



## Illness Perception in Predicting Smoking Cessation Behaviors in Patients with Acute Coronary Syndrome after Percutaneous Coronary Intervention

### การรับรู้ความเจ็บป่วยในการทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

กัลยา	จรินทรานนท์*	Kallaya	Charintranont*
อูมา	จันทวิเศษ**	Uma	Juntawises**
จารุวรรณ	กฤตย์ประชา***	Charuwan	Kritpracha***

#### Abstract

Patients with acute coronary syndrome after percutaneous coronary intervention (PCI) should have appropriate self-care behavior, especially smoking cessation behaviors, for decreasing risk factors of disease or repeated stenosis and decreasing the severity of illness. This correlational predictive study aimed to identify levels of illness perception, smoking cessation behaviors, and predictability of illness perception toward smoking cessation behaviors in patients with acute coronary syndrome after PCI who came for follow-up at the internal medicine clinic and cardiac center at Songklanagarind Hospital. A purposive sampling technique was used to recruit 130 patients. The questionnaires for data collection consisted of 1) a demographic data questionnaire and clinical data recording form, 2) the Illness Perception Questionnaire: IPQ-R, and 3) a smoking cessation behaviors questionnaire. The Cronbach's alpha coefficients of the IPQ-R and smoking cessation behaviors questionnaire were 0.81 and 0.90, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression.

The results revealed that:

1. Participants perceived that personal control was at a high level ( $\bar{X} = 22.40$ ,  $SD = 3.25$ ). Time-line, consequences, treatment control, illness coherence, emotion representations, and cause were at a moderate level ( $\bar{X} = 31.70$ ,  $SD = 5.95$ ;  $\bar{X} = 21.27$ ,  $SD = 3.90$ ;  $\bar{X} = 17.65$ ,  $SD = 2.39$ ;  $\bar{X} = 15.57$ ,  $SD = 2.96$ ;  $\bar{X} = 18.53$ ,  $SD = 4.23$ ;  $\bar{X} = 51.75$ ,  $SD = 8.40$ , respectively). Illness identity was at a low level ( $\bar{X} = 4.55$ ,  $SD = 2.80$ ).
2. Smoking cessation behaviors were at a moderate level ( $\bar{X} = 11.79$ ,  $SD = 8.59$ ).
3. Components of illness perception were able to predict smoking cessation behaviors at 25.30%.

The results from this study are beneficial for nurses to assess illness perception and can be basic information for developing guidelines to provide correct knowledge, including promoting smoking cessation behaviors for patients with acute coronary syndrome.

**Keywords:** Illness perception; Smoking cessation behaviors; Patients with acute coronary syndrome; Percutaneous coronary intervention

\* Corresponding author, Professional Nurse, Songklanagarind Hospital, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University; e-mail: ckallaya@medicine.psu.ac.th

\*\* Senior Professional Nurse, Songklanagarind Hospital, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

\*\*\* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University



Illness Perception in Predicting Smoking Cessation Behaviors in Patients with Acute Coronary Syndrome after Percutaneous Coronary Intervention  
การรับรู้ความเจ็บป่วยในการทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจจำเป็นต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหรือการตีบตันซ้ำและลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย การวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความเจ็บป่วย พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และอำนาจการทำนายของการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่มาตรวจตามนัดที่คลินิกอายุรกรรมและศุนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 130 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ 2) แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย และแบบสอบถามพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.81 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ multiple linear regression

ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุมอาการด้วยตนเองอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 22.40$ ,  $SD = 3.25$ ) การรับรู้ด้านช่วงเวลา ผลกระทบ การควบคุมอาการด้วยการรักษา ความเข้าใจสภาพของความเจ็บป่วย อารมณ์ และด้านสาเหตุของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 31.70$ ,  $SD = 5.95$ ;  $\bar{X} = 21.27$ ,  $SD = 3.90$ ;  $\bar{X} = 17.65$ ,  $SD = 2.39$ ;  $\bar{X} = 15.57$ ,  $SD = 2.96$ ;  $\bar{X} = 18.53$ ,  $SD = 4.23$ ;  $\bar{X} = 51.75$ ,  $SD = 8.40$  ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ด้านอาการของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 4.55$ ,  $SD = 2.80$ )

2. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 11.79$ ,  $SD = 8.59$ )

3. การรับรู้ความเจ็บป่วยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 25.30

ผลจากการศึกษานี้เป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย และสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการให้ความรู้ที่ถูกต้อง รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต่อไป

**คำสำคัญ:** การรับรู้ความเจ็บป่วย พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

\* ผู้เขียนหลัก พยาบาลชำนาญการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
e-mail: ckallaya@medicine.psu.ac.th

\*\* พยาบาลชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



# Illness Perception in Predicting Smoking Cessation Behaviors in Patients with Acute Coronary Syndrome after Percutaneous Coronary Intervention

## การรับรู้ความเจ็บป่วยในการทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรโลก จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่า โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนทั่วโลก และอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2543 เป็น 8.9 ล้านคนในปี พ.ศ. 2562 (World Health Organization, 2020) สำหรับประเทศไทยโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับที่ 2 รองจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบอัตราผู้ป่วยเสียชีวิตในระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 เท่ากับ 31.4, 32.6 และ 33.5 ต่อประชากร 100,000 คน (Devison of Non Communicable Disease, 2023)

ปัจจุบันการรักษาด้วยวิธีการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous coronary intervention: PCI) ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นการรักษาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ โดยการเปิดหลอดเลือดด้วยการทำหัตถการขยายหลอดเลือดแดงหัวใจที่อุดตันและหรือการใช้อุปกรณ์พิเศษเฉพาะเพื่อดูดลิมเลือดในหลอดเลือดหัวใจ (Hengrasamee & Kehasukcharoen, 2020) เพื่อต้องการให้เลือดแดงที่มีออกซิเจนจำนวนมากไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น ลดอัตราการตาย ลดจำนวนวันการนอนโรงพยาบาล ในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วย PCI มากขึ้นทุกปี โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.63 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 70.73 ในปี พ.ศ. 2563 (National Health Security Office; NHSO, 2020) ข้อมูลเวชสถิติของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ปี พ.ศ. 2560 (Songkhla Nakarin Hospital, 2017) ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มารักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีจำนวน 1,385 รายต่อปี และในจำนวนนี้ได้รับการรักษาด้วย PCI 958 ราย (ร้อยละ 69.17)

ถึงแม้ว่าการรักษาจะมีประสิทธิภาพ แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี PCI มีการเกิดตีบตันซ้ำ ร้อยละ 39.43 (Zhang et al., 2022) สิ่งสำคัญที่มีผลต่อการตีบตันซ้ำในผู้ป่วยคือพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย การพักผ่อนไม่เพียงพอ มีภาวะเครียด และการปฏิบัติตัวเพื่อการรักษาไม่เหมาะสม เป็นต้น (Chinphan, Sirisophon, Wattanaburanon, & Onsiri, 2019) ซึ่งพบว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น อัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซ้ำ ซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 63.1 (Kamthornwijitkul, Chamnan, & Thanakitcharu, 2018) การหยุดสูบบุหรี่หลังทำ PCI จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดซ้ำของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และสามารถลดอัตราการตายร้อยละ 29 (Wan et al., 2015)

ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี PCI จำเป็นต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหรือการตีบตันซ้ำและลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยเฉพาะพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่มีหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านสุขภาพจิต และการมีโรคเรื้อรัง เป็นต้น โดยการมีโรคเรื้อรัง การรับรู้ว่าตนมีความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) (Benjakul, Kengkanpanich, & Suchirarat, 2014) สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยของ ลีเวนทาล เนเรนซ์ และ สตีล (Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984) และ มอส-มอริส และคณะ (Moss-Morris et al., 2002) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลต่อการตอบสนองของบุคคล มี 8 องค์ประกอบ คือ การรับรู้อาการ การรับรู้สาเหตุของโรค การรับรู้ช่วงเวลาของความเจ็บป่วย การรับรู้ผลกระทบจากความเจ็บป่วย การรับรู้การควบคุมอาการด้วยตนเอง การรับรู้การควบคุมอาการด้วยการรักษา ความเข้าใจสภาพของความเจ็บป่วย และการรับรู้ด้านอารมณ์ การรับรู้ความเจ็บป่วยทำให้บุคคลเข้าใจถึงภาวะที่คุกคามสุขภาพและการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ หากผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการรับรู้ความเจ็บป่วยที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะมี



Illness Perception in Predicting Smoking Cessation Behaviors in Patients with Acute Coronary Syndrome after Percutaneous Coronary Intervention  
การรับรู้ความเจ็บป่วยในการทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

การตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่ดีนำไปสู่การจัดการตนเองที่เหมาะสม การศึกษาของ กันยารัตน์ ลาสุธรรม, อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ, และ อรสา พันธุ์ภักดี (Lasutham, Siripitayakunkit, & Panpakdee, 2018) พบว่า พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคหัวใจขาดเลือดมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดโดยรวมอยู่ในระดับมาก และความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ นอร์ (Nur, 2018) เรื่องการรับรู้ความเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่าการรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

จะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งเป็นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ไม่ได้เน้นเฉพาะเจาะจงด้านการเลิกสูบบุหรี่ อีกทั้ง การศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยในการทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจยังมีจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในประเด็นดังกล่าว ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทของสังคมไทย ซึ่งจะเป็นแนวทางในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความเจ็บป่วย และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

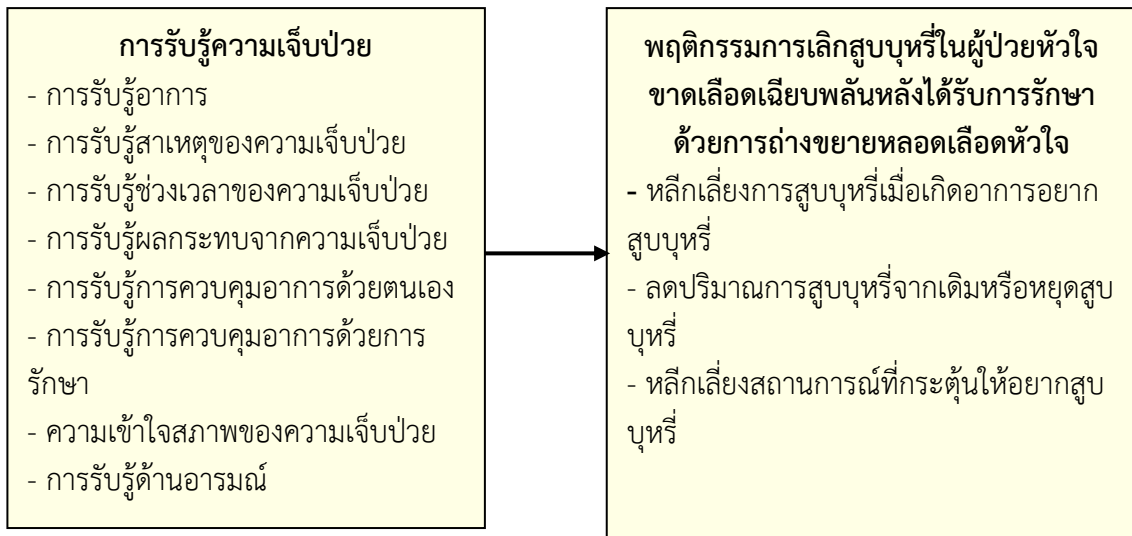
กรอบแนวคิดการวิจัยที่ใช้ในการศึกษา คือ การรับรู้ความเจ็บป่วย (illness perception) ตามแนวคิดของ ลีเวนทาล และคณะ (Leventhal et al., 1984) และ มอส-มอริส และคณะ (Moss-Morris et al., 2002) โดยแนวคิดนี้กล่าวว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยส่งผลต่อการตอบสนองของบุคคล เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วย บุคคลจะมีความเข้าใจความหมาย รับรู้ข้อมูล การรับรู้จึงมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น ซึ่งการรับรู้ความเจ็บป่วยมี 8 องค์ประกอบ คือการรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค (identity) การรับรู้สาเหตุของโรค (cause) การรับรู้ช่วงเวลาของความเจ็บป่วย (timeline) การรับรู้ผลกระทบจากความเจ็บป่วย (consequences) การรับรู้การควบคุมอาการด้วยตนเอง (personal control) การรับรู้การควบคุมอาการด้วยการรักษา (treatment control) ความเข้าใจสภาพของความเจ็บป่วย (illness coherence) และการรับรู้ด้านอารมณ์ (emotional representation)

พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ เช่น การไม่ซื้อบุหรี่ การไม่รับบุหรี่จากผู้อื่น การลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลงหรือหยุดสูบบุหรี่ รวมถึงการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ (Karunan, 2016)

โดยการรับรู้ความเจ็บป่วยน่าจะสามารถทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจได้ ดังภาพที่ 1



Illness Perception in Predicting Smoking Cessation Behaviors in Patients with Acute Coronary Syndrome after Percutaneous Coronary Intervention  
การรับรู้ความเจ็บป่วยในการทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีการดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive correlational research design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยวิธี PCI ที่มาตรวจตามนัดที่คลินิกอายุรกรรมและศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยวิธี PCI ที่มาตรวจตามนัดที่คลินิกอายุรกรรมและศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป มีประวัติสูบบุหรี่ก่อนเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือปัจจุบันยังสูบบุหรี่ สามารถพูดคุย สื่อสารเข้าใจ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง เหนื่อยหอบ หรือระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ ใช้สูตรของ ทรอนไดค์ (Thorndike, 1978 as cited in Srisathitnarakoon, 2010) ดังนี้  $n = 10k + 50$ ,  $n$  คือขนาดกลุ่มตัวอย่าง,  $k$  คือจำนวนตัวแปร การศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรอิสระจำนวน 8 ตัวแปร จากการแทนค่าในสูตร จะได้  $n = 10(8) + 50 = 130$  จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 ราย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ชุด คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคร่วม ประวัติโรคหัวใจในครอบครัว ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ ประวัติการได้รับการทำ PCI ประวัติการสูบบุหรี่

2. แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness Perception Questionnaire: IPQ-R) สร้างเครื่องมือโดย มอส-มอริส และคณะ (Moss-Morris et al., 2002) ซึ่งจากรูวรรณ กฤตย์ประชา แปลเป็นภาษาไทยตามขั้นตอนการแปลย้อนกลับ (Brislin, 1980) แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นการประเมินด้านอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย มี 14 อาการ คะแนนรวมที่เป็นไปได้ได้อยู่ระหว่าง 0-14 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ (Wongratana, 2017)





Illness Perception in Predicting Smoking Cessation Behaviors in Patients with Acute Coronary Syndrome after Percutaneous Coronary Intervention  
การรับรู้ความเจ็บป่วยในการทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน  
ที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

ตอนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถาม 38 ข้อ เป็นการประเมินการรับรู้ด้านช่วงเวลาของความเจ็บป่วย 10 ข้อ ด้านผลกระทบ 6 ข้อ ด้านการควบคุมอาการด้วยตนเอง 6 ข้อ ด้านการควบคุมอาการด้วยการรักษา 5 ข้อ ด้านความเข้าใจสภาพของความเจ็บป่วย 5 ข้อ และด้านอารมณ์ 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัด ประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จาก 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) แปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ

ตอนที่ 3 เป็นการประเมินด้านสาเหตุของความเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อความสาเหตุ 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัด ประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จาก 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) แปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ในตอนที่ 3 นี้ มีอีก 1 คำถามให้ตอบ 3 สาเหตุแรกๆที่คิดว่าเป็นสาเหตุความเจ็บป่วย

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของ จิราภรณ์ เนียมกฤษ และ สุนิดา ปรีชาวงศ์ (Neamkulchon & Preechawong, 2007) มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ 4 ข้อ และมีข้อคำถามเกี่ยวกับการลดปริมาณการสูบบุหรี่จากเดิมและการหยุดสูบบุหรี่ 1 ข้อ อีก 10 ข้อ เป็นคำถามที่หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ การแปลผลคือ ปฏิบัติเป็นประจำ (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติเลย (0 คะแนน) ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-2 รวมทั้งหมด 30 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย และแบบสอบถามพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยตรวจสอบค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) โดยนำมาทดลองใช้ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี PCI ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 20 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.81 และ 0.90

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่โครงการ REC 61-084-15-7 อาสาสมัครลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจหลังได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย และมีสิทธิถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ผิดต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีการเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้เครื่องมือกับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยวิธี PCI จำนวน 2 ราย เพื่อให้เข้าใจตรงกันและมีทักษะในการเก็บข้อมูล หลังได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบหัวหน้าคลินิกที่เกี่ยวข้อง ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม ให้ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยก่อน เพื่อให้ได้การรับรู้ที่แท้จริง จึงทำแบบสอบถามพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจนครบจำนวน 130 ชุด ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม พร้อมทั้งนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผล

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์ และวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้สถิติ Multiple Linear Regression แบบทุกตัวแปรเข้าการวิเคราะห์แบบครั้งเดียว (ตรวจสอบการกระจายของตัวแปรเป็นโค้งปกติ)



Illness Perception in Predicting Smoking Cessation Behaviors in Patients with Acute Coronary Syndrome after Percutaneous Coronary Intervention  
การรับรู้ความเจ็บป่วยในการทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 97.70 มีอายุระหว่าง 34-83 ปี อายุเฉลี่ย 60.5 ปี (SD = 11.49) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 64.60 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.90 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 30.00 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.90

ข้อมูลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 58.50) รองลงมาคือ เบาหวาน (ร้อยละ 26.90) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 22.30) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคหัวใจในครอบครัว (ร้อยละ 71.50) ร้อยละ 70.80 มีประวัติได้รับการทำ PCI ครั้งแรก พบจำนวนหลอดเลือดหัวใจตีบตันทั้ง 3 เส้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.40 ส่วนใหญ่เลิกดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 46.20 ยังสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 29.20

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเจ็บป่วย และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

การรับรู้ความเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันด้านการควบคุมอาการด้วยตนเองอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 22.40$ , SD = 3.25) การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 4.55$ , SD = 2.80) ส่วนใหญ่รับรู้ว่าการเจ็บแน่นหน้าอกเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากที่สุด (ร้อยละ 92.30) รองลงมาคือ อาการอึดอัดหายใจไม่ออก (ร้อยละ 70.80) และอาการอ่อนเพลีย (ร้อยละ 52.30) ส่วนการรับรู้ความเจ็บป่วยอีก 6 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับรู้ช่วงเวลาของความเจ็บป่วย โดยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นแบบเรื้อรังและมีทั้งช่วงที่มีอาการดีขึ้นและแย่ลงเป็นวงจร ( $\bar{X} = 31.70$ , SD = 5.95) การรับรู้ผลกระทบจากความเจ็บป่วยต่อตนเอง ด้านการเงิน และบุคคลผู้ใกล้ชิด ( $\bar{X} = 21.27$ , SD = 3.90) การรับรู้การควบคุมอาการด้วยการรักษา ( $\bar{X} = 17.65$ , SD = 2.39) การรับรู้ความเข้าใจสภาพของความเจ็บป่วย ( $\bar{X} = 15.57$ , SD = 2.96) การรับรู้ด้านอารมณ์ในทางลบ ( $\bar{X} = 18.53$ , SD = 4.23) และการรับรู้สาเหตุของความเจ็บป่วย ( $\bar{X} = 51.75$ , SD = 8.40) โดยรับรู้ว่าจะเกิดจากบุหรี่มากที่สุด ( $\bar{X} = 4.04$ , SD = 0.86) รองลงมาคือ พฤติกรรมของตนเอง ( $\bar{X} = 3.92$ , SD = 0.97) และอาหาร ( $\bar{X} = 3.85$ , SD = 1.03) จากการสอบถามด้วยคำถามปลายเปิดให้ตอบ 3 สาเหตุแรกที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่าเป็นสาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือ (1) บุหรี่ (2) อาหาร และ (3) แอลกอฮอล์ ร้อยละ 62.30, 53.80 และ 10.80 ตามลำดับ

พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 11.79$ , SD = 8.59) พฤติกรรมแต่ละด้าน คือ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ ลดปริมาณการสูบบุหรี่จากเดิม และหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.45$ , SD = 2.82;  $\bar{X} = 0.99$ , SD = 0.89;  $\bar{X} = 7.35$ , SD = 5.73 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความเจ็บป่วยในการทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้ง 8 ด้านกับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี PCI พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ คือ การรับรู้สาเหตุของความเจ็บป่วย และการรับรู้ด้านการควบคุมอาการด้วยการรักษา ( $p < .05$ ) ดังตารางที่ 1



Illness Perception in Predicting Smoking Cessation Behaviors in Patients with Acute Coronary Syndrome after Percutaneous Coronary Intervention  
การรับรู้ความเจ็บป่วยในการทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ (n = 130)

ตัวแปรการรับรู้	พฤติกรรมเลิกบุหรี่
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
1. ด้านอาการ	.124
2. ด้านช่วงเวลา	-.154
3. ด้านผลกระทบ	-.210
4. ด้านการควบคุมอาการด้วยตนเอง	-.136
5. ด้านการควบคุมอาการด้วยการรักษา	.298*
6. ด้านความเข้าใจสภาพของความเจ็บป่วย	.022
7. ด้านอารมณ์	-.154
8. ด้านสาเหตุ	.329*

\*p < .05

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบป้อนเข้า พบว่า ตัวแปรการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้ง 8 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ด้านอาการ ด้านช่วงเวลา ด้านผลกระทบ ด้านการควบคุมอาการด้วยตนเอง ด้านการควบคุมอาการด้วยการรักษา ด้านความเข้าใจสภาพของความเจ็บป่วย ด้านอารมณ์ และการรับรู้ด้านสาเหตุของความเจ็บป่วย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 25.30 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ (n = 130)

ตัวแปรการรับรู้	B	SE	$\beta$	T	p-value
1. ด้านอาการ	.143	.254	.047	.564	.574
2. ด้านช่วงเวลา	-.090	.128	-.062	-.703	.483
3. ด้านผลกระทบ	-.326	.199	-.149	-1.637	.104
4. ด้านการควบคุมอาการด้วยตนเอง	-.424	.220	-.160	-1.928	.056
5. ด้านการควบคุมอาการด้วยการรักษา	.732*	.300	.204*	2.440	.016
6. ด้านความเข้าใจสภาพความเจ็บป่วย	.159	.241	.055	.659	.511
7. ด้านอารมณ์	-.175	.184	-.086	-.949	.345
8. ด้านสาเหตุ	.340*	.086	.334*	3.965	.000

Constant = .657, t = .068, R = .503, R<sup>2</sup> = .253, F = 5.136, \*p < .05

### การอภิปรายผล

อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

#### 1. ระดับการรับรู้ความเจ็บป่วย และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษาเมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้าน อภิปรายได้ดังนี้

1. การรับรู้ด้านอาการของความเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันน้อย ส่วนใหญ่รับรู้ว่าการที่เกี่ยวข้องมากที่สุด คืออาการเจ็บแน่นหน้าอก (ร้อยละ 92.30) รองลงมา คืออาการอึดอัดหายใจไม่ออก (ร้อยละ 70.80) ซึ่งเป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้จากประสบการณ์การเกิดอาการของโรคที่คุกคามต่อตนเองและเป็นอาการสำคัญที่ต้องมาโรงพยาบาล สอดคล้องกับ





Illness Perception in Predicting Smoking Cessation Behaviors in Patients with  
Acute Coronary Syndrome after Percutaneous Coronary Intervention  
การรับรู้ความเจ็บป่วยในการทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน  
ที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

อาการสำคัญของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Sitthisuk, 2014)

2. การรับรู้ด้านการควบคุมอาการด้วยตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะสามารถควบคุมความเจ็บป่วยได้ด้วยตนเองอยู่ในระดับมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง มีระยะความเจ็บป่วยที่ยาวนาน ซึ่งมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ ได้มากขึ้น และมีประสบการณ์การได้รับความรู้ คำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการ และการควบคุมการเจ็บป่วยได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ ดารา วงษ์กวน, ชนกพร จิตปัญญา, และ จรรยา นิมหลวง (Wongkuan, Jitpanya, & Chimluang, 2018) ที่ศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความแปรปรวนในการนอนหลับของผู้รอดชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความสามารถควบคุมโรคด้วยตนเองในระดับสูง

3. การรับรู้ด้านสาเหตุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้สาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาจากหลายสาเหตุอยู่ในระดับปานกลาง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการสูบบุหรี่ พฤติกรรมของผู้ป่วย และอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาวรรณ ชินพันธ์ และคณะ (Chinphan et al., 2019) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตีบตันของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย มีความเครียด ส่งผลต่อการตีบตันตันซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

4. การรับรู้ด้านช่วงเวลาของความเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นแบบเรื้อรังและมีทั้งช่วงอาการดีขึ้นและแย่ลงเป็นวงจร อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างต้องรักษาและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 29.20 มีประวัติการได้รับการทำ PCI 2-3 ครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ ก้าวโร, เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นนท์, และ จารุวรรณ กฤตประชา (Gauro, Thaniwattananon, & Kritpracha, 2020) ที่ศึกษาการรับรู้ในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าการรับรู้ด้านช่วงเวลาของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

5. การรับรู้ด้านผลกระทบจากความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีผลกระทบต่อชีวิต การเงิน ทำให้ผู้ใกล้ชิดลำบาก ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี PCI มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง แต่ส่วนใหญ่สามารถใช้สิทธิการรักษาได้ โดยผู้ป่วยและญาติมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมด้านอื่น ๆ เช่น ค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ ดารา วงษ์กวน และคณะ (Wongkuan et al., 2018) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการรับรู้ด้านผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยระดับปานกลาง

6. การรับรู้ด้านการควบคุมอาการด้วยการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะโรคหัวใจขาดเลือดสามารถรักษาได้ การรักษาสสามารถควบคุมความเจ็บป่วยได้ เนื่องจากปัจจุบันการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นการรักษาที่พบบ่อยและมีประสิทธิภาพ ช่วยลดอัตราการตาย (Hengrasamee & Kehasukcharoen, 2020) กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การรักษาด้วยวิธีนี้ และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้

7. การรับรู้ด้านความเข้าใจสภาพของความเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อที่พบบ่อยเป็นอันดับ 3 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Devison of Non Communicable Disease, 2019) มีสื่อหลายช่องทางในการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรคและการป้องกัน รวมทั้งการได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสภาพของความเจ็บป่วยมากขึ้น



Illness Perception in Predicting Smoking Cessation Behaviors in Patients with Acute Coronary Syndrome after Percutaneous Coronary Intervention  
การรับรู้ความเจ็บป่วยในการทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

8. การรับรู้ด้านอารมณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคที่รุนแรง เรือรัง อาการมีโอกาสรักษาได้ แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้ผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วยและผ่านขั้นตอนการรักษามาแล้ว ทำให้มีข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแลตนเอง ส่งผลให้ลดความกลัววิตกกังวลในระดับหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ ดารา วงษ์กวน และคณะ (Wongkuan et al., 2018) พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ด้านอารมณ์ระดับปานกลาง

9. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 41-60 ปี มีประวัติเลิกสูบบุหรี่แล้ว ร้อยละ 69.80 การศึกษาของ วิชัย เอกพลากร, กนิษฐา ไทยกล้า, และ วราภรณ์ เสถียรนพเก้า (Aekplakorn, Thaikla, & Sathienoppakao, 2016) พบว่าในเพศชายกลุ่มที่สูบบุหรี่ประจำมีความชุกเริ่มตั้งแต่ร้อยละ 25.00 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี และเพิ่มขึ้นตามอายุ สูงสุดในกลุ่มอายุ 30-44 ปี และการศึกษาของ ปิยะมาศ ชัชชมพร (Chachomporn, 2013) พบว่าผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ระดับปานกลาง เนื่องจากหลังรักษาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หายจากอาการเจ็บแน่นหน้าอก จึงอาจลดความเคร่งครัดจากพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

## 2. การรับรู้ความเจ็บป่วยในการทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

จากการศึกษาพบว่า ตัวแปรการรับรู้ความเจ็บป่วยในภาพรวมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 25.30 โดยตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) คือ การรับรู้ด้านสาเหตุของความเจ็บป่วย และการรับรู้ด้านการควบคุมอาการด้วยการรักษา ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ 0.334 และ 0.204 อธิบายได้ว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยทั้ง 8 ด้านมีผลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ โดยปัจจัยที่สำคัญคือการรับรู้สาเหตุของความเจ็บป่วย และการรับรู้ด้านการควบคุมอาการด้วยการรักษา กลุ่มตัวอย่างรับรู้สาเหตุส่วนใหญ่ของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกิดจากการสูบบุหรี่ และความเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อชีวิต จึงแก้ปัญหาที่สาเหตุโดยการเลิกสูบบุหรี่ ดังการศึกษาของ กันยารัตน์ ลาสุธรรม และคณะ (Lasutham et al., 2018) ที่พบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดโดยรวมอยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมาก และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.46, p < .01$ )

การรับรู้ด้านการควบคุมอาการด้วยการรักษาสามารถทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.29, p < .05$ ) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและสามารถบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกได้ จะกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างตั้งใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเฉพาะการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่ง ลิเวนทาล, ฟิลลิปส์, และ เบิร์นส์ (Leventhal, Phillips, & Burns, 2016) อธิบายว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่าเป็นอยู่สามารถรักษาหรือควบคุมได้มาก จะให้ความสำคัญกับการรักษาและปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันกำเริบของโรค อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความเจ็บป่วยที่สะท้อนว่าโรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ( $\bar{X} = 3.26, SD = 1.17$ ) การรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง และต้องทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ ซึ่งผลการสวนหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้พบมีหลอดเลือดหัวใจตีบ 2 เส้นและ 3 เส้น ร้อยละ 37.70 และร้อยละ 45.40 ตามลำดับ ในรายที่มีการตีบตันของหลอดเลือดหลายเส้นต้องนัดมาทำ PCI ซ้ำ การมาตรวจตามนัดแต่ละครั้งต้องใช้เวลานาน มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยใช้เวลาในการมาตรวจเฉลี่ยมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อครั้ง บางรายมีปัญหาการทรงตัวและปัญหาด้านสายตา จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือมาตรวจติดตามอาการ (Boonkua, Wattanakitkriear, Sriprasong, & Dumavibhat, 2022) ส่งผลให้การรักษาด้วยวิธีการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจแม้จะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ แต่ก็มีคามยุ่งยากและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ค่าใช้จ่าย กลุ่มตัวอย่างจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



# Illness Perception in Predicting Smoking Cessation Behaviors in Patients with Acute Coronary Syndrome after Percutaneous Coronary Intervention

## การรับรู้ความเจ็บป่วยในการทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

ควบคู่ไปกับการรักษาโดยเฉพาะด้านการเลิกสูบบุหรี่เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรให้ความสำคัญในการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย โดยเฉพาะการรับรู้ด้านสาเหตุและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่
2. สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ที่ถูกต้องทั้งด้านสาเหตุ การรักษารวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ
3. สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

### References

- Aekplakorn, W., Thaikla, K., & Sathienoppakao, W. (2016). Health behavior. In W. Aekplakorn, (Ed.), *Report of the Thai people's health survey by physical examination No.5, 2014*. (pp. 46-55). Nonthaburi: Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Benjakul, S., Kengkanpanich, M., Kengkanpanich, T., & Suchirarat, D. (2014). *Prognosis and health hazards report: Tobacco consumption trends among Thai populations. (Research report)*. Bangkok: Bureau of Tobacco Consumption Control, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Boonkua, C., Wattanakitkriear, D., Sriprasong, S., & Dumavibhat, C. (2022). Factors predicting adherence to dual antiplatelet medications among patients with acute coronary syndrome after percutaneous coronary intervention. *Nursing Science Journal of Thailand, 40*(3), 60-75. (in Thai)
- Brislin, B. W. (1980). Translation and content analysis of oral and written material. In H. C. Triandis & J. W. Berry (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology: Vol. 1* (pp. 389-444). Boston: Allyn & Bacon.
- Chachomporn, P. (2013). *Perception and in-stent restenosis prevention behaviors in patients who had undergone stent implantation*. (Master's thesis). Prince of Songkla University, Thailand. Retrieved from <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/8713/1/361178.pdf> (in Thai)
- Chinphan, S., Sirisophon, N., Wattanaburanon, A., & Onsiri, S. (2019). Factors correlated with in-stent restenosis in coronary heart disease patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 20*(3), 218-226. (in Thai)



Illness Perception in Predicting Smoking Cessation Behaviors in Patients with  
Acute Coronary Syndrome after Percutaneous Coronary Intervention  
การรับรู้ความเจ็บป่วยในการทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน  
ที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

---

- Devison of Non Communicable Disease. (2019). *Number and rate of inpatients in 2016–2018*. Retrieved from <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020> (in Thai)
- Devison of Non Communicable Disease. (2023). *Number and mortality rates of 4 diseases 2020-2022*. Retrieved from <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020> (in Thai)
- Gauro, P., Thaniwattananon, P., & Kritpracha, C. (2020). Illness perception predicting cardiovascular health behaviors among patients with ischemic heart disease in Nepal: A descriptive cross-sectional study. *JNMA; Journal of the Nepal Medical Association*, 58(231), 884–888. doi: 10.31729/jnma.5426
- Hengrasamee, K., & Kehasukcharoen, W. (2020). Percutaneous coronary intervention. In STEMI patients. *Standards of treatment for patients with acute myocardial ischemia* (pp. 20-30). Bangkok: Central Chest Institute of Thailand. (in Thai)
- Kamthornwijitkul, L., Chamnan, P., & Thanakitcharu, P. (2018). Factor associated with recurrent myocardial infarction in acute coronary syndrome patient in Sunpasitthiprasong Hospital. *Sanpasitthiprasong Medical Journal*, 39(2-3), 11-30. (in Thai)
- Karunan, K. (2016). *The effect of behavioral change integrated with smoking cessation self-efficacy program on smoking cessation behaviors and self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease*. (Master's thesis). Prince of Songkla University, Thailand. (in Thai)
- Lasutham, K., Siripitayakunkit, A., & Panpakdee, O. (2018). Factors related to self-care behavior of Thai Buddhist Monks with coronary artery disease. *Ramathibodi Nursing Journal*, 24(3), 313-327. (in Thai)
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer, (Eds.), *Handbook of psychology and health, volume iv: Social psychological aspects of health* (pp. 219-252). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of self-regulation (CSM): A dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(6), 935–946. doi: 10.1007/s10865-016-9782-2
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17(1), 1–16. doi: 10.1080/08870440290001494
- National Health Security Office. (2020). *NHSO health service indicator report (H0301), data at 30 September 2020, Bureau of Information and Technology, 15 December 2020, analyze by Bureau of Health Information and Outcome Evaluation, NHSO*. Retrieved from [https://www.nhso.go.th/storage/downloads/operatingresult/47/F\\_NHSO\\_Annual\\_Report\\_2020.pdf](https://www.nhso.go.th/storage/downloads/operatingresult/47/F_NHSO_Annual_Report_2020.pdf) (in Thai)
-



Illness Perception in Predicting Smoking Cessation Behaviors in Patients with  
Acute Coronary Syndrome after Percutaneous Coronary Intervention  
การรับรู้ความเจ็บป่วยในการทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน  
ที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

---

- Neamkulchon, J., & Preechawong, S. (2007). The effect of a transtheoretical model-based intervention on smoking cessation behavior in medical inpatients. *Journal of Tobacco Control, 1*(1), 2-13. (in Thai)
- Nur, K. R. M. (2018). Illness perception and cardiovascular health behaviour among persons with ischemic heart disease in Indonesia. *International Journal of Nursing Sciences, 5*(2), 174–180. doi: 10.1016/j.ijnss.2018.04.007
- Sitthisuk, S. (2014). *Clinical practice guidelines for the care of patients with ischemic heart disease in Thailand*. (revised version). (2nd ed.). Bangkok: The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of His Majesty the King. (in Thai)
- Srisathitnarakoon, B. (2010). *The methodology in nursing research*. Bangkok: You and I Intermedia. (in Thai)
- Songkhla Nakarin Hospital. (2017). *Statistics for Patients with acute ischemic heart disease receiving coronary angiography*. Songkhla: Songkhla Hospital. (in Thai)
- Thorndike, M. (1978). *Correlation procedures for research*. New York: Gardner Press.
- Wan, Y. F., Ma, X. L., Yuan, C., Fei, L., Yang, J., & Zhang, J. (2015). Impact of daily lifestyle on coronary heart disease. *Experimental and Therapeutic Medicine, 10*(3), 1115–1120. doi: 10.3892/etm.2015.2646
- Wongkuan, D., Jitpanya, C., & Chimluang, J. (2018). Relationships among illness perception, self-esteem, physical activity and sleep disturbances in acute myocardial infarction survivors. *Thai Red Cross Nursing Journal, 11*(2), 153-170. (in Thai)
- Wongratana, C. (2017). *Techniques for using statistics for research* (13th ed.). Bangkok: Amon Publication. (in Thai)
- World Health Organization. (2020). *The top 10 causes of death*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Zhang, J., Zhang, Q., Zhao, K., Bian, Y. J., Liu, Y., & Xue, Y. T. (2022). Risk factors for in-stent restenosis after coronary stent implantation in patients with coronary artery disease: A retrospective observational study. *Medicine, 101*(47), e31707. doi: 10.1097/MD.00000000000031707