

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ จังหวัดระยอง ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นพื้นฐานในการวิจัยโดยแบ่งเนื้อหาเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

ส่วนที่ 2 การสูบบุหรี่ในพระสงฆ์

ส่วนที่ 3 ทฤษฎี PRECEDE PROCEED Model

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

ความเป็นมาเกี่ยวกับบุหรี่

บุหรี่ เป็นสิ่งที่ทำจากใบยาสูบ ซึ่งมีการนำมาประดิษฐ์และปรุงแต่งเป็นรูปแบบต่าง ๆ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ได้ให้ความหมายของบุหรี่ไว้ว่า “บุหรี่” หมายถึง บุหรี่ซิการ์เรต บุหรี่ซิการ์ ยาเส้นหรือยาเส้นปรุง ตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ บุหรี่เป็นยาเสพติดชนิดหนึ่ง ตามคำนิยามของคำว่า “ยาเสพติด” ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งให้คำนิยามไว้ว่า “ยาเสพติด คือ ยาหรือสารเคมีที่เสพเข้าสู่ร่างกายแล้วทำให้เกิดพิษ เรื้อรังแก่ร่างกายของผู้เสพและก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมทางร่างกายและจิตใจของผู้เสพและยังก่อความเสื่อมโทรมไปถึงสังคมอีกด้วย” (WHO, 1975)

ใบยาสูบที่ใช้สูบนั้น มีชื่อทางพฤกษศาสตร์ว่า นิโคเทียนา ทาบาคุม (Nicotiana Tabacum) เป็นพันธุ์ไม้ของอเมริกาใต้ อยู่ในวงศ์ Solanaceae พบทั่วไปใน อเมริกาใต้ อเมริกาเหนือ หมู่เกาะแปซิฟิกตอนใต้ และในแอฟริกา ได้มีการสันนิษฐานกันว่ายาสูบเป็นพืชพื้นเมืองเก่าแก่โดยมีการพบหลักฐานเก่าแก่อย่างชนเผ่ามายาในอเมริกากลาง โดยชาวมายาจะใช้ก้านยาสูบและยาสูบในการบูชาพระอาทิตย์ โดยพบได้ทั้งรูปวาด ภาพสลักนูนต่ำ ปูนปั้น ตามศาสนสถานของชาวมายา พบคนกำลังสูบกถ้องแล้วพ่นควันออกมา บางรูปแสดงถึงนักบวชที่กำลังประกอบพิธีกรรมหรือภาพชนชั้นสูงซึ่งมีเครื่องประดับมากมายกำลังสูบกถ้องยาสูบ นอกจากนี้ยังพบหลักฐานเป็นกถ้องยาสูบโบราณ อายุประมาณ 2000 ปีที่ประเทศชิลีด้วย แต่หลักฐานที่เด่นชัดและทำให้ยาสูบเป็นที่แพร่หลายทั่วโลกนั้นมาจากยุคแห่งการสำรวจของชาวยุโรปที่เฟื่องฟู โดยคริสโตเฟอร์

โคลัมบัส (Christopher Columbus) เดินทางเข้าสู่ทวีปอเมริกา โดยมีการบันทึกไว้ว่าพบประเพณี การสูบบุหรี่ของชาวพื้นเมือง โดยเรียกยาสูบชนิดนี้ว่า โตบัคโค โดยการใช้อย่างนี้ไม่เพียงแต่ใช้เป็น สิ่งเริงรมย์ผ่อนคลายเท่านั้น แต่ยังเป็นสัญลักษณ์ในการประกอบพิธีกรรม การบูชาเทพเจ้า ผีบรรพบุรุษ ให้อำนาจพิเศษแก่พ่อมดหมอผี ใช้ในการรักษาโรคภัยไข้เจ็บ แสดงกลุ่มชนชั้นและ การจัดระเบียบทางสังคม เป็นพิเศษในตำนานความเชื่อปลูกไร่กำลังใจแก่นักรบและประกอบพิธี ตัดไม้ข่มนาม ร่วมกับการต้อนรับแขกผู้มาเยือน เมื่อพวกฝรั่งได้ลองสูบบุหรี่ก็เริ่มติดใจ ต่อมา พระเจ้าฟิลิปที่ 2 ประเทศสเปนสั่งให้แพทย์คนหนึ่งชื่อ ฟรานซิสโก เฟอนันเดส ไปตรวจพันธุ์ พืชชาติในอเมริกา แพทย์คนนั้นได้นำพันธุ์โตบัคโคที่เมืองเม็กซิโกไปปลูกที่ประเทศสเปนเมื่อ พ.ศ. 2101 จึงเริ่มใช้กันที่ประเทศยุโรป ต่อมาทูตฝรั่งเศสชื่อจิน นิคอต (Jean Nicot) อยู่ในประเทศ โปรตุเกส ก็นำพันธุ์ยาสูบไปและได้เป็นของสำคัญในทวีปยุโรปใช้กันอย่างแพร่หลาย นักปราชญ์ ทั้งหลายจึงเรียกโตบัคโคเป็นภาษาละตินว่า นิโคติน (Nicotin) ตามนามราชทูตผู้โฆษณาให้คนรู้ เรื่องโตบัคโคอย่างแพร่หลาย

ในประเทศอังกฤษ รัชสมัยของพระนางอลิซาเบธที่ 1 (Elizabeth) การสูบบุหรี่มีการ พัฒนาขึ้นใช้เป็นกลืนยาสูบและมีการใช้กันอย่างแพร่หลายต่อมา ในสมัยพระเจ้าเจมส์ที่ 1 ได้มี การห้ามสูบบุหรี่ แต่เมื่อถึงสมัยพระเจ้าเจมส์ที่ 2 ก็เริ่มมีการสูบบุหรี่อย่างแพร่หลายอีก สำหรับการ สูบบุหรี่ชิกาแรตที่แพร่หลายในปัจจุบันนี้ ได้เริ่มมีการเผยแพร่ในประเทศอังกฤษเมื่อปี พ.ศ. 2419 โดยทหารอังกฤษที่กลับจากสงครามไครเมียได้เห็นทหารรัสเซียที่ร่วมรบกันสูบบุหรี่ที่มวน เป็นแท่ง ๆ ด้วยกระดาษบาง ๆ จึงได้นำมาเผยแพร่อีกทีหนึ่ง ต่อมาบริษัทบุหรี่โดยนายโรเบิร์ต ฟิโกลล์ ได้เป็นผู้ริเริ่มการผลิตบุหรี่ในอังกฤษเป็นครั้งแรก โดยในครั้งแรกใช้แรงงานคนผลิตด้วย มือส่วนในอเมริกานั้นมีการผลิตบุหรี่เป็นอุตสาหกรรมตั้งแต่ยุคสงครามเย็นและได้มีการแข่งขัน ทางการค้ามาตลอดระหว่างประเทศอเมริกาและประเทศอังกฤษ และมีการขยายตลาดทำให้บุหรี่ มีการแพร่หลายเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก (สมบัติ พลายน้อย, 2502 อ้างถึงใน วิศิษฐ์ ศิลปะสุวรรณชัย, 2544)

สำหรับในประเทศไทย การสูบบุหรี่เริ่มเข้ามาเมื่อใดไม่เป็นที่ทราบแน่นอนแต่มีหลักฐาน ปรากฏชัดเจนตั้งแต่สมัยอยุธยาเป็นอย่างน้อย โดยรายการสินค้าที่ต่างชาตินำมาค้าขายมีถุงยาสูบ ประกอบอยู่ด้วย รวมทั้งมีการขุดพบกลืนยาสูบซึ่งเชื่อว่าเป็นสมัยอยุธยาอีกด้วย ตามหลักฐาน เชื่อว่าในสมัยสมเด็จพระนารายณ์ ชาวโปรตุเกสได้นำทั้งใบและเมล็ดพันธุ์เข้ามาปลูกที่กรุงเก่าใน ฐานะผู้เสพยา โดยคาดว่าน่าจะนำเข้าผ่านเมืองมลายูและอินเดีย นอกจากนี้ยังมีชาวต่างชาติที่ เดินทางมายังกรุงสยามในยุคสมัยต่าง ๆ ได้มีการจดบันทึกเรื่องราวเกี่ยวกับบุหรี่ไว้ เช่น ในสมัย รัชการที่ 2 พบว่าไทยมีการสั่งซื้อยาสูบจากเมืองชวามากกว่าเมืองใด ๆ และต่อมาได้มีการปลูก

มากขึ้นที่จังหวัดจันทบุรีและจังหวัดชลบุรี และแพร่หลายทั่วประเทศ และยาสูบจึงเป็นสินค้าส่งออกส่งขายที่เมืองญวนและหัวเมืองแขกในแหลมมลายูหลายหัวเมือง ในสมัยรัชการที่ 3 การส่งออกยาสูบของไทยทวีความสำคัญมากขึ้นโดยได้มีการทำหนังสือสัญญาเพื่อให้รัฐบาลไทยกำหนดอัตราภาษีอย่างถาวรเพื่อความแน่นอนในการจัดเก็บภาษีและจ่ายภาษีให้กับพ่อค้าอังกฤษ ในสมัยรัชการที่ 4 พบว่ายาสูบเป็นสินค้าส่งออกที่สำคัญของจังหวัดจันทบุรี สมัยรัชการที่ 5 มีพระราชดำริให้มีการสัมปทานผูกขาดสินค้าบางประเภทไปจัดทำ เช่น การต้มกลั่นสุรา โรงยาสูบ การพนัน น้ำมัน การขุดเหมืองแร่ โดยคนไทยในสมัยนี้นิยมเที่ยวหมกและสูบบุหรี่มานานใหญ่ ๆ ทั้งชายและหญิง (วิศิษฐ์ ศิลปะสุวรรณชัย, 2544) ในปี พ.ศ. 2481 โรงงานยาสูบถือกำเนิดขึ้นโดยรัฐบาลไทยเป็นผู้ก่อตั้ง มีวัตถุประสงค์เพื่อผลิตบุหรี่ โดยช่วงนั้นยังมีบริษัทเอกชนจำนวนหนึ่งยังผลิตอยู่ ในปี พ.ศ. 2486 รัฐบาลได้ออกกฎหมายเพื่อควบคุมธุรกิจเกี่ยวกับบุหรี่เพียงผู้เดียว โดยกฎหมายชื่อว่า “พระราชบัญญัติยาสูบ ปี พ.ศ. 2486” โดยทางโรงงานยังมีการส่งนำเข้ายาสูบจากต่างชาติเข้ามาบ้างเล็กน้อย ในปี พ.ศ. 2515 ได้มีการหยุดส่งเนื่องจากต้องเสียทั้งภาษีสรรพสามิตและภาษีนำเข้ามูลค่าสูง ทำให้บุหรี่จากต่างชาติมีราคาแพงเกินไป ในปี พ.ศ. 2519 มีการลักลอบนำเข้าบุหรี่มากขึ้น จึงต้องนำเข้าบุหรี่อีกครั้งแต่ยอดขายบุหรี่ยังต่ำอยู่จนวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2520 กระทรวงการคลังสั่งห้ามนำเข้าผลิตภัณฑ์บุหรี่จากต่างชาติและให้ผลิตบุหรี่ที่มีรสชาติเหมือนต่างชาติแทน แต่ในปี พ.ศ. 2534 สหรัฐอเมริกาได้บีบให้ไทยยกเลิกกฎหมายห้ามนำเข้าผลิตภัณฑ์บุหรี่โดยอาศัยกฎหมายการค้าระหว่างประเทศเป็นเครื่องมือ

สังคมไทยในอดีต “บุหรี่” ถือเป็นสัญลักษณ์สำคัญทางสังคม โดยผูกโยงกับอำนาจ พิธีกรรม ความศักดิ์สิทธิ์ สถานภาพชนชั้น ใช้เป็นของขวัญในการต้อนรับแขก แสดงความเคารพนับถือ ซึ่งในพื้นที่ศักดิ์สิทธิ์และพุทธศาสนพิธี ซึ่งประกอบด้วยพระสงฆ์อันเป็นตัวแทนอุดมคติ ความเชื่อ และความเคารพบูชาของสังคมไทย บุหรี่ได้ถูกจัดเป็นเนื่อนาบุญของพระศาสนาอย่างขาดไม่ได้ โดยบุหรี่ถูกจัดเป็นตัวแทนของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และปรากฏอยู่ในพิธีกรรมต่าง ๆ อย่างเช่นการถวายสิ่งของแก่พระสงฆ์จะมีบุหรี่เป็นส่วนประกอบ เมื่อรับกิจนิมนต์เจ้าภาพก็จะเตรียมบุหรี่ไว้ให้ทุกครั้งเพื่อแสดงถึงความเคารพ ดังนั้นเมื่อพระสงฆ์ฉันอาหารแล้วก็ต้องสูบบุหรี่ (วิศิษฐ์ ศิลปะสุวรรณชัย, 2544) ต่อมาหลังจากที่ประเทศไทยมีความใส่ใจในสุขภาพมากขึ้น และตระหนักถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่มากขึ้น คุณค่าทางสังคมของบุหรี่จึงเปลี่ยนไป

สารประกอบในบุหรี่ และ ผลกระทบต่อสุขภาพ

สารประกอบในบุหรี่

การสูบบุหรี่ทำให้เกิดควันและก๊าซหลายชนิด อันเกิดจากการเผาไหม้ใบยาสูบอย่างไม่สมบูรณ์ โดยจะมีส่วนประกอบของก๊าซและสารถึง 4000 ชนิด โดยสารประกอบที่สำคัญมีดังนี้

1. นิโคติน (Nicotin) เป็นสารที่พบได้ในใบยาสูบ มีลักษณะคล้ายน้ำมันและไม่มีสี นิโคตินเป็นสารที่ถูกดูดซับได้อย่างรวดเร็ว เข้าสู่กระแสเลือด และ กระจายเข้าสู่สมองได้อย่างรวดเร็วเช่นกัน นิโคตินสามารถออกฤทธิ์โดยตรงที่สมอง (ริชนา ซานติยานนท์, บุญมา มาตรการ และ กาญจนา สุริยะพรหม, 2550) ทำให้ผู้เสพมีความรู้สึกที่เป็นสุข สบายใจ คิดนูหรี แล้วเลิกยาก พบว่าระดับของนิโคตินจะสะสมอยู่ในร่างกายช่วงระยะเวลากลางวันและคกค้างอยู่ถึง กลางคืน ดังนั้นคนที่สูบบุหรีจะมีระดับนิโคตินอยู่ในร่างกายตลอด 24 ชั่วโมง

นิโคตินจัดเป็นสารอัลคาลอยด์ มีผลทั้งกระตุ้นและกดปมประสาทหลายแห่งส่งผล กระทบต่อร่างกายหลายระบบได้แก่ การกระตุ้นทางเดินหายใจ การคลายกล้ามเนื้อ ผลต่อระบบ หัวใจและระบบหลอดเลือด รวมทั้งระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ สำหรับผลต่อระบบหัวใจและ หลอดเลือดอาจเกิดจากการกระตุ้นจากการหลั่งสาร แคทีโคลามีน (Catecholamine) เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดหัวใจเต้นเร็วซึ่งพบว่าจะเกิดขึ้นนานถึง 20 นาที หลังจากการสูบบุหรีส่งผลให้เกิด ความดันเลือดสูงขึ้น เพิ่มการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ เพิ่มการใช้ออกซิเจน มีผลต่อแรงดันเลือด ในหลอดเลือดหัวใจนอกจากนี้ยังทำให้อุณหภูมิปลายมือปลายเท้าลดลง ส่วนผลต่อระบบประสาท และต่อมไร้ท่อนั้น นิโคตินจะมีผลต่อระบบส่งต่อสารสื่อประสาท การทำงานของต่อมใต้สมองและ ต่อมไฮโปธาลามัส (Hypothalamus) ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ แคทีโคลามีน มีการเปลี่ยนแปลงของ ซีโรโทนิน (Serotonin) โคโรติโคสเตอรอยด์ (Corticosteroid) และฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองอีกด้วย ในบุหรี 1 มวนจะมีนิโคตินประมาณ 1.5-2.6 กรัม โดยก้นกรองในบุหรีไม่สามารถทำให้นิโคตินลดลง เมื่อสูบบุหรี นิโคตินจะเข้าสู่ร่างกายใน 10 วินาที แพร่ไปทั่วร่างกายรวมทั้งสมอง ไป กระตุ้นตัวรับชนิดพิเศษเรียกว่า โคลิเนอร์จิก รีเซพเตอร์ (Cholinergic Receptors) ซึ่งพบได้ในสมอง หลายส่วน ในกล้ามเนื้อ ต่อมอะดรีนัล หัวใจ และอวัยวะอื่นๆ โดยปกติตัวรับนี้จะถูกระตุ้น โดยสารสื่อประสาทชนิดหนึ่งคือ อะเซทิลโคลีน (Acetylcholine)แล้วมีบทบาทเกี่ยวกับการหายใจ รักษาอัตราการเต้นของหัวใจ ความจำ ความกระปรี้กระเปร่า และการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ แต่เนื่องจากโครงสร้างของนิโคตินคล้ายกับ อะเซทิลโคลีน นิโคตินจึงกระตุ้น โคลิเนอร์จิก รีเซพเตอร์ (Cholinergic Receptor) และทำลายการทำหน้าที่ตามปกติของสมอง การเสพนิกโคติน เป็นประจำจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งจำนวนของ โคลิเนอร์จิก รีเซพเตอร์ และความไวของ ตัวรับนี้ต่อนิโคตินและอะเซทิลโคลีน ทำให้เกิดการดื้อต่อนิโคติน ดังนั้นผู้เสพนิกโคตินจึงต้องการ นิโคตินเข้าไปในสมอง เพื่อให้สมองทำหน้าที่ตามปกติหากระดับนิโคตินลดลงผู้เสพจะรู้สึก ไม่สุขสบายจากอาการถอนนิโคติน

กลไกอีกอย่างของการเสพนิกโคตินคือ ไปกระตุ้นการหลั่งของสารสื่อประสาท โดพามีน (Dopamine) ในวงจรแห่งความสุขของสมอง โดยมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้

เกิดอาการเสพติดผ่านกระบวนการทางสมอง (Brain Rewarding Pathway) ซึ่งเป็นกลไกคล้ายกับสารเสพติดชนิดอื่น เช่น เฮโรอีน แอมเฟตามีน และโคเคน โดยระบบประสาทส่วนกลางมีส่วนที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ และความรู้สึกเป็นสุขใจ โดยประกอบด้วยสมองส่วนที่เรียกว่า Ventral Tegmental Area (VTA) ซึ่งจะส่งสารสื่อประสาทคือสารเคมีชื่อ โดพามีน ไปยังสมองส่วน Nucleus Accumbens สารโดพามีนที่สมองมีคุณสมบัติทำให้รู้สึกสุขสบาย มีความสุข อิ่มเอมใจ มีแรงจูงใจ นิโคตินจากควันบุหรี่จะผ่านกระแสเลือดเข้าไปยังระบบประสาทส่วนกลางและออกฤทธิ์ไปกระตุ้นกระบวนการทางสมอง โดยจับกับตัวรับนิโคติน (Nicotin Receptor) ที่อยู่บนปลายประสาทของ VTA มีผลทำให้การหลั่งโดพามีนออกมามากขึ้น ดังนั้นจึงทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้สึกสุขสบาย มีแรงจูงใจมากขึ้น ลดความอยากอาหาร

นอกจากโดพามีนแล้วนิโคตินยังเพิ่มการหลั่งของสารสื่อประสาทอื่น เช่น อะซิติลโคลีน กลูตาเมต (Glutamate) ซีโรโทนิน เบต้า-เอนเคอร์ฟิน (β -endorphin) วาโซเพรสซิน (Vasopressin) นอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) และ แกมมา อะมิโนบิวทีริก แอซิด (Gamma-aminobutyric Acid, GABA) จากปลายประสาทอีกด้วย สารสื่อประสาทเหล่านี้ส่งผลในเชิงบวกต่ออารมณ์และความรู้สึกจึงทำให้ผู้เสพติดเกิดความพึงพอใจ มีความสุขสบาย ลดความวิตกกังวล มีสมองแจ่มใส ความจำและสมาธิดีขึ้นและลดความอยากอาหารทำให้เกิดการเสพติด ผู้สูบบุหรี่เป็นระยะเวลานานจะมีอาการติดต่อดนิโคตินทำให้ต้องการนิโคตินในปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ และหากเลิกบุหรี่ขึ้นอย่างเฉียบพลันจะมีความรู้สึกในเชิงลบ เช่น หงุดหงิด ซึมเศร้า กระสับกระส่าย วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ อ่อนแรง หิวบ่อย เป็นต้น เนื่องจากสารสื่อประสาทต่าง ๆ ที่เคยถูกกระตุ้นให้มีจำนวนมากโดยนิโคตินได้ลดจำนวนลง (รัชนา สานติยานนท์ และคณะ, 2550)

2. ทาร์ (Tar) มีลักษณะคล้ายน้ำมันดิน เกิดจากการเผาไหม้ของใบยาสูบ กระดาษมวน และส่วนประกอบอื่น ๆ ที่มีการเผาไหม้ในบุหรี่ ทาร์มีสีน้ำตาลประกอบด้วยสารที่เป็นอันตรายหลายชนิดผสมรวมกัน เช่น เบนโซไพรีน (Benzopyrene) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งนอกจากนี้ละอองของเหลวของทาร์จะไปเกาะติดในผนังหลอดลมและถุงลม โดยประมาณร้อยละ 50 ของทาร์จะจับอยู่ที่ปอดและเมื่อทาร์รวมตัวกับฝุ่นละอองต่าง ๆ ที่หายใจเข้าไปก็จะยังอยู่ในถุงลมปอด ทำให้เกิดการระคายเคืองของทางเดินหายใจทำให้ไอเรื้อรังมีเสมหะ ซึ่งจะเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังรวมทั้งโรคมะเร็งปอดและมะเร็งอวัยวะอื่น ๆ เป็นต้น (รัชนา สานติยานนท์ และคณะ, 2550)

3. คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) เป็นก๊าซที่ไม่มีสีไม่มีกลิ่นเกิดจากการเผาไหม้ใบยาสูบอย่างไม่สมบูรณ์ในควันบุหรี่จะประกอบด้วยคาร์บอนมอนอกไซด์อยู่ประมาณร้อยละ 2 ถึง 6 ก๊าซนี้จะแย่งจับกับ ฮีโมโกลบินในเลือดแดงได้ดีกว่าออกซิเจน 200 เท่า ดังนั้นร่างกาย

ของผู้สูบบุหรี่จะได้รับออกซิเจนน้อยลง การลำเลียงออกซิเจนไปอวัยวะต่าง ๆ ลดลงมีผลให้หัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้นเพื่อให้เลือดนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอและถ้าได้รับก๊าซนี้เป็นจำนวนมากและระยะเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดอาการมึนงง คลื่นไส้ เหนื่อยง่าย นอกจากนี้หญิงที่ตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่ หรือได้รับควันบุหรี่ พบว่าทารกในครรภ์จะได้รับออกซิเจนน้อยและเด็กที่เติบโตมาจะมีการเจริญเติบโตที่ไม่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย สติปัญญาและพฤติกรรม (รัชนา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550)

4. ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen Dioxide) เป็นก๊าซที่ทำลายเยื่อหลอดเลือดลมส่วนปลายและถุงลมทำให้ผนังถุงลมโป่งพอง ถุงลมในปอดลดจำนวนลงซึ่งมีผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเห็น้อยหอบง่ายและเป็นสาเหตุของการเกิดโรคถุงลมโป่งพองซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทรมานมาก (รัชนา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550)

5. ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogen Zyyanize) เป็นก๊าซที่ทำลายเยื่อหลอดเลือดลมส่วนต้นซึ่งบริเวณนี้จะทำหน้าที่คอยดักจับสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ ไม่ให้เข้าสู่ทางเดินหายใจผลของการได้รับก๊าซชนิดนี้จะทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดอาการไอ มีเสมหะ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง (รัชนา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550)

6. สารกลุ่มโพลีไซคลิก อะโรมาติก ไฮโดรคาร์บอน (Polycyclic Aromatic Hydrocarbons, PAH) ตัวอย่างของสารกลุ่มนี้เช่น เบนโซไพรีน เป็นสารที่ก่อมะเร็งของอวัยวะหลายแห่งเช่น ปอด กล้องเสียง หลอดอาหาร ตับอ่อน กระเพาะอาหาร และ ช่องปาก เป็นต้น โดยกระบวนการเมตาบอลิซึมของสารกลุ่ม PAH จะทำให้ดีเอ็นเอเปลี่ยนแปลง ก่อให้เกิดการกลายพันธุ์และส่งเสริมการสร้างเซลล์มะเร็งที่จำเพาะกับอวัยวะต่าง ๆ (รัชนา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550)

7. สารอนุมูลอิสระ (Antioxidant) กระบวนการเผาไหม้ของไบยาสูบทำให้เกิดพวกสารอนุมูลอิสระเป็นจำนวนมาก เช่น Peroxy Radical, Hydroxyl Radical เป็นต้น โดยสารอนุมูลอิสระชนิดต่าง ๆ สามารถเหนี่ยวนำให้เกิดกระบวนการต่างๆในร่างกาย เช่น การกระตุ้นเม็ดเลือดขาวชนิด Polymorphonuclear Cells การสร้างสารกระตุ้น (Chemotactic Peptide) การกระตุ้นระบบคอมพลีเมนต์ และการเปลี่ยนแปลงไขมันบางชนิดไปเป็นไขมันชนิดที่ทำอันตรายต่อผนังหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) นอกจากนี้สารพวกอนุมูลอิสระยังทำให้เกิดโรกระบบทางเดินหายใจโดยก่อให้เกิด การชุมนุมของเม็ดเลือดขาวที่ทำให้มีการอักเสบมีการทำลายเซลล์และเซลล์ตาย (รัชนา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550)

8. สารกัมมันตรังสี ในควันบุหรี่ประกอบด้วยสารกัมมันตรังสีต่าง ๆ เช่น Polonium 210 ที่มีรังสีแอลฟาและยังมีสารก่อมะเร็ง เช่น ทำให้เกิดมะเร็งปอด (รัชนา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550)

9. สารปรุงแต่งต่าง ๆ ที่อยู่ในบุหรี่ ในกระบวนการผลิตบุหรี่มีสารประกอบต่าง ๆ กว่าร้อยชนิดเพื่อให้บุหรี่ยามีรสชาติดีขึ้น หรือเพื่อให้มีนิโคตินลดลงแต่สารหลายชนิดนี้ทำให้พิษภัยในบุหรี่เพิ่มมากขึ้น (รักษา สานติยานนท์ และคณะ, 2550)

9.1 โกโก้ (Cacao) เป็นสารที่เพิ่มความหวานเพื่อให้กลบรสชาติกระด้างของบุหรี่ แต่เมื่อเกิดการเผาไหม้ขึ้นบุหรี่ยังเป็นสารก่อมะเร็งชนิดหนึ่งได้ นอกจากนี้ในโกโก้ยังมี ทีโอโบมิน (Theobromine) ซึ่งเป็นสารที่มีฤทธิ์ขยายหลอดลม (Bronchodilator) ทำให้ทางเดินอากาศ (Airway) ขยายตัวส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่ได้รับนิโคตินและสารประกอบบุหรี่เพิ่มขึ้น

9.2 สารไกลไซร์ริซิน (Glycyrrhizin) เป็นสารปรุงแต่งรสชาติและให้ความหวานในบุหรี่ โดยสารชนิดนี้สามารถออกฤทธิ์ขยายหลอดลม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่หายใจรับเอาควันบุหรี่เข้าสู่ปอดได้ง่ายขึ้น รวมถึงช่วยบรรเทาอาการระคายเคืองของปากและลำคอจากควันบุหรี่ แต่เมื่อไกลไซร์ริซิน ถูกเผาไหม้ก็จะเป็นสารก่อมะเร็ง

9.3 น้ำตาล (Sugar) เป็นสารปรุงแต่งในบุหรี่ยีมีประมาณ 3% ของน้ำหนักบุหรี่แต่ละมวน เมื่อน้ำตาลในบุหรี่ถูกเผาไหม้จะได้สารอะเซตัลดีไฮด์ (Acetaldehyde) เกิดขึ้น โดยสารชนิดนี้จะช่วยในการเพิ่มฤทธิ์เสพติดของนิโคติน

9.4 แอมโมเนีย (Ammonia) มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา หลอดลมอักเสบ และไอ นอกจากนี้แอมโมเนียยังทำให้ค่าความเป็นด่างในบุหรี่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การดูดซึมนิโคตินดีขึ้น และเพิ่มฤทธิ์เสพติดของนิโคติน

9.5 เมนทอล (Menthol) นำมาผสมในบุหรี่ทำให้ผู้สูบบุหรี่แล้วรู้สึกเย็นคอ โดยรสของเมนทอลทำให้ผู้สูบบุหรี่อดควันเข้าสู่ปอดนานขึ้นจึงทำให้มีโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ จากบุหรี่ได้เพิ่มขึ้น เช่น โรคมะเร็ง

ผลกระทบต่อสุขภาพ

สารประกอบในบุหรี่ยีดังกล่าวล้วนแต่มีผลเสียต่อสุขภาพทั้งต่อตัวผู้สูบเอง และ ผู้ที่ไม่ได้สูบแต่ได้รับควันเข้าสู่ร่างกาย โดยเป็นสาเหตุของการเกิดโรคสำคัญ ๆ ดังนี้

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) เป็นชื่อที่เรียกรวมอาการของโรคปอดชนิดที่เกิดกับถุงลมคือ โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) และโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic Bronchitis) โรคถุงลมโป่งพองเป็นภาวะเป็นภาวะที่ถุงลมปอดบริเวณแขนงหลอดลม (Bronchioles) โป่งออก และเซลล์ผนังหลอดลมถูกทำลาย ส่วนใหญ่เกิดจากการสูบบุหรี่จัดมาเป็นเวลานาน

COPD เป็นโรคที่มีการอักเสบอย่างไม่รุนแรง แต่เรื้อรังเป็นทั่วทางเดินอากาศ เซลล์ปอดและหลอดลมในปอด นิโคตินหรือสารพวกอนุโมลิสระในควันบุหรี่จะกระตุ้นให้ตัวเม็ดเลือดขาว

Neutrophil ในปอดเพิ่มมากขึ้น หรือเพิ่มการหลั่ง Elastase เท่ากับมีการเพิ่มการทำลายเซลล์โดย Elastase นอกจากนี้ Neutrophil ยังหลั่งสารอนุมูลอิสระ ไปทำลายเนื้อเยื่อปอดในถุงลมปอด นอกจากนี้ควันทูบหรือยังเพิ่มการทำลายเนื้อเยื่อปอด ผลที่สุดทำให้เกิดถุงลมโป่งพอง (รักษา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550)

โรคปอดบวม (Desquamative Interstitial Pneumonia, DIP) DIP เป็นโรคปอดบวมชนิดที่มี Macrophages คั่งเป็นจำนวนมากในถุงลมปอด ต่อมาถุงลมปอดถูกทำลายจนเป็นพังผืด DIP มักจะเกิดกับคนอายุ 40-50 ปี เป็นในชายมากกว่าหญิงในอัตราส่วน 2:1 พบว่าผู้ป่วยทุกคนสูบบุหรี่ มีอาการหายใจลำบาก ไอแห้ง เป็นสัปดาห์ เป็นเดือน นิ้วมือนิ่ม หน้าที่การทำงานของปอดมีความผิดปกติเล็กน้อย ผู้ป่วย DIP มีการพยากรณ์โรคดี และตอบสนองการรักษาด้วยสเตียรอยด์ การหยุดสูบบุหรี่ทำให้มีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 100 (รักษา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550)

โรคแขนงหลอดลมอักเสบ (Respiratory Bronchiolitis-associated Interstitial Lung Disease, RB-ILD) เป็นโรคที่พบเฉพาะในคนสูบบุหรี่ เป็นโรคที่มีอาการไม่รุนแรงมีอาการหายใจขัดและไอ เป็นในคนที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่องจนถึงอายุ 40-50 ปี โดยสูบบุหรี่มากกว่า 30 ซอง ต่อปี (สูบบุหรี่วันละ 1 ซอง เป็นเวลา 30 ปี) โรคนี้เกิดในชายมากกว่าหญิง 2 เท่า เมื่อหยุดสูบบุหรี่ทำให้การดีขึ้น

หอบหืด (Asthma) เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของทางเดินหายใจ ทำให้หายใจมีเสียงวี๊ด หายใจไม่ออกแน่นหน้าอกและไอตอนกลางคืนและเช้ามืด อาการเหล่านี้เกิดจากหลอดลมตีบและอากาศไม่พอหายใจ การอักเสบของทางเดินหายใจเกิดจากการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น จึงทำให้หลอดลมหดเกร็ง คนที่เป็นหอบหืดเป็นคนที่ไวต่อสิ่งกระตุ้นหลายอย่างเช่น สิ่งกระตุ้นจากภายนอกจะไปกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาไวเกิน (Type I-hypersensitivity reaction) สิ่งกระตุ้นจากภายในเช่น การสูบบุหรี่ การติดเชื้อในปอด เป็นหวัด ความเครียด และ การออกกำลังกาย ทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม (รักษา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550)

โรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) เป็นที่แน่ชัดแล้วว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว การสูบบุหรี่วันละ 1 ซอง หรือมากกว่านั้นเป็นเวลาหลายปี ทำให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น เมื่อหยุดสูบบุหรี่ทำให้อัตราเสี่ยงได้อย่างมาก โรคหลอดเลือดแดงแข็งตัวเป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังของผนังด้านในของหลอดเลือด (Endothelium) รอยโรคที่เกิดขึ้นชักนำให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างสารที่อยู่ในเซลล์บุผนังด้านในของหลอดเลือดทำให้เซลล์ด้านในของผนังหลอดเลือดผิดปกติ หลอดเลือดแดงแข็งตัวและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease, IHD) กลไกการเกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็งตัวเป็น

ดังนี้ (รักษา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550)

โรคหลอดเลือดแดงโป่งพอง (Aortic Aneurysm) การสูบบุหรี่เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองเนื่องจากควันบุหรี่กระตุ้นให้มีการหลั่งของสารย่อยโปรตีน Matrix Metalloproteinases (MMP) จาก Macrophages กลไกนี้เหมือนกับการเกิดทางเดินหายใจอุดกั้น โดย MMP จะย่อยโปรตีนของผนังหลอดเลือดแดง เช่น คอลลาเจน อิลาสติน ทำให้หลอดเลือดแดงอ่อนแอ และไวต่อการเกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัว หรือ ความดันเลือดสูง หรือทั้งสองอย่างความดันเลือดสูงเป็นสาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดแดงใหญ่ที่โป่งพองแตก มีอันตรายถึงแก่ชีวิต (รักษา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550)

โรคมะเร็งปอดและมะเร็งส่วนต่างๆ ของร่างกาย ร้อยละ 90 ของมะเร็งปอด มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ ส่วนผู้ที่ไม่สูบบุหรี่เป็นมะเร็งปอดได้นั้น ประมาณร้อยละ 30 เป็นผลที่ได้จากการได้รับควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบ มีการศึกษาพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่จัดมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบลถึง 50 เท่า เนื่องจากปอดเป็นอวัยวะที่รับควันบุหรี่มากที่สุด ความเสี่ยงของพิษภัยของควันบุหรี่ขึ้นอยู่กับปริมาณบุหรี่ที่สูบและวิธีการสูดควันบุหรี่ การเกิดโรคมะเร็งปอดระยะแรกจะไม่มีอาการ เมื่อใดที่มีอาการแสดงว่าโรคเป็นมากแล้ว

นอกจากนี้ ผู้สูบบุหรี่ยังมีโอกาสที่จะเกิดมะเร็งในส่วนต่างๆ เพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ได้แก่ มะเร็งช่องปาก โพรงจมูก กล่องเสียง หลอดลม ปอด หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ตับอ่อน ตับ ไต กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่ ทวารหนัก เต้านม ปากมดลูก รังไข่ ต่อมลูกหมาก ทั้งนี้ ผู้ที่สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ด้วยจะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งหลอดอาหารเพิ่มขึ้นอีก

สาเหตุที่การสูบบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งที่อวัยวะหลาย ๆ แห่ง ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่สารก่อมะเร็งในควันบุหรี่สัมผัสกับอวัยวะโดยตรง เช่น กล่องเสียง และปอด หรือสารก่อมะเร็งถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด แล้วไหลเวียนไปตามอวัยวะต่างๆ เช่น ตับอ่อนและกระเพาะปัสสาวะ โดยในภาพรวมพบว่า ประมาณร้อยละ 30 ของมะเร็งที่เกิดในคนมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่

เบาหวาน (Diabetes Mellitus) สารเคมีในบุหรี่ทำให้เกิดการดื้ออินซูลิน (Insulin Resistance) และเป็นโรคเบาหวานผู้ที่มีภาวะดื้ออินซูลินจะไม่สามารถนำอินซูลินไปใช้ถึงแม้จะมีระดับอินซูลินในเลือดสูง ในผู้ที่สูบบุหรี่สารเคมีในควันบุหรี่มีผลโดยตรง คือ ขัดขวางการนำกลูโคสเข้าเซลล์ ผลทางอ้อมคือ ทำให้สารเคมีในเลือดเปลี่ยนแปลงหรือลดปริมาณเลือดไหลเวียนในหลอดเลือด การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรคเบาหวาน เช่น โรคไต (Nephropathy) โรคของปลายประสาท (Neuropathy) และโรคจอตา (Retinopathy) เป็นต้น

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid Arthritis) การสูบบุหรี่มีผลโดยตรงต่อการเกิดโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยทำให้ ปัจจัยของรูมาตอยด์ (Rheumatoid Factor: RF) ในเลือดสูงขึ้น และเปลี่ยนแปลงภูมิคุ้มกันของร่างกาย รวมทั้งทำให้จำนวนเม็ดเลือดขาวสูงขึ้นและเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (Lymphocytes) ผิดปกติ

แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ (Peptic Ulcer) แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เกิดจากปัจจัยหลายอย่าง การสูบบุหรี่และนิโคตินเป็นสาเหตุหนึ่ง แผลในกระเพาะอาหารเกิดขึ้นเมื่อเกิดความไม่สมดุลระหว่างปัจจัยสนับสนุนในการเกิดแผล (Aggressive Factors) และปัจจัยป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร (Protective Factors) คนที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดแผลในกระเพาะอาหารมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ คนที่สูบบุหรี่เมื่อมีแผลในกระเพาะอาหาร แผลจะหายยากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่และกลับซ้ำได้มากกว่า (รัชนา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550)

ภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) เป็นภาวะที่มวลกระดูกน้อยลงทำให้โครงสร้างของกระดูกเสียไป แดกหักง่าย เกิดความเจ็บปวดเสียสมรรถภาพ และ อาจเสียชีวิตได้โดยการสูบบุหรี่จะลดการดูดซึมแคลเซียมของกระดูก โดยปกติแล้ววิตามินดีจะช่วยกระดูกในการดูดซึมแคลเซียม แต่การสูบบุหรี่จะรบกวนใช้วิตามินดีของร่างกายจึงทำให้แคลเซียมที่จะสร้างกระดูกให้แข็งแรงเหลือน้อยลง จึงส่งผลให้กระดูกเริ่มเปราะบาง นอกจากนั้นการสูบบุหรี่ยังทำให้ ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนทั้งในเพศหญิงและเพศชายลดลง ซึ่งเอสโตรเจนนี้มีความสำคัญในการสะสมแคลเซียมและแร่ธาตุอื่น ๆ ที่ช่วยทำให้กระดูกแข็งแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหญิงวัยหมดประจำเดือนจะมีการสร้างเอสโตรเจนลดลงอย่างมาก ทำให้หญิงในวัยนี้มีความเสี่ยงต่อโรคกระดูกพรุนมากขึ้นตามธรรมชาติ

การเป็นหมัน (Infertility) บุหรี่จะมีผลเสียต่อภาวะ การมีบุตร ควันบุหรี่ทำลายรังไข่หรือเร่งการสูญเสียไข่ และทำให้สตรีหมดประจำเดือนเร็วขึ้นหลายปี สารประกอบในควันบุหรี่รบกวนการสังเคราะห์เอสโตรเจนและมีแนวโน้มที่จะทำให้เซลล์ไข่เกิดพันธุกรรมที่ผิดปกติ การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการแท้งบุตร การตั้งครรภ์นอกมดลูกด้วย ส่วนในเพศชายที่สูบบุหรี่จะมีอสุจิลดลงทั้งจำนวนและการเคลื่อนที่อสุจิมีความผิดปกติทั้งรูปร่างและหน้าที่มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ผลเสียของการที่สามีสูบบุหรี่ซึ่งมีอสุจิผิดปกติร่วมกับภรรยาที่ได้รับควันบุหรี่มือสองจึงมีความเสี่ยงต่อการเป็นหมัน

โรคตา (Eye Disease) การสูบบุหรี่จะทำให้คนมีความเสี่ยงต่อการเป็นต้อมากขึ้น ซึ่งเป็นภาวะที่เลนส์ตาขุ่นมัวทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นหลายอย่างเช่นมองเห็นไม่ชัด ไวต่อแสงจ้า มองแยกสีไม่ออกนอกจากนั้นยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคจอตาเสื่อม (Age-related Macular Degeneration, AMD) โดยมีการศึกษาว่าคนที่สูบบุหรี่และคนที่เคยสูบบุหรี่เกิดภาวะจอตาเสื่อมมากกว่าคนไม่เคยสูบ

ริ้วรอยบนใบหน้า (Wrinkles) ผิวหนังของหญิงที่สูบบุหรี่มีลักษณะซีดและมีริ้วรอยเกิดขึ้นเร็วกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ กลไกการเกิดริ้วรอยไม่ทราบแน่ชัด คนที่สูบบุหรี่แม้ไม่ถูกแสงแดดก็มีอีลาสติน (Elastin) หนาและแตกหักมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่เป็นเพราะผิวหนังได้รับออกซิเจนน้อยเป็นเวลานาน มีสาเหตุจากหลอดเลือดตีบซึ่งเกิดจากการสูบบุหรี่และลดการสังเคราะห์คอลลาเจน การสูบบุหรี่จึงทำให้มีริ้วรอยบนใบหน้าก่อนวัยอันควร

แผลหายช้า (Poor Wound Healing) คนที่สูบบุหรี่มีแผลหายช้า มีการศึกษาสนับสนุนเรื่องนี้ คือ นิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดที่ผิวหนังตีบ เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนลดลง การสูบบุหรี่เพิ่มปริมาณ คาร์บอกซีฮีโมโกลบิน (Carboxy Haemoglobin) เพิ่มการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด ทำให้เลือดหนืดขึ้นลดปริมาณคอลลาเจน (Collagen) ลดการสังเคราะห์พรอสตาไซคลิน (Prostacyclin) ทั้งหมดนี้เป็นผลเสียต่อการแผลหายช้า

โรคปริทันต์ (Periodontal) โรคปริทันต์อักเสบ (Periodontal) เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียของช่องปากทำให้เหงือกอักเสบเนื้อฟันถูกทำลายและฟันหลุดร่วง โดยมีปัจจัยหลายอย่างเช่น การติดเชื้อแบคทีเรีย การสูบบุหรี่ อายุ เพศ โรคเบาหวาน

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าวันบุหรี่มีสารเคมีที่ก่อให้เกิดโทษจำนวนมาก โดยเฉพาะสารนิโคติน และ ทาร์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพมากทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่ได้รับควันบุหรี่เจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ เช่น โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ โรคมะเร็ง รวมทั้งยังทำให้ความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่เพิ่มมากขึ้นด้วย

กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่

ประเทศไทยได้ออกกฎระเบียบข้อบังคับข้อบัญญัติเกี่ยวกับบุหรี่และสุขภาพ โดยมติของคณะรัฐมนตรีในปี พ.ศ. 2517 เริ่มที่กรุงเทพมหานครได้ออกกฎระเบียบห้ามสูบบุหรี่ในโรงพยาบาลนคร และให้ฉายภาพนิ่งแสดงเครื่องหมายและข้อความงดบุหรี่ ส่วนรถประจำทางก็ออกข้อบัญญัติเกี่ยวกับข้อห้ามในการสูบบุหรี่ในรถประจำทางด้วย รวมทั้งให้ผู้ประกอบการติดตั้ง แสดงเครื่องหมายงดสูบบุหรี่บนรถประจำทาง แต่หลังจากนั้นเป็นต้นมา กฎหมายที่เกี่ยวกับบุหรี่ในประเทศไทย ก็มีใ้ดำเนินการอย่างจริงจัง เพราะมีปัญหาและอุปสรรคหลายประการเช่น กระบวนการพิจารณากฎหมายล่าช้า ขาดเจ้าหน้าที่ที่บังคับใช้ และ ขาดความร่วมมือจากประชาชน (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2535)

ปัจจุบันคณะรัฐมนตรีได้มีมติให้มีกฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่และสุขภาพออกมาใช้ 2 ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 มีสาระสำคัญ โดยสรุป คือ

1. ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หมายถึงยาสูบและผลิตภัณฑ์อื่นใดที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบไม่ว่าจะใช้เสฟโดยวิธีสูบ ดูด ดม อม เคี้ยวกิน เป่า หรือพ่นเข้าไปในปากหรือจมูก
2. ห้ามจำหน่าย ขาย แลกเปลี่ยนหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลที่มีอายุไม่ครบ 18 ปี
3. ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยใช้เครื่องขาย
4. ห้ามขายสินค้าหรือให้บริการโดยมีการแจก แถม ให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือแลกเปลี่ยนกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ
5. ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดย แจก แถม ให้ หรือแลกเปลี่ยนกับสินค้าอื่น ๆ
6. ห้ามให้หรือเสนอให้สิทธิในการเข้าชม การแข่งขัน การแสดง หรือสิทธิประโยชน์อื่นใด เป็นการตอบแทนแก่ผู้ซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบ
7. ห้ามแจกจ่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในลักษณะเป็นตัวอย่าง หรือเป็นการจูงใจในสาธารณชนให้เสฟผลิตภัณฑ์ยาสูบนั้น
8. ห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือแสดงชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบในสิ่งพิมพ์วิทยุ โทรทัศน์ หรือสิ่งอื่นที่ใช้เป็นการโฆษณาได้
9. ห้ามผู้ใดผลิต นำเข้าเพื่อขายหรือเพื่อแจกจ่าย หรือโฆษณาสินค้าอื่นลักษณะทำให้เข้าใจว่าเป็นสิ่งเลียนแบบผลิตภัณฑ์ยาสูบ
10. ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบต้องแสดงฉลากที่หีบห่อก่อนที่จะนำออกจากแหล่งผลิตหรือก่อนนำเข้าและห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ไม่ได้แสดงฉลาก

พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 สาระสำคัญโดยสรุป คือ

1. กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่
2. กำหนดส่วนหนึ่งส่วนใด หรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะตามเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่
3. กำหนดสภาพ ลักษณะและมาตรฐานของเขตปลอดบุหรี่ และเขตสูบบุหรี่เกี่ยวกับการระบายควันหรืออากาศ
4. กำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการในการแสดงเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่
5. ห้ามมิให้ผู้ใดสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่

6. ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจเข้าไปในสถานที่สาธารณะในระหว่าง พระอาทิตย์ขึ้นถึงพระอาทิตย์ตก หรือเวลาทำการของสถานที่นั้น เพื่อตรวจสอบหรือควบคุมให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2543 เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไข การแสดงฉลากและข้อความในฉลากของบุหรี่ยี่ห้อ ชิกาเรต ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 โดยมีสาระสำคัญโดยสรุป ดังนี้

1. บุหรี่ที่ผลิต หรือนำเข้าในราชอาณาจักร จะต้องจัดให้มีการพิมพ์ฉลากที่มีข้อความคำเตือนเป็นภาษาไทย โดยตำแหน่งของฉลากจะต้องอยู่ที่ขอบบนสุดของซองหรือกล่องบรรจุซองบุหรี่

2. ข้อความในฉลากต้องมีคำเตือนเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ 10 ข้อความคละกันไปได้แก่

- 2.1 บุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด
- 2.2 บุหรี่ทำให้เกิดโรคหัวใจล้มเหลว
- 2.3 บุหรี่ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง
- 2.4 บุหรี่ทำให้เส้นเลือดสมองแตก
- 2.5 บุหรี่ย่านไปสู่สิ่งเสพติดอื่น
- 2.6 บุหรี่ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อม
- 2.7 บุหรี่ทำให้แก่เร็ว
- 2.8 ควันบุหรี่ย่านคุณให้ตายได้
- 2.9 ควันบุหรี่ย่านร้ายผู้ใกล้ชิด
- 2.10 ควันบุหรี่ย่านร้ายลูกในครรภ์

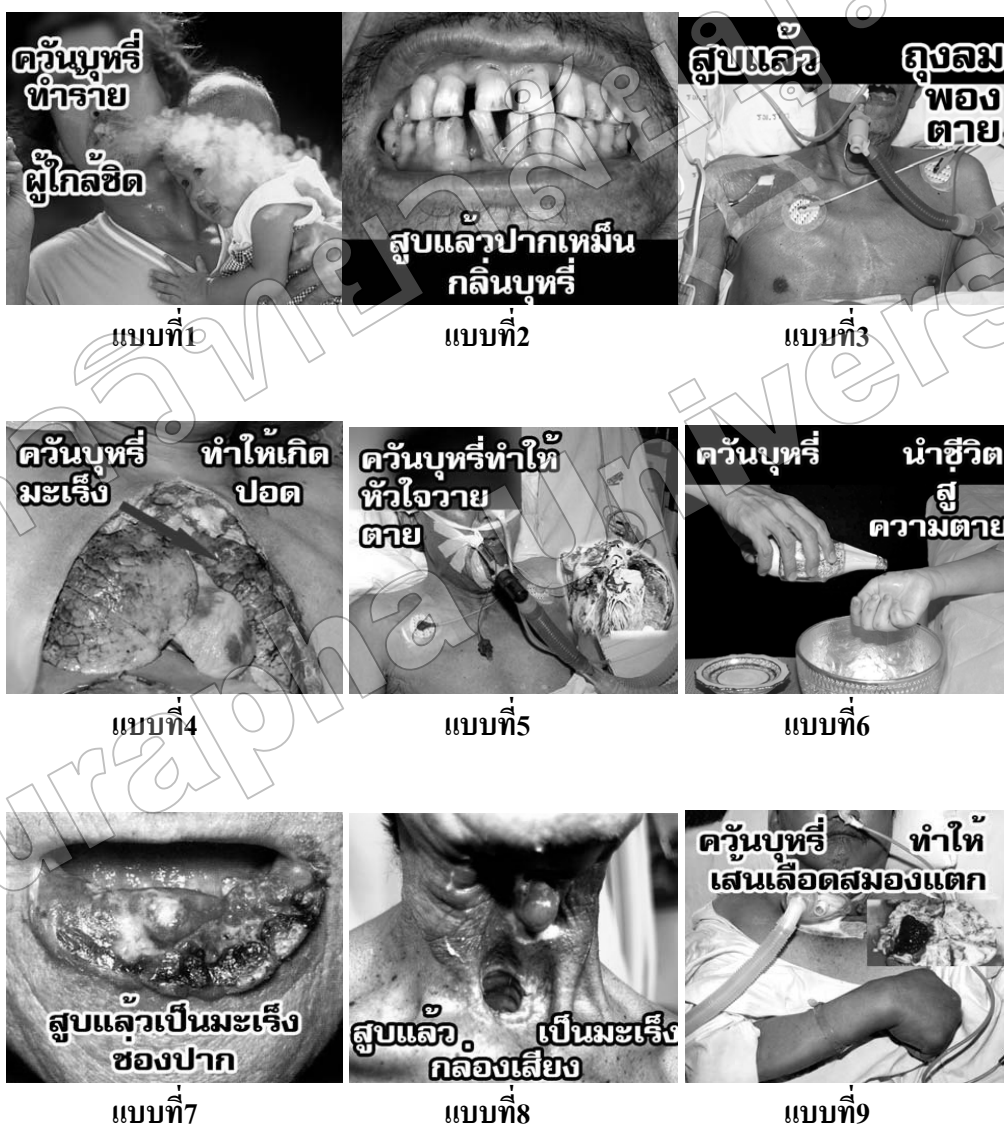
3. ฉลากและข้อความคำเตือนต้องมีขนาดพื้นที่รวมทั้งกรอบไม่น้อยกว่า 1 ใน 3 ของพื้นที่ด้านหน้า และด้านหลังของซอง กรอบฉลากคำเตือนเป็นสีขาว พื้นฉลากคำเตือนเป็นสีดำ ตัวอักษรคำเตือนเป็นสีเทา

4. บุหรี่ที่ผลิต หรือนำเข้าในราชอาณาจักรจะต้องจัดให้มีฉลากที่มีข้อความที่เป็นภาษาไทยที่บริเวณด้านหน้าหรือด้านหลังของซอง แสดงวัน เดือน ปีที่ผลิตจากโรงงาน เว้นแต่บุหรี่ยี่ห้อที่ผลิตเพื่อจำหน่ายออกนอกราชอาณาจักร ไม่ต้องปฏิบัติตามประกาศนี้

หลังจากนั้นในปี พ.ศ.2549 กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ได้ปรับปรุงประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 11) เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการเงื่อนไขการแสดงภาพและข้อความเตือนถึงพิษภัย วันเดือนปีที่ผลิต แหล่งผลิต และขายได้เฉพาะในราชอาณาจักรไทย ในฉลากของบุหรี่ยี่ห้อ ชิกาเรต และ บุหรี่ซิการ์ ตามพระราชบัญญัติควบคุม

ผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 โดยมีสาระโดยสรุปดังนี้

1. ให้มีการจัดพิมพ์ฉลากและรูปภาพคำเตือนถึงพิษภัยของบุหรี่ โดยจัดพิมพ์เป็นรูปภาพ 4 สีและแสดงข้อความเตือนถึงพิษภัยของบุหรี่ตามที่กำหนดไว้ โดยต้องอยู่ตำแหน่งชัดเจนบนสุดของผลิตภัณฑ์บรรจุบุหรี่ทั้งสองด้านที่มีพื้นที่มากที่สุดที่เห็นชัดเจน ซึ่งจะต้องใช้รูปภาพที่กระทรวงเป็นผู้ออกแบบทั้ง 9 แบบและให้ผลิตคละกันทั้ง 9 แบบ โดยมีขนาด 5.5 X 4.25 เซนติเมตร ซึ่งต้นแบบของรูปภาพและคำเตือนดังรูปภาพที่ 2-2 ดังนี้



ภาพที่ 2-1 ต้นแบบรูปภาพและข้อความเตือนพิษภัยของบุหรี่ซิการ์เรต และบุหรี่ซิการ์ท้ายประกาศ
กระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 11 พ.ศ. 2549 (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2549)

2. บุหรี่ซิการ์หรือซิการ์ที่ผลิตในประเทศไทยต้องมีข้อความดังนี้

2.1 ข้อความแสดงวัน เดือน ปี ที่ผลิตที่บริเวณด้านข้างด้านใดด้านหนึ่งของซอง หรือ ภาชนะที่บรรจุบุหรี่ซิการ์หรือซิการ์ นอกเหนือจากบริเวณที่ให้แจ้งสารพิษและสารก่อมะเร็ง

2.2 จัดให้แสดงที่มาของแหล่งผลิตบุหรี่ว่ามาจากแหล่งใดที่บริเวณด้านหน้าชิด ขอบล่างของภาชนะบรรจุ

2.3 จัดให้มีข้อความว่า “ให้ขายนเฉพาะราชอาณาจักรไทย” ที่บริเวณด้านหลังชิด ขอบล่างของภาชนะบรรจุ

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ ได้ดำเนินการแก้ไขปรับปรุงแก้ไขประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2540 ตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของ สถานที่ สาธารณะที่ห้ามการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดบริเวณหรือพื้นที่ของ สถานที่ ดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ เป็นประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2545 เพื่อปกป้องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่และให้ทันต่อเหตุการณ์ที่มีสถานประกอบการใหม่ ๆ เกิดขึ้น ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ลงนามและได้ดำเนินการนำประกาศกระทรวง สาธารณสุขดังกล่าวประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว โดยจะมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 เป็นต้นไป หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2549 ได้มีการปรับปรุงเพื่อความสมบูรณ์ และ ให้ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 10 พ.ศ. 2545 ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2546 ฉบับที่ 16 พ.ศ. 2548 ให้มาบังคับใช้ฉบับที่ 17 เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทสถานที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพ ผู้ไม่สูบบุหรี่และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขต สูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่รวมทั้งกำหนดสภาพ ลักษณะ และมาตรฐานของเขตสูบบุหรี่หรือเขต ปลอดบุหรี่ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 โดยประกาศใช้ ณ วันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2549 ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

1. ให้สถานที่ดังต่อไปนี้เป็นสถานที่สาธารณะที่ห้ามการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยกำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด

1.1 ยานพาหนะโดยสารประจำทาง หรือ ยานพาหนะโดยสารรับจ้าง

1.2 รถรับส่งนักเรียนหรือนักศึกษาทุกประเภท

1.3 ยานพาหนะโดยสารที่ใช้ในการกิจที่เป็นลักษณะส่วนกลางของส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือ หน่วยงานของรัฐ

1.4 ที่พักผู้โดยสารหรือบริเวณที่ใช้รอก่อนหรือหลังการใช้บริการยานพาหนะ ทุกประเภท

- 1.5 ลิฟต์โดยสาร
 - 1.6 ตู้โทรศัพท์สาธารณะ หรือ บริเวณที่ให้บริการโทรศัพท์สาธารณะ
 - 1.7 สุขา
 - 1.8 อาคารโรงมหรสพ
 - 1.9 ห้องสมุด
 - 1.10 ห้องประชุม อบรม หรือ สัมมนา
 - 1.11 อาคารร้านขายยา
 - 1.12 คลินิก หรือ สถานพยาบาลทั้งคนและสัตว์ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
 - 1.13 อาคารหรือสถานที่ประกอบกิจการนวดไทย หรือนวดแผนโบราณ
 - 1.14 อาคารสถานประกอบกิจการสปาเพื่อสุขภาพ กิจการนวดเพื่อสุขภาพ หรือ กิจการนวดเพื่อเสริมสวย
 - 1.15 อาคารสถานที่อบความร้อน อบไอน้ำ อบสมุนไพร
 - 1.16 อาคารสถานที่ออกกำลังกายในร่มหรือ อาคารสถานกีฬาในร่มแต่ไม่รวมสถานกีฬาในร่มที่เป็นกีฬาสนุกเกอร์หรือบิลเลียด ตามที่กำหนดในกฎกระทรวงฉบับที่ 27 (พ.ศ. 2543) ออกตามพระราชบัญญัติการพนัน พ.ศ. 2478
 - 1.17 อาคารจัดจันทวัตถุกีฬาหรือการแสดง
 - 1.18 สนามเด็กเล่น
 - 1.19 สถานรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน
 - 1.20 โรงเรียนสถานศึกษา หรือสถาบันการศึกษาที่ต่ำกว่าระดับอุดมศึกษา
 - 1.21 ศาสนสถานหรือสถานที่ประกอบกิจในนิกายหรือศาสนาต่าง ๆ เฉพาะบริเวณที่ประกอบศาสนกิจ
- ให้สถานที่สาธารณะตามวรรคหนึ่งเป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่ทั้งหมด
2. ให้สถานที่สาธารณะต่อไปนี้เฉพาะที่มีเครื่องปรับอากาศ
 - 2.1 สถานที่จัดแสดงศิลปวัฒนธรรม พิพิธภัณฑ์สถาน หอศิลป์
 - 2.2 ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า สถานที่แสดงสินค้าหรือนิทรรศการ
 - 2.3 ร้านตัดผม ร้านตัดเสื้อ สถานเสริมความงาม
 - 2.4 สถานที่บริการคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต ตู้เกมส์ หรือ ตู้คาราโอเกะ
 - 2.5 บริเวณโรงพักคอยของโรงแรม รีสอร์ท หอพัก ห้องเช่า อาคารชุด คอนโดมิเนียม คอร์ท หรืออพาทเมนต์
 - 2.6 สถานที่จำหน่ายอาหาร เครื่องดื่ม อาหารและเครื่องดื่ม หรือสถานที่จัดเลี้ยง

3. ให้สถานที่ดังต่อไปนี้เป็นสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่โดยกำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมดแต่มีข้อยกเว้นบางประการ

- 3.1 สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ และ หน่วยงานอื่นๆของรัฐ
- 3.2 สถานที่ทำงานเอกชลเฉพาะที่มีระบบปรับอากาศ
- 3.3 สถานีขนส่งผู้โดยสารทุกประเภทรวมถึงท่าอากาศยาน ท่าเรือโดยสาร
- 3.4 สถานที่ให้บริการน้ำมันเชื้อเพลิง แก๊สเชื้อเพลิง
- 3.5 มหาวิทยาลัยหรือสถานศึกษาหรือสถาบันการศึกษาตั้งแต่ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป
- 3.6 อุทยานหรือศูนย์การเรียนรู้ สถานฝึกอาชีพ สถานกวดวิชา สถานที่สอนภาษา
- สอนดนตรี – ขับร้อง สอนการแสดง สอนศิลปะ สอนกีฬา สอนศิลปะป้องกันตัวและอื่น ๆ
- 3.7 ธนาคาร สถาบันการเงิน
- 3.8 ศาสนสถาน หรือสถานที่ประกอบศาสนกิจในนิกายหรือศาสนาต่าง ๆ ในส่วนอื่นทั้งหมด นอกเหนือจากบริเวณที่ประกอบศาสนกิจ
- 3.9 สถานที่ออกกำลังกายกลางแจ้งหรือสนามกีฬา
- 3.10 สวนสาธารณะ สวนสัตว์ หรือ สวนพฤกษศาสตร์
- 3.11 โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลทั้งคนและสัตว์ประเภทที่รับการรักษาไว้ค้างคืน
- 3.12 สถานที่สาธารณะในส่วนที่อยู่นอกเหนือสถานที่ปรับอากาศ

ให้สถานที่สาธารณะตามวรรคหนึ่งขณะทำการให้หรือให้บริการเป็นเขตปลอดบุหรี่เว้นแต่บริเวณห้องพักส่วนตัว หรือห้องทำงานส่วนตัวของผู้ปฏิบัติงานในสถานที่สาธารณะนั้น บริเวณพื้นที่สูบบุหรี่ ให้สถานที่ที่ไม่ได้ระบุว่าอาคารให้ถือรวมสถานที่ใช้ประกอบภารกิจนั้น ๆ โดยจะมีรั้วหรือไม่ก็ตาม หากสถานที่ใดไม่ได้กำหนดขอบเขตไว้ชัดเจนให้ถือพฤติกรรมสูบบุหรี่บกรบวณผู้อื่นหรือไม่ โดยจะถือที่การบกรบวณเป็นหลัก

โดยสรุปพบว่าถึงแม้ประเทศไทยเริ่มมีมติเกี่ยวกับข้อบัญญัติเกี่ยวกับบุหรี่และสุขภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517 แต่ก็ยังขาดการควบคุมบังคับใช้ที่เข้มงวดและมีประสิทธิภาพที่เพียงพอรวมทั้งยังขาดความร่วมมือจากประชาชน จนกระทั่ง ปี พ.ศ. 2535 จึงมีการออกพระราชบัญญัติต่าง ๆ และมีการปรับปรุงเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน โดยมีมาตรการต่าง ๆ ที่เข้มงวดและเป็นที่ยอมรับ เช่น มีการระบุฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ และให้พิมพ์รูปฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ รวมทั้งมีการจำกัดสถานที่ของผู้สูบบุหรี่เพื่อคุ้มครองสุขภาพผู้สูบบุหรี่ ในสถานที่ต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงศาสนสถานด้วย

ส่วนที่ 2 การสูบบุหรี่ในพระสงฆ์

ประเทศไทยเป็นสังคมที่มีการปกครองระบอบประชาธิปไตย และศาสนาพุทธมีบทบาทสำคัญอย่างมากในสังคมไทย โดยร้อยละ 90 ของคนไทยนับถือศาสนาพุทธ พระพุทธศาสนากับชนชาติไทยมีความสัมพันธ์แนบแน่นเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันทั้งในทางประวัติศาสตร์และวัฒนธรรม โดย “วัด” เป็นศาสนสถานในพุทธศาสนาที่เป็นศูนย์รวมจิตใจ ศูนย์รวมกิจกรรมของสมาชิกในชุมชนมาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน วัดและกิจกรรมของวัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบท ยังสามารถรักษาศรัทธาความเชื่อของผู้คนไว้ได้อย่างแน่นแฟ้น จากที่วัดเป็นศูนย์กลางของของสังคมทำให้พระสงฆ์เป็นผู้นำไปโดยปริยาย พระสงฆ์นั้นนับว่ามีความสำคัญใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชนมากที่สุดได้รับความศรัทธาจาก ดังนั้นพระสงฆ์จึงควรมีบทบาทเป็นผู้นำและเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ประชาชน ดังเช่นคำกล่าวที่ว่า “วิถีชีวิตของพระสงฆ์ที่แท้นั้น ย่อมมีอิทธิพลไปถึงวิถีชีวิตของฆราวาส” (ส.ศิริรักษ์, 2547) หากพระสงฆ์มีพฤติกรรมทางสุภาพที่ดีแล้ว ฆราวาสก็จะมีพฤติกรรมสุภาพที่ดีด้วย รวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีแก่พุทธบริษัททุกเพศและทุกวัย

อย่างไรก็ตามจากการศึกษากลับพบว่าพระสงฆ์มีอัตราการสูบบุหรี่สูง อาทิเช่นจากการสำรวจของวรรณิกา วงศ์ไกรศรีทอง (2528) ที่ทำการศึกษาศาสนาพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานครจำนวน 603 รูป โดยสุ่มมาจากวัดในเขตชั้นในและชั้นนอกของกรุงเทพมหานคร จำนวน 24 วัด พบว่าจำนวนพระสงฆ์ที่สูบบุหรี่ มีถึงร้อยละ 53.6 ซึ่งส่วนใหญ่ เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อ่อนบวชในกลุ่มผู้ที่เริ่มสูบบุหรี่ในระหว่างที่บวชเป็นพระอยู่นั้น พบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการทำวัตรสวดมนต์ประจำคือ หากทำวัตรเป็นประจำ ก็จะมีอัตราสูบบุหรี่น้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา ศรีนวล (2536) ในการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในจังหวัดราชบุรีจำนวน 266 รูป จำนวน 25 วัด พบว่าพระสงฆ์มีอัตราการสูบบุหรี่ไม่ต่างจากรายงานข้างต้นคือ ร้อยละ 53.4 โดยร้อยละ 97 เริ่มสูบก่อนบวชเป็นพระสงฆ์ และบุหรี่ที่นำมาสูบส่วนใหญ่ได้จากการซื้อ คิดเป็นร้อยละ 97.9 รองลงมาคือ มีผู้นำมาถวาย คิดเป็นร้อยละ 75.4

จากการศึกษาของสรายุทธ นามเมือง (2546) โดยศึกษาในพระสงฆ์และสามเณรอาพาธ ที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 320 รูป พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 41 ถึง 60 ปี มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลางคือ สูบบุหรี่ 10 ถึง 19 มวนต่อวัน ส่วนใหญ่เคยเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จก่อนที่จะหวนกลับมาสูบซ้ำ หลังจากนั้นได้มีการศึกษาภาพรวมทั้งประเทศโดย จากการศึกษานวนวรัตน์ เจริญคำ (2547) โดยศึกษาในพระสงฆ์จำนวน 6,213 รูป ในระหว่างเข้าพรรษา พบว่าพระสงฆ์สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 24.4 โดยร้อยละ 91 เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่อก่อนบวช เมื่ออายุเฉลี่ยประมาณ 19 ปี การสูบบุหรี่ของพระสงฆ์มีความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาคคือ ภาคที่มีอัตราความชุกค่อนข้างสูงได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และ

กรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 40.5, 40.2, 33.5 และ 29.7 ตามลำดับโดยพระสงฆ์ ร้อยละ 95 ชื่อบุรีเอง

จากการศึกษาล่าสุดของอรรณ ชาศรีสกุล (2550) โดยศึกษาสภาพวัดปลอดบุหรี่ของ จังหวัดราชบุรี และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับระดับสภาพวัดปลอดบุหรี่ เพื่อนำข้อมูลไปดำเนินงานวัดปลอดบุหรี่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดย ศึกษาในวัดจังหวัดราชบุรีจำนวน 387 วัด คิดเป็น ร้อยละ 94.85 ของจำนวนวัดทั้งหมด จากการศึกษพบว่า เจ้าอาวาสส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 41-60 ปี มีจำนวนพรรษา 21-40 พรรษามีอัตราการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ ลูกศิษย์ฆราวาสที่พักอาศัยอยู่ในวัด สามเณรและอุบาสิกา ร้อยละ 40.20, 17.20, 6.63 และ 1.23 ตามลำดับ

นอกจากนี้การสำรวจข้อมูลของโรงพยาบาลสงฆ์ (มูลนิธิกรรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, ม.ป.ป.) พบว่า สถิติโรคของพระสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสงฆ์สิบอันดับแรก มีถึง 5 อันดับ ที่เป็นผลจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ โรคถุงลมโป่งพอง โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคปอดเสื่อมเรื้อรัง วัณโรคปอด และโรคเส้นเลือดสมองตีบตันส่วนสถิติโรคที่เป็นสาเหตุการมรณภาพของ พระสงฆ์สิบอันดับแรกมีถึง 6 อันดับที่เป็นผลจากการสูบบุหรี่ คือโรคมะเร็งปอด โรคถุงลมโป่งพอง และโรคที่การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญ คือ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ วัณโรคปอด มะเร็งหลอดอาหาร เส้นเลือดสมองตีบตัน นอกจากนั้น การวิจัยยังระบุว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีประวัติสูบบุหรี่ จะมี อัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 5 เท่าโดยในจำนวนพระสงฆ์ที่มรณภาพ ที่โรงพยาบาลสงฆ์ ในปี พ.ศ. 2546 ร้อยละ 37 มีสาเหตุจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่โดยตรง คือ มะเร็งปอด และถุงลมโป่งพอง และร้อยละ 22 เสียชีวิตจากโรคที่การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญ นั่นคือ 1 ใน 3 ของพระสงฆ์ที่มรณภาพเป็นผลมาจากการสูบบุหรี่โดยตรง และ 1 ใน 5 เป็นผลจาก โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญ จากรายงานดังกล่าวจะพบว่า บุหรี่เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้พระสงฆ์เกิดโรคเรื้อรัง และเสียชีวิตมากที่สุด

“พระธรรมโกศาจารย์ หรือหลวงพ่อดุญญา นันทะภิกขุ เจ้าอาวาสวัดชลประทาน รังสฤษฎ์ ได้กล่าวให้โอวาทเนื่องในวันเข้าพรรษาว่า ผู้มาบวชเป็นพระสงฆ์ควรเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับประชาชนด้วยการไม่สูบบุหรี่ เพราะศีลข้อ 5 มีคำสอนว่า “สุรา เมระยะ มัชชะ ปมา ทฐณนา เวมณี สิกขา ปทัง สมานิ ยามิ” ซึ่งแปลได้ว่า ข้าพเจ้าทั้งหลายรับข้อปฏิบัติในการงดเว้นจากการ ไม่ดื่มสุรา เมรัย และสิ่งเสพติด ซึ่งหมายรวมถึงบุหรี่ด้วย ดังนั้น ชาวบ้านไม่ควรเอาบุหรี่ไป ถวายพระ เพราะเป็นการทำให้พระเป็นโรคมะเร็ง ที่สำคัญถ้าเข้าวัดต้องไม่สูบบุหรี่” (รณรงค์ให้ วัดทั่วประเทศประกาศเป็นเขตปลอดบุหรี่, 2547) จากคำกล่าวข้างต้นจะพบว่า บุหรี่นั้นรวมอยู่ใน ศีล 5 ด้วย ซึ่งหมายความว่าพระสงฆ์ที่สูบบุหรี่นั้นได้ทำผิดศีลข้อ 5 นี้ด้วย นอกจากนี้วัดยังเป็น สถานที่ทางศาสนาโดยตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 17 เรื่องการกำหนดสถานที่

สาธารณะให้เป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่ ฉบับล่าสุดที่มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2549 ได้ประกาศพื้นที่ปลอดบุหรี่ 100 เปอร์เซ็นต์ จำนวน 21 ประเภท ซึ่งรวมถึงวัด ศาสนสถาน หรือสถานที่ประกอบศาสนกิจในนิคมหรือศาสนาอื่น ๆ เฉพาะบริเวณประกอบศาสนกิจ เช่น โบสถ์ มัสยิด และศาลาการเปรียญ เป็นเขตห้ามสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด ส่วนนอกบริเวณที่ประกอบศาสนพิธี ในภาพรวมก็กำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ แต่สามารถจัดเขตสำหรับสูบบุหรี่เป็นการเฉพาะได้ตามเงื่อนไขและมาตรฐานที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด เช่น ไม่อยู่บริเวณทางเข้าออก บริเวณที่รบกวนผู้อื่น และบริเวณที่เห็นเด่นชัด เป็นต้น แต่จากการศึกษาของมูลนิธิการณรงค์เพื่อไม่สูบบุหรี่ (เนาวรัตน์ เจริญค้า, 2546) พบว่าพระภิกษุและสามเณรเพียงร้อยละ 32.5 เท่านั้นที่ทราบว่ามีกฎหมายนี้โดยเมื่อสอบถามถึงสถานที่ที่พระสูบบุหรี่ ร้อยละ 51.6 บอกว่าสูบบุหรี่ ร้อยละ 41.3 บอกว่าสูบบุหรี่ในเขตวัดสอดคล้องกับการศึกษาของอรรถพร ชาศรีสกุล (2550) ที่พบว่าวัดในจังหวัดราชบุรีมีสภาพการดำเนินงานวัดปลอดบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสภาพวัดปลอดบุหรี่ได้แก่จำนวนพระภิกษุ ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรมของเจ้าอาวาส ส่วนบริเวณที่พบพระสงฆ์สูบบุหรี่มากที่สุดคือ บริเวณกุฏิพระสงฆ์ทั้งในห้องและหน้าห้อง จำนวนพื้นที่ในวัดที่พระสงฆ์และประชาชนที่เข้ามาในวัดมีโอกาสสัมผัสสูบบุหรี่มือสอง ได้แก่ บริเวณใต้ต้นไม้ ที่นั่งพักผ่อนบริเวณวัด บริเวณโรงครัว บริเวณลานวัด ในบริเวณศาลา หอฉันท์ ในห้องน้ำ บริเวณศาลากุฏิและบริเวณที่จัดไว้ให้สูบบุหรี่ตามลำดับ

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าพระสงฆ์มีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงทั้งที่สถานะทางสังคมแล้วพระสงฆ์ควรเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ประชาชนในสังคม รวมทั้งการสูบบุหรี่ยังถือว่าเป็นการผิดศีลด้วย แต่กลับพบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่มาตั้งแต่ก่อนบวชและสูบต่อเนื่องมาจนถึงในปัจจุบันที่ครองเพศบรรพชิตอยู่ โดยได้บุหรี่มาจากซื้อเองและมีผู้อื่นนำมาถวายให้ ซึ่งการสูบบุหรี่ดังกล่าวก่อให้เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าในสังคม

ส่วนที่ 3 ทฤษฎี PRECEDE – PROCEED Model

PRECEDE Model เป็นทฤษฎีด้านพฤติกรรม พัฒนาโดย ลอเรนซ์ กรีน (Lawrence W. Green) ในปี ค.ศ. 1968-1974 มีวัตถุประสงค์เพื่อนำมาใช้ ในการประเมินผลโครงการงาน สุขศึกษาต่าง ๆ เนื่องจากในระยะนี้งานด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาให้เจริญก้าวหน้ามาก แต่ยังขาดความชัดเจนในเรื่องขอบเขตของงาน วิธีการ ขั้นตอนในการดำเนินการวางแผน และการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพต่อมา กรีน และผู้ร่วมงานในมหาวิทยาลัย จอห์น ฮอปกินส์ (John Hopkins University) ได้พัฒนา PRECEDE สำหรับนำมาใช้ในการวินิจฉัย และประเมินผล

โครงการศึกษาและโครงการส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ ซึ่งแนวคิดนี้ได้ให้ความสำคัญต่อปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม และได้เสนอกระบวนการวิเคราะห์โดยเริ่มจาก เป้าหมายและสภาพการณ์ของปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่ย้อนกลับไปยังสาเหตุว่าเป็นเพราะปัจจัยใดบ้าง หลังจากนั้นในปี ค.ศ. 1980 กรีน ได้ร่วมกับ มาร์เชลล์ ครูเตอร์ (Marshall Krueter) พัฒนา PROCEED เพิ่มขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพที่เพิ่มไปจากงานศึกษาดังเดิมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การวินิจฉัยด้านการบริหารเป็นขั้นตอนท้ายสุดของ PRECEDE ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีวิสัยทัศน์กว้างไกล นอกจากกิจกรรมทางการศึกษาหรือสุขภาพแล้วยังสามารถก้าวไปถึงความจำเป็นเกี่ยวกับการปฏิบัติการทางการเมือง การจัดการ และเศรษฐกิจซึ่งมีผลต่อระบบสังคม สิ่งแวดล้อม จนถึงกระบวนการดำเนินชีวิตที่มีสุข (Healthful Lifestyles) และจะทำให้มีความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และสังคมมากยิ่งขึ้น หลังจากนั้นได้มีการพัฒนาปรับปรุง PRECEED-PROCEDE Model ต่อมาเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะสามารถอธิบายพฤติกรรมทางสุขภาพได้อย่างกระชับและสมบูรณ์มากขึ้น

แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model ประกอบด้วยส่วนประกอบสองส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnostic Phase) เรียกว่า PRECEDE (Predisposing Enabling and Reinforcing Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) และส่วนที่สองเป็นระยะของการพัฒนาแผน ซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อนจึงจะวางแผนและนำไปสู่การดำเนินงานและประเมินผล ส่วนนี้เรียก PROCEED (Policy, Regulatory, and Organization Constructs in Education and Environmental Development) (Green & Kreuter, 2005)

โดยแบ่งเป็นรายละเอียดขั้นตอนที่เริ่มต้นจากเป้าหมายสุดท้ายที่ต้องการให้เกิดขึ้น ซึ่งตามทฤษฎี คือคุณภาพชีวิต หรือ การมีสุขภาพที่ดี มีขั้นตอนพื้นฐานในการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่การประเมินทางสังคม การประเมินทางระบาดวิทยา, พฤติกรรม, สภาพแวดล้อม การวิเคราะห์ทางการศึกษาและสิ่งแวดล้อม การวิเคราะห์ทางการบริหาร นโยบาย และการปรับกำหนดแนวทาง การปฏิบัติงานตามแผน และการประเมินผล ซึ่งจะกล่าวโดยสรุปดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินทางสังคม (Phase 1: Social Assessment) เป็นการพิจารณาและประเมิน “คุณภาพชีวิต” ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนแรกของการประเมินโดยการประเมินสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือ ตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วย นักเรียน กลุ่มคนวัยทำงาน เป็นต้น โดยสิ่งที่ประเมินได้จะต้องเป็นตัวชี้วัด และเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนั้น

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินทางระบาดวิทยา (Phase 2: Epidemiological Assessment)

เป็นการประเมินว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้าง ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้จะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคม หรือ ได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคม ในขณะที่เดียวกันปัญหาสุขภาพก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน รวมทั้ง เรื่องเกี่ยวกับพันธุกรรม ซึ่งถึงแม้ว่ายังไม่มีข้อมูลยืนยันชัดเจนว่าพันธุกรรมมีผลต่อภาวะสุขภาพอย่างไรบ้างก็ตาม ข้อมูลทางระบาดวิทยาจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรคและปัญหาสุขภาพตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและการกระจายของโรค การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาจะช่วยให้สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพได้อย่างเหมาะสมต่อไป

นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางสุขภาพและองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นองค์ประกอบภายนอกตัวบุคคลซึ่งไม่สามารถควบคุมโดยใช้ตัวเองได้แต่เป็นสิ่งที่ช่วยปรับเปลี่ยนสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคลหรือบุคคลอื่น อิทธิพลต่อองค์ประกอบเหล่านี้ต่อพฤติกรรมมนุษย์โดยชี้ให้เห็นว่าแผนงาน โครงการนี้นั้นเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนบุคคลเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องและยังไม่สมบูรณ์จำเป็นต้องพิจารณาสิ่งผลักดันต่าง ๆ ในสังคมที่จะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพด้วย ซึ่งสิ่งผลักดันเหล่านี้อาจเป็นระดับประเทศระดับภาคระดับชุมชนหรือองค์กรที่เล็กลงมาก็ได้

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินทางการศึกษา และสิ่งแวดล้อม (Phase 3: Educational and Ecological Assessment) ในขั้นตอนนี้ เป็นการประเมินเพื่อหาปัจจัยต่าง ๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในบุคคลและภายนอกบุคคล เพื่อนำข้อมูลมาแก้ไขปัญหา ประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัยได้แก่ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริม

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factor) หมายถึงปัจจัยพื้นฐานที่เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่ติดตัวมาซึ่งก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคลที่ได้มาจากประสบการณ์การเรียนรู้ (Education Experience) ซึ่งมีผลทั้งการสนับสนุนและยับยั้งการแสดงพฤติกรรมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล อาทิเช่น ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึง สภาพทางสังคม-เศรษฐกิจ (Social-economic Status) อายุ เพศ ระดับการศึกษา และ ขนาดของครอบครัว เป็นต้น

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากร หรือ สิ่งแวดล้อมที่จำเป็นที่เกื้อกูลในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ อาทิเช่น ราคาของบริการ ระยะทาง เวลาที่ใช้ สิ่งสำคัญคือ การหาง่าย (Availability) และความสามารถที่จะเข้าถึง (Accessibility) แหล่งทรัพยากร รวมทั้งทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรม และกฎหมายก็ถือว่าเป็นปัจจัยเอื้อ เช่นกัน

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติ หรือ พฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริม จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัญหาในแต่ละเรื่อง เช่น การดำเนินงานสุขภาพในโรงเรียนหรือ สถานศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นนักเรียน ปัจจัยเสริมที่สำคัญ ได้แก่ เพื่อนนักเรียน ครู อาจารย์ หรือบุคคลในครอบครัว เป็นต้น ปัจจัยเสริม อาจเป็นการกระตุ้นเตือน การให้รางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การเอาเป็นแบบอย่าง การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจ เป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจาก บุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง และอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรม ของบุคคลและสถานการณ์โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้

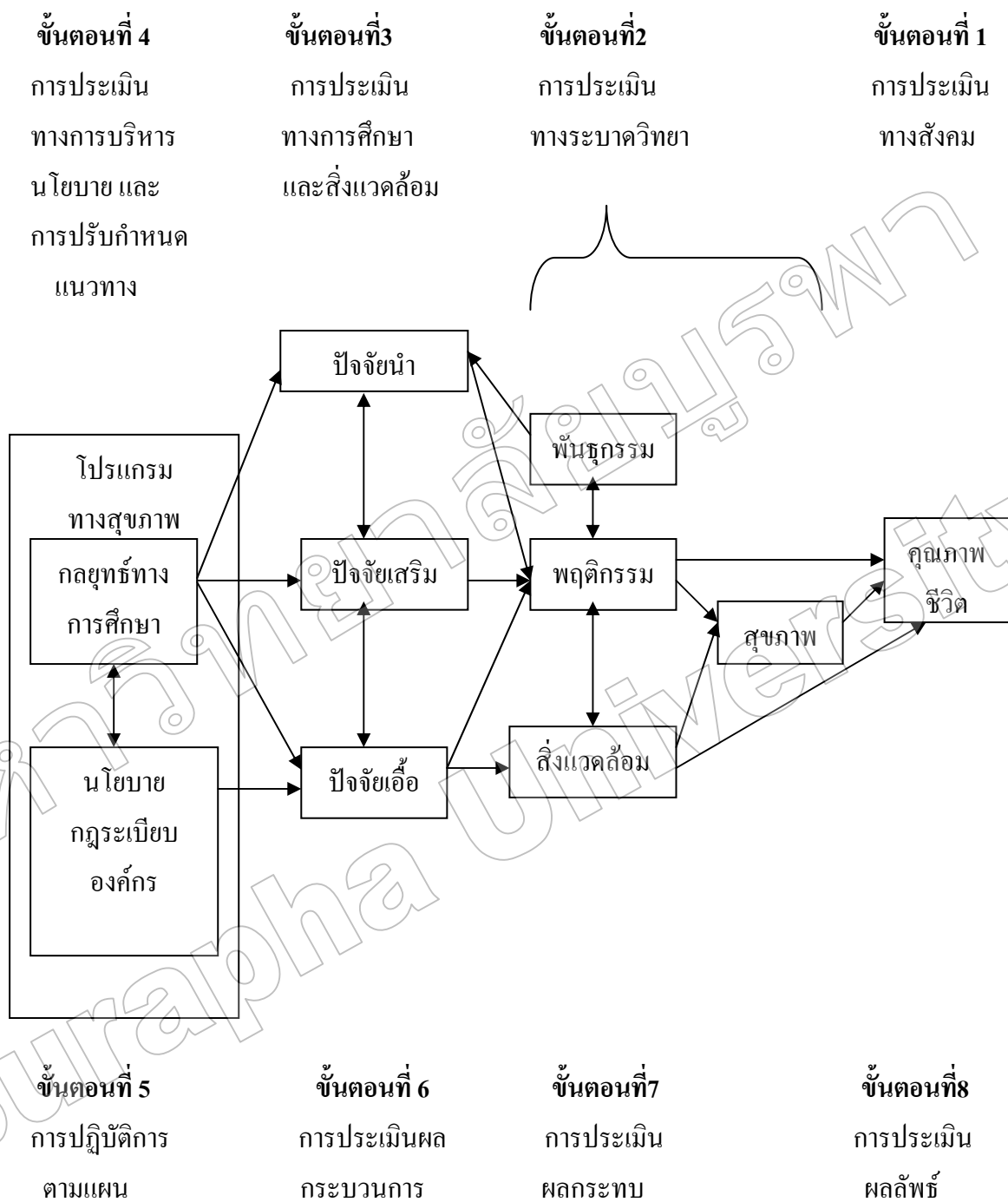
ขั้นตอนที่ 4 การประเมินทางการบริหาร นโยบาย และการปรับกำหนดแนวทาง

(Phase 4: Administrative Policy Assessment and Intervention Alignment) ขั้นนี้เป็นการ ประเมินความสามารถและทรัพยากรขององค์กรรวมทั้งด้านการบริหารเพื่อนำไปสู่การสร้าง แผนงานและดำเนินงานตามแผน อาจจะพบว่ามีความหลายประการที่ขัดขวางการวางแผนและ ดำเนินงาน เช่นการจำกัดของทรัพยากร การขาดนโยบาย หรือ นโยบายไม่เหมาะสม ปัญหาด้าน เวลา เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้ อาจจะแก้ไขได้โดยการร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานส่วน ท้องถิ่นหรือหน่วยงานระดับสูงขึ้นไปนอกจากนี้ ในขั้นนี้จะเกี่ยวข้องกับการกำหนดกลยุทธ์และ วิธีการต่าง ๆ ที่เหมาะสมโดยพิจารณาถึงสถานที่ที่จะมีโครงการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ชุมชน สถานที่ประกอบการ โรงงาน โรงเรียน คลินิกสุขภาพ หรือสถานบริการสุขภาพ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 5 การปฏิบัติงานตามแผน (Phase 5: Implementation) เป็นการดำเนินงาน ตามกลวิธี วิธีการและกิจกรรม โดยระบุผู้รับผิดชอบแต่ละเรื่องและประเด็นที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 6, 7, 8 การประเมินผล (Phase 6, 7, 8: Evaluation) ขั้นตอนนี้จะปรากฏอยู่ใน ทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน โดยทั้งนี้ ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมิน และดัชนีชี้ วัดไว้อย่างชัดเจนแล้ว การประเมินผลจะประกอบด้วย การประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมิน โปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน การประเมินผลกระทบของโครงการ และท้ายสุด คือ การประเมิน ผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งการประเมินในขั้นตอนนี้จะเป็นการ ดำเนินงานระยะ

ขั้นตอนต่าง ๆ ของทฤษฎี PRECEDE-PROCEED สามารถนำมาสรุปได้ดังภาพที่ 2-2



ภาพที่ 2-2 PRECEDE - PROCEED Model (Green & Kreuter, 2005)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์เป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อน โดยจากการทบทวนวรรณกรรมและผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพฤติกรรมต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งสามารถแบ่งเป็นกลุ่มปัจจัยตามแนวคิดทฤษฎี PRECEDE-PROCEED ได้ดังต่อไปนี้

ปัจจัยนำ

1. อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึนึกคิด อายุจะเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะและความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมภาวะจิตใจ และการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนของบุคคลซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงในวัยสูงอายุ (นันทนา ชำกลิ่นหอม, 2547 อ้างอิงจาก Orem, 1991) นอกจากนี้อายุยังเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง นิสัยการเรียนรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจ และการตัดสินใจ บุคคลที่มีอายุต่างกันจะมีพฤติกรรมในการตอบสนองเพื่อเผชิญปัญหาแตกต่างกัน จากการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ของวรรณิกา วงศ์ไกรศรีทอง (2528) พบว่าพระสงฆ์ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีอายุในช่วงอายุ 35 ปี ถึง 39 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเนาวรัตน์ เจริญคำ (2547) พบว่า พระสงฆ์ในช่วงอายุ 45 ถึง 65 ปีมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงที่สุดและพบว่า อายุของพระสงฆ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของกัญจนา ศรีนวล (2536) ซึ่งพบว่าพระสงฆ์ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 ถึง 40 ปี โดยเฉลี่ยอายุ 39 ปี แต่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติ และการศึกษาของสรายุทธ นามเมือง (2546) พบว่าพระสงฆ์ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 41 ถึง 60 ปี และพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นกัน อย่างไรก็ตามการศึกษาในกลุ่มประชากรอื่น ๆ ส่วนใหญ่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เช่น การศึกษาของสมชัย ชื่นตา (2528) ในกลุ่มนักเรียนชายระดับต่ำกว่าอุดมศึกษา การศึกษาของอรทัย ลิ้มตระกูล (2534) ในนักศึกษาระดับอุดมศึกษา การศึกษาของจิรพร สร้อยสุวรรณ (2540) ในนักเรียนชายในสถาบันราชภัฏในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การศึกษาของบุญศรี พรหมมาพันธุ์, กิตติพงษ์ วงศ์สุนทร และเพ็ญศรี แสงประเสริฐ (2542) ในผู้ป่วยในของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน และการศึกษาของประภาพร โพธิ์ทอง (2551) ในของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์นไป่เทคนิก กรุงเทพมหานคร โดยศึกษาในระดับ ปวช. 1-ปวช. 3 จะเห็นได้ว่าอายุเป็นปัจจัยที่สำคัญแต่อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาที่ผ่านมายังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงนำอายุมาเป็นตัวแปรหนึ่งในการศึกษาเพื่อหาข้อสรุปต่อไป

2. ระยะเวลาในการบวช นับตั้งแต่ ได้รับอุปสมบทตามพระธรรมวินัย และระเบียบแบบแผนตามประเพณีของคณะสงฆ์ไทยตามกฎหมายเถรสมาคม โดยมีอายุไม่ต่ำกว่า 20 ปี จนถึงปัจจุบัน ซึ่งเมื่อได้รับการบวชและครองเพศบรรพชิตเป็นระยะเวลานานก็จะมีความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง มีการควบคุมสติ ควบคุมอารมณ์มากขึ้น จากการศึกษาของ กัญจน ศรินวล (2536) พบว่าพระสงฆ์มีระยะเวลาที่บวชเฉลี่ย 8 ปี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือนิยมน้ำสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับ เนาวัฒน์ เจริญคำ (2547) พบว่า พระสงฆ์ที่บวชนาน 15 พรรษาขึ้นไปมีการสูบบุหรี่มากที่สุดถึง ร้อยละ 35.5 รองลงมาจำนวนพรรษาระหว่าง 5-14 พรรษา ร้อยละ 27.7 และน้อยที่สุดคือพระสงฆ์ที่บวชไม่นานระหว่าง 1-4 พรรษา ร้อยละ 19.8 แต่สำหรับพระสงฆ์ในเขตกรุงเทพมหานครแบบแผนการสูบบุหรี่กับมีทิศทางตรงข้ามกับภาคอื่น ๆ คือพระสงฆ์ที่มีจำนวนพรรษาน้อยมีการสูบบุหรี่มากที่สุดร้อยละ 37.5 ส่วนพระสงฆ์ที่บวชมานานตั้งแต่ 15 พรรษาขึ้นไปมีการสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 16.7 นอกจากนี้พบว่าพระสงฆ์ที่มีจำนวนพรรษาน้อยของ 3 ภาค ได้แก่ ภาคกลาง กรุงเทพมหานคร และ ภาคใต้มีส่วนการสูบบุหรี่มากที่สุดร้อยละ 40.1 , 37.5 และ 35.9 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามภาคเหนือยังคงเป็นภาคที่พระสงฆ์มีส่วนในการสูบบุหรี่ที่ต่ำที่สุดในทุกกลุ่มจำนวนพรรษา และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนพรรษาและพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของสรายุทธ นามเมือง (2546) ยังพบว่าระยะเวลาบวชมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์กล่าวคือพระสงฆ์ที่มีระยะเวลาบวชน้อยจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูง จากผลการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมามองเห็นได้ว่าระยะเวลาบวชมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างชัดเจน

3. ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสแสวงหาความรู้การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) จากการศึกษาของกัญจน ศรินวล (2536) พระภิกษุในจังหวัดราชบุรีส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่สอดคล้องกับการศึกษาของเนาวัฒน์ เจริญคำ (2547) ที่พบว่าพระภิกษุและสามเณรส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับ ปวช. ปวส. และมีสัดส่วนการสูบบุหรี่มากที่สุดร้อยละ 32.4 และพบว่าระดับการศึกษาทางโลกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่มีเพียงการศึกษาของ สรายุทธ นามเมือง (2546) ที่พบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและพบว่าระดับการศึกษาทางโลกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน จะเห็นได้ว่าระดับการศึกษาทางโลกเป็นปัจจัยที่สำคัญแต่อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาที่ผ่านมายังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่า

ระดับการศึกษาทางโลกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงนำระดับการศึกษาทางโลกมาเป็นตัวแปรหนึ่งในการศึกษาเพื่อหาข้อสรุปต่อไป

4. ระดับการศึกษาทางธรรม การศึกษาทางธรรมเป็นการศึกษาพระปริยัติธรรมแผนกธรรม เป็นการเรียนพระปริยัติธรรมขั้นพื้นฐานและขั้นกลางเช่นเดียวกับการศึกษา ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา เป็นการเรียนพระธรรมวินัยที่นักปราชญ์ได้แปลจากภาษาบาลีเป็นภาษาไทยแล้ว โดยแบ่งการเรียนเป็น 3 ชั้น คือ ชั้นตรี ชั้นโท และชั้นเอก (พระมหาไชยา ชยสิทธิ, 2546) โดยพระสงฆ์ที่มีการศึกษาทางธรรมจะสามารถคิดแบบมีเหตุผลอย่างมีวิจารณญาณ วิเคราะห์ วินัยที่พึงปฏิบัติได้ ดังเช่น ศีลข้อ 5 ที่กล่าวว่า “สุรา เมระยะ มัชชะ ปมาทัธฐานา เวรมณี สิกขา ปทัง สมาธิยามิ” ซึ่งแปลได้ว่าข้าพเจ้าทั้งหลายรับข้อปฏิบัติในการงดเว้นจากการไม่ดื่มสุรา เมรัย และสิ่งเสพติดซึ่งหมายรวมถึงบุหรี่ด้วย ดังนั้นพระสงฆ์ที่มีระดับการศึกษาทางธรรมที่สูงก็จะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา ศรีนวล (2536) พบว่าพระสงฆ์กลุ่มที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่อ่านพระคัมภีร์แต่กลุ่มไม่สูบบุหรี่มีการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา เมื่อมีความสัมพันธ์พบว่าระดับการศึกษาทางธรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเนาวรัตน์ เจริญคำ (2546) พบว่าการศึกษาทางธรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์และสามเณรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าระดับการศึกษาทางธรรมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญและมีผลสอดคล้องเช่นเดียวกับระดับการศึกษาทางโลก ดังนั้นการศึกษานี้จึงนำระดับการศึกษาทางธรรมมาเป็นตัวแปรหนึ่งในการศึกษาเพื่อหาข้อสรุปต่อไป

5. รายได้ต่อเดือน เป็นการแสดงถึงฐานะทางเศรษฐกิจซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลเป็นอย่างยิ่งผู้ที่มียาได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้บรรลุถึงการดูแลตนเองได้ตามความต้องการ ดังนั้นบุคคลที่มีรายได้สูงและมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ย่อมสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองโดยการซื้อบุหรี่ได้มากกว่านั่นเอง จากการศึกษาของสรายุทธ นามเมือง (2546) พบว่า พระสงฆ์ สามเณรที่อาพาธที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์ส่วนใหญ่มีรายได้จากกิจนิมนต์เฉลี่ยเดือนละ 1,000-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.13 และพบว่ารายได้จากกิจนิมนต์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ จากการศึกษาในกลุ่มประชากรอื่นส่วนใหญ่พบว่ารายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างชัดเจน อาทิเช่นการศึกษาของสมชัย ชื่นตา (2528) ทรัพย์ ลิมตระกูล (2534) จีรพร สร้อยสุวรรณ (2540) ยุวลักษณ์ ชันอาสา (2541) ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและประกาศนียบัตรวิชาชีพกรุงเทพมหานคร บุญศรี พรหมมาพันธุ์ และคณะ (2542) และการศึกษาของ กิตติพงษ์ ทองเหลือ (2551) ในนักเรียนชายระดับอาชีวศึกษา

รายได้อื่นๆของพระสงฆ์จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าสนใจและถูกนำมาศึกษาในครั้งนี้

6. ความรู้เกี่ยวกับบุหรี ความรู้เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เนื่องจากการที่บุคคลมีความรู้ในเรื่องสุขภาพอนามัยที่ดี และถูกต้อง ย่อมมีแนวโน้มว่าบุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมหรือสามารถนำไปสู่การปฏิบัติตัวในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องด้วยเช่นกัน โดยบุคคลที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่หรือไม่มี พฤติกรรมการสูบบุหรี่ย่อมมี ความรู้เกี่ยวกับบุหรี สารในบุหรี และ พิษภัยของบุหรีที่แตกต่างกัน โดยบุคคลที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ย่อมมีความรู้เกี่ยวกับบุหรีน้อยกว่าบุคคลที่ไม่มีพฤติกรรม ดังกล่าว จากการศึกษาของวรรณิกา วงศ์ไกรศรีทอง (2528) พบว่าความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของ พระสงฆ์ที่สูบบุหรี่และพระสงฆ์ที่ไม่สูบบุหรี่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา ศรีนวล (2536) ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างพระสงฆ์ กลุ่มที่สูบบุหรี่กับพระสงฆ์กลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก ผลการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมามองเห็นได้ว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างชัดเจนจึงนำมาศึกษาในครั้งนี้

7. การรับรู้ความสามารถตนเองในการไม่สูบบุหรี่ การที่บุคคลเชื่อหรือคาดหวังใน ความสามารถของตนเองที่จะกระทำการหนึ่งสิ่งใด โดยที่ทราบว่าจะต้องทำอะไร และ เมื่อทำแล้วจะ ได้รับผลอย่างไร จะส่งผลให้บุคคลนั้น ๆ สามารถปฏิบัติได้ตามความคาดหวังนั้น ๆ (Bandura, 1977) ดังนั้นบุคคลที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ย่อมมีการรับรู้ในความสามารถตนเองต่างกัน โดยบุคคลที่ มั่นใจว่าตนเองสามารถหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ได้ย่อมมีโอกาสเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่น้อยกว่า จากการศึกษาของสุรายุทธ นามเมือง (2546) พบว่าผลคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถ ของตนเองระหว่างกลุ่มสูบบุหรี่และกลุ่มไม่สูบบุหรี่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มไม่สูบบุหรี่มีความคาดหวังความสามารถของตนเอง สูงกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาถึงตัวแปรในกลุ่มนี้ต่อ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์น้อยแต่มีการศึกษาในกลุ่มประชากรอื่น ๆ พบว่าการรับรู้ ความสามารถตนเองในการไม่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อาทิ เช่น การศึกษาของ อรณุช หงษาชาติ (2542) นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในเขตกรุงเทพมหานคร และอุษา ฤทธิธาดา (2549) ในทหารเกณฑ์กองประจำการ กรณีศึกษา ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า ดังนั้นในตัวแปรการรับรู้ความสามารถตนเองนี้จึงถูกนำมาศึกษาในครั้งนี้เพื่อให้เกิด ความรู้ความเข้าใจในพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์มากยิ่งขึ้น

8. ทักษะคิดเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ พฤติกรรมของบุคคลที่จะแสดงปฏิกิริยาต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งไม่ว่าจะเป็นในด้านบวกหรือด้านลบย่อมมีผลมาจากสภาพจิตใจ

ความรู้สึกนึกคิด ความสนใจและความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งรวมเรียกว่าบุคคลนั้นมีทัศนคติต่อสิ่งนั้น ๆ อย่างไร โดยทัศนคติเกี่ยวข้องกับสิ่งที่บุคคลคิด รู้สึก และ มีความต้องการที่จะปฏิบัติ จนนำไปสู่การปฏิบัติที่สมบูรณ์ได้ ดังนั้นบุคคลที่มีทัศนคติด้านลบต่อการสูบบุหรี่ก็จะมีพฤติกรรมดังกล่าว จากการศึกษาของกัญญา ศรีนวล (2536) พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นในการศึกษาในกลุ่มประชากรอื่นดังการศึกษาของรุ่งรัตน์ พรชัยวัฒนากร (2540) ที่ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นตอนปลายในมหาวิทยาลัยในภาครัฐและเอกชน การศึกษาของของอรณช หงษาชาติ (2542) และการศึกษาของสราวุธ ริยะกาส (2550) และการศึกษาของ กิติพงษ์ ทองเหลือ (2551) ในนักเรียนชายระดับอาชีวศึกษาจังหวัดสมุทรสงคราม ดังนั้นในตัวแปรทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จึงถูกนำมาศึกษาในครั้งนี้เพื่อเพิ่มความเข้าใจในพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์เพิ่มมากขึ้น

ปัจจัยเอื้อ

1. การเข้าถึงบุหรี่ บุหรี่ได้ง่ายของพระสงฆ์จากการได้รับการถวายบุหรี่จากฆราวาส การได้รับบุหรี่จากสมาชิกวัดด้วยกัน รวมไปถึงการสามารถหาซื้อจากร้านค้าที่อยู่รอบ ๆ วัดด้วยความสะดวกจะเพิ่มโอกาสในการสูบบุหรี่มากขึ้น จากการศึกษาของสราวุธ นามเมือง (2546) พบว่า การเข้าถึงแหล่งขายบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ แต่การศึกษาของกัญญา ศรีนวล (2536) พบว่า มีผู้นำบุหรี่ยาสูบคิดเป็นร้อยละ 76.6 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการได้รับการถวายบุหรี่พบว่า การถวายบุหรี่แด่พระสงฆ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ แต่จากการศึกษาในกลุ่มประชากรอื่น ๆ พบว่า การได้รับบุหรี่ยาสูบจากบุคคลอื่นและความสะดวกในการเข้าซื้อบุหรี่มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อาทิเช่น การศึกษาของอุษา ฤทธิธาดา (2549) จีรพร สร้อยสุวรรณ (2540) และประภาพร โพธิ์ทอง (2551) จะเห็นได้ว่าจากที่ผ่านมายังมีการศึกษาตัวแปรระหว่างการเข้าถึงบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยในกลุ่มพระสงฆ์แต่ในกลุ่มประชากรอื่นมีการศึกษาอย่างกว้างขวางและพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าว ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้จึงนำตัวแปรนี้เข้ามาศึกษา

2. การปฏิบัติหน้าที่ของสงฆ์ พระสงฆ์ (แสง จันทรงาม, 2547) ต้องมีการปฏิบัติหน้าที่ทางด้านศาสนา ได้แก่ การศึกษาพระพุทธศาสนา ภาษาบาลี รักษาศีล 227 ข้อที่พระพุทธเจ้าทรงบัญญัติไว้ ฝึกสมาธิวิปัสสนา การปฏิบัติหน้าที่ทางฆราวาส ได้แก่ การสอนพุทธปรัชญาและพุทธจริยธรรมแก่ประชาชน ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาแก่ประชาชนในโอกาสต่าง ๆ ช่วยในงานพัฒนางานชุมชน และช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษาทั่วไปแก่ฆราวาสที่เป็นสมาชิกวัด เป็นต้น โดยพระสงฆ์ที่มีการปฏิบัติหน้าที่ของสงฆ์อย่างสม่ำเสมอ ย่อมจะทำให้มีการพัฒนาทางด้านจิตใจ รู้จักการควบคุมตนเองได้สูงซึ่งผลให้มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติน้อย จาก

การศึกษาของวรรณิกา วงศ์ไกรศรีทอง (2528) พบว่าปัจจัยทางด้านศาสนาอันเป็นวัตรปฏิบัติของสงฆ์ มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของพระหลังบวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพระสงฆ์ที่ปฏิบัติธรรมมักจะสูบบุหรี่น้อยกว่าพระที่ไม่ปฏิบัติธรรม และพบว่า พระที่มีจำนวนครั้งของการทำวัตรมากมักสูบบุหรี่น้อยกว่าพระที่มีจำนวนครั้งของการทำวัตรน้อย จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติหน้าที่ของสงฆ์ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์

3. การรับรู้กฎและข้อห้ามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ กฎระเบียบหรือข้อห้ามต่าง ๆ ที่ถูกกำหนดขึ้นเป็นสิ่งที่สังคมยอมรับ ดังนั้นการรับรู้ดังกล่าวจึงทำให้บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงที่จะละเมิดข้อกำหนดดังกล่าวเพื่อทำตามความคาดหวังของสังคมดังการศึกษาของกัญญา ศรีนวล (2536) ที่พบว่า การยอมรับหรือต่อต้านการสูบบุหรี่จากเจ้าอาวาสและพระสงฆ์ในวัดเดียวกัน ซึ่งรวมถึงการมีกฎระเบียบ ข้อกำหนด หรือ ข้อห้ามไม่ให้พระสงฆ์ในวัดสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาในกลุ่มประชากรอื่นส่วนใหญ่ก็พบว่า การรับรู้กฎและข้อห้ามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างชัดเจน อาทิการศึกษาของจิรพร สร้อยสุวรรณ (2540) ในนักเรียนชายในสถาบันราชภัฏในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ชวลักษณ์ ขันอาสา (2541) ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและประกาศนียบัตรวิชาชีพกรุงเทพมหานคร และการศึกษาของสรารุช ธิยะภาส (2550) ในผู้ต้องขังที่เป็นผู้ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ทัณฑสถานเป็นต้น จะเห็นได้ว่าตัวแปรดังกล่าวเป็นปัจจัยที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างชัดเจน ในการศึกษาครั้งนี้จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งเพื่อที่จะทำให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น

ปัจจัยเสริม

การได้รับการสนับสนุนข้อมูล การที่พระสงฆ์ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ทั้งสื่อบุคคลและสิ่งพิมพ์ย่อมส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ ดังการศึกษาของสรายุทธ นามเมือง (2546) ที่พบว่า การได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการศึกษาในประชากรกลุ่มอื่น ๆ ก็พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่เช่นกัน ดังการศึกษาของประภาพร โพธิ์ทอง (2551) เป็นต้น การศึกษาที่ผ่านมามะเห็นได้ว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ระหว่าง การได้รับข้อมูลข่าวสารกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์จำนวนน้อย การศึกษาในครั้งนี้ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวมากขึ้น

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาตัวแปรตามกรอบแนวคิด PRECEDE PROCEED Model ในขั้นตอนที่ 2 และ ขั้นตอนที่ 3 โดยปัจจัยนำมีตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ อายุ

ระยะเวลาในการบวช ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม รายได้ต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการไม่สูบบุหรี่ และทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบุหรี่ การปฏิบัติหน้าที่ของสงฆ์ การรับรู้กฎและข้อห้ามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งข้อมูล

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University