

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัดลำปาง

Factors Associated with Smoking Behavior among Buddhist Monks in Lampang Province

กฤษณะพงษ์ ดวงสุภา¹, สยามภู ไสทา^{1,2}, ชัยวัฒน์ เฟดิมรอด^{1,*}

Kritsanapong Duangsupa¹, Sayambhu Saita^{1,2}, Chaiwat Phadermrod^{1,*}

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง

²หน่วยวิจัยด้านสุขภาพหนึ่งเดียวและสุขภาพนิเวศแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

¹Faculty of Public Health, Thammasat University, Lampang Center

²Thammasat University Research Unit in One Health and Ecohealth

(Received: October 25, 2024; Revised: October 31, 2024; Accepted: November 30, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ที่จำพรรษาในจังหวัดลำปางตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากพระภิกษุสงฆ์ 328 รูป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและ logistic regression ผลการศึกษาพบว่า อายุเฉลี่ย 48.4 ปี ระยะเวลาบวช 18.6 พรรษา สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 21.3 ส่วนใหญ่จบนักธรรมชั้นเอกและเป็นพระลูกวัด พบความชุกของการสูบบุหรี่ร้อยละ 44.8 (147 รูป) โดยมีการติดสารนิโคตินระดับสูงร้อยละ 14.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ในพื้นที่จังหวัดลำปาง ได้แก่ พระภิกษุที่บวชมา 20-30 พรรษา (AOR = 4.86, 95% CI= 1.56-15.10) การศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี โดยเฉพาะผู้ที่จบมัธยมศึกษาตอนต้น (AOR = 26.50, 95% CI= 3.62-193.73) มีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ระดับปานกลาง (AOR = 6.02, 95% CI= 2.92-12.38) การรับรู้ธรรมนุญสุขภาพพระภิกษุสงฆ์แห่งชาติระดับปานกลาง (AOR = 3.44, 95% CI= 1.32-8.99) และได้รับปัจจัยเสริมระดับปานกลาง (AOR = 7.36, 95% CI= 2.74-19.75) อย่างไรก็ตาม ปัจจัยป้องกันของการสูบบุหรี่ของพระภิกษุ ได้แก่ ตำแหน่งทางพระสงฆ์การตั้งแตระดับเจ้าคณะตำบลขึ้นไป (AOR = 0.07, 95% CI: 0.01-0.76) และการรับรู้กฎหมายความคุมบริโภคยาสูบระดับปานกลาง (AOR = 0.13, 95% CI: 0.05-0.36) ดังนั้นควรบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข คณะสงฆ์ และชุมชนในการรณรงค์ลดการสูบบุหรี่โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่และปรับเปลี่ยนทัศนคติ พัฒนามาตรการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการสูบบุหรี่ที่เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์

คำสำคัญ : พฤติกรรม, การสูบบุหรี่, พระภิกษุสงฆ์, ปัจจัย, ลำปาง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: chaiwat.p@fph.tu.ac.th โทร.089-0490031)

Abstract

This analytical cross-sectional study aimed to examine the prevalence and factors associated with smoking behavior among Buddhist monks who had been ordained for at least 1 year in Lamphang province. Data were collected using questionnaires from 328 monks and analyzed by descriptive statistics and logistic regression. The results revealed that the average age of respondents was 48.4 years, with the average ordination duration was 18.6 years. Of the respondents, 21.3% had completed primary education, while the majority had completed higher monastic education and were serving as resident monks. The prevalence of smoking was 44.8% (147 monks), with 14.3% of monks exhibiting high nicotine dependence. Factors significantly associated with smoking behavior included ordination duration of 20-30 years (AOR = 4.86, 95% CI = 1.56-15.10), lower educational attainment, particularly lower secondary education (AOR = 26.50, 95% CI = 3.62-193.73), moderate attitude towards smoking (AOR = 6.02, 95% CI = 2.92-12.38), moderate awareness of the National Health Charter for Monks (AOR = 3.44, 95% CI = 1.32-8.99), and moderate external support (AOR = 7.36, 95% CI = 2.74-19.75). However, protective factors against smoking included holding a clerical position at the sub-district level or higher (AOR = 0.07, 95% CI = 0.01-0.76) and moderate awareness of tobacco control laws (AOR = 0.13, 95% CI = 0.05-0.36). Therefore, collaboration among public health agencies, the monastic community, and local organizations is essential to promote smoking reduction through education about smoking hazards and attitude modification. Additionally, health promotion and smoking prevention measures should be developed to suit the specific context of Buddhist monks.

Keywords : Behavior, Smoking, Buddhist monks, Factors, Lamphang

บทนำ

บุหรี่เป็นสารเสพติดที่มีส่วนประกอบของนิโคตินที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพสำคัญและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 8 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตในประเทศที่กำลังพัฒนาปีละ 7 ล้านคน (Chotbenjamaporn, Pitayarangsarit, & RM, 2016) สำหรับประเทศไทยพบว่าอัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 20.7 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 19.1 ในปี พ.ศ. 2560 (Pittayarangsrit, & Pankrachang, 2022) การเจ็บป่วยและการตายของคนไทยส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งชนิดอื่น ๆ โรคหัวใจและหลอดเลือด และถุงลมโป่งพอง เป็นต้น ถึงแม้มีการรณรงค์ให้ทราบถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่และมีมาตรการป้องกันต่างๆ แต่ยังมีผู้สูบบุหรี่ต่อเนื่องและไม่สามารถเลิกสูบได้ โดยพฤติกรรมกรรมการเสพติดบุหรี่จัดเป็นโรคชนิดหนึ่งที่เรียกว่า “โรคติดบุหรี่” (Tobacco Dependence) ปัจจุบันทั่วโลกได้ให้ความสำคัญตระหนักและได้ยกให้บุหรี่เป็นประเด็นที่ต้องเร่งดำเนินการควบคุม เร่งพัฒนาทรัพยากรบุคคลและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องด้านการควบคุมยาสูบให้มีศักยภาพในการพัฒนาและดำเนินกิจกรรมในหลายระดับ เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมยาสูบของประเทศไทยและลดการแพร่ระบาดของยาสูบในผู้ใหญ่ภายในปี 2030 (World Health Organization, 2022)

ในประเทศไทย บุหรี่ถูกมองว่าเป็นสัญลักษณ์ทางสังคมที่สำคัญ ซึ่งเชื่อมโยงกับอำนาจในพิธีกรรม ความเคารพสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และพุทธศาสนาพิธี โดยบุหรี่ยังปรากฏในพิธีกรรมต่าง ๆ รวมถึงการถวายของแด่พระภิกษุสงฆ์ (Yangthisan, Joosing, Ropmodee, & Phetphum, 2020) ประเทศไทยมีประชากรที่นับถือพระพุทธศาสนาประมาณร้อยละ 95 และพระภิกษุสงฆ์ถือเป็นบุคคลที่ได้รับความเคารพนับถืออย่างสูงในสังคมไทย ทั้งในฐานะผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้นำการพัฒนาชุมชน และแบบอย่างในการประพฤติปฏิบัติตนที่ดี (Phra Palat Tasanaphon, & Khemjaro. 2022) แต่ตามธรรมนูญพระภิกษุสงฆ์แห่งชาติ ปี 2560 ระบุว่า การสูบบุหรี่ถูกเป็นการกระทำที่ขัดต่อหลักคำสอนของพระพุทธศาสนา และถือเป็นความประมาท ดังนั้น การสูบบุหรี่จึงถือว่าไม่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์ เพราะขัดกับบทบาทของท่านที่ควรเป็นตัวอย่างในด้านการดำรงชีวิตอย่างมีสติและคุณธรรม และนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพ (Phra Ratchawaramun, Phra Mongkolwachirakorn, Phra Mongkolthammawithan, Phutthasri W., 2018) จากสถานการณ์อาพาธของพระภิกษุสงฆ์ในส่วนของโรงพยาบาลสงฆ์ ปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีพระภิกษุสงฆ์ที่เป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 71,000 รูป และจากรายงานในปี พ.ศ. 2553 โรคที่พบมากในพระภิกษุสงฆ์ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเส้นเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคไต โรคต่อกระจะก กระเพาะปัสสาวะอักเสบ โรคกระเพาะอาหาร โรคหลอดเลือดหัวใจ (Jirapakpong, Suwannapa, Mongkongpipatphon, & Attawong., 2019)

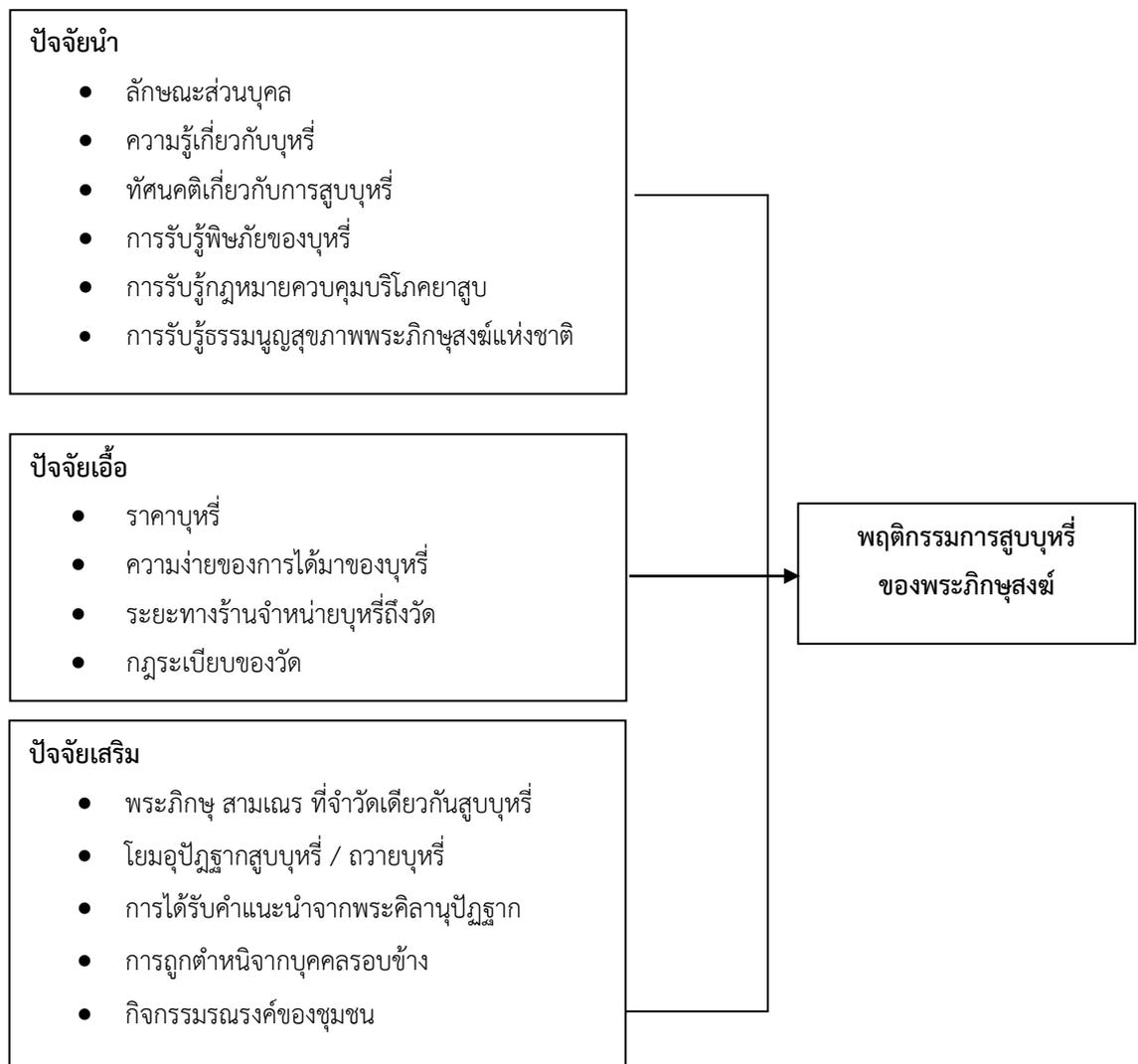
จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบข้อขัดแย้งในผลการศึกษเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ เช่น อายุ ระยะเวลาการบรรพชา การศึกษาและรายได้ รวมถึงปัจจัยความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้กฎและข้อห้าม และการรับรู้พิษภัยบุหรี่ (Kuanma, Homsin, & Srisuriyawet., 2010) โดยในการศึกษานี้ได้ประยุกต์ PRECEDE Model เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในจังหวัดลำปาง ซึ่งจังหวัดลำปางมีอำเภอในเขตการปกครอง 13 อำเภอ มีจำนวนวัดทั้งหมด 784 แห่ง แบ่งเป็นวัดมหานิกาย 745 แห่ง และวัดธรรมยุต 39 แห่ง มีจำนวนพระภิกษุและสามเณรทั้งหมดจำนวน 3,271 รูป แบ่งเป็นพระภิกษุสามเณรใน

มหานิกาย จำนวน 3,097 รูป และในพระธรรมยุต จำนวน 174 รูป (Office of Buddhism in Lampang Province, 2022) การศึกษานี้จะเป็นแนวทางในการออกแบบการลดผลกระทบจากการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ และวางแผนป้องกันและควบคุมการสูบบุหรี่ รวมถึงลดปัญหาการอาพาธหรือเจ็บป่วยที่เป็นผลจากการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ ตลอดจนนำข้อมูลมาผลักดันเชิงนโยบาย สาธารณะในการขับเคลื่อนให้วัดเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ในพื้นที่จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ในพื้นที่จังหวัดลำปาง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Analytic cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พระภิกษุสงฆ์ทั้งหมดที่มหายานและธรรมยุติกนิกาย จำนวน 745 วัด ทั้ง 13 อำเภอที่จำวัดในพื้นที่จังหวัดลำปาง

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณการค่าสัดส่วนประชากร กรณีทราบขนาดจำนวนประชากร ดังนี้

$$n = \frac{Np(1 - p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N - 1) + p(1 - p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร เท่ากับ 2,290 รูป

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

$Z(1-\alpha/2)$ = ค่าวิกฤตที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.96

p = ค่าสัดส่วนของการพบการสูบบุหรี่ในพระภิกษุสงฆ์ จากการทบทวนงานวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า สัดส่วนพระภิกษุสงฆ์ที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 53.68 (9)

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 317 รูป เพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนของข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงทำให้มีขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 350 รูป ผู้วิจัยได้ทำการกระจายสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างทุกอำเภอของจังหวัดลำปางจึงทำให้สามารถเก็บข้อมูลได้จำนวนทั้งสิ้น 328 รูป

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของพระภิกษุสงฆ์ทั้ง 13 อำเภอของจังหวัดลำปาง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ของประชากร ผู้วิจัยจึงมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังนี้

ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยจัดทำบัญชีรายชื่อวัดทั้งหมดในจังหวัดลำปางโดยกำหนดแต่อำเภอเป็นชั้นภูมิ โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้นภูมิ กำหนดอำเภอแต่ละอำเภอในจังหวัดลำปางเป็นชั้นภูมิหลังจากนั้นกำหนดขนาดตัวอย่างของแต่ละชั้นภูมิโดยใช้สัดส่วนตามจำนวนแต่ละอำเภอในชั้นภูมินั้น แล้วสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างง่ายโดยใช้วิธีการจับสลากวัดแต่ละอำเภอ โดยเรียงลำดับวัดตามลำดับการสุ่ม 1 ถึง 5 เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้า คัดออกจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ จึงทำให้มีขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 328 รูป

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1. เป็นพระภิกษุสงฆ์มหายานหรือธรรมยุติกนิกายที่จำพรรษาอยู่วัดในจังหวัดลำปาง
2. มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน หรือการมองเห็น
3. สามารถสื่อสารด้วยวาจาได้
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1. ขอลอนตัวระหว่างการเก็บข้อมูล
2. พระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด)
3. ลาสิกขา
4. มรณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาการบวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ (พรรษา) ระดับการศึกษาสามัญชั้นสูงสุด (ทางโลก) ระดับการศึกษาทางธรรมชั้นสูงสุด (ทางธรรม) ตำแหน่งทางพระสงฆ์ที่ได้รับโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ซึ่งเป็นคำถามเลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ (Open end) จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านปัจจัยนำ ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ 2) ทศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ 3) การรับรู้พิษภัยของบุหรี่ 4) การรับรู้กฎหมายควบคุมบริโภคยาสูบ และ 5) การรับรู้ธรรมนูญสุขภาพพระภิกษุสงฆ์แห่งชาติ โดยมีการวัดและเกณฑ์ดังนี้

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนคือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน การแบ่งระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรู้น้อย ปานกลาง มาก แบ่งระดับโดยอิงเกณฑ์ของ (Bloom, 1971) ดังนี้

คะแนนร้อยละ 0 - 59.99 หมายถึง พระภิกษุสงฆ์มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับน้อย

คะแนนร้อยละ 60 - 79.99 หมายถึง พระภิกษุสงฆ์มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 80 - 100 หมายถึง พระภิกษุสงฆ์มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับมาก

แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จำนวน 8 ข้อ, การรับรู้พิษภัยของบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ, การรับรู้กฎหมายควบคุมบริโภคยาสูบ จำนวน 5 ข้อ, และการรับรู้ธรรมนูญสุขภาพพระภิกษุสงฆ์แห่งชาติ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คำถามด้านบวกให้ 5 คะแนนถึง 1 คะแนน ส่วนคำถามด้านลบให้คะแนนกลับกัน

ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่แบ่งเป็น 3 ระดับตามแนวความคิดการแบ่งเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ 1.00 - 2.33 ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนตั้งแต่ 2.34 - 3.66 ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า 3.67 - 5.00 ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย ความสามารถในการเข้าถึงบุหรี่ เช่นราคาบุหรี่ วิธีการได้มาของบุหรี่ การรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ พิจารณาข้อข้อความและเลือกตอบที่ต้องการตอบโดยใส่เครื่องหมายลงในช่องว่างเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ต (Likert Rating Scale) โดยผู้วิจัยประยุกต์มาใช้ 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก จำนวน 7 ข้อ คำถามด้านบวกให้ 3 คะแนน ถึง 1 คะแนน ส่วนคำถามด้านลบให้คะแนนกลับกัน

ระยะทางร้านจำหน่ายบุหรี่ถึงวัดลักษณะแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาเลือกตอบแบบ (Check list) และเติมข้อความ (Open end) จำนวน 5 ข้อ

การรับรู้ภาวะเปียบของวัด แบบสอบถามเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 6 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) โดยผู้วิจัยประยุกต์มาใช้ 3 ระดับ คือ มี ไม่มี และไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก จำนวน 6 ข้อ คำถามด้านบวกให้ 3 คะแนนถึง 1 คะแนน ส่วนคำถามด้านลบให้คะแนนกลับกัน แบ่งเป็น 3 ระดับตามแนวความคิดการแบ่งเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ 1.00 – 1.66 ภาวะเปียบของวัดอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนตั้งแต่ 1.67 – 2.33 ภาวะเปียบของวัดอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า 2.34 – 3.00 ภาวะเปียบของวัดอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยเสริม ประกอบด้วย พระภิกษุ สามเณร ที่จำวัดเดียวกันสูบบุหรี่ โยมอุปถัมภ์สูบบุหรี่ การได้รับคำแนะนำจากพระคิลานุปัฏฐาก การถูกตำหนิจากบุคคลรอบข้าง กิจกรรมรณรงค์ของชุมชนซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 9 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) โดยผู้วิจัยประยุกต์มาใช้ 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง ไม่เคยเลย โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก คำถามด้านบวกให้ 5 คะแนนถึง 1 คะแนน ส่วนคำถามด้านลบให้คะแนนกลับกัน การได้รับปัจจัยเสริมแบ่งเป็น 3 ระดับตามแนวความคิดการแบ่งเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ 1.00 – 2.33 พระภิกษุสงฆ์มีปัจจัยเสริมของการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนตั้งแต่ 2.34 – 3.66 พระภิกษุสงฆ์มีปัจจัยเสริมของการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า 3.67 – 5.00 พระภิกษุสงฆ์มีปัจจัยเสริมของการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหา ความครอบคลุม วัตถุประสงค์ และความสอดคล้องกับนิยามของตัวแปร โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ผลจากการพิจารณาตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญนำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.90 ทั้งฉบับ ซึ่งเกณฑ์การยอมรับได้ต้องมีค่า 0.50 ขึ้นไป หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับพระภิกษุสงฆ์ในพื้นที่จังหวัดใกล้เคียงกับจังหวัดลำปาง คือ จังหวัดลำพูน จำนวน 30 รูป โดยผู้วิจัยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient of Alpha) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.92 ซึ่งเกณฑ์การยอมรับได้ต้องมีค่า 0.70 ขึ้นไปเช่นกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลด้วยกระบวนการเข้าไปพบกับพระภิกษุสงฆ์ในพื้นที่ประสานผ่านทางเจ้าคณะอำเภอและเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้นำทาง โดย ได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อคณะกรรมการอนุมัติกลั่นกรองอนุมัติข้อเสนอและโครงร่างวิทยานิพนธ์แล้วได้ดำเนินการส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ต่อกรรมการจริยธรรม เพื่อขอรับการพิจารณารับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พิจารณาเห็นชอบในการดำเนินงานวิจัยเมื่อได้รับหนังสือให้ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล
2. ขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ไปยังเจ้าคณะจังหวัดลำปางและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือตลอดจนชี้แจงรายละเอียดวิธีการศึกษาวิจัยในครั้งนี้
3. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการศึกษา การดำเนินการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ไปในทิศทางเดียวกัน
4. ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินการทดลองขั้นตอนต่างๆ อย่างละเอียดให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมทั้งขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูลของตัวอย่าง
5. ดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามที่ได้ทำการศึกษาและพัฒนาอย่างเป็นระบบและตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามทุกครั้งหลังเก็บข้อมูล
6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแต่ละชุดเรียบร้อยแล้วรวบรวมข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีทางสถิติเพื่อดำเนินการทดสอบสมมติฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติประสิทธิภาพสูง (STATA) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ในการประมวลผลข้อมูล โดยการหาค่าสถิติต่าง ๆ มีวิธีการดังนี้

1. นำแบบสอบถามที่รวบรวมได้มาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของเครื่องมืออีกรอบ หลังจากนั้นนำข้อมูลที่สมบูรณ์มากำหนดรหัสก่อนนำไปประมวลผลในขั้นถัดไป
2. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด
3. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Logistic regression เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมสุขภาพหรือพระภิกษุสงฆ์

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ รหัส COA No.096/2566 เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2566

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 48.4 ปี โดยร้อยละ 41.2 มีอายุน้อยกว่า 45 ปี ระยะเวลาบวชเฉลี่ย 18.6 พรรษา ซึ่งร้อยละ 31.1 อยู่ในช่วง 10-20 พรรษา ส่วนด้านการศึกษาทางโลกร้อยละ 21.3 จบประถมศึกษา ส่วนด้านทางธรรมร้อยละ 51.8 จบนักธรรมชั้นเอก และมีตำแหน่งทางพระสังฆาธิการร้อยละ 58.8 ซึ่งเป็นพระลูกวัด และร้อยละ 68.0 ไม่มีโรคประจำตัว ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=328)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (Mean = 48.4, SD = 13.8, Min = 20.0, Max = 87.0)		
น้อยกว่า 45 ปี	135	41.2
45-59 ปี	122	37.2
มากกว่า 59 ปี	71	21.6
ระยะเวลาการบวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ (Mean = 18.6 , SD = 11.6, Min = 1.0, Max = 57)		
1-10 พรรษา	99	30.2
10-20 พรรษา	102	31.1
21-30 พรรษา	75	22.9
มากกว่า 30 พรรษา	52	15.8
ระดับการศึกษาสายสามัญชั้นสูงสุด (ทางโลก)		
ไม่ได้เรียน	12	3.7
ประถมศึกษา	70	21.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	67	20.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	55	16.8
อนุปริญญา/ปวส.	40	12.2
ปริญญาตรี	68	20.7
สูงกว่าปริญญาตรี	16	4.9
ระดับการศึกษาทางธรรมชั้นสูงสุด (ทางธรรม)		
ไม่ได้เรียนนักธรรม	30	9.1
นักธรรมชั้นตรี	58	17.7
นักธรรมชั้นโท	55	16.8
นักธรรมชั้นเอก	170	51.8
เปรียญธรรม	15	4.6
ตำแหน่งทางพระสังฆาธิการที่ได้รับ		
เจ้าคณะตำบลขึ้นไป	17	5.2
เจ้าอาวาส รองเจ้าอาวาส ผู้ช่วยเจ้าอาวาส	118	36.0
พระลูกวัด	193	58.8

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	223	68.0
มีโรคประจำตัว	105	32.0

ความชุกของการสูบบุหรี่และระดับการติดยาเสพติดนิโคติน

จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่าร้อยละ 55.2 ไม่สูบบุหรี่ ในขณะที่ร้อยละ 44.8 สูบบุหรี่ จากข้อมูลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ จำนวน 147 รูป ได้รับการประเมินระดับการติดยาเสพติดนิโคตินโดยใช้แบบทดสอบ Fagerstrom Test for Nicotine Dependence ผลการประเมินพบว่า ส่วนใหญ่สูบบุหรี่น้อยกว่า 11 มวนต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 51.0 และมักจะสูบบุหรี่มวนแรกในช่วง 6-30 นาทีหลังตื่นนอน คิดเป็นร้อยละ 41.5 นอกจากนี้ พบว่าร้อยละ 60.5 ไม่ได้สูบบุหรี่จัดในช่วงชั่วโมงแรกหลังตื่นนอน และร้อยละ 51.7 ระบุว่าบุหรี่มวนอื่นๆ เป็นมวนที่ไม่อยากเลิกมากที่สุด ไม่ใช่มวนแรกตอนเช้า ในด้านความรู้สึกเมื่อต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.3) ไม่รู้สึกลำบาก และร้อยละ 77.6 ระบุว่าจะไม่สูบบุหรี่หากต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและเมื่อประเมินระดับการติดยาเสพติดนิโคติน พบว่าร้อยละ 37.4 ไม่ติดยาเสพติดนิโคติน ร้อยละ 31.3 ติดยาเสพติดต่ำ ร้อยละ 14.3 ติดยาเสพติดสูง ร้อยละ 10.2 ติดยาเสพติดปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 6.8 ที่ติดยาเสพติดสูงมากดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ความชุกของการสูบบุหรี่และระดับการติดยาเสพติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ (n=328)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
ไม่สูบ	181	55.2
สูบ	147	44.8
การประเมินการติดยาเสพติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ (147 ราย)		
จำนวนการสูบบุหรี่ต่อวัน		
น้อยกว่า 11 มวน	75	51.0
11-20 มวน	46	31.3
21-30 มวน	23	15.6
มากกว่า 30 มวน	3	2.0
การสูบบุหรี่หลังตื่นนอนตอนเช้า		
ภายใน 5 นาทีหลังตื่นนอน	30	20.4
6-30 นาที หลังตื่นนอน	61	41.5
31-60 นาที หลังตื่นนอน	28	19.0
มากกว่า 60 นาทีหลังตื่นนอน	28	19.0
สูบบุหรี่จัดในช่วงชั่วโมงแรกหลังตื่นนอน (สูบมากกว่าในช่วงเวลาอื่นของวัน)		
ใช่	58	39.5
ไม่ใช่	89	60.5

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
บุหรืมวนไหนที่ไม่อยากเลิกมากที่สุด		
มวนแรกตอนเช้า	71	48.3
มวนอื่นๆ	76	51.7
รู้สึกลำบากหรือยุ่งยากเมื่อต้องอยู่ใน “เขตปลอดบุหรี่” เช่น รถโดยสาร ร้านอาหาร		
รู้สึกลำบาก	48	32.7
ไม่รู้สึกลำบาก	99	67.3
ยังต้องสูบบุหรี่ แม้จะเจ็บป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล		
ใช่	33	22.4
ไม่ใช่	114	77.6
ระดับการติดสารนิโคติน		
ไม่ติดสารนิโคติน (0-2 คะแนน)	55	37.4
ติดระดับต่ำ (3-4 คะแนน)	46	31.3
ติดระดับปานกลาง (5 คะแนน)	15	10.2
ติดระดับสูง (6-8 คะแนน)	21	14.3
ติดระดับสูงมาก (8-10 คะแนน)	10	6.8

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์

จากการวิเคราะห์ Multivariate logistic regression พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัดลำปาง ได้แก่ พระภิกษุที่บวชมา 21-30 พรรษา (AOR = 4.85, 95% CI: 1.56-15.10, p-value = 0.006) การศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี โดยเฉพาะผู้ที่จบมัธยมศึกษาตอนต้น (AOR = 26.50, 95% CI: 3.62-193.73, p-value = 0.001) มีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืระดับปานกลาง (AOR = 6.02, 95% CI: 2.92-12.38, p-value < 0.001) การรับรู้ธรรมนุญสุขภาพพระภิกษุสงฆ์แห่งชาติระดับปานกลาง (AOR = 3.44, 95% CI: 1.32-8.99, p-value = 0.012) และได้รับปัจจัยเสริมระดับปานกลาง (AOR = 7.36, 95% CI: 2.74-19.75, p-value < 0.001) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยป้องกันของการสูบบุหรี่ของพระภิกษุ ได้แก่ ตำแหน่งทางพระสังฆาธิการตั้งแต่ระดับเจ้าคณะตำบลขึ้นไป (AOR = 0.07, 95% CI: 0.01-0.76, p-value = 0.029) และการรับรู้กฎหมายควบคุมบริโภคยาสูบระดับปาน (AOR = 0.13, 95% CI: 0.05-0.36, p-value < 0.001) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ในพื้นที่จังหวัดลำปาง ด้วยการวิเคราะห์ Multiple logistic regression

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI	p-value
อายุ			
น้อยกว่า 45 ปี	0.80	0.26 - 2.49	0.708
45-59 ปี	0.93	0.38 - 2.31	0.881
มากกว่า 59 ปี	Reference		

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI	p-value
ระยะเวลาการบวชเป็นพระภิกษุสงฆ์			
1- 10 พรรษา	1.91	0.61 - 6.03	0.267
10-20 พรรษา	1.38	0.48 - 4.02	0.546
21-30 พรรษา	4.85	1.56 - 15.10	0.006*
มากกว่า 30 พรรษา	Reference		
ระดับการศึกษาสายสามัญชั้นสูงสุด (ทางโลก)			
ไม่ได้เรียน	17.22	1.52 - 194.83	0.021*
ประถมศึกษา	14.67	1.95 - 110.14	0.009*
มัธยมศึกษาตอนต้น	26.50	3.62 - 193.73	0.001*
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	9.95	1.41 - 70.06	0.021*
อนุปริญญา/ปวส.	3.20	0.42 - 24.33	0.260
ปริญญาตรี	2.82	0.42 - 19.07	0.288
สูงกว่าปริญญาตรี	Reference		

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI	p-value
ระดับการศึกษาทางธรรมชั้นสูงสุด (ทางธรรม)			
ไม่ได้เรียนนักรธรรม	0.31	0.04 - 2.192	0.242
นักรธรรมชั้นตรี	0.25	0.04 - 1.509	0.132
นักรธรรมชั้นโท	0.28	0.04 - 1.735	0.171
นักรธรรมชั้นเอก	0.58	0.11 - 2.976	0.514
เปรียญธรรม	Reference		
ตำแหน่งทางพระสงฆ์ที่ได้รับ			
เจ้าคณะตำบลขึ้นไป	0.07	0.01 - 0.76	0.029*
เจ้าอาวาส รอง ผู้ช่วย	0.83	0.39 - 1.74	0.619
พระลูกวัด	Reference		
โรคประจำตัว			
ไม่มีโรคประจำตัว	1.22	0.57 - 2.60	0.614
มีโรคประจำตัว	Reference		
ความรู้เกี่ยวกับบุพหรี			
ระดับน้อย	0.91	0.40 - 2.08	0.820
ระดับปานกลาง	1.06	0.48 - 2.34	0.875
ระดับมาก	Reference		
ทัศนคติเกี่ยวกับบุพหรี			
ระดับปานกลาง	6.02	2.92 - 12.38	<0.001*
ระดับมาก	Reference		

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI	p-value
การรับรู้ความรุนแรงพิษภัยของบุหรี่			
ระดับปานกลาง	1.40	0.70 - 2.82	0.344
ระดับสูง	Reference		
การรับรู้กฎหมายควบคุมบริโภคยาสูบ			
ระดับต่ำ	0.59	0.01 - 88.53	0.839
ระดับปานกลาง	0.13	0.05 - 0.36	<0.001*
ระดับสูง	Reference		
การรับรู้ธรรมนุญสุขภาพพระภิกษุสงฆ์แห่งชาติ			
ระดับต่ำ	N/A	N/A	N/A
ระดับปานกลาง	3.44	1.32 - 8.99	0.012*
ระดับสูง	Reference		
ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI	p-value
ความสามารถในการเข้าถึงบุหรี่			
ระดับต่ำ	1.71	0.57 - 5.20	0.340
ระดับปานกลาง	0.88	0.28 - 2.69	0.816
ระดับสูง	Reference		
กฎระเบียบของวัด			
ระดับต่ำ	0.28	0.07 - 1.20	0.086
ระดับปานกลาง	1.00	0.50 - 2.03	0.988
ระดับสูง	Reference		
ปัจจัยเสริม			
ระดับต่ำ	0.99	0.17 - 5.95	0.999
ระดับปานกลาง	7.36	2.74 - 19.75	<0.001*
ระดับสูง	Reference		

* p-value < 0.05

OR = Odd Ratio; CI = Confidence interval; N/A= Not available

อภิปรายผล

การศึกษาเรื่องพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัดลำปางได้แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในกลุ่มพระสงฆ์อย่างชัดเจน ผลการวิจัยพบว่ามีความชุกของการสูบบุหรี่ในพระภิกษุสงฆ์สูงถึงร้อยละ 44.8 ซึ่งนับเป็นอัตราที่น่าเป็นห่วงและสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการดำเนินการมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้แสดงให้เห็นถึงตัวแปรสำคัญหลายประการ โดยพบว่าระดับการศึกษาสายสามัญมีผลอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพระภิกษุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่สูงกว่าระดับการศึกษาอื่น ๆ อย่างเห็นได้ชัด สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์สูบบุหรี่และปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ในเขตภาคกลาง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษาทางโลก (Yangthisan, Joosing, Roopmodee, & Phetphum., 2020) นอกจากนี้ ตำแหน่งทางพระสังฆาธิการก็มีบทบาทสำคัญ โดยพบว่าพระภิกษุที่ดำรงตำแหน่งเจ้าคณะตำบลมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่น้อยกว่าตำแหน่งอื่นๆ ซึ่งอาจสะท้อนถึงความตระหนักในบทบาทและความรับผิดชอบที่มาพร้อมกับตำแหน่งที่สูงขึ้น

ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยพบว่าพระภิกษุที่มีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ในระดับปานกลางมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่มากกว่าพระภิกษุที่มีทัศนคติในระดับสูง ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับบุหรี่ในหมู่พระสงฆ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่กับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า ความรู้และทัศนคติเรื่องบุหรี่ที่ถูกต้องจะช่วยให้มีพฤติกรรมไม่สัมผัสบุหรี่ (Wiriya. et al, 2019) และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับเหตุผลการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Jampat, Kuson, Sanphawiwong, 2019)

ปัจจัยเสริมได้แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลที่สำคัญต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยพระภิกษุที่มีปัจจัยเสริมในระดับปานกลางมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่มากกว่าพระภิกษุที่มีปัจจัยเสริมในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องสุขภาวะพระสงฆ์ : การพัฒนารูปแบบสุขภาวะตามแนววิถีพุทธโดยการบูรณาการสาธารณสุขเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของจังหวัดลำปาง พบว่า ปัญหาของการเสริมสร้างสุขภาวะของพระภิกษุสงฆ์ของจังหวัดลำปาง ได้แก่ ด้านพฤติกรรมของพระภิกษุสงฆ์ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมและสุขอนามัยภายในวัด และด้านการมีส่วนร่วมและสนับสนุนของภาคี ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของสภาพแวดล้อม การสนับสนุนทางสังคม และแรงกดดันจากบุคคลรอบข้างที่มีต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Jirapakpong, Suwannapa, Mongkongpipatphon, Attawong, 2019)

การนำผลการวิจัยไปใช้

เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบการประเมินปัญหาการสูบบุหรี่ และวางแผนป้องกันและควบคุมการสูบบุหรี่ รวมถึงลดปัญหาการเจ็บป่วยที่เป็นผลจากการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ ตลอดจนนำข้อมูลมาผลักดันเชิงนโยบาย สาธารณะในการขับเคลื่อนให้วัดเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

รณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่แก่พระสงฆ์ โดยเฉพาะกลุ่มการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ส่งเสริมให้พระภิกษุที่มีตำแหน่งสูงเป็นแบบอย่างและใช้อิทธิพลรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ของพระสงฆ์อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ จัดการปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ เช่น สร้างสภาพแวดล้อมปลอดบุหรี่ในวัด พัฒนามาตรการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการสูบบุหรี่ที่เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ ศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ บูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข คณะสงฆ์ และชุมชนในการรณรงค์ลดการสูบบุหรี่

เอกสารอ้างอิง

- Best, J.W. (1977). *Research in Education Edition 3*. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall Publisher, the University of Michigan. 0137740182, 9780137740185.
- Chotbenjamaporn P., Pitayangsarit S., Garg RM. (2016). *Thailand, World Health Organization, Global youth tobacco survey: Thailand, 2015*. New Delhi, India: World Health Organization, Regional office for South-East Asia; 2016.
- Jompat, C., Kuson, K., Sanphawiwong, J. (2020). *Factors related to smoking among monks in Mueang District, Surat Thani Province*. Journal of the Southern Nursing and Public Health College Network. April 21, 2019; 6(2): 81–90. (in Thai)
- Jirapakpong C, Suwannapa C, Mongkongpipatphon P, Attawong P. (2019). *Buddhist Monk's Well-being: A Development of Well-being Promotion Model on Buddhist Way By Community Public Health Integration for Good Life Quality in Lampang province*. Veridian E-Journal Silpakorn Univ Humanit Soc Sci Arts; 12(6): 1227–47.
- Kuanma, K., Homsin, P., & Srisuriyawet, R. (2010). *Factors related to smoking behavior among monks in Rayong Province*. Public Health Nursing Journal, 24(3), 68- 76. (in Thai)
- Office of Buddhism in Lampang Province. (2022). *Number of monks and novices in Lampang Province*. Retrieved November 11, 2022 from :<https://pg.onab.go.th/th/content/category/detail/id/17/iid/5277>.(in Thai)
- Phra Palat Tasanaphon., & Khemjaro. (2022). *MCU Digital Collections* Retrieved November 11, 2022 from <https://e-thesis.mcu.ac.th/thesis/2286>.(in Thai)
- Phra Ratchawaramun, Phra Mongkolwachirakorn, Phra Mongkolthammawithan, Phutthasri W. (2017). *National Monk Health Act B.E. 2560*. 1st ed. Nonthaburi: O.S. Printing House Co., Ltd.; 2017.(in Thai)
- Pittayangsrit, S., Pankrachang, P. (2022). *Report on tobacco consumption statistics in Thailand 2018*. Retrieved November 11, 2022 from <https://www.trc.or.th/th/media/attachments>. (in Thai)

Wiriya, K. et al. *Knowledge and attitudes about cigarettes and cigarette exposure behavior of students at Prince of Songkla University. J.Science Service, 30(1):66-74.* (in Thai)

World Health Organization. *TOBACCO-CONTROL-AND-THE-SUSTAINABLE-DEVELOPMENT-GOALS.*
Retrieved November 11, 2022 from <https://www.euro.who.int>.

Yangthisan N, Joosing R, Roopmodee Y, Phetphum C. (2020). *Smoking situation and factors affecting smoking among monks in the Central region. J Public Health Naresuan Univ. ;2(1): 28-40.* (in Thai)