

สถานการณ์และความคิดเห็นต่อการดำเนินการร้านอาหาร  
ประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศปลอดบุหรี่  
ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 ในจังหวัดพิจิตร

รุ่งทิwa                      มโนวชิรสรรค์  
บุญช่วย                      จุลบุตร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร  
ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย) มหาวิทยาลัยมหิดล  
กุมภาพันธ์ 2553

## บทคัดย่อ

การศึกษาศาถานการณัและความคิดเห็นต่อการดำเนินการร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศปลอดบุหรี่ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 ในจังหวัดพิจิตร ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ(Survey Research)กลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) เจ้าของร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ จำนวน 131 คน 2) พนักงานของร้านอาหารฯจำนวน 131 คน และ 3) ผู้บริโภคอาหารหรือผู้ซื้อจากร้านอาหารฯ จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน –เดือนพฤษภาคม 2552สถิติที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ค่าความถี่จำนวน และร้อยละ และการทำเวทที่ประชาคมเพื่อร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศปลอดบุหรี่ 100%ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงพรรณนา ผลการศึกษาดังนี้

1.สถานการณัก่อนบังคับใช้กฎหมายฯพบว่า พนักงานร้านอาหารฯ ในจังหวัดพิจิตร ประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ทราบว่ามีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารฯ คิดเป็น ร้อยละ 77.70 67.80 ตามลำดับ แต่เจ้าของร้านอาหารทราบว่ามีกฎหมายฯ ค่อนข้างน้อย (ร้อยละ52.30)

2.การปฏิบัติหลังจากกฎหมายฯประกาศใช้(หลังวันที่11กุมภาพันธ์ 2551)เจ้าของร้านอาหารเห็นว่ามีอุปสรรคในการปฏิบัติตามกฎหมายฯร้อยละ 35.9 แต่พนักงานฯเห็นว่าไม่ยุ่งยากที่จะปฏิบัติฯ (ร้อยละ88.00 ) ไม่มีผลต่อจำนวนลูกค้าร้อยละ 47.40 พบลูกค้าสูบบุหรี่ส่วนปลอดบุหรี่ ร้อยละ 24.40 เคยขัดแย้งกับลูกค้าที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 29.77 มีป้ายเขตปลอดบุหรี่ จัดมุมสูบบุหรี่และป้ายห้ามสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง คิดเป็น ร้อยละ 45.40,16.90และ 28.50 ตามลำดับ ประชาชนกลุ่มตัวอย่างเห็นป้ายห้ามสูบบุหรี่ชัดเจนร้อยละ78.00 เมื่อพบเห็นคนสูบบุหรี่จะเตือน และแจ้งเจ้าของร้าน/พนักงานและอยากไปใช้บริการร้านอาหารเพิ่มขึ้น(ร้อยละ56.75,61.00, และ76.50)

เจ้าของร้านอาหาร สนับสนุนมาตรการห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร ฯค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 61.10) แต่พนักงานและประชาชนกลุ่มตัวอย่างสนับสนุนมาตรการห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารและเชื่อว่ามาตรการนี้จะคงใช้ได้ต่อไป(87.70และ88.0) ต้องการป้ายเขตปลอดบุหรี่และการประชาสัมพันธ์กฎหมายฯ(ร้อยละ 77.6 ) ส่วนใหญ่ทราบว่าวันบุรีมือสองเป็นอันตรายต่อสุขภาพ(ร้อยละ 93.80) รับรู้บทบาทการรณรงค์ของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ หน่วยงานสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทยและตำรวจ (ร้อยละ 64.88,38.50,71.50,และ30.00 ตามลำดับ)

จากการทำเวทที่ประชาคมผู้มีส่วนได้เสียต้องการให้มีการรณรงค์ติดป้ายเขตปลอดบุหรี่ให้ชัดเจนและครอบคลุมร้านอาหารทุกประเภท สร้างเครือข่ายภาคีร่วมกับชมรมร้านอาหาร ภาครัฐ ประชาชนรณรงค์/ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เพิ่มมากขึ้นและควรจัดให้มีศูนย์บริการแจ้งข้อมูลในระดับจังหวัด ประกาศวัน D-Day จับปรับ ผู้ที่ทำผิดต่อเนื่องจริงจัง ควรมีการประเมินผลการบังคับใช้ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ในพื้นที่สาธาณณะอื่นๆซึ่งประกาศไว้ ถึง 22 ประเภท และศึกษาเชิงคุณภาพด้านพฤติกรรมของเจ้าของร้านอาหาร/พนักงานและประชาชน ต่อการปฏิบัติตามมาตรการทางกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาศาสนาการณและความคิดเห็นต่อการดำเนินการร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศปลอดบุหรี่ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 ในจังหวัดพิจิตร ครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์เป็นอย่างดีจากนายแพทย์ประจำจังหวัดมนะกุล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร นายแพทย์พูลสิทธิ์ ศรีติสาร และดร.รัจจา ศรีสุเทพ ที่ได้กรุณาให้จัดทำโครงการและให้คำแนะนำเป็นที่ปรึกษาของการเสนอโครงการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ลักษณะ เต็มศิริกุลชัยและคณะเจ้าหน้าที่จากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ที่กรุณาชี้แนะและปรับปรุงงานวิจัยตลอดจนสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำกรวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จ ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาของทุกท่านเป็นอย่างยิ่งและผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าของกิจการร้านอาหาร /พนักงาน ชาวพิจิตรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ ตลอดจนชมรมร้านอาหารทุกอำเภอของจังหวัดพิจิตรและเครือข่ายกัลยาณมิตรงานควบคุมการบริโภคบุหรี่ยอำเภอเมืองพิจิตร อำเภอตะพานหิน อำเภอโพธิ์ประทับช้างและอำเภอ ทับคล้อ จังหวัดพิจิตร ที่กรุณาเข้าร่วมเป็นที่วิจัยจนแล้วเสร็จตามโครงการ

ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้กับพี่น้องชาวพิจิตรที่ได้ช่วยกันเฝ้าระวังไม่ให้มีนักสูบน้ำใหม่ที่เป็นเยาวชนของชาติ และผู้ที่ได้ตัดสินใจไม่กลับไปสูบบุหรี่ตลอดชีวิต

## สารบัญ

บทที่	หน้า
บทคัดย่อ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
สารบัญ	ค
สารบัญตาราง	ง
สารบัญแผนภูมิ	ฉ
<b>1 บทนำ</b> .....	<b>1</b>
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามในการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ในการวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
<b>2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b> .....	
1.แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ	5
2.แนวคิดทฤษฎีนโยบายสาธารณะ	18
3.พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535	26
4.แนวทางการจัดร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศให้ปลอดบุหรี่ ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่18	29
5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	33
กรอบแนวคิดในการวิจัย	40
<b>3 วิธีดำเนินการวิจัย</b> .....	
ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง.....	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	45
ขั้นตอนในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล.....	46
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
ขั้นตอนการทำประชาคมร้านอาหารปลอดบุหรี่ 100%	47
สถิติที่ใช้ในการวิจัย	47

บทที่	สารบัญ	หน้า
4	<b>ผลการศึกษา</b>	
	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มเจ้าของกิจการ/ร้านอาหาร	48
	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มพนักงาน	56
	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มประชาชน	64
	ผลการจัดเวทีประชาคมร้านอาหารปลอดภัย 100%	74
5	สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	90
	สรุปผลการศึกษา	81
	อภิปรายผล	85
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้	88
	บรรณานุกรม	89
	ภาคผนวก	90
	แบบสอบถามชุดที่ 1	91
	แบบสอบถามชุดที่ 2	92
	แบบสอบถามชุดที่ 3	93
	ประวัติผู้เขียน	94

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศในพื้นที่แต่ละอำเภอ	43
2	ขนาดตัวอย่างกลุ่มประชากรที่ใช้บริการร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ	45
3	จำนวนและร้อยละเจ้าของกิจการร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร	48
4	จำนวนและร้อยละเจ้าของกิจการร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ จำแนกตามประเภท ระยะเวลาในการเปิดกิจการและลูกค้าที่มาใช้บริการ	50
5	จำนวนและร้อยละเจ้าของกิจการร้านอาหารที่ทราบว่ากระทรวงสาธารณสุขให้ร้านอาหารที่ไม่ติดแอร์เป็นเขตปลอดบุหรี่และจัดเขตสูบบุหรี่ได้	51
6	จำนวนและร้อยละเจ้าของกิจการร้านอาหารที่ปฏิบัติตามกฎหมายห้ามสูบบุหรี่	51
7	ความคิดเห็นเจ้าของร้านอาหารในการปฏิบัติตามข้อห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศและผลกระทบต่อจำนวนลูกค้า	52
8	ความคิดเห็นเจ้าของร้านอาหารต่อผลเสียการสูบบุหรี่ในร้านอาหาร	53
9	จำนวนและร้อยละเจ้าของร้านอาหารที่ดูแลให้ลูกค้าปฏิบัติตามกฎหมาย(หลังประกาศใช้ 11 ก.พ.2551)	53
10	จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมพนักงานที่สูบบุหรี่ในส่วนปลอดบุหรี่ของร้าน (หลังมีกฎหมาย)	54
11	จำนวนและร้อยละเจ้าของร้านอาหารที่รับรู้เรื่องอันตรายของควันบุหรี่มือสอง	54
12	ความคิดเห็นของเจ้าของร้านอาหารต่อผลดีของการประกาศให้ร้านอาหารเป็นเขตปลอดบุหรี่	55
13	จำนวนและร้อยละเจ้าของร้านอาหารกับการประกาศใช้กฎหมาย	56
14	จำนวนและร้อยละพนักงานกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะประชากร	56
15	ความคิดเห็นของพนักงานกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการติดป้าย/สัญลักษณ์เขตปลอดบุหรี่ การเตรียมอุปกรณ์การสูบบุหรี่และปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามกฎหมายฯ	58

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
16	จำนวนและร้อยละพนักงานกลุ่มตัวอย่างกับการปฏิบัติฯ หลังมีประกาศห้ามสูบบุหรี่	59
17	แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องการประกาศเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหารของพนักงาน	60
18	ความเข้าใจของพนักงานในร้านอาหารเมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องการประกาศเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหาร	61
19	จำนวนและร้อยละของพนักงานในร้านอาหารที่รับรู้บทบาทการรณรงค์ขององค์กรต่างๆ	62
20	ความคิดเห็นของพนักงานในร้านอาหารต่อมาตรการ/กิจกรรมรณรงค์ร้านอาหารปลอดบุหรี่	62
21	จำนวนและร้อยละประชาชนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะประชากร	64
	พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนกลุ่มตัวอย่างและการรับรู้ประกาศกระทรวงสาธารณสุขให้ร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศเป็นเขตปลอดบุหรี่	65
23	พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนกลุ่มตัวอย่างในร้านอาหารหลังมีประกาศฯ และการปฏิบัติเมื่อถูกเตือนจากเจ้าของ/พนักงานร้านอาหาร	66
24	พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในร้านอาหารของประชาชนกลุ่มตัวอย่างหลังมีประกาศฯ และการปฏิบัติเมื่อถูกเตือนจากกลุ่มเพื่อนและแขกที่มาใช้บริการ	67
25	จำนวนและร้อยละประชาชนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามข้อห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารที่ไม่มีเครื่องปรับอากาศ	68
26	ความคิดเห็นของประชาชนกลุ่มตัวอย่างต่อผลดีหลังการประกาศร้านอาหารเป็นเขตปลอดบุหรี่	68
27	ความคิดเห็นของประชาชนกลุ่มตัวอย่างหลังจากมีประกาศห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารที่ไม่มีเครื่องปรับอากาศ	69
28	จำนวนและร้อยละประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่พบเห็นการปฏิบัติตามประกาศฯ ของร้านอาหารที่ไม่มีเครื่องปรับอากาศ(ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2551-เดือนเมษายน 2552)	70

ตารางที่		หน้า
29	ความคิดเห็นและวิธีปฏิบัติของประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่พบเห็นคนสูบบุหรี่ในร้านอาหารในสวนปลอดบุหรี่(หลังเดือนกุมภาพันธ์ 2551)	71
30	จำนวนและร้อยละของประชาชนกลุ่มตัวอย่างกับการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองต่อสุขภาพ	71
31	จำนวนและร้อยละกลุ่มประชาชนตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่อง การประกาศเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหารฯจำแนกตามช่องทางการรับข่าวสาร และปริมาณการรับข่าวสาร	72
32	จำนวนและร้อยละกลุ่มประชาชนตัวอย่างที่ได้รับรู้บทบาทการรณรงค์ขององค์กรต่างๆ	73
33	ความคิดเห็นของประชาชนกลุ่มตัวอย่างต่อมาตรการ/กิจกรรมรณรงค์ร้านอาหารปลอดบุหรี่	73
34	จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมเวทีประชาคมร้านอาหารในจังหวัด พิจิตรปลอดบุหรี่ 100%จำแนกตามคุณลักษณะของประชากร	75
35	จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมเวทีประชาคมร้านอาหารในจังหวัด พิจิตรปลอดบุหรี่ 100% จำแนกตามการทราบว่ามีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ	76
36	ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมเวทีประชาคมต่อร้านอาหารหลังทราบว่ามีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ	76
37	ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมเวทีประชาคมต่อการสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ	77
38	ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมเวทีประชาคมต่อความมั่นใจมาตรการ ปฏิบัติตามกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ	78
39	จำนวนและร้อยละช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารการรณรงค์ห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร	79
40	ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการจัดกิจกรรม/มาตรการสนับสนุนการ ดำเนินกฎหมาย	79

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	แสดงโครงสร้างที่สำคัญของทฤษฎีความสามารถตนเอง	10
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย	40

ภาพกิจกรรมโครงการศึกษาสถานการณ์และความคิดเห็นต่อการดำเนินการร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศปลอดบุหรี่

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 ในจังหวัดพิจิตร



ประชุมเจ้าหน้าที่ทีมเครือข่ายภาคสนาม



เวทีประชาคมร้านอาหารปลอดบุหรี่ 100%



เวทีประกาศนโยบายร้านอาหารปลอดบุหรี่โดยผู้ว่าราชการจังหวัดพิจิตร นายสมชัย หทยะตันติ



เก็บข้อมูลภาคสนาม อำเภอเมือง



เก็บข้อมูลภาคสนาม อำเภอดงเจริญ

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของทั้งผู้สูบและผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ใกล้เคียงผู้ไม่สูบบุหรี่ หากได้รับควันบุหรี่นานๆจะมีโอกาสเป็นมะเร็งและปอดถูกทำลายได้เช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ ควันบุหรี่มือสองเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ที่ไม่มีระดับปลอดภัย ในการสัมผัสเลย<sup>1</sup> ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการรณรงค์เพื่อสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ในที่สุด ด้วยการผลักดันกฎหมายในการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ เรียกว่า “พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535” ซึ่งได้บังคับใช้อย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมตั้งแต่ ปี พ.ศ.2546 เป็นต้นมา เช่นกำหนดให้สถานศึกษา สถานพยาบาล ส่วนราชการ สถานีขนส่งสาธารณะ ห้างสรรพสินค้าที่มีเครื่องปรับอากาศ และร้านอาหารที่มีเครื่องปรับอากาศเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ หากผู้ใดฝ่าฝืนมีโทษปรับ 2,000 บาท เจ้าของสถานที่หากปล่อยให้มีการสูบบุหรี่จะมีโทษปรับ 20,000.บาท เป็นต้น<sup>2</sup> สถานการณ์การสูบบุหรี่ของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในช่วงปี 2535-2549 พบว่ามีแนวโน้มลดลงจาก 12.2 ล้านคน เป็น 11.0 ล้านคน แต่คนที่สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว เพิ่มขึ้นจาก 5.9 ล้านคนในปี พ.ศ.2534 เป็น 1.5 ล้านคนในปี พ.ศ.2549<sup>3</sup> และจากการศึกษาพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของคนกรุงเทพมหานครโดยศูนย์วิจัยกสิกร พบว่ากฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ไม่ส่งผลต่อผู้ที่สูบบุหรี่ โดยที่ร้อยละ 35.1 ยังคงสูบบุหรี่ เนื่องจากขาดความเข้มงวดของเจ้าหน้าที่ และบทลงโทษไม่หนักเช่นเดียวกับการศึกษาของเอแบคโพลล์ เมื่อเดือนมิถุนายน 2548 ที่พบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ชลบุรี เชียงใหม่ สงขลา และนครราชสีมา เคยพบผู้สูบบุหรี่ในที่สาธารณะต่างๆเช่นที่ห้องสุขา ร้อยละ 78.7 สถานที่ราชการ ร้อยละ 63.2 ตู้โทรศัพท์สาธารณะ<sup>4, 5</sup>

อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุข ก็ได้เพิ่มแนวทางการดำเนินการเพื่อบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่กล่าวคือได้ ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มเติม

---

<sup>1</sup> ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ,2551,หน้า9

<sup>2</sup> พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ 2535

<sup>3</sup> ศรัณญา เบญจกุลและคณะ.(2550 )สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ15ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2549,ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>4</sup> ศูนย์วิจัยกสิกร(2546).,สำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของคนกรุงเทพมหานคร,www.kasikomresearch.comเข้าถึงข้อมูลวันที่ 10 พฤศจิกายน 2551

<sup>5</sup> ศูนย์วิจัยมหาวิทยาลัย อัสสัมชัญ(2548), การติดตามผลในรอบปีของการประกาศเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหาร:กรณีศึกษาประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ในเขตเทศบาลตามหัวเมืองและพนักงานร้านอาหาร, ธันวาคม 2548

หลายฉบับโดยเฉพาะประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 17 (พ.ศ.2549) เรื่องกำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตปลอดบุหรี่ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 นอกจากนี้ยังได้ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข(ฉบับที่ 10,13,16 พ.ศ.2545) แล้วกำหนดพื้นที่ปลอดบุหรี่เพิ่มเติม กล่าวคือบริเวณโถงคอกยของโรงแรม รีสอร์ท หอพัก ห้องเช่า อาคารชุด คอนโดมิเนียม คอร์ท หรืออพาร์ทเมนต์ ซึ่งได้ประกาศใช้เมื่อวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ.2549 เช่นกันเนื่องจากประกาศฉบับที่ 17 นี้มีข้อยกเว้นให้สถานที่ประกอบการที่ขออนุญาตจดทะเบียนเป็นสถานประกอบการ สามารถสูบบุหรี่ได้ จึงได้แก้ไขเพิ่มเติมประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 พ.ศ.2550 กำหนดให้สถานที่จำหน่ายอาหาร เครื่องดื่ม อาหารและเครื่องดื่มหรือสถานจัดเลี้ยงทั้งหมด รวมทั้งตลาดเป็นเขตปลอดบุหรี่ โดยที่พื้นที่ ที่มีระบบปรับอากาศให้ดำเนินการจัดสถานที่ดังกล่าวเป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด ส่วนสถานจำหน่ายอาหาร เครื่องดื่ม อาหารและเครื่องดื่มหรือสถานจัดเลี้ยงทั้งหมดที่ไม่มีเครื่องปรับอากาศให้จัดเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่และสามารถจัดเขตสูบบุหรี่ได้ ทั้งนี้เขตสูบบุหรี่ต้องไม่อยู่บริเวณทางเข้า – ออก ไม่ก่อให้เกิดความรำคาญและไม่เห็นเด่นชัด เขตปลอดบุหรี่ต้องแสดงเครื่องหมายปลอดบุหรี่ ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการสูบบุหรี่แก่ลูกค้าเช่น ไม่มีการวางที่เขี่ยบุหรี่หรือวางกระถางทรายไว้ โดยมีผลตั้งแต่วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2551 สถานที่ใดปล่อยให้มีการไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย มีโทษปรับ 20,000.บาทผู้สูบบุหรี่มีโทษปรับ 2,000.บาท<sup>6</sup>

สำหรับพื้นที่เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 3 (จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดอุทัยธานีและจังหวัดพิจิตร) พบว่าตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาได้มีการตอบรับจากประชาชนอย่างดี การฝ่าฝืนกฎหมายมีน้อยลงหรือไม่มีเลยในบางพื้นที่โดยเฉพาะร้านอาหารที่มีเครื่องปรับอากาศพบว่าประชาชนให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามกฎหมายไม่มีการฝ่าฝืนทุกแห่ง<sup>7</sup> จังหวัดพิจิตรมีร้านอาหารที่ไม่มีเครื่องปรับอากาศ โดยมีลักษณะตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2550) จำนวน 200 แห่ง<sup>8</sup>ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์การบังคับใช้และการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 ในประเด็นห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ และการสำรวจความคิดเห็น ต่อมาตรการดังกล่าว ในกลุ่มผู้บริโภคและผู้ประกอบการหรือเจ้าของร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ ในพื้นที่จังหวัดพิจิตรเพื่อนำ

<sup>6</sup> ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มเติม5ฉบับ พ.ศ.2549-2550,2550

<sup>7</sup> สรุปผลการดำเนินงาน สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 8 นครสวรรค์, 2549(เอกสารจัดสำเนา)

<sup>8</sup> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร(2550),สรุปรายงานฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

ผลจากการศึกษาไปเพิ่มประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมายและเพื่อคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

## 2.คำถามในการวิจัย

2.1 สถานการณ์การดำเนินงานร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศปลอดบุหรี่ของจังหวัดพิจิตรเป็นอย่างไร

2.2 ความคิดเห็นของเจ้าของร้านอาหาร/ พนักงาน และผู้ที่มาใช้บริการในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศต่อประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 (พ.ศ.2550) ที่กำหนดให้ร้านอาหารประเภท ไม่มีเครื่องปรับอากาศ เป็นเขตปลอดบุหรี่ และประสิทธิผลของการบังคับใช้กฎหมายเป็นอย่างไร

2.3 ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินการร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศให้เป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ มีอะไรบ้าง

2.4 การมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับเจ้าของสถานประกอบการหรือร้านอาหาร เช่นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สรรพสามิต ครู ฝ่ายปกครอง ตำรวจ พระสงฆ์ ส่วนท้องถิ่นและผู้บริโภค ในการดำเนินการกำหนดให้ร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศเป็นเขตปลอดบุหรี่ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 เป็นอย่างไร

## 3.วัตถุประสงค์ในการวิจัย

3.1 ศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศของจังหวัดพิจิตรเป็นเขตปลอดบุหรี่

3.2 ศึกษาความคิดเห็นของผู้ประกอบการหรือเจ้าของร้านอาหาร/พนักงาน และผู้ที่มาใช้บริการร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ ต่อประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 (พ.ศ.2550)ที่หนดให้ร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ เป็นเขตปลอดบุหรี่ และศึกษาประสิทธิผลของการบังคับใช้กฎหมายฯ

3.3 ศึกษาปัญหา/ อุปสรรคในการดำเนินการร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศของจังหวัดพิจิตร ให้เป็นสถานที่ปลอดบุหรี่

3.4 เพื่อแสวงหาแนวทางการดำเนินการตามกฎหมายฯ ร่วมกันระหว่างภาครัฐ ที่เกี่ยวข้อง เช่นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สรรพสามิต ครู ฝ่ายปกครอง ตำรวจและส่วนท้องถิ่นและ เจ้าของสถานประกอบการหรือร้านอาหาร ผู้บริโภค พระสงฆ์

#### 4. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 มีข้อมูล สถานการณ์และความคิดเห็นต่อการดำเนินการร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศปลอดบุหรี่หรือตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 ในจังหวัดพิจิตรจะเป็นแนวทางให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้นำไปใช้ในการดำเนินงานนโยบายและการบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

4.2 ภาคประชาชนและภาคีที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนและชี้แนะนโยบายสาธารณะจะได้ใช้ข้อมูลเพื่อการสร้างกระแสและผลักดันนโยบายสาธารณะ

#### 5. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Method) กลุ่มเป้าหมายคือเจ้าของร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ ในจังหวัดพิจิตร จำนวน 200 ร้าน ขนาดตัวอย่างจำนวน 126 ร้านสุ่มตามลำดับชั้นภูมิ ระยะเวลาดำเนินการ เดือนมกราคม-กันยายน 2552

#### 6. คำนิยามศัพท์เฉพาะ

**ร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ** หมายถึง สถานที่จำหน่ายอาหาร สถานที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม ทั้งที่เป็นอาหารปรุงสำเร็จและอาหารตามสั่ง โดยเป็นร้านที่ไม่มีหรือไม่ใช่เครื่องปรับอากาศ ซึ่งไม่รวมถึงร้านค้าแผงลอย หรือรถเข็นขายอาหาร เพ็ชขายอาหาร

**เจ้าของกิจการร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ** หมายถึง เจ้าของกิจการหรือผู้ที่เจ้าของกิจการมอบหมายให้มีหน้าที่บริหารจัดการร้านอาหารที่ไม่มีหรือไม่ใช่เครื่องปรับอากาศ

**พนักงาน** หมายถึง ผู้ทำหน้าที่ให้บริการเสิร์ฟอาหาร/จัดเตรียมอาหารตลอดจนช่วยปรุงอาหารและพนักงานในร้านอาหารตำแหน่งอื่นๆ เช่น พนักงานทำความสะอาด พนักงานล้างจาน พนักงานการเงิน เป็นต้น

**ผู้บริโภค** หมายถึง ประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดพิจิตร ที่ไปรับประทานอาหาร หรือซื้ออาหารจากร้านอาหารที่ไม่มีเครื่องปรับอากาศในพื้นที่จังหวัดพิจิตร

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะศึกษาสถานการณ์การบังคับใช้และการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 ในประเด็นห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ และการสำรวจความคิดเห็น ต่อมาตรการดังกล่าว ในกลุ่มผู้บริโภคและผู้ประกอบการหรือเจ้าของร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ ในพื้นที่จังหวัดพิจิตรเพื่อนำผลจากการศึกษาไปเพิ่มประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมายและเพื่อคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

ผู้วิจัย ได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ
2. แนวคิดทฤษฎีนโยบายสาธารณะ
3. พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535
4. แนวทางการจัดร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศให้ปลอดบุหรี่ ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่18
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ

นักพฤติกรรมศาสตร์ได้ศึกษาแนวคิดและสมมติฐานเรื่องสาเหตุการเกิดพฤติกรรมสุขภาพและศึกษาทฤษฎีต่างๆเพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพซึ่งแบ่งตามรูปแบบการยึดแนวคิดอยู่กับปัจจัยภายใน/ภายนอกตัวบุคคล ดังนี้<sup>910</sup>

1. กลุ่มที่เชื่อปัจจัยภายในบุคคลเชื่อว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในบุคคล เช่น ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ ซึ่งมีทฤษฎีเกี่ยวข้อง เช่น

- ทฤษฎีการเรียนรู้
- ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไข
- ทฤษฎีการเชื่อมโยงของธอร์นไดค์

<sup>9</sup> สรวงศ์ภุณณ์ ดวงคำสวัสดิ์(2539) การสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ (เอกสารโรเนียว)กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- ทฤษฎีสนามแห่งความรู้ความเข้าใจ
- ทฤษฎีสนาม
- แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม
- ความเชื่ออำนาจในตน
- ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล

ฯลฯ

ซึ่งการนำทฤษฎีไปใช้มักจะเป็นการให้ความรู้ การเปลี่ยนแปลงเจตคติ การสร้างแรงจูงใจ การสร้างค่านิยม

2. กลุ่มที่เชื่อในปัจจุบันภายนอกบุคคลเชื่อว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกบุคคล โดยจะสนใจสิ่งแวดล้อม ระบบโครงสร้างของสังคม เศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา ศาสนา ฯลฯ ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งมีทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ เช่น การสนับสนุนทางสังคมปัจจัย ทางจิตวิทยาสังคม

3. กลุ่มที่เชื่อในปัจจุบันหลายปัจจัยเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เกิดมาจากปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคลโดยสนใจความยากง่ายในการเข้าถึงของสถานบริการ ความรู้ องค์ประกอบทางด้านประชากร องค์ประกอบทางสังคม เครือข่ายทางสังคม ฯลฯ ซึ่งมีทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ เช่น

- การตลาดเชิงสังคม
- PRECEDE Model

Bandura <sup>10</sup> เชื่อว่า พฤติกรรมการปฏิบัติเป็นผลเนื่องมาจากผลสืบเนื่องที่บุคคลคาดหวังว่าจะเกิดขึ้นหลังจากปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ แต่บุคคลจะต้องแปลความหมาย และเข้าใจผลสืบเนื่องนั้น ๆ ปัจจัยสำคัญได้แก่ ศรัทธา (Identification) การเสริมพลัง (Reinforcement) การส่งข้อมูลป้อนกลับ(Feedback)และรางวัล(Reward)

ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อทฤษฎีความรู้ทางสังคม มีแนวคิดหลักว่าพฤติกรรมเป็นสิ่งที่บุคคลเรียนรู้ได้จากการเลียนแบบของตัวแบบ (Modeling) โดยการได้เห็น (Visualizing)การควบคุมกำกับตน (Self-monitoring) และการฝึกทักษะ (Skill training) Bandura เชื่อว่ามนุษย์จะมีพฤติกรรมเบื้องต้นติดมาและต่อมาก็จะเรียนรู้พฤติกรรมต่างๆเพิ่มขึ้นโดย

<sup>10</sup> Bandura, A. 1982. "Self-efficacy, " Mechanism in Human Agency" **American Psychologist**.

1. เรียนรู้จากผลของการตอบสนองของมนุษย์เรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของผลการกระทำที่อาจเป็นบวกหรือลบจากประสบการณ์ในการดำรงชีวิตแต่ละวันมนุษย์จะเรียนรู้อะไรที่ทำไปแล้วได้ผลบวกและพฤติกรรมอะไรที่ทำไปแล้วได้ผลลบจากผลที่เกิดขึ้น มนุษย์จะกระทำพฤติกรรมที่ให้ผลทางบวกและไม่ทำพฤติกรรมที่ให้ผลทางลบ

2. เรียนรู้โดยตัวแบบพฤติกรรมมนุษย์อาจเกิดจากการเลียนแบบในกระบวนการสังเกตแบบต่างๆกันได้4ประการคือ

- กระบวนการความตั้งใจได้แก่การตั้งใจสังเกตเพื่อให้ได้การรับรู้ที่ถูกต้อง

- กระบวนการจดจำ ได้แก่ การจำในกิจกรรมที่เลียนแบบ การรับรู้ โดยการสังเกต

ซึ่งประกอบด้วยการวาดภาพในใจและคำพูดการเรียนรู้จากการสังเกตที่ดีผู้สังเกตจะต้องทบทวนดูแบบอย่างมีระบบแล้วจึงลอกเลียนพฤติกรรมให้ถูกต้องจึงเกิดการรับรู้

- กระบวนการสร้างพฤติกรรมของอวัยวะเคลื่อนไหว กระบวนการนี้สำคัญคือ การแปรสภาพพฤติกรรมของตัวแบบเป็นการกระทำพฤติกรรมที่แสดงออกสามารถแยกตามกระบวนการความรู้ความเข้าใจในการตอบสนอง ฉะนั้นการเลียนแบบทักษะต่างๆเช่น การว่ายน้ำ การตีกอล์ฟ จะต้องเป็นไปในลักษณะเรียนรู้แก้ไขไปทุกวัน

- กระบวนการจูงใจ มนุษย์นั้นไม่จำเป็นต้องเกิดพฤติกรรมทุกอย่างที่ตนเรียนรู้เสมอไป ฉะนั้นการจูงใจให้เกิดการเรียนรู้จึงมีบทบาทสำคัญในการเลียนแบบจากการสังเกตมนุษย์จึงเลียนแบบพฤติกรรมที่ให้ผลดีกับเขามากกว่าพฤติกรรมที่ให้โทษกับเขา

พฤติกรรมตามทฤษฎีนี้ ถูกกำหนดโดยความคาดหวัง (Expectancy) และสิ่งตอบแทนหรือสิ่งล่อใจ(Incentive)ความคาดหวังแบ่งได้เป็น

1.ความคาดหวังเกี่ยวกับสิ่งชักนำด้านสิ่งแวดล้อม(Environment cues) หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับความต่อเนื่องของเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่า เหตุการณ์หนึ่งต่อเนื่องกับเหตุการณ์หนึ่งอย่างไร

2.ความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์(Outcome expectancies) หมายถึง การประเมินของบุคคลว่าพฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์อย่างไร

3.ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถ(Efficacy expectancies) หมายถึง ความสามารถแห่งตน(Self - efficacy)เป็นความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวัง

ในขณะที่เดียวกันได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงภายในที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น พฤติกรรมภายในเป็นปฏิริยาภายในตัวบุคคลมีทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม ที่เป็นรูปธรรมซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกาย ส่วนที่เป็นนามธรรมได้แก่ ความคิด ความรู้ เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในนี้ไม่สามารถสัมผัสหรือวัดได้ด้วยเครื่องมือต่างๆ เพราะไม่มีตัวตน จะทราบได้เมื่อแสดงพฤติกรรมออกมา พฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิริยาต่างๆ ของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางวาจาและ การกระทำซึ่งปรากฏให้บุคคลอื่นเห็น หรือสังเกตได้ เช่น ท่าทาง หรือ คำพูดที่แสดงออกไม่ว่าจะเป็นน้ำเสียง สีหน้า

จากความหมายที่นักวิชาการได้ให้ไว้ นั้น พอสรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงการปฏิบัติ หรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในแง่ที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัย ความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

### แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศใน The Ottawa Charter ว่าการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพื่อให้ประชาชนสามารถควบคุมและสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง (WHO:1986) กระบวนการนี้มีเป้าหมายคือ สุขภาพดี ทั้งกาย จิตใจ และชีวิตสังคม มิใช่เพียง "ไร้โรค" เท่านั้น และในรายงานของธนาคารโลกได้เสนอกลไกสำคัญ 3 ประการซึ่งจำเป็นต่อการบรรลุเป้าหมายสุขภาพดี ได้แก่

1. บริการสาธารณสุขสำหรับปวงชน (Health Services to The population)
2. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)
3. การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Health Environments)

จากขอบเขตและสาระข้างต้นการส่งเสริมสุขภาพจึงอาจถือเป็นการสร้างอำนาจ (Empowerment) ให้แก่ประชาชนเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดี โดยอาศัยวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสม Dr.liona Kickbusch (1994) ได้ตั้งคำถามต่อทิศทางการส่งเสริมสุขภาพว่า สุขภาพมีรากฐานมาจากแหล่งใด ๆ และได้เสนอคำตอบว่า สุขภาพมิใช่ได้จากโรงพยาบาล คลินิก ร้านขายยา สถานส่งเสริมสุขภาพ แต่สุขภาพจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับตัวเจ้าของสุขภาพนั้น ขึ้นกับครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อม แสดงว่า มิติสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงอีก

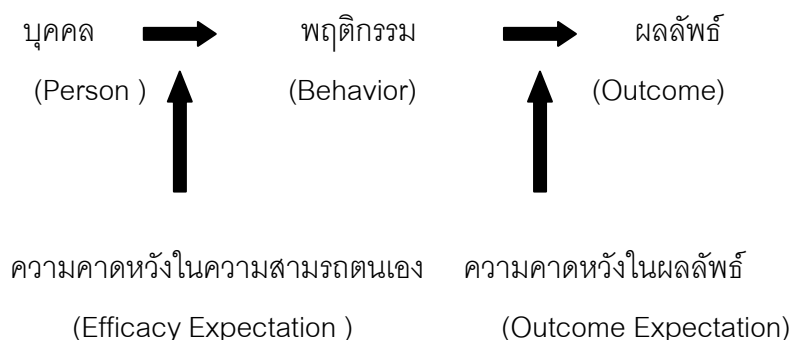
ส่วนหนึ่ง คือ “ ชุมชน ” การส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ Green และ Kreuter (1991:4) หมายถึง ผลรวมของการสนับสนุนทางด้านการศึกษาและสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดผลทางการกระทำ หรือปฏิบัติ (Action) และสภาพการณ์ (Condition) ของการดำรงชีวิตที่จะก่อให้เกิดสภาวะสมบูรณ์ การกระทำ หรือปฏิบัติเหล่านั้นอาจจะเป็นของบุคคล ชุมชน ผู้กำหนดนโยบาย นายจ้าง หรือกลุ่มบุคคลอื่น ๆ การกระทำหรือปฏิบัติเหล่านั้น มีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคล ชุมชน และสังคมส่วนรวม การดำเนินงานสุขภาพในงานลักษณะการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการดำเนินงานเพื่อให้ได้มาซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพ จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (Health-related behavior) เช่น การรับประทานอาหารการออกกำลังกาย การเล่น การทำงาน การเดินทาง สภาพการณ์ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม รวมทั้งรูปแบบของวิถีการดำเนินชีวิต (Life style) การดำเนินชีวิต (Way of Life) และทักษะชีวิต (Life Skill) ของบุคคล ครอบครัวชุมชน และสังคมนั้นด้วย เช่นเดียวกับเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าควันบุหรี่เป็นอันตรายต่อผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่อยู่รอบข้างผู้สูบบุหรี่ ดังนั้นสถานที่สาธารณะ ซึ่งมีคนเข้าไปใช้บริการเป็นจำนวนมากควรได้รับการคุ้มครองไม่ให้มีการสูบบุหรี่ เป็นการสนับสนุนให้ทุกคนได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ในขณะที่เดียวกันก็ป้องกันไม่ให้เกิดการเพิ่มพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะอีกต่อไป ซึ่งจากการศึกษาของ Shiffman และคณะ (1994)<sup>11</sup>(อ้างใน Shelley E.Taylor,2009,131 )พบว่าในกลุ่มคนที่สูบบุหรี่เมื่อมีการดื่มแอลกอฮอล์ จะต้องสูบบุหรี่ด้วยทุกครั้งเสมอและเป็นการยากที่จะทำให้เลิกสูบบุหรี่ถ้ายังดื่มแอลกอฮอล์อยู่และเช่นกันในกลุ่มสูบบุหรี่ระหว่างที่ทำงานไปด้วยจะพบอุบัติเหตุมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่

---

<sup>11</sup> Shelley E. Taylor,(2009) Health-compromising Behavior: Alcoholism and Smoking ,*Health Psychology*, University of California ,Los Angelis ,McGraw-Hill Companies ,Seventh Edition p131

### ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self – Efficacy Theory )

ผู้ที่ศึกษาค้นคว้าและพัฒนาทฤษฎีความสามารถตนเองคือ Albert Bandura เป็นนักจิตวิทยาชาวอเมริกัน แบนดูราได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self- Efficacy Theory) โดยมีสมมติฐานของทฤษฎีคือ ถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อ ในความสามารถของตนเองโดยทราบว่าต้องทำอะไรบ้างเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้บุคคลนั้นก็จะมีปฏิบัติ ดังกล่าว โครงสร้างที่สำคัญของทฤษฎีมีดังนี้<sup>12</sup>



#### แผนภูมิที่ 1 แสดงโครงสร้างที่สำคัญของทฤษฎี

จากโครงสร้างของทฤษฎี แสดงให้เห็นส่วนประกอบที่สำคัญของทฤษฎี คือ ความคาดหวังในความสามารถ (Efficacy Expectation) แบนดูรา ให้ความหมายความคาดหวังในความสามารถว่าเป็นความเชื่อของบุคคลที่ว่าตนสามารถทำพฤติกรรมต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ได้ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรมความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectation) หมายถึงความเชื่อที่บุคคลประมาณค่าถึงพฤติกรรมอย่างที่จะปฏิบัติ จะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้น ที่สืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้ทำจากรูปแบบนี้ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมหนึ่งไม่ขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่า เมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นจะได้รับผลที่ต้องการหรือไม่ และความคาดหวังว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ เนื่องจากมนุษย์เรียนรู้การกระทำใดนำไปสู่ผลลัพธ์ใด แต่ความสามารถของมนุษย์แต่ละคนที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ มีขีดจำกัดไม่เท่ากัน ดังนั้นการที่บุคคลจะตัดสินใจว่า จะกระทำพฤติกรรมใดหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งจึงขึ้นอยู่กับผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นซึ่งความคาดหวังทั้ง 2 ส่วนนี้มีความสัมพันธ์กัน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 จะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเองกับ

<sup>12</sup> พงศ์เทพ สุธีรัฐภูมิ ( 2552 ) ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self – Efficacy Theory ) <http://gotoknow.org/blog> สืบค้นเมื่อ วันที่ 10 กันยายน 2552

ความคาดหวังในผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นได้ว่า ถ้าบุคคลมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูง และมีความคาดหวังในผลของการกระทำสูงเช่นเดียวกันบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำและมีความคาดหวังในผลของการกระทำต่ำด้วยหรือมีความคาดหวังในส่วนใดส่วนหนึ่งต่ำ บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้นยิ่งไปกว่านั้นแบนดูร่ายังได้กล่าวถึง บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูงอีกว่าบุคคลเหล่านั้นมักจะมีความคาดหวังในการกระทำสูงอีกด้วย ในขณะที่บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในระดับต่ำจะมีความคาดหวังในผลของการกระทำในระดับปานกลางหรือต่ำเช่นกันปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองแบนดูร่า กล่าวว่าความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคล พัฒนามาจากปัจจัยหลัก 4 ประการ ดังนี้ (Bandura, 1977a:104 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัยและรวมพร คงกำเนิด, 2543) <sup>13</sup>

1. ความสำเร็จในการกระทำ (Performance Accomplishment) เป็นประสบการณ์ตรง จึงมีผลต่อความคาดหวังกับความสามารถของบุคคลอย่างมากความสำเร็จในการกระทำจะเป็นตัวเพิ่มความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลและการไม่ประสบผลสำเร็จในการกระทำหลายครั้งซ้ำกันจะเป็นตัวลดความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตน ในกรณีที่ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถเกิดจากประสบผลสำเร็จหลายครั้งจะทำให้บุคคลไม่ท้อถอยในการทำงานนั้น เมื่อไม่ประสบผลสำเร็จในบางครั้ง ถ้าการไม่ประสบผลสำเร็จนั้นสามารถแก้ไขความผิดพลาดด้วยความพยายาม ก็จะเป็นแรงเสริมในการทำงานต่อไป แม้งานจะยากเพียงใดบุคคลจะเพิ่มความพยายามเพื่อให้งานนั้นสำเร็จ การใช้ความสำเร็จในการกระทำได้ใช้แนวคิดมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้เรียนรู้ได้เกิดประสบการณ์ตรงจากการกระทำ ได้แก่ การสาธิต การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ ซึ่ง Bandura ชี้ว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุด เพราะบุคคลจะได้รับประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าตนกระทำสำเร็จ ความสำเร็จหรือความล้มเหลวที่อาจเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก ย่อมชักนำให้บุคคล รับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ในทางตรงกันข้ามหากความสำเร็จหรือความล้มเหลวนั้นเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวบุคคลก็อาจรับรู้ไปว่าเป็นความสำเร็จหรือความล้มเหลวนั้นเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว บุคคลก็อาจจะรับรู้ไปว่าเป็นปัจจัยต่าง ๆ ทางสภาพแวดล้อม มากกว่าที่จะรับรู้ว่าเป็นเพราะความสามารถของตนเอง

<sup>13</sup> สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด (บรรณาธิการ), 2543. การส่งเสริมสุขภาพ : แนวคิดทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล. นครศรีธรรมราช : มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

2. การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) เป็นการสังเกตต้นแบบที่บุคคลอื่นแล้วนำมาพิจารณาความสามารถของตน เมื่อบุคคลสังเกตเห็นผู้อื่นได้รับความสำเร็จในการทำงาน โดยไม่มีผลเสียตามมาทำให้เกิดความคาดหวังว่า ตนก็สามารถทำงานนั้นได้ถ้าตั้งใจและพยายาม โดยเฉพาะถ้ายังอยู่ในวัยเดียวกันเพศเดียวกันความสามารถและประสบการณ์ในอดีตไม่แตกต่างกัน การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นเป็นการทำให้คนสังเกตการแสดงความกระทำต่าง ๆ ของบุคคลอื่น ซึ่งอาจถูกชักจูงให้เกิดการรับรู้ว่าคุณเองก็สามารถกระทำอย่างที่คุณเห็นได้เหมือนกัน

ประเภทของตัวแบบการเสนอตัวแบบ Bandura ได้เสนอไว้ 2 รูปแบบ ดังนี้คือ ตัวแบบที่มีชีวิตจริง ( Life Model ) หมายถึง ตัวแบบซึ่งผู้สังเกตสามารถปฏิสัมพันธ์หรือสังเกตได้โดยตรง โดยไม่ต้องผ่านสื่อหรือสัญลักษณ์อื่น ๆ ตัวแบบสัญลักษณ์ ( Symbolic Model ) เป็นตัวแบบที่ผู้สังเกตเรียนรู้ผ่านสัญลักษณ์ เช่น ภาพยนตร์ วิทยุทัศน์ เป็นต้น

3. การชักจูงด้วยคำพูด ( Verbal Persuasion ) เป็นการรับเอาคำแนะนำชักจูงของผู้อื่นมาเป็นข้อมูลเพื่อพิจารณาความสามารถของตนทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะทำงานได้สำเร็จถึงแม้ว่าจะเคยทำงานไม่สำเร็จมาแล้ว เป็นการเพิ่มกำลังใจและความมั่นใจ วิธีนี้เป็นที่ใช้กันอย่างกว้างขวางซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากวิธีหนึ่งที่ไม่สามารถสาธิตให้ดูหรือไม่สามารถให้ลองทำเองได้ด้วยตนเอง

4. ความตื่นตัวของอารมณ์ ( Emotional Arousal ) บุคคลจะรับรู้ว่าคุณเองตื่นตื่นมีความวิตกกังวลหรือกลัว จากอาการกระตุ้นของร่างกาย ในสภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมากจะทำให้การทำงานได้ผลไม่ดี หากบุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีความวิตกกังวลในระดับสูง บุคคลจะคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถ ของตนเองในการทำงานนั้นระดับต่ำ แต่ให้การปลุกเร้าความรู้อยาก จะทำด้วยตนเองด้วยความสำนึกในตนเองอย่างแท้จริง

5. การควบคุมตนเอง ( Self Control ) การควบคุมตนเองเป็นคุณสมบัติที่สำคัญยิ่ง ที่จะทำให้บุคคลดำรงพฤติกรรมที่เหมาะสมไว้ได้อย่างถาวร ผู้ที่มีความสามารถในการควบคุมตนเอง จะมีความเป็นตัวของตัวเองสูง และมีความมั่นคงในอารมณ์ ไม่ขึ้นอยู่กับลักษณะของสถานการณ์แวดล้อมภายนอก และจะกระทำตนอย่างสม่ำเสมอไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใดก็ตาม ดังนั้นการปรับพฤติกรรม การควบคุมตนเองจึงเป็นทักษะที่สำคัญอย่างยิ่ง ที่บุคคลจะต้องพัฒนาให้มีมากขึ้น เพื่อให้พฤติกรรมเป้าหมายนั้นดำรงอยู่ ( Maintenance ) และแผ่ขยาย ( Generalization ) ต่อไปได้

ผู้ที่มีความสามารถควบคุมตนเองหมายถึงผู้ที่มีวินัยในตนเอง สามารถบังคับตนเองให้ปรับปรุงตนเอง หรือการจัดระเบียบพฤติกรรมบางชนิดของตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อการจัดสร้างพฤติกรรมใหม่ที่นำปรารถนาเพิ่มปริมาณพฤติกรรมนั้น และอนุรักษ์พฤติกรรมที่ดีมีประโยชน์ ตลอดจนการลด

หรือขจัดพฤติกรรมที่ไม่น่าปรารถนาให้หมดไปจากตนโดยการจัดการตนเองและไม่ต้องพึ่งพาการควบคุมบังคับจากผู้อื่น

การที่บุคคลจะควบคุมตนเองได้ เขาจะต้องมีจุดประสงค์บางอย่างเกิดขึ้นก่อน อันหมายถึง การมุ่งอนาคตในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง การควบคุมตนเองโดยการปราศจากความมุ่งหมายในอนาคตนั้น แทบจะไม่ปรากฏ แต่การมุ่งอนาคต ไม่มีการควบคุมตนเองนั้นก็มีปรากฏอยู่บ่อยๆ และแสดงถึงความล้มเหลวในความตั้งใจของบุคคล หากบุคคลที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่เป็นประจำ หรือสูบบุหรี่เป็นบางครั้ง เมื่อจำเป็นต้องปรับพฤติกรรมส่วนบุคคลตนเองเสียใหม่เนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยได้มีพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ได้กำหนดสถานที่ปลอดบุหรี่และสถานที่สามารถจัดเขตสูบบุหรี่ได้ทำให้สถานที่สาธารณะโดยรวมไม่สามารถสูบบุหรี่ได้อีกต่อเช่น ร้านอาหารทั้งที่มีเครื่องปรับอากาศและไม่มีเครื่องปรับอากาศ เป็นต้น

### ลักษณะควบคุมตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ

ในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพบุคคลต้องสามารถควบคุมตนเอง ให้การกระทำในสิ่งที่ควรกระทำจนสามารถทำได้เป็นกิจวัตร เช่นการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การไม่รับประทานอาหารรสจัด การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ การไม่สูบบุหรี่ พฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้ บุคคลต้องเอาชนะความเขี้ยววนใจต่างๆ เช่นความเอือมระอา ความพอใจ ความสบาย ดังนั้นการที่บุคคลจะมีความอดทนกระทำพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้ได้จึงขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลในอันที่จะมองการณ์ไกล เห็นประโยชน์ของการมีสุขภาพดีในอนาคตได้ ซึ่งลักษณะดังกล่าวคือ ลักษณะของการมุ่งอนาคตควบคุมตนเอง (อุบล เลี้ยววาริณ ,2534 )<sup>14</sup>

### การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

แนวความคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่จะนำมากล่าวต่อไปนี้ มีจุดเน้นที่การปรับเปลี่ยนเงื่อนไขที่เป็นตัวกำหนดในตัวบุคคล ซึ่งมีหลักการพื้นฐานมาจากความคิดทางจิตวิทยาการเรียนรู้ธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่ง Bandura ได้พัฒนาทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมขึ้นและมีผู้นำแนวคิดนี้ไปใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ได้ก็ต่อเมื่อเขาสังเกตพฤติกรรมนั้น แล้วบันทึกสิ่งที่จะสังเกตรับรู้ลงในความทรงจำของเขา จากนั้นจึงฝึกฝนปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และเมื่อทำได้ก็จะได้รับ

<sup>14</sup> อุบล เลี้ยววาริณ (2534)การศึกษาและอาชีพที่เกี่ยวข้องกับจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของชาวกรุงเทพฯ ,ปริญญาโทบริหารสุขภาพโท มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร

การเสริมกำลังใจซึ่งเป็นการจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นต่อไปอีกด้วยรางวัลที่ตนเองได้รับ แล้วแต่ชนิดและปริมาณของการเสริมกำลังใจ สิ่งที่น่าสนใจในทฤษฎีนี้คือ การพัฒนาทักษะของร่างกายโดยการฝึกฝน มากกว่าเรื่องของการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และจำเป็นต้องมีแบบอย่างให้สังเกต ซึ่งเป็นตัวแบบที่ดึงดูดให้กระทำตาม

สำหรับรูปแบบที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเดลมิล เชื่อว่ามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ 3 ลักษณะคือ

- การเปลี่ยนแปลงโดยการถูกบังคับ
- การเปลี่ยนแปลงโดยการเลียนแบบ
- การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความต้องการที่อยากจะเปลี่ยน

เนื่องจากมองเห็นความสำคัญของสิ่งเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ การเปลี่ยนแปลงจากสาเหตุที่ 1 และ 2 เป็นการเปลี่ยนแปลงจากภายในตัวบุคคลนั้น การเปลี่ยนแปลงในลักษณะนี้เชื่อว่า จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง อย่างถาวรยิ่งกว่าการเปลี่ยนแปลงจากสาเหตุ สองแบบแรก ดังนั้นการสร้างเงื่อนไขให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่ 3 จึงเป็นหลักที่สำคัญของการฝึกเทคนิค การฝึกควบคุมตัวเอง<sup>15</sup>

การฝึกควบคุมตนเอง มีหลักการที่สำคัญคือ กระบวนการเทคนิคเหล่านั้น บุคคลจะเป็นผู้ดำเนินการปรับพฤติกรรมด้วยตนเองทั้งหมดนั่นคือกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการฝึกหรือการพัฒนาการควบคุมตัวเอง จะต้องเป็นผู้ตัดสินใจเลือกพฤติกรรมเป้าหมาย และวิธีการดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้นด้วยตนเอง ส่วนผู้ฝึกสอนจะเป็นผู้สอนวิธีการและเทคนิคการควบคุมตนเองให้ผู้เข้ารับการฝึก เพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกสามารถใช้เทคนิคเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง การใช้เทคนิควิธีการควบคุมตนเองแบบนี้ ผู้เข้ารับการฝึกอบรมจะรู้สึกว่าเขาเป็นผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ มากกว่าที่จะเป็นฝ่ายที่ต้องรับผลของการกระทำแต่เพียงอย่างเดียว การควบคุมตัวเองไม่ใช่สิ่งใหม่ แต่เป็นวิธีการที่คนส่วนใหญ่ได้เคยทำมาแล้วในชีวิตประจำวันแบบทั้งสิ้น เทคนิคแบบการควบคุมตนเองมีหลายเทคนิคดังนี้<sup>16</sup>

1. การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus Control) หมายถึง การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อจำกัด หรือควบคุมสิ่งเร้าของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อไม่ให้พฤติกรรมไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น

2. การเตือนตนเอง (Self Monitoring) เป็นเทคนิคหนึ่งที่สำคัญมากในการควบคุมตนเอง และเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการการควบคุมตนเองทั้งหมดที่เรียกว่าการจัดการตนเอง

(Self Management) การเตือนตนเองนั้นประกอบไปด้วยกิจกรรม 2 ส่วน คือ การสังเกตตนเอง

<sup>15</sup> สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต( 2539)ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม,กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : หน้า327-355

<sup>16</sup> สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต( อ้างแล้วในเล่มเดียวกัน)

(Self Observation) และการบันทึกพฤติกรรมตนเอง (Self Recording) ประสิทธิภาพของวิธีการนี้ยังมีประเด็นที่ควรพิจารณาคือ

2.1 ความแม่นยำในการบันทึกพฤติกรรม ถ้าข้อมูลที่ได้มีผลต่อการได้รับแรงเสริมหรือรางวัล ข้อมูลที่ได้มักจะสูงกว่าความเป็นจริง ดังนั้นจึงอาจใช้วิธีเสริมแรงต่อความแม่นยำในการบันทึกพฤติกรรมแทน ซึ่งพบว่าทำให้การบันทึกมีความแม่นยำขึ้น อย่างไรก็ตามการเน้นความแม่นยำในการบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเองอาจไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น

2.2 ลักษณะของผู้รับการฝึก วิธีการเตือนตนเองนี้ จะสามารถใช้ได้ผลอย่างมีผลดีก็ต่อเมื่อ ผู้รับการฝึกมีความต้องการที่จะพัฒนาพฤติกรรมของตนเองได้รับแรงจูงใจที่จะพัฒนาตนเอง

### 2.3 ความยากง่ายของพฤติกรรมที่กระทำ

3. การเสริมแรงตนเอง และการลงโทษตนเอง (Self Reinforcement and Self Punishment) มีหลักดำเนินการอยู่ 2 ขั้นตอน คือการกำหนดตัวเสริมแรง หรือการลงโทษตัวเอง และการตั้งเกณฑ์การปฏิบัติพฤติกรรมที่จะได้รับการเสริมแรงหรือการลงโทษด้วยตนเองการเสริมแรงและการลงโทษตนเองนั้น ในทางปฏิบัติ ต้องอาศัยวิธีการสังเกต และบันทึกพฤติกรรมตนเองพร้อมทั้งประเมินว่าพฤติกรรมที่แสดงออกนั้นตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้หรือไม่ ดังนั้นวิธีการเตือนตนเอง จึงมีส่วนสัมพันธ์อย่างมากต่อการใช้วิธีเสริมแรงตนเองและลงโทษตนเอง โดยทั่วไปวิธีการที่นิยมใช้จะเป็นวิธีนำเอาเรื่องการเสริมแรงมาใช้มากกว่าการลงโทษ

4. การทำสัญญากับตนเอง (Self Contracting) เป็นวิธีการที่บุคคลทำสัญญากับตัวเองว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองเช่นไรบ้างและทำให้เป็นรูปธรรมโดยให้ผู้อื่นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย โดยกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลตามที่ตกลงกันไว้ และควรเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร

5. การฝึกการเปลี่ยนแปลงการตอบสนอง (Alternative Respond Training) เป็นวิธีที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อควบคุมความวิตกกังวล ได้แก่ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การใช้สมาธิ การใช้จินตนาการ

6. การใช้คู่มือช่วยตนเอง (Self – Help Manual) หรือการบำบัดโดยหนังสือ โดยอ่านหนังสือที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวปัญหาที่คล้ายคลึงกันนั้น วิธีการนี้จะมีประสิทธิภาพมากถึงผู้รับการฝึกฯ สามารถสวมบทบาทเข้าลักษณะของหนังสือได้ ทำให้สามารถระบายอารมณ์ที่เก็บกดเอาไว้ในสภาพที่ปลอดภัย และหยั่งรู้ทางออกที่เป็นผลต่อการแก้ไขปัญหา โดยวิธีการนี้จะได้ดีต้องใช้ร่วมกับวิธีการอื่น ๆ และมีข้อพิจารณาคือ หนังสือนั้น ต้องเหมาะสมกับระดับความสามารถของผู้อ่าน เรื่องราวควรอยู่ในระดับความสนใจ และสอดคล้องกับปัญหาของผู้ขอรับการฝึก เช่นถ้าเด็กตัวละครควรเป็นเด็ก ลักษณะการดำเนินเรื่องสมจริง และลักษณะของตัวละครเป็นไปได้ในชีวิตจริง

และความมีกิจกรรมหลังการอ่านที่ได้เลือกไว้แล้ว เช่น การอภิปรายปัญหา ควรทำรายการ การแก้ไข ปัญหาที่เป็นไปได้หรือทำกิจกรรมอื่นๆ

### ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการควบคุมตัวเอง

นอกจากใช้กลวิธีและเทคนิคที่เหมาะสมแล้ว ความพร้อมในตัวบุคคลผู้ได้รับการฝึก ยังเป็น เงื่อนไขสำคัญ ความพร้อมนี้หมายถึงจิตลักษณะและจิตวิสัยที่เอื้อต่อการควบคุมตนเอง ได้แก่

1. ความตระหนัก (Awareness) เป็นลักษณะของจิตวิสัย ที่รับรู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในจิตสำนึก ความตระหนักไม่ใช่ความคิด แต่เป็นการรู้ถึงความคิด ความตระหนักจึงรวมทั้งความรู้และความคิด หรืออาจเรียกได้อีกอย่างหนึ่งว่า ทศนคติต่อสิ่งนั้น

2. ความรู้สึกแห่งตน (Sense of Self) หมายถึง ความเชื่ออำนาจในตน และความเชื่ออำนาจ ของตนบุคคลที่มีความเชื่อในอำนาจในตนสูง ย่อมเป็นผู้ควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ดีขึ้น

3. ความรู้สึกแห่งปรารถนา (Sense of Need) หรือแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ เป็นแรงจูงใจภายใน หมายถึงการที่บุคคลสามารถรู้ถึงความสำเร็จ หรือผลดีของการมีพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งวัฒนา ประเสริฐสม ได้้นำแนวคิดในเรื่องการรับรู้ว่า ความพยายามเป็นสาเหตุของความสำเร็จ และความล้มเหลว มาใช้ การสร้างแรงจูงใจเพื่อกระตุ้นให้เด็กมีพฤติกรรมอนามัย โดยให้เด็กนักเรียนรับรู้ ว่า ความพยายามในการกระทำพฤติกรรมอนามัยของตน เป็นสาเหตุของการมีสุขภาพอนามัยที่ดี และสร้างแรงจูงใจ ดังกล่าวควบคู่ไปกับการสอนให้มีความรู้ความเข้าใจถึงสุขภาพอนามัย เพื่อกระตุ้นให้เด็กนักเรียน กระทำพฤติกรรมอนามัยโดยสม่ำเสมอในชีวิตประจำวัน ผลการทดลองพบว่าเด็กนักเรียนที่ได้รับการ ฝึกจะรายงานการกระทำพฤติกรรมอนามัยสูงกว่าผู้ไม่ได้รับการฝึก<sup>17</sup>

อย่างไรก็ตามหลักการเรียนรู้พฤติกรรมมีอยู่ 2 ขั้นตอนคือ การกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม และ การอนุรักษ์พฤติกรรมนั้นไว้ให้เกิดเสมอในปริมาณที่ต้องการ ดังนั้นแม้ว่าคนส่วนใหญ่จะมีความ แข็งแกร่งในจิตใจในปริมาณที่มากน้อยแตกต่างกันแต่ถ้ามีการจัดการกับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมก็ จะช่วยสร้างและอนุรักษ์พฤติกรรมที่น่าปรารถนาไว้ได้ และพฤติกรรมที่น่าปรารถนาคือเป็นไปในมุมมอง ของใครระหว่างกลุ่มอุตสาหกรรมบุหรี่ยุคใหม่ หรือนักส่งเสริมสุขภาพ เพราะกระแสลัทธิบริโภคนิยมและ การแพร่ทางวัฒนธรรม การส่งเสริมการค้าทุกรูปแบบของอุตสาหกรรมกรรมการค้าเกี่ยวกับบุหรี่ยุคใหม่ ความสำเร็จ ด้านพฤติกรรมเช่นกันจึงน่าจะจุดแข็งมาส่งเสริมการขายโดยมุ่งเจาะกลุ่มเป้าหมาย เช่นกลุ่ม วัยรุ่น กลุ่มสตรี กลุ่มอาชีพด้านสุขภาพเพื่อแย่งชิงเป้าหมาย ผู้ที่ดำเนินกิจกรรมด้านควบคุมการบริโภค

<sup>17</sup> วัฒนา ประเสริฐสม (2526) การเสริมสร้างจิตลักษณะเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยของนักเรียนประถมศึกษา, วิทยานิพนธ์ คุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

บุหรืโดยเฉพาะการสกัดน้กสูบหน้าใหม่ ไม่ควรมองข้ามประเด็นนี้ไป ดังบทเรียนจากการทบทวนองค์ความรู้การควบคุมการบริโภคยาสูบ โดย เนาวรัตน์ เจริญค้า นิภาพรรณ กังสกุลนิติและคณะ<sup>18</sup>พบว่า แนวโน้มสตรีในเอเชียมีการสูบบุหรืเพิ่มขึ้น ตัวอย่างเช่นในประเทศญี่ปุ่น เมื่อ 15 ปีก่อนการสูบบุหรืในที่สาธารณะของสตรีเป็นสิ่งที่สังคมไม่ยอมรับจะถูกกล่าวว่าเป็นปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม แต่จาก พ.ศ.2530ถึง พ.ศ.2540กลับพบผู้หญิงญี่ปุ่นสูบบุหรืเพิ่มจากร้อยละ 17 เป็นร้อยละ 23 และสามารถพบเห็นเยาวชนหญิงสูบบุหรืในที่สาธารณะเกือบทั่วไปไม่ว่าจะเป็นขณะรอกไฟ ขณะไปรับประทานอาหารตามภัตตาคาร หรือขณะพักผ่อนตามสถานบันเทิง ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรื พ.ศ. 2535 ได้พยายามจัดสภาพแวดล้อมให้ไม่เอื้อต่อการสูบบุหรืและการเข้าถึงบุหรืโดยการกำหนดให้ไม่มีการใช้บุหรื ณ จุดขาย การจำกัดสถานที่สาธารณะไม่ให้เป็นที่สูบบุหรื 100% เป็นต้น

### ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ทัศนคติเป็นความรู้สึกตอบสนองไปในทางชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรืออาจกล่าวได้ว่าทัศนคติเป็นความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ โดยอารมณ์เป็นส่วนประกอบ และแสดงความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะอย่าง (Shaver: 1977:168)<sup>19</sup>

ทัศนคติ เป็นกระบวนการที่อยู่ในจิตใจ มีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

1. องค์ประกอบทางการรู้เชิงประเมินค่า (Cognitive Evaluative Component) หมายถึง การรู้ การคิด ความเชื่อ ที่บุคคล มีต่อบุคคล เรื่องราว หรือวัตถุ ตลอดจนข้อสนเทศทั่วไปเกี่ยวกับสิ่งนั้น ความรู้ความคิดนี้มีทิศทางขององค์ประกอบด้วย คือได้ตัดสินใจไปทางด้านดีหรือเลว ประโยชน์หรือโทษ จึงไม่ใช่ข้อเท็จจริง (Fact) ตามปกติเท่านั้น
2. องค์ประกอบทางความรู้สึก (Affective Component) หมายถึงความชอบ ความไม่ชอบต่อสิ่งหนึ่งหรือความพอใจไม่พอใจต่อสิ่งหนึ่ง โดยทั่วไปองค์ประกอบทางความรู้สึกต่อสิ่งหนึ่งของบุคคล จะต้องสอดคล้องกับทิศทางขององค์ประกอบแรกของเขาด้วย กล่าวคือ ถ้าบุคคลเชื่อว่าสิ่งนั้นเลวหรือมีโทษ บุคคลก็จะไม่ชอบและไม่พอใจสิ่งนั้น
3. องค์ประกอบทางการมุ่งกระทำ หรือความพร้อมกระทำ (Behavioral Intention Component) ซึ่งหมายถึงลักษณะทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมซึ่งคือ ความโน้มแน่วที่จะกระทำ

<sup>18</sup> เนาวรัตน์ เจริญค้า และคณะ(2548) “พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรืในกลุ่มต่างๆ “การทบทวนองค์ความรู้การ

ควบคุมการบริโภคยาสูบ หน้า54-59 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

<sup>19</sup> Shaver, Relley G. (1977.) Principle of Social Psychology. Cambridge : Wintrop Publishers

(Action Tendency) หรือเจตนาที่กระทำ (Behavioral Intention) หรือความมุ่งกระทำ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน .2532 ซ 66-67 )<sup>20</sup>

ทัศนคติเป็นจิตลักษณะที่มีผู้เห็นว่ามีความเกี่ยวข้องโดยตรงมากที่สุดกับพฤติกรรมจนเกิดเป็นรูปแบบความเชื่อ เมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บและการป้องกันโรค จะมีทัศนคติอาจทำนายพฤติกรรมได้แม่นยำ ตั้งแต่10-60 เปอร์เซ็นต์ ขึ้นอยู่กับความแม่นยำ ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในการวัดทัศนคติ และพฤติกรรมที่ศึกษา นอกจากนั้นยังพบว่าทัศนคติเพียงด้านเดียวย่อมทำนายพฤติกรรมได้ไม่เต็มที่ ควรพิจารณาจิตลักษณะอื่นๆของผู้กระทำไปพร้อมกันด้วยเช่นแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์และควบคุมตน<sup>21</sup>

## 2. แนวคิดทฤษฎีนโยบายสาธารณะ

### ความหมายของ “นโยบายสาธารณะ”

มีนักวิชาการทั้งต่างประเทศและชาวไทยให้ความหมายของการกำหนดนโยบายสาธารณะ ดังนี้

ไอรา ชาร์แดนสกี (Ira Sharkansky, 1960:p63) ให้ความหมาย นโยบายสาธารณะ หมายถึงกิจกรรมต่างๆที่รัฐบาลหรือองค์การของรัฐจัดทำขึ้น ในขณะที่ โธมัส ดาย (Thomas Dye, 1981: 1) ให้ความเห็นเพิ่มว่า รัฐบาลอาจเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำก็ได้ ส่วนเจมแอนเดอร์สัน (James Anderson, 1994 : 5-6) ลาสเวลล์ และแคปแลน (Harold Lass well and Abraham Kaplan) ได้ให้ความหมายไว้สอดคล้องกัน กล่าวคือนโยบายสาธารณะ คือ แนวทางปฏิบัติ แผน หรือโครงการที่กำหนดขึ้นเพื่อสนองตอบต่อปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นรวมถึง เป้าหมาย สิ่งที่มีคุณค่า และแนวการปฏิบัติต่างๆ<sup>22</sup>

เดวิด เอสตัน (David Easton) กล่าวว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึงการจัดสรรผลประโยชน์หรือสิ่งที่มีคุณค่าระหว่างปัจเจกชน และกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ ในระบบสังคมการเมือง ส่วนแอนเดอร์สัน (E. Anderson) เห็นว่านโยบายสาธารณะเป็นชุดของข้อเสนอของการกระทำซึ่งมีองค์ประกอบหลายประการ ได้แก่ ผู้กระทำหรือชุดของผู้กระทำที่จะต้องรับผิดชอบในการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องของสังคม โดยมีจุดมุ่งหมายชัดเจนว่าสิ่งที่ต้องกระทำให้สำเร็จ มิใช่เพียงแต่สิ่งที่รัฐบาลเพียงตั้งใจกระทำหรือเสนอให้กระทำเท่านั้น และคาลเวล (Lynton Caldwell) ได้เพิ่มเติมประเด็นว่านโยบาย

<sup>20</sup> ดวงเดือน พันธุมนาวิน .(2539)ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2539)ทฤษฎีต้นไม้อัจฉริยะธรรม:การวิจัยและการพัฒนาบุคคล พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, หน้า 66-67

<sup>21</sup> ดวงเดือน พันธุมนาวิน และคณะ.( 2539 )อ้างแล้วในเล่มเดียวกัน

<sup>22</sup> อ้างในศุภชัย ยาวะประภาส ,บรรยายวิชานโยบายสาธารณะ วันที่ 20-21 กันยายน 2551,

สาธารณะยังหมายถึงบรรดาการตัดสินใจอย่างสัมฤทธิ์ผลที่เกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆที่สังคมอนุญาตหรือไม่ให้กระทำ

กุลธน ธนาพงศธร นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ และศ.นพ.วันชัย วัฒนศัพท์<sup>23</sup> ได้ให้ความหมายที่เกี่ยวข้องกับ นโยบายสาธารณะ ดังนี้

นโยบายสาธารณะหมายถึงแนวทางกว้างๆที่รัฐบาลหนึ่งๆ(ไม่ว่าระดับใดก็ตาม)ได้กำหนดขึ้นล่วงหน้าเพื่อเป็นหนทางชี้้นำให้มีการกระทำต่างๆเกิดขึ้นตามมาทั้งนี้เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ซึ่งอาจอยู่ในรูปของการตัดสินใจที่มีผลกระทบต่อสังคม เช่นการออกกฎหมายหรืออาจจะมาจากการตัดสินใจของบริษัทเอกชนหรือองค์กรที่ไม่แสวงหากำไรโดยมีกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมว่าเป็นนโยบายที่กำหนดออกไปโดยเป็นที่เข้าใจและยอมรับเป็นการพัฒนาประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงด้วยสันติวิธี

ในขณะที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขให้ความหมายนโยบายสาธารณะใน 2 ลักษณะ คือ

1. นโยบายสาธารณะเป็นทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยภาพรวมเห็นว่าหรือเชื่อว่าควรที่จะดำเนินการไปในทางนั้น ซึ่งทิศทางหรือแนวทางนั้นอาจเกิดขึ้นมาจากความริเริ่มของรัฐบาลของภาคเอกชน หรือของภาคประชาชนก็ได้ ดังนั้น นโยบายสาธารณะจึงมีความหมายกว้างขวาง โดยรวมถึงนโยบายของรัฐบาล กฎหมายจากรัฐสภา นโยบายขององค์กรท้องถิ่น และการปฏิบัติการในระดับสาธารณะของภาคประชาชนรวมถึงภาคเอกชน

2. นโยบายสาธารณะ คือ นโยบายใดๆก็ตาม ไม่ว่าจะเกิดขึ้นจากหน่วยงานใด จะมีการดำเนินการตามนโยบายนั้นแล้วหรือไม่ก็ตาม หากมีผลกระทบต่อสังคม ชุมชน หรือสาธารณะ ถือเป็นนโยบายสาธารณะ

### ความหมายของ “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ”

นพ.ชูชัย ศุภวงศ์<sup>24</sup> ได้ให้ความหมายของ นโยบายสุขภาพ (Health Policy) ว่าเป็นการตัดสินใจหรือการกระทำที่ตั้งใจเพื่อให้เกิดผลกระทบเชิงบวกต่อสุขภาพโดยตรงและนโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี (Healthy Public Policy) คือการตัดสินใจหรือการกระทำใดๆที่ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนในสังคมหรือให้มีการคำนึงถึงสุขภาพ

<sup>23</sup> กุลธน ธนาพงศธร นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ และศ.นพ.วันชัย วัฒนศัพท์, 2548 อ้างแล้วในเล่มเดียวกัน

<sup>24</sup> พงศ์เทพ สุธีรัฐดี, 2548 อ้างแล้วในเล่มเดียวกัน

องค์การอนามัยโลก<sup>25</sup> ให้ความหมาย นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพว่าหมายถึง “นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนเรื่องสุขภาพและพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางด้านสุขภาพที่อาจจะเกิดจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและมุ่งให้พลเมืองมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีได้”

สรุปได้ว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึง ทิศทางหรือแนวทางที่ชัดเจนที่ได้ชี้แนะและกำหนดการตัดสินใจซึ่งสังคมโดยภาพรวมเห็นว่าหรือเชื่อว่าควรที่จะดำเนินการไปในทางนั้นซึ่งทิศทางหรือแนวทางนั้นอาจเกิดขึ้นมาจากความคิดริเริ่มของรัฐบาล ของภาคเอกชน หรือของภาคประชาชนก็ได้ โดยต้องมีพื้นฐานมาจากความเข้าใจการยอมรับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างแท้จริงด้วย

สันติวิธี

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จึงหมายถึง เป็นการตัดสินใจหรือการกระทำที่ตั้งใจเพื่อให้เกิด “สุขภาพะ” แก่สังคมนั้นๆ โดย มุ่งสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดีมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีได้ ดังนั้นการที่จะทำให้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพะของประชาชน มีการนำไปใช้ให้ได้เกิดผลดี ควรที่จะต้องมีการนำหลักการของการสร้างนโยบายสาธารณะมาก่อนเกิดกฎหมาย ดังเช่นประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 เรื่องห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารประเภทที่ไม่มีเครื่องปรับอากาศ และสามารถจัดเขตสูบบุหรี่ได้ หากต้องการยกระดับกฎหมายให้สามารถจัดเป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่ทั้งหมดก็ควรที่จะได้มีการทำประชาสังคมโดยหลักการของการก่อเกิดนโยบายสาธารณะเสียก่อน

### ความสำคัญของนโยบายสาธารณะ

พงศ์เทพ สุธีรัฐ (2552) ได้กล่าวถึงความสำคัญของนโยบายสาธารณะว่า นโยบายสาธารณะ เป็นแนวทางที่จะทำให้สังคมโดยรวมมีความสุข ประเทศชาติมีความเจริญก้าวหน้า เศรษฐกิจเติบโตอย่างมีเสถียรภาพประชาชนมีภาวะที่เป็นสุขอยู่ดีกินดี นอกจากนี้นโยบายสาธารณะยังมีความสำคัญต่อสิ่งเหล่านี้

<sup>25</sup> อังไฉน ปัตพงษ์และอนุพงศ์, (2543) นโยบายสาธารณะ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, นนทบุรี

ประการแรก ความสำคัญต่อผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย(Stakeholder) ได้แก่

1) ความสำคัญต่อผู้กำหนดนโยบาย ถ้ารัฐบาลหรือองค์กรใดก็ตาม สามารถนำนโยบายไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ (effectiveness) และประสิทธิภาพ (efficiency) ย่อมจะทำให้องค์กรนั้นได้รับการยอมรับและความนิยมจากสาธารณะอย่างกว้างขวาง

2) ความสำคัญต่อประชาชน นโยบายสาธารณะที่ดี ต้องสอดคล้องกับค่านิยม วัฒนธรรม และความต้องการของสังคม การนำนโยบายสาธารณะ ไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลจะทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีสุขภาวะ หากนโยบายสาธารณะมีลักษณะในทางตรงกันข้าม จะส่งผลให้ประชาชนได้รับความเดือดร้อนยากจนด้วยการศึกษาและคุณภาพชีวิตต่ำ

3) ความสำคัญต่อผู้ปฏิบัติงานเช่น ข้าราชการ พนักงาน หากมีนโยบายสาธารณะ ที่สามารถแปลงไปสู่การปฏิบัติได้อย่างชัดเจน ก็จะทำให้การปฏิบัติงานเป็นไปได้อย่างสะดวก ง่ายต่อการบรรลุเป้าหมาย ทั้งนี้เพราะนโยบายสาธารณะเหมือนเป็นกรอบที่กำหนดกิจกรรมขององค์กร

ประการที่สอง ความสำคัญต่อกระบวนการ

นโยบายสาธารณะเป็นเครื่องมือ ในการบริหารประเทศของรัฐบาลและองค์กรหน่วยงานในด้านต่าง ๆ ได้แก่

1. เป็นเครื่องมือสำคัญในการกำหนดทิศทางการพัฒนาประเทศ
2. เป็นเครื่องมือในการตอบสนองความต้องการของประชาชน
3. เป็นเครื่องมือในการแก้ไขปัญหาที่สำคัญของประชาชน
4. เป็นเครื่องมือในการสรรค่านิยมทางสังคม ส่งเสริมคุณธรรมและจริยธรรมของสังคม
5. เป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างความเป็นธรรมในสังคม
6. เป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างความเสมอภาคในโอกาสแก่ประชาชน
7. เป็นเครื่องมือในการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของประชาชน
8. เป็นเครื่องมือในการกระจายความเจริญไปสู่ชนบท
9. เป็นเครื่องมือในการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
10. เป็นเครื่องมือในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

ผู้วิจัยมีความเห็นว่านโยบายสาธารณะนอกจากจะเป็นเครื่องมือของรัฐบาลที่นำมาใช้เพื่อการรักษาความรักษาความมั่นคง ความสงบเรียบร้อยภายในประเทศ การรักษาผลประโยชน์ระหว่างประเทศ การส่งเสริมการลงทุนและการจ้างงานการพัฒนาระบบประชาธิปไตยให้มีเสถียรภาพมั่นคง แล้วนโยบายสาธารณะยังมีบทบาทสำคัญในฐานะที่เป็นกระบวนการแห่งการเรียนรู้ของสังคม

เป็นกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งทิศทางของสังคมและเป็นกระบวนการที่จะทำให้เกิดการให้คุณค่าที่แตกต่างกันในสังคม

### กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ

โธมัส ดาย(Thomas Dye, 1981: 1)<sup>26</sup> ได้ระบุถึงกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะว่าเป็นกิจกรรมทางการเมืองที่อาจสรุปขึ้นเป็นขั้นตอนใหญ่ ๆ 5 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นระบุปัญหาเป็นขั้นตอนที่มีการแสดงออกถึงความต้องการต่างๆ ที่เรียกร้องการกระทำของรัฐบาล
2. ขั้นจัดทำข้อเสนอนโยบาย เป็นขั้นตอนที่มีการจัดระเบียบวาระเพื่อให้มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางและจัดทำข้อเสนอแผนงานเกี่ยวกับแนวทางแก้ไขปัญห
3. ขั้นประกาศเป็นนโยบายเป็นขั้นตอนที่มีการคัดเลือกข้อเสนอโยบาย เสริมสร้างแรงสนับสนุนทางการเมือง และประกาศใช้นโยบาย
4. ขั้นดำเนินการตามนโยบาย เป็นขั้นตอนของการจัดหน่วยงานรับผิดชอบ จัดหาค่าใช้จ่ายหรือบริการที่จำเป็นให้ และทำการจัดเก็บภาษีอากร
5. ขั้นประเมินผลในขั้นตอนนี้จะมีการศึกษาแผนงานต่าง ๆ รายงานผลที่เกิดขึ้นจากแผนงานเหล่านั้นประเมินผลผลกระทบของโครงสร้างที่มีต่อสังคมทั้งที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย และกลุ่มที่ไม่เป็นเป้าหมายด้วย รวมถึงตลอดถึงเสนอแนะแนวทางการเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงต่อไป

กุลธน ธนาพงศธร(2548)<sup>27</sup> อธิบายกระบวนการกำหนดนโยบายไว้ว่าประกอบไปด้วย 7 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นการพิจารณาถึงปัญหาต่าง ๆ ที่ต้องการแก้ไข กล่าวคือ ก่อนที่จะมีการกำหนดนโยบายอย่างใดอย่างหนึ่งย่อมจะต้องมีการพิจารณาถึงปัญหาที่จะต้องแก้ไขโดยนโยบายนั้นแต่เนื่องจากประเทศหนึ่งๆ ในขณะใดขณะหนึ่งย่อมจะมีปัญหาต่างๆ อยู่อย่างมากมาย ดังนั้นในขั้นตอนนี้ผู้กำหนดนโยบายจะต้องทำการค้นคว้าและรวบรวมปัญหาเหล่านั้น แล้วตัดสินใจเลือกปัญหาที่มีความสำคัญระดับที่สูงสุดที่จะต้องแก้ไขโดยการกำหนดเป็นนโยบายต่อไป
2. ขั้นเสนอความคิดริเริ่ม กล่าวคือ เป็นขั้นของการเสนอแนะความคิดริเริ่มต่าง ๆ ที่จะป็นหนทางในการแก้ไขปัญหาที่ได้รับการคัดเลือกแล้วว่ามีควมสำคัญระดับที่สูงสุดในการเสนอแนะ

<sup>26</sup> Dye Thomas R. (1981) Understanding Public Policy. 4th ed. Englewood cliffs. N.J.:Prentice-Hall,.

<sup>27</sup> กุลธน ธนาพงศธร(2548) อ้างแล้วในเล่มเดียวกัน

ความคิดริเริ่มนี้ ผู้เสนออาจจะเสนอแนะหนทางเลือกแก้ไขได้หลายวิธี และผู้เสนอแนะความคิดริเริ่ม อาจจะเป็นบุคคลในฝ่ายการเมือง ข้าราชการประจำ หรือบุคคลหนึ่งบุคคลใดก็ได้

3. ขั้นการค้นหา รวบรวมข่าวสารข้อมูลและปัจจัยต่างๆ เพื่อเป็นหลักประกัน ได้ว่าความคิดริเริ่มต่างๆ ที่มีผู้เสนอแนะขึ้นนั้น เป็นความคิดที่สามารถนำมาปฏิบัติได้ และสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้สำเร็จตามเป้าหมาย จึงต้องมีการประมวลรวมข่าวสารข้อมูลและปัจจัยต่าง ๆ ที่สังคมนั้นมีอยู่หรือเป็นอยู่ในขณะนั้น ให้มากที่สุดและถูกต้องตรงกับความเป็นจริงที่สุด

4. ขั้นการยกร่างนโยบายเบื้องต้น เมื่อได้ประมวลรวบรวมข่าวสารและปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นเครื่องตัดสินใจว่า ความคิดริเริ่มใดที่สามารถนำมากำหนดเป็นนโยบายและสามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้ภายหลัง

5. ขั้นการแก้ไขเปลี่ยนแปลงร่างนโยบาย เมื่อได้ดำเนินการยกร่างนโยบายขั้นต้นแล้ว ก่อนที่จะได้กำหนดนโยบายอย่างหนึ่งอย่างใดออกไปอย่างเด็ดขาดผู้กำหนดนโยบายควรจะได้รับฟังความคิดเห็น ทศนคติและปฏิกิริยาจากประชาชน กลุ่มชนและองค์กรต่าง ๆ เกี่ยวกับร่างนโยบายนั้นซึ่งขั้นตอนนี้เท่ากับเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้กำหนดนโยบายมีเวลาสำรวจตรวจสอบประเมินผลและแก้ไขเปลี่ยนแปลงนโยบายนั้นให้มีความถูกต้องสมบูรณ์อย่างแท้จริงซึ่งเท่ากับเป็นการกระทำให้กระบวนการกำหนดนโยบายมีความครอบคลุมรัดกุมมากยิ่งขึ้น

6. ขั้นการกำหนดหรือวางนโยบาย หลังจากที่ได้มีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงในร่างนโยบายเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้กำหนดนโยบายก็ดำเนินการวางหรือกำหนดนโยบายเป็นขั้นสุดท้ายซึ่งเท่ากับว่าภารกิจในการกำหนดนโยบายใกล้สิ้นสุดลงแล้ว

7. ขั้นการประกาศใช้นโยบาย นโยบายที่ได้กำหนดขึ้นอย่างเรียบร้อยแล้วนั้น จะยังไม่มีผลบังคับใช้ทราบเท่าที่ยังได้มีการประกาศให้ประชาชนได้ทราบโดยทั่วถึง ดังนั้นการประกาศใช้นโยบายจึงเท่ากับเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการกำหนดนโยบาย และถือว่าเป็นขั้นตอนเริ่มต้นของการนำเอานโยบายไปปฏิบัติ ส่วนวิธีการประกาศใช้นโยบายนั้น อาจเป็นการประกาศในรัฐสภาซึ่งถือว่าเป็นการแถลงนโยบายโดยผ่านตัวแทนของประชาชน (ในกรณีที่ประเทศนั้นมีสภานิติบัญญัติ) หรืออาจประกาศโดยตรงต่อประชาชน หรือโดยผ่านสื่อมวลชนต่าง ๆ ก็ได้เช่น วิทยุ หนังสือพิมพ์ หรือเอกสารของทางราชการ เป็นต้น

สมพิศ สุขแสน (2550)<sup>28</sup> เสนอว่ากระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะมี 3 ขั้นตอนใหญ่ ๆ คือ

<sup>28</sup> สมพิศ สุขแสน (2550)นโยบายสาธารณะ ,มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

1. การก่อตัวของนโยบายสาธารณะ การก่อตัวของนโยบาย หรือการก่อรูปนโยบาย เป็นการระบุสภาพปัญหาสาธารณะให้ชัดเจนเสียก่อนว่าปัญหานี้เป็นปัญหาของใคร ใครได้รับความเดือดร้อนบ้าง ถ้ารัฐบาลไม่เข้าไปแก้ไขจะเกิดผลกระทบอย่างไรตามมา ถ้ารัฐบาลเข้าไปแก้ไขใครจะได้รับผลประโยชน์และใครจะเสียผลประโยชน์ และใครควรจะเป็นผู้รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ การก่อตัวของนโยบายจึงมิใช่ เพียงแต่ระบุปัญหาสาธารณะเท่านั้น แต่จะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการนำนโยบายไปปฏิบัติอีกด้วย

2. การเตรียมร่างนโยบาย ขั้นตอนนี้ประกอบด้วย การวางข้อกำหนดเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของนโยบาย การเสนอทางเลือกของนโยบาย และการจัดทำร่างนโยบาย

3. การอนุมัติและประกาศเป็นนโยบาย ขั้นตอนนี้ประกอบด้วย การคัดเลือกข้อเสนอ นโยบาย การสร้างเสียงสนับสนุนทางการเมือง และการประกาศใช้นโยบายสาธารณะ

สรุปได้ว่า ในการนำเสนอกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ ต่างก็มีความคิดเห็นที่คล้ายคลึงและแตกต่างกัน คือ ธอมัส ดาย เสนอว่ากระบวนการกำหนดนโยบายครอบคลุมถึงการนำนโยบายไปปฏิบัติและประเมินผล แต่กุลธน ธนาพงศธร และสมพิศ สุขแสน เสนอว่ากระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะจะสิ้นสุดลงในขั้นตอนการอนุมัติ และประกาศใช้นโยบาย

### ปัจจัยที่ได้มาซึ่งนโยบายสาธารณะที่ดี

พงศเทพ สุธีรัฐฉะ<sup>29</sup> ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการได้มาซึ่งนโยบายสาธารณะที่ดี ไว้ดังนี้

1. การกำหนดและการให้ความสำคัญของจุดหมาย เป้าหมาย ของนโยบายสาธารณะ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะต้องมีความชัดเจนและมีจุดยืนที่หนักแน่น
2. กระบวนการคิดจะต้องเริ่มจากมุมมองที่เห็นว่านโยบาย เป็นทั้ง "กระบวนการ" มิใช่เพียงแค่ "คำประกาศเชิงนโยบาย"
3. กระบวนการนโยบายสาธารณะเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องการติดตามในเรื่องนโยบายสาธารณะในแต่ละด้าน จึงเป็นพันธะกิจที่ต้องการการเรียนรู้และการสั่งสมความรู้และประสบการณ์ ความสับสนเนื่องเป็นเวลายาวนาน
4. กระบวนการนโยบายสาธารณะจะเกิดขึ้นควบคู่กับการมีส่วนร่วม และการเคลื่อนไหวขององค์กรที่มีอยู่ในสังคมเสมอ การมีส่วนร่วมของประชาชนจะทำให้ทราบถึงการให้คุณค่า (หรือการให้ความสำคัญ) ที่แตกต่างกันในสังคม การนำเสนอข้อมูลหลักฐานที่อาจจะยังไม่เป็นที่รับทราบกันใน

<sup>29</sup> พงศเทพ สุธีรัฐฉะ (2552)นโยบายสาธารณะ <http://gotoknow.org/blog> สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กันยายน 2552

สังคมและอาจนำไปสู่การระดมทรัพยากรร่วมกันในสังคมการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะควรเป็นไปในลักษณะที่ต่อเนื่อง ตามธรรมชาติของกระบวนการนโยบายสาธารณะ แต่อาจมีการแบ่งบทบาทการทำหน้าที่นำของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตามความเหมาะสมในแต่ละช่วงเวลา

5. การมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะควรมีผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholder) ดังต่อไปนี้

- 5.1 ฝ่ายการเมือง ทั้งจากส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น เช่น นักการเมือง สส. สว. สท. อบจ. อบต. เทศบาล เป็นต้น
- 5.2 ฝ่ายปฏิบัติงานตามนโยบาย เช่น ข้าราชการ พนักงาน ของ องค์กร หน่วยงาน ภาครัฐ
- 5.3 ผู้แทนองค์กรอิสระเช่นสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ คณะกรรมการ สิทธิมนุษยชน
- 5.4 ภาคเอกชน เช่น ผู้ประกอบการธุรกิจเอกชน สมาคม ชมรมทางธุรกิจ หอการค้า เป็นต้น
- 5.4 นักวิชาการ จากสถาบันการศึกษา มหาวิทยาลัย จากสถาบันจัดการงานวิจัยต่างๆ
- 5.5 ประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากนโยบายทั้งโดยตรงและโดยอ้อม
- 5.6 องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรสาธารณะประโยชน์
- 5.7 สื่อมวลชน

### ความสำเร็จของนโยบายสาธารณะ

พงศ์เทพ สุธีรัฐ (2552) ได้กล่าวถึง ความสำเร็จของนโยบายสาธารณะว่า โดยทั่วไปมักมอง ในมิติของกระบวนการนำนโยบายสาธารณะไปใช้ ซึ่งความสำเร็จในส่วนนี้จะขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญ หลายประการ ได้แก่

ประการแรก เป็นนโยบายสาธารณะ ที่เกิดจากกระบวนการทางปัญญา กระบวนการทาง สังคมและกระบวนการทางศีลธรรม

ประการที่สอง เป็นนโยบายสาธารณะ ที่มีเป้าประสงค์หรือวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน และมีแผนปฏิบัติการสอดคล้องกัน

ประการที่สาม ต้องมีหน่วยงานรับผิดชอบการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

ประการที่สี่ ต้องมีงบประมาณสนับสนุนการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างเหมาะสม

ประการที่ห้า ต้องได้รับการสนับสนุนจากประชาชน และมีส่วนร่วมของประชาชน  
 ประการที่หก ต้องมีการประเมินผลนำไปสู่การปรับเปลี่ยนนโยบายและถ้าองความ  
 สำเร็จในมิติของผลที่เกิดจากกระบวนการนำนโยบายสาธารณะไปใช้ อาจจะต้องมองถึง ผลลัพธ์ ผลที่  
 ตามมา และผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งด้านบวกและด้านลบ มองถึงกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นกับสังคมที่  
 ยั่งยืนและมีความต่อเนื่อง

ดังนั้นการดำเนินการบังคับใช้ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ตามประกาศ  
 กระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 เรื่องการจัดร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศปลอดบุหรี่ ซึ่ง  
 หากจะให้ได้ดีผู้วิจัยเห็นว่าน่าจะต้องใช้กระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะผ่านขั้นตอนของการทำ  
 ประชาพิจารณ์ หรือการทำประชาสังคม น่าจะทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน(stake holder)  
 มีส่วนได้ร่วมคิด ร่วมสังเคราะห์ปัญหา ร่วมรับรู้ปัญหาและหาทางแก้ไขร่วมกันตลอดจนร่วมติดตาม  
 ช้อนโยบายที่ประกาศเป็นนโยบายสาธารณะร่วมกันแม้ในทางกฎหมายอาจจะยังไม่ได้บังคับใช้  
 ครอบคลุม

### 3. พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535

ตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 ได้ประกาศ  
 ไว้ดังนี้

1. ยอมรับในทางการแพทย์ว่า ควันบุหรี่เป็นผลเสียแก่สุขภาพของผู้สูบและผู้ไม่สูบที่อยู่  
 ใกล้เคียง
2. อาจทำให้เกิดมะเร็งปอดและอวัยวะอื่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
3. ควันบุหรี่ทำให้เกิดโรคบางโรค เช่น หอบ หืด หรือโรคมะเร็งที่มีอาการกำเริบขึ้น
4. ผู้ไม่สูบบุหรี่ต้องสูดควันบุหรี่ซึ่งผู้อื่นสูบเข้าไป เป็นผลเสียแก่สุขภาพของ ผู้นั้นเช่นเดียวกับ  
 ผู้สูบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่ผู้สูดควันบุหรี่เป็นเด็ก
5. สมควรคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่มิให้ต้องรับควันบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ
6. โดยการห้ามสูบบุหรี่ในบางสถานที่ หรือการจัดเขตให้ผู้สูบบุหรี่โดยเฉพาะ

เมื่อพิจารณารายละเอียดของกฎหมายสามารถสรุปโดยย่อถึงวัตถุประสงค์ดังนี้

**กลุ่มผู้ดำเนินการ** หมายถึง เจ้าของ ผู้จัดการ ผู้ควบคุมหรือผู้ที่รับผิดชอบดำเนินงานของสถานที่สาธารณะ

**มาตรา 5 :** เมื่อรัฐมนตรีประกาศตามมาตรา 4 แล้ว ให้ผู้ดำเนินการมีหน้าที่

(1) จัดให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะเป็นเขตสูบบุหรี่และเขตปลอดบุหรี่ : หากมีการฝ่าฝืนปรับมีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท (ม.11)

(2) จัดให้เขตสูบบุหรี่มีสภาพ ลักษณะและมาตรฐานตามที่รัฐมนตรีกำหนด : หากมีการฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามกฎหมายมีโทษปรับไม่เกิน 10,000 บาท (ม.11)

(3) จัดให้มีเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่รัฐมนตรีกำหนด : หากมีการฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 2,000 บาท (ม.11)

### **กลุ่มประชาชน**

**มาตรา 6 :** ห้ามมิให้ผู้ใดสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่

**มาตรา 12 :** ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 6 ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 2,000. บาท

**สถานที่สาธารณะที่กำหนดให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่**  
ตามประกาศกระทรวงฯ ฉบับ 17 และ ฉบับ 18

ได้กำหนดสถานที่ปลอดบุหรี่ 100% และบางประเภทจัดเขตสูบบุหรี่ได้ดังนี้

1. เขตปลอดบุหรี่ 100% มี 21 ประเภท
2. เขตปลอดบุหรี่เฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ มี 6 ประเภท
3. เขตปลอดบุหรี่ แต่มีข้อยกเว้น 13 ประเภท

1.เขตปลอดบุหรี่ 100%

1. ยานพาหนะโดยสารประจำ/โดยสารรับจ้าง
2. รถรับส่งนักเรียน/นักศึกษา
3. ยานพาหนะของส่วนราชการ/รัฐวิสาหกิจ/หน่วยงานอื่นของรัฐ
4. ที่พักผู้โดยสารทุกประเภท
5. ลิฟต์โดยสาร
6. ตู้โทรศัพท์สาธารณะหรือบริเวณที่ให้บริการโทรศัพท์สาธารณะ
7. โรงมหรสพ
8. ห้องสมุด
9. มินิมาร์ท, ร้านตัดผม, ร้านตัดเสื้อ, สถานที่เสริมความงาม

10. ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้าที่ติดเครื่องปรับอากาศ
11. ศาสนสถานในส่วนที่ประกอบศาสนกิจ
12. สถานพยาบาล
13. ส่วนราชการ และรัฐวิสาหกิจ
14. อาคาร สปาเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อสุขภาพ/เสริมสวย
15. อาคารอบความร้อน อบไอน้ำ อบสมุนไพร
16. อาคารออกกำลังกายในร่ม กีฬาในร่ม ยกเว้น สนามเกอร์หรือบิลเลียด
17. อาคารอิมเจอร์ดูกีฬาหรือการแสดง
18. สนามเด็กเล่น
19. สถานรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน
20. โรงเรียน/สถานศึกษา/สถาบันการศึกษาต่ำกว่า อุดมศึกษา
21. ศาสนสถาน หรือสถานประกอบศาสนกิจเฉพาะบริเวณที่ประกอบศาสนกิจ

2. เขตปลอดบุหรี่เฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ มี 6 ประเภท

1. สถานที่จัดแสดงศิลปวัฒนธรรม พิพิธภัณฑ์สถาน หรือหอศิลป์
2. ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า สถานที่แสดงสินค้าหรือนิทรรศการ
3. ร้านตัดผม / ตัดเล็บ/สถานเสริมความงาม
4. สถานที่บริการคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต ตู้เกมส์หรือตู้คาราเกะ
5. บริเวณโถงพักคอยของโรงแรม รีสอร์ท หอพัก ห้องเช่า อาคารชุดคอนโดมิเนียม คอร์ท หรืออพาร์ทเมนต์
6. สถานที่จำหน่ายอาหาร เครื่องดื่ม อาหารและเครื่องดื่ม หรือสถานที่จัดเลี้ยง ทั้งหมด

3. เขตปลอดบุหรี่ทั้งหมดยกเว้น ห้องพักส่วนตัว หรือห้องทำงานส่วนตัว บริเวณที่จัดไว้เป็นเขตสูบบุหรี่ (13 ประเภท)

1. สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ
2. สถานที่ทำงานของเอกชน เฉพาะที่มีระบบปรับอากาศ
3. สถานีขนส่งรถโดยสารทุกประเภท ท่าอากาศยานท่าเรือโดยสาร
4. สถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิงหรือแก๊สเชื้อเพลิง
5. มหาวิทยาลัยสถานศึกษาสถาบันการศึกษาตั้งแต่อุดมศึกษาขึ้นไป

6. อุทยานหรือศูนย์การเรียนรู้ สอนฝึกอาชีพ สถานกวดวิชา สอนภาษา สอนดนตรี –  
 ซ์บร็อง สอนการแสดง/ศิลปะ/กีฬา/ศิลปะป้องกันตัวและอื่นๆ

7. ธนาคาร สถาบันการเงิน

8. ศาสนสถานหรือสถานที่ประกอบศาสนกิจในส่วนอื่นทั้งหมด

9. สถานที่ออกกำลังกายกลางแจ้งหรือสนามกีฬา

10. สวนสาธารณะ สวนสัตว์ สวนพฤกษศาสตร์

11. โรงพยาบาลหรือสถานที่รักษาพยาบาลทั้งคนและสัตว์(ค่างคิน)

12. สถานที่ในข้อเขตปลอดบุหรี่ในส่วนอื่นทั้งหมดที่ไม่มีระบบปรับอากาศ

(6 ประเภท)

1. สถานที่จัดแสดงศิลปวัฒนธรรม พิพิธภัณฑ์สถาน หรือหอศิลป์
2. ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า สถานที่แสดงสินค้าหรือนิทรรศการ
3. ร้านตัดผม/ตัดเสื้อ/สถานเสริมความงาม
4. สถานที่บริการคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต ตู้เกมส์หรือตู้คาราเกะ
5. บริเวณโถงพักคอยของโรงแรม รีสอร์ท หอพัก ห้องเช่า อาคารชุด  
 คอนโดมิเนียมคอร์ท หรืออพาร์ทเมนต์
6. สถานที่จำหน่ายอาหาร เครื่องดื่ม อาหารและเครื่องดื่ม หรือสถานที่จัด  
 เลี้ยงทั้งหมด

13. ตลาด (จัดเป็นประจำ ชั่วคราว หรือตามวันที่กำหนด)

#### 4. แนวทางการจัดร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศให้ปลอดบุหรี่

ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่18

**สภาพและลักษณะของเขตปลอดบุหรี่**

1. ต้องแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่
2. ไม่มีการสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่
3. ไม่มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการสูบบุหรี่ เช่น ที่เขี่ยบุหรี่



หลักเกณฑ์และวิธีการในการแสดงเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ (การติดสติ๊กเกอร์)



(1) ลักษณะและการแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ ณ สถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ ประเภทกลางแจ้ง

เครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่... แสดงไว้ ณ บริเวณ ดังต่อไปนี้

- ทางเข้าทุกช่องทาง ช่องทางละ 1 เครื่องหมาย
- บริเวณภายในซึ่งเห็นเด่นชัด อย่างน้อย 1 เครื่องหมาย

(2) ลักษณะและการแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ ณ สถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่

### ประเภทที่เป็นตัวอาคารหรือสิ่งก่อสร้างอื่น

ให้เครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่...

- แสดงไว้ ณ บริเวณทางเข้าทุกช่องทางของตัวอาคารหรือสิ่งก่อสร้างอื่นที่ประกอบเป็นสถานที่นั้น ช่องทางละ 1 เครื่องหมาย

(3) ลักษณะและการแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ ณ สถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่

ประเภทที่อยู่ในตัวอาคารหรือสิ่งก่อสร้างอื่น หรือภายในยานพาหนะ

ให้แสดงเครื่องหมาย ณ บริเวณ ดังต่อไปนี้

- ทางเข้าทุกช่องทาง โดยให้เครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่มีลักษณะเป็น วงกลมพื้นสีขาว มีขอบสีแดงหนาไม่ต่ำกว่า 1 เซนติเมตร ซึ่งมีเส้นผ่าศูนย์กลางยาวไม่ต่ำกว่า 10 เซนติเมตร
- บริเวณภายในซึ่งเห็นเด่นชัด อย่างน้อย 1 เครื่องหมาย โดยให้เครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่มีลักษณะเป็น วงกลมพื้นสีขาวมีขอบสีแดงหนาไม่ต่ำกว่า 0.5 เซนติเมตร ซึ่งมีเส้นผ่าศูนย์กลางยาวไม่ต่ำกว่า 5 เซนติเมตร

(4) ลักษณะและการแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ ณ สถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่

### ประเภทที่เป็นยานพาหนะขนส่งผู้โดยสาร

- ให้เครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่มีลักษณะเป็น วงกลมพื้นสีขาวมีขอบสีแดงหนาไม่ต่ำกว่า 0.5 เซนติเมตร ซึ่งมีเส้นผ่าศูนย์กลางยาวไม่ต่ำกว่า 5 เซนติเมตร แสดงไว้ ณ บริเวณภายในยานพาหนะ อย่างน้อย 1 เครื่องหมาย
- กรณีมีหน่วยงานของรัฐ หรือรัฐวิสาหกิจ กำหนดลักษณะและการแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ ซึ่งต้องแสดงไว้ในยานพาหนะเป็นการเฉพาะแตกต่างไปจากหลักเกณฑ์ในประกาศฉบับนี้ ให้ผู้ดำเนินการได้รับการยกเว้นไม่ต้องปฏิบัติตามประกาศฉบับนี้

ข้อ 4. เครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ตาม ข้อ 3 (1) ถึง (4) ที่กำหนดให้มีข้อความ“ห้ามสูบบุหรี่ ฝ่าฝืนมีโทษปรับ 2,000 บาท” อยู่ด้วย ผู้ดำเนินการอาจจัดให้มีข้อความที่มีความหมายทำนองเดียวกันเป็นภาษาอังกฤษ หรือภาษาอื่น แสดงไว้ ณ สถานที่สาธารณะที่เป็นสถานที่ให้บริการชาวต่างชาติก็ได้

เครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ตาม ข้อ 3 (1) ถึง (4) ผู้ดำเนินการ อาจจัดแสดงเป็นป้ายถาวร ป้ายแขวน ป้ายตั้งโต๊ะหรือป้ายสติ๊กเกอร์ก็ได้ ตามความเหมาะสมของสถานที่

### สภาพและลักษณะของเขตปลอดบุหรี่

1. ไม่อยู่บริเวณทางเข้าออก
2. ไม่อยู่ในบริเวณที่ก่อความเดือดร้อนรำคาญผู้ที่อยู่ข้างเคียง
3. ไม่มองเห็นได้ชัดเจน



### สรุปสาระสำคัญของประกาศของกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18

ประกาศฯ ฉบับนี้ได้ ยกเลิก ข้อยกเว้น ที่เดิมให้ร้านจำหน่ายอาหาร เครื่องดื่ม อาหารและเครื่องดื่ม กับสถานที่ทำงานเอกชน ที่มีระบบปรับอากาศและจดทะเบียนเป็นสถานบริการ (ตามพระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ. 2509) สามารถอนุญาตให้ผู้ให้บริการ สูบบุหรี่ได้ ภายในสถานบริการเหล่านั้น (ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 17) พ.ศ. 2550)

ดังนั้นเมื่อประกาศฯ ฉบับนี้มีผลบังคับจะทำให้

- ร้านจำหน่ายอาหารหรือเครื่องดื่มเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ (รวมถึง ผับ บาร์ และสถานบริการอื่นๆ) จะเป็นเขตปลอดบุหรี่ประเภทที่ 1 คือ ปลอดบุหรี่ร้อยเปอร์เซ็นต์ โดยไม่มีข้อยกเว้น
- ส่วนร้านจำหน่ายอาหารหรือเครื่องดื่มบริเวณที่ไม่มีระบบปรับอากาศ กับสถานที่ทำงานของเอกชนบริเวณที่มีระบบปรับอากาศทั้งหมด ก็จะต้องเป็นเขตปลอดบุหรี่เช่นเดียวกัน แต่สามารถจัดเขตสูบบุหรี่ให้กับผู้ให้บริการได้ เหมือนที่ทำอากาศยาน หรือในสถานที่ราชการ (ซึ่งการจัดเขตสูบบุหรี่ก็จะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ในประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 9) พ.ศ. 2540)

นอกจากนี้ ประกาศฉบับนี้ยังได้เพิ่มสถานที่สาธารณะแห่งใหม่ที่ประกาศกำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ คือ “ตลาด” หรือ “สถานที่ที่จัดไว้ให้ผู้ค้าเป็นที่ชุมนุม เพื่อจัดแสดง/ จำหน่ายหรือแลกเปลี่ยนสินค้า หรือบริการ ซึ่งจัดเป็นประจำหรือเป็นชั่วคราวหรือตามวันที่กำหนด” ซึ่งถูกกำหนด

ให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ประเภทที่ 2 คือ ประเภทที่สามารถจัดเขตสูบบุหรี่ให้กับผู้ใช้บริการได้ (เช่นเดียวกับร้านอาหารหรือเครื่องดื่มบริเวณที่ไม่มีระบบปรับอากาศ หรือสถานที่ราชการ) โดยประกาศฉบับนี้จะมีผลบังคับใช้ในวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2551 เป็นต้นไป

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนกรุงเทพมหานครโดยศูนย์วิจัยกสิกร พบว่ากฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะไม่ส่งผลต่อผู้ที่สูบบุหรี่ กล่าวคือร้อยละ 35.1 ยังคงสูบบุหรี่เนื่องจากขาดความเข้มงวดของเจ้าหน้าที่ กำลังตรวจจับของเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ และบทลงโทษไม่หนัก และเห็นว่าการกำหนดพื้นที่เขตปลอดบุหรี่เพิ่มขึ้น การทำให้กฎหมายจัดเขตปลอดบุหรี่มีผลบังคับเข้มงวดมากขึ้น มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 15.0 และร้อยละ 16.6 ตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของเอแบคโพลล์ เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ.2548 ที่พบว่าประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ชลบุรี เชียงใหม่ สงขลา และนครราชสีมา เคยพบผู้สูบบุหรี่ในที่สาธารณะต่าง ๆ เช่น ที่ห้องสุชาร้อยละ 78.7 สถานที่ราชการร้อยละ 63.2 ตู้โทรศัพท์สาธารณะ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังเห็นว่าบรรยากาศในร้านดีขึ้น ร้อยละ 75.10 ผู้ที่สูบบุหรี่มีปัญหาในการปฏิบัติตามกฎหมาย ร้อยละ 21.4 และยังคงเคยสูบบุหรี่ในร้านอาหารที่มีระบบปรับอากาศ ร้อยละ 39.1<sup>30-31</sup>

กิตติพงษ์ สุคุณณี และคณะ(2547)<sup>32</sup> ศึกษาความรู้และทัศนคติของพนักงานเจ้าหน้าที่ต่อการปฏิบัติตาม พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยการสุ่มตัวอย่างแบบโดยเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากกลุ่มตัวอย่างพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 2 จำนวน 515 คน โดยใช้แบบสอบถามตั้งแต่เดือนมีนาคม – เมษายน 2547 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi – square test และ Correlation ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะทั่วไปของพนักงานเจ้าหน้าที่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.7 อายุส่วนมากอยู่ระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 41.2 โดยมีอายุเฉลี่ย 38.9 ปี การศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรีร้อยละ 66.0 มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 70.9 เคยได้รับข้อมูล

<sup>30</sup> ศูนย์วิจัยกสิกร (2551)(อ้างแล้วในเล่มเดียวกัน)

<sup>31</sup> ศูนย์วิจัยมหาวิทยาลัย อัสสัมชัญ, (อ้างแล้วในเล่มเดียวกัน, ธันวาคม 2548)

<sup>32</sup> กิตติพงษ์ สุคุณณี และคณะ(2547)การศึกษาความรู้และทัศนคติของพนักงานเจ้าหน้าที่ต่อการปฏิบัติตาม

พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 2 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี <http://thaititobacco.com/th> สืบค้นวันที่ 10 พฤศจิกายน 2551

ข่าวสาร ร้อยละ 96.5 โดยได้รับจากหนังสือพิมพ์ วารสาร เอกสารวิชาการสูงสุดร้อยละ 77.9 และส่วนใหญ่ยังไม่มียังไม่มีบัตรพนักงานเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 58.1 ในด้านความรู้ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุงคือปานกลางและน้อยร้อยละ 61.0 ในด้านทัศนคติของพนักงานเจ้าหน้าที่ ส่วนใหญ่มีทัศนคติระดับดีมากร้อยละ 89.5 และในด้านการปฏิบัติตาม พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุงคือปานกลางและน้อยถึงร้อยละ 80.8 และเมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตาม พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พบว่า ทัศนคติของพนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตาม พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ )

ข้อเสนอแนะในด้านทัศนคติ ควรสร้างความตระหนักแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะการเผยแพร่ความรู้ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่แก่ประชาชนทั่วไป และเจ้าของหรือผู้ดำเนินการสถานที่สาธารณะ ตลอดจนโครงสร้างสร้างที่มงานปฏิบัติการตามกฎหมายในรูปแบบของคณะกรรมการอย่างชัดเจน ตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ พร้อมทั้งควรมีการจัดการอบรมให้ความรู้แก่พนักงานเจ้าหน้าที่ ในเรื่องของการบังคับใช้กฎหมาย โดยเฉพาะในเรื่องสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 10 และ 13 พ.ศ. 2545 และ 2546 รวมทั้งในส่วนของบทลงโทษ ในเรื่องของผู้ดำเนินการไม่จัดส่วนใดส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะใช้เป็นเขตสูบบุหรี่และเขตปลอดบุหรี่ และในเรื่องการขัดขวางหรือไม่อำนวยความสะดวกแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ ส่วนในด้านการปฏิบัติตาม พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ควรเร่งดำเนินการจัดที่มงานดำเนินงานตามกฎหมายพร้อมปฏิบัติงานได้ทันทีเมื่อพบความผิดและควรดำเนินการสำรวจสถานที่สาธารณะ พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ด้านกฎหมายตักเตือนผู้กระทำผิด ก่อนที่จะดำเนินการอย่างเข้มงวดต่อไป

ฉันทชาย สิทธิพันธุ์ (2550)<sup>33</sup> ได้ศึกษาผลกระทบจากการสูบบุหรี่ในสตรี โดยใช้ผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าผู้หญิงไทยมีอัตราการสูบบุหรี่ที่ต่ำกว่าผู้ชายไทยคือ (ร้อยละ 2.1 ของผู้หญิงและร้อยละ 37.2 ของผู้ชาย) และพบว่าแนวโน้มที่ผู้หญิงไทยจะสูบบุหรี่มากขึ้นในอนาคต เนื่องจากผู้หญิงเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญของบริษัทบุหรี่ที่พยายามจะใช้กลยุทธ์ในการเพิ่มปริมาณการสูบบุหรี่ในเพศหญิง และนอกจากนี้ผู้หญิงยังมีโอกาสได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่มือสอง โดยเฉพาะจากที่บ้านในครอบครัวที่มีสมาชิกอื่นสูบบุหรี่ จากที่ทำงานหรือในสิ่งแวดล้อมโดยทั่วไป เยาวชนหญิงที่มีแม่หรือพี่สาวสูบบุหรี่จะมีโอกาสที่จะสูบบุหรี่สูงกว่าการที่มีพ่อสูบบุหรี่เนื่องจากเยาวชนมักได้รับอิทธิพลอย่างสูงจากบิดามารดาและเพื่อน และในเยาวชนที่สูบบุหรี่จะพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ มากขึ้น เช่น การดื่มเหล้า การใช้ยาเสพติดชนิดอื่นๆ การเที่ยว

<sup>33</sup> ฉันทชาย สิทธิพันธุ์(2550) จดหมายข่าว "สร้างสุข" ปีที่ 4 ฉบับที่ 71 สิงหาคม 2550, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กลางคืน นอกจากนี้ในเว็บไซต์ของบริษัทฟิลิปมอริส ยังได้เขียนบทความการเห็นแย้งการบังคับใช้กฎหมายประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 17 และฉบับที่ 18 ที่ให้สถานที่สาธารณะโล่งแจ้งซึ่งน่าจะหมายถึงร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศและที่สาธารณะเป็นเขตปลอดบุหรี่ โดยบทความมีประเด็นน่าสนใจดังนี้ “ข้อจำกัด และทัศนคติของสังคมที่มีต่อการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะจะมีความแตกต่างกันอย่างมากทั่วโลกบางแห่งแทบจะไม่จำกัดการสูบบุหรี่เลยบางแห่งมีข้อจำกัดเกี่ยวกับสถานที่ที่ผู้ใหญ่จะสามารถสูบบุหรี่ได้ เราเชื่อมั่นอย่างยิ่งว่าควรอนุญาตให้สูบบุหรี่ ในสถานที่โล่งแจ้ง (ยกเว้นในกรณีพิเศษจริงๆ เช่นพื้นที่กลางแจ้งที่ออกแบบไว้สำหรับเด็กโดยเฉพาะ)” ย่อมหมายความว่าประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 17 และประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 (2549) น่าจะส่งผลต่อการสูบบุหรี่ลดลง บริษัทบุหรี่ยักษ์ใหญ่จึงให้ความสนใจเขียนบทความนี้ไว้ในเว็บไซต์ดังกล่าว<sup>34</sup>

เนาวรัตน์ เจริญคำ และคณะ(2548)<sup>35</sup> ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดบุหรี่ของวัยรุ่นหญิงไทย ซึ่งข้อมูลได้มาจากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในปีพ.ศ. 2540 โดยกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 16 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร ขนาดตัวอย่าง แบ่งเป็น อายุระหว่าง 15-17 ปี จำแนกเป็นเพศชาย จำนวน 510 คน เพศหญิงจำนวน 1,862 คน และอายุระหว่าง 20-24 ปี จำแนกเป็นเพศชาย จำนวน 529 คน เพศหญิง จำนวน 2,533 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มอายุระหว่าง 15-17 ปี ที่สูบบุหรี่เป็นประจำทั้งเพศชายและเพศหญิง(ร้อยละ 0.7)ส่วนใหญ่ไม่ได้ศึกษาต่อ ในขณะที่เพศหญิงอาศัยอยู่ในเมือง เพศชายอาศัยอยู่ในเขตชนบท มักประกอบอาชีพในโรงงานหรือไม่มีงานทำ เช่นเดียวกับกลุ่มอายุ 20-24 ปี ที่เป็นเพศหญิงจะสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 2.0 อาศัยอยู่ในเขตเมืองมาจากครอบครัวที่ยากจน ประกอบอาชีพภาคการเกษตร นอกจากนี้เนาวรัตน์ เจริญคำยังวิเคราะห์ว่าการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิงมีความสัมพันธ์กับความยากจนและโอกาสการสูบบุหรี่ประจำเมื่อโตขึ้นหากอาศัยอยู่ร่วมกับมารดาและพี่สาวที่สูบบุหรี่ส่วนเยาวชนชายจะมีโอกาสเป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำเมื่อโตขึ้นมักไม่ได้ศึกษาต่อ จะทำงานอยู่ในโรงงานหรืออุตสาหกรรมอื่นๆ เยาวชนเหล่านี้มักจับกลุ่มสูบบุหรี่และดื่มสุรากับเพื่อนเพราะเขามักรู้สึกถูกทอดทิ้ง และจากการสนทนากลุ่มกับวัยรุ่นหญิงทั้งที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ในการศึกษาเรื่อง”ทำไมวัยรุ่นหญิงจึงสูบบุหรี่” มีเหตุผลที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่ เช่นการเที่ยวกลางคืน การอยู่ร่วมกับกลุ่มเพื่อน บุคคลใกล้ชิดทั้งใน

<sup>34</sup> บทความ Smoking & Health ใน [www.philipmorrisoninternational.com](http://www.philipmorrisoninternational.com), สืบค้นวันที่ 10 พ.ย.2551

<sup>35</sup> เนาวรัตน์ เจริญคำ นิภาพรรณ กังสกุลนิตินและคณะ(2548) อ้างแล้วในเล่มเดียวกัน หน้า 55-65

ครอบครัวและเพื่อนว่ามีการสูบบุหรี่ในสถานที่นั้นๆหรือไม่และอิทธิพลของความต้องการทดลอง ยากู้ว่าสูบบุหรี่แล้วจะเป็นอย่างไร ควันบุหรี่ออกจากจมูกได้อย่างไร

นอกจากนี้ เนาวรัตน์ เจริญค้าและคณะ ยังวิเคราะห์ถึงโรคและพิษภัยที่เกิดจากควันบุหรี่มือสอง(Secondhand smoke) พบว่าสำนักงานคุ้มครองสิ่งแวดล้อมรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา องค์การอนามัยโลก และองค์กรทางวิทยาศาสตร์อื่นๆได้ศึกษาควันบุหรี่มือสอง พบว่าประกอบด้วยสารเคมี มากกว่า 4,000 ชนิดและเป็นสารก่อมะเร็ง การได้รับควันบุหรี่โดยที่ไม่ได้สูบบุหรี่จะขึ้นอยู่กับจำนวนบุหรี่ที่มีการสูบในห้องนั้น ระยะเวลาที่อยู่ในห้องเดียวกัน และขนาดของห้องและการถ่ายเทอากาศของห้องนั้น อันตรายต่อสุขภาพที่พบเบื้องต้นได้แก่การระคายเคืองตา จมูก คอและปอด ทำให้เกิดอาการไอ จาม โดยเฉพาะเด็ก จะทำให้เป็นโรคหอบหืดเพิ่มเป็น 2 เท่า นอกจากนี้ การสูบบุหรี่ของผู้ปกครองทำให้เด็กเลียนแบบเมื่อโตขึ้นมากกว่าครอบครัวที่ไม่สูบบุหรี่ เช่นเดียวกับการศึกษางานวิจัยของฮ่องกงที่ศึกษาในกลุ่มผู้ที่ถึงแก่กรรมจำนวน 5,610 ราย ผู้ให้ข้อมูลเป็นคู่สมรสของผู้ถึงแก่กรรม พบว่าการสูดดมควันบุหรี่มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายจากโรคมะเร็งปอด โรคหัวใจและโรคเส้นเลือดในสมองตีบตันและผู้ไม่สูบบุหรี่เสียชีวิตจากการสูดดมควันบุหรี่มือสองปีละ1,324รายในขณะที่สหรัฐอเมริกา ได้ตรวจวัดอนุภาคฝุ่นจากอากาศในบาร์และร้านอาหารใน 7 เมืองใหญ่สหรัฐอเมริกา โดย 3 เมือง มีกฎหมายปลอดบุหรี่ในร้านอาหาร เทียบกับเมืองที่ไม่มีกฎหมาย4 เมือง ผลการศึกษาพบว่า ร้านอาหารและบาร์ในเมืองที่มีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่ประกอบการพบปริมาณมลพิษในอากาศต่ำกว่าร้านอาหารในเมืองที่ไม่มีกฎหมาย ร้อยละ 82

สำนักเอบแคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ(2546)<sup>36</sup> ได้สำรวจความคิดเห็นของเจ้าของสถานประกอบการและพนักงาน และประชาชนที่ใช้บริการในสถานบันเทิงพบว่าประชาชนทั่วไปเห็นด้วยต่อการออกกฎหมายให้สถานบันเทิงปลอดบุหรี่ ร้อยละ 56.9 พนักงานเห็นด้วยร้อยละ 40.2 และเจ้าของกิจการเห็นด้วยร้อยละ 45.9 ในขณะเดียวกันได้สำรวจสำรวจความคิดเห็นของประชาชนผู้ใช้บริการร้านอาหารเกี่ยวกับผลของการดำเนินมาตรการประกาศเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหารที่มีระบบปรับอากาศ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ.2545 ในพื้นที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เชียงใหม่ นครราชสีมาและสงขลา ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 1,625 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ67.0 ยากเข้าไปใช้บริการร้านอาหารมากขึ้น และสำหรับผู้สูบบุหรี่เห็นว่าไม่เป็นปัญหาในการเข้าไปใช้บริการ ร้อยละ 63.5 และผู้ที่สูบบุหรี่ในร้านอาหารเคยถูกพนักงานตักเตือนร้อยละ21.5 อย่างไรก็ตามผู้สูบบุหรี่

<sup>36</sup> สำนักเอบแคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ(2546), **สำรวจความคิดเห็นของเจ้าของสถานประกอบการและพนักงาน และประชาชนที่ใช้บริการในสถานบันเทิงต่อการออกกฎหมายให้สถานบันเทิงปลอดบุหรี่** มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ กรุงเทพมหานคร

ก็สนับสนุนมาตรการทางกฎหมายเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหาร ร้อยละ 86.9 ทั้งนี้ยังเห็นว่าการที่ไม่มั่นใจว่ากฎหมายจะสามารถดำเนินการบังคับใช้ได้ผลเนื่องจาก ลูกค้าและเจ้าของร้านไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานไม่จริงจึงมีการเลือกปฏิบัติร้อยละ 23.4 , 22.8 และ 16.3 ตามลำดับ

รุ่งทิภา มโนวชิรสรณ์ (2548)<sup>37</sup> ได้ศึกษาผลการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ในสถานที่ 5 ประเภทได้แก่ สถานศึกษา ห้างสรรพสินค้า ร้านอาหารที่มีเครื่องปรับอากาศ สถานบริการสาธารณสุข และส่วนราชการ จังหวัดพิจิตร พบว่า การรับรู้ว่ามีกฎหมายฯ บังคับใช้ผ่านรายการโทรทัศน์ ร้อยละ 78 สถานที่ทั้ง 5 แห่งมีการจัดพื้นที่ปลอดบุหรี่ได้ 100% ร้อยละ 37.2 กลุ่มตัวอย่างไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 78.3 เห็นด้วยกับการมี พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 25.5 และรู้สึกเฉยๆกับการมี พ.ร.บ.ฯ ร้อยละ 58.9 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพฯ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตาม พ.ร.บ.และการรับรู้เกี่ยวกับกฎหมายและผู้บริหารหน่วยงาน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

Andrea Elliot (2004)<sup>38</sup> พบว่า หลังจากมีกฎหมายร้านอาหารปลอดบุหรี่ในนครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา พบว่ามลภาวะทางอากาศของบาร์และในร้านอาหาร ลดลง 1 ใน 6 บาร์และร้านอาหารมีการจ้างงานเพิ่มขึ้น Dr.Thomas R.Frieden ผู้อำนวยการสำนักอนามัยและสำนักพัฒนาเศรษฐกิจ นครนิวยอร์ก ให้สัมภาษณ์กับนิตยสารไทม์ว่า” กล้าที่จะรับรองสถานที่ที่มีสุขอนามัย น่าอยู่ น่าดื่มกิน หาได้ไบนครนิวยอร์ก หลังจากเกิดกรณีระเบิด 9/11 แต่เจ้าของร้านอาหารหรือภัตตาคารกลับพบว่าหลังมีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ ทำให้รายได้เพิ่มเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น จากเดิมที่ลูกค้าเคยนั่งดื่ม กิน อยู่ในร้านนานเฉลี่ย 6 ชั่วโมง ปัจจุบันกลับต้องเดินเข้า-ออก เพื่อไปสูบบุหรี่ข้างนอกร้าน ทำให้สูญเสียรายได้

Michael K.Evans(2005)<sup>39</sup> หลังจากมีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในผับ บาร์ หลายๆประเทศจึงได้ศึกษาผลกระทบด้านเศรษฐกิจในเมืองเช่น Ottawa, London, Kingston, Kitchener และ Ontario กล่าวคือพบว่ายอดขายสินค้าตกลงทำให้เก็บภาษีได้น้อยลง Ottawa เก็บได้น้อยกว่าร้อยละ 23.5,

<sup>37</sup> รุ่งทิภา มโนวชิรสรณ์ (2548) ผลการบังคับใช้กฎหมายในสถานที่ประเภท ,วารสารสุขภาพภาคประชาชนฉบับที่ 8 ประจำเดือน เมษายน-พฤษภาคม 2548

<sup>38</sup> Andrea Elliot(2004) Bars and Restaurants thrive Amid Smoking Ban,study Says.Time Reader,on March 29,2004 pB2 <http://www.nytime.com/2004/03/29/nyregion/bars-and-restaurants-thrive-Amid-Smoking-Ban-Study-Says> .สืบค้น 10 กันยายน 2552

<sup>39</sup> Michael K.Evans (2005) The Economic Impact Smoking Ban in Ottawa,London,Kingston and Kitchener,Ontario.February,2005.2785 N.W. 26 <sup>th</sup>St.Boca Raton,FL33434 [WWW.tlw.org/public/content/ Documents /Smoking](http://WWW.tlw.org/public/content/ Documents /Smoking) สืบค้นวันที่ 10 กันยายน 2552

London น้อยกว่าร้อยละ 18.7, Kingston น้อยกว่าร้อยละ 20.4, และเก็บได้น้อยกว่า 20.4 อย่างไรก็ตามได้วิเคราะห์ที่น่าจะเป็นผลสืบเนื่องจาก ค่าเงินสกุลยูโรและดอลลาร์มีค่าลดลงเนื่องจากเศรษฐกิจหดถอย ทั่วโลก การห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร ผับ บาร์ที่มีลักษณะสถานที่ปิดไม่ส่งผลต่อลูกค้าซึ่งนิยมนั่งร้านอาหารที่เปิดโล่ง นักท่องเที่ยวไม่นิยมพักในเขตเมืองชั้นในย่านธุรกิจเช่นที่เมือง Ottawa ลูกค้าส่วนใหญ่เป็นแรงงานท้องถิ่น ไม่นิยมใช้บริการผับ บาร์ แต่ยังคงไปใช้บริการร้านอาหารและภัตตาคาร

SMETOOLKIT INDIA (2004)<sup>40</sup> ได้ศึกษาสถานการณ์ การบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ของประเทศอินเดีย พบว่ามีความยุ่งยากเนื่องจากอุตสาหกรรมยาสูบรัฐบาลมีส่วนสนับสนุนและจะส่งผลกระทบต่อประชาชนชาวไร่ยาสูบซึ่งมีการปลูกหลายแคว้นแม้ว่ากลุ่มสถาบันสุขภาพจะได้ยื่นเรื่องปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ให้แก่อุรัฐบาลเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2548 เพื่อกำหนดนโยบายสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ โดยตีความว่าสถานที่สาธารณะหมายถึงโรงพยาบาล สถานบริการสาธารณสุข สถานบันเทิง สถานที่บริการสาธารณะ ศาล ห้องสมุด สถาบันการศึกษา ห้องอาหาร ไม่รวมสถานที่สาธารณะที่เปิดโล่ง ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และติดตามกฎหมายควบคุมยาสูบและการสูบบุหรี่ซึ่งได้มีการประกาศใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 ที่ได้กำหนดให้ร้านอาหาร โรงแรม ปลอดบุหรี่ ยกเว้นส่วนห้องพัก และสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ แต่ก็ยังถกเถียงกันถึงนิยามว่าสถานที่สาธารณะหมายถึงขอบเขตใดบ้าง อย่างไรก็ตามมีร้านอาหารและโรงแรมสมัครใจเข้าร่วมโครงการปลอดบุหรี่ มากถึง 227 แห่ง ครอบคลุม 15 เมือง ด้วยกัน ถึงแม้ว่ารัฐบาลอินเดียจะประกาศกฎหมายห้ามโฆษณาบุหรี่ สถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ ห้ามขายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ก็ยังมีการฝ่าฝืนกฎหมาย หากจะให้การบังคับใช้กฎหมายได้ผลดี รัฐบาลต้องเข้มงวด กับอุตสาหกรรมยาสูบไม่ให้เป็นสินค้าที่สามารถค้าขายได้แบบสินค้าทั่วไป

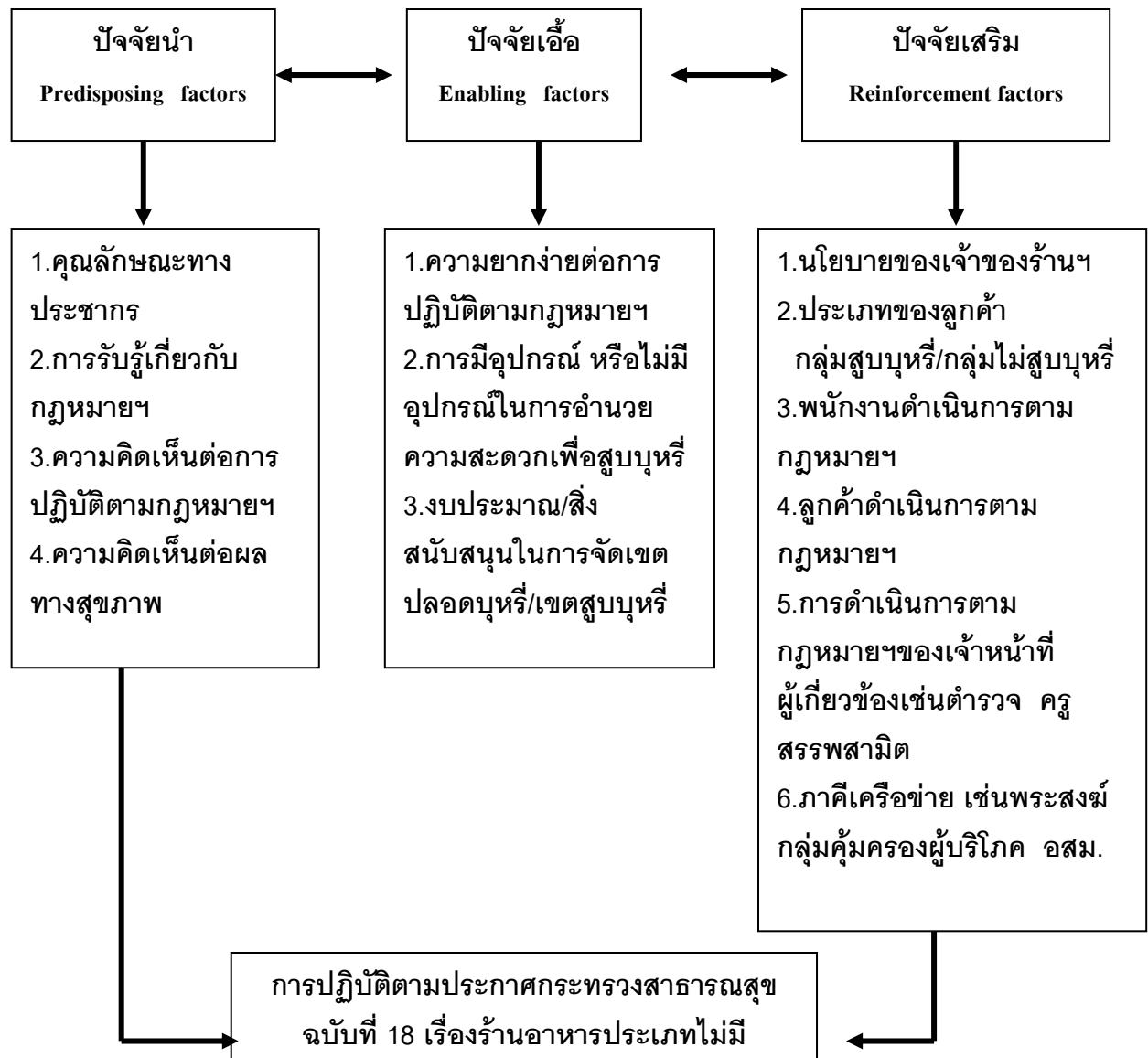
จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าทุกครั้งที่มีการประกาศเพิ่มพื้นที่เขตปลอดบุหรี่จะมีผู้ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ เนื่องจากการบังคับใช้ยังไม่จริงจังในบางประเด็นดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องสำรวจผลการบังคับใช้ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 เกี่ยวกับการเพิ่มพื้นที่เขตปลอดบุหรี่ร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประเมินความคิดเห็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม ได้แก่เจ้าของกิจการ พนักงาน

<sup>40</sup>SMETOOLKIT INDIA (2004) Anti Smoking : Trends in Legislation international Finance

และประชาชนผู้ใช้บริการร้านอาหารที่ไม่มีเครื่องปรับอากาศในเขตจังหวัดพิจิตรแล้วนำผลที่ได้จากการศึกษามาจัดเวทีประชาคมเพื่อแสวงหาแนวทางการดำเนินการตามกฎหมายร่วมกันระหว่างภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เช่นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สรรพสามิต ครู ฝ่ายปกครอง ตำรวจและส่วนท้องถิ่น และเจ้าของสถานประกอบการหรือร้านอาหาร ผู้บริโภค อันจะนำไปสู่การบังคับใช้กฎหมายอย่างเป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับสภาพของพื้นที่ต่อไป

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบการวิจัยจะอยู่บนพื้นฐานของพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 และประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 ว่าด้วยการจัดเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหาร ประเภทไม่ติดเครื่องปรับอากาศ ตามแนวคิด Proceed-Precede ของกรีน และกรูเทอร์<sup>41</sup> ในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

<sup>41</sup> Karen.G.,Frances.M.L.&Barbara,K.R.(Eds) Health Behavior and Education.2<sup>nd</sup> ed.San Francisco:Jossey-Bass Publisher;1997อ้างอิงในเพ็ญภัทรร จันทพร,ปัจจัยทำนายการตอบสนอง ต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบในจังหวัดชลบุรี,วารสารควบคุมยาสูบฉบับที่ 1เดือนพฤษภาคม-สิงหาคม2550

### บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การบังคับใช้และการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 ในประเด็นห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ และการสำรวจความคิดเห็น ต่อมาตรการดังกล่าว ในกลุ่มผู้บริโภคและผู้ประกอบการหรือเจ้าของร้านอาหารและพนักงานในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศในพื้นที่จังหวัดพิจิตร เพื่อนำผลจากการศึกษาไปเพิ่มประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมายและเพื่อคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ(Survey Research) แบ่งขั้นตอนการศึกษาไว้ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและสถิติที่ใช้ในการวิจัย
3. ขั้นตอนการจัดเก็บข้อมูล
4. สถิติที่ใช้ในการวิจัย

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) เจ้าของกิจการร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ 2) พนักงานของร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ และ 3) ผู้บริโภคอาหารหรือผู้ซื้อจากร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ ในจังหวัดพิจิตร จำนวน 126 ร้านโดยคัดเลือกอำเภอขนาดใหญ่ 2 อำเภอ ขนาดกลาง 1 อำเภอและอำเภอขนาดเล็ก 1 อำเภอ ดังตารางที่ 1 และแผนภูมิภาพที่ 1

#### กลุ่มตัวอย่าง

1. เจ้าของกิจการร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ ร้านละ 1 คน จำนวน 126 ร้าน
2. พนักงานฯ ที่สมัครใจให้ข้อมูล ร้านละ 1 คน รวม 126 คน

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยคำนวณใช้สูตรของ Parel ซึ่งทราบค่าโอกาสในการเกิดเหตุการณ์ (Probability: P) โดยใช้ค่า  $P = 0.37$  จากการศึกษาของรุ่งทิวา มโนวิชิตร์ (2548)

### คำนวณตัวอย่าง

$$\text{สูตร } n = \frac{[NZ^2 P (1-P)]}{[Nd^2 P(1-P)]}$$

$$\text{แทนค่า} = \frac{[200 \times 1.96^2 \times (0.37) (1-0.37)]}{[200 \times 0.05^2 \times [0.37][1-0.37]} = 125.6$$

เมื่อ  $N$  = จำนวนร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศทั้งหมด = จำนวน 200 ร้าน

$Z$  = คะแนนมาตรฐานของการแจกแจงปกติ กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95%

$$\text{ดังนั้น } Z = 1.96$$

$P$  = เป็นสัดส่วนของสถานที่ที่มีการจัดพื้นที่ปลอดบุหรี่ได้ 100% ต่อสัดส่วนของสถานที่ที่มีการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการจัดพื้นที่ปลอดบุหรี่ โดยกำหนดที่ร้อยละ 37 ( $P = 0.37$ )

$d$  = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการคาดคะเนค่า  $p$  ไม่เกิน 5 %

$$\text{ดังนั้น } d = 0.05$$

และคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้โดยกำหนดสัดส่วน ดังนี้

$$n_i = \frac{n \times N_i}{N}$$

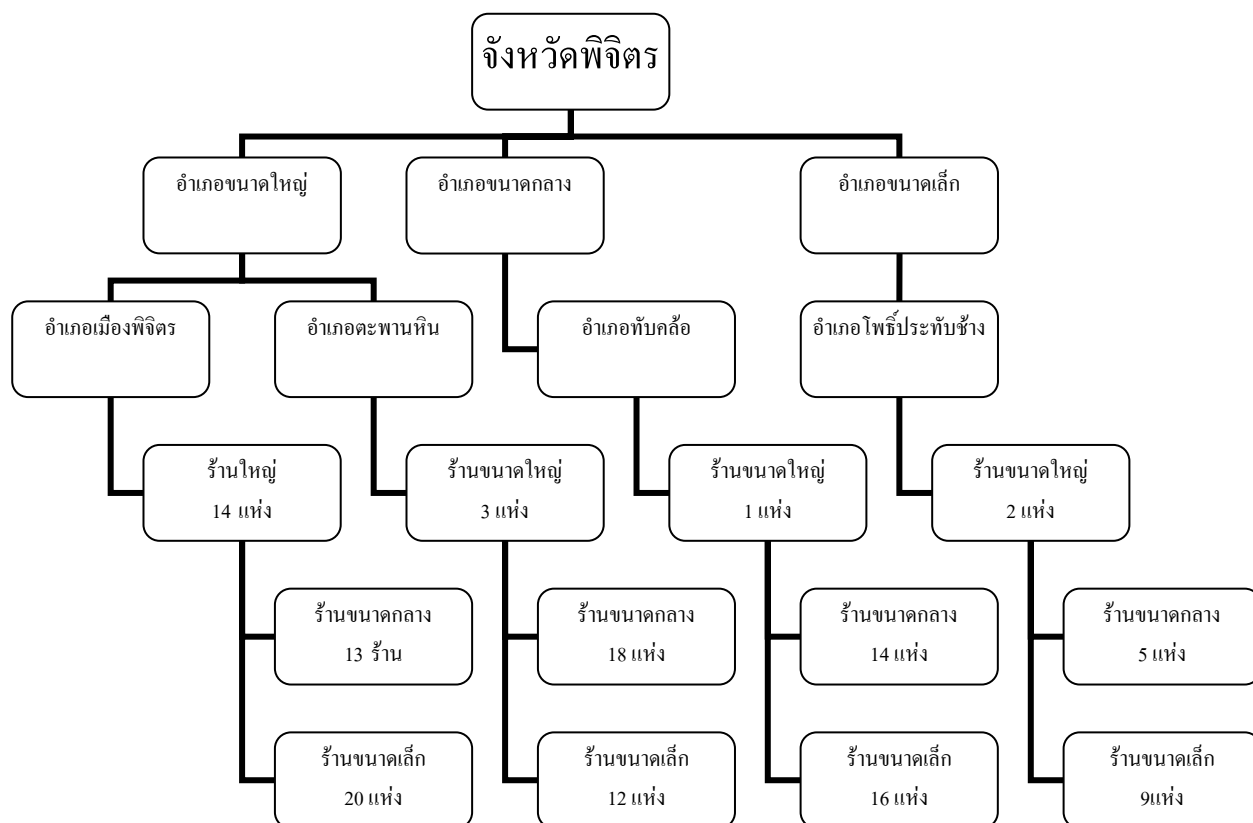
โดยกำหนดให้	$n_i$	=	ขนาดตัวอย่างแต่ละกลุ่ม
	$n$	=	ขนาดตัวอย่างทั้งหมด = 126 ตัวอย่าง
	$N_i$	=	ประชากรของแต่ละกลุ่ม
	$N$	=	ประชากรทั้งหมด = 200

ตาราง 1 ประชากรจำนวนร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศในพื้นที่แต่ละอำเภอ  
ของจังหวัดพิจิตร

ลำดับ	อำเภอ	ประเภท ร้านอาหาร			รวม	ขนาดตัวอย่าง		
		ใหญ่	กลาง	เล็ก		ใหญ่	กลาง	เล็ก
1	อำเภอเมืองพิจิตร	14	13	20	47	14	13	20
2	วังทรายพูน		2	3	5			
3	โพธิ์ประทับช้าง	2	5	9	16	2	5	9
4	ตะพานหิน	3	18	12	33	3	18	12
5	บางมูลนาก	5	1		6			
6	โพทะเล		6	9	15			
7	สามง่าม	3			3			
8	ทับคล้อ	1	14	16	31	1	14	16
9	สากเหล็ก	1	8		9			
10	บึงนาราง		5	2	7			
11	ดงเจริญ		3	5	8			
12	วชิรบารมี	1	1	18	20			
รวม		30	76	94	200	20	50	57

ที่มา: รายงานร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ สำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดพิจิตร 2550

แผนผังที่ 1 อำเภอพื้นที่ตัวอย่างและจำนวนตัวอย่างจำแนกรายอำเภอ



2. กลุ่มประชาชนที่ใช้บริการร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากตัวแทนของแต่ละอำเภอ กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยการใส่สูตรคำนวณ ของ Yamane<sup>1</sup> จากนั้นสุ่มตัวอย่างประชาชนที่มาใช้บริการร้านอาหารแบบไม่เจาะจง และสัมภาษณ์ให้ข้อมูล ร้านอาหารแห่งละ 3 – 4 คน

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

เมื่อ n = จำนวนตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร 569481

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ (0.05)

<sup>1</sup> เทียมจันทร์ พานิชย์ผลินไชย(2539)การวิจัยเบื้องต้น, มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

### แทนสูตรเพื่อหาขนาดตัวอย่าง

$$n = \frac{273,566}{1 + 273,566 (0.05)^2}$$

ขนาดตัวอย่าง ประชาชนทั่วไปที่ใช้บริการร้านอาหารประเภทไม่ปรับอากาศ = 399.99  
ปรับขนาดตัวอย่าง เป็น 400 ตัวอย่างแต่ละอำเภอมีขนาดตัวอย่างตามสูตร ดังนี้

$$n_i = \frac{n \times N_i}{N}$$

โดยกำหนดให้  $n_i$  = ขนาดตัวอย่างแต่ละกลุ่ม  
 $n$  = ขนาดตัวอย่างทั้งหมด = 400 ตัวอย่าง  
 $N_i$  = ประชากรของแต่ละกลุ่ม  
 $N$  = ประชากรทั้งหมด = 273,566

ตาราง 2 ขนาดตัวอย่างกลุ่มประชาชนที่ใช้บริการร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ

อำเภอขนาดใหญ่			อำเภอขนาดกลาง		
อำเภอ	ประชากร	ขนาดตัวอย่าง	อำเภอ	ประชากร	ขนาดตัวอย่าง
เมืองพิจิตร	112,919	165	ทับคล้อ	46,162	67
ตะพานหิน	70,985	105	<b>อำเภอขนาดเล็ก</b>		
<b>รวม</b>		270	โพธิ์ประทับช้าง	43,500	63
			<b>รวม</b>		130

### ขั้นตอนและวิธีการเก็บข้อมูล

#### - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็น แบบสอบถามซึ่งศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแบบสำรวจสถานบันเทิงปลอดบุหรี่ โดยสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ รอบ เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2551 แบ่งเป็น 3 ฉบับ คือ

- (1) แบบสอบถามสำหรับเจ้าของร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ
- (2) แบบสอบถามสำหรับพนักงานในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศและ
- (3) แบบสอบถามสำหรับผู้บริโภคอาหารในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ

ซึ่งประเด็นคำถามจะเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎหมายฯ และความคิดเห็นต่อการบังคับใช้กฎหมาย เป็นแบบตรวจสอบรายการ

2) แบบสอบถามปลายเปิดในการทำเวทีประชาคมกำหนดนโยบายสาธารณะเพิ่มพื้นที่ปลอดภัยร้านอาหารที่ไม่มีเครื่องปรับอากาศ 100%

- การทดสอบคุณภาพแบบสอบถามฯ ทั้ง 3 ฉบับ เพื่อหาความเที่ยงและความครอบคลุมเชิงเนื้อหา นั้นจะนำไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญและทำการทดลองแบบสอบถามฯ ในพื้นที่ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ในเขตอำเภอเมือง อำเภอสามง่าม และอำเภอสากเหล็ก จำนวน 30 ชุด และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

#### - ขั้นตอนการจัดเก็บข้อมูล

1) จัดทำหนังสือถึงสาธารณสุขอำเภอ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขอเชิญเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยและอาหารปลอดภัยร่วมเป็นที่มิจัยภาคสนาม

2) ประชุมพนักงานสัมภาษณ์ข้อมูลภาคสนามอำเภอ โดยอำเภอขนาดใหญ่มีพนักงานสัมภาษณ์ฯ อำเภอละ 3 คน อำเภอขนาดกลางและอำเภอขนาดเล็ก อำเภอละ 2 คน รวม 10 คน และทีมงานวิจัยและผู้ประสานงานระดับจังหวัด จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 15 คน เพื่อชี้แจงเครื่องมือในการเก็บข้อมูลและตรวจสอบชื่อร้าน ที่ตั้ง เวลาเปิดทำการของร้านอาหาร ให้เป็นปัจจุบัน ตามจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละอำเภอเป้าหมาย

3) กำหนดระยะเวลาจัดส่งข้อมูลที่ได้รับการตรวจความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว นำเข้าข้อมูลโดยคอมพิวเตอร์

#### - วิเคราะห์ข้อมูล

ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

## - กำหนดวันทำประชาคม

จัดเวทีประชาคม จำนวน 1 วัน เพื่อกำหนดพื้นที่และแนวทางการดำเนินการตาม  
กฎหมายร้านอาหารที่ไม่มีเครื่องปรับอากาศ ปลอดภัย 100% (สิงหาคม 2552-กันยายน 2552)  
ผู้เข้าร่วมเวทีประชาคมประกอบด้วย

ผู้แทนชมรมร้านอาหารอำเภอละ 2 คน	รวม 24 คน
คณะทำงานควบคุมการบริโภคยาสูบระดับอำเภอละ 1 คน	รวม 12 คน
เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชน อำเภอละ 2 คน	รวม 24 คน
พนักงานเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดได้แก่หน่วยงานสาธารณสุข ตำรวจ เขตพื้นที่การศึกษาเขต 1 สรรพสามิตพื้นที่พิจิตร	รวม 4 คน
ผู้ประสานงานและทีมวิจัย	รวม 6 คน

## สถิติที่ใช้

ในการวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยเชิงปริมาณ จะใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าความถี่,  
ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย เพื่อบรรยายลักษณะตัวแปรที่ศึกษาและสถิติ เชิงอนุมานเพื่อทดสอบ  
ความสัมพันธ์ของตัวแปร ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบ  
Content analysis

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การบังคับใช้และการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 ในประเด็นห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ และการสำรวจความคิดเห็นต่อมาตรการดังกล่าว ในกลุ่มผู้บริโภคและผู้ประกอบการหรือเจ้าของร้านอาหารและพนักงานในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศในพื้นที่จังหวัดพิจิตร เพื่อนำผลจากการศึกษาไปเพิ่มประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมายและเพื่อคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยที่การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยแบ่งการศึกษาตามขนาดของพื้นที่ซึ่งมีร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ จำนวน 126 ร้าน เมื่อดำเนินการเก็บข้อมูล พบว่า มีร้านอาหารเปิดใหม่ในอำเภอตะพานหิน 3 แห่ง อำเภอทับคล้อ 2 แห่งจึงเพิ่มเป้าหมายเป็น 131 ร้าน และได้คัดเลือกพื้นที่ศึกษาเป็นอำเภอขนาดใหญ่ 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองพิจิตรและอำเภอตะพานหิน อำเภอขนาดกลาง 1 อำเภอได้แก่อำเภอทับคล้อและอำเภอขนาดเล็กได้แก่อำเภอ โพธิ์ประทับช้าง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) เจ้าของกิจการร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ 2) พนักงานของร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ร้านละ 1 คน รวม 131 คน และ 3) ผู้บริโภคอาหารหรือผู้ซื้ออาหารจากร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ จำนวน 400 ตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณ ของ Yamane สุ่มตัวอย่างแบบไม่เจาะจง ร้านละ 3 – 4 คน

#### ผลการศึกษาดังนี้

##### 1. กลุ่มเจ้าของกิจการร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละเจ้าของกิจการร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ  
จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร

คุณลักษณะประชากร	จำนวน (n = 131)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	29	22.14
หญิง	102	77.86

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละเจ้าของกิจการร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ  
จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร(ต่อ)

คุณลักษณะประชากร	จำนวน (n = 131)	ร้อยละ
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	46	35.11
คู่	62	47.33
หม้าย / หย่า / ว่าง	23	17.56
<b>พฤติกรรมการสูบบุหรี่</b>		
ไม่สูบบุหรี่	72	54.90
สูบบุหรี่บ้าง	28	21.40
สูบบุหรี่ประจำ	31	23.70

จากตาราง 3 เจ้าของร้านอาหารฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.86 เพศชายร้อยละ 22.14 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 47.33 โสด ร้อยละ 35.11 หม้าย / หย่า / ว่าง ร้อยละ 17.56 และเจ้าของร้านอาหารฯ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ประจำ ร้อยละ 23.70 สูบบุหรี่บ้าง ร้อยละ 21.40 และ ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 54.90

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของประเภทของร้านอาหารในจังหวัดพิจิตร  
จำแนกตามประเภท ระยะเวลาในการเปิดกิจการและลูกค้าที่มาใช้บริการ

ร้านอาหารในจังหวัดพิจิตร	จำนวน (n = 131)	ร้อยละ
<b>ประเภท</b>		
ร้านอาหารตามสั่ง	104	79.40
สวนอาหาร	12	9.20
ร้านอาหารปรุงสำเร็จ	6	4.60
ห้องอาหาร	4	3.10
อื่นๆ	4	3.00
<b>ระยะเวลาในการเปิดกิจการ</b>		
1-5 ปี	84	64.12
6-10 ปี	19	14.50
11-15 ปี	6	4.59
>16ปี	22	16.79
<b>ประเภทลูกค้าที่มาใช้บริการ</b>		
ลูกค้าในท้องถิ่น	79	60.31
ลูกค้าจากต่างท้องถิ่น	52	39.69

จากตาราง 4 ร้านอาหารกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นร้านอาหารตามสั่ง ร้อยละ 79.4 สวนอาหาร ร้อยละ 9.2 ร้านอาหารปรุงสำเร็จ ร้อยละ 4.6 ห้องอาหาร ร้อยละ 3.1 ระยะเวลาเปิดร้านอาหารอยู่ระหว่าง 1 – 5 ปี ร้อยละ 64.12 มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 16.79 ระหว่าง 6 – 10 ปี ร้อยละ 14.5 และระหว่าง 11 – 15 ปี ลูกค้าส่วนใหญ่อยู่ในท้องถิ่น ร้อยละ 60.31 ลูกค้าต่างถิ่น ร้อยละ 39.69

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละเจ้าของร้านอาหารที่ทราบว่ากระทรวงสาธารณสุขประกาศ  
ให้ร้านอาหารไม่ติดแอร์เป็นเขตปลอดบุหรี่และจัดเขตสูบบุหรี่ได้

ทราบว่ากระทรวงสาธารณสุขประกาศ ให้ร้านอาหารไม่ติดแอร์เป็นเขต ปลอดบุหรี่และจัดเขตสูบบุหรี่ได้	จำนวน	ร้อยละ
ทราบมาก่อน	68	51.90
ไม่ทราบ	61	46.56
ไม่ตอบ	2	1.60
<b>รวม</b>	<b>131</b>	<b>100.00</b>

จากตาราง 5 พบว่าเจ้าของกิจการร้านอาหาร ร้อยละ 51.90 ทราบมาก่อนว่ากระทรวง  
สาธารณสุขประกาศให้ร้านอาหารไม่ติดแอร์เป็นเขตปลอดบุหรี่

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละ เจ้าของร้านอาหารปฏิบัติตามกฎหมายห้ามสูบบุหรี่

การดำเนินการตามกฎหมายห้ามสูบบุหรี่	จำนวน (n = 131)	ร้อยละ
<b>ร้านอาหารปิดเครื่องหมาย / ป้ายเขตปลอดบุหรี่</b>		
ปิดเครื่องหมายหรือป้ายเขตปลอดบุหรี่	59	45.04
ไม่ปิดเครื่องหมายฯ	72	54.96
<b>การจัดมุมสูบบุหรี่</b>		
ไม่จัดมุมสูบบุหรี่	59	45.04
จัดมุมหน้าห้องน้ำหรือมุมที่เห็นเด่นชัด	59	45.04
ประตูทางเข้าออกร้าน (ด้านนอกร้าน)	7	5.33
แบ่งร้านเป็นโซนสูบบุหรี่ – ไม่สูบบุหรี่	2	1.53
จัดไว้ในมุมลับตาหรือด้านที่ห่างจาก ที่นั่งรับประทานอาหาร	3	3.06

จากตาราง 6 พบว่า จากการสังเกตและสัมภาษณ์เจ้าของร้านอาหารพบว่า มีการปิด  
เครื่องหมาย / ป้าย เขตปลอดบุหรี่ ร้อยละ 45.00 ไปปิดเครื่องหมายร้อยละ 54.96 ไม่จัดมุมสูบบุหรี่  
ร้อยละ 45.00

จัดมุมสูบบุหรี่หน้าห้องน้ำหรือมุมหินเด่นชัด ร้อยละ 45.04 หน้าประตูทางเข้าออกร้าน (นอกร้าน) ร้อยละ 5.33 จัดไว้ในมุมลับตาหรือห่างจากที่นั่งรับประทานอาหาร ร้อยละ 3.06 แบ่งเป็นโซนสูบบุหรี่-ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 1.53

**ตาราง 7 ความคิดเห็นเจ้าของร้านอาหารในการปฏิบัติตามข้อห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศและผลกระทบต่อจำนวนลูกค้า**

ความคิดเห็นเจ้าของร้านอาหารต่อการปฏิบัติตามกฎหมาย	จำนวน (n = 131)	ร้อยละ
<b>การปฏิบัติตามข้อห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร</b>		
มีปัญหา	47	35.90
ไม่มีปัญหา	68	51.90
ไม่มีความเห็น	16	12.20
<b>ผลกระทบต่อจำนวนลูกค้า</b>		
ลูกค้ามาใช้บริการเพิ่มขึ้น	67	51.10
ลูกค้ามาใช้บริการลดลง	2	1.50
ไม่มีผลต่อจำนวนลูกค้า	62	47.40
<b>รวม</b>	<b>131</b>	<b>100</b>

จากตาราง 7 พบว่า เจ้าของร้านอาหารฯ ไม่มีปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามข้อห้ามสูบบุหรี่ ร้อยละ 51.9 และมีร้านที่มีปัญหาในการปฏิบัติ ร้อยละ 35.90 มีจำนวนลูกค้าเพิ่มขึ้น ร้อยละ 51.10 ไม่มีผลต่อจำนวนลูกค้า ร้อยละ 47.40 และมีลูกค้ามาใช้บริการลดลง ร้อยละ 1.50

ตาราง 8 ความคิดเห็นของเจ้าของร้านอาหารต่อผลเสียการสูบบุหรี่ในร้านอาหาร

ความคิดเห็นของเจ้าของร้านอาหารต่อ ผลเสียการสูบบุหรี่ในร้านอาหาร	ใช่		ไม่ใช่		ไม่แน่ใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.สร้างมลภาวะทางอากาศ	121	92.40	5	3.80	5	3.80
2.มีกลิ่นเหม็นรบกวน	122	93.10	5	3.80	4	3.10
3.ก่อให้เกิดความไม่พอใจไม่สบอารมณ์ของลูกค้า ที่มารับประทานอาหาร	122	93.10	5	3.80	4	3.10
4.เสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย/ไฟไหม้	95	72.50	33	25.20	3	2.3
5.ทำให้เสื้อผ้าและผมเหม็น	81	61.83	39	29.77	11	8.4

จากตาราง 8 พบว่าเจ้าของร้านอาหารเห็นว่าการสูบบุหรี่ในร้านอาหารมีผลเสียคือ ทำให้มีกลิ่นเหม็นรบกวน ก่อความไม่พอใจไม่สบอารมณ์ของลูกค้าที่มารับประทานอาหาร และสร้างมลภาวะทางอากาศ คิดเป็นร้อยละ 92.4,93.10,93.10และ93.10 ตามลำดับ และเห็นว่าเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย/ไฟไหม้ ทำให้เสื้อผ้าและผมเหม็น ร้อยละ 72.50และ ร้อยละ 61.83 ตามลำดับ

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละเจ้าของร้านอาหารที่ดูแลให้ลูกค้าปฏิบัติตามกฎหมาย (หลังประกาศใช้กฎหมาย 11 ก.พ. 2551)

การปฏิบัติตามกฎหมายของลูกค้าหลัง ประกาศใช้ (11 ก.พ. 2551)	จำนวน (n = 131)	ร้อยละ
<b>การสูบบุหรี่ในส่วนปลอดบุหรี่</b>		
ไม่พบลูกค้าสูบบุหรี่	86	65.60
มีลูกค้าสูบบุหรี่	45	34.40
<b>กรณีมีการเตือนลูกค้าที่สูบบุหรี่</b>		
ลูกค้าปฏิบัติตามคำเตือน	19	42.20
ลูกค้าไม่ปฏิบัติตามคำเตือน	26	57.80

จากตาราง 9 เจ้าของร้านอาหารพบว่า หลังประกาศใช้กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ มีลูกค้าสูบบุหรี่ในส่วนปลอดบุหรี่ ร้อยละ 34.4 และเมื่อเตือน พบว่าปฏิบัติตามคำเตือน ร้อยละ 42.2

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมพนักงานที่สูบบุหรี่ในส่วนปลอดบุหรี่ของร้าน  
(หลังมีกฎหมาย)

พนักงานสูบบุหรี่ในส่วนปลอดบุหรี่ของร้าน	จำนวน (n = 131)	ร้อยละ
ไม่มีการสูบบุหรี่เลย	120	91.60
มีการสูบบุหรี่	2	1.53
ไม่มีการสูบบุหรี่ในส่วนปลอดบุหรี่	9	6.87
<b>รวม</b>	<b>131</b>	<b>100.00</b>

จากตาราง 10 พบว่า หลังมีการประกาศกฎหมาย เจ้าของร้านอาหาร ระบุว่าพนักงาน ร้อยละ 91.60 ไม่มีการสูบบุหรี่ในส่วนปลอดบุหรี่ของร้านฯ มีเพียง 2 ร้านเท่านั้นที่มีพนักงานสูบบุหรี่ใน ส่วนเขตปลอดบุหรี่คิดเป็น ร้อยละ 1.53 และร้อยละ 92.37ของเจ้าของร้านอาหารรับรู้เรื่องอันตรายของ ควันบุหรี่ปี่มือสอง ที่ไม่ทราบฯ มีเพียง 10 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 7.63 ดังตาราง 11

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละเจ้าของร้านอาหารที่รับรู้เรื่องอันตรายของควันบุหรี่ปี่มือสอง

เจ้าของร้านอาหารกับการรับรู้เรื่องอันตราย ของควันบุหรี่ปี่มือสอง	จำนวน (n = 131)	ร้อยละ
ทราบ	121	92.37
ไม่ทราบ	10	7.63
<b>รวม</b>	<b>131</b>	<b>100.00</b>

ตาราง 12 ความคิดเห็นของเจ้าของร้านอาหารต่อผลดีของการประกาศให้ร้านอาหารเป็นเขตปลอดบุหรี่

ความคิดเห็นของเจ้าของร้านอาหารต่อผลดีของการประกาศให้ร้านอาหารเป็นเขตปลอดบุหรี่	ใช่		ไม่ใช่		ไม่แน่ใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. รู้สึกมั่นใจว่าร้านอาหารจะปลอดภัยมากขึ้นจากปัญหาเพลิงไหม้	120	91.60	2	1.52	9	6.88
2. รู้สึกว่าเสื้อผ้าเส้นผมไม่มีกลิ่นบุหรี่เหม็นติดตัว	120	91.60	3	2.30	8	6.10
3. เป็นผลดีต่อสุขภาพของคนในร้านโดยรวม	117	89.30	3	2.30	11	8.40
4. ลดความรู้สึกอึดอัดรำคาญให้คนที่มารับประทานอาหาร	90	68.70	33	25.20	8	6.10
5. ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลเฟอร์นิเจอร์ผ้าปูโต๊ะผ้าม่าน/อุปกรณ์ต่างๆ	22	16.80	80	61.10	29	22.10

จากตาราง 12 พบว่า เจ้าของร้านอาหารเห็นว่าเป็นผลดีต่อร้านอาหารหลังมีประกาศให้ร้านอาหารเป็นเขตปลอดบุหรี่ กล่าวคือ รู้สึกมั่นใจว่าร้านอาหารจะปลอดภัยมากขึ้นจากปัญหาเพลิงไหม้ รู้สึกว่าเสื้อผ้าเส้นผมไม่มีกลิ่นบุหรี่เหม็นติดตัว เป็นผลดีต่อสุขภาพของคนในร้านโดยรวม ลดความรู้สึกอึดอัดรำคาญให้คนที่มารับประทานอาหาร คิดเป็นร้อยละ 91.60, 91.60, 89.30 และ 68.70 ตามลำดับและไม่เห็นว่าจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลเฟอร์นิเจอร์ผ้าปูโต๊ะผ้าม่าน/อุปกรณ์ต่างๆ ร้อยละ 61.10

ตาราง 13 จำนวนและร้อยละเจ้าของร้านอาหารกับการประกาศใช้กฎหมาย

การประกาศใช้กฎหมายเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหาร	จำนวน (n = 131)	ร้อยละ
<b>การสนับสนุนการประกาศใช้กฎหมายฯ ของเจ้าของอาหาร</b>		
สนับสนุน	84	64.12
ไม่สนับสนุน	38	29.10
ไม่มีความคิดเห็น	9	6.78
<b>ความมั่นใจว่ามาตรการห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารฯ จะถูกบังคับใช้ในระยะเวลาต่อจากนี้ไป</b>		
มั่นใจว่าจะได้ผล	80	61.10
ไม่มั่นใจ	29	22.14
ไม่มีความคิดเห็น	22	16.76
<b>รวม</b>	<b>131</b>	<b>100.00</b>

จากตาราง 13 พบว่า เจ้าของร้านอาหารที่สนับสนุนการดำเนินตามกฎหมายฯ คิดเป็นร้อยละ 64.12 ไม่สนับสนุน ร้อยละ 29.10 มั่นใจว่ามาตรการห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารที่ไม่ติดแอร์จะถูกบังคับใช้ในระยะเวลาต่อจากนี้ไป ร้อยละ 61.10 ไม่มั่นใจมาตรการฯ ร้อยละ 22.14

## 2. กลุ่มพนักงานในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ

ตาราง 14 จำนวนและร้อยละพนักงานกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะประชากร	จำนวน (n = 131)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	35	26.90
หญิง	95	73.10

ตาราง 14 จำนวนและร้อยละพนักงานกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะประชากร  
(ต่อ)

คุณลักษณะประชากร	จำนวน (n = 131)	ร้อยละ
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	43	33.10
คู่	80	61.50
หม้าย / หย่า / ร้าง	7	5.40
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	54	41.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	44	33.80
มัธยมศึกษาตอนปลาย	22	16.90
ปริญญาตรี	6	4.60
อื่นๆ	4	3.00
<b>ตำแหน่ง/หน้าที่ในร้านอาหาร</b>		
ผู้บริหาร / หัวหน้า	5	3.80
พนักงานเสิร์ฟ	86	66.20
พนักงานต้อนรับ	2	1.50
พ่อครัว / แม่ครัว	30	23.16
อื่นๆ	5	5.40
<b>พฤติกรรมการสูบบุหรี่</b>		
ไม่สูบบุหรี่	124	94.60
สูบบุหรี่เป็นบางครั้ง	5	3.81
สูบบุหรี่ประจำ	2	1.50

จากตาราง 14 พบว่า พนักงานในร้านอาหารเป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.10 เพศชาย ร้อยละ 26.90 และมีสถานภาพสมรส/ คู่ ร้อยละ 61.50 สถานภาพโสด ร้อยละ 33.10 สถานภาพหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 5.40 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.5 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.80 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 22.00 ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 4.60 อื่นๆ ร้อยละ 3.0 มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 94.60 สูบบุหรี่เป็นบางครั้ง ร้อยละ 3.81 และสูบบุหรี่ประจำ ร้อยละ 1.5

**ตาราง 15 ความคิดเห็นของพนักงานกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการติดป้าย/สัญลักษณ์  
เขตปลอดบุหรี่ การเตรียมอุปกรณ์การสูบบุหรี่และปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ  
ตามกฎหมาย**

ความคิดเห็น	จำนวน (n = 131)	ร้อยละ
<b>การมีป้าย/สัญลักษณ์เขตปลอดบุหรี่</b>		
มีป้ายฯ หน้าประตูทางเข้าบริเวณในร้าน/ห้องน้ำ	37	28.50
มีป้ายฯ เฉพาะหน้าประตูทางเข้าร้านและบริเวณในร้าน	49	37.40
มีป้ายฯ เฉพาะหน้าประตูทางเข้าร้าน	4	3.0
ไม่มีป้ายหรือสัญลักษณ์เขตปลอดบุหรี่	41	31.1
<b>การเตรียมอุปกรณ์การสูบบุหรี่</b>		
มีการเตรียมอุปกรณ์การสูบบุหรี่	32	24.43
ไม่มีการเตรียมอุปกรณ์การสูบบุหรี่	99	75.57
<b>การมีปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติฯ</b>		
พนักงานพบลูกค้าสูบบุหรี่ในส่วนปลอดบุหรี่	34	26.20
พนักงานไม่พบลูกค้าสูบบุหรี่ในส่วนปลอดบุหรี่	97	73.80
พนักงานไม่มีปัญหาในการปฏิบัติฯ	115	87.70
พนักงานมีปัญหาในการปฏิบัติฯ	16	12.30

จากตาราง 15 พบว่าจากการสังเกตและสัมภาษณ์พนักงานร้านอาหารพบว่า ไม่มีป้าย / สัญลักษณ์เขตปลอดบุหรี่ ร้อยละ 31.1 มีป้าย/สัญลักษณ์ประตูทางเข้าร้านอาหาร / ห้องน้ำ ร้อยละ 28.50 เฉพาะประตูทางเข้าและบริเวณในร้าน ร้อยละ 37.40 และเฉพาะประตูทางเข้าร้าน ร้อยละ 3.0 ไม่มีการเตรียมอุปกรณ์การสูบบุหรี่ ร้อยละ 75.57 พนักงานร้านอาหารพบลูกค้าสูบบุหรี่ในร้านอาหาร ร้อยละ 26.20 ไม่มีปัญหาในการปฏิบัติตามประกาศ ร้อยละ 87.70

**ตาราง 16 จำนวนและร้อยละของพนักงานกลุ่มตัวอย่างกับการปฏิบัติฯ หลังมีประกาศห้ามสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่**

การดำเนินงานหลังมีประกาศฯ ห้ามสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่	จำนวน (n = 131)	ร้อยละ
<b>พนักงานแจ้งเตือนลูกค้าในส่วนเขตปลอดบุหรี่</b>		
ไม่พบการสูบบุหรี่เลย	13	9.9
ลูกค้าปฏิบัติตามคำเตือน	107	81.6
ลูกค้าไม่ปฏิบัติตามคำเตือน	11	8.5
<b>ผลความขัดแย้งเมื่อมีลูกค้าสูบบุหรี่</b>		
พนักงานเคยมีความขัดแย้งกับลูกค้า	34	26.20
ลูกค้าตำหนิ / ร้องเรียนกรณีมีผู้สูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่	97	73.80
<b>การรับรู้ถึงอันตรายจากควันบุหรี่มือสองของพนักงาน</b>		
ทราบอันตรายฯ	61	46.51
ไม่ทราบ	19	14.50
ไม่มีความคิดเห็น	51	39.0
<b>การสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามประกาศฯ ของพนักงาน</b>		
สนับสนุน	119	91.50
ไม่สนับสนุนควรยกเลิก	6	4.6
ไม่มีความคิดเห็น	6	4.6

ตาราง 16 จำนวนและร้อยละของพนักงานกลุ่มตัวอย่างกับการปฏิบัติฯ หลังมีประกาศห้ามสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่(ต่อ)

การดำเนินงานหลังมีประกาศฯ ห้ามสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่	จำนวน (n = 131)	ร้อยละ
<b>พนักงานฯ มั่นใจว่ามาตรการห้ามสูบบุหรี่ฯ จะถูกบังคับใช้ อย่างได้ผล</b>		
มั่นใจ	114	87.0
ไม่มั่นใจ	2	1.55
ไม่มีความเห็น	15	11.45

จากตาราง 16 พบว่า หลังจากประกาศห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารฯ พนักงานกลุ่มตัวอย่างไม่พบการสูบบุหรี่ในร้านอาหารเลย ร้อยละ 9.9 ลูกค้ำปฏิบัติตามคำแจ้งเตือน ร้อยละ 81.6 และลูกค้ำไม่ปฏิบัติตามการแจ้งเตือน ร้อยละ 8.5 นอกจากนี้ยังเคยมีความขัดแย้งกับลูกค้ำ ร้อยละ 29.77 ในขณะเดียวกันมีลูกค้ำตำหนิ/ร้องเรียนกรณีมีผู้สูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ ร้อยละ 6.2 พนักงานฯ พบว่าคว้นบุหรี่ยี่มือสองเป็นอันตรายฯ ร้อยละ 46.5 และสนับสนุนให้มีการปฏิบัติให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย ร้อยละ 91.5 พบพนักงานฯ ที่เห็นว่าควรยกเลิกประกาศฯ ร้อยละ 4.6 พนักงานฯ มั่นใจว่ามาตรการห้ามสูบบุหรี่ฯ จะถูกบังคับใช้ได้อย่างได้ผล ร้อยละ 87.0 และไม่มั่นใจ ร้อยละ 1.55 ตามลำดับ

ตาราง 17 แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องการประกาศเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหารฯ ของพนักงาน

แหล่งข้อมูลข่าวสาร	จำนวน (n = 131)	ร้อยละ
โทรทัศน์	87	66.40
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	30	23.10
วิทยุ	4	3.10

ตาราง 17 แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องการประกาศเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหารฯ ของพนักงาน(ต่อ)

แหล่งข้อมูลข่าวสาร	จำนวน (n = 131)	ร้อยละ
หนังสือพิมพ์/สิ่งพิมพ์	5	3.80
หอกระจายข่าว	1	.80
ส่วนท้องถิ่น/กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน, อบต./ เทศบาล	1	0.80
อื่น ๆ	2	1.6
<b>รวม</b>	<b>131</b>	<b>100.0</b>

จากตาราง 17 พบว่า พนักงานฯ รับรู้ข่าวสารเรื่องประกาศเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหารฯ จากรายการโทรทัศน์ ร้อยละ 66.40 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 23.10 จากสื่อสิ่งพิมพ์ และรายการวิทยุ ร้อยละ 3.10

ตาราง 18 ความเข้าใจของพนักงานในร้านอาหารฯเมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องการประกาศเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหารฯ

ความเข้าใจของพนักงานในร้านอาหารฯเมื่อได้รับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องการประกาศเขตปลอดบุหรี่ ในร้านอาหารฯ	จำนวน (n = 131)	ร้อยละ
เข้าใจการประกาศเขตปลอดบุหรี่และปฏิบัติได้	84	64.60
ไม่เข้าใจข้อกำหนดฯ	32	24.60
ไม่แน่ใจ	15	11.60
<b>รวม</b>	<b>131</b>	<b>100.0</b>

จากตาราง 18 พบว่า พนักงานร้านอาหารฯเข้าใจประกาศเขตปลอดบุหรี่และสามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 64.60 ไม่เข้าใจกฎหมายฯ ร้อยละ 24.60 ไม่แน่ใจ ร้อยละ 11.60

ตาราง 19 จำนวนและร้อยละของพนักงานในร้านอาหารที่รับรู้บทบาทการณรงค์  
ขององค์กรต่างๆ

องค์กรต่างๆ	การรับรู้บทบาท					
	รับรู้		ไม่รับรู้		ไม่แน่ใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กระทรวงมหาดไทย	93	71.50	9	6.90	28	21.60
มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่	85	64.88	32	24.60	14	10.52
หน่วยงานสาธารณสุข	50	38.50	16	12.30	64	49.30
ตำรวจ	39	30.00	13	10.00	78	59.54

จากตาราง 19 พบว่า พนักงานร้านอาหาร รับรู้บทบาทองค์กรต่อไปนี้ในการรณรงค์เขตปลอด  
บุหรี่ในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ โดยรับรู้บทบาทกระทรวงมหาดไทย ร้อยละ 71.50  
มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 64.88 หน่วยงานสาธารณสุข ร้อยละ 38.50 ตำรวจร้อยละ  
30.00

ตาราง 20 ความคิดเห็นของพนักงานในร้านอาหารฯ ต่อมาตรการ/ กิจกรรมรณรงค์  
ร้านอาหารปลอดบุหรี่

ความคิดเห็นของพนักงานในร้านอาหารฯ ต่อมาตรการ / กิจกรรมรณรงค์ ร้านอาหารปลอดบุหรี่	เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย		ไม่มีความคิดเห็น	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	ลงโทษร้านอาหารที่ละเมิดกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ให้เป็น ตัวอย่าง	123	94.60	2	1.50	5
จัดให้มีศูนย์บริการข้อมูล/รับแจ้งเบาะแสการกระทำผิด ในหารห้ามสูบบุหรี่	122	93.80	4	3.00	4	3.10
เผยแพร่ความรู้กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร ต่อสาธารณะ	103	79.20	11	8.50	16	12.30

ตาราง 20 ความคิดเห็นของพนักงานในร้านอาหารฯ ต่อมาตรการ/ กิจกรรมรณรงค์  
ร้านอาหารปลอดบุหรี่ (ต่อ)

ความคิดเห็นของพนักงานในร้านอาหารฯ ต่อมาตรการ / กิจกรรมรณรงค์ ร้านอาหารปลอดบุหรี่	เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย		ไม่มีความคิดเห็น	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	จับปรับเพื่อลงโทษลูกค้าผู้ละเมิดกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ ในร้านอาหาร	101	77.70	15	11.50	14
รณรงค์ติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารให้ชัดเจน ยิ่งขึ้น	41	31.60	16	12.30	74	56.48

จากตาราง 20 พบว่าพนักงานส่วนใหญ่เห็นด้วยกับมาตรการ การจัดกิจกรรมรณรงค์  
ร้านอาหารปลอดบุหรี่ กล่าวคือ มาตรการลงโทษร้านอาหารที่ละเมิดกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ให้เป็นตัวอย่าง  
จัดให้มีศูนย์บริการข้อมูล/รับแจ้งเบาะแสการกระทำผิดในหารห้ามสูบบุหรี่ และเผยแพร่ความรู้กฎหมายห้าม  
สูบบุหรี่ในร้านอาหาร ต่อสาธารณะ เห็นด้วย ร้อยละ 94.60,93.80 และ 79.20ตามลำดับ จับปรับเพื่อลงโทษ  
ลูกค้าผู้ละเมิดกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร และการรณรงค์ติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารให้  
ชัดเจนยิ่งขึ้น เห็นด้วย ร้อยละ 77.70 และ31.60 ตามลำดับ

### 3. กลุ่มประชาชน

ตาราง 21 จำนวนและร้อยละ ประชาชนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะประชากร	จำนวน (n = 400)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	197	49.30
หญิง	203	50.70
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	237	59.25
คู่	161	40.25
หม้าย / หย่า / ร้าง	2	0.50
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	87	21.30
มัธยมศึกษาตอนต้น	115	28.80
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	124	31.10
อนุปริญญา	20	5.00
ปริญญาตรีขึ้นไป	56	14.00
<b>ประเภทร้านอาหารที่ไปใช้บริการ</b>		
ร้านอาหารตามสั่ง	217	54.25
สวนอาหาร	99	24.75
ห้องอาหาร	72	18.00
ภัตตราคาร	12	3.00

จากตาราง 21 พบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.70 เพศชาย ร้อยละ 49.30 สภาพโสด ร้อยละ 59.25 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 31.10 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 28.80 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 21.30 ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 14.00 และระดับอนุปริญญา ร้อยละ 5.00 ประชาชนกลุ่มตัวอย่างนิยมไปใช้บริการร้านอาหารตามสั่ง ร้อยละ 54.25 สวนอาหาร ร้อยละ 24.75 ห้องอาหาร ร้อยละ 18 และ ภัตตาคาร ร้อยละ 3.00

**ตาราง 22 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนกลุ่มตัวอย่างและการรับรู้ประกาศกระทรวงสาธารณสุขให้ร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศเป็นเขตปลอดบุหรี่**

พฤติกรรมประชาชนกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 400)	ร้อยละ
<b>พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง</b>		
สูบบุหรี่เป็นประจำ	43	10.80
สูบบุหรี่บ้างครั้ง	100	25.00
ไม่สูบบุหรี่	257	64.20
<b>การรับรู้ประกาศฯ ห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารฯ</b>		
รู้ว่ามีการประกาศห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร	271	67.80
ไม่รู้ว่ามีการประกาศห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร	129	32.20

จากตาราง 22 พบว่าประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 64.20 สูบเป็นบางครั้ง ร้อยละ 25.00 และสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 10.80 นอกจากนี้ประชาชนกลุ่มตัวอย่างรู้ว่ากระทรวงสาธารณสุข ประกาศให้ร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศเป็นเขตปลอดบุหรี่ ร้อยละ 67.80

ตาราง 23 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนกลุ่มตัวอย่างในร้านอาหารหลังมีประกาศ และการปฏิบัติเมื่อถูกเตือนจากเจ้าของ / พนักงานร้านอาหาร

การปฏิบัติตามประกาศร้านอาหารปลอดบุหรี่	จำนวน (n = 400)	ร้อยละ
<b>การสูบบุหรี่ของประชาชนกลุ่มตัวอย่างในร้านอาหารหลังมีประกาศ</b>		
ไม่สูบบุหรี่เลย	321	80.25
สูบบุหรี่เป็นบางครั้ง	79	19.75
<b>การปฏิบัติตามประกาศ</b>		
เคยถูกเจ้าของ / พนักงานเตือน	65	82.20
ปฏิบัติตามคำเตือน	58	73.40
ไม่ปฏิบัติตามคำเตือน	7	8.90
ไม่เคยได้รับคำเตือน	14	17.70

จากตาราง 23 พบว่า หลังมีประกาศ ประชาชนกลุ่มตัวอย่างเคยสูบบุหรี่ ในร้านอาหาร ร้อยละ 19.75 และกลุ่มที่สูบบุหรี่เคยถูกเจ้าของ / พนักงาน เตือน ร้อยละ 82.20 และปฏิบัติตามคำเตือน ร้อยละ 73.40 ไม่ปฏิบัติตาม ร้อยละ 8.90 และกลุ่มที่สูบบุหรี่ไม่เคยได้รับคำเตือน ร้อยละ 17.70

ตาราง 24 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในร้านอาหารฯ ของประชาชนกลุ่มตัวอย่างหลังมีประกาศฯ และการปฏิบัติเมื่อถูกเตือนจากกลุ่มเพื่อนและแขกที่มาใช้บริการ

พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการปฏิบัติตามประกาศ	จำนวน (n = 400)	ร้อยละ
<b>พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในร้านอาหารส่วนปลอดบุหรี่ของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง</b>		
ไม่สูบบุหรี่เลย	321	80.25
สูบบุหรี่เกือบทุกครั้ง / ทุกครั้ง	27	6.75
สูบบุหรี่เป็นบางครั้ง	52	13.00
<b>การปฏิบัติตามประกาศ</b>		
มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในส่วนปลอดบุหรี่	79	
ปฏิบัติตามคำเตือนของเพื่อน	24	30.40
ปฏิบัติตามคำเตือนของแขกที่มาใช้บริการ	12	15.20
ไม่ปฏิบัติตามคำเตือน	43	54.40

จากตาราง 24 พบว่าประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 80.25 ไม่สูบบุหรี่ในร้านอาหารฯ หลังมีประกาศและสูบบุหรี่เป็นบางครั้ง ร้อยละ 13.00 สูบบุหรี่ทุกครั้ง / เกือบทุกครั้ง ร้อยละ 6.75 เมื่อเพื่อนและแขกที่มาใช้บริการ เตือนจะปฏิบัติตามคำเตือน ร้อยละ 30.40 และ 15.20 ตามลำดับ ไม่ปฏิบัติตามคำเตือน ร้อยละ 54.40

ตาราง 25 จำนวนและร้อยละประชาชนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดเห็นต่อการปฏิบัติ  
ตามข้อห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารที่ไม่ติดเครื่องปรับอากาศ

ความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามข้อห้ามสูบบุหรี่ ในร้านอาหารที่ไม่ติดเครื่องปรับอากาศ	จำนวน (n = 400)	ร้อยละ
มีปัญหา	12	3.00
ไม่มีปัญหา	352	88.00
ไม่มีความคิดเห็น	36	9.00
<b>รวม</b>	<b>400</b>	<b>100.00</b>

จากตาราง 25 พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาต่อการปฏิบัติตามข้อห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารที่ไม่  
มีเครื่องปรับอากาศร้อยละ 88.00 และมีปัญหาร้อยละ 3

ตาราง 26 ความคิดเห็นของประชาชนกลุ่มตัวอย่างต่อผลดีหลังการประกาศร้านอาหาร  
เป็นเขตปลอดบุหรี่

ความคิดเห็นของประชาชน กลุ่มตัวอย่างต่อผลดีหลังการประกาศ ร้านอาหารเป็นเขตปลอดบุหรี่	ใช่		ไม่ใช่		ไม่แน่ใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เป็นผลดีต่อสุขภาพของคนในร้านโดยรวม	364	91.00	3	0.80	33	8.20
ลดความรู้สึกอึดอัดรำคาญให้คนที่มา รับประทานอาหาร	359	89.75	4	1.00	37	9.25
รู้สึกเสื้อผ้า เส้นผมไม่มีกลิ่นเหม็นบุหรี่ติดตัว	349	87.30	15	3.80	36	9.00
ท่านรู้สึกมั่นใจว่าร้านอาหารจะปลอดภัยมากขึ้น จากปัญหาเพลิงไหม้	333	83.30	16	4.00	50	12.50

จากตาราง 26 ประชาชนกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าหลังจากมีการประกาศให้ร้านอาหารเป็นเขต  
ปลอดบุหรี่มีผลดีกล่าวคือ เป็นผลดีต่อสุขภาพของคนในร้านโดยรวม ร้อยละ 91.00 ลดความรู้สึกอึด  
อัดรำคาญให้คนที่มารับประทานอาหาร ร้อยละ 89.75 รู้สึกว่าเสื้อผ้า เส้นผมไม่มีกลิ่นเหม็นบุหรี่  
ติดตัว ร้อยละ 87.30 รู้สึกมั่นใจว่าร้านอาหารจะปลอดภัยมากขึ้นจากปัญหาเพลิงไหม้ ร้อยละ 83.30

ตาราง 27 ความคิดเห็นของประชาชนกลุ่มตัวอย่างหลังจากมีประกาศห้ามสูบบุหรี่  
ในร้านอาหารที่ไม่มีเครื่องปรับอากาศ

ความคิดเห็นของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 400)	ร้อยละ
<b>การไปใช้บริการร้านอาหารฯ หลังมีประกาศฯ</b>		
อยากไปใช้บริการมากขึ้น	306	76.50
อยากไปใช้บริการลดลง	20	5.00
ไม่แน่ใจ	74	18.50
<b>การได้รับการปกป้องสุขภาพ</b>		
คิดว่าได้รับการปกป้องสุขภาพมากขึ้น	339	84.75
ไม่คิดว่าได้รับการปกป้องสุขภาพมากขึ้น	22	5.50
ไม่แน่ใจ/ไม่มีความคิดเห็น	39	9.75
<b>การสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามประกาศ</b>		
สนับสนุน	362	90.50
ไม่สนับสนุน (ควรรยกเลิก)	4	1.00
ไม่มีความคิดเห็น	34	8.50
<b>ความมั่นใจว่ามาตรการห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารฯ จะถูกบังคับใช้ได้อย่างได้ผลในระยะต่อจากนี้ไป</b>		
มั่นใจว่าจะได้ผล	325	81.25
ไม่มั่นใจ	30	7.50
ไม่มีความคิดเห็น	45	11.25

จากตาราง 27 พบว่าประชาชนกลุ่มตัวอย่างอยากใช้บริการร้านอาหารเพิ่มขึ้นหลังจากมีประกาศ ร้อยละ 76.50 และอยากไปใช้บริการลดลง ร้อยละ 5.00 เห็นว่าสุขภาพได้รับการปกป้องเพิ่มขึ้น ร้อยละ 84.75 สนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามประกาศฯ ร้อยละ 90.50 เห็นว่าควรรยกเลิก ร้อยละ 1 และมั่นใจว่ามาตรการห้ามสูบบุหรี่ จะบังคับใช้ได้ผลดี ร้อยละ 81.25

ตาราง 28 จำนวนและร้อยละประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่พบเห็นการปฏิบัติตามประกาศฯ  
ของร้านอาหารที่ไม่มีเครื่องปรับอากาศ (ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2551 – เดือน  
เมษายน. 2552)

การปฏิบัติตามประกาศ ของร้านอาหารประเภทไม่มี เครื่องปรับอากาศ(เดือนมี.ค. – เม.ย. 2552)	จำนวน (n = 400)	ร้อยละ
<b>การติดป้ายห้ามสูบบุหรี่</b>		
เห็นป้ายชัดเจน	312	78.00
เห็นป้ายไม่ชัดเจน	40	10.00
ไม่แน่ใจ / ไม่ทราบ	48	12.00
<b>การพบเห็นคนสูบบุหรี่ในร้านอาหารฯ</b>		
ไม่พบเห็น	225	56.25
พบเห็น	83	20.75
ไม่ได้ไปร้านอาหาร	92	23.00
<b>กรณีมีคนสูบบุหรี่</b>		
	(N = 83)	
พบพนักงานเตือน	20	24.10
ไม่ได้เตือน	52	62.65
ไม่แน่ใจ	11	13.25

จากตาราง 28 พบว่า หลังประกาศฯ (ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2551 ถึงเมษายน 2552) ประชาชนกลุ่มตัวอย่างพบเห็นป้ายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารฯ ชัดเจน ร้อยละ 78 พบเห็น ควรสูบบุหรี่ในร้านอาหารฯ ร้อยละ 20.75 พบว่า พนักงานมีการแจ้งเตือนผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 24.10 ไม่ได้เตือน ร้อยละ 60.65

ตาราง 29 ความคิดเห็นและวิถีปฏิบัติของประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่พบเห็น  
คนสูบบุหรี่ใน ร้านอาหารในส่วนปลอดบุหรี่(หลังเดือนกุมภาพันธ์ 2511)

ความคิดเห็นและวิถีปฏิบัติของประชาชน กลุ่มตัวอย่างที่พบเห็นคนสูบบุหรี่	ใช่		ไม่ใช่		ไม่แน่ใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รู้สึกอึดอัดรำคาญ	326	81.50	28	7.00	46	11.50
จะย้ายหรือหลบเลี่ยงให้พ้นจากควันบุหรี่หรือไม่	308	77.00	47	11.30	45	11.30
จะแจ้งต่อเจ้าของร้าน/พนักงานประจำร้านหรือไม่	244	61.00	78	19.50	78	19.75
จะบอกกล่าว/ตักเตือนต่อผู้สูบบุหรี่หรือไม่	227	56.75	101	25.25	72	18.00

จากตาราง 29 พบว่า ความคิดเห็นและวิถีปฏิบัติของประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่พบเห็นคนสูบบุหรี่ ในส่วนปลอดบุหรี่ของร้านอาหารฯ(หลังเดือนกุมภาพันธ์ 2511) กล่าวคือรู้สึกอึดอัดรำคาญ ร้อยละ 81.50 คิดจะย้ายหรือหลบเลี่ยงให้พ้นจากควันบุหรี่ ร้อยละ 77.00 คิดว่าจะแจ้งต่อเจ้าของร้าน/พนักงานประจำร้าน ร้อยละ 61.00 คิดจะบอกกล่าว/ตักเตือนต่อผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 56.75 และไม่คิดจะบอกกล่าวตักเตือน ร้อยละ 25.25

ตาราง 30 จำนวนและร้อยละ ของประชาชนกลุ่มตัวอย่างกับการรับรู้อันตรายจาก  
ควันบุหรี่มือสองต่อสุขภาพ

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างกับการรับรู้อันตราย จากควันบุหรี่มือสองต่อสุขภาพ	จำนวน (N=400)	ร้อยละ
รับรู้	375	93.80
ไม่รับรู้	20	5.00
<b>รวม</b>	<b>400</b>	<b>100.00</b>

จากตาราง 30 พบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 93.80 รับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองต่อสุขภาพ และร้อยละ 5.00 ไม่ทราบอันตรายจากควันบุหรี่มือสอง

ตาราง 31 จำนวนและร้อยละกลุ่มประชาชนตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ  
เรื่องการประกาศเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหารฯ จำแนกตามช่องทางการรับ  
ข่าวสารและปริมาณการรับข่าวสาร

แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประกาศ	จำนวน (N = 400)	ร้อยละ
<b>ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารประกาศฯ</b>		
โทรทัศน์	220	55.10
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	91	22.80
วิทยุ	45	11.30
หนังสือพิมพ์/สิ่งพิมพ์	13	3.30
หอกระจายข่าว	10	2.50
สถานศึกษา/ครู/นักเรียน	10	2.50
ศาสนสถาน / พระ/นักบวช	4	1.00
ตำรวจ	3	.0.75
สรรพสามิต	2	0.50
ส่วนท้องถิ่น/กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/อบต./เทศบาล	2	0,50
<b>ความคิดเห็นต่อความเพียงพอของการรับข้อมูลข่าวสารประกาศฯ</b>		
ได้รับความรู้ข่าวสารพอเพียง	186	46.50
ได้รับความรู้ข่าวสารไม่พอเพียง	105	26.25
ไม่แน่ใจ	109	27..25

จากตาราง 31 พบว่าประชาชนกลุ่มตัวอย่างรับรู้ข่าวสารเรื่องประกาศเขตปลอดบุหรี่ใน  
ร้านอาหารฯ จากรายการโทรทัศน์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รายการวิทยุ หนังสือพิมพ์/สิ่งพิมพ์  
สถานศึกษา/ครู/นักเรียนและหอกระจายข่าว ร้อยละ 55.10 , 22.80 , 11.30 , 3.30 และ 2.50  
ตามลำดับ และประชาชนกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประกาศฯ อย่างพอเพียง ร้อยละ  
46.50 โดยมีบางส่วนคิดว่าไม่เพียงพอร้อยละ 26.25

ตาราง 32 จำนวนและร้อยละของประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้บทบาทการณรงค์  
ขององค์กรต่างๆ

องค์กรต่างๆ	การรับรู้บทบาท					
	รับรู้		ไม่รับรู้		ไม่แน่ใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
หน่วยงานสาธารณสุข	283	70.75	13	3.25	104	26.00
มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่	223	55.80	26	6.50	148	37.00
กระทรวงมหาดไทย	189	47.30	32	8.00	176	44.00
สำรวจ	189	47.25	35	8.75	173	43.25

จากตาราง 32 พบว่าประชาชนกลุ่มตัวอย่าง รับรู้บทบาทขององค์กรต่อไปนี้ในการรณรงค์  
เขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ โดยรับรู้บทบาทหน่วยงานสาธารณสุข  
มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ กระทรวงมหาดไทย และ สำรวจ ร้อยละ 70.75 , 55.80 , 47.30  
และ 47.25 ตามลำดับ

ตาราง 33 ความคิดเห็นของประชาชนกลุ่มตัวอย่างต่อมาตรการ/ กิจกรรมรณรงค์  
ร้านอาหารปลอดบุหรี่

ความคิดเห็นของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ต่อมาตรการ/ กิจกรรมรณรงค์ร้านอาหาร ปลอดบุหรี่	เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย		ไม่มีความคิดเห็น	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	เผยแพร่ความรู้กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร ต่อสาธารณะ	339	84.80	4	1.00	57
รณรงค์ติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารให้ชัดเจน ยิ่งขึ้น	335	83.80	2	.60	63	15.80
จัดให้มีศูนย์บริการข้อมูล/รับแจ้งเบาะแสการกระทำ ผิดในหารห้ามสูบบุหรี่	323	80.75	6	1.50	71	17.70

ตาราง 33 ความคิดเห็นของประชาชนกลุ่มตัวอย่างให้มีมาตรการ/ กิจกรรมรณรงค์  
ร้านอาหารปลอดบุหรี่ (ต่อ)

ความคิดเห็นของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ต่อมาตรการ/ กิจกรรมรณรงค์ร้านอาหาร ปลอดบุหรี่	เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย		ไม่มีความคิดเห็น	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จับปรับเพื่อลงโทษลูกค้าผู้ละเมิดกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร	278	69.70	43	10.8	79	19.8
ลงโทษร้านอาหารที่ละเมิดกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ให้ เป็นตัวอย่าง	265	66.40	46	11.50	89	22.30

จากตาราง 33 พบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับมาตรการ การจัดกิจกรรมรณรงค์ กล่าวคือ การเผยแพร่ความรู้กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารต่อสาธารณะ การรณรงค์ติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารให้ชัดเจนยิ่งขึ้น จัดให้มีศูนย์บริการข้อมูล/รับแจ้งเบาะแสการกระทำผิดในการห้ามสูบบุหรี่ จับปรับเพื่อลงโทษลูกค้าผู้ละเมิดกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารและลงโทษร้านอาหารที่ละเมิดกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ให้เป็นตัวอย่าง(ร้อยละ 84.80 , 83.80 , 80.75 , 69.70 และร้อยละ 66.40ตามลำดับ) ไม่มีความคิดเห็น ร้อยละ 15.80

#### 4. สรุปเวทีประชาคม

การจัดเวทีประชาคมเพื่อกำหนดนโยบายร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศปลอดบุหรี่ 100% ได้จัดขึ้นในวันที่ 18 ตุลาคม 2552 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

##### ผู้เข้าร่วมเวทีประชาคมประกอบด้วย

ผู้แทนชมรมร้านอาหารอำเภอละ 3 คน	รวม 36 คน
คณะทำงานควบคุมการบริโภคยาสูบระดับอำเภอฯละ 1 คน	รวม 12 คน
เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชน อำเภอละ 1 คน	รวม 12 คน
พนักงานเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดได้แก่	
- หน่วยงานสาธารณสุข	รวม 5 คน
ตำรวจ เขตพื้นที่การศึกษาเขต 1	รวม 4 คน
ผู้ประสานงานและทีมวิจัย	รวม 6 คน

ตาราง 34 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมเวทีประชาคมร้านอาหารในจังหวัดพิจิตร  
 ปลอดภัย 100 % จำแนกตามคุณลักษณะของประชากร

คุณลักษณะประชากร	จำนวน (n = 69)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	43	62.30
หญิง	26	37.70
<b>กลุ่มอายุ</b>		
20 – 30 ปี	3	4.40
31 – 40 ปี	20	29.00
41 – 50 ปี	29	42.00
51 – 60 ปี	10	14.50
> 61 ปี	7	10.10
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	13	18.80
คู่	52	75.40
หม้าย / หย่า / ร้าง	4	5.80
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	15	21.80
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	13.00
อนุปริญญา	6	8.70
ปริญญาตรีขึ้นไป	39	56.50
<b>พฤติกรรมการสูบบุหรี่</b>		
สูบบุหรี่ประจำ	6	8.70
สูบบุหรี่เป็นบางครั้ง	7	10.10
ไม่สูบบุหรี่	56	81.20

จากตาราง 34 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมเวทีประชาคม ร้อยละ 62.30 เป็นเพศชาย อายุ 41 – 50 ปี ร้อยละ 42.00 อายุ 31- 40 ปี ร้อยละ 29.00 อายุ 51 – 60 ปี ร้อยละ 14.50 อายุ มากกว่า 61 ปี ร้อยละ 10.1 และอายุ 20 – 30 ปี ร้อยละ 4.40 ส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว ร้อยละ 75.40 การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 56.50 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 21.80 มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 13.00 และอนุปริญญา ร้อยละ 8.70 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 81.20) สูบบุหรี่เป็นบางครั้ง ร้อยละ 10.10 สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 8.70

**ตาราง 35 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมเวทีประชาคมร้านอาหารในจังหวัดพิจิตร  
ปลอดบุหรี่ 100 % จำแนกตามการทราบว่ามีกฎหมายฯ ห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร  
ประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ**

ทราบว่ามีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่	จำนวน (N = 69)	ร้อยละ
ทราบ	62	89.90
ไม่ทราบ	7	7.20
<b>รวม</b>	<b>69</b>	<b>100.00</b>

จากตาราง 35 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบว่ามีกฎหมายฯ ห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ มากถึงร้อยละ 89.90 และไม่ทราบเพียง ร้อยละ 7.200

**ตาราง 36 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมเวทีประชาคมต่อร้านอาหารหลังทราบว่ามี  
กฎหมายฯ ห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ**

ความคิดเห็น	จำนวน (N = 69)	ร้อยละ
อยากไปใช้บริการร้านอาหารเพิ่มขึ้น	46	66.70
อยากไปใช้บริการร้านอาหารลดลง	6	8.70
ไม่แน่ใจ/ไม่มีความคิดเห็น	17	24.60
<b>รวม</b>	<b>69</b>	<b>100.00</b>

จากตาราง 36 พบว่า กลุ่มตัวอย่างอยากไปใช้บริการร้านอาหารเพิ่มขึ้นหลังมีประกาศฯ ร้อยละ 66.70 ไม่แน่ใจ / ไม่มีความคิดเห็น ร้อยละ 24.60 และอยากไปใช้บริการลดลง ร้อยละ 8.70

**ตาราง 37 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมเวทีประชาคมต่อการสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายฯ ห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ**

ความต้องการสนับสนุนการปฏิบัติตามกฎหมายฯ	จำนวน (N = 69)	ร้อยละ
สนับสนุน	59	85.50
ไม่แน่ใจ / ไม่มีความเห็น	10	14.50
<b>รวม</b>	<b>69</b>	<b>100.00</b>

จากตาราง 37 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 85.50 ต้องการสนับสนุนการปฏิบัติตามกฎหมายฯ และไม่แน่ใจ / ไม่มีความเห็น ร้อยละ 14.50 นอกจากนี้ยังให้ความเห็นเพิ่มเติมในการสนับสนุนประกาศฯ ดังนี้

“เพื่อสุขภาพของคนรอบตัว ควรงดสูบบุหรี่ในร้านอาหาร ส่วนใหญ่มาทานอาหารกันเป็นครอบครัว มีเด็กมาด้วย”

“เพื่อส่วนรวมของสังคม เป็นตัวอย่างที่ดีกับเยาวชน ดีกับประชาชนทุกคน”

“ตอนนี้เห็นผลชัดเจน คนส่วนใหญ่รู้กฎหมายนะ เป็นประโยชน์มาก ที่ห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร ควันบุหรี่ยี่มือสอง ทำให้เกิดโรคปอด แสบคอ”

“สนับสนุน ดี ทำให้สุขภาพดีขึ้น ร้านสะอาด น่าเข้า ไม่เหม็น”

ตาราง 38 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมเวทีประชาคมต่อความมั่นใจมาตรการ  
ปฏิบัติตามกฎหมาย ห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ

ความมั่นใจ	จำนวน (N = 69)	ร้อยละ
มั่นใจว่าจะได้ผล	39	56.50
ไม่มั่นใจ	22	31.90
ไม่มีความเห็น	8	11.60
<b>รวม</b>	<b>69</b>	<b>100.00</b>

จากตาราง 38 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมั่นใจว่ามาตรการบังคับใช้ประกาศฯ จะบังคับใช้ได้ผล ร้อยละ 56.50 และไม่มั่นใจ ร้อยละ 31.90 ไม่มีความเห็น ร้อยละ 11.60

ทั้งนี้กลุ่มชนรมร้านอาหารให้เหตุผลเป็นเพราะว่า ลูกค้าเคยชิน เจ้าของร้านอาหารพนักงานขาดความรู้เกี่ยวกับกฎหมาย การประชาสัมพันธ์กฎหมายยังไม่ทั่วถึง ขาดความร่วมมืออย่างจริงจังระหว่างร้านอาหารกับเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ไม่ได้ปฏิบัติเข้มงวดจริงจังและต่อเนื่อง ในขณะที่กลุ่มเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ยอมรับว่าขาดความรู้ด้านกฎหมายและไม่สามารถดำเนินการตรวจเฝ้าระวังได้ครบถ้วน เนื่องจากขาดอัตรากำลัง ช่องทางการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับประกาศกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่รับข้อมูลฯ ผ่านรายการโทรทัศน์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หนังสือพิมพ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหอกระจายข่าว ดังตาราง 39

ตาราง 39 จำนวนและร้อยละ ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารการณรงค์ห้ามสูบบุหรี่  
ในร้านอาหาร

ช่องทางการรับข่าว	จำนวน (N = 69)	ร้อยละ
โทรทัศน์	43	62.30
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	12	17.40
หนังสือพิมพ์	7	10.10
หอกระจายข่าว	3	4.30
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร	3	4.30
อื่นๆ	1	1.40
<b>รวม</b>	<b>69</b>	<b>100.00</b>

ตาราง 40 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อเวทีประชาคม การจัดกิจกรรม / มาตรการ  
สนับสนุนการดำเนินกฎหมายฯ

มาตรการ / กิจกรรม	เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย		ไม่มีความคิดเห็น	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รณรงค์ปิดป้ายห้ามสูบบุหรี่ในร้านให้ชัดเจนยิ่งขึ้น	63	91.30	0	0	6	8.70
เผยแพร่ความรู้เรื่องกฎหมายฯ	56	81.20	2	2.90	11	15.90
จัดให้มีศูนย์บริการข้อมูล/รับแจ้งเบาะแสการทำผิด กฎหมายภายในจังหวัด	53	76.80	0	0	16	23.20
ลงโทษร้านอาหารที่ละเมิดกฎหมายฯ ให้เป็นตัวอย่าง	46	66.70	5	7.20	18	26.10
จับปรับเพื่อลงโทษลูกค้าที่ทำผิดกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ฯ	44	63.80	11	15.90	14	20.30

จากตาราง 40 พบว่า เพื่อการสนับสนุนมาตรการทางกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าต้องการรณรงค์ติดป้ายเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหารให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น ร้อยละ 91.30 เผยแพร่ความรู้กฎหมาย ร้อยละ 81.20 ควรจัดให้มีศูนย์บริการแจ้งข้อมูล / รับแจ้งเบาะแส ร้อยละ 76.80 ลงโทษร้านอาหารที่ละเมิดกฎหมายเพื่อให้เป็นตัวอย่าง ร้อยละ 66.70 และลงโทษลูกค้าที่ทำผิดกฎหมาย ร้อยละ 63.80

ข้อมูลที่ได้รับจากเวทีประชาคมสามารถสรุปแนวทางเพื่อเสนอให้กำหนดเป็นนโยบายของจังหวัดดังต่อไปนี้

1. รณรงค์ติดป้ายเขตปลอดบุหรี่ให้ชัดเจนและครอบคลุมร้านอาหารทุกประเภท
2. เพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้นและควรจัดให้มีศูนย์บริการแจ้งข้อมูล/รับแจ้งเบาะแส
3. เพิ่มพื้นที่สาธารณะเป็นเขตอากาศสะอาดและปลอดบุหรี่
4. เพิ่มการบังคับใช้กฎหมายอย่างต่อเนื่องจริงจัง
5. ร่วมกับชมรมร้านอาหารรณรงค์ให้ความรู้ประชาชน
6. ประกาศวัน D-Day จับปรับผู้ทำผิด ทั้งร้านอาหารและลูกค้าที่มาใช้บริการ

5. ขั้นสรุปและขั้นประกาศนโยบายสาธารณะภายหลังจากได้นโยบายสาธารณะแล้ว ผู้วิจัยร่วมกับสำนักงานจัดการความรู้เพื่อการไม่สูบบุหรี่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ (สสส.) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการนี้ ได้จัดทำป้ายประกาศนโยบายสาธารณะขนาดกว้าง 0.80 เมตร ยาว 2 เมตร แจกให้กับทุกร้านอาหาร โดยมอบให้กับตัวแทนแต่ละอำเภอ รวมทั้งสิ้น 200 ร้าน (ดังรูปที่แสดงในภาคผนวก) ทั้งนี้ได้จัดพิธีมอบป้ายทั้งหมดให้กับเจ้าของร้านอาหาร/ หรือผู้ที่เข้าร่วมงานประชุม เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2552 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โดยนายแพทย์พูลสิทธิ์ ศีตีสาร์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โดยขอความร่วมมือให้ติดป้ายดังกล่าวในจุดที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน เช่น บริเวณทางเข้าร้านอาหารหรือบริเวณในร้านและได้นำผลการทำเวทีสาธารณะฯ แจ้งที่ประชุมคณะกรรมการ ควบคุมการบริโภคบุหรี่ยุคสุราจังหวัดพิจิตร ซึ่งจะจัดการประชุมในวันที่ 13 มกราคม 2553 รับทราบนโยบายสาธารณะที่ประกาศ

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การบังคับใช้และการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 ในประเด็นห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ และการสำรวจความคิดเห็นต่อมาตรการดังกล่าว ในกลุ่มผู้บริโภคและผู้ประกอบการหรือเจ้าของร้านอาหารและพนักงานในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศในพื้นที่จังหวัดพิจิตร โดยที่การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบ่งการศึกษาตามขนาดของพื้นที่ซึ่งมีร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ จำนวน 131 ร้าน แบ่งเป็นอำเภอขนาดใหญ่ 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองพิจิตรและอำเภอดงเจริญ อำเภอขนาดกลาง 1 อำเภอ ได้แก่ อำเภอทับคล้อและอำเภอขนาดเล็กได้แก่อำเภอโพธิ์ประทับช้าง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) เจ้าของกิจการร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ จำนวน 131 คน 2) พนักงานของร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ จำนวน 131 คน และ 3) ผู้บริโภคหรือผู้ซื้อจากร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ จำนวน 400 ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน – เดือนพฤษภาคม 2552 สถิติที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ค่าความถี่ จำนวน และร้อยละ และใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงพรรณนาของข้อมูลที่ได้จากการเปิดเวทีประชาคมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

#### สรุปผลการศึกษา

##### 1. สถานการณ์การดำเนินงานร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศปลอดภัยของจังหวัดพิจิตร

จากการศึกษาพบว่า พนักงานร้านอาหาร และประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้บริการร้านอาหารในจังหวัดพิจิตร ทราบว่ามีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารค่อนข้างต่ำ คิดเป็นร้อยละ 64.6 และ 67.80 ตามลำดับ ส่วนเจ้าของร้านอาหารไม่รู้ว่ามีการประกาศฯ นี้ ถึง ร้อยละ 51.90

เจ้าของร้านอาหาร / พนักงานและประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 46.20, 5.40 และ 35.80 ตามลำดับ

หลังจากกฎหมาย ประกาศใช้ (หลังวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2551) พบว่า การปฏิบัติตามกฎหมาย ยังมีปัญหา กล่าวคือ เจ้าของร้านอาหารและพนักงานพบลูกค้าสูบบุหรี่ในส่วนปลอดบุหรี่ ร้อยละ 34.40 และ 26.20 ตามลำดับและประชาชนกลุ่มตัวอย่างเคยสูบบุหรี่ในส่วนปลอดบุหรี่ ร้อยละ 19.75

ในแง่ของการปฏิบัติตามกฎหมาย เจ้าของกิจการ/ร้านอาหารมองว่าไม่มีปัญหาในการปฏิบัติ ร้อยละ 51.90 มีปัญหา ร้อยละ 35.90 พนักงานมีปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ ร้อยละ 12.30 และประชาชนทั่วไปเห็นว่ามีปัญหาในการปฏิบัติตามกฎหมายเพียงร้อยละ 3.00 มีการฝ่าฝืนและได้รับการเตือนจากเจ้าของกิจการ/ร้านอาหาร ร้อยละ 6.10 ไม่มีการเตือน ร้อยละ 46.6 และลูกค้าปฏิบัติตามคำเตือน ร้อยละ 14.50

ในส่วนของพนักงานเคยเตือนผู้ที่สูบบุหรี่แต่ลูกค้าไม่ยอมปฏิบัติตามคำเตือน ร้อยละ 8.50 มีกรณีขัดแย้งกับลูกค้า ร้อยละ 29.70 นอกจากนี้ยังมีลูกค้าบางส่วนแจ้งกรณีมีคนสูบบุหรี่ในร้านอาหารส่วนปลอดบุหรี่ ร้อยละ 6.20

ในมุมมองของประชาชนทั่วไปที่ไปใช้บริการร้านอาหารฯ เคยสูบบุหรี่ในร้านอาหารฯ ส่วนปลอดบุหรี่ ร้อยละ 19.75 และยังคงสูบบุหรี่แม้จะมีประกาศห้ามสูบบุหรี่แล้วก็ตาม ทั้งนี้ ผู้ที่ได้รับคำเตือนมีบ้างที่ไม่ปฏิบัติตามคำเตือน ( ร้อยละ 8.9 ) รวมทั้งพนักงาน ไม่มีการเตือน ร้อยละ 17.7

สำหรับการจัดเขตปลอดบุหรี่/มุมสูบบุหรี่ ยังมีปัญหาอยู่ กล่าวคือ พบว่า เจ้าของกิจการ/ร้านอาหาร มีป้ายเขตปลอดบุหรี่เพียง ร้อยละ 45.40 จัดมุมสูบบุหรี่ ร้อยละ 16.90 โดยปิดป้ายเขตสูบบุหรี่หน้าห้องน้ำหรือมุมที่เห็นเด่นชัด ร้อยละ 45.00 ในมุมมองของพนักงาน พบว่ามีการปิดป้ายห้ามสูบบุหรี่ ที่ถูกต้อง ตามประกาศฯ ฉบับที่ 18 ฯ ร้อยละ 28.50 ประชาชนกลุ่มตัวอย่างเห็นป้ายห้ามสูบบุหรี่ชัดเจน ร้อยละ 78.00

**2. ความคิดเห็นของเจ้าของร้านอาหาร/ พนักงาน และผู้ที่มาใช้บริการในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศต่อประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 (พ.ศ.2550) ที่กำหนดให้ร้านอาหารประเภท ไม่มีเครื่องปรับอากาศ เป็นเขตปลอดบุหรี่ และประสิทธิผลของการบังคับใช้กฎหมาย**

### 2.1 เจ้าของกิจการ / ร้านอาหาร

ก่อนที่จะมีการประกาศให้ร้านอาหารฯเป็นเขตปลอดบุหรี่พบว่าเจ้าของร้านอาหารฯ ไม่จัดมุมสูบบุหรี่ไว้ในร้านคิดเป็นร้อยละ 45.04 มีการปิดป้ายให้เห็นเด่นชัด ร้อยละ 45.04 และเจ้าของกิจการร้านอาหารทราบว่ากระทรวงสาธารณสุขประกาศให้ร้านอาหารไม่ติดแอร์เป็นเขตปลอดบุหรี่และจัดเขตสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 51.9 นอกจากนี้ยังคิดว่ามีปัญหาอุปสรรคในการต้องปฏิบัติตามกฎหมาย ร้อยละ 35.90 และคิดว่าไม่มีผลต่อจำนวนลูกค้าที่มาใช้บริการ ร้อยละ 47.40 เจ้าของร้านอาหารฯพบลูกค้าสูบบุหรี่ในร้าน ร้อยละ 24.4 เมื่อได้รับการเตือนลูกค้าปฏิบัติตามเพียงร้อยละ 14.50 และเคยถูกลูกค้าที่ไม่สูบบุหรี่ตำหนิ ร้อยละ 6.1 เจ้าของกิจการ/ร้านอาหาร มีความคิดเห็น

สนับสนุนมาตรการห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร ฯ ร้อยละ 64.12 และเชื่อว่ามาตรการนี้จะคงใช้ได้ต่อไป ร้อยละ 61.10 และต้องการ ป้ายเขตปลอดบุหรี่และการประชาสัมพันธ์กฎหมายฯ ร้อยละ 91.6 และ 77.6 ตามลำดับ

## 2.2 พนักงานร้านอาหารฯ

พนักงานร้านอาหารส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(ร้อยละ 73.10) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น สมรสแล้ว ตำแหน่งในร้านส่วนใหญ่คือเสิร์ฟอาหาร(ร้อยละ 66.20) ทราบว่ามีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ ร้อยละ 64.60 พนักงานส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่(ร้อยละ 94.60) พนักงานร้อยละ 31.10 แจ้งว่า ไม่มีป้ายเขตปลอดบุหรี่ และมีป้ายครบ 3 จุดที่กฎหมายกำหนดร้อยละ 28.50 ร้านมีการเตรียมอุปกรณ์สนับสนุนการสูบบุหรี่ ร้อยละ 24.43 พนักงานส่วนใหญ่เห็นว่า ไม่มีความยุ่งยากในการปฏิบัติตามกฎหมาย ร้อยละ 87.80 แต่ยังคงพบลูกค้าสูบบุหรี่หลังจากมีการประกาศกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารฯ ร้อยละ 26.20 อย่างไรก็ตามเมื่อมีการเตือนลูกค้าส่วนใหญ่ได้ปฏิบัติตามร้อยละ 82.30 เคยมีความขัดแย้งกับลูกค้า ร้อยละ 29.77 พนักงานส่วนใหญ่ สนับสนุนการดำเนินงานตามมาตรการของกฎหมาย ฯ (ร้อยละ 91.50) และมั่นใจว่ากฎหมายจะดำเนินการได้ต่อไป(ร้อยละ 87.70) พนักงานฯ ส่วนใหญ่รับรู้บทบาทการรณรงค์ของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ หน่วยงานสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทยและตำรวจ (ร้อยละ 64.88, 38.50, 71.50, และ 30.00 ตามลำดับ)

## 2.3 ประชาชนทั่วไป

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและประถมศึกษา นิยมไปใช้บริการร้านอาหารตามสั่ง รองลงมาได้แก่ ประเภทสวนอาหารและห้องอาหารตามลำดับ(ร้อยละ 24.75 และ 18.00) ทราบว่ามีกฎหมายฯ ห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ ร้อยละ 67.80 ประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 64.00 ไม่สูบบุหรี่ สูบบุหรี่ประจำ ร้อยละ 10.80 สูบบุหรี่เป็นบางครั้งร้อยละ 25.00 และเคยสูบบุหรี่ในร้านอาหาร ร้อยละ 25.00 และหลังจากมีการประกาศกฎหมายฯ ก็ยังคงสูบบุหรี่ในร้านอาหาร ร้อยละ 19.75 นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยสูบบุหรี่ในร้านอาหารฯ ยังคงสูบบุหรี่เป็นบางครั้ง ร้อยละ 13.00 สูบบุหรี่ทุกครั้งหรือเกือบทุกครั้ง ร้อยละ 6.75 ผู้ที่สูบบุหรี่ไม่ปฏิบัติตามคำเตือนของพนักงาน ร้อยละ 54.40 อุปกรณ์ในการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ผู้ที่สูบบุหรี่นำมาเอง(ร้อยละ 20.25) และเห็นว่าไม่ยุ่งยากที่จะปฏิบัติตามกฎหมายห้ามสูบบุหรี่(ร้อยละ 88.00) มีปัญหา ร้อยละ 3.00

อย่างไรก็ดีประชาชนกลุ่มตัวอย่าง เห็นว่าทำให้ยากไปใช้บริการร้านอาหารเพิ่มขึ้น ร้อยละ 76.50 เห็นว่าเป็นผลดีต่อสุขภาพและสนับสนุนที่จะให้คงมาตรการห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร ต่อไป (ร้อยละ 84.80 และ 90.50)

หลังจากมีการประกาศให้ร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศเป็นเขตปลอดบุหรี่ เห็นป้าย/สัญลักษณ์ เขตปลอดบุหรี่ชัดเจน ร้อยละ 78.00 ไม่พบคนสูบบุหรี่ในส่วนปลอดบุหรี่ ร้อยละ 56.25 พบเห็นพนักงานเคยเตือนผู้ที่สูบบุหรี่ร้อยละ 24.10 และไม่มีการเตือนผู้ที่สูบบุหรี่ร้อยละ 62.65 ประชาชนส่วนใหญ่ทราบว่าวันบุหรี่มือสองเป็นอันตรายต่อสุขภาพ(ร้อยละ 93.80)และทราบข้อมูลข่าวสารทางโทรทัศน์ ,เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและรายการวิทยุ ตามลำดับ(ร้อยละ 55.1,22.80และ 11.30)ทราบบทบาทการทำกิจกรรมรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ใน หน่วยงานสาธารณสุข มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ กระทรวงมหาดไทย และตำรวจ(ร้อยละ70.75, 55.80, 47.30และ47.25)

### 3 ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินการร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศให้เป็นสถานที่ปลอดบุหรี่

จากการสำรวจข้อมูล ในกลุ่มเจ้าของกิจการ/ร้านอาหาร พนักงาน และประชาชนทั่วไป พบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการตามมาตรการฯดังนี้

3.1 กลุ่มชมรมร้านอาหารให้เหตุผลเป็นเพราะว่า ลูกค้าเคยชิน เจ้าของร้านอาหาร/พนักงานขาดความรู้เกี่ยวกับกฎหมาย การประชาสัมพันธ์กฎหมายยังไม่ทั่วถึง ขาดการร่วมมือจริงจังระหว่างร้านอาหารกับเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ไม่ได้ปฏิบัติเข้มงวดจริงจังและต่อเนื่อง

3.2 ในขณะที่กลุ่มเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ยอมรับว่า ขาดความรู้ด้านกฎหมาย และไม่สามารถดำเนินการตรวจเฝ้าระวังได้ครบถ้วน เนื่องจากขาดอัตรากำลัง

3.3 ช่องทางการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับประกาศกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่รับข้อมูลฯ ผ่านรายการโทรทัศน์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หนังสือพิมพ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ หอกระจายข่าว ซึ่งภาคีที่เกี่ยวข้องซึ่งมีบทบาทสำคัญเช่นสรรพสามิต พระสงฆ์ ฝ่ายปกครองและสถานศึกษากับไม่ค่อยพบบทบาทการมีส่วนร่วมเท่าที่ควรโดยเฉพาะส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีบุคคลากรงบประมาณ และใกล้ชิดกับประชาชน น่าจะมีบทบาทในการบังคับใช้กฎหมาย

#### 4 การมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับเจ้าของสถานประกอบการหรือร้านอาหาร ในการดำเนินการกำหนดให้ร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศเป็นเขตปลอดบุหรี่ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18

ผลจากการจัดทำเวทีประชาคม ทำให้ได้ข้อสรุปแนวทางการดำเนินงานดังนี้

1. รณรงค์ติดป้ายเขตปลอดบุหรี่ให้ชัดเจนและครอบคลุมร้านอาหารทุกประเภท
2. เพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้นและควรจัดให้มีศูนย์บริการแจ้งข้อมูล/รับแจ้งเบาะแส
3. เพิ่มพื้นที่สาธารณะเป็นเขตอากาศสะอาด ปลอดบุหรี่
4. เพิ่มการบังคับใช้กฎหมายอย่างต่อเนื่องจริงจัง
5. ร่วมกับชมรมร้านอาหารรณรงค์ให้ความรู้ประชาชน
6. ประกาศวัน D-Day จับปรับ ผู้ที่ทำผิด ทั้งร้านอาหารและลูกค้าที่มาใช้บริการ

#### อภิปรายผล

##### 1. สถานการณ์การดำเนินงานร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศปลอดบุหรี่ของจังหวัดพิจิตร

พบว่า เจ้าของร้านอาหาร / พนักงาน และประชาชนกลุ่มตัวอย่างทราบว่า มีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ ในร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศค่อนข้างต่ำ เพียงร้อยละ 51.50, 64.60 และ 69.80 ตามลำดับและหลังการประกาศใช้กฎหมายฯ (หลังวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2551) เจ้าของร้านอาหารและพนักงาน ยังคงพบลูกค้าสูบบุหรี่ในส่วนปลอดบุหรี่ ร้อยละ 34.4 และ 26.2 ตามลำดับ นอกจากนี้ประชาชนกลุ่มตัวอย่างเคยสูบบุหรี่ในส่วนปลอดบุหรี่เช่นกัน (ร้อยละ 19.75) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพงษ์ สุคุณณีและคณะ (2547) ศูนย์บริการกสิกรรมและเอแบคโพลล์ (2546) ที่พบว่า การเผยแพร่ความรู้ตามพ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ให้แก่ประชาชนทั่วไป เจ้าของกิจการหรือผู้ดูแลสถานที่สาธารณะ เรื่องการบังคับใช้กฎหมายโดยเฉพาะในประเด็นสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2545 และฉบับที่ 13 พ.ศ. 2545 ยังคงพบเห็นผู้สูบบุหรี่ในส่วนปลอดบุหรี่ ร้อยละ 35.10

## 2. ความคิดเห็นของเจ้าของร้านอาหาร / พนักงานและประชาชนผู้มาใช้บริการ ร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศต่อประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 18 และ ประสิทธิผลของการบังคับใช้กฎหมาย

จากการศึกษาพบว่า เจ้าของร้านอาหารไม่สนับสนุนมาตรการห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารเท่าที่ควรและเชื่อว่ามาตรการนี้จะคงใช้ต่อไปค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 64.12 และร้อยละ 61.10) คิดว่ามีปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามกฎหมาย ร้อยละ 35.90 มีผลต่อจำนวนการมาใช้บริการของลูกค้า ร้อยละ 52.60 และสนับสนุนกฎหมายด้วยการปิดป้าย / สัญลักษณ์เขตปลอดบุหรี่ให้เป็นเด่นชัดเพียง ร้อยละ 40.04 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานแอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (2546) ที่ได้ศึกษาความคิดเห็นเจ้าของสถานประกอบการและพนักงานและประชาชนที่ใช้บริการ สถานบันเทิงพบว่า เจ้าของกิจการ / พนักงาน เห็นด้วยกับกฎหมายค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 45.90 และ 40.20) แต่รายงานข่าวของ SMETOOLKIT INDID (2547) กลับพบว่า มีร้านอาหารโรงแรมสนใจสมัครเข้าร่วมโครงการร้านอาหาร / สถานประกอบการปลอดบุหรี่ก่อนกฎหมายและครอบคลุมถึง จำนวน 227 แห่ง ครอบคลุม 15 เมือง และเสนอว่าการบังคับใช้กฎหมาย จะได้ผลดีถ้าภาครัฐดำเนินงานธุรกิจต้นทางคืออุตสาหกรรมบุหรี่อย่างเข้มงวดจริงจัง

พนักงานและประชาชนผู้ใช้บริการร้านอาหาร ให้ความคิดเห็นว่าไม่เป็นการยุ่งยากในการปฏิบัติตามกฎหมาย (ร้อยละ 87.80 และ 88.00) แม้ว่าพนักงานจะเคยพบลูกค้าสูบบุหรี่ในร้านอาหาร (ร้อยละ 26.20) แต่ก็ปฏิบัติตามคำเตือนถึง ร้อยละ 82.30 พนักงานและประชาชนผู้ใช้บริการสนับสนุนการดำเนินการตามมาตรการกฎหมายและมั่นใจว่าจะดำเนินการต่อไปได้ (ร้อยละ 95.5, 90.5 และ 87.7)

ในกลุ่มประชาชนยังเห็นว่าเป็นผลดีต่อสุขภาพและยากไปใช้บริการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 84.80 และ 76.50 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักแอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (2546) ที่ศึกษาความคิดเห็นจากเจ้าของร้านอาหาร พนักงานและประชาชนทั่วไปต่อการปฏิบัติตามกฎหมายให้สถาบันเป็นเขตปลอดบุหรี่ ตามประกาศ ฉบับที่ 10 ในพื้นที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เชียงใหม่ นครราชสีมา และสงขลา ที่พบว่า ร้อยละ 62.00 กลุ่มตัวอย่างอยากเข้าไปใช้บริการโภชนาการเพิ่มขึ้น ส่วนผู้ที่สูบบุหรี่เห็นว่าเป็นปัญหา ในภาพรวมร้านอาหารมีการปิดป้ายเขตปลอดบุหรี่ ร้อยละ 68.90 แต่ที่มีครบ 3 จุด ต่ำมากคือ ด้านหน้าร้านบริเวณทางเข้า – ออก บริเวณในร้านอาหารและหน้าห้องน้ำตามกฎหมายกำหนดมีเพียงร้อยละ 28.50 หลังมีประกาศเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหาร ประชาชนกลุ่มตัวอย่าง พบป้ายสัญลักษณ์เขตปลอดบุหรี่ ร้อยละ 78 พบว่า พนักงานเตือนลูกค้าที่สูบบุหรี่

บุหรี ร้อยละ 24.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์วิจัยกสิกร (2546) และสำนักเอแบคโพลล์ (2548) ที่พบว่า หลังประกาศใช้กฎหมาย เมื่อเดือน มิถุนายน 2548 ยังคงพบผู้ที่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะต่างๆ เช่น ห้องสูบบุหรี่ ร้อยละ 78.8 สถานที่ราชการ 63.20 ตู้โทรศัพท์ ร้อยละ 60.00 ผู้ที่สูบบุหรี่ ยังมีปัญหาในการปฏิบัติตามกฎหมาย ร้อยละ 21.40 และเคยสูบบุหรี่ในร้านอาหารประเภทเครื่องปรับอากาศ ร้อยละ 39.10 ซึ่งจากแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ Bandura (1977, อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ, 2543) ที่ว่ามนุษย์เกิดการเรียนรู้จากการ สังเกต จดจำและนำไปปฏิบัติผ่านตัวแบบทั้งที่เป็นสิ่งมีชีวิตและไม่มีชีวิต ไม่ว่าจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงจะโดยถูกบังคับ การเลียนแบบ หรือมีความต้องการที่จะเปลี่ยน

การมีกฎหมายเขตปลอดบุหรีในร้านอาหาร และที่สาธารณะเท่ากับบังคับให้ผู้ที่ยังสูบบุหรี่จำกัดพื้นที่ขณะเดียวกันสภาพร้านอาหารที่ปลอดบุหรีไม่มีอุปกรณ์การสูบ กลิ่นของบุหรีทำให้ไม่มีสิ่งกระตุ้น และรื้อความรู้สึกให้ยากสูบบุหรี

### 3. ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศ ให้เป็นสถานที่ปลอดบุหรี

จากการกระทำเวทีประชาคมและการสำรวจข้อมูลในกลุ่มเจ้าของร้านอาหาร / พนักงาน และประชาชนผู้ใช้บริการร้านอาหาร ปัญหาในการดำเนินการตามมาตรการ คือ

กลุ่มชมรมร้านอาหาร พบว่า ลูกค้าเคยชินกับการสูบบุหรี (ร้อยละ 19.75) เจ้าของร้าน / พนักงาน ขาดความรู้เกี่ยวกับกฎหมาย การประชาสัมพันธ์กฎหมายไว้ทั่วถึง ขาดความเข้มงวดจริงจังระหว่างเจ้าหน้าที่และเจ้าของร้าน / พนักงาน โดยพบการเตือนผู้สูบบุหรี ร้อยละ 24.1 ไม่มีการเตือนกลุ่มที่สูบบุหรีคิดเป็นร้อยละ 62.65 และร้านอาหารต้องการป้ายเขตปลอดบุหรี และการประชาสัมพันธ์ (ร้อยละ 91.60 และ 77.60) ภาคีเครือข่ายมีบทบาทการมีส่วนร่วมตามประกาศร้านอาหารเป็นเขตปลอดบุหรีน้อยสอดคล้องกับการศึกษา กิตติพงษ์ สุคุณพีและคณะ (2547) และ รุ่งทิภา มโนวิชิตสรณ์ (2548) ที่พบว่า การประชาสัมพันธ์กฎหมาย ยังไม่ครอบคลุมเจ้าหน้าที่ภาครัฐ เจ้าของกิจการหรือผู้ดำเนินการสถานที่สาธารณะ ขาดความรู้ในการจัดเขตปลอดบุหรีที่ถูกต้องและการรับรู้เกี่ยวกับกฎหมายและบทบาทผู้บริหารหน่วยงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกฎหมายอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 และการศึกษาของ Andrea Elliot (2004) ที่ศึกษาผลกระทบหลังประกาศเขตปลอดบุหรีในนครนิวยอร์ก ที่พบว่า มลภาวะเป็นพิษในอากาศของร้านอาหารและบาร์ลดลง จากเดิม 1 ใน 6 แต่ไม่มีผลต่อจำนวนลูกค้าที่มาใช้บริการซึ่งน่าจะเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจในภาพรวมของประเทศหลังกรณีตึกถล่ม (9/11)

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.จากการศึกษาพบว่าเจ้าของร้านอาหารประเภทประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศยังคงเห็นว่าการจัดให้ร้านอาหารปลอดบุหรี่ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 สร้างความยุ่งยากในการปฏิบัติตามกฎหมายกล่าวคือ ยังคงปล่อยให้ลูกค้าสูบบุหรี่ในส่วนปลอดบุหรี่โดยเจ้าของร้านอาหารมองว่าเกิดจากความเคยชินของลูกค้าและไม่มีการเตือนให้ลูกค้าที่สูบบุหรี่ปฏิบัติตามกฎหมาย (ร้อยละ 62.65 ของผู้สูบบุหรี่) ดังนั้นควรเร่งรัดสร้างความเข้าใจแนะนำวิธีปฏิบัติให้เจ้าของร้านอาหาร รวมถึงให้ความรู้เกี่ยวกับข้อกำหนดที่ควรทราบ โทษและพิษภัยของควันบุหรี่ที่ยังคงติดค้างในห้องอาหารซึ่งปัจจุบันเรียกว่าควันบุหรี่มือสาม

2.เสริมสร้างภาคีเครือข่ายเฝ้าระวังการบริโภคบุหรี่โดยเปิดโอกาสการมีส่วนร่วมของชมรมร้านอาหาร ภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในการเผยแพร่ความรู้ด้านพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติควบคุมการบริโภคยาสูบ พ.ศ. 2535 และเฝ้าระวัง/แจ้งเบาะแสไม่ให้เกิดการทำผิดกฎหมายอย่างต่อเนื่องจริงจัง

3.ควรจัดให้มีศูนย์บริการแจ้งข้อมูล/รับแจ้งเบาะแสการทำผิดกฎหมาย ทั้งระดับอำเภอ/จังหวัด

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการประเมินผลในการดำเนินงานตามมาตรการของ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ในพื้นที่สาธารณะ อื่นๆ ซึ่งประกาศไว้ถึง 22 แห่ง

2.ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพพฤติกรรมเจ้าของร้านอาหาร/พนักงานและประชาชนผู้ใช้บริการร้านอาหาร ต่อการบังคับใช้กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบและพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

## บรรณานุกรม

- กิตติพงษ์ สุคุณณี, วิไล วิชากร และคณะ(2547)การศึกษาความรู้และทัศนคติของพนักงาน  
**เจ้าหน้าที่ต่อการปฏิบัติตาม พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.ในพื้นที่  
สาธารณสุขเขต 2 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี**  
<http://thaiantitobacco.com/th> สืบค้นวันที่ 10 พฤศจิกายน 2551
- กรมแพทยทหารเรือกองเวชกรรมป้องกัน (2550) คู่มือการพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค  
สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
- จามรี เชียงทอง (2543) **วิวัฒนาการของประชาสังคมในสังคมไทย**. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนา  
ประเทศไทย(TDRI)
- ฉันทาย สิทธิพันธุ์(2550) จดหมายข่าว “สร้างสุข” ปีที่ 4 ฉบับที่ 71 สิงหาคม 2550 ,คณะ  
แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ชัยอนันต์ สมุทวณิช(2541.). **ประชารัฐกับการเปลี่ยนแปลง**. กรุงเทพมหานคร :  
สถาบันนโยบายศึกษา
- ชูชัย ศุภวงศ์และ ยุวดี คาคการณีกุล บรรณาธิการ(2541). **ประชาสังคม : ทรศนะนักคิดใน  
สังคมไทย /ประเวศ วะสี ... [และคนอื่น ๆ]** ; กรุงเทพฯ : มติชน,  
ชลทิศ ตั้งเจริญ. “แนวคิดประชาสังคม(ทางตะวันตก) : กลุ่มความหมายและองค์ประกอบ”  
**โครงการวิจัยเรื่อง “ มาตรการกฎหมายในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของ  
ประชาสังคมไทย”** (บทสรุปสำหรับผู้บริหาร) สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยสิ่งแวดล้อมไทย  
(ม.ป.ป.)
- เนาวรัตน์ เจริญคำ นิภาพรรณ กังสกุลนิติและคณะ(2548) “พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มต่างๆ  
**“การทบทวนองค์ความรู้การควบคุมการบริโภคยาสูบ หน้า54-59 สำนักโรคไม่ติดต่อ  
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี**
- ปัทพงษ์และอนุพงศ์, (2543สา) **นโยบายธารณะ**, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, นนทบุรี  
ดวงกมล (วัฒนสุข) พรขำนิ (2550 : 3) **การจัดเวทีประชาคม** กรุงเทพมหานคร กุมภาพันธ์  
2550 โครงการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สำนักงานหลักประกัน  
สังคม สืบค้น <http://www.tddf.or.th/tddf/library> เมื่อวันที่ 12 สิงหาคม 2551
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน( 2539)ทฤษฎีต้นไม้อัจฉริยะ:การวิจัยและการพัฒนาบุคคล พิมพ์ครั้งที่ 2  
กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, หน้า 66-67
- ธเนศ อารณีสุวรรณ ( 2540) **ประชาสังคม : พัฒนาการและนัยยะแห่งอนาคต [จุลสาร]**  
กรุงเทพฯ : สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา

- เทียมจันทร์ พานิชย์ผลินไชย(2539)**การวิจัยเบื้องต้น**, มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
- กระทรวงสาธารณสุข(2550)**ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มเติม5ฉบับ พ.ศ.2549-2550** , กรุงเทพมหานคร
- พิษณุ เสงี่ยมพงษ์ (2541)“ประชาสังคมท่ามกลางภาครัฐและภาคเอกชน : การปฏิสัมพันธ์และบทบาทในกระบวนการนโยบายสาธารณะไทย” เอกสารประกอบการประชุมทางวิชาการเนื่องในครบวาระ 50 ปี คณะรัฐศาสตร์ จุฬาฯ ซึ่งจัดขึ้นในวันที่ 14 และ 17-20 ส.ค. 2541 ณ ศูนย์การประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ และ ณ อาคารประชาธิปก-รำไพพรรณี จุฬาฯ
- พระไพศาล วิสาโล.(2544) “ พุทธศาสนากับประชาสังคม” ใน พระไพศาล วิสาโล, ผาสุกพงษ์ไพจิตร, อานันท์ กาญจนพันธุ์ **ประชาสังคมและวัฒนธรรมชุมชน** กรุงเทพฯ : คณะกรรมการดำเนินงานฉลอง 100 ปี ชาตกาล นายปรีดี พนมยงค์ รัฐบุรุษอาวุโส, 2544 หน้า 2-60
- เพ็ญภักตร์ จันทศร(2550)**ปัจจัยทำนายนายการตอบสนอง ต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบในจังหวัดชลบุรี**,วารสารควบคุมยาสูบฉบับที่ 1เดือนพฤษภาคม-สิงหาคม2550
- ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม.(2540) **ประชาคมตำบล** กรุงเทพฯ : สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา, พุทธิสถาน ชุมพล. “แนวคิดประชาสังคมในประเทศไทย” โครงการวิจัยเรื่อง “มาตรการกฎหมายในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของประชาสังคมไทย” (บทสรุปสำหรับผู้บริหาร) สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยสิ่งแวดล้อมไทย (ม.ป.ป.)
- พงศ์เทพ สุธีรัฐฉิม ( 2548) **นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ** สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ ภาคใต้ , สงขลา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- พงศ์เทพ สุธีรัฐฉิม ( 2552 )**ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self – Efficacy Theory )**  
<http://gotoknow.org/blog/สืบค้นเมื่อ> วันที่ 10 กันยายน 2552
- ยุทธนา วรณปิติกุลและสพิตา เริงจิต (2542.)**สำนักพลเมือง** กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิการเรียนรู้และพัฒนาประชาสังคม
- รัตนา ประเสริฐสม (2526)**การเสริมสร้างจิตลักษณะเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยของนักเรียนประถมศึกษา**, วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาดุษฎี บัณฑิตสาขาวิชาพัฒนศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- รุ่งทิวา มโนวิชิตสรค์ (2548)**ผลการบังคับใช้กฎหมายในสถานที่5ประเภท** ,วารสารสุขภาพภาคประชาชนฉบับที่ 8 ประจำเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2548
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ(2551)**พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535** หน้า9

ศรัณญา เบญจกุลและคณะ.(2550 )**สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ15ปีขึ้นไป**

**พ.ศ.2534-2549**,ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.มหาวิทยาลัยมหิดล

ศุภชัย ยาวะประภาษ(2552) **การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะโดยภาคประชาสังคม** ,บรรยาย

วันที่ 20-21 กันยายน 2551, <http://www.monapatdee.co.cc/pto/sPSr.doc> สืบค้น เมื่อ วันที่ 10

กรกฎาคม 2552

ศูนย์วิจัยกสิกร(2546).,**สำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของคนกรุงเทพมหานคร**,สืบค้น

[www.kasikornresearch.com](http://www.kasikornresearch.com)เมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2551

ศูนย์วิจัยมหาวิทยาลัย อัสสัมชัญ(2548), **การติดตามผลในรอบปีของการประกาศเขตปลอด**

**บุหรี่ในร้านอาหาร:กรณีศึกษาประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ในเขตเทศบาลตามหัวเมืองและพนักงานร้านอาหาร** ,ธันวาคม 2548

สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด (บรรณาธิการ), 2543. **การส่งเสริม**

**สุขภาพ : แนวคิดทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล. นครศรีธรรมราช : มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.**

ทรงศักดิ์ ดวงคำสวัสดิ์(2539) **การสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ (เอกสารโรเนียว)กองสุข**

**ศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 8 นครสวรรค์( 2549)**สรุปผลการดำเนินงาน สำนักงาน**

**ป้องกันและควบคุมโรคที่ 8 นครสวรรค์ ปี 2549** สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 8 นครสวรรค์ (เอกสารจัดสำเนา)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร(2550),**สรุปรายงานฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม**

**ปี พ.ศ.2550 , สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร**

สำนักแอมแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ(2546), **สำรวจความคิดเห็นของเจ้าของสถาน**

**ประกอบการและพนักงาน และประชาชนที่**

สมโภชน์ เขี่ยมสุภาษิต (2539 )**ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**,กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : หน้า327-355.

สมพิศ สุขแสน (2550) **นโยบายสาธารณะ** ,มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

อนุชาติ พวงลำลือ, บรรณาธิการ.(2543) **ทิวบ้านทางเมือง : บนเส้นทางประชาสังคมไทย**

กรุงเทพฯ : สถาบันการเรียนรู้และพัฒนาประชาสังคม

อนุชาติ พวงลำลือ และ วีรบูรณ์ วิสารทสกุล(2540) **ประชาสังคม : คำ ความคิดและความหมาย**

[จุลสาร] กรุงเทพฯ : สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา

อุบล เลี้ยววาริณ (2534) **การศึกษาและอาชีพที่เกี่ยวข้องกับจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพ  
ของชาวกรุงเทพฯ**,ปริญญาโทบริหารปริญญาโท มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร

เอนก เหล่าธรรมทัศน์(2546) **ประชาสังคม : ประสบการณ์จากการอ่านและสอนที่จอห์น**

**ฮอปกินส์** กรุงเทพฯ : ทิปปิง พอยท์,

เอนก เหล่าธรรมทัศน์.(2542) **“ส่วนรวมที่มีใช้รัฐ : ความหมายของประชาสังคม”** ใน อนุชาติ

พวงลำลี, และ กฤตยา อาชวนิจกุล, บรรณาธิการ, **ขบวนการประชาสังคมไทย : ความ**

**เคลื่อนไหวภาคพลเมือง นครปฐม : โครงการวิจัยและพัฒนาประชาสังคม**

มหาวิทยาลัยมหิดล, หน้า 35-61

เอนก เหล่าธรรมทัศน์(2539.) **มองเศรษฐกิจการเมืองไทยผ่านการเคลื่อนไหวของสมาคม**

**ธุรกิจ.** กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์คบไฟ

บทความ **Smoking &Health** ใน [www.philipmorrisinternational.com](http://www.philipmorrisinternational.com), สืบค้นวันที่ 10 พ.ย.

2551

#### บรรณานุกรมภาษาอังกฤษ

Andrea Elliot (2004) **Bars and Restaurants thrive Amid Smoking Ban,study Says.**Time  
Reader,on March 29,2004 pB2 <http://www.nytime.com/2004/03/29/nyregion/bars-and-restaurants-thrive-Amid-Smoking-Ban-Study-Ssays> .สืบค้น 10 กันยายน 2552

Bandura, A. 1982. **Self-efficacy.** “Mechanism in Human Agency” American  
Psychologist. 31. (February. 1982) 122 – 147.

Desler,Gary. (1999.) **Essentials of Management.** Upper Saddle River, NJ : Prentice Halls,  
Ira Sharkansky. “Environment, Policy Output and Impact : Problem of Theory and  
Method in the Analysis of Public Policy.” In Ira Sharkansky ed. Policy analysis in  
Political Science. Chicago. Illinois : Markhampublishing Company,

อ้างใน สมนึก แซ่ฮึ้ง (2552) **นโยบายและการพัฒนานโยบายสำหรับองค์กร**

<http://www.nidapl11640.th.gs/web> สืบค้นเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม 2552

Michael K.Evans (2005) **The Economic Impact Smoking Ban in Ottawa,London,Kingston  
and Kitchener,Ontario.**February,2005.2785 N.W. 26<sup>th</sup>St.Boca Raton,FL33434  
[www.tlw.org/public/content /Documents /Smoking](http://www.tlw.org/public/content/Documents/Smoking) สืบค้นวันที่ 10 กันยายน 2552

SMETOOLKIT INDIA (2004) **Anti Smoking : Trends in Legislation** international Finance

**Corporation**, [www.//India.smetoolkit.org / India /en /content](http://www.India.smetoolkit.org/India/en/content) สืบค้น เมื่อวันที่ 10  
กันยายน 2552

Shelley E. Taylor,(2009) **Health-compromising Behavior: Alcoholism and Smoking** ,**Health**

**Psychology**, University of California , Los Angelis ,McGraw-Hill Companies ,  
Seventh Edition p131

Sharkkansky Ira. ( 1970. )“ The Political Scientist and Policy Analysis : An Introduction.”

in **policy Analysis in Political Science**. ed. Ira Sharkkansky. Chicago: Markham  
Publishing Company, p134

Shaver, Relley G.(1977.) **Principle of Social Psychology**. Cambridge : Wintrop

Publishers.

Thomas R. Dye (1981) **Understanding Public Policy**. 4th ed. Englewood cliffs.

N.J.:Prentice-Hall สืบค้นเมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2552

Thomas R. Dye. **Understanding Public Policy**. 5 th.ed. Englewood Cliffs, New Jersey :

Prentice – Hall, Inc.1984. <http://www.nidap111640.th.gs/web> สืบค้นเมื่อวันที่ 11  
พฤษภาคม 2552

## ภาคผนวก

แบบสอบถามสถานการณ์และความคิดเห็นต่อการดำเนินการร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศลดนุหรี

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 ในจังหวัดพิจิตร

\*\*\*\*\*

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ร่วมกับ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังทำการสำรวจสถานการณ์และความคิดเห็นต่อการดำเนินการร้านอาหารประเภทไม่มีเครื่องปรับอากาศลดนุหรี ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 ในจังหวัดพิจิตร ข้อมูลที่ได้รับจะเป็นแนวทางให้ผู้เกี่ยวข้องได้นำไปใช้ในการดำเนินการตามนโยบายและการบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมถึงภาคประชาชนและภาคีที่เกี่ยวข้องสำหรับใช้ในการขับเคลื่อนและชี้แนะสร้างกระแสและผลักดันนโยบายสาธารณะต่อไป จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านตอบแบบสอบถามต่อไปนี้ ในการนำเสนอผลการสำรวจจะนำเสนอในภาพรวมซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อร้านของท่าน หากมีข้อสงสัยประการใด สามารถติดต่อได้ที่ นางรุ่งทิมา นโนวชิรสรรค์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โทร 0-5661-1288 ผู้ประสานงานการสำรวจฯ ครั้งนี้

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามอย่างดี

**หมายเหตุ** ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องเป็นเจ้าของกิจการ ผู้ประกอบการ (ร้านอาหารไม่ติดเครื่องปรับอากาศหรือตัวแทนที่ได้รับมอบหมาย)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลและข้อคิดเห็น

1. ข้อมูลเกี่ยวกับร้านอาหาร (หลัก) แห่งนี้

- 1.1 ประเภท  ร้านอาหารขนาดใหญ่  ร้านอาหารขนาดกลาง  ร้านอาหารขนาดเล็ก  
 1.2 จำนวนพนักงานทั้งหมดในร้าน.....คน เป็นพนักงานที่สูบบุหรี่.....คน  ไม่ทราบ  
 1.3 จำนวนลูกค้าที่สามารถให้บริการได้ (ความจุเต็มที่) ประมาณ.....คน  
 1.4 สัดส่วนลูกค้าที่มาใช้บริการ เป็นชาวไทย.....เปอร์เซ็นต์ ต่างชาติ.....เปอร์เซ็นต์ (รวม

100 เปอร์เซ็นต์)

2. ปกติท่านสูบบุหรี่หรือไม่

- 1.สูบบุหรี่ประจำ  2. สูบบุหรี่เป็นบางครั้ง  3. ไม่สูบบุหรี่

3. ปกติท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่

1. ดื่มประจำ  2. ดื่มเป็นบางครั้ง  3. ไม่ดื่ม

4. ท่านทราบหรือไม่ว่ากระทรวงสาธารณสุขประกาศให้"ร้านอาหาร (ที่ติดเครื่องปรับอากาศเป็นเขตปลอดนุหรี" (เริ่มบังคับใช้ตั้งแต่ 11 กพ.51)

1. ทราบมาก่อน  2. ไม่ทราบ(เพิ่งจะทราบ)

5. พนักงานของท่านทราบหรือไม่ว่ากระทรวงสาธารณสุขประกาศให้"ร้านอาหารเป็นเขตปลอดนุหรี"

(เริ่มบังคับใช้ตั้งแต่ 11 กพ.51)

1. ทราบมาก่อน  2. ไม่ทราบ(เพิ่งจะทราบ)

- มีต่อไปรดพลิก-

6. ท่านมีปัญหาอุปสรรคหรือไม่กับการปฏิบัติตามข้อห้ามในการสูบบุหรี่ในร้านอาหาร
- [ ] 1. มีปัญหา เพราะ.....
- [ ] 2. ไม่มีปัญหา เพราะ..... [ ] 3. ไม่มีความคิดเห็น
7. หลังจากมีการห้ามสูบบุหรี่ในร้านของท่าน ลูกค้าส่วนใหญ่มีท่าทีพอใจหรือไม่
- [ ] 1. ลูกค้าส่วนใหญ่พอใจ เพราะ.....
- [ ] 2. ไม่พอใจ เพราะ..... [ ] 3. ไม่มีความคิดเห็น
8. หลังจากมีการห้ามสูบบุหรี่ในร้านของท่าน **ลูกค้าที่สูบบุหรี่** ส่วนใหญ่ยอมรับหรือไม่
- [ ] 1. ไม่ยอมรับ เพราะ.....
- [ ] 2. ยอมรับ [ ] 3. ไม่มีความคิดเห็น
9. นับตั้งแต่มีการประกาศเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหาร(ตั้งแต่วันที่ 11 ก.พ. 2551 เป็นต้นมา) ท่านคิดว่าบรรยากาศสภาพแวดล้อมภายในร้านอาหารของท่าน"ดีขึ้น"หรือไม่
- [ ] 1. ดีขึ้น [ ] 2. ไม่ดีขึ้น (เหมือนเดิม) [ ] 3. ไม่แน่ใจ
10. นับตั้งแต่มีการประกาศเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหาร(ตั้งแต่วันที่ 11 ก.พ. 2551 เป็นต้นมา) ท่านรู้สึกมั่นใจหรือไม่ร้านอาหารของท่านจะปลอดภัยมากขึ้นจากปัญหาเพลิงไหม้
- [ ] 1. รู้สึกมั่นใจมากขึ้น [ ] 2. ไม่รู้สึก (เหมือนเดิม) [ ] 3. ไม่แน่ใจ
11. หลังจากการห้ามสูบบุหรี่ในร้านของท่าน ก่อให้เกิดผลดีต่อไปนี้หรือไม่
- 11.1 เป็นผลดีต่อสุขภาพของคนในร้านโดยรวม [ ] 1. ใช่ [ ] 2. ไม่ใช่  
[ ] 3. ไม่แน่ใจ
- 11.2 ลดความรู้สึกอึดอัดรำคาญให้คนที่มารับประทานอาหาร [ ] 1. ใช่ [ ] 2. ไม่ใช่  
[ ] 3. ไม่แน่ใจ
- 11.3 ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลเฟอร์นิเจอร์/ผ้าปูโต๊ะ/ผ้าม่าน/อุปกรณ์ต่าง ๆ  
[ ] 1. ใช่ [ ] 2. ไม่ใช่  
[ ] 3. ไม่แน่ใจ
- 11.4 ผลดีอื่น ๆ
12. หลังจากวันที่ 11 ก.พ.51 (ที่มีกฎหมายร้านอาหารปลอดบุหรี่) เคยมีลูกค้าสูบบุหรี่ในร้าน(ส่วนที่ติดเครื่องปรับอากาศ)หรือไม่
- [ ] 1. มีการสูบ [ ] 2. ไม่มีการสูบ(ข้ามไปตอบข้อ 13)
- 12.1 (เฉพาะกรณีที่มีลูกค้าสูบบุหรี่ในร้านตั้งแต่ 11 ก.พ.51 เป็นต้นมา) ท่านหรือพนักงานเคยบอกเตือนลูกค้าที่สูบบุหรี่หรือไม่
- [ ] 1. เคยบอกเตือน  
โดยลูกค้าที่สูบส่วนใหญ่ได้ปฏิบัติตามหรือไม่ ( ) ปฏิบัติตาม ( ) ไม่ปฏิบัติตาม  
และเคยมีกรณีขัดแย้งระหว่างลูกค้ากับพนักงานหรือไม่ ( ) เคย ( ) ไม่เคย
- [ ] 2. ไม่ได้บอกเตือน
- 12.2 ท่านหรือพนักงานเคยถูกลูกค้าในร้าน ร้องเรียน/ตำหนิหรือไม่กรณีที่มีคนสูบบุหรี่ในร้าน
- [ ] 1. เคยถูกลูกค้าร้องเรียน/ตำหนิ [ ] ไม่เคย

13. หลังจากวันที่ 11 ก.พ.51 (ที่มีกฎหมายร้านอาหารปลอดบุหรี่)เคยมีพนักงานในร้าน สูบบุหรี่หรือใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีควันในร้านหรือไม่

1. มี  2. ไม่มี

14. ท่านทราบหรือไม่ว่าการได้รับ"ควันบุหรี่มือสอง"เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

1.ทราบ ระบุ

.....  
 2.ไม่ทราบ

15. ท่านรับทราบหรือไม่ว่าการสูบบุหรี่ในร้านอาหารทำให้เกิดผลเสียต่อไปนี้หรือไม่

15.1 สร้างมลภาวะ/อากาศ  1.ทราบ  2.ไม่ทราบ

3.ไม่แน่ใจ/ไม่มีความเห็น

15.2 มีกลิ่นเหม็นรบกวน

1.ทราบ  2.ไม่ทราบ

3.ไม่แน่ใจ/ไม่มีความเห็น

15.3 ก่อให้เกิดความไม่พอใจ

1.ทราบ  2.ไม่ทราบ

ไม่สบายรรมณ์ของลูกค้าที่มารับประทานอาหาร  3.ไม่แน่ใจ/ไม่มีความเห็น

15.4 เป็นจุดเริ่มต้นชักนำไปสู่การใช้ยาเสพติดอื่น ๆ

1.ทราบ  2.ไม่ทราบ

3.ไม่แน่ใจ/ไม่มีความเห็น

15.5 เสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย/ไฟไหม้

1.ทราบ  2.ไม่ทราบ

3.ไม่แน่ใจ/ไม่มีความเห็น

15.6 ทำให้เสื้อผ้าและผมเหม็น

1.ทราบ  2.ไม่ทราบ

3.ไม่แน่ใจ/ไม่มีความเห็น

16. หลังที่มีการใช้กฎหมายร้านอาหารปลอดบุหรี่ มีผลต่อร้านอาหารของท่านไปในทางใด

1.ดีขึ้น เพราะ

.....  
 2.แย่ลง เพราะ

17. หลังจกมีกฎหมายร้านอาหารปลอดบุหรี่แล้ว ท่านต้องการการสนับสนุนต่อไปนี้หรือไม่

17.1 ต้องการป้ายเขตปลอดบุหรี่ติดที่ร้าน ( ) 1.ต้องการ ( ) 2.ไม่ต้องการ

( ) 3.ไม่มีความเห็น

17.2 ต้องการการประชาสัมพันธ์ในวงกว้างเพื่อให้ประชาชนรู้ว่ามีการห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร

( ) 1.ต้องการ ( ) 2.ไม่ต้องการ

( ) 3.ไม่มีความเห็น

18. ท่านต้องการสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามประกาศเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหารต่อไปหรือไม่

1.สนับสนุน เพราะ

.....  
 2.ไม่สนับสนุน(ควรยกเลิก) เพราะ.....

.  3. ไม่มีความเห็น

19. ท่านมั่นใจหรือไม่ว่ามาตรการห้ามสูบบุหรี่ในห้องอาหาร จะถูกบังคับใช้อย่างได้ผลในระยะต่อจากนี้ไป

1. มั่นใจว่าจะได้ผล เพราะ

.....

2. ไม่มั่นใจ เพราะ.....

3. ไม่มีความเห็น

20. การมีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารมีส่วนช่วยแก้ปัญหา"การสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนหรือไม่"

1. มีส่วนช่วยได้

2. ช่วยไม่ได้

3. ไม่แน่ใจ/ไม่มีความเห็น

21. การมีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารมีส่วนช่วยแก้ปัญหา"การสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นหญิงหรือไม่"

1. มีส่วนช่วยได้

2. ช่วยไม่ได้

3. ไม่แน่ใจ/ไม่มีความเห็น

22. การมีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร มีส่วนช่วยแก้ปัญหา "การใช้ยาเสพติดในกลุ่มเยาวชนหรือไม่"

1. มีส่วนช่วยได้

2. ช่วยไม่ได้

3. ไม่แน่ใจ/ไม่มีความเห็น

23. ข้อเสนอแนะแนวทางควบคุมการสูบบุหรี่ในสถานบันเทิง

.....

.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ  1. ชาย  2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพ  1. โสด  2. สมรส  3. หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษาสูงสุดที่สำเร็จ.....

5. อาศัยอยู่เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่าน

**แบบสอบถามผู้ใช้บริการสถานบันเทิง เรื่อง"สถานบันเทิงปลอดบุหรี่"**

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ใ้รخواستสอบถามความคิดเห็นของประชาชนกับมาตรการห้ามสูบบุหรี่ในสถานบันเทิง และขอความอนุเคราะห์จากท่านตอบแบบต่อไปนี้เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมานำเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

**หมายเหตุ** ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องมีอายุ 20 ปีขึ้นไปและเป็นผู้เคยใช้บริการร้านอาหารไม่ติดเครื่องปรับอากาศ ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา(หลัง 11 กุมภาพันธ์ 2551 เป็นต้นมา)

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลและข้อคิดเห็น**

1. ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2551 เป็นมาท่านใช้บริการร้านอาหารไม่ติดเครื่องปรับอากาศ ประเภทใดบ้าง(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1.สวนอาหาร โดยใช้บริการประมาณ..... ครั้งในรอบ 3 เดือน
- 2.ร้านขายอาหารตามสั่ง โดยใช้บริการประมาณ..... ครั้งในรอบ 3 เดือน
- 3.ห้องอาหาร โดยใช้บริการประมาณ..... ครั้งในรอบ 3 เดือน
- 4.ภัตตาคาร โดยใช้บริการประมาณ..... ครั้งในรอบ 3 เดือน
- 5.อื่นๆ (ระบุ)..... โดยใช้บริการประมาณ..... ครั้งในรอบ 3 เดือน

2. ปกติท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่

- 1.ดื่มประจำ  2.ดื่มเป็นบางครั้ง  3.ไม่ดื่ม

3. ปกติท่านสูบบุหรี่หรือไม่

- 1.สูบประจำ  2.สูบเป็นบางครั้ง  3.ไม่สูบ **ข้ามไปตอบข้อ 8**

4. ท่านทราบหรือไม่ว่ากระทรวงสาธารณสุขประกาศให้"ร้านอาหาร เป็นเขตปลอดบุหรี่" (เริ่มบังคับใช้ตั้งแต่ 11 ก.พ. 51)

- 1.ทราบมาก่อน  2.ไม่ทราบ(เพิ่งทราบ)

5. **ก่อนหน้าที่จะมีประกาศ**ให้ร้านอาหารเป็นเขตปลอดบุหรี่ฉบับนี้(ก่อนวันที่ 11 ก.พ. 51) ท่านเคยสูบบุหรี่ในร้านอาหารหรือไม่

- 1.เคยสูบ ระบุชนิด .....(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
( ) บุหรี่ซิการ์ ( ) บุหรี่มวนเอง ( ) ซิการ์ ( ) ใ้ปี่ ( ) บาราเก้ ( ) อื่นๆระบุ.....
- 2.ไม่เคยสูบ

6. นับตั้งแต่วันที่ 11 ก.พ. 51 เป็นต้นมาเคยสูบบุหรี่ในร้านอาหารหรือไม่

- 1.เคยสูบ ระบุชนิด .....(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
( ) บุหรี่ซิการ์ ( ) บุหรี่มวนเอง ( ) ซิการ์ ( ) ใ้ปี่ ( ) บาราเก้ ( ) อื่นๆระบุ.....
- 2.ไม่สูบบุหรี่ในสถานบันเทิง(นับตั้งแต่ 11 ก.พ. 51) (**ข้ามไปตอบข้อ 7**)

6.1 (**เฉพาะคนที่เคยสูบบุหรี่ในร้านอาหารที่ติดเครื่องปรับอากาศตั้งแต่ 11 ก.พ.51 เป็นต้นมา**) ท่านเคยถูกเจ้าของหรือพนักงานมาบอกเตือนหรือไม่

- 1.เคยถูกบอกเตือน และท่านได้ปฏิบัติตามหรือไม่ ( ) 1.ปฏิบัติตาม ( ) ไม่ปฏิบัติตาม
- 2.ไม่เคยถูกบอกเตือน

6.2 (**เฉพาะคนที่เคยสูบบุหรี่ในร้านอาหารที่ติดเครื่องปรับอากาศตั้งแต่ 11 ก.พ.51 เป็นต้นมา**) ท่านเคยถูกเพื่อนในกลุ่มของท่านบอกเตือนหรือไม่

- 1.เคยถูกบอกเตือน และท่านได้ปฏิบัติตามหรือไม่ ( ) 1.ปฏิบัติตาม ( ) ไม่ปฏิบัติตาม
- 2.ไม่เคยถูกบอกเตือน

6.3 (เฉพาะคนที่เคยสูบบุหรี่ในร้านอาหารที่ติดเครื่องปรับอากาศตั้งแต่ 11 ก.พ.51 เป็นต้นมา) ท่านเคยถูกแจกที่มาที่ของกลุ่มอื่น (ไม่อยู่ในกลุ่มของท่าน)บอกเตือนหรือไม่

[ ] 1.เคยถูกบอกเตือน และท่านได้ปฏิบัติตามหรือไม่ ( ) 1.ปฏิบัติตาม ( ) ไม่ปฏิบัติตาม

[ ] 2.ไม่เคยถูกบอกเตือน

6.4 (เฉพาะคนที่เคยสูบบุหรี่ในร้านอาหารที่ติดเครื่องปรับอากาศตั้งแต่ 11 ก.พ.51 เป็นต้นมา) ท่านสูบบุหรี่ในร้านอาหารบ่อยเพียงใด

[ ] 1.ทุกครั้งหรือเกือบทุกครั้ง [ ] 2.เป็นบางครั้ง [ ] 3.อื่นๆ ระบุ.....

6.5 (เฉพาะคนที่เคยสูบบุหรี่ในร้านอาหารที่ติดเครื่องปรับอากาศตั้งแต่ 11 ก.พ.51 เป็นต้นมา) ท่านได้บุหรี่ยี่ห้อหรือผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบมีควันที่สูบในร้านอาหารมาได้อย่างไร

[ ] 1. ซื้อมา [ ] 2. แจกฟรีเป็นของขวัญจากทางร้าน [ ] 3. อื่นๆ ระบุ.....

7. (ตอบเฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่) ท่านรู้สึกมีปัญหาหรือไม่กับการปฏิบัติตามข้อห้ามในการสูบบุหรี่ในร้านอาหาร

[ ] 1.มีปัญหา เพราะ .....

[ ] 2.ไม่มีปัญหา เพราะ..... [ ] 3.ไม่มีความเห็น

8. นับตั้งแต่มีการประกาศเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหาร (ที่ติดเครื่องปรับอากาศ) (ตั้งแต่วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2551 เป็นต้นมา) ท่านคิดว่าบรรยากาศสภาพแวดล้อมภายในสถานบันเทิงที่ท่านพบเห็นโดยทั่วไป "ดีขึ้น" หรือไม่

[ ] 1.ดีขึ้น [ ] 2.ไม่ดีขึ้น (เหมือนเดิม) [ ] 3.ไม่แน่ใจ

9. นับตั้งแต่มีการประกาศเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหาร (ที่ติดเครื่องปรับอากาศ) (ตั้งแต่วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2551 เป็นต้นมา) ท่านรู้สึกมั่นใจหรือไม่ว่าสถานบันเทิงจะปลอดภัยมากขึ้นจากปัญหาเพลิงไหม้

[ ] 1.รู้สึกมั่นใจมากขึ้น [ ] 2.ไม่รู้สึก (เหมือนเดิม) [ ] 3.ไม่แน่ใจ

10. หลังจากที่มีการห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร (ที่ติดเครื่องปรับอากาศ) มีผลต่อความต้องการไปใช้บริการสถานบันเทิงของท่านอย่างไร

[ ] 1.ทำให้รู้สึกอยากที่จะเข้าไปใช้บริการมากขึ้น [ ] 2.อยากที่จะเข้าไปใช้บริการลดลง [ ] 3.ไปใช้บริการเหมือนเดิม

11. หลังจากที่มีการห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร ทำให้ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพของท่านได้รับการปกป้องมากขึ้นหรือไม่

[ ] 1.ใช่ [ ] 2.ไม่ใช่ [ ] 3.ไม่แน่ใจ/ไม่มีความคิดเห็น

12. ท่านต้องการสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามประกาศเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหารต่อไปหรือไม่

[ ] 1.สนับสนุน เพราะ.....

[ ] 2.ไม่สนับสนุน(ควรยกเลิก) เพราะ..... [ ] 3.ไม่มีความเห็น

13. ท่านมั่นใจหรือไม่ว่ามาตรการห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร จะถูกบังคับใช้อย่างได้ผลในระยะต่อจากนี้ไป

[ ] 1.มั่นใจว่าจะได้ผล เพราะ.....

[ ] 2.ไม่มั่นใจ เพราะ..... [ ] 3.ไม่มีความเห็น

14. เมื่อเข้าไปในร้านอาหาร (ที่ติดเครื่องปรับอากาศ)ครั้งล่าสุด(ตั้งแต่ 11 กุมภาพันธ์ 2551) ท่านเห็นป้ายห้ามสูบบุหรี่ชัดเจนหรือไม่

[ ] 1.เห็นชัดเจน [ ] 2.ไม่ชัดเจน [ ] 3.ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ

15. นับตั้งแต่วันที่ 11 ก.พ.51 เป็นต้นมา ท่านพบเห็น "คนสูบบุหรี่ในร้านอาหาร(ที่ติดเครื่องปรับอากาศ)"หรือไม่

[ ] 1.เคยพบเห็น ระบุชนิด .....(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) บุหรี่ซิการ์เรต ( ) บุหรี่มวนเอง ( ) ซิการ์ ( ) ไปป์ ( ) บาราเก้ ( ) อื่นๆระบุ.....

[ ] 2.ไม่พบเห็น (ข้ามไปตอบข้อ 16)

15.1 (เฉพาะคนที่พบเห็นการสูบบุหรี่ในร้านอาหารที่ติดเครื่องปรับอากาศ) ท่านเห็นพนักงานประจำร้านบอกเตือนแก่ผู้สูบบุหรี่หรือไม่

[ ] 1.บอกเตือน และผู้สูบบุหรี่ได้ปฏิบัติตามหรือไม่ ( ) ปฏิบัติตาม ( ) ไม่ปฏิบัติตาม

2. ไม่ได้บอกเตือน  3. ไม่แน่ใจ

15.2 (เฉพาะคนที่พบเห็นการสูบบุหรี่ในสถานบันเทิงที่ติดเครื่องปรับอากาศ) ท่านเคยบอกเตือนผู้ที่สูบบุหรี่หรือไม่

1. บอกเตือน และผู้สูบบุหรี่ได้ปฏิบัติตามหรือไม่ ( )ปฏิบัติตาม ( ) ไม่ปฏิบัติตาม

2. ไม่ได้บอกเตือน  3. ไม่แน่ใจ

16. ถ้าหากท่านพบเจอการสูบบุหรี่ในร้านอาหารที่ติดเครื่องปรับอากาศ (ซึ่งละเมิดต่อกฎหมาย) ท่านจะรู้สึกและปฏิบัติอย่างไร

16.1 ท่านจะรู้สึกอึดอัดรำคาญหรือไม่  1. อึดอัดรำคาญ  2. ไม่อึดอัดรำคาญ  3. ไม่แน่ใจ

16.2 ท่านจะย้ายหรือหลบเลี่ยงให้พ้นจากควันบุหรี่หรือไม่  1. ย้าย  2. ไม่ย้าย  3. ไม่แน่ใจ

16.3 ท่านจะบอกกล่าว/ตักเตือนต่อผู้กระทำหรือไม่  1. บอก  2. ไม่บอก  3. ไม่แน่ใจ

16.4 ท่านจะแจ้งต่อพนักงาน/เจ้าของร้านหรือไม่  1. แจ้ง  2. ไม่แจ้ง  3. ไม่แน่ใจ

17. ถ้าหากพบเห็นว่ามีร้านอาหารละเมิดกฎหมายโดยปล่อยให้มีการสูบบุหรี่ภายในร้าน ท่านต้องการจะแจ้งเบาะแสเกี่ยวกับร้านดังกล่าวให้แก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบหรือไม่

1. ต้องการแจ้ง เพราะ.....

2. ไม่ต้องการแจ้ง เพราะ.....  3. ไม่มีความเห็น

18. ท่านทราบหรือไม่ว่าการได้รับ "ควันบุหรี่มือสอง" เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

1. ทราบ ระบุ.....

2. ไม่ทราบ.....  3. ไม่มีความเห็น

19. ท่านรับทราบหรือไม่ว่าการสูบบุหรี่ในร้านอาหารทำให้เกิดผลเสียต่อไปนี้หรือไม่

19.1 สร้างมลภาวะ/อากาศเป็นพิษ  1. ทราบ  2. ไม่ทราบ  3. ไม่แน่ใจ/ไม่มีความเห็น

19.2 มีกลิ่นเหม็นรบกวน  1. ทราบ  2. ไม่ทราบ  3. ไม่แน่ใจ/ไม่มีความเห็น

19.3 ก่อให้เกิดความไม่พอใจ/  
ไม่สบายอารมณ์ของนักเที่ยว  1. ทราบ  2. ไม่ทราบ  3. ไม่แน่ใจ/ไม่มีความเห็น

19.4 เป็นจุดเริ่มต้นชักนำไปสู่การใช้ยาเสพติดอื่นๆ  1. ทราบ  2. ไม่ทราบ  3. ไม่แน่ใจ/ไม่มีความเห็น

19.5 เสี่ยงต่อการเกิดอหิวาตกภัย/ไฟไหม้  1. ทราบ  2. ไม่ทราบ  3. ไม่แน่ใจ/ไม่มีความเห็น

19.6 ทำให้เสื้อผ้าและผมเหม็น  1. ทราบ  2. ไม่ทราบ  3. ไม่แน่ใจ/ไม่มีความเห็น

20. การมีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร มีส่วนช่วยแก้ปัญหา "การสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนหรือไม่"

1. มีส่วนช่วยได้  2. ช่วยไม่ใช้  3. ไม่แน่ใจ/ไม่มีความคิดเห็น

21. การมีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร มีส่วนช่วยแก้ปัญหา "การสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นหญิงหรือไม่"

1. มีส่วนช่วยได้  2. ช่วยไม่ใช้  3. ไม่แน่ใจ/ไม่มีความคิดเห็น

22. การมีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร มีส่วนช่วยแก้ปัญหา "การใช้ยาเสพติดในกลุ่มเยาวชนหรือไม่"

1. มีส่วนช่วยได้  2. ช่วยไม่ใช้  3. ไม่แน่ใจ/ไม่มีความคิดเห็น

23. ที่ผ่านมามีท่านได้รับความรู้/ข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องการประกาศเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหารอย่างเพียงพอหรือไม่

1. ได้รับความรู้/ข่าวสารเพียงพอ  2. ไม่เพียงพอ  3. ไม่แน่ใจ

24. ท่านรับทราบบทบาทการทำงาน/การรณรงค์"เขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหาร"ของหน่วยงานต่อไปนี้หรือไม่

- |  |  |                                      |                                     |
|--|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 24.1 มุขนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ | <input type="checkbox"/> 1.รับรู้บทบาท | <input type="checkbox"/> 2.ไม่รับรู้ | <input type="checkbox"/> 3.ไม่แน่ใจ |
| 24.2 หน่วยงานสาธารณสุข                 | <input type="checkbox"/> 1.รับรู้บทบาท | <input type="checkbox"/> 2.ไม่รับรู้ | <input type="checkbox"/> 3.ไม่แน่ใจ |
| 24.3 ท้องถิ่น/อบต./กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน   | <input type="checkbox"/> 1.รับรู้บทบาท | <input type="checkbox"/> 2.ไม่รับรู้ | <input type="checkbox"/> 3.ไม่แน่ใจ |
| 24.4 ตำรวจ                             | <input type="checkbox"/> 1.รับรู้บทบาท | <input type="checkbox"/> 2.ไม่รับรู้ | <input type="checkbox"/> 3.ไม่แน่ใจ |
| 24.5 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด          | <input type="checkbox"/> 1.รับรู้บทบาท | <input type="checkbox"/> 2.ไม่รับรู้ | <input type="checkbox"/> 3.ไม่แน่ใจ |
| 24.6 สถานศึกษา                         | <input type="checkbox"/> 1.รับรู้บทบาท | <input type="checkbox"/> 2.ไม่รับรู้ | <input type="checkbox"/> 3.ไม่แน่ใจ |
| 24.7 สรรพสามิต                         | <input type="checkbox"/> 1.รับรู้บทบาท | <input type="checkbox"/> 2.ไม่รับรู้ | <input type="checkbox"/> 3.ไม่แน่ใจ |

25. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ที่จะสนับสนุนให้มีมาตรการ/กิจกรรมดังต่อไปนี้

มาตรการ/กิจกรรม	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่มีความเห็น
รณรงค์ติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารให้ชัดเจนยิ่งขึ้น			
ลงโทษร้านอาหารที่ละเมิดกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ให้เห็นเป็นตัวอย่าง			
จับปรับเพื่อลงโทษลูกค้าผู้ละเมิดกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร			
เผยแพร่ความรู้กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารต่อสาธารณะ			
จัดให้มีศูนย์บริการข้อมูล/รับแจ้งเบาะแสการทำผิดในการห้ามสูบบุหรี่			

26. ข้อเสนอแนะแนวทางควบคุมการสูบบุหรี่ในร้านอาหาร.....

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม**

- เพศ  1. ชาย  2. หญิง
- อายุ.....ปี
- สถานภาพ  1. โสด  2.สมรส  3.หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่
- ระดับการศึกษาสูงสุดที่สำเร็จ.....
- อาศัยอยู่เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่าน

## ประวัติผู้วิจัย

1.นางรุ่งทิวา	มิโนวชิรสรรค์	
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
วุฒิการศึกษา	-ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และ ผดุงครรภ์ชั้นสูง  -สาธารณสุขศาสตร์  -รัฐปศาสนศาสตรมหาบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช พิษณุโลก  มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  มหาวิทยาลัยภาคกลาง  จังหวัดนครสวรรค์
2.นางสาวบุญช่วย	จุลบุตร	
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
วุฒิการศึกษา	ประกาศนียบัตรทันตภิบาล  วิทยาศาสตร์บัณฑิต(สุขศึกษา)	วิทยาลัยการสาธารณสุข ภาคกลาง ชลบุรี  มหาวิทยาลัยราชภัฏ พินุลสงครามพิษณุโลก