ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติในการช่วยฟื้นคืนชีพในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครพนม

จรรฎา ภูยาฟ้า พย.ม.[1]
เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร ปร.ด.[2]
กุลพิธาน์ จุลเสวก พย.ม.[2]
เบญจวรรณ บุตรโยธี พย.ม.[3]

(วันรับบทความ: 16 กันยายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 20 พฤศจิกายน พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 26 พฤศจิกายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นที่เกิดขึ้นนอกสถานพยาบาลเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 90 ในประเทศไทย พบผู้ป่วยเสียชีวิตนอกสถานพยาบาลร้อยละ 14.60-47.60 โดยสาเหตุหลักคือการรักษาที่ล่าช้าและไม่มีการช่วยฟื้นคืนชีพก่อนนำส่งโรงพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจากผู้พบเห็นเหตุการณ์สามารถเพิ่มโอกาสรอดชีวิตได้ถึงร้อยละ 40 อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจช่วยเหลือขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ทัศนคติ ประสบการณ์การฝึกอบรม และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ จังหวัดนครพนมมีความท้าทายพิเศษเนื่องจากมีความหลากหลายทางวัฒนธรรมสูง มีชนเผ่าทั้งหมด 9 ชนเผ่าและ 2 เชื้อสาย ส่งผลต่อความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเป็นกำลังหลักที่ควรได้รับความรู้ที่ถูกต้องในการช่วยฟื้นคืนชีพเพื่อช่วยเหลือผู้อื่นในภาวะฉุกเฉิน การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าวในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครพนม โดยใช้การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 344 คน ระหว่างเดือนเมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2568 การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติที่พัฒนาขึ้นเองตามกรอบแนวคิดที่ประยุกต์จาก Health Belief Model ครอบคลุมข้อมูลทั่วไป ความรู้ ประสบการณ์การฝึกปฏิบัติและปฏิบัติในสถานการณ์จริง ทัศนคติ และความเชื่อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครส่วนใหญ่มีความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.90, 46.50 และ 76.20 ตามลำดับ ความเชื่อมีสหสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติและความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การศึกษานี้สรุปว่าความเชื่อเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการส่งเสริมความรู้และสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครควรเน้นการสร้างความเชื่อในประสิทธิผลของการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นจุดเริ่มต้น

คำสำคัญ: ความเชื่อ การช่วยฟื้นคืนชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความรู้ ทัศนคติ

[1]อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาลัยวิทยาลัยนครพนม จังหวัดนครพนม
[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาลัยวิทยาลัยนครพนม จังหวัดนครพนม
[3]อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาลัยวิทยาลัยนครพนม จังหวัดนครพนม
[3]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: benjavan6742@gmail.com Tel: 099-2716742

Correlation between Knowledge, Beliefs, and Attitudes towards Basic Cardiopulmonary Resuscitation among Village Health Volunteers in Nakhon Phanom Province

Junda Puyafa M.N.S.[1]
Phensiri Dumrongpakapakorn Ph.D.[2]
Khunphitha Junsevg M.N.S.[2]
Benjawan Bootyotee M.N.S.[3]

(Received Date: September 16, 2025, Revised Date: November 20, 2025, Accepted Date: November 26, 2025)

Abstract

Out-of-hospital cardiac arrest represents a critical global public health challenge with a 90% mortality. In Thailand, 14.60-47.60% of patients die outside hospitals, primarily due to delayed treatment and absent pre-hospital cardiopulmonary resuscitation. While bystander basic cardiopulmonary resuscitation can increase survival rates to 40%, willingness to intervene depends on attitudes, training experience, and beliefs. Nakhon Phanom Province faces unique challenges given its cultural diversity of nine ethnic groups and two lineages, influencing varied health beliefs and behaviors. Village Health Volunteers, as the primary community health workforce, require proper basic life support knowledge and skills for emergency response. This study assessed knowledge, beliefs, and attitudes regarding basic life support and analyzed their interrelationships among Village Health Volunteers in Nakhon Phanom Province. A cross-sectional descriptive study was conducted with 344 Village Health Volunteers from April to June 2025. Data collection utilized a self-developed questionnaire assessing knowledge, beliefs, and attitudes was constructed based on a conceptual framework adapted from the Health Belief Model covering demographics, cardiopulmonary resuscitation knowledge, training and practical experiences, attitudes, and beliefs. Correlation analyses were performed using Spearman's rank correlation coefficients.

The results revealed that the majority of the volunteers had moderate levels of knowledge, beliefs, and attitudes, accounting for 52.90%, 46.50%, and 76.20%, respectively. Belief was positively correlated with attitude and knowledge at a statistically significant level of .01. The study concluded that belief was the most influential factor in enhancing knowledge and fostering a positive attitude toward cardiopulmonary resuscitation (CPR). Therefore, capacity development programs for volunteers should initially focus on strengthening their belief in the effectiveness of CPR.

Keywords: beliefs, cardiopulmonary resuscitation, village health volunteers, knowledge, attitudes

[1]Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nakhonphanom Nakhonphanom University, Nakhonphanom
[2]Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Nakhonphanom Nakhonphanom University, Nakhonphanom
[3]Lecturer Boromarajonani College of Nursing Nakhonphanom Nakhonphanom University, Nakhonphanom
[3]Corresponding author, Email: benjavan6742@gmail.com Tel: 099-2716742

บทนำ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล (Out-of-hospital cardiac arrest: OHCA) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของผู้ป่วยทั่วโลก โดยผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 90 และรอดชีวิตเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น[1,2] ในประเทศไทย สถานการณ์ยังคงเป็นปัญหาที่น่าวิตกกังวล จากรายงานสถานการณ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉินปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตนอกสถานพยาบาลร้อยละ 14.60-47.60 โดยสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือการรักษาผู้ป่วยที่ล่าช้าและไม่มีการช่วยฟื้นคืนชีพก่อนนำส่งโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 27-58[3]

การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยชีวิตผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น เนื่องจากช่วยให้เลือดไหลเวียนไปยังอวัยวะสำคัญต่าง ๆ ในร่างกาย โดยเฉพาะสมองซึ่งมีความสำคัญต่อการรักษาชีวิต[4,5] ในกรณีที่มีการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจากผู้พบเห็นเหตุการณ์ โอกาสในการรอดชีวิตจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 40[6] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การตัดสินใจในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน มีปัจจัยหลายประการ ซึ่งประกอบด้วย ทัศนคติที่ดีต่อการช่วยเหลือ ประสบการณ์การฝึกอบรม ระดับการศึกษาที่สูง และรายได้ที่สูง[7-9] นอกจากนี้ ความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพยังคงส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมาก เช่น ความเชื่อว่าการช่วยฟื้นคืนชีพจะทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บเพิ่มเติม ความไม่มั่นใจในทักษะ รวมถึงความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน[10,11]

จังหวัดนครพนมเป็นพื้นที่ที่มีความท้าทายเป็นพิเศษ เนื่องจากมีความหลากหลายทางวัฒนธรรมสูง มีกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ อาศัยอยู่ร่วมกันโดยมีชนเผ่าทั้งหมด 9 ชนเผ่าและ 2 เชื้อสาย บริบทการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดนครพนมมีความซับซ้อนเนื่องจากความหลากหลายทางชาติพันธุ์และวัฒนธรรม[12] โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ประกอบด้วยกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ เช่น ไทโส้ ผู้ไท และญ้อ ซึ่งแต่ละกลุ่มมีความเชื่อเกี่ยวกับชีวิต ความตาย และพิธีกรรมที่แตกต่างกัน กลุ่มไทโส้ให้ความสำคัญกับพิธีกรรมการเซ่นและการเชิญวิญญาณกลับบ้านหลังความตาย กลุ่มผู้ไทผสมผสานพิธีกรรมผีบรรพบุรุษกับหลักคำสอนทางพุทธศาสนา มีความเมตตาต่อผู้ป่วยแต่มีความระมัดระวังในการใช้การช่วยฟื้นคืนชีพเนื่องจากมองว่าอาจขัดขวางวิถีธรรมชาติ ส่วนกลุ่มญ้อให้ความสำคัญกับการบูชาผีปู่ตาและยอมรับโชคชะตา[13] ความเชื่อเหล่านี้หลอมรวมอยู่ในจิตสำนึกของ อสม. แต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ และส่งผลต่อการนำความรู้ด้านสุขภาพสมัยใหม่ไปใช้ในทางปฏิบัติ แม้ว่า อสม. จะได้รับการฝึกอบรมเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary Resuscitation: CPR) แต่การประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงยังคงเผชิญกับแรงเสียดทานจากบริบทวัฒนธรรมดั้งเดิมของชุมชน เนื่องจากการถ่ายทอดความรู้ยังขาดการบูรณาการมิติทางจิตวิญญาณและศรัทธาของชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดนครพนมจึงเป็นกำลังหลักในการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนที่ควรได้รับความรู้ที่ถูกต้องและฝึกฝนอย่างชำนาญในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เพื่อสามารถนำไปใช้ประโยชน์ช่วยเหลือผู้อื่นได้ในภาวะฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล

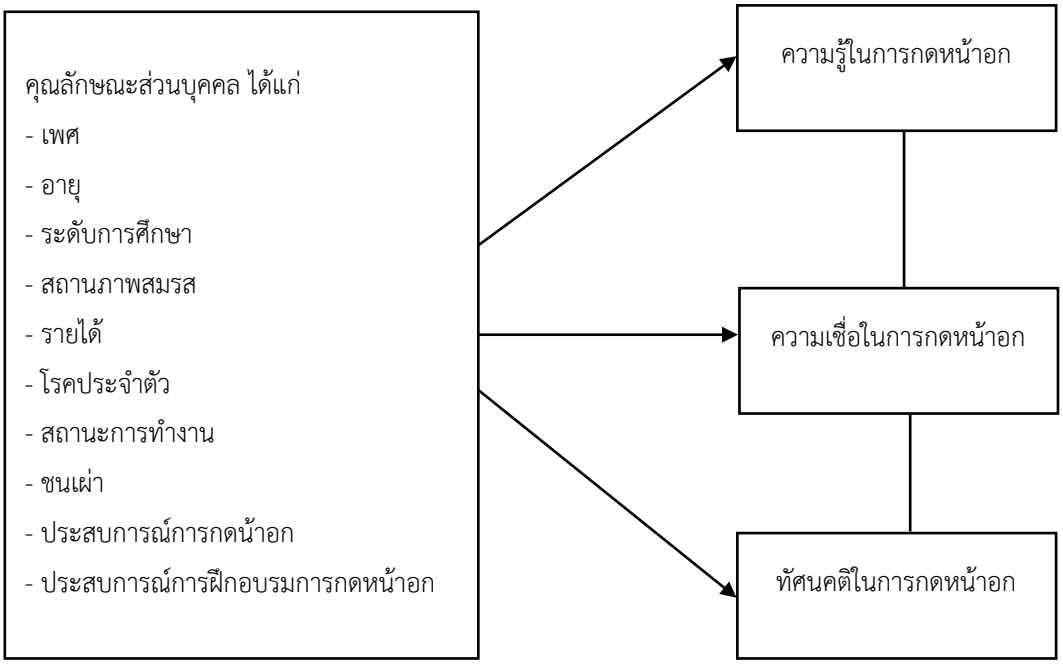
การทำความเข้าใจความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในบริบทที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเหล่านี้[14] ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการออกแบบและพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และการพัฒนาความเชื่อที่เหมาะสมเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เพื่อเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนมเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนมกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติในการช่วยฟื้นคืนชีพ ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครพนม ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 9 เดือน ระหว่าง เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2568



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดที่ดัดแปลงจาก Health Belief Model (HBM) ของ Rosenstock[15]โดยเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับการรับรู้ภัยคุกคาม (Perceived susceptibility & severity) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) อุปสรรค (Perceived barriers) และปัจจัยกระตุ้นการกระทำ (Cues to action) รวมถึงการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ในบริบทของการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้คงองค์ประกอบของแนวคิดหลักทุกองค์ประกอบ โดยได้สร้างแบบสอบถามความเชื่อ และทัศนคติ เพื่อให้แสดงถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ปัจจัยกระตุ้นให้ลงมือ และการรับรู้ความสามารถตนเอง การศึกษาครั้งนี้ตัวแปรอิสระ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว สถานะการทำงาน ชนเผ่า ประสบการณ์การกดหน้าอก และประสบการณ์การฝึกอบรมการกดหน้าอก ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลต่อการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ตัวแปรตาม ได้แก่ ระดับความรู้ ระดับความเชื่อ และระดับทัศนคติ เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการรับรู้ตาม HBM โดยสมมติฐานของการวิจัยคือ คุณลักษณะส่วนบุคคลมีผลต่อระดับความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติ และ ความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติมีความสัมพันธ์กัน การทำความเข้าใจความสัมพันธ์เหล่านี้มีความสำคัญต่อการออกแบบโปรแกรมการให้ความรู้และฝึกอบรมที่เหมาะสม เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติ ของอสม.ในจังหวัดนครพนมเกี่ยวกับการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติของอสม.ในจังหวัดนครพนม กับการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม.ในจังหวัดนครพนมที่มีอายุ 18 ปี – 60 ปี อาศัยอยู่ในจังหวัดนครพนมมีที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน จำนวน 20,000 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม.ที่มีอายุ 18 ปี – 60 ปี อาศัยอยู่ในจังหวัดนครพนมมีที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และมีสัญชาติไทย กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากโปรแกรม G*power[16] โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ .80 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .15 โดยอ้างอิงจากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน[17,18] ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ 292 ราย ปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อการป้องกันการสูญหาย .15 ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคือ 344 ราย สุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) เพื่อให้มีการกระจายและมีลักษณะของประชากรที่แท้จริง โดยขั้นที่ 1 การสุ่มอำเภอใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จาก 12 อำเภอ ในจังหวัดนครพนม โดยสุ่มมา 3 อำเภอ ขั้นที่ 2 การสุ่มตำบล โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จาก 3 อำเภอที่สุ่มได้ สุ่มมาอำเภอละ 3 ตำบล รวมทั้งหมด 9 ตำบล ขั้นที่ 3 สุ่มกลุ่มตัวอย่างประชากร จาก 9 ตำบล ในขั้นที่ 2 โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง อสม.ทั้งหมด ตำบลละ 39 คน จำนวนทั้งหมด 344 คน แล้วนำมาพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็น อสม.ที่มีอายุ 18 ปี – 60 ปี 2) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย 3) เป็น อสม. อาศัยอยู่ในจังหวัดนครพนมมีที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน 4) สัญชาติไทย และคัดกลุ่มตัวอย่างออกเมื่อเข้าเกณฑ์ในการคัดออก ดังนี้ 1) อายุน้อยกว่า 18 ปี และมากกว่า 60 ปี 2) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน 3) ขอถอนตัวออกจากการวิจัยในทุกกรณี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเองจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 : แบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับการกดหน้าอก (CPR) แบบถูก ผิด จำนวน 20 ข้อ แบบวัดความรู้ในการช่วยฟื้นชีวิตขั้นพื้นฐาน เป็นแบบวัดความรู้ที่อ้างอิงความรู้ของสมาคมแพทย์โรคหัวใจ แห่งประเทศไทยที่ใช้เป็นมาตรฐานในการสอบการอบรมการช่วยฟื้นชีวิตขั้นพื้นฐาน โครงการปฏิบัติการช่วยฟื้นชีวิต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี แบบวัดดังกล่าวได้แปลมาจากแบบวัดความรู้มาตรฐานของสมาคมโรคหัวใจอเมริกัน ผู้วิจัยออกแบบเป็นแบบวัดถูกผิด 2 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ค่าคะแนนที่มากแสดงถึงความรู้ในการช่วยฟื้นชีวิตขั้นพื้นฐานที่มาก โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ข้อความที่เป็นบวก 1 หมายถึง ใช่ 0 หมายถึง ไม่ใช่ และข้อความที่เป็นลบ 0 หมายถึง ใช่ 1 หมายถึง ไม่ใช่ ใช้เกณฑ์การแปลผลของ Best[19] แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ปานกลางและต่ำ คำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น[20] = 6.67 โดย คะแนน 0 - 6.67 หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อย คะแนน 6.68 - 13.35 หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง และคะแนน 13.36 - 20.00 หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 : แบบสอบถาม ประสบการณ์การฝึกการกดหน้าอก และประสบการณ์การพบเจอจำนวน 2 ข้อ (เคย และไม่เคย)

ส่วนที่ 4 : แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการกดหน้าอก (CPR) จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมวัดตามมิติด้าน Cognitive Affective และ Behavioral เป็นข้อคำถามเชิงบวก 6 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบ 4 ข้อ มีตัวเลือกตอบ 5 ระดับ (Rating scale) คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยคำถามเชิงบวกเห็นด้วยมากที่สุด - ไม่เห็นด้วยอย่างมาก จากคะแนน 5 - 1 คะแนนตามลำดับ และคำถามเชิงลบ เห็นด้วยมากที่สุด - ไม่เห็นด้วยอย่างมาก จากคะแนน 1 - 5 คะแนนตามลำดับ ใช้สูตรคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น[20] = 1.33 แล้วแบ่งเป็นระดับทัศนคติ[21] ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีทัศนคติต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึง มีทัศนคติปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.67- 5.00 หมายถึง มีทัศนคติสูง

ส่วนที่ 5 : แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกดหน้าอก (CPR) จำนวน 10 ข้อ วิจัยสร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง วัดตาม Health Belief Model (HBM) เป็นข้อคำถามเชิงบวก 1 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบ 9 ข้อ มีตัวเลือกตอบ 5 ระดับ (Rating scale) คือ เชื่อมากที่สุด เชื่อมาก เชื่อปานกลาง เชื่อน้อย และไม่เชื่อ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ใช้สูตรคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้นดังนี้[20] ความกว้างของอันตรภาคชั้น = 1.33 หลังจากคำนวณช่วงระดับคะแนนดังกล่าวแล้วนำค่าที่ได้จากการคำนวณมาแบ่งเป็นระดับความเชื่อ[21] โดยคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีความเชื่อต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง มีความเชื่อปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง มีความเชื่อสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามส่วนที่ 1-5 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น 1 ท่าน อาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความชัดเจนของภาษาที่ใช้ และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 1.00 โดยค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป[22] และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence : IOC) เท่ากับ 0.84 เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะ และให้ข้อคิดเห็น ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาไปทำการทดสอบ (Pilot test) จำนวน 30 ชุด กับกลุ่มตัวอย่าง อสม. จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบว่าคำถามสามารถสื่อความหมายตรงตามความต้องการ และมีความเหมาะสมหรือไม่ จากนั้นจึงนำมาทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิแอลฟ่า (Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) เท่ากับ 0.80 ซึ่งถือได้ว่าอยู่ในระดับดี หมายถึง แบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจริงได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยยื่นแบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
2. ทำหนังหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัย คือ อสม.ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครพนม อายุ 18 ปี – 60 ปี
3. ดำเนินการคัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน เมื่อได้จำนวนตามที่กำหนด เพื่อให้มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก
4. ภายหลังการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมจากมหาวิทยาลัยนครพนม ผู้วิจัยเข้าพบผู้นำชุมชน เพื่อแนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
5. ผู้วิจัยทำการแจกแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบ
6. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้สถิติสำเร็จรูป SPSS for Windows เวอร์ชั่นที่ 27 ใช้โปรแกรมถูกลิขสิทธิ์ของแท้ในการวิเคราะห์ ซึ่งสถิติวิเคราะห์ได้กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการนำเสนอข้อมูลกรณีข้อมูลต่อเนื่องมีการแจกแจงปกติ นำเสนอข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) กรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จะนำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยควอไทล์ (Interquartile range) กรณีข้อมูลกลุ่ม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา เป็นต้น และประสบการณ์การกดหน้าอก นำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อเกี่ยวกับการกดนวดหน้าอกของ อสม.ในจังหวัดนครพนม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) นำเสนอข้อมูลผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับการกดนวดหน้าอกโดยนำเสนอข้อมูลเป็นการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติ มีผลต่อการกดนวดหน้าอกของ อสม. ในจังหวัดนครพนม โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) เนื่องจากมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งไม่ปกติ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม เลขที่ HE7568 (สิ้นสุด 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569) หลังจากนั้นทำหนังหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัย คือ อสม.ในจังหวัดนครพนม อายุ 18 - 60 ปี เพศหญิงและเพศชาย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย ประโยชน์ของโครงการวิจัย และจัดทำหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนาม ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตอบแบบสอบถามให้ตรงตามความเป็นจริง โดยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ-สกุล และรายงานการวิจัยจะนำเสนอผลเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยและเมื่อเข้าร่วมวิจัยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการวิจัยสามารถกระทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็น อสม. ในจังหวัดนครพนม ที่มีอายุ 18 ปี - อายุ 60 ปี จำนวน 344 คน มีอายุระหว่าง 18 - 60 ปี มีอายุเฉลี่ย 51.36 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 51 - 60 ปี (ร้อยละ 63) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.70) ส่วนใหญ่มีสถานภาพแต่งงานแล้ว (ร้อยละ 66.60) ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 47.70) ส่วนใหญ่มีงานทำ(ร้อยละ 77.60) มีรายได้เฉลี่ย 5,276 บาท/เดือน ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 69.80) และส่วนใหญ่มีเป็นชนเผ่าภูไท (ร้อยละ 61.90)

2. ความรู้ต่อการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง (7 - 13 คะแนน) (ร้อยละ 52.90) รองลงมาคือ มีคะแนนความรู้สูง (14 - 20 คะแนน) (ร้อยละ 43.90) และ ความรู้ต่ำ (0 - 6 คะแนน) (ร้อยละ 3.20) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ย 12 คะแนน คะแนนต่ำสุด 6 คะแนน และคะแนนสูงสุด 19 คะแนน

3. ประสบการณ์การกดหน้าอกสถานการณ์จริง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การกดหน้าอกสถานการณ์จริง (ร้อยละ72.40) เคยมีประสบการณ์การกดหน้าอกสถานการณ์จริง (ร้อยละ 27.60)

4. ประสบการณ์การฝึกอบรมการกดหน้าอก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การฝึกอบรมการกดหน้าอก (ร้อยละ52) และเคยมีประสบการณ์การฝึกอบรมการกดหน้าอก (ร้อยละ 48)

5. ความเชื่อต่อการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง (7 - 13 คะแนน) (ร้อยละ 46.50) รองลงมาคือ มีคะแนนความเชื่อสูง (14 - 20 คะแนน) (ร้อยละ 45.60) และความเชื่อต่ำ (0 - 6 คะแนน) (ร้อยละ 7.80) ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 13 คะแนน คะแนนต่ำสุด 7 คะแนน และคะแนนสูงสุด 16 คะแนน

6. ทัศนคติต่อการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง (7 - 13 คะแนน) (ร้อยละ 76.20) รองลงมาคือ ทัศนคติสูง (14 - 20 คะแนน) (ร้อยละ 20.60) และ ทัศนคติต่ำ (0 - 6 คะแนน) (ร้อยละ 3.20) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ย 14 คะแนน คะแนนต่ำสุด 7 คะแนน และคะแนนสูงสุด 16 คะแนน

7. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติ ความเชื่อมีสหสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติที่ระดับต่ำ ($r = 0.17$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 และความเชื่อมีสหสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้ที่ระดับต่ำ ($r = 0.23$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ <.001

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนม (n=344)

ตัวแปรที่ศึกษา	spearman	*p*-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้ (Knowledge)	0.069	.20	ต่ำ
ความเชื่อ (Beliefs)	0.174	.001*	ต่ำ

*มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < .01

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ ความเชื่อ และความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนม (n=344)

ตัวแปร	spearman	*p*-value	ระดับความสัมพันธ์
ทัศนคติ (Attitudes)	0.069	.20	ต่ำ
ความเชื่อ (Beliefs)	0.234	.000*	ต่ำ

*มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < .01

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า อสม.ในจังหวัดนครพนมส่วนใหญ่มีความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติต่อการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังมีพื้นที่สำหรับการพัฒนาและปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น มีช่องว่างสำหรับการพัฒนา เพิ่มทักษะ และปรับปรุงความเชื่อในการปฏิบัติจริง ส่วนหนึ่งอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านการเข้าถึงการฝึกอบรมหรือการประชาสัมพันธ์ที่จำกัด สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย พบว่านักเรียนที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการฝึกการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและการปฐมพยาบาล (ร้อยละ 63) มีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มที่มีทัศนคติเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[23] ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ ผลการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าต่างประเทศเองยังพบปัญหาคล้ายกัน เช่น ในฮ่องกง ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1 จาก 8 คะแนน) และมีอัตราการฝึกอบรมที่ต่ำมาก[23-25] สะท้อนว่าไม่ใช่เพียงแต่บริบทไทยเท่านั้น แต่เป็นปัญหาระดับสากลที่ต้องให้ความสำคัญเรื่องการสร้างโอกาสในการฝึกการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและพัฒนาองค์ความรู้เชิงปฏิบัติ

ความเชื่อเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทั้งทัศนคติและความรู้ โดยเฉพาะความสัมพันธ์กับความรู้ (r = 0.23) เมื่อเทียบกับทัศนคติ (r = 0.17) ผลการศึกษาพบว่าระดับความสัมพันธ์ที่อยู่ในช่วงต่ำ นำไปสู่คำถามสำคัญว่ามีปัจจัยแวดล้อมใดที่อาจเป็นตัวแปรแทรกซ้อนข้อค้นพบนี้อาจสะท้อนบริบทวัฒนธรรมเฉพาะของอสม.ในจังหวัดนครพนม ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ เช่น ไทโส้ ผู้ไท ญ้อ และกลุ่มไทยลาว ความเชื่อเกี่ยวกับความตาย การช่วยชีวิต หรือบทบาทของการฟื้นคืนชีพในแต่ละชนเผ่ามีความแตกต่างและอาจถูกมองต่างจากแนวคิดสมัยใหม่ ตัวอย่างเช่น ชนเผ่าบางกลุ่มให้ความสำคัญกับการจากไปอย่างสงบและพิธีกรรมตามประเพณีดั้งเดิม ในขณะที่บางกลุ่มอาจมีทัศนคติเปิดรับกับนวัตกรรมทางการแพทย์มากกว่า ความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระดับต่ำ อาจมีสาเหตุจากความแปรปรวนหรือข้อจำกัดในการถ่ายทอดนวัตกรรมสู่ชุมชนที่มีความเชื่อ ขนบธรรมเนียม และภาษาแตกต่างกัน ซึ่งสนับสนุนข้อเสนอแนะว่าควรมีการศึกษาเชิงลึกด้านชาติพันธุ์และวัฒนธรรมในอนาคต สิ่งนี้บ่งชี้ว่าความเชื่อเป็นแรงผลักดันสำคัญในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ ความเชื่อขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมของชุมชนด้วย ได้แก่ ความเชื่อทางไสยศาสตร์ ความเชื่อทางวิทยาศาสตร์ ผู้ที่เชื่อในประสิทธิผลของการช่วยฟื้นคืนชีพจะมีแรงจูงใจในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะมากกว่า และความเชื่อส่งผลต่อทัศนคติเชิงบวก ทำให้เกิดความพร้อมในการใช้ทักษะเมื่อจำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ โดยการศึกษาในไทยพบว่านักเรียนที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและการปฐมพยาบาล (ร้อยละ 63) มีคะแนนความรู้สูงกว่านักเรียนที่มีทัศนคติเชิงลบ[24,25] นอกจากนี้ยังพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Perceived benefits) และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นตัวกระตุ้นพฤติกรรมด้านสุขภาพ ดังนั้นหาก อสม. เชื่อว่าการช่วยชีวิตได้ผลจริง และตนเองสามารถทำได้ พวกเขาก็จะมีแรงจูงใจในการเรียนรู้และฝึกทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานมากขึ้น

ผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของอสม.การที่ความเชื่อมีความสัมพันธ์กับทั้งความรู้และทัศนคติ แสดงให้เห็นว่าความเชื่อในประสิทธิผลของการช่วยฟื้นคืนชีพอาจเป็นกุญแจสำคัญในการพัฒนาในด้านต่างๆ ได้แก่ การพัฒนาประสิทธิภาพในการช่วยฟื้นคืนชีพของ อสม. เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉิน และสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง การมีความเชื่อที่ดีในประสิทธิผลของการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ส่งผลโดยตรงต่อความพร้อมในการลงมือปฏิบัติเมื่อเผชิญสถานการณ์ฉุกเฉิน และกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาต่อเนื่อง สิ่งเหล่านี้เป็นหัวใจของห่วงโซ่การรอดชีวิต (Chain of survival) ซึ่งเน้นการตอบสนองอย่างรวดเร็วและมั่นใจในสถานการณ์หัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล สอดคล้องกับงานวิจัยในนักศึกษามหาวิทยาลัยไทยพบว่าหลังได้รับการฝึกการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานแม้เพียงระยะสั้น คะแนนความรู้และทัศนคติดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[26] การศึกษาต่างประเทศก็พบหลักฐานในลักษณะเดียวกัน เช่น การศึกษาโดย Jusoh และคณะพบว่าการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานที่ปรับปรุงตามแนวทางสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association: AHA) ช่วยพัฒนาคะแนน Knowledge-Attitude และ Performance ได้อย่างมีนัยสำคัญทั้งในกลุ่มนักศึกษาทางการแพทย์และไม่ใช่แพทย์ โดยประมาณร้อยละ 64.80 ของผู้เข้าร่วม สามารถทำการกดหน้าอกที่มีคุณภาพสูงได้[24]

สรุปผลการวิจัยครั้งนี้ ความเชื่อในการช่วยฟื้นคืนชีพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติในการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.17$, $p = .001$) ความเชื่อในการช่วยฟื้นคืนชีพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.23$, $p < .001$) แม้ว่าค่าสหสัมพันธ์จะอยู่ในระดับต่ำ แต่สะท้อนให้เห็นบทบาทและความสำคัญของความเชื่อในฐานะปัจจัยขับเคลื่อนการพัฒนาทัศนคติและการแสวงหาความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Rosenstock ที่เน้นว่าความเชื่อส่วนบุคคลต่อสุขภาพและผลลัพธ์จากการปฏิบัติมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพผ่านองค์ประกอบหลัก ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ผลประโยชน์ อุปสรรค และตัวกระตุ้น การผนวกปัจจัยทางวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น ความเชื่อและพิธีกรรมที่หยั่งรากในบริบทชุมชน เข้ากับกรอบแนวคิด HBM จะช่วยเสริมสร้างความเข้าใจเชิงทฤษฎีและการประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ ตลอดจนสนับสนุนการพัฒนากลยุทธ์ที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะเพื่อส่งเสริมทัศนคติเชิงบวก เพิ่มความมั่นใจ และยกระดับศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้บริการช่วยชีวิตฉุกเฉินได้อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิผล

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนม มีอายุตั้งแต่ 18 ปี - 60 ปี อาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงถึงประชากรในกลุ่มอื่นๆ และการใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือหลักอาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะ

การวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเชิงลึกถึงกลไกและรูปแบบความเชื่อทางวัฒนธรรมและชาติพันธุ์ที่มีผลต่อการตัดสินใจช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยแฝงและอิทธิพลของบริบทเฉพาะพื้นที่

2. ควรมีการศึกษาโดยออกแบบและประเมินโปรแกรมสร้างหรือปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านประสิทธิผลของการช่วยฟื้นคืนชีพเพื่อวัดผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทัศนคติของอาสาสมัครหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

การนำไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรออกแบบกิจกรรมหรือโครงการอบรมที่เน้นการสร้างและเสริมสร้างความเชื่อในประสิทธิผลและคุณค่าของการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยควบรวมแนวคิดจากบริบทวัฒนธรรมและความเชื่อท้องถิ่นเข้าเป็นส่วนหนึ่งในหลักสูตรบูรณาการเนื้อหาการอบรมที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ในจังหวัดนครพนม เพื่อรองรับความหลากหลายของผู้เรียน

2. ควรส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ หรือแนวปฏิบัติระหว่างอาสาสมัครกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อให้เกิดเครือข่ายเสริมสร้างความเชื่อและทักษะการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผลวิจัยนี้สามารถใช้สนับสนุนนโยบายการพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยชูความสำคัญของการสร้างความเชื่อเชิงบวกเป็นจุดเน้นของการพัฒนาทั้งด้านความรู้และทักษะในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม ที่มอบโอกาสในการศึกษา สิ่งอำนวยความสะดวก ผู้บริหารที่สนับสนุนการทำวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครพนม และอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยในครั้งนี้

References

1. Myat A, Song KJ, Rea T. Out-of-hospital cardiac arrest: current Concepts. Lancet. 2018;391(10124):970-9. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30472-0.
2. Grasner JT, Lefering R, Koster RW, Masterson S, Bottiger BW, Herlitz J, et al. EuReCa ONE-27 Nations, ONE Europe, ONE Registry: A prospective one month analysis of out-of-hospital cardiac arrest outcomes in 27 countries in Europe. Resuscitation. 2016;105:188-95. doi: 10.1016/j.resuscitation.2016.06.004.
3. Institute for Emergency Medicine. Emergency Medical System Situation Report, Thailand 2022. Bangkok: Institute for Emergency Medicine; 2022. (in Thai)
4. Magid DJ, Aziz K, Cheng A, Hazinski MF, Hoover AV, Mahgoub M, et al. Part 2: Evidence evaluation and guidelines development: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2020 Oct 20;142(16 suppl 2):S358–65. doi: 10.1161/CIR.0000000000000898.
5. Chocron R, Bougouin W, Beganton F, Juvin P, Loeb T, Adnet F, et al. Are characteristics of hospitals associated with outcome after cardiac arrest? Insights from the Great Paris registry. Resuscitation. 2017;118:63-9. doi: 10.1016/j.resuscitation.2017.06.019.
6. Christensen DM, Rajan S, Kragholm K, Hansen CM, Lippert FK, Karlsson L, et al. Bystander cardiopulmonary resuscitation and survival in patients with out-of-hospital cardiac arrest of non-cardiac etiology. Resuscitation. 2019;140:98-105. doi: 10.1016/j.resuscitation.2019.05.014.
7. Riccò M, Berrone M, Vezzosi L, Gualerzi G, Canal C, De Paolis G, et al. Factors influencing the willingness to perform bystander cardiopulmonary resuscitation on the workplace: A study from North-Eastern Italy. Acta Biomed. 2020;91(4):e2020180. doi: 10.23750/abm.v91i4.8593.
8. Hawkes CA, Brown TP, Booth S, Fothergill RT, Siriwardena N, Zakaria S, et al. Attitudes towards cardiopulmonary resuscitation and defibrillator use: Differences between demographic groups. Journal of the American Heart Association. 2019;8(1):e010194. doi: 10.1161/JAHA.117.008267.
9. Wang Y, Zheng F, Xia J, Zheng L, Wang D, Wang H, et al. Influencing factors of public willingness to implement cardiopulmonary resuscitation: A mixed-methods systematic review. International Journal of Cardiology Cardiovascular Risk and Prevention. 2025;27:200519. doi: 10.1016/j.ijcrp.2025.200519.

10. Tippayanate N, Phonkanya P, Neungkantee K, Neungkantee K, Raksapakdee K, Boonnop W, Jitsuwan N. Barriers to dispatcher-assisted cardiopulmonary resuscitation in Thailand. International Journal Of Community Medicine And Public Health. 2024;11(5):1758-62. doi: 10.18203/2394-6040.ijcmph20240948 (in Thai)
11. Limesuriyakan W. Factors associated with the outcome of out-of-hospital cardiac arrest at emergency department Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand. 2018;8(1):15-23. (in Thai)
12. Eamkusolkit R. Cultural diversity and health development in Nakhon Phanom Province. Journal of Health and Nursing Research. 2018;12(3):78-89. (in Thai)
13. Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Centre. So [Internet]. Bangkok: Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Centre (Public Organisation); [cited 2025 Nov 19]. Available from: https://ethnicity.sac.or.th/database-ethnic/210/. (in Thai)
14. Inkare T, Phearod P, Chairat D. Relationship between knowledge, attitude and basic life support ability of nursing students. Nursing Science Journal of Thailand. 2018;36(2):89-98. (in Thai)
15. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs. 1974;2(4):328-35. doi: 10.1177/109019817400200403.
16. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods 2007;39(2):175-91. doi: 10.3758/bf03193146
17. Zhang M, Zhou M, Tang F, Wang Y, Nie H, Zhang L, et al. Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan. China the Journal of Hospital Infection 2020;105(2):183-7.
18. Chamnankit T, Ong-Artborirak P, Boonchieng W, Songsin N, Kingkaew WM, Siladlao S, et al. Health literacy and coronavirus disease 2019 prevention behaviors of village health volunteers in Samut Songkhram Province, Thailand Journal of Public Health and Development. 2023;21(3):55-65. (in Thai)
19. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice Hall Inc; 1977.
20. Serirat S, Sirikutta S, Attheerawong W, Lanchannon P, Hirankit P. Marketing research: Revised edition Bangkok: Thammasart 2006. (in Thai)
21. Karnasuta P. Statistics for behavioral science research. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 1999. (in Thai)
22. Phraibueng D, Sriklo M, Youjaiyen M. The effectiveness of basic life support training program for knowledge and skills of primary school teachers: A quasi-experimental study. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2024;28(2):240–51. doi: 10.60099/prijnr.2024.265841.
23. Suwanpairoj C, Wongsombut T, Maisawat K, Torod N, Jaengkrajan A, Sritharo N, et al. Outcome of basic life support training among primary school students in Southeast Asia. Clinical and Experimental Emergency Medicine. 2020;7(4):245–9. doi: 10.15441/ceem.19.095.

24. Wan Jusoh AF, Yahaya R, Nik Him NAS, Nik Mohamed NA, Zahary MN, Wan Ibrahim WP. The effectiveness of modified basic life support module on knowledge, attitude, and performance of cardiopulmonary resuscitation among university students. Hong Kong Journal of Emergency Medicine. 2019;26(3):156–64. doi: 10.1177/1024907918793781.
25. Pichsarun V, Vessadapan P, Sutham K, Wongtanasarasin W, Laosuksri W, Wittayachamnankul B, et al. Basic life support knowledge among compulsory education students in Thailand. The Journal of the Medical Association of Thailand. 2021;104(4):615-9. (in Thai)
26. Srivilaithon W, Amnaumpatanapon K, Limjindaporn C, Imsuwan I, Daorattanachai K. Study of basic-life-support training for college students. Journal of the Medical Association of Thailand. 2015;98 Suppl 2:S145-50. (in Thai)