

## บทที่ 2

### แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “ตัวแบบการบริหารจัดการการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย” ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย

- 2.1 ข้อมูลจังหวัดสมุทรสาคร
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการย้ายถิ่นของแรงงานข้ามชาติ
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน คุณภาพชีวิตและสุขภาวะ
- 2.4 พระราชบัญญัติ กฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
- 2.5 แนวคิดทฤษฎีการพัฒนาประเทศและการพัฒนาทุนมนุษย์
- 2.6 แนวคิดและทฤษฎีทางการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้อง
- 2.7 แนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ
- 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.9 กรอบแนวทางในการวิจัย

#### 2.1 ข้อมูลจังหวัดสมุทรสาคร

จังหวัดสมุทรสาครหรือชื่อที่นิยมเรียกกันทั่วไปว่า “มหาชัย” แต่เดิมในสมัยกรุงศรีอยุธยาเรียกว่า บ้านท่าจีน เพราะเป็นที่พักอาศัยที่เป็นชายทะเลใกล้ปากแม่น้ำและเป็นแหล่งค้าขายแลกเปลี่ยนสินค้า จนเป็นชุมชนขนาดใหญ่เรียกว่าบ้านท่าจีน ต่อมาภัยสงครามกับพม่าทำให้ต้องมีการอพยพหนีภัยไปอาศัยอยู่ตามป่า ต่อมาจึงได้มีการตั้งท้องถื่นของประชาชนอาศัยอยู่ในชุมชนค่อนข้างมากให้เป็นเมืองโดยให้ชื่อว่า เมืองสาครบุรี เมื่อปี พ.ศ.2099 เพื่อเป็นหน้าด่านในการป้องกันการรุกรานของศัตรู ซึ่งลักษณะของพื้นที่มีลักษณะเป็นคลองที่คดเคี้ยว ต่อมาจึงมีการขุดคลองเพื่อขยายคลอง ประกอบกับการเติบโตของเมืองเพิ่มมากขึ้นเพื่อลดปัญหาต่างๆ และได้รับการตั้งชื่อใหม่ว่า คลองมหาชัย ต่อมาได้มีการเปลี่ยนชื่อเมืองเป็นจังหวัดสมุทรสาครในปี พ.ศ.2486

สภาพของภูมิประเทศของจังหวัดสมุทรสาคร เป็นจังหวัดติดชายทะเล ตั้งอยู่ริมฝั่งแม่น้ำท่าจีนในเขตพื้นที่ตอนล่างของภาคกลางต่อกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยมีระยะทางไม่ห่างจากกรุงเทพมหานคร โดยลักษณะพื้นที่ราบลุ่มติดชายฝั่งทะเล มีความยาว 41.8 กิโลเมตร เหมาะที่จะประกอบอาชีพประมงทะเลเพาะเลี้ยงชายฝั่งและทำนาเกลือ บางส่วนทำการพัฒนาพื้นที่ขุดคลอง

เพื่อนำน้ำจืดมาทำการเพาะปลูกพืช และบางส่วนทำธุรกิจ อุตสาหกรรมและที่อยู่อาศัย โดยจังหวัดสมุทรสาคร ประกอบด้วย 3 อำเภอ 40 ตำบล 208 หมู่บ้าน มีจำนวนประชากรในจังหวัดทั้งสิ้น 531,887 คน

ในปีพ.ศ.2557 จังหวัดสมุทรสาครมีการขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อหัว 344,938 บาท สูงเป็นอันดับที่ 7 ของประเทศ หรือเป็นอันดับ 3 ของภาค มีมูลค่าผลิตภัณฑ์จังหวัด 317,810 ล้านบาท แยกเป็นภาคเกษตร 15,561 ล้านบาท ซึ่งเป็นสาขาการประมง 12,989 ล้านบาท สาขาเกษตรกรรมการล่าสัตว์และการป่าไม้ 2,572 ล้านบาท และภาคนอกเกษตร 302,249 ล้านบาท และผลการสำรวจสภาพเศรษฐกิจในปีพ.ศ. 2558 ของจังหวัดสมุทรสาคร พบว่าภาคนอกการเกษตร มีมูลค่าเท่ากับ 302,249 ล้านบาท โดยสาขาการผลิตหลักของภาคนอกการเกษตรคือ สาขาอุตสาหกรรม มีมูลค่าเท่ากับ 217,337 ล้านบาท รองลงมาคือ สาขาขายส่งขายปลีก มีมูลค่าเท่ากับ 38,768 ล้านบาท และสาขาไฟฟ้าประปา มีมูลค่าเท่ากับ 9,343 ล้านบาท

อย่างไรก็ดีจังหวัดสมุทรสาครเป็นจังหวัดหนึ่งที่ประสบปัญหาการขาดแคลนแรงงานคนไทย โดยเฉพาะแรงงานระดับล่างซึ่งคนไทยไม่นิยมทำงานในกิจการประมงทะเล กิจการต่อเนื่องประมงทะเล และภาคเกษตร อันเนื่องมาจากเป็นงานหนัก งานสกปรก และมีกลิ่นเหม็น ระยะเวลาทำงานไม่แน่นอน เป็นงานที่ลำบาก จากสภาพปัญหาดังกล่าวทำให้จำเป็นต้องใช้แรงงานต่างด้าว โดยมีแรงงาน 2 จำพวก คือแรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองถูกกฎหมาย และแรงงานที่เข้ามาทำงานผิดกฎหมาย ตามมาตรา 13 ซึ่งในปี 2558 พบว่า สถานการณ์จำนวนแรงงานต่างด้าวในจังหวัดสมุทรสาครมีจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาต จำนวน 253,308 คน ในจำนวนนี้เป็นแรงงานต่างชาติ มีหนังสือเดินทาง Visas ทำงานและใบอนุญาตทำงานสัญชาติเมียนมาร์ที่มี จำนวน 166,538 คน และแรงงานเพื่อนบ้านสัญชาติ เมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา (ศูนย์ One stop service) รอบ 2 จำนวน 49,284 คน รวมเป็นแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาร์ จำนวนทั้งสิ้น 215,822 คน

จากรายงานประจำปีของสำนักงานจังหวัดสมุทรสาคร ในปี พ.ศ.2558 พบว่า ผลการตรวจสถานบริการสถานประกอบ โรงงาน เรือประมง การป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ในปีพ.ศ. 2558 รวม 2,390 แห่ง ไม่พบผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ 97,205 คน พบผู้เสียหาย 2 คน และมีการจัดกิจกรรมโครงการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจตามกฎหมายเพื่อเป็นการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์และคุ้มครองตลอดจนอาสาสมัครเพื่อเฝ้าระวังร่วมในการจัดระเบียบของราชการ ในด้านการดำเนินงานของศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ (One stop service) วันที่ 1 เมษายน 2558 – วันที่ 30 มิถุนายน 2558 ตามมติ คณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2558 มีผลการจดทะเบียนแยกประเภท โดยมีนายจ้างจำนวน 8,646 ราย แยกเป็นต่ออายุ 8,017 ราย และนายจ้างประมงใหม่ 229 ราย แรงงานต่ออายุบัตร 59,579 ราย แยกเป็นแรงงาน 57,943 ราย และผู้ติดตาม 1,636 ราย โดยเป็นสัญชาติเมียนมาร์ 44,365 ราย ลาว 6,244 ราย กัมพูชา 8,970 ราย เป็นแรงงานประมง

ใหม่ 5,421 ราย เมียนมาร์ 4,917 ราย ลาว 81 ราย กัมพูชา 421 ราย โดยจากการข้อมูลของสำนักงานจังหวัดสมุทรสาครพบว่าผู้ประกอบการและแรงงานต่างด้าว พบว่าไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารด้านประมงเลย จึงมีการอบรมหลักสูตรนักจัดรายการสุขภาพ มีการจัดตั้งเป็นสถานีนีลายน้ำ มีการติดตามประเมินผลและขยายเครือข่ายให้ครอบคลุมพื้นที่ 22 จังหวัดชายทะเล จังหวัดสมุทรสาครได้มีโครงการต่าง ในการดำเนินการเพื่อลดปัญหาความเลื่อมล้ำโดยมีโครงการผู้ว่าสัญจรเพื่อเยี่ยมกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพ มีโครงการในการสถานีอนามัยลายน้ำ โดยมีวัตถุประสงค์ในการให้บริการดูแลส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐานในกลุ่มของลูกเรือประมง เพื่อเป็นการให้ความรู้ การจัดการความรู้ และลดปัญหาสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในจังหวัดทั้งในน่านน้ำและนอกน่านน้ำไทย โดยจัดให้มีการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัย การอบรมหลักสูตรนักจัดรายการสุขภาพ เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การตั้งสถานี และมีการจัดตั้งศูนย์ในการควบคุมการแจ้งเข้า-ออก เรือประมง จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อแก้ไขปัญหาจากการให้ใบเหลืองของสหภาพยุโรปซึ่งเป็นมาตรการที่สหภาพยุโรปดำเนินการกับประเทศที่ไม่ทำประมงตามมาตรฐานสากล เพื่อป้องกันการจับสัตว์น้ำมากเกินไป โดยกำหนดให้ขึ้นทะเบียนเรือประมง และมีบทลงโทษในการทำประมงผิดกฎหมาย

## 2.2 แนวคิดการย้ายถิ่นของแรงงานข้ามชาติ

การย้ายถิ่นเป็นปรากฏการณ์ปกติในประเทศที่กำลังพัฒนามีการพึ่งพาทุนนิยม วิถีชีวิตปกติของมนุษย์ต้องการแสวงหาพื้นที่อยู่อาศัยและปัจจัยในการดำรงชีวิต ในสมัยโบราณมีการย้ายถิ่นเพื่อแสวงหาอาหาร แสวงหาเมืองขึ้น เพื่อเป็นการขยายอาณาเขตในการปกครอง ต่อมาเมื่อโลกมีการพัฒนามากขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านของเศรษฐกิจ สังคม การเมือง มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของการย้ายถิ่นไว้ อาทิ

Lee (1956) กล่าวถึง การย้ายถิ่นเป็นลักษณะของกระแสการเลือกที่อยู่และลักษณะของการเปลี่ยนผ่านเพื่อปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตในด้านของการประกอบอาชีพ การทำงาน เป็นสิ่งที่ต้องเกิดจากปัจจัยในการผลักดันทั้งในด้านของปัจจัยดึงดูด และปัจจัยที่เป็นแรงผลัก ในหลาย ๆ ด้านที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพ รายได้ การใช้จ่าย รวมทั้งวัฒนธรรมของถิ่นที่อยู่ที่มีการเปลี่ยนแปลงเมื่อไม่เหมาะสมหรือไม่สามารถที่จะปรับตัวได้ก็จะมีแสวงหาถิ่นที่อยู่อื่นเพื่อให้เหมาะสม บางสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการย้ายถิ่น เช่น เชื้อชาติหรือเผ่าพันธุ์ คุณลักษณะของประชากร ทัศนคติ สภาพแวดล้อม สิ่งปรากฏพบว่าเป็นบางครั้งเป็นอุปสรรค บางครั้งเป็นประโยชน์ในการที่จะทำให้การย้ายถิ่นนั้นมีการปรับเปลี่ยนและสามารถที่จะประกอบกิจการและทำงาน

Ravenstein (1976) ได้กล่าวถึงลักษณะของการอพยพ แบบที่เปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตจากเมืองหนึ่งสู่เมืองหนึ่ง ซึ่งไม่ได้มีการถูกบังคับ เป็นไปด้วยความสมัครใจ ส่วนในอีกรูปแบบเป็นการย้ายถิ่นในลักษณะของความจำเป็นทั้งในด้านของการถูกบีบบังคับ หรือเกิดการกระตุ้นจากกระแสการ

เปลี่ยนแปลงของโลก ในด้านของเศรษฐกิจ การเมือง บางครั้งอาจนำพาส่งไม่ดีไปด้วย อาทิ โรคภัย อาชญากรรม เนื่องจากการอพยพย้ายถิ่นลักษณะนี้ไม่สามารถที่ตรวจสอบหรือกั้นกรองได้ บางครั้ง การย้ายถิ่นเป็นไปด้วยความสมัครใจ มีการพาครอบครัวอพยพย้ายถิ่นเข้ามา ส่งผลถึงเรื่องการทำงาน การศึกษา และการนำเอาวัฒนธรรม สังคมของคนเหล่านี้มาด้วย ซึ่งการอพยพย้ายถิ่นนี้ สิ่งที่คุณเหล่านี้นำติดตัวมาเมื่อระยะเวลาผ่านไป ระยะทางผ่านไป มีการหลอมรวมมีการซึมซับเอาวัฒนธรรมของแหล่งที่อยู่ใหม่ไปพร้อม ๆ กัน มีการปรับตัวเพื่อให้เหมาะสมและเข้ากับสภาพแวดล้อมมากขึ้น

ปัจจุบันพบว่า การย้ายถิ่นที่มีมากมักเกี่ยวข้องกับ การย้ายถิ่นของแรงงาน เนื่องจากในปัจจุบันประเทศแต่ละประเทศมีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว บางครั้งปัจจัยการผลิตที่สำคัญอย่างหนึ่งคือแรงงาน ไม่สามารถที่จะมีได้เพียงพอ ซึ่งในประเทศที่เป็นประเทศของอุตสาหกรรม ย่อมต้องมีการใช้แรงงานเป็นจำนวนมากเพื่อป้อนเข้าสู่ภาคของอุตสาหกรรม ประกอบกับส่วนหนึ่งมาจากการเลือกงาน ซึ่งแรงงานในบางประเภทไม่มีใครอยากทำ เนื่องจากเป็นงานที่หนัก มีความสกปรก มีความอันตราย แต่ในภาคอุตสาหกรรมบางประเภทจำเป็นต้องใช้ หรือในด้านของความต้องการค่าแรง เพื่อให้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ทำให้ต้องมีการแสวงหาความพอใจในค่าแรงของแรงงานเหล่านั้น จึงเป็นที่มาของการย้ายถิ่นของแรงงาน มีการนำแรงงานต่างด้าวเข้ามาใช้ภายในประเทศ ส่งผลให้เกิดการจ้างแรงงานต่างด้าว ซึ่งในปัจจุบันที่มีความต้องการมากจะเป็นแรงงาน 3 สัญชาติ คือ เมียนมาร์ ลาว กัมพูชา ซึ่งในปัจจุบันพบว่า แรงงานเหล่านี้ได้มีการเดินทางเข้ามาทำงานในประเทศไทย อาทิ ภาคก่อสร้าง ภาคการเกษตร ภาคการประมงและ ภาคอุตสาหกรรม เพื่อต้องการได้โอกาสในการทำงานที่ดีและมีความปลอดภัยมากกว่าถิ่นที่อยู่เดิม ต้องการค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือค่าแรงที่สูงขึ้น ต้องการนำพาครอบครัวให้อยู่ในสถานที่ที่ดี มีความปลอดภัย มีสวัสดิการทั้งในด้านของการรักษาพยาบาล การดูแลของนายจ้างที่ดี การทำงานที่ปลอดภัย ทำให้ในประเทศที่ด้อยพัฒนาหรือประเทศที่กำลังพัฒนา แรงงานต่าง ๆ พยายามที่จะดิ้นรนและย้ายถิ่นเพื่อแสวงหาโอกาสเหล่านั้น

ประเทศที่เป็นเป้าหมายหลักของการย้ายถิ่นของแรงงาน คือประเทศที่มีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ มีความต้องการแรงงานสูง ไม่ไกลจากถิ่นฐานเดิมมาก รวมทั้งมีการเดินทางที่ค่อนข้างสะดวก ส่วนใหญ่แล้วจะเป็นประเทศในบริเวณโดยรอบของประเทศที่แรงงานเหล่านั้นอาศัยอยู่ เนื่องจากความใกล้เคียงของวัฒนธรรมด้วย โดยมีนักวิชาการหลายท่านได้วิจัยเกี่ยวกับการย้ายถิ่นข้ามประเทศ อาทิ งานวิจัยของ สุภางค์ จันทวานิช, ประไพรัตน์ รัตนโอฬาร-มิทซ์, พัทยา เรือนแก้ว, สุธีรา นิตยานันตะ และอัญชลี เข็มครุฑ (2542) กล่าวว่า การย้ายถิ่นข้ามประเทศ คือ การเคลื่อนย้ายของประชากรจำนวนมาก ข้ามพรมแดนจากประเทศที่ตนเป็นพลเมืองหรือพำนักอยู่ไปยังเทศอื่น เพื่อดำรงชีวิตเป็นเวลายาวนานต่อเนื่อง เพื่อกระทำการกิจกรรมที่ได้รับค่าตอบแทน โดยปกติตามหลักการสากล จะกำหนดว่าการดำรงชีวิตในอีกที่หนึ่งเป็นระยะเวลานาน 1 ปี นับเป็นการย้ายถิ่น (International travel regulations) การย้ายถิ่นอาจจำแนกได้ตามสาเหตุเป็น 2 ชนิด คือ การย้ายถิ่นที่มีสาเหตุจากภัย

ธรรมชาติ (Natural disaster) และการย้ายถิ่นที่มีสาเหตุจากภัยที่เกิดจากการกระทำหรือจากน้ำมือของมนุษย์ (Manmade disaster) นอกจากนี้ยังจำแนกการย้ายถิ่นอีกแบบหนึ่ง คือ การย้ายถิ่นแบบที่ผู้ย้ายถิ่นสมัครใจย้ายถิ่นเอง (Voluntary migration) และการย้ายถิ่นแบบที่ถูกระงับบังคับให้ย้ายถิ่น (Forced migration)

จากแนวคิดเกี่ยวกับการย้ายถิ่น ทำให้ทราบถึงเหตุผล ความจำเป็นและความต้องการในย้ายถิ่น ประกอบกับแนวทางในการปรับเปลี่ยน หรือเปลี่ยนแปลงที่ตามมากับการย้ายถิ่น พบว่า การย้ายถิ่นส่งผลกระทบต่อการศึกษา แรงงานของคนต่างด้าว ที่ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสังคม ทั้งในด้านของความแออัดของประชากร สุขภาพอนามัย ความเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับทัศนคติ วัฒนธรรมของคนต่างด้าว ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนซึ่งส่งผลกระทบต่อพัฒนาประเทศและส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในด้านของการให้บริการ การดูแลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากมองในประเด็นของเรื่องสุขภาพ พบว่า การย้ายถิ่นนั้นมีความเกี่ยวข้องในหลายประเด็น อาทิ ในด้านของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการย้ายถิ่น ในด้านของความรู้ ความเข้าใจภาษาต่าง ๆ ที่จะป็นใช้ในการสื่อสาร ปัญหาเกี่ยวกับการกำกับดูแลในด้านของสุขภาพอนามัย เกี่ยวกับการดำรงชีวิต ในด้านของความเชื่อ และที่สำคัญการควบคุมเพื่อให้แรงงานต่าง ๆ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในประเทศได้อย่างปกติไม่ทำให้ประเทศที่มีแรงงานข้ามชาติอพยพพามีปัญหา ดังนั้นแนวทางในการบริหารจัดการที่สามารถเสริมสร้างการทำงานและให้การกำกับดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญและต้องมีรูปแบบและวิธีการที่เหมาะสม

## 2.3 แนวคิดสิทธิมนุษยชน คุณภาพชีวิตและสุขภาพ

### 2.3.1 แนวคิดสิทธิมนุษยชน

ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal declaration of human rights) ข้อ 1 ที่กล่าวว่า “บุคคลชอบที่จะมีสิทธิและเสรีภาพประดามีที่ระบุไว้ในปฏิญญานี้ทั้งนี้โดยไม่มีกรจำแนกความแตกต่างในเรื่องใด เช่น เชื้อชาติ สีผิว เพศ ภาษา ศาสนา ความเห็นทางการเมือง หรือทางอื่นใด ชาติหรือสังคมอันเป็นที่มาเดิม ทรัพย์สิน กำเนิด หรือสถานะอื่นใดนอกจากนี้ การจำแนกข้อแตกต่างโดยอาศัยมูลฐานแห่งสถานะทางการเมืองทางศาสนาหรือทางเรื่องระหว่างประเทศของประเทศหรือดินแดนซึ่งบุคคลสังกัดจะทำมิได้ ทั้งนี้ไม่ว่าดินแดนดังกล่าวจะเป็นเอกราชอยู่ในความพิทักษ์มิได้ปกครองตนเองหรืออยู่ภายใต้การจำกัดแห่งอธิปไตยอื่นใด” ประกอบไปด้วย

สิทธิ (Right) เป็นสิ่งที่ติดตัวมนุษย์ทุกคนตามธรรมชาติที่ได้เกิดมาเป็นมนุษย์ซึ่งไม่มีใครล่วงละเมิดได้

เสรีภาพ (Freedom) เสรีภาพในการดำรงชีวิตอยู่ การใช้ชีวิต ภายใต้ศีลธรรม ผ่านการแสดงออกทางความคิดและการปฏิบัติ ที่ไม่เบียดเบียนใครเนื่องจากทุกคนมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

(Human dignity) ความเสมอภาค (Equality) ทุกคนมีคุณค่าเท่าเทียมกัน ทุกคนมีสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ ในด้านการเกิด การมีชีวิต สิทธิส่วนบุคคล ที่ไม่ให้ใครละเมิด

สิทธิของการเป็นพลเมืองของรัฐตามกฎหมาย ซึ่งเป็นสิทธิที่กฎหมายรับรองไว้ คือ

1) สิทธิทางสังคม เป็นสิทธิของประชาชนทางสังคมที่จะได้รับบริการจากสังคม ในฐานะที่เป็นสมาชิกของสังคม เช่น สิทธิในการเข้าถึงการบริการสาธารณะ 2) สิทธิทางสวัสดิการสังคม เป็นสิทธิของประชาชนทุกคนที่จะได้รับสวัสดิการทางสังคม เช่น สิทธิการได้รับการศึกษา สิทธิในการได้รับบริการสุขภาพ 3) สิทธิทางวัฒนธรรม ได้แก่ สิทธิในการเข้าร่วมในพิธีกรรม ประเพณี วัฒนธรรมของประชาคมในด้านต่างๆ

อย่างไรก็ดี องค์การสหประชาชาติ (UN) ในวันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ. 2488 ได้วางหลักของหลักการสิทธิมนุษยชน (Human rights) เนื่องจากเหตุผลของสงครามโลกครั้งที่ 2 ส่งผลให้เกิดความเดือนร้อนไปทั่วโลก มีการเสียชีวิตจากความโหดร้าย มีความไม่เป็นธรรมในการดำเนินชีวิต ทำให้บางประเทศที่แพ้สงครามเสียชีวิต ทรัพย์สิน รวมทั้งการเสียชีวิตในด้านของความเป็นมนุษย์ มีการละเมิดสิทธิความเป็นมนุษย์ ซึ่งบทบาทขององค์กรระหว่างประเทศในเวทีโลกที่มีผลต่อประเทศไทยในเรื่องของสิทธิมนุษยชน พยายามที่จะสร้างหลักประกันให้กับนานาประเทศเพื่อให้เกิดสันติภาพและความมั่นคงระหว่างประเทศ ประกอบด้วยองค์กรหลัก 6 องค์กร คือ 1) สมัชชาแห่งสหประชาชาติ 2) คณะมนตรีความมั่นคง 3) คณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคม 4) คณะมนตรีภาวะทรัสตี 5) ศาลยุติธรรมระหว่างประเทศ 6) สำนักงานเลขาธิการแห่งสหประชาชาติ ซึ่งหน่วยงานทั้ง 6 หน่วยงานมีตัวแทนจากหลายประเทศที่เป็นสมาชิกและมีการบริหารจัดการแบบองค์การเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและเพื่อให้การบริหารจัดการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างความเชื่อมั่นให้กับนานาประเทศที่เป็นสมาชิกขององค์กร โดยเริ่มตั้งแต่กำกับดูแล ให้คำปรึกษา รวมทั้งการลงโทษประเทศที่มีพฤติกรรมที่ละเมิดสิทธิมนุษยชนของประเทศอื่น หรือของประชาชน ที่ผ่านมาการดำเนินการขององค์การสหประชาชาติสามารถที่จะสร้างความมั่นใจและมีการกำหนดกฎเกณฑ์ต่าง ๆ เพื่อให้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกับสมาชิกอย่างต่อเนื่อง โดยมีการกำหนด ปฎิญาสาทว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ซึ่งประเทศไทยได้ร่วมลงมติในวันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ. 2491 ซึ่งมีการกำหนดสิทธิมนุษยชนพื้นฐาน 6 ประการ คือ

1. ทุกคนมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นสิทธิที่ติดตัวทุกคนมาตั้งแต่เกิด
2. คนทุกคนมีความเสมอภาคและห้ามการเลือกปฏิบัติ
3. สิทธิมนุษยชนเป็นของคนทุกคนโดยไม่เลือกเชื้อชาติ ศาสนา เพศ อายุ อาชีพ

สถานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม รวมถึงสุขภาพ และความคิดเห็นด้านต่างๆ

4. สิทธิมนุษยชนเป็นองค์รวมแยกเป็นส่วนๆ ไม่ได้
5. การมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของสิทธินั้น คือประชาชนแต่ละคน หรือกลุ่ม

ประชาชนหรือประชาสังคมย่อมมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการเข้าถึง ได้รับประโยชน์จากสิทธิพลเมือง การเมือง สิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม

#### 6. ตรวจสอบได้และใช้หลักนิติธรรม

จากที่กล่าวมาข้างต้น สิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนควรมี ควรได้รับ และส่งผลต่อการดำรงชีวิตโดยไม่มี การแบ่งเชื้อชาติ สีผิว เพศ อายุ ภาษา ศาสนา สถานภาพทางกาย หรือการได้รับการให้บริการสุขภาพ ต้องได้รับด้วยความเสมอภาค สิทธิเท่าเทียม ซึ่งในแต่ละประเทศ มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกำกับดูแลและควบคุมอยู่แล้ว อย่างเช่นในประเทศไทย พบว่า กฎหมายสูงสุดของประเทศไทยคือ รัฐธรรมนูญของประเทศไทย ได้วางหลักเกี่ยวกับสิทธิ เสรีภาพขั้นพื้นฐานของมนุษย์ไว้โดยมีการคุ้มครอง ในสิทธิพื้นฐานของการดำรงอยู่ของชีวิต สิทธิในการดำเนินชีวิตที่ต้องได้รับการที่ดี มีคุณภาพ และสามารถสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในประเทศโดยไม่แบ่งแยกเชื้อชาติ ซึ่งหนึ่งในนั้นคือสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากหากประชาชนที่อยู่ในประเทศมีสุขภาพที่แข็งแรง มีระบบบริการสุขภาพที่ดีย่อมสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบเศรษฐกิจ สังคม และประเทศ เนื่องจากรัฐไม่จำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย หรือหากการรับบริการที่มีประสิทธิภาพย่อมทำให้อัตราต้นทุน และทำให้สังคมมีความเข้มแข็งมากขึ้น

### 2.3.2 แนวคิดคุณภาพชีวิตและสุขภาวะ

#### 2.3.2.1 แนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิต

ในกระบวนการพัฒนา คนถือเป็นตัวแปรสำคัญในกระบวนการต่างๆ เป็นเครื่องมือในการวัดประสิทธิภาพการทำงานมี นักวิชาการนักปฏิบัติการพัฒนานำมาใช้เป็นกรอบสำหรับพัฒนา โดยคุณภาพชีวิตคือกระแสหลักของการพัฒนา พิจารณาจากสภาพความเป็นอยู่ของบุคคลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม ที่ทำให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ร่วมกับสังคม ได้อย่างเหมาะสม ความมีชีวิตที่ไม่เดือดร้อนพอเพียงกับสภาพของตนเอง ชีวิตที่มีความหมาย มีรายได้พอแก่การจ่าย และมีความเป็นอยู่ที่ดี ตามสภาพความจำเป็นพื้นฐานในสังคมและสามารถดำรงชีวิต ได้อย่างมีความสุข

ในการอธิบายถึงความหมายคุณภาพชีวิต มีนักวิชาการกำหนดความหมายไว้ อาทิ

Dean (1985, p. 98) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีภาวะสุขภาพที่ดี มีความสามารถในการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ มีความสุขสบายทั้งทางกายและใจ ดำรงชีวิตอย่างมีความหมายมีคุณค่า ตามสิทธิและหน้าที่ของบุคคลที่พึงมีพึงได้

พนิชฐา พานิชชิวะกุล และเพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2542) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ของบุคคล เป็นผลรวมของความพึงพอใจในชีวิต ระดับความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจต่อด้านต่างๆของชีวิต ความสุขโดยทั่วไป ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความสุขในชีวิต ที่มีคุณค่ามีความหมาย สภาพความเป็นอยู่ที่ดี ทำให้ชีวิตมีความสุข มาตรฐานที่เป็นเกณฑ์การวัดระดับความเป็นอยู่ที่ดีของสังคมและระดับความเป็นเลิศในรูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคลระดับความเป็นอยู่ที่ดี สิ่งที่มีอยู่จริงที่ทำให้ชีวิตมีคุณภาพและความพึงพอใจในองค์ประกอบเหล่านั้น

เกษม จันทร์แก้ว (2540) ได้สรุปความหมายคุณภาพชีวิต (Quality of life) ในแง่ของสิ่งแวดล้อมเอาไว้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การศึกษาความเป็นอยู่ของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพการศึกษา สุขภาพอนามัย และเศรษฐกิจ ตามลักษณะของสิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ เชื้อชาติ วัฒนธรรม และวิธีการเลี้ยงดู โดยที่คุณภาพชีวิตนั้นขึ้นอยู่กับสภาพทั่วไปของสิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ บุคคลอยู่ในที่ทรัพยากรสิ่งแวดล้อมที่อุดมสมบูรณ์ ย่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าบุคคลที่อยู่ในที่ขาดแคลนทรัพยากรสิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับความพึงพอใจ ซึ่งมีความแตกต่างกันไปแต่ละบุคคลอีกด้วย

ศิริ ฮามสุโพธิ์ (2543) สรุปภาพโดยรวมว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง คุณภาพในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การศึกษา การเมือง และศาสนา ซึ่งเป็นค่าเทียบเคียงไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัวแน่นอน กล่าวคือ ทุกคนหรือทุกประเภทอาจจะกำหนดมาตรฐานต่างกันไปตามความต้องการ และความต้องการคุณภาพชีวิตนี้ย่อมจะเปลี่ยนแปลงไปได้ตามกาลเวลาความเหมาะสมและกาลเทศะ

จากที่กล่าวข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพการดำรงชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสภาพเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม โดยคุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ที่ทำให้ชีวิตมีความสุข ย่อมไม่มีกฎที่แน่นอนตายตัว สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสภาพแวดล้อมรอบตัวบุคคล สภาพสังคม ความต้องการปัจจัยต่างๆในการดำรงชีวิตและความพึงพอใจ

#### องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีย่อมเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา ในการที่มนุษย์จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่เป็นองค์ประกอบมากมาย แต่ละองค์ประกอบจะมีความสำคัญแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม การดำเนินชีวิตรวมถึงวัฒนธรรม มีองค์กรและนักวิชาการได้เสนอองค์ประกอบที่สำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีไว้เพื่อเป็นแนวทางดังนี้

United Nation (1995) กล่าวว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตได้แก่ สุขภาพ การศึกษารายได้ ชีวิตการทำงาน ชีวิตครอบครัว สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

World Health Organization Quality of Life ([WHOQOL], 1994) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 ด้าน คือด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม



องค์กร UNICO ได้กำหนดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตไว้ 7 ด้าน ได้แก่ 1) อาหาร 2) สุขภาพ 3) การศึกษา 4) สิ่งแวดล้อมและทรัพยากร 5) ที่อยู่อาศัยและการตั้งถิ่นฐาน 6) การมีงานทำ และ 7) ค่านิยม ศาสนา จริยธรรมกฎหมายและปัจจัยด้านจิตวิทยา

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO อ้างถึงใน สุวดี ตนวงษ์วิวัฒน์, 2544) กำหนดคุณภาพชีวิต ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 5 ข้อคือ 1. มาตรฐานการครองชีพ (Standard of living) พิจารณาได้จากรายได้ต่อบุคคล สุขภาพ การศึกษา ที่อยู่อาศัย เป็นต้น 2. การเปลี่ยนแปลงของประชากร (Population dynamics) ในเรื่องโครงสร้างของอายุและเพศ อัตราการเติบโตของประชากร การย้ายถิ่น เป็นต้น 3. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Socio-cultural factors) พิจารณาจากระบบสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรม และชีวิตความเป็นอยู่ 4. กระบวนการพัฒนา (Process of development) พิจารณาจากลำดับความสำคัญของการพัฒนาประสิทธิภาพ และความสามารถของบุคคล การพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม 5. ทรัพยากร (resources) ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล ธรรมชาติรวมถึงเทคโนโลยีต่างๆ

United Nations ESCAP (ESCAP อ้างถึงใน สุวดี ตนวงษ์วิวัฒน์, 2544) ได้กำหนดตัวแปรวัดคุณภาพชีวิตไว้ 7 ข้อ ประกอบด้วย 1. สุขภาพ 2. ความมั่นคงปลอดภัยทางเศรษฐกิจ 3. ชีวิตการทำงาน 4. ชีวิตในครอบครัว 5. ชีวิตด้านการใช้สติปัญญา 6. ชีวิตในชุมชน และ 7. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ

วิภาวี ศรีเพียร (2537) คุณภาพชีวิตคนไทยประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ สุขภาพ อนามัย ชีวิตที่ภาคภูมิใจ ชีวิตการทำงาน สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ชีวิตครอบครัวและชีวิตในชุมชน คุณภาพชีวิตในการทำงานประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ ผลประโยชน์การทำงาน สภาพการทำงาน การมีส่วนร่วมในองค์กรแรงงาน ความมั่นคงในการทำงาน และความสุขในการทำงาน

กล่าวได้ว่าคุณภาพชีวิตที่ดีควรที่จะมีร่างกายที่สมบูรณ์ รวมทั้งสุขภาพที่แข็งแรง มีจิตใจที่ร่าเริง มีสุขภาพจิตที่ดี มีคุณธรรม จริยธรรม มีทัศนคติที่ดี การมีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคม สามารถภูมิใจในสังคม สังคมยอมรับและสร้างมนุษย์สัมพันธ์ ประกอบกับมีสถานะทางการเงินที่สามารถดำรงอยู่ได้อย่างเพียงพอ ไม่เดือดร้อนและสามารถสร้างความมั่นคงให้กับชีวิตตนเองและครอบครัวอย่างเหมาะสม

### 2.3.2.2 แนวคิดเรื่องสุขภาวะ

ประเทศไทยภายใต้การพัฒนาที่เน้นการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ กระแสหลักส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ หรือสุขภาวะของคนไทยทั้งประเทศ การพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนจึงควรวางอยู่บนแนวคิดใหม่ที่ทำให้ความสำคัญเรื่องสุขภาวะและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียมภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งทิศทางการพัฒนาประเทศ ต้องมุ่งที่การสร้างสุขภาวะ

ของประชาชน เป็นเป้าหมายควบคู่ไปกับการพัฒนาเศรษฐกิจซึ่งกล่าวถึงคำว่า “สุขภาพ” สอดคล้องกับมาตรา 3 แห่งร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ กล่าวไว้ว่า “สุขภาพ หมายความว่าสุขภาพที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม อย่างสมดุลทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ” แสดงให้เห็นว่า สุขภาพมีความหมายที่กว้างขวาง รวมของเรื่องสุขภาพทางกาย (Physical health) สุขภาพทางจิต (Psychological health) สุขภาพทางจิตวิญญาณ (Soul health) สุขภาพทางสังคม (Environment and public health) และในการสร้างความเข้าใจ ทั้งในด้านความหมาย องค์ประกอบ บริบทต่างๆ แนวปฏิบัติและนโยบายที่เกี่ยวข้องให้แก่ประชาชน และผู้ที่เกี่ยวข้อง จึงจำเป็นต้องอาศัยระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นการสื่อสารที่ต้องผ่านกระบวนการต่างๆ ทั้งในด้านการศึกษา การอบรม การบริหารจัดการองค์การสื่อสาร การปกครอง ตลอดจนการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมต่างๆอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 ให้นิยามคำว่า “สุขภาพ” ได้เป็น 5 มิติ คือ

1. สุขภาพทางกาย (Physical health) หมายถึง สภาวะทางด้านสรีระภาพของบุคคล ผลกระทบต่อสุขภาพ อันเนื่องมาจากพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย การดื่มสุรา การรับประทานอาหาร และพฤติกรรมทางเพศ ล้วนอาจเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพทางกาย

2. สุขภาพทางอารมณ์ (Emotional health) หมายถึง สภาวะทางจิตใจของบุคคลซึ่งมีผลมาจากปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต และวิธีการตอบสนองของบุคคลนั้น ต่อปัจจัยดังกล่าว รวมทั้งความสามารถและ โอกาสในการใช้เวลาส่วนตัว เพื่อความเพลิดเพลินและผ่อนคลายความเครียด

3. สุขภาพทางสังคม (Social health) หมายถึง ความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น อันได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงานและเพื่อนบ้าน ทั้งนี้มีการแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนของสังคม มีส่วนสำคัญในการช่วยให้ร่างกาย สามารถฟื้นตัวจากโรคร้ายไข้เจ็บได้เร็วขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดผลกระทบของความเครียดที่มีต่อสุขภาพทางกายและทางอารมณ์รวมทั้ง ช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายด้วย สำหรับพื้นฐานทางสังคมนั้น จะส่งผลกระทบอย่างมาก ต่อพฤติกรรมหรือวิถีการดำรงชีวิตของบุคคลนั้น

4. สุขภาพทางจิตวิญญาณ (Spiritual health) หมายถึงสภาวะการมี spirit ของบุคคลใดบุคคลหนึ่งซึ่งรวมทางถึงการตั้งวัตถุประสงค์ในชีวิต ความสามารถในการให้และรับความรัก ความรู้สึกในการเสียสละและปรารถนาดีต่อผู้อื่น สำหรับในคนบางกลุ่ม ศาสนาอาจเป็นองค์ประกอบกลางที่สำคัญของโปรแกรมด้านสุขภาพทางจิตวิญญาณได้

5. สุขภาพด้านปัญญา (Intellectual health) มีความสัมพันธ์กับการประสบผลสำเร็จในชีวิตซึ่งเกิดขึ้นได้จากการทำงาน การเรียน การบริการในชุมชน งานอดิเรก หรือการทุ่มเวลาให้กับงานด้านวัฒนธรรมสุขภาพทางปัญญานี้จะแสดงถึงผลกระทบต่อสุขภาพในองค์รวมโดยอาศัยความ

สัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับวิถีการดำรงชีวิต เพื่อสุขภาพที่ดี การว่างงานกับการเกิดโรค สภาวะทางเศรษฐกิจสังคมกับการใช้บริการทางการแพทย์ และความภาคภูมิใจหรือความสำเร็จชีวิต องค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพ

สุขภาพที่ดีและมีความเหมาะสมต้องมีความสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคม ทำให้เกิดสติปัญญาที่ดี ซึ่งในแต่ละด้านย่อมต้องประกอบกันเพื่อ ดังนั้นในการที่จะทำให้คนมีสุขภาพที่ดีนั้น ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

1.สุขภาพทางกาย (Physical health) คือ มีสภาพร่างกายที่ดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และมีการพัฒนาที่เหมาะสมกับวัย สังเกตได้จากคนที่บุคคลนั้นมีความสมบูรณ์แข็งแรง ระบบและอวัยวะทุกส่วนทำงานได้ดีมีประสิทธิภาพ ร่างกายมีสมรรถภาพสูง สามารถทำงานได้นานๆ โดยไม่เหน็ดเหนื่อย การนอนและการพักผ่อนเป็นไปตามปกติ ผิดพรหมผุดผ่อง รูปร่าง ทรวดทรงสมส่วน เป็นต้น

2.สุขภาพทางจิต (Mental health) คือ มีสภาพจิตปกติ สามารถปรับตัวให้เข้ากับบรรยากาศของสังคมได้ทุกระดับชั้นสามารถควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งผู้มีสุขภาพจิตดี ย่อมมีผลมาจากสุขภาพกายที่ดีด้วย หรือกล่าวกันว่า “จิตใจที่แจ่มใส ย่อมอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์”

3.สุขภาพทางสังคม (Social health) คือ การมีสภาพของความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่ทำให้ผู้อื่นหรือสังคมเดือดร้อน สามารถเข้ากับบุคคลและชุมชนได้ทุกสถานะอาชีพ ไม่เป็นคนถือตัว ไม่เป็นคนเอาर्डเอาเปรียบบุคคลอื่น เป็นที่เคารพรักและเป็นที่น่าเชื่อถือของคนทั่วไป

ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร (2550) กล่าวว่าสิ่งที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของคนเรานั้นมีมากมายหลายสาเหตุแต่ในที่นี้จะแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญมีความเป็นพลวัต (Dynamic) ที่สำคัญๆ ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านตัวบุคคล (Person factor) เน้นเกี่ยวกับลักษณะทางพันธุกรรม (Genetic) เชื้อชาติ (Race) ของบุคคลซึ่งเป็นตัวกำหนดแนวปฏิบัติ เพศ (Sex) อายุและระดับพัฒนาการ (Age and development level) แสดงถึงการแสดงออกในแต่ละช่วงวัยพร้อมอารมณ์ รวมทั้งการตัดสินใจ ส่งผลต่อการแสดงออกทางสรีรวิทยา (Physiological) จิตใจ (Psychological) ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยมและทัศนคติ แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

2. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (Environment factor) ประกอบด้วย สิ่งที่สามารถสัมผัสได้และไม่สามารถสัมผัสได้ ซึ่งแบ่งเป็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) ที่เป็นสาเหตุของการต้องเข้ารับบริการสุขภาพ เช่นแสงแดด อากาศ และความรู้สึก สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ (Biological environment) สิ่งแวดล้อมทางเคมี (Chemical environment) สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ

และสังคม (Social-economic environment) ทุกสิ่งมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพที่ต้องมีการกระจายการใช้ทรัพยากรและมีความเสมอภาคเท่าเทียมกัน

3. องค์ประกอบทางด้านการจัดการสาธารณสุขและการบริการสุขภาพ (Health service system factor) หมายถึง การบริหารจัดการทรัพยากรต่างๆที่มีอยู่ของรัฐในการที่จะสนองตอบต่อการส่งเสริมให้บุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้นๆ หรือประเทศนั้นๆมีสุขภาพที่ดี และเท่าเทียมกัน ส่งเสริมให้ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการเข้าถึงระบบการบริการทางการแพทย์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพทั้ง 3 ด้านเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์ต่อกัน สุขภาพมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยต่างๆมากมาย กล่าวโดยสรุป สุขภาวะ (Health) คือ สภาวะของการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขกาย สุขใจ สุขภาพดี สภาพสังคมและสภาพแวดล้อมที่ดี เหมาะสมกับการดำรงชีวิต โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีสุขภาพที่ดี ได้แก่ปัจจัยทางด้านสังคม ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยทางด้านร่างกาย หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตและสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านกาย จิตใจ สังคมและรวมถึงจิตวิญญาณ สุขภาวะที่ดีจึงรวมถึงการได้รับการคุ้มครองและปกป้องสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน และไม่กดขี่เลือกปฏิบัติด้วยอคติทางชาติพันธุ์ ศาสนา เพศ หรือความเชื่อทางการเมือง

## 2.4 พระราชบัญญัติ กฎหมาย และระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

การบริหารจัดการของภาครัฐเพื่อดำเนินการตามนโยบายสาธารณะในเรื่องของการให้บริการสาธารณสุขกับแรงงานต่างด้าว มีข้อกำหนดตามพระราชบัญญัติ กฎหมาย และระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องโดยนำเสนอตามลำดับปีที่มีการประกาศใช้ ดังมีความโดยสรุปต่อไปนี้

### 2.4.1 พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522

พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 เป็นกฎหมายที่วางหลักไว้เกี่ยวกับคนต่างด้าวที่มีความประสงค์ในการเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร ซึ่งเป็นการดำเนินการในการกั้นกรองเกี่ยวกับคุณสมบัติ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการเข้ามาในราชอาณาจักร รวมทั้งในการอยู่ระยะสั้นและระยะยาวของแรงงานต่างด้าว เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมรวมถึงความมั่นคงของประเทศ ได้วางหลักการเกี่ยวกับการเข้าเมืองไว้ในหมวด 2 เกี่ยวกับการ ห้ามมิให้คนต่างด้าวที่ไม่มี หนังสือเดินทางหรือเอกสารที่ใช้แทนหนังสือเดินทางอันถูกต้องและยังสมบูรณ์ หรือมีแต่ไม่ได้รับการตรวจลงตราในหนังสือดังกล่าวเข้ามาในราชอาณาจักร เว้นแต่เป็นไปตามเงื่อนไขอื่น ๆ ที่ระบุไว้ในกฎหมายฉบับนี้ รวมทั้งกำหนดวัตถุประสงค์ของการเข้ามาในราชอาณาจักร ต้องเป็นไปตามที่กำหนดในกฎหมายฉบับนี้ อาทิ การปฏิบัติหน้าที่ทางทูตหรือกงสุล การปฏิบัติหน้าที่ราชการ การท่องเที่ยว การทำธุรกิจ กีฬา เป็นต้น รวมทั้งกำหนดระยะเวลาที่สามารถอาศัยอยู่ในราชอาณาจักรไม่เกิน 30 วัน ไม่เกิน 90 วัน ไม่เกิน 1 ปี หรือ ไม่เกิน 2 ปี เป็นต้น

#### 2.4.2 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เป็นกฎหมายที่ได้วางหลักเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นการประกาศเพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ที่กล่าวไว้คนไทยทุกคนย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้รับมาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐ รวมทั้งการให้บริการด้านสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ทำให้หน่วยงานภาครัฐต้องกำหนดแนวทาง การดำเนินการและการมีส่วนร่วมในการดูแลทั้งในส่วนองภาครัฐ ภาคเอกชน เพื่อจัดให้มีระบบการให้บริการสาธารณสุขอย่างมีมาตรฐาน และให้บริการประชาชนได้อย่างครอบคลุมทั่วถึง ดังที่ได้วางหลักไว้ในมาตรา 3 และได้กำหนดสิทธิการรับบริการสาธารณสุข ไว้ในมาตรา 5 วางหลักไว้ว่า บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขอย่างมีมาตรฐาน มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพคณะกรรมการกำหนด ให้บุคคลที่เข้ารับบริการดังกล่าวต้องมี ส่วนร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่หน่วยบริการกำหนด เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลที่รัฐประกาศว่าไม่ต้องจ่ายค่าบริการ ส่วนหมวด 5 มาตรา 45 วางหลักเกี่ยวกับหน่วยบริการและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ต้องมีการให้บริการในด้านของวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่าง ๆ อย่างครบถ้วน มีมาตรฐานมีคุณภาพ มีความเสมอภาค อำนาจความสะดวกเท่าที่จำเป็นและเคารพสิทธิส่วนบุคคล ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเชื่อทางศาสนา รวมถึงการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการเข้ารับบริการและการดูแลสุขภาพ เพื่อลดปัญหาเกี่ยวกับการรับบริการ หรือการให้ข้อมูลเพื่อเป็นทางเลือกในการเข้ารับบริการ แนวทาง วิธีการรักษาอย่างครบถ้วน โดยได้มีการกำหนดกฎเกณฑ์และมาตรฐานการควบคุมคุณภาพตามที่กำหนด

ประเด็นประกาศกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 22 มีนาคม 2556 ประกอบกับมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 15 มกราคม 2556 ได้วางหลักเกี่ยวกับเรื่องของการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพของต่างด้าวหนีเข้าเมือง(สัญชาติเมียนมาร์ ลาวและกัมพูชา) อนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม รวมทั้งผู้ติดตามของแรงงานต่างด้าว ในการดูแลเกี่ยวสุขภาพอนามัย การเจ็บป่วย การรักษา โดยได้มีการออกบัตรสุขภาพ (Health card) จำนวน 2 ประเภท คือบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวทั่วไป ซึ่งเน้นเฉพาะคนต่างด้าว บัตรสุขภาพแม่และเด็ก ไม่เกิน 6 ปี โดยเน้นทั้งคนไทยและคนต่างด้าว ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ทำการกำหนดค่าธรรมเนียมในการทำบัตรประกันสุขภาพ โดยมีอัตราค่าธรรมเนียม สำหรับคนต่างด้าวทั่วไป บัตรราคา 2,700 บาท มีอายุคุ้มครอง 1 ปี ส่วนเด็กไม่เกิน 7 ปีบริบูรณ์ บัตรราคา 365 บาท มีอายุคุ้มครอง 1 ปี

### 2.4.3 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550

มาตรา 4 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 บัญญัติว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ และ เสรีภาพของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง” บุคคลทุกคนที่ปรากฏตัวอยู่ในประเทศไทยจึงมีสิทธิได้รับการคุ้มครองสิทธิในความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกันทุกคนโดยมีต้องสงสัย ดังนั้นเมื่อแรงงานต่างด้าวทั้งที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทยทั้งอย่างถูกหรือผิดกฎหมายก็ตามแต่โดยตรรกวิทยาทางกฎหมายนั้น แรงงานต่างด้าวในฐานะที่เป็นมนุษย์เช่นเดียวกัน ย่อมมีสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศไทยด้วย

### 2.4.4 พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ.2551

พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ.2551 เป็นกฎหมายที่หน่วยงานภาครัฐได้กำหนดเกี่ยวกับกฎเกณฑ์การทำงานของแรงงานต่างด้าว เริ่มตั้งแต่การเข้าเมืองมาด้วยสถานะอย่างไร และการที่แรงงานต่างด้าวจะมีสิทธิในการอยู่ในราชอาณาจักรเพื่อประกอบอาชีพ ต้องมีสถานะอย่างไรและมีเงื่อนไขอย่างไรบ้าง ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการออกเป็นกฎหมาย ดังปรากฏในมาตรา 5 ได้วางหลักไว้ว่า แรงงานต่างด้าว ต้องเป็นบุคคลซึ่งไม่มีสัญชาติไทย ต้องทำงานที่ใช้แรงงาน กำลังกาย โดยประสงค์ในค่าจ้าง สิ่งสำคัญการทำงานในประเทศไทยได้นั้น แรงงานต่างด้าวเหล่านั้นต้องได้รับใบอนุญาตในการทำงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก่อน ซึ่งมาตรา 10 วางหลักไว้ว่า คนต่างด้าวที่จะทำงานในประเทศไทยได้นั้น ต้องมีการเดินทางเข้ามาในประเทศไทยโดยได้รับอนุญาตเข้าเมืองอย่างถูกต้องซึ่งต้องได้รับการตรวจลงตราในประเภทที่สามารถขอใบอนุญาตทำงานได้ และไม่มีลักษณะต้องห้ามตามที่กฎกระทรวงกำหนดไว้ในมาตราที่ 11 มาตรา 12 มาตรา 13 และมาตรา 14 ซึ่งได้วางหลักเกี่ยวกับการขอรับใบอนุญาตทำงานของแรงงานต่างด้าว ต้องได้รับใบอนุญาตทำงานและต้องทำงานในท้องที่หรือในสถานที่ที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น ห้ามมิให้เดินทางออกนอกเขตที่ขออนุญาตไว้ ประเด็นสำคัญในการที่ต่างด้าวสามารถอาศัยอยู่ในประเทศไทยได้นั้น มาตรา 21 และมาตรา 23 ได้วางหลักไว้ว่าใบอนุญาตทำงาน ที่ต่างด้าวได้รับนั้นให้มีอายุไม่เกิน 2 ปี นับแต่วันที่ออกใบอนุญาตเว้นแต่ใบอนุญาตที่ออกให้แก่ต่างด้าวตามมาตรา 12 ให้มีระยะเวลาที่ได้รับอนุญาตให้เข้ามาทำงานตามกฎหมาย และก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุต้องให้ต่างด้าวดำเนินการในการขอต่ออายุใบอนุญาตทำงานต่อนายทะเบียน โดยให้ต่ออายุการทำงานได้ครั้งละไม่เกิน 2 ปี และกรณีต่างด้าวตามมาตรา 13 (1) และ (2) ระยะเวลาที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานติดต่อกันรวมแล้วต้องไม่เกิน 4 ปี เว้นแต่คณะรัฐมนตรีจะกำหนดเป็นอย่างอื่น

## 2.5 แนวคิดและทฤษฎีการพัฒนาประเทศและการพัฒนาทุนมนุษย์

### 2.5.1 แนวคิดทฤษฎีที่ว่าด้วยการพัฒนาประเทศ

ในอดีตให้ความหมายว่าการพัฒนามองในแง่การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ผลผลิตรวมของชาติเฉลี่ยต่อหัวประชากร วางแผนพัฒนาเศรษฐกิจตามโครงสร้างการผลิตและการมีงานทำ ยุทธศาสตร์ ของการพัฒนามักจะเน้นไปที่ภาคอุตสาหกรรมในเมือง มีกระบวนการพัฒนาหลายขั้นตอนต่อเนื่องกัน ไปจากสังคมเกษตรดั้งเดิมแบบยังชีพไปเป็นสังคมอุตสาหกรรมใหม่ จัดให้มีการออม การลงทุนและความช่วยเหลือจากต่างประเทศอย่างเหมาะสม ตามแนวคิดทฤษฎีลำดับขั้นการเติบโตที่กล่าวโดยรวมว่า สังคมเริ่มต้นจากสังคมดั้งเดิม ก้าวเข้าสู่ขั้นเตรียมการเข้าสู่การเติบโตไปยังสังคมที่มีการเติบโตอย่างต่อเนื่องซึ่งประเทศที่พัฒนาแล้วได้ผ่านขั้นการเตรียมการไปอยู่ในระดับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องแล้ว ส่วนในประเทศที่กำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนาจะต้องก้าวข้าม เพื่อไปอยู่ในระดับเดียวกัน

ซุมพร สังขปริชา (2529) กล่าวถึงแนวคิดในการพัฒนาประเทศว่า มีความคิดของการพัฒนาที่มองการพัฒนาควรเกี่ยวข้องกับค่านิยมทางจริยธรรมเป็นความพยายามปรับปรุงแก้ไขเชิงคุณภาพต่อสังคมให้ดีขึ้น มากกว่าการมองในทางเศรษฐกิจเท่านั้น รวมทั้งกลุ่มคนและบุคคลในสังคมที่มีฐานความคิดว่า คนเรานั้น โดยธรรมชาติเป็นคนคืออยู่แล้ว การพัฒนาเพียงแค่เป็นเครื่องมือเชิดชูความเป็นคนให้สูงส่งยิ่งขึ้น เรียกว่า การพัฒนาในความหมายของการปลดปล่อย มองการพัฒนาว่าอยู่ที่การยกค่าของคนภายใต้สภาพแวดล้อมของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม คนและสังคมมีเป้าหมาย มีคุณค่าและค่านิยมอันพึงประสงค์ที่ต้องการบรรลุถึง ช่วยให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงเริ่มต้นและดำเนินไปอย่างถูกต้อง คือส่งเสริมคุณค่าความเป็นคนอันเป็นการพัฒนา “ที่แท้จริง” การพัฒนา มิได้เป็นเพียงปัญญาทางเศรษฐกิจหรือการวัดกันง่ายๆ เชิงปริมาณต่อรายได้การมีงานทำและความไม่เสมอภาค แต่ยังคงครอบคลุมถึงการมีโอกาสชีวิตในเรื่องของการศึกษา การได้รับบริการสาธารณะ การพัฒนาทางวัฒนธรรม การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของส่วนรวม อันมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของตน การเป็นประชาชนของประเทศที่พึ่งตนเองได้ เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสำคัญๆ ในโครงสร้างสังคม ทศนคติของประชาชน การลดความไม่เสมอภาคและขจัดออกไปซึ่งความยากจน สะท้อนถึงสายใยทั้งหมดของการเปลี่ยนแปลงที่ระบบสังคมโดยส่วนรวมทั้งหมด ได้มีการปรับตัวให้เข้ากับความต้องการขั้นพื้นฐาน ความปรารถนาของบุคคลและกลุ่มสังคมต่างๆ ภายในระบบนั้น ได้ก้าวออกจากสภาพเงื่อนไขของชีวิตที่ไม่เป็นที่น่าพอใจและก้าวไปสู่สถานการณ์หรือเงื่อนไขของชีวิตที่ดีขึ้นทั้งทางวัตถุและทางจิตใจ

ในเบื้องต้น หัวใจของการพัฒนาอยู่ที่การพัฒนาคน มิใช่เศรษฐกิจ เทคโนโลยี หรือ การเมือง การพัฒนาความรู้สึกรักใคร่ของคนเป็นเรื่องทางวัฒนธรรมมากกว่าอื่นใด การพัฒนาที่สำเร็จจะไม่วัดจากผลประโยชน์ทางวัตถุในเชิงปริมาณ แต่วัดจากลักษณะกระบวนการเปลี่ยนแปลง

ความสำเร็จจะวัดจากการที่สังคมได้ส่งเสริมให้เกิดมีความเป็นอิสระมากขึ้น ในหมู่ประชาชนในลักษณะที่มีความสร้างสรรค์ทางสังคมมากกว่าการเลียนแบบโดยองค์ประกอบเบื้องต้น 3 ประการ ประกอบเป็นพื้นฐานของแนวความคิดของการพัฒนา กล่าวคือ

1) ความจำเป็นในการดำรงชีพ คือความสามารถในการจัดให้มีปัจจัยสนองความต้องการเบื้องต้นในการดำรงชีวิต ในเรื่องการจัดให้มีปัจจัยสี่อัน ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค สังคมใดก็ตามที่ขาดแคลนหรือไม่มีปัจจัยเหล่านี้ ก็อาจกล่าวได้ว่าตกอยู่ในสภาพเงื่อนไขของความด้อยพัฒนาโดยสมบูรณ์ หรือเรียกว่าขาดความมั่นคงเบื้องต้นของชีวิต การพัฒนาเศรษฐกิจในเบื้องต้นจึงเป็นเงื่อนไข จำเป็นสำหรับการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้คุณภาพของชีวิตดีขึ้น เป็นพื้นฐานการพัฒนา ดังนั้นการพัฒนาจึงมีเงื่อนไขอันจำเป็นอันดับแรกอยู่ที่การเพิ่มรายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากร การขจัดความยากจนขั้นแค้น การเพิ่มโอกาสของการมีงานทำ และการลดลงซึ่งความไม่เสมอภาคในการกระจายรายได้

2) ความมีเกียรติแห่งตน หรือคุณค่าความเป็นคน หมายถึง ความสำนึกในคุณค่าและความเคารพต่อตนเอง การที่ไม่ถูกใช้ไปเพื่อเป็นเครื่องมือโดยคนอื่นเพื่อบรรลุเป้าหมายของคนเหล่านั้น เช่น การได้รับความเคารพ ความมีเกียรติ การเป็นที่ยอมรับนับถือ เป็นต้น ต่างกันออกไปในแต่ละสังคม และแต่ละวัฒนธรรม เนื่องจากค่านิยมทางวัตถุเป็นที่ยอมรับนับถือกันในสังคมตะวันตก จึงกลายเป็นว่าการที่จะมีคุณค่าและเกียรติศักดิ์ศรีแห่งตนจึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เพียงในประเทศที่มีความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ เมื่อเป็นเช่นนี้ประเทศด้อยพัฒนา มีความยากจน ถ้าหลังในทางวัตถุก็ย่อมจะหมดโอกาสที่จะมีเกียรติศักดิ์ศรีคุณค่าความเป็นคน ขึ้นชื่อว่าคนจนก็รังแต่จะถูกดูถูกให้ต่ำด้อยน้อยหน้าในสังคม ด้วยเหตุนี้เองทุกประเทศจึงได้พยายามที่จะพัฒนาถึงตัวเองไปจากสภาพ “ด้อยพัฒนา” อันเป็นที่ทำให้เกิดความรู้สึกต่ำด้อยน้อยหน้า การพัฒนากลายเป็นเป้าหมายอันชอบธรรมของทุกประเทศ เนื่องจากเป็นวิถีทางอันจำเป็นต่อการที่จะมีเกียรติศักดิ์ศรีแห่งตนได้

3) เสรีภาพหรือความสามารถที่จะตัดสินใจเลือก มีความหมายลึกซึ้งมากขึ้นในแง่ของ

1) ความเป็นเสรีหรือการปลดปล่อยหลุดพ้นไปจากสภาพการณ์ของความแปลกแยกห่างเหิน โกรธแค้นชิงชังต่อสภาพความเป็นอยู่ทางวัตถุของชีวิต

2) ความเป็นเสรีคือความอิสระจากการจองจำทางสังคม เกี่ยวข้องกับการขยายขอบข่ายของความสามารถในการตัดสินใจเลือกทางสังคมและสมาชิกสังคม พร้อมกับการบรรเทาข้อจำกัดจากภายนอกต่อการหาทางบรรลุเป้าหมายทางสังคม หมายถึง การมีขอบข่ายในการเลือกมากขึ้น ความมั่งคั่งทำให้คนสามารถเอาชนะ ควบคุมเหนือธรรมชาติ และสภาพแวดล้อมทางกายภาพได้ เช่น ในรูปการผลิตอาหาร เครื่องนุ่งห่ม และที่อยู่อาศัย เป็นไปได้ยากถ้าหากว่าคนยังอยู่ในความยากจน ความมั่งคั่ง ช่วยให้คนมีเสรีภาพในการเลือกในเรื่องของการพักผ่อนหย่อนใจ การมีสินค้าและบริการเพิ่มขึ้นการที่จะตัดสินใจ และมีชีวิตอยู่กับความสุขทางจิตใจ



กล่าวโดยสรุป การพัฒนามิใช่เพียงแต่การพัฒนาในด้านเศรษฐกิจและเทคโนโลยีสมัยใหม่ ในเรื่องความมีเหตุผล ความมีประสิทธิภาพ การหาทางแก้ไขปัญหา เท่านั้นที่ยังความผาสุก ความสะดวกสบายอย่างไม่เคยมีมาก่อน ความมั่นคงทางเศรษฐกิจและเทคโนโลยีมิใช่ตัวกำหนดในการพัฒนาเท่านั้นแต่จะต้องได้รับการยอมรับโดยค่านิยมหรือเป้าหมายที่คนตัดสินใจเลือกที่จะก้าวเดินไป ค่านิยมนั้นอาจเป็นอุดมการณ์การเมือง ความปรารถนาของผู้นำของคนในชาติ ของนักวางแผน แต่ทั้งหมดแล้วจะเป็นค่านิยมแห่งการพัฒนาที่มุ่งอำนวยประโยชน์สุขแก่ประชาชน ส่งเสริมความมีเกียรติศักดิ์ศรีคุณค่าแห่งตน และเพิ่มพูนเสรีภาพในการตัดสินใจ ในการดำรงอยู่อย่างเป็นอิสระเป็นไทแก่ตนเอง การพัฒนาในปัจจุบันจึงมิใช่พิจารณา เพียงความเจริญทางเศรษฐกิจเท่านั้น แต่ย่อมอยู่บนพื้นฐานของความเจริญของทุนมนุษย์ ซึ่งมีได้จำกัดแต่เพียงแรงงานของชาติเท่านั้นแต่หมายรวมถึงแรงงานต่างด้าวที่เป็นกำลังสำคัญในฐานะปัจจัยการผลิตทางเศรษฐกิจ

### 2.5.2 แนวคิดทฤษฎีที่ว่าด้วยการพัฒนาทุนมนุษย์เพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มของแรงงาน

การพัฒนาทุนมนุษย์แบบตะวันตกในอดีตเป็นการบริหารทุนมนุษย์ที่ไม่ได้เน้นที่ตัวคน แต่เน้นที่เทคนิค เครื่องมือ กระบวนการ จะเห็นได้ว่าเมื่อพูดถึงการบริหารทุนมนุษย์ก็จะต้องนึกถึงการสรรหาคัดเลือก การบรรจุแต่งตั้ง และเน้นการควบคุมดูแล ถือเป็นกลไกของฝ่ายบริหารที่มีไว้สำหรับการควบคุมบุคคลมากกว่าที่จะคำนึงถึงบุคคลในฐานะที่เป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียขององค์การ จึงเป็นการบริหารทุนมนุษย์ในความหมายที่แคบ ต่อมาวิวัฒนาการของแนวคิดการมองว่าคนเป็นค่าใช้จ่าย คนเป็นทรัพยากร และคนเป็นทุนมนุษย์ การมองคนเป็นทุนมนุษย์น่าจะมีความเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยมากที่สุด บริบทของไทยจะให้ความสำคัญกับคุณค่าทางจิตใจและความรู้สึกของคนมากกว่าอย่างอื่น รูปแบบความสัมพันธ์และวัฒนธรรมของไทยในอดีตการบริหารทุนมนุษย์ของไทยจะอาศัยรากฐานความสัมพันธ์ระหว่างกันแบบครอบครัวหรือญาติพี่น้อง ยึดหลักการมีเมตตา กรุณา และรู้จักให้อภัยแก่เพื่อนมนุษย์ มีน้ำใจ สงสารคนที่ด้อยกว่าหรือต่ำกว่าตัวเอง ทำให้การบริหารทุนมนุษย์ของไทยให้ความสำคัญกับคนและไม่ได้มองคนเหมือนวัตถุหรือมองคนเป็นทรัพยากรอย่างหนึ่ง หรือมองว่าคนเป็นเพียงแค่ปัจจัยในการผลิต แต่มองคนในด้านจิตใจ มุมมองนี้ทำให้เกิดมูลค่าเพิ่มคือ นอกจากผลงานที่ได้แล้วยังได้ความจงรักภักดีและความซื่อสัตย์ อยู่กันเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน ซึ่งแตกต่างจากแนวคิดการบริหารทุนมนุษย์แบบตะวันตก เมื่อสภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไปการมองคนแบบที่เป็นปัจจัยการผลิตไม่สามารถช่วยให้องค์การประสบความสำเร็จ ประกอบกับแนวคิดทางด้านพฤติกรรมศาสตร์คือ ความรู้ด้านจิตวิทยา แรงจูงใจ วัฒนธรรมเข้ามามีบทบาทในการบริหาร มุมมองการบริหารคนจึงได้ปรับเปลี่ยนมาเป็นทรัพยากรมนุษย์และเป็นทุนมนุษย์ในที่สุด

นิสคาร์ เวชยานนท์ (2554) กล่าวถึงการบริหารทุนมนุษย์เพื่อเพิ่มมูลค่าในบริบทของ ไทยเริ่มต้นจากการมองคนเป็นทุนมาตั้งแต่ดั้งเดิม ซึ่งเป็นข้อดีอย่างมาก เพราะเริ่มต้นการจ้างงานระยะ ยาวซึ่งเป็นหลักประกันความมั่นคงให้กับคน ไม่มีการปลดหรือไล่คนออก คำนี้ถึงความอาวุโส ใช้ หลักของความเมตตาในการบริหารคน ซึ่งจุดเด่นของการบริหารทุนมนุษย์ของไทยให้ความสำคัญ ของเรื่องของจิตใจ ซึ่งทำให้พนักงานเกิดความผูกพัน ซึ่งจริงๆแล้วก็คือ การสร้างความผูกพัน ซึ่ง ตอนนี้องค์การพยายามทำกันอย่างมาก ทั้งๆที่ในความเป็นจริง การบริหารทุนมนุษย์แบบไทยนั้นดี อยู่แล้ว เพราะตะวันตกมองคนเป็นปัจจัยการผลิต มองคนเป็นทรัพยากร พนักงานไม่มีความผูกพัน หรือมีพันธะทางใจต้องพยายามสร้างความผูกพัน เน้นการสร้างบรรยากาศแบบพี่น้องทั้งๆ ที่ไม่ได้ เป็นพี่น้องกันจริงๆ แต่การทำเช่นนั้นกลับทำให้บรรยากาศในการทำงานเป็นไปอย่างดี มีความร่วมมือ กันอย่างดี ต่างฝ่ายต่างเอื้อเพื่อซึ่งกันและกัน ลดลักษณะความเป็นทางการลง ทำให้เกิดการทำงานเป็น ทีม แก้ปัญหาแบบประนีประนอมและใช้แบบไม่เป็นทางการมากกว่าการใช้กฎหมายหรือกฎระเบียบ จะช่วยลดความรุนแรงของปัญหาและทำให้ปัญหาไม่บานปลาย และไม่เป็นภาระกระทบจิตใจหรือทำ ร้ายจิตใจผู้อื่น ไม่มีการกีดกันในเรื่องของเชื้อชาติ ศาสนา นับว่าเป็นทุนมนุษย์ที่เป็นจุดเด่นของไทย เป็นอย่างมาก ทำให้คนต่างชาติต่างภาษาต่างวัฒนธรรมสามารถทำงานร่วมกับคนไทยได้ คนไทยมี ใจดีใจงามและส่งเสริมในเรื่องของสิทธิมนุษยชน ยิ่งการเปิดเสรีอาเซียนซึ่งคนในประเทศต่างๆ 10 ประเทศสามารถที่จะเข้ามาทำงานในประเทศอาเซียนได้เสรี ประเทศไทยสามารถที่จะใช้จุดเด่นนี้ เป็นทุนมนุษย์ในการดึงดูดคนมาลงทุนการค้าเพราะการบริหารทุนมนุษย์แบบไทยนั้นจะทำให้เกิด ความกลมเกลียวในหมู่พนักงาน

การพัฒนาทุนมนุษย์โดยพยายามพัฒนาประเทศโดยเน้นคนเป็นศูนย์กลางนั้น เป็นเรื่องที่ทำ ทายสำหรับประเทศไทย ความสำเร็จที่เห็นในการขับเคลื่อนที่ผ่านมาคือการพัฒนาในเชิง โครงสร้าง แม้ว่าจะมีระบบและกฎระเบียบที่สร้างไว้แต่ก็ยังมีกรหลีกเลียง ละเมิดอยู่บ่อยครั้ง การคิดถึง ประโยชน์ส่วนตนมากกว่าการรักษาไว้ซึ่งประโยชน์ของส่วนรวม การให้เงินแก่เจ้าหน้าที่ของรัฐเพื่อ แลกกับสิทธิประโยชน์อันมิชอบ ฐานคติทางความคิดเหล่านี้เองที่จะทำให้คนถูกชักจูงไปในทางที่ไม่ดี ทุนมนุษย์ที่เคยสะสมมาไม่ว่าจะเป็นทุนทางปัญญา ทุนทางอารมณ์ และทุนทางสังคมไม่เพียงพอต่อ กระแสวัตถุนิยมที่เจริญเติบโตแบบก้าวกระโดด เป็นการทำลายทุนมนุษย์ขององค์กรและส่วนรวมทั้ง ในระยะสั้นและระยะยาว ทำลายความคิดริเริ่มและความสามารถในการแข่งขัน เป็นการลดความ นำเชื่อถือขององค์กรและประเทศชาติ การพัฒนาทุนทางอารมณ์จะเป็นสิ่งที่ช่วยพัฒนาทุนทาง สังคมเป็นไปในเชิงบวก เป็นการสร้างเครือข่ายที่มุ่งช่วยเหลือและก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสาธารณะ ทำให้ทุกคนมีสิทธิในการพัฒนาอย่างเท่าเทียมและเสมอภาคมากกว่ามุ่งประโยชน์ส่วนตน รวมถึงการ พัฒนาทุนทางอารมณ์ที่ต้องลงทุนในระยะยาวและวัดได้ยากกว่าทุนอย่างอื่น แต่เมื่อพัฒนาได้แล้วจะ

ช่วยยกระดับทุนทางสังคมและทุนทางปัญญาของบุคคล และเป็นการยกระดับค่านิยมของสังคมอีกด้วย

โดยภาพรวมเมื่อมีการพัฒนาทุนมนุษย์แล้วจะส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาและความก้าวหน้าในการดำเนินกิจการขององค์กร ในด้านของบุคลากรและพนักงานผู้ปฏิบัติงานในองค์กรส่งผลโดยตรงถึงความมั่นคงในการจ้างงาน การได้รับค่าจ้างแบบจูงใจทำให้ทุกคนมุ่งมั่นในการทำงาน สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ลดความแตกต่างระหว่างบุคลากรในองค์กรทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันไม่ว่าแรงงานภายในประเทศหรือแรงงานต่างด้าวก็ตาม เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในองค์กร รวมทั้งการรักษาขีดความสามารถในการแข่งขันและภาพลักษณ์ของประเทศบนพื้นฐานของมาตรฐานการบริหารจัดการด้านแรงงานซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่เป็นข้อกีดกันทางการค้าระหว่างประเทศ

## 2.6 แนวคิดและทฤษฎีทางการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้อง

### 2.6.1 แนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่และธรรมาภิบาล

การจัดการของรัฐเป็นกระบวนการบริหาร การวางแผนนโยบาย และการนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชนในวงกว้าง ในด้านของการให้บริการด้านนโยบายสาธารณะ ต่าง ๆ ทั้งในด้านของความมั่นคง ด้านการให้บริการสาธารณะสุข เป็นต้น โดยแนวทางในปัจจุบันได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบของการบริหารไปตามกระบวนการทัศน์ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากในอดีต ซึ่งในหลักการจัดการเดิมมีการดำเนินการจัดการเพื่อให้องค์กรทำงานไปตามวัตถุประสงค์ มีการสั่งงานและควบคุมจากภายในและภายนอก การบริหารภาครัฐมีความจำเป็นมากสำหรับหน่วยงานของภาครัฐ เจ้าหน้าที่ของรัฐ เกี่ยวกับประชาชนในภาพกว้าง เกี่ยวกับการอำนวยความสะดวกและการให้บริการประชาชน ซึ่งในบางครั้งไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในการรับบริการหรือในการให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นสาเหตุของการที่ต้องมีแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงรูปแบบการการให้บริการและการดำเนินการตามนโยบายของภาครัฐเพื่อให้เป็นไปได้ อดี ซึ่งในหน่วยงานบางแห่งได้มีการนำแนวคิดเกี่ยวกับการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี(Good governance) ไปปรับใช้ในการบริหารจัดการภาครัฐที่ขาดคุณธรรม ขาดจิตสำนึกและขาดจิตวิญญาณในการให้บริการประชาชน เช่นเดียวกับในปัจจุบันได้มีการปรับปรุงการบริหารจัดการโดยได้นำแนวคิดของการจัดการภาครัฐและภาคเอกชนผสมผสานกันและบูรณาการเพื่อสร้างความสมดุลทางการจัดการของหน่วยงานภาครัฐ เพื่อเสริมสร้างการบริการให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น การปรับเปลี่ยนกระบวนการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความคล่องตัวเพิ่มมากขึ้น มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารจัดการโดยสร้างเครือข่ายและส่งเสริมการบริหารจัดการ ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการจัดการภาครัฐแนวใหม่ไว้หลายท่าน อาทิ

Hood (1991) กล่าวว่า การจัดการภาครัฐแนวใหม่ เป็นแนวโน้มของการบริหารจัดการที่สร้างแนวทางการบริหารจัดการของรัฐในรูปแบบใหม่ที่มีหลักการสำคัญ 7 ประการ คือ การจัดการโดยมีอาชีพที่มุ่งปฏิบัติ มีมาตรฐานและวัดผลงานอย่างชัดเจน เน้นการควบคุมผลผลิตให้มากขึ้น เน้นการแบ่งหน่วยงานภายในของรัฐ เปลี่ยนเป็นการแข่งขันในภาครัฐให้มากขึ้น เน้นการจัดการโดยการแปรรูปและเน้นการมีระเบียบวินัยและประหยัดในการใช้ทรัพยากรมากขึ้น

Cope, Leishman, & Strarie (1997) กล่าวว่า การจัดการภาครัฐแนวใหม่เน้นการจัดการที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม โดยการปรับเปลี่ยนโครงสร้างให้สอดคล้องกับกระแสสังคมและการทำงาน เน้นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเพื่อให้การกระจายอำนาจการบริหารจัดการมีความคล่องตัวและปรับวิธีการทำงานของภาคเอกชนมาใช้ในการดำเนินการและการทำงาน of ภาครัฐ เน้นที่ผลลัพธ์ของการทำงานมากกว่ากฎระเบียบ

Lane (2000) กล่าวว่า การจัดการภาครัฐโดยทั่วไปเป็นการกระทำของรัฐบาลเพื่อการจัดบริการและการให้บริการแก่ประชาชน โดยเน้นในการปลูกฝังในด้านของการสอนและการค้นหาเครื่องมือเพื่อใช้ในการจัดหารบริการและการให้บริการประชาชนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารงานภาครัฐ

Cristensen & Laegreid (2013) ได้อธิบายการจัดการภาครัฐแนวใหม่เป็นการแนวทางการปฏิรูปการบริหารของโลกที่มีผลต่อภาครัฐของประเทศที่มุ่งเน้นการปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของภาครัฐ เพื่อให้เกิดการสนองของหน่วยงานของรัฐต่อผู้รับบริการและลูกค้า เพื่อลดค่าใช้จ่ายภาครัฐและปรับปรุงความพร้อมทางการจัดการ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New public management: NPM) เป็นรูปแบบของการปรับกระบวนการทัศน์ในการบริหารจัดการจากแบบเก่าไปสู่การบริหารจัดการแบบที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม โดยเน้นการผสมผสานการบริหารภาครัฐกับภาคเอกชน โดยเน้นในด้านของการให้บริการประชาชนและการรับบริการประชาชนเพื่อให้ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์ เกิดประสิทธิภาพ มีความยืดหยุ่นในการทำงานมากกว่ากฎระเบียบ

ในประเทศไทยได้มีการนำแนวคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New public management: NPM) ซึ่งมีมากมายหลายรูปแบบที่นำมาปรับใช้ในการปรับเปลี่ยนแนวทางการบริหารจัดการ เน้นในด้านของการปฏิรูประบบราชการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและสร้างแนวคิดใหม่ในการปรับใช้ระบบการบริหารจัดการของ ซึ่งมีหลายแบบ วิรัช วิรัชนิภาวรรณ (2559) กล่าวว่า การจัดการภาครัฐแนวใหม่ที่สำคัญ ประกอบด้วย 1.การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (Good governance) เป็นการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีหรือหลักธรรมาภิบาล โดยมีหลักเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวกับบริหารราชการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขของประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ มีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐ ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น

ปรับปรุงภารกิจของส่วนราชการให้ทันต่อสถานการณ์ การให้บริการและอำนวยความสะดวกและตอบสนองความต้องการ มีการประเมินผลการปฏิบัติราชการอย่างสม่ำเสมอ 2. การบริหารจัดการคุณภาพโดยรวม มีการควบคุมคุณภาพการให้บริการแก่ผู้รับบริการ มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกคนในหน่วยงานโดยให้ความสำคัญกับลูกค้า มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 3. มีการรื้อระบบ ของการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการดำเนินการที่มีการปรับปรุงรูปแบบและวิธีการต่าง ๆ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของการแข่งขันและทันกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม ได้มีแนวคิดของ Mansbridge (1994) กล่าวว่า การให้บริการสาธารณะต้องมีจิตวิญญาณสาธารณะในการให้บริการซึ่งคล้ายกับการเอาใจใส่ผู้อื่น ประกอบไปด้วยความรักและบทบาทหน้าที่ โดยประกอบไปด้วย ความเป็นธรรม การมีส่วนร่วม การที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลและนำไปสู่การแก้ไขปัญหาารวมกัน ขณะที่ Denhardt & Denhardt (2011) กล่าวถึงค่านิยมการบริหารจัดการภาครัฐ แบบการบริการภาครัฐแนวใหม่ในการให้บริการ (New public service: NPS) ให้มีความชัดเจนในด้านของการกำหนดนโยบายในการปฏิบัติเพื่อปรับปรุงคุณภาพการให้บริการเพื่อให้เกิดประโยชน์กับส่วนรวม เสริมสร้างภาวะผู้นำให้กับผู้บริหารต่าง ๆ และการสร้างทัศนคติและค่านิยมในการให้บริการ โดยเน้นการให้บริการเป็นส่วนใหญ่

ในหน่วยงานหนึ่งที่มีความสำคัญที่ต้องนำแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่มาปรับใช้ในการบริหารจัดการ คือหน่วยงานของสาธารณสุข เป็นหนึ่งในการให้บริการสาธารณะที่หน่วยงานภาครัฐต้องจัดให้กับประชาชน ดังนั้นการให้บริการที่มีความสะดวก สร้างความพอใจในการให้บริการโดยการจัดให้มีหน่วยงานในการให้บริการแบบลดขั้นตอนการให้บริการ (One stop service) มีบุคคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการให้คำแนะนำและช่วยเหลือ เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพในการให้บริการ รวมทั้งเป็นการทำให้ผู้รับบริการมีความพอใจในการมารับบริการ ซึ่งในปัจจุบันพบว่า หน่วยงานสาธารณสุขต่าง ๆ มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบและวิธีการให้บริการมากมาย เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านของเทคโนโลยีและปริมาณผู้รับบริการ

### 2.6.2 แนวคิดทฤษฎีที่ว่าด้วยนโยบายสาธารณะ

การดำเนินชีวิตของประชาชนในฐานะสมาชิกในสังคม ทุกคนจะได้รับผลกระทบทางใดทางหนึ่งจากบริการสาธารณะที่รัฐจัดให้ ในการจัดบริการสาธารณะนั้น มีจุดมุ่งหมายสูงสุดเพื่อสนองความต้องการส่วนรวมของประชาชนให้ได้รับประโยชน์สูงสุดและเดือดร้อนน้อยที่สุด สามารถได้รับบริการอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมโดยรัฐเป็นผู้กำหนดและออกนโยบายในการให้บริการสาธารณะต่างๆ มีผู้ให้ความหมายของนโยบายสาธารณะไว้ อาทิ

Sharkansky (1970) ให้ความหมายว่า กิจกรรมที่ทำโดยรัฐบาลที่ครอบคลุมกิจกรรมทั้งหมด เช่น การจัดการศึกษา การจัดสวัสดิการต่างๆ เป็นต้น รวมถึงข้อกำหนดและระเบียบในการควบคุมกิจกรรมในการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆทั้งในประเทศและต่างประเทศ

Dye (1995) ให้ความหมายว่า สิ่งที่รัฐบาลเลือกที่จะทำซึ่งครอบคลุมกิจกรรมทั้งหมดของรัฐบาลทั้งที่เป็นกิจวัตรและที่เกิดขึ้นบังโอกาส มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายในการให้บริการกับประชาชนที่เป็นสมาชิกในสังคม และในส่วนของรัฐบาลเลือกที่จะไม่กระทำถือเป็นสาระสำคัญของนโยบายสาธารณะเช่นกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน

ศุภชัย ยาวะประภาส (2545) ให้ความหมายว่า เป็นแนวทางดำเนินกิจกรรมของรัฐบาลทั้งที่ผ่านมาในอดีต กำลังดำเนินการอยู่และที่คาดว่าจะทำในอนาคต นำมาประยุกต์ใช้ในการกำหนดนโยบายของรัฐ

วรเดช จันทรศร (2551) ให้ความหมายว่า นโยบายสาธารณะเป็นกลไกหลักสำคัญในการดำเนินงานของรัฐและหน่วยงานทั้งหมดของภาครัฐ ด้วยนโยบายนั้นคือแผนงานหรือโครงการซึ่งเป็นกิจกรรมที่รัฐบาลจัดทำขึ้นเพื่อเจตนาในการแก้ปัญหาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

จากนิยามข้างต้น กล่าวโดยสรุป นโยบายสาธารณะเป็นแนวทาง แผนงานและหรือโครงการของรัฐบาลที่กำหนดขึ้นเป็นกิจกรรมต่างๆในสังคม มีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน เพื่อให้บริการและดูแลความเป็นอยู่ของประชาชน ลดปัญหาและความขัดแย้งต่างๆในสังคมเพื่อให้ทุกคนได้รับบริการอย่างเสมอภาค

นอกจากนี้หลักการที่พึงพิจารณาเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ มีนักวิชาการหลายท่านได้กำหนดหลักการที่พึงพิจารณาไว้หลายหลักการ อาทิ

สมบัติ ชำรงชัญวงค์ (2546) หลักการสำคัญของนโยบายสาธารณะประกอบด้วยหลัก 3 ประการ คือ

1. หลักความเสมอภาค ตามหลักคำประกาศสิทธิมนุษยชนและพลเมืองที่ว่า “มนุษย์ทุกคนเกิดมาและดำรงอยู่อย่างมีอิสระและเสมอภาคกันในสิทธิ การแบ่งแยกทางสังคมจะกระทำได้ก็แต่เพื่อประโยชน์ร่วมกัน” หลักการนี้เป็นเป็นการรับรองสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสถานภาพของผู้รับบริการที่มีสิทธิเท่าเทียมกัน รัฐไม่มีจุดมุ่งหมายเพื่อประโยชน์ของผู้ใดโดยเฉพาะ

2. หลักความต่อเนื่อง เป็นผลโดยตรงจากหลักที่ว่าด้วยความต่อเนื่องของรัฐ ความต่อเนื่อง เป็นหัวใจของบริการสาธารณะและเป็นไปตามรัฐธรรมนูญ ไม่มีมาตรฐานที่แน่นอนตายตัวขึ้นอยู่กับแต่ละบริการ เช่นการให้บริการด้านประปา การรักษาพยาบาล การรักษาความสงบเรียบร้อย ต้องทำต่อเนื่องอย่างถาวร

3. หลักการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง บริการ สาธารณะที่ดีจะต้องสามารถปรับปรุงได้ตลอดเพื่อให้เหมาะกับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม และบริบทต่างๆในสังคมมุ่งรักษาประโยชน์สาธารณะต่างจาก 2 หลักการแรกที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย

Millet (1954) มองว่าค่านิยมสำคัญของการให้บริการสาธารณะมีเป้าหมายคือการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ ประกอบด้วย 5 หลักการคือ

1. การให้บริการอย่างเสมอภาค หมายถึง ความยุติธรรมของภาครัฐในการบริหารงานที่ถือคติว่าทุกคนมีสิทธิในการรับบริการอย่างเท่าเทียมกัน ไม่มีการแบ่งแยกหรือกีดกัน ให้บริการด้วยมาตรฐานเดียวกัน

2. การให้บริการที่ตรงต่อเวลา หมายถึง การให้บริการต้องตรงต่อเวลา เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการทำงานให้ผู้รับบริการพึงพอใจ

3. การให้บริการอย่างพอเพียง หมายถึง การให้บริการต้องมีการให้บริการและสถานที่ตั้งที่ให้บริการเหมาะสมพอเพียง เพื่อให้เกิดความยุติธรรมกับผู้รับบริการ

4. การให้บริการอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การให้บริการที่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ ไม่ยึดตามความพอใจของหน่วยงานผู้ให้บริการที่จะให้บริการหรือหยุดเมื่อใดก็ได้ ถึงประโยชน์ของสาธารณะและผู้รับบริการเป็นหลัก

5. การให้บริการอย่างก้าวหน้า หมายถึง การให้บริการที่มีการปรับปรุงคุณภาพของการให้บริการให้ดีขึ้น ซึ่งคือการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ให้บริการโดยการใช้ทรัพยากรเท่าเดิมนั่นเอง

จากหลักการที่มีนักวิชาการนำเสนอไว้ กล่าวได้ว่า หลักการที่สำคัญที่พึงพิจารณาประกอบด้วย หลักความเสมอภาค หลักความต่อเนื่อง และ หลักการปรับปรุงพัฒนา ในการดำเนินนโยบายสาธารณะ มีการศึกษาและการพัฒนาแนวคิดทฤษฎีในการอธิบายถึงปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จ ไว้หลายแนวคิดทฤษฎี อาทิ

Van Meter & Van Horn (1975) ได้ศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติเนื่องจากว่าการศึกษารื่องนโยบายยังไม่มีหลักการและมาตรฐาน เน้นในด้านลักษณะของปัญหาทางเศรษฐกิจสังคม การทำงานของหน่วยงานภาครัฐสิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติต่อประชาชน ซึ่ง Van Meter ได้มีการพัฒนารอบแนวคิดร่วมกับ Sharkansky (1970) ซึ่งได้มีการพัฒนาตัวแบบ โดยมีรายละเอียดองค์ประกอบ ได้แก่

1. สภาพแวดล้อมที่ช่วยกระตุ้นผู้ปฏิบัติงาน และกระตุ้นให้เกิดผลิตผล(Product) ของงานที่ผู้ปฏิบัติงานทำ

2. ความต้องการและทรัพยากรที่ถูกกำหนดโดยสภาพแวดล้อมส่ง ไปส่งผู้กำหนดนโยบาย

3. กระบวนการแปลงสภาพ (Conversion process) ประกอบด้วย โครงสร้างกระบวนการของรัฐที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน และการใช้ทรัพยากรให้เป็นนโยบายสาธารณะ

4. นโยบายที่มีการส่งผ่านเป็นการแสดงเจตนา คำสั่งเพื่อให้ผู้มีหน้าที่ในการปฏิบัติงาน นำแผนนโยบายไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดความสำเร็จ

สมรรถนะของนโยบายที่เป็นตัวชี้วัดของระดับของการตอบสนอง ต่อความต้องการของประชาชนและตรงตามวัตถุประสงค์เป้าหมายของนโยบาย

Sabatier & Mazmanian (1980) ได้วางลักษณะของนโยบายเป็นหลายประเภท อาทิ ประเภทที่มุ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มุ่งเน้นเรื่องของงบประมาณ ซึ่งได้มีการกำหนดปัจจัยในการนำนโยบายสาธารณะไปใช้เพื่อแก้ไขปัญหา โดยวางกรอบปัจจัยของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติไว้ โดยได้มีการสร้างรูปแบบของการโดยมีการกำหนดกรอบกล่าวว่า ความสามารถในการแก้ไขปัญหาของนโยบาย ต้องมีหลักการทางวิชาการในการนำแนวทางเพื่อประกอบกับเทคโนโลยีที่รองรับการดำเนินการ ซึ่งมีความหลากหลายของปัญหาต่าง ๆ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายในการนำนโยบายไปใช้ย่อมมีสภาพแวดล้อมและสถานการณ์ที่มีความแตกต่างกัน โดยการกำหนดโครงสร้างของการนำนโยบายไปปฏิบัติย่อมอยู่ภายใต้ความมีเหตุผลของทฤษฎี ต้องตอบโจทย์วัตถุประสงค์ของนโยบายอย่างชัดเจน มีการนำทรัพยากรต่าง ๆ ไปใช้อย่างคุ้มค่า การสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินการกับหน่วยงานและภาคต่าง ๆ เพื่อให้การดำเนินการตามนโยบายมีเกิดความสำเร็จ ส่วนในประเด็นของตัวแปรที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ นั้น ได้มีการสรุปไว้ดังนี้

1. วัตถุประสงค์ของนโยบายจะต้องกำหนดให้ชัดเจนและมีความแน่นอน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย
2. นโยบายที่จะนำมาปฏิบัติต้องมีพื้นฐานทางทฤษฎีที่เหมาะสมที่สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์และกำหนดเป็นนโยบายเชื่อมโยงกับเหตุและผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น
3. มีการให้อำนาจกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำแผนนโยบายไปปฏิบัติ ในด้านการกำหนดงบประมาณ การกำหนดแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องกับพื้นที่สภาพแวดล้อม เพื่อให้เกิดความคล่องตัวและสนองตอบวัตถุประสงค์ของนโยบาย
4. ผู้นำของหน่วยงานควรมีวิสัยทัศน์ มีทักษะทางการบริหารที่มีความสอดคล้องกับการดำเนินการและมุ่งในการบรรลุเป้าหมายของนโยบาย
5. นโยบายต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานระดับสูงและตลอดทั้งกระบวนการในการนำนโยบายไปปฏิบัติ
6. วัตถุประสงค์ของนโยบายต้องมีความสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจการเมือง สังคม เพื่อไม่ให้เกิดความขัดแย้ง ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ



Hambleton (1983) ได้เสนอรูปแบบการวิเคราะห์โดยนำทฤษฎีการวางแผนการปฏิบัติงานอย่างเป็นขั้นตอน (Procedural planning theory) ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างองค์การ (Inter-organization theory) และทฤษฎีวิกฤตการณ์ทางการเงิน (Theory of fiscal crisis) ซึ่งได้สรุปไว้ว่าปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ประกอบไปด้วย 5 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านการสื่อความหมายของนโยบาย ปัจจัยด้านความหลากหลายของหน่วยงานที่เป็นผู้ปฏิบัติ ปัจจัยด้านมุมมองและอคติของผู้ปฏิบัติ ปัจจัยด้านทรัพยากร และ ปัจจัยด้านการเมือง นอกจากนี้ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ คือ ข่าวด้านนโยบายต้องมีความชัดเจนและสอดคล้องกับเป้าประสงค์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำนโยบายไปปฏิบัติ มุมมองของผู้กำหนดนโยบายมีความต่อเนื่องชัดเจน ทรัพยากรที่จัดสรรต้องมีความเหมาะสมและพอเพียง

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า มีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติมากมาย ในด้านสาธารณสุขเช่นกัน นโยบายสาธารณะนั้นมีความจำเป็นอย่างมากต่อการดำเนินการ เพื่อให้ครอบคลุมกระบวนการต่างๆ ในการให้บริการสาธารณสุขกับประชาชนรวมถึงแรงงานต่างด้าวที่มีสิทธิขั้นพื้นฐานในการเข้ารับบริการรักษาสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้สังเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในด้านสาธารณสุข เพื่อให้ครอบคลุมกระบวนการต่างๆ ในการให้บริการสาธารณสุขกับประชาชน รวมถึงแรงงานต่างด้าวที่มีสิทธิขั้นพื้นฐานในการเข้ารับบริการรักษาสุขภาพได้ 4กลุ่ม ประกอบด้วย 1.งบประมาณที่ภาครัฐจัดสรรให้ในการดูแลรักษาสุขภาพพื้นฐาน 2.การให้ความรู้เพื่อทำความเข้าใจในการเข้ารับบริการ 3.การจัดสรรทรัพยากรในทุกด้านอย่างพอเพียง และ 4.การจัดให้มีหน่วยงานต่างๆ ในการให้บริการสุขภาพอย่างเพียงพอ เพื่อพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้นำไปกำหนดเป็นกรอบแนวทางในการวิจัยต่อไป

### 2.6.3 วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

วัฒนธรรมเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติ ความคิด พฤติกรรม ประเพณี แนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการดำรงชีวิต การทำงาน รูปแบบทั้งภายในและภายนอก ซึ่งมีทั้งสิ่งที่มีตัวตนและไม่มีตัวตน วัฒนธรรมสามารถที่จะเป็นตัวขับเคลื่อนการทำงาน ประสิทธิภาพการทำงาน สามารถผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนในสิ่งต่าง ๆ ได้ หากองค์กรใด ชุมชนใดมีความเชื่อ หรือแนวทางปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกันย่อมสามารถที่จะทำให้องค์กรหรือชุมชนนั้นมีความเข้มแข็ง มีพลังในการผลักดันเพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ สนองตอบความต้องการของสมาชิกในชุมชนได้อย่างดี อาทิในเรื่องของสุขภาพซึ่งเป็นองค์ประกอบของความเข้มแข็งของประชาชน หากประชาชนมีสุขภาพที่ดี สามารถที่จะแข่งขันกับประเทศเพื่อนบ้านหรือคู่แข่งได้อย่างดี วัฒนธรรมจึงเป็นเสมือน

ส่วนหนึ่งของชีวิตในองค์กร ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ทักษะคิด ความเชื่อ และประสิทธิภาพ ประกอบกับมีอิทธิพลต่อการกระทำ การตัดสินใจ การสร้างแรงจูงใจ ต่อสิ่งต่าง ๆ

ไทรพล ตั้งมั่นคง (2553) กล่าวว่า วัฒนธรรม หมายถึงลักษณะที่แสดงถึงความเจริญอกงาม ความเป็นระเบียบเรียบร้อย ความกลมเกลียวก้าวหน้าของชาติ และศีลธรรมอันดีของประชาชนในสังคม ส่วนใหญ่ที่มาของวัฒนธรรมจะมาจากความเชื่อที่ว่าวัฒนธรรมเกิดขึ้นในที่ต่าง ๆ พร้อมกัน เนื่องจาก ธรรมชาติของมนุษย์คล้ายคลึงกันมาก เชื่อว่าวัฒนธรรมเกิดจากศูนย์กลางแห่งเดียวกันและแพร่กระจายออกไปยังชุมชนต่าง ๆ วัฒนธรรมเป็นผลจากการที่มนุษย์ได้เข้าควบคุมธรรมชาติและพฤติกรรมของมนุษย์ ทำให้เกิดการจัดระเบียบทางสังคม ระบบความเชื่อ ศิลปกรรม ค่านิยมและวิทยาการต่าง ๆ

สัจญา สัจญาวิวัฒน์ (2551) กล่าวถึง วัฒนธรรมองค์การประกอบด้วย องค์ประกอบซึ่งแบ่งออกได้เป็น 4 ประการ คือ

1. องค์คติ (Concept) ความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจ ความคิดเห็น ตลอดจนอุดมการณ์ต่าง ๆ
2. องค์พิธีการ (Usage) หมายถึง ขนบธรรมเนียมประเพณีที่แสดงออกในรูปพิธีกรรม
3. องค์การ (Organization) หมายถึง กลุ่มที่มีการจัดอย่างเป็นระเบียบหรือมีโครงสร้างอย่างเป็นทางการ มีการวางกฎเกณฑ์ระเบียบข้อบังคับและวัตถุประสงค์ไว้อย่างแน่นอน
4. องค์วัตถุ (Instrumental and symbolic objects) ได้แก่ วัฒนธรรมทาง วัตถุทั้งหลาย เช่น บ้าน โบสถ์ วิหาร รวมตลอดถึงเครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ

ขณะที่ในการจัดแบ่งประเภทของวัฒนธรรม อาจแบ่งออกได้เป็น 1. วัฒนธรรมทางวัตถุ (Material culture) หมายถึง สิ่งของหรือวัตถุอันเกิดจากความคิดและการประดิษฐ์ขึ้นมาของมนุษย์ และ 2. วัฒนธรรมที่ไม่ใช่วัตถุ (Non-material culture) หมายถึง วัฒนธรรมที่แสดงออกได้โดยทักษะ ประเพณี ขนบธรรมเนียม การปฏิบัติสืบต่อกันมาและเป็นที่ยอมรับในกลุ่มของตน ว่าดีงามเหมาะสม

ในแง่ความสำคัญของวัฒนธรรม วิเชียร วิทยอุดม (2556) กล่าวว่า วัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ทักษะคิด และประสิทธิผลโดยตรงต่อองค์กร มีอำนาจเหนือองค์กร ไม่ว่าวัฒนธรรมจะแข็งหรืออ่อน ย่อมมีผลต่อองค์กรเสมอ โดยมีระดับถึงการวิเคราะห์วัฒนธรรมองค์การ ตั้งแต่ระดับที่สังเกตได้ ระดับค่านิยมร่วมกัน และระดับที่สามารถที่จะสร้างข้อสันนิษฐานทั่วไปได้ ซึ่งในแต่ละระดับแสดงถึงบทบาทและความเกี่ยวข้องกับบุคคลในองค์กรทั้งสิ้น

นอกจากความสำคัญต่อบุคคลในองค์กรแล้วในภาพรวม วัฒนธรรมยังมีผลต่อความเชื่อในประเด็นต่าง ๆ ซึ่งความเชื่อมีความสำคัญเพราะเป็นเครื่องมือในการช่วยตอบสนองต่อความไม่รู้และความกลัวของบุคคล นำมาซึ่งการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคล ก่อให้เกิดกลุ่มทางสังคม มีการจัดระเบียบทางสังคม และก่อให้เกิดพิธีกรรมและประเพณี ความสำคัญของการศึกษาความเชื่อใน

เรื่องของการดูแลรักษาสุขภาพเพื่อช่วยเอื้อประโยชน์ในการเข้าใจถึงสาเหตุและที่มาของพฤติกรรม เพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้ความเชื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนและกลยุทธ์ในการให้บริการเพื่อให้สอดคล้องกับความเชื่อ วิถีชีวิตและขนบธรรมเนียมอื่น ๆ ของสังคมโดยรวม โดยไม่เกิดความขัดแย้งทางวัฒนธรรม

กัณฑ์วีร์ วิวัฒน์พาณิชย์ และขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์ (2555) กล่าวถึง ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคและวิธีการดูแลสุขภาพ จะมีความเชื่อแบบอำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น ความเจ็บป่วยที่เกิดจากการกระทำของผี ความเจ็บป่วยที่เกิดจากการถูกเวทมนตร์และไสยศาสตร์ ความเจ็บป่วยที่เกิดจากเคราะห์หรือโชครชะตา ความเจ็บป่วยที่เกิดจากการละเมิดขนบธรรมเนียมประเพณีของสังคม เป็นต้น วิธีการดูแลสุขภาพแบบอำนาจเหนือธรรมชาติ ส่วนใหญ่ใช้การประกอบพิธีกรรมเป็นหลัก ครอบคลุมตั้งแต่การวินิจฉัยหาสาเหตุและกระบวนการในการรักษา ผู้ให้การดูแลรักษาสุขภาพในการแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาติ ประกอบด้วย 4 กลุ่ม คือ กลุ่มหมอคู่ กลุ่มหมอสะเดาะเคราะห์ กลุ่มหมอธรรม และกลุ่มหมอดำรายา ที่ใช้มักเป็นยาพื้นบ้านหรือพืชสมุนไพรตามความเชื่อ

จากที่กล่าวมาในประเด็นของวัฒนธรรมสุขภาพ ผู้วิจัยเห็นว่า เป็นวัฒนธรรมที่ได้มีการปลูกฝังมาตั้งแต่เกิด เนื่องจากพื้นฐานของครอบครัว การดำรงชีวิตที่ต่างกัน สภาพแวดล้อมที่อยู่ทำให้มีความเชื่อ ทศนคติ และวิถีการดำเนินชีวิตอย่างไร ได้มีการส่งผ่านความเชื่อ ความศรัทธามารุ่นต่อรุ่น หากมีการย้ายถิ่นฐาน มักจะต้องมีการหล่อหลอมวัฒนธรรมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและมีความเหมาะสมในแต่ละพื้นที่ ซึ่งในประเด็นของสุขภาพนั้นแต่ละพื้นที่มีแนวคิด ความเชื่อ และแนวปฏิบัติที่แตกต่างกัน ดังนั้นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการให้บริการสุขภาพนั้น มีความจำเป็น ต้องมองถึงเชื้อสาย วัฒนธรรม ศาสนา ประเพณีในการปฏิบัติ ที่ต้องสร้างความเข้าใจและจำเป็นต้องมีวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของวิถีชีวิต สังคม วัฒนธรรม สถานการณ์ปัจจุบันและความเปลี่ยนแปลงด้วย

#### 2.6.4 แนวคิดทฤษฎีความพึงพอใจในบริการ

ความพึงพอใจ เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่จะช่วยให้การทำงานหรือดำเนินกิจกรรมใดๆสำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ นอกจากผู้บริหารจะดำเนินการให้ผู้ปฏิบัติงานให้บริการ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานแล้ว ยังจำเป็นต้องดำเนินการที่จะให้ผู้มาใช้บริการเกิดความพึงพอใจอีกด้วย เพื่อความเจริญเติบโตของงานบริการ ปัจจัยที่เป็นตัวบ่งชี้คือ จำนวนผู้มาใช้บริการ ดังนั้นผู้บริหารที่จึงควรอย่างยิ่งที่จะศึกษาให้ลึกซึ้งถึงปัจจัยและองค์ประกอบต่างๆที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจกับผู้มารับบริการ

ในการทำความเข้าใจถึงขอบเขตความหมายของความพึงพอใจ มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้นิยามไว้ อาทิ

Vroom (1964) ให้ความหมายว่า ทศนคติและความพึงพอใจในสิ่งหนึ่งสิ่งใด สามารถใช้แทนกันได้ เพราะทั้งสองคำนี้หมายถึง ผลที่ได้จากการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในสิ่งนั้น ทศนคติด้านบวกจะแสดงให้เห็นถึงสภาพ ความพึงพอใจในสิ่งนั้นและทศนคติด้านลบจะแสดงให้เห็นถึงสภาพความไม่พึงพอใจ

Wolman (1990) ให้ความหมายว่า ความรู้สึก (Feeling) มีความสุข เมื่อได้รับผลสำเร็จตามความมุ่งหมายที่ต้องการหรือตามแรงจูงใจ

Morse (1995) ให้ความหมายว่า ทุกสิ่งทุกอย่างที่สามารถลดความตึงเครียดของ บุคคลให้น้อยลงได้ ถ้าความตึงเครียดมีมากก็จะทำให้เกิดความไม่พอใจ ซึ่งความตึงเครียดนี้มีผลมาจากความต้องการของมนุษย์ หากมนุษย์มีความต้องการมากก็จะเกิดปฏิกิริยาเรียกร้อง แต่ถ้าเมื่อใดความต้องการได้รับการตอบสนอง ก็จะทำให้เกิดความพอใจ

Carpmbell (1976, pp. 117–124 อ้างถึงใน วาณี ทองเสวต, 2548) ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกภายในที่แต่ละคนเปรียบเทียบระหว่างความคิดเห็นต่อสภาพการณ์ที่อยากให้เป็นหรือคาดหวัง หรือรู้สึกว่าจะสมควรจะได้รับ ผลที่ได้จะเป็นความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจเป็นการตัดสินใจของแต่ละบุคคล

Domabedian (1980, อ้างถึงใน วาณี ทองเสวต, 2548) ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง ผู้บริการประสบความสำเร็จในการทำให้สมดุลระหว่างสิ่งที่ผู้รับบริการให้ค่ากับความคาดหวังของผู้รับบริการ และประสบการณ์นั้นเป็นไปตามความคาดหวัง

ทวีพงษ์ หินคำ (2541) ให้ความหมายว่า เป็นความชอบของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่ง ซึ่งสามารถลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นและตอบสนองความต้องการของบุคคลนั้นได้ ทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจต่อสิ่งนั้น

ราชบัณฑิตสถาน (2542) ได้ให้ความหมายว่า พึงพอใจ หมายถึง รัก ชอบใจ และพึงใจ หมายถึง พอใจ ชอบใจ

วิรุฬ พรรณเทวี (2542) ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกภายในจิตใจของบุคคลที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งเป็นอยู่กับแต่ละบุคคลว่าจะคาดหวังกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างไร ถ้าคาดหวังมากและได้รับการตอบสนองด้วยดีอย่างที่ตั้งใจ จะเกิดความพึงพอใจมากแต่ในทางตรงกันข้ามอาจผิดหวังหรือไม่พึงพอใจเป็นอย่างยิ่งถ้าไม่ได้รับการตอบสนองตามที่คาดหวังไว้

กาญจนา อรุณสุขขุจิ (2546) ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจของมนุษย์ เป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เป็นนามธรรม ไม่สามารถมองเห็นเป็นรูปร่างได้ การที่เราจะทราบว่าบุคคลมีความพึงพอใจหรือไม่ สามารถสังเกตโดยการแสดงออกที่ค่อนข้างสลับซับซ้อน และต้องมีสิ่ง

ที่ตรงต่อความต้องการของบุคคล จึงจะทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ ดังนั้นการสร้างสิ่งเร้าจึงเป็นแรงจูงใจของบุคคลนั้นให้เกิดความพึงพอใจในงานนั้น

จากที่กล่าวมา สามารถสรุปความหมายของความพึงพอใจได้ว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลในทางบวก ความชอบ ความสบายใจ ความสุขใจต่อสภาพแวดล้อมในด้านต่าง ๆ หรือเป็นความรู้สึกที่พอใจต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความชอบ ความสบายใจ และเป็นความรู้สึกที่บรรลุถึงความต้องการที่ตนเองตั้งใจและคาดหวัง

ในการเสริมสร้างความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ หรือ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ได้มีการพัฒนาแนวคิดทฤษฎีนำไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ อาทิ

ศิริวรรณ เสรีรัตน์, ปริญ ลักขิตานนท์ และศุภร เสรีรัตน์ (2552) ได้อธิบายถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยอธิบายว่า ความพึงพอใจของลูกค้าเป็นระดับความรู้สึกของผู้รับบริการซึ่งประกอบด้วย 1. ความพอใจของความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ 2. ความพอใจต่อการประสานงานผู้บริการ 3. ความพอใจต่อการต้อนรับและการเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ 4. ความพอใจกับข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ 5. ความพอใจต่อคุณภาพบริการ และ 6. ความพอใจต่อการให้บริการต่อการใช้จ่ายในการบริการ

ทฤษฎีที่กล่าวถึงปัจจัยที่สนองตอบความต้องการของมนุษย์ในการเสริมสร้างความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow (มาสโลว์) ซึ่งอธิบายว่า มนุษย์มีความต้องการอยู่ตลอดเวลาตราบใดที่ยังมีชีวิตอยู่ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้ว ก็จะไม่เป็นแรงจูงใจสำหรับพฤติกรรมนั้นอีกต่อไป ความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง เท่านั้นจึงจะมีอิทธิพลจูงใจต่อไป และความต้องการของคนมีลักษณะเป็นลำดับขั้นจากต่ำไปหาสูงตามลำดับความสำคัญในเมื่อ ความต้องการขั้นต่ำได้รับการตอบสนองแล้วความต้องการขั้นสูงก็จะตามมา มาสโลว์ได้แบ่งลำดับความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 5 ลำดับ ดังนี้

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs) ความต้องการทางด้านร่างกาย เป็นความต้องการเบื้องต้นเพื่อความอยู่รอด เช่น ความต้องการในเรื่องอาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค ความต้องการพักผ่อนและความต้องการทางเพศ ฯลฯ ความต้องการทางด้านร่างกายจะมีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมของคนก็ต่อเมื่อ ความต้องการทางด้านร่างกายยังไม่ได้รับการตอบสนองเลย ในด้านนี้โดยปกติ แล้วองค์กรทุกแห่งมักจะตอบสนองความต้องการของแต่ละคนด้วยวิธีการทางอ้อม คือ การจ่ายเงินค่าจ้าง

2. ความต้องการความปลอดภัยหรือความมั่นคง (Security or safety needs) ถ้าหาก ความต้องการทางด้านร่างกายได้รับการตอบสนองตามสมควรแล้ว มนุษย์ก็จะมีความต้องการในขั้นต่อไปที่สูงขึ้น ความต้องการทางด้านความปลอดภัยหรือความมั่นคงต่างๆ ความต้องการทางด้านความ

ปลอดภัยจะ เป็นเรื่องเกี่ยวกับการป้องกัน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากอันตรายต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ความสูญเสีย ทางด้านเศรษฐกิจ ส่วนความมั่นคงนั้น หมายถึง ความต้องการความมั่นคงในการดำรงชีพ เช่น ความมั่นคงใน หน้าที่การงานและสถานะทางสังคม

3. ความต้องการทางด้านสังคม (Social or belongingness needs) ภายหลังจากที่ ได้รับการตอบสนองในสองขั้นดังกล่าวแล้วก็就会有ความต้องการสูงขึ้น คือ ความต้องการทางสังคมจะเริ่ม เป็น สิ่งจูงใจที่สำคัญต่อพฤติกรรมของคน ความต้องการทางด้านนี้จะเป็นความต้องการเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกัน และ การได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นและมีความรู้สึกว่าคุณเองนั้นเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มทางสังคมเสมอ

4. ความต้องการที่จะมีฐานะเด่นในสังคม (Esteem or status needs) ความต้องการ ขั้นต่อมาจะเป็นความต้องการที่ประกอบด้วยสิ่งต่างๆ ดังนี้คือ ความมั่นใจในตัวเองในเรื่องความสามารถ ความรู้และความสำคัญในตัวเอง รวมตลอดทั้งความต้องการที่จะมีฐานะเด่นเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น หรือ ต้องการที่จะให้บุคคลอื่นยกย่องสรรเสริญในความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน การดำรงตำแหน่งที่สำคัญในองค์กร

5. ความต้องการที่จะได้รับความสำเร็จในชีวิต (Self-actualization or self-realization) ลำดับขั้นตอนความต้องการที่สูงสุดของมนุษย์ก็คือ ความต้องการที่จะประสบความสำเร็จในชีวิต ตามความนึกคิด หรือความคาดหวังทะเยอทะยานใฝ่ฝันที่จะได้รับผลสำเร็จในสิ่งอันสูงส่งในทัศนะของตน

ความพึงพอใจของมนุษย์นั้นมีทั้งในด้านบวกและด้านลบ หากสิ่งใดที่มาสนองตอบตรงกับ ความคาดหวังของมนุษย์ย่อมแสดงให้เห็นถึงความพอใจในด้านบวก และหากสิ่งใดที่ค้านกับ ความรู้สึกหรือไม่ตรงกับ ความคาดหวังย่อมทำให้เกิดความพึงพอใจในด้านลบ โดยเมื่อกล่าวว่าคุณคน มีความต้องการอย่างไรและหากสนองตอบความต้องการได้ย่อมแสดงให้เห็นถึงความพึงพอใจ จึงกล่าวได้ว่า ทฤษฎีของมาสโลว์ ชี้ให้เห็นว่ามนุษย์มีความต้องการ 5 ประการเมื่อ ความต้องการอย่างใดอย่างหนึ่งได้รับการตอบสนองแล้วความต้องการสิ่งอื่นๆ ก็จะเกิดขึ้นมาในลำดับขั้นที่สูงขึ้นและเมื่อมนุษย์ได้รับการตอบสนองความต้องการจะเกิดความพึงพอใจเช่นเดียวกับการใช้บริการต่างๆ หาก ผู้ใช้บริการหรือลูกค้าได้รับการยอมรับมีปัจจัยที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ

นอกจากนั้น เอนก สุวรรณบัณฑิต และภาสกร อุดมพัฒนกิจ (2548) ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการจะแสดงออกในทางบวกหรือลบต่อสิ่งที่ ได้รับจากการบริการ และการนำเสนอการบริการ โดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่ได้คาดหวังไว้ ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงไปได้ตามปัจจัยแวดล้อมและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างการบริการ ได้แก่

1. ผลิตภัณฑ์บริการ ในการนำเสนอการบริการจะต้องมีผลิตภัณฑ์บริการที่มีคุณภาพและระดับการให้บริการที่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ โดยผู้ให้บริการจะต้องแสดงให้เห็นให้ผู้รับบริการ

เห็นถึงความเอาใจใส่ และจริงใจต่อการสร้างเสริมคุณภาพของผลิตภัณฑ์บริการที่จะส่งมอบให้แก่ผู้รับบริการ

2. ราคาค่าบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการเกิดจากการประเมินคุณภาพและรูปแบบของการบริการเทียบกับราคาค่าบริการที่จะต้องจ่ายออกไป โดยผู้ให้บริการจะต้องกำหนดราคาค่าบริการที่เหมาะสมกับคุณภาพของการบริการ และเป็นไปตามความเต็มใจที่จะจ่าย (Willingness to pay) ของผู้รับบริการ ค่าบริการจะถูกหรือแพงขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่ายและเจตคติต่อราคาของกลุ่มผู้รับบริการอีกด้วย

3. สถานที่บริการ ผู้ให้บริการจะต้องมองหาสถานที่ในการให้บริการที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก มีสถานที่ที่กว้างขวางเพียงพอและต้องคำนึงถึงการอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการในทุกด้าน เช่น การมีสถานที่จอดรถ หรือการให้บริการผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ซึ่งทำให้ประเด็นด้านสถานที่ให้บริการลดลงไปได้ เป็นต้น

4. การส่งเสริมแนะนำบริการ ผู้ให้บริการจะต้องให้ข้อมูลข่าวสารในเชิงบวกแก่ผู้รับบริการทั้งในด้านคุณภาพการบริการและภาพลักษณ์ของการบริการผ่านทางสื่อต่างๆ เพื่อให้ผู้รับบริการได้นำข้อมูลเหล่านี้ไปช่วยประเมินเพื่อตัดสินใจใช้บริการ

5. ผู้ให้บริการ จะต้องตระหนักตนเองว่ามีส่วนสำคัญในการสร้างให้เกิดความพึงพอใจในการบริการของผู้รับบริการ โดยในการกำหนดกระบวนการจัดการ การวางรูปแบบการบริการจะต้องคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นสำคัญ ทั้งแสดงพฤติกรรมบริการและเสนอบริการที่ลูกค้าต้องการด้วยความสนใจเอาใจใส่อย่างเต็มที่ด้วยจิตสำนึกของการบริการ

6. สภาพแวดล้อมของการบริการ ผู้ให้บริการจะต้องสร้างให้เกิดความสวยงามของอาคารสถานที่ ผ่านการออกแบบตกแต่ง การแบ่งพื้นที่อย่างเหมาะสมลงตัวสร้างให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีขององค์กรผู้ให้บริการและสื่อภาพลักษณ์เหล่านี้ออกไปสู่ผู้รับบริการอีกด้วย

7. กระบวนการบริการ ผู้ให้บริการต่างมุ่งหวังให้เกิดความมีประสิทธิภาพของการจัดการระบบการบริการเพื่อเพิ่มความคล่องตัวและความสามารถในการสนองต่อความต้องการของลูกค้าได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพ โดยการนำบุคลากร เทคโนโลยีเข้ามารวมกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการและหวังต่อประสิทธิผลที่จะเกิดขึ้นต่อผู้รับบริการ

กล่าวโดยสรุปจากนิยามที่กล่าวมาข้างต้นอาจกล่าวได้ว่า ความพึงพอใจนั้นเกิดขึ้นจากการรับรู้ การประเมินคุณภาพของการบริการ เป็นสิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวังว่าจะได้รับจากการเข้ารับบริการ โดยที่ความพึงพอใจในการบริการของผู้รับบริการ ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ด้านคือ

1. การรับรู้คุณภาพของบริการ อันเป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการสัญญาว่าจะให้ โดยผู้รับบริการมีความคาดหวังว่าจะได้รับบริการอย่างเสมอภาคและพอเพียง ในทุกๆด้านเมื่อไปใช้บริการเป็นตัวกำหนดถึงระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

2. การรับรู้คุณภาพของบริการ ซึ่งผู้ให้บริการจะนำเสนอผ่านการแสดงออกต่างๆ ในกระบวนการบริการ โดยผู้รับบริการจะประเมินว่าผู้ให้บริการนั้นได้บริการอย่างเหมาะสมมากน้อยเพียงใด รวมทั้งความสะดวกในการเข้าถึงบริการ พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ให้บริการตามบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบต่องาน และการปฏิบัติตนในการให้บริการว่าผู้ให้บริการมี ความเต็มใจและจริงจังเพียงใด ในการให้บริการ การรับรู้เหล่านี้จะช่วยให้ผู้รับบริการประเมินคุณภาพการบริการได้อย่างมีเหตุและผล ซึ่งนำไปสู่ความพึงพอใจในการรับบริการ

ภณิดา ชัยปัญญา (2541, น. 11 ) กล่าวถึงความพึงพอใจว่าจะเกิดขึ้นหรือไม่ ขึ้นอยู่กับ การให้บริการขององค์กรประกอบกับระดับความรู้สึกรับบริการในมิติต่างๆของแต่ละบุคคล ดังนั้นการวัดระดับความพึงพอใจ สามารถกระทำได้หลายวิธีต่อไปนี้

1. การใช้แบบสอบถาม ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยการขอความร่วมมือจากกลุ่มบุคคลที่ต้องการวัด แสดงความคิดเห็นลงในแบบฟอร์มที่กำหนด

2. การสัมภาษณ์ ต้องอาศัยเทคนิคและความชำนาญพิเศษของผู้สัมภาษณ์ที่จะจูงใจให้ ผู้ตอบคำถามตอบตามข้อเท็จจริง

3. การสังเกต เป็นการสังเกตพฤติกรรมทั้งก่อนการรับบริการ ขณะรับบริการและหลัง การรับบริการ การวัดโดยวิธีนี้จะต้องกระทำอย่างจริงจังและมีแบบแผนที่แน่นอนจะเห็นได้ว่าการวัด ความพึงพอใจต่อการให้บริการนั้นสามารถกระทำได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับความสะดวก เหมาะสม ตลอดจนจุดมุ่งหมายของการวัดด้วย จึงจะส่งผลให้การวัดนั้นมีประสิทธิภาพและน่าเชื่อถือได้

กล่าวโดยสรุป การวัดระดับความพึงพอใจสามารถดำเนินการได้หลายวิธี อาทิ การใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต เพื่อวัดพฤติกรรมก่อนการรับบริการและหลังการรับบริการ เพื่อประเมินประสิทธิภาพการให้บริการของหน่วยงานหรือสถานที่ให้บริการ รวมถึงในการให้บริการ ด้านสุขภาพกับผู้รับบริการสุขภาพด้วย

## 2.7 แนวคิดทฤษฎีการเข้าถึงบริการสุขภาพ

องค์การสหประชาชาติกล่าวว่า “สิทธิในสุขภาพ” (Right to health) หมายถึงสิทธิที่รัฐมี หลักประกันให้กับบุคคลที่อยู่ในดินแดนของตน คือสิทธิในการรับบริการทางสุขภาพ และสิทธิในการ ได้รับการบริการที่ถูกละเลย เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและความเสมอภาค การได้รับสิทธิที่จะมี สุขภาพที่ดี โดยฝ่ายรัฐต้องมีหน้าที่ในการจัดหา บริหารจัดการเพื่อให้การบริการเป็นไปได้อย่าง เหมาะสมและที่สำคัญรัฐต้องมีการกำหนดแผนหรือนโยบายที่เหมาะสมที่สามารถนำไปสู่การ รักษาพยาบาลที่เข้าถึงได้ตามสิทธิที่พึงมีพึงได้อย่างเหมาะสมสำหรับทุกคนในระยะเวลาที่รวดเร็ว ที่สุด นักวิชาการหลายคนได้กล่าวถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพไว้หลายรูปแบบ อาทิ



กฤติยา อาชวนิจกุล (2548) กล่าวถึง สิทธิในสุขภาพว่าเป็นการให้บริการด้านสุขภาพให้ปัจเจกบุคคล ไม่ว่าจะเป็นคนในชาติหรือคนต่างชาติ ทั้งในฐานะบุคคลทั่วไป ในฐานะคนทำงานที่รัฐพึงมีกฎหมายในการคุ้มครองความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน และในฐานะผู้ป่วยที่พึงมี สิทธิขั้นพื้นฐานคือสิทธิทางเลือกต่างๆ ในการรับบริการ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างครบถ้วน โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติและสิทธิในความเป็นส่วนตัว ที่แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการไม่สามารถละเมิดได้

พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร (2551) กล่าวถึง การบริการและระบบบริการสุขภาพต้องอยู่ในหลักการสำคัญ คือ การมีบริการด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ ความสามารถที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้นั้น คือ ค่าบริการควรอยู่ในระดับที่ทุกคนพอจ่ายได้ และอยู่บนหลักความยุติธรรม ที่ตั้งของสถานบริการสุขภาพควรตั้งอยู่ในที่คนเข้าถึงได้และมีการบริการที่คำนึงถึงผู้มีภาวะพิการและกลุ่มที่อ่อนแออื่นๆ และบุตรที่เกิดในประเทศไทย รวมถึงผู้ลี้ภัยทางการเมือง ต้องมีองค์ประกอบของสิทธิในสุขภาพที่สำคัญ ดังนี้

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล ต้องประกอบด้วย สุขภาพอนามัยของแม่และเด็ก รวมถึงการวางแผนครอบครัว และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อร้ายแรงบางโรค การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับโรคต่างๆ หรือการบาดเจ็บจากเหตุต่างๆ การให้ยาหรือผลิตภัณฑ์ที่รักษาโรคที่จำเป็น

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับเงื่อนไขที่จำเป็นสำหรับสุขภาพ คือการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกัน การควบคุมและการป้องกัน รวมทั้งการส่งเสริมเกี่ยวกับการจัดหาและโภชนาการที่เหมาะสม

จากข้อมูลขององค์การสหประชาชาติและนักวิชาการ เกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่ต้องมีความเพียงพอต่อความต้องการและสามารถทำให้ผู้ที่ต้องรับบริการสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และสิ่งสำคัญต้องมีความเป็นธรรมเพื่อที่จะทำให้ชุมชนรู้สึกพอใจในการเข้ารับบริการสุขภาพ ประกอบกับประเทศไทยได้มีการทำข้อตกลงร่วมกันองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization [ILO], 2001) ได้มีการวางกฎเกณฑ์เพื่อให้ครอบคลุมการให้ บริการโดยมีการกำหนดสิทธิ เกี่ยวกับสิทธิใน 3 ด้านดังนี้

1. สิทธิทางสังคม (Social right) ได้อธิบายเกี่ยวกับสิทธิในการทำงานที่ต้องมีการทำงานและได้รับค่าจ้างที่เท่าเทียมกัน เหมาะสมและ ส่งผลถึงความมั่นคงทางสังคมและมาตรฐานการดำรงชีวิตที่พอเพียงของแรงงานและครอบครัวอย่างมีมาตรฐาน รวมถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าว สิทธิในการใช้เวลาอย่างเหมาะสมและสามารถอยู่กับครอบครัวได้อย่างปกติ สามารถที่จะได้รับเงินค่าจ้างและมีรายได้เพื่อดำรงชีวิตและจุนเจือครอบครัว รวมถึงสิทธิในการได้รับการคุ้มครองเพื่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

2. สิทธิทางวัฒนธรรม (Cultural right) เป็นสิทธิในด้านของความเชื่อ ความศรัทธา ความคิด ที่ครอบคลุมถึงสิทธิในการนับถือศาสนาและการปฏิบัติตามประเพณีนิยมของแต่ละศาสนา โดยไม่มี การบังคับ หรือปิดกัน ผ่านการแสดงออกที่เปิดเผย โดยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อสร้างความมั่นคงใน ชีวิตและปลอดภัยในการดำรงชีวิต

3. สิทธิในฐานะพลเมืองและสิทธิทางการเมือง (Civil and political rights) เป็นสิทธิขั้น พื้นฐาน เพื่อจะนำไปสู่การประกอบอาชีพ การได้รับบริการ รวมทั้งในด้านการปกป้องชีวิต จิตใจ และร่างกาย เนื่องจากการย้ายถิ่นฐานของแรงงานเหล่านั้น ต้องได้รับสิทธิตามกฎหมายของพื้นที่ที่ตั้ง ถิ่นฐานก่อนจึงจะมีสิทธิอย่างอื่นตามมา นั้นหมายความว่าหากไม่ได้รับสิทธิเหล่านี้ ย่อม ไม่สามารถที่ จะเรียกร้องสิทธิอื่น ๆ ได้อย่างเต็มที่

วิชาญ เกิดวิชัย (2547 อ้างถึงใน พรณี สีตกะลิน, 2555) จากรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าถึง บริการสุขภาพ พบว่า สิ่งที่ถูกกฎหมายได้มีการระบุเกี่ยวกับสิทธิหน้าที่ของแรงงานต่างด้าวเหล่านั้น ส่งผลถึงการที่ทำให้แรงงานต่างด้าวเหล่านั้น ต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของกฎระเบียบต่างๆ เพื่อที่จะทำให้แรงงานต่างด้าวเหล่านั้นสามารถที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเสมอภาค เป็นธรรม สอดคล้องกับทัศนคติที่คนต่างด้าวเหล่านั้นมีความเชื่อเกี่ยวกับเชื้อชาติ ศาสนา หรือประเพณีปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้บางครั้งเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพเนื่องจากประเพณีหรือวัฒนธรรมของแต่ละ เชื้อชาติอาจจะขัดกับหลักพื้นฐานในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งในประเด็นของคุณลักษณะการ บริการที่เหมาะสมตามที่องค์การอนามัยโลก ได้วางหลักไว้ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ “EQESA”

“E” ตัวแรก หมายถึง ความเสมอภาค (Equity) จากแนวคิดว่าการบริการสุขภาพเป็นบริการ สาธารณะ (Public Goods) เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิตของคนทุกคน รัฐบาลของประเทศจึงต้อง จัดบริการสุขภาพให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่คำนึงถึงความ แตกต่าง ทั้งด้านเพศ เชื้อชาติ สถานะทางสังคม ศาสนา หรือสถานะทางเศรษฐกิจ แนวคิดนี้ได้ถูก กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

“Q” หมายถึง ความมีคุณภาพบริการ (Quality) บริการสุขภาพเป็นเรื่องที่มีผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตของประชาชนผู้รับบริการ การจัดบริการให้มีคุณภาพจึงเป็นเรื่องจำเป็น รัฐบาลจะต้อง ดำเนินการให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และถือเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาล และผู้ให้บริการที่ต้องดูแลพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดกระบวนการตรวจสอบ คุณภาพทั้งภายในองค์กรเองและด้วยองค์การภายนอก เช่น ISO 9000, Hospital Accreditation เป็นต้น

“E” ตัวที่สอง หมายถึง (Efficiency) เนื่องจากบริการสุขภาพมีความต้องการทรัพยากรมาก และมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนเกิดปัญหาการขาดแคลนทรัพยากร และส่งผลกระทบต่อการจัดบริการให้มีคุณภาพและเสมอภาค ดังนั้น การจัดบริการให้มีประสิทธิภาพมีการควบคุมค่าใช้จ่าย จึงเป็นสิ่งจำเป็นทำให้เกิดแนวทางเพิ่มประสิทธิภาพขึ้นหลายอย่าง เช่น การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) การจ่ายเงินตาม DRGS, Utilization review และการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เป็นต้น

“S” และ “A” หมายถึง ความโปร่งใสสังคมตรวจสอบได้ (Social accountability) ด้วยแนวคิดที่ว่าบริการสุขภาพเป็นบริการที่ไม่สมบูรณ์ ฝ่ายผู้รับบริการมีความรู้เท่าไม่เท่าเทียมกับผู้ให้บริการ จึงมีความเชื่อว่า การเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องอื่นนอกเหนือจากฝ่ายผู้ให้บริการเข้ามาตรวจสอบกระบวนการให้บริการจะช่วยให้การบริการสุขภาพมีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ เป็นไปอย่างมีคุณธรรม และมีความรับผิดชอบต่อสังคม

อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากวงจรของชีวิตที่มีความแตกต่างกัน รวมทั้งสิทธิที่ได้รับไม่เหมือนกัน แตกต่างกันแต่ละองค์การ การได้รับสวัสดิการที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งทำให้หน่วยงานภาครัฐได้มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อให้มีการกลั่นกรองในการเข้ารับบริการของประชาชน ทำให้มีการจัดลำดับในการเข้ารับบริการเป็นแบบรับบริการให้บริการปฐมภูมิ (Primary care) ซึ่งเป็นการกลั่นกรองและให้บริการสุขภาพเบื้องต้น ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่มากมาย หากไม่สามารถรองรับได้หน่วยบริการจะส่งต่อไปยังหน่วยให้บริการทุติยภูมิ (Secondary care) ซึ่งจะรับดูแลให้บริการผู้ป่วยในระดับที่ต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น ใช้อุปกรณ์การแพทย์ในระดับที่ไม่ยุ่งยากมาก สามารถให้บริการโรคที่ไม่ใช่เฉพาะทางมากมาย และหากไม่สามารถที่จะให้บริการรักษาได้ต้องส่งต่อไปสถานบริการในระดับบริการตติยภูมิ (Tertiary care) ซึ่งเป็นหน่วยงานให้บริการระดับเฉพาะทาง มีเครื่องมือที่ทันสมัย บุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอ ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษา ดังนั้น หากระบบการให้บริการสุขภาพได้มีการกลั่นกรองข้างต้นสามารถที่จะเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการและการให้บริการที่ทั่วถึงจะสามารถสร้างความพึงพอใจให้กับผู้มารับบริการ

สุขภาพ เป็นสิ่งที่ต้องการการดูแล ต้องการหน่วยงานในการรับหน้าที่ในการให้บริการ ซึ่งหน่วยงานหลักในปัจจุบันคือ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชน โดยการจัดระบบสุขภาพ ที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ มีการจัดระบบบริการสุขภาพออกเป็นหลายระดับได้แก่ บริการระดับปฐมภูมิ (Primary care) บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary care) และบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary care) โดยมุ่งหวังให้บริการแต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันและเชื่อมต่อกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral system) เพื่อให้สามารถจัดบริการที่มีคุณภาพ ผ่านองค์ประกอบในด้านของหน่วยงาน เครื่องมือ บุคลากรทางการแพทย์ และรูปแบบการบริหารจัดการ ที่มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ สภาพเศรษฐกิจ สังคม

ซึ่งในปัจจุบันพบว่าการเคลื่อนย้ายแรงงาน มีการเดินทางเข้าออกประเทศได้อย่างสะดวก ดังนั้นโรคภัยหรือความต้องการในการรับบริการของประชาชนทั้งคนในประเทศและต่างประเทศ ย่อมแตกต่างกัน สิ่งสำคัญควรมีการจัดระบบการบริหารเพื่อให้เกิดความเหมาะสมและมีคุณภาพ ในปัจจุบันพบว่ารูปแบบการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุขได้มีการแบ่งส่วนในการให้บริการในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีจากการดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพ ทำให้ระบบการเงินมีผลต่อการจัดระบบบริการโดยไม่คำนึงถึงความสอดคล้องกับทรัพยากรอื่น อีกทั้งข้อจำกัดทางการเงิน และการถ่ายโอนกองโรงพยาบาลภูมิภาค และกองสาธารณสุขภูมิภาค ไปจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีผลกระทบกับการเชื่อมโยงหน่วยงานระหว่างส่วนกลางกับส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข

World Health Organization ([WHO], 2004) ได้ให้ความหมายของสุขภาพว่า “Health is complete physical, mental, social and spiritual well being” ซึ่งหมายถึงสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ

สุขภาพที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลังไม่เป็นโรคไม่พิการไม่บาดเจ็บ มีเศรษฐกิจดี มีอาหารพอเพียง มีสภาพแวดล้อมที่สร้างเสริมสุขภาพซึ่งคำว่าภายในที่นี้หมายถึงทางกายภาพด้วย

สุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง ผ่อนคลาย ไม่เครียด มีความเมตตา มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วยเพราะตราบใดที่ยังมีความเห็นแก่ตัวจะมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้

สุขภาพที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง มีการอยู่ร่วมกันได้ดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี

สุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) หมายถึง สุขภาพที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตากรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระเจ้า ความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับการเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาพที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลายอย่างยิ่ง เบาสบาย มีความสุขอันล้ำลึก หรือความสุขอันเป็นทิพย์ มีความเอื้ออาทร เห็นอกเห็นใจ

Smith (1983 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ได้อธิบายความหมายของสุขภาพจาก 3 แนวคิดหลัก พบว่า

1) ทางด้านคลินิก (Clinical model) ในแนวคิดนี้ให้ความหมายเกี่ยวกับ สุขภาพ ว่าเป็นภาวะที่ปราศจากอาการแสดงของโรค หรือปราศจากความพิการต่าง ๆ ส่วนความเจ็บป่วย

หมายถึงการมีอาการ และอาการแสดงหรือมีความพิการเกิดขึ้น ความหมายของสุขภาพเช่นนี้ ถือว่าเป็นความหมายที่แคบที่สุดและเน้นการรักษา เสถียรภาพ (Stability) ทางด้านสรีรภาพ ถ้าใช้ความหมายของสุขภาพดังกล่าวเป็นเป้าหมาย จะนำไปสู่การบริการสุขภาพเชิงรับ คือรอให้ประชาชนเกิดอาการและอาการแสดงของโรคและความพิการเท่านั้น ซึ่งทำให้การส่งเสริมสุขภาพ และ ป้องกันโรคเกิดได้น้อยมาก และไม่มีแนวทางในการปฏิบัติ แพทย์จะมีบทบาทเด่น ในระบบบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ และประชาชนจะมีบทบาทน้อยมาก เพราะถือว่าสุขภาพเป็นเรื่องของแพทย์ เรื่องของโรงพยาบาล

2) การปฏิบัติตามบทบาท (Role performance model) ความหมายของ สุขภาพ ในแนวคิดนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากนักสังคมวิทยา ซึ่งสนใจเกี่ยวกับบทบาทของบุคคลในสังคมเป็นหลัก สุขภาพ จึงหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการกระทำตามบทบาทที่สังคมกำหนดไว้ครบถ้วน เช่น ความสามารถในการทำงาน เป็นต้น ส่วนความเจ็บป่วยหมายถึงความล้มเหลวในการทำหน้าที่ตามบทบาท เมื่อเจ็บป่วยบุคคลสามารถหยุดกระทำในบทบาทต่าง ๆ ได้ เช่น หยุดงาน นอนพัก เป็นต้น ความหมายของสุขภาพตามแนวคิดนี้ ได้เพิ่มมาตรฐานทางด้านจิตสังคม คือไม่เพียงแต่ปราศจากอาการและอาการแสดงของโรคเท่านั้น แต่ต้องสามารถทำหน้าที่ตามบทบาททางสังคมด้วย และยังคงเน้นการรักษา เสถียรภาพ แต่เป็นเสถียรภาพทางสังคม ซึ่งยังถือว่าเป็นเป้าหมายทางด้านสุขภาพที่แคบ และนำไปสู่การบริการสาธารณสุขในเชิงรับเช่นกัน

3) ทางด้านการปรับตัว (Adaptation model) ความหมายของ สุขภาพ ในแนวคิดนี้ ได้รับอิทธิพลมาจาก ดูบอส (Dubos 1965 อ้างถึงใน สมจิตร์ หนูเจริญกุล, 2543) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมอย่างจริงจัง และต่อเนื่องตลอดเวลา เพื่อรักษาดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม สุขภาพที่ดีจึงหมายถึงความยืดหยุ่น ในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุลเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับชีวิต ส่วนการเกิดโรคหมายถึงความล้มเหลวในการปรับตัว เป็นการทำลายความสามารถของบุคคลที่จะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อม

ขณะที่ Pender (1987, pp. 19-27) ได้ให้ความหมายของ “สุขภาพ” ไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1) สุขภาพคือความคงที่ (Definition of health focusing on stability) สุขภาพเป็นภาวะที่บุคคลมีความสามารถในการปรับตัว เมื่อสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป สุขภาพเป็นความสมดุลของระบบย่อย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม

2) สุขภาพคือความสำเร็จสูงสุดในชีวิต (Definition of health focusing on actualization) สุขภาพเป็นการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายสูงสุดในชีวิต สุขภาพเป็นภาวะที่ต่อเนื่องระหว่างการเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพปกติ ภาวะสุขภาพสมบูรณ์สูงสุด และอาจเปลี่ยนมาเป็นสุขภาพดี สุขภาพไม่ดี เจ็บป่วยเล็กน้อย เจ็บป่วยมาก จนถึงตายในที่สุด

3) สุขภาพคือความคงที่และการบรรลุความสำเร็จสูงสุดของชีวิต (Definition of health focusing on stability and actualization) สุขภาพเป็นผลรวมของความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ มีความยืดหยุ่นในการปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง และส่งผลให้บุคคลประสบผลสำเร็จสูงสุดในการดำเนินชีวิต และสามารถคงศักยภาพนั้นไว้ให้ยาวนานที่สุด

Pender (1996, p. 21) ได้จำแนกการให้ความหมายสุขภาพในทั้ง 3 รูปแบบ ดังกล่าว ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เน้นการรักษาเสถียรภาพ (Stability) ได้แก่ แนวคิดทางด้านคลินิก การกระทำตามบทบาทหน้าที่ และแนวคิดทางด้านการปรับตัว ส่วนการบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต (Actualization) เป็นการเน้นพัฒนาการของมนุษย์ที่ไปถึงขีดสูงสุด และได้อธิบายความหมายสุขภาพในเชิงบูรณาการทั้ง 2 กลุ่มเข้าด้วยกัน ซึ่งแนวคิดของการบูรณาการนี้สอดคล้องกับความหมายของสุขภาพตามที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลก

นอกจากนั้น Orem (1995, pp. 96-101) กล่าวว่า “สุขภาพ” เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ ไม่บกพร่อง และคนที่มีความสุขก็คือคนที่มีโครงสร้างที่สมบูรณ์ ทำหน้าที่ของตนได้ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ สามารถดูแลตนเองได้ในระดับที่เพียงพอ และต่อเนื่อง สุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นต่อบุคคล ความผาสุกเป็นการรับรู้ถึงภาวะที่เป็นอยู่ของตนเองซึ่งแสดงออก โดยความพึงพอใจ ความยินดี และการมีความสุข

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าวิวัฒนาการของความหมายของสุขภาพมีมาเรื่อย ๆ จนปัจจุบันให้ความหมายของสุขภาพว่า หมายถึง สุขภาวะ หรือดุลยภาพทั้งทางร่างกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ซึ่งมีองค์ประกอบรวมถึงเรื่อง เศรษฐกิจ จิตใจ ครอบครัว ชุมชน วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การเมือง การศึกษา เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบในระบบสุขภาพทั้งสิ้น ทุกส่วนต้องเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวและมีความถูกต้องจึงจะเกิดสุขสำคัญกับความเป็นคน หรือมองคนแบบองค์รวม

ในการพิจารณาถึงองค์ประกอบในการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีนักวิชาการได้เสนอองค์ประกอบที่หลายประการ อาทิ

Millet (1954) ศึกษาถึง ค่านิยมสำคัญของการให้บริการสาธารณสุขมีเป้าหมายคือการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ ประกอบด้วย 5 หลักการ คือ

1. การให้บริการอย่างเสมอภาค หมายถึง ความยุติธรรมของภาครัฐในการบริหารงานที่ถือคติว่าทุกคนมีสิทธิในการรับบริการอย่างเท่าเทียมกัน ไม่มีการแบ่งแยกหรือกีดกัน ให้บริการด้วยมาตรฐานเดียวกัน
2. การให้บริการที่ตรงต่อเวลา หมายถึง การให้บริการต้องตรงต่อเวลา เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการทำงานให้ผู้รับบริการพึงพอใจ

3. การให้บริการอย่างพอเพียง หมายถึง การให้บริการต้องมีการให้บริการและสถานที่ตั้งที่ให้บริการเหมาะสมพอเพียง เพื่อให้เกิดความยุติธรรมกับผู้มารับบริการ

4. การให้บริการอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การให้บริการที่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ ไม่ยึดตามความพอใจของหน่วยงานผู้ให้บริการที่จะให้บริการหรือหยุดเมื่อใดก็ได้ ถือเป็นประโยชน์ของสาธารณะและผู้มารับบริการเป็นหลัก

5. การให้บริการอย่างก้าวหน้า หมายถึง การให้บริการที่มีการปรับปรุงคุณภาพของการให้บริการให้ดีขึ้น ซึ่งคือการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ให้บริการโดยการใช้ทรัพยากรเท่าเดิมนั่นเอง

Brown & Lewis (1976) ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของการเข้ารับบริการสุขภาพของโรงพยาบาลมืองค์ประกอบ 4 ด้าน ประกอบด้วย

1. ความเพียงพอของสถานที่สำหรับการให้บริการ เช่น ความกว้างขวางของสถานที่
2. มีจำนวนของเจ้าหน้าที่ให้บริการตามความจำเป็นและเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย

3. มีการพัฒนาในการจัดการระบบการดูแลสุขภาพให้ครบถ้วนเหมาะสมกับสภาพปัจจุบัน

4. มีการให้บริการในการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยแบบองค์รวม

Aday & Andersen (1981) กล่าวถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพที่แท้จริงมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ประการ ประกอบด้วย

1. นโยบายสาธารณสุข มีความสำคัญมาก ซึ่งส่วนใหญ่จะมีเป้าหมายมุ่งเน้นการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่รัฐจัดให้ เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สำคัญ 4 ด้านคือ งบประมาณการเงิน การศึกษา อัตรากำลังคนและองค์กรในการจัดบริการสุขภาพ

2. ลักษณะของระบบการให้บริการสุขภาพ คือระบบการให้บริการที่พอเพียงทั้งวัสดุ อุปกรณ์และบุคลากร มีการกระจายอย่างทั่วถึง มีโครงสร้างที่สามารถเข้าถึงได้ มีการประสานงานควบคุมกำกับการทำงานของบุคลากร ครอบคลุมการให้บริการ คำนึงถึงผลที่ผู้มารับบริการได้รับเป็นสำคัญมองที่ระบบใหญ่มากกว่าที่ตัวบุคคล

3. ลักษณะประชาชนผู้รับบริการ ประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้านคือ ปัจจัยนำเช่นอายุ เพศ เชื้อชาติ ค่านิยมด้านสุขภาพเป็นต้น ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้แรงงานสามารถไปใช้บริการได้ เช่น รายได้ ครอบคลุมถึงการประกันสุขภาพ การกระจายของแหล่งพยาบาลเป็นต้น และปัจจัยความต้องการที่ทำให้แรงงานทราบว่าเมื่อเจ็บป่วยต้องไปรับบริการสุขภาพ เช่นการรับรู้ภาวะสุขภาพ การประเมินความเจ็บป่วยเป็นต้น

4. วัตถุประสงค์ของการไปใช้บริการสุขภาพ เช่น ลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จุดมุ่งหมายของการไปใช้บริการ เวลาในการใช้บริการ เป็นต้น

5. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้ไปใช้บริการสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น ความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ คุณภาพการให้บริการ ราคาที่ต้องจ่าย การประสานงาน ความใส่ใจของผู้ให้บริการ การให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น

Penchamsky & Thomas (1981) กล่าวถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพว่าสามารถจำแนกได้เป็น 5 ด้าน คือ

1. ความพอเพียงของบริการ คือ มีความพอเพียงต่อการให้บริการกับผู้ป่วย มีบุคลากรที่มีศักยภาพในการให้บริการและมีจำนวนมากพอกับความต้องการของผู้มารับบริการ

2. การเข้าถึงแหล่งบริการ คือ การที่สามารถเดินทางไปใช้บริการได้อย่างสะดวก ที่ตั้งสถานบริการมีระยะทางไม่ไกลจากที่อยู่ของผู้รับบริการ

3. ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานที่ให้บริการ คือ ขั้นตอนในการไปใช้บริการไม่ยุ่งยาก และมีสิ่งอำนวยความสะดวกเช่นรถเข็นผู้ป่วย บ้ายบอกทาง เป็นต้น

4. ความสามารถเสียค่าใช้จ่ายสำหรับการไปใช้บริการ จะเป็นเหตุผลสำคัญประการหนึ่งที่จะทำให้แรงงานพิจารณาไปเข้ารับบริการ

5. การยอมรับคุณภาพการบริการ คือ การที่ผู้ไปใช้บริการยอมรับการบริการที่มีประสิทธิภาพและความเป็นธรรมทำให้เกิดความพึงพอใจในบริการ

Parasuraman, Ziethaml, & Berry (1985) กล่าวถึงแนวคิดของการเข้าถึงบริการว่าผู้เข้ารับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและได้รับความสะดวกจากการเข้ารับบริการ ระเบียบขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน ใช้เวลาในการรอรับบริการน้อย เวลาที่ให้บริการเป็นเวลาที่ผู้รับบริการสามารถไปใช้บริการได้ง่าย สถานที่ให้บริการติดต่อได้สะดวก

Gulliford (2001) กล่าวว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ คือ ความสะดวกที่ประชาชนสมควรได้รับการบริการสาธารณะในด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมและพอเพียง ประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบคือ

1. มีการให้บริการสุขภาพที่พอเพียงต่อคนที่ประชาชนไปใช้บริการ

2. มีการให้บริการที่ทั่วถึงเท่าเทียม คำนึงถึงความแตกต่างทางสังคม วัฒนธรรม และความแตกต่างทางด้านกายภาพของผู้ใช้บริการ

3. การให้บริการที่ตรงกับความต้องการ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

4. การให้บริการสุขภาพที่เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง มีการยอมรับคุณภาพบริการ



Schulz & John (2003) ศึกษาถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในการเข้ารับบริการสุขภาพประกอบด้วยหลักการ 5 A (Five A'S) คือ

1. ความพอเพียงของบริการ หมายถึง ความพอเพียงของผู้ให้บริการและสถานที่ที่ให้บริการกับประชาชน
2. ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งที่ให้บริการ หมายถึง สถานที่ที่ให้บริการอยู่ในที่ตั้งที่สามารถเดินทางไปใช้บริการได้อย่างสะดวก
3. ความสะดวกเมื่อใช้บริการ หมายถึง เมื่อใช้บริการได้รับความสะดวก รวดเร็วไม่มีขั้นตอนยุ่งยากในการให้บริการ
4. ความสามารถในการจ่ายค่าบริการเมื่อใช้บริการ หมายถึง ความสามารถในการที่ผู้ใช้บริการสามารถจ่ายได้
5. การยอมรับในบริการ หมายถึง การยอมรับคุณภาพความสามารถของบุคลากรในการให้บริการ

WHO (2004) เสนอแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนว่า เป็นการให้บริการดูแลประชาชนเบื้องต้นแบบปฐมภูมิ เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในมิติต่างๆ 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านภูมิศาสตร์ (Geographical) พิจารณาด้านภูมิศาสตร์ในประเด็นด้าน ระยะทาง ระยะเวลาเดินทาง และการเดินทางที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการที่ประชาชนเข้าใช้บริการสุขภาพ
2. ด้านการเงิน (Financial) หมายถึง ความสามารถในการชำระค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการสุขภาพและการประกันสุขภาพด้วย
3. ด้านวัฒนธรรม (Cultural) หมายถึง การใช้เทคนิคและวิธีการในการบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพซึ่งสามารถรักษารูปแบบ วัฒนธรรมของชุมชนและประชาชนที่มาใช้บริการ
4. ด้านหน้าที่ (Functional) หมายถึงการให้การบริการสุขภาพกับประชาชนตามพื้นฐานอันพึงได้รับอย่างพอเพียงและต่อเนื่องอย่างเท่าเทียม

วสันต์ ศิลปะสุวรรณ (2553) กล่าวถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพของคนไทย ประกอบด้วย 7 ประการ ประกอบด้วย

1. คุณลักษณะของประชากร เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส
2. ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา
3. ปัจจัยสังคมจิตวิทยา เช่น ค่านิยมสุขภาพ ทักษะคิด แบบแผนการดำเนินชีวิต ความเชื่อในเรื่องสุขภาพและการใช้บริการ
4. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจฐานะและรายได้ของครอบครัว รวมถึงการประกันสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

5. ปัจจัยแหล่งประโยชน์ที่มีในชุมชน พิจารณาลิ่งอำนวยความสะดวกและบริการที่มีอยู่ในชุมชน ชนิดและประเภทของบริการ รวมถึงสภาพภูมิศาสตร์คือระยะทางระหว่างสถานบริการกับที่อยู่ของประชาชน การเดินทางที่สะดวก

6. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพ รูปแบบ กระบวนการและสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการ ครอบคลุมถึงความพอเพียงของบุคลากร ค่าใช้จ่าย คุณภาพและพฤติกรรมบริการ

7. ปัจจัยระบบสาธารณสุขของประเทศ พิจารณาตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า คือ นโยบายด้านสาธารณสุข งบประมาณและทรัพยากรที่จัดสรรไว้สำหรับการดำเนินการ กระบวนการในการจัดบริการสุขภาพระดับต่างๆ รูปแบบและวิธีการในการจัดการ ผลผลิตสุดท้ายรวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการบริหารจัดการนั้น

โดยสรุปการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกัน ผู้รับบริการสุขภาพสามารถใช้บริการสุขภาพ ได้อย่างครอบคลุมทั้ง ในด้านต่างๆ ได้แก่ ความพอเพียงของบริการ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการอย่างสะดวก คำนึงถึงที่ตั้งสถานบริการ การเดินทางสะดวก ระยะทางจากที่อยู่อาศัยไม่ไกลจากสถานบริการ ความสะดวกเมื่อใช้บริการขั้นตอนไม่ยุ่งยากในการเข้าถึงบริการสุขภาพ สามารถในการจ่ายค่าบริการได้ทำให้แรงงานพิจารณาเข้ารับบริการได้ง่าย และสิ่งสำคัญ คือ การยอมรับในบริการที่มีคุณภาพประสิทธิภาพและความเป็นธรรมเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากการจัดบริการสุขภาพในประเทศไทยมีการให้บริการในทั้ง 3 ระดับ บริการระดับปฐมภูมิ (Primary care) บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary care) และบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ซึ่งมีเป้าหมายและปรัชญาการดำเนินการ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและเพื่อให้บริการได้อย่างทั่วถึง เพื่อให้ประชาชนได้รับความสะดวก ได้รับการบริการเสริมสร้างความพึงพอใจ โดยหลักการของแนวคิดการให้บริการ เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชน มีการให้บริการที่ไม่ซับซ้อน เพื่อให้หน่วยบริการที่รับบริการเป็นด่านแรก เป็นหน่วยบริการที่มีการส่งต่อ มีการให้บริการอย่างครบวงจร และมีการให้บริการอย่างเท่าเทียม เสมอภาค ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของกฎหมาย

## 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวโดยผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2549-2559 (ค.ศ.2006 - 2016) เพื่อให้งานวิจัยมีความเป็นปัจจุบันมากที่สุด โดยมีสาระโดยสรุปดังนี้

มูลนิธิริษัทไทย (2550) ศึกษาการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายและพันธมิตร ที่ทำงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพ ในกลุ่มประชากรเคลื่อนย้ายและประชากรชายแดนในอนุภาครุ่มน้ำโขง

พบว่า ปัญหาและผลกระทบทางด้านอนามัยเจริญพันธุ์ที่เกิดจากการย้ายถิ่นคือ การเข้าไม่ถึงข่าวสาร ข้อมูล การเข้าไม่ถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพและการไม่เข้ารักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การมีเพศสัมพันธ์ในขณะที่ยังน้อย ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ทั้งนี้แรงงานบางคนเข้าเมืองถูกกฎหมายแต่ไม่ยอมเสียค่าเดินทางในการไปหาหมอที่โรงพยาบาลหรือศูนย์บริการ และมีปัจจัยทางสังคมคือ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพมีอคติต่อแรงงานข้ามชาติในทางลบ ในการทำงานอนามัยเจริญพันธุ์ให้ความสำคัญกับผู้หญิงละเลยผู้ชาย แรงงานข้ามชาติมักจะอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่มีที่ปรึกษาทำให้ถูกโกงหรือเอาเปรียบได้ การที่แรงงานข้ามชาติเข้ามาอยู่ในประเทศไทยซึ่งก่อนการเดินทางมานั้นแต่ละคนมีความคิดความเชื่อในเรื่องการดูแลสุขภาพต่างๆของตนเองเป็นฐานเดิมอยู่แล้ว ทำให้การทำงานด้านสุขภาพต้องสอดคล้องกับความเชื่อของกลุ่มเป้าหมายด้วย เช่น มีบางกลุ่มชาติพันธุ์ ห้ามกินยาคุมกำเนิด เป็นต้น

สุรสม กฤษณะจุกะ, ธวัช มณีผ่อง, สันติพงษ์ ช้างเผือก, อุ๋นใจ เจียมบุรณะกุล และรัชนิ นิลจันทร์ (2550) ศึกษาเรื่อง สิทธิมนุษยชนกับสิทธิสุขภาพ พบว่า การละเมิดสิทธิมนุษยชนเป็นเหตุที่นำไปสู่การละเลยสิทธิสุขภาพของบุคคลและหมายรวมถึงแรงงานข้ามชาติด้วย การละเมิดสิทธิเหล่านี้เกิดขึ้นมาจากมายาคติในความ “เป็นอื่น” ทำให้ แรงงานข้ามชาติมีสถานะเป็นพลเมืองชั้นสองของสังคม และการมีอคติต่อแรงงาน ที่มองว่าแรงงานเหล่านี้คือตัวเชื้อโรค นำโรครามาสู่คนไทยเท่ากับเป็นการตอกย้ำให้แรงงานต่างชาติดำด้อยลงไปอีก แนวคิดของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเข้าควบคุมโรคและควบคุมพฤติกรรมห้ามออกนอกพื้นที่ แม้ตัวแรงงานข้ามชาติจะจดทะเบียนแรงงานแล้วก็ตาม และความเป็นอื่นนั้นทำให้คนไทยรู้สึกถึงการแย่งงาน การแย่งทรัพยากรคนไทยในการรักษาพยาบาล ในยามเจ็บป่วย มายาคติในเรื่องการเป็นอื่นนี้ นำไปสู่การเลือกปฏิบัติไม่ว่าจะเป็นการทำงาน สิทธิที่ได้รับทางกฎหมาย หรือแม้แต่การเข้ารับการรักษาพยาบาล มีความซับซ้อนในการเลือกปฏิบัติกับแรงงานข้ามชาตินอกกฎหมาย แนวทางการดูแลสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ตั้งเป็น “สถาบันสุขภาพคนต่างด้าว” เพื่อดูแลสุขภาพคนต่างด้าวทั้งในระยะสั้นและระยะยาว มีนัยสำคัญของการดูแลสุขภาพคนต่างด้าว คือการคุ้มครองสุขภาพคนไทยในเวลาเดียวกันนั่นเอง

สมเกียรติ ชัยพิบูลย์ (2552) ศึกษาเรื่อง ผลกระทบของการนำเข้าแรงงานต่างด้าวต่อเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมเมืองการค้าชายแดนแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพเศรษฐกิจทั่วไป สถานภาพเมืองการค้าชายแดนแม่สอด ลักษณะของแรงงานต่างด้าวในภาคอุตสาหกรรม รวมถึงปัญหาและอุปสรรคของแรงงานต่างด้าว และผลกระทบของแรงงานต่างด้าวต่อเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมเมืองการค้าชายแดนแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ผลการศึกษา พบว่า สาเหตุที่แรงงานต่างด้าวเข้ามามาก เนื่องจากความยากจน การไม่มีงานทำ และความไม่สงบภายในประเทศ ส่งผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบ ทั้งในภาคเศรษฐกิจ รายได้จากการค้า การลงทุนภาคเอกชน ด้านผลกระทบทางลบทำให้มีจำนวนอาชญากรรมที่เกิดจาก

แรงงานต่างด้าว (ความไม่ปลอดภัยในชีวิต ทรัพย์สิน และการประกอบอาชีพ) จำนวนโรค/โรคระบาดที่เกิดจากแรงงานต่างด้าว (โรคมาลาเรีย ท้องร่วง วัณโรค โรคเท้าช้าง และโรคเอดส์) และนโยบายด้านความมั่นคง แนวทางการแก้ไข และการจัดการแรงงานต่างด้าว ในเมืองการค้าชายแดนแม่สอดโดยการนำแรงงานต่างด้าวเข้าสู่โปรแกรมการฝึกทักษะฝีมือแรงงานต่างด้าว (Positive training program: PTP) ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวเป็นการบูรณาการหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาชนท้องถิ่น ชุมชน องค์กรเอกชนต่าง ๆ ในพื้นที่ ให้ทำงานร่วมกันอย่างผสมผสาน ภายใต้กฎ ข้อบังคับที่มีประสิทธิภาพ เพื่อการควบคุม กำจัด และบำบัด ลักษณะอันไม่พึงประสงค์ ก่อนนำแรงงานต่างด้าวเข้ามาใช้เป็นแรงงานในเมืองการค้าชายแดนแม่สอด และพื้นที่อื่นๆ ของประเทศ

สมพงษ์ สระแก้ว (2553) ได้ศึกษา ในเรื่องของการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติว่ามาจากทัศนคติด้านลบของคนไทยที่มีต่อแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะในงานที่คนไทยไม่ทำ เช่น งานกรรมกร งานในภาคประมง เป็นต้น เมื่อแรงงานขึ้นทะเบียนจะมีนายหน้ารับทำหน้าที่รับเงินจากแรงงาน ทำให้ต้องจ่ายมากกว่าปกติเพื่อให้ได้บัตรประจำตัว ทร. 38/1 เมื่อเป็นเช่นนี้เมื่อเจ็บป่วยจึงไม่ไปหาหมอ กลัวค่าใช้จ่ายสูงกว่าที่ประกาศไว้เมื่อไม่มีบัตรประกันสุขภาพ กลัวถูกจับระหว่างการเดินทาง ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ทางเลือกในการดูแลสุขภาพนั้นเมื่อเจ็บป่วยจะซื้อยากินเอง ใช้สมุนไพรพื้นบ้านตามความเชื่อ ส่วนคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลจะเป็นตัวเลือกสุดท้ายที่แรงงานจะไปใช้บริการ

มุลนิธิรักษ์ไทย (2554) การศึกษาพฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการและ การใช้บริการเพื่อพัฒนาระบบการเงินการคลังสุขภาพ และการจัดบริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการสำหรับแรงงานข้ามชาติ :กรณีศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร และจังหวัดระยอง. โดยใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจของแรงงานข้ามชาติ ที่มีประกันสุขภาพเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ พฤติกรรมการแสวงหาและ การใช้บริการสุขภาพ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพในสถานการณ์จริง ผลการศึกษาพบว่าแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพ มีความเข้าใจเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลสูง ความเข้าใจในการใช้บริการเมื่อมีการเจ็บป่วย แต่ก็ยังมีผู้ไม่ทราบสิทธิและ การใช้บริการสูงเช่นกัน การให้ความรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ อาทิ การป้องกัน การรักษา ยังมีไม่เพียงพอ ส่วนแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อคนสูงมาก ดังนั้นหากระบบประกันสุขภาพในแรงงานข้ามชาติต้องการที่จะลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ต้องมีการส่งเสริมให้มีความรู้ มีส่วนร่วมของชุมชนคนข้ามชาติ และพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ เพื่อให้เกิดทางเลือกที่เหมาะสม และครอบคลุมแรงงานต่างชาติในแหล่งต่าง ๆ

ลือชัย วงษ์ทอง (2555) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของการนำนโยบายแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาร์ไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative

research) เป็นหลักและเสริมด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า โดยรวมประสิทธิผลการนำนโยบายแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาร์ไปปฏิบัติ ในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ซึ่งนโยบายต้องมีการปรับปรุงเพื่อให้มีความชัดเจน มีความยืดหยุ่น เพื่อให้เหมาะสมกับพื้นที่และสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของผู้นำไปใช้ปฏิบัติ ปัญหาเกี่ยวกับบุคลากรเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอในการตรวจสอบและกวดขัน ปัญหาเครื่องมือและอุปกรณ์ ปัญหาความชัดเจนของนโยบาย ปัญหาของการขยายตัวของเมือง ทำให้เกิดการขาดแคลนแรงงาน จึงทำให้มีแรงงานผิดกฎหมายเพิ่มมากขึ้น ปัญหาของการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่บางครั้งไม่สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ ทำให้ไม่บรรลุเป้าหมายวัตถุประสงค์ แนวทางในการปฏิบัติและแก้ไขปัญหาแรงงาน โดยเฉพาะในด้านของกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดระเบียบแรงงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการจัดเก็บข้อมูลและระบบออนไลน์ เพื่อให้เป็นมาตรฐาน และมีการเชื่อมโยงข้อมูล ปรับปรุงระบบการให้บริการให้มีความรวดเร็ว ส่งเสริมการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจกับแรงงานต่างด้าว เจ้าหน้าที่และผู้ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ เพื่อให้การบริหารจัดการเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ศราวุฒิ เหล่าสาย (2555) ศึกษาเรื่อง การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาร์ในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดขอนแก่น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ เพื่อศึกษาและประเมินสภาพการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และแนวทางในการพัฒนาบริการด้านสุขภาพของแรงงาน โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ผลการศึกษาพบว่า แรงงานต่างด้าวเห็นด้วยอย่างมากกับการให้บริการด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่สถานีนามัยชุมชน รองลงมาคือโรงพยาบาล ในประเด็นสิทธิและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ พบว่าแรงงานส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือเวลาเจ็บป่วยไม่สบายเป็นอย่างดี แต่เลือกวิธีการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยก่อนเดินทางไปรักษาในสถานพยาบาล แรงงานส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการดูแลรักษาและการได้รับบริการที่ดีจากเจ้าหน้าที่พยาบาลและแพทย์ ประเด็นการประเมินสภาพการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ พบว่า แรงงานเมียนมาร์มีความพึงพอใจในระบบสวัสดิการด้านสุขภาพ แต่ต้องมีการพัฒนาและปรับปรุงเกี่ยวกับความพร้อมด้านการดูแลสุขภาพของแรงงานก่อนการมาทำงานในโรงงาน ประเด็นข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาระบบการบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาร์ ในโรงงานอุตสาหกรรม รัฐควรมีนโยบายหรือมาตรการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ชัดเจน ส่งเสริมการศึกษา การให้ข้อมูลการบริการด้านสุขภาพ ด้านสังคมและวัฒนธรรมกับแรงงานต่างด้าว มาตรการในการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพของรัฐ สนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็น เวชภัณฑ์ ภาษา ล่ามที่ใช้ในการแปลภาษา ในด้านของบุคลากรของสาธารณสุขและหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องต้องมีการพัฒนาศักยภาพ มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์การให้บริการแรงงานต่างด้าว เพื่อปรับทัศนคติในการทำงานและการอยู่ร่วมกันในสังคม ในประเด็นของนายจ้างต้องมีการจัด

สวัสดิการที่เหมาะสมและเพียงพอ อาทิ ที่พักอาศัย การจัดการสภาพแวดล้อม ที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพจิต สุขภาพกาย

ศิริลักษณ์ ใจช่วง (2556) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาตัวแบบการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดในกลุ่มแรงงานต่างด้าวพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว จังหวัดนครพนม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาตัวแบบการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดในกลุ่มแรงงานต่างด้าว พื้นที่ชายแดนไทย-ลาว และศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาท ซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดนจังหวัดนครพนม โดยใช้การวิเคราะห์สถิติพรรณนา การวิเคราะห์ถดถอย (Logistic regression) และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า เพศชายมีโอกาสใช้สารเสพติดมากกว่าเพศหญิงและมีอัตราเพิ่มขึ้น และผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อวิทยุชุมชนรวมทั้งหอกระจายข่าว จะมีโอกาสในการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับสื่ออื่น ๆ และตัวแบบการลดอันตรายที่ได้รับการพัฒนาจากการจัดกิจกรรมและบูรณาการมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม) พฤติกรรมเสพสารเสพติด (ตัวสาร ความคาดหวังและวิธีการใช้) รูปแบบการลดอันตรายการให้บริการด้านสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร และความร่วมมือของภาคเครือข่าย เมื่อเปรียบเทียบกับตัวแบบที่ได้รับการพัฒนาพบว่า มีความสอดคล้องกันระหว่างปัจจัยดังกล่าวตามบริบทของพื้นที่ และมีสิ่งที่เกิดขึ้นคือ รูปแบบการส่งต่อกรบริการในชุมชน และแกนนำอาสาสมัครแรงงาน การให้คำปรึกษา การสร้างแรงจูงใจในการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด โดยวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม วิธีการต้องคำนึงถึงสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมในการดำเนินชีวิตและการทำงาน รวมทั้งการเฝ้าระวัง ประเด็นของการเข้าถึงบริการสุขภาพ กรณีที่แรงงานมีบัตรประกันสุขภาพจะไปรับการรักษาพยาบาลตามที่ระบุ ส่วนแรงงานที่ไม่ได้จดทะเบียนหรือไม่มีบัตรเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยเลือกที่จะไปซื้อยารับประทานเอง หากไม่หายนายจ้างจะพาไปรักษาที่คลินิกเอกชน และดูแลค่าใช้จ่ายทั้งหมด เนื่องจากการรักษามีความรวดเร็ว ไม่ต้องรอคอยนาน บางครั้งเลือกไปรักษาที่สถานพยาบาลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัว ส่วนข้อมูลข่าวสารจะได้รับเมื่อทำงานครั้งแรก โดยจะได้รับในลักษณะงานที่ทำ รายได้และข้อมูลนายจ้างและการเดินทาง ส่วนข้อมูลเรื่องสิทธิแรงงานจะได้รับข้อมูลน้อยมาก ข้อมูลด้านสุขภาพได้รับจากสื่อวิทยุ โทรทัศน์

สุวารี เจริญมุขยพันธ์, ถาวร สกุกพาณิชย์, พชณี ธรรมวันนา, อนุชิต สว่างแจ้ง และณัฐธิดา สุขเรืองรอง (2556) ศึกษาเรื่อง การศึกษาสถานการณ์การให้บริการสุขภาพกับชาวกัมพูชาที่ชายแดนไทย-กัมพูชา : กรณีศึกษา จังหวัดสระแก้ว จันทบุรี และตราด โดยได้มีการสำรวจสถานการณ์การใช้บริการของผู้ป่วยชาวกัมพูชา และแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยการร่วมมือกับประเทศกัมพูชา ซึ่งผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์แรงงานต่างด้าวกัมพูชาที่ชายแดนไทย-กัมพูชา มีทั้งแบบถูกต้องตามกฎหมาย และเข้ามาแบบผิดกฎหมาย ส่งผลให้เป็นภาระในด้านของค่าใช้จ่ายในการบริการ สาเหตุที่เป็นภาระมากที่สุดอันดับแรกคือ กลุ่มที่มาคลอดและการตั้งครรภ์ ส่วนโรคอื่น อาทิ โรค

ระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร และบาดเจ็บทั่วไป โรงพยาบาลหลายแห่งมีการปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหาการเงินของโรงพยาบาล ตั้งแต่ขั้นตอนการจ่ายค่าบริการ มีการประสานงานกับองค์กรเอกชนเพื่อจำแนกผู้รับผิดชอบของแรงงานต่างด้าว เพื่อการให้บริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนประเด็นในการที่ต้องมีการพัฒนาอย่างเร่งด่วน หรือการให้ความรู้อย่างทั่วถึง การปรับปรุงระบบของการจัดเก็บข้อมูลให้มีความถูกต้อง สามารถนำไปใช้ได้อย่างรวดเร็ว ข้อมูลทันสมัย และต้องมีความสอดคล้องกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ หน่วยงานตรวจคนเข้าเมือง ประเด็นการพัฒนาบุคลากร โดยการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน การพัฒนาตนเอง การปฏิบัติงานอย่างเต็มใจและมีความกระตือรือร้น สร้างทัศนคติทางด้านงานบริการ การร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในการมอบหมายงานบางส่วนเพื่อลดภาระงานและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

บุญชิน ตั้งบุญชัยเจริญ (2557) ศึกษาเรื่อง การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีในการจัดการแรงงานต่างด้าวในอุตสาหกรรมประมงและห้องเย็นแปรรูปอาหารทะเลบริเวณจังหวัดชายทะเลภาคกลาง โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีในอุตสาหกรรมประมงและห้องเย็นแปรรูปอาหารทะเล บริเวณจังหวัดชายทะเลภาคกลาง (2) เพื่อศึกษาการจัดการแรงงานต่างด้าวในอุตสาหกรรมประมงและห้องเย็นแปรรูปอาหารทะเล บริเวณจังหวัดชายทะเลภาคกลาง (3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีกับการจัดการแรงงานต่างด้าวในอุตสาหกรรมประมงและห้องเย็นแปรรูปอาหารทะเล บริเวณจังหวัดชายทะเลภาคกลาง (4) เพื่อสร้างตัวแบบการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีในการจัดการแรงงานต่างด้าวในอุตสาหกรรมประมงและห้องเย็นแปรรูปอาหารทะเล บริเวณจังหวัดชายทะเลภาคกลาง ผลการวิจัยพบว่า การบริหารจัดการกิจการบ้านเมืองที่ดีมีความสัมพันธ์กับการจัดการสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานประกอบไปด้วยสิทธิประโยชน์ของแรงงาน คุ้มครองค่าจ้างแรงงานคุ้มครองเรื่องส่งกลับ จัดการส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงความปลอดภัยในที่ทำงาน มีความสัมพันธ์กับการศึกษาประกอบไปด้วย การให้ความรู้ ความรู้เกี่ยวกับสิทธิของแรงงาน พัฒนาการศึกษาเด็กต่างด้าว สร้างความตระหนักในการใช้แรงงานต่างด้าว มีความสัมพันธ์กับการจัดการสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับการจดทะเบียนการเกิดประกอบไปด้วย การจัดระบบแรงงานต่างด้าว การคุ้มครองตามกฎหมาย มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรมประกอบไปด้วย พ.ร.บ.คุ้มครองแรงงานข้ามชาติ การคุ้มครองสิทธิแรงงานต่างด้าว กติกา ระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมือง การจ้างแรงงานและสวัสดิการ

ปวีณรัตน์ แสงโทณโพธิ์ (2557) ศึกษาเรื่อง ผลกระทบของการค้าแรงงานต่างด้าวต่อความมั่นคงของชาติในเชิงเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง: กรณีศึกษา 4 จังหวัดชายแดนลุ่มน้ำโขงของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (จังหวัดอุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหาร และนครพนม) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาลักษณะของการค้าแรงงานต่างด้าว ปัจจัยเชิงสาเหตุของการค้าแรงงานต่างด้าว ผลกระทบที่เกิดจากการค้าแรงงานต่างด้าวต่อความมั่นคงของชาติ ผลการศึกษาพบว่า

ลักษณะการขายแรงงานเป็นแบบอยู่ชั่วคราว ผสมกับการขายบริการทางเพศ ส่วนใหญ่เป็นลักษณะของการเข้าเมืองแบบผิดกฎหมาย ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการค้าแรงงานต่างด้าว ได้แก่ ปัจจัยส่วนตัวของแรงงาน อาทิ ทักษะ ค่านิยม ความยากจน ปัจจัยทางด้านนายจ้าง อาทิ การต้องการลดค่าใช้จ่าย ค่าแรงราคาถูก ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่ เนื่องจากการขาดแคลนเจ้าหน้าที่ตามแนวชายแดน ปัจจัยด้านการศึกษาของแรงงานไทยที่สูงมากจนไม่สนใจงานในระดับล่าง การขยายตัวของเศรษฐกิจทำให้ขาดแรงงาน แนวทางการบริหารจัดการผลกระทบการค้าแรงงานต่างด้าวในระดับนโยบายของภาครัฐ คือต้องรีบขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวให้ถูกต้องตามกฎหมาย ส่งเสริมระบบการบริการ ให้ความรู้ทั้งทางด้านของกฎหมาย การพัฒนางานสาธารณสุข ประสานงานความร่วมมือกับเพื่อนบ้าน มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง การกำหนดกฎระเบียบการเข้าออกของแรงงานต่างด้าว และมีการจัดการแบบเชิงรุกแก่แรงงานต่างด้าว เช่น การบังคับใช้กฎหมาย การส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

เพ็ชรภรณ์ ชัชวาลชาตชนกิจ และพรรณรัตน์ อภรณ์พิศาล (2558) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาร์ กรณีศึกษา กิจการต่อเนื่อง ประมง จังหวัดสมุทรสาคร โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันของการให้บริการและการเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ พร้อมทั้งข้อเสนอแนะนโยบายและเชิงการจัดการ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว คือ 1) ด้านทัศนคติของแรงงาน พบว่า ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (= 3.38) ในประเด็นของการสื่อสารในการรับบริการ พบว่า ความสามารถในการฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทย เพื่อการสื่อสารในชีวิตประจำวัน ประเด็นการสื่อสารในการรับบริการ ประเด็นความเชื่อในการรักษาพยาบาล และในประเด็นความเหลื่อมล้ำทางสังคม 2) ด้านคุณลักษณะของแรงงาน พบว่า ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (= 3.35) ในประเด็นรายได้ที่เพียงพอต่อการรับบริการ ประเด็นของระดับการศึกษา และประเด็นสถานภาพของแรงงาน 3) ด้านนโยบายสาธารณะ พบว่า ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (= 3.46) ในประเด็นการส่งเสริมการให้บริการสุขภาพ ประเด็นสิทธิที่ได้รับตามกฎหมาย และประเด็นของการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ในภาพรวมการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว พบว่า ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (= 3.67) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีค่าระดับอยู่ในระดับมาก โดยที่ ในประเด็นของสถานพยาบาลที่ให้บริการตามบัตรประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติมีจำนวนมากและตั้งอยู่กระจายตัวในแหล่งชุมชนที่แรงงานต่างด้าวอาศัย มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเป็นอันดับที่ 1 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (= 3.73) ขณะที่กระบวนการขั้นตอนในการให้บริการตามบัตรประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติมีความคล่องตัวไม่ยุ่งยากล่าช้าเข้าใจง่าย มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (= 3.63)

Spike (2011) ศึกษาเรื่อง การเข้าถึงการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิโดยใช้ผู้ลี้ภัยในชุมชนเป็นฐาน มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุปัญหาในการเข้าถึงการให้การดูแลสุขภาพและการให้บริการสุขภาพ



รวมถึงการพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยการวิจัยเชิงคุณภาพ จากการใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างระหว่างเดือนกันยายน 2010 ถึงพฤศจิกายน 2010 กับผู้ลี้ภัยที่นิวเซาท์เวลส์ ผู้ปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพและเจ้าหน้าที่จากศูนย์ลี้ภัย ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาของการเข้าถึงหลักการดูแลสุขภาพเบื้องต้นถูกจำกัดโดยคุณสมบัติของผู้ลี้ภัยซึ่งเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล เช่น ความพร้อมของบุคลากรที่เป็นล่ามในการประสานงานและสื่อสาร ค่าใช้จ่ายในการดูแล รวมถึงผลกระทบทางสังคมและความเครียด มีการตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงนโยบายของรัฐที่พยายามปรับปรุงการให้บริการ ยังไม่เพียงพอในการให้การดูแลรักษา รัฐบาลจำเป็นต้องดำเนินการเพื่อปรับปรุงในด้านของการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและขยายสิทธิประกันสุขภาพ เพื่อให้ผู้ลี้ภัยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

Hidalgo (2012) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใช้บริการในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการใช้บริการ โดยใช้วิธีการตอบแบบสอบถามจากการถามทางโทรศัพท์กับกลุ่มตัวอย่าง 3,600 คน ซึ่งเป็นผู้ใช้บริการแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล 9 แห่ง ของรัฐในปี 2008 และปี 2009 ผลการศึกษาพบว่า มีปัจจัย 8 ปัจจัยที่มีนัยสำคัญ ในการทำนายระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย คือ 1). ปัจจัยต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์ ( $P=0.041$ ) 2). ความเป็นมืออาชีพของพยาบาลและพนักงานหน้าห้อง ( $P=0.010$  และ  $P=0.022$ ) 3). โครงสร้างพื้นฐานด้านความสะดวกและความสะอาดสบาย ( $P=0.033$  และ  $P=0.008$ ) 4). ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ ( $P=0.000$ ) 5). เวลาที่รอคอยในแผนกฉุกเฉิน ( $P=0.000$ ) และ การรับรู้ของการรักษาและการวินิจฉัยโรค ( $P=0.028$ ) ดังนั้น ผลจากการวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการปรับปรุงคุณภาพในการให้บริการต่อไป

Fleischman (2015) ศึกษาเรื่องการย้ายถิ่นก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ : กรณีศึกษาประเทศอิสราเอล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาในเรื่องของสุขภาพของแรงงานข้ามชาติที่มีผลมาจากการย้ายถิ่นโดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง กับแรงงานข้ามชาติที่มีปัญหาสุขภาพ จำนวน 35 คน ระหว่างเดือนมกราคม 2012 ถึงเดือน กันยายน 2012 ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลโดยตรงกับการให้บริการด้านสุขภาพ 1). สถานภาพจากการย้ายถิ่นของตัวแรงงาน การที่แรงงานมีรายได้ต่ำ และการที่ไม่มีกฎหมายรองรับในเรื่องของการให้บริการสุขภาพ 2). ภัยคุกคามของการเนรเทศทำให้ไม่สามารถที่จะได้รับใบอนุญาตทำงานส่งผลให้เกิดความยากจน สภาพการทำงานที่ไม่เหมาะสมเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ 3). อุปสรรคด้านภาษา การสื่อสารที่ไม่สามารถเข้าใจหรือสื่อสารได้อย่างมีคุณภาพ ดังนั้นการปรับปรุงในด้านของการให้บริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติขึ้นอยู่กับความพร้อม ความเต็มใจของเจ้าหน้าที่และผู้ให้บริการสุขภาพ รวมถึงผู้ที่กำหนดและวางนโยบายเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ที่มีผลต่อการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ

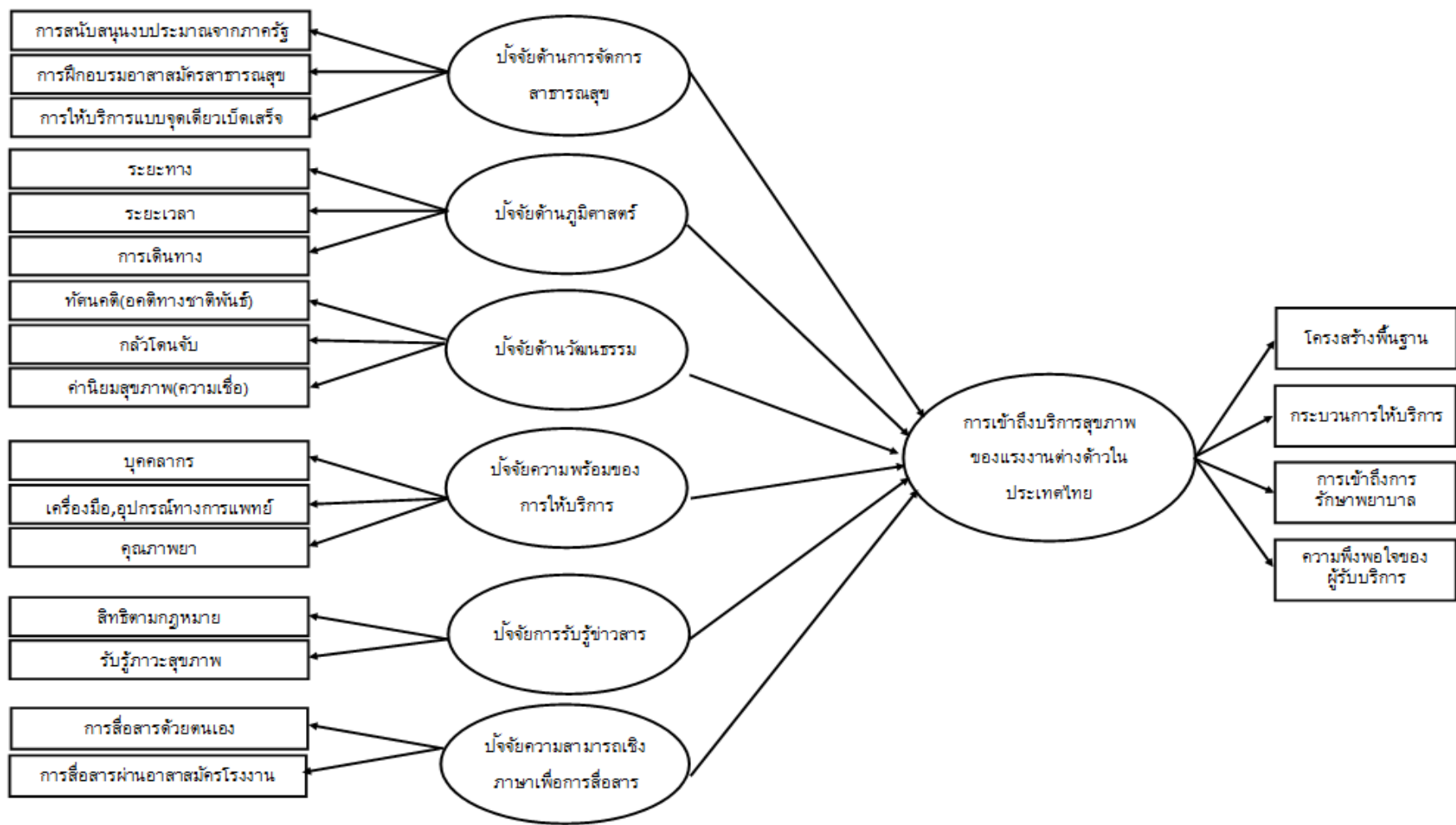
Chiavarini (2016) ศึกษาเรื่อง การเข้าถึงการดูแลสุขภาพก่อนคลอดของมารดาซึ่งเป็นผู้อพยพ กรณีศึกษา ประชากรในประเทศอิตาลี มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการดูแลสุขภาพก่อนคลอดของมารดาที่เกิดในอิตาลีกับมารดาซึ่งเป็นผู้อพยพ รวมถึงความพอใจในการให้บริการสุขภาพก่อนคลอด โดยศึกษาจากมารดา จำนวน 37,000 คน ที่มีหนังสือรับรองการคลอดบุตร ศึกษาตั้งแต่ปี 2005 ถึง 2010 จากการใช้แบบจำลองโพรบิต (Probit Model) ผลการศึกษาพบว่า 1). การให้บริการดูแลสุขภาพก่อนคลอดยังไม่เพียงพอสำหรับมารดาซึ่งเป็นผู้อพยพ 2). มารดาที่เป็นผู้อพยพครั้งที่ 3 สามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพได้น้อยกว่ามารดาที่เป็นผู้อพยพซึ่งอพยพถึง 4 ครั้ง 3). สำหรับมารดาที่อพยพครั้งแรก นั้นพบว่าผู้หญิงเอเชียได้รับผลกระทบจากการดูแลสุขภาพก่อนคลอดมากที่สุด สรุปได้ว่าจากการศึกษาทำให้สามารถพิจารณาในการจัดการดูแลสุขภาพก่อนคลอดให้เหมาะสมกับมารดาผู้อพยพให้ได้ตามสิทธิที่พึงได้

Li et al. (2016) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยของการบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน โดยแพทย์หมู่บ้านในประเทศจีน กรณีศึกษา การจัดการโรคเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขของหมอหมู่บ้านในการให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานกับประชาชนตามนโยบายของรัฐบาล ข้อมูลที่ได้มาจากการสำรวจในปี 2014 โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1149 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบจำลองการถดถอยโลจิสติกส์ ผลการวิจัยพบว่า 1.มีการให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานสำหรับโรคเรื้อรัง (BPHS) ในระดับสูงที่ 85.2% 2.ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นทำให้มีโอกาสได้รับการฝึกอบรมในการดูแลสุขภาพมากขึ้นและอยู่ภายใต้การจัดการแบบบูรณาการ 3.การเพิ่มเงินอุดหนุนการดูแลสุขภาพประชาชน การเข้าร่วมฝึกอบรม และการบริหารจัดการแบบบูรณาการมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มบทบาทผู้ดูแลในพื้นที่ชนบท

## 2.9 กรอบแนวทางในการวิจัย

ในการพัฒนากรอบแนวทางในการวิจัย ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการบริหารที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการการเข้าถึงบริการสุขภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีกรอบแนวทางในการศึกษาดังนี้

ภาพที่ 2.1 กรอบแนวทางในการวิจัย



ที่มา: ผู้วิจัย

### สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านการจัดการสาธารณสุขส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว
2. ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว
3. ปัจจัยด้านวัฒนธรรมส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว
4. ปัจจัยความพร้อมของการให้บริการส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว
5. ปัจจัยการรับรู้ข่าวสารส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว
6. ปัจจัยความสามารถเชิงภาษาเพื่อการสื่อสารส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว

### สมการพยากรณ์

ปัจจัยด้านการจัดการด้านสาธารณสุข ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ปัจจัยความพร้อมของการให้บริการ ปัจจัยการรับรู้ข่าวสาร และปัจจัยความสามารถเชิงภาษาเพื่อการสื่อสาร สามารถพยากรณ์การบริหารจัดการการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย

### นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

การจัดการด้านสาธารณสุข หมายถึง มาตรการที่ภาครัฐกำหนด แนวทาง วิธีการ รวมทั้งรูปแบบ วิธีการในการนำไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์กับส่วนร่วม ภายใต้งบประมาณที่รัฐกำหนด เพื่อส่งเสริมการให้ความรู้ การให้บริการ การดูแล รักษา การป้องกันสุขภาพ ของแรงงานต่างด้าวอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน (Aday & Andersen, 1981, Brown & Lewis, 1976) ประกอบด้วย

1. การสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ หมายถึง เงินที่รัฐได้ใช้จ่ายในการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดให้มีบริการสาธารณสุข ในการสนับสนุน ส่งเสริมการให้บริการรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวเกี่ยวกับการรักษา การดูแล การป้องกัน (WHO, 2004)

2. การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึง นโยบายของรัฐในการวางแผน การดำเนินการ รูปแบบ วิธีการในการให้ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสิทธิ การรักษาพยาบาล วิธีการเข้าถึงการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตนของแรงงานต่างด้าวในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล (Brown & Lewis, 1976)

3. การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ หมายถึง หน่วยงานหรือองค์กรที่มีโครงสร้าง กระบวนการ วัตถุประสงค์ในการให้บริการสุขภาพ ให้บริการดูแล รักษาแรงงานต่างด้าว เพื่อให้การ

เข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวมีความสะดวก รวดเร็วทั่วถึงและเสมอภาค (วสันต์ ศิลปะสุวรรณ, 2532)

ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ หมายถึง สถานที่ตั้งสถานพยาบาล รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเดินทางมาเพื่อการเข้าถึงการใช้บริการของแรงงานต่างด้าว (WHO, 2004) ประกอบด้วย

1. ระยะทาง หมายถึง ระยะห่างระหว่างสถานที่พักอาศัยของแรงงานต่างด้าวไปถึงสถานที่เข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว (WHO, 2004; Penchamsky & Thomas, 1981)
2. ระยะเวลา หมายถึง ระยะเวลาในการเดินทางระหว่างสถานที่พักอาศัยของแรงงานต่างด้าวไปถึงสถานที่เข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว (WHO, 2004)
3. การเดินทาง หมายถึง ลักษณะและวิธีการเดินทางด้วยพาหนะต่าง ๆ เพื่อที่แรงงานต่างด้าวสามารถไปยังสถานพยาบาลเพื่อรับบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว (Penchamsky & Thomas, 1981)

ปัจจัยด้านวัฒนธรรม หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ของแรงงานต่างด้าวในการดำเนินชีวิต การปฏิบัติเมื่อมีอาการเจ็บป่วย การเลือกวิธีการในการรักษา รวมทั้งวิธีการตัดสินใจเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล (วิเชียร วิทย์อุดม, 2556) ประกอบด้วย

1. ทศนคติ (อคติทางชาติพันธุ์) หมายถึง ความเชื่อ ความเข้าใจ ที่เป็นเชิงลบที่มีขึ้นซึ่งแรงงานต่างด้าวได้สร้างขึ้นมาในความคิด ทำให้เกิดการต่อต้านและตอกย้ำการลดคุณค่าในตนเอง ในการเข้ารับบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยสังคมจิตวิทยาในการรับการรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าว (วสันต์ ศิลปะสุวรรณ, 2532; สุรสุม กฤษณะจุฑา และคณะ, 2550)
2. ความหวาดกลัว หมายถึง ลักษณะของการคิด การแสดงที่เข้าใจ ทำให้แรงงานต่างด้าวเกิดความหวาดกลัวในการที่จะไม่เข้าไปรับการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวในสถานพยาบาลเมื่อมีอาการเจ็บป่วย (สุรสุม กฤษณะจุฑา และคณะ, 2550; สมพงษ์ สระแก้ว, 2553)
3. ค่านิยมสุขภาพ (ความเชื่อ) หมายถึง ความคิดที่มีการสั่งสมมาตั้งแต่ในอดีตเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการเจ็บป่วย เช่นการใช้ยาสมุนไพร การชื้อยาทานเอง ความเชื่อทางไสยศาสตร์ ทำให้มีผลต่อการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าว (วสันต์ ศิลปะสุวรรณ, 2532; มุลินธิรัชย์ไทย, 2550)

ปัจจัยความพร้อมของการให้บริการ หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการให้บริการรักษาพยาบาล บุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่เหมาะสม ทันสมัย มีความเพียงพอในการเข้ารับบริการเพื่อสนองตอบความต้องการของแรงงานต่างด้าว (WHO, 2004; Aday & Andersen, 1981) ประกอบด้วย

1. บุคลากร หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ในการให้การรักษาและเกี่ยวข้องกับ การให้บริการแรงงานต่างด้าว อาทิ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ ซึ่งมีรู้ ความสามารถ เพียงพอ และการ ปฏิบัติหน้าที่อย่างดี (WHO, 2004 ; Penchamsky & Thomas,1981)

2. เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ หมายถึง เครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้ในบริการของ สถานพยาบาล ที่มีความพร้อม ทันสมัย และปลอดภัยในการให้บริการแรงงานต่างด้าวในการเข้ารับ การบริการสุขภาพ (WHO, 2004 ; Penchamsky & Thomas,1981)

3. คุณภาพของยา หมายถึง สิ่งที่ใช้ในการบรรเทา และรักษาอาการเจ็บป่วยของแรงงานต่างด้าว ที่เข้ารับการรักษาพยาบาล (Aday & Anderson, 1981)

การรับรู้ข่าวสาร หมายถึง การส่งผ่านข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับข้อมูลในการเข้ารับ บริการสุขภาพของแรงงานในด้านต่าง ๆ ความสามารถในการที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพ ตามสิทธิที่ กำหนดไว้ตามกฎหมายและที่ควรได้รับ (มูลนิธิริรักษ์ไทย, 2550; ปวีณรัตน์ แสงโทณโพธิ์, 2557) ประกอบด้วย

1. สิทธิตามกฎหมาย หมายถึง สิ่งที่ได้มีการวางหลักไว้อย่างชัดเจน มีผลบังคับใช้ทั่วไป เกี่ยวกับสิทธิทางกฎหมาย การได้รับการบริการของแรงงานต่างด้าว (มูลนิธิริรักษ์ไทย, 2550 ; เพ็ชรรา ภรณ์ ชัชวาลชาอุชนกิจและพรรณรัตน์ อภรณ์พิศาล ,2558)

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ข้อมูลข่าวสาร ความเคลื่อนไหวเกี่ยวกับสถานการณ์และการ รับการพยาบาล ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาพยาบาลของแรงงานเมื่อเจ็บป่วย

ปัจจัยความสามารถเชิงภาษาเพื่อการสื่อสาร หมายถึง สัญลักษณ์หรือภาษาเพื่อสื่อความ หมายถึงความต้องการ ความเข้าใจ ความรู้สึก แสดงให้อีกฝ่ายรับรู้เพื่อสนองตอบความต้องการของตนเอง ผ่านการสื่อสาร เพื่อทำให้เกิดการรับบริการ หรือการให้บริการ ผ่านตนเองหรือคนกลางของแรงงานต่าง ด้าวในการเข้ารับบริการสุขภาพ (สมพงษ์ สระแก้ว, 2553; เพ็ชรภรณ์ ชัชวาลชาอุชนกิจ และพรรณรัตน์ อภรณ์พิศาล, 2558) ประกอบด้วย

1. การสื่อสารด้วยตนเอง หมายถึง การที่แรงงานใช้ความรู้ ความเข้าใจในการสื่อสารกับ หน่วยงานสาธารณสุข เพื่อเข้ารับบริการในการรักษาพยาบาล อาทิ การสอบถามอาการ การติดตามผล และการขอคำปรึกษา

2. การสื่อสารผ่านอาสาสมัครของโรงงาน หมายถึง การที่สถานประกอบการมีบุคลากรที่มี ความรู้ ความเข้าใจในการสื่อสารและช่วยเป็นคนกลางในการช่วยเหลือหากต้องการ

การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง ลักษณะของการเข้ารับบริการเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยของแรงงานต่างด้าว ซึ่งครอบคลุมถึง การขอคำปรึกษา การตรวจรักษาเบื้องต้น การดูแลให้บริการ (WHO, 2004; Aday & Andersen, 1981) ประกอบด้วย

1. โครงสร้างพื้นฐาน หมายถึง องค์ประกอบพื้นฐานของความพร้อมในการให้บริการของสถานพยาบาลเพื่อรองรับการให้บริการเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว อาทิ สถานที่ให้บริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ เทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวก

2. กระบวนการให้บริการ หมายถึง วิธีการ แผนการให้บริการ รูปแบบการให้บริการ เพื่อให้เกิดความสะดวก รวดเร็ว ในการเข้ารับบริการในสถานพยาบาล เกี่ยวกับระยะเวลาของการเปิดให้บริการ รักษา เครือข่ายในการให้บริการรักษา ขั้นตอนในการให้บริการ และติดตาม

3. การเข้าถึงการรักษาพยาบาล หมายถึง ผลลัพธ์ที่ได้จากการที่แรงงานต่างด้าวสามารถใช้บริการรักษาพยาบาลเมื่อแรงงานต่างด้าวต้องการรับบริการ กรณีขอคำปรึกษา กรณีเจ็บป่วย กรณีการเดินทาง กรณีของการชำระค่าบริการ

4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง ความรู้สึกเชิงบวกในการที่แรงงานต่างด้าวได้รับการให้บริการจากสถานพยาบาล เกี่ยวกับความเพียงพอของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ การให้ความดูแลรักษา และผลการรักษาที่ตรงกับความต้องการและคาดหวังของแรงงานต่างด้าวในการเข้ารับการรักษาพยาบาล

### คำอธิบายสมมุติฐานการวิจัย

**สมมุติฐานที่ 1** ปัจจัยด้านการจัดการสาธารณสุขส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย

#### ความหมาย

การได้รับสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอจากรัฐ โดยผ่านแนวทาง แผนงานหรือโครงการของรัฐบาลที่กำหนดขึ้นมาเป็นกิจกรรมและบริการต่าง ๆ โดยมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน มีการจัดอบรมอาสาสมัครอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในการเข้ารับบริการสาธารณสุข และสิทธิที่แรงงานต่างด้าวพึงได้รับเพื่อสื่อสารและสร้างความเข้าใจให้กับแรงงานต่างด้าว รวมทั้งการจัดให้มีหน่วยงานในการให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ เพื่อให้แรงงานต่างด้าวสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน

### เหตุผลที่เป็นเช่นนั้น

การจัดการด้านสาธารณสุขที่จัดให้บริการกับแรงงานต่างด้าวมีความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในประเด็นการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ เพื่อส่งเสริมการให้บริการรักษาพยาบาลกับแรงงานต่างด้าว ตามสิทธิมนุษยชนพื้นฐานที่กำหนดไว้ และควรได้รับ ในประเด็นการศึกษาคือการให้ความรู้กับแรงงานต่างด้าว เพื่อให้แรงงานต่างด้าวเกิดความรู้ความเข้าใจในสิทธิที่แรงงานได้รับ รวมถึงขั้นตอนและวิธีการในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ประเด็นองค์กร หน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลรักษาสุขภาพเพื่อให้การบริการสุขภาพกับแรงงานต่างด้าวมีความเพียงพอ ทั้งถึงและต่อเนื่อง โดยการจัดตั้งหน่วยงานให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จด้านสาธารณสุขเพื่อให้บริการกับแรงงานต่างด้าวทำให้ทุกคนสามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้อย่างเสมอภาค ทั้งถึงและเท่าเทียมกัน

### ทฤษฎีที่สนับสนุน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการจัดการสาธารณสุขกับการบริหารจัดการการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงาน มีแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยรองรับดังนี้ WHO (2004) เสนอแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานในการให้บริการดูแลประชาชนเบื้องต้นแบบปฐมภูมิ สอดคล้องกับ Aday & Andersen (1981) กล่าวถึงปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แท้จริงลำดับแรกคือการจัดการด้านสาธารณสุขที่มุ่งเน้นบริการสาธารณสุขที่รัฐจัดให้ เกี่ยวข้องกับปัจจัย 4 ด้าน คือ งบประมาณ การศึกษา อัตรากำลังคน และองค์กรในการจัดบริการสุขภาพ สอดคล้องกับ Gulliford (2001) กล่าวว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพคือความสะดวกที่ประชาชนสมควรได้รับการบริการสาธารณะในด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมและเพียงพอ เช่นเดียวกับ วสันต์ ศิลปสุวรรณ (2532) กล่าวถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพของคนไทยในด้านระบบสาธารณสุขของประเทศ พิจารณาตั้งแต่ปัจจัยนำเข้าคือ นโยบายด้านสาธารณสุข งบประมาณ และทรัพยากรที่จัดสรรให้สำหรับการดำเนินการ รวมถึงกระบวนการในการจัดบริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ ให้กับประชาชน เช่นเดียวกับงานวิจัยของ สุวาริ เจริญมุขยพันธ์และคณะ (2556) ศึกษาถึงสถานการณ์การให้บริการสุขภาพกับชาวกัมพูชาที่ชายแดนไทย-กัมพูชา กล่าวถึงประเด็นที่ต้องมีการพัฒนา คือการให้ความรู้อย่างทั่วถึง พัฒนาบุคลากรโดยกาสร้างแรงจูงใจในการทำงาน มีการร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานสอดคล้องกับพระราชบัญญัติการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (2546) ที่ได้มีการวางแนวทางในการบริหารจัดการที่นำแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ ที่เน้นการให้บริการ การปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการแบบผสมผสานระหว่างรัฐกับเอกชนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการและสร้างความพึงพอใจ



**สมมติฐานที่ 2** ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย

#### **ความหมาย**

ลักษณะทางภูมิศาสตร์โดยเฉพาะองค์ประกอบของลักษณะการเดินทาง ระยะเวลา และระยะทาง มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว

#### **เหตุผลที่เป็นเช่นนั้น**

ลักษณะทางภูมิศาสตร์ของสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเดินทาง ระยะเวลาในการเดินทาง ระยะทางที่เดินทางมาใช้บริการส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในลักษณะที่การให้บริการนั้นมีความสำคัญต่อการตัดสินใจในการเดินทางมารักษาพยาบาล เนื่องจากระยะทางจากสถานที่พักอาศัยของแรงงาน ไปถึงสถานที่ให้บริการสุขภาพ ระยะเวลาที่ต้องใช้ในการเดินทางไปยังสถานพยาบาล และวิธีการในการที่แรงงานจะเดินทางไปใช้บริการ ยิ่งแรงงานสามารถเดินทางมารับบริการได้สะดวกเท่าใดยิ่งสะท้อนถึงความสามารถในการที่แรงงานสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้เท่านั้น

#### **ทฤษฎีที่สนับสนุน**

ในประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางภูมิศาสตร์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีทฤษฎีและงานวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ดังกล่าว โดยในภาพรวมของลักษณะทางภูมิศาสตร์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีงานวิจัยที่สนับสนุนภาพรวมความสัมพันธ์ดังกล่าว อาทิ WHO (2004) ได้เสนอแนวทางการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนว่าเป็นการดูแลประชาชนเบื้องต้นแบบปฐมภูมิ โดยปัจจัยหนึ่งคือมิติด้านภูมิศาสตร์ พิจารณาในประเด็นระยะทาง ระยะเวลาและการเดินทางที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ สอดคล้องกับ Penchamsky & Thomas (1981) กล่าวถึงประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ คือการที่สามารถเดินทางไปใช้บริการได้อย่างสะดวกและสถานที่ตั้งมีระยะทางไม่ไกลจากที่อยู่อาศัย เช่นเดียวกับ Schuz & Johnson (1990) พบว่าสถานที่ให้บริการอยู่ในที่ตั้งที่สามารถเดินทางไปใช้บริการได้อย่างสะดวกมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ Parasuraman et al. (1988) กล่าวถึงการเข้าถึงบริการว่าผู้เข้ารับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและได้รับความสะดวกจากการเข้ารับบริการ สถานที่ให้บริการติดต่อได้สะดวกเป็นแนวทางเดียวกันกับ ซีริลลักษณะ ในช่วง (2556) ที่กล่าวถึงสภาพแวดล้อมของพื้นที่ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ กรณีแรงงานเจ็บป่วยจะเลือกไปรักษาที่สถานพยาบาลที่มีความสัมพันธ์กับตนเอง หรือคลินิกเอกชนที่มีการให้บริการที่รวดเร็ว สะดวก ใช้เวลาน้อย

### สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยด้านวัฒนธรรมส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย ความหมาย

ความคิด ความเชื่อ ของแรงงานต่างด้าวในการดำเนินชีวิตประจำวันต่อคนไทย การปฏิบัติตัว และการเลือกวิธีการรักษา เมื่อมีอาการเจ็บป่วย มีผลต่อการตัดสินใจในการเข้ารับบริการสุขภาพ  
เหตุผลที่เป็นเช่นนั้น

วัฒนธรรมความคิด ความเชื่อของแรงงานต่างด้าว ที่มีความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจที่เป็นทัศนคติส่วนตัวเชิงลบต่อการเข้ารับบริการรักษาหรือรับบริการด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำว่าไม่มีโอกาสที่จะได้ทำเทียม หรือเสมอภาคในการได้รับการบริการที่มีคุณภาพเช่นเดียวกับคนไทยสะท้อนถึงการตัดสินใจในการเลือกเข้ารับการรักษาเมื่อมีความเจ็บป่วย ในการเดินทางไปใช้บริการกลัวว่าจะโดนจับระหว่างทาง ทำให้ถูกส่งกลับไม่สามารถทำงานหาเงินได้ นอกจากนี้พบว่ามีความนิยมความเชื่อเรื่องสุขภาพเบื้องต้นในเรื่องของการใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้าน ซึ่งเป็นวัฒนธรรมของชาติพันธุ์ตนเอง และการใช้หมอผี ในการรักษาก่อนตามความเชื่อที่มีมาแต่ดั้งเดิมเป็นส่วนสำคัญในการตัดสินใจในการเลือกเข้ารับการรักษาเมื่อมีความเจ็บป่วย

### ทฤษฎีที่สนับสนุน

ในประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านวัฒนธรรมกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีทฤษฎีและงานวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ดังกล่าว โดยในภาพรวมของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านวัฒนธรรมกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีงานวิจัยที่สนับสนุนภาพรวมความสัมพันธ์ดังกล่าว อาทิ WHO (2004) เสนอแนวคิดที่ว่า การใช้เทคนิคและวิธีการในการบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพซึ่งรักษารูปแบบวัฒนธรรมของชุมชน และประชาชนที่มาใช้บริการ เป็นการดูแลประชาชนที่ทำให้เข้าถึงบริการสุขภาพได้ เช่นเดียวกับ Aday & Andersen (1981) กล่าวว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพที่แท้จริงเกี่ยวข้องกับลักษณะของประชาชน ความเชื่อของเชื้อชาติ ค่านิยม ของผู้รับบริการสุขภาพด้วย เป็นแนวทางเดียวกับ Gilliford (2001) ที่กล่าวว่า การให้บริการที่ทั่วถึงเท่าเทียม กำนึงถึงความแตกต่างทางสังคม วัฒนธรรมและความแตกต่างทางด้านกายภาพของผู้ใช้บริการ ทำให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ สอดคล้องกับ Brown & Lewis (1976) กล่าวว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของโรงพยาบาลจะต้องมีการให้การรักษายาบาลแก่ผู้ป่วยแบบองค์รวม มีการบูรณาการให้เหมาะสมกับผู้มาใช้บริการ เช่นเดียวกับ ปวีณรัตน์ แสงโทณโพธิ์ (2557) ศึกษาถึงผลกระทบของการค้าแรงงานต่างด้าวต่อความมั่นคงของชาติ พบว่า ทัศนคติและค่านิยม เป็นปัจจัยส่วนตัวของแรงงานที่เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุของการค้าแรงงานต่างด้าว การบริหารจัดการเชิงรุกควรมีการส่งเสริมสุขภาพ พัฒนางานสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหาและผลกระทบต่างๆ ดังที่สมพงษ์ สระแก้ว (2553)

กล่าวถึงมุมมองของการเข้าถึงการบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติว่าส่วนหนึ่งเนื่องจากกลัวถูกจับระหว่างการเดินทางเมื่อเจ็บป่วยจึงเลือกรักษาตนเองด้วยการซื้อยากินเองและใช้สมุนไพรพื้นบ้านตามความเชื่อเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย

**สมมติฐานที่ 4** ปัจจัยด้านความพร้อมของการให้บริการส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย

#### ความหมาย

ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะ บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ที่มีความรู้ ความสามารถ เพียงพอ เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น รวมถึงยา และเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการให้บริการด้านสุขภาพกับแรงงานต่างด้าวมิผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ

#### เหตุผลที่เป็นเช่นนั้น

ความพร้อมของการให้บริการมีความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในประเด็นบุคลากรที่มีเหมาะสม เพียงพอต่อความต้องการในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง เสมอภาคและเท่าเทียมกันสะท้อนถึงการตัดสินใจในการเลือกเข้ารับบริการ มีเครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่พร้อมให้บริการ มีความทันสมัย มีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ป้ายที่ใช้ในการบอกทาง ขั้นตอนการให้บริการ คำแนะนำที่มีการแปลเป็นภาษาที่แรงงานเข้าใจได้ง่าย การได้รับยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสม มีคุณภาพ สามารถรักษาอาการเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดีทำให้แรงงานต่างด้าวมีความมั่นใจในการไปใช้บริการสุขภาพในการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย

#### ทฤษฎีที่สนับสนุน

ในประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมของการให้บริการกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีทฤษฎีและงานวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ดังกล่าว โดยในภาพรวมของความพร้อมของการให้บริการกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีงานวิจัยที่สนับสนุนภาพรวมความสัมพันธ์ดังกล่าว อาทิ WHO (2004) กล่าวถึงแนวความคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพเบื้องต้นของประชาชนว่าต้องมีการให้บริการสุขภาพกับประชาชนด้านพื้นฐานที่ควรได้รับอย่างเพียงพอ ต่อเนื่อง และเท่าเทียมกัน เช่นเดียวกับ Penchamsky & Thomas (1981) ที่ว่าความเพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยในการเข้าถึงบริการสุขภาพคือมีบุคลากรที่มีศักยภาพในการให้บริการและมีจำนวนมากพอ ขั้นตอนในการใช้บริการไม่ยุ่งยากและมีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น รถเข็นผู้ป่วย ป้ายบอกทาง เป็นต้น Aday & Andersen (1981) กล่าวว่าปัจจัยการเข้าถึงบริการ

สุขภาพที่แท้จริงมีวัตถุประสงค์ของการไปใช้บริการสุขภาพคือการได้รับการรักษาตรงอาการเจ็บป่วย มีการให้บริการที่พอเพียง เวลาในการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม เป็นแนวทางเดียวกับ Parasuraman et al. (1988) กล่าวว่า การเข้าถึงบริการนั้นผู้เข้ารับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวก ใช้เวลาในการรอรับบริการน้อย ระเบียบขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน สอดคล้องกับ สรวุฒิ เหล่าสาย (2555) ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาร์ในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดขอนแก่น มีข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพว่าต้องมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการให้บริการแรงงานต่างด้าว

**สมมติฐานที่ 5** ปัจจัยการรับรู้ข่าวสารส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย

#### ความหมาย

การส่งผ่านข้อมูล ความรู้ และทำความเข้าใจกับแรงงานต่างด้าวในเรื่องของสิทธิ หน้าที่ และการดำเนินการในเรื่องการป้องกัน การดูแล การรักษาสุขภาพ ติดตามผลเกี่ยวกับสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ตามที่กฎหมายกำหนด และสิทธิที่ควรได้รับเพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มี

#### เหตุผลที่เป็นเช่นนั้น

การที่แรงงานต่างด้าวได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ในเรื่องของสิทธิและบริการด้านสุขภาพที่มีมีความสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากการได้รับรู้ข่าวสารทำให้สามารถสร้างความเข้าใจและการตัดสินใจในการใช้สิทธิในสุขภาพตามที่กฎหมายกำหนด รู้ถึงขั้นตอน วิธีการและกระบวนการในการใช้สิทธิในบริการที่พึงได้รับ รวมถึงการมีความรู้ ความเข้าใจในภาวะสุขภาพของตัวแรงงานต่างด้าว

#### ทฤษฎีที่สนับสนุน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ข่าวสารกับการบริหารจัดการการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงาน มีแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่รองรับ ดังนี้ Aday & Andersen (1981) กล่าวถึงปัจจัยความต้องการของประชาชนผู้รับบริการในด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ การประเมินความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่นเดียวกับสุรสม กฤษณะจุกะ และคณะ (2550) ศึกษาเรื่องสิทธิมนุษยชนกับสิทธิสุขภาพพบว่าการละเมิดสิทธิมนุษยชนนำไปสู่การละเลยสิทธิสุขภาพของบุคคล รวมถึงแรงงานข้ามชาติที่มีการเลือกปฏิบัติทั้งการทำงาน และสิทธิที่ได้รับตามกฎหมาย รวมทั้งการเข้ารับการรักษาพยาบาล สอดคล้องกับมูลนิธิริรักษ์ไทย (2554) มีการศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการเพื่อการจัดการที่เหมาะสมพบว่ามิใช่ไม่ทราบสิทธิการใช้บริการสุขภาพสูง การให้ความรู้ความเข้าใจในการ

ดูแลสุขภาพยังไม่เพียงพอ สอดคล้องกับบุญชิน ตั้งบุญชัยเจริญ (2557) ศึกษาเรื่องการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีในการจัดการแรงงานต่างด้าว พบว่าการบริการกิจการบ้านเมืองที่ดีมีความสัมพันธ์กับการศึกษาในด้านทำให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิของแรงงาน เป็นแนวทางเดียวกับ เพ็ชรภรณ์ ชัชวาลชาญชนกิจ และพรรณรัตน์ อภรณ์พิศาล (2558) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาร์ พบว่าการส่งเสริมการให้บริการสุขภาพในประเด็นของสิทธิที่ได้รับตามกฎหมายและการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

**สมมติฐานที่ 6** ปัจจัยความสามารถเชิงภาษาเพื่อการสื่อสารส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย

#### **ความหมาย**

ภาษาหรือสัญลักษณ์ในการที่ใช้สื่อความหมายเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ของผู้ให้บริการสุขภาพกับแรงงานต่างด้าว หรือการติดต่อสื่อสารผ่านล่ามซึ่งเป็นคนกลาง เพื่อให้แรงงานต่างด้าวสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จัดให้

#### **เหตุผลที่เป็นเช่นนั้น**

ความสามารถในการใช้ภาษาเพื่อการสื่อสารระหว่างแรงงานต่างด้าว กับผู้ให้บริการสุขภาพมีความสำคัญในการสร้างความเข้าใจให้ตรงกันเบื้องต้น ถึงกระบวนการทำงาน การให้บริการ และวิธีการในการเข้ารับการรักษาพยาบาลมีความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ สะท้อนถึงการตัดสินใจในการเลือกเข้ารับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยหากแรงงานมั่นใจว่าสามารถสื่อสารได้เข้าใจเพื่อการได้รับการรักษาที่ตรงตามอาการเจ็บป่วยทำให้แรงงานต่างด้าวสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้

#### **ทฤษฎีที่สนับสนุน**

ในประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความสามารถเชิงภาษาเพื่อการสื่อสารกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีทฤษฎีและงานวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ดังกล่าว โดยในภาพรวมของปัจจัยความสามารถเชิงภาษาเพื่อการสื่อสารกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีงานวิจัยที่สนับสนุนภาพรวมความสัมพันธ์ดังกล่าว อาทิ สมพงษ์ สระแก้ว (2553) กล่าวถึงมุมมองในเรื่องของการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ส่วนหนึ่งมาจากการที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ สอดคล้องกับศราวุธ เหล่าสาย (2555) ที่มีข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาภาพการบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ว่าควรมีการส่งเสริมในเรื่องของล่ามที่ใช้ในการแปลภาษาให้กับแรงงานเมื่อมาใช้บริการ เป็นแนวทางเดียวกับงานวิจัยของเพ็ชรภรณ์ ชัชวาลชาญชนกิจและพรรณรัตน์ อภรณ์พิศาล (2558) ศึกษาเรื่องปัจจัย

ที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาร์ ในประเด็นของการสื่อสารในการรับบริการพบว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพในด้านของการสื่อสารในชีวิตประจำวันและการสื่อสารในการรับบริการมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง