

ประสิทธิผลของการใช้ Warning Signs Card ต่อความรู้สัญญาณเตือน และแนวทางปฏิบัติในการจัดการ เมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และสมองขาดเลือดแบบเฉียบพลันของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

พัชรินทร์ ชมเมืองมิ่ง

โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

ติดต่อผู้เขียน: พัชรินทร์ ชมเมืองมิ่ง email: putcharin_6440@hotmail.co.th

วันรับ: 24 ก.พ. 2564

วันแก้ไข: 20 เม.ย. 2564

วันตอบรับ: 21 พ.ค. 2564

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการการ์ดแผ่นสื่อสารเตือนภัย (Warning Signs Card) ต่อความรู้สัญญาณเตือนโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันและการจัดการของผู้ป่วยและญาติเมื่อเกิดอาการของกลุ่มเสี่ยงในตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจากคลินิกโรคเรื้อรังในศูนย์สุขภาพชุมชน ระหว่างเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2561 จำนวนทั้งหมด 30 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงของ CV Risk Score ระดับ 4 และ 5 จำนวนกลุ่มละ 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดประสิทธิผลของเครื่องมือและกระบวนการของ Warning Signs Card แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และ (2) แบบประเมินความสามารถด้านการรับรู้และการปฏิบัติเมื่อมีอาการของโรค วิเคราะห์ผลการวิจัยด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนความรู้สัญญาณเตือน และแนวทางการปฏิบัติตัวในการจัดการเมื่อเกิดอาการของโรคด้วยสถิติ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า การใช้ Warning Signs Card ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สัญญาณเตือน และมีแนวทางปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นในการจัดการเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน โดยพบว่าร้อยละ 86.9 ของ 2 กลุ่มตัวอย่างจะโทรศัพท์แจ้งเหตุ 1669 ขณะที่ก่อนได้รับความรู้ส่วนใหญ่จะไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน คิดเป็นร้อยละ 77.2 และพบว่าคะแนนความรู้สัญญาณเตือนและแนวทางการปฏิบัติตัวในการจัดการเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับความรู้การใช้เครื่องมือ Warning Signs Card มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยสรุป การใช้ Warning Signs Card มีประสิทธิผลต่อความรู้สัญญาณเตือน และแนวทางปฏิบัติในการจัดการเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคสมองขาดเลือดแบบเฉียบพลัน ช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และผู้ดูแลมีความรู้ ตระหนักถึงอาการและรับรู้อาการที่เกิดขึ้นอย่างทันท่วงที รู้วิธีการจัดการเมื่อเกิดอาการของโรค และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ทันที ทำให้ได้รับการดูแลในช่วงก่อนถึงโรงพยาบาลอย่างถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพ จึงควรมีการพัฒนา นำ Warning Signs Card ไปประยุกต์ใช้เพื่อให้ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนของโรค และแนวทางปฏิบัติในการจัดการเมื่อเกิดอาการ เพื่อขยายผลในผู้ป่วย CV risk score ระดับ 3 และควรเพิ่มเติมเรื่องการสร้างสื่อประชาสัมพันธ์อื่น ๆ ในการใช้ Warning Signs Card เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจและสมองขาดเลือดแบบเฉียบพลัน

คำสำคัญ: การใช้ Warning Signs Card; การจัดการเมื่อเกิดอาการของโรค; โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน; โรคสมองขาดเลือดแบบเฉียบพลัน

บทนำ

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคหัวใจและหลอดเลือด (coronary vascular disease: CVD) เป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง อันดับหนึ่งของประชากรโลก โดยพบว่าประชากรจำนวน 17.3 ล้านคน เสียชีวิตก่อนวัยอันควร และจากการคาดการณ์ในปี 2030 จะเพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคน⁽¹⁾ สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ.2554 - 2556 พบอัตราการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อประชากร 100,000 คน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี 2556 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 54,530 คน เฉลี่ยเสียชีวิตวันละ 150 คนหรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 6 คน⁽²⁾

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute myocardial infarction: AMI) เป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุดของประชากรทั่วโลก เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลันสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว⁽³⁾ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตหากได้เข้ารับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic) หรือถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous coronary intervention: PCI) อย่างรวดเร็วภายใน 3 ชั่วโมงนับตั้งแต่เริ่มมีอาการ สำหรับสถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ.2555 - 2558 อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี 2558 อัตราการตายเท่ากับ

22.88 ต่อประชากรแสนคน หรือเท่ากับ 18,922 คน เฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน⁽²⁾

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในกลุ่มผู้สูงอายุ รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ⁽⁴⁾ ส่วนในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจะมีความพิการระยะยาว จึงเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life years) ในกลุ่มผู้สูงอายุ⁽⁵⁾ ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสามของประชากร⁽⁶⁾ มีผู้ป่วยประมาณ 150,000 รายต่อปี⁽⁷⁾ และพบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2557 - 2559 เท่ากับ 38.63, 43.28 และ 43.54 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งจะเห็นได้ว่าทั้งโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญค่อนข้างมาก ทำให้เกิดความสูญเสียทั้งต่อชีวิต และเป็นสาเหตุลำดับต้น ๆ ของการสูญเสียสุขภาพก่อนวัยอันควรของประชากรไทยทั้งเพศชายและหญิง

จังหวัดพิษณุโลก มีแนวโน้มการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองในทุกกลุ่มอายุเพิ่มมากขึ้น ตั้งแต่ปี 2556-2559 มีอัตราการตายต่อประชากรแสนคน อัตราตายเท่ากับ 54.96 ต่อแสนประชากร โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในผู้สูงอายุ มีจำนวนผู้เสียชีวิต 327 ราย อัตราตายเท่ากับ 215.74 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2560 พบว่ามีอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ

51.87 ต่อแสนประชากร อำเภอที่มีอัตราการตายสูงสุด ได้แก่ อำเภอบางกระทุ่ม อำเภอพรหมพิราม และอำเภอนครไทย เท่ากับ 82.89, 67.43 และ 54.18 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองในทุกกลุ่มอายุของอำเภอบางระกำร้อยละ 52.6 ซึ่งเป็นอันดับที่ 4 ของจังหวัดพิษณุโลก⁽⁸⁾ และในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจำนวน 232 ราย เป็นผู้ป่วยในอำเภอบางระกำจำนวน 16 ราย⁽⁹⁾

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินจังหวัดพิษณุโลก ได้มีการจัดทำบัตรสมาชิก EMS Member Club ในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน และผู้ป่วยที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตได้ โดยในปี 2560 มีอุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดใน อ.บางระกำ ทั้งหมด 177 ราย มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 12 ราย (ร้อยละ 6.8) และเดินทางมาเอง 165 ราย (ร้อยละ 93.2) มี 61 ราย (ร้อยละ 34.5) ได้รับการส่งต่อในระบบ Stroke และ STEMI Fast Track จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มีภาวะเสี่ยงยังเดินทางมาโรงพยาบาลเองมากกว่าที่จะเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวทางเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้น โดยการนำ Warning Signs Card มาใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและสมองขาดเลือดแบบเฉียบพลัน เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสามารถรับรู้และประเมินสัญญาณเตือนของอาการตนเองและครอบครัวทำให้เข้าถึงการรักษาได้เร็วขึ้น มีผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้นลดอัตราการเกิดภาวะพิการทำให้คุณภาพชีวิตในระยะยาวดีขึ้นได้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการ์ดแผ่นสื่อสารเตือนภัย (Warning Signs Card) ต่อความรู้สัญญาณเตือนโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน และแนวทางปฏิบัติในการจัดการเมื่อเกิดอาการของกลุ่มเสี่ยง

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยศึกษากลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group, pretest-posttest design)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจากคลินิกโรคเรื้อรังในศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบางระกำ ซึ่งเป็นผู้ที่มีชื่อในทะเบียนบ้านและพักอาศัยในตำบลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2561

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากข้อมูลแฟ้มประวัติผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรังในศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลบางระกำ ในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2561 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีผลการประเมิน CV risk score ความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงมาก 30 - <40% หรือระดับ 4 (หมายถึงโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงมาก) จำนวน 15 คน และ CV risk score ความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงอันตราย >40% หรือระดับ 5 (หมายถึงโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงอันตราย) จำนวน 15 คน รวมทั้งหมดเป็น จำนวน 30 คนและมีเกณฑ์คัดออกได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามเวลาที่กำหนด และเกิดภาวะการเจ็บป่วยของโรคที่ไม่สามารถทำให้เข้าร่วมการวิจัยได้ ซึ่งในระหว่างช่วงเวลาดำเนินงานวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจและสื่อสารกับนักวิจัยได้

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 1 กลุ่ม ดังนี้

$$N = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 \sigma^2}{\mu_1 - \mu_2)^2}$$

เมื่อ N คือขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

Z α คือค่าวิกฤตที่สัมพันธ์กับช่วงความเชื่อมั่น ซึ่งถ้ากำหนด 95% มีค่าเท่ากับ 1.96

Z β คือค่าวิกฤตที่สัมพันธ์กับอำนาจการทดสอบ ซึ่งถ้ากำหนด 95% มีค่าเท่ากับ 1.645

σ^2 คือค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการศึกษา ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.68

$\mu_1 - \mu_2$ คือ ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการจัดการเมื่อมีอาการหัวใจขาดเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ มีค่าเท่ากับ $4.53 - 3.07 = 1.46$ แทนค่าคำนวณสูตรตัวอย่างได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 17 คน

เครื่องมือในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. เครื่องมือ Warning Signs Card เป็นโปสเตอร์สติ๊กเกอร์ ขนาด A4 แบ่งเป็น 2 ส่วน ครึ่งแรกเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองอีกครั้งเป็นสัญญาณอันตรายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พร้อมกับมีเบอร์โทร 1669 และเบอร์ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางระกำ โดยนำแผ่นประชาสัมพันธ์โรคหัวใจและหลอดเลือดของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมาปรับใช้

2. สถานการณ์จำลอง เพื่อทดสอบการรับรู้ การประเมินอาการ การช่วยเหลือเบื้องต้นและเรียก 1669 มี 2 เหตุการณ์โดยเหตุการณ์ที่ 1 เป็นเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยขณะนอนอยู่รู้สึกมีเหงื่อออกตัวเย็น เจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้าย ร้าวไปหลัง ร้าวไปกราม ใช้มือกุมหน้าอกด้านซ้ายตลอดเวลา และมีอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ร่วมด้วย จึงเรียกญาติให้มาดูอาการ และเหตุการณ์ที่ 2 ขณะผู้ป่วยเดินอยู่ มีอาการเวียนศีรษะ เดินเซ รู้สึกลิ้นแข็ง จึงเดินไปนอน และเรียกญาติมาดู ญาติพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีพูดไม่ชัด ปากเบี้ยว น้ำลายย่อย แขนขา ด้านซ้ายยกไม่ได้ จากปกติช่วยเหลือตัวเองได้ตลอด

ส่วนที่ 2 แบบวัดประสิทธิผลของเครื่องมือและกระบวนการของ Warning Signs Card แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ โรคประจำตัว พฤติกรรมเสี่ยง การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคสมองขาดเลือดแบบเฉียบพลัน และ (2) แบบประเมินความสามารถด้านการรับรู้และการปฏิบัติเมื่อมีอาการของโรคการวัดผลพัฒนาโดยผู้วิจัยอ้างอิงจากแผ่นประชาสัมพันธ์สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมอง

และโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือ Warning Signs Card ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรง และความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

2. แผนปฏิบัติการทดสอบการวิเคราะห์สถานการณ์จำลองตรวจสอบคุณภาพด้านความถูกต้อง ครอบคลุมและดูแลควบคุมการทดสอบวิเคราะห์สถานการณ์จำลองโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน

3. แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และหาค่าความสอดคล้องของแบบประเมิน จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน วิเคราะห์เพื่อหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหา ได้ค่า CVI = 0.83

วิธีดำเนินงานวิจัย

ก. รวบรวมข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและทำแบบสอบถามก่อนอบรม ประเมินความรู้เรื่องอาการของโรคและการจัดการเมื่อเกิดอาการของโรค ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับถึงภาวะเสี่ยงการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคสมองขาดเลือดแบบเฉียบพลัน ความรู้เกี่ยวกับตัวโรค สัญญาณเตือนการเกิดโรคและการปฏิบัติการการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และถามถึงแรงจูงใจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อประเมินพฤติกรรมเดิมในการดูแลตนเอง ความคิดเห็นและทัศนคติต่อตัวโรคและการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรับรู้อาการที่ผิดปกติและเลือกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าที่จะเดินทางมาโรงพยาบาลเอง

ข. ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเพื่อทดสอบการรับรู้ อาการเกิดโรค และการเรียกใช้บริการ 1669 ทำแบบสอบถามหลังอบรมและฝึกปฏิบัติเพื่อประเมินความรู้เรื่องอาการของโรคและการจัดการเมื่อเกิดอาการของโรค

ค. แจกแผ่นการ์ดสัญญาณเตือนภัยเพื่อให้ผู้ป่วยไป

ติดที่บ้านในที่ที่เห็นได้ง่าย และกำหนดวันนัดอีก 4 สัปดาห์ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนประจำหมู่บ้านเพื่อติดตามการใช้แผ่นการ์ดสัญญาณเตือนภัย

ง. ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละรายโดยใช้ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 2 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ผลการวิจัยด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนความรู้สัญญาณเตือนและแนวการปฏิบัติตัวในการจัดการเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนและหลังการให้ความรู้เครื่องมือและกระบวนการ Warning Signs Card ของกลุ่มตัวอย่างด้วยใช้สถิติ Paired t-test

การแปลผลพฤติกรรมด้านสุขภาพและด้านอารมณ์เกณฑ์การให้คะแนน

- ปฏิบัติสม่ำเสมอ ให้ 5 คะแนน
- ปฏิบัติบ่อยๆ ให้ 4 คะแนน
- ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 3 คะแนน
- ปฏิบัตินานๆครั้ง ให้ 2 คะแนน
- ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนน

- ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด
- ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก
- ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย
- ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะ-

กรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เลขที่ 018-2563

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเกือบทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 96.7) มีอายุเฉลี่ย 72 ปี (SD=7.8) เป็นเพศหญิงและชายเท่ากัน ทุกคนมีโรคประจำตัว โดยร้อยละ 30.0 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 20.0 โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นทั้งโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันสูง ร้อยละ 26.7 (ตารางที่ 1)

พฤติกรรมด้านสุขภาพและด้านอารมณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพด้านการบริโภคอาหารรวมเท่ากับ 1.72 มีพฤติกรรมบริโภคเครื่องปรุงรสในการปรุงอาหาร และยังติดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น กาแฟ สำหรับพฤติกรรมออกกำลังกายคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.5 อยู่ในระดับมาก การออกกำลังกายส่วนมากคือการทำงานบ้าน ออกแรงน้อย มีพฤติกรรมด้านอารมณ์ในทางที่ดีมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.00 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	50.0
หญิง	15	50.0
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 60	1	3.3
61-70	13	43.3
71-80	10	33.3
81-90	6	20.0
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	9	30.0
ความดันโลหิตสูง	6	20.0
เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง	7	23.3
เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ไขมันสูง	8	26.7

ตารางที่ 2 พฤติกรรมด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้านอารมณ์

พฤติกรรม	Mean	S.D	แปลผล
พฤติกรรมกรการบริโภค			
กินผักและผลไม้สดเป็นประจำ	2.4	0.49	น้อย
ดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม น้ำผลไม้สำเร็จรูป น้ำชา กาแฟ	1.46	0.62	น้อยที่สุด
กินอาหารทอด เนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง อาหารหรือขนมที่ปรุงด้วยกะทิ	2.0	0.00	น้อย
อาหารแต่ละมื้อท่านต้องเติม น้ำปลา เกลือ ซอส หรือ ผงปรุงรส	1.00	0.00	น้อยที่สุด
รวม	1.72	0.28	น้อย
พฤติกรรมออกกำลังกาย			
เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยมากโดยหายใจแรงและเร็ว	2.40	0.56	น้อย
เช่น เต้นแอโรบิก วิ่ง เล่นฟุตบอล อื่น ๆ			
ออกแรงหรือเคลื่อนไหวร่างกายจนรู้สึกค่อนข้างเหนื่อยหรือเหนื่อยกว่าปกติ	2.60	0.96	มาก
เช่น ขุดดิน ล้างรถ ทำงานบ้าน			
รวม	2.50	0.76	มาก
พฤติกรรมด้านอารมณ์			
ควบคุมตนเองไม่ได้เมื่อรู้สึกโกรธ เช่น ทำร้ายฝ่ายตรงข้าม ทำร้ายตนเอง	4.0	0.00	มากที่สุด
ขว้างปาข้าวของ เอะอะโวยวาย			
ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมเพื่อระงับความเครียด	4.0	0.00	มากที่สุด
รวม	4.0	0.00	มากที่สุด

ความรู้และการจัดการโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนและหลังให้ความรู้

ก่อนให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการแน่นหน้าอกอย่างรุนแรงเป็นอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 80.0 อาการ เหงื่อออก หน้ามืด ตัวเย็น หหมดสติ ร้อยละ 43.3 และอาการใจสั่น ร้อยละ 36.7 อาการแน่นหน้าอกร่วมกับมีอาการปวดร้าวไปกราม สะบักหลัง แขนซ้าย และจุกแน่นคอหอยหรือจุกแน่นลิ้นปี่เป็นกลุ่มอาการที่กลุ่มตัวอย่างเข้าใจผิดร้อยละ 100.0 หลังจากได้ให้ความรู้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องอาการเพิ่มขึ้น โดยรู้ว่าอาการแน่นหน้าอกร่วมกับมีอาการปวดร้าวไปกราม สะบักหลัง แขนซ้ายและจุกแน่นคอหอยหรือจุกแน่นลิ้นปี่เป็นอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 83.3 และ 76.7 ตามลำดับ เมื่อสอบถามเกี่ยวกับการจัดการเมื่อมีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ก่อนให้ความรู้ เมื่อ

เกิดอาการของโรคกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่เลือกที่จะโทรแจ้งเหตุ 1669 โดยส่วนใหญ่จะเดินทางไปโรงพยาบาลใกล้บ้านเอง ร้อยละ 66.9 รองลงมาคือไปคลินิกร้อยละ 19.5 หลังจากให้ความรู้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเลือกโทร 167 ถึงร้อยละ 82.1 ในขณะที่ไปโรงพยาบาลใกล้บ้านและไปคลินิกลดลงเหลือร้อยละ 15.5 และ 2.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ความรู้และการจัดการโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนและหลังให้ความรู้

การวัดความรู้ และการจัดการเมื่อเกิดอาการโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนการให้ความรู้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าใจถูกต้องว่าอาการ พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว มุมปากตก น้ำลายไหล กลืนลำบาก ร้อยละ 79.6 มีความรู้ว่าการแขน ขา อ่อนแรงเป็นอาการของโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 69.7 และอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะทันทีทันใด ร้อยละ 1.1 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างทุกคน

ตารางที่ 3 ความรู้และการจัดการโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนและหลังให้ความรู้

ความรู้	ก่อน (ร้อยละ)		หลัง (ร้อยละ)	
	ถูก	ผิด	ถูก	ผิด
อาการและสัญญาณเตือนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน				
มีอาการแน่นหน้าอกอย่างรุนแรง	80.0	20.0	100.0	0.0
เหงื่อออก หน้ามืด ตัวเย็น หมดสติ	43.3	56.7	86.67	13.3
แน่นหน้าอกร่วมกับมีอาการปวดร้าวไปกราม สะบักหลัง แขนซ้าย	0.0	100.0	83.3	16.7
ใจสั่น	36.7	63.3	93.3	6.7
จุกแน่นคอหอยหรือ จุกแน่นลิ้นปี่	0.0	100.0	76.7	23.3
การจัดการเมื่อมีอาการของโรค				
โทรแจ้ง 1669	0.0	100.0	82.1	17.9
ไปคลินิก	80.5	19.5	2.4	97.6
ไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน	33.1	66.9	15.5	84.5
นอนพักสังเกตอาการที่บ้าน	86.4	13.6	0.0	100.0

ไม่ทราบว่ามีอาการตามัว มองเห็นภาพซ้อนหรือเห็นครึ่งซีก หรือตาบอดข้างเดียวทันทีทันใดเดินเซ ทรงตัวลำบาก เป็นอาการของโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน หลังจากให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องอาการของโรคมมากขึ้น สำหรับการจัดการเมื่อมีอาการของโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนการให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างไม่มีผู้ใดเลือก

โทร 1669 โดยเลือกที่จะเดินทางไปโรงพยาบาลใกล้บ้านเอง ร้อยละ 87.4 ไปคลินิกร้อยละ 7.1 และนอนพักสังเกตอาการที่บ้าน ร้อยละ 95.2 หลังจากให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเลือกโทร 1669 ร้อยละ 91.8 ไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน ร้อยละ 91.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความรู้และการจัดการโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนและหลังให้ความรู้

ความรู้	ก่อน (ร้อยละ)		หลัง (ร้อยละ)	
	ถูก	ผิด	ถูก	ผิด
อาการและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน				
พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว มุมปากตก น้ำลายไหล กลืนลำบาก	79.6	20.4	97.5	2.5
ขาหรืออ่อนแรงที่ใบหน้าและ/หรือบริเวณแขนขาครึ่งซีกของร่างกาย	69.7	30.3	98.6	1.4
ปวดศีรษะ เวียนศีรษะทันทีทันใด	1.1	98.9	89.6	10.4
ตามัว มองเห็นภาพซ้อนหรือเห็นครึ่งซีก หรือตาบอดข้างเดียวทันทีทันใด	0.0	100.0	87.6	12.4
เดินเซ ทรงตัวลำบาก	0.0	100.0	83.5	16.5
การจัดการเมื่อมีอาการของโรค				
โทรแจ้ง 1669	0.0	100.0	91.8	8.2
ไปคลินิก	7.1	92.9	0.0	100.0
ไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน	87.4	12.6	91.8	8.2
นอนพักสังเกตอาการที่บ้าน	95.2	4.8	100.0	0.0

การเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องโรคและการจัดการเมื่อมีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยเรื่องความรู้ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับความรู้จากเครื่องมือ Warning Signs Card พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติตัวในการจัดการเมื่อมีอาการทั้งสองโรค หลังได้รับความรู้สูงกว่า ก่อนได้รับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 5

การประเมินการใช้ Warning Signs Card จากการออกเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างพบว่า เมื่อเกิดอาการของโรค กลุ่มตัวอย่างได้ใช้แบบ Warning Signs Card เพื่อประเมินอาการ ร้อยละ 80.0 โทรแจ้ง 1669 ร้อยละ 86.7 โทร

1669 พร้อมบอกรายละเอียดการเกิดเหตุ สถานที่เกิดเหตุ ชื่อ ผู้แจ้งและเบอร์โทรศัพท์ที่ได้ชัดเจน ร้อยละ 63.3 (ตารางที่ 6)

วิจารณ์

ผลการให้ Warning Signs Card เพื่อส่งเสริมความรู้ สัญญาณเตือนของโรคและวิธีการจัดการเมื่อเกิดอาการ ให้กลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทั้งคะแนนเฉลี่ยเรื่องความรู้ สัญญาณเตือนและคะแนนการปฏิบัติตัวในการจัดการเมื่อมีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับความรู้จากเครื่องมือ Warning Signs Card สูงกว่าก่อนได้รับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือและกระบวนการของ Warning Signs Card เป็นแนวทางเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการจัดการเมื่อมีอาการ ก่อนและหลังให้ความรู้ (n=30)

ความรู้และการจัดการ	ค่าเฉลี่ยคะแนน		S.D	t	p-value
	ก่อนให้ความรู้	หลังให้ความรู้			
โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน					
ความรู้	2.5	7	0.6	39.10	<0.001*
การจัดการเมื่อมีอาการ	2.9	7	0.4	39.45	<0.001*
โรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน					
ความรู้	2.8	7	0.43	52.14	<0.001*
การจัดการเมื่อมีอาการ	5.56	7	0.81	37.31	<0.001*

ตารางที่ 6 ประเมินการใช้ Warning signs card

หัวข้อประเมิน	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ใช้แบบ Warning Signs Card ประเมินอาการ	24	80.0	6	20.0
2. ตั้งสติเรียกให้คนช่วยและโทรแจ้ง 1669 ทันที	26	86.7	4	13.3
3. ให้ข้อมูลว่าเกิดเหตุอะไร บอกสถานที่ เส้นทางที่เกิดเหตุทันทีให้ชัดเจน ชื่อผู้แจ้ง เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้	19	63.3	11	36.7

กลุ่มเสี่ยงมีความรู้สัญญาณเตือนและแนวทางปฏิบัติเพื่อเข้าถึงบริการการรักษาได้เป็นอย่างดี เครื่องมือและกระบวนการดังกล่าวนี้ดำเนินการสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสื่อสารเตือนภัยต่อความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดและการจัดการอาการของล่าวัลย์ เวทยา-วงค์ และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาในประชาชนในตำบลปากหมาก จ.สุราษฎร์ธานี โดยใช้โปรแกรมสื่อสารเตือนภัย มีการจัดอบรม ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสาธารณะต่าง ๆ การติดป้ายเตือนภัย พบว่าประชาชนในตำบลปากหมาก มีความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสูงขึ้นกว่าก่อนดำเนินโปรแกรมสื่อสารเตือนภัย และสอดคล้องกับการศึกษาของประไพ กิตติบุญถวัลย์⁽¹¹⁾ ที่พัฒนาโปรแกรมเพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองซึ่งส่วนมากไม่เคยมีประสบการณ์รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการเบื้องต้นซึ่งข้อมูลสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับน้อยที่สุด นอกจากนี้ ประสิทธิภาพของกระบวนการของ Warning Signs Card ที่ประยุกต์และนำมาศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของปริญญา วาทีสาธกกิจ และคณะ⁽¹²⁾ ด้วยเหตุนี้การใช้ Warning Signs Card พร้อมระบุเบอร์โทรศัพท์ 1669 และเบอร์ตรงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางระกำ เป็นการสื่อสารเตือนภัยเชิงรุกในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแลมีความรู้ ตระหนักถึงอาการและรับรู้อาการที่เกิดขึ้นอย่างทันที รู้วิธีการจัดการเมื่อเกิดอาการของโรครู้ว่าเป็นความเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที และได้รับการดูแลในช่วงก่อนถึงโรงพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม รวดเร็ว เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำ Warning Signs Card ไปประยุกต์ใช้เพื่อให้มีความรู้เรื่องสัญญาณเตือนของโรค และแนวทางปฏิบัติในการจัดการเมื่อเกิดอาการ และขยายผลในผู้ป่วย CV Risk

score ระดับ 3

2. การนำ Warning Signs Card ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด ควรเพิ่มเติมสื่อประชาสัมพันธ์อื่น ๆ เช่น การติดป้ายเตือนภัยในศูนย์สุขภาพชุมชน สื่อวิทยุ-ชุมชน หอกระจายเสียงประจำหมู่บ้าน กระจายเสียง นอกจากนั้น ควรทำแผนที่บ้านผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีการปักหมุด และทำ GPS ในระบบนำทางเพื่อเข้าถึงผู้ป่วยได้รวดเร็ว และควรจัดให้มีการเยี่ยมบ้านและติด Warning Signs Card ในชุมชน บ้านผู้นำหมู่บ้าน บ้านอาสาสมัครประจำหมู่บ้านโดยทำแผ่นป้ายขนาดใหญ่ให้สะดุดตา เพื่อให้ประชาชนทั่วไปเกิดความตระหนักถึงอาการของโรคหัวใจขาดเลือดและโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้เพราะการอนุเคราะห์เป็นอย่างดียิ่งของผู้เกี่ยวข้องทั้งทางด้านระบบสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ขอขอบคุณผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อีกทั้งขอขอบคุณกลุ่มผู้ป่วยและญาติ ที่ให้ข้อมูลสำหรับการศึกษานี้ อีกทั้งขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติที่อนุเคราะห์ข้อมูลทางวิชาการขอเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Heart Federation. World Heart Day Campaign 2015 [Internet]. 2014. [cited 2021 May 11]. Available from: <http://www.world-heart-federation.org/what-we-do/awareness/world-heart-day-2015/>
2. กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ. ประเด็นสารรณรงค์วันหัวใจโรคปี พ.ศ. 2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 10 พ.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://thaicd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>

3. Zafari AM, Yang EH. Myocardial infarction [Internet]. 2011 [cited 2021 Apr 28]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/155919-overview#a0156>
4. Lopez AD, Mather CD, Ezzati M. Global and regional burden of disease and risk factors. *Lancet* 2006; 367: 1747-57.
5. World Stroke Day. World Stroke Day 2010 [Internet]. 2010. [cited 2021 Apr 28]. Available from: <http://www.worldstrokecampaign.org/media/Pages/About-WorldStrokeDay2010.aspx.1832>
6. Pongvarin N. Stroke in the developing world. *Lancet* 1998; 352: 19-22.
7. พรภัทร ธรรมสโรช, เพิ่มพันธุ์ ธรรมสโรช. ประสาทวิทยาทางคลินิก. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
8. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการประเมินยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้านของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 11 พ.ค. 61]. แหล่งข้อมูล: http://bps.moph.go.th/new_bps/node/91
9. โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. รายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 สาขาหัวใจ เขตสุขภาพที่ 2. พิษณุโลก: โรงพยาบาลพุทธชินราช; 2561.
10. ลาวัลย์ เวทยาวงศ์, ดารารรณ รองเมือง, จีราพร ทองดี, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, ผกามาศ รักชาติ. คณะการจัดการอาการของประชาชน ต. ปากหมาก จ. สุราษฎร์ธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 1: 86-101.
11. ประไพ กิตติบุญถวัลย์, ศิริธร ยิ่งแรงเรือง, ศุภลักษณ์ ศรีธัญญา. การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2556; 3: 132-41.
12. ปริญญา วาทีสาธกกิจ. Development of Thai risk score. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.

Abstract

Effectiveness of the Use of Warning Signs Card for Patients with the Risk of Developing Acute Myocardial infarction and Acute Ischemic Stroke to Access the Emergency Medical System, Bangrakam District, Phitsanulok Province

Putharin Chommaungming

Bangrakam Hospital, Phitsanulok Province, Thailand

Journal of Emergency Medical Services of Thailand 2021;1(1):23-33.

The objective of this study were to study the effectiveness of the Warning Signs Card on awareness of the early warning signs of myocardial infarction and acute ischemic brain disease, and to assess the practice of patients and their relatives on symptomatic management when such warning signs occurred. It was conducted as a a quasi-experimental research in Bangrakam Subdistrict, Bangrakam District, Phitsanulok Province. Th study samples were patients attending chronic disease clinics in community health centers between May - June 2018. There were altogether 30 cases who were subsequently divided into 2 groups: one with the risk of myocardial infarction and the other with acute ischemic brain disease, 5 persons per group, both with CV Risk Score Level 4 and 5. The data collection tools were the Warning Signs Card and the indiidual assessment form. The variables collectd included (1) general characteristics of the samples, and (2) the cognitive ability assessment and practice when having symptoms. The descriptive data were analyzed by using frequency, percentage, mean and standard deviation; and the paired T-test was used for comparion between before and after in both groups. It was found that both sample groups had knowledge of warning signs; and improved response when having early signs of acute myocardial infarction and acute ischemic stroke. For example, 86.9 percent of the cases would call 1669, compared to 77.2% before the intervention ($p < 0.05$). Thus, the Warning Signs Card was found to be effective in self awareness on the early warning symptoms acute myocardial infarction and acute ischemic stroke among the patients and their relatives; and improvement on the response to manage the incidents in a timelt manner was observed, resulting in proper and rapid care before reaching the hospital, and reduced mortality and disability of the patients. Therefore, the concept of Warning Signs Card should be applied widely and be expanded to cover the patients with CV Risk score level 3 and lower. Additional educational materials should be produced to further increase the effectiveness of Warning Signs Card utilization in the care for patients with acute ischemic heart disease and acute ischemia stroke.

Keywords: warning sign card, symptom management, ischemic heart disease and acute ischemic stroke.

Corresponding author: Putharin Chommaungming, putcharin_6440@hotmail.co.th