

ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การติดนิโคติน และการเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์ที่มีอาการด้วยโรคไม่ติดต่อ*

Relationship between Physical Activity, Self-efficacy, Nicotine Dependence and Smoking Cessation among Buddhist Monks with Non-communicable Diseases*

วิวัฒน์ เหล่าชัย, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ¹

Wiwat Laochai, M.N.S. (Adult Nursing) ¹

สุนิดา ปรีชาวงษ์, Ph.D. (Nursing) ²

Sunida Preechawong, Ph.D. (Nursing) ²

Received: November 4, 2019 Revised: April 17, 2021 Accepted: April 22, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการติดนิโคติน กับการเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์ที่มีอาการด้วยโรคไม่ติดต่อ กลุ่มตัวอย่างเป็นพระสงฆ์ที่มีอาการด้วยโรคไม่ติดต่อที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 136 รูป เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แบบสอบถามสากลเรื่องกิจกรรมทางกายชุดสั้นฉบับภาษาไทย

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

¹ มหาวิทยาลัย สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹ Master, Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: อาจารย์ที่ปรึกษา

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University: Advisor

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: sunida.p@chula.ac.th

มีค่าความเชื่อมั่น .78 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ มีค่าความเชื่อมั่น .93 แบบประเมินการติดนิโคติน มีค่าความเชื่อมั่น .70 และแบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่ เก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมทางกาย และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .211, p < .05$ และ $r_s = .370, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนการติดนิโคตินมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.182, p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรคำนึงถึงปัจจัยกิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการติดนิโคติน ในการออกแบบโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่แก่พระสงฆ์ต่อไป

คำสำคัญ: กิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การติดนิโคติน การเลิกบุหรี่ พระสงฆ์

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine the relationship between physical activity, self-efficacy, nicotine dependence and smoking cessation among Buddhist monks with non-communicable diseases. The participants were 136 Buddhist monks with non-communicable diseases receiving services at the medical out-patient department, Priest Hospital. The research instruments included the questionnaire of demographic and smoking behavior data, the Thai Version of Short Format International Physical Activity Questionnaire with reliability as .78, the questionnaire of self-efficacy with reliability as .93, the Fagerström Test for Nicotine Dependence with reliability as .70, and the interview form of smoking cessation. Data were collected from April to August, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Spearman rank correlation.

The research results revealed that physical activity and self-efficacy were positively statistically significant related to smoking cessation among Buddhist monks with non-communicable diseases ($r_s = .211, p < .05$ and $r_s = .370, p < .001$, respectively). Nicotine dependence was negatively statistically significant related to smoking cessation among Buddhist monks with non-communicable diseases ($r_s = -.182, p < .05$).

This research suggests that health personnel should consider physical activity, self-efficacy, and nicotine dependence to further design programs to help Buddhist monks quit smoking.

Keywords: Physical activity, Self-efficacy, Nicotine dependence, Smoking cessation, Buddhist monks

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ อันได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจ (World Health Organization [WHO], 2017) ซึ่งยังเป็นประเด็นท้าทายสำคัญของการสาธารณสุขโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกระบุว่า ปี พ.ศ. 2559 กลุ่มโรคไม่ติดต่อก่อชีวิตผู้คนกว่า 41 ล้านคนทั่วโลก ที่สำคัญ คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 13.20 โรคเบาหวาน ร้อยละ 8.90 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 5.60 และโรคมะเร็งปอด ร้อยละ 2.90 (WHO, 2017) ในประเทศไทยพบว่า สถานการณ์การตายและความชุกของโรคไม่ติดต่อ 4 ชนิด (โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจ) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2553–2557 และเพิ่มขึ้นในกลุ่มชายมากกว่าหญิง (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, 2560)

พระสงฆ์เป็นกลุ่มประชากรในประเทศไทยที่มีแนวโน้มของอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้น ในการแถลงข่าวเรื่อง “การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ไทย” ระบุว่า จากการตรวจคัดกรองสุขภาพของพระสงฆ์และสามเณรทั่วประเทศ จำนวน 122,680 รูป ในปี พ.ศ. 2559 พบพระสงฆ์เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน โดยมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค คือ การสูบบุหรี่ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562) สอดคล้องกับผลการวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพของพระสงฆ์ในพื้นที่ต่างๆ ของไทย เช่น การศึกษาสถานการณ์การสูบบุหรี่ของภิกษุ สามเณร แม้ชีรวมจำนวน 525 รูป พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.20 สูบบุหรี่ โดยเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเป็นพระสงฆ์ (นุสรณ์ ภูชนะวนิชพงษ์, รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, พูนรัตน์ สียติกุล, และวิทชัย เพชรเสียบ, 2557) สอดคล้องกับรายงานการดูแลสุขภาพตนเอง

ของพระสงฆ์ เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร จำนวน 236 รูป ที่ระบุว่า ภาวะสุขภาพที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะไข้มันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 50.42 โดยมีพระสงฆ์เพียงร้อยละ 36.80 ที่ไม่สูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่ (พระสุกสะหวັນ นุดชะหมวน, 2559) และสอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดราชบุรีที่พบว่า ในพระสงฆ์ จำนวน 244 รูป มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 53.68 (ชนก จามพัฒน์, เกียรติกำจร กุศล, และจิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์, 2562)

จากการที่กรมอนามัยมีมติประชุมของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพหน่วยงานต่าง ๆ ได้ให้ความสำคัญและดำเนินการขับเคลื่อนกิจกรรมอันเกี่ยวเนื่องกับการส่งเสริมสุขภาพแก่พระสงฆ์อย่างต่อเนื่อง เช่น โครงการพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพ อบรมพระอาสาสมัครสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) และจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ส่วนประเด็นการจัดการปัจจัยเสี่ยงการสูบบุหรี่นั้น ปัจจุบันมีการให้บริการบำบัดโรคติดบุหรี่อย่างกว้างขวาง เช่น คลินิกฟ้าใส ที่ให้การบำบัดทั้งแบบใช้ยาและแบบไม่ใช้ยา ปัจจุบันมีมากกว่า 500 แห่ง ทั่วประเทศ (Pitayarangsarit, Preechawong, Wongphan, & Rungruanghiranya, 2019) อีกทั้งยังมีศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ ซึ่งให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ในขณะเดียวกัน โรงพยาบาลสงฆ์ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ จึงได้มีการดำเนินงานเกี่ยวกับการคัดกรองการสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ทุกรูปที่มีมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ที่พบว่า พระสงฆ์อาพาธจำนวนมากมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร่วมด้วย และมีการส่งต่อพระสงฆ์ที่สูบบุหรี่ที่อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อกับทุกรูปเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ โดยติดตามผลทุก 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน จากการประเมินผล

และติดตามการเลิกบุหรี่พบว่า อัตราการเลิกบุหรี่ในพระสงฆ์ยังคงเดิม ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า กิจกรรมการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ยังคงไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มพระสงฆ์ได้เท่าที่ควร และเกิดจากการติดนิโคติน (nicotine dependence) ของร่างกาย ทำให้การเลิกบุหรี่ยากมากขึ้น

พระสงฆ์เป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำสั่งสอนของพุทธศาสนาแล้วนำมาสั่งสอนผู้อื่นให้รู้ตาม นับว่าเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญต่อสถาบันพระพุทธศาสนา และมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจรรโลงศาสนาและจิตใจของประชาชนชาวไทย (พระธรรมกิตติวงศ์, 2548) โดยที่รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแก่พระสงฆ์ที่เหมาะสมนั้นต้องสอดคล้องกับพระธรรมวินัย ดังนั้น ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ในพระสงฆ์จึงมีความสำคัญต่อการนำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม/โครงการช่วยพระสงฆ์ให้เลิกบุหรี่ได้อย่างเหมาะสม

ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2562 ทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประชากรทั่วไป เช่น ผู้สูบบุหรี่ทั่วไป ที่ได้รับบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (สุวิมล ใจนาวิ และคณะ, 2559) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ฉันทิยา การมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2558) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ชนิดา ราชวัณ, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, และ อรสา พันธุ์ภักดี, 2559) ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเพศชาย (Jianvitayakij, Panpakdee, Malathum, Duffy, & Viwatwongkasem, 2014) ผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่ (Abdullah, Driezen, Quah, Nargis, & Fong, 2015; Jampaklay, Richter, Tangchonlatip, & Nanthamongkolchai, 2018) โดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ เป็นปัจจัยที่มีการศึกษาในทุกกลุ่มประชากรที่กล่าวมาข้างต้น และเป็นปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่/พฤติกรรมการเลิก
 บุหรี่ ในขณะเดียวกันมีรายงานว่า ระยะเวลาที่สูบ
 บุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน และการติดนิโคติน
 มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ (ชนิดา รำชัย
 และคณะ, 2559; ฉันทิยา คารมย์ และสุนิดา
 ปรีชาวงษ์, 2558; Myung et al., 2008)

การมีกิจกรรมทางกาย เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มี
 อิทธิพลต่อการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ โดยพบว่า ผู้ที่มี
 กิจกรรมทางกายมากสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ
 มากกว่าผู้ที่มีกิจกรรมทางกายน้อยกว่า (Stolz et al.,
 2014) ซึ่งการมีกิจกรรมทางกายยังมีความสัมพันธ์
 กับจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบลดลง (Haug, Schaub,
 & Schmid, 2014) อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทย
 มีรายงานว่า พระสงฆ์ที่มีกิจกรรมทางกาย/การออก
 กำลังกายค่อนข้างน้อย (พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต,
 ธวัชรัตน์ แดงหาญ, และสร้อยญา วักขวิธิ, 2558)
 อีกทั้งการอยู่ในเพศบรรพชิตจำเป็นต้องปฏิบัติ
 ตามหลักพระธรรมวินัยของพระสงฆ์ที่ต่างจาก
 บุคคลทั่วไป (โรงพยาบาลสงฆ์, 2562)

ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติ
 หน้าที่ให้การรักษาพระสงฆ์อาพาธและเป็น
 พุทธศาสนิกชน จึงตระหนักถึงความสำคัญในเรื่อง
 สุขภาพของพระสงฆ์ องค์กรความรู้เกี่ยวกับปัจจัย
 คัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ในพระสงฆ์
 จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมส่งเสริม
 การเลิกบุหรี่ รวมทั้งการพัฒนาโปรแกรมช่วยเลิก
 บุหรี่ในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อให้มี

ประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ
 แทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อใน
 พระสงฆ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

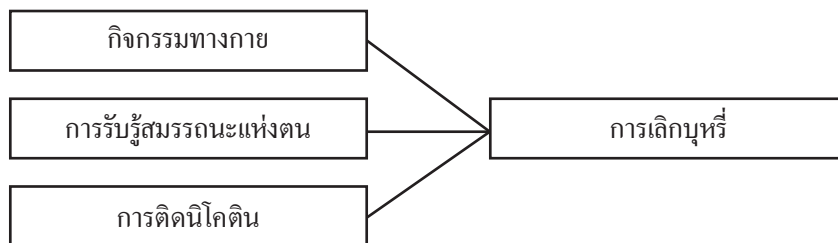
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรม
 ทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการติด
 นิโคติน กับการเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วย
 โรคไม่ติดต่อ

สมมติฐานการวิจัย

1. กิจกรรมทางกาย และการรับรู้สมรรถนะ
 แห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกบุหรี่ใน
 พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ
2. การติดนิโคตินมีความสัมพันธ์ทางลบกับ
 การเลิกบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดที่ได้จาก
 การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่ทั้ง
 ในประเทศและต่างประเทศ โดยปัจจัยที่เลื้อมมา
 ศึกษาประกอบด้วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านสรีรวิทยา
 และจิตวิทยาสังคม คือ กิจกรรมทางกาย และการรับรู้
 สมรรถนะแห่งตน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบ
 บุหรี่ คือ การติดนิโคติน สรุปเป็นกรอบแนวคิดใน
 การวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม 2562 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 20–59 ปี 2) สูบบุหรี่ทุกวัน อย่างน้อย 1 มวน/วัน 3) เป็นโรคไม่ติดต่อที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเมเร็ง 4) ได้รับการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่จากคลินิกเลิกบุหรี่ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยใช้งานวิจัยของชนิดา รัชวัณ และคณะ (2559) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .37 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 123 รูป และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 136 รูป

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาทางธรรม ระดับการศึกษาทางโลก ภาวะเจ็บป่วย จำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และจำนวนครั้งที่เคยเลิกบุหรี่ในครั้งนั้น จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสากลเรื่องกิจกรรมทางกายชุดสั้นฉบับภาษาไทย (Thai Version of Short Format International Physical Activity Questionnaire [Thai short IPAQ]) แปลโดยพรพิมล รัตนวิวัฒน์พงศ์, อารมย์ ชุนภายี, ฉกาจ ผ่องอักษร, และภัทราวุธ อินทรกำแหง (2549) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การเดิน การมีกิจกรรมทางกายที่ต้องออกแรงปานกลาง และการมีกิจกรรมทางกายที่ต้องออกแรงมาก รวมจำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ โดยสอบถามเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกายประเภทต่างๆ ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา นำคำตอบมาคิดคะแนนเป็นเวลาในการทำกิจกรรม หน่วยเป็นนาที แปลงข้อมูลการมีกิจกรรมทางกายเป็นตัวแปรต่อเนื่องโดยวิธีการถ่วงน้ำหนักด้วยค่าปริมาณพลังงานที่ต้องใช้เมื่อเทียบกับอัตราการเผาผลาญในขณะพัก (resting metabolic rate) ที่เรียกว่า METs แล้วคูณด้วยจำนวนนาทีที่ทำกิจกรรม เพื่อให้ได้หน่วยเป็น MET-minutes แล้วทำการคำนวณ MET-min/week ของกิจกรรมทางกายระดับเบา ปานกลาง และหนัก ตามเกณฑ์ที่กำหนดของ Ainsworth et al. (2000) ดังนี้ 1) กิจกรรมทางกายระดับเบา หมายถึง กิจกรรมที่เกิดการเผาผลาญพลังงานในระดับต่ำ ซึ่งมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวน้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์ และเผาผลาญพลังงานน้อยกว่า 600 MET-min/week 2) กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง หมายถึง กิจกรรมระดับปานกลางที่ปฏิบัติติดต่อกันอย่างน้อย 3 วัน และอย่างน้อย 20 นาที/วัน เป็นเวลา 3 วันขึ้นไป/สัปดาห์ หรือมีกิจกรรมระดับปานกลางหรือการเดินติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาที/วัน เป็นเวลา 5 วันขึ้นไป/สัปดาห์ และทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานอย่างน้อย 600 MET-min/week ไม่เกิน 1,500 MET-min/week และ 3) กิจกรรมทางกายระดับหนัก หมายถึง

กิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวติดต่อกันอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้นอย่างมากจนรู้สึกเหนื่อยหอบ ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานอย่างน้อย 1,500 MET-min/week หรือมีกิจกรรมติดต่อกัน 7 วัน/สัปดาห์ สำหรับการคำนวณหาระดับกิจกรรมทางกายของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการคำนวณค่าระดับกิจกรรมทางกายสำเร็จรูปจาก IAPQ-AUTOMATIC Report ที่พัฒนาโดย IPAQ Research Committee (2005)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ของจิราภรณ์ นิยมกฤษกร และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2550) ผู้วิจัยเลือกใช้ฉบับที่ปรับปรุงโดยวิชชุดา มากมาย, สุนิดา ปรีชาวงษ์, และสุรศักดิ์ ตรีนัย (2562) จำนวนทั้งสิ้น 16 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่นั่นใจเลย มั่นใจเล็กน้อย มั่นใจปานกลาง มั่นใจมาก และมั่นใจมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ (1-48 คะแนน) ในระดับปานกลาง (49-63 คะแนน) และในระดับสูง (64-80 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบประเมินการติดนิโคติน ผู้วิจัยใช้ the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) ที่ปรับปรุงโดย Heatherton, Kozlowski, Frecker, and Fagerström (1991) และแปลเป็นภาษาไทยโดยกรองจิต วาทีสาชกกิจ (2552) จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ คะแนนรวม 10 คะแนน ทั้งนี้ เกณฑ์การแปลผลคะแนนของ FTND มีการแปลที่หลากหลาย ผู้วิจัยเลือกใช้เกณฑ์การแปลผลโดย National Drug Research Institute (2011) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีการติดนิโคตินในระดับต่ำ (0-2 คะแนน) ในระดับต่ำแนวโน้มไปปานกลาง (3-4 คะแนน) ในระดับปานกลาง (5-7

คะแนน) และในระดับสูง (8-10 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 1 ข้อ คือ “หลังจากได้รับการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่จากคลินิกเลิกบุหรี่ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้สูบบุหรี่บ้างหรือไม่”

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยทั้ง 5 ชุด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอายุรแพทย์ อาจารย์ด้านการศึกษา และอาจารย์พยาบาล (3 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามสากลเรื่องกิจกรรมทางกายชุดสั้นฉบับภาษาไทย แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ และแบบประเมินการติดนิโคติน เท่ากับ .97, .95 และ .92 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลสงฆ์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รูป หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .78, .93 และ .70 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์ (เอกสารรับรอง เลขที่ IRB No 6/2562 วันที่ 29 เมษายน 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะ

ได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรม การสูบบุหรี่ แบบสอบถามสากลเรื่องกิจกรรมทางกายชุดสั้นฉบับภาษาไทย แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ และแบบประเมินการตัดสินใจ โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากได้รับการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่จากคลินิกเลิกบุหรี่ 3 เดือน ผู้วิจัยติดตามประเมินการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่ ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนสิงหาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และข้อมูลการเลิกบุหรี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลกิจกรรมทางกาย ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และข้อมูลการตัดสินใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการตัดสินใจกับการเลิกบุหรี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ พบว่า พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 67.60 มีจำนวนพรรษาอยู่ในช่วง 1-10 พรรษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 มีการศึกษาทางธรรมระดับธรรมชั้นเอกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.38 มีการศึกษาทางโลกระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.52 มีภาวะเจ็บป่วย คือ เป็นโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.50 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่มานานกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 61 สูบบุหรี่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 มวน/วัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.50 และจำนวนครั้งที่เคยเลิกบุหรี่ในครั้งนี้ คือ 1-2 ครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.80

2. กิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการตัดสินใจของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ พบว่า พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ มีคะแนนเฉลี่ยกิจกรรมทางกายในระดับปานกลาง ($M = 1,139.38$ MET-min/week, $SD = 588.24$) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง ($M = 50.35$, $SD = 18.16$) และมีคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจในระดับปานกลาง ($M = 4.74$, $SD = 2.22$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับกิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการตัดสินใจของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ ($n = 136$)

ตัวแปร	min	max	M	SD	ระดับ
กิจกรรมทางกาย	309	2,091	1,139.38	588.24	ปานกลาง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	16	80	50.35	18.16	ปานกลาง
การตัดสินใจ	1	10	4.74	2.22	ปานกลาง

3. การเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ พบว่า พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ มีการเลิกบุหรี่ได้ตลอด 3 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 30.90 โดยส่วนใหญ่มีแรงจูงใจที่ช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ คือ เพื่อสุขภาพของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 66 และใช้วิธีการหักดิบในการเลิกบุหรี่ คิดเป็น

ร้อยละ 75.50 ส่วนพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อที่ยังเลิกบุหรี่ไม่ได้ พบว่า ส่วนใหญ่มีการสูบบุหรี่มากกว่า 5 มวน/วัน คิดเป็นร้อยละ 63.20 โดยอุปสรรคที่ทำให้เลิกบุหรี่ไม่ได้ คือ ความเคยชินมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.80 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ จำแนกตามคำตอบของการเลิกบุหรี่ (n = 136)

คำตอบของการเลิกบุหรี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ได้สูบลเลย แม้แต่มวนเดียว	42	30.90
สูบบ้าง เพียง 1-2 ครั้ง (ไม่หมดมวน) /วัน	2	1.50
สูบบ้าง เพียง 1-5 มวน/วัน	6	4.40
สูบมากกว่า 5 มวน/วัน	86	63.20

4. ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการตัดสินใจตัดสินใจกับการเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ พบว่า กิจกรรมทางกาย และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($r_s = .211, p < .05$ และ $r_s = .370, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนการตัดสินใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.182, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการตัดสินใจกับการเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ (n = 136)

ตัวแปร	การเลิกบุหรี่	
	r_s	p
กิจกรรมทางกาย	.211	.013
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.370	< .001
การตัดสินใจ	-.182	.034

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อมีการเลิกบุหรี่ได้ตลอด 3 เดือนที่ผ่านมามีคิดเป็นร้อยละ 30.90 โดยงานวิจัยนี้นับเป็นเรื่องแรก ที่ศึกษาการเลิกบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อและประเมินอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องที่ 3 เดือน ซึ่งพบว่าเป็นตัวเลขที่ต่ำกว่าอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องที่ 6 เดือน ในกลุ่มผู้มารับบริการที่คลินิกฟ้าใส (Pitayarangsarit et al., 2019) ส่วนสาเหตุที่พระสงฆ์ส่วนใหญ่ยังเลิกบุหรี่ไม่ได้เป็นเพราะความเคยชินในการสูบบุหรี่ร่วมกับการติดนิโคติน ซึ่งเมื่อเลิกบุหรี่ ระดับนิโคตินในเลือดจะลดลง ทำให้เกิดอาการหงุดหงิด ขาดสมาธิ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2553)

ผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ยิ่งพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อมีกิจกรรมทางกายระดับหนักขึ้น/มากขึ้น ยิ่งสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Stolz et al. (2014) ที่พบว่า ผู้ที่มีกิจกรรมทางกายหนักสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่มีกิจกรรมทางกายน้อยกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Haug et al. (2014) ที่พบว่า วัยรุ่นที่มีกิจกรรมทางกายมากขึ้นจะสามารถลดจำนวนมวนในการสูบบุหรี่ได้

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ยิ่งพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อยังมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ในระดับสูงขึ้น ยิ่งสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น สอดคล้อง

กับการศึกษาของ Khamrath, Yunibhand, and Preechawong (2017) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังออกจากโรงพยาบาลที่สามารถเลิกบุหรี่ได้นั้น มีปัจจัยที่สามารถทำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่มากขึ้นจะมีโอกาสในการเลิกบุหรี่ได้สูงขึ้นเช่นกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lindberg et al. (2015) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังการติดตามเป็นเวลา 3 ปี พบความสัมพันธ์ของการติดนิโคตินในระดับต่ำกับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง ในทางตรงกันข้าม ผู้ที่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำจะมีโอกาสกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ได้ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66) เป็นห่วงสุขภาพของตนเอง จึงเป็นแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ในครั้งนี้ อีกทั้งในระหว่างที่ได้รับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อได้รับคำแนะนำหรือคำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่แล้ว ทำให้มีความมั่นใจในการเลิกบุหรี่มากขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า การติดนิโคตินมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเลิกบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ยิ่งพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อยังมีการติดนิโคตินในระดับต่ำและระดับปานกลาง (ร้อยละ 92) ยิ่งสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Stewart et al. (2013) ที่พบว่า ระดับการติดนิโคตินที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในสหรัฐอเมริกา และสอดคล้องกับการศึกษาของ Caponnetto and Polosa (2008) ที่พบว่า การติดนิโคตินมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในอังกฤษ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
บุคลากรทางสุขภาพควรจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อ โดยคำนึงถึงการเพิ่มกิจกรรมทางกายโดยไม่ขัดต่อพระธรรมวินัย การเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ และหาวิธีการลดการติดนิโคติน เพื่อให้พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อสามารถลด ละ เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการติดนิโคติน ต่อการเลิกบุหรี่ในพระสงฆ์ เพื่อความเหมาะสมของบริบทในพระสงฆ์

2.2 ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในพระสงฆ์อาพาธ โดยเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ

เอกสารอ้างอิง

กรองจิต วาทีสาธกกิจ. (2552). *การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่.

จิราภรณ์ เนียมบุญชู, และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2550). ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม. *วารสารควบคุมยาสูบ*, 1(1), 2-13.

ชนก จามพัฒน์, เกียรติกำจร กุศล, และจิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในอำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(2), 81-90.

ชนิดา รำชาวิญญู, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, และอรสา พันธุ์ภักดี. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 27(2), 2-16.

ฉันทิยา คารมย์, และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2558).

ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *พยาบาลสาร*, 42(1), 1-11.

นุสรณ์ ภูชนะวนิชพงษ์, รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, พูนรัตน์ ลียติกุล, และวิทชย เพชรเลียน. (2557).

สถานการณ์การสูบบุหรี่ของพระภิกษุสามเณรแม่ชี และศิษย์วัด และผลของการจัดโปรแกรมพัฒนาবাদปลอดบุหรี่ จังหวัดนครราชสีมา (รายงานผลการวิจัย). นครราชสีมา: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล.

พรพิมล รัตนวิวัฒน์พงศ์, อารมย์ ชุนภาณี, ฉกาจ ผ่องอักษร, และภัทราวุธ อินทรกำแหง. (2549).

ความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามสากลเรื่องกิจกรรมทางกายชุดสั้นฉบับภาษาไทย. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสุขภาพ*, 16(3), 147-160.

พระครูสุวิธานพัฒน์มัจฉิต, ธวัชรัตน์ แดงหาญ, และสร้อยญา วักขขวีสี. (2558). การพัฒนา

รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น*, 22(2), 117-130.

พระธรรมกิตติวงศ์. (2548). *พจนานุกรมเพื่อการศึกษาพุทธศาสน์ ชุด คำวัด*. กรุงเทพฯ: เลียงเชียง.

พระสุกสะหวັນ บุคชะหมวน. (2559). *การดูแลสุขภาพของตนเองของพระสงฆ์ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- โรงพยาบาลสงฆ์. (2562). *การอุปัฏฐากพระสงฆ์ อาพาธภายใต้หลักพระธรรมวินัย*. กรุงเทพฯ: อารต์ ควอลิตี้ไฟท์.
- วิชชุดา มากมาย, สุนิดา ปรีชาวงษ์, และสุรศักดิ์ ตรีณีย์. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่สำหรับบิดา-มารดาเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด. *พยาบาลสาร*, 46(2), 59–69.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2562). *การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ไทย*. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2019/09/17751>
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2553). *คู่มือการรักษาโรคติดบุหรี่*. สมุทรปราการ: สันทวิกิจ พรินติ้ง.
- สุพัตรา ศรีวิณิชชากร. (2560). สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี (2553–2557). *วารสารควบคุมโรค*, 43(4), 379–390.
- สุวิมล โรจนาวี, อรวรรณ ช้องต่อ, สุนิดา ปรีชาวงษ์, จินตนา ยูนิพันธุ์, นัยนา วงศ์สายดา, และจิรภิญญา คำรัตน์. (2559). ปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่ในผู้ใช้บริการเลิกบุหรี่ของศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 39(1), 37–47.
- Abdullah, A. S., Driezen, P., Quah, A. C. K., Nargis, N., & Fong, G. T. (2015). Predictors of smoking cessation behavior among Bangladeshi adults: Findings from ITC Bangladesh survey. *Tobacco Induced Diseases*, 13(1), 23. doi:10.1186/s12971-015-0050-y
- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Whitt, M. C., Irwin, M. L., Swartz, A. M., Strath, S. J., ... & Jacobs, D. R. (2000). Compendium of physical activities: An update of activity codes and MET intensities. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32(Suppl. 9), 498–504. doi: 10.1097/00005768-200009001-00009
- Caponnetto, P., & Polosa, R. (2008). Common predictors of smoking cessation in clinical practice. *Respiratory Medicine*, 102(8), 1182–1192. doi:10.1016/j.rmed.2008.02.017
- Haug, S., Schaub, M. P., & Schmid, H. (2014). Predictors of adolescent smoking cessation and smoking reduction. *Patient Education and Counseling*, 95(3), 378–383. doi:10.1016/j.pec.2014.03.004
- Heatheron, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119–1127. doi:10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x
- IPAQ Research Committee. (2005). *Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – short and long forms*. Retrieved from <http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>

- Jampaklay, A., Richter, K., Tangchonlatip, K., & Nanthamongkolchai, S. (2018). The impact of parental absence on early childhood development in the context of Thailand. *Asian and Pacific Migration Journal*, 27(2), 209–230. doi:10.1177/0117196818767439
- Jianvitayakij, S., Panpakdee, O., Malathum, P., Duffy, S. A., & Viwatwongkasem, C. (2014). Factors influencing smoking cessation behavior among Thai male smokers with hypertension. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 18(2), 100–110.
- Khamrath, J., Yunibhand, J., & Preechawong, S. (2017). Predicting factors of smoking cessation in acute coronary syndrome patients after hospital discharge. *Advances in Bioresearch*, 8(2), 115–121. doi:10.15515/abr.0976-4585.8.2.115121
- Lindberg, A., Niska, B., Stridsman, C., Eklund, B.-M., Eriksson, B., & Hedman, L. (2015). Low nicotine dependence and high self-efficacy can predict smoking cessation independent of the presence of chronic obstructive pulmonary disease: A three year follow up of a population-based study. *Tobacco Induced Diseases*, 13(1), 27. doi:10.1186/s12971-015-0055-6
- Myung, D., Waters, D., Wiseman, M., Duhamel, P.-E., Noolandi, J., Ta, C. N., & Frank, C. W. (2008). Progress in the development of interpenetrating polymer network hydrogels. *Polymers for Advanced Technologies*, 19(6), 647–657. doi:10.1002/pat.1134
- National Drug Research Institute. (2011). *The brief intervention training program: Fagerström Test for Nicotine Dependence*. Australia: Curtin University.
- Pitayarangsarit, S., Preechawong, S., Wongphan, T., & Rungruanghiranya, S. (2019). Health-related quality of life among people receiving smoking cessation services. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 23(3), 285–296.
- Stewart, D. W., Adams, C. E., Cano, M. A., Correa-Fernández, V., Li, Y., Waters, A. J., ... & Vidrine, J. I. (2013). Associations between health literacy and established predictors of smoking cessation. *American Journal of Public Health*, 103(7), e43–e49. doi:10.2105/AJPH.2012.301062
- Stolz, D., Scherr, A., Seiffert, B., Kuster, M., Meyer, A., Fagerström, K.-O., & Tamm, M. (2014). Predictors of success for smoking cessation at the workplace: A longitudinal study. *Respiration; International Review of Thoracic Diseases*, 87(1), 18–25. doi:10.1159/000346646

World Health Organization. (2017). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2017*. Geneva: Author.
