

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องการปฏิบัติตาม พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ ของร้านจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. บุหรี่และพิษภัยของบุหรี่
2. แนวคิดและสาระสำคัญของพ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕
3. แนวคิดเกี่ยวกับกฎหมายและการยินยอมปฏิบัติตามกฎหมาย
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บุหรี่และพิษภัยของบุหรี่

บุหรี่ หมายความว่าถึง บุหรี่ซิการ์เรต บุหรี่ซิการ์ บุหรี่อื่น ยาเส้น หรือยาเส้นปรุงตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ ลักษณะโดยทั่วไปของบุหรี่ จะเป็นทรงกระบอกม้วนห่อด้วยกระดาษขนาดปกติจะสั้นกว่า 120 มิลลิเมตร และขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 10 มิลลิเมตร มีใบยาสูบบดหรือชอยบรรจุภายในห่อกระดาษ ปลายด้านหนึ่งเป็นปลายเปิดสำหรับจุดไฟ และอีกด้านหนึ่งจะมีตัวกรองไว้สำหรับใช้ปากสูด ควันบุหรี่ได้ถูกค้นพบและเริ่มต้นใช้ยาสูบโดยชนพื้นเมืองในทวีปอเมริกาเป็นพวกแรก มีการปลูกยาสูบเพื่อใช้เป็นยา และนำมาสูบในพิธีกรรมต่างๆ ต่อมา พ.ศ. 2091 มีการปลูกยาสูบในบราซิลซึ่งเป็นอาณานิคม ของโปรตุเกส เพื่อเป็นสินค้าส่งออก เป็นผลให้ยาสูบแพร่หลายเข้าไปในประเทศโปรตุเกสและสเปนตามลำดับ พ.ศ. 2103 นายฌอง นิโคต (Jean Nicot) เอกอัครราชทูตฝรั่งเศสประจำประเทศโปรตุเกส ได้ส่งเมล็ดยาสูบ มายังราชสำนักฝรั่งเศส ชื่อของนายนิโคตจึงเป็นที่มาของชื่อสารนิโคติน (nicotin) ที่รู้จักในปัจจุบัน (ที่มา [http : // cm108.com](http://cm108.com), 24 เมษายน พ.ศ. 2552)

การเผาไหม้บุหรี่ 1 มวนจะทำให้เกิดสารเคมีมากกว่า 4,000 ชนิด ในจำนวนนั้นมีสารเคมีจำนวนมากที่เป็นสารพิษ มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรม หรือสารก่อมะเร็งซึ่งควันบุหรี่ที่เกิดขึ้นประกอบด้วยสารที่เกิดจากการเผาไหม้ สารเคมีที่อยู่ในใบยาสูบตามธรรมชาติ

สารเคมีที่ใช้ผสมในการปรุงแต่งกลิ่นและรสในกระบวนการผลิตบุหรี และกระดาษที่ใช้ในการมวนบุหรี ควันบุหรีนั้นสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่

(ที่มา <http://guru.sanook.com/encyclopedia>, 24 เมษายน พ.ศ. 2552)

1. ควันบุหรีที่ผู้สูบบุหรีสูดดมเข้าไป เป็นควันบุหรีซึ่งเกิดจากการเผาไหม้ ส่วนใหญ่มักจะถูกกรองด้วยก้นกรองที่ใส่เพื่อกรองสารเคมีไว้บางส่วน

2. ควันบุหรีส่วนที่ผู้ที่อยู่ข้างเคียงสูดดมเข้าไปโดยไม่ตั้งใจเป็นควันบุหรีที่เกิดจากทางด้านของการเผาไหม้ซึ่งไม่มีการกรองสารเคมีไว้ ควันสายข้างเคียงนี้มีพิษสูงกว่าควันสายหลัก เพราะควันสายข้างเคียงนี้ มีคาร์บอนมอนอกไซด์มากกว่าควันสายหลัก 5 เท่า มีทาร์ นิโคตินมากกว่า 5 เท่า และมีแอมโมเนียมากกว่า 46 เท่า นอกจากนี้ยังพบในโตรซามีนซึ่งเป็นสารประกอบของทาร์ มากกว่า 129 เท่าในเวลา 1 ชั่วโมงภายใต้บรรยากาศที่เต็มไปด้วยควันบุหรีและมีการระบายอากาศที่ไม่ดีจะทำให้ผู้ที่ไม่สูบบุหรีได้สูดดมเอาโคเมซิลในโตรซามีน เท่ากับการสูบบุหรีที่มีก้นกรองถึง 35 มวน ซึ่งการสูดดมควันบุหรีจะส่งผลต่อสุขภาพมากโดยเฉพาะในเด็ก (จิราพร สุวรรณศิริ รางกูร, 2542) และพบว่าเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี จำนวนถึง 2.28 ล้านคนจะมีโอกาสได้รับควันจากบุหรีมือสองจากบ้านของตน รวมถึงการที่แม่รับสัมผัสหรือสูดดมควันบุหรีมือสองขณะตั้งครรภ์จะทำให้เด็กมีความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคหืด 2.6 เท่าของเด็กปกติ นอกจากนี้การที่สมาชิกในบ้านสูบบุหรีขณะอุ้มเด็ก เล่นกับเด็กอย่างใกล้ชิด ป้อนอาหาร หรือกินอาหารร่วมกับเด็ก ทำให้เด็กมีความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจส่วนล่าง 3.8 เท่าของเด็กปกติ และการที่เด็กสูดดมควันบุหรีขณะอยู่นอกบ้าน เช่น เวลาออกไปเล่นนอกบ้าน บ้านเพื่อนบ้าน สถานรับเลี้ยงเด็ก ร้านอาหารหรือในระหว่างเดินทางยังมีความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจส่วนล่าง 2.99 เท่าของเด็กปกติ (เนาวรัตน์ เจริญค้า และคณะ, 2549) จะเห็นว่าอันตรายที่ผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี แต่ได้สูดดมควันบุหรีเข้าไปมีมากกว่าผู้ที่สูบบุหรีโดยตรง

ผลจากการสูดดมสารเคมีจากควันบุหรีเหล่านี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ดังนี้

ผลกระทบระยะสั้น

การสูดดมควันบุหรีส่งผลในประสาทสัมผัสของการรับรู้กลิ่น และรสทำหน้าที่ได้ลดลง ก่อให้เกิดอาการแสบตา น้ำตาไหล ขนอ่อนที่ทำหน้าที่พัดโบกเพื่อกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในหลอดลมเป็นอัมพาต หรือทำงานได้ช้าลง ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอดและกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้ลมหายใจของผู้ที่สูบบุหรีมีกลิ่นเหม็นและมีกลิ่นปากได้

ผลกระทบระยะยาว

1. เพิ่มปริมาณสารกระตุ้นการเกิดโรคมะเร็งกลุ่มผู้สูดดมควันบุหรี่ เช่น การเกิดโรคมะเร็งในกล่องเสียง ลำคอ หลอดอาหาร และกระเพาะปัสสาวะ
2. ทำให้เกิดโรคหอบ โดยควันบุหรี่ก่อให้เกิดอาการระคายเคือง ต่อตา จมูก และช่องคอ รวมทั้งอาการปวดศีรษะและไอ
3. ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อมจากการอุดตันของเส้นเลือดขนาดเล็กที่ไปเลี้ยงประสาทที่เกี่ยวข้องกับการแข็งตัวของอวัยวะเพศ
4. เพิ่มอัตราการเกิดโรคหัวใจและเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบตัน
5. ทำให้ทารกเกิดอาการไหลตาย (Sudden Infant Death Syndrome) และมีผลต่ออัตราการเติบโตในเด็กจากการที่มารดาสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์
6. ทำให้เกิดโรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบ ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ของการเกิดโรคนี้ในผู้ที่สูดดมควันบุหรี่ระหว่างยังเป็นเด็ก
7. ทำให้มีผลต่อการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ อัตราเกิดโรคที่ระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น เกิดโรคทางเดินหายใจอย่างเฉียบพลัน การติดเชื้อในช่องหูส่วนกลาง คออักเสบ และปัญหาของโรคปอด ในเด็กที่ผู้ปกครองสูบบุหรี่
(ที่มา <http://www.thanyarak.go.th/thai>, 16 ตุลาคม พ.ศ. 2551)

แนวคิดและสาระสำคัญของ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕

จากการยอมรับทางการแพทย์ถึงพิษภัยของบุหรี่ซึ่งผลที่เกิดต่อผู้สูบโดยตรงแล้ว ยังทำให้ผู้อื่นที่สูดดมเอาพิษจากควันบุหรี่เกิดอันตรายต่อสุขภาพด้วย จึงทำให้ในประเทศไทยมีการตื่นตัวด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ มีการเคลื่อนไหวของกลุ่มองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนอย่างต่อเนื่อง ในการรณรงค์เรื่องการสูบบุหรี่ โดยจะเห็นได้จากประวัติศาสตร์ของการควบคุมยาสูบในประเทศไทยดังนี้ (สมศักดิ์ นาคกลิ่นกุล, 2549)

จุดเริ่มต้น

รัฐบาลได้มีการจัดตั้งโรงงานยาสูบในประเทศและได้ประกาศใช้ พ.ร.บ. ยาสูบในปี พ.ศ. 2486 ซึ่งการประกาศกฎหมายนี้รัฐจะเป็นผู้ผูกขาดการประกอบอุตสาหกรรมซิการ์เรต หลังจากมีการจัดตั้งโรงงานยาสูบและประกาศใช้ พ.ร.บ. ยาสูบเป็นเวลา 14 ปี (พ.ศ. 2550) โรงพยาบาลมิชชั่นเป็นแห่งแรกที่ได้รับเริ่มในการจัดตั้งและรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ โดยนายแพทย์โรเจอร์ เนลสัน และในปี พ.ศ. 2507 ได้เริ่มจัดตั้งคลินิกเลิกสูบบุหรี่แห่งแรกซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นการควบคุมการบริโภค

ยาสูบจากผู้สูบบุหรี่โดยตรง ปี พ.ศ. 2517 รัฐบาลเริ่มควบคุมการบริโภคยาสูบในวงกว้างขึ้น โดยมี การประกาศ ป.ว.294 ห้ามขายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี อย่างไรก็ตามกฎหมายนี้ไม่ปรากฏว่ามี การบังคับใช้ในกรณีใด ปี พ.ศ. 2517 แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้ทำ หนังสือชี้แจงต่อรัฐบาลถึงอันตรายของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพและเรียกร้องให้รัฐบาลถือเป็น นโยบาย ให้โรงงานยาสูบงดการโฆษณาขายบุหรี่ ขอให้บังคับโรงงานยาสูบพิมพ์คำเตือนระบุ อันตรายจากการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพบนซองบุหรี่ ขอให้หาทางป้องกันเยาวชนอย่าตั้งต้นสูบบุหรี่ ขอให้ทางราชการล้อมวลชน ให้สูดศึกษาเรื่องอันตรายจากการสูบบุหรี่ แนะนำวิธีป้องกันอันตราย จากการสูบบุหรี่ และขอให้ห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่แออัดที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก แต่ข้อเสนอของ แพทยสมาคมที่ได้รับการยอมรับมีเพียงประเด็นการพิมพ์คำเตือนระบุอันตรายจากการสูบบุหรี่ต่อ สุขภาพบนซองบุหรี่เท่านั้น ปี พ.ศ. 2519 ถือว่าการควบคุมยาสูบได้ครอบคลุมและเริ่มเห็น ความสำคัญต่อการได้รับผลกระทบต่อระบบสุขภาพจากการสูดดมควันบุหรี่โดยเฉพาะในสถานที่ สาธารณะที่มีความแออัดและการระบายอากาศไม่สะดวก เริ่มต้นจากความเดือดร้อนของผู้ที่มาดู ภาพยนตร์ใน โรงภาพยนตร์ที่มีการสูบบุหรี่ จึงเริ่มมีการห้ามสูบบุหรี่ใน โรงภาพยนตร์และรถ โดยสารสาธารณะ ทำให้กรุงเทพมหานครได้ออกบัญญัติเรื่องควบคุมความเป็นระเบียบเรียบร้อย และการอนามัยใน โรงภาพยนตร์และรถโดยสารประจำทางได้กำหนดห้ามมิให้ผู้ใดสูบบุหรี่ในโรง ภาพยนตร์และในรถประจำทาง หากฝ่าฝืนจะมีความผิดระวางโทษปรับไม่เกิน 1,000 บาท และ 500 บาทตามลำดับ ปี พ.ศ. 2521 ได้มีการตรา พ.ร.บ.นี้ขึ้นเป็นกฎหมาย และนำมาปฏิบัติ พบว่า กรุงเทพมหานครจับผู้ฝ่าฝืนกฎหมายได้ประมาณ 8,000 คนและทำการเก็บค่าปรับได้ถึง 1,313,150 บาท ซึ่งความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายเวลานั้นขึ้นอยู่กับ การให้ความสำคัญในผู้บริหารแต่ละชุด สำหรับสถานที่สาธารณะที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร ได้แก่ รถยนต์ โดยสารประจำทาง รถยนต์โดยสารไม่ประจำทาง รถยนต์โดยสารรับจ้างทั่วไป รถยนต์โดยสารปรับ อากาศ รถไฟฟ้าที่มีระบบปรับอากาศ เรือโดยสารประจำทาง เครื่องบินโดยสารภายในประเทศ ลิฟท์ โดยสาร รถรับส่งนักเรียน และห้องชมมหรสพ

การสนับสนุนให้มียุทธศาสตร์และกฎหมายควบคุมยาสูบ

จากที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ปี พ.ศ. 2523 เป็นปีแห่งการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มีการชี้ให้เห็นถึงโทษของบุหรี่จากผู้สูบโดยตรงและผู้ที่อยู่ข้างเคียงทำให้ประเทศไทยได้เริ่ม ประชุมระดับชาติเรื่องบุหรี่และสุขภาพเป็นครั้งแรกเพื่อสนับสนุนให้มียุทธศาสตร์และกฎหมาย ควบคุมยาสูบและให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานกลาง นอกจากหน่วยงานทางรัฐบาลแล้ว ยังมีองค์กรเอกชนที่ได้ดำเนินการจัดตั้งและดำเนินการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ซึ่งได้จัดตั้งภายใต้

ชื่อ โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ อาจถือได้ว่าองค์กรนี้เป็นองค์กรเอกชนที่มีบทบาทอย่างสำคัญต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบในเวลาต่อมา หลังจากนั้นในปี พ.ศ.2532 ได้มีการจัดตั้ง คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คยช.) เพื่อกำหนดนโยบายของประเทศ และมีการผลักดันนโยบาย กฎหมาย และมาตรการบังคับใช้ และเหตุผลสำคัญที่ทำให้การผลักดันนี้ได้ผล ก็เพราะประเทศไทยต้องเปิดตลาดบุหรี่ให้มีการนำเข้าอย่างเสรี ตามมติของ GATT (The General Agreement on Tariffs and Trade) จึงส่งผลให้กฎหมาย 2 ฉบับคือ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ได้ถูกบังคับใช้ในปี พ.ศ. 2535

พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕

การออกกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบเกิดได้จากความร่วมมือของหลายฝ่าย เช่น การสนับสนุนจากฝ่ายการเมืองในขณะนั้น ได้แก่ นายกรัฐมนตรี นาย อานันท์ ปันยารชุน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นพ.ไพโรจน์ ینگสานนท์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศ.นพ.อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ เป็นต้น และยังมีผู้จัดการ การติดตามสถานการณ์ เพื่อช่วยในการผลักดันกฎหมายของ นพ.หทัย ชิตานนท์ ศ.นพ.ประทีป วาทีสาทกกิจ นางสาวบังอร ฤทธิภักดี นางสาวลักขณา เต็มศิริกุลชัย และ นพ.สุกกร บัวสาย ทำให้ประเทศไทยได้มีการบังคับใช้กฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างจริงจังและมีการพัฒนา ผลักดัน ขับเคลื่อนจนได้รับการยอมรับจากสากล

พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ เป็นหนึ่งในกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบที่มีการบังคับใช้ และกำหนดบทลงโทษเพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติ โดยให้อำนาจแก่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในการดำเนินการ (ตามมาตราที่ ๔) ได้แก่

1. กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่
2. กำหนดส่วนหนึ่ง ส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะตามข้อ 1 ให้เป็นเขตสูบบุหรี่ หรือเขตปลอดบุหรี่
3. กำหนดสภาพ ลักษณะ มาตรฐานของเขตปลอดบุหรี่และเขตสูบบุหรี่เกี่ยวกับการระบายควัน หรืออากาศ
4. กำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการในการแสดงเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่ หรือเขตปลอดบุหรี่ (สำนักคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

นอกจากนี้เพื่อความครอบคลุมและเพื่อประสิทธิผลต่อการปฏิบัติตามกฎหมายตาม พ.ร.บ. คຸ້ມກອງສຸຂາພາຂອງຜູ້ໄມ່ສູບບຸຮື ພ.ສ. ໒໕໓໕ ເມື່ອຣຸ້ມນຕຣີໄດ້ປຣະກາສຕາມມາຕຣາທີ່ ໔ ແລ້ວ ຈະສ່ງຜລໄຫ້ຜູ້ດຳເນີນກຣໃນສຕານທີ່ສາຮາຣະຕ້ອງມີເນ້າທີ່ (ຕາມມາຕຣາທີ່ ໕) ໂດຍ

1. ຕ້ອງມີກຣຈັດໃຫ້ມີສ່ວນໜຶ່ງ ສ່ວນໃດ ຫືຣທັງຫມົດຂອງສຕານທີ່ສາຮາຣະເປັນເຂຕປລອດ ບຸຮື ຫາກໄມ່ປຣຸບັດ ຕ້ອງຣະວາງໂທຍປຣັບໄມ່ເກີນ 20,000 ບາຫ

2. ຕ້ອງມີກຣຈັດໃຫ້ເຂຕສູບບຸຮືມີສຸກາພ ລັກຣະແລະມາຕຣາຣຸ້ນຕາມຣຸ້ມນຕຣີກຳເນຕ ຫາກ ໄມ່ປຣຸບັດຕ້ອງຣະວາງໂທຍປຣັບໄມ່ເກີນ 10,000 ບາຫໂດຍໃນສຸກາພ ແລະລັກຣະຂອງເຂຕສູບບຸຮືຈະຕ້ອງ ເປັນໄປຕາມປຣະກາສກຣທຣວງສາຮາຣະສຸຂ (ລຸບັທີ່ ໔) ພ.ສ. ໒໕໔໐ ເຣື່ອງສຸກາພແລະລັກຣະຂອງເຂຕ ສູບບຸຮືຕາມ ພ.ຣ.ບ. ຄຸ້ມກອງສຸຂາພາຂອງຜູ້ໄມ່ສູບບຸຮື ພ.ສ. ໒໕໓໕ ດັ່ງນີ້

2.1 ເຂຕສູບບຸຮື ຕ້ອງໄມ່ຢູ່ໃນບຣີເວນທີ່ກ່ອໄຫ້ເກີດຄວາມເຕືອດຣ້ອນຣຳຄາຍູແກ່ປຣະຮາຣນທີ່ ຢູ່ຂ່າງເຂີຍງ

2.2 ເຂຕສູບບຸຮື ຕ້ອງໄມ່ຢູ່ໃນບຣີເວນທາງເຂ້ອອອກ ຂອງສຕານທີ່ໃຫ້ມີກຣຄຸ້ມກອງ ສຸຂາພາຂອງຜູ້ໄມ່ສູບບຸຮື

2.3 ເຂຕສູບບຸຮື ຕ້ອງໄມ່ຢູ່ໃນບຣີເວນທີ່ເປີດເຜຍ ເຫັນ ໄດ້ຮັດແກ່ຜູ້ມາໃຊ້ສຕານທີ່ນັ້ນ

2.4 ເຂຕສູບບຸຮືບຣີເວນທີ່ມີຣະບບປຣັບອາກາສ ຕ້ອງມີກຣຣະບາຍອາກາສຕ່າຍເທມຸນເວີຍນ ຣະຫ່ວາງກາຍນອກອາກາຣ ແລະກາຍໃນເຂຕສູບບຸຮືໄມ່ນ້ອຍກ່ວາ 50 ລູກບາສກ໌ຟຸຕຕ່ອນາທີ່ຕ່ອຄນ

3. ຕ້ອງຈັດໃຫ້ມີເຣື່ອງໝາຍໃນເຂຕສູບບຸຮື ຫືຣເຂຕປລອດບຸຮືຕາມລັກເກນທີ່ຣຸ້ມນຕຣີ ກຳເນຕຫາກໄມ່ປຣຸບັດຕ້ອງຣະວາງໂທຍປຣັບໄມ່ເກີນ 2,000 ບາຫ ໃນດ້ານຂອງກຣກຳເນຕເຣື່ອງໝາຍ ຂອງເຂຕປລອດບຸຮື ແລະເຂຕສູບບຸຮື ໄດ້ມີກຣກຳເນຕໃນປຣະກາສກຣທຣວງສາຮາຣະສຸຂ (ລຸບັທີ່ ໑໕) ພ.ສ. ໒໕໔໔ ເຣື່ອງກຳເນຕເຣື່ອງໝາຍຂອງເຂຕປລອດບຸຮື ແລະເຂຕສູບບຸຮື ດັ່ງນີ້

3.1 ເຣື່ອງໝາຍຂອງເຂຕສູບບຸຮື ມີລັກຣະເປັນປ້າຍວງຄລມຟິນສີຂາວ ມີເສັ້ນຜ່ານ ສູນຍ໌ຄລງຍາວໄມ່ຕ່ຳກ່ວາ 10 ເສນຕີເມຕຣ ໂດຍມີຂອບສີຟ້າກ່ວາງໄມ່ຕ່ຳກ່ວາ 1 ເສນຕີເມຕຣມີຣູບມວນບຸຮືຮີ ກາເຣຕ ແລະວັນສີດຳຢູ່ຕຣງຄລງ ຂນາຄກ່ວາງຂອງມວນບຸຮືຮີກາເຣຕເທ່ກັບຂນາຄກ່ວາງຂອງຂອບສີຟ້າ ເຣື່ອງໝາຍຂອງເຂຕສູບບຸຮື ອາຈະຈັດທຳເປັນປ້າຍຄາວຣ ປ້າຍເຂວນ ປ້າຍຕັ້ງໂຕ້ະ ຫືຣປ້າຍສຕັດັກເກອຣ໌

3.2 ເຣື່ອງໝາຍຂອງເຂຕປລອດບຸຮື ມີລັກຣະ ດັ່ງນີ້

3.2.1 ເຣື່ອງໝາຍຂອງເຂຕປລອດບຸຮືຊຶ່ງຕ້ອງສະແຕງໄວ້ ທາງເຂ້ອສຕານທີ່ສາຮາຣະ ເປັນເຂຕປລອດບຸຮື ຊຶ່ງມີທີ່ຕັ້ງຢູ່ກາຍໃນອາກາຣຫືຣສິ່ງກ່ອສຳຣາງ ໃຫ້ມີລັກຣະເປັນປ້າຍວງຄລມຟິນສີ ຂາວເສັ້ນຜ່ານສູນຍ໌ຄລງຍາວໄມ່ຕ່ຳກ່ວາ 10 ເສນຕີເມຕຣ ໂດຍມີຂອບສີແຕງກ່ວາງໄມ່ຕ່ຳກ່ວາ 1 ເສນຕີເມຕຣ ມີຣູບມວນບຸຮືຮີກາເຣຕ ແລະວັນສີດຳຢູ່ຕຣງຄລງ ມີເສັ້ນສີທິບສີແຕງພາດທັບ ມວນບຸຮືເທ່ກັບຂນາ ຄກ່ວາງຂອງຂອບສີແຕງ ແລະໃຫ້ມີຂໍ້ຄວາມ “ຫ້າມສູບບຸຮື ຝ່າຟິນມີໂທຍປຣັບ ໒,໐໐໐ ບາຫ” ຢູ່ໄດ້ປ້າຍ

วงกลมเครื่องหมายของปลอดนุหรี อาจจะจัดทำเป็นป้ายถาวร ป้ายแขวน ป้ายตั้งโต๊ะ หรือป้ายสติ๊กเกอร์

3.2.2 เครื่องหมายของเขตปลอดนุหรีซึ่งต้องแสดงไว้บริเวณ สถานที่สาธารณะที่เป็นเขตปลอดนุหรี ซึ่งมีที่ตั้งอยู่ภายในอาคารหรือสิ่งก่อสร้าง ให้มีลักษณะเป็นป้ายวงกลมมีพื้นสีขาว เส้นผ่านศูนย์กลางยาวไม่ต่ำกว่า 5 เซนติเมตร โดยมีขอบสีแดงกว้างไม่ต่ำกว่า 0.5 เซนติเมตร มีรูปมวนนุหรีซิกาเรต และควันสีดำอยู่ตรงกลาง มีเส้นสีทึบสีแดงพาดทับ มวนนุหรีเท่ากับขนาดกว้างของขอบสีแดง ทั้งนี้ให้มีข้อความ “ห้ามสูบบุหรี่ ฝ่าฝืนมีโทษปรับ ๒,๐๐๐ บาท” หรือจัดให้มีภาษาอังกฤษมีความหมายเดียวกันเพียงอย่างเดียว กำกับเพิ่มเติมในป้ายด้วยก็ได้ เครื่องหมายของเขตปลอดนุหรีอาจจะจัดทำเป็นป้ายถาวร ป้ายแขวน ป้ายตั้งโต๊ะ หรือป้ายสติ๊กเกอร์ การแสดงเครื่องหมายต้องแสดงอย่างเปิดเผย เห็นได้ชัด

3.2.3 เครื่องหมายของเขตปลอดนุหรีซึ่งต้องแสดงไว้บริเวณ สถานที่สาธารณะที่เป็นเขตปลอดนุหรี นอกจากที่กำหนดข้างต้น ให้มีลักษณะเป็นป้ายวงกลมมีพื้นสีขาว เส้นผ่านศูนย์กลางยาวไม่ต่ำกว่า 10 เซนติเมตร โดยมีขอบสีแดงกว้างไม่ต่ำกว่า 1 เซนติเมตร มีรูปมวนนุหรีซิกาเรตและควันสีดำอยู่ตรงกลาง มีเส้นสีทึบสีแดงพาดทับ มวนนุหรีเท่ากับขนาดกว้างของขอบสีแดง และมีข้อความ “ห้ามสูบบุหรี่ ฝ่าฝืนมีโทษปรับ ๒,๐๐๐ บาท” อยู่ใต้ป้ายวงกลมเครื่องหมายของปลอดนุหรี อาจจะจัดทำเป็นป้ายถาวร ป้ายแขวน ป้ายตั้งโต๊ะ หรือป้ายสติ๊กเกอร์ การแสดงเครื่องหมายต้องแสดงอย่างเปิดเผย เห็นได้ชัด หากเป็นการแสดงเครื่องหมายบริเวณทางเข้าสถานที่สาธารณะต้องแสดงไว้ ณ ทางเข้าสถานที่สาธารณะที่เป็นเขตปลอดนุหรีทุกทาง หรือเครื่องหมายของเขตปลอดนุหรีซึ่งต้องแสดงไว้บริเวณ สถานที่สาธารณะที่เป็นเขตปลอดนุหรีต้องแสดงไว้อย่างเปิดเผยบุคคลเห็นได้ชัด และมีความเหมาะสมต่อสถานที่หรือบริเวณนั้นๆ

กรณีที่เขตปลอดนุหรีเป็นสถานที่ที่ไม่ได้กำหนดเฉพาะแก่บุคคลที่เป็นคนไทยเท่านั้นเข้าใช้บริการผู้ดำเนินการอาจจะต้องมีการจัดเครื่องหมายของเขตปลอดนุหรีตามมาตรฐานขั้นต่ำซึ่งข้อความจะต้องมีความหมายเดียวกับ “ห้ามสูบบุหรี่ ฝ่าฝืนมีโทษปรับ ๒,๐๐๐ บาท” เป็นภาษาอังกฤษ หรือภาษาอื่นตามความเหมาะสม ในกรณีที่ข้อความเป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาอื่นเพียงอย่างเดียวผู้ดำเนินการจะต้องมีการจัดป้ายที่มีข้อความ “ห้ามสูบบุหรี่ ฝ่าฝืนมีโทษปรับ ๒,๐๐๐ บาท” ที่เป็นภาษาไทยอยู่ด้วย (สำนักคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์และยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

**บทบาทและการบังคับใช้กฎหมายของพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ. คຸ້ມครองสุขภาพ
ของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕**

พนักงานเจ้าหน้าที่ หมายถึง ผู้ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งให้ปฏิบัติการตามพ.ร.บ. คຸ້ມครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ จากมาตราที่ ๗ ได้ให้อำนาจแก่เจ้าหน้าที่เข้าไปในสถานที่สาธารณะที่รัฐมนตรีได้ประกาศระหว่างเวลาพระอาทิตย์ขึ้นถึงพระอาทิตย์ตกหรือเวลาทำการของสถานที่นั้นเพื่อการตรวจสอบและควบคุมให้เป็นไปตามพ.ร.บ. คຸ້ມครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ เจ้าหน้าที่ต้องมีการแสดงบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องและจากประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๑๔) พ.ศ. ๒๕๔๗ เรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตามพ.ร.บ. คຸ້ມครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยสามารถแบ่งกลุ่มของพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ดังต่อไปนี้ (สำนักคณะกรรมการควบคุมเครื่องเค้มน้ำอัดลมและยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

กลุ่มที่ 1 ข้าราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในสังกัดราชการบริหารส่วนกลาง มีหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตามพ.ร.บ. คຸ້ມครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ ได้แก่

1. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
3. อธิบดีกรมการแพทย์
4. อธิบดีกรมควบคุมโรค
5. อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
6. อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
7. อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
8. อธิบดีกรมสุขภาพจิต
9. อธิบดีกรมอนามัย
10. เลขานุการคณะกรรมการอาหารและยา
11. ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
12. รองอธิบดีกรมการแพทย์
13. รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
14. รองอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
15. รองอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
16. รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
17. รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
18. รองอธิบดีกรมอนามัย
19. รองเลขานุการคณะกรรมการอาหารและยา
20. เลขานุการกรม ผู้อำนวยการกอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการสถาบัน ผู้อำนวยการศูนย์ในสังกัดกรมการแพทย์
21. เลขานุการกรม ผู้อำนวยการกอง ผู้อำนวยการสถาบัน ผู้อำนวยการสำนักและผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานครในสังกัดกรมควบคุมโรค
22. ผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะและผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
23. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิต ผู้อำนวยการสถาบันและผู้อำนวยการสำนักในสังกัดกรมสุขภาพจิต
24. ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ และผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย
25. เกษัชกร และนักวิชาการอาหารและยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาดั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป
26. นิติกรสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรม

พัฒนาการแพทย์แผนไทยและกรรมการแพทย์ทางเลือกกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัยและสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป 27. นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและกรรมการแพทย์ทางเลือกตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป 28. นักวิชาการสาธารณสุขกรมสนับสนุนบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป 29. นักวิชาการสาธารณสุข สำนักส่งเสริมสุขภาพ และสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัยตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป 30. ข้าราชการสังกัดสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป 31. ข้าราชการสังกัดด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ สำนักโรคติดต่อทั่วไปตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป 32. พนักงานราชการตำแหน่งพนักงานสนับสนุนภารกิจหลักด้านบริหาร (นิติกร) สังกัดกรมควบคุมโรค

กลุ่มที่ 2 พนักงานเจ้าหน้าที่ ที่ถูกแต่งตั้งเพื่อปฏิบัติการตาม พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ เฉพาะในเขตท้องที่ ที่มีอำนาจดูแลรับผิดชอบในการปฏิบัติราชการได้แก่ ข้าราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในสังกัดราชการบริหารส่วนภูมิภาคหรือสังกัดราชการบริหารส่วนกลาง ที่มีสำนักงานตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ได้แก่

1. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 2. ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกันประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3. ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 กรมควบคุมโรค 4. ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 5. ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิต 6. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัย กรมอนามัย 7. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปและผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน 8. ผู้อำนวยการศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ 9. ผู้อำนวยการศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ รัชบุรี สถาบันมะเร็งแห่งชาติกรมการแพทย์ 10. ข้าราชการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 สังกัดกรมควบคุมโรค ตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป 11. ข้าราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป 12. นักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์อนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพและสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม สังกัดกรมอนามัย ตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป 13. สาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย 14. นักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัยตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป

กลุ่มที่ 3 ข้าราชการสังกัดกระทรวงศึกษาธิการซึ่งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ ที่ถูกแต่งตั้งเพื่อปฏิบัติการตามพ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.๒๕๓๕เฉพาะส่วนราชการในสังกัด หรือในความดูแลและรับผิดชอบในการปฏิบัติราชการ ได้แก่

1. ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ 2. รองปลัดกระทรวงศึกษาธิการ 3. ผู้ตรวจราชการกระทรวงศึกษาธิการ 4. เลขานุการคณะกรรมการการอุดมศึกษา 5. รองเลขานุการคณะกรรมการการอุดมศึกษา 6. เลขานุการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน 7. รองเลขานุการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน 8. เลขานุการคณะกรรมการการอาชีวศึกษา 9. รองเลขานุการคณะกรรมการการอาชีวศึกษา 10. อธิการบดีสถาบันอุดมศึกษาของรัฐและเอกชนทุกแห่ง 11. รองอธิการบดีสถาบันอุดมศึกษาของรัฐและเอกชนทุกแห่ง 12. ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารการศึกษานอกโรงเรียน 13. ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน 14. ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา 15. รองผู้อำนวยการสำนักเขตพื้นที่การศึกษา 16. ผู้อำนวยการสำนักพัฒนากิจการนักเรียน นักศึกษาและกิจการพิเศษ 17. ผู้อำนวยการ สถาบันโรงเรียน สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา 18. ผู้อำนวยการโรงเรียน สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน 19. ผู้บริหารโรงเรียนเอกชนในกำกับดูแลของสำนักบริหารงานคณะกรรมการการส่งเสริมการศึกษาเอกชน 20. ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน 21. ข้าราชการ กลุ่มส่งเสริมความประพฤตินักเรียน นักศึกษา สังกัดสำนักพัฒนากิจการนักเรียน นักศึกษา และกิจการพิเศษ ตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป 22. เจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบด้านการควบคุมความประพฤตินักศึกษา หรือนักเรียนในสถานศึกษาของเอกชน 23. คณาจารย์ หรือครู ซึ่งมีประสบการณ์เป็นครู ทำการสอนไม่น้อยกว่า 2 ปี ผู้รับผิดชอบด้านการควบคุมความประพฤตินักศึกษา หรือนักเรียน ในสถานศึกษาของเอกชน

กลุ่มที่ 4 ข้าราชการสังกัดกระทรวงมหาดไทยซึ่งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ที่ถูกแต่งตั้งเพื่อปฏิบัติกรตาม พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ เฉพาะในเขตท้องที่ที่มีอำนาจดูแลรับผิดชอบในการปฏิบัติราชการ ได้แก่

1. ผู้ว่าราชการจังหวัด
2. รองผู้ว่าราชการจังหวัด
3. ปลัดจังหวัด
4. นายอำเภอ
5. ปลัดอำเภอผู้เป็นหัวหน้าประจำกิ่งอำเภอ
6. ปลัดอำเภอ ตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป
7. เจ้าพนักงานปกครอง เจ้าหน้าที่ปกครอง และนิติกร ประจำศาลากลางจังหวัด ตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป
8. เจ้าหน้าที่ปกครอง ประจำที่ทำการอำเภอ ตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป

กลุ่มที่ 5 ข้าราชการสังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ที่ถูกแต่งตั้งเพื่อปฏิบัติการตามพ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ เฉพาะในเขตท้องที่ ที่มีอำนาจดูแลรับผิดชอบในการปฏิบัติราชการได้แก่

1. ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร
2. รองผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร
3. ปลัดกรุงเทพมหานคร
4. รองปลัดกรุงเทพมหานคร
5. ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์
6. รองผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์
7. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร
8. ผู้อำนวยการสำนักอนามัย
9. รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย
10. ผู้อำนวยการกองควบคุมโรค
11. ผู้อำนวยการกองสุขภาพ
12. ผู้อำนวยการสำนักอนามัย
13. ผู้อำนวยการกองป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด สำนักอนามัย
14. ผู้อำนวยการสำนักงานการศึกษา
15. รองผู้อำนวยการสำนักงานการศึกษา
16. ผู้อำนวยการโรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร
17. ผู้อำนวยการสำนักเทศกิจ
18. รองผู้อำนวยการสำนักเทศกิจ
19. ผู้อำนวยการเขต
20. ผู้ช่วยผู้อำนวยการเขต
20. หัวหน้าฝ่ายในกองอนามัยสิ่งแวดล้อม กรุงเทพมหานคร
21. นักวิชาการสุขภาพ
- เจ้าหน้าที่อนามัยฝ่ายสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ สังกัดสำนักงานเขตตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป
22. นักวิชาการสุขภาพ
- เจ้าหน้าที่อนามัย สังกัดกองอนามัยสิ่งแวดล้อม ตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป
23. นักวิชาการสุขภาพ
- สังกัดกองสุขภาพอาหาร ตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป
24. เจ้าพนักงานปกครอง เจ้าหน้าที่ปกครอง พนักงานปกครองฝ่ายเทศกิจ สังกัดสำนักงานเขต ตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป

กลุ่มที่ 6 ข้าราชการสังกัดเทศบาล เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัดและองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งดำรงตำแหน่งต่อไปนี้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ เพื่อปฏิบัติการพ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ เฉพาะในเขตท้องที่ ที่มีอำนาจดูแลรับผิดชอบในการปฏิบัติราชการได้แก่

1. นายกเทศมนตรี
2. เทศมนตรีฝ่ายสาธารณสุข
3. ปลัดและรองปลัดเทศบาล
4. ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
5. ผู้อำนวยการสำนักงานการศึกษา
6. ผู้อำนวยการสำนักสวัสดิการสังคม
7. ผู้อำนวยการสำนักวิชาการและแผนงาน
8. ผู้อำนวยการกองหรือหัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
9. ผู้อำนวยการกองหรือหัวหน้ากองการแพทย์
10. ผู้อำนวยการกองหรือหัวหน้ากองการศึกษา
11. ผู้อำนวยการกองหรือหัวหน้ากองสวัสดิการสังคม
12. ผู้อำนวยการกองหรือหัวหน้ากองวิชาการและแผนงาน
13. ผู้อำนวยการโรงเรียนเทศบาล
14. หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุข
15. นายแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสุขภาพ ตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป
16. นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ เจ้าพนักงานเทศกิจ ตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป
17. นายกองกิจการ

บริหารส่วนจังหวัด 18. ปลัดและรองปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด 19. นายกองดีการบริหารส่วนตำบล 20. ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป 21. นักวิชาการสุขาภิบาล นักบริหารงานสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพประจำองค์การบริหารส่วนตำบล 22. นายกและรองนายกเมืองพัทยา 23. ปลัดและรองปลัดเมืองพัทยา 24. ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเมืองพัทยา 25. นักบริหารงานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเมืองพัทยา 26. นักวิชาการสุขาภิบาล สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเมืองพัทยา ตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป 27. เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเมืองพัทยา ตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป 28. เจ้าพนักงานสุขาภิบาล สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเมืองพัทยา ตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป

กลุ่มที่ 7 ข้าราชการสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ซึ่งเป็นข้าราชการตำรวจชั้นสัญญาบัตร ผู้มียศตั้งแต่ร้อยตำรวจตรีหรือผู้ที่ดำรงตำแหน่งรองสารวัตรขึ้นไป เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ เพื่อปฏิบัติการตาม พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ เฉพาะในเขตท้องที่ที่มีอำนาจการรับผิดชอบและเขตปกครองในการปฏิบัติราชการ

จาก พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ พื้นที่แหล่งท่องเที่ยวอำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ มีพนักงานเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องต่อการตรวจสอบและควบคุมการปฏิบัติของผู้ดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมาย หลายกลุ่ม เช่น สาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป นายอำเภอ ปลัดอำเภอ นายกองดีการบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล นักบริหารงานสาธารณสุข และข้าราชการตำรวจชั้นสัญญาบัตรผู้มียศตั้งแต่ร้อยตำรวจตรีหรือผู้ที่ดำรงตำแหน่งรองสารวัตรขึ้นไป ในพื้นที่ของอำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งจะเห็นว่าการบังคับใช้กฎหมายของพนักงานเจ้าหน้าที่เหล่านี้ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการส่งผลให้กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับเกิดประสิทธิภาพ และการที่เจ้าหน้าที่ของรัฐที่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้กฎหมายได้บังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด จะทำให้เกิดการกีดต่อการกระทำผิดตามกฎหมายได้ (โกกิน พลกุล, 2531 อ้างใน ธนะเมศร์ มหาวงสนันท์, 2550) นอกจากนี้เพื่อความครอบคลุมและเกิดประสิทธิผลในด้านของการปฏิบัติตามกฎหมายยังได้มีการออกกฎหมายเพื่อดำเนินการตาม พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ เรียกว่าประกาศกระทรวงสาธารณสุข และปัจจุบันได้มีการปรับปรุงกฎหมายจนถึงประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๑๘ พ.ศ. ๒๕๕๐ เรื่อง การกำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่และกำหนดบริเวณหรือพื้นที่ของสถานที่ดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ (ดังแสดงในภาคผนวกหน้า 90)

3.2.2 เครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ซึ่งต้องแสดงไว้บริเวณ สถานที่สาธารณะที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ ซึ่งมีที่ตั้งอยู่ภายในอาคารหรือสิ่งก่อสร้าง ให้มีลักษณะเป็นป้ายวงกลมมีพื้นสีขาวเส้นผ่านศูนย์กลางยาวไม่ต่ำกว่า 5 เซนติเมตร โดยมีขอบสีแดงกว้างไม่ต่ำกว่า 0.5 เซนติเมตร มีรูปมวนบุหรี่ซิการ์เรต และควันสีคำอยู่ตรงกลาง มีเส้นสีทึบสีแดงพาดทับ มวนบุหรี่เท่ากับขนาดกว้างของขอบสีแดง ทั้งนี้ให้มีข้อความ “ห้ามสูบบุหรี่ ฝ่าฝืนมีโทษปรับ ๒,๐๐๐ บาท” หรือจัดให้มีภาษาอังกฤษมีความหมายเดียวกันเพียงอย่างเดียว กำกับเพิ่มเติมในป้ายด้วยก็ได้ เครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่อาจจะจัดทำเป็นป้ายถาวร ป้ายแขวน ป้ายตั้งโต๊ะ หรือป้ายสติ๊กเกอร์ การแสดงเครื่องหมายต้องแสดงอย่างเปิดเผย เห็นได้ชัด

3.2.3 เครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ซึ่งต้องแสดงไว้บริเวณ สถานที่สาธารณะที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ นอกจากที่กำหนดข้างต้น ให้มีลักษณะเป็นป้ายวงกลมมีพื้นสีขาวเส้นผ่านศูนย์กลางยาวไม่ต่ำกว่า 10 เซนติเมตร โดยมีขอบสีแดงกว้างไม่ต่ำกว่า 1 เซนติเมตร มีรูปมวนบุหรี่ซิการ์เรต และควันสีคำอยู่ตรงกลาง มีเส้นสีทึบสีแดงพาดทับ มวนบุหรี่เท่ากับขนาดกว้างของขอบสีแดง และให้มีข้อความ “ห้ามสูบบุหรี่ ฝ่าฝืนมีโทษปรับ ๒,๐๐๐ บาท” อยู่ใต้ป้ายวงกลมเครื่องหมายของปลอดบุหรี่ อาจจะจัดทำเป็นป้ายถาวร ป้ายแขวน ป้ายตั้งโต๊ะ หรือป้ายสติ๊กเกอร์ การแสดงเครื่องหมายต้องแสดงอย่างเปิดเผย เห็นได้ชัด หากเป็นการแสดงเครื่องหมายบริเวณทางเข้าสถานที่สาธารณะต้องแสดงไว้ ณ ทางเข้าสถานที่สาธารณะที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ทุกทาง หรือเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ซึ่งต้องแสดงไว้บริเวณ สถานที่สาธารณะที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ต้องแสดงไว้อย่างเปิดเผย บุคคลเห็นได้ชัด และมีความเหมาะสมต่อสถานที่หรือบริเวณนั้นๆ

กรณีที่เขตปลอดบุหรี่เป็นสถานที่ที่ไม่ได้กำหนดเฉพาะแก่บุคคลที่เป็นคนไทยเท่านั้นเข้าใช้บริการผู้ดำเนินการอาจจะต้องมีการจัดเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ตามมาตรฐานขั้นต่ำซึ่งข้อความจะต้องมีความหมายเดียวกับ “ห้ามสูบบุหรี่ ฝ่าฝืนมีโทษปรับ ๒,๐๐๐ บาท” เป็นภาษาอังกฤษ หรือภาษาอื่นตามความเหมาะสม ในกรณีที่ข้อความเป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาอื่นเพียงอย่างเดียวผู้ดำเนินการจะต้องมีการจัดป้ายที่มีข้อความ “ห้ามสูบบุหรี่ ฝ่าฝืนมีโทษปรับ ๒,๐๐๐ บาท” ที่เป็นภาษาไทยอยู่ด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับกฎหมายและการปฏิบัติตามกฎหมาย

1.แนวคิดเกี่ยวกับกฎหมาย

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้กำหนดความหมายของ กฎหมายว่า หมายถึง กฎที่สถาบัน หรือ ผู้มีอำนาจสูงสุดในรัฐ ตราขึ้น หรือ ที่เกิดขึ้นจากจารีตประเพณี อันเป็นที่ยอมรับนับถือ เพื่อใช้ในการบริหารประเทศ เพื่อใช้บังคับบุคคลให้ปฏิบัติตาม หรือเพื่อกำหนดระเบียบแห่งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือ ระหว่างบุคคลกับรัฐ (ที่มา [http : // www.parliament.go.th](http://www.parliament.go.th), 28 เมษายน พ.ศ. 2552)

กฎหมาย คือ กฎเกณฑ์ ขอบบังคับที่ตราโดยผู้มีอำนาจอธิปไตย เพื่อกำหนดและควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งตามธรรมชาติผู้ที่ฝ่าฝืนจะต้องได้รับผลร้าย (วิชัชชัย สัตยสมบุรณ์, 2542)

H.L.A. Hart ได้ให้ความหมายของกฎหมายว่า เป็นระบบของกฎ ซึ่งได้รับการยอมรับโดยคนส่วนใหญ่ในสังคมและถูกปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดโดยศาลและผู้มีอำนาจในรัฐปกครองนั้นๆ (ที่มา [http : // th.wikipedia.org/](http://th.wikipedia.org/), 28 เมษายน พ.ศ. 2552)

จากความหมายต่างๆอาจสรุปได้ว่า กฎหมายหมายความถึง เครื่องมือในการควบคุมพฤติกรรมของคนในสังคม เมื่อคนได้มาอยู่รวมกันเป็นสังคม แต่ละสังคมจึงมีความจำเป็นที่ต้องสร้างกฎเกณฑ์ต่างๆขึ้นเพื่อควบคุมความประพฤติของสมาชิกในสังคมให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และรักษาความเป็นระเบียบเรียบร้อยของคนในสังคม แต่อย่างไรก็ตามการทำให้กฎหมายซึ่งมีเพียงลายลักษณ์อักษรไปสู่การปฏิบัติให้ได้ผลอย่างแท้จริง นอกจากการบังคับใช้กฎหมาย (law enforcement) เพื่อใช้บังคับแก่สมาชิกในสังคมให้เกิดผลตรงตามเจตนารมณ์ของกฎหมายที่ถูกตราขึ้นแล้วการที่สมาชิกในสังคมยินยอมที่จะปฏิบัติตามกฎหมาย ก็มีผลสำคัญเช่นเดียวกัน

2. การปฏิบัติตามกฎหมาย (law compliance)

Benedict Kingsbury กล่าวถึง compliance ว่าเป็นพฤติกรรม (behavior) ในการปฏิบัติตามกฎ สามารถวัด ปรับปรุงและแก้ไขได้ (Benedict Kingsbury, 1998)

Ronald Mitchell (2001) กล่าวถึง compliance ว่าเป็นพฤติกรรมที่บุคคลได้รับการยอมรับกฎระเบียบหรือกฎเกณฑ์ที่ได้ตั้งไว้หรือกำหนดไว้ (ที่มา [http : // www.earthscape.org/t1/mir02/](http://www.earthscape.org/t1/mir02/), 28 เมษายน พ.ศ.2552)

Michael Klitzner กล่าวถึง compliance ว่าเป็นสิ่งที่สามารถวัดได้ในกลุ่มประชากรที่ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามกฎ (Michael Klitzner, 2002)

จากการให้ความหมายของ compliance ตามมุมมองของการปฏิบัติตามนโยบาย สาธารณะหมายถึง การที่บุคคล องค์กร กลุ่ม หรือประชากรมีการปฏิบัติ ซึ่งต้องทำอย่างสอดคล้อง และมีความเฉพาะเจาะจงกับนโยบายสาธารณะนั้น

(ที่มา www.alcoholpolicy.niaa.nih.gov, 28 เมษายน พ.ศ.2552)

จากการให้ความหมายของ compliance โดย ปริญญา หอมเอนกซึ่งได้อธิบายว่าเป็นการ ปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับและกฎหมาย ตลอดจนการปฏิบัติตามนโยบาย

(ที่มา www.acisonline.net, 28 เมษายน พ.ศ.2552)

จากการให้ความหมายของ compliance ตามแนวคิดทางจิตวิทยาสังคมได้อธิบายถึง compliance ว่าเป็นกระบวนการหนึ่งในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความคิดของบุคคล ซึ่งจากการ ตั้งเคราะห์แนวคิดของเคลแมน (Kelman) และเฟรนซ์กับราเวน ได้กล่าวถึง compliance หรือการ ยอมทำตามว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอกอันเกิดจากการได้รับรางวัลหรือการลงโทษ ซึ่งแหล่งอำนาจที่ทำให้เกิดการยอมทำตามนั้นคือ อำนาจตามตำแหน่ง รางวัล และการลงโทษ (สิทธิ โศก วรานุสันติกุล, 2546)

โดยสรุปจากการอธิบายความหมายของ compliance ทำให้สามารถอธิบายถึงการปฏิบัติ ตามกฎหมาย (law compliance) ได้ว่าเป็นพฤติกรรม (behavior) ของคน องค์กร กลุ่มประชากรที่ ให้ความยินยอมหรือยอมทำตามกฎหมาย ซึ่งสามารถวัด หรือ ประเมินผลได้

เนื่องจากการปฏิบัติตามกฎหมายถือว่าเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่มีการแสดงออกและสามารถ ประเมินได้ ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตาม พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่ สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ ครั้งนี้ จึงได้ใช้แนวคิดของการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมาเพื่อใช้อธิบาย

ความหมายของคำว่า พฤติกรรม (behavior)

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำของอินทรีย์ หรือสิ่งมีชีวิต การกระทำที่ว่านั้นนอกจากเป็น การกระทำที่ผู้กระทำรู้สึกตัว และไม่รู้สึกรู้ตัวในขณะที่กระทำ ยังหมายถึงการกระทำที่สังเกตได้ หรือสังเกตไม่ได้ การแบ่งพฤติกรรมตามนักจิตวิทยาสังคมสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. พฤติกรรมภายนอก (overt behavior) หมายถึง การกระทำที่ผู้อื่นสามารถสังเกตได้ โดยตรง เช่น การร้องไห้ ยิ้ม เดิน พูด การกระทำเช่นนี้ไม่ว่าจะใครก็สังเกตได้ เมื่อใช้คำว่าสังเกตได้ หมายความว่าอาจจะได้ด้วยการฟัง การสัมผัส เป็นต้น

2. พฤติกรรมภายใน (covert behavior) หมายถึง การกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นไม่ได้ โดยตรง เช่น หิว อ่อนเพลีย เสียใจ ส่วนมากเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการทำงานภายในสมองถ้าต้องการสังเกตพฤติกรรมภายในต้องอาศัยการกระตุ้น หรือจัดสิ่งแวดล้อมให้เข้าของพฤติกรรมแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมภายนอก เช่นการอาศัยแบบทดสอบเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้คาดเดาพฤติกรรมภายในได้

การแบ่งพฤติกรรมมนุษย์ตามนักจิตวิทยาได้ออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. พฤติกรรมที่มีมาแต่กำเนิดซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่มีการเรียนรู้มาก่อน ได้แก่ ปฏิกริยาสะท้อนกลับ เช่นการกระพริบตา และสัญชาตญาณ เช่น ความกลัวการเอาตัวรอดเป็นต้น

2. พฤติกรรมที่เกิดจากอิทธิพลของกลุ่ม ได้แก่ พฤติกรรมที่เกิดจากการที่บุคคลติดต่อสังสรรค์และมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมแบ่งออกได้เป็น 4 ลักษณะคือ

1. การปรับเปลี่ยนทางด้านของสรีระร่างกาย เช่น การปรับปรุงบุคลิกภาพ การแต่งกาย การพูด

2. การปรับเปลี่ยนทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดให้มีความสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ปรับอารมณ์ความรู้สึกให้สอดคล้องกับบุคคลอื่น รู้จักการยอมรับผิด

3. การปรับเปลี่ยนทางด้านสติปัญญา เช่น การศึกษาค้นคว้าเพื่อให้มีความรู้ที่ทันสมัย ทันเหตุการณ์ การมีความคิดเห็นคล้ายตามความคิดเห็นของคนส่วนใหญ่

4. การปรับเปลี่ยนอุดมคติ หมายถึง การสามารถปรับเปลี่ยนหลักการหรือแนวทางบางส่วนบางตอนเพื่อให้เข้ากับสังคมส่วนใหญ่ได้ โดยพิจารณาจากความจำเป็น และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เป็นประโยชน์แก่ตนเอง เพื่อสวัสดิภาพของตนเองและของกลุ่ม

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม

1. ตามแนวคิดของนักจิตวิทยา กลุ่มพฤติกรรมนิยม (behaviorism)

จากแนวคิดนี้จะเน้นการศึกษาพฤติกรรมจากสิ่งทีวัดได้ เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาอย่างชัดเจน และพยายามจะศึกษาพฤติกรรมในแง่เดียวอันได้แก่ พฤติกรรมได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมอย่างไร และนอกจากนี้ยังเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์สามารถที่จะปรับเปลี่ยนให้เป็นไปในทิศทางใดก็ได้โดยการนำเอาความรู้ในหลักการของการวางเงื่อนไขให้เกิดการเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาดัดแปลงสิ่งแวดล้อมที่จะอำนวยความสะดวกแก่นมนุษย์ที่จะแสดงพฤติกรรมออกมา ในการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมย่อมจะส่งผลให้มนุษย์เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ของตน เพื่อให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมด้วย ดังนั้นจากแนวคิดนี้แสดงให้เห็นว่า สิ่งแวดล้อมมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์

2. ตามแนวคิดของนักจิตวิทยา กลุ่มปัญญานิยม (cognitivism)

ในกลุ่มนี้มีความเชื่อว่ามีอะไรบางอย่างอยู่ในตัวมนุษย์ตามธรรมชาติมีส่วนในการก่อให้เกิดพฤติกรรมทำให้คนอื่น ๆ สังเกตได้ ดังนั้นจึงมีความสนใจจะศึกษากระบวนการทางสมองว่าเป็นต้นกำเนิดของพฤติกรรมมนุษย์ เป็นต้นว่า การคิด การใส่ใจ การจำ การคาดหวัง การรู้สึกตัว กลุ่มปัญญานิยมเชื่อว่าการรับรู้และการแปลความหมายของแต่ละบุคคลจะมีอิทธิพลต่อสิ่งที่เขาแสดงออกมา และเชื่อว่ามนุษย์ไม่ได้มองเห็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติด้วยดวงตาเฉยๆ แต่มนุษย์ได้ใช้ความเข้าใจและประสบการณ์ของตนเองเป็นพื้นฐานในการมองเห็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติด้วย ซึ่งอัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) เป็นหนึ่งในกลุ่มนี้และถือเป็นคนแบบแห่งแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ตามแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม Bandura มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนเรานั้น เกิดจากปัจจัย 3 ปัจจัย ได้แก่

1. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อม อิทธิพลทางสังคม
2. ปัจจัยทางพฤติกรรม ได้แก่ ทิศทางของพฤติกรรม หรือ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นและมีผลต่ออีกพฤติกรรมหนึ่ง
3. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพเช่น อายุ เชื้อชาติ เพศ และ ปัจจัยด้านปัญญาชีวภาพรวมถึงสิ่งภายในอื่นๆ เช่น ความคิด ความรู้สึก การกระทำ ความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ความตั้งใจ เป็นต้น

ปัจจัยทั้ง 3 จะทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน แต่อิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้น ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่า และต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ

3. ความคิดเห็น (opinions)

ความคิดเห็น หมายถึง การแสดงออกถึงความเชื่อ ทศนะ การวินิจฉัย การประเมินผลอย่างมีรูปแบบโดยได้รับอิทธิพลมาจากทัศนคติและข้อเท็จจริงหรือความรู้ที่มีอยู่ของผู้แสดงความคิดเห็นต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งซึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมต่างๆ การแสดงความคิดเห็นอาจจะออกมาในรูปแบบของการพูดหรือการเขียนก็ได้ (เสกสรร, 2542 อ้างใน พรนิภา ยันนาคี และคณะ, 2546)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ ได้กล่าวถึงความคิดเห็นว่า ความคิดเห็นถือเป็นการแสดงออกทางทัศนคติ โดยมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ และเป็นส่วนที่พร้อมจะมีปฏิกิริยาอย่างยิ่งต่อสถานการณ์ภายนอก (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520)

Nunnally, J.C. ได้กล่าวถึงความคิดเห็นว่า เป็นทัศนคติที่อยู่ภายใต้จิตสำนึกของคน เมื่อเกิดความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งใด ก็จะกระทำพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความรู้สึกภายใน โดยความคิดเห็นนั้นจะใช้ในเรื่องที่เกี่ยวกับการลงความเห็น และความรู้ ส่วนทัศนคติจะใช้มากเกี่ยวกับเรื่องความรู้สึก และความชอบพอ (Nunnally, J.C., 1959 อ้างใน ชาตรี นันทพานิช, 2537)

ความคิดเห็น หมายถึง สภาพความรู้สึกที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ในเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความรู้ การรับรู้ ประสบการณ์ที่บุคคลนั้นได้รับมา โดยบุคคลนั้นอาจจะแสดงออกมาทางใดทางหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นการพูด ลักษณะท่าทาง หรือไม่แสดงออกเลยก็ได้ (พรนิภา ชันนาคี และคณะ, 2546)

ความคิดเห็นเป็นส่วนหนึ่งของทัศนคติ นั่นคือเป็นความเชื่อ ความรู้สึกเฉพาะตัวของคน อาจแสดงออกด้วยวาจาและการเขียน โดยมีพื้นฐานมาจาก ความรู้เดิม ประสบการณ์ที่ได้รับ สภาพแวดล้อมของบุคคลและการศึกษาความคิดเห็นสามารถใช้หลักการเดียวกับการศึกษาทัศนคติ (ชาตรี นันทพานิช, 2537)

โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่า ความคิดเห็น หมายถึง ความคิด หรือการลงความเห็นซึ่งเป็นการแสดงออกด้วยวาจาและการเขียน โดยมีพื้นฐานมาจาก ความรู้เดิม ประสบการณ์ที่ได้รับ สภาพแวดล้อมของบุคคลและการศึกษาความคิดเห็นสามารถใช้หลักการเดียวกับการศึกษาทัศนคติ (ชาตรี นันทพานิช, 2537) ดังนั้น จากแนวความคิดที่ว่าทัศนคติ นั้นมีรากฐานมาจาก ความเชื่อที่อาจส่งผลถึงพฤติกรรมในอนาคต โดยจะเห็นจากการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกโดยสามารถสังเกตได้ มีความสัมพันธ์และมีผลซึ่งกันและกัน กับทัศนคติ เชื่อว่าทัศนคติมีผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคล และการแสดงออกของบุคคลก็มีผลต่อทัศนคตินั้นด้วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520) จึงมีความเป็นไปได้ที่ความคิดเห็นย่อมจะมีผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคลด้วยเช่นกัน

4.ความรู้

ความรู้ หมายถึง พฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจโดยการฝึกหรือการมองเห็น ได้ยิน ได้จำ ซึ่งความรู้ในขั้นนี้ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับ ความหมาย คำจำกัดความ ข้อเท็จจริง ทฤษฎี โครงสร้าง และวิธีการแก้ไขปัญหา (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520)

ความรู้ หมายถึง การเรียนรู้ที่เน้นถึงความจำและการระลึกได้ที่มีต่อความคิด วัตถุ และปรากฏการณ์ต่างๆ เป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งที้ง่ายๆที่เป็นอิสระต่อกันไปจนถึงความจดจำในสิ่งที่ยุ่งยากซับซ้อนและมีความหมายแก่กัน (ธวัชชัย ชัยจิรฉายกุล 2527)

ความรู้ หมายถึง การรับรู้ การจำ การเข้าใจในเรื่องต่างๆ โดยเกิดจากประสบการณ์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมขั้นต้นของพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (ทัศนีย์ ศิริปัญญา, 2538)

เบนจามิน บลูม (Benjamin S. Bloom) ได้ให้ความหมายของ ความรู้ ว่าหมายถึง เรื่องที่เกี่ยวกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ วิธีการและกระบวนการต่าง ๆ รวมถึงแบบกระสวนของโครงการ วัตถุประสงค์ในด้านความรู้ โดยเน้นในเรื่องของกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำ อันเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงเกี่ยวกับการจัดระเบียบ (ที่มา [http : // th.wikipedia.org/](http://th.wikipedia.org/), 28 เมษายน พ.ศ. 2552) โดย เบนจามิน บลูม และคณะ ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้หรือพุทธิพิสัยของคนว่าประกอบด้วยความรู้ตามระดับต่างๆ รวม 6 ระดับ ซึ่งอาจพิจารณาจากระดับความรู้ในขั้นต่ำไปสู่ระดับของความรู้ในระดับที่สูงขึ้นไป ดังนี้

1, ความรู้ หมายถึง การเรียนรู้ที่เน้นถึงการจำและการระลึกได้ถึงความคิด วัตถุ และปรากฏการณ์ต่าง ๆ ซึ่งเป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่าย ๆ ที่เป็นอิสระแก่กัน ไปจนถึงความจำในสิ่งที่ยุ่ยากซับซ้อนและมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน

2, ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด หมายถึง ความสามารถทางสติปัญญาในการขยายความรู้ ความจำ ให้กว้างออกไปจากเดิมอย่างสมเหตุสมผล การแสดงพฤติกรรมเมื่อเผชิญกับสื่อความหมาย และความสามารถในการแปลความหมายการสรุปหรือการขยายความสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

3, การนำไปปรับใช้ หมายถึง ความสามารถในการนำความรู้ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด ในเรื่องใดๆ ที่มีอยู่เดิมไปแก้ไขปัญหาที่แปลกใหม่ของเรื่องนั้น โดยการใช้ความรู้ต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการกับความคิดรวบยอดมาผสมผสานกับความสามารถในการแปลความหมายการสรุปหรือการขยายความสิ่งนั้น

4, การวิเคราะห์ หมายถึงความสามารถและทักษะที่สูงกว่าความเข้าใจ และการนำไปปรับใช้ โดยมีลักษณะเป็นการแยกแยะสิ่งที่จะพิจารณาออกเป็นส่วนย่อยที่มีความสัมพันธ์กัน รวมทั้งการสืบค้นความสัมพันธ์ของส่วนต่าง ๆ เพื่อคว่าส่วนประกอบปลีกย่อยนั้นสามารถเข้ากันได้หรือไม่ อันจะช่วยให้เกิดความเข้าใจต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างแท้จริง

5, การสังเคราะห์ หมายถึง ความสามารถในการรวบรวมส่วนประกอบย่อยๆ หรือส่วนใหญ่ๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้เป็นเรื่องราวอันหนึ่งอันเดียวกัน การสังเคราะห์จะมีลักษณะของการเป็นกระบวนการรวบรวมเนื้อหาสาระของเรื่องต่างๆ เข้าไว้ด้วยกัน เพื่อสร้างรูปแบบหรือโครงสร้างที่ยังไม่ชัดเจนขึ้นมาก่อน อันเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความคิดสร้างสรรค์ภายในขอบเขตของสิ่งที่กำหนดให้

6, การประเมินผล หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับความคิดค่านิยม ผลงาน คำตอบ วิธีการและเนื้อหาสาระเพื่อวัตถุประสงค์บางอย่าง โดยมีการกำหนดเกณฑ์เป็นฐานในการพิจารณาตัดสิน การประเมินผล จัดได้ว่าเป็นขั้นตอนที่สูงสุดของพุทธิลักษณะที่ต้องใช้ความรู้ความ

เข้าใจ การนำไปปรับใช้ การวิเคราะห์และการสังเคราะห์เข้ามาพิจารณาประกอบกันเพื่อทำการประเมินผลสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

สรุปอาจกล่าวได้ว่า ความรู้ หมายถึง การจำ การเข้าใจในเรื่องอันเกิดจากประสบการณ์ของแต่ละคนและหากจะพิจารณาความรู้ตามทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม จะเห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมโดยพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับทักษะ และทักษะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมเป็นการแสดงออกของบุคคลมีพื้นฐานมาจากความรู้ และทักษะที่ต่างกัน ความแตกต่างกันของความรู้และทักษะเกิดขึ้นเพราะความแตกต่างในการเปิดรับสื่อ และความแตกต่างในการแปลสารที่ตนได้รับ จึงก่อให้เกิดประสบการณ์สั่งสมที่ต่างกันจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลด้วยเช่นกัน (ที่มา [http : // www.bloggang.com/viewdiary.php?id=moonfleet&month=04-](http://www.bloggang.com/viewdiary.php?id=moonfleet&month=04-), 29 เมษายน พ.ศ. 2552)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.งานวิจัยเกี่ยวกับพ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕

นวพรรณ สันตยากร (2540) ได้ทำการศึกษาเรื่องความคิดเห็นของประชาชนและผู้ประกอบการต่อการจัดเขตปลอดบุหรี่ในกรุงเทพมหานครและหัวเมืองใหญ่ ทำการสุ่มสำรวจใน 4 จังหวัด จาก 4 ภาค พบว่าผู้ดำเนินการส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโทษของบุหรี่ต่อผู้สูบบุหรี่ และผู้อยู่ข้างเคียงอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 94) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับทราบเรื่องกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ จากโทรทัศน์และในส่วนของพนักงานเจ้าหน้าที่ตำรวจซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบกฎหมายนี้ยังดำเนินการในลักษณะตั้งรับ ไม่มีความกระตือรือร้น โดยให้ความเห็นว่าไม่ได้รับความร่วมมือจากส่วนต่างๆ ผู้บังคับบัญชาให้ความสนใจน้อย เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขไม่เอาจริงในเรื่องนี้

ลักขณา เต็มศิริกุลชัย บุรณี อนันตวงศ์ และ จาริก ไชยรักษ์ (2542) ได้ศึกษาเรื่อง นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างระบบเพื่อบังคับใช้กฎหมายในการปกป้องสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งสำรวจ เป็น 2 รอบ ที่สาธารณะทั้งหมด 1,591 แห่ง ใน 4 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ขอนแก่น และสงขลา พบว่าที่สาธารณะส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ไม่มีการติดป้าย หรือที่มีป้ายลักษณะไม่ถูกต้องตามกฎหมาย สาเหตุที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายได้แก่ การไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ ไม่ทราบว่าจะซื้อเครื่องหมายจากที่ใดและไม่ทราบลักษณะเครื่องหมายที่ถูกต้อง

สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (2545) ได้มีการสำรวจความคิดเห็นต่อเขตปลอดบุหรี่ ในการประกาศใช้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๑๐ ศึกษาในผู้ประกอบการ และประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าร้อยละ 58 ของเจ้าของร้านอาหารเห็นประโยชน์จากร้านอาหารปลอดควันบุหรี่เพราะการเพิ่มจำนวนลูกค้า และร้อยละ 76 เห็นประโยชน์เพราะพนักงานในร้านจะปลอดภัยจากควันบุหรี่ และติดตามผลในรอบ 1 ปีของการประกาศเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหาร โดยศึกษาในประชาชนและ พนักงานร้านอาหาร ในเขตกรุงเทพมหานคร เขตเทศบาลตามหัวเมืองใหญ่ 4 จังหวัด ได้แก่ พระนครศรีอยุธยา เชียงใหม่ นครราชสีมา สงขลา พบว่าในประเด็นความมั่นใจต่อมาตรการ ห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร จะสามารถบังคับได้อย่างได้ผลมี ร้อยละ 53.6 และไม่มั่นใจ ร้อยละ 28.8 ซึ่งผู้ที่ตอบไม่มั่นใจ ได้ให้เหตุผลว่า ลูกค้าไม่ให้ความร่วมมือ /ไม่ปฏิบัติตาม,ไม่ได้รับความร่วมมือจากทางร้าน/ ร้านอาหารไม่ปฏิบัติตาม, กฎหมายไม่ชัดเจน มาตรการไม่เด็ดขาด, เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานไม่จริงจังมีการเลือกปฏิบัติ ร้อยละ 23.4 ร้อยละ 22.8 ร้อยละ 17.1 ร้อยละ 16.3 ตามลำดับ

นิมนวล พรายน้ำและเดชา เจริญมิตร (2546) ได้ศึกษาเรื่องการสำรวจการรับรู้ ความพึงพอใจต่อ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๑๐ ในเขตเทศบาลจังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 350 รายส่วนใหญ่รับรู้การออกกฎหมายนี้ ร้อยละ 70.3 และผู้ดำเนินการร้อยละ 74 มีความพึงพอใจที่จะปฏิบัติตามกฎหมายนี้

จากการศึกษาของ พนา พวงมะลิ และนพพร ศรีผัด (2546) ในการศึกษาเรื่องการรับรู้และการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๔๕ ภายใต้อ.พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ ของสถานประกอบการร้านอาหารและภัตตาคารที่มีระบบปรับอากาศในพื้นที่เขต 10 โดยเป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประกอบการร้านอาหารและภัตตาคารที่มีระบบปรับอากาศในเขตอำเภอเมืองของ 6 จังหวัดในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน จำนวน 94 แห่งเก็บรวบรวมโดยใช้แบบสัมภาษณ์และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า สถานประกอบการร้านอาหารและภัตตาคารที่มีระบบปรับอากาศในพื้นที่เขต 10 มีการปฏิบัติในการจัดเขตปลอดบุหรี่ถูกต้อง ร้อยละ 68.1 มีความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ระดับมาก ร้อยละ 60.6 มีการรับรู้เกี่ยวกับประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๔๕ ระดับดี ร้อยละ 52.1 โดยพบว่าสถานภาพของผู้ประกอบการ ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ และการรับรู้เกี่ยวกับกระทรวงประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๔๕ ที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการจัดเขตปลอดบุหรี่ที่ถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนอกจากนั้นยังพบว่าความเข้าใจในรายละเอียดของกฎระเบียบข้อบังคับของกฎหมายอยู่ในเกณฑ์ต่ำ

ธีระ เบญจมโยธิน (2547) การศึกษาเรื่อง การประเมินผลการบังคับใช้กฎหมายยาสูบ จังหวัดสมุทรปราการ ปี 2547 ทำการสุ่มสังเกตสถานประกอบการ 5 กลุ่ม จำนวน 305 แห่ง พบว่า สถานประกอบการส่วนใหญ่ยังไม่มีการจัดสถานที่ที่เป็นเขตปลอดบุหรี่และเขตสูบบุหรี่ อย่างเหมาะสม

จากการศึกษาของสมศักดิ์ นาคกลิ่นกุล (2549) เรื่องการนำพ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.๒๕๓๕ ไปปฏิบัติในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ ซึ่งศึกษาในกลุ่มเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานและผู้ดำเนินการสถานที่สาธารณะ พบว่ามีการนำพ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.๒๕๓๕ ไปปฏิบัติในระดับต่ำและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตาม พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ ได้แก่ สถานภาพของผู้ดำเนินการ ประเภทของสถานที่ และระยะเวลาในการดำเนินการของสถานที่สาธารณะนั้น

จากการศึกษา เรื่อง Evaluation of the Thai Tobacco Control policy โดย นุปผา ศิริรัตน์ Philip Guest และคณะ (2008) ซึ่งติดตามผลกระทบของนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ และได้ทำการสำรวจ 2 รอบ (รอบที่ 1 ในปี ค.ศ.2005, รอบที่ 2 ในปี ค.ศ. 2006) พบว่า ประเด็นนโยบายของการห้ามสูบบุหรี่ในพื้นที่สาธารณะ เช่น โรงพยาบาล สถานที่ทำงาน ร้านอาหาร ได้รับการสนับสนุนที่เพิ่มขึ้น โดยการสำรวจรอบที่ 2 (wave 2) มีความคิดเห็นในประเด็นของร้านอาหารที่มีระบบปรับอากาศว่า ควรจัดร้านเป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมดร้อยละ 89.5 ซึ่งเพิ่มขึ้น จากการสำรวจครั้งที่ 1 ถึง ร้อยละ 15.5 ส่วนในร้านอาหารที่ไม่มีระบบปรับอากาศความคิดเห็นในการจัดร้านเป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมดเพิ่มขึ้น จากการสำรวจครั้งที่ 1 ร้อยละ 19 (รอบที่ 1 ร้อยละ 22.8, รอบที่ 2 ร้อยละ 41.8)

2. งานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาของ พิสิทธิ์ชัย ศรีบุญเรือง (2543) เรื่อง การใช้กฎหมายและเทศบัญญัติในการรักษาความสะอาดของบ้านเมือง ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ ซึ่งศึกษาจากเจ้าหน้าที่เทศบาลนครเชียงใหม่ พบว่าประเด็นของการสอบถามเรื่องการปฏิบัติตามกฎหมายและเทศบัญญัติของประชาชนด้านการรักษาความสะอาดของบ้านเมือง อยู่ระดับมาก แต่การปฏิบัติได้ทำด้วยความเกรงกลัวต่อกฎหมายมากกว่าการร่วมมือหรือการปฏิบัติที่เกิดจากจิตสำนึก และนอกจากนี้ยังพบว่าสภาพบังคับกฎหมายตามความเป็นจริงมีความยุ่งยากในทางปฏิบัติ

จากการศึกษาของ ร้อยตำรวจเอกจรูญ ไบยา (2548) ในเรื่อง ผลการบังคับใช้กฎหมายของตำรวจจราจรต่อการเคารพกฎจราจร กรณีศึกษาเทศบาลเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน ทำการศึกษาพฤติกรรมการบังคับใช้กฎหมายของเจ้าหน้าที่ตำรวจจราจร และการเคารพกฎจราจรของประชาชน

ซึ่งประเด็นของการบังคับใช้กฎหมายของเจ้าหน้าที่ตำรวจมีผลต่อการเคารพกฎจราจรของประชาชน ประเด็นของการปฏิบัติตามกฎหมายและการเคารพกฎจราจรของประชาชนพบว่ามีจำนวนน้อย

จากการศึกษาของ ฉัฐศาสตร์ โสภกา (2549) เรื่อง การปฏิบัติตามมาตรการด้านความปลอดภัยแรงงานในสถานประกอบการขนาดกลางและขนาดย่อมในจังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษากลุ่มลูกจ้างผู้ปฏิบัติงานและนายจ้างหรือผู้ประกอบการในสถานประกอบการขนาดกลางและขนาดย่อม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่านายจ้างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมปฏิบัติตามมาตรการคุ้มครองแรงงานและความปลอดภัยในการทำงานของกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมอยู่ระดับดีถึงดีมากและในด้านของลักษณะการปฏิบัติงานของลูกจ้างปฏิบัติตามมาตรการคุ้มครองแรงงานและความปลอดภัยแรงงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 79.6 ระดับพอใช้ ร้อยละ 19.7 และไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 0.8

จากการศึกษาของ อรวรรณ ดำรงค์ศิริ (2549) เรื่อง การปฏิบัติตามนโยบายการบริหารความปลอดภัยสมัยใหม่ด้านสิ่งแวดล้อมการทำงานของผู้ปฏิบัติงานเหมืองแม่เมาะ ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานเหมืองแม่เมาะ จังหวัดลำปาง พบว่ามีการปฏิบัติตามนโยบายการบริหารความปลอดภัยสมัยใหม่ด้านสิ่งแวดล้อมการทำงานอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 63 ระดับปานกลางร้อยละ 36.4 และระดับน้อย ร้อยละ 0.6 ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามนโยบายนี้คือ ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพการทำงาน และลักษณะงานที่ปฏิบัติ

กรอบแนวความคิดในการศึกษา

