

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลก (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2543) ประกาศว่าปัจจุบันมีผู้สูบบุหรี่ทั่วโลก 1,100 ล้านคน โดยร้อยละ 70 อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง คิดเป็นชาย 900 ล้านคน เป็นหญิง 200 ล้านคน จำนวนผู้สูบบุหรี่ที่เพิ่มมากขึ้นทุกปีนั้นส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน โดยในปัจจุบันการสูบบุหรี่ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิต 5 ล้านคนต่อปีทั่วโลก หรือเฉลี่ยวันละ 13,000 คน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้เสียชีวิตในประเทศพัฒนาแล้ว 2 ล้านคน และมีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2020 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่สูงขึ้นเป็นปีละ 3 ล้านคนในประเทศที่พัฒนาแล้ว และปีละ 7 ล้านคนในประเทศที่กำลังพัฒนา จากสัดส่วนดังกล่าวจะทำให้ครึ่งหนึ่งของผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบันคือ 500 ล้านคนเสียชีวิตในอนาคต

จากการสำรวจจำนวนผู้สูบบุหรี่ในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534-2549 (ลักษณะเดิมศิริกฤษชัย และ ศรีธัญญา เบญจกุล, 2550) พบว่าถึงแม้จำนวนและอัตราการสูบบุหรี่โดยรวมลดลงจาก 12.26 ล้านคน (ร้อยละ 32) เหลือ 11.03 ล้านคน (ร้อยละ 21.91) แต่พบว่า จำนวนและอัตราการสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวกลับเพิ่มมากขึ้นซึ่งจะกลายเป็นผู้สูบบุหรี่ประจำในอนาคต โดยเพิ่มจากร้อยละ 1.54 ในปี พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 2.94 ในปี พ.ศ. 2549 ซึ่งในจำนวนนี้พบว่าเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 42.73 โดยช่วงอายุ 19-24 ปี มีจำนวนผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นร้อยละ 67.66 และช่วงอายุ 41-59 ปีมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 49.53 จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าสถานการณ์การสูบบุหรี่ในประเทศไทยโดยทั่วไปประสบปัญหาเช่นเดียวกับประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก

บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดที่มีพิษภัยสูง ก่อให้เกิดโรคร้ายมากกว่า 25 ชนิด เช่น ในผู้ชายที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปอดถึง 22 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ชายที่ไม่สูบบุหรี่ ผู้ชายที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและถุงลมโป่งพองเพิ่มขึ้น 10 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ชายที่ไม่สูบบุหรี่เป็นต้น ในแต่ละปีการเสียชีวิตด้วยบุหรี่มีอัตราสูงกว่า โรคเอดส์ การดื่มสุรา ยาเสพติด อุบัติเหตุรถยนต์ การถูกฆาตกรรม การฆ่าตัวตายรวมกัน การสูบบุหรี่ ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควรมากกว่าพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ในจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่เป็นเวลานานนั้น ร้อยละ 50 จะเสียชีวิตเพราะบุหรี่ในที่สุดและในจำนวนดังกล่าวครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิตขณะอยู่ในวัยทำงานซึ่งเป็นการสูญเสียชีวิตเป็นเวลา 20 หรือ 25 ปีก่อนวัยอันสมควร (สถาบันควบคุมการบริโภค

ยาสูบ, 2543) สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2547 ที่พบว่า การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุอันดับที่สองที่ทำให้ประชากรไทยเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยการสูบบุหรี่ 1 ซองจะทำให้ชีวิตสั้นลงประมาณ 2 ชั่วโมง 20 นาที หรือ ทำให้ชีวิตสั้นลงไป 7 นาทีต่อการสูบบุหรี่ 1 มวน

ประเทศไทยเป็นสังคมที่มีการปกครองระบอบประชาธิปไตย และศาสนาพุทธก็นับเป็นศาสนาแห่งประชาธิปไตย (จเร พันธุ์เปรื่อง และ เศรษฐพงษ์ ศรีเลิศ, 2549) เนื่องจากศาสนาพุทธเป็นศาสนาแห่งเสรี โดยเชิดชูเสรีภาพในการใช้ปัญญา ที่ไม่มีการบังคับศรัทธา (พระราชมนี (ประยุทธ์ ปยุตโต), 2550) ศาสนาพุทธมีบทบาทสำคัญอย่างมากในสังคมไทย โดยร้อยละ 90 ของคนไทยนับถือศาสนาพุทธ พระพุทธศาสนากับชนชาติไทยมีความสัมพันธ์แนบแน่นเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันทั้งในทางประวัติศาสตร์และวัฒนธรรม “วัด” เป็นศาสนสถานในพุทธศาสนาที่เป็นศูนย์รวมจิตใจ-ศูนย์รวมกิจกรรม ของสมาชิกในชุมชนมาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน วัดและกิจกรรมของวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบท ยังสามารถรักษาศรัทธาความเชื่อของผู้คนไว้ได้อย่างแน่นแฟ้น พิธีกรรมทางศาสนาในแต่ละท้องถิ่นก็มีส่วนสร้างความสัมพันธ์และความร่วมมือระหว่างวัดกับสมาชิกในชุมชนอย่างสม่ำเสมอด้วยการที่วัดมีบทบาทหลายประการกล่าวคือเป็นสถานศึกษา เป็นสถานสงเคราะห์ เป็นสถานพยาบาลในอดีต เป็นที่พักคนเดินทางเป็นสโมสรที่ชาวบ้านมาพบปะสังสรรค์ เป็นสถานบันเทิงที่จัดงานเทศกาลต่าง ๆ เป็นที่ใกล้เคียงข้อพิพาท เป็นศูนย์กลางศิลปวัฒนธรรม เป็นคลังพัสดุเก็บเครื่องใช้ต่าง ๆ ให้ประชาชนได้ยืม เป็นศูนย์กลางการบริหารและปกครองโดยกำนันหรือผู้ใหญ่บ้านเรียกประชุม (รวิข ตาแก้ว, 2535) จากที่วัดเป็นศูนย์กลางของของสังคมทำให้พระสงฆ์เป็นผู้นำไปโดยปริยาย พระสงฆ์จึงนับว่ามีความสำคัญใกล้ชิดและได้รับความศรัทธาจากประชาชนในชุมชนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนชนบท โดยภาพรวมของพระสงฆ์จึงเป็นตัวแทนของพระรัตนตรัย เป็น ศาสนทายาท ศูนย์รวมจิตใจของประชาชน เป็นผู้นำของการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา เรื่อง บทบาทของพระสงฆ์ในการพัฒนาสังคมภาคตะวันออก (วิฑูรย์ กสิผล, 2541) พบว่า พระสงฆ์มีบทบาททางด้านการศึกษา ด้านส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม ด้านการส่งเสริมการปกครองระบอบประชาธิปไตยถึงแม้จะไม่ชัดเจนเนื่องจากไม่ใช่กิจของสงฆ์ แต่พระสงฆ์ก็ช่วยแนะนำให้ประชาชนใช้สิทธิรวมถึงการอำนวยความสะดวกสำหรับสถานที่ ที่ใช้ในการเลือกตั้ง ด้านการส่งเสริมการประกอบอาชีพ และด้านการส่งเสริมและรักษาสุขภาพอนามัยพระสงฆ์จึงควรมีบทบาทเป็นผู้นำ และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ประชาชน ดังเช่นคำกล่าวที่ว่า “วิถีชีวิตของพระสงฆ์ที่แท้นั้น ย่อมมีอิทธิพลไปถึงวิถีชีวิตของฆราวาส” (ส. ศิวรักษ์, 2547)

สังคมไทยในอดีต “บุญ” ถือเป็นสัญลักษณ์สำคัญทางสังคม โดยผูกโยงกับอำนาจ พิธีกรรม ความศักดิ์สิทธิ์ สถานภาพชนชั้น ใช้เป็นของขวัญในการต้อนรับแขก แสดงความเคารพ นับถือ ซึ่งในพื้นที่ศักดิ์สิทธิ์และพุทธศาสนพิธี ซึ่งประกอบด้วยพระสงฆ์อันเป็นตัวแทนอุดมคติ ความเชื่อ และ ความเคารพบูชาของสังคมไทย ชุบบุญได้ถูกจัดเป็นเนืองนิตย์ของพระศาสนาอย่างขาดไม่ได้ โดยบุญได้ถูกจัดเป็นตัวเชื่อมของสิ่งศักดิ์สิทธิ์และปรากฏอยู่ในพิธีกรรมต่าง ๆ อย่างเช่น การถวายสิ่งของแก่พระสงฆ์จะมีบุญเป็นส่วนประกอบ เมื่อรับกิจนิมนต์เจ้าภาพก็จะเตรียมบุญไว้ให้ทุกครั้งเพื่อแสดงถึงความเคารพ ดังนั้นเมื่อพระสงฆ์ฉันอาหารแล้วก็ต้องชุบบุญ (วิศิษฐ์ ศิลปะสุวรรณชัย, 2544) ต่อมาหลังจากที่ประเทศไทยมีความใส่ใจในสุขภาพมากขึ้น และตระหนักถึงพิษภัยของการชุบบุญที่มากขึ้น คุณค่าทางสังคมของบุญจึงเปลี่ยนไป มีการกล่าวถึงสิทธิของผู้ที่ไม่ชุบบุญขององค์กรอนามัยโลกในปี ค.ศ. 1970 ที่ว่า “สิทธิที่จะมีสุขภาพดี เป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ชน” (วิศิษฐ์ ศิลปะสุวรรณชัย, 2544) จากประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 17 เรื่อง การกำหนดสถานที่สาธารณะให้เป็นพื้นที่ปลอดบุญ ฉบับล่าสุดที่มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2549 ได้ประกาศพื้นที่ปลอดบุญ 100 เปอร์เซนต์ จำนวน 21 ประเภท ซึ่งรวมถึง วัดศาสนสถาน หรือสถานที่ประกอบศาสนกิจในนิคมหรือศาสนาอื่น ๆ เฉพาะบริเวณประกอบศาสนกิจ เช่น โบสถ์ มัสยิด และศาลาการเปรียญ เป็นเขตห้ามชุบบุญโดยเด็ดขาด ส่วนนอกบริเวณที่ประกอบศาสนพิธีในภาพรวมก็กำหนดให้เป็นเขตคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่ชุบบุญ (สมาน พุตระกูล, 2550) แต่จากรายงานการสำรวจพบว่าพระสงฆ์และสามเณรในกรุงเทพมหานครและนอกรุงเทพมหานครไม่ทราบว่าวัดเป็นสถานที่ปลอดบุญตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ไม่ชุบบุญ คิดเป็นร้อยละ 46.3 และ 52.5 ตามลำดับ (มูลนิธิการณรงค์เพื่อการไม่ชุบบุญ, ม.ป.ป.)

จากการศึกษาของเนาวรัตน์ เจริญคำ (2547) เกี่ยวกับพฤติกรรมการชุบบุญของพระสงฆ์ในประเทศไทยจำนวน 6,213 รูป พบว่า พระสงฆ์ชุบบุญคิดเป็นร้อยละ 24.4 โดยในจำนวนนี้ ร้อยละ 91 เริ่มชุบบุญครั้งแรกเมื่อก่อนบวช เมื่ออายุเฉลี่ยประมาณ 19 ปี การชุบบุญของพระสงฆ์มีความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาคคือ ภาคที่มีอัตราความชุกค่อนข้างสูง ได้แก่ ภาคตะวันออก ภาคกลาง ภาคใต้ และ กรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 40.5, 40.2, 33.5 และ 29.7 ตามลำดับ โดยพระสงฆ์ ร้อยละ 95 ชื่นชอบชุบบุญเอง และจากการศึกษาในปี พ.ศ. 2550 (ยุพยง พรหมโมบล, สุริรัตน์ นิธิภัทรรัตน์ และ สุภาภรณ์ ดันติสุขวิชญกุล, 2550) ในพระสงฆ์ที่มารับบริการ ณ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร พบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.9 มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับควรปรับปรุง และพบว่าพระสงฆ์ถึงร้อยละ 40 มีพฤติกรรมการชุบบุญ

จากสถิติของพระสงฆ์และสามเณรอาพาที่เข้ารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศและที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์พบว่า

โรคที่พระสงฆ์และสามเณรอาพาธมากที่สุด คือ โรคระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรควัณโรค โรคมะเร็งปอด และ โรคระบบไหลเวียน ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง (มูลนิธิการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, ม.ป.ป.) ซึ่งโรคดังกล่าวนี้เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ทั้งสิ้นและเกือบทุกรายเมื่อตรวจพบโรคแล้วก็มีความจำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล พระสงฆ์และสามเณรอาพาธที่สูบบุหรี่นั้นอาการของโรคจะทวีความรุนแรงมากกว่าพระสงฆ์และสามเณรที่ไม่สูบบุหรี่เนื่องจากสารพิษในควันบุหรี่ช่วยส่งเสริมให้อาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้นอีกหลายเท่าตัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ โรคปอดและโรคหัวใจ ซึ่งเป็นปัญหาในการรักษาพยาบาลมาก รักษายาก ใช้เวลาในการรักษานานไม่หายขาดเป็นโรคเรื้อรังและประสิทธิภาพของการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะในพระสงฆ์สูงอายุที่อาพาธและสูบบุหรี่มาเป็นเวลานานจะมีภาวะเสี่ยงอย่างมาก (สรายุทธ นามเมือง, 2546) จากรายงานของโรงพยาบาลสงฆ์พบว่าสถิติโรคที่เป็นสาเหตุการมรณภาพของพระสงฆ์สิบอันดับแรกมีถึง 6 อันดับที่เป็นผลจากการสูบบุหรี่โดยตรง คือ โรคมะเร็งปอด โรคถุงลมโป่งพอง และโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญ ได้แก่ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ วัณโรคปอด มะเร็งหลอดอาหาร เส้นเลือดสมองตีบตัน โดยในจำนวนพระสงฆ์ที่มรณภาพที่โรงพยาบาลสงฆ์ ในปี พ.ศ. 2546 ร้อยละ 37 มีสาเหตุจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่โดยตรง คือ มะเร็งปอด และถุงลมโป่งพอง และร้อยละ 22 เสียชีวิตจากโรคที่การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญ นั่นคือ 1 ใน 3 ของพระสงฆ์ที่มรณภาพเป็นผลมาจากการสูบบุหรี่โดยตรง และ 1 ใน 5 เป็นผลจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญ (มูลนิธิการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, ม.ป.ป.) การเจ็บป่วยและเสียชีวิตดังกล่าวส่งผลให้รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากทั้งนี้เนื่องจากตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ยกเว้นค่ารักษาพยาบาลสำหรับพระสงฆ์และสามเณรซึ่งมีหนังสือสุทธิรับรองหรือมีบัตรประชาชนสามารถใช้สิทธิการรักษาประเภทนี้ไม่ได้โดยมีต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549) การสูบบุหรี่จึงก่อให้เกิดผลเสียทั้งต่อสุขภาพของพระสงฆ์เอง การสูญเสียทางเศรษฐกิจ และผลกระทบทางสังคมเกี่ยวกับความเชื่อมั่นศรัทธาของประชาชนต่อสถาบันสงฆ์

การศึกษาของ เนาวรัตน์ เจริญคำ (2547) พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์และสามเณรสูงเป็นอันดับ 1 ของประเทศ จังหวัดระยอง ซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นจังหวัดที่มีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในทุก ๆ ด้าน โดยมีภาคอุตสาหกรรมเกิดขึ้นมาพร้อมกับภาคเกษตร นอกจากนี้ทางด้านเศรษฐกิจประชากรในจังหวัดระยองยังมีความศรัทธาในพระสงฆ์เป็นอย่างมาก โดยร้อยละ 98.88 ของประชากรในจังหวัดนับถือศาสนาพุทธ (กลุ่มงานข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานจังหวัดระยอง, ม.ป.ป.) มีวัดทั้งหมด 246 วัด มีพระสงฆ์ 2970 รูป (สำนักงานเจ้าคณะจังหวัดระยอง, 2551) จึงอาจจะมีอัตราการสูบบุหรี่ของ

พระสงฆ์สูงเช่นเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตามจากการค้นคว้าทางเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของพระสงฆ์และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์น้อย การสูบบุหรี่ของพระสงฆ์มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย อาทิเช่น อายุ ระยะเวลาที่บวช ระดับการศึกษา ทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม รายได้ต่อเดือน (วรรณิกา วงศ์ไกรศรีทอง, 2528; กัญญา ศรีนวล, 2536; สรายุทธ นามเมือง, 2546 และเนาวรัตน์ เจริญคำ, 2547) ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ (กัญญา ศรีนวล, 2536) ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการไม่สูบบุหรี่ (สรายุทธ นามเมือง, 2546) การเข้าถึงบุหรี่ (สรายุทธ นามเมือง, 2546 และเนาวรัตน์ เจริญคำ, 2547) การปฏิบัติหน้าที่ของสงฆ์ (วรรณิกา วงศ์ไกรศรีทอง, 2528) และการได้รับการสนับสนุน ข้อมูล และการรับรู้กฎข้อห้ามของการสูบบุหรี่ (สรายุทธ นามเมือง, 2546) ในการศึกษาครั้งนี้จะทำการศึกษาปัจจัยต่างๆทั้งปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์โดยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model เป็นแนวทางในการศึกษาโดยแนวคิดดังกล่าวเชื่อว่า พฤติกรรมบุคคล มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple Factor) ร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing Factor) หมายถึงปัจจัยพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะมีความพอใจ (Preference) ของบุคคลที่ได้มาจากประสบการณ์การเรียนรู้ (Education Experience) ซึ่งความพอใจนี้จะมีผลทั้งการสนับสนุนและยับยั้งการแสดงพฤติกรรมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factor) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factor) หมายถึง เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่ เพียงใด โดยอาจเป็นการกระตุ้นเตือน การให้รางวัล การยอมรับ การเอาเป็นแบบอย่าง การลงโทษโดยสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง จากผลการศึกษาครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงสถานการณ์การสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในจังหวัดระยองรวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ ซึ่งจะสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบาย วางแผน แก้ปัญหาเพื่อลด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในจังหวัดระยองต่อไป

คำถามการวิจัย

1. อัตราการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์จังหวัดระยองเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์จังหวัดระยอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการบวช ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม รายได้ต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการไม่สูบบุหรี่ และทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์จังหวัดระยอง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบุหรี่ การปฏิบัติหน้าที่ของสงฆ์และการรับรู้กฎและข้อห้ามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์จังหวัดระยอง
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนข้อมูลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์จังหวัดระยอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการบวช ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทาง ธรรม รายได้ต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการไม่สูบบุหรี่และทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์
2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบุหรี่ การปฏิบัติหน้าที่ของสงฆ์ และการรับรู้กฎและข้อห้ามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์
3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนข้อมูล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในปัจจุบัน มหานิกายในจังหวัดระยองเท่านั้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎี PRECEDE PROCEED Model โดยนำขั้นตอนที่ 2 และ 3 เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ระหว่างวันที่ระหว่างวันที่ 8 กรกฎาคม ถึง 4 ตุลาคม พ.ศ. 2552

ตัวแปรที่ทำการศึกษา

ตัวแปรต้น

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการบวช ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม รายได้ต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับบวร การรับรู้ความสามารถตนเองในการไม่สูบบุหรี่ และทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบวร การปฏิบัติหน้าที่ของสงฆ์และ การรับรู้กฎข้อห้ามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนข้อมูล

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์

นิยามศัพท์เฉพาะ

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกับผู้วิจัยจึงได้กำหนดนิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัยดังต่อไปนี้

1. พระสงฆ์ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการอุปสมบทตามพระธรรมวินัยและระเบียบแบบแผนประเพณีของคณะสงฆ์มหานิกายไทยตามกฎหมายเถระสมาคม โดยมีอายุไม่ต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์

2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ หมายถึง ความถี่บ่อยของการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ โดยแบ่งเป็น

2.1 พระสงฆ์ที่ไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ได้แก่ พระสงฆ์ที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลยแม้แต่ครั้งเดียว, ทดลองสูบบุหรี่ 1-4 มวนเท่านั้นในชีวิต และ เคยสูบบุหรี่มาแล้ว 5 ถึง 100 มวนเท่านั้นในชีวิต และไม่ได้สูบบ่อยอีกเลยในปัจจุบัน

2.2 พระสงฆ์ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ได้แก่ พระสงฆ์ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่เป็นบางครั้งเช่นเมื่อมีญาติโยมถวาย, มีพฤติกรรมสูบบุหรี่เป็นประจำทุกสัปดาห์, มีพฤติกรรมสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน

3. บวร หมายถึง บวรชีกาเรต บวรชีการ์ ยาเส้น หรือ ยาเส้นปรุง หรือใช้ใบจากใบตอง มวนยาเส้น ยาตั้ง รวมทั้ง การสูบยาสูบด้วยกล้องยาสูบ

4. ระยะเวลาในการบวช หมายถึง จำนวนปีตั้งแต่ได้รับการอุปสมบทตามพระธรรมวินัยและระเบียบแบบแผนประเพณีของคณะสงฆ์ไทยตามกฎหมายเถระสมาคมจนถึงปัจจุบัน

5. ระดับการศึกษาทางโลก หมายถึงระดับการศึกษาสูงสุดในหลักสูตรของกระทรวง
กษัตริการทั้งสายสามัญและสายอาชีพ แบ่งเป็น ไม่ได้ศึกษา ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยม
อนุปริญา ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

6. ระดับการศึกษาทางธรรม หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดในหลักสูตรการศึกษาเฉพาะ
ทางสงฆ์ แบ่งเป็น ไม่ได้ศึกษา นักธรรมชั้นตรี ชั้นโท ชั้นเอก (พระมหาไชยา ชยสิทธิ, 2546)

7. รายได้ต่อเดือน หมายถึงเงินคิดเป็นหน่วยบาทต่อเดือนที่พระสงฆ์มีเพื่อใช้จ่ายส่วนตัว

8. ความรู้เกี่ยวกับบุญ หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ ที่พระสงฆ์มีเกี่ยวกับสารประกอบ
ในบุญ และผลกระทบของบุญต่อสุขภาพ วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งเป็นการวัด
แบบ ถูก หรือ ผิด จำนวน 14 ข้อ

9. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ หมายถึง ความเชื่อมั่น หรือการ
ประมาณความสามารถของพระสงฆ์เองที่จะหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ในสถานการณ์ต่าง ๆ วัดโดย
แบบสอบถามที่ประยุกต์มาจากการศึกษาของ สรายุทธ นามเมือง (2546) ซึ่งเป็นการวัดแบบ
มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ให้เลือก 7 ระดับจำนวน 11 ข้อ

10. ทักษะเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ หมายถึง ความรู้ลึกของพระสงฆ์ต่อการสูบบุหรี่ใน
ประเด็นประ โยชน์ โทษ และ ความพร้อมในการปฏิบัติจากการสูบบุหรี่ ประเมินโดยแบบสอบถาม
ที่ประยุกต์มาจากการศึกษาของกัญญา ศรีนวล (2536) ซึ่งเป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณ
ค่า (Rating Scale) ให้เลือก 5 ระดับ จำนวน 17 ข้อ

11. การเข้าถึงบุญ หมายถึง ความสามารถในการได้บุญมาสูบของพระสงฆ์ซึ่งขึ้นอยู่กับ
กับ ความยากง่ายหรือความสะดวกในการได้บุญมาสูบ การมีร้านค้าที่อยู่ใกล้วัด ระยะห่างจาก
ร้านค้ากับวัด ราคาบุญ และการได้รับถวายบุญ วัดโดยแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งเป็นการ
วัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ให้เลือก 5 ระดับ จำนวน 7 ข้อ

12. การปฏิบัติหน้าที่ของสงฆ์ หมายถึงความถี่ในการปฏิบัติหน้าที่ทางด้านทำนุบำรุง
ศาสนา ได้แก่ศึกษาพระพุทธศาสนา ภาษบาลี รักษาศีล 227 ข้อที่พระพุทธเจ้าทรงบัญญัติไว้
ฝึกสมาธิวิปัสสนา เผยแพร่ศาสนาด้วยวิธีต่าง ๆ การบำรุงรักษาวัด ด้านการปฏิบัติหน้าที่ทาง
ฆราวาส ได้แก่สอนพุทธปรัชญาและพุทธจริยธรรมแก่ประชาชน ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา
แก่ประชาชนในโอกาสต่าง ๆ ช่วยในงานพัฒนางานชนบท ช่วยเป็นที่ปรึกษาทั่วไปแก่ฆราวาส และ
ส่งเสริมและรักษาสุขภาพอนามัย (แสง จันทรงาม, 2547; จรินทร์ ยังสังข์, 2541 และวิฑูรย์ กติผล,
2541) วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งเป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating
Scale) ให้เลือก 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ

13. การรับรู้กฎและข้อห้ามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ หมายถึง ความนึกคิด การรับรู้ที่มีต่อกฎหมาย พระราชบัญญัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ รวมถึงกฎระเบียบต่าง ๆ ที่มีอยู่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งเป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ให้เลือก 3 ระดับ จำนวน 7 ข้อ

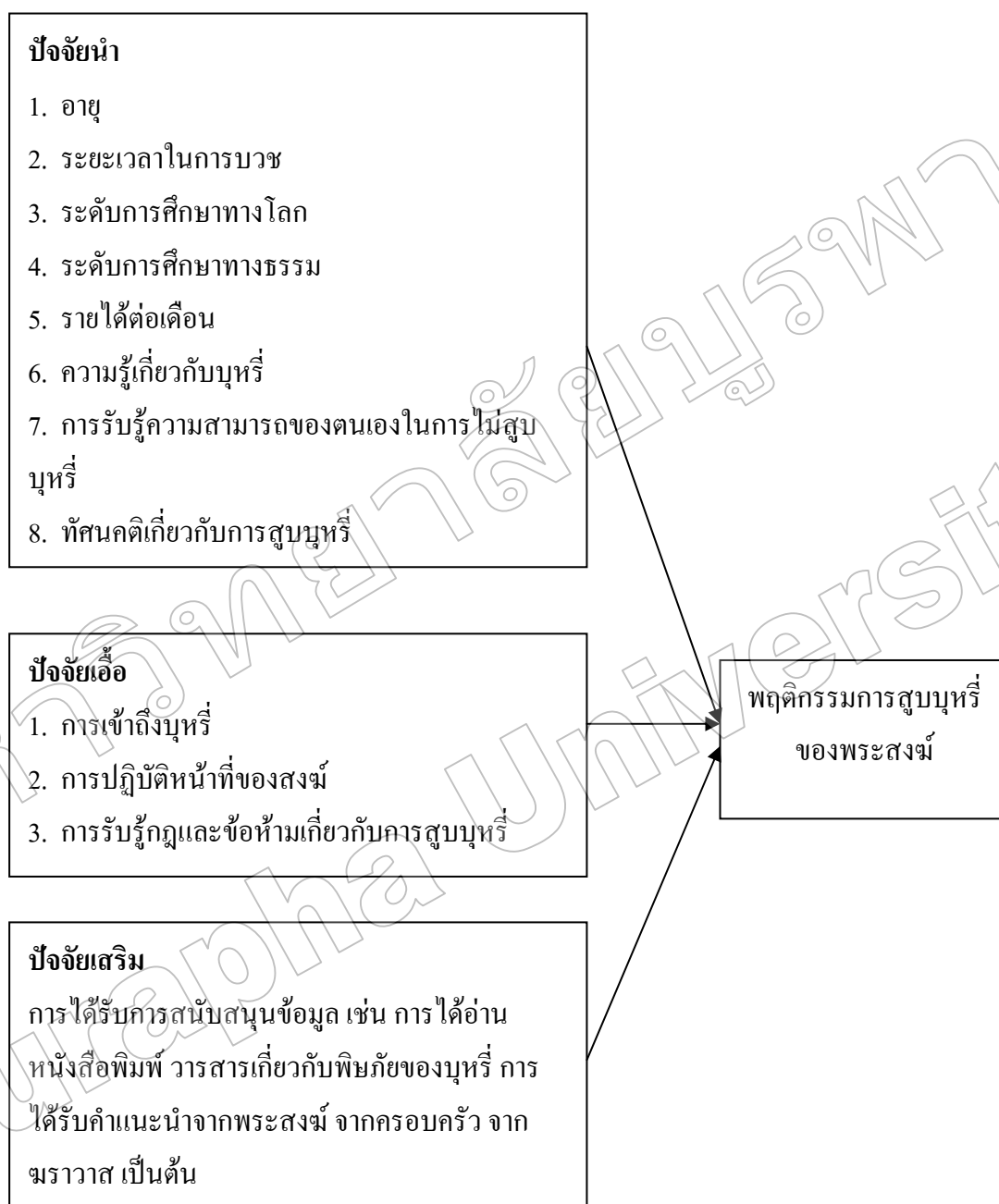
14. การได้รับการสนับสนุนข้อมูล หมายถึง การที่พระสงฆ์ ได้รับการสนับสนุนข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จากครอบครัว สมาชิกวัด เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข และจากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ วารสาร หรือ หนังสือพิมพ์ วัดโดยแบบสอบถามที่ประยุกต์มาจากการศึกษาของกัญจน ศรีนวล (2536) และสรายุทธ นามเมือง (2546) ซึ่งเป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ให้เลือก 3 ระดับ จำนวน 9 ข้อ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การสูบบุหรี่ของพระสงฆ์เป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนจากปัจจัยต่าง ๆ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยแบบจำลอง PRECEDE PROCEED Model โดยผู้วิจัยได้นำขั้นตอนการประเมินทางระบาดวิทยาและขั้นตอนการประเมินทางการศึกษาและสิ่งแวดล้อม มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำเข้า ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการบวช ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการไม่สูบบุหรี่และทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบุหรี่ การปฏิบัติหน้าที่ของสงฆ์ และ การรับรู้กฎและข้อห้ามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนข้อมูลกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์จังหวัดระยอง ดังรูปภาพที่ 1-1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1-1 กรอบแนวคิดในการวิจัย