

สถานการณ์สุขภาพช่องปากและการสูบบุหรี่ของ สามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา พื้นที่อำเภอชายแดน จังหวัดเชียงใหม่

อรรถพรณ จันทร์ธา* ทรงวุฒิ ดวงรัตน์พันธ์** อารีรัตน์ นรินทร์สิทธิ์ธิด์**

บทคัดย่อ

การศึกษาสถานการณ์สุขภาพช่องปากในสามเณรเป็นสิ่งที่ถูกละเลยไป การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพช่องปากและการสูบบุหรี่ของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม พื้นที่อำเภอชายแดน จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ทำการศึกษาในเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 - กันยายน พ.ศ. 2563 เป็นการศึกษาที่ประกอบด้วยวิธีการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการเชิงปริมาณ ศึกษาในสามเณรจำนวน 303 คน อายุระหว่าง 12-20 ปี โดยใช้แบบตรวจสอบสุขภาพช่องปากเก็บข้อมูลสภาวะฟันผุและสภาวะปริทันต์ แบบสอบถามเก็บข้อมูลการสูบบุหรี่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทำการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสังเกตและสัมภาษณ์เชิงลึกในสามเณร 16 คนและครูจำนวน 1 คน เกี่ยวกับพฤติกรรมสูบบุหรี่และบริบททางสังคมวัฒนธรรมของสามเณร ผลการวิจัย พบว่า ในสามเณรจำนวน 303 คน ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดในฟันแท้เท่ากับ 3.7 ± 3.2 ซี/คน ค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปากที่มีเหงือกอักเสบ 1.5 ± 0.3 คะแนน ส่วนค่าเฉลี่ยอนามัยช่องปากเท่ากับ 2.8 ± 1.2 คะแนน สามเณรเคยสูบบุหรี่ร้อยละ 22.4 และสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบันร้อยละ 16.8 ซึ่งถือว่ามีความเสี่ยงสูงเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 15 ปี จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ของประเทศไทย ดังนั้นการสูบบุหรี่จึงเป็นปัญหาสถานการณ์สุขภาพช่องปากที่สำคัญ และการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ พบว่า ระบบโครงสร้างและกลไกทางสังคม เงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมและสภาพแวดล้อม รวมทั้งทัศนคติของสามเณรที่มีต่อการสูบบุหรี่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมสูบบุหรี่ของสามเณร โดยสรุปพฤติกรรมสูบบุหรี่ที่สูงเป็นปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญในสามเณร ดังนั้นปัญหาการสูบบุหรี่ในสามเณรจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องเร่งดำเนินการแก้ไข

คำใช้รหัส: สุขภาพช่องปาก/ พฤติกรรมการสูบบุหรี่/ สามเณร

Received: April 17, 2021

Revised: Oct 31, 2021

Accepted: Nov 07, 2021

บทนำ

สามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา เป็นวัยรุ่นชายที่อยู่ในเพศสภาพบรรพชิต ที่มีวิถีชีวิตต่างจากวัยรุ่นทั่วไป¹ สามเณรส่วนใหญ่เป็นเยาวชนชายที่มีพื้นฐานยากจน ประกอบด้วย สามเณรชนเผ่าที่ด้อยโอกาส ชนกลุ่มน้อย และชาวไทยพื้นราบที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ² โดยมาจากครอบครัวมีฐานะยากจน เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ชาวเขา หรือเป็นลูกหลานแรงงานอพยพจากประเทศเพื่อนบ้านที่ไม่มีสัญชาติไทย สำหรับปัจจัยทางด้านประชากรศาสตร์ที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การเป็นชาติพันธุ์³ การมีสัญชาติในประเทศที่อาศัยอยู่^{4,5} รวมทั้งความยากจน⁵

ปัญหาสุขภาพช่องปากในวัยรุ่นที่พบ คือ การมีฟันผุสูงและการมีความเสี่ยงในการเกิดโรคปริทันต์⁶ จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ประเทศไทย ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 กลุ่มอายุ 15 ปี มีความชุกของโรคฟันผุร้อยละ 62.7

ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดในฟันแท้ (DMFT) 2.0 ซี/คน และมีสภาวะเหงือกปกติ ร้อยละ 12.7⁷ แต่การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของสามเณรในกลุ่มดังกล่าวยังมีการศึกษาไม่มากนัก^{2,8} รวมทั้งยังไม่พบการศึกษาในพื้นที่อำเภอชายแดนซึ่งสามเณรบางส่วนเป็นกลุ่มชาติพันธุ์หรือลูกหลานแรงงานอพยพที่ไม่มีสัญชาติไทย

สามเณรจัดอยู่ในกลุ่มวัยรุ่น ปัญหาที่สำคัญในวัยรุ่น คือ การสูบบุหรี่ จากข้อมูลในระดับโลก พบว่า วัยรุ่นอายุ 13-15 ปี มีจำนวนไม่ต่ำกว่า 1 ใน 10 ที่สูบบุหรี่⁹ โดยการสูบบุหรี่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก คือ เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งช่องปากและลิ้นคอเพลเคีย (Leukoplakia) 5-6 เท่า เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ 2 เท่า และเพิ่มความเสี่ยงของการสูญเสียฟัน 1.5 เท่า รวมทั้งการสูบบุหรี่มือสองยังเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดฟันผุทั้งฟันแท้และฟันน้ำนม 1.5-2 เท่า¹⁰

* กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลแม่ข่าย อำเภอแม่ข่าย จังหวัดเชียงใหม่

** ภาควิชาทันตกรรมครอบครัวและชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

การศึกษาประเด็นการสูบบุหรี่ในสามแฉกรซึ่งเป็นวัยรุ่นชายในวัยหัวเลี้ยวหัวต่อ แต่อยู่ในเพศสภาพบรรพชิตรวมทั้งมีลักษณะเป็นลูกหลานแรงงานอพยพหรือเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่แตกต่างจากวัยรุ่นโดยทั่วไปจึงมีความน่าสนใจอย่างยิ่ง ซึ่งเป็นเหตุผลที่ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์ดังกล่าวเพื่อไปสู่การนำข้อมูลไปหาแนวทางส่งเสริมสุขภาพช่องปากในสามแฉกรโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษาในพื้นที่ดังกล่าวต่อไป

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสามแฉกรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม พื้นที่อำเภอชายแดน จังหวัดเชียงใหม่

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ทำการศึกษาในเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 - กันยายน พ.ศ. 2563 โดยเว้นระยะเก็บข้อมูลในช่วงที่โรงเรียนปิดชั่วคราวเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ เมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2563 เกณฑ์การคัดเข้า คือ สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก คือ มีรายชื่ออยู่ในโรงเรียนพระปริยัติธรรมที่ทำกรวิจัยแต่ไม่ได้เข้ามาศึกษาจริง เก็บข้อมูลการวิจัยด้วยวิธีการเชิงปริมาณจากสามแฉกรทั้งหมดที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา ในพื้นที่อำเภอชายแดน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 5 โรงเรียน มีสามแฉกร่วมการวิจัยจำนวน 303 คน อายุระหว่าง 12-20 ปี เพื่อตอบคำถามการวิจัยว่า ในสามแฉกรที่สนใจศึกษามีสภาวะสุขภาพช่องปากด้านฟันผุ โรคปริทันต์และพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นอย่างไร รวมทั้งทำการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ เพื่อตอบคำถามการวิจัยว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่และบริบททางสังคมวัฒนธรรมของสามแฉกรเป็นอย่างไร

ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพช่องปาก ทำการตรวจสุขภาพช่องปาก โดยใช้แบบตรวจสุขภาพช่องปากในการบันทึกการตรวจฟันผุ และสภาวะปริทันต์ เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจ คือ เครื่องมือตรวจปริทันต์ชนิด WHO probe และกระจกส่องปาก ซึ่งทำการตรวจด้วยทันตแพทย์คนเดียว โดยใช้ดัชนีฟันผุ ถอน อุดในฟันแท้ (DMFT) ตามแนวทางการตรวจขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2013¹¹ วัดสภาวะปริทันต์ โดยใช้ดัชนีสภาพเหงือก (Gingival index) ของ Löe และ Silness ตรวจฟันซี่ 16 12 24 36 32 44¹² และตรวจอนามัยช่องปาก โดยดัชนีอนามัยช่องปาก

(Simplified oral hygiene index: OHI-S) ของ Greene และ Vermillion ประกอบด้วยการตรวจคราบอ่อนด้วยดัชนีคราบอ่อน (Debris Index: DI-S) และตรวจหินน้ำลาย ด้วยดัชนีหินน้ำลาย (Calculus index: CI-S) โดยแบ่งช่องปากเป็น 6 ส่วน (sextant) และเลือกฟันตัวแทนในแต่ละส่วน ทำการตรวจฟัน 6 ซี่ ได้แก่ ฟันซี่ 16 ด้าน buccal ฟันซี่ 11 ด้าน labial ฟันซี่ 26 ด้าน buccal ฟันซี่ 36 ด้าน lingual ฟันซี่ 31 ด้าน labial และฟันซี่ 46 ด้าน lingual¹³ มีการปรับมาตรฐานในตัวผู้ตรวจเอง (intra-calibration) มีค่าสถิติแคปป่าของการตรวจฟันผุเท่ากับ 0.84 การตรวจสภาพเหงือกเท่ากับ 0.57 การตรวจคราบอ่อนเท่ากับ 0.68 และการตรวจหินน้ำลายเท่ากับ 0.71 ส่วนการเปรียบเทียบกับผู้ตรวจที่เป็นมาตรฐาน (inter-calibration) มีค่าสถิติแคปป่าของการตรวจฟันผุเท่ากับ 0.81 การตรวจสภาพเหงือกเท่ากับ 0.67 การตรวจคราบอ่อนเท่ากับ 0.67 และการตรวจหินน้ำลายเท่ากับ 0.75 โดยเป้าหมายค่าสถิติแคปป่าของการตรวจฟันผุต้องอยู่ในเกณฑ์ 0.8 ขึ้นไป ส่วนกรณีสภาวะปริทันต์ค่าสถิติแคปป่าให้อยู่ในเกณฑ์ 0.4 ขึ้นไป⁷ สำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่วัดโดยใช้แบบสอบถามที่นำมาจากแบบสัมภาษณ์กลุ่มอายุ 15 ปี โครงการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560⁷ จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ในการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสังเกตและสัมภาษณ์เชิงลึกในพฤติกรรมการสูบบุหรี่และบริบททางสังคมวัฒนธรรมของสามแฉกร โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงทั้งสามแฉกรที่มีประวัติการสูบบุหรี่ เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ และไม่มีสัญชาติไทย จำนวน 16 คน และครูจำนวน 1 คน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสังเกตและสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยตนเอง เก็บข้อมูล ณ โรงเรียนในพื้นที่วิจัย ทำการตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการตีความข้อมูลแบบอุปนัย¹⁴ โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีทางสังคมได้แก่ แนวคิดทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic interaction) ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ (Structural-Functional Theory)¹⁵ แนวคิดการตระหนักรู้อย่างมีวิจารณญาณ (Conscientization)¹⁶

งานวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 4/2563

ผล

ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นสามเณรจำนวน 303 คน อายุ 12-20 ปี เฉลี่ย 15.5 ± 1.7 ปี มีสัญชาติไทยร้อยละ 66.0 สัญชาติพม่าร้อยละ 18.8 สัญชาติอื่น ๆ ร้อยละ 0.3 ไร้สัญชาติร้อยละ 14.9 เป็นชาติพันธุ์ไทยใหญ่มากที่สุด (ร้อยละ 38.6) ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกับคนเมืองล้านนา (ร้อยละ 37.6) นอกจากนี้มีชาวเขาร้อยละ 18.5 และอื่น ๆ ร้อยละ 5.3 เป็นสามเณรที่ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 73.3 มัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 26.7

จากการตรวจสภาวะฟันผุ พบว่า มีสามเณรปราศจากฟันผุร้อยละ 18.2 สามเณรที่มีฟันแท้ที่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 77.9 สามเณรที่มีการสูญเสียฟันแท้ร้อยละ 7.3 สามเณรที่มีฟันแท้ที่ได้รับการอุดร้อยละ 24.4 (ตารางที่ 1) มีค่าเฉลี่ยฟันผุในฟันแท้ 3.1 ± 2.8 ซี่/คน ค่าเฉลี่ยฟันแท้ที่ถูกถอนเนื่องจากผุ 0.1 ± 0.5 ซี่/คน ค่าเฉลี่ยฟันแท้ที่ได้รับการอุด 0.5 ± 1.1 ซี่/คน และค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดในฟันแท้ 3.7 ± 3.2 (ตารางที่ 2) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางเมื่อเทียบกับเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก¹¹

จากการตรวจสภาวะปริทันต์ ไม่พบผู้ที่มีเหงือกปกติหรือไม่มีคราบอ่อน แต่พบผู้ที่ไม่มียินน้ำลายร้อยละ 10.9 ค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปากที่มีเหงือกอักเสบเท่ากับ 1.5 ± 0.3 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางเมื่อเทียบกับเกณฑ์จาก Löe และ Silness¹² ส่วนค่าเฉลี่ยคราบอ่อนเท่ากับ 1.5 ± 0.5 คะแนน สำหรับค่าเฉลี่ยหินน้ำลายเท่ากับ 1.4 ± 0.9 คะแนน และค่าเฉลี่ยยอนามัยช่องปากเท่ากับ 2.8 ± 1.2 คะแนน (ตารางที่ 3) โดยทั้งสามค่านี้ล้วนอยู่ในระดับปานกลางเมื่อเทียบกับเกณฑ์ของ Greene และ Vermillion¹³

กำหนดให้เหงือกปกติ หรือ ไม่มีคราบอ่อน หรือไม่มีหินน้ำลายเท่ากับ 0 คะแนน

ในด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า สามเณรเคยสูบบุหรี่และสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบันมีจำนวนรวมถึงร้อยละ 39.2 โดยแบ่งเป็นเคยสูบบุหรี่ร้อยละ 22.4 และสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบันร้อยละ 16.8 โดยในกลุ่มที่สูบบุหรี่จนถึงปัจจุบันมีระยะเวลาที่เริ่มสูบบุหรี่ถึงปัจจุบันเฉลี่ย 16.5 ± 24.1 เดือน สูบบุหรี่เฉลี่ย 6.7 ± 8.3 มวนต่อวัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละสามเณรผู้มีประสบการณ์โรคฟันผุในฟันแท้ (n=303)

Table 1 Number and percentage of dental caries experience in novices

ประสบการณ์โรคฟันผุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ปราศจากฟันผุ	55	18.2
มีฟันผุยังไม่ได้รับการรักษา	236	77.9
มีการสูญเสียฟันแท้	22	7.3
มีฟันอุด	74	24.4
มีฟันผุ/ถอน/อุด	248	81.9

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในฟันแท้ของสามเณร (n=303)

Table 2 Mean DMFT in novices

รายการ	ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ซี่/คน)
ฟันที่มีในปาก	27.9 ± 0.5
ผุ	3.1 ± 2.8
ถอน	0.1 ± 0.5
อุด	0.5 ± 1.1
ฟันผุ/ถอน/อุด	3.7 ± 3.2

ตารางที่ 3 ค่าสูงสุด-ต่ำสุดและค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์ของสามเณร (n=303)

Table 3 Maximum-minimum and mean of periodontal status in novices

รายการ	ค่าต่ำสุด-สูงสุด (คะแนน)	ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (คะแนน)
ค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปากที่มีเหงือกอักเสบ	1.1 - 2.7	1.5 ± 0.3
ค่าเฉลี่ยคราบอ่อน	0.2 - 2.8	1.5 ± 0.5
ค่าเฉลี่ยหินน้ำลาย	0.0 - 3.0	1.4 ± 0.9
ค่าเฉลี่ยยอนามัยช่องปาก	0.2 - 5.5	2.8 ± 1.2

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของการสูบบุหรี่ของสามเณร (n=303)

Table 4 Number and percentage of smoking in novices

การสูบบุหรี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่สูบ	177	58.4
เคยสูบ	68	22.4
สูบบุหรี่ถึงปัจจุบัน	51	16.8
ระยะเวลาเฉลี่ย 16.5 ± 24.1 เดือน สูบบุหรี่เฉลี่ย 6.7 ± 8.3 มวน/วัน		
ไม่ระบุ	7	2.3
รวม	303	100.0

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดในฟันแท้ 3.4 ± 0.2 ซี/คน ส่วนกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดในฟันแท้ 3.8 ± 0.4 ซี/คน และกลุ่มที่สูบบุหรี่มาจนถึงปัจจุบันมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดในฟันแท้ 4.5 ± 0.5 ซี/คน (ตารางที่ 5) ในด้านสภาวะปริทันต์ ค่าเฉลี่ยสภาพเหงือกที่มีเหงือกอักเสบในกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ย 1.6 ± 0.0 คะแนน

ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่และสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบันที่มีค่าเฉลี่ยสภาพเหงือกที่มีเหงือกอักเสบ 1.5 ± 0.0 คะแนน ส่วนค่าเฉลี่ยอนามัยช่องปากในกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่มีค่า 2.9 ± 0.1 คะแนน ซึ่งเท่ากับกลุ่มที่สูบบุหรี่จนถึงปัจจุบันมีค่าเฉลี่ย 2.9 ± 0.2 และใกล้เคียงกับกลุ่มที่เคยไม่สูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ย 2.8 ± 0.1 คะแนน (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดในฟันแท้ จำแนกตามการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง (n=296)

Table 5 Mean DMFT Classified by smoking of the sample

การสูบบุหรี่	ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ซี/คน)				
	ฟันที่มีในปาก	ผุ	ถอน	อุด	ฟันผุ/ถอน/อุด
ไม่สูบ	27.9 ± 0.0	2.9 ± 0.2	0.1 ± 0.0	0.5 ± 0.1	3.4 ± 0.2
เคยสูบ	27.9 ± 0.0	3.3 ± 0.4	0.1 ± 0.1	0.5 ± 0.1	3.8 ± 0.4
สูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน	27.6 ± 0.1	3.5 ± 0.4	0.4 ± 0.1	0.7 ± 0.2	4.5 ± 0.5

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์จำแนกตามการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง (n=296)

Table 6 Mean periodontal status classified by smoking of the sample

การสูบบุหรี่	ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (คะแนน)			
	ส่วนของช่องปากที่มีเหงือกอักเสบ	คราบอ่อน	หินน้ำลาย	อนามัยช่องปาก
ไม่สูบ	1.6 ± 0.0	1.5 ± 0.0	1.4 ± 0.1	2.8 ± 0.1
เคยสูบ	1.5 ± 0.0	1.5 ± 0.1	1.4 ± 0.1	2.9 ± 0.1
สูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน	1.5 ± 0.0	1.5 ± 0.1	1.4 ± 0.1	2.9 ± 0.2

สำหรับการเก็บข้อมูลด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพมุ่งเน้นประเด็นพฤติกรรมสูบบุหรี่ ผู้วิจัยอธิบายในหัวข้อ ดังนี้ 1. ระบบโครงสร้างและกลไกทางสังคมที่มีต่อการสูบบุหรี่ของสามเณร 2. เงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ของสามเณร 3. การรับรู้ ทัศนคติและความเชื่อของสามเณรที่มีต่อการสูบบุหรี่

1. ระบบโครงสร้างและกลไกทางสังคมที่มีต่อการสูบบุหรี่ของสามเณร

1.1 อิทธิพลจากกลุ่มบุคคลที่มีต่อการสูบบุหรี่ของสามเณร

1.1.1 อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนที่มีต่อการสูบบุหรี่ของสามเณร สามเณรบางส่วนเริ่มสูบบุหรี่เนื่องจากเพื่อนเป็นผู้ชักชวนให้ลองสูบบุหรี่ และรู้สึกว่าการสูบบุหรี่ทำให้ได้รับการยอมรับจากเพื่อน โดยมักจะเริ่มสูบตั้งแต่เรียนอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น รวมทั้งการสูบบุหรี่เป็นการแสดงเชิงสัญลักษณ์ของความเป็นเพศชาย สามเณรบางคนเริ่มสูบบุหรี่เนื่องจากต้องการแสดงออกให้เพื่อนรู้ว่าตนมีลักษณะที่แสดงออกถึงความเป็นชาย

“เริ่มสูบบุหรี่ตอนเรียนจบชั้น ป. 6 เนื่องจากในวันปัจฉิม เพื่อนท้าวว่าหากไม่ลองสูบบุหรี่ถือว่าเป็นตุ๊ด เมื่อโดนท้าวเณรก็มีความเป็นชาย จึงลองสูบ” สามเณรคนที่ 12

1.1.2 อิทธิพลจากบุคคลในครอบครัวที่มีต่อการสูบบุหรี่ของสามเณร สามเณรทราบว่าสมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ และหลายคนสูบบุหรี่ให้สามเณรเห็นอย่างเปิดเผย ไม่คำนึงว่าการสูบบุหรี่ในบ้านจะเป็นแบบอย่างที่ไม่ดี ในบางครั้งครอบครัวพ่อทราบบว่าสามเณรสูบบุหรี่แต่ก็ไม่ตำหนิ เนื่องจากมีแนวคิดที่สุขภาพเป็นเรื่องส่วนบุคคล ในบางครั้งครอบครัวพ่อและสามเณรมีการสูบบุหรี่ด้วยกัน แต่แม่มักจะห้ามสามเณรไม่ให้สูบบุหรี่

“ที่บ้านนำกับพ่อสูบบุหรี่ ในแต่ละวันเห็นทั้งคู่สูบบุหรี่หลายมวน” สามเณรคนที่ 10

1.2 กฎเกณฑ์ในสังคมที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของสามเณร สามเณรมักจะสูบบุหรี่เมื่ออยู่วัดเพราะวัดหลายแห่งไม่มีกฎเกณฑ์ห้ามสูบบุหรี่อย่างชัดเจน สามเณรมักจะลักลอบสูบบุหรี่ในที่ลับตาเจ้าอาวาสหรือญาติโยม

“สามเนรสบุพฺพหฺรึเมื่ออยู่วัด เพราะเจ้าอาวาสไม่มีกฎเกณฑ์เข้มงวดเท่าใดนัก” สามเนรสนคนที่ 5

การลักลอบสูบบุหรี่ในโรงเรียนเป็นสิ่งที่ผิดกฎ โดยมีสารวัตรนักเรียนและครูตรวจตราการสูบบุหรี่ในโรงเรียน

“โรงเรียนมีกฎไม่ให้สามเนรสบุพฺพหฺรึ จะมีครู สารวัตรนักเรียนตรวจตราการสูบบุหรี่ภายในโรงเรียน” ครูคนที่ 1

2. เจื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมและบริบทที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ของสามเนร

2.1 ช่วงวัยกับการสูบบุหรี่ ในสังคมของคนเมืองล้านนา ไทยใหญ่ ปะหล่อง และลือซอ ผู้ใหญ่สูบบุหรี่ถือว่าเป็นเรื่องปกติ แต่หากเด็กสูบบุหรี่จะถูกตำหนิ การสูบบุหรี่สำหรับคนในสังคมจึงคำนึงถึงช่วงวัยมากกว่าผลที่มีต่อสุขภาพ รวมทั้งไม่ว่าจะเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ใดสามเนรซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นจะมีลักษณะการสูบบุหรี่ที่คล้ายคลึงกัน คือ มักจะสูบบุหรี่ที่ผลิตมาจากโรงงาน

“คนในละแวกบ้านที่เคยอาศัยอยู่ คิดว่าการสูบบุหรี่ของผู้ใหญ่เป็นเรื่องปกติ ไม่มีการตำหนิเตือนกัน แต่ถ้าเด็กสูบบุหรี่ เด็กจะถูกชาวบ้านตำหนิ ชาวบ้านไม่ได้ให้ความสำคัญว่าบุพฺพหฺรึไม่ดีต่อสุขภาพ” สามเนรสนคนที่ 11

2.2 เจื่อนไขและบริบทที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสามเนรขึ้นอยู่กับบริบทและเจื่อนไขในสภาวะแวดล้อมต่าง ๆ โดยบริบทและเจื่อนไขที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คือ ในโรงเรียนมีสถานที่ลับตาสามารถลักลอบสูบบุหรี่ได้ และมีญาติโยมถวายบุพฺพหฺรึเพื่ออุทิศไปยังผู้ล่วงลับหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ รวมทั้งมีร้านค้าจำหน่ายบุพฺพหฺรึอยู่ไม่ไกลจากวัดและโรงเรียน

“มีญาติโยมนำบุพฺพหฺรึมาถวาย โดยมักจะเป็นการอุทิศส่วนกุศลไปหาผู้ตาย” สามเนรสนคนที่ 12

3. การรับรู้ ทศนคติและความเชื่อของสามเนรที่มีต่อการสูบบุหรี่

3.1 ความเชื่อในประโยชน์หรือโทษของการสูบบุหรี่ สามเนรบางคนเริ่มสูบบุหรี่เนื่องจากเชื่อว่าการสูบบุหรี่มีประโยชน์ ไม่ว่าจะเป็นความเชื่อว่าการสูบบุหรี่สามารถทำให้หายจากการเป็นสิ่วได้ ทำให้สามารถลดน้ำหนักได้ หรือคิดว่าสูบบุหรี่แล้วเทห์

“คิดว่าหากสูบบุหรี่หน้าจะหายเป็นสิ่วและผอมจึงลองสูบ” สามเนรสนคนที่ 9

สามเนรบางคนรู้สึกว่าการสูบบุหรี่แล้วผ่อนคลายหรือคลายเครียด รวมทั้งบางคนรู้สึกว่าการสูบบุหรี่แล้วมีความสุขจึงยังคงสูบบุหรี่ต่อไป

“สูบเพื่อแก้เครียด ตอนสูบบุหรี่รู้สึกได้พ้นความเครียดออกไปกับควัน” สามเนรสนคนที่ 1

สามเนรบางคนตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่เนื่องจากคิดว่าบุพฺพหฺรึเป็นสิ่งที่ไม่ดีต่อสุขภาพ รวมทั้งสามเนรบางคนมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าตนมีอำนาจในการปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งหากตั้งใจจะปฏิบัติแล้ว คือ สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เองหากต้องการเลิก

“หากจะเลิกก็เลิกได้ กำหนดได้ด้วยตนเอง ในช่วงเข้ากรรมฐาน 5 วัน ไม่ได้สูบก้อยู่ได้” สามเนรสนคนที่ 1

3.2 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและการสูบบุหรี่ สามเนรไม่ทราบว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคริทันต์ แต่ทราบว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดคราบบริเวณฟันและเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งมะเร็งบริเวณช่องปากที่สัมผัสกับสารพิษของควันบุพฺพหฺรึ

“การสูบบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งได้ รวมทั้งมะเร็งในช่องปากด้วย” สามเนรสนคนที่ 8

3.3 สิทธิส่วนบุคคลกับการสูบบุหรี่ สามเนรในโรงเรียนมีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ของเพื่อนสามเนรว่าเป็นเรื่องส่วนบุคคล ไม่ได้ตัดสินว่าผู้ที่สูบบุหรือนั้นดีหรือไม่ดี ไม่ได้รังเกียจว่าผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มเพื่อนยังคงคบหากันได้ตามปกติ

“คนที่สูบกับคนที่ไม่สูบอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มเดียวกันได้ ไม่ได้แบ่งแยก ใครอยากสูบกก็สูบเป็นเรื่องส่วนบุคคล” สามเนรสนคนที่ 9

บทวิจารณ์

สามเนรมีค่าเฉลี่ยฟันผุในฟันแท้ 3.1 ± 2.8 ซี/คน ค่าเฉลี่ยฟันแท้ที่ถูกถอนเนื่องจากผุ 0.1 ± 0.5 ซี/คน ค่าเฉลี่ยฟันแท้ที่ได้รับการอุด 0.5 ± 1.1 ซี/คน และค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในฟันแท้ 3.7 ± 3.2 ซี/คน โดยสามเนรมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในฟันแท้ และค่าเฉลี่ยฟันผุในฟันแท้มากกว่าหากเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ใน

กลุ่มอายุ 15 ปีที่พบว่าค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดในฟันแท้มีค่า 2.0 ซี่/คน และค่าเฉลี่ยฟันผุในฟันแท้ 0.9 ซี่/คน ส่วนค่าเฉลี่ยฟันแท้ที่ถูกถอนเนื่องจากผุใกล้เคียงกับผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ในกลุ่มอายุ 15 ปีที่พบว่ามีค่า 0.1 ซี่/คน ส่วนค่าเฉลี่ยฟันแท้ที่ได้รับการอุดมีค่าน้อยกว่าเมื่อเทียบกับผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ในกลุ่มอายุ 15 ปีที่พบว่ามีค่า 1.0 ซี่/คน⁷ หากเทียบกับการศึกษา Saibiwaw ซึ่งศึกษาสภาวะฟันผุของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษา จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่ามีฟันผุในฟันแท้ 2.1 ซี่/คน ค่าเฉลี่ยฟันแท้ที่ถูกถอนเนื่องจากผุ 0.2 ซี่/คน ค่าเฉลี่ยฟันแท้ที่ได้รับการอุด 1.0 ซี่/คน ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดในฟันแท้ 3.2 ซี่/คน⁸ โดยสามเณรในการศึกษาคั้งนี้มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดในฟันแท้ที่มากกว่าเล็กน้อย ค่าเฉลี่ยฟันผุในฟันแท่มากกว่า ค่าเฉลี่ยฟันแท้ที่ถูกถอนเนื่องจากผุใกล้เคียงกัน ค่าเฉลี่ยฟันแท้ที่ได้รับการอุดน้อยกว่า เนื่องจากสามเณรในการวิจัยนี้มีบางส่วนที่ไม่มีสัญชาติไทย จึงมีปัญหาทางด้านการประกันสุขภาพและสิทธิการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม ส่งผลให้จำนวนฟันที่ได้รับการอุดมีน้อยกว่า¹⁷ รวมทั้งสามเณรในพื้นที่ศึกษานี้ขาดการดูแลด้านสุขภาพช่องปากจากทันตบุคลากร

ในการตรวจสภาวะปริทันต์สามเณร ไม่พบผู้ที่มีเหงือกปกติหรือไม่มีคราบอ่อน แต่พบผู้ที่ไม่มีหินน้ำลายร้อยละ 10.9 ค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปากที่มีเหงือกอักเสบ 1.5±0.3 คะแนน ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Sukhabogi และคณะ ที่ทำการศึกษาในวัยรุ่นชายอายุ 15 ปี ในประเทศอินเดีย พบว่ามีค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปากที่มีเหงือกอักเสบ 1.4±0.7¹⁸ แต่อย่างไรก็ตามการวิจัยในครั้งนี้ได้ค่ามากกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาของ Kukletova และคณะที่ศึกษาในวัยรุ่นประเทศสาธารณรัฐเช็กอายุ 13-15 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปากที่มีเหงือกอักเสบเท่ากับ 0.2±0.0¹⁹ สามเณรมีค่าเฉลี่ยคราบอ่อน 1.5±0.5 คะแนน ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาของ Lekfuangfu ที่พบว่าค่าเฉลี่ยคราบอ่อนของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 ในกรุงเทพมหานคร กลุ่มควบคุมเมื่อเริ่มต้นการศึกษาเท่ากับ 1.6±0.8 สำหรับค่าเฉลี่ยหินน้ำลายในสามเณรเท่ากับ 1.4±0.9 คะแนน ซึ่งมากกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาของ Lekfuangfu พบว่าค่าเฉลี่ยหินน้ำลายของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 ในกรุงเทพมหานคร กลุ่มควบคุมเมื่อเริ่มต้นการศึกษาเท่ากับ 0.3±0.1²⁰ ส่วนค่าเฉลี่ยอนามัยช่องปากในสามเณรมีค่าเฉลี่ย 2.8±1.2 คะแนน ซึ่งมากกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาของ Sukhabogi และคณะ ซึ่งพบว่ามี

ค่าเฉลี่ยอนามัยช่องปากเท่ากับ 2.3±1.5 คะแนน¹⁸ ทั้งนี้ในการวิจัยนี้ดัชนีที่ใช้วัดสภาวะปริทันต์หลายค่ามีค่าใกล้เคียงหรือสูงกว่าการศึกษาอื่น ๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เนื่องจากในโรงเรียนพระปริยัติธรรมในการศึกษานี้ไม่มีนโยบายการจัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันรวมทั้งขาดการรับรู้ถึงความสำคัญของการทำความสะอาดช่องปากที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปากตามมา²¹

สำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการวิจัยนี้สามเณรเคยสูบบุหรี่และสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบันร้อยละ 39.2 ซึ่งมากกว่าผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ในกลุ่มอายุ 15 ปี พบว่า เคยสูบบุหรี่และสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบันเพียงร้อยละ 12.0⁷ และมากกว่าการศึกษาของ Kungskulniti และคณะที่ศึกษาหลายพื้นที่ในประเทศไทย พบว่า สามเณรสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบันร้อยละ 6.2²² นอกจากนี้ในการวิจัยนี้สามเณรสูบบุหรี่เฉลี่ย 6.7±8.3 มวน/วัน ซึ่งมากกว่าผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ในกลุ่มอายุ 15 ปี พบว่า สูบบุหรี่เฉลี่ย 3.7 มวน/วัน⁷ ทั้งนี้ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยพิจารณาที่จะนำเสนอสามเณรที่ไม่ระบупฏิกรรมกรรมไม่สูบบุหรี่เนื่องจากต้องการนำเสนอว่าสามเณรบางส่วนต้องการปกปิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเนื่องจากมีทัศนคติว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ไม่ดี ไม่ต้องการให้ผู้ใดทราบว่าตนสูบบุหรี่ และวัดหรือศาสนสถานเป็นเขตปลอดบุหรี่²³

สามเณรที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดในฟันแท่มากที่สุด รองลงมา คือ กลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ และน้อยที่สุดคือ กลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ เนื่องจากกลุ่มที่สูบบุหรี่ไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญการสูบบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพเท่าใดนัก ความละเลยต่อสุขภาพดังกล่าวรวมไปถึงละเลยการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ด้วยพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดีโดยเฉพาะกลุ่มแป้งและน้ำตาลส่งผลให้เกิดฟันผุตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Sheyab และคณะที่พบว่าวัยรุ่นที่สูบบุหรี่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม²⁴ อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปากที่มีเหงือกอักเสบและค่าเฉลี่ยอนามัยช่องปากในกลุ่มสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน กลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่มีค่าที่ใกล้เคียงกัน เนื่องจากสามเณรทั้งสามกลุ่มล้วนไม่มีกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทั้งโรงเรียน และไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการทำความสะอาดช่องปาก²¹

อย่างไรก็ตามมีนักวิชาการจำนวนมากที่พยายามอธิบายว่า ถึงแม้บุหรี่มีผลเสียต่อสุขภาพ ทำไมยังมีการสูบบุหรี่ซึ่ง Margulies ได้นำแนวคิดทฤษฎีทางสังคมวิทยามาอธิบายว่า

การสูบบุหรี่เป็นปรากฏการณ์ทางสังคม และกลายเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่ถูกกระทำผ่านการขัดเกลาทางสังคม ปรากฏการณ์นี้อธิบายด้วยแนวคิดปรากฏการณ์นิยม ว่าทำไมเราจึงไม่รู้สึกรับรู้ว่าการสูบบุหรี่มีความเสี่ยง เพราะความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่เป็นผลระยะยาว แต่ระยะที่เห็นนี้ บุหรี่ คือ ส่วนหนึ่งของการมีเพื่อนและการมีสังคม ด้วยบุหรี่เป็นส่วนหนึ่งของการมีเพื่อน สังคมให้การยอมรับ การศึกษานี้ก็ยิ่งพบว่า สามเณรเริ่มสูบบุหรี่โดยมีเพื่อนหีบยื่นให้ลองสูบ และสามเณรรู้สึกว่าการสูบบุหรี่ได้รับการยอมรับจากเพื่อน¹⁵ ข้อเท็จจริงนี้ยังสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic interaction) คือ เราสูบบุหรี่เพื่อเป็นการสร้างตัวตนให้เป็นตามที่เพื่อนหรือสังคมต้องการให้เราเป็น การสูบบุหรี่จึงเป็นการนำเสนอตัวตน (Presentation of self) เราไม่ได้สูบบุหรี่เพื่อตัวเอง แต่เราสูบบุหรี่เพื่ออยากได้รับการยอมรับจากสังคม^{15,25}

การสูบบุหรี่ยังสามารถอธิบายภายใต้แนวคิดหน้าที่นิยม (Functionalism) ของ Durkheim โดย Durkheim ได้กล่าวถึงข้อเท็จจริงทางสังคม (Social facts) คือ บุคคลมีพฤติกรรมบางอย่างเนื่องจากการยึดเหนี่ยวทางสังคมที่มีมากหรือน้อยเกินไป ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า สามเณรบางคนสูบบุหรี่เนื่องจากมีการยึดเหนี่ยวทางสังคมที่มากเกินไป คือ ทำตามคำชักชวนหรือคำท้าทายของเพื่อน เพื่อต้องการเป็นสมาชิกในกลุ่ม และต้องการเป็นที่ยอมรับในกลุ่ม^{15,26}

ในการเลิกสูบบุหรี่ สามเณรบางส่วนสามารถเลิกบุหรี่ได้เนื่องจากตระหนักว่าบุหรี่ไม่ดีต่อสุขภาพ ที่สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดของ Freire ที่กล่าวถึงการตระหนักรู้อย่างมีวิจารณญาณ (Conscientization) นอกจากนี้ สามเณรยังเชื่อมั่นในศักยภาพและอำนาจของตนเองว่าหากตั้งใจที่จะเลิกแล้วจะสามารถเลิกได้ ที่สอดคล้องกับแนวคิดของ Freire คือ ในการเลิกสูบบุหรี่ หากไม่ตัดสินใจเลิก การเลิกบุหรี่ก็จะไม่เกิดขึ้น^{15,16,27} นอกจากนี้สามเณรบางส่วนเป็นลูกหลานแรงงานอพยพและไม่มีสัญชาติไทย ทำให้ไม่มีโอกาสเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของบริการทางด้านสาธารณสุข รวมถึงโอกาสในการรับบริการในคลินิกเลิกบุหรี่ ด้วย การศึกษาของ Tirukkovalluri และคณะที่ศึกษาผู้อพยพซึ่งมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ในประเทศอินเดีย เข้าถึงบริการคลินิกเลิกบุหรี่เพียงร้อยละ 7.1²⁸

จากการวิจัย พบว่าสามเณรยอมรับว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่สามารถกระทำได้ในผู้ใหญ่ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Wattanawilai และ Rakpuangchon ที่พบว่าสังคมยอมรับว่า

ผู้ใหญ่สูบบุหรี่เป็นเรื่องปกติเพราะมีงานทำและพึ่งพาตนเองได้ ดังนั้นการสูบบุหรี่จึงเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของการแสดงความเป็นผู้ใหญ่²⁹ สามเณรมีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ของเพื่อนนักเรียนว่า การสูบบุหรี่ที่โรงเรียนเป็นเรื่องส่วนบุคคล ไม่ได้มีการรังเกียจกัน ยังคบหากันตามปกติไม่ได้แบ่งแยก ซึ่งการที่สามเณรมีความคิดแบบนี้แม้จะเป็นไปตามแนวคิดเสรีนิยมของ Locke ที่ว่า สังคมประกอบด้วยปัจเจกชนที่มีอิสระต่อกัน ผู้ซึ่งถูกชักจูงเข้าร่วมกันจะผูกพันกันและกันด้วยผลประโยชน์แห่งตน คือ สามเณรคิดว่า แต่ละคนมีอิสระที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ แต่ยังคงจะมารวมกลุ่มเป็นเพื่อนกันเพื่อสร้างสังคมการอยู่รอดในโรงเรียน³⁰ อย่างไรก็ตามการที่สามเณรมีทัศนคติลักษณะนี้แสดงให้เห็นว่ายังขาดความรู้ทางด้านสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ เนื่องจากควันบุหรี่จากการสูบบุหรี่มือสองสามารถส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้ที่อยู่รอบข้างได้³¹

สามเณรไม่ได้รับรู้ว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคปริทันต์อักเสบ ส่งผลให้เกิดการสูญเสียฟัน นำมาซึ่งสูญเสียความสวยงามและการใช้งานในอนาคต ดังนั้นการไม่รับรู้สภาวะคุกคาม ทั้งด้านและความรุนแรงความเสี่ยงนี้จึงทำให้ยังคงมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ต่อไป ดังการศึกษา Kaewsutha และคณะที่พบว่า การรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้น²¹

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจที่เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ไม่ได้มีการอธิบายความสัมพันธ์หรือการอธิบายเชิงเหตุผล ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์หรือความเป็นเหตุและผลระหว่างการสูบบุหรี่กับปัจจัยต่าง ๆ ในสามเณรที่ศึกษาในโรงเรียนพระปริยัติธรรมต่อไป นอกจากนี้ในช่วงที่ทำการเก็บข้อมูลเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้โรงเรียนปิดทำการเรียนการสอน จึงมีระยะเวลาในการเก็บข้อมูลที่น้อยลงโดยเฉพาะในการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก

จากงานวิจัยนี้พบว่า พฤติกรรมสูบบุหรี่ในสามเณรเป็นปัญหาสำคัญที่ครอบคลุมไว้แล้ว เจ้าอาวาส คณะครูและนักเรียนในโรงเรียน รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ควรจะเข้าไปจัดการปัญหานี้อย่างเร่งด่วน

บทสรุป

สถานการณ์สุขภาพช่องปากของสามเณรในด้านฟันผุและสภาวะปริทันต์ ควรได้รับการพัฒนาให้อยู่ในระดับที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามพฤติกรรมสุขภาพช่องปากด้านการสูบบุหรี่ของสามเณร มีผู้ที่เคยสูบบุหรี่และสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบันจำนวนมาก

เนื่องจากระบบโครงสร้างและกลไกทางสังคม เงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมและสภาพแวดล้อม รวมทั้งทัศนคติของสามเณรที่มีต่อการสูบบุหรี่ ดังนั้นปัญหาการสูบบุหรี่ในสามเณรควรจะได้รับ การแก้ไขอย่างเร่งด่วนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Nandadhammiko B, Dhammhaso H. An analytical study of a model of cho sa-ard novice development. *JMPS* 2019;7(Supplement):208-23.
- Klunklin P, Thaiyapirom N, Chinnaphatho C. The development process of health promotion for novices in somdej phra buddha chinawong school. *Nursing J* 2013;40(Supplement):57-66.
- Andersen RM, Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Adv Dent Res* 1997;11(2):203-9.
- Wilson FA, Wang Y, Borrell LN, Bae S, Stimpson JP. Disparities in oral health by immigration status in the United States. *J Am Dent Assoc* 2018; 149(6):414-21.
- Marthaler TM. Changes in dental caries 1953-2003. *Caries Res* 2004;38(3):173-81.
- Clinical Affairs Committee AAoPD. Guideline on adolescent oral health care. *Pediatr Dent* 2015; 37(5):49-56.
- Dental Health Bureau. The 8th National oral health survey report, 2017. Bangkok: Samcharoen Panich (Bangkok) Co., Ltd.;2018.43-87.
- Saibiw W. Relationship between knowledge, attitude, self-efficacy and behavior of dental care with dental caries status among novice in phrapariyattidham school, changwat nakhon si thammarat [thesis]. Trang: Sirindhorn College of Public Health, Trang; 2020.
- World Health Organization. Adolescents: health risks and solutions [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization[cited 2019 Aug 25]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>.
- World Health Organization. WHO monograph on tobacco cessation and oral health integration. [monograph on the Internet] Geneva: WHO Press; 2017 [cited 2019 Aug 24]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/who-monograph-on-tobacco-cessation-and-oral-health-integration>
- Petersen PE, Baez RJ, World Health Organization. Oral health surveys: basic methods - 5th edition [monograph on the Internet] Geneva: WHO Press; 2013 [cited 2019 Aug 20]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97035>.
- Löe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy. I. Prevalence and severity. *Acta Odontol Scand* 1963;21:533-51.
- Greene J, Vermillion J. The simplified oral hygiene index. *J Am Dent Assoc* 1964;68:7-13.
- Cheawjindakarn B. Qualitative Case Study Research Techniques. *LARHCU* 2018;13(25):103-18.
- Margulies E. Why i smoke: sociology of a deadly habit. *Human Architecture: Journal of the Sociology of Self-Knowledge* 2003;2(1):Article 2.
- Freire P. *Pedagogy of the oppressed*. New York: Seabury Press 1968.
- Dodd VJ, Logan H, Brown CD, Calderon A, Catalanotto F. Perceptions of oral health, preventive care, and care-seeking behaviors among rural adolescents. *J Sch Health* 2014;84(12):802-9.
- Sukhabogi JR, Shekar CBR, Hameed IA, Ramana IV, Sandhu G. Oral health status among 12- and 15-year-old children from government and private schools in hyderabad, andhra pradesh, india. *Ann Med Health Sci Res* 2014;4(Suppl 3):S272-7.
- Kukletova M, Izakovicova Holla L, Musilova K, Broukal Z, Kukla L. Relationship between gingivitis severity, caries experience and orthodontic anomalies in 13-15 year-old adolescents in Brno, Czech Republic. *Community Dent Health* 2012; 29(2):179-83.

20. Lekfuangfu P. The effectiveness of plaque control programme in adolescents, Wat Rajathivas public secondary school Bangkok Thailand [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 1996.
21. Kaewsutha N, Intarakamhang U, Duangcha P. The causal factors of oral health care behavior of early adolescents. TJBS 2013;19(2):153-64.
22. Kungskulniti N, Charoenca N, Kengganpanich T, Kusolwisitkul W, Pichainarong N, Kerdmongkol P, et al. Smoking prevalence among monks in Thailand. Eval Health Prof 2012;35(3):305-22.
23. Abhinandho P, Dhanabhaddo P, Noonklum D, Chimhad, P. A study of guideline the policy to non-smoking temple of sangha organization in the area of muang trang district, trang province. JMND 2021;8(5):87-102.
24. Al-Sheyab NA, Alomari MA. Unhealthy eating habits among adolescent waterpipe smokers in Jordan: The Irbid-TRY study. Tob Induc Dis 2018; 16:19.
25. Davey G, Zhao X. Turning points to becoming a tobacco smoker: smoking initiation and identity change among chinese youth. Symb Interact 2019;43(2):308-31.
26. Tsai AC, Papachristos AV. From social networks to health: Durkheim after the turn of the millennium. Introduction. Soc Sci Med 2015;125:1-7.
27. Jemal A. Critical Consciousness: A critique and critical analysis of the literature. Urban Rev 2017;49(4):602-26.
28. Tirukkovalluri SS, Arumugam B, Gunasekharan N, Suganya E, TAKshaya Ponsuba T, Divyadharshini S. Social determinants in access to tobacco prevention and cessation support services among migrant construction workers in Urban Chennai, India. J Family Med Prim Care 2020;9(4):1991-8.
29. Wattanawilai C, Rakpuangchon W. Smoking motivation and non-smoking intention among boy students with a smoking family member. JFONUBUU 2018;26(1):20-8.
30. Rajczi A. Liberalism and public health ethics. Bioethics 2016;30(2):96-108.
31. Welkom JS, Riekert KA, Rand CS, Eakin MN. Associations between caregiver health literacy and preschool children's secondhand smoke exposure. J Pediatr Psychol 2016;41(4):462-72.

ผู้รับผิดชอบบทความ

อรพรรณ จันทรา

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลแม่ข่าย

อำเภอแม่สาย

จังหวัดเชียงใหม่ 50280

โทรศัพท์ : 085 870 0829

จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: orapan8mpts88@gmail.com

Oral Health Situation and Smoking of Novices in the General Education Section of Phrapariyattidhamma Schools in the Border Districts, Chiang Mai Province

Chantha O* Tuongratanaphan S** Nirunsittirat A**

Abstract

Scrutinization and oversight of oral health conditions amongst members of the Buddhist novitiate has been neglected. The goal of this research was to investigate the status of oral health and smoking behaviours of members of the novitiate at Phrapariyattidhamma School, in the border district of Chiang Mai Province. This was a cross-sectional descriptive study, conducted between September 2019 and September 2020. This study consisted of quantitative study involving 303 novices, ages 12-20 years. Data concerning dental caries and periodontal conditions was gathered via an oral health examination. Smoking behavior data was gathered via questionnaire. The data was analyzed within the parameters of descriptive statistical method, employing percentage, mean and standard deviation. Qualitative method was consisting of both observation and in-depth interviews with 16 novices and 1 teacher about smoking behaviour and socio-cultural context of novices. Results showed that the DMFT mean was 3.7 ± 3.2 , the gingival index mean was 1.5 ± 0.3 and the simplified oral hygiene index came in at 2.8 ± 1.2 . While 16.8% of the novices were still smokers and 22.4 % had had a history of smoking. These percentages displayed the higher range, compared with 15-year-old children from 8th Thailand National Oral Health Survey. Therefore, we considered smoking to be a very important problem in oral health situation. Using qualitative data-collection methods on smoking, we discovered that social structure, social control, socio-cultural, environment and attitude of novices was important to smoking behaviour of novices. In summary, incessant smoking was an important contributor to the problems of oral health amongst the novitiate. Thus, it is urgent that a resolution of the problems need to be considered.

Keywords: Oral health/ Smoking/ Monks

Corresponding Author

Orapan Chantha
Dental Department, Mae Ai Hospital,
Amphur Mae Ai,
Chiang Mai, 50280.
Tel.: +66 85 870 0829
Email: orapan8mpts88@gmail.com

* Dental Department, Mae Ai hospital, Amphur Mae Ai, Chiangmai

** Department of Family and Community Dentistry, Faculty of Dentistry, Chiangmai University, Amphur Muang, Chiangmai.