



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเรื่องพัฒนาการและความต้องการพื้นฐานของแรงงานเด็ก
2. แนวคิด ระเบียบ ข้อบังคับ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องแรงงานเด็ก
3. สถิติการสังคมด้านสุขภาพอนามัย
4. การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ
5. ข้อมูลจังหวัดเชียงราย
6. การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเรื่องพัฒนาการและความต้องการพื้นฐานของแรงงานเด็ก

พัฒนาการของแรงงานเด็ก

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาสภาพและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในเด็กที่ทำงาน ที่มีอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ซึ่งจัดอยู่ในช่วงวัยรุ่นเป็นระยะที่มีพัฒนาการอย่างรวดเร็วมาก เพราะ เป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของการเปลี่ยนแปลงจากเด็กมาเป็นผู้ใหญ่

พัฒนาการด้านร่างกาย ⁽¹¹⁾

วัยรุ่นจะมีอัตราการเจริญเติบโตเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ได้แก่ ส่วนสูง น้ำหนัก ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การแตกหนุ่มแตกสาว

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มีดังนี้

1. เสียง เด็กชายเสียงแตกและแหบพร่ามากขึ้นโดยปกติเสียงจะเริ่มเปลี่ยนเมื่ออายุประมาณ 13-14 ปี และจะเริ่มแตกหัวเมื่ออายุ 16-18 ปี หลังจากอายุ 20 ปีไปแล้วเสียงจะนุ่มนวลขึ้น ส่วนเด็กหญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงของน้ำเสียงน้อยกว่าเด็กชาย

2. กล้ามเนื้อและกระดูก วัยรุ่นชาย ช่วงไหล่จะเริ่มกว้างและมีกล้ามเนื้อมากขึ้น นมจะใหญ่ขึ้นร่างกายจะเริ่มสูงอย่างรวดเร็วเมื่ออายุ 13-15 ปีและหยุดสูงเมื่ออายุ 18-20 ปี และมีกล้ามเนื้อเป็นมัดๆ เด็กหญิงจะเริ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่ออายุระหว่าง 12-16 ปี จะมีสะโพกผาย ทรวงอกขยายและเอวคอด

3. มีขนขึ้นตามร่างกาย วัยรุ่นชายจะมีหนวดเคราและขนขึ้น บริเวณอวัยวะเพศ รักแร้ และตามตัว ในวัยรุ่นหญิงขนที่อวัยวะเพศจะไม่เกิดขึ้นก่อนที่สะโพกและหน้าอกขยาย นอกจากนี้ขนรักแร้จะขึ้นหลังจากที่มีประจำเดือนครั้งแรก

4. การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะสืบพันธุ์ อวัยวะเพศของเด็กชายจะโตขึ้นเมื่ออายุ 11-12 ปี และจะมีขนาดเท่าผู้ใหญ่เมื่ออายุประมาณ 15 ปี เมื่อผู้ชายได้รับสิ่งกระตุ้น จะมีการหลั่งน้ำอสุจิซึ่งจะเกิดขึ้นในช่วงอายุ 12-13 ปี เพศหญิงส่วนมากเข้าสู่วัยรุ่นในช่วง 9-13 ปี ความสูงจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หัวนมเริ่มเจ็บเริ่มนูนขึ้น

พัฒนาการด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม

· แรงงานเด็กที่มีอายุอยู่ในช่วง 15-18 ปี ซึ่งวัยรุ่นจะมีจิตใจและอารมณ์ที่ไม่มั่นคง แปรปรวน อ่อนไหวง่าย และมักควบคุมอารมณ์ของตนเองไม่ค่อยได้ จนดูเป็นคนใจร้อน เอาแต่ใจตนเอง เมื่อรู้สึกอย่างไร ก็จะแสดงออกมาตรงๆ บางทีอาจจะวิตกกังวลเรื่องหน้าตาของตนเองเป็นอย่างมาก และชอบที่จะทำอะไรตามกลุ่มเพื่อน⁽¹¹⁾

พยอม วงศ์สารศรี (อ้างใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2530)⁽¹²⁾ อธิบายว่า อารมณ์ของวัยรุ่นนั้นเป็นอารมณ์ที่รุนแรง วัยนี้จึงถูกเรียกว่า พายุบุแคม ซึ่งหมายถึง การมีอารมณ์ที่รุนแรง เต็มไปด้วยความเชื่อมั่นในตนเอง

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2530)⁽¹²⁾ อธิบายว่า สังคมวัยรุ่นเป็นกลุ่มของเพื่อนร่วมวัย ประกอบด้วยเพื่อนทั้งสองเพศ การคบเพื่อนเป็นพฤติกรรมสังคมที่สำคัญยิ่งต่อจิตใจของวัยรุ่น แต่การคบเพื่อนก็มีทั้งคุณและโทษ เพื่อนอาจเป็นทั้งผู้ชี้แนะสิ่งที่มีประโยชน์ และอาจนำไปในทางที่ผิด เช่น เกเร ดิตยาเสพติด

ความต้องการ

คนทุกคนมีความต้องการต่างๆ และพยายามตอบสนองความต้องการของตน ได้มีผู้ให้ความหมายของ " ความต้องการ" ไว้ดังนี้

สุชา จันทรโสม (2529)⁽¹³⁾ กล่าวว่า ความต้องการเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต ความต้องการเกิดขึ้นเมื่อร่างกายขาดสมดุลย์ทำให้ร่างกายเกิดความเครียด ความไม่มีความสุข ดังนั้นร่างกายจึงต้องมีการกระทำเกิดขึ้น เพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพสมดุลย์

Henry Alexander Murray (อ้างใน เขียรศิริ วิวิธศิริ, 2527)⁽¹⁴⁾ กล่าวว่า ความต้องการเป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นและใช้แทนแรงผลักดัน ทำให้เกิดการกระทำ เกิดการรับรู้ ความต้องการนี้ในบางครั้งจะถูกกระตุ้นโดยตรงจากกระบวนการของสิ่งบางสิ่งภายในร่างกาย แต่บ่อยครั้งก็เกิดขึ้นจากแรงกดดันของสังคมแวดล้อมภายนอก ความต้องการนี้บางครั้งก็มีพลัง บางครั้งก็อ่อนแรงลง

Ernest Hilgard (อ้างใน ประสาท อัครปริดา)⁽¹⁵⁾ กล่าวว่า ความต้องการเป็นสภาวะทาง สรีรวิทยา ที่เกิดการสูญเสียหรือขาดหายไป ทำให้เกิดความไม่สมดุลยิ่งขึ้น

ทฤษฎีลำดับขั้นของความต้องการ (Maslow Hierarchy of Needs) ของ Maslow⁽¹⁶⁾ ซึ่งจัด ลำดับขั้นของความต้องการไว้ 5 ลำดับ โดยที่มนุษย์จะต้องได้รับการตอบสนองความต้องการในลำดับ แรกเสียก่อน จึงจะมีความต้องการในขั้นสูงขึ้นไปเป็นลำดับ ความต้องการทั้ง 5 ลำดับได้แก่

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological Needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานเพื่อให้ ดำรงชีวิตอยู่ได้ ความต้องการในระดับนี้เช่น ความต้องการออกซิเจน น้ำอาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม เป็นต้น

2. ความต้องการความมั่นคงหรือความปลอดภัย (Safety Needs) มนุษย์ทุกคนเผชิญกับความ ไม่แน่นอนในการดำรงชีวิต ความล้มเหลวในชีวิตมนุษย์อาจเกิดขึ้นได้ทุกขณะ มนุษย์จึงเกิดความ ต้องการความมั่นคงปลอดภัย

3. ความต้องการความรักและการมีส่วนร่วม (Belonging and Love Needs) มนุษย์เป็นสัตว์ สังคม ต้องมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น จะต้องเป็นสมาชิกของคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เช่น ครอบครัว กลุ่ม สังคมต่างๆ เป็นต้น มนุษย์ปรารถนาที่จะได้รับความรักและความเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดหรือผู้ที่รู้จัก คู่ั้นเคย

4. ความต้องการความยกย่องนับถือ (Esteem Needs) มนุษย์ทุกคนต้องการให้ผู้อื่นเอาใจใส่ เห็นความสำคัญของตน ยกย่องและให้เกียรติ

5. ความต้องการที่จะประสบผลตามความปรารถนาของตนเอง (Needs for Self Actualization) เป็นความต้องการขั้นสูงสุด เป็นความต้องการที่จะบรรลุถึงสิ่งที่ตนต้องการมากที่สุดในชีวิต

ความต้องการพื้นฐานของเด็ก

เด็กทุกคนต้องการได้รับการตอบสนองขั้นพื้นฐาน เพื่อให้การพัฒนาเป็นไปอย่างรอบด้าน สามารถใช้ชีวิตอย่างเป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคมได้ เด็กมีความต้องการพื้นฐานดังนี้

1. ความต้องการด้านสุขภาพอนามัยและความแข็งแรงของร่างกาย⁽¹⁷⁾

- 1.1 อาหารที่มีปริมาณและคุณภาพเหมาะสมพอเพียงสำหรับการดำรงชีวิตและการ เติบโตในระยะต่างๆ ได้แก่ 1) หญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ และให้นมบุตร 2) เด็ก 3) เยาวชน
- 1.2 การออกกำลังกายและพักผ่อนที่เหมาะสมกับวัยและความสามารถ
- 1.3 ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและไม่มียุง
- 1.4 การคุ้มครองในฐานะผู้บริโภค ปกป้องภัยอันตราย และการถูกเอาเปรียบ

1.5 บริการสุขภาพ ได้แก่

1.5.1 การตรวจสุขภาพและตรวจเลือดของคู่สมรส เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคในบุตร ได้แก่ โรคโลหิตจาง ตับอักเสบ บี หัดเยอรมัน กามโรค และโรคเอดส์

1.5.2 การวางแผนครอบครัว

1.5.3 การฝากครรภ์ การตรวจครรภ์ และการคลอดอย่างปลอดภัย

1.5.4 การฝึกระวังการเติบโต และแก้ไขเมื่อเริ่มผิดปกติ

1.5.5 การรับวัคซีนป้องกันและเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคจนครบชุด

1.5.6 การดูแลรักษาพยาบาลขั้นต้นที่มีประสิทธิภาพและทันการณ์เมื่อเจ็บป่วย ทั้งในระดับครอบครัว สถานบริการสาธารณสุข

1.5.7 การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเมื่อพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าผิดปกติ หรือมีความพิการ

2. ความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม⁽¹¹⁾

2.1 การพักผ่อนหย่อนใจ เด็กยังไม่เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่อย่างเต็มที่ จึงติดความเป็นเด็กที่ยังรักความสนุก รักที่จะเล่น มากกว่าที่จะทำงาน โดยเฉพาะจะมีความคลั่งไคล้ชื่นชมดารานักร้อง นักแสดง หรือนักกีฬาเป็นพิเศษ ส่วนในผู้ใหญ่กิจกรรมการพักผ่อนจะออกมาในรูปของกีฬาหรือการบันเทิง

2.2 ความต้องการความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่

2.3 ความต้องการการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ วัยรุ่นเป็นวัยที่ใฝ่รู้ มีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อยู่เสมอ โดยปกติวัยรุ่นทั่วไปที่ไม่ได้ทำงาน จะยังคงศึกษาเล่าเรียนวิชาต่างๆ จากครูอาจารย์ที่โรงเรียนอยู่

2.4 ความต้องการเป็นอิสระ วัยรุ่นเป็นช่วงที่กำลังเปลี่ยนแปลงจากเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ จะเริ่มมีความต้องการแบบผู้ใหญ่ คือ ต้องการที่จะเป็นตัวของตัวเอง ต้องการเป็นอิสระ ไม่ชอบให้ใครมาควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิด จู้จี้จุกจิก ก้าวก่าย

2.5 ความต้องการการยอมรับ วัยรุ่นต้องการให้ผู้อื่นที่อยู่รอบข้างยอมรับว่าเป็นคนสำคัญคนหนึ่ง มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม อยากให้สังคมยอมรับหรือชมเชย เพื่อแสดงให้สังคมได้รู้ว่าเขาได้พยายามทำดีที่สุดแล้ว

2.6 ความต้องการความยุติธรรมและความถูกต้อง วัยรุ่นเป็นวัยที่มีอุดมคติสูง ต้องการความยุติธรรม ความเสมอภาค และพร้อมจะต่อสู้เพื่อความถูกต้องในทุกรูปแบบ

3. ความต้องการด้านการศึกษา⁽¹¹⁾ ความต้องการพื้นฐานสำหรับเด็ก คือ การศึกษาภาคบังคับ ปัจจุบันคือ ประถมศึกษาปีที่ 6 แต่ในระยะอันใกล้นี้ การศึกษาขั้นต่ำของเด็กทุกคนควรจะต้องถึงมัธยมศึกษาปีที่ 3 ทั้งนี้เพื่อให้เด็กได้มีเวลาพอควรในการเตรียมตัวเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพและเพื่อป้องกันเด็กเข้าสู่ตลาดแรงงานก่อนอายุ 15 ปี เด็กทุกคนควรได้รับการศึกษาต่อเนื่องทั้งในระบบและนอกระบบเพื่อให้ได้

มาซึ่งข้อมูลข่าวสาร เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิต นอกจากนี้เด็กไม่ว่าจะอยู่ในสภาพใด ก็จะได้รับโอกาสทางการศึกษาในรูปแบบที่เหมาะสม

4. ความต้องการด้านวัฒนธรรม⁽¹⁷⁾ มีความหมายครอบคลุมถึงทุกสิ่งที่มีมนุษย์สร้างและสะสม เช่น ภาษา ประเพณี ระเบียบ ความเชื่อ ค่านิยม ความรู้ และเทคโนโลยีต่างๆ เด็กต้องได้รับการพัฒนาให้ซาบซึ้งในความงาม รู้จักรัก เข้าใจและอนุรักษ์มรดกและเอกลักษณ์ของชาติ ด้วยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านศิลปะ วัฒนธรรม ประเพณีและสิ่งแวดล้อม

5. ความต้องการด้านสิทธิหน้าที่พื้นฐานด้านการเมืองและการปกครอง⁽¹⁷⁾

5.1 เด็กพึงรู้สิทธิของตนเอง ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กของสหประชาชาติ

5.2 เด็กต้องมีความรู้พื้นฐานทางด้านการเมือง การปกครอง และมีหน้าที่พลเมือง ตามกฎหมาย กฎและระเบียบต่างๆ

5.3 เด็กต้องได้รับโอกาสในการรับรู้ การพิทักษ์สิทธิและการเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานต่างๆ ในสังคมจากภาครัฐ สถาบันสังคม องค์กรเอกชน พร้อมทั้งการมีตัวแทนในการพิทักษ์สิทธิ และผลประโยชน์ตามความเหมาะสม

แนวคิด ระเบียบ ข้อบังคับ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องแรงงานเด็ก

คำจำกัดความแรงงานเด็ก

การให้คำจำกัดความแรงงานเด็กนั้นมีหลากหลายความหมายขึ้นอยู่กับแง่มุมการศึกษาวิจัยและการทำงานด้านแรงงานเด็กของแต่ละองค์กรหรือหน่วยงาน ไม่ว่าจะเป็นองค์กรระหว่างประเทศ องค์กรเอกชน องค์กรรัฐ รวมทั้งผลงานทางวิชาการด้วย

เด็ก ตามกฎหมายว่าด้วยทะเบียนราษฎรและราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 คือ ผู้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ที่ใช้คำนำหน้าว่า เด็กชายหรือเด็กหญิง ส่วนบุคคลที่อายุ 15 ปี ใช้คำนำหน้าว่า นายหรือนางสาว

สหประชาชาติได้ให้คำจำกัดความของคำว่า เด็ก ไว้ในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก หมายถึง มนุษย์ทุกคนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี

เด็กตามพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลเยาวชนและครอบครัว และวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พ.ศ. 2534 หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกิน 7 ปีบริบูรณ์ แต่ไม่เกิน 14 ปีบริบูรณ์ และเยาวชน หมายถึง บุคคลอายุเกินกว่า 14 ปีบริบูรณ์ แต่ไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ(International Labour Organization)⁽¹⁸⁾ ให้คำนิยามแรงงานเด็กที่เป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีความสำคัญเป็นอันดับแรกในโครงการแม่บทเพื่อปฏิบัติการในประเทศว่า มีลักษณะดังนี้คือ อายุต่ำกว่า 15 ปี ทำงานที่มีสภาพเสี่ยงอันตราย ทำในสถานประกอบการที่ผิดกฎหมาย ถูกกักขัง ทำงานที่ถูกกดขี่ทารุณทั้งทางร่างกายและ/หรือทางเพศ ตามอนุสัญญาไอแอลโอ หมายเลข 138 ว่าด้วยอายุขั้นต่ำ ของการจ้างงานคือ 15 ปี และประเทศไทยได้ออกกฎหมายฉบับใหม่ตามอนุสัญญานี้คือ พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 19 สิงหาคม 2541 ดังนั้นการจ้างงานแรงงานเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี จึงเป็นการไม่สมควร ผิดกฎหมาย และควรขจัดให้หมดไป

แต่ในมุมมองขององค์กรพัฒนาด้านแรงงานเด็กกลับให้คำนิยาม แรงงานเด็ก ว่าหมายถึง ผู้ใช้แรงงานที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์เพื่อที่จะได้ครอบคลุมถึงเด็กอายุต่ำกว่า 13 ปีที่ถูกใช้แรงงานด้วย

กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม⁽¹⁹⁾ ได้ให้คำนิยามว่า แรงงานเด็ก หมายถึง เด็กที่ทำงานเพื่อแลกเปลี่ยนเป็นค่าจ้างซึ่งเป็นการทำงานพื้นฐานความสัมพันธ์แบบนายจ้าง-ลูกจ้าง(แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาแรงงานเด็ก พ.ศ. 2540-2544)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2541)⁽⁶⁾ ได้มีการสำรวจแรงงานเด็กและได้ให้คำนิยามไว้ดังนี้

1. เด็ก หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 13-14 ปี และเยาวชน หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี
2. ผู้มีงานทำ หมายถึง บุคคลที่อายุ 13 ปีขึ้นไป ซึ่งในสัปดาห์แห่งการสำรวจเป็นผู้ทำงานอย่างน้อย 1 ชั่วโมงโดยได้รับค่าจ้าง เงินเดือน ผลกำไร เงินปันผล หรือค่าตอบแทนในลักษณะอย่างอื่น สำหรับผลงานที่ทำ เป็นเงินสดหรือสิ่งของ
3. ไม่ได้ทำงาน แต่ยังมีหน้าที่การงาน ธุรกิจ ไร่ นาเกษตรของตนเอง ได้หยุดงานชั่วคราวเนื่องจากเจ็บป่วย หยุดพักผ่อน หรือเหตุผลอื่นๆ โดยไม่คำนึงว่าจะได้รับค่าจ้างในระหว่างที่ไม่ได้มาทำงานหรือไม่ก็ตาม
4. ทำงานอย่างน้อย 1 ชั่วโมง โดยไม่ได้รับค่าจ้างในธุรกิจ หรือไร่ นาเกษตรของหัวหน้าครัวเรือนหรือของสมาชิกในครัวเรือน

ในแผนพัฒนาเด็กและเยาวชน ในระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535-2539 สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี⁽²⁰⁾ ได้กล่าวถึง เด็กในภาวะยากลำบาก(Children in Especially Difficult Circumstances) หมายถึง กลุ่มเด็กที่ประสบกับปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือทางสังคมเป็นพิเศษอย่างมาก เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งสามารถจำแนกได้ดังนี้คือ

1. เด็กถูกละเมิดสิทธิเป็นกลุ่มที่ขาดโอกาสในการพัฒนาและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมในสถานภาพที่ด้อยกว่าเด็กโดยทั่วไป รวมทั้งถูกกระทำการในลักษณะของการละเมิดสิทธิที่เด็กควรพึงได้รับ โดยแบ่งเป็น

1.1 เด็กถูกทารุณ หมายถึง เด็กที่ถูกทำอันตรายหรือคุกคามต่อสุขภาพหรือสวัสดิภาพโดยบุคคลอื่น ด้วยการทำให้บาดเจ็บทั้งทางร่างกายและจิตใจ ด้วยการกระทำทารุณทางเพศ

1.2 แรงงานเด็ก หมายถึง เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ซึ่งทำงานโดยได้รับค่าตอบแทนในการทำงานหรือไม่ก็ตาม ในภาคเกษตรกรรม อุตสาหกรรมการผลิต พาณิชยกรรมและบริการ และงานขนส่ง

1.3 โสเภณีเด็ก หมายถึง เด็กทั้งหญิงและชายที่อายุ 15 ปี และต่ำกว่า ซึ่งประกอบอาชีพหารายได้จากกาให้บริการทางเพศ

1.4 เด็กถูกข่มขืน หมายถึง เด็กที่อายุ 15 ปี และต่ำกว่าที่ถูกกระทำอาชญากรรมที่กระตุ้นพฤติกรรมทางเพศ หรือมีแนวโน้มไปในเรื่องเพศ ซึ่งผู้กระทำนั้นกระทำอย่างบังคับ มีแนวชูเชิญต่อเด็ก เพื่อจะให้เด็กตอบสนองความต้องการทางเพศของตน โดยเด็กนั้นไม่ยินยอม

2. เด็กถูกปล่อยปละละเลย เป็นเด็กที่เสียเปรียบและขาดโอกาสที่จะได้รับการพัฒนาตามวัยตลอดจนเป็นกลุ่มเด็กที่สังคมมักไม่ค่อยให้ความสนใจ หรือเอาใจใส่ดูแลเท่าที่ควร โดยแบ่งเป็น

2.1 เด็กที่อยู่ในครอบครัวยากจนมาก

2.2 เด็กถูกทอดทิ้งและเด็กกำพร้า

2.3 เด็กเร่ร่อน

2.4 เด็กลูกกรรมกรก่อสร้าง

2.5 เด็กในสลัม

2.6 เด็กชนกลุ่มน้อย

3. เด็กประพฤตินไม่สมควร ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะของตัวเด็ก สภาพปัญหาทางครอบครัว รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางสังคม ซึ่งมีส่วนทำให้เด็กเหล่านี้มีการกระทำหรือความประพฤติที่ไม่ถูกต้องหรือเบี่ยงเบนจากหลักเกณฑ์ทางสังคม และอาจส่งผลให้เกิดเป็นปัญหาทางสังคมได้ ประกอบด้วย

3.1 เด็กติดยาเสพติดและสารระเหย

3.2 เด็กมั่วสุมในสถานบริการและสถานเริงรมย์

3.3 เด็กตั้งครรภ์นอกสมรส

4. เด็กพิการทางกายและสติปัญญา ได้แก่

4.1 เด็กที่มีความบกพร่องทางการเห็น

4.2 เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

4.3 เด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกาย

4.4 เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

สายสุรี จุติกุล (2542)⁽¹⁸⁾ ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับเด็กที่อยู่ในภาวะยากลำบากว่า หมายถึง กลุ่มเด็กต่างๆ ซึ่งมีปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจเข้ามาเกี่ยวข้องทำให้ไม่สามารถจะรับบริการขั้นพื้นฐานด้านสังคมทั้งหมดได้ หรือเป็นกลุ่มเด็กที่ถูกปล่อยปละละเลยในแผนปฏิบัติงานต่าง

จากคำจำกัดความของแรงงานเด็กจะเห็นได้ว่าการให้ความหมายที่หลากหลายไม่ว่าจะเป็นองค์กรระหว่างประเทศ องค์กรเอกชน องค์กรของรัฐ รวมทั้งผลงานวิชาการ อย่างไรก็ตามคำจำกัดความมีทิศทางเดียวกัน คือ มีเป้าหมายที่แรงงานเด็กที่อยู่ในกรอบกฎหมาย และแรงงานนอกระบบ รวมถึงเด็กที่ต้องทำงานในสภาพที่เสี่ยงและอาจเป็นอันตรายได้

ในการศึกษารัชนี แรงงานเด็ก หมายถึง ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ที่ทำงานหรือประกอบอาชีพและไม่ได้เรียนในระบบโรงเรียน

ระเบียบ ข้อบังคับ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องแรงงานเด็ก

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับระเบียบ ข้อบังคับ นโยบาย และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานเด็ก มีทั้งในระดับนานาชาติและระดับประเทศที่แสดงให้เห็นถึงความตระหนักในเรื่องปัญหาแรงงานเด็ก มีการแสดงเจตจำนง เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาแรงงานเด็กดังนี้

1. ระดับนานาชาติ

1.1 อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child, 1989)⁽²¹⁾ เป็นอนุสัญญาระหว่างประเทศซึ่งมีเจตนารมณ์ในการคุ้มครองเด็ก อนุสัญญานี้มีผลบังคับใช้ในปี พ.ศ. 2533 ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ทำให้การรับรองสนธิสัญญานี้ เมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2533 มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 26 เมษายน 2535

อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กนี้มีทั้งหมด 54 ข้อโดย 14 ข้อ เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกระบวนการที่จะทำให้เกิดการดำเนินงานตามพันธกรณีที่ระบุไว้ในสัญญา ส่วนอีก 40 ข้อมีสาระสำคัญเกี่ยวกับสิทธิพื้นฐานเด็ก 4 ประการคือ

1. สิทธิในการดำรงชีวิต (Right to life) หมายความว่า เด็กมีสิทธิติดตัวที่จะมีชีวิต และรัฐบาลไทยจะประกันอย่างเต็มที่ที่จะทำให้เด็กมีความอยู่รอด เช่น การดูแลเด็ก คุ้มครองเด็ก ความรับผิดชอบต่อเด็กการอยู่รอด การพัฒนาเด็ก การจดทะเบียนหลังเกิด การได้สัญชาติ การได้รับการเลี้ยงดูจากบิดามารดา ความสัมพันธ์ทางครอบครัว การไม่ถูกแยกจากบิดามารดา การติดต่อกับบิดามารดาในกรณีที่ถูกแยก การหยุดยั้งการโยกย้ายเด็ก การส่งเด็กคืนกลับจากต่างประเทศโดยมิชอบด้วยกฎหมาย

หลักประกันที่บิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตร สิทธิในการรับมาตรฐานการสาธารณสุข การลดการเสียชีวิต การช่วยเหลือทางการแพทย์ การดูแลสุขภาพพื้นฐาน การต่อสู้โรคร้ายและภาวะโภชนาการ การดูแลสุขภาพ มารดาทั้งก่อนและหลังคลอด การประกันสังคมเป็นต้น

2. สิทธิในการได้รับการปกป้องคุ้มครอง หมายความว่า เด็กมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครอง จากการแสวงหาผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ และจากการทำงานใดที่น่าจะเป็นการเสี่ยงต่อสุขภาพหรือ การพัฒนาทางร่างกาย สมอง จิตใจ ศิลธรรมและสังคมของเด็ก

ผู้ที่รับผิดชอบต่อเด็กมีความรับผิดชอบเบื้องต้นที่จะจัดหาสภาพความเป็นอยู่ที่เหมาะสมสำหรับ พัฒนาการของเด็ก ทั้งนี้ตามความสามารถและกำลังทางการเงินของบุคคลนั้น

เรื่องส่วนตัว ครอบครัว บ้าน หรือจุดหมายติดต่อสื่อสารของเด็กจะต้องไม่ถูกแทรกแซงโดยไม่ ถูกกฎหมาย

มาตรา 39 รัฐจะดำเนินมาตรการที่เหมาะสมที่จะส่งเสริมฟื้นฟูทั้งทางร่างกายและจิตใจ และการกลับคืนสู่สังคมของเด็กที่ได้รับเคราะห์จากการละเลยในรูปแบบใดๆ การแสวงหาผลประโยชน์ การ กระทำอันมิชอบ

3. สิทธิที่จะได้รับการพัฒนา มีสาระสำคัญดังนี้

มาตรา 28 เด็กมีสิทธิที่จะได้รับการศึกษา โดยรัฐจะต้องจัดการเรียนระดับประถมศึกษาเป็นแบบ ให้เปล่า ให้ข้อมูลข่าวสารทางการศึกษาและอาชีพให้เป็นที่แพร่หลายและเปิดกว้างแก่เด็กทุกคน ดำเนิน มาตรการเพื่อสนับสนุนการเข้าเรียนอย่างสม่ำเสมอ

มาตรา 31 เด็กมีสิทธิที่จะมีเวลาพักผ่อน เข้าร่วมกิจกรรมการเล่นทางันทนาการที่เหมาะสม ตามวัยของเด็ก มีส่วนร่วมอย่างเสรีในทางวัฒนธรรมและศิลปะ

มาตรา 39 รัฐจะดำเนินมาตรการที่เหมาะสมที่จะส่งเสริมฟื้นฟูทั้งทางร่างกายและจิตใจ และการกลับคืนสู่สังคมของเด็กที่ได้รับเคราะห์จากการละเลยในรูปแบบใดๆ การแสวงหาผลประโยชน์ การ กระทำอันมิชอบ

4. สิทธิในการมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาตนเอง ดังปรากฏอยู่ในมาตราข้างต้นแล้วเช่น มาตรา 28 และมาตรา 31 เป็นต้น

1.2 ปฏิญญาระดับโลกว่าด้วยความอยู่รอด การป้องกัน และการพัฒนาเด็ก พ.ศ. 2533 (World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children, 1990)⁽²²⁾ ซึ่งได้กำหนดให้ ประเทศที่ลงนามรับรองในปฏิญญานี้ ซึ่งประเทศไทยได้ลงนามเมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2534 ให้ดำเนินการ เพื่อการส่งเสริมและพัฒนาเด็กทุกคนตามข้อผูกพันซึ่งมีอยู่ด้วยกัน 10 ข้อ คือ

1.2.1 จะขยายและส่งเสริมการดำเนินการตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กอย่างกว้าง ขวางทั่วโลก

1.2.2 ส่งเสริมสุขภาพอนามัยเด็ก

- 1.2.3 ดำเนินการให้มีความเจริญเติบโตและพัฒนาการในวัยเด็กอย่างดีที่สุด
- 1.2.4 ส่งเสริมสถานภาพและให้ความปลอดภัยแก่สตรีในบทบาทของแม่
- 1.2.5 ส่งเสริมเคารพบทบาทของครอบครัว
- 1.2.6 ลดการไม่รู้หนังสือ
- 1.2.7 บรรเทาทุกข์เด็กในภาวะยากลำบาก
- 1.2.8 ปกป้องเด็กจากภัยพิบัติของสงคราม
- 1.2.9 พิทักษ์สิ่งแวดล้อมทุกระดับ เพื่อให้เด็กมีอนาคตที่ปลอดภัยและสุขสมบูรณ์
- 1.2.10 ขจัดความยากจนเพื่อสร้างความผาสุกแก่เด็ก

จากข้อมูลทั้งหมดทั้ง 10 ข้อดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีข้อมูลทั้งหมดอยู่ข้อหนึ่งคือ ข้อที่ 7 บรรเทาทุกข์เด็กในภาวะยากลำบาก ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการแสดงเจตนารมณ์ของประชาคมโลกต่อปัญหาของเด็กในภาวะยากลำบาก อันรวมถึงแรงงานเด็กด้วย

2. ระดับชาติ

2.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย⁽²³⁾

ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2534 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2538 ได้มีการกำหนด มาตราบางมาตราที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาเด็กและเยาวชนเอาไว้หลายมาตราด้วยกัน คือ

มาตรา 65 รัฐพึงส่งเสริมและบำรุงการศึกษาอบรม การฝึกอาชีพตามความเหมาะสมและความต้องการของประเทศ และพึงส่งเสริมให้เอกชนมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาอบรมทุกระดับตามที่กฎหมายบัญญัติ

การจัดระบบการศึกษาอบรมเป็นหน้าที่ของรัฐโดยเฉพาะสถานศึกษาทั้งปวงย่อมอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐ

การศึกษาอบรมภาคบังคับในสถานศึกษาของรัฐจะต้องจัดให้โดยไม่เก็บค่าเล่าเรียน และโดยทั่วถึงอย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาอบรมขั้นอุดมศึกษา รัฐพึงจัดให้สถานศึกษาดำเนินกิจการได้โดยอิสระภายในขอบเขตตามที่กฎหมายบัญญัติ

รัฐพึงช่วยเหลือผู้ยากไร้และด้อยโอกาสให้ได้รับทุนหรือปัจจัยต่างๆ ในการศึกษาอบรมและการฝึกอาชีพ

มาตรา 68 รัฐพึงสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาพลเมืองของชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กและเยาวชนให้เป็นผู้มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา คุณธรรม และจริยธรรม

มาตรา 89 ตี รัฐพึงส่งเสริมให้ประชากรวัยทำงานมีงานทำและพึงคุ้มครองแรงงาน โดยเฉพาะแรงงานเด็กและแรงงานหญิงกับจัดระบบแรงงานสัมพันธ์ รวมทั้งค่าตอบแทนแรงงานให้เป็นธรรม

2.2 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ⁽²³⁾

รัฐบาลได้เริ่มตระหนักถึงความสำคัญทางด้านประชากร กำลังคน และมืงานทำตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2515-2519 และในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520-2524 ในปี พ.ศ. 2522 โดยสหประชาชาติประกาศให้ปีดังกล่าวเป็นปีสากล ประเทศไทยได้ตื่นตัว ขานรับปีเด็กสากล ได้มีการกำหนดนโยบายและการวางแผนพัฒนาเกี่ยวกับเด็กและเยาวชนในระยะยาว เพื่อให้เด็กและเยาวชนมีการพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา จริยธรรม อารมณ์ และสังคม ผลจากการจัดทำแผนทำให้ทราบข้อมูลว่า เด็กอายุระหว่าง 12-14 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ในระบบโรงเรียน และขาดโอกาสทางการศึกษา แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2525-2529 ซึ่งให้ความสนใจในสถานภาพของเด็กโดยทั่วไป ต่อมาแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2530-2534 เน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และคุณภาพชีวิตโดยเพิ่มความปลอดภัยในการทำงานขึ้นเป็นครั้งแรก ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535-2539 รัฐบาลพยายามจัดความยากจนอันเป็นสาเหตุของการใช้แรงงานเด็ก โดยการกระจายความ เจริญสู่ภูมิภาค ขยายโอกาสทางการศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบโรงเรียน แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 กำหนดให้ "คน" เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนา ประชากรกลุ่มเป้าหมายพิเศษ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาประชากรกลุ่มผู้ด้อยโอกาส เฉพาะอย่างยิ่งเด็ก ทั้ง ทางด้านสุขภาพ อนามัย จิตใจ สติปัญญา ความรู้ ความสามารถ ทักษะฝีมือ และการเข้าถึงบริการ ขั้นพื้นฐานต่างๆ ได้อย่างทั่วถึง รวมทั้งมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการพัฒนาครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่นของตนตามศักยภาพที่มีอยู่ ตลอดจนได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิต่างๆ ทั้งด้านกฎหมาย สิทธิมนุษยชน ฯลฯ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและศักดิ์ศรีในสังคม

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540 - 2544 (สำนักงานคณะกรรมการ ส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ, 2540)⁽²⁴⁾ ได้วางยุทธศาสตร์และแนวทางในการพัฒนาเด็กและ เยาวชน ให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย

1. แนวทางการพัฒนาสุขภาพกายและจิต
2. แนวทางการพัฒนาสติปัญญา ความรู้ ความสามารถ
3. แนวทางการปลูกฝังหลักธรรมทางศาสนา คุณธรรม จริยธรรม วัฒนธรรม และความเป็นไทย
4. แนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจยุคใหม่
5. แนวการสร้างจิตสำนึกและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
6. แนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมในชุมชนและการเมืองการปกครองระบอบประชาธิปไตย อันมี พระมหากษัตริย์เป็นประมุข

แนวทางการพัฒนาปัจจัยสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการพัฒนาเด็กและเยาวชน ประกอบด้วย

1. แนวทางการพัฒนาบทบาทของครอบครัวและชุมชน
2. แนวทางการพัฒนากฎหมาย กระบวนการยุติธรรมและสิทธิเด็ก
3. แนวทางการพัฒนาบทบาทของผู้นำทางความคิดในสถาบันสังคมให้สนับสนุนการพัฒนาเด็กและเยาวชน

2.3 นโยบายของรัฐบาล⁽²⁵⁾

รัฐบาลไทยทุกสมัยได้สานต่อเจตจำนงทางการเมืองในอันที่จะขจัดปัญหาการใช้แรงงานเด็ก ดังนี้

มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 14 มิถุนายน 2531 กำหนดนโยบายและมาตรการในการแก้ไขปัญหาระงงานเด็ก ในรูปของมาตรการต่างๆ ทั้งระยะสั้นและระยะยาวไว้ 27 มาตรการ และส่วนราชการต่างๆ ได้นำไปแปลงสู่แผนปฏิบัติการ

นโยบายของรัฐบาลนายกรัฐมนตรี (นาย อานันท์ ปันยารชุน) ได้แถลงในการประชุมระดับภูมิภาคแห่งเอเชีย ครั้งที่ 11 เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2534 ซึ่งได้ยืนยันอย่างหนักแน่นว่า "สถานที่ของเด็ก คือ โรงเรียน มิใช่โรงงาน"

นโยบายของรัฐบาลนายกรัฐมนตรี (นาย ชวน หลีกภัย) ได้แถลงนโยบายต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2535 ว่า "สนับสนุนสถาบันครอบครัว หน่วยงานภาครัฐและเอกชน สถาบันศาสนา และสื่อสารมวลชนให้มีส่วนร่วมในการป้องกันแก้ไขปัญหาและพัฒนาเด็กและเยาวชนโดยเฉพาะปัญหาเด็กจรจัด แรงงานเด็ก โสเภณีเด็ก และการมัวเมาหรือมีค่านิยมที่ผิดในสิ่งอบายมุข "

นอกจากนั้นรัฐบาลชุดนี้ยังได้ประกาศเมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน 2535 ว่าจะดำเนินการแก้ไขปัญหาระงงานเด็ก และให้ดำเนินการไม่ให้มีการใช้แรงงานเด็กอย่างไม่เป็นธรรม

นโยบายเยาวชนแห่งชาติ ฉบับปี 2537 ในสมัยรัฐบาลชุดนาย ชวน หลีกภัย ในข้อ 8 ระบุว่า ให้การสงเคราะห์ ฟื้นฟู พัฒนาและพิทักษ์สิทธิแก่เด็กในสภาวะยากลำบากทุกกลุ่ม ซึ่งไว้หรือเสมือนไว้ความสามารถให้สามารถเป็นที่พึ่งของตนเองได้เป็นพลเมืองดี ให้การอบรมสงเคราะห์และเกื้อกูลในสิ่งที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตแก่เยาวชนที่ขาดแคลน คุ้มครองการใช้แรงงานเด็กและเยาวชนสตรี ทั้งในชุมชน เมือง ชนบท และชายแดน ให้บังเกิดผลอย่างจริงจัง

นโยบายของรัฐบาลนายกรัฐมนตรี (นาย บรรหาร ศิลปอาชา) ได้แถลงต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2538 โดยมีเจตนารมย์ที่จะขจัดปัญหาการใช้แรงงานเด็ก และให้การคุ้มครองป้องกัน เพื่อให้ได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสมและเป็นธรรม ส่งเสริมและพัฒนาเด็กด้วยการขยายโอกาสทางการศึกษา และขยายการศึกษาภาคบังคับบรมทั้งมุ่งมั่นที่จะขจัดปัญหาความยากจนและลดช่องว่างในการกระจายรายได้ อันเป็นผลจากการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ไม่สมดุล โดยการส่งเสริมการเร่งรัดกระจายรายได้ และความเจริญสู่ภูมิภาค อันจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ทัดเทียมกันอย่างทั่วถึง

ในโอกาสวันขึ้นปีใหม่พุทธศักราช พ.ศ. 2539 นายกรัฐมนตรี (นาย บรรหาร ศิลปอาชา) ได้ย้ำจุดยืนดังกล่าวที่จะขจัดปัญหาการใช้แรงงานเด็กและโสเภณีเด็กอย่างจริงจัง ตลอดจนการให้น้ำหนักในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นพิเศษโดยเฉพาะเด็ก สตรี คนชรา หรือคนพิการ รวมทั้งเน้นการปลูกฝังในเรื่องศีลธรรมแก่เยาวชนของชาติเพื่อให้เป็นทั้งคนเก่งและคนดี หรือมีความรู้คู่คุณธรรม

นโยบายของรัฐบาลนายกรัฐมนตรี (พล.อ. ชวลิต ยงใจยุทธ) ได้แถลงต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2539 โดยระบุชัดเจนในนโยบายด้านแรงงานและสวัสดิการสังคมที่จะเร่งดำเนินการทั้งมาตรการป้องกันและปราบปรามเพื่อแก้ไขปัญหาการใช้แรงงานเด็ก นอกจากนี้ยังส่งเสริมและสนับสนุนให้เด็กและเยาวชนทุกคนได้รับการศึกษาต่อเนื่อง 12 ปี เพื่อลดปัญหาการเข้าสู่ตลาดแรงงานก่อนวัยอันควร ตลอดจนการรณรงค์แก้ไขปัญหามลพิษในครอบครัว เพื่อขจัดปัญหาการกระทำทารุณเด็กและการละเมิดต่อเด็ก

นโยบายของรัฐบาลนายกรัฐมนตรี (พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี) ที่แถลงต่อรัฐบาลเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2544 ในส่วนของแรงงานหญิงและแรงงานเด็กดังนี้ ส่งเสริมด้านการประกันสังคม ขยายขอบข่ายการให้สวัสดิการด้านแรงงาน เพื่อให้มีการคุ้มครองแรงงานทั้งในระบบและนอกระบบอย่างเหมาะสม และให้มีระบบคุ้มครองสุขภาพ ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความคุ้มครองแรงงานเด็กและสตรี

กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ได้ดำเนินการตามแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาแรงงานเด็ก⁽¹⁹⁾ ดังนี้

1. ด้านการป้องกัน มีการดำเนินการที่สำคัญ 2 กิจกรรมดังนี้

1.1 การป้องกันและแก้ไขปัญหาแรงงานเด็ก ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1.1.1 การประชุมสัมมนาอาสาสมัครแรงงานประจำหมู่บ้านขึ้นเพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กได้เข้าสู่ตลาดแรงงานอย่างมีทิศทาง มีความรู้และความเข้าใจในสิทธิและหน้าที่ตามกฎหมายแรงงาน

1.1.2 การอบรมเตรียมความพร้อมในการทำงานให้แก่เด็กก่อนเข้าสู่ตลาดแรงงาน ที่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และไม่ได้เรียนต่อในด้านวิชาชีพให้มีทักษะฝีมือพร้อมที่จะเข้ามาทำงาน

1.1.3 การประสานการฝึกอบรมทักษะวิชาชีพและทักษะฝีมือ เป็นกิจกรรมส่งเสริมเด็กอายุ 15-17 ปีที่ไม่ได้เรียนต่อ ให้มีโอกาสในการเข้ารับการฝึกอาชีพ

1.2 การเผยแพร่ความรู้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาแรงงานเด็ก โดยการประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องกฎหมายแรงงาน สิทธิเด็ก การบริการที่หน่วยงานของรัฐและเอกชนต่าง ๆ ที่จัดให้เด็กทั้งทางด้านการศึกษา การพัฒนาทักษะฝีมือ การส่งเสริมสุขภาพ การประชาสัมพันธ์โดยผ่านทางวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และรถบริการเคลื่อนที่ รวมถึงการจัดแนวคำสอน เรื่องแรงงานเด็ก เพื่อให้กระทรวงศึกษาธิการนำไปเป็นหลักสูตรสอนเด็กในโรงเรียน

2. ด้านการคุ้มครอง มีการดำเนินการดังนี้

2.1 การออกพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 19 สิงหาคม 2541 ได้มีการปรับปรุงในสาระสำคัญของกฎหมายและข้อบังคับต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองการใช้แรงงานเด็กโดยเฉพาะหลายประเด็น เพื่อให้แรงงานเด็กได้รับสิทธิประโยชน์และการคุ้มครองเพิ่มขึ้นและเพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล

2.2 เจริญการตรวจการใช้แรงงานเด็ก เป็นการดูแลแรงงานเด็กให้ได้รับสิทธิประโยชน์ตามที่กฎหมายกำหนด ซึ่งวิธีการตรวจแรงงานจะเน้นผลสัมฤทธิ์โดยการตรวจ กำกับ นายจ้างที่มีการใช้แรงงานเด็กให้ปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมาย รวมทั้งให้คำแนะนำความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตามข้อกำหนด

2.3 มีบริการโทรศัพท์สายด่วนเพื่อรับแจ้งเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการใช้แรงงานเด็กอย่างไม่เป็นธรรม หมายเลข 1546 และตู้ ปณ. 47 ดินแดง กรุงเทพฯ 10407 นอกจากนั้นมีชุดเฉพาะกิจช่วยเหลือแรงงานหญิงและเด็กดำเนินการให้ความช่วยเหลือกรณีเร่งด่วนที่มีการร้องเรียน

3. ด้านการส่งเสริมพัฒนาเด็ก เพื่อสร้างโอกาสและทางเลือกให้แก่แรงงานเด็กให้ได้รับการศึกษาพื้นฐานสายสามัญสูงขึ้นและได้รับเพิ่มพูนความรู้และทักษะฝีมือในการทำงานและอาชีพ รวมทั้งส่งเสริมพัฒนาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมแก่แรงงานเด็กกิจกรรมสำคัญได้แก่

3.1 ส่งเสริมการศึกษาสายสามัญให้แก่แรงงานเด็ก ซึ่งส่วนใหญ่มีความรู้ระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ได้รับความรู้สูงขึ้นถึงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ทำให้เด็กเหล่านี้มีพื้นฐานความรู้ทางวิชาการอันจะนำไปสู่กระบวนการปลูกฝังการเรียนรู้ตลอดชีวิต รวมทั้งสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้พัฒนาการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.2 ส่งเสริมการศึกษาสายอาชีพ ให้แรงงานเด็กฝึกอาชีพเพิ่มทักษะในการทำงาน

3.3 จัดตรวจสุขภาพให้แก่แรงงานเด็ก เพื่อให้เด็กได้ทราบปัญหาสุขภาพอนามัยเบื้องต้น สามารถดูแลป้องกันตนเองจากอาการเจ็บป่วย ทำให้มีพื้นฐานสุขภาพอนามัยที่ดี

3.4 จัดทัศนศึกษาเป็นการนำแรงงานเด็กไปเยี่ยมชมสถานที่ต่างๆ เพื่อส่งเสริมความรู้และประสบการณ์ชีวิต รวมทั้งเพื่อให้มีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจ และคลายความเครียดจากการทำงาน

3.5 จัดค่ายพักแรมแก่แรงงานเด็ก เป็นการรวมกลุ่มแรงงานเด็กให้มีโอกาสมาพักอยู่รวมกันและเน้นกิจกรรมนันทนาการและกลุ่มสัมพันธ์เป็นหลักโดยสอดแทรกความรู้เรื่องต่างๆ เช่น จริยธรรมในการทำงาน การสร้างวินัยในการทำงาน ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของยาเสพติด กฎหมายแรงงานสุขภาพอนามัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับแรงงานเด็กในการดำเนินชีวิตประจำวันและชีวิตการทำงาน

3.6 จัดงานฉลองวันเด็กแห่งชาติเพื่อให้ได้รับความรู้และความสนุกสนานเพลิดเพลิน

3.7 จัดทำโครงการศูนย์ความร่วมมือเพื่อการศึกษาแรงงานหญิงและเด็กในโรงงาน รมรณรงค์ให้นายจ้างมีบทบาทและเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาให้แก่ลูกจ้างหญิงและเด็กในสถานประกอบกิจการของตน โดยใช้สถานที่ในสถานประกอบกิจการและร่วมมือกับกรมการศึกษานอกโรงเรียน

สาระสำคัญของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานเด็ก⁽²⁶⁾

สาระสำคัญของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานเด็ก ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 มีดังต่อไปนี้

1. อายุขั้นต่ำของการจ้างงาน(มาตรา 44) อายุขั้นต่ำที่กฎหมายอนุญาตให้จ้างเด็กเข้าทำงานได้ คือ อายุ 15 ปี

2. การจ้างงานเด็กอายุเกิน 15 ปีแต่ไม่ถึง 18 ปี(มาตรา 45) หากนายจ้างจ้างแรงงานที่อายุ 15 ปีขึ้นไป แต่ไม่ถึง 18 ปีต้องปฏิบัติดังนี้

2.1 แจ้งการจ้างต่อพนักงานตรวจแรงงานภายใน 15 วัน นับตั้งแต่วันที่เด็กเข้าทำงาน

2.2 จัดบันทึกสภาพการจ้างงาน กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมไว้ที่สถานประกอบการ พร้อมให้ตรวจได้ในเวลาทำการ

2.3 หากแรงงานลาออกให้แจ้งการสิ้นสุดการจ้างต่อพนักงานตรวจแรงงานภายใน 7 วัน นับตั้งแต่วันที่เด็กออกจากงาน

3. งานที่ไม่อนุญาตให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ทำ มีดังต่อไปนี้ (มาตรา 49)

3.1 งานหลอม งานเป่า หล่อ หรืองานรีดโลหะ

3.2 งานปี้โลหะ

3.3 งานเกี่ยวกับความร้อน ความเย็น ความสั่นสะเทือน เสียง และแสงที่มีระดับแตกต่างจากปกติอันอาจเป็นอันตราย ดังต่อไปนี้

- 3.3.1 งานซึ่งทำในที่ที่มีอุณหภูมิในสภาพแวดล้อมการทำงานสูงกว่า 45 องศาเซลเซียส
- 3.3.2 งานซึ่งทำในห้องเย็นในอุตสาหกรรมผลิต หรือการถนอมอาหาร โดยการทำเยือกแข็ง
- 3.3.3 งานที่ใช้เครื่องเจาะ กระแทก
- 3.3.4 งานที่มีระดับเสียงที่ลูกจ้างได้รับติดต่อกันเกิน 85เดซิเบลในการทำงานวันละ 8 ชั่วโมง
- 3.4 งานที่เกี่ยวกับสารเคมีที่เป็นอันตราย ดังนี้
 - 3.4.1 งานผลิตหรือขนส่งสารก่อมะเร็งตามรายชื่อในบัญชีท้ายกฎกระทรวงฉบับที่ 6 พ.ศ. 2541
 - 3.4.2 งานที่เกี่ยวข้องกับสารไซยาไนด์
- 3.5 งานเกี่ยวกับจุลชีพที่เป็นพิษ ซึ่งอาจเป็นเชื้อไวรัส แบคทีเรีย รา หรือ เชื้ออื่นๆ ดังต่อไปนี้
 - 3.5.1 งานที่ทำในห้องปฏิบัติการชั้นสูตรโรค
 - 3.5.2 งานดูแลผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ
 - 3.5.3 งานทำความสะอาดเครื่องใช้ และเครื่องนุ่งห่มผู้ป่วยในสถานพยาบาล
 - 3.5.4 งานเก็บ ขน กำจัด มูลฝอย หรือสิ่งปฏิกูลในสถานพยาบาล
- 3.6 งานเกี่ยวกับวัตถุมีพิษ วัตถุระเบิด หรือวัตถุไวไฟ เว้นแต่ในงานในสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง ดังนี้
 - 3.6.1 งานผลิตหรือขนส่งพลุ ดอกไม้ไฟ หรือวัตถุระเบิดอื่นๆ
 - 3.6.2 งานสำรวจ ขุดเจาะ กลั่น บรรจุ หรือขนถ่ายน้ำมันเชื้อเพลิง หรือก๊าซ เว้นแต่ในงานในสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง
- 3.7 งานขับหรือบังคับรถยก หรือปั้นจั่นที่ใช้พลังงานเครื่องยนต์หรือไฟฟ้า ไม่ว่าจะการขับหรือบังคับจะกระทำในลักษณะใด
- 3.8 งานใช้เลื่อนเดินด้วยพลังงานไฟฟ้า หรือเครื่องยนต์
- 3.9 งานที่ต้องทำได้ดิน ใต้น้ำ ในถ้ำ อุโมงค์ หรือปล่องในภูเขา
- 3.10 งานเกี่ยวกับกัมมันตภาพรังสีทุกชนิด
- 3.11 งานทำความสะอาดเครื่องจักร หรือเครื่องยนต์ขณะที่เครื่องจักร หรือเครื่องยนต์กำลังทำงาน
- 3.12 งานที่ต้องทำบนนั่งร้านที่สูงกว่าพื้นดิน ตั้งแต่ 10 เมตรขึ้นไป
- 3.13 งานอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

4. ห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีทำงานในสถานที่ดังต่อไปนี้ (มาตรา 50)
 - 4.1 โรงฆ่าสัตว์
 - 4.2 สถานที่เล่นการพนัน
 - 4.3 สถานที่เดินรำ รำวง หรือ ร้องเงิง
 - 4.4 สถานที่ที่มีอาหาร สุรา น้ำชา หรือเครื่องดื่มอย่างอื่นจำหน่ายและบริการโดยมีผู้บ่าวหรือผู้รับพรณินบติลูกค้า หรือโดยมีที่สำหรับพักผ่อนหลับนอนหรือมีบริการนวดให้ลูกค้า
 - 4.5 สถานที่อื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง
5. เวลาทำงาน - เวลาพัก
 - 5.1 แรงงานเด็กต้องมีเวลาพักวันหนึ่งไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง ติดต่อกันหลังจากทำงานมาแล้วไม่เกิน 4 ชั่วโมง แต่ในสี่ชั่วโมงนั้น ต้องมีเวลาพักตามที่นายจ้างกำหนด (มาตรา 46)
 - 5.2 ห้ามนายจ้างใช้แรงงานเด็กทำงานระหว่างเวลา 22.00 - 06.00 น. เว้นแต่จะได้รับอนุญาตเป็นหนังสือจากอธิบดี หรือผู้ซึ่งอธิบดีมอบหมาย (มาตรา 47)
 - 5.3 เด็กซึ่งแสดงภาพยนตร์ ละคร หรือการแสดงอย่างอื่นที่คล้ายคลึงกันอาจทำงานในเวลา 22.00 - 06.00 น.ได้ แต่นายจ้างต้องจัดให้ได้พักผ่อนตามสมควร
 - 5.4 ห้ามนายจ้างใช้แรงงานเด็กทำงานล่วงเวลา หรือทำงานในวันหยุด (มาตรา 48)
6. การคำนวณค่าจ้าง (มาตรา 19)

ในการคำนวณค่าจ้าง ให้นายจ้างนับวันหยุด วันลา วันที่นายจ้างอนุญาตให้หยุดงาน เพื่อประโยชน์ของลูกจ้าง และวันที่นายจ้างสั่งให้ลูกจ้างหยุดงาน เพื่อประโยชน์ของนายจ้าง รวมเป็นระยะเวลาการทำงานด้วย
7. การจ่ายค่าจ้าง
 - 7.1 ห้ามนายจ้างจ่ายค่าจ้างของลูกจ้าง ซึ่งเป็นเด็กแก่ผู้อื่น (มาตรา 51)
 - 7.2 ห้ามนายจ้างนำเงินหรือผลประโยชน์ตอบแทนใดๆ ที่ให้แก่บิดามารดาของเด็กเป็นการล่วงหน้าหักจากค่าจ้างของเด็ก (มาตรา 51)
 - 7.3 ห้ามนายจ้างเรียกเงินประกันใดๆ จากลูกจ้างที่เป็นเด็ก
8. การพัฒนาแรงงานเด็ก (มาตรา 52)

เด็กมีสิทธิลาเข้าประชุม สัมมนา ฝึกอบรม ฝึกงาน หรือลาเพื่อการศึกษา ซึ่งจัดโดยหน่วยงานที่อธิบดีเห็นชอบ โดยได้รับค่าจ้างตลอดระยะเวลาที่ลาปีละไม่เกิน 30 วัน
9. การล่องเกินทางเพศ (มาตรา 16)

ห้ามนายจ้าง หัวหน้างาน ผู้ควบคุมงาน ผู้ตรวจงาน กระทำการล่องเกินทางเพศต่อแรงงานหญิงหรือเด็ก

10. บทกำหนดโทษ

10.1 นายจ้างที่ฝ่าฝืนมาตรา 46-51 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 144) หากการฝ่าฝืน มาตรา 47-50 เป็นเหตุให้ลูกจ้างได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจหรือถึงแก่ความตาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 200,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 144 วรรคสอง)

10.2 นายจ้างที่ฝ่าฝืนมาตรา 45 ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท
(มาตรา 146)

10.3 นายจ้างที่ฝ่าฝืนมาตรา 16 ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท
(มาตรา 147)

10.4 นายจ้างที่ฝ่าฝืนมาตรา 44 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 200,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 148)

10.5 นายจ้างที่ฝ่าฝืนมาตรา 52 ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 10,000 บาท
(มาตรา 149)

สถานภาพของแรงงานเด็ก

สมปราชญ์ จอมเทศ (2516)⁽²⁷⁾ ได้ให้ความหมายสถานภาพของบุคคล คือ ความสามารถในด้านต่างๆ ตลอดจนตำแหน่งหน้าที่ สภาพการทำงาน ค่าจ้าง หรือเงินเดือนที่ได้รับ ตลอดจนอายุ และประสบการณ์การทำงาน

ฉันทนา บรรพศิริโชติ (2535)⁽²⁸⁾ ได้ศึกษาสถานภาพและนโยบายเกี่ยวกับเด็กและเยาวชนผู้ด้อยโอกาส : เด็กทำงาน สถานภาพของเด็กทำงาน ได้แก่

1. ประเภทของงาน คือ 1) งานในภาคเกษตรกรรมเช่น งานเพาะปลูก เลี้ยงสัตว์ 2) งานนอกภาคเกษตรกรรม เช่น งานในโรงงาน งานพาณิชยกรรม การค้า และบริการ

2. ลักษณะงานของแรงงานเด็กที่มีความสำคัญ คือ 1) ความเกี่ยวข้องกับงานอันตราย และความปลอดภัยในการทำงาน 2) โอกาสในการเสริมสร้างทักษะ

3. ชั่วโมงการทำงาน คือ 1) จำนวนชั่วโมงที่ทำงานจริงทั้งหมด/วัน 2) ช่วงเวลาที่ทำงาน
3) วันหยุด

4. สภาพแวดล้อมในการทำงาน

5. รายได้และสวัสดิการ คือ 1) รายได้ของแรงงานเด็ก 2) สวัสดิการเรื่องที่พัก 3) สวัสดิการเรื่องอาหาร 4) สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2541)⁽⁶⁾ ได้แบ่งสถานภาพการทำงานออกเป็น 5 ประเภท คือ

1. นายจ้าง หมายถึง ผู้ประกอบธุรกิจที่ตนเองเป็นเจ้าของ เพื่อผลกำไรหรือส่วนแบ่ง และได้มีการจ้างบุคคลตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปมาช่วยทำงานในฐานะลูกจ้าง
2. ผู้ทำงานส่วนตัว ผู้ประกอบธุรกิจของตน หรือได้ดำเนินการร่วมกับผู้อื่นในรูปของห้างหุ้นส่วน โดยหวังผลกำไร หรือส่วนแบ่ง และไม่ได้จ้างบุคคลอื่น ๆ มาทำงานในฐานะลูกจ้าง
3. ผู้ทำงานให้แก่ธุรกิจครอบครัวโดยไม่ได้รับค่าจ้าง โดยไม่ได้รับค่าจ้าง หมายถึง ผู้ซึ่งทำงาน โดยไม่ได้รับค่าจ้างในไร่นาเกษตร หรือในธุรกิจของหัวหน้าครอบครัว หรือสมาชิกในครัวเรือน
4. ลูกจ้างเอกชนผู้ทำงานโดยได้รับค่าจ้างในสถานธุรกิจซึ่งไม่ใช่หน่วยราชการหรือรัฐวิสาหกิจ และมีนายจ้างเป็นเจ้าของกิจการหรือผู้ดำเนินการ
5. ลูกจ้างรัฐบาล ผู้ซึ่งทำงานในหน่วยราชการหรือรัฐวิสาหกิจ โดยได้รับค่าจ้าง

สรุปได้ว่า สถานภาพการทำงาน หมายถึง ประเภทของงาน ลักษณะของงาน ชั่วโมงการทำงาน และระยะเวลาพัก สภาพแวดล้อมของที่ทำงาน รายได้และสวัสดิการต่างๆ อายุการทำงาน และประสบการณ์การทำงาน

สวัสดิการสังคมด้านสุขภาพอนามัย

สิทธิของคนไทยเกี่ยวกับการสาธารณสุข⁽²⁹⁾

นับตั้งแต่ประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขจากแบบพื้นบ้านมาสู่ระบบสาธารณสุขสมัยใหม่แบบตะวันตก รัฐได้คำนึงถึงสวัสดิภาพของประชาชนด้วยในขณะเดียวกันดังที่ได้มีการออกกฎหมายควบคุมวิชาชีพฉบับแรก คือ พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 โดยมีวัตถุประสงค์ของกฎหมายฉบับนี้ ปรากฏในคำปรารภที่ว่า "... โดยที่การประกอบโรคศิลปะ ย่อมมีสิทธิผลอันสำคัญแก่สวัสดิภาพของประชาชน ..."

พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 นี้ได้บังคับใช้จนถึงปี พ.ศ. 2479 ก็ถูกยกเลิกไปโดยพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 และหลังจากได้มีการเปลี่ยนแปลงการปกครองในประเทศในปี พ.ศ. 2475 แล้วรัฐธรรมนูญหลายฉบับได้กำหนดเป็นแนวนโยบายแห่งรัฐเกี่ยวกับการสาธารณสุข รัฐธรรมนูญปี พ.ศ. 2521 ยังได้กำหนดแนวนโยบายเพิ่มเติมว่า รัฐพึงให้การรักษาพยาบาลแก่ประชาชนผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า

ต่อมาเมื่อมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญปี พ.ศ. 2534 ซึ่งได้แก้ไขเพิ่มเติมในปี พ.ศ. 2538 รัฐธรรมนูญฉบับนี้ ยังได้กำหนดแนวทางขึ้นใหม่โดยถือว่าเรื่องการบริหารทางด้านสาธารณสุขนั้น นอกจากจะเป็นเรื่องของรัฐพึงต้องปฏิบัติแล้วยังถือว่าเป็นสิทธิของประชาชนที่จะได้รับบริการในส่วนนี้ ดังปรากฏในบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญที่บัญญัติไว้ดังนี้

หมวดที่ 3 สิทธิและเสรีภาพ

มาตรา 41 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

หมวดที่ 5 แผนนโยบายแห่งรัฐ

มาตรา 89 จัตวา รัฐพึงส่งเสริมการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานโดยทั่วถึง และพึงให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า และพึงส่งเสริมให้เอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐจะต้องกระทำให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า และทันต่อเหตุการณ์

สิทธิ 10 ประการของคนไทยด้านสุขภาพ⁽²⁹⁾

1. สิทธิในการเกิดมาเป็นคนปกติไม่พิการหรือเป็นพาหะนำโรค

ควรมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการคือ

1.1 การปราศจากโรคที่ถ่ายทอดได้ทางกรรมพันธุ์ (hereditary diseases)

1.2 การปลอดจากการติดเชื้อโรคในระหว่างที่อยู่ในครรภ์มารดา

1.3 การปลอดภัยจากสารเคมีในนาชนิดที่จะเป็นอันตรายต่อพัฒนาการในระหว่างที่อยู่ในครรภ์มารดา ไม่ว่าจะเกิดจากอาหารหรือยาที่แม่กินเข้าไป หรือแม้กระทั่งอากาศที่หายใจ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่ร่างกายของแม่ต้องสัมผัส

1.4 การได้มีโอกาสเจริญเติบโตในครรภ์มารดาตามจังหวะเวลา โดยไม่หยุดชะงัก อันเนื่องมาจากการขาดอาหารหรือโรคแทรกซ้อนแห่งภาวะการตั้งครรภ์ หรือถูกทำให้ตายโดยไม่มีเหตุผลที่เพียงพอ

2. สิทธิในการได้กินนมแม่

3. สิทธิในการได้รับอาหารอย่างดีและเพียงพอ

3.1 ได้รับอาหารที่เหมาะสมอย่างเพียงพอ

3.2 ไม่ขาดสารอาหารที่จำเป็น เช่น สารไอโอดีนและธาตุเหล็ก

3.3 ไม่บริโภคเกินพอดีจนเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

3.4 ไม่บริโภคอาหารที่ไม่สะอาดและปนเปื้อนด้วยสารพิษ

4. สิทธิในการได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจากรัฐที่ครบถ้วน มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่รัฐจัดให้ประชาชนไม่ได้มีความหมายเพียงการรักษาพยาบาล เมื่อยามเจ็บป่วยเท่านั้น แต่รวมถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ ที่คนปกติควรได้รับ เช่น การควบคุมป้องกันโรคติดต่อ และไม่ติดต่อ การให้บริการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆ เช่น การดำเนินงานโภชนาการ งานทันตสาธารณสุข การดูแลมารดา ก่อนคลอดและหลังคลอด การให้บริการแนะนำให้คำปรึกษา ก่อนแต่งงาน ฯลฯ การให้บริการด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อการคุ้มครองสุขภาพของคนทั่วไป การให้บริการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เป็นต้น บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจากรัฐที่คนไทยควรได้รับ ควรประกอบด้วย

4.1 ได้รับวัคซีนทุกชนิดที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ตลอดจนได้รับการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันจากรัฐ

4.2 ได้รับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพอย่างครบถ้วน ตลอดจนจัดสร้างสภาพแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะและเอื้ออำนวยต่อการมีพฤติกรรมอนามัยที่ดี การส่งเสริมสุขภาพในที่นี้มีความหมายกว้าง อาจกล่าวได้ว่าบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้ต่อสาธารณชน (health education and public information) การควบคุมป้องกันโรค (disease prevention and control) การคุ้มครองสุขภาพ (health protection) ตลอดจนการสร้างสภาพแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะและเอื้ออำนวยต่อการมีพฤติกรรมอนามัยที่ดี

4.3 ได้รับการคุ้มครองสุขภาพอย่างทั่วถึง ในการไปใช้บริการและการบริโภคอาหาร ยาและผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพครอบคลุม 3 ประเด็นหลัก คือ คุ้มครองด้านสุขภาพของสินค้าและบริการ ด้านความปลอดภัยของสินค้าและบริการ ด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับคุณภาพและราคาเพื่อประกอบการตัดสินใจ

4.4 ได้รับการประกันสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันจากรัฐ คนไทยทุกคนไม่ว่ายากดีมีจน อยู่ในชนบทที่ห่างไกล อยู่ตามสลัมในเมือง จะได้รับการคุ้มครอง สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข เมื่อเจ็บป่วยโดยที่ค่ารักษาพยาบาลไม่ใช่กำแพงขวางกั้นไม่ให้เข้าถึงบริการเมื่อจำเป็น

5. สิทธิในการได้อยู่อาศัยในครอบครัวที่เป็นสุข คนทุกคนเมื่อเกิดมาแล้วต้องอาศัยอยู่ในครอบครัวซึ่งเป็นสถานที่พักพิงแห่งแรกของมนุษยชาติจึงเป็นฐานที่สำคัญที่สุดของมนุษย์ในฐานะบุคคล อีกทั้งเป็นฐานของชุมชนสังคมและประเทศชาติ ครอบครัวไทยควรเป็นครอบครัวที่ประกอบด้วย

5.1 มีสมาชิก 3 รุ่น อยู่อาศัยรวมกัน ปู่ย่า หรือตายาย พ่อแม่ ลูกหรือหลาน

5.2 พ่อแม่มีการศึกษา (อย่างน้อยก็ต้องอ่านออกเขียนได้) มีสัมมาอาชีพ มีรายได้ที่เลี้ยงครอบครัวได้อย่างดี ไม่มีหนี้สิน

5.3 คนในครอบครัวมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี รวมทั้งมีความผูกพันทางจิตวิญญาณ (spiritual binding) ในเหล่าเครือญาติ และชุมชน

5.4 ครอบครัวควรเป็นสถานที่ดูแลคนชราตามใจใช้ผู้ป่วย โรคทางกายของคนชราเป็นโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลหรือสถานสงเคราะห์คนชราไม่ใช่สถานที่ที่เหมาะสมในการดูแลหรือให้การรักษาพยาบาลคนชรา

5.5 ครอบครัวเป็นสถานที่พักผ่อนแห่งแรกของมนุษยชาติควรเป็นสถานที่พักผ่อนสุดท้ายของมนุษย์ด้วย หากเป็นไปได้คนไทยควรตายในครอบครัวของเขาท่ามกลางคนที่เขารักและคนที่รักเขา

6. สิทธิในการได้เรียนรู้และพัฒนาสติปัญญา

7. สิทธิในการได้ทำงานในสถานที่ทำงานที่ถูกสุขลักษณะและมีความปลอดภัย

7.1 มีนโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัย สุขภาพ และภาวะแวดล้อมในการทำงาน

7.2 มีการกำหนดสภาพการทำงาน และการควบคุมด้านสิ่งแวดล้อม

7.3 การจัดบริการสุขภาพแก่ผู้ประกอบการอาชีพ

8. สิทธิในการได้อาศัยในสิ่งแวดล้อมที่สะอาด ปลอดภัย และสงบสุข

9. สิทธิในการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและเหมาะสม การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีควรประกอบด้วย

9.1 ข้อมูลข่าวสารที่ช่วยส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

9.2 ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องครบถ้วนสำหรับผู้รับบริการหรือผู้ป่วย ข้อมูลข่าวสารในประเทศที่เจริญแล้ว จะพบว่ามีการกำหนดชัดเจนว่าผู้ป่วยจะต้องได้รับทราบข้อมูลทางการแพทย์เกี่ยวกับโรค การรักษา ผลการรักษา วิธีการรักษาแต่ละวิธี ความเสี่ยง ผลข้างเคียงที่ได้รับ ดังที่กำหนดในกฎบัตรสิทธิผู้ป่วย (A patient's Bill of Rights(1992)) ของสหรัฐอเมริกา

9.3 ข้อมูลข่าวสารที่ช่วยให้สามารถดูแลตนเอง และช่วยคุ้มครองปกป้องสุขภาพของประชาชน ข้อมูลข่าวสารให้ผู้บริโภคได้รับรู้ถึงคุณภาพ ราคา และความปลอดภัยจากผลิตภัณฑ์อาหาร ยา วัตถุเสพติด วัตถุมีพิษ เครื่องสำอาง และเครื่องมือแพทย์เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม

10. สิทธิในการไม่ตายอย่างโง่ การตายโดยไม่ถึงวัยอันควร การตายจากอุบัติเหตุหรือโรคที่สามารถป้องกันได้ การตายท่ามกลางความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ฯลฯ ล้วนนำไปสู่สภาพจิตสุดท้ายที่ทรมานทราย ยากที่จะไปสู่สุคติ ยากที่จะปลดปล่อยจิตวิญญาณสู่อิสระภาพและความหลุดพ้นได้

จากแนวคิดเกี่ยวกับสิทธิของคนไทยด้านสุขภาพ รัฐบาลเป็นผู้บริหารและผู้ให้บริการ โดยประชาชนเป็นผู้รับบริการมาตลอด แต่ปรากฏว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่มีโอกาสในการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะความก้าวหน้าและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ทางทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างทั่วถึง การสาธารณสุขของประเทศได้หาวิธีในการแก้ปัญหาโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมและมีบทบาทในการช่วยเหลือตนเองโดยฝ่ายรัฐเป็นฝ่ายให้การสนับสนุน แนะนำ และประสานงานด้านวิชาการตลอดจนวัสดุอุปกรณ์ที่ประชาชนไม่สามารถจัดหาได้เองพร้อมทั้งเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างคน 2 กลุ่ม คือ ประชาชนกับเจ้าหน้าที่ โดยให้ประชาชนหรือชุมชนเป็นผู้ริเริ่ม และบริหารจัดการในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นฝ่ายสนับสนุนและให้บริการที่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูง โดยยึดตามแนวทางงานสาธารณสุขมูลฐาน จึงทำให้เกิดแนวคิดการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไทย ขึ้น

หลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนไทย^(30, 31, 32, 33)

สำหรับประเทศไทยนั้น จากอดีตจนถึงปัจจุบันมีวิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพ ดังนี้

1.สวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้ (Social Welfare) เป็นสวัสดิการการรักษายาบาลที่รัฐบาลจัดให้แก่บุคคลบางประเภท มีวัตถุประสงค์เฉพาะของแต่ละประเภท โครงการต่าง ๆ เหล่านี้ ได้แก่

1.1 โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล รัฐบาลได้เริ่มให้หลักประกันประชาชนผู้มีรายได้น้อย ให้สามารถใช้บริการที่สถานพยาบาลของรัฐได้ โดยไม่คิดมูลค่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 ในสมัยรัฐบาล มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมช เป็นนายกรัฐมนตรี และดำเนินการเต็ม รูปแบบทั่วประเทศ ต่อเนื่องกันมาตั้งแต่ พ.ศ. 2524 โดยกำหนดเกณฑ์รายได้ต่อเดือนของครัวเรือนต่ำกว่า 2,000 บาท หรือคนโสดต่ำกว่า 1500 บาท เป็นเส้นแบ่งความยากจน เกณฑ์นี้ใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 และปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเป็นเกณฑ์รายได้ต่อเดือนของครัวเรือนต่ำกว่า 2,800 บาท หรือคนโสดต่ำกว่า 2,000 บาท ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 เป็นต้นไป

1.2 โครงการประกันสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ ได้ตั้งงบประมาณไว้ 30 บาทต่อหัวนักเรียน และหักไว้ 3 บาท กันไว้ที่โรงเรียนสำหรับเป็นค่าเดินทางของนักเรียนในสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ส่วนอีก 27 บาทนั้น ให้จังหวัดจัดสรรให้สถานพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข โดยสถานพยาบาลเหล่านั้นสัญญาจะให้บริการฟรีแก่นักเรียนที่เจ็บป่วย จำนวนนักเรียนที่ใช้ในการขอตั้งงบประมาณ

1.3 โครงการสงเคราะห์เด็ก 0-12 ปี การประกันสุขภาพในเด็กนักเรียนได้เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 โดยเฉพาะนักเรียนในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ อายุ 6-12 ปีเท่านั้น ที่ได้รับการดูแลเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยโดยไม่คิดมูลค่าจากสถานบริการของรัฐ ในขณะที่นักเรียนที่สังกัดอื่น ๆ หรือไม่ได้อยู่ในโรงเรียน จะไม่ได้รับหลักประกันสุขภาพดังกล่าว จนถึงสมัยรัฐบาล นายชวน หลีกภัย ได้ขยายหลักประกันทางด้านสุขภาพให้ครอบคลุมเด็กตั้งแต่ 0-12 ปีทั้งหมด งบประมาณสนับสนุนส่วนหนึ่งให้ผ่านกระทรวงศึกษาธิการ และส่วนอื่นรวมอยู่ในงบประมาณโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ในปัจจุบันทั้งสี่โครงการรวมเรียกว่า สวัสดิการการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงควรช่วยเหลือเกื้อกูลต่าง

1.4 สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐวิสาหกิจที่ทำงานกับภาคราชการ จะได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุด ซึ่งคุ้มครองถึงบิดา มารดา คู่สมรสและบุตร แต่ก็ เป็น สวัสดิการที่ชดเชยเงินเดือนที่ได้รับในอัตราที่ต่ำมากเมื่อเทียบกับลูกจ้างในภาคเอกชน

1.5 สวัสดิการรักษาพยาบาลเฉพาะตัวอื่น ๆ รัฐบาลไม่ได้จัดสรรงบประมาณเพื่อการนี้ โดยเฉพาะ แต่อาศัยงบประมาณหมวดเงินอุดหนุนโครงการสวัสดิการประชาชน ข้อ 1 ประชาชนที่อยู่ในกลุ่มนี้ ได้แก่ผู้ที่ยังคงควรช่วยเหลือเกื้อกูลอื่น ๆ เช่น ผู้พิการ ทหารผ่านศึก พระภิกษุสามเณร เป็นต้น เริ่มปรากฏเป็นนโยบายชัดเจนในรัฐบาลสมัยของนายกรัฐมนตรีชวน หลีกภัย นอกจากนี้ กำนันผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชนและครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเริ่มได้รับประกันเช่นกันในรัฐบาลชุดนี้

2. การประกันสุขภาพเชิงบังคับ (Compulsory health Insurance) เป็นการประกันสุขภาพในลักษณะบังคับตามกฎหมายโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรมและบริการ ได้แก่

2.1 กองทุนเงินทดแทนแรงงาน ได้ดำเนินงานภายใต้ประกาศคณะปฏิวัติที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515 ซึ่งกำหนดให้มีกองทุนเงินทดแทนในกรมแรงงาน เพื่อเป็นทุนสำหรับจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างแทนนายจ้าง ในกรณีที่ลูกจ้างประสบอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้แก่นายจ้าง โดยที่นายจ้างจ่ายเงินสมทบตามกำหนด อัตราร้อยละ 0.2-0.3 ของค่าจ้างเข้ากองทุนแต่เพียงฝ่ายเดียว (Employer Liability Scheme) การมีกองทุนนี้ก็เพื่อให้หลักประกันการเจ็บป่วยแก่ลูกจ้าง ซึ่งปฏิบัติงานให้กับนายจ้างตามกฎหมายแรงงาน

2.2 กองทุนประกันสังคม โครงการนี้ปรากฏเป็นจริงในรัฐบาล สมัยพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ เป็นนายกรัฐมนตรี และได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 ในปีแรกจะบังคับใช้กฎหมายโดยคุ้มครองแรงงานไทยในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ประมาณ 4 ล้านคน ให้มีหลักประกันในด้านสุขภาพและด้านอื่น ๆ และต่อมาในเดือนกันยายน 2536 ได้ขยายความคุ้มครองไปสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ซึ่งจะทำให้ แรงงานไทยได้รับการคุ้มครองเพิ่มมากขึ้นอีกประมาณ 0.5 ล้านคน โครงการนี้ให้การดูแลผู้ประกันตน โดยการทำสัญญาจ้าง (Subcontract)

สถานพยาบาลทั้งรัฐบาลและเอกชน ในราคา 700 บาทต่อคนต่อไป และเพิ่มขึ้นเป็น 800 บาทต่อคนต่อปี ในปี 2539-2540 และในปี 2541-2542 เพิ่มเป็น 900 บาทและ 1,000 บาทต่อคนต่อปี

2.3 กองทุนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2535 โดยเจ้าของหรือผู้คุ้มครองรถยนต์หรือรถอื่นที่กฎหมายกำหนด ต้องจ่ายเบี้ยประกันตามกฎหมาย และจะคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถยนต์เมื่อบาดเจ็บหรือตาย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ประสบภัยมีโอกาสได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วและปลอดภัยยิ่งขึ้น

3. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (Voluntary health Insurance) เป็นการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของประชาชน ที่สามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันได้ ประกอบด้วย

3.1 การประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน เป็นการดำเนินงานด้านธุรกิจของบริษัทเอกชนในการประกันสุขภาพ ทั้งนี้เป็นการเพิ่มเติมต่อทำกรมธรรม์ประกันชีวิต และการธุรกิจ เกี่ยวกับการประกันสุขภาพอย่างเดียว รวมทั้งระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่ลูกจ้างในธุรกิจเอกชน ประชาชนสามารถซื้อหลักประกันเฉพาะตัวหรือเป็นกลุ่มก็ได้ ซึ่งสามารถทำได้เป็นหลายรูปแบบ ได้แก่

3.1.1 การซื้อกรมธรรม์เพื่อคุ้มครอง และให้สิทธิประโยชน์เพิ่มเติมจากกรมธรรม์ประกันชีวิตประเภทต่าง ๆ ในระบบประกันบุคคลหรือประกันหมู่

3.1.2 การซื้อกรมธรรม์ประกันวินาศภัย โดยเฉพาะประกันอุบัติเหตุโดยรวมการคุ้มครองและสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับสุขภาพ

3.1.3 การซื้อกรมธรรม์ประกันสุขภาพโดยเฉพาะจากบริษัทที่จดทะเบียนทำธุรกิจประกันภัย การประกันสุขภาพเอกชนมีข้อจำกัด คือให้การคุ้มครองสำหรับลูกจ้าง หรือผู้มีรายได้สูงพอที่จะจ่ายเบี้ยประกันได้ ศักยภาพในการขยายการคุ้มครองมีน้อย ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการค่อนข้างสูงมาก การจ่ายแก่โรงพยาบาลและแพทย์เป็นแบบ fee-for-service ซึ่งทำให้ค่ารักษาพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงขึ้น ซึ่งสะท้อนไปยังเบี้ยประกันที่สูงขึ้นไปอีก การประกันสุขภาพกับ เอกชน ดำเนินการมาเป็นระยะเวลามากกว่า 20 ปี ครอบคลุมประชากรประมาณ 9 แสนคน ในปี 2535 และ 1.2 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 2

3.2 การประกันสุขภาพโดยสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการดำเนินงานโดยอาศัยการพัฒนาารูปแบบของโครงการบัตรสุขภาพ ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 ไปสู่การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางหลักของประเทศ โดยการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสุขภาพ โครงการนี้มีความมุ่งหวังที่จะให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะได้รับบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ที่มี รายได้อยู่ในระดับต่ำ ไม่สามารถรับภาระจ่ายค่ารักษาพยาบาลของตนเอง หรือครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยได้

การประกันสุขภาพโดยสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่บัตรประกันสุขภาพซึ่งเป็นบัตรให้สิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลฟรี จากสถานพยาบาลที่กำหนด หากเจ็บป่วยเกินความสามารถ สถานพยาบาลนั้นจะส่งไปรักษาต่อยังสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงกว่า บัตรประกันสุขภาพออกตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. 2538 ปัจจุบันมีชนิดเดียวคือบัตรครอบครัว

บัตรครอบครัว ได้แก่บัตรประกันสุขภาพที่ออกให้แก่ ผู้มีประกันหลายคนใช้ร่วมกัน ผู้ที่มีชื่ออยู่ในบัตรเรียกว่า ผู้มีประกัน แต่มีบัตรเสริมที่เรียกว่า "บัตรข้ามเขต" ที่ออกให้แก่ผู้มีประกันคนหนึ่งที่มีชื่ออยู่ในบัตรครอบครัวอยู่แล้ว เพราะมีเหตุจำเป็นที่จะต้องย้ายที่อยู่ชั่วคราวไปอยู่ต่างถิ่นเป็นระยะเวลาหนึ่ง จนไม่อาจกลับไปรับบริการจากสถานบริการประจำครอบครัวได้โดยสะดวก เช่น ไปศึกษา ไปทำงาน เป็นต้น

ประชาชนไทยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น แต่จากรายงานความครอบคลุมการประกันสุขภาพปี 2543 พบว่า ประชาชนไทยร้อยละ 20.3 ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพดังนั้น รัฐบาลจึงคิดและเร่งผลักดันให้เกิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โครงสร้าง"30บาท รักษาทุกคน" ซึ่งมีความสำคัญหลายประการ ได้แก่

1. การจัดระบบการเงินในลักษณะเฉลี่ยต่อหัวประชาชน เป็นการสร้างความเท่าเทียมให้กับผู้คนในสังคม ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนุญ ผู้คนยากไร้ ด้อยโอกาส ผู้ที่อยู่ห่างไกลที่เคยเสียเปรียบมาตลอด จะได้รับความเสมอภาคมากขึ้น สำหรับระบบการจ่ายเงินมีการคิดรายละเอียดหลายวิธีเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้เงิน และเกิดความรับผิดชอบในการจัดบริการแก่ประชาชนมากที่สุด

2. การรวมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในชุดบริการหลักควบคู่กับการรักษาพยาบาล และกำหนดให้มีบริการทั้งตั้งรับและเชิงรุกไปถึงระดับครอบครัว

3. การมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการจัดระบบบริการระดับต้นที่ใกล้บ้านใกล้ใจเพื่อเป็นจุดแรกของการบริการสุขภาพแก่ประชาชน โดยเน้นการสร้างระบบเครือข่ายเข้ากับโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนในระดับที่สูงกว่า เพื่อให้เครือข่ายสถานบริการร่วมกันดูแลรับผิดชอบประชาชนเป็นกลุ่มก้อนที่ชัดเจน

4. การพยาบาลสร้างกลไกพัฒนาและควบคุมคุณภาพบริการทุกระดับ ตลอดจนการสร้างกลไกคุ้มครองผู้บริโภคควบคู่ไปกับการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่ดี และสอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพโดยรวมเช่นกัน

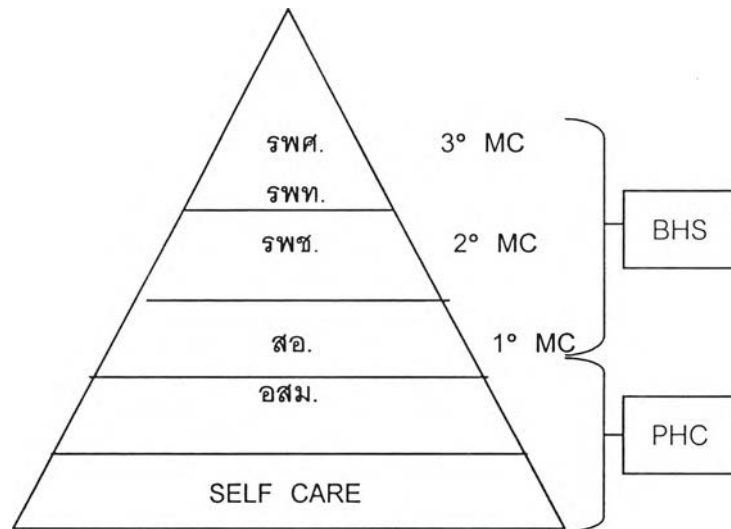
กิจกรรมบริการด้านสุขภาพตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย

1. ด้านการส่งเสริมและป้องกันควบคุมโรค ได้แก่
 - 1) การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
 - 2) การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และภาวะโภชนาการ รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ
 - 3) การตรวจสุขภาพทั่วไป
 - 4) การวางแผนครอบครัว
 - 5) การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การคลายเครียด การมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสม การป้องกันอุบัติเหตุหรืออันตรายจากการทำงาน และการป้องกันยาเสพติด
 - 6) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ
2. ด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ
 - 1) การตรวจ วินิจฉัยโรค บำบัดและฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์
 - 2) การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล

ระบบบริการพื้นฐานของรัฐ⁽³⁴⁾

งานสาธารณสุขมูลฐาน เน้นให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้านได้ โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมซึ่งสามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านได้ในระดับหนึ่ง ยังมีปัญหาสาธารณสุขอีกบางส่วนที่ต้องการใช้ความรู้ความสามารถและเทคโนโลยีขั้นสูง ซึ่งชาวบ้านไม่สามารถปฏิบัติได้จึงได้มีการปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐ(Reoriented Basic Health Service)

ปัจจุบันได้มีการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข เพื่อที่จะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้ รวมทั้งสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมได้อย่างแท้จริงการปรับเปลี่ยนระบบบริการ จะต้องมีการดำเนินงานในทุกๆ ระดับไม่ว่าจะเป็นสถานอนามัยในระดับตำบลซึ่งอยู่ใกล้ชุมชน โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ในระดับจังหวัด รวมทั้งสถานบริการเฉพาะทางต่างๆ เช่นโรงพยาบาลโรคทรนออก สถาบันมะเร็งแห่งชาติเป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงเป็นธรรม และได้รับการส่งต่อเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อมีความจำเป็น



แผนภูมิที่ 2.1 ระบบสาธารณสุขของประเทศ

1. ระดับครอบครัว การดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และรวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้กลับสู่สภาวะที่อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ภายหลังจากเจ็บป่วยและหรือเมื่อมีความพิการเกิดขึ้น ในการพึ่งตนเองของประชาชน เพื่อการดูแลสุขภาพนั้น แต่โบราณมามีหลายรูปแบบซึ่งเป็นการดูแลตนเองที่ตกทอดมาจากบรรพบุรุษ และในชุมชนเองก็มีทรัพยากรบุคคลทางด้านการแพทย์ดั้งเดิม กระจายให้บริการอยู่ทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ เช่น หมอพระ หมอนวด หมอตำแย หมอชาวบ้าน เป็นต้น โดยมีความมุ่งหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองด้วย

2. ระดับหมู่บ้าน ระดับปลายสุดที่มีการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งจัดบริการช่วยเหลือกันเอง ภายใต้คำแนะนำ สนับสนุนของเจ้าหน้าที่ของรัฐ ตามกิจกรรมของการสาธารณสุขมูลฐานโดยการนำของผู้นำชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข กรรมการหมู่บ้าน แม่ตัวอย่าง ฯลฯ

3. ระดับตำบล เป็นระดับที่ต้องสนับสนุนระดับหมู่บ้าน และมีหน่วยงานของรัฐประจำอยู่ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขชุมชน (สสช.) สถานีอนามัย (สอ.) ระดับนี้ถือว่าเป็นการให้บริการสาธารณสุขขั้นปฐมภูมิ (Primary Medical Care = 1°MC) โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และหรือ แพทย์ตรวจและรักษาโรคต่างๆ ไป

4. ระดับอำเภอ เป็นระดับที่ต้องคอยสนับสนุนระดับตำบล หมู่บ้านซึ่งหน่วยงานบริการ คือ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นระดับการให้บริการสาธารณสุขขั้นทุติยภูมิ (Secondary Medical Care = 2°MC) ซึ่งเป็นระดับที่มีพยาบาลและแพทย์ประจำ และอาจมีแพทย์เฉพาะทางในบางสาขาซึ่งตรงกับ ความจำเป็น หรือการเจ็บป่วยของท้องถิ่น

5. ระดับจังหวัด เป็นระดับที่สนับสนุนอำเภอ ตำบล หน่วยงาน ได้แก่โรงพยาบาลทั่วไป(รพท.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) ถือว่าเป็นระดับการให้บริการสาธารณสุขขั้นตติยภูมิ (Tertiary Medical Care = 3°MC) ซึ่งเป็นระดับที่มีแพทย์เฉพาะทางสาขาย่อยตามความจำเป็น

การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ความหมายการเข้าถึงบริการสุขภาพ

Bruce C. Vladeck (1981)⁽³⁵⁾ ได้ให้คำนิยาม การเข้าถึงบริการ ว่า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ ใช้บริการและ ผู้ให้บริการ ซึ่งผู้ให้บริการมีความปรารถนา หรือความต้องการบริการและสามารถที่จะรับ บริการนั้นได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่คำนึงถึง สถานทางสังคม, รายได้, ความสามารถในการจ่าย, ที่ตั้ง ของที่อยู่อาศัย หรือปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการสุขภาพ

Joint Commission on Accreditation of Health care Organization, 1989 ของประเทศ สหรัฐอเมริกา(อ้างใน จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และอนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2543)⁽³⁶⁾ ได้ให้ความหมาย การเข้าถึง บริการ(Accessibility) หมายถึง ความสะดวกที่ผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพตามความ จำเป็น

Canada Council on Health Services Accreditation, 1996 (อ้างใน จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และอนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2543)⁽³⁶⁾ ได้ให้ความหมาย การเข้าถึงบริการ(Accessibility) ว่าเป็นความ สามารถที่ผู้ป่วยหรือลูกค้ำจะได้รับการรักษาและบริการที่ถูกลงเวลา ถูกสถานที่ ตามความจำเป็นพื้นฐาน

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล(2543)⁽³⁶⁾กล่าวว่า การเข้าถึงบริการ(Accessibility) หมายถึง ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ตามข้อบ่งชี้และในเวลาที่เหมาะสม

การวัดการเข้าถึงบริการ

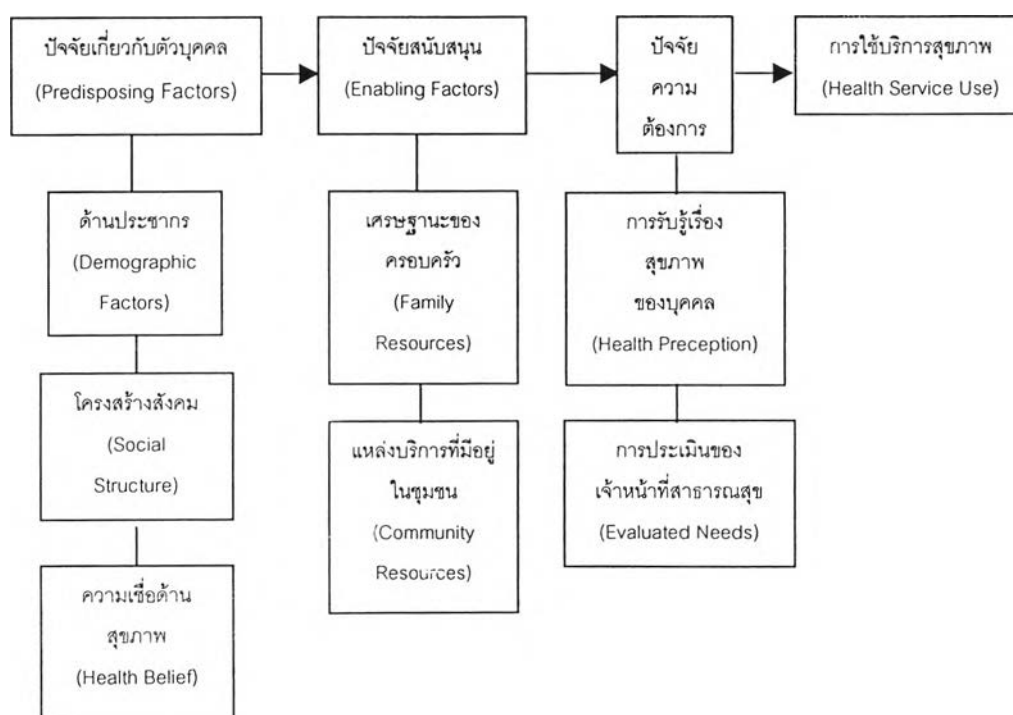
Andersen (1968)⁽³⁷⁾ ได้เสนอรูปแบบการให้บริการสาธารณสุข สรุปได้ว่า บุคคลจะใช้บริการหรือบริการทางสาธารณสุข จะมีปัจจัยประกอบ 3 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยเกี่ยวกับตัวบุคคลนั่นเอง(Predisposing Factors)ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยด้านประชากร (Demographic Factors) ปัจจัยทางโครงสร้างสังคม (Social Structure) ซึ่งรวมถึงเชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ การศึกษา อาชีพของหัวหน้าครอบครัว ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief) ซึ่งรวมทั้งทัศนคติ ความเชื่อที่มีต่อสุขภาพ การบริการสุขภาพและต่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้วย

2. ปัจจัยสนับสนุน หรือเกื้อกูลให้บุคคลสามารถใช้บริการได้ (Enabling Factors) แม้ว่าบุคคลจะมีความพร้อมจากปัจจัยในข้อที่ 1 แต่ถ้าขาดปัจจัยสนับสนุนก็ไม่สามารถใช้บริการได้ ซึ่งปัจจัยสนับสนุนนั้นประกอบด้วย เศรษฐฐานะหรือทรัพยากรของครอบครัว (Family Resources) หรือแหล่งประโยชน์อื่นๆ ที่สามารถให้บริการได้ เมื่อเขาต้องการใช้ในชุมชน (Community Resources)

3. ปัจจัยความต้องการ หรือความจำเป็นที่จะต้องใช้บริการสุขภาพ (Needs) แม้ว่าบุคคลจะมีปัจจัยในข้อ 1 และข้อ 2 ครบถ้วนแล้วก็ตาม บุคคลนั้นจะต้องรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน และเมื่อเจ็บป่วยแล้วจะต้องให้ความสำคัญของการใช้บริการที่เหมาะสม ปัจจัยความต้องการสามารถวัดได้จากการรับรู้เรื่องสุขภาพ (Health Perception) ของบุคคลและการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน และจากการประเมินของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Evaluated Needs) ซึ่งเจ้าหน้าที่จะเป็นผู้ประเมินว่าบุคคลนั้นๆจำเป็นต้องรับบริการสุขภาพอะไรบ้าง ปริมาณมากน้อยเพียงใด ดังแผนภูมิที่ 2.2

แผนภูมิที่2.2 แบบแผนพฤติกรรมกรการใช้บริการสุขภาพ(The Behavioral Model of Health Service Use)



Aday and Andersen(1971)⁽³⁷⁾ เสนอแนวคิดโดยการอธิบายถึงระบบบริการสุขภาพสาธารณสุข ประกอบด้วย

1. เงื่อนไขลักษณะของนโยบายสาธารณสุข อันได้แก่ การจัดสรรทรัพยากรและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข การจัดองค์กรสาธารณสุข และระบบให้การศึกษาของบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งเงื่อนไขของนโยบายสาธารณสุขดังกล่าวจะมีผลโดยตรงต่อลักษณะการจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขของประเทศ และอาจมีผลต่อลักษณะของประชากรที่ต้องการให้บริการด้วย

2. ลักษณะการจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขของประเทศ ทั้งในด้านการจัดสรรทรัพยากร เพื่อการให้บริการสาธารณสุขและการจัดรูปแบบ ตลอดจนโครงสร้างของระบบการให้บริการ

3. ปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคมจิตวิทยา ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงบริการ รายได้ของบุคคล ขนาดครอบครัว ตลอดจนการตระหนักในความเจ็บป่วยและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการกับการรักษาพยาบาล และความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากบริการ 6 ประเภทคือ

4.1 ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (Convenience) ซึ่งแบ่งได้เป็น

4.1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office waiting time)

4.1.2 การได้รับการดูแลเมื่อมีความต้องการ

(Availability of Care when needs)

4.1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับจากสถานบริการ

(Base of getting to care)

4.2 ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ(Coordination) ซึ่งแยกออกเป็น

4.2.1 การได้รับบริการทุกประเภทตามความต้องการ

(Getting all needs met at one place)

4.2.2 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ

(Concern of doctors for overall health)

4.2.3 แพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา (Follow up care)

4.3 ความพึงพอใจต่ออัธยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การ

แสดงอัธยาศัยท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการ และแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย

4.4 ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ (Medical information) แยกออกเป็น

4.4.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย

(information about what was wrong)

4.4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับให้การรักษา

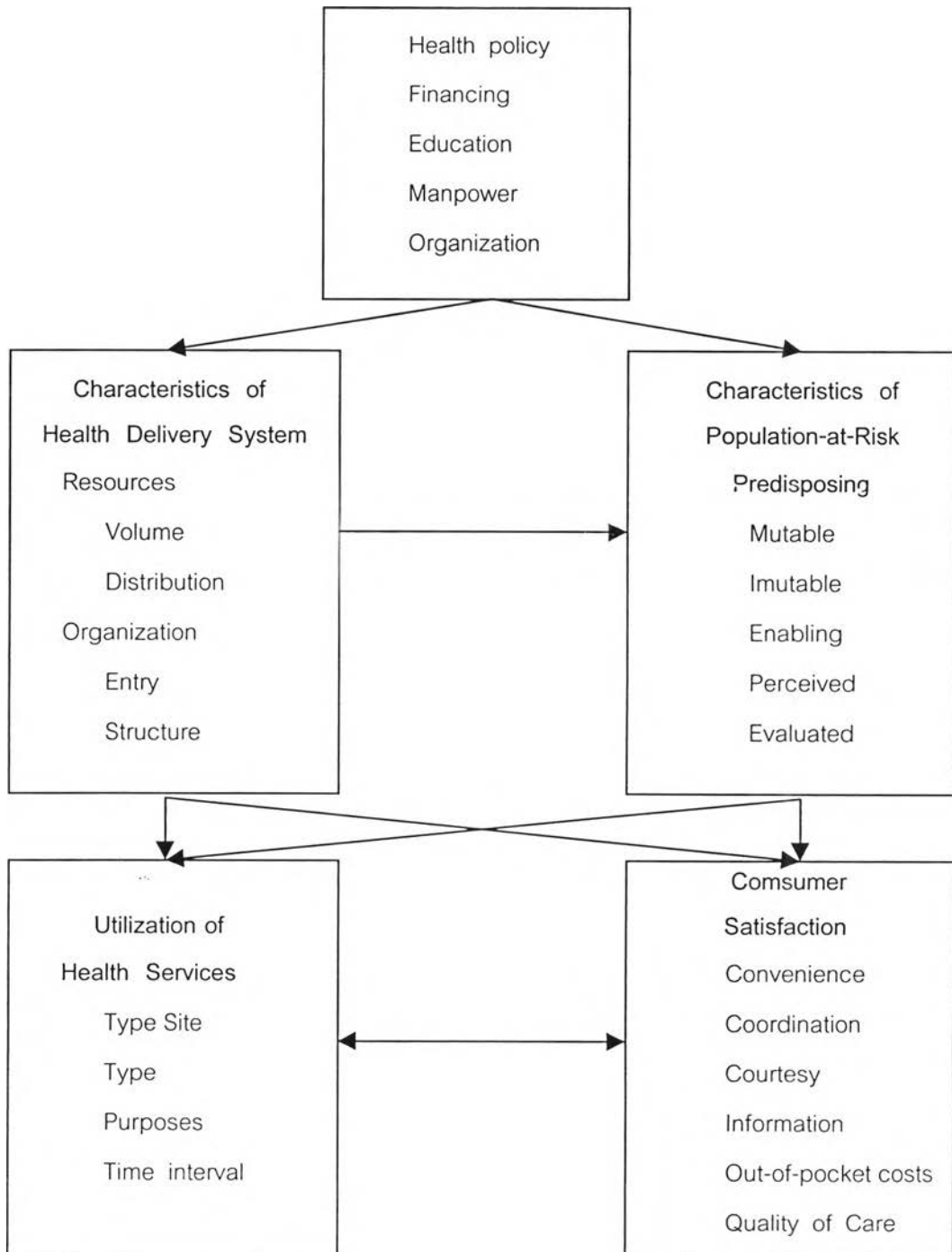
(information about treatment) เช่น การปฏิบัติตน การใช้ยา

4.5 ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ (Quality of Care) ได้แก่ คุณภาพการดูแลทั้งหมดที่ได้รับในทัศนะของผู้รับบริการที่มีต่อบริการของสถานบริการ

4.6 ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of pocket Cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่จ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

ปัจจัยทั้ง 4 กลุ่มนี้ จะมีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพตั้งแต่ในเรื่องชนิดและแหล่งบริการ สาธารณสุขแหล่งใดแหล่งหนึ่ง วัตถุประสงค์ของการใช้และช่วงเวลาของการใช้บริการสาธารณสุขด้วย

แผนภูมิที่ 2.3 Aday and Andersen's health System Model

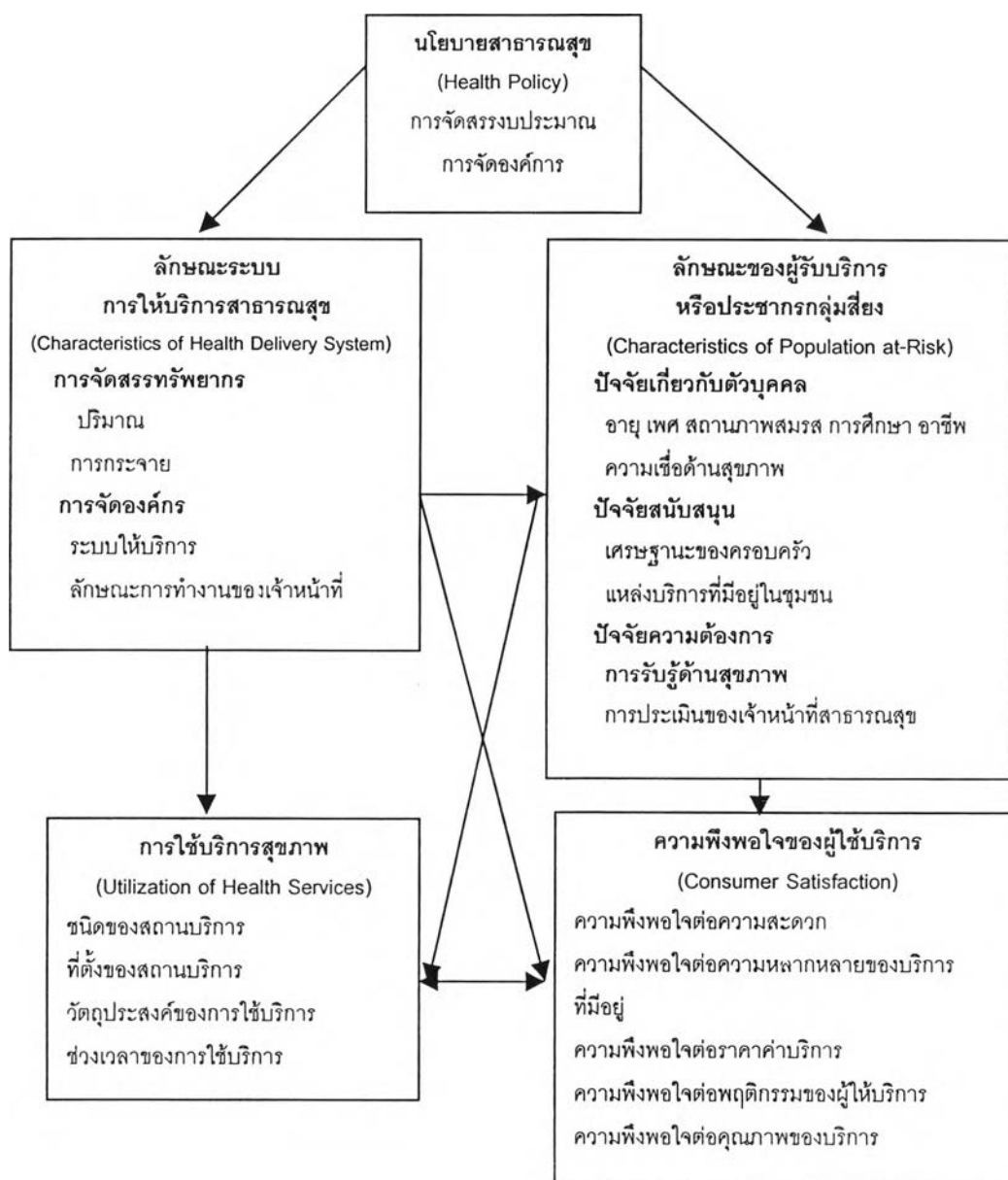


Source: LuAnn Aday and Ronald Anderson, The Development of Indices of Access to Medical Care, P. 7 Copyright c 1975 by the University of Michigan Reprinted by permission of Health Administration Press.

ต่อมาในปี 1981 Aday and Andersen.⁽³⁸⁾ ได้พัฒนาและปรับปรุงโมเดลการให้บริการสุขภาพใหม่ เรียกว่า Equity of Access to Care Model (EACM) เขากล่าวว่าประชาชนจะใช้บริการสุขภาพหรือไม่นั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านผู้ให้บริการที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดแต่เพียงอย่างเดียว มันขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์หรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบการให้บริการสุขภาพ (Health Delivery System) กับประชากรกลุ่มเสี่ยงด้วย (Population at-risk)

การให้บริการสุขภาพในที่นี้หมายถึง สิ่งที่สามารถให้เห็นได้ หรือเข้าถึงบริการได้ (Realized Access) และมีดัชนีบ่งชี้ที่แน่ชัดหรือเชิงปริมาณ (Objective Indications) ซึ่ง Aday and Andersen พยายามที่จะผสมผสานคุณลักษณะส่วนบุคคลให้เข้ากับคุณลักษณะของระบบการให้บริการสุขภาพภายใต้นโยบายสาธารณสุขที่มีอยู่ เรียกว่า Potential Access หรือ ศักยภาพที่จะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงหรือใช้บริการสุขภาพได้ทั่วถึง นอกจากนี้แล้วปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งคือ ปัจจัยความพึงพอใจในการใช้บริการ ถือว่าเป็นผลผลิตที่ได้จากการใช้บริการของประชาชน ความพึงพอใจนี้ จะเป็นดัชนีบ่งชี้ที่มีลักษณะเชิงอัตนัย (Subjective Indicators) กล่าวคือ ผู้ใช้บริการแต่ละบุคคลอาจจะรับรู้ในสิ่งที่ปรากฏขึ้นในขณะที่รับบริการแตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในบริการที่ใช้ ณ สถานบริการแห่งเดียวกัน ผลจากการศึกษาวิจัยมีรายงานว่าความพึงพอใจนี้ สามารถจะใช้เป็นตัวทำนายความต่อเนื่องของการใช้บริการ ดีกว่าปัจจัยอื่นๆ แผนภูมิที่ 2.4

แผนภูมิที่ 2.4 รูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Equity of Access to Care Model)



Myers (1972)⁽³⁹⁾ ได้กล่าวไว้ว่า จุดสำคัญของการให้การรักษาทางการแพทย์ (Medical care) คือ การมีความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างบุคคลผู้ซึ่งต้องการบริการสุขภาพ (Health services) และผู้ให้บริการ หากจะกล่าวอย่างชัดเจนคือหากปราศจากความสัมพันธ์นี้การประสบผลสำเร็จในการรักษาจะไม่เกิดขึ้นได้ และองค์ประกอบที่สำคัญคือ การเข้าถึง (Accessibility)

การบริการทางการแพทย์ (Medical care) ที่ดีจะต้องเป็นการรักษาที่สามารถเข้าถึงบุคคลได้ ทั้งในเวลาและสถานที่บุคคลนั้นต้องการได้รับ ผู้ให้บริการต้องมีการเข้าถึงระดับของความเข้าใจของการให้บริการได้ดีพอๆกับ การมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ดี อุปกรณ์ที่ดี ยาที่ดี และบริการอื่นๆที่ดี และจำเป็นสำหรับคนไข้ในทางกลับกัน ชุมชนและหน่วยบริการทางสุขภาพ จะต้องมีการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับ สถานการณ์ปัจจุบันและความต้องการต่างๆของคนไข้ เพื่อที่จะมั่นใจได้ว่าการบริการที่จำเป็นต่าง ๆ นั้น จะสามารถมีเพียงพอเมื่อถึงเวลาต้องการ

สิ่งสำคัญ 3 ประการของการเข้าถึงคือ การเข้าถึงส่วนบุคคล (Personal Accessibility) การบริการแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive services) และความเพียงพอในเชิงปริมาณ (Quantitative Adequacy)

1. การเข้าถึงส่วนบุคคล(Personal Accessibility)

เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่า บุคคลที่แตกต่างกัน มักจะมีความแตกต่างกัน ในเรื่องของการรับรู้ส่วนบุคคลในเรื่องของสุขภาพ (Personal perceptions of Health) ทั้งในเรื่องของแรงกระตุ้นหรือแรงจูงใจที่จะหาข้อมูลทางสุขภาพและในด้านความรู้ ว่าเขาจะได้รับการบริการทางสุขภาพได้อย่างไรและที่ไหน ยิ่งการค้นหาหรือข้อกำหนดของการบริการทางสุขภาพกลายเป็นเรื่องจำเพาะหรือเฉพาะทางมากขึ้นบุคคลต่างๆ ที่ต้องการบริการเหล่านี้ จะต้องเผชิญกับปัญหาในเรื่องของการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องว่าเขาจะหาบริการที่เขาต้องการได้จากที่ไหน และจากใครจึงจะดีที่สุด ความสับสนที่เป็นผลลัพธ์ที่ออกมาอาจจะนำไปสู่การเสียเวลาโดยไม่จำเป็น การรับการรักษา การวินิจฉัยโรค การรักษาหรือการนำไปสู่การมีทัศนคติที่ไม่ดีหรือไม่ถูกต้องต่อการเข้ารับการรักษา

การที่บุคคลคนหนึ่งจะเข้าถึงการรักษาที่ดีนั้น คนผู้นั้นจะต้องมีความเข้าใจในประเด็นหรือจุดของการเข้าไปสู่ความซับซ้อนของการให้การรักษาทางการแพทย์และแน่นอนการเข้าถึงนี้จะแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับ การรับรู้ (Perceptions) และความรู้ (Knowledge) ของคนไข้ในแต่ละคน

สำหรับหลายๆคน แพทย์ประจำตัวหรือหมอครอบครัวมักจะได้รับพิจารณาให้เป็นทางเลือกที่เหมาะสมของคนไข้ ที่จะมึบทบาทที่สำคัญในการประเมินความต้องการการรักษาของคนไข้ และเมื่อจำเป็นแพทย์คนนี้จะแนะนำคนไข้ของเขาให้ไปสู่วิทยาที่เชี่ยวชาญมากกว่า

ในกรณีอื่นๆ เราอาจจะค้นหาการรักษาจากคลินิก หรือโรงพยาบาลที่ซึ่งจะมีทีมของแพทย์พยาบาล หมอพื้น นักสังคมสงเคราะห์หรือประกันสังคมพร้อมอยู่แล้ว บางคนอาจจะค้นหาการรักษาโดยผ่านทางพยาบาลสาธารณสุขชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ หรือเภสัชกร ที่ผู้ช่วยมีความไว้วางใจที่สามารถให้คำแนะนำไปสู่แหล่งการรักษาบริการที่ดีได้

อย่างไรก็ตามเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการ ซึ่งได้แก่ แพทย์ประจำครอบครัวหรือทันตแพทย์ประจำครอบครัวที่จะต้องมองว่างานหรือหน้าที่ของเขาคือการสร้างความสัมพันธ์ส่วนตัวที่ต่อเนื่องกับคนไข้ผู้ซึ่งเป็นเหมือนกับประตูทางเข้าไปสู่การเข้าถึงระดับความเข้าใจในการให้บริการทางสุขภาพส่วนตัวบุคคล

2. การบริการแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive services)

ตามธรรมเนียมแล้ว หมอจะถูกพิจารณาให้เป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ผู้ซึ่งสามารถมีความรับผิดชอบในการจัดหาในการให้บริการทางสุขภาพแก่คนไข้ เมื่อหนึ่งศตวรรษที่ผ่านมาแพทย์ประจำครอบครัวจะทำหน้าที่เป็นเหมือนอายุรเวท ศัลยแพทย์ แพทย์ผดุงครรภ์ หมอพื้น เภสัชกรและเป็นผู้ให้คำปรึกษาปัญหาในครอบครัว ในปัจจุบันมันเป็นไปไม่ได้ที่เราจะต้องการคุณสมบัติต่างๆนี้จากบุคคลเพียงคนเดียว บริการแบบเบ็ดเสร็จจะเน้นเรื่องการป้องกันโรคภัย ความคุมและลดความพิการ โดยการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยในระยะแรกของการเจ็บป่วยเพื่อให้ฟื้นคืนสู่สภาพปกติ

การบริการจะมีประสิทธิภาพและจัดหาได้อย่างประหยัดได้โดยวางแผนการให้บริการสำหรับกลุ่มเป้าหมาย เช่น การจัดตั้งโปรแกรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคชุมชนเพื่อที่จะหาทางป้องกันโรคติดต่อต่างๆ เช่น โปลิโอ อาจจะถูกจัดตั้งโดยความพยายามในการให้ความร่วมมือระหว่างชมรมการแพทย์ท้องถิ่น ส่วนทางราชการส่วนสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนเช่นเดียวกัน การจัดโปรแกรมการป้องกันสำหรับกลุ่มประชากรโดยทั่วไปหรือเฉพาะกลุ่มอาจจะถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อตรวจสอบโรคในระยะก่อนจะปรากฏอาการ (Presymptomatic Stage)

คนไข้คนหนึ่งอาจจะได้รับการรักษาที่ดีโดยการไปพบแพทย์เพียงครั้งเดียวและการรักษาไม่ซับซ้อน แต่อาจจะต้องอาศัยอุปกรณ์การ X-ray และการปรึกษากับทางนักรังสีวิทยานักเทคนิคการแพทย์ และนักพยาธิวิทยาและอาจจะต้องอาศัยสต็อกเก็บยาของเภสัชกร เพื่อที่จะสนองความต้องการทั้งหมดของคนไข้ จำเป็นอย่างยิ่งที่การรักษาที่ดีจะต้องประกอบด้วย ในเรื่องเกี่ยวกับบุคลากร เครื่องอำนวยความสะดวกและการบริการ สิ่งเหล่านี้จะถูกเตรียมพร้อมในการใช้งานโดยผู้ให้บริการทางสุขภาพจะเป็นผู้ซึ่งทำหน้าที่ในการสร้างความสัมพันธ์กับคนไข้ได้ตอบสนองความต้องการของคนไข้ได้ทันทั่วทั้ง

3. ความเพียงพอในเชิงปริมาณ (Quantitative Adequacy)

เพื่อที่คนไข้จะมีความมั่นใจในบริการแบบเบ็ดเสร็จ บริการต่างๆ จะต้องมีในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของคนไข้

Frederick A. day and Boonlert Leoprapai(1977)⁽⁴⁰⁾ ทำการศึกษาถึงแบบแผนการเข้าใช้บริการสาธารณสุขในชนบทของไทย ได้เสนอแบบจำลองเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการสาธารณสุข โดยอธิบายว่าการเลือกใช้บริการสาธารณสุขชนิดใดก็ตามขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 กลุ่มดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย, ความรู้เกี่ยวกับแหล่งบริการสาธารณสุขต่างๆที่มีอยู่, เวลาที่มี, ประสบการณ์ในอดีต, ความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ให้บริการ, การเดินทาง แนวโน้มที่จะไปที่อื่นๆ, เงินทอง, ลักษณะทางด้านสังคม, เศรษฐกิจและวัฒนธรรม

2. ลักษณะของสถานบริการ คือ คุณภาพของการให้บริการและชื่อเสียง, เครื่องมือหรือวิธีการรักษาพยาบาล, ความเป็นกันเองกับประชาชน, ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ, และเวลาที่คอย

3. ปัจจัยแทรกซ้อน หมายถึง ระยะเวลาไกล, ยานพาหนะสำหรับเดินทาง, สภาพถนนหรือทางน้ำ, ความคิดเห็นของเพื่อนและญาติ, สถานบริการอื่นๆ ที่จะเลือกไปใช้

G' Rodriguez (1977)⁽⁴¹⁾ (cited in Napaporn Chayovan, Hermalin and Knodel, 1984)

ได้เสนอการวัดการเข้าถึงบริการการวางแผนครอบครัวไว้ซึ่งประกอบด้วย

1. ระยะทางจากที่อยู่อาศัยถึงสถานบริการใกล้บ้าน (Distance to specific outlet)
2. ดัชนีระยะทางจากที่อยู่อาศัยถึงสถานบริการอื่นๆ (Index of distance to various outlet)
3. ระยะเวลาที่ใช้เดินทางไปสถานบริการใกล้บ้าน (Travel time to specific outlet)
4. ดัชนีระยะเวลาที่ใช้เดินทางไปสถานบริการอื่นๆ (Index of travel times to various outlet)
5. ชนิดของบริการ (Types of services provided)
6. ระยะเวลาตั้งแต่มาถึงสถานบริการจนถึงได้รับบริการเสร็จสิ้น (Length of time that

specified services and specified outlets have been available)

7. ความสะดวกและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (Convenience in terms of ease and costs

of transportation; ability to coordinate with other travel e.g., marketing)

8. คุณภาพบริการ เช่น ระยะเวลาที่รอ, ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่และทัศนคติของผู้รับ

บริการต่อผู้ให้บริการ (Quality of service in terms of waiting time and competence and attitude of the staff)

9. ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ (Costs of services)

Penchansky and Thomas(1988)⁽⁴²⁾ ให้แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์

โดยสรุปจำแนกออกเป็น 5 ประเภท คือ

1. ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ (Availability) คือ ความพอเพียงระหว่างการบริการ ที่มีอยู่

กับความต้องการของผู้ป่วย

2. การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) คือ ความสามารถที่จะไปใช้แหล่งบริการได้อย่าง

สะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้งของสถานบริการ และการเดินทางของผู้ใช้บริการ

3. ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการ (Accommodation) ได้แก่

แหล่งบริการที่ผู้ป่วยยอมรับว่าให้ความสะดวกและมีสิ่งอำนวยความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ

4. ความสามารถของผู้ป่วยในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการที่ได้รับ (Affordability)

5. การยอมรับคุณภาพของบริการ (Acceptability) รวมถึงการยอมรับลักษณะของผู้ให้บริการ

Parasuraman, Zeithal and Barry (1988)⁽⁴³⁾ กล่าวว่า การบริการที่ประสบความสำเร็จจะต้องประกอบด้วยคุณสมบัติที่สำคัญต่างๆ ดังนี้ คือ

1. ความเชื่อถือได้ (Reliability) ประกอบด้วย

1.1 ความสม่ำเสมอ(Consistency)

1.2 การพึ่งพาได้ (Dependability)

ซึ่งหมายถึงบริการที่ถูกต้องในการให้บริการในครั้งแรก รวมถึงความซื่อสัตย์ในบริการ เช่น ความถูกต้องของใบเสร็จรับเงิน การเก็บบันทึกที่ถูกต้อง และการให้บริการตามเวลาที่กำหนด

2. การตอบสนอง(Responsiveness)ประกอบด้วย

2.1 ความเต็มใจที่จะให้บริการ

2.2 ความพร้อมที่จะให้บริการและการอุทิศเวลา

2.3 มีการติดต่ออย่างต่อเนื่อง

2.4 การปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการเป็นอย่างดี

3. ความสามารถ(Competence) ประกอบด้วย

3.1 ความสามารถในการให้บริการ

3.2 ความสามารถในการสื่อสาร ประสานงาน

3.3 ความสามารถในความรู้วิชาการและทักษะที่จะให้บริการ

4. การเข้าถึงบริการ(Access) ประกอบด้วย

4.1 ผู้ใช้บริการเข้าใช้หรือรับบริการได้สะดวก ขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อนเกินไป

4.2 ผู้ใช้บริการใช้เวลารอคอยน้อย

4.3 เวลาที่ให้บริการเป็นเวลาที่สะดวกสำหรับผู้ใช้บริการ

4.4 สถานที่บริการตั้งอยู่ในสถานที่ที่ผู้ใช้บริการติดต่อได้สะดวก

5. ความสุภาพอ่อนโยน(Courtesy) ประกอบด้วย

5.1 การแสดงความสุภาพต่อผู้ใช้บริการ

5.2 การต้อนรับที่เหมาะสม

5.3 ผู้ให้บริการมีบุคลิกภาพที่ดี

6. การสื่อสาร (Communication)ประกอบด้วย

6.1 มีการสื่อสารที่แจ่มชัด ชัดเจน ลักษณะงานบริการ และค่าใช้จ่ายในบริการ

6.2 มีการอธิบายขั้นตอนการให้บริการ

7. ความเชื่อถือ (Credibility) คุณภาพของงานบริการมีคุณภาพ มีความเที่ยงตรง น่าเชื่อถือ

8. ความมั่นคง ปลอดภัย (Security) ประกอบด้วย

8.1 ความปลอดภัยทางกายภาพ เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์

8.2 ความปลอดภัยทางการเงินและทรัพย์สิน

9. ความเข้าใจ (Understanding) ประกอบด้วย

- 9.1 การเรียนรู้ความต้องการของผู้ใช้บริการ
- 9.2 การให้คำแนะนำและเอาใจใส่ผู้ใช้บริการ
- 9.3 การให้ความสนใจต่อผู้ใช้บริการ

10. การสร้างสิ่งที่จับต้องได้ (Tangibles)

- 10.1 การเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ ให้พร้อมสำหรับการให้บริการ
- 10.2 การเตรียมอุปกรณ์ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ใช้บริการ
- 10.3 การจัดสถานที่สำหรับให้บริการมีความสวยงามเป็นระเบียบ

รัชยา กุลวานิชไชยพันธ์ (2535)⁽⁴⁴⁾ ให้แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อบริการทางการแพทย์ไว้ 6 ประเภท ดังนี้

1. การบริการด้วยอัธยาศัยดี มีความมั่นใจที่จะให้บริการต่อผู้ประกันตน เช่น การแสดงท่าที่เป็นกันเอง เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลมีหน้าตายิ้มแย้มแจ่มใสแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ประกันตนที่ไปใช้บริการ
2. การให้บริการที่รวดเร็วทันเวลา ได้แก่ ให้บริการตามความจำเป็นเร่งด่วน ใช้เวลาคอยในสถานพยาบาลน้อย
3. การให้บริการอย่างเพียงพอ ได้แก่ ความเพียงพอด้านอาคารสถานที่ บุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ในการรักษา ตลอดจนเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพเพียงพอตามความจำเป็น และความต้องการของผู้ประกันตน
4. การให้บริการที่สิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ประกันตน เช่น สถานพยาบาลที่ไปมาสะดวกสามารถที่จะไปใช้บริการได้ง่าย มีห้องพักที่สะอาด สะดวกสบาย
5. ค่าใช้จ่ายที่เสียไปเพื่อการเข้ารับบริการได้แก่ เงินสมทบที่ผู้ประกันตนต้องจ่ายเป็นรายเดือนเข้ากองทุนประกันสังคม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และอื่นๆ
6. การให้บริการที่มีคุณภาพต่อผู้ประกันตน ได้แก่ แพทย์ให้ความสนใจตรวจร่างกายอย่างละเอียด ให้คำแนะนำในการรักษาสุขภาพ ตลอดจนมีการติดตามจนกว่าผู้ประกันตนจะหายป่วยเป็นต้น

พิชาย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต(2537)⁽⁴⁵⁾ เสนอแนวคิดเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องและเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจในการรับบริการ ประกอบด้วย 3 ตัวแปร คือ

1. ตัวแปรด้านระบบการให้บริการ
2. ตัวแปรด้านกระบวนการให้บริการ
3. ตัวแปรด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

โดยความพึงพอใจเกิดขึ้นจากตัวแปรทั้งสามมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงภาพรวมและก่อรูปเป็นความรู้สึกสะท้อนออกมา สำหรับปัจจัยทางเพศ อายุ รายได้ อาชีพ การศึกษา เป็นเพียงส่วนประกอบการศึกษาถึงความพึงพอใจเท่านั้น รายละเอียดของตัวแปร 3 ด้านดังนี้

1. ตัวแปรด้านระบบการให้บริการ หมายถึง องค์ประกอบและโครงข่ายที่สัมพันธ์กันของกิจกรรมบริการต่างๆ ตัวชี้วัดสาเหตุด้านนี้ ได้แก่

1.1 ความสะดวกในเงื่อนไขการขอรับบริการซึ่งจะดูความยากง่าย และความมากน้อยของเงื่อนไข ที่จะทำให้เกิดสิทธิในการรับบริการ หากเงื่อนไขมีน้อยโอกาสที่จะก่อให้เกิดความพึงพอใจสูง

1.2 ความเพียงพอทั่วถึงของบริการที่ให้ จะพิจารณาปริมาณของบริการที่ให้นั้น มีความครอบคลุมพื้นที่และหรือกลุ่มบุคคลต่างๆ ได้อย่างทั่วถึง

1.3 การมีคุณค่าใช้สอยของบริการที่ได้รับ พิจารณาลักษณะของบริการ (Outcome of service) ที่ถูกผลิตออกมา ในขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินการนั้นๆ ว่า มีใช้สอย หรือประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการ (User) มากน้อยเพียงใด

1.4 ความคุ้มค่ายุติธรรมในราคาของระบบบริการที่ให้ หมายถึง ความรู้สึกเหมาะสมหรือไม่กับจำนวนค่าธรรมเนียมที่เรียกเก็บ

1.5 ความก้าวหน้าและพัฒนาของระบบบริการที่ให้ เมื่อเปรียบเทียบกับอดีตว่าดีขึ้นในเชิงปริมาณและคุณภาพมากน้อยขนาดไหน

2. ตัวแปรด้านกระบวนการให้บริการ ซึ่งก็คือ ขั้นตอนต่างๆ ของการบริการที่ต่อเนื่องกันตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด (Final Work flow) ตัวชี้วัดในเรื่องนี้ประกอบด้วย

2.1 ความสะดวกในการติดต่อขอรับบริการ ได้แก่ ความยากง่ายในการขอรับบริการ

2.2 ความรวดเร็วในขั้นตอนของการให้บริการ ได้แก่ ความมากน้อยของจำนวนขั้นตอนและความสะดวกรวดเร็วของการดำเนินงานในขั้นตอนต่างๆ ที่ประหยัดเวลา

2.3 ความสม่ำเสมอต่อเนื่องของบริการที่ให้ ได้แก่ ความคงเส้นคงวาของบริการที่ให้ ชนิดต่อเนื่องตลอดเวลา หรือแบบหยุดๆ ให้อ

2.4 ความปลอดภัยของบริการที่ให้ ได้แก่ อันตรายที่เกิดจากกระบวนการการให้บริการ

3. ตัวแปรด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในกิจกรรมต่างๆ ของโรงพยาบาล ตัวชี้วัดในเรื่องนี้ประกอบด้วย

3.1 ความเอาใจใส่ในงานของเจ้าหน้าที่ หมายถึง ความสนใจและตั้งใจในงานหน้าที่บริการ

3.2 ความเสมอภาคเสมอหน้าของบริการที่ให้ หมายถึง การแสดงออกต่อผู้รับบริการ ในลักษณะยิ้มแย้มแจ่มใสหรือบึ้งตึง รวมทั้งการพูดจาแบบสุภาพอ่อนโยนหรือกระด้างหยาบคายเป็นต้น

3.3 ความซื่อสัตย์สุจริตของผู้ให้บริการ หมายถึง ความไว้เนื้อเชื่อใจได้และตรงไปตรงมาต่อหน้าที่ของการให้บริการ โดยไม่เรียกร้องประโยชน์อันมิพึงได้จากผู้รับบริการ

สำหรับในหลักทางการตลาดนั้น การเข้าถึงกลุ่มผู้บริโภคนั้นต้องคำนึงถึง ส่วนประสมการตลาด ซึ่ง เซาว์ โรจนแสง (2531)⁽⁴⁶⁾ ได้ให้ความหมายว่า เป็นตัวแปรต่างๆ ที่จะทำให้ทุกอย่างจัดขึ้นในอัตราส่วนที่พอดีกัน แบ่งหมวดของตัวแปรต่างๆ ออกได้เป็น 4 หมวดใหญ่ๆ คือ

1. ด้านผลิตภัณฑ์ (Product) การที่จะพัฒนาผลิตภัณฑ์หรือบริการเพื่อให้ตรงกับความต้องการของตลาดนั้น จะต้องเลือกผลิตภัณฑ์ให้ตรงความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ผลิตภัณฑ์เป็นตัวสำคัญที่นักการตลาดจะต้องหยิบยกขึ้นมาพิจารณาเป็นอันดับแรก เพราะจะเป็นตัวที่ลูกค้าให้ความสนใจมากกว่า ส่วนประสมการตลาดตัวอื่นๆ

2. การจัดจำหน่าย (Place) บริการจะดีเพียงใด หากไม่สามารถให้บริการได้ทันเวลาและในสถานที่ซึ่งมีความต้องการบริการนั้นๆ ก็จะต้องยอมความหมายลงไป การจัดจำหน่ายเป็นเรื่องที่จะต้องนำปัจจัยขนส่ง การเดินทางเข้ามาพิจารณาควบคู่ด้วย

3. การส่งเสริมการตลาด (Promotion) การส่งเสริมการตลาดเป็นการสื่อความ (Communicate) ผู้บริหารการตลาดจะต้องเลือกใช้วิธีต่างๆ สื่อต่างๆ ที่เหมาะสม ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ แผ่นปลิว ป้ายโฆษณากลางแจ้ง และอื่นๆ

4. ราคา (Price) แม้ว่าผลิตภัณฑ์จะถูกพัฒนาอย่างถูกต้องตามเป้าหมายการตลาด การจัดจำหน่ายในสถานที่และเวลาที่ถูกต้อง การส่งเสริมการตลาดถูกต้อง แต่ไม่ได้หมายความว่าผลิตภัณฑ์หรือบริการนั้นจะขายได้ตามเป้าหมาย ราคาเป็นกลไกที่สำคัญที่ลูกค้าสนใจและยอมรับในผลิตภัณฑ์หรือบริการ

แผนภูมิที่ 2.5 ความสัมพันธ์ส่วนประสมการตลาด



จากรูปภาพข้างบนแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของส่วนประสมการตลาดทั้ง 4 ตัว คือ 4 P's ซึ่งจะเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน แต่แต่ละส่วนจะมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่ากัน ความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้ง 4 ตัวมุ่งไปสู่จุดศูนย์กลาง คือ ตัวผู้บริโภค

จากแนวคิดเชิงทฤษฎีที่อธิบายถึงปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการและการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวสามารถนำปัจจัยต่างๆ มาจัดจำแนกเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้คือ

1. การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค, การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย, ความรู้เกี่ยวกับแหล่งบริการด้านสุขภาพต่าง ๆ, ความรู้เกี่ยวกับสิทธิในการรับบริการทางสุขภาพ รวมถึงการได้รับสิทธินั้น
2. การเดินทาง หมายถึง ระยะทางจากที่พักถึงสถานบริการสุขภาพ, ยานพาหนะที่ใช้ในการเดินทาง ความสะดวกในการเดินทาง
3. ระยะเวลา หมายถึง ระยะเวลาในการเดินทาง, ระยะเวลาในการรับบริการ, เวลาที่จัดบริการมีความสะดวก
4. ชนิดของบริการ หมายถึง การได้รับประเภทบริการตามความต้องการซึ่งได้แก่ การได้รับภูมิคุ้มกันโรคครบ การตรวจและดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ การดูแลสุขภาพเด็กและภาวะโภชนาการ การวางแผนครอบครัว การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การได้รับความรู้ด้านสุขภาพ การได้รับการรักษาและฟื้นฟูสภาพกรณีเจ็บป่วย
5. คุณภาพบริการ ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดในทัศนะของผู้รับบริการ
6. ค่าใช้จ่ายของการรับบริการ หมายถึง ค่าใช้จ่ายของบริการ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

ข้อมูลจังหวัดเชียงราย⁽⁴⁷⁾

คำขวัญจังหวัดเชียงราย

“เหนือสุดในสยาม ชายแดนสามแผ่นดิน ถิ่นวัฒนธรรมล้านนา”

1. สภาพทั่วไป

1.1 ที่ตั้งและสภาพพื้นที่

จังหวัดเชียงรายตั้งอยู่เหนือสุดของประเทศไทย มีพื้นที่ทั้งหมด 7,298,981 ไร่ หรือประมาณ 11,678 ตารางกิโลเมตร (11.6% ของภาคเหนือตอนบน) มีระยะห่างจากกรุงเทพฯ ประมาณ 829 กิโลเมตร ลักษณะพื้นที่ ส่วนใหญ่เป็นภูเขาและป่าไม้ มีที่ราบเป็นหย่อมๆ ในอำเภอแม่สรวย อำเภอเวียงป่าเป้า อำเภอพานและอำเภอเชียงของ

จังหวัดเชียงรายมีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดต่างๆ ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อประเทศเมียนมาร์ และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ทิศใต้ ติดต่อกับจังหวัดลำปาง และจังหวัดพะเยา

ทิศตะวันออก ติดต่อกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ทิศตะวันตก ติดต่อกับจังหวัดเชียงใหม่ และประเทศเมียนมาร์

โดยแนวชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเมียนมาร์ มีระยะยาวประมาณ 130 กิโลเมตร บริเวณอำเภอแม่จัน อำเภอแม่สาย อำเภอแม่ฟ้าหลวง และแนวชายแดนที่ติดต่อกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มีระยะทางประมาณ 180 กิโลเมตร บริเวณอำเภอแม่สาย เชียงแสน เชียงของ และเวียงแก่น

1.2 ภูมิอากาศ

ในช่วงระหว่างปี 2538-2542 จังหวัดเชียงรายมีอุณหภูมิเฉลี่ยตลอดปี 22.65-25.00 องศาเซลเซียส อุณหภูมิต่ำสุด 1.5-12.50 องศาเซลเซียส อุณหภูมิสูงสุด 34.3-38.50 องศาเซลเซียส

ปริมาณน้ำฝน ฝนตกมากที่สุดในปี 2538 วัดได้ถึง 1,857.3 มม. จำนวนวันฝนตก 115 วัน ส่วนฝนตกน้อยที่สุดเมื่อปี 2539 วัดได้ 1,386.7 มม. จำนวนวันฝนตก 132 วัน

1.3 ป่าไม้

ปี 2541 จังหวัดเชียงรายมีเนื้อที่ป่าไม้ 2,386,875 ไร่ หรือประมาณร้อยละ 32.69 ของเนื้อที่ทั้งหมด สภาพป่าเป็นป่าดงดิบ ป่าเบญจพรรณ และป่าเต็งรัง มีไม้สำคัญได้แก่ ไม้สัก ตะเคียน เต็งรัง ประดู่ แดงเหียงพลวง ตะแบก ยมหิน เกิดดำ เกิดแดง มะค่าโมง ปี 2543 มีอุทยานแห่งชาติ 3 แห่ง คือ อุทยานแห่งชาติดอยหลวง อุทยานแห่งชาติขุนแจ อุทยานแห่งชาติแม่ปืม มีวนอุทยาน 8 แห่ง มีเขตห้ามล่าสัตว์ป่า 1 แห่ง มีสวนรุกขชาติ 1 แห่ง

1.4 แร่ธาตุ

ปี 2542 จังหวัดเชียงรายมีเหมืองแร่ที่มีสัมปทานและเปิดทำการแล้ว 16 แห่ง คนงาน 109 คน แร่ธาตุที่สำคัญคือ แร่망กานีส ผลิตได้ 675 เมตริกตัน มูลค่า 0.68 ล้านบาท มากเป็นอันดับที่ 18 ของประเทศ

1.5 สภาพทางเศรษฐกิจ

ปี 2540 จังหวัดเชียงใหม่พบว่ามีประชากรมีรายได้เฉลี่ยต่อหัว 29,682 บาท/ปี เป็นลำดับที่ 13 ของภาคเหนือ เป็นลำดับที่ 53 ของประเทศ จังหวัดมีผลิตภัณฑ์มวลรวม 32,947 ล้านบาท รายได้ส่วนใหญ่มาจากภาคเกษตร รองลงไปได้แก่การค้า และการบริการ อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจ ร้อยละ 6.59

1.6 การศึกษา

จังหวัดเชียงใหม่มีสถานศึกษาทั้งในระบบโรงเรียนและนอกระบบโรงเรียน รวมทั้งสิ้น 2,296 แห่ง มีครู/อาจารย์ 13,857 คน นักเรียน/นักศึกษา/นิสิต 325,197 คน จากข้อมูลจปฐ.ปี 2543 พบว่าเด็กในชนบทที่อายุครบเกณฑ์การศึกษามาศึกษาภาคบังคับ ได้เข้าเรียนร้อยละ 92.28 และเด็กจบการศึกษามาศึกษาภาคบังคับได้เรียนต่อระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 91.13

1.7 การศาสนา

จังหวัดเชียงใหม่ มีพุทธศาสนิกชน ร้อยละ 94.33 มีวัด 949 แห่ง คริสต์ ร้อยละ 5.2 โบสถ์ 134 แห่ง อิสลาม ร้อยละ 0.77 มัสยิด 10 แห่ง และอื่นๆร้อยละ 0.34

1.8 การพัฒนาชุมชน

มีศูนย์พัฒนาเด็ก 484 แห่ง ศูนย์เยาวชนตำบล 121 แห่ง ศูนย์พัฒนาตำบล 121 แห่ง มีผู้นำอาสาพัฒนาชุมชน 242 อาสาพัฒนาชุมชน 2,856 คน

1.9 ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม มีสภาวัฒนธรรมจังหวัดและสภาวัฒนธรรมอำเภอ 16 อำเภอ 2 กิ่งอำเภอ จัดตั้งศูนย์วัฒนธรรมจังหวัดเชียงใหม่ ที่สถาบันราชภัฏเชียงใหม่ หอวัฒนธรรมนิทัศน์เฉลิมพระเกียรติกาญจนาภิเษก บริเวณศาลากลาง(หลังเก่า) เพื่อเป็นสถานที่แสดงวัฒนธรรมชาติพันธุ์ต่างๆในเชียงใหม่ ประเพณีท้องถิ่น ที่ยังมีให้เห็นได้แก่ ประเพณีสงกรานต์ ประเพณีรดน้ำดำหัว ประเพณีสืบชะตา ประเพณีทานข้าวสลาก ประเพณีลอยกระทง ประเพณีทำบุญปอย ประเพณีจุดบั้งไฟ งานพ้อขุนเม็งราย งานวันลินจี่เชียงใหม่และสัปดาห์นางแล

1.10 ความจำเป็นพื้นฐาน

จากการสำรวจข้อมูล จปฐ. หมวดสุขภาพดี มีบ้านอาศัยและการศึกษาถ้วนทั่ว มีตัวชี้วัดทั้งหมด 39 ตัวชี้วัด พบว่าตัวชี้วัดที่บรรลุเป้าหมายและมีค่าร้อยละที่ผ่านเกณฑ์ มี 23 ตัวชี้วัด ไม่บรรลุเป้าหมาย 16 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดที่มีค่าร้อยละผ่านเกณฑ์สูงสุดคือ ร่วมกิจกรรมประเพณี ร้อยละ 98.69 ตัวชี้วัดที่มีค่าร้อยละผ่านเกณฑ์ต่ำสุด คือ คริวเรือนมีรายได้เฉลี่ยไม่ต่ำกว่าคนละ 20,000 บาท/ปี ร้อยละ 32.56

1.11 หน่วยการปกครอง

แบ่งเป็น 16 อำเภอ 2 กิ่งอำเภอ 124 ตำบล 1542 หมู่บ้าน 1 เทศบาลเมือง 24 เทศบาลตำบล 1 องค์การบริหารส่วนจังหวัด 120 องค์การบริหารส่วนตำบล 1 สภาตำบล 337,695 หลังคาเรือน

1.12 การบริหารราชการแผ่นดิน

จังหวัดเชียงรายมีหน่วยราชการ แบ่งตามระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน ดังนี้

1.12.1 ราชการบริหารส่วนกลาง มีจำนวนทั้งสิ้น 47 หน่วยงาน

1.12.2 ราชการบริหารส่วนภูมิภาค มีส่วนราชการ 33 หน่วย และอำเภอ/กิ่งอำเภอ 18 หน่วย

1.12.3 ราชการบริหารส่วนท้องถิ่น มี 4 รูปแบบ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล

1.13 ประชากร

ตารางที่ 2.1 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุ จังหวัดเชียงราย ปี 2543

กลุ่มอายุ	ชาย	ร้อยละ	หญิง	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
0-4	46,550	3.62	43,258	3.36	89,808	6.98
5-9	42,379	3.29	40,681	3.16	83,060	6.45
10-14	61,279	4.76	63,027	4.90	124,306	9.66
15-19	51,040	3.97	49,890	3.88	100,930	7.84
20-24	52,141	4.05	55,481	4.31	107,622	8.36
25-29	56,546	4.39	59,710	4.64	116,256	9.03
30-34	60,453	4.70	62,603	4.86	123,056	9.56
35-39	61,035	4.74	62,489	4.86	123,524	9.60
40-44	55,335	4.30	54,040	4.20	109,375	8.50
45-49	41,647	3.24	41,248	3.20	82,895	6.44
50-54	29,031	2.26	27,163	2.11	56,194	4.37
55-59	21,458	1.67	21,279	1.65	42,737	3.32
60-64	19,955	1.55	20,166	1.57	40,121	3.12
65-69	17,513	1.36	18,224	1.42	35,737	2.78
70+ ปี	23,995	1.86	27,402	2.13	51,397	3.99
รวม	640,357	49.76	646,661	50.24	1,287,018	100.00

แหล่งข้อมูล บัญชีข้อมูลสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ณ 30 มิถุนายน 2543

2. ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

2.1 สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชน

2.1.1 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

- โรงพยาบาลศูนย์	759	เตียง	1	แห่ง
- โรงพยาบาลชุมชน	90	เตียง	4	แห่ง
- โรงพยาบาลชุมชน	60	เตียง	2	แห่ง
- โรงพยาบาลชุมชน	30	เตียง	8	แห่ง
- โรงพยาบาลชุมชน	10	เตียง	1	แห่ง
- สถานีอนามัยทั้งหมด	212			แห่ง
- สถานีอนามัยขนาดใหญ่	30			แห่ง
- สถานีอนามัยทั่วไป	181			แห่ง
- สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ	1			แห่ง
- สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	26			แห่ง
- ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน	1,480			ศูนย์

2.1.2 สังกัดกระทรวงมหาดไทยและกลาโหม

- โรงพยาบาลค่ายเม็งรายมหาราช	30	เตียง	1	แห่ง
- ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลเมืองเชียงราย	3			แห่ง

2.1.3 สถานบริการสาธารณสุขของภาคเอกชน

- โรงพยาบาลเอกชน	แห่ง/เตียง	3 / 470
- คลินิกแพทย์	99	แห่ง
- คลินิกทันตแพทย์	22	แห่ง
- คลินิกเทคนิคการแพทย์	5	แห่ง
- คลินิกพยาบาลผดุงครรภ์	268	แห่ง
- คลินิกกายภาพบำบัด	1	แห่ง
- ร้านขายยาแผนปัจจุบัน	49	แห่ง
- ร้านขายยาบรรจุเสร็จ	82	แห่ง
- ร้านขายยาแผนโบราณ	12	แห่ง

2.2 อัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน

ตารางที่ 2.2 จำนวนของบุคลากรสาธารณสุขกระจายตามหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน และอัตราส่วนของบุคลากรต่อจำนวนประชากร จังหวัดเชียงราย

บุคลากร	สสจ.	รพศ.	รพ.ค่ายฯ	รพ.เอกชน	รวม	อัตราส่วนบุคลากร : จำนวนประชากร
แพทย์	49	69	3	24	145	1:8,833
ทันตแพทย์	25	10	1	2	38	1:33,704
เภสัชกร	39	25	1	5	70	1:18,296
พยาบาลวิชาชีพ	384	317	8	90	799	1:1,603
พยาบาลเทคนิค	292	222	0	6	520	1:2,463
จพง.สาธารณสุข	367	0	0	0	367	1:3,490

3. ข้อมูลความครอบคลุมสวัสดิการด้านการรักษา

ตารางที่ 2.3 จำนวนและร้อยละของความครอบคลุมสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของประชาชน
จังหวัดเชียงราย ปี 2543

ลำดับ	ระบบประกันสุขภาพ	ครอบคลุมประชาชน		ครอบคลุมประชาชน	
		ทะเบียนราษฎร์		สำรวจ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.	กลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจพร้อมครอบครัว	35,516	2.76	35,516	2.76
2.	กลุ่มสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง		46.94		46.94
2.1	ผู้มีรายได้ต่ำ (บัตร สปร.)	271,688	21.11	271,688	21.11
2.2	ผู้สูงอายุ (มีบัตรผู้สูงอายุ, ไม่มีบัตรและอื่นๆ ทุกคน)	94,830	7.37	94,830	7.37
2.3	เด็ก 0-12 ปี	176,822	13.89	178,822	13.89
2.4	นักเรียนมัธยมต้น	44,690	3.47	44,690	3.47
2.5	ผู้พิการทุพพลภาพ	3,603	0.28	3,603	0.28
2.6	ทหารผ่านศึกและครอบครัว	7,797	0.61	7,797	0.61
2.7	พระภิกษุ สามเณรและผู้นำศาสนาอื่น	2,639	0.21	2,639	0.21
3.	กลุ่มประกันสุขภาพภาคบังคับ				
	พระราชบัญญัติประกันสังคม	26,727	2.08	26,727	2.08
4.	กลุ่มประกันสุขภาพภาคสมัครใจ				
4.1	โครงการบัตรประกันสุขภาพ		17.63	-	17.63
4.1.1	บัตรประชาชนทั่วไป (บัตร 1)	162,805	12.65	162,805	12.65
4.1.2	บัตรผู้นำชุมชน	12,215	0.95	12,215	0.95
4.1.3	บัตรอาสาสมัครสาธารณสุข	51,891	4.03	51,891	4.03
4.2	การประกันสุขภาพเอกชน	10,040	0.78	10,040	0.78
	รวมผู้มีหลักประกัน	903,263	70.18	903,263	70.18
5.	ผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ	383,753	29.82	383,753	29.82
	จำนวนประชากรทั้งหมด	1,287,016	100.00	1,287,016	100.00

จังหวัดเชียงรายได้เริ่มดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาลเร่งผลักดันให้เกิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โครงสร้าง“30บาท รักษาทุกคน” เมื่อ วันที่ 1 ตุลาคม 2544 ปัจจุบันมีผู้มีหลักประกันสุขภาพ จำนวน 1,020,015 คน คิดเป็นร้อยละ 79.25 ณ วันที่ 31 มกราคม 2545

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพการทำงานของแรงงานเด็ก

สายสุรี จุติกุล และนิศา ชูโต(2529)⁽⁴⁸⁾ศึกษาเด็กที่ทำงาน พบว่า เด็กร้อยละ 71 ที่ต้องออกจากโรงเรียนก่อนกำหนด หรือไม่ได้เรียนต่อชั้นสูง ร้อยละ42 เบื่อการทำงานในภาคเกษตร ร้อยละ62 ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง และยังพบว่าเด็กที่มีอายุระหว่าง 11 – 14 ปีตกอยู่ในสภาวะที่ยากลำบากกว่าเด็กกลุ่มอื่นๆ มักถูกลืม ความสำคัญเด็กกลุ่มนี้ถูกทำให้น้อยลง

เพชรรัตน์ อนันทวรรณ (2531)⁽⁴⁹⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดสรรเวลาของแรงงานเด็กในชุมชนแออัดของกรุงเทพมหานคร พบว่า แรงงานเด็กส่วนใหญ่จัดสรรเวลาเพื่อการทำงานในตลาดแรงงานไม่มากนัก กล่าวคือ แรงงานเด็กร้อยละ 85.4 ทำงานในตลาดแรงงานวันละ 1 – 8 ชั่วโมง มีเพียงส่วนน้อยคือ ร้อยละ 14.6เท่านั้นทำงานในตลาดแรงงานเกินวันละ 8 ชั่วโมง และมีชั่วโมงพักผ่อนวันละประมาณ 15 – 16 ชั่วโมง นับว่าเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของแรงงานเด็กไม่มากนัก แต่พบว่าแรงงานเด็กเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่ได้จัดสรรเวลาเพื่อการศึกษา นอกจากนี้ยังพบว่า ถ้ารายได้ของครัวเรือนเพิ่มขึ้น แรงงานเด็กจะมีชั่วโมงการทำงานในตลาดแรงงานน้อยลง

เบญญา จิรภัทรพิมล, วารุณี ภูริสินสิทธิ์ และกอบกุล ราชะนาคร (2531)⁽⁵⁰⁾ ศึกษาการใช้แรงงานเด็กและผู้หญิง: ทิศทางการพัฒนาชนบทและการขยายตัวของเมืองเชียงใหม่ พบว่า แรงงานเด็กมีอายุตั้งแต่ 4 – 15 ปี ซึ่งเป็นเด็กที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าโรงเรียนร้อยละ 4 และร้อยละ 14 กำลังเรียนอยู่อาชีวะของบิดา ร้อยละ 76 ทำงานรับจ้างรายวัน และเป็นเกษตรกร แรงงานเด็กส่วนใหญ่ได้รับค่าจ้างเป็นรายวัน ได้รับค่าจ้าง 150 – 1,200 บาท/เดือน ร้อยละ 74ทำงาน 7 วัน/สัปดาห์ ทำงานโดยเฉลี่ย 9.47 ชั่วโมงต่อวัน ได้รับสวัสดิการ คือ ที่พักอาศัย อาหาร เสื้อผ้า และยารักษาโรค เด็กรับจ้างอาศัยอยู่กับบิดามารดาและญาติ ร้อยละ 46 อาศัยอยู่กับนายจ้าง ร้อยละ 54 ด้านสุขภาพอนามัย ร้อยละ 58 ไม่เคยเจ็บป่วยเลย ร้อยละ 42 เจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดหัว เป็นไข้ เมื่อเจ็บป่วยนายจ้างจะให้ยารับประทานเอง และเมื่อต้องไปหาแพทย์ นายจ้างจะเป็นผู้จ่ายค่ารักษา ในช่วงเวลาว่าง มักจะดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ดูนั่ง ส่วนด้านการศึกษาร้อยละ 48 ไม่ต้องการเรียนต่อ

อรทัย อัจฉา และเคอี่ ริชเตอร์(2532)⁽⁵¹⁾ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับแรงงานเด็กในภาคอุตสาหกรรมประมง: กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร พบแรงงานเด็กต้องนั่งอยู่ในท่าเดียวนานๆ มือเท้าต้องแช่น้ำอยู่ตลอดเวลา มีปัญหาเกี่ยวกับโรคผิวหนัง มือเน่าเปื่อยและอักเสบ ,ต้องทำงานยาวนานมากในแต่ละวันและมักไม่มีวันหยุดหรือหยุด 2-3วัน/เดือน

พรพิมล ชนันทาวา (2537)⁽⁵²⁾ ศึกษาปัญหาและความต้องการของเด็กที่ทำงานสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิงในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า เด็กต้องการที่จะฝึกฝนอาชีพเพิ่มเติมมากกว่าเรียนต่อ งานที่ต้องการฝึกฝนอาชีพมากที่สุด คือ ช่างยนต์ ส่วนใหญ่เด็กไม่เคยเจ็บป่วยเลยแต่ที่เคยป่วยจะเป็นไข้หวัด นายจ้างให้สวัสดิการ คือ อาหาร และที่พัก เมื่อมีเวลาว่างแรงงานส่วนใหญ่จะนอนหลับเพื่อเตรียมตัวทำงานในวันต่อไป ด้านการเงินเด็กกว่าครึ่งหนึ่งมีเงินพอใช้และส่งไปให้ที่บ้าน

ชลีรัตน์ แสงสุวรรณ และคณะ (2538)⁽⁵³⁾ ได้สรุปผลการอภิปรายของแรงงานเด็กจากการจัดค่ายแรงงานเด็ก ซึ่งมีแรงงานเด็กจาก เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน น่าน ขอนแก่น อุดรธานี บุรีรัมย์ อำนาจเจริญ ยโสธร กรุงเทพมหานคร และสมุทรปราการ เมื่อ ตุลาคม 2537 เกี่ยวกับสภาพการทำงานและปัญหาที่แรงงานเด็กประสบอยู่ มีดังนี้ ส่วนใหญ่ได้รับค่าแรงน้อยกว่าค่าแรงขั้นต่ำ สภาพการทำงานย่ำแย่ อากาศถ่ายเทไม่สะดวก นั่งทำงานกับพื้นนานๆ ต้องเพ่งสายตา ขาดสวัสดิการที่ดี และเพียงพอ เช่น อาหารไม่เพียงพอ ที่พักแออัด และขาดสวัสดิการรักษาพยาบาล สำหรับเวลาทำงานพบว่าทำงานวันละ 13 – 15 ชั่วโมง ไม่มีโอกาสในการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม

ศรีเสาวลักษณ์ เกียรติพิริยะ (2539)⁽⁵⁴⁾ ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตระหว่างแรงงานเด็กในภาคเกษตรกรรมที่อพยพกับไม่ได้อพยพ ในจังหวัดอุดรดิตถ์ โดยได้สร้างตัวบ่งชี้และเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพชีวิต แรงงานเด็กภาคเกษตรกรรม 6 ด้าน คือ ด้านการศึกษา การพัฒนาอาชีพและแรงงาน ข่าวสารข้อมูล สุขภาพและครอบครัว คุณธรรมและหน้าที่พลเมือง กิจกรรมการพัฒนาบุคคลและศิลปวัฒนธรรม พบว่า แรงงานเด็กภาคเกษตรกรรมที่อพยพ มีตัวบ่งชี้ที่ผ่านเกณฑ์ชี้วัด จำนวน 14 ตัว มีตัวบ่งชี้ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 36 ตัว สรุปได้ว่า แรงงานเด็กภาคเกษตรกรรมที่อพยพ มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ส่วนแรงงานเด็กภาคเกษตรกรรมที่ไม่ได้อพยพ มีตัวบ่งชี้ที่ผ่านเกณฑ์ชี้วัด จำนวน 26 ตัว มีตัวบ่งชี้ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 24 ตัว สรุปได้ว่า แรงงานเด็กภาคเกษตรกรรมที่ไม่ได้อพยพ มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

กรรณิการ์ รัตนมณี (2540)⁽⁵⁵⁾ ศึกษาสภาพการทำงานและความมุ่งหวังในอนาคตของแรงงานเด็กในสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง : กรณีศึกษาในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ส่วนใหญ่เพศชาย(ร้อยละ 84) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 70 และไม่เคยฝึกอาชีพร้อยละ 81 บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 73 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมทั้งบิดาและมารดา ร้อยละ 43 แรงงานเด็กส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับนายจ้าง ร้อยละ 57 ได้รับค่าจ้างวันละ 145 บาท ร้อยละ 69 ทำงานเกินวันละ 8 ชั่วโมง นายจ้างร้อยละ 90.9 จัดที่พักอาศัยให้ แรงงานร้อยละ 73 ไม่เคยฝึกอาชีพได้เลย

ฉันทนา บรรพศิริโชติ, นิตยา กัทลีสระพันธ์ และรัตนา จารุเบญจ (2540)⁽⁷⁾ สํารวจครัวเรือนที่มีเด็กออกไปทำงานนอกบ้านในระยะเวลา 5 ปี (2531 - 2536)จำนวน 5,466 ครัวเรือนในจังหวัดเชียงราย ศรีสะเกษ บุรีรัมย์ ปัตตานี พบว่า แรงงานเด็ก(อายุน้อยกว่า 18 ปี)ของเชียงรายทั้งหมด 203 คน สัดส่วนแรงงานเด็กที่อายุไม่ถึง 15 ปี เป็น 8.4% สัดส่วนแรงงานเด็กที่อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไปเป็น 91.6 % จำนวนเฉลี่ยแรงงานเด็ก 18.6 คน/หมู่บ้าน สัดส่วนแรงงานเด็กเคลื่อนย้ายเป็น72.1%แรงงานที่อยู่ในท้องถิ่นเป็น27.9% เด็กที่เรียนและทำงานไปด้วยมีจำนวนร้อยละ 1.6 ประเภทงานที่เด็กในจังหวัดเชียงรายทำคือ เด็กชายส่วนใหญ่ทำงานประเภทรับจ้างทั่วไปและงานกรรมกรก่อสร้าง แต่เด็กหญิงคืออาชีพขายบริการทางเพศ และเป็นลูกจ้างรับใช้ตามบ้าน สภาพครัวเรือนของแรงงานเด็กส่วนใหญ่อยู่ในภาคเกษตรกรรม ร้อยละ66.6 รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน 19,944 บาท/ปี สถานภาพการเป็นหนี้พบ ร้อยละ 56.9

รัชนี บุญเรือง (2541)⁽⁶⁶⁾ ได้ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการทางด้านการศึกษาของแรงงานเด็กที่เรียนการศึกษานอกโรงเรียน ในโครงการแรงงานเด็ก พบว่า แรงงานเด็กร้อยละ 56.41 ใช้เวลาในการทำงานวันละ 8 ชั่วโมงต่อวัน แต่มีร้อยละ 36.84 ที่ต้องทำงานเกินจากเวลาที่กฎหมายกำหนด โดยส่วนใหญ่ทำงานสัปดาห์ละ 6 วัน ซึ่งวันหยุดคือ วันอาทิตย์ สําหรับด้านการศึกษา ซึ่งจัดการศึกษานอกโรงเรียนโดยมูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก พบว่า ยังมีขาดเป้าหมายที่ชัดเจนในการจัดการศึกษา แรงงานเด็กและครูให้ความสำคัญมากคือการเพิ่มวุฒิการศึกษาให้สูงขึ้น ส่วนเนื้อหายังไม่ตอบสนองความต้องการของแรงงานเด็ก ยังเน้นการเรียนในห้องเรียน

นิตยา กัทลีสระพันธ์ และ รัตนา จารุเบญจ (2543)⁽⁶⁷⁾ ได้ศึกษาแรงงานเด็กในกิจการขนาดเล็กจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า แรงงานเด็กที่ประสบอุบัติเหตุจากการทำงานและเจ็บป่วยทั่วไปจะใช้วิธีการดูแลกันเอง จะไปรับบริการจากสถานบริการต่างๆ ของรัฐไม่สะดวกซึ่งมีสาเหตุมาจาก วันหยุดเกือบทั้งหมด ของเด็กเป็นวันอาทิตย์ การบริการของสถานพยาบาลของรัฐจะไม่มี นอกจากกรณีฉุกเฉินและอุบัติเหตุ แรงงานเด็กไม่กล้ามาใช้สถานพยาบาลด้วยตนเอง โดยเฉพาะเด็กที่ไม่ได้อยู่กับครอบครัว เด็กอายุน้อยไม่มีบัตรประจำตัวหรือหลักฐานแสดงตน แรงงานเด็กไม่รู้แหล่งที่ตั้งสถานบริการสุขภาพอนามัยสถานพยาบาลต่างๆ ของรัฐมีอยู่น้อยแห่ง อยู่ห่างไกลจากสถานที่ทำงานและที่พักของเด็กทำให้ไม่สะดวกที่จะใช้บริการ และคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ค่าบริการค่อนข้างสูง สถานที่แออัด ทำใหู้รู้สึกน่ากลัวสำหรับเด็ก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสาธารณสุข

การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขที่พบได้โดยทั่วไปมักจะเป็นการศึกษาการไปใช้บริการสาธารณสุขของประชาชน ซึ่งผู้ศึกษาพยายามที่จะรวบรวมผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องที่พอจะเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้

เพศ กับ การใช้บริการสาธารณสุข

Ruth (1973)⁽⁵⁸⁾ กล่าวว่า เพศอาจเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของพฤติกรรมการเจ็บป่วยโดยอธิบายว่าเนื่องจาก เพศชายต้องการที่จะแสวงหาความแข็งแกร่ง ความเป็นชายชาติวีร ทำให้ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยง่ายๆ และมองว่าการเจ็บป่วยเป็นสัญลักษณ์ของความอ่อนแอและความเป็นเพศหญิง

Day และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (1977)⁽⁴¹⁾ ศึกษาแบบแผนการให้บริการสาธารณสุขในชนบทไทย ที่จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการใช้บริการของโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอ ได้แก่ เพศ โดยพบว่า เพศหญิงจะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัดมากกว่าโรงพยาบาลอำเภอในอัตราส่วนที่มากกว่าเพศชาย

Nathanson (1977)⁽⁵⁹⁾ อธิบายว่า ผู้หญิงมักจะรายงานถึงการเจ็บป่วยมากกว่าเพศชายซึ่งเนื่องมาจาก สังคม วัฒนธรรม ที่ยอมรับและยอมให้ผู้หญิงแสดงบทบาทการเป็นผู้ป่วยได้ง่ายกว่าผู้ชาย

อายุ กับ การใช้บริการสาธารณสุข

ชนินทร์ เจริญกุล และคณะ (2522)⁽⁶⁰⁾ ศึกษาพฤติกรรมการใช้และไม่ใช้บริการของรัฐในระดับอำเภอ พบว่า อายุที่แตกต่างกันของผู้ใช้บริการมีความสัมพันธ์กับอัตราการใช้และไม่ใช้บริการ คือ โดยเฉลี่ยอายุของกลุ่มที่ใช้บริการจะสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้บริการเล็กน้อย คือ 39.26 ปีและ 33.58 ปี โดยลำดับ แต่กลุ่มที่ใช้บริการสูงสุดอยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี และกลุ่มที่ใช้บริการน้อยที่สุดอยู่ในช่วง 15-19 ปี

ฐานะเศรษฐกิจ กับ การใช้บริการสาธารณสุข

สายใจ คุ่มขนาบ (2515)⁽⁶¹⁾ ศึกษาปัจจัยที่ยังผลต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัยของชาวชนบทในประเทศไทย พบว่า ผู้ที่มีฐานะค่อนข้างดี นิยมที่จะใช้การทำคลอดโดยแพทย์และพยาบาลมากกว่าผู้ที่มีฐานะยากจน โดยผู้ที่มีฐานะดีทำคลอดโดยแพทย์และพยาบาล ร้อยละ 16.9 ส่วนผู้ป่วยที่ยากจนมีเพียงร้อยละ 7.5

การศึกษาของ Richardson (1972)⁽⁶²⁾ พบว่า คนรวยไปใช้บริการด้านสุขภาพมากกว่าคนจน คือ เป็นคนรวยร้อยละ 73 ส่วนคนจนมีเพียงร้อยละ 4 และกล่าวว่า ผู้ที่มีรายได้สูงย่อมมีโอกาสของการเลือกใช้แหล่งบริการที่มีประสิทธิภาพดีกว่าผู้มีรายได้ต่ำ

สำลี เปลี่ยนบางช่วง และคณะ (2521)⁽⁶³⁾ ศึกษาเรื่องสังคมจิตวิทยาในการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทภาคกลาง พบว่า อัตราการใช้บริการของกลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจแตกต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกันมากนัก แต่ก็พบว่ากลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจสูงนิยมไปใช้บริการ ณ สถานบริการที่มีประสิทธิภาพสูงมากกว่า ทั้งนี้เพราะมีความสามารถจะจ่ายค่าบริการให้ได้

ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ กับ การใช้บริการสาธารณสุข

การศึกษาของ Day และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (1977)⁽⁴⁰⁾ พบว่า ประชาชนจะเลือกใช้แหล่งบริการที่ใกล้ตัวที่สุดก่อน และกล่าวว่าความใกล้/ไกล หรือปัจจัยด้านระยะทางจึงมีผลต่อผู้ใช้บริการ

การศึกษาของสำลี เปลี่ยนบางช่วง และคณะ (2521)⁽⁶³⁾ พบว่า สาเหตุที่ผู้เจ็บป่วยไปใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทเป็นประจำ เหตุผลแรกร้อยละ 74.3 ตอบว่า เพราะเดินทางไปสถานอนามัยสะดวกและในทางตรงกันข้าม เมื่อถามถึงเหตุผลที่ไม่ไปใช้บริการเลย เหตุผลแรกก็คือ เดินทางไปสถานอนามัยไม่สะดวก ร้อยละ 36.8

กองแผนงานสาธารณสุข (2522)⁽⁶⁴⁾ ศึกษา การแสวงหาและการใช้บริการเกี่ยวกับสุขภาพ กับ ลักษณะการสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้บริการกับผู้ให้บริการในท้องถิ่น พบว่า ผู้ป่วยให้สาเหตุของการไม่ไปสถานอนามัยว่า เพราะสถานอนามัยอยู่ห่างไกลไปติดต่อไม่สะดวก

ชื่นชม เจริญยุทธ (2522)⁽⁶⁵⁾ ศึกษาปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่างๆ ของประชาชนในชนบท พบว่า ระยะทางมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ใกล้กับสถานบริการจะมีการใช้บริการมากกว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ห่างไกลออกไป

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (1982)⁽⁶⁶⁾ ศึกษารายงานเกี่ยวกับ พฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขในหลายประเทศ พบว่า การใช้บริการขั้นต้นของรัฐในลักษณะ Under-utilization มิได้เกิดเฉพาะประเทศไทยเท่านั้น ในประเทศอื่นก็เกิดอย่างแพร่หลายเช่นกัน โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา (Developing countries) ทั้งหมด และกล่าวว่า เหตุผลหนึ่งของการไม่ไปใช้บริการที่สถานอนามัยก็คือ ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ที่อยู่ไกลไปหรือเดินทางไม่สะดวก

บุญเลิศ เลี้ยวประไพ และบุปผา ศิริวิศมี(2531)⁽⁶⁷⁾ ศึกษาเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพอนามัยและการใช้บริการสาธารณสุขประชาชนในท้องถิ่นชนบท พบว่า เหตุผลที่สำคัญที่สุดในการไปใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพเนื่องจากเดินทางสะดวก

การรับรู้ของประชาชนต่อคุณภาพบริการด้านต่างๆ กับ การใช้บริการสาธารณสุข

1. การรับรู้ความสามารถในการรักษาของหมอ กับ การใช้บริการสาธารณสุข

การศึกษาของ Day และ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ (1977)⁽⁴⁰⁾ พบว่า การที่ชาวบ้านไม่ค่อยไปใช้บริการที่สถานีอนามัย โดยมักจะไปใช้บริการในระดับโรงพยาบาลโดยเฉพาะโรงพยาบาลจังหวัดมากกว่า ก็เนื่องจากชาวบ้านคิดว่า พนักงานอนามัยไม่ได้รับอนุญาตให้รักษาไข้หนักๆ อีกทั้งคิดว่าพนักงานอนามัยเองก็ไม่มีความสามารถจะรักษาโรคให้แก่เขาได้

การศึกษาของลำลี เปลียนบางช้าง และคณะ (1978)⁽⁶³⁾ พบว่า การที่ชาวบ้านไม่นิยมไปใช้บริการที่สถานีอนามัย มีเหตุผลอันดับแรกคือ ขาดประสิทธิภาพในการรักษา โดยผู้ป่วยบอกว่า ป่วยหนักเกินความสามารถ เคยรักษาแล้วไม่หาย และไม่เชื่อความสามารถของหมอ (เจ้าหน้าที่ไม่เก่ง) และในกลุ่มชาวบ้านที่ไม่ใช้บริการที่สถานีอนามัยเลย ก็ให้เหตุผลที่เกี่ยวกับประสิทธิภาพในการรักษา โดยบอกว่าไม่มีความสามารถเป็นเรื่องที่สำคัญ รองจากเรื่องระยะทาง

เบญจจา ยอดดำเนิน และ กฤตยา อาชานิจกุล (2523)⁽⁶⁸⁾ อธิบายในแนวความคิดเกี่ยวกับประสิทธิภาพการรักษาไว้ว่า คนเราจะเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคลนั้น เช่นถ้าเคยรักษาที่แหล่งบริการใดแล้วอาการเจ็บป่วยหายไป ครั้งต่อไปก็จะไปใช้แหล่งบริการนั้นอีก

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (1982)⁽⁶⁶⁾ อธิบายว่า การที่ชาวบ้านไม่นิยมไปใช้บริการที่สถานีอนามัย เหตุผลหนึ่งก็เนื่องจากคุณภาพการให้บริการไม่ดีพอ

การศึกษาของอรทัย รวยอาจิดน และ ลำลี เปลียนบางช้าง (1983)⁽⁶⁹⁾ พบว่า มีกลุ่มของชาวบ้านทั้งที่ไม่ค่อยนิยมไปใช้บริการที่สถานีอนามัย ตลอดจนกลุ่มที่ไม่เคยไปใช้บริการที่สถานีอนามัยเลย เมื่อถามว่าทำไมจึงเป็นเช่นนั้น ทั้งสองกลุ่มก็ให้เหตุผลทำนองเดียวกันว่าคุณภาพการรักษาไม่ดี

UNICEF ร่วมกับ WHO (1973)⁽⁷⁰⁾ ศึกษาเรื่อง Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries โดยเก็บข้อมูลจากหลายประเทศ เช่น บังคลาเทศ ติมอร์ อินเดีย ไนเจอร์ ไนจีเรีย แทนซาเนีย และเวเนซุเอลา พบลักษณะการไปใช้บริการที่เหมือนกันอย่างหนึ่ง คือ มีการใช้บริการที่ข้ามขั้นตอน (By pass) โดยเฉพาะจากสถานบริการขั้นต้นไปยังสถานบริการในระดับที่สูงกว่าโดยไม่จำเป็น จึงทำให้เกิดปัญหาการใช้บริการที่เรียกว่า Under-utilization และ Over-utilization ในการศึกษาได้รายงานถึงเหตุผลของการข้ามขั้นตอนว่า เหตุผลหนึ่งก็เนื่องจากความไม่เชื่อมั่นของประชาชนที่มีต่อสถานบริการนั้นๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดจากคุณภาพของบริการที่ไม่ดีพอ

2. การดูแลเอาใจใส่คนไข้ กับ การใช้บริการสาธารณสุข

Day และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ(1977)⁽⁴⁰⁾ ให้เหตุผลว่าถ้าเจ้าหน้าที่ในสถานบริการขั้นต้นของรัฐ ปฏิบัติต่อประชาชนด้วยความนุ่มนวล เสมอภาค และมีสัมพันธภาพที่ดี ชาวบ้านก็จะหันไปใช้บริการมากขึ้น

การศึกษาของสำลี เปลี่ยนบางช้าง และคณะ (2521)⁽⁶³⁾ พบว่า การที่ชาวบ้านไม่นิยมไปใช้บริการที่สถานีอนามัย ตลอดจนการไม่เคยไปใช้บริการเลย เหตุผลหนึ่งก็คือ สัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ใช้บริการเป็นไปในทางที่ไม่ดี คือ เจ้าหน้าที่ไม่เอาใจใส่และพูดจาไม่ดี ซึ่งการศึกษาของ อรรถัย รวยอาจิณ และคณะ⁽⁵⁹⁾ ก็พบเช่นเดียวกัน

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (1982)⁽⁶⁶⁾ อธิบายว่า การที่ประชาชนไปใช้บริการที่สถานบริการขั้นต้นน้อย เหตุผลหนึ่งก็เนื่องจาก สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้กับผู้ใช้บริการ รวมทั้งการสื่อสารมีช่องว่าง ดังที่เรียกกันเป็น "ความเหินห่างทางสังคม" (Social distance) พร้อมกับกล่าวว่า สำหรับคนใช้นั้นเมื่อเจ็บป่วยจะหมายถึงเป็นการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ คำว่า "ความเหินห่างทางสังคม" จึงเข้ามีบทบาทดังกล่าว

การศึกษาของ WHO ที่ร่วมกับ UNICEF (1973)⁽⁷⁰⁾ ศึกษาในหลายๆประเทศก็พบว่าการข้ามขั้นตอนจากสถานบริการขั้นต้นไปยังสถานบริการในระดับที่สูงกว่าโดยไม่จำเป็น (By pass) ก็เนื่องจากความไม่เป็นกันเองกับชาวบ้าน

3. การรับรู้ประสิทธิภาพและความเพียงพอของยา กับ การใช้บริการสาธารณสุข

ชลอศรี จันทรประทุม (2520)⁽⁷¹⁾ ศึกษา การใช้บริการด้านอนามัยของประชาชนที่สถานีอนามัย ในตำบลเชิงดอย อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อถามถึงความคิดเห็นของชาวบ้านว่าต้องการให้ปรับปรุงสถานีอนามัยในเรื่องอะไรบ้าง คำตอบก็คือ ต้องการให้มียาหลายชนิด และให้มีปริมาณมากพออยู่ด้วย

การศึกษาของออร์ทัย รวยอาจิน และสำลี เปลี่ยนบางช้าง (1983)⁽⁶⁹⁾ พบว่า การที่ยาไม่พอจ่าย หรือขาดเป็นประจำ เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ชาวบ้านไม่ยอมไปใช้บริการที่สถานีนอนามัย

การศึกษาของสำลี เปลี่ยนบางช้าง และคณะ (1978)⁽⁶³⁾ เมื่อถามในกลุ่มชาวบ้านที่ไม่ค่อยนิยมไปใช้บริการที่สถานีนอนามัยว่ามีเหตุผลอะไร เหตุผลหนึ่งที่ชาวบ้านตอบก็คือ ยาคุณภาพไม่ดี (ยาไม่แรงพอ) และเมื่อถามต่อไปว่าต้องการให้ปรับปรุงสถานีนอนามัยในเรื่องใดบ้าง ก็ได้รับคำตอบที่เกี่ยวกับเรื่อง ยาด้วยคือชาวบ้านต้องการให้เพิ่มปริมาณและคุณภาพยา

ระยะเวลาการรอรับบริการ กับ การใช้บริการสาธารณสุข

กอบแก้ว คล้าชื่น และสุกัญญา รุ่งโรจนรักษ์ (2515)⁽⁷²⁾ ศึกษาทัศนคติของประชาชนในชนบทต่อการรักษาแผนใหม่ พบว่า ท่าทีการติดต่อสัมพันธ์ตลอดจนความล่าช้าในการให้บริการของเจ้าหน้าที่นอนามัยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ประชาชนไปใช้บริการมาน้อยแตกต่างกัน โดยถ้าเจ้าหน้าที่ปฏิบัติในสิ่งดังกล่าวยังไม่ดี ประชาชนก็จะยังไม่ยอมไปใช้บริการ

การได้รับข้อมูลข่าวสาร กับ การใช้บริการสาธารณสุข

Andreason(1984)⁽⁷³⁾ ได้ศึกษาเรื่องความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ใน Loose Monopolies พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการข้อมูลทางด้านสุขภาพจากแพทย์ผู้รักษา

Babakus, E.(1991)⁽⁷⁴⁾ ศึกษาเกี่ยวกับการใช้ข้อมูลข่าวสารของผู้รับบริการและการรับรู้คุณภาพบริการของหน่วยศัลยกรรมตกแต่ง พบว่า บุคลากรทางการแพทย์เป็นแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่ผู้รับบริการเลือกใช้และให้ความเชื่อถือมากที่สุด รองลงมา คือ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร และวิทยุตามลำดับ

จินทนา ชาญานิขวงศ์ (2525)⁽⁷⁵⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่อง การเปิดรับสื่อสารมวลชนทางด้านอาหารและโภชนาการ โดยเน้นศึกษาเกี่ยวกับความสำนึกจากการเปิดรับข่าวสารของมารดาที่นำบุตรมาใช้บริการจากแผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพญาไท และศูนย์บริการสาธารณสุข 2 จำนวนทั้งหมด 300 คน ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรด้านอายุ การศึกษา รายได้และอาชีพ จะมีผลต่อความสำนึกทางด้านอาหารและโภชนาการของแม่ และทำให้มีพฤติกรรมเปิดรับสื่อมวลชนทางด้านดังกล่าวแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแม่ที่มีการศึกษาสูงและมีรายได้สูงจะมีความสำนึกรวมทั้งการเปิดรับสื่อทางด้านอาหารและโภชนาการสูง

ศิริชัย ศิริกายะ (2525)⁽⁷⁶⁾ ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องการเปิดรับสื่อของประชาชนในเขตเมืองปทุมธานี พบว่า การเปิดรับสื่อมวลชนนั้นขึ้นอยู่กับความแตกต่างของค่านิยมสมัยใหม่ ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับการมีส่วนร่วมทางการเมืองและระดับสภาพทางเศรษฐกิจของประชาชน นอกจากนี้ยังพบว่า วิทยุ โทรทัศน์และหนังสือพิมพ์รายวันเป็นสื่อที่มีผู้นิยมใช้มากเรียงตามลำดับ โดยที่โทรทัศน์เป็นสื่อมวลชนที่มีแนวโน้มของการได้รับความนิยมนสูงขึ้นอย่างมาก

ปรารธนา มาลัยขวัญ (2533)⁽⁷⁷⁾ ศึกษาสภาพความต้องการ และปัญหาการใช้สื่อเพื่อการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยสำหรับประชาชนของเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า สื่อที่จะมีบทบาทมากที่สุด ต่อการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย คือ เทปโทรทัศน์ เนื่องจากเป็นสื่อชนิดใหม่ทันสมัยและมีทั้งภาพและเสียง และภาพที่เห็นสามารถเคลื่อนไหวได้ ประชาชนจึงมีความพอใจมากกว่าสื่อชนิดอื่น

จตุพร รัตแพทย์ (2538)⁽⁷⁸⁾ ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติและพฤติกรรมในการเปิดรับข่าวสารทางสื่อโทรทัศน์ของนักเรียนมัธยมตอนปลาย ในเขตกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาเฉพาะการรณรงค์ เรื่องโทรศัพท์สาธารณะ พบว่า เด็กนักเรียนมัธยมตอนปลายร้อยละ 64.40 ชมโทรทัศน์วันละไม่เกิน 7 ชั่วโมง ที่ชมเกิน 7 ชั่วโมง ร้อยละ 35.60 แลกชมเฉพาะรายการที่ชอบ ร้อยละ 66.20 โดยหวังจะให้โทรทัศน์เสนอรายการบันเทิงถึงร้อยละ 58.50 ส่วนที่ต้องการให้เสนอข่าวสารความรู้มาก ร้อยละ 41.50