อจำกัดเชิงระบบในพื้นที่ชนบท กล่าวคือเครื่อง AED ในชุมชนยังมีจำนวนจำกัดและเข้าถึงได้ยาก ทำให้ อสม. ขาดโอกาสฝึกฝนและความคุ้นเคยในการใช้งานจริงภายหลังจากการอบรมครั้งแรก จึงควรพิจารณาข้อจำกัดเชิงระบบควบคู่กับการพัฒนารายบุคคล เพื่อยกระดับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่มากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ Donoghue et al. (2025) ที่ชี้ว่าทักษะการใช้เครื่อง AED และการทำ CPR เริ่มเสื่อมถอยได้ตั้งแต่ 3 เดือนหลังการอบรมหากไม่ได้รับการฝึกปฏิบัติซ้ำอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอธิบายได้ว่าเหตุใดการเคยผ่านการอบรมในอดีตเพียงครั้งเดียวจึงไม่เพียงพอต่อการคงไว้ซึ่งความเชื่อมั่นในทักษะดังกล่าวในระยะยาว

วัตถุประสงค์ที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือเบื้องต้น ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ พบว่าองค์ประกอบ HBM 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง (r = .546, P-value < .001) การรับรู้ประโยชน์ (r = .526, P-value < .001) การรับรู้ความรุนแรง (r = .516, P-value < .001) และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (r = .475, P-value < .001) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock, Strecher และ Becker (1988) ที่ระบุว่า การรับรู้ภัยคุกคาม ทั้งด้านโอกาสเสี่ยงและความรุนแรง ร่วมกับการรับรู้ประโยชน์และสิ่งชักนำ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่กระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพ และส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น สอดคล้องกับงานวิจัยของนิรันดร์ เจริญบัณฑิตย (2559) ที่ศึกษาใน อสม. อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับงานวิจัยของวิไลวรรณ คมขำ, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม และนพณัฐ จำปาเทศ (2565) ที่พบว่า การ

รับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดเพชรบุรี ส่วนการรับรู้อุปสรรคแม้จะมีความสัมพันธ์ทางบวกแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .156$, $P\text{-value} = .056$) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานนาน จึงมีความคุ้นเคยและสามารถรับมือกับอุปสรรคต่าง ๆ ได้ดีกว่า ทำให้การรับรู้อุปสรรคไม่ส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถอย่างมีนัยสำคัญในการวิเคราะห์สหสัมพันธ์

วัตถุประสงค์ที่ 3 ปัจจัยทำนายการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือเบื้องต้น ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่าปัจจัย 5 ตัว สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือเบื้องต้นได้ร้อยละ 56.80 ($R^2 = .568$, $F(5,144) = 37.816$, $P\text{-value} < .001$) โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงและสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เป็นปัจจัยทำนายที่มีน้ำหนักสูงสุดเท่ากัน ($\beta = .365$, $P\text{-value} < .001$) สะท้อนว่า อสม. ที่รู้ว่าชุมชนมีความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สูง และได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคอย่างสม่ำเสมอ จะมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนสูงตามไปด้วย ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของณรงค์กร ชัยวงศ์ และปณณทัต บันขุนทด (2562) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นตัวทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยงได้ดีที่สุด และสอดคล้องกับงานวิจัยของปณณทัต บันขุนทด และคณะ (2566) ที่พบว่าสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เช่น การได้รับข้อมูลจากสื่อ บุคลากรสุขภาพ หรือประสบการณ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีอิทธิพลสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 2) การรับรู้ประโยชน์ เป็นปัจจัยทำนายอันดับสาม ($\beta = .359$, $P\text{-value} < .001$) สะท้อนว่า อสม. ที่เชื่อว่าการช่วยเหลือเบื้องต้นจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างแท้จริง จะมีแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของไวยัญญ์ เปรมสุข, รัตน์ศิริ ทาโต และระพีณ ผลสุข (2562) ที่ศึกษาในชายวัยกลางคนกรุงเทพมหานคร 175 คน พบว่าการรับรู้ประโยชน์สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญ ($P\text{-value} < .05$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของพนิดา พ้องเสียง (2563) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามแนวทางเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในชุมชน 3) การรับรู้อุปสรรค มีอิทธิพลทางลบต่อการรับรู้ความสามารถ ($\beta = -.147$, $P\text{-value} = .025$) สะท้อนว่า อสม. ที่รับรู้ว่ามีอุปสรรคในการช่วยเหลือสูง ไม่ว่าจะเป็นความกังวลเรื่องทักษะ ความกลัวทำผิดพลาด หรือการขาดอุปกรณ์ที่จำเป็น จะมีการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือเบื้องต้นลดลง สอดคล้องกับ Rosenstock, Strecher และ Becker (1988) ที่ระบุว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยยับยั้งพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ และสอดคล้องกับงานวิจัยของวรรัตน์ เหล่าสูง (2562) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 4) การอบรมปฐมนิเทศ เป็นปัจจัยทำนายสุดท้ายที่มีนัยสำคัญ ($\beta = .139$, $P\text{-value} = .019$) สนับสนุนแนวคิดของ Bandura (1977) ที่ระบุว่าประสบการณ์ตรงจากการฝึกอบรมเป็นแหล่งที่มาสำคัญของการรับรู้ความสามารถแห่งตน อสม. ที่ผ่านการอบรมปฐมนิเทศเกี่ยวกับโรค ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จะมีความรู้ ทักษะ และความเชื่อมั่นในการช่วยเหลือผู้ป่วยสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยอบรม สอดคล้องกับงานวิจัยของจินตนา ชมภูโคตร และสมจิต แดนสีแก้ว (2560) ที่พบว่า การอบรมเชิงปฏิบัติการและการพัฒนาเครือข่าย

ชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องทางด่วนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับงานวิจัยของนักฟิสิกส์ ยาวะโนภาส (2561) ที่พบว่าการได้รับการอบรมและประสบการณ์ปฏิบัติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและการจัดการภาวะฉุกเฉินเบื้องต้น ผลการวิจัยนี้จึงมีนัยสำคัญต่อการออกแบบโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยควรเน้นการฝึกปฏิบัติจริงผ่านสถานการณ์จำลอง (Simulation-based Training) อย่างสม่ำเสมอมากกว่าการบรรยายทฤษฎีเพียงอย่างเดียว 5) การรับรู้ความรุนแรง แม้จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถในระดับปานกลาง ($r = .516$, $P\text{-value} < .001$) แต่ไม่ได้เข้าสู่สมการทำนายขั้นตอนสุดท้าย เนื่องจากมีความสัมพันธ์สูงกับการรับรู้ประโยชน์ ($r = .811$) ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนของข้อมูลในโมเดล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนพวรรณ อีระพันธ์เจริญ (2562) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงเมื่อนำเข้าสมการร่วมกับตัวแปรอื่นมักหมดนัยสำคัญเนื่องจากความสัมพันธ์เชิงซ้อนกับองค์ประกอบ HBM ด้านอื่น ตามที่ Hair และคณะ (2010) อธิบายว่าปรากฏการณ์ดังกล่าวเป็นผลจาก Suppressor Effect ในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับสถาบันการศึกษาพยาบาลในการพัฒนาเนื้อหาการเรียนการสอนด้านการปฐมพยาบาลผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ รวมถึงเป็นแนวทางสำหรับการต่อยอดงานวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม. ในบริบทชุมชนอื่นต่อไป
2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หน่วยงานสาธารณสุขระดับตำบลและอำเภอควรนำผลการวิจัยไปวางแผนพัฒนาโปรแกรมอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ที่เน้นการเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในชุมชน โดยใช้ข้อมูลระดับวิทยาท้องถิ่นจริงเป็นสิ่งชักนำ โดยอาจร่วมมือกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดหาและติดตั้งเครื่อง AED ประจำจุดเสี่ยงในชุมชน พร้อมทั้งจัดกิจกรรมฝึกซ้อมการใช้งานร่วมกับ อสม. อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสาธารณสุขระดับพื้นที่ได้จริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ที่มีต่อการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) เพื่อยืนยันความสัมพันธ์เชิงเหตุผล และควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังพื้นที่อื่นทั้งในเขตเมืองและชนบทในภูมิภาคต่างๆ

รายการอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). *คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหมอบประจำบ้าน*. กระทรวงสาธารณสุข.

งานเวชสถิติโรงพยาบาลบ้านแหลม. (2568). รายงานสถิติผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ปี พ.ศ. 2561-2568.

เพชรบุรี: โรงพยาบาลบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี.

จินตนา ชมภูโคตร และสมจิต แคนสีแก้ว. (2560). การทำงานของเครือข่ายชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องทางด่วนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดเอสทียกสูง ตำบลโพนทอง อำเภอรณนคร จังหวัดนครพนม. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(4), 132-139.

ณรงค์กร ชัยวงศ์ และปณณทัต บันขุนทด. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(2), 6-15.

นพวรรณ ชีระพันธ์เจริญ. (2562). ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรของมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(ฉบับพิเศษ), 137-145.

นัฏพงษ์ ยาวะโนภาส. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา.

นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา.

ปณณทัต บันขุนทด, ปิยลักษณ์ จันทรสม, ชุมศรี ต้นเกตุ, ชญานิศ เขียวสด, กิตติพงษ์ เรือนเพชร และกัลยา มั่นล้วน. (2566). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในตำบลอิสาน อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 38(3), 617-625.

พนิดา พ้องเสียง. (2563). การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอโพนทอง. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 9-20.

วรรัตน์ เหล่าสูง. (2562). ผลของโปรแกรมประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา.

วิไลวรรณ คมขำ, กมลทิพย์ ชลัทธิธรรมเนียม และนพนัฐ จำปาเทศ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความเสี่ยงสูงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 5(2), 44-56.

ไวริญจน์ เปรมสุข, รัตน์ศิริ ทาโต และระพีณ ผลสุข. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารกิจการมัย*, 26(1), 24-39.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. (2568). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center). <http://www.pbi.hdc.moph.go.th>

อรพินท์ สีขาว. (2568). *พยาธิสรีรวิทยาสำหรับนักศึกษาพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.



- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Donoghue, A. J., Auerbach, M., Banerjee, A., Blewer, A. L., Cheng, A., Kadlec, K. D., Lin, Y., Diederich, E., Sawyer, T., Stallings, D. T., Toft, L. E. B., Wright, J. I., Schexnayder, S. M., & Dainty, K. N. (2025). Part 12: Resuscitation education science: 2025 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 152(16_suppl_2), S719–S750. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001374>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Pearson Prentice Hall.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49–60.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- World Health Organization. (2023). *Cardiovascular diseases* (CVDs). Retrieved from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))